

# TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW, TKANEK I KOMÓREK

Mojemu Mężowi i Synowi pracę tę dedykuję

Ewa Monika Guzik-Makaruk

TRANSPLANTACJA  
NARZĄDÓW, TKANEK I KOMÓREK  
WYBRANE ASPEKTY KRYMINOLOGICZNE  
I PRAWNOKARNE



**Temida2**

Białystok 2016

Recenzenci: prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz i prof. zw. dr hab. Emil W. Pływaczewski

Opracowanie graficzne i typograficzne: Jerzy Banasiuk

Projekt okładki: Patryk Łodygo

Redakcja: Marta Rogalska

Redakcja techniczna: Jerzy Banasiuk

Korekta: Marta Rogalska

**Redaktor Naukowy Wydawnictwa Temida 2:** Cezary Kosikowski

**Rada Naukowa Wydawnictwa Temida 2:**

**Przewodniczący Rady Naukowej Wydawnictwa Temida 2:** Emil W. Pływaczewski

**Członkowie z Uniwersytetu w Białymstoku:** Stanisław Bożyk, Leonard Etel, Ewa M. Guzik-Makaruk, Adam Jamróz, Dariusz Kijowski, Cezary Kosikowski, Cezary Kulesza, Agnieszka Malarewicz-Jakubów, Maciej Perkowski, Stanisław Prutis, Eugeniusz Ruśkowski, Walerian Sanetra, Joanna Sieńczyło-Chlabicz, Ryszard Skarzyński, Halina Święczkowska, Jaroslav Volkonovski, Mieczysława Zdanowicz

**Członkowie z Polski:** Marian Filar (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu), Edward Gniewek (Uniwersytet Wrocławski), Lech Paprzycki (Sąd Najwyższy)

**Członkowie zagraniczni:** Lidia Abramczyk (Państwowy Uniwersytet im. Janki Kupały w Grodnie, Białoruś), Vladimír Babčák (Uniwersytet w Koszycach, Słowacja), Renata Almeida da Costa (Uniwersytet La Salle, Brazylia), Chris Eskridge (Uniwersytet w Nebrasce, USA), José Luis Iriarte Ángel (Uniwersytet Navarra, Hiszpania), Marina Karasjewa (Uniwersytet w Woroneżu, Rosja), Bernhard Kitous (Uniwersytet w Rennes, Francja), Martin Krygier (Uniwersytet w Nowej Południowej Walii, Australia), Petr Mrkyvka (Uniwersytet Masaryka, Czechy), Marcel Alexander Niggli (Uniwersytet we Fryburgu, Szwajcaria), Andrej A. Novikov (Państwowy Uniwersytet w Sankt Petersburgu, Rosja), Sławomir Redo (Uniwersytet Wiedeński, Austria), Bernd Schünemann (Uniwersytet w Monachium, Niemcy), Sebastiano Tafaro (Uniwersytet w Bari, Włochy), Wiktor Trinczuk (Kijowski Narodowy Handlowo-Ekonomiczny Uniwersytet, Ukraina)

Żadna część tej pracy nie może być powielana i rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie i w jakikolwiek sposób (elektroniczny, mechaniczny), włącznie z fotokopiowaniem – bez pisemnej zgody wydawcy.

ISBN 978–83–62813–81–0

Wydawca: Temida 2

Przy współpracy i wsparciu finansowym

Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku

© Copyright by Temida 2

Białystok 2016

# Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

## Rozdział I.

### POLACY WOBEC POBIERANIA I PRZESZCZEPIANIA ORGANÓW W ŚWIELE BADAŃ CBOS

§ 1. Metodyka badań .....	15
§ 2. Stosunek do pobierania narządów .....	19
§ 3. Stosunek do swobody rozporządzania własnym ciałem.....	44
§ 4. Znajomość regulacji prawnych w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów.....	56
§ 5. Stosunek do przeszczepiania narządów na przykładzie Polski, Europy i Stanów Zjednoczonych.....	63
§ 6. Wnioski z badań desk research .....	75

## Rozdział II.

### POSTAWY WOBEC PROBLEMATYKI TRANSPLANTACJI WYBRANYCH GRUP SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH — PRÓBA SPROFILOWANIA

§ 1. Metodyka badań .....	83
§ 2. Opinie na temat pobierania narządów od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom .....	85
§ 3. Gotowość do podpisania oświadczenia woli dotyczącego możliwości pobrania narządów po śmierci .....	99
§ 4. Postawy wobec pobrania narządów od osób bliskich w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie.....	108
§ 5. Stosunek do ludzkiego ciała.....	116
§ 6. Gotowość do oddania własnych narządów innej osobie .....	122
§ 7. Wnioski z badań.....	131

Rozdział III.

ŚRODOWISKO LEKARSKIE WOBEC POBIERANIA NARZĄDÓW OD ZMARŁYCH

§ 1. Metodyka badań .....	139
§ 2. Postawy lekarzy .....	141
§ 3. Szanse i zagrożenia dla pobrań narządów .....	143
§ 4. Wnioski z badań .....	145

Rozdział IV.

ZJAWISKO HANDLU NARZĄDAMI W PERCEPCJI POLAKÓW

§ 1. Metodyka badań .....	147
§ 2. Świadomość handlu narządami w Polsce .....	152
§ 3. Survey wiktyimizacyjny i pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne .....	156
§ 4. Ocena działań państwa na rzecz przeciwdziałania handlowi narządami ludzkimi .....	162
§ 5. Wnioski z badań .....	164

Rozdział V.

POZAKODEKSOWE PRZESTĘPSTWA OKOŁOTRANSPLANTACYJNE

§ 1. Uwagi wstępne .....	167
§ 2. Rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia (art. 43 ustawy transplantacyjnej) ....	169
§ 3. Nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów (art. 44 ustawy transplantacyjnej) .....	176
§ 4. Prowadzenie działalności przewidzianej dla banku tkanek i komórek bez wymaganego pozwolenia (art. 45 ustawy transplantacyjnej) .....	190
§ 5. Pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia (art. 46 ustawy transplantacyjnej) .....	193

§ 6. Przywóz lub wywóz z/na terytorium Polski komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej zgody (art. 46a ustawy transplantacyjnej) .....	197
§ 7. Niezgłoszenie określonych informacji do narzędzi rejestrujących (art. 46b ustawy transplantacyjnej) .....	199
§ 8. Uwagi podsumowujące .....	201
§ 9. Projektowane zmiany w przepisach karnych ustawy transplantacyjnej.....	203

Rozdział VI.

DYNAMIKA I STRUKTURA PRZESTĘPCZOŚCI NA TLE USTAWY TRANSPLANTACYJNEJ  
W ŚWIETLE BADAŃ STATYSTYCZNYCH

§ 1. Metodyka badań .....	215
§ 2. Dane statystyczne Policji.....	228
§ 3. Dane statystyczne Ministerstwa Sprawiedliwości.....	243
§ 4. Problem „ciemnej” liczby .....	250
§ 5. Wnioski z badań.....	264

Rozdział VII.

PRZESTĘPCZOŚĆ NA TLE USTAWY TRANSPLANTACYJNEJ  
W ŚWIETLE BADAŃ AKTOWYCH – CASE STUDIES

§ 1. Metodyka badań .....	269
§ 2. Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie I.....	275
§ 3. Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie II.....	278
§ 4. Sprawa Sądu Rejonowego w Białymstoku I .....	280
§ 5. Sprawa Sądu Rejonowego w Białymstoku II.....	282
§ 6. Sprawa Sądu Rejonowego w Szubinie .....	284
§ 7. Sprawa Sądu Rejonowego w Bydgoszczy I .....	285
§ 8. Sprawa Sądu Rejonowego w Bydgoszczy II .....	286
§ 9. Sprawa Sądu Rejonowego w Elblągu .....	287
§ 10. Sprawa Sądu Rejonowego w Ostródzie .....	287
§ 11. Sprawa Sądu Rejonowego w Garwolinie .....	288

§ 12. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim I.....	289
§ 13. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim II.....	291
§ 14. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim III.....	292
§ 15. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim IV.....	293
§ 16. Sprawa Sądu Rejonowego w Kielcach I.....	294
§ 17. Sprawa Sądu Rejonowego w Kielcach II.....	294
§ 18. Sprawa Sądu Rejonowego w Koźenicach.....	296
§ 19. Sprawa Sądu Rejonowego w Nowej Soli I.....	296
§ 20. Sprawa Sądu Rejonowego w Nowej Soli II.....	297
§ 21. Sprawa Sądu Rejonowego w Kędzierzynie-Koźlu.....	298
§ 22. Sprawa Sądu Rejonowego w Ostrowcu Świętokrzyskim.....	298
§ 23. Sprawa Sądu Rejonowego w Pińczowie I.....	299
§ 24. Sprawa Sądu Rejonowego w Pińczowie II.....	300
§ 25. Wnioski z badań.....	301
Zakończenie.....	307
Bibliografia.....	317
Sprawozdania.....	326
Wykaz aktów prawnych.....	327
Orzecznictwo.....	329
Intermedia.....	329
Wykaz tabel, wykresów i rysunków.....	333
Aneks.....	347
I. Wybrane tabele.....	347
II. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.....	371



## WSTĘP

Polskie społeczeństwo akceptuje transplantację narządów i traktuje możliwość transplantacji jako największe osiągnięcie ludzkości w XX w., uznając nawet za mniej ważne dokonanie wynalezienie antybiotyków<sup>1</sup>. Prawne i kryminologiczne aspekty transplantacji narządów, tkanek i komórek rzadko bywają poruszane w piśmiennictwie prawniczym, a jeszcze rzadziej w literaturze kryminologicznej. Polska ustawa transplantacyjna z 2005 r. jest już drugą w kolejności regulacją tej dość zawiłej problematyki. Na jej tle, a także na gruncie poprzedzających ją rozwiązań przewidzianych w ustawie pierwotnej z 1995 r. powstało kilkadziesiąt opracowań przyczynkarskich<sup>2</sup>, obszerna monografia<sup>3</sup> oraz jeden komentarz<sup>4</sup>. Istnieje ogromna luka badawcza, którą wypadałoby zapełniać i temu właśnie celowi służy w założeniu niniejsza monografia.

- 1 M. Wiśniewski, *Polskie społeczeństwo wobec transplantacji narządów*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006, s. 19, 25.
- 2 Zob. chociażby E.M. Guzik-Makaruk, *Prawne aspekty transplantacji organów w Szwajcarii*, *Państwo i Prawo* z 2001 r., nr 9, s. 89-96; eadem: *O aspektach prawnych transplantacji*. *Polemika*, *Jurysta* z 2001 r., nr 12, s. 23; *Podstawy prawne transplantacji organów, tkanek i komórek w Polsce*, *Paestra* z 2002 r., nr 5-6, s. 62-70; *Польское законодательство о трансплантации как методе лечения*, (w:) *Современное медицинское право. Сборник научных трудов*, red. O. Дубовик i in., *Российская Академия Наук, Москва* 2003, s. 313-327; *Prawne aspekty transplantacji organów w Austrii*, *Jurysta* z 2004 r., nr 5, s. 24-26; *Transplantacja organów w ustawodawstwie niemieckim i polskim. Problemy prawnoporównawcze*, (w:) E.W. Pływaczewski (red.), *Aktualne problemy prawa karnego i kryminologii*, rec. tomu K. Zgryzek, *Białystok* 2005, s. 65-87; *Zagrożenia handlem organami ludzkimi w świetle badania opinii społecznej w Polsce w 2008 r.*, (w:) A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger (red.), *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, *Lublin* 2011, s. 765-779; *System źródeł prawa RFN z uwzględnieniem obszaru medycyny transplantacyjnej*, (w:) M. Perkowski, J. Szymański, M. Zdanowicz (red.), *Człowiek i prawo międzynarodowe. Księga dedykowana Profesorowi Bogdanowi Wierzbickiemu*, *Białystok* 2014, s. 131-144; *Handel ludźmi – studium przypadku*, (w:) I. Nowicka, D. Mocarska (red.), *Współczesne problemy prawa*, *Szczytno* 2015, s. 71-96; E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, *Ausgewählte strafrechtliche und kriminologische Probleme der Organtransplantation in Polen*, (w:) J.C. Joerden, A.J. Szwarc (red.), *Strafrechtsdogmatik und Rechtsphilosophie – ein Fruchtbare Spannungsverhältnis: Materialien eines deutsch-japanisch-polnisch-türkischen Kolloquiums im Jahre 2013 in Frankfurt an der Oder und Stübice (Polen)*, *Poznań* 2014, s. 285-302.
- 3 E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, *Białystok* 2008, s. 532.
- 4 J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, *Warszawa* 2014, s. 371.

Praca posiada charakter dogmatyczno-empiryczny z przewagą wątków kryminologicznych. Składa się z siedmiu rozdziałów, z których cztery pierwsze bazują na badaniach dokonanych przez CBOS, Pentor Research International oraz TNS Polska. Kolejny rozdział posiada charakter dogmatyczny i stanowi bazę do wprowadzenia w badania typowo kryminologiczne, zawarte w dwóch ostatnich rozdziałach. W rozdziałach badawczych starano się przedstawić najpierw metodykę badań prezentowanych w poszczególnych częściach pracy, a na końcu najważniejsze wnioski płynące z przeanalizowanych badań własnych lub obcych.

Rozdział I został poświęcony analizie postaw Polaków wobec pobierania i przeszczepiania narządów w świetle badań CBOS. Analiza postaw Polaków wobec pobierania i przeszczepiania narządów w świetle badań CBOS została przygotowana na podstawie danych z badań prowadzonych przez CBOS w latach 1994-2012 na temat stosunku Polaków do kwestii związanych z transplantacją. Wykorzystano dane oraz opisy zawarte w komunikatach CBOS, jak również dane zawarte w tabelach metryczkowych. Pewną część danych niezamieszczaną zwyczajowo w komunikatach z badań pozyskano od CBOS na pisemną prośbę skierowaną do tej instytucji. Głównie brakowało bowiem tabel aneksowych zawierających dane metryczkowe. W rozdziale tym przeanalizowano takie kwestie, jak: stosunek Polaków do pobierania narządów, stosunek do swobody rozporządzania własnym ciałem, znajomość regulacji prawnych w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów, a także stosunek do przeszczepiania narządów w ujęciu porównawczym – w Polsce, Europie i Stanach Zjednoczonych. W tym celu wykorzystano badania międzynarodowe: *Special Eurobarometr 333a, Organ donation and transplantation*, zrealizowane w 2010 r. oraz *National Survey of Organ Donation. Attitudes and Behaviors*, zrealizowane w 2013 r. Na końcu rozdziału przedstawiono wnioski z badań desk research.

Rozdział II stanowi próbę sprofilowania postaw wobec transplantacji w odniesieniu do wybranych grup społeczno-demograficznych. Przeanalizowano w nim opinie na temat pobierania narządów od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom, gotowość do podpisania oświadczenia woli dotyczącego możliwości pobrania narządów po śmierci, postawy wobec pobrania narządów od osób bliskich w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie. Analizie poddano także stosunek respondentów do ludzkiego ciała oraz gotowość do oddania własnych narządów innej osobie. Zmienne niezależne, które były brane pod uwagę, to: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, udział w praktykach religijnych oraz poglądy polityczne.

W rozdziale III zaprezentowano postawy środowiska lekarskiego wobec pobierania narządów od zmarłych. Badanie, które przeanalizowano w tej części pracy, dotyczyło postaw środowiska lekarskiego wobec rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów od osób zmarłych. Sondaż diagnostyczny na temat pobrań narządów

do przeszczepiania od osób zmarłych został przeprowadzony przez CBOS w 2012 r. metodą indywidualnego wywiadu ankieterskiego (PAPI). Badaną zbiorowość stanowili lekarze posiadający specjalizacje lub będący w trakcie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii oraz neurochirurgii zatrudnieni w szpitalach wyposażonych w Oddziały Intensywnej Terapii. Badanie zrealizowano na terenie województw: lubelskiego, małopolskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. Łącznie badaniem objęto 744 lekarzy w 69 szpitalach, co stanowi około 50% wszystkich lekarzy o wyżej wymienionych specjalizacjach w badanych województwach. Materię badawczą podzielono na dwie części – z jednej strony były to postawy lekarzy, z drugiej – szanse i zagrożenia dla pobrań narządów. Na końcu przedstawiono najważniejsze wnioski płynące z przeanalizowanych badań.

Rozdział IV ogniskuje się wokół zjawiska handlu narządami w percepcji Polaków. Ta część pracy została przygotowana na podstawie wyników autorskich badań własnych zrealizowanych w 2008 r. przez Pentor Research International i w 2015 r. przez TNS Polska w oparciu o autorskie kwestionariusze badań. Oba badania miały charakter ogólnopolski, reprezentatywny dla ogółu społeczeństwa, zastosowano w nich taką samą technikę badawczą – CAPI – wywiady bezpośrednie wspomagane komputerowo. Przedstawiono tu trzy grupy zagadnień – świadomość handlu narządami w Polsce, tzw. survey wiktyimizacyjny i pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne, a także wskazano na ocenę działań państwa na rzecz przeciwdziałania handlowi narządami ludzkimi. Rozdział kończą generalne wnioski płynące z dokonanych badań.

Rozdział V posiada charakter dogmatyczny i zawiera analizę przepisów karnych zawartych w ustawie transplantacyjnej z 2005 r. W obecnie obowiązującym kształcie ustawa zawiera sześć przepisów prawnokarnych wchodzących w zakres pozakodeksowego prawa karnego. Są to: art. 43 – rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia, art. 44 – nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, art. 45 – prowadzenie działalności przewidzianej dla banku tkanek i komórek bez wymaganego pozwolenia, art. 46 ustawy – pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia, art. 46a – przywóz lub wywóz z/na terytorium Polski komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej zgody oraz art. 46b – niezgłoszenie określonych informacji do narzędzi rejestrujących. Na końcu rozdziału zawarto uwagi podsumowujące oraz uznano za stosowne przedstawić projektowane zmiany w przepisach karnych ustawy transplantacyjnej. Z dzisiejszej perspektywy wiadomo już, że zmiany te nie mają szans na wejście w życie, bowiem wy-

parła je ustawa o leczeniu niepłodności z 2015 r. Z poznawczego punktu widzenia warto poświęcić jednak temu zagadnieniu nieco uwagi.

Rozdział VI posiada charakter stricte kryminologiczny, ukazano w nim rozmiary przestępczości ujawnionej i osądzonej na tle ustawy transplantacyjnej w świetle badań statystycznych. Dane statystyczne pozyskano z Komendy Głównej Policji, w tym z Raportów z działalności Centralnego Biura Śledczego z lat: 2001-2014 oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Przeanalizowano także materiał badawczy, jaki uzyskano w 2008 r. na podstawie przeprowadzonego surveyu wiktyimizacyjnego oraz badania diagnozującego pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne. Te dwa ostatnie badania głównie służyły analizie problemu „ciemnej” liczby. Rozdział kończą wnioski płynące z badań.

W rozdziale VII przedstawiono przestępczość na tle ustawy transplantacyjnej w świetle dokonanych własnych badań aktowych. Zawarto tutaj analizy case studies w odniesieniu do 23 spraw prawomocnie zakończonych wyrokami sądów rejonowych – dwóch spraw Sądu Rejonowego w Krasnymstawie, dwóch spraw Sądu Rejonowego w Białymstoku i jednej sprawy Sądu Rejonowego w Szubinie, dwóch spraw Sądu Rejonowego w Bydgoszczy, po jednej Sądu Rejonowego w Elblągu, w Ostródzie i w Garwolinie, czterech spraw Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim, dwóch spraw Sądu Rejonowego w Kielcach, jednej sprawy Sądu Rejonowego w Kozienicach, dwóch spraw Sądu Rejonowego w Nowej Soli, po jednej sprawie Sądu Rejonowego w Kędzierzynie-Koźlu i w Ostrowcu Świętokrzyskim, a także dwóch spraw Sądu Rejonowego w Pińczowie.

Opracowanie kończą uwagi podsumowujące i generalne wnioski płynące z lektury pracy, zawierające weryfikację postawionych hipotez.

W pracy badawczej postawiono sześć głównych problemów badawczych (PBO) i założono sześć odpowiadających im hipotez głównych (HBO). Problem badawczy ogólny numer 1 i odpowiadająca mu hipoteza badawcza ogólna numer 1 osadzone są w rozdziałach: I i II, zaś kolejne problemy i hipotezy badawcze zakotwiczone są w kolejno po sobie następujących rozdziałach.

Były one następujące:

PBO 1: Jak kształtują się postawy Polaków wobec pobierania i przeszczepiania narządów, a także ich wiedza na temat regulacji prawnych w tym zakresie?

PBO 2: Jak kształtują się postawy przedstawicieli środowiska lekarskiego wobec pobierania narządów od zmarłych dawców i jaka jest przyczyna stosunkowo niewielkiej liczby dokonywanych pobrań?

PBO 3: Jak Polacy postrzegają zjawisko handlu narządami, w szczególności czy mają świadomość zagrożenia handlem narządami, jak oceniają to zagrożenie, czy oso-

biście czują się zagrożeni tym zjawiskiem, czy państwo przeciwdziało mu we właściwy sposób i czy w Polsce można napotkać ofiary handlu narządami?

PBO 4: Czy pozakodeksowe przepisy karne stypizowane w tzw. ustawie transplantacyjnej podlegają zmianom dostosowującym je do ewoluujących wymogów prawa europejskiego i czy wychodzą naprzeciw właściwej polityce kryminalnej na płaszczyźnie ustawodawczej?

PBO 5: Jakie są rozmiary przestępczości na gruncie ustawy transplantacyjnej i czy stwierdza się wydatne różnice w rozmiarach przestępczości kwalifikowanej w oparciu o poszczególne przepisy ustawy statuujące sześć odrębnych typów czynów zabronionych, a także czy istnieje „ciemna” liczba przestępstw handlu narządami ludzkimi?

PBO 6: Jakie środki komunikowania się wykorzystywane są najczęściej do zamieszczania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu bądź pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu narządów, tkanek i komórek w świetle badań aktowych?

Problemom badawczym odpowiadały następujące hipotezy:

HBO 1: Postawy Polaków wobec pobierania i przeszczepiania narządów są zróżnicowane i zależą od szeregu okoliczności, takich jak: rodzaj transplantacji (*ex vivo*, *ex mortuo*) czy cech społeczno-demograficznych badanej populacji (płeć, wiek, wykształcenie, poziom zaangażowania religijnego). Duża liczba Polaków nie zna obowiązującego w Polsce prawa regulującego kwestie przeszczepów.

HBO 2: Postawy przedstawicieli środowiska lekarskiego wobec pobierania narządów od zmarłych dawców są zróżnicowane i zależą od szeregu okoliczności, m.in. od miejsca zatrudnienia (w placówkach wykonujących w praktyce dużo pobrań i wykonujących niewiele tego typu zabiegów). Nie istnieje jedna przyczyna stosunkowo niewielkiej liczby dokonywanych pobrań. Jest ona wypadkową wielu okoliczności, takich jak: słaba znajomość regulacji prawnych po stronie rodziny i środowiska lekarskiego, niedostateczna aktywność szpitali, niechęć do podejmowania skomplikowanych działań transplantacyjnych.

HBO 3: Większość Polaków ma świadomość zagrożenia handlem narządami, ale nie każdy z nich osobiście czuje się zagrożony tym zjawiskiem. Przeciwdziałanie państwa zjawisku handlu narządami można ocenić jako wystarczające. W Polsce nie ma ofiar handlu narządami ludzkimi.

HBO 4: Ustawodawca dostosowuje polską ustawę transplantacyjną do wymogów prawa europejskiego, a także stara się dokonywać racjonalnych zmian w przepisach prawnokarnych, dbając o wewnętrzną koherencję przepisów prawnokarnych.

HBO 5: Opierając się na ogólnych statystykach przestępczości, tzw. przestępczość okołotransplantacyjna w wąskim zakresie rozumiana jako przestępczość na gruncie ustawy transplantacyjnej jest niewielka. Istnieją wydatne różnice statystyczne w odnie-

sieniu do poszczególnych typów czynów zabronionych przewidzianych przez ustawę transplantacyjną. „Ciemna” liczba przestępstw handlu narządami ludzkimi w Polsce nie istnieje, ze względu na specyfikę tego rodzaju przestępczości.

HBO 6: Do zamieszczania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu bądź pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu narządów, tkanek i komórek najczęściej wykorzystywana jest sieć Internet.

Autorka pragnie w tym miejscu podziękować Komendantowi Głównemu Policji oraz Naczelnik Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej w Departamencie Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości, a także Prezesom wszystkich Sądów Okręgowych w Polsce za wielką życzliwość i wsparcie w gromadzeniu materiałów empirycznych. Wyrazy wdzięczności należą się również zaprzyjaźnionym socjologom, którzy wspierali Autorkę w prowadzonych badaniach opinii społecznej.

Szczególne słowa podziękowania Autorka kieruje przede wszystkim do znakomych Recenzentów wydawniczych – Pana Prof. dr. hab. n. med. Romana Danielewicza oraz Pana Prof. zw. dr. hab. Emila W. Pływaczewskiego, których cenne uwagi recenzyjne przyczyniły się do ostatecznego kształtu tej pracy.

## POLACY WOBEC POBIERANIA I PRZESZCZEPIANIA NARZĄDÓW W ŚWIETLE BADAŃ CBOS

### § 1. **Metodyka badań**

W naukach empirycznych metody badawcze to przede wszystkim typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służące do uzyskiwania maksymalnie lub optymalnie uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania.

W poniższych analizach wykorzystano jedną z metod szczegółowych, jaką jest tzw. *desk research* – badania dokumentów. W odróżnieniu od metod ogólnych metody szczegółowe są raczej powiązane z empirycznymi etapami procesu badawczego oraz są silniej uwarunkowane cechami badanego przedmiotu i dyscypliny naukowej, której dotyczą. Często mają wymiar operacyjny, to znaczy zawierają konkretne wytyczne ułatwiające badaczom przeprowadzenie badania. W takim węższym ujęciu metoda badawcza to zalecane lub faktycznie stosowane w danej nauce schematy czynności służących do udzielania odpowiedzi na formułowane w niej pytania.

Metoda badania dokumentów (*desk research*) jest szczegółową analizą istniejących już i dostępnych danych. Realizacja projektu tego typu nie jest zatem związana z pozyskiwaniem nowych informacji, a jedynie scaleniem, przetworzeniem i analizą danych rozproszonych wśród rozmaitych źródeł. Z reguły większość badań rozpoczyna się od poszukiwania i analizy informacji, które już istnieją. Metoda ta zasadniczo wymaga sześciu kroków i polega na:

- ustaleniu ścisłego celu badania;
- przyjęciu hipotezy;
- zgromadzeniu dokumentów (z wewnętrznych i zewnętrznych źródeł);
- wstępnej selekcji;
- ustaleniu autentyczności danych i sprawdzeniu wiarygodności;
- analizie dokumentów i opracowaniu wniosków<sup>1</sup>.

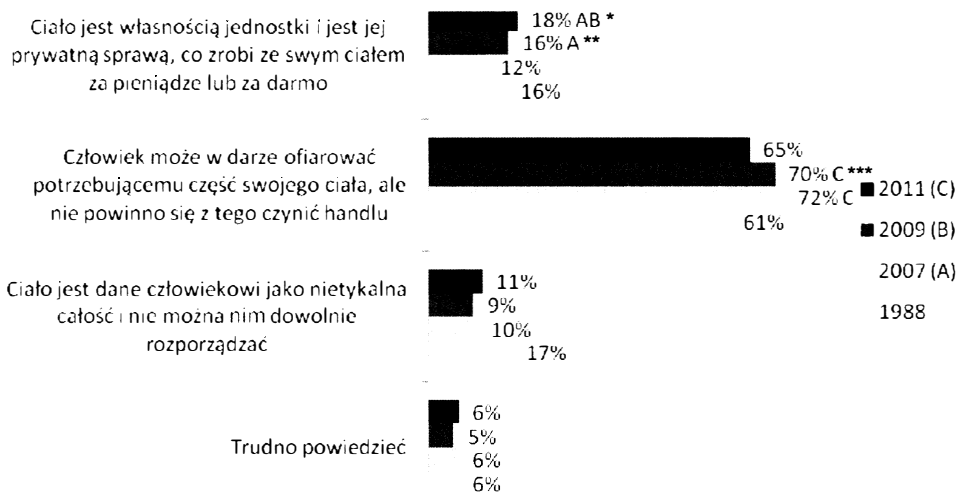
Analiza postaw Polaków wobec pobierania i przeszczepiania narządów w świetle badań CBOS została przygotowana na podstawie danych z badań prowadzonych przez CBOS w latach 1994-2012 na temat stosunku Polaków do kwestii związanych z transplantacją. Wykorzystano dane oraz opisy zawarte w komunikatach CBOS, jak również dane zawarte w tabelach metryczkowych. Trzeba jednak zaznaczyć, że dostęp do danych metryczkowych był ograniczony, w efekcie czego nie zawsze można opisać wyniki dla poszczególnych grup społecznych. Pewną część danych niezamieszczaną zwyczajowo w komunikatach z badań pozyskano od CBOS na pisemną prośbę skierowaną do tej instytucji. Głównie brakowało bowiem tabel aneksowych zawierających dane metryczkowe.

Na potrzeby badania zostały wykonane testy istotności statystycznej<sup>2</sup>. Przyjęty w nich przedział ufności<sup>3</sup> wynosił 0,95. Ze względu na opisane powyżej ograniczenia dostępu do danych metryczkowych testy istotności zostały przeprowadzone dla ogółu badanych.

Różnice istotne statystycznie zostały wyróżnione na wykresach. W tym celu zastosowano symbole literowe. Każdemu pomiarowi lub zmiennej przyporządkowano jeden symbol, np. pomiar z 2007 r. (A), pomiar z 2009 r. (B), pomiar z 2011 r. (C) itd. Następnie symbole te zostały umieszczone na wykresach przy wartościach, które w sposób istotny statystycznie różnią się od siebie. Na poniżej zamieszczonym wykresie pokazano, jak należy je odczytywać.

- 
- 1 K. Krot, M. Truskolaska, Ogólna charakterystyka i klasyfikacja badań naukowych i metod badawczych, (w:) B. Poskrobko (red.), *Metody badań naukowych z przykładami ich zastosowania*, Białystok 2012, s. 51, 53.
  - 2 Test istotności statystycznej jest procedurą weryfikującą, czy różnica pomiędzy zmiennymi wynika z przyczyn metodologicznych, jest przypadkiem, czy też jej przyczyn należy doszukiwać się w zachowaniach badanych zbiorowości. Innymi słowy, jeżeli coś jest istotne statystycznie, oznacza to, że jest to konsekwencja czegoś innego niż przypadek, metodologia (np. wielkość próby). Oczywiście nie oznacza to, że wyniki bez różnic istotnych statystycznie nie są ważne, niemniej szczególnie trzeba zwracać uwagę na to, co jest istotne statystycznie. Zob. w kanonie literatury socjologicznej szeroko na temat badań społecznych: E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, Warszawa 2013; S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 2012.
  - 3 Przedział ufności jest miarą „pewności”, że wyniki badania nie są przypadkowe. Przy przedziale ufności wynoszącym 0,95 mamy tylko 5% niebezpieczeństwa, że wyniki różnią się od rzeczywistości, którą opisują. Zob. w kanonie literatury socjologicznej szeroko na temat badań społecznych: E. Babbie, *op. cit.*; S. Nowak, *op. cit.*





\* W 2011 r. taka opinia występowała istotnie częściej niż w 2009 r. (B) i 2007 r. (A)

\*\* W 2009 r. taka opinia występowała istotnie częściej niż w 2007 r. (A)

\*\*\* W latach 2009 i 2007 taka opinia występowała istotnie częściej niż w 2011 r. (C)

Wykorzystano następujące komunikaty CBOS:

- Stosunek społeczeństwa do transplantacji narządów, 1995<sup>4</sup>, nr komunikatu K37\_95<sup>5</sup>;
- Postawy wobec przeszczepiania narządów, 1997, nr komunikatu K50\_97<sup>6</sup>;
- Społeczna wiedza o regulacjach prawnych dotyczących transplantacji narządów, 1997, nr komunikatu K55\_97<sup>7</sup>;
- Postawy wobec transplantacji narządów, 2003, nr komunikatu K171\_03<sup>8</sup>;
- Opinie o przeszczepianiu narządów, 2005, nr komunikatu K161\_05<sup>9</sup>;
- Opinie o przeszczepianiu narządów, 2007, nr komunikatu K100\_07<sup>10</sup>;
- Stosunek do przeszczepiania narządów, 2009, nr komunikatu K146\_09<sup>11</sup>;
- Postawy wobec przeszczepiania narządów, 2011, nr komunikatu K91\_11<sup>12</sup>;
- Postawy wobec przeszczepiania narządów, 2012, nr komunikatu K105\_12<sup>13</sup>.

4 Badanie przeprowadzono w 1994 r., raport z badań ukazał się dopiero w 1995 r.

5 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1345>.

6 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1750>.

7 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1755>.

8 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3017>.

9 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3411>.

10 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3757>.

11 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4211>.

12 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4503>.

13 <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4685>.

Dla szybkiego ustalenia, z którego roku pochodzą przywoływane badania, warto zwrócić uwagę na to, że rok badania podawany jest zawsze po znaku podkreślenia. Jeśli zatem przykładowo odwołano się do badania oznaczonego jako K50\_97, to po znaku podkreślenia jest cyfra roku 97, co oznacza, że badanie wykonano w 1997 r.

Ponadto wykorzystano badania międzynarodowe:

- *Special Eurobarometr 333a, Organ donation and transplantation*, zrealizowane w 2010 r.<sup>14</sup>;
- *National Survey of Organ Donation. Attitudes and Behaviors*, zrealizowane w 2013 r.<sup>15</sup>

Niektóre pytania ze względu na możliwość dezaktualizacji ich wyników zostały pominięte. Dotyczy to pytań zadawanych przez CBOS w latach 90., których powtórnie nie zadano w badaniach prowadzonych w XXI w. Opis tych pytań mógłby prowadzić do stawiania wniosków odległych od obecnego stanu faktycznego.

Ze względu na różnice metodologiczne pomiędzy badaniami zrealizowanymi przez CBOS oraz badaniami międzynarodowymi ich wyniki nie są bezpośrednio porównywalne. Zdarza się (co zostało dodatkowo wyjaśnione przy opisie wyników analizy porównawczej w rozdziale zatytułowanym: Stosunek do przeszczepiania narządów na przykładzie Polski, Europy i Stanów Zjednoczonych), że wyniki badań międzynarodowych dla Polski różnią się od zarejestrowanych przez CBOS, mimo iż dotyczą tych samych lub zbliżonych kwestii. Jest to efekt różnic w treści pytań, niekiedy niewielkich, ale mających wpływ na odpowiedź badanych, oraz różnic w zastosowanych skalach. Przykładowo CBOS zastosował skalę czterostopniową, podczas gdy w badaniu międzynarodowym występuje skala dychotomiczna.

Wszystkie badania CBOS zostały przeprowadzone metodą wywiadów bezpośrednich (PAPI oraz CAPI<sup>16</sup>). Zastosowano losowy dobór próby dorosłych Polaków. Odzwierciedlenie struktury próby w badaniach CBOS, wybranych do analizy, zawiera tabela 1, zamieszczona w aneksie do niniejszej pracy.

W niniejszej analizie wykorzystano także badanie *Special Eurobarometr 333a*. Badanie zostało przeprowadzone w 2009 r. w 31 państwach. Wielkość próby dla pojedynczego kraju wahała się od 500 do 1550 respondentów (wielkość próby dla Polski  $n=1000$ ). Zastosowano losowy dobór próby. Respondentami były osoby w wieku powyżej 15 roku życia. Wywiady były realizowane przy wykorzystaniu techniki CAPI. Należy podkreślić, że w Eurobarometrze nie przedstawiono szczegółowego

- 
- 14 Badanie przeprowadzono w 2009 r. *Organ donation and transplantation. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate General Health and Consumers Survey co-ordinated by Directorate General Communication, TNS Opinion & Social, European Commission, Brussels, Belgium 2010*, s. 51.
  - 15 Badanie przeprowadzono w 2012 r. *National survey of organ donation. Attitudes and Behaviors*, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Health System Bureau, Division of Transplantation, Washington 2013, s. 124.
  - 16 CBOS nie precyzuje metody zbierania danych. Przyjęto, że w latach 90. oraz na początku XXI w. wywiady te mogły być realizowane z wykorzystaniem papierowego kwestionariusza, zaś w latach późniejszych z wykorzystaniem komputerów przenośnych.

rozkładu próby na poziomie grup społeczno-demograficznych. Ze względu na sposób doboru próby oraz reprezentatywny charakter badania można jednak przyjąć, że jej struktura dla Polski była zbliżona do struktury w badaniach CBOS.

Kolejnym wykorzystanym badaniem międzynarodowym był: *National Survey of Organ Donation. Attitudes and Behaviors*, przeprowadzony przez Departament Zdrowia USA w 2012 r. Zrealizowano 1252 wywiady. Zastosowano technikę badań telefonicznych wspomaganych komputerowo. Dobór próby miał charakter losowy i reprezentatywny dla całego obszaru Stanów Zjednoczonych Ameryki. Respondentami były osoby w wieku powyżej 15 roku życia.

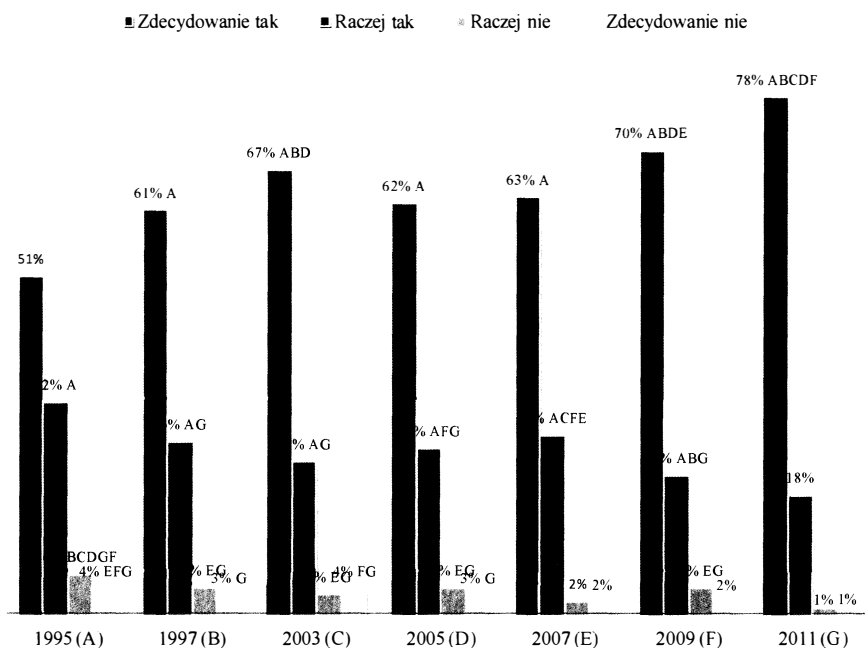
Odnosząc się do liczebności próby w poszczególnych badaniach, należy podkreślić, że zarówno badania CBOS, jak i badania międzynarodowe miały charakter badań reprezentatywnych dla całej populacji, a więc statystycznie uprawniających do wnioskowania na całą populację generalną.

## § 2. Stosunek do pobierania narządów

W tej części pracy zostanie zaprezentowany stosunek Polaków do pobierania narządów od osób zmarłych, gotowość do przekazania własnych narządów po śmierci, a także gotowość do podpisania deklaracji woli bycia dawcą narządów po śmierci. Przybliżona również zostanie kwestia pobierania narządów od osób bliskich, w tym problem transplantacji w rozmowach Polaków oraz decyzje dotyczące pobrania narządów od osób bliskich.

**Stosunek Polaków do pobierania narządów od osób zmarłych** na przestrzeni lat 1994-2011 cechuje się wysokim poziomem akceptacji dla przeszczepiania narządów *ex mortuo*, pobranych w celu przywracania zdrowia innym osobom. W 1995 r. takie działania za słuszne uważało 83% badanych Polaków, zaś w 2011 r. taką opinię wyraziło aż 96% respondentów. Warto podkreślić, że nie tylko zwiększył się odsetek osób ogólnie aprobujących przeszczepę narządów pobranych od osób zmarłych, ale również urósł odsetek badanych, którzy byli zdecydowanie przekonani do słuszności pobierania, a następnie przeszczepiania narządów. Blisko 20 lat temu zdecydowanie przekonany co do słuszności wskazanej procedury medycznej był co drugi respondent (51%), podczas gdy w 2011 r. aż 78% badanych. Poniższy wykres zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o słuszność transplantacji narządów od zmarłych dawców w celu ratowania życia i przywracania zdrowia osobom chorym.

Wykres 1. Czy uważa Pan(i) za słusne przeszczepianie narządów (transplantacje narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K37\_95, K50\_97, K171\_03, K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11). Symbolami literowymi „A-G” wyróżniono różnice istotne statystycznie. Na wykresie pominięto odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Analizując powyższe dane, należy zauważyć, że odnotowane zmiany były w większości przypadków istotne statystycznie, a zatem wzrost poparcia dla idei przeszczepiania narządów od osób zmarłych w celu ratowania zdrowia lub życia innym osobom nie jest dziełem przypadku, a efektem rzeczywistej zmiany postaw mieszkańców Polski. Postawa wobec transplantacji w pierwszych pomiarach była wyraźnie powiązana z wiekiem badanych. Im starszy respondent, tym częściej artykułowano brak akceptacji dla przeszczepiania narządów pobranych od osób zmarłych, aby przywracać zdrowie lub ratować życie innych osób. Natomiast, co wydaje się naturalne, wraz z upływem lat ubywa osób starszych będących przeciwnikami przeszczepu narządów. W 1994 r. negatywnie o transplantacji wypowiadał się jeden na pięciu respondentów w wieku 65 lat lub więcej, podczas gdy w 2011 r. było to już tylko 3%.

Choć nie były to duże różnice, to warto również zauważyć, że w całym okresie prowadzenia badań systematycznie notowano silniejszą niechęć do przeszczepiania narządów.

pów wśród osób zamieszkujących obszary wiejskie i badanych charakteryzujących się słabym wykształceniem. Niemniej, podobnie jak w przypadku osób starszych, także w wymienionych powyżej grupach niechęć do transplantacji malała z biegiem lat. W 1994 r. aż 14% mieszkańców wsi, 17% ludzi z wykształceniem podstawowym oraz 7% z wykształceniem zawodowym twierdziło, że przeszczepianie narządów nie jest słuszne, podczas gdy w 2011 r. analogiczną opinię wyraziło już tylko około 3% przedstawicieli tych grup<sup>17</sup>.

Kolejną analizowaną kwestią była **gotowość do przekazania własnych narządów po śmierci**. Należy zauważyć, że postrzeganie problemu pobierania narządów od osób zmarłych nieco zmienia się, jeżeli kwestia ta miałaby dotyczyć bezpośrednio badanego. Choć nadal utrzymywał się wysoki poziom aprobaty dla transplantacji, to jednak był on wyraźnie mniejszy niż w przypadku ogólnej postawy wobec analizowanego zagadnienia.

Od 1994 r. do 2011 r. mimo pewnych fluktuacji opinii mieliśmy do czynienia ze wzrostem akceptacji dla donacji własnych narządów po śmierci<sup>18</sup>. Rok 2012 przyniósł istotne statystycznie zmniejszenie się odsetka badanych deklarujących zgodę na przekazanie po własnej śmierci narządów innym osobom. Przekonanych do donacji było 74% respondentów (ponad 80% w latach 2009-2011) i był to taki sam wynik, jaki odnotowano w 2005 r. Osoby niegodzące się na pobranie narządów po ich śmierci stanowiły około jednej dziesiątej populacji dorosłych Polaków, przy czym szczególnie silny sprzeciw odnotowano w 2005 r., kiedy to brak zgody deklarowała blisko jedna piąta badanych.

Poniższy wykres obrazuje rozkład odpowiedzi na pytanie o zgodę na pobranie narządów *ex mortuo* w celu przeszczepienia innemu człowiekowi.

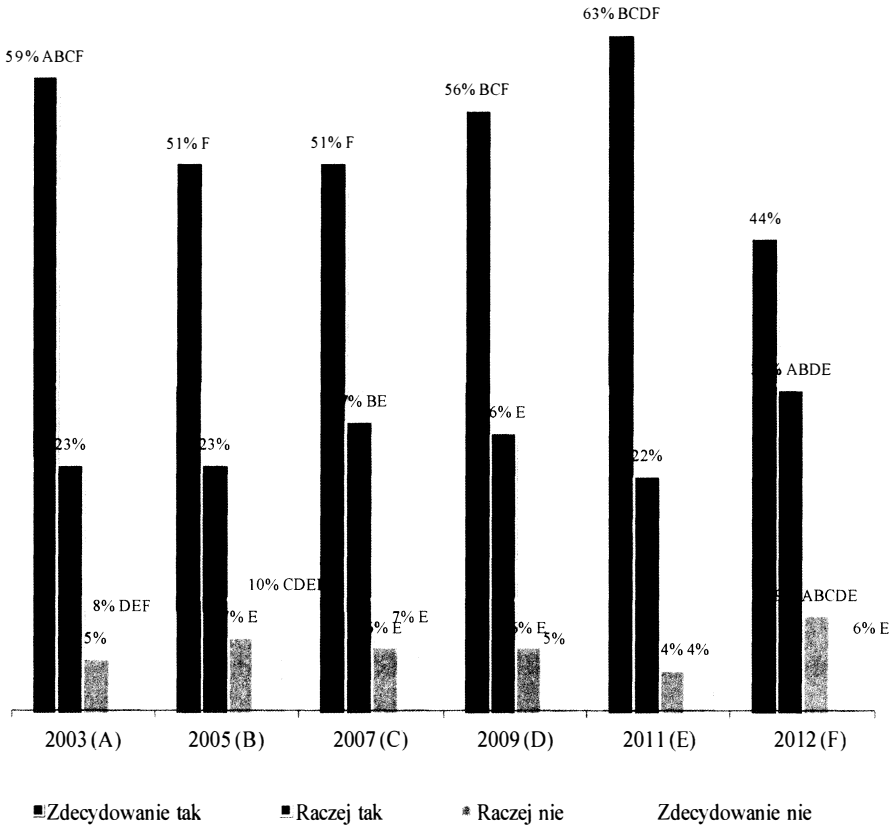
Stosunek do przekazania własnych narządów po śmierci różnił się w zależności od wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej badanych oraz ich miejsca zamieszkania, co pokazują dane zawarte w czterech następujących kolejno po sobie tabelach. Niezależnie od terminu badania najbardziej sceptyczne wobec tej kwestii pozostawały osoby starsze, tj. w wieku powyżej 55 lat, respondenci słabo wykształceni (wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe), a także osoby negatywnie oceniające sytuację materialną swojego gospodarstwa domowego. Natomiast osoby najczęściej deklarujące zgodę na przekazanie własnych narządów po śmierci w celu przeszczepiania innym to głównie ludzie młodzi w wieku do 24 lat, osoby z wykształceniem średnim

17 Zmianę postawy widać od 2005 r. Jeszcze w 2003 r. odsetek osób niechętnych transplantacji wśród mieszkańców wsi i osób słabo wykształconych oscylował wokół 10-14%. W 2005 r. spadł do około 5-7%.

18 Należy dodać, że w badaniu prowadzonym przed 2003 r. CBOS zadawał inne pytanie, choć można je uznać za zbliżone do analizowanego. W 1994 r. pytano: „Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano w celu przeszczepienia Pana(i): serce, nerki, wątrobę, rogówkę oka, tkankę skórną?”. W zależności od organu odsetek odpowiedzi pozytywnych wahał się od 66% do 68%. Jeżeli wynik ten porównać z wynikiem pomiaru prowadzonego w 2003 r. i lat późniejszych, okazuje się, że nastąpił wyraźny wzrost (o około 14-17 punktów procentowych) aprobaty do przekazywania własnych organów po śmierci innym osobom.

lub wyższym, badani pozytywnie oceniający warunki materialne własnego gospodarstwa domowego oraz mieszkańcy miejscowości powyżej 20 tys. mieszkańców.

Wykres 2. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K171\_03, K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12). Symbolami literowymi „A-F” wyróżniono różnice istotne statystycznie. Na wykresie pominięto odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Poniżej zamieszczona tabela 2 ukazuje stosunek respondentów do przekazania własnych narządów po śmierci w zależności od wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej badanych oraz ich miejsca zamieszkania i poziomu religijności.

Tabela 2. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym? (odp. „tak”)

Wiek	2003	2005	2007	2009	2011	2012
<b>18-24</b>	86%	60%	90%	84%	89%	82%
<b>25-34</b>	90%	57%	85%	87%	88%	79%
<b>35-44</b>	83%	53%	77%	87%	89%	79%
<b>45-54</b>	84%	50%	76%	90%	84%	74%
<b>55-64</b>	80%	50%	81%	84%	83%	71%
<b>65+</b>	66%	36%	65%	64%	75%	58%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Wieś</b>	76%	46%	90%	77%	80%	68%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	81%	49%	85%	81%	85%	75%
<b>20-100 tys.</b>	89%	57%	77%	87%	87%	75%
<b>101-500 tys.</b>	84%	53%	76%	84%	89%	79%
<b>501 tys. i więcej</b>	85%	57%	81%	89%	90%	81%
<b>Wykształcenie</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Podstawowe</b>	70%	35%	69%	68%	76%	56%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	83%	55%	75%	86%	84%	68%
<b>Średnie</b>	86%	59%	86%	87%	87%	80%
<b>Wyższe</b>	95%	60%	89%	91%	91%	86%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Dobre</b>	90%	60%	86%	89%	89%	82%
<b>Średnie</b>	80%	52%	79%	79%	82%	72%
<b>Złe</b>	77%	45%	70%	75%	80%	65%
<b>Udział w praktykach religijnych</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Kilka razy w tygodniu</b>	83%	48%	76%	69%	86%	69%
<b>Raz w tygodniu</b>	77%	48%	77%	83%	81%	71%
<b>1-2 razy w miesiącu</b>	89%	53%	78%	75%	89%	72%
<b>Kilka razy w roku</b>	89%	56%	83%	87%	88%	78%
<b>W ogóle nie uczestniczy</b>	81%	60%	79%	85%	85%	79%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K171\_03, K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

Odnotowano także zróżnicowanie opinii w zależności od poziomu religijności mierzonego częstością uczestniczenia w praktykach religijnych, ale nie miało ono postaci wyrazistej tendencji. W niektórych badaniach było widać spore różnice pomiędzy często uczestniczącymi w praktykach religijnych, w innych badaniach z kolei różnice te były minimalne. Generalnie można przyjąć, że osoby często praktykujące wyrażały mniejsze poparcie dla przekazania własnych narządów niż w ogóle niepraktykujący.

Powyższa tabela wskazuje właśnie na zróżnicowanie opinii co do pośmiertnej donacji narządów w zależności od poziomu religijności mierzonego częstością uczestniczenia w praktykach religijnych.

Wydaje się, że kwestia powiązań pomiędzy religijnością i gotowością przekazania własnych narządów innym osobom powinna zostać pogłębiona w kolejnych badaniach dotyczących stosunku do transplantacji. O ile samo uczestniczenie w praktykach religijnych nie stanowi silnej linii podziału<sup>19</sup> pomiędzy zwolennikami a przeciwnikami donacji własnych narządów, to taki limes może stanowić poziom religijności mierzony subiektywną opinią badanych. CBOS w 2011 r. oprócz pytania o częstotliwość udziału w praktykach religijnych prosił również respondentów o to, aby ocenili oni swoją wiarę. Jak się okazało, ta zmienna (poziom wiary) wyraźnie różnicowała opinie badanych. Widać to szczególnie w dwóch skrajnych grupach – głęboko wierzących i niewierzących. Wśród przedstawicieli pierwszej grupy brak zgody na przekazanie po własnej śmierci narządów w celu przeszczepienia innym wyraziło 14% badanych, podczas gdy w drugiej grupie analogicznej odpowiedzi udzieliło 4% respondentów. Trzeba przypomnieć, że w tym samym badaniu miara religijności w postaci częstotliwości udziału w praktykach religijnych nie wykazała różnic pomiędzy osobami często i w ogóle nieuczestniczącymi w praktykach religijnych.

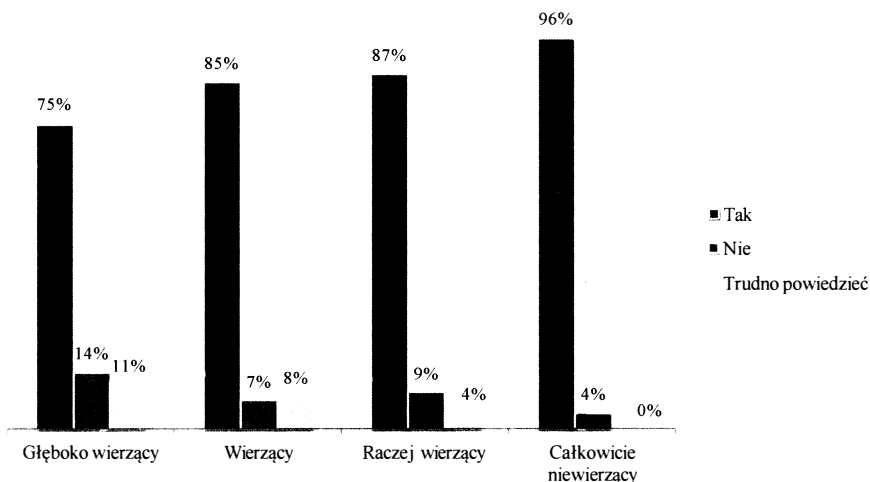
Poniższy wykres obrazuje kwestię powiązań pomiędzy religijnością i gotowością pośmiertnego przekazania własnych narządów innym osobom.

**Gotowość do podpisania deklaracji woli bycia dawcą narządów po śmierci** była kolejną kwestią, którą przeanalizowano na podstawie dostępnych danych CBOS. W Polsce osoba chcąca zostać potencjalnym dawcą narządów może wypełnić stosowne oświadczenie woli. Chociaż nie jest ono wiążące, to może skłaniać rodzinę i bliskich do pozytywnej reakcji w sytuacji zgonu osoby, która podpisała takie oświadczenie. Jakkolwiek w Polsce obowiązuje domniemanie zgody – rozwiązanie ścisłego sprzeciwu, to jednak praktykuje się konsultacje z osobami z najbliższej rodziny, choć przepisy prawa nie wymagają takich konsultacji, co należy stanowczo podkreślić.

19 Opinie badanych ze skrajnych grup raz się do siebie zbliżają, innym razem od siebie oddalają.



Wykres 3. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K9I\_11.

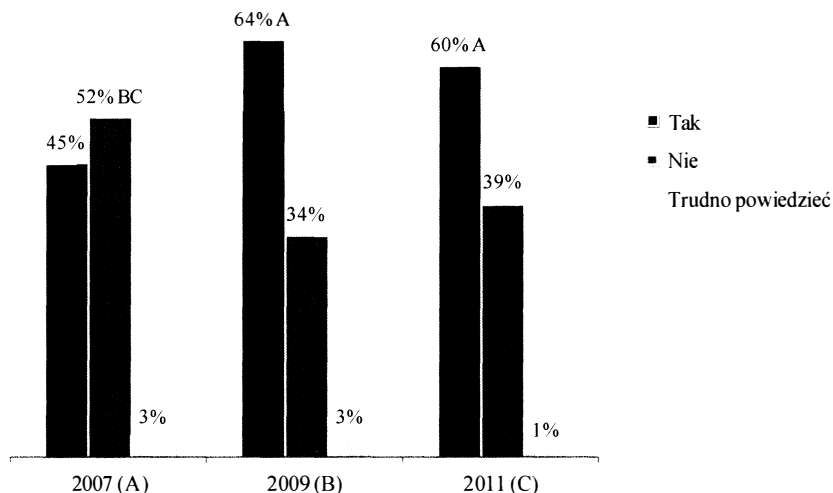
Rozmowy z rodzinami mają służyć tylko i wyłącznie ustaleniu woli zmarłego, a zatem ustaleniu, czy zmarły za życia sprzeciwił się darowaniu narządów. Rozmowy nie mogą dotyczyć tego, czy rodzina zgadza się na pobranie narządów do przeszczepu, albowiem rodzina nie jest kompetentna do udzielenia zgody na pobranie. W Polsce obowiązuje bowiem rozwiązanie sprzeciwu ścisłego, nie zaś rozwiązanie zgody rozszerzonej. W badaniach CBOS zadano dwa pytania dotyczące tej kwestii. Pierwsze, czy respondenci słyszeli o oświadczeniu woli, i drugie, czy byliby skłonni takie oświadczenie podpisać.

Wyniki badań pokazują, że wiedza na temat oświadczenia woli nie jest powszechna, aczkolwiek w latach 2007-2011 doszło do istotnego jej zwiększenia. W 2007 r. o oświadczeniu słyszało nieco poniżej połowy badanych, zaś w 2011 r. było to już 60% ankietowanych. Niezależnie od poziomu świadomości istnienia oświadczenia woli odnotowano wysoką skłonność badanych do podpisania takiego dokumentu. Odsetek badanych, którzy by to zrobili, był stabilny i wynosił nieco ponad dwie trzecie. Był zatem zbliżony do odsetka respondentów, którzy deklarowali, że po swojej śmierci gotowi byliby przekazać swoje narządy w celu przeszczepienia innym. Także siła przekonania do tego, że jest się gotowym do podpisania oświadczenia woli, korespondowała z poziomem zdecydowania do przekazania (po śmierci) własnych narządów innym. Zdecydowanie za podpisaniem oświadczenia było około 40% respondentów, a jedna trzecia raczej by się ku temu skłaniała<sup>20</sup>.

20 W 2011 r. aż 74% badanych twierdziło, że zgodziłoby się na przeszczep organów po śmierci, w tym 44% było co do tego zdecydowanie przekonanych.

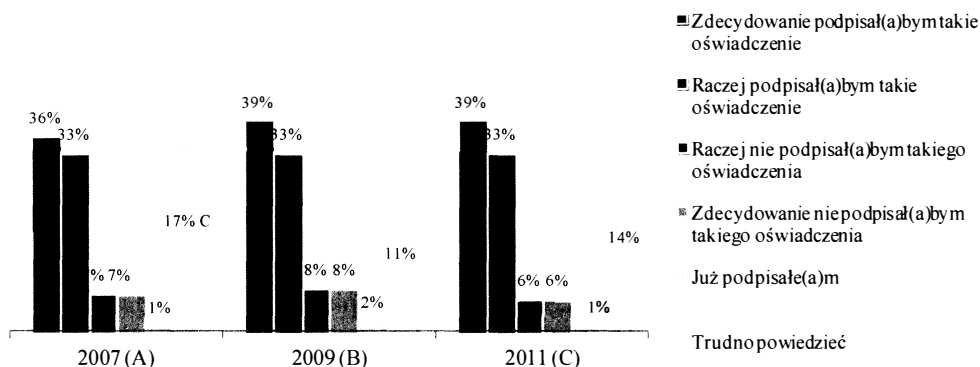
Poniższe dwa wykresy obrazują rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie o to, czy badani w ogóle słyszeli o oświadczeniu woli co do darowania narządów na wypadek śmierci i czy byliby skłonni podpisać takie oświadczenie.

**Wykres 4. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K91\_11). Symbolami literowymi „A-C” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

**Wykres 5. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?**

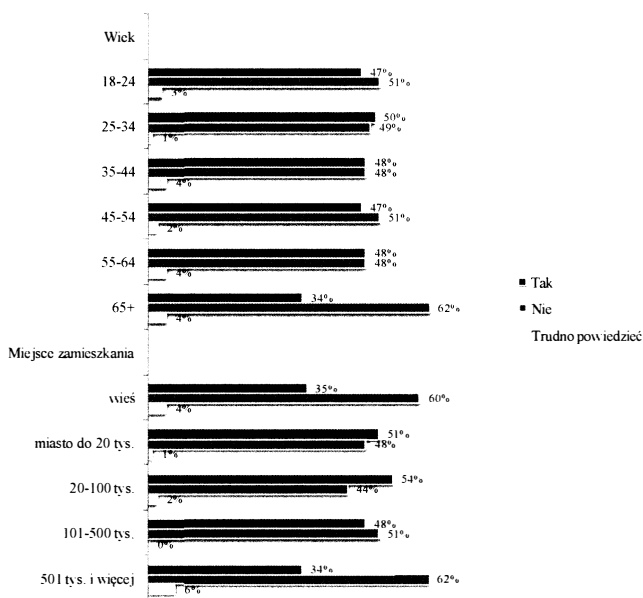


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K91\_11). Symbolami literowymi „A-C” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

Ze względu na ograniczony dostęp do danych szczegółowy opis zmian poziomu wiedzy na temat możliwości podpisania oświadczenia woli nie jest możliwy. Można jedynie zapoznać się z danymi dla 2007 r., a więc z okresu, w którym świadomość dotycząca możliwości wypełniania oświadczenia woli była najniższa. W 2007 r. najwyższy poziom wiedzy charakteryzował osoby z wykształceniem wyższym (63%), kadre kierowniczą (61%), pracowników umysłowych (64%) oraz pracujących na własny rachunek (58%). Ponadto częściej niż inni wiedzę na temat oświadczenia woli deklarowali badani będący w dobrej sytuacji materialnej (51%), co z pewnością można łączyć z pozytywnym wyróżnianiem się wcześniej opisanych grup pracowniczych (kadra, pracownicy umysłowi czy ludzie pracujący na własny rachunek zarabiający więcej od pozostałych). Najniższy poziom wiedzy odnotowano natomiast w grupie najstarszych respondentów – powyżej 65 roku życia (34%), mieszkańców wsi (35%), rolników (32%) oraz osób z wykształceniem podstawowym (34%).

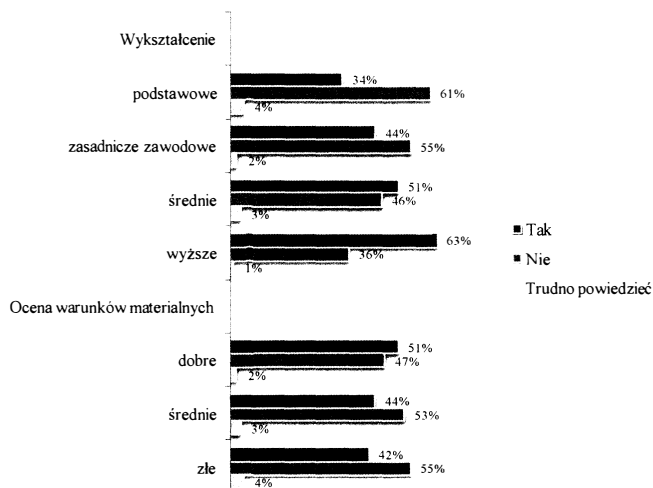
Poniższe dwa wykresy przedstawiają rozkład odpowiedzi badanych na pytanie o to, czy respondenci słyszeli o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina czy osoby bliskie wiedziały, że zmarły zgadzał się na pobranie narządów. Dane zawarte w wykresach zróżnicowane są względem wieku i wykształcenia ankietowanych, a także ich przynależności do określonej grupy społeczno-zawodowej.

**Wykres 6. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?**



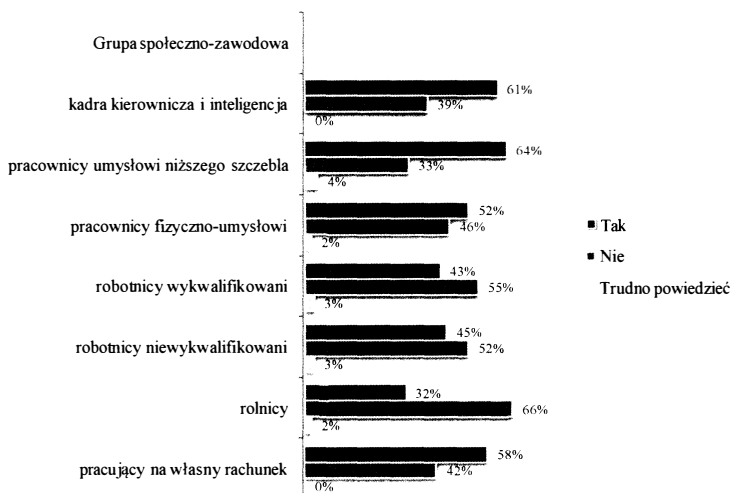
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_07.

Wykres 7. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_07.

Wykres 8. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



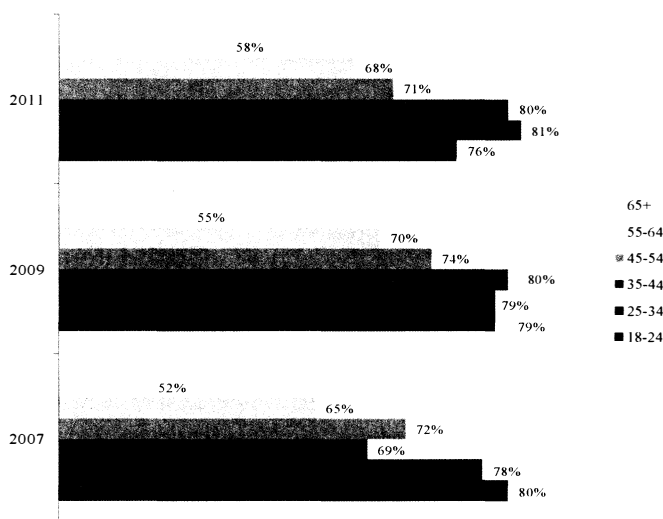
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_07.

Respondenci wyrażający gotowość do podpisania oświadczenia woli to najczęściej osoby młode i w średnim wieku (około 80%), choć wśród najmłodszych respondentów uwidoczniła się tendencja spadku zainteresowania podpisaniem takiego oświadczenia. W 2007 r. gotowych było to zrobić 80% przedstawicieli najmłodszej grupy wiekowej, w 2009 r. nieco mniej, bo 79%, a w 2011 r. jeszcze mniej – 76%. Ponadto wyróżniali się mieszkańcy największych miast (500 tys. mieszkańców i więcej), choć również w tej grupie zauważalny był taki sam trend spadkowy, jak w przypadku najmłodszych. W 2007 r. za podpisaniem deklaracji opowiedziało się 86% mieszkańców dużych miast, w 2009 r. było to 83%, a cztery lata później 80%.

Ponadprzeciętny poziom skłonności do podpisania oświadczenia woli występował również wśród badanych z wyższym wykształceniem (82-85%) oraz z wykształceniem średnim, choć w tej drugiej grupie wystąpił spadek poziomu gotowości z 82% do 76%. Także osoby najlepiej oceniające własną sytuację materialną częściej od innych deklarowały, że zgodziłyby się podpisać deklarację woli (78-81%).

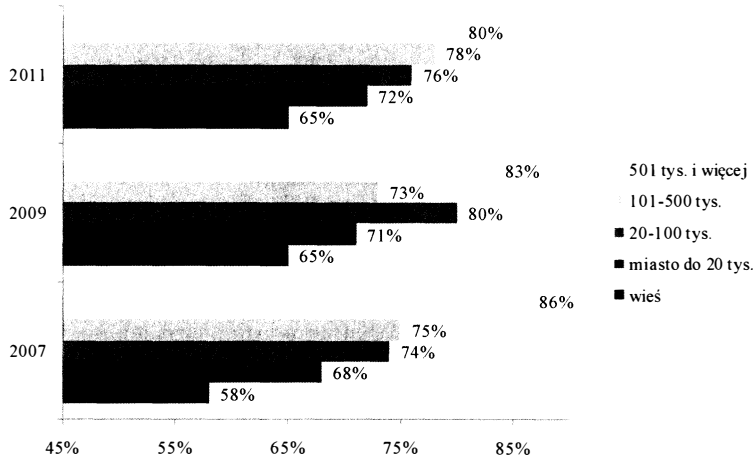
Trzy poniżej zamieszczone wykresy obrazują odpowiedzi respondentów na pytanie o to, czy byliby skłonni podpisać oświadczenie o darowaniu swych narządów po śmierci. Odpowiedzi są zróżnicowane ze względu na wiek badanych, miejsce zamieszkania, wykształcenie i ocenę własnych warunków materialnych.

**Wykres 9. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (wiek badanych, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)**



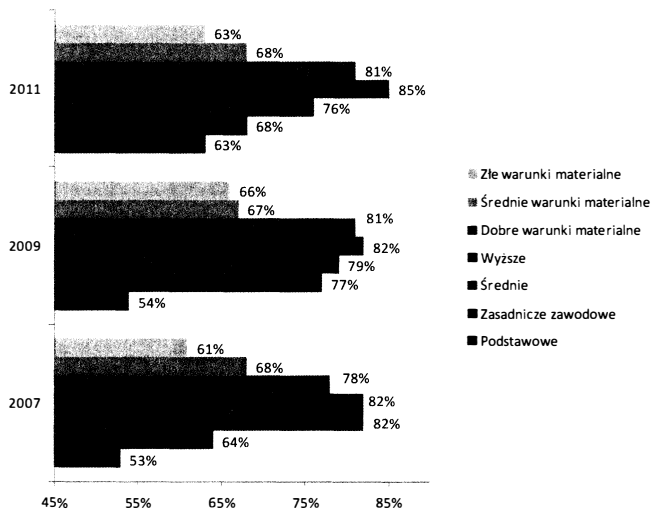
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K91\_11).

Wykres 10. Czy był(a) Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (miejsce zamieszkania, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K91\_11).

Wykres 11. Czy był(a) Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (wykształcenie i ocena własnych warunków materialnych, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)

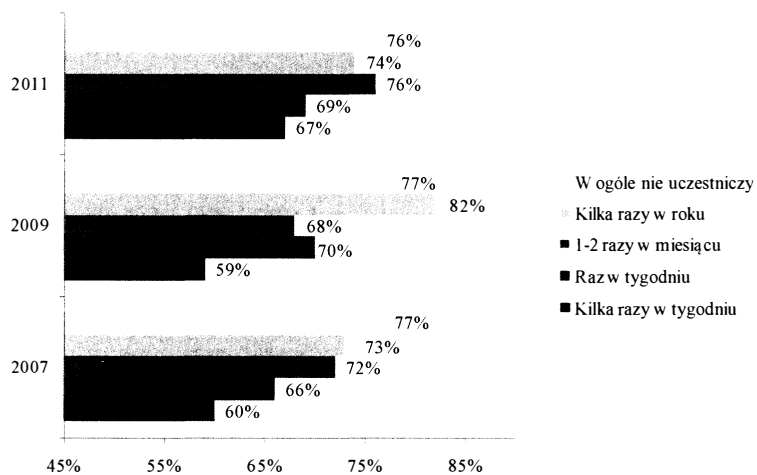


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K91\_11).

Gotowość do podpisania oświadczenia woli różniła się również w zależności od częstotliwości udziału w praktykach religijnych. Im częstsze uczestnictwo w prak-

tykach religijnych, tym rzadziej spotykano się z deklaracjami zgody na podpisanie oświadczenia woli i odwrotnie, im rzadziej badany uczestniczył w życiu religijnym, tym większa była jego skłonność do podpisania deklaracji woli. Niemniej, można było zaobserwować, że wśród osób najczęściej praktykujących nastąpił w stosunku do 2007 r. wyraźny wzrost poparcia dla idei podpisania oświadczenia woli. Poniższy wykres zawiera dane pozwalające ocenić skłonność do podpisania oświadczenia woli o pośmiertnej donacji w zależności od częstotliwości praktyk religijnych.

Wykres 12. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (udział w praktykach religijnych, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)

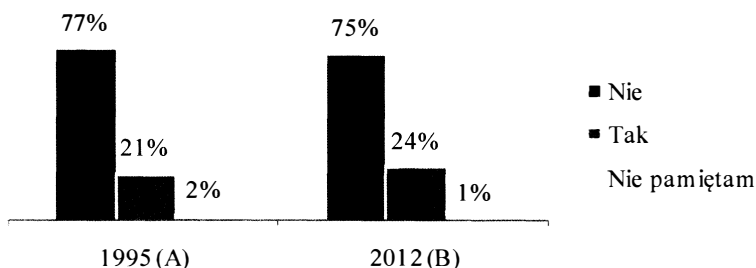


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K91\_11).

Przedmiotem zainteresowania w badaniach CBOS była także **kwestia pobierania narządów od osób bliskich**. W tym obszarze badawczym próbowano zdiagnozować **problem transplantacji w rozmowach Polaków**. W latach 1995 oraz 2012 CBOS pytał Polaków o to, czy rozmawiali ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich osobom chorym czekającym na transplantację. Widać wyraźnie, że mimo teoretycznie większej dostępności informacji na temat transplantacji nie przełożyło się to na wyraziste zwiększenie obecności tego tematu w rozmowach prowadzonych z bliskimi. Może mieć to konsekwencje w postaci blokowania dokonania przeszczepu po śmierci bliskiego. Jak wynika z danych CBOS, wiedza na temat tego, że bliski nie miał nic przeciwko pobraniu narządów, przekładała się na zwiększenie skłonności rodziny do wyrażania zgody na taki przeszczep. W sytuacji, gdy respondenci nie znali opinii zmarłego bliskiego, nie-

chęć do transplantacji zwiększała się. Zamieszczony niżej wykres obrazuje rozkład odpowiedzi na pytanie o rozmowy z bliskimi na temat pośmiertnej donacji narządów.

**Wykres 13. Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu przeszczepiania ich osobom chorym czekającym na transplantację?<sup>21</sup>**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K37\_95, K105\_12).*

Rozmowy z bliskimi na temat transplantacji najczęściej prowadziły osoby młode (do 24 roku życia). Również wyróżniały się osoby z wykształceniem wyższym, chociaż w tej grupie w stosunku do 1995 r. nastąpił wyraźny spadek poziomu odpowiedzi, że podobne rozmowy były prowadzone. Ponadto częściej niż inni na temat transplantacji rozmawiali ze swoimi bliskimi respondenci z wykształceniem średnim oraz będący w najkorzystniejszej sytuacji materialnej.

Natomiast najrzadziej takie rozmowy były prowadzone w rodzinach najstarszych respondentów w wieku powyżej 55 roku życia, mieszkańców wsi, osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji materialnej, badanych z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym. Także osoby najczęściej uczestniczące w praktykach religijnych stosunkowo rzadko deklarowały prowadzenie rozmów na temat transplantacji, chociaż w 2012 r. różnica pomiędzy nimi a innymi respondentami uległa wyraźnemu zmniejszeniu.

Poniższa tabela zawiera dane na temat rozmów z bliskimi dotyczących woli pośmiertnego darowania narządów. Odpowiedzi są zróżnicowane ze względu na wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz udział w praktykach religijnych.

21 W 1995 r. treść pytania brzmiała: „Czy kiedykolwiek rozmawiał(a) Pan(i) ze swoją rodziną albo osobami bliskimi o oddawaniu narządów w celu ich przeszczepienia innym osobom?”.



Tabela 3. Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu przeszczepiania ich osobom chorym czekającym na transplantację?

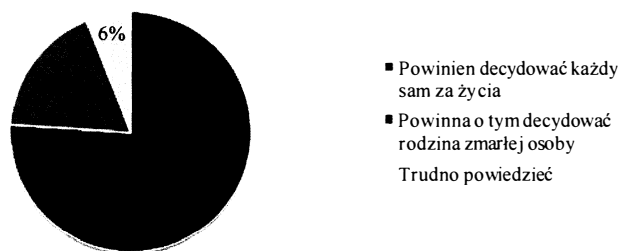
<b>Wiek</b>	<b>1995</b>	<b>2012</b>
<b>18-24</b>	22%	28%
<b>25-34</b>	33%	31%
<b>35-44</b>	24%	30%
<b>45-54</b>	20%	25%
<b>55-64</b>	18%	20%
<b>65+</b>	11%	10%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1995</b>	<b>2012</b>
<b>Wieś</b>	15%	20%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	24%	25%
<b>20-100 tys.</b>	23%	24%
<b>101-500 tys.</b>	30%	30%
<b>501 tys. i więcej</b>	28%	31%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1995</b>	<b>2012</b>
<b>Podstawowe</b>	12%	10%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	18%	17%
<b>Średnie</b>	31%	29%
<b>Wyższe</b>	46%	39%
<b>Udział w praktykach religijnych</b>	<b>1995</b>	<b>2012</b>
<b>Kilka razy w tygodniu</b>	16%	21%
<b>Raz w tygodniu</b>	21%	22%
<b>1-2 razy w miesiącu</b>	W 1995 r. nie stosowano tej kategorii.	26%
<b>Kilka razy w roku</b>	24%	28%
<b>W ogóle nie uczestniczy</b>	22%	25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K37\_95, K105\_12).

Badania wykonane przez CBOS dotyczyły także **decyzji dotyczących pobrania narządów od osób bliskich**. Według większości badanych (76%) o pobraniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia powinien decydować każdy sam za życia.

Innego zdania – powinna decydować rodzina zmarłej osoby – było 18% respondentów, a 6% nie zajęło jednoznacznego stanowiska w tej kwestii. Wykres zamieszczony poniżej obrazuje rozkład odpowiedzi na pytanie o to, kto powinien decydować o zgodzie na pobranie narządów, czy chociażby rodzina zmarłej osoby, czy też każdy indywidualnie sam za życia.

Wykres 14. Czy o pobraniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia...?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K105\_12.

Ze względu na brak dostępu do danych metryczkowych opisujących szczegółowo rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące tego, kto powinien decydować o przeszczepie, można jedynie powtórzyć za treścią komunikatu CBOS, że za decyzją rodziny stosunkowo częściej wypowiadali się najstarsi respondenci, a także osoby uczestniczące w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu.

Badacze CBOS sprawdzili też postawy Polaków wobec pobierania narządów od ich zmarłych bliskich (mąż, żona, dziecko). Respondenci rozpatrywali trzy hipotetyczne sytuacje:

- zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów,
- zmarła osoba nie wyraziła swojej opinii na temat pobrania od niej narządów,
- zmarła osoba była przeciwna pobraniu od niej narządów.

Wyniki badania pokazały, że deklaratywnie większość badanych uszanowałaby wolę swojego bliskiego – zarówno jeżeli wyraziłby on sprzeciw, jak i aprobatę dla pobrania narządów. Natomiast brak stanowiska członka rodziny wobec kwestii pobrania od niego narządów zostałyby przez większość badanych potraktowany jako przyzwolenie na przekazanie jego narządów innym ludziom w celu ratowania ich zdrowia lub życia. Postawy badanych (niezależnie od rodzaju rozpatrywanej sytuacji) można nazwać stałymi. Nie podlegały one w okresie lat 1997-2012 diametralnym wahaniom.

W sytuacji braku sprzeciwu osoby bliskiej odsetek dorosłych Polaków, którzy nie wyraziliby zgody na pobranie narządów od zmarłej bliskiej osoby, wahał się od 7% do 13%, na donację zgodziłoby się zaś od 79% do 86% respondentów. Brak wiedzy na temat postawy zmarłego wobec pobrania od niego narządów skutkowałby brakiem zgody na transplantację wśród 18-23% ankietowanych, a od 60% do 65% wyraziłoby zgodę na przeszczep. Z kolei w momencie, gdy zmarły nie chciał, aby pobrano od niego narządy, zgodnie z jego wolą postąpiłoby 67-76% respondentów, a około jednej piątej respondentów zgodziłoby się na przeszczep.

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwiliby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów bądź zmarła osoba nie wyraziła swojej opinii na temat pobrania od niej narządów lub też zmarła osoba była przeciwna pobraniu od niej narządów.

Tabela 4. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba...?

		1997 (A)	2003 (B)	2007 (C)	2009 (D)	2011 (E)	2012 (F)
<b>Nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów</b>	<b>Sprzeciwił(a)bym się</b>	11% EF	9%	13% BEF	12% BEF	7%	9% F
	<b>Nie sprzeciwił(a)bym się</b>	82%	86% ACDF	79%	81%	87% ACDE	83% C
	<b>Trudno powiedzieć</b>	7%	5%	8% B	7%	6%	8% BE
<b>Nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia</b>	<b>Sprzeciwił(a)bym się</b>	23% E	23% E	21%	22% E	18%	22% E
	<b>Nie sprzeciwił(a)bym się</b>	60%	66% AF	63%	65% A	66% AF	62%
	<b>Trudno powiedzieć</b>	17% DB	11%	16% B	13%	16% BD	16% BD
<b>Była przeciwna oddaniu narządów</b>	<b>Sprzeciwił(a)bym się</b>	74% CD	75% CD	67%	68%	73% CD	76% CDF
	<b>Nie sprzeciwił(a)bym się</b>	15%	18%	20% AF	23% ABEF	18%	17%
	<b>Trudno powiedzieć</b>	10% BF	7%	13% ABDCF	10% BF	9% E	7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12). Symbolami literowymi „A-F” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

Dostępne dane CBOS nie pozwoliły na jednoznaczne określenie wzorca cech, które warunkują stosunek do transplantacji narządów w przypadku śmierci bliskiej osoby w sytuacji, w której dysponowalibyśmy wiedzą dotyczącą jej woli. Trzeba jednak

podkreślić, że sprzeciw wobec transplantacji najczęściej wyrażały osoby najintensywniej uczestniczące w życiu religijnym. Warto również odnotować, że w każdej z analizowanych grup społeczno-demograficznych przeważał pogląd, że należy uszanować wolę zmarłej osoby, niezależnie od tego, jaka ona była. Zwraca tu uwagę pewna prawidłowość. W przypadku, gdy bliska osoba nie miałaby nic przeciwko transplantacji, sprzeciw wobec przeszczepu częściej wyrażały osoby starsze powyżej 65 roku życia, respondenci z wykształceniem zawodowym lub podstawowym, a także badani niekorzystnie oceniający własną sytuację materialną. Jednocześnie te same grupy rzadziej respektowałyby wolę zmarłego, który sprzeciwiłby się pobraniu od niego narządów, aby ratować życie innej osobie.

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwialiby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów.

Tabela 5. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Wiek</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>18-24</b>	7%	5%	7%	9%	9%
<b>25-34</b>	6%	3%	15%	11%	9%
<b>35-44</b>	7%	7%	12%	14%	8%
<b>45-54</b>	17%	9%	10%	11%	7%
<b>55-64</b>	11%	10%	13%	11%	8%
<b>65+</b>	14%	21%	18%	17%	13%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Wieś</b>	12%	12%	14%	14%	10%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	9%	13%	14%	11%	8%
<b>20-100 tys.</b>	9%	7%	10%	12%	8%
<b>101-500 tys.</b>	10%	5%	14%	13%	9%
<b>501 tys. i więcej</b>	9%	4%	9%	8%	9%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Podstawowe</b>	16%	18%	16%	17%	14%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	10%	7%	12%	14%	11%
<b>Średnie</b>	8%	5%	12%	10%	7%

<b>Wyższe</b>	3%	2%	4%	7%	6%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Dobre</b>	5%	5%	10%	10%	8%
<b>Średnie</b>	11%	9%	13%	14%	9%
<b>Złe</b>	14%	12%	15%	14%	12%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K105\_12).

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwiliby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła była przeciwna oddaniu własnych narządów.

Tabela 6. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Wiek</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>18-24</b>	85%	81%	69%	77%
<b>25-34</b>	76%	75%	71%	73%
<b>35-44</b>	78%	78%	64%	73%
<b>45-54</b>	72%	72%	74%	63%
<b>55-64</b>	71%	69%	65%	62%
<b>65+</b>	64%	72%	60%	61%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Wieś</b>	70%	74%	66%	70%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	77%	76%	67%	67%
<b>20-100 tys.</b>	76%	75%	64%	68%
<b>101-500 tys.</b>	77%	75%	72%	66%
<b>501 tys. i więcej</b>	78%	75%	72%	65%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Podstawowe</b>	67%	73%	62%	60%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	76%	72%	67%	65%
<b>Średnie</b>	77%	76%	70%	71%

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

<b>Wyższe</b>	85%	84%	72%	78%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Dobre</b>	78%	76%	70%	71%
<b>Średnie</b>	73%	78%	65%	68%
<b>Złe</b>	73%	69%	68%	60%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09).

Z kolei brak informacji na temat stanowiska zmarłego wobec pobrania od niego narządów skutkowałby tym, że transplantacja byłaby najczęściej blokowana przez mieszkańców wsi oraz osoby z wykształceniem podstawowym. Rozkład odpowiedzi respondentów w tej materii zawierają dwie poniższe tabele.

Tabela 7. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia? (odpowiedzi „sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Wiek</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>18-24</b>	25%	29%	15%	22%	19%	30%
<b>25-34</b>	19%	13%	27%	25%	21%	22%
<b>35-44</b>	21%	24%	17%	22%	21%	17%
<b>45-54</b>	26%	18%	19%	20%	15%	23%
<b>55-64</b>	20%	24%	18%	16%	15%	18%
<b>65+</b>	22%	33%	27%	23%	18%	24%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Podstawowe</b>	24%	34%	23%	25%	20%	29%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	26%	21%	20%	22%	15%	26%
<b>Średnie</b>	19%	18%	21%	19%	22%	19%
<b>Wyższe</b>	19%	13%	15%	20%	12%	14%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Wieś</b>	25%	26%	23%	28%	21%	25%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	24%	28%	29%	14%	16%	21%
<b>20-100 tys.</b>	20%	19%	15%	24%	19%	21%
<b>101-500 tys.</b>	17%	20%	22%	19%	17%	18%

<b>501 tys. i więcej</b>	26%	17%	11%	13%	15%	19%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Dobre</b>	16%	17%	18%	20%	17%	22%
<b>Średnie</b>	25%	24%	21%	23%	18%	21%
<b>Złe</b>	24%	26%	23%	20%	22%	23%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

W sytuacji gdy wiadome byłoby, że osoba zmarła nie miała nic przeciwko transplantacji lub nie byłaby znana jej wola, zgodę na pobranie narządów najczęściej wyrażali respondenci poniżej 55 roku życia<sup>22</sup>, badani mieszkający w miastach, osoby z wyższym wykształceniem oraz badani w korzystnej sytuacji materialnej. Opinie badanych na przestrzeni lat nie ulegały istotnym zmianom. Zdarzały się pojedyncze wahania opinii, ale w żadnej z analizowanych grup społeczno-demograficznych nie odnotowano zmian wskazujących na trwałą zmianę postaw (mogących zapoczątkować taki trend).

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwiliby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów.

Tabela 8. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Wieś</b>	78%	82%	75%	76%	81%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	87%	81%	80%	84%	84%
<b>20-100 tys.</b>	83%	89%	82%	82%	82%
<b>101-500 tys.</b>	85%	92%	82%	82%	86%
<b>501 tys. i więcej</b>	87%	91%	87%	88%	85%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Podstawowe</b>	72%	76%	74%	68%	73%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	84%	89%	77%	83%	80%

22 W przypadku braku wiedzy na temat woli osoby zmarłej – respondenci poniżej 65 roku życia.

<b>Średnie</b>	88%	90%	83%	86%	87%
<b>Wyższe</b>	95%	94%	92%	89%	89%
<b>Wiek</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>18-24</b>	90%	93%	89%	88%	89%
<b>25-34</b>	89%	93%	81%	84%	85%
<b>35-44</b>	88%	89%	78%	82%	83%
<b>45-54</b>	78%	87%	80%	83%	85%
<b>55-64</b>	82%	84%	81%	82%	83%
<b>65+</b>	69%	69%	70%	68%	76%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Dobre</b>	91%	91%	84%	85%	87%
<b>Średnie</b>	80%	86%	78%	78%	83%
<b>Złe</b>	79%	83%	77%	78%	77%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K105\_12).

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwiliby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba nie zajęła stanowiska co do oddania własnych narządów po śmierci.

Tabela 9. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia?  
(odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Wiek</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>18-24</b>	60%	66%	69%	70%	70%	61%
<b>25-34</b>	62%	76%	63%	64%	70%	64%
<b>35-44</b>	67%	63%	66%	62%	63%	65%
<b>45-54</b>	59%	69%	63%	69%	67%	61%
<b>55-64</b>	62%	65%	64%	70%	66%	64%



Polacy wobec pobierania i przeszczepiania narządów w świetle badań CBOS

<b>65+</b>	51%	53%	53%	58%	60%	56%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Wieś</b>	55%	62%	56%	58%	60%	56%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	63%	58%	56%	74%	69%	65%
<b>20-100 tys.</b>	60%	69%	68%	63%	66%	63%
<b>101-500 tys.</b>	66%	70%	68%	70%	70%	69%
<b>501 tys. i więcej</b>	66%	72%	75%	75%	74%	71%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Podstawowe</b>	51%	52%	55%	55%	58%	48%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	57%	66%	62%	66%	67%	56%
<b>Średnie</b>	70%	72%	66%	70%	64%	67%
<b>Wyższe</b>	73%	78%	75%	73%	79%	75%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Dobre</b>	73%	73%	68%	68%	73%	66%
<b>Średnie</b>	56%	64%	62%	63%	62%	62%
<b>Złe</b>	56%	60%	57%	65%	59%	58%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

Nie odnotowano wyraźnych różnic w przypadku sytuacji sprzeciwu zmarłej osoby. W niemal każdej z analizowanych grup odsetek zwolenników przeszczepu utrzymywał się na zbliżonym poziomie. Aczkolwiek można zauważyć, że brak sprzeciwu względnie częściej deklarowali mieszkańcy największych miast oraz badani źle oceniający własną sytuację materialną.

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwialiby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba sprzeciwiała się oddaniu własnych narządów.

Tabela 10. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Wiek</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>18-24</b>	11%	15%	21%	18%
<b>25-34</b>	16%	19%	21%	20%
<b>35-44</b>	17%	15%	20%	19%
<b>45-54</b>	18%	23%	15%	29%
<b>55-64</b>	15%	19%	23%	24%
<b>65+</b>	15%	18%	19%	25%
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Wieś</b>	16%	17%	18%	18%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	16%	17%	24%	23%
<b>20-100 tys.</b>	15%	18%	23%	21%
<b>101-500 tys.</b>	15%	21%	16%	30%
<b>501 tys. i więcej</b>	17%	20%	19%	29%
<b>Wykształcenie</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Podstawowe</b>	14%	19%	19%	22%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	16%	21%	17%	29%
<b>Średnie</b>	18%	19%	22%	21%
<b>Wyższe</b>	12%	9%	20%	17%
<b>Ocena własnych warunków materialnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Dobre</b>	15%	15%	17%	21%
<b>Średnie</b>	17%	17%	20%	23%
<b>Złe</b>	14%	23%	21%	27%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09).

Brak sprzeciwu wobec przeszczepu (niezależnie od woli zmarłej osoby) różnił się w zależności od częstotliwości brania udziału w praktykach religijnych. Szczególnie wyraźne różnice notowano (niemal w każdym pomiarze) pomiędzy osobami gorliwie praktykującymi (kilka razy w tygodniu) oraz tymi, które w ogóle nie praktykują. W tej drugiej grupie częściej pojawiały się deklaracje braku sprzeciwu wobec pobrania narządów od zmarłej osoby.

Poniższe tabele zawierają rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwiliby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów.

Tabela 11. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Udział w praktykach religijnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2012</b>
<b>Kilka razy w tygodniu</b>	78%	78%	74%	63%	80%
<b>Raz w tygodniu</b>	80%	84%	80%	83%	82%
<b>1-2 razy w miesiącu</b>	85%	92%	76%	74%	83%
<b>Kilka razy w roku</b>	87%	92%	84%	85%	84%
<b>W ogóle nie uczestniczy</b>	85%	85%	77%	83%	86%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K105\_12).

Tabela 12. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiadała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Udział w praktykach religijnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Kilka razy w tygodniu</b>	63%	63%	54%	57%	71%	56%
<b>Raz w tygodniu</b>	54%	61%	62%	64%	63%	60%
<b>1-2 razy w miesiącu</b>	59%	76%	63%	59%	64%	62%
<b>Kilka razy w roku</b>	68%	70%	66%	70%	72%	65%
<b>W ogóle nie uczestniczy</b>	80%	68%	66%	73%	66%	70%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09, K105\_12).

Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy w przypadku śmierci osoby bliskiej respondenci sprzeciwiliby się pobraniu narządów w celu ratowania życia innej osoby, wiedząc, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów.

Tabela 13. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

<b>Udział w praktykach religijnych</b>	<b>1997</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
<b>Kilka razy w tygodniu</b>	15%	25%	19%	18%
<b>Raz w tygodniu</b>	15%	18%	19%	23%
<b>1-2 razy w miesiącu</b>	15%	11%	20%	21%
<b>Kilka razy w roku</b>	16%	21%	17%	22%
<b>W ogóle nie uczestniczy</b>	18%	24%	23%	28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K50\_97, K171\_03, K100\_07, K146\_09).

### § 3. Stosunek do swobody rozporządzania własnym ciałem

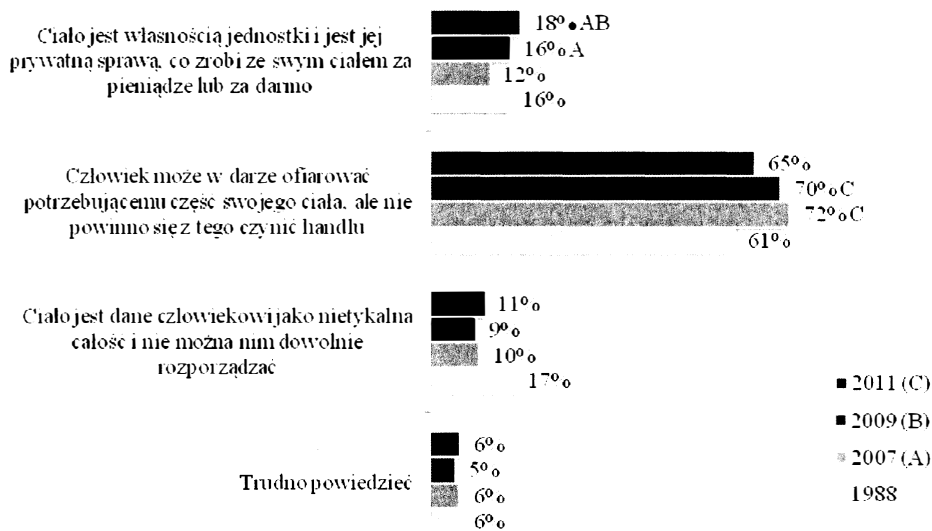
W tej części pracy zostanie przybliżony stosunek respondentów do swobody rozporządzania własnym ciałem, stosunek do bycia żywym dawcą, przyczyny sprzeciwu wobec pobierania narządów, a także opinie na temat momentu śmierci człowieka.

Polacy mają stałe poglądy na temat **swobody dysponowania własnym ciałem**. Zmiany odnotowane w okresie ostatnich 20 lat były niewielkie. Jedynie można zauważyć, że w stosunku do 1988 r. wyraźnie ubyło osób o poglądach integrystycznych, tzn. traktujących ciało ludzkie jako nietykalną całość, bez możliwości dowolnego nim rozporządzania. O ile w 1988 r. z takim poglądem zgadzała się blisko jedna piąta badanych, to w 2011 r. opinię tę podzielał jeden na dziesięciu ankietowanych.

Generalnie w stosunku do ciała ludzkiego przeważa względny liberalizm – człowiek może oferować część swojego ciała osobie potrzebującej, aczkolwiek nie powinno się z tego czynić transakcji handlowej. Opinia ta jest bliska około dwóm trzecim respondentów. Z kolei osoby wyznające bardziej liberalne poglądy, a więc dopuszczające również handel własnym ciałem (w kontekście przeszczepów), stanowią blisko jedną piątą społeczeństwa (16% w 1988 r. i 18% w 2011 r.).

Poniższy wykres obrazuje stosunek respondentów do własnego ciała i swobody dysponowania nim.

Wykres 15. Postęp medycyny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K146\_09, K191\_11). Symbolami literowymi „A-C” wyróżniono różnice istotne statystycznie<sup>23</sup>.

W każdej grupie społeczno-demograficznej przeważała opinia o możliwości przekazania części swojego ciała (ale bez pobierania za to wynagrodzenia). Swobodny stosunek do handlu narządami najczęściej charakteryzował ludzi młodych. Zwraca uwagę, że jeszcze w 2007 r. za zupełną swobodą dysponowania własnym ciałem opowiadało się 16% osób w wieku 18-24 lat (nieznacznie więcej niż w innych grupach wiekowych), podczas gdy 5 lat później taką opinię podzielało już 27% przedstawicieli tej grupy (wyraźnie więcej niż w innych grupach wiekowych). Wysoki poziom liberalizmu wyróżniał także osoby nieuczestniczące w praktykach religijnych. W ich przypadku zarówno w badaniu w 2007 r., jak i 2011 r. widać częściej niż w pozostałych grupach deklaracje, że ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo.

Jeżeli natomiast szukać postaw integrystycznych, to najczęściej można je było spotkać wśród najstarszych badanych, tj. w wieku powyżej 65 roku życia (około 17%), mieszkańców wsi i małych miast (10-15%), osób z wykształceniem zasadni-

23 Dane z lat 2007-2011 pochodzą z badań CBOS. Wyniki z 1988 r. z badania OBOP. W przypadku badania OBOP nie jest znana wielkość próby, dlatego nie przeprowadzono testów istotności statystycznej.

czym zawodowym lub niższym (około 15%). Także osoby w złej sytuacji materialnej częściej od pozostałych wyrażały opinię o nienaruszalności ludzkiego ciała, aczkolwiek w 2011 r. różnica pomiędzy nimi a pozostałymi respondentami uległa wyraźnemu zmniejszeniu. Ponadto często przekonani do tego, że ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać, byli respondenci, którzy kilka razy w tygodniu brali udział w praktykach religijnych. Trzeba jednak podkreślić, że było to widoczne szczególnie w wynikach badania przeprowadzonego w 2011 r. Wówczas to 22% przedstawicieli tej grupy mówiło o nienaruszalności ludzkiego ciała (było to 10 punktów procentowych więcej niż w badaniu zrealizowanym 4 lata wcześniej).

Zamieszczone w aneksie tabele 14-18 zawierają dane na temat stosunku respondentów do swobody rozporządzania własnym ciałem ze względu na wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, warunki materialne, a także intensywność w wykonywaniu praktyk religijnych.

W latach 2007 i 2011 badacze CBOS sprawdzali, **czy Polacy byliby w stanie oddać za życia nerkę**. Niestety w tych dwóch badaniach posługiwano się różną kafeterią i dlatego wyniki tylko częściowo są porównywalne. W badaniu z 2007 r. rozpatrywano następujące sytuacje: a) biorcą jest brat/siostra, z którym/którą respondent nie utrzymuje na co dzień kontaktów, b) biorcą jest daleki krewny, c) biorcą jest przyjaciel/przyjaciółka, d) biorcą jest przełożony/podwładny, e) biorcą jest obcy człowiek, który nie ma nikogo bliskiego. Natomiast w 2011 r. uproszczono kafeterię poprzez sprowadzenie jej do czterech sytuacji oraz zawężenie opisu potencjalnego biorcy: a) biorcą jest najbliższa osoba z rodziny, b) biorcą jest dalszy członek rodziny, c) biorcą jest przyjaciel/przyjaciółka, d) biorcą jest obca osoba.

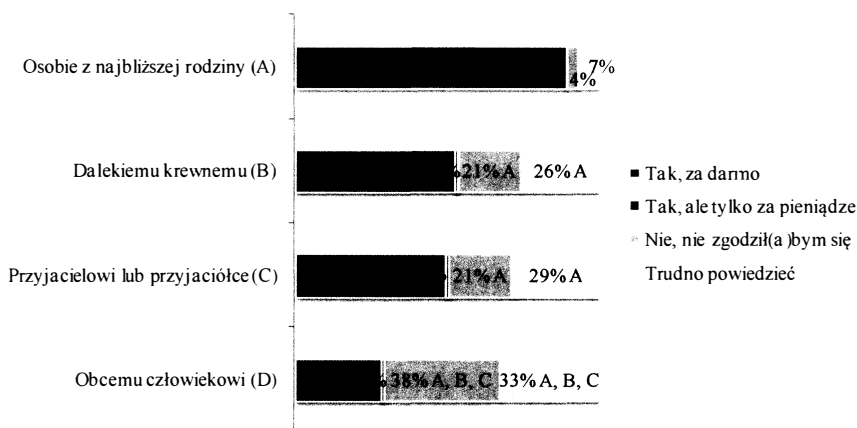
Wyniki pomiaru pokazały dwie kwestie. Po pierwsze, uwidoczniał się silny dystans społeczny. Im mniejsze pokrewieństwo, im większe oddalenie od biorcy, tym mniejsza skłonność do przekazania własnej nerki. Po drugie, zdecydowanie, nawet w przypadku przeszczepu nerki obcej osobie, przeważa postawa altruistyczna (narząd zostałby oddany za darmo). Niemalże zupełny brak postaw merkantylnych (około 3%) może być jednak mylący. Z jednej strony CBOS posługiwał się sformułowaniem „oddać”, a nie „oddać/sprzedać” i mogło to zawyżać odsetek deklaracji, że zrobiono by to za darmo. Z drugiej zaś strony prezentowana bezinteresowność może być efektem dostosowania się respondentów do wyobrażonych oczekiwań społecznych. Jeżeli na szali mamy ludzkie życie, wówczas badanym trudno zaprezentować postawę uzależniającą to życie od wysokości wynagrodzenia. Wydaje się, że ten drugi powód silniej niż sama konstrukcja pytania wpływał na kształtowanie się rozkładu odpowiedzi. Warto przy tym zwrócić uwagę, że w innym pytaniu dotyczącym dysponowania

przez człowieka własnym ciałem<sup>24</sup> blisko jedna piąta (18%) respondentów opowiedziała się za zupełną swobodą rozporządzania własnym ciałem.

Nie jest zaskoczeniem, że najczęściej (85-89%) Polacy byliby skłonni oddać nerkę osobie z najbliższej rodziny. Istotnie mniejszą gotowość do takiego działania respondenci deklarowali w przypadku dalekiego krewnego. Warto odnotować, że w 2011 r. zmniejszyła się gotowość do oddania narządu dalekiemu krewnemu z 60% do 52%. Natomiast na zbliżonym poziomie w obu pomiarach pozostawał odsetek respondentów skłonnych oddać nerkę przyjacielowi lub przyjaciółce (49-53%). Zmniejszył się za to odsetek badanych gotowych oddać nerkę obcemu człowiekowi (z 35% do 28%). Wpływ na odnotowaną zmianę mogła mieć różnica treści punktu kafeterii. W 2007 r. podkreślano, że potencjalny obcy biorca nie ma nikogo bliskiego, w 2011 r. zrezygnowano z podkreślenia specyficznej sytuacji biorcy. Najrzadziej deklarowano chęć oddania narządu przełożonemu/podwładnemu (29% za darmo i 3% za pieniądze).

Dwa poniższe wykresy obrazują rozkład odpowiedzi na pytanie o gotowość oddania za życia jednej ze swoich nerek osobie będącej w potrzebie.

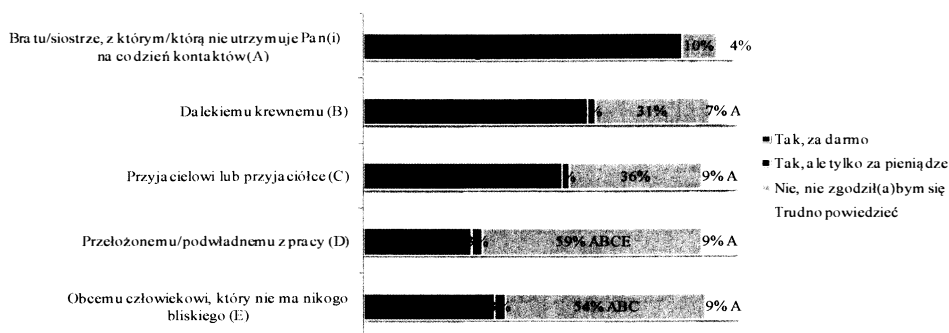
Wykres 16. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K91\_11. Symbolami literowymi „A-D” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

24 Pytanie brzmiało: „Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, itp. operacji doprowadził do sporu, czy człowiek może zrobić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada? a) Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co robi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo; b) Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu; c) Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać”.

Wykres 17. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną z swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_07. Symbolami literowymi „A-E” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

Analiza postaw przedstawicieli poszczególnych grup społeczno-demograficznych była utrudniona ze względu na brak dostępu do pełnych danych metryczkowych z badania przeprowadzonego w 2011 r. W tym przypadku Autorka posiadała jednak dostęp do danych prezentujących rozkład odpowiedzi poszczególnych grup badanych na pytanie dotyczące przekazania nerki obcej osobie i tylko w tym wąskim zakresie można dokonać porównania z wynikami z 2007 r.

Generalnie większą skłonność do altruizmu wykazywali najmłodsi badani (do 24 roku życia) oraz osoby najczęściej uczestniczące w praktykach religijnych. Względnie często przedstawiciele tych grup twierdzili, że byliby gotowi poświęcić się na rzecz osób niezwiązanych z nimi więzami krwi. Trzeba jednak zauważyć, że w przypadku najmłodszych respondentów 2011 r. przyniósł wyraźne zmniejszenie odsetka deklaracji, że zgodziliby się oni na przekazanie za życia nerki obcej osobie. W 2007 r. postąpiłoby tak 43% najmłodszych respondentów, zaś w 2011 r. tylko 31%. Jeżeli natomiast szukać grup najmniej chętnych do oddania nerki, okazuje się, że przede wszystkim taką grupę stanowiły osoby w wieku powyżej 65 roku życia. Szczególnie widoczne było to w sytuacjach, gdy biorcą miałby być daleki krewny, przyjaciel lub przyjaciółka.

Trzeba podkreślić, że powyżej opisane dane budzą wątpliwości natury metodologicznej. W latach 2007-2011 mieliśmy do czynienia z trudno wytłumaczalną zmianą postaw, która objęła wszystkie analizowane grupy społeczno-demograficzne. W 2007 r. respondenci zazwyczaj przyjmowali jednoznaczne stanowisko – albo deklarowali się jako potencjalni dawcy, albo to wykluczali. Odsetek respondentów wahających się był stosunkowo niewielki (nie przekraczał 10%). Tymczasem wyniki z 2011 r. pokazują, że na przestrzeni 4 lat doszło do radykalnego, bo trzykrotne-



go (w niektórych grupach społecznych nawet większego) wzrostu niepewności co do tego, czy przekazać, czy nie przekazać nerki obcemu człowiekowi.

Pewnym wytłumaczeniem może być zmiana opisu hipotetycznego biorcy. Ten w pierwszym z omawianych badań był przedstawiany jako ktoś, kto nie posiada nikogo bliskiego i być może ta okoliczność wymuszała na respondentach podjęcie konkretnej decyzji. W tym przypadku były to częściej decyzje pozytywne dla tej osoby (częściej deklarowano, że przekazano by nerkę, niż negowano taką możliwość). W 2011 r. pytano natomiast o obcą osobę bez podkreślenia, że znajduje się ona w sytuacji osamotnienia. Jeśli rzeczywiście wpływ na wynik miałyby ta zmiana, wówczas oznaczałoby to, że relatywnie duża grupa badanych była przekonana, iż obowiązek donacji spoczywa przede wszystkim na rodzinie (bliskich osobach). Wskazuje na to wyraźne zmniejszenie się odsetka respondentów deklarujących bezinteresowną postawę.

Z drugiej strony mieliśmy również do czynienia z obniżeniem się odsetka ankietowanych, którzy wykluczali przekazanie swojej nerki na rzecz obcej osoby. To z kolei może świadczyć o tym, że u części badanych słyszących określenie „obca osoba, która nie ma nikogo bliskiego” następowało uruchomienie negatywnych stereotypów<sup>25</sup>. Dlatego w 2007 r. mieliśmy także do czynienia z większym odsetkiem odpowiedzi negatywnych niż w 2011 r., gdy opis potencjalnego biorcy został pozbawiony sformułowań zwiększających w świadomości badanych skłonność do budowania skryzalizowanego (pozytywnego lub negatywnego) obrazu osoby, której mieliby przekazać swoją nerkę.

Tabela 19 oraz tabela 20, zamieszczone w aneksie, obrazują stosunek respondentów do darowania nerki za życia różnym kategoriom biorców. Zmienne społeczno-demograficzne to wiek i udział w praktykach religijnych.

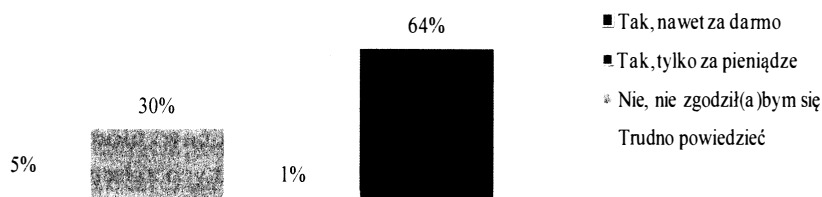
W 2007 r. sprawdzono również, czy Polacy byliby gotowi oddać po swojej śmierci serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi. Okazało się, że odsetek respondentów skłonnych to uczynić był dwukrotnie wyższy od odsetka deklarujących, że za życia przekazaliby swoją nerkę nieznannej sobie osobie. Widać zatem wyraźnie, iż pozytywne nastawienie do transplantacji rośnie w sytuacji, gdy nie wiąże się ona z ryzykiem zdrowotnym, zaś brak relacji rodzinnych lub koleżeńskich z biorcą stanowi relatywnie niewielką przeszkodę dla przeszczepu. Niemniej, trzeba również podkreślić, że w 2007 r. częściej deklarowano, że zgodzono by się na pobranie własnych narządów po śmierci (78%) niż pobranie po śmierci serca (65%), co wskazuje na szczególne znaczenie tego narządu dla badanych. Być może w grę wchodzi silna symbolika tego narządu, który np. w Biblii bywa utożsamiany z miejscem woli, uczuć, ale też uosabia człowieka jako całość. Jest to oczywiście spekulacja, ale warto też wskazać

25 Np. skojarzenia z kimś zaniedbanym, oschłym, nieprzyjemnym.

na nieco inne podłoże takich, a nie innych postaw badanych, także będące wynikiem przypuszczeń. W niniejszej pracy wątek ten będzie przejawiał się wielokrotnie, dlatego w tym miejscu jedynie marginalnie należałoby odnieść się do tzw. sprawy doktora G. – transplantologa, któremu postawiono oprócz korupcji zupełnie chybiony, jak się okazało po kilku latach, zarzut zabójstwa jednego z pacjentów, dokonanego rzekomo w związku z wykonywaniem zawodu lekarza transplantologa<sup>26</sup>.

Znamienne jest, że w analizowanym badaniu społecznym donacja serca była jedną z rozpatrywanych sytuacji, w których osoby często biorące udział w praktykach religijnych rzadziej od tych w ogóle w nich nieuczestniczących mówiły, że zgodziłyby się na donację (65% wobec 73%). Poniższy wykres obrazuje rozkład odpowiedzi na pytanie o zgodę na donację serca po śmierci dla osoby, która oczekuje na narząd.

Wykres 18. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_07.

Bardzo ważną kwestią było zdiagnozowanie **przyczyn sprzeciwu wobec pobierania narządów**. W latach 2007 i 2012 badanym zadano pytanie o to, dlaczego rodziny zmarłych często sprzeciwiają się pobraniu narządów. Było to pytanie otwarte, a więc miało charakter projekcyjny, nie dotyczyło bezpośrednio stosunku badanego do omawianej kwestii. Zanim Autorka przejdzie do omówienia uzyskanych wyników, należy zaznaczyć, że nie są one w pełni porównywalne. Dane z 2012 r. wykorzystują tylko w ograniczonym zakresie kategorie kodowe zastosowane w 2007 r.

W obu badaniach najczęściej zwracano uwagę na związek religii z niechęcią do transplantacji. Przy czym, o ile w 2007 r. odsetek wskazań na kategorie bezpośrednio dotyczące religii oraz takie, w których wpływ wiary jest domniemany<sup>27</sup>, był taki sam, to w 2012 r. wyraźnie zmniejszył się nacisk na argumentację wprost wskazującą na religię jako przyczynę niechęci. Rósł natomiast odsetek wypowiedzi, za który-

26 Nie udowodniono lekarzowi żadnego zabójstwa, a zarzut uczyniony publicznie był przejawem populistycznej postawy ówczesnego Ministra Sprawiedliwości.

27 Badani nie używali wprost określeń: wiara, kościół, religia itp., jednak można przypuszczać, że za ich wypowiedziami kryją się odwołania do sfery *sacrum*.

mi przypuszczalnie znajdują się motywy związane z wiarą. Pierwszy typ wypowiedzi nazwano „religijne” i w 2007 r. gościły one w wypowiedziach 31% respondentów, zaś w 2012 r. stanowiły 23% głosów. Drugi typ stwierdzeń, nienawiązujący wprost do religii, ale będący jej blisko, nazwano „światopoglądowym”. Odsetek tych stwierdzeń wyniósł w 2007 r. aż 30%, po czym w 2012 r. wzrósł do 52%.

Trudno wyjaśnić, skąd wzięły się odnotowane różnice. Wymagałoby to bowiem szczegółowej analizy treści przekazu mediów, w tym również prześledzenia głosów dobiegających ze środowisk związanych z Kościołem. Niewątpliwie jednak w wypowiedziach badanych można zaobserwować wpływ sprawy związanej z zatrzymaniem i postawieniem przez prokuratora zarzutów kryminalnych jednemu z lekarzy pracujących w warszawskiej Klinice Kardiochirurgii. W 2007 r. brak zaufania do systemu transplantologicznego w Polsce wyraziło bowiem 16% badanych, którzy mówili m.in. o swoich wątpliwościach wobec uczciwości lekarzy, jakości leczenia, poprawności stawianych diagnoz. Pięć lat później podobne wypowiedzi zdarzały się już znacząco rzadziej (5%).

Warto wyjaśnić, że problem deficytu zaufania do systemu mógł zostać zwiększony wskutek głośnego medialnie wydarzenia określanego przez mass media jako „sprawa doktora G.”. W lutym 2007 r. Centralne Biuro Antykorupcyjne dokonało zatrzymania transplantologa Mirosława G., podejrzanego o korupcję i, jak podał opinii publicznej Minister Sprawiedliwości, o zabójstwo jednego z pacjentów, dokonane w związku z wykonywaniem zawodu lekarza transplantologa<sup>28</sup>. W kwietniu 2007 r. media podały z kolei informację o usypianiu pacjentów w Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w celu pobrania od nich narządów do transplantacji<sup>29</sup>. Zaufanie społeczne spadło wówczas do tego stopnia, że liczba transplantacji od dawców zmarłych zmniejszyła się o 60% w porównaniu z okresem sprzed marca 2007 r. Dla przykładu w styczniu 2007 r. wykonano 102 przeszczepy, podczas gdy w kwietniu już tylko 45<sup>30</sup>. Wydarzeniem, które również podważyło zaufanie do idei przeszczepiania narządów, był przypadek 37-letniej pacjentki z Bydgoszczy, oczekującej od 15 lat na nerkę. W styczniu 2007 r. lekarze przeszczepili jej narząd od dawcy z chorobą nowotworową, co w dalszej konsekwencji spowodowało, że w organizmie zainfekowanej biorczynie rozwinęła się ta śmiertelna choroba i biorczymi zmarła. Jak wynika przykładowo z amerykańskich danych, od 1994 do 2001 r., na ponad 108 tys. przeszczepów

- 28 Była to tzw. sprawa doktora G., określenie używane w mediach wobec okoliczności zatrzymania i postawienia przez prokuratora zarzutów kryminalnych lekarzowi Mirosławowi Garlickiemu, szefowi Kliniki Kardiochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Stołecznego Zarządu Zdrowia MSWiA w Warszawie przy ulicy Wołoskiej. Mirosław Garlicki został zatrzymany przez CBA w dniu 12 lutego 2007 r. W dniu 14 lutego 2007 r. na specjalnej konferencji prasowej Minister Sprawiedliwości – Prokurator Generalny i Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego poinformowali, że prokurator postawił lekarzowi 20 zarzutów, w tym zarzut zabójstwa w zamiarze ewentualnym. Łączna liczba zarzutów miała wynieść ostatecznie 50.
- 29 M. Gawina, Zemsta doktora S.?, Kurier Poranny z dnia 28 marca 2007 r., s. 1.
- 30 Statystyka przeszczepiania narządów od zmarłych dawców w miesiącach, [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2007.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2007.html).

nowotwór rozwinął się w 21 przypadkach, a przypadek, o którym mowa, jest pierwszym takim w Polsce. Ze wstępnych analiz wynika, iż nie był to medyczny błąd<sup>31</sup>. Pomimo że nie zawinił człowiek, a nieszczęśliwy splot okoliczności doprowadził do tragicznego finału, odbiór społeczny był i jest w takich wypadkach jednoznacznie negatywny<sup>32</sup>.

Wypada zauważyć za P. Waszkiewiczem, że wypowiedzi czołowych polityków oraz media ukazujące przestępczość w przerysowany sposób na zasadzie „zła informacja to dobra informacja” kształtują niewłaściwy obraz mający wpływ na poczucie bezpieczeństwa obywateli<sup>33</sup>, co jest widoczne na przykładach wyżej przywołanych spraw także w obszarze medycyny transplantacyjnej. Szukanie taniej sensacji, wokół której można ogniskować uwagę społeczną, sprzyja populizmowi penalnemu, rozumianemu jako zespół społecznych przekonań, a także działań politycznych i legislacyjnych podejmowanych z programowym ograniczaniem roli ekspertów, współkształtowanym przez media, a charakteryzującym się surowym nastawieniem do przestępczości i brakiem współczucia dla jej sprawców<sup>34</sup>. Nie do przecenienia pozostaje tu rola mediów w kreowaniu różnego rodzaju zagrożeń i sprzyjaniu populizmowi<sup>35</sup>. Obraz przestępczości, który ukazują środki masowego przekazu, jest zawsze zniekształcony i nigdy nie oddaje rzeczywistości, a wiadomości medialne są uproszczone i przedramatyzowane<sup>36</sup>.

