

JOLANTA PACIAN

MAŁOLETNI JAKO DAWCA I BIORCA PRZESZCZEPÓW – *EX VIVO* I *EX MORTUO*. REGULACJE I DYLEMATY PRAWNE

WSTĘP

Regulacje prawne dotyczące transplantologii w ustawodawstwie polskim należy ocenić w większości jako poprawne i zasadne. Niemniej jednak niektóre z nich powinny być bardziej doprecyzowane bądź zmienione, tak aby wykluczyć pojawiające się sprzeczności. Celem pracy jest omówienie rozwiązań prawnych dotyczących przeszczepów *ex vivo* i *ex mortuo*, których podmiotem jest małeletni jako dawca albo biorca, oraz rozważenie argumentów prawnych uzasadniających i negujących konieczność ich dokonywania, w zależności od występowania przesłanek prawnych.

Na podstawie art. 9 i 9a ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹ przeszczep *ex mortuo* od dawcy małeletniego może być dokonany po stwierdzeniu trwałego nieodwrotnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwrotnego ustania krążenia krwi². W odniesieniu do pierwszej przesłanki trwałe i nieodwrotne ustanie czynności mózgu stwierdza, na podstawie kryteriów, komisja złożona

Dr JOLANTA PACIAN – adiunkt Katedry Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego, ul. W. Chodźki 1, 20-093 Lublin; e-mail: jolapacian@gmail.com

¹ Tekst jedn.: Dz. U. 2015, poz. 793; rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4.12.2009 w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów Dz. U. Nr 213, poz. 1656.

² J. HABERKO, I. UHRYNOWSKA-TYSZKIEWICZ, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, LEX/el 2014.

z trzech lekarzy posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Natomiast należy zauważyć, że wystąpienie drugiej przesłanki bezwzględnie sprowadza się do konieczności uznania, że samo nastąpienie nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie jest równoznaczne ze śmiercią osoby, ale musi jeszcze zostać stwierdzony zgon, następujący dopiero wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Tak więc wystąpienie nieodwracalnego ustania krążenia, bez stwierdzenia zgonu będącego jego następstwem, nie warunkuje jeszcze legalności dokonania transplantacji. Jak słusznie zauważa J. Duda, „niezależnie od powyższego zarówno z u.transpl., jak i wytycznych nie wynika, kto dokonuje wyboru lekarza, który miałby stwierdzić nieodwracalne zatrzymanie krążenia dla potrzeb eksplantacji. [...] Wydaje się również, iż lekarzem stwierdzającym zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie powinien być lekarz leczący pacjenta”³. Brak takiego uregulowania prawnego może stanowić przesłankę zachęcającą do dokonywania nadużyć, a tym samym prowadzić do sytuacji, w których będą stosowane mało przejrzyste kryteria przeprowadzania takich zabiegów. Dlatego też należy postulować *de lege ferenda* wprowadzenie stosowych regulacji w ustawie transplantacyjnej.

Natomiast przeszczep *ex vivo* od dawcy małoletniego może być dokonany, gdy zostają zachowane obligatoryjnie następujące warunki. Po pierwsze – pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste. Po drugie – w odniesieniu do pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby. Po trzecie – pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę. W przypadku, gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej lat trzynastu, wymagana jest także jego zgoda. Szczegółowe wymogi przeprowadzania przeszczepów *ex vivo* zostały określone w art. 12 ustawy transplantacyjnej. Są to m.in.: 1) zasadność i celowość pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek lub narządów od określonego dawcy ustalają lekarze pobierający oraz przeszczepiający je określonemu biorcy na podstawie aktual-

³ J. DUDA, *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Warszawa 2011, s. 123.

nego stanu wiedzy medycznej; 2) pobranie zostało poprzedzone niezbędnymi badaniami lekarskimi ustalającymi, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia dawcy; 3) kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo, pisemnie poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku związanym z tym zabiegiem i o dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości przez lekarza wykonującego zabieg oraz przez innego lekarza niebiorącego bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek lub narządu; 4) kandydat na dawcę ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził dobrowolnie przed lekarzem pisemną zgodę na pobranie komórek, tkanek lub narządu w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy; wymóg określenia biorcy przeszczepu nie dotyczy pobrania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki; 5) kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody uprzedzony o skutkach dla biorcy wynikających z wycofania zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządu, związanych z ostatnią fazą przygotowania biorcy do dokonania ich przeszczepienia; 6) kandydat na biorcę został poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek, tkanek lub narządu oraz o możliwych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy, a także wyraził zgodę na przyjęcie komórek, tkanek lub narządu od tego dawcy; wymóg wyrażenia zgody na przyjęcie przeszczepu od określonego dawcy nie dotyczy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek.

1. KRYTERIA DEFINIOWANIA OSOBY MAŁOLETNIEJ

W prawie polskim można wyróżnić dwa kryteria, na podstawie których określa się daną osobę jako małoletnią. Są nimi – po pierwsze – wiek, a po drugie – stan cywilny. W odniesieniu do pierwszej przesłanki, zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁴ pełnoletnim jest, kto ukończył lat osiemnaście. Tak więc zgodnie z powyższym, małoletnim jest każda osoba, która nie ukończyła osiemnastu lat. W odniesieniu zaś do drugiej przesłanki należy przywołać art. 10 § 2 k.c. w związku z art. 10 § 1 zd.1. ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy⁵, które stanowią, iż

⁴ DZ. U. 1964, Nr 16, poz. 93; tekst jedn.: Dz. U. 2014, poz. 121 z późn. zm.

