
А. В. АНТИПОВ

БИОЭТИКА И ПРОБЛЕМЫ УМИРАНИЯ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ ОРГАННОГО ДОНОРСТВА*

Органное донорство представляет собой сложный феномен, анализ которого связан с большим количеством как практических, так и философско-этических и биоэтических затруднений. В статье донорство органов вписывается в более широкий контекст проблем умирания, сосредоточенных вокруг обретения смысла жизни, определения границ собственной жизни и концептуального перехода между жизнью и смертью. В рамках гуманитарного анализа донорства проблематизируется моральное рассмотрение, а также обозначается биоэтическая перспектива. Понимание смерти и ее критериев важно для донорства органов, что приводит к необходимости рассмотрения и такого параметра, как качество смерти. Биоэтическое понимание сосредоточено вокруг принципа уважения автономии, альтруистического жертвования, утилитаристского обоснования, коммерциализации и создания рыночных структур. Автономия рассматривается в нескольких аспектах: модели невмешательства; модели уважения желаний; как индивидуальная и реляционная автономия. Приводятся как сильные, так и критические замечания по отношению к альтруизму и утилитаризму как способам обоснования донорства. Экономическая стимуляция донорства и создание рынков четырех типов также подвергаются анализу в рамках исследования.

Ключевые слова: органное донорство, умирание, автономия, альтруизм, утилитаризм, биоэтика.

Organ donation is a complex phenomenon, the analysis of which involves many practical, philosophical, ethical and bioethical difficulties. The article

* Публикация подготовлена при финансовой поддержке гранта РФФИ (проект № 23-18-00400).

Для цитирования: Антипов А. В. Биоэтика и проблемы умирания в контексте развития органного донорства // Философия и общество. 2023. № 4. С. 125–141. DOI: 10.30884/jfio/2023.04.08.

For citation: Antipov A. V. Bioethics and Issues Related to Dying in the Context of the Development of Organ Donation // *Filosofiya i obshchestvo = Philosophy and Society*. 2023. No. 4. Pp. 125–141. DOI: 10.30884/jfio/2023.04.08 (in Russian).

Философия и общество, № 4 2023 125–141

DOI: 10.30884/jfio/2023.04.08

situates organ donation within the broader context of issues related to dying, centred around finding meaning in life, defining the boundaries of one's life, and conceptualizing the transition between life and death. Within a humanitarian analysis of donation, moral considerations are problematized and a bioethical perspective is outlined. Understanding death and the criteria of death is important for organ donation, which leads to the need to consider the parameter of the quality of death as well. The bioethical understanding is centred on the principle of respect for autonomy, altruistic sacrifice, utilitarian justification, commercialization, and the creation of market structures. Autonomy is examined in several aspects: models of non-interference, models of respect for desires; as individual and relational autonomy. Both strong and critical comments are made on altruism and utilitarianism as ways of justifying donation. The economic incentives of donation and the creation of markets of the four types are also analyzed in the study.

Keywords: *organ donation, dying, autonomy, altruism, utilitarianism, bioethics.*

Нехватка донорских органов является проблемой, остро стоящей перед трансплантологическим сообществом различных стран. Ее решение приводит к появлению новых способов поиска так необходимых донорских органов. Эти способы реализуются в виде не всегда морально однозначных практик (таких как донорство после эвтаназии, суицид посредством донорства, донорство после суицида), что и предлагается рассмотреть в данной статье с точки зрения биоэтики в контексте общих проблем умирания.

Общие проблемы умирания

Смерть и осознание собственной конечности являются одними из величайших, если не величайшими экзистенциальными трагедиями человеческого существования. Смерть прерывает жизнь, во многом то единственное, что остается у человека после отстранения от всех наслоений цивилизации. Проблема смерти поднимает еще один немаловажный вопрос: умирание как процесс. В контексте исследований смерти умирание занимает значимое место, поскольку процесс перехода из категории живого в категорию мертвого, нередко долгий и мучительный, обретает собственное этическое измерение. Смерть и умирание зачастую поднимают также вопрос смысла жизни, универсального ответа на который не существует, и перед каждым отдельным человеком он встает в процессе умирания. Ниже будут приведены некоторые проблемы умирания, однако список ими, конечно, не ограничивается.

