Marcin Murzyn
email: mmurzyn@wsb-nlu.edu.pl
ORCID: 0000-0002-1417-0831
Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University

Warunki prawne transplantacji *ex vivo* w Polsce

Legal Conditions of *ex vivo* Transplantation in Poland

DOI: 10.66935/978-83-65926-17-3.14

© 2025 Marcin Murzyn
Praca opublikowana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0).
Treść licencji dostępna jest pod adresem: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl

Cytuj jako: Murzyn, M. (2025). Warunki prawne transplantacji ex vivo w Polsce. W: J. Lizak, M. W. Sidor (red.), *Nowe wyzwania w naukach społecznych i technicznych: podejście interdyscyplinarne* (T. 2). (s. 229-244). Wydawnictwo WSB-NLU.

Streszczenie: Artykuł stanowi analizę prawnych warunków transplantacji *ex vivo* w Polsce, kładąc nacisk na kwestię ochrony dóbr dawcy oraz granice legalności tego rodzaju procedur medycznych. Opracowanie ma na celu przedstawienie specyfiki przeszczepów od żywych dawców na tle aktualnych regulacji polskiego prawa medycznego. Opracowując tekst, posłużono się metodą dogmatyczno-prawną, polegającą na analizie aktów normatywnych i literatury przedmiotu. Wykazano, że transplantacje *ex vivo* odznaczają się podwyższonym rygoryzmem prawnym, zaś ich legalność uzależniona jest od spełnienia licznych przesłanek formalnych, materialnych i proceduralnych.

Abstract: The article is an analysis of the legal conditions of *ex vivo* transplantation in Poland, emphasizing the protection of the donor's goods and the limits of the legality of this type of medical procedures. The study aims to present the specificity of transplants from living donors against the background of current regulations of Polish medical law. When preparing the text, the dogmatic-legal method was used, consisting in the analysis of normative acts and literature on the subject. It has been shown that *ex vivo* transplantations are characterized by increased legal rigor, and their legality depends on the fulfillment of numerous formal, material and procedural conditions.

Słowa kluczowe: transplantacje *ex vivo*, przeszczepy, prawo medyczne

Keywords: *ex vivo* transplants, transplants, medical law

Wprowadzenie

Transplantologia, czyli dział medycyny dedykowany przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, choć od kilkudziesięciu lat notuje spektakularne sukcesy, może się rozwijać jedynie w synergii między postępem biomedycyny i zaangażowaniem społecznym.

Bez gotowości ludzi do dawstwa komórek, tkanek i narządów postęp transplantologii byłby w praktyce niemożliwy. Rozwój transplantologii jest więc warunkowany przez poziom akceptacji społecznej dla przeszczepów. Przy czym jest oczywiste, że temu ostatniemu mogą sprzyjać klarowne, zrozumiałe, powszechnie respektowane warunki prawne (Beck i Monastyrska, 2014; Nowak, 2014).

Według danych publikowanych przez „Poltransplant" liczba wykonywanych w Polsce transplantacji w ostatnich latach systematycznie rośnie. W szczególności, od 2019 roku w polskiej transplantologii obserwuje się znaczące wzrosty – rośnie liczba dawców i realizowanych procedur przeszczepowych. Przykładowo, dla 2025 roku liczba przeszczepień nerek zwiększyła się w porównaniu do 2021 roku o 80%, a co do transplantacji wątroby analogiczny wskaźnik, tyle że w zestawieniu z 2020 rokiem, wzrósł o 160%. Dane z 2025 roku wskazują, że dokonano wówczas w sumie 2298 transplantacji, co pozwoliło ocalić życie 2404 osób (Wąś-Zaniuk, 2026). Przy czym nie zmienia to faktu, że społeczeństwo polskie (podobna sytuacja występuje zresztą w innych państwach) boryka się z niedoborem narządów – zapotrzebowanie potencjalnych biorców nieustannie przewyższa podaż dostępnego materiału transplantacyjnego (Nowak, 2014). Jest to sytuacja trudna, nie tylko prawnie, ale i z punktu widzenia bioetyki, albowiem przeszczep jest niekiedy jedyną drogą do utrzymania pacjenta przy życiu (na przykład w razie skrajnej niewydolności nerek, płuc, serca czy wątroby).

Trzeba jednak zaznaczyć, że interesujące z punktu widzenia niniejszego tekstu przeszczepy od dawców żywych stanowią w Polsce na tle wszystkich realizowanych transplantacji mniejszość. W 2025 roku z 2298 ogółu przeprowadzonych przeszczepów 106 eksplantacji narządów pochodziło od żyjących donatorów (Wąś-Zaniuk, 2026). Z uwagi na ryzyko procedury nie tylko dla biorcy, ale i dawcy, transplantacje *ex vivo* okazują się nader doniosłe. Jak ujął to okulista i transplantolog Edward Wylęgała, donacja tkanek i/lub narządów „(…) nie jest zwykłym «oddaniem części ciała z magazynu». To zawsze osobowy dar – dar z siebie dla konkretnego człowieka" (Nawrot, 2026, s. 39). Oczywiście, przeszczepy *ex mortuo* również nie mogą być traktowane jako całkowicie obojętne dla donatora. Normy prawne obejmują też zwłoki ludzkie (Najman, 2024; Rybak, 2004), lecz zgoła innego ciężaru gatunkowego nabiera sytuacja, w której procedura transplantacyjna obarcza bezpośrednim ryzykiem zdrowotnym zarówno biorcę, jak i dawcę.

Celem artykułu jest analiza najważniejszych aspektów obowiązujących w Polsce regulacji prawnych obejmujących przeszczepienia *ex vivo*, ze szczególnym uwzględnieniem przesłanek legalności owych procedur, mechanizmów ochrony dóbr dawcy oraz relacji między wymogami formalnoprawnymi a oceną zasadności i celowości medycznej przeszczepu. W opracowaniu dąży się do porządkującej rekonstrukcji norm prawnych oraz wybranych, acz tych, które mogą uchodzić za najbardziej relewantne, poglądów doktryny dedykowanych problematyce transplantacji, co niejako automatycznie ujawnia napięcia, jakie pojawiają się na styku transplantologii, prawa medycznego i etyki lekarskiej. W związku z powyższym podstawowym pytaniem badawczym niniejszego opracowania

jest ustalenie, czy obowiązujące w Polsce regulacje prawne dotyczące transplantacji *ex vivo* zapewniają właściwą równowagę pomiędzy potrzebą zwiększania dostępności materiału transplantacyjnego a koniecznością ochrony dóbr osobistych i zdrowia żywych dawców. W pracy przyjęto założenie, że konstrukcja prawna dopuszczalności transplantacji *ex vivo* stanowi szczególny przykład próby pogodzenia dwóch wartości o fundamentalnym znaczeniu – ochrony życia biorcy oraz bezpieczeństwa dawcy.