Tabela zamieszczona poniżej pokazuje z kolei, jakie są przyczyny sprzeciwu rodziny na pobieranie narządów od osób bliskich w opinii respondentów.

Tabela 21. Dlaczego Pana(i) zdaniem, rodziny osób zmarłych często sprzeciwiają się pobraniu narządów?

	2007	2012	2007	2012	
<b>Wpływ wiary, religii – ogólnie</b>	25%	18%	31%	23%	Religijne
<b>Wpływ Kościoła katolickiego</b>		1%			
<b>Wpływ wiary pojmowanej negatywnie, jako zabobony, przesady, błędne interpretacje zasad religii</b>	2%	1%			
<b>Obawy związane z życiem po śmierci, zmartwychwstaniem, zbawieniem</b>	4%	3%			

- 31 K. Konieczna, Lekarze przeszczepili jej nerkę z rakiem, Dziennik z dnia 29 września 2007 r., wydanie *on-line*.  
 32 E.M. Guzik-Makaruk, Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym, Białystok 2008, s. 291.  
 33 P. Waszkiewicz, Traktat o dobrej prewencji kryminalnej, Warszawa – Newark 2015, s. 33 i n.  
 34 W. Zalewski, Populizm penalny – próba zdefiniowania zjawiska, (w:) Z. Sienkiewicz, R. Kokot (red.), Populizm penalny i jego przejawy w Polsce. Materiały z ogólnopolskiego zjazdu Katedr Prawa Karnego Szklarska Poręba, 24-27 września 2008 r., Wrocław 2009, s. 23, 31 i n.  
 35 Zob. zwłaszcza znakomity tekst autorstwa M. Filara pt. Rola mediów w kreowaniu zagrożeń i sprzyjaniu populizmowi, (w:) Z. Sienkiewicz, R. Kokot (red.), *op. cit.*, s. 51-56.  
 36 D. Woźniakowska-Fajst, Media a przestępczość, (w:) K. Buczkowski, B. Czarnecka-Działuk, W. Klaus, A. Kosowska, I. Rzeplińska, P. Wiktorska, D. Woźniakowska-Fajst, D. Wójcik, Społeczno-polityczne konteksty współczesnej przestępczości w Polsce, Warszawa 2013, s. 372-373.

Niechęć do ingerowania w ciało zmarłego, potrzeba zachowania jego integralności, szacunek do zmarłego i jego ciała	19%	17%	30%	52%	Światopoglądowe
Brak wiedzy, niewielka świadomość społeczna	8%	14%			
Szok związany ze śmiercią bliskiego, silne emocje, trudności podjęcia decyzji	3%	8%			
Niechęć do dzielenia się zmarłym z obcymi osobami		7%			
Brak znajomości woli osoby zmarłej		6%			
Obawy przed nieuczciwością lekarzy, brak zaufania do lekarzy, a także do transplantologii jako dziedziny medycznej	8%	1%	16%	5%	Deficyt zaufania do systemu
Obawy dotyczące poprawności diagnozy śmierci, jakości procedur medycznych	2%	3%			
Obawy o jakość procedur prawnych dotyczących pobierania narządów	1%				
Brak wiary w skuteczność przeszczepu	1%				
Obawy przed handlem narządami	4%	1%			
Wpływ tradycji, zwyczajów, kultury, archaicznych poglądów	3%	4%	29%	12%	Pozostałe
Brak wrażliwości społecznej, obojętność, egoizm	6%	2%			
Obawy, strach – ogólnie i te związane ze śmiercią	6%	2%			
Przekonania, poglądy – ogólnie	7%				
Przywiązanie do własnego ciała	2%				
Ogólniki, tautologie, wypowiedzi niejasne, inne	5%	4%			
Trudno powiedzieć	28%	25%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K105\_12).

Wypowiedzi badanych różniły się w zależności od posiadanych przez nich cech społecznych i demograficznych. Osoby najlepiej wykształcone oraz niepraktykujący religijnie częściej od pozostałych mówili o negatywnym wpływie religii. Najmłodszy respondenci z kolei częściej niechęć do pobrania narządów od obcej osoby tłumaczyli dążeniem do zachowania integralności ciała oraz oporem przed oddaniem części tego ciała obcej osobie<sup>37</sup>.

Badania CBOS zawierają także **opinie na temat momentu śmierci człowieka**. W tradycyjnym pojmowaniu kwestii śmierci pojawia się ona wraz z ustaniem pracy serca. Śmierć następowała wraz z ostatnim oddechem. Rozwój technologii medycznych podtrzymujących życie spowodował zdefiniowanie pojęcia śmierci. Wobec możliwości utrzymywania krążenia i oddychania metodami sztucznymi za podstawę śmierci zaczęto przyjmować śmierć pnia mózgu. Znajduje to swoje odzwierciedle-

37 Autorka nie posiada danych metryczkowych opisujących szczegółowo rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn sprzeciwu pobrania narządów od osób zmarłych, dlatego opis grup bazuje jedynie na informacji z komunikatu CBOS.

nie w przepisach regulujących transplantacje. W myśl art. 9 i 9a ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, za osobę zmarłą, od której można pobrać narządy do przeszczepu, uznaje się osobę, u której stwierdzono trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia.

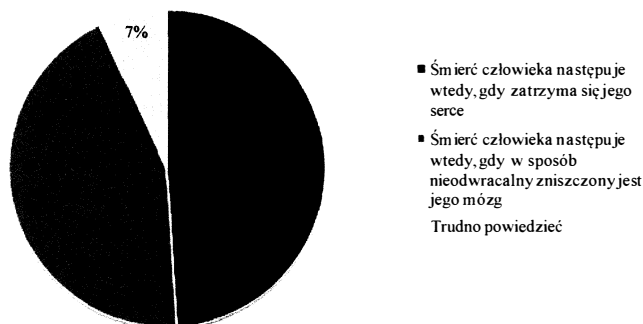
To, w jaki sposób podchodzimy do definicji śmierci, może mieć poważne implikacje dla decyzji o wyrażeniu zgody lub sprzeciwu wobec pobrania narządów od bliskiej nam osoby. Dla osób, które za centralny punkt śmierci uznają ustanie akcji serca, teoretycznie decyzja dotycząca przeszczepu nie jest prosta w momencie otrzymania informacji o ustaniu pracy mózgu. Wówczas zgoda na przeszczep wiąże się z koniecznością odłączenia maszyn podtrzymujących funkcje kardiologiczno-oddechowe, co może być traumatycznym przeżyciem, zwłaszcza że za zawsze mamy nadzieję (nawet jeżeli jest to nieracjonalne) na powrót do życia (zdrowia) bliskiej nam osoby. Skutkiem tego osoby uznające za moment śmierci ustanie funkcji oddechowo-sercowych mogą nie być skłonne do wyrażania zgody na dokonanie transplantacji. Może mieć to bardzo duże znaczenie w sytuacjach nagłych, gdy liczy się każda minuta. Sytuacja nagła to taka, w której bliscy są skonfrontowani ze śmiercią zupełnie nieoczekiwanie, najczęściej jest to spowodowane wypadkiem<sup>38</sup>.

Jak się okazuje, Polacy są podzieleni w kwestii określenia momentu śmierci, przy czym nieznacznie przeważa pogląd, że następuje on wówczas, gdy zatrzymuje się serce człowieka. Za takim pojmowaniem śmierci było w 2012 r. aż 49% respondentów, o 6 punktów procentowych więcej niż ankietowanych będących przekonanych, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest jego mózg. Był to inny wynik od odnotowanego w 1997 r., kiedy to respondenci częściej aprobowali śmierć mózgu jako moment śmierci. Różnica pomiędzy 1997 i 2012 r. mogła być efektem odmiennej konstrukcji pytania i powiązanych z nim odpowiedzi. W 1997 r. nie tyle pytano respondentów o to, co można uznać za chwilę śmierci, ile o to, czy śmierć człowieka następuje wówczas, gdy umiera jego mózg, nawet jeżeli bije jego serce. Badani zatem nie zostali bezpośrednio postawieni w sytuacji wyboru alternatywy. Wyniki były następujące: 49% badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że człowiek umiera wtedy, gdy jego mózg nieodwracalnie przestał działać (w tym 29% zdecydowanie się zgadza). Jednocześnie 29% nie zgodziło się z taką opinią (w tym 13% zdecydowanie się nie zgodziło)<sup>39</sup>. Poniżej zamieszczony wykres pokazuje stanowiska respondentów w odniesieniu do momentu śmierci człowieka.

38 W Polsce dominuje stereotyp, że idealnym dawcą organów jest motocyklista z wypadku, z reguły młody i zdrowy, doznający często urazu głowy, zob. np. B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 416. Pogląd ten jest mocno wyidealizowany, albowiem zazwyczaj urazy doznane w wyniku wypadku w komunikacji eliminują ofiarę wypadku z bycia dawcą zdrowych narządów. Motocyklista to nie jest dawca narządów, [www.przeszczep.pl](http://www.przeszczep.pl).

39 Problem braku alternatywy w postaci możliwości opowiedzenia się za jedną lub drugą definicją śmierci widać wyraźnie w postaci sporego odsetka odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

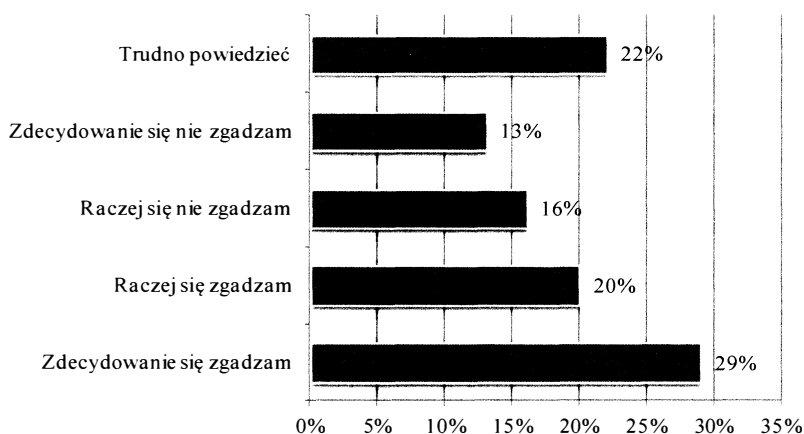
Wykres 19. Które z twierdzeń oddaje Pana(i) przeświadczenie o momencie śmierci człowieka?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K105\_12.

Poniższy wykres z kolei pokazuje opinie respondentów w odniesieniu do śmierci mózkowej przy utrzymywaniu pracy serca. Tylko połowa respondentów uważa, że pomimo pracy serca człowiek po ustaniu funkcji mózgu jest martwy. Co piąty badany nie potrafił zająć stanowiska w tej kwestii, natomiast 29% ankieterowanych jest zdania, że praca serca przy śmierci mózkowej przesądza o tym, że człowiek jest żywy, a nie martwy.

Wykres 20. Czy zgadza się Pan(i) czy nie zgadza z opinią, że człowiek umiera wtedy, gdy jego mózg nieodwracalnie przestał działać, choćby nawet serce jeszcze działało?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K50\_97.

Autorka nie posiada dostępu do danych metryczkowych opisujących rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie. Dlatego opis różnic opinii w poszczególnych grupach społeczno-demograficznych musi zostać zawężony do podania za CBOS, że podejście do kwestii śmierci było wyznaczone przez takie zmienne, jak wykształcenie oraz częstotliwość uczestniczenia w praktykach religijnych. Osoby z wykształceniem średnim i wyższym oraz badani sporadycznie (kilka razy do roku) lub wcale nieuczestniczący w praktykach religijnych za moment śmierci uważali ustanie funkcji życiowych mózgu.

Ponadto badacze CBOS zwracają uwagę, że zwolennicy tradycyjnej definicji (śmierć w momencie ustania akcji serca) częściej są skłonni do sprzeciwu wobec oddania własnych narządów (18% wobec 11% wśród osób uważających, że śmierć następuje, gdy nieodwracalnie zniszczony jest mózg), jak i pobrania ich z ciała bliskiego w sytuacji braku wiedzy o jego woli (26% wobec 17%).

#### § 4. Znajomość regulacji prawnych w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów

W tej części pracy przybliżono znajomość regulacji prawnych, preferencje wobec różnych rozwiązań prawnych, a także kwestie regulacji nagłych wypadków. **Znajomość regulacji prawnych przez respondentów** była także przedmiotem badań CBOS.

Zupełnie skrótowo ujmując, kwestia transplantacji w Polsce jest przedmiotem regulacji ustawy z dnia 1 stycznia 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Zasady pozyskiwania dawców przedstawiają się następująco:

- żywego – poprzez uzyskanie jego dobrowolnej zgody wyrażonej pisemnie przed lekarzem,
- zmarłego – poprzez upewnienie się, czy dana osoba nie figuruje w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, ustalenie, czy posiada oświadczenie woli do bycia dawcą narządów, a w razie dalszych niejasności poprzez zasięgnięcie opinii rodziny zmarłego, czy za życia przedstawił swoją wolę najbliższym na temat ofiarowania swoich narządów po śmierci<sup>40</sup>.

Jak widać, obowiązujące przepisy zakładają domniemaną zgodę na pobranie narządów, aczkolwiek powszechnie praktykowane jest pytanie o zgodę na zabieg najbliższych zmarłego (choć ta nie jest prawnie wiążąca)<sup>41</sup>. Warto w tym miejscu przypomnieć o wydarzeniu, które miało miejsce we Wrocławiu w pierwszej połowie lipca 2014 r. Młody człowiek uległ wypadkowi, lekarze stwierdzili śmierć pnia mó-

40 Na podstawie: <https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/prawo>.

41 *Ibidem*.

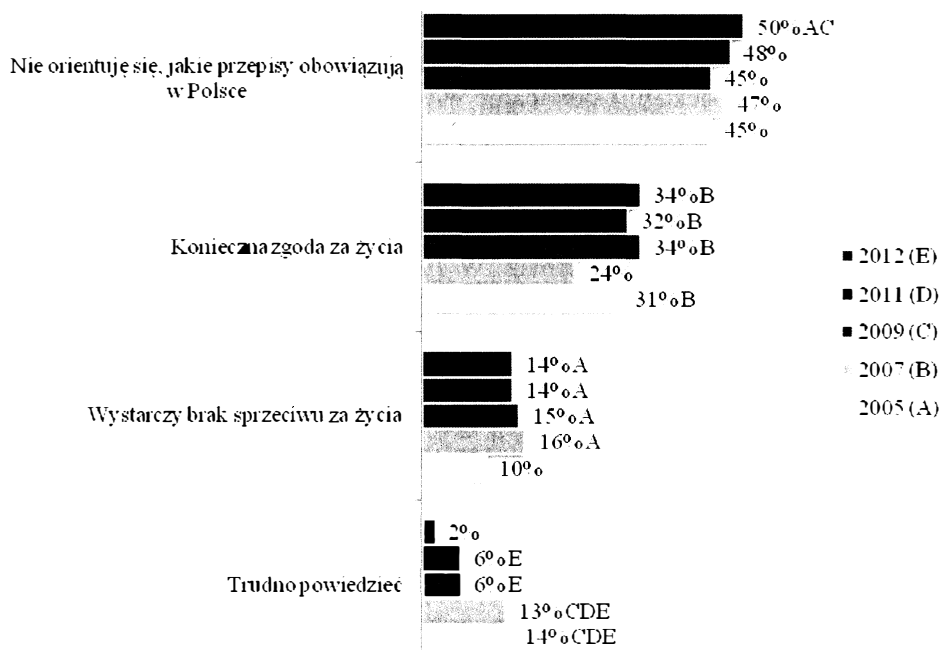


zgu, zmarły nie figurował w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Jednakże wskutek decyzji rodziny zmarłego jego narządy nie zostały pobrane w celu pomocy potrzebującym. Takich sytuacji w skali całego kraju jest dużo więcej.

Badacze CBOS sprawdzają regularnie, jaki jest stan wiedzy Polaków na temat obowiązujących w Polsce przepisów dotyczących transplantacji. Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że świadomość obowiązującego prawa jest niewielka i praktycznie nie uległa zmianie na przestrzeni lat 2005-2012, co negatywnie świadczy o skuteczności działań mających na celu poprawę wiedzy z zakresu obowiązujących w Polsce regulacji prawnych. W 2005 r. nieco mniej niż połowa (45%) badanych powiedziała, że nie orientuje się, jakie obowiązują w Polsce przepisy, w 2012 r. co drugi respondent deklarował brak wiedzy na temat obowiązujących przepisów. Około jednej trzeciej badanych było przekonanych, że do wykonania pobrania narządów potrzebna jest zgoda za życia, a tylko 14% odpowiedziało zgodnie ze stanem faktycznym, że w Polsce obowiązuje zasada ścisłego sprzeciwu, inaczej mówiąc – zgody domniemanej.

Poniższy wykres obrazuje rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie o to, jakie przepisy w zakresie pobierania narządów obowiązują w Polsce.

Wykres 21. Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy, w Polsce?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12). Symbolami literowymi „A-E” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

Warto zwrócić uwagę, że w omawianym pytaniu badacze CBOS zastosowali kategorię odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Wydaje się, że uprawnione jest ocenianie tych odpowiedzi jako równoznacznych stwierdzeniu „nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce”. Przyjmując to założenie, zmianie ulega istotna kwestia, a mianowicie okazuje się, że wraz z upływem lat maleje odsetek badanych przekonanych do tego, że nie mają wiedzy na temat obowiązujących w Polsce przepisów i spadek ten jest istotny statystycznie (z 59-60% w latach 2005-2007 do 52-54% w latach 2011-2012).

Ze względu na brak dostępu do danych metryczkowych z lat 2009-2012, analiza wiedzy przedstawicieli poszczególnych grup społeczno-demograficznych na temat obowiązujących w Polsce przepisów została ograniczona do dwóch pierwszych pomiarów (2005 i 2007). Zanim Autorka przejdzie do opisu danych, należy podkreślić, że zostały one skorygowane poprzez dodanie odsetka odpowiedzi „trudno powiedzieć” do odsetka odpowiedzi „nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce”.

Osoby, które nie orientują się, jakie w Polsce obowiązują przepisy, to najczęściej ludzie w wieku powyżej 65 roku życia, mieszkańcy wsi oraz badani z wykształceniem podstawowym, zasadniczym zawodowym i średnim<sup>42</sup>, robotnicy i rolnicy. Także uczestnictwo w praktykach religijnych, w tym zwłaszcza różnice pomiędzy najczęściej praktykującymi i w ogóle niepraktykującymi okazały się znaczące (najczęściej praktykujący rzadziej deklarują posiadanie wiedzy na temat obowiązujących w Polsce przepisów).

Najlepiej zorientowani w obowiązujących przepisach byli badani z wykształceniem wyższym, przy czym w grupie tej odnotowano istotny wzrost odsetka odpowiedzi zgodnych ze stanem faktycznym. W 2005 r. o domniemanej zgodzie mówił jeden na pięciu (22%) respondentów posiadających wyższe wykształcenie, podczas gdy w 2007 r. było to już 39%. Konsekwencją wzrostu odsetka prawidłowych odpowiedzi wśród osób z wyższym wykształceniem było podniesienie się poziomu takich odpowiedzi wśród przedstawicieli kadry kierowniczej, pracowników umysłowych. W tych grupach również odnotowano przewagę odpowiedzi poprawnych (choć stosunkowo niewielką)<sup>43</sup>. Poniższe trzy tabele zawierają rozkład odpowiedzi na pytanie o znajomość regulacji dotyczących transplantacji w Polsce, a czynniki różnicujące odpowiedzi respondentów to wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie.

42 Szczególnie duża różnica uwidoczniła się pomiędzy osobami z wykształceniem podstawowym a przedstawicielami pozostałych kategorii wykształcenia.

43 W pozostałych grupach wykształcenia oraz zawodowych również w stosunku do 2007 r. zwiększył się odsetek badanych trafnie wskazujących na obowiązujące w Polsce przepisy, ale z jednej strony wzrost ten był stosunkowo niewielki (z wyjątkiem rolników, których liczebność w próbie była jednak bardzo mała), z drugiej zaś strony w pozostałych grupach przeważały odpowiedzi błędnie uzależniające przeszczep od zgody wyrażonej za życia.

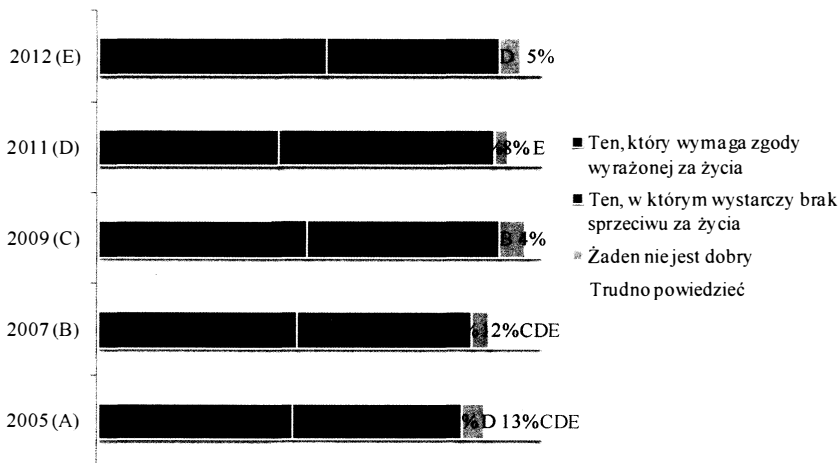
Tabela 22. Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy, w Polsce?

	2005			2007		
Wiek	Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce	Konieczna zgoda za życia	Konieczny sprzeciw za życia	Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce	Konieczna zgoda za życia	Konieczny sprzeciw za życia
<b>18-24</b>	54%	37%	8%	58%	33%	9%
<b>25-34</b>	51%	36%	13%	55%	26%	19%
<b>35-44</b>	49%	41%	10%	58%	21%	21%
<b>45-54</b>	67%	25%	9%	58%	23%	20%
<b>55-64</b>	68%	27%	16%	60%	24%	16%
<b>65+</b>	75%	19%	6%	71%	19%	10%
	2005			2007		
Miejsce zamieszkania	Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce	Konieczna zgoda za życia	Konieczny sprzeciw za życia	Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce	Konieczna zgoda za życia	Konieczny sprzeciw za życia
<b>Wieś</b>	66%	28%	6%	72%	17%	11%
<b>Miasto do 20 tys.</b>	57%	25%	18%	58%	25%	17%
<b>20-100 tys.</b>	58%	33%	9%	53%	31%	17%
<b>101-500 tys.</b>	55%	33%	12%	56%	28%	17%
<b>501 tys. i więcej</b>	49%	39%	11%	44%	27%	19%
	2005			2007		
Wykształcenie	Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce	Konieczna zgoda za życia	Konieczny sprzeciw za życia	Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce	Konieczna zgoda za życia	Konieczny sprzeciw za życia
<b>Podstawowe</b>	79%	17%	4%	75%	17%	8%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	57%	36%	7%	62%	25%	11%
<b>Średnie</b>	54%	34%	13%	55%	28%	18%
<b>Wyższe</b>	34%	44%	22%	30%	32%	39%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07).

CBOS regularnie – od 2005 r. – bada stosunek Polaków do regulacji prawnych dotyczących przeszczepu narządów i określa ich **preferencje wobec różnych rozwiązań prawnych**. Jak się okazuje, obowiązujący w Polsce stan prawny ma więcej przeciwników niż zwolenników<sup>44</sup>. Jedynie w 2011 r. przewagę uzyskały osoby, które uważały, że dobrym rozwiązaniem jest uzależnienie przeszczepu od braku sprzeciwu wyrażonego za życia. Natomiast w pozostałych badaniach ankietowani częściej byli przekonani do tego, że lepszym rozwiązaniem jest zgoda na transplantację wyrażona za życia. Taka opinia była szczególnie silna w 2012 r., kiedy to zgodziło się z nią 51% respondentów, wobec 39% badanych, którzy byli zwolennikami zgody domniemanej. Warto również zauważyć, że z biegiem lat poglądy badanych na omawianą kwestię stają się coraz bardziej klarowne. O ile w połowie pierwszej dekady XXI w. odsetek ankietowanych niepotrafiących zająć jednoznacznego stanowiska wahał się w przedziale 12-13%, to w 2012 r. tylko 5% respondentów nie potrafiło opowiedzieć się za jednym z dwóch przedstawionych im rozwiązań prawnych (ani obu odrzucić). Poniższy wykres obrazuje stosunek respondentów do obowiązujących regulacji prawnych w różnych krajach na świecie.

Wykres 22. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12). Symbolami literowymi „A-E” wyróżniono różnice istotne statystycznie.

44 Chociaż przy powszechnym braku znajomości tego prawa można mówić o sprzeciwie nieświadomym.

Stosunek do regulacji prawnych różnił się w zależności od wieku badanych, miejsca ich zamieszkania, wykształcenia oraz uczestniczenia w praktykach religijnych. Różnice te występują systematycznie i można mówić o trwałych postawach charakteryzujących poszczególne grupy społeczno-demograficzne. Respondenci najmłodszy najczęściej popierali zasadę zgody wyrażonej za życia, podobnie jak badani często uczestniczący w praktykach religijnych oraz mieszkańcy wsi.

Z kolei zasada zgody domniemanej najbardziej podobała się mieszkańcom dużych miast oraz badanym rzadko lub wcale nieuczestniczącym w praktykach religijnych. Ponadto częściej niż ogół badanych to rozwiązanie popierali respondenci oceniający własne warunki materialne jako dobre i ludzie z wykształceniem wyższym lub średnim<sup>45</sup>.

Tabele 23-27 zawarte w aneksie do niniejszej pracy obrazują rozkład odpowiedzi na pytanie o różne modele zgody czy sprzeciwu na transplantację, a czynnikami różnicującymi odpowiedzi są wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, warunki materialne oraz stosunek do praktyk religijnych.

Stosunek do regulacji prawnych jest generalnie pochodną postaw wobec transplantacji. Za domniemaną zgodą na przeprowadzenie przeszczepu wyraźnie częściej opowiadali się respondenci, którzy zgadzali się, aby po ich śmierci pobrać narządy w celu przeszczepiania ich innej osobie, oraz badani, którzy po śmierci bliskiej osoby wyraziliby zgodę na pobranie od niej narządów, aby ratować życie innej osobie. Szczegółowy rozkład odpowiedzi zawierają dwie poniższe tabele, z których pierwsza dotyczy sytuacji, w której hipotetycznie wchodziłoby w grę pobranie narządów od respondenta.

Tabela 28. Stosunek do regulacji prawnej dotyczącej pobrania narządów przy transplantacji *ex mortuo*

Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?	Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?		
	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	66%	20%	14%
Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	91%	5%	4%
Żaden nie jest dobry	57%	34%	9%

Źródło: komunikat CBOS K105\_12.

45 Ale różnica jest szczególnie widoczna, jeżeli porównać odpowiedzi osób z wykształceniem wyższym oraz zasadniczym zawodowym i podstawowym. Mniej wyrazista jest pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym, choć występuje.

Z kolei poniższa tabela zawiera informacje dotyczące sytuacji, w której hipotetycznie wchodziłoby w grę pobranie narządów od osoby bliskiej respondentowi, gdy osoba zmarła za życia nie wypowiedziała się na ten temat i nieznana pozostaje jej opinia w kwestii donacji narządów po śmierci.

Tabela 29. Stosunek do regulacji prawnej dotyczącej pobrania narządów przy transplantacji *ex mortuo*

Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?	Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu jej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia?		
	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	31%	49%	20%
Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	8%	84%	8%
Żaden nie jest dobry	33%	51%	16%

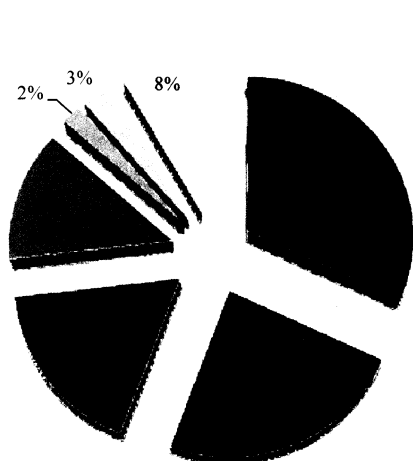
Źródło: komunikat CBOS K105\_12.

W 2007 r. CBOS zadał badanym pytanie dotyczące preferowanych przez nich regulacji w zakresie przeszczepu narządów w sytuacji, gdy decyzja o operacji musi zostać podjęta szybko, a zatem, gdy zachodzi **nagły wypadek**. Opinie okazały się bardzo zróżnicowane. Względna większość (31%) była zdania, że przeszczep powinien być możliwy, o ile nie ma pisemnego zakazu wyrażonego przez zmarłego przed śmiercią. Jedna czwarta ankietowanych była zdania, że przeszczep powinien być możliwy tylko za pisemną zgodą wyrażoną przez zmarłego przed śmiercią. Nieco poniżej jednej piątej badanych (17%) uważało, że w nagłych sytuacjach kwestia zgody (na przeszczep) lub jej braku przestaje się liczyć, lekarz powinien mieć prawo sam zdecydować o tym, czy może dokonać potrzebnego przeszczepu z ciała kogoś, kto umarł. Nieznacznie rzadziej twierdzono, że decyzja o przeszczepie powinna zostać podjęta przez najbliższych krewnych zmarłego (13%). Śladowy odsetek respondentów był zdania, że omawiana kwestia powinna zostać uregulowana w inny sposób (3%), lub wyrażał opinię skrajnie niechętną przeszczepom – w ogóle nie powinny być wykonywane (2%). Poniższy wykres obrazuje rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie o pożądane regulacje prawne w nagłych wypadkach.

Uzyskany wynik świadczy o tym, że stosunek do regulacji prawnych jest stosunkowo labilny i w dużym stopniu zależy od kontekstu sytuacyjnego. Zwraca bowiem uwagę, że w tym samym badaniu respondenci wyraźnie częściej uzależniali przeszczep od zgody wyrażonej przez zmarłego (44%), niż akceptowali zasadę zgody do-

mniemanej (38%). Tymczasem w sytuacji, gdy na szali jest położone życie człowieka, a decyzja musi zostać podjęta szybko, istotnie rosła akceptacja dla zasady zgody domniemanej i przeważała ona nad stanowiskiem uzależniającym przeprowadzenie transplantacji od zgody wyrażonej przed śmiercią. Bezpośrednio za zgodą domniemaną opowiedziało się bowiem 31% respondentów, zaś do tej liczby należy doliczyć głosy dające lekarzowi prawo do podjęcia decyzji (17%). Łącznie daje to 48% poparcia dla wspomnianej zasady. A zatem jest to o 10 punktów procentowych więcej (zmiana istotna statystycznie), niż wynikałoby z rozkładu odpowiedzi na pytanie, który z dwóch sposobów regulacji kwestii przeszczepów bardziej odpowiada badanym.

**Wykres 23.** Często zdarza się, że uratowanie życia człowieka zależy od tego, czy będzie mu można przeszczepić organ życiowy (serce, wątroba) pobierany z ciała innego, zmarłego człowieka, co wymaga szybkiej decyzji. Jak Pana(i) zdaniem powinno być to prawnie uregulowane, żeby lekarz mógł dokonać takiego przeszczepu?



- Taki przeszczep powinien być możliwy, o ile nie ma pisemnego zakazu wyrażonego przez zmarłego przed śmiercią
- Taki przeszczep powinien być możliwy tylko za pisemną zgodą wyrażoną przez zmarłego przed śmiercią
- Lekarz powinien mieć prawo sam zdecydować o tym, czy może dokonać potrzebnego przeszczepu z ciała kogoś, kto umarł
- Taki przeszczep powinien być możliwy tylko za zgodą żyjących najbliższych krewnych zmarłego
- ⊖ Takie przeszczepy w ogóle nie powinny być wykonywane
- Trzeba to uregulować inaczej
- Trudno powiedzieć

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_7.

## § 5. Stosunek do przeszczepiania narządów na przykładzie Polski, Europy i Stanów Zjednoczonych

W tej części pracy przeanalizowano następujące kwestie: gotowość do przekazania narządów po śmierci, przeszczep narządów od bliskiej osoby, przekazanie własnych narządów innym ludziom, przyczyny sprzeciwu przekazania własnych narządów lub narządów osób bliskich w celu dokonania przeszczepu, poparcie dla zasady zgody domniemanej i znajomość regulacji prawnych w zakresie transplantacji, a także rozmowy o transplantacji.

Zanim nastąpi właściwa analiza wyników, należy zaznaczyć, że dane nie zawsze podlegały prostej analizie porównawczej. We wszystkich prowadzonych badaniach, polskich i międzynarodowych, występowały różnice metodologiczne polegające na innej treści pytań, a także innych kategoriach odpowiedzi. Mimo że pytania te dotyczyły tych samych zagadnień, to jednak odmiennosc (niekiedy niewielka) w treści pytań i kafeterii czy zastosowanych skal mogła mieć wpływ na różnicę rozkładu odpowiedzi. Trzeba jednak podkreślić, że nie były one diametralne, tj. wyniki nie różniły się ogólną tendencją.

W analizach porównawczych wykorzystano opisane we wcześniejszych rozdziałach dane CBOS, wyniki badań prowadzonych przez TNS w 2009 r. na zlecenie Komisji Europejskiej<sup>46</sup> oraz wyniki badania zrealizowanego w Stanach Zjednoczonych Ameryki na zlecenie tamtejszych agend rządowych<sup>47</sup>.

Opisując badanie Eurobarometr, zastosowano następujące skróty:

- EU27 – cała Unia Europejska na czas przeprowadzenia badania<sup>48</sup>,
- EU15 – kraje należące do Unii Europejskiej przed jej rozszerzeniem w 2004 r.
- NP12 – nowe kraje członkowskie (w tym Polska) oraz kraje, które aspirują do wejścia do UE (w trakcie prowadzenia badania toczyły się zaawansowane negocjacje dotyczące ich wejścia do struktur unijnych).

W odniesieniu do **gotowości respondentów co do przekazania narządów po śmierci** należy zauważyć, że w 2009 r. Polska uplasowała się nieco poniżej średniej unijnej. 53% badanych Polaków powiedziało, że po śmierci byliby skłonni przekazać swoje narządy w celu przeszczepienia innym. Średnia dla UE wyniosła 55%. Należy jednocześnie podkreślić, że wynik dla Polski był wyższy niż dla krajów, które wstąpiły do UE razem z Polską lub po niej (46%). Trzeba przypomnieć, że w tym samym roku badanie CBOS wykazało, że około 80% Polaków nie wykluczało możliwości przekazania narządów po swojej śmierci. W badaniu CBOS zastosowano jednak skalę 4-stopniową (1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak), podczas gdy w badaniu TNS wykorzystano skalę dychotomiczną (1 – tak, 2 – nie). W efekcie, w zależności od przyjętej interpretacji badanie CBOS zawiązało poziom odpowiedzi pozytywnych lub badanie TNS poziom ten zaniżało, poprzez wymuszanie na respondentach jednoznacznej odpowiedzi na zadane pytanie<sup>49</sup>. Trzeba też zwrócić uwagę, że w badaniu TNS pytano o donację bezpośrednio po śmierci, podczas gdy w badaniu CBOS po prostu o donację po śmierci.

46 „Organ donation and transplantation”, Eurobarometr 333a, badanie terenowe 2009 r., data publikacji 2010 r.

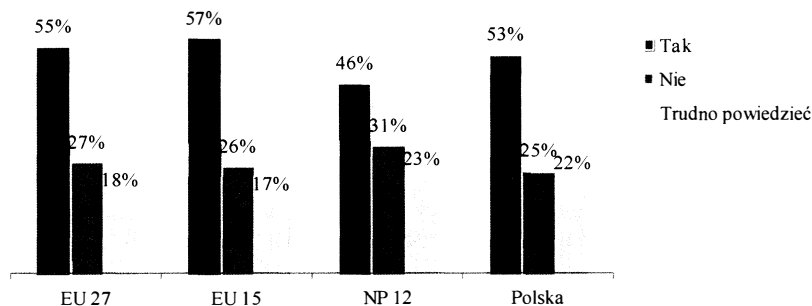
47 „National survey of organ donation. Attitudes and behaviors”, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Healthcare System Bureau, Division of Transplantation, 2013 (badanie zostało przeprowadzone w 2012 r.).

48 W 2009 r. UE liczyła 27 państw członkowskich, w 2015 r. już 28.

49 Prawdopodobnie osoby, które nie miały możliwości wyboru odpowiedzi „raczej tak”, odpowiadały „nie”. Przynajmniej na to wskazuje rozkład odpowiedzi.

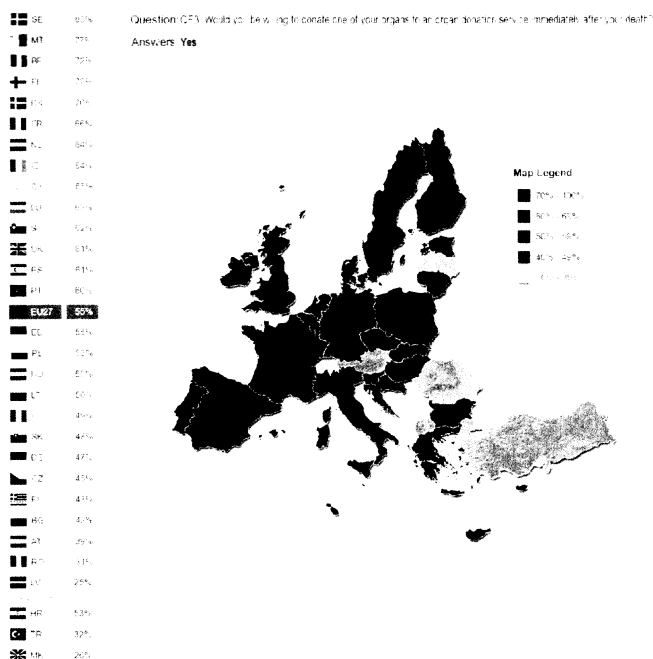


Wykres 24. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) oddać jeden ze swoich narządów w celu przeszczepu natychmiast po Pana(i) śmierci? (TNS)<sup>50</sup>



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

Rysunek 1. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) oddać jeden ze swoich narządów w celu przeszczepu natychmiast po Pana(i) śmierci?<sup>51</sup>



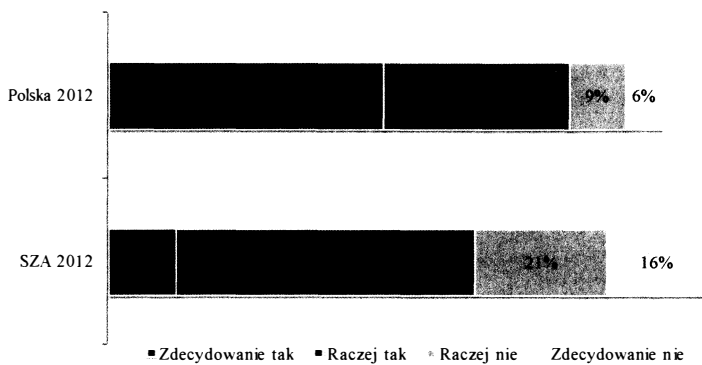
Źródło: Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

50 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „Would you be willing to donate one of your organs to an organ donation service immediately after your death?”.

51 Tłumaczenie własne.

Z kolei w Stanach Zjednoczonych Ameryki (USA) gotowość do donacji po śmierci wyraziło 59% badanych. Badacze amerykańscy zastosowali pytanie zbliżone do wykorzystywanego przez CBOS. Dane są zatem w większym stopniu porównywalne. Na ich podstawie możemy stwierdzić, że gotowość do donacji w Polsce w 2012 r. była wyższa od odnotowanej w Stanach Zjednoczonych (77%, w tym 44% „zdecydowanie tak”, podczas gdy w Stanach silnie przekonanych do oddania po śmierci swoich narządów było 11% badanych).

Wykres 25. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym? (CBOS)<sup>52</sup>

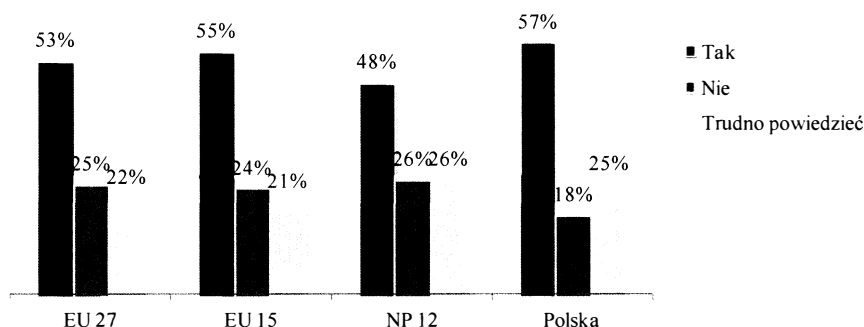


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K105\_12) i National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, 2013. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Ważną kwestię w badaniach zajmował **przeszczep narządów od bliskiej osoby**. W tym kontekście można stwierdzić, iż gotowość Polaków do wyrażania zgody na przeszczep narządu od zmarłej bliskiej osoby kształtowała się powyżej średniej unijnej. Zgodę na taki zabieg wyraziłoby 57% ankietowanych, podczas gdy średnia dla całej UE wyniosła 53%. Stosunek do tego zagadnienia był w Polsce także bardziej pozytywny niż w innych krajach, które przystąpiły do UE z Polską lub w późniejszym czasie. Średnia dla tej grupy państw wyniosła 48%. Wynik uzyskany przez TNS był zbliżony do notowanych w badaniach CBOS, w których to około 60-66% badanych deklarowało, że w sytuacji, gdyby nie znało woli zmarłego członka rodziny, to zdecydowałoby się na wyrażanie zgody na przeszczep.

52 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „Regardless of whether you have formally granted permission, would you want your organs to be donated after your death?”.

Wykres 26. Gdyby w szpitalu zapytano Pana(ia) o możliwość pobrania narządu od zmarłego bliskiego członka rodziny, to zgodził(a)by się Pan(i)? (TNS)<sup>53</sup>



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

Pewną część badań poświęcono zagadnieniu **przekazania własnych narządów różnym ludziom**. Amerykanie, podobnie jak badacze CBOS, pytali swoich rodaków o to, czy zgodziliby się zostać dawcami za życia, w sytuacji, gdy biorcą miałby być ktoś z rodziny, bliski przyjaciel/przyjaciółka, znajomy lub ktoś obcy<sup>54</sup>. Wyniki badania pokazały, że niezależnie od osoby biorcy respondenci amerykańscy wyrażają większą chęć do bycia dawcą narządu. Najmniejsza różnica pomiędzy Polską a USA dotyczyła oddania narządu członkowi rodziny. W Polsce na ten krok zdecydowałoby się 89% badanych, w USA natomiast 94%<sup>55</sup>. Zdecydowanie większe różnice notujemy w pozostałych przypadkach. W Polsce osobie z dalekiej rodziny narząd przekazałoby 53% badanych (w tym 1% za pieniądze), podczas gdy w USA donacji na rzecz bliskiego przyjaciela/przyjaciółki dokonałoby 95% ankietowanych. Jednocześnie w USA znajomemu narząd przekazałoby 68% respondentów, w Polsce zaś przyjacielowi lub przyjaciółce 50% (w tym 1% za pieniądze). Również postawa w sytuacji, gdy biorcą miałby być ktoś obcy, różni omawiane nacje. Pozytywnie na propozycję donacji reagowało 29% polskich respondentów (w tym 1% za pieniądze) i 55% amerykańskich. Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że wyniki badania amerykańskiego mogą zawyżać poziom odpowiedzi pozytywnych. W tym badaniu zastosowano skalę 4-stopniową (1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak), podczas gdy polscy ankietowani mieli do dyspozycji inne odpowiedzi: „tak, za darmo”,

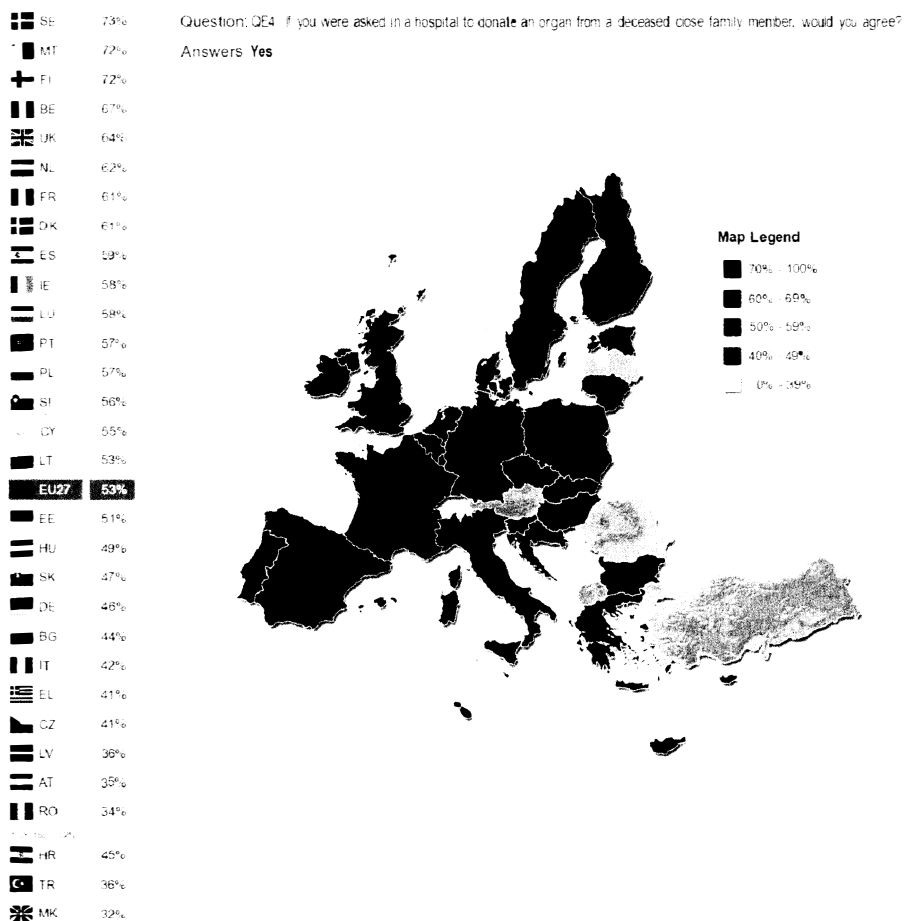
53 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „If you were asked in hospital to donate an organ from deceased close family member, would you agree?”.

54 W badaniu CBOS stosowano następujące kategorie: osoba z najbliższej rodziny, daleki krewny, przyjaciel lub przyjaciółka, obcy człowiek. Jak zatem widać, w badaniu amerykańskim na skali dystansu społecznego miejsce dalekiej rodziny zajmuje przyjaciel/przyjaciółka.

55 W badaniu amerykańskim nie poruszano w tym aspekcie kwestii donacji za pieniądze.

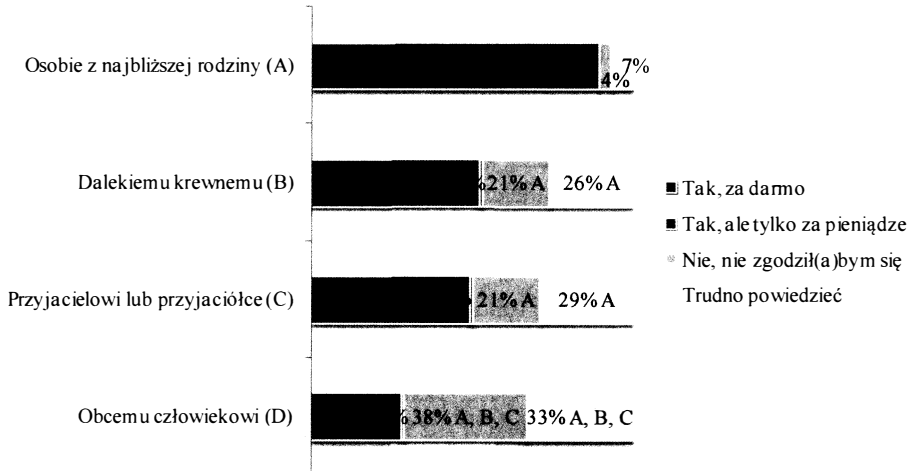
„tak, za pieniądze”, „nie, nie zgodziłbym się”, „trudno powiedzieć”. Ponadto w badaniu CBOS pytanie dotyczyło oddania nerki, podczas gdy w badaniu amerykańskim oddania jakiegokolwiek narządu.

Rysunek 2. Gdyby w szpitalu zapytano Pana(ią) o możliwość pobrania narządu od zmarłego bliskiego członka rodziny, to zgodził(a)by się Pan(i)?<sup>56</sup>



Źródło: Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

Wykres 27. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K91\_11.

Tabela 30. Zakładając, że jest Pan(i) medycznie uprawniony(a) do bycia dawcą narządu, jak prawdopodobne byłoby, że zgodził(a)by się Pan(i) przekazać za życia narząd: członkowi rodziny, bliskiemu przyjacielowi/przyjaciółce, znajomemu, komuś, kogo Pan(i) nie zna?<sup>57</sup>

	Członek rodziny	Bliski przyjaciel, przyjaciółka	Znajomy	Obca osoba
<b>Bardzo prawdopodobne</b>	73%	45%	23%	15%
<b>Raczej prawdopodobne</b>	20%	41%	45%	40%
<b>Raczej nieprawdopodobne</b>	3%	9%	22%	29%
<b>Bardzo nieprawdopodobne</b>	3%	5%	10%	15%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, 2013.

57 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „Assuming you are medically able, how likely would you be to agree to donate an organ while you are living to a family member, close friend, an acquaintance, someone you don't know?”.

Istotną kwestię badawczą stanowią **przyczyny sprzeciwu przekazania własnych narządów lub narządów osób bliskich w celu dokonania przeszczepu**. W badaniu Eurobarometr osoby, które deklarowały, że nie zgodziłyby się na pobranie narządów po własnej śmierci lub po śmierci osoby bliskiej, zostały zapytane o przyczynę takiego postępowania. Okazało się, że najczęściej sprzeciw tłumaczono lękiem przed manipulacją/zabiegiem na ludzkim ciele (25%), a na kolejnym miejscu uplasował się brak zaufania do systemu (21%). Na powody religijne wskazało zaledwie 7% ankietowanych. Uzyskany wynik nie może być jednak bezpośrednio porównywalny z wynikami badania CBOS. Po pierwsze, w badaniu TNS respondenci wyjaśniali własne postępowanie, a w badaniu CBOS starali się wytłumaczyć działania innych osób. Po drugie, pytanie zadane przez TNS było pytaniem zamkniętym i można było udzielić tylko jedną odpowiedź. Z kolei w badaniu CBOS pytanie miało charakter otwarty, badani mogli wskazać więcej niż jeden powód, który ich zdaniem stoi za sprzeciwem wobec pobrania narządów.

Respondenci z Polski swój sprzeciw tłumaczyli przede wszystkim lękiem przed ingerencją/manipulacją na ludzkim ciele. Takiej odpowiedzi udzieliło 36% polskich ankietowanych i było to wyraźnie więcej niż średnia dla UE. Brak zaufania do systemu wyraziło 16% (a więc poniżej średniej dla UE) polskich badanych, na przyczyny związane z religią wskazało 6% (porównywalne z przeciętnym wynikiem w UE).

Rysunek 3. Jeżeli nie zgodził(a)by się Pan(i) na pobranie narządów od siebie lub od członka bliskiej rodziny, to z jakich powodów? (10 państw, których przedstawiciele najczęściej wybierali poszczególne stwierdzenia)

Scare of manipulation of the human body	Distrust in the system (this could include the transplantation system, consent system or in general the society system)	Religious reasons	Don't know
EU27 25%	EU27 21%	EU27 7%	EU27 31%
CZ 45%	EL 45%	RO 17%	MT 76%
PL 36%	CZ 33%	AT 15%	IE 64%
LV 35%	SK 31%	SK 11%	FI 53%
SK 33%	IT 30%	IT 10%	EE 52%
CY 33%	PT 28%	EL 10%	RO 48%
AT 32%	DE 26%	PT 9%	BG 48%
EL 31%	LV 26%	CY 9%	DK 37%
IT 29%	BG 26%	LT 9%	UK 37%
BE 29%	AT 24%	HU 8%	PT 37%
LT 27%	HU 24%	EE 7%	SE 36%

Źródło: Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

Warto byłoby zwrócić uwagę na to, jak wygląda **poparcie dla zasady zgody domniemanej i znajomość regulacji prawnych w zakresie transplantacji**. Amerykanie silniej od Polaków popierają zasadę domniemanej zgody. W 2012 r. za tą zasadą opowiedziało się 51% ankietowanych, podczas gdy w badaniu CBOS z tego samego roku było to 39%. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że wystąpiła różnica w treści pytań i kafe-  
 teriach. W badaniu zrealizowanym w USA ankietowanym zadawano pytanie o treści: „W niektórych krajach zakłada się, że ludzie po śmierci chcą oddać ich narządy. Jest to nazywane zakładaną zgodą. Ich narządy mogą być używane do transplantacji, chyba że podpisali wcześniej dokument, że nie chcą być dawcą narządów. W jakim stopniu popiera Pan(i) zastosowanie takiej regulacji w Stanach Zjednoczonych – zdecydowanie popiera, popiera, przeciwny(a), zdecydowanie przeciwny(a)?”. Tymczasem polskie pytanie brzmiało: „W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?”.

Tabela 31. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia? (CBOS)<sup>58</sup>

Polska (2012)		USA (2012)	
Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	51%	Zdecydowanie popieram zgodę domniemaną	21%
Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	39%	Raczej popieram zgodę domniemaną	30%
Żaden nie jest dobry	5%	Raczej jestem przeciwny zgodzie domniemanej	20%
Trudno powiedzieć	5%	Zdecydowanie jestem przeciwny zgodzie domniemanej	26%

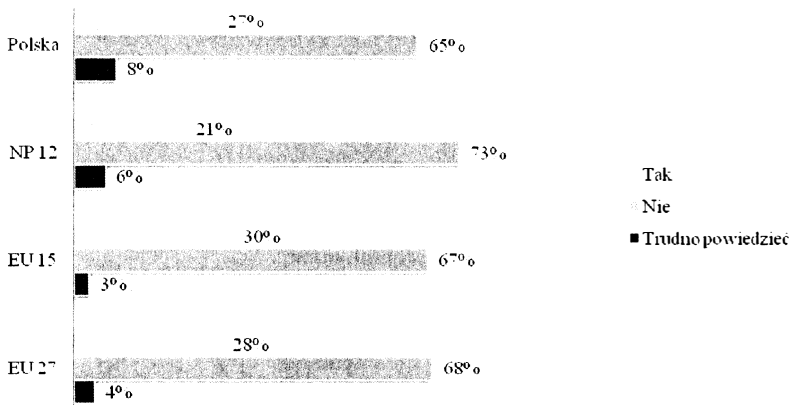
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K105\_12) i National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, 2013.

58 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „Some countries assume that people wish to donate their organs at death. This is called presumed consent. Their organs may be used for transplanting unless they have signed a document indicating that they don't wish to donate their organs. Would you strongly support, support, oppose or strongly oppose using this presumed consent approach in United States?”.

W badaniu Eurobarometr zapytano Europejczyków o to, czy znane im są regulacje krajowe dotyczące pobierania i przeszczepu narządów. Wiedza na temat obowiązujących przepisów plasuje nas mniej więcej w połowie stawki. Pozytywnej odpowiedzi na zadane pytanie udzieliło bowiem 27% Polaków, średnia dla UE wyniosła zaś 28%. Natomiast w porównaniu z krajami „starej” UE wypadliśmy nieco gorzej. Przeciętnie w tej grupie państw znajomość obowiązujących przepisów deklarowało 30% badanych. Wyższa jest z kolei notowana w Polsce deklaratywna znajomość prawa (w zakresie przeszczepów) od notowanej w nowych państwach członkowskich. Średni odsetek odpowiedzi dla tej kategorii krajów wyniósł 21%.

Jak widać, wyniki Eurobarometru sugerują wyższy poziom znajomości prawa w Polsce, niż by to wynikało z badań CBOS. Dla przypomnienia w 2009 r. w badaniu CBOS jedynie 14% respondentów trafnie odpowiedziało na pytanie dotyczące tego, jakie w Polsce obowiązują przepisy regulujące donację i przeszczep narządów. Jednakże w tym badaniu respondenci mieli przedstawione odpowiedzi, wśród których znajdował się opis prawdziwy i fałszywy stanu faktycznego w Polsce<sup>59</sup>. A zatem pytanie rzeczywiście weryfikowało stan wiedzy. Tymczasem w ramach Eurobarometru zadano jedynie pytanie ze skalą dychotomiczną (wiem versus nie wiem) i z pewnością wśród osób, które zadeklarowały posiadanie wiedzy na temat przepisów, znalazły się takie, których wiedza jest błędna.

Wykres 28. Pobieranie narządów i transplantacja są regulowane przez polskie prawo. Czy wie Pan(i), jakie przepisy w zakresie pobierania i transplantacji narządów obowiązują w Polsce? (TNS)<sup>60</sup>



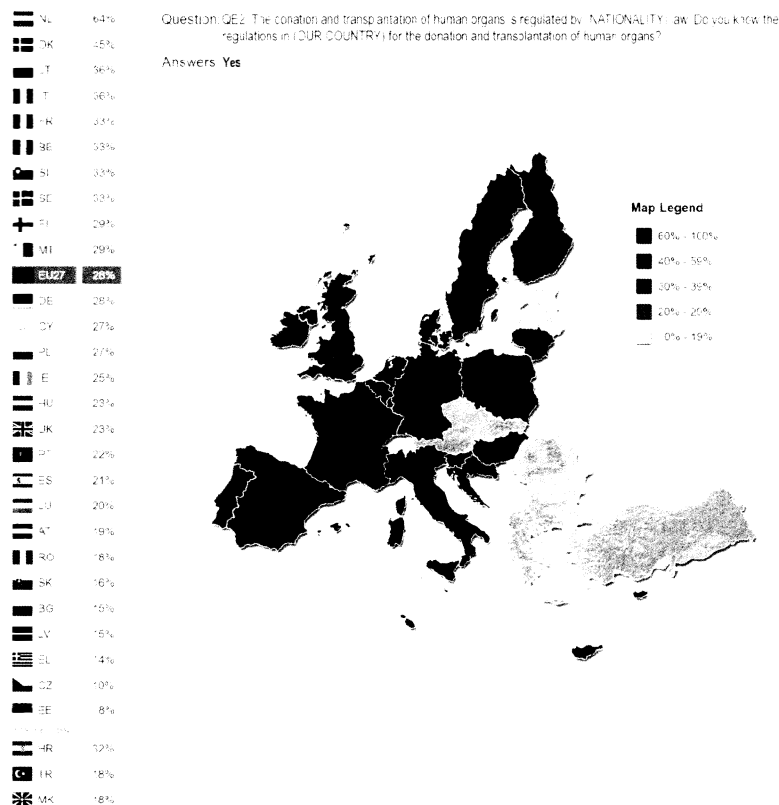
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

59 Można było wskazać jeden z dwóch stanów prawnych (jeden był zgodny z rzeczywistym, drugi nie) lub odpowiedzieć, że nie zna się przepisów.

60 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „Donation and transplantation of human organs is regulated by (NATIONALITY) law. Do you know regulations in (OUR COUNTRY) for the donation and transplantation of human organs?”.



Rysunek 4. Pobieranie narządów i transplantacja są regulowane przez polskie prawo. Czy wie Pan(i), jakie przepisy w zakresie pobierania i transplantacji narządów obowiązują w Polsce?<sup>61</sup>

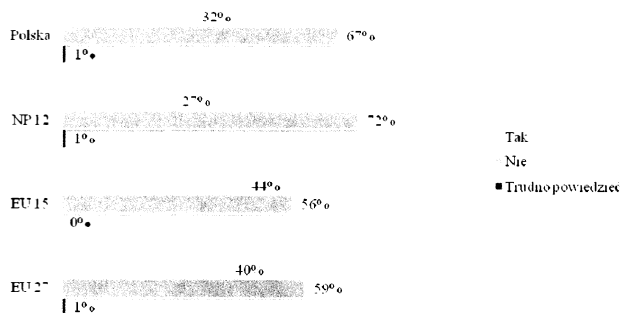


Źródło: Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

Badania dotyczą także kwestii **rozmów o transplantacji**. Wyniki badania realizowanego w ramach Eurobarometru pokazują, że Polacy należą do nacji stosunkowo rzadko rozmawiających w gronie rodzinnym na temat transplantacji. W 2009 r. około jednej trzeciej polskich ankietowanych stwierdziło, że kiedykolwiek prowadziło takie rozmowy (w badaniu CBOS w 2012 r. było to 24%), średnia zaś dla całej Unii Europejskiej wyniosła 40%. Wynik odnotowany dla Polski był również niższy niż średnia dla krajów „starej” UE (44%), ale nieco wyższy niż w nowych państwach członkowskich (27%).

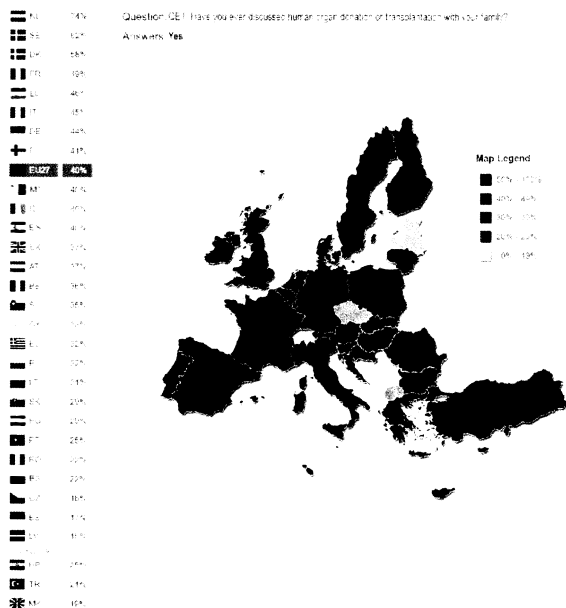
61 Tłumaczenie własne.

Wykres 29. Czy kiedykolwiek dyskutował(a) Pan(i) na temat donacji lub transplantacji narządów z członkami Pana(i) rodziny? (TNS)<sup>62</sup>



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

Rysunek 5. Czy kiedykolwiek dyskutował(a) Pan(i) na temat donacji lub transplantacji narządów z członkami Pana(i) rodziny?<sup>63</sup>



Źródło: Eurobarometr 333a, TNS Opinion & Social, 2010.

- 62 Tłumaczenie własne. W oryginalnym brzmieniu w j. angielskim: „Have you ever discussed human organ donation or transplantation with your family?”  
 63 Tłumaczenie własne.

## § 6. Wnioski z badań desk research

Podsumowanie dokonanych badań należałoby rozpocząć od stwierdzenia, że deklaratywna zgoda na transplantacje występuje w polskim społeczeństwie na wysokim poziomie i jest wyrażana przez wszystkie grupy społeczno-demograficzne. Należy z satysfakcją odnotować, że akceptacja wobec pobierania narządów po śmierci wyraźnie wzrosła na przestrzeni blisko 20 ostatnich lat. Warto jednak zauważyć, że wraz z konkretyzowaniem zagadnienia transplantacji, przechodzeniem z poziomu względnie abstrakcyjnego dotyczącego ogólnie tematyki przeszczepów na poziom zdecydowanie bliższy badanym, gdyż dotyczący ich samych lub ich bliskich, ujawniały się obawy przed przekazaniem narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich innym osobom. Jakkolwiek nie był to radykalny spadek akceptacji, to był on jednak widoczny. Warto również zaznaczyć, że pozytywne nastawienie do transplantacji nie musi się w równym stopniu przekładać na rzeczywiste zachowania Polaków. Względnie często bowiem odpowiadając na pytania dotyczące przekazania narządów po śmierci, respondenci wykazywali łagodną aprobatę dla donacji, odpowiadając: „raczej tak”.

Większe opory budzi kwestia przekazania narządów potrzebującej osobie jeszcze za życia dawcy. Choć gotowość do takiego działania wyraziła większość badanych, to mimo wszystko wyraźnie mniej niż w przypadku donacji po śmierci. Postawa społeczeństwa dla donacji za życia wskazuje na istotny problem deficytu więzi społecznych. Dla większości Polaków nie było problemem przekazanie narządu członkowi najbliższej rodziny, ale zdecydowanie mniej chętnie zrobilibyśmy to na rzecz dalszego krewnego, przyjaciela lub przyjaciółki, przełożonego lub podwładnego z pracy czy obcej osoby. Pod tym względem mocno różnimy się od społeczeństwa amerykańskiego. Tam, podobnie jak w Polsce, najczęściej deklarowano gotowość do przekazania narządu członkowi z najbliższej rodziny, ale również często pozytywnie odnoszono się do kwestii przekazania narządów osobom niepowiązanym z respondentem więzami krwi.

Z przykrością należy stwierdzić, że większość Polaków nie zna obowiązującego w Polsce prawa regulującego kwestię przeszczepu narządów, a wśród tych, którzy deklaruwali, iż taką wiedzę posiadają, jedynie mniejszość udzieliła odpowiedzi zgodnej ze stanem faktycznym, twierdząc, że w Polsce obowiązuje tzw. zgoda domniemana. W tym zakresie należy dodać, że większość badanych opowiadała się za rozwiązaniem polegającym na uzależnieniu dokonania przeszczepu od zgody zmarłego wyrażonej za życia.

Niemniej jednak, w sytuacjach ekstremalnych wydaje się, że Polacy są w stanie reagować elastycznie. W sytuacji zagrożenia życia ludzkiego względna większość badanych opowiedziała się za zasadą zgody domniemanej, liczne były też głosy, iż decyzja o dokonaniu przeszczepu narządów powinna należeć do lekarza.

Niezmiernie interesujący jest fakt, że tylko mniejsza część społeczeństwa rozmawiała kiedykolwiek ze swoimi bliskimi na temat transplantacji. Było to blisko dwa razy mniej, niż wyniosła średnia dla Unii Europejskiej. Niedzielenie się z rodziną opinią na ten temat może być poważnym problemem, albowiem – jak pokazały wyniki badania – osoby, które nie wiedzą, jaka była wola członka własnej rodziny, dwukrotnie częściej wyrażają sprzeciw wobec eksplantacji narządów od osoby bliskiej niż osoby, które posiadają wiedzę o tym, iż członek rodziny nie sprzeciwiał się takiemu po-braniu.

Uzasadniając motywacje, jakie kierują osobami, które nie zgodziłyby się na po-branie narządów od zmarłych członków rodziny, badani szukali najczęściej wytłu-maczenia w sferze religii lub generalnie światopoglądu, który w wielu przypadkach może być traktowany jako konsekwencja przekonań religijnych. Jednakże, gdy odpo-wiedzi udzielały osoby sprzeciwiające się przekazaniu narządów własnych lub zmar-łych członków bliskiej rodziny, okazało się, że wpływ religii nie jest czynnikiem o dużej sile oddziaływania. W większym stopniu obawy budziła konieczność ingeren-cji w ciało zmarłego, czy też brak zaufania do systemu transplantacyjnego, nieufność wobec obowiązujących regulacji prawnych czy powątpiewanie w fachowość lekarzy.

Na podstawie dokonanych badań widać wyraźnie, że brak zaufania do systemu był szczególnie wyrazisty w 2007 r. (sprawa doktora Mirosława G., o której pisa-no we wcześniejszych fragmentach pracy), po czym w 2012 r. stał się dla badanych marginalny. Patrząc dalej na wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS, trudno wymienić czynniki, które decydują o postawach wobec przeszczepiania narządów. W każdej grupie społeczno-demograficznej przeważało pozytywne nastawienie do omawianej kwestii. Dlatego, aby lepiej zrozumieć proces powstawania sprzeciwu, czy też tworzenia się postaw protransplantacyjnych, konieczne byłoby wykonanie za-awansowanych analiz statystycznych, takich jak np. analiza czynnikowa, regresji czy analiza skupień. Autorka niniejszej monografii nie dysponowała jednak danymi, któ-re by umożliwiły przeprowadzenie takiego badania. Niemniej jednak, analizując roz-kład odpowiedzi, jakich udzielili przedstawiciele poszczególnych grup społecznych i demograficznych, można przyjąć, że częściowo za postawami wobec transplantacji stoją przekonania religijne, umiejętność pozyskiwania wiedzy i otoczenie kulturowe. Podział ten jednak nie jest jednoznaczny i często był widoczny jedynie pomiędzy gru-pami skrajnymi: bardzo religijni – w ogóle niepraktykujący, młodzi – najstarsi, najle-piej wykształceni – najslabiej wykształceni.

Poniżej zaprezentowano główne konkluzje płynące z zestawienia badań CBOS w obszarze opinii ankietowanych co do następujących pięciu kwestii: przeszczep narządów od zmarłego dawcy; przeszczep narządów od żywego dawcy; obawy związa-ne z przeszczepem narządów; regulacje prawne; Polacy na tle przedstawicieli państw Unii Europejskiej oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki.

**W odniesieniu do przeszczepiania narządów od zmarłego dawcy, tzw. przeszczepiania *ex mortuo*, można wskazać na jedenaście poniższych wniosków:**

- Polacy deklaratorywnie są zwolennikami transplantacji – przeszczepiania narządów pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom. Akceptacja dla tej procedury medycznej od wielu lat utrzymuje się na wysokim poziomie (83% w 1995 r. i 96% w 2011 r.). Zwraca uwagę fakt, że na przestrzeni ostatniego dwudziestolecia nie tylko rosła ogólna aprobata dla transplantacji, ale rósł również odsetek Polaków zdecydowanie popierających przeszczep narządów (udzielone odpowiedzi „zdecydowanie tak” – 51% w 1995 r. i 78% w 2011 r.).
- Zmiana stosunku do przeszczepiania narządów pobranych od osób zmarłych była szczególnie widoczna w grupie najstarszych badanych. W 1995 r. przeciwnikiem pobierania narządów od osób zmarłych był co dziesiąty badany w wieku 55-64 lat i co piąty w wieku powyżej 65 roku życia, podczas gdy w 2011 r. niechętny stosunek do transplantacji przejawiało już tylko 1% osób w wieku 55-64 lat oraz 3% starszych respondentów. Natomiast w pozostałych grupach wiekowych niezależnie od terminu badania dominowały osoby pozytywnie nastawione do transplantacji. Należy dodać, że ten podział (respondenci w wieku dojrzałym *versus* pozostali) można było zaobserwować niemal we wszystkich kwestiach związanych z przeszczepianiem narządów, przy czym niekiedy różnice były stosunkowo małe, zacierające się, a niekiedy bardziej wyraźne.
- Postawa wobec transplantacji w dużym stopniu zależy od tego, kogo ta procedura medyczna miałaby dotyczyć. Wysokiemu poparciu dla samej idei przeszczepiania narządów nie towarzyszy również wysoka skłonność do zostania po śmierci dawcą narządów. W zależności od terminu badania gotowość do bycia dawcą wahała się od 74% do 84% (najniższy wynik odnotowano w 2012 r., ale być może był to jednorazowy spadek skłonności do bycia dawcą po śmierci). Relatywnie rzadko (44% wobec 63% w zależności od terminu badania) ankietowani byli zdecydowanie przekonani do tego, że wyraziliby zgodę na pobranie po ich śmierci narządów w celu dokonania przeszczepu innym osobom.
- Gotowość do zostania dawcą (po śmierci) była pochodną wykształcenia, wieku oraz miejsca zamieszkania badanych. Najmniej skłonni do bycia dawcą byli ludzie najstarsi (powyżej 65 roku życia), osoby zamieszkujące na obszarach wiejskich oraz badani z wykształceniem podstawowym. W niektórych badaniach niechęć do przekazania po własnej śmierci narządów w celu przeszczepiania innym była również względnie silnie widoczna wśród respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Na przeciwnym biegunie znaleźli się natomiast przede wszystkim ankietowani z wykształce-

niem wyższym oraz osoby pozytywnie oceniające własne warunki materialne. Jednak to nie warunki materialne wpływają na postawę, tylko wykształcenie. Wypada zauważyć, że korzystna ocena warunków materialnych jest w tym przypadku pochodną dobrego wykształcenia.

- Stosunek do przekazania po śmierci własnych narządów był również zróżnicowany w zależności od podejścia do kwestii religii. Przy czym linią demarkacyjną nie był podział pomiędzy uczęszczającymi do kościoła lub nieuczęszczaniem w praktykach religijnych, lecz była nią ocena własnej religijności. Osoby, które uznawały się za głęboko wierzące, ponad trzykrotnie częściej od osób mówiących o sobie jako o niewierzących wyrażały brak zgody na przekazanie własnych narządów po śmierci w celu przeszczepu (14% wobec 4%). Autorka nie dysponowała jednak danymi pozwalającymi na analizę tej różnicy w czasie. Przedstawiony wynik dotyczy 2011 r.
- W ostatnich latach można było zaobserwować wzrost poziomu wiedzy na temat możliwości podpisania oświadczenia woli o chęci bycia dawcą narządów po śmierci). W 2007 r. o istnieniu instytucji oświadczenia woli wiedziało 45% ankietowanych, zaś w 2011 r. aż 60%.
- Natomiast na praktycznie niezmiennym poziomie pozostaje odsetek Polaków skłonnych podpisać takie oświadczenie. W 2007 r. było to 69% respondentów (w tym 36% Polaków udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak”), a cztery lata później odsetek ten wzrósł do 72% (w tym 39% Polaków udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak”). Bardzo rzadko (1%) badani składali deklarację, jakoby podpisali już takie oświadczenie.
- Wiedza na temat możliwości podpisania oświadczenia woli była przede wszystkim związana z poziomem wykształcenia badanych. Posiadanie wyższego wykształcenia przekłada się na większe zainteresowanie różnymi sprawami społecznymi, gospodarczymi, większa jest skłonność do poznawania świata, także większa umiejętność wyszukiwania informacji. Niewątpliwie można do tego dodać bardziej rozwiniętą sieć kontaktów społecznych. Co za tym idzie, nie dziwi fakt, że o istnieniu oświadczenia woli zdecydowanie najczęściej mówili badani z wykształceniem wyższym (63%), a następnie osoby z wykształceniem średnim (51%), w dalszej kolejności osoby legitymujące się wykształceniem zasadniczym zawodowym (44%). Świadomość funkcjonowania instytucji oświadczenia woli wśród osób z wykształceniem podstawowym miało natomiast 34% badanych.
- Skłonność do podpisania oświadczenia woli niezależnie od terminu badania zdecydowanie przeważała w każdej grupie wiekowej (68-81%). Wyjątek stanowili najstarsi respondenci. W 2011 r. aż 58% z nich zadeklarowało, że podpisałoby oświadczenie woli. Wypada zauważyć, że był to wzrost o 6 punktów

procentowych w stosunku do feralnego 2007 r., w którym nastąpiło załamanie polskiej transplantologii w związku ze sprawą doktora Mirosława G.

- Gotowość do podpisania oświadczenia woli różniła się także w zależności od udziału w praktykach religijnych. Osoby rzadko lub w ogóle nieuczestniczące w życiu religijnym częściej od uczestniczących w takich praktykach raz w tygodniu lub częściej niż raz w tygodniu mówiły o tym, że mogłyby podpisać wspomniany dokument. Trzeba podkreślić, że niezależnie od częstotliwości udziału w praktykach religijnych w każdej grupie przeważali respondenci pozytywnie traktujący ideę podpisania oświadczenia woli.
- Badania prowadzone przez CBOS pokazują, że ważnym elementem polityki zdrowotnej państwa powinno być zachęcanie ludzi do rozmów na temat transplantacji w gronie najbliższych. Wiedza o tym, że członek rodziny nie był przeciwnikiem transplantacji, zwiększa szansę na wyrażenie zgody przez rodzinę zmarłego na pobranie od niego narządów. Odsetek osób, które sprzeciwiłyby się pobraniu narządów od zmarłego członka rodziny w sytuacji, gdy nie był on przeciwny oddaniu własnych narządów, wynosił około 10%. Jeżeli respondenci nie posiadali wiedzy na temat stosunku zmarłego do przeszczepu własnych narządów, wówczas odsetek odmów rósł do poziomu nieco ponad 20%.

### **W odniesieniu do przeszczepiania narządów od żywego dawcy, tzw. przeszczepiania *ex vivo*, można wskazać na cztery poniższe wnioski:**

- Polacy są umiarkowanie liberalni w kwestii swobody dysponowania własnym ciałem. Większość (około dwóch trzecich) respondentów wyraziła opinię, że człowiek może w darze ofiarować potrzebującym część swojego ciała, ale jednocześnie nie powinno się z tego czynić przedmiotu obrotu handlowego. Około jednej dziesiątej badanych wskazywało na nietykalność ludzkiego ciała, zaś za całkowitą „prywatyzacją” własnego ciała opowiedziało się około jedna piąta respondentów, uznając, że ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swoim ciałem za pieniądze lub za darmo.
- Zwolennicy skrajnie liberalnego podejścia do problemu dysponowania własnym ciałem to najczęściej osoby młode w wieku 18-24 lat oraz nieuczestniczące w praktykach religijnych. Z kolei postawę integrystyczną najczęściej przejawiali badani w wieku powyżej 65 roku życia, mieszkańcy wsi i małych miast, osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym.
- Gotowość do przekazania własnych narządów jeszcze za życia wskazuje na istnienie w społeczeństwie wysokiego poziomu dystansu społecznego, tj. odgradzania się od osób, które nie należą do najbliższej rodziny. Praktycznie jedynie najbliżsi mogliby liczyć na to, że względnie łatwo uzyskają możliwości przeszczepienia narządu (blisko 90%). Dalekiemu krewnemu przeka-

załoby nerkę około 53-63% badanych, przyjacielowi lub przyjaciółce około połowy respondentów, a przełożonemu lub podwładnemu jedna trzecia badanych. Podobny odsetek ankietowanych zgodziłby się na przekazanie nerki obcej osobie.

- Względnie wysoka skłonność do altruizmu wobec obcych – przekazania nerki za darmo osobom spoza rodziny – wyróżniała najmłodszych respondentów – do 24 roku życia oraz osoby często uczestniczące w praktykach religijnych.

### **Analizując obawy Polaków związane z przeszczepem narządów, można wskazać na cztery poniższe wnioski:**

- W badaniu przeprowadzonym przez CBOS w 2007 r. respondenci byli pytani o to, czy zgodziliby się na pobranie własnych narządów po śmierci oraz o to, czy zgodziliby się przekazać po śmierci własne serce. Jak się okazało, odsetek generalnie godzących się na pobranie po ich śmierci narządów wyniósł 78%, zaś godzących się na przekazanie własnego serca 65%. Odnotowana różnica może świadczyć o relatywnie dużym wpływie religii na stosunek do transplantacji. Serce bowiem jest narządem charakteryzującym się silną symboliką, w Biblii nawet uosabia człowieka jako całość.
- Respondenci pytani o to, dlaczego niektórzy ludzie nie chcą się zgodzić na pobranie narządów od zmarłych bliskich, często odwołują się do motywacji religijnych (31% w 2007 r. i 23% w 2012 r.), aczkolwiek duże znaczenie mają też czynniki światopoglądowe (30% w 2007 r. i 52% w 2012 r.). Respondenci nie odwołują się wprost do religii, ale niekiedy są jej blisko. W tym zestawie czynników mieszczą się również te związane z poglądami na społeczeństwo, np. niska świadomość solidaryzmu, egoizm etc. Niemniej najbardziej widoczne były elementy mogące wynikać z religii.
- Kwestia sprzeciwu wobec przeszczepu narządów była jedyną, w której prawdopodobnie uwidoczniał się wpływ sprawy związanej z zatrzymaniem i postawieniem zarzutów jednemu z lekarzy pracujących w warszawskiej Klinice Kardiochirurgii, doktorowi Mirosławowi G. W 2007 r. aż 16% badanych wyraziło brak zaufania do systemu ochrony zdrowia, podczas gdy w 2012 r. taka postawa charakteryzowała już tylko 5% respondentów.
- O przyczyny niechęci przekazania narządów zmarłego członka rodziny w celu dokonania przeszczepu pytali również badacze TNS w badaniu Special Eurobarometr 333a w 2010 r., przy czym pytani byli tylko ci respondenci, którzy wcześniej zadeklarowali, że po śmierci nie oddaliby swojego narządu lub narządu bliskiej im osoby. Jak się okazało, motywacje religijne odgrywały u osób sprzeciwiających się przeszczepowi drugorzędne znaczenie. Niechęć do transplantacji była przede wszystkim tłumaczona lękiem przed operacją



wykonywaną na ludzkim ciele (36%), a następnie brakiem zaufania do systemu (18%). Na powody religijne wskazało zaledwie 6% ankietowanych.

**Analizując wiedzę Polaków na temat regulacji prawnych w obszarze przeszczepiania narządów, można wskazać na siedem poniższych wniosków:**

- Wiedza Polaków na temat obowiązujących w Polsce przepisów regulujących sprawy związane z transplantacją jest niska. Około połowy badanych zadeklarowało brak wiedzy, mniej więcej jedna trzecia ankietowanych była przekonana do tego, że potrzebna jest zgoda wyrażona za życia. Mniej niż jedna piąta respondentów trafnie stwierdziła, że obowiązuje w Polsce zasada zgody domniemanej, choć wyniki na przestrzeni lat 2005-2012 ulegały niewielkim wahaniom.
- Niewielka wiedza na temat przepisów charakteryzowała w szczególności ludzi starszych w wieku 65 lat i więcej, mieszkańców wsi oraz badanych z wykształceniem innym niż wyższe.
- Obowiązujący w Polsce stan prawny w zakresie transplantacji ma więcej przeciwników niż zwolenników. Sytuacja taka utrzymuje się od początku dokonywania tej oceny przez respondentów (2005 r.). Wyjątek stanowi 2011 r., kiedy to częściej popierano niż negowano treść obowiązujących przepisów.
- W 2012 r. zasadę zgody domniemanej poparło 39% badanych, podczas gdy 51% wolałoby, aby przeszczep narządów był uzależniony od zgody wyrażonej za życia.
- Stosunek do regulacji prawnych silnie różni się w zależności od przynależności badanych do poszczególnych grup społeczno-demograficznych. Respondenci najmłodszy najczęściej popierali zasadę zgody wyrażonej za życia, podobnie jak badani często uczestniczący w praktykach religijnych oraz mieszkańcy wsi.
- Z kolei zasada zgody domniemanej najczęściej akceptowana była przez mieszkańców dużych miast oraz badanych rzadko lub wcale nieuczestniczących w praktykach religijnych. Ponadto częściej niż ogół badanych to rozwiązanie popierali respondenci oceniający własne warunki materialne jako dobre i ludzie z wykształceniem wyższym lub średnim.
- Badanie zrealizowane przez CBOS w 2007 r. świadczy o tym, że stosunek wobec regulacji prawnych może ulegać zmianie w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Mimo że w tym badaniu respondenci częściej uzależniali przeszczep od zgody wyrażonej za życia (44% wobec 39%), to okazało się, że w sytuacji gdy zagrożone jest ludzkie życie, aż 31% ankietowanych opowiedziało się za zasadą zgody domniemanej, a 17% skłaniało się ku temu, aby decyzję w sprawie przeszczepu podjął lekarz, co można traktować jako aprobatę dla zgody domniemanej. Jednocześnie 23% badanych było zdania, że konieczna jest zgoda wyrażona za życia, a 13% uznało, iż decyzję powinna podjąć najbliższa rodzina zmarłego.

**Odpowiadając na pytanie o to, jak przedstawiają się Polacy na tle reprezentantów państw Unii Europejskiej oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, sformułowano następujące wnioski:**

- Gotowość do przekazania narządów w celu przeszczepu natychmiast po śmierci jest w Polsce nieco niższa od przeciętnej dla UE, ale wyższa niż w państwach, które przystąpiły do UE wraz z Polską lub w późniejszym okresie. Odsetek respondentów skłonnych dokonać donacji wyniósł dla Polski 53%. W nowo przyjętych krajach było to 46%, w „starych” krajach członkowskich 57%, zaś średnia dla całej UE wyniosła 55%. Natomiast w USA gotowość do przekazania narządów po śmierci zadeklarowało 59% badanych. Trzeba zaznaczyć, że to pytanie miało treść i kafeterię identyczną, jak zastosowane przez CBOS w 2012 r. W zestawieniu z odpowiedziami polskich respondentów okazuje się, że gotowość do donacji była w USA niższa niż w Polsce.
- Powyżej średniej unijnej była natomiast gotowość Polaków do wyrażania zgody na przeszczep narządu od zmarłej bliskiej osoby. Zgodę na taki zabieg wyraziłoby 57% ankietowanych, podczas gdy średnia dla całej UE wyniosła 53%.
- Uwidoczniła się wyraźna różnica w podejściu mieszkańców Polski i USA do kwestii przekazania narządów różnym osobom. O ile Polacy w dużej mierze ograniczali donację do kręgu najbliższej rodziny, to Amerykanie oprócz częstej donacji na rzecz członka rodziny wyraźnie częściej dopuszczali możliwość przekazania narządów przyjacielowi lub przyjaciółce (około 30 punktów procentowych różnicy), znajomemu (18 punktów procentowych różnicy) czy obcej osobie (26 punktów procentowych różnicy). Wypada zaznaczyć, że w polskim badaniu odpowiednikiem amerykańskiego „przyjaciel/przyjaciółka” był „daleki krewny”, odpowiednikiem amerykańskiego „znajomy” jest w polskim badaniu „przyjaciel/przyjaciółka”. Różnice te prawdopodobnie są efektem pewnych odmienności kulturowych pomiędzy Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki.
- Amerykanie silniej od Polaków popierali zasadę domniemanej zgody. W 2012 r. za tą zasadą opowiedziało się 51% ankietowanych, podczas gdy w badaniu CBOS z tego samego roku było to 39%.
- Wyniki badania realizowanego w ramach Eurobarometru pokazują, że Polacy należą do nacji stosunkowo rzadko rozmawiających w gronie rodzinnym na temat transplantacji. W 2009 r. około jednej trzeciej polskich ankietowanych stwierdziło, że kiedykolwiek prowadziło takie rozmowy (w badaniu CBOS w 2012 r. było to 24%), średnia zaś dla całej Unii Europejskiej wyniosła 40%. Wynik odnotowany dla Polski był również niższy niż średnia dla krajów „starej” UE (44%), ale nieco wyższy niż w nowych państwach członkowskich (27%).

## POSTAWY WOBEC PROBLEMATYKI TRANSPLANTACJI WYBRANYCH GRUP SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH – PRÓBA SPROFILOWANIA

### § 1. Metodyka badań

Rozważania zawarte w tym rozdziale uzupełniają szeroką analizę postaw wobec problemu transplantacji, w tym również z uwzględnieniem danych międzynarodowych, ujętą w rozdziale I niniejszej pracy, w którym wskazano na istotne tendencje, jakie zachodzą w różnych grupach społeczno-demograficznych. Poniżej zaprezentowano szczegółowe dane na temat postaw wobec transplantacji przedstawicieli wybranych grup społeczno-demograficznych, próbując dokonać swoistego profilowania postaw sprzyjających idei transplantacji oraz sceptycznych wobec przeszczepiania narządów, tkanek i komórek.

Przeanalizowano pięć grup zagadnień przez pryzmat sześciu zmiennych niezależnych. Obszar analiz stanowiły: opinie na temat pobierania narządów od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom, gotowość do podpisania oświadczenia woli dotyczącego możliwości pobrania narządów po śmierci, postawy wobec pobrania organów od osób bliskich w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie, stosunek do ludzkiego ciała oraz gotowość do oddania własnych organów innej osobie.

Zmienne niezależne, które były analizowane, to: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, udział w praktykach religijnych oraz poglądy polityczne.

Do przygotowania poniższej analizy wykorzystano dane z badań realizowanych przez CBOS, dotyczących zagadnień związanych z pobieraniem i przeszczepem na-

rzędów. Dane, na które Autorka powołuje się w tym miejscu, zostały opublikowane przez CBOS w tzw. komunikatach z badań w latach 1995-2012. Skorzystano z następujących komunikatów: K037\_95, K050\_97, K091\_11, K100\_07, K105\_12, K146\_09, K161\_05, K171\_03. Dla szybkiego ustalenia, z którego roku pochodzą przywoływane badania, warto zwrócić uwagę na to, że rok badania podawany jest zawsze po znaku podkreślenia. Jeśli zatem przykładowo odwołano się do badania oznaczonego jako K037\_95, to po znaku podkreślenia jest cyfra roku 95, co oznacza, że badanie wykonano w 1995 r.

Należy zaznaczyć, że ze względu na ograniczenia baz danych na potrzeby niniejszej analizy nie można było zastosować zaawansowanych analiz statystycznych. Ponadto ograniczenia te spowodowały, że niemożliwe stało się opracowanie syntetycznego wskaźnika, który mógłby pokazywać zmianę postaw wobec transplantacji w analizowanych grupach społeczno-demograficznych. Ograniczenia te mają przede wszystkim podwójne źródło. Po pierwsze, brakuje dostępu do baz danych z analizowanych badań. Autorka niniejszej pracy opierała się jedynie na danych zawartych w tzw. aneksie tabelarycznym. Aneks ten zawiera podstawowe rozkłady częstości odpowiedzi dla różnych grup społeczno-demograficznych. Konsekwencją był brak możliwości poszerzenia badania o dodatkowe analizy statystyczne, które np. mierzyłyby siłę związku różnych czynników czy cech z określonymi poglądami na temat transplantacji.

Po drugie, w dostępnych bazach danych brak zachowanej spójnej formy prezentowania niektórych danych w aneksie tabelarycznym. W komunikatach z lat: 1995, 1997 i 2005 dane dotyczące ogólnej postawy wobec transplantacji były przedstawiane z uwzględnieniem dokładnej kafeterii towarzyszącej pytaniu zawartemu w ankiecie. W pozostałych komunikatach dane zostały zaprezentowane po wcześniejszym połączeniu kategorii „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak” oraz „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Analogiczny problem wystąpił w przypadku pytania o gotowość do oddania narządów po śmierci. W komunikacie z 2005 r. dane są prezentowane szczegółowo, w komunikatach z lat: 2003, 2007, 2009, 2011 i 2012 prezentowane są po połączeniu kafeterii, zgodnie z wcześniej opisanym sposobem łączenia.

Ograniczenie to okazało się bardzo istotne, albowiem wyniki badań pokazały, że stosunek do transplantacji nie przebiega wzdłuż prostej linii podziału na jej zwolenników i przeciwników. **Przeważająca większość badanych, niezależnie od reprezentowanej grupy społeczno-zawodowej, jest pozytywnie nastawiona do transplantacji; różnią się natomiast respondenci pod względem siły poparcia. Występują w tym zakresie dwie grupy: zdecydowanie popierający versus raczej popierający.**

Strukturę próby badawczej obrazuje zamieszczona w aneksie tabela 1.

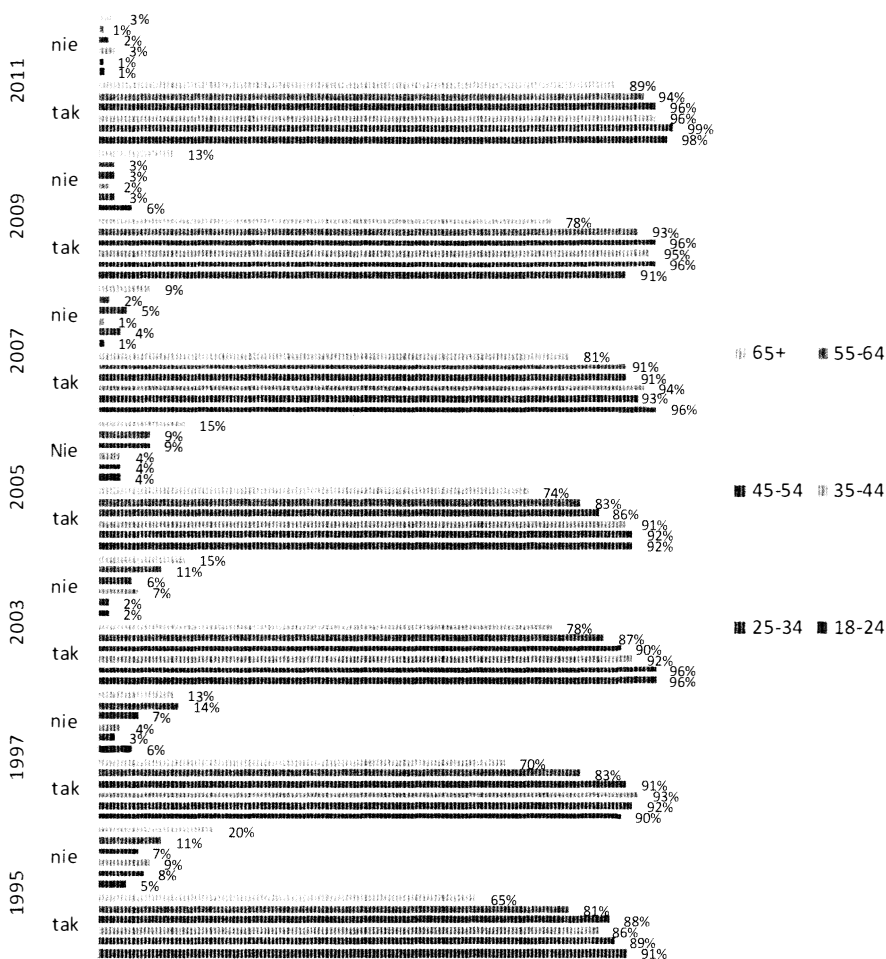
## § 2. Opinie na temat pobierania narządów od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom

Analizując opinie na temat pobierania narządów od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym osobom **w grupach wyróżnionych na podstawie wieku**, należy zauważyć, że przez cały okres monitorowania postaw wobec transplantacji (lata 1995-2011) jej zwolenników można najczęściej spotkać w najmłodszych grupach wiekowych, aczkolwiek w każdej z grup wiekowych przewagę posiada pogląd, że słuszne jest przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom. Najbardziej wyraziste różnice w opiniach na temat transplantacji można odnotować w latach 90. ubiegłego wieku. Wśród osób w wieku do 54 lat zdecydowanie przeważały głosy przychylne transplantacji, podczas gdy wśród osób starszych występowały one znacznie rzadziej. Różnica ta stała się mniej widoczna w XXI w., choć jeżeli szukać osób o negatywnym nastawieniu do problematyki transplantacji, to nadal najczęściej są to badani reprezentujący najstarszą kategorię wiekową (powyżej 65 roku życia).

Rozkład odpowiedzi na pytanie o słuszność przeszczepiania narządów *ex mortuo* w celu ratowania życia i zdrowia innych osób obrazuje poniżej zamieszczony wykres 30.

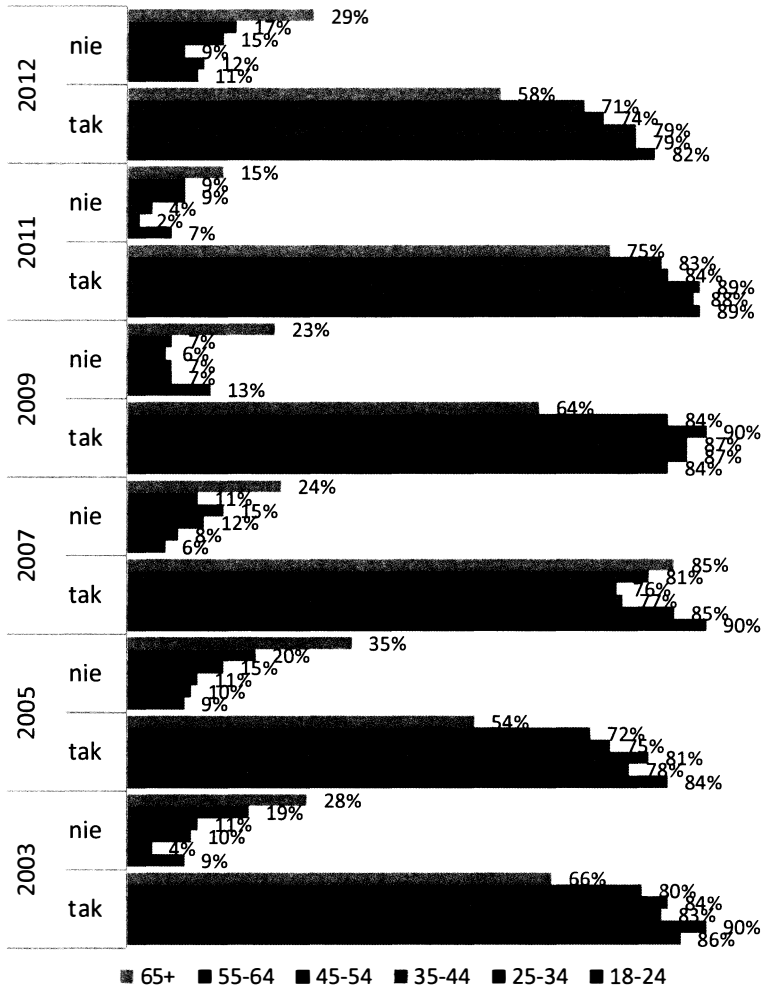
Analogiczne różnice występują w przypadku postaw dotyczących gotowości do oddania po śmierci własnych narządów w celu przeszczepienia innym. W każdej grupie wiekowej przeważa gotowość do dokonania donacji, ale jest ona najsłabsza wśród najstarszych respondentów – w wieku powyżej 65 roku życia. Jednocześnie to wśród osób najstarszych najczęściej możemy się spotkać z głosami, że nie zgadzają się one na to, aby po śmierci pobrano ich narządy w celu przeszczepienia innym. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zgodę na pobranie organów po śmierci respondentów zawiera zamieszczony poniżej wykres.

Wykres 30. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Wykres 31. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?

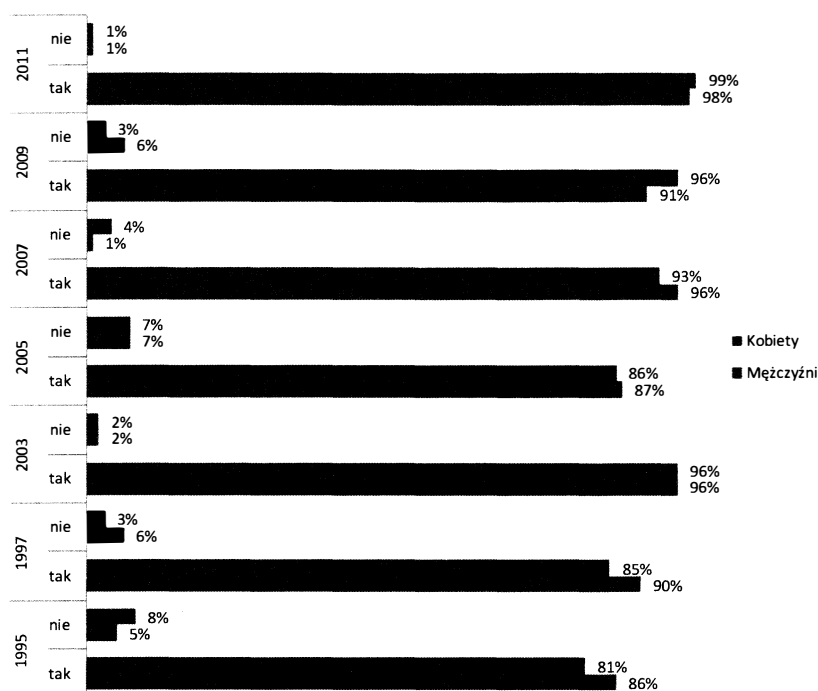


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

**W grupach wyróżnionych na podstawie płci** opinie kobiet i mężczyzn na temat podejmowania transplantacji w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym osobom były zbliżone, miały charakter zdecydowanie protransplantacyjny i praktycz-

nie nie podlegały istotnym zmianom w okresie lat 1995-2011. Jedyna zmiana, która zwraca uwagę, to wyraźny wzrost (w obu grupach – kobiet i mężczyzn) odsetka osób zdecydowanie przychylnych transplantacji. O ile w 1995 r. transplantację za zdecydowanie słuszną uważało 54% mężczyzn i 49% kobiet, to w 2003 r. pogląd taki charakteryzował już 63% mężczyzn i 60% kobiet. Obrazuje to zamieszczony poniżej wykres.

**Wykres 32. Czy uważa Pan(i) za słusne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?**



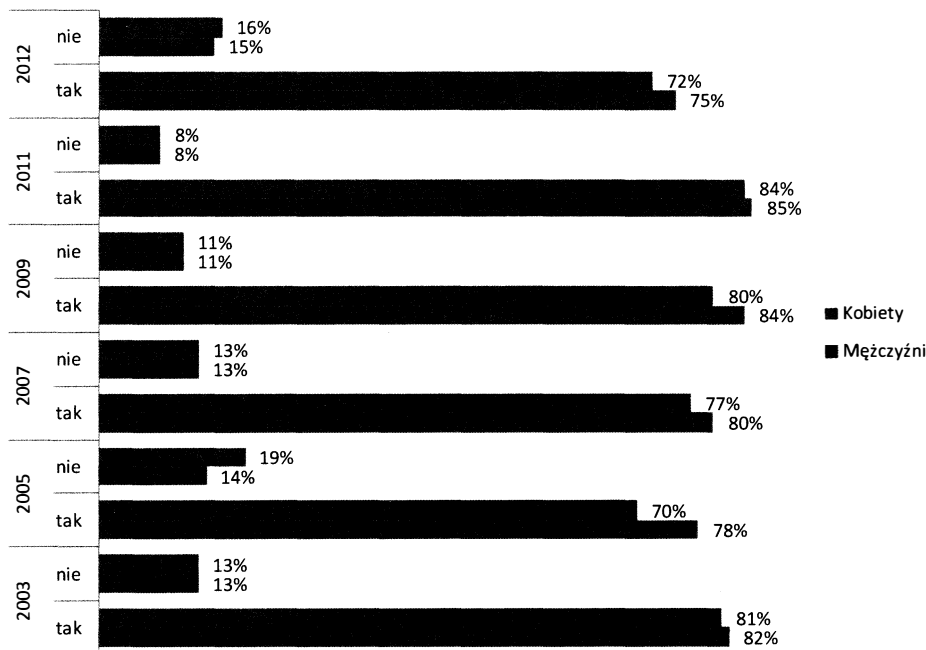
*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.*

Również w przypadku gotowości do oddania własnych organów (po śmierci) w celu przeszczepienia innym nie odnotowano różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. W obu grupach zdecydowanie przeważała zgoda na takie działanie, aczkolwiek należy zauważyć, że w 2012 r., zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn



nastąpił wyraźny spadek gotowości do przekazania po śmierci własnych organów w celu przeszczepienia innym. Przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 33. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



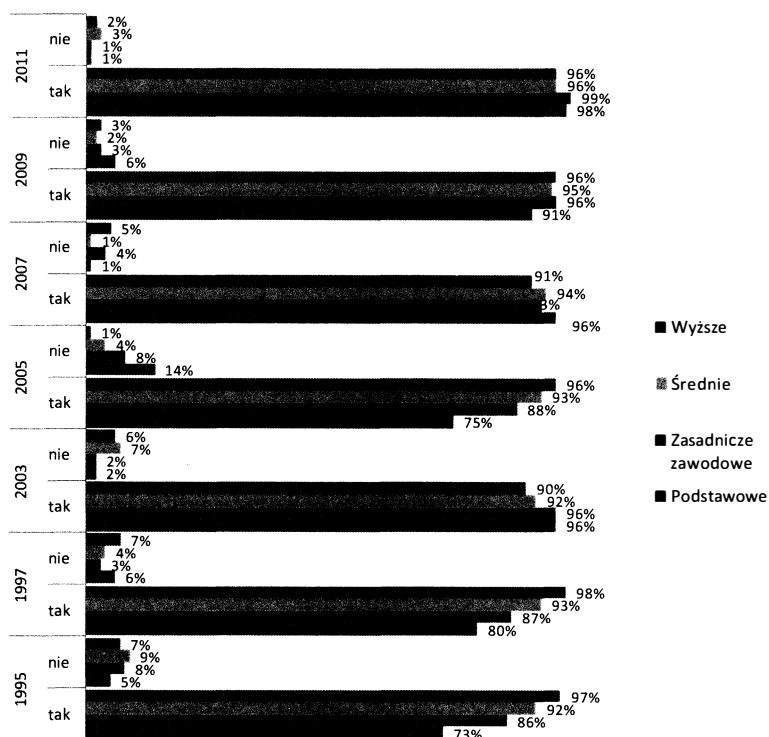
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

**W grupach wyróżnionych na podstawie poziomu wykształcenia** ogólna opinia na temat przeszczepiania narządów pobranych od osób zmarłych różni się w zależności od wykształcenia badanych. Im niższy poziom edukacji badanych, tym rzadziej mamy do czynienia z deklaracjami, że przeszczepienie narządów (pobranych od zmarłych) w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym osobom jest słuszne. Różnica ta jest szczególnie silnie widoczna w latach 90. ubiegłego wieku, ale możemy domniemywać, że utrzymuje się również w XXI w. Należy przy tym zauważyć, że przy generalnej tendencji do mniejszej otwartości osób z niskim wykształceniem na przeszczepianie organów pobranych od zmarłych, w grupie tej następuje systematyczny wzrost odsetka zwolenników przeszczepów. W 2005 r. zdecydowanie

za słuszością transplantacji opowiadało się 37% badanych z wykształceniem podstawowym i 49% z wykształceniem zawodowym. W 1997 r. taką opinię wyrażała już połowa osób z wykształceniem podstawowym i 60% osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym, wynik ten został utrzymany w 2005 r.<sup>1</sup>

Od początku monitorowania stosunku do przeszczepów systematycznie zwolennicy transplantacji notowani są w grupie osób z wykształceniem wyższym. Różnica pomiędzy tą grupą a pozostałymi jest szczególnie mocno widoczna w pomiarach z lat 1995 i 1997. Później różnica ta maleje za sprawą wzrostu poparcia dla transplantacji w pozostałych grupach wyróżnionych na podstawie poziomu wykształcenia, co wizualizuje poniżej zamieszczony wykres.

Wykres 34. Czy uważa Pan(i) za słusne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opi-

1 Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym nie ma możliwości szczegółowych porównań dla lat 2003, 2007, 2009 i 2011. W tych pomiarach CBOS dokonał połączenia kategorii „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, tworząc kategorię „tak”.

sywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

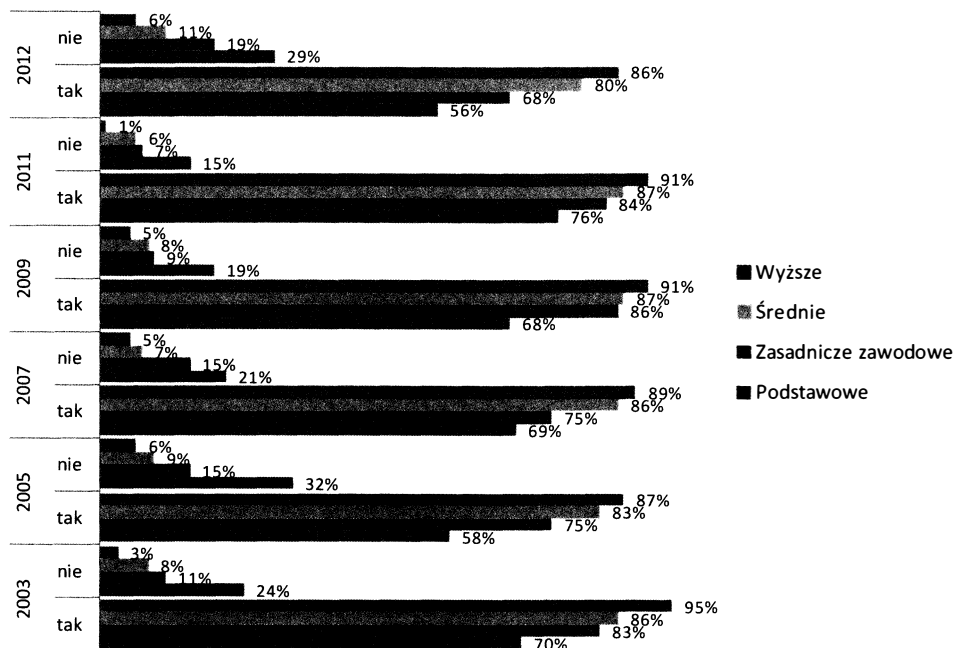
Również gotowość do przekazania własnych organów po śmierci w celu przeszczepienia ich innym ludziom jest powiązana z wykształceniem badanych. Im lepiej wykształcony respondent, tym częściej mamy do czynienia z deklaracją zgody na wykorzystanie własnych narządów po śmierci. Przy tym należy podkreślić, że do 2011 r. obserwowaliśmy albo wzrost poparcia dla ewentualnego wykorzystania własnych organów w celach transplantacyjnych (w grupach, w których wcześniej poparcie to było na relatywnie niskim poziomie), albo stabilizację opinii na ten temat (w grupach o wysokim poziomie poparcia)<sup>2</sup>.

Natomiast w 2012 r. nastąpiło wyraźne zmniejszenie się odsetka deklaracji, że po śmierci respondenta będzie można od niego pobrać narządy. Szczególnie silny spadek wystąpił wśród respondentów z wykształceniem podstawowym (o 20 punktów procentowych) oraz zasadniczym zawodowym (o 16 punktów procentowych), relatywnie silny w grupie badanych z wykształceniem średnim (o 7 punktów procentowych). Wśród osób z wykształceniem wyższym zmiana ta była mniej widoczna (5 punktów procentowych). Widać to wyraźnie na wykresie 35.

Dokonano także analizy **w grupach wyróżnionych na podstawie miejsca zamieszkania, w odniesieniu do wielkości miejscowości zamieszkania**. Ogólny stosunek do pobierania narządów od osób zmarłych, w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym osobom różni się w zależności od wielkości miejsca zamieszkania respondenta. Szczególnie wyraźna różnica przebiega pomiędzy mieszkańcami wsi oraz mieszkańcami miast. Od samego początku badania przez CBOS tej kwestii mieszkańcy wsi wykazują mniejszą aprobatę dla transplantacji organów pobieranych od osób zmarłych. Można również zauważyć, że akceptacja wobec transplantacji rośnie wraz ze wzrostem liczby mieszkańców, przy czym różnica ta jest mniej wyraźna niż pomiędzy generalnie obszarami wiejskimi i miastami. Ponadto zwraca uwagę, że w stosunku do 1995 r. w każdej analizowanej grupie notuje się wzrost akceptacji dla transplantacji. Przykładowo, w 1995 r. pobieranie narządów od osób zmarłych zdecydowanie popierało 39% mieszkańców wsi, a w 2005 r. taką opinię podzielała już ponad połowa (54%) osób zamieszkałych na obszarach wiejskich. Widać to wyraźnie na podstawie wykresu 36.

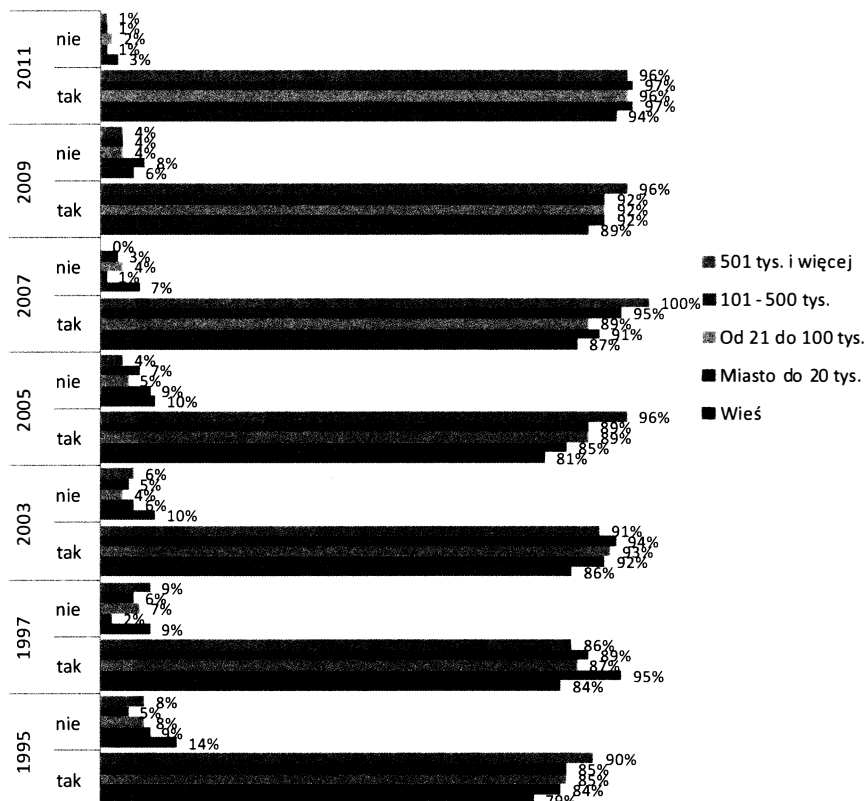
2 Wyjątek stanowił 2005 r., kiedy to skłonność do donacji własnych organów (po śmierci) zmniejszyła się w każdej grupie wyróżnionej na podstawie poziomu wykształcenia.

Wykres 35. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

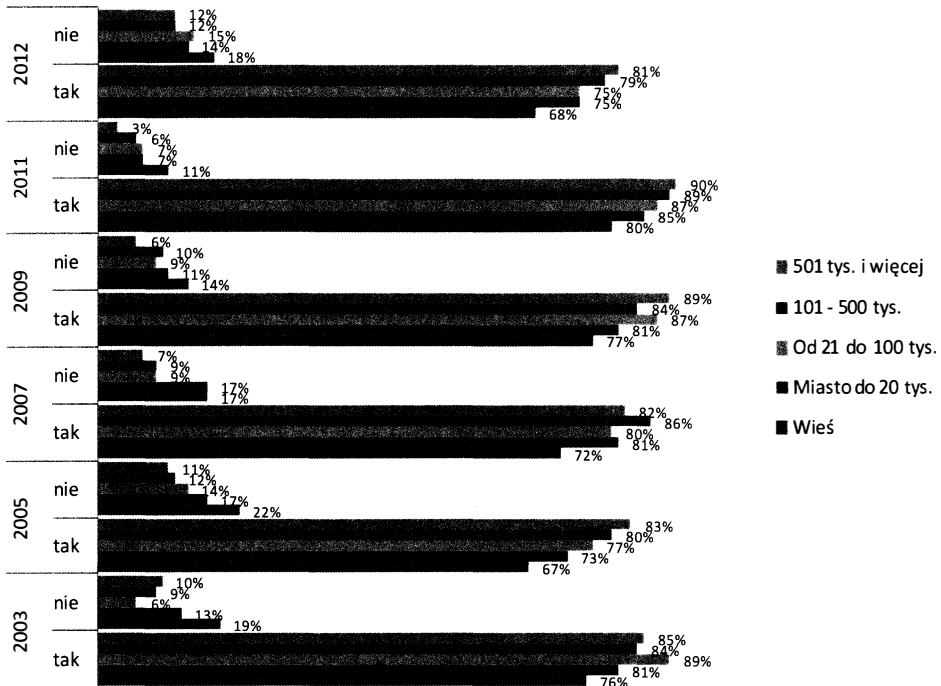
Wykres 36. Czy uważa Pan(i) za słusne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Mieszkańcy wsi również rzadziej niż mieszkańcy miast deklarowali wyrażenie zgody na pobranie po ich śmierci organów w celu przeszczepienia innym. Aczkolwiek należy podkreślić, że w każdej grupie wyodrębnionej na podstawie wielkości miejscowości zamieszkania od samego początku pomiaru omawianej kwestii przeważa postawa aprobująca pobranie od respondenta narządów po śmierci. Obrazuje to niżej zamieszczony wykres.

Wykres 37. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

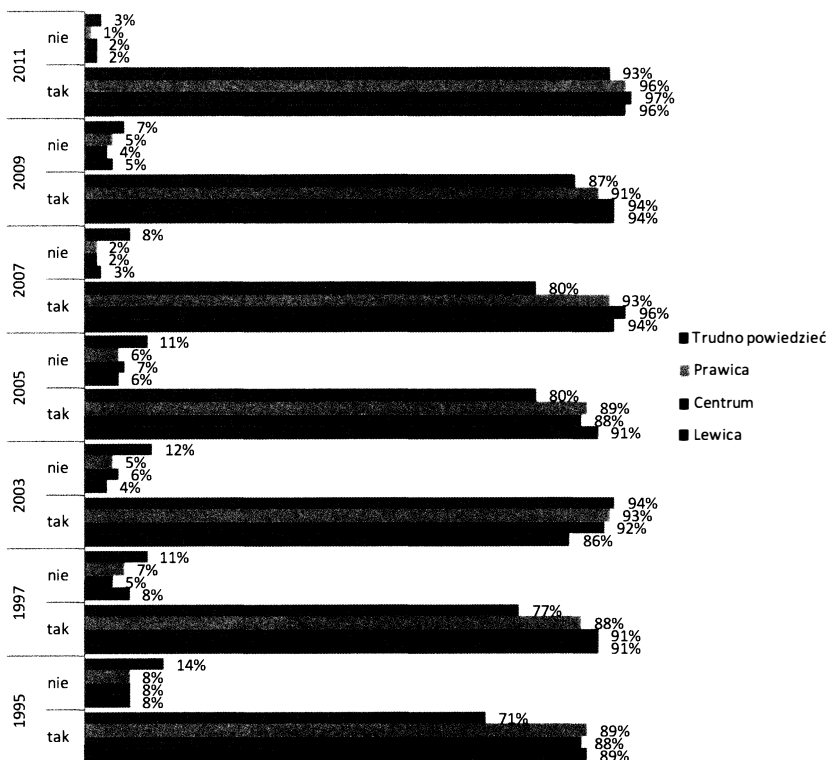
**W grupach wyróżnionych na podstawie poglądów politycznych** ogólny stosunek do idei transplantacji różni się w zależności od poglądów politycznych badanych, przy czym w każdej grupie przeważa opinia, że słuszne jest przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom. Co ciekawe, w 1995 r., wbrew stereotypom słuszność idei transplantacji była częściej deklarowana<sup>3</sup> przez osoby o poglądach prawicowych niż lewicowych, czy też respondentów, którzy przypisują sobie poglądy centrowe. Po 1995 r. sytuacja się zmieniła. Osoby deklarujące lewicowość, jak również badani o poglądach centro-

3 Dotyczy stwierdzeń „zdecydowanie tak”. Jeżeli natomiast połączyć te stwierdzenia z odpowiedziami „raczej tak”, wówczas różnice pomiędzy poszczególnymi grupami stają się bardzo małe.

wych częściej niż zwolennicy prawej strony sceny politycznej mówili o akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych.