Существует точка зрения, что смерть делает жизнь бессмысленной. Она основывается на рассуждении, что нашей жизни придает смысл только постоянное совершенствование и превращение себя во все более высокие формы. Смерть такой процесс останавливает и тем самым не только прерывает наши планы, но и подрывает саму возможность смысла жизни [Hauskeller 2021a]. Это крайняя (радикальная) точка зрения, согласно которой бессмысленность жизни определяется только ее конечностью. В таком случае возможна актуализация стремления продолжить свое существование в памяти и конкретном физическом воплощении – в своих детях и, в некоторых случаях, органах. Трансплантация придает смысл не только как физическое воплощение, она наполняет жизнь смыслом в символическом и этическом измерениях, поскольку это последний дар, который человек способен преподнести другому. Стремление сохранить смысл жизни выходит за рамки простого избежания боли и страдания, что происходит в рамках паллиативной помощи [Kamm 2021]. Возможно различие смерти слишком рано (если предполагается, что человек еще слишком молод для того, чтобы умереть) или слишком поздно (в случае радикального продления жизни, что связано с аргументами о терминальной скуке – состоянии, в котором человек становится безразличным к себе и к миру) [Hauskeller 2021b].

Следующей проблемой является возможность определять границы собственного существования. Суицид представляется наиболее радикальной позицией, позволяющей выбрать время и способ смерти. В современном биоэтическом дискурсе эта позиция трансформируется в общие проблемы медицинской помощи в умирании (MAID – Medical Assistance In Dying), а в частных вариациях приобретает вид эвтаназии и ассистированного врачом суицида (PAS – Physician Assisted Suicide). Донорство после осуществления этих процедур, призванное разрешить проблему нехватки органов, также приобретает своих сторонников в разных странах мира и порождает дискуссии о возможности их применения.

Еще одна проблема умирания состоит в определении перехода между жизнью и смертью, то есть в том, кого можно считать мертвым. Правило мертвого донора предполагает, что донор должен быть объявлен мертвым для трансплантации его органов. Определение критерия смерти способно сдвинуть границы того, кто считается мертвым и что считается смертью, что также влияет на доступность и количество органов.

Указанные проблемы не исчерпывают собой универсум этического измерения умирания и донорства, но призваны показать неоднозначность донорства и сопутствующие ему вопросы этического измерения, а также необходимость этического и биоэтического рассмотрения донорства и умирания.

Донорство органов в гуманитарном анализе

Донорство органов включает в себя не только интерес со стороны медицины (как непосредственного участника и исполнителя донорства), но и интерес со стороны юриспруденции [Краснова 2022], социологии, философии, этики и биоэтики. В рамках данной статьи основной акцент устанавливается на этической и биоэтической проблематике. С одной стороны, моральное осмысление донорства (как прижизненного, так и посмертного) в качестве поступка позволяет открыть новые характеристики бытия личности. С другой стороны, биоэтический анализ связан с ценностным и принципалистским рассмотрением, что позволяет лучше понять явление в процессе его осуществления.

Для понимания донорства используются «концепты поступка, сострадания и жертвования, изменяющие восприятие собственного бытия как у донора, так и реципиента, [и] являются основополагающими моральными и философскими понятиями, способствующими осмыслению донорства» [Хубулава 2015: 84]. Обозначенные концепты способствуют изменениям в осознании личностью самой себя, а их проживание способно внести изменения в ценностные основания бытия личности, способствовать нахождению и актуализации смысла жизни. Значимость донорства как события и поступка определяется способностью человека как жертвовать, так и являться получателем дара, который зачастую становится даром самой жизни. Встает вопрос о том, возможно ли подарить жизнь: корректнее будет говорить о даре продолжения жизни. Именно ее продолжение, отложение срока ее неминуемого конца составляет экзистенциальную составляющую донорства. С точки зрения этики донорство наполняет содержанием жизнь не только донора, в прямом смысле отдающего часть себя, но и реципиента, который должен отнестись со всей серьезностью к этому дару и новому шансу по продолжению своей жизни. Такой опыт трансформирует жизнь и способ ее проживания, несмотря на то что зачастую связан со смертью.

Как отмечает Л. Б. Ляуш, «к наиболее значимым биоэтическим вопросам в трансплантологии можно отнести следующие: коммерциализация, регулирование прижизненной и посмертной эксплантации донорских органов, критерии распределения донорских органов, этические аспекты детской трансплантологии» [Ляуш 2014: 291]. Охарактеризуем кратко названные вопросы. Опасность коммерциализации области донорства органов состоит в неверном стимулировании донорства, в результате чего донорский орган воспринимается не в качестве дара, а как товар или запчасть, которую можно купить или продать. Другой опасностью становится снижение качества поступающих органов: материальный стимул толкает человека на предложение, например, больного органа. Еще одна опасность проявляется в усилении неравенства и отсутствии справедливого распределения, поскольку открывается возможность для материально обеспеченных «обновлять» свои органы по мере необходимости, что в то же время толкает тех, кто не обладает в достаточной степени экономическими благами, на продажу частей своего тела только для того, чтобы продолжить свое существование или обеспечить своим детям достойную жизнь.

