



Identyfikacja problemów w zarządzaniu transplantacją w Polsce

Kamil T. Lorek

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych
kontakt@kamil-lorek.pl, ORCID: 0009-0005-7636-557X

Streszczenie: Medycyna transplantacyjna pozwala na dokonywanie przeszczepień ratujących życie osób chorych, dla których inne metody leczenia stały się nieskuteczne. Stwierdzenie śmierci, jako podstawy do pobrania komórek, tkanek i narządów w celu ich przeszczepienia, nie jest łatwe, w szczególności dla rodziny potencjalnego dawcy. Za cel badawczy przyjęto zidentyfikowanie problemów w procesie planowania, organizowania, kierowania i kontrolowania transplantacji, które przyczyniają się obecnie do deficytu pobieranych i przeszczepianych komórek, tkanek i narządów w Polsce. Skoncentrowano się na transplantacji *ex mortuo*, w której transplantaty pobiera się z ciał osób zmarłych, u których stwierdzono trwale nieodwracalne ustanie czynności mózgu lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia. Przeanalizowano dane zastane. Przeprowadzono także badania jakościowe z wykorzystaniem wywiadów pogłębionych, aby osiągnąć zamierzony cel. Respondentami zostali dwaj praktycy, którzy pełnią funkcję koordynatorów transplantacyjnych. Analiza wykazała szereg czynników mających wpływ na liczbę przeprowadzanych transplantacji w naszym kraju. Sklasyfikowano je na czterech płaszczyznach: organizacyjnej (niska aktywność szpitali donacyjnych, deficyt personelu medycznego, niedoszacowana wycena procedur transplantacyjnych), społecznej (niechęć do podejmowania rozmów z rodziną na temat śmierci, traktowanie ciała zmarłego jak masy spadkowej), informacyjnej (publikowanie informacji sprzecznych z obowiązującym prawem w środkach masowego przekazu, brak skutecznych ogólnopolskich kampanii informacyjno-edukacyjnych) oraz prawnej (niska świadomość mieszkańców Polski w zakresie prawnych aspektów transplantacji).

Słowa kluczowe: transplantacja, ochrona zdrowia, problemy transplantologii, koordynator transplantacyjny, zarządzanie publiczne.

Kod JEL: I10, I18.

1. Wstęp

Polakom transplantacja kojarzy się przede wszystkim z prof. Zbigniewem Religą, który wraz ze swoim zespołem dokonał pierwszego w Polsce udanego przeszczepienia serca. To historyczne wydarzenie miało miejsce w 1985 roku w obecnym Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu (Polskie Radio, 2023). Od tamtego czasu transplantologia bardzo się rozwinęła. W samym 2022 roku przeszczepiono 1495 narządów pobranych od 445 zmarłych dawców (Antoszkiewicz, Czerwiński, Malanowski, 2023, s. 30). Dla wielu pacjentów otrzymanie organu to jedyna szansa na to, aby dalej móc żyć.

Polski system ochrony zdrowia ciągle mierzy się z nowymi wyzwaniami. Eksperci zwracają uwagę na to, że kluczowe jest budowanie poczucia zaufania pacjenta wobec personelu medycznego. Istotna jest także edukacja społeczeństwa, już od najmłodszych lat. Obecnie pacjent niestety gubi się w systemie (Lach, 2024, s. 104–105). Wyzwania mają wymiar nie tylko społeczny, ale także zarządczy. Celem badawczym jest zidentyfikowanie problemów pojawiających się w procesie planowania, organizowania, kierowania i kontrolowania transplantacji, które przyczyniają się do deficytu pobieranych i przeszczepianych komórek, tkanek i narządów w Polsce. Skupiono się na transplantacji *ex mortuo*, w której transplantaty pobiera się z ciał osób zmarłych, u których stwierdzono trwale nieodwracalne ustanie czynności mózgu lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia.

Proces przeszczepienia narządu to ogromny system naczyń połączonych. Wymaga zaangażowania wielu osób. Kluczową rolę w przebiegu transplantacji odgrywają m.in.: koordynatorzy pobierania i przeszczepiania, transplantolodzy, anestezjolodzy, pielęgniarki. Warto wspomnieć także o tych, którzy nie są związani bezpośrednio z wykonaniem zabiegu chirurgicznego, jednak za to są priorytetowi dla logistyki całego procesu pobrania i przeszczepienia narządu. Są to takie osoby, jak: kierowcy ambulansów i innych pojazdów uprzywilejowanych, piloci Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, Lotnictwa Policji czy Wojska Polskiego. Za koordynację pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie Polski jest odpowiedzialne Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” (dalej: Poltransplant) z siedzibą w Warszawie. Instytucja ta jest państwową jednostką budżetową, która podlega Ministrowi Zdrowia. Z perspektywy zarządzania publicznego proces transplantacji powinien funkcjonować w sposób sprawny i skuteczny. Pojawiające się w nim

przeszkody, zidentyfikowane w niniejszym artykule, prowadzą do zmniejszenia liczby przeprowadzanych pobrań i przeszczepień.

Na początku przedstawiono zagadnienia dotyczące transplantologii. Przeanalizowano akty prawne, które regulują proces transplantacji w Polsce. Poruszono zagadnienie rozpowszechniania oświadczeń woli. Zaprezentowano dane statystyczne obrazujące obecną sytuację związaną z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów w naszym kraju, również na tle innych krajów europejskich. W części badawczej wskazano cztery płaszczyzny, na których zidentyfikowano problemy polskiej transplantologii. Na końcu omówiono wyniki oraz zaprezentowano wnioski.

2. Teoretyczne tło transplantologii

2.1. Definicje związane z transplantologią

Transplantologia to „dziedzina medycyny zajmująca się transplantacjami” (Najwyższa Izba Kontroli, 2022, s. 5). Słowo „transplantacja” sięga korzeniami języka łacińskiego. Wywodzi się od czasownika *transplantare*, czyli przenosić, przesadzać (Kucharska, 2017, s. 288). Większość źródeł bardzo podobnie definiuje pojęcie **transplantacji** (inaczej przeszczepienia). Według Górala (1987, s. 154) to „wykonanie operacyjnego przemieszczenia tkanki lub całego narządu (przeszczepu) w przypadku określonych stanów chorobowych z jednego miejsca w drugie u tego samego człowieka lub od jednego człowieka (dawcy) do drugiego (biorcy), które ma na celu uzupełnienie ubytku lub przywrócenie czynności”. Przeszczepianie to „potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę na przedłużenie życia” (Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie akceptacji transplantacji..., 2008). Polskie i europejskie akty prawne definiują transplantację jako „proces mający na celu przywrócenie niektórych funkcji ciała ludzkiego przez przeniesienie komórki, tkanki lub narządu od dawcy do ciała biorcy” (Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek..., 2023) bądź „proces mający na celu przywrócenie niektórych funkcji ciała ludzkiego przez przeniesienie narządu dawcy do ciała biorcy” (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie norm jakości..., 2010). Transplantacja to „metoda leczenia polegająca na wyrównywaniu ubytku w organizmie człowieka poprzez operacyjne przeniesienie tkanki, narządu (...) w celu ratowania życia człowieka lub usprawnienia czynności jego organizmu” (Guzik-Makaruk, 2008, s. 29–30). Bardzo często można się

spotkać z zamiennym posługiwaniem się terminami „przeszczepienie” i „przeszczep”. Nie są to wyrazy bliskoznaczne. **Przeszczep** (innymi słowy transplantat) „to tkanka lub narząd, przeszczepione w celu zastąpienia nimi tkanek, narządów uszkodzonych lub brakujących” (Guzik-Makaruk, 2008, s. 33).