Metoda badawcza

Problematyka transplantacji *ex vivo* nie jest w badaniach z prawa medycznego i bioetyki *terra incognita*. Doczekała się analiz w poświęconych jej artykułach naukowych i książkach, w tym wydaniach podręcznikowych – przykładem może być *Prawo medyczne* Rafała Kubiaka. Jakkolwiek wciąż wymaga „odświeżania" i przypominania, choćby z uwagi na zmieniające się w tym zakresie przepisy. Niniejszy tekst, między innymi, uwzględnia uregulowania obowiązującej od 1.1.2025 roku nowej wersji Kodeksu Etyki Lekarskiej (zapisywanego dalej skrótowo: KEL), gdzie nie omieszkano odnieść się także do kwestii przeszczepów *ex vivo*.

W pracy wykorzystane zostały metody analizy dogmatycznej prawa, a także przegląd literatury oraz aktów prawnych bezpośrednio odnoszących się do poruszanej problematyki. Analiza ta została ukierunkowana przede wszystkim na identyfikację przesłanek legalności transplantacji *ex vivo* oraz ocenę funkcjonowania przyjętych rozwiązań normatywnych z perspektywy ochrony dóbr dawcy i biorcy. W szczególności dokonano w tym celu – przez pryzmat przydatności dla zaprezentowania problematyki funkcjonowania transplantacji *ex vivo* – przeglądu Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej oraz książek i stron internetowych poświęconych interesującemu z punktu widzenia niniejszej pracy zagadnieniu. Najważniejszym, powoływanym w tekście po wielokroć aktem prawnym, jest Ustawa z 1.7.2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411), zapisywana dalej skrótowo: PobKomórekU. Przy wyszukiwaniu publikacji skorzystano z Google Scholar i Katalogu Bibliotek Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Kwerenda literatury odbyła się pomiędzy listopadem 2025 a styczniem 2026 roku.

Struktura przedkładanego tekstu obejmuje kilka zasadniczych części problemowych. W pierwszej przedstawiono pojęcie transplantacji *ex vivo* oraz jej szczególny status prawny w polskim systemie prawa medycznego. Następnie omówiono przesłanki legalności pobrań od żywych dawców, ze szczególnym uwzględnieniem zgody, zdolności do czynności prawnych, ochrony małoletnich w owych procedurach oraz roli sądu i komisji etycznych. Kolejna część poświęcona została obowiązkom informacyjnym wobec dawcy i biorcy, zasadności oraz celowości medycznej przeszczepu, a także odpowiedzialności prawnej personelu medycznego. Zakończenie zawiera syntetyczne wnioski dotyczące złożoności i restrykcyjnego charakteru regulacji transplantacji *ex vivo* w Polsce.

W pracy uwzględniono stan prawny aktualny na 30.1.2026 roku.

Pojęcie transplantacji *ex vivo* i przesłanki legalności tej procedury

Transplantacja, w ogólnym tego terminu znaczeniu, oznacza „wyrównywanie ubytku w ustroju przez operacyjne przeniesienie tkanek lub narządów" (Zoń, 2013, s. 490; za: Rożniatowski, 1987, s. 1009). Klasyfikacja transplantacji może się dokonywać w oparciu o różnorakie kryteria, jednak z punktu widzenia systemu prawa medycznego w Polsce najważniejszy podział obejmuje:

- transplantację *ex mortuo*,
- transplantację *ex vivo*.

Pierwsza wiąże się z pobraniami na rzecz biorcy od dawcy zmarłego. Druga – obejmuje pobrania na rzecz biorcy od dawcy żywego. Ten właśnie podział okazał się najbardziej użyteczny z punktu widzenia polskiego ustawodawcy, czego wyrazem jest legalna definicja dawcy, zawarta w art. 2 ust. 1 pkt 7 PobKomórekU, gdzie wyróżnia się, z jednej strony, żywego dawcę albo, z drugiej strony, zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki lub narządy (Zoń, 2013).

Choć, jak wcześniej wzmiankowano, transplantacji *ex vivo* dokonuje się rzadziej niż transplantacji *ex mortuo*, to jednak te pierwsze – pod względem prawnym – okazują się procedurami znacznie bardziej zniuansowanymi. Każdorazowo w grę wchodzi wszakże w ich przypadku ryzyko naruszenia istotnych dóbr donatora, któremu grozi poważny uszczerbek na zdrowiu, a nawet śmierć. Sytuacja staje się wyjątkowo poważna, gdy pobiera się materiał nieregenerujący się, na przykład nerki. Transplantacja, w odniesieniu do dawcy, nie służy poprawie stanu zdrowia; nie jest to zatem czynność terapeutyczna, dlatego w sensie pierwotnym nie jest legalna. Ażeby jednak takie zabiegi – tj. przeszczepy *ex vivo* – uczynić legalnymi, korzysta się z konstrukcji prawnej, jaką jest tzw. kontratyp[1] przeszczepu (Złotek, 2010a). Podkreśla się, że jest to tzw. kontratyp ustawowy, a jego znamionami są przesłanki wywodzone z PobKomórekU. Ogólnie rzecz biorąc, bardziej rygorystycznie podchodzi się do przeszczepów komórek, tkanek i narządów, które nie mogą się odnowić (zregenerować). Mniej restrykcyjne unormowania obejmują zaś pobrania materiału regenerującego się, na przykład szpiku kostnego.

Jak statuuje art. 12 ust. 1 PobKomórekU, wśród podmiotów, na rzecz których można być dawcą, wyszczególnia się głównie:

1. krewnego w linii prostej (wstępnego, zstępnego bez względu na stopień pokrewieństwa),
2. rodzeństwo,
3. osobę przysposobioną,
4. małżonka.