Регулирование прижизненного и посмертного органного донорства призвано избежать формирования черного рынка органов, для которого характерно как несправедливое распределение, так и опасность неправильно выполненной операции и послеоперационного ухода. Критерии распределения органов связаны как с пониманием справедливости, так и с проблемой триажа, то есть распределения ресурсов в условиях их ограниченности, а нехватка донорских органов отмечается многими исследователями. Этические аспекты детской трансплантации связаны с пониманием автономии и дееспособностью, поскольку поднимаются вопросы о возможности ребенка в первую очередь быть донором. Этим кратко обозначенным кругом проблем не исчерпывается рассмотрение донорства в гуманитарном ключе, но дается общее представление о специфике осуществляемого анализа.

Качество смерти и его критерии

Представления о смерти являются важными для анализа донорства по двум причинам. Во-первых, понимание того, когда смерть должна происходить и какой она должна быть, позволяет лучше распределять органы в условиях их ограниченности. В данном слу-

чае имеется в виду, что во многом нормальной и приемлемой считается смерть в пожилом возрасте по сравнению со смертью представителей молодежи. Таким образом, понимание того, чья жизнь с необходимостью должна быть продолжена, а чья «обладает меньшим приоритетом», может быть использовано для органичного распределения. Во-вторых, обозначение человека как мертвого позволяет реализовать правило мертвого донора, согласно которому забирать органы для трансплантации возможно только у человека, объявленного мертвым. Первая причина отсылает к такому критерию, как качество смерти, поскольку оно означает способ ухода за престарелыми и безнадежно больными на последнем этапе их жизни: здесь актуализируется вопрос о смерти в определенное время и в определенном месте, что находит точки соприкосновения с дискурсом о медицинской помощи в умирании. Вторая говорит о критерии определения смерти. Если о критерии смерти имеется богатая литература, то о качестве смерти говорится нечасто, что обосновывает необходимость остановиться на этом вопросе подробнее.

Индекс качества смерти представляет собой «глобальное исследование и сопровождающий его рейтинг стран мира по показателю качества ухода за престарелыми и безнадежно больными людьми в завершающий период их жизни». Он основан на четырех группах параметров: «а) базовые социальные и медицинские услуги для людей, находящихся в конце жизни; б) наличие и доступность услуг; в) стоимость услуг; г) качество услуг» [Рейтинг... 2023].

В условиях распространения медицинской помощи в умирании новое звучание приобретает возможность смерти в определенное время, то есть поднимается вопрос об автономии человека на определение границ собственного существования. Ассистированное врачом самоубийство и эвтаназия распространяются в сфере трансплантологии, что позволяет рассматривать критерий качества смерти как один из факторов, влияющий на распространение донорства после использования медицинской помощи в умирании. На первый взгляд можно предположить, что при условии легализации эвтаназии и/или ассистированного врачом суицида число процедур органичного донорства после эвтаназии должно быть обратно пропорционально месту страны в рейтинге: чем больше процедур, тем ниже страна в рейтинге. Однако Австралия, Бельгия и Нидерланды [Там же] в рейтинге по качеству смерти находятся в первой десятке стран с наилучшей системой помощи умирающим. На мой взгляд,

такое контринтуитивное положение дел может быть объяснено по крайней мере двумя факторами: развитостью экономики и социального обеспечения и недостаточностью полноценной статистической картины, поскольку: а) практики медицинской помощи в умирании сравнительно молодые; б) немногие страны их легализовали, что не позволяет увидеть статистически достоверный результат.

Уважение автономии при донорстве

Автономия и ее понимание являются одним из центральных вопросов для понимания специфики органного донорства. Представление о возможности самостоятельного выделения ценностей, путей их достижения и определения того, что является благом для самого человека, служит внутренним содержанием автономии. Донорство органов вводит в понятие автономии новые коннотации, связанные с прямым распоряжением не просто о том, что должно происходить с телом, но и о том, как могут быть использованы отдельные его части.

