

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

- Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών σπουδών
- Τμήμα Ιατρικής • Τμήμα Βιολογίας • Τμήμα Κοινωνιολογίας

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική»

Όνομα : Μυγιάκη Αφροδίτη

Τίτλος : « Κριτήρια κατανομής μοσχευμάτων. Βιοηθικά και νομικά ζητήματα που ανακύπτουν από την εφαρμογή του νόμου 2737/1999».

Εξεταστική επιτροπή : κ. Φιλαλήθης Αναστάσιος (επιβλέπων)

κ. Παπαχρίστου Θ. Κ.

κ. Μαρκεζίνη Κ.

Διπλωματική εργασία για το μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης.

Ρέθυμνο, Οκτώβριος 2007

Περιεχόμενα.

Περίληψη	3
Κεφάλαιο 1.	
1. Εισαγωγή.....	7
1.1 Ανάλυση ιατρικής ορολογίας	13
1.2 Σύγχρονα στατιστικά δεδομένα για τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα	16
1.3 Ορισμός εγκεφαλικού θανάτου και οι ηθικές ενστάσεις που διατυπώνονται.....	20
Κεφάλαιο 2.	
2. Τα κριτήρια κατανομής μοσχευμάτων με βάση την Ελληνική νομοθεσία και τις διεθνείς συμβάσεις	32
2.1 Τα νομικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή του νόμου 2737/1999	46
I. Κοινωνιολογικά ζητήματα & συνταγματικές αξίες	57
2.2 Τα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή του νόμου 2737/1999.....	65
I. Ωφελιμιστική θεώρηση των κριτηρίων κατανομής	69
II. Δεοντολογική θεώρηση των κριτηρίων κατανομής	77
2.3 Το ισπανικό μοντέλο κατανομής μοσχευμάτων.....	93
2.4 Επίλογος	97
Βιβλιογραφία... ..	100

Περίληψη

Μπορεί να γίνει εύκολα κατανοητό ότι η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων δεν αποτελεί αποκλειστικά και μόνο μια ιατρική πράξη, αλλά αντίθετα σε όλα τα στάδια που προηγούνται και έπονται αυτής πρέπει να επιδειχθεί μεγάλο ψυχικό σθένος ούτως ώστε να αντιμετωπιστούν τα ηθικά προβλήματα που ανακύπτουν. Και αυτό διότι, ο πρωτόγνωρα παρεμβατικός τους τρόπος τόσο στους ανθρώπους που είναι ασθενείς και αναμένουν μόσχευμα όσο και στα σώματα των νεκρών ή ζώντων δοτών, ο βασικός παράγοντας των γρήγορων αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν για να διασφαλιστεί ένα επιτυχές αποτέλεσμα, και η ουσιαστική «συναλλαγή» μεταξύ ζωής και θανάτου, προϋποθέτουν ένα νομικό πλαίσιο ισχυρό και αδιάβλητο και ανθρώπους με υπερβολική δύναμη για να αντιμετωπιστούν τα ηθικά και νομικά ζητήματα που μπορεί να ανακύψουν.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας τέθηκε πρωτίστως το ζήτημα των κριτηρίων κατανομής των διαθέσιμων μοσχευμάτων και το κατά πόσο τα ισχύοντα κριτήρια διασφαλίζουν μια δίκαιη και ίση κατανομή σε ασθενείς με παρόμοιες προσδοκίες και απαιτήσεις. Το θέμα προσεγγίστηκε τόσο από την πλευρά της νομικής επιστήμης όσο και της βιοηθικής. Επιπρόσθετα καταγράφηκαν τα επιμέρους κοινωνιολογικά προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την εφαρμογή του νόμου, αλλά έγινε και μια συνοπτική αναφορά στο ζήτημα του εγκεφαλικού θανάτου όσο και στα στατιστικά δεδομένα που καταγράφονται σε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά.

Τα στατιστικά δεδομένα που δημοσιοποίησε ο ΕΟΜ για τα έτη 2006-2007 καταδεικνύουν με τον πλέον σαφή τρόπο το μεγάλο ποσοστό έλλειψης διαθέσιμων μοσχευμάτων το οποίο έρχεται σε πλήρη αναντιστοιχία με τον αριθμό των καταγεγραμμένων ασθενών. Επιπλέον ένα από τα πλέον «ενδιαφέροντα» στοιχεία που καταγράφονται είναι αυτό του ποσοστού άρνησης δωρεάς οργάνων το οποίο κυμαίνεται στο 50% ένδειξη του λανθασμένου, ίσως, τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζουν το θέμα των μεταμοσχεύσεων οι πολίτες, γεγονός που στρέφει τον προβληματισμό και στον τρόπο κατανομής των μοσχευμάτων.

Ένα από τα μείζονα βιοηθικά προβλήματα που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις είναι κι αυτό του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου, ως βασικού και αναγκαίου δεδομένου για την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Το κατά πόσο όμως ο εγκεφαλικός θάνατος είναι όντως θάνατος και όχι κάποια επιστημονική επινόηση για τη διευκόλυνση των ίδιων των επιστημόνων και των διαδικασιών,

εξετάζεται υπό το πρίσμα των επιστημόνων που αμφισβητούν άμεσα τα κριτήρια προσδιορισμού του εγκεφαλικού θανάτου.

Η σύνταξη της λίστας των δυνητικών ληπτών και η κατανομή των διαθέσιμων μοσχευμάτων γίνεται με βάση ένα «μοριοποιημένο σύστημα βαθμολόγησης» το οποίο προκύπτει από το νόμο 2737/1999, ο οποίος περιλαμβάνει τα κριτήρια κατανομής, και την υπουργική απόφαση Υ4δ/ 8874/1996 που καταγράφει τη μοριοδότηση κάθε κριτηρίου. Τα δύο αυτά νομικά κείμενα αποτελούν ουσιαστικά την αποδοχή εκ μέρους της χώρας μας των όρων του πρόσθετου πρωτοκόλλου για τις μεταμοσχεύσεις της σύμβασης του Οβιέδου. Μολονότι η σύμβαση του Οβιέδου ορίζει σαφώς ότι τα κριτήρια θα πρέπει να είναι ιατρικά προσδιορισμένα ο ελληνικός νόμος συμπεριλαμβάνει και τρία κριτήρια τα οποία δεν μπορούν να περιληφθούν στα ιατρικώς πιστοποιούμενα. Πρόκειται για τα κριτήρια του σωματικού βάρους, του γεωγραφικού παράγοντα και της ηλικίας τα οποία και εγείρουν τις περισσότερες ηθικές και νομικές αντιρρήσεις.

Ο σχολιασμός και η ανάλυση των τριών προαναφερθέντων κριτηρίων γίνεται με βάση το νομικό πλαίσιο που θέτει το ελληνικό σύνταγμα και με βάση τις θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές.

Η προσέγγιση του συστήματος κατανομής μοσχευμάτων από τη νομοθετική πλευρά αποσκοπούσε στο να ερευνηθεί το κατά πόσο διασφαλίζονται τα δικαιώματα της υγείας και κατ' επέκταση της ζωής, της ισότητας και της αξιοπρέπειας των ασθενών ανάμεσα σε δυνητικούς λήπτες τα δικαιώματα των οποίων σε κάποιες περιπτώσεις έρχονται σε σύγκρουση από τη στιγμή που τρία από τα κριτήρια κατανομής δεν είναι σαφώς ιατρικώς πιστοποιούμενα.

Από τη σκοπιά της βιοηθικής το ζήτημα των κριτηρίων κατανομής μοσχευμάτων αναλύθηκε από τη σκοπιά του ωφελιμισμού και της δεοντολογίας.

Ο ωφελιμισμός τείνει να δίνει βαρύτητα στην ιατρική ωφέλεια σε συνάρτηση με την κοινωνική ωφέλεια που μπορεί να αποφέρει μια κατανομή σ' έναν συγκεκριμένο δυνητικό λήπτη. Λαμβάνει υπόψη τού διαφορετικές παραμέτρους που δε σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με την ιατρική ωφέλεια, αλλά μια απευθείας ή άνιση κατανομή μοσχευμάτων είναι ανεκτή αν μεγιστοποιεί την ωφέλεια που μπορεί να προσφέρει ο λήπτης στην κοινωνία.

Η δεοντολογία δίνει βαρύτητα στην δίκαιη και ίση κατανομή μοσχευμάτων με βάση συγκεκριμένους κανόνες που θα διασφαλίζουν την δυνατότητα των ίσων

ευκαιριών για όλους. Μια άνιση κατανομή είναι ανεκτή μόνο αν αποβαίνει προς όφελος όσων μειονεκτούν (Δεύτερη αρχή του Ρώλς).

Τέλος ως πρότυπο της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων παρουσιάζεται συνοπτικά η δομή και η οργάνωση του τρόπου διάθεσης των μοσχευμάτων, όπως πραγματοποιείται στην Ισπανία, και είναι ευρέως γνωστός με την ονομασία «Ισπανικό μοντέλο».

MA Thesis Summary:

Organ and tissues transplantation could not just be restricted to the notion of a medical practice. On the contrary, it also acquires a great amount of moral strength on behalf of the agents, who might frequently be asked to face diverse moral dilemmas. The ethics of organ transplantation can be divided into three general topics, which relate to decisions on: a.when human beings are dead, b.when it is moral to procure organs, c.how to allocate organs once they are procured. Moreover, these three topics provide the overall framework of this presentation. For all these above-mentioned reasons, transplantations' system demands an irreproachable and stable legal framework, but also people equipped with the efficient amounts of emotional power to face any kind of moral and jurisprudential problems which might emerge.

The MA thesis focuses on the criteria of allocating grafts and the legality of procuring organs at patients who attain the same demands and hopes. All subjects have been approached from a moral and legal point of view. Furthermore, this thesis also illustrates and discusses the socially-related problems and dilemmas, which might arise during the practice of law. It also refers to the brain death and looks at the statistical data which indicate low percentages of transplantation. For the years 2006 and 2007, the statistical data, published by E.O.M. (National Organization of Transplantation), offers us an overview of the current situation, which reveals a great lack of grafts-which is disproportionate to the high percentages of the patients. There's also a significant rate (about 50%) of people who refuse to become donors due to the quality of information they have been given. Thus, people's ignorance leads to a broader speculative view on the way of grafts' allocation.

A major bioethical problem links to the definition of brain death, which is considered as the main element/starting point in the process of transplantation. Indeed there's a question if brain death is really a death or a scientific invention to accommodate doctors and scientists. And, of course, there are scientists who cast a

doubt on the criteria that define brain death.

The establishment of a receivers' list and the allocation of the available grafts depends on a certain "points system" which follows the law N.2737/1999. That law refers to the criteria of the allocation, whereas the ministerial decision N. Y48/8874/1996 illustrates the marks of each criterion. According to the convention of Oviedo, the grafts allocations' criteria should be specified/determined in medical terms. Contrary, in Greece, there are three main criteria, which include: a.the weight, b.the age and c.the geographical factor. And all these criteria could not be considered as medical ones. Any analysis, comments and objections towards to these three criteria are based on the laws of the greek constitution and the bioethical principles.

The grafts' allocation is discussed from a legal perspective because of the great need to protect the patients' rights and their lives. The three non-medically certified criteria reduce an impact among the receivers. Their equality and self-dignity are offended. From a bioethical viewpoint, the subject of the grafts' allocation has been analyzed in terms of utilitarianism and deontological theories.

Utilitarianism: It is obvious that we have a great interest in organ transplantation, because we are convinced that it can be beneficial to those in need of organs. There is an utility in transplant. However, this utility is not limited to the medical benefits to the recipients. There is also a broader social utility: Saving people's lives constitutes them potentially able to return to society as productive citizens, that is citizens able to produce social utility.

Deontological view: The supporters of the deontological view believe strongly in the individuals' right to make autonomous choices in accordance with their own lifestyles. Moreover, they are committed to the principle of justice that is not automatically swayed by the course that will maximize future outcomes. Deontological theory aims to the just and equal allocation which offers the similar rights to all patients and follows certain legal frameworks.

Finally, the structure and the form of "the Spanish model" is also presented and discussed as a project which could contribute to the modification of the transplantations' section.

Κεφάλαιο 1.

1. Εισαγωγή.

Έχει συμπληρωθεί σχεδόν μισός αιώνας από το 1954, όταν ο Dr. Joseph Murray ολοκλήρωσε με επιτυχία την πρώτη μεταμόσχευση ανθρωπίνου οργάνου, και συγκεκριμένα νεφρού¹, σε άνθρωπο στο Peter Brigham Hospital της Βοστώνης. Το 1967 ο Νοτιοαφρικανός Cristian Barnard, στηριγμένος σε πειραματικές εργασίες του Shumway και των συνεργατών του, του πανεπιστημίου Stanford της Καλιφόρνιας, μεταμόσχευσε για πρώτη φορά καρδιά σε άνθρωπο^{2 3}. Και μπορεί τότε η χειρουργική των μεταμοσχεύσεων να μην είχε πείσει ούτε καν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της επιστημονικής κοινότητας, καθώς τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα της εποχής δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την απόρριψη, ενώ παράλληλα προκαλούσαν μεγάλες επιπλοκές, καθιστώντας συχνά την επιβίωση των ασθενών με μεταμοσχευμένα όργανα προβληματική, ωστόσο σήμερα τα δεδομένα έχουν αρχίσει να αντιστρέφονται⁴. Η χειρουργική επιστήμη έχει πλέον κατορθώσει να μεταμοσχεύσει με επιτυχία τα περισσότερα όργανα με εξαίρεση τον εγκέφαλο⁵. Η ανοσολογία επίσης, παρότι δεν απέτρεψε τελείως τον κίνδυνο της απόρριψης του μοσχεύματος, με τις ακριβείς μεθόδους και τον έλεγχο της ιστοσυμβατότητας και τη νέα γενιά των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, έχει τη δυνατότητα να παρατείνει τη λειτουργία των μεταμοσχευμένων οργάνων για απεριόριστο χρόνο, επιμηκύνοντας παράλληλα και το χρόνο επιβίωσης των μεταμοσχευθέντων ασθενών.

Οι μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων είχαν αρχίσει από το 1954 πλέον να ανοίγουν νέους δρόμους στην ιατρική επιστήμη και στις επιστήμες της ζωής γενικότερα, αλλά συνάμα να εγείρουν ηθικές αντιρρήσεις και διλήμματα, που εκπορεύονταν τόσο από κοινωνικές και θρησκευτικές αντιλήψεις - προκαταλήψεις,

¹ Βλ. Robert M. Sade (2007), "Introduction :Reflections on Emerging Technologies at the Centennial Of Organ Transplantation", *The Journal of Law, Medicine and Ethics* 35:2, pp.235-237, Albert R. Jonsen, "The God Squad and the Origin of Transplantation Ethics and Policy", *The Journal of Law, Medicine and ethics*, Volume 35. Issue 2, June 2007, pages 238-40.

² Βλ. Robert M. Sade (2007), ό.π.

³ Βλ. Johan G. Brink and David K. C. Cooper, "Heart transplantation: The Contributions of Cristian Barnard and the University of Cape Town/ Groote Schuur Hospital", Springer New York, vol.29, Number 8, August 2005, pp. 253-261, Allen Silbergleit, "Norman E. Shumway and the Earl Heart Transplants", *The Texas Heart® Institute*, Houston 2006; 33(2): 274-275.

⁴ Βλ. Albert R. Jonsen, ό.π.

⁵ Βλ. Robert M. Sade (2007), ό.π.

όσο και από το νομοθετικό κενό, που ανέκυψε στην εκάστοτε χώρα πραγματοποίησής τους. Οι συγκλονιστικές εξελίξεις των βιοϊατρικών επιστημών με ανακαλύψεις που επιτρέπουν την καθοριστική επέμβαση του ανθρώπου στη διάρκεια και την ποιότητα της ζωής του, όπως είναι και οι μεταμοσχεύσεις, ως πολύπλοκες ιστοχειρουργικές επεμβάσεις, δημιουργούν δυσεπίλυτους νομικούς, ηθικούς και κοινωνικούς προβληματισμούς. Καθοριστικός παράγοντας και βασική αιτία πρόκλησης αυτών των προβληματισμών είναι, αφενός η έλλειψη διαθέσιμων μοσχευμάτων σε σχέση με τα ποσοστά της ζήτησής τους, η λήψη τους από ζώντα ή πτωματικό δότη και αφετέρου ο εννοιολογικός προσδιορισμός του θανάτου.

Αναμφισβήτητα η χώρα μας ανήκει στην “ομάδα” εκείνων των χωρών στην οποία όχι μόνο παρουσιάζεται έλλειψη διαθέσιμων οργάνων για μεταμόσχευση⁶, αλλά παρατηρείται πρωτίστως μια αδυναμία ουσιαστικού συντονισμού μιας εκστρατείας ενημέρωσης των πολιτών για την αναγκαιότητα και τη ζωτικότητα της δωρεάς οργάνων για τους ανθρώπους που έχουν άμεση ανάγκη μεταμόσχευσης. Επιπρόσθετα, η διαρκής αυξανόμενη ανάγκη για όργανα προς μεταμόσχευση, με αποθαρρυντικό δεδομένο τη συνεχή έλλειψή τους, αναγκάζουν αρκετούς ασθενείς να μεταβαίνουν σε χώρες του εξωτερικού προς αναζήτηση μοσχεύματος με νόμιμο ή παράνομο τρόπο.

Ως εκ τούτου, η υφιστάμενη και διαρκώς αυξανόμενη έλλειψη οργάνων και ιστών προς μεταμόσχευση⁷ δυσχεραίνει την κατανομή και την απόδοση των διαθέσιμων οργάνων προς μεταμόσχευση σε ασθενείς με χρόνια οργανική ανεπάρκεια. Και καθώς η μεταμόσχευση ανθρωπίνων ιστών και οργάνων αποτελεί τη μοναδική λύση επιβίωσης αυτών των ανθρώπων, των ευρισκομένων σε τελικό στάδιο ανεπάρκειας ενός ζωτικού ιστού ή οργάνου, η αναγκαιότητα λήψης μέτρων για την επαρκή εξασφάλιση διαθέσιμων οργάνων αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη για την ελληνική πολιτεία.

Ο τρόπος λήψης και διάθεσης των ανθρωπίνων οργάνων και ιστών προς μεταμόσχευση από ζώντες και πτωματικούς δότες έχει σαφώς αναλυθεί και διακριθεί ανά περίπτωση δότη από την ελληνική και τη διεθνή νομοθεσία. Με αυτήν τη νομοθετική ρύθμιση, αναφορικά με τους ζώντες δότες, υπήρξε νομική κάλυψη για όλους αυτούς τους ανθρώπους που επιθυμούν να γίνουν δότες, όντας εν ζωή, σε

⁶ Βλ. Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία» 24/10/2007, Δελτίο τύπου του ΕΟΜ

⁷ Βλ. *Rafael Matensanz*, “How to improve organ donation: The Spanish Model”, Συμβούλιο της Ευρώπης, 1999

οικεία ή συγγενικά τους πρόσωπα όσο και για αυτούς που το επείγον της κατάστασης της υγείας τους δεν τους επιτρέπει μακροχρόνια αναμονή για τη λήψη μοσχεύματος από πτωματικό δότη. Το ελληνικό και το διεθνές Δίκαιο ορίζουν ότι η μεταμόσχευση οργάνων από ζώντα δότη μπορεί να γίνει μόνο σε λήπτη που είναι σύζυγος ή συγγενής του ασθενή μέχρι και το 2^ο βαθμό εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή⁸. Στην περίπτωση των ζώντων δοτών αρκετά είναι τα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν, εφόσον δεν είναι σαφή και ευκόλως προσδιορίσιμα τα κίνητρα που ωθούν τους ίδιους σε μια τέτοια απόφαση με υψηλό κίνδυνο και για τους ίδιους, με προτεύοντα αυτά της αυτονομίας του δότη, είτε είναι ενήλικας είτε είναι ανήλικος, και της ωφέλειας του λήπτη⁹. Και πιο συγκεκριμένα στην περίπτωση των ζώντων δοτών πρέπει να διαπιστωθεί μέχρι ποιο βαθμό η απόφαση του ζώντος δότη δεν επηρεάστηκε από συναισθηματικές, ψυχολογικές ή άλλες παραμέτρους για να συναινέσει στην αφαίρεση ενός οργάνου. Ακόμα πιο περίπλοκη είναι η περίπτωση λήψης οργάνου από ανήλικο ζων δότη, όταν αυτός όχι μόνο δεν μπορεί να συναινέσει σε μια απόφαση, αλλά σε κάποιες περιπτώσεις είναι και εξαιρετικά δύσκολο να διαπιστωθεί αν ο ανήλικος είναι σε θέση να αντιληφθεί το λόγο και την αναγκαιότητα μιας τέτοιας πρακτικής.

Παρόλη την πρόνοια και το αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο για τις περιπτώσεις των ζώντων δοτών δεν εκλείπουν οι περιπτώσεις σε πολλές χώρες, όπου άνθρωποι γίνονται ζώντες δότες «κατ' επιλογή» ή εξ ανάγκης λόγω κοινωνικών ή οικονομικών πιέσεων. Ένα απάνθρωπο και τραγικό γεγονός που θα αναλυθεί παρακάτω καθώς αρκετοί αποδίδουν τα αίτια της εμφάνισής του και της επαύξησής του στη μεγάλη έλλειψη μοσχευμάτων ανά τον κόσμο και στη θέληση των «οικονομικά εύρωστων» ληπτών του ανεπτυγμένου κόσμου να κερδίσουν την υγεία τους, ακόμη και με τη σωματική εκμετάλλευση των φτωχών¹⁰.

Η αλήθεια είναι ότι αρκετοί συνάνθρωποι μας υποθέτουν ότι στην περίπτωση των πτωματικών δοτών τα πράγματα και οι διαδικασίες είναι απλούστερες και συνοπτικές. Αγνοώντας βασικές παραμέτρους, όπως είναι η βούληση ή η απροθυμία του θνήσκοντος ή των οικείων του να γίνει ο ίδιος δωρητής, τη μεγάλη λίστα αναμονής μοσχεύματος ανά όργανο και τις βασικές ιατρικές λεπτομέρειες, θεωρούν

⁸ Βλ. Νόμος 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α'), Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις, Κεφάλαιο Β', άρθρο 10, §2

⁹ Βλ. *Stagno D, Benaroyo L*, "Transplantation with living organ donors: ethical issues", *Rev Med Suisse*. 2007 Feb 14; 3(98):pp 408 – 10, 412

¹⁰ Βλ. *Nancy Scheper-Hughes*, "Organs Trafficking: the real, the unreal and the uncanny", 4^η Συνάντηση της ETCO, Πολωνία 6/9/2006.

ότι το πλέον εύκολο είναι να λάβει κάποιος ένα όργανο από έναν νεκρό με συνοπτικές διαδικασίες. Και αυτό το δεδομένο αφενός οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση, αφετέρου κάνει ορισμένους πολίτες αδρανείς και αμέτοχους σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα.

Στην Ελλάδα ο νόμος 2737/1999 περιλαμβάνει όλες τις διατάξεις που αφορούν στις μεταμοσχεύσεις γενικότερα. Η διάθεση και η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών από πτωματικό δότη σε δυνητικό λήπτη γίνεται μόνο όταν ο τελευταίος είναι καταγεγραμμένος στη εθνική λίστα του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, και εφόσον καλύπτει όλα τα οριζόμενα από το νόμο κριτήρια ώστε να μπορεί να λάβει το απαραίτητο γι' αυτόν μόσχευμα όταν βρεθεί. Όπως λοιπόν γίνεται εύκολα αντιληπτό το ζήτημα που πρέπει να αναλυθεί διεξοδικά είναι αυτό της διάθεσης οργάνων από πτωματικούς δότες και όχι από ζώντες, εφόσον οι περιορισμοί που τίθενται είναι σαφείς και δεν επιτρέπουν αμφισβήτηση, κυρίως ως προς την κατανομή τους σε συγκεκριμένους ασθενείς.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή και η ανάλυση των κριτηρίων κατανομής των μοσχευμάτων, όπως αυτά ορίζονται στο νόμο 2737/1999, και η διερεύνηση των νομικών, των ηθικών και κοινωνιολογικών ζητημάτων που ανακύπτουν στην προσπάθεια εφαρμογής των επιμέρους άρθρων και όρων του εν λόγω νομοθετήματος. Ο Έλληνας νομοθέτης έχει εκδώσει από το 1985 μέχρι το 1999 μια σειρά νόμων, με κύριο γνώμονα της εκάστοτε επιλογής του, τη νομική οριοθέτηση και διασαφήνιση των ιατρικών και κοινωνικών συνθηκών, όρων και προϋποθέσεων, που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις εν γένει. Ωστόσο, όλοι οι θεσπισμένοι νόμοι μέχρι το 1999 κρίθηκαν ανεπαρκείς ή ελλιπείς, ως προς την εκπλήρωση και επίτευξη του σκοπού για τον οποίον θεσπίστηκαν. Δεν κατόρθωσαν να προσδιορίσουν εννοιολογικά βασικούς επιστημονικούς όρους, που αφορούν τις μεταμοσχεύσεις και να δημιουργήσουν ένα νομοθετικό πλαίσιο ισχυρό, ικανό να αποτρέψει τις οποιοσδήποτε παραβιάσεις των ατομικών δικαιωμάτων των άμεσα εμπλεκομένων νομικών υποκειμένων¹¹. Ο νόμος που ουσιαστικά αντικατέστησε τους προηγούμενους και έθεσε νέους “όρους” για την πραγματοποίηση μεταμοσχευτικών επεμβάσεων ήταν ο νόμος 2737/99. Ο νόμος αυτός με τον τίτλο «μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων» περιέχει και άλλες, πλην των μεταμοσχεύσεων, διατάξεις, και εμφανίζεται εναρμονισμένος, τουλάχιστον, με τις βασικές αρχές που

¹¹ Βλ. Βάρκα –Αδαμή Α., “*Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων*”, έκδ. Αντ. Α. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, σ. 53-54

ορίζει η Σύμβαση του Οβιέδου για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (1997), που κυρώθηκε από την Ελλάδα με το νόμο 2619/98, καθώς και με το πρόσθετο Πρωτόκολλο για τις μεταμοσχεύσεις, που υπογράφηκε στα πλαίσια της ανωτέρω σύμβασης.

~ Συνοπτική παρουσίαση των βασικών διατάξεων & άρθρων του νόμου 2737/99 ~

Ο νόμος 2737/99, στο μέρος που αφορά τις μεταμοσχεύσεις, χωρίζεται σε πέντε ενότητες . Στο πρώτο κεφάλαιο και στα άρθρα 1 – 9 περιλαμβάνονται γενικές διατάξεις που ορίζουν τα πεδία εφαρμογής του νόμου, την απαγόρευση προσφοράς ιστών και οργάνων έναντι ανταλλάγματος, τη μορφή και τις προϋποθέσεις της λειτουργίας των μεταμοσχευτικών κέντρων και των τραπεζών ιστών, την τήρηση του Εθνικού Μητρώου εγγραφής των υποψηφίων ληπτών και δωρητών. Στο δεύτερο κεφάλαιο και στα άρθρα 10 -11 ορίζονται οι προϋποθέσεις των μεταμοσχεύσεων με μοσχεύματα από ζώντες δότες, ενώ στο τρίτο κεφάλαιο και στα άρθρα 11- 14 ορίζονται οι προϋποθέσεις των μεταμοσχεύσεων με μοσχεύματα από νεκρούς δότες. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (στο εξής ΕΟΜ), ενώ στο πέμπτο περιέχονται οι ποινικές διατάξεις ¹².

¹² Βλ. Βάρκα – Αδαμή Α., «Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδ. Αντ. Α. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, σ. 54

1.1 Ανάλυση ιατρικής ορολογίας.

Η μεταμόσχευση οργάνων και ιστών αποτελεί μια ιατρική πρακτική με ξεκάθαρο στόχο της την επιβίωση ασθενών που πάσχουν από σοβαρή οργανική ανεπάρκεια, τη βελτίωση της υγείας τους και κατ' επέκταση της ποιότητας της ζωής των ίδιων και των συγγενών του¹³. Από την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση ανθρώπινου οργάνου μέχρι και σήμερα η ιατρική επιστήμη και οι επιστήμες της ζωής, που συνεπικουρούν το έργο της, έχουν αποδείξει έμπρακτα ότι η εν λόγω ιατρική πρακτική καθαυτή σώζει ζωές, αναπτρώνει τις ελπίδες των νοσούντων και ανοικοδομεί το μέλλον τους¹⁴. Οι όποιες αντιρρήσεις έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί αφορούν κυρίως στις νομικές, ηθικές και γενικότερα τις διαδικαστικές υποθέσεις που προηγούνται μίας τέτοιας χειρουργικής επέμβασης¹⁵. Αρχικά διατυπώνονταν από εκπροσώπους διάφορων θρησκευτικών δογμάτων και ανθρώπους που δεν είχαν πειστεί ή δεν είχαν κατανοήσει πλήρως την αναγκαιότητα και συνάμα τη σπουδαιότητα αυτής της ιατρικής πρακτικής. Ασκούσαν δριμύα κριτική σε κάθε περίπτωση εφαρμογής μιας τέτοιας ιατρικής πρακτικής, με το πέρασμα του χρόνου όμως κάποιοι πείστηκαν. Κάποιοι όμως εμμένουν σταθερά στις αντιδραστικές τους απόψεις, όχι τόσο για τη μεταμόσχευση ενός οργάνου σε έναν πάσχοντα, ως καθαρά ιατρική πρακτική, αλλά κυρίως για το διαδικαστικό κομμάτι που αφορά την αφαίρεση ενός οργάνου από έναν νεκρό δότη, την ανεύρεση του κατάλληλου λήπτη μέσα από διαφανείς διαδικασίες και τη διάθεσή του σ' αυτόν.

Στο πρώτο κεφάλαιο και συγκεκριμένα στο άρθρο 2 του πρόσθετου Πρωτοκόλλου της σύμβασης του Οβιέδου για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, δίνεται ο ορισμός της μεταμόσχευσης. Σύμφωνα μ' αυτόν, ο όρος «μεταμόσχευση» καλύπτει την πλήρη διαδικασία αφαίρεσης ιστού ή οργάνου από ένα πρόσωπο και εμφύτευσης αυτού του ιστού ή οργάνου σε άλλο πρόσωπο, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών προετοιμασίας, διατήρησης και φύλαξης. Η **αφαίρεση** αναφέρεται σε **αφαίρεση με σκοπό τη μεταμόσχευση**, και η μεταμόσχευση

¹³ Βλ. *Albert R. Jonsen*, "The God Squad and the Origin of transplantation ethics and the policy", *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, June 2007, Vol. 35, Issue 2, pp 238-240.

¹⁴ Βλ. *Dudley T, Chaplin D, Clifford C, Mutimer D J*, "Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection", *Qual Life Res.* 2007 Oct;16(8):1292-308, *Epub* 2007 Jul.
Littlefield C, Abbey S, Fiducia D, Cardella C, Greiq P, Lery G, Maurer J, Winton T, "Quality of life following transplantation of the heart, liver and lungs", *Gen. Hosp. Psychiatry* 1996 Nov;18 (6 Suppl):365-475. *Beillby S, Moss-Morris R, Painter L*, "Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation", *N Z Med J.* 2003 Apr 4;116 (1171) U 381

¹⁵ Βλ. *Albert R. Jonsen*, "The God Squad and the origin of transplantation ethics and the policy", *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, June 2007, Vol.35. Issue 2, pp.238-240.

ιστών και οργάνων ανθρώπινης προέλευσης διενεργείται αποκλειστικά και μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς . Γίνεται σαφές, επομένως, ότι ο αποκλειστικός σκοπός της μεταμόσχευσης είναι ιατρικός, και πιο συγκεκριμένα στοχεύει στην προστασία και τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας ενός πάσχοντος ατόμου. Άρα η μεταμόσχευση, ως ένας από τους τομείς της παρεμβατικής ιατρικής, αναφέρεται και σχετίζεται άμεσα με το αναπαλλοτρίωτο ατομικό δικαίωμα της υγείας και κατ' επέκταση της ζωής.

Όσον αφορά τους δότες αυτοί διακρίνονται σε δύο “κατηγορίες” τους πτωματικούς και τους ζώντες. Με τον όρο «πτωματικός» δότης δηλώνεται το άτομο με διαγνωσμένο εγκεφαλικό θάνατο, που ήδη νοσηλεύεται στη ΜΕΘ, βρίσκεται υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και άμεση παρακολούθηση και υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάστασης, μέχρις ότου ληφθεί η απόφαση για δωρεά οργάνων. Οι «ζώντες» δότες χωρίζονται σε συγγενείς και μη συγγενείς. Ο ζων συγγενής δότης είναι μέλος της ίδιας οικογένειας ιστοσυμβατός με το λήπτη, που προσφέρει για μεταμόσχευση το ένα όργανο (π.χ. το ένα νεφρό) ή τμήμα ενός οργάνου (π.χ. την ουρά του παγκρέατος ή τον ένα λοβό του ήπατος) ή άλλο ιστό (π.χ. μυελό των οστών). Οι ιδανικότεροι συγγενείς δότες είναι οι πανομοιότυποι δίδυμοι¹⁶. Ο ζων μη συγγενής δότης είναι εκείνος που δωρίζει όργανο ή ιστό σε κάποιον ασθενή, είτε γιατί έχουν συναισθηματική σχέση ή συγγένεια εξ αγχιστείας (π.χ. σύζυγοι)ή απλή γνωριμία με τον υποψήφιο λήπτη ή μπορεί να μην τον γνωρίζουν καθόλου, αλλά έχουν δηλώσει στα αρμόδια Εθνικά Κέντρα, ότι επιθυμούν να είναι δωρητές ιστού (π.χ. μυελού των ιστών).

Η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση είτε από πτωματικούς είτε από ζώντες δότες εγείρει αντιρρήσεις από κάποιες ομάδες ατόμων για διαφορετικές αιτίες ανά περίπτωση. Η κοινή συνισταμένη και των δύο περιπτώσεων που προκαλεί τις μεγαλύτερες αντιδράσεις ως προς την ιατρική πρακτική των μεταμοσχεύσεων είναι το κατά πόσο ο δότης, πτωματικός ή ζων, έχει εκφράσει ελεύθερα και ανεπηρέαστα τη βούλησή του για τη διάθεση προς μεταμόσχευση των ζωτικών του οργάνων.

Η διερεύνηση και ανάλυση των ζητημάτων που ανακύπτουν από τη λήψη οργάνων από ζώντες ή πτωματικούς δότες που δεν έχουν εκφράσει οι ίδιοι την επιθυμία τους να δοθούν τα όργανά τους για μεταμόσχευση, καθώς και οι συνθήκες κατά τις οποίες κάποια άλλα άτομα άμεσα ή έμμεσα και νομικά κατοχυρωμένα

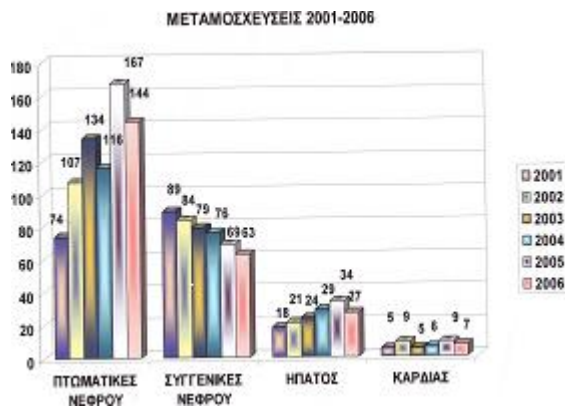
¹⁶ Βλ. <http://www.eom.gr/glossary/glossary.htm>, 10/11/2005

αποφασίζουν στη θέση άλλων για μια τέτοια περίπτωση θα αναλυθεί στο τμήμα της εργασίας για τα βιοηθικά διλήμματα που ανακύπτουν από την ιατρική πρακτική των μεταμοσχεύσεων γενικότερα.

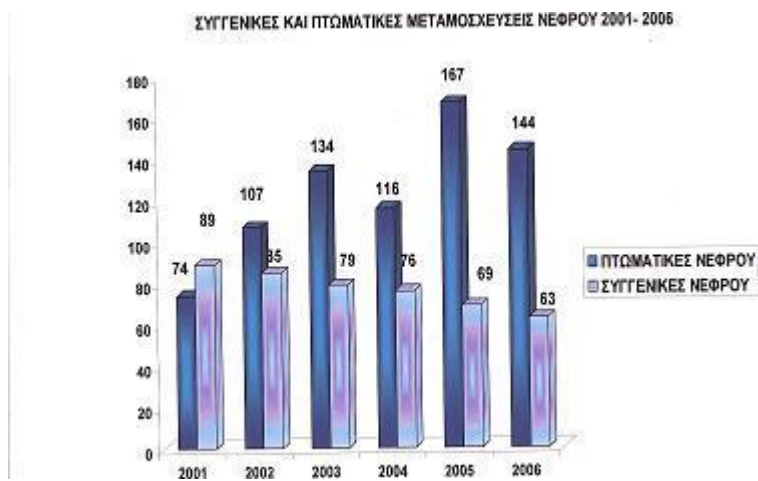
1.2 Στατιστικά δεδομένα μεταμοσχεύσεων



πίνακας 1



πίνακας 2



πίνακας 3

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ - ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ 2001 -2007						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΚΑΡΔΙΑ ΕΛΛΑΔΑ	5	9	5	6	9	7
ΚΑΡΔΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	0	6	10	10	12	8
ΚΑΡΔΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΕΛΛΑΔΑ	0	0	0	0	0	0
ΚΑΡΔΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	0	0	2	3	0	3
ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΕΛΛΑΔΑ	0	0	0	0	1	1
ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	2	4	10	6	20	6
						31/12/2006
Το 2001 γνυριζουμε αναλυτικά στοιχεία από 12/3/01. Το 2002 έγιναν 5 στα Ωνάσειο, 2 στο Παπανικολάου και 2 στον Ευαγγελισμό						

Πίνακας 4

ΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ & ΣΥΓΓΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ							
ΕΤΟΣ	ΥΠΟΦΡΗΝΟΙ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΟΥ	ΠΤΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΕΦΡΟΥ	ΣΥΓΓΕΝΙΚΕΣ ΝΕΦΡΟΥ	ΉΠΑΡ	ΚΑΡΔΙΑ	ΚΑΡΔΙΑ & ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ	ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ
1995		22	18	0	0	0	0
1996		20	35	0	0	0	0
1997		18	48	0	0	0	0
1998		19	55	0	0	0	0
1999		35	58	0	0	0	0
1990		83	64	3	5	0	0
1991		104	70	7	10	0	0
1992		92	68	8	12	1	1
1993	1366	66	55	13	10	0	0
1994	1469	46	67	7	13	0	0
1995	1423	42	69	7	10	0	0
1996	1627	46	60	10	7	2	2
1997	1200	55	90	16	8	0	0
1998	-	87	82	18	13	0	0
1999	-	69	85	12	7	1	1
2000	-	32	72	10	2	0	0
2001	1125	74	89	18	5	0	0
2002	956	107	85	21	9	0	0
2003	824	134	79	24	5	0	0
2004	847	116	76	29	6	0	0
2005	775	167	69	34	9	0	1
2006	869	144	63	27	7	0	1
ΣΥΝΟΛΟ		1598	1477	266	138	4	6

πίνακας 5

Τα στατιστικά δεδομένα που έχει συγκεντρώσει και επεξεργαστεί ο ΕΟΜ καταδεικνύουν με τον πλέον σαφή τρόπο το μεγάλο ποσοστό στο οποίο κυμαίνεται η έλλειψη διαθέσιμων οργάνων. Τα ποσοστά των διαθέσιμων οργάνων έρχονται σε πλήρη αναντιστοιχία με τον αριθμό των καταγεγραμμένων δυνητικών ληπτών. Ειδικότερα σήμερα στην εθνική λίστα αναμονής για μεταμόσχευση είναι καταγεγραμμένοι 886 νεφροπαθείς και 81 ασθενείς συνολικά για ήπαρ, καρδιά και πνεύμονες. Κατά το έτος 2006 από τους 869 δυνητικούς λήπτες νεφρού οι 144 έλαβαν το αναμενόμενο μόσχευμα από πτωματικούς δότες ενώ άλλοι 63 έχουν μεταμοσχευθεί από συγγενή δότη. Σύμφωνα με δελτίο τύπου που εξέδωσε ο ΕΟΜ το 2007 αναμένεται να πραγματοποιηθούν λιγότερες μεταμοσχεύσεις σε σχέση με το 2006, σύμφωνα με τα στοιχεία που διαθέτει¹⁷. Πιο συγκεκριμένα, για το διάστημα 01/01/2007 – 12/10/2007 αναφέρθηκαν 126 δότες από τις μονάδες εντατικής θεραπείας της χώρας μας από τους οποίους οι 18 κρίθηκαν ιατρικώς ακατάλληλοι, ενώ από τους 108, των οποίων οι οικογένειες προσεγγίστηκαν για να δώσουν τη

¹⁷ Βλ. Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 24/10/2007

συναίνεσή τους, αξιοποιήθηκαν μόλις 50 δότες, σημειώνοντας ποσοστό άρνησης της τάξεως του 54%. Ωστόσο αυτό το οποίο μπορεί να παρατηρηθεί είναι ότι από το 1993 έως και το 2006 ο αριθμός των υποψηφίων ληπτών νεφρού έχει μειωθεί αισθητά χωρίς όμως να αποδεικνύεται από τον αριθμό των πτωματικών και συγγενικών μεταμοσχεύσεων ότι ένα μεγάλο ποσοστό απ' αυτούς έχει λάβει το αναμενόμενο μόσχευμα [πίνακας 5]. Επιπρόσθετα παρατηρείται μια σταθερή δωρεά νεφρικών μοσχευμάτων από συγγενείς δότες όπου συνολικά προσεγγίζει το άθροισμα των πτωματικών μεταμοσχεύσεων [πίνακας 5], δεδομένο που ίσως δικαιολογείται κυρίως από τους συναισθηματικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν προς τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης, σε συνάρτηση πάντα με τα ιατρικά δεδομένα. Σε αντίθεση με τα παραπάνω έρχεται το ποσοστό άρνησης δωρεάς οργάνων από πτωματικούς δότες στη χώρα μας τον τελευταίο χρόνο ένδειξη της κατάστασης που επικρατεί από την ελλιπή ενημέρωση του κοινού ώστε να αρθούν οι όποιες αντιρρήσεις ή φοβίες εκφράζονται από τους συγγενείς ενός νεκρού.

