

Magda Olesiuk-Okomska  
Uniwersytet w Białymstoku  
magda.olesiuk@gmail.com

## Zgoda na pobranie komórek, tkanek i narządów *ex mortuo* w amerykańskim systemie transplantacyjnym

### Consent to deceased donation in the American transplant system

**Abstract:** According to data, deceased and living donor rates cannot keep pace with the growing need for replacement organs in the United States. In three decades, the national waiting list has grown 8-fold. It is estimated that every 10 minutes another name is added to the national transplant waiting list. Approximately 22 people die every day waiting for a transplant. Most organs for transplants are recovered from deceased donors. The United States uses the “donation model”, a consent model for deceased organ recovery that prioritizes the rights of the individual (or surrogate decision maker) over the needs of society, by requiring authorization or explicit consent prior to deceased organ recovery. Some transplant community members have advocated for shifting the current donation model of deceased donor organ recovery to a model that permits deceased organ recovery without explicit consent or authorization, in order to increase the number of organs available for transplant. This article aims at answering the question of whether shifting to such model in the United States could solve systemic problems, organs shortage in particular, and would be ethically justified. The paper describes models of deceased organ recovery and presents the model currently used by the United States. It presents, from an American perspective, an analysis of the model of deceased organ recovery without explicit consent or authorization, as well as proposes alternative opportunities to increase deceased organ supply.

**Keywords:** transplantation, donation, deceased donor

**Słowa kluczowe:** transplantacja, donacja, dawca *ex mortuo*

## 1. Uwagi wstępne

W Stanach Zjednoczonych (USA) od 1988 r.<sup>1</sup> liczba dawców wzrosła ponad 2,5-krotnie<sup>2</sup>. Od 1 stycznia 1988 r. do 31 marca 2017 r. całkowita liczba dawców wyniosła 341 033<sup>3</sup>. W okresie tym wykonano 695 096 przeszczepów<sup>4</sup>.

Większość narządów do przeszczepiania pochodzi od osób zmarłych. W USA liczba dawców zmarłych zwiększyła się ponad dwukrotnie od 1988 r. (z 4 080 dawców w 1988 r. do 9 970 dawców w 2016 r.)<sup>5</sup>; poza nielicznymi wyjątkami<sup>6</sup> wzrastała rokrocznie. Od 1 stycznia 1988 r. do 31 marca 2017 r. całkowita liczba dawców zmarłych wyniosła 193 723<sup>7</sup>. W okresie tym wykonano 548 002 przeszczepy *ex mortuo*. Liczba przeszczepów *ex mortuo* wzrosła z 10 794 w 1988 r. do 27 630 w 2016 r.<sup>8</sup>

Pomimo postępu medycyny i rozwoju technologii oraz podjętych działań mających na celu zwiększenie świadomości społecznej o dawstwie narządów i transplantacji, dane wskazują, że liczba zmarłych i żywych dawców nie jest w stanie nadążyć za rosnącym zapotrzebowaniem na narządy.

Lista osób oczekujących na przeszczep nieustannie się powiększa, przez ostatnie 30 lat zwiększyła się blisko ośmiokrotnie<sup>9</sup>. Całkowita liczba kandydatów na biorcę wpisanych na listę oczekujących wynosi 118 173<sup>10</sup>, z których 75 925 to kandydaci aktywni<sup>11</sup>. Co 10 minut wpisuje się na listę oczekujących kolejnego kandydata na biorcę. Średnio 22 osoby umierają każdego dnia w oczekiwaniu na przeszczep. W 2015 r. na przeszczep oczekiwało 122 071 osób<sup>12</sup>, wykonano 30 975 przeszczepów, a narządy pobrano od 15 068 dawców<sup>13</sup>.

W USA funkcjonuje obecnie model donacji, czyli model zgody na pobranie narządów od osoby zmarłej, który stawia prawa przysługujące osobie fizycznej (albo osobie uprawnionej do podjęcia decyzji w jej zastępstwie) ponad potrzebami społeczeństwa, wymagając zezwolenia lub wyraźnej zgody przed pobraniem narządów.

1 Dane Sieci Pobierania i Przeszczepiania Narządów (*Organ Procurement and Transplantation Network – OPTN*), gromadzone od dnia 1 października 1987 r.; dostępne pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov/data](http://www.optn.transplant.hrsa.gov/data).

2 Z 5 909 w 1988 r. do 15 943 w 2016 r.

3 W tym 193 723 dawców martwych i 147 310 dawców żywych.

4 W tym 548 002 *ex mortuo* i 147 094 *ex vivo*.

5 Wynosiła odpowiednio: 4 080 (1988 r.), 4 011 (1989 r.), 4 509 (1990 r.), 4 526 (1991 r.), 4 520 (1992 r.), 4 861 (1993 r.), 5 099 (1994 r.), 5 363 (1995 r.), 5 418 (1996 r.), 5 479 (1997 r.), 5 793 (1998 r.), 5 824 (1999 r.), 5 985 (2000 r.), 6 080 (2001 r.), 6 190 (2002 r.), 6 457 (2003 r.), 7 150 (2004 r.), 7 593 (2005 r.), 8 017 (2006 r.), 8 085 (2007 r.), 7 989 (2008 r.), 8 022 (2009 r.), 7 943 (2010 r.), 8 126 (2011 r.), 8 143 (2012 r.), 8 268 (2013 r.), 8 596 (2014 r.), 9 079 (2015 r.), 9 970 (2016 r.).

6 W 1989 r., 1992 r., 2008 r. i 2010 r.

7 W okresie od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 31 marca 2017 r. liczba dawców zmarłych wyniosła 2 547.

8 W pozostałych latach: 11 222 (1989 r.), 12 878 (1990 r.), 13 329 (1991 r.), 13 563 (1992 r.), 14 732 (1993 r.), 15 211 (1994 r.), 15 921 (1995 r.), 15 983 (1996 r.), 16 266 (1997 r.), 16 979 (1998 r.), 17 010 (1999 r.), 17 335 (2000 r.), 17 641 (2001 r.), 18 292 (2002 r.), 18 659 (2003 r.), 20 049 (2004 r.), 21 213 (2005 r.), 22 207 (2006 r.), 22 053 (2007 r.), 21 746 (2008 r.), 21 850 (2009 r.), 22 101 (2010 r.), 22 518 (2011 r.), 22 187 (2012 r.), 22 967 (2013 r.), 23 720 (2014 r.), 24 985 (2015 r.), 27 630 (2016 r.).