⁵ DZ. U. 215, poz. 583 z późn. zm.; tekst jedn.: Dz. U. 2012, poz. 788 z późn. zm.

również stan cywilny warunkuje status małoletniego. Art. 10 § 2 k.c. głosi, iż przez zawarcie małżeństwa małoletni uzyskuje pełnoletność. Nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa. Natomiast zgodnie z art. 10 § 1 zd.1. k.r.o., nie może zawrzeć związku małżeńskiego osoba niemająca ukończonych lat osiemnastu. Jednakże z ważnych powodów sąd opiekuńczy może zezwolić na zawarcie związku małżeńskiego kobiecie, która ukończyła szesnaste lat, a z okoliczności wynika, że zawarcie małżeństwa będzie zgodne z dobrem założonej rodziny. Tak więc w niektórych sytuacjach również zmiana stanu cywilnego skutkuje nabyciem pełnej zdolności do czynności prawnych. Zatem definicja ustawowa małoletniego na gruncie prawa cywilnego nie jest jednoznaczna.

Trochę kontrowersyjna jest propozycja zgłoszona przez A. Gałęską-Śliwkę, dotycząca sposobu kwalifikowania małoletnich w przypadku transplantacji *ex mortuo*. Jej zdaniem „ustawodawca zdecydował się na wyodrębnienie trzech kategorii podmiotów tj. małoletniego poniżej 16 roku życia, małoletniego powyżej 16 roku życia działającego z rozeznaniem i małoletniego powyżej 16 roku życia niedziałającego z rozeznaniem, dopisując tym podmiotom określone [uprawnienia]”⁶. Mało zasadne wydaje się wyodrębnienie w grupie pacjentów małoletnich takich, którzy działają i nie działają z rozeznaniem. Szesnastoletni bowiem pacjent, bez względu na stopień czy zdolność oceniania stanów faktycznych, zawsze ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych, co oznacza w praktyce pewne ograniczenia w dokonywaniu prawnie skutecznych działań. Nie oznacza to jednak, że czynności prawne dokonane przez taką osobę są obligatoryjnie nieskuteczne prawnie. One mogą rodzić skutki prawne w sytuacji potwierdzenia przez przedstawicieli ustawowych małoletniego bądź przez samego małoletniego z chwilą uzyskania pełnoletności. Dokonywanie zatem takiego podziału pozostaje w sprzeczności z definicją ograniczonej zdolności do czynności prawnych, obowiązującej na gruncie prawa cywilnego, która już swoim zakresem przedmiotowym obejmuje tę grupę osób.

2. MAŁOLETNI DAWCA W PRZEPISACH PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO

Szczególny problem stanowi jednak dokonywanie przeszczepów *ex vivo* od dawcy małoletniego. Można postawić pytanie, czy małoletni mają prawo czy

⁶ A. GAŁĘSKA-ŚLIWKA, *Transplantacja ex mortuo z udziałem małoletniego*, „Prawo i Medycyna” (2013), nr 1-2, s. 74; A. PYRZYŃSKA, *Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych (na tle ustawy o działalności leczniczej)*, „Państwo i Prawo” 2011, nr 12, s. 16.

obowiązek bycia dawcami dla osób, z którymi są spokrewnieni? Udzielnie jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie jest niezwykle trudne, jeśli w ogóle możliwe. Wydaje się jednak, że zawsze najbardziej racjonalnym argumentem w takich sytuacjach powinno być przede wszystkim dobro takiej osoby małoletniej, a dopiero w dalszej kolejności dobro biorcy. Nie może tutaj dochodzić do nadużyć ani tym bardziej wywierania jakichkolwiek prób nacisku na małoletniego, aby został dawcą i za wszelką cenę obowiązany był ratować zdrowie, a czasem nawet życie rodzeństwa, a zwłaszcza rodziców. O ile rodzice mają moralny obowiązek ratowania życia i zdrowia dzieci, o tyle trudno to twierdzenie odnieść do dzieci. Oczywiście powód jest prosty, bowiem to dzieci z reguły powinny żyć dłużej niż ich rodzice. A w sytuacji, kiedy będą dawcami, ta prawidłowość często może zawodzić. Idąc dalej, gdyby przeprowadzić wnioskowanie *a contrario*, to odpowiedź byłaby z pewnością twierdząca. Bo skoro taki obowiązek ciąży na rodzicach jako opiekunach prawnych, to również i dzieci, jako ich przyszli opiekunowie, powinny być nim obciążone. Pojawia się jednak wątpliwość, czy tak postawiony wniosek może znaleźć uzasadnienie moralne.