Από τις 111 μεταμοσχεύσεις που πραγματοποιήθηκαν το 9μηνο, οι 78 αφορούσαν μεταμοσχεύσεις νεφρού, οι 5 καρδιά, οι 2 πνεύμονες και οι 26 ήπαρ.¹⁸ Για τις μεταμοσχεύσεις ήπατος τα ποσοστά που καταγράφονται είναι αισιόδοξα, αφενός γιατί αγγίζουν το σύνολο των μεταμοσχεύσεων που έγιναν το 2006 [πίνακες 1, 2] ,αφετέρου τα ηπατικά μοσχεύματα δόθηκαν σε ασθενείς οι οποίοι ήταν εγγεγραμμένοι επί μακρόν στη λίστα αναμονής της χώρας μας. Ωστόσο δεν είναι γνωστός ο συνολικός αριθμός των ασθενών που αναμένει ηπατικό μόσχευμα για να μπορούν τα μεγέθη που δίνονται να συγκριθούν με αυτά των ασθενών στη λίστα αναμονής. Επίσης με βάση τα στοιχεία του ΕΟΜ ένας μεγάλος αριθμός ηπατικών μοσχευμάτων προσφέρεται κάθε χρόνο στο εξωτερικό καθώς δεν αξιολογούνται αυτά στην Ελλάδα [πίνακας 1]. Παρόλα αυτά επισημαίνεται ότι έπειτα από τη λειτουργία και δεύτερου μεταμοσχευτικού κέντρου ηπατικών μοσχευμάτων στην Ελλάδα (Λαϊκό και Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης) αυξήθηκαν τα ποσοστά των ηπατικών μεταμοσχεύσεων αλλά και πλέον θα αξιολογούνται όλα τα περιστατικά δωρεάς ήπατος χωρίς να διατίθενται αυτά στο εξωτερικό. Όσον αφορά στα μοσχεύματα καρδιάς τα ποσοστά των μεταμοσχεύσεων καταγράφονται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ενώ αρκετά από τα διαθέσιμα μοσχεύματα προωθούνται στο εξωτερικό [πίνακες 2,4]. Σ' αυτό ίσως συντελεί και το γεγονός ότι για την μεταμόσχευσή τους

¹⁸ Βλ. Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 24/10/2007

λαμβάνονται υπόψη και ανατομικοί παράγοντες που σε πολλές περιπτώσεις δεν καλύπτονται απ' όλους τους ασθενείς.

1.3 Ορισμός του Εγκεφαλικού Θανάτου και ηθικές ενστάσεις που διατυπώνονται.

Ένα από τα μείζονα βιοηθικά προβλήματα που σχετίζονται με τις μεταμοσχεύσεις είναι κι αυτό του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου, ως βασικού και αναγκαίου δεδομένου για την έναρξη της μεταμοσχευτικής διαδικασίας. Για να γίνει μια μεταμόσχευση οργάνου ή ιστού από νεκρό δότη απαιτείται ο εξακριβωμένος οριστικός θάνατός του από τους θεράποντες ιατρούς¹⁹. Το κατά πόσο, όμως, ο εγκεφαλικός θάνατος είναι πράγματι θάνατος και όχι κάποια επιστημονική επινόηση που εξυπηρετεί κάποιες συγκριμένες σκοπιμότητες και συμφέροντα έχει προκαλέσει συζητήσεις και τις αντιρρήσεις περισσότερο των φιλοσόφων και σε μικρότερο βαθμό κάποιων ιατρών.

Τα ισχύοντα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου²⁰, όπως έχουν οριστεί από την ιατρική σχολή του Χάρβαρντ και εφαρμόζονται από την πλειονότητα των γιατρών για την εξακρίβωση και επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου, υποστηρίζουν κάποιοι επιστήμονες ότι δεν είναι επαρκή για τον προσδιορισμό της μη αναστρέψιμης κατάστασης του εγκεφαλικού στελέχους, και επιπρόσθετα υποστηρίζουν ότι υπάρχει το ενδεχόμενο αν γίνουν προσεκτικότερες κλινικές, ιατρικές δοκιμασίες να διαπιστωθεί ότι ο άνθρωπος ζει²¹. Αναμφισβήτητη η σχετική επιχειρηματολογία επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου αντλείται και αποδεικνύεται από την ιατρική επιστήμη και παρουσιάζει επιστημονική αιτιολογία, γεγονός που δεν αφήνει περιθώρια αμφισβήτησης για την αντικειμενική ισχύ τους. Οι επιστήμονες που σε κάθε περίπτωση απορρίπτουν τους οποιουδήποτε ισχυρισμούς - αιτιάσεις για τη μη ισχύ των κριτηρίων διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι οι εντατικολόγοι και οι νευρολόγοι²², οι οποίοι πραγματοποιούν τις απαραίτητες εξετάσεις και δοκιμασίες στους θνήσκοντες ασθενείς για να εξακριβώσουν και να επιβεβαιώσουν τη νέκρωση του εγκεφάλου στελέχους.

Όσοι διαφωνούν με τον τρόπο διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου διατυπώνουν ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο κάποιος που είναι νεκρός

¹⁹ Βλ. *Shemie D. Sam (2007)*, "Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: Was "dead" really so clear before organ donation?", *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2:18, *Robert D. Truog (2007)*, "Brain Death – Too Flawed to Endure, too Ingrained to Abandon", *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 35, Issue 2, pp 273-281,

²⁰ Βλ. *Ad Hoc Committee at the Harvard Medical School to examine the definition of Brain Death*, "The Harvard Criteria for Brain Death", *JAMA* (1968):205, 337 - 340

²¹ Βλ. *Robert D Truog (2007)*, όπ.

²² Βλ. *Gary S. Belkin (2003)*, "Brain Death and the Historical Understanding of Bioethics", *Journal of the History of Medicine*, Oxford University Press, Vol. 58, pp. 325-361, Βλ. *Leonard Baron, Sam D. Shemie, Jeannie Teitelbaum, Christofer James Doig*, "Brief Review:History, concept, and controversies in the neurological determination of the death", *Can J Anesth* 2006, vol 53:6, pp 602-608

εγκεφαλικά να έχει όργανα που λειτουργούν και καρδιά που πάλλεται. Και εάν επιμείνουμε ότι αυτός ο άνθρωπος είναι όντως νεκρός, δεν αντιλαμβάνεται, δεν πονάει, δεν αντιδράει σε ερεθίσματα, ποιος μπορεί να επιβεβαιώσει ή να καταρρίψει τον ισχυρισμό, από τη στιγμή που κάποια από τα όργανα λειτουργούν, εκτός από τον εγκέφαλο, ότι αυτός ο άνθρωπος δεν υφίσταται παράλληλες λειτουργίες της ψυχικής σφαίρας που οι γιατροί δεν μπορούν να εντοπίσουν.

Η πρώτη αμφισβήτηση του εγκεφαλικού θανάτου, σύμφωνα με το άρθρο του Αλκιβιάδη Κωστάκη για τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, διατυπώθηκε από τον επίκουρο καθηγητή της νευρολογίας Robert Taylor ο οποίος διαχωρίζει τη διαδικασία του θνήσκειν από αυτήν της αποσυνθέσεως. Υποστηρίζει δηλαδή ότι από τη στιγμή που το σώμα ενός ασθενή εγκεφαλικά νεκρού δεν έχει αποσυντεθεί ο καλύτερος ορισμός του θανάτου είναι η οριστική παύση της κυκλοφορία του αίματος και της αναπνοής. Παρά ταύτα, δεδομένου ότι τυχόν απόρριψη της ιδέας του εγκεφαλικού θανάτου – όπως και του κανόνα του νεκρού δότη – θα δημιουργούσε σοβαρά νομικά προβλήματα αντιτάσσει ως λύση την ταύτιση του εγκεφαλικού θανάτου με το νομικό θάνατο και την παράλληλη σαφή διάκρισή του από τον βιολογικό θάνατο²³.

Ο ορισμός αυτός του θανάτου μπορεί να φαίνεται λογικός, στην πραγματικότητα όμως η διαδικασία της αποσυνθέσεως στους εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς αρχίζει με την αυτόλυση του εγκεφάλου και με την σταδιακή και βραδεία κατάρρευση των υπόλοιπων οργάνων, τα οποία μετά την παρέλευση κάποιου χρόνου δεν είναι πλέον κατάλληλα για μεταμόσχευση. Έντονη κριτική έχει ασκήσει προς την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και ο Dr. Robert Truog, του Πανεπιστημίου του Harvard καθώς και ο Dr. Alan Shewmon UCLA. Ο πρώτος θεώρησε ότι ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου είναι απλώς μια αναχρονιστική έννοια, η οποία επινοήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες των γιατρών σε μια εποχή κατά την οποία δεν υπήρχαν επαρκή κριτήρια προσδιορισμού της ανάγκης διατήρησης ή της διακοπής των μηχανικά υποστηριζόμενων ασθενών με εγκεφαλικές κατώσεις. Ουσιαστικά για τον ίδιο αυτό ο προσδιορισμός του θανάτου αποτέλεσε μια μορφή νομικού πλαισίου που υποβοήθησε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις. Από τη στιγμή όμως που η ιατρική έχει στη διάθεση της ικανοποιητικά κριτήρια για να εξακριβώσει το θάνατο ενός ατόμου δε μας χρειάζεται ο εγκεφαλικός θάνατος. Σχετικά με τη αφαίρεση και δωρεά

²³ http://www.transplantation.gr/article_patients.asp 23 / 7/2007

οργάνων ο ίδιος υποστηρίζει ότι πρέπει η αφαίρεση να βασίζεται σε άλλα κριτήρια πέρα του θανάτου, όπως είναι η οριστική απώλεια της συνειδήσεως και η συναίνεση του ίδιου ή των συγγενών του.²⁴

Ο δεύτερος επιστήμονας που εκφράζει τις αντιρρήσεις του ως προς τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου είναι ο Alan Shewmon. Υποστηρίζει ότι ο θάνατος ενός ασθενή επέρχεται μόνο μετά την οριστική παύση της καρδιακής λειτουργίας. Το επιχείρημά του θεμελιώνεται στον ισχυρισμό ότι εκτός από τον εγκέφαλο και ο νωτιαίος μυελός επιτελεί ολοκληρωμένες και ρυθμιστικές λειτουργίες και ως εκ τούτου με τη νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους δεν παύουν αυτομάτως και άμεσα άλλες ολοκληρωμένες λειτουργίες του οργανισμού. Το δεύτερο επιχείρημά του απορρέει ως πόρισμα μιας μελέτης κατά την οποία εγκεφαλικά νεκροί ασθενείς για εξατομικευμένους λόγους παρέμειναν στη μηχανική υποστήριξη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα μια εγκυμονούσα γυναίκα που έπρεπε να τεκνοποιήσει παρέμεινε στη μηχανική υποστήριξη για μακρό χρονικό διάστημα και τελικά κυοφόρησε γεγονός που σύμφωνα με τον ίδιο είναι ασύμβατο με το θάνατο²⁵.

Σε άλλα άρθρα τού επισημαίνει ότι το θάνατο θα πρέπει εννοιολογικά και από τη σκοπιά της γλωσσολογίας να τον προσεγγίζουμε μόνο ως ένα γεγονός βιολογικό και θα πρέπει να ορίσουμε άλλες έννοιες και όρους για τη διαδικασία που οδηγεί σ' αυτόν. Πρέπει δηλαδή να επεκτείνουμε και να εμπλουτίσουμε το λεξιλόγιό μας για να μπορέσουμε να εκφράσουμε και προσδιορίσουμε πολύπλοκα γεγονότα τα οποία συντελούνται από την εμφάνιση μιας νόσου μέχρι την αποσύνθεση. Δεν πρέπει λοιπόν a priori να υπάρχει ένα ενιαίο «εννοιολογικό πλαίσιο» για το θάνατο που όλα τα κριτήριά του να απορρέουν απ' αυτό²⁶.

Η ιατρική πρακτική των μεταμοσχεύσεων είναι στενά συνδεδεμένη με τη δυνατότητα λήψης ζωτικών οργάνων σε κατάλληλη κατάσταση από ασθενείς τελικού σταδίου. Δηλαδή τα μοσχεύματα θα πρέπει να αφαιρεθούν από το δότη πριν παύσει η καρδιακή λειτουργία, διότι η κυκλοφορία του αίματος είναι αυτή που τα συντηρεί στη ζωή και τα διατηρεί σε τέτοια κατάσταση, ώστε να είναι κατάλληλα προς μεταμόσχευση. Και αυτήν ακριβώς την αναγκαιότητα εξυπηρετεί η μηχανική υποστήριξη των ασθενών με επιβεβαιωμένο εγκεφαλικό θάνατο. Ο Robert Truog

²⁴ Βλ. *Truog Robert*, "Brain death – too flawed to endure, too ingrained to abandon," *J Law Med. Ethics*, 2007 Summer ; 35 (2). 237-81 Βλ. *Truog Robert*, "Role of brain death and the dead donor rule in the ethics of the organ transplantation", *Critical Care Medicine*, September 2003, 31 (9): 2391-2396,

²⁵ Βλ. http://www.transplantation.gr/article_patients.asp 23/7/2007

²⁶ Βλ. *Shewmon Alan*, "The dead donor rule: lessons from linguistics ?", *Kennedy Inst. Ethics J.*, 2004 Sep; 14(3): 277 – 300.

άλλωστε είναι ένας από αυτούς που στρέφονται κατά των ισχυόντων κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου, υποστηρίζοντας παράλληλα τη δυνατότητα αφαίρεσης συμπαγών οργάνων από ασθενείς που είναι “ζωντανοί”, υπό την έννοια ότι η ζωτικότητα των οργάνων τους διατηρείται μηχανικά²⁷. Από την άλλη όμως πλευρά η αφαίρεση συμπαγών οργάνων (π.χ. καρδιά, ήπαρ, πάγκρεας, κ.λ.π.) δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί αν ο δότης είναι ακόμη ζωντανός με τη βοήθεια του αναπνευστήρα ο οποίος βοηθάει στη διατήρηση της κυκλοφορίας του αίματος. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω κι αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται μηχανικά.²⁸ Αυτή όμως η εξέλιξη έχει οδηγήσει σε μια κατάσταση όπου έχουμε εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς που όμως διατηρούν ζωντανά ζωτικά τους όργανα. Γι’ αυτό ακριβώς το δεδομένο διατυπώνεται και η φιλοσοφική προβληματική.

Η επιτροπή δεοντολογίας της ιατρικής σχολής του Χάρβαρντ προσδιόρισε και κατέγραψε τέσσερα κριτήρια για τον προσδιορισμό του μη αναστρέψιμου κώματος. Η επικρατούσα επιστημονική άποψη είναι ότι ο βιολογικός θάνατος είναι η απώλεια της λειτουργικής συνοχής του σώματος ως οργανισμού με πολλαπλές ζωτικές λειτουργίες. Ο θάνατος επέρχεται όταν έστω και μια ζωτική λειτουργία ενός οργάνου παύσει να λειτουργεί, διότι τότε παύει η λειτουργία του οργανισμού ως συνόλου και αρχίζει η σταδιακή «απορρύθμισή» του, αν δεν υποστηρίξουμε κάποια άλλα όργανα μηχανικά²⁹.

Τα στάδια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου έχουν δοθεί σχηματικά από τον Αλκιβιάδη Κωστάκη και παρατίθενται παρακάτω³⁰. Η περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου αφορά στα άτομα τα οποία η εγκεφαλική λειτουργία δεν επιτελείται καθώς έχει αρχίσει ήδη η αποσύνθεση ή η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους. Οι ανώτερες ψυχικές και γνωστικές λειτουργίες, όπως σκέψη, αντίληψη, μνήμη, που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται κυρίως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Η βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού και συνεπώς, δυσλειτουργία ολοκλήρου του εγκεφάλου. Γι’ αυτό, αποδεχόμαστε ότι η

²⁷ Βλ. *Truog Robert (2007)*, “ Role of brain death and the dead donor role in the ethics of organ transplantation”, ό.π.

²⁸ Βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφάλαιο Γ’ «Αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη, άρθρο 12: προϋποθέσεις & διαδικασία §1.

²⁹ Βλ. Robert M. Veatch, “ *Transplantation ethics*”, Georgetown University Press Washington, D.C. σ. 53-64

³⁰ Βλ. www.transplantation_gr/html, 26/6/2007

ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί ο εγκέφαλος νεκρός. Αυτό διατυπώνεται και στο μνημόνιο της Βρετανικής Ιατρικής Ακαδημίας το 1976, για τον προσδιορισμό της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου, που έχουν υιοθετήσει και οι χώρες της Δ. Ευρώπης. Στις ΗΠΑ, εκτός από την απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, συμπληρώνεται απαραίτητα και η απώλεια των λειτουργιών του φλοιού, η οποία επέρχεται σε πολύ σύντομο χρόνο μετά την παύση λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους³¹.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1 Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

1. Καθορισμός της αιτίας του κώματος.
2. Αποκλεισμός αναστρέψιμης αιτίας κώματος: φάρμακα, νοσήματα, κλινικές καταστάσεις.
3. Διαφορική διάγνωση από άλλα αίτια που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο.
4. Διόρθωση κάθε αιτίας που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η βασική μέθοδος διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι η νευρολογική κλινική εξέταση, συμπληρούμενη από ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, διακρανικό υπερηχογράφημα - Doppler, αγγειογραφία, σπινθηρογράφημα εγκεφάλου), ανάλογα με τις ενδείξεις. Οι γιατροί που διαγιγνώσκουν τον εγκεφαλικό θάνατο είναι: νευρολόγος ή νευροχειρουργός, αναισθησιολόγος και εντατικολόγος. Εκτός, όμως από τις διαδοχικές κλινικές εκτιμήσεις, προκειμένου να αποφανθεί κανείς για το θάνατο κάποιου ατόμου, πρέπει να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις, (Πίνακας 5.1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2 Μεσοδιάστημα μεταξύ των κλινικών εκτιμήσεων για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Ηλικία	Μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο κλινικών εκτιμήσεων
Ενήλικες	Τουλάχιστον 6 ώρες
Παιδιά μεταξύ 2 μηνών και 1 έτους	Τουλάχιστον 24 ώρες
Παιδιά μικρότερα των 2 μηνών	Τουλάχιστον 48 ώρες

Για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου, πραγματοποιούνται τουλάχιστον δύο κλινικές εκτιμήσεις, σε μεσοδιάστημα ανάλογο με την ηλικία του ατόμου, (Πίνακας 5.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3 Κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

1. Κόμα (βαθμολογία 3, σύμφωνα με την Κλίμακα Γλασκώβης).
2. Μόνιμη και διαρκής άπνοια.
3. Απουσία αντανακλαστικών εγκεφαλικού στελέχους:
 - αντίδρασης κορών στο φως - κόρες σε μέση θέση με διαστολή 4-6 mm
 - αντανακλαστικών κερατοειδούς
 - αντίδρασης στο ψυχρό
 - φαρμαγγικών αντανακλαστικών
 - βήχα κατά την αναρρόφηση της τραχειάς
 - αντανακλαστικών θηλασμού (σε νεογνά και βρέφη)
 - λειτουργίας αναπνευστικού κέντρου, όταν $\text{PaCO}_2 = 60 \text{ mmHg}$ ή $+20 \text{ mmHg}$ πάνω από τα συνηθισμένα επίπεδα PaCO_2 που είχε το άτομο.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι καταρχήν κλινική. Στον πίνακα 5.3 αναφέρονται τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο κλινικός έλεγχος γίνεται με απόλυτη προσοχή, καθώς με βάση αυτόν αποφαινεται κανείς

³¹ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 53-77

για το θάνατο ενός ατόμου. Η πλήρης νευρολογική εξέταση περιλαμβάνει τη διαφορική διάγνωση του κώματος, την παρουσία μόνιμης και διαρκούς άπνοιας και την απουσία αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η κλινική εκτίμηση της ακεραιότητας του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται με χαρακτηριστικές αντανακλαστικές κινήσεις που σχετίζονται με τους πυρήνες που εδρεύουν στο στέλεχος (αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4 Απόλυτα των αντανακλαστικών εγκεφαλικού στελέχους κατά την εγκατάσταση του εγκεφαλικού θανάτου και τα αντίστοιχα κρανιακά νεύρα (εγκεφαλικές συζυγίες, με τη λατινική αριθμηση).

Αντανακλαστικό	Κρανιακό νεύρο (εγκεφαλική συζυγία)	Απουσία
Προσώπου	Τρίδυμο (V) Προσωπικό (VII)	Μορφασμοί προσώπου, μετά επιδέξιο εμβάθισμα επι άκρα ή πόνο από τον οφθαλμικό κόγχο
Οφθαλμικών κορών	Οπτικό (II) Κοινό κινητικό (III)	Αντίδραση κορών μετά πρόσπτωση δέσμης φωτός στον οφθαλμό
Κερατοειδούς	Τρίδυμο (V) Προσωπικό (VII)	Αντανακλαστικό του κερατοειδούς και των βλεφάρων μετά άσκηση πίεσης πάνω στον κερατοειδή
Οφθαλμο-κεφαλικό	Κοινό κινητικό (III) Τροχλιακό (IV) Απαγωγό (VI)	Καθίλιση των κορών κατά τη στροφή της κεφαλής (μάτια κούκλας – doll's eyes)
Οφθαλμο-αίσθηση (ή αντανακλαστικό-φυλκρού)	Κοινό κινητικό (III) Τροχλιακό (IV) Ακουστικό (VIII)	Νυσταγμός ή απόκλιση των οφθαλμών κατά την έγχυση φυλκρού φυσικό αέριο στο αυτί
Φαρυγγο-λαρυγγικό	Γλωσσοφαρυγγικό (IX) Πνευμονογαστρικό (X)	Καταπονητική κίνηση κατά τον ερεθισμό του οπίσθιου φάρυγγα

Κατά την εγκατάσταση του εγκεφαλικού θανάτου, ο ασθενής χάνει τα αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται τα εξής ευρήματα, (Πίνακας 5.4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5 Βήματα κατά τη δοκιμασία άπνοιας.

1. Μηχανικός αερισμός: Υποαερισμός, υπό οξυγόνο 100%, για 20 min.
2. Ανάλυση αερίων αρτηριακού αίματος: $\text{PaCO}_2 > 40 \text{ mmHg}$. Αν OX ₂ : Επαύλεψη Αν NA ₂ : Αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα
3. Χρήση οξυγόνου, 6 l/min, μέσω του τραχειοσωλήνα.
4. Ανάλυση των αερίων αρτηριακού αίματος μετά 5-10 min, ανάλογα με το αρχικό PaCO_2 : α) Αν $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ή + 20 mmHg πάνω από το συνηθισμένο PaCO_2 : απόδειξη άπνοιας. β) Αν $\text{PaCO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ και $\text{PaO}_2 < 150 \text{ mmHg}$: επανασύνδεση με τον αναπνευστήρα υπό οξυγόνο 100% και υποαερισμό. Στη συνέχεια, επανάληψη της δοκιμασίας.

Δοκιμασία άπνοιας

Η τελική και σημαντικότερη κλινική εξέταση για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι η δοκιμασία άπνοιας ή ακριβέστερα δοκιμασία απνοϊκής οξυγόνωσης, η οποία πραγματοποιείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί η μόνιμη απώλεια της αυθόρμητης αναπνοής. Η παρουσία διαρκούς άπνοιας επιβεβαιώνει την απουσία δραστηριότητας του εγκεφαλικού στελέχους. Αυτό το στοιχείο είναι ικανό και επαρκές για να θέσει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους και συνεπώς, του θανάτου του ατόμου. Τα βήματα της δοκιμασίας άπνοιας παρουσιάζονται στον πίνακα 5.5.

Τα κριτήρια προσδιορισμού και επιβεβαίωσης του εγκεφαλικού θανάτου προσδιορίστηκαν από την επιτροπή του Χάρβαρντ και υιοθετήθηκαν από την πλειονότητα της επιστημονικής κοινότητας. Αυτό όμως που δεν κατόρθωσε να κάνει η επιτροπή ή δεν ήταν κατάλληλη να κάνει ήταν να αποδείξει ότι οι ασθενείς σε μη

αναστρέψιμο κώμα είναι νεκροί³². Με άλλα λόγια, ότι θα πρέπει οι γιατροί να τους αντιμετωπίζουν σαν να μην ήταν πλέον άνθρωποι ευρισκόμενοι στη ζωή που έχουν τα ίδια ανθρώπινα ηθικά - δικαιώματα και υποχρεώσεις, όπως οι υπόλοιποι ζώντες άνθρωποι. Παρόλο που σύμφωνα με τα κριτήρια που δημοσίευσε το Χάρβαρντ οι ασθενείς σε μη αναστρέψιμο κώμα βρίσκονται σε μια κατάσταση που δεν μπορούν πλέον να θεωρούνται ζωντανοί, η απόφαση ότι τελικά όντως είναι νεκροί δεν μπορεί να απορρέει από ένα σύνολο επιστημονικών μελετών μόνο. Κι αυτό γιατί η απόφαση τι τελικά είναι ουσιαστικό για τη φύση και την ύπαρξη των ζώντων οργανισμών και η απώλεια ποιών χαρακτηριστικών μπορεί να μας οδηγήσει στον προσδιορισμό του θανάτου, αποτελεί μια φιλοσοφική και ηθική ερώτηση, και όχι μόνο επιστημονική ή ιατρική³³.

Και η αναγκαιότητα να προσεγγιστεί αυτό ζήτημα ηθικά, κυρίως, και έπειτα ιατρικά σχετίζεται και με το πώς μεταχειριζόμαστε ένα νεκρό δότη προς χάρη της επιβίωσης ενός ασθενή με προσδόκιμο επιβίωσης αρκετών χρόνων. Σύμφωνα με τον William Sweet της ιατρικής σχολής του Χάρβαρντ «ο θάνατος είναι μια κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος είναι νεκρός. Το υπόλοιπό σώμα υπάρχει για να υποστηρίξει τον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος είναι το άτομο».³⁴ Ο ισχυρισμός ότι ο θάνατος επέρχεται όταν το εγκεφαλικό στέλεχος νεκρώνεται είναι μια άποψη που ναι μεν τεκμηριώνεται επιστημονικά, και δη ιατρικά, ωστόσο ο τελικός ορισμός του θανάτου ως βιολογικού φαινομένου και ως έννοια δεν μπορεί παρά να απασχολεί και το φιλοσοφικό στοχασμό. Η έννοια του ατόμου, με τη σημασία του προσδιορισμού ενός ανθρώπου κατ' αντιδιαστολή προς την ομάδα, δεν μπορεί μόνο να προσδιορίζεται με βάση επιστημονικά κριτήρια και δεδομένα. Ένας άνθρωπος υπάρχει και εξελίσσεται ως βιολογικός οργανισμός, υπό την στενή έννοια της βιολογικής επιστήμης, ωστόσο τα στοιχεία της προσωπικότητάς του, ο χαρακτήρας του, και τα ιδιαίτερα στοιχεία που αυτός εξωτερικεύει με τη συμπεριφορά του και τις σχέσεις του σ' όλη τη διάρκεια του βίου του είναι το διακριτό τού γνώρισμα από τους ομοίους του. Από τη στιγμή που όλες αυτές οι λειτουργίες πραγματοποιούνται στον εγκέφαλο με την οριστική του νέκρωσή του παύει και η ύπαρξη του ανθρώπου ως ατόμου ; Μπορεί η απάντηση στα στενά και αντικειμενικά πλαίσια της ιατρικής βιολογικής επιστήμης να είναι καταφατική, αλλά αν δεχτούμε τις απόψεις όλων

³² Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 58

³³ Βλ. Veatch Robert, ό.π. σ.46.

³⁴ Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 47.

αυτών των επιστημόνων που αντιτίθενται στον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου και αντιπαρατάσσουν επιχειρήματα ως προς την αναγκαιότητα επαναπροσδιορισμού των κριτηρίων του, τότε όλοι αυτοί που παρατηρούν μια καρδιά να πάλλεται έστω και με την μηχανική υποβοήθηση κάποιων ζωτικών οργάνων δεν μπορούν να πειστούν για το θάνατο ενός ανθρώπου.

Από φιλοσοφική άποψη, ως προς την ενίσχυση της θέσης όλων αυτών που αντιτίθενται στον τρόπο διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Τόμας Χομπς ο οποίος με βάση τη θεωρία των κινήσεων του Γαλιλαίου θεμελίωσε τη φιλοσοφική του θεωρία, αφού συνήγαγε όλα τα φαινόμενα, φυσικά και κοινωνικά, σε μηχανικές κινήσεις³⁵. Για τον Χομπς, ότι υπάρχει δεν είναι τίποτε άλλο παρά κίνηση. Υποστήριζε ότι στο βάθος τα πάντα είναι κίνηση και ότι κάθε λογής φυσική επεξεργασία πρέπει να εξηγείται με την αναγωγή των περίπλοκων φαινομένων στις βασικές κινήσεις από τις οποίες συνίστανται³⁶. Και αν στην περίπτωση των εγκεφαλικά νεκρών ανθρώπων κάποιος προσπαθούσε να διατυπώσει κάποιες αντιρρήσεις για το θάνατο αυτών των ασθενών, θα μπορούσε να στραφεί στη φιλοσοφική σκέψη του. Διότι ακόμη και μια καρδιά που πάλλεται έστω και μηχανικά υποβοηθούμενη, μόνο με την «κίνησή» της υποδεικνύει ότι κάποια δραστηριότητα συνεχίζει να συντελείται σ' αυτόν τον οργανισμό χωρίς να μπορεί κάποιος να προσδιορίσει επακριβώς πότε θα πάψει η κίνηση αν δεν αφαιρέσουμε τα μηχανήματα υποστήριξης.

Όπως μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό, ο ασθενής με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου είναι αυτός που δίνει το «έναυσμα» για την έναρξη των διαδικασιών μιας μεταμόσχευσης. Και ο τρόπος που οφείλουν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς να τον αντιμετωπίσουν πρέπει να είναι ισάξιος της προσφοράς ζωής και ελπίδας που ο ίδιος ή οι οικείοι του κάνουν. Επομένως ο νεκρός δότης και ο δυνητικός λήπτης επιζητούν τον ίδιο σεβασμό και την ίδια ηθική αντιμετώπιση από τη θέση στην οποία βρίσκονται.

Και αυτή η παράμετρος απορρέει τόσο από την αναγκαιότητα διαφύλαξης των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ασθενή που θεωρείται - είναι νεκρός και πρόκειται να γίνει δωρητής οργάνων όσο και από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουμε έναν ασθενή - δυνητικό λήπτη που είναι εγγεγραμμένος σε μία λίστα αναμονής μοσχεύματος για μεγάλο χρονικό διάστημα.

³⁵ Βλ. G. H. Sabine, «*Η ιστορία των πολιτικών θεωριών*», εκδ. Ατλαντίς, Αθήνα, σελ. 496.

³⁶ Βλ. G. H. Sabine, *ό.π.* σελ. 497

Πιο συγκεκριμένα τίθεται το ζήτημα αν μπορούν οι συγγενείς και τα οικεία πρόσωπα ενός ατόμου σε μη αναστρέψιμο κώμα να πειστούν ότι ο άνθρωπος τους είναι νεκρός παρόλο που με μηχανική υποστήριξη συνεχίζεται η λειτουργία των ζωτικών του οργάνων. Και είναι οι ίδιοι οι συγγενείς που θα πρέπει αργότερα να συναινέσουν, αν δεν έχει συναινέσει ο ίδιος ο ασθενής, να δοθούν τα όργανα του ανθρώπου τους για μεταμόσχευση. Διότι αυτό το ιατρικό “παράδοξο” να είναι ένας ασθενής εγκεφαλικά νεκρός και τα ζωτικά του όργανα σε λειτουργία δεν μπορεί εύκολα και άμεσα να γίνει αντιληπτό από ανθρώπους που ίσως δεν είναι σε θέση να το καταλάβουν ή δε θέλουν να το καταλάβουν, για συναισθηματικούς και μόνο λόγους. Και το διεθνές και το ελληνικό δίκαιο ορίζουν ότι η αφαίρεση οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται εφόσον ο ίδιος ο ασθενής έχει δώσει εγγράφως στα αρμόδια όργανα τη συναίνεσή του και με την προϋπόθεση να συναινέσουν και οι οικείοι του, αν ο ίδιος δεν έχει εκφράσει νωρίτερα την επιθυμία του³⁷.

Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, λοιπόν, παρεμβαίνουν και επηρεάζουν κάποιες φορές καθοριστικά την απόφαση να αποδεσμευτεί ένας ασθενής από τη μηχανική υποστήριξη όταν ήδη έχει διαγνωστεί ο εγκεφαλικός του θάνατος³⁸. Ο Robert Veatch διερευνώντας το ζήτημα για το πότε πρέπει οι θεράποντες να αρχίσουν αντιμετωπίζουν έναν ασθενή σα να ήταν νεκρός, και αναφορικά με το ποια είναι η θέση των θεράποντων ιατρών στην περίπτωση ενός ασθενή σε τελικό στάδιο νόσου, καταλήγει στα παρακάτω³⁹. Κάποιες ιατρικές θεραπείες ίσως σταματήσουν αν κάποιος θεωρηθεί κλινικά νεκρός, που δε θα σταματούσαν, αν ο ίδιος άνθρωπος θεωρούνταν ζωντανός, ακόμη και αν ο ίδιος έπασχε από ανίατο νόσημα. Αυτό φυσικά δε σημαίνει ότι άλλες θεραπείες, ανάμεσα σε αυτές συμπεριλαμβάνονται και όλες οι ιατρικές μέθοδοι που διατηρούν ή επιμηκύνουν τη ζωή ενός ανθρώπου, θα τερματίζονταν πριν ή μετά από τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, καθώς αρκετές θεραπείες τερματίζονται πριν από την επέλευση του θανάτου για τεχνικούς λόγους. Σύμφωνα με κάποιους επιστήμονες όμως κάποιες θεραπείες – ιατρικές παρεμβάσεις θεωρούνται σωστό και δίκαιο να διακόπτονται πριν από το θάνατο, ακόμη και αυτές που παρατείνουν τη ζωή του ασθενή, και κάποιες άλλες να συνεχίζονται αν πρόκειται το σώμα του ασθενή να «χρησιμοποιηθεί» για την έρευνα,

³⁷ Βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφ. Γ´ «Αφαίρεση ιστών & οργάνων από νεκρό δότη», άρθρο 12 § 1, 4, ΦΕΚ 174 Α´.

Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 55

³⁸ Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 54

³⁹ Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 54 και εξής.

την εκπαίδευση ή για μεταμόσχευση κάποιων οργάνων⁴⁰. Για κάποιους αυτή η τελευταία ιατρική πρακτική θεωρείται ηθικά αποδεκτή.

Ωστόσο δεν είναι λίγοι οι θεωρητικοί που διατείνονται για το αντίθετο. Αν προσπαθούσαμε να κρίνουμε αυτήν την πρακτική – τακτική από τη σκοπιά της ηθικής φιλοσοφίας, και θέτοντας αυτές υπό το πρίσμα των φιλοσοφικών απόψεων του Κάντ, θα γινόταν εύκολα αντιληπτό ότι πρόκειται για μια μη ηθικά αποδεκτή πράξη. Ο γερμανός φιλόσοφος θεωρούσε ότι εύκολα μπορεί να γίνει κατανοητή και σεβαστή η αναγκαιότητα και συνάμα η ηθική υποχρέωσή μας να μεταχειριζόμαστε τον άλλο άνθρωπο πάντοτε ως σκοπό, ποτέ όμως ως μέσο⁴¹. Αλλά για να ενστερνιστεί κάποιος αυτήν την ηθική αρχή θα πρέπει να απαλλαγεί από κάθε προσωπική επιδίωξη, από κάθε ψυχολογικό κίνητρο, που σκιάζει την καθολική αξία της αρχής αυτής. Από την πλευρά των γιατρών αυτό που, ίσως, επιδιώκεται με την παράταση ζωής με τη μηχανική υποστήριξη των ζωτικών οργάνων ενός εγκεφαλικά νεκρού ασθενή είναι η πρόθεσή τους να πειστούν οι συγγενείς ώστε να συναινέσουν σε μια δωρεά οργάνων του ανθρώπου τους, αλλά και η πιθανότητα να διατηρείται η ζωτικότητα των οργάνων με τη βοήθεια του αναπνευστήρα και κάποιων θεραπειών μέχρις ότου βρεθεί ο κατάλληλος λήπτης.

Στην περίπτωση των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών που πρόκειται να γίνουν δότες οργάνων τα όρια ανάμεσα στο πράττω ηθικά και πράττω για να διαφυλάξω τα συμφέροντα και τη ζωή του λήπτη φαίνονται να είναι οριακά. Ένας πτωματικός δότης οποίος δεν έχει εκφράσει όσο βρίσκεται στη ζωή τη βούλησή του να μεταμοσχευθούν μετά θάνατο τα όργανα του μάλλον βρίσκεται σε μειονεκτικότερη θέση απ' αυτήν του λήπτη. Ο δότης σε τελικό στάδιο νόσου ή με διαγνωσμένο εγκεφαλικό θάνατο δεν έχει τη δυνατότητα, εκ των πραγμάτων, να υπερασπιστεί και να διαφυλάξει τη σωματική του ακεραιότητα αλλά ούτε να ελέγξει καταστάσεις που άμεσα ή έμμεσα τον αφορούν. Μπορεί η κατοχύρωση της εικαζόμενης συναίνεσης, ως προϋπόθεση της αφαίρεσης οργάνων από πτωματικό δότη, να είναι μια παράμετρος που να διευκολύνει γιατρούς και λήπτες ωστόσο δεν υπάρχει κάποιος που θα μπορούσε να επιβεβαιώσει μια τέτοια πιθανότητα από την πλευρά του νεκρού δότη. Ας πάρουμε ως παράδειγμα την περίπτωση ενός νέου ανθρώπου ο οποίος όσο βρίσκεται στη ζωή έχει εκφράσει την αντίθεσή του στη μεταμόσχευση των οργάνων, αυτήν την άποψή του την έχει εκφράσει σε φίλους και μετά από ατύχημα πεθαίνει. Οι γονείς του

⁴⁰ Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 55

⁴¹ Βλ. Πελεγρίνης Ν. Θεοδόσιος, «*Ηθική Φιλοσοφία*», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997, σ. 82

αποφασίζουν να δωρίσουν τα όργανα του παιδιού τους για μεταμόσχευση ωστόσο ο ίδιος ο νεκρός δότης είχε εν ζωή εκφράσει την αντίθεσή του και δεν το γνωρίζουν αυτοί. Ποια επιθυμία και ποια γνώμη θα ληφθεί υπόψη και ποιος είναι αυτός που τελικά η γνώμη του θα υπερισχύσει δεν είναι εύκολα να αποδειχθεί ούτε και κατ' ουδένα τρόπο να στηριχθεί .