Biorca to osoba, „(...) której przeszczepiono komórki, tkanki lub narządy”. Z kolei **dawca** to „(...) żywy dawca, zwłoki ludzkie albo innego rodzaju żywe lub zmarłe źródło, od których pobiera się komórki, tkanki lub narządy” (Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek..., 2023). **Potencjalny dawca** to zgłoszony dawca, który nie posiada przeciwwskazań medycznych do procedury pobrania narządów. Z kolei **rzeczywisty dawca** to zmarły, od którego pobrano przynajmniej jeden narząd w celu przeszczepienia. W terminologii występuje także pojęcie **wykorzystanego dawcy**. Takim dawcą jest zmarły, od którego przynajmniej jeden narząd pobrano i następnie przeszczepiono biorcy (Czerwiński, 2009, s. 3–4).

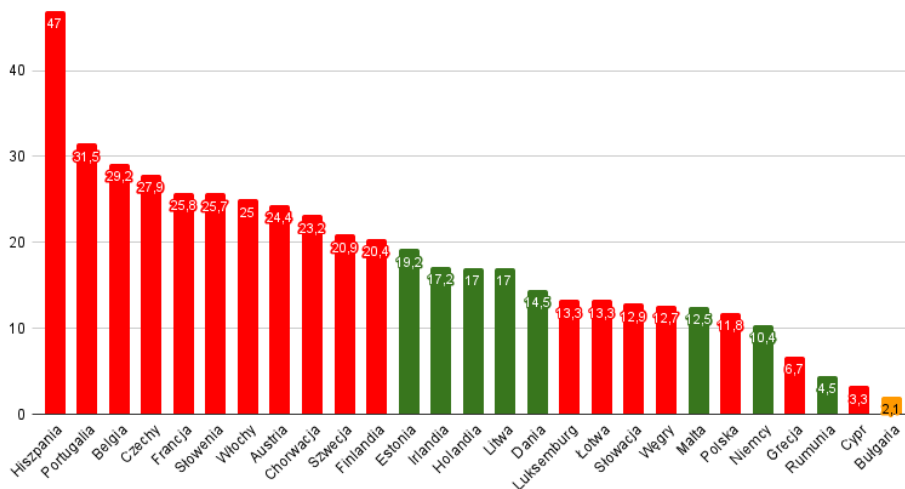
2.2. Różne modele transplantacji w Europie

Europejskie państwa różnie regulują proces pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia. W aspekcie prawnym Guzik-Makaruk (2008, s. 34–41) wyróżnia trzy zasadnicze rozwiązania:

- **model sprzeciwu** (tzw. model francuski):
 - ścisły sprzeciw – narządy można pobrać, jeśli potencjalny dawca sam nie wyraził sprzeciwu za życia w formie pisemnej bądź w formie ustnej złożonej w obecności świadków; obowiązuje w takich państwach, jak Polska, Hiszpania, Portugalia, Czechy, Słowacja, Austria,
 - sprzeciw rozszerzony – upoważnione osoby (przeważnie członkowie rodziny) wyrażają przypuszczalną wolę zmarłego, jeżeli nie ma wyraźnego sprzeciwu ze strony potencjalnego dawcy, przedstawionego przez niego za życia; ma moc prawną m.in. w Grecji oraz w Finlandii,
 - rozwiązanie informacyjne – osoby najbliższe mają prawo zgłosić sprzeciw w wyznaczonym czasie, jeśli nieżyjąca osoba nie wyraziła sprzeciwu lub zgody w trakcie życia; dotyczy takich krajów, jak Lichtenstein, Francja, Szwecja, Norwegia,
- **model zgody** (tzw. model amerykańsko-kanadyjski):
 - ścisła zgoda – organy można pobrać, pod warunkiem że potencjalny dawca sam wyraził zgodę za życia w formie pisemnej lub w formie ustnej złożonej w obecności świadków; nie występuje w Europie,

- zgoda rozszerzona – upoważnione osoby (zazwyczaj członkowie rodziny) wyrażają przypuszczalną wolę zmarłego, jeżeli nie ma jednoznacznej zgody potencjalnego dawcy, sformułowanej przez niego za życia; to rozwiązanie występuje w takich krajach, jak Niemcy, Holandia, Szwajcaria, Dania, Irlandia, Litwa,
- **stan wyższej konieczności** – wola potencjalnego dawcy nie jest w ogóle uwzględniana, a decyzję o pobraniu transplantatów podejmuje instytucja alokacyjna; przyjmuje się, że dobrem o wartości wyższej jest życie i zdrowie żyjącego człowieka; w Europie na taki system zdecydowała się tylko Bułgaria.

Rysunek 1 prezentuje liczbę rzeczywistych dawców w poszczególnych krajach Unii Europejskiej. W 2022 roku Polska klasyfikowała się na jednym z ostatnich miejsc. Niewątpliwie europejskim liderem dawstwa była Hiszpania. Warto przypomnieć, iż obowiązuje w niej rozwiązanie ścisłego sprzeciwu, czyli to samo, co u nas. W dodatku pierwsza jedenastka państw również przyjęła model sprzeciwu. Ponadto w tym okresie Hiszpania zajmowała pierwsze miejsce na świecie pod kątem liczby rzeczywistych dawców (EDQM, 2023, s. 74).



Objaśnienie: **model sprzeciwu** / **model zgody** / **stan wyższej konieczności**.

Rysunek 1. Liczba rzeczywistych dawców narządów w przeliczeniu na milion mieszkańców w państwach Unii Europejskiej w 2022 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: EDQM (2023, s. 74).

2.3. Transplantacja *ex mortuo* z punktu widzenia polskiego prawa

Polski system koordynacji w zakresie transplantacji reguluje Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2023, poz. 1185) (dalej: ustawa transplantacyjna). Ogólnie przyjęte zasady nakładają obowiązek uzyskania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Sytuacja jest bardziej skomplikowana w przypadku przeprowadzenia operacji pobrania narządów. Po śmierci dawca nie ma możliwości wyrażenia swojej woli w tej sprawie. W związku z tym konieczne było przyjęcie koncepcji zmodyfikowanej zgody (Drozdowska, 2017, s. 108). Według przepisów ustawy transplantacyjnej po śmierci każdy z nas staje się potencjalnym dawcą. Wyjątek stanowi sytuacja, w której osoba za życia wyraziła sprzeciw na pośmiertne oddanie swoich komórek, tkanek i narządów w celu ich przeszczepienia innej osobie. Sprzeciw wnosi się na jeden z trzech sposobów:

- wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów prowadzonym przez Poltransplant,
- złożenie własnoręcznie podpisanego oświadczenia noszonego przy sobie,
- ustna deklaracja złożona w obecności co najmniej dwóch świadków¹.

