

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και
Κοινωνικής Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : «Βιοηθική και νομική προσέγγιση στη μεταμόσχευση νεφρών».

**ΑΓΡΑΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ - 20036**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΙΟΥΛΙΟΣ 2022
ΑΘΗΝΑ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : «Βιοηθική και νομική προσέγγιση στη μεταμόσχευση νεφρών».

**ΑΓΡΑΦΑ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ - 20036**

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα

Καθηγήτρια Ασημακοπούλου Μητροσύλη Μαρία

Μέλος

Αναπλ. Καθηγήτρια Γούλα Ασπασία

Μέλος

Καθηγητής Πιερράκος Γιώργος

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αγράφα Γεωργία του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 20036 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ να παραμείνει ανοιχτή η εργασία μου.

Η Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Η Δηλούσα



Αγράφα Γ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΚΦΡΑΣΩ ΤΙΣ ΘΕΡΜΕΣ ΜΟΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΟΣΟΥΣ ΣΥΝΕΒΑΛΑΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΟΥ, ΚΥΡΙΑ ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΠΟΥ ΜΟΥ ΕΔΕΙΞΕ ΕΞ ΑΡΧΗΣ ΑΝΑΘΕΤΟΝΤΑΣ ΜΟΥ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΘΕΜΑ, ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΟΥ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ, ΤΙΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ, ΤΗΝ ΕΠΙΜΟΝΗ ΤΗΣ, ΤΟ ΑΜΕΙΩΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΗΣ, ΤΗΝ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΟΥ ΕΔΕΙΞΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΗ ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΤΕΛΟΣ.

ΕΠΙΣΗΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΤΗΝ ΤΡΙΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗ ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΤΕΛΟΣ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΕΚΦΡΑΣΩ ΤΗΝ ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗ ΣΤΗΡΙΞΗ, ΤΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥΣ ΚΑΘ' ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΟΥ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόοδος στη μεταμόσχευση οργάνων συνεχίζει να αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς. Παρά τις προόδους αυτές, θεμελιώδη ηθικά και νομικά διλήμματα συνεχίζουν να διαπερνούν την πρακτική της οργάνωσης της μεταμόσχευσης. Υποστήριξη θεμάτων όπως ο ποιος πρέπει να δώσει όργανα, πώς και πότε πρέπει να ληφθούν τα όργανα από το δότη και ποιοι πρέπει να τα λάβουν, είναι θέματα που απαιτούν προσεκτική και ορθολογική αξιολόγηση ηθική και νομική, πολύ πριν εξεταστούν οι πρακτικές για την επιτυχή μεταμόσχευση.

Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία τίθενται είναι : οι θεμελιώδεις 1) νομικές, 2) ηθικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις μεταμοσχεύσεις νεφρού και η σχέση η οποία θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ των παραπάνω αρχών που πρέπει να διασφαλίζει την δημιουργία ενός επιτυχούς κανονιστικού πλαισίου.

Η μέθοδος η οποία ακολουθήθηκε για την συγγραφή της προκείμενης μελέτης είναι η βιβλιογραφική έρευνα. Διενεργήθηκε επιστάμενη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, συλλογή δεδομένων από ηλεκτρονικές βάσεις, επεξεργασία και ανάλυση των πληροφοριών.

Λέξεις κλειδιά: μεταμόσχευση νεφρού , τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια , δότης, λήπτης, νομικές και ηθικές αρχές

ABSTRACT

The progress in organ transplantation continues a rapidly development. Despite this progress, fundamental ethical and legal dilemmas continue to pervade the practice of organizing transplantation. Support issues such as who should donate organs, how and when the organs should be taken from the donor, and who should receive them, are issues that require careful and rational ethical and legal evaluation, before considering practices for successful transplantation.

The research questions that are asked are: the fundamental 1) legal, 2) ethical principles that should govern kidney transplantations and the relationship that should exist between the above principles that should ensure the creation of a successful regulatory framework.

The method applied for the writing of the present study is the bibliographic research. A thorough review of the literature, collection of data from electronic databases, process and analysis of the information was carried out.

Key words: kidney transplantation, end-stage renal failure, donor, recipient, legal and ethical principles

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εξώφυλλο	1
Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης	2
Δήλωση Συγγραφέα	3
Ευχαριστίες	4
Σύντομη Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	9
Θεωρητικός προβληματισμός	10
Ερευνητικά ερωτήματα	11
Ανασκόπηση	11
Ηθικά θέματα στην Ιατρική.....	13
- Ο κανόνας του νεκρού δωρητή	17
- Ο άνθρωπος και προσωπικότητα	19
Νομική Διάσταση.....	20
- Μεταμόσχευση δοτή ζωντανού έναντι νεκρών και τρέχουσες λίστες αναμονής	21
- Νόμοι που διέπουν την μεταμόσχευση	21
- Προσπάθειες για αύξηση της προσφοράς με όσο το δυνατόν λιγότερο αμφιλεγόμενα μέσα	23
- Μαύρη αγορά και μεταμόσχευση νεφρού	24
- Επιχειρήματα κατά την πώληση οργάνων	25
- Παραβίαση της Αρχής του «Μη βλάπτειν»	26
- Συστήματα δυο επιπέδων για την μεταμόσχευση οργάνων και ο εξαναγκασμός	27
- Παραβίαση Θρησκευτικών και Κοινοτικών κανόνων	29
Η ηθική της πώλησης οργάνων	32
Άλλα είδη οικονομικής αμοιβή	33
Κίνητρα για τα κράτη	34
- Κατανομή των οργάνων	38
Εθελοντική συναίνεση	40
Αναγνώριση δικαιωμάτων ιδιοκτησίας σε όργανα	41

Σύγκρουση των τεσσάρων αρχών και προτεινόμενες λύσεις	42
Η λύση BEAUCHAMP ΚΑΙ CHILDRESS στο πρόβλημα ισορρόπησης	45
Συμπεράσματα	49
Βιβλιογραφία	53

Εισαγωγή:

Η πρόοδος στη μεταμόσχευση οργάνων συνεχίζει να αναπτύσσεται με ταχείς ρυθμούς. Παρά τις προόδους αυτές, θεμελιώδη ηθικά και νομικά διλήμματα συνεχίζουν να διαπερνούν την πρακτική της οργάνωσης της μεταμόσχευσης. Αυτό επισημαίνεται έντονα από το συνεχώς αυξανόμενο χάσμα μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οργάνων. Η υποστήριξη θεμάτων, όπως ποιος πρέπει να δώσει όργανα, πώς και πότε πρέπει να ληφθούν τα όργανα από το δότη και ποιοι πρέπει να τα λάβουν, απαιτεί προσεκτική και ορθολογική αξιολόγηση, ηθική και νομική, πολύ πριν εξεταστούν οι πρακτικές για την επιτυχή μεταμόσχευση. Ο σωστός δρόμος μπορεί να παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία κι επομένως να διαφέρει σημαντικά με βάση τον ηθικό κώδικα και τα ιδανικά της κοινωνίας καθώς και την τεχνολογική πρόοδο, την κατανόηση των βασικών ηθικών αρχών, ωστόσο μια ορθή αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση μιας ορθολογικής προσέγγισης σε αυτά τα πολύπλοκα ζητήματα.

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η καλύτερη θεραπεία νεφρικής αντικατάστασης για ασθενείς της νόσου τελικού σταδίου. Πράγματι, σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση, η μεταμόσχευση νεφρού έχει καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης, το κόστος της είναι χαμηλότερο και η ποιότητα ζωής των ασθενών αυξάνεται σημαντικά (Medin et al., 2002). Δυστυχώς, τα νεφρά από νεκρούς δότες για μεταμόσχευση είναι λιγοστά και η διαθεσιμότητά τους υπολείπεται κατά πολύ των αναγκών των ασθενών στη λίστα αναμονής.

Η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ δικαιοσύνης και χρησιμότητας στη διανομή ενός σπάνιου αγαθού, όπως τα νεφρά των νεκρών δοτών (DDK) για μεταμόσχευση ήταν από καιρό μια πρόκληση και στόχος για πολλούς οργανισμούς που φέρουν την ευθύνη για τον καθορισμό των συστημάτων κατανομής οργάνων (Randal Bollinger & Cho 2004). Επιπλέον, κατά τη διαχείριση της πρόσβασης σε μεταμόσχευση νεφρού από νεκρούς δότες, επιδιώκεται μια ισορροπία μεταξύ της βελτιστοποίησης της κλινικής έκβασης της μεταμόσχευσης (αρχή της χρησιμότητας) και της παροχής εύλογης ευκαιρίας σε όλους τους ασθενείς για μεταμόσχευση (αρχή δικαιοσύνης) (Geddes et al., 2005). Ο στόχος είναι να βρεθεί μια μορφή κατανομής που να είναι δίκαιη, τόσο από την άποψη της οριζόντιας ισότητας (ίση μεταχείριση ίσων) όσο και της κάθετης (διαφορετική αντιμετώπιση των διαφορετικών).

Στη Γενική Συνδιάσκεψη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την Εκπαίδευση, την Επιστήμη και τον Πολιτισμό (UNESCO) της «Οικουμενικής Διακήρυξης για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα», ο Πετρίνι αναφέρθηκε στην ανάγκη εξέτασης των αρχών της Διακήρυξης για τις πολιτικές που αφορούν την κατανομή οργάνων (Petrini, 2016). Ο συγγραφέας τόνισε, μεταξύ των αρχών που καθορίζονται στη δήλωση: όφελος και ζημία (άρθρο 4), ισότητα, δικαιοσύνη και ισότητα (άρθρο 10), μη διάκριση και μη στιγματισμός (άρθρο 11), αλληλεγγύη και συνεργασία (άρθρο 13), κοινωνική ευθύνη και υγεία (συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, άρθρο 14) και κατανομή των παροχών (άρθρο 15) · ως τα πιο συναφή για την κατανομή οργάνων.

Εφόσον η δωρεά δεν εκφράζεται και δεν απευθύνεται σε κάποιον συγκεκριμένα, τα όργανα για μεταμόσχευση μπορούν να θεωρηθούν ως ιδιοκτησία των ασθενών της λίστας αναμονής στο σύνολό τους. Επιπλέον, το κράτος, ως ρυθμιστής, έχει την υποχρέωση να διασφαλίζει, για κάθε διαθέσιμο όργανο για μεταμόσχευση, αμερόληπτη επιλογή υποδοχέα οργάνων (Mendes & Alves, 1991). Σύμφωνα με την ηθική αρχή της δικαιοσύνης, οι ίσοι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται εξίσου ώστε όλοι οι ασθενείς να έχουν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στη μεταμόσχευση. Αντιστρόφως, με δεδομένες τις ωφελιμιστικές αξίες, μπορεί να επιτραπούν κάποιες ανισότητες εάν αυτό προσφέρει στην κοινωνία - ως ομάδα - το μεγαλύτερο όφελος μέσω της μεγιστοποίησης της χρησιμότητας των πόρων. Επομένως, τα νεφρά από νεκρούς δότες πρέπει να απευθύνονται σε εκείνους τους ασθενείς που μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν καλύτερα και είναι λιγότερο πιθανό να επιστρέψουν σε λίστες αναμονής λόγω απόρριψης μοσχεύματος. Πέρα των άνω θεμάτων που αφορούν κυρίως στη δίκαιη κατανομή, στο θέμα των μεταμοσχεύσεων προκύπτουν πλήθος άλλων που αφορούν σε θέματα ηθικής και νομικής διευθέτησης των μεταμοσχεύσεων.

Θεωρητικός προβληματισμός

Σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει ενιαία απάντηση σε ένα πρόβλημα εξ ου και εισάγεται η έννοια ότι η ηθική και η εφαρμογή ηθικών αρχών στην πολιτική συχνά διέπεται από κοινωνικές αξίες ή αντιπροσωπεύει τον καλύτερο συμβιβασμό. Η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευση θα συνεχίσουν να δημιουργούν προκλητικές

ερωτήσεις για τη νομική και την ιατρική ηθική και είναι ιδιαίτερα σημαντικό όσοι ειδικοί επιστήμονες εμπλέκονται να κατανοούν τη γλώσσα και τις αρχές, ώστε να μπορούν να συμβάλουν στη συζήτηση. Η διαπίστωση και τεκμηρίωση των θεμελιωδών αρχών της ηθικής και του δικαίου που διέπουν τη μεταμόσχευση γενικά και ειδικά τη μεταμόσχευση νεφρού θα μπορούσε να αποτελέσει μια σταθερή βάση για την αξιολόγηση μιας ορθής νομικά και δίκαιης ηθικά διαδικασίας.

Μεθοδολογία

Η προκειμένη μελέτη συνιστά βιβλιογραφική έρευνα. Για την πραγματοποίησή της διενεργήθηκε επιστάμενη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, συλλογή δεδομένων από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, επεξεργασία και ανάλυση των πληροφοριών.

Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιες είναι οι θεμελιώδεις νομικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τις μεταμοσχεύσεις νεφρού;
2. Ποιες είναι οι θεμελιώδεις ηθικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τις μεταμοσχεύσεις νεφρού;
3. Ποια είναι η σχέση ή ποια θα έπρεπε να είναι μεταξύ των παραπάνω αρχών που θα διασφάλιζε τη δημιουργία ενός επιτυχούς κανονιστικού πλαισίου;

Ανασκόπηση

Σύμφωνα με τις αρχές βιοηθικής η ευεργεσία ή το καλό, η μη κακοποίηση η μη βλάβη, ο σεβασμός στην αυτονομία ή το δικαίωμα του ατόμου στην αυτοδιάθεση και η δικαιοσύνη είναι τέσσερις διαπολιτισμικές αρχές που είναι ευρέως αποδεκτές ως βάση της ιατρικής δεοντολογίας (Beauchamp, 2009). Αυτά εκ πρώτης όψεως. Τα ιδανικά χρησιμεύουν ως βάση για την εξέταση και τη βελτίωση των ηθικών διλημμάτων. Η κατανόηση αυτών των αρχών στο πλαίσιο των ανθρώπινων ασθενειών είναι θεμελιώδης για την πρακτική της ιατρικής. Αυτές οι αρχές χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν και να ορίσουν επιχειρήματα και θέσεις στην ηθική. Υπάρχουν δύο κύρια πλαίσια που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη βιοηθική στο πλαίσιο της μεταμόσχευσης, συγκεκριμένα και την ιατρική με την

ευρύτερη έννοια. Η δεοντολογική προσέγγιση επικεντρώνεται στα καθήκοντα των ιατρών και στα δικαιώματα των ασθενών. Η δεοντολογική σκέψη τονίζει τη σημασία της αυτονομίας του ασθενούς και την υπεροχή της σχέσης γιατρού -ασθενούς. Η ωφελιμιστική προσέγγιση φιλοδοξεί να ενεργήσει με τέτοιο τρόπο που οδηγεί πάντα στο σωστό αποτέλεσμα. Στην ουσία, «Αναζητήστε το μεγαλύτερο αγαθό του μεγαλύτερου αριθμού». Η ανάγκη ορθολογικής υγειονομικής περίθαλψης καθιστά αυτήν την προσέγγιση ιδιαίτερα εμφανή στα δημόσια συστήματα υγείας, όπως η Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

Οι δεοντολογικές και ωφελιμιστικές προσεγγίσεις δεν παρέχουν αντίθετες απόψεις για ηθικά διλήμματα, αλλά προσφέρουν διαφορετικές προοπτικές επίλυσης ενός συγκεκριμένου προβλήματος. Στη ρίζα της κοινωνίας, ο ηθικός κώδικας και οι ηθικές αρχές οδηγούν σε κανόνες, κανονισμούς και νόμους, αντικατοπτρίζοντας αυτό που η κοινωνία θεωρεί σωστό και λάθος.

Το νομικό πλαίσιο για την προμήθεια οργάνων διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο η προμήθεια οργάνων για μεταμόσχευση ρυθμίζεται από τον νόμο για τους ανθρώπινους ιστούς του 2004 (Human Tissue Act, 2004), που ισχύει στην Αγγλία, τη Βόρεια Ιρλανδία και την Ουαλία και τον νόμο για τους ανθρώπινους ιστούς στη Σκωτία (Σκωτία, 2006). Αυτές οι Πράξεις παρέχουν ένα ολοκληρωμένο νομοθετικό πλαίσιο για την αφαίρεση, αποθήκευση και χρήση ανθρώπινων οργάνων και ιστών. Η μεταμόσχευση είναι μία από τις διάφορες δραστηριότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν μεταθανάτιες εξετάσεις και ιατρική έρευνα, που ρυθμίζονται από την παρούσα νομοθεσία. Ο νόμος για τους ανθρώπινους ιστούς του 2004 καθιερώνει την Αρχή Ανθρώπινων Ιστών (HTA) ως ρυθμιστικό φορέα για δραστηριότητες που αφορούν την απομάκρυνση, αποθήκευση, χρήση και διάθεση ανθρώπινου υλικού. Η HTA εκδίδει επίσης Κώδικες Πρακτικής και οδηγίες σχετικά με την ορθή διεξαγωγή των δραστηριοτήτων που εμπíπτουν στην αρμοδιότητά της.

Η δωρεά οργάνων στο Ηνωμένο Βασίλειο βασίζεται στη θεμελιώδη αρχή ότι απαιτείται ρητή άδεια από το νόμο για την ανάκτηση οργάνων για μεταμόσχευση. Στον Νόμο του 2004 αυτή η άδεια είναι συγκατάθεση, ενώ ο Νόμος του 2006 χρησιμοποιεί τον όρο «εξουσιοδότηση». Και οι δύο Πράξεις υποστηρίζουν ένα «σύστημα συμμετοχής» όπου τα άτομα καταγράφουν ενεργά την προθυμία τους να δώσουν όργανα σε περίπτωση θανάτου τους. Τα άτομα μπορούν να εγγραφούν διαδικτυακά στο μητρώο δωρητών οργάνων ή μέσω της αίτησης για άδεια οδήγησης.

Αυτές οι μορφές συναίνεσης νομικά είναι έγκυρες. Η προφορική συγκατάθεση, που μεταδίδεται μέσω τρίτων, είναι επίσης έγκυρη συγκατάθεση. Τα άτομα μπορούν επίσης να ορίσουν έναν αντιπρόσωπο για να συναινέσει για λογαριασμό τους ((Human Tissue Act, 2004). Όταν οι επιθυμίες του ατόμου δεν είναι γνωστές, μπορεί να δοθεί συγκατάθεση από κάποιον που διατηρούσε μια «κατάλληλη σχέση» με το άτομο πριν από το θάνατο, σύμφωνα με μια καθορισμένη ιεραρχία (Human Tissue Act, 2004).

Ένα εναλλακτικό πλαίσιο για τη δωρεά είναι το σύστημα εξαίρεσης όπου η αφαίρεση οργάνων είναι νόμιμη εκτός εάν το άτομο καταχωρήσει την ένστασή του. Ως εκ τούτου, το βάρος είναι το άτομο να «εξαιρεθεί» ενεργά. Το σύστημα αυτό ισχύει σε πολλές χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης. Ωστόσο, ενώ υπάρχουν εμπειρικές ενδείξεις για μια θετική σχέση μεταξύ ενός συστήματος εξαίρεσης και αυξημένων ποσοστών δωρεάς, το συμπέρασμα αυτό προσεγγίστηκε με προσοχή στο Ηνωμένο Βασίλειο (Human Tissue Act, 2004). Η συσχέτιση μεταξύ του νομικού πλαισίου για τα ποσοστά δωρεάς δεν είναι απλή, καθώς υπάρχουν πολλές μεταβλητές που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη σύγκριση συστημάτων σε διαφορετικά γεωγραφικά πλαίσια.

Τα συστήματα εξαίρεσης διαφέρουν ανάλογα με τον τρόπο που λαμβάνουν υπόψη τις απόψεις των συγγενών. Στις περισσότερες χώρες υπάρχει πολιτική «απαλής» εξαίρεσης και ζητείται η γνώμη συγγενών. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα όργανα δεν θα αφαιρεθούν όπου αντιτίθενται, θολώνοντας τη διάκριση μεταξύ συστημάτων opt-in ή opt-out.

Η δωρεά οργάνων και η μεταμόσχευση παρουσιάζουν πολλές προκλήσεις στην ιατρική κοινότητα και την κοινωνία στο σύνολό της που απαιτούν νομικά και ηθικά πλαίσια. Στην παρούσα εργασία θα διερευνηθεί το θέμα των νομικών και ηθικών πλαισίων της σύγχρονης βιοηθικής που στηρίζουν τα σύγχρονα πλαίσια της πρακτικής δωρεάς οργάνων και μεταμόσχευσης νεφρού σε διεθνές επίπεδο και στον Ελληνικό χώρο.

Ηθικά Θέματα στην Ιατρική

Παραδοσιακά η δραστηριότητα της φιλοσοφίας στην ιατρική θεωρούνταν ουσιαστικά ηθική, αλλά αυτό είναι εσφαλμένο. Η Φιλοσοφία παρέχει τα μεθοδολογικά εργαλεία,

τις ηθικές αρχές και τις θεωρίες για τους επιστήμονες, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τους κοινωνιολόγους, τους ανθρωπολόγους, τους δικηγόρους και τους θεολόγους για να συζητήσουν τα ζητήματα που προκύπτουν ή μπορεί να προκύψουν στην ιατρική. Αυτό ήταν το καθήκον της βιοηθικής, η οποία ασχολείται με τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από τις νέες εξελίξεις στη βιοϊατρική. Οι εξελίξεις και οι κακές πρακτικές στη βιοϊατρική στις αρχές του δεύτερου μισού του 20ού αιώνα οδήγησαν στη γέννηση της βιοηθικής. Μερικές από τις εξέχουσες πρόοδοι αυτή την εποχή περιελάμβαναν την εφεύρεση μηχανών υποστήριξης της ζωής, που χρησιμοποιούνται για να παρατείνουν τη ζωή ασθενών, τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και γενετικές τεχνολογίες, που χρησιμοποιούνται για την επίλυση του προβλήματος της υπογονιμότητας. Ορισμένες από τις ατασθαλίες που προέκυψαν από τις ιατρικές προόδους περιλαμβάνουν το απάνθρωπο πρόγραμμα του ναζιστικού καθεστώτος στη Γερμανία που περιλαμβάνει ευθανασία, αναγκαστική στείρωση για ευγονικούς λόγους και πειραματισμούς σε ανθρώπους ενάντια ή/και χωρίς τη συγκατάθεσή τους, η περιβόητη υπόθεση Tuskegee στις ΗΠΑ και πολλά άλλα. Όλα αυτά συνοδεύονταν από ένα ολοένα και πιο διαφωτισμένο κοινό που δεν ήταν πλέον διατεθειμένο να εμπιστευτεί πλήρως τους επαγγελματίες υγείας σε θέματα υγείας. Οι περισσότερες από τις θεωρίες και τις αρχές που χρησιμοποιούνται για την επίλυση βιοηθικών ζητημάτων σήμερα έχουν προέλθει από τις θεωρίες των Πλάτωνα, Αριστοτέλη, Λοκ, Καντ, J.S. Mill, Rawls και πολλούς άλλους φιλόσοφους. Υπάρχουν τέσσερις βασικές αρχές της ηθικής που εφαρμόζονται συνήθως στη σύγχρονη ιατρική, και συγκεκριμένα, η αυτονομία, η ευεργεσία, η μη κακοήθεια και η δικαιοσύνη.

Η αρχή της αυτονομίας θεωρείται συνήθως ως η πρώτη, αν και όχι η πιο σημαντική, αρχή της ιατρικής δεοντολογίας. Ο όρος αυτονομία προέρχεται από δύο ελληνικές λέξεις: *autos* που σημαίνει «εαυτός» και *nomos* που σημαίνει «κανόνας» ή «νόμος». Παραδοσιακά, ο όρος αυτονομία χρησιμοποιήθηκε για να αναφερθεί στην αυτοδιακυβέρνηση των ανεξάρτητων κρατών (Beauchamp and Childress, 2009), αλλά σήμερα χρησιμοποιείται για να συμπεριλάβει την αυτοδιοίκηση ή τον αυτοπροσδιορισμό. Η αρχή της αυτονομίας βασίζεται στην έννοια του σεβασμού των προσώπων, σύμφωνα με την οποία τα μεμονωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα να κάνουν τις δικές τους επιλογές και να λαμβάνουν αποφάσεις όπως τους βολεύει, χωρίς εξωτερικούς περιορισμούς. Ως εκ τούτου, η αρχή της αυτονομίας σημαίνει τόσο την ελευθερία του κάθε ατόμου να ενεργεί όσο και την υποχρέωση των άλλων

να σεβαστούν αυτήν την ελευθερία. Αυτή η αρχή έχει την αρχή της στην καντιανή έννοια του σεβασμού των προσώπων. Ο Κάντ μας παρακαλεί «να αντιμετωπίσουμε την ανθρωπότητα είτε στο δικό σας πρόσωπο είτε στο πρόσωπο ενός άλλου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ απλώς ως μέσο» (Kant, 1992). Για τον Κάντ, τα ανθρώπινα όντα έχουν «εγγενή αξία, δηλαδή αξιοπρέπεια», που τα καθιστά πολύτιμα (Kant, 1992).

Στον τομέα της ιατρικής και της υγειονομικής περίθαλψης, η αρχή της αυτονομίας μεταφράζεται στην έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης. Η ενημερωμένη συναίνεση είναι μια νομική συνθήκη κατά την οποία ένα λογικό ον μπορεί να ειπωθεί ότι έχει δώσει έγκριση με βάση την πλήρη κατανόηση των γεγονότων και των συνεπειών οποιασδήποτε ενέργειας, και όχι με οποιονδήποτε τρόπο υπό εξαναγκασμό ή την κρίση του/της αλλοιωμένη από παραπληροφόρηση ή οποιαδήποτε ασθένεια. «Ένα άτομο μειωμένης αυτονομίας... ελέγχεται από κάποιους άλλους ή ανίκανο να συζητήσει ή να ενεργήσει βάσει των επιθυμιών και των σχεδίων του» (Beauchamp & Childress, 2009). Ο σεβασμός της αυτονομίας, λοιπόν, απαιτεί να σεβόμαστε την άποψη ενός ασθενούς, την κουλτούρα, τις πεποιθήσεις και τα έθιμα του/της. Ως εκ τούτου, η αρχή της αυτονομίας βασίζεται στην ηθική υποχρέωση του σεβασμού προς τα άλλα ανθρώπινα όντα ως ηθικά ίσα. Όπως και οι άλλες βασικές αρχές της ηθικής, η αυτονομία είναι απαραίτητη στην υγειονομική περίθαλψη, επειδή οι επαγγελματίες υγείας ασχολούνται με τα ανθρώπινα σώματα - ολόκληρο το είναι τους, και όπως παρατηρεί ο Gerald Dworkin, «το σώμα κάποιου είναι αναντικατάστατο και αναπόδραστο. Εάν ο αρχιτέκτονας μου δεν με ακούσει και αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα σπίτι που δεν μου αρέσει, μπορώ πάντα να μετακομίσω. Δεν μπορώ να κουνηθώ από το σώμα μου... επειδή το σώμα μου είμαι εγώ, η αποτυχία σεβασμού των επιθυμιών μου σχετικά με το σώμα μου είναι μια ιδιαίτερα προσβλητική άρνηση της αυτονομίας μου» (Dworkin, 1988). Το σώμα μου είναι μέρος αυτού που είμαι—ένας άνθρωπος, όχι ένα εμπόρευμα που μπορεί να αγοραστεί και να πουληθεί, ή ένα τεχνούργημα που μπορεί να τροποποιηθεί ή να παραποιηθεί σε διάφορες μορφές, χωρίς να προκληθεί σοβαρή βλάβη στην ύπαρξή μου ως σύνολο.

Οι αρχές της ευεργεσίας και της μη κακίας είναι άλλες κεντρικές αρχές ηθικής που χρησιμοποιούνται για την επίλυση ιατρικών προβλημάτων. Αν και πρόκειται για δύο ξεχωριστές ηθικές αρχές, η ευεργεσία και η μη κακοήθεια συζητούνται καλύτερα μαζί επειδή η μία είναι το αντίστροφο της άλλης - «είναι σαν δύο όψεις του ίδιου

νομίματος» (Tangwa, 2011). Η ευεργεσία είναι η θετική υποχρέωση να ενεργείς για το καλό/όφελος των άλλων/ασθενών και η μη κακοήθεια είναι η αρνητική υποχρέωση αποφυγής βλάβης σε άλλους. Ο όρος ευεργεσία αναφέρεται σε πράξεις «ελέους, καλοσύνης και φιλανθρωπίας και υποδηλώνει αλtruισμό, αγάπη, ανθρωπιά και προώθηση του καλού των άλλων» (Beauchamp, 2008). Οι ευεργετικές πράξεις αποκλείουν τις υποκοριστικές πράξεις, δηλαδή την παροχή πέραν των απαιτούμενων. Για παράδειγμα, η αυτοθυσία, που περιλαμβάνει επικίνδυνες και δαπανηρές πράξεις προς όφελος άλλων, όπως η δωρεά και των δύο νεφρών μας για μεταμόσχευση. Η μη κακοήθεια από την άλλη πλευρά λέγεται ότι είναι η πιο βασική από τις τέσσερις αρχές της ηθικής. Στην ιατρική ηθική, η μη κακοήθεια συνδέεται με το ρητό *primum non nocere*: «Πάνω από όλα [ή πρώτα] μην κάνεις κακό». Το Ιπποκράτειο Σώμα εκφράζει την υποχρέωση του γιατρού να προάγει το καλό του ασθενούς και να αποφεύγει τη βλάβη: «Θα χρησιμοποιήσω τη θεραπεία για να βοηθήσω τους αρρώστους σύμφωνα με τις ικανότητες και την κρίση μου, αλλά ποτέ δεν θα τη χρησιμοποιήσω για να τους τραυματίσω ή να τους αδικήσω. » Ωστόσο, μπορεί να μην μπορούμε να κάνουμε πάντα καλό, αλλά πρέπει να αποφύγουμε πάση θυσία να βλάψουμε τους άλλους. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με την αρχή της μη κακίας, «ακόμα και αν δεν θα έκανες καλό, τουλάχιστον μην κάνεις κακό» (Tangwa, 2011).

Η αρχή της Δικαιοσύνης είναι μια άλλη βασική αρχή που εφαρμόζεται σε ζητήματα της σύγχρονης ιατρικής. Ο όρος δικαιοσύνη προέρχεται από τη λέξη «δίκαιη» που σημαίνει δίκαιος, δίκαιος, βάσιμος, σωστός, σωστός, ακριβής, όχι περισσότερο από μόλις, όχι λιγότερο από. (Onions, 1998). Το ζήτημα της δικαιοσύνης απασχόλησε τους φιλοσόφους από την εποχή του Πλάτωνα. Εάν μια κοινωνία πρέπει να επιτύχει κάποιο βαθμό τάξης, αρμονίας και δικαιοσύνης, πρέπει να επιδιώξει να επιτύχει κάποιο βαθμό δικαιοσύνης μέσα στο θεσμικό της πλαίσιο. Ο John Rawls υποστηρίζει ότι: «η δικαιοσύνη είναι η πρώτη αρετή των κοινωνικών θεσμών, όπως η αλήθεια των συστημάτων σκέψης. Μια θεωρία όσο κομψή και οικονομική πρέπει να απορριφθεί ή να αναθεωρηθεί εάν είναι αναληθής. Ομοίως, οι νόμοι και οι θεσμοί ανεξάρτητα από το πόσο αποτελεσματικοί και καλά οργανωμένοι πρέπει να μεταρρυθμιστούν ή να καταργηθούν εάν είναι άδικοι» (Rawls, 1999). Στην υγειονομική περίθαλψη, η αρχή της δικαιοσύνης απαιτεί τη δίκαιη και δίκαιη κατανομή των ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών.

Με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, ο απαραίτητος χώρος της δικαιοσύνης γίνεται όλο και πιο εμφανής. Στη δεκαετία του 1960, η δικαιοσύνη στο ιατρικό περιβάλλον, από την πλευρά του γιατρού, θεωρήθηκε ότι ενεργεί δίκαια προς τον ασθενή. Αλλά καθώς περνούν οι δεκαετίες, έχει γίνει αντιληπτό ότι κανένα έθνος, όσο πλούσιο κι αν είναι, δεν μπορεί να διαθέσει όλα όσα έχει να προσφέρει η ιατρική.

Ο κανόνας του νεκρού δωρητή

Ο κανόνας του νεκρού δότη , ένας νόμος που απαγορεύει την αφαίρεση ζωτικών οργάνων μέχρι μετά θάνατον, παραβιάζεται σαφώς από την ευθανασία μέσω δωρεάς. Η αφαίρεση οργάνων πριν από το θάνατο είναι υπαίτια ανθρωποκτονία — φόνος ή ανθρωποκτονία από αμέλεια και σχεδόν σίγουρα το πρώτο. Αυτό φυσικά εγείρει το ενοχλητικό ερώτημα στη μεταμόσχευση οργάνων για το πότε ένα άτομο μπορεί να κηρυχθεί νεκρό.

Η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου» δεν ορίζεται ομοιόμορφα. Αυτό μπορεί να έχει σημασία σε σχέση με το χρόνο κατά τον οποίο τα ζωτικά όργανα μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση. Για παράδειγμα, ο ορισμός που υιοθετήθηκε από τις Canadian Blood Services και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2012) δηλώνει ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι «η μη αναστρέψιμη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας αυτόνομης αναπνοής » (η υπογράμμιση προστέθηκε). Ο Αμερικανικός Νόμος για τον Ενιαίο Προσδιορισμό του Θανάτου (1993, 1997), για παράδειγμα, διαφέρει από μια σημαντική άποψη. Μιλάει για «μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους» (η έμφαση προστέθηκε), όχι μόνο της «μη αναστρέψιμης απώλειας της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους». Τα στοιχεία που θεωρούνται απαραίτητα και επαρκή για την εκπλήρωση των απαιτήσεων της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου θα μπορούσαν να διαφέρουν μεταξύ αυτών των δύο ορισμών. Το αν είχε συμβεί θάνατος θα μπορούσε να αμφισβητηθεί από, για παράδειγμα, πολύ πρόσφατη έρευνα που δείχνει ότι υπάρχει ακόμα κάποια λειτουργία στον εγκέφαλο των χοίρων τέσσερις έως δέκα ώρες μετά τον αποκεφαλισμό τους (Vrselja et al. 2019). Μπορεί

τα γουρούνια να είναι «εγκεφαλικά νεκρά» σύμφωνα με τον канаδικό ορισμό και ζωντανά με τον αμερικανικό;

Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου αναπτύχθηκε ρητά για να επιτρέψει την ανάκτηση οργάνων για μεταμόσχευση σε όσο το δυνατόν βέλτιστη φυσική κατάσταση μετά τον θάνατο. Η εναλλακτική έννοια του κυκλοφορικού θανάτου και της «δωρεάς μετά τον κυκλοφορικό θάνατο», που ορίζει τον θάνατο ως τη μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας της καρδιάς και των πνευμόνων, έχει τον ίδιο στόχο. Ωστόσο, είτε ο θάνατος είναι φυσικός είτε προέρχεται από ευθανασία, ο κανόνας του νεκρού δότη σημαίνει ότι τα όργανα πρέπει να περάσουν μια περίοδο χωρίς ροή αίματος πριν τη συλλογή τους, πράγμα που σημαίνει ότι δεν βρίσκονται στη βέλτιστη κατάστασή τους.

Αυτός είναι ο λόγος που τρεις επαγγελματίες υγείας της Βόρειας Αμερικής υποστήριξαν πρόσφατα ότι ίσως είναι ηθικά προτιμότερο να αγνοηθεί ο κανόνας του νεκρού δότη εάν οι ασθενείς θέλουν να πεθάνουν με ευθανασία και να δωρίσουν τα όργανά τους. Σε μια εργασία που δημοσιεύτηκε στο *New England Journal of Medicine*, οι συγγραφείς προτείνουν ότι η άδεια συναίνεσης για «θάνατο από δωρεά» μπορεί να δώσει σε αυτούς τους ανθρώπους ένα «γιατί να πεθάνουν» και έτσι να τους δώσει μια αίσθηση νοήματος για τον θάνατό τους (Ball, Sibbald, και Truog 2018). Αυτή η προτεινόμενη αιτιολόγηση αντιστρέφει τη διάσημη δήλωση του Γερμανού φιλοσόφου Φρεντερίκ Νίτσε, «Αν ένας άνθρωπος έχει ένα « γιατί » να ζήσει , μπορεί να τα βγάλει πέρα με σχεδόν οποιοδήποτε «πώς»», σε «Εάν ένας άνθρωπος έχει το « γιατί » να πεθάνει ., μπορεί να τα βγάλει πέρα με σχεδόν οποιοδήποτε «πώς». Η αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει νόημα και το να ζητάς ευθανασία είναι και οι δύο παράγοντες που σχετίζονται με την απώλεια της θέλησης για ζωή, η οποία συχνά εκδηλώνεται ως αποθάρρυνση (Kissane 2014) ή βίωμα απελπισίας. Το άτομο πιστεύει ότι δεν έχει τίποτα να προσβλέπει, καμία αίσθηση σύνδεσης με οποιοδήποτε μέλλον (Chochinov 2012 , 18–19). Για αυτούς τους ανθρώπους, το να νιώθουν ότι ο θάνατος από ευθανασία έχει νόημα, θα μπορούσε να ενισχύσει την επιθυμία τους για ευθανασία.

Το «Trillium Gift of Life Network» στο Οντάριο προωθεί τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση. Τον Σεπτέμβριο του 2018, κυκλοφόρησε μια έκθεση σαράντα τεσσάρων σελίδων, «Δωρεά οργάνων και ιστών μετά την ιατρική βοήθεια στον θάνατο: Εργαλειοθήκη ανάπτυξης προγράμματος». Εξεταζόταν σαφώς μια σύνδεση μεταξύ της ευθανασίας (στην канаδική νομοθεσία, που ονομάζεται *Medical*

Assistance in Dying) και της δωρεάς οργάνων (Trillium Gift of Life Network 2018), η οποία αναπτύχθηκε περαιτέρω στις επόμενες κατευθυντήριες γραμμές που αναφέρονται παραπάνω (Downar et al. 2019) . . Το ερώτημα είναι εάν αυτή η σύνδεση θα μπορούσε να επεκταθεί ώστε να συμπεριλάβει την ευθανασία με δωρεά οργάνων.

Ο Άνθρωπος και Προσωπικότητα

Ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται η φιλοσοφική και νομική έννοια της προσωπικότητας (Somerville 2015 , 87–116) θα μπορούσε να σχετίζεται με την ευθανασία μέσω δωρεάς. Ο θάνατος ενός ανθρώπου μπορεί να αντιπαραβληθεί με τον θάνατο ενός ανθρώπου . Ανάλογα με τον ορισμό του ατόμου για την προσωπικότητα, αυτά μπορεί να συμβαίνουν ή να μην συμβαίνουν ταυτόχρονα.

Εάν οι έννοιες του ανθρώπου και του προσώπου σημαίνουν το ίδιο, δηλαδή, κάποιος είναι άτομο απλώς και μόνο επειδή είναι άνθρωπος, τότε και οι δύο έννοιες θα δώσουν το ίδιο αποτέλεσμα σχετικά με το πότε επέρχεται ο θάνατος. Αλλά αν η προσωπικότητα εξαρτάται από την εκπλήρωση ορισμένων κριτηρίων πέρα από το να είσαι απλώς άνθρωπος, όπως, για παράδειγμα, προτείνει ο φιλόσοφος καθηγητής Peter Singer (2006 , 83-109), τότε η αποτυχία να πληρούνται αυτά τα κριτήρια μπορεί να σημαίνει ότι ο θάνατος του ατόμου μπορεί να προηγείται του θανάτου του ανθρώπου. Εν ολίγοις, η προσωπικότητα θα μπορούσε να χαθεί και το άτομο να δηλωθεί νεκρό, ενώ το ανθρώπινο ον ήταν ακόμα ζωντανό. Εάν η απώλεια της προσωπικότητας θεωρούνταν επαρκής δικαιολογία για να επιτραπεί η κήρυξη του νεκρού, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ευθανασία από την αφαίρεση οργάνων δικαιολογείται επειδή ο δότης είναι ήδη νεκρός. Το παράδοξο εδώ θα ήταν ότι εάν ο δότης ήταν ήδη νεκρός, η αφαίρεση των ζωτικών οργάνων του δεν τον σκοτώνει και, επομένως, δεν είναι ευθανασία. Αυτό που καθιστά σαφές ο «κανόνας του νεκρού δότη», όπως ερμηνεύεται επί του παρόντος, είναι ότι, ηθικά και νομικά, απαιτούμε από τον άνθρωπο να είναι νεκρός, όχι μόνο το άτομο , εάν αυτός ο χαρακτηρισμός απαιτεί περισσότερα από το να είναι απλώς άνθρωπος, προτού αφαιρεθούν ζωτικά όργανα. .