Trzeba jednak zaznaczyć, że omówione powyżej różnice dotyczą głównie siły przekonania o tym, że należy pobierać narządy od osób zmarłych<sup>4</sup>, bo niezależnie od identyfikacji światopoglądowej zdecydowana większość badanych i tak pozytywnie odnosi się do kwestii przeszczepów. Można to zaobserwować na poniższym wykresie.

Wykres 38. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?

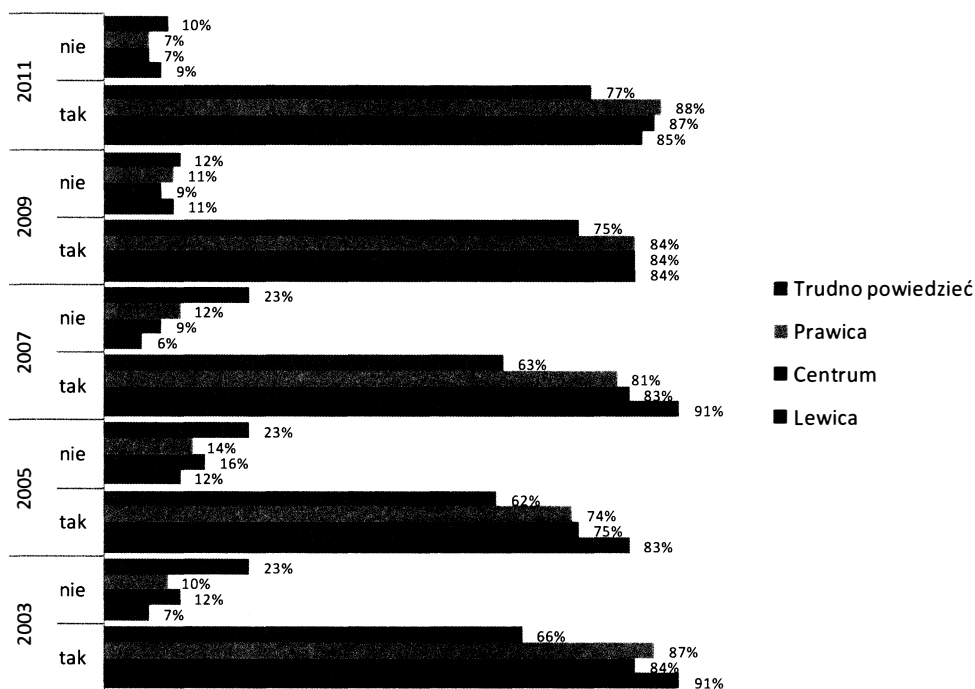


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

4 Częstsze deklaracje „zdecydowanie tak”.

Nie odnotowano większych różnic pod względem deklarowanej przez badanych gotowości do wyrażania zgody na pobranie organów po śmierci. Niezależnie od lokowania się na scenie politycznej czy światopoglądowej około 8-9 na 10 respondentów systematycznie wyraża opinie, że zgodziłoby się na to, aby po ich śmierci pobrano od nich narządy w celu przeszczepienia innym. Jedyny okres, w którym można było zauważyć relatywnie silne zróżnicowanie opinii, to 2007 r., kiedy to pozytywnie na temat możliwości przekazania (po śmierci) własnych organów wypowiedziało się 91% badanych o poglądach lewicowych, 83% o poglądach centrowych i 81% deklarujących poglądy prawicowe.

Wykres 39. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.



Ze względu na fakt, że CBOS tylko w jednym raporcie (z 2005 r.) przedstawił w aneksie tabelarycznym analizowane pytanie łącznie ze szczegółowym opisem jego kafeterii, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy w przypadku kwestii oddania po śmierci własnych organów występują wcześniej opisane różnice pod względem siły przekonania co do słuszności takiego postępowania. Niemniej jednak w 2005 r. były one widoczne. Badani o poglądach lewicowych częściej mówili, że zdecydowanie zgadzają się, aby po ich śmierci pobrano narządy (60% odpowiedzi „zdecydowanie tak”, 52% wśród osób o poglądach centrowych i 54% wśród respondentów o poglądach prawicowych). Obrazuje to powyższy wykres 39.

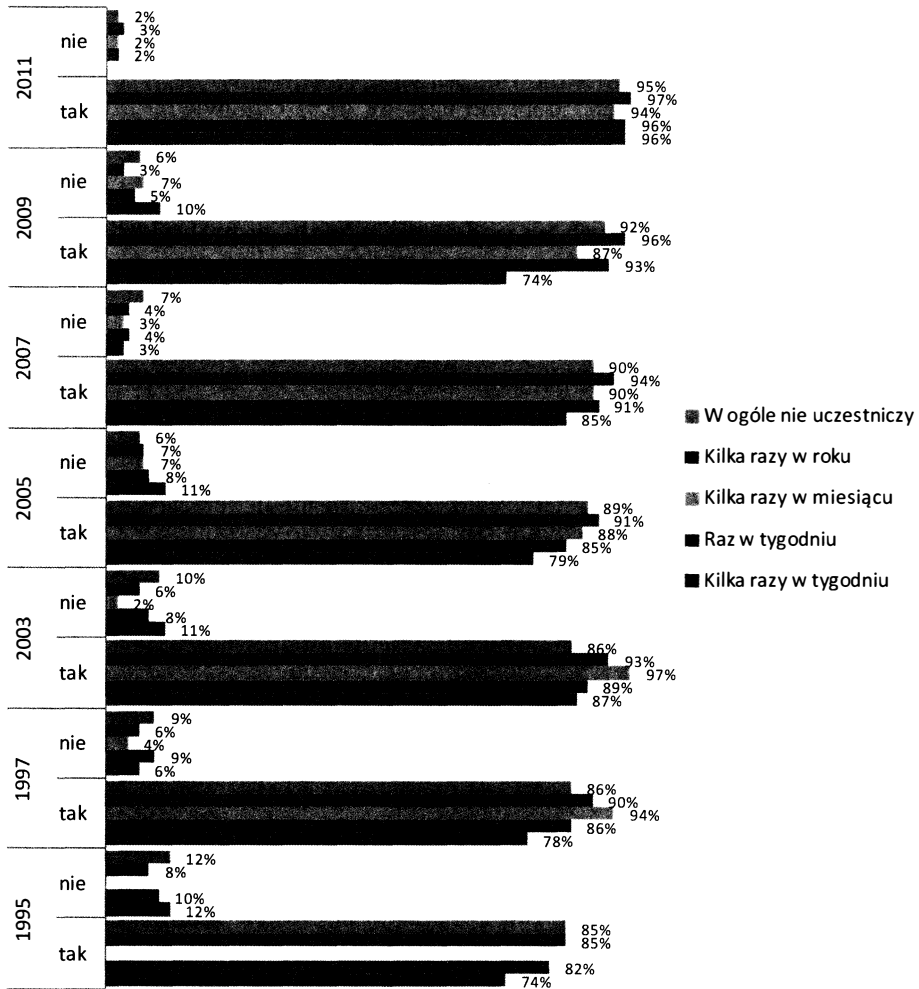
**W grupach wyróżnionych na podstawie udziału w praktykach religijnych** stosunek do kwestii przeszczepiania osobom potrzebującym narządów pobranych od osób zmarłych różni się w zależności od intensywności udziału w praktykach religijnych. Różnica ta jest obecna od początku badania zagadnień transplantacji, przy czym szczególnie wyraziste różnice odnotowano w 1995 r. Zasadniczo linia podziału przebiega pomiędzy osobami często biorącymi udział w praktykach religijnych (kilka razy w tygodniu lub raz w tygodniu) a rzadziej lub wcale nieuczestniczącymi w tych praktykach. Różnica, o której mowa, nie dotyczy jednak aprobaty czy sprzeciwu wobec transplantacji, a jedynie siły przekonania, że transplantacja jest słuszna. Osoby deklarujące się jako często praktykujące rzadziej mówią, że zdecydowanie popierają pobieranie organów od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom. Niemniej jednak, nawet w tej grupie od drugiej połowy lat 90. ubiegłego stulecia rośnie odsetek osób, które zdecydowanie popierają przeszczep organów<sup>5</sup>. Obrazuje to poniższy wykres. Choć w każdej analizowanej grupie przeważa pozytywny stosunek do kwestii przekazania po śmierci własnych organów innym osobom, to jednak rzadziej taką opinię możemy spotkać wśród osób często lub względnie często praktykujących. Ponadto, jeżeli spojrzeć na dane z 2005 r.<sup>6</sup>, okazuje się, że osoby często praktykujące najrzadziej deklarują, że są zdecydowanie przekonane do tego, że zgadzają się, aby po ich śmierci pobrane od nich organy przekazać innym osobom<sup>7</sup>. Widać to na poniższym wykresie.

5 W 1995 r. – 36%, w 1997 r. – 52%, w 2005 r. – 51%. Ze względu na braki w danych nie można stwierdzić, czy tendencja ta utrzymuje się nadal.

6 Jedyńy pomiar, dla którego Autorka posiada dokładny opis kafeterii.

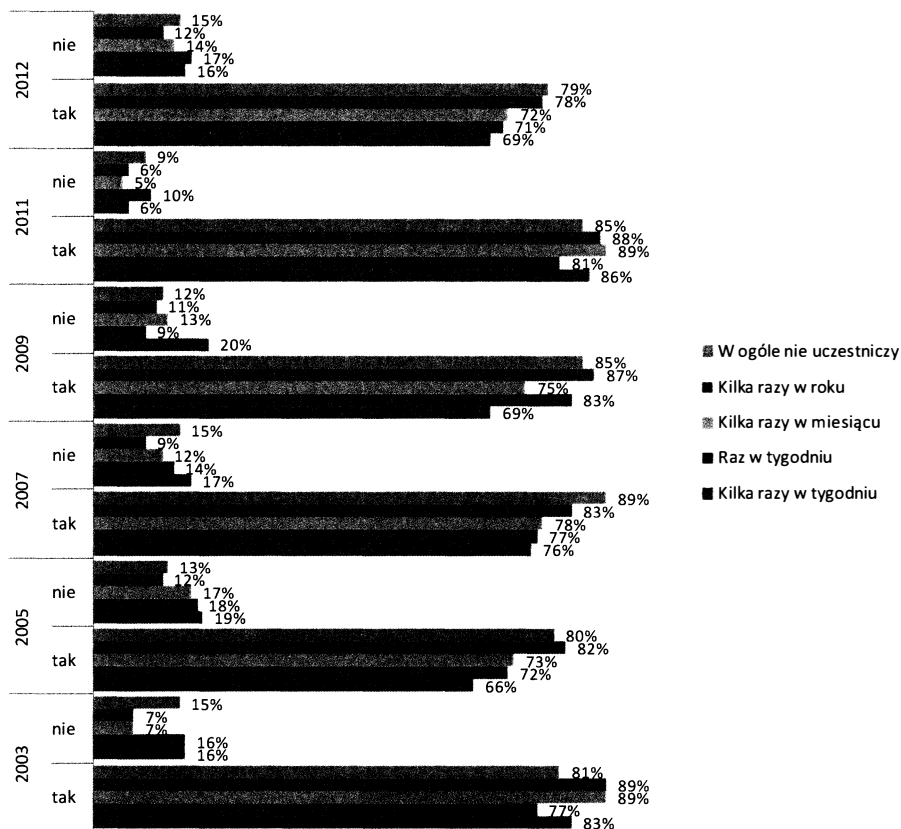
7 Praktykują kilka razy w tygodniu – 48%, raz w tygodniu – 48%, kilka razy w miesiącu – 53%, kilka razy w roku – 56%, w ogóle nie uczestniczą w praktykach religijnych – 60%.

Wykres 40. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Wykres 41. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS. Ze względu na różnice w sposobie prezentowania przez CBOS danych w aneksie tabelarycznym (dla niektórych pomiarów dane były opisywane w skali 4-stopniowej „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”, w innych pomiarach wykorzystano skalę dychotomiczną „tak”, „nie”) na potrzeby niniejszego opracowania dokonano połączenia kategorii: „zdecydowanie tak” i „raczej tak” w kategorię „tak”, zaś „zdecydowanie nie” i „raczej nie” w kategorię „nie”. Dzięki temu uzyskano możliwość dokonania porównania pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Na wykresie pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

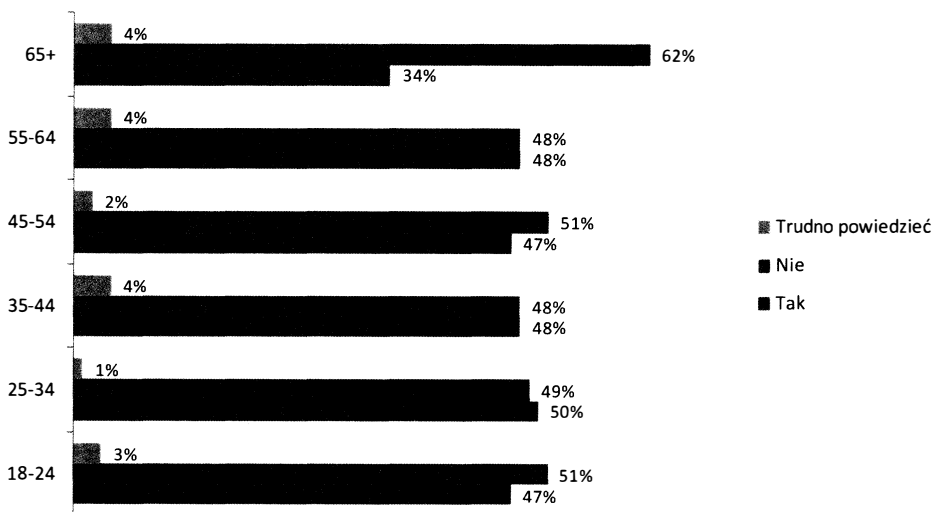
### § 3. Gotowość do podpisania oświadczenia woli dotyczącego możliwości pobrania narządów po śmierci

Analiza kwestii oświadczenia woli w kontekście świadomości istnienia przepisów umożliwiających podpisanie takiego oświadczenia jest ograniczona do jednego pomiaru (z 2007 r.). Choć CBOS kwestię tę badał systematycznie, to jednak jedynie

w 2007 r. pytanie to zostało zaprezentowane w aneksie tabelarycznym. W pozostałych latach pytanie to było przedstawiane wyłącznie w rozkładzie ogólnym dla całej badanej próby.

Podobnie jak w przypadku wcześniej omówionych pytań dotyczących postaw wobec transplantacji, także świadomość istnienia oświadczenia woli, jak również gotowość do jego podpisania różni się **w zależności od wieku badanych**. I podobnie jak we wcześniej opisanych pytaniach, można obserwować różnicę pomiędzy najstarszymi respondentami (w wieku powyżej 65 roku życia) i pozostałymi. W pierwszej z wymienionych grup wiedza o oświadczeniu woli pozostaje na relatywnie niskim poziomie (34% w stosunku do 47% wśród najmłodszych respondentów) i również stosunkowo rzadko mamy do czynienia ze skłonnością do podpisania takiego oświadczenia (52-58% wśród najstarszych w stosunku do 76-80% wśród najmłodszych badanych). Poniższy wykres obrazuje rozkład odpowiedzi na pytanie o oświadczenie woli na pobranie narządów.

Wykres 42. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Z kolei poniższa tabela wskazuje na rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy respondent byłby skłonny podpisać oświadczenie, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że respondent zgadza się na pobranie narządów.

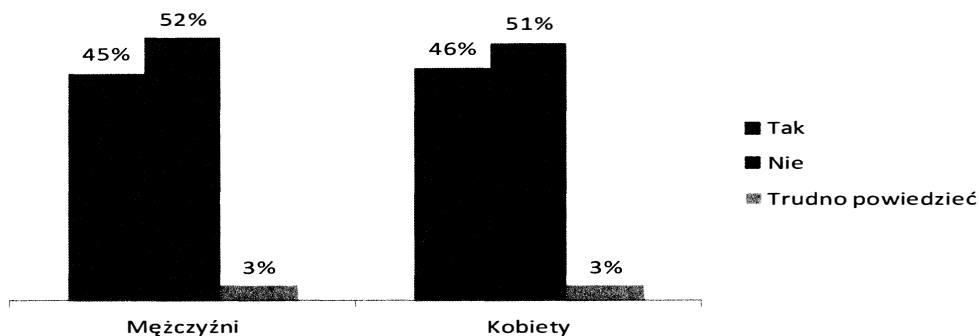
Tabela 32. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

	2007				2009				2011			
	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(e) (a)m	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(e) (a)m	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(e) (a)m	Trudno powiedzieć
18-24	80%	5%	1%	14%	79%	14%	1%	6%	76%	9%	4%	11%
25-34	78%	11%	0%	11%	79%	10%	0%	11%	81%	6%	3%	10%
35-44	69%	15%	1%	15%	80%	12%	2%	6%	80%	6%	2%	12%
45-54	72%	13%	0%	16%	74%	13%	2%	11%	71%	13%	1%	15%
55-64	65%	11%	0%	24%	70%	17%	1%	12%	68%	14%	2%	16%
65+	52%	25%	0%	23%	55%	29%	0%	16%	58%	23%	0%	19%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K146\_09, K091\_11.

W grupach wyróżnionych na podstawie płci nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem świadomości istnienia możliwości podpisania oświadczenia woli, aby w krytycznej sytuacji rodzina wiedziała, czy jej członek zgodził się na pobranie organów. Połowa kobiet i mężczyzn nie słyszała o takim oświadczeniu, a nieco mniej niż połowa (kobiet i mężczyzn) o nim słyszała. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres 43. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Również płeć respondenta nie ma wpływu na jego gotowość do podpisania takiego oświadczenia. Nieco ponad dwie trzecie (kobiet i mężczyzn) deklaruje, że podpisałoby takie oświadczenie, a ponad jedna dziesiąta (kobiet i mężczyzn), iż nie podpisałaby takiego oświadczenia. Poniższa tabela wskazuje rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy respondent byłby skłonny podpisać oświadczenie, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że respondent zgadza się na pobranie narządów.

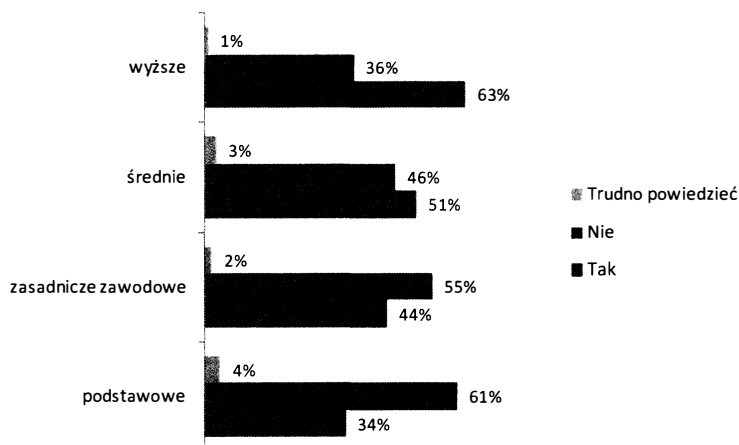
Tabela 33. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

	2007				2009			
	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(a)m	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(a)m	Trudno powiedzieć
Mężczyźni	70%	13%	0%	17%	74%	16%	0%	10%
Kobiety	68%	14%	0%	17%	71%	16%	1%	11%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K146\_09.

Wiedza o istnieniu instytucji oświadczenia woli jest zdecydowanie powiązana z **wykształceniem badanych**. Im wyższe wykształcenie, tym częściej mamy do czynienia z pozytywnymi odpowiedziami na pytanie: „Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?”. Posiadanie wiedzy deklaruje blisko dwie trzecie badanych z wykształceniem wyższym, połowa respondentów z wykształceniem średnim, ponad jedna trzecia ankietowanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym i jedna trzecia badanych legitymujących się wykształceniem podstawowym. Odnotowane różnice są naturalne dla omawianej cechy. Lepsze wykształcenie łączy się z większym dostępem do informacji, ale również z większą skłonnością do poszukiwania informacji, poszerzania wiedzy na temat zjawisk zachodzących w szeroko definiowanym otoczeniu społecznym. Rozkład odpowiedzi na pytanie o wiedzę na temat istnienia oświadczenia woli obrazuje wykres zamieszczony poniżej.

**Wykres 44.** Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Również gotowość do podpisania takiego oświadczenia jest silnie powiązana z wykształceniem respondentów. W każdym z badań (2007 r., 2009 r. i 2011 r.) najczęściej deklaracja podpisania oświadczenia woli pojawiała się w grupie osób z wykształceniem wyższym, a następnie wśród badanych z wykształceniem średnim. Jednocześnie niechęć do podpisania omawianego oświadczenia najczęściej wyrażali respondenci z wykształceniem podstawowym oraz zasadniczym zawodowym. Należy jednak zauważyć, że w dwóch najgorzej wykształconych grupach respondentów w 2011 r. można było zauważyć pozytywne zmiany, tj. wzrost odsetek osób, które deklarują gotowość do podpisania oświadczenia woli. Odnośne dane można prześledzić na podstawie zamieszczonej poniżej tabeli.

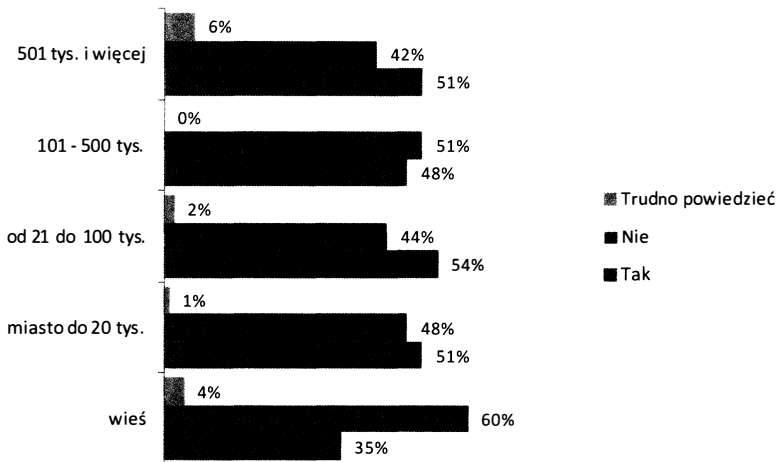
**Tabela 34.** Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

	2007				2009				2011			
	Podpisał(a)by	Nie podpisał(a)by	Już podpisał(a)m	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by	Nie podpisał(a)by	Już podpisał(a)m	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by	Nie podpisał(a)by	Już podpisał(a)m	Trudno powiedzieć
Podstawowe	53%	21%	0%	25%	54%	26%	0%	20%	63%	20%	0%	17%
Zasadnicze zawodowe	64%	17%	0%	18%	77%	13%	1%	9%	68%	14%	1%	17%
Średnie	82%	6%	1%	12%	79%	13%	1%	7%	76%	9%	3%	11%
Wyższe	82%	9%	0%	9%	82%	12%	1%	5%	85%	2%	3%	10%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K146\_09, K091\_11.

W grupach wyróżnionych na podstawie miejsca zamieszkania – wielkości miejscowości zamieszkania – należy zauważyć, że mieszkańcy wsi znacznie rzadziej od mieszkańców pozostałych miejscowości deklarują posiadanie wiedzy o możliwości podpisania oświadczenia woli, tak aby osoby bliskie wiedziały o zgodzie na pobranie narządów. Świadomość istnienia takiego dokumentu posiada nieco ponad jedna trzecia mieszkańców wsi (35%), podczas gdy wśród respondentów zamieszkujących w miastach wskaźnik ten wynosi 48-54%. Stosowne dane liczbowe można odczytać z poniższego wykresu.

Wykres 45. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Gotowość do podpisania oświadczenia woli różni się w zależności od wielkości miejsca zamieszkania. Im miasto jest większe, tym częściej badani deklarują, że zdecydowaliby się na podpisanie oświadczenia woli. Z kolei, im miejsce zamieszkania jest mniejsze, tym częściej można usłyszeć, że dokument ten nie zostałby podpisany. Ponadto można zauważyć, że osoby ze wsi oraz relatywnie małych miast (do 100 tys. mieszkańców) często nie potrafią jednoznacznie określić swojego stanowiska w sprawie podpisania oświadczenia woli. Stosowne szczegółowe dane statystyczne umiejscowione są w poniższej tabeli.



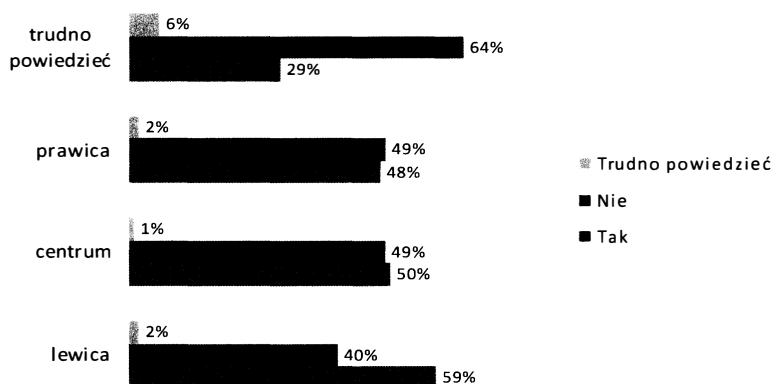
Tabela 35. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

	2007				2009				2011			
	Podpisał(a)by	Nie podpisał(a)by	Już podpisał(a)jm	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by	Nie podpisał(a)by	Już podpisał(a)jm	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by	Nie podpisał(a)by	Już podpisał(a)jm	Trudno powiedzieć
Wieś	58%	18%	0%	24%	65%	22%	0%	13%	65%	16%	1%	17%
Miasto do 20 tys.	68%	16%	1%	14%	71%	15%	1%	13%	72%	13%	1%	14%
od 21 do 100 tys.	74%	10%	0%	16%	80%	13%	1%	6%	76%	9%	1%	14%
101-500 tys.	75%	13%	1%	11%	73%	13%	2%	12%	78%	9%	4%	8%
501 tys. i więcej	86%	5%	0%	9%	83%	12%	1%	4%	80%	6%	4%	10%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K146\_09, K091\_11.

Analizując postawy respondentów w grupach wyróżnionych na podstawie poglądów politycznych, można zauważyć, że wiedza o istnieniu oświadczenia woli wyraźnie wyróżnia badanych o poglądach lewicowych. Ponad połowa z nich (59%) zadeklarowała, że słyszała o oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że respondent zgadza się na pobranie narządów. Wśród osób o poglądach centrowych pozytywnie na zadane pytanie odpowiedziało 50% ankietowanych, zaś wśród respondentów o poglądach prawicowych 48%. Szczegółowy rozkład odpowiedzi zawiera poniższy wykres.

Wykres 46. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Niezależnie od poglądów politycznych podobny odsetek badanych zgodziłby się na podpisanie takiego oświadczenia. Warto odnotować istotną zmianę, jaka zaszła po 2007 r. W roku tym chęć do podpisania oświadczenia woli wyraźnie częściej deklarowali badani o poglądach lewicowych (86%) niż centrowych (77%) oraz prawicowych (67%). W kolejnych badaniach (realizowanych w latach 2009 i 2011) nastąpił spadek (w stosunku do 2007 r.) gotowości podpisania oświadczenia woli wśród osób o poglądach lewicowych (o około 10 punktów procentowych) i jednocześnie wzrost odsetka respondentów deklarujących możliwość podpisania omawianego dokumentu w grupie ankietowanych o poglądach prawicowych (również o około 10 punktów procentowych). Szczegółowe wskaźniki statystyczne można odczytać z poniższej tabeli.

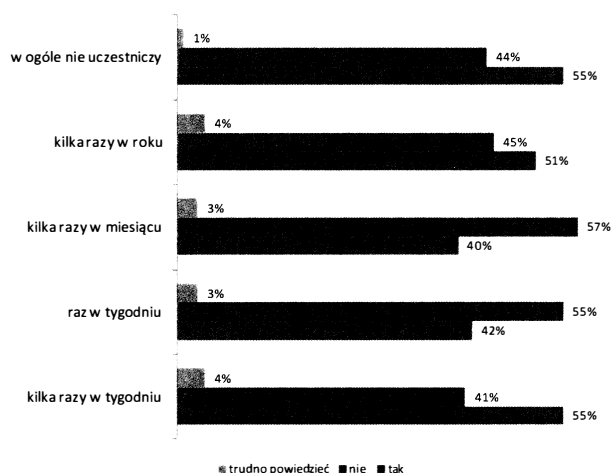
Tabela 36. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

	2007				2009				2011			
	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(e)(a)ł(m)	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(e)(a)ł(m)	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(e)(a)ł(m)	Trudno powiedzieć
Lewica	86%	7%	1%	6%	74%	20%	2%	4%	76%	12%	3%	9%
Centrum	77%	10%	0%	13%	77%	12%	1%	10%	77%	11%	2%	10%
Prawica	67%	14%	0%	20%	74%	17%	0%	9%	77%	9%	1%	12%
Trudno powiedzieć	51%	22%	1%	26%	63%	18%	1%	18%	59%	16%	2%	23%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K146\_09, K091\_11.

**W grupach wyróżnionych na podstawie udziału w praktykach religijnych** nie odnotowano różnic, które mogłyby wskazywać na wpływ udziału w praktykach religijnych na wiedzę o istnieniu możliwości podpisania oświadczenia woli, które wypełnia się, aby w krytycznej sytuacji rodzina wiedziała, że jej członek zgadza się na pobranie narządów. Szczegółowe dane statystyczne zawiera poniżej zamieszczony wykres.

Wykres 47. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Badani różnili się natomiast pod względem gotowości do podpisania takiego oświadczenia. Choć niezależnie od częstotliwości udziału w praktykach religijnych większość respondentów deklarowała, że podpisałaby takie oświadczenie, to jednak rzadziej z takimi deklaracjami można się spotkać wśród osób często praktykujących. Warto jednocześnie zauważyć, że w 2011 r. odnotowano stosunkowo wysoki (7%) wzrost odsetka osób gotowych podpisać oświadczenie woli w grupie respondentów najczęściej uczestniczących w praktykach religijnych. Jest to widoczne na podstawie danych zawartych w poniższej tabeli.

Tabela 37. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

	2007				2009				2011			
	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(a)by(m)	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(a)by(m)	Trudno powiedzieć	Podpisał(a)by(m)	Nie podpisał(a)by(m)	Już podpisał(a)by(m)	Trudno powiedzieć
Kilka razy w tygodniu	60%	16%	0%	24%	59%	28%	0%	13%	67%	13%	0%	20%
Raz w tygodniu	66%	14%	0%	21%	70%	16%	1%	13%	69%	13%	2%	16%
Kilka razy w miesiącu	72%	15%	1%	12%	68%	18%	0%	14%	76%	10%	2%	12%
Kilka razy w roku	73%	11%	0%	16%	82%	11%	2%	4%	74%	10%	2%	13%
W ogóle nie uczestniczy	77%	14%	1%	7%	77%	20%	0%	3%	76%	14%	3%	7%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K146\_09, K091\_11.

## § 4. Postawy wobec pobrania narządów od osób bliskich w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie

**W grupach wyróżnionych na podstawie wieku** większość badanych, niezależnie od ich wieku, była skłonna zgodzić się na pobranie narządów od zmarłej bliskiej osoby (jeżeli zmarła osoba nie miała nic przeciwko) w celu ratowania życia innej osobie. Niemniej jednak, podobnie jak w przypadku innych kwestii dotyczących problematyki transplantacji, jeżeli szukać osób najmniej chętnych do takiego działania, to najczęściej możemy je znaleźć w grupie najstarszych respondentów w wieku powyżej 65 roku życia. I odwrotnie, jeżeli poszukiwać najbardziej przychylnych wyrażeniu zgody na pobranie organów od zmarłej bliskiej osoby, to najczęściej odnajdujemy ich w grupie najmłodszych badanych w wieku 18-24 lat. Obrazuje to poniższa tabela.

Tabela 38. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

	1997			2003			2009		
	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć
18-24	7%	90%	3%	5%	93%	2%	9%	88%	3%
25-34	6%	89%	5%	3%	93%	4%	11%	84%	5%
35-44	7%	88%	5%	7%	89%	4%	14%	82%	4%
45-54	17%	78%	6%	9%	87%	4%	11%	83%	5%
55-64	11%	82%	7%	10%	84%	6%	11%	82%	7%
65+	14%	69%	17%	21%	69%	10%	17%	68%	15%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K171\_03, K146\_09.

Także większość badanych (niezależnie od ich wieku) byłaby skłonna wyrazić zgodę na pobranie organów od zmarłej bliskiej osoby w sytuacji, gdy nie posiadałaby wiedzy na temat tego, co zmarła osoba myślała na ten temat. W tym przypadku nie odnotowano tak jednoznacznych jak wcześniej różnic pomiędzy najmłodszymi i najstarszymi respondentami. Warto jednocześnie zauważyć, że w stosunku do pomiaru z 2011 r. w 2012 r. odnotowano istotną zmianę postawy najmłodszych badanych. O ile w 2011 r. można było w tej grupie obserwować silną postawę proliberalną (70%

nie wyraziłoby sprzeciwu, 19% sprzeciwiłoby się), to w 2012 r. odsetek najmłodszych badanych deklarujących brak sprzeciwu zmalał o 9 punktów procentowych, zaś odsetek wyrażających sprzeciw wzrósł o 11 punktów procentowych. Szczegółowe dane liczbowe zawiera poniższa tabela.

**Tabela 39. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?**

	2011			2012		
	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
18-24	19%	70%	12%	30%	61%	9%
25-34	21%	70%	10%	22%	64%	14%
35-44	21%	63%	16%	17%	65%	17%
45-54	15%	67%	17%	23%	61%	16%
55-64	15%	66%	18%	18%	64%	18%
65+	18%	60%	23%	24%	56%	19%

Źródło: komunikat CBOS K091\_11, K105\_12.

**W grupach wyróżnionych na podstawie płci** wśród badanych kobiet i mężczyzn nie odnotowano istotnej różnicy opinii na temat postępowania w sytuacji śmierci bliskiej osoby, która nie miała nic przeciwko transplantacji. W każdym z trzech pomiarów, w których pytano o tę kwestię, około trzech czwartych kobiet i mężczyzn deklaruje, że nie sprzeciwiłoby się pobraniu narządów od zmarłej bliskiej osoby. Około jednej dziesiątej badanych (kobiet i mężczyzn) nie wyraziłoby zgody na przeszczep. Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie: czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

Tabela 40. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

	1997			2003			2009		
	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć
Mężczyźni	14%	80%	7%	7%	89%	3%	12%	83%	6%
Kobiety	12%	79%	9%	10%	84%	6%	13%	79%	8%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K171\_03, K146\_09.

Również w przypadku śmierci osoby bliskiej, która nie wypowiadała się na temat przeszczepów, stanowisko kobiet i mężczyzn jest podobne, choć należy zaznaczyć, że mężczyźni nieco częściej od kobiet są skłonni w takiej sytuacji do wyrażenia sprzeciwu wobec przeszczepu. Kobiety z kolei nieznacznie częściej nie potrafią zająć jednoznacznego stanowiska (wybierają odpowiedź „trudno powiedzieć”). Szczegółowe dane statystyczne zawiera poniższa tabela.

Tabela 41. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiadała się na ten temat?

	2011			2012		
	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć
Mężczyźni	21%	67%	12%	24%	62%	14%
Kobiety	16%	65%	19%	20%	63%	17%

Źródło: komunikat CBOS K091\_11, K105\_12.

**Wykształcenie** ma wpływ na zachowanie w sytuacji śmierci bliskiej osoby, która nie miała nic przeciwko pobraniu od niej narządów. Choć w każdej z grup wyodrębnionych na podstawie poziomu wykształcenia większość badanych twierdzi,

że zgodziłyby się na pobranie narządów od zmarłej bliskiej osoby, to jednak najrzadziej opinia ta występuje wśród badanych z wykształceniem podstawowym, a najczęściej wśród respondentów z wykształceniem wyższym. Należy również zauważyć, że wśród osób z wykształceniem podstawowym oraz zasadniczym zawodowym relatywnie silna jest niechęć do zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby. Szczegółowe dane statystyczne w tym zakresie zawiera niżej zamieszczona tabela.

**Tabela 42. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?**

	1997			2003			2009		
	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
Podstawowe	16%	72%	13%	18%	76%	6%	17%	68%	15%
Zasadnicze zawodowe	10%	84%	6%	7%	89%	4%	14%	83%	3%
Średnie	8%	88%	4%	5%	90%	5%	10%	86%	5%
Wyższe	3%	95%	2%	2%	94%	4%	7%	89%	4%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K171\_03, K146\_09.

Poglądy na kwestię przeszczepu od zmarłej bliskiej osoby jeszcze bardziej się „usztynniają” w sytuacji, gdy nie było wiadomo, jaką opinię na temat przeszczepu miała ta osoba. W każdej z badanych grup wyróżnionych na podstawie poziomu wykształcenia następuje wzrost niechęci wobec przeszczepu, przy czym nadal najbardziej liberalne pozostają osoby z wykształceniem wyższym oraz w nieco mniejszym stopniu osoby z wykształceniem średnim. Obrazuje to poniższa tabela.

Tabela 43. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiadała się na ten temat?

	2011			2012		
	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć
Podstawowe	20%	58%	22%	29%	48%	23%
Zasadnicze zawodowe	15%	67%	19%	26%	56%	18%
Średnie	22%	64%	13%	19%	67%	14%
Wyższe	12%	79%	9%	14%	75%	11%

Źródło: komunikat CBOS K091\_11, K105\_12.

W grupach wyróżnionych na podstawie miejsca zamieszkania (wielkości miejscowości zamieszkania) można zauważyć, że niezależnie od miejsca zamieszkania większość badanych zgodziłaby się na pobranie organów od zmarłej bliskiej osoby, gdyby wiedziała, że osoba ta nie miała nic przeciwko. Niemniej jednak, należy zaznaczyć, że gotowość do takiego działania rośnie wraz ze wzrostem liczby mieszkańców miejscowości, w której zamieszkuje respondent. A zatem najczęściej o zgodzie na pobranie organów mówią osoby z miast o liczbie mieszkańców przewyższającej 500 tys. (87-91% w zależności od roku pomiaru), najrzadziej zaś mieszkańcy wsi (76-82%). Jednocześnie to mieszkańcy wsi najczęściej mówili o braku zgody na transplantację (12-14%), przy czym należy podkreślić, że w 2009 r. można było zaobserwować wzrost postaw niechętnych transplantacji także wśród mieszkańców miast<sup>8</sup>. Szczegółowe dane statystyczne można odnaleźć w poniższej tabeli.

8 Z wyjątkiem miast powyżej 500 tys. mieszkańców wskaźnik niechęci wobec pobrania narządów od bliskiej osoby jest zbliżony do wartości notowanej na obszarach wiejskich.



**Tabela 44. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?**

	1997			2003			2009		
	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć
Wieś	12%	78%	10%	12%	82%	5%	14%	76%	10%
Miasto do 20 tys.	9%	87%	3%	13%	81%	6%	11%	84%	5%
od 21 do 100 tys.	9%	83%	7%	7%	89%	4%	12%	82%	5%
101-500 tys.	10%	85%	5%	5%	92%	3%	13%	82%	6%
501 tys. i więcej	9%	87%	4%	4%	91%	5%	8%	88%	5%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K171\_03, K146\_09.

W sytuacji braku wiedzy na temat stosunku zmarłego (bliskiej osoby) do kwestii transplantacji w każdej grupie wyróżnionej ze względu na miejsce zamieszkania rośnie odsetek osób sprzeciwiających się pobraniu organów od zmarłego. Najsilniej sprzeciw wyrażają mieszkańcy wsi (21-25%)<sup>9</sup>. Jednocześnie wraz ze wzrostem liczby mieszkańców rośnie również odsetek odpowiedzi o braku sprzeciwu wobec pobrania narządów od zmarłego w celu ratowania życia innej osobie. Widać to na podstawie danych liczbowych z poniższej tabeli.

**Tabela 45. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiadała się na ten temat?**

	2011			2012		
	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)był się	Nie sprzeciwił(a)był się	Trudno powiedzieć
Wieś	21%	60%	19%	25%	56%	20%
Miasto do 20 tys.	16%	69%	15%	21%	65%	14%

9 W miastach jest to około jednej piątej badanych.

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

od 21 do 100 tys.	19%	66%	16%	21%	63%	16%
101-500 tys.	17%	70%	13%	18%	69%	13%
501 tys. i więcej	15%	74%	10%	19%	71%	10%

Źródło: komunikat CBOS K091\_11, K105\_12.

**Poglądy polityczne** nie mają wpływu na decyzje badanych dotyczące zgody na pobranie narządów od zmarłej (bliskiej) osoby, jeżeli osoba ta nie miała nic przeciwko donacji, jak również w sytuacji, gdy nie wiadomo, jakie były poglądy zmarłej osoby. W każdej z grup wyodrębnionych na podstawie poglądów politycznych zdecydowanie przeważają opinie, że w każdej z wymienionych sytuacji należy zgodzić się na pobranie narządów. Aczkolwiek taka postawa jest silniejsza w momencie, gdy badani wiedzą, że donator nie miał nic przeciwko; akceptacja zmniejsza się (w każdej grupie) w sytuacji, gdy nie mamy wiedzy na temat stanowiska osoby zmarłej. Obrazują to dane statystyczne zawarte w niżej zamieszczonej tabeli.

Tabela 46. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

	1997			2003			2009		
	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
Lewica	10%	85%	6%	5%	93%	2%	11%	87%	2%
Centrum	11%	85%	4%	8%	89%	3%	15%	80%	5%
Prawica	8%	85%	6%	7%	89%	3%	9%	87%	4%
Trudno powiedzieć	14%	73%	13%	15%	75%	10%	14%	70%	16%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K171\_03, K146\_09.

Znajduje to także potwierdzenie w badaniu z 2011 r., na co wskazują dane z poniższej tabeli.

Tabela 47. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?

	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
Lewica	17%	72%	11%
Centrum	19%	67%	14%
Prawica	18%	69%	13%
Trudno powiedzieć	19%	56%	25%

Źródło: komunikat CBOS K091\_11.

W grupach wyróżnionych na podstawie udziału w praktykach religijnych uważa się, że badani często praktykujący wykazują większą skłonność do sprzeciwiania się pobraniu narządów od zmarłej bliskiej osoby w sytuacji, gdy było wiadomo, że osoba ta nie miała nic przeciwko. Warto odnotować, że wskazana współzależność nie była jeszcze widoczna w 1997 r. Dopiero w badaniach z lat 2003 i 2009 widać, że częste uczestnictwo w praktykach religijnych może sprzyjać postawie niechętniej wobec przeszczepu organu od osoby bliskiej. Można to zaobserwować, analizując dane zawarte w tabeli poniżej.

Tabela 48. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

	1997			2003			2009		
	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
Kilka razy w tygodniu	8%	78%	15%	19%	78%	3%	21%	63%	16%
Raz w tygodniu	11%	80%	9%	10%	84%	6%	12%	83%	5%
Kilka razy w miesiącu	13%	85%	3%	6%	92%	3%	14%	74%	12%
Kilka razy w roku	9%	87%	4%	4%	92%	4%	10%	85%	5%
W ogóle nie uczestniczy	9%	85%	6%	10%	85%	6%	10%	83%	8%

Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K171\_03, K146\_09.

Natomiast pomiar przeprowadzony w 2011 r. dotyczący gotowości do oddania własnego serca przynosi wyniki, które trudno wytłumaczyć. U badanych, wraz ze zmniejszaniem się ich zaangażowania w praktyki religijne rośnie sprzeciw wobec po-

brania narządów od bliskiej osoby, w sytuacji braku wiedzy na temat opinii zmarłego na ten temat. Dane z 2012 r. są już znacząco inne. Widać z nich, że sprzeciw wobec pobrania serca jest zbliżony we wszystkich grupach, ale brak sprzeciwu jest wyraźnie powiązany z religijnością. Wraz ze zmniejszaniem się poziomu „religijności” wzrasta akceptacja dla pobrania serca od zmarłej bliskiej osoby. Pokazują to dane zawarte w poniżej zamieszczonej tabeli.

Tabela 49. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedała się na ten temat?

	2011			2012		
	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się	Trudno powiedzieć
Kilka razy w tygodniu	7%	71%	21%	22%	56%	22%
Raz w tygodniu	19%	63%	18%	23%	60%	17%
Kilka razy w miesiącu	21%	64%	15%	23%	62%	15%
Kilka razy w roku	16%	72%	12%	19%	65%	17%
W ogóle nie uczestniczy	20%	66%	14%	20%	70%	10%

Źródło: komunikat CBOS K091\_11, K105\_12.

## § 5. Stosunek do ludzkiego ciała

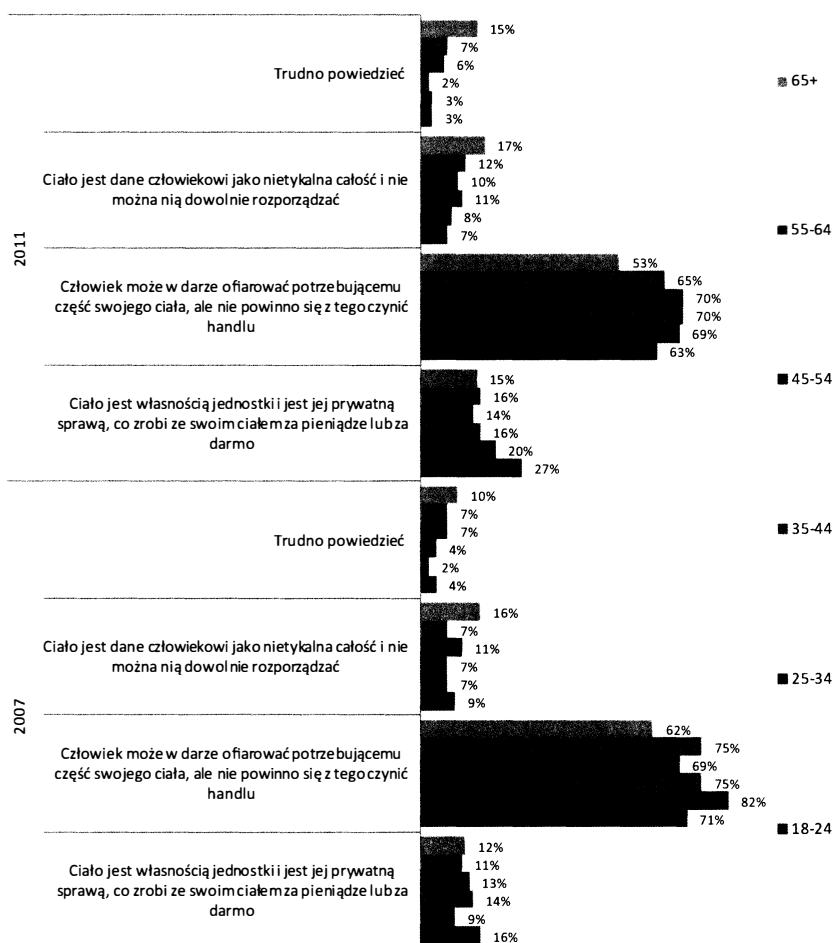
Większość badanych niezależnie od **wieku** była zdania, że człowiek może w darze ofiarować część swojego ciała, ale nie należy z narządów ludzkich czynić przedmiotów obrotu handlowego. Wśród pozostałych badanych częściej można było spotkać liberalne niż tradycjonalistyczne podejście do kwestii rozporządzania własnym ciałem. Oznacza to, że badani częściej deklarowali, że ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swoim ciałem za pieniądze lub za darmo, niż że ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać.

Podział na „liberałów” i „tradycjonalistów” jest wyraźnie widoczny w grupach wyróżnionych na podstawie wieku badanych. Osoby w wieku powyżej 35 roku życia stosunkowo często opowiadają się za nietykalnością ludzkiego ciała, aczkolwiek jedynie w grupie badanych w wieku powyżej 65 roku życia taki pogląd jest wyrażany częściej niż pogląd o pełnej swobodzie dysponowania przez człowieka własnym cia-

łem. Należy jednocześnie podkreślić, że opinie w tej kwestii wydają się być stosunkowo silnie labilne w grupach wyróżnionych na podstawie wieku. Jeżeli porównać wyniki badania z 2007 r. z badaniem z 2011 r., uwidacznia się zmniejszenie odsetka osób mówiących o możliwości donacji (ale wykluczających handel ludzkimi narządami) na rzecz wzrostu zarówno odsetka badanych popierających możliwość pełnej swobody w dysponowaniu ludzkim ciałem, jak również wzrostu odsetka respondentów wykluczających możliwość rozporządzania ludzkim ciałem.

Kwestie te obrazuje poniżej zamieszczony wykres.

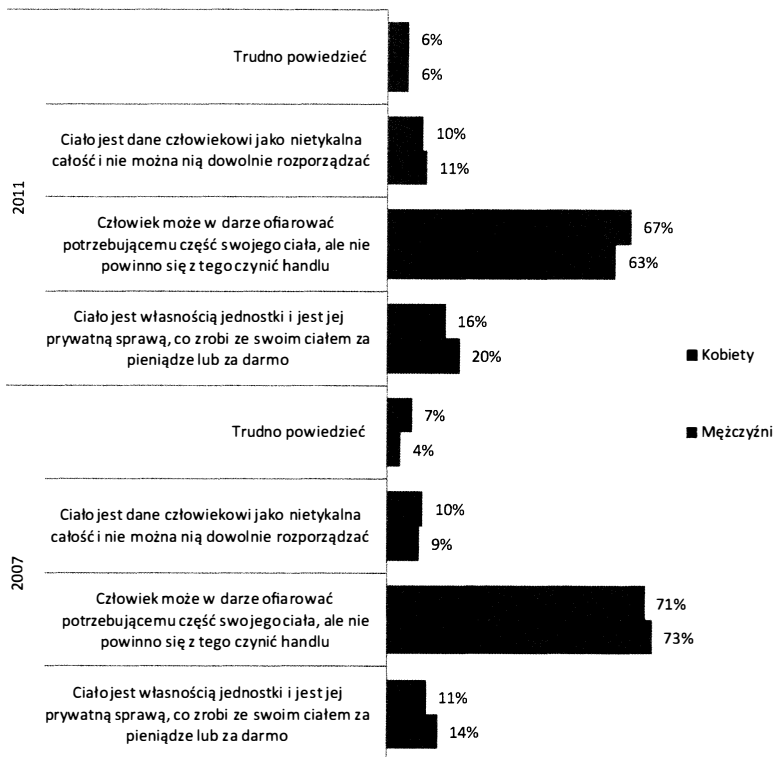
Wykres 48. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K091\_11.

W grupach wyróżnionych na podstawie płci należy zauważyć, że kobiety i mężczyźni w niewielkim stopniu różnią się pod względem podejścia do zakresu dysponowania własnym ciałem. Podstawową różnicą jest nieznacznie częstsze deklarowanie przez mężczyzn, że ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co robi ze swoim ciałem za pieniądze lub za darmo. Tym niemniej, w obu grupach zdecydowaną przewagę posiada opinia, że człowiek może w darze ofiarować potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinno się z tego czynić przedmiotu handlu. Szczegółowe dane liczbowe w tym zakresie zawiera poniższy wykres.

Wykres 49. Postęp medycyny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

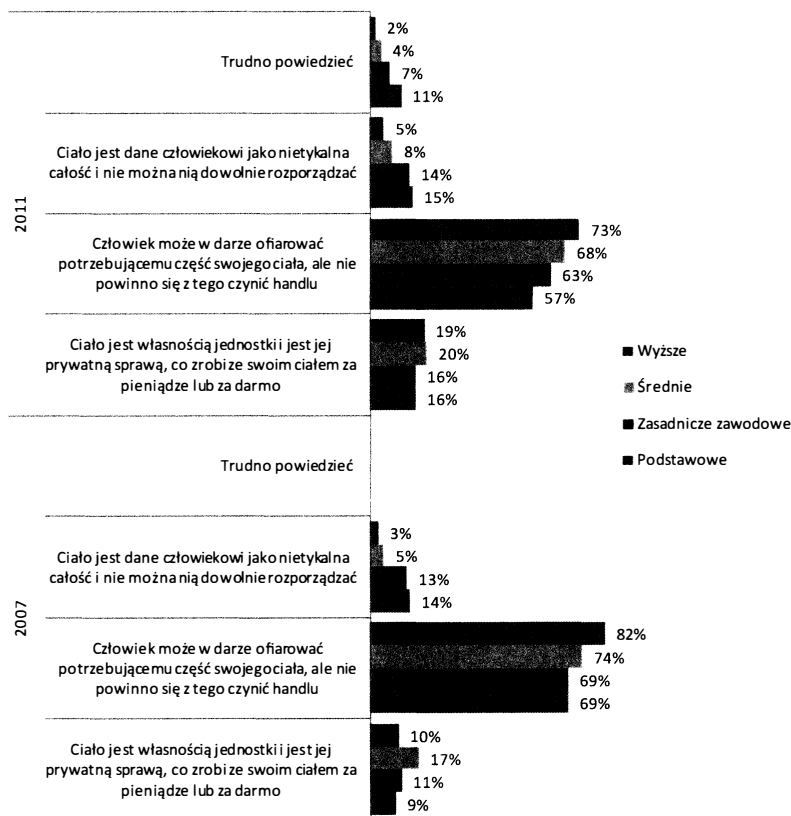


Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K091\_11.

W grupach wyróżnionych na podstawie poziomu wykształcenia można stwierdzić, iż niezależnie od wykształcenia przeważa pogląd, że człowiek może w darze ofiarować potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinno się z tego czynić transakcji handlowych. Taka postawa jest szczególnie silna w grupie osób z wy-

kształceniem wyższym oraz wykształceniem średnim. Jeżeli natomiast poszukiwać postaw integrystycznych, to najczęściej mamy z nimi do czynienia wśród badanych z wykształceniem podstawowym oraz badanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym (w obu grupach powyżej jednej dziesiątej respondentów twierdzi, że ciało ludzkie jest nienaruszalne). Ciekawe jednak jest to, że postawa skrajnie liberalna wobec ludzkiego ciała (można z nim absolutnie swobodnie postępować) nie jest powiązana z wykształceniem, jak również to, że w 2011 r. w każdej grupie wyodrębnionej na podstawie poziomu wykształcenia można było zaobserwować wyraźny wzrost odsetka respondentów wyrażających tę postawę. Odnośne dane liczbowe można odczytać z poniższego wykresu.

Wykres 50. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

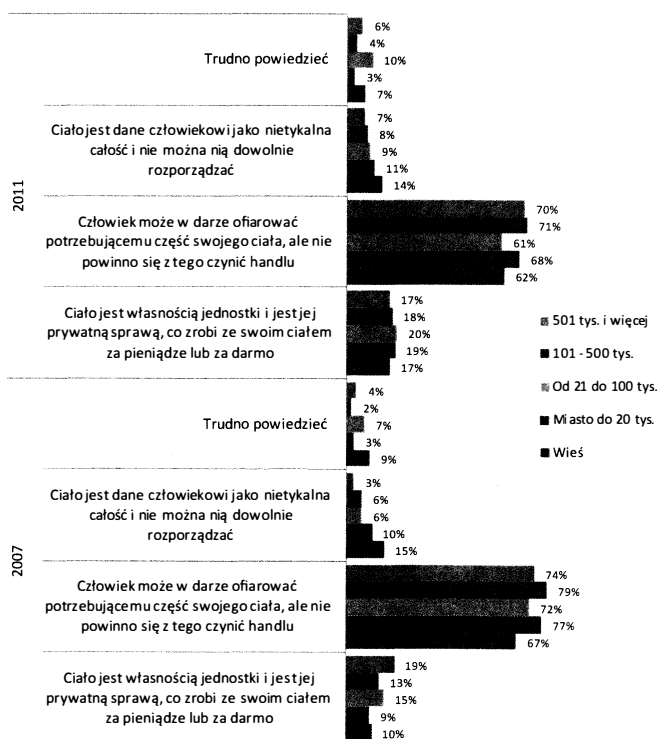


Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K091\_11.

**W grupach wyróżnionych na podstawie miejsca zamieszkania (wielkości miejscowości zamieszkania)** można zauważyć, że wśród mieszkańców wsi i małych miast (do 20 tys. mieszkańców) najczęściej spotyka się osoby, które są zdania, że ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać (około 15% na wsi i 10% w miastach do 20 tys. mieszkańców). Niemniej jednak, niezależnie od miejsca zamieszkania przeważa pogląd, że człowiek może w darze ofiarować potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinno się z tego czynić przedmiotu transakcji handlowych.

Warto zwrócić uwagę, że o ile w 2007 r. bardzo liberalny stosunek do ciała człowieka (człowiek może z nim robić, co chce) najczęściej występował wśród mieszkańców największych miast (19%, 9-15% w pozostałych grupach), to w 2011 r. odnotowano wyraźny wzrost takich postaw w mniejszych miejscowościach, w tym również na obszarach wiejskich. Stosowne dane liczbowe widoczne są na poniższym wykresie.

**Wykres 51. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?**

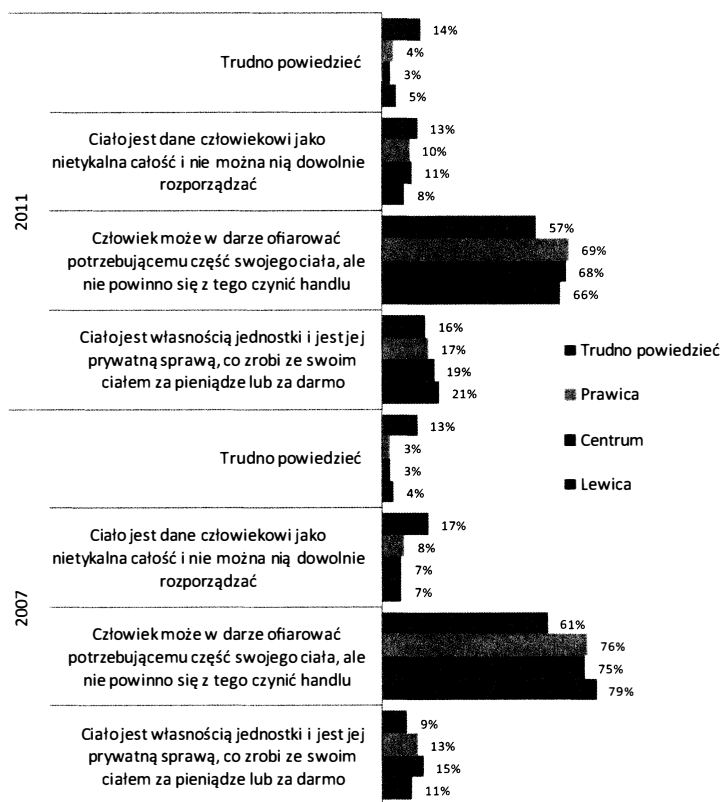


Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K091\_11.



**Poglądy polityczne** w niewielkim stopniu rzutują na stosunek do ludzkiego ciała. Wśród osób deklarujących poglądy prawicowe lub centrowe nieznacznie częściej można spotkać się z opinią, że ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać. Niemniej jednak, w każdej z analizowanych grup zdecydowanie przeważa pogląd, że człowiek może ofiarować część swojego ciała osobie potrzebującej, ale nie powinno się z tego czynić transakcji handlowych. Kwestie te przedstawia poniższy wykres.

Wykres 52. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

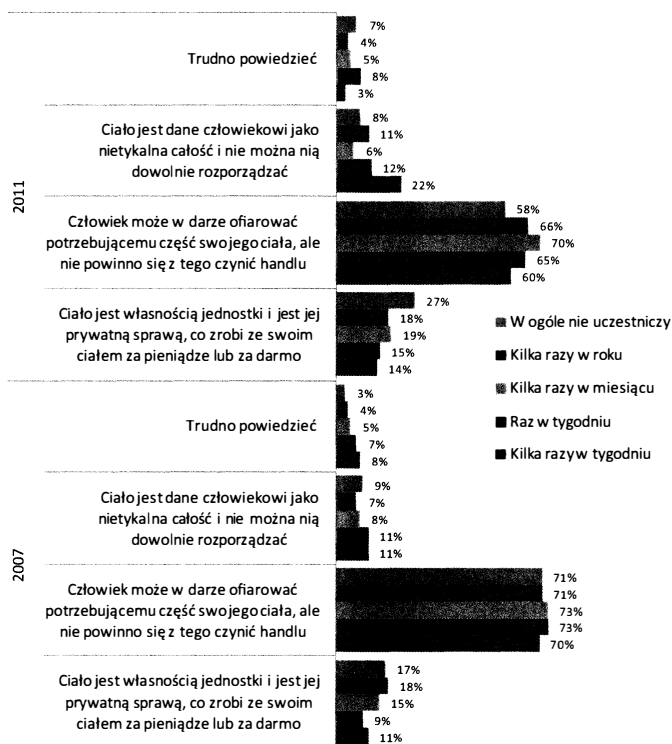


Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K091\_11.

Poglądy na temat tego, w jakim zakresie człowiek może dysponować własnym ciałem, różnią się w zależności od **udziału w praktykach religijnych**. Zasadniczo, im większe zaangażowanie w te praktyki, tym częściej można spotkać się z opinią, że ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie roz-

porządzać, jak również rzadziej pojawiają się deklaracje, że człowiek może w nieograniczonym zakresie dysponować własnym ciałem. Należy jednak podkreślić, że omawiane różnice są najbardziej wyraziste w przypadku skrajnych biegunów „religijności”, tj. wśród osób często uczestniczących w praktykach religijnych i wcale w nich nieuczestniczących. Szczegółowe dane można odczytać z poniższego wykresu.

Wykres 53. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?



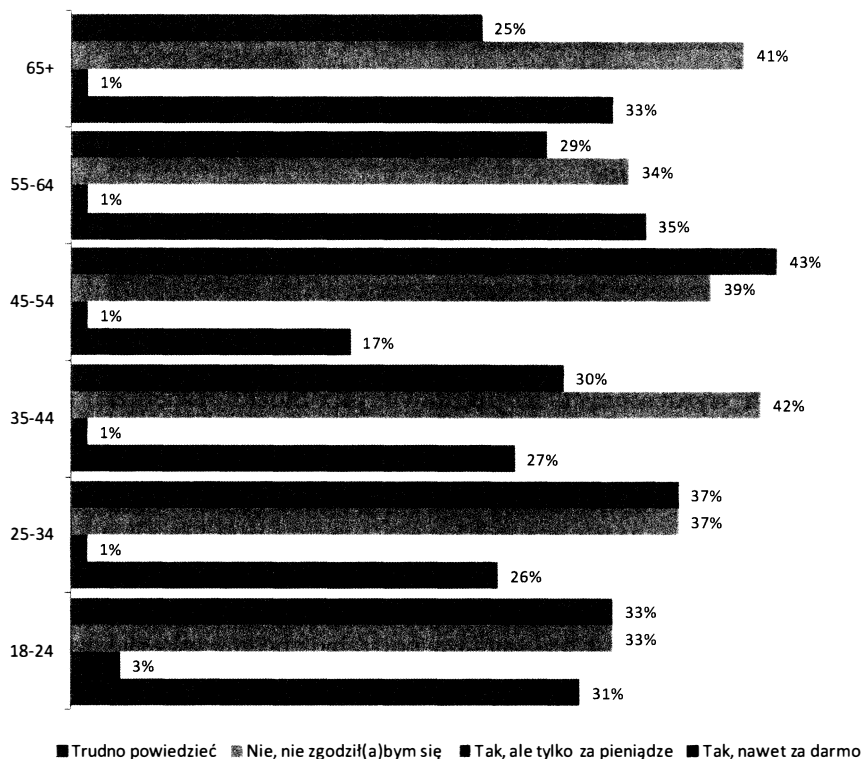
Źródło: komunikat CBOS K100\_07, K091\_11.

## § 6. Gotowość do oddania własnych narządów innej osobie

W każdej grupie wiekowej kontrowersje budzi możliwość przekazania narządu innej osobie jeszcze za życia donatora, przy czym niemal w każdej z podgrup wyróżnionych na podstawie wieku najczęściej można się spotkać z brakiem zgody na oddanie jednej ze swoich nerek człowiekowi będącemu w potrzebie. Postawa taka charakteryzuje w największym stopniu badanych powyżej 25 roku życia. Należy jed-

nocześnie podkreślić, że w przypadku donacji za życia respondenci stosunkowo często unikali jednoznacznych deklaracji (niezależnie od wieku), co może świadczyć o tym, że dla wielu respondentów bardzo istotny może być kontekst sytuacyjny, w jakim miałyby dojść do donacji. Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera poniższy wykres.

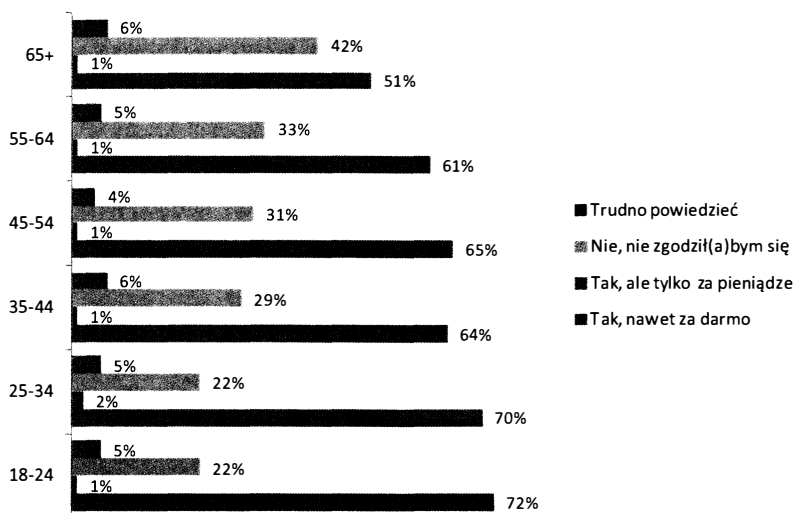
Wykres 54. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?



Źródło: komunikat CBOS K091\_11.

Zdecydowanie łatwiej jest natomiast respondentom określić swoją postawę wobec donacji pośmiertnej. W tym przypadku niezależnie od wieku badanych istotnie wzrasta odsetek odpowiedzi pozytywnych (zgoda na donację po śmierci, nawet za darmo). Przy czym zwraca uwagę, że jednocześnie można stwierdzić wyraźny wpływ wieku na deklaracje respondentów. Im starszy ankietowany, tym rzadziej wyrażana była gotowość do przekazania własnego serca osobie potrzebującej. Jednocześnie wraz ze wzrostem wieku respondenta rośnie odsetek badanych, którzy sprzeciwiają się możliwości przekazania własnego serca obcej osobie. Szczegółowe dane liczbowe w tym zakresie zawiera poniższy wykres.

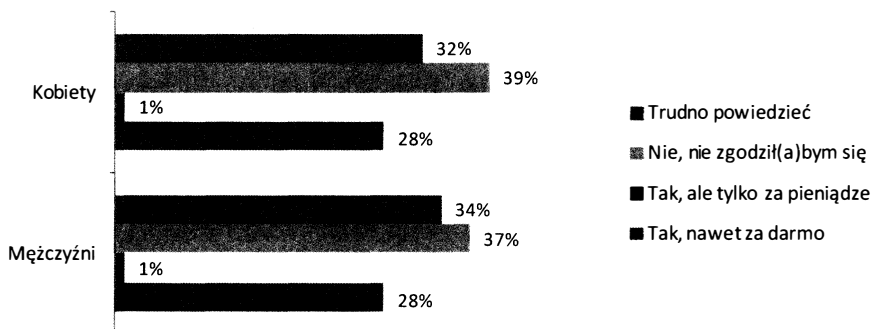
Wykres 55. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?



Źródło: komunikat CBOS K50\_97.

**W grupach wyróżnionych na podstawie płci** można stwierdzić, że kobiety i mężczyźni mają taką samą opinię na temat oddania (za życia) własnej nerki osobie będącej w potrzebie. Najczęściej (ponad jedna trzecia odpowiedzi), zarówno kobiety, jak i mężczyźni nie zdecydowaliby się na takie poświęcenie. Nieco ponad jedna czwarta respondentów zrobiłaby to nawet za darmo, zaś jedna trzecia badanych nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie. Poniższy wykres zawiera szczegółowy rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy respondent zgodziłby się oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi.

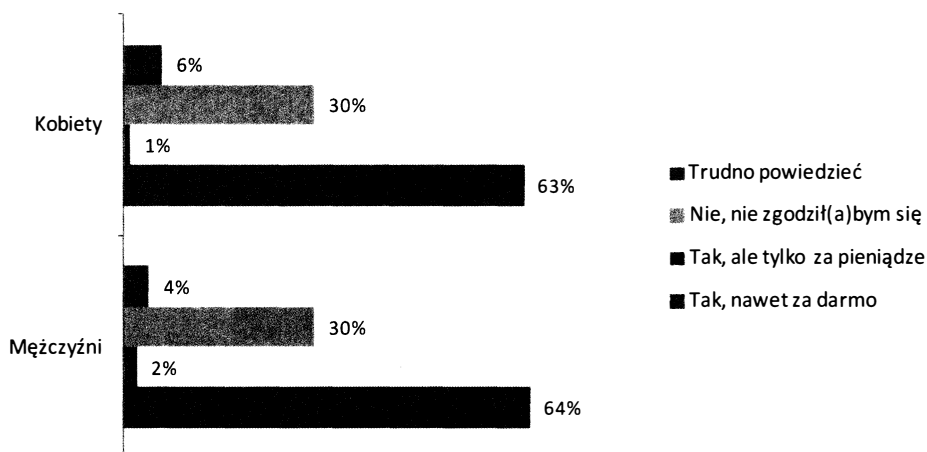
Wykres 56. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?



Źródło: komunikat CBOS K091\_11.

Również w przypadku donacji po śmierci opinie kobiet i mężczyzn są podobne. Blisko dwie trzecie zgodziłoby się na oddanie po śmierci własnego serca obcej osobie, a nieco mniej niż jedna trzecia respondentów by tego nie zrobiła. Widać to wyraźnie na podstawie danych liczbowych zaprezentowanych na poniższym wykresie.

Wykres 57. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?

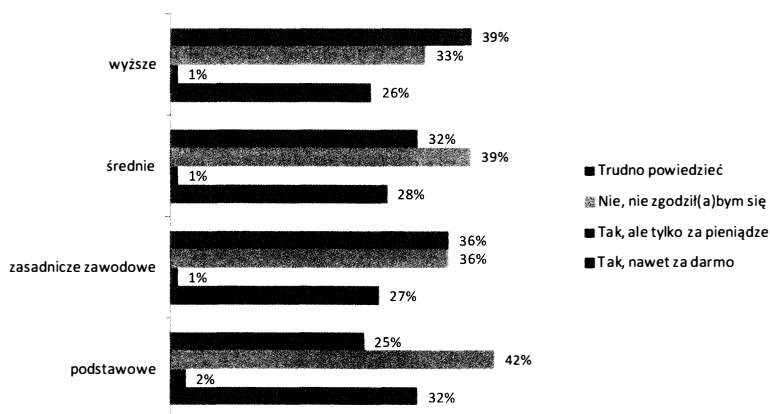


Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

**W grupach wyróżnionych na podstawie poziomu wykształcenia** można stwierdzić, że wykształcenie w niewielki sposób przekłada się na gotowość badanych do przekazania (za życia) własnej nerki obcemu człowiekowi.

W zależności od poziomu wykształcenia gotowość do takiego działania wyraziło od 26% do 32% badanych. Warto podkreślić, że najbardziej skłonne do donacji były osoby z wykształceniem podstawowym. Natomiast w większym stopniu wpływ wykształcenia na postawę respondentów uwidaczniał się w przypadku niechęci do poświęcenia własnej nerki w celu ratowania innej osoby. Dotyczyło to zwłaszcza różnic pomiędzy osobami z wykształceniem wyższym a pozostałymi grupami. Jedna trzecia respondentów z wyższym wykształceniem deklarowała, że nie zgodziłaby się na przekazanie swojej nerki, wśród osób z wykształceniem średnim zdanie to podzielało 39% badanych, wśród respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym 36%, zaś wśród najslabiej wykształconych ankietowanych 42%. Jednocześnie osoby z wykształceniem wyższym najczęściej nie wiedziały, jak postąpiłyby w omawianej sytuacji (39% odpowiedzi „trudno powiedzieć”), co prawdopodobnie należy interpretować jako uzależnienie decyzji od konkretnego kontekstu sytuacyjnego. Poniższy wykres obrazuje szczegółowy rozkład odpowiedzi na pytanie o zgodę na donację jednej z nerek potrzebującemu obcemu człowiekowi.

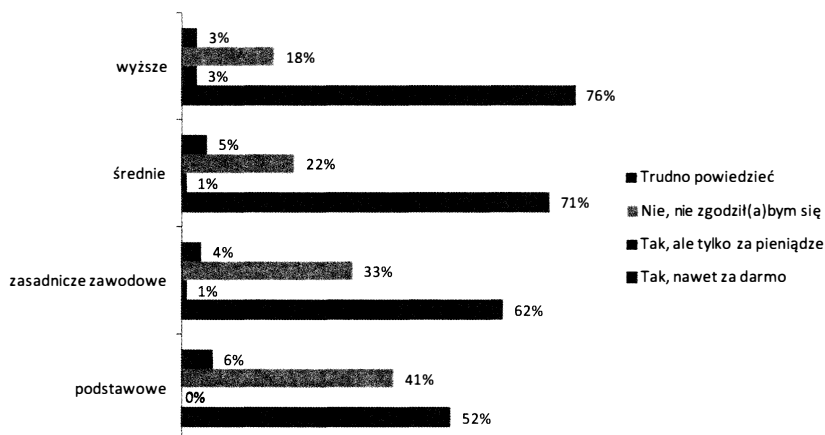
Wykres 58. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?



Źródło: komunikat CBOS K091\_11.

Natomiast bardzo widoczne są różnice pomiędzy poszczególnymi grupami badanych wyróżnionymi na podstawie poziomu wykształcenia w przypadku gotowości do pośmiertnego przekazania własnego serca będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi. Postawa altruistyczna mocno wyróżnia respondentów z wykształceniem wyższym (76% z nich przekazałoby serce) oraz z wykształceniem średnim (71%). Z kolei niechęć do przekazania własnego serca potrzebującemu najsilniej jest widoczna wśród osób z wykształceniem podstawowym (41%) oraz zasadniczym zawodowym (33%). Widać to na poniższym wykresie.

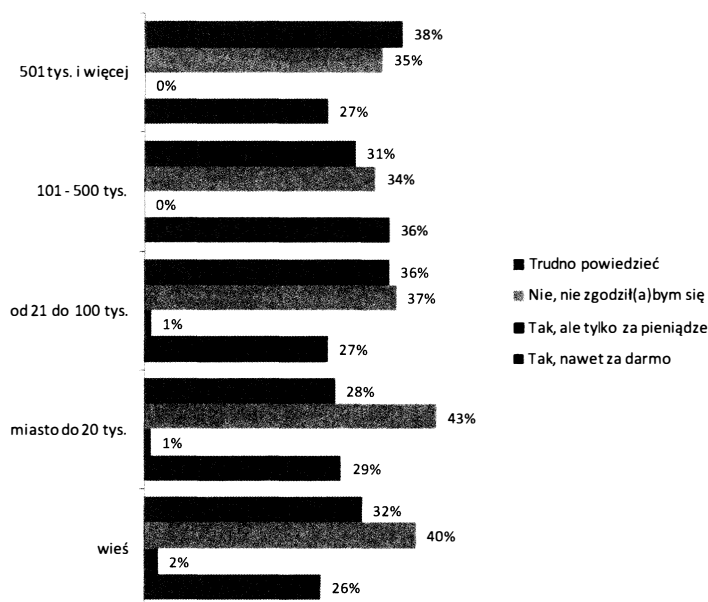
Wykres 59. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

**Miejsce zamieszkania** w niewielkim stopniu różnicuje gotowość do przekazania jeszcze za życia własnej nerki innemu człowiekowi. Zasadniczo, im mniejsza miejscowość, tym częściej respondenci deklarują, że nie oddaliby nerki, aczkolwiek obserwowane różnice nie są wyraziste. Niechęć do oddania nerki wyraża 40% mieszkańców wsi i 43% mieszkańców miast do 20 tys. mieszkańców. W przypadku pozostałych grup taką opinię podziela nieco ponad jedna trzecia respondentów. Poniższy wykres zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o zgodę na donację jednej ze swoich nerek obcej osobie potrzebującej.

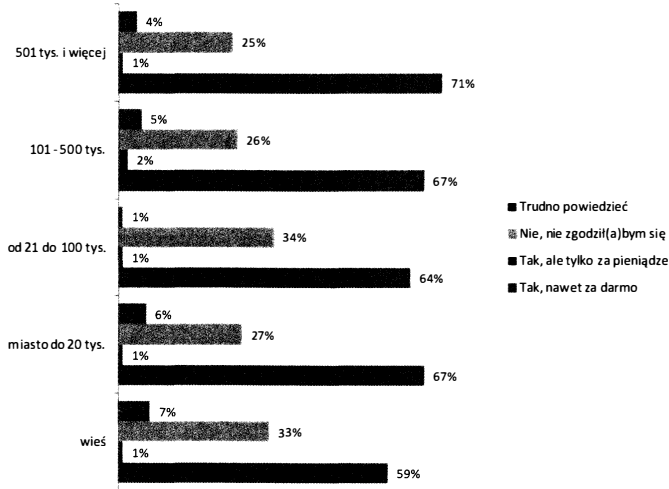
Wykres 60. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?



Źródło: komunikat CBOS K091\_11.

Nieco większe różnice można obserwować w przypadku ewentualnej zgody na oddanie po śmierci własnego serca innej osobie. Są one szczególnie widoczne pomiędzy mieszkańcami dużych miast (powyżej 500 tys. mieszkańców) a mieszkańcami obszarów wiejskich. Wśród przedstawicieli pierwszej z wymienionych grup aż 71% jest gotowych do oddania własnego serca, podczas gdy gotowość do analogicznego działania wyraża 59% mieszkańców wsi. Ponadto mieszkańcy dużych miast (powyżej 100 tys.) rzadziej niż mieszkańcy wsi deklarują brak zgody na pobranie serca (25-26% większe miasta, 33% wieś). Obrazuje to poniżej zamieszczony wykres.

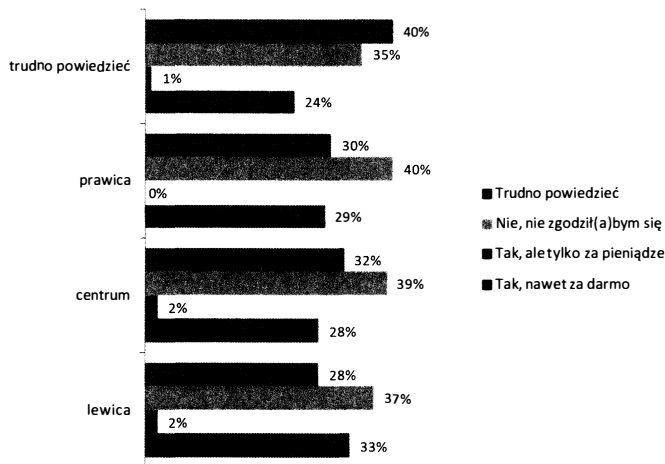
Wykres 61. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

W grupach wyróżnionych na podstawie poglądów politycznych należy zauważyć, że gotowość do oddania własnej nerki jeszcze za życia osobie potrzebującej praktycznie nie różni się w zależności od poglądów politycznych. Co prawda badani o poglądach lewicowych wykazują nieco większy altruizm niż osoby o poglądach centrowych i prawicowych, ale odnotowane różnice są niewielkie. Szczegółowe dane odczytać można z poniższego wykresu.

Wykres 62. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?

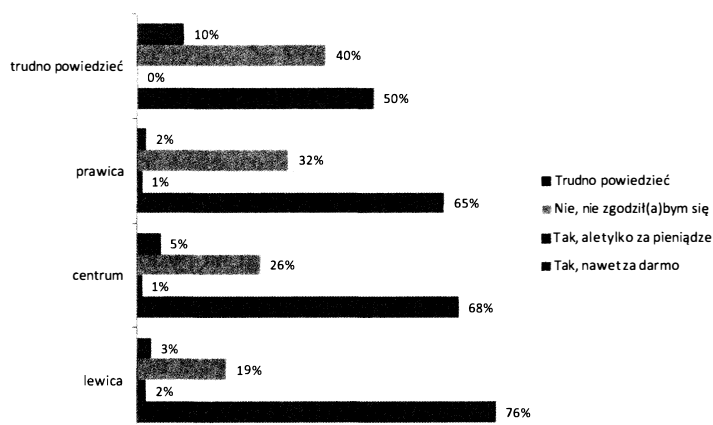


Źródło: komunikat CBOS K091\_11.



Sytuacja zmienia się, jeżeli mamy do czynienia z potencjalną donacją serca. W takim przypadku uwidaczniają się istotne różnice postaw w zależności od poglądów politycznych. Respondenci o poglądach lewicowych częściej od pozostałych skłonni są przekazać swoje serce innej osobie (76%, 68% centrum, 65% prawica). Jednocześnie badani identyfikujący się z prawicą zdecydowanie częściej mówią, że nie zgodziliby się na przekazanie własnego serca (32%, 26% centrum, 19% lewica). Być może różnica ta wynika z religijności, gdyż w Biblii sercu przypisuje się duże znaczenie mistyczne. Rozkład odpowiedzi na pytanie o zgodę na pośmiertną donację serca obcemu człowiekowi zawiera poniższy wykres.

Wykres 63. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?

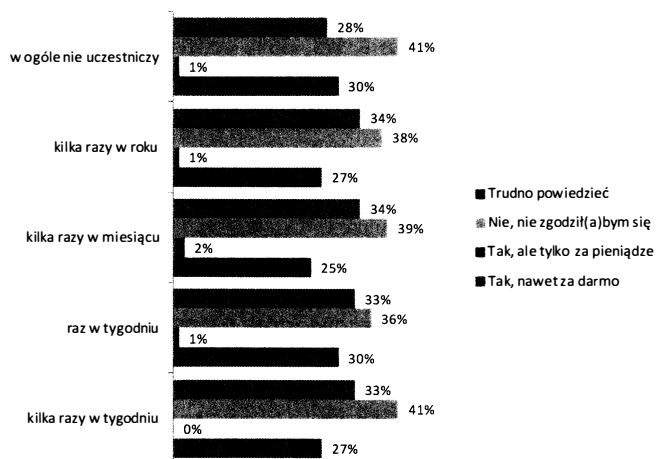


Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

Jak wspomniano powyżej, niechęć do przekazania potrzebującym swoich organów, w tym zwłaszcza serca, może być pochodną **światopoglądu bazującego na religii**. Analiza deklaracji badanych w grupach wyróżnionych ze względu na częstość udziału w praktykach religijnych tylko w niewielkim stopniu zdaje się potwierdzać tę współzmiennność. W przypadku donacji za życia (oddanie nerki osobie potrzebującej) praktycznie nie notujemy różnic pomiędzy osobami religijnymi i osobami w ogóle niepraktykującymi. Nie musi to jednak wcale świadczyć o tym, że w rzeczywistości związek ten nie występuje. Trzeba pamiętać, że zmienna „częstość udziału w praktykach religijnych” nie musi ukazywać rzeczywistych przekonań badanych (ich światopoglądu)<sup>10</sup>. Szczegółowe dane zawiera poniżej zamieszczony wykres.

10 Sam udział w praktyce religijnej może być efektem tradycji, przyzwyczajajeń, ewentualnie działaniem dostosowującym do otoczenia społecznego i nie musi z nim być powiązana silna internalizacja określonych przekonań wynikających z doktryny wiary.

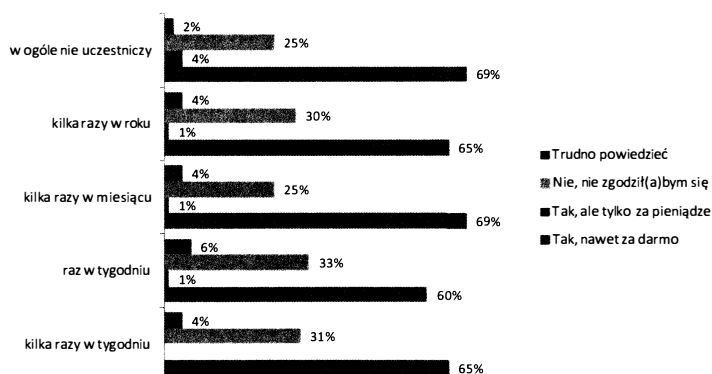
Wykres 64. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?



Źródło: komunikat CBOS K091\_11.

W nieco większym stopniu (choć nadal bardzo małym) związek religii ze stonkiem do donacji widać w przypadku odpowiedzi na pytanie, czy respondent zgodziłby się po śmierci oddać serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny. Co prawda, w każdej z analizowanych grup odsetek odpowiedzi pozytywnych jest zbliżony, to jednak odpowiedzi negatywne częściej występują wśród osób często biorących udział w praktykach religijnych. Obrazuje to poniżej zamieszczony wykres.

Wykres 65. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?



Źródło: komunikat CBOS K100\_07.

## § 7. Wnioski z badań

Zdecydowana większość badanych (w każdej grupie społeczno-demograficznej) wyraża się pozytywnie na temat transplantacji. Dotyczy to nie tylko aprobaty na poziomie ogólnym, ale także występuje ona w kontekście ewentualnej donacji własnych narządów w przypadku śmierci.

Pozytywny stosunek do donacji widać też w odpowiedziach badanych na pytania dotyczące postępowania z ciałem zmarłej bliskiej osoby (członka rodziny) w sytuacji, gdy posiadamy wiedzę, że osoba ta nie miała nic przeciwko donacji, oraz w sytuacji, gdy nie wiemy, jakie było jej stanowisko. W każdym przypadku większość badanych, niezależnie od ich wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, udziału w praktykach religijnych czy poglądów politycznych, wyraża zgodę na pobranie narządów od zmarłego członka rodziny.

Należy również zauważyć, że choć od samego początku prowadzenia badań związanych z postawami Polaków wobec zagadnień transplantacji w każdej grupie społeczno-demograficznej przeważały opinie pozytywne, to jednak do połowy lat 90. ubiegłego wieku były widoczne relatywnie silne różnice pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Po 1995 r. różnice te zaczęły się zacierać, systematycznie (w każdej grupie społeczno-demograficznej) rosła akceptacja dla transplantacji i pobierania organów.

Niemniej jednak, jeżeli szukać osób o najbardziej „protransplantacyjnym” nastawieniu, to najczęściej możemy je znaleźć wśród respondentów z wyższym wykształceniem, badanych o poglądach lewicowych, mieszkańców miast (w szczególności dużych miast, tj. powyżej 500 tys. mieszkańców), a także osób rzadko lub w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych.

Z kolei umiarkowane poparcie lub niekiedy niechęć wobec transplantacji najczęściej deklarują osoby o najniższym poziomie wykształcenia, mieszkańcy wsi oraz najstarsi respondenci. Ponadto, analizując stosunek do transplantacji na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące oddania nerki (za życia) lub serca, uwidacznia się względnie silny dystans do donacji u osób o poglądach prawicowych. Dystans ten nie jest natomiast silnie widoczny, jeżeli pod uwagę weźmiemy deklarowaną przez badanych częstość udziału w praktykach religijnych. Niemniej można przypuszczać, że za relatywnie często występującą niechęcią osób o poglądach prawicowych do przekazania swoich organów (nerka, serce) potrzebującemu mogą ukrywać się motywacje religijne. W przypadku badanych o prawicowych poglądach szczególnie widoczna jest zmiana postaw, gdy w grę wchodzi oddanie serca. Serce natomiast stanowi istotny element symboliki religijnej.

W zakresie ogólnego stosunku do transplantacji można wskazać na pięć najbardziej widocznych różnic:

- Przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia w najmniejszym stopniu popierają osoby najstarsze w wieku powyżej 65 roku życia. Niemniej jednak poziom akceptacji w tej grupie systematycznie wzrasta – od 65% w 1995 r. do 89% w 2011 r.
- Spośród pozostałych grup wiekowych najczęściej poparcie dla wyżej wymienionych kwestii wyrażają najmłodszy respondenci w wieku od 18 do 24 lat, ale różnice pomiędzy nimi a pozostałymi są niewielkie (w każdej grupie akceptacja albo przekracza 90%, albo jest nieco poniżej tej wartości).
- Do 1997 r. stosunek do transplantacji różnił się istotnie w zależności od poziomu wykształcenia badanych – im wyższy poziom wykształcenia, tym częściej deklarowano akceptację pobierania narządów od osób zmarłych w celu ratowania życia lub przywracania zdrowia innym (wyższe – blisko 100% odpowiedzi pozytywnych, średnie – nieco ponad 90%, zasadnicze zawodowe – nieco poniżej 90%, podstawowe – około 73-80%). W późniejszym okresie (mimo jednorocznych spadków odsetka osób popierających transplantację) akceptacja dla transplantacji rosła – od 2007 r. w każdej grupie wyróżnionej na podstawie poziomu wykształcenia poziom akceptacji wynosił ponad 90%.
- W 1995 r. widać wyraźną różnicę opinii pomiędzy mieszkańcami obszarów wiejskich i miast. W pierwszej z wymienionych grup poziom akceptacji sięga 79%, w drugiej 90%. W pozostałych grupach wyróżnionych na podstawie wielkości miejsca zamieszkania wynosi około 85%. Od 1997 r. możemy obserwować wzrost aprobaty dla transplantacji w każdej analizowanej grupie. W latach 1997-2009 ponad 80% mieszkańców wsi wyraża się pozytywnie na temat słuszności transplantacji. W 2011 r. w każdej grupie wyróżnionej na podstawie wielkości miejsca zamieszkania odsetek ocen pozytywnych przekracza 90%.
- W całym analizowanym okresie utrzymuje się różnica pomiędzy osobami bardzo często uczestniczącymi w praktykach religijnych i w ogóle niebiorącymi w nich udziału. W zależności od roku pomiaru akceptacja w grupie często praktykujących waha się od 74% do 96%, zaś wśród niepraktykujących od 85% do 95%. W 2011 r. w każdej grupie wyodrębnionej na podstawie udziału w praktykach religijnych wskaźnik przekraczał 90%.

W odniesieniu do gotowości do przekazania (po śmierci) własnych organów w celu przeszczepienia innej osobie można zauważyć cztery najbardziej widoczne różnice:

- W całym analizowanym okresie gotowość do przekazania własnych organów (po śmierci) pozostawała na relatywnie niskim poziomie wśród najstarszych respondentów – w wieku powyżej 65 roku życia, wahała się od 54% do 75%. W pozostałych grupach wiekowych zazwyczaj około 80% lub nieco powy-

żej 80% badanych skłonnych było przekazać swoje narządy. Przy czym należy podkreślić, że niemal w każdym pomiarze (z wyjątkiem 2009 r.) najczęściej pozytywny stosunek do omawianej kwestii wyrażali najmłodsi respondenci (18-24 lata). Była to jedyna grupa, w której odnotowano dwukrotnie akceptację na poziomie 90%, a raz na poziomie 89%.

- W każdym pomiarze systematycznie występuje różnica w grupach wyodrębnionych na podstawie poziomu wykształcenia. Im lepsze wykształcenie, tym częściej badani deklarują, że zgodziliby się, aby po śmierci ich narządy przekazać innej osobie (od 86% do 95%). Na przeciwnym biegunie znajdują się osoby z wykształceniem podstawowym (od 56% do 76%). Należy podkreślić, że w 2012 r. w każdej grupie można było zaobserwować zmniejszanie się odsetka osób gotowych do przekazania po śmierci swoich narządów osobie potrzebującej.
- W każdym pomiarze występują różnice w grupach wyróżnionych na podstawie wielkości miejsca zamieszkania. Wraz ze wzrostem liczby ludności rośnie odsetek deklaracji oddania po śmierci swoich narządów potrzebującej osobie. Najbardziej skłonni do takiego działania są mieszkańcy miast powyżej 500 tys. mieszkańców (81-90%). Najrzadziej gotowość taką wyrażają mieszkańcy obszarów wiejskich (68-76%).
- Gotowość do przekazania swoich narządów po śmierci innej osobie jest najniższa w grupie osób najczęściej biorących udział w praktykach religijnych. Aczkolwiek należy zaznaczyć, że ze względu na niewielką liczebność grupy osób mówiących o tym, że uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, wartość wskaźnika dla tej grupy charakteryzuje się wysokim poziomem zmienności (pozytywne deklaracje wahają się od 66% do 86%). Niemniej jednak na podstawie deklaracji przedstawicieli pozostałych grup wyróżnionych na podstawie udziału w praktykach religijnych można mówić o łagodnym związku pomiędzy religijnością a stosunkiem do oddania własnych organów. Im większy dystans wobec praktyk religijnych, tym większa gotowość do oddania narządów innej osobie.

Analizując gotowość do podpisania oświadczenia woli dotyczącego pobrania narządów po śmierci, można wskazać na cztery najbardziej widoczne różnice:

- Gotowość do podpisania oświadczenia woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały o zgodzie na pobranie narządów, najrzadziej jest deklarowana przez osoby najstarsze (w wieku powyżej 65 roku życia, w zależności od roku badania 52-58%). Natomiast najczęściej oświadczenia takie skłonni byliby podpisać badani, którzy nie przekroczyli 44 roku życia (w zależności od roku badania około 70-80%).

- Relatywnie niska skłonność do podpisania oświadczenia woli charakteryzuje badanych z wykształceniem podstawowym (53%) oraz zasadniczym zawodowym (64-77%). Wśród osób z wykształceniem średnim gotowość do podpisania omawianego dokumentu, w zależności od roku badania, wyraża od 76% do 82%, zaś wśród badanych z wykształceniem wyższym od 82% do 85%.
- Kwestia dotycząca podpisania oświadczenia woli różni respondentów w zależności od ich miejsca zamieszkania. Podstawowy podział przebiega wzdłuż linii wieś – miasto. W przypadku wsi wartość wskaźnika deklaracji podpisania oświadczenia waha się w przedziale 58-65%, natomiast w miastach jest on zazwyczaj zawsze powyżej 70%. Najczęściej pozytywnie o możliwości podpisania oświadczenia woli wypowiadają się mieszkańcy największych miast (80-86%).
- Można stwierdzić współzmiennność pomiędzy częstością (deklarowaną) udziału w praktykach religijnych a gotowością do podpisania oświadczenia woli. Badani mówiący, że biorą udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu lub raz w tygodniu, rzadziej deklarują możliwość podpisania oświadczenia (60-69%). W pozostałych grupach z reguły (poza jednym pomiarem) skłonnych podpisać takie oświadczenie jest ponad 70% respondentów.

Analizując postawy wobec pobrania organów od osób bliskich w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie, najbardziej widocznych jest pięć poniższych różnic:

- Badani najstarsi w wieku powyżej 65 roku życia najrzadziej mówią o tym, że w przypadku śmierci bliskiej osoby nie sprzeciwiłby się pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko (68-69%). W pozostałych grupach gotowość do zgody na pobranie organów plasuje się na poziomie przekraczającym 80%. Należy jednocześnie zaznaczyć, że najstarsi respondenci często nie wiedzą, jak postąpiliby w omawianej sytuacji (od 10% do 17% odpowiedzi „trudno powiedzieć”, podczas gdy w pozostałych grupach od 3% do 10%).
- Również najstarsi respondenci najrzadziej deklarują, że zgodziliby się na przeszczep w sytuacji, gdy nie znaliby stanowiska w tej sprawie zmarłej osoby (56-60%). Aczkolwiek należy zaznaczyć, że brak wiedzy o opinii zmarłego na temat donacji obniża poparcie dla transplantacji w każdej grupie wyróżnionej na podstawie wieku. Zmiana ta w stosunku do sytuacji, w której wiemy, że zmarły nie miał nic przeciwko, jest bardzo wyraźna (do 20 punktów procentowych). W najmłodszych grupach wiekowych wynosi około 20 punktów procentowych, w starszych grupach jest to z reguły powyżej 10 punktów procentowych.

- Zarówno w sytuacji, gdy wiemy, że zmarły nie miał nic przeciw donacji, jak również, gdy nie wiemy, jakie było jego stanowisko, akceptacja dla donacji jest powiązana z poziomem wykształcenia badanych. Im lepsze wykształcenie, tym częściej badani mówią o zgodzie na pobranie narządów, rzadziej wyrażają sprzeciw. Przy czym należy podkreślić, że nastawienie prodonacyjne jest szczególnie silne wśród osób z wykształceniem wyższym, niechęć wobec dokonania przeszczepu wyróżnia natomiast badanych z wykształceniem podstawowym. Szczegółowe odpowiedzi były następujące: w sytuacji, gdy zmarła osoba nie miała nic przeciw: wykształcenie wyższe (89-95% – „nie sprzeciwił(a)bym się”, 3-7% „sprzeciwił(a)bym się”), wykształcenie średnie (86-88%, 8-10%), zasadnicze zawodowe (83-84%, 10-14%), podstawowe (68-72%, 16-17%). W sytuacji, gdy nie wiadomo, jaka była opinia zmarłej osoby: wykształcenie wyższe (75-79% – „nie sprzeciwił(a)bym się”, 12-14% – „sprzeciwił(a)bym się”), wykształcenie średnie (64-67%, 19-22%), zasadnicze zawodowe (56-67%, 15-26%), podstawowe (48-56%, 20-29%).
- W przypadku grup wyróżnionych na podstawie miejsca zamieszkania można zaobserwować różnice w podejściu do pobrania narządów od zmarłej bliskiej osoby. Im większe miejsce zamieszkania, tym częściej odnotowujemy zgodę na pobranie narządów. Aczkolwiek trzeba zaznaczyć, że w sytuacji, gdy zmarła osoba nie miała nic przeciw donacji, wówczas najbardziej wyraźne różnice przebiegają pomiędzy wsią a miastem. Zgodę na pobranie narządów wyraża mniej niż 80% mieszkańców wsi i ponad 80% mieszkańców miast. Natomiast w sytuacji, gdy nie wiemy, jaka była opinia zmarłej osoby, wówczas brak sprzeciwu wobec donacji jest znacząco częściej wyrażany przez przedstawicieli największych miast. Rzadziej taką opinię podzielają osoby mieszkające w miastach średniej wielkości i w małych miejscowościach, najrzadziej mieszkańcy obszarów wiejskich. Mieszkańcy wsi są jedyną grupą, w której odsetek osób niesprzeciwiających się pobraniu narządów plasuje się poniżej 60%.
- Udział w praktykach religijnych także ma wpływ na decyzję o tym, czy badani zgodziliby się na pobranie narządów od zmarłej bliskiej osoby, zarówno w sytuacji, gdy osoba ta nie miałaby nic przeciw, jak również, gdy nie wiadomo, jakie było jej stanowisko. Najbardziej wyraziste różnice występują pomiędzy osobami biorącymi udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu i respondentami w ogóle nieuczestniczącymi w praktykach religijnych. Szczegółowe odpowiedzi były następujące: gdy osoba zmarła nie miała nic przeciw: kilka razy w tygodniu uczestniczą w praktykach religijnych (63-78% – brak sprzeciwu, 8-21% – sprzeciw), w ogóle nie uczestniczą w praktykach religijnych (83-85%, 9-10%). Gdy nie wiadomo, jakie było stanowisko osoby zmarłej: kilka razy w tygodniu uczestniczą w praktykach reli-

gijnych (56-71% – brak sprzeciwu, 7-20% – sprzeciw), w ogóle nie uczestniczą w praktykach religijnych (66-70%, 20%).

Analizując stosunek respondentów do ludzkiego ciała, najbardziej widoczne są cztery różnice:

- Najstarsi badani w wieku powyżej 65 roku życia częściej niż pozostali są zdania, że ludzkie ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać (16-17%, wobec 7-12% w pozostałych grupach). Aczkolwiek w każdej grupie przeważa opinia, że człowiek może swobodnie dysponować swoim ciałem, ale nie powinno się z tego czynić transakcji handlowych (53-82%).
- Osoby z wykształceniem podstawowym oraz z zasadniczym zawodowym częściej niż przedstawiciele innych grup wyodrębnionych na podstawie wykształcenia są zdania, że ludzkie ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać (około 15%, wobec 3-8% w pozostałych grupach). Z kolei osoby z wykształceniem wyższym lub średnim częściej dopuszczają możliwość swobodnego dysponowania ciałem, ale wykluczają handel narządami (68-82%, wobec 57-69% w innych grupach wykształcenia).
- Mieszkańcy obszarów wiejskich wyraźnie częściej niż mieszkańcy miast są zdania, że ludzkie ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać (około 15%, wobec 3-11% w pozostałych grupach).
- Osoby biorące często udział w praktykach religijnych częściej od pozostałych wyrażają opinię, że ludzkie ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nią dowolnie rozporządzać (11-22%, wobec 6-12% w pozostałych grupach). Badani rzadko lub wcale nieuczestniczący w praktykach religijnych częściej akceptują opinię, że człowiek może robić ze swoim ciałem to, co chce, za pieniądze lub za darmo (18-27%, wobec 9-15% wśród biorących udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu lub raz w tygodniu).

Gotowość do oddania własnych narządów innej osobie analizowana była przez pryzmat oddania nerki za życia oraz donacji serca po śmierci. Najbardziej widoczne różnice w odniesieniu do darowania nerki *ex vivo* były następujące:

- Niechęć do oddania nerki najczęściej deklarują osoby powyżej 44 roku życia (39-41%). Postawa altruistyczna (zgoda na oddanie nerki, nawet za darmo) często charakteryzuje badanych najmłodszych (18-24 lata – 31%) oraz najstarszych (55-64 lata – 35%, 65 lat i więcej – 33%).
- Badani z wykształceniem podstawowym najczęściej deklarują, że nie zgodziliby się na oddanie za życia jednej z nerek innemu człowiekowi (42%, wobec



33-39% w innych grupach). Jednocześnie jednak również wśród badanych z najniższym wykształceniem pojawia się gotowość do oddania nerki, nawet za darmo (32%, wobec 26-27% w innych grupach).

- Niechęć do oddania nerki wyróżnia mieszkańców wsi (40%) oraz miast do 20 tys. mieszkańców (43%). W pozostałych grupach były to wskaźniki 34-37%.
- W przypadku pozostałych grup społeczno-demograficznych nie odnotowano różnic, które mogłyby świadczyć, że przynależność do danej grupy wiąże się z określonym stosunkiem do badanej kwestii.

Najbardziej widoczne różnice w odniesieniu do darowania serca *ex mortuo* były następujące:

- Gotowość do oddania serca po śmierci jest wyraźnie powiązana z wiekiem badanych. Im młodszy respondent, tym częściej mamy do czynienia z deklaracją oddania serca, nawet za darmo (70-72% najmłodsze grupy wiekowe, 51-61% najstarsze grupy wiekowe). Jednocześnie wraz z wiekiem rośnie odsetek osób sprzeciwiających się przekazaniu po śmierci własnego serca (od 22% wśród najmłodszych do 42% wśród najstarszych respondentów).
- Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie skłonność do oddania po śmierci własnego serca (wykształcenie podstawowe – 52%, zasadnicze zawodowe – 62%, średnie – 71%, wyższe – 76%). Z kolei im niższe wykształcenie, tym częściej badani deklarują niechęć do przekazania własnego serca (wykształcenie podstawowe – 41%, zasadnicze zawodowe – 33%, średnie – 22%, wyższe – 18%).
- Gotowość do oddania serca po śmierci jest wyraźnie rzadziej deklarowana przez mieszkańców obszarów wiejskich (59%) niż miast (64-71%).
- Osoby o poglądach lewicowych częściej niż osoby deklarujące posiadanie poglądów centrowych lub prawicowych skłonne są do oddania po śmierci własnego serca (76%, 68%, 65%). Jednocześnie badani deklarujący poglądy prawicowe w większym stopniu niż ankietowani o poglądach centrowych i lewicowych sprzeciwiają się oddaniu własnego serca (32%, 26%, 19%).
- W przypadku pozostałych grup społeczno-demograficznych nie odnotowano różnic, które mogłyby świadczyć, że przynależność do danej grupy wiąże się z określonym stosunkiem do badanej kwestii.



## ŚRODOWISKO LEKARSKIE WOBEC POBIERANIA NARZĄDÓW OD ZMARŁYCH

### § 1. Metodyka badań

Badanie dotyczyło postaw środowiska lekarskiego wobec rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów od osób zmarłych, raport z badań zrealizowano ze środków finansowych Ministerstwa Zdrowia w ramach Wieloletniego Programu na lata 2011-2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”. Tenże program jest programem wieloletnim i został wprowadzony Uchwałą Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r.<sup>1</sup> Program finansowany jest ze środków finansowych budżetu państwa, a przewidziane wydatki wynoszą 450 mln zł. Jednym z głównych celów programu jest m.in. zwiększenie w okresie realizacji Programu dostępności do leczenia przeszczepieniem narządu przez wzrost liczby przeszczepień narządów od zmarłych dawców o co najmniej 100% do zakończenia Programu w stosunku do liczby tych przeszczepień w 2009 r.<sup>2</sup> Wobec tak postawionego celu

- 1 Uchwała Nr 164/2010 Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011-2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, [http://www.poltransplant.org.pl/uchwala\\_rm\\_1642010.html](http://www.poltransplant.org.pl/uchwala_rm_1642010.html).
- 2 Pozostałe cele programu to: zwiększenie w okresie realizacji Programu liczby potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku o co najmniej 300% do zakończenia Programu w stosunku do liczby potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku w polskich rejestrach na koniec 2009 r. oraz rozwój publicznych i niepublicznych rejestrów niespokrewnionych dawców krwi pępowinowej; zwiększenie w okresie realizacji Programu liczby przeszczepień nerki od żywego dawcy o co najmniej 500% do zakończenia Programu w stosunku do liczby tych przeszczepień w 2009 r.; budowa systemu organizacyjnego koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów we wszystkich podmiotach leczniczych spełniających warunki do pobierania narządów od zmarłych dawców; poprawa infrastruktury i unowocześnienie podmiotów leczniczych przeszczepiających narządy, komórki i tkanki, banków tkanek i komórek oraz medycznych laboratoriów diagnostycznych testujących komórki, tkanki lub narządy; wdrażanie nowych rodzajów przeszczepiania narządów, komórek i tkanek oraz rozwój programów przeszczepiania w grupach biorców o podwyższonym ryzyku;

konieczne było dokonanie badań diagnozujących wśród lekarzy w zakresie ich postaw wobec rozpoznania śmierci mózgu i pobierania narządów *ex mortuo*.

Sondaż diagnostyczny na temat pobrań narządów do przeszczepiania od osób zmarłych przeprowadzono przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w dniach od 11 czerwca do 10 lipca 2012 r. metodą indywidualnego wywiadu ankietarskiego (PAPI). Badaną zbiorowość stanowili lekarze posiadający specjalizacje lub będący w trakcie specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii oraz neurochirurgii zatrudnieni w szpitalach wyposażonych w Oddziały Intensywnej Terapii. Badanie zrealizowano na terenie województw: lubelskiego, małopolskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. Łącznie badaniem objęto 744 lekarzy w 69 szpitalach, co stanowi około 50% wszystkich lekarzy o wyżej wymienionych specjalizacjach w badanych województwach<sup>3</sup>.

Tabela 50 zamieszczona w aneksie zawiera dane metryczkowe w zakresie płci, wieku, długości stażu pracy oraz określonej specjalizacji, miejsca zatrudnienia i województwa.

Badana populacja ze względu na płeć reprezentowana jest przez większą liczbę kobiet aniżeli mężczyzn. Z zestawień prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie wynika, że zawód lekarza wykonuje dużo więcej kobiet niż mężczyzn<sup>4</sup>. Średnia wieku lekarzy poddanych badaniu to 45 lat. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie wśród lekarzy wykonujących zawód największą populację stanowią kobiety w wieku 46-50 lat oraz mężczyźni w wieku 56-60 lat<sup>5</sup>. Średni staż pracy w zawodzie to 18 lat, zatem można zauważyć, że respondentami w badaniu byli doświadczeni lekarze.

W sondażu wzięli udział lekarze trzech specjalności – anestezjodolży, neurologi i neurochirurdzy (łącznie 744 osoby), zatem specjaliści, którzy na mocy obowiązujących w naszym kraju przepisów wchodzi w skład komisji orzekającej śmierć mózgową. Największą grupę w badanej populacji lekarzy stanowili lekarze anestezjodolży i neurologi, co potwierdza prawidłowy dobór próby do badania, albowiem w każdym zabiegu z zakresu przeszczepiania narządów musi brać udział lekarz anestezjolog.

---

rozwój i doskonalenie systemów monitorowania, nadzoru i kontroli jakości w transplantologii w celu uzyskania poprawy wyników przeszczepiania w szczególności przez kontynuację rozwoju rejestrów transplantacyjnych; ocena epidemiologiczna rzeczywistych potrzeb w zakresie przeszczepiania poszczególnych narządów i komórek krwiotwórczych oraz przeprowadzenie analizy ekonomicznej dotyczącej kosztów przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych wobec leczenia konwencjonalnego z uwzględnieniem wyników leczenia i skutków społecznych; szkolenia osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów oraz bezpieczeństwo dawców i biorców.

3 Badanie postaw środowiska lekarskiego wobec rozpoznawania śmierci mózgu i pobierania narządów od zmarłych, [http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/Badania/postawy\\_srodowiska\\_2012.pdf](http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/Badania/postawy_srodowiska_2012.pdf).

4 Dla przykładu w 2014 r. było to 59 458 mężczyzn i aż 81 714 kobiet, w tym wykonujących zawód odpowiednio: 55 160 mężczyzn i 73 624 kobiety, zob. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99519/Zestawienie-nr-03.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0006/99519/Zestawienie-nr-03.pdf).

5 Zob. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99519/Zestawienie-nr-03.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0006/99519/Zestawienie-nr-03.pdf).

Wszyscy ankietowani lekarze zatrudnieni byli w szpitalach, w których teoretycznie istnieje możliwość identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych zmarłych dawców (obecność Oddziałów Intensywnej Terapii). Najbardziej liczną grupę w badanej populacji lekarzy stanowili lekarze zatrudnieni w szpitalach powiatowych.

Typując szpitale, kierowano się również danymi dotyczącymi geograficznego zróżnicowania liczby pobrań w Polsce. W Polsce pobiera się mniej narządów niż w większości krajów europejskich, a ponadto w poszczególnych województwach sytuacja przedstawiała się bardzo różnie. Istnieją województwa, gdzie od zmarłych pobiera się dużo narządów, oraz takie, gdzie liczba pobrań jest bardzo mała. Od lat w czołówce liczby pobrań znajdują się województwa: zachodniopomorskie i wielkopolskie, odpowiednio ze wskaźnikami 26,0 oraz 20,3 dawców na 1 mln mieszkańców. Niestety od wielu lat na końcu listy znajdują się województwa Polski południowo-wschodniej: podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie i lubelskie, wszystkie z liczbą dawców znacznie poniżej 10 na 1 mln mieszkańców.

Najliczniejsza populacja badanych lekarzy pochodziła z województwa małopolskiego.

## § 2. Postawy lekarzy

Autorzy Raportu stwierdzają racjonalnie, że bariery w medycynie transplantacyjnej nie występują tylko po stronie rodzin potencjalnych dawców. Z tego powodu zdecydowano się zbadać opinie przedstawicieli środowiska lekarskiego. W analizowanym badaniu podjęto próbę sondażu na temat społecznych aspektów pobierania narządów od osób zmarłych, ale adresatami sondażu inspirowanego i finansowanego przez Polską Unię Medycyny Transplantacyjnej<sup>6</sup> uczyniono lekarzy, którzy biorą udział lub hipotetycznie mogą brać udział w procesie przeszczepiania narządów. Powodem realizacji badania było założenie, że efekty leczenia metodą transplantacji są nie tylko pochodną postawy społeczeństwa, ale także wysiłku wielu środowisk, in-

6 Stowarzyszenie, którego celem jest: podkreślanie znaczenia medycyny transplantacyjnej w systemie ochrony zdrowia i stworzenie planu rozwoju tej specjalności medycznej w Polsce; upowszechnianie idei medycyny transplantacyjnej na forum Parlamentu i odpowiednich agend rządowych i organizacji samorządowych w Polsce; prowadzenie intensywnych działań na rzecz uchwalenia przez Parlament RP ustawy o utworzeniu i realizacji Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej i zapewnienie środków finansowych na jego realizację. Unia realizuje swoje cele poprzez: kreowanie większego poparcia społecznego dla idei medycyny transplantacyjnej oraz dawstwa komórek, tkanek i narządów; promowanie i wdrażanie europejskich standardów opieki zdrowotnej w zakresie medycyny transplantacyjnej, przejrzystości procedur i przestrzegania zasad etycznych; promowanie standardów nauczania w zakresie transplantologii na uczelniach medycznych i w szkoleniu podyplomowym; przygotowywanie, wydawanie i rozpowszechnianie materiałów informacyjnych i oświatowych dotyczących medycyny transplantacyjnej do wykorzystania w programach edukacyjnych; stworzenie warunków do prowadzenia badań naukowych w zakresie przeszczepiania komórek, tkanek i narządów; organizowanie spotkań dyskusyjnych, sympozjów i warsztatów dotyczących problemów medycyny transplantacyjnej; współpracę ze środowiskiem medycznym oraz Towarzystwami Naukowymi i organizacjami pacjentów w kraju i za granicą; działanie na rzecz partnerskiej współpracy organizacji pozarządowych działających w dziedzinie medycyny transplantacyjnej z administracją publiczną wszystkich szczebli i Towarzystwami Ubezpieczeniowymi; dążenie do zwiększenia nakładów finansowych na realizację programu polityki zdrowotnej MZ POLGRAFT oraz innych programów medycznych związanych z medycyną transplantacyjną. Więcej informacji zob.: <http://www.uniatransplantacyjna.pl>.

stytucji i organizacji. Nie ma wątpliwości, ile w tej mierze zależy od samych lekarzy, ich fachowości, determinacji oraz wrażliwości i umiejętności psychologicznych, które potrzebne są zwłaszcza w rozmowie z rodziną. Celem badania było rozpoznanie – z perspektywy lekarzy zarówno barier, jak i czynników sprzyjających wzrostowi liczby pobrań w Polsce. W badaniu skupiono się na aspektach, które pozostają w bezpośrednim związku z liczbą pobrań, jak: wysuwanie podejrzenia o śmierci mózgu i powoływanie komisji orzekającej o śmierci mózgu. Celem badań było także sprawdzenie, czy istotne różnice w aktywności donacyjnej (liczba dawców zmarłych/milion populacji) między województwami w południowo-wschodniej i północno-zachodniej Polsce w jakimś stopniu korelują z postawami lekarzy z tych regionów wobec rozpoznawania śmierci mózgu i decyzji o pobraniu narządów.

Skala regionalnego zróżnicowania liczby pobrań nasuwa pytania o przyczyny takiego stanu rzeczy. Można zadać pytanie o to, czy zróżnicowane jest społeczeństwo, czy postępowanie środowiska medycznego jest zróżnicowane w zależności od lokalnych tradycji. Być może opisane zróżnicowanie jest związane z „lokalną tradycją”, utrwalonymi poglądami i zasadami postępowania środowiska medycznego, w większym stopniu niż postawy całego społeczeństwa. W aspekcie transplantacji najbardziej istotnym problemem jest podejmowanie diagnostyki śmierci mózgu. Diagnozowanie śmierci mózgu ma na celu stwierdzenie lub wykluczenie śmierci pacjenta, którego funkcje życiowe są podtrzymywane. W przypadku stwierdzenia śmierci przez komisję lekarską, podtrzymywanie funkcji życiowych osoby, która zmarła, jest bezzasadne. Zgodnie z deklaracjami znakomita większość lekarzy (89%) w swojej praktyce szpitalnej wysuwa podejrzenie śmierci mózgu. Z drugiej strony istnieje wcale niemały odsetek badanych (11%), którzy tego nie robią; głównie z dwóch powodów – braku doświadczenia w rozpoznawaniu śmierci mózgu (5%) i/lub z obawy przed oskarżeniami ze strony rodziny oraz wynikającymi z tego tytułu domniemanymi konsekwencjami prawnymi (4%). Przeciętnie co dziesiąty lekarz nie wysuwa podejrzenia śmierci mózgu, a co za tym idzie, nie nadaje biegu procedurom medycznym, które mogą prowadzić do pobrania narządów. W województwach, gdzie liczba pobrań jest od lat najniższa (podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie i lubelskie), zjawisko to występuje dwukrotnie częściej niż w pozostałych badanych województwach (14% w stosunku do 7%).