9 Z 15 029 osób w 1988 r. do ponad 118 000 w chwili obecnej.

10 Stan na dzień 15 kwietnia 2017 r. na godzinę 18:28 (lista jest aktualizowana na bieżąco).

11 Kandydaci, którzy w danej chwili kwalifikują się do przeszczepu i są uprawnieni do otrzymania narządu.

12 Stan na koniec roku.

13 Dane OPTN, dostępne pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov/data](http://www.optn.transplant.hrsa.gov/data) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

Aby zwiększyć liczbę narządów dostępnych do przeszczepów, niektórzy członkowie amerykańskiej społeczności transplantacyjnej opowiadają się za zmianą obecnego modelu donacji na model, który dopuszcza pobieranie narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub zezwolenia.

Celem niniejszego opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie, czy wprowadzenie w Stanach Zjednoczonych takiego modelu pobierania narządów rozwiązałoby problemy systemowe i byłoby uzasadnione z etycznego punktu widzenia.

## 2. Modele darowania narządów *ex mortuo*

Generalnie wśród rozwiązań prawnych obowiązujących na świecie wyróżnia się dwa ogólne modele w zakresie prawnie dopuszczalnego pobierania narządów *ex mortuo*. Pierwszy z nich zakłada, że społeczeństwo posiada uzasadniony interes w pozyskiwaniu narządów osób zmarłych i może pobierać je bez jakiegokolwiek formy zgody lub pozwolenia od zainteresowanej osoby fizycznej (lub osoby uprawnionej do podjęcia decyzji w jej zastępstwie). W modelu tym potrzeby społeczeństwa stawia się ponad prawami pojedynczych osób fizycznych<sup>14</sup>. Jest on określany jako „pobieranie narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub pozwolenia”<sup>15</sup>, „domniemana zgoda”<sup>16</sup> albo „opt-out”<sup>17</sup>. W literaturze polskiej spotkać się można z określeniem tego modelu jako francuskiego, wymagającego wyraźnego wykluczenia zgody na pobranie narządów<sup>18</sup>.

Drugi model zakłada, że narządy należą do osoby fizycznej i nie można ich pobrać bez jej zgody lub pozwolenia (lub pozwolenia od osoby uprawnionej do podjęcia decyzji w jej zastępstwie). Jest to model obowiązujący obecnie w USA, określany jako „model donacji”<sup>19</sup>. W literaturze krajowej nazywany jest modelem amerykańsko-kanadyjskim<sup>20</sup>. Przy czym zgodę na pobranie narządów można wyrazić w formie pisemnej lub ustnej przy świadkach (*opting in system*), a domniemanie zgody na po-

14 Ethics of deceased organ donor recovery without requirement of explicit consent or authorization, White Paper, OPTN, dostępna pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov/data](http://www.optn.transplant.hrsa.gov/data) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

15 W opinii Komisji Etycznej OPTN/UNOS jest to określenie najważniejsze, zob. Ethics of deceased organ donor recovery without requirement of explicit consent or authorization, White Paper, OPTN, dostępna pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov/data](http://www.optn.transplant.hrsa.gov/data) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

16 Np. A. Rithalia, C. McDaid, S. Suekarran, Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review, „BMJ” 2009, nr 338, a3162; R. Veatch, L. Ross, Chapter 10: Routine Salvaging and Presumed Consent, (w:) Transplantation Ethic, 2nd ed., Washington DC: Georgetown University Press 2015, s. 147 i n.; A. Abadie, S. Gray, The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: A cross-country study, „Journal of Health Economics” 2006, nr 25 (4), s. 599 i n.

17 Np. L. Shepherd, R. O’Carroll, E. Ferguson, An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study, „BMC Medicine” 2014, 12 (131), s. 1 i nast.; C. Rudge, E. Buggins, How to increase organ donation: Does opting out have a role?, „Transplantation” 2012, nr 93 (2), s. 141 i n.

18 Zob. np. E. Guzik-Makaruk, Transplantacja organów tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawnoporównawcze, Białystok 2008, s. 34; G. Rejman, Zgoda na pobranie organu, narządu lub tkanek ze zwłok jako okoliczność uchylająca bezprawność czynu, „Studia Iuridica” 1991, t. 19, s. 167.

19 Ethics..., *op. cit.*

20 Zob. np. E. Guzik-Makaruk, Transplantacja..., *op. cit.*, s. 34.

branie narządu (*opting out system*) można obalić ustalając, iż osoba zmarła wyraziła przed śmiercią sprzeciw<sup>21</sup>.

### 3. Model donacji narządów *ex mortuo* w USA

Istniejący w USA model donacji opiera się na moralnym priorytecie jednostki<sup>22</sup> i prawnym założeniu, że osoby fizyczne mają „prawo quasi-własności” do swoich ciał (w tym narządów). Daje im to pewien rodzaj kontroli, jednak bez implikowania prawa własności do zakupu lub sprzedaży części ciała<sup>23</sup>. Społeczeństwo ma respektować prawo jednostki do rozporządzania jej własnymi narządami. Osoba fizyczna (lub w niektórych przypadkach jej uprawniony przedstawiciel) może darować swoje ciało albo jego części<sup>24</sup>.

Pobieranie narządów od osób zmarłych uregulowane jest w *Jednolitej ustawie o dawstwie anatomicznym (Uniform Anatomical Gift Act – UAGA)*, zmienionej w 2006 r.<sup>25</sup> Celami ustawy są m.in. ustanowienie systemu, który respektuje prawo osoby fizycznej do darowania narządów oraz wzmocnienie prawa osoby fizycznej do odmowy bycia dawcą narządów, poprzez zakazanie innym zmiany jej woli w kwestii niedarowania swoich narządów. Zakres podmiotowy i przedmiotowy ustawy ogranicza się do przekazywania komórek, tkanek i narządów od zmarłych dawców i dotyczy wyrażania zgody na dawstwo, dokonywania zmian tego oświadczenia woli, odwołania go lub odmowy dawstwa.