[1] Warto wyjaśnić, że kontratyp jest okolicznością, która uchyla karną bezprawność czynu. Zaistnienie kontratypu powoduje, że postępowanie, które w normalnych warunkach jest bezprawne, staje się prawnie dozwolone ze względu na zaistnienie określonych okoliczności wynikających z faktu wyłączenia przesłanek winy. Konsekwencją kontratypu jest fakt, że zachowanie, które wypełnia znamiona czynu zabronionego nadal jest czynem zabronionym, nie stanowi jednak przestępstwa (Majewski, 2013).

Obecna regulacja pozwala jednak również na to, aby aktu donacji dokonać na rzecz innej osoby, jeśli przemawiają za tym szczególne względy osobiste. Jako że w związku z ostatnią ewentualnością mamy do czynienia z określeniem nieostrym, ustawodawca wymaga sformalizowanej procedury weryfikacyjnej w celu ustalenia, czy dany podmiot spełnia kryteria bycia inną osobą, na rzecz której donacja materiału transplantacyjnego w postępowaniu *ex vivo* może być uzasadniona szczególnymi względami osobistymi. W takiej sytuacji dawstwo musi być poprzedzone wydaniem zgody przez sąd rejonowy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu donatora.

Postępowanie wszczyna się na wniosek potencjalnego dawcy, który uprzednio musi uzyskać: 1) pisemną zgodę biorcy na pobranie komórek, tkanek lub narządu od składającego wniosek dawcy, 2) pozytywną opinię Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej i 3) orzeczenie kierownika zespołu lekarskiego mającego dokonać transplantacji o zasadności i celowości całego przedsięwzięcia. Ograniczenia tego nie stosuje się jednak do pobierania szpiku kostnego oraz komórek i tkanek ulegających regeneracji, których pobranie może być dokonane na rzecz dowolnej osoby, bez dodatkowego zezwolenia sądu (Kubiak, 2021).

Dawcami w związku z transplantacjami *ex vivo* mogą być zasadniczo tylko osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych. Stąd PobKomórekU nie pozwala na pobieranie materiału transplantacyjnego od osób ubezwłasnowolnionych zarówno częściowo, jak i całkowicie. Co więcej, na potrzeby pobrania komórek, tkanek lub narządów do przeszczepów *ex vivo* za ubezwłasnowolnionych zgody nie mogą wyrazić ich przedstawiciele ustawowi. Jako że zgodnie z polskim stanem prawnym pełną zdolność do czynności prawnych zyskuje się wraz z osiągnięciem pełnoletniości (co następuje z chwilą ukończenia 18. roku życia, a alternatywnie, w przypadku osób mających minimum 16 lat, w momencie wstąpienia w związek małżeński), to co do zasady donatorami na poczet przedsięwzięć transplantacyjnych nie mogą być tzw. osoby małoletnie (Shcherbyuk, 2024). PobKomórekU, zakładając sytuację zbliżoną do stanu wyższej konieczności, w drodze wyjątku dopuszcza eksplantację od małoletniego, ale pod specjalnymi warunkami, wśród których łącznie zajść muszą następujące:

1. bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia przez biorcę,
2. niemożność uniknięcia tegoż niebezpieczeństwa inaczej, jak tylko przez dokonanie przeszczepu,
3. biorcą ma być rodzeństwo (zazwyczaj interpretuje się ten punkt założywszy, że może chodzić także o rodzeństwo przysposobione),
4. wykluczenie dającego się przewidzieć uszkodzenia sprawności organizmu dawcy spowodowanego pobraniem.

Co ważne, od małoletniego, nawet w świetle tak zaostrzonych wymogów, pobrać można jedynie szpik kostny lub komórki krwiotwórcze krwi obwodowej – uzyskiwanie każdego innego materiału transplantacyjnego jest wzbronione. Zgodę na całą procedurę wyrazić musi nie tylko przedstawiciel ustawowy małoletniego, ale też sąd opiekuńczy. Ten ostatni, udzielając zezwolenia, zobowiązany jest sprawdzić, w oparciu o orzeczenie lekarskie, czy pobranie materiału transplantacyjnego od małoletniego nie poskutkuje

u niego dającym się przewidzieć upośledzeniem jego ciała. Ponadto, o ile małoletni ukończył 13 lat, zgodę musi wyrazić również on sam (Kubiak, 2021).

Oczywiście, aby procedura transplantacyjna z kategorii przeszczepu *ex vivo* była legalna, zarówno dawca, jak i biorca, muszą wyrazić dobrowolną zgodę. Oznacza to, że ich oświadczenia nie mogą być udzielone pod wpływem groźby, szantażu czy jakiejkolwiek presji, także emocjonalnej i moralnej. Dlatego w literaturze prawniczej podnosi się, że wątpliwości może wzbudzać zgoda udzielona przez osoby pozostające w stosunku silnej zależności, takie jak żołnierze czy więźniowie. Wydaje się, że jednostki takie, nie tylko przez wzgląd na kwestie moralne, ale i prawne, powinny być wykluczone w szczególności jako potencjalni żywi donatorzy materiału transplantacyjnego. W polskim prawie medycznym przyjmuje się, że dawstwo komórek, tkanek i narządów powinno być każdorazowo motywowane szczerym pragnieniem niesienia pomocy bliźniemu, a nie nagabywaniem ze strony innych podmiotów (Beck i Monastyrska, 2014).

Istotne jest też, że zgoda na całą procedurę powinna być udzielona *ex ante*, czyli przed rozpoczęciem przedsięwzięcia. Ewentualna zgoda *ex post* nie jest w stanie zalegalizować transplantacji (Lewandowska, 2018). Ponadto wymaga się, by zgoda była konkretna i szczegółowa (Kos i Furtak-Niczyporuk, 2018). Chodzi wszakże o to, aby i dawca, i biorca czytelnie zaprezentowali swoje stanowisko w kwestii danego zabiegu, określonego narządu czy planowanej techniki przeprowadzenia przeszczepu. Wykluczona jest zatem zgoda ogólnikowa (tzw. zgoda blankietowa). Jeśli zaś chodzi o transplantację narządów nieregenerujących się, to dodatkowo wymaga się, żeby biorca udzielił zgody na wszczepienie mu komórek, tkanek lub narządu (narządów) od konkretnego dawcy (wymóg ten nie odnosi się do szpiku kostnego oraz komórek i tkanek uznawanych za podlegające regeneracji). Oprócz tego i dawca, i biorca swoją zgodę muszą zakomunikować wyraźnie, a nie w sposób dorozumiany. Art. 12 ust. 1 PobKomórekU statuuje w tym kontekście, że kandydat na donatora zobowiązany jest do udzielenia zgody w formie pisemnej przed lekarzem. Jest to istotne zwłaszcza dla celów dowodowych (*ad probationem*).