Po wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu kolejnym krokiem należącym do szpitala jest powołanie komisji, której zadaniem jest orzeczenie lub niestwierdzenie śmierci mózgu. Komisja składa się z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Jeśli osoba nie żyje, pozostaje rozpatrzenie możliwości pobrania narządów do przeszczepienia lub zakończenie nieskutecznej terapii. Niestety większość szpitali pomimo istnienia w nich możliwości identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych dawców, z różnych powodów nie przestrzega tych zasad.

Zgodnie z deklaracjami badanych lekarzy, w prawie co piątej placówce poważnie nie powołuje się komisji orzekającej śmierć mózgu, w tym: 8% szpitali nie zmienia postępowania terapeutycznego nawet w sytuacji, kiedy u pacjenta występują kliniczne podstawy do stwierdzenia takiej śmierci, a 11% szpitali jedynie wysuwa podejrzenie śmierci mózgu i stosuje tzw. terapię minimum. W placówkach tych standardem jest stosowanie uporczywej terapii i nie rozważa się w nich możliwości pobrania narządów do transplantacji. W co trzecim szpitalu (36%) komisję powołuje się tylko wówczas, jeśli istnieje możliwość pobrania narządów. Praktyki zgodne z kanonem sztuki medycznej (tj. wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, powołanie komisji orzekającej, pobranie narządów lub zakończenie leczenia) stosuje niespełna połowa szpitali (45%). Na podstawie wyników badania można stwierdzić, że występują bardzo duże różnice między poszczególnymi regionami Polski. W województwach o najmniejszej liczbie pobrań (podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie, lubelskie) w 25% szpitali nie jest powoływana komisja w stosunku do 11% w pozostałych badanych województwach. W Polsce południowo-wschodniej jest również relatywnie mniej niż gdzie indziej szpitali, w których stosuje się pełną procedurę od diagnozy śmierci do ewentualnego pobrania (32% w stosunku do 63%).

Interesujący i wymagający wnikliwej analizy oraz dyskusji w środowisku medycznym jest rezultat, który wskazuje, że co trzeci ankietowany anestezjolog, neurolog i neurochirurg (35%) zadeklarował, że nie wyłączy respiratora w sytuacji, kiedy komisja rozpoznała u pacjenta śmierć mózgu i jednocześnie wiadomo, że nie dojdzie do pobrania narządów. Tak jak w przypadku wycofania się z diagnozowania śmierci mózgu, występują różnice regionalne.

W województwach o najniższej w Polsce liczbie pobrań lekarze częściej deklarują kontynuowanie bezcelowej terapii (43%) niż w pozostałych badanych województwach (23%).

### § 3. Szanse i zagrożenia dla pobrań narządów

W kolejnym etapie badania uczestniczącym w sondażu lekarzom przedstawiono szereg czynników, które mogłyby ograniczać ich zaangażowanie w identyfikowanie możliwości pobrania narządów od zmarłego. Na podstawie badania można przyjąć, że mamy do czynienia ze zjawiskiem bagatelizowania przeszkód, a także z niechętnym przyznawaniem się do braku umiejętności ich pokonywania. Na dwóch pierwszych miejscach wśród przeszkód, które ograniczają zaangażowanie lekarzy w identyfikowanie możliwości pobrania narządów od zmarłego, znajdują się bariery związane z relacjami z rodzinami zmarłych pacjentów (złe relacje z rodzinami zmarłych pacjentów i brak doświadczenia w prowadzeniu rozmowy z rodziną).

Kolejną, trzecią w rankingu przeszkodą ograniczającą zaangażowanie lekarzy w identyfikowanie możliwości pobrania narządów od zmarłego jest brak doświadczenia w prowadzeniu procedury identyfikacji pobrania. Nasuwa się przypuszczenie, że

bariera, jaką jest brak doświadczenia i umiejętności postępowania, stanowi wzrastającą przeszkodę. Z jednej strony brak aktualnej wiedzy, gdyż zajęcia z transplantologii klinicznej, w różnym wymiarze czasowym odbywają się na uczelniach medycznych (i to nie we wszystkich) zaledwie od kilku lat, wcześniej nie było ich w ogóle w programie nauczania. Z drugiej strony możliwość identyfikacji pobrania jest w szpitalach sytuacją na tyle rzadką, że trudno zdobyć doświadczenie w tym zakresie nawet w trakcie kilkuletniej pracy zawodowej.

Kolejne miejsca w rankingu barier zajmują: niechęć do wychodzenia poza wąski zakres obowiązków, niechęć do orzekania śmierci mózgu, ambiwalentna postawa wobec konieczności pozyskiwania narządów do transplantacji, obawy przed podejrzeniami o nadużycia lub przekroczenie kompetencji oraz niska motywacja finansowa. Tę grupę czynników Autorzy raportu nazwali „syndromem unikania problemu”. Powołanie komisji orzekającej śmierć mózgu, identyfikacja możliwości pobrania oraz opieka nad dawcą wymagają od szpitala i lekarzy wzmoczonego wysiłku. Z drugiej strony lekarze nie są niczym (poza swoim wewnętrznym przekonaniem) zobligowani do nadania biegu procedurze pobrania. „Syndrom unikania problemu” jest w istocie barierą polegającą na niechętnym angażowaniu się w trudne i czasochłonne wyzwania.

Za względnie najmniej ważne bariery ograniczające zaangażowanie lekarzy w procedurę transplantacyjną uznano wewnętrzne relacje w szpitalu między personelem medycznym, takie jak: nieprzyjazne stosunki, konflikty, brak współpracy oraz niechęć ze strony przełożonych. Z przeprowadzonych badań wynika również, że większe problemy z pokonywaniem barier we wdrożeniu procesu donacyjnego mają lekarze z województw o niskiej liczbie pobrań.

Na koniec lekarze zapytani zostali o czynniki, które ich zdaniem mogłyby sprzyjać wzrostowi liczby pobrań w Polsce. Podobnie jak w przypadku pytania o przeszkody lekarze oceniali kilka czynników. W tym wypadku nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między regionami, co oznacza, że biorący udział w sondażu – bez względu na region – charakteryzowali się dużą zbieżnością opinii.

Charakterystyczne dla wyników jest to, że siedem spośród dziewięciu czynników zyskało bardzo podobne oceny średnie, co oznacza, że ankietowani dosyć podobnie ocenili ich znaczenie. Na pierwszym miejscu w rankingu czynników sprzyjających wzrostowi liczby pobrań lekarze wskazali swoją wiedzę i doświadczenie w tym zakresie, na drugim zaś *ex aequo* lepszą organizację i wypracowanie standardów postępowania w przypadku podejrzenia śmierci mózgu oraz dobrą współpracę w zespole OIT<sup>7</sup>. Kolejne miejsca, choć z niewiele niższym wynikiem, zajęły: dobra komunikacja z rodzinami pacjentów i przychylne nastawienie do pacjentów i ich rodzin. Listę czynników sprzyjających pobraniom o względnie dużym znaczeniu koń-

7 OIT – Oddział Intensywnej Terapii.



czą: wiedza pielęgniarek i innego personelu medycznego na temat transplantacji oraz większe zaangażowanie lekarzy.

Za czynniki sprzyjające wzrostowi liczby pobrań narządów od zmarłego o względnie najmniejszym znaczeniu uznano motywowanie finansowe oraz naciski ze strony przełożonych na zwiększenie aktywności transplantacyjnej.

#### § 4. Wnioski z badań

Autorzy zaprezentowanych badań przedstawili kilka istotnych wniosków po ich dokonaniu. Są one następujące:

1. Pomimo dość wysokiej deklarowanej aprobaty dla transplantacji, społeczeństwo polskie nie jest dostatecznie dobrze przygotowane do roli dawców narządów po śmierci. Wpływa na to wiele czynników, m.in. słaby poziom wiedzy na temat regulacji prawnych.
2. Nieznajomość regulacji prawnych, niewiedza w odniesieniu do poglądów naszych bliskich w kwestii zgody lub sprzeciwu na pobranie narządów oraz niewielka otwartość i gotowość do omawiania tych kwestii, stawia rodziny zmarłych w trudnej sytuacji. Utrudnia to zadania lekarzom i przyczynia się do powstawania barier w leczeniu ludzi ze skrajną niewydolnością narządów.
3. Małej liczby pobrań w Polsce nie da się całkowicie wyjaśnić brakiem w społeczeństwie ugruntowanych postaw protransplantacyjnych. Zwłaszcza nie stanowi to wyjaśnienia dla dużego zróżnicowania regionalnego w liczbie pobrań. Ponieważ badania pokazują, że generalnie społeczeństwo nie jest zróżnicowane w swoich postawach, w zależności od regionu część odpowiedzialności spoczywa na środowisku medycznym.
4. Mniej niż połowa badanych szpitali (45%) stara się każdorazowo po wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu u pacjenta wdrożyć działanie komisji, aby zakończyć leczenie i jeśli to możliwe, doprowadzić do pobrania narządów. W pozostałych szpitalach powołuje się komisję, która jednak podejmuje działania tylko wówczas, jeśli istnieje możliwość pobrania (36%), lub w ogóle nie powołuje się komisji do orzekania śmierci mózgowej (19%).
5. Obok małej liczby pobrań efektem ubocznym takich działań jest stosowanie w wielu polskich szpitalach uporczywej terapii. Istnieją duże dysproporcje w tym względzie między czterema województwami południowo-wschodnimi (podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie, lubelskie) a pozostałymi badanymi województwami na niekorzyść województw południowo-wschodnich.
6. Zdaniem ankietowanych lekarzy podstawowe bariery ograniczające ich zaangażowanie w identyfikowanie możliwości pobierania narządów od zmarłego to: złe relacje z rodziną zmarłego pacjenta i trudności w prowadzeniu rozmo-

wy o pobraniu, brak doświadczenia w zakresie procedury identyfikacji pobrania oraz niechęć do podejmowania czasochłonnych i skomplikowanych działań transplantacyjnych.

7. Z kolei za czynniki sprzyjające wzrostowi liczby pobrań uznano poprawę wiedzy i doświadczenia lekarzy w dziedzinie pobierania narządów od zmarłych, wypracowanie lepszych standardów postępowania donacyjnego oraz dobrą współpracę i komunikację personelu w zespole Oddziału Intensywnej Terapii. W kontekście tej diagnozy widać, jak celowe jest szybkie rozwijanie sieci koordynatorów transplantacyjnych – ludzi wyposażonych nie tylko w stosowną wiedzę medyczną, ale również w wiedzę z zakresu psychologii klinicznej, których zawodowym obowiązkiem jest podejmowanie i prowadzenie stosownych procedur zmierzających do pobrania narządów.

## ZJAWISKO HANDLU NARZĄDAMI W PERCEPCJI POLAKÓW

### § 1. Metodyka badań

Zanim Autorka przejdzie do przytoczenia właściwej metodyki dokonanych badań, warto słów kilka poświęcić nieco ogólniejszym kwestiom, pośrednio związanym z wysiłkiem badawczym podjętym w niniejszym rozdziale monografii. Badania dotyczące zjawiska handlu narządami ludzkimi wpisują się w dużo szerszą perspektywę badawczą, jaką jest systematyczna analiza zagrożeń bezpieczeństwa publicznego, mających charakter transnarodowy. Obecnie jesteśmy świadkami błyskawicznego wręcz rozwoju nowych technologii informatycznych, które z jednej strony podnoszą efektywność działań instytucji państwowych i przekładają się na większe poczucie bezpieczeństwa całej społeczności europejskiej, ale z drugiej strony sprzyjają także rozwojowi przestępczości, można by rzec nawet – nowoczesnej przestępczości rozumianej jako tej z użyciem najnowszych osiągnięć myśli technologicznej.

Kwestie te są przedmiotem analizy badawczej białostockiego środowiska karnistów i kryminologów od lat 90. ubiegłego wieku<sup>1</sup>, zwłaszcza w ramach rozlicznych projektów badawczych realizowanych w Zakładzie Prawa Karnego i Kryminologii

---

1 Obecnie przygotowany jest już siódmy tom serii wydawniczej „Current Problems of the Penal Law and Criminology. Aktuelle Probleme des Strafrechts und der Kriminologie”, która to seria wydawana jest od 1998 r. pod redakcją naukową E.W. Pływaczewskiego. Seria ta stanowi jedyny w skali międzynarodowej zbiór artykułów prezentujących najnowsze trendy i wyniki badań naukowych napisanych przez polskie i międzynarodowe grono autorskie wybitnych, znanych na całym świecie naukowców, z dwóch dyscyplin – prawa karnego (j. niemiecki) i kryminologii (j. angielski). Są to osoby o wyjątkowej pozycji naukowej, niektóre z nich otrzymały tytuły doktora honoris causa zagranicznych uniwersytetów bądź są laureatami prestiżowych nagród naukowych. Do udziału w tej serii są zapraszani wyróżniający się polscy i zagraniczni naukowcy, będący także reprezentantami młodszego pokolenia. W publikacjach tych występują naukowcy z Polski oraz Australii, Austrii, Belgii, Chin, Czech, Finlandii, Holandii, Japonii, Litwy, Niemiec, Nowej Zelandii, Rosji, Szwajcarii, Szwecji, Węgier, USA oraz Wielkiej Brytanii.

Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku<sup>2</sup>, specjalizującym się w interdyscyplinarnych badaniach nad aktualnymi problemami prawa karnego i kryminologii. Interdyscyplinarność badań pozwala na szersze spojrzenie i umiejscowienie problemów badawczych w spektrum zainteresowania kilku dyscyplin naukowych, nawet czasami pozornie od siebie odległych. Łączy chociażby nauki społeczne z naukami ścisłymi<sup>3</sup>.

W swoich analizach Autorzy pochyłali się początkowo nad zjawiskami przestępczości zorganizowanej, terroryzmu<sup>4</sup> i prania pieniędzy<sup>5</sup>, a następnie także skierowali swoją aktywność badawczą na kwestie związane z poczuciem bezpieczeństwa obywateli<sup>6</sup>.

Wypada podkreślić, że członkowie zespołu badawczego ciągle poszerzają spektrum swoich zainteresowań badawczych. W 2014 r. powołano do życia Forum Naukowe – Prawne i medyczne aspekty zdrowia człowieka. Forum stanowi płaszczyznę współpracy pomiędzy naukami prawnymi i medycznymi. Prawo i medycyna, reprezentując nauki społeczne i nauki o życiu, są ze sobą nierozzerwalnie związane. Zwłaszcza w XXI w., który zdecydowanie należy do nowych technologii, niosących postęp we wszystkich dziedzinach życia, w tym także w medycynie, rośnie rola właściwych regulacji prawnych ułatwiających aplikację zdobyczy nauki.

W ramach wspomnianego wyżej Forum podpisano umowę sieci naukowej, której Partnerami są: Uniwersytet w Cambridge (University of Cambridge, Wielka Brytania), wiodące polskie uczelnie medyczne – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, a także Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku<sup>7</sup>. Dotychczas w ramach sieci podjęto tematy związane z problemami

2 E.W. Pływaczewski, K. Laskowska, G.B. Szczygieł, W. Filipkowski, E.M. Guzik-Makaruk, E. Zatyka, Polskie kierunki badań kryminologicznych nad bezpieczeństwem obywateli, *Prokuratura i Prawo* z 2010 r., nr 1-2, s. 176-201.

3 Z perspektywy kilkunastu lat działań badawczych można wskazać na znakomitą współpracę Zespołu Badawczego ze środowiskami naukowymi Wojskowej Akademii Technicznej imienia Jarostawa Dąbrowskiego w Warszawie czy Akademii Górniczo-Hutniczej imienia Stanisława Staszica w Krakowie.

4 Zob. chociażby z nowszych opracowań monograficznych: E.W. Pływaczewski (red.), *Przestępczość zorganizowana*, Warszawa 2011, s. 384 czy nieco starsza pozycja: E.W. Pływaczewski (red.), *Przestępczość zorganizowana*. Świadek koronny. Terroryzm w ujęciu praktycznym, Kraków 2005, s. 772.

5 E.W. Pływaczewski (red.), *Proceder prania pieniędzy i jego implikacje*, Warszawa 2013, s. 391.

6 Zob. chociażby z nowszych opracowań monograficznych: E.M. Guzik-Makaruk (red.), *Poczucie bezpieczeństwa obywateli w Polsce. Identyfikacja i przeciwdziałanie współczesnym zagrożeniom*, Warszawa 2011, s. 383; *eadem* (red.), *Możliwości wykorzystania i wdrożenia nowoczesnych technologii do budowy narzędzi wspomagających codzienne funkcjonowanie osób niewidomych*, Kraków – Białystok – Poznań 2011, s. 147; E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, E. Zatyka (red.), *Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących ze szczególnym uwzględnieniem ruchu drogowego. Wybrane aspekty prawne i kryminologiczne*, Białystok 2014, s. 480; K. Laskowska, W. Filipkowski, E. Glińska (red.), *Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących w ruchu drogowym. Wybrane aspekty praktyczne*, Białystok 2014, s. 403.

7 Umowa sieci naukowej nosi tytuł Sieć badawcza – badania naukowe i prace rozwojowe na rzecz rozwiązywania prawnych i medycznych problemów zdrowia człowieka. Współpraca naukowo-badawcza w ramach Sieci obejmuje przede wszystkim szeroko rozumiane dyscypliny z zakresu zarówno nauk prawnych, w szczególności prawa karnego, kryminologii i kryminalistyki, prawa ochrony zdrowia, prawa cywilnego, jak i nauk medycznych oraz nauk o zdrowiu. Aktywność Sieci ukierunkowana jest na integrację środowisk naukowych Członków Sieci, wymianę doświadczeń i konkretne działania realizowane głównie na rzecz rozwoju nauki. Środkiem re-

ginekologii dziecięcej<sup>8</sup>, wykluczenia społecznego<sup>9</sup>, a obecnie planuje się podjęcie pogłębionych badań w obszarze medycyny transplantacyjnej, zważywszy, że w dniu 26 stycznia 2016 r. przypadała 50. rocznica pierwszego udanego przeszczepienia nerki w Polsce, które rozpoczęło erę transplantologii narządów w naszym kraju.

Także Krajowa Rada Transplantacyjna<sup>10</sup> podjęła starania, aby 2016 r. został ogłoszony Rokiem Transplantologii. Przy tej okazji niezbędne jest podniesienie świadomości społecznej na temat samej idei darowania organów oraz unicestwienie wielu społecznych stereotypów związanych ze zjawiskiem handlu narządami ludzkimi. W celu eliminowania tychże klisz i uprzedzeń funkcjonujących w pewnej części polskiego społeczeństwa konieczna jest rzetelna informacja poparta wynikami badań naukowych.

Ta część pracy została przygotowana na podstawie wyników badań zrealizowanych w 2008 r. przez Pentor Research International<sup>11</sup> i w 2015 r. przez TNS Polska. Oba badania miały charakter ogólnopolski, reprezentatywny dla ogółu społeczeństwa, jak również zastosowano w nich taką samą technikę badawczą – CAPI (wywiady bezpośrednie wspomagane komputerowo). W przypadku badania Pentor RI wielkość próby wyniosła n=1042, w badaniu TNS Polska n=1000.

W badaniu zastosowano metodę sondażową. Sondaże to najlepsza metoda badania bardzo licznych populacji. Przy zastosowaniu reguł statystyki badaniem sondażowym nie obejmuje się całej zbiorowości, ale jej – najlepiej losowo dobraną – część, zwaną próbą badawczą. Dzięki losowemu doborowi próba odzwierciedla cechy populacji i umożliwia wnioskowanie statystyczne o tej populacji: pozwala na uogólnienie wyniku uzyskanego w próbie na całą populację.

W badaniach z 2008 r. zastosowano technikę bezpośredniego wywiadu kwestionariuszowego, wspieranego komputerowo CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Wywiady realizowane były na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski w wieku powyżej 18 lat.

Bezpośrednie wywiady indywidualne wspomagane komputerowo (CAPI) to wywiady prowadzone przy użyciu kwestionariusza w wersji elektronicznej. Ankieter prowadząc wywiad, odczytuje pytania kwestionariusza z ekranu komputera i uzyskane odpowiedzi wprowadza do pamięci komputera. Zastosowanie wspomaganie komputerowego umożliwia automatyczną kontrolę logiczną uzyskanych odpowie-

---

alizacji założonych celów są podejmowane wspólne badania w zakresie medycyny i ochrony zdrowia, prawa cywilnego, prawa ochrony zdrowia, prawa karnego, kryminologii i kryminalistyki, w tym badania naukowe.

- 8 E.M. Guzik-Makaruk, J. Szamatowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Wybrane prawne i medyczne aspekty ginekologii dziecięcej*, Białystok 2015, s. 280.
- 9 E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski (red.), *Wybrane prawne, kryminologiczne i medyczne aspekty wykluczenia społecznego*, Białystok 2016.
- 10 Autorka jest członkiem Krajowej Rady Transplantacyjnej na lata 2014-2018.
- 11 Projekt badawczy zamawiany, realizowany ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2007-2010. Kierownikiem projektu był Prof. zw. dr hab. Emil W. Pływaczewski. Tytuł projektu: „Monitoring, identyfikacja i przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa obywateli”.

dzi, sygnalizując błędy w trakcie realizacji wywiadu i kontrolując spójność udzielanych odpowiedzi. Pozwala także na użycie złożonych reguł przejścia między pytaniami i blokami pytań, prezentując badanym – w zależności od udzielonych wcześniej odpowiedzi – tylko te pytania, których zadawanie jest merytorycznie uzasadnione, i pomijając te, które respondentów nie dotyczą. Ważną zaletą metody jest to, że eliminuje ona potrzebę wprowadzania danych, konieczną w papierowych wywiadach kwestionariuszowych (przenoszenia danych z kwestionariuszy papierowych na nośniki elektroniczne). Metoda daje też większe niż papierowe wywiady kwestionariuszowe możliwości kontroli pracy ankietatorów. Wywiady prowadzone były w domach respondentów podczas weekendu, a w dni powszednie w godzinach popołudniowych, kiedy szansa zastania respondentów była największa. Realizację badania zlecono instytutowi badawczemu Pentor Research International. Badanie realizowało około 150 przeszkolonych ankietatorów.

Z kolei badania zrealizowane przez TNS Polska miały miejsce w styczniu 2015 r. w ramach formy Omnibus. Omnibus TNS to badanie opinii publicznej realizowane na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski. To badanie realizowane dla wielu klientów jednocześnie. Pytania dotyczą różnych projektów, a odpowiedzi na nie uzyskiwane są w trakcie jednego badania. Omnibus TNS gwarantuje niskie koszty – klient nie płaci za całe badanie, ponosi jedynie koszty umieszczenia własnych pytań. Jest to stosunkowo szybki i tani sposób na dotarcie do grup respondentów w celu poznania ich zachowań, postaw i opinii na dowolny temat. Kwestionariusz podzielony jest na indywidualne bloki, co zapewnia optymalne warunki realizacji badania dla wszystkich klientów.

W obu badaniach odnotowano pewne różnice metodologiczne, które niekiedy utrudniały bezpośrednie porównanie wyników (treść jednego pytania różniła się)<sup>12</sup>, w jednym przypadku zaś porównanie nie było możliwe ze względu na to, że w jednym z badań nie pytano o określone zagadnienie. Ważną różnicą (mogła mieć wpływ na różnice w odnotowanych wynikach) jest także fakt, że badanie przeprowadzone przez Pentor RI było poświęcone szeroko pojętej przestępczości (analizowano wiele zagrożeń, badani poruszali się więc w szerszym kontekście pojęciowym), natomiast badanie zrealizowane przez TNS Polska dotyczyło wyłącznie kwestii handlu narządami ludzkimi.

Należy również podkreślić, że w badaniu Pentor RI respondentami były osoby w wieku powyżej 18 roku życia, zaś w badaniu TNS Polska uczestniczyli mieszkańcy Polski w wieku powyżej 15 roku życia. Różnica ta jednak praktycznie nie miała wpływu na możliwość przeprowadzenia analizy porównawczej<sup>13</sup>.

12 Prawdopodobnie konsekwencją tej różnicy były różne wyniki odnotowane przez Pentor RI i TNS Polska.

13 Grupa osób w wieku 15-17 lat liczy zbyt mało osób, aby móc wpłynąć na ogólne wyniki.

Tabela 51. Struktura próby

	<b>TNS Polska (n=)</b>	<b>Pentor RI (n=)</b>
<b>Płeć</b>		
<b>Kobieta</b>	521	543
<b>Mężczyzna</b>	479	499
<b>Wiek</b>		
<b>15-29 lat</b>	242	301
<b>30-39 lat</b>	189	180
<b>40-49 lat</b>	150	180
<b>50-59 lat</b>	171	184
<b>60 lat i więcej</b>	248	181
<b>Wykształcenie</b>		
<b>Podstawowe</b>	142	252
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	287	278
<b>Średnie i pomaturalne</b>	399	363
<b>Licencjat i wyższe</b>	172	150

*Źródło: opracowanie własne na podstawie badań Pentor RI i TNS Polska.*

W obu badaniach o kwestie szczegółowe dotyczące handlu organami ludzkimi pytano jedynie respondentów, którzy zadeklarowali, że mają świadomość istnienia zjawiska handlu narządami ludzkimi.

Kwestionariusz wywiadu sprowadzał się do pięciu następujących pytań:

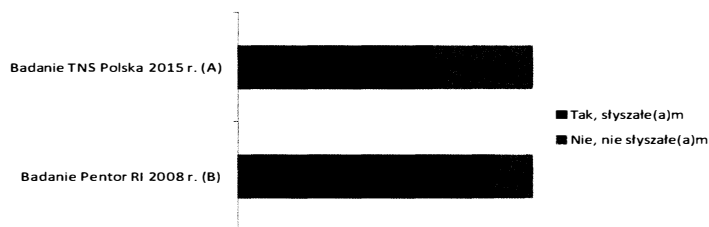
1. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi?
2. Czy sądzi Pan(i), że w Polsce ma miejsce handel organami ludzkimi?
3. Czy obawia się Pan(i), że stanie się ofiarą tego zagrożenia?
4. Czy był(a) Pan(i) ofiarą handlu organami lub ofiarą był ktoś z Pana(i) najbliższej rodziny albo znajomych?
5. Czy Pana(i) zdaniem państwo przeciwdziała handlowi organami ludzkimi w wystarczającym czy też w niewystarczającym stopniu?

## § 2. Świadomość handlu narządami w Polsce

Większość badanych słyszała o handlu narządami ludzkimi. Jednocześnie jednak poziom świadomości tego zjawiska uległ na przestrzeni lat 2008-2015 istotnej zmianie statystycznej. W 2008 r. aż 87% ankietowanych odpowiedziało pozytywnie na pytanie, czy słyszeli o handlu ludzkimi narządami; siedem lat później odsetek analogicznych deklaracji zmniejszył się do 66%. Być może zmiana ta jest pochodną zmniejszenia się liczby informacji w środkach masowego przekazu na temat handlu narządami, co z kolei mogło być konsekwencją stopniowego wyciszania szumu medialnego towarzyszącego zatrzymaniu i postawieniu zarzutów jednemu z lekarzy pracujących w warszawskiej Klinice Kardiologii w 2007 r. Jak pokazały badania realizowane w tamtym okresie, sprawa ta miała negatywny wpływ na poziom zaufania do systemu ochrony zdrowia, transplantologii oraz lekarzy. W badaniu CBOS realizowanym w 2007 r.<sup>14</sup> brak zaufania do systemu wyraziło 16% badanych, a w 2012 r.<sup>15</sup> odsetek respondentów kwestionujących poprawność funkcjonowania instytucji i osób związanych z obszarem przeszczepów zmniejszył się do 5%. Podobną zmianę mogliśmy obserwować w przypadku niechęci do pobierania narządów od zmarłych członków rodziny. Wspomniane wyżej badania CBOS pokazały, że choć lęk przed handlem narządami ludzkimi nie stanowił czynnika w sposób wyrazisty budującego sprzeciw wobec donacji, to jednak zwraca uwagę, że niechęć do transplantacji w 2007 r. w ten sposób tłumaczyło 4% respondentów, zaś w 2012 r. podobną opinię wyraziło tylko 1% ankietowanych.

Poniżej zamieszczony wykres zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o to, czy respondenci słyszeli o handlu narządami ludzkimi.

Wykres 66. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi?



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI (n=1042) i TNS Polska (n=1000). Pogrubioną czcionką wyróżniono różnice istotne statystycznie, w 2008 r. badani istotnie częściej deklarowali, że słyszeli o handlu ludzkimi organami; w 2015 r. badani istotnie częściej mówili, że nie słyszeli o takim zjawisku.*

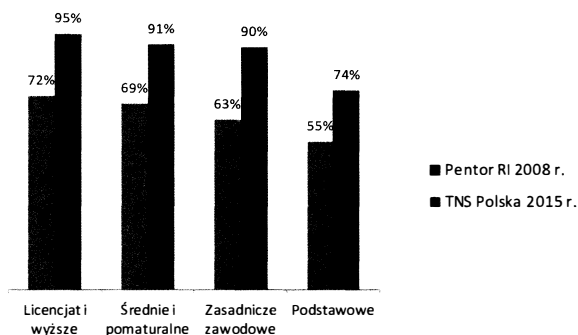
14 Opinie o przeszczepianiu narządów (K100\_07), CBOS, Warszawa, 2007 r.

15 Postawy wobec przeszczepiania narządów (K105\_12), CBOS, Warszawa, 2012 r.



W obu badaniach świadomość istnienia zjawiska handlu narządami ludzkimi wyróżnia osoby lepiej wykształcone. Przy czym, o ile w 2008 r. można mówić o szczególnie wyraźnej różnicy dzielącej badanych z wykształceniem podstawowym od pozostałych<sup>16</sup>, to w 2015 r. poziom świadomości w sposób widoczny różnił się pomiędzy poszczególnymi grupami wykształcenia. Im lepsze wykształcenie, tym częściej badani słyszeli o handlu narządami ludzkimi. Warto jednocześnie zauważyć, że spadek poziomu świadomości istnienia zjawiska handlu narządami ludzkimi, z jakim mieliśmy do czynienia w latach 2008-2015, był niemal równomierny w każdej grupie wyróżnionej ze względu na wykształcenie. Kwestie te obrazuje poniżej zamieszczony wykres.

Wykres 67. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi? (odpowiedzi „tak, słyszałe(a)m”)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI (n=1043) i TNS Polska (n=1000)<sup>17</sup>.

Również w grupach wyróżnionych na podstawie wieku oraz miejsca zamieszkania można było zaobserwować podobną tendencję. W każdej grupie ubył odsetek badanych deklarujących, że słyszeli o handlu ludzkimi narządami. Należy zauważyć, że w obu badaniach brak świadomości istnienia omawianego zagrożenia stosunkowo często charakteryzował osoby najstarsze. Poniższa tabela przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie, czy respondenci słyszeli o handlu narządami, uporządkowany w zależności od ich wieku.

16 Różnice pomiędzy osobami z wykształceniem wyższym, średnim i zasadniczym zawodowym były niewielkie (kilka punktów procentowych), natomiast w stosunku do grupy z wykształceniem podstawowym różnica wynosiła od 16 do 21 punktów procentowych.

17 Liczebność poszczególnych grup respondentów została przedstawiona w tabeli 1. „Struktura próby”, znajdującej się w aneksie do niniejszego opracowania.

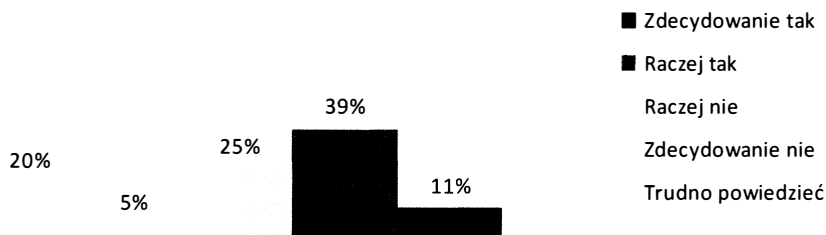
Tabela 52. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi? (odpowiedzi „tak, słyszała(a)m”)

		TNS Polska 2015 r.	Pentor RI 2008 r.
<b>Wiek</b>	<b>Do 29 lat</b>	65%	95%
	<b>30-39 lat</b>	68%	97%
	<b>40-49 lat</b>	68%	96%
	<b>50-59 lat</b>	67%	94%
	<b>60 lat i więcej</b>	60%	87%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI i TNS Polska.

Połowa badanych, którzy słyszeli kiedykolwiek o handlu narządami ludzkimi, była zdania, że w Polsce to zjawisko ma miejsce. Aczkolwiek rzadko respondenci byli co do tego zdecydowanie przekonani (11% odpowiedzi „zdecydowanie tak”). Przeciwnego zdania (handel narządami w Polsce nie występuje) była blisko jedna trzecia ankietowanych. Stosunkowo często respondenci nie potrafili jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie (20% odpowiedzi „trudno powiedzieć”). Kwestie te obrazuje poniższy wykres.

Wykres 68. Czy sądzi Pan(i), że w Polsce ma miejsce handel organami ludzkimi? (n=656)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych TNS Polska.

Należy odnotować, że poglądy na temat występowania w Polsce zjawiska handlu narządami ludzkimi nie wykazują powiązań z cechami społeczno-demograficznymi. Niezależnie od statusu społecznego, wieku, płci podobny odsetek badanych twierdził, że w Polsce omawiane zjawisko występuje. Jedyne widoczne różnice to relatywnie częste deklarowanie faktu istnienia w Polsce handlu narządami ludzkimi przez

osoby z wyższym wykształceniem oraz przez wdowców i wdowy<sup>18</sup>. Trudno jednak jednoznacznie wyjaśnić, dlaczego grupy te wyróżniają się na tle pozostałych. Jedną z hipotez może być szerszy dostęp do informacji, większa umiejętność krytycznego myślenia, analizowania zjawisk społecznych, co z pewnością częściej cechuje osoby z wyższym wykształceniem. Natomiast w przypadku wdowców i wdów, być może jest to konsekwencja doświadczeń (niewątpliwie nierzadko traumatycznych) związanych z utratą współmałżonka. Być może pod wpływem emocji niektórzy z nich niekorzystnie odbierali pytania lekarzy o zgodę na pobranie narządów (bo ustały życiowe funkcje mózgu towarzysza/towarzyszki życia) i stąd łatwiej im sobie wyobrazić zjawisko handlu narządami. Warto przy tym podkreślić, że jednocześnie badanie nie wykazało, aby podobne poglądy równie silnie charakteryzowały osoby starsze. A zatem doświadczenie śmierci współmałżonka (związane z tym przeżycia) może mieć wpływ na budowanie przekonania o występowaniu w Polsce handlu ludzkimi narządami. Opinie respondentów odnośnie do handlu narządami ludzkimi w Polsce obrazuje poniżej zamieszczona tabela.

Tabela 53. Czy sądzi Pan(i), że w Polsce ma miejsce handel organami ludzkimi?

		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
<b>Wykształcenie</b>	<b>Podstawowe (n=78)</b>	8%	29%	27%	5%	31%
	<b>Zasadnicze zawodowe (n=180)</b>	9%	41%	23%	5%	21%
	<b>Średnie i pomaturalne (n=274)</b>	11%	38%	26%	5%	19%
	<b>Licencjat i wyższe (n=124)</b>	15%	44%	23%	2%	17%
<b>Stan cywilny</b>	<b>Kawaler\panna (n=155)</b>	10%	35%	30%	6%	20%
	<b>Żonaty\zameężna\związek partnerski (n=401)</b>	10%	40%	24%	5%	21%
	<b>Rozwiedziony(a)\w separacji (n=48)</b>	8%	44%	19%	8%	21%
	<b>Wdowiec\wdowa (n=52)</b>	19%	38%	23%	6%	13%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych TNS Polska.

18 Trzeba jednak zaznaczyć, że liczebność tej grupy była niewielka.

### § 3. Survey wiktyimizacyjny i pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne

W badaniu przeprowadzonym przez Pentor RI pytano o dwie kwestie – o skalę zagrożenia przestępstwem handlu ludzkimi narządami oraz obawy samego respondenta o to, że stanie się ofiarą tego przestępstwa. Natomiast w badaniu realizowanym przez TNS Polska pytano tylko o to drugie zagadnienie. Survey wiktyimizacyjny i pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne są bardzo przydatnymi metodami badawczymi prowadzącymi do oszacowania zjawiska „ciemnej” liczby przestępstw.

Z samej istoty zjawiska „ciemnej” liczby wynika niemożność precyzyjnego określenia jego wielkości<sup>19</sup>. Problem ten wynika z faktu, że nigdy i nigdzie nie udało się w statystyce przestępczości wykazać wszystkich rzeczywiście popełnionych czynów o znamionach opisanych w ustawach karnych, zatem nie udało się i nie uda się także w przyszłości podać precyzyjnych danych w odniesieniu do przestępczości rzeczywistej. L. Lernell pisał wprost o „mrokach ciemnej liczby”<sup>20</sup>.

W celu próby określenia rozmiarów przestępczości nieujawnionej najczęściej w praktyce wykorzystuje się eksperyment, obserwację uczestniczącą lub wywiad. Istotą eksperymentu jest wywołanie zjawiska i kontrolowanie go w warunkach naturalnych, obserwacja uczestnicząca polega na bezpośrednim udziale obserwatora w badanych zjawiskach, zaś wywiad polega na uzyskiwaniu odpowiedzi za pomocą kwestionariusza na postawione pytania. Zazwyczaj są to pytania o to, czy respondent był sprawcą przestępstw i czy były one ujawnione (*self-report*), czy respondent był ofiarą przestępstwa i czy zostało ono zgłoszone Policji (*survey wiktyimizacyjny*), oraz pytanie, czy respondent wie o dokonanych przez inne osoby przestępstwach (pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne)<sup>21</sup>.

Jak podają J. Błachut, A. Gaberle i K. Krajewski, w Polsce nie prowadzono zbyt wielu badań w zakresie „ciemnej” liczby, eksperyment należał do niezwyklej rzadkości, podobnie obserwacja uczestnicząca. Lepsza sytuacja dotyczy badań typu *self-report*, *survey wiktyimizacyjny* i pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne<sup>22</sup>.

Badania zrealizowane na potrzeby niniejszej pracy wpisują się w nurt rzadko wykonywanych badań zmierzających do oszacowania „ciemnej” liczby.

19 B. Hołyst, „Ciemna liczba” przestępczości zorganizowanej, (w:) B. Hołyst, E. Kube, R. Schulte (red.), *Przestępczość zorganizowana w Niemczech i w Polsce i jej implikacje społeczno-ekonomiczne*, Warszawa – Münster – Łódź 1998, s. 172; B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 111 i n.

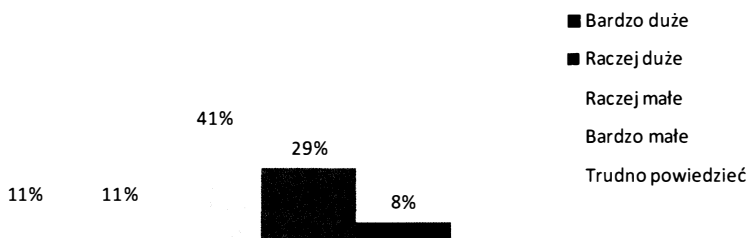
20 L. Lernell, *Współczesne zagadnienia polityki kryminalnej – problemy kryminologiczne i penologiczne*, Warszawa 1978, s. 269.

21 J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2004, s. 228; K. Bułat, P. Czarniak, A. Gorzelak i in., *Kryminologia. Repetytorium*, Kraków 2007, s. 81. Zob. szeroko na temat badań wiktyimizacyjnych i badań typu *self-report*: B. Hołyst, *Wiktymologia*, Warszawa 2011, s. 854-864; J. Błachut, *Problemy związane z pomiarem przestępczości*, Warszawa 2007, s. 259-315.

22 J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *op. cit.*, s. 228-235; Z. Bożyczko, *Kradzież kieszonkowa i jej sprawa*, Warszawa 1962; A. Siemaszko, *Kogo biją, komu kradną. Przestępczość nie rejestrowana w Polsce i na świecie*, Warszawa 2001.

W 2008 r. (badanie Pentor RI) nieco ponad jedna trzecia badanych uznała, że zagrożenie handlem ludzkimi narządami jest w Polsce duże, w tym nieco mniej niż jeden na dziesięciu badanych był zdania, iż jest ono bardzo duże. Kwestie te obrazuje poniższy wykres.

Wykres 69. Czy Pana(i) zdaniem zagrożenie handlem ludzkimi organami jest w Polsce bardzo duże, raczej duże, raczej małe czy też bardzo małe? (n=906)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI.

Na występowanie w Polsce zagrożenia handlem narządami ludzkimi najczęściej wskazywały kobiety (aż 42% kobiet wobec 33% w grupie mężczyzn) oraz respondenci z wykształceniem podstawowym (41%) i zasadniczym zawodowym (42%). Najrzadziej natomiast wysoki poziom zagrożenia omawianym przestępstwem w Polsce deklarowali respondenci z wykształceniem wyższym (26%). Odnotowane różnice są zgodne z wynikami innych badań poświęconych lękowi przed przestępczością. Kobiety na ogół częściej postrzegają przestrzeń je otaczającą jako niosącą potencjalne zagrożenie<sup>23</sup>. Badacze zajmujący się badaniami wiktymizacyjnymi często próbują wyjaśnić postawy kobiet relatywnie dużą podatnością na informacje tworzone przez tabloidy i generalnie mass media<sup>24</sup>.

Również uważa się, że mniejsze poczucie bezpieczeństwa wśród kobiet jest efektem przenoszenia lęku przed napaścią seksualną (*shadow of sexual assault hypothesis*) na inne formy wiktymizacji<sup>25</sup>. Z kolei różnice w grupach wyróżnionych na podstawie poziomu wykształcenia mogą być konsekwencją odmienności w postrzeganiu możliwości sprawowania kontroli społecznej nad miejscem zamieszkania. Z reguły większe poczucie kontroli daje gęstość relacji społecznych, a ta jest większa w grupach osób

23 Widać to np. w badaniach realizowanych cyklicznie przez CBOS na temat opinii Polaków o bezpieczeństwie i zagrożeniu przestępczością (np. badania BS/62/2012, BS/06/2011).

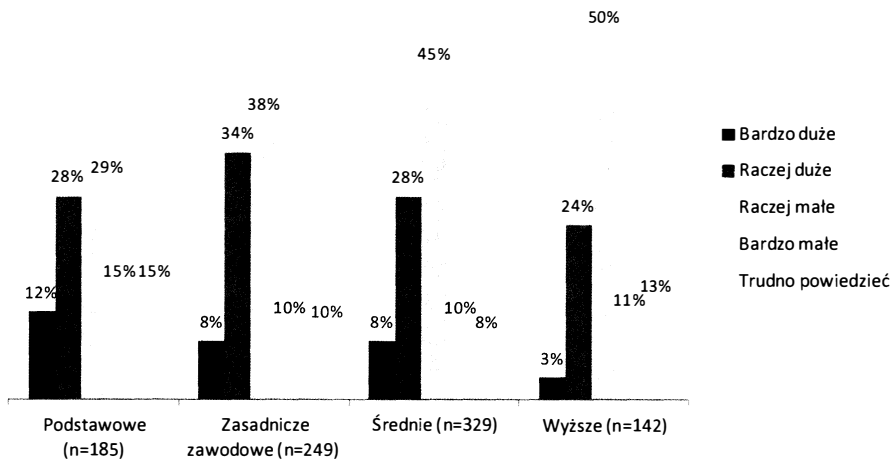
24 P. Ostaszewski, *Nasilenie i determinanty lęku przed przestępczością*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2012 za: B. Gruszczyńska, *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno kryminalistyczne*, Warszawa 2007, s. 17; P. Ostaszewski przytacza również wyniki analizy regresji liniowej, z której wynika, że bycie kobietą jest pozytywnie skorelowane z odczuwaniem lęku przed przestępczością, s. 15 za A. Siemaszko, *op. cit.*, s. 149-151.

25 P. Ostaszewski, *op. cit.*, s. 17 za: J. Lane, B.S. Fisher, *Unpacking the Relationship Between Gender and Fear of Crime: Explaining Why Are Similarities and Differences*, *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 2009, s. 260-261.

lepiej wykształconych. Oczywiście w przypadku powiązania pomiędzy wykształceniem a postrzeganymi zagrożeniami w grę mogą wchodzić również inne czynniki, takie jak np. zamożność (osoby zamożne są z reguły dobrze wykształcone, jednocześnie osoby zamożne częściej podejmują działania prewencyjne) oraz podatność na oddziaływanie mass mediów (osoby gorzej wykształcone posiadają słabiej rozwiniętą umiejętność analizy krytycznej, co sprzyja tworzeniu obrazu świata, jego generalizowaniu w oparciu o informacje płynące z mediów).

Badania realizowane cyklicznie przez CBOS<sup>26</sup> wyraźnie pokazują, że poczucie bezpieczeństwa jest często zaburzone w grupie osób gorzej wykształconych (częściej przedstawiciele tej grupy mówią o tym, że Polska nie jest krajem, w którym żyje się bezpiecznie). Również zależność ta była widoczna w badaniu przeprowadzonym przez Pentor RI. Kwestie te obrazuje poniższy wykres.

Wykres 70. Czy Pana(i) zdaniem zagrożenie handlem ludzkimi organami jest w Polsce bardzo duże, raczej duże, raczej małe czy też bardzo małe?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI.

Na tle zorganizowanej przestępczości innego typu handel narządami ludzkimi uplasował się mniej więcej na środku skali zagrożeń w Polsce. Badani częściej widzieli zagrożenie handlem narkotykami, przestępstwami gospodarczymi, czerpaniem korzyści z prostytucji, wymuszeniami haraczy. Natomiast przestępstwa zorganizowane, które według badanych rzadziej pojawiają się w Polsce niż handel narządami ludzkimi, to: handel chronionymi gatunkami roślin i zwierząt, handel ludźmi, nielegalny obrót dziełami sztuki, bronią i materiałami wybuchowymi oraz porwania dla okupu.

26 Wspomniane badania dotyczące opinii Polaków o bezpieczeństwie i zagrożeniu przestępczością.

Wykres zamieszczony poniżej prezentuje opinie ankietowanych odnoszące się do zagrożenia poszczególnymi przestępstwami w Polsce.

Wykres 71. Czy Pana(i) zdaniem zagrożenie [typ przestępstwa] jest w Polsce bardzo duże, raczej duże, raczej małe czy też bardzo małe?



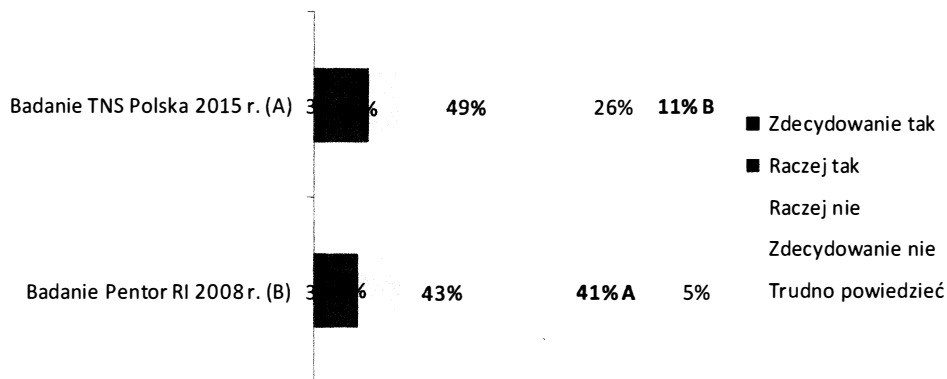
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI.

Jeżeli natomiast spojrzeć na opinie badanych na temat skali występowania w Polsce zagrożeń każdego typu, tj. zarówno przestępczość zorganizowana, jak i przestępstwa pospolite, terroryzm i cyberterroryzm, wówczas okazuje się, że handel narządami ludzkimi znajduje się w grupie zagrożeń, które według badanych są obecne w Polsce w niewielkim stopniu (38. miejsce na liście liczącej 46 pozycji). Kwestie te można szczegółowo przeanalizować, biorąc pod uwagę dane zamieszczone w aneksie w tabeli 54.

W badaniu TNS Polska nie analizowano postrzeganej przez badanych skali zagrożenia przestępstwem handlu narządami ludzkimi, ale na podstawie odpowiedzi badanych na pytanie o to, czy obawiają się, że zostaną jego ofiarą, można sądzić, że gdyby zadać to pytanie, to wynik byłby albo zbliżony do zanotowanego w 2008 r., albo nieco wyższy. Zwraca bowiem uwagę, że z jednej strony w obu badaniach odsetek respondentów mówiących o tym, że boją się, iż zostaną ofiarą omawianego przestępstwa, był podobny (11% badanie z 2008 r. i 14% badanie z 2015 r.). Z drugiej zaś strony zmalał odsetek badanych, którzy zdecydowanie odrzucają myśl o tym, że mo-

gliby stać się ofiarą handlu narządami ludzkimi (z 41% do 26%, co powoduje, że jest to zmiana istotna statystycznie). Opisywane wyniki wizualizuje poniższy wykres.

Wykres 72. Czy obawia się Pan(i), że stanie się ofiarą tego zagrożenia [handel organami ludzkimi]?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI (n=906) i TNS Polska (n=656). Pogrubioną czcionką wyróżniono różnice istotne statystycznie – w 2008 r. badani istotnie częściej mówili, że zdecydowanie nie obawiają się stania się ofiarą handlu organami ludzkimi; w 2015 r. respondenci istotnie częściej deklarowali, że nie potrafią jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy obawiają się, że zostaną ofiarą tego zagrożenia.

W 2008 r. poziom obaw był zbliżony we wszystkich grupach społeczno-demograficznych. Natomiast w 2015 r. można było zaobserwować, że lęk silniej wyrażali respondenci, którzy nie przekroczyli 49 roku życia. W stosunku do wcześniejszego badania w grupie tej zarówno wzrósł odsetek badanych, którzy twierdzili, że obawiają się, iż staną się ofiarą zagrożenia handlem narządami ludzkimi, jak również zwiększył się odsetek ankietowanych, którzy nie potrafili jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie. Natomiast wśród starszych respondentów przede wszystkim można było zaobserwować wyraźne przesunięcie głosów w stronę odpowiedzi, że raczej nie obawiają się oni omawianego zagrożenia. W grupie tej wzrósł także odsetek badanych, którzy nie udzielili jednoznacznej odpowiedzi, zmalała z kolei grupa badanych wyrażających swoje obawy przed staniem się ofiarą handlu narządami ludzkimi. Poniższa tabela zawiera rozkład odpowiedzi na pytanie o obawę stania się ofiarą handlu narządami ludzkimi.



Tabela 55. Czy obawia się Pan(i), że stanie się ofiarą tego zagrożenia [handel organami ludzkimi]?

		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
TNS Polska (2015 r.)	15-29 lat (n=161)	3%	14%	48%	23%	12%
	30-39 lat (n=129)	4%	16%	49%	22%	10%
	40-49 lat (n=102)	6%	14%	48%	18%	15%
	50-59 lat (n=115)	1%	5%	56%	27%	11%
	60 lat i więcej (n=149)	0%	7%	47%	38%	8%
Pentor RI (2008 r.)	15-29 lat (n=269)	2%	9%	51%	36%	2%
	30-39 lat (n=186)	3%	10%	54%	28%	6%
	40-49 lat (n=163)	2%	8%	46%	36%	8%
	50-59 lat (n=162)	2%	10%	34%	46%	8%
	60 lat i więcej (n=126)	5%	5%	21%	69%	0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI i TNS Polska.

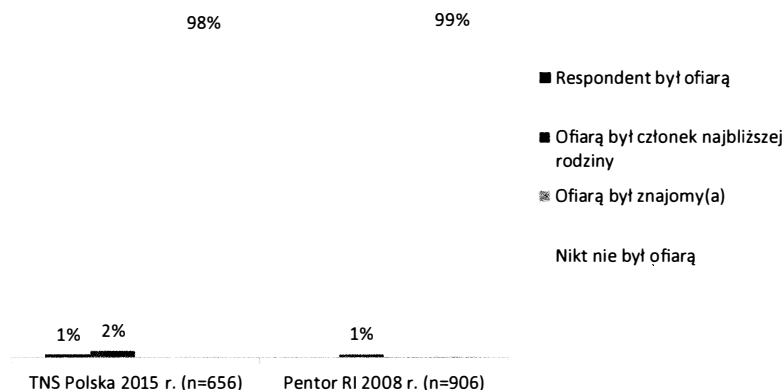
W raporcie pod tytułem: *Trafficking in human beings for the purpose of organ removal in the OSCE region: Analysis and Findings* Polska została wymieniona jako jedno z ośmiu państw, które stanowią element sieci handlu narządami ludzkimi w regionie europejskim. Choć, jak podkreślają Autorzy raportu, w wymienionych krajach nie odnotowano przypadku przymusowej donacji (victim – donor). Donacja jest dokonywana z powodów finansowych, ale jak można przeczytać w wymienionym opracowaniu, czynnikiem zwiększającym ryzyko zostania dawcą jest brak wystarczającej wiedzy medycznej na temat ewentualnych konsekwencji zdrowotnych<sup>27</sup>.

Zarówno w badaniu Pentor RI, jak TNS Polska odsetek osób deklarujących, że osobiście lub ktoś z ich rodziny padł ofiarą handlu narządami ludzkimi, był marginalny (w granicach błędów statystycznego). W badaniu Pentor RI na zadane pytanie pozytywnie odpowiedział tylko 1% badanych, zaś w badaniu TNS Polska już 3%. Biorąc jednak pod uwagę treść raportu OBWE, nie można wykluczać, że rzeczywiście w badaniu natrafiono na osoby, które faktycznie zetknęły się z handlem ludzkimi narządami.

27 „Trafficking in human beings for the purpose of organ removal in the OSCE region: Analysis and Findings” OBWE, Wiedeń 2013, <http://www.osce.org/secretariat/103393>, s. 31.

Poniżej zamieszczony wykres zawiera wyniki właściwego surveyu wiktyimizacyjnego i badania polegającego na pośrednim doświadczeniu wiktyimizacyjnym.

Wykres 73. Czy był(a) Pan(i) ofiarą handlu organami ludzkimi lub ofiarą był ktoś z Pana(i) najbliższej rodziny albo znajomych?



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI i TNS Polska.

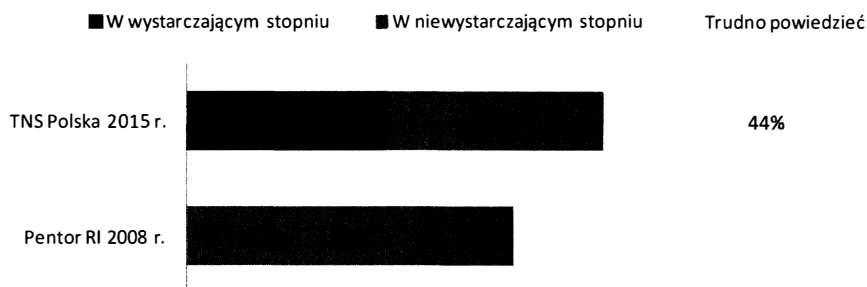
## § 4. Ocena działań państwa na rzecz przeciwdziałania handlowi narządami ludzkimi

Analiza zmian postrzegania skuteczności działań państwa w zakresie przeciwdziałania handlowi narządami ludzkimi napotyka problem natury metodologicznej. W przypadku badania Pentor RI respondentom przedstawiono listę różnych zagrożeń, a następnie proszono ich o to, aby wskazali te, którym ich zdaniem państwo nie przeciwdziało w wystarczającym stopniu. Tak zadane pytanie mogło zwiększać skłonność respondentów do wskazywania na poszczególne prezentowane im zagrożenia. Z kolei w badaniu TNS Polska ankietowani mieli odpowiedzieć na pytanie, czy ich zdaniem państwo przeciwdziało handlowi narządami ludzkimi w wystarczającym stopniu, czy też w niewystarczającym stopniu. W tym przypadku respondenci mogli również zdecydować się na udzielenie odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

W badaniu Pentor RI aż 44% badanych uznało, że państwo nie przeciwdziało handlowi narządami ludzkimi w wystarczającym stopniu, zaś w pomiarze przeprowadzonym przez TNS Polska analogiczną opinię wyraziło tylko 29% respondentów. Pomimo odnotowanej różnicy, która by wskazywała na istotny wzrost zaufania do działań państwa, wydaje się jednak, że w większym stopniu wpływ na wynik mogła mieć opisana powyżej różnica w metodologii niż rzeczywista zmiana postrzegania działań państwa. Warto zauważyć, że w badaniu TNS Polska najliczniejszą frakcję

stanowili respondenci, którzy na zadane pytanie odpowiedzieli „trudno powiedzieć” (44%). Wydaje się, że przy generalnie niskim zaufaniu do działań państwa (jego instytucji) brak stwierdzenia przez respondentów, że nie wiedzą, w jakiej skali państwo przeciwdziało omawianemu zagrożeniu (badanie Pentor RI), skutkowało zawyżeniem odsetka negatywnych wskazań. Kwestie te obrazuje poniżej zamieszczony wykres.

**Wykres 74. Czy Pana(i) zdaniem państwo przeciwdziało handlowi organami ludzkimi w wystarczającym czy też w niewystarczającym stopniu? (n=656, TNS Polska) Proszę spojrzeć na listę zagrożeń i wskazać te, którym Pan(i) zdaniem państwo nie przeciwdziało w wystarczającym stopniu. (n=906, Pentor RI)**



*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Pentor RI i TNS Polska.*

Wyniki uzyskane przez Pentor RI nie pozwalają na wskazanie grup społeczno-demograficznych, które wyróżniałyby się pod względem krytycznej opinii na temat działań podejmowanych przez państwo (rozkład odpowiedzi był w każdej grupie zbliżony). Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku badania TNS Polska. Aczkolwiek można zwrócić uwagę, że negatywnie o działaniach państwa w zakresie przeciwdziałania handlowi narządami ludzkimi wypowiadali się relatywnie często mieszkańcy miast o liczbie mieszkańców powyżej 200 tys. (38%), bezrobotni (46%) oraz gospodynie domowe (48%). Biorąc pod uwagę, że w obu badaniach nie stwierdzono, aby ocena działań państwa była pochodną przynależności do określonych grup społeczno-ekonomicznych, można się zastanawiać, czy ukrytym czynnikiem mającym wpływ na opinię badanych jest ich stosunek do obozu sprawującego władzę. Niemniej dane, jakimi dysponowano, nie pozwalają na weryfikację tej hipotezy.

Badanie Pentor RI pozwala na analizę postrzegania działań państwa w kontekście przeciwdziałania różnym przestępstwom. Na tym tle ocena przeciwdziałania handlowi narządami ludzkimi kształtowała się stosunkowo pozytywnie, tzn. działania te znalazły się w grupie 10 zagrożeń, z którymi państwo zdaniem badanych radzi sobie najlepiej. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że najlepiej oceniane działania dotyczyły zagrożeń, które można uznać za abstrakcyjne dla wielu badanych. A więc raczej mieliśmy do czynienia z pewną projekcją działań państwa, nie zaś z ich miarodajną

oceną. Odpowiedzi respondentów można przeanalizować na podstawie danych zawartych w poniższej tabeli.

Tabela 56. Proszę spojrzeć na tę listę zagrożeń i wskazać te, którym Pana(i) zdaniem państwo nie przeciwdziała w wystarczającym stopniu

60-73% badanych	41-59% badanych	Mniej niż 40% badanych
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Łapownictwo w służbie zdrowia 73%</li> <li>• Agresja ze strony nastolatków 69%</li> <li>• Przemoc w rodzinie 69%</li> <li>• Alkoholizm 69%</li> <li>• Narkomania 69%</li> <li>• Łapownictwo w administracji i polityce 68%</li> <li>• Handel narkotykami 67%</li> <li>• Zamieszki stadionowe 66%</li> <li>• Łapownictwo w wymiarze sprawiedliwości 65%</li> <li>• Pobicia 64%</li> <li>• Łapownictwo w biznesie 64%</li> <li>• Kradzieże samochodów 63%</li> <li>• Przestępstwa gospodarcze, wyłudzenia 63%</li> <li>• Pornografia dziecięca w Internecie 62%</li> <li>• Prostyucja 62%</li> <li>• Włamania 61%</li> <li>• Molestowanie seksualne dzieci 61%</li> <li>• Kradzieże z użyciem przemocy 60%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nielegalne kopiowanie płyt 59%</li> <li>• Kradzieże kieszonkowe 58%</li> <li>• Gwałt 58%</li> <li>• Czerpanie korzyści z prostytucji 57%</li> <li>• Handel danymi osobowymi 55%</li> <li>• Rozsyłanie wirusów komputerowych w Internecie 54%</li> <li>• Włamania do komputerów 54%</li> <li>• Przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna w miejscu pracy 54%</li> <li>• Zabójstwa 53%</li> <li>• Oszustwa internetowe, np. na aukcjach internetowych 52%</li> <li>• Kradzież przez Internet danych osobowych, haseł, kodów dostępu, np. do kont bankowych 51%</li> <li>• Wymuszenia haraczy 50%</li> <li>• Łapownictwo w oświacie i szkolnictwie 50%</li> <li>• Zniesławienie przez Internet 49%</li> <li>• Działalność sekt religijnych 45%</li> <li>• <b>Handel organami ludzkimi 44%</b></li> <li>• Porwania dla okupu 42%</li> <li>• Wykorzystywanie Internetu przez terrorystów 42%</li> <li>• Handel chronionymi gatunkami roślin i zwierząt 41%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nielegalny handel dziełami sztuki 38%</li> <li>• Handel ludźmi 37%</li> <li>• Handel bronią i materiałami wybuchowymi 37%</li> <li>• Zamachy terrorystyczne, wybuchy bomb 36%</li> <li>• Branie zakładników 35%</li> </ul>

Źródło: Raport z badań pt. „Poczucie bezpieczeństwa obywateli – społeczna diagnoza zagrożeń”. E. Gliška, A. Kowalewska, Białystok, styczeń 2009 r.

## § 5. Wnioski z badań

Analizując uzyskane dane w badaniach z 2008 r. oraz powtórzonych badaniach z 2015 r., można wyprowadzić bardzo wiele wniosków, wśród których poniższe wydają się najważniejsze. Są one następujące:

1. Większość Polaków ma świadomość występowania zagrożenia handlem narządami ludzkimi, choć poziom świadomości na przestrzeni lat 2008-2015 istotnie się zmniejszył (z 87% do 66%). Trzeba jednak pamiętać, że badanie

przeprowadzone w 2008 r. odbywało się w sytuacji sporego napięcia informacji medialnych na temat transplantologii, których katalizatorem była głośna sprawa zatrzymania jednego z lekarzy Kliniki Kardiochirurgii w Warszawie. Sprawa ta została zapoczątkowana w 2007 r. i ze względu na swój polityczny kontekst media często do niej powracały. Nie można również wykluczyć, że dodatkowo świadomość badanych była wzmocniana informacjami dotyczącymi handlu narządami ludzkimi, jaki miał miejsce w Kosowie. Właśnie w okresie prowadzenia badania (w 2008 r.) pojawiły się informacje o dokonywaniu na terenie tej byłej jugosłowiańskiej republiki nielegalnych przeszczepów narządów.

2. Zarówno w badaniu zrealizowanym przez Pentor RI (2008 r.), jak TNS Polska (2015 r.) wiedza na temat handlu narządami ludzkimi była powiązana z poziomem wykształcenia badanych. Im wyższy poziom wykształcenia, tym częściej respondenci odpowiadali pozytywnie na pytanie o to, czy słyszeli o omawianym procederze. A zatem można sądzić, że poziom świadomości jest generalnie warunkowany zachowaniami związanymi z poszukiwaniem informacji. Osoby z wyższym wykształceniem częściej korzystają z różnych źródeł informacji w celach pozyskiwania wiedzy o swoim społecznym otoczeniu, stąd w tej grupie można było zaobserwować najwyższy poziom świadomości istnienia przestępstwa handlu ludzkimi narządami.
3. Połowa badanych, którzy mają świadomość istnienia zjawiska handlu narządami ludzkimi, była zdania (2015 r.), że proceder ten ma miejsce również w Polsce. Niewielu jednak respondentów (11%) było o tym fakcie zdecydowanie przekonanych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z treścią raportu przygotowanego przez OBWE Polska znalazła się wśród państw, z których pochodzili dawcy narządów. Trudno jednak jednoznacznie stwierdzić, w jakim stopniu informacja ta była dostępna badanym i jaki miała wpływ na ich odpowiedzi.
4. W 2008 r. nieco ponad jedna trzecia ankietowanych Polaków oceniała, że w Polsce występuje duże lub bardzo duże zagrożenie handlem narządami ludzkimi. Na tle innych, znanych respondentom niebezpieczeństw, postrzegana skala zagrożenia handlem narządami ludzkimi była niewielka. Świadczy o tym 38. miejsce na liście zagrożeń liczącej 46 pozycji. W 2015 r. kwestia ta nie była badana.
5. Ocena skali występowania w Polsce handlu ludzkimi narządami była pochodną ogólnie postrzegania poziomu bezpieczeństwa w Polsce. Negatywnie oceniający bezpieczeństwo życia w Polsce częściej od pozostałych badanych mówili o dużym lub bardzo dużym zagrożeniu handlem narządami ludzkimi. Należy podkreślić, że wpływ na ocenę bezpieczeństwa (ogólnego, jak również w kontekście handlu narządami ludzkimi) miało wykształcenie bada-

- nych. Im było ono niższe, tym częściej występowały negatywne opinie na temat poziomu bezpieczeństwa.
6. Generalnie jednak opinie na temat występowania w Polsce handlu narządami ludzkimi, skali zagrożenia ogólnego oraz osobistego praktycznie nie były w większości przypadków powiązane z czynnikami, które często mają wpływ na postrzeganie zjawiska przestępczości: płeć, sytuacją materialną, miejscem zamieszkania, wiekiem badanego. Wydaje się zatem, że przyczyn różnic w opiniach na temat handlu narządami ludzkimi należy doszukiwać się generalnie w odbiorze życia społecznego, a ten z kolei jest wypadkową szeregu elementów, np.: warunków życia w najbliższej okolicy, siły/gęstości/jakości sieci relacji społecznych, stosunków pomiędzy sąsiadami, skuteczności działań Policji itp.
  7. Nie odnotowano zmian w ocenie bezpieczeństwa własnego. W badaniu zrealizowanym w 2008 r., jak i 2015 r. obawę stania się ofiarą handlu narządami ludzkimi wyraziło nieco ponad 10% badanych.
  8. Niemniej, należy zwrócić uwagę, że w stosunku do 2008 r. nastąpiło zmniejszenie poziomu pewności, iż nie można zostać ofiarą handlu narządami ludzkimi. O ile w 2008 r. 41% zdecydowanie odrzucało możliwość tego, że może stać się ofiarą omawianego procederu, to w 2015 r. zdecydowany brak obaw wyrażało 26% respondentów.
  9. Śladowy odsetek badanych (1-3%) zadeklarował, że był ofiarą handlu narządami ludzkimi lub zna osobę, która była ofiarą. Odnotowany wynik mieści się w granicach błędu statystycznego.
  10. W stosunku do 2008 r. nastąpiła wyraźna poprawa oceny przeciwdziałania przez państwo procederowi handlu narządami ludzkimi (spadek opinii negatywnych z 44% do 29%). Jednakże należy przyjąć, że zmiana ta jest w większym stopniu efektem różnic metodologicznych pomiędzy badaniem zrealizowanym przez Pentor RI a badaniem przeprowadzonym przez TNS Polska niż konsekwencją rzeczywistych zmian w postrzeganiu pracy instytucji państwowych.

## POZAKODEKSOWE PRZESTĘPSTWA OKOŁOTRANSPLANTACYJNE

### § 1. Uwagi wstępne

Przepisy prawnokarne ujęte w obowiązującej ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów nie wyczerpują całości problematyki związanej z możliwą odpowiedzialnością karną mogącą powstać na tle czynności transplantacyjnych. Poza ustawą transplantacyjną pozostaje chociażby regulacja prawnokarnej odpowiedzialności za czyny przeciwko życiu i zdrowiu, przeciwko ochronie informacji czy przeciwko wolności w kontekście wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta<sup>1</sup>, gdzie dopełnieniem art. 192 kk. są przepisy ustawy o zawodzie lekarza, wzmacniające znaczenie zgody pacjenta w stosunku do poprzednio obowiązującej ustawy z 1950 r.<sup>2</sup> Dość dużą rolę w tym zakresie pełni także ustawa o prawach pacjenta<sup>3</sup>, która określa prawa pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej, obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta, tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta, a także postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Zwłaszcza jej rozdział 5 zawiera regulacje w zakresie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

- 1 Zob. szeroko na temat zgody pacjenta na zabieg leczniczy: D. Dziubina, Prawny charakter zgody pacjenta na zabieg leczniczy w świetle art. 192 kodeksu karnego, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* z 2000 r., z. 2, s. 33-44; A. Liszewska, Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy, *Państwo i Prawo* z 1997 r., nr 1, s. 36-48; M. Mozgawa, M. Kanadys-Marko, Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 kk.), *Prokuratura i Prawo* z 2004 r., z. 3, s. 21-49; S. Rutkowski, Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 kk., *Prokuratura i Prawo* z 2000 r., z. 2, s. 15-30; P. Daniluk, Warunki determinujące skuteczność zgody uprawnionego w prawie karnym, *Palestra* z 2005 r., nr 1-2, s. 34-44; R. Kubiak, Przypadki braku wymogu zgody uprawnionego jako przesłanki zabiegów leczniczych i nieterapeutycznych, *Studia Prawno-Ekonomiczne* z 2000 r., t. LXII, s. 99-134.
- 2 N. Kłaczyńska, Z problematyki zgody pacjenta na zabieg leczniczy (art. 192 kk.), *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego 2000*, Tom VI, s. 56.
- 3 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, *Dz.U.* z 2009 r. Nr 52, poz. 417.

Analizie poddane zostaną jedynie rozwiązania przyjęte w ustawie transplantacyjnej, gdyż szerokie ujęcie odpowiedzialności karnej pod kątem czynów zabronionych w obszarze medycyny transplantacyjnej stanowi wyzwanie, jakiego nie sposób sprostać w opracowaniu, którego granice wytycza obrany temat. Należy zauważyć, że przepisy karne zawarte w ustawie transplantacyjnej stanowią część bardzo obszerne go pozakodeksowego prawa karnego. Należy powtórzyć za J.W. Giezekiem, że w polskim systemie prawa karnego podstawowym oraz niewątpliwie dominującym, ale nie jedynym źródłem norm sankcjonowanych oraz sankcjonujących jest kodeks karny. W systemie tym – obok kodeksu – występuje jednak kilkadziesiąt ustaw poddających regulacji rozmaite sfery ludzkiej aktywności, w których pojawiają się przepisy karne typizujące przestępstwa dotyczące tych sfer. Tworzą one tzw. pozakodeksowe prawo karne, które pod względem liczebności objętych nim przestępstw dorównuje niemalże części szczególnej kodeksu karnego.

Analizując tak rozległy obszar prawa, J.W. Giezek zauważa, że chociaż zaczęło się ono kształtować jeszcze w okresie międzywojennym (z tego okresu pochodzi bowiem prawo czekowe, w którym pojawia się jeden typ przestępstwa) – ponad połowa ustaw zawierających przepisy karne to akty prawne wydane po uchwaleniu obowiązującego kodeksu karnego<sup>4</sup>, czyli po 1997 r.<sup>5</sup> Reasumując zatem, można stwierdzić, że obok kodeksu karnego w polskim systemie prawa występuje kilkadziesiąt ustaw poddających regulacji rozmaite sfery ludzkiej aktywności, w których pojawiają się przepisy karne, typizujące przestępstwa dotyczące tych sfer. Oszacowano, że ustaw takich jest ponad 80.

Spoglądając na pozakodeksowe prawo karne od strony jego zawartości, należy odnotować, że dominują w nim trzy kategorie przestępstw. Najliczniej występują przestępstwa gospodarcze (20 ustaw), następnie przeciwko zdrowiu (12 ustaw) i przeciwko środowisku (10 ustaw). Należy zauważyć, że kodeks karny zawiera odpowiednie rozdziały, w których ze względu na rodzajowy przedmiot ochrony, przepisy te można byłoby umieścić<sup>6</sup>. L. Gardocki stwierdza, że ustawy pozakodeksowe mają dwojaki charakter – zawierają wyłącznie lub prawie wyłącznie przepisy karne bądź też są ustawami typu administracyjnego, które regulują pewną dziedzinę życia społecznego, ale zawierają także przepisy karne<sup>7</sup>. Opierając się na tym podziale, należy zakwalifikować tzw. ustawę transplantacyjną do zbioru przepisów drugiego typu.

W myśl art. 116 kk. przepisy części ogólnej tego kodeksu stosuje się do innych ustaw przewidujących odpowiedzialność karną, chyba że ustawy te wyraźnie wyłącza ją ich zastosowanie. M. Mozgawa pisze wprost o „zasadzie stosowania przepisów czę-

4 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.

5 J.W. Giezek (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2012, t. 1 do art. 116 kk.

6 J. Giezek, (w:) M. Bojarski (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna, Warszawa 2015, s. 50-51.

7 L. Gardocki, Prawo karne, Warszawa 2015, s. 31.



ści ogólnej kodeksu karnego do innych ustaw (tzw. ustaw karnych dodatkowych)<sup>8</sup>. Jak wskazuje O. Górniok, przepis ten w porównaniu ze swym odpowiednikiem z kodeksu karnego obowiązującego poprzednio, uchwalonego w 1969 r., zdecydowanie wzmacnia priorytet części ogólnej kodeksu karnego w stosunku do pozakodeksowych przepisów karnych zawartych w innych ustawach. Przepis art. 116 kk. wymaga bowiem jednoznacznego wyłączenia, a zatem wyraźnego stwierdzenia, że dany przepis części ogólnej kodeksu karnego nie ma zastosowania w określonym zakresie lub w odniesieniu do określonego przedmiotu<sup>9</sup>.

**Pewna część pozakodeksowych przepisów prawnokarnych usystematyzowana jest w art. 43-46b ustawy transplantacyjnej**, konstytuując sześć rodzajów przestępstw, występujących w typie podstawowym, i jeden typ kwalifikowany. Przewidziane czyny zabronione są następujące:

1. rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia;
2. nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów;
3. prowadzenie bez wymaganego pozwolenia działalności przewidzianej dla banku komórek i tkanek;
4. pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia;
5. przywóz lub wywóz z/na terytorium Polski komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej zgody;
6. niezgłoszenie określonych informacji do narzędzi rejestrujących.

## **§ 2. Rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia (art. 43 ustawy transplantacyjnej)**<sup>10</sup>

Przepis w pierwotnie obowiązującym kształcie funkcjonuje od początku obowiązywania ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepia-

8 M. Mozgawa, (w:) M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Praktyczny komentarz*, Kraków 2006, s. 248.

9 O. Górniok, (w:) M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 764.

10 Przepis art. 43 ustawy transplantacyjnej brzmi następująco: „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”.

niu komórek, tkanek i narządów, to jest od dnia 1 stycznia 2006 r. i dotychczas nie podlegał modyfikacjom.

Rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia ujęte jest w art. 43 ustawy jako występki zagrożony karą grzywny, karą ograniczenia wolności lub karą pozbawienia wolności do roku. Tak ukształtowana sankcja występuje ponad trzydziestokrotnie w kodeksie karnym i przewidziana jest do występków o niższym stopniu społecznej szkodliwości czynu.

Jak podaje V. Konarska-Wrzosek, czyn ten trafnie uznano za bardziej społecznie szkodliwy, niż cechuje to wykroczenia, albowiem polega on na upowszechnianiu nieetycznych i abstrakcyjnie dość niebezpiecznych z punktu widzenia zdrowia ludzkiego ofert handlu częściami ludzkiego ciała<sup>11</sup>.

Wskazane przestępstwo jest typem deliktu powszechnego, nie wymaga się zatem od jego **podmiotu** żadnych szczególnych cech, wyróżniających go spośród pozostałych podmiotów prawa karnego. Sprawcą analizowanego przestępstwa może być każdy człowiek zdolny do ponoszenia odpowiedzialności karnej. Wśród potencjalnych podmiotów wskazać można na rozpowszechniającego ogłoszenia o odpłatnym:

- 1) zbyciu własnej komórki, tkanki lub narządu;
- 2) nabyciu cudzej komórki, tkanki lub narządu;
- 3) pośredniczeniu w transakcjach kupna-sprzedaży cudzej komórki, tkanki lub narządu

w celu ich przeszczepienia. Jak słusznie zauważa J. Haberko, przestępstwem jest już ogłoszenie o odpłatnym zbyciu jednej komórki<sup>12</sup>. Dla pełności wyводу należałoby jeszcze dodać, że przestępstwem będzie także ogłoszenie o nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu co najmniej jednej komórki.

**Przedmiotem ochrony** przepisu art. 43 ustawy jest godność osoby ludzkiej, szacunek dla zwłok ludzkich oraz integralność medycyny transplantacyjnej. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stoi w wyraźnej sprzeczności z możliwością traktowania człowieka jako żywego czy martwego „magazynu części zapasowych” dla innych ludzi. Z kolei integralność medycyny transplantacyjnej polega na tym, że wszelkie czynności w zakresie przeszczepiania narządów, tkanek i komórek są podejmowane w prawnie usankcjonowanych ramach, z wykorzystaniem dostępnego instrumentarium w tym zakresie i nie należy ingerować w istniejący system za pomocą nielegalnych działań zmierzających do poprawy sytuacji oczekujących na przeszczep

11 V. Konarska-Wrzosek, *Pozakodeksowe przestępstwa przeciwko zdrowiu*, (w:) M. Bojarski (red.), *System prawa karnego*. Tom 11. Szczególne dziedziny prawa karnego. Prawo karne wojskowe, skarbowe i pozakodeksowe, Warszawa 2014, s. 509.

12 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrzynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*. Komentarz, Warszawa 2014, s. 335.

kosztem zmuszonych niejednokrotnie trudną sytuacją materialną oferentów. Jeśli poziom zła można stopniować, to zdecydowanie cięższy stopień w tej gradacji zajmuje działalność pośredników aniżeli samych zainteresowanych nabyciem lub sprzedażą narządów. W literaturze prezentowany jest też pogląd, że przedmiotem ochrony jest niekomercyjny obrót komórkami, tkankami i narządami, przy czym w myśl art. 43 ustawy karane są już *sui generis* czynności przygotowawcze, podniesione do rangi sprawstwa. Można też spotkać stanowisko, że bezpośredni przedmiot ochrony (zamachu) stanowi zasada nieodpłatnego dostępu do komórek, tkanek i narządów, zaś pośredni to prawidłowy przebieg czynności wymiany informacji związanych z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów<sup>13</sup>.

**Strona przedmiotowa przestępstwa** polega na rozpowszechnianiu ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia. Z literalnego brzmienia przepisu wynika, iż dla przypisania odpowiedzialności nie wystarcza rozpowszechnienie jednego ogłoszenia, ale powinno ich być co najmniej dwa. Ustawodawca postanowił bowiem, że dyspozycją przepisu karnego objęte jest rozpowszechnianie „ogłoszeń”, a nie „ogłoszenia”. Wykładnia językowa skłania zatem do przyjęcia, że przestępstwo obejmuje kilka wielokrotnych czy też powtarzalnych działań polegających na publikowaniu ogłoszeń. Jak słusznie zauważa J. Haberko, powołując się także na pogląd L.K. Paprzyckiego, jest to przedmiotem krytyki w literaturze, gdyż jak się trafnie zauważa, nawet jedno ogłoszenie zamieszczone w Internecie może zostać odebrane przez bardzo wiele osób<sup>14</sup>.

K. Syroka-Marczewska stoi w tym względzie na stanowisku, że ogólne standardy i kierunki prawodawstwa europejskiego przesądza o odpowiedzialności także w przypadku rozpowszechnienia pojedynczego ogłoszenia. W jej opinii bez wątpienia wykładnia językowa jednoznacznie przesądza o penalizacji ogłoszeń, niemniej jednak wykładnia systemowa prowadzi do wniosków przeciwnych<sup>15</sup>.

Odmienne stanowisko prezentuje O. Sitarz, która twierdzi, że biorąc pod uwagę funkcję gwarancyjną prawa karnego, rozpowszechnienie jednego ogłoszenia nie wyczerpuje znamion przestępstwa z art. 44 ustawy transplantacyjnej<sup>16</sup>. Praktyka orzecznicza wskazuje jednak, że już rozpowszechnienie pojedynczego ogłoszenia wystarcza do pociągnięcia ogłoszeniodawcy do odpowiedzialności prawnokarnej<sup>17</sup>.

13 W dniu 16 grudnia 2009 r. na Uniwersytecie Warszawskim odbyła się debata na temat interpretacji przepisów karnych tzw. ustawy transplantacyjnej. Jej zapis można przeczytać w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011, s. 61-86.

14 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 335; L.K. Paprzycki, *Nielegalny obrót komórkami, tkankami lub narządami człowieka – wybrana problematyka kryminalizacji i penalizacji*, *Medyczna Wokanda* z 2011 r., nr 3, s. 89.

15 K. Syroka, *Komercjalizacja ciała ludzkiego*, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 21.

16 O. Sitarz, *Kryminalizacja odpłatnych czynności związanych z transplantacją*, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 30.

17 Zob. opracowany materiał empiryczny w ostatniej części niniejszej pracy.

Komenda Główna Policji prezentuje stanowisko, w myśl którego do możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności prawnokarnej wystarczy już jedno ogłoszenie<sup>18</sup>. Z kolei Prokuratura Krajowa twierdzi, że zachowanie sprawcy nie polega na „rozpowszechnianiu ogłoszenia” lecz na „rozpowszechnianiu ogłoszeń”, tym samym rozpowszechnienie jednego ogłoszenia o treści określonej w art. 43 ustawy transplantacyjnej nie będzie aktualizowało odpowiedzialności karnej sprawcy, gdyż musiałaby być ona oparta na rozszerzającej wykładni znamion typu czynu zabronionego na niekorzyść sprawcy, niedopuszczalnej w prawie karnym<sup>19</sup>. Brak jest podstaw do przyjęcia, że interpretacja pojęcia określającego znamię przedmiotu czynności wykonawczej w przepisie art. 43 ustawy transplantacyjnej powinna zostać oparta na wykładni celowościowej, zgodnie z którą rozpowszechnienie chociażby jednego ogłoszenia o treści wskazanej w art. 43 ustawy transplantacyjnej, podlegałoby odpowiedzialności karnej<sup>20</sup>.

Warto w tym miejscu przywołać uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 2001 r.<sup>21</sup>, w której sąd stwierdził, że: „Samo tylko użycie w treści normy prawnej liczby mnogiej dla określenia przedmiotu bezpośredniej ochrony, przedmiotu czynności sprawczej lub środka służącego do popełnienia przestępstwa nie oznacza, że ustawodawca używa jej w znaczeniu zwrotu: «co najmniej dwa»”.

W uzasadnieniu przytoczonej uchwały podkreślono, że użycie liczby mnogiej – niezależnie od tego, jaką funkcję pełni tak określony przedmiot w strukturze normy prawnej (przedmiot bezpośredniej ochrony, przedmiot czynności wykonawczej, element współokreślający sposób popełnienia przestępstwa) – może *prima vista* rodzić podejrzenie normatywnego znaczenia tego zabiegu, w szczególności sugestię, że zwężeniu ulega podstawa odpowiedzialności przez wyłączenie z jej granic przypadku wystąpienia (zaatakowania, użycia) jednego egzemplarza przedmiotu. Jest jednak oczywiste, że nie uprawnia to jeszcze do formułowania stanowczych wniosków. Samo tylko dostrzeżenie tej kwestii nie kończy bowiem procesu rozpoznania treści normy, lecz stanowi dopiero punkt wyjściowy do niezbędnej analizy. Wskazanej sugestii (jeżeli nie wypływa ona z podstaw szerszych niż samo tylko użycie liczby mnogiej, zawartych przy tym lub wynikających z treści normy) towarzyszy przecież refleksja dotycząca możliwości zaakceptowania jej skutków w zakresie odpowiedzialności. Zgodnie z tą sugestią – choć sprzecznie z elementarnym poczuciem sprawiedliwości i wbrew gwarancjom udzielonym przez prawo karne określonym dobrom prawnym w zakresie ich ochrony – należałoby bowiem przyjąć, że ustawodawca zre-

- 18 Pismo Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji z dnia 7 kwietnia 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Prezydzialnego Prokuratury Krajowej zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 91-93.
- 19 Pismo Prokuratury Krajowej z dnia 30 czerwca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 94-98.
- 20 Pismo Prokuratury Krajowej z dnia 20 lipca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 100.
- 21 Uchwała SN z dnia 21 listopada 2001 r., I KZP 26/01, OSNKW 2002, nr 1-2, poz. 4.

zygnował – z niewyjaśnionych powodów, a więc w sposób dowolny – z pociągania do odpowiedzialności sprawców niektórych przestępstw, jeżeli ich czyn stanowił zamach na jeden tylko przedmiot bezpośredniej ochrony. Oznaczałoby to w praktyce, że sprawca, który – dla przykładu – zataił alibi innej osoby, a więc jeden tylko dowód niewinności, nie wyczerpał znamion przestępstwa; respektując bowiem domniemanie racjonalności językowej ustawodawcy, dopiero zatajenie dwóch dowodów jest karalne. Nie trzeba dodawać, że równie paradoksalne wnioski wypływałyby z zaaprobowania sugerowanej „interpretacji” w wypadku każdego ze wskazanych przepisów – i to w sytuacji, w której żadnych wątpliwości nie budzi ujemna zawartość czynu wynikająca z akceptowanych, aksjologicznych założeń ustawy karnej<sup>22</sup>.

Konsekwencje przyjęcia, że nie stanowi przestępstwa rozpowszechnianie jednego tylko ogłoszenia, byłyby sprzeczne z celem ustawy transplantacyjnej i jej aksjologicznymi założeniami. Niejasność językowa normy prawnej nakazuje respektowanie założenia racjonalności ustawodawcy w płaszczyźnie aksjologicznej. Użycie liczby mnogiej nie określa liczby przedmiotu czynności czasownikowej w znaczeniu karalności. Funkcję taką pełniłby, gdyby to było zamiarem ustawodawcy, wyraźnie sprecyzowany warunek w postaci – przykładowo zwrotu – kto rozpowszechnia „co najmniej dwa” ogłoszenia<sup>23</sup>.

Jak słusznie podkreśla wybitna znawczyni problematyki będącej przedmiotem niniejszego opracowania, E. Zielińska, z orzecznictwa wynika, że nie należy przywiązywać się do liczby mnogiej czy liczby pojedynczej w odniesieniu do rozpowszechniania ogłoszeń i wyciągać z tego daleko idących konsekwencji<sup>24</sup>.

Z kolei z zasady *nullum crimen sine lege poenali anteriora certa* wynika zakaz stosowania analogii i wykładni rozszerzającej na niekorzyść oskarżonego. Jeżeli na skutek braku precyzji ustawodawcy pojawią się wątpliwości w zakresie treści normy prawa karnego, nie można stosować takiej wykładni przepisów, która przynosiłaby niekorzyść sprawcy czynu. Wiąże się z tym zakaz stosowania analogii i wykładni rozszerzającej<sup>25</sup>. Jak wskazuje T. Bojarski, dokonując wykładni prawa karnego, należy mieć na względzie, że postanowienia prawa karnego mają być pewne i stabilne. Owa stabilność znaczenia treści przepisu wiązać się powinna z jedną z podstawowych funkcji prawa karnego, jaką jest funkcja gwarancyjna<sup>26</sup>.

22 Uzasadnienie do uchwały SN z dnia 21 listopada 2001 r., I KZP 26/01, OSNKW 2002, nr 1-2, poz. 4.

23 Pismo Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji z dnia 15 lipca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Prezydialnego Prokuratury Krajowej zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 99.

24 E. Zielińska była w dniu 16 grudnia 2009 r. na Uniwersytecie Warszawskim uczestniczką debaty na temat interpretacji przepisów karnych tzw. ustawy transplantacyjnej. Jej zapis, a także stanowisko E. Zielińskiej można przeczytać w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 65.

25 R.A. Stefański, Wykładnia przepisów prawa karnego, (w:) T. Bojarski (red.), System prawa karnego. Tom 2. Źródła prawa karnego, Warszawa 2011, s. 483.

26 T. Bojarski, Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej, Warszawa 2002, s. 55.

Ogłoszeniem będzie wypowiedź ustna bądź wiadomość pisemna, w której ogłaszający podaje jakąś informację. Miejsce ogłoszenia może być dowolne, byleby ogłoszenie było rozpowszechniane. Rozpowszechnianie owo, mogące ze swej istoty wystąpić jedynie jako zachowanie aktywne, może nastąpić w czasie prywatnej rozmowy, w prasie, radiu, telewizji czy w Internecie, gdzie funkcjonują coraz powszechniej wyspecjalizowane serwisy ogłoszeniowe. Zdaniem B. Kunickiej-Michalskiej pojęcie „rozpowszechniania” zakłada powszechną dostępność wiadomości, która to dostępność jest istotą rozpowszechniania. Działanie sprawcy zatem jest takie, że ułatwia szybkie rozejście się wiadomości wśród większej liczby osób, tak by stała się ona powszechnie znana<sup>27</sup>.

Warto powtórzyć za J. Haberko, że przepis art. 43 ustawy transplantacyjnej *de lege lata* nie odnosi się do przypadków rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórek, tkanek lub narządów w celach innych niż przeszczepianie, a zatem np. naukowych czy dydaktycznych. Takie zachowanie nie zyskuje przecież społecznej akceptacji<sup>28</sup>, zatem prawdopodobnie jest to luka ustawodawcza. Wspomniana Autorka podaje też w wątpliwość brak możliwości zastosowania przepisu do przypadków rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórek rozrodczych w celu ich wykorzystania do zapłodnienia<sup>29</sup>. Tu wydaje się jednak, że idzie za daleko, albowiem ustawa transplantacyjna nie dotyczy medycyny propagacyjnej.

**Strona podmiotowa przestępstwa** sprowadza się do umyślności i nacechowana jest podwójną kierunkowością działania. Z jednej bowiem strony sprawca rozpowszechniania ogłoszenia działa w celu odpłatnego nabycia cudzego narządu, zbycia własnego lub pośredniczenia w odpłatnym nabyciu lub zbyciu cudzego narządu, z drugiej strony finalnym dążeniem jest cel zbycia, nabycia lub pośredniczenia rozumiany jako przeszczepienie narządu. O takim ujęciu strony podmiotowej zdaje się przesądzać specyfika samego ogłoszenia, którego treścią jest nie tyle ewentualny komunikat o posiadaniu pożądanego dobra lub chęci jego posiadania, ale możliwość swoistej „wymiany” w określonym celu – transplantacji.

Komenda Główna Policji stoi na stanowisku, że przestępstwo to należy do kategorii przestępstw kierunkowych, bowiem ustawa wymaga, aby zachowanie sprawcy było nakierowane na określony cel, jakim jest rozpowszechnianie ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki czy narządu w celu ich przeszczepienia. Konieczne jest zatem działanie sprawcy z tzw. *dolus directus coloratus*. Rozpowszechnianiu ogłoszenia od strony podmiotowej musi towarzyszyć *dolus coloratus* w odniesieniu do znamienia, co do którego ustawa wymaga, aby było objęte celem, a więc w odniesieniu do ich przeszczepienia.

27 B. Kunicka-Michalska, (w:) A. Wąsek (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, Warszawa 2004, s. 222.

28 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *o.p. cit.*, s. 336.

29 *Ibidem*, t. 9 do art. 43.

Do popełnienia przestępstwa nie wystarcza, aby sprawca „godził się” na umieszczenie ogłoszenia. Niezbędne jest tu więc wykazanie, że sprawca miał świadomość znaczenia swego działania, tzn., że zmierzał do rozpowszechnienia ogłoszenia o transakcji kupna-sprzedaży narządu w celu jego przeszczepienia<sup>30</sup>.

Prokuratura Krajowa z kolei prezentuje stanowisko, w myśl którego przestępstwo z art. 43 ustawy transplantacyjnej jest przestępstwem umyślnym, które może być popełnione z obiema postaciami zamiaru – bezpośrednim lub ewentualnym. Nie jest to przestępstwo kierunkowe, albowiem określenie „w celu przeszczepienia” stanowi wyłącznie znamię dookreślające przedmiot czynności wykonawczej, gdyż precyzuje treść ogłoszeń, a tym samym współwyznacza stronę przedmiotową tego występku, nie wskazuje natomiast na szczególną motywację sprawcy występku z art. 43 ustawy transplantacyjnej, a tym samym nie ma charakteru znamienia strony podmiotowej<sup>31</sup>.

**Karalność** rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia odzwierciedlona jest w alternatywnie zbudowanej sankcji, pozwalającej na orzeczenie kary grzywny, kary ograniczenia wolności lub kary pozbawienia wolności do roku. Przy tak ujętej reakcji prawnokarnej w grę mogą wchodzić warunki odstąpienia od wymierzenia kary i orzeczenia zamiast niej środka karnego, przepadku lub środka kompensacyjnego, przewidziane w art. 59 kk.

W pewnych wypadkach może mieć także zastosowanie przepis art. 59a kk., który przewiduje obligatoryjne umorzenie bezwarunkowe postępowania wobec sprawcy. Jeżeli przed rozpoczęciem przewodu sądowego w pierwszej instancji sprawca, który nie był uprzednio skazany za przestępstwo umyślne z użyciem przemocy, pojechał się z pokrzywdzonym, w szczególności w wyniku mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, umarza się, na wniosek pokrzywdzonego, postępowanie karne o występki zagrożony karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, a także o występki przeciwko mieniu zagrożony karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jak również o występki określony w art. 157 § 1. Jeżeli czyn został popełniony na szkodę więcej niż jednego pokrzywdzonego, warunkiem zastosowania obligatoryjnego umorzenia bezwarunkowego postępowania wobec sprawcy jest pojednanie się, naprawienie przez sprawcę szkody oraz zadośćuczynienie za wyrządzoną krzywdę w stosunku do wszystkich pokrzywdzonych. Warto wskazać, że obligatoryjne umorzenie bezwarunkowe postępowania wobec sprawcy nie może mieć zastosowania, gdy zachodzi szczególna okoliczność uzasadniająca, że umorzenie postępowania byłoby sprzeczne z potrzebą realizacji celów kary.

30 Pismo Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji z dnia 7 kwietnia 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Prezydialnego Prokuratury Krajowej zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 91-93.

31 Pismo Prokuratury Krajowej z dnia 30 czerwca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *op. cit.*, s. 94-98.

Przepis art. 59a kk. jest wynikiem zmiany, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2015 r.<sup>32</sup> Stanowi on kolejny krok w rozszerzaniu konsensualności postępowania karnego. Jest niejako uzupełnieniem instytucji dobrowolnego poddania się karze i skazania bez rozprawy. Ustawodawca pozwala zakończyć postępowanie na wcześniejszym etapie wówczas, gdy spełnione są określone warunki<sup>33</sup>. Regulacja ta jest w literaturze oceniana krytycznie<sup>34</sup>. W chwili oddawania pracy do druku regulacja przewidziana w art. 59a kk. utraciła moc obowiązującą<sup>35</sup>.

Na gruncie art. 43 ustawy transplantacyjnej spełniona jest także formalna przesłanka do zastosowania instytucji warunkowego umorzenia postępowania karnego, przewidziana w art. 66 § 2 kk., nie ma też formalnych przeszkód do zawieszenia wykonania orzeczonej kary w oparciu o art. 69 § 1 kk.

### **§ 3. Nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu, zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów (art. 44 ustawy transplantacyjnej)**<sup>36</sup>

Należy rozpocząć od tego, że ustawa została oparta na zasadzie nieodpłatnego dawstwa komórek, tkanek i narządów. Stosownie do brzmienia art. 3 ustawy transplantacyjnej za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej. Zwrot kosztów pobrania, przechowywania, przetwarzania, sterylizacji, dystrybucji i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów pobranych od dawcy nie jest zapłatą i nie stanowi ani korzyści majątkowej, ani osobistej. Obowiązuje zatem zakaz komercjali-

32 Przepis został dodany ustawą z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2013 r., poz. 1247.

33 M. Budyn-Kulik, (w:) M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2014, t. 2 do art. 59a kk.

34 M. Budyn-Kulik słusznie podnosi, że rozwiązanie należy ocenić krytycznie z wielu powodów. Jednym z nich jest kompletna nieprzystawalność do już istniejących rozwiązań. Regulacja z art. 59a kk. prowadzi do bardzo daleko idącego uprzywilejowania sprawcy, przy bardzo niewielkich wymaganiach. Należy spodziewać się, że ta regulacja wyruguje warunkowe umorzenie postępowania, które stanie się dla sprawcy nieopłacalne. Regulacja ta daje sprawcy możliwość „wykupienia się” od odpowiedzialności karnej. Stanowi bardzo niewłaściwy sygnał z punktu widzenia polityki kryminalnej. Z drugiej strony, nie będzie mógł skorzystać z tej instytucji sprawca, który obiektywnie zasługuje na tak łagodne potraktowanie, ale nie stać go na naprawienie szkody. Można się również zastanawiać, czy przepis ten nie narusza konstytucyjnej zasady równości obywateli wobec prawa, uprzywilejowując sprawców majątnych. Zob. *ibidem*, t. 2 i n. do art. 59a kk.

35 Z dniem 15 kwietnia 2016 r. na mocy ustawy z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2016 r., poz. 437.

36 Przepis art. 44 ustawy transplantacyjnej brzmi następująco: „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”.



zacji ciała ludzkiego, co jest także zgodne z duchem Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 1997 r.

Integralność medycyny transplantacyjnej, jako dobra chronionego prawem, sprwadza się do uniknięcia niebezpieczeństwa komercjalizacji rynku narządów i możliwych w związku z tym nadużyć na polu alokacji. Wraz z wprowadzeniem zasad handlowych wzrastałoby bowiem niebezpieczeństwo, że dystrybucja narządów byłaby bardziej powiązana z sytuacją majątkową ewentualnego biorcy aniżeli z terapeutyczną koniecznością transplantacji<sup>37</sup>. Nie można nawet wykluczyć, iż w zupełnie hipotetycznej sytuacji legalnej komercjalizacji narządów, pewna grupa oferentów nie byłaby motywowana tylko i wyłącznie interesami finansowymi. To z kolei mogłoby zagrażać integralności medycyny transplantacyjnej.

Przepis w obecnie zredagowanym kształcie obowiązuje od dnia 15 września 2009 r.<sup>38</sup>, tekst pierwotny miał bowiem inne brzmienie<sup>39</sup>, a zmiana w przepisach polegała na złagodzeniu odpowiedzialności karnej – w typie podstawowym przestępstwa (art. 44 ust. 1 ustawy) z kary pozbawienia wolności od lat 3 na karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat, zaś w typie kwalifikowanym (art. 44 ust. 2 ustawy) z kary pozbawienia wolności od lat 5 na karę pozbawienia wolności od roku do 10 lat.

Inne zmiany zaszły z kolei w redakcji przepisu art. 44 ust. 1 ustawy, gdzie ustawodawca obok pierwotnie przewidzianego celu uzyskania korzyści majątkowej wprowadził alternatywnie cel uzyskania korzyści osobistej, a także rozszerzył zakres kryminalizacji o niepenalizowane dotychczas branie udziału w udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich.

Nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, penalizowane jest w art. 44 ustawy i występuje w dwóch typach – podstawowym, zagrożonym karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5 (pierwotnie od 3 lat do 15 lat pozbawienia wolności, wówczas zbrodnia) oraz – kwalifikowanym, obwarowanym sankcją w postaci kary pozbawienia wolności od roku do 10 lat pozbawienia wolności (pierwotnie od 5 do

37 P. König, *Strafbarer Organhandel*, Frankfurt am Main 1999, s. 26.

38 Art. 44 został zmieniony przez art. 1 pkt 23 ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz.U. z 2009 r. Nr 141, poz. 1149.

39 Przepis art. 44 ustawy transplantacyjnej brzmiał następująco: „Art. 44. 1. Kto w celu uzyskania korzyści majątkowej nabywa lub zbywa cudzą komórkę, tkankę lub narząd, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności od lat 3. 2. Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od lat 5”.

15 lat pozbawienia wolności, wówczas zbrodnia). Przepięstwo w obu postaciach stanowi w obecnym stanie prawnym występęk.

Wypada powtórzyć za W. Wróblem, że wprowadzone zmiany rozszerzają zakres znamion przępstwa z art. 44, trafnie penalizując zachowanie polegające na udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów. Ponadto, w związku ze zmianą zakresu zakazu komercjalizacji, rozszerzają karalny cel działania sprawcy także na osiągnięcie korzyści osobistej. Poprawiono również błąd w określeniu sankcji karnej, wprowadzając bardziej prawidłowe zagrożenie karą od 6 miesięcy do lat 5 pozbawienia wolności (w typie kwalifikowanym z ust. 2 od roku do 10 lat pozbawienia wolności). Dotychczasowe sankcje zupełnie nie przystawały do zagrożeń przewidzianych za analogiczne, a nawet znacznie poważniejsze przępstwa w kodeksie karnym. Zresztą konieczność wprowadzenia projektowanych zmian była powszechnie postulowana w literaturze. Zmiany te w opinii W. Wróbla należy ocenić pozytywnie<sup>40</sup>.

O ile nabycie, zbycie czy pośrednictwo w tych transakcjach (pierwszy podtyp) nie budzą wątpliwości, że są **przępstwami ogólnospawczymi**, o tyle branie udziału w przeszczepianiu pozyskanych lub udostępnianych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów (drugi podtyp) **prima facie zdaje się być przępstwem indywidualnym** (*delictum proprium*), którego podmiotem może być lekarz bądź osoby z pomocniczego personelu medycznego (pielęgniarki), biorące udział w zabiegu transplantacyjnym<sup>41</sup>.

Analizując cechy podmiotu przępstwa z art. 44 ustawy transplantacyjnej, należałoby w tym miejscu przybliżyć, kim jest lekarz czy pielęgniarka. Potrzeba ochrony życia i zdrowia ludzkiego decyduje o tym, że zawód lekarza należy do zawodów regulowanych, czyli takich, których wykonywanie zależy od spełnienia wymagań kwalifikacyjnych i warunków określonych w przepisach prawnych władz państwowych i korporacyjnych<sup>42</sup>.

Lekarze od dawna byli i są traktowani jako jedna z najbardziej typowych grup profesjonalnych, nikt nie ma wątpliwości, że stanowią grupę profesjonalistów i ich pozycja bywa punktem odniesienia dla innych grup, np. dla pielęgniarek. W przeszłości grupa pielęgniarek była całkowicie zależna od decyzji podejmowanych przez lekarzy i przez nich kontrolowana. Pielęgniarka była traktowana jako pomocnik lekarza, organizującego jej pracę. Z czasem jednak pielęgniarki stopniowo zyskiwały coraz większą niezależność i coraz szerszy zakres wyłącznych, samodzielnie realizowa-

40 W. Wróbel, Opinia prawna z dnia 6 marca 2009 r. o projekcie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny (druk sejmowy nr 1657), <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk6.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=1657>.

41 Zob. też: B. Chazan, Transplantacja komórek, tkanek i narządów w świetle obowiązującego prawa na tle rozwiązań przyjętych przez Radę Europy i ustawodawstwa innych krajów, *Palestra* z 1998 r., nr 5/6, s. 66.

42 E. Zielińska, (w:) E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 29.

nych kompetencji, ale mimo to ich pozycja profesjonalna nadal nie jest powszechnie i jednoznacznie akceptowana<sup>43</sup>.

W oparciu o przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarzem może być zasadniczo osoba, która jest obywatelem polskim lub obywatelem innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, posiada dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów. Lekarzem może być osoba, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych, posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza oraz wykazuje nienaganną postawę etyczną. Warunkiem wykonywania zawodu lekarza jest przyznanie prawa wykonywania zawodu przez okręgową radę lekarską<sup>44</sup>.

Z kolei stosownie do postanowień ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, zawód pielęgniarki i położnej może zasadniczo wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych<sup>45</sup>. Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym<sup>46</sup>.

Po dokonaniu szerszych analiz trzeba jednak z całą stanowczością stwierdzić, że jakkolwiek zgodnie z logiką wykonywania zabiegów chirurgicznych jako podmioty biorące udział w przeszczepianiu transplantatów wbrew przepisom ustawy *prima facie* jawią się osoby kompetentne do dokonywania tego typu czynności (lekarze, pomoc-

43 D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, Część I. Wprowadzenie – pielęgniarstwo jako profesja, (w:) D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, LEX 2013.

44 Art. 5 ustawy z dnia 5. grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm. „Art. 5. 1. Okręgowa rada lekarska przyznaje, z zastrzeżeniem ust. 2-6 i 8 oraz art. 5a-5c, prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry osobie, która: 1) jest obywatelem polskim lub obywatelem innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej; 2) posiada: a) dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej sześcioletnich studiów na kierunku lekarskim, obejmujących co najmniej 5500 godzin dydaktycznych zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na 6. roku studiów, lub dyplom lekarza dentystry wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, obejmujących co najmniej dwusemestralne praktyczne nauczanie na 5. roku studiów, lub b) dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarskim rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r. lub dyplom lekarza dentystry wydany przez polską szkołę wyższą potwierdzający ukończenie studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., lub c) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry, spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, wydany przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b, i towarzyszące mu odpowiednie świadectwo wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b, lub d) dyplom lekarza lub lekarza dentystry wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom został uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami oraz że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej; 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry; 5) wykazuje nienaganną postawę etyczną”.

45 Art. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. t.j. z 2014 r., poz. 1434 ze zm.

46 Art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. t.j. z 2014 r., poz. 1434 ze zm.

niczy personel pielęgniarski<sup>47</sup>), to nie da się wykluczyć sytuacji, gdy niedozwolonych zabiegów teoretycznie mogliby dokonywać nie-lekarze i nie-pielęgniarki. Jasno rysuje się tutaj konstrukcja znamion przestępstwa od strony podmiotu pozwalająca jednak zaklasyfikować **przestępstwo z art. 44 ustawy transplantacyjnej jako delikt ogólnosprawczy**. Taki pogląd wzmacnia dodatkowo wykładnia językowa przepisu, w którym ustawodawca posługuje się zaimkiem: „*któ*”, nie indywidualizując w dalszej części podmiotu poprzez podanie jakichkolwiek jego cech. Branie udziału w zabiegu przeszczepiania pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów nie determinuje formalnych kwalifikacji osoby w nim uczestniczącej. Oznacza to, że podmiotem przestępstwa z art. 44 ustawy transplantacyjnej może być każda osoba, która bierze udział w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów.

Można hipotetycznie założyć, że podmiotem przestępstwa brania udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów może być także pod pewnymi względami biorca, gdyż bierze on udział w zabiegu. Jego branie udziału jest przecież konieczne dla wykonania samej operacji, gdyż bez biorcy nie ma mowy o czynnościach implantacyjnych. Odpowiedź na pytanie o to, czy biorca rzeczywiście może być podmiotem przestępstwa w drugim podtypie, zależy od przyjętej wykładni przepisu art. 44 ust. 1 ustawy i ustalenia, czy znamię „w celu osiągnięcia korzyści majątkowej” odnosi się do zachowania sprawcy w pierwszym podtypie przestępstwa czy też w obu jego podtypach. Bez wątpienia biorca pozyskanego (nawet przez osobę trzecią) narządu wbrew przepisom ustawy działa w celu osiągnięcia korzyści, ale należałoby tę korzyść rozpatrywać jako korzyść osobistą. Nie można bowiem przyjąć, że działanie w celu ratowania czy przedłużenia własnego życia jest nacechowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej<sup>48</sup>, choć w szerszej perspektywie z ogromnymi zastrzeżeniami można by tak to ujmować. Ratowanie własnego życia czy jego przedłużenie należy jednak traktować w kategoriach osobistych.

Zdaniem A. Złotka osobą biorącą udział w przeszczepieniu pozyskanych wcześniej komórek, tkanek lub narządów jest także sam biorca. Autor ten zwraca uwagę na to, że każde wszczepienie narządu stanowi korzyść osobistą biorcy. Oznacza to, że jeśli narząd został pozyskany wbrew przepisom ustawy, przykładowo mimo istnienia sprzeciwu post mortem dawcy lub w wyniku naruszeń o charakterze administracyjnym, to sprawcą przestępstwa z art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej jest sam biorca. W dalszym wywodzie Autor stwierdza jednak, że nie będzie ponosił odpo-

47 Na temat statusu personelu medycznego zob.: E.M. Guzik-Makaruk, E. Zatyka, Status osób wykonujących zawody medyczne w płaszczyźnie karnoprawnej, (w:) A. Adamski, J. Bojarski, M. Leciak, P. Chrzczonowicz (red.), *Nauki penalne wobec szybkich przemian socjokulturowych. Księga Jubileuszowa Profesora Mariana Filara*, Toruń 2012, t. 1, s. 156-168.

48 Podobne stanowisko prezentowano już w literaturze, zob.: J. Giezek, *Strafrechtliche Fragen der Transplantation*, (w:) A. J. Szwarc, A. Wąsek (red.), *Das erste deutsch-japanisch-polnische Strafrechtsskolloquium der Stipendiaten der Alexander von Humboldt-Stiftung*, Poznań 1998, s. 93.

wiedzialności karnej lekarz, który dokonał pobrania narządu wbrew przepisom ustawy i to niezależnie od tego, czy przyniesie mu to korzyść osobistą lub majątkową, gdyż termin „przeszczepianie” użyty w art. 44 ust. 1 nie obejmuje swoim zakresem pobierania. Zdaniem tego Autora wynika to pośrednio ze słowniczka pojęć zawartego w art. 2 ustawy transplantacyjnej. A. Złotek ocenia to rozwiązanie ustawowe zdecydowanie negatywnie<sup>49</sup>.

Trudno powiedzieć, na czym opiera swoje przeświadczenie A. Złotek, gdyż ustawa transplantacyjna nie definiuje w art. 2 terminu „przeszczepianie”, a jedynie „pobieranie”, „przechowywanie” i „przetwarzanie”<sup>50</sup>. Rzeczywiście z samego tytułu ustawy, który zawiera rzeczowniki odczasownikowe „pobieranie”, „przechowywanie” i „przeszczepianie” wynika, że są to różne rodzaje czynności. Jednak jak podaje I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, definicja „pobierania” pozostaje w ścisłym związku z treścią art. 4 ustawy transplantacyjnej wskazującego, że komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Natomiast nie jest jasne, czy w tej definicji mieści się również pobieranie komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy w celu przeszczepienia innej osobie, o czym mowa w art. 12 ustawy transplantacyjnej<sup>51</sup>.

A. Liszewska prezentuje przeciwne stanowisko do opinii A. Złotka i jest zdania, że lekarz, który wykonuje przeszczep zakupionych narządów, naruszając tym samym przepisy ustawy transplantacyjnej, ponosi odpowiedzialność karną co najmniej na podstawie dawnego art. 20 ust. 1 tej ustawy (obecnie art. 44 ustawy), a jeśli jest to zabieg pobrania narządu od osoby żywej, także przestępstwo spowodowania uszkodzenia ciała<sup>52</sup>. Oprócz odpowiedzialności karnej może też ponosić odpowiedzialność zawodową za przewinienie zawodowe i dyscyplinarną za przewinienie dyscyplinarne lub służbowe. Może również nastąpić zbieg odpowiedzialności zawodowej z dyscyplinarną<sup>53</sup>.

Kluczowe pozostaje w zakresie odpowiedzialności podmiotowej rozstrzygnięcie, czy „przeszczepianie” obejmuje także „pobieranie”. Wydaje się, że w sensie ścisłym nie obejmuje, ale w szerszym zakresie można zaryzykować tezę, że pobieranie jest przecież *conditio sine qua non* przeszczepiania i w tym sensie wchodzi w jego obszar. W tym kontekście M. Filar prezentuje pogląd, że pobranie narządu do przeszczepu

49 A. Złotek, Krótki komentarz do zmian w przepisach karnych ustawy transplantacyjnej, Cz.PKiNP 2011/1/25-30.

50 Stosownie do postanowień ustawy pobieranie obejmuje czynności, w wyniku których komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych; przechowywanie to utrzymywanie komórek, tkanek lub narządów we właściwie kontrolowanych warunkach do chwili ich dystrybucji i zastosowania u ludzi; zaś przetwarzanie obejmuje wszelkie czynności związane z przygotowaniem, transportowaniem, konserwowaniem i pakowaniem komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do stosowania u ludzi.

51 I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 43.

52 A. Liszewska, Prawnokarna ocena zabiegów transplantacji organów, *Prawo i Medycyna* z 1999 r., nr 3, s. 74.

53 Szeroko na temat tych rodzajów odpowiedzialności zob. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 401.

można bez naruszenia ducha ustawy uznać za „branie udziału w przeszczepieniu”, nie można bowiem przeszczepiać bez wcześniejszego pobrania. W praktyce trudno wyobrazić sobie całkowicie „platoniczne” przypadki pobrania narządu, z którymi nie łączyłaby się jakakolwiek forma odpłatności dla pobierającego narząd lekarza. Zdaniem M. Filara, każda inna wykładnia w tym obszarze prowadziłaby do wniosków absurdalnych, a więc należałoby ją odrzucić<sup>54</sup>. M. Filar twierdzi też, że przeprowadzenie pobrania organu *legę artis* ma niejako podwójne znaczenie. W znaczeniu węższym dotyczy samej techniki operacyjno-medycznej zabiegu pobrania tkanki czy narządu i rozpatrywać ją należy na gruncie ogólnych zasad sztuki czy techniki lekarskiej przy przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych. W znaczeniu szerszym będzie ono obejmować nie tylko te uchybienia, lecz także błędy w sferze oceny celowości i niezbędności zabiegu. Prawidłowe działania w tym względzie tworzą szczególny standard działań *legę artis* odnoszący się do zabiegów tego typu<sup>55</sup>.

Z kolei W. Radecki stoi na stanowisku, że brzmienie art. 44 ust. 1 (dawniej art. 20 ust. 1) ustawy transplantacyjnej jest jednoznaczne. Karalne na podstawie tego przepisu jest dopiero działanie, które nastąpiło po pozyskaniu wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządu. Samo pobranie może w pewnych przypadkach stanowić czyn karalny jako postać stadialna lub zjawiskowa przestępstwa z art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej. Jeśli pobranie jest czynnością zmierzającą bezpośrednio do zbycia, a zatem sprawca działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, to zdaniem W. Radeckiego uzasadnione będzie uznanie takiego czynu za usiłowanie przestępstwa z art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej (art. 13 § 1 kk. w zw. z art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej)<sup>56</sup>.

**Przedmiotem ochrony** art. 44 ustawy wydaje się być przede wszystkim godność istoty ludzkiej, ale idąc za przykładem niemieckiej doktryny prawa karnego, można by także wskazać na dalsze dobra, takie jak chociażby powszechne poczucie pietyzmu, poszanowanie dla zwłok ludzkich, wolność motywacyjną wobec pozbawionych skrupułów działań handlarzy narządami<sup>57</sup>, integralność medycyny transplantacyjnej<sup>58</sup> czy cielesną integralność dawcy oraz ochronę autonomii przed „samokorupcją”<sup>59</sup>. Czasami wprost podaje się, że przedmiotem ochrony są cudze komórki, tkanki i narządy pochodzące od żywego człowieka, jego życie i zdrowie<sup>60</sup>. Spotkać można także pogląd, w myśl którego najistotniejszym dobrem chronionym prawem przez

54 M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 184.

55 M. Filar, (w:) M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 171.

56 W. Radecki, (w:) M. Bojarski, W. Radecki, *Przewodnik po pozakodeksowym prawie karnym*, Wrocław 1998, s. 222-224.

57 L.Ch. Nickel, A. Schmidt-Preisigke, H. Sengler, *Transplantationsgesetz. Kommentar*, Stuttgart – Berlin – Köln – Kohlhammer 2001, s. 206-208.

58 S. Rixen, *Kommentar zum Transplantationsgesetz – Verbotsvorschriften*, (w:) W. Höfling (red.), *Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG)*, Berlin 2003, s. 405.

59 U. Schroth, P. König, Th. Gutmann, F. Oduncu, *Transplantationsgesetz. Kommentar*, München 2005.

60 K. Syroka, *op. cit.*, s. 20.

przepis art. 44 (dawny art. 20) są uznane na płaszczyźnie międzynarodowej zasady moralności publicznej zakazujące obrotu handlowego ludzkimi komórkami, tkankami i narządami<sup>61</sup>.