W przypadku osoby małoletniej² lub innej nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych to przedstawiciel ustawowy wyraża sprzeciw w jej imieniu. Co istotne, sprzeciw ten musi być sformułowany za życia tej osoby. Małoletni, który ukończył 16 lat, sam może wyrazić taki sprzeciw (Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek..., 2023). Poltransplant powiadamia zarówno każdą osobę kończącą 16. rok życia, jak i uzyskującą pełnoletność o istnieniu wpisu sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, który w przeszłości złożył jej przedstawiciel ustawowy. Równocześnie informuje także o możliwości wycofania wspomnianego sprzeciwu (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów..., 2006).

W Polsce obowiązuje tzw. zgoda domniemana. W przypadku stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia u pacjenta personel medyczny ma za zadanie w pierwszej kolejności sprawdzić, czy potencjalny dawca widnieje w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Następnie powinien się dowiedzieć od bliskich zmarłego, jakie

¹ Wspomnianymi świadkami nie muszą być konieczne członkowie rodziny.

² Małoletni – „osoba, która nie ukończyła lat osiemnastu i nie uzyskała pełnoletności przez zawarcie małżeństwa” (Guzik-Makaruk, Wojewoda, 2015, s. 38).

było jego stanowisko dotyczące ewentualnego pośmiertnego oddania narządów. W przypadku niewyrażenia za życia sprzeciwu domniemywa się zgodę na pobranie komórek, tkanek i narządów w celu ich przeszczepienia biorcom.

Powszechnie panuje przekonanie, że to rodzina decyduje o pobraniu narządów od zmarłego krewnego, co nie znajduje potwierdzenia w treści obowiązujących przepisów polskiego prawa. Zwyczajowo w Polsce personel medyczny rozmawia z bliskimi pacjenta przed ewentualnym pobraniem narządów. Konieczność przeprowadzenia takiej rozmowy wynika z możliwości wyrażenia sprzeciwu w formie ustnej, złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 3 ustawy transplantacyjnej (Nowak, 2018, s. 115–116).

Ludzkie zwłoki nie są niczyją własnością, nawet zmarłej osoby. Możliwość rozdysponowywania swojego ciała po śmierci sprowadzają się do następujących kwestii: niewyrażenia sprzeciwu na pośmiertne pobranie komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia innej osobie lub powierzenia go uczelni dla celów naukowych. Za życia można także wyrazić sprzeciw wobec przeprowadzenia sekcji naszych zwłok z wyjątkiem okoliczności wspomnianych w art. 31 ust. 4 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799). Nie ma możliwości zobligowania kogokolwiek do określonego sposobu organizacji pogrzebu i miejsca pochówku na cmentarzu. Dyspozycje takie zamieszczone w testamencie mają charakter tylko i wyłącznie fakultatywny. Zarazem są bardzo istotne pod względem moralnym. Prawo rodziny do zwłok bliskiego ogranicza się tylko do posiadania w celu ich pogrzebania (Gardocka, 2015, s. 268–273).

W kwestii transplantologii obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej ma ogromne znaczenie. Szczególnie jeśli chodzi o dane osobowe dawcy i biorcy (Rząp, 2023, s. 3). W myśl polskiego prawa biorca nigdy nie może poznać swojego zmarłego dawcy z imienia i nazwiska. Zdarza się, że personel medyczny szpitala lub pracownicy Poltransplantu informują o wieku oraz płci. To samo dotyczy rodziny dawcy.

Wśród mieszkańców Polski przeważa pozytywne podejście do pośmiertnego dawstwa narządów. W 2016 roku 80% badanych przychyliło się do tego, by w przypadku śmierci lekarze mogli pobrać od nich narządy w celu ratowania innych, gdyby zaistniała taka możliwość. Natomiast 11% osób było przeciwnego zdania. Niestety tylko 25% wszystkich badanych poinformowało bliskich o swojej woli (CBOS, 2016, s. 2–4). Świadomość prawna w zakresie pośmiertnego pobrania organów nie jest na wysokim poziomie. Wyniki sondażu społecznego

z 2020 roku, przeprowadzonego przez firmę Kantar na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, dowodzą, że jedynie 27% pełnoletnich Polaków wiedziało, że w naszym kraju wprowadzono w życie model sprzeciwu. Z kolei 34% respondentów nie miało rozeznania w tym, jakie regulacje obowiązują w Polsce, a 39% osób myślało, że potrzebna jest zgoda zmarłego wyrażona za życia (Solidarnie dla transplantacji, 2020a).

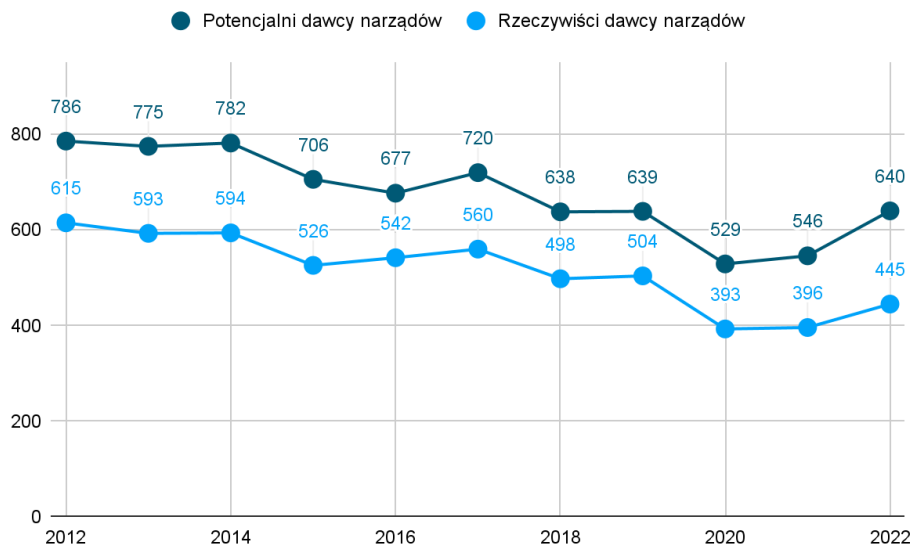
Chociaż każdy mieszkaniec Polski po śmierci staje się potencjalnym dawcą narządów, dopóki on sam lub jego przedstawiciel ustawowy nie wyrazi sprzeciwu, w naszym kraju przyjęło się noszenie świadectwa woli (nazywanego inaczej oświadczeniem woli). Każdy, kto zamierza z pełną świadomością wyrazić zgodę na pośmiertne pobranie komórek, tkanek i narządów, może podpisać specjalnie do tego zaprojektowany druk, który wielkością przypomina kartę bankomatową. Na świadectwie woli mogą być umieszczone dane osobowe posiadacza oraz informacja o niewyrażeniu sprzeciwu (lub o wyrażeniu zgody) na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia. Co ważne, takie oświadczenie woli nie ma mocy prawnej, posiada jedynie charakter informacyjny. Warto, żeby bliscy zostali poinformowani o podpisaniu oświadczenia (Solidarnie dla transplantacji, 2020b). Mecenasa A. Sieradzka jest zdania, że zachęcanie Polaków do składania podpisu na świadectwie woli „(...) powoduje błędne społeczne przekonanie, że aby być dawcą, trzeba mieć podpisaną taką karteczkę. (...) Wytworzony kult wokół tzw. oświadczeń woli nie służy literalnej realizacji przepisów donacyjnych i zwiększaniu liczby pobrań” (Lurka, 2023). Wielu obywateli jest przekonanych, że trzeba podpisać specjalne oświadczenie woli lub zarejestrować się w jakiejś bazie danych w celu wyrażenia zgody na pośmiertne oddanie narządów. Tymczasem w Polsce nie ma oficjalnego rejestru zgód, tylko Centralny Rejestr Sprzeciwów.