Dodać trzeba, że zgoda na transplantację cechuje się odwołalnością, naturalnie przed rzeczywistym dokonaniem eksplantacji/implantacji. Wiadomo jednak, że sytuacja, w której biorca rozpoczął już przygotowania do wszczepienia, w tym poddał się terapii immunosupresyjnej, a kandydat na dawcę w ostatniej fazie całej procedury cofa uprzednio wyrażoną na donację zgodę, może być dla chorego nad wyraz niefortunna. Nie tylko może źle wpłynąć na jego zdrowie fizyczne, ale też psychiczne. Dlatego wymaga się, aby potencjalny dawca przed podjęciem decyzji o wycofaniu zgody, został poinformowany o złych skutkach, jakie mogą w związku z tym nastąpić dla biorcy.

Kwestia ta może być zresztą rozpatrywana także z punktu widzenia biorcy. Może się bowiem zdarzyć tak, że ten ostatni odmówi przeszczepu, nawet po dokonaniu eksplantacji u dawcy. Rzecz jasna, taka sytuacja może być oceniana jako niekorzystna pod kątem medycznym i etycznym, ale nie ma podstaw, by została uznana za bezprawną. W naukach prawnych zaznacza się, że między dawcą a biorcą nie rodzi się stosunek zobowiązaniowy (Pujer i Wydawnictwo Exante, 2023), co wyklucza dochodzenie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Obowiązek informacyjny wobec dawcy i biorcy

Zgoda na przeszczep musi być do tego uświadomiona, w dodatku intensywniej niż w przypadku innych procedur medycznych (Zajdel-Całkowska, 2019). Dotyczy to zwłaszcza dawcy. Co się bowiem tyczy biorcy, to zasadniczo wystarczy, że zostanie on powiadomiony o ryzyku związanym z zabiegiem i o możliwych konsekwencjach pobrania dla zdrowia donatora. Z punktu widzenia biorcy transplantacja ma charakter leczniczy. Stąd lekarze powinni takiemu choremu przedstawić głównie informacje o dostępnych alternatywnych metodach terapeutycznych, w tym ryzykach wiążących się z ich zastosowaniem i zaniechaniem; doniosłe jest poinformowanie biorcy w szczególności o prawdopodobieństwie odrzucenia przeszczepu i wzmożonym zagrożeniu zakażeniem bakteryjnym lub wirusowym (w tym AIDS). Biorcy trzeba też przedstawić planowaną technikę operacyjną i wszelkie ważne sprawy okołozabiegowe, w tym związane z późniejszą rekonwalescencją.

Znacząco obszerniejsze musi być jednak poinformowanie dawcy. Konieczność taką uzasadnia się tym, że z jego perspektywy przeszczep nie jest świadczeniem leczniczym, ale nieterapeutyczną czynnością lekarską, obarczoną podwyższonym ryzykiem dla zdrowia, a nawet życia. Art. 12 ust. 1 PobKomórekU wymaga więc, aby dawcę poinformować o:

1. rodzaju zabiegu, z uwzględnieniem jego istoty, celu i znaczenia dla biorcy, wykładając przy tym jego techniczne uwarunkowania,
2. ryzyku towarzyszącym eksplantacji, związanym nie tylko z samą operacją, ale też mogącymi wystąpić powikłaniami pozabiegowymi; jeśli pobrania dokonuje się z organizmu kobiety ciężarnej, to dodatkowo musi ona zostać powiadomiona o ryzyku dla dziecka poczętego,
3. dających się prognozować skutkach dla kondycji zdrowotnej dawcy w przyszłości, zarówno tej najbliższej, jak i dalszej; zakłada się bowiem, że donator powinien mieć świadomość, na przykład, co do czekających go ograniczeń w pracy zawodowej czy aktywności sportowej, a ponadto powinien mieć wiedzę, jakie niebezpieczeństwa czekają go w związku z utratą darowanych części ciała.

Wymaga się, aby dawcy przekazać informacje nie tylko o możliwych standardowych powikłaniach i zagrożeniach, uznawanych za „typowe", lecz o wszelkich możliwych skutkach eksplantacji (oczywiście takich, których prognozowanie nie przekracza aktualnych możliwości poznawczych nauk medycznych). Dodatkowo, wszystkie wiadomości muszą być przekazane donatorowi w sposób zindywidualizowany, uwzględniający jego osobiste uwarunkowania zdrowotne, psychiczne i społeczne, w formie dla niego przystępnej (zrozumiałej) oraz maksymalnie rzetelnie.

Co istotne, obowiązek informacyjny w stosunku do dawcy musi być zrealizowany przez 2 lekarzy, spośród których jeden będzie uczestniczył w eksplantacji, a drugi nie będzie w nią bezpośrednio zaangażowany; rozwiązanie takie ma służyć zwiększeniu obiektywności przekazu (wiadomo bowiem, że lekarz przeprowadzający zabieg może w większym stopniu być ukierunkowany przede wszystkim na pobranie potrzebnego narządu). Lekarze nie

są jednak zobowiązani, by donatora informować o stanie zdrowia biorcy, ponieważ dane takie objęte są tajemnicą medyczną. Wyraźnie zaznacza się jednak, jak już wyżej zaakcentowano, że dawca musi zostać powiadomiony o znaczeniu całego zabiegu dla biorcy, a zwłaszcza o niebezpieczeństwie, jakie groziłoby temu ostatniemu, gdyby na którymś z etapów przedsięwzięcia donator wycofał zgodę na pobranie odeń materiału (Kubiak, 2021).

Warto również pokrótce rozważyć ekstremalną sytuację, w której zachodziłaby nieodzowność implantacji określonego materiału biorcy, który jest nieprzytomny, tak iż nie dałoby się od niego uzyskać uświadomionej zgody. PobKomórekU nie odnosi się do takiej kwestii, dlatego w publikacjach prawniczych sugeruje się, że stosowne jest wówczas powołanie się na art. 34 ust. 7 i 8 Ustawy z 5.12.1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1996 r., Nr 28, poz. 152), zwanej dalej: ZawLekU, gdzie wskazuje się, iż lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta bez jego zgody oraz zgody sądowej, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Oczywiście, okoliczności te lekarz opisuje, wraz z uzasadnieniem, w dokumentacji medycznej (Kubiak, 2021).