Zgodnie z art. 4 ustawy, zgodę na przekazanie po śmierci ciała lub części ciała<sup>26</sup> na cele przeszczepiania, lecznicze, prowadzenia badań lub dydaktyczne można wyrazić za życia dawcy. Zgodę taką wyrazić mogą dawca (jeżeli jest osobą pełnoletnią, usamodzielnionym małoletnim<sup>27</sup> lub małoletnim uprawnionym na podstawie prawa stanowego do wystąpienia o prawo jazdy), pełnomocnik dawcy (o ile pełnomocnictwo nie wyłącza wyrażenia zgody na dawstwo), rodzice dawcy (jeżeli dawcą jest niesamodzielnym małoletni) oraz opiekun dawcy.

21 *Ibidem*, s. 34; E. Zielińska, *Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie*, „Państwo i Prawo” 1995, nr 6, s. 24.

22 P. Ramsey, *The Patient as Person: Explorations in medical ethics*, New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1970.

23 Handel narządami jest zakazany na podstawie Krajowej ustawy o przeszczepianiu narządów (*National Organ Transplant Act – NOTA*) z 1984 r. Zgodnie z art. 301(a) za niezgodne z prawem uznaje się umyślne nabycie, pozyskanie lub przekazanie w inny sposób, jakiegokolwiek narządu, w zamian za świadczenie, w celu wykorzystania w przeszczepianiu narządów ludzkich. Zgodnie z art. 301(b) każda osoba, która powyższy przepis naruszy, podlega karze grzywny w wysokości do 50 000 dolarów albo karze pozbawienia wolności na okres do lat 5, albo obu tym karom łącznie. Zakaz handlu narządami przewidziano także w art. 16 Jednolitej ustawy o dawstwie anatomicznym (*Uniform Anatomical Gift Act – UAGA*) z 2006 r.

24 *Ethics...*, *op. cit.*

25 Zob. szerzej *Anatomical Gift Act (2006) Summary*, dostępne na stronie Komisji ds. Uniformizacji Prawa (*Uniform Law Commission*), pod adresem: [www.uniformlaws.org](http://www.uniformlaws.org) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

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

27 Małoletnim, który się samodzielnie utrzymuje i nie pozostaje pod kontrolą rodzicielską; zazwyczaj na podstawie orzeczenia sądu, B. Garner (ed.), *Black's Law Dictionary*, 10th ed., Thomson Reuters, 2014, s. 1147.

Wyrazić zgodę na dawstwo można: zezwalając na nadruk na swoim prawie jazdy lub dowodzie osobistym oświadczenia lub symbolu wskazującego, że dana osoba taką zgodę wyraziła; w testamencie; a w trakcie nieuleczalnej choroby dawcy lub kiedy doznał on ciężkich obrażeń, w jakiegokolwiek formie komunikacji skierowanej przynajmniej do dwóch osób pełnoletnich, z których przynajmniej jedna jest bezstronnym świadkiem. Dawca (lub inna osoba uprawniona do wyrażenia zgody na dawstwo) może wyrazić zgodę poprzez kartę dawcy lub inny dokument opatrzony własnoręcznym podpisem (lub podpisem innej osoby uprawnionej); albo poprzez zgłoszenie wyrażenia zgody na pobranie narządów w rejestrze dawców (art. 5). Dawca (lub inna osoba uprawniona) może zmienić lub cofnąć wyrażoną zgodę na dawstwo (art. 6).

Osoba fizyczna może przeciwstawić się pobraniu narządów poprzez: podpisane własnoręcznie oświadczenie (jeżeli jest fizycznie niezdolna do złożenia podpisu, podpisane przez inną osobę działającą na jej polecenie); oświadczenie w testamencie; a w trakcie nieuleczalnej choroby lub kiedy doznała ciężkich obrażeń, poprzez jakąkolwiek inną formę komunikacji skierowaną przynajmniej do dwóch osób pełnoletnich, z których przynajmniej jedna jest bezstronnym świadkiem (art. 7).

W ustawie przewidziano przesłankę wykluczającą dawstwo, wprowadzanie zmian do oświadczenia o wyrażeniu zgody oraz cofnięcie wyrażenia zgody (art. 8). O ile dawca nie postanowił inaczej, zabrania się osobie innej niż dawca wyrażania zgody na dawstwo, jej zmiany lub odwołania, jeżeli dawca wyraził taką zgodę lub wprowadził do niej zmiany. O ile dawca (lub inna osoba uprawniona) nie postanowił inaczej, wyrażenie zgody na przekazanie części ciała nie wyklucza przekazania innej części ciała, nawet w późniejszym czasie. Jednakże, jeżeli dawca, będący usamodzielnionym małoletnim umiera, jego rodzic, który jest rozsądnie osiągalny (*reasonably available*<sup>28</sup>) może odwołać lub zmienić oświadczenie dawcy o wyrażeniu zgody na pobranie narządów; podobnie, jeżeli usamodzielniony małoletni, który wyraził sprzeciw co do dawstwa, umiera, jego rodzic, który jest rozsądnie osiągalny, może ten sprzeciw cofnąć.

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

28 „Rozsądnie osiągalny” oznacza, że organizacja pobierania narządów może się z nim skontaktować bez podejmowania nadmiernych starań, osiągalny i chętny do podjęcia stosownych działań w odpowiednim czasie, zgodnym z istniejącymi kryteriami medycznymi dotyczącymi przekazania całego ciała ludzkiego lub jego części (dawstwo anatomiczne), Legal Glossary, dostępny na stronie internetowej [www.oregonlaws.org](http://www.oregonlaws.org) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

w formie własnoręcznie podpisanego dokumentu albo poprzez oświadczenie ustne, które jest elektronicznie utrwalone albo jednocześnie ograniczone do zapisu i podpisane przez odbiorcę oświadczenia ustnego (art. 10).