В определенных случаях принцип уважения автономии может входить в противоречие с предполагаемым согласием, которое состоит в необходимости прямо заявить о своем нежелании отдавать органы после смерти. Так, невыраженное нежелание нарушает возможность человека самостоятельно определять, что происходит с его телом или его частями даже после его смерти, нарушает его целостность. Как указывается в некоторых исследованиях, принцип уважения автономии не противоречит предполагаемому согласию [Gill 2004: 38]. Это положение обосновывается следующим рассуждением, связанным с выделением двух моделей автономии. Первая модель – невмешательства – говорит о том, что вмешиваться в тело человека неправильно, если он не дал своего активного согласия. Вторая модель – уважения желаний – строится на предположении, что необходимо обращаться с телом человека так, как он хотел, чтобы с ним обращались [*Ibid.*: 44]. Предположение о том, как человек хотел бы, чтобы обращались с его телом, чревато совершением ошибок, поскольку без однозначно выраженного желания мы входим в область действия сослагательного наклонения. Модель уважения желаний предполагает, что мы должны пытаться уважать желания умершего, но ошибки, которые мы можем при этом допустить (например, похоронить того, кто желал быть кремирован, и наоборот), морально эквивалентны. Поэтому мы должны делать то, что может привести к меньшему количеству ошибок

(например, такая политика реализуется, когда наследство отдается ближайшим родственникам даже без завещания, поскольку люди в большинстве случаев хотят, чтобы их имущество было получено ближайшими родственниками). В случае донорства органов предполагаемое согласие на изъятие органов у человека со смертью мозга ведет к меньшему количеству ошибок, чем обратная ситуация [Gill 2004: 44–51]. Происходит это потому, что изъятие и трансплантация органов способствуют увеличению блага и могут быть рассмотрены в качестве позитивных действий, способствующих реализации благополучия как еще одного биоэтического принципа, в противоположность ситуации, при которой органы не трансплантируются. Так, в утилитаристском ключе предполагается, что трансплантация приводит к большему благу, а потому к меньшему количеству ошибок.

Однако важно понимать, что автономия не предполагает выполнения каждого желания человека [Rubin 2023]. Уважение принципа автономии строится на необходимости реализовывать только то, что, с одной стороны, способно быть реализуемым, а с другой – входит в круг компетенций самого человека, то есть реализации его прав на собственное тело и его части. Но в некоторых случаях, например эвтаназии, принцип уважения автономии даже в модели уважения желаний может проблематизироваться.

Донорство органов после эвтаназии нарушает правило мертвого донора [Там же], которое предполагает объявление пациента мертвым для забора органов. Донорство после эвтаназии происходит в тот момент, когда пациент еще жив, что обосновывается лучшим сохранением органов и снижением риска ишемии.

В связи с этим обсуждается следующий кейс: женщина 66 лет просит о медицинском содействии в умирании. После получения одобрения она заявляет, что хочет отдать свою почку дочери. Выделяются следующие уязвимости: принуждение к эвтаназии, а также признание таких людей уязвимой категорией. Для разрешения этого затруднения происходит еще одно разделение автономии: на индивидуальную и реляционную. Индивидуальная автономия предполагает возможность человека самостоятельно определять, что для него является благом, и распоряжаться своим телом и его частями. Реляционная автономия рассматривает человека как часть социальной системы и выстраивающего связи с другими людьми, ради которых он способен идти в том числе на жертву, при этом не нарушая собственной автономии. В рамках индивидуальной авто-

номии этот кейс может рассматриваться как нарушение: «В случае пациента, желающего сделать прямое донорство, опасения медицинской команды (или даже общества) по поводу принуждения или неправомерного нарушения автономии значительно усиливаются» [Casey *et al.* 2020]. Но в рамках реляционной автономии такая модель вполне может состояться, поскольку между донором и реципиентом существует сильная связь, основанная на близком родстве.

В других случаях обсуждаются кейсы, связанные с недееспособными (или частично дееспособными) донорами, когда желание такого донора ставится под сомнение в качестве автономного. Приводятся аргументы справедливого отношения (запрет дискриминации), реляционной автономии (которая рассматривает совершаемый выбор не изолированно, а в контексте эмоциональных и семейных связей) в том случае, если донор и реципиент связаны сильной эмоциональной связью [Biller-Andorno *et al.* 2001]. Такие кейсы требуют детального рассмотрения и тщательного разбирательства, позволяющего установить истинные мотивы совершаемого поступка. Также указывается, что на автономию следует наложить ограничения: «Если человек владеет своим телом, то он имеет право на автономию, то есть продавать свои части тела. Ограничения автономии наложены для защиты людей от самих себя. Хорошим примером может быть то, что мы не позволяем людям быть рабами, чтобы сохранить моральное достоинство человека. Кроме того, возможно, что человек действует недобровольно или принуждается из-за несправедливых обстоятельств. Уважение автономии позволяет поставить под сомнение решение человека, когда оно противоречит наилучшим интересам человека. Человек может принять решение, противоречащее его собственным интересам, из-за просчета, принуждения, чрезмерного влияния или просто дезинформации» [Dalal 2015].

Автономия, будучи довольно сложным концептом, в контексте донорства органов предстает в качестве неоднородного феномена, требующего детальной проработки и анализа, особенно в сложных ситуациях, в которых реализация принципа уважения автономии способна входить в самопротиворечивое положение.

Биоэтика донорства: альтруизм и консеквенциалистский подход

Эвтаназия и ассистированное врачом самоубийство все больше распространяются в современности. Как указывают некоторые ис-

следователи, это связано не только с растущей секуляризацией общества, но и с увеличением продолжительности жизни. Смерть в современных условиях становится «легче» за счет использования сильных болеутоляющих, но продолжительнее по времени за счет использования жизнеподдерживающей терапии. Общее увеличение продолжительности жизни привело к большей подверженности человека различного рода заболеваниям, что, в свою очередь, приводит к распространению смертельных заболеваний и усилению требований возможности закончить свою жизнь с достоинством. В исследовательской литературе выделяется три формы страданий: телесные страдания (боль, голод и др., то есть то, что связано с телесностью и ее благополучием), повседневные страдания (невозможность ухаживать за собой, делать любимые дела – то, что связано с повседневностью и каждодневным благосостоянием), экзистенциальные страдания (невозможность общаться с другими и самим собой, чувство стыда и уязвленности в глазах других – то, что связано с жизненными смыслами и возможностью наполнения жизни ценностями и смыслами) [Svenaеus 2021]. С одной стороны, то, что называется «смертью с достоинством», позволяет раскрывать новые смыслы в трансплантации органов. Медицинская помощь в умирании способствует появлению большего количества органов, которые возможно использовать для трансплантации. С другой стороны, распространение практик эвтаназии в контексте органного донорства поднимает новые этические проблемы, которые связаны как с опасностью манипуляций, так и с иным пониманием оснований для донорства.

Существует несколько стратегий обоснования возможности донорства органов. Альтруизм и утилитаризм рассматриваются в качестве оснований для этики донорства. Альтруизм понимается в качестве помощи другим (как по долгу, так и за его пределами). Утилитаризм (в частности, гедонистический утилитаризм) предполагает максимизацию блага и удовольствия для максимального числа людей. Каждая из этих стратегий ставит своей целью возможность выстраивания оснований для донорства, но использует разные системы аргументации. Утилитарный принцип обычно связывается с финансовыми стимулами: платой, компенсацией расходов, страховкой, налоговыми льготами. Такая стратегия создания рынка подробнее обсуждается в следующем разделе. Нефинансовые стимулы сосредоточены вокруг одной из форм альтруизма. Реципрокный (взаимный) альтруизм в контексте донорства выстраи-

вается на приоритете для тех реципиентов, кто сам записался в доноры [Dalal 2015].

В качестве критики альтруизма обозначается, что только его недостаточно для поощрения донорства органов, поскольку люди не любят размышлять о собственной смерти, а потому не заполняют карточки доноров, как не составляют завещание или не покупают место на кладбище. Поэтому в данном случае предлагается искусственно поощрять донорство органов посредством рыночных стратегий. Выделяются две рыночные стратегии в поощрении донорства органов: прямое заключение договоров между продавцом и покупателем или же формирование регулируемого рынка, где основным заказчиком становится государство. Обозначаются следующие проблемы: не все органы можно продать (например, сердце), только совсем отчаявшиеся пойдут на такой шаг (это может быть рациональным решением, но здесь отсутствует свобода выбора), религиозные запреты (связаны с тем, что люди скорее являются распорядителями своих тел, а не владельцами). Возникают и сомнения в справедливости: не все категории людей одинаково представлены в качестве получателей донорских органов [Caplan 2014].

Другой проблемой альтруизма является донорство органов от живых доноров: нужно ли рисковать жизнью здорового человека, чтобы спасти другого. Обязанность брать на себя риск по спасению другого, зачастую незнакомца, не может вменяться в должностование, что снова возвращает к проблеме справедливого распределения: те, кто добровольно жертвует свои органы, ухудшают свое здоровье и не способны полноценно реализовать свой жизненный потенциал, в отличие от тех, кто не является донором органов. При трансплантации от живого донора возможно различение донорства по степени риска: с минимальным риском (донорство крови или костного мозга) и со значительным риском (донорство почки) [Jansen 2004: 133]. Такое разделение сглаживает указанную дилемму альтруизма, но хуже решает проблему недостатка донорских органов. Более того, как при использовании альтруистической стратегии, так и при утилитаристском подходе возникают этические опасения относительно манипуляций, например в случае подталкивания семей доноров к решению о трансплантации [Sharif, Moorlock 2018]. Но возможны и случаи неэтичных мотивов, которые используются в донорской практике. Задается вопрос, что делать с такими неэтичными мотивами, несмотря на то что они приводят к спасению жизни. Примером такого подхода называется случай, когда выбор реципиента обосновывался донором исходя из совпадения

национальной принадлежности [Tuoog 2005]. Подобное затруднение возникает при так называемом направленном донорстве, при котором донор способен выбирать, какому человеку он пожертвует свой орган. В случае ненаправленного донорства орган достается незнакомцу из листа ожидания или тому, с кем у донора никогда не было взаимоотношений. Радикальным вариантом такого донорства может стать «драматическое самоубийство» [Ibid.: 445], которое заключается в жертвовании всех своих органов для трансплантации.

Не касаясь других проблем ненаправленного донорства, обозначим затруднения направленного донорства, при котором донор указывает, кому бы он хотел, чтобы достались органы. Для такого вида характерно несколько аргументов. Утилитарный аргумент выстраивается на основании того, что, на первый взгляд, чем больше органов, тем лучше, и это ведет к максимизации блага для большинства людей. Для направленного донорства утилитарный принцип не всегда может срабатывать, поскольку он может не приводить к нужному результату (орган не будет подходить наилучшим образом выбранному реципиенту) или это может вызывать чувство несправедливости у остальных, так как система листа ожидания лучшим образом соответствует представлению о справедливом распределении. Эгалитарный принцип строится на том, что все люди имеют одинаковое право на жизнь, а потому даже донорство, которое может быть названо несправедливым распределением, способствует сохранению жизни. Принцип максимина обозначает, что отклонения от абсолютного распределения приемлемы, если приносят пользу тем, кто находится в наихудшем положении. Предполагается, что на основании положения в списке ожидания наихудшее положение у тех, кто ниже, а потому прямое донорство им будет соответствовать справедливому распределению. Последним принципом является автономия: решение о донорстве как часть реализации автономии человека [Pennings 2007], а направленное донорство позволяет донору самостоятельно определить, кому достанется его орган.

Донорство как рынок

Необходимость пополнения количества донорских органов приводит к проникновению рыночной модели в систему донорства. Однако это является не только экономической, но и моральной проблемой, поскольку может нарушать автономные права личности, используя давление на человека [MacKay, Robinson 2016]. Давление или принуждение сами по себе делают соглашение недействительным.

Донорство органов, рассмотренное как рыночная система, превратилось в превращение тела и его частей в товар, что обозначается как коммодификация, так и проблемой в сфере автономии. Парадокс автономии состоит в том, что свобода распоряжения телом входит в противоречие с представлениями о его святости или абсолютной ценности в секулярной терминологии: насколько экономический стимул влияет на выражение морального автономного суждения о распоряжении собственным телом? Связь экономического стимула и автономного морального суждения представляет собой этическую проблему и обсуждается в экспериментальной этике. Можно предположить, что такое влияние будет определяться контекстуально, исходя из конкретной жизненной ситуации, в которой оказывается донор. Если рассматривать рыночную модель донорства без контекста, то предлагаются следующие рыночные модели для стимуляции донорства: фьючерсы органов (человек заключает контракт на «поставку» органов в будущем, после смерти), страховые выплаты, компенсация погребения, налоговые вычеты из наследства, взносы в любимую благотворительную организацию, предоставление льготного кредита (например, на обучение и др.), льготный доступ к органам [Marshall *et al.* 1996]. Последний реализуется в следующей схеме: человек имеет более высокие шансы на получение органа, если он сам дал согласие на донорство.

Возникает вопрос: почему вообще необходимо дополнительное экономическое стимулирование донорства? Дело в том, что только альтруизма, на котором выстраиваются сегодняшние модели донорства, недостаточно для получения необходимого количества донорских органов и покрытия дефицита. Экономическая модель преимущественно строится на двух основаниях: предоставление косвенных финансовых стимулов (в виде уже обозначенных выплат, компенсаций, льготного доступа); создание коммерческого рынка, в рамках которого части тела человека объявляются товаром, свободно обращающимся на рынке. Называются различные причины дефицита органов: культурно-религиозные, запрещающие нарушать целостность тела человека даже после смерти; отсутствие мотивации, которое выражается как в недостаточной осведомленности о проблемах органного донорства, так и в нежелании помогать окружающим; недоверие к медицинскому сообществу, состоящее в неуверенности в движущих врачами мотивах (в данном случае осознанное доверие имеет решающее значение для достижения адекватного количества органов для трансплантации [Brown 2018]); не-

равенство в распределении органов, поскольку получение органа зависит от индивидуальных характеристик, а не от распределения в соответствии только с листом ожидания. К этическим последствиям создания рынка органов (как по открытой модели, так и по фьючерсной) относятся: эксплуатация малоимущих, отказ от альтруизма, влияние третьих лиц или возможное самоубийство для того, чтобы продать органы как можно скорее в тяжелой жизненной ситуации [Dunham 2008].

Отдельно обсуждается кейс уязвимых групп людей, таких как заключенные. В рамках экономической модели могут ли заключенные быть донорами? Предполагается, что обмен органов на сокращение срока заключения может быть использован в качестве инструмента принуждения. Такой тип эксплуатации незащищенных слоев населения способен приводить к помещению человека в безвыходную ситуацию, при которой он не имеет другого выхода, кроме как отдать орган. Это больше касается эксплуатации малоимущих, но относится и к заключенным. Другой вопрос обратный: могут ли заключенные быть реципиентами? Должно ли совершенное преступление влиять на решение о возможности трансплантации? [Dalal 2015.] С одной стороны, отказ от пересадки органа только по принципу нарушения закона противоречит принципу справедливого распределения. С другой стороны, может вводиться критерий достойного реципиента, для которого важны определенные индивидуальные характеристики. Еще одним возражением против экономической модели по отношению к заключенным становится нарушение принципов пенитенциарной системы, в которой особое место занимает перевоспитание. Обмен органа на досрочное освобождение такому перевоспитанию не способствует.

Возможно выделение четырех типов рынка: нерегулируемый (государство не оказывает влияния), регулируемый (государство активно вмешивается в работу), фьючерсный рынок с оплатой согласия (донор получает вознаграждение после подписания согласия), фьючерсный рынок с оплатой семье (вознаграждение перечисляется не донору, а его семье после смерти донора). Критика таких типов заключается в следующем:

1) появление рынка не обязательно увеличит количество доступных для трансплантации органов, оно может даже его уменьшить. Происходит это вследствие вытеснения рынком морали, что приводит к отказу от участия тех, кто жертвовал альтруистически;

2) предложение органов плохого качества из-за финансовых стимулов. Эксплуатация незащищенных слоев населения рассмат-

ривается как давление в рынках регулируемых и нерегулируемых. Во фьючерсных моделях это также негативно сказывается на качестве органов: после получения платежа ничто не заставляет человека заботиться о своих органах;

3) недействительное согласие. Три фактора для того, чтобы признать согласие недействительным: принуждение, социальные обстоятельства и соблазн щедрых предложений;

4) нанесение продавцам вреда, который связан с принуждением к донорству;

5) эксплуатация и несправедливое распределение: некоторые люди могут получать за сделки меньше, чем другие; б) коммодификация [Albertsen 2020].

Однако появление экономических моделей продиктовано не только дефицитом донорских органов, но и существованием черного рынка органов, который полностью нерегулируем и откровенно опасен как для доноров, так и для реципиентов: «...черные рынки человеческой плоти существуют до тех пор, пока имеется потребность (в том числе среди исследователей) в органах и тканях» [Попова 2022: 7]. Существование черного рынка делает проблему нехватки донорских органов еще более острой, поскольку оттягивает на себя часть органов, которые могли бы быть трансплантированы в безопасных условиях на принципах справедливого распределения.

Вместо заключения. Этика умирания и этика дара

Насколько смерть может быть плоха для умирающего? Предпринимается попытка ввести сравнительную степень в понимание и измерение смерти. Есть две точки зрения: сравнительная, которая говорит о том, что смерть плоха, поскольку она ухудшает положение человека и не позволяет сохранить то, что ценно, и несравнительная, согласно которой смерть как таковая является негативным явлением [Schramme 2021]. Донорство, с одной стороны, позволяет отдалить смерть реципиента, а с другой стороны, способно наполнить смерть смыслом при посмертном донорстве.

В рамках альтруистической модели, при которой орган воспринимается как дар, появляется проблема возникновения обязательств [Caplan 2014]. Раскрывается так называемая тирания дара: эмоциональное давление на реципиента достаточно велико, поэтому он стремится отплатить чем-то, ведь дарение – симметричное обязательство [Marshall *et al.* 1996]. В условиях близкородственного направленного донорства от живого донора тирания дара спо-

собна служить основанием для манипуляции со стороны донора. Поэтому в уязвимой ситуации в связи с донорством способны оказываться не только доноры, но и реципиенты.

Но нельзя забывать, что «моральный долг общества – обеспечить справедливый доступ к этому методу лечения. Нехватка органов для трансплантации – это тоже моральная проблема» [Виноградов 2013].

Литература

Виноградов В. Л. Актуальные вопросы органного донорства. Введение. Лекция // Трансплантология. 2013. № 4. С. 15–23.

Краснова Т. В. Биоэтические предпосылки гражданско-правового положения реципиента в программе донорства ооцитов // Вестник Томского государственного университета. Право. 2022. № 45. С. 177–192. DOI: 10.17223/22253513/45/12.