Wymóg zasadności i celowości

Aby transplantacja *ex vivo* była legalna, wymaga się jeszcze uzasadnionego i pozytywnego rozstrzygnięcia o jej zasadności i celowości z perspektywy medycznej.

Wyjaśniając ten wymóg, należy wskazać, że przeszczep okaże się nielegalny, jeśli istnieją inne metody uratowania biorcy, w tym realna szansa pozyskania materiału ze zwłok. Wymaga to także rozważenia, czy przeszczep *ex vivo* jest konieczny w danym momencie. Trzeba w związku z tym ocenić, na ile opóźnienie takiej procedury może zagrozić zdrowiu i życiu biorcy. Jeśli bowiem bez istotnej szkody na zdrowiu chorego można, na przykład, zaczekać na materiał pobrany *ex mortuo*, to pozyskanie narządu od żywego dawcy musi zostać ocenione jako bezzasadne.

Nadto w przypadku, gdy transplantacja *ex vivo* jest jedynym ratunkiem, wymaga się dokonania bilansu zysków i strat, uwzględniwszy pozytywne następstwa dla biorcy w relacji do negatywnych skutków dla donatora i prawdopodobieństwa ich zajścia. Dobro biorcy nie może bowiem doprowadzić do zaniechania ochrony interesu dawcy. I tak na przykład pobranie okazałoby się bezprawne, gdyby jego następstwem miała być śmierć dawcy lub ciężki uszczerbek na jego zdrowiu.

Ponadto, zbadania wymaga opłacalność przeszczepu. Idzie o to, aby dokonać ewaluacji spodziewanych korzyści terapeutycznych biorcy. Gdyby na przykład miało stać się tak, że po przeszczepie, znacząco okaleczającym donatora, biorca miał przeżyć względnie

niedługo albo występowałoby wysokie ryzyko odrzutu, to całą procedurę należałoby uznać za nieopłacalną. W przypadku przeszczepów *ex vivo* restrykcyjnie wymaga się także wszechstronnego przebadania kandydata na dawcę; badania takie powinny być ukierunkowane na ocenę położenia donatora uwzględniającą horyzonty internistyczny, chirurgiczny, immunologiczny i psychologiczny.

Art. 12 ust. 1 PobKomórekU jasno wskazuje też, że kiedy dawcą ma być ciężarna, szacowanie ryzyka musi obejmować również dobro nienarodzonego dziecka, a lekarz przeprowadzający badania zobligowany jest konsultować sprawę z ginekologiem-położnikiem i neonatologiem (Kubiak, 2021).

Z oceny zasadności i celowości przeszczepu *ex vivo*, jak zaznacza Kubiak (2021, s. 495), powinno wynikać, że taka „(…) transplantacja będzie zasadna i celowa, gdy wykonanie tego zabiegu będzie jawić się jako jedyny sposób osiągnięcia wysoko prawdopodobnych korzystnych rezultatów dla zdrowia biorcy przy jednocześnie niskim ryzyku negatywnych konsekwencji dla zdrowia dawcy".

Tego typu rozwiązanie przyjęte przez ustawodawcę wydaje się pokłosiem swoistego kompromisu pomiędzy dwoma konkurującymi ze sobą podejściami aksjologicznymi. Z jednej strony, szacowanie spodziewanych korzyści zaangażowanych w procedurę transplantacyjną podmiotów jawi się jako inspiracja myśleniem utylitarystycznym. Przy czym jest ono nie tylko podstawą dla rozwijanej od nowożytności doktryny etycznej, ale zarazem instrumentem metodologiczno-pojęciowym, użytecznym w myśleniu o mechanizmach ekonomii politycznej i politykach publicznych (Gołota, 2017). Z drugiej strony, próba ochrony interesu tak biorcy, jak i dawcy, a w dodatku zwrócenie uwagi na dobro *nasciturusa*, stanowią rodzaj „ukłonu" w kierunku ujęć deontologicznych, jak etyka imperatywu kategorycznego Immanuela Kanta i biorący za fundament moralności niezbywalną wartość osoby ludzkiej personalizm (Węgrzecki, 2022).

Odpowiedzialność prawna personelu medycznego

Dodać należy, że przeszczepy *ex vivo*, jeśli w związku z nimi dojdzie do uchybień, mogą narażać zaangażowane w nie osoby (przede wszystkim personel medyczny) na odpowiedzialność karną (Złotek, 2010b). I tak podstawa do odpowiedzialności karnej zaistniałaby, gdyby narząd pobrano co prawda zgodnie ze standardami medycznymi, ale bez skutecznej prawnie zgody dawcy[2]. Lekarz dopuszczający się takiego czynu mógłby odpowiadać za popełnienie przestępstwa przeciwko zdrowiu lub życiu. Tym bardziej bezprawne byłoby wykonanie zabiegu transplantacyjnego, w szczególności eksplantacji

[2] Przy czym przeprowadzenie zabiegu wbrew woli biorcy również może być sankcjonowane prawnokarnie, przede wszystkim w związku z art. 192 Ustawy z 6.6.1997 roku – Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553), zapisywanej dalej: KK, który głosi, że: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2". Trzeba jednak mieć na uwadze różnicę, że z perspektywy biorcy transplantacja jest co prawda ryzykownym, ale mimo wszystko zwyczajnym zabiegiem leczniczym, natomiast z punktu widzenia dawcy przeszczep to działanie lekarskie nieterapeutyczne (Gardocki, 2023).

od donatora, z naruszeniem wymogów formalnoprawnych (głównie w zakresie uzyskania zgody zainteresowanych podmiotów) i niezgodnie ze sztuką lekarską (Gardocka i Jagiełło, 2021).

Od wszystkich przeszczepów wymaga się, aby były przeprowadzone *lege artis* – zgodnie ze sztuką lekarską, uszczegółowioną do kontekstu transplantologii. Specyfika tej ostatniej, w przekonaniu ustawodawcy, wymaga specjalistycznych kwalifikacji zaangażowanych w dokonywanie przeszczepu osób, a także stosownych warunków lokalowych. Wszystkie typy transplantacji, w tym te dokonywane *ex vivo*, powinny odbywać się w podmiotach leczniczych posiadających stosowne zezwolenie Ministra Zdrowia. Tytułem przykładu można wskazać, że do pobrań narządów od żywych dawców uprawnieni są lekarze będący specjalistami w dziedzinie transplantologii klinicznej i legitymujący się specjalizacjami w takich dziedzinach medycyny, jak: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, kardiochirurgia, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia naczyniowa, urologia lub urologia dziecięca.