#### 4. Postulat wprowadzenia modelu pobierania narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub zezwolenia

Model „pobierania narządów od zmarłych bez wyraźnej zgody lub zezwolenia” po raz pierwszy pojawił się w dyskusjach w USA już w 1968 r., podjęty przez Dukeminiera i Sandersa<sup>29</sup>, i jest szeroko debatowany do chwili obecnej<sup>30</sup>. Niektórzy członkowie społeczności transplantacyjnej opowiadają się za przyjęciem tego modelu, co miałyby zwiększyć liczbę narządów od osób zmarłych dostępnych do przeszczepów. W czerwcu 1993 r. Podkomisja ds. Domniemanej Zgody, Komisji Etycznej OPTN<sup>31</sup>/UNOS<sup>32</sup> opracowała Białą Księgę zawierającą ocenę etyczną domniemanej zgody na pobieranie narządów<sup>33</sup>. Wyrażono w niej opinię, że reforma procesu darowania narządów nie powinna opierać się na modelu domniemanej zgody, gdyż domniemana zgoda – z punktu widzenia etyki – nie zapewnia wystarczającej ochrony indywidualnej autonomii potencjalnych dawców. Jednakże, w ramach przeglądu Białych Ksiąg, który rozpoczął się w 2014 r., dokument z 1993 r. uznano za nieaktualny. Stąd też, w grudniu 2016 r. opracowano nową Białą Księgę zatytułowaną *Etyka pobierania narządów od osób zmarłych bez wymogu wyraźnej zgody lub pozwolenia*<sup>34</sup>, w której poddano analizie ten model darowania narządów oraz potencjalną możliwość jego przyjęcia w USA.

Model ten uzasadnia się zazwyczaj albo nadrzędnym interesem społeczeństwa (określanym jako wspólne dobro) w stosunku do wyboru jednostki, albo „domniemaniem” zgody osoby zmarłej. Jego zwolennicy zakładają, że potrzeby i prawa jednostki są podporządkowane potrzebom i interesom społeczeństwa (wspólnemu dobru). Państwo jest uprawnione do pobrania narządów od osób zmarłych bez wy-

29 J. Dukeminier, D. Sanders, *Organ transplantation: a proposal for routine salvaging of cadaver organs*, „The New England Journal of Medicine” 1968, nr 279 (8), s. 413 i n.

30 Zob. np. R. Veatch, L. Ross, Chapter 10..., *op. cit.*; K. Healy, *Do presumed consent laws raise organ procurement rates?*, „DePaul Law Review” 2005-2006, nr 55, s. 1017 i n.

31 Sieć Pobierania i Przeszczepiania Narządów (*Organ Procurement and Transplantation Network – OPTN*) – utworzona na podstawie NOTA z 1984 r.; obsługuje i monitoruje sprawiedliwy system alokacji narządów do przeszczepów; prowadzi listę kandydatów na biorcę; łączy kandydatów na biorcę z dawcami narządów; umożliwia skuteczne, wydajne rozmieszczanie narządów do przeszczepów; podejmuje działania na rzecz zwiększenia dawstwa narządów; zob. więcej na oficjalnej stronie internetowej pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov](http://www.optn.transplant.hrsa.gov) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

32 Zjednoczona Sieć Wymiany Narządów (*United Network for Organ Sharing – UNOS*) – prywatna organizacja non-profit, która zarządza krajowym systemem transplantacyjnym na podstawie umowy z rządem federalnym; łączy pacjentów, rodziny dawców i profesjonalistów transplantacyjnych, aby utworzyć sprawiedliwy system alokacji narządów; zob. więcej na oficjalnej stronie internetowej pod adresem: [www.unos.org](http://www.unos.org) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

33 *An Evaluation of the Ethics of Presumed Consent*, A Report of the Presumed Consent Subcommittee of the Ethics Committee (June 1993), dokument dostępny na oficjalnej stronie OPTN pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov](http://www.optn.transplant.hrsa.gov) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

34 *Ethics*, *op. cit.*



rażnej zgody lub pozwolenia właśnie z uwagi na potrzeby społeczeństwa i aby móc, w miarę możliwości, zapobiec zgonom w wyniku niewydolności narządów. Prawo wielu państw Europy Południowej, Skandynawii i Azji zezwala na pobieranie narządów od osób zmarłych, które mieści się w tej tradycji.

W USA, o ile ten model nie jest dopuszczalny przy pobieraniu narządów od osób zmarłych, to jego uzasadnienie etyczne znajduje swoje zastosowanie do innych praktyk w służbie zdrowia, np. eksperci medyczni są uprawnieni do przeprowadzania sekcji zwłok osób zmarłych w niewyjaśnionych okolicznościach bez wymogu zgody lub pozwolenia ze strony rodziny osoby zmarłej. Praktykę tę uzasadnia się pierwszeństwem zdrowia i bezpieczeństwa obywateli, przed interesem osoby zmarłej.

Prawo niektórych państw, głównie w Ameryce Południowej, w tym w Argentynie, Chile, Ekwadorze, Urugwaju, Panamie i Wenezueli, jak również w Walii, wyraźnie odnosi się do „domniemania zgody” i zezwala na pobieranie narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub pozwolenia. Domniemana zgoda oznacza, że osoba zmarła wyraziłaby zgodę, gdyby mogła zostać zapytana. Uzasadnienie etyczne tego modelu opiera się na respektowaniu praw jednostki, jednocześnie traktując priorytetowo dobrobyt społeczeństwa.

Chociaż wiele prac naukowych i prawa niektórych państw posługują się terminologią „domniemanej zgody” w odniesieniu do modelu pobierania narządów od osób zmarłych, w opinii niektórych członków Komisji Etycznej OPTN/UNOS jest ona nietrafna<sup>35</sup>. Domniemanie zgody spoczywa na przesłance moralnej, według której zgoda usprawiedliwia naruszenie integralności jednostki dla dobra ogółu społeczeństwa, co w innym wypadku stanowiłoby pogwałcenie praw jednostki do nienaruszania jej integralności. Etyczne uzasadnienie tego modelu wymaga dowodów empirycznych wskazujących, że większość obywateli danego państwa wyraziłaby zgodę, gdyby została zapytana i miała możliwość jej wyrażenia.

Jednakże, w większości państw, które przyjęły model zgody domniemanej, istnieje znaczny odsetek obywateli, którzy nie wyraziliby zgody, gdyby zostali o nią zapytani<sup>36</sup>. Krajowy wskaźnik zezwoleń dla kwalifikujących się dawców w USA wynosi około 75%<sup>37</sup>. Stąd też, uzasadnienie pobierania narządów od osób zmarłych na podstawie „domniemania zgody” wydaje się być niedoskonałe.