Η δραματική έλλειψη οργάνων προς μεταμόσχευση και η πολυάριθμη λίστα αναμονής μοσχεύματος με τους δυνητικούς λήπτες ανά τον κόσμο αποτελούν δύο δεδομένα που φυσικά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο κάποιοι γιατροί ή άλλοι επιστήμονες μεταχειρίζονται τους κλινικά νεκρούς ασθενείς. Εύλογα δημιουργούνται οι συσχετισμοί ότι, σε κάποιες περιπτώσεις, ο εγκεφαλικά νεκρός ασθενής και οι οικείοι του άμεσα με τις αποφάσεις τους επηρεάζουν τη ζωή των δυνητικών ληπτών μέσω του συστήματος κατανομής, που δεν μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να εγγυηθεί για την αντικειμενικότητά του και το αδιάβλητο των νόμιμων διαδικασιών του. Και μπορεί αυτή η υπόθεση για κάποιους επιστήμονες να μην ευσταθεί και να μην έχει κανένα έρεισμα στην πραγματικότητα, ωστόσο πληροφορίες και ειδήσεις προερχόμενες από χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου παρουσιάζουν μια διαφορετική εικόνα απ' αυτήν που θα θέλαμε να πιστεύουμε ότι ισχύει.

Ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια δημοσιοποιούνται πληροφορίες, ειδήσεις και στατιστικά δεδομένα από επίσημους φορείς, που δίνουν μια εικόνα ζοφερής πραγματικότητας⁴². Άνθρωποι υγιείς των αναπτυσσόμενων χωρών, οικονομικά εξαθλιωμένοι, πωλούν σε χαμηλές τιμές το νεφρό τους για να μπορέσουν με το κέρδος που θα έχουν να αντιμετωπίσουν εφήμερα τις ανάγκες τους. Μια τακτική καταδικαστέα από όλους που όμως φαίνεται να μην αντιμετωπίζεται με τη δέουσα προσοχή και αποφασιστικότητα από τους ανθρώπους του ανεπτυγμένου κόσμου που σιωπηλά ανέχονται, αν όχι δέχονται, μια τέτοια πρακτική χωρίς άμεση διάθεση να τερματίσουν αυτές τις αγοραπωλησίες οργάνων και ελπίδας για μια καλύτερη ζωή. Από την άλλη πλευρά στην Κίνα διαρρέουν οι πληροφορίες ότι από τους κρατούμενους που εκτελούνται με θανατική ποινή αφαιρούνται τα μοσχεύματα, τα οποία στη συνέχεια δίνονται σε όσους τα έχουν ανάγκη. Όπως μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτό και σε αυτήν την περίπτωση οι νόμιμες διαδικασίες και ηθικές αρχές δύσκολα φαίνονται να εφαρμόζονται τόσο από την πλευρά της παράνομης και

⁴² Βλ. WHO, Bulletin of the World Health Organization, September 2004, Vol. 82, (9), pp. 693-718, Council of Europe, [Bioethics/texts publics/CDBI/INF/2004/INF (2003) 11REV 2 e organ trafficking replies] , Εφημερίδα «Καθημερινή», 19/9/2003

ανήθικης αφαίρεσης οργάνων από τους εκτελεσθέντες κρατούμενους όσο και από την άγνωστη, ως προς τις διαδικασίες, διάθεση των οργάνων στους κατάλληλους λήπτες. Με αδιαφανείς μεθόδους φαίνεται ότι αυτά τα όργανα δεν φτάνουν στους δυνητικούς λήπτες ακολουθώντας τις διεθνώς οριζόμενες νομικές διαδικασίες, αλλά ίσως εμπλέκονται και άτομα του διεθνές εμπορίου οργάνων που προωθούν και διαθέτουν τα όργανα σε υποψήφιους αγοραστές λήπτες.

Αναμφισβήτητα λοιπόν η βασική αιτία για την εμφάνιση όλων των παραπάνω περιπτώσεων είναι η δραματική έλλειψη διαθέσιμων οργάνων προς μεταμόσχευση σε συνάρτηση με τη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση⁴³. Και αυτή η προβληματική στον χώρο των μεταμοσχεύσεων πρέπει να αντιμετωπιστεί πρωτίστως και με τον επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων κατανομής των μοσχευμάτων στους δυνητικούς λήπτες καθώς και με τη θέσπιση αυστηρότερων νόμων που θα προλαμβάνουν και θα ελέγχουν κάθε περίπτωση άνομης διαδικασίας λήψης και διάθεσης οργάνων.

⁴³ Βλ. Ευρωπαϊκή επιτροπή, Reference: IP/07/718, Date: 30/5/2007
[www.ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organ/oc_organ_eu.]

Κεφάλαιο 2

2. Τα κριτήρια κατανομής μοσχευμάτων όπως ορίζονται από την ελληνική νομοθεσία και τις διεθνείς συμβάσεις.

Παρόλο που η μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων όπως η καρδιά, οι πνεύμονες και οι νεφροί είναι γνωστές στο ευρύ κοινό, η ενημέρωση για τη δυνατότητα μεταμόσχευσης ιστών, όπως δέρμα, οστά, φλέβες και καρδιακές βαλβίδες είναι μόνο στην αρχή της διάδοσής τους. Στην πρώτη δεκαετία του 21^{ου} πρώτου αιώνα η ιατρική πρακτική των μεταμοσχεύσεων ιστών προσδοκεί να αποτελέσει μια σταθερή και γρήγορη θεραπευτική πρακτική για εκατοντάδες ασθενείς. Η προσδοκία αυτή των ιατρών ενισχύεται από το γεγονός ότι σε αντίθεση με τα συμπαγή όργανα, οι ιστοί μπορεί να αφαιρεθούν από έναν πτωματικό δότη και 24 ώρες μετά την επέλευση του θανάτου του. Ο μεγαλύτερος αριθμός συμπαγών οργάνων, από πτωματικούς δότες με επιβεβαιωμένο τον εγκεφαλικό θάνατο ή με καρδιακά προβλήματα, που διατηρείται η ζωτικότητα τους με μηχανική υποστήριξη φτάνει κατά προσέγγιση τις 10,000 με 20,000 κάθε χρόνο. Αντίθετα η δεξαμενή των δυνητικών δοτών ιστών είναι τεράστια, ανέρχεται σε εκατοντάδες χιλιάδες καθώς ένας ιστός από κάθε δότη μπορεί να αξιοποιηθεί σε 50 μέχρι 100 λήπτες, δεδομένο που υπερισχύει κατά πολύ των ποσοστών μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων. Περισσότεροι από 850,000 ιστοί μεταμοσχεύθηκαν το 2002⁴⁴. Στην επιτυχία αυτή συνετέλεσε το γεγονός ότι οι ανοσολογικοί παράγοντες μειώνονται σταδιακά με τη διαδικασία της μεταμόσχευσης ιστών, έτσι σε αντίθεση με τους μεταμοσχευθέντες ασθενείς συμπαγών οργάνων οι λήπτες ιστών δεν υποχρεούνται να λάβουν παράλληλα φαρμακευτική αγωγή για το υπόλοιπο της ζωής τους⁴⁵.

Στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων οι επικρατούσες συνθήκες της διαρκούς έλλειψης διαθέσιμων μοσχευμάτων και τα στατιστικά δεδομένα που αποδεικνύουν τη διατήρηση των μεταμοσχευτικών επεμβάσεων σε χαμηλά επίπεδα δεν αφήνουν περιθώρια αισιοδοξίας για μια ραγδαία μεταστροφή της

⁴⁴ Βλ. Encyclopedia of Bioethics 3rd edition. "Tissue banking and transplantation, ethical issues in", vol.5 T-X, Macmillan Reference USA, Thomson Gale, p. 2511

⁴⁵ Βλ. Encyclopedia of Bioethics 3rd edition, "Tissue banking and transplantation, ethical issues in", Vol. 5 T – X, Macmillan Reference USA, Thomson Gale, σ. 2511

υπάρχουσας κατάστασης. Και ίσως ένας παράγοντας που δυσχεραίνει αυτήν την προσπάθεια είναι η αμφισημία κάποιων παραμέτρων, απαραίτητων σύμφωνα με κάποιους, που καθορίζουν την περαιτέρω συνέχιση μιας μεταμοσχευτικής διαδικασίας.

Μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό ότι η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων δεν αποτελεί αποκλειστικά και μόνο μία ιατρική πράξη, αλλά αντίθετα, σε όλα τα στάδια που προηγούνται και έπονται αυτής, πρέπει να επιδειχθεί μεγάλο ψυχικό σθένος ούτως ώστε να αντιμετωπιστούν τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν. Και αυτό διότι ο πρωτόγνωρα παρεμβατικός τους τρόπος τόσο στους ασθενείς που αναμένουν ένα μόσχευμα όσο και στο σώμα των νεκρών ή ζώντων δοτών, ο καθοριστικός παράγοντας των γρήγορων αποφάσεων που πρέπει να ληφθούν ώστε να διασφαλιστεί ένα επιτυχές αποτέλεσμα για τον ασθενή, η ουσιαστική συναλλαγή μεταξύ ζωής και θανάτου προϋποθέτουν ένα νομικό πλαίσιο ισχυρό και αδιάβλητο και ανθρώπους με υπερβολική δύναμη για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα νομικά και ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν. Αναμφίβολα, λοιπόν, οι μεταμοσχεύσεις εγείρουν ένα πλήθος ερωτημάτων και ζητημάτων ηθικών και νομικών ακριβώς λόγω της άρρηκτης συσχέτισής τους με τα ζητήματα ζωής και θανάτου των άμεσα εμπλεκόμενων ατόμων (δοτών & ληπτών), του ανθρώπινου αυτεξούσιου στο σώμα τους, το δικαίωμα στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των δυνητικών ληπτών. Συνάμα ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια και στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του ατόμου επηρεάζει καθοριστικά την τελική απόφαση αυτών που εμπλέκονται σε όλη αυτή την ιατρική πρακτική.

Εκείνο που γίνεται σαφές από τα παραπάνω είναι ότι, όλα αυτά τα ζητήματα δεοντολογικά, ηθικά και νομικά που ανακύπτουν, δημιουργούν σε πολλές περιπτώσεις σύγκρουση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των δυνητικών ληπτών που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα αναμονής μοσχεύματος του ΕΟΜ. Και ο Έλληνας νομοθέτης καλείται να προβεί σε νομοθετικές και συνταγματικές ρυθμίσεις οι οποίες να κινούνται στον άξονα του σεβασμού της αξιοπρέπειας του ατόμου, στην προστασία του δικαιώματος στη ζωή και την υγεία και της ισορροπίας των ανθρωπίνων σχέσεων.

Το ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο 5 παρ. 5 αναφέρει ότι: « καθένας έχει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων ». Το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος υποχρεώνει το κράτος να μεριμνά για την

υγεία των πολιτών. Ως υγεία θα μπορούσε να οριστεί «η φυσική κατάσταση του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανής να μειώσει τη φυσιολογική δραστηριότητά του». Άρα ένα άτομο κρίνεται υγιές, όταν δε συντρέχει κάποια από τις περιπτώσεις, τις οποίες η ιατρική χαρακτηρίζει ως ασθένειες⁴⁶. Και αυτός ο ορισμός άμεσα αφορά τους ασθενείς που χρήζουν άμεσης μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων, καθώς η κατάσταση της υγείας τους λόγω της υπολειτουργίας ή της μη λειτουργίας κάποιου ζωτικού οργάνου δεν τους επιτρέπει εκ των πραγμάτων να έχουν μια φυσιολογική ζωή ή ανάπτυξη, αν πρόκειται για παιδιά, και εξέλιξη, αν πρόκειται για ενήλικες, όπως επίσης και διάφορες κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, όπως όλοι οι υπόλοιποι υγιείς άνθρωποι. Τόσο σε ιδιωτικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο αυτοί οι άνθρωποι θα αντιμετωπίζουν προβλήματα που θα δυσχεραίνουν και την ποιότητα της ζωής τους, συνάμα και τον τρόπο ζωής τους. Τα προβλήματα υγείας ανέκαθεν αποτελούσαν ανασταλτικό παράγοντα στη ζωή και την πορεία ενός ανθρώπου, και τα κοινώς λεγόμενα «σοβαρά προβλήματα υγείας» είναι αυτά που επηρεάζουν άμεσα και την ψυχολογία του ατόμου δρώντας έτσι καθοριστικά στις αποφάσεις και τις επιλογές του καθενός. Με την ανακάλυψη της δυνατότητας μεταμόσχευσης ενός ανθρώπινου οργάνου σε άνθρωπο διαφάνηκε η ελπίδα της αλλαγής αυτής της κατάστασης και της ανατροπής όλων αυτών των ισχυόντων δεδομένων μέχρι σήμερα.

Θεματοφύλακας και κύριος υπεύθυνος της νόμιμης και ισόνομης διασφάλισης των διαδικασιών μιας τόσο σοβαρής υπόθεσης, με χαρακτήρα καθαρά παρεμβατικό στη ζωή του ανθρώπου και την υγεία του, δεν μπορεί να είναι άλλος παρά το ίδιο το κράτος. Σε όλα τα κράτη οι αρμόδιες επίσημες αρχές και εξουσίες δραστηριοποιούνται και λειτουργούν με γνώμονα την απρόσκοπτη λειτουργία των θεσμών του δικαίου και της πρόνοιας, οι οποίες διασφαλίζουν τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα όλων ανεξαιρέτως των πολιτών τους.

Το ελληνικό κράτος υποχρεώθηκε την τελευταία δεκαετία να εναρμονιστεί με τις κοινοτικές οδηγίες και τις διεθνείς συμβάσεις ιατρικών ζητημάτων που έχει υπογράψει και κυρώσει, και συνεχίζει να δραστηριοποιείται και να δημιουργεί την κατάλληλη υποδομή και τις κατάλληλες συνθήκες παροχής υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες να διασφαλίζουν, όχι μόνο στο επίπεδο της θεραπείας αλλά και της πρόληψης, όλες εκείνες τις ιατρικές υπηρεσίες και μεθόδους, που θα εγγυώνται

⁴⁶ Βλ. Κ. Σ. Χρυσόγονος, «Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα», εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή 2002, σ. 514

την προάσπιση της ασφάλειας και της υγείας των πολιτών. Το ίδιο το σύνταγμα με τις διατάξεις και τις αρχές που προβλέπει στα επιμέρους άρθρα τού καθορίζει και υποδεικνύει τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του κράτους απέναντι στους πολίτες του, εν προκειμένω στον τομέα της υγείας. Το δικαίωμα στη υγεία εντάσσεται στα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα και το ίδιο το Σύνταγμα δεσμεύει την πολιτεία να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα που θα επιτρέπουν την άμεση διαφύλαξη και προάσπισή του για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου φύλου, φυλής, θρησκείας, πολιτικών – ιδεολογικών πεποιθήσεων και κοινωνικής – οικονομικής κατάστασης (άρθρο 5 παρ. 2, 5). Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας και οποιαδήποτε προσπάθεια βλάβης της υγείας ενός ατόμου απαγορεύεται και τιμωρείται με βάση τα άρθρα του Συντάγματος (άρθ. 2 παρ. 1 και άρθ. 7 παρ. 2).

Πέραν όμως του ελληνικού Συντάγματος, η χώρα μας δεσμεύεται νομικά να υποστηρίζει και να προστατεύει όλους τους πολίτες της στα θέματα υγείας, έπειτα από την υπογραφή και την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδου για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, καί από την ίδια και από το πρόσθετο πρωτόκολλό της που αφορά τις μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων οργάνων και ιστών.

Το πρόσθετο πρωτόκολλο της σύμβασης του Οβιέδου για τις μεταμοσχεύσεις, υποχρεώνει τα μέρη που έχουν υπογράψει και έχουν κυρώσει την αρχική Σύμβαση, να εγγυηθούν την ύπαρξη ενός συστήματος υγείας το οποίο θα παρέχει δίκαιη και απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για περιπτώσεις μεταμόσχευσης σε όλους τους ασθενείς (Κεφ. ΙΙ, άρθρο 3). Τα προσφερόμενα όργανα και οι ιστοί οφείλουν να διατίθενται μόνο μεταξύ των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι στον επίσημο κατάλογο αναμονής που συντάσσει και τηρεί ο ΕΟΜ, σύμφωνα με διαφανείς, αντικειμενικούς και δεόντως αιτιολογημένους κανόνες σύμφωνους με τα **ιατρικά κριτήρια** ⁴⁷.

Η ανάγκη θεσμοθέτησης αυστηρότερων κανόνων επιλογής του λήπτη ανέκυψε και έγινε πιο επιτακτική από τη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση μοσχευμάτων χωρίς κανείς να μπορεί παράλληλα να εξασφαλίσει επάρκεια, που να καλύπτει τη μεγάλη ζήτηση⁴⁸. Στη χώρα μας παρουσιάζεται το φαινόμενο, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, οι πολίτες να αγνοούν ή και να μη δίνουν βαρύτητα σε

⁴⁷ Βλ. Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. Κεφ. 2, άρθ. 3

⁴⁸ Βλ. Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 12/10/2003, Εφημερίδα «Μακεδονία», 27/11/2007, WHO, “Bulletin of the world health organization”, September 2004 (82) 9, p.715

ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, τόσο στο υπαρκτό και διαρκώς διογκούμενο πρόβλημα της έλλειψης οργάνων και της αναγκαίας μεταμόσχευσης ανθρώπινων ιστών και οργάνων σε ασθενείς με σοβαρή οργανική ανεπάρκεια, όσο και τις δυνατότητες σωτηρίας και βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω αυτής της ιατρικής μεθόδου.

Στην Ελλάδα ο νόμος 2737 που ψηφίστηκε το 1999 ουσιαστικά αποτελεί την αποδοχή από μέρος μας του πρόσθετου πρωτοκόλλου για τις μεταμοσχεύσεις της σύμβασης του Οβιέδου Στο σύνολο του ο εν λόγω νόμος ενσωματώνει όλες τις αποφάσεις και άρθρα του πρωτοκόλλου χωρίς ωστόσο να έχει κατορθώσει ο έλληνας νομοθέτης να αποφύγει να συμπεριλάβει κάποιες διατάξεις που αποκλίνουν από τις κατευθυντήριες γραμμές του πρωτοκόλλου. Πιο συγκεκριμένα στο νόμο προσδιορίζονται όλες οι παράμετροι που προηγούνται μιας μεταμόσχευσης και όλα τα ιατρικά, νομικά δεδομένα και κριτήρια που καλύπτουν το σύνολο της διαδικασίας της μεταμόσχευσης και αφορούν ζώντες και πτωματικούς δότες και τους δυνητικούς λήπτες . Επίσης σε χωριστά κεφάλαια επισημαίνονται και διασαφηνίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία που ακολουθείται αν πρόκειται για πτωματικό ή ζώντα δότη. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι τα κριτήρια με βάση τα οποία γίνεται η κατανομή των διαθέσιμων μοσχευμάτων στους δυνητικούς λήπτες καταγράφονται στο άρθρο 7 παράγραφος 3. Τα μόρια που αντιστοιχούν σε κάθε κριτήριο, ώστε να μπορεί ο εγγεγραμμένος υποψήφιος λήπτης στην εθνική λίστα να γνωρίζει το σύνολο των μορίων του εάν το επιδιώξει, ορίζονται με προγενέστερη υπουργική απόφαση του 1996, την υπ' αριθμόν Υ4δ/8874.

Όλες οι διατάξεις και τα άρθρα του νόμου είναι διατυπωμένα σαφώς και με μια πρώτη ανάγνωση δε φαίνεται να μπορούν να παρερμηνευθούν. Ωστόσο με μια προσεκτικότερη ανάγνωση του νόμου μπορούν να εντοπιστούν σημεία, κυρίως στην παράγραφο που αφορά τα κριτήρια κατανομής, που χρήζουν περαιτέρω νομικής αποσαφήνισης, καθώς ούτε η υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996 που ουσιαστικά συνοδεύει και συμπληρώνει το νόμο για τις μεταμοσχεύσεις δεν τα διασαφηνίζει.

Με το άρθρο 1 του ν. 2737/99 επιτρέπεται η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντες και πτωματικούς δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση σε άλλους ασθενείς, που έχουν ενταχθεί στο Εθνικό Μητρώο δυνητικών ληπτών, εφόσον πληρούν τα βασικά ιατρικά κριτήρια επιλογής για μεταμόσχευση κάποιου οργάνου. Η αφαίρεση ενός οργάνου από ζώντα ή πτωματικό δότη γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και σε κάθε άλλη περίπτωση απαγορεύεται(Κεφάλαιο Α', άρθρο 1, Κεφ. Γ', άρθρο 12,

παρ. 1). Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους δυνητικούς λήπτες διενεργείται με βάση το όργανο που πρόκειται να μεταμοσχευθεί και τα κριτήρια που έπονται της εξεύρεσης αυτού (Ν. 2737/99, άρθ. 7 §3). Η πολιτεία με μια σημαντική υπουργική απόφαση (Υ4Δ/8874/1996, Φ.Ε.Κ. 25¹⁵ Οκτωβρίου 1996, Τεύχος Β΄, Φύλλο 973, σ. 10110) υιοθέτησε ένα “μοριοποιημένο σύστημα πολλαπλών” κριτηρίων για την τελική επιλογή του λήπτη. Το μοριοποιημένο σύστημα πολλαπλών κριτηρίων που εφαρμόζεται στην Ελλάδα για την κατανομή των μοσχευμάτων σύμφωνα με το άθροισμα των μορίων ανά κριτήριο του καθενός λήπτη είναι ίδιο με αυτό της Eurotransplant. Το ευρωπαϊκό σύστημα κατανομής μοσχευμάτων διαθέτει τα όργανα και τους ιστούς σε ασθενείς εγγεγραμμένους σε επίσημη λίστα με βάση τα μόρια που αθροιστικά συγκεντρώνει κάθε δυνητικός λήπτης . Με μέγιστο άθροισμα μορίων για κάθε υποψήφιο λήπτη τα 400, σε κάθε ασθενή υπολογίζονται τα μόρια που αντιστοιχούν σε κάθε κριτήριο τις προϋποθέσεις του οποίου πληροί, ή ολόκληρος ο βαθμός που αντιστοιχεί σε αυτό ή κλάσμα του βαθμού για ορισμένα κριτήρια.

Σε προηγούμενες ελληνικές νομοθετικές ρυθμίσεις και υπουργικές αποφάσεις δίνονταν βαρύτητα κυρίως στην ιστοσυμβατότητα ανάμεσα σε δότη και λήπτη. Συνεπώς οι υποψίες για υποκειμενική διάκριση των ασθενών δεν μπορούσαν να αποκλειστούν ούτε και οι υπόνοιες για οικονομικές παραμέτρους που εμπλέκονταν στη συναλλαγή μεταξύ ζωής και θανάτου μπορούσαν να εξαλειφθούν. Επιπρόσθετος παράγοντας που ενέτεινε τις αμφιβολίες ήταν και η έλλειψη ενός εθνικού συστήματος κατανομής των μοσχευμάτων με αντικειμενικές και αδιάβλητες διαδικασίες κατανομής . Ο ΕΟΜ ιδρύθηκε το 1999 και οι όροι λειτουργίας του καθώς επίσης και οι αρμοδιότητές του περιέχονται και προσδιορίζονται στο νόμο 2737/1999 (Κεφ. Δ΄, Άρθρο 15-19) , μέχρι τότε την εποπτεία και τον έλεγχο των μεταμοσχευτικών επεμβάσεων και τις διαδικασίες κατανομής των μοσχευμάτων είχε το Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων [ΕΣΜ]⁴⁹.

Ο νόμος 2737/99 αποτέλεσε βασικά τη συνέχεια της προαναφερθείσας υπουργικής απόφασης με περισσότερες λεπτομέρειες και επισημάνσεις, που διασαφηνίζουν το γενικό ιατρικό και νομοθετικό πλαίσιο που πρέπει να διέπει τη διαδικασία μιας μεταμοσχευτικής επέμβασης. Οι σχετικά πρόσφατα τεθειμένοι κανόνες αποσκοπούσαν στην κατά το εφικτό ευμενέστερη μεταχείριση των υποψηφίων δυνητικών ληπτών ανεξάρτητα από φύλο, θρησκεία, φυλή, οικονομική

⁴⁹ Βλ. ΦΕΚ 973, Υ4δ/8874/ 25 Οκτωβρίου 1996

κατάσταση, φιλοσοφικές και πολιτικές πεποιθήσεις. Επιπρόσθετα, επιδιώκουν να διατηρήσουν τη συνταγματική αρχή της ισότητας των πολιτών πάντα σε συνάρτηση με το έννομο αγαθό της υγείας, παρέχοντας σε όλους τις ίδιες πιθανότητες αποκατάστασής της, και τέλος τη διατήρηση μιας πολύ λεπτής ισορροπίας σε ζεύγη εννοιών που χρήζουν η καθεμία χωριστά σεβασμού και κατοχύρωσης όπως : βαθμός ιστοσυμβατότητας/ αναμονή ασθενούς ή επείγουσα επέμβαση / μακροβιότητα⁵⁰.

Ο ΕΟΜ τηρεί το εθνικό μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί από τον προμεταμοσχευτικό έλεγχο ότι είναι στην κατάλληλη κατάσταση για μεταμόσχευση και κατανέμει τα μοσχεύματα στους δυνητικούς λήπτες με βάση τα κριτήρια που ορίζονται στο νόμο 2737 /1999 και των ανάλογων μορίων που αντιστοιχούν σε καθένα απ' αυτά της υπουργικής απόφασης.

Πρέπει να επισημανθεί ότι για την κατανομή των μοσχευμάτων λαμβάνονται υπόψη και οι διατάξεις του νόμου 2737/1999 και η υπουργική απόφαση Υ4δ/8874 /1996. Ο νόμος 2737/1999 ισχύει για την κατανομή των μοσχευμάτων που αφορούν τους νεφρούς ενώ με βάση την υπουργική απόφαση του 1996, σύμφωνα με τα κριτήρια της ιστοσυμβατότητας, της ομάδας αίματος και του χρόνου αναμονής στη λίστα αναμονής⁵¹, κατανέμονται τα υπόλοιπα συμπαγή όργανα.

Σύμφωνα με τις διατάξεις των παραπάνω νομικών κειμένων κάθε μεταμόσχευση οργάνου ή ιστού από ζώντα ή πτωματικό δότη θα πρέπει να πραγματοποιείται στον εκάστοτε δυνητικό λήπτη με κριτήριο κατανομής του διαθέσιμου μοσχεύματος: **α)** την ομάδα αίματος, **β)** την ιστοσυμβατότητα, **γ)** το ιατρικώς πιστοποιούμενο επείγον της επέμβασης, **δ)** το χρόνο αναμονής στο μητρώο, **ε)** την ηλικία, **στ)** το σωματικό βάρος, **ζ)** την εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης (Ν. 2737/99, άρθ. 7 παρ. 3). Η σειρά με την οποία καταγράφονται τα κριτήρια κατανομής των μοσχευμάτων δεν είναι κι αυτή η οποία πρέπει να τηρηθεί για την κατάταξη ενός ασθενή στην εθνική λίστα. Ο νομοθέτης χωρίς να αναφέρεται σαφώς ή να υπονοεί σε κάποιο άλλο άρθρο ή παράγραφο του εν λόγω νόμου την αναγκαιότητα τήρησης της συγκεκριμένης σειράς με την οποία παρατίθενται τα κριτήρια, δε φαίνεται αρχικά αποκλείει κάποιον ασθενή από τη δυνατότητα λήψης του αναγκαίου γι' αυτόν μοσχεύματος, ούτε να είναι καθαυτή η σειρά των κριτηρίων αυστηρά περιοριστική ή απαγορευτική για τον

⁵⁰ Βλ. Μαρίνος Γ. Κούρτης, «*Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων*», εκδ. Δίκαιο και Οικονομία Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα- Κομοτηνή, σ. 128

⁵¹ Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως αριθμός φύλλου 973, 25/10/1996, Κεφάλαιο Β' .

οποιοδήποτε δυνητικό λήπτη. Κι αυτό γιατί στη χώρα μας η διαθεσιμότητα των ανθρωπίνων οργάνων και ιστών είναι τουλάχιστον ανεπαρκής, αν όχι ανύπαρκτη, με αποτέλεσμα να πρέπει να εξετάσουμε αρχικά τις δυνατότητες εξεύρεσης μοσχεύματος και στη συνέχεια να προβούμε σε αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων κατανομής τους, καθώς τόσο οι ασθενείς όσο και οι δότες δε δίνουν τη δέουσα βαρύτητα και σοβαρότητα αρκετές φορές σ' αυτή τη θεραπευτική μέθοδο, λόγω της δεδομένης έλλειψης μεταμοσχεύσιμων οργάνων.

Μολονότι, το «μοριοποιημένο σύστημα βαθμολόγησης» παρουσιάστηκε ως το μοναδικό μέσο διασφάλισης της αντικειμενικότητας και της διαφάνειας των διαδικασιών επιλογής των ληπτών και της κατανομής των διαθέσιμων μοσχευμάτων, οχτώ χρόνια μετά την ψήφιση και την ενεργοποίηση του ν. 2737/99, δεν έχει ψηφιστεί κάποια διάταξη, ούτε έχει επισημανθεί σε κάποιο επίσημο κρατικό έγγραφο, η σειρά ιεράρχησης των προαναφερθέντων κριτηρίων κατανομής και ο ακριβής αριθμός ή το ποσοστό των μορίων που δίνονται στον εκάστοτε δυνητικό λήπτη για τα κριτήρια του οποίου καλύπτει τις προϋποθέσεις ο ασθενής. Μπορούμε να εικάσουμε μόνο ότι για κάθε ένα από τα κριτήρια ο ασθενής λαμβάνει κάποια μόρια από μια δέσμη στοιχείων, όπως α) ανοσιολογικά (ομάδα αίματος – ιστοσυμβατότητα), β) παιδική ή εφηβική ηλικία, γ) χρόνος αναμονής στη λίστα, δ) υπερευαισθητοποίηση ασθενών με ιατρικές προτεραιότητες, δηλαδή όσοι ασθενείς είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα για δύο όργανα με το ένα τουλάχιστον ζωτικής σημασίας. Σοβαρά επίσης λαμβάνονται υπόψη και μορφολογικοί παράγοντες, που σχετίζονται με το μέγεθος και το σχήμα του μοσχεύματος⁵². Η οριστική επιλογή του λήπτη αποφασίζεται τεκμηριωμένα από τη μεταμοσχευτική ομάδα. Εύλογα λοιπόν γίνεται αντιληπτό ότι με το συγκεκριμένο σύστημα προσδιορισμού μορίων και κατανομής μοσχευμάτων περιορίζονται οι πιθανότητες εμφάνισης δύο υποψηφίων με τον ίδιο ακριβώς αριθμό μορίων.

Ο τρόπος υπολογισμού των μορίων των δυνητικών ληπτών έχει ως ένα βαθμό καθοριστεί και κατοχυρωθεί νομικά με την υπουργική απόφαση Υ4δ/8874 του 1996. Η υπουργική όμως απόφαση του 1996, όπως γίνεται αντιληπτό προηγείται χρονολογικά του νόμου 2737 για τις μεταμοσχεύσεις του 1999, και δεν προσδιορίζει συγκεκριμένο αριθμό μορίων, ούτε και τον τρόπο υπολογισμού τους, για τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη για τη διάθεση ενός οργάνου και ανάμεσα στα άλλα

⁵² Βλ. Μαρίνος Γ. Κούρτης, ό.π. σ. 129

ιατρικώς και κλινικά πιστοποιούμενα, είναι αυτά α) της ηλικίας για ενήλικες λήπτες, β) το σωματικό βάρος, γ) η εγγύτητα του τόπου λήψης μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Επειδή δεν έχει ψηφισθεί καμία νεότερη υπουργική απόφαση που να αντικαταστήσει την ήδη υπάρχουσα και ισχύουσα, η τελευταία εξακολουθεί να ισχύει για τον υπολογισμό των μορίων κάθε λήπτη ανά κριτήριο. Πιο απλά για να μεταμοσχευθεί ένα όργανο σ' έναν λήπτη θα πρέπει αυτός να καλύπτει όλα τα οριζόμενα κριτήρια του νόμου 2737/ 1999 και παράλληλα να συγκεντρώνει το μεγαλύτερο αριθμό μορίων από όλους του άλλους εγγεγραμμένους στην εθνική λίστα του ΕΟΜ. Αυτό όμως που δεν είναι σαφές είναι τα μόρια που δίνονται για τα προαναφερόμενα τρία κριτήρια σε κάθε δυνητικό λήπτη. Και μπορεί, για παράδειγμα, το σωματικό βάρος να μην αποτελεί ένα κριτήριο εύκολα προσδιοριζόμενο και υπολογίσιμο στην κλίμακα των μορίων, γι' αυτό και δεν έχει καταγραφεί ο αριθμός των μορίων που αντιστοιχούν σ' αυτό, όμως στον αντίποδα όλων αυτών αποτελεί ένα κριτήριο του νόμου 2737 που προσμετράται με τα υπόλοιπα και ανάλογα ευνοεί ή αποκλείει ένα δυνητικό λήπτη από την επικείμενη μεταμόσχευση. Επιπρόσθετα, τα κριτήρια του σωματικού βάρους, της γεωγραφικής θέσης, και της ηλικίας των ενηλίκων δυνητικών ληπτών δεν αποτελούν αμιγώς ιατρικά κριτήρια, επομένως η εν λόγω διάταξη του νόμου αντιβαίνει την αρχή του πρόσθετου πρωτοκόλλου για της μεταμοσχεύσεις της σύμβασης του Οβιέδου η οποία ορίζει σαφώς ότι τα κριτήρια κατανομής των μοσχευμάτων πρέπει να διατίθενται σύμφωνα με διαφανείς αντικειμενικούς και δεόντως αιτιολογημένους κανόνες σύμφωνα με τα ιατρικά κριτήρια⁵³

Ουσιαστικά λοιπόν ο τρόπος διάθεσης των μοσχευμάτων γίνεται με βάση το νόμο 2737 του 1999 και την υπουργική απόφαση του 1996 χωρίς αυτά τα δύο νομικά και δεσμευτικά για τους γιατρούς κείμενα να διασαφηνίζουν κάποιες ουσιαστικές και καθοριστικές λεπτομέρειες που προηγούνται μιας μεταμόσχευσης και επηρεάζουν άμεσα τις τελικές αποφάσεις των ίδιων και τη ζωή των ληπτών.

Η βασική παράμετρος της υπουργικής απόφασης του 1996 είναι ότι τα πτωματικά μοσχεύματα νεφρών διατίθενται αποκλειστικά και μόνο με το μοριοποιημένο σύστημα βαθμολόγησης των υποψηφίων ληπτών, των καταγεγραμμένων στην εθνική λίστα έπειτα την υποβολή τους σε προμεταμοσχευτικό έλεγχο και την ένδειξη των υπευθύνων ιατρικών ομάδων «κατάλληλος προς

⁵³ Βλ. Πρόσθετο Πρωτόκολλο της σύμβασης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, 24/1/2002, Κεφ. ΙΙ, άρθρο 3.

μεταμόσχευση»⁵⁴. Η εγγραφή ενός ασθενή στη εθνική λίστα δυνητικών ληπτών γίνεται έπειτα από τον πρώτο προμεταμοσχευτικό έλεγχο από μια μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής και το θεράποντα ιατρό τους, με βάση κριτήρια συναγόμενα από την ιατρική επιστήμη και δεοντολογία⁵⁵. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στην αναφορά του νόμου ότι σε κάθε περίπτωση και σε κάθε δραστηριότητα και ιατρική παρέμβαση που προηγείται και εξακολουθεί μίας μεταμοσχευτικής διαδικασίας οι εμπλεκόμενοι ιατροί δεν είναι ποτέ τα ίδια πρόσωπα. Δηλαδή ο νόμος ορίζει σαφώς ότι οι γιατροί οι οποίοι πιστοποιούν τον εγκεφαλικό θάνατο ενός ασθενή στη ΜΕΘ δεν είναι οι ίδιοι με αυτούς που κάνουν την αφαίρεση των οργάνων, τις επακόλουθες διαδικασίες μεταμοσχεύσεις και τους υπευθύνους για τη φροντίδα των υποψηφίων ληπτών⁵⁶. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να τονιστεί ότι η διαδικασία της αφαίρεσης των οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται εφόσον ο δότης ή οικείοι του έχουν συναινέσει και σ' αυτήν την περίπτωση εξακολουθεί η τεχνητή υποστήριξη για τη διατήρηση της ζωτικότητας των οργάνων μέχρις ότου βρεθεί ο κατάλληλος λήπτης.

Ο τρόπος δήλωσης της συναίνεσης του δότη μπορεί να δοθεί μ' έναν από τους τρόπους που ορίζονται στο νόμο 2737/1999 και είναι ελεύθερα ανακλητή σε κάθε περίπτωση⁵⁷

Ως προς την επιλογή των καταλληλότερων ληπτών από την εθνική λίστα, αυτή αφορά αποκλειστικά και μόνο την κατανομή μοσχευμάτων νεφρών και γίνεται με βάση το μοριοποιημένο σύστημα βαθμολόγησης του κάθε υποψηφίου ασθενή σε σχέση πάντα με το εκάστοτε διατιθέμενο μόσχευμα. Η εθνική λίστα απαρτίζεται από όλες τις τοπικές λίστες, οι οποίες με τη σειρά τους διαχωρίζουν τους δυνητικούς λήπτες σε ελεύθερους και υπερευαισθητοποιημένους ασθενείς. Υπερευαισθητοποιημένοι ασθενείς θεωρούνται αυτοί που έχουν αναπτύξει κυτταροτοξικά αντισώματα πάνω από 75% έναντι των αντιγόνων του δότη και προηγούνται των υπολοίπων ασθενών στην εθνική λίστα για μια μεταμόσχευση νεφρού. Ο έλεγχος του συστήματος λειτουργίας βαθμολογημένης μοριοποίησης της εθνικής λίστας έχει ανατεθεί σε εννεαμελή επιτροπή δεοντολογίας που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και ύστερα από πρόταση του ΕΟΜ. Στην επιτροπή αυτή ανατίθεται η κατ' έτος αξιολόγηση του εφαρμοζόμενου συστήματος και η αναπροσαρμογή του όποτε κρίνεται αναγκαία. Τα ονόματα όλων των υποψηφίων

⁵⁴ Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, Κεφάλαιο Α' «Γενικές αρχές».

⁵⁵ βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφάλαιο Α' άρθρο 7 παραγρ. 1.

⁵⁶ Βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφάλαιο Γ' άρθρο 12 παραγρ. 6.

⁵⁷ Βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφ. Β', άρθρο 10.