3. Analiza obecnej sytuacji polskiej transplantologii

3.1. Statystyki dotyczące liczby pobrań i przeszczepień w Polsce

Patrząc na rysunek 2, obrazujący zarówno liczbę zgłoszonych zmarłych dawców narządów, jak i liczbę rzeczywistych zmarłych dawców, można zauważyć stopniowy spadek od 2014 roku (z chwilowym wzrostem w 2017 roku). Największy spadek rok do roku w analizowanym okresie wystąpił w 2020 roku. Wpływ na to miał zdecydowanie wybuch pandemii COVID-19 i liczne ograni-

czenia w zapewnieniu opieki zdrowotnej. W 2022 roku liczba zgłoszonych dawców wróciła do poziomu sprzed pandemii.

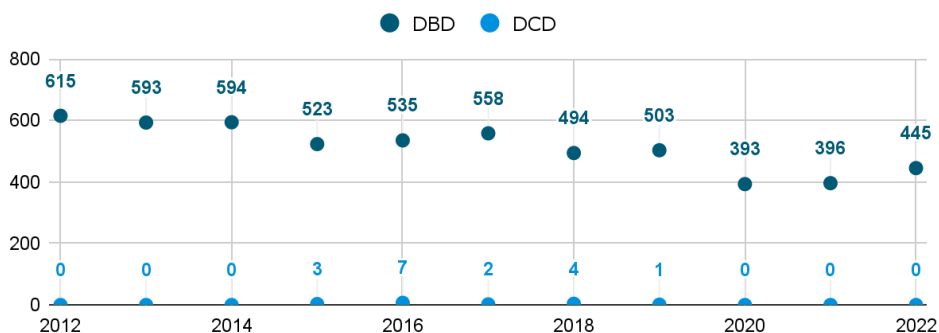


Rysunek 2. Potencjalni i rzeczywiscy dawcy narządów w latach 2012–2022

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Antoszkiewicz, Czerwiński (2017, s. 19–20) oraz Antoszkiewicz i in. (2023, s. 17–18).

W 2022 roku w większości przypadków przyczyną zgonu u dawców narządów była choroba naczyń mózgowych (60,9%). Drugim najczęstszym powodem był uraz czaszkowo-mózgowy (22,2%). Wśród innych przyczyn śmierci mózgu (16,9%) były: asfiksja, zatrucie, łagodne nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (Antoszkiewicz i in., 2023, s. 19).

W Polsce narządy można pobrać od osoby, u której „stwierdzono trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu” – **DBD** (skrót z ang. od *Dead By Daylight*) lub u której „stwierdzono nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów” – **DCD** (skrót z ang. od *Donation after Cardiac Death*) (Antoszkiewicz, Czerwiński, Malanowski, 2022, s. 8). Na rysunku 3 można zauważyć, że rzeczywistymi dawcami zostają przede wszystkim osoby, u których zdiagnozowano śmierć mózgu.



Rysunek 3. Liczba rzeczywistych dawców według kryteriów neurologicznych (DBD) oraz kryteriów krążeniowych (DCD) w latach 2012–2022

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Antoszkiewicz, Czerwiński (2017, s. 20) oraz Antoszkiewicz i in. (2023, s. 18).

3.2. Aktywność donacyjna szpitali

Obecnie w Polsce istnieje 388 szpitali z tzw. potencjałem dawstwa (Antoszkiewicz i in., 2023, s. 22). Są to podmioty lecznicze, w których funkcjonują oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział udarowy, oddział neurologii bądź oddział neurochirurgii (Najwyższa Izba Kontroli, 2022, s. 31). W 2022 roku zgłoszono potencjalnych dawców w 142 spośród 388 szpitali (36,6%). To o 4,9 p.p. więcej niż w 2021 roku i o 5,7 p.p. więcej niż w 2020 roku. Chociaż liczba aktywnych placówek jest wyższa niż w poprzednich latach, to mimo wszystko nadal nie jest na zadowalającym poziomie. Największą aktywność w programie pozyskiwania organów od zmarłych w 2022 roku zaobserwowano w szpitalach z województwa pomorskiego (56,5%), wielkopolskiego (50%) oraz kujawsko-pomorskiego (47,4%) i śląskiego (47,4%). Z kolei najmniejsze zaangażowanie można dostrzec w województwie łódzkim (14,8%), świętokrzyskim (20%) oraz podkarpackim (22,7%) (Antoszkiewicz i in., 2023, s. 22). Aktywność szpitali w poszczególnych województwach prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Aktywność szpitali w programie identyfikacji zmarłych dawców narządów według województw w latach 2020–2022

Lp.	Województwo	Aktywność szpitali w procentach		
		2020	2021	2022
1	2	3	4	5
1.	dolnośląskie	37,5	33,3	45,8
2.	kujawsko-pomorskie	36,8	52,6	47,4
3.	lubelskie	31,8	31,8	36,4

cd. tabeli 1

1	2	3	4	5
4.	lubuskie	23,1	30,8	23,1
5.	łódzkie	14,8	11,1	14,8
6.	małopolskie	36,7	40,0	40,0
7.	mazowieckie	23,6	30,9	32,7
8.	opolskie	50,0	37,5	25,0
9.	podkarpackie	18,2	18,2	22,7
10.	podlaskie	6,7	20,0	26,7
11.	pomorskie	43,5	39,1	56,5
12.	śląskie	39,5	42,1	47,4
13.	świętokrzyskie	20,0	20,0	20,0
14.	warmińsko-mazurskie	26,3	31,6	31,6
15.	wielkopolskie	44,7	34,2	50,0
16.	zachodniopomorskie	35,0	25,0	35,0
Polska		30,9	31,7	36,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Antoszkiewicz i in. (2023, s. 22).