Prawa osoby małoletniej zawarte są w wielu aktach prawnych. Jednym z nich jest Konwencja o Prawach Dziecka z 20 listopada 1989 r.⁷ Konwencja mówi o kierowaniu się dobrem dziecka i zabezpieczeniu jego interesów. Tak więc zgodnie z tymi uregulowaniami, zawsze na pierwszym miejscu należy stawiać interes małoletniego, a zwłaszcza w sytuacji, gdy ma on zostać dawcą. Należy wziąć pod uwagę wszelkie okoliczności, które potwierdzą, że oddanie narządu przez małoletniego nie przysporzy mu cierpień i krzywd ani nie będzie wiązało się dla niego ze zbyt dużym stresem. Dlatego też zgodnie z art. 12 ust. 1 Konwencji, poprzez prawo małoletniego do swobodnego wypowiedania się w sprawach jego dotyczących, przewidziano jego udział w procesie wyrażania zgody odnośnie do tego, czy chce zostać potencjalnym dawcą. W imieniu małoletniego, zgodnie z ustawą z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, przedstawiciel ustawowy może wyrazić sprzeciw na przeszczep organów, a w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni. Przedmiotowa ustawa przewiduje możliwość zgłoszenia takiego sprzeciwu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, sporządzenia oświadczenia podpisanego własnoręcznie, w którym zawarte będzie stanowisko na temat dokonywania przeszczepów albo

⁷ Dz.U. 1991, Nr 120, poz. 526 z późn. zm.

złożenia ustnego oświadczenia woli w obecności co najmniej dwóch świadków, zawierającego sprzeciw, które zostanie następnie potwierdzone złożonymi własnoręcznymi podpisami. Warto podkreślić, że istnieje dowolność w wyborze sposobu sporządzenia sprzeciwu. Niemniej jednak sprzeciw zgłoszony przynajmniej przez jednego przedstawiciela ustawowego małoletniego, skutkuje całkowitym brakiem zgody na przeszczep organów czy szpiku.

Również Rezolucja (78) 29 Komitetu Ministrów Rady Europy dotycząca harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich związanego z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich tkanek i narządów z 11 maja 1978 r.⁸, w art. 6 ust. 2 zakazuje pobierania nieregenerujących się substancji od osób niezdolnych do czynności prawnych. Niemniej jednak państwa członkowskie mogą przewidywać wyjątki wynikające ze względów terapeutycznych lub diagnostycznych. Na podstawie więc tego aktu przewiduje się brak możliwości dokonywania przeszczepów od tej grupy osób, jeżeli usprawiedliwiają to chociażby stany zagrożenia życia i zdrowia małoletnich. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach, takich, które nie negują interesu małoletniego, przewidziana została możliwość dokonywania przeszczepów na rzecz innych spokrewnionych z nim osób. Rezolucja wyraźnie wskazuje na występowanie w takich przypadkach wskazań medycznych, które pozwalają na dokonywanie przeszczepów od osób małoletnich.

Nadto art. 20 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z 4 kwietnia 1997 r.⁹ wprowadza zakaz pobierania organów lub tkanek od osoby, która nie posiada zdolności do wyrażenia zgody, ale w ust. 2 przewiduje transplantację od małoletniego dawcy, jeżeli zaistnieją przewidziane przez prawo warunki ochronne. Do tych warunków zaliczono – po pierwsze – przeszczep regenerujących się tkanek, po drugie – sytuację, kiedy nie ma możliwości znalezienia innego dawcy, a po trzecie – przesłankę pokrewieństwa pomiędzy dawcą a biorcą. Te warunki należą do wyjątkowych i przede wszystkim uzasadniają dokonywanie przeszczepów pomiędzy osobami najbliższymi, kiedy nie można znaleźć innego potencjalnego dawcy. Tak więc te rozwiązania należy ocenić jak najbardziej pozytywnie, z uwagi na fakt, że zawężają grono biorców tylko wyłącznie do osób z rodziny. Ta regulacja prawna potwierdza obowiązek wynikający z zasad moralnych, a dotyczący konieczności niesienia pomocy osobom najbliższym, i dobrze, że został on umocowany prawnie. Ale ta regulacja prawna nie roz-

⁸ *Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów*, red. i tłum. T. Jasudowicz, Toruń 1998, s. 81-86.

⁹ Tamże, s. 3-15.

wiązuje całkowicie problemu w wymiarze moralnym, który w dalszym ciągu jest wątpliwy.

3. WYMOGI PRAWNE DOKONYWANIA PRZESZCZEPÓW *EX VIVO I EX MORTUO OD MAŁOLETNIEGO*

W odniesieniu do przeszczepów *ex mortuo*, to według art. 5 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Natomiast jeżeli chodzi o przeszczepy *ex vivo*, to na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 1 i 2 pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka, oraz na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste.

Dodatkowo zgodnie z art. 12 ust. 3 i 4 ustawy transplantacyjnej, pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę. W przypadku, gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej lat trzynastu, wymagana jest także jego zgoda. Sąd orzeka na wniosek przedstawicieli ustawowych kandydata na dawcę, po wysłuchaniu małoletniego i zasięgnięciu opinii biegłego psychologa, a w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu – również na jego wniosek. Do wniosku należy dołączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że pobranie szpiku nie spowoduje dającego się przewidzieć upośledzenia organizmu dawcy. Należy zatem podkreślić, że zgodnie z art. 617 § 1 k.r.o., krewnymi w linii prostej są osoby, z których jedna pochodzi od drugiej. Krewnymi w linii bocznej są osoby, które pochodzą od wspólnego przodka, a nie są krewnymi w linii prostej. § 2 stopień pokrewieństwa określa według liczby urodzeń, wskutek których powstało pokrewieństwo. Tak więc w odniesieniu do rodzeństwa trzeba zauważyć, że są to krewni w linii bocznej, nie pochodzący jedni od drugich, a wyłącznie od jednego wspólnego przodka. I zgodnie z ustawą transplantacyjną, możliwe jest pobranie od rodzeństwa szpiku albo komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, przy zachowaniu wymogów ustawowych.