Η έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και το τι απαιτεί ο σεβασμός γι' αυτό θα επηρεαστεί επίσης από την ευθανασία με την αφαίρεση οργάνων. Υπάρχουν δύο πολύ διαφορετικοί ορισμοί της έννοιας. Το ένα είναι ότι η αξιοπρέπεια είναι εγγενής στο να είσαι άνθρωπος, επομένως όλα τα ανθρώπινα όντα —είτε τα θεωρούμε

πρόσωπα είτε όχι— την έχουν και δεν μπορεί να χαθεί. Ο άλλος ορισμός της έννοιας είναι ότι μόνο τα άτομα έχουν αξιοπρέπεια που πρέπει να γίνεται σεβαστή και ότι η προσωπικότητα εξαρτάται από την εκπλήρωση ορισμένων κριτηρίων, επομένως η αποτυχία εκπλήρωσης αυτών των κριτηρίων σημαίνει απώλεια προσωπικότητας και, μαζί με αυτό, απώλεια της προστασίας που παρέχει ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Somerville 2015 , 87–116).

Εάν τα ανθρώπινα όντα έχουν αξιοπρέπεια που απαιτεί σεβασμό απλώς και μόνο επειδή είναι άνθρωποι και ότι ο σεβασμός περιλαμβάνει σεβασμό για τη ζωή τους, τότε η ευθανασία με δωρεά οργάνων θα παραβίαζε αυτήν την αξιοπρέπεια επειδή είναι ακόμα ζωντανός άνθρωπος τη στιγμή της λήψης των οργάνων. Από την άλλη, έστω και μόνο πρόσωπα έχουν αξιοπρέπεια που πρέπει να γίνεται σεβαστή, τότε η απώλεια της προσωπικότητας σημαίνει απώλεια της αξιοπρέπειας και των προστασιών και του σεβασμού, όπως ο σεβασμός της ζωής, που απαιτεί ο σεβασμός της αξιοπρέπειας. Αυτή η απώλεια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να θεμελιώσει ένα επιχείρημα ότι η ευθανασία με αφαίρεση οργάνων δεν αντιβαίνει στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ως εκ τούτου δικαιολογείται, ακόμη και αν η απώλεια της προσωπικότητας δεν ισοδυναμεί με θάνατο. Μια τέτοια προσέγγιση θα επιβεβαίωνε επίσης έναν ορισμό της αξιοπρέπειας που βασίζεται στην προσωπικότητα για χρήση γενικότερα, ο οποίος προμηνύει ένα επικίνδυνο και δυνητικά εκτεταμένο προηγούμενο.

Νομική διάσταση

Στις 23 Δεκεμβρίου 1954 πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό δότη. Ο δότης, Ronald Herrick, έδωσε το νεφρό του στον πανομοιότυπο δίδυμο αδερφό του, Richard, ο οποίος έπασχε από χρόνια νεφρίτιδα. Μετά τη μεταμόσχευση, ο Ρίτσαρντ έζησε 8 χρόνια, παντρεύτηκε και απέκτησε δύο παιδιά. Ο Ronald Herrick, στην 50ή επέτειο της επέμβασης, ήταν ζωντανός και τα πήγαινε καλά σε ηλικία 73 ετών (Berman et al., 2008)

Εκείνη την εποχή, και ακόμη και σήμερα, η ιδέα της ζωντανής δωρεάς νεφρού ήταν γεμάτη ηθικές ανησυχίες. Ένας από τους πρώτους κανόνες που διδάσκονται στους φοιτητές ιατρικής είναι αυτός του «μην βλάψεις». Στην περίπτωση του ζωντανού δότη νεφρού, αυτή η εντολή φαίνεται να παραβιάζεται, γιατί ένα υγιές άτομο πρέπει

να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για να προμηθευτεί το όργανό του. Για να είναι ηθικά αποδεκτή η επέμβαση, το όφελος για τον λήπτη πρέπει να υπερβαίνει κατά πολύ τον κίνδυνο που αναλαμβάνει ο δότης. Ένας άλλος ηθικά αποδεκτός λόγος για τη διαδικασία μπορεί να είναι ότι παρέχει όφελος στον δότη. Στην περίπτωση των δύο αδελφών Χέρικ, το όφελος ήταν η επιθυμία του Ρόναλντ να βοηθήσει το δίδυμό του να ζήσει.

Μεταμόσχευση δότη ζωντανού έναντι νεκρού και τρέχουσες λίστες αναμονής

Οι ασθενείς με προχωρημένη νεφρική νόσο μπορούν να λάβουν όργανα είτε από νεκρούς είτε από ζώντες δότες. Τα δεδομένα των αποτελεσμάτων από το UNOS, το Ενωμένο Δίκτυο για την Κοινή χρήση Οργάνων, έχουν δείξει εδώ και καιρό ότι τα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης εμφανίζονται σε λήπτες νεφρών από ζώντες δότες. Για παράδειγμα, το 5ετές ποσοστό επιβίωσης Kaplan-Meier για μεταμοσχεύσεις νεφρού που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 1998 και 2001 είναι 95% για λήπτες ζώντων δωτών, σε αντίθεση με 89% για ασθενείς που λαμβάνουν νεκρά όργανα δότη (Cecka, 2002).

Αν και τα αποτελέσματα με νεφρούς ζώντων δότη είναι ανώτερα, υπάρχει μεγάλη απόκλιση προσφοράς-ζήτησης μεταξύ του αριθμού των ατόμων που είναι πρόθυμα να δωρίσουν νεφρούς και του αριθμού των υποψηφίων στη λίστα αναμονής. Στις 31 Μαΐου 2004, υπήρχαν 88.165 ασθενείς σε αναμονή μεταμόσχευσης, 61.960 από τους οποίους περίμεναν νεφρούς. Κατά τη διάρκεια του 2004, μόνο 16.002 νεφροί μεταμοσχεύθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, εκ των οποίων οι 9.355 ήταν από νεκρούς δότες και οι 6.647 από ζώντες δότες, αντίστοιχα. Αν και ο συνολικός αριθμός των νεφρών που μεταμοσχεύθηκαν κατά το 2004 αντιπροσώπευε αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, είναι θλιβερά ανεπαρκής για να καλύψει τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες της λίστας αναμονής (Berman et al., 2008)

Νόμοι που διέπουν τη μεταμόσχευση

Η αυξανόμενη έλλειψη οργάνων δεν είναι νέο ζήτημα. Ήδη από το 1968, η Εθνική Διάσκεψη των Επιτρόπων για τους Ενιαίους Νόμους του Κράτους συνέταξε τον νόμο περί ομοίμορφων ανατομικών δώρων του 1968 (UAGA). Αυτή η νομοθεσία σχεδιάστηκε για να χρησιμεύσει ως κατευθυντήρια γραμμή για τις κυβερνήσεις των

πολιτειών που περιγράφουν τις αρχές και τις διαδικασίες για τη δωρεά και τη λήψη μεταμοσχευσίμων οργάνων (Regulating the Sale of Human Organs, 71 VA. L. Rev. 1015, 1985).

Σύμφωνα με την UAGA, οποιοσδήποτε ικανός ενήλικας έχει τη δυνατότητα να επιτρέπει, να προσδιορίζει ή να απαγορεύει τη χρήση του σώματος και των οργάνων του για μεταμόσχευση, έρευνα, ή εκπαιδευτικούς σκοπούς μετά το θάνατό του. Η συναίνεση για δωρεά οργάνων μπορεί να διαπιστωθεί είτε με κάρτα δότη είτε μέσω διαθήκης, που αναφέρεται ως σύστημα «opt-in». Ελλείψει μνημονιακής πρόθεσης, ο πλησιέστερος συγγενής μπορεί να καθορίσει εάν θα πραγματοποιηθεί ή όχι η δωρεά.

Η UAGA του 1968 δεν έκανε αναφορά σε οικονομικά κίνητρα ή άλλα νομισματικά ζητήματα που σχετίζονται με την προμήθεια οργάνων, πιστεύοντας ότι το θέμα πρέπει να αφεθεί στην «ευπρέπεια των ευφυών ανθρώπων». (Regulating the Sale of Human Organs, 71 VA. L. Rev. 1017, 1985). Μέχρι το 1973 και οι 50 πολιτείες συμπεριλαμβανομένης της Περιφέρειας της Κολούμπια είχαν αποδεχθεί αυτή τη νομοθεσία (Ann McIntosh, 1990). Ωστόσο, παρά την ευρεία επιδοκιμασία, η έλλειψη οργάνων συνέχισε να κλιμακώνεται.

Το 1987 οι πολιτείες συνέταξαν μια αναθεώρηση του UAGA. Η αναθεωρημένη νομοθεσία απαγόρευσε τις εμπορικές συναλλαγές που αφορούσαν νεκρά όργανα δότη και απλοποίησε την απαίτηση για έγκυρη κάρτα δότη (Uniform Anatomical Gift Act, 1987). Απαίτησε επίσης το ιατρικό προσωπικό να ζητήσει τη συγκατάθεση για δωρεά οργάνων από όλους τους κατάλληλους ασθενείς ή τους πλησιέστερους συγγενείς τους. Επιπλέον, η νέα νομοθεσία επέτρεπε στους δότες να δωρίζουν όργανα, αν αυτή ήταν η προτίμησή τους, ακόμη και όταν οι πλησιέστεροι συγγενείς διαφωνούσαν με την απόφασή τους. Επειδή η UAGA του 1987 δεν έγινε ομοιόμορφα αποδεκτή από όλα τα κράτη, επί του παρόντος τα περισσότερα κράτη δεν απαγορεύουν ρητά την πώληση οργάνων για μεταμόσχευση.

Εκτός από την παραπάνω πολιτειακή νομοθεσία, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση προσπάθησε να επιλύσει την έλλειψη οργάνων με μια ποικιλία νέων νόμων. Το πρώτο από αυτά ιδρύθηκε το 1984 με τη μορφή του Εθνικού Νόμου για τη Μεταμόσχευση Οργάνων (NOTA). Ο νόμος θεσπίστηκε από το Κογκρέσο τόσο για να ανακουφίσει την έλλειψη οργάνων όσο και για να βελτιώσει την αντιστοίχιση δότη-λήπτη μέσω ενός εθνικού συστήματος προμήθειας και κατανομής οργάνων (H.R.REP. No. 575, 98th Congress, first session 1,7, 1983); Για να βοηθήσει στην

επίτευξη των στόχων τους, η NOTA έδωσε εντολή στον Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών να δημιουργήσει ένα εθνικό Δίκτυο Προμήθειας και Μεταμοσχεύσεων Οργάνων (OPTN), το οποίο θα παρείχε ένα κεντρικό ηλεκτρονικό μητρώο πιθανών ληπτών μοσχευμάτων (Berman et al., 2008)

Σε αντίθεση με τον κρατικό νόμο του 1987, ο ομοσπονδιακός νόμος βάσει του NOTA το 1984 απαγόρευε τις εμπορικές συναλλαγές που αφορούσαν ανθρώπινα όργανα από ζωντανούς δότες (Berman et al., 2008)

Η παραβίαση αυτού του νόμου είναι κακούργημα και τιμωρείται με πρόστιμο 50.000 \$ ή/και φυλάκιση έως 5 ετών(Berman et al., 2008).

Αν και αυτή η πράξη απαγορεύει τη χρήση χρημάτων για την απόκτηση, λήψη ή μεταφορά οποιουδήποτε ανθρώπινου οργάνου για μεταμόσχευση, επιτρέπει «λογικές πληρωμές που σχετίζονται με την αφαίρεση, τη μεταφορά, την εμφύτευση, την επεξεργασία, τη διατήρηση, τον ποιοτικό έλεγχο και την αποθήκευση ενός ανθρώπινου οργάνου ή τα έξοδα μετακίνησης, στέγασης και απώλειας μισθών που επιβαρύνουν τον δότη ανθρώπινου οργάνου σε σχέση με τη δωρεά του οργάνου.» (Berman et al., 2008).

Το Κογκρέσο καθιέρωσε την απαγόρευση των οικονομικών κινήτρων για την απόκτηση οργάνων, επειδή οι νομοθέτες φοβούνταν ότι τέτοια κίνητρα θα έπλητταν τα πιο άπορα μέλη της κοινωνίας.

Προσπάθειες για αύξηση της προσφοράς με λιγότερο αμφιλεγόμενα μέσα

Ένα από τα κύρια στοιχεία του NOTA ήταν ότι εξουσιοδότησε το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών (HHS) να δημιουργήσει μια ομάδα εργασίας για την προμήθεια οργάνων, με την απαίτηση να αναπτύξει νέους και πιο αποτελεσματικούς τρόπους προμήθειας και κατανομής οργάνων. Παρόλο που οι αρχές της UAGA και της NOTA έχουν υιοθετηθεί με τη μία ή την άλλη μορφή και στις 50 πολιτείες, η δωρεά οργάνων συνέχισε να είναι πολύ μεγαλύτερη από τη ζήτηση. Παρόλο που αυτό οφείλεται σε αρκετούς λόγους, πρώτον και κύριον, εξακολουθεί να υπάρχει τεράστια έλλειψη δωρητών—τόσο ζώντων όσο και αποθανόντων.

Σίγουρα καταβάλλονται μεγαλύτερες προσπάθειες για να γίνουν περισσότεροι πολίτες δότες οργάνων. Μια επιλογή που εξετάζεται είναι ένας νόμος «εξαίρεσης», παρόμοιος με αυτόν που προσπαθούν αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, όπου υπάρχει

«εικαζόμενη» συναίνεση εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά. Τα αποτελέσματα στην Ευρώπη ήταν μικτά. Για παράδειγμα, ο νόμος εξαίρεσης στη Σουηδία δεν φαίνεται να επηρέασε τα ποσοστά δωρεών ανά εκατομμύριο πληθυσμού, ενώ η Ισπανία αύξησε το ποσοστό δωρεών της, αν και μέτρια (Rieu, 2010). Ωστόσο φαίνεται ότι η εικαζόμενη συγκατάθεση—η οποία κάνει το άτομο να εξαιρεθεί από το να είναι δότης οργάνων/ιστών—δεν αποτελεί πανάκεια για την καταπολέμηση της έλλειψης δωρητών.

Σε μια άλλη προσπάθεια να ενθαρρυνθεί και να διευκολυνθεί η μεταμόσχευση νεφρού δότη, αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν πολιτικές και διαδικασίες για τον εντοπισμό και την επίσπευση της κατανομής των νεφρών με δυσμενή χαρακτηριστικά δότη. Οι νεφροί δότη διευρυμένων κριτηρίων (ECD) αντιπροσώπευαν το 15% των μεταμοσχεύσεων από νεκρούς δότη το 2002, αν και πρέπει να σημειωθεί ότι οι νεφροί ECD έχουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης αλλομοσχευμάτων και η καταλληλότερη χρήση για τους νεφρούς ECD συνεχίζει να συζητείται (Berman et al., 2008).

Το κύριο σημείο είναι ότι οι παραπάνω προσπάθειες, αν και χρήσιμες, είναι, από μόνες τους, ανεπαρκείς για την αντιμετώπιση της τεράστιας και αυξανόμενης λίστας αναμονής για τα νεφρά.

Μαύρη αγορά και μεταμόσχευση νεφρού

Ως αποτέλεσμα της έλλειψης οργάνων, έχει αναπτυχθεί μια μαύρη αγορά στην οποία οι άποροι στοχοποιούνται και πληρώνονται για τα μέρη του σώματός τους. (Finkel, 2001). Αυτό το σύστημα εγκυμονεί πρόσθετους κινδύνους τόσο για τον δότη όσο και για τον λήπτη. Αν και μπορεί να φαίνεται ότι οι αποδέκτες δεν έχουν τίποτα να χάσουν με το να μπουν στη μαύρη αγορά των νεφρών, η πραγματικότητα είναι κάπως διαφορετική. Από τη μία πλευρά, η μεταμόσχευση νεφρού θα πρέπει να αναμένεται να προσφέρει στους ασθενείς μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής καθώς και αισθητά βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Σε μια μελέτη που αναφέρθηκε στο *New England Journal of Medicine*, τα ποσοστά θνησιμότητας αναλύθηκαν σε περισσότερους από 200.000 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση για νεφρική νόσο τελικού σταδίου. Από αυτούς, περίπου 23.000 έλαβαν πραγματικά νεφρό. Τα συνολικά προβλεπόμενα χρόνια ζωής που απομένουν ήταν 10 για τους ασθενείς που παρέμειναν στη λίστα αναμονής και 20 για εκείνους που έλαβαν

μόσχευμα (Wolfe et al., 1999). Από την άλλη πλευρά, επειδή η πώληση οργάνων δεν επιτρέπεται στις ανεπτυγμένες χώρες, πολλοί ασθενείς αναζητούν μεταμόσχευση σε χώρες του τρίτου κόσμου όπου η ιατρική περίθαλψη μπορεί να είναι κατώτερη των προτύπων. Αυτό το σύστημα, επομένως, έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και συννοσηρότητες στους λήπτες, με αποκορύφωμα κατώτερα αποτελέσματα. Προς υποστήριξη αυτής της αντίληψης, το 2003 ο Friedlaender, γιατρός στο Ισραήλ, περιέγραψε μια σειρά 80 ασθενών που υποβλήθηκαν σε εμπορικές μεταμοσχεύσεις νεφρού στο Ιράκ, καθώς η πρακτική είναι παράνομη στο Ισραήλ. Το εξήντα πέντε τοις εκατό των ασθενών χρειάστηκε να μεταφερθούν ξανά στο νοσοκομείο αμέσως μετά τη διαδικασία και υπήρχε ποσοστό θνησιμότητας 10% μετά από 1 χρόνο, πολύ υψηλότερο από αυτό που θα αναμενόταν σε ένα σύγχρονο κέντρο μεταμοσχεύσεων (Friedlaender, 2003). Δημοσιευμένες μελέτες από την Ινδία δείχνουν επίσης αυξημένη συχνότητα ιογενών λοιμώξεων -όπως ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και HIV που αποκτήθηκαν μέσω μεταμόσχευσης- σε λήπτες που επέλεξαν να πληρώσουν μη συγγενείς ζώντες δότες για νεφρά στη μαύρη αγορά (Ounibi, 1993).

Ο κίνδυνος για την υγεία του δότη μπορεί επίσης να είναι σημαντικός σε αυτό το πλαίσιο. Οι εκθέσεις έχουν δείξει ότι, εκτός από το ότι υπόκεινται σε χειρουργικούς κινδύνους και πιθανές μολυσματικές επιπλοκές μετά από νεφρεκτομή , οι δότες μερικές φορές αποστέλλονται στο σπίτι από το νοσοκομείο πολύ νωρίς και συχνά τους χορηγείται υποτυπώδης περίθαλψη ως αποτέλεσμα των τρομερών οικονομικών στενοτήτων και των εκπαιδευτικών τους ανεπάρκειων. Σε αυτούς τους δότες, με περιορισμένη πρόσβαση και πόρους για να ξεκινήσουν, δεν προσφέρεται φροντίδα παρακολούθησης και εξέρχονται χωρίς περαιτέρω προσοχή, αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία. Σε περίπτωση που ένα άτομο πεθάνει ως αποτέλεσμα δωρεάς, συχνά δεν υπάρχουν συστήματα που να προστατεύουν τους πλησιέστερους συγγενείς του ή να προσφέρουν αποζημίωση για οποιαδήποτε αμέλεια ή ζημιά.

Επιχειρήματα κατά της πώλησης οργάνων

Οι ανησυχίες που εγείρονται σχετικά με την πώληση οργάνων, κάποιες πρακτικές και κάποιες άλλες φιλοσοφικές, περιλαμβάνουν (1) η πώληση οργάνων θέτει σε κίνδυνο τον υγιή δότη και αποτελεί παραβίαση μιας βασικής αρχής της ιατρικής, «Μη

βλάβη». (2) η πώληση οργάνων είναι άδικη καθώς δημιουργεί ένα σύστημα δύο επιπέδων όπου οι πλούσιοι μπορούν να αγοράζουν όργανα και οι φτωχοί εξαναγκάζονται από οικονομικά κίνητρα. (3) η ιδέα της πώλησης οργάνων παραβιάζει τους θρησκευτικούς και κοινοτικούς κανόνες και μπορεί στην πραγματικότητα να οδηγήσει σε μείωση της διαθεσιμότητας οργάνων, καθώς ομάδες που αντιτίθενται σε αυτήν την έννοια μπορεί να αρνηθούν την αλτρουιστική δωρεά. και (4) είναι απλώς ανήθικο να πουλάς ανθρώπινα όργανα.

Παραβίαση της Αρχής του «Μη βλάπτειν»

Μια αρχή στην ιατρική είναι ότι το όφελος πρέπει να υπερτερεί του κινδύνου. Στις δυτικές χώρες, η ζωντανή δωρεά νεφρού είναι μια εξαιρετικά ασφαλής διαδικασία (η δωρεά ενός λοβού του ήπατος είναι μια κάπως διαφορετική ιστορία). Μεγάλο μέρος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που σχετίζεται με τη μαύρη αγορά στη μεταμόσχευση νεφρού, που συζητήθηκε προηγουμένως, θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν ίσχυαν νομιμοποιημένα συστήματα για την προστασία ή την παροχή φροντίδας τόσο για τον δότη όσο και για τον λήπτη. Τα οφέλη για τον δότη, καθώς και για τον αποδέκτη και την κοινωνία, θα μπορούσαν να είναι σημαντικά.

Η υποχρεωτική εξάρτηση από τις παραδοσιακές μεθόδους προμήθειας οργάνων αρνείται τη σημασία που παίζουν τα οικονομικά στο τρέχον σύστημα κατανομής οργάνων. Για παράδειγμα, το παρόν σύστημα επιτρέπει την οικονομική αποζημίωση σε όλους εκτός από τον δωρητή (Bailey, 1990). Οι χειρουργοί, το νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιείται η μεταμόσχευση και όλα τα άλλα μέρη που εμπλέκονται στη διαδικασία της προμήθειας αποζημιώνονται για τις προσπάθειές τους. Στην πραγματικότητα, τα νοσοκομεία συχνά χρεώνουν τους μεταμοσχευμένους ασθενείς περισσότερο από το διπλάσιο του κόστους απόκτησης οργάνων του νοσοκομείου (Evans, 1993). Οι παραδοσιακές μέθοδοι προμήθειας οργάνων αγνοούν επίσης το κόστος που επιβαρύνει η κοινωνία ενώ οι ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (ESRD) βρίσκονται στη λίστα αναμονής. Χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο Markov, οι Matas και Schnitzler διαπίστωσαν ότι μια μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό άσχετο δότη που πληρώθηκε θα μπορούσε να εξοικονομήσει 94.579 \$. (Matas & Schnitzler, 2004). Ως εκ τούτου, μια πληρωμή 80.000 \$ σε έναν ζωντανό δότη νεφρού μαζί με την παροχή βελτιωμένων οφελών υγείας μετά τη δωρεά θα εξακολουθούσε να αποφέρει καθαρή οικονομική εξοικονόμηση στην κοινωνία σε

σύγκριση με την παροχή θεραπείας χρόνιας αιμοκάθαρσης για αυτόν τον πιθανό λήπτη ενώ αυτός ή αυτή περιμένει έναν νεκρό νεφρό δότη. Το όφελος για τους παραλήπτες σε αυτήν τη ρύθμιση θα ήταν η ελαχιστοποίηση ή ακόμη και η αποφυγή της ανάγκης αιμοκάθαρσης, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της μακροζωίας. Έτσι, θεωρητικά, οι ζωντανοί δότες νεφρών θα μπορούσαν να αμείβονται έως και 80.000 δολάρια, ενώ ταυτόχρονα εξοικονομούν χρήματα και αυξάνουν τα οφέλη για την υγεία. Μια εναλλακτική, που θα μπορούσε να είναι πιο αποδεκτή, θα ήταν η χρήση κάποιας άλλης μορφής αποζημίωσης, όπως μια υποτροφία κολεγίου για τον ασθενή ή έναν διορισμένο (αυτό συζητείται σε βάθος αργότερα).

Σύστημα δύο επιπέδων για μεταμόσχευση οργάνων και εξαναγκασμός

Μια ανησυχία που έχει διατυπωθεί είναι ότι η πώληση οργάνων επιτρέπει στους πλούσιους να αγοράζουν όργανα ενώ οι φτωχοί θα «τιμολογούνται εκτός αγοράς». Τουλάχιστον για τους νεφρούς, αυτό δεν θα πρέπει να αποτελεί πρόβλημα, καθώς η νεφρική υποκατάσταση (αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση) καλύπτεται από τον HR1, τον νόμο Medicare του 1973, και όλοι δικαιούνται αυτό το επίδομα (Finance, U. S. C. S. C. on, & Means, U. S. C. H. C. on W. and., 1972).

Η πώληση οργάνων θεωρείται επίσης ότι στοχεύει άδικα τους φτωχούς. Εκείνοι που αντιτίθενται στην εμπορευματοποίηση οργάνων εκφράζουν την πεποίθηση ότι οι άποροι δεν είναι σε θέση να ενεργήσουν αυτόνομα μπροστά σε μια πιθανή οικονομική ανταμοιβή και ότι ένα τέτοιο σύστημα περιλαμβάνει εξαναγκασμό όσων είναι μη προνομιούχοι. Υποστηρίζεται ότι η ανταλλαγή μεταξύ πωλητή και παραλήπτη δεν είναι πραγματικά δωρεάν, δεδομένου ότι οι περισσότεροι πιθανοί πωλητές εξαναγκάζονται από οικονομικά οφέλη λόγω της ακραίας φτώχειας και της περιορισμένης διορατικότητάς τους. Ο ισχυρισμός είναι ότι τα οικονομικά μειονεκτήματα δεν έχουν την ελεύθερη βούληση να λάβουν μια πραγματικά τεκμηριωμένη απόφαση όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη δυνατότητα οικονομικής αποζημίωσης (Richard, 2003).

Η ιδέα της ελεύθερης βούλησης και της ενημερωμένης συναίνεσης έχει συζητηθεί από τους Beauchamp και Childress (Beauchamp & Childress, 1994), που και οι δύο είχαν μεγάλη επιρροή στην εξέλιξη και την ανάπτυξη του τομέα της βιοηθικής. Είναι η προσοχή στην αυτονομία που διέπει τα ζητήματα απορρήτου και

εμπιστευτικότητας, καθώς και τα ζητήματα που αφορούν τη συναίνεση μετά από ενημέρωση, καθώς η αρχή της αυτονομίας επιτρέπει την ατομική ελευθερία δράσης. Οι Beauchamp και Childress ορίζουν την αυτονομία ως «προσωπικό κανόνα του εαυτού που είναι απαλλαγμένος τόσο από παρεμβολές ελέγχου από άλλους όσο και από προσωπικούς περιορισμούς που εμποδίζουν την ουσιαστική επιλογή, όπως η ανεπαρκής κατανόηση» (Beauchamp & Childress, 1994).

Αυτός ο ορισμός χρησιμοποιείται συχνά από βιοηθικούς και άλλο ιατρικό προσωπικό για τον καθορισμό της διαδικαστικής πολιτικής στην ιατρική. Ωστόσο, η εξέταση αυτού του ορισμού αποκαλύπτει ότι η αυτονομία στην καθαρή της μορφή είναι περισσότερο μυθοπλασία παρά πραγματικότητα, καθώς όλοι μας, σε κάποιο βαθμό, διέπεται από ελεγχόμενες επιρροές από άλλους.

Η έννοια της αυτονομίας πηγάζει από μια καντιανή φιλοσοφία και θεώρηση του κόσμου. Ο Immanuel Kant, ένας φιλόσοφος του δέκατου όγδοου αιώνα, ανέπτυξε αμετάβλητους κανόνες με τους οποίους πίστευε ότι τα άτομα πρέπει να ζουν τη ζωή τους. Ένας από αυτούς τους κανόνες είναι ότι κάθε άτομο είναι αυτοσκοπός και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τέτοιος. Σύμφωνα με τον Καντ, δεν πρέπει ποτέ να αντιμετωπίζεται κανείς ως μέσο για έναν σκοπό. Για τον Καντ, βλέποντας ότι είμαστε όλοι αυτοσκοποί, και προορίζεται να ενεργούμε από την αίσθηση του καθήκοντος ανεξάρτητα από τις εξωτερικές μας συνθήκες και επιρροές, η θέσπιση μιας αρχής όπως η αυτονομία φαίνεται λογική (Kant, 1908).

Ενώ οι ιδέες του Καντ φαίνονται αξιέπαινες, όταν οι καντιανές αρχές εφαρμόζονται σε πραγματικές καταστάσεις, η φιλοσοφία του συνήθως καταρρέει. Το πρόβλημα με την καντιανή άποψη, αλλά και με την αρχή της αυτονομίας, είναι ότι είναι πολύ αφηρημένη και δεν είναι πάντα πρακτική. Οι καταστάσεις της πραγματικής ζωής απαιτούν συχνά μια λεπτή κατανόηση των περιστάσεων και των κινήτρων και δεν μπορούν πάντα να αποφασιστούν με βάση άκαμπτες αρχές. Ιδιαίτερα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τα άτομα έχουν μοναδικές εμπειρίες και υποφέρουν σε πολύ πρακτικό επίπεδο. Η εφαρμογή άκαμπτων αρχών στην κατάστασή τους μπορεί να μην είναι σκόπιμη.

Η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, η οποία σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress δημιουργήθηκε κυρίως για την προστασία της αυτονομίας, είναι εξίσου άμορφη. Είναι σπάνια ενημερωμένο ή πραγματικά συναινετικό. Οι Beauchamp και Childress αναφέρουν αυτό όταν αναφέρουν ότι η αποκάλυψη πληροφοριών, ένας παράγοντας απαραίτητος για την ενημερωμένη συγκατάθεση, είναι «συνήθως λιγότερο

ζωτικής σημασίας στην κλινική ιατρική από τη σύσταση ενός επαγγελματία υγείας για μία ή περισσότερες ενέργειες» (Beauchamp & Childress, 1994).

Η αποκάλυψη πληροφοριών ακούγεται σαν ένα αντάξιο ιδανικό και υποθετικά θα δημιουργούσε στους ασθενείς μια πραγματική κατανόηση της κατάστασης και των επιλογών τους. Ωστόσο, στην πράξη, είναι συχνά η σύσταση των γιατρών που κάνει τη διαφορά. Η «κατανόηση», ένας άλλος παράγοντας που είναι σημαντικός για την ενημερωμένη συναίνεση, δεν είναι επίσης πάντα πρακτική, καθώς «είναι μακρινές οι πιθανότητες ένα υποκείμενο να καταλάβει πραγματικά σε τι έχει συναινέσει» (Beauchamp & Childress, 1994).

Αν και η αυτονομία μπορεί να είναι περισσότερο φαντασία παρά πραγματικότητα, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι, σε κάθε περίπτωση, μια ομάδα μπορεί να έχει λιγότερη αυτονομία από μια άλλη. Αν κάποιος οδηγούσε αυτό το επιχείρημα στο λογικό του συμπέρασμα, μπορεί να δυσκολευτεί να εξηγήσει γιατί μια ομάδα που πιστεύει ότι έχει περιορισμένη αυτονομία, δηλαδή οι φτωχοί, πρέπει να περιοριστεί περαιτέρω όταν αποφασίζουν να πουλήσουν ένα νεφρό. Στην πραγματικότητα, μπορεί να προβληθεί ένα επιχείρημα ότι το να επιτρέπεται σε ένα άτομο να επωφεληθεί από την πώληση του νεφρού του/της ενισχύει περαιτέρω την αυτονομία του ατόμου και του δίνει την ευκαιρία να βελτιώσει τις οικονομικές του συνθήκες. Ίσως η καλύτερη πορεία είναι να προσπαθήσουμε να αλλάξουμε τις συνθήκες στις οποίες ζουν τα μειονεκτούντα άτομα, σε αντίθεση με τον περαιτέρω περιορισμό των επιλογών τους.

Παραβίαση Θρησκευτικών και Κοινωνικών Κανόνων

Έχει υποστηριχθεί ότι η χρήση οικονομικών κινήτρων θα μπορούσε να αποξενώσει θρησκείες και πολιτισμούς και στην πραγματικότητα να μειώσει την προσφορά διαθέσιμων οργάνων (Caplan, 2004). Για παράδειγμα, η Καθολική Εκκλησία είναι αντίθετη στην πώληση ανθρώπινων οργάνων (Stempsey, 2000). Επίσης, όπως σημειώνει ο Caplan, οι Αφροαμερικανοί είναι εξίσου πιθανό να αποκλειστούν από μια αγορά μερών του σώματος, λόγω της ιστορικής τους εμπειρίας με τη δουλεία και της δυσπιστίας για το ιατρικό σύστημα που προκύπτει από εμπειρίες όπως η μελέτη για τη σύφιλη Tuskegee , δεδομένου ότι πρέπει να παρακινούνται από οικονομικά κίνητρα. (Caplan, 2004; Minniefield, Yang & Muti, 2001; Siminoff & Saunders Sturm, 2000).

Προφανώς, είναι αδύνατο να γνωρίζουμε τον αντίκτυπο των οικονομικών κινήτρων στην προμήθεια ανθρώπινων οργάνων προτού επιχειρηθεί ένα τέτοιο «πείραμα». Ωστόσο, τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης είναι ενθαρρυντικά. Στην Πενσυλβάνια, επικοινωνήσε με 971 ασθενείς σε μια τηλεφωνική έρευνα και οι ερωτηθέντες ρωτήθηκαν αν υποστήριζαν τα οφέλη του δωρητή οργάνων ως θέμα δημόσιας πολιτικής και αν πίστευαν ότι τα οφέλη θα επηρεάσουν τα ποσοστά δωρεών (Bryce et al., 2005). Πρωταρχικός στόχος ήταν να εξεταστεί πώς η κοινή γνώμη διέφερε ανάλογα με τα κοινωνικό δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, ιδιαίτερα την εθνικότητα τους και το κατά πόσον ήταν εγγεγραμμένοι ως δότες ή όχι. Η μελέτη βρήκε υποστήριξη για τα οφέλη των δωρητών, με το 59% των ερωτηθέντων να συμφωνεί ότι «το κράτος θα πρέπει να προσφέρει κίνητρα ή παροχές που ενθαρρύνουν τις επιλέξιμες οικογένειες να δωρίσουν τα όργανα ενός αγαπημένου τους προσώπου». Στα προσαρμοσμένα μοντέλα, οι μη λευκοί ερωτηθέντες είχαν διπλάσιες πιθανότητες να υποστηρίξουν την άμεση πληρωμή από ό,τι οι λευκοί ερωτηθέντες. Είναι σημαντικό ότι η μελέτη δεν διαπίστωσε ότι οι επί του παρόντος εγγεγραμμένοι δότες θα αντιτίθεντο στα οφέλη ή θα επανεξέταζαν την απόφασή τους να δωρίσουν. Αντίθετα, οι εγγεγραμμένοι δωρητές εμφανίστηκαν ιδιαίτερα προσηλωμένοι στην απόφασή τους για δωρεά και εξέφρασαν σθεναρή υποστήριξη σε προγράμματα παροχών. Ο αριθμός των ερωτηθέντων που αντιτάχθηκαν στα επιδόματα ήταν μικρός ((Bryce et al., 2005). Όσον αφορά τη θρησκευτική πεποίθηση, το 78,7% των ερωτηθέντων ήταν Χριστιανοί, το 3,1% Εβραίοι, το 5,1% «άλλοι», το 11,8% «Κανένας» και το 1,2% αρνήθηκε να απαντήσει ή δεν γνώριζε, κάτι που αντικατοπτρίζει τον πληθυσμό των ΗΠΑ.

Η παραπάνω μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά τις μειονοτικές ομάδες. Οι Καυκάσιοι δότες αποτελούσαν τους περισσότερους από τους εκτιμώμενους 50.524 ζώντες δότες νεφρών μεταξύ 1988 και 2005. Αντίθετα, τα δεδομένα από την UNOS δείχνουν ότι ο αριθμός των δοτών από ιστορικά μειονεκτούσες εθνοτικές ομάδες ήταν πολύ χαμηλότερος: 9084 για τους Αφροαμερικανούς και 8136 για τους Ισπανόφωνους. περίοδος. Ουσιαστικά, ενώ οι Αφροαμερικανοί αντιπροσωπεύουν το 36% των υποψηφίων για μεταμόσχευση νεφρού στη λίστα αναμονής, εξακολουθούν να υπό - εκπροσωπούνται μεταξύ των ληπτών ζωντανών δοτών και επιπλέον έχουν χαμηλότερα ποσοστά μεταμόσχευσης από τους Καυκάσιους (Danovitch et al., 2005) Όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις νεφρού νεκρού δότη, υπήρξαν 63.830 νεφροί από Καυκάσιους κατά την ίδια χρονική περίοδο (1988 έως 2005) σε σύγκριση με 10.618

και 8919 για τους Αφροαμερικανούς και Ισπανούς ομολόγους τους, αντίστοιχα (Procurement, O., & Network, T. (2005). Αυτό είναι σημαντικό επειδή οι ιστορικά μειονεκτούσες μειονότητες περνούν περισσότερο χρόνο στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού και έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να βρουν ένα ταίριασμα οργάνου από ό,τι άλλες εθνοτικές ομάδες. Είναι επίσης λιγότερο πιθανό να λάβουν καλά ταιριαστά όργανα, μια κατάσταση που συμβάλλει σε υψηλότερους κινδύνους απόρριψης μοσχεύματος και τελικά αποτυχία μοσχεύματος σε αυτόν τον πληθυσμό (Sten, 1994).

Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν έντονα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ιστορικά μειονεκτούσες μειονότητες. Τα προσεκτικά ρυθμιζόμενα και ελεγχόμενα προγράμματα που προσφέρουν οικονομικά κίνητρα για όργανα θα μπορούσαν ενδεχομένως να αυξήσουν τη δεξαμενή των διαθέσιμων νεφρών και να βοηθήσουν τις μειονεκτούσες μειονότητες σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό. Αυτό είναι ιδιαίτερα οδυνηρό μεταξύ του αφροαμερικανικού πληθυσμού, που έχει προσβληθεί δυσανάλογα με ESRD , με υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης και επιπολασμού σε σύγκριση με τους Καυκάσιους. Για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω και για το γεγονός ότι έξι αντιστοιχίσεις αντιγόνου δίνονται σε ασθενείς κατά προτίμηση, ανεξάρτητα από το χρόνο στη λίστα αναμονής, τα έτη 2001 και 2002 ο μέσος αριθμός ημερών που δαπανήθηκαν στη λίστα αναμονής για Καυκάσιους με ESRD ήταν 1312 , ενώ ο αριθμός των ημερών για τους Αφροαμερικανούς και τους Ισπανόφωνους δεν υπολογίστηκε καν καθώς λιγότερες από τις μισές από αυτές που περιλαμβάνονται στον κατάλογο μεταμοσχεύθηκαν (Procurement, O., & Network, T., 2011).

Σύμφωνα με τα ιστορικά δεδομένα, τα βελτιωμένα ποσοστά μεταμοσχεύσεων και η μεγαλύτερη χρήση ζώντων δοτών σε αυτούς τους πληθυσμούς ασθενών αναμένεται να ενισχύσουν το προσδόκιμο ζωής και την επιβίωση των ασθενών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πρόσφατα έγινε προσπάθεια να αυξηθεί η διαθεσιμότητα νεφρών για μειονότητες με την απόφαση του 2004 της UNOS για την άρση της αναγκαιότητας αντιστοίχισης θέσεων B, η οποία είναι σχετικά συγκεκριμένη στις μειονότητες, αν και τα πρακτικά αποτελέσματα αυτής της απόφασης είναι δεν είναι ακόμη πλήρως γνωστό.

Η ηθική της πώλησης οργάνων

Το τελευταίο από τα επιχειρήματα που συζητήθηκαν χαρακτηρίζεται καλύτερα από τα λόγια του John Stuart Mill, ενός φιλοσόφου του 19ου αιώνα: «Επειδή, εάν [μια γνώμη] γινόταν αποδεκτή ως αποτέλεσμα επιχειρήματος, η διάψευση του επιχειρήματος θα μπορούσε να κλονίσει τη σταθερότητα της πεποίθησης ; Αλλά όταν βασίζεται αποκλειστικά στο συναίσθημα, όσο χειρότερα τα πάει σε διαμάχη επιχειρηματολογίας, τόσο πιο πεπεισμένοι είναι οι οπαδοί του ότι το συναίσθημά τους πρέπει να έχει κάποιο βαθύτερο έδαφος, στο οποίο τα επιχειρήματα δεν φτάνουν. και ενώ το συναίσθημα παραμένει, πάντα αναδύει νέα επιχειρήματα για να διορθώσει οποιαδήποτε παραβίαση στο παλιό» (Stuart Mill, 2018).

Έτσι, όταν τα παραπάνω επιχειρήματα αντικρούονται, η αμετάβλητη απάντηση είναι ότι η πώληση μερών ανθρώπινου σώματος είναι απλώς εγγενώς ανήθικη. Σαφώς, δεν υπάρχουν πολλά που μπορούμε να πούμε για να πείσουμε κάποιον με τέτοια άποψη για την ανάγκη πώλησης νεφρών. Ωστόσο, όσοι υποστηρίζουν αυτό το επιχείρημα θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι τα άτομα ασχολούνται με την πώληση σωματικών ιστών στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα. Για παράδειγμα, νεαρές φοιτήτριες γίνονται στόχος ανθρώπων που θέλουν απεγνωσμένα παιδιά και που πληρώνουν αυτές τις γυναίκες για τα ωάρια τους. Υπάρχουν άνδρες που επιλέγουν να δωρίσουν το σπέρμα τους με αντάλλαγμα οικονομική αποζημίωση. Οι άνθρωποι πουλάνε επίσης αίμα. στην πραγματικότητα ενθαρρύνονται να το κάνουν σε στιγμές ανάγκης. Ενώ οι αιμοδότες καταλήγουν να αναγεννούν το αίμα που παρέχουν, υπόκεινται επίσης σε ελάχιστο κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένης της μόλυνσης και της μειωμένης αποθήκης αίματος για την περίοδο που απαιτείται για την αναγέννηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων τους. Τέλος, όσοι πιστεύουν ότι δεν πρέπει να νομιμοποιηθεί ένα σύστημα πώλησης οργάνων, κλείνουν τα μάτια στην κακοποίηση που υφίστανται οι άνθρωποι που προσπαθούν να προστατεύσουν από τη μαύρη αγορά. Η πραγματικότητα είναι ότι η έλλειψη οργάνων πρέπει να αντιμετωπιστεί με τρόπο που θα αυξήσει τις δωρεές και μέχρι να γίνει, η πώληση οργάνων θα συνεχιστεί στη μαύρη αγορά. Ένα ισχυρό επιχείρημα μπορεί να προβληθεί ότι η ευημερία τόσο αυτών που περιμένουν τα όργανα όσο και εκείνων που είναι πρόθυμοι να τα πουλήσουν δεν πρέπει να τίθεται σε κίνδυνο για χάρη μιας φιλοσοφικής πεποίθησης. Εάν κάποιος είναι αποφασισμένος να αποδεχθεί την ανηθικότητα της πώλησης οργάνων ως αυτοδύναμη αρχή, πρέπει επίσης να αποδεχθεί ότι υπάρχουν άλλες, εξίσου σημαντικές ανησυχίες που θα παρακαμφθούν

ως αποτέλεσμα. Μερικά από αυτά περιλαμβάνουν το να επιτρέπεται στους ανθρώπους να πεθάνουν όταν διαφορετικά θα μπορούσαν να είχαν σωθεί και η άρνηση σε ικανά άτομα του δικαιώματος να κάνουν επιλογές.

Άλλα είδη οικονομικής αμοιβής

Αν και τα επιχειρήματα υπέρ της πώλησης νεφρών μπορεί να είναι πειστικά, υπάρχει πάντα η πιθανότητα κατάχρησης εάν υιοθετηθεί ένα καθαρό σύστημα αγοράς. Για παράδειγμα, υπάρχει η δυνατότητα διαπραγμάτευσης των νεφρών μέσω του Διαδικτύου ή μέσω άλλων δύσκολα ρυθμιζόμενων μέσων. Ως απάντηση, έχουν προταθεί άλλα οικονομικά κίνητρα. Μια τέτοια εναλλακτική είναι μια προσέγγιση της αγοράς μελλοντικής εκπλήρωσης «κατ' αποκοπή ποσού» σύμφωνα με την οποία ένας δότης θα μπορούσε να κατονομάσει είτε ένα άτομο είτε έναν φιλανθρωπικό δικαιούχο εάν τα όργανά του/της προμηθεύονταν για σκοπούς δωρεάς. Αυτό το σύστημα δεν περιλαμβάνει απαραίτητα ανταλλαγές μετρητών, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει εναλλακτικές λύσεις όπως η πληρωμή των εξόδων κηδείας. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να υπάρξει λιγότερος οικονομικός εξαναγκασμός για όσους επιθυμούν να δωρίσουν. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην πρόσφατη μελέτη των Bryce et al για τους πέντε τύπους οφελών που περιλαμβάνονται στην έρευνά τους, όλοι ευνοήθηκαν από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Ωστόσο, οι άμεσες πληρωμές έλαβαν το χαμηλότερο επίπεδο υποστήριξης (84% ευνόησε τα ιατρικά έξοδα, 81% ευνοούσε επιδόματα κηδείας, 78% έξοδα ταξιδιού/διαμονής, 73% φιλανθρωπικές συνεισφορές και 53% ευνόησε τις άμεσες πληρωμές) (Bryce et al., 2005)

Το άλλο μοντέλο είναι ένα από τις ανανεώσιμες συμβάσεις στις οποίες τα άτομα που εκφράζουν σταθερά την επιθυμία να δωρίσουν τυγχάνουν προνομιακής μεταχείρισης οργάνων εάν παραστεί ανάγκη. Ωστόσο, αυτό το μοντέλο είναι προβληματικό για πολλούς λόγους, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας περαιτέρω επιδείνωσης της ανισότητας εντός του τρέχοντος συστήματος. Επίσης, εγείρει το υποθετικό φιλοσοφικό δίλημμα της εξύψωσης εκείνων που εκδηλώνουν την προθυμία να υποστούν μια πράξη ευεργεσίας πάνω από εκείνους που επιδεικνύουν διαρκή ευεργεσία για μια ζωή (Siminoff, & Leonard, 1999).

Συμπερασματικά, πολλά προγράμματα έχουν αναπτυχθεί όλα αυτά τα χρόνια για να προσπαθήσουν να αυξήσουν το ποσοστό δωρεάς οργάνων. Ωστόσο, κανένα από

αυτά τα προγράμματα δεν ήταν πλήρως επιτυχές και ο αριθμός των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού λίστα αναμονής συνεχίζει να αυξάνεται. Όσοι είναι ενάντια στα οικονομικά κίνητρα για τη δωρεά οργάνων βασίζονται κυρίως σε ένα καντιανό επιχείρημα αυτονομίας και σε επιχειρήματα σχετικά με την εγγενή έλλειψη ηθικής στην πώληση οργάνων. Ωστόσο, η πραγματικότητα που αντιμετωπίζουμε απαιτεί μια ειλικρινή επανεκτίμηση της κατάστασης. Τα οικονομικά κίνητρα είναι πολύ πιθανό να αυξήσουν τη δεξαμενή χορηγών. Αν και κάθε σύστημα που περιλαμβάνει οικονομικά κίνητρα θα πρέπει να ρυθμιστεί προσεκτικά, έχει τη δυνατότητα να προσφέρει σε όλους τους εμπλεκόμενους πολλά οφέλη. Εκτός από την αύξηση της δεξαμενής δοτών, ένα τέτοιο σύστημα μπορεί να λειτουργήσει κατά προτίμηση προς όφελος εκείνων από ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος και εκείνων που συχνά έχουν μειωμένη πρόσβαση στη μεταμόσχευση. Είτε τα κίνητρα έχουν τη μορφή συμβάσεων ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, προτάσεων που βασίζονται στην αγορά ή μελλοντικών αγορών κατ' αποκοπή ποσού, Είναι σημαντικό να αποτραπεί η τρέχουσα έλλειψη οργάνων να γίνει ακόμη μεγαλύτερη ανησυχία. Ως απάντηση σε αυτό το πρόβλημα, το Ινστιτούτο Ιατρικής φέρεται να συνεργάζεται με μια ομάδα ειδικών για να μελετήσει διάφορες επιλογές για την αύξηση της δωρεάς οργάνων, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης οικονομικών κινήτρων τόσο για ζώντες όσο και για νεκρούς δότες (Bryce et al., 2005).

Κίνητρα για τα κράτη

Η μεταμόσχευση οργάνων σώζει τη ζωή χιλιάδων ασθενών σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο. Ωστόσο, μια χρόνια έλλειψη οργάνων επισκιάζει αυτή την επιτυχία. Ορίζουμε την έλλειψη οργάνων ως πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω των σοβαρών συνεπειών της στους ασθενείς και την κοινωνία. Αυτός ο ορισμός εγείρει το ζήτημα του ρόλου του κράτους στη μεταμοσχευτική ιατρική. Μας οδηγεί στη διαμόρφωση μιας δημόσιας πολιτικής που προωθεί τη δωρεά οργάνων μέσω κρατικών κινήτρων, δηλαδή ρυθμιστικών μέσων για την επιβράβευση της προθυμίας των ατόμων για δωρεά. Τα κίνητρα επιτρέπουν στο κράτος να εκφράσει ευγνωμοσύνη για την πράξη αλληλεγγύης του δωρητή προς τον αποδέκτη και την κοινωνία.

Η μεταμοσχευτική ιατρική βρίσκεται σε σταυροδρόμι όσον αφορά τη δημόσια πολιτική, καθώς τα σημερινά νομικά πλαίσια για τη δωρεά οργάνων είναι ανεπαρκή για την αντιμετώπιση μιας δύσκολης πραγματικότητας. Παρά την εφαρμογή

διαφόρων μέτρων κατά τη διάρκεια των ετών, η διαφορά μεταξύ του αριθμού των οργάνων που δωρίζονται και των αναγκών των ασθενών συνεχίζει να αυξάνεται σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο (Chatterjee et al., 2015) Ο αριθμός των οργάνων για τη θεραπεία ασθενών στη λίστα αναμονής είναι ανεπαρκής και είναι ολοένα και περισσότερο.

Δεδομένης της σοβαρής έλλειψης οργάνων, υπάρχουν έντονες συζητήσεις σχετικά με έναν νομικά και ηθικά αποδεκτό τρόπο προώθησης της δωρεάς οργάνων. Η παραδοσιακή υποτροφία έχει ασχοληθεί με το ζήτημα της μεταρρύθμισης των υφιστάμενων συστημάτων προμήθειας οργάνων σύμφωνα με τις γραμμές που χωρίζουν τον αλtruισμό και τις προσεγγίσεις που βασίζονται στην αγορά, ή τη διχοτόμηση δώρου έναντι αγοράς (Cohen, 2014). Οι υποστηρικτές της αλtruιστικής δωρεάς, από τη μία πλευρά, υπερασπίζονται τον μύθο της δωρεάς ως ανιδιοτελούς, αλtruιστικής πράξης και αντιτίθενται στις αλλαγές στο σημερινό σύστημα. Οι υποστηρικτές της αγοράς, από την άλλη πλευρά, δεν βλέπουν κανένα εμπόδιο στο να θεωρούνται τα όργανα ως εμπορεύσιμα αγαθά και επαινούν τις ευεργετικές συνέπειες ενός αυξημένου αριθμού διαθέσιμων οργάνων. Αυτή η διχογνωμία δεν έχει ακόμη ξεπεραστεί.

Από νομική άποψη, τα κρατικά κίνητρα για δωρεά οργάνων εγείρουν ένα κρίσιμο ερώτημα: Είναι συμβατά με την απαγόρευση πώλησης οργάνων και, γενικότερα, με την απαγόρευση απόκτησης οφέλους από το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του;

Η απαγόρευση της πώλησης οργάνων θεσπίζεται πρώτα από όλα στο διεθνές δίκαιο. Η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική είναι η πιο σημαντική αναφορά εδώ (COUNCIL OF EUROPE, 1997) Αυτή η σύμβαση επιβάλλει νομικά δεσμευτικές υποχρεώσεις στα 29 κράτη μέλη που έχουν επικυρώσει το κείμενό της. Σύμφωνα με το άρθρο 21 («Απαγόρευση οικονομικού οφέλους»), «το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του δεν πρέπει, ως τέτοια, να δημιουργούν οικονομικό όφελος». Άρθρο 21 του Πρόσθετου Πρωτοκόλλου του Συμβουλίου της Ευρώπης για τη Μεταμόσχευση (COUNCIL OF EUROPE, 2002) βελτιώνει την απαγόρευση που θεσπίζει η σύμβαση αποκλείοντας όχι μόνο το οικονομικό κέρδος αλλά και οποιοδήποτε άλλο συγκρίσιμο πλεονέκτημα σε αντάλλαγμα για ένα όργανο. Το ίδιο άρθρο προβλέπει εξαιρέσεις από αυτόν τον κανόνα, όπως αποζημίωση ζώντων δωρητών για απώλεια εισοδήματος και άλλες δικαιολογημένες δαπάνες. Το άρθρο 22 του πρόσθετου πρωτοκόλλου για τη μεταμόσχευση απαγορεύει την εμπορία οργάνων (Council of Europe, 2014)

Άλλοι διεθνείς κανόνες αναφέρονται επίσης στην απαγόρευση της πώλησης οργάνων. Ένα εξέχον νομικά μη δεσμευτικό κείμενο είναι το ψήφισμα για τις κατευθυντήριες αρχές για τη μεταμόσχευση ανθρώπινων κυττάρων, ιστών και οργάνων που εγκρίθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (World Health Organization, 2010). Η Αρχή 5 ορίζει ότι τα όργανα «θα πρέπει να δωρίζονται μόνο ελεύθερα, χωρίς καμία χρηματική πληρωμή ή άλλη ανταμοιβή χρηματικής αξίας. Η αγορά ή η προσφορά αγοράς (...) οργάνων για μεταμόσχευση, ή η πώλησή τους από ζωντανά άτομα ή από τους πλησιέστερους συγγενείς για αποθανόντες, θα πρέπει να απαγορευθεί». Οι Κατευθυντήριες Αρχές του ΠΟΥ επιτρέπουν την αποζημίωση δαπανών για δωρεά εν ζωή.

Το νομικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι επίσης σχετικό, καθώς επιβάλλει νομικά δεσμευτικές υποχρεώσεις στα 26 κράτη μέλη. Το άρθρο 3 («Δικαίωμα στην ακεραιότητα του ατόμου») του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων επιβάλλει την «απαγόρευση να γίνει το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του ως τέτοια πηγή οικονομικού κέρδους» (Journal of the European Union, 2010) Σύμφωνα με το άρθρο 13 της Οδηγίας 2010/45/ΕΕ, «οι δωρεές οργάνων από νεκρούς και ζώντες δότες είναι εθελοντικές και μη αμειβόμενες» Αυτή η «αρχή της μη πληρωμής» δεν αποκλείει την αποζημίωση δαπανών για ζώντες δότες.

Η απαγόρευση της πώλησης οργάνων είναι μια ευρέως αναγνωρισμένη νομική αρχή, όχι μόνο στο διεθνές, αλλά και στο εσωτερικό δίκαιο (McHale, 2013). Θεσπίζεται σε εθνικό επίπεδο από τα περισσότερα νομικά συστήματα στον ανεπτυγμένο κόσμο (THE GLOBAL OBSERVATORY ON DONATION AND TRANSPLANTATION - GODT). Η βιβλιογραφία περιστασιακά περιγράφει την απαγόρευση των πωλήσεων οργάνων ως παγκόσμια νομική αρχή, καθώς η απαγόρευση είναι, *de jure* τουλάχιστον, σχεδόν παγκόσμια (Levy, 2018). Η απαγόρευση πωλήσεων οργάνων δεν είναι απόλυτη νομική αρχή σκληρή, καθώς υπόκειται σε εξαιρέσεις. Σε πολλές πολιτείες, ο κανονισμός για τη δωρεά διαβίωσης επιτρέπει την οικονομική αποζημίωση (π.χ. επιστροφή του χαμένου εισοδήματος, άδεια από την εργασία, έξοδα ταξιδιού και ιατρικής περίθαλψης, ασφάλιση ζωής και αναπηρίας) (Giubilini, 2015).

Για να αξιολογηθεί η συμβατότητα των κρατικών κινήτρων με την απαγόρευση των πωλήσεων οργάνων, η υποκείμενη κανονιστική λογική καθίσταται σχετική. Μια ανάλυση της κανονιστικής ιστορίας και της πρόθεσής της δείχνει ότι αυτή η νομική αρχή απαγορεύει τις ιδιωτικές εμπορικές συναλλαγές που περιλαμβάνουν χρήματα

μεταξύ του δότη, του λήπτη και τρίτων (π.χ. μεσίτες οργάνων, μεσάζοντες). Η απαγόρευση των πωλήσεων οργάνων αποσκοπεί στην πρόληψη της κατάχρησης στην ιατρική μεταμοσχεύσεων. Σκοπός του είναι (α) να προστατεύει τους δωρητές και τους λήπτες, που βρίσκονται σε ευάλωτη θέση, διαφυλάσσοντας την αξιοπρέπειά τους και αποφεύγοντας την αδικαιολόγητη παρότρυνση και εκμετάλλευση· (β) εγγυάται ίση πρόσβαση στα όργανα, που δεν σχετίζονται με την ικανότητα και την προθυμία του ασθενούς να πληρώσει· (γ) διατήρηση της ασφάλειας στη μεταμοσχευτική ιατρική· και (δ) καταπολέμηση του μεταμοσχευτικού τουρισμού και της εμπορίας οργάνων.

Εντός ενός νομικού πλαισίου που τιμά την απαγόρευση απόκτησης οφέλους από το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του, υπάρχει ισχυρή κανονιστική θέση κατά της απόδοσης χρηματικής αξίας στα όργανα και της ένταξής τους σε ιδιωτικές εμπορικές συναλλαγές μεταξύ ατόμων (Satel & Cronin, 2015). Ωστόσο, τα κρατικά κίνητρα που προωθούν τη συναίνεση για δωρεά οργάνων δεν ισοδυναμούν με τιμή αγοράς για ένα όργανο (Satel & Cronin, 2015). Δεν αποδίδουν χρηματική αξία στα όργανα ούτε τα εμπλέκουν σε εμπορικές συναλλαγές (Søbirk Petersen, & Lippert-Rasmussen, 2012). Ένα κίνητρο είναι ένα μέσο δημόσιας πολιτικής (Satel et al., 2014) μια ανταμοιβή για τη χειρονομία δωρεάς, η οποία είναι μια γενναιόδωρη πράξη αλληλεγγύης προς τους ασθενείς που έχουν ανάγκη και την κοινωνία. «Γίνεται κατανοητό, από όλα τα μέρη, ως ανταμοιβή προς το άτομο για την πράξη του να παρέχει σωματικό υλικό, παρά με την ίδια την αγορά υλικού» (NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, 2011).

Ως εκ τούτου, τα κρατικά κίνητρα δεν παραβιάζουν την απαγόρευση των πωλήσεων οργάνων και είναι σύμφωνα με την υποκείμενη κανονιστική λογική της, υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Οι κατάλληλες και ανάλογες εκφράσεις εκτίμησης και ευγνωμοσύνης από το κράτος στο πλαίσιο μιας δημόσιας τάξης είναι συμβατές με τα υπάρχοντα νομικά πλαίσια που απαγορεύουν τις πωλήσεις οργάνων. Οι Satel et al. προτείνουν ένα «πρότυπο λογικότητας» για την αξιολόγηση των κρατικών κινήτρων που έχουν σχεδιαστεί για να ενθαρρύνουν τη δωρεά οργάνων (Satel & Cronin, 2015). Εδώ υποστηρίζουμε ότι ως μέσα δημόσιας πολιτικής, τα μη χρηματοοικονομικά και έμμεσα οικονομικά κίνητρα περνούν το τεστ εύλογου. Ωστόσο, πρέπει να αποκλειστούν άμεσα οικονομικά κίνητρα (δηλαδή ρυθμιζόμενη αγορά οργάνων· μελλοντική αγορά). Καθώς προσφέρουν μια τιμή αγοράς και

εμπλέκουν νομικά δεσμευτικές συμβάσεις πώλησης, παραβιάζουν την απαγόρευση πώλησης οργάνων (Biller-Andorno & Capron, 2011).

Για μελλοντική νομοθετική μεταρρύθμιση που εισάγει κρατικά κίνητρα, είναι σκόπιμο να τροποποιηθούν τα ισχύοντα νομικά πλαίσια για την προμήθεια οργάνων και να διευκρινιστεί ότι τέτοια κίνητρα δεν παραβιάζουν την απαγόρευση πώλησης οργάνων (Mader, 2011). Η κανονιστική τεχνική της δημιουργίας εξαίρεσης για τα κρατικά κίνητρα μπορεί να εφαρμοστεί με ανάλογο τρόπο με τον τρόπο με τον οποίο οι ισχύοντες κανονισμοί περιορίζουν την αποζημίωση για τους ζώντες δότες (Council of Europe (2002) Ένα άλλο παράδειγμα είναι πώς οι κανονισμοί της επιστημονικής έρευνας επιτρέπουν την κάλυψη των εξόδων κηδείας για άτομα που δωρίζουν το σώμα τους σε έρευνα ή ιατρική εκπαίδευση μετά θάνατον.

Κατανομή των οργάνων

Πέρα από την απαγόρευση των πωλήσεων οργάνων, τα κρατικά κίνητρα εγείρουν άλλα νομικά ζητήματα. Για τα μη οικονομικά κίνητρα, το κεντρικό ερώτημα αναφέρεται στη δίκαιη κατανομή των οργάνων, καθώς οι ιατρικοί πόροι θα διανέμονται με βάση τις ιατρικές ανάγκες και όχι την αξία (Hartogh, 2010). Η δίκαιη κατανομή των οργάνων αποτελεί έκφραση των νομικών αρχών της ίσης μεταχείρισης και της μη διάκρισης.

Τόσο οι διεθνείς όσο και οι εγχώριοι νόμοι τηρούν ρητά και σιωπηρά τη δίκαιη κατανομή των οργάνων. Το άρθρο 3 του Πρόσθετου Πρωτοκόλλου του Συμβουλίου της Ευρώπης για τη Μεταμόσχευση , για παράδειγμα, ορίζει ότι τα όργανα θα κατανέμονται σύμφωνα με διαφανείς, αντικειμενικούς και δεόντως αιτιολογημένους κανόνες σύμφωνα με ιατρικά κριτήρια. Στα εθνικά νομικά πλαίσια, τα όργανα κατανέμονται γενικά με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: ιατρικό επείγον, ιατρική αποτελεσματικότητα (δηλ. συμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη) και χρόνος αναμονής (GODT)

Η χορήγηση προτεραιότητας κατανομής σε εγγεγραμμένους δωρητές προσθέτει ένα κριτήριο. Λαμβάνει υπόψη την προθυμία ενός ασθενούς που είχε εκφράσει προηγουμένως να κάνει δωρεά και αποδίδει μια ορισμένη προτεραιότητα στη λίστα αναμονής σε ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι δότες οργάνων. Ωστόσο, η εγγραφή ενός ατόμου για δωρεά οργάνων μετά θάνατον δεν αποτελεί ιατρικό κριτήριο. Η προσφορά προτεραιότητας κατανομής σε εγγεγραμμένους δότες παραβιάζει έτσι την

αρχή της δίκαιης κατανομής οργάνων και της ίσης μεταχείρισης και της μη διάκρισης γενικότερα (Mader, 2011).

Καταρχάς, το σημερινό σύστημα κατανομής οργάνων δεν τηρεί μόνο ιατρικά κριτήρια. Ο χρόνος που δαπανάται στη λίστα αναμονής δεν είναι αυστηρά ιατρικό κριτήριο. Επίσης, τα όργανα που λαμβάνονται μέσω κατευθυνόμενης ζωντανής δωρεάς μεταξύ μελών της οικογένειας δεν κατανέμονται σύμφωνα με ιατρικά κριτήρια. Η κατανομή οργάνων στη ζωντανή δωρεά εξαρτάται από την «ηθική τύχη» του ασθενούς να έχει μια εκτεταμένη οικογένεια ή άλλο κοινωνικό δίκτυο πρόθυμη να υποβληθεί σε έλεγχο δότη και τελικά να συναινέσει να είναι ζωντανός δότης (Cohen, 2014).

Δεύτερον, η ιδιότητα του ασθενούς ως εγγεγραμμένου δότη οργάνων είναι ένα αντικειμενικό και διαφανές κριτήριο (Levy, 2018). Διαφέρει από κριτήρια κοινωνικής αξίας, όπως η πολιτική λειτουργία κάποιου, π.χ. αρχηγός κράτους, το επάγγελμά του, όπως γιατρός, ή η οικογενειακή του κατάσταση, π.χ. μητέρα τεσσάρων μικρών παιδιών (Mader, 2011). Τα κριτήρια κοινωνικής αξίας είναι εγγενώς υποκειμενικά και επομένως ασύμβατα με την αρχή της δίκαιης κατανομής των οργάνων. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η μεταμοσχευτική ιατρική δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς δότες οργάνων. Υπάρχει στενή εννοιολογική και αιτιολογική σχέση μεταξύ της προθυμίας των ατόμων να δωρίσουν και του αριθμού των διαθέσιμων οργάνων (Hartogh, 2010). Ως εκ τούτου, η προτεραιότητα κατανομής δεν είναι ηθικά αυθαίρετος παράγοντας για τη διανομή του σπάνιου αγαθού των ανθρώπινων οργάνων.

Τρίτον, οι πιθανοί δότες που έχουν εκδηλώσει την προθυμία τους να δωρίσουν βρίσκονται σε διαφορετική θέση από τα άτομα που αντιτίθενται στη δωρεά οργάνων μετά θάνατον. Η προηγουμένως εκφρασμένη πρόθεση δωρεάς ορισμένων ασθενών στη λίστα αναμονής αρκεί για να τους κατηγοριοποιήσει ως ανόμοιους και ως εκ τούτου επιτρέπει τη διαφορετική αντιμετώπιση τους. Αν και οι κοινωνικές αξίες και το πλαίσιο μπορεί να επηρεάσουν τη στάση ενός ατόμου σχετικά με τη δωρεά οργάνων, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως εγγενές ή βαθιά ριζωμένο μέρος της προσωπικότητάς του που δεν υπόκειται σε αλλαγές. Επιπλέον, η διαφορετική μεταχείριση ατόμων ανάλογα με την εκδηλωμένη προθυμία τους να δωρίσουν όργανα δεν συνεπάγεται αρνητική αξιακή κρίση των μη δωρητών. Η απόφαση των ατόμων που λόγω θρησκευτικών ή πολιτιστικών πεποιθήσεων αρνούνται να δωρίσουν τα όργανά τους μετά θάνατον πρέπει να γίνεται σεβαστή σε κάθε

περίπτωση (Lavee, & Brock, 2012). Το κίνητρο προτεραιότητας κατανομής δεν αποκλείει τέτοιους «ελεύθερους αναβάτες» από τη λήψη οργάνου, αλλά παρέχει προτίμηση σε εγγεγραμμένους δότες σε περίπτωση ίσης ιατρικής ανάγκης (Lavee & Stoler, 2014).

Τέλος, η προτεραιότητα κατανομής για τους εγγεγραμμένους δωρητές είναι ένα κριτήριο που προάγει σημαντικές κοινωνικές αξίες, καθώς σχετίζεται με την αλληλεγγύη μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας (Persad, Wertheimer & Emanuel, 2009). Επίσης, συγκεκριμενοποιεί την αρχή της δικαιοσύνης και πραγματοποιεί την έννοια της αμοιβαιότητας, η οποία, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αποτελεί εγγενές και ουσιαστικό χαρακτηριστικό της πράξης της δωρεάς (Quigley, Wright & Ravitsky, 2012).

Ως εκ τούτου, η χορήγηση προτεραιότητας κατανομής δεν παραβιάζει a priori τις αρχές της δίκαιης κατανομής οργάνων, της ίσης μεταχείρισης και της μη διάκρισης. Ωστόσο, όπως όλα τα ρυθμιστικά εργαλεία, ένα τέτοιο κρατικό κίνητρο πρέπει να συμμορφώνεται με την αρχή της αναλογικότητας. Μόνο ένα κίνητρο που προσφέρει σχετική προτεραιότητα, και όχι απόλυτη, είναι αναλογικό. Σχεδιασμένο με αυτόν τον τρόπο, η εγγραφή ως δότης οργάνων είναι ένα από τα πολλά κριτήρια κατανομής. Επιπλέον, ένα σύστημα που δίνει προτεραιότητα κατανομής σε εγγεγραμμένους δότες πρέπει να λαμβάνει υπόψη ειδικές περιστάσεις, όπως «ύπερ - επείγον» ασθενείς, παιδιά και ενήλικες που δεν μπορούν να δώσουν έγκυρη συναίνεση, και να επιτρέπει εξαιρέσεις σε αυτές τις περιπτώσεις (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, BUILDING ON PROGRESS, 2012)

Εθελοντική συναίνεση

Τα οικονομικά κίνητρα εγείρουν το ζήτημα της εθελοντικής συναίνεσης. Η συναίνεση είναι ο νομικός και ηθικός ακρογωνιαίος λίθος όλων των ιατρικών παρεμβάσεων, με σκοπό την προστασία της αυτονομίας και της σωματικής ακεραιότητας ενός ατόμου. Το άρθρο 5 της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική και τα άρθρα 13 και 17 του Πρόσθετου Πρωτοκόλλου του για τη Μεταμόσχευση απαιτούν την ελευθερία συναίνεσης για τη δωρεά οργάνων. Το ίδιο ισχύει και για τα εγχώρια νομικά πλαίσια (GODT)

Η προσφορά ενός σημαντικού χρηματικού ποσού σε ένα άτομο που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του να συναινεί ελεύθερα

στη δωρεά οργάνων. Πολλοί μελετητές εκφράζουν ανησυχία για τον κίνδυνο αδικαιολόγητης παρότρυνσης ή εξαναγκασμού άπορων ατόμων όταν εξετάζουν τις ανταλλαγές χρημάτων και οργάνων (Greasley, 2014). Ωστόσο, τα κρατικά κίνητρα εκτιμούν πρώτα και κύρια τη συγκατάθεση του δότη ή των συγγενών του. Δεν είναι απαραίτητα ασυμβίβαστα με την απαίτηση της εθελοντικής συναίνεσης, ανάλογα με τις λεπτομέρειες των κινήτρων και τις διασφαλίσεις που θεσπίζονται. Το πιο σημαντικό, τα οικονομικά κίνητρα πρέπει να τηρούν την αρχή της αναλογικότητας.

Για τη μεταθανάτια δωρεά, το θέμα της αδικαιολόγητης προτροπής είναι λιγότερο επίκαιρο, καθώς δεν υπάρχει βλάβη στον δότη ή στους συγγενείς του και δεν χρειάζεται κανείς τα όργανά του μετά το θάνατο. Η ζωντανή δωρεά είναι πιο δύσκολη επειδή ο δότης συμφωνεί να αναλάβει κινδύνους για την υγεία. Ως εκ τούτου, οι διασφαλίσεις που πρέπει να εφαρμοστούν αφορούν τις ακόλουθες πτυχές (Randolph Beard & Jim Leitzel, 2014). Πρώτον, είναι απαραίτητη μια σχολαστική διαδικασία ελέγχου των πιθανών δωρητών, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής και ψυχολογικής αξιολόγησης. Δεύτερον, μια περίοδος αναμονής μεταξύ της απόφασης για δωρεά και της πραγματικής δωρεάς δίνει στον δότη την ευκαιρία να σκεφτεί και να επανεξετάσει. Τρίτον, μια ανταμοιβή χωρίς μετρητά (δηλαδή έμμεση οικονομική), η οποία πιθανώς χορηγείται σε δόσεις καταμεμημένες με την πάροδο του χρόνου, επιτρέπει τον αποκλεισμό ατόμων που αναζητούν απελπισμένα χρήματα. Οι δόσεις μπορούν επίσης να συνδεθούν με την τήρηση του δότη στην ιατρική παρακολούθηση.

Τα έμμεσα οικονομικά κίνητρα που παρέχουν μια συμβολική ανταμοιβή, αν είναι δυνατόν εξαπλώνονται με την πάροδο του χρόνου, δεν προκαλούν αδικαιολόγητα κίνητρα στον πιθανό δότη ή στους στενούς συγγενείς του (Randolph Beard & Jim Leitzel, 2014). Τέτοια κίνητρα πληρούν την απαίτηση της εθελοντικής συναίνεσης. Ωστόσο, μια ρυθμιζόμενη αγορά ή μια αγορά συμβολαίων μελλοντικής εκπλήρωσης είναι προβληματική, καθώς προσφέρουν ένα σημαντικό χρηματικό ποσό και ως εκ τούτου εγείρουν ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα της συναίνεσης (Greasley, 2014).

Αναγνώριση δικαιωμάτων ιδιοκτησίας σε όργανα

Τέλος, τα οικονομικά κίνητρα εγείρουν το ζήτημα των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας στα όργανα. Μια ρυθμιζόμενη αγορά οργάνων και μια αγορά μελλοντικής εκπλήρωσης

συνεπάγεται την υπογραφή νομικά δεσμευτικής σύμβασης πώλησης που περιλαμβάνει όργανα μεταξύ του δυνητικού πωλητή ή των συγγενών του και του κράτους. Ως εκ τούτου, η αναγνώριση των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας σε όργανα είναι απαραίτητη για την υλοποίηση αυτών των δύο άμεσων οικονομικών κινήτρων (Björkman & Hansson, 2006). Είναι ο ίδιος ο πωλητής κάτοχος τέτοιων δικαιωμάτων ή συγγενείς του;

Από θεωρητική άποψη, η έννοια των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας στα όργανα δεν είναι a priori αδύνατο να συλληφθεί (Mader, 2011). Η αναγνώριση τέτοιων δικαιωμάτων παραμένει ωστόσο αμφιλεγόμενη, τόσο μεταξύ μελετητών όσο και σε υποθέσεις που εκδικάζονται από δικαστήρια διαφόρων δικαιοδοσιών (Zeiler, 2014). Αυτή η διαμάχη αποτελεί έναν άλλο έγκυρο λόγο, αν και περισσότερο ρεαλιστικό παρά κανονιστικό, για να αποκλειστούν τα άμεσα οικονομικά κίνητρα μιας ρυθμιζόμενης αγοράς οργάνων και μιας αγοράς μελλοντικής εκπλήρωσης.

Σύγκρουση των τεσσάρων αρχών και προτεινόμενες λύσεις

Υπάρχουν δύο κρίσιμες διαδικασίες που πρέπει να αναληφθούν για να μπορέσουν οι τέσσερις αρχές να καθοριστούν και να προσδιοριστούν αρκετά ώστε να παρέχουν αιτιολόγηση και καθοδήγηση δράσης σε σενάρια πραγματικού κόσμου. Το πρώτο είναι η προδιαγραφή, η οποία περιλαμβάνει την προσθήκη πιο συγκεκριμένου και περιγραφικού περιεχομένου για να εμπλουτιστεί μια αρχή. Όπως το έθεσαν οι Beauchamp και Childress, «Η προδιαγραφή είναι μια διαδικασία μείωσης της απροσδιοριστίας των αφηρημένων κανόνων και η δημιουργία κανόνων με περιεχόμενο που καθοδηγεί τη δράση» (Beauchamp and Childress, 2013, 17). Ακολουθώντας τον Henry Richardson, εξηγούν ότι περιορίζουμε το εύρος των αρχών «καθορίζοντας πού, πότε, γιατί, πώς, με ποια μέσα, σε ποιον ή από ποιον πρέπει να γίνει ή να αποφευχθεί η δράση» (Beauchamp and Childress, 2013, 17). Για παράδειγμα, μπορούμε να προσδιορίσουμε την αρχή της δικαιοσύνης υιοθετώντας έναν κανόνα που απαγορεύει τη διανομή ιατρικών πόρων με βάση τη φυλή.

Η δεύτερη διαδικασία είναι η εξισορρόπηση, η οποία περιλαμβάνει συζήτηση και κρίση σχετικά με «τα σχετικά βάρη και τις δυνάμεις των διαφορετικών ηθικών κανόνων» (Beauchamp and Childress, 2013, 20). Εξισορρόπηση είναι η προσπάθεια προσδιορισμού του συγκριτικού βάρους, προτεραιότητας, δύναμης. ή

αυστηρότητα των ηθικών αρχών σε συγκεκριμένες περιπτώσεις που έρχονται σε σύγκρουση, προκειμένου να καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα σχετικά με το ποια αρχή είναι η κυρίαρχη σκέψη που πρέπει να ακολουθηθεί. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής χρειάζεται ιατρική παρέμβαση που σώζει ζωές αλλά αρνείται τη θεραπεία, η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κρίνει εάν η ευεργεσία ή ο σεβασμός της αυτονομίας είναι ο πιο βαρύς κανόνας.

Επομένως χρειάζεται μια θεωρία αξίας για να πραγματοποιηθούν και οι δύο αυτές διαδικασίες. Μια θεωρία αξίας μας λέει τι είναι καλό και τι κακό και γιατί. Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη αξίας, αλλά επικεντρώνομαι στην προληπτική αξία, γνωστή και ως ευημερία. Η έννοια της ευημερίας αναφέρεται σε αυτό που είναι καλό για ένα άτομο, το ωφελεί και είναι προς το συμφέρον του (Crisp, 2017). Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η ευημερία είναι ισοδύναμη με την ποιότητα ζωής, το καλύτερο συμφέρον ή το όφελος- βολές και επιβαρύνσεις των επιλογών θεραπείας, επειδή όλες αυτές οι έννοιες διαλέγουν τι είναι καλό και τι κακό για τα άτομα. Σε αυτό το άρθρο, χρησιμοποιώ τη «θεωρία της αξίας», την «αξιολογία», τη «θεωρία του ανθρώπινου καλού» και τη «θεωρία της ευημερίας» εναλλακτικά.

Οι θεωρίες της ευημερίας προσπαθούν να προσδιορίσουν τις εγγενείς ιδιότητες του αγαθού των πραγμάτων ή των ζώων, τα χαρακτηριστικά που κάνουν κάτι καλό για ένα άτομο (Murphy, 2001). Στην ηθική φιλοσοφία, υπάρχουν δύο γενικές θέσεις για τη φύση της ανθρώπινης ευημερίας. να εισαι. Οι υποκειμενικές απόψεις υποστηρίζουν ότι αυτό που είναι καλό για κάποιον είναι συνάρτηση μόνο της ψυχικής του κατάστασης - πεποιθήσεις, επιθυμίες, ψυχολογικές εμπειρίες ή στάσεις υπέρ. Οι αντικειμενικές απόψεις υποστηρίζουν ότι αυτό που είναι καλό για κάποιον δεν είναι συνάρτηση αυτών των υποκειμενικών χαρακτηριστικών, αλλά είναι θέμα επίτευξης αντικειμενικών, ανεξάρτητων από το μυαλό ή ανεξάρτητων από τη στάση αγαθών. Ως αποτέλεσμα, οι αντικειμενικές απόψεις υποστηρίζουν ότι τα άτομα δεν είναι η τελική αρχή για το τι είναι καλό για 'αυτούς και μπορεί να κάνουν λάθος σχετικά με την ευημερία τους.

Μέσα σε αυτές τις δύο γενικές κατηγορίες υπάρχουν διάφορες ειδικές θεωρίες για την ευημερία (Fletcher, 2016). Ο Ηδονισμός ισχυρίζεται ότι το μόνο πράγμα που δεν είναι οργανικά καλό για τα άτομα είναι η ευχαρίστηση ή η απόλαυση. Σύμφωνα με τη θεωρία της επιθυμίας, η ευημερία είναι συνάρτηση της ικανοποίησης επιθυμιών ή προτιμήσεων. Αυτές μπορεί να είναι είτε πραγματικές επιθυμίες είτε αντίθετες, εξιδανικευμένες επιθυμίες που θα είχαν οι άνθρωποι εάν ήταν πλήρως

ενημερωμένοι και λογικοί. Ο ηδονισμός και η θεωρία της επιθυμίας είναι και οι δύο υποκειμενικές αναφορές της ευημερίας. Η θεωρία της αντικειμενικής λίστας, αντίθετα, υποστηρίζει ότι η ευημερία είναι θέμα υλοποίησης ενός πληθυντικού συνόλου αντικειμενικών αγαθών, τα οποία είναι όλα βασικά και μη αναγώγιμα σε πιο θεμελιώδη αγαθά. Μερικά κοινά παραδείγματα τέτοιων αγαθών είναι η γνώση, τα επιτεύγματα και η φιλία. Μια άλλη αντικειμενική θεωρία είναι ο ευδαιμονισμός, σύμφωνα με τον οποίο η ευημερία συνίσταται σε μια ζωή ενάρετης δραστηριότητας. Τέλος, η τελειομανία λέει ότι αυτό που είναι αντικειμενικά καλό για τον άνθρωπο είναι η εκπλήρωση της ανθρώπινης φύσης ή η ανάπτυξη και η άσκηση των χαρακτηριστικών ανθρώπινων ικανοτήτων.

Όλες αυτές οι θεωρίες μπορούν να βρεθούν στην υγειονομική περίθαλψη. Οι υποκειμενικές υποθέσεις μπαίνουν στο παιχνίδι όταν αξιολογείται η ικανότητα των ασθενών να απολαμβάνουν ευχάριστες εμπειρίες, να αποφεύγουν τον πόνο και την ταλαιπωρία, να εκπληρώνουν τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις τους, να επιτυγχάνουν τους στόχους και τα σχέδια ζωής τους και να είναι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους συνολικά. Οι αντικειμενιστικές υποθέσεις αντανακλώνται σε σκέψεις για τη διατήρηση της ζωής και την αποφυγή του θανάτου. η συμμετοχή σε αντικειμενικά αγαθά όπως η υγεία, η εργασία, οι σχέσεις, η συνειδητή επίγνωση και η αυτονομία. την εμφύτευση αρετών όπως το θάρρος, η ελπίδα, η πρακτική λογική, η εμπιστοσύνη και η ακεραιότητα. την αποκατάσταση και βελτιστοποίηση της σωματικής και ψυχολογικής λειτουργίας· και την ανάπτυξη και την άσκηση της βάσης.

Τώρα, ο υπερασπιστής της αρχής μπορεί να παραδεχτεί ότι χρειάζεται κάποια αξιολογία για τη διαδικασία της προδιαγραφής, αλλά αρνείται ότι αυτό είναι πρόβλημα επειδή η αντίληψη του οφέλους και της βλάβης είναι είτε μη αμφισβητούμενη, κοινή λογική και διαισθητική, είτε είναι μέρος της κοινής ηθικής. Για το λόγο αυτό, μπορούμε να αποφύγουμε την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη, ουσιαστική θεωρία αξίας και αντ' αυτού να χρησιμοποιήσουμε αυτή την πιο λεπτή θεωρία του καλού, η οποία θα ήταν εφάμιλλη με τις τέσσερις αρχές όσον αφορά το δικαιολογητικό της καθεσώς. Αλλά αυτή η απάντηση είναι λανθασμένη. Οι πεπιοθήσεις σχετικά με τη φύση και το περιεχόμενο της ευημερίας είναι σημαντικά πιο αμφιλεγόμενες και λιγότερο ευρέως επιβεβαιωμένες από τις πεπιοθήσεις για την εγκυρότητα των τεσσάρων αρχών. Είναι απίθανο να ισχυριστεί κανείς ότι οποιαδήποτε θεωρία αξίας είναι μέρος της κοινής ηθικής, επειδή μια απαραίτητη

προϋπόθεση για τις πεπαιθώσεις να είναι μέρος της κοινής ηθικής είναι να μοιράζονται, να αναγνωρίζονται και να γίνονται αποδεκτά παγκοσμίως από όλα τα άτομα που είναι προσηλωμένα στην ηθική (Beauchamp and Childress, 2013). Υπάρχει βαθιά διαφωνία για το ανθρωπινό καλό μεταξύ ηθικών φιλοσόφων, βιοηθικών, θρησκευτικών ηθικών, επαγγελματιών υγείας, ασθενών και πολιτών. Κατά συνέπεια, θα υπάρξει διαφωνία για το πώς θα πρέπει να συμπληρώσουμε το περιεχόμενο των αφηρημένων αρχών της ευεργεσίας και της μη κακίας. Δεδομένου ότι η εξειδίκευση αυτών των αρχών απαιτεί κάποια αντίληψη του αγαθού, οι αρχές δεν μπορούν να παραμείνουν ουδέτερες μεταξύ των ανταγωνιστικών θεωριών αξίας, αλλά αντίθετα πρέπει να υιοθετήσει μία.

Η λύση BEAUCHAMP ΚΑΙ CHILDRESS στο πρόβλημα ισορρόπησης

Οι πλουραλιστικές ηθικές θεωρίες όπως οι αρχές αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των αντικρουόμενων ηθικών κανόνων. Συχνά συμβαίνει πολλές νόρμες να συγκρούονται μεταξύ τους και να ευνοούν ανταγωνιστικές πορείες δράσης σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με αντικρουόμενες εκ πρώτης όψεως αρχές, πρέπει να τις ζυγίζουμε και να τις ισορροπούμε μεταξύ τους και να αποφασίζουμε ποιες θα τιμήσουμε. Για παράδειγμα, εάν μια νοσοκόμα μάθει ότι ένας ηλικιωμένος ασθενής έχει καρκίνο και η οικογένεια του ασθενούς παρακαλεί τη νοσοκόμα να μην ενημερώσει την ασθενή για την κατάστασή της επειδή θα της προκαλέσει σοβαρή αγωνία, η νοσοκόμα αντιμετωπίζει μια σύγκρουση μεταξύ του σεβασμού της αυτονομίας και της μη κακό. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η μία εκ πρώτης όψεως υποχρέωση θα υπερισχύσει της άλλης και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να καθορίσουν ποια είναι η κυρίαρχη υποχρέωση. Μερικές φορές είναι σαφές ποια ανταγωνιστική αρχή εκ πρώτης όψεως είναι ισχυρότερη, αλλά υπάρχουν πολλές περιπτώσεις όπου είναι πολύ δύσκολο να ξεχωρίσουμε ποια αρχή είναι η πιο αυστηρή υποχρέωση που λαμβάνεται υπόψη από όλα τα πράγματα. Αυτό είναι το πρόβλημα εξισορρόπησης και θέτει μια σοβαρή πρόκληση για τις αρχές (Beauchamp and Childress, 2013). Η αρχή πρέπει να παρέχει κάποια καθοδήγηση - είτε με τη μορφή μιας μεθόδου είτε μιας εξήγησης - σχετικά με τον τρόπο στάθμισης των ανταγωνιστικών αρχών μεταξύ τους για να καθοριστεί ποια είναι η πιο

σημαντική εξέταση σε μια συγκεκριμένη περίπτωση (τα ίδια σημεία ισχύουν για τους κανόνες, τα δικαιώματα και τις αρετές.)

Οι Beauchamp και Childress προσφέρουν μια πολλά υποσχόμενη λύση στο πρόβλημα εξισορρόπησης. Πρώτον, επιβεβαιώνουν ότι η εξισορρόπηση δεν είναι απλώς θέμα διαίσθησης ή συναισθήματος, αλλά εύρεσης καλών λόγων για να δικαιολογηθούν συγκεκριμένες κρίσεις σχετικά με το σχετικό βάρος των αντικρουόμενων αρχών.¹⁶ Στη συνέχεια, υπερασπίζονται μια διττή προσέγγιση στην εξισορρόπηση. Ένα συστατικό είναι ένα σύνολο περιορισμών που έχουν σχεδιαστεί για να «βοηθήσουν στη μείωση της διαίσθησης, της μεροληψίας και της αυθαιρεσίας» στην εξισορρόπηση των κρίσεων (Beauchamp and Childress, 2013). Αυτές οι έξι απαραίτητες προϋποθέσεις είναι:

1. Μπορούν να προσφερθούν καλοί λόγοι για να ενεργήσουμε βάσει του υπερισχύοντος κανόνα και όχι του παραβιαζόμενου κανόνα.
2. Ο ηθικός στόχος που δικαιολογεί την παράβαση έχει ρεαλιστική προοπτική επίτευξης.
3. Δεν υπάρχουν διαθέσιμες ηθικά προτιμώμενες εναλλακτικές ενέργειες.
4. Το χαμηλότερο επίπεδο παράβασης, ανάλογο με την επίτευξη του έχει επιλεγεί ο βασικός στόχος της δράσης.
5. Όλες οι αρνητικές επιπτώσεις της παράβασης έχουν ελαχιστοποιηθεί.
6. Όλα τα θιγόμενα μέρη αντιμετωπίστηκαν αμερόληπτα. (Beauchamp και Childress, 2013, 23)

Το δεύτερο και πιο σημαντικό μέρος της λύσης τους είναι η έκκληση αρετής. Αναγνωρίζοντας ότι κανένα σύνολο κανόνων δεν θα μπορεί να μας πει πώς να σταθμίζουμε τις ανταγωνιστικές αρχές σε κάθε περίπτωση, οι Beauchamp και Childress ισχυρίζονται ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά χαρακτήρα για να κάνουν ακριβείς εξισοροποιητικές κρίσεις. Όπως το έθεσαν,

Κάθε συνάντηση απαιτεί μια απάντηση που δεν αποτυπώνεται επαρκώς από τους γενικούς κανόνες και τις προδιαγραφές τους. . . Ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί και οι νοσηλευτές εξισορροπούν διαφορετικές ηθικές εκτιμήσεις συχνά περιλαμβάνει συμπονετική διορατικότητα, ανθρώπινη ανταπόκριση και την πρακτική σοφία της διάκρισης των περιστάσεων και των αναγκών ενός συγκεκριμένου ασθενούς. . . Προτείνουμε ένα μοντέλο ηθικής κρίσης που εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο η εξισορρόπηση και η κρίση συμβαίνουν μέσω της πρακτικής οξυδέρκειας, της διακριτικής ευφυΐας και της συμπαθητικής ανταπόκρισης που δεν μπορούν να

αναχθούν στις προδιαγραφές των κανόνων. Η ικανότητα εξισορρόπησης πολλών ηθικών θεωρήσεων συνδέεται με αυτό που συζητάμε στο Κεφάλαιο 2 ως ικανότητες ηθικού χαρακτήρα. Οι ικανότητες με τη μορφή των αρετών της συμπόνιας, της προσοχής, της διάκρισης, της φροντίδας και της καλοσύνης αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του τρόπου με τον οποίο οι σοφοί ηθικοί παράγοντες εξισορροπούν ποικίλες, μερικές φορές ανταγωνιστικές, ηθικές εκτιμήσεις. (Beauchamp and Childress, 2013).

Από όλες τις αρετές που αναφέρουν οι Beauchamp και Childress, η πιο ουσιαστική για την εξισορρόπηση είναι η πρακτική σοφία ή η διάκριση. Όπως εξηγεί η Childress σε άλλη εργασία, «η ανάθεση βάρους ή προτεραιότητας [σε αντικρουόμενες αρχές] εξαρτάται από την κατάσταση και όχι από μια αφηρημένη, a priori, κατάταξη . . . Πολλά βασίζονται σε αυτό που έχει ονομαστεί ποικιλοτρόπως σύνεση, πρακτικός ηθικός συλλογισμός ή διάκριση στην κατάσταση» (Childress, 1997). Οι Beauchamp και Childress περιγράφουν αυτό το χαρακτηριστικό χαρακτήρα ως εξής:

Η αρετή της διάκρισης φέρνει την ευαίσθητη διορατικότητα, την οξυδερκή κρίση και την κατανόηση στη δράση. Η διάκριση περιλαμβάνει την ικανότητα να κάνετε κατάλληλες κρίσεις και να λαμβάνετε αποφάσεις χωρίς να επηρεάζεστε αδικαιολόγητα από εξωγενείς προβληματισμούς, φόβους, προσωπικές προσκολλήσεις και άλλα παρόμοια. . . Ένα άτομο με πρακτική σοφία γνωρίζει ποιους στόχους να επιλέξει, ξέρει πώς να τις πραγματοποιήσει σε συγκεκριμένες περιστάσεις και επιλέγει προσεκτικά από το φάσμα των πιθανών ενεργειών. . . Το άτομο με διάκριση είναι διατεθειμένο να κατανοήσει και να αντιληφθεί τι απαιτούν οι περιστάσεις στον τρόπο της ανθρώπινης ανταπόκρισης. . . Η αρετή της διάκρισης περιλαμβάνει την κατανόηση τόσο αυτού όσο και του τρόπου εφαρμογής των αρχών και των κανόνων σε ποικίλες περιστάσεις. (Beauchamp and Childress, 2013).

Η Beauchamp και η Childress δεν είναι μόνοι σε αυτήν την προσέγγιση. Πράγματι, μεταξύ των ηθικών πλουραλιστών η πιο κοινή λύση στο πρόβλημα της σύγκρουσης καθηκόντων είναι η έκκληση στην αρετή της πρακτικής σοφίας ή της ορθής ηθικής κρίσης (Audi, 2004). Επιπλέον, αυτή η αρετή διαδραματίζει ουσιαστικό και μη μειώσιμο ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη. Όπως επισημαίνουν οι Edmund Pellegrino και David Thomas,

Η κλινική κρίση είναι ουσιαστικά μια άσκηση σύνεσης σε μια περίπλοκη κατάσταση γεμάτη αβεβαιότητες. Εδώ είναι που ο κλινικός ιατρός πρέπει να διακρίνει ποια μέσα είναι πιο κατάλληλα για τους σκοπούς, πώς να εξισορροπήσει τα οφέλη και τις

βλάβες στις κλινικές παρεμβάσεις και πώς να θέσει τα ηθικά και τεχνικά ζητήματα σε μια σωστή σχέση μεταξύ τους. (Pellegrino and Thomasma, 1993)

Η πρακτική σοφία (ονομάζεται επίσης φρόνησης ή σύνεση) είναι μια διανοητική και ηθική αρετή που περιλαμβάνει την ικανότητα αντίληψης της καλύτερης πορείας δράσης σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, καθώς και την παρακινητική και εκούσια κλίση να κάνει κανείς τη λογική του κρίση σε πράξη.²⁰ Υπάρχουν πολλά χαρακτηριστικά πρακτικής σοφίας που το καθιστούν ιδανικό για την εξισορρόπηση των ηθικών αρχών, αλλά θα αναφέρω μόνο την πιο ουσιαστική. Το πεδίο της πρακτικής σοφίας είναι το ιδιαίτερο. Αντί να κατανοεί αφηρημένες, γενικές ηθικές αρχές, ασχολείται με τις συγκεκριμένες συγκεκριμένες συνθήκες μιας κατάστασης, οι οποίες είναι περίπλοκες και μεταβλητές. Αυτά τα στοιχεία μπορεί να περιλαμβάνουν τις διάφορες διαθέσιμες πορείες δράσης, τις προβλέψιμες συνέπειες των πράξεων κάποιου, γεγονότα σχετικά με τον χαρακτήρα και την αναμενόμενη συμπεριφορά του εμπλεκόμενου ατόμου(ων), ειδικούς ρόλους και σχέσεις που επηρεάζουν τις υποχρεώσεις κάποιου και τα διάφορα αγαθά και κακά. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνουν επίσης πράγματα όπως ιατρικές ενδείξεις, πρόγνωση και επιλογές θεραπείας, επιθυμίες και αξίες του ασθενούς, ικανότητα λήψης αποφάσεων του ασθενούς, οικογένεια και φίλους, πολιτιστικούς και θρησκευτικούς παράγοντες, συγκρούσεις συμφερόντων, παροχή ιατρικών πόρους και νομικούς και θεσμικούς κανόνες. Αυτές οι λεπτομέρειες έχουν καθοριστική σημασία για το ποια εκ πρώτης όψεως υποχρέωση θα γίνει πραγματική υποχρέωση κάποιου σε περιπτώσεις σύγκρουσης. Εκτός από το να γνωρίζουμε ποιες αρχές είναι σχετικές με μια δεδομένη περίπτωση, χρειάζεται επίσης να κατανοήσουμε τα ηθικά σχετικά χαρακτηριστικά της κατάστασης και τον τρόπο με τον οποίο οι αρχές σχετίζονται με αυτά, κάτι που επιτυγχάνεται με πρακτικά σοφή αντίληψη. Ως εκ τούτου, η πρακτική σοφία προσθέτει ένα σημαντικό στοιχείο στη λήψη αποφάσεων που δεν βρίσκεται σε ένα σύνολο αφηρημένων αρχών.

Η διττή προσέγγιση των Beauchamp και Childress για την εξισορρόπηση είναι στο σωστό δρόμο. Αν και δεν έχω χώρο να υπερασπιστώ τον ισχυρισμό εδώ, πιστεύω ότι έχουν δίκιο ότι μια προσέγγιση που βασίζεται στην αρετή είναι η πιο πολλά υποσχόμενη. Ωστόσο, η επίλυσή τους είναι ελλιπής ως έχει. Το πρόβλημα δεν είναι ότι η προσέγγισή τους είναι υποκειμενική, χωρίς αρχές ή απλώς διαισθητική. Οι Beauchamp και Childress έχουν δίκιο ότι αυτές οι επικρίσεις χάνουν το νόημα. Ούτε είναι η έλλειψη ενός κανόνα που μας λέει πώς να επιλύσουμε κάθε ηθική σύγκρουση

(π.χ. μια λεξιλογική διάταξη αρχών ή μια κύρια αρχή ανώτερης τάξης). Η Beauchamp και η Childress έχουν δίκιο όταν πιστεύουν ότι αυτό είναι κάτι μη ρεαλιστικό και ακατάλληλο απαίτηση να τοποθετηθεί σε μια ηθική θεωρία. Ούτε είναι ότι δεν παρέχουν μια πλήρως καθορισμένη και γνωσιολογικά βέβαιη διαδικασία απόφασης για την επίλυση όλων των συγκρούσεων. Όπως επισημαίνουν, αυτό δεν μπορεί να γίνει και η πρακτικά σοφή κρίση υπό το φως ιδιαίτερων περιστάσεων διαδραματίζει έναν απαραίτητο και αμετάκλητο ρόλο στη λήψη ηθικών αποφάσεων.²² Αντίθετα, ο ισχυρισμός μου είναι ότι για να είναι επιτυχής, η στρατηγική τους πρέπει να συμπληρωθεί με μια έκκληση στο καλό.

Συμπεράσματα

Στο τέλος του *Principles of Biomedical Ethics*, οι Beauchamp και Childress γνωρίζουν ότι το πρόβλημα εξισορρόπησης είναι μία από τις εναπομείνουσες προκλήσεις για τον λογαριασμό τους (Beauchamp and Childress, 2013). Παρόλα αυτά, ισχυρίζονται ότι «Στις πρακτικές κρίσεις και τις δημόσιες πολιτικές, συνήθως δεν χρειαζόμαστε περισσότερη συμφωνία παρά συμφωνία για συγκεκριμένους οδηγούς δράσης – όχι μια συμφωνία για τα θεωρητικά τους θεμέλια» (Beauchamp and Childress). Το θεωρώ ότι σημαίνει ότι εάν όλοι συμφωνούν στις τέσσερις αρχές (συν κανόνες, δικαιώματα, αρετές και ιδανικά), τότε η συναίνεση στα βαθύτερα θεωρητικά τους θεμέλια είναι περιττή. Σε αντίθεση με τον Beauchamp και τον Childress, έχω υποστηρίξει ότι οι αρχές χρειάζονται μια θεωρία αξίας για να λύσουν τα προβλήματα της εξειδίκευσης και της εξισορρόπησης και επομένως να είναι ένα ικανοποιητικό βιοηθικό πλαίσιο. Η συμπλήρωση της αρχής με μια θεωρία του καλού επικυρώνει αυτές τις δύο βασικές διαδικασίες και βελτιώνει σημαντικά την περιεκτικότητά της, την επεξηγηματική της δύναμη και την αιτιολογική της δύναμη. Για αυτούς τους λόγους, πέρα από τη συμφωνία για τις ηθικές αρχές, πρέπει επίσης να αγωνιστούμε για συμφωνία για το ανθρώπινο καλό. Δεν θα σχολιάσω εδώ τις προοπτικές επίτευξης μιας τέτοιας συμφωνίας.

Εάν αυτό είναι σωστό, η επόμενη ερώτηση είναι με ποια αρχή πρέπει να συνδυαστεί η θεωρία αξίας. Έχω συζητήσει τις κορυφαίες φιλοσοφικές θεωρίες της ευημερίας, αλλά υπάρχουν και άλλες επιλογές, δεδομένου ότι η καλή ζωή είναι ένα διαχρονικό

θέμα προβληματισμού και διαμάχης στη φιλοσοφική και θρησκευτική ηθική. Ίσως το πιο σημαντικό ερώτημα στο πλαίσιο της κλινικής υγειονομικής περίθαλψης είναι πώς η άποψη του ίδιου του ασθενούς για το καλό θα πρέπει να σχετίζεται με την περιγραφή της ευημερίας που ενσωματώνεται σε μια βιοηθική θεωρία. Ποια κριτήρια πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και ποιος πρέπει να κάνει την αξιολόγηση; Στην καθημερινή κλινική πρακτική, ποια αντίληψη για την ευημερία πρέπει να υιοθετήσουν οι επαγγελματίες υγείας; Πρέπει να είναι η αντίληψη του ίδιου του ασθενούς για το καλό του, η αξιολόγηση του κλινικού γιατρού για το τι αντικειμενικά ωφελεί και βλάπτει τον ασθενή, κάποιος συνδυασμός των δύο ή κάποιο άλλο πρότυπο βέλτιστων συμφερόντων και ποιότητας ζωής; Ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς είναι συμβατός με όλες τις κορυφαίες θεωρίες αξίας, τόσο υποκειμενικές όσο και αντικειμενικές, επομένως η αποδοχή αυτής της ηθικής αρχής δεν λύνει το ζήτημα.³³ Αυτές οι σκέψεις οδηγούν σε ένα άλλο στενά συνδεδεμένο ερώτημα: δεδομένου ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να στοχεύουν στο καλό των ασθενών τους, το οποίο διάσταση του καλού των ασθενών πρέπει να προωθούν και να προστατεύουν; Η συνολική τους ευημερία με μια ευρεία και περιεκτική έννοια, μόνο η υγεία τους ή το «ιατρικό αγαθό» με στενότερη έννοια, ή κάτι στο ενδιάμεσο;³⁴ Το να θέσουμε αυτό σημαίνει να θέσουμε το ερώτημα των σωστών σκοπών ή στόχων της ιατρικής. Δεν επιχειρώ να απαντήσω σε αυτά τα ερωτήματα εδώ, αλλά είναι κρίσιμα ερωτήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Όσον αφορά τις προοπτικές της αρχής ως θεωρίας, υπάρχουν και καλά και κακά νέα. Τα καλά νέα αφορούν την κοινή ηθική, την οποία δεν έχω συζητήσει λεπτομερώς. Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress, οι τέσσερις αρχές δικαιολογούνται από τη διαδικασία της αναστοχαστικής ισορροπίας και τη θεμελίωση στην κοινή ηθική. Σύμφωνα με την ερμηνεία τους, «η ηθική περιλαμβάνει πολλά πρότυπα συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων των ηθικών αρχών, κανόνων, ιδανικών, δικαιωμάτων και αρετών» (Beauchamp and Childress, 2013). Επικεντρώνονται σε δύο γενικές συνιστώσες της κοινής ηθικής: τα πρότυπα δράσης και τα χαρακτηριστικά του χαρακτήρα. Κατά την άποψή μου, η κοινή ηθική, αν υπάρχει, περιλαμβάνει και αγαθά και κακά. Για παράδειγμα, είναι εύλογο ότι σχεδόν όλα τα ανθρώπινα όντα και όλα τα ηθικά αφοσιωμένα άτομα αναγνωρίζουν την καλοσύνη της φιλίας, των επιτευγμάτων, της γνώσης, της υγείας, της ευχαρίστησης, της ελευθερίας και της ευτυχίας και την κακία της μοναξιάς, της αδράνειας, της

άγνοιας, της ασθένειας, του πόνου, της υποδούλωσης, και δυστυχία. Αυτές οι πεποιθήσεις για το περιεχόμενο της ευημερίας φαίνεται να αποτελούν μέρος της καθολικής κοινής ηθικής. Αυτό ανοίγει την πιθανότητα ότι η αρχή της θεωρίας αξίας μπορεί να δικαιολογηθεί με τον ίδιο τρόπο που δικαιολογούνται οι ηθικές αρχές, ανιχνεύοντας αξιολογικές πεποιθήσεις πίσω στην πηγή τους στην κοινή ηθική και στη συνέχεια χτίζοντας κάποια θεωρία αξίας στη βάση της κοινής ηθικής και της συνεκτικής αναστοχαστικής ισορροπίας.³⁵ Η κύρια ανησυχία με την προσπάθεια ενσωμάτωσης τιμών στο πλαίσιο του αρχικού πλαισίου χρησιμοποιώντας αυτήν τη μέθοδο, όπως εξήγησα σε προηγούμενες ενότητες, είναι ότι οι τύποι αξιολογικών πεποιθήσεων που απαιτούνται για την εξειδίκευση και την εξισορρόπηση είναι σημαντικά πιο αμφιλεγόμενοι και λιγότερο κοινοποιημένοι σε παγκόσμιο επίπεδο από τις πεποιθήσεις σχετικά με την εγκυρότητα των τεσσάρων αρχών. Ως εκ τούτου, μπορεί να μην είναι εφικτό να χρησιμοποιήσουμε την κοινή ηθική για να υποστηρίξουμε μια θεωρία αξίας. Ίσως η περιγραφή της δικαιολόγησης των Beauchamp και Childress έχει τους πόρους για να ξεπεράσει αυτό το πρόβλημα, αλλά αφήνω ανοιχτό αυτό το ερώτημα.

Τα κακά νέα είναι ότι η προσθήκη μιας θεωρίας αξίας αποτελεί απειλή για τις αρχές. Ένα από τα κύρια ελκυστικά των αρχών είναι ότι οι αρχές του μεσαίου επιπέδου υποτίθεται ότι είναι ανεξάρτητες από μια γενική ηθική θεωρία, πράγμα που σημαίνει ότι δεν χρειάζεται να επιλέξουμε μεταξύ ανταγωνιστικών θεωρητικών προσεγγίσεων για να έχουμε ένα κατάλληλο πλαίσιο για τη βιοηθική.³⁶ Εάν το επιχείρημά μου είναι βάσιμο, τότε αυτού του είδους η ουδετερότητα και η ανεξαρτησία μπορεί να είναι αβάσιμη, ειδικά όταν πρόκειται για την επιλογή μεταξύ μιας μη-αξιολογικής και μιας ηθικής θεωρίας βασισμένης στην αξία. Αν οι αρχές πρέπει να προσθέσουν μια θεωρία του καλού, τότε το βασικό πλαίσιο χρειάζεται εννοιολογική αναδιαμόρφωση. Η πιο απλή και διαισθητική αναδιαμόρφωση θα ήταν να εγκαταλείψει οι αρχές τη μη-αξιολογική του δομή και να γίνει μια ηθική θεωρία βασισμένη στην αξία με θεμελιώδη κανονιστική έννοια το καλό, όπου οι αρχές, οι υποχρεώσεις, τα δικαιώματα, οι αρετές και άλλες ηθικές έννοιες είναι όλα αναλύονται με όρους πιο θεμελιωδών αγαθών. Εάν αυτό είναι αλήθεια, τότε γίνεται ασαφές εάν οι αρχές μπορούν να διατηρήσουν την ταυτότητά τους ως μια ξεχωριστή, αυτόνομη άποψη. Προσθέτοντας μια αξιολογική βάση, οι αρχές μπορεί να καταλήξουν να μετατραπούν από μια θεωρία μεσαίου επιπέδου σε μια από τις παραδοσιακές γενικές ηθικές θεωρίες που θεμελιώνουν τις αρχές σε μια βαθύτερη περιγραφή της καλοσύνης -

συνεπακόλουθος, ευδαιμονιστική ηθική αρετής ή ηθική του φυσικού νόμου. Τέτοιες θεωρίες συνήθως συνδέουν τους ηθικούς κανόνες με τα αγαθά μέσω μιας υπέρτατης ηθικής αρχής όπως «μεγιστοποιήστε τη συνολική ευημερία όλων των ατόμων που θεωρούνται αμερόληπτα», «κάντε ό,τι θα έκανε ο ενάρετος πράκτορας στην κατάσταση» ή «το καλό πρέπει να γίνει και καταδιώκεται και το κακό πρέπει να αποφεύγεται». Μπορεί να υπάρχει ένας τρόπος να αναδιαρθρωθούν οι αρχές, έτσι ώστε να περιλαμβάνει μια θεωρία αξίας και να παραμένει ξεχωριστή από αυτές τις γενικές ηθικές θεωρίες, ή μπορεί η υιοθέτηση μιας θεωρίας αξιών να συνεπάγεται τελικά την εγκατάλειψη της αρχής και την υιοθέτηση μιας από αυτές τις άλλες προσεγγίσεις. Αυτό είναι ένα άλλο ερώτημα που ίσως πρέπει να εξετάσουν οι υπερασπιστές των αρχών.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Ann McIntosh, Comment, *Regulating the "Gift of Life"—The 1987 Uniform Anatomical Gift Act*, 65 WASH. L. REV. 171 (1990). Available at: <https://digitalcommons.law.uw.edu/wlr/vol65/iss1/6>
2. Audi, R. 2004. *The Good in the Right: A Theory of Intuition and Intrinsic Value*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
3. Available: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/well-being>
4. Bailey, R. (1990). Should I be allowed to buy your kidney? *Forbes*, , 365-372. Retrieved from www.scopus.com
5. Ball, I. M., Sibbald, R., & Truog, R. D. (2018). Voluntary Euthanasia - Implications for Organ Donation. *The New England journal of medicine*, 379(10), 909–911. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1804276>
6. Beauchamp, T. L. (2008). The principle of beneficence in applied ethics. <http://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence>
7. Beauchamp, T. L., and J. F. Childress. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press.
8. Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). Moral norms. *Beauchamp T, Principles of Biomedical Ethics*, , 1-23. Retrieved from www.scopus.com
9. Beckwith, F. 2014. Secular bioethics and its challenge to the Catholic citizen. *Nova et Vetera* 12(2):471–81.
10. Berman, E., Lipschutz, J. M., Bloom, R. D., & Lipschutz, J. H. (2008). The Bioethics and Utility of Selling Kidneys for Renal Transplantation. In *Transplantation Proceedings* (Vol. 40, Issue 5, pp. 1264–1270). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.03.095>
11. Biller-Andorno, N., & Capron, A. M. (2011). “Gratuities” for donated organs: ethically indefensible. In *The Lancet* (Vol. 377, Issue 9775, pp. 1390–1391). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61419-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61419-5)
12. Björkman, B., & Hansson, S. O. (2006). Bodily rights and property rights. *Journal of medical ethics*, 32(4), 209–214. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.011270>
13. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, BUILDING ON PROGRESS. (2012). *WHERE NEXT FOR ORGAN DONATION POLICY IN THE UK?* 42. Ανακτήθηκε από <https://www.bma.org.uk/media/3729/bma-organ-donation-building-on-progress-feb-2012.pdf>
14. Bryce, C. L., Siminoff, L. A., Ubel, P. A., Nathan, H., Caplan, A., & Arnold, R. M. (2005). Do incentives matter? providing benefits to families of organ donors. *American Journal of Transplantation*, 5(12), 2999-3008. doi:10.1111/j.1600-6143.2005. 01106. x
15. Caplan, A. L. (2004). Transplantation at any price? *American Journal of Transplantation*, 4(12), 1933-1934. doi:10.1111/j.1600-6143.2004. 00686. x
16. Cecka J. M. (2002). The UNOS Renal Transplant Registry. *Clinical transplants*, 1–20.
17. Chatterjee, P., Venkataramani, A. S., Vijayan, A., Wellen, J. R., & Martin, E. G. (2015). The Effect of State Policies on Organ Donation and Transplantation in the United States. *JAMA internal medicine*, 175(8), 1323–1329. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2194>

18. Childress, J. F. (1997). The normative principles of medical ethics. In *Medical Ethics*, R. Veatch (ed.), 26–56. Boston, MA: Jones and Bartlett.
19. Chochinov Harvey Max. 2012. *Dignity Therapy: Final Words for Final Days*. New York: Oxford University Press.
20. Cohen, I. G. (2014). REGULATING THE ORGAN MARKET: NORMATIVE FOUNDATIONS FOR MARKET REGULATION. *Law and Contemporary Problems*, 77(3), 71–100. <http://www.jstor.org/stable/24244704>
21. COUNCIL OF EUROPE (2002, Ιανουάριος 4). *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin*, ETS n° 186. Ανακτήθηκε από <https://www.globalhealthrights.org/instrument/additional-protocol-to-the-convention-on-human-rights-and-biomedicine-on-transplantation-of-organs-and-tissues-of-human-origin/>
22. Council of Europe(2014, Ιούλιος 9). *Convention against Trafficking in Human Organs* (ETS n° 216). Ανακτήθηκε από <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=216>
23. COUNCIL OF EUROPE, (1997, Απρίλιος 4). *Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* (ETS No. 164). Ανακτήθηκε από <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=164>
24. Crisp, R. 2017. Well-being. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. E. Zalta [On-line].
25. Danovitch, G. M., Cohen, D. J., Weir, M. R., Stock, P. G., Bennett, W. M., Christensen, L. L., & Sung, R. S. (2005). Current status of kidney and pancreas transplantation in the United States, 1994-2003. *American Journal of Transplantation*, 5(4 II), 904-915. doi:10.1111/j.1600-6135.2005.00835.
26. *Directive 2010/45/EU of the European Parliament and of the Council of 7 July 2010 on Standards of Quality and Safety of Human Organs Intended for Transplantation*. Ανακτήθηκε από <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32010L0053>
27. Downar, J., Shemie, S. D., Gillrie, C., Fortin, M. C., Appleby, A., Buchman, D. Z., Shoesmith, C., Goldberg, A., Gruben, V., Lalani, J., Ysebaert, D., Wilson, L., Sharpe, M. D., & for Canadian Blood Services, the Canadian Critical Care Society, the Canadian Society of Transplantation and the Canadian Association of Critical Care Nurses (2019). Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 191(22), E604–E613. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181648>
28. Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511625206>
29. EUROPEAN UNION(2010, Μάρτιος 30). *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, Official Journal of the European Union, (2010/C 83/02). Ανακτήθηκε από <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:FULL:EN:PDF>
30. Evans, R. W. (1993). Organ Procurement Expenditures and the Role of Financial Incentives. In *JAMA: The Journal of the American Medical*

- Association (Vol. 269, Issue 24, p. 3113). American Medical Association (AMA). <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500240057026>
31. Finance, U. S. C. S. C. on, & Means, U. S. C. H. C. on W. and. (1972). *H. R. 1: Summary of social security amendments of 1972 as approved by the conferees: Joint publication [of] committee on finance of the u. S. Senate and committee on ways and means of the u. S. House of representatives*. U.S. Government Printing Office.
 32. Finkel, M. (2001, Μάιος 27). *This Little Kidney Went to Market*. Eweb:232583. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/946139>
 33. Fletcher, G., ed. 2016. *The Routledge Handbook of Philosophy of Well-Being*. New York: Routledge.
 34. Friedlaender, M. M. (2003). The role of commercial non-related living kidney transplants. *Journal of Nephrology*, 16 Suppl 7, S10-15. Retrieved from www.scopus.com
 35. Geddes CC, Rodger RSC, Smith C, Ganai A. (2005). Allocation of deceased donor kidneys for transplantation: Opinions of patients with CKD. *Am J Kidney Dis*.46(5):949-956.
 36. Giubilini A. (2015). Why and how to compensate living organ donors: ethical implications of the new Australian scheme. *Bioethics*, 29(4), 283–290. <https://doi.org/10.1111/bioe.12088>
 37. Greasley K. (2014). A legal market in organs: the problem of exploitation. *Journal of medical ethics*, 40(1), 51–56. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100770>
 38. H.R.REP. No. 575, 98th Congress, first session 1,7(1983); cf.S.REP.No.312, 98TH Congress, second session 4(1984), re printed in 1984 U.S.C.C.A.N. 3975, 3977
 39. Hartogh, G. d. (2010). Priority to registered donors on the waiting list for postmortal organs? A critical look at the objections. In *Journal of Medical Ethics* (Vol. 37, Issue 3, pp. 149–152). BMJ. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.036897>
 40. Human Tissue Act 2004. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/30/contents>
 41. Kant, I. (1908). Critique of pure reason. 1781. *Modern Classical Philosophers*, Cambridge, MA: Houghton Mifflin, 370-456.
 42. Kant, I. (1992). *Grounding for the metaphysics of morals*. In L. M. Michael (Ed.), *Classics of moral and political theory*. Indianapolis: Hackett Publishing Company.
 43. Kissane D. W. (2014). Demoralization: a life-preserving diagnosis to make for the severely medically ill. *Journal of palliative care*, 30(4), 255–258.
 44. Lavee, J., & Brock, D. W. (2012). Prioritizing registered donors in organ allocation: an ethical appraisal of the Israeli organ transplant law. *Current opinion in critical care*, 18(6), 707–711. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357a2e2>
 45. Lavee, J., & Stoler, A. (2014). RECIPROCAL ALTRUISM—THE IMPACT OF RESURRECTING AN OLD MORAL IMPERATIVE ON THE NATIONAL ORGAN DONATION RATE IN ISRAEL. *Law and Contemporary Problems*, 77(3), 323–336. <http://www.jstor.org/stable/24244712>
 46. Levy M. (2018). State incentives to promote organ donation: honoring the principles of reciprocity and solidarity inherent in the gift relationship. *Journal of law and the biosciences*, 5(2), 398–435. <https://doi.org/10.1093/jlb/lisy009>

47. Mader, M. (2011). *Le don d'organes entre gratuité et modèles de récompense*. Helbing Lichtenhahn Verlag.
48. Matas, A. J., & Schnitzler, M. (2004). Payment for living donor (vendor) kidneys: A cost-effectiveness analysis. *American Journal of Transplantation*, 4(2), 216-221. doi:10.1046/j.1600-6143.2003.00290.x
49. McHale J. V. (2013). Organ transplantation, the criminal law, and the health tourist: a case for extraterritorial jurisdiction?. *Cambridge quarterly of healthcare ethics : CQ : the international journal of healthcare ethics committees*, 22(1), 64–76. <https://doi.org/10.1017/S0963180112000394>
50. Medin C, Elinder C, Hylander B, Blom B, Wilczek H.(2000). Survival of patients who have been on a waiting list for renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant*.15:701-704.
51. Mendes A, Alves H. (1991). Organ Donation by Presumed Consent: Consequences and Duties to the Society that Legalizes it. In: *Land W, Dossetor J, eds. Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice, Commerce*. Berlin: Springer-Verlag;280-283.
52. Minniefield, W. J., Yang, J., & Muti, P. (2001). Differences in attitudes toward organ donation among african americans and whites in the united states. *Journal of the National Medical Association*, 93(10), 372-379. Retrieved from www.scopus.com
53. Murphy, M. 2001. *Natural Law and Practical Rationality*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
54. NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. (2011). HUMAN BODIES: DONATION FOR MEDICINE AND RESEARCH - REPORT 132ff (2011). Ανακτήθηκε από <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/human-bodies-donation-for-medicine-and-research>
55. Onions, C. T. (1998). *Oxford dictionary of english etymology*. Oxford: Oxford University Press.
56. Ounibi, W. (1993). High HIV and HbsAg infection rate in recipients of commercial transplants. *J Am Soc Nephrol*, 4, 957.
57. Pellegrino, E., and D. Thomasma. 1993. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press.
58. Persad, G., Wertheimer, A., & Emanuel, E. J. (2009). Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet (London, England)*, 373(9661), 423–431. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)
59. Petrini C. (2016). *Organ allocation policies 10 years after UNESCO's Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. *Transplant Proc*. 48(2):296-298.
60. Procurement, O., & Network, T. (2005). Living donors recovered in US by donor ethnicity.
61. Procurement, O., & Network, T. (2011). Liver Kaplan-Meier Median Waiting Times for Registrations Listed: 1999-2004. <http://optn.transplant.hrsa.gov/latestData/rptStrat.asp>.
62. Quigley, M., Wright, L., & Ravitsky, V. (2012). Organ donation and priority points in Israel: an ethical analysis. *Transplantation*, 93(10), 970–973. <https://doi.org/10.1097/TP.0b013e31824e3d95>
63. Randal Bollinger R, Cho WH. (2004). *Organ allocation for transplantation in the USA and Korea: The changing roles of equity and utility*. *Yonsei Med J*. 45(6):1035-1042.

64. Randolph Beard & Jim Leitzel (2014). Designing a Compensated–Kidney Donation System, *77 Law and Contemporary Problems* 253-287.
65. Rawls, J. (1999). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.
66. Richard, C. (2003). L'indépendance de l'auditeur □: pairs et manques. In *Revue française de gestion* (Vol. 29, Issue 147, pp. 119–131). Lavoisier. <https://doi.org/10.3166/rfg.147.119-131>
67. Richardson, H. 2000. Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles. *Journal of Medicine and Philosophy* 25(3):285–307.
68. Rieu, R. (2010). The potential impact of an opt-out system for organ donation in the UK. In *Journal of Medical Ethics* (Vol. 36, Issue 9, pp. 534–538). BMJ. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.031757>
69. Satel, S., & Cronin, D. C., 2nd (2015). Time to Test Incentives to Increase Organ Donation. *JAMA internal medicine*, 175(8), 1329–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2200>
70. Satel, S., Morrison, J. C., & Jones, R. K. (2014). STATE ORGAN-DONATION INCENTIVES UNDER THE NATIONAL ORGAN TRANSPLANT ACT. *Law and Contemporary Problems*, 77(3), 217–252. <http://www.jstor.org/stable/24244709>
71. Shemie, S. D., Hornby, L., Baker, A., Teitelbaum, J., Torrance, S., Young, K., Capron, A. M., Bernat, J. L., & Noel, L. (2014). International guideline development for the determination of death. In *Intensive Care Medicine* (Vol. 40, Issue 6, pp. 788–797). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3242-7>
72. Siminoff, L. A., & Leonard, M. D. (1999). Financial incentives: Alternatives to the altruistic model of organ donation. *Journal of Transplant Coordination*, 9(4), 250-256. doi:10.7182/prtr.1.9.4.g5070676r73817lq
73. Siminoff, L. A., & Saunders Sturm, C. M. (2000). African - american reluctance to donate: Beliefs and attitudes about organ donation and implications for policy. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 10(1), 59-74. Retrieved from www.scopus.com
74. Singer Peter. (2006). *Practical Ethics*, 2nd ed New York: Cambridge University Press.
75. Søbirk Petersen, T., & Lippert-Rasmussen, K. (2012). Ethics, organ donation and tax: a proposal. *Journal of medical ethics*, 38(8), 451–457. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100163>
76. Somerville Margaret. (2015). *Bird on an Ethics Wire: Battles about Values in the Culture Wars*. Montreal, Canada: McGill-Queen's University Press.
77. Stempsey, W. E. (2000). Organ markets and human dignity: On selling your body and soul. *Christian Bioethics*, 6(2), 195-204. doi:10.1076/1380-3603(200008)6:2;1-7;ft195
78. Sten, J. A. (1994). Rethinking the national organ transplant program: when push comes to shove. *J. Contemp. Health L. & Pol'y*, 11, 197.
79. Stuart Mill, J. (2018). *The Subjection of Women* (E. Alexander, Ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351302524>
80. Tangwa, G. B. (2011). Ethics in African education. In A. B. Nsame-nang, & T. M. S. Tchombe (Eds.), *Handbook of African educational theories and practices: A generative teacher education curriculum*. Bamenda: Press Universitaire D'Afrique.
81. THE GLOBAL OBSERVATORY ON DONATION AND TRANSPLANTATION : Ανακτήθηκε από <http://www.transplant-observatory.org>.

82. Trillium Gift of Life Network. 2018. *Organ and Tissue Donation Following Medical Assistance in Dying: Program Development Toolkit* . [https://www.giftoflife.on.ca/resources/pdf/healthcare/MAID_Program_Development_Toolkit_for_Hospitals_\(Sept_10_2018\).pdf](https://www.giftoflife.on.ca/resources/pdf/healthcare/MAID_Program_Development_Toolkit_for_Hospitals_(Sept_10_2018).pdf).