Zbyt małą aktywność podmiotów leczniczych w zgłaszaniu potencjalnych dawców narządów zaobserwowała także Najwyższa Izba Kontroli. W dziesięciu szpitalach, które objęła kontrolą, w latach 2018–2021 (I półrocze) zmarło 15 433 osób. Pacjenci ci leżeli na oddziałach neurologii, neurochirurgii, anestezjologii i intensywnej terapii. U 174 pacjentów stwierdzono śmierć mózgu. W przypadku 158 osób sprawdzono, czy widnieją w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Oficjalny sprzeciw za życia wyraziło 25 pacjentów (spośród 158). Na niewielką aktywność szpitali w pozyskiwaniu narządów miało wpływ dla przykładu nieprawidłowe oszacowanie kosztów procedur transplantacyjnych. Pieniądze otrzymywane przez szpitale (objęte kontrolą NIK), z tytułu zwrotu kosztów związanych z pobieraniem, przechowywaniem i przeszczepianiem narządów, nie rekompensowały w stu procentach ponoszonych wydatków. Podmioty lecznicze wyrównywały ten deficyt z pozostałej swojej działalności (Najwyższa Izba Kontroli, 2022, s. 16, 53, 58). Cały proces transplantacji wymaga zaangażowania ogromnej liczby zasobów. Dla podmiotu leczniczego wykonywanie takich procedur medycznych, które nie są w pełni refundowane, nie jest korzystne z ekonomicznego punktu widzenia.

4. Metodyka

Jako metodę badawczą, która ma posłużyć osiągnięciu założonego celu, wybrano badanie jakościowe z wykorzystaniem wywiadów pogłębionych. Jest to podyktowane tym, że autor niniejszego artykułu ma już pewne doświadczenie

w prowadzeniu tego typu rozmów. Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza wywiadu. Pytania dotyczyły nie tylko samej transplantologii, ale również aktów prawnych ją regulujących, kampanii społecznych i innych informacji na jej temat w środkach masowego przekazu, edukacji na medycznych kierunkach studiów czy komunikacji personelu medycznego z pacjentem oraz jego bliskimi. Analizie została poddana wyłącznie część przeprowadzonego wywiadu. Kontakt nawiązano z praktykami, których codzienna praca jest związana z transplantacją. Wywiad w formie pisemnej przeprowadzono z koordynatorką transplantacyjną ze szpitala klinicznego (Koordynator A). Drugi wywiad zrealizowano w formie wideorozmowy za pomocą aplikacji Google Meet. Respondentem został wojewódzki koordynator Poltransplantu pracujący w jednym z wiodących ośrodków przeszczepiających w Polsce (Koordynator B). Zastosowano analizę danych wtórnych dotyczących statystyk związanych z liczbą pobieranych i przeszczepianych komórek, tkanek i narządów w Polsce. Pochodzą one z Biuletynu Informacyjnego Poltransplantu. Bazowano również na danych Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej.

5. Wyniki badań

Obaj respondenci są zgodni co do tego, że jednym z problemów wpływających na niedostateczną liczbę pobieranych narządów w Polsce jest niska aktywność szpitali w identyfikacji potencjalnych dawców, którzy umierają na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz udarowych. Jak wspomniano już wcześniej, w 2022 roku wskaźnik aktywności tych podmiotów leczniczych wyniósł jedynie 36,6%. Według Koordynatora A obecnie wyliczany wskaźnik donacyjny nie odzwierciedla w pełni aktywności szpitali, w związku z czym „(...) konieczne byłoby przeprowadzenie analizy w podmiotach opieki zdrowotnej i przeanalizowanie zgonów, które miały miejsce w danej placówce. Dopiero po wykonaniu takiej analizy możemy rzetelnie powiedzieć, jaki mamy potencjał donacyjny i jak wiele z tego potencjału zostało pominięte”. Za jedną z przyczyn niskiej aktywności szpitali można uznać braki kadrowe wśród personelu medycznego. W wielu przypadkach to lekarze lub pielęgniarki dodatkowo pełnią funkcję koordynatora transplantacyjnego. Zdaniem Koordynatora B w szpitalu powiatowym, gdzie jest dwóch anestezjologów na dyżurze oraz od trzech do czterech pielęgniarek, „(...) nie ma kto zająć się tą koordynacją transplantacyjną. Przede wszystkim procedura ta jest bardzo dużym obciążeniem emocjonalnym, a także zajmuje bardzo dużo pracy i czasu – nawet do 24 godzin.

To dodatkowe zajęcie może pochłoniąć personel medyczny nawet w 90 procentach”. Zwraca on również uwagę na to, że być może pracownikom szpitala donacyjnego, który równocześnie jest ośrodkiem przeszczepiającym, bardziej zależy na pozyskaniu jak największej liczby narządów. Impulsem do działania jest bezpośredni kontakt z pacjentami wpisanymi na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie. Niejednokrotnie widują ich na szpitalnych oddziałach. Z czasem ich stan zdrowia się pogarsza. Jednocześnie są świadomi tego, iż dla tych pacjentów jedynym ratunkiem jest właśnie przeszczep. Bardzo często to osoby młode najbardziej determinują ich do działania. „Oczywiście walczymy o każdego pacjenta, natomiast sami wiemy, że jeżeli spotykamy na swojej drodze osobę w podobnym wieku do nas lub młodszą, której życie wisi na włosku, to w jakiś sposób staramy się z nią utożsamić” – dodaje Koordynator B. Niestety mimo ogromnego wysiłku część chorych umiera na ich oczach. Zdarza się, że sami pracownicy oddziałów z tzw. potencjałem dawstwa nie są świadomi tego, kto może zostać pośmiertnie dawcą. Ich obowiązkiem jest zgłosić każdą osobę, u której stwierdzono śmierć według kryteriów neurologicznych (DBD) lub krążeniowych (DCD), jako potencjalnego dawcę. Natomiast kwalifikacją powinny się już zająć Poltransplant oraz ośrodki transplantacyjne, które zgodzą się pobrać i przeszczepić narządy. W praktyce nieraz potencjalni dawcy są dyskwalifikowani już przez sam szpital donacyjny i w ogóle nie są zgłaszani do Poltransplantu. Koordynator A podkreśla, że jak na razie nikt nie zweryfikował, ilu potencjalnych dawców nie zostało zgłoszonych i jaki był tego powód.

Aktualnie w Polsce bardzo rzadko pobiera się narządy od osób, u których stwierdzono nieodwracalne zatrzymanie krążenia (DCD). Ostatni taki zabieg wykonano w 2019 roku (Antoszkiewicz i in., 2023, s. 17). Co prawda pozwalają na to akty prawne, lecz nie ma stworzonego systemu rozliczania takiego dawcy. „Praktycznie każdy szpital w Polsce ma długi i nie znam takiego, który wykonywałby procedury, które są kosztowne i nie można ich rozliczyć z NFZ” – nadmienia Koordynator A. Ponadto po podłączeniu potencjalnego dawcy do układu ECMO może się okazać, że ta osoba zgłosiła sprzeciw lub zostanie zdyskwalifikowana z powodu posiadanych chorób.

W polskim społeczeństwie silniej artykułowane są postawy oparte na ostrożności i nieufności niż na zaufaniu i otwartości (CBOS, 2022, s. 5). Tylko 29% pełnoletnich mieszkańców Polski jest zadowolonych z tego, jak współcześnie funkcjonuje polski system ochrony zdrowia (CBOS, 2021, s. 2). Zdaniem Koordynatora B Polacy nie mają zaufania do polskiego systemu opieki zdrowotnej, szczególnie po pandemii COVID-19. Pracownicy podmiotów leczniczych

nie są darzeni zbyt dużym zaufaniem i stąd być może liczby przeprowadzonych donacji są takie, jakie są. „Jeżeli my nie ufamy czemuś, to też nie chcemy być częścią tego” – odpowiada krótko.