Domniemana zgoda znajduje swoje uzasadnienie w innych kontekstach klinicznych w USA; niektóre procedury medyczne opierają się właśnie na domniemaniu świadomej zgody, np. nieprzytomni pacjenci przywożeni na izbę przyjęć są poddawani leczeniu bez udzielenia wyraźnej zgody, opierając się na prawnej koncepcji domniemania zgody, w której uznaje się, że w rzeczywistości każda osoba wyraziłaby zgodę na leczenie ratujące życie, gdyby została o to zapytana. Jednak koncepcja

35 Zob. R. Veatch, L. Ross, Chapter 10..., *op. cit.*, s. 147 i n.

36 C. Rudge, E. Buggins, How to..., *op. cit.*, s. 141-144.

37 Data on Donation and Transplantation, Association of Organ Procurement Organizations, dostępne pod adresem: [www.aopo.org](http://www.aopo.org) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

domniemania pozostaje moralnie kontrowersyjna, bowiem jeśli domniemanie jest błędne, naruszone zostaje istotne prawo pacjenta. W praktyce, tylko w nielicznych przypadkach, pacjenci przywiezieni na izbę przyjęć odmówiliby leczenia, gdyby mogli to zrobić. Tu pojawia się pytanie, jak silne przekonanie musi wyrażać społeczeństwo, że pacjent wyraziłby zgodę, gdyby mógł. Jako że błędne domniemanie zgody wiąże się z naruszeniem istotnego prawa pacjenta, założenie etyczne jest takie, iż konieczny jest wysoki stopień pewności, że znaczna większość pacjentów wyraziłaby zgodę. Nie jest to wykazane empirycznie w odniesieniu do wskaźnika dawstwa narządów<sup>38</sup>.

Pobieranie narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub zezwolenia może, ale nie musi, zawierać opcję *opt-out*. Twarde podejście wyłącza opcję *opt-out*, a miękkie zezwala osobie fizycznej (lub osobie podejmującej decyzję w jej zastępstwie) na wyraźne zakazanie państwu pobierania narządów<sup>39</sup>. Większość państw, których regulacje zezwalają na pobieranie narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub zezwolenia, umożliwia w praktyce osobom fizycznym (lub osobom podejmującym decyzję w ich zastępstwie) wyrażenie sprzeciwu, nawet jeśli prawo nie przewiduje formalnie opcji *opt-out*<sup>40</sup>.

Wśród argumentów za przyjęciem modelu niewymagającego wyraźnej zgody lub zezwolenia w Białej Księdze wskazano m.in. na fakt, że w USA przyjmuje się wiele regulacji, które ograniczają prawa osób fizycznych na rzecz ochrony zdrowia i bezpieczeństwa ogółu społeczeństwa (np. regulacje odnośnie pasów bezpieczeństwa i kasków). A w związku z tym, że schyłkowa niewydolność narządów stała się epidemią (przynajmniej w przypadku nerek), indywidualne prawa osób fizycznych mogłyby zostać ograniczone na rzecz konieczności zwalczania tejże epidemii poprzez zwiększenie liczby narządów do przeszczepów.

W literaturze wskazuje się na wyższy wskaźnik pobierania narządów w państwach z modelem niewymagającym wyraźnej zgody (o około 25%-30%<sup>41</sup>), niż w tych, które takiej zgody wymagają<sup>42</sup>. Jednakże, wskazuje się na konieczność interpretowania tych danych w szerszym kontekście społeczno-kulturowym systemu transplantacyjnego, jako że rządy poszczególnych państw przeznaczają inne środki i wyrażają różne oczekiwania kulturowe wobec swoich obywateli w odniesieniu do inicjatywy donacji. W ramach obu modeli pobierania narządów od osób zmarłych

38 2012 National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, September 2013, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Healthcare Systems Bureau, Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.

39 C. Simillis, Do we need to change the legislation to a system of presumed consent to address organ shortage?, „Medicine, Science and the Law” 2010, nr 50 (2), s. 84 i n.

40 J. Fabre, Presumed consent for organ donation: a clinically unnecessary and corrupting influence in medicine and politics, „Clinical Medicine” 2014, nr 14 (6), s. 567 i n.

41 B. Boyarsky, E. Hall, N. Deshpande, Potential limitations of presumed consent legislation, „Transplantation” 2012, nr 93 (2), s. 136 i nast.

42 Zob. np. A. Rithalia, C. McDaid, S. Suekarran, Impact..., *op. cit.*, a3162; L. Shepherd, R. O'Carroll, E. Ferguson, An international comparison..., *op. cit.*, s. 1 i n.



istnieją znaczne różnice w praktyce poszczególnych państw (np. niektóre państwa, nie wymagające wyraźnej zgody lub zezwolenia wymagają zgody osoby podejmującej decyzję w zastępstwie dawcy albo dopuszczają opcję *opt-out*, a inne nie)<sup>43</sup>.

Wśród argumentów przeciwko przyjmowaniu modelu pobierania narządów bez wyraźnej zgody lub zezwolenia w USA wskazano m.in. na istnienie wielu barier (w tym prawnych, empirycznych i kulturowych) oraz czynników związanych z systemem transplantacyjnym, z uwagi na które zmiana dotychczasowego modelu donacji byłaby zadaniem niezwykle trudnym. Taki proces wymagałby podjęcia działań legislacyjnych na poziomie federalnym, co mogłoby prowadzić do deliktów prawnych (a nawet konstytucyjnych). Ponadto, z perspektywy kulturowej USA, prawa jednostki są głęboko zakorzenione w wartościach i przekonaniach. Indywidualizm jest kluczową cechą kultury amerykańskiej. Model pobierania narządów od osób zmarłych, który nie wymaga wyraźnej zgody, nie uzyskałby wystarczającego poparcia, aby uzasadnić jego przyjęcie<sup>44</sup>. Stąd też, w USA, gdzie prawa indywidualne osób fizycznych są traktowane priorytetowo, pobieranie narządów bez wyraźnej zgody lub zezwolenia jest mało prawdopodobne do zaakceptowania przez ogół społeczeństwa.

Podniesiono także, że jeżeli przyjęcie modelu pobierania narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody lub zezwolenia spowoduje negatywny stosunek społeczeństwa wobec donacji narządów (szczególnie osób fizycznych, które poprzednio wyraziłyby zgodę na donację), liczba narządów pobieranych od osób zmarłych prawdopodobnie wzrosłaby nieznacznie (o ile w ogóle).