ληπτών μοσχεύματος νεφρού, αξιολογημένοι ως κατάλληλοι προς μεταμόσχευση, καταγράφονται σε μια βάση δεδομένων, ένα λογισμικό πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή με βάση το οποίο υπολογίζονται αυτόματα τα καταχωρημένα δεδομένα των δυνητικών ληπτών και κατανέμονται τα διαθέσιμα μοσχεύματα. Πριν καταχωρηθούν τα ιατρικά δεδομένα του πτωματικού δότη στο ηλεκτρονικό πρόγραμμα της εθνικής λίστα, όταν βρεθεί ένα νεφρικό μόσχευμα, για να επιλεγεί ο τελικός λήπτης, εμφανίζονται όλοι οι δυνητικοί λήπτες «ταξινομημένοι» ανάλογα με το σύνολο των βαθμών τους. Η τελική επιλογή του λήπτη δε γίνεται με συνισταμένη το υψηλότερο σύνολο βαθμών σε σειρά προτεραιότητας, με βάση το σύνολο των βαθμών που συγκεντρώνουν από τα κριτήρια εγγραφής στη λίστα. Τα πρωτεύοντα κριτήρια, το άθροισμα των οποίων αποτελούν το σύνολο των βαθμών ενός λήπτη, είναι η ομάδα αίματος, τα κοινά αντιγόνα και ο χρόνος παραμονής στη λίστα. Για παράδειγμα μπορεί στην εθνική λίστα να είναι εγγεγραμμένος ένας ασθενής που για δέκα χρόνια βρίσκεται στην αιμοκάθαρση και έχει δύο αντιγόνα συμβατά με τον πτωματικό λήπτη και κάποιος άλλος ασθενής με ένα χρόνο στην αιμοκάθαρση και τρία αντιγόνα συμβατά με το λήπτη, αυτός που τελικά θα επιλεγεί από τους δύο θα είναι αυτός με τη μεγαλύτερη χρονική παραμονή στην αιμοκάθαρση καθώς τα μόρια που λαμβάνει από το χρόνο αναμονής στη λίστα είναι περισσότερα έναντι των άλλων προσμετρούμενων κριτηρίων. Είναι λοιπόν δυνατόν ένας ασθενής να κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις σε σειρά κατάταξης στην εθνική λίστα, όταν όμως εισαχθούν τα κλινικά δεδομένα του πτωματικού δότη τότε μπορεί να βρεθεί σε μία από τις χαμηλότερες θέσεις. Κι αυτό γιατί το κριτήριο που κρίνει την τελική επιλογή του λήπτη δεν είναι αποκλειστικά και μόνο αυτό της ιστοσυμβατότητας, η οποία φυσικά αποτελεί μια βασική παράμετρο, αλλά και η χρονική παραμονή στη λίστα.

Για να γίνει πιο σαφής και κατανοητός ο τρόπος κατανομής των νεφρικών μοσχευμάτων με βάση το ελληνικό σύστημα θα πρέπει να επισημάνουμε επιπλέον τα εξής, ότι πρώτα εξάγονται και υποδεικνύονται από την εθνική λίστα του EOM οι δύο ή τρεις δυνητικοί λήπτες με κριτήριο καθαρά το σύνολο των βαθμών τους και έπειτα ακολουθεί ο έλεγχος της ιστοσυμβατότητας [cross match] μεταξύ πτωματικού δότη και λήπτη. Κατά τον έλεγχο του cross match ελέγχεται αν οι ιστοί του δότη ταιριάζουν ή αν αντιδρούν με το αίμα του λήπτη για να αποδειχθεί αν η μεταμόσχευση του νεφρού μπορεί να συνεχιστεί ή αν το μόσχευμα θα απορριφθεί από τον οργανισμό του λήπτη. Στην περίπτωση που υπάρξει αντίδραση το cross match χαρακτηρίζεται θετικό όποτε το μόσχευμα θα απορριφθεί από το λήπτη. Αν το

cross match βγει αρνητικό, δηλαδή δεν υπάρξει αντίδραση μεταξύ των ιστών του δότη και του αίματος του λήπτη η μεταμόσχευση μπορεί να ακολουθήσει. Υπάρχει βέβαια και η πιθανότητα να υπάρξει πλήρης ιστοσυμβατότητα οπότε τότε αποδεικνύεται το full cross match.

Όσον αφορά το κριτήριο της ιστοσυμβατότητας και γι' αυτό έχει καθοριστεί ένας αριθμός βαθμών ανά περίπτωση ιστοσυμβατότητας, δηλαδή αν υπάρχει πλήρης ιστοσυμβατότητα (full cross match) ο λήπτης βαθμολογείται με 10 βαθμούς ενώ οι υπόλοιποι κατά σειρά ιστοσυμβατότητας βαθμολογούνται με επτά (7) έως δύο (2) βαθμούς. Κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες να εμφανιστούν στην πρώτη θέση της λίστας δύο δυνητικοί λήπτες με το ίδιο άθροισμα βαθμών. Ωστόσο σύμφωνα με την ιατρική τακτική των γιατρών σε κάθε περίπτωση που διατίθεται ένα μόσχευμα από πτωματικό δότη καλούνται στο εκάστοτε μεταμοσχευτικό κέντρο, έπειτα από τις αρχικές διαδικασίες επιλογής, δύο ή τρεις δυνητικοί λήπτες οι οποίοι ετοιμάζονται για τον τελικό έλεγχο ιστοσυμβατότητας και μέχρι την τελευταία στιγμή δεν γνωρίζουν οι ίδιοι οι ασθενείς ποιος από τους δύο ή τρεις θα λάβει το μόσχευμα. Σε αυτήν την περίπτωση αυτός ο οποίος τελικά δεν επιλέγεται, απορρίπτεται καθαρά για κάποιον ιατρικό λόγο σύμφωνα με τα κλινικά δεδομένα των γιατρών. Το ερώτημα όμως που προκύπτει είναι το κατά πόσο είναι εύκολο ένας ασθενής να δεχτεί την τελική απόρριψή του από την πιθανότητα της μεταμόσχευσης, όταν ο λόγος για τον οποίο έχει κληθεί στο μεταμοσχευτικό κέντρο είναι σαφώς η τελευταία. Και μπορεί η εμφάνιση μιας αδιαθεσίας ή πυρετού να απαγορεύει τη μεταμόσχευση, σε κάθε άλλη ωστόσο περίπτωση τα ιατρικά δεδομένα του εκάστοτε δυνητικού λήπτη βρίσκονται καταχωρημένα στη λίστα του EOM οπότε ο ασθενής θεωρεί τις πιθανότητες να μεταμοσχευτεί ο ίδιος ισόποσες με τον άλλο ασθενή που έχει κληθεί και τελικά λαμβάνει το μόσχευμα. Δεν μπορούμε σε καμία περίπτωση να υποστηρίξουμε ότι ασθενής εξαπατάται ή ταλαιπωρείται αναίτια από τους γιατρούς, αυτό όμως που θα μπορούσαμε να διερευνήσουμε είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις και το αν αυτές επιβαρύνουν περαιτέρω την υγεία ενός ασθενή από την τελική απόρριψή του από την επικείμενη μεταμόσχευση

Πέραν όμως της ιστοσυμβατότητας που αποτελεί έναν απαραίτητο παράγοντα για την τελική επιλογή ενός λήπτη νεφρού στην ελληνική νομοθεσία καταγράφονται και όλα τα υπόλοιπα κριτήρια για την εγγραφή ενός ασθενή στην εθνική λίστα και μάλιστα ανά όργανο.

Στην υπουργική απόφαση Υ4δ/8874 τα κριτήρια και οι αντίστοιχοι βαθμοί τους για την εγγραφή στην εθνική λίστα ασθενών υποψηφίων προς μεταμόσχευση προσδιορίζονται και καθορίζονται ανά όργανο. Εκτός από τα κριτήρια της ομάδας αίματος και της ιστοσυμβατότητας που αφορούν όλα τα συμπαγή όργανα για τη μεταμόσχευση νεφρών από πτωματικούς δότες συνυπολογίζονται α) ο χρόνος αναμονής στη λίστα, β) η παιδική και εφηβική ηλικία, γ) οι ασθενείς με ιατρικές προτεραιότητες και δ) οι υπερευαίσθητοποιημένοι ασθενείς. Για τη μεταμόσχευση καρδιάς, πνευμόνων και ήπατος ισχύουν τα κριτήρια της ομάδας αίματος, της ιστοσυμβατότητας και του χρόνου αναμονής στη λίστα, ωστόσο ορίζονται ενδείξεις και αντενδείξεις και μάλιστα οι τελευταίες διακρίνονται με το χαρακτηρισμό απόλυτες και σχετικές που επιτρέπουν ή απαγορεύουν ανά περίπτωση μια μεταμόσχευση⁵⁸. Φυσικά στην περίπτωση των καρδιακών και ηπατικών μοσχευμάτων αξιολογούνται και τα ανατομικά δεδομένα του εκάστοτε δότη σε σχέση με αυτά του δυνητικού λήπτη. Για την επιλογή των δυνητικών ληπτών για μοσχεύματα κερατοειδούς αξιολογούνται τα οπτικά, θεραπευτικά και αισθητικά κριτήρια ενώ αποκλείεται η μεταμόσχευση όταν δεν αποκαθίσταται η όραση με τη μεταμόσχευση.

Οι ασθενείς – δυνητικοί λήπτες μοσχευμάτων καρδιάς και ήπατος καταγράφονται σε λίστα που συντάσσεται και τηρείται από το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, το οποίο και την καταθέτει στον ΕΟΜ ενώ για τα μοσχεύματα κερατοειδούς υπάρχει τράπεζα κερατοειδούς στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης. Επιπλέον θα πρέπει να επισημανθεί ότι για όλη την ελληνική επικράτεια υπάρχουν τέσσερα κέντρα μεταμόσχευσης νεφρών, δύο στην Αθήνα, το Ωνάσειο και ο Ευαγγελισμός, ένα στη Θεσσαλονίκη και ένα στην Πάτρα.

Είναι προφανές ότι η ελληνική πολιτεία με τους τεθειμένους νόμους και τις υπουργικές της αποφάσεις έχει καταβάλει μια σημαντική προσπάθεια προσδιορισμού και κατοχύρωσης του νομικού πλαισίου που πρέπει να διέπει τον τομέα των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων. Έχει κατορθώσει να ορίσει ένα νομοθετικό πλαίσιο που προσδιορίζει τα κριτήρια και τον τρόπο κατανομής των διαθέσιμων μοσχευμάτων, έχει προσπαθήσει να εναρμονιστεί με τις υποδείξεις και τους νόμους των διεθνών συμβάσεων, τους οποίους έχει υπογράψει και κυρώσει, έχει ανταποκριθεί επιτυχώς στις προκλήσεις της σύγχρονης εποχής .

⁵⁸ Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996

Ωστόσο ένα από τα πιο σοβαρά ηθικά ζητήματα που εγείρονται κατά την εφαρμογή του νόμου και πρέπει να αντιμετωπιστεί από τις επιτροπές δεοντολογίας είναι αυτό της σύνταξης της λίστας αναμονής των δυνητικών ληπτών για κάθε είδος μεταμόσχευσης με κριτήρια αντικειμενικά και αδιάβλητα. Κάποια από τα απαιτούμενα κριτήρια που ορίζονται από το νόμο, ότι πρέπει να πληρούνται από το δυνητικό λήπτη για να «διεκδικήσει» ένα μόσχευμα, δεν μπορούν να χαρακτηριστούν αντικειμενικά και αδιάβλητα και ιατρικώς πιστοποιούμενα. Και αυτά είναι το σωματικό βάρος, η ηλικία και η εγγύτητα του τόπου λήψης μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Για τα τρία αυτά κριτήρια θα πρέπει να γίνει μια λεπτομερής κριτική προσέγγιση και ανάλυση καθόσον από αυτά απορρέουν τα βιοηθικά ζητήματα και οι αντιρρήσεις ως προς τον τρόπο σύνταξης της λίστας αναμονής και της κατανομής – διάθεσης των διαθέσιμων μοσχευμάτων.

2.1. Νομικά ζητήματα που ανακύπτουν από τον τρόπο σύνταξης της λίστας αναμονής και της κατανομής των διαθέσιμων μοσχευμάτων.

Ο ισχύων ελληνικός νόμος για τις μεταμοσχεύσεις παρουσιάζεται σε γενικές γραμμές συνεπής ως προς τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές των διεθνών συμβάσεων που η χώρα μας έχει αποδεχτεί. Ωστόσο κάποιες βασικές ελλείψεις και παρεκκλίσεις από τις κατευθυντήριες και δεσμευτικές αρχές του πρόσθετου πρωτοκόλλου για τις μεταμοσχεύσεις της Σύμβασης του Οβιέδο εντοπίζονται στα κριτήρια κατανομής μοσχευμάτων. Ο νόμος 2737/99 προέβλεπε και την οργάνωση του ΕΟΜ (κεφ. Δ', άρθ. 15 – 19), ο οποίος έχει την δυνατότητα και τη νομική υποχρέωση να καθορίζει τη σημασία του κάθε κριτηρίου για την κατανομή ενός μοσχεύματος σε ασθενείς που χρήζουν άμεσης μεταμόσχευσης ενός οργάνου, η οποία και εγκρίνεται από τον εκάστοτε υπουργό υγείας⁵⁹. Επιπροσθέτως ορίζεται ως ο αρμόδιος κρατικός φορέας για τη σύνταξη και την τήρηση του εθνικού μητρώου δυνητικών ληπτών στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες, όταν πιστοποιηθεί από τους αρμόδιους θεράποντες γιατρούς και από τη μεταμοσχευτική μονάδα επιλογής του, ότι χρήζουν μεταμόσχευσης κάποιου ιστού ή οργάνου. Όμως οι ενστάσεις που διατυπώνονται έχουν σχέση κυρίως με τα κριτήρια που συνυπολογίζονται για το άθροισμα των μορίων ανά κριτήριο, και αυτά δεν είναι και δεν μπορούν να χαρακτηριστούν σε καμία περίπτωση ιατρικά, δηλαδή αυτά του σωματικού βάρους, της ηλικίας, της γεωγραφικής θέσης.

Τα κριτήρια που πρέπει σαφώς να καθορίζουν και να βαρύνουν στην εξαγωγή του τελικού πορίσματος των γιατρών για την επιλογή του λήπτη θα έπρεπε να συνάγονται αφενός από την ιατρική επιστήμη αφετέρου από τη δεοντολογία, όπως σαφέστατα ορίζεται στο δεύτερο κεφάλαιο, άρθρο 3 του πρόσθετου πρωτοκόλλου για τις μεταμοσχεύσεις της σύμβασης του Οβιέδο. Η καταχώρηση ενός ασθενή στο Εθνικό Μητρώο ληπτών μοσχευμάτων γίνεται, όταν η ομάδα των γιατρών που εκπροσωπούν τον ΕΟΜ κρίνει με βάση τα κριτήρια κατανομής, ότι ο λήπτης πληροί τα οριζόμενα από το νόμο βασικά ιατρικά κριτήρια για ένταξη, και αντίθετα δεν εγγράφεται ή διαγράφεται, όταν κριθεί ακατάλληλος για μεταμόσχευση, είτε επειδή έπαυσε η κατάσταση της υγείας του να είναι σε τέτοιο βαθμό χαρακτηριζόμενη

⁵⁹ Βλ. Νόμος 2737/ 1999, Κεφ. Α' άρθρο 7, παρ. 3

κατάλληλη , ώστε να επιτρέπει την επιτυχή μεταμόσχευση οργάνου σ' αυτόν, και τη μετέπειτα βελτίωση της ποιότητας ζωής του, είτε επειδή εξαρχής δεν πληρούσε τα οριζόμενα από το νόμο κριτήρια όποτε και άμεσα δεν εγγράφεται σ' αυτήν⁶⁰. Αυτό που πρέπει να αναλυθεί είναι η θέση και η βαρύτητα της άποψης του θεράποντα γιατρού του εκάστοτε ασθενή στην λήψη της οποιασδήποτε απόφασης . Ο θεράπων γιατρός με βάση το νόμο 2737/99, άρθρο 7, έχει το δικαίωμα να συμμετέχει σε κάθε στάδιο αξιολόγησης και επιλογής του ασθενή του για την ένταξή του ή μη στο εθνικό μητρώο μεταμοσχεύσεων. Του δίνεται ακόμα και το περιθώριο να συμμετέχει σε μια μεταμοσχευτική ομάδα, που κρίνει σε δεύτερο βαθμό την περίπτωση ενός ασθενή αποκλεισμένου ή διαγεγραμμένου αρχικά από το Εθνικό Μητρώο. Η γνώμη του όπως διαφαίνεται από το προαναφερθέν άρθρο του νόμου, έχει ιδιαίτερη βαρύτητα στη λήψη της τελικής απόφασης εφόσον συνεργάζεται άμεσα με τη μεταμοσχευτική ομάδα που εξετάζει την ένσταση του ασθενή και διατυπώνει τη γνώμη ή τις αντιρρήσεις του. Το κατά πόσο, όμως η γνώμη και η τελική απόφαση ενός θεράποντος γιατρού για έναν ασθενή του είναι κατά βάση αντικειμενική και αμερόληπτη, μπορεί να τεθεί προς συζήτηση. Διότι πέραν των ιατρικών μεθόδων και υπηρεσιών που προσφέρει ένας γιατρός στον οποιονδήποτε ασθενή του, αναπτύσσεται πέρα της αυστηρής «επαγγελματικής» σχέσης , και μια σχέση συναισθηματική, που δύσκολα αγνοείται τη στιγμή λήψης μιας απόφασης ζωής ή θανάτου γι' αυτόν. Διότι, όταν ο ίδιος ο νόμος δε διασαφηνίζει επαρκώς τα κριτήρια ένταξης ενός ασθενή στη λίστα, πόσο μάλλον τα κριτήρια κατανομής των μοσχευμάτων, δύσκολα αποσιωπώνται υπόνοιες περί διακριτικής αντιμετώπισης ενός ασθενή. Είναι αυτονόητο ότι ο ασθενής που χρήζει μεταμόσχευσης οργάνου ή ιστού δε βρίσκεται στην καλύτερη σωματική και ψυχολογική κατάσταση. Και η κατάστασή του αυτή καθαυτή επιβάλλει και την ένταξη του στο Εθνικό Μητρώο. Όταν όμως ο ασθενής αποκλείεται απ' αυτήν, διότι δεν καλύπτει τα κριτήρια, είναι εύλογο ο θεράπων γιατρός να καταβάλλει κάθε έννομη προσπάθεια για να προστατεύσει τον ασθενή του και να κατοχυρώσει τα δικαιώματά του. Ένας ασθενής διαγεγραμμένος από την εθνική λίστα προκειμένου να υποβληθεί σε όλες τις απαραίτητες κλινικές εξετάσεις που θα πιστοποιήσουν την κατάσταση της υγείας του και θα αποδείξουν ή όχι την επιτυχία μιας επικείμενης μεταμόσχευσης, για όσο χρονικό διάστημα δεν είναι ενταγμένος στη λίστα εύλογα δεν μπορεί να λάβει ένα

⁶⁰ Βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφ. Α', άρθρο 7, παρ. 2

μόσχευμα. Μετά το πέρας όμως των ιατρικών εξετάσεων εντάσσεται ξανά στην εθνική λίστα, αν κριθεί κατάλληλος προς μεταμόσχευση, και καταλαμβάνει την ίδια θέση την οποία κατείχε και πριν τη διαγραφή του.

Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η αναπροσαρμογή και η δημιουργία ενός ενιαίου νομοθετικού πλαισίου, ώστε να διασφαλίζονται οι δυνατότητες δωρεάς οργάνων και ιστών, και κατ' επέκταση να εξασφαλίζονται υψηλά πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας όσον αφορά την προμήθεια, τον έλεγχο, τη συντήρηση και τη διανομή των οργάνων και ιστών, προκειμένου να διευκολύνονται οι λήπτες σε μια τέτοια περίπλοκη διαδικασία, που προηγείται αυτής της επέμβασης. Βασική προτεραιότητα ενός νομοθετικού κειμένου για τις μεταμοσχεύσεις θα πρέπει να τίθεται τόσο η προάσπιση του δικαιώματος της υγείας για όλους τους ανθρώπους, όσο και η ανάγκη θεμελίωσης των επιμέρους άρθρων του στις «βιοηθικές» αρχές της δικαιοσύνης, και πιο συγκεκριμένα στη διανεμητική δικαιοσύνη, της ωφέλειας και της αγαθοεργίας.

1. Ο ηλικιακός παράγοντας ως κριτήριο επιλογής του δυνητικού λήπτη.

Αν αποφασίζαμε να προβούμε σε ένα αξιολογικό χαρακτηρισμό και μια ποιοτική ανάλυση των κριτηρίων κατανομής μοσχευμάτων, όπως αυτά τίθενται και κατοχυρώνονται από το σχετικό νόμο, θα μπορούσαμε να οδηγηθούμε σε ένα πρώτο συμπέρασμα, ότι δεν κινείται μέσα στα πλαίσια της ισότητας, όπως αυτή ορίζεται στα άρθρα 1 και 2 του Συντάγματος. Η ισότητα είναι το θεμέλιο και η ουσία της δημοκρατίας, αφού σ' αυτήν βασίζεται η πολιτική και κοινωνική ισότητα των πολιτών. Αν και μόνο στην δημοκρατία όλοι οι πολίτες έχουν ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, η πραγματική ισχύς και αποτελεσματικότητα των δικαιωμάτων αυτών ποικίλλει πολύ. Εξαρτάται σε ένα σημαντικό ποσοστό από διάφορους παράγοντες που περιορίζουν ή διευρύνουν τη σημασία και τις δυνατότητες πραγμάτωσής της⁶¹. Για παράδειγμα ο ηλικιακός παράγοντας που τίθεται ως κριτήριο για την κατανομή ενός μοσχεύματος δε μπορεί παρά μόνο να περιπλέκει και όχι να διασαφηνίζει επαρκώς τα δεδομένα επιλογής ενός δυνητικού λήπτη. Ο ίδιος ο νόμος φαίνεται να αδυνατεί να προσδιορίσει συγκεκριμένα ποιες ηλικιακές ομάδες προηγούνται ή περιορίζονται χρονικά από τον ηλικιακό παράγοντα από τη λίστα αναμονής για ένα μόσχευμα. Δε θα πρέπει να θεωρείται αυτονόητο ούτε δεδομένο ότι ένας υπερήλικας δυνητικός λήπτης θα πρέπει να παραχωρήσει τη σειρά προτεραιότητάς του σε ένα

⁶¹ Βλ. Π. Δ. Δαγτόγλου, «Συνταγματικό Δίκαιο: Ατομικά Δικαιώματα», εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1991, σ. 1035.

νεαρό ασθενή, ούτε όμως και να συμβαίνει το αντίστροφο. Η ηλικία, ως ένα από τα βασικά οριζόμενα κριτήρια του νόμου και ως παράγοντας ικανός να καθορίσει αποφασιστικά τις τελικές πιθανότητες ή δυνατότητες μεταμόσχευσης ενός οργάνου ή ιστού σ' έναν υποψήφιο λήπτη, φαίνεται να παραβιάζει τη γενική αρχή της ισότητας, καθώς διαχωρίζει τους δυνητικούς λήπτες ηλικιακά και άμεσα αποκλείει για κάποιους απ' αυτούς τη δυνατότητα μεταμόσχευσης.

Παρόλο που στην υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996 έχει καταγραφεί ως κριτήριο εγγραφής στην εθνική λίστα αναμονής νεφρικών μοσχευμάτων η ηλικία, αυτή αφορά μόνο τις ηλικιακές ομάδες μέχρι και δεκαοχτώ (18) ετών. Οι υποψήφιοι λήπτες για νεφρικό μόσχευμα ορίζεται ότι θα παίρνουν επιπλέον τέσσερις (4) βαθμούς εάν είναι μικρότεροι της ηλικίας των έντεκα (11) ετών και επιπλέον τρεις (3) βαθμούς αν είναι ηλικίας από έντεκα (11) έως δεκαοχτώ (18) ετών⁶². Το τέταρτο λοιπόν βασικό κριτήριο εγγραφής στο εθνικό μητρώο ληπτών είναι ο ηλικιακός παράγοντας που αφορά μόνο την παιδική και εφηβική ηλικία. Και μπορεί σοφά ο έλληνας νομοθέτης να θέλησε με αυτή την διάταξη του νόμου να διασφαλίσει νομικά και να προστατέψει καθολικά την παιδική ηλικία, ωστόσο άφησε έκθετες νομικά και αδιασφαλιστες τόσο τις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού από δεκαεννέα ετών έως τριάντα, καθώς και τους μεσήλικες αλλά και τους υπερήλικες. Σε κάθε μία από τις τρεις τελευταίες περιπτώσεις ηλικιακών ομάδων θα μπορούσε ο καθένας να προβάλλει επιχειρήματα για την αναγκαιότητα νομικής προστασίας του δικαιώματος της υγείας αυτών των ανθρώπων που συμπεριλαμβάνονται ηλικιακά σ' αυτές.

Τόσο τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των δεκαεννέα ετών έως τριάντα, όσο και αυτοί που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες ο καθένας από την πλευρά του θα μπορούσε να εγείρει αξιώσεις και λογικά επιχειρήματα έναντι της διάταξης του νόμου. Και αν προσπαθούσαμε να εξετάσουμε την κάθε ηλικιακή ομάδα ανεξάρτητα από την άλλη, σε σύγκριση πάντα με αναπαλλοτροίωτο ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα της υγείας, θα καταλήγαμε στο συμπέρασμα ότι όλοι οι ασθενείς, ανεξαρτήτου ηλικίας, εύλογα επιδιώκουν με κάθε τρόπο και επιζητούν την προάσπισή του. Διότι είναι φυσικό και άμεσα αντιληπτό για ποιο λόγο τα παιδιά-υποψήφιοι λήπτες νεφρικού μοσχεύματος να προηγούνται στην εθνικά λίστα, ωστόσο τα ίδια επιχειρήματα που προβάλλονται για την υπεράσπιση της παιδικής και

⁶² Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, ΦΕΚ 973, σ. 10111.

εφηβικής ηλικίας θα έπρεπε να ισχύσουν και για μια ομάδα ασθενών στην ηλικιακή βαθμίδα των δεκαεννέα έως τριάντα.

Σύμφωνα με το ελληνικό σύστημα κατανομής νεφρικών μοσχευμάτων και σε άλλα συστήματα κατανομής μοσχευμάτων ανά τον κόσμο⁶³ ένα παιδί μπορεί να προηγείται για τη λήψη ενός μοσχεύματος σε μια κατανομή καθώς βρίσκεται στην αρχή της ζωής του και όλοι οι επίσημοι και αρμόδιοι φορείς λειτουργούν και να κινούνται με γνώμονα την προάσπιση των παραγόντων που διαφυλάσσουν τη ζωή του. Διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν κάνοντας αναγκαία μια τέτοια προσπάθεια. Και το νεαρό της ηλικίας τους, και η αυτονόητη αδυναμία λήψης πρωτοβουλιών από τα ίδια παιδιά, και κυρίως η σημαντική έλλειψη διαθέσιμων μοσχευμάτων οδήγησε στη θέσπιση και τη νομική κατοχύρωση ενός τέτοιου κριτηρίου που αφορά στην παιδική και εφηβική ηλικία. Ωστόσο, δε θα μπορούσε να βρεθεί κάποιος που να αρνούνταν ή έστω να έθετε υπό αμφισβήτηση την ύπαρξη παρόμοιων επιχειρημάτων για τους ασθενείς μεγαλύτερων των δεκαοχτώ ετών και έως την ηλικία των τριάντα. Αυτοί οι ασθενείς – δυνητικοί λήπτες έχουν τα ίδια συμφέροντα να διαφυλάξουν με αυτά των παιδιών. Ένα παιδί έχει την ανάγκη για προστασία της υγείας και της ζωής του γιατί ακριβώς βρίσκεται στην αρχή της ζωής του, αλλά και ένας έφηβος έχει την ίδια αξίωση καθώς βρίσκεται στο ξεκίνημα της ζωής του. Μπορεί η διάκριση ανάμεσα σε αυτές τις δύο συνισταμένες να μην είναι ευδιάκριτη και εύκολα αντιληπτή, όμως και στις δύο περιπτώσεις αυτό που προβάλλεται ως επιτακτική ανάγκη είναι η προστασία της ζωής καθ' εαυτής. Της ζωής ως βιολογικού φαινομένου αλλά και ως ατομικού δικαιώματος. Έχοντας ως δεδομένο την αναγκαιότητα της προστασίας της ανθρώπινης ζωής, αλλά και όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν αυτήν, είτε είναι στα πρώτα της βήματα είτε στο ξεκίνημά της δεν επιτρέπεται να γίνεται ένας τέτοιος διαχωρισμός με βάση τις ηλικιακές ομάδες που αφορούν τους δυνητικούς λήπτες. Θα ήταν εφικτό να συμπεριληφθεί στη μοριοδότηση του ηλικιακού κριτηρίου και η περίπτωση των ασθενών εφήβων που υπερβαίνουν τα δεκαεννέα έτη. Εφόσον βούληση του νομοθέτη αποτελεί η καθολική προστασία του δικαιώματος της υγείας και της ζωής των παιδιών και των εφήβων δε θα ήταν υπερβολή η υποστήριξη μιας τέτοιας θέσης. Άλλωστε οι νέοι αμέσως μετά την ηλικία των δεκαεννέα ετών θέτουν τα θεμέλια της μετέπειτα πορείας και εξέλιξης

⁶³ Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 293

τους σε διάφορους τομείς, κοινωνικούς – επαγγελματικούς, αποφασίζουν να δώσουν μια ουσιαστική κατεύθυνση στο βίο τους.

Ο νομοθέτης όφειλε να έχει θέσει εξαρχής διατάξεις στο νόμο που θα όριζαν ή θα προσδιόριζαν επαρκώς και ουσιαστικά τα επιμέρους σημεία των διαφορούμενων παραγράφων. Διευκρινιστικές επισημάνσεις και προϋποθέσεις θα εξασφάλιζαν τη νόμιμη ισχύ του νόμου και έτσι τα ηλικιακά όρια δε θα αποτελούσαν ένα ασαφές και απροσδιόριστο, ως προς την ουσία του, κριτήριο επιλογής ενός δυνητικού λήπτη. Ο λόγος για τον οποίο θα έπρεπε να προσδιοριστούν τα όρια ηλικίας που προηγούνται, πλεονεκτούν ή έπονται μιας κατανομής είναι ουσιαστικός και όχι τυπικός. Η προστασία της νεότητας αλλά και των γηρατειών συμπεριλαμβάνεται στο δικαίωμα της υγείας (άρθρο 21, παράγραφο 3 του Συντάγματος), και το κράτος οφείλει να μεριμνά για τις ευαίσθητες αυτές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, χωρίς η ηλικία να αποτελεί τη διαχωριστική γραμμή που θα προκαλεί την άνιση μεταχείριση αυτών των ατόμων σε ζητήματα που άπτονται θεμάτων υγείας και κατ' επέκταση ζωής.

Η τυπική ισότητα των Ελλήνων που εκφράζει ο συνταγματικός κανόνας: «οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου» απλώς απαμβλύνει την πραγματική ανισότητα και διευκολύνει το ξεπέρασμά της⁶⁴. Αναφέροντας την ισότητα ως δικαίωμα ατομικό και κοινωνικό, άμεσα μπορούμε να υποστηρίξουμε και την ανάγκη για ισότητα των ευκαιριών που μπορεί να απαιτεί και θετικές παροχές, όπως τη διασφάλιση με κάθε μέσο του δικαιώματος της υγείας ανεξαιρέτως για όλους τους πολίτες, και τις άλλες συνταγματικά κατοχυρωμένες «κοινωνικές αξιώσεις» (άρθ. 21, 22 παρ. 4 του Συντάγματος) που συγκροτούν το «κοινωνικό κράτος». Η ιδέα της κοινωνικής δικαιοσύνης στη συγκεκριμένη περίπτωση, όπου τα κριτήρια κατανομής των μοσχευμάτων οδηγούν στην υπόνοια περί κοινωνικής ανισότητας, να επιβάλλει παρεκκλίσεις από την αρχή της νομικής ισότητας , να επιβάλλει δηλαδή την υπέρ των αδυνάμων προσώπων «θετική διάκριση»⁶⁵. Ειδικά για την εξεταζόμενη περίπτωση των κριτηρίων κατανομής των μοσχευμάτων θα μπορούσαμε να προτείνουμε ο ηλικιακός παράγοντας να βαρύνει «λιγότερο» στην επιλογή ενός ασθενή για μεταμόσχευση κάποιου οργάνου, και η ηλικία ως κριτήριο επιλογής να συνυπολογίζεται και να σταθμίζεται με βάση τα υπόλοιπα κριτήρια, που θα τολμούσαμε να χαρακτηρίσουμε πρωτεύοντα και άμεσα απορρέοντα και προσδιοριζόμενα από την ιατρική επιστήμη. Ο τρόπος κατανομής των διαθέσιμων

⁶⁴ Βλ. Δαγτόγλου Π. Δ., ό.π. σ. 1037

⁶⁵ Βλ. Δαγτόγλου Π.Δ., ό.π. σ. 1038

οργάνων πέραν της ισότητας, της αντικειμενικότητας και της διαφάνειας, θέτει αναμφίβολα ορισμένα ζητήματα που άπτονται της ηθικής. Το κριτήριο της ηλικίας του λήπτη μπορεί άμεσα να τεθεί σε κριτική μέσα στα πλαίσια της ηθικής. Η πριμοδότηση σε μόρια λήπτη νεαρότερου των δεκαέξι ετών, όταν και ο δότης είναι της ίδιας ηλικίας κρίνεται από ορισμένους νομικούς λογική⁶⁶. Μολονότι κρίνεται λογική μια τέτοια κατανομή από ορισμένους επιστήμονες, και αυτή η παράμετρος αφήνει σημαντικά νομικά κενά που παραβιάζουν βασικά ατομικά δικαιώματα. Δεν είναι εξάλλου συνταγματικά ανεκτές διακρίσεις μεταξύ των πολιτών, σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, και συνεπώς αντίκειται στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος η απόρριψη αιτήματος νοσηλείας λόγω προχωρημένης ηλικίας του αιτούντος⁶⁷. Η θεσμοθέτηση ορίου ηλικίας πέραν του οποίου ο λήπτης χάνει κάθε δικαίωμα εγγραφής στο Εθνικό Μητρώο ή λήψης ενός διαθέσιμου οργάνου ή ιστού δεν μπορεί να χαρακτηριστεί δίκαιη, εφόσον προκαλεί το κοινό περί δικαίου αίσθημα. Συνάμα κάθε ιδέα περί κοινωνικού κράτους πρόνοιας διαλύεται και η περίπτωση κάθε ασθενή αντιμετωπίζεται «εξατομικευμένα» πέρα από την καθολική και αμερόληπτη ισχύ των νόμων. Εύκολα κάποιος μπορεί να χαρακτηρίσει την εν λόγω θέσπιση ως μέτρο σκληρό ή ανάλγητο σίγουρα όμως δεν είναι συλλήβδην άκυρο ή αδικαιολόγητο. Για παράδειγμα στη Σουηδία εφαρμόζονται τα λεγόμενα «γενναιόδωρα κριτήρια επιλογής», σύμφωνα μ' αυτά οι ασθενείς μέχρι την ηλικία των 75 ετών μπορούν να παραμείνουν εγγεγραμμένοι στη λίστα διεκδικώντας επί ίσοις όροις τα διαθέσιμα μοσχεύματα⁶⁸. Το ελληνικό Σύνταγμα δεν απαγορεύει ρητώς άλλα κριτήρια διαφοροποίησης (όπως για παράδειγμα απαγορεύει την άνιση μεταχείριση ανδρών και γυναικών, επιβάλλει την προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας), εκτός αν προσβάλουν την αξία του ανθρώπου την οποία προστατεύει απολύτως⁶⁹. Δεν απαγορεύει όμως ούτε τις διακρίσεις βάσει ηλικίας (ενηλικιότητας), της σωματικής ή πνευματικής υγείας (δικαστική αντίληψη ή απαγόρευση). Διακρίσεις που το Σύνταγμα δεν απαγορεύει δεν σημαίνει και ότι επιτάσσει. Η ηλικία του ανθρώπου δεν αποτελεί κατ' αρχήν απαγορευμένο από το Σύνταγμα κριτήριο διαφοροποίησης, ορίζει κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες το όριο ηλικίας συνδέεται με κάποια δικαιώματα των πολιτών (π.χ. δικαίωμα του

⁶⁶ Βλ. Μαρίνος Γ. Κούρτης, «*Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων*», εκδ. Δίκαιο και Οικονομία Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 135

⁶⁷ Βλ. Κώστας Χρυσόγονος, «*Ατομικά και Κοινωνικά δικαιώματα*», εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2002, σ. 519.

⁶⁸ Βλ. Κούρτης Γ. Μαρίνος, ό. π. σ. 135

⁶⁹ Βλ. Δαγτόγλου Π.Δ., ό.π. σ. 1047

εκλέγειν και εκλέγεσθαι, της εργασίας) κατά τα λοιπά πρόκειται για μια αθέμιτη διάκριση ⁷⁰, και σε σχέση με τον ορισμό του ως κριτήριο κατανομής μοσχεύματος θα πρέπει να επανεξετασθεί η ανάγκη αναθεώρησης των ορίων ηλικίας, με γνώμονα τη σημαντική επιμήκυνση της ανθρώπινης ζωής και εν γένει της βελτίωσης της υγείας του οποιουδήποτε δυνητικού δότη που επιφέρει αυτή η ιατρική μέθοδος.

2. Ο γεωγραφικός παράγοντας ως κριτήριο κατανομής μοσχευμάτων σε δυνητικούς λήπτες.

Εξαίρεση βέβαια των χαρακτηριζόμενων ιατρικών κριτηρίων αποτελεί και η πρωτοτυπία του ελληνικού νόμου να συμπεριλάβει μεταξύ των υπολοίπων ιατρικών κριτηρίων κατανομής μοσχευμάτων και τον όρο ή καλύτερα την προϋπόθεση για «εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης»⁷¹, ο οποίος σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιατρικός. Συνάμα, η εν λόγω πρόβλεψη του Έλληνα νομοθέτη αντιβαίνει και τους τεθειμένους κανόνες του πρόσθετου πρωτοκόλλου για τις μεταμοσχεύσεις του Οβιέδο. Στο κεφάλαιο 3, άρθρο 3 περί του συστήματος των μεταμοσχεύσεων, το πρωτόκολλο κάνει σαφές, ότι τα κριτήρια κατανομής θα πρέπει να είναι αυστηρά ιατρικώς προσδιορισμένα και θα πρέπει να αφορούν όσους είναι καταγεγραμμένοι στο Εθνικό Μητρώο. Ο όρος της «εντοπιότητας» δεν μπορεί να συμπεριληφθεί σε καμία περίπτωση στα ιατρικά κριτήρια, και η χώρα μας λόγω αυτής της νομικής ρύθμισης (ν. 2737/ 99 άρθ. 7) εμφανίζεται έκθετη και νομικά ασυνεπής απέναντι στις προβλεπόμενες δεσμεύσεις και τις υποχρεώσεις του πρωτοκόλλου του Οβιέδου, το οποίο, ως αμιγές νομικό κείμενο, που έχει υπογράψει και κυρώσει η χώρα μας, έχει θέσει και έχει ορίσει σαφείς υποδείξεις και όρους προς τα συμβαλλόμενα μέρη – χώρες. Η Ελλάδα με αυτόν το νόμο φαίνεται να παραμελεί τις βασικές δεσμεύσεις, που η ίδια έχει δεχτεί να εφαρμόσει. Αλλά πέραν των αντιρρήσεων τυπικών και διαδικαστικών που ανακύπτουν για τη νομοθετική αυτή ρύθμιση, και ουσιαστικά, αυτό το νομικό κριτήριο παραβιάζει κατάφορα τα δικαιώματα της υγείας και της ισότητας των δυνητικών ληπτών. Δεν είναι δυνατόν μια μεταμόσχευση να μπορεί να λάβει χώρα μόνο σε περιοχή που τυγχάνει να είναι εγγύτερα στο χώρο εξεύρεσης του μοσχεύματος.

⁷⁰ Βλ. Δαγτόγλου Π.Δ., ό.π. σ. 1048

⁷¹ Βλ. Νόμος 2737/1999, Κεφ. Α' άρθρο 7, παρ 3.

Στην υπουργική απόφαση Υ4δ/8874 του 1996 ορίζεται σαφώς ως κριτήριο διάθεσης μοσχευμάτων ότι, ένα μόσχευμα πρέπει να διατίθεται κατά προτεραιότητα στη γεωγραφική περιοχή όπου υπάρχει ο δότης, σύμφωνα με το μοριοποιημένο σύστημα. Ως γεωγραφική περιοχή ορίζεται η κατανομή της χώρας σε βόρειο και νότιο τμήμα με νοητό άξονα διαχωρισμού την περιοχή του Ολύμπου. Εάν υπάρχουν δύο νεφρικά μοσχεύματα το ένα διατίθεται στην περιοχή όπου υπάρχει ο δότης ενώ το άλλο στον καταλληλότερο λήπτη σύμφωνα με το σύστημα της εθνικής λίστα, εάν ένα μόσχευμα δεν αξιολογηθεί από το εφημερεύον μεταμοσχευτικό κέντρο τότε απαραίτητως διατίθεται στο επόμενο⁷².