W przestrzeni publicznej pojawiają się głosy, że nie powinno się podejmować działań dążących do zwiększenia świadomości społecznej na temat obecnych przepisów ustawy transplantacyjnej. Argumentuje się to tym, że transplantacja jest bardzo wrażliwym tematem. Jej propagowanie może być odebrane jako wkraczanie w sferę prywatności. Pojawi się także efekt przeciwny do zamierzonego, tj. będzie zgłaszanych więcej sprzeciwów niż dotychczas. Respondenci są przeciwnego zdania. Stoją na stanowisku, że zwiększanie świadomości społecznej jest naszym obowiązkiem. Medycyna transplantacyjna potrzebuje ogólnopolskiej akcji informacyjno-edukacyjnej. Koordynator A wskazuje dla przykładu kampanię społeczną PKP Polskich Linii Kolejowych pn. *Bezpieczny przejazd*. Być może personel medyczny dużo łatwiej mógłby przeprowadzić proces autoryzacji donacji, gdyby każdy za życia zadeklarował swoją wolę dotyczącą ewentualnego pobrania narządów po śmierci. Lekarzom zależy przede wszystkim na tym, aby przeszczepić narządy zgodnie z wolą osoby, która odeszła. Nikt nie chce robić czegoś wbrew decyzji zmarłego.

Uczestnicy niniejszego badania nisko oceniają skuteczność dotarcia przekazów ogólnopolskich kampanii informacyjno-edukacyjnych propagujących ideę transplantacji, które jak dotąd powstały. „Nie znam skutecznej kampanii społecznej propagującej ideę transplantacji” – mówi Koordynator A i dodaje – „Według mnie podejmowane są jedynie działania lokalne i regionalne, brakuje działań ogólnopolskich. Była kiedyś kampania »Zgoda na życie«, a potem »Solidarnie dla transplantacji«. Tyle tylko, że wiedzą o niej jedynie osoby zainteresowane tematem, a nie całe społeczeństwo. Pomysł dobry, ale efektu brak”. Koordynator B uważa, że Ministerstwo Zdrowia ma szeroki wachlarz możliwości. W planach jest rozpoczęcie nowej kampanii. Potrzeba jednak czasu, ponieważ muszą być zorganizowane na to przetargi z racji dokonywania wydatków ze środków publicznych. Trzeba wyłonić kogoś, kto zaprojektuje i poprowadzi całą kampanię. Podkreśla również, że transplantacja to temat skomplikowany i „(...) taki niecodzienny, ponieważ nie jest to reklama jogurtu, na której możemy się już wzorować i wiemy, jak to się sprzedawało. Na pewno popełnimy jeszcze kilka błędów, zanim będziemy wiedzieć, jak dotrzeć z tym tematem do naszego społeczeństwa”. Niewątpliwie działania podejmowane do tej pory przez instytucje administracji rządowej wymagają analizy i wysunięcia właściwych wniosków. Zdaniem Koordynatora B w sytuacji, gdyby edukacja na temat transplantacji była

prowadzona już na etapie szkoły podstawowej, tak jak to jest z pierwszą pomocą, to bylibyśmy od małego wychowani w duchu protransplantacyjnym. To z kolei przyczyniłoby się do właściwego zrozumienia tematu dawstwa narządów. „Szczególnie staram się prowadzić wykłady odnośnie donacji dla młodzieży, ponieważ uważam, że to jest taka najbardziej »żywna gleba«. Ci ludzie, dopiero wchodząc w wiek dojrzałości, kształtują swoją opinię. W związku z tym bardzo zależy mi na tym, aby trafiały do nich prawdziwe informacje. Nie jakieś zasłyszane mity” – dodaje.

Nasuwa się pytanie: czy powinniśmy wymagać od społeczeństwa znajomości przepisów prawnych, w tym tych dotyczących transplantologii, skoro tej świadomości prawnej brakuje czasami nawet pracownikom jednostek sprawujących nadzór nad systemem ochrony zdrowia? Respondentom zostały zaprezentowane niezgodne z rzeczywistością informacje na temat transplantacji, które pojawiły się na stronach internetowych pacjent.gov.pl oraz nfz.gov.pl. Następnie poproszono ich o komentarz w tej sprawie. Koordynator B mówi jasno, że „(...) to jest wprowadzenie społeczeństwa w błąd. To niedopuszczalne, żeby na stronach państwowych były zamieszczone takie informacje. Później w jakiś sposób jesteśmy z tego rozliczani przez społeczeństwo”. Koordynator A przyznała szczerze, że nie widziała tego wcześniej. „Generalnie jak można wymagać od społeczeństwa posiadania wiedzy, skoro instytucje, które powinny nadzorować procedury medyczne w Polsce, mają problem z interpretacją przepisów. Przedstawiciele Poltransplantu, jako agendy rządowej, powinni reagować na tego rodzaju wpisy” – skomentowała.

Analizując publikacje prasowe na temat transplantacji, możemy natrafić na wypowiedzi, w których personel medyczny podkreśla to, że narządy pobrano dzięki zgodzie udzielonej przez rodzinę dawcy. W związku z powyższym zapytano respondentów, dlaczego środowisko medyczne nie mówi jednym głosem, jeśli chodzi o to, dzięki czyjej decyzji pobrano narządy od zmarłego. „Nie za bardzo chcę interpretować coś, co ktoś napisał. Właściwa ocena sytuacji wymaga rozmowy z zainteresowanymi stronami i dopiero wtedy można wysunąć właściwe wnioski” – podkreśla na wstępie Koordynator A. Zawsze prosi reporterów o możliwość autoryzacji tekstu, zanim zostanie on opublikowany. W tym przypadku nie wie, czy osoby udzielające wywiadu tak postąpiły. Jej zdaniem użyli niefortunnych określeń. Ma nadzieję, że wypowiedzi te są wynikiem niewłaściwego sformułowania zdań, a nie braku wiedzy. Koordynator B zna te osoby osobiście. Zapewnia, że rozmowy z bliskimi potencjalnego dawcy prowadzi z ukierunkowaniem na wolę zmarłego, a nie rodziny. Na swoim przykładzie sam

doskonale wie, jak trzeba się skupić podczas rozmowy z dziennikarzem, żeby przedstawić rzetelne informacje i jednocześnie nie przekazać informacji na temat miejsca pobrania czy przeszczepienia narządów. Działania te mają na celu nie dopuścić do sytuacji, w której zarówno biorca mógłby poznać dane osobowe dawcy, jak i rodzina zmarłego – informacje o biorcy. Ponadto wiąże się z tym zawsze trema. „Sam niejednokrotnie analizowałem swoją wypowiedź dla prasy i później dostrzegłem, że niektóre wiadomości mogłem przekazać w inny sposób” – opowiada.

W 2022 roku w 109 przypadkach odstąpiono od pobrania narządów z powodu braku autoryzacji. Liczba ta stanowiła 17% liczby wszystkich potencjalnych dawców (Antoszkiewicz i in., 2023, s. 17). Jak wcześniej już wspomniano, personel medyczny nie pyta się rodziny zmarłego o zgodę na pobranie narządów, tylko ma za zadanie dowiedzieć się, czy ich bliski wyraził za życia sprzeciw. Natomiast zdarza się, że lekarze odstępują od procedury pobrania narządów od potencjalnego dawcy, w sytuacji gdy jego rodzina wyraża zdecydowany sprzeciw, często nie znając faktycznej woli zmarłego. Z drugiej strony pobranie narządów wbrew woli rodziny może się odbić bardzo złym echem w przestrzeni publicznej. Wokół transplantologii może wówczas powstać tzw. czarny PR. Koordynator B w swoich rozmowach z bliskimi potencjalnego dawcy zawsze podkreśla na początku, że w tym wszystkim chodzi o uszanowanie woli zmarłego, a nie ich. W swojej pracy nieraz spotkał się z argumentem ze strony rodziny, że zarówno oni, jak i ich bliski nie znali prawa w zakresie pośmiertnego dawstwa i gdyby wiedzieli, to pewnie zgłosiliby sprzeciw. Zdaniem Koordynatora B to jest dobre uzasadnienie, mimo że nieznanie prawa nie zwalnia nas z jego przestrzegania, co prezentuje łacińska prawnicza sentencja: *ignorantia iuris nocet* (łac. nieznanie prawa szkodzi). Jeżeli co najmniej dwie osoby pisemnie potwierdzą w dokumentacji medycznej zmarłego, że za życia ich bliski w ich obecności zgłosił sprzeciw, to personel medyczny nie prowadzi dochodzenia w sprawie prawdopodobności. W takim przypadku respirator jest odłączany, a ciało zmarłego zostaje przekazane rodzinie celem pochówku.

Personel medyczny nie jest w stanie zweryfikować, czy bliscy przekazują faktyczną wolę potencjalnego dawcy. Bardzo często członkowie rodziny traktują ciało zmarłego bliskiego jak masę spadkową. Koordynator B twierdzi, że rodziny potencjalnych dawców potrafią być bardzo zadeklarowane i po prostu skłamać, aby tylko nie dopuścić do pobrania narządów. Personel szpitala nie ma tego jak zweryfikować. Jeśli chodzi o pisemne oświadczenia opatrzone własnoręcznym podpisem osoby zmarłej, nie ma także możliwości sprawdzenia, czy

ktos inny tego ręcznie nie podpisał. „Nie wiemy, jak wyglądał podpis zmarłego. Tak naprawdę my tutaj polegamy tylko na takim zaufaniu do tych rodzin. (...) Trudno jest wywnioskować, jaka była wola osoby zmarłej, jeżeli wcześniej członkowie rodziny nie rozmawiali między sobą na ten temat. Powinniśmy po prostu inwestować w edukację społeczeństwa” – mówi Koordynator B. Jeżeli przychodzi mu prowadzić rozmowę z rodziną potencjalnego dawcy, która nie zna woli bliskiego, to nie informuje ich od razu, że w takim razie lekarze przystąpią do pobrania narządów, ponieważ zgodnie z prawem domniemywamy zgodę. Podczas wymiany zdań stara się poruszyć punkty pomocnicze, pytając się dla przykładu, czy ta osoba była dobra, czy pomagała innym, czy znał kogoś po przeszczepieniu. „Jeżeli ktoś nie wie, jaka była wola zmarłego, to wtedy najłatwiej jest powiedzieć: »nie«, ponieważ jeżeli trzeba się na coś zgodzić, to trzeba ponieść wszystkie tego konsekwencje” – twierdzi Koordynator B. To bliscy zmarłego poświadczają nieprawdę w przypadku, gdy podpiszą oświadczenie, że byli świadkami tego, jak ich bliski zgłosił sprzeciw, chociaż ta sytuacja nigdy nie miała miejsca. „My nie jesteśmy bogami. Nie sprawdzamy tego, czy ktoś mówi prawdę. Nie prowadzimy dochodzenia w tej sprawie. Jeśli ktoś kłamie i poświadcza to na piśmie, to on żyje z konsekwencją podjętych decyzji, a nie my” – dodaje Koordynator A.

6. Podsumowanie badań

Analiza wykazała wiele różnorodnych czynników mających wpływ na niedostateczną liczbę pobieranych i przeszczepianych komórek, tkanek i narządów w Polsce. Zostały one podzielone na cztery główne płaszczyzny:

- **Płaszczyzna organizacyjna:** Problem niedoboru narządów w Polsce wynika m.in. z niskiej zgłaszalności potencjalnych dawców przez szpitale, które mają w swoich strukturach oddziały z tzw. potencjałem dawstwa. Część środowiska medycznego nie bierze aktywnego udziału w procedurze pobierania narządów. Podmioty lecznicze mierzą się z brakami kadrowymi. Opieka nad dawcą wymaga poświęcenia ogromnej ilości czasu, który pracownicy mają w ograniczonym zakresie. Być może nie wszyscy z nich są świadomi, kto po śmierci może podarować swoje komórki, tkanki i narządy komuś innemu. Szpitalom brakuje środków finansowych. Wycena procedur transplantacyjnych jest niedoszacowana.
- **Płaszczyzna społeczna:** Polakom, jako społeczeństwu, bardzo trudno rozmawiać z innymi zarówno o samej śmierci, jak i o tym, co później ma się stać

z ich ciałem. W wielu przypadkach ciało zmarłego traktuje się jak masę spadkową, choć zapisy prawne mówią jasno, że rodzina ma prawo tylko do jego pochowania.

- **Plaszczyzna informacyjna:** W środkach masowego przekazu można trafić na treści dotyczące transplantacji, które nie pokrywają się z przepisami obowiązującego prawa. Niestety brakuje skutecznych kampanii informacyjno-edukacyjnych o zasięgu ogólnopolskim, które poruszają temat pośmiertnego dawstwa narządów.
- **Plaszczyzna prawna:** Świadomość mieszkańców Polski w kwestii prawnych aspektów transplantacji jest na bardzo niskim poziomie. Większość z nas jest błędnie przeświadczona, że to rodzina decyduje o pośmiertnym pobraniu narządów od zmarłego.

Uwagi: Powyższe wnioski zostały przedstawione przez autora uczestnikom 10. posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Transplantacji, które odbyło się w Senacie RP w dniu 28 sierpnia 2023 roku. Wzięli w nim udział Marszałek Senatu, wybitni profesorowie, doktorzy, koordynatorzy i specjaliści z dziedzin medycyny, kierownicy klinik oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych. Inspiracją dla parlamentarzystów do zwołania posiedzenia była prośba autora niniejszego artykułu o podjęcie działań w celu zwiększenia świadomości społecznej na temat transplantacji wśród mieszkańców Polski. Wyniki badań zaprezentowano także podczas I Ogólnopolskiego Sympozjum Kół Naukowych w dniu 28 maja 2024 roku na Uniwersytecie Ekonomicznym w Katowicach.