Zabiegi transplantacyjne muszą być też wykonywane w odpowiednich do tego warunkach technicznych. Wymaga się, przykładowo, aby podmiot leczniczy wykonujący takie procedury posiadał salę operacyjną lub zabiegową, intensywną opiekę pooperacyjną w warunkach oddziału intensywnej terapii, wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające rozpoznawanie chorób i prowadzenie leczenia po zrealizowaniu pobrania oraz zatrudnionych w wymiarze godzinowym gwarantującym należyte wykonanie powierzonych czynności przynajmniej 2 lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach.

Ponieważ powodzenie transplantacji uzależnione jest także od właściwego przechowywania materiału transplantacyjnego, to od placówek wykonujących tego typu procedury wymaga się dodatkowo, aby dysponowały zabezpieczonymi przed wstępem niepowołanych osób pomieszczeniami, wyposażonymi w urządzenia lub pojemniki termoizolacyjne z kontrolowanym pomiarem temperatury (Gardocka i Jagiełło, 2021). Jakkolwiek art. 36 ust. 1 PobKomórekU dozwala też, aby pobrany do przeszczepu materiał[3] był przechowywany w tzw. bankach tkanek (narządów) i komórek, mogących działać za pozwoleniem wydawanym przez Ministra Zdrowia[4].

---

[3] W świetle obowiązującego w Polsce prawa materiał do przeszczepów wykonywanych u ludzi może także pochodzić od zwierząt. Art. 20 PobKomórekU dopuszcza więc tzw. ksenotransplantacje (choć na obecnym etapie rozwoju technologii medycznych są one wciąż rzadkością). Przeszczepianie lub stosowanie materiału zwierzęcego u ludzi wymaga uzyskania pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej. Do procedur tego rodzaju stosuje się przepisy dotyczące eksperymentów medycznych (Gądzik, 2018).

[4] Dla porządku warto dodać, że polskie prawo, na mocy art. 21 PobKomórekU, dopuszcza pozyskanie dla potrzeb transplantacyjnych komórek, tkanek i narządów, których pacjenci zostali pozbawieni w wyniku zabiegów przeprowadzanych w celach niezwiązanych z przeszczepami. Chodzić może w tym kontekście, przykładowo, o amputowane komuś w celu ratowania zdrowia i/lub życia kończyny. W takiej sytuacji użycie pozyskanego z przyczyn nietransplantacyjnych materiału wymaga zgody dawcy lub jego przedstawiciela ustawowego. Przy czym zainteresowana strona, zanim zgodzi się na przedsięwzięcie, musi zostać poinformowana, że uzyskany od niej materiał będzie użyty do przeszczepu (Haberko i Uhrynowska-Tyszkiewicz, 2014).

Trzeba dodać, że w związku z dynamicznym rozwojem nauk medycznych, w tym postępem w samej transplantologii, unormowania prawne dedykowane przeszczepom muszą ulegać stosunkowo częstym modyfikacjom. Obowiązująca aktualnie w Polsce PobKomórekU, przyjęta w 2005 roku, była dotąd kilkukrotnie pod istotnymi względami zmieniana. Wynikało to także z obowiązku dostosowania polskiego prawa do unormowań Unii Europejskiej (UE). W związku z potrzebą dostosowania się do unijnych standardów, między innymi, zaostrzono wymogi w zakresie ustawicznego podnoszenia kwalifikacji personelu zajmującego się transplantacjami. Jest to zrozumiałe, zważywszy na fakt, że wiedza medyczna sukcesywnie się wzbogaca. W ślad za tym rozwijają się techniki transplantacyjne, tak iż zachodzi potrzeba, aby transplantolodzy i inni specjaliści zajmujący się przeszczepami, w tym także od strony organizacyjno-koordynacyjnej, aktualizowali oraz poszerzali wiedzę i umiejętności. Art. 40a PobKomórekU stanowi w związku z tym, że „Poltransplant" i Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek zobligowane są – nie rzadziej niż co 2 lata – organizować szkolenia dla wszystkich pracowników zaangażowanych w realizowanie procedur przeszczepowych. W przypadku zmian procedur lub istotnego rozwoju wiedzy transplantologicznej ma do tego dochodzić nawet jeszcze częściej. Oczywiście, specjalistyczne kursy zobowiązani są także odbywać nowo zatrudniani pracownicy, w których gestii ma znajdować się obsługa przedsięwzięć transplantacyjnych (Kubiak, 2021).

Unormowania etyczno-deontologiczne

Kończąc prezentację prawnych warunków transplantacji, należy dopowiedzieć, że omawiane zagadnienie znalazło też wyszczególnione miejsce w obowiązujących polskich medyków przepisach etyczno-deontologicznych. Aktualna wersja KEL obowiązuje od 1.1.2025 roku[5].

Konkretnie transplantacjom *ex vivo* poświęcono art. 37 KEL, gdzie normuje się, że pozyskiwanie komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia od dawców żyjących może być realizowane tylko od osoby pełnoletniej i za jej pisemną, w pełni dobrowolną zgodą, podjętą przez nią po wcześniejszym powiadomieniu jej o wszelkich możliwych następstwach związanych z tą procedurą. W art. 37 KEL jasno zaznacza się też, że eksplantacja od żyjącego dawcy narządu niezbędnego do życia jest kategorycznie zabroniona.

[5] Obecnie obowiązujący KEL zastąpił wcześniejszy tego typu dokument, który uchwalono w 1991 roku, a następnie dwukrotnie nowelizowano – w 1993 i 2003 roku. W polskim systemie prawnym dokument, jakim jest KEL, odgrywa szczególną rolę, ponieważ pierwszym zadaniem samorządu zawodowego lekarzy, wymienionym w art. 5 Ustawy z 2.12.2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708), jest „ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie". Nie są to w żaden sposób martwe postanowienia ustawowe z uwagi na to, że samorząd zawodowy lekarzy wyposażono w kompetencję do sprawowania sądownictwa zawodowego i możliwość nakładania na lekarzy sankcji między innymi za naruszenie zasad etyki zawodowej. Ustawa o izbach lekarskich przewiduje różnego rodzaju kary – od upomnienia aż do pozbawienia uprawnień do wykonywania zawodu lekarza. Z tych powodów KEL jest dokumentem o doniosłej randze, gdyż w praktyce stanowi on zbiór etycznych obowiązków lekarskich, których nieprzestrzeganie może mieć dla lekarzy konsekwencje pracownicze, finansowe i wizerunkowe (Tymiński, 2025).