W dalszej kolejności należy poddać pod rozagę, czy sprawca, który:

- 1) nabywa lub zbywa cudzą komórkę, tkankę lub narząd bądź
- 2) pośredniczy w takim nabyciu lub zbyciu albo
- 3) bierze udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów,

narusza albo tylko naraża na niebezpieczeństwo godność osoby ludzkiej i pozostałe wymienione powyżej dobra podlegające ochronie prawnej, czy jego zachowanie godzi również w inne dobra ze szczytu hierarchii dóbr chronionych. Wydaje się, że skoro ustawodawca pierwotnie ukształtował dane typy czynów zabronionych jako zbrodnie, obwarowane dość surową sankcją karną, to prawdopodobnie miał na względzie także ochronę dóbr dla człowieka najważniejszych. Idąc tym tokiem myślenia, należałoby wskazać jako pierwszoplanowy przedmiot ochrony (zamachu) zdrowie, a nawet życie w wypadku, gdy w kręgu zainteresowania pozostaje nabycie lub zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu bądź branie udziału w przeszczepianiu pozyskanych lub udostępnianiu wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy. Wymaga przy tym podkreślenia, że w przepisie art. 44 ustawy transplantacyjnej przedmiotem ochrony (zamachu) zdaje się być zarówno zdrowie dawcy, jak i biorcy transplantatów przeznaczonych do komercyjnego obrotu. Tak zakreślony bliższy przedmiot ochrony (zamachu) oczywiście ma swoje zakotwiczenie w godności istoty ludzkiej.

**Strona przedmiotowa** przestępstwa polega na nabywaniu lub zbywaniu cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośredniczeniu w ich nabyciu lub zbyciu bądź braniu udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich. Wszystkie z wymienionych typów zachowań są aktywnymi postaciami czynu, nie da się bowiem niczego nabyć, zbyć, pośredniczyć w czymś czy brać udziału w jakimś przedsięwzięciu w formie zaniechania.

Wątpliwości raczej nie budzą znamiona: „nabywanie”, „zbywanie”, „branie udziału”. Warto słów kilka poświęcić kwestii „udostępniania”. Znamię to zostało użyte przez ustawodawcę w kodeksie karnym jedynie trzykrotnie – w art. 200 § 3 kk., art. 263 § 3 kk. oraz art. 269b § 1 kk. Idzie odpowiednio o udostępnianie treści pornograficznych małoletniemu poniżej lat 15 (art. 200 § 3 kk.), udostępnianie broni palnej lub amunicji osobie nieuprawnionej (art. 263 § 3 kk.) oraz udostępnianie

61 W. Radecki, (w:) M. Bojarski, W. Radecki, *Pozakodeksowe prawo karne. Tom I. Przestępstwa przeciwko państwu narodowej, obronności, bezpieczeństwu osób i mienia, zdrowiu. Komentarz*, Warszawa 2002, s. 230.

urządzeń lub programów komputerowych przystosowanych do popełnienia określonych przestępstw (art. 269b § 1 kk.). Udostępnianie to inaczej umożliwienie dostępu do określonych treści<sup>62</sup>, umożliwienie czegoś osobie nieuprawnionej<sup>63</sup>, uczynienie dostępnym dla innej osoby<sup>64</sup>. Udostępnianie może polegać na dowolnej w gruncie rzeczy postaci umożliwienia jakiegokolwiek osobie nieuprawnionej wejścia w posiadanie czegoś<sup>65</sup>. Udostępnienie oznacza umożliwienie użycia czegoś<sup>66</sup>, takie zadysponowanie, które umożliwia uzyskanie czegoś innej konkretnej osobie lub bliżej nieokreślonym osobom<sup>67</sup>. Może nastąpić w każdej formie, zarówno przez działanie, jak i zaniechanie<sup>68</sup>.

Jak już wyżej zasygnalizowano – podmiotem przestępstwa z art. 44 ustawy transplantacyjnej może być każda osoba. Analizując stronę przedmiotową przestępstwa brania udziału w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, można zaryzykować pogląd, że udział w zabiegu przeszczepiania osoby nieposiadającej kwalifikacji zawodowych lekarza ani pielęgniarki dodatkowo wpływa na wyższy stopień społecznej szkodliwości czynu. Dzieje się tak chociażby ze względu na wymienione w art. 115 § 2 kk. takie mierniki, jak: rodzaj i charakter naruszonego dobra czy rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody. Należy pamiętać, że na gruncie art. 44 ustawy transplantacyjnej mamy do czynienia z jednym z najwyższej chronionych dóbr prawnych, jakim niewątpliwie jest życie i zdrowie istoty żyjącej. Podobne uwagi należałoby poczynić w odniesieniu do przestępstwa brania udziału w udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów.

W zakresie znamion strony przedmiotowej określających czynność sprawczą należałoby także umiejscowić korzyść majątkową lub osobistą, choć wypada też zaznaczyć, że jeśli pojawia się ona jako cel działania sprawcy, dość często stanowi znamię kwalifikujące typ czynu zabronionego i sytuowana jest wśród znamion strony podmiotowej, charakteryzujących motywację sprawcy, zmierzającego do osiągnięcia określonego stanu rzeczy.

Stosownie do art. 115 § 4 kk. korzyścią majątkową lub osobistą jest korzyść zarówno dla siebie, jak i dla kogo innego. Oba pojęcia nie zostały w kodeksie karnym

62 M. Mozgawa, (w:) M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2014, t. 9 do art. 200 kk.

63 *Ibidem*, t. 10 do art. 263 kk.

64 P. Kozłowska-Kalisz, (w:) M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2014, t. 3 do art. 269b kk.

65 D. Gruszecka, (w:) J.W. Giezek (red.), D. Gruszecka, N. Kłaczyńska, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, LEX 2014, t. 12 do art. 263 kk.

66 A. Marek, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2010, t. 11 do art. 263 kk.

67 W. Wróbel, (w:) A. Zoll (red.), A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Cwiąkański, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynkiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 kk., Kraków 2006, t. 10 do art. 269b kk.

68 Z. Cwiąkański, (w:) A. Zoll (red.), A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Cwiąkański, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynkiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 kk., Kraków 2006, t. 12 do art. 263 kk.



zdefiniowane. Wątpliwości w literaturze raczej nie budzi znięty korzyści majątkowej.

Korzyścią majątkową jest zwiększenie aktywów majątkowych lub zmniejszenie pasywów, przy czym majątkiem są wszystkie prawa, które mają wartość możliwą do wyrażenia w pieniądzu<sup>69</sup>. Pewne problemy rysują się przy ustalaniu zakresu pojęcia korzyści osobistej. W doktrynie podkreśla się z reguły, że cechą charakterystyczną korzyści osobistej jest brak wartości ekonomicznej, tj. nie przedstawia ona wartości pieniężnej. Kryterium wartości ekonomicznej nie jest jednak dostatecznie uzasadnione dla podziału na korzyści majątkowe i osobiste. Tego kryterium należy upatrywać w zdolności do zaspokajania potrzeb materialnych lub niematerialnych. O uznaniu jakiegoś dobra za korzyść majątkową lub osobistą powinno decydować to, jaką potrzebę zaspokaja ono w większym stopniu; jeżeli zaspokaja przede wszystkim potrzebę materialną, to jest korzyścią majątkową, a jeżeli niematerialną – jest korzyścią osobistą. O uznaniu danego dobra za korzyść osobistą powinna zatem decydować ocena obiektywna, przez co należy rozumieć powszechne przekonanie, że dane dobro może zaspokoić określoną potrzebę<sup>70</sup>. Przy uzyskaniu korzyści osobistej korzyść niematerialna ma charakter dominujący<sup>71</sup>.

Przepis art. 115 § 4 kk. wskazuje jedynie na podmioty, które mogą być beneficjentami ewentualnych korzyści. Szeroki zakres dyspozycji § 4 powoduje, że beneficjentem może być każda osoba fizyczna, prawna oraz wszelkiego rodzaju jednostki organizacyjne, nawet te, które nie posiadają sformalizowanej struktury. Jest to więc zakres szerszy niż w kazuistycznym ujęciu właściwym pierwotnemu brzmieniu<sup>72</sup> art. 115 § 4 kk.<sup>73</sup>

**Strona podmiotowa przestępstwa** z art. 44 ustawy objęta jest umyślnością. Należy zaznaczyć, że ujęta jest ona w niejednoznaczny sposób, na co słusznie w swych opracowaniach zwraca uwagę A. Liszewska, czyniąc to, co warte szczególnej uwagi, już od ponad dziesięciu lat<sup>74</sup>. Problem ten istniał już bowiem pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy transplantacyjnej z 1995 r. i do dziś niczego od strony ustawodawczej nie uczyniono, aby go wyeliminować, korygując niejasny sposób konstrukcji znamion. Przepis art. 44 ustawy transplantacyjnej w dzisiejszym kształcie jest

69 Uchwała SN z dnia 30 stycznia 1980 r., VII KZP 41/78, OSNKW 1980, nr 3, poz. 24.

70 M. Mozgawa, (w:) M. Mozgawa (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2014, t. 5 do art. 115 § 4 kk. M. Mozgawa odwołuje się w tym zakresie dość często do poglądów A. Spotowskiego.

71 A. Marek, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2010, t. 2 do art. 115 § 4 kk.

72 Art. 115 § 4 kk. został zmieniony ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 111, poz. 1061). Ustawa ta weszła w życie w dniu 1 lipca 2003 r. Przed zmianą przepis ten posiadał następujące brzmienie: § 4. Korzyścią majątkową jest korzyść dla: 1) siebie, 2) innej osoby fizycznej lub prawnej, 3) jednostki organizacyjnej nie mającej osobowości prawnej, 4) grupy osób prowadzącej zorganizowaną działalność przestępczą.

73 J. Potulski, Komentarz do ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.03.111.1061), LEX 2004, t. 2 do art. 115 § 4 kk.

74 Zob. np. A. Liszewska, Odpowiedzialność karna..., s. 38-47; *eadem*, Prawnokarna ocena zabiegów transplantacji organów, Prawo i Medycyna z 1999 r., nr 3, s. 74-83.

niemal identycznym powtórzeniem przepisu art. 20 ustawy poprzednio obowiązującej. **Pomimo słusznej krytyki ze strony środowiska naukowego, ustawodawca zupełnie zignorował racjonalne argumenty.**

W dyspozycji przepisu art. 44 ustawy po nowelizacji z 2009 r. ustawodawca posługuje się następującą konstrukcją: „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 odpowiedzialności karnej, przewidzianej w tym przepisie. Wątpliwości rodzą się w zakresie syntaktycznym, a mianowicie dotyczą one tego, czy znamieniem celu osiągnięcia korzyści majątkowej jest objęte tylko zachowanie polegające na nabywaniu lub zbywaniu cudzej komórki, tkanki lub narządu oraz pośredniczeniu w ich nabyciu lub zbyciu czy też znamieniem tym objęte jest także zachowanie polegające na braniu udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich. Odpowiedź na to pytanie ma kolosalne znaczenie dla odpowiedzialności karnej, gdyż od tego zależeć będzie w praktyce, czy podmiot przestępstwa z art. 44 ustawy powinien ponieść odpowiedzialność karną za branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy transplantatów, jeśli jego zachowanie nie nosiło cech ukierunkowanych na osiągnięcie korzyści majątkowej lub osobistej.

Dokonanie wykładni językowej nie przynosi jednoznacznego rezultatu, a to zwłaszcza ze względu na sposób składni wykorzystany w redakcji przepisu. „Cel uzyskania korzyści majątkowej” może się bowiem odnosić tylko do pierwszego z członów analizowanego przepisu bądź do obu jego członów.

Odwołanie się do interpretacji teleologicznej jest także mocno utrudnione. O ile bowiem, jak podaje A. Liszewska, przepis art. 20 ustawy transplantacyjnej z 1995 r. był projektowany jako typ przestępstwa penalizującego jedynie zachowania podejmowane w celu osiągnięcia korzyści majątkowej (nabywanie, zbywanie, pośrednictwo) i nie zawierał początkowo drugiego członu tego przepisu (branie udziału w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy transplantatów), jednak w ostatecznym kształcie przepis art. 20 ustawy z 1995 r. typizował również owo branie udziału<sup>75</sup>, o tyle kształt przepisu art. 44 nowej ustawy transplantacyjnej z 2005 r. nie był dyskutowany w toku prac legislacyjnych nad nową ustawą. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy z 2005 r. nie zawiera żadnego odniesienia do konstrukcji przepisów karnych, lakonicznie wskazując jedynie na to, że takie przepisy są i należy taki stan rzeczy przyjąć z zadowoleniem. **Na żadnym z posiedzeń Komisji Zdrowia w sprawie rządowego projektu ustawy nie padło ani jedno słowo na temat przepisów**

75 A. Liszewska, Prawnokarna ocena..., s. 76.

**karnych**<sup>76</sup>. Oczywiście jest zatem, że powodów do zadowolenia trudno się doszukać, a sięganie do uzasadnienia ustawy z 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów jest bezcelowe z punktu widzenia interpretatora, który postawiłby przed sobą zadanie dokonania statycznej wykładni funkcjonalnej, gdyż wola prawodawcy traktowana jako pewien fakt historyczny, pozostaje trudna do zbadania.

Wydaje się, że z punktu widzenia polityki kryminalnej należałoby się posiłkować pośrednią metodą interpretacji pomiędzy językową a funkcjonalną, a mianowicie wykładnią systemową. Nie jest to jednak zabieg prosty, pozwalający na uzyskanie niebudzącego wątpliwości wyniku.

Z jednej strony w oparciu o dyrektywę priorytetu konstytucyjnej zasady prawa (przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka – art. 30 Konstytucji) można by uznać, że podstawa skazania z art. 44 ustawy transplantacyjnej mogłaby być reakcją na zachowanie sprawcy, polegające na braniu udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek czy narządów, nawet bez chęci osiągnięcia korzyści majątkowej po stronie sprawcy. Życie i zdrowie oraz godność istoty ludzkiej to na tyle istotne dobra, że należy je chronić w jak najszerszym zakresie.

Z drugiej jednak strony, jeśli przyjąć, że osoba biorąca udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu narządów, komórek lub tkanek uzyskanych wbrew przepisom ustawy czyni to ze względów altruistycznych, to przy szerokiej wykładni art. 44 ustawy transplantacyjnej wypełniałaby swoim zachowaniem znamiona występkę z art. 44 ust. 1 ustawy i zasługiwałaby w związku z tym na karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat. Takie podejście wydaje się pozostawać w sprzeczności z poczuciem sprawiedliwości, wartościami etycznymi i moralnymi zarazem. Należy zatem znaleźć odpowiedź na podstawowe pytanie – jaki cel przyświeca biorącemu udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu transplantatów pozyskanych niezgodnie z przepisami? Czy cel egoistyczny, jakim jest dążenie do uzyskania korzyści majątkowej, czy cel altruistyczny, będący wyrazem głębokiego humanizmu i miłości do drugiego człowieka? Nie ulega wątpliwości, że działanie w tym pierwszym celu zasługiwać może na karę, natomiast chęć niesienia pomocy, ofiarność i dobroczynność nawet wbrew prawu nie powinna spotykać się z taką karą.

Podsumowując, wydaje się, że wskazany w dyspozycji przepisu art. 44 ustawy transplantacyjnej cel osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej należy łączyć ze wszystkimi typizowanymi w tym przepisie zachowaniami. Działanie sprawcy w celu

76 Posiedzenie Komisji Zdrowia w dniu 14 czerwca 2005 r. w sprawie rządowego projektu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, dostępna na oficjalnych stronach internetowych Sejmu RP pod adresem: <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrnrr/ZDR-290>. Posiedzenie Komisji Zdrowia w dniu 30 czerwca 2005 r. w sprawie rządowego projektu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, dostępna na oficjalnych stronach internetowych Sejmu RP pod adresem: <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrnrr/ZDR-295>.

uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej można rozpatrywać w kategoriach znamienia strony przedmiotowej, potencjalnie uzasadniającego wyższy stopień społecznej szkodliwości czynu. Zachowanie sprawcy podjęte w określonym z góry celu wskazuje tym samym na istnienie zamiaru bezpośredniego o szczególnym zabarwieniu (*dolus directus coloratus*). W tej postaci jest to zatem przestępstwo kierunkowe znamienne celem osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej.

**Kwalifikowanym typem przestępstwa** z art. 44 ustawy jest uczynienie sobie stałego źródła dochodu z popełnienia przestępstwa. Zgodnie z ugruntowaną już wykładnią, uczynienie sobie stałego źródła dochodu z popełnienia przestępstwa oznacza ciągłe, nieprzerwane uzyskiwanie dochodu, który nie musi być wyłącznym źródłem utrzymania sprawcy.

Sprawca czyni sobie z popełnienia przestępstwa stałe źródło dochodu wówczas, gdy dopuszcza się przestępstwa wielokrotnie i z pewną regularnością, a takie zachowania stanowią dla niego sposób na uzyskiwanie systematycznego dochodu, przy czym nie musi to być ani jedyne, ani główne jego źródło; innymi słowy, istotne jest tu, przez jak długi okres dochód był przez sprawcę osiągany i z jaką częstotliwością<sup>77</sup>.

Stałym źródłem dochodu jest sprzeczna z prawem praktyka przestępcza uprawiana przez sprawcę regularnie i przynosząca mu stałe dochody, zbliżona swą stałością do dochodów uzyskiwanych z normalnej pracy i zapewniająca sprawcy czy to główne, czy uboczne, ale stałe dochody<sup>78</sup>.

Wypada przypomnieć, że nie tylko w ustawie transplantacyjnej, ale też w kilku innych ustawach pozakodeksowych znajdują się przepisy karne jako przestępstwa kwalifikowane, w sytuacji gdy sprawca z ich popełnienia uczynił sobie stałe źródło dochodu<sup>79</sup>. Zgodnie z zasadą *lex specialis derogat legi generali* konsekwencje wynikające z art. 65 kk.<sup>80</sup> do ustaw pozakodeksowych nie będą miały zastosowania<sup>81</sup>.

**Pozostaje poza wszelką wątpliwością, iż przyjęty sposób redakcji przepisu art. 44 ustawy transplantacyjnej narusza podstawową zasadę prawa karnego, jaką jest *nullum crimen sine lege certa*. Właśnie owa cecha oznaczoneści i jasności przepisu: *certa* została pominięta przez ustawodawcę, pozwalając na przyjęcie różnorodnej interpretacji, co na gruncie prawa karnego, najbardziej dotkliwie ingerującego przecież w społeczną egzystencję obywatela, jest nie do przyjęcia.**

77 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 2 lipca 2014 r., Sygn. akt II AKa 62/14, KZS 2014/9/38.

78 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 kwietnia 2014 r., Sygn. akt II AKa 45/14, LEX nr 1461100.

79 Są to chociażby: art. 16 ust. 3 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, art. 30 ust. 2 ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi.

80 Art. 65 § 1. Przepisy dotyczące wymiaru kary, środków karnych oraz środków związanych z poddaniem sprawcy próbie, przewidziane wobec sprawcy określonego w art. 64 § 2, stosuje się także do sprawcy, który z popełnienia przestępstwa uczynił sobie stałe źródło dochodu lub popełnia przestępstwo działając w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa oraz wobec sprawcy przestępstwa o charakterze terrorystycznym.

81 B. Kolasiński, *Dyrektywy wymiaru kary wobec sprawców określonych w art. 65 kk., Prokuratura i Prawo* z 2002 r., z. 5, s. 37-50.

Poza zakresem odpowiedzialności z art. 44 ust. 1 ustawy znajduje się zbywanie własnych narządów, nawet w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, pośrednictwo w handlu narządami ludzkimi bez osiągania korzyści majątkowej oraz nabywanie narządów bez chęci osiągnięcia korzyści majątkowej, zatem np. nabycie narządu dla siebie bądź nabycie narządu przez osobę trzecią dla osoby najbliższej<sup>82</sup>.

Podobnie nie było karane zbywanie własnych komórek, tkanek i narządów w celu osiągnięcia korzyści majątkowej na podstawie przepisu art. 20 ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, który to przepis był poprzednikiem ustawy transplantacyjnej obecnie obowiązującej<sup>83</sup>.

Widać w tym miejscu mankamenty obowiązującej regulacji. Niejasne pozostaje, dlaczego paternalistyczny ustawodawca, który strzeże godności osoby ludzkiej i autonomii przed „samokorupcją”, poprzez wytyczenie niemal zamkniętego kręgu dawców-biorców w transplantacji *ex vivo* pozwala na zbywanie własnych narządów, tkanek i komórek nawet w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, nie obwarowując takiego zachowania sankcją karną. Nielogiczność ową wzmacnia dodatkowo fakt, iż karalne jest rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu własnych narządów (art. 43 ustawy), a niekaralne pozostaje samo zbycie. Być może takie ukształtowanie przepisów prawno Karnych ma charakter prewencyjny, gdyż ustawodawca może się starać tą drogą zwalczać „w zarodku” handel narządami ludzkimi, wychodząc z założenia, że zamieszczanie ogłoszeń niechybnie zdążyć może do ich urzeczywistnienia.

**Ustawowy wymiar kary** za przestępstwo w typie podstawowym (art. 44 ust. 1 ustawy) sprowadza się do pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat, co oznacza, iż przewidziany typ przestępstwa nosi cechy występku. ***De lege ferenda*** należałoby zastanowić się nad zróżnicowaniem karalności ze względu na to, czy dawcą nielegalnie pozyskanych komórek, tkanek lub narządów jest żywy człowiek czy też transplantaty zostały pozyskane ze zwłok ludzkich. Wydaje się, że uzasadniona jest dyferencjacja w tym względzie, nielegalny obrót narządami pozyskanymi od żywych dawców cechuje się bowiem wyższym stopniem społecznej szkodliwości czynu aniżeli komercjalizacja przeszczepów pobranych post mortem.

Podobnie, jako występki należy traktować kwalifikowany typ przestępstwa (art. 44 ust. 2 ustawy), zagrożony karą pozbawienia wolności od 1 roku do 10 lat.

Przy tak ujętej reakcji prawno Karnych nie wchodzi w grę warunki odstąpienia od wymierzenia kary i orzeczenia zamiast niej środka Karnego, przepadku lub środka kompensacyjnego, przewidziane w art. 59 kk. Na gruncie art. 44 ustawy transplantacyjnej nie jest także spełniona formalna przesłanka do zastosowania instytucji warunkowego umorzenia postępowania Karnego przewidziana w art. 66 § 2 kk.

82 Podobnie zob.: A. Liszewska, *Prawno Karno ocena...*, s. 82.

83 B. Chazan, *Transplantacja komórek, tkanek i narządów w świetle obowiązującego prawa na tle rozwiązań przyjętych przez Radę Europy i ustawodawstwa innych krajów*, Palestra z 1998 r., nr 5/6, s. 52.

Wydaje się jednak, że sprawca mógłby skorzystać z instytucji probacyjnej, jaką jest warunkowe zawieszenie wykonania kary pozbawienia wolności, gdyż stosownie do treści art. 69 § 1 kk. sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym roku, jeżeli sprawca w czasie popełnienia przestępstwa nie był skazany na karę pozbawienia wolności i jest to wystarczające do osiągnięcia wobec niego celów kary, a w szczególności zapobieżenia powrotowi do przestępstwa. Jeśli zatem zaistniałaby przesłanka formalna w postaci orzeczonej kary pozbawienia wolności w wymiarze do roku i spełniona zostałaby także przesłanka merytoryczna w postaci pozytywnej prognozy kryminologicznej, sprawca przestępstwa z art. 44 ustawy transplantacyjnej mógłby skorzystać z dobrodziejstwa warunkowego zawieszenia wykonania kary.

#### **§ 4. Prowadzenie działalności przewidzianej dla banku tkanek i komórek bez wymaganego pozwolenia (art. 45 ustawy transplantacyjnej)<sup>84</sup>**

Przepis w tym kształcie obowiązuje od 15 września 2009 r., kiedy to jego pierwotne brzmienie<sup>85</sup> zostało zmienione<sup>86</sup>. Stało się tak zapewne z przyczyn techniki legislacyjnej, gdyż merytoryczna zawartość przepisu pozostała bez zmian. Zmiana stylistyczna jest wynikiem ujednoczenia terminologii, którą ustawodawca posługuje się w ustawie. Przepis obowiązujący w pierwotnym tekście ustawy w art. 45 posługiwał się terminem „bank komórek i tkanek”, podczas gdy w pozostałych przepisach mowa była o „banku tkanek i komórek”.

**Prowadzenie działalności przewidzianej dla banku tkanek i komórek bez wymaganego pozwolenia** sankcjonowane jest w art. 45 ustawy jako występki, zagrożone pod groźbą kary grzywny, kary ograniczenia wolności lub kary pozbawienia wolności do roku. Stosownie do art. 25 ustawy banki tkanek i komórek tworzone są w celu gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek przeznaczonych do przeszczepienia. Czynności przekazane bankom wykonywane są po uzyskaniu pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na wniosek Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę Transplantacyjną. Pozwolenie na prowadzenie banku komórek i tkanek udzielane jest na okres pięciu lat. W oparciu o postanowienie art. 2 ust. 1

84 Przepis art. 45 ustawy transplantacyjnej brzmi następująco: „Kto, bez wymaganego pozwolenia, prowadzi działalność przewidzianą przepisami ustawy dla banku tkanek i komórek, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

85 Przepis art. 45 ustawy transplantacyjnej brzmiał następująco: „Kto prowadzi działalność przewidzianą przepisami ustawy dla banku komórek i tkanek, bez wymaganego pozwolenia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

86 Art. 45 został zmieniony przez art. 1 pkt 24 ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny<sup>1</sup>, Dz.U.2009.141.1149.

ustawy bank tkanek i komórek może również pobierać lub testować tkanki i komórki, jednak z art. 26 ust. 1 ustawy wyraźnie wynika, iż na prowadzenie działalności w tym zakresie bank tkanek i komórek nie ma obowiązku uzyskiwania pozwolenia ministra.

Jak słusznie podaje I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, zakres i rodzaj działalności poszczególnych jednostek – poszczególnych banków tkanek i komórek – może być zróżnicowany. Nie każda jednostka będzie wykonywać wszystkie czynności, a wykonywane czynności mogą dotyczyć jedynie określonego rodzaju tkanki lub komórki. Kierując się *ratio legis*, należy przyjąć, że już wykonywanie przez jednostkę jednej z wymienionych czynności dla jednego rodzaju tkanki lub komórki oznacza prowadzenie działalności zastrzeżonej dla banków tkanek i komórek. Należy zwrócić uwagę, że bankami tkanek i komórek w rozumieniu ustawy nie będą jednostki, których działalność nie dotyczy tkanek lub komórek „przeznaczonych do przeszczepienia”<sup>87</sup>.

**Podmiotem przestępstwa z art. 45 ustawy** jest każdy, kto prowadzi działalność zastrzeżoną dla banku komórek i tkanek bez wymaganego pozwolenia, jest to zatem przestępstwo ogólnosprawcze (*delictum communium*).

**Przedmiotem ochrony** analizowanego przepisu jawi się w pierwszej kolejności zdrowie, a nawet życie biorców komórek i tkanek. Wydaje się, że każdy, kto prowadzi działalność zastrzeżoną dla banku komórek i tkanek bez wymaganego pozwolenia, jeśli nawet nie narusza, to może narażać życie i zdrowie potencjalnych biorców.

Pozwolenie ministra na prowadzenie banku tkanek i komórek następuje po wypełnieniu określonych prawem przesłanek i wypełnieniu określonych procedur. Z zakresu przedmiotowego art. 25 ustawy transplantacyjnej wynika, że banki tkanek i komórek tworzone są w celu gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek przeznaczonych do przeszczepienia. Stąd w wyodrębnionym przedmiocie ochrony (zamachu) mowa o potencjalnych biorcach. Dalším przedmiotem ochrony wydaje się być integralność medycyny transplantacyjnej, zapewniająca sprawne funkcjonowanie przewidzianych ustawą mechanizmów w zakresie porządkującym postępowanie z tkankami i komórkami przeznaczonymi do przeszczepiania. Można też wskazać za J. Haberko, że przepis art. 45 ustawy transplantacyjnej stoi na straży prawidłowości stosowanych procedur przewidzianych ustawą w zakresie prowadzenia i funkcjonowania banków komórek i tkanek<sup>88</sup>.

**Czynność sprawcza** polega na aktywnej działalności (*delictum commissivum*), podejmowanej bez stosownego pozwolenia, której zakres wynika z treści art. 25 ustawy. Jest to zatem każda czynność podmiotu, który bez pozwolenia gromadzi, przetwarza, sterylizuje, przechowuje lub dystrybuuje tkanki i komórki przeznaczone do

87 I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 237.

88 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 339.

przeszczepienia. W art. 2, zawierającym wyjaśnienie wyrażeń ustawowych, ustawodawca daje odpowiedź na pytanie, czym jest przetwarzanie, sterylizacja, przechowywanie i dystrybucja, milczy natomiast na temat czynności polegających na gromadzeniu tkanek i komórek. Z punktu widzenia zasady *nullum crimen sine lege certa* dyspozycja przepisu art. 45 ustawy może budzić pewne wątpliwości.

Przez przetwarzanie należy rozumieć wszelkie czynności związane z przygotowaniem, transportowaniem, konserwowaniem i pakowaniem komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do stosowania u ludzi. Sterylizacja polega na zastosowaniu odczynników chemicznych, czynników biologicznych i czynników fizycznych, mających na celu unieszkodliwienie patogenów w komórkach i tkankach. Przechowywaniem jest utrzymywanie komórek, tkanek lub narządów we właściwie kontrolowanych warunkach do chwili ich dystrybucji i zastosowania u ludzi, natomiast dystrybucja obejmuje transport i dostarczenie komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do zastosowania u ludzi. Niełatwo jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czym jest gromadzenie tkanek i komórek, gdyż zakres znaczeniowy gromadzenia ściśle zająmuje się z przechowywaniem, trudno bowiem gromadzić komórki i tkanki bez ich utrzymywania we właściwych warunkach celem przeszczepiania ludziom. Wydaje się, że ustawodawca niefortunnie skonstruował art. 25 ustawy, co pociągnęło za sobą trudności interpretacyjne w odniesieniu do przepisów karnych. Sytuacja ta mogłaby ulec znacznej poprawie, gdyby w art. 2 ustawy znalazło się wyjaśnienie, jakie czynności należy uznawać za gromadzenie tkanek i komórek.

Do ustawowych znamion analizowanego przestępstwa należy prowadzenie działalności, a zatem idzie tu nie o jednorazową czynność, ale o praktykę rozciągniętą w czasie, noszącą cechy pewnej trwałości. Prowadzenie działalności przewidzianej przepisami ustawy dla banku komórek i tkanek bez wymaganego pozwolenia jest przestępstwem o wieloczynowo określonych znamionach.

**Strona podmiotowa przestępstwa** sprowadza się do umyślności w obu postaciach zamiaru – bezpośredniego i ewentualnego. W praktyce można bowiem wyobrazić sobie chociażby sytuację, w której sprawca prowadzi działalność zastrzeżoną dla banków tkanek i komórek na podstawie pozwolenia, co do ważności którego nie ma pewności. Mowa o stanie faktycznym, w którym podmiot, którego pozwolenie wygasło po upływie 5 lat, na które było wydane, podejmuje działalność, wprawdzie nie chcąc popełnienia przestępstwa, ale przewidując, iż pozwolenie utraciło moc, i godząc się na popełnienie czynu zabronionego.

J. Haberko myli się, gdy pisze, iż przestępstwo może być popełnione zarówno z winy umyślnej, jak i nieumyślnej<sup>89</sup>. Stosownie do art. 116 kk. przepisy części ogólnej tego kodeksu stosuje się do innych ustaw przewidujących odpowiedzialność karną, chyba że ustawy te wyraźnie wyłączają ich zastosowanie. Jeśli zastosować tę za-

89 *Ibidem*.



sadę do przepisów karnych w ustawie transplantacyjnej, a tak należy niewątpliwie uczynić, przestępstwo z art. 45 ustawy transplantacyjnej może być popełnione wyłącznie umyślnie, albowiem ustawodawca nie przewidział karalności dla formy nieumyślnej.

**Ustawowy wymiar kary**, przewidziany za prowadzenie bez wymaganego pozwolenia działalności przewidzianej dla banku komórek i tkanek obejmuje możliwość orzeczenia kary grzywny, kary ograniczenia wolności lub kary pozbawienia wolności do roku. Podobnie jak w przypadku przestępstwa penalizowanego w art. 43 ustawy, z formalnego punktu widzenia możliwe jest odstąpienie od wymierzenia kary i orzeczenie zamiast niej środka karnego, przepadku lub środka kompensacyjnego, przewidziane w art. 59 § 1 kk. Spełniona jest także formalna przesłanka do zastosowania instytucji warunkowego umorzenia postępowania karnego, przewidziana w art. 66 § 2 kk. oraz przesłanka formalna do zawieszenia wykonania orzeczonej kary w oparciu o art. 69 § 1 kk.

## **§ 5. Pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia (art. 46 ustawy transplantacyjnej)<sup>90</sup>**

Przepis w pierwotnym kształcie funkcjonuje od początku obowiązywania ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, to jest od dnia 1 stycznia 2006 r., i dotychczas nie podlegał modyfikacjom.

**Pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia** kryminalizowane jest w art. 46 ustawy i zagrożone karą grzywny, karą ograniczenia wolności lub karą pozbawienia wolności do lat 3.

Wypada podzielić zdanie A. Złotka, że użycie słowa „pozwolenie” w art. 46 ustawy transplantacyjnej ogranicza zakres tego przepisu jedynie do pozwoleń ministra właściwego do spraw zdrowia. Użycie słowa „pozwolenie” w art. 46 ustawy transplantacyjnej (ustawy z 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów) ogranicza, moim zdaniem, zakres tego przepisu jedynie do pozwoleń ministra właściwego do spraw zdrowia. Gdyby ustawodawca chciał zakresem art. 46 ustawy transplantacyjnej objąć brak sprzeciwu dawcy oraz informację prokuratora o braku sprzeciwu na zabieg *ex mortuo*, a także zgodę sądową, użyłby

90 Przepis art. 46 ustawy transplantacyjnej brzmi następująco: „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”.

innego sformułowania niż pozwolenie, np. poprzez wprowadzenie zwrotu: „Kto bez wymaganego pozwolenia lub zgody, albo wbrew sprzeciwowi odpowiedniego organu...”. Należy zatem stosować wykładnię literalną<sup>91</sup>.

**Podmiotem tego przestępstwa** może być każda osoba, która dokonuje pobrania komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepia komórki, tkanki lub narządy bez pozwolenia. Idzie tu zarówno o osoby, które legitymują się odpowiednimi uprawnieniami do pobierania komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia, jak i o osoby, które posiadają uprawnienia do przeszczepienia komórki, tkanki lub narządu (lekarze), ale też o wszystkie inne podmioty, które nie posiadają stosownych uprawnień do dokonywania wyżej wymienionych czynności.

**Dobrem chronionym prawem** przez analizowany przepis jest zdrowie, a nawet życie dawców (naturalnie tylko – *ex vivo*) i biorców. W pierwotnym stanie prawnym przedmiotem ochrony tego przepisu było także powszechne poczucie pietyzmu i poszanowanie dla zwłok ludzkich w sytuacji, gdy czynność sprawcza polegała na pobraniu komórki, tkanki lub narządu *post mortem* bez stosownego pozwolenia udzielonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W obecnym stanie prawnym stosownie do treści art. 36 ustawy transplantacyjnej nie przewiduje się już obowiązku uzyskania pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia na pobieranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich.

W dalszej kolejności należałoby wyodrębnić integralność medycyny transplantacyjnej, wyrażającą się w prawidłowości postępowania z komórkami, tkankami oraz narządami w zakładach opieki zdrowotnej i innych jednostkach, w których może odbywać się pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów.

Jak zauważa J. Haberko, w przepisie tym ustawodawca stoi na straży prawidłowości dokonywania pobrań komórek, tkanek lub narządów, którą to prawidłowość zabezpiecza i gwarantuje uzyskanie stosownego, przewidzianego przepisami ustawy, pozwolenia. Ustawodawca chroni zatem jakość pobrań i przeszczepów oraz stan zdrowia dawców i biorców. Chodzi o to, by zarówno pobrania, jak i przeszczepienia nie odbywały się w miejscach do tego nieprzeznaczonych (np. pobranie od żywego dawcy w sali sekcyjnej domu pogrzebowego), jak również by nie odbywały się w podmiotach leczniczych, które nie dysponują odpowiednim sprzętem czy wysoko wykwalifikowanym personelem medycznym<sup>92</sup>.

**Strona przedmiotowa przestępstwa** polega na pobraniu komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepieniu komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia.

91 A. Złotek, Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa. Cz.PKiNP 2010/1/5-42.

92 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 340.

W art. 2 ust. 10 ustawy zawarta jest definicja pobierania jako czynności, w wyniku których komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych. Przepis art. 46 ustawy nie penalizuje każdego pobrania bez pozwolenia, zawiązując kryminalizację do pobrania komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia, a zatem w celu leczniczym. Pobranie transplantatu w celu przeszczepienia wyklucza bowiem cel diagnostyczny, choć założyć można, iż cele naukowe czy dydaktyczne zawsze mogą być realizowane równoległe do celu leczniczego.

Ze znowelizowanego art. 36 ustawy<sup>93</sup> wynika, że postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na pobieraniu komórek, tkanek i narządów od żywych dawców może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych. Także postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na pobieraniu narządów w celu przeszczepienia ze zwłok ludzkich może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych. W dalszej kolejności ustawodawca postanowił, że postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na 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, a także zakładach pogrzebowych posiadających salę sekcyjną. Samo przechowywanie narządów może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych wykonujących przeszczepienia, a postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na przeszczepianiu może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych.

Pozwolenie ministra wydawane jest jedynie na pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów od dawców żywych. W związku z odpowiednim stosowaniem art. 26 ustawy minister udziela pozwolenia na okres pięciu lat. Nie wymaga pozwolenia pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich. Jak słusznie zauważa W. Wróbel, zniesienie obowiązku uzyskania na pobieranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia jest istotną zmianą w tym zakresie. Rzeczywiście nie jest łatwe zrozumienie powodu, dla którego zrezygnowano z wymogu uzyskania pozwolenia ministra w tym zakresie, zwłaszcza że nadal pobieranie narządów, tkanek i komórek ze zwłok musi przecież spełniać wysokie standardy określone przez ustawę. W opinii prawnej do ustawy nowelizującej ustawę transplantacyjną w 2009 r. jej Autor podkreśla, że: „Reglamentacja czynności transplantacyjnych pozwalała na kontrolę przestrzegania tych standardów. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy do pobierania tkanek lub komórek może dochodzić w «zakładach pogrzebowych», a więc jednostkach spoza zakresu służby zdrowia, które nie podlegają bezpośredniemu nadzorowi medycznemu. Zmia-

93 Do tej pory przepis był dwukrotnie nowelizowany: ustawą z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz.U.2009.141.1149, a także ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2011.112.654.

ny te należy ocenić więc krytycznie, choć niewątpliwie brak jakiegokolwiek ich uzasadnienia, znacznie utrudnia tę ocenę”<sup>94</sup>.

Jeśli zatem podmiot (najczęściej wydaje się być nim lekarz) dokona pobrania od dawcy żywego w celu przeszczepienia komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia udzielonego podmiotowi leczniczemu, narazi się na odpowiedzialność karną w oparciu o art. 46 ustawy. Podobnie rzecz się ma w przypadku przeszczepienia komórki, tkanki lub narządu wykonanego w podmiocie leczniczym nieposiadającym stosownego pozwolenia ministra.

**W zakresie strony podmiotowej** analizowanego przestępstwa wskazać należy na umyślność zachowania podmiotu, działającego zarówno w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym. Zdarzyć się bowiem może, iż np. lekarz pobierający materiał w celu przeszczepienia lub dokonujący przeszczepu nie ma pewności co do tego, czy jednostka, w której wykonuje zabieg, posiada ważne pozwolenie i mimo to godzi się, że zachowaniem swym wypełnia znamiona przestępstwa, choć jednocześnie nie chce popełnienia tego czynu.

Nie ma racji J. Haberko, gdy pisze, iż przestępstwo może być popełnione zarówno z winy umyślnej, jak i nieumyślnej<sup>95</sup>. Na podstawie art. 116 kk. przepisy części ogólnej tego kodeksu stosuje się do innych ustaw przewidujących odpowiedzialność karną, chyba że ustawy te wyraźnie wyłączają ich zastosowanie. Jeśli zastosować tę zasadę do przepisów karnych w ustawie transplantacyjnej, a tak należy niewątpliwie uczynić, przestępstwo z art. 46 ustawy transplantacyjnej może być popełnione wyłącznie z winy umyślnej, albowiem ustawodawca nie przewidział karalności dla formy nieumyślnej. Nieumyślne formy popełnienia czynu nie wyczerpują znamion przestępstwa z art. 46 ustawy.

**Ustawowe granice karalności** ujęte są w alternatywnie zbudowanej sankcji, przewidującej możliwość orzeczenia kary grzywny, kary ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 3. Od strony formalnej występuje możliwość zastosowania art. 59 § 1 kk. i odstąpienia od wymierzenia kary z jednoczesnym orzeczeniem środka karnego, przepadku lub środka kompensacyjnego, a także możliwość warunkowego umorzenia postępowania. Zastosowanie instytucji probacyjnej warunkowego zawieszenia wykonania kary zależeć będzie w każdym indywidualnym przypadku od wysokości orzeczonej kary, która jeśli orzeczona zostanie w granicach nakreślonych art. 69 § 1 kk., mogłaby zostać zawieszona przy jednoczesnym spełnieniu merytorycznej przesłanki w postaci pozytywnej prognozy kryminologicznej względem sprawcy.

94 W. Wróbel, Opinia prawna z dnia 6 marca 2009 r. o projekcie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny (druk sejmowy nr 1657), <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk6.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=1657>.

95 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrzynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 340.

Przy tak ujętej reakcji prawnokarnej w grę mogą wchodzić warunki odstąpienia od wymierzenia kary i orzeczenia zamiast niej środka karnego, przepadku lub środka kompensacyjnego, przewidziane w art. 59 kk.

## **§ 6. Przywóz lub wywóz z/na terytorium Polski komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej zgody (art. 46a ustawy transplantacyjnej)<sup>96</sup>**

Przepis ten został wprowadzony nowelizacją do pierwotnego tekstu ustawy transplantacyjnej i obowiązuje od dnia 15 września 2009 r.<sup>97</sup>

Celem wprowadzenia art. 46a, a także 46b ustawy transplantacyjnej i szeregu zmian nowelizujących było dostosowanie polskiego ustawodawstwa w obszarze pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów do wymagań dyrektyw Komisji: 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonujących dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich<sup>98</sup>. Termin dostosowania polskiego ustawodawstwa w obszarze pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów do wymagań wyżej wskazanych aktów prawa europejskiego upłynął dnia 1 września 2007 r., w związku z tym konieczne było jak najszybsze wejście w życie przepisów nowelizowanej ustawy<sup>99</sup>. Zakreślony termin został przekroczony, gdyż nowelizacja weszła w życie w dniu 15 września 2009 r., a zatem z dwuletnim opóźnieniem.

Przepis art. 46a ustawy penalizuje wywożenie z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wwożenie na to terytorium komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej przepisami zgody. Jak słusznie podnosi J. Haberko, uwagę zwraca posłużenie się przez ustawodawcę liczbą pojedynczą dla opisu przedmiotu podlegającego czynności wymienionej w przepisie. Wynika z tego, że już wwiezienie lub wywiezienie pojedynczej komórki, tkanki lub narządu podlega karze<sup>100</sup>.

96 Przepis art. 46a ustawy transplantacyjnej brzmi następująco: „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”.

97 Art. 45 został zmieniony przez art. 1 pkt 24 ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz.U.2009.141.1149.

98 Dz.Urz. WE L 102 z 7.04.2004.

99 Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/1657>.

100 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 341.

**Podmiot przestępstwa** jest powszechny, nie wymaga się, aby posiadał cechy wyróżniające spośród ogółu podmiotów.

**Przedmiot ochrony (zamachu)** stanowi życie i zdrowie dawców i biorców, a także integralność medycyny transplantacyjnej, wyrażająca się w prawidłowości postępowania z komórkami, tkankami oraz narządami, oznaczająca bezpieczeństwo obrotu komórkami, tkankami lub narządami ludzkimi.

**Strona przedmiotowa** przestępstwa polega na wywożeniu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wwożeniu na to terytorium komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej przepisami zgody. Zasady uzyskiwania takiej zgody określa art. 37a ustawy transplantacyjnej.

Stosownie do tego przepisu, który był już dwukrotnie nowelizowany<sup>101</sup> w stosunku do swej pierwotnej wersji, zgody udziela dyrektor „Poltransplantu” albo dyrektor Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek. 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”.

Z kolei 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. 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”.

Warto zauważyć, że zgody na wywóz komórek, tkanek lub narządu odmawia się w przypadku, gdy na liście znajduje się zgodny do przeszczepienia potencjalny biorca.

**Strona podmiotowa** przestępstwa polega na umyślności w obu formach zamiaru. Znowu błędne stanowisko w kwestii strony podmiotowej zajmuje J. Haberko, gdy pisze, iż przestępstwo może być popełnione zarówno z winy umyślnej, jak i nieumyślnej<sup>102</sup>. Skoro na podstawie art. 116 kk. przepisy części ogólnej tego kodeksu stosuje się do innych ustaw przewidujących odpowiedzialność karną, chyba że ustawy te wyraźnie wyłączają ich zastosowanie, to przestępstwo z art. 46a ustawy transplantacyjnej może być popełnione wyłącznie z winy umyślnej, albowiem ustawodaw-

101 Ustawą z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz.U.2009.141.1149, a także ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2011.112.654.

102 J. Haberko, (w:) J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *op. cit.*, s. 341.

ca nie przewidział karalności dla formy nieumyślnej. Nieumyślne formy popełnienia czynu nie wyczerpują znamion przestępstwa z art. 46a ustawy.

Przestępstwo zostało zagrożone alternatywnie grzywną, karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3, co oznacza, że stanowi zbrodnię. Od strony formalnej występuje możliwość zastosowania art. 59 § 1 kk. i odstąpienia od wymierzenia kary z jednoczesnym orzeczeniem środka karnego, przypadku lub środka kompensacyjnego, a także możliwość warunkowego umorzenia postępowania. Zastosowanie instytucji probacyjnej warunkowego zawieszenia wykonania kary zależeć będzie w każdym indywidualnym przypadku od wysokości orzeczonej kary, która jeśli orzeczona zostanie w granicach nakreślonych w art. 69 § 1 kk., mogłaby zostać zawieszona przy jednoczesnym spełnieniu merytorycznej przesłanki w postaci pozytywnej prognozy kryminologicznej względem sprawcy.

**Ustawowe granice karalności** ujęte są w alternatywnie zbudowanej sankcji, przewidującej możliwość orzeczenia kary grzywny, kary ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 3. Od strony formalnej występuje możliwość zastosowania art. 59 § 1 kk. i odstąpienia od wymierzenia kary z jednoczesnym orzeczeniem środka karnego, przypadku lub środka kompensacyjnego, a także możliwość warunkowego umorzenia postępowania. Zastosowanie instytucji probacyjnej warunkowego zawieszenia wykonania kary zależeć będzie w każdym indywidualnym przypadku od wysokości orzeczonej kary, która jeśli orzeczona zostanie w granicach nakreślonych art. 69 § 1 kk., mogłaby zostać zawieszona przy jednoczesnym spełnieniu merytorycznej przesłanki w postaci pozytywnej prognozy kryminologicznej względem sprawcy.

## § 7. Niezgłoszenie określonych informacji do narzędzi rejestrujących (art. 46b ustawy transplantacyjnej)<sup>103</sup>

Przepis ten został wprowadzony nowelizacją do pierwotnego tekstu ustawy transplantacyjnej i obowiązuje od 15 września 2009 r.<sup>104</sup>

Artykuł 46b ustawy penalizuje naruszenie obowiązków w zakresie zgłaszania biorców i potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych oraz dokonanych przeszczepień do właściwych rejestrów.

103 Przepis art. 46b ustawy transplantacyjnej brzmi następująco: „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”.

104 Art. 45 został zmieniony przez art. 1 pkt 24 ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny<sup>1</sup>, Dz.U.2009.141.1149.

**Podmiot przestępstwa** jest indywidualny, bowiem z treści przepisu wynika, że dotyczy on naruszenia obowiązków w zakresie zgłaszania biorców i potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych oraz dokonanych przeszczepień do właściwych rejestrów. Wypada zauważyć, że nie każdy posiada taki obowiązek. Cięży on tylko z mocy ustawy na określonych podmiotach. Z treści art. 17 ustawy wynika chociażby, że potencjalnego biorcę zakwalifikowanego do przeszczepienia szpiku, komórek lub narządów zgłasza się na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, a zgłoszenia dokonuje lekarz w ośrodku kwalifikującym do przeszczepienia, kierujący zespołem złożonym z lekarzy odpowiedzialnych za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia. Z kolei art. 18 ustawy stanowi, że w celu należytego monitorowania dokonywanych przeszczepień komórek, tkanek i narządów tworzy się krajowy rejestr przeszczepień. Dane do rejestru przeszczepień przekazuje podmiot leczniczy, który sprawuje aktualnie opiekę nad biorcą przeszczepu. Sam rejestr przeszczepień prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do spraw Transplantacji „Poltransplant”.

**Przedmiot ochrony (zamachu)** stanowi życie i zdrowie dawców i biorców, a także integralność medycyny transplantacyjnej, wyrażająca się w prawidłowości postępowania z komórkami, tkankami oraz narządami, oznaczająca bezpieczeństwo obrotu komórkami, tkankami lub narządami ludzkimi.

**Strona przedmiotowa** przestępstwa polega na zaniechaniu wykonania określonych w ustawie nakazanych zachowań – obowiązku zgłaszania określonych okoliczności do narzędzi rejestrujących. Narzędzia owe to jedna lista i dwa rejestry. Zasadniczo mowa tu o liście potencjalnych biorców narządów lub szpiku, lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, lub krwi pępowinowej oraz o rejestrze dokonanych przeszczepień komórek, tkanek i narządów, a także rejestrze szpiku i krwi pępowinowej, w odniesieniu do pozyskanych potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.

Przepis wskazuje źródło tego obowiązku poprzez wykorzystanie klauzuli odzwierciedlającej się w znamieniu: „wbrew przepisom ustawy”. Strona przedmiotowa obejmuje dwa rodzaje zachowań: niezgłaszanie biorców do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, a także niezgłaszanie pozyskanych dawców komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej do rejestru szpiku i krwi pępowinowej.

Można powtórzyć za A. Złotkiem, że typ czynu zabronionego określony w art. 46b ustawy transplantacyjnej jest przestępstwem formalnym abstrakcyjnego narażenia na niebezpieczeństwo. Dla zaistnienia tego czynu zabronionego znaczenie ma wyłącznie fakt niezgłoszenia danych przez uprawniony podmiot w odpowiednim terminie. W tym zakresie mogą się rodzić pewne problemy związane z terminem,



w którym dany podmiot ma obowiązek przekazać dane, po przekroczeniu którego mamy już do czynienia z dokonaniem przestępstwem z art. 46b<sup>105</sup>.

**Strona podmiotowa** przestępstwa polega na umyślności w obu formach zamiaru.

Przestępstwo **zagrożone jest** alternatywnie grzywną, karą ograniczenia wolności, stanowi zatem występpek. Od strony formalnej występuje możliwość zastosowania art. 59 § 1 kk. i odstąpienia od wymierzenia kary z jednoczesnym orzeczeniem środka karnego, przepadku lub środka kompensacyjnego, jeżeli cele kary zostaną w ten sposób spełnione.

## § 8. Uwagi podsumowujące

Podsumowując powyższe rozważania w warstwie prawnokarnej, należy krótko skonstatować, że w obowiązującej ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów:

- 1) rozszerzono zakres penalizacji w stosunku do poprzednio zakreślonego ustawy transplantacyjną z 1995 r., wprowadzając nowe typy przestępstw (art. 45, art. 46 ustawy);
- 2) nie poprawiono mankamentów widocznych już na gruncie ustawy poprzednio obowiązującej (art. 44 ustawy), co czyni ten przepis niejednoznacznym, narażając na zarzut naruszenia zasady *nullum crimen sine lege certa*;
- 3) zbędnie zwiększono stopień represyjności, mierzony ustawowo zakreślonym wymiarem kary za poszczególne przestępstwa, jednak, co należy ustawodawcy oddać, niektóre mankamenty w tym względzie poprawiono, szczególnie przepis art. 44 ustawy transplantacyjnej. Wydaje się, że ustawodawca polski poszedł nieprawidłową drogą zaostrzania przepisów prawnokarnych, upatrując w tym możliwości ograniczenia przestępczości i jednoznacznie stawiając na zasady negatywnej prewencji generalnej. Poprzez zagrożenie surową karą w ustawie nie uda się bowiem odstraszyć sprawców czy całych społeczeństw od popełniania przestępstw. Daleko bardziej należałoby postawić na pozytywną prewencję generalną, budując stabilność prawa oraz zaufanie członków społeczeństwa do porządku prawnego i organów państwowych.
- 4) poza zakresem odpowiedzialności z art. 44 ust. 1 ustawy znajduje się zbywaniem własnych narządów, nawet w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, pośrednictwo w handlu narządami ludzkimi bez osiągnięcia korzyści majątkowej oraz nabywanie narządów bez chęci osiągnięcia korzyści majątkowej, zatem np. nabycie narządu dla siebie bądź nabycie narządu przez osobę trzecią dla

105 A. Złotek, Krótki komentarz do zmian w przepisach karnych ustawy transplantacyjnej, Cz.PKiNP 2011/1/25-30.

osoby najbliższej. Nielogiczność ową wzmacnia dodatkowo fakt, iż karalne jest rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu własnych narządów (art. 43 ustawy), a niekaralne pozostaje samo zbycie. Być może takie ukształtowanie przepisów prawno-karnych ma charakter prewencyjny, gdyż ustawodawca może się starać tą drogą zwalczać „w zarodku” handel narządami ludzkimi, wychodząc z założenia, że zamieszczanie ogłoszeń niechybnie zdążyć może do ich urzeczywistnienia;

- 5) nowelizacja ustawy dokonana w 2009 r. miała na celu dostosowanie polskiego ustawodawstwa w obszarze pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów do wymagań dyrektyw Komisji: 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonujących dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Termin dostosowania polskiego ustawodawstwa w obszarze pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów do wymagań wyżej wskazanych aktów prawa europejskiego upłynął dnia 1 września 2007 r., w związku z tym konieczne było jak najszybsze wejście w życie przepisów nowelizowanej ustawy. Zakreślony termin został przekroczony, gdyż nowelizacja weszła w życie w dniu 15 września 2009 r., a zatem z dwuletnim opóźnieniem;
- 6) nowelizacja z 2009 r. w przepisach art. 44 polegała na złagodzeniu odpowiedzialności karnej – w typie podstawowym przestępstwa (art. 44 ust. 1 ustawy) z kary pozbawienia wolności od lat 3 na karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat, zaś w typie kwalifikowanym (art. 44 ust. 2 ustawy) z kary pozbawienia wolności od lat 5 na karę pozbawienia wolności od roku do 10 lat. Inne zmiany zaszyły z kolei w redakcji przepisu art. 44 ust. 1 ustawy, gdzie ustawodawca obok pierwotnie przewidzianego celu uzyskania korzyści majątkowej wprowadził alternatywnie cel uzyskania korzyści osobistej, a także rozszerzył zakres kryminalizacji o niepenalizowane dotychczas branie udziału w udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich.
- 7) po nowelizacji ustawy z 2009 r. zmieniono charakter przestępstw z art. 44 w typie podstawowym i kwalifikowanym ze zbrodni na występki. Nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów penalizowane jest w art. 44 ustawy i występuje w dwóch typach – podstawowym, zagrożonym karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5 (pierwotnie od 3 lat do 15 lat pozbawienia wolności, wówczas zbrodnia) oraz – kwalifikowanym, ob-

warowanym sankcją w postaci kary pozbawienia wolności od roku do 10 lat (pierwotnie od 5 do 15 lat pozbawienia wolności, wówczas zbrodnia). Przeszłość w obu postaciach stanowi obecnie występki;

- 8) dyspozycja przepisu art. 45 ustawy może budzić pewne wątpliwości z punktu widzenia zasady *nullum crimen sine lege certa*. Czynność sprawcza polega na aktywnej działalności (*delictum commissivum*), podejmowanej bez stosownego pozwolenia, której zakres wynika z treści art. 25 ustawy. Jest to każda czynność podmiotu, który bez pozwolenia gromadzi, przetwarza, sterylizuje, przechowuje lub dystrybuuje tkanki i komórki przeznaczone do przeszczepienia. O ile ustawodawca w art. 2 ustawy daje odpowiedź na pytanie, czym jest przetwarzanie, sterylizacja, przechowywanie i dystrybucja, o tyle milczy na temat czynności polegających na gromadzeniu tkanek i komórek;
- 9) nowelizacja art. 46 ustawy dokonana w 2009 r. w powiązaniu z nowelizacją art. 36 ustawy także nie jest do końca udana. Zniesienie obowiązku uzyskania na pobieranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia jest istotną zmianą w tym zakresie. Nie jest łatwe zrozumienie powodu, dla którego zrezygnowano z wymogu uzyskania pozwolenia ministra w tym zakresie, zwłaszcza że nadal pobieranie narządów, tkanek i komórek ze zwłok musi przecież spełniać wysokie standardy określone przez ustawę. Reglamentacja czynności transplantacyjnych pozwalała na kontrolę przestrzegania tych standardów, co może być ograniczone bądź wręcz uniemożliwione zwłaszcza w sytuacji, gdy do pobierania tkanek lub komórek może dochodzić w „zakładach pogrzebowych”, a więc jednostkach spoza zakresu służby zdrowia, które nie podlegają bezpośredniemu nadzorowi medycznemu.

## § 9. Projektowane zmiany w przepisach karnych ustawy transplantacyjnej

Grupa posłów na Sejm RP VII kadencji wypracowała projekt ustawy<sup>106</sup> o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów<sup>107</sup>, projekt wpłynął do Sejmu w dniu 16 października 2014 r., w dniu 13 stycznia 2015 r. skierowano projekt do pierwszego czytania w Sejmie, a następnie w dniu 9 kwietnia 2015 r. projekt wycofano<sup>108</sup>. Z uzasadnienia ustawy nowelizującej wynika, że u podstaw nowelizacji leżały dwa główne argumenty. Celem projektu nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów było:

106 Druk sejmowy nr 3057, [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).

107 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2009 r. Nr 169, poz. 1411 ze zm.

108 <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=E5767D4B28C11F54C1257DCD00299929>.

- 1) uregulowanie problematyki medycznie wspomaganej prokreacji w zakresie dawstwa, pobierania, przetwarzania, testowania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych oraz zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji oraz stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji;
- 2) dostosowanie polskiego ustawodawstwa dotyczącego pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami w celu medycznie wspomaganej prokreacji w zakresie odnoszącym się do komórek rozrodczych i zarodków do wymagań dyrektyw Komisji: 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonujących dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich<sup>109</sup>.

Wnioskodawcy podnosili w uzasadnieniu, że doprowadzenie do stosowania w naszym kraju metod wspomaganego rozrodu w sposób kontrolowany leży w interesie publicznym, bowiem od lat niepełne pary bezskutecznie czekają na regulacje prawne w tym zakresie. W przekonaniu twórców projektu zaproponowane rozwiązania dotyczące zapłodnienia *in vitro* były rozsądną, kompromisową propozycją uregulowania zagadnień dotyczących metod wspomaganej prokreacji. Ten projekt ustawy uwzględniał rzeczywiste potrzeby osób dotkniętych niezamierzoną bezdzietnością i brał pod uwagę wiele życiowych sytuacji z tym związanych. Umożliwił dostęp do najnowocześniejszych technik medycznie wspomaganej prokreacji oraz dawał możliwość wyboru metody leczenia, co zwiększa szanse powodzenia zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego. W opinii wnioskodawców projekt ustawy był więc odpowiedzią na rzeczywistą potrzebę społeczną, a zawarte w nim prawne rozwiązania były życiowe, skuteczne i zgodne z międzynarodowymi standardami.

Warto odnotować w tym kontekście stanowisko L. Mazowieckiej, która pisze, że o ile zabronione jest zachowanie polegające na sprzedaży narządów, tyle zawarcie umowy, której przedmiotem jest przeszczepienie zarodka czy embrionu w zamian za korzyść materialną i osobistą, nie podlega penalizacji. Złożone w Sejmie projekty ustaw regulujące kwestie bioetyczne, w szczególności dotyczące transferu komórek rozrodczych są istotnym krokiem naprzód. Jakkolwiek prace Sejmu nie zostały zakończone, to nie zmienia to faktu, że w pewnych przypadkach w ramach zespołu znamion handlu ludźmi będzie penalizowany przeszczep komórek rozrodczych, jako

---

109 Dz.Urz. WE L 102 z 7.04.2004.

szczególnej rodzaju komórek, oczywiście przy wypełnieniu pozostałych znamion tego przestępstwa<sup>110</sup>.

Należy podzielić opinię wnioskodawców projektu ustawy, iż prawidłowe funkcjonowanie procedur medycznie wspomaganej prokreacji wymaga przyjęcia odpowiednich regulacji i wprowadzenia funkcjonalnych rozwiązań instytucjonalnych. Przyjęte rozwiązania ustawowe nie mogą pogorszyć dostępu do uznanych i powszechnie stosowanych metod wspomaganej medycznie prokreacji. Regulacje prawne powinny zapewniać wysoki poziom medyczny, bezpieczeństwo zdrowotne i efektywność stosowanych zabiegów medycznie wspomaganej prokreacji. Zapłodnienie pozaustrojowe, tzw. *in vitro*, jest jedną z uznanych metod leczenia niezamierzonej bezdzietności mającą zastosowanie w razie braku powodzenia leczenia konwencjonalnego lub też jako metoda „z wyboru” dla eliminacji specyficznych problemów będących przyczyną niepłodności. Regulacje prawne powinny więc gwarantować każdemu możliwość korzystania z aktualnych osiągnięć wiedzy medycznej. Nie wolno arbitralnie ograniczać prawa jednostki do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (gwarantowanego m.in. przez art. 12 Paktu Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych) oraz konstytucyjnego prawa do decydowania o swoim życiu osobistym, również w zakresie zdrowia i samostanowienia w dziedzinie reprodukcji. Skuteczne stosowanie metody *in vitro* przy aktualnym poziomie wiedzy i techniki medycznej wymaga procedury tworzenia nadliczbowych zarodków oraz ich zamrażania. Procedura ta zwiększa szansę na powodzenie leczenia niezamierzonej bezdzietności w takim stopniu, że stosowanie metody *in vitro* staje się akceptowaną metodą leczenia i może być finansowane ze środków publicznych. Jest to rozwiązanie obecnie optymalne, ponieważ jego zastosowanie ogranicza liczbę cykli leczniczych, którym musi być poddana kobieta w trakcie terapii niepłodności, a w części przypadków zmniejsza lub eliminuje ryzyko poważnych powikłań zdrowotnych dla matki. Na dzisiejszym etapie rozwoju wiedzy i techniki medycznej nie ma jeszcze powszechnie stosowanych metod alternatywnych o porównywalnej efektywności. Rację mają wnioskodawcy, gdy zwracają uwagę na to, że świadczenia zdrowotne z zastosowaniem procedur wspomaganej medycznie prokreacji powinny być udzielane wyłącznie przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje oraz przez zakłady opieki zdrowotnej, które uzyskały pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia, na zasadach analogicznych, jak w przypadku przeszczepiania wszystkich komórek, tkanek i narządów. Powinny zostać ponadto stworzone instytucjonalne warunki do kontroli przestrzegania obowiązujących standardów oraz norm jakości i bezpieczeństwa.

Zdaniem wnioskodawców projektowana regulacja prawna powinna stanowić część ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu

110 L. Mazowiecka, rozdział: 2.6. Formy wykorzystania związane z pozyskaniem komórek, tkanek lub narządów wbrew przepisom ustawy, (w:) L. Mazowiecka, *Ofiary handlu ludźmi*, LEX 2014.

komórek, tkanek i narządów. Miało się tak stać z uwagi na bliskość przedmiotu unormowań oraz ich kompleksowy charakter. Projekt uwzględniał też niektóre zmiany tej ustawy zaproponowane w projekcie nowelizacji z dnia 29 grudnia 2008 r.<sup>111</sup>

Generalnie należy zauważyć w ślad za wnioskodawcami, iż implementacja przepisów dotyczących pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek rozrodczych i zarodków jest niezbędna ze względu na obowiązek wdrożenia prawa wspólnotowego, jaki Polska przyjęła wraz ze wstąpieniem do struktur unijnych. Opóźnienie we wdrożeniu dyrektyw PE i Rady 2006/17/WE oraz 2006/86/WE wykonujących dyrektywę PE i Rady 2004/23/WE, w jakim obecnie znajduje się Polska<sup>112</sup>, stanowi zgodnie z przepisami art. 226 TWE podstawę do wniesienia przez Komisję Europejską skargi do Trybunału Sprawiedliwości na naruszenie prawa wspólnotowego poprzez niewykonanie wynikających z niego zobowiązań. Nowelizacja ustawy jest zatem konieczna, by uniknąć negatywnych skutków wynikających z opóźnienia we wdrażaniu dyrektyw, w tym także kar pieniężnych.

Warto zauważyć, że w prawie wspólnotowym problematyka norm jakości i bezpieczeństwa w obchodzeniu się z materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego jest traktowana wspólnie w odniesieniu do wszystkich komórek i tkanek, włączając w to komórki rozrodcze oraz komórki i tkanki płodowe<sup>113</sup>. Z tego względu, wyłączenie tej problematyki z ustawy z 2005 r. oraz z projektu nowelizacji tej ustawy z dnia 29 grudnia 2008 r. mających na celu implementację wymienionych wyżej dyrektyw, było nieuzasadnione. Projekt zmierzał do zmiany tego stanu rzeczy.

Proponowane w projekcie zmiany polegały w szczególności na:

- uzupełnieniu słowniczka poprzez dodanie lub zmianę definicji m.in. takich określeń jak: „bank tkanek i komórek”, „bezpośrednie użycie”, „biorczyńni”, „dawca zarodków”, „dawstwo partnerskie”, „komórka rozrodcza”, „ośrodek medycznie wspomaganey prokreacji”, „procedura medycznie wspomaganey prokreacji” (art. 2);
- rozszerzeniu zakazu komercjalizacji części organizmu człowieka na komórki rozrodcze i zarodki (art. 3);
- wprowadzeniu zakazu pobierania komórek rozrodczych ze zwłok ludzkich w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji (art. 4);
- określeniu zasad i warunków dopuszczalności pobierania komórek rozrodczych od dawców żywych w celu medycznie wspomaganey prokreacji w ramach dawstwa partnerskiego oraz niepartnerskiego, a także warunków do-

111 Druk sejmowy nr 1657.

112 Termin do wdrożenia dyrektywy 2004/23/WE upłynął w dniu 7 kwietnia 2006 r.

113 Zob. pkt 7 preambuły do dyrektywy 2004/23/WE.

- puszczalności pobierania komórek rozrodczych od dawcy żywego w celu zabezpieczenia zdolności płodzenia na przyszłość (rozdział 3a, art. 19a);
- sformułowaniu warunków dopuszczalności dawstwa zarodków w celu medycznie wspomaganej prokreacji (rozdział 3a, art. 19b);
  - utworzeniu centralnego rejestru dawców i biorców komórek rozrodczych i zarodków (rejestru medycznie wspomaganej prokreacji: Rejestr ART, rozdział 3a, art. 19c);
  - uwzględnieniu w przepisach dotyczących banków komórek i tkanek także komórek rozrodczych oraz zarodków (rozdział 6);
  - uwzględnieniu szczególnych zasad postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami w ośrodkach medycznie wspomaganej prokreacji oraz zasad uzyskiwania pozwolenia przez te ośrodki na działalność, a także wymogów kwalifikacyjnych odnośnie do osób tam pracujących (rozdział 7);
  - określeniu zasad stosowania komórek rozrodczych i zarodków w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji (rozdział 7a);
  - uzupełnieniu zasad wywozu i przewozu komórek i tkanek o komórki rozrodcze i zarodki (rozdział 7b);
  - utworzeniu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Medycznie Wspomaganej Prokreacji „PolArt” (rozdział 8, art. 38a);
  - rozszerzeniu zakresu kompetencji Krajowej Rady Transplantacyjnej na dziedzinę medycznie wspomaganej prokreacji (Krajowa Rada do spraw Transplantacji i Medycznie Wspomaganej Prokreacji, art. 41);
  - uzupełnieniu kompetencji nadzorczych ministra właściwego do spraw zdrowia nad stosowaniem przepisów ustawy o obowiązki związane z dziedziną medycznie wspomaganej prokreacji;
  - objęciu zakazem rozpowszechniania ogłoszeń o handlu (art. 43) oraz zakazem handlu komórkami rozrodczymi i zarodkami (art. 44);
  - uznaniu za przestępstwo prowadzenia bez wymaganego zezwolenia ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji (art. 45);
  - uznaniu za przestępstwo stosowania procedury wspomaganej prokreacji z naruszeniem przepisów ustawy, a w szczególności prowadzenia selekcji zarodków pod względem płci (art. 46c);
  - uznaniu za przestępstwo komercyjnego pośredniczenia w zawieraniu umów o tzw. macierzyństwo zastępcze (art. 46d);
  - uznaniu za przestępstwo niszczenia zarodków zdolnych do prawidłowego rozwoju wbrew woli dawców gamet (art. 46e);

- uznaniu za przestępstwo tworzenia zarodków z ludzkich komórek rozrodczych dla celów badawczych oraz dokonywania ingerencji w ludzki genom (art. 46f);
- uznaniu za przestępstwo stosowania procedury klonowania reprodukcyjnego (art. 46g);
- wprowadzeniu kryminalizacji tworzenia zarodków z ludzkich oraz zwierzęcych komórek rozrodczych lub łączenia co najmniej dwóch zarodków ludzkich lub zwierzęcych (art. 46h).

W uzasadnieniu ustawy można było przeczytać, że proponowane w projekcie unormowanie problematyki zapłodnienia *in vitro* jest zgodne z tendencjami światowymi, a zwłaszcza europejskimi. Poza Polską, brak regulacji zasad korzystania z metod wspomaganej prokreacji na obszarze UE występuje jeszcze w takich państwach, jak Cypr, Czechy, Malta, Portugalia i Słowacja. W pozostałych państwach UE zasady leczenia niepłodności zostały uregulowane albo za pomocą odrębnych ustaw, albo przepisów nowelizujących istniejące akty prawne, w tym ustawy o przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, kodeksy cywilne, kodeksy rodzinne i opiekuńcze oraz kodeksy karne.

Należy zauważyć, że uregulowanie kryteriów dopuszczalności i zasad stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji prowadzi nieuchronnie do redefinicji takich pojęć, jak macierzyństwo i ojcostwo, a zatem pociąga za sobą konieczność nowelizacji przepisów z zakresu polskiego prawa rodzinnego i cywilnego. Projekt pomijał te kwestie, zakładając, że staną się one przedmiotem oddzielnej regulacji, w ramach nowelizacji kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przepisy projektu pozostawały zdaniem projektodawców w zgodzie z postanowieniami prawa międzynarodowego, do których przestrzegania polski prawodawca jest zobowiązany na podstawie art. 91 Konstytucji RP. Wobec braku szczegółowych wiążących przepisów wspólnotowych na temat zasad stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji i wykorzystania zarodków ludzkich, rozwiązania wykraczające poza zakres dyrektyw UE zostały oparte m.in. na postanowieniach Konwencji Rady Europy z 1997 r. o ochronie praw człowieka i godności jednostki ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny<sup>114</sup>, postanowieniach Protokołów dodatkowych do Konwencji, Karty Praw Podstawowych UE z 2000 r. oraz aktów prawa międzynarodowego ustanawianych w ramach systemu Narodów Zjednoczonych.

Projekt ustawy brał też pod uwagę tendencje widoczne na podstawie analizy przepisów krajowych pozostałych państw członkowskich UE. Spośród 27 państw członkowskich jedynie cztery, tj. Austria, Irlandia, Niemcy i Włochy, przyjęły rozwiązania restrykcyjne. Rozwiązania austriackie i niemieckie, mające na celu uniemożli-

114 Tzw. Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie.



wienie selekcji oraz eksperymentów na zarodkach ludzkich, wynikają bezpośrednio z doświadczeń czasów II wojny światowej. Jedynie w Irlandii i we Włoszech u podstaw restrykcyjnych rozwiązań leży doktryna Kościoła katolickiego. Rozwiązania te są szeroko krytykowane za ich niespójność z przepisami dopuszczającymi przerywanie ciąży w ograniczonych przypadkach, w tym w sytuacji, gdy płód dotknięty jest ciężkim upośledzeniem bądź nieuleczalną chorobą, które obowiązują we wszystkich krajach Europy z wyjątkiem Irlandii.

Zgodnie z oceną Europejskiej Grupy ds. Etyki Nowych Technologii, działającej przy Komisji Europejskiej, fenomen tzw. turystyki reprodukcyjnej, polegający na wyjeżdżaniu przez kobiety do państw oferujących leczenie niepłodności, może prowadzić do pogorszenia sytuacji pacjentów m.in. ze względu na to, iż nie znają oni języka i prawa państw przyjmujących.

Jak słusznie zauważyli wnioskodawcy, przepisy UE nie regulują zakresu dopuszczalności wykonywania badań na komórkach i zarodkach, a jedynie standardy bezpieczeństwa ich testowania. W tej sytuacji za punkt odniesienia posłużyły postanowienia podpisanej przez Polskę, aczkolwiek nadal nieratyfikowanej Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie. Choć Konwencja nie reguluje zasad stosowania metod wspomaganey prokreacji, przewidziano w niej zakaz selekcji płci zarodków pozaustrojowych dla celów innych niż eliminacja choroby dziedzicznej (art. 14), zakaz tworzenia zarodków ludzkich wyłącznie dla celów badawczych (art. 18 ust. 2) oraz zakaz ingerencji genetycznych powodujących zmiany dziedziczne w genomie ludzkim (art. 13).

Właśnie takie rozwiązania zostały przyjęte w części nowelizacji ustawy zawierającej przepisy karne, odpowiednio w art. 46f ust. 1 i 2. Są one zgodne z ustawodawstwami krajowymi większości państw-stron Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie (jak też państw członkowskich UE).

Blankietowy zakaz przeprowadzania wszelkich rodzajów testów preimplantacyjnych obowiązuje jedynie w Irlandii, natomiast w Niemczech i Szwajcarii dopuszczalne są wyłącznie badania ciała polarnego. We Włoszech, mimo braku zakazu wyrażonego *expressis verbis*, wykonywanie testów było do niedawna niecelowe ze względu na wprowadzony ustawą z 2004 r. obowiązek implantacji wszystkich zarodków stworzonych dla celów wspomaganey prokreacji. Równocześnie zgodnie z włoskim prawem, dopuszczalna była i jest natomiast aborcja ze względu na ciężką wadę genetyczną płodu. W konsekwencji, kobiety poddawane były terapii hormonalnej, niezwykle uciążliwej zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, a następnie zabiegowi wszczepiania zarodków, choć mogło się okazać, że kilka tygodni później musiały usunąć płód obciążony wadą genetyczną. Włoski Trybunał Konstytucyjny stanął na stanowisku, że taka sytuacja koliduje z ochroną zdrowia kobiet, i w kwietniu 2009 r. uznał za niekonstytucyjne przepisy nakładające obowiązek wszczepiania wszystkich tworzonych zarodków do macicy kobiety. Uznał też za konieczne wzmoc-

nienie sformułowania zakazującego wszczepiania zarodków, gdy zagraża to zdrowiu kobiety. Dopuszczenie dokonywania preimplantacyjnej selekcji embrionów podyktowanej względami zdrowotnymi w niniejszym projekcie ma na celu uniknięcie w polskim prawie podobnych problemów, jakie wystąpiły we Włoszech. Ponadto, czyni ono zadość zasadzie ochrony zdrowia wyrażonej w art. 68 ust. 1 i 3 Konstytucji RP. We wszystkich pozostałych państwach UE, m.in. w Belgii, Danii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii czy Wielkiej Brytanii, dopuszczalna jest selekcja w oparciu o kryteria zdrowotne. Analogicznie przedstawia się sytuacja w kwestii selekcji płci zarodków. Selekcja ta jest dopuszczalna dla celów innych niż zdrowotne tylko w Holandii.

Tworzenie embrionów dla celów badawczych dopuszczalne jest w Belgii i Wielkiej Brytanii, które nie ratyfikowały Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie. Pozostałe z państw członkowskich Rady Europy dostosowały swoje prawodawstwo do postanowień Konwencji. Projekt dostosowuje polskie prawo do postanowień Konwencji także w zakresie zakazu ingerencji powodującej zmiany dziedziczne w genomie ludzkim. Rozwiązanie to zostało przyjęte we wszystkich państwach, które uregulowały kwestie wspomaganej prokreacji. Ponadto, dokonując transpozycji zakazów przewidzianych w Protokole dodatkowym do Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie dotyczącym klonowania reprodukcyjnego z 12 stycznia 1998 r., w art. 3 ust. 2 Karty Praw Podstawowych UE z 2000 r. oraz Deklaracji ONZ o Klonowaniu Człowieka przyjętej na Zgromadzeniu Ogólnym w dniu 23 marca 2005 r., wśród przepisów karnych nowelizacji polskiej ustawy zawarto także zakaz tworzenia genetycznych kopii człowieka. Jak dowodzą powyższe dokumenty, zakaz ów wywołuje najmniej kontrowersji, a społeczność międzynarodowa wydaje się zgodna co do jego zasadności.

Wypada powtórzyć za wnioskodawcami, że przedmiotowy projekt ustawy był zgodny z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (2004/23/WE) oraz dyrektywami tzw. technicznymi Komisji: 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonującymi wyżej wskazaną dyrektywę.

W odniesieniu do przepisów prawnokarnych zaproponowano zmiany w przepisach dotychczasowych oraz wprowadzenie nowych typów przestępstw. Artykuły 43-45 w znowelizowanej ustawie miały otrzymać następujące brzmienie:

„Art. 43. Kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, w tym komórki rozrodczej, tkanki, narządu lub zarodka, 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, w tym komórkę rozrodczą, tkankę lub narząd, pośredniczy

w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, w tym komórek rozrodczych, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat.

2. Tej samej karze podlega kto, w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, nabywa lub zbywa zarodek lub pośredniczy w jego nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w wykorzystaniu pozyskanego wbrew przepisom ustawy zarodka. 3. Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 lub 2 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat.

Art. 45. Kto prowadzi działalność przewidzianą przepisami ustawy dla banku tkanek i komórek lub ośrodka medycznie wspomaganego prokreacji, bez wymaganego pozwolenia lub wbrew warunkom określonym w pozwoleniu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

Sześć nowych typów przestępstw przewidywała z kolei projektowana regulacja art. 46c-46h. Projektowane brzmienie tych przepisów było następujące:

„Art. 46c. 1. Kto stosuje procedurę medycznie wspomaganego prokreacji związaną z pozaustrojowym tworzeniem i wykorzystywaniem zarodków, wbrew przepisom ustawy, podlega karze grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Tej samej karze podlega kto przeprowadza testowanie zarodków w celu dokonania wyboru płci przyszłego dziecka, chyba że wybór taki pozwala uniknąć ciężkiej choroby dziedzicznej związanej z płcią dziecka.

Art. 46d. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, pośredniczy w zawieraniu umów o macierzyństwo surogacyjne, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 46e. Kto, wbrew woli dawców, niszczy zarodki zdolne do prawidłowego rozwoju, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 46f. 1. Kto tworzy zarodek z ludzkich komórek rozrodczych dla celów badawczych lub naukowych, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

2. Tej samej karze podlega kto dokonuje ingerencji w genom ludzkiego zarodka, powodując jego dziedziczne zmiany.

Art. 46g. Kto stosuje procedurę rozrodu wspomaganego medycznie w celu doprowadzenia do urodzenia genetycznej kopii człowieka, podlega karze pozbawienia wolności do lat 5.

Art. 46h. Kto tworzy zarodek z ludzkiej i zwierzęcej komórki rozrodczej albo z połączenia co najmniej dwóch zarodków ludzkich lub zarodka ludzkiego i zarodka zwierzęcego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Projekt zakładał wyraźne zezwolenie i zarazem prawne uregulowanie dawstwa, pobierania, przetwarzania, testowania, przechowywania i dystrybucji ludzkich komórek rozrodczych oraz zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji. Oznaczało to istotne rozszerzenie zakresu regulacji tzw. ustawy transplantacyjnej<sup>115</sup>. Marszałek Sejmu uznał proponowaną regulację za projekt ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej<sup>116</sup>.

Wypada zauważyć, że w trakcie przebiegu procesu legislacyjnego zasięgnięto opinii różnych urzędów, instytucji i organizacji. Część z tych podmiotów nie wносиła żadnych zastrzeżeń, jak chociażby Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, większa część jednak zwracała uwagę na powtarzający się argument. Biuro Studiów i Analiz Sądu Najwyższego w swej opinii stwierdziło, iż zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie odrębnej ustawy o statusie zarodka ludzkiego.

Za takim rozwiązaniem legislacyjnym przemawia fakt, że implantacja zarodków nie odpowiada technicznej definicji przeszczepiania komórek, zatem wybór techniki legislacyjnej można wręcz uznać za wprowadzający w pewnym sensie w błąd. Zupełnie analogicznie brak jest wystarczających argumentów, aby rozszerzać kompetencje Krajowej Rady Transplantacyjnej, tworząc Krajową Radę do spraw Transplantacji i Medycznie Wspomaganej Prokreacji. W opinii wyeksponowano także fakt, że w państwach europejskich istnieje tendencja do całościowego uregulowania problematyki leczenia bezpłodności<sup>117</sup>.

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych stanęła na stanowisku, że problematyka medycznego wspomaganego prokreacji wymaga odrębnej ustawy, bowiem łączenie tych dwu różnych trudnych i skomplikowanych materii – medycznie wspomaganego rozrodo oraz transplantologii, jest trudne, kontrowersyjne i niepożądane społecznie. Opinia Izby wskazuje także na to, że w krajach Unii Europejskiej zagadnienia medycznie wspomaganego prokreacji precyzuje odmienne ustawodawstwo, pomimo że w istocie rzeczy dotyczy też bankowania, testowania, przechowywania i przetwarzania komórek, jednak innego rodzaju. Tak samo przeznaczenie tego materiału nie dotyczy celów związanych z transplantacją. Jednocześnie Izba wyraziła nadzieję,

115 Opinia prawna Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu z dnia 23 października 2014 r. w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Łukasz Krupa), Sygn. BAS-WAPEiM-2498/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.

116 Opinia prawna Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu z dnia 23 października 2014 r. w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Łukasz Krupa), Sygn. BAS-WAPEiM-2499/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.

117 Opinia Biura Studiów i Analiz Sądu Najwyższego z dnia 25 stycznia 2012 r. o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów, Sygn. BSA II-021-212/11, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.

że inicjatywa poselska przysłuży się wydatnie do pracy nad nową i przejrzystą ustawą prokreacyjną, tak potrzebną i konieczną z punktu widzenia oczekiwań społecznych<sup>118</sup>.

Projektowane zmiany należało ocenić raczej negatywnie, bowiem problematyka wspomaganego rozrodu wykracza poza ramy przedmiotowej regulacji ustawy transplantacyjnej, powinno się zatem zaproponować odrębną regulację zamiast przedmiotowego rozszerzania ustawy transplantacyjnej. Ponadto proponowane przepisy prawnokarne były nieprecyzyjne, chociażby wówczas, gdy penalizowały wyłącznie niszczenie zarodków zdolnych do prawidłowego rozwoju wbrew woli rodziców. Także w odniesieniu do proponowanych sankcji karnych należy zauważyć, że wydają się one zbyt surowe. Ze stanowionej w proponowanym art. 46e odpowiedzialności karnej za niszczenie zarodka ludzkiego – przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat, wynika, że zarodek ludzki podlegałby wyższej ochronie prawnej niż dziecko poczęte czy płód ludzki, bowiem za niezgodne z ustawą przerwanie ciąży sprawcy grozi kara do 3 lat pozbawienia wolności<sup>119</sup>. *Nota bene* w projekcie odrębnej ustawy o leczeniu niepłodności proponowany był podobny przepis – „Art. 83. Kto niszczy zarodek zdolny do prawidłowego rozwoju powstały w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5”<sup>120</sup>.

Ostatecznie, jak zasygnalizowano na wstępie do analizy proponowanych zmian, projekt ustawy został wycofany. Wpływ na to miały zapewne równoległe prowadzone prace nad rządowym projektem ustawy o leczeniu niepłodności<sup>121</sup>. Wpłynął on do Sejmu w dniu 13 marca 2015 r., w dniu 18 marca 2015 r. skierowano go do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu, które odbyło się w dniu 9 kwietnia 2015 r. Na 90. posiedzeniu Sejmu głosowano wnioski o odrzucenie ustawy w pierwszym czytaniu. Ostatecznie zagłosowało 150 posłów za odrzuceniem, 286 było przeciw, zaś 3 posłów oddało głosy wstrzymujące. Sejm przekazał projekt do dalszego procedowania w Komisji Zdrowia<sup>122</sup>. W dniu 25 czerwca 2015 r. Sejm uchwalił ustawę o leczeniu niepłodności, którą skierowano do Senatu celem dalszych prac legislacyjnych. W dniu 10 lipca 2015 r. Senat przyjął ustawę bez poprawek, zaś w dniu 22 lipca 2015 r. Prezydent Bronisław Komorowski podpisał ustawę. Warto zauważyć, że przepisy karne

118 Opinia Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 listopada 2014 r., Sygn. L.dz. 2659/11/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.

119 Opinia Prokuratora Generalnego z dnia 26 listopada 2014 r., Sygn. PG VII G 025-330/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.

120 Druk sejmowy nr 3245, [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).

121 Druk sejmowy nr 3245, [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).

122 <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=6F0AC09FB9FE0837C1257E0C0040B31F>.

ustawy o leczeniu niepłodności przyjętej przez Sejm w dużej mierze stanowią odwołanie rozwiązań przyjętych na gruncie ustawy transplantacyjnej<sup>123</sup>.

- 123 Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie7.nsf/nazwa/608\\_u/\\$file/608\\_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie7.nsf/nazwa/608_u/$file/608_u.pdf) „Rozdział 12 Przepisy karne i administracyjne kary pieniężne Art. 76. Kto rozpowszechnia ogłoszenia o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki rozrodczej lub zarodka, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do roku. Art. 77. 1. Kto, w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, nabywa lub zbywa komórkę rozrodczą, pośredniczy w jej nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w zastosowaniu pozyskanej wbrew przepisom ustawy komórki rozrodczej, 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 6 miesięcy do lat 5. Art. 78. Kto postępuje z komórkami rozrodczymi lub zarodkami w sposób niezgodny z art. 18, art. 20-22 lub art. 23 ust. 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do roku. Art. 79. 1. Kto, w celu uzyskania korzyści majątkowej lub osobistej, nabywa lub zbywa zarodek, pośredniczy w jego nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w zastosowaniu uzyskanego wbrew przepisom ustawy zarodka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. 2. Jeżeli sprawca uczynił sobie z popełnienia przestępstwa określonego w ust. 1 stałe źródło dochodu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. Art. 80. Kto prowadzi działalność przewidzianą przepisami ustawy wyłącznie dla ośrodka medycznie wspomaganego prokreacji lub banku komórek rozrodczych i zarodków bez wymaganego pozwolenia lub wbrew warunkom określonym w pozwoleniu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Art. 81. Kto, będąc odpowiedzialnym w ośrodku medycznie wspomaganego prokreacji albo w banku komórek rozrodczych i zarodków, za przekazywanie, do rejestru dawców komórek rozrodczych i zarodków, informacji i danych dotyczących dawców i biorczyń komórek rozrodczych przekazanych w celu dawstwa innego niż partnerskie oraz dawców i biorczyń zarodków, nie przekazuje tych informacji i danych, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Art. 82. Kto stosuje preimplantacyjną diagnostykę genetyczną w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji ze wskazań innych niż medyczne, w tym w celu dokonania wyboru płci przyszłego dziecka, z wyjątkiem sytuacji, gdy wybór taki pozwala uniknąć ciężkiej, nieuleczalnej choroby dziedzicznej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat 2. Art. 83. Kto niszczy zarodek zdolny do prawidłowego rozwoju powstały w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5. Art. 84. Kto pobiera komórki rozrodcze ze zwłok ludzkich w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5. Art. 85. Kto tworzy zarodek w celu innym niż procedura medycznie wspomaganego prokreacji, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5. Art. 86. Kto tworzy przy zastosowaniu technik medycznie wspomaganego prokreacji chimery lub hybrydy lub przeprowadza interwencję mającą na celu dokonanie dziedzicznych zmian w genomie ludzkim, które mogą być przekazane następnym pokoleniom, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5. Art. 87. Kto tworzy zarodek, którego informacja genetyczna w jądrze komórkowym jest identyczna z informacją genetyczną w jądrze komórkowym innego zarodka, płodu, człowieka, zwłok lub szczątków ludzkich, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5. Art. 88. Kto dokonuje wywozu komórek rozrodczych lub zarodków z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na terytorium państwa innego niż państwo członkowskie Unii Europejskiej lub przywozu komórek rozrodczych i zarodków na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium państwa innego niż państwo członkowskie Unii Europejskiej bez pozwolenia na wykonywanie czynności, o których mowa w art. 57, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo karze pozbawienia wolności do lat 3. Art. 89. Kto, będąc obowiązany na podstawie art. 98 do utworzenia programu postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami zgromadzonymi, stosuje komórki rozrodcze lub zarodki w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji bez zatwierdzenia tego programu lub wbrew warunkom określonym w tym programie, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Art. 90. 1. Kto nie przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia: 1) danych, o których mowa w art. 56 ust. 5, wprowadzanych do rejestru ośrodków medycznie wspomaganego prokreacji i banków komórek rozrodczych i zarodków lub 2) informacji o każdym przypadku zaistnienia lub podejrzenia zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanego reakcji – podlega karze pieniężnej w wysokości od 50 000 zł do 100 000 zł. 2. Kary pieniężne, o których mowa w ust. 1, nakłada minister właściwy do spraw zdrowia w drodze decyzji administracyjnej. Minister właściwy do spraw zdrowia jest wierzycielem w rozumieniu przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. 3. Ustalając wysokość kar pieniężnych, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględni zakres naruszenia prawa. 4. Kary pieniężne, o których mowa w ust. 1, uiszcza się w terminie 7 dni od dnia, w którym decyzja określona w ust. 2 stała się ostateczna. Od kary pieniężnej nieuiszczonej w terminie nalicza się odsetki ustawowe. 5. Egzekucja kar pieniężnych, o których mowa w ust. 1, wraz z odsetkami ustawowymi, następuje w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. 6. Należności z tytułu kar pieniężnych, o których mowa w ust. 1, ulegają przedawnieniu po upływie 5 lat, licząc od dnia, w którym stały się wymagalne. 7. Wpływ z kar pieniężnych, o których mowa w ust. 1, stanowią dochód budżetu państwa”.

## DYNAMIKA I STRUKTURA PRZESTĘPCZOŚCI NA TLE USTAWY TRANSPLANTACYJNEJ W ŚWIETLE BADAŃ STATYSTYCZNYCH

### § 1. Metodyka badań

Autorytet polskiej kryminologii B. Hołyst twierdzi, że „przestępczość nie jest wyrażeniem ustawowym. Nie stanowi ona również elementu języka prawniczego”<sup>1</sup>. O ile z pierwszym stwierdzeniem nie sposób dyskutować, o tyle założenie drugie wydaje się nie być słuszne, albowiem prawnicy penaliści posługują się pojęciem przestępczości na co dzień, co powoduje, że stało się ono nieodłącznym elementem języka prawniczego, wchodząc doń na stałe. Za B. Hołystem należy powtórzyć, że w tradycyjnym ujęciu kryminologicznym przestępczość stanowi zbiór czynów zabronionych przez ustawę pod groźbą kary, popełnionych w określonym czasie na obszarze określonej jednostki terytorialnej. Z przestępczością nierozzerwalnie związane są problemy dotyczące jej rozmiarów, rozumianych jako udział zachowań przestępczych w całości kształcie działalności członków społeczeństwa<sup>2</sup>. Na tak rozumiane rozmiary przestępczości składają się następujące jej rodzaje: przestępczość rzeczywista, ujawniona, stwierdzona i osądzona.

Rozmiary przestępczości rzeczywistej nigdy nie są znane, albowiem jest to ogół czynów przestępnych na danym terenie w danym czasie. Nigdy organy ścigania nie posiadają pełnej wiedzy na ten temat, pewna część przestępczości rzeczywistej wchodzi w skład obszaru „ciemnej” liczby przestępstw. Przestępczość ujawniona, nazywana często w literaturze pozorną, odzwierciedla ogół czynów, o których uzyskały

1 B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 1994, s. 53.

2 *Ibidem*, s. 54.

informacje organy ścigania i w związku z tym wszczęły postępowanie przygotowawcze. Z kolei przestępczość stwierdzona to ogół czynów, których przestępny charakter został potwierdzony w wyniku przeprowadzonego postępowania przygotowawczego, a przestępczość osądzona wyrokiem skazującym stanowi zbiór czynów, których przestępny charakter potwierdziło postępowanie sądowe<sup>3</sup>.

W tej części pracy przybliżono rozmiary przestępczości ujawnionej i osądzonej na tle ustawy transplantacyjnej, opierając się na danych statystycznych. Dane statystyczne pozyskano z Komendy Głównej Policji, w tym z Raportów z działalności Centralnego Biura Śledczego z lat 2001–2014<sup>4</sup> oraz Ministerstwa Sprawiedliwości.

Przeanalizowano też materiał badawczy, jaki uzyskano w 2008 r. na podstawie przeprowadzonego surveyu wiktyimizacyjnego oraz badania diagnozującego pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne.

W celu uzyskania materiału badawczego od Policji oraz Ministerstwa Sprawiedliwości w czerwcu 2015 r. zwrócono się do Biura Służby Kryminalnej Komendy Głównej Policji, a także do Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej w Departamencie Strategii i Deregulacji w Ministerstwie Sprawiedliwości.

W piśmie do Komendy Głównej Policji wnioskowano o udostępnienie danych odnośnie do liczby postępowań przygotowawczych prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005–2014. Posiadano także wcześniejsze dane za lata 1997–2005 uzyskane w 2006 r. z Sekcji do spraw Informacji Publicznej Gabinetu Komendanta Głównego Policji. Tym samym uzyskano obraz statystyczny przestępczości na tle ustaw transplantacyjnych w latach 1997–2014. Jedynie za lata 2013–2014 udało się uzyskać dane wyodrębnione według poszczególnych przepisów karnych ustawy transplantacyjnej, pozostałe dane dotyczą zbiorczo przestępczości w oparciu o ustawy transplantacyjne. Warto przypomnieć, że od 1 stycznia 1996 r. do 1 stycznia 2006 r. obowiązywała ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów<sup>5</sup>, a od 1 stycznia 2006 r. obowiązuje jej następczyni – ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów<sup>6</sup>.

W piśmie do Ministerstwa Sprawiedliwości zwrócono się z wnioskiem o udostępnienie danych odnośnie do liczby prawomocnie skazanych osób na podstawie ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 1996–2015. Wnioskowano

3 *Ibidem.*

4 Skrócone Raporty dostępne są na stronie: <http://cbsp.policja.pl/cbs/do-pobrania/raporty-z-dzialalnosci/9890,Raporty-z-dzialalnosci.html>. Autorka dysponowała rozszerzonymi wersjami Raportów.

5 Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 ze zm.

6 Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 ze zm.



także o wyodrębnienie danych odnośnie do poszczególnych artykułów wyżej wskazanych ustaw. Ministerstwo Sprawiedliwości nadesłało informację, że w Krajowym Rejestrze Karnym nie odnotowano w latach 1996-2005 prawomocnych skazań na podstawie ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Z Ministerstwa Sprawiedliwości uzyskano dane dotyczące liczby:

1. Prawomocnie skazanych osób dorosłych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2006-2014;
2. Prawomocnie skazanych osób dorosłych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów według wymiaru kary w latach 2009-2014;
3. Prawomocnie skazanych osób dorosłych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów według płci i miejsca popełnienia przestępstwa (województwa) w latach 2009-2014;
4. Prawomocnie skazanych osób dorosłych na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2006-2012;
5. Prawomocnie skazanych osób dorosłych na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów według wymiaru kary, płci, wieku oraz w podziale na województwa w latach 2009-2012;
6. Dochodzeń i śledztw oraz przestępstw stwierdzonych według wyniku postępowania na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2006-2011.

Warto zaznaczyć, że policyjne dane statystyczne dotyczą liczby wszczętych postępowań, co oznacza, że mieszczą się w obszarze tzw. przestępczości ujawnionej, natomiast dane ujawnione w statystyce prowadzonej przez Ministerstwo Sprawiedliwości nadsyłane są przez sądy, sporządzające karty karne. Statystyka prowadzona przez Ministerstwo jest statystyką sądową zawierającą dane dotyczące przestępczości stwierdzonej.

Jak słusznie zauważa B. Hołyst, zaletą statystyki policyjnej jest zakres rejestracji i jej operatywność, wadą natomiast często jej niedokładność, bowiem niektóre z zarejestrowanych czynów są pozbawione znamion przestępstwa. Zaletą statystyki sądowej z kolei jest duży zakres informacji o przestępstwie i sprawcy, zweryfikowanych w toku postępowania przygotowawczego i sądowego. Statystyka sądowa obejmuje za-

zwyczaj mniejszą liczbę przypadków skazań niż zarejestrowanych przestępstw w statystyce policyjnej<sup>7</sup>.

Ponadto należy mieć na uwadze, że statystyki policyjne operują jednostką statystyczną w postaci liczby wszczętych postępowań (w których podejrzanym może nie być, może być jeden, dwóch lub więcej)<sup>8</sup>, natomiast statystyki sądowe bazują na liczbie prawomocnych skazań osób dorosłych. Różne są zatem operaty wykorzystywane do budowy tych dwóch rodzajów statystyk.

W tym miejscu warto poczynić nieco uwag szczegółowych w zakresie gromadzenia danych statystycznych Policji<sup>9</sup> oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Z dniem 31 stycznia 2013 r. mocą zarządzenia nr 5 Komendanta Głównego Policji z dnia 31 stycznia 2013 r. uchylone zostało zarządzenie nr 350 Komendanta Głównego Policji z dnia 1 lipca 2003 r. w sprawie zbierania, gromadzenia, przetwarzania i opracowywania danych statystycznych o przestępczości oraz zamachach samobójczych i wypadkach tonięcia<sup>10</sup>. W związku z uchyceniem wyżej wymienionego zarządzenia i tym samym wyłączenia z dalszego użytkowania Policyjnego Systemu Statystyki Przystępczości „Temida” (PSSP TEMIDA) od dnia 1 stycznia 2013 r. wszelkie zadania, związane z problematyką regulowaną w uchylonym zarządzeniu, realizowane są przy wykorzystaniu Systemu Analitycznego w oparciu o informacje przetwarzane w Krajowym Systemie Informacyjnym Policji (KSIP). Zgodnie z zarządzeniem nr 5 Komendanta Głównego Policji, dane archiwalne (do 31 grudnia 2012 r.) są przetwarzane w systemie „Temida”.

KSIP jest zestawem centralnych zbiorów informacji zawierającym m.in. informacje o wydarzeniach będących przestępstwami ściganymi z oskarżenia publicznego, o osobach podejrzanych o popełnienie przestępstw ściganych z oskarżenia publicznego, a także informacje o zamachach samobójczych i wypadkach tonięcia. KSIP gromadzi dane od chwili utworzenia wydarzenia zgłoszonego dyżurnemu jednostki Policji, poprzez informacje o postępowaniu przygotowawczym, począwszy od jego wszczęcia aż do zakończenia, w tym również informacje o podejrzanych. Ze zbiorów KSIP dla celów statystycznych wyodrębniane są podstawowe informacje przetwarzane w Systemie Analitycznym.

W PSSP TEMIDA rejestrowane były dane statystyczne przestępczości oparte na katalogu symboli cyfrowych przestępstw, z uwzględnieniem podmiotowych i przedmiotowych cech poszczególnych rodzajów przestępstw po zakończeniu postępowania przygotowawczego.

7 B. Hołyst, *Kryminologia...*, s. 55, 60.

8 Należy zwrócić uwagę na to, że policyjna statystyka kryminalna nie stwarza podstaw do konstruowania wiarygodnego obrazu przestępczości i to nie tylko w Polsce – z podobnymi problemami borykają się także inne kraje. Zob. np. E.W. Pływaczewski, *Możliwości statystycznego ujęcia przestępczości zorganizowanej (na przykładzie doświadczeń niemieckich)*, *Przegląd Policyjny* z 1994 r., nr 33, s. 76 i n.

9 Informacje pochodzą z niepublikowanych materiałów Biura Służby Kryminalnej Komendy Głównej Policji nadesłanych Autorce.

10 Dz.Urz. KGP z 2003 r. Nr 14, poz. 74 ze zm.

Uwzględniając art. 13 ust. 3 i art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej<sup>11</sup>, jak również przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2012 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na 2013 r.<sup>12</sup> i rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 czerwca 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na 2013 r.<sup>13</sup> nakładające na Policję obowiązki w zakresie gromadzenia danych statystycznych w Systemie Analitycznym wyodrębniono m.in. obszar danych statystycznych o przestępczości według podziału administracyjnego Polski. Powyższe dane opracowane są na podstawie danych z postępowań przygotowawczych prowadzonych przez Policję i postępowań dotyczących nieletnich prowadzonych przez Sądy Rodzinne i Nieletnich, a wyniki prezentowane są według miejsca popełnienia przestępstwa z uwzględnieniem podziału administracyjnego Polski. Sposób prezentowania danych z wyżej wymienionego obszaru odbywa się zasadniczo na takich samych zasadach, jakie obowiązywały przy prezentowaniu danych na podstawie PSSP TEMIDA, a wyniki są porównywalne, jednakże bardziej ograniczony jest zakres danych (przestępstwa stwierdzone, czyny nieletnich, wskaźnik wykrywalności, ilość podejrzanych, wskaźnik zagrożenia).

Warto zwrócić uwagę na różnice w danych gromadzonych w systemie PSSP TEMIDA oraz KSIP. Różnice w danych wynikają m.in. z:

1. terminu generowania danych: w PSSP TEMIDA okres rozliczeniowy kończył się przeważnie trzy dni przed ostatnim dniem miesiąca, natomiast raporty statystyczne z danych KSIP posiadają termin rozliczeniowy do ostatniego dnia każdego miesiąca;
2. czynów karalnych nieletnich: w PSSP TEMIDA czyny karalne nieletnich wykazywane były w momencie skierowania wniosku do Sądu Rodzinnego i Nieletnich, zaś raporty statystyczne z KSIP prezentują te dane po uzyskaniu informacji o wszczęciu i zakończeniu postępowania przez sędziego rodzinnego.
3. innego obszaru danych: PSSP TEMIDA prezentowała dane z postępowań przygotowawczych prowadzonych przez Policję, materiałów skierowanych z wnioskiem do Sądu Rodzinnego i Nieletnich i postępowań prowadzonych we własnym zakresie przez prokuraturę (bez udziału Policji), natomiast raporty statystyczne z KSIP prezentują dane z postępowań przygotowawczych prowadzonych przez Policję i postępowań dotyczących nieletnich prowadzonych przez Sądy Rodzinne i Nieletnich.

Od dnia 1 stycznia 2014 r. zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na

11 Dz.U. z 1995 r. Nr 88, poz. 439 ze zm.

12 Dz.U. z 2012 r., poz. 1391.

13 Dz.U. z 2013 r., poz. 844.

2014 r.<sup>14</sup> Ministerstwo Sprawiedliwości zobowiązane jest do gromadzenia i przekazywania do Głównego Urzędu Statystycznego danych o osobach nieletnich i ich czynach karalnych. W związku z tym zmienił się obszar danych przekazywanych przez Policję do GUS i są to dane uzyskiwane tylko i wyłącznie na podstawie postępowań przygotowawczych prowadzonych przez Policję.

Zgodnie z art. 20 ust. 2a ustawy z dnia 9 kwietnia 1997 r. o Policji<sup>15</sup> jednostki organizacyjne Policji gromadzą dane o nieletnich dopuszczających się czynów zabronionych przez ustawę jako przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego w celu realizacji zadań ustawowych<sup>16</sup>. Jednocześnie przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej<sup>17</sup> nakładają na Policję obowiązek udzielania każdej informacji o sprawach publicznych, w tym o posiadanych informacjach o czynach zabronionych nieletnich i o osobach ich dopuszczających się, z wyłączeniem art. 5 wyżej wymienionej ustawy.

Drugim obszarem danych statystycznych jest statystyka przestępczości według jednostek organizacyjnych Policji, które to dane opracowane są na podstawie danych z postępowań przygotowawczych prowadzonych przez Policję i postępowań dotyczących nieletnich prowadzonych przez Sądy Rodzinne i Nieletnich, a wyniki prezentowane według jednostek rejestrujących postępowanie, przestępstwo i rejestrację osoby. Dane z wyżej wskazanego obszaru mogą być porównywane z danymi generowanymi do tej pory z PSSP TEMIDA – dotyczy to wyłącznie wykazywania ilości postępowań wszczętych i zakończonych. Należy zwrócić jednak uwagę na uproszczenie – błąd metodologiczny, powielany przez osoby wykorzystujące dane polegające na prezentacji postępowań wszczętych według podziału administracyjnego kraju. Uproszczenie polega na utożsamieniu miejsca siedziby jednostki organizacyjnej Policji prowadzącej postępowanie z jednostką podziału administracyjnego. Biorąc pod uwagę przepisy kodeksu postępowania karnego<sup>18</sup>, trzeba zauważyć, że przecież jednostka prowadząca postępowanie przygotowawcze nie jest ograniczona ramami podziału administracyjnego. Przykładowo Wydział Dochodzeniowo-Śledczy KWP w Olsztynie może prowadzić sprawę dotyczącą przestępstwa zaistniałego w województwie lubelskim. Aby zapobiec błędnej interpretacji danych o liczbie postępowań wszczętych, należałoby odczytywać je w sposób następujący:

14 Dz.U. z 2013 r., poz. 1159.

15 Dz.U. z 1997 r. Nr 30, poz. 179 ze zm.

16 Art. 1 ust. 2 ustawy o Policji. Zob. szeroko także na ten temat: W. Kotowski, *Ustawa o Policji. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 1280; B. Opaliński, M. Rogalski, P. Szustakiewicz, *Ustawa o Policji. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 424; Ł. Czebotar, Z. Gądzik, A. Łyżwa, A. Michałek, A. Świerczewska-Gąsiorowska, M. Tokarski, *Ustawa o Policji. Komentarz praktyczny*, Warszawa 2015, s. 812.

17 Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 ze zm.

18 Dz.U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 ze zm.

	Liczba postępowań wszczętych
jednostki organizacyjne garnizonu KWP Olsztyn	

a nie w poniższy sposób:

	Liczba postępowań wszczętych
województwo warmińsko-mazurskie	

Różnice między danymi z PSSP TEMIDA a danymi statystyki przestępczości według jednostek organizacyjnych Policji wynikają poza wymienionymi wyżej powodami jeszcze m.in. ze sposobu naliczania danych. PSSP TEMIDA prezentowała dane statystyczne o przestępstwach stwierdzonych, wykrytych według jednostki organizacyjnej Policji, na której terenie zaistniało przestępstwo, z kolei raporty statystyczne według jednostek organizacyjnych Policji prezentują dane z wyżej wskazanego obszaru według jednostki/komórki Policji prowadzącej postępowanie. W związku z koniecznością uproszczenia procedury oceny pracy jednostek organizacyjnych Policji zdecydowano się na wyżej wymieniony sposób prezentacji danych w KSIP, który pozwala na kompleksową analizę pracy jednostki/komórek organizacyjnych Policji.

Dla porządku i pełności metodologicznych rozważań należy jeszcze zauważyć, że kolejnymi obszarami (niezwiązanymi wszak z przestępczością na tle ustawy transplantacyjnej) są: statystyka wypadków tonięcia i statystyka zamachów samobójczych, których wyniki generowane są na podstawie danych wprowadzonych do KSIP i nie różnią się zakresem w porównaniu do danych z PSSP TEMIDA. Natomiast na ewentualne różnice ma wpływ sposób i czas wprowadzania danych. Dane do PSSP TEMIDA z tego zakresu były wprowadzane za pośrednictwem formularzy Stp-10, Stp-11 po przeprowadzeniu i zakończeniu postępowania sprawdzającego, w trybie art. 308 kpk.<sup>19</sup>, lub postępowania przygotowawczego. Natomiast dane do KSIP wprowadzane są za pośrednictwem formularzy bezpośrednio po wydarzeniu w momen-

19 Art. 308 § 1. W granicach koniecznych dla zabezpieczenia śladów i dowodów przestępstwa przed ich utratą, zniszczeniem lub zniszczeniem, prokurator albo Policja może w każdej sprawie, w wypadkach niecierpiących zwłoki, jeszcze przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, przeprowadzić w niezbędnym zakresie czynności procesowe, a zwłaszcza dokonać oględzin, w razie potrzeby z udziałem biegłego, przeszukania lub czynności wymienionych w art. 74 § 2 pkt 1 w stosunku do osoby podejrzanej, a także przedsięwziąć wobec niej inne niezbędne czynności, nie wyłączając pobrania krwi, włosów i wydzielin organizmu. Po dokonaniu tych czynności, w sprawach, w których prowadzenie śledztwa przez prokuratora jest obowiązkowe, prowadzący postępowanie przekazuje sprawę niezwłocznie prokuratorowi. § 2. W wypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przestępstwa, można w toku czynności wymienionych w § 1 przesłuchać osobę podejrzaną o popełnienie przestępstwa w charakterze podejrzanego przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia. Przesłuchanie rozpoczyna się od informacji o treści zarzutu. § 3. W wypadku przewidzianym w § 2, w sprawach, w których prowadzenie śledztwa jest obowiązkowe, najpóźniej w ciągu 5 dni od dnia przesłuchania wydaje się postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo, w razie braku warunków do jego sporządzenia, umarza się postępowanie w stosunku do osoby przesłuchanej. § 4. W sprawach, w których obowiązkowe jest prowadzenie śledztwa, postanowienie przewidziane w § 3 wydaje prokurator. § 5. Czynności, o których mowa w § 1 i 2, mogą być dokonywane tylko w ciągu 5 dni od dnia pierwszej czynności. § 6. W wypadkach określonych w § 1 i 2 czas trwania śledztwa lub dochodzenia liczy się od dnia pierwszej czynności.

cie ustalenia, że doszło do wypadku tonięcia lub zamachu samobójczego. Dodatkowo system dane te zamraża z miesięcznym opóźnieniem, umożliwiając modyfikacje zapisu w przypadku ustalenia w późniejszym etapie postępowania, iż nie doszło do wypadku tonięcia lub zamachu samobójczego.

Biuro Służby Kryminalnej KGP, w ramach realizacji zadania wynikającego z wdrożenia w 2013 r. raportów statystycznych generowanych za pośrednictwem Systemu Analitycznego, przeprowadziło weryfikację kwalifikacji prawnych pod kątem przynależności do odpowiednich grup aktów prawnych (grup przestępstw) oraz korekt danych wnioskowanych przez poszczególne KWP.

W odniesieniu do sprawozdań z działalności Centralnego Biura Śledczego Policji, wykorzystanych w pracy badawczej, należy wskazać, że samo Centralne Biuro Śledcze zostało powołane do życia w dniu 15 kwietnia 2000 r. przez Komendanta Głównego Policji. Powstało ono z połączenia działającego od 1994 r. Biura do Walki z Przestępczością Zorganizowaną oraz działającego od 1997 r. Biura do spraw Narkotyków.

Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji było komórką organizacyjną polskiej Komendy Głównej Policji, mającą za zadanie zwalczanie przestępczości zorganizowanej, transgranicznej, kryminalnej, narkotykowej, ekonomicznej oraz związanej z aktami terrorystycznymi, a także rozpoznawanie i rozpracowywanie szczególnie groźnych grup przestępczych. Od dnia 9 października 2014 r. jednostka ta została przekształcona w Centralne Biuro Śledcze Policji. Jest to aktualnie jednostka organizacyjna Policji służby śledczej realizująca na obszarze całego kraju zadania w zakresie rozpoznawania, zapobiegania i zwalczania przestępczości zorganizowanej.

Od początku swego istnienia CBS przygotowywało sprawozdania ze swej działalności, zawierające dane statystyczne i opisowe w zakresie zwalczania przestępczości zorganizowanej, w tym handlu ludźmi, a także handlu narządami ludzkimi.

W tym miejscu należy jeszcze przybliżyć metodykę w zakresie zbierania danych statystycznych przez Ministerstwo Sprawiedliwości. Ministerstwo Sprawiedliwości gromadzi dane statystyczne o działalności sądów powszechnych i wojskowych grupowane według podziału na dziedziny prawa, według orzecznictwa pierwszej i drugiej instancji, według podziału administracyjnego kraju, według struktury resortu, dane o wykonywaniu orzeczeń. Informacje statystyczne pozyskiwane są w ramach statystyki publicznej na podstawie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej<sup>20</sup>. Gromadzeniem i opracowywaniem danych zajmuje się Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej w Departamencie Strategii i Funduszy Europejskich. Dane statystyczne przekazywane są do instytucji krajowych i zagranicznych, m.in.: Głównego Urzędu Statystycznego, kancelarii Sejmu i Senatu, organów administracji rządowej i samorządowej, Eurostatu, ONZ, organów Rady Europy, instytucji finansowych, kancelarii prawnych, instytutów naukowych, radia, telewizji i prasy. Na stronie inter-

netowej Ministerstwa Sprawiedliwości publikowane są podstawowe dane statystyczne zgromadzone w okresach kwartalnych oraz wybrane, przekrojowe opracowania szczegółowe budzące największe zainteresowanie odbiorców<sup>21</sup>.

Dane statystyczne pozyskiwane są z sądów powszechnych. Opracowywanie sprawozdań statystycznych z zakresu działania poszczególnych wydziałów w sądach jest czynnością administracyjną i należy do obowiązków kierowników sekretariatów w wydziałach. Każda decyzja podjęta w sprawie powinna być niezwłocznie po jej wydaniu odnotowana wraz z datą jej wydania, w sposób zgodny z przyjętymi wymogami systemu informatycznego, w szczególności w sposób umożliwiający prawidłowe uwzględnienie tej decyzji w zestawieniach statystycznych. Systemy ewidencyjne i informatyczne prowadzone w resorcie są źródłem danych do zbierania, gromadzenia i przetwarzania informacji do celów statystyki publicznej na podstawie przepisów art. 2 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej.

Nośnikami informacji do celów statystycznych są sprawozdania (dane zagregowane) oraz karty rejestracyjne i statystyczne (dane indywidualne) przekazywane na określonych wzorach formularzy lub za pomocą nośników informatycznych według określonych wzorów formularzy i po zastosowaniu programów informatycznych przekazanych przez komórkę Ministerstwa Sprawiedliwości odpowiedzialną za statystykę.

Sprawozdania sporządza się na podstawie dokumentacji obowiązującej w jednostce organizacyjnej: akt, repertoriów, wykazów, kartotek, innych urządzeń ewidencyjnych lub na podstawie prowadzonych systemów informatycznych. Jednostkę sprawozdawcą stanowi sąd. Oddziały, wydziały, sekcje, roki sądowe, zespoły są zobowiązane do przekazania wynikających z prowadzonych urządzeń ewidencyjnych i dokumentów danych, niezbędnych do sporządzenia sprawozdania jednostkowego według ustalonego wzoru. Ośrodki i wydziały zamiejscowe sądów niezależnie od szczebla organizacyjnego sporządzają sprawozdania z własnego zakresu działania na zasadach takich jak wydział. Sądy sporządzają sprawozdania jednostkowe i zbiorcze.

Sprawozdanie jednostkowe jest to sprawozdanie sporządzone przez jednostkę sprawozdawcą niższego szczebla przedstawiane jednostce organizacyjnej wyższego szczebla i za jej pośrednictwem Ministerstwu Sprawiedliwości lub bezpośrednio Ministerstwu Sprawiedliwości, sprawozdanie zbiorcze zaś to sprawozdanie sporządzone przez jednostkę organizacyjną wyższego szczebla ze sprawozdań jednostek organizacyjnych niższych szczebli na formularzach ustalonych dla tych jednostek i stanowi sumę danych ze sprawozdań jednostkowych w każdym polu formularza. Sąd okręgowy sporządza sprawozdania zbiorcze ze sprawozdań sądów rejonowych dwuetapowo – z wydziałów karnych, cywilnych, pracy, ubezpieczeń społecznych, gospodarczych, rodzinnych odrębnie, a następnie sporządza właściwe sprawozdania zbiorcze

---

21 Informator Statystyczny Wymiaru Sprawiedliwości, <http://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/>.

ze wszystkich wydziałów według dziedzin prawa, za pomocą programów informatycznych. Z kolei sąd apelacyjny poza sprawozdaniami jednostkowymi z własnego zakresu działalności sporządza sprawozdania zbiorcze ze sprawozdań komorników i notariuszy, wraz ze sporządzeniem zestawień pośrednich, zawierających dane według okręgów sądów okręgowych, za pomocą programów informatycznych.