4. ZNACZENIE ZGODY ZASTĘPCZEJ SĄDU OPIEKUŃCZEGO

Jeżeli jednak przedstawiciele ustawowi nie wyrażają zgody w imieniu małoletniego na dokonanie przeszczepu, to ich odmowa może zostać nieuwzględniona przez lekarzy na podstawie orzeczenia sądu. Europejski Trybunał Praw Człowieka bardzo wyraźnie zaznaczył to stanowisko w wyroku z 10 czerwca 2010, orzekając, iż „odmowa może zostać nieuwzględniona jedynie w trzech konkretnych sytuacjach: zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, leczenie poważnych chorób umysłowych i przymusowe leczenie sprawców czynów zabronionych. Ponadto, decyzja rodziców o odmowie leczenia dziecka może zostać uchylona w drodze decyzji sądowej. Stąd wynika, iż prawo krajowe chroni wolność wyboru osoby w sferze wyboru w zakresie decyzji dotyczących jej zdrowia tak dalece, jak pacjent jest świadomą osobą dorosłą i nie rodzi to zagrożenia dla nieświadomych osób trzecich”¹⁰. Tylko osoba dorosła może odmówić leczenia, natomiast w sytuacji, gdy zagrożone jest życie lub zdrowie małoletniego, nawet odrzucenie leczenia przez rodziców, jak potwierdził to Trybunał, nie zwalnia lekarzy z obowiązku niesienia pomocy, a umocowanie ich do podejmowania działań medycznych wynika wtedy z orzeczenia sądu.

5. ZNACZENIE ZGODY ZASTĘPCZEJ PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH

Jednak w pierwszej kolejności to przedstawiciele ustawowi są uprawnieni do wyrażania zgody zastępczej w imieniu małoletniego. Co więcej, jak zauważa P. Daniluk: „zgoda zastępcza jest dopuszczalna i skuteczna jedynie wtedy, gdy nie stoi w sprzeczności z dobrem małoletniego i interesem społecznym”¹¹. Trudno jednak do końca zgodzić się z powyższą tezą, z uwagi na fakt, że w trakcie wyrażania takiej zgody należałoby też uwzględnić dobro biorcy, a przede wszystkim czy przeprowadzenie przeszczepu *ex vivo* leży w jego najlepiej pojętym interesie i jakie są realne szanse uratowania lub przedłużenia jego życia. Dopiero uwzględnienie tych przesłanek wespół z tymi, które towarzyszą wyrażaniu zgody zastępczej, najlepiej chroniłoby interesy dawcy i bior-

¹⁰ W sprawie *Jehovah's Witnesses of Moscow p. Rosji*, nr skargi 302/02, Lex nr 578368.

¹¹ P. DANILUK, *Zgoda zastępcza na naruszenie dóbr prawnych w prawie karnym*, „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 5, s. 81.

cy. Potwierdzeniem tego są słowa G. Rejman o tym, iż często występują w praktyce takie przypadki, w których jedno dziecko staje się za zgodą jego przedstawicieli ustawowych dawcą tkanki lub narządu dla ratowania zdrowia drugiego dziecka¹². Również K. Mularski przywołując przypadek dotyczący przeszczepu od małoletniego, który jest przysposobionym, na rzecz dziecka biologicznego, podnosi, że „jeśli dawcą miałyby być dziecko przysposobione, a biorcą biologiczne, sąd – wydając zgodę na dokonanie przeszczepu – powinien zbadać sprawę wnikliwie, z największą dokładnością”¹³.

Tak więc dopiero logiczna kalkulacja korzyści i strat, jakie wiążą się z przeszczepem *ex vivo* dla obydwu małoletnich na podstawie przekazanej przez lekarzy wiedzy medycznej, mogą warunkować podejmowaną przez rodziców zgodę zastępczą. Co więcej, takie twierdzenie wraz z tezą sformułowaną przez M. Szewczyka, że „właściwe poinformowanie pacjenta o rodzaju zabiegu i następstwach jest warunkiem wyrażenia przez niego zgody na przeprowadzenie interwencji medycznej”¹⁴, potwierdza także wyrok SN z 20 listopada 1979 r.¹⁵ SN orzekł, że „lekarz wyjaśniając pacjentowi konsekwencje zabiegu operacyjnego powinien mieć na celu zapoznanie pacjenta ze stanem jego zdrowia i następstwami tego zabiegu tak, aby pacjent ten podejmował decyzję o wyrażeniu zgody z pełną świadomością, na co się godzi i czego może się spodziewać. Dawca musi być pouczony o wszystkim, co mogłoby zgodnie z ludzkim uznaniem wpłynąć na jego decyzję za lub przeciw pobraniu organów”¹⁶. Zatem reasumując, zarówno przedstawicielom ustawowym dawcy i biorcy, jak również im samym, powinny zostać przekazane w sposób przystępny rzetelne, kompleksowe i wszechstronne informacje na temat planowanej eksplantacji, tak aby będąc odpowiednio poinformowanymi, mogli podjąć świadomą i dobrowolną zgodę.

¹² G. REJMAN, *Zgoda dawcy narządu lub organu na uszkodzenie ciała jako okoliczność uchylająca bezprawność czynu*, „Nowe Prawo” 1998, nr 4, s. 24.

¹³ K. MULARSKI, *Problematyka przeszczepu od małoletniego żywego dawcy*, „Państwo i Prawo” 2013, nr 7, s. 54.

¹⁴ M. SZEWCZYK, *Wybrane prawne aspekty wykonywania zawodu lekarza*, „Folia Medica Cracoviensia” 1998, nr 3-4, s. 103.

¹⁵ IV CR 389/79, OSNC 1980, nr 4, poz. 81.

¹⁶ Tamże.

6. OCENA I ZNACZENIE WYSTĘPOWANIA BEZPOŚREDNIEGO NIEBEZPIECZEŃSTWA UTRATY ŻYCIA

Przesłanką medyczną, która uzasadnia konieczność pobrania tkanek czy narządów od małoletniego, jest istnienie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty przez biorcę życia. SN w wyroku z 30 maja 1973 r. podkreślił, że „przez bezpośrednie niebezpieczeństwo rozumieć należy takie, które grozi określonemu dobru natychmiast, a więc zagraża tak, że wszelka zwłoka w podjęciu czynności ratowniczych mogłaby czynić je bezprzedmiotowym, względnie – że naruszenie dobra nie musi nastąpić natychmiast, ale ma charakter nieuchronny, a wstrzymanie się od czynności ratowniczych mogłoby powiększyć rozmiary grożącej szkody lub utrudnić zapobieżenie jej”¹⁷.

Zakres przedmiotowy pojęcia „bezpośrednie niebezpieczeństwo” jest szeroki, bowiem obejmuje nie tylko stan zagrożenia aktualny, ale i przyszły, którego wystąpienie jest wysoce prawdopodobne. Poprzez taką interpretację niewątpliwie ochrona interesu małoletniego została zapewniona i zagwarantowana. Słusznie orzekł SN, że już samo ryzyko wystąpienia niebezpieczeństwa powinno być traktowane jako realne zagrożenie. R. Kubiak idzie jednak jeszcze dalej, formułując zasadną tezę, „że ta przesłanka powinna być rozpatrywana przez lekarza w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej, czyli zgodnie ze zbiorem twierdzeń naukowych, które pozytywnie zweryfikowane w środowisku medycznym, obowiązują w danym momencie”¹⁸.

7. WAŻENIE INTERESU MAŁOLETNIEGO DAWCY I BIORCY

Jednakże oprócz zapewnienia dobra biorcy, lekarz musi rozważyć również dobro dawcy. Przeszczep nie będzie mógł być dokonany, jeżeli wystąpi zagrożenie dla życia dawcy. Bardzo ważne jest tutaj wyważenie tych interesów i wybranie rozwiązania korzystnego dla obu stron, czyli zarówno dawcy, jak i biorcy. E.M. Guzik-Makaruk postuluje, aby każdy małoletni mający ukończone 16 lat, posiadający zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy transplantacyjnej możliwość zgłoszenia sprzeciwu na dokonanie przeszczepu postmortalnego, po uzyskaniu stosownego zapytania od ministra zdrowia mógł mieć 3 miesiące – tak jak w

¹⁷ III KR nr 6/1973, Lex nr 21565.

¹⁸ R. KUBIAK, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 510.

prawie włoskim – na podjęcie samodzielnej decyzji¹⁹. Taki postulat *de lege ferenda* należy ocenić jak najbardziej pozytywnie, z jednym jednak zastrzeżeniem, że powinna być wskazana w takiej sytuacji możliwość konsultacji z przedstawicielami ustawowymi, którzy powinni dodatkowo jeszcze potwierdzić stanowisko wyrażone przez małoletniego. Z uwagi bowiem na posiadanie przez szesnastolatka ograniczonej zdolności do czynności prawnych, trudno przewidywać, że tak wyrażone oświadczenie woli będzie prawnie skuteczne, a co więcej – nie pozostaje w sprzeczności z jego dobrem i nie narusza go. Dlatego też, konsekwentnie, należy ocenić negatywnie rozwiązanie prawne obowiązujące w Szwajcarii, dające takim małoletnim możliwość złożenia samodzielnie oświadczenia w kwestii darowania organów, chociaż – jak dowodzą obowiązujące tam przepisy prawne – takie rozwiązanie koreluje z art. 303 ust. 3 szwajcarskiego kodeksu cywilnego, zgodnie z którym taki małoletni może decydować również o swojej przynależności religijnej²⁰. Pomimo że może decydować w sprawach związanych z religią, to samodzielna możliwość decydowania w kwestii życia czy zdrowia bez konsultacji z przedstawicielami ustawowymi wydaje się mało zasadna.

Ciekawe rozwiązania prawne funkcjonują w Austrii, gdzie sprzeciw na eksplantację może złożyć tylko przedstawiciel ustawowy w sytuacji, gdy nie ma możliwości rozpoznania znaczenia przedsięwziętych czynności przez potencjalnego małoletniego dawcę, albo kurator ustanowiony przez sąd, jeżeli rodzice nie wypełniają należycie swoich obowiązków²¹. Przyznanie przedstawicielom ustawowym takiej ostatecznej możliwości decydowania o dobru małoletniego wydaje się bardzo pożądanym kierunkiem działań także i w polskim systemie prawnym. Zważywszy w szczególności na posiadanie znacznie większej wiedzy i doświadczenia życiowego przez rodziców w zakresie znajomości potrzeb i interesów swoich dzieci, taka regulacja prawna jest jak najbardziej prawidłowa. Chociaż pewien niedosyt może wzbudzać brak konsultacji z lekarzem, dzięki której w procesie wyrażania świadomej i dobrowolnej zgody na dokonanie przeszczepu, to przesłanki medyczne i dobro dawcy oraz biorecy w pierwszej kolejności powinny przesądzać o konieczności takiego zabiegu.

¹⁹ E.M. GUZIK-MAKARUK, *Transplantacja organów, narządów i tkanek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Białystok 2008, s. 290 i 291.

²⁰ Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907, SR. Systematische Sammlung des Bundesrechts, 210.

²¹ § 187 ABGB Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, www.ris.bka.gv.at, §187.

Dobrym rozwiązaniem *de lege ferenda*, które można by było wprowadzić do naszego porządku prawnego, wzorem rozwiązań prawnych obowiązujących w Hiszpanii, byłyoby implementowanie obowiązku ustawowego zapytania, kierowanego do hospitalizowanych małoletnich pacjentów i ich przedstawicieli ustawowych, czy wyrażają zgodę na przeszczep postmortalny czy też sprzeciw. E. Zielińska podkreśla, że „skoro pacjent wyraża zgodę na dokonanie ewentualnego zabiegu operacyjnego, to wydaje się celowe, aby pouczyć go przy tym o możliwości wypowiedzenia się co do pobrania po jego śmierci tkanek lub narządów”²².

Wprowadzenie ustawowego obowiązku informowania osoby, która ukończyła 18 lat, o figurującym w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów zgłoszonym przez przedstawicieli ustawowych sprzeciwie, również jest uzasadnione. Często bowiem pełnoletnie osoby nie mają wiedzy ani świadomości, że ich rodzice, w tak pojmowanej trosce o nich, zgłosili taki sprzeciw. Przekazywanie takich informacji dałoby możliwość posiadającym już pełną zdolność do czynności prawnych osobom, wyrażenia indywidualnego stanowiska na temat przeszczepów *post mortem*. J. Lipski podnosi, że takie rozwiązanie „stanowiłoby wyraz poszanowania woli tych osób, które osiągnąwszy pełnoletniość, będą mogły świadomie zdecydować o ewentualnym pozostawieniu lub wycofaniu sprzeciwu”²³.

Na nieco innym stanowisku dotyczącym dokonywania eksplantacji czy implantacji od małoletnich stoi jednak ustawodawca niemiecki. Mianowicie prawo niemieckie²⁴ zabrania darowania organów *ex vivo* przez małoletniego dawcę. W rozumieniu tamtejszego prawa – dawca musi być osobą pełnoletnią, czyli zdolną do wyrażenia zgody. Niemniej trzeba zaznaczyć, że również w myśl obowiązujących tam regulacji prawnych, małoletnim jest osoba, która nie ukończyła 18 lat. Wyjątek stanowi przeszczep szpiku kostnego, w takim tylko wyłącznie przypadku małoletni może być dawcą. Zgodnie z niemiecką ustawą transplantacyjną, nie jest możliwe, aby małoletni samodzielnie lub przez przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna prawnego wyraził prawnie skuteczną wolę występowania w roli dawcy. Przyjęcie takiego rozwiązania wynika niewątpliwie z respektowanej w Niemczech kantowskiej teorii celów i środków.

²² E. ZIELIŃSKA, *Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie*, „Państwo i Prawo” 1995, nr 6, s. 26.

²³ J. LIPSKI, *Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, narządów i tkanek*, druk sejmowy nr 3856, <http://orka.sejm.gov.pl/proc4.nsf/opisy/3856.htm>

²⁴ Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantatinsgesetz-TPG) vom 5. November 1997, BGBl I 1997, 2631.

Należy również podkreślić, że niemiecki ustawodawca traktuje w ogóle transplantację *ex vivo* jako jedynie subsydiarną metodę, wykorzystując przeważnie transplantację od dawców martwych. Tak więc tym bardziej prawodawca niemiecki uniemożliwił dokonywanie przeszczepów *ex vivo* od małoletnich, których wyrażane samodzielnie decyzje albo w ich imieniu przez przedstawicieli ustawowych, nie zawsze za wyznacznik mogłyby mieć zasadność i celowość takich zabiegów.

8. OBOWIĄZEK PODEJMOWANIA PRZEZ LEKARZA DZIAŁAŃ WBREW STANOWISKU PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH

Szczególnie problematyczne są sytuacje, w których zachodzi uzasadniona medycznie konieczność wykonania transplantacji u pacjenta małoletniego, a przedstawiciel ustawy nie wyraża zgody na dokonanie tej czynności medycznej. Często zbyt mała wiedza albo zbyt duża ale nieuzasadniona obawa o skutki niepowodzenia takich działań, stoją na przeszkodzie w podjęciu takiej decyzji przez rodziców. W naszym systemie prawnym, zgodnie z ustawą z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁵, lekarz jednak nie jest bezradny wobec takich przypadków. Mianowicie zgodnie z art. 34 ust. 6 tej ustawy, lekarz może zwrócić się do sądu opiekuńczego w sprawie wyrażenia zgody na dokonanie przeszczepu u takiego małoletniego pacjenta. Jednak w sytuacji, gdy zwłoka spowodowana tym postępowaniem skutkować mogłaby niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, na podstawie ust. 7-8 tegoż artykułu, lekarz może wykonać taki zabieg bez zgody. Musi wtedy zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. *Post factum* jednak zobowiązany jest poinformować przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy i poczynić stosowną adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta-biorcy. T. Dukiet-Nagórska idzie jeszcze dalej, formułując tezę, że „konsekwencją istnienia w ustawie [z 1996 r.] o zawodach lekarza i lekarza dentystry art. 30 jest to, iż zawarte w niej, w art. [...] art. 34 ust. 7 [...] postanowienia odnoszące się do podejmowania przez lekarza decyzji samodzielnie – wbrew literalnemu brzmieniu opierającemu się o użycie terminów «jest dopuszczalne», «lekarz