Τα μεταμοσχευτικά κέντρα νεφρού στη χώρα μας είναι τέσσερα, ένα στη Θεσσαλονίκη, δύο στην Αθήνα και ένα στην Πάτρα. Πρακτικά λοιπόν δεν είναι δυνατόν όλοι οι ασθενείς που χρήζουν μεταμόσχευσης να βοηθηθούν ή και να εξυπηρετηθούν απρόσκοπτα και ισάξια με κάποιους άλλους. Επιπρόσθετα, λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας μας οι μετακινήσεις των ασθενών δεν είναι και οι πλέον εύκολες. Η πρόσβαση και η εισαγωγή σ' ένα νοσηλευτικό ίδρυμα δυσχεραίνεται, αν δεν κρίνεται απαγορευτική, για πληθυσμούς ανθρώπων που ζουν στη νησιωτική ή ηπειρωτική Ελλάδα. Με πιο απλά λόγια, στην περίπτωση ενός ασθενή που ζει σε κάποιο νησί του ανατολικού Αιγαίου ή σε κάποιο απομακρυσμένο ορεινό χωριό της χώρας ποιες πιθανότητες υπάρχουν αυτός ο άνθρωπος να διεκδικήσει επί ίσοις όροις ένα μόσχευμα, εφόσον τα ιατρικά, κλινικά δεδομένα του το επιτρέπουν, από τη στιγμή που εκ των πραγμάτων δεν έχει εύκολη και άμεση πρόσβαση σε κάποιο από τα τέσσερα προαναφερθέντα κέντρα. Εύλογα λοιπόν αυτός ο άνθρωπος πρακτικά αποκλείεται από την κατανομή ή στη χειρότερη περίπτωση ταλαιπωρείται μέχρι να προσεγγίσει το μεταμοσχευτικό κέντρο όπου έχει διατεθεί το μόσχευμα.

Η παραπάνω παράμετρος του νόμου αφήνει να διαφανούν οι ανισότητες που μπορεί να ανακύψουν κατά τη διανομή των μοσχευμάτων. Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι η απόφαση για διάθεση ενός μοσχεύματος στην ίδια περιοχή με αυτή του δότη αλλά και σύμφωνα και με το μοριοποιημένο σύστημα βαθμολόγησης. Δηλαδή ο νομοθέτης καταγράφει μια περίπτωση όπου ο λήπτης του μοσχεύματος και θα βρίσκεται στην ίδια γεωγραφική περιοχή με το λήπτη και θα έχει και το μεγαλύτερο αριθμό μορίων. Με βάση το νόμο των πιθανοτήτων μπορεί αυτή

⁷² Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, ΦΕΚ 973, σ. 10115.

περίπτωση να ισχύσει αλλά μπορεί και όχι. Όμως σ' αυτήν την περίπτωση περιπλέκεται και ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται τα μοσχεύματα. Σύμφωνα με τον ΕΟΜ βαρύτητα για την τελική επιλογή του λήπτη δεν έχει τόσο η πλήρης ιστοσυμβατότητα αλλά ο χρόνος αναμονής στη λίστα (σύμφωνα με δήλωση συντονιστή μεταμοσχεύσεων). Στην πιθανότητα λοιπόν να υπάρχει ένας ασθενής με μεγαλύτερο χρόνο αναμονής σε άλλη περιοχή από εκείνη που διατίθεται το μόσχευμα αυτός ο ίδιος «αδικείται» από αυτήν την απόφαση. Αν λάβουμε υπόψη ότι για τη γεωγραφική περιοχή της βόρειας Ελλάδας, έτσι όπως διαχωρίζεται στην υπουργική απόφαση η χώρα, υπάρχει μόνο το μεταμοσχευτικό κέντρο της Θεσσαλονίκης για τους νεφρούς, τότε η διαδικασία γίνεται πιο περίπλοκη.

Η λήψη ενός μοσχεύματος από ζώντα ή πτωματικό δότη γίνεται από μεταμοσχευτικές ομάδες σε κεντρικά νοσοκομεία δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια, και η μεταφορά των μοσχευμάτων πρέπει να γίνει άμεσα προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Λόγοι καθαρά ιατρικοί επιβάλλουν την ταχύτερη διακομιδή των μοσχευμάτων προς τον τόπο μεταμόσχευσης, και στις μέρες μας με τα σύγχρονα συγκοινωνιακά μέσα δε φαντάζει τόσο δύσκολο ο οποιοσδήποτε δυνητικός λήπτης να έχει πρόσβαση ή άμεση προσέγγιση του τόπου που θα πραγματοποιηθεί η μεταμοσχευτική επέμβαση. Η γεωγραφική θέση ή οι χιλιομετρικές αποστάσεις σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει να εκμηδενίζονται, υπό την άποψη του ότι δεν αποτελούν απαγορευτικό παράγοντα για να αποκλειστεί ένας ασθενής από μια κατανομή. Το κράτος υποχρεώνεται με βάση το άρθρο 5, §5 και άρθρο 7, §2 του Συντάγματος να προστατεύει το ατομικό δικαίωμα της υγείας με κάθε τρόπο και με κάθε υλικό μέσο, και προς αυτήν την κατεύθυνση οφείλει να μεριμνήσει και να οργανώσει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, ώστε ακόμη και ο δυνητικός λήπτης που κατοικεί σε μια επαρχιακή ή γεωγραφικά απομακρυσμένη περιοχή να έχει τη δυνατότητα ίσης διεκδίκησης των διαθέσιμων μοσχευμάτων με κύριο γνώμονα της παραμέτρου αυτής την προστασία της υγείας όλων των πολιτών, ανεξαρτήτου γεωγραφικής θέσης και οικονομικής – κοινωνικής κατάστασης των ασθενών. Διότι στον όρο, κριτήριο περί «εντοπιότητας» μπορεί να συμπεριλαμβάνονται και οικονομικοί παράγοντες που απομακρύνουν έναν δυνητικό λήπτη από τη διαδικασία κατανομής, όταν ο ίδιος αδυνατεί να αντεπεξέλθει οικονομικά στα έξοδα μετακίνησής του προς το μεταμοσχευτικό κέντρο μιας κεντρικής πόλης. Μόνο στη βάση του υπόβαθρου μιας δίκαιης βασικής διάρθρωσης, που συμπεριλαμβάνει ένα δίκαιο πολιτικό και κοινωνικό σύστημα καθώς και μια δίκαιη διαρρύθμιση των οικονομικών και κοινωνικών θεσμών, θα μπορούσε να πει

κανείς ότι υφίσταται η απαιτούμενη δίκαιη διαδικασία⁷³. Το πρακτικό πλεονέκτημα της αμιγούς διαδικαστικής δικαιοσύνης έγκειται στο ότι δεν της είναι αναγκαίο να παρακολουθεί την ατελείωτη ποικιλία περιστάσεων και τις σχετικές μεταβαλλόμενες θέσεις συγκεκριμένων προσώπων⁷⁴. Διότι στην ελληνική πραγματικότητα καταγράφεται και η περίπτωση ασθενών που βρίσκονται καταγεγραμμένοι στο Εθνικό Μητρώο για μεγάλο χρονικό διάστημα και όταν βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα για την περίπτωσή τους, η κατάσταση της υγείας τους να είναι απαγορευτική σε μια επιτυχή μεταμόσχευση. Οι άνθρωποι λοιπόν αυτοί εμφανίζονται στο μητρώο ως δυνητικοί λήπτες, κατάλληλοι ανά πάσα στιγμή να διεκδικήσουν ένα μόσχευμα, το οποίο χρειάζονται, αλλά δεν μπορούν πλέον να διεκδικήσουν λόγω της κατάστασης της υγείας τους, αφαιρώντας από άλλους ασθενείς τη δυνατότητα να λάβουν το διαθέσιμο όργανο ή ιστό, τη μεταμόσχευση του οποίου επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους, παρέχοντας σε αυτούς τη δυνατότητα βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής τους.

1. Το σωματικό βάρος ως κριτήριο κατανομής μοσχευμάτων σε δυνητικούς λήπτες.

Ένα τρίτο κριτήριο που αναφέρεται στο νόμο 2737/99 άρθ. 7 παρ. 3, είναι κι αυτό του σωματικού βάρους του δυνητικού λήπτη. Απ' ό, τι διαφαίνεται από το προαναφερθέν άρθρο ένας δυνητικός λήπτης που τυγχάνει να είναι λόγω της κατάστασης της υγείας του υπέρβαρος ή αδύνατος σε σχέση με το κατάλληλο βάρος που απαιτείται για μια επιτυχή μεταμόσχευση επιλέγεται ή αποκλείεται στο να πραγματοποιηθεί σ' αυτόν η επέμβαση.

Ωστόσο το σωματικό βάρος είναι ένας παράγοντας που μπορεί να σταθμιστεί, να ελεγχθεί και να ρυθμιστεί πλέον με άμεσες ιατρικές επεμβάσεις, είτε χειρουργικές είτε μέσω χορήγησης φαρμακευτικών σκευασμάτων ώστε ο θεράπων γιατρός να είναι σε θέση να δώσει την έγκρισή του για την πραγματοποίηση ή την αναβολή μιας μεταμοσχευτικής επέμβασης. Μάλλον ο νομοθέτης θέτει το ζήτημα του σωματικού βάρους στην περίπτωση που ήδη έχει βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα και οι δυνητικοί λήπτες είναι περισσότεροι του ενός. Θα πρέπει όμως να σημειώσουμε και το δεδομένο ότι ένας ασθενής που βρίσκεται εγγεγραμμένος στο εθνικό μητρώο δεν παύει να φροντίζει ο ίδιος σε συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς του την

⁷³ Βλ. Ρωλς Τζων, «Θεωρία της Δικαιοσύνης», εκδ. Πόλις, Αθήνα 2001, σ. 120.

⁷⁴ Βλ. Ρωλς Τζων, ό.π. σ. 120

κατάσταση της υγείας του, σε τέτοιο βαθμό, ούτως ώστε να θεωρείται έτοιμος για μεταμόσχευση ανά πάσα στιγμή. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει η χώρα μας βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις προσφοράς μοσχευμάτων και πάνω σ' αυτήν τη βάση ο οποιοσδήποτε δυνητικός λήπτης οφείλει να διατηρεί διαρκώς την καλή κατάσταση της υγείας του, σωματική και ψυχολογική, ώστε σε κάθε περίπτωση το σωματικό του βάρος ή οποιοσδήποτε άλλος παράγοντας να μη δρα ανασταλτικά προς μια τέτοια προοπτική. Δηλαδή να βρεθεί το μόσχευμα που μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του και το σωματικό του βάρος να είναι το κριτήριο εκείνο που θα του απαγορεύσει να λάβει το μόσχευμα.

I. Κοινωνιολογικά ζητήματα και συνταγματικές αξίες

Η εθνική λίστα αναμονής μοσχεύματος είναι μια και ενιαία για όλη την χώρα. Το σοβαρότερο ζήτημα που τίθεται σχετικά με την εγγραφή στο Εθνικό Μητρώο σχετίζεται με την ευρύτερη κατηγορία των αλλοδαπών που διαμένουν στη χώρα μας⁷⁵. Αυτοί οι άνθρωποι δεν έχουν το δικαίωμα να εγγραφούν στη λίστα αναμονής μοσχεύματος εφόσον αυτό απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους. Μεταξύ των αλλοδαπών διακρίνονται διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με τη χώρα προέλευσης αλλά και το νόμιμο της διαμονής τους, γεγονός που εκ των πραγμάτων οδηγεί στην ανάγκη διαφορετικής αντιμετώπισης του προβλήματος ανά ασθενή ανάλογα με τη χώρα προέλευσης. Για τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ισχύει η αρχή της ελεύθερης διακίνησης ασθενών. Για τους μετανάστες όμως που φιλοξενούνται στη χώρα μας και προέρχονται από ευρωπαϊκές χώρες, που δεν ανήκουν στην ένωση, είτε κατάγονται από χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, οι συνθήκες είναι διαφορετικές. Κι αυτό, απ' όσο μπορούμε να εικάσουμε καθώς ο νομοθέτης δεν το διασαφηνίζει, οφείλεται στο γεγονός, ότι δεν μπορεί να υπάρξει μετακίνηση μοσχευμάτων ανάμεσα στη χώρα μας και σε χώρες αναπτυσσόμενες, είτε επειδή οι δεύτερες δεν έχουν ένα σύστημα υγείας ικανό να εγγυηθεί την ποιότητα και την ασφάλεια του μοσχεύματος, είτε επειδή δεν υπάρχει η δυνατότητα παροχής μοσχεύματος από τις χώρες αυτές λόγω γεωγραφικής θέσης (απόστασης) ή έλλειψης διαθέσιμων μοσχευμάτων. Το ελληνικό σύνταγμα αναγνωρίζει ως φορέα του δικαιώματος της υγείας καταρχήν τον Έλληνα πολίτη με το άρθρο 21 παράγραφο 3. Αν δεχτούμε τώρα την αξίωσή του για

⁷⁵ Βλ. Μαρίνος Κούρτης, «*Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων*», εκδ. Δίκαιο και Οικονομία. Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, σ. 130

περίθαλψη σε επείγουσες περιπτώσεις από τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα, θα ήταν αδιανόητο να αποκλειστεί η υποχρέωση περίθαλψης άλλων ανθρώπων, επειδή και μόνο τυγχάνει να στερούνται της ελληνικής ιθαγένειας. Κάτι τέτοιο προσβάλλει την έννοια της αξιοπρέπειας του ατόμου (άρθρο 2, παρ. 1 του Συντάγματος) προς την οποία συναρτάται η προστασία της υγείας, επομένως δεν μπορούν ούτε αυτοί να αποκλειστούν του δικαιώματος της υγείας άρα ούτε και από μια κατανομή μοσχευμάτων στην περίπτωση που για τους ίδιους τίθεται τέτοιο ζήτημα. Επιπρόσθετα, το άρθρο 13, αρ. 3 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού χάρτη (ν. 1426/1984) ορίζει ότι “όλα τα πρόσωπα” χωρίς διάκριση ημεδαπών ή αλλοδαπών δικαιούνται βοήθεια «για την πρόληψη, εξάλειψη ή βελτίωση της κατάστασης ανάγκης προσωπικής ή οικογενειακής φύσεως». Εύλογα λοιπόν πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι περιπτώσεις των αλλοδαπών ασθενών που χρήζουν μεταμόσχευσης και πρέπει να εγγραφούν στη λίστα. Τότε όμως θα πρέπει να επανεξεταστούν τα κριτήρια ή να γίνει επαναπροσδιορισμός των ήδη θεσπισμένων ώστε όλοι οι εγγεγραμμένοι να αντιμετωπίζονται από την ίδια βάση ισότητας.

Ωστόσο οι αλλοδαποί που ζουν στη χώρα μας σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εργάζονται και εμφανίζονται ασφαλισμένοι σε κρατικούς ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία, που πέραν από τη είσπραξη των μηνιαίων εισφορών οφείλουν να τους εγυηθούν τη δυνατότητα περίθαλψης, όταν παρουσιαστεί ανάγκη σ’ αυτούς ή κάποιο πρόβλημα υγείας. Μέσα στα πλαίσια στα υγειονομικής τους περίθαλψης θα πρέπει να συμπεριλάβουμε και τη δυνατότητα μεταμόσχευσης οργάνου, στην περίπτωση που η χώρα καταγωγής του οποιουδήποτε ανθρώπου δεν μπορεί να του προσφέρει αυτή τη δυνατότητα και όταν η ζωή και η υγεία του βρίσκονται σε κίνδυνο.

Συνεπώς η πολιτική που θα ακολουθηθεί στο θέμα πρέπει να αποβλέπει στη διατήρηση της λεπτής ισορροπίας μεταξύ σεβασμού της ελεύθερης διακίνησης και υπέρμετρης επιβάρυνσης της ελληνικής κοινωνίας σε δαπάνες ή μοσχεύματα. Ο νόμος 2737/99 αποφεύγοντας να αναφερθεί στο ζητούμενο – πιθανώς για να αποφύγει πολιτική εκμετάλλευση και παρερμηνεία προθέσεων- δημιούργησε μάλλον εκούσια ένα «νομικό κενό», επιδεχόμενο περισσότερες από μία ερμηνείες.

Το Σύνταγμα απαιτεί από το νομοθέτη στη βάση της γενικής αρχής της ισότητας να είναι «δίκαιος» και αντικειμενικός και να επιδιώκει την ίση μεταχείριση

όμοιων για όμοιες περιπτώσεις και την άνιση μεταχείριση ανόμοιων περιπτώσεων⁷⁶. Η γενική αρχή της ισότητας δε σημαίνει άκριτη και καθολική τήρηση των κείμενων νόμων ανεξάρτητα από τις συνθήκες και τους παράγοντες, που την υπαγορεύουν, αλλά μια ορισμένη τυποποίηση της νομοθετικής ρύθμισης εμφανίζεται αναπόφευκτη και επιθυμητή. Σε κάθε άλλη περίπτωση, όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις, κρίνεται υπερβολικά εκτενής και περιέχει αρκετές εννοιολογικές αοριστίες, γεγονός που την κάνει δυσνόητη και δυσεφάρμοστη. Η νομοθετική παραμέληση ουσιαστικών ομοιοτήτων και ανομοιοτήτων αντιβαίνει την αρχή της ισότητας. Το ζήτημα της κατανομής των διαθέσιμων μοσχευμάτων πρέπει να εξεταστεί με βάση το δεδομένο της ανέφικτης πραγματικής ισότητας μεταξύ των δυνητικών ληπτών. Η νομοθετική παραμέληση ουσιαστικών ομοιοτήτων και ανομοιοτήτων, για πρακτικούς λόγους, ανά περίπτωση μεταμόσχευσης, δίνει το περιθώριο στον ΕΟΜ να κρίνει την κάθε περίπτωση εξατομικεύοντας τον κανόνα. Με άλλα λόγια, από τη στιγμή που δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν ή να περιοριστούν κάποιες ηλικιακές ομάδες και με δεδομένο ότι το σωματικό βάρος δεν αποτελεί ένα παράγοντα απαγορευτικό, όχι σε τέτοιο βαθμό, όσο κάποιο άλλο κριτήριο κατανομής για μια μεταμόσχευση, ο ΕΟΜ βρίσκεται στη δυσμενή θέση να κρίνει και να αξιολογεί τους ασθενείς - δυνητικούς λήπτες στη βάση της εξατομίκευσης της γενικής αρχής της ισότητας, και όχι βάση γενικών κανόνων προάσπισης του δικαιώματος της υγείας.

Ήδη ο Αριστοτέλης διέκρινε την απλώς αριθμητική από την ισότητα κατ' αξίαν⁷⁷, και μόνον ο δεύτερος προσδιορισμός της ισότητας ανταποκρίνεται στην ιδέα της δικαιοσύνης. Τη δικαιοσύνη ο Αριστοτέλης δεν την προσδιορίζει ούτε όμως την αντιλαμβάνεται αριθμητικά, αλλά την διακρίνει σε διανεμητική και διορθωτική, ανάλογα με τις περιπτώσεις εφαρμογής της, αν αυτές αφορούν σχέσεις πολίτη και πολιτείας, είτε πολιτών μεταξύ τους⁷⁸. Υπ' αυτήν την έννοια ο Αριστοτέλης χαρακτηρίζει το άνισο ως άδικο και το ίσο ως δίκαιο. Αυτή θα μπορούσε να είναι και η απαρχή της ίσης αφετηρίας όλων των ανθρώπων, το γεγονός ότι όλοι έχουν την ίδια «αξία», που προστατεύεται συνταγματικά και απ' αυτήν εκπορεύεται η επιθυμία της ζωής, της ελευθερίας, της ευτυχίας όλων, και όλων των παραμέτρων και παραγόντων που επηρεάζουν άμεσα αυτά.

⁷⁶ Βλ. Δαγτόγλου Π.Δ., ό.π. 1043

⁷⁷ Βλ. Αριστοτέλους, «Πολιτικά», Ε' 1 1302 α 7.

⁷⁸ Βλ. Αριστοτέλους, «Ηθικά Νικομάχεια», V 2.

Υπάρχουν ορισμένες διαφορές (γένος, ηλικία, κ.ά.) μεταξύ των ανθρώπων, για τις οποίες το ελληνικό Σύνταγμα απαγορεύει ρητώς να στηρίζουμε ευμενέστερη ή δυσμενέστερη μεταχείριση. Στο ίδιο πνεύμα κινείται και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των δικαιωμάτων του ανθρώπου, η οποία απαγορεύει κατά την εξασφάλιση της άσκησης των δικαιωμάτων και ελευθεριών της σύμβασης κάθε είδους διάκριση⁷⁹. Μολονότι η εφαρμογή του νόμου χωρίς προσωπικές προκαταλήψεις και διακρίσεις ανταποκρίνεται σε μια τυπική έννοια της ισότητας, σχετικά εύκολη ως προς την υλοποίησή της, η πραγμάτωση της ουσιαστικής ισότητας είναι αρκετά δύσκολη. Εμποδίζεται από την δυσχέρεια καθορισμού των όμοιων και ανόμοιων περιστατικών καθώς και του ουσιώδους ή επουσιώδους χαρακτήρα της ομοιότητας ή ανομοιότητας (βάρος, ηλικία, γεωγραφικός παράγοντας). Έτσι σε περιπτώσεις δυνητικών ληπτών που συγκεντρώνουν τον ίδιο αριθμόν μορίων και η τελική επιλογή του λήπτη επαφίεται στους γιατρούς⁸⁰ παρατηρείται η αντίφαση του νόμου να δίνει πλέον βαρύτητα στην κατά το δυνατό πληρέστερη ιστοσυμβατότητα δότη και λήπτη, η καταλληλότητα του οποίου τεκμαίρεται με τις κλινικές εξετάσεις, και να αγνοείται το κριτήριο του χρόνου αναμονής που εκ των πραγμάτων προσμετρούνταν περισσότερο από αυτό της ιστοσυμβατότητας. Επομένως μπορούμε να θεωρήσουμε ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται στη βάση της τυπικής ισότητας αξιολογούμενοι ανά περίπτωση από τα υπάρχοντα δεδομένα.

Η μόνη ισότητα που μπορεί να κατοχυρώσει το δίκαιο είναι η νομική ισότητα, η ισότητα δηλαδή των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, και όχι η ισότητα των ικανοτήτων και επιτευγμάτων. Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος οι Έλληνες είναι ίσοι απέναντι στο νόμο και όχι ίσοι με την ευρύτερη σημασία της λέξης. Δεν υπάρχει, ούτε μπορεί να υπάρξει πλήρης και ουσιαστική ισότητα ανάμεσα στους πολίτες, το μέτρο ορισμού της ισότητας τους είναι ο οποιοσδήποτε τεθειμένος νόμος που τους επηρεάζει ή τους θίγει τα δικαιώματα και τα συμφέροντά τους, και εν προκειμένω ο νόμος 2737/99. Η νομική αρχή της ισότητας σημαίνει την αρχή της ίσης μεταχείρισης, το κράτος οφείλει να μεταχειρίζεται τους πολίτες σα να ήταν ίσοι, παρόλο που δεν είναι⁸¹. Η ίδια η πολιτεία λοιπόν υποχρεούται από το Σύνταγμα άρθρο 21 παρ. 3 να μεριμνά για την υγεία των πολιτών και να παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και την περίθαλψη των

⁷⁹ Βλ. ΕΣΔΑ, άρθρο 14.

⁸⁰ Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, ΦΕΚ 973, σ. 10115.

⁸¹ Βλ. Δαγτόγλου Π.Δ., ό. π. σ. 1047

απόρων. Οι υποχρεώσεις που ορίζονται από το Σύνταγμα για το ελληνικό κράτος είναι σαφείς. Είναι προφανές ότι η προστασία της υγείας των πολιτών προϋποθέτει θετικές ενέργειες εκ μέρους του κράτους, ιδίως την οργάνωση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας που θα κινείται με γνώμονα την προστασία του ατομικού δικαιώματος της υγείας (άρθ. 21 παρ. 3 του Συντάγματος), το οποίο με τη σειρά του απορρέει από την ανάγκη προστασίας της προσωπικής ελευθερίας, της φυσικής, σωματικής ελευθερίας του ατόμου⁸². Κι αν το κράτος επιτύχει να εξασφαλίζει σ' όλους τους πολίτες το δικαίωμα στην υγεία άμεσα θα τους διασφαλίσει την αξία, την αξιοπρέπεια και την ισότητα.

Ο λήπτης κατέχει πάντα πρωταγωνιστικό ρόλο είτε πρόκειται για μεταμόσχευση οργάνου ή ιστού από ζώντα ή νεκρό δότη. Παρόλο που οι κανόνες ιστοσυμβατότητας είναι κοινοί σε κάθε περίπτωση, στη μεταμόσχευση με ζώντα δότη, ο δωρητής έχει σαφώς τον πρωταγωνιστικό ρόλο, αφού ο λήπτης είναι ένα πρόσωπο μοναδικό και συγκεκριμένο. Ωστόσο σε κάθε περίπτωση μετά θάνατο μεταμόσχευσης ο δυνητικός λήπτης αποτελεί το τελικό σημείο αναφοράς, αφού, ενώ είναι αρχικά άγνωστος, τελικά επιλέγεται με βάση συγκεκριμένα κριτήρια ανάμεσα από εκατοντάδες καταγεγραμμένους ασθενείς σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του ανθρώπου (ΕΣΔΑ) στο άρθρο 14 απαγορεύει τις παντός είδους διακρίσεις, που εκτελούνται καθ' υπέρβαση ή κατά παράβαση ενός ατομικού δικαιώματος καταγεγραμμένου στην ίδια σύμβαση, με αποτέλεσμα να ακυρώνονται ή να καταπατώνται τα δικαιώματα ενός νομικού υποκειμένου . Επιπρόσθετα το άρθρο 17 απαγορεύει την κατάχρηση δικαιωμάτων, από την πλευρά του Κράτους ή την πλευρά ομάδων ή μεμονομένων ατόμων, όταν διαπράττουν οι ίδιοι υπερβάσεις ή παραβάσεις κατοχυρωμένων δικαιωμάτων και ελευθεριών από τη συγκεκριμένη σύμβαση. Ο νόμος 2737 /99 για τις μεταμοσχεύσεις δεν έχει πετύχει να προσδιορίσει σαφώς τη βαρύτητα ορισμένων κριτηρίων, η ισχύς των οποίων επηρεάζει καθοριστικά την κατανομή των διαθέσιμων μοσχευμάτων, διασφαλίζοντας τα δικαιώματα της υγείας και ισότητας των δυνητικών ληπτών σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αποκλείονται όλες οι περιπτώσεις παραβίασης ή καταπάτησης αυτών.

Υπάρχουν και περιπτώσεις που η μεταμόσχευση διενεργείται με μόσχευμα από ζώντα δότη. Συγκρούονται έτσι τα από το νόμο προστατευόμενα έννομα αγαθά

⁸² Βλ. Κ. Χ. Χρυσόγονος, «Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα», εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή 2001, σ. 213

της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας του δότη και του λήπτη, που αποτελούν ειδικότερες εκδηλώσεις του δικαιώματος της προσωπικότητας και μόνον ο δότης, στα πλαίσια του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του σώματός του, μπορεί να σταθμίσει ποιο είναι το υπέρτατο αγαθό και δικαιούται προστασίας. Είναι, επομένως, η δωρεά οργάνου από ζώντα άνθρωπο για μεταμόσχευση μια εντελώς προσωπική πράξη, που πρέπει να πηγάζει από την ελεύθερη, συνειδητή και αβίαστη βούληση του δότη και που λόγω της σοβαρότητας και των κινδύνων που συνεπάγεται πρέπει να υποβάλλεται σε νόμιμους περιορισμούς. Προστατεύεται κατ' αυτόν τον τρόπο η αυτονομία του ζώντα δότη, ο οποίος ελεύθερα συναινεί να προσφέρει ένα όργανό του σε συγγενικό του πρόσωπο και μόνο ή να άρει τη συγκατάθεσή του στην περίπτωση που ο ίδιος το επιθυμεί. Όμως και εδώ είναι δύσκολο να αξιολογηθεί το κατά πόσο αμερόληπτη και ανεπηρέαστη είναι μια τέτοια απόφαση, όταν το πρόσωπο που θα λάβει το μόσχευμα είναι συγγενικό και έτσι ή ο ίδιος ο δότης θα έχει εξαναγκαστεί από τις περιστάσεις να συναινέσει σε κάτι που ίσως δεν το επιθυμεί, αλλά το επιλέγει για αλτρουιστικούς λόγους, ή ο λήπτης λόγω της σωματικής του κατάστασης εξαναγκάζεται το δυνητικό λήπτη να του προσφέρει ένα ζωτικό όργανο για να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. Σύμφωνα με τον Arnold G. Diethelm είναι δύσκολο να προσδιοριστούν οι συνέπειες και οι κίνδυνοι για έναν ζώντα δότη, όταν και ο ίδιος μετά τη δωρεά οργάνου του θα χαρακτηρίζεται ασθενής⁸³.

Ένα ακόμη σημείο που θέτει ερωτήματα που άπτονται της ηθικής είναι το ζεύγος κριτηρίων κατανομής μοσχευμάτων «επείγουσα ανάγκη μεταμόσχευσης /διατήρηση και μακροζωία του μοσχεύματος». Η πρώτη έννοια συμπεριλαμβάνεται στην Υπουργική Απόφαση 8874/96 με τη διατύπωση «ασθενής με ιατρικές προτεραιότητες ή υπερευαίσθητοποιημένοι ασθενείς», ενώ η δεύτερη, η οποία προϋποθέτει την καλή κατάσταση της υγείας του λήπτη, χωρίς να αποτελεί ρητή αναφορά κάποιου νόμου ή κανονιστικού κειμένου, λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τη μεταμοσχευτική ομάδα⁸⁴. Απ' όσο μπορούμε να συμπεράνουμε από την παραπάνω επισήμανση τα ποσοστά βελτίωσης της ποιότητας ζωής του δυνητικού λήπτη βαρύνει την απόφαση της μεταμοσχευτικής ομάδας εξίσου με τα υπόλοιπα κριτήρια κατανομής. Το ηθικό δίλημμα που προκύπτει έγκειται στο γεγονός ότι η διάρκεια επιβίωσης και μακροζωίας του μοσχεύματος είναι αντιστρόφως ανάλογη με την

⁸³ Βλ. Arnold G. Diethelm, "Ethical decisions in the History of Transplantation", Ann. Surg. (1990), σ. 505.

⁸⁴ Βλ. Μαρίνος Γ. Κούρτης, «*Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων*», εκδ. Δίκαιο και Οικονομία Π.Ν. Σάκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, σ. 135

κατάσταση της υγείας του λήπτη. Πιο απλά όσο κρισιμότερη θεωρείται η κατάσταση της υγείας ενός ασθενή, όσο επιτακτικότερη παρουσιάζεται η ανάγκη μεταμόσχευσης, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες μελλοντικής επιβίωσης του ασθενή⁸⁵. Το ποιός συντελεστής (επείγον ή μακροζωία) βαρύνει καταλυτικά στην κατανομή των μοσχευμάτων είναι δύσκολο να προσδιοριστεί όμως και σ' αυτήν την περίπτωση είναι καλό να αναζητηθεί ένας μέσος όρος που θα συνυπολογίζει την ορθολογική και ανθρωπιστική προσέγγιση.

Παράλληλα, στο ν. 2737/99 υπάρχει η επισήμανση ότι σε μια κατανομή μοσχευμάτων, κατά την οποία δύο δυνητικοί λήπτες συγκεντρώνουν τον ίδιο αριθμό μορίων, προηγείται ο ασθενής που έχει δηλώσει, πριν παρουσιαστεί ανάγκη μεταμόσχευσης σ' αυτόν, τη συναίνεσή του για την αφαίρεση των οργάνων του ύστερα από το θάνατό τους (ν. 2737/99, άρθρο 7 παρ. 3). Και αυτή η επισήμανση όμως δεν μπορεί να συμπεριληφθεί στα ιατρικά κριτήρια, που ορίζει το πρόσθετο πρωτόκολλο των μεταμοσχεύσεων του Οβιέδο, αλλά ούτε και να αποτελεί μια βάσιμη αιτιολογία κατανομής των μοσχευμάτων, εφόσον στη χώρα μας αρκετοί πολίτες και ασθενείς αγνοούν την ανάγκη και τη δυνατότητα, που υπάρχει σ' αυτούς να γίνουν ελεύθερα δωρητές οργάνων και να άρουν τη συγκατάθεσή τους, όποτε το θελήσουν. Επιπρόσθετα αντιβαίνει τη βιοηθική αρχή της δικαιοσύνης, όταν ελάχιστοι είναι σε θέση να γνωρίζουν την εν λόγω παράμετρο του νόμου, με αποτέλεσμα κριτήριο μιας δεύτερης αξιολόγησης, όταν δύο δυνητικοί λήπτες ισοδυναμούν στα μόρια, να είναι όχι κάποιο ιατρικό κριτήριο αλλά οι υποκειμενικές αξιολογήσεις και επιθυμίες ενός ατόμου, με αποτέλεσμα το δικαίωμα στην υγεία ενός ατόμου, που αγνοεί κάποιες νομοθετικές παραμέτρους, να τίθεται σε αμφισβήτηση και κίνδυνο.

Αναφορικά με τα κριτήρια κατανομής μοσχεύματος από ζώντα δότη προς συγκεκριμένο άτομο προς το οποίο υπάρχει ιστοσυμβατότητα δεν είναι εύκολο να επαναπροσδιορισθούν τα ήδη θεσπισμένα κριτήρια. Κι αυτό γιατί στην συγκεκριμένη περίπτωση ο ζώντας δότης πρέπει να είναι ενήλικας και να έχει τη δυνατότητα να συναινέσει ελεύθερα και ανεπηρέαστα προς μια τέτοια απόφαση. Η καινοτομία του νέου νόμου είναι ότι περιορίζει την ελεύθερη βούληση και συναίνεση του εκάστοτε δυνητικού ζώντα δότη μόνο μεταξύ συζύγων και γενετικά συγγενών μέχρι και το δεύτερο βαθμό εξ αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, όπως προβλέπεται στο άρθρο 10 παρ. 2 του ν.2737/99. Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, βρίσκεται στη

⁸⁵ Βλ. Κούρτης Γ. Μαρίνος, ό.π. σ. 136 καθώς και υποσημείωση του ίδιου 111

διακριτική ευχέρεια του ίδιου του ζώντα δότη να συναινέσει και να επιλέξει για το αν θα προσφέρει κάποιο όργανό του για μεταμόσχευση και σε ποιο πρόσωπο συγκεκριμένα, εφόσον πληρούνται όλα τα απαραίτητα ιατρικά κριτήρια. Η ύπαρξη ιστοσυμβατότητας είναι αυτονόητη ιατρική προϋπόθεση για οποιαδήποτε μεταμόσχευση αφού χωρίς αυτή θα απορριφθεί το μόσχευμα.

2.2 Τα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν από την κατανομή των μοσχευμάτων.

Η ηθική βάση της ιατρικής επιστήμης και πρακτικής των δυτικών κοινωνιών χαρακτηρίζεται από πληθώρα παραδόσεων οι οποίες εκφράζονται με διάφορους κώδικες πρακτικής⁸⁶. Εξέχουσα θέση ανάμεσα σ' αυτές έχει η δεοντολογία και ο ωφελμισμός. Από τη δεοντολογική σκοπιά βαρύτητα δίνεται στα καθήκοντα των θεραπόντων ιατρών και στα δικαιώματα των ασθενών. Στο πνεύμα αυτό κινείται ο ιπποκρατικός όρκος, η Διακήρυξη της Γενεύης, η σύμβαση του Οβιέδου και άλλα κείμενα που στόχο έχουν να περιφρουρήσουν την έννοια του ορθού στην ιατρική πρακτική. Οι γιατροί οφείλουν να πράττουν κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο επειδή αυτό είναι το "ορθό", συχνά παραβλέποντας τις συνέπειες⁸⁷. Κάθε ιατρική πράξη θα πρέπει να δύναται να επεκταθεί και να γίνει καθολικός νόμος. Η αυτονομία των ασθενών αλλά και η σχέση θεράποντος και ασθενή διασφαλίζεται από την καντιανή αρχή για μεταχείριση του ανθρώπου πάντοτε ως σκοπού και ποτέ ως μέσου.

Από την άλλη πλευρά ο ωφελμισμός υποστηρίζει ότι πρέπει να επιδιώκεται και να πραγματοποιείται αυτό που θα επιφέρει το «αγαθό» ή το καλύτερο αποτέλεσμα για το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Αν η επιδίωξη του «ορθού» δεν αποφέρει το καλύτερο αποτέλεσμα, τότε αυτό θα πρέπει να αναθεωρηθεί⁸⁸. Η αναγκαιότητα για ορθολογική διάθεση των περιορισμένων διαθέσιμων μοσχευμάτων φέρνει την ωφελμιστική προσέγγιση για το ζήτημα της κατανομής στο προσκήνιο.

Υπό το πρίσμα αυτών των δύο ηθικών θεωριών θα εξετασθούν τα ισχύοντα δεδομένα για την κατανομή των μοσχευμάτων σε δυνητικούς λήπτες, συνάμα και το κατά πόσο ο τρόπος διάθεσης των μοσχευμάτων ακολουθεί τις θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές της ωφέλειας, της δικαιοσύνης, της μη κακοεργίας και της αυτονομίας. Όπως διατυπώνεται στη διακήρυξη του 1998 για την Παγκόσμια Υγεία, η απόλαυση της υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του κάθε ανθρώπου. Η υγεία είναι προϋπόθεση ευεξίας και ποιότητας ζωής. Αποτελεί σημείο αναφοράς για τη μέτρηση της προόδου με σκοπό τον περιορισμό της φτώχειας, την προαγωγή της κοινωνικής

⁸⁶ Βλ. Stephen J. Wingmore and William D. Plant, "The ethics of transplantation", σ. 1

⁸⁷ Βλ. Stephen J. Wingmore & William D. Plant, ό.π. σ. 2

⁸⁸ Βλ. Stephen J. Wingmore & William D. Plant, ό.π. σ. 3

συνοχής και την εξάλειψη των διακρίσεων⁸⁹. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών αποτελούν έναν από τους βασικότερους τομείς της παρεμβατικής ιατρικής που όχι μόνο επιδιώκει να εξασφαλίσει την καλή υγεία των νοσούντων ανθρώπων αλλά κυρίως να βελτιώσει καθοριστικά την ποιότητα της ζωής τους σε τέτοιο ποσοστό ώστε να τους διασφαλίσει το ευ ζην. Τα ηθικά θεμέλια της πολιτικής «ΥΓΕΙΑ 21» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια αποτελούνται από τρεις βασικές αξίες, την υγεία ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα, την ισότητα στην υγεία και την αλληλεγγύη στη δράση μεταξύ και εντός όλων των κρατών και των κατοίκων τους και τέλος τη συμμετοχή και την ευθύνη, ατόμων, ομάδων, φορέων και κοινωνιών για συνεχή ανάπτυξη της υγείας⁹⁰. Και οι τρεις ηθικές συνισταμένες που θέτει ο ΠΟΥ αφορούν άμεσα και τον τομέα των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων.

Οι δυτικές κοινωνίες δεσμεύονται νομικά να σέβονται το άτομο, την αυτονομία του, να τηρούν τις δεσμεύσεις που έχουν ληφθεί προς το συμφέρον του, και να διαπραγματεύονται ειλικρινά μαζί του. Η αναγκαιότητα διαφύλαξης και προώθησης των ενδιαφερόντων και των δικαιωμάτων των παρόντων και των μελλοντικών γενεών αποτελεί έναν από τους καίριους στόχους που θέτει ξεκάθαρα η διακήρυξη της UNESCO για τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα⁹¹. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η προάσπιση των επιλογών κάθε ατόμου για τη ζωή μέσω της προάσπισης του δικαιώματος της υγείας. Υπάρχει μια ουσιαστική εννοιολογική διάφορα ανάμεσα στις λέξεις «ζωή» και «βίος». Η «ζωή» αναφέρεται απλώς στο ζην, στον τρόπο εκδήλωσής του, στο βιολογικό φαινόμενο που εξελίσσεται μέσα σ' ένα χρονικό διάστημα, και τα μέσα που το εξασφαλίζουν. Ο «βίος», ως έννοια, αναφέρεται στον τρόπο ζωής και τη διαχρονική οργάνωση και νοηματοδότησή του⁹². Δηλαδή αναφέρεται σε όλες εκείνες τις επιλογές του ατόμου που σχετίζονται με το πώς αποφασίζει να βιώσει τη ζωή του κάποιος, σε κοινωνικό, προσωπικό, επαγγελματικό επίπεδο.