Nieco problematyczny w interpretacji wydaje się natomiast art. 38 KEL, gdzie podnosi się, że pobranie szpiku od dziecka jest dozwolone, lecz za zgodą jego przedstawiciela ustawowego. Trudność związana z odczytaniem tego fragmentu KEL wynika z posłużenia się w nim pojęciem „dziecko", które nie ma jednej, powszechnie obowiązującej definicji. W podstawowym rozumieniu semantycznym za „dziecko" uznaje się młodego człowieka, który nie osiągnął jeszcze dojrzałości. Wikła nas to jednak w ustalenie kryteriów stwierdzenia owej dojrzałości. Można jednak domniemywać, że autorzy KEL, pisząc w przytoczonym dokumencie o „dziecku", mieli na myśli małoletniego, którym w świetle prawa cywilnego jest osoba, która nie ukończyła 18 lat oraz ukończyła 16 lat, ale nie zawarła między 16. a 18. rokiem życia małżeństwa. W wypadku tak rozumianego małoletniego, określanego przez autorów KEL terminem „dziecko", dopuszcza się pobranie materiału transplantacyjnego, ale pod warunkiem, że jest to szpik kostny, a zgodę na przedsięwzięcie wyraził przedstawiciel ustawowy; dodatkowo, jeżeli niepełnoletni jest w stanie zakomunikować świadomie zgodę, powinno się na całą procedurę uzyskać również jego przyzwolenie (unormowania te powołuje *Kodeks Etyki Lekarskiej*, stanowiący załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18.5.2024 roku; zrewidowany KEL opublikowała Naczelna Izba Lekarska w 2024 roku – unormowania bezpośrednio przekładające się na przeprowadzanie transplantacji *ex vivo* można w tym dokumencie znaleźć na ss. 17-18).

Jak wynika z powyższych rozważań, poświęconych prawnym warunkom przeszczepów *ex vivo* w kontekście polskim, są to skomplikowane procedury nie tylko pod kątem medycznym, ale i prawnym. Nie sposób odnieść się do nich lapidarnie i zdawkowo, ponieważ pod kategorią transplantacji *ex vivo* kryją się zróżnicowane, także jeśli chodzi o potencjalne ryzyko dla zdrowia dawcy i biorcy, procedury medyczne. Odnosząc się do przedsięwzięć transplantacyjnych od strony prawnej, trzeba uwzględnić kolidujące ze sobą niekiedy dobra, takie jak wolność, zdrowie i życie, związane z interesami zarówno kandydatów na dawców, jak i potencjalnych biorców. Podmioty, które od strony organizacyjnej i zabiegowej zajmują się przeszczepami, czyli przede wszystkim lekarze-transplantolodzy, muszą w związku z tym pamiętać, że za uchybienia formalnoprawne i techniczne przy realizowaniu transplantacji grozi im odpowiedzialność cywilnoprawna, karnoprawna i zawodowa.

Podsumowanie

Niniejszy tekst miał na celu ukazanie i przeanalizowanie warunków prawnych dopuszczalności transplantacji *ex vivo* w polskim reżimie prawnym, przy położeniu nacisku na zagadnienia takie, jak ochrona dóbr donatora, rola zgody oraz wymogi formalne (siłą rzeczy powiązane ze sprecyzowanymi procedurami medycznymi) determinujące legalność tego typu działań.

Przeprowadzone rozważania wskazują, że transplantacje od żywych dawców jawią się jako jedna z najbardziej restrykcyjnie uregulowanych form interwencji medycznych.

Jest to konsekwencją tego, że ich charakter w odniesieniu do dawcy jest nieterapeutyczny; przy niektórych rodzajach przeszczepów nieuniknione jest istotne okaleczenie donatora, co wiąże się z podwyższonym ryzykiem naruszenia jego zdrowia, a nawet życia. Po przeanalizowaniu obowiązujących w tym zakresie w Polsce przepisów i komentarzy do nich, można skonstatować, że ustawodawca dąży do zbalansowania interesów biorców i dawców. Z jednej strony, zbyt mała podaż materiału transplantacyjnego każe poszukiwać rozwiązań prawnych sprzyjających ułatwianiu pobrań. Z drugiej strony, maksymalnej możliwej ochronie musi być poddany dawca, którego życie, w takim samym stopniu jak życie biorcy, podlega ochronie konstytucyjnej (na mocy art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483).

W świetle przeprowadzonych rozważań można sformułować kilka postulatów *de lege ferenda* dotyczących dalszego rozwoju regulacji prawnych transplantacji *ex vivo* w Polsce. Po pierwsze, wskazane byłoby doprecyzowanie ustawowych kryteriów dopuszczalności pobrań od żywych dawców w sytuacjach innych niż pokrewieństwo, tak aby ograniczyć zakres interpretacyjny pojęcia „szczególnych względów osobistych". Po drugie, celowe mogłoby być wzmocnienie mechanizmów instytucjonalnej kontroli procedur transplantacyjnych poprzez większą rolę komisji etycznych oraz organów nadzorczych. Po trzecie, dalszych analiz wymaga możliwość wykorzystania wybranych rozwiązań funkcjonujących w innych systemach prawnych, w szczególności w kontekście polityk zwiększania liczby dostępnych narządów przy jednoczesnym zachowaniu wysokiego poziomu ochrony żywych dawców.

W niniejszym tekście skupiono się na polskim stanie prawnym, lecz w dalszych badaniach zasadne byłoby zestawienie rozwiązań polskiego prawa medycznego z regulacjami innych państw, a także uwzględnienie empirycznych danych dotyczących praktyki klinicznej i poziomu respektowania ukazanych norm prawnych. W literaturze międzynarodowej wskazuje się również na znaczenie modeli regulacyjnych typu *opt-in* i *opt-out* dla poziomu dawstwa narządów, co może stanowić interesujący kierunek dalszych badań porównawczych w odniesieniu do polskiego systemu prawnego.

Jako że dynamicznie rozwija się sama transplantologia jako uznana już praktyka biomedyczna, to niejako w ślad za postępującymi w niej zmianami dochodzi do modyfikacji korespondującego z nią prawa. W przyszłości trzeba zatem te kwestie stale rewidować.