²⁵ Dz. U. 2008, Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

może», «lekarz ma prawo» – wyrażają obowiązek lekarza”²⁶. Taki wniosek niewątpliwie jest zasadny i zgodny ze stanowiskiem i intencją ustawodawcy, a przede wszystkim dobrem małoletniego pacjenta. Co więcej, ta teza znajduje potwierdzenie również w orzecznictwie. Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z 11 lutego 2011 r. orzekł, że na podstawie „art. 34 ust. 7 u.z.l. [...] w wypadku niecierpiącym zwłoki lekarz powinien sam podjąć decyzję o wyborze metody leczenia. Zwracanie się przez lekarza do sądu opiekuńczego po to, żeby sąd w ciągu kilkudziesięciu minut po nadesłaniu faksu wydał postanowienie, stanowi naruszenie tego przepisu oraz art. 34 ust. 6 u.z.l.”²⁷. Nie powinien zatem wzbudzać wątpliwości fakt, że w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia szczególnie małoletniego pacjenta, lekarz musi podejmować działania natychmiast, jakakolwiek zwłoka w działaniu może skutkować w praktyce zmniejszeniem szans na poprawę stanu zdrowia, a niejednokrotnie także na uratowanie życia.

T. Dukiet-Nagórska wyraża słuszny pogląd, że nawet wówczas, gdy przedstawiciel ustawowy zgłasza sprzeciw, a zachodzi stan zagrożenia życia lub zdrowia, lekarz jest uprawniony do podejmowania działań²⁸. Ale już pojawiają się wątpliwości, co w sytuacji, gdy małoletni pacjent, który ukończył 16 lat, sprzeciwia się na przykład przeszczepowi szpiku kostnego od swojego brata albo innej osoby, z którą jest spokrewniony. Zgodnie z literalnym brzmieniem art. 32 ust. 6 powyższej ustawy, jego zgodę zastępuje orzeczenie sądu opiekuńczego. Można dopatrzeć się tutaj pewnej sprzeczności. Skoro lekarz może ratować życie małoletniego w stanie zagrożenia wbrew stanowisku przedstawiciela ustawowego, to dlaczego nie ma takiej możliwości, gdy sprzeciw zgłasza sam małoletni. Podobnie uważa M. Filar, twierdząc, że „skoro zgoda nie ma charakteru zgody wyłącznej (tj. pacjent jest nieletni czy ubezwłasnowolniony częściowo lub całkowicie), nie jest w przypadku takiego zabiegu niezbędna”²⁹. Tak więc treść art. 32 ust. 6 wydaje się zaprzeczać wnioskowi wysnutemu na podstawie chociażby wnioskowania *a contrario*. Trudno wprawdzie zrozumieć, dlaczego dla ustawodawcy ważniejszy okazuje się sprzeciw małoletniego niż jego przedstawiciela ustawowego.

²⁶ T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 1, s. 36.

²⁷ IV CA 1506/10, „Państwo i Prawo” 2011, nr 7-8, s. 172.

²⁸ T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 78.

²⁹ M. FILAR, *Postępowanie lecznicze (świadczenia zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 41.

Chociaż przepisy ustawy transplantacyjnej czasem zawierają pewne sprzeczności, to jednak, spoglądając na nie w sposób globalny, pozytywnie w pierwszej kolejności należy ocenić te rozwiązania prawne, które otwierają możliwość wyrażenia przez sąd zgody zastępczej, niejednokrotnie bardzo często ratującej zdrowie a nawet życie małoletniego. Pewną wątpliwość wzbudzać może tylko konieczność zasięgnięcia opinii drugiego lekarza w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. W takich przypadkach należało postulować *de lege ferenda* przyznanie lekarzowi ustawowej możliwości podejmowania decyzji samodzielnie, zwłaszcza że niejednokrotnie uzyskanie opinii drugiego lekarza, a często dodatkowej jeszcze tej samej specjalności, może znacznie przedłużyć przeprowadzenie transplantacji, dla wykonania której największe znaczenie ma natychmiastowe podejmowanie działań.

PODSUMOWANIE

Trudno dokonać jednoznacznej oceny w wymiarze prawnym argumentów uzasadniających i negujących dokonywanie przeszczepów *ex vivo* i *ex mortuo* od małoletnich. Jednak na pewno można je uszeregować w zależności od występowania stanów zagrożenia życia lub zdrowia oraz dobra małoletnich, którzy mają być poddani takim przeszczepom. Niewątpliwie, te argumenty, które zawsze przemawiają za respektowaniem najlepiej pojętego interesu małoletniego – w znaczeniu medycznym i prawnym – zawsze winny być priorytetem i muszą każdorazowo wyznaczać kierunek podejmowanych działań medycznych. To przede wszystkim życie i zdrowie małoletniego, który występuje niezależnie czy w roli dawcy, czy biorcy, muszą zawsze być bezwzględnie chronione. Należy również postulować *de lege ferenda* implementowanie do naszego systemu prawnego sprawdzonych, najlepszych i najbardziej korzystnych dla małoletnich rozwiązań prawnych, obowiązujących chociażby w Austrii, Włoszech czy Hiszpanii, zaprezentowanych w niniejszym artykule, tak aby zagwarantować jak największe bezpieczeństwo pacjentowi małoletniemu, podawanemu procedurze transplantacyjnej.

BIBLIOGRAFIA

ŹRÓDŁA PRAWA

- Konwencja o Prawach Dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. 1991, Nr 120, poz. 526 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2008, Nr 136, poz. 857 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (tekst jedn.: Dz. U. 2015, poz. 793).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 grudnia 2009 w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 213, poz. 1656).

ORZECZNICTWO

- Wyrok SN z dnia 30 maja 1973 r., III KR nr 6/1973, Lex nr 21565.
- Wyrok SN z dnia 20 listopada 1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980 nr 4, poz. 81.
- Wyrok SO w Warszawie z dnia 11 lutego 2011 r., IV CA 1506/10, „Państwo i Prawo” 2011, nr 7-8, s. 172.

LITERATURA

- DANILUK Paweł: Zgoda zastępcza na naruszenie dóbr prawnych w prawie karnym, „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 5, s. 81.
- DUDA Juliusz: Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 123.
- DUKIET-NAGÓRSKA Teresa: Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 1, s. 36.
- DUKIET-NAGÓRSKA Teresa: Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 6-7, s. 78.
- Europejskie standardy bioetyczne: wybór materiałów, red. i tłum. Tadeusz Jasudowicz, TNOiK Dom Organizatora, Toruń 1998, s. 81-86.
- FILAR Marian: Postępowanie lecznicze (świadczenia zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, s. 41.
- GAŁĘSKA-ŚLIWKA Anita: Transplantacja ex mortuo z udziałem małoletniego, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 1-2, s. 74.

- Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantatinsgesetz-TPG) vom 5. November 1997, BGBl I 1997, 2631.
- GUZIK-MAKARUK Ewa M.: Transplantacja organów, narządów i tkanek w ujęciu prawnym i kryminologicznym, Temida 2, Białystok 2008, s. 290 i 291.
- HABERKO Joanna, UHRYNOWSKA-TYSZKIEWICZ Izabela: Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz, LEX/el 2014.
- KUBIAK Rafał: Prawo medyczne, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2010, s. 510.
- LIPSKI Jan: Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, narządów i tkanek, druk sejmowy nr 3856, <http://orka.sejm.gov.pl/proc4.nsf/opisy/3856.htm>
- MULARSKI Krzysztof: Problematyka przeszczepu od małoletniego żywego dawcy, „Państwo i Prawo” 2013, nr 7, s. 54.
- PYRZYŃSKA Agnieszka: Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych (na tle ustawy o działalności leczniczej), „Państwo i Prawo” 2011, nr 12, s. 16.
- REJMAN Genowefa: Zgoda dawcy narządu lub organu na uszkodzenie ciała jako okoliczność uchylająca bezprawność czynu, „Nowe Prawo” 1988, nr 4, s. 24.
- SZEWczyk Maria: Wybrane prawne aspekty wykonywania zawodu lekarza, „Folia Medica Cracoviensia” 1998, nr 3-4, s. 103.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907, SR. Systematische Sammlung des Bundesrechts, 210.
- ZIELIŃSKA Eleonora: Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie, „Państwo i Prawo” 1995, nr 6, s. 26.
- ABGB Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, www.ris.bka.gv.at

MAŁOLETNI JAKO DAWCA I BIORCA PRZESZCZEPÓW
– *EX VIVO* I *EX MORTUO*.
REGULACJE I DYLEMATY PRAWNE

STRESZCZENIE

Celem pracy jest omówienie rozwiązań prawnych dotyczących przeszczepów *ex vivo* i *ex mortuo*, których podmiotem jest małoletni jako dawca albo biorca, oraz rozważnie argumentów prawnych uzasadniających i negujących ich dokonywanie.

Regulacje prawne dotyczące transplantologii zawarte są w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Natomiast status małoletniego warunkują przepisy prawne zawarte zarówno w Kodeksie cywilnym, jak i Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. Chociaż przepisy ustawy transplantacyjnej czasem zawierają pewne sprzeczności, to jednak w przeważającej większości pozytywnie należy ocenić zwłaszcza te rozwiązania prawne, które traktują o możliwości wyrażenia przez sąd opiekuńczy zgody zastępczej, niejednokrotnie bardzo

często ratującej zdrowie a nawet życie małoletniego. Również ciekawe są unormowania obowiązujące w Austrii, Niemczech czy Hiszpanii, które z dużym powodzeniem i korzyścią dla małoletnich zarówno dawców, jak i biorców mogłyby być implementowane do naszego systemu prawnego.

Słowa kluczowe: małoletni, dawca, biorca, regulacje, transplantacja

A JUVENILE PERSON AS A DONOR AND A RECIPIENT
– *EX VIVO* AND *EX MORTUO*.
REGULATIONS AND LEGAL ISSUES

SUMMARY

The aim of the paper is to discuss legal solutions concerning *ex vivo* and *ex mortuo* transplantation whose participant is a juvenile donor or recipient, as well as to consider legal arguments for and against such transplantation. Legal regulations concerning transplantation are contained in the Act of 01.07.2005 on taking, storing and transplanting of cells, tissue and organs. On the other hand, the status of a juvenile person is regulated by the provisions of the Civil Code and of the Family and Guardianship Code. Even though the provisions of the Transplantation Act occasionally contain some contradictions, there is mostly positive evaluation of especially these legal solutions which enable a Family Court to give a replacement consent, which frequently saves health and even life of a juvenile person. There are also interesting legal rules binding in Austria, Germany or Spain which could be effectively implemented into our legal system, for the benefit of juvenile donors and recipients.

Key words: a juvenile person, donor, recipient, regulations, transplantation