Podziękowania: Chciałbym złożyć serdeczne podziękowania na ręce Pani dr Hanny Kelm z Katedry Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach za poświęcony czas, nieocenione wsparcie merytoryczne i pomoc w rozwijaniu umiejętności niezbędnych dla przyszłego badacza.

Niniejszy artykuł dedykuję wszystkim dawcom, biorcom i personelowi medycznemu.

Kamil T. Lorek – student studiów magisterskich na kierunku Zarządzanie publiczne o specjalności Zarządzanie w podmiotach leczniczych na Uniwersytecie Ekonomicznym w Katowicach. Członek Koła Naukowego Gospodarka i Zarządzanie Publiczne funkcjonującego przy Katedrze Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych. Radny Młodzieżowego Sejmiku Województwa Śląskiego. Ambasador Ministerstwa Finansów w roku akademickim 2024/2025. Inicjator inicjatywy społecznej pn. *Ostatni Dar* propagującej ideę transplantacji. Zainteresowania naukowe autora to: polski system ochrony zdrowia, partycypacja społeczna, samorząd terytorialny.

Spis literatury

- Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J. (2017). Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2016 r. *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*, 1(25), 19–33.
- Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J., Malanowski, P. (2022). Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2021 r. *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*, 1(31), 8–25.
- Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J., Malanowski, P. (2023). Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2022 r. *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*, 1(32), 17–36.
- CBOS. (2016). *Postawy wobec transplantacji narządów*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF (dostęp: 10.01.2023).
- CBOS. (2021). *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_125_21.PDF (dostęp: 31.08.2023).
- CBOS. (2022). *Zaufanie społeczne*. Pobrano z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_037_22.PDF (dostęp: 31.08.2023).
- Czerwiński, J. (2009). Zmarli dawcy narządów – terminologia. *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*, 1(17), 3–4.
- Drozdowska, U. (2017). Civil aspects of the patient's opposition to transplantation ex mortuo. W: E. M. Guzik-Makaruk, E. W. Pływaczewski, D. Mocarska, J. Bryk (eds.), *Criminological problems of transplant medicine* (s. 107–119). Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/45/UE z dnia 7 lipca 2010 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia (Dz.Urz. UE L 207/14 z 6.08.2010 r.).
- EDQM. (2023). *Newsletter Transplant. International figures on donation and transplantation 2022*. Pobrano z: <https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2023/10/NEWSLETTER-2023-baja.pdf> (dostęp: 26.09.2024).
- Gardocka, T. (2015). Czy zwłoki ludzkie są rzeczą i co z tego wynika? W: J. Gołaczyński, J. Mazurkiewicz, J. Turłukowski, D. Karkut (red.), *Non omnis moriar. Osobiste i majątkowe aspekty prawne śmierci człowieka. Zagadnienia wybrane* (s. 268–280). Wrocław: Oficyna Prawnicza.
- Góral, R. (1987). *Zarys chirurgii: podręcznik dla studentów medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Guzik-Makaruk, E. M. (2008). *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawnooporównawcze*. Wydawnictwo Temida 2.
- Guzik-Makaruk, E. M., Wojewoda, E. (2015). Dziecko, nieletni, małoletni, młodociany, pełnoletni – podstawowe zagadnienia terminologiczne na tle systemu prawa. W: E. M. Guzik-Makaruk, V. Skrzypulec-Plinta, J. Szamatowicz (red.), *Wybrane prawne i medyczne problemy ginekologii dziecięcej* (s. 29–49). Temida 2, przy współpracy i wsparciu finansowym Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.

- Kucharska, E. (2017). Arcybiskup Życiński a transplantologia. W: R. Nęcek, W. Misztal (red.), *Media, kultura, dialog: w piątą rocznicę śmierci arcybiskupa Józefa Życińskiego* (s. 283–308). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II.
- Lach, M. (2024). Przyszłość prewencji w ochronie zdrowia. Eksperti o wyzwaniach dla systemu. *Rynek Zdrowia*, 2(184), 104–105.
- Lurka, K. (2023). *Niebezpieczny kult oświadczeń woli*. Pobrano z: <https://www.termedia.pl/mz/Niebezpieczny-kult-oswiadczen-woli,50931.html> (dostęp: 1.05.2023).
- Najwyższa Izba Kontroli. (2022). *Organizacja i finansowanie przeszczepiania narządów*. Pobrano z: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/polska-transplantologia-w-kryzysie.html> (dostęp: 19.09.2023).
- Nowak, P. G. (2018). *Etyka, śmierć i transplantacje*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Polskie Radio. (2023). *38 lat temu po raz pierwszy przeszczepiono w Polsce serce*. Pobrano z: <https://www.polskieradio.pl/39/156/artykul/716447,37-lat-temu-po-raz-pierwszy-przeszczepiono-w-polsce-serce> (dostęp: 18.08.2023).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeczności oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz.U. 2006 Nr 228, poz. 1671).
- Rzap, M. (2023). *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym*. Pobrano z: https://darmowapomoc.com.pl/images/artykul_Transplantacja_organow_w_swietle_przepisow_prawa_polskiego.pdf (dostęp: 19.09.2023).
- Solidarnie dla transplantacji. (2020a). *Chęć uratowania życia innych osób jest najczęstszą motywacją dla popierania donacji*. Pobrano z: <https://zgodanazycie.pl/chec-uratowania-zycia-innych-osob-jest-najczestsza-motywacja-dla-popierania-donacji/> (dostęp: 7.08.2023).
- Solidarnie dla transplantacji. (2020b). *Materiały edukacyjne dla wykładowców i studentów*. Pobrano z: <https://zgodanazycie.pl/do-pobrania/> (dostęp: 30.04.2023).
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia (M.P. 2008 Nr 47, poz. 421).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2023, poz. 1185).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024, poz. 799).

Identification of problems in the management of transplantation in Poland

Abstract: Transplant medicine allows life-saving transplants to be performed in sick people for whom other treatment methods have become ineffective. Declaring death as a basis for collecting cells, tissues and organs for transplantation is not easy, in particular for the family of the potential donor. The research goal was to identify problems in the process of planning, organizing, managing and controlling transplantation that currently contribute to the deficit of collected and transplanted cells, tissues and organs in Poland. The focus was on *ex mortuo* transplantation, in which transplants are taken from the bodies of dead people who have had permanent irreversible cessation of brain function or irreversible circulatory arrest. Desk research was used. Qualitative research using in-depth interviews was also conducted to achieve the intended goal. The respondents were two practitioners who are transplant coordinators. The analysis showed a number of factors influencing the number of transplantations performed in our country. They were classified on four areas: organisational area (low activity of donation hospitals, shortage of medical staff, underestimated valuation of transplant procedures), social area (aversion to talk to the family about death, treating the body of the dead person as an estate), information area (publishing information contrary to applicable law in the mass media, lack of effective nationwide information and educational campaigns) and legal area (low awareness of Polish residents about the legal aspects of transplantation).

Keywords: transplantation, health care, transplantology problems, transplant coordinator, public management.

JEL Classification: I10, I18.