Ляуш Л. Б. Медицинские и биоэтические вопросы организации трансплантологической помощи в России // Вестник Чувашского университета. 2014. № 2. С. 291–300.

Попова О. В. Дар и донорство в медицине: от альтруистических практик к этической пропасти // Горизонты гуманитарного знания. 2022. № 5. С. 3–21.

Рейтинг качества смерти в странах мира [Электронный ресурс] : Гуманитарный портал. Исследования. 2023. 12 января. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/quality-of-death-index> (дата обращения: 12.08.2023).

Хубулава Г. Г. Этические аспекты «живого» донорства // Вестник Санкт-Петербургского университета. Философия и конфликтология. 2015. № 4. С. 79–84.

Albertsen A. If the Price is Right: The Ethics and Efficiency of Market Solutions to the Organ Shortage // Bioethical Inquiry. 2020. No. 17. Pp. 357–367. DOI: 10.1007/s11673-020-09981-y.

Biller-Andorno N., Agich G. J., Doepkens K., Schauenburg H. Who shall be Allowed to Give? Living Organ Donors and the Concept of Autonomy // Theoretical Medicine and Bioethics. 2001. Vol. 22. Pp. 351–368.

Brown S. J. Autonomy, Trust and Ante-mortem Interventions to Facilitate Organ Donation // Clinical Ethics. 2018. Vol. 13. No. 3. Pp. 143–150.

Caplan A. Bioethics of Organ Transplantation // Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine. 2014. Vol. 4. No. 3. a015685.

Casey G. M., Kekewich M., Naik V. N., Hartwick M., Healey A. A Request for Directed Organ Donation in Medical Assistance in Dying (MAID) // Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie. 2020. Vol. 67. Pp. 806–809.

Dalal A. R. Philosophy of Organ Donation: Review of Ethical Facets // *World Journal of Transplantation*. 2015. No. 5(2). Pp. 44–51. DOI: 10.5500/wjt.v5.i2.44.

Dunham IV C. C. “Body Property”: Challenging the Ethical Barriers in Organ Transplantation to Protect Individual Autonomy // *Annals of Health Law and Life Sciences*. 2008. Vol. 17. P. 39.

Gill M. B. Presumed Consent, Autonomy, and Organ Donation // *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2004. Vol. 29. No. 1. Pp. 37–59.

Hauskeller M. Introduction // *Death and Meaning* / ed. by M. Hauskeller. Cambridge : Cambridge University Press, 2021a. Pp. 1–10.

Hauskeller M. When Death Comes Too Late: Radical Life Extension and the Makropulos Case // *Death and Meaning* / ed. by M. Hauskeller. Cambridge : Cambridge University Press, 2021b. Pp. 147–166.

Jansen L. A. Child Organ Donation, Family Autonomy, and Intimate Attachments // *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2004. Vol. 13. No. 2. Pp. 133–142.

Kamm F. Meaning in Lives Nearing Their End // *Death and Meaning* / ed. by M. Hauskeller. Cambridge : Cambridge University Press, 2021. Pp. 277–296.

MacKay D., Robinson A. The Ethics of Organ Donor Registration Policies: Nudges and Respect for Autonomy // *The American Journal of Bioethics*. 2016. Vol. 16. No. 11. Pp. 3–12.

Marshall P. A., Thomasma D. C., Daar A. S. Marketing Human Organs: The Autonomy Paradox // *Theoretical Medicine*. 1996. Vol. 17. Pp. 1–18.

Pennings G. Directed Organ Donation: Discrimination or Autonomy? // *Journal of Applied Philosophy*. 2007. Vol. 24. No. 1. Pp. 41–49.

Rubin J. Autonomy to a Fault: The Confluence of Organ Donation, Euthanasia, and the Dead Donor Rule // *Bioethics*. 2023. Vol. 37. No. 4. Pp. 374–378.

Schramme T. Can We Measure the Badness of Death for the Person Who Dies? // *Death and Meaning* / ed. by M. Hauskeller. Cambridge : Cambridge University Press, 2021. Pp. 253–276.

Sharif A., Moorlock G. Influencing Relatives to Respect Donor Autonomy: Should We Nudge Families to Consent to Organ Donation? // *Bioethics*. 2018. Vol. 32. No. 3. Pp. 155–163.

Svenaeus F. Why Do People Want to Die? The Meaning of Life from the Perspective of Euthanasia // *Death and Meaning* / ed. by M. Hauskeller. Cambridge : Cambridge University Press, 2021. Pp. 297–311.

Truog R. D. The Ethics of Organ Donation by Living Donors // *The New England Journal of Medicine*. 2005. Vol. 353. No. 5. P. 444.