ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΒΙΟΗΘΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Βιοηθικά ζητήματα στην δωρεά οργάνων από μη συγγενή, ζώντα δότη. Η περίπτωση του μεταμοσχευτικού τουρισμού».

Φοιτήτρια: ΜΑΡΙΑ ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΑΤΣΟΥΛΗ (Α.Μ.206)

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΕΚΚΑΣ (Επιβλέπων καθηγητής)
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΟΥΚΟΥΖΕΛΗΣ (μέλος)
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΠΕΤΟΥΣΗ (μέλος)

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2019
ΡΕΘΥΜΝΟ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 3

ABSTRACT 4

Α. Μέρος-Γενικά 5

1.Ιστορική Αναδρομή:..... 7

i. Μύθοι, θρησκεία και πραγματικότητα 7

ii. Η μεταμόσχευση στα σπάργανα..... 8

iii. Η μεταμόσχευση από όνειρο θερινής νυκτός σε καθιερωμένη κλινική πρακτική..... 12

iv. Οι μεταμοσχεύσεις στις μέρες μας. 14

2.Μεταμοσχευτικός τουρισμός..... 15

i. Κατανοώντας το φαινόμενο 18

ii. Η Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης 21

3.Οι μεταμοσχεύσεις σήμερα στην Ελλάδα και στον κόσμο. 22

i. Στην Ελλάδα 23

ii. Το μοντέλο της Ισπανίας 29

iii. Το μοντέλο του Ιράν..... 33

iv. «Παγκόσμια ανταλλαγή νεφρών (Global Kidney Exchange) ». 39

Β. Μέρος-Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα..... 42

i. Σύνταγμα της Ελλάδας. 42

ii. Από τον Ν. 821/78 στον Ν. 3894/11...... 42

Γ. Μέρος-Βιοηθική προσέγγιση 54

1.Ηθικές θεωρίες στις μεταμοσχεύσεις 55

i. Ελευθερισμός και κυριότητα του εαυτού 55

ii. Ωφελιμισμός και αγορές..... 58

iii.Καντιανή Οπτική στον μεταμοσχευτικό τουρισμό. 59

2. Από την ηθική στην πράξη 64

i. Μεταμοσχευτικός τουρισμός-Παράνομη αγοραπωλησία οργάνων 64

ii. Είναι ηθικά νομιμοποιημένη η νόμιμη αγοραπωλησία οργάνων;..... 69

iii. Αλτρουιστική δωρεά οργάνων..... 70

Συζήτηση:..... 71

Βιβλιογραφία:..... 73

Α. Ελληνόγλωσση: 73

Β. Ξενόγλωσση..... 76

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Μεταμοσχεύσεων (GODT), γίνονται περισσότερες από 130.000 μεταμοσχεύσεις ετησίως (εκ των οποίων μόλις 212 στην Ελλάδα για το 2018), οι οποίες καλύπτουν μόνο το 10% των αναγκών σε ανθρώπινα όργανα. Το υπόλοιπο 90% βρίσκεται σε αναμονή για το μόσχευμα που θα τους σώσει τη ζωή.

Δεδομένης της έλλειψης αυτής, έχει ανθίσει ένα παράνομο εμπόριο ανθρωπίνων οργάνων. Ασθενείς μεταβαίνουν συχνά σε χώρες διαφορετικές από την χώρα προέλευσής τους για να αγοράσουν, παράνομα, ένα σωτήριο γι' αυτούς μόσχευμα από κάποιον άγνωστο, από έναν μη συγγενή, ζώντα δότη. Οι δότες ανήκουν στα χαμηλά οικονομικά στρώματα ενώ συνήθως οι λήπτες στα υψηλά. Οι δότες συνήθως εξαναγκάζονται να πουλήσουν ένα από τα όργανά τους για να αποκτήσουν τα προς το ζην ή για να αποπληρώσουν ένα χρέος.

Τι θα γινόταν όμως αν η απόφασή τους να προβούν σε μια τέτοια αγοραπωλησία ήταν συνειδητή και υπήρχε η ενήμερη συναίνεσή τους; Δικαιολογείται ηθικά μια τέτοια πράξη, αν ήταν πράγματι επιλογή τους μια τέτοια απόφαση και όχι προϊόν πίεσης και εξαναγκασμού; Είμαστε τελικά κύριοι του εαυτού μας

Η παρούσα εργασία καλείται να απαντήσει λαμβάνοντας υπόψη τις φιλοσοφικές θεωρίες του ωφελιμισμού και του ελευθερισμού αλλά τελικά συντάσσεται πλήρως με την καντιανή οπτική περί του ζητήματος.

Λέξεις-κλειδιά : Μεταμοσχευτικός τουρισμός, αγοραπωλησία οργάνων, βιοηθική

ABSTRACT

According to the Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT), more than 130,000 transplants are performed annually (of which only 212 in Greece during 2018), which satisfy only 10% of human organ needs. The rest are waiting for a life-saving transplant.

Because of this shortage, an illegal human organ trade has flourished. Patients often travel abroad to buy illegally a life-saving graft from a stranger, a non-related, living donor. Donors usually come from the lower economic strata while usually the recipients belong to the upper class. Donors are usually forced to sell one of their body parts, in order to make ends meet or to pay a debt.

What if the donors' decision, to make such a bargain, was totally conscious and there was an informed consent? Is such an act morally justified if such a decision was taken freely and not under pressure and coercion? Do we eventually own ourselves?

This paper is called upon to answer, taking into account the philosophical theories of utilitarianism and libertarianism, but ultimately it is fully in line with the Kantian perspective.

Keywords: Transplant tourism, organ trade, bioethics

Α. Μέρος-Γενικά

Η μεταμόσχευση είναι η ιατρική διαδικασία κατά την οποία επιχειρείται χειρουργικά η αποκατάσταση συγκεκριμένων λειτουργιών του ανθρωπίνου σώματος με την αφαίρεση ενός οργάνου από έναν άνθρωπο, τον δότη, και την μεταφορά του, σε έναν άλλον, τον λήπτη πάντα με σκοπό την θεραπεία. Ο δότης μπορεί να είναι ζων ή θανών, μπορεί να προσφέρει ένα όργανο ή μέρος αυτού (ζων δότης) ή περισσότερα από ένα, κατά τη δεδηλωμένη, έγγραφη και νόμιμη-εν ζωή -επιθυμία του αν μιλάμε για πτωματικό δότη.

Τα συμπαγή όργανα που μπορούν να μεταμοσχευθούν είναι ο ένας νεφρός και μέρος του ήπατος, στην περίπτωση του ζώντος δότη και οι δύο νεφροί, το ήπαρ, η καρδιά και οι πνεύμονες στην περίπτωση του πτωματικού δότη. Μπορούν επίσης να μεταμοσχευθούν το δέρμα, ο κερατοειδής και τα οστά. Η συχνότερη μεταμόσχευση είναι αυτή του νεφρού και ακολουθεί η μεταμόσχευση ήπατος. Στην παρούσα εργασία θα γίνει αναφορά κυρίως στην μεταμόσχευση νεφρού καθώς είναι καθώς είναι πλέον μια συνήθης διαδικασία, ασφαλής για τον ζώντα δότη και με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας για τον λήπτη.

Παθήσεις που δημιουργούν την ανάγκη για μεταμόσχευση είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, οι συγγενείς νεφροπάθειες κλπ. Τα άτομα που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αναγκάζονται να υποβληθούν δια βίου σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, για να παρατείνουν το προσδόκιμο ζωής τους. Στην αιμοκάθαρση, ο ασθενής επισκέπτεται την εξειδικευμένη κλινική ενός νοσοκομείου περίπου τρεις φορές την εβδομάδα για 3 έως 4 ώρες την κάθε φορά, όπου συνδέεται με ένα μηχάνημα, το οποίο υποκαθιστά την λειτουργία των νεφρών. Στην περιτοναϊκή κάθαρση, η θεραπεία γίνεται κατ οίκον, από τον ίδιο τον ασθενή αλλά σε καθημερινή βάση. Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται η επόμενη θεραπευτική επιλογή αφού έχει μικρό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή(ΕΟΜ, 2019).

Με τους ασθενείς στις εθνικές λίστες αναμονής για μεταμόσχευση διαρκώς να αυξάνονται, δυστυχώς σήμερα, σε παγκόσμιο επίπεδο, τα μοσχεύματα από πτωματικούς δότες δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες εκείνων που τα έχουν ανάγκη. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, το Φθινόπωρο του 2017, 1219 ασθενείς ανέμεναν νεφρικό μόσχευμα, 158 ηπατικό και 36 άτομα καρδιακό(Μπουλούτζα,

2017). Την ίδια χρονιά, όπως θα δούμε και παρακάτω, έγιναν μόλις 212 μεταμοσχεύσεις, εκ των οποίων 8 ήταν μεταμοσχεύσεις καρδιάς, 28 ήπατος και 176 νεφρών (Global Observatory on Donation and Transplantation, 2018). Με αυτό τον ρυθμό στις μεταμοσχεύσεις, ο χρόνος αναμονής ενός ασθενούς στην ελληνική λίστα μπορεί να φτάσει ως και τα δέκα χρόνια.

Μας βάζουν σε σκέψη τα αποτελέσματα έρευνας του Ευρωβαρομέτρου που διενεργήθηκε σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες το 2009, ανάμεσα τους και η Ελλάδα, σχετικά με τους λόγους που οι πολίτες δεν γίνονται δωρητές οργάνων. Το 10% των Ελλήνων δεν θέλει να δωρίσει τα όργανά του εξαιτίας θρησκευτικών λόγων. Στην συνέχεια, το 31% των Ελλήνων πολιτών φοβάται την παρέμβαση στο σώμα τους και τέλος το 45% δεν εμπιστεύεται ούτε το εθνικό σύστημα υγείας ούτε το σύστημα των μεταμοσχεύσεων, φοβούμενοι ότι θα τους πάρουν τα όργανα χωρίς την θέλησή τους (Special Eurobarometer 333a, 2009).

Με τους πολίτες να μην γίνονται δωρητές οργάνων για τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως και με την λίστα αναμονής για μεταμόσχευση να φτάνει την δεκαετία, πολλοί από τους ασθενείς, προτιμούν να καταφύγουν στην έσχατη λύση, την παράνομη αγοραπωλησία μοσχεύματος από μη συγγενείς, ζώντες δότες, που προέρχονται συνήθως από χώρες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, πρώην αποικίες με χαλαρή νομοθεσία, οι οποίες είτε δεν απαγορεύουν την παράνομη διακίνηση οργάνων όπως η Αίγυπτος, οι Φιλιππίνες κα. είτε επιτρέπουν την ελεύθερη διακίνηση (αγοραπωλησία) οργάνων υπό την εποπτεία της κρατικής μηχανής, όπως το Ιράν.

Τα βιοηθικά ζητήματα που πηγάζουν από την ανωτέρω κατάσταση είναι πολλά. Αρχής γενομένης από την έλλειψη ενήμερης συναίνεσης που είναι συνήθης σε περιπτώσεις αγοραπωλησίας οργάνων. Κάποιος θα μπορούσε να ισχυριστεί όμως, ότι μπορεί στα πλαίσια της αυτονομίας του ατόμου και κατ' επέκταση της κυριότητας του ίδιου του του σώματος να πουλήσει ηθελημένα ένα όργανο του για να λάβει χρηματικό αντίτιμο, εφόσον δεν θα επηρεαστεί άμεσα η υγεία του.

Στην εργασία αυτή θα ξεκινήσω κάνοντας ιστορική αναδρομή από το χθες ως το σήμερα στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Θα αναφερθώ στο μοντέλο –πρότυπο της Ισπανίας και το μοντέλο-αποφυγή για τον κόσμο της βιοηθικής, αυτό του Ιράν. Έπειτα, θα αναφερθώ στο φαινόμενο του μεταμοσχευτικού τουρισμού. Θα αναλύσω την ισχύουσα κατάσταση στην Ελλάδα και την νομοθεσία, για να ασχοληθώ στο

τέλος με το βιοηθικό κομμάτι και να απαντήσω στα ερωτήματα που θα έχουν δημιουργηθεί στο πρώτο μέρος.

1.Ιστορική Αναδρομή:

i. Μύθοι, θρησκεία και πραγματικότητα.

Τί πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτομεταμόσχευσης από την ιστορία του τιτάνα Προμηθέα ή του γίγαντα (ή τιτάνα) Τιτυού που πηγάζουν από την ελληνική μυθολογία; Ο θεός Δίας θέλοντας να τιμωρήσει τους θνητούς, τους πήρε πίσω την φωτιά αλλά ο Προμηθέας παρακούγοντας τις εντολές του θεού, έκλεψε την φωτιά και τους την έδωσε πίσω. Ο Δίας για να τον τιμωρήσει, τον έδεσε σε ένα βράχο, που βρισκόταν στο όρος Καύκασος και έστελνε κάθε μέρα έναν αετό να του κατασπαράζει το συκώτι, το οποίο όμως κάθε βράδυ αναπλαθόταν και το επόμενο πρωί, το βασανιστήριο ξεκινούσε από την αρχή. Ο γενναίος και ηρωικός Προμηθέας καταδικάστηκε σε αέναη τιμωρία για μια αλτρουιστική πράξη μέχρι την σωτηρία του από τον Ηρακλή.

Αντίθετα, ο γίγαντας Τιτυός επιτέθηκε και βίασε την Λητώ, σύντροφο του θεού Δία. Η ειδεχθής αυτή πράξη, τιμωρήθηκε μετά τον θάνατο του, αφού καταδικάστηκε να βρίσκεται τεντωμένος σε μήκος εννέα πλέθρων, ήτοι 270 μέτρων, στον Άδη και δύο γύπες να τρώνε ακατάπαυστα το συκώτι του, το οποίο όμως είχε αναγεννητική ικανότητα και γι' αυτό η τιμωρία του δεν είχε τέλος. Και στις δύο περιπτώσεις, διαφαίνεται η αναπλαστική και αναγεννητική ικανότητα του ήπατος μετά από μερική αφαίρεσή του (Tiniakos et al., 2010). Αφήνοντας πίσω τον μύθο και ερχόμενοι στην πραγματικότητα, η κατανόηση της λειτουργίας του ήπατος και η αναπλαστική του ιδιότητα έκαναν δυνατή την μεταμόσχευσή μέρους μόνο του ζωτικού αυτού οργάνου και από ζώντες δότες το 1989 (είχαν ήδη προηγηθεί επιτυχημένες μεταμοσχεύσεις μέρους ή ολόκληρου ήπατος σε πτωματικούς δότες από το 1963). Βασική προτεραιότητα ήταν ο περιορισμός στο ελάχιστο της νοσηρότητας και κατά συνέπεια θνησιμότητας του ζώντα δότη και ταυτόχρονα η επιβίωση του λήπτη(Nadalin et al., 2006).

Πολλές είναι οι αναφορές για θαυματουργικές πράξεις που ομοιάζουν με μεταμοσχεύσεις οργάνων, ίσως όχι με την καθεαυτή χειρουργική έννοια όπως την

νοούμε σήμερα, και στην χριστιανική εκκλησιαστική παράδοση. Θα σταθούμε σε μία, που αποδίδεται στους Αγίους Αναργύρους, τον Άγιο Κοσμά και τον Άγιο Δαμιανό, που θεωρούνται και εορτάζονται από την Ορθόδοξη εκκλησία ως προστάτες της ιατρικής.

Τους αποδίδεται η πρώτη, θα μπορούσαμε να πούμε, μεταμόσχευση από πτωματικό δότη, γεγονός που θεωρήθηκε από πολλούς ως θαύμα. Ένας κληρικός με γάγγραινα στο δεξί (ή αριστερό κατ' άλλους) πόδι, ο οποίος λειτουργούσε στην εκκλησία που ήταν αφιερωμένη στην χάρη Τους, στην πόλη της Ρώμης στην Ιταλία, μετά από προσευχή και περισυλλογή, αποκοιμήθηκε στην εκκλησία και ονειρεύτηκε τους Αγίους να έρχονται δίπλα του, να του ακρωτηριάζουν το πόδι και να του μεταμοσχεύουν το πόδι ενός νεκρού Μαυριτανού, που είχε μόλις ταφεί. Ξυπνώντας ο κληρικός με έκπληξη αντίκρισε ότι το πόδι του ήταν πλέον υγιές αλλά το χρώμα του ήταν μαύρο(Lippi, 2009). Το σκηνικό αυτό αποτέλεσε απίστευτη έμπνευση για πολλούς καλλιτέχνες λόγω της αντίθεσης των χρωμάτων του ποδιού. Μάλιστα, μεταξύ 13^{ου} και 19^{ου} αιώνα έχουν έως τώρα βρεθεί 61 πίνακες που απεικονίζουν το θαύμα αυτό (Maggioni and Maggioni, 2013).

Τον 18^{ο} αιώνα μια καλοσχηματισμένη οδοντοστοιχία θεωρούταν προσόν και δείγμα πλούτου, γι' αυτό οι πιο εύποροι συνήθιζαν να αγοράζουν λευκά δόντια από τους φτωχούς για αισθητικούς κυρίως λόγους, πληρώνοντας μεγάλα ποσά (Blackwell, 2004). Και κάπως έτσι, ξεκίνησε το εμπόριο οργάνων.

ii. Η μεταμόσχευση στα σπάργανα

Ο άνθρωπος ανέκαθεν πειραματιζόταν. Η ιδέα της μεταμόσχευσης, της αντικατάστασης δηλαδή οργάνων που νοσούσαν με άλλα υγιή, κέντριζε το ενδιαφέρον των ιατρών, αλλά πόσο πιθανόν ήταν να υλοποιηθεί κάτι τέτοιο; Στην πραγματικότητα, δεν έγινε ένα τεράστιο άλμα στην ιατρική από την μια στιγμή στην άλλη. Αντιθέτως γίνονταν μικρά βήματα κάθε φορά, προς την σωστή ή την λάθος κατεύθυνση, με ευγενή ή δόλια μέσα, με περισσότερα αρνητικά παρά θετικά αποτελέσματα. Οι επιστήμονες έμαθαν όμως από τα λάθη τους και έτσι η εξέλιξη ήταν γεγονός.

Η αρχή λοιπόν, με απλό πειραματισμό και με ή χωρίς αποτέλεσμα έγινε όταν το 1590 ένας ξακουστός Ιταλός χειρουργός, ο Tagliacozzi χρησιμοποίησε μέρος από ανθρώπινο βραχίονα για να κάνει κάποιου είδους ρινική αναπλαστική επέμβαση σε άλλο άνθρωπο(Shayan, 2001). Το 1668 η προσπάθεια του Δανού Van Meeneren να πάρει κρανιακό οστό από έναν σκύλο και να το μεταμοσχεύσει σε έναν άνθρωπο για να αποκαταστήσει μια βλάβη, στέφθηκε με επιτυχία (Linden, 2009). Τον 18^{ο} αιώνα οJ. Hunter, προχώρησε σε αυτομεταμόσχευση ενός οσταρίου ενός κόκορα από το πόδι του στο λειρί του (Barker and Markmann, 2013).

Το 1902, ο Ούγγρος χειρούργος Ullmann, έχοντας εκπαιδευτεί στα πειράματα σε ζώα στο Ινστιτούτο Παστέρ στο Παρίσι, μεταμόσχευσε το νεφρό ενός σκύλου στον λαιμό ενός άλλου σκύλου παρουσία κοινού. Συνέδεσε την νεφρική αρτηρία με την καρωτιδική αρτηρία και η νεφρική φλέβα με την έξω σφαγίτιδα φλέβα κάνοντας αυτό που σήμερα ονομάζουμε «αναστόμωση». Η αλλομεταμόσχευση στέφθηκε με επιτυχία παρότι ο σκύλος κατέληξε πέντε ημέρες μετά (Dangoor et al., 2015) . Συνέχισε όμως, αυτή την φορά σε ξενομεταμόσχευση, μεταμοσχεύοντας το νεφρό ενός σκύλου στον λαιμό μίας κατσίκας. Ο Ullmann ήταν ο πρώτος χειρουργός που προσπάθησε να μεταμοσχεύσει το νεφρό χοίρου σε μία νεαρή γυναίκα. Παρότι, το πείραμα του απέτυχε λόγω τεχνικών δυσκολιών, η ιατρική κοινότητα εντυπωσιάστηκε τόσο από τις δημοσιεύσεις του (Nagy, 1999), όσο και από την νέα μέθοδο που παρουσίασε, καθώς άφηνε ανοιχτό το ενδεχόμενο να γίνει κάποια στιγμή μεταμόσχευση σε άνθρωπο με χρήση ζωικού μοσχεύματος.

Παρότι δεν υπήρχε σχετική βιβλιογραφία και δεν υπήρχε και καταγεγραμμένο περιστατικό επιτυχημένης μεταμόσχευσης με δότη ζώο και λήπτη άνθρωπο, οι χειρούργοι της εποχής συνέχιζαν ακάθεκτοι τον πειραματισμό. Το 1906, ο Γάλλος Mathieu Jaboylay προέβη σε δύο μεταμοσχεύσεις νεφρών με ζωικό μόσχευμα χοίρου και κατσίκας σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Οι επεμβάσεις μπορεί να μην στέφθηκαν με επιτυχία, αλλά ό ίδιος θα μείνει γνωστός στην ιστορία της ιατρικής για την εξέλιξη της αγγειακής αναστόμωσης.

Η ίδια ιστορία συνεχίστηκε λίγα χρόνια αργότερα με τον γερμανό Unger με χρήση μοσχεύματος από πίθηκο και δυστυχώς την ίδια κατάληξη. Το γεγονός αυτό δεν

αποθάρρυνε τους χειρουργούς της εποχής. Συνέχισαν στον ίδιο δρόμο ως περίπου το 1926 χωρίς όμως καμία περαιτέρω εξέλιξη στον τομέα, οπότε και οι έρευνες έπαυσαν για μια δεκαετία σχεδόν. Οι τόσες αποτυχημένες απόπειρες μεταμόσχευσης ζωικού μοσχεύματος σε άνθρωπο (ξενομεταμόσχευση), απέδειξε ότι ο δρόμος που είχαν ακολουθήσει οι περισσότεροι ήταν λάθος.

Την ίδια περίοδο, στις αρχές του 20ου αιώνα, η καινοτομία έγινε από τον χειρουργό Alexis Carrel και μάλιστα βραβεύτηκε το 1912 με το βραβείο Νόμπελ. Ο Γάλλος Carrel, μαθητής του Jaboylay που αναφέρθηκε παραπάνω, εξέλιξε την ιατρική τεχνική της αγγειακής αναστόμωσης, της ιστοκαλλιέργειας, του αγγειακού ράμματος και τον τρόπο συρραφής των αγγείων, η οποία χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα στις μεταμοσχεύσεις (Σέχας, 2010). Τα πειράματά του γίνονταν επίσης σε ζώα. Ο Carrel είχε παρατηρήσει ότι η χρήση καθαρών βελόνων, ιατρικού πεδίου και η άσηπτη τεχνική κατά την διάρκεια μιας επέμβασης, δίνει λιγότερες μετεγχειρουργικές επιπλοκές. Την εποχή που οι ομάδες αίματος είχαν μόλις ανακαλυφθεί και η μετάγγιση αίματος[1] δεν ήταν συνηθισμένη ιατρική τεχνική, ο γάλλος χειρουργός κατάλαβε ότι πρέπει να υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος τρόπος που ο δότης να είναι συμβατός με τον λήπτη, έτσι ώστε ο δεύτερος να μην απορρίπτει το μόσχευμα του πρώτου, αλλά δεν προχώρησε περαιτέρω την έρευνα αυτή.

Ο Leo Loeb στα 1930 θεώρησε ότι ο λόγος που τα μοσχεύματα απορρίπτονται είναι μια γενετική ανισότητα που πιθανά να υπάρχει μεταξύ δότη και λήπτη και πως ανάμεσα στα μονοζυγωτικά δίδυμα πιθανά να μην υπάρχει (Hamilton, 2012). Λίγα χρόνια αργότερα, το 1937, έγινε η πρώτη μεταμόσχευση από άνθρωπο σε άνθρωπο από τον ρώσο Voronoy. Ο Voronoy έκανε στο σύνολο 6 μεταμοσχεύσεις νεφρών από άνθρωπο σε άνθρωπο, στην Ρωσία αλλά καμιά τους δεν ήταν επιτυχής. Ένας από τους λόγους ήταν ότι δεν υπήρχε συμβατότητα στην ομάδα αίματος δότη-λήπτη.

Κατά την διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου πολέμου, γεννήθηκε η ανάγκη να βελτιωθεί η χρήση δερματικού μοσχεύματος ως ένας τρόπος θεραπείας των εγκαυμάτων των πιλότων. Οι γιατροί Gibson και Medawar παρατήρησαν ότι αν έπαιρναν μόσχευμα

[1]Οι ομάδες αίματος ανακαλύφθηκαν στο 1900 από τον αυστριακό βιολόγο Landsteiner, ο οποίος το 1930 βραβεύτηκε με το βραβείο Νόμπελ. Η πρώτη επιτυχημένη μετάγγιση αίματος σε άνθρωπο έγινε το 1907 (NobelPrize.org, 2019).

από ένα ζώο και το μεταμόσχευαν σε ένα άλλο, τότε το μόσχευμα διατηρούνταν για 7 περίπου μέρες. Αν επαναλάμβαναν την διαδικασία, ο οργανισμός απέρριπτε αμέσως το δεύτερο μόσχευμα. Αναγνώρισαν ότι υπήρχε μια κάποια ανοσολογική σχέση, μια αντίδραση, που οδηγούσε στην απόρριψη των μοσχευμάτων και χρειαζόταν περαιτέρω μελέτης και έρευνας. Για την έρευνα του στον τομέα, ο Medawar, βραβεύτηκε με το βραβείο Νόμπελ το 1960 (NobelPrize.org, 2019).

Η έρευνα του Medawar και του συνεργάτη του Billingham, στην απόρριψη των μοσχευμάτων είχε ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη της κορτιζόνης ως μέσο διατήρησης ή παράτασης των μοσχευμάτων. Αυτή την ανακάλυψη, πήγε ένα βήμα παρακάτω ο D.Hume, όταν χρησιμοποίησε σε 15 μεταμοσχεύσεις κορτικοστεροειδή φάρμακα με αποτέλεσμα την παράταση ζωής των μοσχευμάτων από 37 έως 180 ημέρες (Dangooretal., 2015).

Κάτι έλειπε όμως. Κάτι που θα έδινε περισσότερη διάρκεια ζωής στο μόσχευμα και στον μεταμοσχευμένο. 6 χρόνια μετά την πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού σε μονοζυγωτικά δίδυμα ανακαλύφθηκε το φάρμακό 6 μερκαπτοπουρίνη (6MCP) έπειτα από πειράματα σε σκύλους από τον ιατρό Roy Calne. Χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σε άνθρωπο σε συνδυασμό με το φάρμακο πρεδνιζολόνη στην πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση επί αγγλικού εδάφους με ζώντα δότη που δεν ήταν μονοζυγωτικός δίδυμος. Ο ασθενής κατέληξε βδομάδες αργότερα, αλλά παρόλα αυτά η μεταμόσχευση θεωρήθηκε επιτυχημένη.

Η χρήση αζαθειοπρίνης από τους Calne και Murray, σαν πρώτο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο έδωσε τα πρώτα θετικά αποτελέσματα, αφού ο λήπτης μοσχεύματος έζησε περίπου ένα χρόνο μετά την μεταμόσχευση από πτωματικό δότη (Shayan, 2001). Να τονίσουμε κάπου εδώ, ότι τότε, αρχές του 1960, δεν είχε ακόμα οριστεί το κριτήριο του εγκεφαλικού θανάτου και πτωματικός θεωρούταν ο ασυστολικός δότης, ο δότης δηλαδή, με μη πάλλουσα καρδιακή λειτουργία. Ο συνδυασμός των φαρμάκων πρεδνιζολόνη και αζαθειοπρίνη από τον Starzl, τον πρώτο γιατρό που έκανε πραγματικότητα την μεταμόσχευση ήπατος, έφεραν πολύ καλά αποτελέσματα όπως επίσης και η χρήση της κυκλοσπορίνης, του «φαρμάκου- θαύμα» πάλι από τον Calne. Η κυκλοσπορίνη ήταν το βασικό ανοσοκατασταλτικό φάρμακο ως το 1989 ενώ πλέον

χρησιμοποιείται το tacrolimus (Barker and Markmann, 2013και UNOS-Transplant Living, 2019).

iii. Η μεταμόσχευση από όνειρο θερινής νυκτός σε καθιερωμένη κλινική πρακτική

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η μεταμόσχευση αποτελεί τη μόνη θεραπευτική λύση για την τελικού σταδίου ανεπάρκεια καρδιάς, ήπατος και πνεύμονα καθώς και την πιο αποτελεσματική λύση για την τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια. Η μεταμόσχευση, ως ιατρική πράξη, δεν ήταν κατόρθωμα ενός γιατρού ή μιας κατάστασης. Ήταν συνδυασμός πολλών παραγόντων, ανάμεσα τους η εξέλιξη της ιατρικής και της φαρμακευτικής, καθώς και η ιατρική φιλοδοξία. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι μια ιατρική πράξη που σήμερα έχει καθιερωθεί, πριν από 60 χρόνια βρισκόταν σε πειραματικό/κλινικό στάδιο**.**

Η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού έγινε λίγες μέρες πριν τον εορτασμό των Χριστουγέννων του 1954 από τον γιατρό Joseph Murray και την ομάδα του, σε έναν 24χρονο ασθενή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια με δότη τον δίδυμο αδερφό του. Οι γιατροί της εποχής ήδη γνώριζαν ότι ο οργανισμός δεν απορρίπτει μόσχευμα προερχόμενο από μονοζυγωτικό δίδυμο. Ο λήπτης κατέληξε οκτώ χρόνια αργότερα χωρίς όμως να εμφανίσει σημεία απόρριψης του μοσχεύματος. Η ίδια ακριβώς επέμβαση επαναλήφθηκε λίγα χρόνια αργότερα, αυτή την φορά σε δίδυμες αδερφές 22 ετών. Η λήπτρια, προς έκπληξη όλων έζησε ως το 2011 μια υγιή, φυσιολογική ζωή (Murray, 2011). Δεν ήταν τόσο η επιτυχία της μεταμόσχευσης νεφρού που έκανε εντύπωση στην ιατρική κοινότητα αλλά το γεγονός της βελτίωσης της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Τόσο η δότρια όσο και η λήπτρια, κατόπιν της επέμβασης, κατάφεραν να επανέλθουν στην καθημερινότητα τους, να εργάζονται κανονικά και να αποκτήσουν οικογένεια.

Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς έγινε το 1967 στην Νότια Αφρική από τον γιατρό Barnard από πτωματικό δότη . Την ίδια χρονιά έγινε και η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος από τον Starzl. Ο λήπτης καρδιακού μοσχεύματος μπορεί να έζησε τρεις μόνο εβδομάδες μετά την μεταμόσχευση αλλά έδωσε στον τομέα ευρεία δημοσιότητα και δημιούργησε μια έκρηξη της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας σε πολλά

νοσοκομεία του κόσμου (Shayan, 2001). Δεν είχαν όλα τα νοσοκομεία όμως τις βάσεις και την τεχνογνωσία για να κάνουν τέτοιες επεμβάσεις.

Στην Ελλάδα, η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη έγινε το 1968 από τον καθηγητή Χ. Τούντα ενώ το 1990 έγινε η πρώτη μεταμόσχευση ήπατος από τον καθηγητή Αντωνιάδη και η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από τον καρδιοχειρουργό Γ. Τόλη (Κωστάκης, 2004).

Οι πρώτοι δότες οργάνων ήταν ζώντες λόγω της έλλειψης κατάλληλων τεχνικών συντήρησης του μοσχεύματος έξω από το σώμα του δότη έως ότου αυτό μεταμοσχευθεί. Στην αρχή της δεκαετίας του ’60 ανακαλύφθηκαν μέθοδοι συντήρησης των νεφρών εκτός σώματος που έφταναν τις 6 ώρες. Το γεγονός αυτό έδωσε την δυνατότητα χρήσης πτωματικών δοτών και μεταφοράς οργάνων και εκτός νοσοκομείου που γίνεται η λήψη του (Linden, 2009). Άλλωστε ήδη από το 1968 είχε νομιμοποιηθεί η δωρεά οργάνων και ιστών στις Η.Π.Α. και 3 χρόνια αργότερα θεωρήθηκε νόμιμη η χρήση κάρτας δωρητή οργάνων παρότι δεν υπήρχε εθνικός φορέας να ελέγχει ή να συντονίζει τις μεταμοσχεύσεις και δεν υπήρχε καν σύστημα για τον ορθό διαμοιρασμό των οργάνων.

Ο ιατρός Paul Terasaki αναγνώρισε την ανάγκη ύπαρξης ενός οργανισμού που θα βάλει όρους και προϋποθέσεις στον διαμοιρασμό των οργάνων και ίδρυσε το 1967 τον ομώνυμο οργανισμό (Barker and Markmann, 2013). Ακολούθησαν και άλλοι οργανισμοί στις ΗΠΑ, ανάμεσά τους και ο μη κερδοσκοπικός οργανισμός SEOPF (The South-Eastern Organ Procurement Foundation). Ο οργανισμός αυτός χρησιμοποίησε βάσεις δεδομένων για κάθε νοσοκομείο που συνεργαζόταν και είχε στόχο να βοηθήσει τα κατά τόπους νοσοκομεία να βρουν γρήγορα μοσχεύματα. Η βάση αυτή ονομάστηκε UNOS (Network for Organ Sharing) όνομα που τελικά επικράτησε του αρχικού SEOPF,και με σύνθημα “*Matching organs. Saving lives*”[2] έμελλε το 1986 να γίνει ο επίσημος φορέας μεταμοσχεύσεων των Η.Π.Α.. Την ίδια χρονιά στις Η.Π.Α. πέρασε το νομοσχέδιο (National Transplant Organ Act-NOTA) που απαγόρευε την αγοραπωλησία οργάνων (UNOS, n.d.) .

Τα μοσχεύματα από ζώντες δότες είναι ξεκάθαρο ότι δεν επαρκούσαν, μιας και μόνο κοντινοί συγγενείς μπορούσαν να γίνουν δότες. Η αφαίρεση των νεφρικών

[2]Ελεύθερη μετάφραση: Σώζουμε ζωές, βρίσκοντας τα κατάλληλα μοσχεύματα

μοσχευμάτων, μετά την τελική παύση της καρδιακής λειτουργίας σε πολλές περιπτώσεις αλλοίωνε την ποιότητα του μοσχεύματος. Κοινή ιατρική αποδοχή ήταν ότι η παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας, το μη αναστρέψιμο κώμα, επιφέρει αναπόφευκτα τον θάνατο, μιας και τα όργανα αρχίζουν να τερματίζουν την λειτουργία τους το ένα μετά απ' το άλλο. Το 1968, δημοσιεύτηκε η πρώτη σύσταση διεθνώς από επιτροπή της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Χάρβαρντ που συστάθηκε επί τούτου, που αναγνώριζε τον εγκεφαλικό θάνατο, ως μια μορφή θανάτου (Harvard Medical School, 1984). Λογικό είναι ότι οι αντιρρήσεις από την επιστημονική κοινότητα ήταν πολλές μιας και πολλοί δεν μπορούσαν να δεχτούν ως νεκρό έναν άνθρωπο που η καρδιά του πάλλεται κανονικά. Παρόλα αυτά, το 1981 καθιερώθηκε και έγινε κοινώς αποδεκτό το επίσημο θεσμικό πλαίσιο για τον εγκεφαλικό θάνατο (Uniform Determination of Death Act), γεγονός που συντέλεσε θετικά στην αύξηση του αριθμού των δοτών (Linden, 2009).

iv. Οι μεταμοσχεύσεις στις μέρες μας.

Σήμερα, οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν καθιερωμένη θεραπευτική μέθοδο. Μέχρι τώρα τέτοιου είδους επεμβάσεις γίνονταν για να σώσουν την ζωή ενός ασθενούς. Σήμερα έχουμε προχωρήσει ένα ακόμα βήμα παρακάτω. Γίνονται μεταμοσχεύσεις οργάνων προκειμένου να αντιμετωπιστούν ιατρικά προβλήματα που δεν απειλούν άμεσα την ζωή του λήπτη, αλλά μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του. Παρακάτω θα αναφερθούν ορισμένα ενδεικτικά παραδείγματα.

Το 2013, έγινε η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση λειτουργικής μήτρας από μία γυναίκα 61 ετών, που βρισκόταν σε εμμηνόπαυση σε μία άλλη 36 ετών, που γεννήθηκε χωρίς μήτρα εξαιτίας μιας γενετικής διαταραχής. Η 36χρονη κατάφερε να κυοφορήσει κανονικά γονιμοποιημένο έμβρυο με γαμέτες δικούς της και του συντρόφου της με εξωσωματική γονιμοποίηση και να φέρει στον κόσμο το πρώτο της βιολογικό τέκνο (Brännström et al., 2015). Η μεταμόσχευση σε αυτή την περίπτωση είναι η μόνη μέθοδος αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.

Το 2016 έγινε η πρώτη μεταμόσχευση μήτρας από πτωματικό δότη σε γυναίκα 32 ετών, στην Βραζιλία, με το σύνδρομο MRKH (αρχικά των ονομάτων Mayer-

Rokitansky –Küster -Hauser), που συναντάται με συχνότητα 1 στις 4000 έως 10000 γεννήσεις και αφορά γυναίκες που γεννήθηκαν χωρίς ή με ατελώς ανεπτυγμένα γεννητικά όργανα, επίσης με επιτυχία που οδήγησε στην γέννηση ενός τελειόμηνου, υγιούς παιδιού (Ejzenberg et al., 2018).

Άλλο ένα παράδειγμα μεταμόσχευσης προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς, είναι η μεταμόσχευση μέρους ή ολόκληρου του προσώπου. Η πρώτη τέτοια επέμβαση έγινε το 2005 στην Γαλλία και εκτιμάται ότι μέχρι τον Φεβρουάριο του 2017 είχαν γίνει περίπου 37 τέτοιες επεμβάσεις παγκοσμίως με μόσχευμα προερχόμενο από πτωματικό δότη (Siemionow, 2017). Πέντε από τους ασθενείς πέθαναν λόγω επιπλοκών ή ανέπτυξαν καρκίνο. Οι ασθενείς που μεταμοσχεύτηκαν είχαν σοβαρές παραμορφώσεις στο πρόσωπο τους, που δεν μπορούσαν να βελτιωθούν με επανορθωτική πλαστική χειρουργική, προερχόμενες κυρίως από γενετικές ασθένειες όπως η νευροϊνωμάτωση τύπου Ι, από βαλλιστικά τραύματα, από εγκαύματα, τροχαία ατυχήματα και όγκους (Lantieri et al,2016).

2.Μεταμοσχευτικός τουρισμός

Ένας από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους τομείς της τουριστικής βιομηχανίας διεθνώς είναι σήμερα ο λεγόμενος ιατρικός τουρισμός. Τα κέρδη του υπολογίστηκαν το 2006 στα 60 εκατομμύρια δολάρια (Akoh, 2012).Ο ενδιαφερόμενος ασθενής μεταβαίνει συνήθως σε διαφορετική χώρα από αυτή της μόνιμης διαμονής του ώστε να λάβει ιατρικές υπηρεσίες που στην χώρα διαμονής του δεν μπορεί, εξαιτίας του κόστους, στο οποίο δεν μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά, της τεχνογνωσίας που πιθανά να μην είναι διαθέσιμη στον τόπο διαμονής, του αυστηρού νομικού πλαισίου ή μιας μακράς λίστας αναμονής. Ο ασθενής, μπορεί να συνδυάσει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών με πακέτο διακοπών αν θέλει (Connell, 2013). Πρόκειται για ένα ταχέως αναπτυσσόμενο φαινόμενο που ενθαρρύνεται από μια ολοένα και πιο ενισχυμένη βάση ασθενών που αναζητά ποιότητα, διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη (Choi, 2015).Ο μεταμοσχευτικός τουρισμός ανήκει στα είδη του ιατρικού τουρισμού.

Οι ιδιωτικές εταιρείες στις Η.Π.Α. ωθούν τους πελάτες τους, προσφέροντας εκπτώσεις στα ασφάλιστρα, να αναζητήσουν ολοκληρωμένα προγράμματα υγείας σε

ξένες χώρες. Το μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων πολιτών στις Η.Π.Α. ή η έλλειψη ολοκληρωμένης ασφαλιστικής κάλυψης αναγκάζουν έμμεσα τους πολίτες να αναζητήσουν θεραπεία αλλού(Kirchner et al., 2013). Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν αναλαμβάνουν ολόκληρο το κόστος της μεταμόσχευσης από ζώντα δότη. Δεν αναλαμβάνουν την αποζημίωση από την αποχή από την εργασία, το κόστος μετάβασης στην χώρα μεταμόσχευσης, έκτακτα ιατρικά έξοδα που τυχόν εμφανιστούν και τον μετεγχειρητικό έλεγχο υπό περιπτώσεις (National Kidney Foundation, 2019). Στην Ελλάδα σήμερα, υπάρχει συγκεκριμένος φορέας διαφήμισης και προώθησης του ιατρικού τουρισμού στο εξωτερικό, η Μη Κυβερνητική Οργάνωση Elitour[3], με πρόεδρο, τον πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και Περιφερειάρχη Αττικής, κ. Γεώργιο Πατούλη. Οι ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται είναι πολλές και παρέχονται αποκλειστικά σε ιδιωτικές κλινικές, όμως επί της παρούσης θα σταθώ εν συντομία μόνο σε αυτές που σχετίζονται με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, διότι είναι η συχνότερη αιτία μετακίνησης στην Ελλάδα, αλλοδαπών ιατρικών τουριστών σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής.

Χωρίς να υπάρχει επίσημο μητρώο καταγραφής, υπολογίζονται περισσότεροι από χίλιοι οι ενδιαφερόμενοι που επισκέπτονται ετησίως την χώρα γι αυτό το λόγο. Το ενδιαφέρον μας εστιάζεται κυρίως σε ιατρικές πράξεις που σε χώρες της αλλοδαπής απαγορεύονται, όπως είναι π.χ. η χρήση παρένθετης μητέρας στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Ενώ στην Ελλάδα επιτρέπεται νομοθετικά, σε χώρες όπως η Ιταλία, η Γαλλία ή η Γερμανία απαγορεύεται, γεγονός που δύναται να κάνει την Ελλάδα σημαντικό προορισμό για την λήψη αυτών των υπηρεσιών.

Η Επιτροπή Βιοηθικής, είχε νωρίτερα εκφράσει τον φόβο ύπαρξης κινδύνου παράνομης διακίνησης ανθρώπων και πρότεινε ορισμένα μέτρα, ανάμεσά τους την κάλυψη νομοθετικών κενών και την λειτουργία εθνικού μητρώου καταγραφής δοτών (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2018)(Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Βιδάλης Τ., Μολλάκη Β., 2018).Παρατηρούμε ότι ένα χαλαρό νομοθετικό πλαίσιο ή ένα νομικό κενό στην νομοθεσία, μπορούν να αφήσουν περιθώρια να γίνει η χώρα πόλος έλξης τέτοιων παράνομων κυκλωμάτων και εγκληματικών ενεργειών. Με τον ίδιο ακριβώς

[3]www.elitour.org

τρόπο, δρουν τα κυκλώματα και στον μεταμοσχευτικό τουρισμό, όπως θα δούμε παρακάτω.

Μεταμοσχευτικός τουρισμός, ετυμολογικά, σημαίνει η μετάβαση ενός ατόμου σε χώρα διαφορετική από αυτή της νόμιμης παραμονής του, προκειμένου να υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνου ή οργάνων. Μπορεί όμως και ο ίδιος ο δότης να μεταβεί στην χώρα του λήπτη ή η μεταμόσχευση να γίνει σε τρίτη χώρα από αυτή της προέλευσης δότη-λήπτη (Shimazono, 2007). Αυτό μπορεί να γίνει είτε ακολουθώντας την νόμιμη οδό είτε την παράνομη.

Μια σύντομη αναφορά πρέπει να γίνει για τον νόμιμο μεταμοσχευτικό τουρισμό. Όπως θα δούμε και παρακάτω, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν συνάψει μεταξύ τους διακρατικές συνεργασίες, στο θέμα των μεταμοσχεύσεων. Είναι σύνηθες για ένα παιδί παραδείγματος χάριν, να μεταβεί στην Ιταλία, αν βρεθεί ηπατικό μόσχευμα, διότι στην Ελλάδα δεν είναι δυνατή αυτού του είδους η μεταμόσχευση. Η μετάβαση σε μια τρίτη χώρα, που διέπεται από διακρατικές συμφωνίες, διαφάνεια και νομιμότητα, για μεταμόσχευση είναι η νόμιμη όψη του μεταμοσχευτικού τουρισμού.

Η Αυστρία, το Βέλγιο, η Κροατία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και η Σλοβενία είναι οκτώ χώρες που συνεργάζονται μεταξύ τους στον συντονισμό, οργάνωση και διεκπεραίωση των μεταμοσχεύσεων και είναι μέλη του μη κερδοσκοπικού διακρατικού οργανισμού, Eurotransplant[4]. Ο οργανισμός, καθόλα νόμιμος και με πλήρη διαφάνεια στις διαδικασίες του, χρησιμοποιεί μια κοινή βάση δεδομένων για τους ασθενείς όλων των ανωτέρω χωρών που έχουν εγγραφεί στις εθνικές λίστες αναμονής για μεταμόσχευση οργάνων, στην οποία δηλώνονται τα στοιχεία του ασθενή, η πάθηση, η ηλικία, ο χρόνος αναμονής στην λίστα κλπ. Στην ίδια βάση δεδομένων μπαίνουν τα στοιχεία του δότη. Ο οργανισμός αντιπαραβάλλει τα στοιχεία τους αφού λάβει υπόψη κριτήρια όπως η κατάσταση υγείας του δότη, το επείγον της μεταμόσχευσης, η ιστοσυμβατότητα, η ύπαρξη κοινής ομάδας αίματος κα. και εντοπίζει το κατάλληλο διαθέσιμο μόσχευμα για τον κάθε ασθενή. Είναι συνήθεις οι μεταβάσεις στις συνεργαζόμενες χώρες ασθενών, προκειμένου να υποβληθούν σε μεταμόσχευση.

[4]https://www.eurotransplant.org/

Στην εργασία αυτή, με την αναφορά «μεταμοσχευτικός τουρισμός» εννοώ την μετάβαση ενός ατόμου σε άλλη χώρα για να υποβληθεί σε μεταμόσχευση ενός ή περισσοτέρων οργάνων, τα οποία είναι προϊόντα μη νόμιμης αγοραπωλησίας.

i. Κατανοώντας το φαινόμενο

Η έλλειψη οργάνων είναι γεγονός σε παγκόσμιο επίπεδο, αν εξαιρέσουμε το ελπιδοφόρο παράδειγμα της Ισπανίας που έχει αυξήσει τους πτωματικούς δότες σε 48,3 ανά εκατομμύριο κατοίκους [5] ή το Ιράν που έχει νομιμοποιήσει την αγοραπωλησία οργάνων. Η επιθυμία των ασθενών να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους είναι ισχυρότερη των όποιων νομικών κωλυμάτων που δημιουργούνται. Αν η επιθυμία αυτή δεν εκπληρωθεί στην χώρα τους, τότε οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα, άσχετα από τις συνέπειες, να βρουν την λύση εκτός συνόρων, στην μαύρη αγορά (Αλεξόπουλος, 2008). Είναι κατανοητό ότι δεν δύναται να υπάρχουν ακριβή στατιστικά στοιχεία στις αγοραπωλησίες οργάνων και στις μεταμοσχεύσεις που έπονται. Γενικά, υπολογίζεται ότι περίπου στο 10% του συνόλου των μεταμοσχεύσεων, σε παγκόσμιο επίπεδο, έχουν χρησιμοποιηθεί μοσχεύματα που έχουν αποκτηθεί παρανόμως με τα κέρδη του παράνομου εμπορίου οργάνων να υπολογίζονται από 840 εκατομμύρια δολάρια έως 1,7 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Η μεταμόσχευση νεφρού είναι η πιο συνηθισμένη και έπονται η μεταμόσχευση ήπατος, καρδιάς, πνεύμονα και παγκρέατος (May, 2017). Ο Αλεξόπουλος αναφέρει 106 περιστατικά μεταμοσχευτικού τουρισμού από Έλληνες ασθενείς το διάστημα 1994-2007 και αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο για περισσότερα (Αλεξόπουλος, 2008).

Οι συνήθεις προορισμοί παράνομου μεταμοσχευτικού τουρισμού είναι η Ινδία, η Κίνα, το Πακιστάν, το Μπαγκλαντές, η Βραζιλία, η Μολδαβία, η Αίγυπτος, η Σαουδική Αραβία, η Μαλαισία, η Ταιβάν, η Βόρεια Κορέα και οι Φιλιππίνες ενώ οι λήπτες κατάγονται κυρίως από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Γερμανία, τις Η.Π.Α., τον Καναδά και το Ισραήλ. (Scheper-Hughes, 2004 και Akoh, 2012). Παρατηρούμε ότι οι χώρες προέλευσης των αγοραστών-ληπτών είναι χώρες ανεπτυγμένες ενώ αντίθετα οι χώρες προέλευσης των δοτών-πωλητών είναι υποανάπτυκτες με μεγάλο ποσοστό

[5] Στατιστικά 2018 προερχόμενα από: http://www.transplant-observatory.org/summary/

πολιτών κάτω από το όριο της φτώχειας. Στο Πακιστάν, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 34% σύμφωνα με τον Cohen (Cohen, 2013).

Οι χώρες, προορισμοί, του μεταμοσχευτικού τουρισμού έχουν θεσπίσει νόμους που απαγορεύουν την αγοραπωλησία οργάνων. Η νομοθεσία όμως είναι χαλαρή και πολλές φορές υπάρχουν νομικά κενά. Στο Μπαγκλαντές η νομοθεσία απαγορεύει την εμπορευματοποίηση οργάνων αλλά δεν υπάρχει κρατική πρωτοβουλία για αυστηρή εφαρμογή του νόμου, με αποτέλεσμα να κυκλοφορούν ανεμπόδιστα μέχρι και ελκυστικές παραπλανητικές αγγελίες σε τοπικές εφημερίδες ψάχνοντας υποψήφιους δότες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Ινδία, το ποσοστό των μεταμοσχεύσεων από μη συγγενείς δότες αγγίζει το 50% (WHO, 2003). Νομοθετικά η χώρα έχει απαγορεύσει την αγοραπωλησία οργάνων από το 1994 και οποιαδήποτε μεταμόσχευση ζώντα μη συγγενή δότη χρειάζεται έγκριση από ειδικά εντεταλμένη επιτροπή έτσι ώστε να αποφευχθεί τυχόν εκμετάλλευση του δότη και να προληφθεί οποιαδήποτε περίπτωση αγοραπωλησίας (Organindia.org, 2015). Στην πραγματικότητα όμως η χώρα εξακολουθεί να είναι ένας από τους κύριους προορισμούς για μεταμοσχευτικό τουρισμό λόγω του μικρού κόστους αγοράς μοσχεύματος που κοστολογείται από 1.000-6.000 δολάρια (Okafor, 2017 και May, 2017).

Δεν είναι λίγοι οι ηθικοί φορείς, που εμπλέκονται στην αγοραπωλησία. Συνήθως εστιάζουμε το ενδιαφέρον μας στον δότη του οργάνου, που είναι και ο πωλητής και στον λήπτη του οργάνου, που είναι και ο αγοραστής. Πίσω από αυτούς, υπάρχει ένα διεθνές κύκλωμα που συγκρίνεται με την Μαφία. Ο μεσάζων, είναι το άτομο που θα έρθει σε επαφή με τον αγοραστή και τον δότη. Αυτός που θα κανονίσει το μέρος που θα γίνει η μεταμόσχευση, την μετάβαση του δότη ή λήπτη στην χώρα που θα γίνει η μεταμόσχευση, τον συντονισμό της μεταμοσχευτική ομάδας. Οι μεσάζοντες παραπλανούν συχνά τους υποψήφιους δότες, παρουσιάζοντάς τους μια διαφορετική πραγματικότητα. Τάζουν χρήματα που θα αλλάξουν την ζωή τους, ταξίδια σε άλλα κράτη, μεταμοσχευτική φροντίδα. Σε άλλες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί εκβιασμοί (Cohen, 2013, Scheper-Hughes, 2004).

Η μεταμοσχευτική ομάδα, περιλαμβάνει γιατρούς (χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νεφρολόγους) και νοσηλευτές. Μέλη του κυκλώματος της παράνομης εμπορίας

οργάνων θεωρείται επίσης οποιοσδήποτε γνωρίζει, συμμετέχει ή διευκολύνει το παράνομο των πράξεων, όπως πχ το κέντρο μεταμόσχευσης (May,2017).

Οι δότες είναι στην πλειοψηφία τους άνδρες ηλικίας 20-55 ετών, βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας με μηνιαίο εισόδημα 10-60 δολάρια τον μήνα και αναγκάζονται να πουλήσουν το νεφρό τους για να αποπληρώσουν τα χρέη τους, για να βοηθήσουν την οικογένειά τους, για να παντρευτούν ή για να αγοράσουν σπίτι. Οι περισσότεροι είναι αγρότες, εργάτες ή μικροπωλητές. Η τιμή που κοστολογείται το νεφρό στην μαύρη αγορά είναι από 200[6] έως 30.000[7] δολάρια, αλλά συνήθως οι δότες δεν λαμβάνουν το συμφωνηθέν ποσό αλλά λιγότερα, γιατί χρεώνονται τα ιατρικά έξοδα. Το ποσό που καταβάλλεται στους πωλητές ποικίλλει σημαντικά και συνδέεται στενά με την εθνικότητά τους καθώς και με την χώρα που θα διεξαχθεί η μεταμόσχευση. Πωλητές- δότες προερχόμενοι από αναπτυγμένες χώρες λαμβάνουν μεγαλύτερη αμοιβή από πωλητές-δότες που προέρχονται από αναπτυσσόμενες ή υποανάπτυκτες χώρες (Cohen, 2013, Scheper-Hughes, 2004 και May,2017).

Οι περισσότεροι μετά την νεφρεκτομή δεν είδαν μεγάλη οικονομική βελτίωση στην ζωή τους, ως ήλπιζαν, με το ποσοστό να αγγίζει το 85% για τους κατοίκους του Πακιστάν. Μόνο το 4% δηλώνει ότι πέτυχε με την αγοραπωλησία τους οικονομικούς στόχους που είχε θέσει (Cohen, 2013).

Μετά την επέμβαση, συχνά οι δότες στιγματίζονται στις κλειστές, τοπικές κοινωνίες και περιθωριοποιούνται. Η κατάσταση της υγείας τους είναι χειρότερη απ' ότι πριν την επέμβαση καθώς εμφανίζουν συχνότερα επιπλοκές και αυτό δεν έχει να κάνει τόσο με την αφαίρεση του ενός νεφρού όσο με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους χορηγήθηκε και την παντελή απουσία μετεγχειρουργικής ιατρικής φροντίδας και παρακολούθησης. Ο Cohen αναφέρει ότι οι δότες από το Μπαγκλαντές θυμούνται την ημέρα της επέμβασης, σαν την «ημέρα θανάτου» τους («death day»)(Cohen, 2013).

Προβλήματα υγείας όμως παρουσιάζουν και οι λήπτες των μοσχευμάτων. Το σύνηθες ήταν η απλή μόλυνση ή λοίμωξη ενώ το κυριότερο η απόρριψη του

[6] Χαμηλότερη αμοιβή δότη προερχόμενου από το Νεπάλ όπως αναφέρεται σε May, C. (2017*). Transnational Crime and the Developing World.* Global Financial Integrity, σελ. 30, πίνακας Κ.

[7] Υψηλότερη αμοιβή δότη προερχόμενου από τις Η.Π.Α. Όπως παραπάνω

μοσχεύματος ή ακόμα και ο θάνατος(Cohen, 2013, Canales, 2006 και Αλεξόπουλος, 2008).

ii. Η Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε καλέσει από το 2004 τις χώρες-μέλη να αναγνωρίσουν το ολοένα αυξανόμενο φαινόμενο του μεταμοσχευτικού τουρισμού και τόνιζε την ανάγκη να προστατεύσουν τον ευάλωτο πληθυσμό από την εκμετάλλευση της εξαγοράς των οργάνων τους(World Health Assembly Resolution 57.18, 2004). Το 2007 υπολογίστηκε ότι το 5-10% του συνόλου των μεταμοσχεύσεων παγκοσμίως προερχόταν από παράνομη διακίνηση οργάνων (Shimazono, 2007). Την πρωτοβουλία οργάνωσης μιας συνόδου κορυφής με εξέχοντα μέλη απ όλο τον κόσμο και την λήψη αποφάσεων ανέλαβαν τέσσερα χρόνια αργότερα, η Διεθνής Εταιρεία Νεφρολογίας (International Society of Nephrology) και η Εταιρεία Μεταμοσχεύσεων (The Transplantation Society).

Τον Απρίλιο του 2008 έλαβε χώρα στην Κωνσταντινούπολη η Σύνοδος Κορυφής με την συμμετοχή 150 εκπροσώπων της παγκόσμιας ιατρικής και επιστημονικής κοινότητας, ειδικών σε θέματα βιοηθικής, κυβερνητικών αξιωματούχων κα.. Η Ελλάδα δεν συμμετείχε. Το θέμα της συνόδου ήταν ο μεταμοσχευτικός τουρισμός και η εμπορία οργάνων και η σημασία της διεθνούς συνεργασίας για την βελτίωση των πρακτικών σε θέματα δωρεάς και μεταμόσχευσης.

Τα πορίσματα της συνάντησης, που τιτλοφορείται «Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης για την εμπορευματοποίηση των οργάνων και τον μεταμοσχευτικό τουρισμό», συνοψίζονται σε 4 βασικούς άξονες, οι οποίοι αναπροσαρμόζονται ετησίως:

1. Την λήψη ή την αναθεώρηση του νομικού πλαισίου κάθε χώρας χωριστά ώστε να καθοριστεί πως θα γίνεται η προσφορά οργάνων και η μεταμόσχευσή τους με την μεγαλύτερη δυνατή διαφάνεια και αξιοπιστία. Οποιεσδήποτε μη ηθικές πρακτικές, απόρροια της έλλειψης μοσχευμάτων, όπως η εμπορία ανθρωπίνων οργάνων και εμπορία ανθρώπων με σκοπό την αφαίρεση οργάνων θα πρέπει να απαγορευθεί και να ποινικοποιηθεί.

2. Αύξηση της δεξαμενής των πτωματικών δοτών ώστε να μην υπάρχει ανάγκη ανεύρεσης συμβατού ζώντα δότη. Για να γίνει κάτι τέτοιο χρειάζεται εκπαίδευση του πληθυσμού ώστε να εξαλειφθούν φόβοι και προκαταλήψεις που σχετίζονται με την δωρεά οργάνων.
3. Δημιουργία κατάλληλων δομών και τεχνογνωσίας για να μπορεί η κάθε χώρα να ανταπεξέλθει στις μεταμοσχευτικές ανάγκες του πληθυσμού της.
4. Και τέλος, αναγνωρίζοντας την προσφορά του δότη, πρέπει να του χορηγούνται ιατρικές υπηρεσίες μετεγχειρουργικά ώστε να διασφαλίζεται η ικανοποιητική κατάσταση της υγείας του (Αλεξόπουλος, 2008, Martin et al., 2019).

3.Οι μεταμοσχεύσεις σήμερα στην Ελλάδα και στον κόσμο.

Παρακάτω, ακολουθεί μιαν αναφορά του τι συμβαίνει σήμερα στην Ελλάδα και τον κόσμο. Με ποιο τρόπο κάθε χώρα οργανώνει τις μεταμοσχεύσεις της και πως λειτουργεί. Υπάρχουν 3 βασικά συστήματα που στόχο έχουν την αύξηση των δοτών:

1. Υπάρχει το λεγόμενο σύστημα opt-out που χρησιμοποιείται σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες, ανάμεσά τους η Ισπανία και η Ελλάδα. Νομοθετικά έχει θεσπιστεί η λεγόμενη «εικαζόμενη συναίνεση». Ο κάθε πολίτης είναι εν δυνάμει, μετά-θάνατον, δότης εκτός και αν καταγραφεί εν ζωή στην λίστα αρνητών δωρητών οργάνων. Στην Ισπανία και στην Ελλάδα ζητείται η συναίνεση της οικογένειας εκτός και αν ο δότης είναι κάτοχος εθελοντικής κάρτας δωρεάς οργάνων, ενώ πχ. στην Αυστρία δεν είναι απαραίτητη (Symvoulakis et al., 2013).
2. Στο opt-in σύστημα, όποιος θέλει να γίνει δότης οργάνων απλά εγγράφεται στην λίστα δωρητών οργάνων αλλά μετά τον θάνατό του, ζητείται η συναίνεση της οικογένειας , η οποία μπορεί να θέσει βέτο στην μεταμόσχευση και να μην σεβαστεί την εν ζωή επιθυμία του δότη.
3. Τέλος, υπάρχει το λεγόμενο «μοντέλο του Ιράν» που χρησιμοποιεί κυρίως ένα σύστημα νομιμοποιημένης αγοραπωλησίας οργάνων από ζώντες δότες με

κρατικό έλεγχο και δευτερευόντως opt-in σύστημα για τους πτωματικούς δότες.

Εκτός από την Ελλάδα, επέλεξα να αναφερθώ στο μοντέλο της Ισπανίας, επειδή η χώρα είναι πρώτη στην Ευρώπη και τον κόσμο στις μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες και στο μοντέλο του Ιράν, λόγω της ιδιαιτερότητάς του. Στο τέλος θα αναφερθώ στην λεγόμενη «παγκόσμια ανταλλαγή νεφρών», ιδέα που κερδίζει πολλούς υποστηρικτές .

i. Στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τον κύριο οργανωτικό ρόλο στις μεταμοσχεύσεις έχει αποκλειστικά ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) με έδρα την Αθήνα. Ιδρύθηκε το 1999 με τον νόμο 2737/1999 ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, βρίσκεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και λειτουργεί με πάγια ετήσια χρηματοδότηση του. Ο ΕΟΜ αντικατέστησε τον μέχρι τότε εθνικό φορέα, το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων. Κύριος ρόλος και μέριμνα του Οργανισμού είναι ο συντονισμός σε εθνικό αλλά και διακρατικό επίπεδο των μεταμοσχεύσεων, η μεταφορά και διακίνηση των μοσχευμάτων καθώς και η εποπτεία της διαδικασίας από την αρχή ως το τέλος. Η Ελλάδα ακολουθεί το πρότυπο της Ισπανίας στα χαρτιά και τη νομοθεσία αλλά όχι στην πράξη, γι αυτό τα στατιστικά στοιχεία των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα είναι άκρως απογοητευτικά.

Η διαδικασία της μεταμόσχευσης ξεκινά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ενός ασθενούς. Η διάγνωση και πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από 3 ιατρούς που εργάζονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ενός νοσοκομείου. Οι γιατροί έχουν διαφορετική ιατρική ειδικότητα (εντατικολόγος, αναισθησιολόγος, νευρολόγος ή νευροχειρουργός ή ο θεράπων ιατρός του ασθενούς) και χρησιμοποιούν πολλές κλινικές και εργαστηριακές δοκιμασίες τις οποίες επαναλαμβάνουν συνολικά τρεις φορές. Και τις τρεις φορές, οι εξετάσεις πρέπει να δείχνουν ότι δεν υπάρχει καμία ένδειξη εγκεφαλικής λειτουργίας, αλλιώς δεν πιστοποιείται ο εγκεφαλικός θάνατος. Κανένας από τους ιατρούς που πιστοποιούν τον εγκεφαλικό θάνατο ενός ασθενούς δεν δύναται να συμμετέχει στην ιατρική ομάδα

που θα διενεργήσει την μεταμόσχευση προκειμένου να μην υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα και η διαδικασία να διέπεται από διαφάνεια.

Ο οργανισμός του εγκεφαλικά νεκρού δότη βρίσκεται υπό μηχανική υποστήριξη μέχρι να κινηθούν οι νόμιμες διαδικασίες. Πρώτα, ο θεράπων ιατρός ενημερώνει τον οργανισμό μεταμοσχεύσεων ότι υπάρχει πιθανός δότης οργάνων και γίνεται έλεγχος αν ο εκλιπών είναι εγγεγραμμένος στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών ή Αρνητών. Αφού ο ΕΟΜ ενημερώσει για τυχόν εγγραφή του πιθανού δότη στην λίστα δωρητών, αναλαμβάνει ο τοπικός συντονιστής μεταμοσχεύσεων, που μπορεί να είναι νοσηλευτής, επισκέπτης υγείας, κοινωνικός λειτουργός[8], ψυχολόγος ή ιατρός και είναι άρτια εκπαιδευμένος και πιστοποιημένος να ενημερώσει το στενό οικογενειακό περιβάλλον του εν δυνάμει δότη οργάνων για την δυνατότητα της δωρεάς με σκοπό την μεταμόσχευσή τους σε άλλους ανθρώπους.

Στο Εθνικό Μητρώο Δωρεάς Οργάνων και Ιστών υπάρχει δυνατότητα για οποιονδήποτε άτομο εν ζωή, να γίνει αρνητής ή δωρητής καθώς και να άρει την συναίνεσή του οποτεδήποτε θελήσει και να διαγραφεί από το μητρώο δωρητών. Παλαιότερα αρκούσε μια απλή δήλωση που συνοδευόταν από μια χάρτινη κάρτα δωρεάς οργάνων, που ο υποψήφιος έφερε πάνω του. Πλέον όμως, το σύστημα είναι μηχανογραφημένο. Για να δηλωθεί κανείς ως δότης ή αρνητής οργάνων πρέπει να συμπληρώσει την φόρμα που βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ. αφού πρώτα πιστοποιήσει τα στοιχεία του μέσω του πληροφοριακού συστήματος του υπουργείου Οικονομικών, taxisnet και έπειτα συμπληρώσει τα απαιτούμενα πεδία ή να συμπληρώσει την φόρμα, να την επικυρώσει για γνήσιο της υπογραφής και να την αποστείλει ταχυδρομικά ή να την υποβάλλει μόνος του στα γραφεία του Ε.Ο.Μ.. Αρκεί να γνωρίζει τον Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισής του (Α.Μ.Κ.Α.) και να φέρει μαζί του την αστυνομική του ταυτότητα. Όσοι ήταν κάτοχοι της παλιάς κάρτας δότη οργάνων, που ουσιαστικά απενεργοποιήθηκε το 2011 με τον νέο νόμο των μεταμοσχεύσεων, πρέπει να δηλώσουν τα στοιχεία και την επιθυμία τους εκ νέου.

Η κάρτα που εκδίδεται, που έχει μέγεθος πιστωτικής κάρτας, περιέχει τα ατομικά στοιχεία του υποψήφιου δότη και τον μοναδικό αριθμό μητρώου του. Η πρώτη τέτοια

[8] άρθρο 12, Οδηγίας 2010/53/ΕΕ.

κάρτα υπεγράφη από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας κ. Προκόπη Παυλόπουλο την 1η Νοεμβρίου 2018, ημερομηνία καθόλου τυχαία μιας και 1η Νοεμβρίου κάθε χρόνου από το 2007 και έπειτα έχει θεσπιστεί ως η Πανελλήνια Ημέρα Δωρεάς Οργάνων καθώς επίσης εορτάζονται και οι Άγιοι της Ιατρικής, οι Άγιοι Ανάργυροι.

Αν τελικά ο ασθενής είχε προχωρήσει την εγγραφή του στο Μητρώο ως δωρητής, ενεργοποιείται η διαδικασία χωρίς να ληφθεί η συναίνεση της οικογένειάς του[9], ενώ αντίθετα αν την είχε προχωρήσει ως αρνητής η διαδικασία λαμβάνει τέλος. Αν δεν είναι εγγεγραμμένος σε καμία λίστα, τότε μόνο ζητείται από το τον τοπικό συντονιστή, κατόπιν πλήρους και ενδελεχούς ενημέρωσης της, η ενυπόγραφη συναίνεσή της οικογένειας για να ξεκινήσει η διαδικασία της μεταμόσχευσης. Αν δεν την αποκτήσουν, η διαδικασία δεν προχωρά περαιτέρω.

Η επαφή με την οικογένεια, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο αφού αυτή λαμβάνει την τελική απόφαση για το αν τελικά θα γίνει ή όχι η αφαίρεση των οργάνων από τον πιθανό δότη και η μεταμόσχευσή τους σε ασθενείς που την έχουν μεγάλη ανάγκη. Σύμφωνα με δημοσίευμα της εφημερίδας «Η Καθημερινή», που χρησιμοποιεί στατιστικά του Ε.Ο.Μ. η άρνηση των συγγενών στην Ελλάδα να συναινέσουν στην δωρεά οργάνων αγγίζει το 61% ενώ στην Ισπανία μόλις το 16%(Μπουλούτζα, 2018), τονίζοντας έτσι τον μεγάλο ρόλο που παίζει η πρότερη επαφή του συντονιστή με την οικογένεια και γενικά πόσο βάρος πρέπει να δοθεί στην αλλαγή της άποψης της κοινής γνώμης για την δωρεά οργάνων. Υπενθυμίζουμε την έρευνα του Ευρωβαρομέτρου που αναφέρθηκε στην αρχή και ανέφερε την δυσπιστία των Ελλήνων πολιτών απέναντι στο σύστημα υγείας της χώρας[10].

Αφού ταχτοποιηθούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, ο τοπικός συντονιστής στέλνει τα απαιτούμενα έγγραφα στον ΕΟΜ. Εκεί ξεκινάει η αναζήτηση υποψηφίων ληπτών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Την διαδικασία συντονισμού και οργάνωσης έχει τώρα ο Κεντρικός Συντονιστής, που εδρεύει στα γραφεία του ΕΟΜ. . Αφού βρεθούν οι λήπτες, ενημερώνονται όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς για το πότε θα γίνει η λήψη των μοσχευμάτων, από ποιον, σε ποιο νοσοκομείο θα πάνε, ποιος θα κάνει τη μεταφορά και με ποιο μέσο. Όταν τελικά τα μοσχεύματα φτάσουν στο νοσοκομείο που πρέπει, αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα, ο λεγόμενος «κλινικός»

[9]Παρ.2, Υ.Α. Αριθμ. Γ2γ/ΓΠ/76110/18, ΦΕΚ 4695/19-10-2018.
[10] Βλ. σελ. 4.

συντονιστής, και ακολουθεί η μεταμόσχευση των οργάνων σε έναν ή περισσότερους λήπτες. Μετά και από αυτό, αποστέλλεται στον ΕΟΜ μια αναφορά πεπραγμένων. Από την αρχή έως το τέλος της διαδικασίας απαιτείται ακρίβεια και συντονισμός ενεργειών ώστε να μην χαθεί καθόλου χρόνος και να μην διακυβευτεί η βιωσιμότητα των οργάνων.

Αν ο δότης είναι ζων, πιθανά να ανήκει στο εγγύτερο συγγενικό περιβάλλον του πάσχοντος, δηλώνει στους θεράποντες ιατρούς την βούλησή του να προχωρήσει στην δωρεά μη ζωτικού οργάνου του. Βασική προϋπόθεση, είναι να είναι ενήλικος, να μην τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση και να διατηρεί την δικαιοπρακτική του ικανότητα. Όπως θα δούμε και παρακάτω, στην ανάλυση του νομικού πλαισίου, εκτός από συγγενή σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, σύζυγο ή σύντροφο με σύμφωνο συμβίωσης άνω των τριών ετών, ο νόμος επιτρέπει την μεταμόσχευση από άτομο που συνδέεται συναισθηματικά με τον λήπτη. Ο λεγόμενος «συναισθηματικός δότης» αφήνει ορισμένα ερωτήματα, για τα οποία ασχολήθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, για τα οποία όμως θα ασχοληθούμε σε επόμενο κεφάλαιο (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2017). Ο θεράπων ιατρός και οι συντονιστές είναι υπεύθυνοι να ενημερώσουν τον ενδιαφερόμενο για τα της επέμβασης, τον προεγχειρητικό έλεγχο, την προετοιμασία δότη-λήπτη πριν την επέμβαση, την διαδικασία, την ανάρρωση και τις τυχόν επιπλοκές και κατόπιν να ζητήσουν την ενυπόγραφη του έγγραφη συναίνεση (με συμβολαιογραφική πράξη ή με γνήσιο της υπογραφής), την οποία μπορεί να ανακαλέσει ανά πάσα στιγμή (Ε.Ο.Μ.,2018).

Στο ΦΕΚ 1451Β/5.6.2014[11] ορίζονται τα κριτήρια επιλογής υποψηφίων ληπτών νεφρικών μοσχευμάτων. Για να μπει αρχικά ένας ασθενής στην εθνική λίστα μεταμοσχεύσεων, πρέπει να υποβληθεί σε ενδελεχή προμεταμοσχευτικό έλεγχο τα αποτελέσματα του οποίου αποστέλλονται στον ΕΟΜ και τηρούνται σε αρχείο. Από κει και πέρα, κάθε έτος πρέπει να προσκομίζεται εκ νέου βεβαίωση καταλληλότητας για μεταμόσχευση, η οποία χορηγείται από τον θεράποντα ιατρό. Ο κάθε ασθενής δύναται να είναι εγγεγραμμένος σε μία μόνο λίστα μεταμοσχεύσεων οπότε σε περίπτωση αλλοδαπού ασθενούς, νομίμως διαμένοντα στην χώρα και ασφαλισμένο σε δημόσιο ταμείο, χρειάζεται επιπροσθέτως βεβαίωση από τον ειδικό φορέα της χώρας προέλευσης του ότι δεν έχει εγγραφεί στην αντίστοιχη λίστα. Ο υποψήφιος

[11] Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: https://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/transplant.pdf

λήπτης μπορεί κατόπιν αξιολόγησης του να κριθεί ακατάλληλος και να διαγραφεί από την λίστα.

Το σύστημα κατανομής μοσχευμάτων χρησιμοποιεί μοριοδοτημένο σύστημα βαθμολόγησης και οι διαδικασίες είναι απολύτως διαφανείς. Η γεωγραφική εγγύτητα του πιθανού λήπτη δεν στέκεται εμπόδιο, απεναντίας απαγορεύεται να λαμβάνεται υπόψη. Προηγούνται οι μεταμοσχεύσεις που κρίνονται επείγουσες, δηλαδή που χωρίς αυτές, ο ασθενής δεν μπορεί να διατηρηθεί εν ζωή. Αμέσως μετά ακολουθούν οι λεγόμενοι υπερευαισθητοποιημένοι ασθενείς, που έχουν αναπτύξει αντισώματα έναντι των HLA αντιγόνων και είναι δυσκολότερο να βρεθεί συμβατός δότης και μετά από αυτούς τα παιδία και οι έφηβοι έως 18 ετών. Μετά την ηλικία των 18, ο ασθενής χάνει την προτεραιότητα αυτή και εντάσσεται στο γενικό μητρώο ασθενών. Πριν το γενικό μητρώο, υπάρχει μια κατηγορία ασθενών-αλτρουιστών που έχουν ήδη δωρίσει τον ένα νεφρό για μεταμόσχευση αλλά τελικά και οι ίδιοι, σε δεύτερο χρόνο, χρειάστηκαν την ίδια επέμβαση.

Στο γενικό μητρώο εντάσσονται οι περισσότεροι ασθενείς. Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη είναι αμιγώς ιατρικά. Προηγούνται ασθενείς με κοινή ομάδα αίματος και πλήρη ιστοσυμβατότητα με το μόσχευμα, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες απόρριψής του, καθώς και μοριοδοτείται θετικά και σε καθημερινή βάση ο χρόνος αναμονής του ασθενή στην εθνική λίστα. Παίζει επίσης ρόλο, η ηλικία του δότη σε σχέση με την ηλικία του λήπτη. Για δότη άνω των 66 ετών ο λήπτης πρέπει να είναι ηλικίας 60 ετών και άνω, αντίθετα για δότη κάτω των 66 ετών προτιμάται λήπτης έως 60 ετών. Σε περίπτωση που ο δότης πάσχει από μεταδοτικό νόσημα που δεν αντενδείκνυται της μεταμόσχευσης, προτιμάται ασθενής-λήπτης που να πάσχει από το ίδιο νόσημα ή να έχει εμβολιαστεί γι αυτό.

Στην Ελλάδα σήμερα, λειτουργούν 6 μονάδες μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων. Οι τρεις εδρεύουν στην Αθήνα (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»), ένα στην Θεσσαλονίκη (Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» και δύο περιφερειακά, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου και το Πανεπιστημιακό των Ιωαννίνων. Λειτουργούν 5 Μονάδες Μεταμόσχευσης Νεφρού, 2 Μονάδες Μεταμόσχευσης Ήπατος (ΓΝΑ Λαϊκό, Ιπποκράτειο Θες/νίκης) και 1 Μονάδα Μεταμόσχευσης Καρδιάς (Ωνάσειο). Πριν λίγο καιρό, ανακοινώθηκε η κατασκευή

του Ωνάσειου Εθνικού Μεταμοσχευτικού Κέντρου, του πρώτου νοσοκομείου που θα ασχολείται κυρίως με τις μεταμοσχεύσεις και θα διαθέτει την πρώτη αυτόνομη μονάδα μεταμόσχευσης αποκλειστικά για παιδιά στην Ελλάδα, το Ωνάσειο Παίδων. Μάλιστα εντός του νέου νοσοκομείου, που υπολογίζεται να λειτουργήσει το 2022 και θα ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, θα στεγαστούν τα γραφεία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων. Στόχος είναι να μειωθεί η μετάβαση ασθενών στο εξωτερικό για μεταμοσχεύσεις καθώς και η αύξηση της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας (Ναυτεμπορική, 2018).

Παιδιατρικές μεταμοσχεύσεις νεφρών αναλαμβάνει σήμερα μόνο το Ιπποκράτειο στην Θεσσαλονίκη.. Το νοσοκομείο έχει λάβει άδεια και για μεταμοσχεύσεις ήπατος παίδων, παρόλα αυτά δεν γίνονται. Για μεταμοσχεύσεις ήπατος και καρδιάς ο ΕΟΜ έχει διακρατική συμφωνία με τον αντίστοιχο φορέα της Ιταλίας, τον CNT (Centro Nationale Trapianti). Σε περίπτωση που δεν βρίσκεται συμβατός δότης την συγκεκριμένη χρονική στιγμή στην Ελλάδα και βρίσκεται στην γείτονα χώρα και η μεταμόσχευση κρίνεται επείγουσα, ο παιδιατρικός ασθενής μεταβαίνει στην Ιταλία και χειρουργείται εκεί. Διακρατική συμφωνία υπάρχει και με την Eurotransplant, δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν γίνονται μεταμοσχεύσεις πνευμόνων από το 2003. Όταν βρίσκεται μόσχευμα και ο δότης είναι συμβατός πηγαίνει για μεταμόσχευση στην Βιέννη (Ανδρουλάκη, 2016).

Η μετάβαση ασθενών στο εξωτερικό για μεταμόσχευση είναι συνήθης, συγκεκριμένα 54 ασθενείς για το έτος 2016, και γίνεται με την έγκριση του Ε.Ο.Μ. Τα έξοδα καλύπτονται από το Κράτος. Η ταλαιπωρία και το ψυχικό κόστος είναι μεγάλο για τον ασθενή και την οικογένειά του, χωρίς να υπολογιστεί το οικονομικό κόστος που είναι δεν είναι ευκαταφρόνητο. Το κόστος σε μεταμοσχευτικό κέντρο της αλλοδαπής κοστίζει από 100.000 έως 300.000 ευρώ (Αγγελοπούλου, 2017), αν και εφόσον η μεταμόσχευση δεν παρουσιάσει περαιτέρω επιπλοκές. Με έναν πρόχειρο υπολογισμό και υπολογίζοντας τον μέσο όρο του κόστους μεταμόσχευσης στην αλλοδαπή (200.000/μεταμόσχευση), το Κράτος δαπανά 10.800.000 ευρώ ανά έτος για να στείλει ασθενείς στο εξωτερικό. Έχοντας αυτό στο μυαλό μας καθώς επίσης και το ετήσιο κόστος αιμοκάθαρσης που φτάνει τα 40.000 ευρώ ανά ασθενή, με 11000 ασθενείς σε αιμοκάθαρση στην Ελλάδα σήμερα το ποσό εκτοξεύεται στα 440.000.000 ευρώ, χρήματα που θα μπορούσαν να είχαν επενδυθεί στο σύστημα μεταμοσχεύσεων την

χώρας. Μετά την ίδρυση και λειτουργία του Ωνάσειου Εθνικού Μεταμοσχευτικού Κέντρου, το σύστημα υγείας θα εξοικονομήσει σημαντικούς πόρους.

Τα στατιστικά των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα είναι άκρως απογοητευτικά[12]. Το 2016 έγιναν 151 συνολικά μεταμοσχεύσεις στην χώρα μας, όταν το σύνολο για την Ευρώπη φτάνει τις 42.370 και στον κόσμο τις 121.129. Από τις 151, 6 μόνο ήταν μεταμοσχεύσεις καρδίας, 21 ήπατος και 124 νεφρών, εκ των οποίων 75 από πτωματικό δότη κ 49 ήτοι παραπάνω από 1/3 του συνόλου από ζώντα δότη, χωρίς να διευκρινίζεται αν είναι συγγενής ή μη. Το 2017 το σύνολο αυξήθηκε στις 212, με 8 να είναι μεταμοσχεύσεις καρδιάς, 28 ήπατος και 176 νεφρών, εκ των οποίων 108 από πτωματικό δότη και 68 από ζώντα. Πτώση παρουσιάζεται στα στατιστικά του 2018 στην Ελλάδα. Έγιναν 172 μεταμοσχεύσεις εκ των οποίων 8 καρδιάς,23 ήπατος και 141 νεφρών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αντίστοιχα σύνολα στην Ισπανία είναι 4.821 για το 2016, 5.261 για το 2017 και 5.321 για το 2018. Στο Ιράν έγιναν συνολικά 3.451 μεταμοσχεύσεις για το 2016 ενώ για το 2017 και 2018 δεν υπάρχουν ακόμα στοιχεία (Global Observatory on Donation and Transplantation, 2018).

ii. Το μοντέλο της Ισπανίας

Το σύστημα που ακολουθεί η Ισπανία στις μεταμοσχεύσεις, αποτελεί πραγματικά πρότυπο για τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και αυτό γιατί μέσα σε μία δεκαετία κατάφερε να διπλασιάσει τους πτωματικούς δότες οργάνων και το 2015 να φτάσει στον στόχο που είχε θέσει, 40 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού (48,3για το 2018)(Global Observatory on Donation and Transplantation, 2018). Από τότε έως και σήμερα, η πορεία της χώρας είναι μόνο ανοδική, παρότι αντιμετωπίζει έντονη οικονομική κρίση.

Ο αντίστοιχος κρατικός φορέας που είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, τον συντονισμό και την οργάνωση των μεταμοσχεύσεων σε εθνικό επίπεδο είναι ο ONT (Organizacion National de Transplantes) , ο οποίος ιδρύθηκε το 1989 και ανήκει στο Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας με διευθυντή τότε τον οραματιστή νεφρολόγο Rafael Matesanz έως και το 2017 (με ένα διάλειμμα 3 ετών, από το 2001-2004) . Την θέση σήμερα κατέχει η επίσης νεφρολόγος, Beatriz

[12]http://www.transplant-observatory.org/summary/ αφού τοποθετήσουμε στην μηχανή αναζήτησης την χώρα και το αντίστοιχο έτος.

Dominguez - Gil. Βασικός του ρόλος είναι ο συντονισμός και η εποπτεία των μεταμοσχεύσεων καθώς και η διασύνδεση υπηρεσιών ανάμεσα στα νοσοκομεία, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που πρόκειται να γίνουν συντονιστές, η σύνταξη αναφορών και εκθέσεων, η ενημέρωση του κοινού και η προώθηση του μηνύματος της δωρεάς οργάνων, όπως επίσης και η διεθνής συνεργασία με αντίστοιχους φορείς με σκοπό την αύξηση του ποσοστού των μεταμοσχεύσεων.

Ο νόμος, για χρήση πτωματικών δοτών και για τις μεταμοσχεύσεις γενικά, είχε δημοσιευτεί 10 χρόνια νωρίτερα, το 1979, και ήταν ο πρώτος νόμος σε παγκόσμιο επίπεδο που έκανε αναφορά στην λεγόμενη «εικαζόμενη συναίνεση». Ο νόμος καθιστά δηλαδή όλους τους ενηλίκους πολίτες της χώρας δωρητές οργάνων μετά τον θάνατο τους, εκτός και αν αυτοί είχαν εκφράσει αντίθετη άποψη εν ζωή (Uzuntaria, 2016). Βέβαια, όπως και στην Ελλάδα σήμερα, ζητείται πρώτα η έγκριση της οικογένειας.

Ο Οργανισμός από το 1989 που ιδρύθηκε έως σήμερα έχει εκπαιδεύσει πάνω από 16000 επαγγελματίες υγείας και τους έχει εφοδιάσει καταλλήλως ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτό το τόσο απαιτητικό έργο. Η Ισπανία κατέχει την πρώτη θέση στις μεταμοσχεύσεις στην Ευρώπη από το 1992 έως σήμερα αδιαλείπτως και το σύστημα που χρησιμοποιεί έχει γίνει ευρέως γνωστό ως «ισπανικό μοντέλο». Πολλές χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, προσπαθούν να ακολουθήσουν αυτό το πρότυπο.

Μία από τις καινοτομίες που εισήγαγε ο ΟΝΤ είναι ότι έχει τοποθετήσει συντονιστές, οι οποίοι είναι κυρίως ιατροί αλλά και νοσηλευτές, σε όλα τα 189 νοσοκομεία, μικρά και μεγάλα, της χώρας χωρίς να είναι απαραίτητα και μεταμοσχευτικά κέντρα. 44 μόνο από τα 189 μπορούν να πραγματοποιήσουν μεταμοσχεύσεις, παρόλα αυτά όμως υπάρχει η δυνατότητα στο σύνολό τους να ανευρεθούν εκεί πιθανοί δότες και να ξεκινήσει έτσι η διαδικασία. Οι τοπικοί συντονιστές χρησιμοποιούν μια ενημερωμένη βάση δεδομένων για να έχουν απευθείας επικοινωνία με τους κεντρικούς συντονιστές στον ΟΝΤ, έτσι ώστε να μην χάνεται ούτε λεπτό

Μια βασική λεπτομέρεια στην διαδικασία της μεταμόσχευσης και του συντονισμού της είναι η χειρουργική αφαίρεση των μοσχευμάτων και διανομή τους στα μεταμοσχευτικά κέντρα, η οποία γίνεται ταχύτερο δυνατό τρόπο. Υπενθυμίζεται ότι η συλλογή οργάνων μπορεί να γίνει και σε μικρό νοσοκομείο, χωρίς Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και να μην υπάρχει δυνατότητα παράτασης της ζωής με χρήση

μηχανικής υποστήριξης. Και αυτό, διότι στην Ισπανία επιτρέπεται από το 1980 η μεταμόσχευση από δότη μετά από κυκλοφορικό θάνατο, δηλαδή από ασθενή που δεν έχει καρδιακό ρυθμό και αναπνοή και έχει προηγηθεί ανάνηψη 30 λεπτών. Μετά από την πιστοποίηση του θανάτου επιτρέπεται, όπου είναι δυνατή, η χρήση μηχανικής υποστήριξης αερισμού και καρδιακής συμπίεσης για να διατηρηθεί η αιμάτωση και κατ' επέκταση να αποφευχθεί η σήψη των οργάνων (Domínguez-Gil et al, 2016). Η συμβολή των πτωματικών δοτών μετά από κυκλοφορικό θάνατο, έφτασε το 24% του συνόλου(Miñambres et al., 2018).

Με την παύση του καρδιακού ρυθμού, τα όργανα δεν αιματώνονται και ξεκινά η σήψη τους. Συγκεκριμένα, οι νεφροί πρέπει να αφαιρεθούν σε 40-45 λεπτά από την ώρα που θα σταματήσει η καρδιακή λειτουργία, αλλιώς αχρηστεύονται. Άρα η διαδικασία πρέπει να ξεκινήσει αμέσως. Βέβαια, ο αριθμός διαθέσιμων κλινών στις Μ.Ε.Θ. παίζει σημαντικό ρόλο, όχι όμως κρίσιμο (Shepherd, O'Carroll and Ferguson, 2014), αφού σε χώρες όπως η Γερμανία με διπλάσιο σχεδόν αριθμό κλινών από την Ισπανία, δεν παρατηρείται αύξηση των δοτών.

Ένα άλλο σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερες δεξιότητες και συντονιστικούς χειρισμούς, είναι η μεταφορά των οργάνων. Οι τοπικοί συντονιστές, παρότι βρίσκουν τους υποψήφιους δότες και τα μοσχεύματα, δεν έχουν ιδία άποψη για το που και σε ποιόν θα πάει το κάθε όργανο . Η απόφαση αυτή λαμβάνεται κεντρικά, λαμβάνοντας υπόψη την αναγκαιότητα (επείγουσα μεταμόσχευση) και το πόσο χρόνο θα κάνει η ασφαλής μεταφορά του μοσχεύματος στο κέντρο μεταμόσχευσης. Μερικές φορές, η μεταφορά οργάνων γίνεται με μισθωμένη πτήση, καθώς πρέπει να γίνει άμεσα η μεταμόσχευση και να διασφαλιστεί ταυτόχρονα και η καλή ποιότητα του μοσχεύματος. Δεν διατηρούνται όλα τα μοσχεύματα το ίδιο: το καρδιακό μόσχευμα διατηρείται περίπου 4-6 ώρες λόγω της υψηλής ευαισθησίας του καρδιακού μυός σε υποξικούς τραυματισμούς. Το ίδιο περίπου για τον πνεύμονα. Το συκώτι σχεδόν 24 ώρες και οι νεφροί, που είναι πιο ανθεκτικοί απ' όλα τα μοσχεύματα, παραπάνω από μια μέρα, περίπου 36 ώρες, ανάλογα με την μέθοδο συντήρησης και το διάλυμα που χρησιμοποιείται (Guibertetal., 2011).

Η μηχανογράφηση παίζει σπουδαίο ρόλο. Οι επικαιροποιημένες βάσεις δεδομένων, το ενιαίο σύστημα επικοινωνίας ανάμεσα στα νοσοκομεία, το επαρκές προσωπικό και

η διαρκής ενημέρωση της λίστας αναμονής των υποψηφίων δοτών γίνονται αρωγοί στο έργο του ΟΝΤ.

Τα στατιστικά στοιχεία της Ισπανίας είναι εντυπωσιακά. Από το 1989, έτος λειτουργίας του ΟΝΤ, οι πτωματικοί δότες οργάνων ήταν μόνο 15 ανά εκατομμύριο πληθυσμού ενώ το 2015 έφτασε τους 40 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού (Matesanz et al., 2017). Το ίδιο έτος στην Ισπανία, 4000 πολίτες περίμεναν για νεφρικό μόσχευμα αλλά λαμβάνοντας υπόψη τις 2500-3000 μεταμοσχεύσεις νεφρών που γίνονται στην χώρα ανά έτος η λίστα ουσιαστικά δεν έχει ιδιαίτερη αναμονή. Παρότι παρατηρείται μία σημαντική μείωση στους δότες από θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα, λόγω των αυστηρών μέτρων πρόληψης και οδικής ασφάλειας που έχουν παρθεί τα τελευταία χρόνια, όπως είναι η υποχρεωτική ζώνη ασφαλείας, η τοποθέτηση καμερών ταχύτητας καθώς και η υιοθέτηση ορθής οδικής συμπεριφοράς, δεν έχει μειωθεί η δεξαμενή δοτών. Απεναντίας, η συνεχής αύξηση των πτωματικών δοτών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στον ρόλο της οικογένειας και στον σεβασμό της επιθυμίας του δότη να γίνει δότης οργάνων, κάτι που πιθανά να είχε εκφράσει όταν βρισκόταν εν ζωή. Μην ξεχνάμε ότι στην Ισπανία, παρότι μετά θάνατον όλοι θεωρούνται εν δυνάμει δότες, εκτός και αν είχαν καταχωρηθεί στην δεξαμενή αρνητών, αν η οικογένεια δεν συμφωνήσει , η διαδικασία δεν ξεκινάει καν.

Άρα, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο το ποιος θα πλησιάσει την οικογένεια, ποιος θα μιλήσει και ενημερώσει την οικογένεια που θρηνεί τον δικό της άνθρωπο για την δωρεά οργάνων ώστε να πάρει την τελική συναίνεσή της (Matesanz and Miranda, 2001). Η πρώτη επαφή με την οικογένεια δεν γίνεται την ώρα του θρήνου. Έχει ξεκινήσει χρόνια νωρίτερα, με ενημερωτικές καμπάνιες, ομιλίες, με στατιστικά και αποτελέσματα, ώστε να δημιουργηθεί στον ισπανικό λαό η αντίστοιχη κουλτούρα της ανιδιοτελούς προσφοράς στον συνάνθρωπο έστω και μετά θάνατον.

Μία διεθνής αναγνώριση για τον ΟΝΤ ως πρωτοπόρος φορέας στον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων, ήταν η συνεργασία του με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2008. Στις αρχές του 2012, ιδρύθηκε το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο για την Δωρεά και την Μεταμόσχεύση (Global Observatory on Donation and Transplantation) υπό την εποπτεία και των δύο φορέων, στο οποίο συγκεντρώνονται όλα τα δεδομένα αναλυτικά, ανά χώρα και έτος.

iii. Το μοντέλο του Ιράν

Σε αντίθεση με το ισπανικό μοντέλο, που λειτουργεί με πτωματικούς δότες, το Ιρανικό μοντέλο μεταμοσχεύσεων λειτουργεί με ζώντες, μη συγγενείς πωλητές οργάνων. Μπορεί να χρησιμοποιείται ευρέως η λέξη «δότης» (donor) στην βιβλιογραφία, αλλά το αληθές και ορθό είναι η χρήση της λέξης πωλητής (vendor), μιας και μιλάμε για αγοραπωλησία, έστω και νομιμοποιημένη (Zargooshi,2001 και Aramesh, 2014). Παρότι το σύστημα του Ιράν είναι αποτελεσματικό, μιας και έχει εκμηδενίσει τις λίστες αναμονής[13] από το 1999 (Ghods and Savaj 2006), καμία άλλη χώρα δεν έχει υιοθετήσει αυτό το μοντέλο, καθώς θεωρείται το πιο αμφιλεγόμενο από άποψη ηθικής και δεοντολογίας.

Το Ιράν έως το 1988 είχε φτωχή έως ανύπαρκτη μεταμοσχευτική δραστηριότητα. Μόνο 100 μεταμοσχεύσεις είχαν γίνει σε ιρανικό έδαφος μέσα σε 20 χρόνια και αυτές, με δότες αποκλειστικά και μόνο συγγενικά πρόσωπα. Με τις ανάγκες των ασθενών σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας διαρκώς να αυξάνονται , η ιρανική κυβέρνηση αποφάσισε ότι θα καλύπτει τα έξοδα μετάβασης των ασθενών αυτών σε άλλη χώρα προκειμένου να υποβληθούν στην σωτήρια γι' αυτούς μεταμόσχευση. Περισσότεροι από 400 νεφροπαθείς ταξίδεψαν είτε σε ευρωπαϊκή χώρα, κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο είτε στις ΗΠΑ για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση από ζώντα, συγγενή ή μη δότη με όλα τα έξοδα πληρωμένα. Τα έξοδα που επιβάρυναν τον κρατικό προϋπολογισμό ήταν δυσβάστακτα πολλά και το κράτος αποφάσισε να βρει άλλο τρόπο να αντιμετωπίσει το ζήτημα αυτό.

Έτσι, το 1988 το ιρανικό κράτος υιοθέτησε ένα σύστημα μεταμόσχευσης οργάνων, συγκεκριμένα νεφρών, από ζώντες, μη συγγενείς δότες. Οι γιατροί θεωρούν σαν προτιμότερη λύση ο δότης να ανήκει στο συγγενικό περιβάλλον του υποψήφιου λήπτη, αλλά αν αυτό δεν είναι δυνατόν, η αμέσως επόμενη προτιμώμενη λύση είναι η χρήση μοσχεύματος από μη συγγενή, ζώντα δότη και μετά η λήψη από πτωματικό δότη. Ο λήπτης όμως, προτιμά να αγοράσει ένα νεφρό από έναν άγνωστο, παρά να

[13]Στο Ιράν δεν υπάρχει εθνική λίστα αναμονής. Το κάθε κέντρο μεταμόσχευσης έχει την δική του (Fatemi, 2012).

του το προσφέρει ένας κοντινός συγγενής του, μην θέλοντας να υποβάλλει ένα δικό του αγαπημένο, συγγενικό πρόσωπο σε αυτή την διαδικασία (Zargooshi, 2001). Η επί πληρωμή δωρεά νεφρών φαίνεται να αποθάρρυνε την αλτρουιστική προσφορά των συγγενών. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 2010 οι συγγενείς δότες ήταν μόνο 4% στο σύνολο των 1636 ζώντων δοτών (Koplin, 2014 και GODT, 2018).

Ήδη από το 1995 είχε ξεκινήσει η συζήτηση για την χρήση πτωματικών μοσχευμάτων αλλά η νομοθεσία του Ιράν δεν είχε καν αναγνωρίσει τον εγκεφαλικό θάνατο, σαν είδος θανάτου. Η πρώτη προσπάθεια έγινε τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς αλλά το νομοσχέδιο για τις μεταμοσχεύσεις, την χρήση πτωματικών δοτών και αναγνώρισης του εγκεφαλικού θανάτου απορρίφθηκε. Χρειάστηκαν πέντε χρόνια για να δώσει την έγκρισή της η ιρανική βουλή και όταν τελικά το 2000 πέρασε το νομοσχέδιο, δεν πήρε την τελική έγκριση από φόβο ότι η χρήση πτωματικών δοτών έρχεται σε σύγκρουση με τον νόμο του Ισλάμ παρότι είχε ήδη δοθεί θρησκευτική έγκριση (fatwa) από τον Ιμάμη Χομεϊνί για τις μεταμοσχεύσεις από ζώντες ή πτωματικούς δότες από το 1989 (Agoda, Garcia and Norris, 2017 και Nobakht et al., 2011).

Έως το 2002 το εμπόδιο είχε ξεπεραστεί και ιδρύθηκε ο εθνικός φορέας (Iranian Network for Transplant Organ Procurement). Η χρήση πτωματικών μοσχευμάτων ακολουθεί τους κανόνες που έχουν θέσει και οι υπόλοιπες χώρες. Αναγνωρίζεται η θέληση του υποψηφίου να γίνει δότης οργάνων μετά θάνατον, είναι απαραίτητη η ενυπόγραφη συναίνεσή του, μπορεί να εκδώσει κάρτα δωρεάς οργάνων και μετά την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου του από 5 ιατρούς, ξεκινά η διαδικασία. Δεν υπάρχει αγοραπωλησία ή επιβράβευση του πτωματικού δότη ή της οικογένειάς του από το κράτος, αν και έχει τύχει σε περιπτώσεις να καλυφθούν τα έξοδα της κηδείας (Einollahi, 2008).

Η μεταμόσχευση γίνεται με κρατικό έλεγχο και ο δότης λαμβάνει διπλή οικονομική αποζημίωση για την πράξη του, μία από το κράτος και μία από την ένωση μεταμοσχευμένων και τον λήπτη. Πρόκειται δηλαδή, για νόμιμη αγοραπωλησία οργάνων υπό το πρίσμα του αλτρουισμού, η οποία όμως απέφερε αποτελέσματα. Η εθνική λίστα αναμονής νεφρού εκμηδενίστηκε μέσα σε 10 χρόνια και κανείς Ιρανός δεν χρειάζεται να προσφύγει στην παράνομη αγορά οργάνων, αφού σε σύντομο χρονικό διάστημα εξυπηρετείται στην χώρα του, χωρίς να αναγκαστεί να πληρώσει

μια περιουσία, ούτε το ίδιο το κράτος να χρειάζεται πια να καλύπτει το κόστος μετάβασης των πολιτών του στο εξωτερικό για μεταμόσχευση. Συνολικά μέχρι το τέλος του 2012 είχαν γίνει περισσότερες από 34.000 μεταμοσχεύσεις νεφρών, δίνοντας στην χώρα την πρωτιά στις μεταμοσχεύσεις στην Μέση Ανατολή (Uzuntaria, 2016).

Το ιρανικό μοντέλο απευθύνεται αποκλειστικά σε Ιρανούς πολίτες. Μόνο αυτοί μπορούν να δωρίσουν ή να λάβουν ένα όργανο. Το πρόγραμμα δεν απευθύνεται σε αλλοδαπούς για να αποφύγει να γίνει η χώρα τόπος προσέλκυσης μεταμοσχευτικού τουρισμού. Στην αρχή λειτουργίας του μοντέλου του Ιράν, δικαίως δημιουργήθηκε ο φόβος ότι στην χώρα θα ανθίσει το παραεμπόριο οργάνων αφού είχαν εμφανιστεί ορισμένα κρούσματα με πλούσιους Άραβες που επισκέπτονταν τη χώρα για μεταμόσχευση, αλλά το 1992, το κράτος πρόλαβε και εξέδωσε οδηγία απαγορεύοντας την μεταμόσχευση σε μη ιρανούς πολίτες με μοσχεύματα προερχόμενα από ιρανούς δότες. Όμως και πάλι, άτομα που κατείχαν την ιρανική υπηκοότητα αλλά είχαν μεταναστεύσει χρόνια από την χώρα, επέστρεφαν για να εκμεταλλευτούν το προνόμιο που τους έδινε το κράτος και αναγνωρίζονται ως περιπτώσεις μεταμοσχευτικού τουρισμού (Ghods and Nasrollahzadeh, 2005). Κατόπιν ειδικής αδείας επιτρεπόταν σε έναν αλλοδαπό να μεταμοσχευθεί στο Ιράν. Αρκούσε μόνο να έχει την ίδια εθνικότητα με τον δότη του μοσχεύματος. Δεν είχε σημασία αν ήταν συγγενείς ή όχι. Πάλι όμως ελλόχευε ο κίνδυνος του μεταμοσχευτικού τουρισμού και ο φόβος να χρησιμοποιηθούν οι ιατρικές εγκαταστάσεις και η τεχνογνωσία της χώρας για παράνομους σκοπούς. Μετά την Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης το 2008, απαγορεύτηκε εντελώς η μεταμόσχευση αλλοδαπών σε ιρανικό έδαφος σαν δείγμα καλής πίστης και σεβασμού (Nobakht Haghighi et al., 2011) .

Ο δότης δεν πρέπει να γνωρίζει τον λήπτη εκ των προτέρων. Η γνωριμία τους γίνεται από την ένωση νεφροπαθών όταν πιστοποιηθεί η συμβατότητά τους και έχει ολοκληρωθεί ο κλινικός, εργαστηριακός και ψυχιατρικός έλεγχος. Τότε ο δότης-πωλητής και ο λήπτης-αγοραστής συζητούν, παζαρεύουν και συμφωνούν το ποσό που θα δώσει ο δεύτερος (Aramesh, 2014). Το σύνηθες ποσό που δίνεται από τους λήπτες, δεν υπερβαίνει τα 1550 δολάρια (Broumand, 2005). Η διαδικασία πρέπει να χαρακτηρίζεται ει δυνατόν από την μέγιστη διαφάνεια, άλλωστε γι αυτό βρίσκεται υπό την ομπρέλα και έλεγχο του κρατικού μηχανισμού.

Υποτίθεται άλλωστε, ότι ως έναν βαθμό, ο δότης δωρίζει το νεφρό του όχι για την χρηματική αμοιβή, αλλά λόγω ανιδιοτέλειας και προσφοράς στον συνάνθρωπο. Χρησιμοποιώ το ρήμα υποτίθεται, γιατί ουσιαστικά τα κίνητρα είναι καθαρά οικονομικά. Στην μελέτη του Ghods φαίνεται ξεκάθαρα ότι το 84% των δοτών ανήκει σε οικονομικά ευάλωτες ομάδες (Ghods, Ossareh and Khosravani, 2001). Οι δότες στιγματίζονται κοινωνικά, νιώθουν ντροπή, το είδαμε άλλωστε και στους δότες του μεταμοσχευτικού τουρισμού, και για να αποφύγουν περαιτέρω στιγματισμό δεν αποκαλύπτουν τα στοιχεία τους στο νοσοκομείο και δεν δέχονται το μετεγχειρουργικό έλεγχο.

Δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία, μόνο σκόρπιες έρευνες, για την ζωή των δοτών μετά την μεταμόσχευση. Ξεχωρίζει η μελέτη του Zargooshi το 2001 με 100 συμμετέχοντες (94 μη συγγενείς, 6 συγγενείς δότες)που θέλησε να ερευνήσει ποια ήταν τα κίνητρα των δοτών, αλτρουιστικά ή οικονομικά, ποια η σχέση τους με τους λήπτες-πωλητές μετά την μεταμόσχευση και αν θα το ξαναέκαναν. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις αρχικές υποθέσεις. Το σύνολο των δοτών αποκάλυψε ότι το κίνητρο δεν ήταν αλτρουιστικό αλλά καθαρά οικονομικό. Μόνο το 3% δήλωσε ότι το κίνητρο ήταν καθαρά αλτρουιστικό και αυτό γιατί αφορούσε συγγενείς δότες. Περισσότεροι από τους μισούς δηλώνουν ότι έχουν αισθήματα μίσους και θυμού προς τους λήπτες και δηλώνουν ότι έγιναν δότες για να καλύψουν τυχόν χρέη και λοιπά τρέχοντα οικονομικά έξοδα ενώ το 76% συμφωνεί στην κατάργηση του συστήματος νόμιμης αγοραπωλησίας οργάνων (Zargooshi, 2001).

Οι ασθενείς που νοσούν και θέλουν να υποβληθούν σε μεταμόσχευση, δηλώνουν το ενδιαφέρον τους σε κάποια από τις ενώσεις νεφροπαθών (Iranian Patients' Kidney Foundation, DATPA-Dialysis and Transplant Patients Association). Δεν έχει σημασία η οικονομική κατάσταση των υποψηφίων ληπτών, αν είναι πλούσιοι ή φτωχοί. Όλοι οι ιρανοί πολίτες έχουν την ίδια ακριβώς πρόσβαση σε αυτή την κρατική παροχή υγείας. Στις ίδιες ενώσεις απευθύνονται και οι υποψήφιοι δότες-πωλητές οργάνων, που ως επί το πλείστον είναι άνδρες ηλικίας 21-37 ετών, και δηλώνουν επίσης το ενδιαφέρον τους. Σήμερα στο Ιράν υπάρχουν 79 κατά τόπους γραφεία της ένωσης DATPA. Οι υποψήφιοι έχουν υποβληθεί σε εξετάσεις αίματος και ιστοσυμβατότητας καθώς και σε πλήρη ψυχιατρική εκτίμηση. Η ενήμερη συναίνεση του δότη

επιβάλλεται. Αν βρεθεί συμβατός ο δότης, ξεκινά η διαδικασία της μεταμόσχευσης σε ένα από τα 25 μεταμοσχευτικά κέντρα της χώρας, που στεγάζονται σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η ιατρική ομάδα που διενεργεί την μεταμόσχευση εργάζεται σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία και δεν λαμβάνει κανένα μέρος από την χρηματική αποζημίωση/επιβράβευση που δίνεται στον δότη. Το κόστος της επέμβασης καλύπτεται από κρατικά κονδύλια (Ghods and Savaj, 2006).

Η αμοιβή που λαμβάνει ο δότης για την προσφορά του και δίδεται ως δώρο του κράτους και αναγνώρισή για την αλτρουιστική του πράξη και όχι ως καθαρή αμοιβή για την παροχή μιας υπηρεσίας, φτάνει τα 1200 δολάρια και δίδεται μετά την μεταμόσχευση μαζί με έναν χρόνο ασφάλεια ζωής μέσω μιας Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης, που ονομάζεται Charity Foundation for Special Disease. Το ποσό, που δεν έχει αυξομειωθεί στα τόσα χρόνια λειτουργίας του προγράμματος είναι μικρό και δεν είναι ικανό από μόνο του να δικαιολογήσει τυχόν οικονομικό κίνητρο. Πιθανά γι αυτό χρειάστηκε και η οικονομική συνδρομή των ληπτών.

Τόσο οι ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση όσο και οι μεταμοσχευμένοι ανήκουν σε μια ειδική κατηγορία ασθενών και τους παρέχεται δια βίου κρατική ιατρική περίθαλψη. Στους περισσότερους χορηγείται δωρεάν ή έναντι μικρής αμοιβής η φαρμακευτική τους αγωγή. Αλλά και σε αυτή την περίπτωση, των μεταμοσχευμένων που δεν έχουν τα χρήματα να πληρώσουν ούτε αυτή την μικρή αμοιβή, το κόστος αναλαμβάνουν να καλύψουν εθελοντικές/ φιλανθρωπικές οργανώσεις.

Έχει ενδιαφέρον να δούμε από ποια οικονομική τάξη έρχονται οι ιρανοί δότες και λήπτες οργάνων. Η λογική λέει ότι, αφού μιλάμε για ένα αμειβόμενο σύστημα, οι δότες θα ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και οι λήπτες στα ανώτερα. Ακριβή εθνικά στατιστικά για το σύνολο των δοτών δεν υπάρχουν, άλλωστε δεν τηρείται συγκεκριμένο αρχείο. Υπάρχουν έρευνες όμως των μεταμοσχευτικών κέντρων. Σύμφωνα λοιπόν με έρευνα που διενεργήθηκε σε 500 δότες και 500 λήπτες οργάνων, που μεταμοσχεύθηκαν στο Ιράν, το 84% των δοτών άνηκε στα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα και μόλις το 16% στην μεσαία οικονομική τάξη. Δεν υπήρχε μη συγγενής, ζώντας δότης που να ανήκει σε ανώτερα οικονομικά στρώματα. Αναφορικά με τους λήπτες οργάνων, το 50,4% ήταν φτωχοί,

το 36,2 άνηκε στην μεσαία τάξη και το 13,4% άνηκε στα ανώτερα οικονομικά στρώματα (Ghods, Ossareh and Khosravani, 2001).

Η διαδικασία είναι απλή. Ο δότης πηγαίνει στην Ένωση Αιμοκαθαρόμενων και Μεταμοσχευμένων Ασθενών (Dialysis and Transplant Patients Association) που είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός και δηλώνει ότι προσφέρει/πουλάει το νεφρό του. Ο λήπτης επίσης πηγαίνει εκεί και δηλώνει ότι ψάχνει να αγοράσει νεφρό. Η ένωση κάνει τις συστάσεις αν και εφόσον μεταξύ λήπτη και δότη υπάρχει κοινή ομάδα αίματος και ιστοσυμβατότητα, που πιστοποιείται σε προηγούμενο ιατρικό έλεγχο. Οι δυο τους παζαρεύουν την τιμή και συμφωνούν. Ο δότης υπόκειται σε ενδελεχή προεγχειρητικό έλεγχο αλλά όχι μετεγχειρητικό, μία από τις αδυναμίες του μοντέλου, και η μεταμόσχευση γίνεται συνήθως σε κρατικό Πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Ο λήπτης γλυτώνει την αιμοκάθαρση και το κράτος απαλλάσσεται από το υπέρογκο κόστος της.

Υπολογίζεται από στατιστικά στοιχεία του έτους 2008 ότι το ετήσιο κόστος της αιμοκάθαρση στο Ιράν ανερχόταν στα 47 εκατομμύρια ριάλ ενώ το κόστος της μεταμόσχευσης ανερχόταν στα 2,4 εκατομμύρια ριάλ. Το ετήσιο κόστος της φαρμακευτικής αγωγής του μεταμοσχευμένου άγγιζε τα 40 εκατομμύρια ριάλ. (Fatemi, 2012). Ετησίως το κράτος εξοικονομούσε περίπου 7 εκατομμύρια ριάλ ανά ασθενή. Αν ο λήπτης δεν έχει την οικονομική δυνατότητα, ο δότης-πωλητής αποζημιώνεται από φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι άντρες δότες ως επιπλέον κίνητρο, παίρνουν απαλλαγή από την στρατιωτική θητεία.

Με την χρήση μοσχευμάτων από μη συγγενείς δότες και την χρήση του μοντέλου αυτού για περίπου μία δεκαετία ,η εθνική λίστα μεταμοσχεύσεων εκμηδενίστηκε. Το μοντέλο όμως δεν χρησιμοποιείται από καμία άλλη χώρα στον κόσμο καθώς έχει διχάσει. Ναι μεν τα αποτελέσματα του είναι ορατά αλλά κατά πόσον αυτή η αγοραπωλησία νομιμοποιείται ηθικά;

Η επιτροπή Βιοηθικής του Ιράν (Bioethics Committee of the Academy of Medical Sciences of Iran) δήλωσε ότι η δωρεά οργάνων από ζώντα δότη και η αμοιβή που δίνεται δεν είναι ηθικά κολάσιμη πράξη αρκεί να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις όπως η έλλειψη εξαναγκασμού του δότη, η ψυχιατρική εκτίμηση κα (Nobakht et al., 2011).

Στο Ιράν συμβαίνει το αντίθετο με αυτό που συμβαίνει στην Ισπανία. Η Ισπανία, για να αλλάξει την αντίληψη του κοινού και να το ευαισθητοποιήσει για την χρήση πτωματικών δοτών, έχει επενδύσει σε εκπαιδευτικά προγράμματα, διαφημιστικές καμπάνιες, κα. Το αποτέλεσμα είναι η σταδιακή αύξηση των πτωματικών δοτών μέσα 18 χρόνια (2000-2018) από 33,96 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού σε 48,3. Στο Ιράν, υπάρχει πλέον η δυνατότητα χρήσης πτωματικών μοσχευμάτων και έχει προσπελαστεί το θρησκευτικό εμπόδιο αλλά το σύστημα χρήσης πτωματικών δοτών υπονομεύεται και δεν αναπτύσσεται όσο θα έπρεπε (Fatemi, 2012). Έχει όντως παρατηρηθεί αύξηση των πτωματικών δοτών από 0,3 δότες ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2000 σε 10,88 δότες το 2016[14](GODT, 2018). Η αποδοχή της χρήσης πτωματικών δοτών από τους Ιρανούς απαιτεί μεγάλη περίοδο προετοιμασίας και εκπαίδευση.

iv. «Παγκόσμια ανταλλαγή νεφρών (Global Kidney Exchange) ».

Μια νέα στρατηγική που έχει εμφανιστεί την τελευταία δεκαετία και έχει στόχο να αυξήσει την δεξαμενή των ζώντων, μη συγγενών δοτών σε παγκόσμιο επίπεδο, είναι η λεγόμενη «Παγκόσμια ανταλλαγή νεφρών». Το 2009 δημοσιεύθηκε από τους Rees και συνεργάτες μια μελέτη για ένα πρόγραμμα ανταλλαγής δοτών, αναγνωρίζοντας τις δυσκολίες συμβατότητας στην ομάδα αίματος λήπτη με τον συγγενή δότη (Rees et al., 2009 και Rees et al., 2017).

Η μεταμόσχευση γίνεται ανάμεσα σε δύο τουλάχιστον ζεύγη, που ιδανικά το καθένα έχει έναν λήπτη και έναν δότη, που μεταξύ τους δεν είναι συμβατά. Ενώ θέλει δηλαδή ο ένας να προσφέρει το νεφρό του στον άλλον, δεν υπάρχει κοινή ομάδα αίματος ή ιστοσυμβατότητα, γεγονός που κάνει την μεταξύ τους μεταμόσχευση αδύνατη. Υπάρχει όμως ιστοσυμβατότητα του δότη του ενός ζευγαριού με τον λήπτη του άλλου και τούμπαλιν.

Έχουμε λοιπόν τέσσερα άτομα, δύο ασθενείς που χρειάζονται μόσχευμα και δύο υγιείς που διατίθενται να το προσφέρουν. Το ένα ζευγάρι ζει σε μια ανεπτυγμένη

[14] Δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για τα έτη 2017, 2018 και 2019.

χώρα, ενώ το δεύτερο ζευγάρι σε μια αναπτυσσόμενη ή υποανάπτυκτη χώρα. Το πρώτο ζευγάρι μπορεί να ανταπεξέλθει στο οικονομικό κόστος της μεταμόσχευσης, ενώ το δεύτερο ζευγάρι όχι. Το πρόγραμμα καλύπτει τα ιατρικά έξοδα των ατόμων που θέλουν να μεταμοσχευτούν αλλά δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στο υπέρογκο κόστος. Αυξάνεται η παγκόσμια δεξαμενή δοτών και διευκολύνει άτομα από ανεπτυγμένες χώρες να βρουν συμβατό δότη. .

Ενώ στο πρώτο ζευγάρι τα έξοδα της μεταμόσχευσης θα τα κάλυπτε ο ιδιωτικός ή κρατικός υγειονομικός φορέας ασφάλισης και περίθαλψης, το δεύτερο ζευγάρι δεν θα μπορούσε να ανταποκριθεί στα μεγάλα έξοδα μιας τέτοιας επέμβασης. Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο για τον μεταμοσχευτικό τουρισμό, οι μη συγγενείς, δότες οργάνων συνήθως προέρχονται από υποανάπτυκτες χώρες και έχουν ως βασικό κίνητρο τους το οικονομικό όφελος . Η διαφορά στην περίπτωση της «παγκόσμιας ανταλλαγής νεφρών» δεν είναι το οικονομικό όφελος αλλά να μην μείνει κανείς χωρίς νεφρό.

Το ζευγάρι από την χώρα με το χαμηλό εισόδημα μεταβαίνει στην χώρα παραμονής του δεύτερου ζευγαριού προκειμένου να υποβληθεί στην πολυπόθητη μεταμόσχευση. Το κόστος της μεταμόσχευσης, τα νοσήλια, ο προεγχειρητικός και μετεγχειρητικός έλεγχος καλύπτονται πλήρως. Τα ιατρικά έξοδα σε μια υποανάπτυκτη χώρα είναι σαφώς λιγότερα συγκριτικά πχ. με τις Η.Π.Α. Αυτός είναι και ένας βασικός λόγος που δεν επιλέγονται δύο ζεύγη από ανεπτυγμένη χώρα (Minerva, Savulescu and Singer, 2019).

Το κόστος δεν είναι μεγάλο, αν αναλογιστούμε το ετήσιο κόστος της αιμοκάθαρσης σε σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς και την εξοικονόμηση κρατικών πόρων. Άλλη οικονομική συνδιαλλαγή ανάμεσα στα ζευγάρια δεν υπάρχει. Άλλωστε η νομοθεσία των περισσοτέρων χωρών, πλην του Ιράν που το επιτρέπει, απαγορεύει την αγοραπωλησία οργάνων στο έδαφός τους. Οι δότες δεν αμείβονται για την δωρεά του νεφρού τους διότι είναι παράνομο και αντίθετο με την διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης για την εμπορία οργάνων.

Έτσι έχουμε μια win-winκατάσταση. Το πλούσιο ζευγάρι έδωσε έναν νεφρό και έλαβε ένα νεφρό, δεν προσέφυγε στην παράνομη αγορά οργάνων. Το φτωχό ζευγάρι από την άλλη, επίσης έδωσε έναν νεφρό και έλαβε έναν νεφρό, που υπό άλλες συνθήκες στην χώρα προέλευσης δεν θα είχε αυτή την δυνατότητα. Μετά από αυτό

δεν αφέθηκε στην τύχη του όπως τα θύματα του μεταμοσχευτικού τουρισμού, αντίθετα, λαμβάνει την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη.

Αφού υπερπηδήθηκαν τα εμπόδια της εκμετάλλευσης, η αξία του αλτρουισμού δεν υποτιμήθηκε, μήπως τελικά βρέθηκε μια χρυσή τομή; Ο οικονομολόγος Alvin Roth, που το 2012 κέρδισε το βραβείο Νόμπελ έχει ασχοληθεί με το θέμα της ανταλλαγής οργάνων, επιβεβαιώνει πως με την παγκόσμια ανταλλαγή νεφρών δεν εκμεταλλευόμαστε τα άτομα που προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες αλλά μπαίνουμε σε μια σχέση που είναι επωφελής και για τους δύο.

Αντίθετη άποψη έχει η διευθύντρια του ισπανικού φορέα μεταμοσχεύσεων ONT, Beatriz Dominguez-Gilκαθώς θεωρεί ότι αποτελεί μια νέα μορφή διακίνησης οργάνων που βρίσκει δίοδο στις φτωχές και υποανάπτυκτες χώρες (Genethique.org, 2018) .

Β. Μέρος-Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.

i. Σύνταγμα της Ελλάδας.

Το ελληνικό Σύνταγμα ξεκάθαρα αναγνωρίζει ως πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας τον σεβασμό και την προστασία της αξίας του ανθρώπου[15]. Ο Έλληνας νομοθέτης δεν θα μπορούσε να θεσπίσει μια νομοθεσία που θα έθιγε απρόσκοπτα τα υποκείμενα δικαίου και θα τα διαχώριζε εκ του νόμου σε δότες και λήπτες καθώς δεν θα μπορούσε να γίνει αξιολογική διαφοροποίηση δύο προσώπων που είναι ίσοι μεταξύ τους.

ii. Από τον Ν. 821/78 στον Ν. 3894/11.

Ο πρώτος νόμος που θεσπίστηκε στην Ελλάδα σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις ήταν ο νόμος 821/1978, «Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως». Ο νόμος επέτρεπε την αφαίρεση οργάνων τόσο από ζώντα όσο και από πτωματικό δότη. Ο ζων δότης θα έπρεπε προηγουμένως να είχε ενημερωθεί από αρμόδιο ιατρό ενδελεχώς για την διαδικασία, για τους πιθανούς κινδύνους, καθώς και για την σημασία της πράξης του, που θα έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής ενός άλλου. Γίνεται μνεία στην απαραίτητη συναίνεση του ζώντος δότη, η οποία πρέπει να είναι γραπτή αλλά κατ' εξαίρεση γινόταν δεκτή και η προφορική[16]. Παρότι γίνεται αναφορά στην ρητή απαγόρευση οποιουδήποτε οικονομικού ανταλλάγματος στην δωρεά βιολογικών ουσιών[17], κάνει ιδιαίτερη εντύπωση η δωρεά οργάνου από ζώντα δότη σε άτομο που θα ορίσει ο ίδιος εκτός και αν υπάρχουν επιστημονικές αντενδείξεις (αν δεν υπάρχει ιστοσυμβατότητα ή κοινή ομάδα αίματος)[18]. Η εκδήλωση της συγκεκριμένης προτίμησης λήπτη ελλόχευε τον κίνδυνο της εμπορευματοποίησης οργάνων. Δεν υπήρχαν κριτήρια συγγένειας ή συναισθηματικής σχέσης δότη-λήπτη. Αυτό θεωρήθηκε σαν αδύναμο

[15]Σύνταγμα της Ελλάδας, άρθρο 2, παρ.1, Όπως αναθεωρήθηκεμε το Ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, επανέκδοση Απρίλιος 2013.
[16]Αρθ.5,παρ.2 εδ. δ του Ν.821/78
[17] Άρθ.2,παρ.1,ομοίως
[18] Αρθ.5, παρ.1 εδ. γ. του Ν.821/78

σημείο του νόμου, το οποίο και καταργήθηκε με τον επόμενο (Χατζηνικολάου , 2002, σελ 71) .

Αναφορικά με τους πτωματικούς δότες, είναι προηγουμένως αναγκαία η πιστοποίηση του κλινικού θανάτου του δότη από δύο ιατρούς, εκ των οποίων ο ένας νευρολόγος, που αποδεικνύεται με την οριστική και μη αναστρέψιμη παύση της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η διαδικασία της αφαίρεσης των οργάνων δεν ξεκινά, αν υπάρχει δήλωση άρνησης από το πρόσωπο όταν αυτό βρισκόταν εν ζωή και είναι επιβεβλημένη η τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ δότη και λήπτη[19] . Δεν διευκρινίζεται βέβαια πουθενά αν η δήλωση αυτή πρέπει να είναι προφορική ή γραπτή για να είναι αποδεκτή και δεν υπάρχει πρόβλεψη τήρησης μητρώου αρνητών ενώ μόνο όταν υπάρχει αμφιβολία για την βούληση του δότη, ζητείται η συναίνεση της οικογένειας. Τα έξοδα της αφαίρεσης του βιολογικού υλικού/μοσχεύματος βαραίνουν αποκλειστικά και μόνον τον λήπτη του οργάνου, γεγονός που αδικεί τους οικονομικά ασθενέστερους, που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο βεβαρημένο κόστος, ενώ το κόστος της μεταμόσχευσης αναλαμβάνει ο ασφαλιστικός φορέας.

Υπάρχει η δυνατότητα για οποιονδήποτε να γίνει δωρητής σώματος αν το επιθυμεί, αρκεί να δηλώσει εγγράφως την επιθυμία του, η οποία αναγράφεται και στην αστυνομική του ταυτότητα[20]. Σε περίπτωση θανάτου του δότη, δεν ζητείται η συναίνεση του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος για την μεταμόσχευση. Ουσιαστικά υιοθετείται το ίδιο σύστημα με το σημερινό, η λεγόμενη τεκμαιρόμενη ή εικαζόμενη συναίνεση, έστω και αν ο τότε νομοθέτης δεν του έδωσε την σημερινή ονομασία (Χατζηνικολάου, 2005, σελ.92-94). Η πρώτη νομοθετική προσπάθεια δεν στέφθηκε με επιτυχία. Από το 1978 έως το 1983, έγιναν 16 μόνο μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες. Τα 12 μοσχεύματα προήλθαν από το εξωτερικό (Χατζηνικολάου, 2002, σελ. 73).

Ακολούθησε ο ν. 1383/1983, που κατάργησε τον προηγούμενο νόμο και κάλυψε τα όποια νομικά κενά που είχαν προκύψει, προκειμένου να διασφαλιστεί η διαφάνεια. Ένα από τα σημεία που άλλαξε ήταν ο καθορισμός ή κατευθυνόμενη επιλογή λήπτη από τον ζώντα δότη του οργάνου. Πλέον με τον ν. 1383/83 ο ζων δότης δεν μπορεί να επιλέγει τον λήπτη του μοσχεύματος που θα προσφέρει και δεν υπάρχει πλέον φόβος

[19] Αρθ.7, παρ.2 εδ.α , ομοίως
[20] Αρθ.13,παρ.1,2, ομοίως

ύπαρξης κρυφών οικονομικών συναλλαγών ή αγοραπωλησίας οργάνων που θα διακύβευαν την αξιοπιστία του συστήματος των μεταμοσχεύσεων. Στο άρθρο 2 παρ.1 τονίζεται ρητά η απαγόρευση οποιαδήποτε οικονομικής συναλλαγής μεταξύ δότη και λήπτη, της οικογένειας ή οποιουδήποτε τρίτου μέλους μη αφήνοντας περιθώρια για παρερμηνεία μιας και στο άρθρο 10 αναγράφονται αναλυτικά οι ποινές για τους παραβάτες που θα προβούν σε πώληση, αγορά ή μεσολάβηση. Με τον νόμο 2331/1995 αναγνωρίζεται ως εγκληματική δραστηριότητα η αγοραπωλησία οργάνων.[21]

Βλέπουμε για πρώτη φορά να θεσπίζεται η υποχρεωτική τήρηση μητρώου ζώντων δοτών σε νοσοκομειακό επίπεδο. Κάθε νοσοκομείο έχει την υποχρέωση να τηρεί μητρώο ζώντων δοτών αρκεί ο υποψήφιος δότης να δηλώσει εκεί, έστω και προφορικά την επιθυμία του, με την παρουσία και υπογραφή όμως δύο μαρτύρων. Εναλλακτικά η βούληση του υποψηφίου δότη έπρεπε να επικυρωθεί από αστυνομική αρχή ή από συμβολαιογράφο κατόπιν συμβολαιογραφικής πράξης.[22] Η βούλησή του αυτή μπορεί ανά πάσα στιγμή, έως την ώρα της χειρουργικής αφαίρεσης του μοσχεύματος, να ανακληθεί.

Βέβαια, στον ίδιο νόμο επιτρέπεται η δωρεά μυελού των οστών από ανήλικο, αρκεί η δωρεά να γίνεται στον αδερφό του και να υπάρχει ιστοσυμβατότητα. Για να γίνει αυτό χρειάζεται η έγγραφη συναίνεση του κηδεμόνα και δεν γίνεται πουθενά λόγος για την βούληση του ανήλικου που θα προβεί σε δωρεά[23]. Δεν αναφέρεται πουθενά τι μπορεί να γίνει σε περίπτωση άρνησης του ανήλικου να γίνει δότης μυελού των οστών, γεγονός που μας αφήνει ερωτηματικά. Μπορεί ο γονιός να χρησιμοποιήσει εργαλειακά το ένα του τέκνο προκειμένου να σώσει το άλλο; Δεδομένου του ισχυρού οικογενειακού δεσμού και της σοβαρότητας της ασθένειας του πιθανού λήπτη μα και της δικαιοδοσίας του γονέα ή κηδεμόνα να λαμβάνει αποφάσεις για τα τέκνα του ως την ενηλικίωση, ο πιθανός δότης ίσως να αναγκάζεται παρά τη θέλησή του να προσφέρει τον μυελό του. Το 1983, η δωρεά μυελού των οστών γινόταν με χειρουργική επέμβαση κατόπιν ολικής νάρκωσης για την λήψη του μυελικού μοσχεύματος και σαν διαδικασία ήταν και είναι ιδιαίτερα επίπονη, λόγω της παρακέντησης και της διασωλήνωσης. Σήμερα συνηθίζεται να ακολουθείται η

[21]Άρθρο1, εδ.αια, του Ν.2331/1995
[22]Άρθρο 5, παρ. 1, του Ν.1383/1983.
[23]Άρθρο. 5 παρ.2, ομοίως.

μέθοδος της λευκαφαίρεσης, με λήψη περιφερικού αίματος. Ο κηδεμόνας λοιπόν, καλείται να αποφασίσει, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η άποψη του τέκνου του, για μια ιατρική παρέμβαση στο σώμα του, που μπορεί να του δημιουργήσει βλάβη.

Αλλαγές έγιναν στον νόμο αναφορικά και με τον πτωματικό δότη, που πλέον επιτρέπεται να γίνει δότης όχι μόνο όποιος έχει δικαιοπρακτική ικανότητα κατόπιν προηγούμενης έγγραφης βούλησης του αλλά και αυτός που βρίσκεται σε νόμιμη απαγόρευση[24]. Στους πτωματικούς δότες τηρείται η ανωνυμία και δεν γίνεται γνωστή η ταυτότητά τους στους λήπτες ή την οικογένειά τους, όπως και στον προηγούμενο νόμο. Τονίζεται ότι η μεταμόσχευση από πτωματικό δότη γίνεται μόνο χαριστικά, χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε οικονομική συναλλαγή μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών .

Δεν γινόταν καμία αναφορά για την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και πως αυτός πιστοποιούταν. Ο ορισμός του δόθηκε δύο περίπου χρόνια μετά την θέσπιση του νόμου, το 1985, από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) : Ως εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται η «*Ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή*»[25] και πλέον η πιστοποίησή του γίνεται από τρεις και όχι δύο ιατρούς όπως όριζε ο προηγούμενος νόμος (Γιαννακού-Πεφτουλίδου,2005). Η γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ όριζε μόνο κλινικές δοκιμασίες και όχι εργαστηριακές. Σύμφωνα με τον Χατζηνικολάου, η φιλοσοφία του νόμου ήταν η γρήγορη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου προκειμένου να γίνει ταχύτατη εξασφάλιση των οργάνων (Χατζηνικολάου, 2002).

Μετά την έλευση του θανάτου επιτρεπόταν η αφαίρεση ιστών, οργάνων ή τμημάτων οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς χωρίς την αναγκαιότητα ύπαρξης γραπτής ή προφορικής δήλωσης αναφορικά με την βούληση του δότη[26]. Οι πάντες δηλαδή μετά τον θάνατό τους γίνονται κατευθείαν δότες οργάνων, ασχέτως αν συναινούσαν όσο ήταν εν ζωή. Η αφαίρεση απαγορευόταν μόνο σε πτωματικούς δότες που η δωρεά ήταν αντίθετη με τις θρησκευτικές ή

[24] Άρθρο 7, παρ. 1, Ν.1383/1983.
[25] Απόφαση ΚΕΣΥ αρ.9/20-03-1985 όπως αναφέρεται στο άρθρο της Γιαννακού-Πεφτουλίδου, Μ. (2005). Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*, (3), σελ.27.
[26] Άρθρο 7, παρ. 2, ομοίως

φιλοσοφικές τους πεποιθήσεις.[27] Υιοθετήθηκε ένα σύστημα εικαζόμενης συναίνεσης, στο οποίο η οικογένεια καλούνταν να μαντέψει ή να αποφασίσει η ίδια την τυχόν βούληση του συγγενή τους (Χατζηνικολάου, 2005). Ακόμη και με την εισαγωγή της εικαζόμενης συναίνεσης, η οποία είχε στόχο να αυξήσει τους πιθανούς δότες, ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων είναι μικρός. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, το 1992 η συγγενική άρνηση άγγιξε το 70,9% (Χατζηνικολάου, 2002, σελ.74 και Χατζηνικολάου, 2005, σελ. 94-95).

Το 1999 θεσπίστηκε ο νόμος 2737 με τίτλο :«Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις» που κατήργησε τον προηγούμενο. Ο νόμος είναι πληρέστερος των προηγούμενων δύο και πλήρως εναρμονισμένος με όσα ορίζονται στην σύμβαση του Οβιέδο (Σύμβαση για τα Ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, Οβιέδο, 1997) που ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία με τον νόμο 2619/1998. Ούτε αυτός ο νόμος κατάφερε να φέρει στην Ελλάδα την αλλαγή που χρειαζόταν ώστε να καλύψει το χάσμα ανάμεσα στην μεγάλη ζήτηση μοσχευμάτων και την πενιχρή προσφορά.

Και σε αυτό το νόμο τονίζεται η απαγόρευση οποιουδήποτε οικονομικού ανταλλάγματος μεταξύ δότη, λήπτη ή της οικογένειάς του[28]. Δεν αναγνωρίζεται το εμπόριο ανθρωπίνων οργάνων ως εγκληματική δραστηριότητα όπως έγινε με τον νόμο 2331/95 που αναφερόταν διά παραπομπής στον νόμο 1383/83 (Κωνσταντινίδης, 2003).

Για πρώτη φορά εισάγεται ο ρόλος «συντονιστής»[29] μεταμοσχεύσεων που καλύπτεται από επαγγελματίες υγείας που δεν χρειάζεται να είναι αποκλειστικά ιατροί. Ενώ στις Η.Π.Α οι πρώτοι συντονιστές μεταμοσχεύσεων εμφανίστηκαν το 1970, στην Ελλάδα η αναγνώριση της ανάγκης δημιουργίας ενός τέτοιου ρόλου έγινε μόλις 30 χρόνια αργότερα. Δουλειά των συντονιστών είναι η προώθηση και ενημέρωση του κοινού περί του μεταμοσχευτικού έργου και η διασύνδεση μεταξύ νοσοκομείου και μεταμοσχευτικού κέντρου για την ταχύτατη οργάνωση και την ποιοτική βελτίωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Ο ρόλος του συντονιστή δεν αναπτύχθηκε επαρκώς. Ο κυριότερος λόγος είναι η υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση του συστήματος μεταμοσχεύσεων (Γάκης, 2010).

---

[27]Αρθρο 7, παρ.3, ομοίως
[28] Άρθρο 2, παρ. 1, Ν.2737/99
[29] Άρθρο 5, Ν.2737/99.

Δημιουργήθηκε εθνικό μητρώο ληπτών και προκειμένου να τους κατανεμηθούν τα μοσχεύματα με τρόπο διαφανή, οι ασθενείς μπαίνουν σε λίστα αναμονής που την σειρά τους την καθορίζουν συγκεκριμένα ιατρικά και κοινωνικά κριτήρια, όπως είναι η ηλικία, το σωματικό βάρος, το ιατρικώς επείγον της κατάστασής τους κλπ. Λαμβάνεται υπόψη η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος[30] προς το μεταμοσχευτικό κέντρο, γεγονός που δημιουργεί ανισότητες προς τους ασθενείς των μη αστικών κέντρων, μιας και τα περισσότερα μεταμοσχευτικά κέντρα βρίσκονται στην πρωτεύουσα ή την συμπρωτεύουσα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε τυχόν ισοψηφία δύο ασθενών στην λίστα αναμονής, πριμοδοτείται επιπλέον εκείνος που είχε καταχωρηθεί στην λίστα δωρητών οργάνων ως υποψήφιος δότης, πριν νοσήσει και του χρειαστεί το μόσχευμα, αναγνωρίζοντας την αλτρουιστική του διάθεση. Αντίθετα, ο νόμος δεν είχε προβλέψει τι θα γινόταν σε περίπτωση που ένας δότης που είχε υποβληθεί σε μεταμόσχευση και είχε προσφέρει μόσχευμα, ασθενούσε και χρειαζόταν και εκείνος με την σειρά του μεταμόσχευση.

Στην δωρεά οργάνων από ζώντα δότη, ισχύει ό,τι και στον νόμο 1383/83. Επιτρέπεται στον/στην σύζυγο και σε συγγενή έως και δευτέρου βαθμού σε ευθεία ή πλάγια γραμμή και έχει πάντα θεραπευτικό σκοπό, αρκεί ο δότης να είναι ενήλικος[31]. Σε ανήλικο δότη επίσης ισχύει ότι και στον 1383/83. Επιτρέπεται να γίνει δότης μυελού των οστών στον αδερφό ή αδερφή του, αν κρίνεται απολύτως ιατρικώς απαραίτητο καθώς η μεταμόσχευση μυελού θα σώσει την ζωή ενός μέλους της οικογενείας του[32]. Αν ο δότης είναι μεν ανήλικος αλλά μεγαλύτερος των δώδεκα ετών, δεν αρκεί η γονική συναίνεση. Ζητείται επιπλέον και η δική του για να προχωρήσει η διαδικασία δωρεάς του μυελού των οστών του. Η συναίνεση από ζώντα δότη δίδεται κατόπιν συμβολαιογραφικού εγγράφου ή με γνήσιο υπογραφής του υποψηφίου θεωρημένο από Αστυνομική Αρχή. Εναλλακτικά, με προφορική δήλωση στο νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο θα γίνει η αφαίρεση, με την παρουσία και υπογραφή δύο μαρτύρων.

Ο νόμος έδωσε την δυνατότητα σε κάθε ενήλικο να δηλώσει αν επιθυμεί να γίνει και δωρητής οργάνων μέσω της απογραφής πληθυσμού[33]. Το 2001 τυπώθηκαν και

[30] Άρθρο 7, παρ. 3, ομοίως.
[31] Άρθρο 10, παρ.2, Ν.2737/99
[32] Άρθρο 10, παρ.3, ομοίως.
[33] Άρθρο 12, παρ.3, ομοίως.

διανεμήθηκαν περισσότερα από 6.000.000 δελτάρια του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων. Από αυτά, λόγω λανθασμένων χειρισμών, διενεμήθη μόνο το 30%. (Καρλατήρα, 2011). Μόνο ένας στους δέκα πολίτες επέστρεψε συμπληρωμένο το έντυπο στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (Μπουλούτζα, 2002). Η διαδικασία επαναλήφθηκε και το 2011.

Στην περίπτωση πτωματικού δότη, η αφαίρεση οργάνων απαγορεύεται μόνο όταν ο δυνητικός δότης είχε εκφράσει εν ζωή την αντίρρησή εγγράφως[34]. Επιτρέπεται δε, αν είχε συναινέσει εγγράφως. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην περίπτωση που η βούλησή του εν ζωή δεν ήταν σαφής. Δηλαδή δεν είχε ούτε συναινέσει ούτε αρνηθεί εγγράφως.

Οι παράγραφοι 4 και 6 του άρθρου 12 του νόμου ήταν αυτές που προκάλεσαν ιδιαίτερες αντιδράσεις . Στην παράγραφο 4 αναφέρεται ότι τα όργανα αφαιρούνται μετά τον θάνατο του δυνητικού δότη, όχι αν συναινέσει αλλά αν απλά δεν δηλώσει άρνηση η οικογένειά του, δηλαδή η σύζυγος, τα τέκνα, εφόσον είναι ενήλικα, οι γονείς ή τα αδέλφια. Το πρώτο ζήτημα που τίθεται εδώ είναι με ποια σειρά πρέπει να δώσει η οικογένεια την συναίνεση καθώς και τι γίνεται σε περίπτωση που ένα μέλος της οικογένειας συναινεί ενώ κάποιο άλλο αρνείται. Πρέπει να ιεραρχηθούν τα συγγενικά πρόσωπα ως προς την βαρύτητα της έκφρασης της βούλησής τους (Χατζηνικολάου, 2002). Το δεύτερο ζήτημα που τίθεται είναι το τι επρόκειτο να γίνει με τα άτομα που δεν έχουν οικογένεια ή η οικογένεια δεν μπορεί να εντοπιστεί. Οποιοσδήποτε δεν έχει οικογένεια και πιστοποιείται ο εγκεφαλικός του θάνατος, αν δεν έχει δηλώσει ρητά την βούλησή του όσο ζούσε, γίνεται αυτόματα δότης οργάνων δεδομένης της «μη άρνησης» της οικογένειας.

Η Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, με γνωμοδότηση της τον Δεκέμβριο του 1999, λίγους μήνες μετά την θέσπιση του νόμου 2737/99 αντέδρασε και εξέφρασε τους φόβους και τις επιφυλάξεις της αναφορικά με την «μη άρνηση» ως τρόπο συγγενικής συναίνεσης. Αποδέχεται την συγγενική συναίνεση, αρκεί να συμφωνεί με την δεδηλωμένη άποψη του θανόντα, πλέον δυνητικού δότη, αλλά δεν αποδέχεται την ερμηνεία του νομοθέτη για την «μη άρνηση» των συγγενών ως συναίνεση του δότη. Θεωρεί ότι η συναίνεση με την «μη άρνηση» δεν είναι έννοιες ταυτόσημες και ότι θα έπρεπε ει δυνατόν, να λαμβάνεται η

[34] Άρθρο 12, παρ.2, ομοίως.

ενήμερη συναίνεση του καθενός όταν βρίσκεται εν ζωή (Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος,1999).

Η παράγραφος 6 του άρθρου 12 του ίδιου νόμου πυροδότησε μεγάλες αντιδράσεις ιδίως στους ιατρικούς και εκκλησιαστικούς κύκλους. Ανέφερε ότι ήταν δυνατόν να αποσυνδεθεί από την μηχανική υποστήριξη, οποιοσδήποτε ασθενής πιστοποιούνταν ως εγκεφαλικά νεκρός αν και εφόσον δεν επρόκειτο να γίνει δωρητής οργάνων. Ο ιατρός καλείται να αποφασίσει ποιος θα ζήσει και ποιος όχι και αν δεν το πράξει, ο νόμος τον τιμωρεί.[35] . Ο ιατρός όμως, βάσει του Ν.3418/2005 άρθρο 2 και παρ.3,4,5 οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή και μπορεί για λόγους συνείδησης να μην μετέχει σε νόμιμες ιατρικές πράξεις για τις οποίες είναι αντίθετος. Εξαναγκάζεται δηλαδή και βρίσκεται υπό ψυχολογική πίεση να παρακάμψει την όποια του διαφωνία ή αντίθεση και να ακολουθήσει τον νόμο.

Η αντίδραση της Εκκλησίας ήταν έντονη κυρίως για την αντικατάσταση του όρου «εγκεφαλικός θάνατος», που οριζόταν στον προηγούμενο νόμο με το «νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους», το οποίο θεωρεί ύποπτο, αδικαιολόγητο και ιατρικώς αμφιλεγόμενο. Το γεγονός της αποσύνδεσης των μηχανημάτων του ασθενούς που δεν πρόκειται να γίνει δότης θεωρείται αντιδεοντολογικό (Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 1999).

Στον 2737/99, αλλά και στον 3984/11 που έπεται, γίνεται προσπάθεια εναρμόνισης του ελληνικού δικαίου με τις διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοϊατρική. Ακολουθώντας τις διατάξεις της Σύμβασης, ο σκοπός της μεταμόσχευσης περιορίζεται στο θεραπευτικό κομμάτι της. Αυτό διαφαίνεται ξεκάθαρα στο άρθρο 1 που θέτει ζήτημα προστασίας της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας κάθε ανθρώπινου όντος και σεβασμού της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών αυτού, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής, στο άρθρο 15 που επιτρέπει την ελεύθερη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας, εφόσον διασφαλίζεται η προστασία του ανθρώπου και τέλος στο άρθρο 19, παρ. α που αναφέρει ότι η αφαίρεση οργάνων πρέπει να διενεργείται αποκλειστικά για το θεραπευτικό όφελος του λήπτη αν δεν υπάρχει εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος που να έχει την ίδια αποτελεσματικότητα.

[35] Άρθρο 20, παρ.1, Ν,2737/99.

Ομοίως, ακολουθώντας τις διατάξεις της Σύμβασης, ο 2737/99 θέτει αυστηρές κυρώσεις σε οποιονδήποτε αντιμετωπίσει ως πηγή οικονομικού οφέλους το ανθρώπινο σώμα θέλοντας έτσι να καταπολεμήσει το φαινόμενο της εμπορίας ανθρωπίνων οργάνων. Οι κυρώσεις αφορούν όλους όσους μετέχουν στην αξιόποινη πράξη, δότη, λήπτη ή κάποιον τρίτο. Η μεταμόσχευση οργάνων είναι πράξη που δεν μπορεί να σχετίζεται με κανένα αντάλλαγμα οικονομικό ή άλλης φύσης, καθώς τα μοσχεύματα είναι αγαθά σημαντικής, αν όχι ανυπολόγιστης, αξίας και όχι πράγματα που κοστολογούνται. Για να αποκλείσει ο νομοθέτης τον πιθανό κίνδυνο παρέκκλισης μεταξύ δότη και λήπτη, αναφέρει αναλυτικά τις περιπτώσεις χρηματικής αποζημίωσης ή λοιπών δαπανών, στον ζώντα δότη και λήπτη, που αναλαμβάνει το ασφαλιστικό ταμείο ή ο προϋπολογισμός του Κράτους.

Το 2011 φτάσαμε στον ισχύοντα πλέον νόμο 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις.», με τον οποίο ενσωματώθηκε στην ελληνική νομοθεσία η οδηγία 2010/53/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, ο οποίος επιδίωξε να επιφέρει την αύξηση των μοσχευμάτων, την βελτίωση της ποιότητάς τους και να αντιμετωπίσει τυχόν παράνομες δραστηριότητες με την θέσπιση αυστηρών ποινικών κυρώσεων. Στην Ελλάδα το 2010 έγιναν μόλις 167[36] μεταμοσχεύσεις ήτοι 14,9 μεταμοσχεύσεις ανά εκατομμύριο πληθυσμού, νούμερο άκρως απογοητευτικό γεγονός που δημιούργησε την ανάγκη ενίσχυσης των μεταμοσχεύσεων.

Με τον νέο νόμο γίνεται προσπάθεια διεύρυνσης της δεξαμενής ληπτών στις μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη. Ενώ στον προηγούμενο νόμο επιτρεπόταν η μεταμόσχευση μόνο από σύζυγο και σε συγγενή έως και δευτέρου βαθμού σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, στον 3984/11 επιτρέπεται στον σύζυγο, στον σύντροφο με τον οποίο υπάρχει ενεργό, κατά την τελευταία τριετία, σύμφωνο συμβίωσης, σε οποιοδήποτε πρόσωπο συνδέεται ο δότης συναισθηματικά (φίλο ή διατηρούντα ρομαντική, μη νομιμοποιημένη σχέση) και σε συγγενείς εξ αίματος έως και τετάρτου βαθμού σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, ενώ αν είναι εξ αγχιστείας μέχρι δευτέρου βαθμού. Διευρύνεται πολύ ο κύκλος πιθανών ζώντων δοτών.

Η αναφορά του «συναισθηματικού δότη» δημιούργησε εύλογα ερωτήματα, όπως το πώς θα μπορούσε να πιστοποιηθεί με σιγουριά η σχέση δότη-λήπτη αλλά και το κατά

[36]Στατιστικά έτους από το http://www.transplant-observatory.org/summary/

πόσο εύκολα θα μπορούσε να παραποιηθεί μια τέτοια σχέση και με την πρόφαση του «συναισθήματος» να ξεκινήσει μια κεκαλυμμένα νόμιμη αγοραπωλησία οργάνων. Για να γίνει δεκτή η προσφορά του «συναισθηματικού δότη», ήταν αρχικά απαραίτητη η έκδοση δικαστικής απόφασης, που λάμβανε υπόψη την προσωπική σχέση του δότη με τον λήπτη, την ψυχική του κατάσταση κα. Ουσιαστικά η δικαστική απόφαση προσπαθεί να ελέγξει αν τα κίνητρα του δότη είναι αλτρουιστικά και αυθεντικά ή τυχόν κρύβεται από πίσω μια προσπάθεια εμπορευματοποίησης των μοσχευμάτων, δεδομένης της μειωμένης προσφοράς των.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στα τέλη του 2017 εξέδωσε σύσταση, ύστερα από σχετικό έγγραφο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων αναγνωρίζοντας το πρόβλημα ως ιδιαιτέρως ανησυχητικό και έκρινε αναγκαία την επανεξέτασή του από την Πολιτεία (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2017), όπερ και εγένετο με την αντικατάσταση της περίπτωσης ε της παρ. 1 του άρθρου 8 περί συναισθηματικού δότη με το άρθρο 260 του νόμου 4512/2018. Συγκεκριμένα ο νομοθέτης αποδέχθηκε την πρόταση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής για αντικατάσταση της έκδοσης δικαστικής απόφασης που θα αποδείκνυε την συναισθηματική σχέση δότη-λήπτη με την σύσταση ειδικής διεπιστημονικής επιτροπής που θα αποφασίζει για την ύπαρξη ή μη συναισθηματικού δεσμού. Στον νόμο ορίζεται ότι είναι απαραίτητη η συναίνεση δότη-λήπτη για άρση των προσωπικών τους δεδομένων και απαραίτητη η επεξεργασία τους, προκειμένου η επιτροπή να αποκτήσει μια πλήρη εικόνα της μεταξύ των σχέσης και να ξεκινήσει η αδειοδότηση από την επιτροπή, της διαδικασίας της μεταμόσχευσης.

Στο ίδιο κλίμα, θέλοντας να αυξηθεί ο αριθμός των δοτών, ο νόμος διευκολύνει τους ασθενείς, των οποίων κάποιος συγγενής έχει την διάθεση να του προσφέρει το απαιτούμενο μόσχευμα αλλά δεν υπάρχει η δυνατότητα, λόγω ιστοσυμβατότητας. Στην περίπτωση αυτή, ο συγγενής κάνει την δωρεά σε έναν άγνωστο του ασθενή που βρίσκεται στην λίστα αναμονής και ταυτόχρονα ο συγγενής του ασθενής προτάσσεται στην κατάταξη του Εθνικού Μητρώου.

Μια καινοτομία που εισήγαγε ο νέος νόμος, είναι αυτή της δυνατότητας «αμοιβαίας» μεταμόσχευσης, η οποία θυμίζει, σε τοπικό επίπεδο, τις αλυσίδες μεταμόσχευσης της «παγκόσμιας ανταλλαγής νεφρών» του Alvin Roth και του Rees, για τις οποίες αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Στην περίπτωση λοιπόν που βρεθούν δύο

ζευγάρια δοτών-ληπτών που να μην έχουν ιστοσυμβατότητα μεταξύ τους αλλά ο δότης του ενός ζεύγους να έχει κοινή ιστοσυμβατότητα με τον λήπτη του άλλου, επιτρέπεται η μεταξύ τους αμοιβαία μεταμόσχευση αρκεί να υπάρχει σχετική απόφαση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων .

Η συναίνεση που δίδεται από τον ζώντα δότη παύει να τηρείται σε νοσοκομειακό αρχείο και να είναι απαραίτητη η παρουσία δύο μαρτύρων. Ο νόμος ορίζει ότι η συναίνεση παρέχεται είτε με συμβολαιογραφική πράξη είτε με πιστοποίηση γνησίου της υπογραφής, χωρίς όμως να είναι ο δότης υποχρεωμένος πλέον να απευθύνεται σε Αστυνομική Αρχή, διευκολύνοντάς τον. Να επαναλάβουμε ότι σήμερα η συναίνεση δίδεται και μέσω διαδικτύου συμπληρώνοντας την ειδική φόρμα -αίτηση στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ. είτε καταθέτοντας την ίδια φόρμα στα γραφεία του Ε.Ο.Μ. είτε αποστέλλοντας την ταχυδρομικά στον Ε.Ο.Μ. αφού πρώτα έχει θεωρηθεί για γνήσιο της υπογραφής (ΕΟΜ, 2018).

Ο προηγούμενος νόμος με την εισαγωγή της μη συγγενικής αντίρρησης ως συναίνεσης για την αφαίρεση οργάνων από πτωματικό δότη, δημιούργησε αντιδράσεις, τις οποίες ο 3894/11 προσπάθησε να κατευνάσει αλλά τελικά μάλλον έριξε λάδι στην φωτιά. Στην περίπτωση του 3894/11 όποιο θανόν άτομο δεν είχε δηλώσει εγγράφως την αντίρρησή του όσο ζούσε, απευθείας μετά τον θάνατο του έμπαινε στην δεξαμενή πτωματικών δοτών. Ο νόμος δηλαδή δεν προέβλεπε την ύπαρξη συναίνεσης αλλά την ύπαρξη μη αντίρρησης. Επιτρέπεται για την αφαίρεση των οργάνων απλά η έλλειψη ρητής θέσης του θανόντος. Αφού, όσο ζούσε ο δυνητικός δότης δεν εξέφρασε εγγράφως την αρνητική του στάση απέναντι στην δωρεά οργάνων αλλά σιώπησε, εικάζεται ότι συναινεί στην μεταθανάτια αφαίρεσή τους (Σακελλαροπούλου, Λάλας, Σακελλαρόπουλος, 2012).

Στόχος του νόμου είναι η αύξηση των μοσχευμάτων αλλά κατά πόσο η κοινωνία θα ήταν δεκτική σε κάτι τέτοιο; Ο νομοθέτης κατάλαβε την ανωριμότητα, τον φόβο και την επιφυλακτικότητα της ελληνικής κοινωνίας, γεγονός που αποδεικνύεται από την τελευταία θέση που βρισκόταν η χώρα σε πανευρωπαϊκό επίπεδο στον πίνακα μεταμοσχεύσεων (Σακελλαροπούλου, Λάλας, Σακελλαρόπουλος, 2012) και έθεσε τον νόμο σε ισχύ δύο περίπου χρόνια μετά την έκδοσή του, θεωρώντας ότι ήταν επαρκές το διάστημα να ενημερωθεί το ευρύ κοινό και να αλλάξει άποψη η κοινή γνώμη ώστε να μην υπάρχουν περαιτέρω αντιδράσεις.

Στην πραγματικότητα, και σε αυτή την περίπτωση υπήρχαν αντιδράσεις με αποτέλεσμα την τροποποίηση της παραγράφου 2, του άρθρου 9 του νόμου , από το άρθρο 260 του Νόμου 4512/18 μέσα στα πλαίσια της γενικότερης προσπάθειας αναδιάρθρωσης του συστήματος των μεταμοσχεύσεων και αφού η ελληνική κοινωνία αποδείχθηκε ανέτοιμη. Με την τροποποίηση του άρθρου λοιπόν, η αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη γίνεται με δύο τρόπους. Με πρότερη του θανάτου του δήλωση και έκδοση ονομαστικής κάρτας εθελοντή δότη οργάνων, η οποία εκφράζει την ελεύθερη βούλησή του και την επιλογή του αναφορικά με το ποια όργανα του επιθυμεί να δωρίσει μετά θάνατόν, χωρίς να χρειάζεται επιπλέον η συναίνεση της οικογένειας. Αν όμως δεν υπάρχει πρότερη δήλωση, ζητείται η σύμφωνη έγγραφη συναίνεση της οικογένειας.

Αν έχει δηλώσει της ρητής αντίρρησής του για να γίνει δότης οργάνων και έχει καταχωρηθεί στο μητρώο αρνητών, για κανένα λόγο, ούτε με την τυχόν βούληση της οικογένειας, δεν ξεκινά η μεταμοσχευτική διαδικασία

Για να μην υπάρξουν περαιτέρω αντιδράσεις, όπως αυτές της Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος διευκρινίζεται ότι ο θάνατος επέρχεται μετά την νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και ισχύουν οι όροι και τα κριτήρια που ορίζονταν στην απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας το 1985 σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο[37]. Άλλωστε, η στιγμή νέκρωσης του εγκεφάλου συμπίπτει με τη στιγμή που εκείνος παύει να υπάρχει σαν αυτοδύναμο σύστημα λειτουργιών.

Αναφέρθηκε και παραπάνω ότι ο νόμος 3894/11 ενσωματώνει τα πρότυπα και τις λειτουργίες της Ευρωπαϊκής οδηγίας 2010/53/ΕΕ. Δεδομένων των ανησυχητικών προεκτάσεων που έχει λάβει το φαινόμενο της παράνομης αγοραπωλησίας οργάνων σε διεθνές επίπεδο, ο νόμος προβλέπει πιο αυστηρές ποινικές κυρώσεις σε όποιον τον παραβεί από τον Ν.2737/99. Λόγω της σοβαρότητας των αδικημάτων εφαρμόζεται η αρχή της παγκόσμιας δικαιοσύνης, δηλαδή δεν παίζει ρόλο για την δίωξη και την τιμωρία ούτε η χώρα που τελέστηκαν τα αδικήματα ούτε η εθνικότητα του δράστη.

[37] Βλέπε σελ.39

Γ. Μέρος-Βιοηθική προσέγγιση

Είδαμε παραπάνω[38], στην έρευνα του Ευρωβαρομέτρου, ότι το 31% των Ελλήνων πολιτών δήλωσε ότι φοβάται την παρέμβαση στο σώμα του, γεγονός που το κάνει διστακτικό απέναντι στην δωρεά οργάνων. Από την άλλη είδαμε, στο κεφάλαιο αναφορικά με τον μεταμοσχευτικό τουρισμό όπως και στο υποκεφάλαιο με το Ιρανικό μοντέλο, ότι υπάρχουν άνθρωποι που επιθυμούν να πωλήσουν ένα όργανο, συνηθέστερα τον νεφρό τους δεδομένου ότι μπορούν να παραμείνουν υγιείς και με έναν μόνο νεφρό, προκειμένου να εξασφαλιστούν οικονομικά τόσο οι ίδιοι όσο και η οικογένειά τους, έστω και αν τελικά αποδεικνύεται από την βιβλιογραφία ότι τελικά, κατόπιν της αγοραπωλησίας, μετανιώνουν για την πράξη τους αυτή.

Στις Η.Π.Α., υπάρχει η δυνατότητα κάποιος να δωρίσει ή νοικιάσει το σώμα του για να κυοφορήσει ένα έμβρυο με το οποίο δεν έχει βιολογικό δεσμό με την σύναψη ενός συμφωνητικού. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα να πουλά τα ωάρια ή το σπέρμα του, τα μαλλιά του ακόμα και το ίδιο του το αίμα. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτίμηση της αγοραπωλησίας ανάλογα με τις απαιτήσεις της αγοράς (Almeling,2007). Σύμφωνα με τον Sandel οδεύουμε προς μια κοινωνία αγοράς που όλα τα αγαθά έχουν μια τιμή. Δεν γίνονται διακρίσεις των αγαθών σε πράγματα και αξίες. Όλα τα αγαθά εξισώνονται, τιμολογούνται και είναι προς πώληση (Sandel, 2016, σελ. 15-19) .

Οι Becker και Elias ήταν οι πρώτοι που κοστολόγησαν την αξία ενός ζωτικού οργάνου, συγκεκριμένα ενός νεφρού από ζώντα δότη. Υπολόγισαν την τιμή ενός νεφρού λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη την οικονομική αποζημίωση που πρέπει να λάβει ο δότης, βασιζόμενοι σε τρεις παράγοντες: τον τυχόν κίνδυνο της ζωής του δότη κατά την μεταμόσχευση, ισχυριζόμενοι ότι κάποια επιπλοκή μπορεί να τον οδηγήσει στον θάνατο, τις ημέρες επούλωσης και ανάρρωσης που θα βρίσκεται μακριά από την εργασία του και τέλος την μείωση της ποιότητας ζωής του συγκριτικά με την πρότερη κατάσταση της υγείας του, δεδομένου ότι πλέον θα ζει με έναν νεφρό. Το κόστος του νεφρού αγγίζει τα 15.200 δολάρια, δηλαδή 13.146 ευρώ με την σημερινή ισοτιμία (Becker and Elias, 2007).

[38]Βλ. σελ.4

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε αναφορά στο υπαρκτό πρόβλημα του μεταμοσχευτικού τουρισμού, που παρά τα μέτρα που λαμβάνουν οι ανεπτυγμένες χώρες για την αντιμετώπισή του, το εμπόριο ανθρωπίνων οργάνων δεν θα σταματήσει να υπάρχει. Αυτό συμβαίνει διότι το εμπόριο γενικά, ακολουθεί τον κανόνα της ελεύθερης αγοράς, στην οποία οι τιμές καθορίζονται από την προσφορά και την ζήτηση καθώς και την αρχή της σπανιότητας (scarcity principle).Στην αρχή της σπανιότητας, η περιορισμένη προσφορά ενός αγαθού, σε συνδυασμό με μια υψηλή ζήτηση γι αυτό, έχει ως αποτέλεσμα μια αναντιστοιχία μεταξύ της επιθυμητής ισορροπίας προσφοράς και ζήτησης. Ωστόσο, αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση στο αγαθό μόνο από εκείνους που μπορούν να το αντέξουν οικονομικά, δημιουργώντας ανισότητες (Bard, 2008 και Sandel,2011 σελ11-14).

Βιοηθικά μιλώντας, τα προβλήματα που εντοπίζονται στην μεταμόσχευση οργάνων από ζώντα δότη έχουν να κάνουν κυρίως με την αυτονομία του και την ελευθερία του. Μπορεί η πώληση ενός οργάνου να είναι επιτρεπτή και ηθικά νομιμοποιημένη; Είδαμε ότι στην περίπτωση του μοντέλου του Ιράν, ο κάθε ιρανός πολίτης μπορεί αν επιθυμεί να πουλήσει το νεφρό του, νόμιμα, έναντι αμοιβής. Είναι η δωρεά ενός οργάνου ηθικά επιτρεπτή και αν ναι, σε ποιες περιπτώσεις;

Θα προσπαθήσω να απαντήσω αναλύοντας επιχειρήματα που πηγάζουν σε τρεις ηθικές θεωρίες, αυτή του ελευθερισμού, του ωφελιμισμού και θα κλείσω με την καντιανή ηθική θεωρία με την οποία συντάσσομαι πλήρως, καθώς το ηθικό δίλημμα της αγοραπωλησίας προκύπτει από αντικρουόμενες ηθικές αρχές. Έπειτα θα προσπαθήσω να προσαρμόσω τις θεωρίες στην πράξη και κλείσω με τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις μου.

1.Ηθικές θεωρίες στις μεταμοσχεύσεις

i. Ελευθερισμός και κυριότητα του εαυτού

Είναι η αγοραπωλησία οργάνων όμως μέρος της ελεύθερης αγοράς; Την απάντηση δίνει η ηθική θεωρία του ελευθερισμού (libertarianism). Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, ο κάθε άνθρωπος έχει ένα θεμελιώδες δικαίωμα στην ελευθερία: Το δικαίωμα να κάνει ό,τι θέλει με τα πράγματα που έχει στην κατοχή του, συμπεριλαμβανομένου

του ίδιου του του εαυτού, αρκεί να σέβεται τα δικαιώματα των υπολοίπων ανθρώπων να κάνουν το ίδιο (Sandel,2011, σελ. 88).

Τα χρήματα που αποκτούνται με την εργασία είναι απόκτημα του ατόμου και οποιαδήποτε κρατική δραστηριότητα είναι παραβίαση της ατομικής ελευθερίας του. Το κράτος περιορίζεται στην προστασία των πολιτών του από κλοπή, απάτη, βία και την επιβολή των συμβολαίων και δεν μπορεί να επιβάλει αναγκαστικά τους νόμους του, έστω και αν αυτοί είναι προς το συμφέρον ή την προστασία των πολιτών. Επομένως, δεν γίνεται αποδεκτή ούτε η φορολόγηση, ούτε η στρατολόγηση ούτε οι συνταξιοδοτικές εισφορές και γενικά οι κρατικές επιβολές.

Στα πλαίσια του ιδιοκτησιακού δικαιώματος του σώματος του ατόμου, οι άνθρωποι μπορούν να καθορίσουν τι να κάνουν με αυτό. Θα μπορούσαν να πουλήσουν ένα μέρος του σώματός τους, αν το επιθυμούσαν, αλλά δεν μπορούν να επιβάλουν σε κάποιον άλλον να πράξει το ίδιο σεβόμενοι την δική του ελευθερία(Sandel,2011, σελ. 89).Χρησιμοποιώντας την θεωρία του Nozick για να αποδείξει την αδυναμία της, ο Sandel αναρωτιέται πως αν ο άνθρωπος είναι όντως κύριος του εαυτού του και δη ελευθεριστής γιατί να μην μπορεί, αν θέλει , να δωρίσει ή να πουλήσει και το άλλο του νεφρό; Επειδή θα επέλθει ο θάνατος; Μα πως μπορεί να αποφασίζει κάποιος για το ένα μέρος του σώματός του αλλά όχι για το άλλο ή κατ επέκταση για το αν θα ζήσει ή αν θα πεθάνει; Επίσης, στα πλαίσια της κυριότητας του εαυτού, θα μπορούσε κανείς να πουλήσει το νεφρό του έτσι απλά για πλάκα ή να το εκθέσει σαν έργο τέχνης και όχι για σώσει μια άλλη ανθρώπινη ζωή(Sandel, 2011, σελ 104-106). Μπορεί κανείς να κάνει κάτι τέτοιο*;*

Στο βιβλίο του R. Titmuss, The Gift Relationship, ο συγγραφέας, συγκρίνει δύο συστήματα αιμοδοσίας: αυτό της Μεγάλης Βρετανίας που βασίζεται αποκλειστικά σε εθελοντές, μη αμειβόμενους αιμοδότες και σε εκείνο των Η.Π.Α. που είναι μεικτό και βασίζεται σε εθελοντές μη αμειβόμενους δότες, σε αμειβόμενους δότες και σε κατευθυνόμενους δότες, εκείνους που αιμοδοτούν για συγκεκριμένο άτομο. Στο βιβλίο του θεωρεί την αιμοδοσία, δώρο. Διαφωνεί κάθετα με την ανάδειξη του αίματος ως προϊόντος αγοραπωλησίας καθώς και δεν θεωρεί σωστή ούτε την κατευθυνόμενη προσφορά του δώρου αυτού με αποδέκτη συγκεκριμένα άτομα ούτε την αγοραπωλησία και αποδέχεται μονάχα την αλτρουιστική προσφορά προς τον συνάνθρωπο.

Η πρώτη ένστασή του σχετίζεται με την αδικία και τον έμμεσο εξαναγκασμό. Το αίμα που αγοράζεται, προέρχεται από υποβαθμισμένες περιοχές των Η.Π.Α. και δη από άτομα χαμηλού εισοδήματος, που έχουν ανάγκη τα χρήματα για να βιοποριστούν. Οπότε οι οικονομικές συνθήκες είναι αυτές που υποχρεώνουν τους αιμοδότες να πουλήσουν το αίμα τους. Η δεύτερη ένστασή του σχετίζεται με την αποδυνάμωση του πνεύματος του αλτρουισμού και προσφοράς στην κοινωνία (Sandel,2016) και η τρίτη ένστασή του, σχετίζεται με τον φόβο ότι οι αγοραπωλησίες θα επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα του αίματος.

Ο Taylor διαφωνεί με τον Titmuss λέγοντας ότι στα πλαίσια της κυριότητας του εαυτού, ο καθένας μπορεί να επιλέξει ξεχωριστά τι θα κάνει, αν δηλαδή θα πουλήσει ή θα στείλει σε κάποιον συγκεκριμένο ασθενή το αίμα του. Δεν είναι κοινωνικό ζήτημα αλλά καθαρά ατομική απόφαση που πηγάζει από την ελευθερία του (Taylor,2007). Ο Hippen, υποστηρίζει ότι ο αλτρουισμός και η εθελοντική προσφορά δεν εγγυούνται την ασφάλεια του αίματος και πως αυτή εξασφαλίζεται με τον έλεγχο του αίματος και όχι από την ταυτότητα του δότη (Hippen, 2005).

Βασικά δεν έχει σημασία ούτε η κοινωνική προσφορά ούτε ο σκοπός, είτε μιλάμε για προσφορά αίματος ή ενός οργάνου. Η επιλογή ενός να κάνει ό,τι επιθυμεί με το σώμα του και τα παράγωγά του είναι από μόνος του επαρκής λόγος. Είναι δικαίωμά του σύμφωνα με την θεωρία του ελευθερισμού και συγκεκριμένα με την αρχή ιδιοκτησίας εαυτού να πράξει όπως θέλει, αφού είναι ιδιοκτήτης του σώματός του.

Ο Sandel διαφωνεί. Δέχεται ότι στην ελεύθερη αγορά όλα είναι προς πώληση αλλά εκφράζει την άποψη ότι σε μια πολιτισμένη κοινωνία δεν θα έπρεπε να έχουν όλα μια τιμή. Ο βασικός λόγος είναι η δημιουργία ανισοτήτων. Δεν θα έχουν όλοι ίση πρόσβαση στα αγαθά. Ως ένα σημείο είναι κατανοητό. Τα άτομα που ανήκουν στα χαμηλά οικονομικά στρώματα, δεν θα μπορούν να έχουν πρόσβαση σε όλα τα αγαθά.

Η τιμολόγηση όλων των αγαθών ή των αξιών τείνει να τα διαφθείρει. Η μεταχείριση ενός πχ μοσχεύματος ή μιας φιάλης αίμα που περιγράψαμε παραπάνω σαν εμπόρευμα, τα ευτελίζει και δεν τους προσδίδεται η δέουσα αξία και σημασία, που είναι η σωτηρία μιας ανθρώπινης ζωής. Δεν μπορεί να αξιολογηθεί ο άνθρωπος ή τα παράγωγά του ως ένα προϊόν στο ράφι ενός σουπερμάρκετ καθώς δεν είναι αντικείμενο για να το χρησιμοποιήσουμε όπως θέλουμε, αλλά πρόσωπο που αξίζει σεβασμό (Sandel, 2011, σελ. 140 και Sandel, 2016, σελ 15-19).

Ο Savulescu (Savulescu, 2002,) τάσσεται υπέρ της ανταλλαγής ή αγοραπωλησίας οργάνων. Υποστηρίζει ότι αφού ο άνθρωπος μπορεί να κάνει επικίνδυνες επιλογές που μπορούν να επιφέρουν βλάβη στην υγεία του, όπως είναι το κάπνισμα, η επικίνδυνη οδήγηση, τα extreme sports, η κακή διατροφή, γιατί να μην μπορεί να κάνει άλλη μια που θα του αποφέρει κέρδος. Οι Wilkinson and Garrard θεωρούν ότι το σώμα και τα μέλη που αποτελείται ανήκουν στον ίδιο μας τον εαυτό και ο καθένας μπορεί να κάνει ό,τι θέλει με αυτά, άποψη που δεν ασπάζομαι. Με αυτή την λογική μπορεί να επιτραπεί και η δωρεά οργάνων ή σώματος προς βρώση. Όσο απεχθής ακούγεται ο κανιβαλισμός, άλλο τόσο ακούγεται και η άποψη ότι ο καθένας μπορεί να κάνει ό,τι θέλει με το σώμα του.

Ο Savulescu θεωρεί διπλή αδικία να μην μπορούν οι φτωχοί να πουλήσουν τα όργανα τους μόνο και μόνο επειδή είναι φτωχοί και δεν δέχεται το κριτήριο της ευαλωτότητας που είναι ουσιαστικά και το πιο βασικό επιχείρημα ενάντια στην αγοραπωλησία οργάνων. Οι Minerva, Savulescu and Singer υποστηρίζουν ότι η φτώχεια δεν μειώνει το δικαίωμα ενός ανθρώπου να λαμβάνει αποφάσεις για τον εαυτό του. Ζυγίζει τα υπέρ και τα κατά και αποφασίζει. Η φτώχεια όμως περιορίζει τις επιλογές που μπορεί να κάνει ένας άνθρωπος και τον αναγκάζει να συμβιβαστεί με πράγματα που πιθανά δεν θέλει (Minerva, Savulescu and Singer, 2019). Αν διασφαλιστεί ότι ο κίνδυνος της πώλησης για την υγεία του, είναι μικρός συγκριτικά με τα οφέλη που θα αποκομίσει και έχει ληφθεί η συναίνεσή του, η φτώχεια δεν πρέπει να σταθεί εμπόδιο στην αγοραπωλησία (Savulescu, 2002).

ii. Ωφελιμισμός και αγορές

Το ωφελιμιστικό επιχείρημα αναφέρει ότι, όταν δύο άτομα έρθουν σε μία συμφωνία και οι δύο κερδίζουν, πιθανά γιατί και οι δύο έχουν πετύχει αυτό που ήθελαν (Sandel, 2016, σελ.43) γιατί αλλιώς δεν θα γινόταν η συμφωνία (Taylor,2007). Γίνεται εξαρχής δεκτό ότι στην παράνομη αγοραπωλησία οργάνων, υπάρχουν ζητήματα εξαναγκασμού, έλλειψη ενήμερης συναίνεσης και δεν τίθεται καν ζήτημα αυτονομίας. Μήπως στην νόμιμη αγοραπωλησία, που γίνεται υπό την σκέπη της κρατικής μηχανής, αλλάζουν τα πράγματα;

Στο Ιράν, ο δότης πουλάει το νεφρό του και βελτιώνει τις συνθήκες ζωής του, χωρίς να επιβαρύνει ιδιαίτερα την κατάσταση της υγείας του και από την άλλη ο λήπτης βελτιώνει την ποιότητα ζωής του, το σύστημα υγείας γλυτώνει πολλά χρήματα από τις αιμοκαθάρσεις, χρήματα που μπορούν να επενδυθούν αλλού. Το ποσό καθορίζεται από το κράτος, αν και πλέον δίνεται ένα επιπλέον μπόνους από τους λήπτες, πάντα υπό τον έλεγχο του αρμοδίου φορέα. Τα οφέλη υπερσκελίζουν το κόστος, το οποίο δεν είναι μοναχά οικονομικό, μεγιστοποιείται η ωφελιμότητα σε αντίθεση με την οδύνη που προκαλείται. Είναι το λεγόμενο "win-win situation"; Αν όντως και τα δύο μέρη είναι ικανοποιημένα από την συναλλαγή τους, χωρίς να δημιουργείται βλάβη, θα είχαμε ένα καλό ωφελιμιστικό λόγο να ακολουθήσουμε τις αγορές (Sandel, 2011, σελ.117)

Αν η ηθική μιας πράξης εξαρτάται κυρίως από τις συνέπειες, αν τις ζυγίσουμε, η ζυγαριά θα κλίνει υπέρ της νόμιμης αγοραπωλησίας οργάνων. Αυτό όμως θα επεδείκνυε μιαν αδιαφορία για την ίδια την ανθρώπινη ζωή και τα ατομικά δικαιώματα, εφόσον η αγοραπωλησία μπορεί να δημιουργήσει βλάβη σε ένα από τα δύο συμβαλλόμενα μέλη. Αυτή ακριβώς είναι και η απάντηση στο επιχείρημα του Savulescu παραπάνω. Το αποδεικνύει η πλειοψηφία των δοτών που δεν δήλωσε ικανοποιημένη (Zargooshi,2001).

Η φιλόσοφος Anderson, μιλώντας για την παρένθετη μητρότητα, θεωρεί ότι δεν μπορούμε να αξιολογούμε τα πάντα με βάση την ωφέλεια, γιατί έτσι ευτελίζονται αγαθά και κοινωνικές πρακτικές (Sandel, 2011, σελ 142). Αλλά και πάλι, πως θα μπορούσε να ισχύσει ένα ενιαίο και αλάνθαστο σύστημα στάθμισης και αξιολόγησης των αγαθών και δη της ηδονής ή του πόνου που μας προσφέρουν; Αυτή είναι η βασική αδυναμία του ωφελιμισμού σαν ηθική θεωρία.

iii.Καντιανή Οπτική στον μεταμοσχευτικό τουρισμό.

Στον μεταμοσχευτικό τουρισμό τρεις είναι οι ηθικοί αυτουργοί: ο δότης ή πωλητής, ο λήπτης ή αγοραστής και ο μεσάζων. Ο λήπτης έχει ανάγκη ένα ζωτικό όργανο για να ζήσει. Ο δότης έχει ανάγκη τα χρήματα του λήπτη για να ζήσει μια ζωή με οικονομική άνεση, δεδομένου ότι ανήκει στην αγροτική/εργατική τάξη και αμείβεται πενιχρά και ο μεσάζων εκμεταλλεύεται την ανάγκη και των δυο να αποκτήσουν αυτό

που θέλουν και μόνο σκοπό έχει την αύξηση των κερδών του. Για να το κάνει αυτό, δεν διστάζει να πει ψέματα προκειμένου να πείσει τον δότη να δώσει την όποια συγκατάθεσή του και να δώσει στον λήπτη μια διαφορετική εικόνα από την πραγματική(ο λήπτης δεν γνωρίζει ότι ο δότης δεν θα πάρει τα συμφωνηθέντα χρήματα, ότι δεν έχει δώσει συγκατάθεση κλπ) (Scheper-Hughes, 2000). Βλέπει τον δότη αλλά και τον λήπτη ως απλό μέσο για αύξηση των κερδών του, δηλαδή τους εργαλειοποιεί. Μας θυμίζει το παράδειγμα της ψεύτικης υπόσχεσης του Καντ. Συγκεκριμένα: «*... εκείνος που σκέπτεται να δώσει μια ψεύτικη υπόσχεση θα ιδεί αμέσως, ότι έτσι θα χρησιμοποιήσει έναν άλλο άνθρωπο μόνο ως μέσο, σαν αυτός να μην είναι ταυτόχρονα αυτοσκοπός. Γιατί ο άνθρωπος, τον οποίο με μια τέτοια υπόσχεση θέλω να εκμεταλλευτώ για τους σκοπούς μου, δε μπορεί να συμφωνήσει με τον τρόπο που πράττω απέναντί του κι έτσι να αποτελέσει [να μοιραστεί] το σκοπό αυτής της πράξης»*.[39] Εν προκειμένω, ο μεσάζων δύναται να τάξει «τον ουρανό με τ' άστρα» στον δότη ώστε να τον κάνει μέρος των σχεδίων του που δεν είναι άλλα από την απόκτηση ενός ζωντανού οργάνου προς πώληση. Αν ο δότης μάθαινε την αλήθεια, ότι πχ δεν θα λάμβανε ολόκληρο το συμφωνηθέν ποσό, ότι δεν θα είχε την απαιτούμενη ιατρική περίθαλψη ή ότι θα είχε πιθανά προβλήματα υγείας εφ' όρου ζωής προφανώς και δεν θα συμφωνούσε (Cohen,2013). «*…Αλλά ο άνθρωπος δεν είναι πράγμα, δηλαδή κάτι που μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο ως μέσο, αλλά οφείλει σε όλες τις πράξεις του να θεωρείται πάντα ως αυτοσκοπός.»*[40]και *«…Κάποιος μπορεί να χρησιμοποιήσει πράγματα τα οποία δεν έχουν ελευθερία, αλλά όχι ένα όν το οποίο έχει ελεύθερη βούληση…»*

Βλέπουμε πως ο μεσάζων ακολουθεί μια ηθικά μεμπτή πρακτική και εργαλειοποιεί τον δότη/πωλητή προς το συμφέρον του. Το αυτό και απέναντι στον λήπτη-αγοραστή. Ενώ φαίνεται αρχικά σαν μια δίκαιη ανταλλαγή (ένα νεφρό για ένα καλύτερο οικονομικά μέλλον), είναι αλήθεια έτσι; Το γεγονός ότι μεταξύ τους δότης και λήπτης δεν γνωρίζονται, δεν σημαίνει ότι η πράξη δεν είναι ηθικά μεμπτή. «*[Ο άνθρωπος] δεν επιτρέπεται να πουλήσει ένα από τα μέλη του, ούτε καν ένα από τα δόντια του. Με το να επιτρέπει, χάριν χρηματικού ανταλλάγματος, να τον χρησιμοποιήσουν οι άλλοι για την ικανοποίηση των σεξουαλικών τους επιθυμιών κάνει τον εαυτό του Αντικείμενο*

[39]Καντ, Ιμ, Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών, μετάφραση Γιάννη Τζαβάρα, *Δωδώνη,* Αθήνα, 1984, σελ.82, παρ.67-8

[40]Όπως παραπάνω

επιθυμίας, παραχωρεί και μετατρέπει τον εαυτό του σε αντικείμενο το οποίο οι άλλοι χρησιμοποιούν για την ικανοποίηση των ορέξεων τους με τον ίδιο τρόπο που χρησιμοποιούν μια μπριζόλα για να ικανοποιήσουν την πείνα τους. ... Τα ανθρώπινα όντα, λοιπόν, δεν επιτρέπεται να προσφέρουν τον εαυτό τους ως αντικείμενα ικανοποίησης των σεξουαλικών επιθυμιών των άλλων για χρηματικό αντάλλαγμα. Κάνοντας κάτι τέτοιο κινδυνεύουν να υποβιβάσουν τον εαυτό τους σε αντικείμενο χρήσης όλων και να γίνουν μέσα για την ικανοποίηση της σεξουαλικής επιθυμίας». [41].

Ξεκάθαρα στο σημείο αυτό, ο Καντ δηλώνει ότι εάν ένας ηθικός αυτουργός αντιμετωπίζει έναν άλλο απλώς ως απλό μέσο, τότε η πράξη του είναι ηθικά μεμπτή. Δημιουργείται ας πούμε ένας ηθικός κανόνας που περιορίζει το τι μπορούμε να κάνουμε και τι όχι. Όποιος αγοράζει ένα όργανο από έναν συνάνθρωπό του παραβιάζει αυτή την αρχή, οπότε και πράττει ανήθικα. Δεν αντιμετωπίζει τον συνάνθρωπο ως φορέα δικαιωμάτων και αυτουργό αλλά ως πράγμα με εμπορική αξία. Μα και ο ίδιος ο πωλητής, συναινώντας να πουλήσει ένα μέλος του, δεν σέβεται την ανθρώπινη ιδιότητά του. Με αυτόν τον τρόπο, ο δότης μοσχεύματος που αποφάσισε να προχωρήσει σε αυτή την πράξη για να έχει κάποιο οικονομικό αντάλλαγμα, στην ουσία πρώτος αποποιείται τις ηθικές αξίες και την ανθρώπινη φύση του, τις κοστολογεί και προχωρά στην απόφασή του.

Για τον φιλόσοφο, ο άνθρωπος είναι έλλογο ον και φορέας ηθικής. Έχει αξία και αξιοπρέπεια, γεγονός που τον διακρίνει από τα αντικείμενα ή τα ζώα. Πρέπει να σέβεται την ζωή και δη την δική του. Σεβόμενος το σώμα του ο άνθρωπος τιμά την έλλογη φύση του. Αν ο άνθρωπος προσφέρει το σώμα του για την σεξουαλική ικανοποίηση άλλων, υποβαθμίζει και υποτιμά τον εαυτό του. Οπότε το σώμα, σαν ολότητα, είναι μέρος της προσωπικότητας του και πρέπει να του δείχνει τον αρμόζοντα σεβασμό, κάτι που δε συμβαίνει στην περίπτωση που το θέτει προς διαπραγμάτευση ή πώληση. Η καντιανή φιλοσοφία έχει εντελώς διαφορετική προσέγγιση από την ελευθεριακή θεωρία περί κυριότητας εαυτού που είδαμε παραπάνω. Στην καντιανή φιλοσοφία βλέπουμε το σώμα ενιαίο και αδιάσπαστο ενώ στην ελευθεριακή σκέψη, το σώμα μπορεί να διασπαστεί σε κομμάτια ανάλογα με την βούληση του ιδιοκτήτη του.

---

[41] Kant, I.(1997). *Lectures on ethics*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, σελ.156

Ο Καντ είναι αντίθετος με την πώληση οργάνων κάτι που λέει ξεκάθαρα στις διαλέξεις περί Ηθικής : «*Έτσι λοιπόν ένας άνθρωπος δεν έχει το δικαίωμα να πουλήσει τα άκρα του για χρήματα, ούτε για να πάρει 10.000 θαλερς για το ένα δάκτυλο*».[42] Η άποψη του είναι ξεκάθαρη. Είναι εναντίον της αγοραπωλησίας οργάνων ή μελών του σώματος. Αν εκφράζεται αντίθετος στην πώληση ενός δακτύλου, φανταζόμαστε την γνώμη του για την πώληση των ζωτικών οργάνων.

Το σώμα και κατ' επέκταση το άτομο εργαλειοποιείται και υποβαθμίζεται ,στον βωμό του χρήματος, η έλλογη του φύση. Συνεχίζει λέγοντας ότι :«*Κάποιος θα μπορούσε να απορρίψει(πετάξει) πράγματα που δεν έχουν καμία ελευθερία, αλλά όχι ενός όντος που το ίδιο έχει ελεύθερη βούληση. Αν ένας άνθρωπος το κάνει αυτό, τότε μετατρέπεται σε πράγμα και τότε ο καθένας μπορεί να του συμπεριφέρεται όπως θέλει μιας και αυτός έχει απορρίψει την έλλογη φύση του*.»[43] και πως *«Ο άνθρωπος δεν μπορεί να απορρίψει τον ίδιο του τον εαυτό επειδή δεν είναι αντικείμενο. Δεν ανήκει στον ίδιο-αυτό άλλωστε θα ήταν καταδίκη*».[44]

Τα μέρη του σώματος είτε μιλάμε για ένα δάχτυλο είτε για ένα πνεύμονα δημιουργούν την ολότητα του εαυτού μας. Ο Καντ για τον λόγο αυτό, δεν απαγορεύει μόνο την πώληση οργάνων αλλά και την δωρεά τους. Έστω και είναι καθαρά μιαν αλτρουιστική πράξη, η άποψή του είναι ξεκάθαρη. Ο Καντ στην Θεωρία περί Αρετής (Doctrine of Virtue) ξεκαθαρίζει την θεωρία του και μας αποτρέπει να ακρωτηριάσουμε τον ίδιο μας τον εαυτό, ούτε καν να πουλήσουμε ή να χαρίσουμε μέρος αυτού διότι αυτό συνιστά μερική αυτοκτονία (Kant,1996). Δεν τον ενδιαφέρει τι θα γίνουν τα όργανα μετά την αφαίρεσή τους από το σώμα αλλά περισσότερο ότι δεν πρέπει άνευ λόγου να γίνεται αφαίρεση οργάνων. Βάζοντας τιμή στα όργανα του πωλώντας τα, τα αντιμετωπίζει ως πράγματα που έχουν εμπορική αξία, άρα έμμεσα το ίδιο κάνει και για τον εαυτό του δεδομένου ότι τα όργανα είναι μέρος του. Οπότε υποβαθμίζει τον εαυτό του από έλλογο ον σε πράγμα (Gerrand, 1999).

---

[42]Ελεύθερη μετάφραση από τοKant, I.(1997). *Lectures on ethics*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.σελ 127 .

[43]Ελεύθερη μετάφραση, όπως παραπάνω, σελ 127.

[44]Ελεύθερη μετάφραση όπως παραπάνω σελ. 157

Δεν ισχύει το ίδιο αν κάποιος αναγκαστεί να ακρωτηριάσει ένα ή περισσότερα άκρα ή μέλη λόγω προβλήματος υγείας, πχ. αφαίρεση ενός νεοπλάσματος. Σε αυτή την περίπτωση το πρόσωπο δεν προσβάλλει την έλλογη του φύση (Merle, 2000). Ο Merle κατηγοριοποιεί τα όργανα του ανθρώπου σε τρεις κατηγορίες: τα ζωτικά όργανα, που χωρίς αυτά ο άνθρωπος δεν μπορεί να ζήσει, τα όργανα που αν αφαιρεθούν, δεν μπορούν να αντικατασταθούν από τον οργανισμό και τα όργανα που μπορούν να αντικατασταθούν από τον οργανισμό. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσεται π.χ. η καρδιά, στην δεύτερη τα νεφρά και στην τρίτη το αίμα. Ο Merle θεωρεί ότι δεν θα έπρεπε να υπάρχει ένσταση για την πώλησή των οργάνων της τρίτης κατηγορίας διότι δεν επηρεάζεται η αυτονομία του ατόμου. Με αυτήν την θεωρία, ας μου επιτραπεί να διαφωνήσω, γιατί με την ίδια λογική θα έπρεπε να επιτραπούν και τα όργανα της δεύτερης κατηγορίας, διότι η απουσία ενός δοντιού λχ σήμερα μπορεί να αντικατασταθεί με τεχνητό μόσχευμα, γεγονός πουεπίσης δεν επηρεάζει την αυτονομία ενός ατόμου.

Ο Καντ στις διαλέξεις του περί Ηθικής μας λέει ότι δεν είναι έγκλημα να πουλάς ή να δωρίζεις τα μαλλιά σου μιας και έχουν την δυνατότητα να ξαναμακρύνουν. Παρόλα αυτά, είναι αντίθετος στην πώληση των μαλλιών και όχι στην δωρεά τους (Kant,1997). Αν την σκέψη αυτή την φέρουμε στο σήμερα, ό,τι ίσχυε στην φιλοσοφική σκέψη του Καντ τότε ίσως να ισχύει στην δωρεά αίματος, αιμοπεταλίων ή μυελού των οστών, δεδομένου ότι ο οργανισμός του δότη δεν παθαίνει κάποια ουσιαστική αλλά μόνο παροδική βλάβη. Μετά από ένα μικρό χρονικό διάστημα ο αιματοκρίτης του αίματος θα επανέλθει. Το αυτό για τον μυελό των οστών.

Αν πάρουμε τις απόψεις του Καντ κυριολεκτικά, βλέπουμε ότι είναι αντίθετος και στην πώληση οργάνων και στην δωρεά τους. Σύμφωνα με την κ. Παπαδάκη όμως, ο Καντ επιτρέπει την δωρεά οργάνων αυστηρά από τον ένα σύζυγο στον άλλο και μόνο εντός γάμου. Η δωρεά δεν είναι κατακριτέα ηθικά στα έγγαμα ζευγάρια διότι έχουν αποκτήσει το δικαίωμα χρήσης του εαυτού τους ο ένας από τον άλλο καθώς το ζευγάρι παρουσιάζεται σαν ολότητα σώματος και πνεύματος και όχι σαν μονάδα. Αυτό όμως σημαίνει ότι ο ένας μπορεί να απαιτήσει και να λάβει από τον άλλο το μόσχευμα χωρίς την θέλησή του (Παπαδάκη,2017,σελ.118).

Ο Καντ ισχυρίζεται ότι στα πλαίσια της αυτονομίας και του σεβασμού της έλλογης μας φύσης απαγορεύονται παντός είδους επεμβάσεις στο σώμα μας κατ' επέκταση μπορούμε εύλογα να συμπεράνουμε ότι η καντιανή φιλοσοφία απορρίπτει την λύση του μεταμοσχευτικού τουρισμού δεδομένης της εργαλειακής χρήσης της πράξης αυτής μεταξύ των ηθικών του φορέων. Απορρίπτει και την λύση του συστήματος μεταμοσχεύσεων με κρατικό έλεγχο, όπως αυτή εφαρμόζεται σήμερα στο Ιράν, μιας και το κράτος αναλαμβάνει τον ρόλο του μεσάζοντα αλλά και πάλι η εργαλειακή χρήση των ηθικών φορέων δεν παύει να υφίσταται. Βέβαια αφήνει ένα περιθώριο, όπως είδαμε παραπάνω για μέρη του σώματος που μπορεί να μεγαλώσουν ξανά, όπως πχ. τα μαλλιά.

Το μόνο για το οποίο δεν γίνεται λόγος είναι η δωρεά από νεκρό δότη, μιας και ο νεκρός δεν είναι πια πρόσωπο, ούτε φορέας αξιών και δικαιωμάτων, οπότε η αφαίρεση των οργάνων ούτε τον προσβάλλει, ούτε υποβαθμίζει την προσωπικότητα του, άρα μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο Καντ θα το επέτρεπε.

2. Από την ηθική στην πράξη

i. Μεταμοσχευτικός τουρισμός-Παράνομη αγοραπωλησία οργάνων

Σύμφωνα με την εκτίμηση της ΜΚΟ Global Financial Integrity (GFI), περίπου στο 10% του συνόλου των μεταμοσχεύσεων, σε παγκόσμιο επίπεδο, χρησιμοποιούνται μοσχεύματα που έχουν αποκτηθεί παρανόμως. Αριθμητικά μιλώντας, από τις 120.000 περίπου μεταμοσχεύσεις οργάνων που έγιναν το 2014, περίπου οι 12.000 προήλθαν από παράνομο εμπόριο. Από αυτές, 8.000 υπολογίζεται ότι ήταν μεταμοσχεύσεις νεφρών ενώ στην ίδια έκθεση αφήνεται το ενδεχόμενο ο αριθμός να είναι μεγαλύτερος (May, 2017).

Μπορεί να μην υπάρχουν ακριβή στατιστικά στοιχεία για να υπολογιστεί το μέγεθος του προβλήματος στην Ελλάδα, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα μπορούσαμε να το υπολογίσουμε με διαφορετικό τρόπο. Οποιοσδήποτε μεταμοσχεύτηκε πρέπει, εφ όρου ζωής να λαμβάνει ανοσοκατασταλτική αγωγή, που συνταγογραφείται δωρεάν και επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία ή τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, γεγονός

που μπορεί να εντοπίσει οποιονδήποτε μετέβη σε τρίτη χώρα για μεταμόσχευση και παρακολουθείται μετεγχειρουργικά για τυχόν επιπλοκές. Εκτός αυτού, λαμβάνει οικονομική ενίσχυση, το λεγόμενο «διατροφικό» επίδομα. Στην Ελλάδα χορηγείται από τον ΟΠΕΚΑ και φτάνει τα 362 ευρώ τον μήνα (ΟΠΕΚΑ, 2019)

Τα κυκλώματα που δρουν παρασκηνιακά είναι καθόλα οργανωμένα και βρίσκονται διάσπαρτα σε όλον τον κόσμο. Έτσι, μόλις ανιχνευθεί η ανάγκη κάποιου ασθενή για μεταμόσχευση πχ. στις ΗΠΑ, βρίσκονται τα κατάλληλα άτομα να τον παραπέμψουν σε συνεργάτη τους στην άλλη άκρη του κόσμου, χωρίς γραφειοκρατία, χωρίς ερωτήσεις. Το μόνο που χρειάζεται είναι χρήματα. Χωρίς να μπορεί να πιστοποιηθεί το ιατρικό ιστορικό του δότη ή οι συνθήκες υγιεινής στο μη πιστοποιημένο μεταμοσχευτικό κέντρο. Χωρίς να γνωρίζει την ταυτότητα ή την ιστορία του λήπτη. Τον λόγο που πουλάει το νεφρό του, αν εξαναγκάστηκε ή όχι. Ποιος θα έβαζε τον εαυτό του σε μια τέτοια διαδικασία; Πιθανά κάποιος που δεν θα είχε άλλη επιλογή. Είναι άλλωστε ισχυρή η επιθυμία των ασθενών για μια καλύτερη ποιότητα ζωής, άσχετα αν με αυτό προκαλούν βλάβη σε έναν άλλο συνάνθρωπο.

Το ζήτημα είναι βαθύ. Πρέπει αρχικά να σκεφτούμε τον λόγο για τον οποίο κάποιος αφήνει την σιγουριά του σπιτιού του για να μεταβεί σε ένα άγνωστο μέρος και να υποβληθεί σε ένα τόσο σοβαρό χειρουργείο που εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία του. Ο Cohen αναφέρει ότι οι αγοραστές και λήπτες των μοσχευμάτων είναι άτομα ανασφάλιστα ή που η ασφάλειά τους δεν καλύπτει την επέμβαση και καλούνται οι ίδιοι να πληρώσουν από την τσέπη τους το μεγάλο κόστος της μεταμόσχευσης αναδεικνύοντας την παθογένεια του συστήματος υγείας των Η.Π.Α. (Cohen, 2010). Από την άλλη, ο Inston αναφέρει ότι οι αγοραστές-λήπτες είναι άτομα που για κάποιο λόγο είχαν διαγραφεί από την εθνική λίστα αναμονής για μόσχευμα (Inston et al.,2004) Οπότε είναι μονόδρομος για εκείνους η μετάβαση σε τρίτη χώρα λόγω της άμεσης διαθεσιμότητας μοσχεύματος και του μειωμένου κόστους.

Η έλλειψη μοσχευμάτων και η ολοένα αυξανόμενη λίστα αναμονής είναι ένα σοβαρό επιχείρημα. Τα μοσχεύματα δεν επαρκούν για όλους. Άρα, κάποιοι θα πρέπει να περιμένουν. Στις Η.Π.Α. σύμφωνα με τον Sandel τα τελευταία χρόνια η λεγόμενη «ηθική της ουράς» τείνει να αντικατασταθεί από την «ηθική της αγοράς» (Sandel,2013). Άνθρωποι πληρώνουν για να παρακάμπτουν την ουρά. Πληρώνουν άλλους ανθρώπους για να στέκονται σε μια σειρά αντ' αυτών για να αγοράσουν λχ

εισιτήρια για ένα θέαμα, οι ταξιδιώτες πληρώνουν λίγα ευρώ παραπάνω στο εισιτήριό τους για να μπουν λίγα λεπτά νωρίτερα στο αεροπλάνο κα .Στην περίπτωσή μας πληρώνεις για να μην περιμένεις σε μια λίστα αναμονής για μόσχευμα.

Στην «ηθική της ουράς» ο κάθε άνθρωπος περιμένει να έρθει η ώρα και η σειρά του για να πράξει. Αν σταθεί πρώτος στο ταμείο ενός σουπερμάρκετ, θα εξυπηρετηθεί και πρώτος. Εκείνος που έρχεται δεύτερος θα εξυπηρετηθεί μετά τον πρώτο. Στην λίστα αναμονής για μόσχευμα, η κατάσταση διαφέρει καθώς η κατάταξη γίνεται με συγκεκριμένα ιατρικά κριτήρια. Δεν παίζει ρόλο η οικονομική κατάσταση των ασθενών ή αν διαθέτουν εξουσία, αντίθετα υπάρχει ισονομία στην κατάταξη της λίστας αναμονής και δίκαιη κατανομή των προσφερόμενων μοσχευμάτων, γεγονός που δημιουργεί μιαν αίσθηση δικαιοσύνης, ισότητας και εμπιστοσύνης στο σύστημα των μεταμοσχεύσεων. Θα λάβουν μόσχευμα όταν και αν έρθει η σειρά τους. Στην «ηθική της αγοράς» όμως, ο ένας ασθενής επιλέγει να βγει από την σειρά του, αρκεί να του το επιτρέπει η οικονομική του κατάσταση, και να ψάξει να βρει την ίαση αλλού, εν προκειμένω στην παράνομη αγορά.

Το γεγονός αυτό δημιουργεί δύο σκέψεις. Πρώτον, ότι τα άτομα που δεν έχουν αρκετά χρήματα δεν θα μπορούσαν ποτέ να παρακάμψουν την ουρά, οπότε θα περίμεναν στωικά να έρθει η σειρά τους, γεγονός που δημιουργεί ταξικές ανισότητες. Μπορεί όμως η σειρά τους να αργούσε τόσο, που η κατάσταση της υγείας τους να επιβαρυνόταν τόσο που να μην τους επέτρεπε να μεταμοσχευθούν. Δεύτερον, ότι τα άτομα που ακολούθησαν την «ηθική της αγοράς» και χρησιμοποίησαν το οικονομικό τους πλεονέκτημα για να γίνουν καλά συντομότερα, άδειασαν μια θέση στην λίστα αναμονής, οπότε ο επόμενος από αυτούς στην λίστα θα μεταμοσχευόταν νωρίτερα, άρα η πράξη των πρώτων, ωφελούσε τους δεύτερους.

Το γεγονός ότι οι παράνομες αγοραπωλησίες λαμβάνουν χώρα σε υποανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες που ο μέσος μηνιαίος μισθός είναι λιγότερος από το μεροκάματο του βασικού μισθού σε μια ανεπτυγμένη, δηλώνει εμμέσως ότι στόχος γίνονται τα άτομα κατώτερων οικονομικών στρωμάτων, γεγονός που τα κατατάσσει σε ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα. Το γεγονός ότι πείθονται να προχωρήσουν σε μια δωρεά οργάνων για να αποπληρώσουν ένα οικογενειακό χρέος ή για ένα καλύτερο αύριο, υποδηλώνει ξεκάθαρα εξαναγκασμό. Άλλωστε αυτό αποδεικνύεται από τα λεγόμενα των ήδη δοτών που δήλωσαν ότι, αν γνώριζαν τι θα συνέβαινε, δεν θα το

ξαναέκαναν λόγω των προβλημάτων υγείας που προέκυψαν, άρα τίθεται και θέμα εξαπάτησης(Cohen,2013).

Αν η επέμβαση γίνει σε νόμιμη, εγκεκριμένη και αδειοδοτημένη κλινική, γίνει προεγχειρητικός έλεγχος έτσι ώστε να είναι εγγυημένη η ύπαρξη ιστοσυμβατότητας δότη-λήπτη και η καλή κατάσταση του πρώτου (κλινικός, εργαστηριακός και ψυχιατρικός έλεγχος) και να ακολουθήσει μετεγχειρητικός έλεγχος, έτσι ώστε ο δότης να υποστηριχθεί ψυχολογικά από ειδικούς, να μπορέσει να αναρρώσει γρηγορότερα και να επανέλθει στην καθημερινότητά του, από επαγγελματίες υγείας, να ακολουθηθούν δηλαδή όλες οι προβλεπόμενες διαδικασίες, ο δότης-πωλητής έχει ενημερωθεί για τους κινδύνους και τελικά δώσει την συγκατάθεσή του, υπάρχει βλάβη;

Σε αυτό έρχεται ουσιαστικά να απαντήσει η αρχή της μη βλάβης. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, δεν επιτρέπεται να σημειωθεί οποιαδήποτε βλάβη, σωματική ή ηθική, ως απόρροια της διαδικασίας. Η αρχή αυτή υπάρχει και στον τομέα της ιατρικής ηθικής και είναι γνωστή ως primum non nocere, ενώ σχετίζεται με όλα τα ιατρικά και όχι μόνο ζητήματα που εμπεριέχουν ηθικές προεκτάσεις. Στην μεταμόσχευση από ζώντα δότη, συγγενή ή μη, ουσιαστικά βλάπτουμε τον δότη, αφού αφαιρούμε από έναν αρτιμελή άνθρωπο ένα υγιές μέλος του για να το μεταμοσχεύσουμε σε έναν άλλον και σε περίπτωση επιπλοκών, πραγματικής δηλαδή βλάβης, θέτουμε σε κίνδυνο την ζωή του.

Όμως, στην απόφαση Strunk v Strunk[45], στην αμερικανική νομολογία, η δωρεά οργάνου μεταξύ αδελφών θεωρήθηκε ότι εξυπηρετούσε το συμφέρον και του δότη και του λήπτη (Βιδάλης, 2007). Γνωρίζουμε ότι ο άνθρωπος μπορεί να ζήσει μια υγιή, φυσιολογική ζωή και με έναν νεφρό αλλά ποιος μπορεί να εγγυηθεί ότι τελικά δεν θα του χρειαστεί και ο δεύτερος κάποια στιγμή στο μέλλον; Άλλωστε και η ίδια η ελληνική νομοθεσία το αναγνωρίζει και ορίζει αποζημίωση σε περίπτωση μόνιμης βλάβης (άρθρο 6, παρ. 6 του Ν.3984/11). Προκειμένου να είναι ηθικά αποδέκτη η πράξη της δωρεάς οργάνων, πρέπει το όφελος του λήπτη να είναι μεγαλύτερο από την ζημία που θα υποστεί ο δότης. Η αλήθεια είναι ότι με την πράξη του αυτή, ο δότης χαρίζει ζωή σε έναν άλλο άνθρωπο, ενώ λόγω της έντονης μεταμοσχευτικής

[45]Το Ανώτατο Δικαστήριο του Κεντάκι, Η.Π.Α. επέτρεψε την μεταμόσχευση από τον ένα αδελφό, που ήταν άτομο με σύνδρομο Down στον άλλο αδελφό(JustiaLaw 1969).

δραστηριότητας στις μέρες μας, η επέμβαση θεωρείται πλέον συνηθισμένη και ο κίνδυνος είναι μικρός. Αυτά όμως ισχύουν στα πλαίσια της αλτρουιστικής δωρεάς οργάνων από ζώντα δότη.

Στην αγοραπωλησία, τα πράγματα αλλάζουν, κυρίως γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις μεταμόσχευσης, οι δότες νιώθουν στιγματισμένοι, δηλώνουν δυσαρεστημένοι εκδηλώνοντας συναισθήματα μίσους προς τους πωλητές-λήπτες και υποστηρίζουν πως δεν θα το ξαναέκαναν ποτέ. Το ίδιο δεν θα έπρεπε να δήλωναν και οι συγγενείς ζώντες ή οι ανώνυμοι δότες τουλάχιστον ως ένα βαθμό; Πως είναι δυνατόν ο ένας να δηλώνει ευχαριστημένος από την έκβαση της μεταμόσχευσης και ο άλλος δυσαρεστημένος. Πώς στην μία περίπτωση υπάρχει βλάβη ηθικώς μεμπτή και στην άλλη η βλάβη είναι ηθικώς αποδεκτή; Το κίνητρο στην πρώτη περίπτωση είναι ο αλτρουισμός και η αλληλεγγύη ενώ στην δεύτερη ο εξαναγκασμός. Στην πρώτη περίπτωση, η απόφαση λαμβάνεται ελεύθερα στα πλαίσια της αυτονομίας του ατόμου ενώ στην δεύτερη όχι (Williams, 2017). Αν λάβουμε υπόψη ότι στις παράνομες αγοραπωλησίες οργάνων, ανάμεσα στα μέλη του κυκλώματος είναι και η μεταμοσχευτική ομάδα (που χειρουργεί σε κλινικές χωρίς αδειοδότηση) και επομένως γνωρίζει το παράνομο της πράξης(Cohen,2013), τότε παραβιάζεται η βασική αρχή της ιατρικής, «ωφελέειν, μη βλάπτειν».

Για να διασφαλιστεί η ελευθερία λήψης αποφάσεων του δότη, είναι απαραίτητο η όλη διαδικασία να μην γίνεται σε καθεστώς πίεσης ή εκβιασμού, όπως συμβαίνει στην περίπτωση κυκλωμάτων εμπορίας οργάνων, όπου ο δότης δεν μπορεί να αξιολογήσει ορθά την κατάσταση και να λάβει την πιο συνετή γι' αυτόν, απόφαση συνυπολογίζοντας και τις συνθήκες υγιεινής, τα μετεγχειρητικά προβλήματα, το στίγμα, παράγοντες που θα μπορούσαν να επιδράσουν. Αν ο σκοπός του είναι αλτρουιστικός, δεν χρειάζεται να γίνει με κίνδυνο της υγείας του.

Κατά πόσο κάποιος δότης μπορεί εκ των προτέρων να έχει πλήρη γνώση και επίγνωση για το τι σημαίνει να υποβληθεί σε μία μεταμόσχευση; Όσο καλά και αν του έχουν εξηγήσει τις επιπλοκές ή τους κινδύνους προκειμένου να ληφθεί η συναίνεσή του, η μεταμόσχευση δεν παύει να είναι μια χειρουργική πράξη, συνήθης μεν, κατά την οποία μπορούν να συμβούν πολλές επιπλοκές. Ο δότης δεν έχει τη δυνατότητα να ζητήσει να του επιστραφεί το μόσχευμα που συναίνεσε να δώσει,

γεγονός που καθιστά πολύ πιο πολύπλοκη τη διαδικασία λήψης της απόφασης και παροχής της συναίνεσης, χωρίς, ωστόσο, να την ακυρώνει.

ii. Είναι ηθικά νομιμοποιημένη η νόμιμη αγοραπωλησία οργάνων;

Θα ήθελα να μελετήσουμε ξεχωριστά την περίπτωση της νόμιμης αγοραπωλησίας οργάνων για να δούμε αν αλλάζει κάτι απ' ότι στην παράνομη. Η εκμηδένιση της εθνικής λίστας αναμονής στο Ιράν, μας βάζει σε σκέψεις μήπως τελικά ένα τέτοιο πρότυπο είναι προτιμότερο από εκείνο της Ισπανίας με τους πτωματικούς δότες. Αν μη τι άλλο είναι αποτελεσματικό. Υπενθυμίζω ότι στο Ιράν, η εμπορευματοποίηση οργάνων, νεφρών συγκεκριμένα, επιτρέπεται από τον νόμο και όποια αγοραπωλησία διενεργείται, γίνεται με κρατικό έλεγχο. Ο δότης λαμβάνει κατόπιν μεταμόσχευσης ένα εφάπαξ ποσό από το Κράτος και άλλο ένα εφάπαξ συμφωνηθέν ποσό από τον λήπτη του μοσχεύματος, μέσω ενός οργανισμού που επιβλέπει την διαδικασία μαζί με δωρεάν μετεγχειρητικό έλεγχο και φαρμακευτική αγωγή για ένα διάστημα.

Και σε αυτή την περίπτωση πρέπει να εξετάσουμε το κίνητρο του καθενός. Ο δότης χρειάζεται χρήματα, που υπό άλλες συνθήκες όπως είναι η καθημερινή του εργασία δεν θα μπορούσε εύκολα να αποκτήσει και ο λήπτης χρειάζεται ένα μόσχευμα που θα του σώσει την ζωή. Μεταξύ τους συνάπτουν μια εκούσια συμφωνία, που προσφέρει οφέλη και στα δύο μέρη. Βέβαια δεν είναι μια συνηθισμένη συμφωνία καθώς ο ένας λαμβάνει κυριολεκτικά ένα κομμάτι του άλλου.

Το θέμα της νομιμότητας είναι ένα δύσκολο θέμα και πρέπει κανείς να το βλέπει πολυεπίπεδα. Αν τοποθετηθούμε στο Ιράν και εστιάσουμε στην εθνική νομοθεσία της χώρας, μπορεί κανείς να πει ότι είναι νόμιμη αγοραπωλησία με σημείο αναφοράς την νομοθεσία του Ιράν. Η χώρα δεν είναι μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης και δεν ασπάζεται την Σύμβαση του Οβιέδο, στην οποία αναφέρεται ρητά να γίνει το σώμα πηγή οικονομικού οφέλους[46].

Μπορεί για την νομοθεσία του Ιράν η αγοραπωλησία οργάνων να είναι νόμιμη αλλά επ ουδενί δεν νομιμοποιείται ηθικά. Αν το προσεγγίσουμε μέσα από την Καντιανή ηθική που ισχύει για όλα τα έννομα όντα καθολικά, δεν νομιμοποιείται ηθικά διότι

[46] Ν.2619/98, άρθρο 21.

σέβεται το πρόσωπο, την έλλογη φύση του και αφήνει ανοιχτό το πεδίο να χρησιμοποιηθεί ο δότης ως εργαλείο.

iii. Αλτρουιστική δωρεά οργάνων

Είναι γεγονός ότι η δωρεά οργάνων είναι η ύψιστη πράξη αλτρουισμού προς τον συνάνθρωπο και την οικογένειά του. Ένας ασθενής με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου έχει ως μόνη σωτηρία την μεταμόσχευση. Η δεξαμενή πτωματικών δοτών όμως δεν επαρκεί για όλους, η αναμονή για μια μεταμόσχευση ολοένα μεγαλώνει και το ενδιαφέρον στρέφεται στους ζώντες δότες, που μπορεί να ανήκουν στο συγγενικό περιβάλλον, να είναι συναισθηματικοί δότες ή ακόμα και εντελώς άγνωστοι, ανώνυμοι αλτρουιστές δότες[47] (Gohh et al., 2001). Ο ελληνικός νόμος αναγνωρίζει την προσφορά τους και ξεχωρίζει τους ζώντες δότες οργάνων τοποθετώντας τους σε μια ειδική κατηγορία στην εθνική λίστα αναμονής που προηγείται από άλλες. Αν κάποιος έχει δωρίσει τον νεφρό του και τελικά παρουσιάσει νεφρική ανεπάρκεια και χρειαστεί μεταμόσχευση, τοποθετείται στην λίστα αναμονής μετά τα επείγοντα περιστατικά, τους υπερευαισθητοποιημένους ασθενείς και τα παιδιά έως και 18 ετών.

Υπάρχουν συγγενείς ζώντες δότες που μπορούν να προσφέρουν στο πάσχον συγγενικό τους πρόσωπο το μόσχευμα που τόσο χρειάζεται για να παραμείνει στην ζωή. Σε κάθε τέτοια περίπτωση ελλοχεύει ο φόβος του έμμεσου εξαναγκασμού και της ψυχολογικής πίεσης, εξαιτίας του άρρηκτου οικογενειακού δεσμού. Παρότι υπάρχει η υπογεγραμμένη ενήμερη συναίνεση, η ψυχιατρική και κλινική εκτίμηση, ποιος μπορεί να εγγυηθεί ότι ο πιθανός δότης δεν εξαναγκάζεται να δωρίσει ένα όργανό του; Η άρνηση της δωρεάς ενός οργάνου από συγγενικό πρόσωπο πιθανά να σημαίνει ότι ο αλτρουισμός δεν ήταν το κυρίαρχο κίνητρο στην λήψη της απόφασής του (Hippen, 2005).

Ένας από τους βασικούς λόγους της υιοθέτησης από πολλές χώρες του opt-out συστήματος στις μεταμοσχεύσεις και της εικαζόμενης συναίνεσης είναι ακριβώς αυτό. Η αύξηση της χρήσης πτωματικών δοτών θα οδηγήσει αφενός στην μείωση της πίεσης των εγγυτέρων συγγενών που φέρουν το βάρος της απόφασης αν θα δωρίσουν ή όχι τα όργανα του εγκεφαλικά νεκρού αγαπημένου προσώπου τους και την

[47] Δεν προβλέπεται στην ελληνική νομοθεσία

προφύλαξη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος από τυχόν έμμεση πίεση και εξαναγκασμό να δωρίσει τα όργανά του σε άλλο μέλος της οικογένειας παρά την θέλησή του.

Άλλωστε έτσι προφυλάσσεται και η αλληλεγγύη ως αξία, καθώς μια πράξη για να είναι αλτρουιστική πρέπει να έχει θετικές επιπτώσεις τόσο στον δότη όσο και στον λήπτη. Ο δότης χαίρεται που με την προσφορά του σώζεται μια ανθρώπινη ζωή, πόσο μάλλον αν είναι ενός αγαπημένου του προσώπου, και ο λήπτης μετά την πράξη αυτή θεραπεύεται, βελτιώνει την κατάσταση της υγείας του και κατ' επέκταση την ποιότητα της ζωής του. Αν υπάρχει οποιουδήποτε είδους εξαναγκασμός, είτε με την μορφή μιας έμμεσης πίεσης από το στενό οικογενειακό περιβάλλον είτε με την μορφή της δωρεάς υπό το πρίσμα της αγοραπωλησίας, η αξία του αλτρουισμού βάλλεται. Η μόνη μορφή ίσως «αγνού» αλτρουισμού είναι η δωρεά οργάνου από ζώντα δότη σε άγνωστο λήπτη που βρίσκεται στην νόμιμη λίστα αναμονής, κάτι που δεν συναντάται συχνά (στην Ελλάδα ποτέ). Το ίδιο, ίσως θα μπορούσαμε να πούμε για τους κατόχους κάρτας δωρεάς οργάνων, οι οποίοι είναι πλήρως συνειδητοποιημένοι.

Οι ανώνυμοι δότες είναι πραγματικά μια ενδιαφέρουσα περίπτωση δότη που η πράξη τους βασίζεται καθαρά στον αλτρουισμό και στην αίσθηση προσφοράς και αλληλεγγύης προς τον συνάνθρωπο. Δεδομένου ότι δεν έχουν κανένα όφελος από την μεταμόσχευση, δεν γνωρίζουν τον λήπτη, δεν τους ασκείται καμία ψυχολογική πίεση, επειδή δεν έχουν κανέναν συναισθηματικό δεσμό με τον δότη, από κανέναν μπορούν να αποφασίσουν με την μέγιστη δυνατή αυτονομία και να δώσουν την συναίνεσή τους χωρίς να τους επηρεάσει κάποιος. Σε έρευνα που έλαβαν μέρος 18 μη συγγενείς ζώντες δότες, εκ των οποίων οι μισοί ήταν ανώνυμοι, δεν φάνηκαν σημεία ψυχοπαθολογίας και κανείς από αυτούς δεν μετάνιωσε για την πράξη του ή δεν ένωσε ότι εξαναγκάστηκε (Sadler et al.,1971). Η μετατροπή της δωρεάς οργάνων σε εμπόρευμα, δύναται να αποδυναμώσει το αίσθημα ανιδιοτελούς προσφοράς που υπάρχει μέσα σε μια οικογένεια.

Συζήτηση:

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω τι πρέπει να συμβεί; Από την μία έχουμε ανθρώπους που κινδυνεύουν να χάσουν την ζωή τους αν δεν βρουν το κατάλληλο μόσχευμα και από την άλλη ο αριθμός των μοσχευμάτων δεν επαρκεί για όλους.

Υπάρχουν άνθρωποι που επιθυμούν να δωρίσουν σε ανθρώπους που έχουν ανάγκη ένα μόσχευμα, υπάρχουν άλλοι που επιθυμούν, πλήρως συνειδητοποιημένα, να το πουλήσουν και άλλοι που αναγκάζονται να το πουλήσουν λόγω ένδειας. Υπάρχουν βέβαια και οι πτωματικοί δότες, άνθρωποι που όσο ζούσαν έκαναν την ελεύθερη επιλογή να δωρίσουν τα όργανά τους μετά τον θάνατό τους, σε όποιον τα είχε ανάγκη.

Αναφορικά με τους ζώντες δότες, η προσωπική μου άποψη είναι ότι μόνο η δωρεά από ανώνυμο δότη είναι καθαρά αλτρουιστική και ηθικά επιτρεπτή. Στην συγγενική δωρεά, θεωρώ ότι το επιτρεπτό όριο μέχρι τετάρτου βαθμού συγγένεια, αφήνει περιθώρια εξαναγκασμού ενώ το παλαιότερο όριο έως δευτέρου βαθμού, δηλαδή παππούδες, γονείς, παιδιά περιέχει εντονότερα το τεκμήριο της αλληλεγγύης και διασφαλίζεται καλύτερα η αυτονομία του δότη. Για να διασφαλιστεί η πραγματική επιθυμία του δότη, ίσως θα ήταν συνετό για όλες τις μεταμοσχεύσεις από ζώντες δότες να αποφαίνεται ειδικά εντεταλμένη επιτροπή, όπως ορίζεται στον νόμο 4512/18 για τον συναισθηματικό δότη.

Όλα αυτά μπορούν να λυθούν, αν ακολουθήσουμε το Ισπανικό μοντέλο ,που είναι ηθικά αποδεκτό, και την χρήση πτωματικών δοτών στις μεταμοσχεύσεις, που έχει αποδείξει ότι αποδίδει. Για να γίνει αυτό, πρέπει αρχικά να λειτουργήσει ο ρόλος των συντονιστών σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Αν υπάρχουν και διακρατικές συμφωνίες, γιατί όχι και σε ηπειρωτικό επίπεδο. Η τήρηση μητρώου δωρητών οργάνων αλλά και αρνητών παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Αλλά τον πιο σημαντικό ρόλο, παίζει η οικογένεια που σε περίπτωση που ο δότης δεν έχει δηλώσει την προτίμησή του εν ζωή, πρέπει να αποφασίσει αντί για εκείνον. Εκεί πρέπει να στοχεύσει η κάθε χώρα για να αυξήσει την δεξαμενή δοτών της. Εκεί και στην ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού. Σε παγκόσμιο επίπεδο πρέπει να γίνει αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου ως μορφή θανάτου. Οι προκαταλήψεις και αναχρονιστικές ιδέες δεν βοηθούν.

Βιβλιογραφία:

Α. Ελληνόγλωσση:

Αγγελοπούλου, Α. (2017). Σχεδόν τελευταία στον χάρτη των μεταμοσχεύσεων η Ελλάδα. *Ναυτεμπορική*. [online] Available at: https://www.naftemporiki.gr/story/1233427/sxedon-teleutaia-ston-xarti-ton-metamosxeuseon-i-ellada [Accessed 13 Feb. 2019].

Αλεξόπουλος, Ε. (2008). «Η εμπορευματοποίηση των μεταμοσχεύσεων και η διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης». *Ελληνική Νεφρολογία*, 20(4), σελ.237-240.

Ανδρουλάκη, Ε. (2016). *Μεταμόσχευση: οι λίστες αναμονής, η αγωνία και οι δωρητές οργάνων (vid)*. [online] CNN.gr. Available at: https://www.cnn.gr/focus/story/58003/metamosxeysi-oi-listes-anamonis-i-agonia-kai-oi-dorites-organon-vid [Accessed 4 Feb. 2019].

Βιδάλης, Τ. (2007). *Βιοδίκαιο. Πρώτος τόμος: Το πρόσωπο*. 1ηεκδ. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα, σελ.66-73.

Γάκης, Δ., (2010) « Ο ρόλος του συντονισμού». *Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής*, 20 (41), σελ. 39-47

Γιαννακού-Πεφτουλίδου, Μ. (2005). «Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου». *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*, (3), σελ.27.

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2017). *Σύσταση-Επιλογή «συναισθηματικού δότη» στις μεταμοσχεύσεις*. [online] Bioethics.gr. Available at: http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/1846-2018-01-17-10-22-14 [Accessed 13 Feb. 2019].

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2018). *Ιατρικός τουρισμός: Το Πλαίσιο της Δεοντολογίας(Γνώμη)*.[online]Availableat: http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/OPINION_medical_tourism_FINAL_GR.pdf [Accessed 18 Feb. 2019].

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, εισηγητές Βιδάλλης Τ., Μολλάκη Β. (2018). *Ιατρικόςτουρισμός (Έκθεση)*.[online] Availableat: http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/REPORT_medical_tourism_FINAL_GR.pdf[Accessed 18 Sept. 2019].

Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ). (2019). Πρόσβαση 14.01.2019 στο https://www.eom.gr/

Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος-Επιτροπή Βιοηθικής(1999).Βασικές θέσεις επί της ηθικής των μεταμοσχεύσεων

Καντ, Ιμ, Τα Θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών, μετάφραση Γιάννη Τζαβάρα, Δωδώνη, Αθήνα, 1984

Καϊάφα-Γκμπαντι, Μ. (2008)Μεταμοσχεύσεις: Παρόν και μέλλον του νομικού πλαισίου και προστασία των μοσχευμάτων ως έννομων αγαθών. *Ποινικά Χρονικά. (ΝΗ).* σελ.577-594.

Καρλατήρα, Π. (2011). Και δωρητές οργάνων μέσω της απογραφής. *Πρώτο Θέμα*. [online] Available at: https://www.protothema.gr/greece/article/120959/kai-dorhtes-organon-meso-ths-apografhs-/ [Accessed 4 Feb. 2019].

Κωνσταντινίδης, Ά. (2003). Η ποινική αντιμετώπιση των μεταμοσχεύσεων. *Ποινικά Χρονικά*, (ΝΓ), σελ.481-486.

Κωστάκης, Α. (2004). *Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων - Δώρο Ζωής*. 1st ed. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.

Μπουλούτζα, Π. (2002). Μεταμοσχεύσεις: ας δούμε την αλήθεια κατάματα. *Καθημερινή*. [online] Available at: https://www.kathimerini.gr/109468/article/epikairothta/ellada/metamosxeyseis-as-doyme-thn-alh8eia-katamata#item-comments[Accessed 13 Feb. 2019]. .

Μπουλούτζα, Π. (2017). *Απογοητευτική* και φέτος η πορεία των μεταμοσχεύσεων| *Καθημερινή*. [online] Kathimerini.gr. Available at: http://www.kathimerini.gr/930481/article/ygeia/ygeia-epikairothta/apogohteytikh-kai-fetos-h-poreia-twn-metamosxeysewn [Accessed 4 Feb. 2019].

Μπουλούτζα, Π. (2018). Επανεκκίνηση των μεταμοσχεύσεων με νέα κάρτα δότη. *Καθημερινή*. [online] Available at: http://www.kathimerini.gr/991700/gallery/epikairothta/ellada/epanekkinhsh-twn-metamosxeysewn-me-nea-karta-doth [Accessed 13 Feb. 2019].

Ναυτεμπορική. (2018). *«ΩνάσειοΕθνικόΜεταμοσχευτικόΚέντρο» απότοΙδρυμαΩνάση*. [online] Available at: https://www.naftemporiki.gr/story/1408571/onaseio-ethniko-metamosxeutiko-kentro-apo-to-idruma-onasi [Accessed 13 Feb. 2019].

ΟΠΕΚΑ. (2019). *Άτομα με Αναπηρία: Παροχές - ΟΠΕΚΑ*. [online] Available at: https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches/ [Accessed 29 Mar. 2019].

Παπαδάκη, Λ. (2017). *Ζητήματα ηθικής και φιλοσοφίας*. 1st ed. Αθήνα: Νήσος, σελ.118-135.

Σακελλαροπούλου, Β. Λάλας, Β. , Σακελλαρόπουλος, Θ. (2012) Ο νέος νόμος για την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων (3984/2011)συγκριτικά με τον προηγούμενο (2737/1999), *Ποινικά Χρονικά, (*ΞΒ),σελ. 91-96.

Σέχας, Μ. (2010). Η εξέλιξη της αγγειακής χειρουργικής στην Ελλάδα. *Ελληνική Αγγειοχειρουργική*, (21), σελ.105.

Τσινόρεμα, Σ. (2006). Η βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης. *Δευκαλίων*, 2(24), σελ.235-245.

Χατζηνικολάου, Ν. (Αρχιμανδρίτου). (2002), *Οι μεταμοσχεύσεις εξ απόψεως Ορθόδοξου ήθους και Θεολογίας,* Διδακτορική Διατριβή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεολογική Σχολή, Τμήμα Θεολογίας, Τομέας Ηθικής και Κοινωνιολογίας

Χατζηνικολάου, Ν. (Μητρ. Μεσογαίας και Λαυρεωτικής). (2005). *Αλλήλων Μέλη-Οι μεταμοσχεύσεις στο φως της ορθόδοξης Θεολογίας και Ζωής*. 1η έκδοση. Αθήνα: Κέντρο Βϊοιατρικής Ηθικής& δεοντολογίας.

Sandel, M . (2011). *Δικαιοσύνη. Τιείναιτοσωστό;* μετάφρασηΑλ. Κιουπκιόλης.1ηέκδοση. Λονδίνο: Πόλις.

Sandel, M. (2013). *Τι δεν μπορεί να αγοράσει το χρήμα. Τα ηθικά όρια των αγορών*. μετάφραση Μ.Μήτσου.1ηέκδοση.Λονδίνο: Πόλις.

Νομοθεσία:

Νόμος 821/1978 : «Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχευσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως», ΦΕΚ 173, Τεύχος Α.

Νόμος 1383/1983 : «Αφαιρέσεις και μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων», ΦΕΚ 106, Τεύχος Α.

Νόμος 2619/1998 : «Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική», ΦΕΚ 132, Τεύχος Α.

Νόμος 2737/1999: «Μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 174, Τεύχος Α .

Νόμος 2928/2001: «Τροποποίηση διατάξεων του Ποινικού Κώδικα και του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας και άλλες διατάξεις για την προστασία του πολίτη από αξιόποινες πράξεις εγκληματικών οργανώσεων» ΦΕΚ 141, Τεύχος Α,.

Νόμος 3418/2005 : « Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», ΦΕΚ 287, Τεύχος Α.

Νόμος 3984/2011 : «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 150, Τεύχος Α,.

Νόμος 4512/2018 : «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις-Μέρος Γ-Λοιπές διατάξεις του Υπουργείου Υγείας» (άρθρο 260-συναισθηματικός δότης), ΦΕΚ 5, Τεύχος Α,.

Σύνταγμα της Ελλάδος, όπως αναθεωρήθηκε με το Ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, επανέκδοση 2013.

Υ.Α. Υ4α/31519 *:* «Εθνικό Μητρώο Υποψηφίων Ληπτών – Κατάταξη και Κατανομή Νεφρικών Μοσχευμάτων στους υποψήφιους Λήπτες», ΦΕΚ 1451, Τεύχος Β.

Β. Ξενόγλωσση

Agoda, L., Garcia-Garcia, G. and Norris, K. (2017). *Chronic kidney disease in disadvantaged populations*. 1st ed. London: Academic Press-Elsevier, p.305.

Akoh, J. (2012). Key issues in transplant tourism. *World Journal of Transplantation*, 2(1), p.9.

Almeling, R. (2007) 'Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks, and the Medical Market in Genetic Material', *American Sociological Review*, 72(3), pp. 319–340

Aramesh, K. (2014). A Closer Look at the Iranian Model of Kidney Transplantation. *The American Journal of Bioethics*, 14(10), pp.35-37.

Bard, J. (2008). Black Markets: The Supply and Demand of Body Parts. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(1), pp.117-133.

Baraniuk, C. (2018). Spain leads the world in organ donation – what's stopping other countries catching up?. *Independent*. [online] Available at: https://www.independent.co.uk/news/long_reads/spain-leads-world-organ-donation-organ-transplant-health-science-a8417606.html [Accessed 31 Jan. 2019].

Barker, C. and Markmann, J. (2013). Historical Overview of Transplantation. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 3(4), pp.a014977-a014977.

Becker, G. and Elías, J. (2007). Introducing Incentives in the Market for Live and Cadaveric Organ Donations. *Journal of Economic Perspectives*, 21(3), pp.3-24.

Berman,, E., M. Lipschutz, J., D. Bloom, R. and H. Lipschutz, J. (2008). The Bioethics and Utility of Selling Kidneys for Renal Transplantation. *Transplant Proc.*, 40(5), pp.1264–1270.

Blackwell, M. (2004). "Extraneous Bodies": The Contagion of Live-Tooth Transplantation in Late-Eighteenth-Century England. *Eighteenth-Century Life*, 28(1), pp.21-68.

Brännström, M., Johannesson, L., Bokström, H., Kvarnström, N., Mölne, J., Dahm-Kähler, P., Enskog, A., Milenkovic, M., Ekberg, J., Diaz-Garcia, C., Gäbel, M., Hanafy, A., Hagberg, H., Olausson, M. and Nilsson, L. (2015). Livebirth after uterus transplantation. *The Lancet*, 385(9968), pp.607-616.

Broumand, B. (2005). Transplantation Activities in Iran. *Experimental and Clinical Transplantation*, 3, pp.333-337.

Canales, M., Kasiske, B. and Rosenberg, M. (2006). Transplant Tourism: Outcomes of United States Residents Who Undergo Kidney Transplantation Overseas. *Transplantation*, 82(12), pp.1658-1661.

Chadwick, F.R. (1989). The Market for Bodily Parts: Kant and duties to oneself. *Journal of Applied Philosophy*, 6(1), pp.129-138.

Choi, H. (2015). Medical tourism. In J. Jafari & X. Hiao (Eds.), *Encyclopedia in tourism* (pp. 1–2). Switzerland. Springer International Publishing.

Cohen, G. (2010). Protecting Patients with Passports: Medical Tourism and the Patient-Protective Argument. *Iowa Law Reviw*, (95), pp.1467-1565.

Cohen, I. (2013). Transplant Tourism: The Ethics and Regulation of International Markets for Organs. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1), pp.269-285.

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, *34*, pp. 1–13.

Dangoor, J., Hakim, D., Singh, R. and Hakim, N. (2015). Transplantation: A Brief History. *Experimental and Clinical Transplantation*, 13(1), pp.1-5.

DePergola II, A. P. (2018). Organ Markets and Human Dignity: On Selling Your Body and Soul. *Online Journal of Health Ethics*, 14(1).

Domínguez-Gil, B., Duranteau, J., Mateos, A., Núñez, J., Cheisson, G., Corral, E., De Jongh, W., Del Río, F., Valero, R., Coll, E., Thuong, M., Akhtar, M. and Matesanz, R. (2016). Uncontrolled donation after circulatory death: European practices and recommendations for the development and optimization of an effective programme. *Transplant International*, 29(8), pp.842-859.

Einollahi, B. (2008). Cadaveric Kidney Transplantation in Iran: Behind the Middle Eastern Countries?. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 2(2), pp.55-56.

Ejzenberg, D., Andraus, W., BaratelliCarelli Mendes, L., Ducatti, L., Song, A., Tanigawa, R., Rocha-Santos, V., Macedo Arantes, R., Soares, J., Serafini, P., Bertocco de Paiva Haddad, L., Pulcinelli Francisco, R., Carneiro D'Albuquerque, L. and ChadaBaracat, E. (2018). Livebirth after uterus transplantation from a deceased donor in a recipient with uterine infertility. *The Lancet*, 392(10165), pp.2697-2704.

European Commission (2010) Special Eurobarometer 333a: Organ donation and transplantation. Available at:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf

Fatemi, F. (2012). The Regulated Market for Kidneys in Iran. In: Coles P., Das S., Szymanski B. (eds) Auctions, Market Mechanism and Their Applications. AMMA . 2011. Lecture Notes of the Institute for Computer Sciences, Social Informatics and Telecommunications Engineering, vol. 80. Springer, Berlin, Heidelberg, pp.62-75.

Genethique.org. (2018). *Spain: National Transplantation Organisation opposes crossover donation | Gènéthique*. [online] Available at: http://www.genethique.org/en/spain-national-transplantation-organisation-opposes-crossover-donation-69903.html#.WyzEkE3iJkj [Accessed 5 Mar. 2019].

Gerrand, N. (1999). The Misuse of Kant in the Debate about a Market for Human Body Parts. *Journal of Applied Philosophy*, 16(1), pp.59-67.

Ghods, A. and Nasrollahzadeh, D. (2005). Transplant Tourism and the Iranian Model of Renal Transplantation Program: Ethical Considerations. *Experimental and Clinical Transplantation*, 2, pp.351-354.

Ghods, A. and Savaj, S. (2006). Iranian Model of Paid and Regulated Living-Unrelated Kidney Donation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1(6), pp.1136-1145.

Ghods, A., Ossareh, S. and Khosravani, P. (2001). Comparison of some socioeconomic characteristics of donors and recipients in a controlled living unrelated donor renal transplantation program. *Transplantation Proceedings*, 33(5), pp.2626-2627.

GlobalObservatoryonDonationandTransplantation. (2018). *summary - GODT*. [online] Available at: http://www.transplant-observatory.org/summary [Accessed 13 Jan. 2020].

Gohh, R., Morrissey, P., Madras, P. and Monaco, A. (2001). Controversies in organ donation: the altruistic living donor. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(3), pp.619-621.

Guibert, E., Petrenko, A., Balaban, C., Somov, A., Rodriguez, J. and Fuller, B. (2011). Organ Preservation: Current Concepts and New Strategies for the Next Decade. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*, 38(2), pp.125-142.

Harvard Medical School (1968). A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 205(6), pp.337-340.

Hippen, B. (2005). In Defense of a Regulated Market in Kidneys from Living Vendors. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30(6), pp.593-626.

Justia Law. (1969). *Strunk v. Strunk*. [online] Available at: https://law.justia.com/cases/kentucky/court-of-appeals/1969/445-s-w-2d-145-1.html

Inston, N., Gill, D., Al-Hakim, A. and Ready, A. (2004). Paid Living Organ Transplantation Results In Unacceptably High Recipient Morbidity and Mortality. *Transplantation*, 78, p.135.

Kant, I.(1997). *Lectures on ethics*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Kant, I.(1991). *Metaphysics of Morals*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Kessler, J. and Roth, A. (2014). Loopholes undermine donation: An experiment motivated by an organ donation priority loophole in Israel. *Journal of Public Economics*, 114, pp.19-28.

Kirchner, E., Carroll, J. and Nious, N. (2013). *US Insurance Companies Expanding Medical Tourism Coverage*. [online] NBC Bay Area. Available at: https://www.nbcbayarea.com/news/local/medical-tourism-the-future-of-healthcare/1931661/

Koplin, J. (2014). The ambiguous lessons of the Iranian model of paid living kidney donation. *Monash Bioethics Review*, 32(3-4), p.288.

Kyllonen, L. and Salmela, K. (2004). Why do some diabetic patients on the kidney transplant waiting list not receive a transplant?. *Transplant International*, 17(9), pp.511-517.

Lantieri, L.,Grimbert, P.,Ortonne, N.,Suberbielle, C., Bories, D., Gil-Vernet, S., et al.(2016) .Face transplant: long-term follow-up and results of a prospective open study. *Lancet.* 388(10052), pp.1398–407.

Lieber, M. (2018). *Dutch law to make adults organ donors by default*. [online] CNN. Available at: https://edition.cnn.com/2018/02/14/health/new-dutch-law-organ-donors-bn-intl/index.html [Accessed 31 Jan. 2019].

Linden, P. (2009). History of Solid Organ Transplantation and Organ Donation. *Critical Care Clinics*, 25(1), pp.165-184.

Lippi, D. (2009). The Transplant of the White Man's Leg: A Novel Representation of Cosma and Damian's Miracle. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, 22(2), pp.517-520.

Lucas, M. (1999). Organ donation in Spain. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(90003), pp.15-22.

Maggioni, F. and Maggioni, G. (2013). A Closer Look at Depictions of Cosmas and Damian. *American Journal of Transplantation*, 14(2), pp.494-495.

May, C. (2017). *Transnational Crime and the Developing World*. Global Financial Integrity, pp.29-34.

Manson, N. and O'Neill, O. (2008). *Rethinking informed consent in bioethics*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Martin, D., Van Assche, K., Domínguez-Gil, B., López-Fraga, M., Garcia Gallont, R., Muller, E., Rondeau, E. and Capron, A. (2019). A new edition of the Declaration of Istanbul: updated guidance to combat organ trafficking and transplant tourism worldwide. *Kidney International*, 95(4), pp.757-759.

Matesanz, R. and Miranda, B. (2001). Expanding the organ donor The impact of transplant coordination. *Kidney International*, 59, p.1594.

Matesanz, R., Domínguez-Gil, B., Coll, E., Mahíllo, B. and Marazuela, R. (2017). How Spain Reached 40 Deceased Organ Donors per Million Population. *American Journal of Transplantation*, 17(6), pp.1447-1454.

Merle, J. (2000). A Kantian Argument for a Duty to Donate One's Own Organs. A Reply to Nicole Gerrand. *Journal of Applied Philosophy*, 17(1), pp.93-101.

Miñambres, E., Rubio, J., Coll, E. and Domínguez-Gil, B. (2018). Donation after circulatory death and its expansion in Spain. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 23(1), pp.120-129.

Minerva, F., Savulescu, J. and Singer, P. (2019). The ethics of the Global Kidney Exchange programme. *The Lancet*, 394(10210), pp.1775-1778.

Morelli, M. (1999). Commerce in Organs: A Kantian Critique. *Journal of social philosophy*, 30(2), pp.315-324.

Murray, J. (2011). Edith Helm (April 29, 1935-April 4, 2011): The World's Longest Surviving Transplant Recipient. *American Journal of Transplantation*, 11(7), pp.1545-1546.

Nadalin, S., Bockhorn, M., Malagó, M., Valentin-Gamazo, C., Frilling, A. and Broelsch, C. (2006). Living donor liver transplantation. *HPB*, 8(1), pp.10-21.

National Kidney Foundation. (2019). *The Big Ask, The Big Give*. [online] Available at: https://www.kidney.org/transplantation/livingdonors/financial-insurance-issues [Accessed 30 Jan. 2019].

Nagy, J. (1999). A Note on the Early History of Renal Transplantation: Emerich (Imre) Ullmann. *American Journal of Nephrology*, 19(2), pp.346-349.

NobakhtHaghighi,, A., Broumand, B. and Fazel, I. (2011). Organ Transplantation in Iran before and after Istanbul Declaration,2008. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 2(1), pp.1-3.

NobelPrize.org. (2019). *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1960*. [online] Available at: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1960/medawar/biographical/ [Accessed 11 Feb. 2019].

NobelPrize.org. (2019). *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1930*. [online] Available at: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1930/landsteiner/biographical/ [Accessed 11 Feb. 2019].

NobelPrize.org. (2019). *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1930*. [online] Available at: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1930/landsteiner/biographical/ [Accessed 11 Feb. 2019].

NobelPrize.org. (2019). *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1930*. [online] Available at: https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1930/landsteiner/biographical/ [Accessed 11 Feb. 2019].

Okafor, U. (2017). Transplant tourism among kidney transplant patients in Eastern Nigeria. *BMC Nephrology*, 18(1).

Organindia.org. (2015). *Organ Transplantation in India | Organ Transplantation Laws*. [online] Available at: https://www.organindia.org/laws-made-easy/ [Accessed 3 Mar. 2019].

Paraskou, A. and George, B. (2017). The market for reproductive tourism: an analysis with special reference to Greece. *Global Health Research and Policy*, 2(1).

Rees, M., Dunn, T., Kuhr, C., Marsh, C., Rogers, J., Rees, S., Cicero, A., Reece, L., Roth, A., Ekwenna, O., Fumo, D., Krawiec, K., Kopke, J., Jain, S., Tan, M. and Paloyo, S. (2017). Kidney Exchange to Overcome Financial Barriers to Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 17(3), pp.782-790.

Rees, M., Kopke, J., Pelletier, R., Segev, D., Rutter, M., Fabrega, A., Rogers, J., Pankewycz, O., Hiller, J., Roth, A., Sandholm, T., Ünver, M. and Montgomery, R. (2009). A Nonsimultaneous, Extended, Altruistic-Donor Chain. *New England Journal of Medicine*, 360(11), pp.1096-1101.

Savulescu, J. (2003). Is the sale of body parts wrong?. *Journal of Medical Ethics*, 29(3), pp.138-139.

Sadler, H., Davison L., Carroll, C. Kountz , SL. (1971). *The living, genetically unrelated, kidney donor*. Semin Psychiatry 3, pp.86-101.

Scheper-Hughes, N. (2000). The Global Traffic in Human Organs. *Current Anthropology*, 41(2), p.191-224.

Scheper-Hughes, N. (2004). Parts unknown. *Ethnography*, 5(1), pp.29-73.

Sharif, A. (2018). Presumed consent will not automatically lead to increased organ donation. *Kidney International*, 94(2), pp.249-251.

Shayan, H. (2001). Organ Transplantation: From Myth to Reality. *Journal of Investigative Surgery*, 14(3), pp.135-138.

Shepherd, L., O'Carroll, R. and Ferguson, E. (2014). An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study. *BMC Medicine*, 12(1).

Siemionow, M. (2017). The decade of face transplant outcomes. *Journal of Materials Science: Materials in Medicine*, 28(5).

Shimazono, Y. (2007). The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(12), pp.955-962.

Singh, N. and Kumar, S. (2016). Analysing organ transplantation laws in India-An Overview. *South -Asian Journal of Multidisciplinary Studies (SAJMS)*, 3(4).

Spital, A. (2001). Ethical issues in living organ donation: Donor autonomy and beyond. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(1), pp.189-195.

Starzl, T. (1994). The early days of transplantation. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 272(21), pp.1705-1705.

Stempsey, W. E (2010). Organ Markets and Human Dignity: On Selling Your Body and Soul. *Christian Bioethics*, 6(2), pp.195-204.

Symvoulakis, E., Markaki, A., Galanakis, C., Klinis, S., Morgan, M. and Jones, R. (2013). Shifting towards an Opt-Out System in Greece: A General Practice Based Pilot Study. *International Journal of Medical Sciences*, 10(11), pp.1547-1551.

Taylor, R. (2007). Self-Ownership and Transplantable Human Organs. *Public Affairs Quarterly*, 21(1).

The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism (2018 Edition). (2019). *Transplantation*, 103(2), pp.218-219.

Tiniakos, D., Kandilis, A. and Geller, S. (2010). Tityus: A forgotten myth of liver regeneration. *Journal of Hepatology*, 53(2), pp.357-361.

UNOS. (n.d.). *History of UNOS | UNOS*. [online] Available at: https://unos.org/about/history-of-unos/ [Accessed 11 Feb. 2019].

UNOS-Transplant Living. (2019). *Post-transplant medications | Transplant Living*. [online] Available at: https://transplantliving.org/after-the-transplant/preventing-rejection/post-transplant-medications/ [Accessed 11 Feb. 2019].

Uzuntaria, Y. (2016). A Study of Some Leading Organ Transplant Models in Health Care Systems. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 7(Suppl 1).

Wheeler, R. (2006). Consent in Surgery. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88(3), pp.261-264.

WHO (2003). 'Human Organs and Tissue Transplantation': Executive Board Report,. Session 112, Provisional Agenda, EB112/5. WHO.

Wilkinson, S. and Garrard, E. (1996). Bodily integrity and the sale of human organs. *Journal of Medical Ethics*, 22(6), pp.334-339.

Williams, N. (2017). On harm thresholds and living organ donation: must the living donor benefit, on balance, from his donation?. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(1), pp.11-22.

Woodle, E., Daller, J., Aeder, M., Shapiro, R., Sandholm, T., Casingal, V., Goldfarb, D., Lewis, R., Goebel, J. and Siegler, M. (2010). Ethical Considerations for Participation of Nondirected Living Donors in Kidney Exchange Programs. *American Journal of Transplantation*, 10(6), pp.1460-1467.

World Health Assembly Resolution 57.18. (2004) Human organ and tissue transplantation. *WHO* Available at: http://www. who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf

Zargooshi, J. (2001). Iranian Kidney Donors:Motivations and relations with recipients. *Journal of Urology*, 165(2), pp.386-392.