Αναμφίβολα ένα θέμα της βιοηθικής είναι και η ηθική αξία της ανθρώπινης ζωής συνάμα και η προστασία της. Επειδή όμως το ζήτημα της ανθρώπινης ζωής δεν

⁸⁹ Βλ. Α. Φιλαλήθης και Α. Κούτης, «Κοινωνική Ιατρική: ανθολογία κειμένων», Σημειώσεις για το ΠΜΣ Βιοηθικής

⁹⁰ Βλ. Α. Φιλαλήθης και Α. Κούτης, ό.π.

⁹¹ Βλ. UNESCO, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 19 October 2005, 33rd Session of the General Conference of UNESCO, σ.3 - 4, Γενικές διατάξεις, παράγραφος ζ (g).

⁹² Βλ. Παύλος Σούρλας, Σημειώσεις για το ΠΜΣ Βιοηθικής. Επίσης και υποσημείωση του ίδιου για το λεξικό Liddel & Scott.

μπορεί να προσεγγιστεί χωριστά από αυτό το βίου, σύμφωνα με την προηγούμενη εννοιολογική διάκριση, θα πρέπει να εντοπίσουμε και να αναλύσουμε το τι είναι αυτό που προσδίδει ηθικό νόημα και βάρος στον ανθρώπινο βίο ως μια διαρκή και συνήθως δύσκολη πορεία αξιακής διαμόρφωσης του εαυτού μας⁹³. Έτσι αν δεχτούμε ότι η ανθρώπινη ζωή έχει ιδιαίτερη αξία όχι μόνο ως ζωή αλλά και ως βίος, τότε θα μπορούσαμε να αντιληφθούμε και το μέγεθος της αναγκαιότητας της προστασίας της υγείας όλων των ανθρώπων ανεξαρτήτου ηλικίας. Αυτή η παράμετρος όχι μόνο θα στηρίζει επιχειρήματα για τη συνέχιση της ζωής όπου είναι απαραίτητο, αλλά σε εντελώς εξαιρετικές περιπτώσεις, ακόμη και μια διακοπή της ζωής που δεν μπορεί πλέον να ανακτήσει κανένα ίχνος αξίας, ούτε καν την αξία της αξιοπρέπειας και της καρτερίας.

Στην ηθική φιλοσοφία μια αξία που ισχύει καθαυτή ονομάζεται εγγενής αξία. Η επιλογή αυτής της αξίας ως σκοπού της δράσης και της ζωής μας δικαιολογείται με βάση την αξία αυτή και μόνο, η οποία έτσι αποτελεί αυτοσκοπό. Αντίθετα, οι αξίες που δεν ισχύουν καθαυτές αλλά επειδή υπηρετούν κάποιες άλλες αξίες και επομένως η επιλογή τους συνίσταται επειδή αποτελούν μέσα για την πραγμάτωση άλλων αξιών και σκοπών, ονομάζονται έμμεσες ή εργαλειακές. Δεν είναι όλες οι ανθρωποκεντρικές αξίες εργαλειακές, όμως η αξία της υγείας είναι καθαρά εργαλειακή, γιατί δεν αξίζει από μόνη της αλλά για όλα τα αξιόλογα που μας επιτρέπει να πετύχουμε. Η υγεία δεν αποτελεί ηθική αξία ακόμη κι αν ληφθεί ως αξία καθαυτήν, γιατί δε θα έδινε μιά πλήρη απάντηση στο σωκρατικό ερώτημα: η φροντίδα να είμαστε υγιείς δεν αρκεί ώστε να κάνει τη ζωή μας αξια να τη ζούμε⁹⁴. Στον αντίποδα της θέσης του Σωκράτη βρίσκεται η άποψη του Καντ ότι έχουμε ένα ηθικό καθήκον προς τον εαυτό μας να μη βλάπτουμε ηθελημένα την υγεία μας. Επομένως όλοι οι θεσμικοί παράγοντες εξουσιοδοτούνται και δεσμεύονται νομικά και ηθικά για την προστασίας της υγείας και σε προληπτικό και σε θεραπευτικό επίπεδο.

Όλα τα ηθικά επιχειρήματα που αφορούν την αξία του βίου έγκεινται σε ερωτήματα που σχετίζονται με την ηθική του αγαθού, δηλαδή του ευ ζην, της ποιότητας ζωής, του ορθού τρόπου ζωής. Ο βίος των ανθρώπων απασχολεί διττά την ηθική. Από τη μία πλευρά, βάσει μιας αντικειμενικής θεώρησης ανεξάρτητης από το δεδομένο του αν πρόκειται για το βίο ενός συγκεκριμένου ανθρώπου, είτε έχει θετικό

⁹³ Βλ. Παύλος Σούρλας, ό.π.

⁹⁴ Βλ. Παύλος Σούρλας, ό.π.

είτε έχει αρνητικό αξιολογήσιμο συγκεκριμένο περιεχόμενο, αποτελεί ένα αγαθό το οποίο πρέπει να προστατευτεί από πράξεις ή παραλείψεις ατόμων και φορέων που άμεσα ή έμμεσα το θέτουν σε κίνδυνο. Στην εν λόγω περίπτωση μας αφορά και ως απλή ζωή τουλάχιστον από την άποψη της ελευθερίας που πρέπει να αναγνωρίζεται στον εκάστοτε φορέα της ώστε να του προσδίδει αυτοπροαίρετα το κατά την κρίση του καλύτερο δυνατό νόημα. Από την άλλη πλευρά ο βίος ενδιαφέρει την ηθική σε σχέση με το συγκεκριμένο πρόσωπο που τον βιώνει, ως αξία και ως προσωπαγές νόημα και ατομική επιλογή, που ο καθένας χωριστά επιδιώκει και κερδίζει σταδιακά μέσα στο χρόνο ως ηθικό υποκείμενο⁹⁵. Και σ' αυτήν ακριβώς την περίπτωση που το περιεχόμενο του βίου συνδέεται με τον εκάστοτε φορέα τού δεν μπορεί να μετρηθεί, να συνυπολογιστεί και να αξιολογηθεί με τους βίους άλλων ανθρώπων, από τη σκοπιά αυτή και μόνο εμπίπτει στην ηθική του αγαθού.

Η προστασία της ζωής, ως βιολογικού φαινομένου και ως θεμελιώδους ατομικού δικαιώματος, και η προστασία του βίου δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Τείνουμε να αποδίδουμε μεγαλύτερη αξία στη ζωή των ανθρώπων αδιαφορώντας για την ποιότητά της. Επιδιώκουμε να επιμηκύνουμε τα όρια της ζωής μας αγνοώντας τα συναισθήματα πόνου και αγωνίας κατά τη διάρκεια της προσπάθειας για επιβίωση. Το ζητούμενο όμως στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων δεν είναι απλά η επιβίωση ενός ασθενή ανεξάρτητα από την ηλικία, αλλά πρωτίστως η ποιότητα της ζωής που επιδιώκει να κερδίσει σε βάθος χρόνου.

Το ζητούμενο για εμάς πλέον είναι να εξετάσουμε τις διακρίσεις και τις αναλύσεις στις προϋποθέσεις υπό τις οποίες ο νομοθέτης μπορεί να επεμβαίνει στη ζωή των πολιτών, τόσο ατομικά όσο και συλλογικά, θέτοντας πολιτικά νομιμοποιημένους κανόνες και διατάξεις για ζητήματα συνδεδεμένα με την ηθική του βίου, οι οποίες ίσως να συνοδεύονται και από το στοιχείο του εξαναγκασμού.

⁹⁵ Βλ. Παύλος Σούρλας, ό.π.

Ι. Θεώρηση των κριτηρίων κατανομής μοσχευμάτων από την ωφελμιστική σκοπιά

Μιά από τις σχολές της ηθικής φιλοσοφίας, ο ωφελμισμός, υποστηρίζει ότι η απαρχή της ηθικής αξιολόγησης μιας πράξης τίθεται στο μέγεθος της παραγόμενης ευχαρίστησης και ωφέλειας, όταν αυτή μετρηθεί αντικειμενικά για το σύνολο των ανθρώπων γενικά, όχι μόνο για το άτομο⁹⁶. Η προβληματική στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων αρχίζει από τη στιγμή που τα μοσχεύματα αφαιρεθούν από το δότη και θα πρέπει η κατανομή να γίνει σε συγκεκριμένους λήπτες, έπειτα από την επιλογή τους ανάμεσα σε εκατοντάδες άλλους. Η ορθή επιλογή και η δικαιοσύνη είναι οι βασικές λέξεις για δύο θεμελιώδεις αρχές της ηθικής θεωρίας: της μεγιστοποίησης της ωφέλειας και της δίκαιης διευθέτησης των συνεπειών της κατανομής. Σε κάποιες περιπτώσεις κατανομής μοσχευμάτων αυτές οι δύο αρχές συνυπάρχουν, και τότε η εφαρμογή και το αποτέλεσμα για την απόφαση μιας κατανομής είναι σαφές και ηθικά αποδεκτό. Όμως συχνά σε κάποιες περιπτώσεις είναι διφορούμενες κι ακόμη και αν είναι ξεκάθαρο το εννοιολογικό τους περιεχόμενο έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους. Υπάρχουν επιπλέον ηθικές θεωρήσεις που δεν έχουν συνυπολογιστεί στις αρχές της αύξησης της ωφέλειας και της δικαιοσύνης σε μια κατανομή.

Μπορεί ο προφανής και αυτονόητος λόγος για την πραγματοποίηση μιας μεταμόσχευσης να είναι το πρόβλημα υγείας ενός ασθενή θα πρέπει εντούτοις να διερευνηθεί για ποιους επιπρόσθετους λόγους λαμβάνεται μια τέτοια απόφαση. Η εμπειρία των ιατρών έχει δείξει ότι είναι αρκετοί οι ασθενείς που δεν επιθυμούν και δεν επιλέγουν αυτήν την ιατρική πρακτική για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους, και άλλοι που την τελευταία στιγμή, ενώ έχουν κριθεί κατάλληλοι προς μεταμόσχευση, αρνούνται να προχωρήσουν στην επέμβαση από το φόβο ενός αποτυχούς αποτελέσματος μετά το χειρουργείο⁹⁷. Απομένουν, επομένως, άλλοι παράμετροι να εξεταστούν για τους λόγους που πιέζουν προς τη λήψη της απόφασης μίας μεταμόσχευσης, κι αυτοί θα μπορούσαν να είναι κοινωνικοί, επαγγελματικοί, ηλικιακοί οι οποίοι επηρεάζουν σε κάθε περίπτωση μια τέτοια επιλογή. Είναι προφανές ότι το ενδιαφέρον όλων μας για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων κεντρίζεται από το γεγονός ότι έχουμε πειστεί ότι ωφελεί αυτούς που έχουν ανάγκη μεταμόσχευσης. Υπάρχει μία σημαντική ωφέλεια από τις μεταμοσχεύσεις για όλους

⁹⁶ Βλ. Θεοδόσιος Ν. Πελεgrίνης, «*Ηθική Φιλοσοφία*», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997, σ. 89.

⁹⁷ Βλ. Veatch M. Robert, ό.π. σ. 287 - 289

τους ασθενείς⁹⁸. Και αυτή είναι απεριόριστη ως προς τα ιατρικά οφέλη που μπορεί να καρπωθεί ο λήπτης. Συνάμα, υπάρχει η διευρυμένη κοινωνική ωφέλεια. Σώζοντας ανθρώπινες ζωές, δίνοντας τους το περιθώριο να επιστρέψουν δυναμικά στην κοινωνία ως ενεργοί και παραγωγικοί πολίτες, ενισχύεται η κοινωνική ωφέλεια.

Ένας υποστηρικτής του κοινωνικού ωφελιμισμού θα αξιολογούσε όλα τα άμεσα και ορατά οφέλη από εναλλακτικές χρήσεις [ως προς το πρόσωπο της τελικής επιλογής] των οργάνων τις οποίες θα συνυπολόγιζε στην απόφασή του για τον τρόπο της κατανομής⁹⁹. Αν για παράδειγμα δίνονταν το όργανο σ' έναν πρόεδρο μιας εταιρείας ή ενός έθνους αυτό θα επέφερε μεγαλύτερη ωφέλεια σε περισσότερους ανθρώπους απ' ό,τι αν δίνονταν σ' έναν φτωχό, άστεγο, άνεργο άνθρωπο. Αυτή η περίπτωση θα ήταν ηθικά ανεκτή για έναν ωφελμιστή. Μια απευθείας κατανομή κατά τα πρότυπα της ωφελμιστικής θεωρίας θα επέλεγε τους δυνητικούς λήπτες στη βάση του μεγέθους της ωφέλειας που θα απέρρευε ως αποτέλεσμα από την κατανομή. Αυτό θα απαιτούσε τη γενίκευση μιας διαπροσωπικής συμφωνίας για το μέγεθος της ωφέλειας που μπορεί να παραχθεί από την κάθε χρήση ενός οργάνου¹⁰⁰. Και για διάφορους λόγους υφίσταται μια ευρέως αποδεκτή άποψη ότι η «κοινωνική αξία» του λήπτη, ως κριτήριο επιλογής από ωφελμιστική σκοπιά θα πρέπει να εξαιρεθεί της διαδικασίας κατανομής. Οι ωφελμιστές ίσως να υποστήριζαν ότι η διατήρηση της αδιάβλητης σειράς κατανομής των μοσχευμάτων σε μια λίστα θα ήταν επιζήμια για κάποιους άλλους λήπτες, οι οποίοι με την κοινωνική τους θέση και την επαγγελματική τους ισχύ θα προωθούσαν το γενικότερο συμφέρον. Κάποιοι άλλοι για λόγους δικαιοσύνης θα απέκλειαν τη συνισταμένη της κοινωνικής αξίας του λήπτη ως κριτήριο επιλογής από μια κατανομή. Εάν πίστευαν στην ηθική αξία της ισότητας όλων των ανθρώπων θα αγνοούσαν την κοινωνική αξία ως παράγοντα επιρροής μιας κατανομής¹⁰¹.

Ακόμη και αν η κοινωνική ωφέλεια τεθεί εκτός των δεδομένων μιας κατανομής, οι ωφελμιστές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις ηθικές τους αρχές για τις αποφάσεις που αφορούν την κατανομή μοσχευμάτων (μεγιστοποίηση της ωφέλειας για όσο το δυνατό μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων). Η ιατρική ωφέλεια, ως

⁹⁸ Βλ. Stephen J. Wingmore and William D. Plant, ό.π. , Βλ. *Troyen Brennan*, “Market in health Care: the case of renal transplantation”, *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, Vol. 35. Issue 2, pp. 249-255, June 2007

⁹⁹ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 288

¹⁰⁰ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. , σ. 288-9.

¹⁰¹ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. 289

ευδιάκριτος στόχος της μεταμόσχευσης, μπορεί να αποτελεί έναν επιπλέον μοχλό πίεσης για τις αποφάσεις της κατανομής. Αδιαμφισβήτητα, ο στόχος της μεταμόσχευσης είναι να σώσει ζωές ή τουλάχιστον να κάνει τη ζωή των ασθενών περισσότερη ανεκτή. Αν ωστόσο ένα μόσχευμα είναι ο δείκτης και το δεδομένο που θα κάνει τη ζωή ενός ασθενή καλύτερη και θα τον ωφελήσει ιατρικά, την ίδια στιγμή δεν υπάρχει πιθανότητα να βοηθήσει καθ' ουδένα τρόπο κάποιον άλλο που βρίσκεται στην ίδια θέση, οπότε το ιατρικό κριτήριο της ωφέλειας είναι σχετικό.

Αν λοιπόν θεωρήσουμε το κριτήριο της ιατρικής ωφέλειας σχετικό, ως προς τα πρόσωπα που ευνοούνται και βοηθούνται από μια μεταμόσχευση, αυτό μας ωθεί στο να αναζητήσουμε άλλους παράγοντες οι οποίοι υποστηρίζουν και μεγιστοποιούν την ιατρική ωφέλεια. Αξιολογώντας μεμονωμένα κάθε κριτήριο που αφορά στην ιατρική ωφέλεια μπορεί να καταφανεί η αντικρουόμενη θέση που κατέχει το καθένα στην διαδικασία της κατανομής. Η επιβίωση του ασθενή, η «επιβίωση» του μοσχεύματος, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή σε συνάρτηση με το προσδόκιμο επιβίωσής του, η ιστοσυμβατότητα, η ηλικία, η διαθεσιμότητα εναλλακτικών θεραπειών είναι τα βασικά αλλά διαφορετικά ιατρικά δεδομένα που κάνουν σχετική μια ωφελμιστική προσέγγιση του τρόπου κατανομής.

~ Επιβίωση του ασθενή.

Είναι σαφές ότι κύριος στόχος της μεταμόσχευσης είναι να σώζει ανθρώπινες ζωές, ανεξάρτητα από το ό,τι κάποιιο άνθρωποι δεν ζουν αρκετά χρόνια μετά από μια μεταμόσχευση. Στην περίπτωση της μεταμόσχευσης νεφρού είναι αυταπόδεικτο ότι άμεσα αναβαθμίζεται η ποιότητα ζωής του ασθενή με το να σταματά την αιμοκάθαρση, και παράλληλα σώζεται η ζωή του από τη στιγμή που η κατάσταση των φλεβών δεν του επιτρέπει την περαιτέρω συνέχιση της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης. Όμως το ιατρικό ερώτημα που τίθεται, καθώς και το θεωρητικό ερώτημα από την πλευρά των ωφελμιστών, είναι αν διασώζοντας κάθε μια ζωή μπορεί αυτή η πράξη να θεωρηθεί ως μια ωφέλεια ίση για τον καθένα ασθενή. Το ζήτημα είναι αν τελικά έχει βαρύνουσα σημασία η ισχύουσα άποψη ότι διασώζεται μια ζωή ή το εάν τελικά οφείλουμε να συνυπολογίσουμε και τα χρόνια ζωής που προστίθενται σ' έναν άνθρωπο μετά τη μεταμόσχευση¹⁰². Πιο συγκεκριμένα, η σωτηρία ενός πενηντάχρονου ασθενή με καρδιακά προβλήματα και με τη δυνατότητα να ζήσει επιπλέον είκοσι χρόνια υπολογίζεται και βαραίνει το ίδιο ή λιγότερο στην

¹⁰² Βλ. Robert M. Veatch, σ. 289.

περίπτωση ενός ασθενή τριάντα ετών με πιθανότητα να ζήσει για ακόμη σαράντα χρόνια ; Η απάντηση δεν είναι ούτε εύκολη, ούτε αυτονόητη από τη στιγμή που και τα δύο δεδομένα και των δύο περιπτώσεων είναι σημαντικά, όμως η απόφαση για το ποιος είναι πιο σημαντικός και καίριος παράγοντας για την τελική επιλογή του λήπτη αυτό αποτελεί ένα πρόβλημα για τους ωφελιμιστές, οι οποίοι εκ των πραγμάτων θα ανατρέξουν και θα χρησιμοποιήσουν άλλα δεδομένα για την τελική τους απόφαση.

~ Επιβίωση μοσχεύματος & ανοσολογικοί παράγοντες¹⁰³.

Ο χρόνος επιβίωσης του μοσχεύματος επηρεάζει άμεσα και το χρόνο επιβίωσης του ασθενή. Πρακτικά η απόρριψη ενός νεφρικού μοσχεύματος οδηγεί το λήπτη πίσω στη αιμοκάθαρση και στη λίστα αναμονής, ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση αποτυχημένης μεταμόσχευσης οργάνου στο θάνατο. Η αποτυχία μιας μεταμόσχευσης επηρεάζει αρνητικά όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά και τους υπόλοιπους εγγεγραμμένους στη λίστα, εφόσον ο ίδιος πρέπει να ξαναενταχθεί στη λίστα αναμονής και μάλιστα με την ένδειξη υπερευαισθητοποιημένος ασθενής, να ξαναμεταμοσχευθεί και να λάβει ένα ακόμη μόσχευμα. Στην πιθανότητα όμως αυτή θα πρέπει να υπολογίζεται η ιατρική ωφέλεια υπό το πρίσμα τόσο της χρονικής επιβίωσης του μοσχεύματος έπειτα από μια επιτυχή μεταμόσχευση, όσο και από την πιθανότητα απόρριψης του νέου μοσχεύματος και την αναγκαιότητα επανάληψης της ίδιας διαδικασίας, που άμεσα επηρεάζει και τον ίδιο ασθενή και τους υπόλοιπους εγγεγραμμένους και γενικότερα το σύστημα υγείας. Για τη διάθεση κάθε προσφερόμενου οργάνου θα πρέπει να υπολογίζονται τα κλινικά δεδομένα κάθε ασθενή και το προσδόκιμο επιβίωσής του, όπως αυτά θα παρουσιάζονταν χωρίς την πιθανότητα μεταμόσχευσης και με την πιθανότητα μεταμόσχευσης. Έτσι θα είναι δυνατό στους γιατρούς να αξιολογούν θετικά ανά περίπτωση ένα μόσχευμα με επιτυχείς μεταμοσχεύσεις. Στην υπουργική απόφαση Υ4δ/8874 το κριτήριο της ιστοσυμβατότητας καταγράφεται ως ένα από τα βασικά δεδομένα μια κατανομής, με την πρόσθετη επισήμανση ότι αφορά όλα τα συμπαγή όργανα και σε κάθε περίπτωση πλήρους, αρνητικής ή θετικής ιστοσυμβατότητας δότη και λήπτη βαθμολογείται με συγκεκριμένο αριθμό μορίων¹⁰⁴. Το κριτήριο της ιστοσυμβατότητας είναι εκείνο που προκρίνεται και θα πρέπει να έχει τη μεγαλύτερη βαρύτητα στον υπολογισμό μορίων των δυνητικών ληπτών και όχι τόσο ο χρόνος παραμονής στη λίστα. Είναι το καθοριστικό κριτήριο του τελικού ποσοστού επιτυχίας μιας μεταμόσχευσης,

¹⁰³ Βλ. Robert M.Veatch, ό.π. σ. 289 - 260

¹⁰⁴ Βλ. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, ΦΕΚ 973, σ. 10111.

δεδομένης της επιβίωσης του μοσχεύματος, επιτυγχάνεται σ' ένα μεγάλο ποσοστό η επιβίωση του ασθενή και εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία συνολικά του συστήματος κατανομής.

~ Ψυχολογική κατάσταση του ασθενή & ποιότητα ζωής¹⁰⁵.

Κατορθώνοντας οι γιατροί να διατηρήσουν στη ζωή έναν ασθενή και μειώνοντας τις πιθανότητες απόρριψης επιτυγχάνουν ένα επιθυμητό ιατρικό αποτέλεσμα. Οι ασθενείς σταδιακά βιώνουν μια δραματική βελτίωση της ψυχολογίας και του τρόπου, της ποιότητας ζωής τους. Ένας ωφελμιστικός υπολογισμός θα συναινούσε με αυτή την εξέλιξη. Ο υπολογισμός όμως των ψυχολογικών παραμέτρων στην κατανομή είναι δύσκολος, από τη στιγμή που διαφορετικά ψυχολογικά δεδομένα συνυπάρχουν σε μια ενιαία λίστα ασθενών. Επίσης είναι δύσκολο να καταμετρηθεί ή να υπολογιστεί σε μια ποσοστιαία βάση η ψυχολογική διάθεση των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους σε σχέση με τη σωτηρία της ζωής τους. Μια πρώτη προσπάθεια στατιστικής ανάλυσης και προσέγγισης για να συνυπολογιστούν τα δεδομένα της ποιότητας ζωής με την επίτευξη της τελικής επιβίωσης ενός ασθενή σχεδιάστηκε και χρησιμοποιείται από τους θεράποντες ιατρούς με την ονομασία QALYs, τον ποιοτικό προσδιορισμό του χρόνου ζωής ενός ασθενή. Σύμφωνα με αυτήν την ιατρική προσέγγιση, η οποία στηρίζεται στη χρήση αριθμητικών δεδομένων, μειώνεται ο αριθμός των χρόνων προσδόκιμης επιβίωσης ανάλογα με την ποιότητά τους, ζητώντας από τους ασθενείς να συγκρίνουν τα προηγούμενα χρόνια ζωής τους, οπότε και θα ακολουθούσαν συντηρητική αγωγή ή θα βρίσκονταν σε μια ειδική συμβατική ιατρική μέθοδο [για παράδειγμα την αιμοκάθαρση] με τον αριθμό λιγότερων χρόνων ζωής οπότε και οι ίδιοι θα είναι υγιείς¹⁰⁶. Αναλύοντας τις απαντήσεις των ασθενών ανά περίπτωση, καταγράφονται τα στατιστικά δεδομένα σε διαγράμματα οπότε και τα δεδομένα για το προσδόκιμο επιβίωσης συνυπάρχουν και συγκρίνονται με τα συγκεκριμένα χρόνια ζωής και την ποιότητά της, και όσο ήταν υγιείς και όσο ήταν ασθενείς. Μερικοί ωφελμιστές πιστεύουν ότι ο καλύτερος τρόπος αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας είναι αυτός που αυξάνει τα QALYs. Έτσι για παράδειγμα για κάθε δυνητικό λήπτη κάθε συμπαγούς οργάνου θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε και να υπολογίσουμε τον αριθμό των προστιθέμενων

¹⁰⁵ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 290-291

¹⁰⁶ Βλ. Robert M. Veatch, σ. 291.

Βλ. Δημολιάτης Δ. Γιάνης, Σημειώσεις ΠΜΣ «Βιοηθική».

Βλ. Κουτουβίδης Ν. Ι., «QALYs : μια σύγχρονη απόπειρα μέτρησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας», *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία* 1995:4(3): 144-163

χρόνων ζωής, και εν συνεχεία να ρυθμίσουν τον υπολογισμό της ποιότητας των προστιθέμενων χρόνων, καθώς και τις διαφοροποιήσεις της ποιότητας ζωής που θα είχε ο ασθενής αν δεν είχε μεταμοσχευθεί. Η διαφοροποίηση των QALYs είναι το κριτήριο που ντετερμινιστικά καθορίζει την επιδιωκόμενη ιατρική ωφέλεια όπως αυτή αποδεικνύεται από τη διάθεση ενός οργάνου σε κάθε ασθενή. Συνδυασμένες η ποιότητα και η μακροβιότητα που προστίθεται θα επηρεάσουν άμεσα την κατανομή και θα αποδεσμεύσουν τη συνολική διαδικασία από τα κλινικά δεδομένα του δότη.

Σύμφωνα με τον Robert Veatch τα μειονεκτήματα αυτού του ιατρικού σχεδιασμού έχουν άμεσες συνέπειες στους βαριά νοσούντες και στους μη θεραπεύσιμους ασθενείς. Τίθεται σαφώς ζήτημα δικαιοσύνης και άνισης αντιμετώπισης αυτών των ασθενών¹⁰⁷. Το πλέον σοβαρό πρόβλημα είναι ότι σε κάθε περίπτωση μια τέτοια μέθοδος, εφαρμογής των QALYs, δεν μπορεί να εξατομικευτεί και να εφαρμοστεί στο μικροεπίπεδο της κατανομής μοσχευμάτων στην ενιαία λίστα αναμονής, καθόσον τα κλινικά και στατιστικά δεδομένα των ασθενών δεν είναι συγκρίσιμα. Στην καλύτερη περίπτωση τα στατιστικά δεδομένα θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν στη σύγκριση των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων με διαφορετικές διαγνώσεις ή διαφορετικές ομάδες ληπτών. Το αποτέλεσμα τότε θα ευνοούσε ένα μεμονωμένο ασθενή με «συνήθη» ή ήπια συμπτώματα της νόσου σε μια μόνο κατηγορία. Για την απλοποίηση της απόφασης μιας κατανομής οι υποστηρικτές του κριτηρίου της μεγιστοποίησης της ιατρικής ωφέλειας θεμελίωσαν την κριτική τους σε εμπειρικούς παράγοντες που συσχετίζονται με το ιατρικό αποτέλεσμα της επέμβασης, και οι οποίοι χωρίς επεξεργασία μπορούν να υποκαταστήσουν τους δείκτες των αριθμών των QALYs για κάθε δυνητικό λήπτη που αναμένει ένα μόσχευμα¹⁰⁸.

~ Ηλικία¹⁰⁹.

Ο ηλικιακός παράγοντας ως κριτήριο επιλογής ενός δυνητικού λήπτη είναι αυτό που έχει προκαλέσει τις περισσότερες αντιδράσεις. Πολλοί υποστηρίζουν ότι αποτελεί ένα σημείο και ένα δεδομένο διαφοροποίησης των ασθενών καθώς ευνοεί την ανισότητα και τη διακριτική μεταχείριση μιας συγκεκριμένης ομάδας ασθενών και στρέφει τα συμφέροντα ορισμένων ηλικιακών ομάδων ενάντια σε κάποια άλλα. Η ηλικία όμως του λήπτη είναι ο βασικός παράγοντας που επηρεάζει και την επιβίωση

¹⁰⁷ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 291

¹⁰⁸ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π., σ. 291.

¹⁰⁹ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π., σ. 293, 299-300

ενός μοσχεύματος. Οι μικρότεροι σε ηλικία ασθενείς θεωρείται ότι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες αποθεραπείας και αποκατάστασης μιας οργανικής λειτουργίας έπειτα από μια σοβαρή επέμβαση. Σε μια ωφελμιστική προσέγγιση θα λαμβάνονταν υπόψη η προτεραιότητα των ανηλίκων και εφήβων έναντι των υπολοίπων ηλικιακών ομάδων στη λίστα αναμονής. Η ηλικία εντούτοις ενός ατόμου σε κάθε περίπτωση δεν αποτελεί έναν απόλυτο δείκτη της «ψυχολογικής και συναισθηματικής» ηλικίας, ως προς τη μεγιστοποίηση της ευτυχίας¹¹⁰ που άμεσα ενδιαφέρει τους ωφελμιστές, και αυτό φυσικά δε βοηθάει στην ενσωμάτωση και στον υπολογισμό του ηλικιακού κριτηρίου σε έναν ωφελμιστικό απολογισμό για τα συνολικά οφέλη μιας μεταμόσχευσης.

Αν, για παράδειγμα, λαμβάναμε το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών ως κριτήριο της ιατρικής ωφέλειας αυτονόητο είναι ότι οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς θα ευνοούνταν, εφόσον θα πετύχαιναν τα επιθυμητά ιατρικά αποτελέσματα από τη μεταμόσχευση και θα επιμηκύνονταν το προσδόκιμο επιβίωσής τους. Με τις σύγχρονες εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής επιστήμης ένα μόσχευμα μπορεί να «επιβιώσει» μέχρι το θάνατο ενός ασθενή με την παράλληλη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Ένας μεγαλύτερος σε ηλικία ασθενής ίσως θα ωφελούνταν λιγότερο από τη λήψη ενός οργάνου σε σύγκριση μ' έναν νεότερο καθώς το προσδόκιμο επιβίωσής τους δε θα ήταν μεγάλο, επηρεάζοντας άμεσα αρνητικά την επιβίωση του μοσχεύματος¹¹¹. Η ιατρική ωφέλεια τώρα από τα νεφρικά μοσχεύματα είναι μεγαλύτερη για τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς οι οποίοι αν δε μεταμοσχευθούν εμφανίζουν προβλήματα στην ανάπτυξή τους και έχουν νευρολογικές επιπτώσεις που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με την αιμοκάθαρση¹¹². Και σ' αυτήν την περίπτωση από την ωφελμιστική σκοπιά τα παιδιά ευνοούνται κατά τη διαδικασία της κατανομής των μοσχευμάτων εφόσον προβλέπεται ότι θα ζήσουν περισσότερα χρόνια μια υγιή και ποιοτικά άξια ζωή. Υπάρχει μια ηθική υποχρέωση, εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού διαθέσιμων οργάνων, να μεγιστοποιηθεί η μακροβιότητα ενός οργάνου και να δοθεί σ' αυτόν τον ασθενή, στον οποίο θα επιφέρει τη μεγαλύτερη ιατρική ωφέλεια για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα¹¹³.

¹¹⁰ Βλ. Θεοδόσιος Ν. Πελεγγρίνης, ό.π., σ. 97

¹¹¹ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 299. Βλ. Stephen J. Wingmore and William D. Plant, ό.π. σ. 2

¹¹² Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 293.

¹¹³ Βλ. Heidi Williams, "Allocating a future: Ethics and Organ Transplantation" στην ηλεκτρονική διεύθυνση : http://scu.edu/ethics/publications/submitted/allocating_organ.html, 15/10/2007

Αυτό που πρέπει να αναλυθεί είναι το πώς διασφαλίζεται μια δίκαιη και νομικά ορθή κατανομή, όταν από τη σκοπιά του ωφελιμισμού οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση από τους νεότερους. Η θεμελιώδης θέση της ωφελιμιστικής θεωρίας είναι αυτή που κυρίως αμφισβητεί το πρότυπο με βάση το οποίο γίνεται μια κατανομή. Εκ των πραγμάτων σε μια τέτοια θεώρηση οι βαριά νοσούντες και οι ηλικιωμένοι αποκλείονται προς χάριν της ιατρικής ωφέλειας των υπολοίπων ασθενών που μπορούν μακροπρόθεσμα να συνεισφέρουν περισσότερα στο ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Έτσι σύμφωνα με δεδομένα κάποιες ομάδες ασθενών της λίστας πρέπει να ευνοηθούν με κάθε τρόπο, με κριτήρια καθαρά κοινωνικοοικονομικά, ηλικιακά ή άλλα¹¹⁴. Η ισότητα της κατανομής και η επάρκεια των οργάνων έρχονται τότε σε σύγκρουση, καθώς το πιο αποδοτικό σύστημα κατανομής που μεγιστοποιεί την ωφέλεια απορρέει από ένα κατανομητικό σύστημα μοσχευμάτων το οποίο ίσως να μην είναι και το πλέον δίκαιο. Αντιστρόφως, το πιο δίκαιο σύστημα ίσως να είναι και ανεπαρκές, εφόσον στηριζόμενο στην εναλλαγή των βασικών θεμελιωδών αρχών της βιοηθικής, της δικαιοσύνης και της ωφέλειας, δίνει μεγαλύτερη ή μικρότερη βαρύτητα στη διαδικασία της κατανομής ανά περίπτωση ασθενή με βάση την προσδοκόμενη ευτυχία από ορισμένες ηλικιακές ομάδες .

¹¹⁴ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 294.

II. Θεώρηση των κριτηρίων κατανομής μοσχευμάτων από τη δεοντολογική σκοπιά.

Ουσιαστικά, η βαρύτητα που δίνεται και ο στόχος κάθε θεωρίας της δικαιοσύνης δεν είναι τόσο στο μέγεθος της ωφελείας που κατανέμεται, αλλά προπάντων ο τρόπος κατανομής αυτής της ωφελείας¹¹⁵. Μια κατανομή μοσχευμάτων για να κριθεί δίκαιη και ακριβής θα πρέπει να αξιολογηθεί πάνω στη βάση μερικών παραγόντων, που προβάλλονται ως κριτήρια κατανομής, και που υπαγορεύουν το συγκεκριμένο τρόπο κατανομής. Σ' ένα τέτοιο συμπέρασμα καταλήγουμε, αν κρίνουμε δίκαιο το σύστημα κατανομής υπό την προϋπόθεση ότι έχει πετύχει να δώσει ίσες ευκαιρίες στον καθένα ασθενή εκ του αποτελέσματος. Στον τομέα της υγείας αυτό συχνά σημαίνει να δίνουμε τη δυνατότητα στους πιο σοβαρά νοσούντες ασθενείς να αναρρώσουν και να αποκαταστήσουν τα προβλήματα υγείας τους σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι τόσο υγιείς όσο και οι υπόλοιποι άνθρωποι. Επειδή οι περισσότερες θεωρίες διανεμητικής δικαιοσύνης επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους εξίσου και στην ανάγκη του ασθενούς και στην ωφέλειά του, ο τελικός ορισμός της δικαιοσύνης στο πεδίο της υγείας δεν μπορεί να εξαρτάται από μια κατανομή όπου μια κατηγορία ασθενών σε τελικό στάδιο νόσου θα διεκδικεί όλες τις δυνατές λύσεις και όλα τα διαθέσιμα όργανα. Πάνω σε αυτήν την πιθανότητα θα πρέπει να επαναξιολογηθούν τα δεδομένα των βασικών κριτηρίων κατανομής όπως είναι αυτά της ηλικίας, του επείγοντος της κατάστασης και του γεωγραφικού παράγοντα.

Για την κριτική προσέγγιση και ανάλυση του ηλικιακού κριτηρίου από τη δεοντολογική σκοπιά θα μπορούσαμε να επικαλεστούμε τις δύο θεμελιώδεις αρχές που αναλύει ο Τζων Ρωλς στη «Θεωρία της Δικαιοσύνης». Πιστεύει ο ίδιος ότι μια κοινωνία που θέλει να είναι δίκαιη θα πρέπει να ακολουθήσει μια θεσμική οργάνωση βασισμένη σε δύο θεμελιώδεις αρχές. Πρώτον, οι θεσμοί πρέπει να εξασφαλίζουν στον καθένα τον μεγαλύτερο βαθμό ελευθερίας που είναι συμβιβασίμος με ίση ελευθερία για όλους τους άλλους. Δεύτερον, κοινωνικές ανισότητες είναι ανεκτές κατ' εξαίρεση και μόνο υπό όρους, αφενός όταν αποβαίνουν προς όφελος και των λιγότερων προνομιούχων ομάδων πολιτών, και αφετέρου ότι η υπεροχή ορισμένων προσώπων συνδέεται με θέσεις και ευκαιρίες εξίσου ανοιχτά σε όλους¹¹⁶. Ίση μέγιστη δυνατή ελευθερία για όλους σημαίνει σύμμετρη ικανοποίηση της ελευθερίας και της ισότητας. Σημαίνει επίσης ουδετερότητα του κράτους απέναντι στις διάφορες

¹¹⁵ Βλ. Stephen J. Wingmore and William D. Plant, ό.π. σ. 2-5

¹¹⁶ Βλ. Π. Σούρλας, Εφημερίδα « Το Βήμα», 5/12/93.

θηρσκείες και ηθικές αντιλήψεις, γιατί διαφορετικά η προώθηση ορισμένων από αυτές θα επέφερε ανισότητα μεταξύ των πολιτών, αφού θα προωθούσε τα συμφέροντα της μιας ομάδας σε βάρος των υπολοίπων¹¹⁷. Οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες πρέπει να διευθετούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζονται συνθήκες ακριβοδίκαιης ισότητας των ευκαιριών¹¹⁸. Η κατανομητική δικαιοσύνη, κατά τον Ρόλς, βρίσκει εφαρμογή, όταν ένα δεδομένο σύνολο πρωτευόντων κοινωνικών αγαθών (εκπαίδευση, διατροφή, πλούτος, κ.ά.), εν προκειμένω προσφερόμενων μοσχευμάτων, πρέπει να διαμοιρασθεί ανάμεσα σε ορισμένα άτομα με γνωστές επιθυμίες και ανάγκες, ούτως ώστε όλοι να έχουν τη δυνατότητα να εξασφαλίσουν για τον εαυτό τους τα ιατρικά μέσα που θα τους διασφαλίσουν καταρχήν το δικαίωμα στην υγεία και κατ' επέκταση στη ζωή και την αξιοπρέπεια. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο ίδιος « όλες οι κοινωνικές αξίες – ελευθερία και ευκαιρίες, εισόδημα και πλούτος, καθώς και οι κοινωνικές βάσεις του αυτοσεβασμού- πρέπει να διανέμονται ίσα, εκτός αν μια άνιση διανομή κάποιων ή και όλων αυτών των αξιών αποβαίνει προς όφελος όλων»¹¹⁹. Η αδικία, επομένως, καταλήγει δεν είναι παρά ανισότητες, οι οποίες δεν αποβαίνουν προς όφελος όλων. Δηλαδή κάνοντας μια υπόθεση κατά την οποία η βασική διάρθρωση της κοινωνίας διανέμει ορισμένα πρωταρχικά αγαθά, πράγματα δηλαδή που ο καθένας τεκμαίρεται ότι θέλει, κι αυτά τα αγαθά έχουν κανονικά κάποια χρησιμότητα, οποιοδήποτε και να είναι το ορθολογικό σχέδιο ζωής ενός προσώπου, στα οποία περιλαμβάνεται και το φυσικό αγαθό της υγείας, του οποίου η κατοχή επηρεάζεται από τη βασική διάρθρωση αλλά δεν βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχό της, ο κάθε άνθρωπος εφόσον έχει παρόμοια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους άλλους θέλει να διαμοιράζονται εξίσου, διότι αυτή η κατάσταση πραγμάτων προσφέρει ένα σταθερό σημείο κρίσεως των εκάστοτε βελτιώσεων¹²⁰. Η ισότητα των ευκαιριών διασφαλίζεται από την αντικειμενικότητα του συστήματος κατανομής μοσχευμάτων μέσω της διανεμητικής δικαιοσύνης. Όπως υπογραμμίζει ο Ronald Munson « δεν προσμένουμε πάντα ότι αντιμετωπίζοντας μας με δίκαιο τρόπο αυτό το ίδιο ότι θα έχει ένα άμεσο πλεονέκτημα για εμάς»¹²¹. Αλλά σε μια κατάσταση όπου τα μοσχεύματα είναι ελάχιστα και ο οποιοσδήποτε που έχει ανάγκη λαμβάνει ένα μόσχευμα, είναι

¹¹⁷ Βλ. Troyen Brennan, ό.π. σ. 251

¹¹⁸ Βλ. Τζων Ρωλς, «Θεωρία της Δικαιοσύνης», εκδ. Πόλις, Αθήνα 2001, σ. 121 – 122.

¹¹⁹ Βλ. Τζων Ρωλς, ό.π. σ. 94

¹²⁰ Βλ. Τζων Ρωλς, ό.π. σ. 94

¹²¹ Βλ. Heidi Williams, ό.π. σ. 2.

αναγκαίο η διανομή να είναι δίκαιη. Για να επιτευχθεί αυτό ο Ρωλς κάνει την υπόθεση ότι τα μέρη βρίσκονται πίσω από το πέπλο της άγνοιας¹²². Απ' αυτήν την πρωταρχική θέση θα μπορέσει να οικοδομηθεί μια ακριβοδίκαιη διαδικασία, που θα διασφαλίζει ότι οι αρχές που θα συμφωνηθούν θα είναι δίκαιες. Τα μέρη δε θα είναι σε θέση να γνωρίζουν πώς θα μπορούσαν οι διάφορες εναλλακτικές λύσεις να επηρεάσουν ξεχωριστά τον καθένα τους, καθώς και ότι έχουν την υποχρέωση να αξιολογούν τις αρχές χρησιμοποιώντας ως αποκλειστικό κριτήριο γενικές εκτιμήσεις. Εξειδικεύοντας λοιπόν την παραπάνω θεώρηση στην περίπτωση της κατανομής των ελαχίστων διαθέσιμων μοσχευμάτων σε δυνητικούς λήπτες, πίσω από το πέπλο της άγνοιας θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε όλους αυτούς τους ανθρώπους που είτε έχουν είτε δε θα έχουν ποτέ ανάγκη μεταμόσχευσης ή επανάληψης μιας μεταμόσχευσης, αυξάνοντας έτσι την ευκαιρία που έχουν να ευνοηθούν από αυτήν την ιατρική πρακτική, μέσω ενός διανεμητικού συστήματος, όπου όλοι είναι ίσοι, διαθέτοντας έτσι τα ελάχιστα μοσχεύματα σε αυτούς που θα κερδίσουν περισσότερα χρόνια ζωής απ' αυτήν¹²³. Αν η πρωταρχική θέση πίσω από το πέπλο της άγνοιας πρόκειται να οδηγήσει σε δίκαιες συμφωνίες, τα μέρη πρέπει να βρίσκονται στην ίδια θέση και να αντιμετωπίζονται επί ίσοις όροις ως ηθικά πρόσωπα¹²⁴. Ο ορθός τρόπος δράσης είναι αυτός που προάγει κοινωνικούς στόχους, οι οποίοι είναι αποτέλεσμα αναστοχαστικής συμφωνίας, υπό την προϋπόθεση ότι τα συμβαλλόμενα μέρη έχουν πλήρη γνώση των περιστάσεων και εμφορούνται από καλοπροαίρετο ενδιαφέρον για τα συμφέροντα των άλλων¹²⁵.

Είναι επιθυμητό τα θεμέλια μιας δημόσιας αντίληψης δικαιοσύνης να είναι εμφανή στον καθένα, όπου οι περιστάσεις το επιτρέπουν, διότι κατ' αυτόν τον τρόπο όλοι οι πολίτες θα έχουν επίγνωση των συνισταμένων που ισχύουν προς διαφύλαξη της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων τους. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και δράσης, της αυτονομίας, αποτελούν δύο από τις θεμελιώδεις διατάξεις που περιλαμβάνονται στην παγκόσμια διακήρυξη της UNESCO για τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η διακήρυξη αναγνωρίζει ότι η υγεία δεν εξαρτάται μόνον από την επιστημονική και τεχνολογική έρευνα αλλά επίσης ψυχολογικοί και πολιτισμικοί παράγοντες την

¹²² Βλ. Τζων Ρωλς, ό.π. σ. 173

¹²³ Βλ. Heidi Williams, ό.π. σ. 2, όπως και παραπομπή του ίδιου.

¹²⁴ Βλ. Τζων Ρωλς, ό.π. σ. 179

¹²⁵ Βλ. Τζων Ρωλς, ό.π., σ. 178

επηρεάζουν¹²⁶. Δεδομένης αυτής της θέσης, τόσο μια απόφαση που αφορά στη δωρεά οργάνων από ζώντα ή πτωματικό δότη όσο και οι αποφάσεις που αφορούν στην ιατρική, στις επιστήμες της ζωής γενικότερα που συνεπικουρούνται από την τεχνολογία, θα πρέπει να έχουν θετική απήχηση και όφελος τόσο σε μεμονωμένα άτομα, τις οικογένειες, τις κοινότητες ατόμων και την ανθρωπότητα γενικότερα. Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εξασφαλίζεται υπό την προϋπόθεση της διασφάλισης του σεβασμού της ζωής όλων των ανθρωπίνων υποκειμένων και των θεμελιωδών ελευθεριών τους, όπως αυτά προστατεύονται από τις διεθνείς συμβάσεις¹²⁷. Αναφορικά με τις μεταμοσχεύσεις και με βάση τις αρχές της διακήρυξης, η οποία άμεσα δεν αφορά και δεν επικεντρώνεται σε αυτό το θέμα, καταγράφονται οι αρχές και προσδιορίζονται οι στόχοι που οφείλει να θέτει η ιατρική επιστήμη γενικότερα με τις αποφάσεις που λαμβάνει και με τις πρακτικές που ακολουθεί. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα και οι θεμελιώδεις ελευθερίες πρέπει να γίνονται απολύτως σεβαστές, όπως επίσης τα ενδιαφέροντα και η ευδοκιμία του κάθε ατόμου πρέπει να έχουν προτεραιότητα έναντι των μονομερών ενδιαφερόντων της επιστήμης ή της κοινωνίας. Στην ιατρική επιστήμη τα άμεσα ή τα έμμεσα οφέλη πρέπει να μεγιστοποιούνται και οποιαδήποτε περίπτωση βλάβης πρέπει να εκμηδενίζεται¹²⁸. Μολονότι στον τομέα των μεταμοσχεύσεων η Ελλάδα έχει προσπαθήσει να διαφυλάξει συνολικά και τα προσωπικά δεδομένα των δοτών και των ληπτών, και την ακεραιότητα του συστήματος θεσπίζοντας κριτήρια και λειτουργίες που γενικά εγγυώνται ένα αδιάβλητο και αντικειμενικό καταναμητικό σύστημα, τα ηλικιακά, γεωγραφικά κριτήρια και το κριτήριο του σωματικού βάρους φαίνονται να είναι οι παράμετροι που κατά μια έννοια παρεκκλίνουν των βασικών αρχών της διακήρυξης. Διότι μπορεί αυτοί οι παράμετροι άμεσα να μην βλάπτουν τους ασθενείς - δυνητικούς λήπτες ωστόσο δεν τους ωφελούν. Η ελληνική πολιτεία οφείλει και έχει την ηθική και νομική υποχρέωση προς τους πολίτες της να διαφυλάξει την υγεία τους επανεξετάζοντας όλες τις περιπτώσεις όπου τίθενται αμφιβολίες ως προς την ισότητα των ευκαιριών και των επιλογών που δύνανται αυτοί να έχουν. Η προστασία της υγείας και η ισότιμη ανάπτυξη και εξέλιξη όλων των μελών μιας κοινωνίας πρέπει να είναι ο κεντρικός στόχος της εκάστοτε κυβέρνησης ανεξάρτητα από τον κοινωνικό

¹²⁶ Βλ. UNESCO, «Universal Declaration on Bioethics and Human Rights», 19 October 2005, 33rd session of the General Conference of UNESCO, σ. 2.

¹²⁷ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, ό.π. σ. 4

¹²⁸ Βλ. Universal Declaration On Bioethics and Human Rights, ό.π. άρθρο 3, 4, σ. 4

τομέα όπου αυτοί ανήκουν¹²⁹. Επιπρόσθετα, τα ίδια τα άτομα επιφορτίζονται με την ατομική ευθύνη των επιλογών που οι ίδιοι κάνουν. Η αυτονομία των ατόμων να λαμβάνουν αποφάσεις που άμεσα τους αφορούν, άμεσα αυτό συνεπάγεται και την ευθύνη για την συνέπεια αυτής της επιλογής¹³⁰. Αν ένα άτομο επιλέξει να μην προχωρήσει σε μεταμόσχευση, παρόλο που η κατάσταση της υγείας του το απαιτεί και αυτή επιδεινωθεί, η ευθύνη βαραίνει τον ίδιο αποκλειστικά. Αν όμως επιλέξει να ακολουθήσει όλες τις διαδικασίες που προηγούνται μιας μεταμόσχευσης σε ιατρικό και διαδικαστικό επίπεδο, τότε ο ίδιος ο ασθενής θα πρέπει να επιδιώξει να ενημερωθεί σαφέστατα και εκ των προτέρων για όλη τη διαδικασία που προηγείται μιας μεταμόσχευσης (τρόπος μοριοδότησης, κριτήρια, τελική επιλογή του λήπτη) καθώς όλα αυτά τα δεδομένα και τον αφορούν και επηρεάζουν άμεσα ή μακροπρόθεσμα την κατάσταση της υγείας του.

Η συναίνεση του ασθενή είναι ένα από τα πλέον σοβαρά ζητήματα που τίθενται προς διαπραγμάτευση γιατί αφορά και τον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Η δήλωση της συναίνεσής τους όμως όχι ως προς τη διαδικασία της μεταμόσχευσης ως αμιγούς ιατρικής πρακτικής, αλλά ως προς τον διαδικαστικό τρόπο κατανομής των μοσχευμάτων με τα κριτήρια τα ηλικιακά, γεωγραφικά και του σωματικού βάρους να καθορίζουν τις περαιτέρω εξελίξεις. Η οποιαδήποτε προληπτική, διαγνωστική και θεραπευτική ιατρική παρέμβαση μπορεί να συνεχιστεί μόνον εάν εκ των προτέρων, ελεύθερα και έπειτα από ορθή, πλήρη και ίση ενημέρωση, έχει ένας ασθενής συναινέσει ως προς την όλη διαδικασία¹³¹. Το κατά πόσο όμως ένας ασθενής γνωρίζει εκ των προτέρων, επακριβώς τον τρόπο υπολογισμού των μορίων αλλά και τη βαρύτητα του κάθε κριτηρίου στο τελικό άθροισμα της βαθμολογίας του δεν μπορεί να διαπιστωθεί.

Ο Ρωλς ισχυρίζεται πως μπορεί να αποτελέσει κοινή πεποίθηση ότι κάθε πρόσωπο έχει κάτι το απαραβίαστο που θεμελιώνεται στη δικαιοσύνη και δεν μπορεί να παραβιασθεί στο όνομα καμίας σκοπιμότητας και κοινής ευημερίας¹³². Κανένα κοινό καλό δεν σταθμίζει τη θυσία της ελευθερίας που μαζί με την ηθική ισότητα θεωρούνται δεδομένες σε κάθε δίκαιη κοινωνία. Τα δικαιώματα που διασφαλίζονται

¹²⁹ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, ό.π. σ. 6, άρθρο 14, ¶1.

¹³⁰ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, ό.π. σ. 4, άρθρο 5, 6.

¹³¹ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, ό.π. σ. 4, άρθρο 6.

¹³² Βλ. Μυρτώ Δραγώνα – Μονάχου, « Σύγχρονη ηθική φιλοσοφία », εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, σ. 265

από τη δικαιοσύνη έχουν απόλυτη προτεραιότητα, γιατί αλήθεια και δικαιοσύνη, οι πρώτες αρετές των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων, δεν επιδέχονται συμβιβασμούς¹³³.

Στις σύγχρονες κοινωνίες η κοινή αντίληψη για τη δικαιοσύνη διακρίνεται από τις ποικίλες αντιλήψεις για τη δικαιοσύνη, αλλά, παρά τη διαφοροποίηση των αντιλήψεων, μπορεί να επιτευχθεί μια συμφωνία για τη δικαιοσύνη των θεσμών¹³⁴. Στη βάση αυτής της τελευταίας θέσης μπορεί να κριθεί και ο τρόπος αντίδρασης των δυνητικών ληπτών όταν αυτοί αποκλείονται από τη μεταμόσχευση ενός οργάνου. Η απόρριψη ενός δυνητικού λήπτη από τη μεταμοσχευτική μονάδα, που έχει όμως κληθεί στο μεταμοσχευτικό κέντρο για την τελική επιλογή όταν πλέον έχει βρεθεί ένα μόσχευμα, φυσικά και δε γίνεται εύκολα αποδεκτή από τον ίδιο. Διότι προσέρχεται στο μεταμοσχευτικό κέντρο με την προσδοκία ή την πεποίθηση ότι πλέον θα δοθεί ένα τέλος και στην ασθένειά του και στην ταλαιπωρία τού από τις οποιοσδήποτε άλλες θεραπευτικές πρακτικές ή συντηρητικές αγωγές. Οι πιθανότητες όμως να αντιδράσουν οι ίδιοι οι δυνητικοί λήπτες στην οριστική απόφαση των γιατρών για διάθεση του μοσχεύματος σε κάποιον άλλο ασθενή είναι ελάχιστες. Και αυτό επιδέχεται τη δική του εξήγηση, αφενός κάποιιοι δέχονται αβίαστα και αναντίρρητα την απόφαση των γιατρών ίσως γιατί γνωρίζουν τον τρόπο κατανομής των μοσχευμάτων, αφετέρου κάποιιοι άλλοι δεν αντιδρούν γιατί έχουν ανάγκη το μεταμοσχευτικό κέντρο (κατά δήλωση συντονιστή μεταμοσχεύσεων). Στην τελευταία λοιπόν αυτή περίπτωση μπορούμε να διαπιστώσουμε το μέγεθος της συναισθηματικής «καταπίεσης» και του ψυχικού αδιεξόδου, που έμμεσα και αναντίρρητα υφίστανται όλοι αυτοί οι ασθενείς που αισθάνονται δέσμιοι του συστήματος κατανομής μοσχευμάτων και του συστήματος υγείας γενικότερα . Το να μην αντιδρούν και να δέχονται παθητικά τα γεγονότα και τις εξελίξεις, που τους αφορούν, καταδεικνύει και το μέγεθος της απόγνωσης και της ανάγκης τους να βρουν έστω και έπειτα από πολλές προσπάθειες κάποιο τρόπο ίασης. Μπορεί λοιπόν από τη δική τους οπτική γωνία και με τα δικά τους μέτρα να υποθέτουν ότι αδικούνται όμως δεν μπορούν και να το αποδείξουν. Ανέχονται λοιπόν αδιαμαρτύρητα αυτήν την υφιστάμενη κατάσταση αναμένοντας τη στιγμή που θα επιλεγούν αυτοί για τη μεταμόσχευση. Οι ίδιοι, λοιπόν, οι ασθενείς μένουν αμέτοχοι των διαδικασιών που τους αφορούν, σε διαδικαστικό πάντα επίπεδο και όχι σε ό,τι αφορά την ιατρική πρακτική, χωρίς να μπορούν ούτε να συναινέσουν ούτε να αντιταχθούν σε αποφάσεις

¹³³ Βλ. Μυρτώ Δραγώνα – Μονάχου, ό.π. σ. 265

¹³⁴ Βλ. Μυρτώ Δραγώνα – Μονάχου, ό.π., σ. 266

που άμεσα αφορούν το ζήτημα της υγείας τους. Αλλά και στην περίπτωση που θα αντιδρούσαν πάλι δε θα άλλαζε κάτι στην απόφαση των γιατρών. Είναι τέτοια η περιπλοκότητα του συστήματος κατανομής και τόσο περιορισμένες οι πιθανότητες ευελιξίας των αποφάσεων των γιατρών οπότε επανερχόμαστε στο δεδομένο της έλλειψης οργάνων που συγγεί περισσότερο τις διαδικασίες.

Οφείλει η κοινωνία ως σύνολο, τα άτομα και οι επαγγελματίες υγείας να προσέλθουν σε ένα διάλογο από μια σχετική βάση θεμάτων όπου η κάθε πλευρά θα θέσει τα ζητήματα που την αφορούν και την ενδιαφέρουν, ώστε να καταλήξουμε σε συλλογικές συναινετικές αποφάσεις που θα ικανοποιούν κάθε πλευρά. Εκείνο που μπορούν και οφείλουν όλοι να κάνουν είναι να προσέλθουν σ' έναν ανοικτό διάλογο να αναζητήσουν πίσω από τις διαφωνίες, κάποιες άλλες, εξίσου σημαντικές, συναινέσεις. Γιατί, σύμφωνα με τον Dworkin, κανείς δεν μπορεί να διαφωνεί σοβαρά με άλλους αν δε συμφωνεί μαζί τους ότι η διαφωνία εκδηλώνεται γύρω από κάτι που και οι δύο πλευρές τρέφουν εξίσου την πεποίθηση ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό. Πρέπει λοιπόν να ανακαλυφθεί ποιο είναι αυτό για το οποίο οι διαφωνούντες συμφωνούν ότι είναι άκρως σημαντικό, θα πρόκειται για μια κατά γενική ομολογία εγγενής ηθική αξία. Στο θεμελιώδες ζήτημα του νοήματος της ζωής η όποια συζήτηση θα επακολουθήσει θα πρέπει να έγκειται στον ίσο σεβασμό και μέριμνα που αξίζει και δικαιούται ο κάθε άνθρωπος.

Η βάση της ισότητας όλων των ανθρωπίνων υποκειμένων είναι ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων τους με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η δίκαιη και ίση μεταχείρισή τους¹³⁵. Το αίσθημα δικαίου που πρέπει να εμπνέει ο τρόπος κατανομής των μοσχευμάτων ίσως δεν έχει επιτευχθεί ακόμα. Η ευθύνη της κοινωνίας και τους κράτους πρόνοιας προς αυτήν την κατεύθυνση είναι μεγάλη γιατί η παροχή υπηρεσιών υγείας βασιζόμενων σε υψηλά πρότυπα είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ιδεολογικά πιστεύω, θρησκευτικές αντιλήψεις¹³⁶. Η ελεύθερη, απρόσκοπτη και ίση πρόσβαση σε ένα ποιοτικό σύστημα υγείας, ειδικά για τις γυναίκες και τα παιδιά, είναι απαραίτητη διότι η υγεία είναι η ουσία αυτής καθαυτής της ζωής, όπως αναγνωρίζει η διακήρυξη της UNESCO¹³⁷, και θα πρέπει να θεωρείται και να προστατεύεται ως κοινωνικό και ως ανθρώπινο αγαθό.

¹³⁵ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, σ. 5, άρθρο 10.

¹³⁶ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, σ. 6, άρθρο 14.

¹³⁷ Βλ. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, σ. 6, άρθρο 14, ¶ α.

Οι μεταμοσχεύσεις σήμερα βασίζονται στο θεσμό της δωρεάς οργάνων κυρίως από πτωματικούς δότες γι' αυτό και περιβάλλονται με ιδιαίτερη κοινωνική αίγλη¹³⁸. Ως μια καθαρά ιατρική θεραπευτική μέθοδος που αφορά άμεσα ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ασθενών θα πρέπει να επαναπροσδιοριστούν τα κριτήρια με βάση τα οποία δομείται το διαδικαστικό τους τμήμα. Για να επιτευχθεί μια δίκαιη κατανομή οργάνων οι αρχές που θα διέπουν αυτή θα πρέπει να προσανατολιστούν σε τέσσερις βασικούς άξονες¹³⁹. Πρώτον, στην προσπάθεια σταδιακής αύξησης της γενικής διαθεσιμότητας των προς μεταμόσχευση οργάνων, δεύτερον, στην κατανομή των προ μεταμόσχευση οργάνων με βάση ιατρικά κριτήρια μέσα σ' ένα πλαίσιο ισότιμης εκτίμησης της ιατρικής ωφέλειας και της δικαιοσύνης, τρίτον, αύξηση των λογικών ευκαιριών να δεχτούν ένα μόσχευμα οι δυνητικοί λήπτες σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, τέταρτον, σεβασμός στην αυτονομία των ατόμων.

Σαφέστατα λοιπόν το ζήτημα των μεταμοσχεύσεων πρέπει να τεθεί σε μια νέα βάση όπου οι αρχές της δικαιοσύνης, της ισότητας και της ωφέλειας θα διασφαλίζουν την αντικειμενικότητα και την απρόσκοπτη εξέλιξη όλων των διαδικασιών εξίσου για όλα τα ζητήματα. Το μείζον ερώτημα που τίθεται σε σχέση με τη δυνατότητα επέμβασης του νομοθέτη προς ρύθμιση θεμάτων που άπτονται της βιοηθικής, αφορά το κατά πόσο είναι επαρκής μια νομιμοποίηση των αποφάσεών του που επικαλείται υπέρ αυτής τις δημοκρατικές διαδικασίες. Στα ζητήματα ηθικής ορθού, ιδίως στα ζητήματα δικαιοσύνης πειστική θα ήταν η καντιανή άποψη ότι ο νομοθέτης όχι μόνο νομιμοποιείται αλλά επιπλέον οφείλει να επεμβαίνει ρυθμιστικά με καθολικούς νόμους που έχουν ως στόχο τους την προάσπιση και το σεβασμό εκείνων των αγαθών, ο περιορισμός ή η προσβολή των οποίων θα αποτελούσε πράξη άδικη¹⁴⁰. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη είναι αυτονόητη η θέσπιση καθολικών νόμων προστασίας της υγείας και κατ' επέκταση της ζωής.

Η ανθρώπινη ζωή πρέπει να προστατεύεται απρόσωπα και αντικειμενικά, ανεξάρτητα από το φορέα, το υποκείμενο που τη βιώνει και μάλιστα χωρίς να συνυπολογίζεται το ουσιαστικό περιεχόμενό της ο βίος. Έτσι η απρόσωπη θεσμοθέτηση κανόνων διασφάλισης της ζωής συμπορεύονται με την απροσωποληψία της δικαιικής ρύθμισης, και μπορούμε αντικειμενικά να προσδιορίσουμε τα αναγκαία

¹³⁸ Βλ. http://www.bioethics.gr/print_documents.php. 17/8/2007

¹³⁹ Βλ. <http://www.eom.gr/religion/principles.htm>. 17/8/2007

¹⁴⁰ Βλ. Πάυλος Σούρλας, Σημειώσεις ΠΜΣ Βιοηθικής, Βλ. *H. Tristram Engelhardt, Jr* (2007), "The injustice of enforced equal access to transplant operations: rethinking reckless claims of fairness, *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, summer 2007 vol. 35 issue 2, pp 257-258.

ιατρικώς πιστοποιούμενα κριτήρια επιλογής. Διότι θα ήταν μια καταφανής αδικία αν επιδιώκονταν η προστασία της υγείας και της ζωής ανάλογα με την εσωτερική ηθική αξία του κάθε ανθρώπου.

Οι αρχές του ορθού, και πάνω απ' όλα οι αρχές της δικαιοσύνης, έχουν δομηθεί σ' ένα εργαλειακό ιστό απαιτήσεων, προτροπών και επισημάνσεων οι οποίες θα πρέπει να είναι εσωτερικά συνεπείς¹⁴¹. Η διάρθρωση αυτής της εργαλειακής θεμελίωσης των απαιτήσεων αφορά ζεύγη ηθικών αρχών που σε μια γενική κλίμακα για όσα πρέπει να συγκρατήσουν ως κτήματα οι παράγοντες (π.χ. πολίτες ενός κράτους ή άνθρωποι) οφείλουν να επικεντρωθούν σ' ένα πιο οξύ γράψιμο για τη δικαιοσύνη, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις. Αυτές οι παραχωρήσεις σε καθολικό επίπεδο θα μπορούσαν να παρουσιάσουν έλλειψη συνοχής χωρίς την καθολική υποχρέωση για το σεβασμό αυτών, συνάμα οι καθολικές παραχωρήσεις δικαιωμάτων δε θα είχαν κανένα νόημα αν δεν υποστηρίζονται από υποχρεώσεις οι οποίες απορρέουν και συνάδουν μ' αυτές. Όσοι ασκούν αρνητική κριτική στις θεωρίες της δικαιοσύνης αντιτίθενται στην ιδέα των καθολικών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, και πιο γενικά αντιτίθενται στην ιδέα ότι υπάρχουν καθολικές ηθικές αρχές, συχνά σε πεδία όπου οι ίδιες καθολικές αρχές θα απαιτούσαν δράση κι αυτό είναι ενιαίο, έτσι αναγκαστικά οι μεμονωμένες περιπτώσεις ανθρώπων σε ιδιαίζουσες συνθήκες και δυσκολίες θα παραμερίζονταν σε κάθε περίπτωση¹⁴². Εκ του αποτελέσματος, λοιπόν, αυτό θα ήταν μια πράξη ανευθυνότητας και στη χειρότερη των περιπτώσεων μια πράξη απόδειξης ανάληκτης απανθρωπιάς. Διότι ένα σύστημα δικαιοσύνης οφείλει να λαμβάνει υπόψη την προάσπιση των δικαιωμάτων όλων των πολιτών, αλλά κυρίως να ενεργεί προς όφελος των μειονεκτούντων, όσων δεν έχουν τη δυνατότητα να δράσουν αυτόνομα και αυτόβουλα προς στήριξη ή υπεράσπιση των συμφερόντων τους. Οι νόμοι του εκάστοτε κράτους ανά περίπτωση πρέπει να καλύπτουν και να υπερβαίνουν τις ανάγκες των πολιτών του χωρίς να αγνοούνται οι διεθνείς συμβάσεις που κινούνται προς την ίδια κατεύθυνση. Είναι αλήθεια ότι οι υποστηρικτές του αγαθού και της ηθικής του ορθού απαιτούν καθολικές αρχές, όμως αυτή η καθολικότητα δεν μπορεί να συνεπάγεται και την ομοιομορφία¹⁴³.

Η προστασία του κάθε ατόμου ως φορέα δικαιωμάτων πρέπει να προηγείται από το μερίδιο της συνολικής προστασίας που του αναλογεί ως μέλους του συνόλου

¹⁴¹ Βλ. Onora O' Neil, "Duties and Virtues" in «Ethics» edited by A. Phillips Griffiths, σ. 110

¹⁴² Βλ. Onora O' Neil, ό.π. σ. 111

¹⁴³ Βλ. Onora O' Neil, ό.π. σ. 113

των φορέων του ίδιου αγαθού. Όμως υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι νομοθετικές ρυθμίσεις επικεντρώνονται και ενδιαφέρονται περισσότερο για την ατομικότητα και την προσωπικότητά του. Το άτομο αναγνωρίζεται ως φορέα δικαιωμάτων, όπου η προστασία τού δεν αφορά μόνο ένα επιμέρους αγαθό, που είναι το αντικείμενο του δικαιώματος, αλλά κυρίως την αυτονομία του προσώπου ως φορέα κάποιου ειδικού, επιμέρους αγαθού, που αφορά στην ελευθερία του ως αυτεξούσιου υποκειμένου¹⁴⁴. Δηλαδή ένα επιμέρους αγαθό είναι η υγεία, η προστασία του ως ατομικού δικαιώματος δεν αφορά μόνο το ίδιο το περιεχόμενο του δικαιώματος, το αγαθό της υγείας γενικά και απρόσωπα, δεν προστατεύει το άτομο αφηρημένα ως έναν ακόμη φορέα δικαιώματος, αλλά επιπλέον πρέπει να το προστατέψει ως πρόσωπο με την ελευθερία να το απολαμβάνει και να το διαμορφώνει όπως κρίνει και εκτιμά το ίδιο. Τα άτομα συγκροτούνται και θεωρούνται μέλη ελεύθερα και ίσα μιας δικαιοσύνης κοινωνίας, όχι όμοια, με απαιτήσεις που επεκτείνονται και αφορούν την δικαιοσύνη.

Όλες αυτές οι ρυθμίσεις ενδιαφέρουν άμεσα και τη βιοηθική, όχι μόνο γιατί κάποιες θίγουν κάποιο βιοηθικό ζήτημα, αλλά διότι όλες μαζί αποτελούν συστατικό μέρος του τρόπου με τον οποίο το δίκαιο αναγνωρίζει και προστατεύει καθολικά την ανθρώπινη ζωή ως βίο. Στο ελληνικό Σύνταγμα η προστασία της υγείας είναι ένα ειδικό ατομικό δικαίωμα, που διαχωρίζεται από το κοινωνικό, καθώς το δεύτερο αξιώνει από την πολιτεία να δρα και να αποφασίζει γενικά και απρόσωπα για ένα σύστημα υγείας όπου ακόμη και οι πιο αδύναμοι από εμάς να μπορούν να βοηθηθούν και να μη μένουν απροστάτευτοι όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Στις περιπτώσεις αυτών των νομοθετικών ρυθμίσεων με στόχο την ηθική του ορθού το δίκαιο επεμβαίνει με καθολικούς κανόνες συνταγματικούς ή κοινούς νομοθετικούς.

Αν όμως επιδιώκει να προστατέψει το ευ ζην των πολιτών τότε ο νομοθέτης και το δίκαιο επεμβαίνουν στην περιοχή του αγαθού¹⁴⁵. Το κατά πόσο νομιμοποιείται για μια τέτοια ενέργεια θα πρέπει να διερευνηθεί στη βάση των συγκρουόμενων συμφερόντων των πολιτών. Σε θέματα όπου υπάρχει έντονη διαφωνία μεταξύ των πολιτών, είτε γιατί θίγονται τα συμφέροντά τους, είτε γιατί αυτά συγκρούονται, είτε γιατί η αντίληψη περί αγαθού διαφοροποιείται, η παρέμβαση της πολιτείας μπορεί να προκαλέσει ηθικά διλήμματα. Δεν είναι μόνον ότι πρέπει να τηρηθεί η νομική διαδικασία αλλά πρέπει να ληφθούν υπόψη παράγοντες που ίσως την αντιβαίνουν.

¹⁴⁴ Βλ. Παύλος Σούρλας, Σημειώσεις ΠΜΣ Βιοηθικής .

¹⁴⁵ Βλ. Παύλος Σούρλας, Σημειώσεις ΠΜΣ Βιοηθικής.

Αρνητική θέση απέναντι σ' αυτήν τη δυνατότητα, δηλαδή στις νομοθετικές παρεμβάσεις και χρήσης του καταναγκασμού σε ζητήματα ηθικής του αγαθού εκφράζουν αρκετοί σήμερα επικαλούμενοι τη θέση του Καντ. Το βασικό επιχείρημα είναι ότι τα θέματα του ευ ζην εξαρτώνται από την αυτονομία και την προσωπική ευθύνη του καθενός, και η παρέμβαση του κράτους μέσω νόμων θα προσπαθούσε να κηδεμονεύσει τους πολίτες επιδεικνύοντάς τους εκείνο που θα έπρεπε οι ίδιοι να αξιολογούν θετικά, τότε όμως αφαιρείται από το αγαθό κάθε ηθική αξία, εφόσον τα ίδια τα άτομα έχουν το πλεονέκτημα να επιλέγουν τα ίδια την ηθική αξία σε κάθε αγαθό. Στο ζήτημα ωστόσο του σεβασμού της αυτονομίας ως προς το ευ ζην, κι όλων των παραγόντων που το επηρεάζουν, αυτονόητο είναι ότι κάθε άτομο κινείται προς την προστασία του μη δεχόμενοι την άσκηση καταναγκασμού απ' όπου κι αν προέρχεται. Έτσι και στην περίπτωση των δυνητικών ληπτών που δεν αντιδρούν γιατί έχουν ανάγκη το μεταμοσχευτικό κέντρο, αλλά αναγκάζονται κατά κάποιο τρόπο να «συμβιβαστούν» με την υπάρχουσα κατάσταση και να συναινέσουν με τις υπάρχουσες διαδικασίες αυτό μπορεί να οφείλεται, είτε στο ότι δε γνωρίζουν σαφώς τον τρόπο μοριοδότησής τους, ούτε όμως και τη βαρύτητα που δίνεται σε κάποια κριτήρια έναντι κάποιων άλλων. Οι ίδιοι όμως ασθενείς είναι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι και για την υγεία τους και για όλους τους τομείς που η επιδείνωσή της επηρεάζει. Η διασφάλιση του ευ ζην και η προστασία του βίου τους είναι αυτονόητο ότι προέχει για τους ίδιους, επομένως και οι ίδιοι και οι αρμόδιοι φορείς θεσμικά και ηθικά υποχρεούνται να δεσμευτούν για την προάσπισή τους. Αυτή η δυνατότητα στηρίζεται αφενός στην αυτονομία των ασθενών αφετέρου στην απαίτηση για διατήρηση της ισότητας όλων των δυνητικών ληπτών αναφορικά με τα κριτήρια κατανομής.

Το δεδομένο της αυτονομίας των ασθενών σε μια διαδικασία κατανομής δεν μπορεί να θεωρηθεί άσχετη ή αμελητέα συνισταμένη αυτής. Η δυνατότητα του αυτοκαθορισμού και της ελεύθερης δράσης και επιλογής των άμεσα ενδιαφερομένων ασθενών για το ζήτημα της υγείας τους και κατ' επέκταση της ζωής τους δεν μπορεί να αγνοηθεί ούτε να αφορά περισσότερο κάποιους τρίτους. Το ερώτημα που τίθεται όμως είναι αν και κατά πόσο αυτοί οι ασθενείς είχαν ενημερωθεί πλήρως για τον τρόπο μοριοδότησής τους, ούτως ώστε στην περίπτωση που αρνούνταν την εμπλοκή τους σ' αυτήν τη διαδικασία ή εξέφραζαν την αντίρρησή τους, να αναζητήσουν και να επιλέξουν μια άλλη λύση για το πρόβλημά τους ή να προσπαθήσουν να βρουν έναν τρόπο να αντιστρέψουν τα αρνητικά ή απαγορευτικά γι' αυτούς κριτήρια

κατανομής (γεωγραφικός παράγοντας, σωματικό βάρος). Επιπρόσθετο ζήτημα είναι το κατά πόσο το ίδιο το καταναμητικό σύστημα των μοσχευμάτων αφήνει το περιθώριο στους λήπτες της ελεύθερης επιλογής και δράσης. Δηλαδή οι ασθενείς ενημερώνονται μόνο για το άθροισμα των μορίων τους κι όχι για το σύνολο των βαθμών ανά κριτήριο ώστε να μπορούν να ζητήσουν διευκρινήσεις ή πληροφορίες για τον τρόπο υπολογισμού των μορίων.

Από την άλλη πλευρά θα πρέπει να αναζητηθεί το στοιχείο εκείνο που εμπλέκεται στον τρόπο κατανομής και εξασφαλίζει την ισότητα για όλους τους ασθενείς. Κατά τον Dworkin η ισότητα είναι το βασικό φυσικό δικαίωμα που αναφέρεται στον οφειλόμενο σεβασμό απέναντι σε κάθε άνθρωπο ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση, τη φυλή, το φύλο κλπ. Αυτή ισότητα της φροντίδας και του σεβασμού που αξιώνεται από τη θεωρία για κάθε άνθρωπο εντάσσεται σε ένα κανονιστικό πλαίσιο θεμελίωσης της δημοκρατίας καθώς, ως αποτέλεσμα της υπεύθυνης επιλογής των ανθρώπων υπάρχει μια πολιτεία ισότητας όσον αφορά το σεβασμό των ανθρώπων κι ακόμα όσον αφορά τη δυνατότητα να σχεδιάζουν τη ζωή τους¹⁴⁶. Η ισότητα, η οποία βασίζεται στον ίσο σεβασμό που δικαιούνται να αξιώσουν όλοι θα πρέπει ωστόσο να σταθεροποιηθεί και από την πλευρά των όρων που την εξασφαλίζουν. Ο αλληλοσεβασμός και η αξιοπρέπεια πρέπει να αποδειχθούν πρακτικά και να έρθουν σε αντιστοιχία με τις συνταγματικές αρχές και το πεδίο κατοχύρωσης των δικαιωμάτων. Δηλαδή μία τέτοια αρχή και αντίστοιχο δικαίωμα είναι η αρχή του κράτους δικαίου που αναφέρεται στην αυτοδέσμευση του κράτους από κανονιστικά πλαίσια και βρίσκει την αντιστοιχία της στα ατομικά δικαιώματα τα οποία καθιερώνουν πεδία προσωπικής αυτονομίας / προσδιορισμού του ατόμου απέναντι στο κράτος¹⁴⁷. Οι ηθικές αρχές της αυτονομίας σε ιδιωτικό επίπεδο και της αυτοδέσμευσης σε δημόσιο εξαρτώνται από τις συνταγματικές αρχές που διαφυλάττουν τα ατομικά δικαιώματα και συγκροτούν το κράτος δικαίου αντίστοιχα¹⁴⁸. Η υγεία επομένως ως ατομικό δικαίωμα επηρεάζεται αφενός από την αυτονομία του εκάστοτε ατόμου αφετέρου από τις ρυθμίσεις και τις παραμέτρους που το κράτος δικαίου προωθεί για τη διασφάλισή του.

Ο τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών – δυνητικών ληπτών θα πρέπει να έγκειται στην αρχή της ισότητας και όχι της ομοιότητας ως προς περιπτώσεις

¹⁴⁶ Βλ. R. Dworkin, “*Taking Rights Seriously*”, London 1977.

¹⁴⁷ Βλ. Κοσμάς Ψυχοπαίδης, «*Κανόνες και αντινομίες στην πολιτική*», εκδ. Πόλις, Αθήνα 2001, σελ. 555-7

¹⁴⁸ Βλ. Troyen Brennan, ό.π. σ. 251

ασθενών με τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά. Διότι στην αρχή της ισότητας λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και οι ιδιαίζουσες περιπτώσεις ασθενών και τα ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά που μπορεί να έχουν, πριν εξαχθεί ένα συμπέρασμα. Ισότητα δε σημαίνει εξομοίωση των ασθενών, αλλά κριτική και αξιολογική αντιμετώπιση τους στη βάση της «αρχής της διαφοράς» της ρωσιανής θεωρίας της δικαιοσύνης¹⁴⁹.

Μια από τις εφαρμογές της ηθικής αρχής της αυτονομίας είναι ότι οι άνθρωποι, ως εν δυνάμει αυτόνομοι παράγοντες, πρέπει να είναι ελεύθεροι να ζήσουν τη ζωή τους όπως αυτοί επιλέξουν, ακόμη και αν οι επιλογές που κάνουν δεν είναι πάντα προς όφελός τους. Κάποιες αυτές τις επιλογές εκθέτουν σε κίνδυνο τον οργανισμό τους και μπορεί πολύ πιθανώς μακροπρόθεσμα μια ατυχής επιλογή (κάπνισμα, αλκοολισμός, ανθυγιεινός τρόπος ζωής) να τους οδηγήσει στην ανάγκη για μεταμόσχευση οργάνου¹⁵⁰. Αν οι αρχές της δικαιοσύνης απαιτούν να δίνουμε σ' αυτούς τους ανθρώπους ευκαιρίες για ιατρική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, τότε οι ίδιοι για τις επικίνδυνες επιλογές τους, θα πρέπει να έχουν μικρότερη προτεραιότητα στο σύστημα κατανομής μοσχευμάτων;

Στις αρνητικές συνήθειες ή στις επιλογές υψηλής επικινδυνότητας μπορεί να συμπεριληφθούν η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, το κάπνισμα, η κατανάλωση λιπαρών τροφών, η αποφυγή της συστηματικής σωματικής άσκησης. Η απόσταση από αυτές τις συνήθειες μέχρι την κατάληξη να χρειάζεται κάποιος μεταμόσχευση νεφρών, ήπατος, πνευμόνων ή καρδιάς, και η ανάγκη μείωσης της προτεραιότητάς του σε μια κατανομή οργάνων είναι μεγάλη. Οι εκούσιες προσωπικές επιλογές που θέτουν σε υψηλό κίνδυνο την υγεία των ατόμων και εκ του αποτελέσματος επηρεάζουν την υγεία και τη ζωή άλλων ατόμων, εφόσον χρήζουν μεταμόσχευσης και επί ίσοις όροις παράλληλα διεκδικούν ένα μόσχευμα από κάποιον άλλον ασθενή ο οποίος δε νόσησε τουλάχιστον από τις καταχρήσεις, μπορεί να προσεγγιστεί και από την πλευρά του ωφελιμισμού και από την πλευρά της δεοντολογίας.

Αναμφισβήτητα ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να πράττει και να αποφασίζει ελεύθερα, να επιλέγει και να απορρίπτει ό,τι άμεσα τον αφορά και επιθυμεί. Αυτονόητο επίσης είναι ότι οι επιλογές όλων μας δεν έχουν πάντα το επιθυμητό ή προσδοκώμενο αποτέλεσμα, σε κάποιες περιπτώσεις, οι λανθασμένες επιλογές και οι αρνητικές για την υγεία μας συνήθειες εξακολουθούν ακόμη και αν το

¹⁴⁹ Βλ. Ρωλς Τζων, «*Θεωρία της δικαιοσύνης*», εκδ. Πόλις, Αθήνα 2001, σ. 107.

¹⁵⁰ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 311-317

αρνητικό ή αναπόφευκτο αποτέλεσμα είναι γνωστό εκ των προτέρων. Η ένσταση, εντούτοις, που διατυπώνεται είναι αν και κατά πόσο δικαιούται και νομιμοποιείται εν συνεχεία να διεκδικήσει βελτίωση ή αναστροφή της κατάστασής του κάποιος ο οποίος συνειδητά και κατ' επιλογή επέλεξε να έχει μια δεδομένη συμπεριφορά¹⁵¹.

Σε μια διαδικασία κατανομής μοσχευμάτων η φιλοσοφική συζήτηση κινείται ανάμεσα στους ωφελμιστές που αξιολογούν τις κοινωνικές επιπτώσεις από τη διάθεση ενός οργάνου σ' ένα άτομο ή σε κάποιο άλλο, και σ' αυτούς που περιορίζουν τις ωφελμιστικές προσεγγίσεις στην προσδοκώμενη από τη μεταμόσχευση μέγιστη ιατρική ωφέλεια. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κοινωνικές επιπτώσεις μιας μεταμόσχευσης αγνοούνται και λαμβάνονται υπόψη κυρίως ιατρικά δεδομένα. Από τη σκοπιά της δεοντολογίας κρίνεται ανήθικο να συμπεριλαμβάνεται η κοινωνική αξία ως κριτήριο σε μιας κατανομής.

Αν το δεδομένο είναι ποιος θα λάβει από τη μεταμόσχευση τη μεγαλύτερη ιατρική ωφέλεια, τα αίτια του ιατρικού προβλήματος εκτοπίζονται από το σχολιασμό. Σε μια περίπτωση αλκοολισμού, για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να διεκδικήσει ένα ηπατικό μόσχευμα εάν έχει νοσήσει από την κατανάλωση αλκοόλ ή εάν έχει ήδη πάθει κύρωση του ήπατος από κάποια άλλη αιτία. Στην περίπτωση αυτή δεν ενδιαφέρει άμεσα η αιτία του προβλήματος αλλά ο τρόπος αντιμετώπισής του. Από ωφελμιστική σκοπιά αυτός που προσπαθεί να προκαθορίσει την πιθανότητα της ιατρικής ωφέλειας στηρίζεται στην πρόγνωση και όχι στην αιτία. Πρακτικά, αν κάποιος εξετάσει την πρόγνωση μιας ηπατικής μεταμόσχευσης ως μια λειτουργία της διάγνωσης, προφανώς οι ασθενείς με κύρωση του ήπατος λόγω αλκοολισμού προηγούνται έναντι των άλλων¹⁵². Ένας ωφελμιστής θα ανησυχούσε για την επιβίωση του μοσχεύματος ή την επιβίωση του ασθενή, και όχι για το κατά πόσο μια προσωπική επιλογή με αρνητικές συνέπειες οδήγησε στην ανάγκη για μεταμόσχευση. Ίσως κάποιοι άλλοι υποστηρικτές της ίδιας θεωρίας να αναρωτηθούν μήπως η τακτική του να επιλέγουμε επικίνδυνες συνήθειες με αρνητικό αποτέλεσμα μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά για αυτές τις επιλογές. Και αυτή θα μπορούσε να είναι μια από τις αιτίες του αποκλεισμού ενός ασθενή από τη διαδικασία της κατανομής, εφόσον θα μειώνονταν οι απαιτήσεις για διάθεση οργάνων προς αυτούς που συνειδητά έβλαψαν την υγεία τους έναντι των άλλων που ακούσια οδηγήθηκαν σ' αυτήν την ανάγκη. Η ίδια η ιατρική πρακτική έχει αποδείξει ότι βαρύτητα τελικά

¹⁵¹ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 313

¹⁵² Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 312

δίνεται στον τρόπο της κατανομής των μοσχευμάτων με ιατρικά κριτήρια και όχι στις προσωπικές επιλογές και στους λόγους για τους οποίους ένας ασθενής έχει αυτήν την ανάγκη.

Από την αντίθετη σκοπιά, αυτή της δεοντολογίας, υποστηρίζεται ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να δρουν αυτόνομα, να κάνουν ελεύθερες επιλογές σύμφωνα με το δικό τους τρόπο ζωής¹⁵³. Παράλληλα, θέτουν το επιχείρημα ότι δεν είναι εφικτό να διαγνώσουμε ή να εικάσουμε τις μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες των προσωπικών μας επιλογών. Επικεντρώνονται περισσότερο στην ισότητα των ευκαιριών για μια καλή ποιότητα ζωής. Αν όμως προσπαθήσουμε να εφαρμόσουμε ή να εξετάσουμε αυτόν τον ισχυρισμό σε ιατρικά πλαίσια, ως προς την ιατρική ωφέλεια, τα δεδομένα αντιστρέφονται, Δηλαδή, μια λογική εφαρμογή αυτής της δήλωσης ως προς την ισότητα των ευκαιριών, θα μπορούσε να γίνει στις περιπτώσεις δύο ανθρώπων που είναι εξίσου αδύναμοι λόγω προβλημάτων υγείας, και ο ένας είχε εκ των προτέρων τη δυνατότητα να αποφύγει αυτό το πρόβλημα, ενώ ο άλλος δεν είχε τη δυνατότητα να το αποφύγει, ο δεύτερος όμως έχει πιο ισχυρό επιχείρημα για να διεκδικήσει το δικαίωμα στην υγεία του. Αν όμως η ιατρική ανάγκη είναι ανεξάρτητη από τις προσωπικές επιλογές, από την σκοπιά της δικαιοσύνης όλα τα άτομα οφείλουν να έχουν ίση πρόσβαση στη διεκδίκηση ενός οργάνου εφόσον ο καθένας είναι υπεύθυνος για τις επιλογές του και μία υγιής αλλά μακροπρόθεσμα, όπως αποδεικνύεται, αρνητική συνήθεια δεν παύει να είναι μια προσωπική επιλογή που ο καθένας πρέπει να σεβαστεί.

Η ντετερμινιστική θεώρηση για τις προσωπικές επιλογές των ατόμων δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ένα βασικό κριτήριο για την άσκηση αρνητικής κριτικής προς αυτό. Η διαφορετικότητα κάθε ατόμου έγκειται στο χαρακτήρα, στην προσωπικότητά του, όπως αυτή αποκαλύπτεται από τις επιλογές του καθενός. Η ηθική είναι ο «τομέας» της ηθικής αξιολόγησης των ανθρωπίνων συμπεριφορών πρακτικών και του χαρακτήρα τους. Επεκτείνοντας αυτήν την άποψη θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι αυτά προκαθορίζονται από οικονομικούς, ψυχολογικούς ή γενετικούς παράγοντες, οπότε μια τέτοια αξιολόγηση θα μπορούσε να είναι κριθεί άνευ σημασίας. Απλά μπορούμε να συνεχίσουμε να επεξεργαζόμαστε αυτή τη θέση σε υποθετικό επίπεδο, μιας και όλες οι ανθρώπινες συμπεριφορές είναι ως ένα βαθμό, ελεύθερες και καθορισμένες από την ανθρώπινη επιλογή. Φυσικά, και οι οικονομικοί,

¹⁵³ Βλ. Robert M. Veatch, ό.π. σ. 313-316

ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί ως το βαθμό που την επηρεάζουν, καθώς αυτοί οριοθετούν σε ένα μεγάλο ποσοστό τις επιλογές μας. Όμως πρέπει να υφίσταται ένα στοιχείο ελευθερίας, αυτονομίας στην ανθρώπινη συμπεριφορά αν επιδιώκουμε αυτή να έχει ένα ουσιαστικό περιεχόμενο. Είναι λοιπόν απαραίτητο να θέσουμε έναν περιορισμό στην υπόθεση ότι υπάρχει ένα περιθώριο επιλογής στην ανθρώπινη συμπεριφορά, τουλάχιστον για τα ενήλικα άτομα που δρουν αυτόνομα, επομένως έχουν και το μέγιστο μερίδιο της ευθύνης των επιλογών του. Εφόσον δεχτούμε ότι όλες πράξεις και οι επιλογές του καθενός έχουν προκαθορισμένο σαφές αποτέλεσμα, αρνητικό για τον ίδιο, τότε εκ των πραγμάτων ο καθένας θα όφειλε να μείνει αδρανής και άβουλος για όσα θα ήθελε και θα μπορούσε να πράξει. Το ζητούμενο όμως είναι πως κάποιος με επίγνωση των δυσμενών συνεπειών επιλέγει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, και πως εκ του επιβεβαιωμένου αποτελέσματος μετατοπίζει την ευθύνη των προσωπικών του επιλογών σε τρίτους. Τότε δε μιλάμε για αυτόνομο, αυτόβουλο άτομο αλλά για ανευθυνότητα ή άγνοια κινδύνου. Επομένως, ο συνειδητός περιορισμός αυτών των αρνητικών επιλογών θα βοηθούσε και σε μια διαφορετική αντιμετώπιση αυτών των ατόμων όταν πλέον θα διεκδικήσουν ίση αντιμετώπιση με αυτούς που πάσχουν ακούσια.

2.3 «Το ισπανικό μοντέλο» κατανομής μοσχευμάτων ως δείκτης για την αύξηση της δωρεάς μοσχευμάτων.~

Τη διεθνή κοινότητα απασχολεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια η διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση οργάνων προς μεταμόσχευση. Παρόλο που σε αρκετές χώρες του αναπτυγμένου κόσμου έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες να εξευρεθεί η καλύτερη δυνατή λύση για την κάλυψη της αυξημένης ζήτησης τα δεδομένα μέχρι στιγμής δεν είναι και τα πλέον ενθαρρυντικά. Η χώρα που κατόρθωσε να κάνει τη διαφορά και να πετύχει σ' ένα μεγάλο ποσοστό την αναστροφή αυτής της κατάστασης είναι η Ισπανία. Μ' ένα ιατρικό ή καλύτερα «διαχειριστικό» μοντέλο πρότυπο για κάποιες άλλες χώρες κατόρθωσε να αυξήσει τα ποσοστά των διαθέσιμων μοσχευμάτων καλύπτοντας κατ' αυτόν τον τρόπο σ' ένα μεγάλο ποσοστό τη ζήτηση. Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του λεγόμενου «ισπανικού μοντέλου» αναλύεται παρακάτω συνοπτικά όπως έχει παρουσιαστεί από τον Rafael Matensanz στο συμβούλιο της Ευρώπης το 1999¹⁵⁴.

«Η μεγάλη έλλειψη οργάνων παραμένει το μεγαλύτερο εμπόδιο για την πλήρη εξέλιξη και προώθηση των μεταμοσχεύσεων, τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες. Μολονότι παρουσιάζεται μια καθολική αύξηση του αιτήματος για μεταμόσχευση οργάνων, τα δεδομένα της δωρεάς συμπαγών οργάνων παραμένουν σταθερά αρνητικά. Οι περισσότερες χώρες προσπαθούν χωρίς μεγάλη επιτυχία να επιλύσουν το πρόβλημα μέσω «κλασικών προσεγγίσεων» και μεθόδων, όπως είναι οι δημόσιες εκστρατείες ενημέρωσης, οι κάρτες δωρητών, καταγραφή των δοτών, νομοθετικές αλλαγές για νομιμοποίηση της αρχής της εικαζόμενης συναίνεσης.

»Η καθ' ύλην υπεύθυνη ομάδα για την προώθηση της δωρεάς οργάνων και ουσιαστικά η βάση του λεγόμενου «ισπανικού μοντέλου» είναι οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας¹⁵⁵. Το δίκτυο συντονισμού των μεταμοσχεύσεων είναι ανεπτυγμένο σε τρία επίπεδα: εθνικό, τοπικό και ενδονοσοκομειακό, και έχει επανδρωθεί από 139 ομάδες αποτελούμενες από 154 θεράποντες ιατρούς και 79 νοσηλευτές, οι οποίοι καλύπτουν όλα τα ισπανικά νοσοκομεία που διαθέτουν μονάδα εντατικής θεραπείας. Στο επίκεντρο και στη βάση όλης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας βρίσκεται ο γιατρός, ο οποίος στηρίζεται καθολικά από το σύστημα

¹⁵⁴ Βλ. *Rafael Matensanz*, “How to improve organ donation: The Spanish Model”, *Transplant Newsletter*, Συμβούλιο της Ευρώπης 1999.

¹⁵⁵ Βλ. *Rafael Matesanz*, “How to improve organ donation: The Spanish Model”, *Transplant Newsletter*, Συμβούλιο της Ευρώπης 1999

υγείας. Ο εκάστοτε γιατρός αντιμετωπίζεται ως άτομο με μέγιστη ευθύνη, υποβοηθάται στο έργο του από νοσηλευτές, πληρώνεται, και εξαρτάται από το διευθυντή του νοσοκομείου και όχι από τη μεταμοσχευτική ομάδα. Δεν υφίσταται το ασυμβίβαστο στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες αλλά παράλληλα με το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων, εξακολουθούν να ασκούν τα καθήκοντά τους στη θέση που ήδη κατέχουν (δηλαδή εντατικολόγος + συντονιστής, νεφρολόγος + συντονιστής). Έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση από παλαιότερους συντονιστές στις μονάδες εντατικής θεραπείας ώστε να «εντοπίζουν» δυνητικούς δότες και να διευθετούν νομικές και ιατρικές παραμέτρους που εμπλέκονται στη διαδικασία. Ο τρόπος προσέγγισης της οικογένειας του δυνητικού δότη είναι ένα βασικό στάδιο της συνολικής μεταμοσχευτικής διαδικασίας, το οποίο οι ίδιοι γιατροί είναι εκπαιδευμένοι να αντιμετωπίσουν¹⁵⁶.

»Μία από τις πιο συχνές αιτίες που μπορεί να εξηγήσει και την έλλειψη διαθέσιμων οργάνων σ' ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο ή μια περιοχή είναι το γεγονός ότι οι οικογένειες των δωτών δεν αντιμετωπίζονται με τον αρμόζοντα τρόπο από τους αρμόδιους γιατρούς, ώστε να δώσουν τη συναίνεσή τους. Γι' αυτό το λόγο έχει γίνει προσπάθεια για μια συστηματική ανάλυση της διαδικασίας της δωρεάς, ούτως ώστε να αναδεικνύονται τα αδύναμα σημεία κάθε νοσοκομείου και να καταγράφονται τα στάδια που παρατηρείται βελτίωση. Κατ' αυτόν τον τρόπο γνωρίζουν κάθε στιγμή μέσω ηλεκτρονικού δικτύου πόσοι εγκεφαλικά νεκροί, και κατ' επέκταση πόσοι δυνητικοί δότες, υπάρχουν σε κάθε μονάδα εντατικής θεραπείας για να αρχίσουν τις διαδικασίες.

»Η πιο σημαντική όμως παράμετρος - ρύθμιση του ισπανικού μοντέλου είναι ότι τα μοσχεύματα που αφαιρούνται από έναν πτωματικό δότη διατίθενται μόνο στο ίδιο νοσοκομείο στο οποίο νοσηλευόταν ο δωρητής. Ουσιαστικά γίνεται μια εσωτερική «διακίνηση» και αξιολόγηση των μοσχευμάτων στο ίδιο νοσοκομείο που νοσηλεύονται ο δότης και ο λήπτης.

»Πολλοί ειδικοί των μεταμοσχεύσεων καταγγέλλουν και την αρνητική επίδραση που ασκούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στο ευρύ κοινό ως μια από τις βασικές αιτίες διαστρέβλωσης της αμιγούς ανθρωπιστικής πλευράς αυτής της ιατρικής μεθόδου, γεγονός που αυξάνει και τις αρνήσεις για δωρεά οργάνων και διαπιστώνεται τόσο ανάμεσα στους πολίτες όσο και σε γιατρούς που δεν είναι

¹⁵⁶ Βλ. Rafael Matesanz (1999), ό.π.

εξειδικευμένοι στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Έτσι στην Ισπανία επιδεικνύουν ειδική μέριμνα και μεγάλη προσοχή στο σχεδιασμό και στη διοχέτευση σωστών πληροφοριών από τα ΜΜΕ και τα περιοδικά ώστε να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή και ουσιαστική ενημέρωση του κοινού. Γι' αυτό το λόγο οι πληροφορίες που διοχετεύονται στην κοινή γνώμη προέρχονται από τους ίδιους τους ειδικούς των μεταμοσχεύσεων, ενημερώνοντας παράλληλα τους δημοσιογράφους, τους επαγγελματίες υγείας, τους αρμόδιους υπουργούς μέσω μιας τηλεφωνικής γραμμής εικοσιτετράωρης λειτουργίας σε εβδομαδιαία βάση. Οι ίδιοι οι συντονιστές των μεταμοσχεύσεων έχουν ειδικά εκπαιδευτεί από δημοσιογράφους και επικοινωνιολόγους ώστε να μπορούν να ενημερώνουν το ευρύ κοινό για θέματα αμιγώς ιατρικά άλλα και περίπλοκα, όπως είναι ο εγκεφαλικός θάνατος, η διακίνηση οργάνων και άλλα¹⁵⁷.

»Η απαρχή για την ανάπτυξη του ισπανικού μοντέλου ήταν η κατοχύρωση και η εξασφάλιση των οικονομικών πόρων, η επιπλέον χρηματική αποζημίωση που δίνεται στα νοσοκομεία για την «εξεύρεση» οργάνων και τη μεταμόσχευσή τους, η οποία επιτρέπει τη χρηματοδότηση του συντονιστικού δικτύου και καλύπτει τα επιπλέον έξοδα της διάθεσης των οργάνων. Αυτή η απόφαση ουσιαστικά κινεί και διασφαλίζει την διαρκή εξέλιξη όλου του συστήματος των μεταμοσχεύσεων, καθώς ουσιαστικά το διαχωρίζει από τις άλλες «κοινές» ιατρικές πρακτικές και παρεμβάσεις, διασφαλίζοντας την αυτόνομη λειτουργία του. [Κάτι αντίστοιχο στην Ελλάδα δε συμβαίνει στον τομέα της εξασφάλισης χρηματικών πιστώσεων αλλά τα νοσοκομεία που είναι μεταμοσχευτικά κέντρα ούτε χρηματοδοτούνται επιπλέον, ούτε το ειδικευμένο προσωπικό για τις μεταμοσχεύσεις πληρώνεται ανεξάρτητα, αλλά όλη η μεταμοσχευτική διαδικασία θεωρείται και εντάσσεται στο τμήμα των γενικών καθηκόντων και αρμοδιοτήτων του εκάστοτε νοσοκομείου ως μεταμοσχευτικού κέντρου].

»Το ισπανικό μοντέλο κατανομής των μοσχευμάτων κατόρθωσε να επιτύχει σε ένα μεγάλο ποσοστό την αύξηση των μεταμοσχευτικών επεμβάσεων μέσα σε μια δεκαετία από την πρώτη εφαρμογή του στην Ισπανία. Με το διαχωρισμό των μεταμοσχευτικών επεμβάσεων από τις υπόλοιπες ιατρικές επεμβάσεις επιβεβαίωσε την άποψη ότι οι μεταμοσχεύσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μια ιατρική πρακτική που όχι μόνο σώζει ζωές αλλά κυρίως βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα

¹⁵⁷ Βλ. Rafael Matesanz (1999), ό.π..

ζωής των ασθενών. Επίσης, με τη μετατόπιση του κέντρου βάρους ολόκληρης της μεταμοσχευτικής διαδικασίας στους συντονιστές των μεταμοσχεύσεων απέδειξε ότι η επιτυχής διάδοση της εν λόγω ιατρικής μεθόδου έγκειται αποκλειστικά και μόνο στον επαγγελματισμό και την εκπαίδευση των συντονιστών».

Επιπρόσθετα ο M. Manyalich υποστηρίζει ότι οι μεταμοσχευτικές επεμβάσεις είναι εφικτές εξαιτίας του νέου ζωτικού κύκλου¹⁵⁸, ο οποίος επιτρέπει σε μια κοινωνία δωρητών να έχει στη διάθεσή της όλα τα οφέλη από τις μεταμοσχεύσεις χάριν ενός συστήματος συντονισμού των μεταμοσχεύσεων. Αυτός ο κύκλος εξαρτάται άμεσα και καθοριστικά από τη συμπεριφορά των κοινωνικών μεσολαβητών, οι οποίοι με τη σειρά τους εξαρτώνται από πολιτισμικούς, θρησκευτικούς, οικονομικούς, εκπαιδευτικούς παράγοντες σε αυτό το πεδίο. Για να αντιμετωπιστούν τα κυρίως προβλήματα που δεν είναι άλλο από την έλλειψη οργάνων, οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι κλινικές ενδείξεις των μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να οργανωθεί ένα σύστημα το οποίο θα αποβλέπει από τη μια πλευρά, στην εξασφάλιση μοσχευμάτων από θνήσκοντες ασθενείς από εξουσιοδοτημένα μεταμοσχευτικά κέντρα με βάση την κείμενη νομοθεσία και από την άλλη πλευρά η διάθεση των οργάνων σε τοπικό ή διεθνές επίπεδο θα πρέπει να οργανωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να τηρούνται κατά το δυνατό οι ηθικές και νομικές αρχές, διευκολύνοντας την τακτική των ανταλλαγών, μεγιστοποιώντας την ωφέλεια από την ορθή κατανομή των μοσχευμάτων στους καταλληλότερους λήπτες. Αυτό φυσικά απαιτεί καλύτερο τρόπο διεύθυνσης και οργάνωσης των λιστών αναμονής και σαφέστερο επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων κατανομής.

¹⁵⁸ Βλ. M. Manyalich, “Transplant Coordinators: Professionalisation and Education”, Ομιλία, Πολωνία 6/9/2006, 4^η Συνάντηση της ETCO. σ. 25

2.4 Επίλογος

Ο σύγχρονος άνθρωπος διεκδικεί ανώτερη βιοτική συνθήκη και ως εκ τούτου η ηθική του συνυφαίνεται με απαιτήσεις νοήματος άγνωστες για την αναχρονιστική πολιτική των θεσμικών και μόνο παρεμβάσεων, που συγκεντρώνει το ενδιαφέρον της σε μεγέθη ποσοτικά και κάνει ανυπόφορη την καθημερινότητα. Η πολιτική διέρχεται κρίση γιατί δεν αντιλαμβάνεται πως το κέντρο βάρους της κοινωνίας έχει μετατοπισθεί από το πεδίο των απρόσωπων θεσμών και διεργασιών στην αξία του ανθρώπινου προσώπου και το συνακόλουθό της αίτημα της ποιοτικής ζωής¹⁵⁹.

Η αλλαγή συνιστά αναγκαίο όρο της ποιότητας, και η ποιότητα συνδέεται από την φύση της με ζωντανό ή νέο νόημα.

Η αντιμετώπιση του ζητήματος των μεταμοσχεύσεων πρέπει να αρχίσει μέσα από την ίδια την ελληνική κοινωνία. Φαίνεται ότι οι πολίτες δεν έχουν αντιληφθεί ούτε το μέγεθος του προβλήματος εξαιτίας της έλλειψης ούτε τις δυνατότητες που προσφέρει στο λήπτη η συγκεκριμένη ιατρική πρακτική. Πέρα από την ανεπαρκή ενημέρωση για το θέμα των μεταμοσχεύσεων σε δημόσιο επίπεδο, παρατηρείται και το φαινόμενο άνθρωποι που έχουν συναινέσει να γίνουν δωρητές να άρουν τη συγκατάθεσή τους έπειτα από πιέσεις που δέχονται από οικεία τους πρόσωπα, από το φόβο και την άγνοια του τρόπου μεταχείρισης του σώματος του δικού τους ανθρώπου. Μπορεί να μην είναι εύκολα προσδιορίσιμος ο ανασταλτικός παράγοντας για μια τέτοια αρνητική απόφαση, όμως φαντάζει πιο εύκολο να οργανωθεί εξ αρχής μια εκστρατεία ευρείας και ουσιαστικής ενημέρωσης των πολιτών συνολικά για το ζήτημα των μεταμοσχεύσεων. Απόδειξη του τρόπου αντιμετώπισης των μεταμοσχεύσεων από την ελληνική πραγματικότητα ή καλύτερα του σταδίου που βρίσκονται αυτές είναι το γεγονός ότι, όποτε ένας λήπτης με άμεση ανάγκη μεταμόσχευσης βρίσκεται σε απόγνωση ή βρεθεί ένας δότης νεαρός σε ηλικία λόγω τροχαίου ή άλλου ατυχούς περιστατικού, αυτό γίνεται θέμα στις ειδήσεις. Κι αυτό είναι ένδειξη τραγική από όλες τις απόψεις, διότι όταν ένα τέτοιο περιστατικό φτάσει σε αυτό το σημείο, ο σεβασμός και ο προσήκοντας τρόπος αντιμετώπισης των δημοσιογράφων για ένα τόσο σοβαρό ζήτημα χάνονται μέσα στην προσπάθεια τους να αποδώσουν την ούτως ή άλλως θλίψη των οικείων τους. Τείνουμε να αντιμετωπίζουμε το ζήτημα των μεταμοσχεύσεων ως ένα ζήτημα σπάνιο, απόμακρο

¹⁵⁹ Βλ. Στέλιος Ράμφος, «Το αυτονόητο μυστήριο της ποιότητας», “*Το Βήμα*”, Κυριακή 31 Οκτωβρίου 2004.

από εμάς, που δεν υπάρχει περίπτωση να μας επηρεάσει ποτέ, και η μόνη φορά που επαγρυπνούμε είναι όταν στη χαλαρή παρακολούθηση των καθημερινών γεγονότων έρθει η «κραυγή απόγνωσης» των δημοσιογράφων να μας αφυπνίσει τη συνείδηση και την ανθρωπιά.

Απαιτείται επομένως μια συλλογική προσπάθεια αρχικά σε κοινωνικό επίπεδο και μετέπειτα σε ατομικό για τη δραστηριοποίηση και την επικέντρωση της προσοχής των ατόμων στο θέμα των μεταμοσχεύσεων. Δεν γίνεται να στοχεύεται ο κάθε άνθρωπος μεμονωμένα σε μια προσπάθεια να γίνει ο ίδιος δότης όταν λόγω της ιδιοσυγκρασίας της ελληνικής κοινωνίας αυτό δεν είναι και το πλέον αποτελεσματικό. Στην ελληνική πραγματικότητα υπάρχει το φαινόμενο να κινούνται όλοι μαζί οι πολίτες στα δύσκολα, αν κάποιος τους παρακινήσει γι' αυτό, και στα εύκολα και καθημερινά ο καθένας κοιτάει τον εαυτό του. Υπάρχει μια σύνδεση και συσπείρωση, μια αλληλεπίδραση των Ελλήνων όταν και μόνον όταν αντιληφθούν πραγματικά ότι υπάρχει ένα θέμα που τους αφορά ως σύνολο, στην καθημερινότητά τους κατά τ' άλλα κινούνται αυτόνομα. Εάν γίνει αντιληπτή η ζωτική σημασία των μεταμοσχεύσεων, κι αν επιτευχθεί μια συλλογική σύμπραξη προς αυτήν την κατεύθυνση τότε θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχουμε κάνει το πρώτο βήμα για την αναστροφή της υπάρχουσας κατάστασης. Διότι είναι αρκετά αυτά που πρέπει να αλλάξουν.

Το ήθος της αλληλεγγύης είναι ο συνεκτικός κρίκος αυτής της συλλογικής προσπάθειας. Μία νέα εκδοχή της ποιότητας αποτυπώνεται σε χαρακτηριστικά του σημερινού κόσμου, όπως ο καθαγιασμός του ανθρωπίνου σώματος, το ήθος της αλληλεγγύης είτε οι προβληματισμοί της βιοηθικής. Ανάγεται μεν το σώμα σε ιερό τέμενος, αλλά στην τελική αποτίμηση μετρά η καρδιά εκείνου που το φέρει¹⁶⁰. Η αποθέωση του ανθρώπου τώρα συνδυάζεται με τις αξίες της αδελφοσύνης και της αλληλοβοήθειας, αντί να συνεπάγεται έξαρση του εγωκεντρισμού.

Ανεξάρτητα από την τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη αυτό που επιδιώκεται από την πλειονότητα των σημερινών ανθρώπων είναι η εξασφάλιση της ποιότητας στη ζωή τους ελέγχοντας και σταθμίζοντας όλους τους παράγοντες που άμεσα ή έμμεσα την επηρεάζουν. Η ανοιχτή κοινωνία οφείλει και πρέπει να δίνει προβάδισμα στην αυτονομία του ατόμου, θέτοντας σε δεύτερη μοίρα την επιδίωξη συλλογικών στόχων. Και αυτό πρέπει να είναι το δεδομένο για τον

¹⁶⁰ Βλ. *Στέλιος Ράμφος*, «Το αυτονόητο μυστήριο της ποιότητας», «*Το Βήμα*», Κυριακή 31 / 10/ 2004

επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων κατανομής. Εάν η πολιτική έγκειται σε άσκηση πιέσεων ή εξουσίας για να επιτευχθεί κοινωνική ισορροπία και πρόοδος, δεν είναι θεμιτό να διαχειρίζεται κατά κύριο λόγο κρατικοοικονομικά συμφέροντα, την ώρα που υπέρτατη αξία της κοινωνίας αναδεικνύεται το πρόσωπο¹⁶¹.

Παρόλο που η Ελλάδα πρωτοπόρησε στη λήψη νομοθετικών μέτρων οριοθετώντας το νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων, η δωρεά οργάνων και ιστών καταγράφεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τα καταγεγραμμένα ευρωπαϊκά ποσοστά. Αν προσπαθούσαμε να εξηγήσουμε την αιτία αυτού του φαινομένου, θα οδηγούμασταν στο συμπέρασμα, ότι η έλλειψη ουσιαστικής ενημέρωσης των πολιτών για τις δυνατότητες αυτής της θεραπευτικής μεθόδου έχει δώσει τη θέση της σε προκαταλήψεις και αντιλήψεις, που δημιουργούν μια λανθασμένη άποψη για τις μεταμοσχευτικές επεμβάσεις. Αν είχε υπάρξει μια συλλογική προσπάθεια των αρμόδιων φορέων και της πολιτείας για την οργάνωση μίας εκστρατείας ενημέρωσης των πολιτών, τότε η εικόνα της προσφοράς μοσχευμάτων μπορούμε να εικάσουμε ότι θα ήταν σαφώς ικανοποιητικότερη. Και μια τέτοια προσπάθεια θα πρέπει να επιχειρηθεί και να συντονιστεί, τόσο προς την κατεύθυνση της πληρέστερης ενημέρωσης των πολιτών για τις μεταμοσχεύσεις όσο και της δημιουργίας κλίματος εμπιστοσύνης και ενεργούς συμμετοχής τους, καθώς αυτή θα δώσει ελπίδα σε αρκετούς ασθενείς που αγωνιούν για την ποιότητα της ζωής τους και την κατάσταση της υγείας τους.

¹⁶¹ Βλ. Στέλιος Ράμφος, ό.π.

Βιβλιογραφία

2. Βάρκα – Αδάμη Α., «Το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τις μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων », εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας.
3. Δαγτόγλου Π. Δ., «Συνταγματικό Δίκαιο: Ατομικά Δικαιώματα Β΄», εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή 1991.
4. Δαλεζίου Α. «Αριστοτέλους Ηθικά Νικομάχεια», Τα άπαντα των αρχαίων ελλήνων συγγραφέων, Πάπυρος, Αθήνα 1975.
5. Δημολιάτης Δ. Γιάνης, Σημειώσεις ΠΜΣ «Βιοηθική».
6. Δραγώνα – Μονάχου Μυρτώ, « Σύγχρονη ηθική φιλοσοφία», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
7. Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.
8. Κούρτης Γ. Μ. , «Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων», Δίκαιο και Οικονομία, εκδ. Π. Ν. Σάκκουλας.
9. Κουτουβίδης Ν Ι., «QALYs : μια σύγχρονη απόπειρα μέτρησης της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας». Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1995:4(3): 144-163
10. Νόμος 2737/ 99 (ΦΕΚ 174 Α΄) Μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις.
11. Πελεγρίνης Ν. Θεοδόσιος, « Ηθική Φιλοσοφία», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
12. Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική σχετικά με τις Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, Στρασβούργο 24.01.2002.
13. Ράμφος Στέλιος, «Το αυτονόητο μυστήριο της ποιότητας», Εφημερίδα: «Το Βήμα», Κυριακή 31/10/2004
14. Σούρλας Παύλος, Εφημερίδα: «Το Βήμα», 15.12.1993
15. Το Σύνταγμα της Ελλάδας .
16. Χρυσόγονος Χ. Κ., «Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα», Δεύτερη έκδοση αναθεωρημένη και συμπληρωμένη, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 2002.
17. Ρωλς Τζον, «Θεωρία της Δικαιοσύνης», εκδ. Πόλις, Αθήνα 2001

18. G. H.Sabine, «Η ιστορία των πολιτικών θεωριών», εκδ. Ατλαντίς, Αθήνα.
19. Υπουργική απόφαση Υ4δ/8874/1996, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως αριθμός φύλλου 973, 25/10/1996, Κεφάλαιο Β΄ .
20. Ψυχοπαίδης Κοσμάς, «Κανόνες και αντινομίες στην πολιτική», εκδ. Πόλις, Αθήνα 2001.
21. Φιλαλήθης Α. και Α. Κούτης, «Κοινωνική Ιατρική: ανθολογία κειμένων»
Σημειώσεις για το ΠΜΣ Βιοηθικής

Ξενόγλωσση.

1. Ad Hoc Committee at Harvard Medical School to examine the definition of Brain Death, “The Harvard Criteria for Brain Death”, JAMA 205 (1968): 337 - 340
2. Diethelm G. Ann, “Ethical decisions in the history of transplantation”, Ann. Surg. 1990
3. Dworkin R., “Taking Rights Seriously”, London 1977
4. Encyclopedia of Bioethics 3rd edition, Tissue banking and transplantation, ethical issues in, Vol. 5 T – X, Macmillan Reference USA, Thomson Gale
5. O’Neil Onora, “Duties and Virtues” in «Ethics», edited by A. Phillips Griffiths, Royal Institute of Philosophy Supplement: 35
6. Veatch M. Robert, “Transplantation ethics”, Georgetown University Press Washington, D.C
7. UNESCO, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 19 October 2005, 33rd session of the General Conference of UNESCO
8. Wingmore J. Stephen and Plant D. William, “The ethics of transplantation”. (Μηχανή αναζήτησης :www.google.com)

Άρθρα:

1. Baron Leonard, Sam D. Shemie, Jeannie Teitelbaum, Christofer James Doig, “Brief Review: History, concept, and controversies in the neurological determination of the death”, Can J Anesth 2006, vol 53:6, pp 602-608
2. Beillby S, Moss-Morris R, Painter L, “Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation”, N Z Med J. 2003 Apr 4;116 (1171) U 381
3. Belkin S. Gary, “Brain Death and the Historical Understanding of Bioethics”, Journal of the History of Medicine, 2003 Oxford University Press, Vol. 58, pp. 325-361.
4. Brink G. Johan and David K. C. Cooper, “Heart transplantation: The Contributions of Cristian Barnard and the University of Cape Town/ Groote Schuur Hospital”, Springer New York, vol.29, Number 8, August 2005, pp. 253-261.
5. Council of Europe, [Bioethics/texts publics/CDBI/INF/2004/INF (2003) 11REV 2 e organ trafficking replies]

6. Dudley T, Chaplin D, Clifford C, Mutimer D J, “Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection”, *Qual Life Res.* 2007 Oct;16(8):1292-308, *Epub* 2007 Jul.
7. Ευρωπαϊκή επιτροπή, Reference: IP/07/718, Date: 30/5/2007
[www.ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organ/oc_organ_eu.]
8. Engelhardt H. Tristram, Jr, “The injustice of enforced equal access to transplant operations: rethinking reckless claims of fairness, *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 35 issue 2, pp 257-258, summer 2007.
9. Jonsen R. Albert, “ The God Squad and the Origins of the Transplantation Ethics and Policy”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol 35. Issue 2, June 2007.
10. Littlefield C, Abbey S, Fiducia D, Cardella C, Greiq P, Lery G, Maurer J, Winton T, “Quality of life following transplantation of the heart, liver and lungs”, *Gen. Hosp. Psychiatry* 1996 Nov;18 (6 Suppl):365-475.
11. Manyalich M., “Transplant Coordinators: Professionalisation and education”, 4^η Συνάντηση της ETCO, Πολωνία 6/9/2006
12. Matesanz Rafael, “How to improve organ donation: The Spanish Model”, *Transplant Newsletter*, Συμβούλιο της Ευρώπης, 1999
13. Sade M. Robert (2007), Introduction: “Reflections of Emerging Technologies at the Centennial of Organ Transplantation”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 35 : Summer 2007
14. Stagno D, Benaroyo L., “Transplantation with Living organ donors: ethical issues”, *Rev Med Suisse.* 2007 Feb 14 ; 3 (98): 408-410, 412.
15. Scheper-Hughes Nancy, “ Organs Trafficking: The real, the unreal and the uncanny”, 4^η Συνάντηση της ETCO, Πολωνία 6/9/2004
16. Silbergleit Allen, “Norman E. Shumway and the Earl Heart Transplants”, *The Texas Heart® Institute*, Houston 2006; 33(2): 274-5.
17. Shemie D. Sam,” Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: Was “dead” really so clear before organ donation ?”, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2007, 2:18,
18. Shewmon Alan, “The dead donor rule: lessons from linguistics ?”, *Kennedy Inst. Ethics J.*, 2004 Sep; 14(3): 277 – 300.
19. Truog D. Robert, “Brain Death –Too Flawed to Endure, too Ingrained to Abandon”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2007, Vol. 35, Issue 2, pp 273-281.

20. Truog Robert, “Role of brain death and the dead donor role in the ethics of the organ transplantation “, Critical Care Medicine. 31 (9): 2391-2396, September 2003
21. Troyen Brennan “Market in health Care: the case of renal transplantation”, The Journal of Law, Medicine and Ethics, Vol. 35. Issue 2, pp. 249-255, June
22. Williams Heidi, “Allocating a future: Ethics and Organ Transplantation” στη διεύθυνση : http://scu.edu/ethics/publications/submitted/allocating_organ.html, 15/10/2007
23. WHO, Bulletin of the World Health Organization, September 2004, Vol. 82, (9), pp. 693-718,

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις:

1. www.bioethics.gr
2. www.transplantation.gr
3. www.eom.gr

Εφημερίδες:

«Το Βήμα»
«Ελευθεροτυπία»
«Μακεδονία»