Wskazuje się, że dodanie klauzuli *opt-out* mogłoby zredukować ryzyko błędnego domniemania zgody. Przy czym system *opt-out*, który nie informowałby we właściwy sposób obywateli USA o ich prawie sprzeciwu, podlegałby zaskarżeniu. Domniemywa się, że klauzula *opt-out* nie byłaby wystarczająca, aby uzasadnić domniemanie zgody. Stanowiłoby to naruszenie praw obywateli w stopniu uważanym za niedopuszczalny.

Mniejszości etniczne oraz grupy społeczno-ekonomiczne nieobjęte świadczeniami lub zmarginalizowane mają niewspółmiernie mniejsze wskaźniki transplantacji dla wszystkich rodzajów narządów<sup>45</sup>. Jednocześnie, wiele z tych grup ma wyższe wskaźniki czynników ryzyka generujących potrzebę przeszczepu narządów. Przyczyniają się do tego różne elementy, które można podzielić na trzy szerokie grupy: biologiczne (takie jak częstsze występowanie otyłości lub czynników immunologicznych powszechnych dla nich, ale mniej powszechnych dla większości populacji<sup>46</sup>); problemy systemu służby zdrowia (takie jak opóźniony średni czas przed kwalifikacją do przeszczepu nerek pacjentów należących do niektórych mniejszości albo różne

43 J. Fabre, *Presumed...*, *op. cit.*, s. 567 i nast.

44 2012 National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, *op. cit.*

45 Dane OPTN, dostępne pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov/data](http://www.optn.transplant.hrsa.gov/data) (data dostępu: 26.04.2017 r.).

46 G. Switzer, J. Bruce, L. Myaskovsky, Race and ethnicity in decisions about unrelated hematopoietic stem cell donation, „Blood” 2013, nr 121 (8), s. 1469 i n.

wskaźniki donacji nerek od żywych dawców<sup>47</sup>) oraz problemy związane z brakiem wystarczającej wiedzy, wartościami i postawami kulturowymi samych grup (takimi jak mniejsza chęć do dawstwa żywego lub martwego<sup>48</sup>).

Badania poświęcone donacji *ex mortuo* wśród mniejszości etnicznych i zmarginalizowanych grup społeczno-ekonomicznych wykazały wysoki poziom nieufności w stosunku do służby zdrowia, jak i w stosunku do samej donacji narządów<sup>49</sup>. W badaniach jakościowych, ankietowani często wyrażali obawy, że w przypadku istnienia domniemanej zgody lekarze nie będą starali się ich ratować, a pobrane narządy nie zostaną wykorzystane na „ich” korzyść (np. osób należących do tej samej grupy)<sup>50</sup>. Te przekonania wynikają z długiej historii dyskryminacji tychże grup w systemie służby zdrowia, a przyjęcie modelu niewymagającego wyraźnej zgody prawdopodobnie przekonania te tylko by wzmocniło.

Stąd też postuluje się, aby zamiast wzmagać nieufność do systemu transplantacyjnego poprzez koncentrowanie działań na przyjęciu modelu pobierania narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody, zintensyfikować działania informacyjne skierowane do grup ludności zróżnicowanych pod względem etnicznym i społeczno-ekonomicznym oraz położyć nacisk na wartość donacji i transplantacji. Działania te mogą ostatecznie zmniejszyć dysproporcje i zwiększyć wskaźnik donacji narządów w tych populacjach.

Jakkolwiek podkreśla się, że zwiększenie całkowitej liczby przeszczepów narządów pozostaje priorytetem, to nie ma pewności, iż zmiana obecnie obowiązującego w USA modelu donacji na model, który nie wymaga wyraźnej zgody lub zezwolenia, zwiększyłaby wskaźniki pobrań narządów i przeszczepów.

## 5. Alternatywne możliwości zwiększenia liczby narządów do przeszczepów od osób zmarłych

W opinii Komisji Etycznej OPTN/UNOS<sup>51</sup> istnieją alternatywne możliwości zwiększenia liczby narządów pochodzących od osób zmarłych. Faktyczną liczbę

47 C. Norris, L. Agodoa, Reducing Disparities in Assessment for Kidney Transplantation, „Clinical Journal of the American Society of Nephrology” 2012, nr 7 (9), s. 1378 i n.; P. Reese, M. Nair, R. Bloom, Eliminating racial disparities in access to living donor kidney transplantation; how can centers do better?, „American Journal of Kidney Diseases” 2012, nr 59 (6), s. 751 i n.

48 Zob. np. C. Breitkopf, Attitudes, beliefs and behaviors surrounding organ donation among Hispanic women, „Current Opinion in Organ Transplantation” 2009, nr 14 (2), s. 191-195; E. Gordon, Patients' decisions for treatment of end-stage renal disease and their implications for access to transplantation, „Social Science & Medicine” 2001, nr 53 (8), s. 971 i n.; E. Gordon, J. Mullee, D. Ramirez, U.S. Hispanic/Latino concerns about living kidney donation: a focus group study, „Progress in Transplantation” 2014, nr 24 (2), s. 152 i n.

49 M. Irving, A. Tong, S. Jan, Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature, „Nephrology Dialysis Transplantation” 2012, nr 27 (6), s. 2526 i n.

50 Zob. więcej: S. Davison, S. Jhangri, Knowledge and attitudes of Canadian First Nations people toward organ donation and transplantation: a quantitative and qualitative analysis, „American Journal of Kidney Diseases” 2014, nr 64 (5) s. 781 i n.; M. Morgan, C. Kenten, S. Deedat, Donate Programme Team. Attitudes to deceased organ donation and registration as a donor among minority ethnic groups in North America and the UK: a synthesis of quantitative and qualitative research, „Ethnicity & Health” 2013, nr 18 (4), s. 367 i n.

51 Ethics, *op. cit.*

pobranymi narządami i udanych przeszczepów zwiększyć może np. wdrożenie kompleksowych strategii mających na celu usprawnienie systemu pobierania i przeszczepiania narządów. Postuluje się zwiększanie świadomości społecznej i edukowanie społeczeństwa, zwiększanie wsparcia federalnego czy rozwijanie zaawansowanych technologii i wiedzy naukowej w obszarze pobierania, przechowywania i przeszczepiania narządów.

Wśród strategii, które mogą zwiększyć wskaźniki pobrań narządów od zmarłych dawców, wskazano m.in. na usprawnienie aspektów organizacyjnych. Sprzeciw na donację narządów wynika często z braku zrozumienia, braku zaufania oraz obaw rodzin wobec procesu pobierania i przeszczepiania narządów. Obecnie w USA zgodę wyraża 26 dawców na milion. Działania edukacyjne adresowane do określonych grup ludności (takich jak członkowie mniejszości i osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym) wykazały niejednoznaczne rezultaty w kwestii zwiększenia donacji. O ile badania wykazały, że wskaźnik donacji nie jest powiązany ze społeczno-ekonomicznymi czynnikami, ma on związek z usprawnieniami organizacyjnymi i korzystaniem z usług zgodnych kulturowo koordynatorów w szpitalach<sup>52</sup>.

Wskazuje się na konieczność rozwinięcia technik zabezpieczania i przechowywania narządów oraz techniki resuscytacji, aby zwiększyć przeżywalność narządów pochodzących od dawców zakwalifikowanych na podstawie rozszerzonych kryteriów.

Jako że Hiszpania ma najwyższy wskaźnik donacji *ex mortuo* na świecie (33-35 dawców na milion populacji)<sup>53</sup>, postuluje się przyjęcie w USA niektórych elementów organizacyjnych występujących w systemie hiszpańskim, które mogłyby skutkować zwiększeniem donacji narządów *ex mortuo*. Obejmują one m.in. zwiększenie wsparcia politycznego i prawnego dla transplantacji i specjalistów pobierających narządy, wdrożenie kompleksowych programów edukacyjnych, usprawnienie public relations, rozwinięcie systemu zwrotu kosztów hospitalizacji<sup>54</sup>.

W opinii komisji, medycyna transplantacyjna powinna zainwestować w edukację społeczeństwa związaną z zapobieganiem postępującym przewlekłym chorobom i zmniejszeniem schyłkowej niewydolności narządów.

Zwrócono także uwagę na możliwość wykorzystania mediów społecznościowych do utworzenia rejestru dawców i zwiększenia komunikacji pomiędzy osobami zainteresowanymi czy rodzinami dawców. Przy czym działania takie muszą być podejmowane długotrwale i powinny jedynie uzupełniać inne działania promocyjne.

52 L. Siminoff, C. Saunders Sturm, African-American reluctance to donate: beliefs and attitudes about organ donation and implications for policy, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 2000, nr 10 (1), s. 59 i n.

53 R. Metasanz, B. Domiguez-Gil, E. Coll, Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken?, „Transplant International” 2011, nr 24 (4), s. 333 i n.; B. Borro-Escribano, I. Martinez-Alpuente, A. Blanco, Application of game-like simulations in the Spanish Transplant National Organization, „Transplantation Proceedings” 2013, nr 45 (1), s. 3564 i n.

54 D. Rodriguez Arias, L. Wright, D. Paredes, Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation, „Lancet” 2010, nr 376, s. 1109 i n.

Niektórzy podnoszą, że finansowe i niefinansowe zachęty dla donacji *ex mortuo* mogłyby istotnie zwiększyć wskaźniki pobierania narządów od osób zmarłych. Jednakże, z uwagi chociażby na zakaz handlu narządami, możliwość taka pozostaje etycznie kontrowersyjna<sup>55</sup>.

## 6. Uwagi końcowe

Liczba zmarłych i żywych dawców nie jest w stanie nadążyć za rosnącym zapotrzebowaniem na narządy w USA. Konieczne jest wprowadzenie zmian w obecnym systemie pobierania i przeszczepiania narządów. Niektórzy członkowie społeczności transplantacyjnej podnoszą, że liczba narządów do przeszczepów zwiększyć można poprzez zmianę modelu donacji na model pobierania narządów od osób zmarłych, który nie wymaga wyraźnej zgody lub zezwolenia. Jednakże, z wielu względów argument ten jest szeroko dyskutowany.

Zgodnie z opinią Komisji Etycznej OPTN/UNOS, zmiana modelu donacji obecnie funkcjonującego w USA na model pobierania narządów od osób zmarłych bez wyraźnej zgody nie jest etycznie uzasadniona z następujących powodów:

- 1) model donacji w USA jest aktualną polityką publiczną, zakorzenioną w kulturze indywidualizmu. Zmiana tego modelu wymagałaby obszernych zmian prawnych (być może także konstytucyjnych), które poddałyby w wątpliwość fundamentalne, głęboko zakorzenione amerykańskie wartości kulturowe;
- 2) jest wysoce prawdopodobnym, że zmiana modelu na pobieranie narządów bez wyraźnej zgody wpłynęłaby negatywnie na zaufanie publiczne do systemu służby zdrowia, szczególnie wśród zmarginalizowanych grup ludności, potencjalnie powodując niższe wskaźniki pobierania narządów;
- 3) wskaźnik zezwoleń na pobieranie narządów od osób zmarłych w USA już jest wysoki (wynosi 75%). Istnieje prawdopodobieństwo, że zmiana modelu, szczególnie jeżeli zostałaby przewidziana opcja *opt-out*, w rzeczywistości wskaźnika by nie zwiększyła;
- 4) pomimo że dane empiryczne sugerują istnienie związku pomiędzy wskaźnikami pobierania narządów od osób zmarłych i modelami, które nie wymagają wyraźnej zgody lub zezwolenia, przy zwiększaniu wskaźników pobierania narządów istotną rolę mogą odgrywać także dodatkowe czynniki, takie jak: edukacja społeczeństwa, wsparcie federalne, czy skuteczność przechowywania narządów i systemu transplantacyjnego.

Wskazuje się na istnienie szeregu alternatywnych możliwości zwiększenia wskaźników pobierania narządów od osób zmarłych, które nie naruszają indywi-

---

55 Zob. np. S. Satal, D. Cronin, Time to test incentives to increase organ donation, "JAMA Internal Medicine" 2015, nr 175 (8), s. 1329-1330; E. Gordon, C. Patel, M. Sohn, Does financial compensation for living kidney donation change willingness to donate?, „American Journal of Transplantation" 2015, nr 15 (1), s. 265 i n.

dualnych praw osób fizycznych i istniejącej polityki publicznej. Wśród nich wymienić można np. usprawnienie aspektów organizacyjnych; zwiększenie skuteczności i efektywności pobierania narządów i systemu transplantacyjnego; zwiększenie świadomości społecznej o donacji narządów poprzez kampanie medialne, media społecznościowe i krajowy rejestr dawców; wreszcie promowanie rozwoju nauki w obszarze pobierania i przechowywania narządów oraz technik transplantacji.

#### BIBLIOGRAFIA

- 2012 National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, September 2013, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Healthcare Systems Bureau, Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- Abadie A., Gray S., The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: A cross-country study, „Journal of Health Economics” 2006, nr 25 (4).
- An Evaluation of the Ethics of Presumed Consent, A Report of the Presumed Consent Subcommittee of the Ethics Committee (June 1993), dokument dostępny na oficjalnej stronie OPTN pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov](http://www.optn.transplant.hrsa.gov) (data dostępu: 26.04.2017 r.).
- Anatomical Gift Act (2006) Summary, dostępne na stronie Komisji ds. Uniformizacji Prawa (Uniform Law Commission) pod adresem: [www.uniformlaws.org](http://www.uniformlaws.org) (data dostępu: 26.04.2017 r.).
- Borro-Escribano B., Martinez-Alpuente I., Blanco A., Application of game-like simulations in the Spanish Transplant National Organization, „Transplantation Proceedings” 2013, nr 45 (1).
- Boyarsky B., Hall E., Deshpande N., Potential limitations of presumed consent legislation, „Transplantation” 2012, nr 93 (2).
- Breitkopf C., Attitudes, beliefs and behaviors surrounding organ donation among Hispanic women, „Current Opinion in Organ Transplantation” 2009, nr 14 (2).
- Data on Donation and Transplantation, Association of Organ Procurement Organizations, dostępne pod adresem: [www.aopo.org](http://www.aopo.org) (data dostępu: 26.04.2017 r.).
- Davison S., Jhangri S., Knowledge and attitudes of Canadian First Nations people toward organ donation and transplantation: a quantitative and qualitative analysis, „American Journal of Kidney Diseases” 2014, nr 64 (5).
- Dukeminier J., Sanders D., Organ transplantation: a proposal for routine salvaging of cadaver organs, „The New England Journal of Medicine” 1968, nr 279 (8).
- Ethics of deceased organ donor recovery without requirement of explicit consent or authorization, White Paper, OPTN, dostępna pod adresem: [www.optn.transplant.hrsa.gov/data](http://www.optn.transplant.hrsa.gov/data) (data dostępu: 26.04.2017 r.).
- Fabre J., Presumed consent for organ donation: a clinically unnecessary and corrupting influence in medicine and politics, „Clinical Medicine” 2014, nr 14 (6).
- Garner B. (ed.), Black’s Law Dictionary, 10th ed., Thomson Reuters, 2014.
- Gordon E., Mullee J., Ramirez D., U.S. Hispanic/Latino concerns about living kidney donation: a focus group study, „Progress in Transplantation” 2014, nr 24 (2).

- Gordon E., Patel C., Sohn M., Does financial compensation for living kidney donation change willingness to donate?, „American Journal of Transplantation” 2015, nr 15 (1).
- Gordon E., Patients’ decisions for treatment of end-stage renal disease and their implications for access to transplantation, „Social Science & Medicine” 2001, nr 53 (8).
- Guzik-Makaruk E., Transplantacja organów tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawnoporównawcze, Białystok 2008.
- Healy K., Do presumed consent laws raise organ procurement rates?, „DePaul Law Review” 2005-2006, nr 55.
- Irving M., Tong A., Jan S., Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature, „Nephrology Dialysis Transplantation” 2012, nr 27 (6).
- Metasanz R., Domiguez-Gil B., Coll E., Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken?, „Transplant International” 2011, nr 24 (4).
- Morgan M., Kenten C., Deedat S., Donate Programme Team. Attitudes to deceased organ donation and registration as a donor among minority ethnic groups in North America and the UK: a synthesis of quantitative and qualitative research, „Ethnicity & Health” 2013, nr 18 (4).
- National Organ Transplant Act, Public Law 98-507-OCT. 19, 1984.
- Norris C., Agodoa L., Reducing Disparities in Assessment for Kidney Transplantation, „Clinical Journal of the American Society of Nephrology” 2012, nr 7 (9).
- Ramsey P., The Patient as Person: Explorations in medical ethics, New Haven, Connecticut 1970.
- Reese P., Nair M., Bloom R., Eliminating racial disparities in access to living donor kidney transplantation; how can centers do better?, „American Journal of Kidney Diseases” 2012, nr 59 (6).
- Rejman G., Zgoda na pobranie organu, narządu lub tkanek ze zwłok jako okoliczność uchylająca bezprawność czynu, „Studia Iuridica” 1991, t. 19.
- Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006).
- Rithalia A., McDaid C., Suekarran S., Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review, „BMJ” 2009, nr 338, a3162.
- Rodriguez Arias D., Wright L., Paredes D., Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation, „Lancet” 2010, nr 376.
- Rudge C., Buggins E., How to increase organ donation: Does opting out have a role?, „Transplantation” 2012, nr 93 (2).
- Satal S., Cronin D., Time to test incentives to increase organ donation, „JAMA Internal Medicine” 2015, nr 175 (8).
- Shepherd L., O’Carroll R., Ferguson E., An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study, „BMC Medicine” 2014, nr 12 (131).
- Simillis C., Do we need to change the legislation to a system of presumed consent to address organ shortage?, „Medicine, Science and the Law” 2010, nr 50 (2).
- Siminoff L., Saunders Sturm C., African-American reluctance to donate: beliefs and attitudes about organ donation and implications for policy, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 2000, nr 10 (1).



Switzer G., Bruce J., Myaskovsky L., Race and ethnicity in decisions about unrelated hematopoietic stem cell donation, „Blood” 2013, nr 121 (8).

Veatch R., Ross L., Chapter 10: Routine Salvaging and Presumed Consent, (w:) Transplantation Ethic, 2nd ed., Washington 2015.

Zielińska E., Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie, „Państwo i Prawo” 1995, nr 6.