Sądy zobowiązane są do sporządzania sprawozdań statystycznych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, przy czym sprawozdania przekazywane są zarówno do Ministerstwa Sprawiedliwości, jak i do innych odbiorców wymienionych w programie badań, a mianowicie do urzędów statystycznych i właściwych komend Policji. Są to karty statystyczne w sprawach o rozwód i separację oraz karty statystyczne z postępowań prowadzonych przez sędziów rodzinnych wobec nieletnich. Sprawozdania zaprojektowane są tematycznie (z ewidencji spraw, z orzeczeń wydanych przez sądy, a także z sądowego wykonywania orzeczeń) i dziedzinami prawa. Sprawozdania krótkookresowe zawierają przede wszystkim informacje o ewidencji spraw według repertoriów, natomiast sprawozdania roczne – również dane o ewidencji poszczególnych rodzajów spraw w danym repertorium. W sprawach karnych z zakresu orzeczeń sprawozdanie sporządza się z każdego wydanego wyroku w okresie sprawozdawczym, z wyłączeniem wyroków łącznych na podstawie repertorium „K”. W sprawach o wykroczenia z zakresu orzecznictwa sprawozdanie sporządza się z każdego wydanego wyroku na podstawie repertorium „W”. Każda osoba osądzona w sprawie karnej wykazana jest tylko raz, tzn. wykazuje się tylko jeden czyn i karę orzeczoną za ten czyn albo inne orzeczenie w związku z wykazywanym czynem. W sprawozdaniu nie wykazuje się nieletnich. W przypadku, gdy jedna osoba stawała przed sądem pod zarzutem popełnienia dwóch lub więcej czynów, wykazuje się ją w sposób następujący:

- 1) jeżeli w jednym wyroku orzeczono skazanie i uniewinnienie, umorzenie, warunkowe umorzenie lub odstąpienie od wymierzenia kary, to wykazuje się skazanie;
- 2) jeżeli orzeczono uniewinnienie (umorzenie, odstąpienie od wymierzenia kary) i warunkowe umorzenie, to wykazuje się warunkowe umorzenie;
- 3) jeżeli orzeczono uniewinnienie, odstąpienie od wymierzenia kary i umorzenie, to wykazuje się odstąpienie od wymierzenia kary;
- 4) jeżeli orzeczono uniewinnienie i odstąpienie od wymierzenia kary, to wykazuje się odstąpienie od wymierzenia kary;
- 5) jeżeli skazano za dwa (lub więcej) przestępstwa, to wykazuje się tylko jedno przestępstwo i karę wymierzoną za to przestępstwo według następujących zasad:
  - a) artykuł wskazany przez sąd w wyroku w trybie art. 11 § 2 kk.,
  - b) jeżeli są to przestępstwa jednorodne (np. kilka czynów z art. 278 § 1 kk.), to wykazuje się karę najsurowszą (nie karę łączną),



- c) jeżeli są to przestępstwa różnorodne (np. art. 278 § 1 kk. i art. 279 kk.), to wykazuje się przestępstwo, za które przewidziana jest w ustawie kara zasadnicza surowsza (tzn. art. 279 kk.); jeżeli zagrożenie jest jednakowe, to wykazuje się przestępstwo, za które wymierzono karę zasadniczą wyższą; jeżeli zagrożenia i kary są jednakowe, to wykazuje się przestępstwo społecznie bardziej szkodliwe.

Warunkowe zawieszenie wykonania kary wykazuje się tylko wówczas, gdy związane jest z wykazaniem przestępstwem, chyba że wymienione jest w karze łącznej. Grzywnę orzeczoną obok pozbawienia wolności w trybie art. 33 § 2 kk. wykazuje się wówczas, gdy wymierzono ją za przestępstwo, które wykazuje się w sprawozdaniu. W tym samym miejscu wykazuje się grzywny orzeczone w trybie art. 71 § 1 kk., a wynikające z kary łącznej. Jeżeli wyjątkowo zdarzy się orzeczenie obu kar, to należy wykazać tylko grzywnę orzeczoną w trybie art. 33 § 2 kk. Liczba orzeczeń o grzywnie obok pozbawienia wolności nie może być większa niż liczba orzeczeń o pozbawieniu wolności za to samo przestępstwo, analogicznie, gdy dotyczy to innych kar zasadniczych.

Nadzwyczajne złagodzenie kary należy wykazać tylko przy tych przestępstwach, przy których wykazane są skazania, i tylko przy tych karach poniżej dolnego zagrożenia lub przy karach łagodniejszego rodzaju, niż przewiduje ustawa.

W sprawozdaniach z zakresu wykonywania orzeczeń zawarte są dane o zdarzeniach w ciągu roku (warunkowe zwolnienia, wykonywanie dozorów) zarówno co do osób dorosłych, jak i nieletnich oraz stany w ostatnim dniu wykonywanych orzeczeń.

Zastosowanie techniki informatycznej oparte jest na obowiązujących formularzach sprawozdawczych publikowanych w Dzienniku Ustaw corocznie jako załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie określenia wzorów sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej. Przekazywanie sprawozdań przez jednostki organizacyjne odbywa się przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego, pocztą elektroniczną lub wyjątkowo na elektronicznych nośnikach informacji<sup>22</sup>.

W tej części pracy poświęcono także nieco uwagi „ciemnej” liczbie przestępstw i przybliżono wyniki badania podjętego w 2008 r. Zagadnienia związane z handlem narządami ludzkimi znalazły swoje odzwierciedlenie w badaniu zrealizowanym w ramach projektu badawczego pt. „Monitoring, identyfikacja i przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa obywateli”<sup>23</sup>. W badaniu zastosowano metodę sondażową, uznając, że sondaże stanowią najlepszą metodę badania bardzo licznych populacji. Przy zastosowaniu reguł statystyki badaniem sondażowym nie obejmuje się całej

22 Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej, Dz. Urz. MS. z 2003 r. Nr 5, poz. 22.

23 Projekt realizowany pod kierownictwem Prof. zw. dr. hab. Emila W. Pływaczewskiego przez Katedrę Prawa Karnego na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku we współpracy z Wojskową Akademią Techniczną im. Jarosława Dąbrowskiego w Warszawie.

zbiorowości, ale jej – najlepiej losowo dobraną – część, zwaną próbą badawczą. Dzięki losowemu doborowi próba odzwierciedla cechy populacji i umożliwia wnioskowanie statystyczne o tej populacji: pozwala na uogólnienie wyniku uzyskanego w próbie na całą populację. W badaniu zastosowano technikę bezpośredniego wywiadu kwestionariuszowego, wspieranego komputerowo. Wywiady zostały zrealizowane w dniach 24-30 września 2008 r. na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski w wieku powyżej 18 lat. Realizację badania zlecono instytutowi badawczemu Pentor Research International, który zrealizował je przy pomocy około 150 przeszkolonych ankieterów. W sumie zrealizowano 1042 wywiady, którą to próbę badawczą można uznać za reprezentatywną dla ogółu Polaków ze względu na płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania (wielkość miejscowości i region)<sup>24</sup>. Reprezentatywna próba to taka, która charakteryzuje się ze znaczną dokładnością cechami populacji, z której została pobrana<sup>25</sup>.

Zamieszczona poniżej tabela przedstawia strukturę próby ze względu na najważniejsze zmienne, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania.

Tabela 57. Struktura próby badawczej<sup>26</sup>

I.	Płeć	Mężczyzna 48%	Kobieta 52%			
II.	Wiek	do 29 lat 29%	30-39 lat 17%	40-49 lat 17%	50-59 lat 18%	60 lat i więcej 17%
III.	Wykształcenie	Podstawowe 24%	Zasadnicze 27%	Średnie 35%	Wyższe 14%	
IV.	Miejsce zamieszkania	Wieś 38%	Miasto do 20 tys. mieszkańców 11%	20-50 tys. mieszkańców 13%	50-200 tys. mieszkańców 21%	Powyżej 200 tys. mieszkańców 17%

Źródło: Raport z badań pt. „Poczucie bezpieczeństwa obywateli – społeczna diagnoza zagrożeń”. E. Glińska, A. Kowalewska, Białystok, styczeń 2009 r.

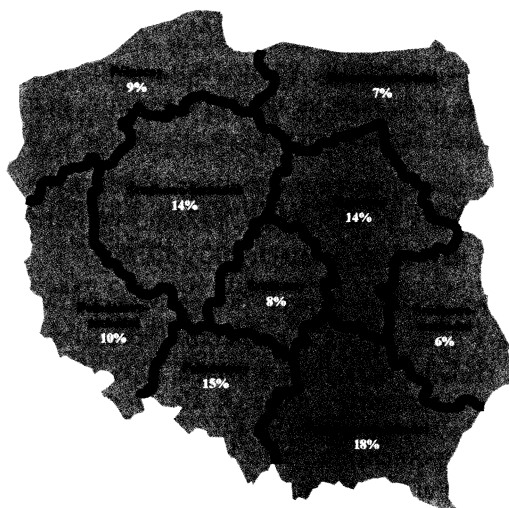
Z uwagi na to, że w dalszej części opracowania prezentującej merytoryczne wnioski z dokonanych badań wskazuje się na pewne grupy respondentów zamieszkujące konkretne regiony naszego kraju, niezbędne jest zamieszczenie poniższego rysunku, który obrazuje rozkład próby badawczej ze względu na region.

24 E. Glińska, A. Kowalewska, Raport z badań pt. „Poczucie bezpieczeństwa obywateli – społeczna diagnoza zagrożeń”, zrealizowanych w ramach grantu badawczego zamawianego nr PBZ-MNiSW-DBO-01/1/2007, kierowanego przez Prof. zw. dr. hab. Emila W. Pływaczewskiego pod tytułem „Monitoring, identyfikacja i przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa obywateli”, Białystok, styczeń 2009, s. 6-8.

25 A. Pieniążek, M. Stefaniuk, Socjologia prawa. Zarys wykładu, Warszawa 2014, s. 123.

26 Tabela opracowana przez: E. Glińska, A. Kowalewska, op. cit., s. 8. W celu przygotowania tabel statystycznych uzyskane dane zostały przeważone. Ważenie danych to procedura matematyczna, stosowana w odniesieniu do danych z badania ilościowego, której celem jest zapewnienie, by skład demograficzny próby badawczej możliwie najlepiej odpowiadał strukturze badanej populacji. Od strony statystycznej ważenie danych polega na obniżeniu rangi (wagi) odpowiedzi respondentów nadreprezentowanych w próbie i podwyższeniu rangi odpowiedzi respondentów niedoreprezentowanych. W ważeniu danych z badania „Poczucie bezpieczeństwa obywateli” uwzględniono zmienne: płeć, wiek, wykształcenie, region, miejsce zamieszkania. W wyniku ważenia danych mogą się pojawić odchylenia rzędu 1-2%.

Rysunek 6. Struktura próby ze względu na region



Źródło: Raport z badań pt. „Poczucie bezpieczeństwa obywateli – społeczna diagnoza zagrożeń”. E. Glińska, A. Kowalewska, Białystok, styczeń 2009 r.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz o wysokim poziomie standaryzacji, co oznacza, że wszystkim respondentom zadawane były takie same pytania w tej samej kolejności, a wśród nich zdecydowaną przewagę miały pytania zamknięte, w których respondent był proszony o wybór odpowiedzi z listy możliwych opcji przygotowanych przez zespół badawczy<sup>27</sup>. Konstrukcja narzędzia polegała na przełożeniu celów i problemów badawczych na poszczególne pytania ankietowe<sup>28</sup>. W odniesieniu do handlu narządami ludzkimi poruszono w badaniu pięć grup zagadnień w celu uzyskania:

- diagnozy, czy zjawisko handlu narządami ludzkimi jest obecne w świadomości społecznej,
- oceny występowania zagrożenia handlu narządami ludzkimi,
- informacji o poziomie strachu przed ewentualną wiktyimizacją tym przestępstwem,
- informacji odnośnie do rzeczywistej wiktyimizacji handlem narządami,
- społecznej oceny przeciwdziałania państwa i jego organów zagrożeniu handlem narządami ludzkimi.

27 Pracownicy Zakładu Prawa Karnego i Kryminologii Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku – G.B. Szczygieł, K. Laskowska, E.M. Guzik-Makaruk, W. Filipkowski, E. Zatyka.

28 E. Glińska, A. Kowalewska, *op. cit.*, s. 9.

## § 2. Dane statystyczne Policji

Poniżej zaprezentowano dane uzyskane z Komendy Głównej Policji w zakresie:

- liczby dochodzeń i śledztw wszczętych, zakończonych oraz przestępstw stwierdzonych na podstawie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 43-46 w latach 1997-2006<sup>29</sup>;
- liczby postępowań przygotowawczych prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2014;
- liczby wszczętych i zakończonych postępowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012;
- liczby stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012;
- liczby postępowań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2013-2014.

Tabela 58. Dochodzenia i śledztwa wszczęte, zakończone oraz przestępstwa stwierdzone – ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 43-46

Rok	Postępowania wszczęte 1 raz	Postępowania zakończone	Przestępstwa stwierdzone	Przestępstwa wykryte
1997	0	0	0	0
1998	4	2	2	2
1999	5	3	1	1
2000	7	0	0	0
2001	2	4	5	5
2002	2	1	0	0
2003	2	1	0	0
2004	2	3	1	1
2005	2	3	1	1
2006	4	4	1	-
<b>Ogółem</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

*Źródło: Sekcja do spraw Informacji Publicznej Gabinetu KGP.*

29 Takie dane z błędnym wskazaniem ustawy nadesłała Komenda Główna Policji, wskazując na art. 43-46, które przecież zaczęły dopiero obowiązywać w 2006 r. Zatem postępowania prowadzone w latach 1997-2005 nie mogły odnosić się do ustawy, która weszła w życie dopiero 1 stycznia 2006 r.

**Wszczęte postępowanie przygotowawcze** oznacza postępowanie (dochodzenie lub śledztwo) wszczęte przez jednostkę organizacyjną Policji w związku ze zdarzeniem, co do którego zachodzi podejrzenie, że jest przestępstwem, albo wszczęte przez prokuraturę. Do postępowań wszczętych doliczane są również dochodzenia wszczęte faktycznie, a następnie zakończone wydaniem postanowienia o umorzeniu i wpisaniem sprawy do rejestru przestępstw.

**Zakończone postępowanie przygotowawcze** to postępowanie, które zostało w Policji zakończone w następstwie:

- a) skierowania wniosku o zatwierdzenie lub sporządzenie aktu oskarżenia, zastosowania ustawy o amnestii, zatwierdzenia postanowienia o umorzeniu, przekazania do organów prokuratorskich innych państw;
- b) przekazania akt postępowania do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie, do finansowych organów dochodzenia lub innych organów RP albo sądu rodzinnego.

**Przestępstwem stwierdzonym** jest zbrodnia lub występki, ścigane z oskarżenia publicznego, objęte postępowaniem przygotowawczym skierowanym przez Policję do prokuratury do zakończenia.

**Przestępstwem wykrytym** jest stwierdzone przestępstwo, w którym ustalono przynajmniej jednego podejrzanego w zakończonym postępowaniu przygotowawczym.

Tytuł nadesłanej przez KGP tabeli jest nieadekwatny do rzeczywistości i wprowadza w błąd. Wynika z niego, że dane dotyczą postępowań prowadzonych w oparciu o art. 43-46 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 2005 r. Ustawa ta weszła w życie w dniu 1 stycznia 2006 r., zatem dane z okresu 1997-2005 nie mogą obejmować postępowań wszczętych na jej podstawie. Inną kwestią pozostaje, że w ustawie z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów znaleźć można jedynie odpowiedniki art. 43 ustawy (dawny art. 19) oraz art. 44 ustawy (dawny art. 20), brak było natomiast przepisów obecnych w art. 45, art. 46, art. 46a i art. 46b.

Wynika z tego, że dane za okres 1997-2005 odnoszą się jedynie do postępowań w sprawach rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia (obecnie art. 43 ustawy), oraz w sprawach handlu narządami ludzkimi (obecnie art. 44 ustawy). Dopiero dane za 2006 r. odnosić się mogą, ale też jedynie w ograniczonym zakresie, do nowej ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 2005 r.

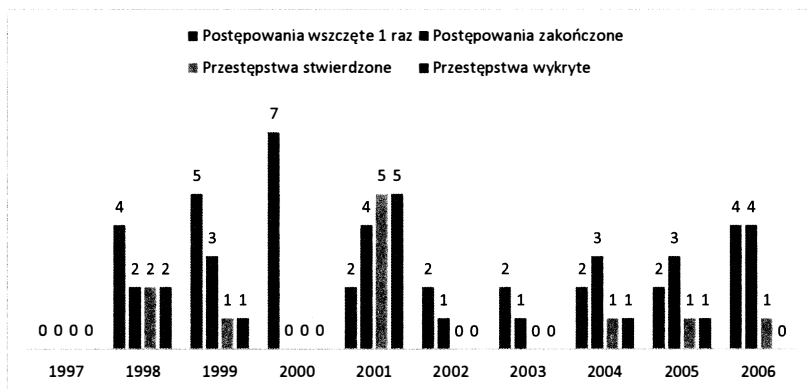
Uzyskane informacje są mało przydatne do wnikliwej analizy, gdyż wnioski z nich płynące mogą być jedynie pobieżne.

W latach 1997-2006 wszczęto ogółem 30 postępowań przygotowawczych, przy czym 26 (1997-2005) o przestępstwa rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia oraz w sprawach handlu narządami ludzkimi. Nie sposób ustalić, ile postępowań wśród wskazanych 26 prowadzono w kierunku handlu narządami ludzkimi, a ile w kierunku rozpowszechniania ogłoszeń. Cztery postępowania wszczęte w 2006 r. niewątpliwie dotyczą przestępstw z art. 43-46 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 2005 r. Nie wiadomo, jaka kwalifikacja prawna czynu została przyjęta za podstawę wszczęcia odnośnych postępowań.

Z 30 wszczętych postępowań przygotowawczych w latach 1997-2006 zakończyło się 21. W oparciu o posiadane dane nie sposób ustalić prawnej podstawy zakończenia postępowania.

W latach 1997-2006 stwierdzono 11 przestępstw, z czego tylko 10 uznano za wykryte. Oznacza to, że w 11 wypadkach Policja skierowała sprawy do zakończenia do prokuratury, natomiast w 10 przypadkach ustalono przynajmniej jednego podejrzanego w zakończonym postępowaniu przygotowawczym.

**Wykres 75. Dochodzenia i śledztwa wszczęte, zakończone oraz przestępstwa stwierdzone – ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 43-46**



Źródło: Sekcja do spraw Informacji Publicznej Gabinetu KGP.

Należy wskazać, że uzyskane informacje pozwalają na postawienie dwóch niebudzących wątpliwości tez. Ilość prowadzonych przez Policję postępowań przygotowawczych w oparciu o ustawę transplantacyjną jest nieznaczną. Jeśli w co trzecim wszczętym postępowaniu (30) doszło do wykrycia przestępstwa (10), to skala znanego Policji proceduru zdaje się być także niewielka.

Gdyby jedynym czynnikiem służącym do oceny przestępczości na tle ustawy transplantacyjnej była nadesłana statystyka, to można by śmiało stwierdzić, że problem handlu narządami ludzkimi w Polsce lub rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia jest marginalny. Tak jednak nie jest, o czym świadczy chociażby odpowiedź na pytanie o rolę Internetu w nielegalnych procederach. Analiza treści zamieszczanych w Internecie pozwala na postawienie tezy, że w sieci mnożą się oferty indywidualnych osób zainteresowanych kupnem i sprzedażą ludzkich narządów<sup>30</sup>.

Z danych zamieszczonych w poniższej tabeli wynika, że w latach 2005-2014 wszczęto ogółem 407 postępowań, z czego znacząco większa liczba dotyczy okresu 2012-2014. Pojawia się pytanie, skąd rekordowa liczba wszczętych postępowań w 2012 r., kiedy odnotowano aż 168 postępowań. Uwagę opinii publicznej przykuł właśnie w 2012 r. komunikat Komendy Głównej Policji dotyczący akcji „Anons”. Funkcjonariusze zajmujący się m.in. cyberprzestępczością i handlem ludźmi przeprowadzili w Polsce, po raz pierwszy na tak dużą skalę, działania wymierzone w osoby oferujące w Internecie własne narządy do sprzedaży. W policyjnym przedsięwzięciu wzięło udział 80 komend z całego kraju: sprawdzono 250 ogłoszeń o sprzedaży narządów, przesłuchano 105 osób, aż 23 osoby usłyszały zarzuty związane z oferowaniem do przeszczepu za pieniądze swoich własnych narządów. Dotychczas prowadzone były podobne działania, ale dotyczyły one pojedynczych przypadków.

W opinii Mariusza Sokołowskiego – byłego Rzecznika Komendanta Głównego Policji – dokonanie nielegalnego przeszczepu jest w Polsce niemożliwe – „szara strefa” w tym zakresie nie istnieje<sup>31</sup>. Do takich sytuacji może jednak dojść poza granicami naszego kraju, dlatego też podobne ogłoszenia mają szansę znaleźć się w kręgu zainteresowania grup przestępczych<sup>32</sup>.

30 Na wiele takich przypadków wskazuje też lektura doniesień prasowych. Zob. np. G. Zawadka, Nerki nie na sprzedaż, Rzeczpospolita z dnia 11 sierpnia 2015 r., <http://www4.rp.pl/Sadownictwo/308119783-Nerki-nie-na-sprzedaz.html>; J. Blikowska, Chciał sprzedać nerkę. Czeką go sąd, Rzeczpospolita z dnia 1 kwietnia 2015 r., <http://www4.rp.pl/artukul/1190505-Chcial-sprzedac-nerke--Czeka-go-sad.html>.

31 Także inni przedstawiciele tej formacji w swoich opracowaniach ograniczają się do stwierdzenia, że handel organami jest problemem wymagającym uwagi, przytaczają obowiązujące w tym zakresie przepisy ustawy transplantacyjnej, nie przywołując jakichkolwiek znanych przypadków tego procederu w Polsce, zob. np. J. Bryk, I. Malinowska, Handel ludźmi i przestępstwa towarzyszące, (w) W. Jasiński, W. Mądrzejowski, K. Wiśniak (red.), *Przestępczość zorganizowana. Fenomen. Współczesne zagrożenia. Zwalczanie. Ujęcie praktyczne*, Szczytno 2013, s. 92.

32 Policja i transplantologia: nie mamy problemu z podziemiem transplantacyjnym w Polsce, <http://www.rynekzdrowia.pl/Transplantologia/Policja-i-transplantologia-nie-mamy-problemu-z-podziemiem-transplantacyjnym-w-Polsce,121457,18.html>.

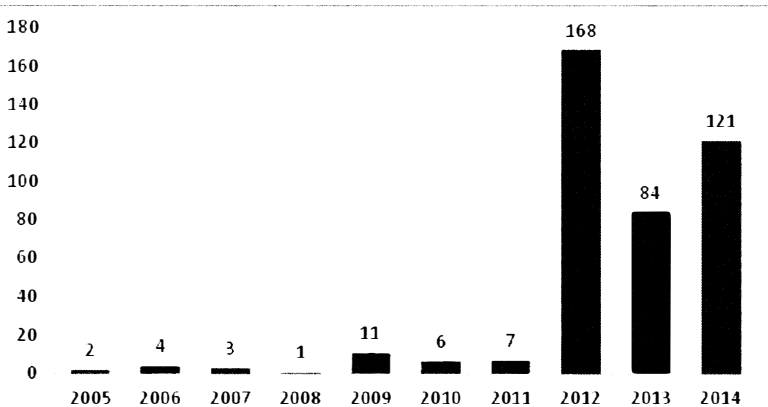
Tabela 59. Liczba postępowań przygotowawczych prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2014

Postępowania wszczęte – ogółem	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	2	4	3	1	11	6	7	168	84	121

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Obsługi Informacyjnej Biura Służby Kryminalnej KGP.

Na poniżej zamieszczonym wykresie wyraźnie widać, że 2012 r. był przełomowy w zakresie liczby wszczętych postępowań, zapewne głównie w kierunku naruszenia zakazu rozpowszechniania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu własnych narządów. Z zadowoleniem należy odnotować, że nadal utrzymuje się dość duże zainteresowanie organów ścigania wykrywaniem przestępczości na tle art. 43 ustawy transplantacyjnej. Z pewnością jednak istnieje duża „ciemna” liczba tego rodzaju przestępstw, co może wynikać z bagatelizowania przestępczości tego rodzaju. Wydaje się, że jest to stosunkowo łatwa do wykrycia przestępczość i przy niewielkim nakładzie sił i środków można by zwiększyć jej wykrywalność. Warto byłoby także podnosić świadomość społeczną i oddziaływać prewencyjnie poprzez powtarzanie takich akcji jak „Anons” bądź prowadzenie społecznej kampanii informacyjnej, nie każdy bowiem obywatel wie o tym, że rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu własnych narządów jest karalne.

Wykres 76. Liczba postępowań przygotowawczych prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Obsługi Informacyjnej Biura Służby Kryminalnej KGP.



Dane zawarte w poniższej tabeli dotyczą liczby wszczętych i zakończonych postępowań w latach 2005-2012. Na 202 wszczęte postępowania aż 199 zostało zakończone. Nie jest znany sposób ich zakończenia. Mogły zakończyć się w Policji w następstwie skierowania wniosku o zatwierdzenie lub sporządzenie aktu oskarżenia, zastosowania ustawy o amnestii, zatwierdzenia postanowienia o umorzeniu, przekazania do organów prokuratorskich innych państw. Mogły także zakończyć się poprzez przekazanie akt postępowania do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania karnego lub zostać przekazane do sądu rodzinnego.

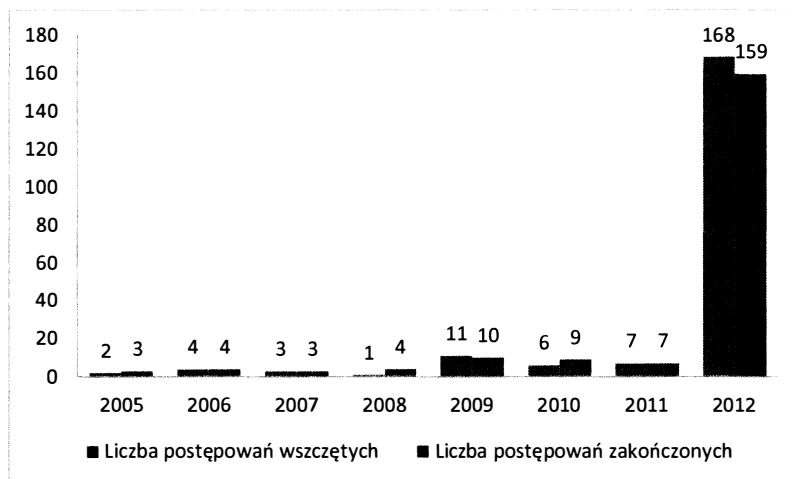
Tabela 60. Liczba wszczętych i zakończonych postępowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012

Rok	Liczba postępowań	
	wszczętych	zakończonych
2005	2	3
2006	4	4
2007	3	3
2008	1	4
2009	11	10
2010	6	9
2011	7	7
2012	168	159
<b>Razem</b>	<b>202</b>	<b>199</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z systemu PSSP TEMIDA.

Na poniższym wykresie wyraźnie wyróżnia się 2012 r., w którym aktywność Policji była dotychczas najwyższa na polu zwalczania przestępczości z art. 43 ustawy transplantacyjnej. Choć nie wynika to z uzyskanych danych, wydaje się, że właśnie naruszenie art. 43 ustawy generuje najwyższą liczbę wszczętych i zakończonych postępowań.

Wykres 77. Liczba wszczętych i zakończonych postępowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z systemu PSSP TEMIDA.

Poniższa tabela obrazuje liczbę stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012. We wskazanym czasookresie stwierdzono aż 185 przestępstw i wykryto 107 przestępstw, w których ustalono przynajmniej jednego podejrzanego w zakończonym postępowaniu przygotowawczym. Podane liczby nie zostały rozlokowane według poszczególnych przepisów karnych ustawy transplantacyjnej, gdyż Policja dopiero od 2013 r. prowadzi statystykę umożliwiającą tego rodzaju wyodrębnienie.

Tabela 61. Liczba stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012

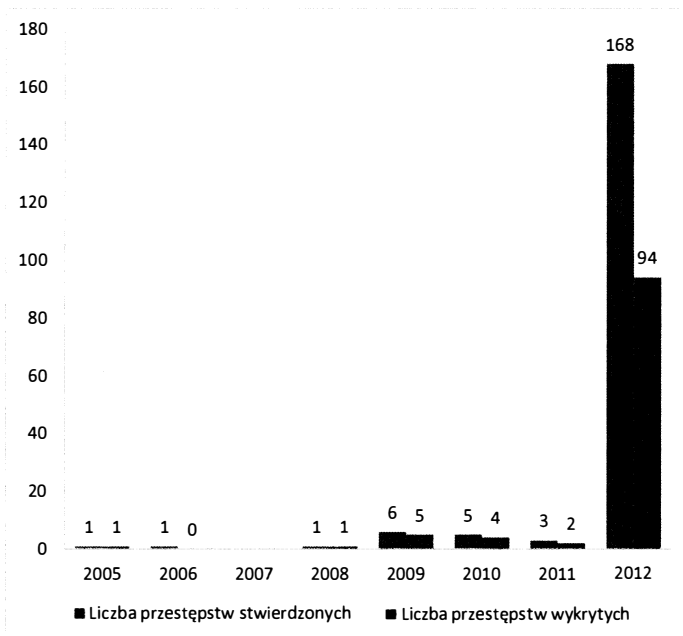
Rok	Liczba przestępstw	
	stwierdzonych	wykrytych
2005	1	1
2006	1	0
2007	0	0
2008	1	1
2009	6	5

2010	5	4
2011	3	2
2012	168	94
<b>Razem</b>	<b>185</b>	<b>107</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z systemu PSSP TEMIDA.

Wydaje się jednak, że porównanie danych odnośnie do liczby stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012, a także liczby wszczętych postępowań w tym okresie w kontekście akcji policyjnej „Anons” prowadzi do wniosku, że lwia część tego rodzaju spraw dotyczyła naruszenia art. 43 ustawy transplantacyjnej. Poniżej zamieszczony wykres obrazuje fakt, że w porównaniu z latami 2005-2011 rok 2012 charakteryzuje się bardzo wysoką liczbą stwierdzonych i wykrytych przestępstw z ustawy transplantacyjnej.

Wykres 78. Liczba stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z systemu PSSP TEMIDA.

Poniżej zamieszczona tabela przedstawia liczbę postępowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2013-2014 z podaniem konkretnych podstaw prawnych i dopiero takie usystematyzowanie danych statystycznych pozwala na bardziej rzetelne dokonywanie analiz. Ogółem w analizowanym okresie wszczęto 205 postępowań, odpowiednio 84 i 121 postępowań. Zatem od 2012 r. utrzymuje się wysoka aktywność organów ścigania w zwalczaniu przestępczości na tle ustawy transplantacyjnej.

Tabela 62. Liczba postępowań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2013-2014

Podstawa prawna	Liczba wszczętych postępowań	
	2013	2014
art. 43	78	116
art. 44 ust. 1	5	2
art. 45	0	1
art. 46	0	1
art. 46a	0	1
art. 46b	1	0
<b>Razem</b>	<b>84</b>	<b>121</b>

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Obsługi Informacyjnej Biura Służby Kryminalnej KGP.*

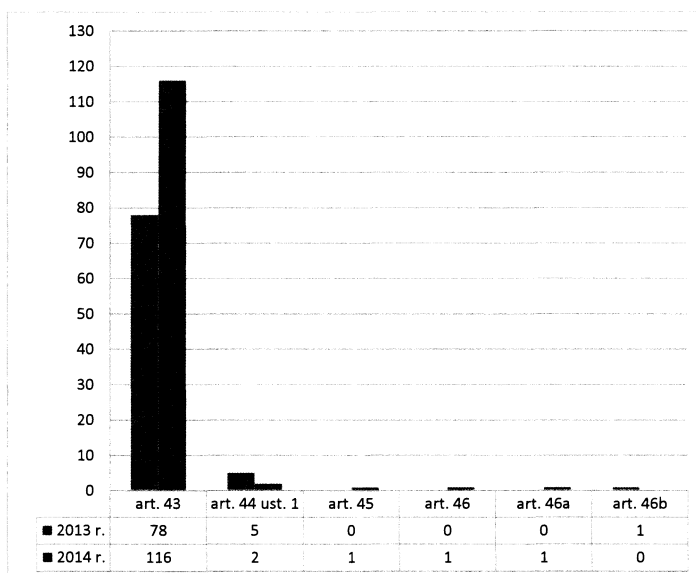
Poniższy wykres wyraźnie obrazuje udział poszczególnych rodzajów typów czynów zabronionych w ujawnionej przestępczości będących podstawą wszczęcia postępowania na tle ustawy transplantacyjnej w latach 2013-2014. Przedstawia się to następująco:

W analizowanym czasookresie odnotowano aż 194 wszczęte postępowania z art. 43 ustawy transplantacyjnej na ogółem 205 postępowań wszczętych, co stanowi 94,6% ogółu postępowań. Dominującym typem przestępczości w tym zakresie jest zatem rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia.

Siedem postępowań prowadzono w kierunku naruszenia art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej penalizującego nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów.

Incydentalnie, bo tylko po jednym postępowaniu prowadzono na tle art. 45, art. 46, art. 46a i art. 46b ustawy transplantacyjnej. Gwoli przypomnienia wypada dodać, że penalizują one następujące zachowania: art. 45 ustawy – prowadzenie działalności przewidzianej dla banku tkanek i komórek bez wymaganego pozwolenia; art. 46 ustawy – pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia; art. 46a ustawy – przywóz lub wywóz z/na terytorium Polski komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej zgody; art. 46b ustawy – niezgłoszenie określonych informacji do narzędzi rejestrujących.

Wykres 79. Liczba postępowań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2013-2014



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wydziału Obsługi Informacyjnej Biura Służby Kryminalnej KGP.

Z Raportów z działalności Centralnego Biura Śledczego z lat 2001-2014 wynika, że w 2001 r. zajmowano się m.in. „handlem żywym towarem” dokonywanym głównie przez polskie i słowackie grupy przestępcze, co było połączone z eksploatacją prostytutki, jako procederem zorganizowanym i międzynarodowym, zapewniającym przestępcom znaczne dochody. Brak informacji na temat handlu narządami ludzkimi<sup>33</sup>. Z kolei w 2003 r. powstały w strukturach CBS KGP dwa zespoły koordynacyjne zajmujące się zagadnieniami przestępczości zorganizowanej m.in. w kontekście wej-

33 Zwalczanie przestępczości zorganizowanej i narkotykowej w Polsce 2001 r., Centralne Biuro Śledcze, Komenda Główna Policji, Warszawa 2002, s. 11.

ścia polskiej Policji w struktury Unii Europejskiej. Pierwsze zagadnienie objęte koordynacją dotyczyło zwalczania przestępczości w zakresie handlu ludźmi. W tym celu CBS zostało włączone do projektu harmonogramu wdrażania przez jednostki Policji „Krajowego Programu Zwalczania i Zapobiegania Handlu Ludźmi” przy realizacji celu „podniesienie skuteczności działań”, w szczególności w zakresie następujących zadań:

1. Przygotowania i wdrożenia programu przeszkolenia specjalistycznego funkcjonariuszy Policji w zakresie zwalczania handlu ludźmi.
2. Przygotowania specjalistycznych materiałów instruktażowych dotyczących postępowań w przypadku handlu ludźmi z przeznaczeniem dla funkcjonariuszy Policji zajmujących się tym zagadnieniem.
3. Stworzenia w Komendzie Głównej Policji mechanizmu koordynacji działań dotyczących zwalczania handlu ludźmi oraz powołania specjalnej grupy zadaniowej mającej na celu koordynowanie przedsięwzięć w zakresie zwalczania procederu handlu ludźmi. W skład grupy mieliby wchodzić funkcjonariusze komend wojewódzkich oraz CBS KGP.

Brakuje jakichkolwiek informacji na temat handlu narządami ludzkimi<sup>34</sup>. Podobnie w latach 2004-2006 w raportach CBS nie ma nawet wzmianki na temat handlu narządami, jedynie mowa jest o prowadzeniu odpowiednio siedmiu postępowań przygotowawczych w 2004 r., czterech w 2005 r. i siedmiu w 2006 r. w związku z działalnością zorganizowanych grup przestępczych zmierzającą w kierunku handlu ludźmi<sup>35</sup>. W 2007 r. nie odnotowano na terenie Polski żadnych przypadków handlu narządami ludzkimi, a jedynie zauważono w odniesieniu do przestępczości związanej z handlem ludźmi rozwój ogólnoeuropejskiej tendencji dotyczącej wykorzystywania ofiar do pracy przymusowej lub niewolniczej<sup>36</sup>. Tendencja ta utrzymywała się w 2008 r., kiedy to zauważono wzrost zdarzeń odnotowanych w związku z handlem ludźmi, gdyż zwalczanie tego procederu uznano za priorytet działań Policji w 2008 r.<sup>37</sup>

Informacje o handlu narządami ludzkimi po raz pierwszy pojawiły się w 2013 r. w Raporcie za rok poprzedni. W kontekście problematyki przestępstw handlu narządami, tkankami i komórkami ludzkimi wskazano, że na terenie Polski nie występuje tego rodzaju proceder, a pojawienie się zorganizowanej grupy przestępczej zajmują-

34 Informacja dotycząca zwalczania przestępczości zorganizowanej przez Centralne Biuro Śledcze KGP w Warszawie, Warszawa 2003, s. 22.

35 Informacja dotycząca zwalczania przestępczości zorganizowanej przez Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji w Warszawie w 2004 roku, Warszawa 2005, s. 21; Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2005 roku, Warszawa 2006, s. 8; Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2006 roku, Warszawa 2007, s. 18.

36 Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2007 roku, Warszawa 2008, s. 19.

37 Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2008 roku, Warszawa 2009, s. 14.

cej się handlem narządami ludzkimi jest mało prawdopodobne. Jakkolwiek od lat 90. ubiegłego stulecia daje się zauważyć systematyczny wzrost zainteresowania nie tylko polskiej karnistyki, ale też kryminologii problematyką przestępczości zorganizowanej<sup>38</sup>, to w literaturze przedmiotu trudno natknąć się na konkretne wnioski badawcze o dowiedzionych i potwierdzonych związkach pomiędzy działalnością zorganizowanych grup przestępczych a handlem narządami ludzkimi.

Brak takich związków wynika przede wszystkim ze specyfiki instytucjonalnej i proceduralnej polskiego systemu transplantologicznego, który posiada szereg mechanizmów zabezpieczających, uniemożliwiających przeprowadzenie nielegalnych operacji i przeszczepianie nielegalnie pozyskanych narządów ludzkich. Jedynym problemem pozostawała wzrastająca liczba ogłoszeń w Internecie, w których oferowano do sprzedaży własne narządy, najczęściej nerki. W ten sposób ogłaszające się osoby chciały uzyskać środki pieniężne, gdyż najczęściej znajdowały się w trudnej sytuacji materialnej. W czerwcu i we wrześniu 2012 r. Centralne Biuro Śledcze KGP wspólnie z jednostkami terenowymi Policji oraz Wydziałem Wsparcia Zwalczenia Cyberprzestępczości BK KGP przeprowadziło ogólnopolską operację, w wyniku której sprawdzono 256 ogłoszeń umieszczonych w Internecie. W sprawach tych przesłuchano ponad 160 osób i postawiono zarzuty 35 osobom<sup>39</sup>.

W 2014 r. Centralne Biuro Śledcze Policji kontynuowało przede wszystkim działania związane z likwidacją grup przestępczych zajmujących się handlem ludźmi w celu wykorzystywania seksualnego oraz wyłudzeń kredytów i świadczeń socjalnych<sup>40</sup>. W Raporcie za 2014 r. brak informacji dotyczących handlu narządami ludzkimi.

Na marginesie warto wspomnieć, że w obcojęzycznej literaturze występuje od niedawna pojęcie „prania organów” – *Organwäsche* (j. niem.) czy *Organ laundering* (j. ang.). Ana Manzano, Mark Monaghan, Barbara Potrata i Michelle Clayton z Uniwersytetu w Leeds w Wielkiej Brytanii na łamach czasopisma „*Transplantation*” zamieścili w 2014 r. wspólną publikację pod wymownym tytułem: *Niewidzialny problem prania organów*<sup>41</sup>. W publikacji tej zauważają, że światowe instytucje, pomimo proponowania środków mających na celu powstrzymanie nielegalnego handlu organami, podkreślają brak oficjalnych statystyk w odniesieniu do tego zjawiska i próbują odkryć przyczyny, dla których „pranie organów” pozostaje nieudokumentowane. Autorzy ci twierdzą, że złożone są czynniki, które ułatwiają ukrycie tego zjawiska, umożliwiają „pranie” przemycanych organów w systemie służby zdrowia kraju za-

38 E.W. Pływaczewski, *Przestępczość zorganizowana: stereotypy i rzeczywistość z perspektywy retrospektywnej i współczesnej*, Policja z 2011 r., z. 2, s. 2-6.

39 Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP za 2012 rok, Warszawa 2013, s. 12-13.

40 Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego Policji za 2014 rok, Warszawa 2015, s. 12.

41 A. Manzano, M. Monaghan, B. Potrata, M. Clayton, *The Invisible Issue of Organ Laundering*, *Transplantation* 2014, Vol. 98, Nr 6, s. 1-4, [www.transplantjournal.com](http://www.transplantjournal.com).

kupu, uniemożliwiając dokładne oszacowanie skali problemu. Wskazują na następujące czynniki:

- a) problem globalizacji, jurysdykcji i egzekwowania prawa;
- b) pozycja pracowników służby zdrowia;
- c) refundacja kosztów transplantacji za granicą przez ubezpieczycieli;
- d) ambiwalencja statusu ofiary sprzedającego;
- e) kupujący jako podatny przestępca.

W ostatnich latach światowe instytucje, łącznie z Organizacją Narodów Zjednoczonych, Radą Europy, Światową Organizacją Zdrowia oraz Unią Europejską, zadeklarowały środki mające na celu powstrzymanie przemytu organów, jednocześnie podkreślając brak oficjalnych statystyk dotyczących tego nielegalnego handlu. W wyniku reakcji ze strony społeczności międzynarodowej, podpisano Deklarację Stambulską dotyczącą Handlu Organami i Turystyki Transplantacyjnej, ustanawiającą zbiór zasad rządzących profesjonalnym postępowaniem i polityką rządową.

Kluczowy związek pomiędzy przemytem ludzi i przemytem ludzkich organów został zauważony także przez Organizację Narodów Zjednoczonych już ponad dekadę temu, zaś niedawno Rada Europy potwierdziła potrzebę rozróżnienia handlu ludźmi w celu usunięcia organów od handlu organami *per se*. Te wszystkie inicjatywy podkreślają dwie kluczowe kwestie, utrudniające światowe działania przeciwko tym przestępstwom: brak uznanej międzynarodowo definicji „handlu organami, tkankami i komórkami” oraz brak wiarygodnych oficjalnych danych dotyczących nielegalnego handlu organami. Fakt braku uznanych międzynarodowo definicji jest wykorzystywany przez handlarzy i pośredników, którzy korzystają z różnicy w systemach prawnych różnych państw.

W przywołanej publikacji jej współautorzy skoncentrowali się na podobieństwach między handlem ludźmi w celu usunięcia organów oraz handlem organami *per se*. Stwierdzili m.in., że w sytuacji, w której organy zostały przemycone, istnieją pewne czynniki umożliwiające „pranie” w kraju kupującego, tym samym stwarzając pozory legalności i uniemożliwiając dokładne oszacowanie problemu. W efekcie, nielegalnie zakupione organy zostają przekształcone w legalne organy, przez proces integracji z głównymi instytucjami finansowymi (refundacja przez ubezpieczycieli) i usługi zdrowotne (kontynuacja leczenia). Jednym z powodów nieudokumentowania przestępczości jest niechęć do zaakceptowania statusu ofiary z obawy przed upokorzeniem, stygmatyzacją lub możliwością wmieszania siebie samych w działania przestępcze. Przestępstwa pozostają niezauważone także z uwagi na brak wiarygodnych świadków, jak i nielegalne dobra trudne do wyśledzenia oraz wysoką pozycję przestępców (przestępczość w białych kołnierzykach). Dobrze znane powody niezgłaszania tej przestępczości utrwalają fakt pozostawiania przestępczości w ukryciu,



ale istotne znaczenie mają też inne aspekty typowej działalności przestępczości zorganizowanej i przestępczości osób „wpływowych”.

Autorzy wskazali na pięć czynników ukazujących, jak „legalna działalność”, taka jak transplantacja organów, może się zmienić w „nielegalną” i później ponownie występować jako legalna. W odniesieniu do czynnika nazwanego przez nich: „globalizacja, jurysdykcją i egzekwowaniem prawa” zauważyli, że „pranie organów” może być, ale nie jest wyłącznie, przestępstwem międzynarodowym. Charakterystyka zorganizowanej przestępczości międzynarodowej zmniejsza szanse na wykrycie, zapobieganie i ściganie tego rodzaju przestępczości. Przestępstwa związane z handlem organami są złożone i obejmują kilka jurysdykcji, często ze sprzedającymi pochodzącymi z innych kontynentów niż odbiorcy. Pośrednicy w handlu organami i przemytnicy często umieszczają swoje bazy operacyjne w niepowiązanych państwach, dodatkowo komplikując możliwość ścigania. Deregulacja światowego rynku i dostępność on-line firm zajmujących się turystyką medyczną zwiększają możliwości przestępczości transgranicznej. Państwa mogą mieć także trudności w ściganiu swoich obywateli za przestępstwa popełnione za granicą.

Zwracając uwagę na czynnik zwany: „wpływy i pozycja zawodowa w służbie zdrowia”, Autorzy piszą, iż przestępstwa popełnione w służbie zdrowia przez osoby wysoko postawione w hierarchii społecznej, często pozostają nieodzwierciedlone w oficjalnych statystykach i są traktowane stosunkowo łagodnie albo pozostają zupełnie bezkarne. Skuteczny przemyt organów wymaga zaangażowania profesjonalistów z branży medycznej oraz zaawansowanej współpracy pomiędzy licencjonowanymi profesjonalistami i licencjonowanymi ośrodkami. Konieczne są również logistyczna koordynacja oraz biegłość techniczna, w tym niezbędni są dyrektorzy medyczni jednostek transplantacyjnych, szpitale i personel medyczny, technicy z laboratoriów krwi i tkanek, zespoły chirurgiczne, nefrologi czy pooperacyjne pielęgniarki. Chirurgi są kluczowymi postaciami, ale większość międzynarodowych ustawodawstw (z wyjątkiem Szwajcarii, która przewiduje wyższy wymiar kary dla pracowników służby zdrowia) nie rozróżnia wyraźnie pomiędzy personelem medycznym i pozostałymi uczestnikami. Tylko w Czechach, na Islandii, w Irlandii, Panamie i Chinach nakładany jest zakaz wykonywania zawodu lekarza na pracowników służby zdrowia biorących udział w handlu organami. Bezkarność chirurgów dokonujących nielegalnego pobierania i przeszczepiania organów może być potęgowana przez ich wysoką pozycję w wielu krajach. Bezkarność spowodowana jest także złą współpracą, gdyż pracownicy służby zdrowia nie chcą donosić na swoich kolegów i składać zawiadomienia o przestępstwie do organów ścigania.

W odniesieniu do czynnika: „refundacja kosztów przeszczepu za granicą przez ubezpieczycieli” Autorzy odnotowali, że niektóre kraje refundują koszty przeszczepu przemycanych organów pacjentom posiadającym ubezpieczenie medyczne. Publiczne i prywatne firmy ubezpieczeniowe promują i umożliwiają przeszczepy za granicą,

bez względu na pochodzenie organu. Przypadek izraelskich firm ubezpieczeniowych, refundujących koszty przeszczepu organów pochodzących z zagranicy niezależnie od ich pochodzenia został dokładnie opisany i w 2008 r. zakazano tej praktyki. Zdaje się, że ten zakaz i inne środki przyjęte w tym samym czasie zmniejszyły ilość przeszczepów obywatelom Izraela za granicą. Z kolei w Stanach Zjednoczonych niektóre programy ubezpieczenia medycznego zachęcają ubezpieczonych do podróżowania za granicę w celu przeszczepu organów. Promowanie przeszczepów za granicą, jako sposobu na zaoszczędzenie pieniędzy, potencjalnie wpływa na ignorancję eksterytorialnej kryminalizacji działalności. W 2010 r. Holandia zmieniła ustawodawstwo, które zapewniało refundację przeszczepów za granicą niezależnie od tego, czy organ został zakupiony w konflikcie z normami etycznymi i prawnymi. Obecne ustalenia zezwalają jedynie na refundację między państwami członkowskimi Unii Europejskiej, ale mogą nie uwzględniać faktu społecznych, zdrowotnych i ekonomicznych nierówności pomiędzy nowymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej. Istnieje także rozmyty podział pomiędzy sprawcami i ofiarami handlu organami. Problemy przymusu, świadomego wyrażenia zgody i wykorzystania są mocno skomplikowane z prawnego punktu widzenia.

Analizując problem „prania organów”, Ana Manzano, Mark Monaghan, Barbara Potrata i Michelle Clayton zauważyli, że poprzez procesy opisane powyżej, organy uzyskane nielegalnie mogą być przedmiotem legalnej transakcji. Przeszczep organów w obcym państwie jest legalny, podczas gdy zakup organu może być nielegalny. Nielegalne przeszczepy często są zamaskowane lub ukryte pod postacią altruistycznego dawstwa. Pozostaje kwestią kluczową to, jak bardzo zdeterminowany jest profesjonalny personel, aby dociec prawdziwej natury relacji dawca-biorca. Ma to szczególne znaczenie w państwach, w których odbywają się przeszczepy, ale także dla zespołów klinicznych w krajach rodzimych. Potencjalni kupcy, którzy chcą poddać się przeszczepowi organu za granicą, mogą potrzebować dotychczasowej dokumentacji medycznej, którą powinni ze sobą zabrać. Potrzebują też zapewnienia, że leki, które przyjmują na stałe, będą dostępne w centrach medycznych, a koszty będą pokryte przez ich firmy ubezpieczeniowe. Od lekarzy oczekuje się, że powstrzymają przestępczość poprzez zniechęcenie swoich pacjentów do podróżowania za granicę. W niektórych krajach, jak chociażby w Hiszpanii, zgłoszenie biorców jest obowiązkowe, jeżeli wymagane jest ich dalsze leczenie. Hiszpański kodeks karny nakazuje także obywatelom zawiadomienie o przestępstwach, o których posiadają jakąkolwiek wiedzę. Jako że wyrażenie zgody na przeszczep organu nielegalnego pochodzenia jest przestępstwem, lekarze mają obowiązek donosić na biorców. Kraje rodzime często nieświadomie odgrywają ważną rolę w „praniu” przemyconych organów, poprzez umożliwienie przeszczepu i pokrywanie kosztów dalszego leczenia. Zasadniczo istnieją w wielu krajach mechanizmy pozwalające na zapobieganie praniu organów, ale

odpowieź na pytanie, czy rzeczywiście korzysta się z nich na szeroką skalę, Autorzy publikacji pomijają milczeniem<sup>42</sup>.

### § 3. Dane statystyczne Ministerstwa Sprawiedliwości

Poniżej zaprezentowane dane uzyskane z Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczą:

1. liczby prawomocnych skazań osób dorosłych (czyn główny), w tym skazań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów w latach 2001-2014;
2. liczby prawomocnie skazanych dorosłych według rodzajów przestępstw (czyn główny) i wymiaru kary w latach 2009-2010 oraz 2012-2014;
3. liczby prawomocnie skazanych dorosłych z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i miejsca popełnienia przestępstwa (województwa) w latach 2009-2014;
4. liczby prawomocnie skazanych dorosłych z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i wieku w latach 2009-2012.

Poniższa tabela zawiera dane w zakresie liczby prawomocnych skazań osób dorosłych (czyn główny), w tym skazań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów w latach 2001-2014. Wynika z niej, że doszło do 94 prawomocnych skazań i wszystkie one nastąpiły na tle art. 43 ustawy transplantacyjnej z 2005 r. (dawnego art. 19 ustawy transplantacyjnej z 1995 r.), penalizującego rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia. **Przestępczość osądzona na tle ustawy transplantacyjnej dotyczy zatem jedynie naruszenia art. 43.**

Tabela 63. Prawomocne skazania osób dorosłych (czyn główny), w tym skazania na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów w latach 2001-2014

Rok	Ogółem skazania (wg art. kodeksu karnego i ustaw szczególnych)	Skazania na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów	Skazania na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów
2014	295353	37	37
2013	353208	21	21
2012	408107	32	32

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

2011	423464	0	0
2010	432891	2	2
2009	415272	2	2
2008	420729	0	0
2007	426377	0	0
2006	462937	0	0
2005	504281	0	0
2004	513410	0	0
2003	415933	0	0
2002	365326	0	0
2001	315013	0	0
<b>Razem</b>	<b>5752301</b>	<b>94</b>	<b>94</b>

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości.*

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że:

- w 2009 r. skazania z ustawy stanowiły 0,00048% ogółu skazań, czyli 0,0048 promila,
- w 2010 r. skazania z ustawy stanowiły 0,00046% ogółu skazań, czyli 0,0046 promila,
- w 2012 r. skazania z ustawy stanowiły 0,00784% ogółu skazań, czyli 0,0784 promila,
- w 2013 r. skazania z ustawy stanowiły 0,00594% ogółu skazań, czyli 0,0594 promila,
- w 2014 r. skazania z ustawy stanowiły 0,01252% ogółu skazań, czyli 0,1252 promila.

W poniższej tabeli z kolei zgromadzono dane odnośnie do prawomocnie skazanych dorosłych według rodzajów przestępstw (czyn główny) i wymiaru kary w latach 2009-2010 oraz 2012-2014. Taki zakres danych uzyskano z Ministerstwa Sprawiedliwości, jedynie w odniesieniu do 5 lat z luką w postaci 2011 r. Niestety nie wyjaśniono, skąd wynikają braki danych. Nie uwzględniono w tabeli środków karnych, albowiem z uzyskanych danych wynikało, że środków karnych w żadnym przypadku nie stosowano.

Tabela 64. Prawomocnie skazani dorośli według rodzajów przestępstw (czyn główny) i wymiaru kary w latach 2009-2010 oraz 2012-2014

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy
Skazani	2	2	2	2			32	32	21	21	37	37
Grzywna samoistna ogółem	1	1	2	2			18	18	14	14	19	19
Grzywna samoistna z zawieszeniem	-	-	-	-			1	1	-	-	1	1
Kara ograniczenia wolności ogółem	-	-	-	-			5	5	5	5	5	5
Kara ograniczenia wolności z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	1	1
Praca na cele publiczne	-	-	-	-			5	5	5	5	5	5
Potrącenie z wynagrodzenia za pracę	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
Kara pozbawienia wolności ogółem	1	1	-	-			9	9	2	2	13	13
Kara pozbawienia wolności bez zawieszenia	-	-	-	-			-	-	-	-	1	1
z zawieszeniem												
razem	1	1	-	-			9	9	2	2	12	12
z dozorem	-	-	-	-			1	1	-	-	-	-
bez dozoru	1	1	-	-			8	8	2	2	12	12
Grzywna obok kary pozbawienia wolności	-	-	-	-			1	1	-	-	4	4
Grzywna obok kary pozbawienia wolności z zawieszeniem	-	-	-	-			1	1	-	-	4	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości.

Z danych zawartych w tabeli wynika, że podstawowym środkiem reakcji prawnokarnej okazała się grzywna samoistna, w dalszej kolejności kara pozbawienia wolności z zawieszeniem, następnie kara ograniczenia wolności połączona z pracą na cele publiczne, incydentalnie występowała grzywna orzekana obok kary pozbawienia wolności, zarówno z zawieszeniem, jak i bez zawieszenia.

Dane przedstawione w tabeli 65 zamieszczonej w aneksie do niniejszej pracy uszczegóławiają informacje dotyczące skazań z art. 43 ustawy transplantacyjnej w zakresie orzekanych kar.

Na ich podstawie można wywnioskować, że najczęściej sądy orzekały grzywnę samoistną bez zawieszenia (52 skazane osoby), odnotowano dwa przypadki grzywny samoistnej z zawieszeniem. W zakresie kwotowego wymiaru kary grzywny Ministerstwo Sprawiedliwości zbiera dane w dziesięciu przedziałach kwotowych. Są to odpowiednio przedziały: do 100 zł, od 101 zł do 200 zł, od 201 zł do 300 zł, od 301 zł do 500 zł, od 501 zł do 800 zł, od 801 zł do 1000 zł, od 1001 zł do 1500 zł, od 1501 zł do 2000 zł, od 2001 zł do 5000 zł oraz powyżej 5000 zł.

Wymiar kary grzywny orzeczonej za przestępstwo z art. 43 ustawy transplantacyjnej był zróżnicowany. W dwóch przypadkach wymiar kary grzywny był symboliczny – 100 zł, najwyższy wymiar występował w pięciu przypadkach i zawierał się w przedziale kwotowym od 1501 zł do 2000 zł. Grzywny w kwocie powyżej 2000 zł nie orzeczono. W trzynastu przypadkach sądy orzekły grzywnę w przedziale kwotowym 301 zł do 500 zł oraz także w trzynastu przypadkach odpowiednio w wymiarze 501 zł do 800 zł. Zatem najczęściej orzekano karę grzywny w przedziale od 301 zł do 800 zł. W jedenastu przypadkach orzeczono grzywnę w przedziale od 801 zł do 1000 zł. Incydentalnie grzywnę orzekano w przedziale 1001 zł do 1500 zł.

Jako po drugą w kolejności karę sądy sięgały po karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Miało to miejsce w 24 przypadkach, a zatem w 25% skazań. Jeden raz zastosowano karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. W przypadku orzeczonej kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania tylko w jednym przypadku orzeczono dozór, zaś wobec 23 skazanych nie orzeczono dozoru.

W zakresie czasowego wymiaru kary pozbawienia wolności Ministerstwo Sprawiedliwości zbiera dane w piętnastu przedziałach. Są to odpowiednio przedziały: 1 miesiąc, 2 miesiące, 3 miesiące, od 4 miesięcy do 5 miesięcy, 6 miesięcy, od 7 miesięcy do 11 miesięcy, 1 rok, od powyżej 1 roku do 2 lat, 2 lata, od powyżej 2 lat do 3 lat, 3 lata, od powyżej 3 lat do 5 lat, od powyżej 5 lat do 8 lat, od powyżej 8 lat do 10 lat, od powyżej 10 lat do 15 lat pozbawienia wolności.

W żadnym przypadku orzeczona kara pozbawienia wolności nie wyniosła nawet 1 roku. Wszystkie orzeczone kary zawierały się w następujących przedziałach: 1 miesiąc (1 osoba skazana), 2 miesiące (4 osoby skazane), 3 miesiące (11 osób skazanych), od 4 miesięcy do 5 miesięcy (3 osoby skazane), 6 miesięcy (4 osoby skazane), od 7 miesięcy do 11 miesięcy (1 osoba skazana). Najczęściej zatem sądy orzekały karę pozbawienia wolności w wymiarze 3 miesięcy z warunkowym zawieszeniem jej wykonania.

Dosyć często, gdyż aż w 15 przypadkach na 94, a zatem w 16%, sądy sięgały po karę ograniczenia wolności. Tylko w jednym przypadku kara ta została zawieszona, w pozostałych była to bezwzględna kara ograniczenia wolności. W zakresie czasowego wymiaru kary ograniczenia wolności Ministerstwo Sprawiedliwości zbiera dane w czterech przedziałach. Są to odpowiednio przedziały: od 1 miesiąca do 3 miesięcy, od 4 miesięcy do 6 miesięcy, od 7 miesięcy do 12 miesięcy oraz od powyżej 1 roku do 2 lat. Najczęściej, gdyż aż w 10 przypadkach, sądy orzekały karę ograniczenia wolności w wymiarze od 4 do 6 miesięcy. W żadnym wypadku nie orzeczono potrącenia z wynagrodzenia za pracę, zaś we wszystkich 15 przypadkach orzeczono obowiązek pracy na cele publiczne.

W pięciu przypadkach orzeczono grzywnę obok kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W zakresie danych zbieranych od sądów przez Ministerstwo Sprawiedliwości przedziały kwotowe grzywnien orzekanych obok kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania są takie same jak w przypadku grzywnien samoistnych. Wypada zauważyć, że w odniesieniu do art. 43 ustawy transplantacyjnej grzywna orzeczona obok kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania wynosiła odpowiednio – od 201 zł do 300 zł (2 osoby skazane), od 301 zł do 500 zł (2 osoby skazane), od 501 zł do 800 zł (jedna osoba skazana).

Poniższa tabela zawiera dane dotyczące liczby prawomocnie skazanych dorosłych z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów w latach 2009-2014. Wyodrębniono w niej płeć skazanych oraz województwo, w którym popełniono przestępstwo rozpowszechniania ogłoszeń opisane w art. 43 ustawy transplantacyjnej.

**Tabela 66. Prawomocnie skazani dorośli z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i miejsca popełnienia przestępstwa (województwa) w latach 2009-2014**

	2009			2010			2011			2012			2013			2014		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Dolnośląskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2	1
Kujawsko-pomorskie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	1	0	3	3	0
Lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	3	2	1	0	0	0
Łódzkie	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	1	0	1	1	1	0
Małopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Mazowieckie	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	3	2	1

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

Opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1	1	0
Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2	2	1	1	2	1	1
Podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1	0	0	0	0
Pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Śląskie	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	6	6	0	10	8	2
Świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	3	3	0	2	2	0
Warmińsko-mazurskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	2	1
Wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	0	1	2	1	1
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	5	3	2
Zagranica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nieokreślone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Ogółem</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>9</b>

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości.*

Jak widać z zamieszczonych powyżej danych, w latach 2009-2014 początkowo nie odnotowano zbyt wiele skazań, były to wręcz incydentalne przypadki – po dwa w 2009 i 2010 r., żadnego w 2011 r. Dopiero 2012 r. przyniósł znaczący wzrost liczby skazań, bo aż 32 skazania. Kolejne lata to odpowiednio 21 skazań w 2013 r. i rekordowa liczba 37 skazań w 2014 r. Są to prawdopodobnie efekty akcji policyjnej „Anons”, mającej miejsce w 2012 r. Wydaje się też, że od tamtego czasu organy ścigania są bardziej wyczulone na problem zamieszczania w Internecie nielegalnych ofert sprzedaży narządów, stąd taka liczba skazań.

W latach 2009-2014 skazano więcej mężczyzn aniżeli kobiet. W ogólnej liczbie 94 skazań w tym okresie w 70 przypadkach skazano mężczyzn, a w 24 przypadkach skazanymi były kobiety, co stanowi odpowiednio około 74% mężczyzn i 26% kobiet.

Jak widać na podstawie danych naniesionych na mapę Polski, najczęściej skazań odnotowano w województwie śląskim – aż 19 skazań, co stanowi około 20% wszystkich skazań. Najmniej osób skazano w województwach pomorskim, małopolskim i lubelskim.

Tabela 67 umiejscowiona w aneksie do niniejszej pracy zawiera dane statystyczne w zakresie liczby prawomocnie skazanych dorosłych z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów według płci i wieku w latach 2009-2012. Jak widać na podstawie zamieszczonych tam danych (wprawdzie tylko za cztery lata 2009-2012, ale jedynie taki materiał udało się uzyskać z Ministerstwa Sprawiedliwości, które dość wybiórczo prowadzi statystyki) wśród osób skazanych za przestępstwo z art. 43 usta-





## § 4. Problem „ciemnej” liczby

Jak słusznie zauważa B. Hołyst, zbiór zachowań ludzkich jest najbardziej różnorodnym zbiorem w kategoriach nauk społecznych, a szczególnym jego podzbiorem jest zachowanie uznawane w danym społeczeństwie za przestępstwo. Charakterystyka przestępczości sprowadza się zasadniczo do opisu następujących zagadnień: cech przestępczości determinowanych typem struktury społecznej, czynników środowiskowych różnicujących nasilenie przestępczości w czasie i przestrzeni, cech populacji przestępczej, różnicujących przestępczość w czasoprzestrzeni oraz wyodrębnionych form przestępczości<sup>43</sup>.

Warto zauważyć, że zagadnienie „ciemnej” liczby odnosi się także do przestępstw okołotransplantacyjnych. Niestety samej problematyce „ciemnej” liczby poświęcono w Polsce niewiele uwagi<sup>44</sup>, a „ciemnej” liczbie wokół bezprawnej działalności w medycynie transplantacyjnej – niemal w ogóle.

Liczbą tą objęte są przestępstwa rzeczywiście popełnione w przeciwieństwie do przestępstw ujawnionych. W „ciemnej” liczbie przestępstw wyróżnia się kilka obszarów. Pierwszą dziedzinę stanowią przestępstwa, które w ogóle nie doszły do wiadomości organów ścigania. Do drugiej można zaliczyć przypadki ujawnionych przestępstw, jednakże te, których sprawcy nie zostali wykryci. Trzeci obszar wypełniają przestępstwa, których sprawcy zostali wykryci, ale z uwagi na negatywne przesłanki procesowe nie dochodzi do wniesienia aktu oskarżenia lub nie zapada wyrok skazujący. Czwartą dziedzinę stanowią przestępstwa, za które sprawcy zostali skazani prawomocnym wyrokiem sądowym, jednakże nie wszystkie czyny były znane organom ścigania i objęte aktem oskarżenia.

Podejmując interpretację „ciemnej” liczby, należy przez nią rozumieć stosunek liczby przestępstw rzeczywiście popełnionych do liczby przestępstw, w których sprawy zostały zakończone prawomocnym wyrokiem skazującym<sup>45</sup>. Z samej istoty zjawiska „ciemnej” liczby wynika niemożność precyzyjnego określenia jego wielkości<sup>46</sup>. W celu próby określenia rozmiarów przestępczości nieujawnionej najczęściej w praktyce wykorzystuje się eksperyment, obserwację uczestniczącą lub wywiad. Istotą eksperymentu jest wywołanie zjawiska i kontrolowanie go w warunkach naturalnych. Obserwacja uczestnicząca polega na bezpośrednim udziale obserwatora w badanych zjawiskach, zaś wywiad polega na uzyskiwaniu odpowiedzi za pomocą kwestionariusza na postawione pytania. Zazwyczaj są to pytania o to, czy respondent był sprawcą przestępstw i czy były one ujawnione (*self-report*), czy respondent był ofiarą przestępstwa i czy zostało ono zgłoszone Policji (*survey wiktymizacyjny*), oraz pytanie, czy re-

43 B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 1979, s. 87.

44 B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2007, s. 108.

45 B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 1994, s. 65-66.

46 B. Hołyst, „Ciemna liczba” przestępczości zorganizowanej, (w:) B. Hołyst, E. Kube, R. Schulte (red.), *Przestępczość zorganizowana w Niemczech i w Polsce i jej implikacje społeczno-ekonomiczne*, Warszawa – Münster – Łódź 1998, s. 172.

spondent wie o dokonanych przez inne osoby przestępstwach (pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne)<sup>47</sup>.

Wypada powtórzyć za J. Błachut, A. Gaberle i K. Krajewskim, że w Polsce nie prowadzono zbyt wielu badań w zakresie „ciemnej” liczby, eksperyment należał do niezwyklej rzadkości, podobnie obserwacja uczestnicząca. Nieco lepiej jest w przypadku badań typu *self-report*, *survey* wiktyimizacyjny i pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne<sup>48</sup>.

Chcąc oszacować rozmiary „ciemnej” liczby przestępstw okołotransplantacyjnych, należy zauważyć, że żadna z powyższych metod nie byłaby właściwa, aby w pełni i rzetelnie przystąpić do prób oszacowania zjawiska. Nie ulega wątpliwości, że istnieje duża „ciemna” liczba przestępstw polegających na rozpowszechnianiu ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu narządu w celu przeszczepienia. Na stronach internetowych mnożą się oferty kupna-sprzedaży<sup>49</sup>, a ze statystyk wynika, że niewielka jest liczba tego typu stwierdzonych przestępstw. Wniosek stąd taki, iż przestępczość tego typu niemal w całości nie dochodzi do wiadomości organów ścigania bądź mamy do czynienia ze swoistym oportunistycznym. Internet jest bogatym źródłem ofert handlowych dotyczących narządów ludzkich.

W 2006 r. Autorka przeprowadziła badania zasobów Internetu pod kątem zamieszczanych tam ogłoszeń o odpłatnym zbyciu własnych narządów. Zadaniem tego badania nie była próba oszacowania rozmiarów popytu i podaży na narząd do przeszczepu, uzyskany drogą nielegalną, czy dokładne podanie liczby oferentów, ale znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy w ogóle za pośrednictwem Internetu istnieją możliwości nawiązania kontaktu, pozwalającego na nielegalne porozumienie dwóch zainteresowanych bezprawnym kontraktem stron. Odpowiedź na tak postawione pytanie brzmiała twierdząco.

W Internecie niczym w supermarkecie mnożyły się i nadal ustawicznie się mnożą oferty sprzedaży nerek, szpiku kostnego czy segmentów wątroby. Nadal podawane są dane umożliwiające łatwą identyfikację ogłoszeniodawców, mianowicie: adresy e-mail czy numery telefonów komórkowych i stacjonarnych, imiona chętnych do zawarcia umowy. Co najmniej kilku oferentów zamieszcza swoje ogłoszenia w wielu witrynach. W każdym przypadku można ustalić serwer administratora oraz numer identyfikacyjny IP komputera, z którego wysłano nielegalne oferty. W wypadku telefonów stacjonarnych oraz telefonów komórkowych, związanych z wykonywaniem połączeń w ramach imiennej umowy z operatorem, znalezienie właściciela nie nasuwa żadnych trudności. Problemem może być ustalenie właściciela telefonu komór-

47 J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2004, s. 228; K. Bułat, P. Czarniak, A. Gorzelak i in., *Kryminologia. Repetytorium*, Kraków 2007, s. 81. Zob. szeroko na temat badań wiktyimizacyjnych i badań typu *self-report*, J. Błachut, *Problemy związane z pomiarem przestępczości*, Warszawa 2007, s. 259-315.

48 J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *op. cit.*, s. 228-235.

49 Na ten fakt zwraca też uwagę wybitny polski kryminolog B. Hołyst. Zob. B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2009, s. 411 i n.

kowego, działającego jedynie na kartę (typ *pre-paid*), gdyż w takiej sytuacji identyfikacja nabywcy karty jest trudna<sup>50</sup>. Istniejące obecnie możliwości w zakresie analizy kryminalnej pozwalają na identyfikację aktywnego posiadacza telefonu komórkowego w oparciu o sieć powiązań. Nie należy też zapominać o możliwościach, jakie dają tzw. sieci społecznościowe, za pomocą których można zidentyfikować posiadacza telefonu komórkowego czy aktywnego konta na portalu społecznościowym.

Internetowe serwisy społecznościowe ostatnimi laty dosłownie zrewolucjonizowały Internet. Obecnie wręcz uważa się, że Internet docelowo będzie głównym, a niektórzy twierdzą, że jedynym medium informacyjnym świata<sup>51</sup>. Rozwój cywilizacyjny spowodował, że nasze społeczeństwo stało się społeczeństwem sieciowym, a interakcje między osobami są coraz bardziej zróżnicowane. Korespondencja za pomocą poczty elektronicznej czy połączenia przy pomocy komunikatorów internetowych w dobie szybkiego rozwoju technologii komputerowych pozwalają na obserwowanie i analizowanie tychże<sup>52</sup>, a także na zbieranie materiału dowodowego służącego wszczęciu postępowania karnego.

Nie da się jednoznacznie wyznaczyć akceptowalnej granicy, do której można stosować „nowe technologie” w zwalczaniu przestępczości tak, aby zachować równowagę pomiędzy ochroną różnych dóbr prawnych jednostki. Wydaje się, że niektóre prawa przysługujące człowiekowi muszą być nieraz poświęcone w imię wyższych celów – ochrony życia i zdrowia, zachowania bezpieczeństwa powszechnego i indywidualnego. Zawsze będą istniały problemy z obywatelską akceptacją pewnych działań państwa, które zmierzają do zapewnienia bezpieczeństwa obywateli kosztem poświęcenia niektórych swobód obywatelskich. Problem ten jest złożony, jak złożona jest natura ludzka i szeroki wachlarz poglądów na zagadnienie składania „na ołtarzu” praw i wolności obywatelskich w imię uniwersalnie akceptowanej wolności od strachu, w tym zagrożenia poważną przestępczością<sup>53</sup>.

Wypada podkreślić, że przestrzeganie prawa pozytywnego i zasady legalizmu, określonej w art. 10 kpk. wymaga od organów powołanych do ścigania przestępstw, aby wszczęły i przeprowadziły postępowania przygotowawcze pod kątem naruszenia art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Przepis ten zabrania pod groźbą kary grzywny, ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku zachowania, polegającego m.in.

50 Zob. E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Białystok 2008, s. 230.

51 A. Zygmunt, J. Koźlak, E. Nawarecki, *Analiza otwartych źródeł internetowych z zastosowaniem metodologii sieci społecznych*, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki*, Warszawa 2012, s. 200.

52 A. Zygmunt, J. Koźlak, *Sieci społeczne w badaniach kryminalistycznych*, (w:) E. Nawarecki, G. Dobrowolski, M. Kisiel-Dorohiniński (red.), *Metody sztucznej inteligencji w działaniach na rzecz bezpieczeństwa publicznego*, Kraków 2009, s. 103.

53 W. Filipkowski, E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, „Nowoczesne technologie” w zwalczaniu przestępczości a prawa człowieka, *Przegląd Policjny* z 2013 r., nr 1(109), s. 5-23.

na rozpowszechnianiu ogłoszeń o odpłatnym zbyciu czy nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia.

Z wywiadów indywidualnych przeprowadzonych z przedstawicielami prokuratury wynika, że przestępczość tego typu uważana jest za marginalną, a natłok pracy w poważniejszych sprawach nie pozwala na prowadzenie postępowań w tym zakresie. Okoliczność, iż występkiem z art. 43 polskiej ustawy transplantacyjnej zagrożony jest sankcją o niższym stopniu surowości, nie przesądza jeszcze o tym, że zamiast legalizmu powinien wchodzić w grę oportunizm organów ścigania. Ponadto, nie należy zakładać *a priori*, że skoro niezmiernie trudne byłoby zawarcie transakcji kupna-sprzedaży narządu w celu jego przeszczepienia, to czyn, polegający na zamieszczaniu ogłoszeń o zamiarze kupna-sprzedaży, nosi cechy społecznej szkodliwości w stopniu znikomym. Ustawodawca polski celowo stypizował odrębnie to przestępstwo, gdyż gdyby tego nie uczynił, zamieszczanie ogłoszeń można by uznać za czynność przygotowawczą do handlu narządami ludzkimi. W konsekwencji, w razie braku ustawowego przepisu o karalności tego typu przygotowania, zachowanie polegające na rozpowszechnianiu ogłoszeń o odpłatnym zbyciu czy nabyciu narządu w celu przeszczepu pozostawałoby niekaralne.

Celowe wydaje się podjęcie pracy operacyjnej w wyżej wskazanym obszarze, gdyż z ustaleń dokonanych przez Autorkę niniejszej monografii wynika, że może zachodzić prawdopodobieństwo dojścia do skutku nielegalnych transakcji, jeśli nie w Polsce, gdyż to w praktyce jest niemal niemożliwe, to za granicą. Należy też pamiętać, że tego rodzaju ogłoszenia o odpłatnym zbyciu narządu mogą pozostawać w kręgu zainteresowania zorganizowanych grup przestępczych, które byłyby w stanie zorganizować pobranie narządu za granicą w bardziej sprzyjających warunkach aniżeli w Polsce, gdzie istniejący system zabezpieczeń jest bardzo szczelny.

Sięgając do najbardziej popularnych wyszukiwarek w Internecie, natychmiast można się zorientować, że nie brakuje ofert handlowych ze strony potrzebujących środków finansowych mniej lub bardziej zdesperowanych potencjalnych dawców narządów. Wpisując w najbardziej popularną wyszukiwarkę Google frazę „sprzedam nerkę”, w lipcu 2015 r.<sup>54</sup> w ciągu 30 sekund uzyskano dostęp do 283 tys. wyników zawierających podaną frazę. Nie oznacza to oczywiście, że każdy wynik stanowi ofertę sprzedaży narządu. Wiele jest odniesień do artykułów publicystycznych, naukowych, wypowiedzi przedstawicieli nauki, praktyki, ale wiele też ogłoszeń o chęci odpłatnego zbycia własnych narządów z podaniem konkretnych danych zarówno odnośnie do stanu zdrowia i cech psychosomatycznych, jak też żądanej ceny.

Z pewnością akcja Policji pod hasłem „Anons” wywarła pewien skutek prewencyjny, ale nie wiadomo, na jak długo. Aż 250 ogłoszeń internetowych, w których oferowano sprzedaż własnych narządów, ustalili policjanci w ramach akcji pod kryp-

---

54 Dostęp: 24 lipca 2015 r.

tonimem „Anons”. Funkcjonariusze weszli pod 95 wytypowanych adresów, gdzie zatrzymali dwie osoby, a 37 doprowadzili do jednostek Policji. W związku z akcją przesłuchano 105 osób. Policjanci Centralnego Biura Śledczego we współpracy z Wydziałem Wsparcia Zwalczenia Cyberprzestępczości Biura Kryminalnego KGP oraz funkcjonariuszami z 80 komend Policji z całego kraju przeprowadzili akcję wymierzoną w osoby zamieszczające w sieci internetowej oferty sprzedaży własnych narządów. Najczęściej oferowane były nerki. Wydział do walki z cyberprzestępczością Biura Kryminalnego KGP odgrywa dużą rolę w tego typu sprawach, gdyż to dzięki jego pracy ustalani są użytkownicy końcowi rozpowszechniający tego rodzaju ogłoszenia. Dwudziestu trzem postawiono zarzuty z art. 43 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Policja zaapelowała wówczas do administratorów sieci internetowych o niedopuszczanie do publikowania tego rodzaju treści, jak również o ich usuwanie i powiadamianie organów ścigania<sup>55</sup>.

Trzeba wyraźnie podkreślić, że sam handel narządami ludzkimi nie wchodzi z pewnością w obszar przestępczości pospolitej, stąd ogromne problemy z jego wykrywalnością. Ze specyfiki tej delikatnej materii wynika, że żaden z uczestników zabronionych przez prawo transakcji nie jest zainteresowany współpracą z organami ścigania. Pokrzywdzony sprzedawca na dobrą sprawę nie czuje się jak ofiara w klasycznym tego słowa znaczeniu, albowiem nie tylko traci, ale też zyskuje. Wprawdzie zysk nie jest w żadnej mierze porównywalny ze stratą, ale stanowi jakiś ekwiwalent utraconego narządu i polepszenie choć na krótko sytuacji finansowej. Należy zresztą przypomnieć, że sprzedawca własnego narządu nie ponosi odpowiedzialności za handel narządami ludzkimi, gdyż dyspozycja przepisu art. 44 ustawy transplantacyjnej – „Kto w celu uzyskania korzyści majątkowej nabywa lub zbywa cudzą komórkę, tkankę lub narząd (...)” wyraźnie wskazuje, że podmiotem zabronionych czynności handlowych jest ten, kto zbywa cudzy a nie własny narząd. Dla kupującego biorcy narząd jest dobrem najwyższej wartości, bo życiodajnym. Ewentualny personel medyczny dokonujący nielegalnych zabiegów transplantacji zainteresowany byłby materialnym polepszeniem egzystencji. W praktyce musiałaby funkcjonować doskonała zmowa milczenia, solidarność i lojalność przestępcza, albowiem trzeba pamiętać, że narząd ludzki to nie towar, który można w każdym czasie, bez zachowania szczególnych warunków uzyskać, przechować i implantować.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że inaczej przedstawia się problem wykorzystywania narządów ludzkich do czynności handlowych w sytuacji, gdy narządy te zostały pobrane bez zgody dawców, a zatem handel narządami został dokonany w niejako „podwójnie” bezprawny sposób. W takiej sytuacji można się spodziewać większego prawdopodobieństwa faktu, że informacja od osoby pokrzywdzonej dotrze do orga-

55 „Anons” – policyjna akcja przeciwko oferującym narządy do sprzedania, data publikacji: 6.07.2012 r., <http://www.policja.pl/pol/aktualnosci/78993,ANONS-policyjna-akcja-przeciwko-oferujacym-narzady-do-sprzedania.html?search=946619>.

nów ścigania. Ofiara takiego procederu jest bezpośrednio wiktyimizowana, a to pozwala przypuszczać, że zgłosi zawiadomienie o przestępstwie.

Można zatem wyróżnić dwie kategorie ofiar handlu narządami ludzkimi: świadomych i nieświadomych dawców. Świadomymi dawcami są ci, którzy sprzedają swoje narządy w zamian za korzyść majątkową – nieodpowiadający za handel narządami na gruncie art. 44 ustawy transplantacyjnej. Są to ofiary niejako na własne życzenie. Nieświadomymi dawcami zaś są ci, od których w bezprawny sposób dokonano eksplantacji narządu – typowe ofiary.

Wydaje się, że trudno postawić tezę o istnieniu „ciemnej” liczby przestępstwa handlu narządami ludzkimi w Polsce, albowiem niełatwo wyobrazić sobie istnienie warunków umożliwiających i sprzyjających rozwojowi tego rodzaju procederów.

Powodzenie zabiegu przeszczepienia wymaga m.in. zgodności grup krwi dawcy i biorcy, jak najlepszej zgodności tkankowej, jak najkrótszego czasu niedokrwienia narządu (od momentu pobrania do momentu wszczepienia biorcy) i perfekcyjnej techniki chirurgicznej. Wszystko to powoduje, że pobrania i przeszczepienia narządu może dokonać jedynie odpowiedni specjalista w szpitalu spełniającym stosowne wymagania i posiadającym zgodę Ministra Zdrowia na takie zabiegi<sup>56</sup>.

Eksperyment jako narzędzie badawcze służące oszacowaniu rozmiarów tego zjawiska nie byłby właściwy, podobnie obserwacja uczestnicząca. Pozostaje jedynie wywiad. Wywiad taki metodą survey wiktyimizacyjny oraz pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne zrealizowano w 2008 r.<sup>57</sup>

W badaniu poczyniono założenie, że rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nieznanych wcześniej zagrożeń. Wśród tych zagrożeń znalazł się handel narządami ludzkimi<sup>58</sup>. Uznano za stosowne zadać pytanie respondentom, czy słyszeli o handlu narządami ludzkimi. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiał się następująco: aż 87% respondentów słyszało o handlu narządami ludzkimi, tyleż samo mężczyzn co kobiet. Najwyższą świadomość w tym zakresie wykazali ankietowani w wieku 30-39 lat (94% wskazań), najniższą zaś osoby starsze w wieku 60 lat i powyżej (70% wskazań). Z analizy danych statystycznych wynika, że poziom świadomości wzrastał wraz z poziomem wykształcenia. Miejsce zamieszkania jako zmienna różnicująca nie miało większego wpływu na rozkład odpowiedzi, gdyż zarówno mieszkańcy miast, jak i wsi posiadają doskonałe rozeznanie w tej materii (odpowiednio 84% wskazań dla mieszkańców

56 W. Rowiński, Prawne i organizacyjne warunki przeszczepu narządów w Polsce, (w:) Z. Lasocik (red.), *Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie*, Warszawa 2006, s. 318-319.

57 Projekt badawczy pt. „Monitoring, identyfikacja i przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa obywateli”, realizowany przez Katedrę Prawa Karnego na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku w kooperacji z Wojskową Akademią Techniczną im. Jarosława Dąbrowskiego w Warszawie.

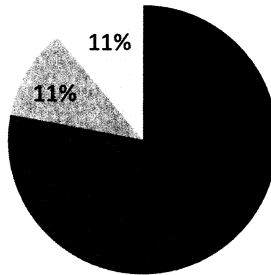
58 Zob. szerzej na ten temat: E.M. Guzik-Makaruk, *Zagrożenia handlem organami ludzkimi w świetle badania opinii społecznej w Polsce w 2008 r.*, (w:) A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger (red.), *Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu*, Lublin 2011, s. 765-779.

wsi i średnio 90% wskazań dla mieszkańców miast). Warto zaznaczyć, że największą populację osób, które słyszały o zjawisku handlu narządami ludzkimi, stanowią mieszkańcy stolicy (95% wskazań). Podchodząc do tego zagadnienia przez pryzmat wykonywanego zajęcia, należy stwierdzić, że grupą społeczną, najbardziej świadomą istnienia analizowanego zjawiska są studenci (95% wskazań), a w dalszej kolejności urzędnicy (94% wskazań) i menedżerowie (93% wskazań). Statystyka taka świadczy jednoznacznie o tym, że zjawisko handlu narządami ludzkimi należy do znanych fenomenów we współczesnym społeczeństwie polskim. Nie oznacza to oczywiście, że sam handel narządami to zjawisko noszące cechy powszechności, jednak wiedza o takiej kategorii zagrożeń funkcjonuje w świadomości społecznej.

Respondenci zapytani o opinię na temat występowania zjawiska handlu narządami ludzkimi stwierdzili, że zagrożenie tym zjawiskiem jest znaczne. Jako bardzo duże określił je co dwunasty ankietowany, jako raczej duże co trzeci, wskazanie na zagrożenie handlem narządami ludzkimi jako raczej małe wybrało 41% ankietowanych, a co dziesiąty respondent uznał, że zagrożenie jest bardzo małe. Także co dziesiąta osoba poddana badaniu nie miała zdania w przedmiotowej kwestii. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia poniższy wykres.

Wykres 80. Ocena zagrożenia handlem narządami ludzkimi

■ Bardzo duże ■ Raczej duże ■ Raczej małe ■ Bardzo małe ■ Trudno powiedzieć



Źródło: opracowanie własne.

Analizując dalsze uzyskane dane, należy zwrócić uwagę na to, że najwyższe wskaźniki w kategorii „bardzo duże zagrożenie” uzyskano w następujących grupach respondentów:

- posiadających miesięczny dochód rodziny do 900 zł (17% wskazań),
- osób starszych w wieku powyżej 60 lat (14% wskazań),
- mieszkańców miast o zaludnieniu 50 tys. do 200 tys. mieszkańców (13% wskazań),



- osób z wykształceniem podstawowym i studentów (po 12% wskazań).

Dość zaskakujące jest, że aż 27% ankietowanych z regionu południowego ocenia zagrożenie handlem narządami ludzkimi jako bardzo duże, podczas gdy np. w regionie środkowym żaden respondent nie prezentuje takiego stanowiska.

Dla przeciwwagi należy dodać, że najwyższe wskaźniki w kategorii „bardzo małe zagrożenie” uzyskano w następujących grupach respondentów:

- mieszkańców regionu północno-wschodniego (27% wskazań),
- rolników (17% wskazań),
- mężczyzn, osób starszych w wieku powyżej 60 lat, osób z wykształceniem podstawowym (po 15% wskazań),
- mieszkańców małych miast (do 50 tys. mieszkańców) oraz mieszkańców regionu północno-wschodniego (14% wskazań).

Należy zauważyć, że w społeczeństwie polskim istnieje dość duże przeświadczenie o tym, że handel narządami ludzkimi jest realnie zagrażającym procederem, występującym w naszym kraju. Aż 37% respondentów jest zdania, że należy się obawiać tego zjawiska, ale też co drugi ankietowany twierdzi, iż zagrożenie tym zjawiskiem jest małe. Wydaje się, że obawy społeczne nie mają pokrycia w rzeczywistości, nie odpowiadają one bowiem obrazowi wyłaniającemu się ze statystyki wymiaru sprawiedliwości. Być może taki wynik badania został ukształtowany poprzez przekazy medialne, w których na przestrzeni kilku ostatnich lat przedstawiano niepotwierdzone hipotezy dotyczące nieprawidłowości wokół zabiegów transplantacyjnych. Dość wspomnieć zgiełk medialny wokół działań CBA, które dokonało spektakularnego zatrzymania w lutym 2007 r. chirurga-transplantologa Mirosława Garlickiego m.in. pod zarzutem zabójstwa jednego z pacjentów. Zarzut ten nie został potwierdzony w drodze postępowania dowodowego i w 2008 r. sąd pierwszej instancji nakazał byłemu Ministrowi Sprawiedliwości Zbigniewowi Ziobrze przeprosić kardiochirurga. W kwietniu 2007 r. media podały z kolei informację o usypianiu pacjentów w Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w celu pobrania od nich narządów do transplantacji<sup>59</sup>. Niezależnie od końcowych efektów prowadzonych postępowań, zaufanie społeczne spadło do tego stopnia, że liczba transplantacji od dawców zmarłych zmniejszyła się o 60% w porównaniu z okresem sprzed marca 2007 r. Dla przykładu w styczniu 2007 r. wykonano 102 przeszczepy, podczas gdy w kwietniu 2007 r. było ich już tylko 45<sup>60</sup>.

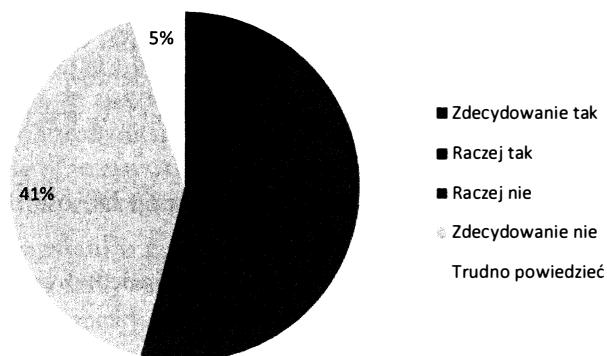
W celu uzyskania informacji o poziomie obaw czy strachu przed ewentualną wiktyimizacją handlem narządami ludzkimi zadano respondentom pytanie o to, czy osobiście obawiają się, że staną się ofiarami tego przestępstwa.

59 M. Gawina, Zemsta doktora S.?, Kurier Poranny z dnia 28 marca 2007 r., s. 1.

60 Statystyka przeszczepiania narządów od zmarłych dawców w miesiącach, [http://www.polttransplant.org.pl/statystyka\\_2007.html](http://www.polttransplant.org.pl/statystyka_2007.html).

Rozkład odpowiedzi na to pytanie obrazuje zamieszczony poniżej wykres.

Wykres 81. Obawa przed staniem się ofiarą handlu narządami ludzkimi



Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych przedstawionych na wykresie, zaledwie 11% ankietowanych wyraziło opinię, że osobiście obawia się, iż może paść ofiarą handlu narządami ludzkimi. Aż 84% objętych badaniem nie przejawia takich obaw, a zaledwie co dwudziesta osoba nie ma sprecyzowanego zdania na ten temat. Pokazuje to, że postawy społeczne są raczej kategoryczne w nakreślonym obszarze, a zatem istnieje ogromna grupa respondentów, która nie widzi osobistego zagrożenia, oraz niewielka grupa, która takie zagrożenie spostrzega.

Obawa, którą wyrażają respondenci, odnosi się z pewnością do bycia ofiarą w typowym znaczeniu – nieświadomym dawcą. Warto przyjrzeć się bliżej grupie osób obawiających się stania ofiarą handlu narządami i prześledzić cechy strukturalne tej populacji. Wśród osób, które zdecydowanie widzą osobiste niebezpieczeństwo bycia ofiarą (odpowiedzi „zdecydowanie tak”), znajdują się:

- posiadający miesięczny dochód rodziny do 900 zł (11%),
- respondenci z podstawowym wykształceniem (6%),
- kobiety (5%), mężczyźni są w mniejszości (2%),
- studenci (5%).

Osoby, które osobiście wyrażają obawę przed staniem się ofiarą handlu narządami (odpowiedzi „raczej tak”), to także:

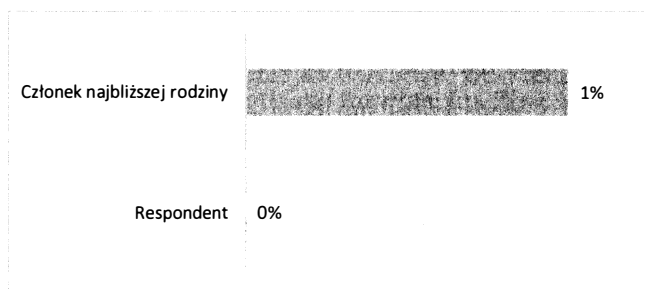
- rolnicy (26%),
- zamieszkujący region północny (19%),
- posiadający wykształcenie zasadnicze (11%),

- respondenci w wieku 50-59 lat (10%) i osoby zupełnie młode w wieku 18-29 lat (9%).

Wypada w tym miejscu zwrócić uwagę na pewien wynik badania. Mimo iż 37% respondentów uważa, że zagrożenie handlem narządami ludzkimi jest duże (wykres 80), to tylko 11% osobiście obawia się bycia ofiarą tego procederu (wykres 81). Społeczeństwo dostrzega hipotetyczne niebezpieczeństwo, jednak w bliższej konfrontacji z problemem, tylko nieliczni prezentują obawy przed bezpośrednią wiktyimizacją przestępstwem handlu narządami.

Kolejne pytanie, jakie zadano respondentom, to typowy survey wiktyimizacyjny, polegający na wysondowaniu, czy respondent był ofiarą przestępstwa, oraz pytanie, czy respondent wie o tym, że ofiarą był ktoś z kręgu znanych mu osób, czyli tzw. pośrednie doświadczenie wiktyimizacyjne. Respondentów zapytano o to, czy byli kiedykolwiek ofiarami handlu narządami ludzkimi bądź ofiarą był ktoś z najbliższej rodziny. Rozkład odpowiedzi na to pytanie obrazuje zamieszczony poniżej wykres.

Wykres 82. Ofiary handlu narządami ludzkimi

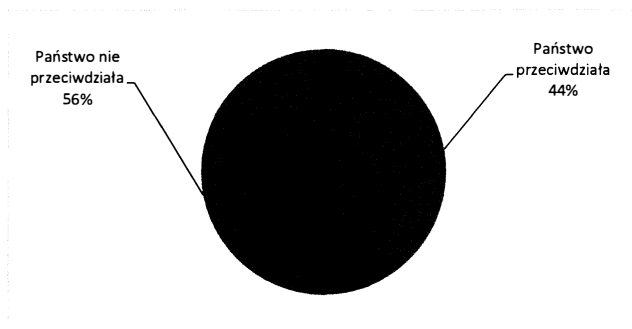


Źródło: opracowanie własne.

Posiadając tak szczątkowe dane, nie można dokonywać głębokiej analizy statystycznej z uwagi na znikomy czy wręcz śladowy odsetek populacji osób, które podały informacje o tym, jakoby członek ich najbliższej rodziny padł ofiarą handlu narządami ludzkimi. Warto zauważyć, że żaden z ponad tysiąca respondentów nie jest wiktyimizowany przestępstwem handlu narządami ludzkimi. Biorąc pod uwagę, że granica błędu statystycznego w wykonanym badaniu wynosi  $\pm 3,2\%$ , można uznać, że właściwie nie uzyskano żadnych wiarygodnych informacji odnośnie do rzeczywistej wiktyimizacji handlem narządami.

Ostatnie pytanie, które dotyczyło handlu narządami ludzkimi, wymagało od respondentów oceny przeciwdziałania państwa i jego organów zagrożeniu tym przestępstwem. Jak wynika z poniższego wykresu, większość respondentów uznała, że państwo nie przeciwdziało w wystarczającym stopniu temu patologicznemu zjawisku.

Wykres 83. Przeciwdziałanie państwa w obszarze handlu narządami ludzkimi



Źródło: opracowanie własne.

Trudno ocenić, z jakich powodów ankietowani wystawili dość niepochebną opinię organom państwowym, skoro przestępczość w tym obszarze nie należy do przestępczości pospolitej, z którą walczy się bardzo trudno i z różnym wynikiem. Ponad połowa respondentów uznała, że państwo nie przeciwdziała w wystarczającym stopniu przestępstwu handlu narządami, w tym aż 90% mieszkańców regionu północno-wschodniego. Pozostali ankietowani uznali poziom działań państwa w obszarze profilaktyki za zadowalający.

Społeczna ocena przeciwdziałania państwa i jego organów zagrożeniu handlem narządami ludzkimi jest nie do końca zadowalająca.

Wydaje się zatem, że istniejące, wykorzystywane zazwyczaj instrumentarium diagnozowania rozmiarów „ciemnej” liczby przestępstw nie jest adekwatne w odniesieniu do przestępstwa handlu narządami ludzkimi.

Szacunki dotyczące handlu ludźmi w Europie, nieuwzględniające jednak wysokiej „ciemnej” liczby, określają, że w samej Europie corocznie ofiarami handlu jest ponad 100 tys. osób. Być może część z tych osób pada ofiarą handlarzy narządami ludzkimi<sup>61</sup>, ale tego nie ustalono. Handel ludźmi prowadzony jest zarówno w płaszczyźnie jednostkowej o mniejszym zasięgu, jak i w grupach zorganizowanych sieci przemytniczych<sup>62</sup>. Wiadomo np., że państwami, w których kwitnie handel narządami ludzkimi, są: Egipt<sup>63</sup>, Irak, Indie czy kraje Trzeciego Świata<sup>64</sup>. Nielegalne przeszczepianie nerki od płatnego dawcy jest wykonywane w wielu krajach świata, głównie we wspomnianych już Egipcie i Indiach, ale także w Pakistanie, Mołdawii i Rumu-

61 B. Hołyst, Socjologia kryminalistyczna, Warszawa 2007, s. 880-882; *idem*, Wiktymologia, Warszawa 2006, s. 903.

62 B. Hołyst, Wiktymologia, Warszawa 2006, s. 1019.

63 B. Hołyst, Kryminalistyka, Warszawa 2007, s. 362.

64 P. König, Straffbarer Organhandel, Frankfurt am Main 1999, s. 39; S. Carney, Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci, Wołowiec 2014, s. 229.

nii, a więc tam, gdzie bieda skłania ludzi do sprzedaży własnych narządów<sup>65</sup>. Często ofiarami handlarzy ludzkimi narządami padają uchodźcy. Przykładowo w listopadzie 2011 r. amerykańska telewizja informacyjna Cable News Network (CNN) podała, że jeden z działaczy New Generation Foundation<sup>66</sup>, organizacji zajmującej się ochroną praw człowieka, własnoręcznie sfotografował martwe ciała znalezione na pustyni w Egipcie. Wszystkie zwłoki uchwycone na zdjęciach posiadały podobne blizny w okolicach brzucha. Są to ofiary handlarzy narządami. Stożki rogówek oczu, nerki oraz wątroby to narządy, które są najczęściej pozyskiwane z ciał bezbronnych uchodźców<sup>67</sup>. W prasie głośno także było o pobieraniu narządów od jeńców wojennych w trakcie wojny w Kosowie<sup>68</sup>. W literaturze wskazuje na to M. Ickiewicz-Sawicka<sup>69</sup>.

Media doniosły za niemiecką agencją prasową dpa<sup>70</sup> w lutym 2015 r., że terrorystyczne ugrupowanie Państwo Islamskie podejrzewa się o handel ludzkimi narządami. W zbiorowych grobach w Iraku znaleziono zwłoki ze śladami wskazującymi na pobranie narządów. O podejrzaniach wobec Państwa Islamskiego poinformował media ambasador Iraku przy ONZ. Mohammed Alhakim sugerował, że najprawdopodobniej Państwo Islamskie finansuje z handlu narządami swoją terrorystyczną działalność. W płytkich masowych grobach znaleziono zwłoki z operacyjnymi cięciami i brakującymi narządami, m.in. nerkami. Ponadto w Mosulu zabitych zostało dziesiątki lekarzy, którzy odmówili pobrania narządów. Dotychczas było tylko wiadomo, że ugrupowanie pomnaża swoje środki finansowe m.in. z wymuszonych okupów, szantażu i handlu dziełami sztuki<sup>71</sup>.

Nie należy zapominać, że osobami korzystającymi z ludzkich „części zamiennych” są najczęściej bogaci mieszkańcy Europy, którzy od lat 80. ubiegłego stulecia wyjeżdżają do Izraela, RPA czy Stanów Zjednoczonych w ramach swoistej turystyki transplantacyjnej<sup>72</sup>. Jak wskazuje N. Scheper-Hughes, transatlantycki trójkąt handlu narządami połączył kupców z Izraela i USA, sprzedawców z Brazylii i Mołdawii, lekarzy z RPA i międzynarodowych pośredników ze wszystkich tych krajów<sup>73</sup>. Czarny rynek będzie istniał tak długo, jak długo będzie występował niedobór narządów na

65 W. Rowiński, *Prawne i organizacyjne warunki...*, *op. cit.*, s. 325.

66 Organizacja zajmuje się ochroną praw człowieka i pomocą uchodźcom udającym się do Egiptu.

67 Uchodźcy ofiarami handlarzy ludzkimi organami, <http://wiadomosci.onet.pl/uchodzcy-ofiarami-handlarzy-ludzkimi-organami/ltn5k>.

68 E. Rekosz, *Handel narządami w polskiej prasie*, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011, s. 55.

69 M. Ickiewicz-Sawicka, *Problematyka handlu organami ludzkimi ze szczególnym uwzględnieniem Kosowa*, (w:) E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski (red.), *Współczesne oblicza bezpieczeństwa*, Białystok 2015, s. 387 i n.

70 Deutsche Presse Agentur GmbH.

71 Państwo Islamskie handluje ludzkimi organami?, Deutsche Welle z dnia 18.02.2015, za Rzeczpospolitą, <http://www4.rp.pl/artykul/1180493-Panstwo-Islamskie-handluje-ludzkimi-organami-.html>.

72 F. Jasiński, *Walka z handlem narządami i tkankami ludzkimi z perspektywy Unii Europejskiej*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006, s. 28-29.

73 N. Scheper-Hughes, *Biopiractwo i globalna pogoń za ludzkimi narządami*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *op. cit.*, s. 82.

rynku legalnym albo dopóki w medycynie nie dokona się taki postęp, aby można było zastąpić czymś transplantację<sup>74</sup>.

Warto zauważyć, że pierwsza próba zalegalizowania sprzedaży narządów miała miejsce w Indiach. System funkcjonował do połowy lat 80. XX w., do 1995 r. był on jednak silnie krytykowany ze względu na brak skutecznych instrumentów zabezpieczających przed wyzyskiem ubogich dawców. Legalny system sprzedaży organów istnieje obecnie w Iranie, jednak jest to rynek silnie regulowany i ograniczony. Dotyczy wyłącznie nerek pochodzących od niespokrewnionych dawców. Zwykle nerki otrzymuje ze środków publicznych rekompensatę w wysokości około 1200 USD, darmową opiekę zdrowotną przez rok po zabiegu i wynagrodzenie w wysokości od 2300 USD do 4500 USD<sup>75</sup>.

Zagadnienie „ciemnej” liczby przestępstw handlu narządami ludzkimi nie jest tematem chętnie podejmowanym w literaturze. P. König w swej obszernej monografii, zatytułowanej *Strafbarer Organhandel*<sup>76</sup> (Karalny handel narządami), pomimo tak obiecującego zakreślonego pola badawczego, prawie w ogóle nie poświęca miejsca „ciemnej” liczbie, skupiając swą uwagę przede wszystkim na analizie dogmatycznej, nie abstrahując jednak od rozważań natury kryminologicznej. Można by zaryzykować stwierdzenie, że „ciemna” liczba przestępstw handlu narządami ludzkimi to niewdzięczny temat.

Warto byłoby w tym miejscu przywołać kilkakrotnie prezentowany pogląd zmarłego w 2014 r. Profesora W. Rowińskiego, założyciela Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej, wieloletniego Przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Transplantologii Klinicznej, a także członka Komisji do spraw Transplantacji Narządów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), którego zasługi dla polskiej transplantologii są nieocenione. Profesor W. Rowiński był głęboko przekonany, że w Polsce nie istnieje problem handlu narządami czy problem przeszczepiania nerki od płatnego dawcy. Jego zdaniem istniejące regulacje prawne (ustawa, Komisja Etyczna, zgoda sądu, Rejestr Dawców Żywych) w pełni zabezpieczają przed komercjalizacją i handlem. Ponadto operacja przeszczepienia jest działaniem zespołowym, wymaga odpowiednich warunków i może być przeprowadzona jedynie w szpitalu posiadającym zgodę Ministra Zdrowia, co stanowi ogromne utrudnienie w ewentualnym nielegalnym postępowaniu. W. Rowiński twierdził, że przeciwdziałanie komercjalizacji i zjawisku handlu narządami byłoby możliwe wówczas, gdyby „pobierać narządy od wszystkich zmarłych, z wyjątkiem tych, którzy zastrzegli za życia, że nie zgodzą się na to”<sup>77</sup>.

74 J. Radcliffe-Richards, *Handel narządami – aspekty filozoficzne i etyczne*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *op. cit.*, s. 60.

75 T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 235.

76 P. König, *op. cit.*

77 W. Rowiński, *Czy w Polsce możliwy jest handel narządami?*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *op. cit.*, s. 54-55; W. Rowiński, *Prawne i organizacyjne warunki...*, s. 326.

Podobną opinię formułuje Profesor Roman Danielewicz, dyrektor „Poltransplantu”. Twierdzi on, że w Polsce nie istnieje handel narządami. Dzieje się tak dzięki etyce zawodowej lekarzy i innych profesjonalistów, którzy uczestniczą w przeszczepianiu narządów, szczelności systemu oraz aktywności Policji, która wychwytuje ogłoszenia o chęci zbycia narządów. Profesor dodaje, że nie zna przypadków, żeby w wyniku tego typu ogłoszeń doszło do skojarzenia dawcy i biorcy narządu i realizacji transakcji. Nasz system organizacyjny i prawny jest szczelny, a „Poltransplant” i ośrodki transplantacyjne mają pełną kontrolę dotyczącą miejsca pobierania narządów, dawców narządów i wykonywania przeszczepu oraz wyboru biorców z listy oczekujących. Barię do wykonania przeszczepu nie muszą być dziś warunki techniczne szpitala, lecz zupełnie co innego. Przeszczep nerki wymaga zaangażowania wielospecjalistycznych zespołów złożonych z lekarzy, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, immunologów i nefrologów. Trudno sobie wyobrazić, aby te wszystkie osoby dobrowolnie zgodziły się na udział w procederze przestępczym<sup>78</sup>.

Nie ulega jednak wątpliwości, że handel ludzkimi narządami jest na świecie faktem. Zdaniem Wojciecha Rowińskiego, skala tego zjawiska zmniejsza się jednak w wyniku starań transplantologów i Światowej Organizacji Zdrowia<sup>79</sup>. W opinii R. Danielewicza handel narządami czy turystyka transplantacyjna, a więc wyjazdy ludzi do innego kraju po to, by wrócić z przeszczepionym narządem, mają miejsce i jest to jeden z ważnych tematów poruszanych przez środowisko transplantologów podczas spotkań międzynarodowych. Dyrektor „Poltransplantu” zwraca jednak uwagę na to, że przestępcy mogą wykorzystać osoby oferujące w sieci sprzedaż narządów. Mogą się wówczas narazić na to, że jakieś grupy przestępcze spoza Polski będą próbować po nie sięgać, dlatego warto uświadamiać społeczeństwo i przestrzegać przed zamieszczaniem ofert w Internecie<sup>80</sup>.

W opinii Jarosława Czerwińskiego, zastępcy dyrektora do spraw medycznych Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego do spraw Transplantacji „Poltransplant”, w Polsce z wielu powodów udało się uniknąć podobnych zdarzeń. Nie było z tym kłopotu także wówczas, gdy nie było jeszcze odpowiedniego nadzoru i regulacji prawnych. Obecnie cały zakres został ujęty w takie ramy organizacyjne i systemowe, że trudno wyobrazić sobie możliwość stworzenia podziemia transplantacyjnego.

Wojciech Rowiński zauważał, że w Polsce zdarzają się internetowe ogłoszenia „sprzedam nerkę”, ale według jego wiedzy nie udało się nikomu sprzedać swojego narządu za granicę. Trudno postawić tezę o istnieniu handlu narządami w Polsce, jeśli wiadomo, że istnieje nadzór nad wszystkimi procedurami transplantacyjnymi. Jest rejestr przeszczepień informujący, od kogo, kiedy i w jakim ośrodku dany lekarz do-

78 G. Zawadka, Nerki nie na sprzedaż, Rzeczpospolita z dnia 11 sierpnia 2015 r., <http://www4.rp.pl/Sadownictwo/308119783-Nerki-nie-na-sprzedaz.html>.

79 W. Rowiński, Czy w Polsce..., s. 54-55; *idem*, Prawne i organizacyjne warunki..., s. 326.

80 G. Zawadka, *op. cit.*

konał pobrania i przeszczepienia, oraz rejestr dawców, zawierający dane personalne, stopień pokrewieństwa lub relacje z potencjalnym biorcą.

Polska ustawa transplantacyjna pozwala na przeszczepianie narządów od osób genetycznie spokrewnionych. Jest także możliwość przeszczepu w przypadku osób niespokrewnionych, ale połączonych szczególnie bliską więzią emocjonalną. W tym drugim przypadku stosowane jest potrójne sito weryfikacyjne. Dokumenty z posiedzenia, na którym odbywa się kwalifikacja medyczna i psychologiczna dawcy i biorcy, trafiają do Komisji Etycznej przy Krajowej Radzie Transplantacyjnej, która je analizuje<sup>81</sup>. W szczególnych przypadkach przeprowadzane są rozmowy z dawcą i biorcą, a następnie wniosek kierowany jest do sądu, który wydaje w postępowaniu nieprocesowym zgodę na przeszczep bądź nie wyraża takiej zgody.

W Polsce o każdym przypadku pobrania narządu lub tkanki od zmarłego lub żywego dawcy informowanych jest wiele instytucji należących do przestrzeni transplantacyjnej. Do wykonywania czynności związanych z pobraniami konieczne są odpowiednie zezwolenia i spełnienie właściwych kryteriów. Istnieje możliwość śledzenia wszystkich etapów, od procesu dawstwa, poprzez autoryzację pobrania – wiadomo, kto go dokonał, od kogo, jakie były cechy zmarłego lub żywego dawcy, jaką drogę pokonał narząd lub tkanka, gdzie znajduje się w danej chwili, komu został wszczepiony. Wspomniane informacje są dostępne przez wiele lat po pobraniu i przeszczepieniu. Cały system działa właśnie po to, aby zabezpieczyć się przed handlem narządami i zachować reguły jakości i bezpieczeństwa w transplantologii<sup>82</sup>.

Zauważyć jednak wypada, że możemy być świadkami pewnej paradoksalnej sytuacji. Rozwój medycyny i służby zdrowia, a także dobra koniunktura dla powstawania i funkcjonowania prywatnych zakładów opieki zdrowotnej może sprzyjać ewentualnym nieprawidłowościom na polu medycyny transplantacyjnej.

## § 5. Wnioski z badań

Wyniki badania polegającego na analizie statystyki policyjnej prowadzą do następujących wniosków:

1. Przystępczość na tle ustawy transplantacyjnej jest marginalna, jeżeli odnieś się ją do ogólnych statystyk przestępczości. Nie stanowi ona nawet promila w ogólnej liczbie przestępstw popełnianych w naszym kraju. Jeśli w 2014 r. wszczęto ogółem 828 802 postępowania, zaś z ustawy transplantacyjnej tylko 121, to oznacza, że procentowy udział w ogólnej liczbie postępowań wszczę-

81 Autorka jest członkiem Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej na lata 2014-2018 i wielokrotnie uczestniczyła w procedurze podejmowania decyzji w sprawach dawstwa organów pomiędzy osobami niespokrewnionymi, w tym w pierwszej w Polsce tzw. transplantacji krzyżowej.

82 Policja i transplantolodzy: nie mamy problemu z podziemiem transplantacyjnym w Polsce, <http://www.rynekzdrowia.pl/Transplantologia/Policja-i-transplantolodzy-nie-mamy-problemu-z-podziemiem-transplantacyjnym-w-Polsce,121457,18.html>.



tych wyniósł zaledwie 0,015%, czyli 0,15 promila. W 2013 r. był to odpowiednio stosunek 84 do 941 824 postępowań, czyli 0,009%, a zatem 0,09 promila.

2. Dominującym typem przestępczości na tle ustawy transplantacyjnej jest rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia.
3. Dużą zasługą w wykrywalności przestępczości na tle art. 43 ustawy transplantacyjnej to policyjna akcja „Anons” przeprowadzona w 2012 r. Policjanci ustalili aż 250 ogłoszeń internetowych, w których oferowano sprzedaż własnych narządów i weszli pod 95 wytypowanych adresów, gdzie zatrzymali dwie osoby, a 37 doprowadzili do jednostek Policji. W związku z akcją przesłuchano 105 osób. Policjanci Centralnego Biura Śledczego we współpracy z Wydziałem Wsparcia Zwalczenia Cyberprzestępczości Biura Kryminalnego KGP oraz funkcjonariuszami z 80 komend Policji z całego kraju, przeprowadzili akcję wymierzoną w osoby zamieszczające w sieci internetowej oferty sprzedaży własnych narządów.
4. Wypada z zadowoleniem i satysfakcją odnotować, że nie była to jednorazowa akcja, a organy ścigania dostrzegły wagę problemu i z zainteresowaniem zaczęły śledzić poczynania osób zamieszczających głównie w sieci ogłoszenia o chęci sprzedaży własnych narządów.
5. Zaledwie kilka postępowań prowadzono w kierunku naruszenia art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej penalizującego nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów.
6. Incydentalnie zdarzały się naruszenia art. 45, art. 46, art. 46a i art. 46b ustawy transplantacyjnej penalizujących następujące zachowania: art. 45 ustawy – prowadzenie działalności przewidzianej dla banku tkanek i komórek bez wymaganego pozwolenia; art. 46 ustawy – pobranie komórki, tkanki lub narządu bez wymaganego pozwolenia w celu ich przeszczepienia lub przeszczepienie komórki, tkanki lub narządu bez pozwolenia; art. 46a ustawy – przywóz lub wywóz z/na terytorium Polski komórki, tkanki lub narządu bez wymaganej zgody; art. 46b ustawy – niezgłoszenie określonych informacji do narzędzi rejestrujących.

Wyniki badania polegającego na analizie statystyki sądowej prowadzą do następujących wniosków:

1. Liczba skazań na tle ustawy transplantacyjnej jest marginalna. W 2009 r. skazania z ustawy transplantacyjnej stanowiły 0,00048% ogółu skazań, czyli

0,0048 promila, w 2010 r. tylko 0,00046% ogółu skazań, czyli 0,0046 promila, w 2012 r. skazania z ustawy stanowiły 0,00784% ogółu skazań, czyli 0,0784 promila, w 2013 r. tylko 0,00594% ogółu skazań, czyli 0,0594 promila, zaś w 2014 r. skazania z ustawy stanowiły 0,01252% ogółu skazań, czyli 0,1252 promila.

2. W latach 2001-2014 doszło do 94 prawomocnych skazań i wszystkie one nastąpiły na tle art. 43 ustawy transplantacyjnej z 2005 r. (dawnego art. 19 ustawy transplantacyjnej z 1995 r.), penalizującego rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia.
3. W latach 2009-2014 początkowo nie odnotowano zbyt wiele skazań, były to wręcz incydentalne przypadki – po dwa w 2009 i 2010 r., żadnego w 2011 r. Dopiero 2012 r. przyniósł znaczący wzrost liczby skazań, bo aż 32 skazania. Kolejne lata to odpowiednio 21 skazań w 2013 r. i rekordowa liczba 37 skazań w 2014 r. Są to prawdopodobnie efekty akcji policyjnej „Anons”, mającej miejsce w 2012 r. Wydaje się także, że od tamtego czasu organy ścigania są bardziej wyczulone na problem zamieszczania w Internecie nielegalnych ofert sprzedaży narządów, stąd taka liczba skazań.
4. W latach 2009-2014 skazano więcej mężczyzn aniżeli kobiet. W ogólnej liczbie 94 skazań w tym okresie w 70 przypadkach skazano mężczyzn, a w 24 przypadkach skazanymi były kobiety, co stanowi odpowiednio około 74% mężczyzn i 26% kobiet.
5. W latach 2009-2014 najwięcej skazań odnotowano w województwie śląskim – aż 19 skazań, co stanowi około 20% wszystkich skazań. Najmniej osób skazano w województwach: pomorskim, małopolskim i lubelskim.
6. W oparciu o dane osób skazanych w latach 2009-2012 można zauważyć, że wiek sprawców i sprawczyń skazanych za przestępstwo z art. 43 ustawy transplantacyjnej był zróżnicowany, najczęściej jednak były to osoby w wieku 22-24 lata i 25-29 lat.
7. Podstawowym środkiem reakcji prawnokarnej na czyn z art. 43 ustawy transplantacyjnej okazała się grzywna samoistna, w dalszej kolejności kara pozbawienia wolności z zawieszeniem, następnie kara ograniczenia wolności połączona z pracą na cele publiczne, incydentalnie występowała grzywna orzekana obok kary pozbawienia wolności zarówno z zawieszeniem, jak i bez zawieszenia.
8. Najczęściej sądy orzekały grzywnę samoistną bez zawieszenia (52 skazane osoby), odnotowano dwa przypadki grzywny samoistnej z zawieszeniem. Wymiar kary grzywny orzeczonej za przestępstwo z art. 43 ustawy transplantacyjnej był zróżnicowany – od symbolicznego w kwocie 100 zł do kilku

przypadków najwyższego, zawierającego się w przedziale kwotowym od 1501 zł do 2000 zł. Grzywny w kwocie powyżej 2000 zł nie orzeczono. Najczęściej orzekano karę grzywny w przedziale od 301 zł do 800 zł.

9. Jako po drugą w kolejności karę sądy sięgały po karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. Miało to miejsce w 24 przypadkach, a zatem w 25% skazań. Jeden raz zastosowano karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. W przypadku orzeczonej kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania tylko w jednym przypadku orzeczono dozór, zaś wobec 23 skazanych nie orzeczono dozoru. W żadnym przypadku orzeczona kara pozbawienia wolności nie wyniosła nawet 1 roku. Wszystkie orzeczone kary zawierały się w następujących przedziałach: 1 miesiąc (1 osoba skazana), 2 miesiące (4 osoby skazane), 3 miesiące (11 osób skazanych), od 4 miesięcy do 5 miesięcy (3 osoby skazane), 6 miesięcy (4 osoby skazane), od 7 miesięcy do 11 miesięcy (1 osoba skazana). Najczęściej zatem sądy orzekały karę pozbawienia wolności w wymiarze 3 miesięcy z warunkowym zawieszeniem jej wykonania.
10. Dostyc często, gdyż aż w 15 przypadkach na 94, a zatem w 16%, sądy sięgały po karę ograniczenia wolności. Tylko w jednym przypadku kara ta została zawieszona, w pozostałych była to bezwzględna kara ograniczenia wolności. Najczęściej, gdyż aż w 10 przypadkach, sądy orzekały karę ograniczenia wolności w wymiarze od 4 do 6 miesięcy. W żadnym wypadku nie orzeczono potrącenia z wynagrodzenia za pracę, zaś we wszystkich 15 przypadkach orzeczono obowiązek pracy na cele publiczne.
11. W pięciu przypadkach orzeczono grzywnę obok kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W odniesieniu do art. 43 ustawy transplantacyjnej grzywna orzeczona obok kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania wynosiła odpowiednio – od 201 zł do 300 zł (2 osoby skazane), od 301 zł do 500 zł (2 osoby skazane), od 501 zł do 800 zł (1 osoba skazana).

Wyniki badania z 2008 r. mającego oszacować „ciemną” liczbę przestępstwa handlu narządami ludzkimi pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Zjawisko handlu narządami ludzkimi należy do znanych fenomenów we współczesnym społeczeństwie polskim. Nie oznacza to oczywiście, że sam handel narządami to zjawisko noszące cechy powszechności, jednak wiedza o takiej kategorii zagrożeń funkcjonuje w świadomości społecznej.

2. W społeczeństwie polskim istnieje dość duże przeświadczenie o tym, że handel narządami ludzkimi jest realnie zagrażającym procederem, występującym w naszym kraju. Aż 37% respondentów jest zdania, że należy się obawiać tego zjawiska, ale też co drugi ankietowany twierdzi, iż zagrożenie tym zjawiskiem jest małe. Wy-

daje się, że obawy społeczne nie mają pokrycia w rzeczywistości, bowiem nie odpowiadają one obrazowi wyłaniającemu się ze statystyki wymiaru sprawiedliwości.

3. Mimo iż 37% respondentów uważa, że zagrożenie handlem narządami ludzkimi jest duże, to tylko 11% osobiście obawia się bycia ofiarą tego procederu. Społeczeństwo dostrzega hipotetyczne niebezpieczeństwo, jednak w bliższej konfrontacji z problemem, tylko nieliczni prezentują obawy przed bezpośrednią wiktyimizacją przestępstwem handlu narządami.

4. Żaden z ponad tysiąca respondentów nie padł ofiarą przestępstwa handlu organami ludzkimi, a zaledwie 1% ankietowanych podało, jakoby ofiarami tego procederu były osoby z ich najbliższej rodziny. Posiadając tak szczątkowe dane i biorąc pod uwagę, że granica błędu statystycznego w wykonanym badaniu wynosi +/- 3,2%, można uznać, że właściwie nie uzyskano żadnych wiarygodnych informacji odnośnie do rzeczywistej wiktyimizacji handlem narządami.

5. Społeczna ocena przeciwdziałania państwa i jego organów zagrożeniu handlem narządami ludzkimi jest nie do końca zadowalająca. Ponad połowa respondentów uznała, że państwo nie przeciwdziała w wystarczającym stopniu przestępstwom handlu narządami. Pozostali ankietowani uznali poziom działań państwa w obszarze profilaktyki za zadowalający.

## PRZESTĘPCZOŚĆ NA TLE USTAWY TRANSPLANTACYJNEJ W ŚWIETLE BADAŃ AKTOWYCH – CASE STUDIES

### § 1. Metodyka badań

Stosownie do art. 24 kodeksu postępowania karnego<sup>1</sup> sąd rejonowy orzeka w pierwszej instancji we wszystkich sprawach, z wyjątkiem spraw przekazanych ustawą do właściwości innego sądu. Z kolei z treści art. 25 wynika, że sąd okręgowy orzeka w pierwszej instancji w sprawach o następujące przestępstwa:

- 1) o zbrodnie określone w kodeksie karnym oraz w ustawach szczególnych,
- 2) o występki określone w rozdziałach XVI i XVII oraz w art. 140-142, art. 148 § 4, art. 149, art. 150 § 1, art. 151-154, art. 156 § 3, art. 158 § 3, art. 163 § 3 i 4, art. 165 § 1, 3 i 4, art. 166 § 1, art. 173 § 3 i 4, art. 185 § 2, art. 189a § 2, art. 210 § 2, art. 211a, art. 252 § 3, art. 258 § 1-3, art. 265 § 1 i 2, art. 269, art. 278 § 1 i 2 w zw. z art. 294, art. 284 § 1 i 2 w zw. z art. 294, art. 286 § 1 w zw. z art. 294, art. 287 § 1 w zw. z art. 294, art. 296 § 3 oraz art. 299 kk.,
- 3) o występki, które z mocy przepisu szczególnego należą do właściwości sądu okręgowego.

W lutym 2014 r. Autorka zwróciła się do prezesów wszystkich sądów okręgowych w Polsce z zapytaniem, czy w sądach rejonowych w obszarze ich właściwości miejscowej toczyły się postępowania na gruncie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz jej poprzedniczki – ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczep-

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz.U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 ze zm.

pianiu komórek, tkanek i narządów. W przypadku odpowiedzi pozytywnej Autorka wniosowała w trybie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej<sup>2</sup> o przesłanie odpisów wyroków zapadłych w tych sprawach wraz z uzasadnieniami. W rezultacie spłynęły 23 wyroki zapadłe w sądach rejonowych na tle ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, część z nich z uzasadnieniami, w niektórych sprawach nie sporządzano uzasadnień.

Uzyskano następujący materiał badawczy: dwa orzeczenia Sądu Rejonowego w Krasnymstawie (sygn. akt II K 466/12, sygn. akt II K 529/12), dwa orzeczenia Sądu Rejonowego w Białymstoku (sygn. akt XV K 1358/12, sygn. akt XV K 1616/12), orzeczenie Sądu Rejonowego w Szubinie (sygn. akt X K 667/13), dwa orzeczenia Sądu Rejonowego w Bydgoszczy (sygn. akt XVI K 2258/12, sygn. akt XVI K 2262/12), orzeczenie Sądu Rejonowego w Elblągu (sygn. akt II K 295/14), orzeczenie Sądu Rejonowego w Ostródzie (sygn. akt VII K 465/12), orzeczenie Sądu Rejonowego w Garwolinie (sygn. akt II K 947/12), cztery orzeczenia Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim (sygn. akt VII K 709/12, sygn. akt VII K 1115/12, sygn. akt VII K 42/10, sygn. akt VII K 115/130), dwa orzeczenia Sądu Rejonowego w Kielcach (sygn. akt IX K 1186/12, sygn. akt XII K 1024/12), orzeczenie Sądu Rejonowego w Koźmierzycach (sygn. akt XI K 1006/13), dwa orzeczenia Sądu Rejonowego w Nowej Soli (sygn. akt II K 1153/12, sygn. akt II K 1289/12), orzeczenie Sądu Rejonowego w Kędzierzynie-Koźlu (sygn. akt II K 1072/12), orzeczenie Sądu Rejonowego w Ostrowcu Świętokrzyskim (sygn. akt II K 686/13) oraz dwa orzeczenia Sądu Rejonowego w Pińczowie (sygn. akt II K 386/12, sygn. akt II K 413/12).

Jak twierdzi M. Kiełbowski, *prima facie* nie jest wcale oczywiste, że treść sentencji i uzasadnienia wyroku sądowego stanowi informację publiczną, do której inne osoby – poza stronami i uczestnikami konkretnego postępowania sądowego – mogą uzyskać dostęp. Jednocześnie jednak stosunkowo szeroki krąg osób może być zainteresowany pozyskaniem takiej informacji, a w szczególności – profesjonalni pełnomocnicy procesowi, chcący poznać spektrum zagadnienia prawnego, z którym mają do czynienia, i sposób radzenia sobie z tym zagadnieniem w praktyce sądowej. Treść uzasadnienia wyroku sądowego, w którym to sąd przeprowadza cały tok wyводу prawnego, interpretuje stosowane normy prawne i uzasadnia przyjęty sposób wykładni, przywołując nierzadko także inne poglądy judykatury (również niepublikowane) i doktryny w odniesieniu do przedmiotu sprawy, może mieć bardzo istotne znaczenie w prawniczej praktyce – pozwala bowiem na pełniejsze rozważenie wszystkich argumentów „za” lub „przeciw” stanowisku w prowadzonej sprawie. Orzeczenie sądowe stanowi informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej. Wniosek taki wypływa niewątpliwie z wykładni językowej wskazanego przepisu, gdyż wyrok sądowy będzie stanowił informację

2 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. z 2014 r., poz. 782.



ści niezbędnych do rozwiązania określonego typu problemu naukowego”<sup>5</sup>. O metodzie naukowej można więc mówić wówczas, gdy osoba badająca w sposób świadomy i rzetelny weryfikuje postawione hipotezy, używając sposobu nadającego się do powtórzenia i którego zastosowanie w takich samych warunkach umożliwi uzyskanie identycznych wyników.

Wśród metod naukowych stosowanych w celu badania prawa można wyróżnić m.in. metodę historyczną, logiczno-językową, porównawczą, statystyczną, socjologiczną, psychologiczną, empiryczną, cybernetyczną itp. Wybór jednej lub kilku metod uzależniony jest od przedmiotu badań oraz hipotez, które mają zostać zweryfikowane. Zjawiska prawne mogą bowiem być rozpatrywane w wielu różnych aspektach, dlatego tak istotne dla doboru właściwej metody jest określenie zakresu problematyki badawczej. Może on swoim zasięgiem obejmować jedną naukę, pewną grupę lub całość nauk prawnych<sup>6</sup>. Poniżej wskazano na rolę badań aktowych prowadzonych w naukach penalnych.

Przez pojęcie „nauki penalne” należy rozumieć nauki prawne i nauki pomocnicze prawoznawstwa zajmujące się problematyką przestępczości oraz karami i innymi środkami stosowanymi do sprawców czynów zabronionych pod groźbą kary<sup>7</sup>. Zgodnie z tym kryterium do nauk penalnych zalicza się: prawo karne materialne i procesowe, kryminologię, kryminalistykę, psychiatrię i psychologię sądową oraz medycynę sądową. Przywoływany w tym miejscu pogląd I. Andrejewa nawiązuje do szkoły socjologicznej w nurcie pozytywizmu kryminologicznego, której jednym z przedstawicieli był F. Liszt. Znana formuła F. Liszta brzmi: „Nie czyn lecz sprawca zostaje ukarany”<sup>8</sup>. W opinii nieżyjącego już wybitnego karnisty i kryminologa, A. Marka, polemizującego w tej kwestii z I. Andrejewem, termin „nauki penalne” na pierwszy rzut oka zakłada, iż element penalny jest łącznikiem spinającym wszystkie wymienione dyscypliny naukowe, tak jednak nie jest. Elementem wspólnym jest natomiast przestępstwo (przestępca), gdyż wszystkie te nauki czynią je obiektem swoich badań. Jeśli więc poszukujemy zbiorczej nauki, to raczej właściwe byłoby określenie „nauki kryminologiczne”<sup>9</sup>.

Nie należy rozgraniczać typów poszczególnych badań nad zjawiskami prawnymi, gdyż mogą opierać się one na metodach i technikach badawczych zapożyczonych z różnych dziedzin. Przykładowo w prawie karnym największą doniosłość, jeśli chodzi o wykorzystanie w badaniach, mają takie dyscypliny podstawowe, jak logika, se-

5 A. Kociołek-Pęksa, M. Stępień (red.), *Metody i techniki badań socjologiczno-prawnych*, (w:) *Leksykon socjologii prawa*, Warszawa 2013, s. 129.

6 Z. Ziemiński, *Szkice z metodologii szczegółowych nauk prawnych*, Warszawa – Poznań 1983, s. 43-46.

7 I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1978, s. 2; eadem, *Z zagadnień metodologii nauki prawa karnego*, (w:) J. Wróblewski (red.), *Zagadnienia metodologiczne prawoznawstwa: materiały z sesji naukowej*, Łódź 27-28 marca 1980, Wrocław 1982, s. 9.

8 I. Andrejew, *Polskie prawo karne...*, s. 50-51.

9 A. Marek, *Kryminologia. Część I*, Toruń 1986, s. 14.



mantyka, aksjologia oraz ze względu na używane techniki badawcze – socjologia<sup>10</sup>. Analizując problematykę prowadzenia badań na podstawie akt sądowych, właśnie na tej ostatniej należy skupić uwagę. Badania aktowe należą bowiem do badań empirycznych, a wśród nich największe znaczenie mają badania socjologiczno-prawne<sup>11</sup>.

Badania socjologiczno-prawne pozwalają ustalić wpływ prawa na zjawiska społeczne, zakres zachodzących zmian oraz skuteczność poszczególnych instrumentów prawnych. Ponadto poprzez badania empiryczne możliwe jest wskazanie występujących lub potencjalnych skutków ubocznych działania prawa<sup>12</sup>.

Akta spraw sądowych stanowią dokumenty publiczne związane z kształtowaniem się, a także społecznym oddziaływaniem instytucji prawnych. Materiały pochodzące z akt mogą być wykorzystywane w różny sposób ze względu na informacje, których dostarczają. W naukach penalnych materiał akt sądowych służy uzyskaniu informacji o faktach społecznych znajdujących uregulowanie prawne i w związku z tym będących przedmiotem spraw sądowych. Dzięki uzyskiwanym informacjom możliwe jest dokonanie podziału przypadków przekroczeń prawa ze względu na typ, czy też sporów prawnych w aspekcie socjologicznym, a ponadto zgromadzenie danych socjodemograficznych dotyczących uczestników postępowania.

Czerpane z akt sądowych materiały stanowią pewien gotowy, uporządkowany zbiór informacji dotyczących przypadków przekroczeń prawa lub sporów sądowych, zebranych przy użyciu środków, niedostępnych z reguły dla badacza naukowego. Wobec tego materiał ten jest jednostronny. Odnosi się do przypadków przekroczenia norm prawnych, pozostawiając zazwyczaj pytanie o przypadki posłuchu dla tychże norm prawnych bez jednoznacznej odpowiedzi.

Akta sądowe, poza zapisami pochodzącymi z rozprawy, zawierają często dodatkowe dokumenty, takie jak zaświadczenia, opinie itp., które również dostarczają wielu cennych informacji. Jeśli badacz ma do czynienia z aktami spraw danego rodzaju występującymi z pewną częstotliwością, zgromadzony materiał może zostać opracowany statystycznie co do elementów powtarzających się stale lub nadających się do ustalenia na podstawie akt. Statystyczne ujęcie możliwe jest też co do informacji o orzeczeniach sądowych kończących sprawę<sup>13</sup>.

Badania aktowe mogą dostarczać elementów empirycznych, na których podstawie możliwe jest konstruowanie ogólnych teorii na temat zjawisk prawnych. Dane te umożliwiają sformułowanie hipotez wyjaśniających, czy też weryfikację uprzednio postawionych hipotez. W naukach penalnych przedmiot badań empirycznych stanowi przede wszystkim społeczne uwarunkowanie przestrzegania albo przekraczania obowiązujących w danej społeczności norm prawnych, zwłaszcza norm prawa karne-

---

10 *Ibidem*, s. 19.

11 Z. Ziemiński, *Metodologiczne zagadnienia prawoznawstwa*, Warszawa 1974, s. 236.

12 A. Kociotek-Pęksa, M. Stępień (red.), *op. cit.*, s. 130.

13 *Ibidem*, s. 135-137.

go. Badanie może ograniczać się m.in. do określonych przestępstw lub typów przestępstw, czy też określonych kategorii sprawców<sup>14</sup>.

W prawie karnym materialnym badania empiryczne dotyczyć mogą środków penalnych, określając jak te środki funkcjonują poprzez wskazanie okoliczności ich stosowania, ocenę zgodności motywacji ich stosowania z założeniami ustawy itd. W zakresie prawa karnego procesowego natomiast dzięki badaniom można wykazać funkcjonowanie takich instytucji jak np. tymczasowe aresztowanie czy instytucja oskarżyciela państwowego<sup>15</sup>.

Badaniem zjawiska przekraczania norm prawnych zajmuje się przede wszystkim kryminologia – nauka społeczna, której przedmiotem zainteresowania jest przestępstwo jako forma zachowania dewiacyjnego, przestępczość jako zjawisko społeczne oraz sprawca i ofiara przestępstwa, a także instytucje kontroli społecznej i społeczne mechanizmy sprawowania kontroli, mającej na celu przeciwdziałanie przestępczości<sup>16</sup>. Ze względu na interdyscyplinarność tej nauki, badania kryminologiczne prowadzone są przy użyciu metod zaczerpniętych z innych dziedzin, m.in. z prawa karnego, socjologii, statystyki, psychologii, psychiatrii, medycyny, biologii, antropologii, ekonomii, historii itp. Wykorzystywane są metody empiryczne, a więc również badanie akt sądowych. Kryminologia dąży głównie do wykrycia przyczyn kształtowania się środowisk przestępczych, degeneracji jednostek pochodzących z określonych środowisk lub posiadających dany typ osobowości. Prowadzenie badań w tym zakresie ma na celu znalezienie efektywnych środków zapobiegających naruszeniom prawa, przede wszystkim chodzi o środki profilaktyczne oraz środki represji karnej. Ponadto zgromadzone materiały pozwalają na tworzenie ogólnych teorii dotyczących zjawisk prawnych pojawiających się w różnych układach społecznych<sup>17</sup>.

Badania empiryczne w naukach penalnych wymagają wykorzystania materiałów oficjalnych, zawartych w aktach sądowych. Stanowią one bowiem źródło pozwalające ustalić okoliczności społeczne popełnionego czynu. Ponadto umożliwiają odszukanie uczestników postępowania po upływie pewnego okresu od zakończenia sprawy i zbadanie skutków wydanego orzeczenia czy zebranie dodatkowych informacji mających wymiar społeczny. Materiały pochodzące z akt sądowych stanowią źródło informacji usystematyzowanych dzięki dużemu nakładowi energii współpracujących ze sobą instytucji i przy użyciu środków niedostępnych dla badacza<sup>18</sup>. Z. Ziemiński uznaje je jednak za niewystarczające i dające zbyt jednostronny obraz zjawiska prawnego. Stąd też słusznie wskazuje na potrzebę uzupełnienia materiałów obserwacjami funkcjonowania zarówno organów rejestrujących, jak i sankcjonujących naruszenia prawa, a ponadto wywiadami środowiskowymi sprawców i badaniami okoliczno-

14 Z. Ziemiński, *Metodologiczne...*, s. 239-240.

15 I. Andrejew, *Z zagadnień...*, s. 17.

16 J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, Gdańsk 2004, s. 19.

17 Z. Ziemiński, *Metodologiczne...*, s. 240.

18 *Ibidem*, s. 257-258.

ści przekraczania norm prawnych. W tym celu badacz może posłużyć się statystykami sądowymi, które zawierają uporządkowane już informacje podstawowe odnośnie do badanych spraw. Powinien jednak przy tym pamiętać o możliwych rozbieżnościach między rzeczywistymi faktami na temat przekroczeń prawa i ich oficjalną rejestracją. Chodzi tu o przestępstwa, które rzadko skutkują wniesieniem aktu oskarżenia, o ile w ogóle dojdzie do zawiadomienia o popełnieniu czynu zabronionego. Poza tym, zgłoszenia nie zawsze prowadzą do wykrycia przestępstwa, a ustalenie sprawcy – do jego ukarania<sup>19</sup>.

Poniżej zaprezentowano okoliczności spraw zakończonych prawomocnymi orzeczeniami sądów, a także pokrótce scharakteryzowano zapadłe orzeczenia. Warto powtórzyć za Z. Lasocikiem, który prowadził badania spraw karnych z ustawy transplantacyjnej, że pierwsze postępowania karne dotyczące przestępstwa z art. 43 tejże ustawy miały miejsce dopiero w latach 2008-2009. Stąd praktyka wymiaru sprawiedliwości w tym zakresie jest jeszcze ciągle bardzo ograniczona. Przez pewien czas organy ścigania zachowywały daleko idącą wstrzemięźliwość w podejmowaniu czynności w tych sprawach, chociaż Internet był pełen ogłoszeń dotyczących sprzedaży narządów i tkanek<sup>20</sup>. Warto powtórzyć za W. Mądrzejowskim, że w żadnym z dokumentów określających kierunki, zasady i sposoby pracy Policji nie zawarto regulacji dotyczących zakresu otwartych źródeł, z których mogą korzystać policjanci. W praktyce mogą zatem sięgać po informacje wszędzie, gdzie tylko jest to możliwe, prawnie dopuszczalne i o ile posiadają wiedzę o możliwości korzystania z tych informacji<sup>21</sup>. Jednym z takich źródeł jest także Internet. Dziwi zatem niewielka w tym zakresie aktywność Policji na polu ścigania przestępczości z art. 43 ustawy transplantacyjnej<sup>22</sup>.

W świetle obowiązujących przepisów nie ulega wątpliwości, że informacje pochodzące z otwartych źródeł nie tylko mogą stanowić podstawę wszczęcia postępowania karnego, ale też mogą zostać wykorzystane jako dowód w postępowaniu karnym przy spełnieniu określonych warunków<sup>23</sup>.

## § 2. Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie I<sup>24</sup>

Sąd Rejonowy w Krasnymstawie w Wydziale II Karnym w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 4 października 2012 r. sprawę A. K., syna J. i B. z domu M., urodzonego w (...)

19 *Ibidem*, s. 254-255.

20 Z. Lasocik, *Analiza spraw karnych*, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011, s. 43.

21 W. Mądrzejowski, „Biały wywiad” w Policji, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki*, Warszawa 2012, s. 119.

22 Zob. zwłaszcza badania W. Filipkowskiego dokonane w grupie 263 policjantów-respondentów w 2010 i 2011 r., gdzie ankietowani wskazywali, iż tzw. otwarte źródła informacji są najbardziej przydatne w sprawach gospodarczych – W. Filipkowski, *Wykorzystywanie otwartych źródeł informacji*, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *op. cit.*, s. 135-163.

23 J.D. Pogorzelski, *Wykorzystanie otwartych źródeł informacji w pracy prokuratora*, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *op. cit.*, s. 186.

24 Sygn. akt II K 466/12.

1989 r. w K. Oskarżonemu postawiono zarzut, że w dniu 18 listopada 2011 r. w miejscowości W. woj. lubelskiego rozpowszechniał ogłoszenia o odpłatnym zbyciu narządów w celu ich przeszczepienia w ten sposób, że na stronie internetowej [www.wprost.pl](http://www.wprost.pl) zamieścił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu ludzkiej nerki.

Czyn ten został zakwalifikowany w oparciu o art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Sąd skazał sprawcę na podstawie art. 43 wyżej powołanej ustawy, zaś na mocy art. 66 § 1 i § 2 k.k., art. 67 § 1 k.k. postępowanie karne wobec A.K. warunkowo umorzył na okres roku tytułem próby. Na podstawie art. 67 § 3 k.k. w zw. z art. 49 § 1 k.k. orzeczono od oskarżonego na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej świadczenie pieniężne w kwocie 300 (trzysta) złotych, a także zasądzone od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 150 (sto pięćdziesiąt) złotych tytułem kosztów sądowych.

Sprawca miał w chwili czynu ukończone 22 lata, nie korzystał zatem ze statusu osoby młodocianej. W myśl art. 115 § 10 k.k. młodocianym jest sprawca, który w chwili popełnienia czynu zabronionego nie ukończył 21 lat i w czasie orzekania w pierwszej instancji 24 lat. Warto zauważyć, że jako jedyny spośród sprawców, których *modus operandi* udało się poznać na podstawie zgromadzonych danych z akt sądowych, zamieścił swoje ogłoszenie na portalu gazety. Wybrał do tego poczytny tygodnik „Wprost”, który jest portalem informacyjnym docierającym do szerokiego grona odbiorców. Na forach dyskusyjnych uaktywniają się setki czytelników.

Z akt sprawy wynika, że sprawca w ogłoszeniu oferował do sprzedaży za 60 tys. zł swoją nerkę, podając grupę krwi, a także adres komunikatora GG do kontaktu. W postępowaniu złożył wyjaśnienia, z których wynikało, że nie był świadomy i nie wiedział, iż zamieszczenie takiego ogłoszenia jest karalne. Zamieścił to ogłoszenie tylko dlatego, że miał trudną sytuację materialną i przeżywał poważne kłopoty finansowe. Sprawca podkreślił, że nie było żadnego odzewu na to ogłoszenie, nikt się z nim w tej sprawie nie skontaktował. Wyjaśnił także, że portal [www.wprost.pl](http://www.wprost.pl) był jedynym miejscem, gdzie zamieścił ogłoszenie i było to jednorazowe zdarzenie. Zapewnił, że do sprzedaży nerki nie doszło, jednocześnie wniósł o warunkowe umorzenie postępowania, podnosząc, że nie zamierzał nikomu czynić krzywdy, był dotychczas niekarany i zamierza podjąć pracę w instytucjach, w których wymagana jest niekaralność. Sprawca posiadał wykształcenie średnie i w czasie prowadzenia postępowania pozostawał na utrzymaniu rodziców.

W toku postępowania dokonano oględzin osoby A. K., które miały na celu ujawnienie ewentualnych blizn związanych z możliwością przejścia operacji wycięcia nerki. W wyniku oględzin nie ujawniono żadnych śladów blizn. W niniejszej sprawie prokurator złożył wniosek o warunkowe umorzenie postępowania, uzasadniając go tym, że analiza materiałów dowodowych zebranych w niniejszej sprawie prowadzi do wniosku, iż okoliczności popełnienia czynu zarzuconego A. K. nie budzą wątpliwości, a wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne. Sprawca nie był dotychczas karany sędownie, a jego właściwości i warunki osobiste, także dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, iż pomimo umorzenia postępowania bę-

dzie on przestrzegał porządku prawnego, a w szczególności nie popełni ponownie przestępstwa.

Warto podkreślić, że przestępstwo wykrył Zespół do Walki z Handlem Ludźmi Wydziału do Zwalczania Zorganizowanej Przestępczości Kryminalnej Centralnego Biura Śledczego Komendy Głównej Policji<sup>25</sup>. Zespół ten podjął działania mające na celu rozpoznanie zjawiska handlu narządami – narządami ludzkimi w Polsce oraz zwalczanie związanej z tym zjawiskiem przestępczości. W wyniku podjętych działań wspólnie z Wydziałem do Walki z Cyberprzestępczością Biura Kryminalnego Komendy Głównej Policji<sup>26</sup> dokonano ustaleń, które stały się podstawą prowadzenia niniejszej sprawy.

W toku podjętych dalszych czynności pozaprosesowych ustalono, kiedy nastąpiła rejestracja konta GG o podanym w ogłoszeniu numerze, z jakiego konta e-mail dokonano owej rejestracji, a także ustalono adres IP i w prostej linii zidentyfikowano przypisanego doń abonenta. Nie był to wprawdzie sprawca przestępstwa, lecz jego matka, jednak wykrycie sprawcy nie sprawiło w tym przypadku żadnego dalszego problemu.

25 Do zadań Wydziału do Walki z Handlem Ludźmi należy w szczególności: organizowanie, nadzorowanie, koordynowanie i wspieranie realizacji spraw prowadzonych przez jednostki i komórki organizacyjne Policji w zakresie zwalczania przestępstwa handlu ludźmi oraz przestępstw z nim związanych; nadzorowanie, koordynowanie i wspieranie realizacji spraw prowadzonych przez jednostki i komórki organizacyjne Policji związanych ze zwalczaniem pedofilii i pornografii dziecięcej; kształtowanie na podstawie analiz oraz ustaleń własnych, a także informacji przekazywanych przez jednostki i komórki organizacyjne Policji, metodyki zwalczania przestępstw w zakresie właściwości rzeczowej wydziału; współdziałanie w zakresie właściwości rzeczowej wydziału z organami ochrony prawnej, administracji publicznej i kontroli państwowej, organizacjami pozarządowymi, społecznymi i instytucjami użyteczności publicznej; prowadzenie w ramach właściwości rzeczowej wydziału współpracy międzynarodowej; uczestniczenie w krajowych i międzynarodowych konferencjach, sympozjach, seminariach i szkoleniach w zakresie właściwości rzeczowej wydziału; organizacja oraz udział w doskonaleniu zawodowym policjantów z zakresu właściwości rzeczowej wydziału; prowadzenie czynności operacyjno-rozpoznawczych, w tym form pracy operacyjnej w zakresie właściwości wydziału. Zob. <http://www.policja.pl/pol/kgp/bsk/struktura/wydzialy/wydzial-do-walki-z-hand/95634,Wydzial-do-Walki-z-Handlem-Ludzmi.html>.

26 Do zadań Wydziału do Walki z Cyberprzestępczością należy w szczególności: inicjowanie i koordynowanie działań Policji w zakresie identyfikowania głównych zagrożeń przestępstwami w sieci Internet, metod i form ich zwalczania oraz współdziałania jednostek Policji z organami i podmiotami pozapolicyjnymi w celu ich skutecznego zwalczania; współpraca na szczeblu krajowym i międzynarodowym z instytucjami państwowymi oraz sektorem prywatno-publicznym w zakresie pozyskiwania informacji o metodach i formach przestępstw popełnianych w cyberprzestrzeni, w tym pozyskiwanie i współpraca z Osobowymi Źródłami Informacji; opracowywanie rodzaju współpracy z podmiotami sektorów publicznych, prywatnych i akademickich oraz ustalanie kanałów i sposobu gromadzenia i wymiany informacji o przestępstwach oraz zabezpieczenia dowodów cyberprzestępstw; opracowanie koncepcji wykorzystania kwalifikowanych środków pracy operacyjnej do ofensywnego rozpoznawania i zwalczania przestępstw związanych z siecią Internet oraz prowadzenie form pracy operacyjnej; prowadzenie wieloźródłowych konsultacji technicznych i współpracy z podmiotami krajowymi i zagranicznymi zmierzających do rozpoznawania i implementowania nowoczesnych rozwiązań w walce z przestępczością popełnianą w świecie wirtualnym; wdrażanie i utrzymywanie dedykowanych systemów teleinformatycznych realizujących zadania takie jak: monitorowanie sieci Internet pod kątem wykrywania przestępstw, nielegalnych treści, wykrywanie użytkowników korzystających z sieci anonimowych, zapewnienie zdalnego dostępu do dedykowanych systemów komórkom powołanych w ramach komend wojewódzkich (stolecznej) Policji; opiniowanie i opracowywanie propozycji zmian legislacyjnych w zakresie bezpieczeństwa teleinformatycznego; organizowanie oraz udział w doskonaleniu zawodowym policjantów w zakresie właściwości wydziału; prowadzenie czynności operacyjno-rozpoznawczych, w tym form pracy operacyjnej w zakresie właściwości wydziału. Zob. <http://www.policja.pl/pol/kgp/bsk/struktura/wydzialy/wydzial-do-walki-z-cyber/87086,Wydzial-do-Walki-z-Cyberprzestepczoscia.html>.

W toku postępowania przygotowawczego odwołano się do zajętego przez Prokuraturę Generalną stanowiska, z którego wynika<sup>27</sup>, że za kluczowe dla interpretacji art. 43 ustawy o transplantologii<sup>28</sup> należy uznać następujące kwestie: zachowanie sprawcze polega na rozpowszechnianiu ogłoszeń, niezbędne jest, by z treści ogłoszeń wynikało, że chodzi o odpłatne zbycie lub nabycie komórek, tkanek lub narządów, istotą odpowiedzialności karnej sprawcy jest wyłącznie odpowiedzialność za rozpowszechnianie treści o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu, sformułowanie: „w celu przeszczepienia” stanowi wyłącznie znamię dookreślające przedmiot czynności wykonawczej, współwyznaczający stronę przedmiotową czynu poprzez doprecyzowanie ogłoszeń.

Prokuratura Generalna słusznie podkreśliła, że dla zaistnienia tego przestępstwa wystarczające jest rozpowszechnienie przez sprawcę ogłoszeń o treści wskazującej na odpłatne zbycie lub nabycie narządu, np. „sprzedam nerkę”, i nie ma tutaj znaczenia motywacja działania sprawcy, np. z pobudek finansowych czy dla żartu.

### § 3. Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie II<sup>29</sup>

Sąd Rejonowy w Krasnymstawie w Wydziale II Karnym w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 10 października 2012 r. sprawę M. Z., córki Z. i G. z domu F., urodzonej w dniu (...) 1992 r. w C. Oskarżonej postawiono zarzut, że w dniu 15 grudnia 2011 r. w miejscowości Z., powiatu chełmskiego, woj. lubelskiego rozpowszechniła ogłoszenia o odpłatnym zbyciu własnych narządów w celu przeszczepienia w ten sposób, że na stronie internetowej forum.wspolczesna.pl zamieściła ogłoszenie o odpłatnym zbyciu ludzkiej nerki lub szpiku kostnego.

Czyn zakwalifikowano w oparciu o art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Na podstawie wyżej wskazanego przepisu oraz art. 66 § 1 i § 2 k.k., art. 67 § 1 k.k. sąd warunkowo umorzył postępowanie karne wobec oskarżonej M. Z. na okres roku tytułem próby. Na podstawie art. 67 § 3 k.k. w zw. z art. 49 § 1 k.k. orzeczono od oskarżonej na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej świadczenie pieniężne w kwocie 200 (dwieście) złotych. Zasądzono także od oskarżonej na rzecz Skarbu Państwa kwotę 150 (sto pięćdziesiąt) złotych tytułem kosztów sądowych.

Podobnie jak w poprzedniej sprawie<sup>30</sup>, przestępstwo wykrył Zespół do Walki z Handlem Ludźmi Wydziału do Zwalczenia Zorganizowanej Przestępczości Kryminalnej Centralnego Biura Śledczego Komendy Głównej Policji, który podjął działania mające na celu rozpoznanie zjawiska handlu narządami – narządami ludzkimi w Polsce oraz zwalczanie związanej z tym zjawiskiem przestępczości. W wyniku podjętych działań wspólnie z Wydziałem do Walki z Cyberprzestępczością Biura Kryminalnego Komendy Głównej Policji dokonano ustaleń, które stały się podstawą prowadze-

27 Stanowisko znajduje się w aktach sprawy.

28 Takie nazewnictwo zastosowano w tym dokumencie.

29 Sygn. akt II K 529/12.

30 Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie o sygn. akt II K 466/12.

nia niniejszej sprawy. Przede wszystkim ustalono, że na stronie forum.wspolczesna.pl umieszczono ogłoszenie o treści: „Sprzedam nerkę za 50 tyś. zł lub szpik kostny za 20 tyś. zł. Mam 19 lat bez nałogów. Grupa krwi ORH plus. Telefon (...) E-mail (...)”.

W toku podjętych dalszych czynności pozaprocesowych ustalono, kiedy nastąpiła rejestracja konta e-mail podanego w ogłoszeniu, ustalono także datę założenia i numer IP urządzenia, za pomocą którego założono adres e-mail. Ustalono też użytkownika numeru telefonu podanego przy rejestracji adresu e-mail. Okazało się, że jest to jedna i ta sama osoba. Telefon podany w ogłoszeniu był telefonem na kartę, nie sprawdzano, do kogo należał, gdyż z pewnością spowodowałyby to znaczne opóźnienia w ustaleniach dochodzeniowych.

Młodociana w chwili czynu sprawczyni przyznała się do dokonania zarzucanego jej czynu i złożyła dość obszerne wyjaśnienia. Wskazała na to, że pod koniec 2011 r. nagłośniono w gazetach, m.in. w gazecie „Super Tydzień”, także w Internecie i „miejscowych plotkach”, że „są osoby które jeżdżą po okolicy samochodem i łapią ludzi i dzieci i wycinają narządy”<sup>31</sup>. Sprawczyni wyjaśniła, że informację w Internecie zamieściła jedynie z ciekawości, czy rzeczywiście zgłosi się ktoś, kto zechce kupić od niej nerkę lub szpik kostny. Podała numer kontaktowy telefonu na kartę, którego nigdzie nie rejestrowała. Wyjaśniła też, że po około dwóch dniach zadzwoniła do niej kobieta podająca się za dziennikarkę i prosiła o spotkanie w C. obok hotelu K. po godzinie 16. Dzwoniąca prosiła, aby młodociana nikomu nie mówiła o tym spotkaniu, nawet rodzicom ani znajomym. Osoba nieznajoma twierdziła, że chce jedynie przeprowadzić wywiad. W rozmowie telefonicznej pytała o miejsce zamieszkania, gdyż chciała przyjechać nieoznaczonym samochodem z ekipą telewizyjną TVP. Z dalszych wyjaśnień młodocianej wynikało, że z obawy o siebie i swoje dziecko kategorycznie odmówiła spotkania. Rzekoma lub prawdziwa dziennikarka dzwoniła jeszcze wielokrotnie, zarówno z telefonów komórkowych, jak i stacjonarnych. Sprawczyni wyjaśniła, że zmieniła numer i skończyły się telefony. Zapewniła, że żadnych ofert na zamieszczone ogłoszenie nie otrzymała, nie wykasowała tego ogłoszenia, bo pomimo że chciała to zrobić, to w Internecie albo nie było takiej możliwości, albo ona nie potrafiła tego zrobić. Młodociana wyjaśniła ponadto, że żałuje swojego czynu, nie wiedziała, że będzie odpowiadała nawet za ogłoszenie o sprzedaży swoich narządów. Nigdy nie sprzedała swoich narządów i nawet nie miała takiego zamiaru, umieszczając to ogłoszenie. Nie ryzykowałaby swojego zdrowia za żadną cenę. W końcowej części przesłuchania wniosła o umorzenie postępowania.

W toku postępowania dokonano oględzin osoby M. Z., które miały na celu ujawnienie ewentualnych blizn związanych z możliwością przejścia operacji wycięcia nerki. W wyniku oględzin nie ujawniono żadnych śladów blizn. W niniejszej sprawie prokurator złożył wniosek o warunkowe umorzenie postępowania, uzasadniając go

31 Pisownia oryginalna z protokołu przesłuchania podejrzanego.

tym, że przesłuchana w charakterze podejrzanej M. Z. przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu i wyjaśniła, iż ogłoszenie o sprzedaży nerki lub szpiku kostnego zamieściła z ciekawości. Następnie chciała je usunąć, ale nie potrafiła. Nigdy nie miała zamiaru sprzedaży swoich narządów wewnętrznych, gdyż sama wychowuje 1,5-letnią córkę i nie ryzykowałaby utraty zdrowia.

Prokurator podniósł ponadto, że zarzucany M. Z. występki jest zagrożony karą do jednego roku pozbawienia wolności. Podejrzana nie była dotychczas karana. W świetle poczynionych ustaleń warunki i właściwości osobiste, dotychczasowy tryb życia, młody wiek oraz incydentalny charakter występku uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie ona przestrzegała porządku prawnego. Za zasadnością umorzenia postępowania przemawia fakt, iż nie podjęła nigdy kontaktu z żadną osobą, aby zrealizować ogłoszenie, co pozwala przyjąć, że stopień zawinienia czynu i jego społeczna szkodliwość nie są znaczne.

#### § 4. Sprawa Sądu Rejonowego w Białymstoku I<sup>32</sup>

Sąd Rejonowy w Białymstoku XV Wydział Karny w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora po rozpoznaniu na posiedzeniu w dniu 19 listopada 2012 r. sprawy E. J., córki S. i K. z domu J., urodzonej (...) w W. oskarżonej o to, że: w dniu 23 października 2011 roku w B. w woj. (...) rozpowszechniła na ogólnodostępnym portalu internetowym (...) ogłoszenie o płatnym zbyciu za kwotę 25 000 złotych narządu w postaci nerki, tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 01.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, oskarżoną E. J. uznał za winną popełnienia zarzucanego jej czynu i za to na mocy art. 43 ustawy z dnia 01.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów skazuje ją na karę 50 (pięćdziesięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych. Ponadto sąd zasądził od oskarżonej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Białymstoku kwotę 140,- (stu czterdziestu) złotych tytułem kosztów sądowych.

W sprawie zwraca uwagę kwota, za którą skazana oferowała do sprzedaży własną nerkę – 25 tys. zł. Obserwując ogłoszenia internetowe, można stwierdzić, że podawane ceny są zróżnicowane, jednak najczęściej wahają się one w granicach od kilku do kilkudziesięciu tysięcy złotych<sup>33</sup>. Porównując te ceny do podawanych za źródłami zagranicznymi, należy stwierdzić, że ceny na rynku światowym dalece odbiegają od polskich warunków<sup>34</sup>. Z tą jednak różnicą, że za granicą dochodzi do przeszczepiania narządów pozyskanych niezgodnie z polskim prawem, zaś w Polsce nie stwierdzono dotychczas takiego procederu.

32 Sygn. akt XV K 1358/12.

33 Wystarczy wpisać w wyszukiwarce hasło: sprzedam nerkę. Zob. chociażby: <http://nowosci.com.pl/16973,Sprzedam-nerke-wszystko-sprzedam.html>.

34 Przykładowo, eksperci Finance Degree Center wyliczyli, co i za ile można kupić na globalnym czarnym rynku – N. Dzikija, Nerka 500 razy droższa niż żołądek. Ceny organów na czarnym rynku, Dziennik z dnia 15 listopada 2013 r., <http://wiadomosci.dziennik.pl/swiat/artykuly/443193,ceny-ludzki-organow-na-czarnym-ryнку-handel-nerkami-sercem-watroba.html>. Wedle ekspertów Finance Degree Center koszt nerki to nawet 262 000 USD, zob.: <http://www.financedegreecenter.com/black-market/>.



Modus operandi polegał na umieszczeniu ogłoszenia na portalu internetowym, co wskazuje na dużą moc oddziaływania medium w postaci Internetu. Media tradycyjne w dobie rozwoju nowoczesnych technologii nie posiadają już tak szerokiego zasięgu jak kiedyś<sup>35</sup>. Raczej trudniej wyobrazić sobie ogłoszenie o sprzedaży własnych narzędzi w papierowym wydaniu gazety aniżeli w jej wydaniu on-line. Pod koniec pierwszej dekady XXI w. nikogo nie dziwi wszechobecność globalnej sieci, albowiem jesteśmy świadkami rewolucji na miarę Gutenberga, tyle że rewolucji cyfrowej. Zarówno ilość, jak i łatwość w dostępie do wszelkich informacji jest bezprecedensowa w historii cywilizacji<sup>36</sup>.

Rynek handlu, świat nauki czy biznesu zmieniły się diametralnie dzięki tej formie komunikacji. Również w sferze psychologii społecznej Internet posłużył jako narzędzie do przełamania barier w realizacji ludzkich potrzeb, np. kontaktu z innymi, bycia zauważonym czy nawiązywania i podtrzymywania więzi. Nowa forma komunikacji, jaką jest poczta elektroniczna (e-mail), umożliwiła kontakty z osobami z całego świata, rodziną, przyjaciółmi, partnerami biznesowymi bez względu na odległość, a jedynym warunkiem jest dostęp do komputera i sieci. Według wielu badaczy i psychologów, czynnikiem, który szczególnie przyciąga ludzi do Internetu, jest łatwość nawiązywania kontaktów z innymi osobami o podobnych zainteresowaniach i upodobaniach. Internet, jako narzędzie w komunikowaniu się, daje nam jednak nie tylko nowe możliwości, ale narzuca pewne ograniczenia i niesie ze sobą określone zagrożenia wynikające z anonimowości w niektórych kontaktach. Wiemy np., że czytanie listu to nie to samo, co rozmowa telefoniczna, a kontakt telefoniczny to nie to samo, co rozmowa twarzą w twarz. Inaczej też odbieramy kontakt z drugim człowiekiem przez Internet<sup>37</sup>.

W analizowanej sprawie sąd skazał sprawczynię na karę grzywny w wysokości 500 zł, uznając zapewne na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego, że taka kara będzie adekwatna do popełnionego czynu i spełni swe cele zarówno w aspekcie prewencji indywidualnej, jak i generalnej. W sprawie nie sporządzano uzasadnienia, strony procesowe nie składały środka odwoławczego, zatem należało wnioskować, że zarówno prokurator, jak i skazana uznali zapadłe orzeczenie za sprawiedliwe. Z nadesłanych zanonimizowanych przez sąd rejonowy informacji nie da się uzyskać danych osobopoznawczych skazanej poza danymi dotyczącymi jej płci biologicznej. Informacje o wszelkich orzeczeniach wydanych przez sądy i organy ad-

35 Zob. szeroko na ten temat: zbiór interdyscyplinarnych opracowań prawników, politologów, medioznawców, socjologów i polonistów: M. Jeziński (red.), *Nowe media a media tradycyjne*. Prasa, reklama, internet, Toruń 2009, s. 319.

36 P. Maciołek, *Internet a OSINT – szanse i praktyczne zastosowania*, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *op. cit.*, s. 223.

37 Z. Płoszyński, *Przestępczość internetowa*, *Przegląd Naukowo-Metodyczny „Edukacja dla Bezpieczeństwa”* z 2012 r., nr 3, s. 31.

ministracji publicznej, w tym także w sprawach cywilnych i administracyjnych, zaliczają się co do zasady do danych wrażliwych<sup>38</sup>.

## § 5. Sprawa Sądu Rejonowego w Białymstoku II<sup>39</sup>

Sąd Rejonowy w Białymstoku w XV Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora po rozpoznaniu w dniu 20.12.2012 r. sprawy G.B., syna R. i R. z domu S., urodz. (...) w L. oskarżonego o to, że w dniu 9 sierpnia 2011 r. w B. w mieszkaniu nr (...) przy ul. (...) rozpowszechnił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządu na portalu internetowym (...), na którym zamieścił ogłoszenie, w którym oferował do sprzedania nerkę ludzką w celu przeszczepienia za kwotę 40 tys. zł, tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 1.07.2005 r. o transplantologii<sup>40</sup> oskarżonego G.B. uznał za winnego popełnienia zarzuczonego mu czynu i zakwalifikował go z art. 43 ustawy z dnia 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, i za to na mocy tego przepisu skazał go na karę 1 (jednego) miesiąca pozbawienia wolności.

Sąd na mocy art. 69 § 1 i 2 kk, art. 70 § 1 pkt 1 kk wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesił oskarżonemu na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata. Orzeczeniem skazującym zasądził także od Skarbu Państwa na rzecz adwokat Z.K. kwotę 664,20 zł (sześćset sześćdziesiąt cztery złote dwadzieścia groszy) tytułem zwrotu kosztów obrony z urzędu, w tym kwotę 124,20 zł (sto dwadzieścia cztery złote dwadzieścia groszy) tytułem podatku od towarów i usług. Sąd zwolnił oskarżonego od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.

Informacje wynikające z zanonimizowanego orzeczenia w zasadzie są szczątkowe, poza płcią skazanego nie można wywnioskować niczego w zakresie dalszych danych osobopoznawczych.

Skazany zamieścił ogłoszenie w Internecie, licząc zapewne na dotarcie do jak największego kręgu odbiorców. GUS zebrał dane dotyczące korzystania przez Polaków z Internetu i nowych technologii. Wynika z nich, że mieszkańcy naszego kraju chętnie korzystają z nowoczesnych technologii, są też skłonni ponosić coraz większe wydatki związane z korzystaniem ze sprzętu komputerowego i dostępu do Internetu. Z informacji podanych przez GUS wynika, że w 2015 r. około 9,7 mln gospodarstw domowych korzystało z komputera. To aż 77% wszystkich polskich rodzin. Prawie 25% Polaków używa smartfona, a 4 mln innych urządzeń przenośnych – np. mobilnych konsoli do gier czy tabletów. Coraz popularniejsze stają się także odbiorniki telewizyjne podłączone do Internetu – korzysta z nich z górą 760 tys. gospodarstw domowych. Aż 22,5 mln Polaków przyznaje, że korzysta z komputera, a ponad 51% robi to codziennie lub prawie codziennie. Informacje GUS wskazują, że Polska w coraz

38 T. Szewc, (w:) S. Hoc, T. Szewc, Ochrona danych osobowych i informacji niejawnych, Warszawa 2014, s. 9.

39 Sygn. akt XV K 1616/12.

40 Sąd użył w orzeczeniu mało popularnego skrótu tzw. ustawy transplantacyjnej, nazywając ją ustawą o transplantologii.

większym stopniu staje się krajem internautów. Obecnie 9,4 mln gospodarstw domowych ma dostęp do Internetu, a w ciągu 2014 r. przybyło ich ponad 400 tys.<sup>41</sup>

Narządem, który sprawca zaoferował do sprzedaży, była nerka, a zatem narząd parzysty najczęściej oferowany w Internecie, jakkolwiek nie jest to jedyny narząd, który bywa przedmiotem ofert. Oprócz chęci sprzedaży nerek można bardzo często natknąć się na oferty sprzedaży szpiku kostnego czy segmentów wątroby, nie mówiąc już o nasieniu czy „dyskretnym zapłodnieniu” samotnych kobiet lub mężatek bezskutecznie starających się o potomstwo.

Skazany w niniejszej sprawie zaproponował cenę 40 tys. zł za nerkę. Jak już kilkakrotnie wskazywano, jest to bardzo często podawana cena przez ogłoszeniodawców.

Po lekturze wyroku można początkowo stwierdzić, że sąd zareagował dosyć restrykcyjnie, gdyż skazał sprawcę na karę pozbawienia wolności w wymiarze jednego miesiąca. Dalsza analiza wskazuje, że zastosowano instytucję probacyjną w postaci warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności na dwuletni okres próby. Nie znając szczegółowo okoliczności sprawy oraz postawy sprawcy, jego warunków i właściwości osobistych, a także dotychczasowego sposobu życia i zachowania się po popełnieniu przestępstwa przez sprawcę, trudno dokonywać jakichkolwiek ocen w zakresie polityki kryminalnej w wymiarze indywidualnym, jednak wydaje się, że kara w postaci zawieszonyj pozostaje w pewnym sensie karą iluzoryczną. Wypada w tym miejscu zauważyć, że na podstawie art. 33 § 2 kk. sąd może wymierzyć grzywnę także obok kary pozbawienia wolności wymienionej w art. 32 pkt 3, jeżeli sprawca dopuścił się czynu w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub gdy korzyść majątkową osiągnął. Ponadto z mocy art. 71 § 1, zawieszając wykonanie kary, sąd może orzec grzywnę, jeżeli jej wymierzenie obok kary pozbawienia wolności na innej podstawie nie jest możliwe.

Wydaje się, że sąd miał możliwość orzeczenia kary grzywny, albowiem sprawca działał w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, kiedy oferował do sprzedaży nerkę za cenę 40 tys. zł. Nawet gdyby nie można było orzec kary grzywny na podstawie art. 33 § 2 kk., możliwe byłoby orzeczenie kary grzywny na mocy art. 71 § 1 kk.

Kara grzywny orzeczona nawet w niewielkim wymiarze może spełnić swe cele przy warunkowym zawieszeniu wykonania kary pozbawienia wolności, bowiem sprawca odczuwa jej dolegliwość, podczas gdy samo pozostawanie w okresie próby i to jeszcze bez dozoru sprawiać może wrażenie, że do ukarania nie doszło. Taki jest zazwyczaj odbiór społeczny. Kara zawieszona, orzekana w Polsce jako około 60% wszystkich kar, jest traktowana w odbiorze społecznym jako fikcja skazania. Lepsze efekty w tym względzie przynoszą sankcje wolnościowe – grzywny bądź kary ogra-

41 W. Wrzos, GUS: Polacy wydają na internet 6,7 miliarda złotych, *Komputer Świat* z dnia 16 stycznia 2015 r., <http://www.komputerswiat.pl/artykuly/redakcyjne/2015/01/gus-polacy-wydaja-na-internet-67-miliarda-zlotych.aspx>.

niczenia wolności, które są dla sprawcy bardziej odstrasające i dolegliwe niż kara pozbawienia wolności w zawieszeniu<sup>42</sup>.

## § 6. Sprawa Sądu Rejonowego w Szubinie<sup>43</sup>

Sąd Rejonowy w Szubinie X Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Żninie w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznawał dnia 31.01.2014 r. sprawę XY, oskarżonego o to, że w dniu 23 kwietnia 2013 r. w miejscu zamieszkania w miejscowości Z. rozpowszechnił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządów w ten sposób, że w dniu 23 kwietnia 2013 r. o godz. 11:27:20 przy użyciu komputera z przypisanym nr IP (XYZ) umieścił na stronie internetowej [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl) ogłoszenie o treści „witam jestem zdrowym 38-latkem grupa krwi AB RH+ sprzedam szpik, płat wątroby, nerkę cena do uzgodnienia”<sup>44</sup> podając do kontaktu numer telefonu (XYZ) tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 01. lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Sąd uznał oskarżonego za winnego popełnienia czynu zarzucanego mu w akcie oskarżenia i wymierzył mu za to karę 3 (trzech) miesięcy pozbawienia wolności. Sąd skorzystał z możliwości, jakie daje art. 69 § 1 i 2 kk oraz art. 70 § 1 pkt 1 kk i wykonanie orzeczonej wobec oskarżonego kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesił na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata. Na podstawie art. 624 § 1 kpk i art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 23.06.1973 r. o opłatach w sprawach karnych sąd zwolnił oskarżonego od kosztów sądowych i od opłaty, a wydatkami postępowania obciążył Skarb Państwa.

Jak we wcześniej opisanych sprawach do zamieszczenia ogłoszenia wykorzystano Internet, sam anons zamieszczono na znanym portalu ogłoszeniowym. Portal ten zawiera darmowe ogłoszenia kupna i sprzedaży w wielu kategoriach, w tym także „moda i zdrowie”. We wrześniu 2015 r. Autorka niniejszej pracy przejrzała zawartość serwisu pod kątem ogłoszeń o sprzedaży własnych narządów i stwierdziła, że w serwisie znajdowało się 160 ogłoszeń o chęci odstąpienia nerki lub szpiku kostnego. Podawane kwoty wahały się od 15 tys. zł do 500 tys. zł. Autorzy ogłoszeń podawali dane dotyczące płci, wieku, grupy krwi, stanu zdrowia, braku nałogów, a niektórzy także motywów swojego postępowania. Najczęściej wskazywano na trudną sytuację materialną, kłopoty rodzinne czy, co szczególnie ciekawe, chęć niesienia pomocy potrzebującym. Wśród ogłoszeń znalazło się też ogłoszenie osoby, deklarującej się jako honorowy dawca krwi<sup>45</sup>.

Kwerenda dokonana przez Autorkę jasno pokazuje, że akcja policyjna „Anons” nie powinna być działaniem jednorazowym, ale systematycznie kontynuowanym, gdyż nie ma żadnego problemu z wyszukaniem w Internecie ofert sprzedaży własnych narządów. Nie należy jednak zapominać, że przydatność informacji pochodzących z Internetu dla organów porządku publicznego zależy od możliwości skuteczne-

42 Sejm uchwałą nową „filozofię karania”, <http://isp.policja.pl/isp/aktualnosci/6750,Sejm-uchwalil-nowa-quotfilozofie-karaniaquot.print>.

43 Sygn. akt X K 667/13.

44 Pisownia oryginalna.

45 Stan na dzień 15 września 2015 r.

go ich wykorzystania. Z pewnością nie jest zadaniem łatwym i prostym zbudowanie systemu informatycznego przeznaczonego do pobierania danych dostępnych w Internecie, ich oceny i klasyfikacji, który będzie gromadził informacje potencjalnie relewantne dla szerokiego wachlarza przypadków, interesujących z punktu widzenia użytkowników<sup>46</sup>.

Wydaje się jednak, że w trosce o wartość dobra prawnego chronionego przez ustawę transplantacyjną, a zatem życia czy zdrowia człowieka i ludzi, warto byłoby podjąć taką inicjatywę badawczą, co z pewnością ułatwiłoby pracę wykrywcą organów ścigania. Jednocześnie bardziej widoczna mogłaby być prewencyjna rola karania za rozpowszechnianie ogłoszeń na polu zapobiegania potencjalnemu handlowi narządami ludzkimi.

## § 7. Sprawa Sądu Rejonowego w Bydgoszczy I<sup>47</sup>

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XVI Wydział Karny w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora po rozpoznaniu na posiedzeniu w dniu 25 października 2012 r. rozpoznał sprawę dwóch oskarżonych – kobiety i mężczyzny.

S.P., córka C. i M. z domu C., ur. (...) w Ż. oskarżona została o to, że w dniu 16 września 2011 r. w B. o godzinie 11:07 wbrew przepisom ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów rozpowszechniła na stronie internetowej (...), występując pod nickiem (...) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządu w celu jego przeszczepienia o treści „pilnie sprzedam nerkę” tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Z kolei Ł.B., syn A. i A. z domu N, ur. (...) w B. oskarżony został o to, że w dniu 25 sierpnia 2011 r. w B. o godzinie 12:06 wbrew przepisom ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów rozpowszechnił na stronie internetowej (...), występując pod nickiem (...) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządu w celu jego przeszczepienia o treści „sprzedam nerkę nr gg (...)”, tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Sąd uznał oskarżoną S.P. za winną przestępstwa z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i za przestępstwo to na podstawie tego przepisu wymierzył jej karę grzywny w wysokości 50 (pięćdziesięciu) stawek dziennych po 10 (dziesięć) złotych każda, co w sumie wyniosło 500 zł.

Podobnie za winnego przestępstwa z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów uznano oskarżonego Ł.B. i za przestępstwo to na podstawie tego przepisu wymierzono mu karę grzywny w wysokości 200 (dwustu) stawek dziennych po 10 (dziesięć) złotych każda, co daje kwotę 2000 zł. Na podstawie art. 69 § 1 k k i art. 70 § 1 pkt 2 k k sąd wa-

46 W. Rakoczy, Monitorowanie sieci Internet, (w:) E. Nawarecki, G. Dobrowolski, M. Kiesel-Dorohinicki (red.), *Metody sztucznej inteligencji w działaniach na rzecz bezpieczeństwa publicznego*, Kraków 2009, s. 150-151.

47 Sygn. akt XVI K 2258/12.

runkowo zawiesił oskarżonemu Ł.B. orzeczoną karę grzywny na okres 2 (dwóch) lat tytułem próby. Z kolei na podstawie art. 72 § 1 pkt 4 kk sąd zobowiązał oskarżonego Ł.B. do nauki w okresie próby.

Kosztami procesu obciążono każdego z oskarżonych po połowie oraz wymierzono im opłaty – oskarżonej S.P. w wysokości 50 (pięćdziesiąt) złotych, a oskarżonemu Ł.B. w wysokości 200 (dwieście) złotych.

Z lektury wyroku wynika, że oskarżony mężczyzna został zobowiązany do nauki, co może oznaczać, że mógł on być niepełnoletni, choć nie jest to pewne. Jak bowiem wskazuje A. Zoll w oparciu o panujący w Polsce porządek konstytucyjny, poza osiągnięciem określonego wieku nauka nie jest obowiązkiem prawnym. Jeżeli sąd dojdzie do wniosku, że przyczyną popełnionego przez sprawcę przestępstwa był brak zajęcia dającego źródło utrzymania, że sprawca nie jest przygotowany do pracy zawodowej lub porzucił szkołę, to nałożenie tego obowiązku może być celowe<sup>48</sup>. Trafnie zauważył Sąd Apelacyjny w Katowicach, że regulacja z art. 72 § 2 pkt 3 kk. stanowi samoistną, samodzielną normę dającą sądowi podstawę do zobowiązania oskarżonego do kontynuowania nauki i to mimo ukończenia przez niego 18 roku życia<sup>49</sup>.

Skazani mężczyzna i kobieta rozpowszechnili swoje ogłoszenia za pośrednictwem Internetu, przy czym mężczyzna uczynił to z wykorzystaniem bardzo popularnego w Polsce komunikatora Gadu-Gadu. Gadu-Gadu (GG) ma około 50 mln unikatowych użytkowników na całym świecie, którzy wysyłają do 300 mln wiadomości dziennie, a internauci tworzą dziennie ponad 500 kont<sup>50</sup>. Istnieje zatem ogromna możliwość dotarcia przez ten komunikator społecznościowy do bardzo dużej liczby odbiorców.

## § 8. Sprawa Sądu Rejonowego w Bydgoszczy II<sup>51</sup>

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XVI Wydział Karny w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznał na rozprawie w dniu 18.10.2012 roku sprawę B.M. syna J. i D. z d. G. urodzonego w dniu (...) w B., zam. w B. przy ul. (...) Oskarżonemu zarzucano, że w dniu 25.03.2011 r. w B. wbrew przepisom ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów rozpowszechnił na stronie internetowej (...) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu organu w celu jego przeszczepienia, o numerze (...), o treści „Sprzedam nerkę Mam 21 lat grupa krwi B Rh- (minus) (...)”, podając do kontaktu adres e-mail (...), to jest przestępstwo określone w art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Sąd uznał oskarżonego B. M. za winnego opisanego w akcie oskarżenia czynu i wymierzył mu za to karę grzywny w wysokości 70 (siedemdziesięciu) stawek dziennych ustalając wysokość jednej stawki dziennej na

48 A. Zoll, (w:) A. Zoll (red.), G. Bogdan, Z. Cwiąkalski, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Tom I. Komentarz do art. 1-116 kk., Kraków 2004, teza 6 do art. 72 kk.

49 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2009 r., Sygn. akt II KAr 79/09, KZS 2010/2/49.

50 www.gg.pl.

51 Sygn. akt XVI K 2262/12.

kwotę 10 (dziesięciu) zł, zatem 700 zł. Ponadto wymierzył oskarżonemu 70 (siedemdziesiąt) zł tytułem opłaty i zasądził od niego na rzecz Skarbu Państwa pozostałe koszty sądowe.

Podobnie jak w poprzednich opisanych sprawach, czynu dokonano za pomocą Internetu. Sprawca podał swój wiek i grupę krwi, a także adres e-mail zapewne celem ułatwienia kontaktu. W sprawie nie sporządzano uzasadnienia do wyroku, zatem prawdopodobnie strony postępowania uznały orzeczenie za adekwatne do okoliczności sprawy i wagi naruszonych przepisów prawa.

## § 9. Sprawa Sądu Rejonowego w Elblągu<sup>52</sup>

Sąd Rejonowy w Elblągu w II Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym z oskarżenia Prokuratora Rejonowego w Elblągu po rozpoznaniu w postępowaniu nakazowym bez udziału stron na posiedzeniu w dniu 07 maja 2014 r. wydał wyrok nakazowy. Oskarżonym był P.B., syn K i R, urodzony w 1988 r. w E., a zatem w chwili orzeczenia mężczyzna 26-letni. Został on oskarżony o to, że w dniach 17 grudnia 2013 r. i 28 grudnia 2013 r. w W., działając z góry powziętym zamiarem, na portalu internetowym [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl), rozpowszechniał ogłoszenia o odpłatnym zbyciu nerki, tj. o przestępstwo z art. 43 ustawy z dnia 01 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zw. z art. 12 kk.

Sąd uznał oskarżonego PB za winnego popełnienia zarzucanego mu oskarżeniem czynu, uznając, że działał w warunkach przestępstwa ciągłego i za to na podstawie art. 43 ustawy z dnia 01 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zw. z art. 34 § 1 i 2 kk w zw. z art. 35 § 1 kk skazał go na karę 6 (sześciu) miesięcy ograniczenia wolności, połączoną z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym.

Na podstawie art. 626 § 1 kpk w zw. z art. 624 § 1 kpk sąd zwolnił oskarżonego z kosztów sądowych w całości, wydatkami obciążając Skarb Państwa.

W sprawie zwraca uwagę, że po raz kolejny forum do nielegalnych ogłoszeń stanowią popularny portal ogłoszeniowy [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl). Może to być wyraźny sygnał dla organów ścigania, aby baczniej przyglądać się tego typu serwisom. Jakkolwiek zarówno właściciel, jak i administrator strony internetowej nie mogą ponosić odpowiedzialności za treść zamieszczanych ogłoszeń, jednak wydaje się celowe, aby zwłaszcza administrator na bieżąco kontrolujący i zarządzający serwisem usuwał podobnej treści ogłoszenia, a nawet nie dopuszczał do ich publikacji, blokując dostęp użytkownikom próbującym takie anonse zamieszczać.

## § 10. Sprawa Sądu Rejonowego w Ostródzie<sup>53</sup>

Sąd Rejonowy w Ostródzie VII Zamiejscowy Wydział Karny w Morągu w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznawał w dniu 20.12.2012 r. sprawę K.C. Został on oskarżony o to, że w dniu

52 Sygn. akt II K 295/14.

53 Sygn. akt II K 465/12.

24 lipca 2011 r. w Morągu, na ogólnodostępnym publicznym forum internetowym rozpowszechnił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu organu ludzkiego, tj. własnej nerki i szpiku kostnego. Przyjmując, iż oskarżony dopuścił się zarzucanego mu czynu kwalifikowanego z art. 43 ustawy z dnia 01 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, zaś jego wina i społeczna szkodliwość tego czynu nie są znaczne, sąd działając na podstawie art. 66 § 1 i § 2 kk w zw. z art. 67 § 1 kk warunkowo umorzył postępowanie karne wobec oskarżonego na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata i na podstawie art. 67 § 2 kk oddał oskarżonego w okresie próby pod dozór kuratora. Na podstawie art. 624 § 1 kpk w zw. z art. 17 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych, zwolniono oskarżonego od zapłaty na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych, w tym opłaty, w całości.

W sprawie zwraca uwagę, iż oskarżony oferował do sprzedaży nie tylko nerkę, ale także szpik kostny, co nieczęsto się zdarza, bowiem ogłoszeniodawcy głównie skupiają się na nerce. Nie oznacza to, że brakuje w Internecie ofert dotyczących szpiku kostnego. Zapewne z troski o swoje zdrowie potencjalni sprzedawcy oferują najczęściej nerkę lub szpik kostny, rzadziej jedno i drugie jednocześnie.

## § 11. Sprawa Sądu Rejonowego w Garwolinie<sup>54</sup>

Sąd Rejonowy w Garwolinie – II Wydział Karny w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał na posiedzeniu sprawę XY, oskarżonego o to, że: w okresie od dnia 29 września 2011 r. w Nowej Brzuzie w woj. mazowieckim, rozpowszechnił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządu lub tkanki w celu jego przeszczepienia poprzez umieszczenie w Internecie na stronie <http://www.sfora.pl> ogłoszenia o odpłatnym zbyciu nerki lub szpiku kostnego, tj. o przestępstwo określone w art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Sąd uznał oskarżonego za winnego dokonania zarzucanego mu czynu i za ten czyn na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zw. z art. 33 § 1 i § 3 k.k. orzekł wobec oskarżonego karę grzywny w wysokości 100 /stu/ stawek dziennych po 10 /dziesięć/ złotych każda z nich, co daje sumę 1000 zł. Sąd zasądził także od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa 190 /sto dziewięćdziesiąt/ złotych tytułem kosztów postępowania, w tym 100 /sto/ złotych opłaty.

W analizowanej sprawie, podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych, wykorzystano ogólnoswiatową sieć komputerową Internet. Oskarżony zamieścił ogłoszenie na popularnym portalu informacyjnym [sfora.pl](http://www.sfora.pl)<sup>55</sup>. W 2011 r. było to możliwe, natomiast po dokonaniu sprawdzenia we wrześniu 2015 r. okazało się, że obecnie nie ma możliwości zamieszczania jakichkolwiek ogłoszeń w tym serwisie informacyjnym. Portal zawiera informacje pochodzące z większości polskich portali internetowych i najważniejszych zagranicznych serwisów informacyjnych i jest często odwiedzany przez użytkowników chociażby z uwagi na to, że w jednym miejscu oferuje przegląd najnowszych informacji z kraju i zagranicy.

54 Sygn. akt II K 947/12.

55 <http://www.sfora.pl>.



## § 12. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim I<sup>56</sup>

Prokurator Prokuratury Rejonowej w Gorzowie Wielkopolskim w dniu 18 lipca 2012 r. po analizie aktu postępowania przygotowawczego przeciwko W.B., podejrzanemu o przestępstwo z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz po uznaniu, iż w przedmiotowej sprawie spełnione są przesłanki uzasadniające skierowanie wniosku na podstawie art. 336 § 1, 2, 3 i 4 oraz art. 332 § 1 pkt 1, 2, 4 i 5 kpk złożył wniosek do Sądu Rejonowego Wydziału VII Karnego w Gorzowie Wielkopolskim o warunkowe umorzenie postępowania karnego.

Z akt sprawy wynika, że oskarżony urodzony w 1981 r. w czasie orzekania miał ukończone 31 lat, był obywatelem polskim, posiadającym wykształcenie średnie, zawód stolarza, był zatrudniony i osiągał dochód w kwocie 1000 zł miesięcznie. Ponadto był rozwiedzionym ojcem jednego dziecka w wieku 5 lat, posiadającym je na utrzymaniu, nie był uprzednio karany. Z postanowienia o przedstawieniu zarzutów wynikało, że był podejrzany o to, że w dniu 20 lipca 2011 roku w Gorzowie Wielkopolskim rozpowszechnił poprzez zamieszczenie na portalu internetowym „oglaszamy24.pl” ogłoszenie o odpłatnym zbyciu ludzkiej nerki w celu jej przeszczepienia. Prokurator wniósł o warunkowe umorzenie postępowania o czyn z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Prokurator wniósł o wyznaczenie – na podstawie art. 67 § 2 kk okresu próby na 1 rok liczone od uprawomocnienia się orzeczenia.

W uzasadnieniu podniesiono, że na podstawie zgromadzonego w postępowaniu przygotowawczym materiału dowodowego, po analizie bezspornych okoliczności zdarzenia, rzutujących na ocenę stopnia zawinienia, stwierdzono, że wina przyznającego się oskarżonego nie budzi wątpliwości, a społeczna szkodliwość popełnionego przez niego czynu nie jest znaczna. Na podstawie przeprowadzonych dowodów uznano, że W. B. dopuścił się czynu w stanie osłabionej odporności psychicznej i w trudnej sytuacji majątkowej, oferując własny, a nie cudzy organ. W sposób oczywisty zatem musi rzutować to na ocenę motywacji prowadzącą do wniosku, że karanie oskarżonego jest niecelowe. Prokurator podniósł w tym zakresie, że intencją ustawodawcy jest głównie ściganie „handlu” narządami, realizowanego z chęci zysku i z pokrzywdzeniem osób trzecich. Sytuacja potencjalnego dawcy, osobiście rozpowszechniającego ofertę zbycia własnego organu pozwala na odmienne – łagodniejsze – potraktowanie go. Sposób zaś zachowania się po zdarzeniu, właściwości i warunki osobiste sprawcy, a w szczególności fakt, że nie był dotąd karany, nadto w chwili prowadzenia postępowania prezentował krytyczny stosunek do swojego zachowania, uzasadniały, zdaniem oskarżyciela publicznego, przypuszczenie, że mimo warunkowego umorzenia postępowania sprawca będzie przestrzegać porządku prawnego i nie popełni ponownie przestępstwa. Biorąc pod uwagę powyższe, zaistniały przesłanki uzasadniające skierowanie wniosku o warunkowe umorzenie postępowania.

Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim w VII Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznał dnia 20.09.2012 r. sprawę

56 Sygn. akt VII K 709/12.

W. B. oskarżonego o to, że w dniu 20 lipca 2011 r. w Gorzowie Wlkp. rozpowszechniał poprzez zamieszczenie na portalu internetowym „oglaszamy24.pl” ogłoszenie o odpłatnym zbyciu ludzkiej nerki w celu jej przeszczepienia, tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Sąd podzielił stanowisko oskarżyciela publicznego i na podstawie art. 66 § 1 i 2 kk. postępowanie karne wobec W. B. warunkowo umorzył na okres próby 1 (jednego) roku. Jednocześnie zobowiązał oskarżonego do zapłaty na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych, ustalając je w wysokości 130 zł, w tym wymierzył mu opłatę w wysokości 60 zł.

Na kanwie tego orzeczenia, niewątpliwie korzystnego dla oskarżonego, gdyż instytucja warunkowego umorzenia postępowania karnego jest wstrzymaniem reakcji karnej na przestępstwo, wypada poczynić kilka uwag.

W świetle art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 24 maja 2000 r. o Krajowym Rejestrze Karnym w Rejestrze gromadzi się dane o osobach, przeciwko którym prawomocnie warunkowo umorzono postępowanie karne w sprawach o przestępstwa lub przestępstwa skarbowe<sup>57</sup>. Wpis taki nie jest jednak wpisem do kartoteki osób skazanych, zatem w świetle prawa osoba nie jest karana i może uzyskać zaświadczenie o niekaralności z Ministerstwa Sprawiedliwości.

Prokurator wywodził, że społeczna szkodliwość czynu polegającego na oferowaniu do sprzedaży własnego narządu jest niższa aniżeli w przypadku narządu cudzego jako przedmiotu transakcji. Wypada się zgodzić z taką tezą, a argumentacja przemawiająca za jej przyjęciem mogłaby być następująca. Oferujący własny narząd nie musi podejmować żadnych dodatkowych aktywności w celu umieszczenia ogłoszenia, co musiałby uczynić, chcąc oferować narząd cudzy. Wymagałoby to uzgodnienia, omówienia szczegółów, czasem także nawet zainicjowania ze strony oferenta, a zatem podżegania osoby trzeciej do chęci sprzedaży własnych narządów. Z logicznego punktu widzenia ten, kto oferuje do sprzedaży cudzy narząd, a nie własny, zazwyczaj jest dodatkowo motywowany chęcią osiągnięcia korzyści majątkowej.

W praktyce nie spotyka się ogłoszeń o odpłatnym zbyciu cudzego narządu, częściej o odpłatnym nabyciu cudzego narządu, choć nie ma to potwierdzenia w dokonanych badaniach aktowych. Prawidłowość taką da się jednak wyprowadzić z kwerendy źródeł internetowych. W Internecie dużo więcej jest ogłoszeń o odpłatnym zbyciu niż nabyciu, głównie nerki.

Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu z art. 43 ustawy transplantacyjnej, warto też zwrócić uwagę na ochronę integralności cielesnej i autonomię każdego człowieka w tym względzie. Każdy ma prawo do samostanowienia i kontroli cielesnej integralności. Prawo takie przysługuje jednak każdemu w stosunku do samego siebie, nie zaś w stosunku do osób trzecich. Stąd też ustawodawca w art. 44 ustawy

57 Ustawa z dnia 24 maja 2000 r. o Krajowym Rejestrze Karnym, Dz.U. t.j. z 2015 r., poz. 1036.

transplantacyjnej nie przewiduje karalności za sprzedaż własnego narządu lecz cudzego.

### § 13. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim II<sup>58</sup>

Prokurator Prokuratury Rejonowej w Gorzowie Wielkopolskim złożył wniosek<sup>59</sup> na podstawie art. 335 kpk o wydanie wyroku skazującego względem M.P. Prokurator po uprzednim pouczeniu i uzgodnieniu z podejrzanym kary wniósł o wymierzenie kary na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w postaci kary grzywny 10 stawek dziennych po 100 zł każda, czyli 1000 zł grzywny. W uzasadnieniu podniesiono, że w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wina podejrzanego i okoliczności popełnienia przez podejrzanego zarzucanego mu aktem oskarżenia czynu nie budzą żadnych wątpliwości, a nadto sam podejrzany przyznał się do jego popełnienia. Stwierdzono także, że społeczna szkodliwość czynu jest znaczna, a podejrzany dopuścił się popełnienia zarzucanego mu czynu umyślnie.

Mając jednak na uwadze zachowanie się podejrzanego po popełnieniu przestępstwa, który przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu, wyraził skruchę i zrozumiał naganność swojego postępowania, oskarżyciel publiczny doszedł do przekonania, że mimo znacznej społecznej szkodliwości czynu, orzeczenie kary w zawnioskowanym wymiarze spełni jej cele tak w zakresie prewencji indywidualnej, jak i generalnej i pozwoli zrozumieć podejrzanemu, że popełnianie takich przestępstw nie popłaca i spotka się z nieuchronną karą. Pod względem formalnym prokurator wskazał, że przestępstwo popełnione przez podejrzanego zagrożone jest karą pozbawienia wolności do 1 roku, przez co pozwala podejrzanemu na złożenie wniosku o dobrowolne poddanie się karze bez przeprowadzenia rozprawy. Zdaniem oskarżyciela cele postępowania zostaną osiągnięte mimo jej nieprzeprowadzenia.

Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim w VII Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznał dnia 10.01.2013 r. sprawę M.P., syna H. i A. z d. J, ur. (...) 1985 r. w S., a zatem mężczyzny 31-letniego w chwili orzekania. Sprawca M.P. oskarżony był o to, że w dniu 8 lutego 2012 r. działając wspólnie i w porozumieniu z G.S. na internetowym portalu ogłoszeniowym „egorzow.pl” oraz na portalu „Gorzowiak.eu” zamieścił ogłoszenie, w treści którego oferował do sprzedaży narząd ludzki w postaci nerki, tj. o czyn z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Sąd uznał oskarżonego M.P. za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu, przyjmując, iż działał wspólnie i w porozumieniu z inną ustaloną osobą G.S. i za to wymierzył mu karę grzywny w rozmiarze 10 (dziesięciu) stawek dziennych, ustalając wysokość każdej stawki za równą kwocie 100 (sto) złotych. Grzywna wyniosła zatem 1000 zł. Sąd zobowiązał także oskarżonego do zapłaty na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych ustalając je w wysokości 190 zł, w tym wymierzył mu opłatę w wysokości 100 zł.

W niniejszej sprawie warto się pochylić nad dokonaną przez oskarżyciela publicznego oceną stopnia społecznej szkodliwości czynu, który w uzasadnieniu wniosku o skazanie bez rozprawy ocenił go jako znaczny. Prawdopodobnie wpływ na

58 Sygn. akt VII K 1115/12.

59 Na piśmie nie widnieje data sporządzenia pisma ani data jego złożenia.

to miało wspólne i w porozumieniu działanie z inną osobą, a także zamieszczenie ogłoszenia nie na jednym portalu, lecz w dwóch witrynach ogłoszeniowych.

## § 14. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim III<sup>60</sup>

Sprawa ta ściśle koreluje podmiotowo z opisaną powyżej sprawą Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim o sygn. akt VII K 1115/12. Oskarżeni w obu sprawach działali wspólnie i w porozumieniu.

Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim w VII Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznał dnia 4.03.2013 r. sprawę G.S., syna S. i M. z d. W., ur. (...) 1974 r. w S. Oskarżonemu, w chwili orzekania 29-letniemu mężczyźnie, zarzucono w akcie oskarżenia, że w dniu 8 lutego 2012 r. działając wspólnie i w porozumieniu z M.P. na internetowym portalu ogłoszeniowym „egorzow.pl” oraz na portalu „Gorzowiak.eu” zamieścił ogłoszenie, w treści którego oferował do sprzedaży narząd ludzki w postaci nerki.

Sąd uznał oskarżonego G.S. za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i za to na podstawie art. 43 ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wymierza mu karę grzywny w wysokości 10 (dziesięciu) stawek dziennych ustalając wysokość jednej stawki na 100 (sto) zł. Grzywna wyniosła zatem sto złotych. Jednocześnie sąd zasądził od oskarżonego koszty sądowe, w tym wydatki w kwocie 90 zł oraz wymierzył mu opłatę w wysokości 100 zł.

Z powodu szczątkowych informacji trudno dokonać szerszej analizy orzeczenia poza oczywistym stwierdzeniem faktu, że wymierzona przez sąd kara grzywny została orzeczona na możliwie najniższym poziomie i wydaje się symboliczna. Porównując sprawy obu oskarżonych działających wspólnie i w porozumieniu, ale jednak oddzielnie osądzonych w odrębnych postępowaniach karnych, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że w postępowaniu prowadzonym przeciwko M. P. sąd skazał go na surowszą karę. Było to skazanie bez rozprawy w trybie art. 335 kpk., gdzie sąd orzekł wobec M. P. karę grzywny w kwocie 1000 zł, dzieląc jednocześnie pogląd oskarżyciela publicznego o znacznym stopniu społecznej szkodliwości czynu M. P. Jego współnik G. S. został ukarany znacznie łagodniej, co wynika z sentencji wyroku przywołanego w tej części pracy.

Oba portale, na których zamieszczono ogłoszenia – „egorzow.pl” oraz „Gorzowiak.eu”, w czasie pisania tej części pracy nadal funkcjonowały, jednak na żadnym z nich nie udało się znaleźć ofert sprzedaży własnych narządów. Drugi z wymienionych portali stanowi bezpłatny serwis ogłoszeniowy, wymagający uprzedniego załogowania się, co dodatkowo zwiększa szanse na zidentyfikowanie użytkowników serwisu.

60 Sygn. akt VII K 115/13.

## § 15. Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim IV<sup>61</sup>

W dniu 2.11.2009 r. Prokurator Prokuratury Rejonowej w Gorzowie Wielkopolskim wniósł o skazanie bez przeprowadzenia rozprawy W.B., córki K. i G. z d. S., ur. w 1987 r., a zatem 23-letniej w chwili orzekania, uprzednio karanej za czyn z art. 278 § 3 kk na karę 3 miesięcy ograniczenia wolności, uzgodnionych z nią kar i środka probacyjnego. Wniosek złożono na podstawie art. 335 § 1 kpk, a prokurator wniósł o orzeczenie 2 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania kary na okres 2 lat próby, na podstawie art. 71 § 2 kk – grzywny w wymiarze 10 stawek dziennych po 10 zł każda, a także o zwolnienie od kosztów sądowych i opłaty. W uzasadnieniu podano, że okoliczności popełnienia przestępstwa nie budzą wątpliwości, zaś uzgodniona z oskarżoną kara spełni cele stawiane przed postępowaniem karnym.

Na zasadzie art. 24 § 1 kpk, art. 31 § 1 kpk, art. 325c pkt 1 kpk, 339 § 1 pkt 3 kpk sprawa podlegała rozpoznaniu przez Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim na posiedzeniu.

Sąd Rejonowy w Gorzowie Wielkopolskim w VII Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznał dnia 22.01.2010 r. sprawę W.B. oskarżonej o to, że w dniu 12 marca 2009 r. w Gorzowie Wielkopolskim przy ul. XYZ działając wbrew przepisom ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów umieściła w Internecie na witrynie [www.grudziadz.com.pl](http://www.grudziadz.com.pl) ogłoszenie o treści: „sprzedam nerkę email: (...) jestem kobietą i mam 22 lata”.

Sąd przyjął, że oskarżona rozpowszechniła ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządu w celu jego przeszczepienia i osiągnięcia przez to korzyści majątkowej oraz uznał oskarżoną W.B. za winną popełnienia zarzucanego jej czynu, stanowiącego występki z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Za tak przypisany czyn sąd wymierzył oskarżonej karę 2 (dwóch) miesięcy pozbawienia wolności, której wykonanie na podstawie art. 69 § 1 i 2 k.k., art. 70 § 1 pkt 1 k.k. warunkowo zawiesił na okres próby 2 (dwóch) lat, a nadto na podstawie art. 33 § 1, 2 i 3 k.k. wymierzył oskarżonej karę grzywny w wysokości 10 (dziesięciu) stawek dziennych, określając wysokość jednej stawki na 10 (dziesięć) złotych, co stanowi 100 zł grzywny.

Z kolei na podstawie art. 624 § 1 k.p.k. sąd zwolnił oskarżoną z obowiązku zapłaty na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych w całości, w tym opłaty.

W orzeczeniu sądu można doszukać się większej niż w dotychczas opisywanych sprawach represji w reakcji prawnokarnej, jednak wynika to zapewne z tego powodu, że sprawczyni była już wcześniej karana za przestępstwo kradzieży, gdzie sąd przyjął wypadek mniejszej wagi – art. 278 § 3 kk.<sup>62</sup>

W czasie pisania tej części pracy<sup>63</sup> stwierdzono, że portal [www.grudziadz.com.pl](http://www.grudziadz.com.pl), na którym skazana zamieściła ogłoszenie oferujące do sprzedaży narząd ludzki

61 Sygn. akt VII K 42/10.

62 Art. 278. § 1. Kto zabiera w celu przywłaszczenia cudzą rzecz ruchomą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. Tej samej karze podlega, kto bez zgody osoby uprawnionej uzyskuje cudzy program komputerowy w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. § 3. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 4. Jeżeli kradzież popełniono na szkodę osoby najbliższej, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego. § 5. Przepisy § 1, 3 i 4 stosuje się odpowiednio do kradzieży energii lub karty uprawniającej do podjęcia pieniędzy z automatu bankowego.

63 Wrzesień 2015 r.

w postaci nerki, już nie istnieje, choć nadal jest utrzymywany na serwerach nazwa.pl w serwerowni Grupy Onet.

## § 16. Sprawa Sądu Rejonowego w Kielcach I<sup>64</sup>

Sąd Rejonowy w Kielcach w IX Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznawał na rozprawie w dniu 17 stycznia 2013 r. sprawę P.K., syna J. i E. z d. B., ur. w 1982 r. w K. Oskarżonemu 31-letniemu mężczyźnie postawiono zarzut, że w dniu 29 stycznia 2012 r. w Kielcach, woj. świętokrzyskie rozpowszechnił za pomocą strony [www.rozneogloszenia.hiperogloszenia.pl](http://www.rozneogloszenia.hiperogloszenia.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu szpiku 0 Rh+ w celu jego przeszczepu.

Sąd uznał oskarżonego P.K. za winnego zarzucanego mu w akcie oskarżenia czynu, stanowiącego przestępstwo określone w art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i za to na podstawie art. 43 teże ustawy w zw. z art. 34. § 1 i 2 kk i art. 35 § 1 kk. wymierzył mu karę 6 (sześciu) miesięcy ograniczenia wolności polegającą na wykonywaniu nieodpłatnej i kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin miesięcznie. Z kolei na podstawie art. 627 kpk zasądono od oskarżonego P.K. na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Rejonowy w Kielcach) kwotę 210 złotych tytułem zwrotu kosztów sądowych, w tym kwotę 120 złotych tytułem opłat sądowych.

W czasie przygotowywania niniejszej pracy do publikacji portal, na którym umieszczono ogłoszenie, nadal funkcjonował, jednak poszukiwania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu narządów nie przyniosły rezultatów, co wypada ocenić pozytywnie.

## § 17. Sprawa Sądu Rejonowego w Kielcach II<sup>65</sup>

Sąd Rejonowy w Kielcach, Wydział XII Karny w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznawał na rozprawie w dniu 13 listopada 2012 r. sprawę W. S., syna S. i M. z d. B., urodzonego w 1964 r. w K. W. S. został oskarżony o to, że w okresie czasu od 28 lipca 2001 r. do 27 września 2011 r. w miejscowości W. działając w podobny sposób, w krótkich odstępach czasu siedmiokrotnie zanim zapadł pierwszy, chociażby nieprawomocny wyrok, co do któregośkolwiek z tych przestępstw rozpowszechnił na stronach internetowych: [www.olx.pl](http://www.olx.pl), [www.mobile.olx.pl](http://www.mobile.olx.pl), [www.allegro.pl](http://www.allegro.pl), [www.forum.dziennikwschodni.pl](http://www.forum.dziennikwschodni.pl), [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl), [www.nasenny.blox.pl](http://www.nasenny.blox.pl) ogłoszenia o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku w celu ich przeszczepu. Oskarżony w dniu 28 lipca 2011 r. w miejscowości W. rozpowszechnił na stronie internetowej [www.nasenny.blox.pl](http://www.nasenny.blox.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku w celu ich przeszczepienia, w dniu 28 lipca 2011 r. w miejscowości W. rozpowszechnił na stronie internetowej [www.olx.pl](http://www.olx.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku w celu ich przeszczepienia, w dniu 28 lipca 2011 r. w miejscowości W. rozpowszechnił na stronie internetowej [www.allegro.pl](http://www.allegro.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku w celu ich przeszczepienia, w dniu 12 sierpnia 2011 r. w miejscowości W. rozpowszechnił na stronie internetowej [www.forum.dziennikwschodni.pl](http://www.forum.dziennikwschodni.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku w celu ich przeszczepienia, w dniu 18 sierpnia 2011 r. w miejscowości W. rozpowszechnił na stronie internetowej [www.mobile.olx.pl](http://www.mobile.olx.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki i szpi-

64 Sygn. akt IX K 1186/12.

65 Sygn. akt XII K 1024/12.

ku w celu ich przeszczepienia, zaś w dniu 27 września 2011 r. w miejscowości W. rozpowszechnił na stronie internetowej [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl) ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku w celu ich przeszczepienia. Oskarżonemu zarzucono popełnienie przestępstwa z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zw. z art. 91 § 1 kk.

Sąd uznał oskarżonego W. S. za winnego popełnienia zarzucanego mu aktem oskarżenia czynu i za to na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek, narządów w zw. z art. 91 § 1 kk wymierzył mu karę 2 (dwóch) miesięcy pozbawienia wolności. Na podstawie art. 69 § 1 i 2 kk i art. 70 § 1 pkt 1 kk wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności wobec oskarżonego sąd warunkowo zawiesił na okres 2 (dwóch) lat próby. Z kolei na podstawie art. 71 § 1 k.k. w zw. z art. 33 § 1 i § 3 k.k. sąd orzekł wobec oskarżonego W. S. karę grzywny w rozmiarze 30 (trzydziestu) stawek dziennych, przy ustaleniu wysokości jednej stawki dziennej na kwotę 10 zł (dziesięć złotych).

Na podstawie art. 63 § 1 kk. sąd zaliczył oskarżonemu na poczet orzeczonej kary grzywny okres jednego dnia rzeczywistego pozbawienia wolności w sprawie tj. 14 marca 2012 r. uznając grzywnę za wykonaną do wysokości 2 (dwóch) stawek dziennych. Na mocy art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 26.05.1982 r. prawo o adwokaturze<sup>66</sup> w zw. z § 19 i § 16 rozporządzenia z dnia 28.09.2002 r. Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu<sup>67</sup> sąd zasądził od Skarbu Państwa na rzecz adwokata F. G. kwotę 442,80 zł (czterysta czterdzieści dwa złote osiemdziesiąt groszy) w tym podatek VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej oskarżonemu W. S. z urzędu. Na podstawie art. 627 k.p.k. w zw. z art. 624 § 1 k.p.k. zasądzone od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 180 zł (sto osiemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów sądowych, a w pozostałej części zwolniono go od ich ponoszenia.

Wypada zauważyć, że skazany W. S. wykazał się niezwykłą determinacją, bowiem siedmiokrotnie zamieszczał ogłoszenia o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku kostnego, licząc zapewne na dotarcie do szerszego kręgu odbiorców.

Sąd w niniejszej sprawie przyjął konstrukcję ciągu przestępstw uregulowaną w art. 91 kk., zważywszy na fakt, że oskarżony popełnił w krótkich odstępach czasu, z wykorzystaniem takiej samej sposobności, siedem przestępstw, zanim zapadł pierwszy wyrok, chociażby nieprawomocny, co do któregośkolwiek z tych przestępstw. Regulacja art. 91 kk. pozwalała sądowi orzec jedną karę określoną w przepisie stanowiącym podstawę jej wymiaru dla każdego z tych przestępstw, w wysokości do górnej granicy ustawowego zagrożenia zwiększonego o połowę. Okoliczności sprawy skłoniły sąd do tego, że z możliwości zaostżenia górnej granicy ustawowego zagrożenia nie skorzystał. Żadna ze stron procesowych nie zaskarżyła orzeczenia, co oznacza prawdopodobnie, że zarówno skazany, jak i oskarżyciel publiczny uznali zapadłe orzeczenie za adekwatną reakcję na popełniony czyn przestępny.

66 Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze, Dz.U. z 2002 r. Nr 16, poz. 124 ze zm.

67 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu, Dz.U. z 2002 r. Nr 163, poz. 1348 ze zm.

## § 18. Sprawa Sądu Rejonowego w Koźienicach<sup>68</sup>

Sąd Rejonowy w Koźienicach XI Zamiejscowy Wydział Karny z siedzibą w Zwoleniu w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 3 grudnia 2013 r. sprawę oskarżonej K. G. z d. C., córki J. i I. z d. K., urodzonej w 1980 r. w I. Oskarżonej zarzucono w akcie oskarżenia, że w okresie od 21 sierpnia 2013 r. do 29 sierpnia 2013 r. w Z. w województwie mazowieckim za pośrednictwem portalu internetowego „oglaszamy24.pl” rozpowszechniała ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki w celu jej przeszczepienia.

Czyn zakwalifikowano w oparciu o art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Sąd uznał oskarżoną za winną popełnienia zarzucanego jej aktem oskarżenia czynu i za to na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zw. z art. 34 § 1 i 2 k.k. w zw. z art. 35 § 1 k.k. wymierzył jej karę 10 (dziesięciu) miesięcy ograniczenia wolności z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym. Ponadto zwolniono oskarżoną od opłaty, obciążono zaś wydatkami poniesionymi w sprawie w kwocie 90,00 zł (dziewięćdziesiąt złotych).

Oskarżona w chwili czynu miała ukończone 33 lata i nie była wcześniej karana. Wykorzystała jeden z najbardziej popularnych portali ogłoszeniowych „oglaszamy24.pl” w celu rozpowszechnienia anonsu o odpłatnym zbyciu narządów.

## § 19. Sprawa Sądu Rejonowego w Nowej Soli I<sup>69</sup>

Sąd Rejonowy w Nowej Soli w II Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora po rozpoznaniu w dniu 9 listopada 2012 r. rozpoznawał sprawę M.R., urodzonej w 1980 r. w Z.G., córki L. i K. z domu T. Oskarżonej zarzucono w akcie oskarżenia, że w dniu 17 grudnia 2011 r. w C. w województwie zachodniopomorskim poprzez umieszczenie na ogólnodostępnym portalu (...) rozpowszechniła ogłoszenia o odpłatnym zbyciu nerki i szpiku kostnego w celu przeszczepienia o treści: „sprzedam nerkę za (...), szpik kostny za (...) – zdrowa 31 lat, grupa krwi 0 rh-. Kontakt (...)”.

W sprawie występował także drugi oskarżony – M. Z., urodzony w 1989 r. w K., syn A. i B. z domu R. Został on oskarżony o to, że w dniu 8 grudnia 2011 r. w C. w województwie lubuskim poprzez umieszczenie na ogólnodostępnym portalu (...) rozpowszechnił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki w celu jej przeszczepienia o treści: „Witam mam 22 lata zdrowy sprzedam nerkę grupa krwi A rh+ cena (...) zainteresowanych proszę o kontakt (...)”.

Obojgu oskarżonym zarzucono czyn z art. 43 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Oboje oskarżeni zostali także skazani na podstawie przywołanego wyżej przepisu.

Sąd uznał oskarżoną M. R. za winną popełnienia zarzucanego jej czynu i wymierzył jej karę 25 (dwudziestu pięciu) stawek dziennych grzywny, ustalając wysokość jednej stawki dziennej na 20 (dwadzieścia) złotych. Podobnie sąd uznał oskarżonego M. Z. za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i wymierzył mu

68 Sygn. akt XI K 1006/13.

69 Sygn. akt II K 1153/12.



karę 25 (dwudziestu pięciu) stawek dziennych grzywny, ustalając wysokość jednej stawki dziennej na 20 (dwadzieścia) złotych.

Na podstawie art. 624 § 1 kpk zwolniono oskarżonych w całości od zapłaty na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych i na podstawie art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych<sup>70</sup> nie wymierzono oskarżonym opłaty.

Sprawcy w chwili czynu mieli ukończone – kobieta 32 lata, mężczyzna zaś 23 lata. Pomimo młodego wieku, mężczyzna nie posiadał już jednak statusu młodocianego, albowiem czyn zabroniony popełnił po ukończeniu 21 roku życia. Kobieta oferowała do sprzedaży szpik kostny i nerkę, podając konkretne sumy, jakich oczekiwałyby tytułem ekwiwalentu, mężczyzna ograniczył się do chęci sprzedaży nerki, także podając konkretną kwotę, jaką chciałby uzyskać ze sprzedaży tego narządu.

Wymierzona oskarżonym kara sprowadzała się w obu przypadkach do kary grzywny w kwocie finalnej po 500 zł każda. Z posiadanych informacji uzyskanych od Sądu Rejonowego w Nowej Soli nie sposób wywnioskować, jaka była łączność pomiędzy obydwojma ogłoszeniami i zachowaniami sprawców, która spowodowała, że sąd rozpatrywał sprawy obojga oskarżonych w jednym postępowaniu.

## § 20. Sprawa Sądu Rejonowego w Nowej Soli II<sup>71</sup>

Sąd Rejonowy w Nowej Soli II Wydział Karny w składzie jednoosobowym w obecności prokuratora rozpoznawał w dniach 17 kwietnia 2013 r., 19 czerwca 2013 r., 26 czerwca 2013 r., 4 września 2013 r. sprawę P. M., córki A. i A. z domu M., urodzonej w 1988 r. w X.

Oskarżonej zarzucono w akcie oskarżenia, że w dniu 23 lutego 2011 r. w Z. w województwie lubuskim poprzez umieszczenie na ogólnodostępnym portalu (...) rozpowszechniła ogłoszenie o odpłatnym zbyciu nerki w celu jej przeszczepienia o treści: „Sprzedam pilnie nerkę kobieta 22 lata... bez nałogów, grupa krwi ORH-mail: (...) gg (...) cena do uzgodnienia”.

Sąd uznał oskarżoną P. M. za winną popełnienia czynu opisanego w części wstępnej wyroku wyczerpującego dyspozycję art. 43 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i za to wymierzył oskarżonej karę grzywny w wysokości 30 (trzydziestu) stawek dziennych, ustalając wysokość jednej stawki dziennej na kwotę 10 (dziesięć) złotych. Na podstawie art. 624 § 1 kpk zwolniono oskarżoną od zapłaty na rzecz Skarbu Państwa kosztów sądowych, z wyjątkiem opłaty w sprawach karnych w kwocie 30 złotych, którą na podstawie art. 627 kpk i art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych zasądzono od oskarżonej na rzecz Skarbu Państwa.

Sprawczyni w chwili czynu miała ukończone 22 lata, zaś w chwili wyrokowania 25 lat. Pomimo młodego wieku nie posiadała już jednak statusu młodocianego, albowiem czyn zabroniony popełniła po ukończeniu 21 roku życia.

70 Ustawa z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych, Dz.U. z 1973 r. Nr 49, poz. 223 ze zm.

71 Sygn. akt II K 1289/12.

Kobieta oferowała do sprzedaży nerkę, podając swój wiek i niektóre dane morfologiczne, grupę i czynnik krwi. Nie wskazała jednak na konkretną sumę pieniędzy, jakiej oczekiwałaby tytułem ekwiwalentu za sprzedany narząd. Podała jednak swój adres e-mail, a także numer komunikatora Gadu-Gadu (GG), pod którym jest dostępna, celem uzgodnienia szczegółów transakcji.

Reakcją na ten czyn zabroniony była kara grzywny w finalnej wysokości 300 zł, czyli w kwocie raczej symbolicznej. Z pewnością sąd wziął pod uwagę właściwości i warunki majątkowe sprawczyń, w tym także jej młody wiek.

## § 21. Sprawa Sądu Rejonowego w Kędzierzynie-Koźlu<sup>72</sup>

Sąd Rejonowy w Kędzierzynie-Koźlu, Wydział II Karny w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 24 stycznia 2013 r. w Kędzierzynie-Koźlu sprawę R. K. – syna C. i B. z domu K., ur. (...) w K. Oskarżonemu zarzucono w akcie oskarżenia, że w dniu 13 kwietnia 2012 r. o godzinie 15:16 w K. woj. (...) z komputera stacjonarnego poprzez logowanie za pomocą adresu IP (...), na portalu społecznościowym (...) rozpowszechnił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu narządów ciała w postaci nerki poprzez zamieszczenie treści „Sprzedam nerkę szybko (...)”.

Sąd uznał oskarżonego R. K. za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i za to na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wymierzył mu karę grzywny w wymiarze 50 (pięćdziesięciu) stawek dziennych ustalając wysokość jednej stawki dziennej grzywny na kwotę 20 zł (dwudziestu złotych). Na podstawie art. 627 kpk i art. 2 ust. 1 punkt 4 ustawy o opłatach w sprawach karnych z dnia 23.06.1973 r. zasądzone od oskarżonego R. K. na rzecz Skarbu Państwa koszty postępowania w kwocie 190 zł (stu dziewięćdziesięciu złotych) w tym wymierzono mu opłatę sądową w kwocie 100 zł (stu złotych).

W niniejszej sprawie sprawca zamieścił orzeczenie o odpłatnym zbyciu nerki, czyniąc to na portalu społecznościowym. Portale tego typu są często wykorzystywane nie tylko do nawiązywania i podtrzymywania więzi społecznych, co jest ich podstawową funkcją, ale także do realizacji transakcji handlowych o różnym charakterze, w tym również nielegalnych.

Sąd zareagował w tej sprawie karą grzywny w wysokości 1000 zł, co kwotowo nie wydaje się symboliczną sumą.

## § 22. Sprawa Sądu Rejonowego w Ostrowcu Świętokrzyskim<sup>73</sup>

Sąd Rejonowy w Ostrowcu Świętokrzyskim w Wydziale II Karnym w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 23 września 2013 r. sprawę D. D., syna J. i B. z domu S. urodzonego w 1970 r. w O. Oskarżyciel publiczny zarzucił mu, że w dniu 20 kwietnia 2012 r. w O. w wojewódz-

72 Sygn. akt II K 1072/12.

73 Sygn. akt II K 686/13.

twie świętokrzyskim na portalu internetowym [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl) zamieścił ogłoszenie dotyczące sprzedaży swojej nerki oraz szpiku.

Sąd uznał oskarżonego D. D. za winnego popełnienia czynu zarzucanego mu w akcie oskarżenia, stanowiącego występki z art. 43 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i za to na podstawie wyżej wskazanego przepisu w zw. z art. 33 § 1 i 3 kk skazał go, wymierzając mu karę grzywny w liczbie 50 (pięćdziesiąt) stawek dziennych, ustalając wysokość jednej stawki dziennej na kwotę 20 (dwadzieścia) złotych. Ponadto sąd zasądził od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 190 (sto dziewięćdziesiąt) złotych tytułem kosztów sądowych.

Oskarżony w chwili czynu był ponadczterdziestoletnim mężczyzną, zamieścił ogłoszenie o chęci sprzedaży nerki oraz szpiku kostnego. Uczynił to, wykorzystując znany portal ogłoszeniowy, prawdopodobnie licząc na szybki i szeroki odzew. Sąd wymierzył mu karę grzywny w kwocie 1000 zł.

### § 23. Sprawa Sądu Rejonowego w Pińczowie I<sup>74</sup>

Sąd Rejonowy w Pińczowie w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 30 października 2012 r. sprawę oskarżonej S. S., córki A. i G. z domu B., urodzonej w 1978 r. w P. Oskarżonej zarzucono w akcie oskarżenia to, że w dniu 14 czerwca 2011 roku w P. rozpowszechniła ogłoszenie o odpłatnym zbyciu organów, w ten sposób, że zamieściła na forum internetowym „wspolczesna.pl” ogłoszenie oferując do sprzedaży narząd w postaci własnej nerki. Na podstawie art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zw. z art. 66 § 1 i 2 k.k. oraz art. 67 § 1 k.k. sąd postanowił warunkowo umorzyć postępowanie karne wobec oskarżonej na okres próby wynoszący 1 (jeden) rok. Na podstawie art. 67 § 3 k.k. i art. 39 pkt 7 k.k. sąd orzekł od S. S. na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej świadczenie pieniężne w kwocie 200 (dwieście) złotych. Ponadto na podstawie art. 230 § 2 k.p.k. zwrócono S. S. dowód rzeczowy w postaci jednostki centralnej komputera stacjonarnego – obudowa koloru czerwonego z napisem „(...)” zdeponowanego pod numerem wykazu (...). Na podstawie art. 624 § 1 k.p.k. sąd zwolnił S. S. od ponoszenia kosztów sądowych w sprawie.

Trzydziestotrzyletnia w chwili czynu sprawczyni zamieściła ogłoszenie o chęci sprzedaży własnej nerki na portalu ogłoszeniowym [wspolczesna.pl](http://wspolczesna.pl). W chwili przygotowywania niniejszej pracy Autorka nie znalazła na tej internetowej platformie ogłoszeniowej żadnego ogłoszenia, w którym by oferowano do sprzedaży nerkę czy szpik kostny, pomimo kilku tysięcy ogłoszeń zamieszczonych na portalu [wspolczesna.pl](http://wspolczesna.pl).

Sąd w niniejszej sprawie doszedł do przekonania, że spełnione zostały przesłanki do zastosowania instytucji warunkowego umorzenia postępowania karnego. Uznał, że wina sprawczyni nie budzi wątpliwości, społeczna szkodliwość czynu nie jest znaczna. Nie budzą wątpliwości także okoliczności popełnienia czynu, zaś postawa sprawczyni, jej właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie ona przestrzegać porządku prawnego, a w szczególności nie popełni przestępstwa.

Aby odpowiedzialność karna nie była iluzoryczna, sąd zasądził świadczenie pieniężne na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. Fundusz ten został powołany do życia z dniem 1 stycznia 2012 r.<sup>75</sup> i jest państwowym funduszem celowym, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości. Środki Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej są przeznaczane na: pomoc osobom pokrzywdzonym przestępstwem oraz członkom ich rodzin, w szczególności pomoc medyczną, psychologiczną, rehabilitacyjną, prawną oraz materialną, udzielaną przez jednostki niebędące jednostkami sektora finansów publicznych i niedziałające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, organizacje i instytucje. Środki przeznaczane są także na pomoc postpenitencjarną osobom pozbawionym wolności, zwalnianym z zakładów karnych i aresztów śledczych oraz członkom ich rodzin, udzielaną przez zawodowych kuratorów sądowych oraz Służbę Więzienną<sup>76</sup>.

## § 24. Sprawa Sądu Rejonowego w Pińczowie II<sup>77</sup>

Sąd Rejonowy w Pińczowie w II Wydziale Karnym w składzie jednoosobowym przy udziale prokuratora rozpoznawał w dniu 27 listopada 2012 r. sprawę P. K., syna K. i E. z domu P. urodzonego w 1986 r. w P. Oskarżonemu zarzucono w akcie oskarżenia, że w dniu 2 lutego 2010 r. w miejscowości B., powiatu pińczowskiego rozpowszechniał ogłoszenie o odpłatnym zbyciu organów w ten sposób, że zamieścił na forum internetowym „wspolczesna.pl” ogłoszenie, w którym oferował sprzedaż narządu w postaci własnej nerki.

Sąd uznał oskarżonego P. K. winnym popełnienia zarzuconego mu aktem oskarżenia czynu po przyjęciu, iż ponadto rozpowszechniał on ogłoszenie o odpłatnym zbyciu szpiku kostnego, przy czym czyn ten zakwalifikował jako występki z art. 43 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i za to na podstawie art. 43 powołanej ustawy w zw. z art. 34 § 1 i 2 k.k. i art. 35 § 1 k.k. wymierzył mu karę 6 (sześciu) miesięcy ograniczenia wolności polegającą na obowiązku świadczenia nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 20 (dwudziestu) godzin w stosunku miesięcznym. Na podstawie art. 230 § 2 k.p.k. sąd zwrócił oskarżonemu komputer przenośny Toshiba model (...) wraz z zasilaczem.

Na podstawie art. 627 k.p.k. zasądzone od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 210 (dwieście dziesięć) złotych tytułem kosztów sądowych, w tym 120 złotych opłat od wymierzonej kary i 90 złotych tytułem wydatków.

Dwudziestoczteroletni w chwili czynu sprawca zamieścił ogłoszenie o odpłatnym zbyciu własnej nerki, a także szpiku kostnego, czyniąc to na portalu ogłoszeniowym wspolczesna.pl. Sąd doszedł do przekonania, że adekwatną karą w stosunku do

75 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej, Dz.U. z 2012 r., poz. 49.

76 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 6 lutego 2014 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej, udzielanie pomocy osobom pokrzywdzonym przestępstwem oraz członkom ich rodzin może odbywać się ze środków Funduszu, Dz.U. z 2014 r., poz. 189.

77 Sygn. akt II K 413/12.

tego sprawcy będzie kara ograniczenia wolności. Jest to kara rzadko orzekana przez sądy, dla przykładu w 2012 r. na 408 107 skazań orzeczono ją jedynie w 50 730 przypadkach, co stanowi zaledwie 12,43% ogółu skazań<sup>78</sup>.

## § 25. Wnioski z badań

Poniższa tabela zawiera zbiorcze dane dotyczące orzeczeń sądów rejonowych zapadłych na tle art. 43 ustawy transplantacyjnej, do których dostęp uzyskano w toku pracy badawczej. Zestawiono w niej informacje w zakresie 23 spraw zakończonych w latach 2010-2014 na terenie całej Polski.

Tabela 68. Zestawienie orzeczeń sądów rejonowych z art. 43 ustawy transplantacyjnej w latach 2010-2014

Lp.	Oznaczenie sprawy	Data wydania orzeczenia	Sposób zakończenia sprawy
1.	Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie o sygn. akt II K 466/12	4.10.2012 r.	1. Warunkowe umorzenie postępowania na okres próby jednego roku. 2. Orzeczenie świadczenia pieniężnego w kwocie 300 zł na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. 3. Zasadzenie od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 150 zł tytułem kosztów sądowych.
2.	Sprawa Sądu Rejonowego w Krasnymstawie o sygn. akt II K 529/12	10.10.2012 r.	1. Warunkowe umorzenie postępowania na okres próby jednego roku. 2. Orzeczenie świadczenia pieniężnego w kwocie 200 zł na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. 3. Zasadzenie od oskarżonej na rzecz Skarbu Państwa kwoty 150 zł tytułem kosztów sądowych.
3.	Sprawa Sądu Rejonowego w Białymstoku o sygn. akt XV K 1358/12	19.11.2012 r.	1. Skazanie na karę 50 (pięćdziesięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 500 zł grzywny. 2. Zasadzenie od oskarżonej na rzecz Skarbu Państwa kwoty 150 zł tytułem kosztów sądowych.
4.	Sprawa Sądu Rejonowego w Białymstoku o sygn. akt XV K 1616/12	20.12.2012 r.	1. Skazanie na karę 1 (jednego) miesiąca pozbawienia wolności. 2. Warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata. 3. Zasadzenie od Skarbu Państwa na rzecz adwokata kwoty 664,20 zł (sześćset sześćdziesiąt cztery złote dwadzieścia groszy) tytułem zwrotu kosztów obrony z urzędu, w tym kwoty 124,20 zł (sto dwadzieścia cztery złote dwadzieścia groszy) tytułem podatku od towarów i usług. 4. Zwolnienie oskarżonego od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.
5.	Sprawa Sądu Rejonowego w Szubinie o sygn. akt X K 667/13	31.01.2014 r.	1. Skazanie na karę 3 (trzech) miesięcy pozbawienia wolności. 2. Warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata. 3. Zwolnienie oskarżonego od kosztów sądowych.

78 Dane wyjściowe pochodzą z Informatora Statystycznego Wymiaru Sprawiedliwości, <http://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/>.

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

6.	Sprawa Sądu Rejonowego w Bydgoszczy o sygn. akt XVI K 2258/12	25.10.2012 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie oskarżonej S. P. na karę 50 (pięćdziesięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 500 zł grzywny.</li> <li>2. Skazanie oskarżonego Ł. B. na karę 200 (dwustu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 2000 zł grzywny.</li> <li>3. Warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej wobec oskarżonego Ł. B. kary grzywny na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata.</li> <li>4. Zobowiązanie oskarżonego Ł. B. do nauki w okresie próby.</li> <li>5. Obciążenie oskarżonych kosztami procesu.</li> </ol>
7.	Sprawa Sądu Rejonowego w Bydgoszczy o sygn. akt XVI K 2262/12	18.10.2012 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie na karę 70 (siedemdziesięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 700 zł grzywny.</li> <li>2. Zasądzenie od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 70 zł tytułem opłaty i obciążenie pozostałymi kosztami sądowymi.</li> </ol>
8.	Sprawa Sądu Rejonowego w Elblągu o sygn. akt II K 295/14	7.05.2014 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kara 6 (sześciu) miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym.</li> <li>2. Zwolnienie oskarżonego od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.</li> </ol>
9.	Sprawa Sądu Rejonowego w Ostródzie o sygn. akt VII K 465/12	20.12.2012 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warunkowe umorzenie postępowania na okres próby dwóch lat z oddaniem oskarżonego pod dozór kuratora.</li> <li>2. Zwolnienie oskarżonego od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.</li> </ol>
10.	Sprawa Sądu Rejonowego w Garwolinie o sygn. akt II K 947/12	27.11.2012 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie na karę 100 (stu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 1000 zł grzywny.</li> <li>2. Zasądzenie od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 190 zł tytułem kosztów sądowych.</li> </ol>
11.	Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim o sygn. akt VII K 709/12	20.09.2012 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warunkowe umorzenie postępowania na okres próby jednego roku.</li> <li>2. Obciążenie oskarżonego kosztami sądowymi w kwocie 130 zł.</li> </ol>
12.	Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim o sygn. akt VII K 1115/12	10.01.2013 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie na karę 100 (stu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 1000 zł grzywny.</li> <li>2. Obciążenie oskarżonego kosztami sądowymi w kwocie 190 zł.</li> </ol>
13.	Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim o sygn. akt VII K 42/10	22.01.2010 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie na karę 2 (dwóch) miesięcy pozbawienia wolności.</li> <li>2. Warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata.</li> <li>3. Zwolnienie oskarżonej od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.</li> </ol>
14.	Sprawa Sądu Rejonowego w Gorzowie Wielkopolskim o sygn. akt VII K 115/13	4.03.2013 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie na karę 10 (dziesięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 100,- (stu) złotych, co w sumie daje 1000 zł grzywny.</li> <li>2. Obciążenie oskarżonego kosztami sądowymi w kwocie 190 zł.</li> </ol>
15.	Sprawa Sądu Rejonowego w Kielcach o sygn. akt IX K 1186/12	24.01.2013 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kara 6 (sześciu) miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym.</li> <li>2. Obciążenie oskarżonego kosztami sądowymi w kwocie 210 zł.</li> </ol>
16.	Sprawa Sądu Rejonowego w Kielcach o sygn. akt XII K 1024/12	15.11.2012 r.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skazanie na karę 2 (dwóch) miesięcy pozbawienia wolności.</li> <li>2. Warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności na okres próby wynoszący 2 (dwa) lata.</li> <li>3. Skazanie na karę 30 (trzydziestu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięciu) złotych, co w sumie daje 300 zł grzywny.</li> <li>4. Zasądzenie od Skarbu Państwa na rzecz adw. F. G. kwoty 442,80 zł (czterysta czterdzieści dwa złote osiemdziesiąt groszy) w tym podatek VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej oskarżonemu z urzędu.</li> <li>5. Obciążenie oskarżonego kosztami sądowymi w kwocie 180 zł.</li> </ol>

17.	Sprawa Sądu Rejonowego w Kozienicach o sygn. akt XI K 1006/13	3.12.2013 r.	1. Kara 10 (dziesięć) miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym. 2. Obciążenie oskarżonej kosztami sądowymi w kwocie 90 zł.
18.	Sprawa Sądu Rejonowego w Nowej Soli o sygn. akt II K 1153/12	9.11.2012 r.	1. Skazanie oskarżonej M. R. na karę 25 (dwudziestu pięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 20,- (dwudziestu) złotych, co w sumie daje 500 zł grzywny. 2. Skazanie oskarżonego M. Z. na karę 25 (dwudziestu pięciu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 20,- (dwudziestu) złotych, co w sumie daje 500 zł grzywny. 3. Zwolnienie oskarżonych od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.
19.	Sprawa Sądu Rejonowego w Nowej Soli o sygn. akt II K 1289/12	4.09.2013 r.	1. Skazanie na karę 30 (trzydziestu) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 10,- (dziesięć) złotych, co w sumie daje 300 zł grzywny. 2. Zwolnienie oskarżonej od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.
20.	Sprawa Sądu Rejonowego w Kędzierzynie-Koźlu o sygn. akt II K 1072/12	24.01.2013 r.	1. Skazanie na karę 50 (pięćdziesięć) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 20,- (dwudziestu) złotych, co w sumie daje 1000 zł grzywny. 2. Zasądzenie od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 190 zł tytułem opłaty i kosztów sądowych.
21.	Sprawa Sądu Rejonowego w Ostrowcu Świętokrzyskim o sygn. akt II K 686/13	23.09.2013 r.	1. Skazanie na karę 50 (pięćdziesięć) stawek dziennych grzywny, przyjmując wysokość jednej stawki za równoważną kwocie 20,- (dwudziestu) złotych, co w sumie daje 1000 zł grzywny. 2. Zasądzenie od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 190 zł tytułem opłaty i kosztów sądowych.
22.	Sprawa Sądu Rejonowego w Pińczowie o sygn. akt II K 386/12	30.10.2012 r.	1. Warunkowe umorzenie postępowania na okres próby jednego roku. 2. Orzeczenie świadczenia pieniężnego w kwocie 200 zł na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. 3. Zwolnienie oskarżonej od opłaty i pozostałych kosztów sądowych.
23.	Sprawa Sądu Rejonowego w Pińczowie o sygn. akt II K 413/12	27.11.2012 r.	1. Kara 6 (sześć) miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 20 (dwudziestu) godzin w stosunku miesięcznym. 2. Zasądzenie od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 210 zł tytułem opłaty i kosztów sądowych.

*Źródło: opracowanie własne.*

Jak wynika z wyżej zestawionych danych, w wyniku 23 postępowań karnych osądzono 26 osób, przy czym pięciokrotnie zastosowano instytucję probacyjną w postaci warunkowego umorzenia postępowania, zaś czterokrotnie warunkowo zawieszono wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności i jeden raz zawieszono wykonanie kary grzywny. Zwłaszcza przy warunkowym zawieszeniu wykonania kary pozbawienia wolności pozostaje pytanie, dlaczego sądy nie zdecydowały się na wymiarzenie kary grzywny. Iluzoryczna odpowiedzialność karna powstała także w przypadku warunkowego zawieszenia wykonania kary grzywny.

Najczęściej, bo aż 13 razy, sądy orzekały karę grzywny w różnych wymiarach, począwszy od symbolicznej kwoty 300 zł do 2000 zł, bywały też kwoty 500 zł i 1000 zł. Kara ograniczenia wolności została zastosowana czterokrotnie, za każdym razem połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na

cele społeczne w wymiarze 20 lub 30 godzin w stosunku miesięcznym. Szczegółowe informacje w tym zakresie zawiera poniższa tabela.

Tabela 69. Sposoby zakończenia postępowań karnych w latach 2010-2014

Sposób zakończenia	Liczba sprawców ogółem	Liczba spraw	Szczegółowe informacje
Warunkowe umorzenie postępowania karnego	5	4	Okres próby wynoszący 1 rok
		1	Okres próby wynoszący dwa lata z oddaniem oskarżonego pod dozór kuratora
Kara grzywny	13	1	200 stawek dziennych grzywny po 10 zł z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 2 lata
		2	100 stawek dziennych grzywny po 10 zł
		1	70 stawek dziennych grzywny po 10 zł
		2	50 stawek dziennych grzywny po 10 zł
		2	50 stawek dziennych grzywny po 20 zł
		2	30 stawek dziennych grzywny po 10 zł
		2	25 stawek dziennych grzywny po 20 zł
		1	10 stawek dziennych grzywny po 100 zł
Kara ograniczenia wolności	4	1	Kara 10 (dziesięciu) miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym.
		2	Kara sześciu miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 30 (trzydziestu) godzin w stosunku miesięcznym.
		1	Kara 6 (sześciu) miesięcy ograniczenia wolności, połączona z obowiązkiem wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne w wymiarze 20 (dwudziestu) godzin w stosunku miesięcznym.
Kara pozbawienia wolności	4	1	Kara pozbawienia wolności w wymiarze trzech miesięcy z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 2 lata.
		2	Kara pozbawienia wolności w wymiarze dwóch miesięcy z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 2 lata.
		1	Kara pozbawienia wolności w wymiarze jednego miesiąca z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 2 lata.
<b>Ogółem osądzonych osób w 23 sprawach</b>	<b>26</b>		

Źródło: opracowanie własne.

Reasumując zgromadzony materiał badawczy, należy stwierdzić, że wszyscy sprawcy – 8 kobiet i 18 mężczyzn – posiadali polskie obywatelstwo i nie byli wcze-



śniej karani, poza jednym przypadkiem – kobiety uprzednio karanej za przestępstwo z art. 278 kk.

Wszyscy sprawcy zamieszczali ogłoszenia w Internecie. W przeważającej mierze zamieszczano ogłoszenia o zamiarze sprzedaży nerki, kilkakrotnie zdarzyło się, że obok nerki oferowano do sprzedaży także szpik kostny.

Wszyscy oferenci zamieszczali ogłoszenia o zamiarze sprzedaży, żaden zaś o zamiarze zakupu. Portale, na których zamieszczano ogłoszenia, to: serwis [www.oglaszamy24.pl](http://www.oglaszamy24.pl), „[egorzow.pl](http://egorzow.pl)”, „[Gorzowiak.eu](http://Gorzowiak.eu)”, [www.grudziadz.com.pl](http://www.grudziadz.com.pl), [www.rozneogloszenia.hiperogloszenia.pl](http://www.rozneogloszenia.hiperogloszenia.pl), [www.olx.pl](http://www.olx.pl), [www.mobile.olx.pl](http://www.mobile.olx.pl), [www.allegro.pl](http://www.allegro.pl), [www.forum.dziennikwschodni.pl](http://www.forum.dziennikwschodni.pl), [www.nasenny.blox.pl](http://www.nasenny.blox.pl), [forum.wspolczesna.pl](http://forum.wspolczesna.pl). Część z tych portali nadal funkcjonuje, niektóre już nie istnieją w przestrzeni wirtualnej.

W większości wypadków oferenci nie podawali kwot, za jakie oferowali do sprzedaży nerkę czy szpik kostny, sporadycznie wskazywano na kwotę 25 tys. zł czy 40 tys. zł.



## ZAKOŃCZENIE

Lektura całości pracy jednoznacznie przekonuje, że problemy badawcze postawione we wstępie są doniosłe społecznie, aktualne i istotne z punktu widzenia jednostki, społeczeństwa i państwa. Zagadnienia z obszaru medycyny transplantacyjnej są bowiem problemami pojedynczego człowieka, jego najbliższej rodziny, a także całego systemu opieki zdrowotnej, występują zatem zarówno w mikro-, jak i makroskali.

Biorąc pod uwagę, że strukturalnie praca została zbudowana w taki sposób, aby po każdym jej rozdziale następowało podsumowanie rozważań zawartych w poszczególnych jej częściach, wypadało ograniczyć się jedynie do weryfikacji i falsyfikacji postawionych we wstępie pracy hipotez badawczych głównych i szczegółowych, będących próbami odpowiedzi na postawione problemy badawcze.

Dokonana w pracy analiza literaturowa, jak też wyniki badań własnych pozwoliły na pozytywną weryfikację większości postawionych na wstępie hipotez badawczych.

**Potwierdziła się hipoteza**, że postawy Polaków wobec pobierania i przeszczepiania narządów są zróżnicowane i zależą od szeregu okoliczności: od rodzaju transplantacji (*ex vivo*, *ex mortuo*) czy cech społeczno-demograficznych badanej populacji (płeć, wiek, wykształcenie, poziom zaangażowania religijnego). Także pozytywnie zweryfikowano hipotezę, jakoby duża liczba Polaków nie znała obowiązującego w Polsce prawa regulującego kwestie przeszczepów.

Generalnie, w społeczeństwie polskim występuje pozytywne nastawienie do transplantacji, które nie musi znajdować odzwierciedlenia w rzeczywistych zachowaniach Polaków. Kwestia przekazania narządów potrzebującej osobie jeszcze za życia dawcy budzi większe opory aniżeli donacja po śmierci. Gotowość do zostania dawcą po śmierci była wypadkową wykształcenia, wieku oraz miejsca zamieszkania badanych. Najmniej skłonni do bycia dawcą byli ludzie najstarsi (powyżej 65 roku życia), osoby zamieszkujące na obszarach wiejskich oraz badani z wykształce-

niem podstawowym. W niektórych badaniach niechęć do przekazania po własnej śmierci narządów w celu przeszczepiania innym była również względnie silnie widoczna wśród respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Z kolei najbardziej skłonni do bycia dawcą okazali się przede wszystkim ankietowani z wykształceniem wyższym oraz osoby pozytywnie oceniające własne warunki materialne. Stosunek do przekazania po śmierci własnych narządów był też zróżnicowany w zależności od podejścia do kwestii religii, przy czym granicy nie stanowił podział pomiędzy uczęszczającymi do kościoła lub nieuczęszczającymi w praktykach religijnych, lecz była nią ocena własnej religijności.

Paradoksem jest, że osoby, które uznawały się za głęboko wierzące, ponad trzykrotnie częściej od osób mówiących o sobie jako o niewierzących wyrażały brak zgody na przekazanie własnych narządów po śmierci w celu przeszczepu. Jak wiadomo przecież, Kościół katolicki w Polsce, stanowiący największą liczebnie katolicką wspólnotę wyznaniową w Polsce (95% mieszkańców), nie tylko nie sprzeciwia się donacji organów, a wręcz do niej zachęca. Wystarczy chociażby wspomnieć kanon 2296 Katechizmu Kościoła Katolickiego, który brzmi: „Przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym, jeśli fizyczne i psychiczne niebezpieczeństwa, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały, należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności. Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób”.

Niestety większość Polaków nie zna obowiązującego w Polsce prawa regulującego kwestię przeszczepu narządów. Wśród tych, którzy deklarowali, iż taką wiedzę posiadają, jedynie mniejszość udzieliła odpowiedzi zgodnej ze stanem faktycznym, twierdząc, że w Polsce obowiązuje tzw. zgoda domniemana, pamiętając, że obowiązuje przecież model sprzeciwu. W modelu sprzeciwu istotne jest przede wszystkim ustalenie, czy potencjalny dawca nie sprzeciwiał się donacji organów po śmierci. W tym celu możliwe do przyjęcia są trzy opcje – ścisły sprzeciw, sprzeciw rozszerzony i rozwiązanie informacyjne<sup>1</sup>. **Ścisły sprzeciw, obowiązujący w Polsce**, istnieje wówczas, gdy osoba żyjąca przeciwstawiła się pobraniu organów, uczyniwszy to bądź w formie pisemnej, bądź ustnie w obecności świadków, w ten sposób, iż istnieją konkretne dowody na wyraźne wykluczenie możliwości donacji organów po śmierci.

1 Przyjęcie sprzeciwu rozszerzonego ma miejsce wówczas, gdy nie istnieje wyraźne przeciwnie stanowisko dawcy; wymaga się wówczas, aby uprawnione osoby (najczęściej najbliżsi krewni) wyraziły domniemaną wolę zmarłego. Rozwiązanie informacyjne polega na tym, że potencjalny dawca lub jego najbliżsi powinni zostać poinformowani o przysługującym im prawie sprzeciwu i w przypadku braku zgody czy sprzeciwu zmarłego, wyrażonych za życia, wyznacza się najbliższym określony termin, w ciągu którego mogą zgłosić swój prawnie skuteczny sprzeciw. Eksplantację można podjąć po upływie terminu do zgłoszenia sprzeciwu.

W Polsce dowodem takim jest najczęściej wpis do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, choć stosownie do brzmienia art. 6 ustawy transplantacyjnej sprzeciw może być wyrażony w trojakić formie: wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis lub oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

Wydaje się, że na podstawie przeanalizowanych badań można dokonać próby sprofilowania postaw protransplantacyjnych i antytransplantacyjnych. Jeżeli poszukujemy osób o najbardziej „protransplantacyjnym” nastawieniu, to najczęściej możemy je znaleźć wśród respondentów z wyższym wykształceniem, badanych o poglądach lewicowych, mieszkańców miast (w szczególności dużych miast, tj. powyżej 500 tys. mieszkańców), osób rzadko lub w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych.

Z kolei umiarkowane poparcie lub niekiedy niechęć wobec transplantacji najczęściej deklarują osoby o najniższym poziomie wykształcenia, mieszkańcy wsi oraz najstarsi respondenci. Ponadto, analizując stosunek do transplantacji na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące oddania nerki (jeszcze za życia) lub serca, uwidacznia się względnie silny dystans do donacji u osób o poglądach prawicowych. Dystans ten nie jest natomiast silnie widoczny, jeżeli pod uwagę weźmiemy deklarowaną przez badanych częstość udziału w praktykach religijnych. Niemniej jednak można przypuszczać, że za relatywnie często występującą niechęcią osób o poglądach prawicowych do przekazania swoich organów (nerka, serce) potrzebującemu mogą ukrywać się motywacje religijne. W przypadku badanych o prawicowych poglądach szczególnie widoczna jest zmiana postaw, gdy w grę wchodzi oddanie serca, które stanowi istotny element symboliki religijnej.

**Potwierdziła się także hipoteza**, że postawy przedstawicieli środowiska lekarskiego wobec pobierania narządów od zmarłych dawców są zróżnicowane i zależą od szeregu okoliczności, m.in. od miejsca zatrudnienia (w placówkach wykonujących w praktyce dużo pobrań i wykonujących niewiele tego typu zabiegów). Nie istnieje jedna przyczyna stosunkowo niewielkiej liczby dokonywanych pobrań. Jest ona wypadkową wielu okoliczności, takich jak: słaba znajomość regulacji prawnych po stronie rodziny i środowiska lekarskiego, niedostateczna aktywność szpitali, niechęć do podejmowania skomplikowanych działań transplantacyjnych.

Co trzeci ankietywany anestezjolog, neurolog i neurochirurg (35%) zadeklarował, że nie wyłączy respiratora w sytuacji, kiedy komisja rozpoznała u pacjenta śmierć mózgu i jednocześnie wiadomo, że nie dojdzie do pobrania narządów.

W województwach o najniższej w Polsce liczbie pobrań lekarze częściej deklarują kontynuowanie bezcelowej terapii (43%) niż w pozostałych badanych województwach (23%).

Istnieje regionalne zróżnicowanie liczby pobrań związane ściśle z diagnostyką śmierci mózgu. Zgodnie z deklaracjami, znakomita większość lekarzy (89%) w swojej praktyce szpitalnej wysuwa podejrzenie śmierci mózgu. Z drugiej strony istnieje wcale niemały odsetek badanych (11%), którzy tego nie robią; głównie z dwóch powodów – braku doświadczenia w rozpoznawaniu śmierci mózgu (5%) i/lub z obawy przed oskarżeniami ze strony rodziny oraz wynikającymi z tego tytułu domniemanymi konsekwencjami prawnymi (4%). Przeciętnie co dziesiąty lekarz nie wysuwa podejrzenia śmierci mózgu, a co za tym idzie, nie nadaje biegu procedurom medycznym, które mogą prowadzić do pobrania narządów. W województwach, gdzie liczba pobrań jest od lat najniższa (podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie i lubelskie), zjawisko to występuje dwukrotnie częściej niż w pozostałych badanych województwach (14% w stosunku do 7%).

Niewielkiej liczby pobrań w Polsce nie da się wytłumaczyć tym, iż jakkolwiek społeczeństwo polskie jest pozytywnie nastawione do idei transplantacji, to jednak nie ma w nim tradycyjnie ugruntowanych postaw protransplantacyjnych. Społeczeństwo nie jest też zróżnicowane w swoich postawach w zależności od regionu, zatem częścią odpowiedzialności za niewielką liczbę pobrań narządów do przeszczepu i jej regionalne zróżnicowanie należy obarczyć przedstawicieli środowiska medycznego.

**Pozytywnie zweryfikowano hipotezę**, iż większość Polaków ma świadomość zagrożenia handlem narządami, ale nie każdy z nich osobiście czuje się zagrożony tym zjawiskiem. Nie do końca jest jednak tak, że przeciwdziałanie państwa zjawisku handlu narządami można ocenić jako wystarczające. Wydaje się jednak wysoce prawdopodobne i jest to prawdopodobieństwo graniczące z pewnością, iż w Polsce nie ma ofiar handlu narządami ludzkimi.

Zdecydowana większość Polaków ma świadomość występowania zagrożenia handlem narządami ludzkimi, jednak poziom świadomości na przestrzeni lat 2008-2015 istotnie się zmniejszył (z 87% do 66%), co może mieć związek z głośnymi medialnie wydarzeniami niekorzystnymi dla medycyny transplantacyjnej, mającymi miejsce w 2007 r. – tzw. sprawa doktora G. Wiedza na temat handlu narządami ludzkimi była powiązana z poziomem wykształcenia badanych, poziom świadomości jest generalnie warunkowany zachowaniami związanymi z poszukiwaniem informacji. Osoby z wyższym wykształceniem częściej korzystają z różnych mediów w celach pozyskiwania wiedzy o otaczającym ich świecie, stąd w tej grupie można było zaobserwować najwyższy poziom świadomości istnienia przestępstwa handlu ludzkimi narządami. Nie odnotowano zmian w ocenie bezpieczeństwa własnego. W badaniu zrealizowanym w 2008 r., jak i 2015 r. obawę stania się ofiarą handlu narządami ludzkimi wyraziło jedynie nieco ponad 10% badanych. Generalnie społeczeństwo ocenia pozytywnie działania państwa na rzecz zapobiegania handlu narządami ludzkimi.

Warto wskazać, że minimalny odsetek respondentów (1-3%) wskazał, że był ofiarą handlu narządami ludzkimi lub zna osobę, która była ofiarą. Odnotowany wynik mieści się w granicach błędu statystycznego (+-3,2%). Sam proceder handlu narządami w Polsce raczej nie istnieje, a dzieje się tak z wielu powodów, choćby następujących:

1. narządy ludzkie są specyficznym przedmiotem zamkniętego i udokumentowanego obrotu, wymagającym specjalistycznych procedur pobierania, przechowywania i przeszczepiania, a co za tym idzie, ogromnego nakładu sił wielu osób i potężnych środków finansowych, w tym na odpowiednią infrastrukturę;
2. osoby dokonujące eksplantacji i implantacji to najwyższej klasy profesjonalści – chirurdzy transplantolodzy, dbający o to, aby pobierane i przeszczepiane narządy zachowały swoją jak najlepszą żywotność i najwyższą jakość do przeszczepu. Nie jest możliwe, aby pospolity przestępca podjął się takiej aktywności, jeśli ma być ona zakończona sukcesem;
3. zabiegi eksplantacji i implantacji dla swego powodzenia wymagają współdziałania profesjonalnego zespołu transplantacyjnego, złożonego z anestezjologa, chirurga i zespołu pielęgniarskiego. Przykładowo, przy jednym pobraniu i przeszczepieniu wątroby udział bierze około 20 osób;
4. handel narządami ludzkimi wymagałby „idealnej zмовы milczenia” lekarzy, pielęgniarek, instrumentariuszy, dawcy i biorcy, co w praktyce nie byłoby możliwe w żadnej skali;
5. narząd przeznaczony do przeszczepu zachowuje swoją przydatność w określonym czasie, musi być przechowywany w odpowiednich warunkach, poddawany dostatecznej perfuzji, niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania, zatem proceder handlu narządami wymagałby idealnego „zgrania w czasie”;
6. współczesna transplantologia boryka się z problemem przechowywania i transportowania organów. Po pobraniu od dawcy, narządy muszą być przeszczepione w ciągu zaledwie kilku lub kilkunastu godzin, by nie doszło do ich obumarcia i rozpoczęcia procesu rozkładu tkanek. Dotychczasowe próby przechowywania narządów przez okres dłuższy niż 24 godziny nie przyniosły pożądaných rezultatów (poza nerkami, kiedy przechowywanie za pomocą specjalnych technik może być wydłużone do 40 godzin);
7. zgodnie z tzw. ustawą transplantacyjną pobieranie i przeszczepianie narządów i szpiku kostnego jest objęte ścisłym nadzorem ze strony Ministerstwa Zdrowia i właściwych instytucji, jak np. „Poltransplant”. Wszelkie procedury związane z umieszczaniem osób na liście oczekujących na przeszczepienie, ich wybór do przeszczepienia z listy (tzw. alokacja), pobieranie narządów od osób żywych i od zmarłych oraz dokonane przeszczepienia, jak również

przekazywanie narządów i szpiku do przeszczepienia w innych państwach, są odnotowywane we właściwych rejestrach, których funkcjonowanie nadzoruje „Poltransplant” (podobne zasady nadzoru obowiązują w pozostałych państwach Unii Europejskiej, a także poza nią);

8. biorca narządu wymaga szczególnej specjalistycznej opieki po zabiegu i musi dożywotnie przyjmować leki immunosupresyjne, czyli obniżające naturalną odporność organizmu. Leki immunosupresyjne są wydawane wyłącznie z przepisu lekarza z Poradni Transplantologicznej, a dane o zrealizowanej recepcie trafiają do NFZ, który mógłby błyskawicznie zweryfikować pacjenta, tym bardziej że część tych leków znajduje się na liście leków refundowanych przez państwo.

Nie można oczywiście wykluczyć, że obywatel polski dokona sprzedaży własnego narządu za granicą, gdyż w takiej sytuacji, o ile nie dojdzie do poważnych powikłań, wymagających interwencji i opieki ze strony polskiej placówki medycznej, trudno będzie taki fakt udowodnić. Przy odpowiedzialnym i skrupulatnym podejściu nawet lekarza pierwszego kontaktu, który stwierdzi blizny po usunięciu narządów i zwróci się o dostarczenie pełnej dokumentacji medycznej, fakt taki może ujrzeć światło dzienne, jednak nie może doprowadzić do ukarania sprzedającego, albowiem czyn polegający na zbyciu własnych narządów pozostaje irrelevantny prawnokarnie.

Podobnie nie da się wykluczyć, że polski obywatel dokona zakupu narządu za granicą, przy czym w tym wypadku można już mówić o odpowiedzialności karnej na gruncie art. 44 ustawy transplantacyjnej, albowiem stosownie do brzmienia art. 109 kk. ustawie karnej polskiej podlega obywatel polski, który popełnił przestępstwo za granicą. Wydaje się, że w wypadku transplantacji dokonanej za granicą niezgodnie z przepisami prawa polskiego, stosunkowo łatwiej byłoby taki fakt odkryć, chociażby właśnie z powodu konieczności stałej opieki nad biorcą lekarzy z ośrodka transplantologicznego.

**Pozytywnie zweryfikowano hipotezę**, iż ustawodawca dostosowuje polską ustawę transplantacyjną do wymogów prawa europejskiego, a także stara się dokonywać racjonalnych zmian w przepisach prawnokarnych, dbając o wewnętrzną koherencję przepisów prawnokarnych. Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 2005 r. zmieniła poprzednio obowiązującą ustawę z 1995 r., wychodząc naprzeciw przepisom dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich.

Z kolei celem wprowadzenia art. 46a, a także 46b ustawy transplantacyjnej i szeregu zmian nowelizujących było dostosowanie polskiego ustawodawstwa w obszarze pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów



do wymagań stosownych dyrektyw Komisji: 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonujących dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich.

Postanowienia ustawy są zgodne z przepisami dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/53/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia.

Poza zakresem ustawy transplantacyjnej pozostały kwestie odnoszące się do pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części, jednak grupa posłów na Sejm RP VII kadencji wypracowała projekt ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, mający na celu dostosowanie polskiego ustawodawstwa dotyczącego pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami w celu medycznie wspomaganej prokreacji w zakresie odnoszącym się do komórek rozrodczych i zarodków do wymagań dyrektyw Komisji: 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. i 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 r. wykonujących dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich. Projekt wpłynął do Sejmu w dniu 16 października 2014 r., w dniu 13 stycznia 2015 r. skierowano projekt do pierwszego czytania w Sejmie, a następnie w dniu 9 kwietnia 2015 r. projekt wycofano. Miało to związek z ustawą o leczeniu niepłodności, którą Sejm uchwalił w dniu 25 czerwca 2015 r. Jej przepisy karne w dużej mierze opierają się na rozwiązaniach przyjętych na gruncie ustawy transplantacyjnej.

Warto wskazać, że ustawodawca starał się pozytywnie wpłynąć na wewnętrzną koherencję przepisów ustawy transplantacyjnej w jej pozakodeksowej warstwie prawnokarnej, jednak nie zawsze były to zabiegi udane, pomimo czterokrotnej nowelizacji ustawy. Słusznie rozszerzono zakres kryminalizacji, dostosowując przepisy ustawy do wymogów unijnych, ale z drugiej strony nie poprawiono szeregu mankamentów, sygnalizowanych już uprzednio przez przedstawicieli doktryny prawa karnego.

**Potwierdziła się hipoteza**, że na tle ogólnych statystyk przestępczości, tzw. przestępczość okołotransplantacyjna w wąskim zakresie, rozumiana jako przestępczość na gruncie ustawy transplantacyjnej, jest niewielka. Istnieją wydatne różnice statystyczne w odniesieniu do poszczególnych typów czynów zabronionych przewidzianych przez ustawę transplantacyjną. „Ciemna” liczba przestępstw handlu narządami ludzkimi w Polsce nie istnieje, ze względu na specyfikę tego rodzaju przestępczości.

Ze statystyk policyjnych wynika, że przestępczość na tle ustawy transplantacyjnej nie stanowi nawet jednego promila w ogólnej liczbie przestępstw popełnianych w naszym kraju. Dominującym typem przestępczości na tle ustawy transplantacyjnej jest rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia. Jedynie kilka postępowań prowadzono w oparciu o art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej penalizujący nabycie, zbycie cudzej komórki, tkanki lub narządu, pośrednictwo w ich nabyciu lub zbyciu, branie udziału w przeszczepianiu lub udostępnianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów. Niezwykle rzadko prowadzono postępowania na tle art. 45, art. 46, art. 46a i art. 46b ustawy transplantacyjnej.

Z kolei statystyka sądowa prowadzona przez Ministerstwo Sprawiedliwości pokażała, że w latach 2001–2014 doszło jedynie do 94 prawomocnych skazań, których podstawą był art. 43 ustawy transplantacyjnej z 2005 r. (dawny art. 19 ustawy transplantacyjnej z 1995 r.), penalizujący rozpowszechnianie ogłoszeń o odpłatnym zbyciu, nabyciu lub o pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki, tkanki lub narządu w celu ich przeszczepienia.

Skoro uznano, że sam proceder handlu narządami w Polsce nie istnieje, to nie istnieje też „ciemna” liczba tego typu przestępstw. Powody, dla których przyjęto takie założenie, wskazano nieco wyżej, uznając, że prowadzenie tego rodzaju przestępczej aktywności wymagałoby wyjątkowych zdolności przestępców i ogromnego nakładu sił oraz środków. Handel narządami ludzkimi stanowi niezwykle specyficzny rodzaj przestępczości z uwagi na zupełnie nietypowy przedmiot czynności wykonawczej.

Dopuszczyć można by ewentualnie możliwość pośredniczenia w handlu narządami ludzkimi, rozumianą jako ułatwienie kontaktu potencjalnym dawcom i biorcom, ale sam zabieg wykonywany musiałby być za granicą. W Polsce bowiem istniejące wysoce sformalizowane mechanizmy i dobry nadzór instytucjonalny w zakresie pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów, tkanek i komórek wykluczają możliwość przeszczepienia organu będącego przedmiotem czynności handlowych.

**Pozytywnie zweryfikowano hipotezę**, w myśl której do zamieszczania ogłoszeń o odpłatnym zbyciu lub nabyciu bądź pośredniczeniu w odpłatnym zbyciu lub nabyciu narządów, tkanek i komórek najczęściej wykorzystywana jest sieć Internet.

Taki wniosek płynie z dokonanych badań aktowych, gdzie w 23 sprawach wszyscy sprawcy – 8 kobiet i 18 mężczyzn – zamieszczali ogłoszenia w Internecie, licząc zapewne na jego szeroki zakres oddziaływania.

Prezentowana monografia pozwoliła odpowiedzieć na nakreślone we wstępie problemy badawcze, umożliwiła weryfikację postawionych hipotez badawczych, ale też ukazała kierunki dalszych badań i prac, które należałoby kontynuować. Z pewnością istnieje potrzeba ciągłego podnoszenia świadomości Polaków w zakresie dona-

cji narządów, tkanek i komórek zarówno po śmierci *ex mortuo*, jak i między żyjącymi *ex vivo*. Warto także stale monitorować aktywność przestępczą na tle przepisów ustawy transplantacyjnej i kontynuować działania organów ścigania wymierzone w ogłoszeniodawców oferujących do sprzedaży własne narządy, tkanki i komórki. Jest to tzw. kryminalizacja na przedpolu czynu zabronionego, mająca też duże znaczenie prewencyjne w zakresie rozprzestrzeniającego się na świecie handlu narządami ludzkimi.



## Bibliografia

- Andrejew I., Polskie prawo karne w zarysie, Warszawa 1978.
- Andrejew I., Z zagadnień metodologii nauki prawa karnego, (w:) J. Wróblewski (red.), Zagadnienia metodologiczne prawoznawstwa: materiały z sesji naukowej, Łódź 27-28 marca 1980, Wrocław 1982.
- Babbie E., Podstawy badań społecznych, Warszawa 2013.
- Blikowska J., Chciał sprzedać nerkę. Czeka go sąd, Rzeczpospolita z dnia 1 kwietnia 2015 r.
- Błachut J., Problemy związane z pomiarem przestępczości, Warszawa 2007.
- Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., Kryminologia, Gdańsk 2004.
- Bojarski M. (red.), System prawa karnego. Tom 11. Szczególne dziedziny prawa karnego. Prawo karne wojskowe, skarbowe i pozakodeksowe, Warszawa 2014.
- Bojarski M. (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna, Warszawa 2015.
- Bojarski M., Radecki W., Przewodnik po pozakodeksowym prawie karnym, Wrocław 1998.
- Bojarski M., Radecki W., Pozakodeksowe prawo karne. Tom I. Przepisy przeciwko pamięci narodowej, obronności, bezpieczeństwu osób i mienia, zdrowiu. Komentarz, Warszawa 2002.
- Bojarski T., Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej, Warszawa 2002.
- Bojarski T. (red.), System prawa karnego. Tom 2. Źródła prawa karnego, Warszawa 2011.
- Bożyczko Z., Kradzież kieszonkowa i jej sprawca, Warszawa 1962.
- Bryk J., Malinowska I., Handel ludźmi i przestępstwa towarzyszące, (w:) W. Jasiński, W. Mądrzejowski, K. Wiciak (red.), Przestępczość zorganizowana. Fenomen. Współczesne zagrożenia. Zwalczanie. Ujęcie praktyczne, Szczytno 2013.
- Buczkowski K., Czarnecka-Działuk B., Klaus W., Kossowska A., Rzeplińska I., Wiktorska P., Woźniakowska-Fajst D., Wójcik D., Społeczno-polityczne konteksty współczesnej przestępczości w Polsce, Warszawa 2013.
- Bułat K., Czarniak P., Gorzelak A. i in., Kryminologia. Repetytorium, Kraków 2007.
- Bułat K., Czarniak P., Gorzelak A. i in., Kryminologia. Repetytorium, Warszawa 2013.
- Carney S., Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci, Wołowiec 2014.

- Chazan B., Transplantacja komórek, tkanek i narządów w świetle obowiązującego prawa na tle rozwiązań przyjętych przez Radę Europy i ustawodawstwa innych krajów, *Paestra* z 1998 r., nr 5/6.
- Czebotar Ł., Gądzik Z., Łyżwa A., Michałek A., Świerczewska-Gąsiorowska A., Tokarski M., *Ustawa o Policji. Komentarz praktyczny*, Warszawa 2015.
- Ćwiąkalski Z., (w:) A. Zoll (red.), A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Ćwiąkalski, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynekiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 k.k.*, Kraków 2006.
- Daniluk P., Warunki determinujące skuteczność zgody uprawnionego w prawie karnym, *Paestra* z 2005 r., nr 1-2.
- Dziubina D., Prawny charakter zgody pacjenta na zabieg leczniczy w świetle art. 192 kodeksu karnego, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* z 2000 r., z. 2.
- Dzikiya N., Nerka 500 razy droższa niż żołądek. Ceny organów na czarnym rynku, *Dziennik* z dnia 15 listopada 2013 r.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Filar M., Rola mediów w kreowaniu zagrożeń i sprzyjaniu populizmowi, (w:) Z. Sienkiewicz, R. Kokot (red.), *Populizm penalny i jego przejawy w Polsce. Materiały z ogólnopolskiego zjazdu Katedr Prawa Karnego Szklarska Poręba, 24-27 września 2008 r.*, Wrocław 2009.
- Filar M. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2014.
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
- Filipkowski W., Wykorzystywanie otwartych źródeł informacji, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki*, Warszawa 2012.
- Filipkowski W., Guzik-Makaruk E.M., Pływaczewski E.W., „Nowoczesne technologie” w zwalczaniu przestępczości a prawa człowieka, *Przegląd Policyjny* z 2013 r., nr 1(109).
- Filipkowski W., Mądrzejowski W. (red.), *Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki*, Warszawa 2012.
- Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 2015.
- Gawina M., *Zemsta doktora S.?*, *Kurier Poranny* z dnia 28 marca 2007 r.
- Giezek J., *Strafrechtliche Fragen der Transplantation*, (w:) A.J. Szwarc, A. Wąsek (red.), *Das erste deutsch-japanisch-polnische Strafrechtsskolloquium der Stipendiaten der Alexander von Humboldt-Stiftung*, Poznań 1998.
- Giezek J.W. (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2012.

- Giezek J.W. (red.), D. Gruszecka, N. Kłaczyńska, G. Łabuda, A. Muszyńska, T. Razowski, Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, LEX 2014.
- Glińska E., Kowalewska A., Raport z badań pt. „Poczucie bezpieczeństwa obywateli – społeczna diagnoza zagrożeń”, zrealizowanych w ramach grantu badawczego zamawianego nr PBZ-MNiSW-DBO-01/1/2007, kierowanego przez Prof. zw. dr. hab. Emila W. Pływaczewskiego pod tytułem „Monitoring, identyfikacja i przeciwdziałanie zagrożeniom bezpieczeństwa obywateli”, Białystok 2009.
- Gruszczyńska B., Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawnokryminologiczne, Warszawa 2007.
- Guzik-Makaruk E.M., Prawne aspekty transplantacji organów w Szwajcarii, Państwo i Prawo z 2001 r., nr 9.
- Guzik-Makaruk E.M., O aspektach prawnych transplantacji. Polemika, Jurysta z 2001 r., nr 12.
- Guzik-Makaruk E.M., Podstawy prawne transplantacji organów, tkanek i komórek w Polsce, Palestra z 2002 r., nr 5-6.
- Guzik-Makaruk E.M., Польское законодательство о трансплантации как методе лечения, (w:) Современное медицинское право. Сборник научных трудов, red. O. Дубовик i in., Российская Академия Наук, Москва 2003.
- Guzik-Makaruk E.M., Prawne aspekty transplantacji organów w Austrii, Jurysta z 2004 r., nr 5.
- Guzik-Makaruk E.M., Transplantacja organów w ustawodawstwie niemieckim i polskim. Problemy prawnoporównawcze, (w:) E.W. Pływaczewski (red.), Aktualne problemy prawa karnego i kryminologii, rec. tomu K. Zgryzek, Białystok 2005.
- Guzik-Makaruk E.M., Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym, Białystok 2008.
- Guzik-Makaruk E.M., Zagrożenia handlem organami ludzkimi w świetle badania opinii społecznej w Polsce w 2008 r., (w:) A. Michalska-Warias, I. Nowikowski, J. Piórkowska-Flieger (red.), Teoretyczne i praktyczne problemy współczesnego prawa karnego. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Bojarskiemu, Lublin 2011.
- Guzik-Makaruk E.M. (red.), Poczucie bezpieczeństwa obywateli w Polsce. Identyfikacja i przeciwdziałanie współczesnym zagrożeniom, Warszawa 2011.
- Guzik-Makaruk E.M. (red.), Możliwości wykorzystania i wdrożenia nowoczesnych technologii do budowy narzędzi wspomagających codzienne funkcjonowanie osób niewidomych, Kraków – Białystok – Poznań 2011.
- Guzik-Makaruk E.M., System źródeł prawa RFN z uwzględnieniem obszaru medycyny transplantacyjnej, (w:) M. Perkowski, J. Szymański, M. Zdanowicz (red.), Człowiek i prawo międzynarodowe. Księga dedykowana Profesorowi Bogdanowi Wierzbickiemu, Białystok 2014.

- Guzik-Makaruk E.M., Handel ludźmi – studium przypadku, (w:) I. Nowicka, D. Mocarska (red.), Współczesne problemy prawa, Szcztytno 2015.
- Guzik-Makaruk E.M., Pływaczewski E.W., Zatyka E. (red.), Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących ze szczególnym uwzględnieniem ruchu drogowego. Wybrane aspekty prawne i kryminologiczne, Białystok 2014.
- Guzik-Makaruk E.M., Pływaczewski E.W., Ausgewählte strafrechtliche und kriminologische Probleme der Organtransplantation in Polen, (w:) J.C. Joerden, A.J. Szwarc (red.), Strafrechtsdogmatik und Rechtsphilosophie – ein Fruchtbare Spannungsverhältnis: Materialien eines deutsch-japanisch-polnisch-türkischen Kolloquiums im Jahre 2013 in Frankfurt an der Oder und Słubice (Polen), Poznań 2014.
- Guzik-Makaruk E.M., Pływaczewski E.W. (red.), Wybrane prawne, kryminologiczne i medyczne aspekty wykluczenia społecznego, Białystok 2016.
- Guzik-Makaruk E.M., Szamatowicz J., Skrzypulec-Plinta V. (red.), Wybrane prawne i medyczne aspekty ginekologii dziecięcej, Białystok 2015.
- Guzik-Makaruk E.M., Zatyka E., Status osób wykonujących zawody medyczne w płaszczyźnie karnoprawnej, (w:) A. Adamski, J. Bojarski, M. Leciak, P. Chrzczonowicz (red.), Nauki penalne wobec szybkich przemian socjokulturowych. Księga Jubileuszowa Profesora Mariana Filara, Toruń 2012, t. 1.
- Haberko J., Uhrzynowska-Tyszkiewicz I., Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz, Warszawa 2014.
- Hoc S., Karnoprawna ochrona informacji, Opole 2012.
- Hoc S., Szewc T., Ochrona danych osobowych i informacji niejawnych, Warszawa 2014.
- Hołyst B., Kryminologia, Warszawa 1979.
- Hołyst B., Kryminologia, Warszawa 1994.
- Hołyst B., „Ciemna liczba” przestępczości zorganizowanej, (w:) B. Hołyst, E. Kube, R. Schulte (red.), Przestępczość zorganizowana w Niemczech i w Polsce i jej implikacje społeczno-ekonomiczne, Warszawa – Münster – Łódź 1998.
- Hołyst B., Wiktymologia, Warszawa 2006.
- Hołyst B., Kryminalistyka, Warszawa 2007.
- Hołyst B., Kryminologia, Warszawa 2007.
- Hołyst B., Socjologia kryminalistyczna, Warszawa 2007.
- Hołyst B., Kryminologia, Warszawa 2009.
- Hołyst B., Wiktymologia, Warszawa 2011.



- Ickiewicz-Sawicka M., Problematyka handlu organami ludzkimi ze szczególnym uwzględnieniem Kosowa, (w:) E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski (red.), Współczesne oblicza bezpieczeństwa, Białystok 2015.
- Jasiński F., Walka z handlem narządami i tkankami ludzkimi z perspektywy Unii Europejskiej, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006.
- Jeziński M. (red.), Nowe media a media tradycyjne. Prasa, reklama, internet, Toruń 2009.
- Karkowska D., Włodarczyk W.C., Część I. Wprowadzenie – pielęgniarstwo jako profesja, (w:) D. Karkowska, W.C. Włodarczyk, Prawo medyczne dla pielęgniarek, LEX 2013.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań 1994.
- Kiełbowski M., Wyrok sądowy jako informacja publiczna, Monitor Prawniczy z 2010 r., nr 24.
- Kłaczyńska N., Z problematyki zgody pacjenta na zabieg leczniczy (art. 192 kk), Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego 2000, Tom VI.
- Kociołek-Pęksa A., Stępień M. (red.), Metody i techniki badań socjologiczno-prawnych, (w:) Leksykon socjologii prawa, Warszawa 2013.
- Kolasiński B., Dyrektywy wymiaru kary wobec sprawców określonych w art. 65 k.k., Prokuratura i Prawo z 2002 r., z. 5.
- Konarska-Wrzosek V., Pozakodeksowe przestępstwa przeciwko zdrowiu, (w:) M. Bojarski (red.), System prawa karnego. Tom 11. Szczególne dziedziny prawa karnego. Prawo karne wojskowe, skarbowe i pozakodeksowe, Warszawa 2014.
- Konieczna K., Lekarze przeszczepili jej nerkę z rakiem, Dziennik z dnia 29 września 2007 r.
- Kotowski W., Ustawa o Policji. Komentarz, Warszawa 2012.
- König P., Strafbarer Organhandel, Frankfurt am Main 1999.
- Krot K., Truskolaska M., Ogólna charakterystyka i klasyfikacja badań naukowych i metod badawczych, (w:) B. Poskrobko (red.), Metody badań naukowych z przykładami ich zastosowania, Białystok 2012.
- Kubiak R., Przypadki braku wymogu zgody uprawnionego jako przesłanki zabiegów leczniczych i nieterapeutycznych, Studia Prawno-Ekonomiczne z 2000 r., t. LXII.
- Kunicka-Michalska B., (w:) A. Wąsek (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, Warszawa 2004.
- Lane J., Fisher B.S., Unpacking the Relationship Between Gender and Fear of Crime: Explaining Why Are Similarities and Differences, Journal of Contemporary Criminal Justice 2009.
- Laskowska K., Filipkowski W., Glińska E. (red.), Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących w ruchu drogowym. Wybrane aspekty praktyczne, Białystok 2014.

- Lasocik Z., Analiza spraw karnych, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Lernell L., Współczesne zagadnienia polityki kryminalnej – problemy kryminologiczne i penologiczne, Warszawa 1978.
- Liszewska A., Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy, Państwo i Prawo z 1997 r., nr 1.
- Liszewska A., Prawnokarna ocena zabiegów transplantacji organów, Prawo i Medycyna z 1999 r., nr 3.
- Maciołek P., Internet a OSINT – szanse i praktyczne zastosowania, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki, Warszawa 2012.
- Manzano A., Monaghan M., Potrata B., Clayton M., The Invisible Issue of Organ Laundering, Transplantation 2014, Vol. 98, Nr 6.
- Marek A., Kryminologia. Część I, Toruń 1986.
- Marek A., Kodeks karny. Komentarz, LEX 2010.
- Mazowiecka L., Ofiary handlu ludźmi, LEX 2014.
- Mądrzejowski W., „Biały wywiad” w Policji, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki, Warszawa 2012.
- Mozgawa M. (red.), Kodeks karny. Praktyczny komentarz, Kraków 2006.
- Mozgawa M. (red.), M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, Kodeks karny. Komentarz, LEX 2014.
- Mozgawa M., Kanadys-Marko M., Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 kk), Prokuratura i Prawo z 2004 r., z. 3.
- National survey of organ donation. Attitudes and Behaviors, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Health System Bureau, Division of Transplantation, Washington 2013.
- Nawarecki E., Dobrowolski G., Kisiel-Dorohinicki M. (red.), Metody sztucznej inteligencji w działaniach na rzecz bezpieczeństwa publicznego, Kraków 2009.
- Nickel L.Ch., Schmidt-Preisigke A., Sengler H., Transplantationsgesetz. Kommentar, Stuttgart – Berlin – Köln – Kohlhammer 2001.
- Nowak S., Metodologia badań społecznych, Warszawa 2012.
- Opaliński B., Rogalski M., Szustakiewicz P., Ustawa o Policji. Komentarz, Warszawa 2015.
- Opinia Biura Studiów i Analiz Sądu Najwyższego z dnia 25 stycznia 2012 r. o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów, Sygn. BSA II-021-212/11, dostępna na

- stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.
- Opinia Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 listopada 2014 r., Sygn. L.dz. 2659/11/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.
- Opinia prawna Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu z dnia 23 października 2014 r. w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (przedstawiciel wnioskodawców: poseł Łukasz Krupa), Sygn. BAS-WAPEiM-2498/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.
- Opinia Prokuratora Generalnego z dnia 26 listopada 2014 r., Sygn. PG VII G 025-330/14, dostępna na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl) przy przebiegu procesu legislacyjnego w zakresie druku sejmowego nr 3057.
- Organ donation and transplantation. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate General Health and Consumers Survey co-ordinated by Directorate General Communication, TNS Opinion & Social, European Commission, Brussels, Belgium 2010.
- Ostaszewski P., Nasilenie i determinanty lęku przed przestępczością, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2012.
- Paprzycki L.K., Nielegalny obrót komórkami, tkankami lub narządami człowieka – wybrana problematyka kryminalizacji i penalizacji, *Medyczna Wokanda* z 2011 r., nr 3.
- Pieniążek A., Stefaniuk M., *Socjologia prawa. Zarys wykładu*, Warszawa 2014.
- Pismo Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji z dnia 7 kwietnia 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Prezydialnego Prokuratury Krajowej zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Pismo Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji z dnia 15 lipca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Prezydialnego Prokuratury Krajowej zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Pismo Prokuratury Krajowej z dnia 30 czerwca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Pismo Prokuratury Krajowej z dnia 20 lipca 2009 r. skierowane do Dyrektora Biura Generalnego w Komendzie Głównej Policji zamieszczone w: Z. Lasocik, E. Rekosz

- (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Płoszyński Z., *Przestępczość internetowa, Przegląd Naukowo-Metodyczny „Edukacja dla Bezpieczeństwa”* 2012, nr 3.
- Pływaczewski E.W., *Możliwości statystycznego ujęcia przestępczości zorganizowanej (na przykładzie doświadczeń niemieckich)*, *Przegląd Policyjny* z 1994 r., nr 33.
- Pływaczewski E.W. (red.), *Przestępczość zorganizowana. Świadek koronny. Teryoryzm w ujęciu praktycznym*, Kraków 2005.
- Pływaczewski E.W. (red.), *Przestępczość zorganizowana*, Warszawa 2011.
- Pływaczewski E.W., *Przestępczość zorganizowana: stereotypy i rzeczywistość z perspektywy retrospektywnej i współczesnej*, *Policja* z 2011 r., z. 2.
- Pływaczewski E.W. (red.), *Proceder prania pieniędzy i jego implikacje*, Warszawa 2013.
- Pływaczewski E.W., Laskowska K., Szczygieł G.B., Filipkowski W., Guzik-Makaruk E.M., Zatyka E., *Polskie kierunki badań kryminologicznych nad bezpieczeństwem obywateli*, *Prokuratura i Prawo* z 2010 r., nr 1-2.
- Pogorzelski J.D., *Wykorzystanie otwartych źródeł informacji w pracy prokuratora*, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki*, Warszawa 2012.
- Radcliffe-Richards J., *Handel narządami – aspekty filozoficzne i etyczne*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006.
- Rakoczy W., *Monitorowanie sieci Internet*, (w:) E. Nawarecki, G. Dobrowolski, M. Kisiel-Dorohinicki (red.), *Metody sztucznej inteligencji w działaniach na rzecz bezpieczeństwa publicznego*, Kraków 2009.
- Rekosz E., *Handel narządami w polskiej prasie*, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), *Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Rixen S., *Kommentar zum Transplantationsgesetz – Verbotsvorschriften*, (w:) W. Höfling (red.), *Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG)*, Berlin 2003.
- Rowiński W., *Czy w Polsce możliwy jest handel narządami?*, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006.
- Rowiński W., *Prawne i organizacyjne warunki przeszczepu narządów w Polsce*, (w:) Z. Lasocik (red.), *Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie*, Warszawa 2006.
- Rutkowski S., *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 kk*, *Prokuratura i Prawo* z 2000 r., z. 2.

- Scheper-Hughes N., Biopiractwo i globalna pogoń za ludzkimi narządami, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski, Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006.
- Schroth U., König P., Gutmann Th., Oduncu F., Transplantationsgesetz. Kommentar, München 2005.
- Siemaszko A., Kogo biją, komu kradną. Przystępność nie rejestrowana w Polsce i na świecie, Warszawa 2001.
- Sitarz O., Kryminalizacja odpłatnych czynności związanych z transplantacją, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Stefański R.A., Wykładnia przepisów prawa karnego, (w:) T. Bojarski (red.), System prawa karnego. Tom 2. Źródła prawa karnego, Warszawa 2011.
- Syroka K., Komercjalizacja ciała ludzkiego, (w:) Z. Lasocik, E. Rekosz (red.), Handel narządami. Spory wokół interpretacji przepisów karnych ustawy transplantacyjnej, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2011.
- Waszkiewicz P., Traktat o dobrej prewencji kryminalnej, Warszawa – Newark 2015.
- Wiśniewski M., Polskie społeczeństwo wobec transplantacji narządów, (w:) Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa 2006.
- Woźniakowska-Fajst D., Media a przestępczość, (w:) K. Buczkowski, B. Czarnecka-Działuk, W. Klaus, A. Kossowska, I. Rzeplińska, P. Wiktorska, D. Woźniakowska-Fajst, D. Wójcik, Społeczno-polityczne konteksty współczesnej przestępczości w Polsce, Warszawa 2013.
- Wróbel W., (w:) A. Zoll (red.), A. Barczak-Oplustil, G. Bogdan, Z. Cwiąkalski, M. Dąbrowska-Kardas, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Rodzynkiewicz, M. Szewczyk, W. Wróbel, Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 k.k., Kraków 2006.
- Wróbel W., Opinia prawna z dnia 6 marca 2009 r. o projekcie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny (druk sejmowy nr 1657).
- Wrzos W., GUS: Polacy wydają na internet 6,7 miliarda złotych, Komputer Świat z dnia 16 stycznia 2015 r.
- Zalewski W., Populizm penalny – próba zdefiniowania zjawiska, (w:) Z. Sienkiewicz, R. Kot (red.), Populizm penalny i jego przejawy w Polsce. Materiały z ogólnopolskiego zjazdu Katedr Prawa Karnego Szklarska Poręba, 24-27 września 2008 r., Wrocław 2009.
- Zawadka G., Nerki nie na sprzedaż, Rzeczpospolita z dnia 11 sierpnia 2015 r.

- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.
- Zielińska E. (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2008.
- Ziemiński Z., *Metodologiczne zagadnienia prawoznawstwa*, Warszawa 1974.
- Ziemiński Z., *Szkice z metodologii szczegółowych nauk prawnych*, Warszawa – Poznań 1983.
- Zimny T., *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013.
- Złotek A., *Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa*, Cz.PKiNP 2010/1/5-42.
- Złotek A., *Krótki komentarz do zmian w przepisach karnych ustawy transplantacyjnej*, Cz.PKiNP 2011/1/25-30.
- Zoll A., (w:) A. Zoll (red.), G. Bogdan, Z. Cwiakalski, P. Kardas, J. Majewski, J. Raglewski, M. Szewczyk, W. Wróbel, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Tom I. Komentarz do art. 1-116 k.k.*, Kraków 2004.
- Zygmunt A., Koźlak J., *Sieci społeczne w badaniach kryminalistycznych*, (w:) E. Nawarecki, G. Dobrowolski, M. Kisiel-Dorohinicki (red.), *Metody sztucznej inteligencji w działaniach na rzecz bezpieczeństwa publicznego*, Kraków 2009.
- Zygmunt A., Koźlak J., Nawarecki E., *Analiza otwartych źródeł internetowych z zastosowaniem metodologii sieci społecznych*, (w:) W. Filipkowski, W. Mądrzejowski (red.), *Biały wywiad. Otwarte źródła informacji – wokół teorii i praktyki*, Warszawa 2012.

## **Sprawozdania**

- Zwalczanie przestępczości zorganizowanej i narkotykowej w Polsce 2001 r.*  
Centralne Biuro Śledcze, Komenda Główna Policji, Warszawa 2002.
- Informacja dotycząca zwalczania przestępczości zorganizowanej przez Centralne Biuro Śledcze KGP w Warszawie*, Warszawa 2003.
- Informacja dotycząca zwalczania przestępczości zorganizowanej przez Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji w Warszawie w 2004 roku*, Warszawa 2005.
- Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2005 roku*, Warszawa 2006.
- Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2006 roku*, Warszawa 2007.
- Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2007 roku*, Warszawa 2008.

Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP w Warszawie w 2008 roku, Warszawa 2009.

Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego KGP za 2012 rok, Warszawa 2013.

Sprawozdanie z działalności Centralnego Biura Śledczego Policji za 2014 rok, Warszawa 2015.

### Wykaz aktów prawnych

Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dz.Urz. WE L 102 z 7.04.2004.

Dyrektywa 2006/17/WE Komisji z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich, Dz.Urz. UE L 38 z 9.02.2006.

Dyrektywa 2006/86/WE Komisji z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dz.Urz. UE L 294 z 25.10.2006.

Dyrektywa 2010/53/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narzędzi ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia, Dz.Urz. L 243 z 16.09.2010.

Ustawa z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych, Dz.U. z 1973 r. Nr 49, poz. 223 ze zm.

Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze, Dz.U. z 2002 r. Nr 16, poz. 124 ze zm.

Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz.U. z 1997 r. Nr 30, poz. 179 ze zm.

Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, Dz.U. z 1994 r. Nr 24, poz. 83 ze zm.

Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, Dz.U. z 1995 r. Nr 88, poz. 439 ze zm.

Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 1995 r. Nr 138, poz. 682 ze zm.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 ze zm.
- Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz.U. z 1997 r. Nr 106, poz. 681 ze zm.
- Ustawa z dnia 24 maja 2000 r. o Krajowym Rejestrze Karnym, Dz.U. t.j. z 2015 r., poz. 1036.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. z 2001 r. Nr 112, poz. 1198 ze zm.
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2003 r. Nr 111, poz. 1061.
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.
- Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy Przepisy wprowadzające Kodeks karny, Dz.U. z 2009 r. Nr 141, poz. 1149.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. t.j. z 2014 r., poz. 1434 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2013 r., poz. 1247.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Dz.U. z 2015 r., poz. 1087.
- Ustawa z dnia 11 marca 2016 r. o zmianie ustawy Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2016 r., poz. 437.
- Uchwała Nr 164/2010 Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011-2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, [http://www.poltransplant.org.pl/uchwala\\_rm\\_1642010.html](http://www.poltransplant.org.pl/uchwala_rm_1642010.html).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu, Dz.U. z 2002 r. Nr 163, poz. 1348 ze zm.



- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej, Dz.U. z 2012 r., poz. 49.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 grudnia 2012 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013, Dz.U. z 2012 r., poz. 1391.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 czerwca 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013, Dz.U. z 2013 r., poz. 844.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 6 lutego 2014 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej, udzielanie pomocy osobom pokrzywdzonym przestępstwem oraz członkom ich rodzin może odbywać się ze środków Funduszu, Dz.U. z 2014 r., poz. 189.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014, Dz.U. z 2013 r., poz. 1159.
- Zarządzenie nr 350 Komendanta Głównego Policji z dnia 1 lipca 2003 r. w sprawie zbierania, gromadzenia, przetwarzania i opracowywania danych statystycznych o przestępczości oraz zamachach samobójczych i wypadkach tonięcia, Dz.Urz. KGP z 2003 r. Nr 14, poz. 74 ze zm.
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej, Dz.Urz. Min. Sprawiedl. z 2003 r. Nr 5, poz. 22.

### **Orzecznictwo**

- Uchwała SN z dnia 30 stycznia 1980 r., VII KZP 41/78, OSNKW 1980, nr 3, poz. 24.
- Uchwała SN z dnia 21 listopada 2001 r., I KZP 26/01, OSNKW 2002, nr 1-2, poz. 4.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 kwietnia 2009 r., Sygn. akt II AKa 79/09, KZS 2010/2/49.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 kwietnia 2014 r., Sygn. akt II AKa 45/14, LEX nr 1461100.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 2 lipca 2014 r., Sygn. akt II AKa 62/14, KZS 2014/9/38.

### **Intermedia**

- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1345>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1750>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=1755>

- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3017>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3411>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=3757>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4211>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4503>
- <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4685>
- <http://cbsp.policja.pl/cbs/do-pobrania/raporty-z-dzialalnosci/9890,Raporty-z-dzialalnosci.html>
- <http://isp.policja.pl/isp/aktualnosci/6750,Sejm-uchwalil-nowa-quotfilozofie-karaniaquot.print>
- <http://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/>
- <http://nowosci.com.pl/16973,Sprzedam-nerke-wszystko-sprzedam.html>
- <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgsknr/ZDR-290>
- <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/1657>
- [http://orka.sejm.gov.pl/opinie7.nsf/nazwa/608\\_u/\\$file/608\\_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie7.nsf/nazwa/608_u/$file/608_u.pdf)
- <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk6.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=1657>
- <http://statystyka.policja.pl/st/ogolne-statystyki/47682,Postepowania-wszczete-przestepstwa-stwierdzone-i-wykrywalnosc-w-latach-1999-2014.html>
- <http://wiadomosci.dziennik.pl/swiat/artykuly/443193,ceny-ludzkich-organow-na-czarnym-rynku-handel-nerkami-sercem-watroba.html>
- <http://wiadomosci.onet.pl/uchodzczy-ofiarami-handlarzy-ludzkimi-organami/ltn5k>
- <http://www.financedegreecenter.com/black-market/>
- <http://www.komputerswiat.pl/artykuly/redakcyjne/2015/01/gus-polacy-wydaja-na-internet-67-miliarda-zlotych.aspx>
- [http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99519/Zestawienie-nr-03.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/99519/Zestawienie-nr-03.pdf)
- <http://www.osce.org/secretariat/103393>
- <http://www.policja.pl/pol/aktualnosci/78993,ANONS-policyjna-akcja-przeciwko-oferuujacym-narzady-do-sprzedania.html?search=946619>
- [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2007.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2007.html)
- <http://www.rynekzdrowia.pl/Transplantologia/Policja-i-transplantolodzy-nie-mamy-problemu-z-podziemiem-transplantacyjnym-w-Polsce,121457,18.html>
- <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=6F0AC09FB9FE0837C1257E-0C0040B31F>

## Bibliografia

---

<http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=E5767D4B28C11F54C1257D-CD00299929>

<http://www.sfora.pl>

[http://www.uniarttransplantacyjna.pl/images/Badania/postawy\\_srodowiska\\_2012.pdf](http://www.uniarttransplantacyjna.pl/images/Badania/postawy_srodowiska_2012.pdf)

<http://www4.rp.pl/artykul/1180493-Panstwo-Islamskie-handluje-ludzkimi-organami-.html>

<http://www4.rp.pl/artykul/1190505-Chcial-sprzedac-nerke--Czeka-go-sad.html>

<http://www4.rp.pl/Sadownictwo/308119783-Nerki-nie-na-sprzedaz.html>

<https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/prawo>

[www.gg.pl](http://www.gg.pl)

[www.przeszczep.pl](http://www.przeszczep.pl)

[www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl)

[www.transplantjournal.com](http://www.transplantjournal.com)



## Wykaz tabel, wykresów i rysunków

### Tabele

Tabela 1. Struktura próby badań CBOS

Tabela 2. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym? (odpowiedzi „tak”)

Tabela 3. Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu przeszczepiania ich osobom chorym czekającym na transplantację?

Tabela 4. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba...?

Tabela 5. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 6. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 7. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiadała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia? (odpowiedzi „sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 8. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 9. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiadała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 10. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 11. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie

---

miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 12. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie wypowiadała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej opinia? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 13. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba była przeciwna oddaniu własnych narządów? (odpowiedzi „nie sprzeciwił(a)bym się”)

Tabela 14. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Tabela 15. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Tabela 16. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Tabela 17. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Tabela 18. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Tabela 19. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?

Tabela 20. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?

Tabela 21. Dlaczego Pana(i) zdaniem, rodziny osób zmarłych często sprzeciwiają się pobraniu narządów?

Tabela 22. Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy, w Polsce?

Tabela 23. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Tabela 24. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Tabela 25. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Tabela 26. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Tabela 27. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania

---

narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Tabela 28. Stosunek do regulacji prawnej dotyczącej pobrania narządów przy transplantacji *ex mortuo*

Tabela 29. Stosunek do regulacji prawnej dotyczącej pobrania narządów przy transplantacji *ex mortuo*

Tabela 30. Zakładając, że jest Pan(i) medycznie uprawniony(a) do bycia dawcą organu, jak prawdopodobne byłoby, że zgodził(a)by się Pan(i) przekazać za życia narząd: członkowi rodziny, bliskiemu przyjacielowi/przyjaciółce, znajomemu, komuś, kogo Pan(i) nie zna?

Tabela 31. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia? (CBOS)

Tabela 32. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

Tabela 33. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

Tabela 34. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

Tabela 35. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

Tabela 36. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

Tabela 37. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?

Tabela 38. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

Tabela 39. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?

Tabela 40. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?

Tabela 41. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?



- Tabela 42. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?
- Tabela 43. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?
- Tabela 44. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?
- Tabela 45. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?
- Tabela 46. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?
- Tabela 47. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?
- Tabela 48. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba nie miała nic przeciwko?
- Tabela 49. Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła nie wypowiedziała się na ten temat?
- Tabela 50. Charakterystyka badanej społeczności ze względu na płeć, wiek, staż pracy, specjalizację w zawodzie lekarza, miejsce zatrudnienia i województwo
- Tabela 51. Struktura próby
- Tabela 52. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi? (odpowiedzi „tak, słyszałe(a)m”)
- Tabela 53. Czy sądzi Pan(i), że w Polsce ma miejsce handel organami ludzkimi?
- Tabela 54. Ocena stopnia występowania zagrożeń w Polsce
- Tabela 55. Czy obawia się Pan(i), że stanie się ofiarą tego zagrożenia [handel organami ludzkimi]?
- Tabela 56. Proszę spojrzeć na tę listę zagrożeń i wskazać te, którym Pana(i) zdaniem państwo nie przeciwdziała w wystarczającym stopniu
- Tabela 57. Struktura próby badawczej

- 
- Tabela 58. Dochodzenia i śledztwa wszczęte, zakończone oraz przestępstwa stwierdzone – ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 43-46
- Tabela 59. Liczba postępowań przygotowawczych prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2014
- Tabela 60. Liczba wszczętych i zakończonych postępowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012
- Tabela 61. Liczba stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012
- Tabela 62. Liczba postępowań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2013-2014
- Tabela 63. Prawomocne skazania osób dorosłych (czyn główny), w tym skazania na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów w latach 2001-2014
- Tabela 64. Prawomocnie skazani dorośli według rodzajów przestępstw (czyn główny) i wymiaru kary w latach 2009-2010 oraz 2012-2014
- Tabela 65. Prawomocnie skazani dorośli według rodzajów przestępstw (czyn główny) i wymiaru kary w latach 2009-2010 oraz 2012-2014
- Tabela 66. Prawomocnie skazani dorośli z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i miejsca popełnienia przestępstwa (województwa) w latach 2009-2014
- Tabela 67. Prawomocnie skazani dorośli z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i wieku w latach 2009-2012
- Tabela 68. Zestawienie orzeczeń sądów rejonowych z art. 43 ustawy transplantacyjnej w latach 2010-2014
- Tabela 69. Sposoby zakończenia postępowań karnych w latach 2010-2014

## Wykresy

Wykres 1. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantacje narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?

Wykres 2. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?

- Wykres 3. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?
- Wykres 4. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 5. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie?
- Wykres 6. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 7. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 8. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 9. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (wiek badanych, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)
- Wykres 10. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (miejsce zamieszkania, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)
- Wykres 11. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (wykształcenie i ocena własnych warunków materialnych, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)
- Wykres 12. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) podpisać takie oświadczenie czy też nie? (udział w praktykach religijnych, odpowiedzi „tak, podpisał(a)bym takie oświadczenie”)
- Wykres 13. Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu przeszczepiania ich osobom chorym czekającym na transplantacje?
- Wykres 14. Czy o pobraniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia...?
- Wykres 15. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 16. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?
- Wykres 17. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?

- Wykres 18. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?
- Wykres 19. Które z twierdzeń oddaje Pana (i) przeświadczenie o momencie śmierci człowieka?
- Wykres 20. Czy zgadza się Pan(i) czy nie zgadza z opinią, że człowiek umiera wtedy, gdy jego mózg nieodwracalnie przestał działać, choćby nawet serce jeszcze działało?
- Wykres 21. Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy, w Polsce?
- Wykres 22. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?
- Wykres 23. Często zdarza się, że uratowanie życia człowieka zależy od tego, czy będzie mu można przeszczepić organ życiowy (serce, wątroba) pobierany z ciała innego, zmarłego człowieka, co wymaga szybkiej decyzji. Jak Pana(i) zdaniem, powinno być to prawnie uregulowane, żeby lekarz mógł dokonać takiego przeszczepu?
- Wykres 24. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) oddać jeden ze swoich narządów w celu przeszczepu natychmiast po Pana(i) śmierci? (TNS)
- Wykres 25. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym? (CBOS)
- Wykres 26. Gdyby w szpitalu zapytano Pana(i) o możliwość pobrania narządu od zmarłego bliskiego członka rodziny to zgodził(a)by się Pan(i)? (TNS)
- Wykres 27. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?
- Wykres 28. Pobieranie narządów i transplantacja są regulowane przez polskie prawo. Czy wie Pan(i), jakie przepisy w zakresie pobierania i transplantacji narządów obowiązują w Polsce? (TNS)
- Wykres 29. Czy kiedykolwiek dyskutował(a) Pan(i) na temat donacji lub transplantacji narządów z członkami Pana(i) rodziny? (TNS)
- Wykres 30. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?
- Wykres 31. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?

- Wykres 32. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?
- Wykres 33. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?
- Wykres 34. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?
- Wykres 35. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?
- Wykres 36. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?
- Wykres 37. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?
- Wykres 38. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?
- Wykres 39. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?
- Wykres 40. Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów (transplantację narządów) pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?
- Wykres 41. Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pana(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?
- Wykres 42. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 43. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 44. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 45. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?

- 
- Wykres 46. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 47. Czy słyszał(a) Pan(i) o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, by w krytycznej sytuacji rodzina, osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pan(i) na pobranie narządów?
- Wykres 48. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 49. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 50. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 51. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 52. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 53. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych organów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?
- Wykres 54. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?
- Wykres 55. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?

- Wykres 56. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?
- Wykres 57. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?
- Wykres 58. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?
- Wykres 59. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?
- Wykres 60. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?
- Wykres 61. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?
- Wykres 62. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?
- Wykres 63. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?
- Wykres 64. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi?
- Wykres 65. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać po śmierci swoje serce będącemu w potrzebie obcemu człowiekowi, który nie ma bliskiej rodziny?
- Wykres 66. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi?
- Wykres 67. Rozwój nowych technologii i pojawienie się nowych stylów życia przyniosły w ostatnim czasie wiele nowych zagrożeń. Proszę powiedzieć, czy słyszał(a) Pan(i) o handlu organami ludzkimi? (odpowiedzi „tak, słyszałem(a)”)
- Wykres 68. Czy sądzi Pan(i), że w Polsce ma miejsce handel organami ludzkimi? (n=656)
- Wykres 69. Czy Pana(i) zdaniem zagrożenie handlem ludzkimi organami jest w Polsce bardzo duże, raczej duże, raczej małe czy też bardzo małe? (n=906)
- Wykres 70. Czy Pana(i) zdaniem zagrożenie handlem ludzkimi organami jest w Polsce bardzo duże, raczej duże, raczej małe czy też bardzo małe?
- Wykres 71. Czy Pana(i) zdaniem zagrożenie [typ przestępstwa] jest w Polsce bardzo duże, raczej duże, raczej małe czy też bardzo małe?
- Wykres 72. Czy obawia się Pan(i), że stanie się ofiarą tego zagrożenia [handel organami ludzkimi]?
- Wykres 73. Czy był(a) Pan(i) ofiarą handlu organami ludzkimi lub ofiarą był ktoś z Pana(i) najbliższej rodziny albo znajomych?

- 
- Wykres 74. Czy Pana(i) zdaniem państwo przeciwdziała handlowi organami ludzkimi w wystarczającym czy też w niewystarczającym stopniu? (n=656, TNS Polska) Proszę spojrzeć na listę zagrożeń i wskazać te, którym Pan(i) zdaniem państwo nie przeciwdziała w wystarczającym stopniu. (n=906, Pentor RI)
- Wykres 75. Dochodzenia i śledztwa wszczęte, zakończone oraz przestępstwa stwierdzone – ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 43-46
- Wykres 76. Liczba postępowań przygotowawczych prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2014
- Wykres 77. Liczba wszczętych i zakończonych postępowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012
- Wykres 78. Liczba stwierdzonych i wykrytych przestępstw na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2005-2012
- Wykres 79. Liczba postępowań na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w latach 2013-2014
- Wykres 80. Ocena zagrożenia handlem narządami ludzkimi
- Wykres 81. Obawa przed staniem się ofiarą handlu narządami ludzkimi
- Wykres 82. Ofiary handlu narządami ludzkimi
- Wykres 83. Przeciwdziałanie państwa w obszarze handlu narządami ludzkimi

## Rysunki

- Rysunek 1. Czy był(a)by Pan(i) skłonny(a) oddać jeden ze swoich narządów w celu przeszczepu natychmiast po Pana(i) śmierci?
- Rysunek 2. Gdyby w szpitalu zapytano Pana(i) o możliwość pobrania narządu od zmarłego bliskiego członka rodziny, to zgodził(a)by się Pan(i)?
- Rysunek 3. Jeżeli nie zgodził(a)by się Pan(i) na pobranie narządów od siebie lub od członka bliskiej rodziny, to z jakich powodów? (10 państw, których przedstawiciele najczęściej wybierali poszczególne stwierdzenia)
- Rysunek 4. Pobieranie narządów i transplantacja są regulowane przez polskie prawo. Czy wie Pan(i), jakie przepisy w zakresie pobierania i transplantacji narządów obowiązują w Polsce?
- Rysunek 5. Czy kiedykolwiek dyskutował(a) Pan(i) na temat donacji lub transplantacji narządów z członkami Pana(i) rodziny?



Rysunek 6. Struktura próby ze względu na region

Rysunek 7. Prawomocnie skazani dorośli z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i miejsca popełnienia przestępstwa (województwa) w latach 2009-2014

Rysunek 8. Uzyskane dane w zakresie prawomocnych orzeczeń z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów według miejsca wydania orzeczenia (województwa) w latach 2010-2014



## Aneks

### I. Wybrane tabele

Tabela 1. Struktura próby badań CBOS

Rok badania	1995	1997	2003	2005	2007	2009	2011	2012
<b>Ogółem n=</b>	1163	1182	1105	1027	946	1039	1163	3781
<b>Płeć n=</b>								
Mężczyźni	533	560	528	490	443	491	551	1804
Kobiety	610	624	577	537	503	548	611	1977
<b>Wiek n=</b>								
18-24	161	164	171	158	140	144	146	394
25-34	191	209	203	190	158	193	236	795
35-44	247	253	196	178	131	158	192	648
45-54	202	222	223	209	190	173	184	604
55-64	169	142	135	118	145	175	198	730
65+	192	194	178	174	181	195	206	609
<b>Miejsce zamieszkania n=</b>								
Wieś	443	441	406	376	358	388	449	1452
Miasto do 20 tys.	138	143	136	127	128	144	150	491
20-100 tys.	240	230	217	203	195	202	226	730
101-500 tys.	189	239	216	198	167	166	189	644
501 tys. i więcej	152	131	130	123	97	138	149	464
<b>Wykształcenie n=</b>								
Podstawowe	454	365	302	292	283	280	275	681
Zasadnicze zawodowe	288	359	274	265	248	260	288	1007
Średnie	345	367	410	357	322	351	394	1341
Wyższe	75	92	119	113	93	148	207	752
<b>Grupa społeczno-zawodowa n=</b>								

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

Kadra kierownicza, inteligencja	60	77	84	59	51	W 2009 r. zmieniono kategorie		
Pracownicy umysłowi niższego szczebla	100	131	99	95	79			
Pracownicy fizyczno-umysłowi	66	78	103	100	70			
Robotnicy wykwalifikowani	126	116	81	87	97			
Robotnicy niewykwalifikowani	68	55	58	41	50			
Rolnicy	79	72	42	54	50			
Prywatni przedsiębiorcy	51	50	54	28	30			
<b>Ocena warunków materialnych n=</b>								
Dobre	178	283	301	241	268	415	442	1072
Średnie	500	580	492	421	436	464	550	1998
Złe	482	319	312	364	268	159	170	696
<b>Udział w praktykach religijnych n=</b>								
Kilka razy w tygodniu	90	83	74	78	68	56	45	130
Raz w tygodniu	646	600	553	481	472	498	529	1796
1-2 razy w miesiącu	313	149	161	178	155	167	199	530
Kilka razy w roku		267	204	197	158	205	258	783
W ogóle nie uczestniczy	114	83	110	90	91	112	132	528
<b>Poglądy polityczne n=</b>								
Lewica	206	231	216	159	152	131	179	W 2012 r. CBOS nie prezentował danych dla tej kategorii
Centrum	358	340	346	295	276	315	361	
Prawica	242	359	280	311	258	344	329	
Trudno powiedzieć	357	252	261	262	258	248	294	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS.

Tabela 14. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?<sup>1</sup>

Wiek	2007				2011			
	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć
18-24	16%	71%	9%	4%	27%	63%	7%	3%
25-34	9%	82%	7%	2%	20%	69%	8%	3%
35-44	14%	75%	7%	4%	16%	70%	11%	2%
45-54	13%	69%	11%	7%	14%	70%	10%	6%
55-64	11%	75%	7%	7%	16%	65%	12%	7%
65+	12%	62%	16%	10%	15%	53%	17%	15%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K91\_11).

1 Dla lat 1988, 2009 Autorka nie dysponowała danymi metryczkowymi.

Tabela 15. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Miejsce zamieszkania	2007				2011			
	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć
Wieś	10%	67%	15%	9%	17%	62%	14%	7%
Miasto do 20 tys.	9%	77%	10%	3%	19%	68%	11%	3%
20-100 tys.	15%	72%	6%	7%	20%	61%	9%	10%
101-500 tys.	13%	79%	6%	2%	18%	71%	8%	4%
501 tys. i więcej	19%	74%	3%	4%	17%	70%	7%	6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K91\_11).

Tabela 16. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Wykształcenie	2007				2011			
	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co robi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nie-ykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co robi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nie-ykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć
Podstawowe	9%	69%	14%	9%	16%	57%	15%	11%
Zasadnicze zawodowe	11%	69%	13%	6%	16%	63%	14%	7%
Średnie	17%	74%	5%	4%	20%	68%	8%	4%
Wyższe	10%	82%	3%	4%	19%	73%	5%	2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K91\_11).

Tabela 17. Postępowanie medyczne w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Ocena własnych warunków materialnych	2007				2011			
	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarować potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czerpić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co zrobi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarować potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czerpić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako nietykalna całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć
<b>Dobre</b>	13%	77%	6%	5%	19%	67%	9%	4%
<b>Średnie</b>	13%	72%	9%	6%	17%	65%	11%	7%
<b>Złe</b>	11%	68%	16%	5%	18%	58%	13%	10%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K91\_11).



Tabela 18. Postęp medyczny w dziedzinie przeszczepiania różnych narządów ciała ludzkiego, np. operacji, doprowadził do sporu, czy człowiek może robić ze swoim ciałem, co mu się żywnie podoba, np. sprzedawać lub ofiarowywać za darmo potrzebującym odpowiednie narządy. Który z wymienionych poglądów bardziej Panu(i) odpowiada?

Udział w praktykach religijnych	2007				2011			
	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co robi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako niepokalną całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć	Ciało jest własnością jednostki i jest jej prywatną sprawą, co robi ze swym ciałem za pieniądze lub za darmo	Człowiek może w darze ofiarowywać potrzebującemu część swojego ciała, ale nie powinien z tego czynić handlu	Ciało jest dane człowiekowi jako niepokalną całość i nie można nim dowolnie rozporządzać	Trudno powiedzieć
Kilka razy w tygodniu	11%	70%	11%	8%	14%	60%	22%	3%
Raz w tygodniu	9%	73%	11%	7%	15%	65%	12%	8%
1-2 razy w miesiącu	15%	73%	8%	9%	19%	70%	6%	5%
Kilka razy w roku	18%	71%	7%	4%	18%	66%	11%	4%
W ogóle nie uczestniczy	17%	71%	9%	3%	27%	58%	8%	7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K91\_11).

Wybrane tabele

Tabela 19. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?

Wiek	Bratu/siostrze, z którym/którą nie utrzymuje Pan(i) na co dzień kontaktów				Dalekiemu krewnemu				Przyjacielowi lub przyjaciółce				Przełożonemu/podwładnemu z pracy				Obcemu człowiekowi, który nie ma nikogo bliskiego (w nawiasie przedstawiono dane dla 2011 r.)			
	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)bym się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)bym się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)bym się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)bym się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)bym się	Trudno powiedzieć
18-24	86%	0%	14%	0%	68%	2%	29%	1%	70%	2%	26%	3%	33%	3%	58%	6%	43% (31%)	2% (3%)	46% (33%)	9% (33%)
25-34	93%	0%	5%	2%	61%	2%	28%	8%	56%	2%	32%	10%	26%	5%	58%	12%	32% (26%)	5% (1%)	51% (37%)	13% (37%)
35-44	81%	0%	9%	10%	58%	4%	25%	13%	52%	2%	32%	13%	27%	5%	55%	13%	31% (27%)	3% (1%)	57% (42%)	10% (30%)
45-54	85%	0%	11%	5%	55%	2%	32%	10%	49%	3%	39%	10%	28%	4%	60%	8%	32% (17%)	2% (1%)	57% (39%)	8% (43%)
55-64	90%	0%	6%	2%	64%	2%	28%	6%	53%	2%	36%	10%	28%	3%	59%	10%	38% (35%)	3% (1%)	53% (34%)	7% (29%)
65+	78%	0%	17%	6%	53%	1%	40%	6%	44%	1%	48%	7%	29%	2%	63%	6%	33% (33%)	2% (1%)	59% (41%)	7% (25%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS, K100\_07.

Tabela 20. Czy zgodził(a)by się Pan(i) oddać za życia jedną ze swoich nerek będącemu/będącej w potrzebie...?

Udział w praktykach religijnych	Bratu/siostrze, z którym/którą nie utrzymuje Pan(i) na co dzień kontaktów				Dalekiemu krewnemu				Przyjacielowi lub przyjaciółce				Przełożonemu/ podwładnemu z pracy				Obcemu człowiekowi, który nie ma nikogo bliskiego (w nawiasie przedstawiono dane dla 2011 r.)			
	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)byłm się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)byłm się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)byłm się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)byłm się	Trudno powiedzieć	Tak, za darmo	Tak, ale tylko za pieniądze	Nie, nie zgodził(ę)byłm się	Trudno powiedzieć
Kilka razy w tygodniu	89%	0%	6%	4%	60%	1%	33%	6%	62%	1%	30%	7%	39%	3%	53%	5%	43% (27%)	3% (0%)	52% (41%)	3% (33%)
Raz w tygodniu	87%	0%	8%	5%	58%	1%	33%	8%	50%	2%	38%	10%	29%	3%	58%	10%	33% (30%)	2% (1%)	54% (36%)	11% (33%)
1-2 razy w miesiącu	83%	1%	13%	4%	62%	4%	29%	6%	54%	3%	35%	8%	27%	4%	58%	11%	37% (25%)	3% (2%)	51% (39%)	9% (34%)
Kilka razy w roku	86%	1%	10%	3%	64%	3%	26%	7%	56%	2%	35%	8%	26%	4%	62%	8%	33% (27%)	2% (1%)	58% (38%)	7% (34%)
W ogóle nie uczestniczy	77%	0%	20%	3%	57%	4%	30%	10%	55%	1%	37%	7%	27%	4%	63%	5%	35% (30%)	6% (1%)	54% (41%)	5% (28%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K100\_07, K91\_11).

Wybrane tabele

Tabela 23. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Wiek	2005			2007			2009			2011			2012		
	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry
18-24	52%	37%	3%	51%	39%	0%	59%	33%	5%	52%	42%	2%	56%	38%	4%
25-34	47%	42%	4%	48%	42%	1%	44%	50%	4%	41%	54%	2%	50%	41%	6%
35-44	46%	41%	3%	47%	40%	5%	51%	44%	2%	37%	56%	3%	51%	39%	5%
45-54	47%	35%	6%	48%	40%	4%	48%	43%	7%	44%	45%	4%	52%	41%	4%
55-64	37%	42%	6%	39%	41%	5%	40%	48%	7%	41%	47%	2%	49%	41%	4%
65+	30%	34%	10%	41%	32%	11%	41%	38%	10%	34%	41%	4%	49%	32%	8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

Tabela 24. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Miejsce zamieszkania	2005			2007			2009			2011			2012		
	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry
Wieś	47%	31%	5%	49%	30%	4%	51%	35%	6%	47%	41%	2%	56%	33%	6%
Miasto do 20 tys.	43%	39%	5%	46%	43%	5%	46%	47%	4%	37%	57%	3%	50%	42%	4%
20-100 tys.	39%	41%	8%	44%	45%	3%	47%	45%	6%	37%	50%	3%	50%	39%	6%
101-500 tys.	44%	40%	4%	45%	38%	5%	41%	47%	9%	43%	44%	3%	44%	46%	5%
501 tys. i więcej	41%	51%	3%	33%	56%	6%	43%	52%	5%	30%	62%	4%	48%	45%	5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

Tabela 25. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Wykształcenie	2005			2007			2009			2011			2012		
	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry
<b>Podstawowe</b>	34%	30%	9%	37%	33%	9%	43%	38%	9%	43%	39%	2%	56%	26%	8%
<b>Zasadnicze zawodowe</b>	48%	38%	5%	54%	33%	3%	47%	42%	6%	41%	47%	4%	56%	33%	6%
<b>Średnie</b>	44%	45%	3%	48%	44%	2%	51%	42%	5%	43%	51%	2%	49%	43%	5%
<b>Wyższe</b>	54%	38%	3%	35%	55%	2%	41%	56%	2%	35%	56%	4%	42%	52%	3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

Tabela 26. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Ocena warunków materialnych	2005			2007			2009			2011			2012		
	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry
Dobre	43%	46%	2%	45%	47%	0%	48%	44%	5%	40%	53%	3%	47%	46%	3%
Średnie	48%	35%	5%	46%	37%	5%	48%	42%	6%	43%	45%	3%	53%	37%	6%
Złe	38%	37%	8%	45%	33%	7%	40%	44%	9%	36%	45%	3%	51%	32%	7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).

Tabela 27. W różnych krajach rozmaicie reguluje się sprawę pobierania narządów do przeszczepów. W niektórych krajach narządy można pobrać tylko od osób, które za życia wyraziły na to zgodę, podpisując odpowiedni dokument. W innych natomiast narządy można pobrać od wszystkich, którzy za życia nie wyrazili wobec tego sprzeciwu, tzn. nie wpisali się do specjalnego ogólnokrajowego rejestru sprzeciwów. Który z tych dwóch sposobów uregulowania sprawy pobierania narządów do przeszczepów uważa Pan(i) za lepszy – ten, który wymaga zgody za życia, czy też ten, w którym wystarczy brak sprzeciwu za życia?

Udział w praktykach religijnych	2005			2007			2009			2011			2012		
	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry	Ten, który wymaga zgody wyrażonej za życia	Ten, w którym wystarcza brak sprzeciwu za życia	Żaden nie jest dobry
Kilka razy w tygodniu	44%	29%	9%	59%	26%	3%	45%	45%	7%	50%	34%	3%	53%	31%	8%
Raz w tygodniu	47%	34%	5%	46%	37%	5%	51%	40%	5%	45%	43%	4%	54%	36%	4%
1-2 razy w miesiącu	41%	39%	5%	48%	35%	2%	46%	40%	6%	36%	54%	2%	53%	38%	6%
Kilka razy w roku	42%	44%	5%	36%	48%	6%	42%	50%	7%	38%	53%	3%	47%	43%	6%
W ogóle nie uczestniczy	31%	53%	4%	41%	47%	3%	40%	45%	10%	33%	57%	3%	43%	46%	7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS (K161\_05, K100\_07, K146\_09, K91\_11, K105\_12).



Tabela 50. Charakterystyka badanej społeczności ze względu na płeć, wiek, staż pracy, specjalizację w zawodzie lekarza, miejsce zatrudnienia i województwo

<b>Płeć</b>	Liczba odpowiedzi	Procent
Mężczyźni	348	46,8
Kobiety	395	53,1
Brak danych	1	0,1
<b>Wiek</b>	Liczba odpowiedzi	Procent
Do 34 lat	166	22,3
35-44 lata	196	26,3
45-54 lata	182	24,5
55 lat i więcej	161	21,6
Brak danych	39	5,2
<b>Staż pracy</b>	Liczba odpowiedzi	Procent
Do 4 lat	85	11,4
5-9 lat	103	13,8
10-19 lat	194	26,1
20-29 lat	170	22,8
30 lat i więcej	146	19,6
Brak danych	46	6,2
<b>Specjalizacja</b>	Liczba odpowiedzi	Procent
Anestezjolog	328	44,1
Anestezjolog w trakcie specjalizacji	91	12,2
Neurolog	183	24,6
Neurolog w trakcie specjalizacji	74	9,9
Neurochirurg	53	7,1
Neurochirurg w trakcie specjalizacji	12	1,6
Brak danych	3	0,4
<b>Miejsce zatrudnienia</b>	Liczba odpowiedzi	Procent
Szpital kliniczny	98	13,2
Szpital wojewódzki	209	28,1
Szpital powiatowy	350	47,0
Szpital miejski	87	11,7

### Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

Województwo	Liczba odpowiedzi	Procent
Lubelskie	42	5,6
Małopolskie	184	24,7
Podkarpackie	140	18,8
Świętokrzyskie	76	10,2
Kujawsko-pomorskie	78	10,5
Dolnośląskie	81	10,9
Wielkopolskie	99	13,3

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych CBOS.*

Tabela 54. Ocena stopnia występowania zagrożeń w Polsce

	N=	Bardzo małe	Raczej małe	Raczej duże	Bardzo duże	Trudno powiedzieć	Raczej duże lub bardzo duże	Raczej małe lub bardzo małe	Średnia
Alkoholizm	1042	1%	11%	41%	45%	2%	86%	12%	3,3
Agresja ze strony nastolatków	1042	1%	12%	47%	37%	3%	85%	13%	3,2
Włamania	1042	2%	15%	55%	26%	2%	82%	16%	3,1
Łapownictwo w służbie zdrowia	1042	2%	11%	41%	41%	5%	82%	13%	3,3
Narkomania	1042	2%	14%	45%	36%	2%	81%	16%	3,2
Handel narkotykami	1042	2%	14%	42%	38%	4%	80%	16%	3,2
Kradzieże kieszonkowe	1042	2%	16%	47%	32%	3%	79%	18%	3,1
Pobicia	1042	1%	18%	51%	28%	2%	79%	19%	3,1
Kradzieże samochodów	1042	1%	18%	45%	34%	2%	79%	19%	3,1
Nielegalne kopiowanie płyt z muzyką, filmami, programami komputerowymi itp.	924	2%	14%	40%	39%	5%	79%	16%	3,2
Łapownictwo w administracji i polityce	1042	2%	11%	45%	34%	8%	79%	13%	3,2
Kradzieże z użyciem przemocy	1042	1%	20%	52%	23%	4%	75%	21%	3,0
Uzależnienia od środków masowej komunikacji, np. telewizji, komputera, Internetu	922	3%	18%	50%	25%	4%	75%	21%	3,0
Zamieszki stadionowe	1042	3%	17%	41%	34%	5%	75%	20%	3,1
Przemoc w rodzinie	1042	2%	22%	44%	29%	3%	74%	23%	3,0
Pornografia dziecięca w Internecie	982	2%	19%	48%	24%	7%	72%	21%	3,0
Łapownictwo w biznesie	1042	3%	15%	47%	25%	10%	72%	18%	3,0
Przestępstwa gospodarcze, wyłudzenia	1042	3%	21%	51%	20%	5%	71%	24%	2,9
Rozsyłanie wirusów komputerowych w Internecie	899	3%	19%	44%	26%	7%	71%	22%	3,0
Molestowanie seksualne dzieci	1042	2%	24%	46%	21%	6%	67%	27%	2,9
Łapownictwo w wymiarze sprawiedliwości	1042	2%	20%	40%	26%	13%	65%	22%	3,0
Czerpanie korzyści z prostytucji	906	2%	26%	46%	18%	8%	64%	28%	2,9
Prostytucja	1042	2%	27%	43%	20%	8%	63%	29%	2,9
Handel danymi osobowymi	828	4%	27%	47%	15%	7%	62%	31%	2,8

Transplantacja narządów, tkanek i komórek...

Włamania do komputerów	868	3%	26%	46%	16%	9%	62%	29%	2,8
Oszustwa internetowe, np. na aukcjach internetowych	846	4%	29%	44%	15%	8%	59%	33%	2,8
Gwałty	1042	3%	32%	44%	14%	7%	58%	35%	2,7
Zabójstwa	1042	6%	36%	42%	12%	4%	54%	42%	2,6
Kradzież przez Internet danych osobowych, haseł, kodów dostępu, np. do kont bankowych	859	5%	34%	40%	14%	7%	54%	39%	2,7
Przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna w miejscu pracy	918	5%	36%	40%	12%	7%	52%	41%	2,6
Zniesławienie przez Internet	687	9%	32%	37%	14%	9%	51%	40%	2,6
Uzależnienia od pracy (pracoholizm)	862	8%	37%	38%	12%	6%	50%	44%	2,6
Problemy w odżywianiu, np. anoreksja, bulimia	902	8%	38%	38%	12%	5%	50%	45%	2,6
Wymuszenia haraczy	1042	7%	37%	34%	12%	10%	46%	44%	2,6
Łapownictwo w oświacie i szkolnictwie	1042	11%	35%	32%	11%	12%	42%	46%	2,5
Działalność sekt religijnych	919	9%	46%	30%	10%	6%	40%	54%	2,4
Uzależnienia od seksu	714	10%	39%	28%	10%	13%	38%	49%	2,4
<b>Handel organami ludzkimi</b>	<b>906</b>	<b>11%</b>	<b>41%</b>	<b>29%</b>	<b>8%</b>	<b>11%</b>	<b>37%</b>	<b>52%</b>	<b>2,4</b>
Wykorzystywanie Internetu przez terrorystów, np. do przeprowadzania ataków na infrastrukturę ważną dla państwa i gospodarki	715	18%	38%	26%	8%	10%	35%	55%	2,3
Handel chronionymi gatunkami roślin i zwierząt	744	16%	45%	23%	8%	9%	31%	61%	2,2
Handel ludźmi	1042	21%	44%	20%	7%	8%	28%	65%	2,2
Nielegalny handel dziełami sztuki	1042	13%	46%	20%	7%	14%	27%	59%	2,2
Porwania dla okupu	1042	19%	48%	20%	6%	8%	25%	67%	2,1
Handel bronią i materiałami wybuchowymi	1042	18%	44%	19%	6%	13%	25%	62%	2,2
Zamachy terrorystyczne, wybuchy bomb	1042	31%	41%	16%	5%	7%	21%	72%	2,0
Branie zakładników	1042	33%	43%	12%	4%	8%	16%	76%	1,9

Źródło: Raport z badań pt. „Poczucie bezpieczeństwa obywateli – społeczna diagnoza zagrożeń”. E. Glińska, A. Kowalewska, Białystok, styczeń 2009 r.

Tabela 65. Prawomocnie skazani dorośli według rodzajów przestępstw (czyn główny) i wymiaru kary w latach 2009-2010 oraz 2012-2014

		2009		2010		2011		2012		2013		2014		
		Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	Ustawa ogółem	Art. 43 ustawy	
Skazani		2	2	2	2			32	32	21	21	37	37	
ogółem		1	1	2	2			18	18	14	14	19	19	
z zawieszeniem		-	-	-	-			1	1	-	-	1	1	
GRZYZWA SAMOISTNA	do 100 zł	razem	-	-	-			-	-	1	1	1	1	
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	1	1
	101-200 zł	razem	-	-	-	-			-	-	1	1	-	-
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	201-300 zł	razem	-	-	-	-			1	1	2	2	1	1
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	301-500 zł	razem	1	1	-	-			6	6	-	-	6	6
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	501-800 zł	razem	-	-	-	-			4	4	3	3	6	6
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	801-1000 zł	razem	-	-	-	-			4	4	5	5	2	2
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	1001-1500 zł	razem	-	-	2	2			1	1	1	1	1	1
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	1501-2000 zł	razem	-	-	-	-			2	2	1	1	2	2
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
	2001-5000 zł	razem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
		z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
ponad 5000 zł	razem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	
	z zawieszeniem	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	

Wybrane tabele

OGRANICZENIE WOLNOŚCI		ogółem		-	-	-	-	/	/	5	5	5	5	5	5	
		z zawieszeniem		-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	1	1	
		wymiar kary	1-3 miesiące	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	11	1	2	2
				z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
		4-6 miesięcy	razem	-	-	-	-	/	/	5	5	2	2	3	3	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	1	1	
		7-12 miesięcy	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	2	2	-	-	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	
		>1 rok-2 lata	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	
praca na cele publiczne		-	-	-	-	/	/	5	5	5	5	5	5			
potrącenie z wynagrodzenia za pracę		-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-			
POZBAWIENIE WOLNOŚCI		ogółem		1	1	-	-	/	/	9	9	2	2	13	13	
		bez zawieszenia		-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	1	1	
		z zawieszeniem	razem	1	1	-	-	/	/	9	9	2	2	12	12	
			z dozorem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	-	-	
			bez dozoru	1	1	-	-	/	/	8	8	2	2	12	12	
		1 miesiąc	razem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	1	1	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	-	-	
		2 miesiące	razem	-	-	-	-	/	/	2	2	-	-	2	2	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	2	2	-	-	2	2	
		3 miesiące	razem	1	1	-	-	/	/	5	5	1	1	4	4	
z zawieszeniem	1		1	-	-	/	/	5	5	1	1	4	4			
4-5 miesięcy	razem	-	-	-	-	/	/	0	0	1	1	2	2			
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	0	0	1	1	2	2			
6 miesięcy	razem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	3	3			
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	3	3			

Zdigitalizowano i udostępniono w ramach projektu pn.

Rozbudowa otwartych zasobów naukowych Repozytorium Uniwersytetu w Białymstoku – kontynuacja,  
dofinansowanego z programu „Społeczna odpowiedzialność nauki” Ministra Edukacji i Nauki  
na podstawie umowy BIBL/SP/0040/2023/01

GRZEWANA OBROK POZBAWIENIA WOLNOŚCI		wymiary kary		POZBAWIENIE WOLNOŚCI										ogółem			
				wymiary kary													
GRZEWANA OBROK POZBAWIENIA WOLNOŚCI	wymiary kary	7-11 miesięcy	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	1	1	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	1	1
		1 rok	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		>1 rok - <2 lata	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		2 lata	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		>2 - <3 lata	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		3 lata	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		>3 lata - 5 lat	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		>5 lat - 8 lat	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		>8 lat	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
		>10 lat	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-
25 lat pozbawienia wolności			-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-		
dożywotnie pozbawienie wolności			-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	-		
ogółem			-	-	-	/	/	1	1	-	-	-	-	4	4		
z zawieszeniem			-	-	-	/	/	1	1	-	-	-	-	4	4		
GRZEWANA OBROK POZBAWIENIA WOLNOŚCI	wymiary kary kwotowo	do 100 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-		
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-		
		101-200 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	
			z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-	-	

GRZYWNA OBOK POZBAWIENIA WOLNOŚCI		wymiar kary kwotowo											
		razem	z zawieszeniem										
201-300 zł	razem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	1	1
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	1	1	-	-	1	1
301-500 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	2	2
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	2	2
501-800 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	1	1
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	1	1
801-1000 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
1001-1500 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
1501-2000 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
2001-5000 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
ponad 5000 zł	razem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-
	z zawieszeniem	-	-	-	-	/	/	-	-	-	-	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości.



Tabela 67. Prawomocnie skazani dorośli z art. 43 ustawy o pobieraniu komórek, tkanek i narządów (czyn główny) według płci i wieku w latach 2009-2012

	Ogółem skazani	Wiek w ukończonych latach													
		17	18	19	20	21	22-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60 i powyżej	nieokreślony
<b>2009</b>															
Ogółem	415 272	12 999	16 628	17 121	16 679	15 719	44 754	60 900	49 097	40 533	36 766	36 594	52 734	14 637	111
Mężczyźni	380 695	12 206	15 553	16 015	15 493	14 572	41 223	55 728	44 549	36 519	33 273	33 388	48 592	13 496	88
Kobiety	34 577	793	1 075	1 106	1 186	1 147	3 531	5 172	4 548	4 014	3 493	3 206	4 142	1 141	23
<b>Art. 43</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Mężczyźni	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Kobiety	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
<b>2010</b>															
Ogółem	432 891	12 656	16 167	17 072	16 647	15 891	44 805	65 450	53 608	44 512	38 412	36 611	55 304	15 640	116
Mężczyźni	396 595	11 915	15 149	15 946	15 459	14 686	41 306	59 958	48 720	40 240	34 623	33 213	50 834	14 453	93
Kobiety	36 296	741	1 018	1 126	1 188	1 205	3 499	5 492	4 888	4 272	3 789	3 398	4 470	1 187	23
<b>Art. 43</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Mężczyźni	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Kobiety	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2011</b>															
Ogółem	423 464	12 293	15 567	16 389	16 002	15 196	42 362	64 549	53 219	43 841	37 371	34 747	55 159	16 697	72
Mężczyźni	388 239	11 498	14 611	15 333	14 918	14 077	39 037	59 190	48 358	39 637	33 799	31 470	50 842	15 408	61

Wybrane tabele

Kobiety	35 225	795	956	1 056	1 084	1 119	3 325	5 359	4 861	4 204	3 572	3 277	4 317	1 289	11
<b>Art. 43</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Mężczyźni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kobiety	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2012</b>															
Ogółem	408 107	11 227	15 059	15 799	15 034	14 547	40 472	62 646	51 302	43 090	35 173	32 430	53 958	17 306	64
Mężczyźni	374 062	10 594	14 135	14 741	13 939	13 432	37 286	57 492	46 635	38 878	31 775	29 403	49 628	16 070	54
Kobiety	34 045	633	924	1 058	1 095	1 115	3 186	5 154	4 667	4 212	3 398	3 027	4 330	1 236	10
<b>Art. 43</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Mężczyźni	23	1	0	2	1	1	7	6	1	1	1	2	0	0	0
Kobiety	9	0	0	0	0	0	2	1	3	1	1	1	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Wydziału Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości.

USTAWA

z dnia 1 lipca 2005 r.

**o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów**

Dz.U.2015.793

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. 2. 1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:**

- 1) bank tkanek i komórek – jednostkę organizacyjną prowadzącą działalność w zakresie gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek. Jednostka tego rodzaju może również pobierać lub testować tkanki i komórki;
- 2) dawca – żywego dawcę albo zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki lub narządy;
- 3) dawstwo – przekazywanie komórek, tkanek lub narządów ludzkich przeznaczonych do zastosowania u ludzi;
- 4) dystrybucja – transport i dostarczenie komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do zastosowania u ludzi;
- 5) istotne zdarzenie niepożądane – nieprzewidziane zdarzenie związane z pobraniem, przetwarzaniem, testowaniem, przechowywaniem, dystrybucją i przeszczepianiem komórek, tkanek lub narządów prowadzące do przeniesienia się choroby zakaźnej, zagrożenia życia albo do śmierci, powodujące uszkodzenie ciała, pogarszające stan zdrowia lub mogące powodować potrzebę leczenia w szpitalu albo wydłużenie takiego leczenia;
- 6) istotna niepożądana reakcja – nieprzewidzianą reakcję organizmu dawcy lub biorcy związaną z pobraniem lub zastosowaniem u ludzi komórek, tkanek lub narządów, powodującą zagrożenie życia albo śmierć, uszkodzenie ciała, pogorszenie stanu zdrowia człowieka lub mogącą powodować leczenie w szpitalu lub

wydłużenie takiego leczenia lub przeniesienie choroby zakaźnej;

- 7) komórka – najmniejszą strukturę morfologiczną i czynnościową organizmu zdolną do podstawowych czynności życiowych, występującą pojedynczo lub grupowo, niepowiązaną ze sobą tkanką łączną;
- 8) konserwowanie – użycie czynników chemicznych, zmiany czynników środowiskowych lub innych czynników, podczas przetwarzania w celu zapobieżenia lub opóźnienia biologicznej lub fizycznej degradacji komórek, tkanek lub narządów;
- 8a) koordynacja pobrania i przeszczepienia – uzgodnienia dotyczące czasu, miejsca, sposobu pobrania, nadzoru nad przebiegiem tego procesu, sposobu przekazania i transportu oraz przyjęcia komórek, tkanek lub narządu w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej lub banku tkanek i komórek oraz ich dostarczenia do biorcy, przez uprawnionego pracownika;
- 8b) koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów – uprawnionego i przeszkolonego pracownika organizującego koordynację pobrania i przeszczepienia;
- 8c) kryteria akceptacji – limity ilościowe i jakościowe, zakresy lub inne odpowiednie pomiary pozwalające na zaakceptowanie wyników badań;
- 8d) krytyczny moment – etap procesu, warunki procesu, wymagane badania lub inne istotne parametry lub elementy mające potencjalny wpływ na jakość i bezpieczeństwo bądź materiały mające bezpośrednio kontakt z komórkami, tkankami lub narządem, które muszą być kontrolowane w oparciu o wyznaczone kryteria akceptacji;
- 9) narząd – wyodrębnioną i istotną część ludzkiego ciała, zbudowaną z różnych tkanek, zdolną do utrzymania swojej struktury, ukrwienia i możliwości pełnienia autonomicznych funkcji fizjologicznych;
- 10) pobieranie – czynności, w wyniku których komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych;
- 11) przechowywanie – utrzymywanie komórek, tkanek lub narządów we właściwie kontrolowanych warunkach do chwili ich dystrybucji i zastosowania u ludzi;
- 12) przetwarzanie – wszelkie czynności związane z przygotowaniem, transportowaniem, konserwowaniem i pakowaniem komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do stosowania u ludzi;
- 12a) standardowe procedury operacyjne – pisemne instrukcje opisujące przebieg określonych procesów wraz z charakterystyką wykorzystywanych materiałów i metod oraz oczekiwane wyniki tych procesów;

- 13) sterylizacja – zastosowanie odczynników chemicznych, czynników biologicznych i czynników fizycznych, mające na celu unieszkodliwienie patogenów w komórkach i tkankach;
  - 13a) system zapewnienia jakości – strukturę organizacyjną, procedury, procesy i zasoby wpływające w sposób pośredni lub bezpośredni na osiągnięcie i utrzymanie wysokiej jakości;
  - 14) testowanie – czynności polegające na przeprowadzeniu badań mających na celu określenie przydatności komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia u ludzi;
  - 15) tkanka – zespół komórek o wyspecjalizowanych funkcjach powiązanych ze sobą substancją międzykomórkową;
  - 15a) walidacja procesu – udokumentowane działanie mające na celu wykazanie, że proces prowadzony w ustalonym zakresie parametrów przebiega skutecznie i w sposób powtarzalny oraz spełnia ustalone kryteria akceptacji;
  - 16) zastosowanie u ludzi – zastosowanie komórek, tkanek lub narządów dla ludzkiego biorcy oraz zastosowanie pozaustrojowe;
  - 17) żywy dawca – osobę, od której pobierane są komórki, tkanki lub narząd.
    2. Ilekroć w ustawie jest mowa o państwach członkowskich Unii Europejskiej rozumie się przez to również państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.
- 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 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, z późn. zm.), 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 biocyta do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;
- 3) identyfikacji i kwalifikacji potencjalnego biocyta 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 potwierzonego.

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 rejestrem 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 da-

jących 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 bezpośrednie 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 komó-

rek, 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 biocy 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. 16.** 1. W celu umożliwienia dokonania przeszczepień szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej od dawców niespokrewnionych tworzy się centralny rejestr niespokrewnionych potencjalnych dawców szpiku i krwi pępowinowej, zwany dalej „rejestrem szpiku i krwi pępowinowej”.

1a. Rejestr szpiku i krwi pępowinowej jest bazą danych o potencjalnych dawcach allogenicznego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej.

2. Rejestr szpiku i krwi pępowinowej składa się z dwóch części:

- 1) rejestru potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 2) rejestru krwi pępowinowej.

3. W rejestrze, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, zamieszcza się następujące dane potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę i miejsce urodzenia;
- 3) adres miejsca zamieszkania;
- 4) numer PESEL, jeżeli posiada;
- 5) informacje o antygenach zgodności tkankowej;
- 6) wskazanie podmiotu, który dokonał badania antygenów zgodności tkankowej;
- 7) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

4. W rejestrze, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zamieszcza się następujące dane:

- 1) oznaczenie pobranej próbki krwi pępowinowej;
- 2) datę i miejsce pobrania;
- 3) informacje o antygenach zgodności tkankowej;
- 4) wskazanie banku tkanek i komórek, w którym próbka jest przechowywana;
- 5) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

5. Dane, o których mowa w ust. 3 i 4, podmioty lecznicze i fundacje, o których mowa w art. 16a ust. 1, lub banki tkanek i komórek przekazują niezwłocznie do rejestru szpiku i krwi pępowinowej.

6. (utracił moc)



7. Rejestr szpiku i krwi pępowinowej prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

8. 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. 16a.** 1. Czynności polegające na pozyskiwaniu potencjalnych dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej mogą wykonywać podmioty lecznicze albo fundacje, zwane dalej „ośrodkami dawców szpiku”, po uzyskaniu pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Do zadań ośrodka dawców szpiku należy w szczególności:

- 1) pozyskiwanie potencjalnych dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 2) badanie antygenów zgodności tkankowej lub zlecenie tego badania właściwym podmiotom;
- 3) przechowywanie danych, o których mowa w ust. 8, i ich aktualizacja z uwzględnieniem możliwości ich przechowywania w formie elektronicznej;
- 4) organizowanie opieki nad dawcami szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 5) niezwłoczne przekazywanie danych o pozyskanych potencjalnych dawcach szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej do rejestru szpiku i krwi pępowinowej;
- 6) udostępnianie szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej krajowym lub zagranicznym ośrodkom przeszczepiającym szpik i komórki krwiotwórcze krwi obwodowej;
- 7) współpraca z innymi ośrodkami dawców szpiku i ośrodkami przeszczepiającymi szpik i komórki krwiotwórcze krwi obwodowej.

3. Merytoryczny nadzór nad działalnością ośrodków dawców szpiku sprawuje krajowy konsultant w dziedzinie hematologii w porozumieniu z krajowym konsultantem w dziedzinie immunologii klinicznej.

4. Zadania, o których mowa w ust. 2, wykonują osoby, które posiadają wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne i odbyły szkolenie, o którym mowa w art. 40a ust. 1.

5. Zadanie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, finansuje się również ze środków Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, na podstawie umowy.

6. Ośrodek dawców szpiku zawiera pisemną umowę w zakresie badań lekarskich i antygenów zgodności tkankowej, których sam nie wykonuje, z podmiotem, którego działalność wpływa na jakość i bezpieczeństwo

szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej. Przepisy art. 31 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

7. Ośrodek dawców szpiku zawiera pisemną umowę na pobieranie od potencjalnych dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej z podmiotem leczniczym posiadającym pozwolenie na wykonywanie tych czynności.

8. Ośrodek dawców szpiku w zakresie wykonywania zadania, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, gromadzi dane potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, które obejmują:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę i miejsce urodzenia;
- 3) adres miejsca zamieszkania;
- 4) numer PESEL, jeżeli posiada;
- 5) informacje o antygenach zgodności tkankowej;
- 6) wskazanie podmiotu, który dokonał badania antygenów zgodności tkankowej;
- 7) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

9. Ośrodek dawców szpiku przechowuje dokumentację potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej przez co najmniej 30 lat od dnia założenia dokumentacji potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, w sposób umożliwiający identyfikację potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.

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

- 1) sposób organizacji ośrodka dawców szpiku,
- 2) sposób pozyskiwania i badania potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
- 3) tryb badania antygenów zgodności tkankowej lub zlecenia tego badania właściwym podmiotom,
- 4) sposób postępowania z dokumentacją potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
- 5) tryb udostępniania szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
- 6) warunki transportu próbek do badań potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
- 7) sposób i warunki organizowania opieki nad dawcami szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
- 8) tryb przekazywania danych, o których mowa w ust. 8, do rejestru szpiku i krwi pępowinowej,
- 9) standardowe procedury operacyjne obowiązujące w ośrodku dawców szpiku

– uwzględniając w szczególności prawidłową realizację zadań, o których mowa w ust. 2, oraz zapewnienie bezpieczeństwa dawców i biorców.

**Art. 16b.** 1. Ośrodek dawców szpiku uzyskuje pozwolenie, o którym mowa w art. 16a ust. 1, jeżeli łącznie spełnia następujące warunki:

- 1) jest zlokalizowany w pomieszczeniach zabezpieczonych przed utratą danych osobowych potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 2) kierownikiem ośrodka dawców szpiku jest lekarz specjalista w zakresie transplantologii klinicznej, transfuzjologii klinicznej, hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej;
- 3) posiada i stosuje standardowe procedury operacyjne, o których mowa w art. 16a ust. 10 pkt 9;
- 4) zatrudnia osoby o kwalifikacjach określonych w art. 16a ust. 4.

2. Pozwolenia, o którym mowa w art. 16a ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia udziela na wniosek Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę Transplantacyjną.

3. Do udzielenia pozwolenia, o którym mowa w art. 16a ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 26 ust. 2, 4, 6 pkt 1 i 3-7, ust. 7 i 8 oraz art. 27 ust. 1-5.

**Art. 16c.** 1. W podmiotach leczniczych dokonujących przeszczepień narządów lub szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej mogą działać ośrodki kwalifikujące do przeszczepienia, zwane dalej „ośrodkami kwalifikującymi”.

2. Do zadań ośrodka kwalifikującego należy w szczególności:

- 1) rejestracja potencjalnych biorców zgłoszonych przez podmioty lecznicze inne niż podmioty lecznicze, o których mowa w ust. 1, lub stacje dializ;
- 2) potwierdzanie zgłoszenia potencjalnego biorcy;
- 3) gromadzenie danych, o których mowa w art. 17 ust. 3.

3. W ośrodku kwalifikującym, kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, wyznacza zespół złożony z lekarzy odpowiedzialnych za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia, zwany dalej „zespołem”.

4. W skład zespołu wchodzi co najmniej:

- 1) jeden lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej;
- 2) jeden lekarz specjalista z dziedziny chirurgii albo chirurgii dziecięcej albo hematologii albo chirurgii naczyń albo kardiologii albo onkologii klinicznej albo onkologii i hematologii dziecięcej albo urologii.

5. Do składu zespołu mogą być ponadto powoływani inni lekarze specjaliści, jak również przedstawiciele innych dziedzin nauki.

6. Pracami zespołu kieruje wyznaczony przez kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej.

7. Do zadań zespołu należy:

- 1) ocena potencjalnych biorców zakwalifikowanych wstępnie przez podmioty lecznicze inne niż podmioty lecznicze, o których mowa w ust. 1, lub stacje dializ;
- 2) kwalifikowanie potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia;
- 3) przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych u potencjalnych biorców w przypadkach wymagających dodatkowych badań lub ich weryfikacji;
- 4) zlecanie wykonywania specjalistycznych badań kwalifikacyjnych, w szczególności:

a) typowania tkankowego,

b) poziomu przeciwciał,

c) konsultacji specjalistycznych i instrumentalnych badań.

8. Zadania, o których mowa w ust. 2, ust. 7 pkt 1-3 i pkt 4 lit. c, finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zadania, o których mowa w ust. 7 pkt 4 lit. a i b – Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” na podstawie umowy.

9. Merytoryczny nadzór nad działalnością ośrodków kwalifikujących potencjalnych biorców narządów sprawuje krajowy konsultant w dziedzinie transplantologii klinicznej, a ośrodków kwalifikujących potencjalnych biorców szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej – krajowy konsultant w dziedzinie hematologii.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania ośrodków kwalifikujących oraz sposób kwalifikacji potencjalnego biorcy, z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego potencjalnych biorców i prawidłowości wykonania zadań, o których mowa w ust. 2.

**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 „rejestrzem 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 biorcy 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. Odnakę 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. Odnakę i legitymację, potwierdzającą posiadanie tytułu Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego 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-Koordynacyjne 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 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 należą:

- 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 niepożądananej 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 przewidywane-go 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 uwzględni 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 sekcyjną;
- 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) szczególne 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 2014 r. poz. 1384 i 1491), 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-Koordinacyjnego 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-Koordinacyjnego 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-Koordinacyjnego 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 rozstrzygania 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 sprzeciwów;
- 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 pobe-

rania, 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, ko-

mórek 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 przedstawicieli 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-Koordynacyjnego 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 9

#### Nadzór

**Art. 42. 1.** Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad stosowaniem przepisów ustawy.

2. W ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia w szczególności:

- 1) uzyskuje lub żąda informacji w formie sprawozdań z działalności Rady, Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek oraz Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”;

- 2) kontroluje prowadzenie rejestrów i list, o których mowa w ustawie;
- 3) udziela i odmawia pozwolenia bankom tkanek i komórek, jednostkom, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 4 i 5, ośrodkom dawców szpiku i laboratoriom oraz cofa te pozwolenia, po zasięgnięciu opinii Rady;
- 4) przeprowadza kontrole, o których mowa w ustawie, albo zleca ich przeprowadzanie;
- 5) udziela, na wniosek Komisji Europejskiej lub właściwego organu innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, informacji pisemnej na temat wyników kontroli, o której mowa w art. 35, w zakresie zgodności z przepisami dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) przedstawia Komisji Europejskiej, raz na 3 lata, sprawozdania:
  - a) z czynności podjętych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie propagowania dawstwa komórek, tkanek i narządów,
  - b) dotyczące sposobu realizacji przepisów tej dyrektywy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 1a) przedstawia Komisji Europejskiej corocznie, w terminie do dnia 30 czerwca, sprawozdanie roczne dotyczące powiadamiania o istotnych zdarzeniach niepożądanych i istotnych niepożądanych reakcjach w zakresie pobierania, testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania, dystrybucji i przeszczepiania komórek i tkanek;
- 2) przeprowadza kontrolę, o której mowa w art. 35, na umotywowany pisemny wniosek właściwego organu innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej w przypadku wystąpienia istotnej niepożądanego reakcji lub istotnego zdarzenia niepożądanego po przeszczepie;
- 3) udziela, na wniosek Komisji Europejskiej lub właściwego organu innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, informacji pisemnej na temat wyników kontroli, o której mowa w art. 35, przeprowadzonej na wniosek, o którym mowa w pkt 2.

## 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, nabyla 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.

## Rozdział 11

### Zmiany w przepisach obowiązujących

**Art. 47.** W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2002 r. Nr 7, poz. 58, z późn. zm.) w art. 19 w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie: (zmiany pominięte).

**Art. 48.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany: (zmiany pominięte).

## Rozdział 12

### Przepisy przejściowe, dostosowawcze i końcowe

**Art. 49.** Do postępowań wszczętych na podstawie art. 7, 9 i 10 ustawy, o której mowa w art. 58, i niezakończonych do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 50.** 1. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów.

2. Mienie Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów staje się z dniem wejścia w życie ustawy, z mocy prawa, mieniem Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.

3. Przejście praw i mienia Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów na Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.

4. Pracownicy Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.

**Art. 51.** 1. Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” działającego na podstawie dotychczasowych przepisów.

2. Mienie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów staje się z dniem wejścia w życie ustawy, z mocy prawa, mieniem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

3. Przejście praw i mienia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów na Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.

4. Pracownicy Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” utworzonego na podstawie dotychczasowych przepisów z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

**Art. 52.** 1. Do czasu wydania przepisów wykonawczych na podstawie upoważnień zawartych w ustawie zachowują moc przepisy dotychczasowe wydane na podstawie art. 5 ust. 5, art. 6 ust. 2, art. 16 ust. 4, art. 17 ust. 5 i art. 18 ust. 3 ustawy wymienionej w art. 58, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Do czasu wydania przepisów wykonawczych na podstawie art. 27 ust. 6 i 7, art. 29 ust. 3, art. 30 ust. 3 i art. 33 ustawy, przepisy wydane na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy wymienionej w art. 58 zachowują moc nie dłużej jednak niż do dnia 7 kwietnia 2007 r.

**Art. 53.** Zakłady opieki zdrowotnej lub inne jednostki organizacyjne prowadzące na podstawie przepisów

dotychczasowych krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie są obowiązane przekazać te listy nieodpłatnie w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

**Art. 54.** Centralny rejestr zgłoszonych sprzeciwów prowadzony na podstawie dotychczasowych przepisów staje się z dniem wejścia w życie ustawy centralnym rejestrem sprzeciwów.

**Art. 55.** Do dnia 31 grudnia 2006 r. gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie komórek i tkanek przeznaczonych do przeszczepiania może być prowadzone przez krajowe i regionalne banki komórek i tkanek utworzone na podstawie dotychczasowych przepisów.

**Art. 56.** Do dnia 31 grudnia 2006 r. zakłady opieki zdrowotnej, które w dniu wejścia w życie ustawy pobierały i przeszczepiały komórki, tkanki i narządy, mogą to wykonywać na dotychczasowych zasadach.

**Art. 57.** 1. Pierwsze sprawozdanie, o którym mowa w art. 42 ust. 3 pkt 1 lit. a, minister właściwy do spraw zdrowia przesyła do Komisji Europejskiej nie później niż do dnia 7 kwietnia 2006 r.

2. Pierwsze sprawozdanie, o którym mowa w art. 42 ust. 3 pkt 1 lit. b, minister właściwy do spraw zdrowia przesyła do Komisji Europejskiej nie później niż do dnia 7 kwietnia 2009 r.

**Art. 58.** Traci moc ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 104, poz. 661 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268).

**Art. 59.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r., z tym że przepisy:

- 1) art. 22-35 ust. 1, 2 i 11 oraz art. 36 i 37,
  - 2) art. 38 ust. 3 pkt 11, art. 39 ust. 6, art. 41 ust. 6 pkt 6 i pkt 8 lit. a, art. 42 ust. 2 pkt 3 i 5, art. 45 i 48
- stosuje się od dnia 31 grudnia 2006 r.