Bibliografia

Beck, O., Monastyrska, E. M. (2014). Psychologiczne i prawne aspekty transplantacji *ex vivo*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 20*(2), 145-148. https://www.monz.pl/pdf-73482-10303?filename=Psychological-and-legal-a.pdf

Gardocka, T., Jagiełło, D. (Red.). (2021). *Nowe medyczne prawo karne*. C. H. Beck.

Gardocki, L. (2023). *Prawo karne*. C. H. Beck.

Gądzik, Z. B (2018). Prawnokarne aspekty transplantacji ksenogenicznych. *Forum Prawnicze,* (1(45)), s. 49-63. https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-1df68a89-2e45-490f-a2cd-c0770b152d23

Gołota, Ł. (2017). Utylitaryzm w klasycznej ekonomii politycznej. *Stosunki Międzynarodowe, 53*(1), 149-167. https://doi.org/10.7366/020909611201708

Haberko, J., Uhrynowska-Tyszkiewicz, I. (2014). *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*. Wolters Kluwer.

Kos, M., Furtak-Niczyporuk, M. (2018). Świadoma zgoda pacjenta na leczenie szpitalne. *Teka Komisji Prawniczej – OL PAN, 11*(1), 169-182. https://doi.org/10.32084/tekapr.2018.11.1-11

Kubiak, R. (2021). *Prawo medyczne*. C. H. Beck.

Lewandowska, E. (2018). *Pozorność oświadczenia woli. Studium cywilnoprawne*. Wydział Prawa i Administracji UWM w Olsztynie.

Majewski, J. (2013). *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu a znamiona subiektywne*. Wolters Kluwer.

Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy z 18.5.2024 roku. (2024). *Kodeks Etyki Lekarskiej* (Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18.5.2024 roku). Naczelna Izba Lekarska. https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf

Najman, M. (2024). Ewolucja pośmiertnej ochrony zmarłych w prawie karnym na ziemiach polskich do XIX wieku. *Czasopismo Prawno-Historyczne, 76*(1), 37-60. https://doi.org/10.14746/cph.2024.1.2

Nawrot, A. (2026, 18 stycznia). Przeszczepy – trudny dar. *Niedziela*, (3). https://m.niedziela.pl/artykul/180542/nd/Przeszczepy-%E2%80%93-trudny-dar

Nowak, P. G. (2014). Problemy etyczne transplantologii. Perspektywa niedoboru narządów do przeszczepów. *Diametros,* (42), 150-177. https://doi.org/10.13153/diam.42.2014.686

Pujer, K. (Red.), Wydawnictwo Exante. (2023). *Problemy nauk prawnych. T. 16, Z aktualnych zagadnień prawa karnego, cywilnego i administracyjnoprawnych.* Exante Wydawnictwo Naukowe. https://exante.com.pl/wp-content/uploads/2023/07/Problemy_nauk_prawnych_tom_16.pdf

Rybak, A. (2004). Prawnokarna ochrona godności zwłok człowieka. *Palestra, 49*(1-2), 99-104. https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/palestra/2004-tom-49-numer-1-2553-554/palestra-r2004-t49-n1_2553_554-s99-104.pdf

Shcherbyuk, M. (2024). Zdolność prawna i zdolność do czynności prawnych osoby fizycznej w relacjach polsko-ukraińskich. *Problemy Prawa Prywatnego Międzynarodowego, 34*, 85-123. https://doi.org/10.31261/PPPM.2024.34.03

Tymiński, R. (Red.). (2025). *Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz*. Wolters Kluwer.

Wąś-Zaniuk, K. (2026, 26 stycznia). *W 2025 roku Polska pobiła rekord w liczbie transplantacji. Życie udało się uratować 2404 osobom*. Strona Zdrowia. https://stronazdrowia.pl/w-2025-roku-polska-pobila-w-rekord-w-liczbie-transplantacji-zycie-udalo-sie-uratowac-2404-osobom/ar/c14p2-28670521

Węgrzecki, J. (2022). Personalizm jako perspektywa teoretyczna nauk o polityce. *Politeja. Pismo Wydziału Studiów Międzynarodowych i Politycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, 19*(2(77)), 163-177. https://doi.org/10.12797/Politeja.19.2022.77.07

Zajdel-Całkowska, J. (2019). *Prawo medyczne*. Wydawnictwo PZWL.

Złotek, A. (2010a). Charakter prawny zabiegu leczniczego – zarys problemu. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych, 14*(2), 51-62.

Złotek, A. (2010b). Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych, 14*(1), 5-42.

Zoń, K. M. (2013). Dopuszczalność transplantacji *ex vivo* od dawcy małoletniego w prawie polskim. W J. Mazurkiewicz (Red.), *Księga dla naszych kolegów. Prace prawnicze poświęcone pamięci doktora Andrzeja Ciska, doktora Zygmunta Masternaka, doktora Marka Zagrosika* (s. 489-502). Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. https://bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/41596

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.4.1997 roku, Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483.

Ustawa z 5.12.1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. z 1996 r., Nr 28, poz. 152.

Ustawa z 6.6.1997 roku – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553.

Ustawa z 1.7.2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411.

Ustawa z 2.12.2009 roku o izbach lekarskich, Dz.U. z 2009 r., Nr 219, poz. 1708.

Nota o autorze

Marcin Murzyn, doktor, Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University w Nowym Sączu. Prowadzi badania naukowe w obszarach takich, jak bioetyka, prawo medyczne, zarządzanie w opiece zdrowotnej i etyka biznesu.

Wybrane najnowsze publikacje:

1. Murzyn, M. (2025). Warunki prawne transplantacji *ex mortuo* w Polsce. W: S. Sikorski, R. Stawicki, J. Telak, O. Telak (red.), *Transdyscyplinarność współczesnego bezpieczeństwa, zarządzania i zdrowia* (s. 179-206). Wydawnictwo Naukowe UKSW.
2. Murzyn, M. (2023). Krytyka cywilizacji naukowo-technicznej w eko-filozofii Henryka Skolimowskiego. *Studia Europaea Gnesnensia,* (25), 125-137.
3. Murzyn, M. (2023). Filozofia Tomasza z Akwinu a sport. W: J. Kosiewicz, T. Michaluk (red.), *Zróżnicowane formy aktywności sportowej w świetle nauk społecznych* (s. 58-65). Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu.