

Winnaar scriptieprijs De Maakbare Mens 2010

DE COMMERCIALISERING VAN ORGANEN:
PRO EN CONTRA

“The pound of flesh ... is dearly bought, is mine, and I will have it.” (Shakespeare, W., Merchant of Venice, Act. 4, Scene 1.)

Emily Nordin

Abstract – In most countries, the commercialization of human organs is forbidden, however the debate on this subject is still very much alive. Our society is confronted with the problem of outrageously long waiting lists and in search of ways to eliminate such lists. Iran has overcome this predicament by implementing a regulated market for kidneys. In this article the pros and cons of commercializing human organs will be discussed from a legal and ethical point of view, e.g. human dignity, and exploitation of the donor. First, it will be shown that commercialization is not to be limited to the sale of human organs. For example paired kidney exchange programs and donation itself can be considered as a form of commercialization and involves the danger of some notion of ownership rights. Secondly, it is remarkable how opponents of the “regulated market in human organs” often reject the possibility of pricing human organs but at the same time defend the right of the donor to more than his expenses on the basis of a ‘natural obligation’. Society should reward the donor – not in the sense of a sales contract between the two parties, but since society has a moral obligation to ‘give back’, this type of return could in the form of presenting the donor with lifelong health insurance and a fixed sum of money as a message of appreciation and gratitude.

Inleiding

Het debat rond de commercialisering van organen is een debat dat vaak intuïtief en ondoordacht wordt gevoerd. De vraag rijst of het verbod op commercialisering van organen vandaag, in het licht van het nijpende tekort aan organen, nog wel de meest aangewezen oplossing is. Een gereglementeerde markt in organen is misschien een betere manier om aan de behoeften van onze maatschappij tegemoet te komen. Door zijn sterke ethische implicatie en kleuring spreekt dit onderwerp velen aan en voelen de meesten door een gevoel van verontwaardiging zich aangetrokken tot een commercialiseringverbod. Datzelfde standpunt vervolgens beargumenteren en verdedigen is moeilijker. Dit debat situeert zich immers op een kruispunt tussen verschillende disciplines: het juridische, het filosofische, het rechtseconomische en het ethische.

In dit artikel wordt eerst het juridisch kader kort besproken om vervolgens over te gaan naar het ethische aspect van de discussie. Van belang is dat de vaak theoretische discussie kan worden getoetst aan de praktijk. In Iran is er sinds 1988 immers een gereglemen-

teerde markt in nieren, waardoor de wachtlijsten in tien jaar tijd werden weggewerkt. Een zekere empirische toets is aldus mogelijk.

1. Een juridische kijk op de commercialisering van organen en lichaamsmateriaal

Wie de wetgeving inzake de commercialisering van lichaamsmateriaal erop naleest, ziet meteen dat de ene keer wordt gekozen voor het reguleren van de commercialisering en de andere keer voor het totaal verbieden van elke commercialisering.

1.1. De commercialisering van organen

In artikel 4 van de wet van 13 juli 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen wordt een duidelijk commercialiseringverbod geformuleerd: *“Afstand van organen mag niet met een oogmerk van winst geschieden, ongeacht de partijen tussen welke hij plaatsheeft. De donor noch zijn naastbestaanden zullen enig recht lastens de receptor kunnen doen gelden.”* Een overtreding van deze bepaling wordt strafbaar gesteld in artikel 17 §3 Wet Orgaantransplantatie. Artikel 4 §1 van deze wet is dus van openbare orde.

De donor kan dus alleen een orgaan afstaan, wanneer hij daarmee een altruïstisch doel beoogt. Commercialisering en winstbejag zijn uit den boze, omdat dit in strijd zou zijn met de menselijke waardigheid (Verslag namens Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu: nr. 832/3 en 7).

De wetgever beseftte maar al te goed dat het ondergaan van de transplantatie voor de donor financiële gevolgen meebrengt. Het was dan ook nooit de bedoeling om de donor volledig in de kou te laten staan. Aan het beginsel dat het geven van een orgaan kosteloos moet geschieden, wordt geen afbreuk gedaan indien voorzien wordt in een schadevergoeding voor de donor (Advies van de Afdeling Wetgeving Raad van State bij de wet betreffende het wegnemen en transplanteren van organen en weefsels: nr. 774/13; Verslag namens de Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu betreffende het ontwerp van wet betreffende het wegnemen en transplanteren van organen: nr. 832/11-14). Daarom werd artikel 4 §2 uitgewerkt, dat bepaalt dat *“de Koning regelen vaststelt om een vergoeding aan de levende donor toe te kennen ten laste van de overheid of van de instellingen van de maatschappelijke zekerheid die Hij aanwijst. Deze vergoeding dekt zowel de onkosten als de inkomstenderving die het rechtstreekse gevolg zijn van de afstand van de organen.”*

De maatschappij behoort immers erkentelijk te zijn voor het altruïsme van de donor. Het is dan ook een maatschappelijke plicht om de donor te vergoeden. In geen geval kon men dit de receptor opleggen, aangezien de wetgever wenste dat er geen band was tussen de donor en de receptor (Matthijs 1971-1972: 171).

1.2. Reguleren in plaats van verbieden van de commercialisering

Aangezien het waarderen van een mens in geld als een van de bezwaren wordt beschouwd voor commercialisering, mag het niet verbazen dat eenzelfde commercialise-

ringverbod ook terug te vinden is in andere wetgeving, zoals die inzake bloed (Wet 5 juli 1994 betreffende het bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong). Wat echter wel verwondering wekt, is dat dit commercialiseringverbod niet steeds even absoluut wordt ingevuld. Soms opteert men voor regulering in plaats van een verbod.

Een eerste belangrijk voorbeeld hiervan treft men aan in artikel 11 §4 10° van de wet inzake experimenten op mensen (Wet 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon). Hier wordt de deelnemer aan een medisch experiment wel degelijk betaald voor het ter beschikking stellen van zijn lichaam, waardoor de overeenkomst die wordt gesloten wel degelijk als een commercialisering kan worden gezien.

Ten tweede kunnen het MB tot vaststelling van de prijs van bepaalde greffen van weefsels van menselijke oorsprong en het K.B. betreffende de weefselbanken en het weg nemen, bewaren, bereiden, invoeren, vervoeren, distribueren en afleveren van weefsels worden vermeld. Hier wordt een concrete prijs bepaald voor een weefsel. Zo kost een hoornvlies 1193,73 euro per eenheid (artikel 1, 2°). Er is blijkbaar niet steeds een ethisch bezwaar tegen het prijzen van lichaamsmateriaal.

Tot slot hebben we nog wat men noemt de ‘discarded tissues’ zoals haar, nagels en excrementen. De commercialisering van deze lichaamsbestanddelen wordt zonder meer aanvaard (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2007: 23).

1.3. Besluit

De wetgever heeft een dubbelzinnige houding ten aanzien van het menselijk lichaam. De ene keer wil hij de zwakkere in de maatschappij tot elke prijs beschermen en vindt hij dat de enige mogelijkheid hiervoor ligt in het verbieden van de verkoop van het lichaam of van lichaamsdelen. Dit verbod wordt dan gerechtvaardigd door de onbeschikbaarheid en extrapatrimonialiteit van het menselijke lichaam.

De andere keer meent de wetgever dat hij de zwakkere kan beschermen met andere regulering, zoals in de wet op de experimenten op menselijke personen, zonder dat een verbod op commercialisering moet worden opgelegd. Betaling is dan wel mogelijk en gerechtvaardigd.

2. Vier visies over de commercialisering van lichaam en lichaamsdelen

Binnen de commercialiseringproblematiek zijn er vier grote strekkingen vast te stellen (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2007: 25-26). De klassieke visie is tegen commercialiseren en rechtvaardigt dit door zich te beroepen op belangrijke ethische principes, zoals menselijke waardigheid, het extrapatrimoniale karakter van het lichaam, de openbare orde en de goede zeden. Lichaam en geest zijn een en mogen niet van elkaar worden gescheiden (Rigeaux 1969: 454; Matthijs 1971-72, 164). Een schending van deze eenheid tussen lichaam en geest zou alleen gerechtvaardigd zijn wanneer daarmee humanitaire doeleinden worden nagestreefd. Zo wordt door de klassieke visie de afstand van een orgaan uit altruïsme aanvaard, aangezien op deze manier mensenlevens worden gered en dit bijdraagt tot de solidariteit binnen onze maatschappij (Dreesen 1984-85: 507-508). De beschikbaarheid van het menselijke lichaam komt daarom in

deze visie hooguit in het raam van specifieke regelgeving tot uitdrukking (Dijon 2006, 502-504). Het toelaten van de orgaanhandel “*herleidt het bestaansrecht tot een geldelijke inschatting van de waarde van de mensen, wat indruist tegen de bevestiging van hun intrinsieke autonomie en waardigheid*” (Dijon 2006: 502-504; Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 1999, 12-13).

Vervolgens zijn er twee visies die zich niet zozeer op ethische principes baseren, maar eerder kijken naar de gevolgen van commercialisering. De ene strekking besluit dat een commercialiseringverbod de beste gevolgen met zich meebrengt. De andere strekking komt tot het tegenovergestelde besluit en stelt dat een ‘gereguleerde’ markt in organen net de beste oplossing is (Reynaert 1996: 62-63; Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2007: 19-26).

De vierde visie is de liberale visie. Hier wordt het vrije marktprincipe gehuldigd op grond van het fundamentele recht van zelfeigendom (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2007: 19). Het moet dus mogelijk zijn om organen te verkopen, aangezien het individu in een dergelijk marktsysteem die beslissingen zal nemen die in de gegeven omstandigheden het meest voordelig zijn. De contractvrijheid en de theorie van de wil-sautonomie staan dan ook centraal. Beperkingen die tot doel hebben de zwakken en misdeelden te beschermen, zouden als paternalistisch moeten worden afgewezen (Posner zoals weergegeven in Kruithof 1985-86: 2763-2765).¹

3. Argumenten tegen de commercialisering van organen getoetst

3.1. *Het bestaan van een eigendomsrecht op het menselijke lichaam*

Net zoals bij orgaandonatie, roept de orgaanverkoop een interessante vraag op met betrekking tot de rechten op organen. Immers: “*Donation itself depends on some notion of ownership rights, for presumably one cannot give away what one does not own any more than one can sell it*” (American Medical Association 1995: 586).

Om van een geldige koop of schenking te kunnen spreken, moet het eerst en vooral mogelijk zijn om de eigendom over te dragen (Stauch 2006: 605).

Traditioneel gaat men ervan uit dat het lichaam nooit louter een object kan zijn wegens de verbondenheid met de persoon zelf. Het lichaam is onaantastbaar, en geniet een bijzondere bescherming (Boone 1996: 102). De verkoper is allereerst geen eigenaar van zijn lichaam. De mens kan weliswaar over zijn lichaam beschikken, maar dit uit zich niet in een vermogensrecht, wel is het de uitdrukking van een persoonlijkheidsrecht. Deze visie verzet zich ook tegen de markt in organen, omdat dit de verzakelijking van het menselijk lichaam en van organen meebrengt. “*Our distaste with viewing the body as property is, in part, a reaction to our belief that human beings should have no price. Certainly people are more than the sum of their parts*” (Goolam 2000: 414).

¹ Kruithof (1985-1986) bekritiseert deze visie door aan te stippen dat een zuiver individualistische aanpak de mens als sociaal wezen miskent. Sociale groepen en structuren spelen in onze samenleving immers ook een grote rol.

Deze stelling behoeft vandaag de dag enige nuancering (Goolam 2000: 414). Wereldwijd zijn er dan ook steeds meer rechtsgeleerden die pleiten voor het toekennen van een eigendomsrecht op bepaalde lichaamsdelen (o.a. Reynaert 1996: 63). Zo wordt een eigendomsrecht op haar en nagels al aanvaard, evenals op mummies of skeletten. Vanaf het moment dat het menselijk lichaam na overlijden via enige menselijke activiteit is gewijzigd, kan er eveneens een eigendomsrecht worden erkend (Björkman 2006: 209-214; Stauch 2006: 623; s32(9) (c) Human Tissue act 2004: “materials which are subject of property because of an application of human skill.” Voor Australië: Supreme court New South Wales 21 mei 1908, Doodewood v Spence, 1908 WL 11396). In de VS mogen haar, nagels, bloed, sperma, eicellen worden verkocht. Zelfs draagmoederschap tegen betaling wordt er aanvaard (Miller 2006: 751-754; De Cruz 2001, 460 e.v.). Orgaanverkoop is dan weer wel verboden (Amended Uniform Anatomical Gift Act 1987, sect. 10 en National Organ Transplant Act, sect. 274 e (a)).

Een aantal criteria kunnen verklaren waarom men het ene moment wel een eigendomsrecht aanvaardt en het andere moment niet.

Het belangrijkste criterium is de functie die het lichaamsdeel in het lichaam heeft (Nijs 1983-84: 2358 en 1371; Cherry 2005: 25-26; Maeijer 1969: 156-158). Op onze hersenen hebben we geen eigendomsrecht, op onze nagels en op ons haar wel. Zolang het lichaamsdeel kan worden afgescheiden van het lichaam zonder dat daarbij afbreuk wordt gedaan aan het functioneren van het lichaam, kan er een eigendomsrecht worden toegekend op het lichaamsdeel.

Een tweede criterium ligt in de vervangbaarheid van het lichaamsdeel (Maeijer 1969: 157; Leenen 1994: 50). Dit verklaart waarom we de verkoop van een lichaamsdeel erger vinden dan de verkoop van een lichaamsproduct, zoals bloed of haar. Wat we zelf kunnen aanmaken, lijkt onuitputbaar. Bloed, beenmerg en haar zijn uiteraard vervangbaar, een nier niet (Wilkinson 1996: 337; Brecher 1990: 121). Toch wordt de verkoop van bloed en beenmerg en dus het eigendomsrecht erop niet aanvaard. In de Verenigde Staten heeft men geen probleem met de verkoop van bloed en beenmerg (Kishore 2005: 364).

Het derde criterium houdt rekening met de uniciteit en de verbondenheid die we met het lichaamsdeel voelen. Dit criterium doelt vooral op zaad- en eicellen. Natuurlijk is ons bloed en ons haar eveneens uniek. Het ene haar verschilt van het andere, maar met deze lichaamsproducten hebben we niet dezelfde verbondenheid (Maeijer 1969: 156-157). Deze verschillen maken niet veel uit, ze zijn voor ons niet relevant. De verschillen in de zaad- en eicellen bepalen echter mee wie een mens is (Jansen 1985: 123-126). “*No two hairs are the same and no two sperms are the same. But the differences in the case of the latter are differences we care about and with good reason*” (Wilkinson 1996: 337). Toch staat men niet overal even afkerig tegenover de verkoop van zaadcellen en eicellen. In de Verenigde Staten zijn beiden, zowel spermadonatie en eiceldonatie, tegen betaling mogelijk. Voor een eicel wordt zelfs 50 000 dollar gegeven (Kishore 2005: 364).

In het verlengde hiervan wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen een al afgescheiden lichaamsdeel en een geïncorporeerd lichaamsdeel.² Van zodra de band met het

² Dit blijkt bijvoorbeeld uit het M.B. 31 oktober 2008 tot vaststelling van de prijs van bepaalde greffen van weefsels van menselijke oorsprong, B.S. 14 november 2008, 30970. Vanaf het moment dat het orgaan uit het lichaam verwijderd is, kan men het een prijs geven.

lichaam is verbroken, wordt het afgescheiden deel dus wel eigendom van de houder (Leenen 1978: 5-6). Vanaf het moment dat het orgaan terug wordt geïmplanteerd in het lichaam van de receptor, verliest het zijn zakenrechtelijk karakter (Boone 1996: 103). Het laatste criterium houdt rekening met de methode om het lichaamsmateriaal te verkrijgen (Boone 1996: 103). Wanneer de donor een orgaan wenst te doneren, moet die eerst een operatie ondergaan, waarna men zal moeten herstellen. Het geven van bloed of sperma is minder ingrijpend. De lichamelijke integriteit wordt in mindere mate geschonden en er zal geen arbeidsongeschiktheid zijn (Harvey 1990: 119). Hoe zwaarder de procedure om het lichaamsdeel te ‘oogsten’, des te minder gerechtvaardigd deze procedure is.

Op basis van deze criteria kan worden besloten dat een eigendomsrecht op bepaalde lichaamsdelen wel degelijk mogelijk is. Hoe meer de bovenstaande kenmerken vervuld zijn, des te minder de maatschappij afkerig staat tegenover een verkoop. Zoals reeds vermeld, is vooral de noodzakelijke functie die het lichaamsdeel in het lichaam heeft van doorslaggevend belang. Zo is bijvoorbeeld een eigendomsrecht op een nier mogelijk. Dit orgaan kan immers uit het lichaam worden verwijderd, zonder dat het functioneren van het lichaam in het gedrang komt.

3.2. *De menselijke waardigheid versus het zelfbeschikkingsrecht*

De meerderheid, waaronder de WHO, de Transplant Society en de World Medical Association, zijn van oordeel dat het verzakelijken van een orgaan afbreuk doet aan de menselijke waardigheid (World Health Organization, “Guiding principles on human organ transplantation”; World Health Organization, “Commentaries on the guiding principles on human organ transplantation”; The Transplant Society, “The declaration of Istanbul”; World Medical Association Statement on Human Organ Donation and Transplantation; Art. 12 Richtl. 2004/23/EG, 31 maart 2004 tot vaststelling van kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het doneren, verkrijgen, testen, bewerken, bewaren en distribueren van menselijke weefsels en cellen, Pb. L 7 april 2004, afl. 102, 48; Art. 21 verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde). Slechts na een zorgvuldig afwegen van belangen, kan een dergelijke aantasting van onze lichamelijke integriteit worden aanvaard (Wilkinson 1996: 338). Alleen een vergoeding van de redelijke kosten is gerechtvaardigd (Danovitch 2006: 1133-1135; Marino 2002: 835). Een markt in organen zou afbreuk doen aan de intrinsieke waarde die we in iedere mens terugvinden (Wilkinson 1996: 338). Het lichaam is immers meer dan een zaak en onze lichamelijke integriteit moet worden beschermd (Delmonico 2002: 2002-2005).

In een samenleving zonder een markt in organen, is de verzakelijking van het menselijke lichaam echter ook al aan de gang. De huidige Wet Orgaantransplantatie brengt organen in de handel. Het MB van 31 oktober 2008 geeft weefsels een prijs. Mensen kunnen deelnemen aan medische experimenten en worden daarvoor betaald. “Er is een tendens het menselijke lichaam te verzakelijken, het tot een instrumentele functie te herleiden, en er steeds meer een marktwaarde van te maken” (Van Neste 1991-92: 692-694; Friedman 2006: 747).

Bovendien worden organen evengoed verzakelijkt door orgaandonatie (Van Dijk 2007: 28). “Although money and commodification are indeed closely linked, something can

be regarded or treated as a commodity without money actually changing hands” (Wilkinson 2000: 195).

Het begrip menselijke waardigheid wordt bovendien vaak gehanteerd om het debat al te beslechten voor het goed en wel is begonnen. De term wordt enerzijds inconsequent toegepast, aangezien in het ene geval commercialisering van het menselijk lichaam wel kan, zoals in het geval van medische experimenten, maar in het andere geval resoluut wordt afgewezen. De maatschappij blijft immers niet stilstaan. Maatschappelijke waarden en normen evolueren. Wat vroeger schokkerend was, is dat nu niet meer (Friedlander 2002, 973). Terwijl de dissectie van het menselijk lichaam vroeger verboden was en als in strijd met de menselijke waardigheid werd beschouwd, is dit nu algemeen aanvaard. Hetzelfde geldt voor plastische chirurgie. Er is geen volledige consensus. Er is integendeel een tendens merkbaar waarin de commercialisering van lichaamsdelen wordt aanvaard (Kishore 2005: 362). Haar en nagels kunnen in België worden verkocht, eicellen kunnen in de VS worden verkocht, betaald draagmoederschap wordt in de VS aanvaard (Brecher 1990: 122; Friedman 2006, 747).³ Al deze praktijken worden aanvaard en zouden geen afbreuk doen aan de menselijke waardigheid. De commercialisering van organen en weefsels is dan ook niet in strijd met de menselijke waardigheid. Dit doet geen afbreuk aan de waarde van de mens, net zo min als de verkoop van een schilderij van Monet tegen een exorbitant bedrag afbreuk doet aan de historische en esthetische waarde ervan (Cherry 2005: 98).⁴

Anderzijds kan datzelfde argument ‘menselijke waardigheid’ worden aangewend om een gereglementeerde markt in organen te rechtvaardigen.

Ten eerste omdat het commercialiseringsverbod behoeftigen en stervenden hun laatste hoop ontnemt (Radcliffe-Richards 1998: 1951). Het verbod op commercialisering van lichaamsdelen zorgt ervoor dat er een tekort aan organen is, waardoor deze mensen niet de levenskwaliteit krijgen die een markt hen kan bieden. Indien men het verbod zou afschaffen, zou de menselijke waardigheid net kunnen worden bevorderd doordat minder mensen op een orgaan moeten wachten (Kishore 2005: 363-364; Cherry 2005: 151; Lemennicier 1991: 112-113; Ghods 2004: 224).

Ten tweede blijkt uit de bescherming die de overheid inlast in de wetgeving dat deze van mening is dat de arme verkoper tegen zichzelf moet worden beschermd. Hij is zelf niet de beste verdediger van zijn belangen, de overheid wel. Hij is niet in staat om moreel verantwoorde beslissingen te nemen, dus neemt de overheid de beslissing voor hem (Cherry 2005: 98).

Ten derde zorgt het tekort aan organen, dat door het verbod op commercialisering in stand wordt gehouden, ervoor dat men de receptoren gaat selecteren. Zo gaan er zelfs stemmen op om een donatie te weigeren aan degenen die hun ziekte aan zichzelf te wijten hebben. Een alcoholist die een leverdonatie nodig heeft, zou dan een lagere prioriteit kunnen krijgen (Kishore 2005: 364).

³ Orgaanverkoop wordt daarentegen wel verboden in de VS: Amended Uniform Anatomical Gift Act 1987 (Sect. 10) en National Organ Transplant Act.

⁴ “One can buy or sell priceless Monet paintings without claiming that the aesthetic or historic value of the work is commensurate with the money that is paid.”

3.3. *De vrees voor exploitatie van de donor*

Een van de grootste problemen die de handel in organen met zich mee brengt, is exploitatie van de donor. Wie zich in financiële moeilijkheden bevindt zal zich misschien aangetrokken voelen tot dit gemakkelijk te verdienen geld. De vrees bestaat dan ook dat de lagere sociale klasse in onze maatschappij zich geroepen zal voelen om tot verkoop over te gaan en aldus als orgaanbank kan worden gekwalificeerd. *“De mens moet tegen zichzelf beschermd worden en verdedigd worden, o. m. tegen zijn zwakheid, onbezonnen offers en zelfverloochening, en – jammer genoeg – tegen zijn hebzucht”* (Mathijs 1971-72: 166).

De sterkeren in de samenleving zullen hiervan gebruik maken en de armeren kunnen uitbuiten en dwingen om hun organen te verkopen tegen een lage prijs, of kunnen de donor allerlei misleidende informatie geven om zijn beslissing te beïnvloeden (Delmonico 2002: 2002-2005; Radcliffe-Richards 1998: 1951). Deze vrees vindt ook empirische ondersteuning in een Indiase studie, die de situatie van de Indiase orgaandonor onderzocht (Goyal 2002: 1589-1593).

De receptor kan ook worden geëxploiteerd. Zo kan het perfect zijn dat X die weet dat Y ziek is en dringend behoefte heeft aan een nier, zijn orgaan wel wil verkopen. Aangezien Y zich in een uiterst moeilijke situatie bevindt, kan X de prijs omhoog drijven (Cherry 2005: 94-95).

Wanneer orgaanverkoop zou worden toegelaten is het niet denkbeeldig dat mensen met een grote schuldenlast door hun schuldeiser ‘aangespoord’ zullen worden om een orgaan te verkopen om zo hun schulden af te betalen. Dit blijkt inderdaad de voornaamste reden te zijn om tot orgaanverkoop over te gaan (Goyal 2002: 1589-1593). De verkoper heeft dan geen keuze. Hij moet een orgaan verkopen om aan zijn schuldeisers te ontsnappen (Radcliffe-Richards 1998: 1950).

Niet alleen dwang van de schuldeisers is te vrezen. Ook de familie kan een van haar leden onder druk zetten om een orgaan af te staan. Zo verklaarden twee van de 305 verkopers in een Indiase studie dat ze werden gedwongen door hun echtgenoot om een nier te verkopen (Goyal 2002: 1589-1593).

Als druk op zichzelf echter voldoende is om de verkoop van organen te verbieden, dan moet orgaandonatie eveneens worden verboden. Daar kan men evenmin garanderen dat de toestemming steeds vrijwillig zal zijn gegeven (Kishore 2005: 364). Aangezien we orgaandonatie niet willen verbieden, kan dit niet als een overtuigend argument worden aanvaard (Wilkinson 1996: 339). *“There is financial pressure when the potential (paid) donor is in poverty. And perhaps it may be argued that this alone is sufficient for banning all paid-for donations. But then, in consistency, the same reasoning should be applied to related donors: since some of them, are open to heavy psychological and emotional pressure”* (Harvey 1990: 119).

Bovendien mag niet vergeten worden dat ook binnen een rechtssysteem met een commercialiseringsverbod exploitatie plaatsvindt, namelijk op het niveau van de zwarte markt. Daarom wordt wel eens staande gehouden dat hoewel de gereguleerde markt geen einde zal kunnen maken aan de exploitatie van de donor, deze exploitatie op zijn minst zal verminderen en worden afgestraft. Als een tussenpersoon zijn verbintenis dan niet is nagekomen, kan de donor naar de rechter stappen om zijn rechten beschermd te zien (Taylor 2006: 698-701). Voorstanders van een commercialiseringsverbod worden

niet overtuigd en blijven bij hun standpunt dat exploitatie binnen een gereglementeerde markt op grotere schaal zal plaatsvinden, omdat potentiële donoren nu gemakkelijker in contact komen met de ‘orgaanmakelaar’. Ze zullen een vals gevoel van veiligheid hebben, denkende dat ze beschermd zijn, maar *de facto* zullen ze niet in staat zijn om hun eigen belangen te verdedigen (Taylor 2006: 698-701). Hoewel het inderdaad naïef is te denken dat exploitatie kan worden vermeden, kan ze, m.i., wel worden verminderd in vergelijking met de huidige situatie. Een verbetering zou in een gereglementeerde markt tot stand kunnen komen. De overheid zou de rol van tussenpersoon op zich nemen. Een donor zou niet langer via officieuze kanalen moeten gaan. Indien hij geïnteresseerd is in orgaandonatie, kan hij zich naar een overheidsinstelling wenden om daar de nodige informatie te verkrijgen. De receptor zou via zijn behandelende arts eveneens naar een (bij voorkeur andere) overheidsinstelling worden verwezen. Deze overheidsinstellingen zouden niet alleen onder controle staan van een derde instelling, maar er zou tevens een juridisch kader worden gecreëerd waarbinnen de donor en de receptor vallen voor het geval ze het exploitatieargument zouden willen invoeren. Binnen een zwarte markt ontbreekt een dergelijk juridisch vangnet.

Orgaanverkoop leidt bovendien niet noodzakelijk tot exploitatie. Wanneer de prijs hoog genoeg is, kan een donor de bewuste keuze voor het sluiten van deze overeenkomst maken (Wilkinson 1996: 335; Radcliffe-Richards 2006: 1950-1952). Tot slot blijven andere activiteiten die eveneens exploitatie in de hand werken ook bestaan. Gedacht kan worden aan prostitutie. “*On ne voit pas pourquoi il faudrait interdire à un pauvre de s’enrichir de cette manière alors que l’on accepte que les femmes prostituent leur sexe ou, pire encore, que certains individus pauvres prennent des risques énormes dans les mines ou dans certaines métiers très dangereux*” (Lemennicier 1991 : 119). Exploitatie is overkomelijk. De verkoper kan worden beschermd via de juiste regulering. Net zoals de Welzijnswet⁵ aan de werkgever een aantal vereisten oplegt om zo de exploitatie van de werknemer tegen te gaan, kan de verkoper beschermd worden door een soortgelijke regulering.

3.4. *Gevaar voor de gezondheid van de donor*

De voornaamste gezondheidsrisico’s voor de donor/verkoper zijn die welke gelinkt zijn aan de transplantatie. Men vreest dat de gezondheid van de donor/verkoper in gevaar zou komen, nadat een orgaan werd afgestaan (Goyal 2002, 1589-93). Aangezien ervan wordt uitgegaan dat vooral het armere deel van de bevolking zal overgaan tot orgaandonatie tegen betaling, is men ook van oordeel dat deze omstandigheid een verhoogd risico meebrengt. Gezondheid wordt immers gekoppeld aan armoede. De meest kwetsbaren onder ons leven vaak in miserabele omstandigheden, wat een negatief effect heeft op hun gezondheid (Radcliffe-Richards 1998: 1951).

De voorstanders van orgaanverkoop weerleggen dit argument eerst en vooral door op te werpen dat de hoeveelheid pijn, evenals het risico voor elke donor hetzelfde zijn, of hij nu wordt betaald of niet. Het enkele feit dat men in het ene geval ook is gedreven door financiële overwegingen en in het andere geval door ‘puur’ altruïsme, maakt het risico noch de pijn plots aanvaardbaar of onaanvaardbaar (Jackson 2006: 747). Het risico voor

⁵ Wet 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, B.S. 18 september 1996, 24309.

de donor bij de transplantatie is bovendien relatief klein (Erin 2003: 137). Op lange termijn is zijn gezondheidstoestand daarenboven vaak beter dan die van niet-donoren. Dit is te verklaren door het feit dat men enkel van gezonde personen aanvaardt dat ze doneren (Fehrman-Ekholm 1997: 976-978).

Het loutere feit dat de patiënt zichzelf schade berokkent is niet voldoende om het zelfbeschikkingsrecht te beperken. Zo wordt wel toegestaan dat mensen een levensreddende behandeling weigeren (artikel 8 §4 Wet Patiëntenrechten). In dat geval neemt de patiënt ook een beslissing die schadelijk is voor hemzelf. Waarom mag dezelfde patiënt dan niet beslissen om iemand anders te helpen via de donatie/verkoop van een orgaan. Waarom moet men hier wel paternalistisch optreden (Jackson 2006: 746)?

Daarnaast wordt beweerd dat het litteken dat de transplantatieoperatie met zich meebrengt, een brandmerk is dat de donor overall achtervolgt en stigmatiseert (Rothman 2006: 1526). Het probleem met dit argument is dat het litteken van de receptor identiek is. Wanneer je op het strand dus iemand zou tegenkomen met een dergelijk litteken, is dus niet met zekerheid uit te maken of deze persoon zijn orgaan heeft verkocht. Dit litteken is bovendien niet zo groot meer. Vandaag de dag wordt de refretomie laparoscopisch verricht, zodat het litteken miniem is.

3.5. *Een marktsysteem institutionaliseert de ongelijkheid tussen arm en rijk*

Een andere reden voor het behoud van een commercialiseringverbod is de vrees dat de introductie van een marktsysteem de sociale ongelijkheid zal vergroten. Het zullen de armsten en de zwaksten uit onze samenleving zijn die hun organen zullen verkopen (Jackson 2006: 247). Het zullen de kapitaalkrachtigen zijn die er de vruchten van plukken. Zij bepalen bij schaarste de marktprijs, waardoor de verdeling van organen niet meer zal plaatsvinden op basis van noodzaak, maar op basis van financiële draagkracht. De hoogste bieder zal het orgaan in ontvangst nemen, waardoor niet iedereen op gelijke wijze toegang zal hebben tot organen. Om die reden moet men paternalistisch optreden. De zwaksten in de samenleving hebben immers behoefte aan bescherming (Radcliffe-Richards 1998: 1951; Mason 1991: 305; Herring 2006: 388).

Bovenstaande redenering stuit echter op drie problemen. Ten eerste rijst de vraag of de huidige situatie niet in grotere mate de ongelijkheid tussen arm en rijk in stand houdt. Vandaag de dag kunnen degenen die rijk genoeg zijn een reis boeken naar India en daar een orgaan kopen. De zwarte markt bestaat al, en is er voor de rijken. Daarnaast hebben degenen met een uitgebreid sociaal netwerk of met een grote familie ook een streepje voor. Zij hebben in het huidige systeem een grotere kans op een orgaan van een levende donor dan anderen (Van Dijk 2007: 35).

Ten tweede zou de financiële tegemoetkoming door de donor/verkoper gebruikt kunnen worden om zich op economisch en persoonlijk vlak verder te ontwikkelen (Cherry 2005: 84). Hij kan er zijn opleiding mee financieren, hij kan het (al dan niet kleine) kapitaal aanwenden om een verzekering te kopen (Radcliffe-Richards 1998: 1951; Jackson 2006: 747).

Ten derde zou het toestaan van de handel in organen tot een stijging in het aantal organen leiden. Ook voor de armen zal de voorraad stijgen en zullen de wachtlijsten korter

worden (Ghods 'Governed financial incentives as an alternative to altruistic organ donation' 2004: 225).

4. Argumenten voor de commercialisering van organen

4.1. Een marktsysteem zorgt voor een win-winsituatie

Sommigen menen dat er in een marktsysteem alleen maar winnaars zullen zijn. Zowel de donor (4.4.1), de receptor (4.4.2) als de samenleving (4.4.3) zouden in een betere situatie terechtkomen als het verbod op commercialisering zou worden opgeheven.

4.1.1. Een economisch voordeel voor de donor en zijn familie

Er is veel hypocrisie wanneer men het heeft over de koop-verkoop van organen. Iedereen wordt betaald behalve de donor zelf. De patiënt krijgt een orgaan en verhoogt zo zijn levenskwaliteit. Het medische team en het ziekenhuis verdienen geld met de transactie en worden beloond voor hun inspanning. "Legislating that donors may only transfer organs as a gift does not thereby reduce the value of such organs to zero. Rather it straightforwardly transfers the significant value of the organ from the donor to other parties involved in the transaction" (Cherry 2005: 84).

Iedereen die betrokken is bij de transplantatie pikt in een of andere zin een graantje mee, behalve de donor. Van hem wordt verwacht dat hij zich tevreden stelt met de wetenschap dat hij iets goeds, een heldendaad, voor zijn medemens heeft gedaan. Nochtans heeft ook de donor zich in grote mate ingespannen en heeft hij uiteraard verwondingen. Voor de donor kan een extra vergoeding welkom zijn (De Cruz 2001: 273; Erin 2003: 137).

Tegenstanders van een dergelijke vergoeding vinden deze redenering ongenueanceerd. Hoewel het juist is dat de donor op korte termijn er financieel beter voor zal staan, kan er bezwaarlijk worden beweerd dat de donor een goede zaak doet. Het bedrag dat de donor/verkoper in landen zoals Iran, Irak, en India ontvangt, is te klein om zijn financiële situatie op lange termijn te veranderen. Bovendien blijkt dat dit geld bijzonder snel is uitgegeven. Hij wint dus niets indien hij financieel zou worden gecompenseerd (Goyal 2002: 1589-1593).

4.1.2. Een voordeel voor de receptor

Het tekort aan organen zorgt voor lange wachtlijsten. Hier lijden de patiënten onder en soms komt een donatie zelfs te laat (Slabbert 2006: 863).

Een patiënt die een orgaan heeft gekregen van een levende donor, kan betere resultaten verwachten dan een patiënt die een orgaan van een overleden donor heeft ontvangen. Aangezien er meer organen ter beschikking zijn, is het ten eerste gemakkelijker om snel

een compatibel orgaan te vinden (Friedlaender 2002: 972). Daarnaast is het voor de patiënt niet steeds gemakkelijk om aan zijn familie te vragen om een orgaan te doneren. Er kunnen schuldgevoelens ontstaan ten aanzien van het familielid dat bereid is een orgaan te doneren. Een markt in organen zou het aantal organen doen stijgen, waardoor men een geschikte donor niet langer binnen de familie moet zoeken (Slabbert 2006: 862). Er is dus, naast een fysiek voordeel, ook een moreel voordeel voor de receptor.

4.1.3. *Een economisch voordeel voor de samenleving*

Ook voor de samenleving zelf brengt de markt van organen voordelen mee. Een niertransplantatie is bijvoorbeeld goedkoper dan een chronische dialysebehandeling (Jackson 2005: 81). De tarieven zullen logischerwijze hoog genoeg moeten zijn om donoren aan te trekken, maar toch is men ervan overtuigd dat het resultaat een besparing voor de Staat zal zijn (Erin 2003: 137). De belastingbetaler heeft dus belang bij een markt in organen. Bovendien zullen veel voormalige patiënten hun werk kunnen hervatten en dus opnieuw belastingen kunnen betalen, wat zelfs leidt tot meer inkomsten voor de Staat (Friedman 2006: 746).

5. Het Iraans Model

Wat deze theoretische discussie bijzonder interessant maakt, is dat er een land is dat de gereglementeerde markt in nieren geïntroduceerd heeft, waardoor op 10 jaar tijd de wachtlijst werd weggewerkt (Ghods 2004b: 11). De theoretische voor- en nadelen kunnen aldus aan de werkelijkheid worden getoetst. De situatie in Iran wordt meestal aangevoerd als argument tegen het introduceren van een gereglementeerde markt in organen. Zo zijn er een aantal fundamentele problemen in het systeem (Zargooshi, 2001a: 386-392; Zargooshi 2001b: 1790-1799).

Het eerste en belangrijkste probleem situeert zich op het vergoedingsniveau van de donor, dat zich op twee niveaus afspeelt. Ten eerste krijgt de donor via de Charity Foundation of Special Diseases (hierna CFSD) een vergoeding van de Staat. Via deze organisatie komt de vergoeding van de overheid bij de donor terecht (Larijani 'Rewarded gift for living renal donors', 2004: 2539-2542; Larijani 'Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran', 2004: 1241-1244). Deze bestaat uit alle medische kosten, een ziekteverzekering plus ongeveer 1200 dollar.⁶ Daarnaast worden immunosuppressieve geneesmiddelen aan voordelige prijzen aangeboden. Voor wie desondanks nog steeds financiële moeilijkheden heeft om de nazorg te betalen, kan rekenen op hulp van liefdadigheidsinstellingen (Ghods 2004b: 11-13; Ghods 2004a: 223).

In het merendeel van de gevallen wordt de verkoper ook nog eens gecompenseerd door de receptor zelf, of wanneer de receptor te arm is, door een liefdadigheidsinstelling. Dit is het tweede niveau van vergoeding. Tussen de donor en de receptor ontstaat aldus

⁶ Deze prijs ligt boven de prijs die men op de zwarte markt voor zijn orgaan zou kunnen krijgen (Whitehead 2008, 18-32).

preoperatief een contact op basis waarvan de donor postoperatief een extra compensatie krijgt.

Noch de overheid, noch de CFSD, noch een liefdadigheidsinstelling zoals de CAKPA, hebben enige controle op het verloop van deze relatie. Vele van de beloften die de receptor preoperatief maakt, worden postoperatief niet ingelost. Situaties waarbij receptoren valse adressen en telefoonnummers aan de verkopers geven uit vrees dat deze hen postoperatief blijven opzoeken, zijn niet abnormaal. Dit heeft tot gevolg dat donoren zich misbruikt en bedrogen voelen (Zargooshi 2001a: 388). In Iran gaan daarom stemmen op om de betaling volledig via de overheid te laten gebeuren en elk contact tussen donor en receptor te verbieden. Er zou een centrale instelling komen die alle vergoedingen, zowel van de overheid als van liefdadigheidsinstellingen, in ontvangst neemt en uitbetaalt aan de verkoper (Ghods 2006: 1141; Ghods 2004a: 223).

Het tweede probleem ligt in de mogelijkheid voor de donor om terug te komen op zijn beslissing om te doneren. Indien de verkoper positief wordt geëvalueerd en is geselecteerd, komt hij op de donorlijst terecht. Eens de verkoper op deze lijst staat, is het voor hem niet meer eenvoudig om op zijn beslissing terug te komen. Zo wordt er soms verwacht dat hij de kosten van de preoperatieve evaluatie bekostigt. Deze worden dan na de transplantatieoperatie terugbetaald door de receptor. Wanneer de verkoper zich echter bedenkt en niet meer met de transplantatie doorgaat, kan hij deze som geld niet meer verhalen (Zargooshi, 2001a: 387).

Ten derde blijken de orgaanverkopers ook op sociaal vlak kop van jut. Ze geraken sociaal geïsoleerd en voelen zich vernederd en getraumatiseerd door hun operatie. De term 'orgaanverkoper' is ook een scheldwoord in Iran, waardoor velen hun operatie proberen te verbergen voor de buitenwereld en zelfs voor hun naaste familie. Sommige orgaanverkopers hadden postoperatief klachten, zoals hoofdpijn en buikpijn. Deze psychogene klachten ontstaan doordat de donoren zich misbruikt en geïsoleerd voelen.

Medische diensten blijken ook allesbehalve toegankelijk. De ziekteverzekering die ze ontvangen van de Staat voldoet niet, aangezien 79% van de verkopers verklaart dat ze medisch niet werd opgevolgd, omdat ze daarvoor de middelen niet hadden (Zargooshi 2001a: 386-392; Zargooshi 2001b: 1790-1799).

Ten vierde heeft een studie aangetoond dat, hoewel de socio-economische samenstelling van de verkopersgroep en de receptorengroep gelijkaardig is, de rijke receptoren toch een streepje voor hebben. Wie rijk is, kan de orgaanverkoper een groter extraatje geven, en zal dan ook sneller een kandidaat kunnen overtuigen (Ghods 2001: 2626-2627; Roozbeh 2008: 286-290; Zargooshi 2001a: 386-392; Zargooshi 2001b: 1790-1799.).

Uit wat voorgaat blijkt dat het Iraanse systeem nog verre van perfect is. De gereglementeerde markt in Iran toont aan dat een aantal van de bezwaren uit deel 2 zeker gegrond zijn, maar laat zien dat de oorzaak van deze problemen is te vinden in de regulering zelf. De donor/verkoper krijgt preoperatief blijkbaar niet voldoende informatie. De postoperatieve verzorging laat ook te wensen over. Een aantal van deze problemen in Iran is niet te ontkennen, maar het is mogelijk om deze problemen aan te pakken zonder dat de gereglementeerde markt moet worden afgeschaft. Tenslotte mag niet vergeten worden dat door deze regulering de zwarte markt in Iran volledig is verdwenen (Whitehead, 2008: 25).

Ten eerste zou elk contact tussen de donor en de receptor moeten worden vermeden. In het huidige systeem wordt er van de receptor verwacht dat hij naast de vergoeding die de overheid betaalt, ook zelf een vergoeding betaalt aan de donor. Loze beloften zorgen voor de nodige spanningen na de operatie. Om die reden stelt een auteur voor om de beloning volledig door de overheid of door een liefdadigheidsinstelling te laten betalen (Ghods, 2004a: 223).

Bovendien moet de gezondheidszorg beter toegankelijk zijn. Vele dialysepatiënten en donoren trekken na hun operatie terug naar het platteland, waar de nazorg eerder beperkt is (Larijani 'Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran', 2004: 1244).

Tot slot moet de donor/verkoper steeds de mogelijkheid hebben om zich van de donorlijst te laten verwijderen, zonder dat hij/zij daar de financiële gevolgen van moet dragen.

6. De gereglementeerde markt

6.1. *De basisprincipes van de gereglementeerde markt*

Het belangrijkste dat men kan leren uit de situatie in Iran is dat er geen rechtstreekse verkoop tussen donor/verkoper en receptor mag plaatsvinden. Wel zal een monopsonist worden geïnstalleerd, waardoor er één instelling is die alle organen opkoopt. De financiering hiervoor kan zowel van een overheidsinstelling komen als van een verzekeraar. De organen komen op een gemeenschappelijke plaats samen, waarna een instelling beslist aan wie de organen toekomen. De vrije markt van vraag en aanbod speelt niet. Men laat de organen toekomen aan diegene die het op dat moment het hardst nodig heeft. Wie die persoon is, zal op basis van medische criteria worden vastgelegd. Dit is momenteel al het geval voor orgaandonatie. Eurotransplant zorgt voor de eerlijke distributie van organen op basis van medische criteria (Friedman 2006: 962; Erin 2003, 137-138; Matas 2006, 1129; Van Dijk 2007: 39; Schlitt 2002: 906).

De anonimiteit van de donor/verkoper en van de receptor moet dus uiteraard worden beschermd (Ghods 2004a: 223). Onlangs was er in België een wetsvoorstel⁷ dat deze anonimiteit wilde opheffen. Gelukkig heeft dit wetsvoorstel het niet gehaald. Zoals immers is gebleken, is de anonimiteit van de donor evenals die van de receptor essentieel binnen een gereglementeerde markt. Momenteel wordt in België alleen de anonimiteit van de overleden donor gegarandeerd via artikel 14 Wet Orgaantransplantatie. Misschien kan men dit artikel uitbreiden tot levende donatie of kan de wetgever een artikel 9bis invoegen waardoor de anonimiteit van de levende donor wordt beschermd.

De markt zou maar een beperkt geografisch gebied beslaan. Zo zou ze bijvoorbeeld beperkt kunnen worden tot België, tot de Europese Unie, of tot de lidstaten van Eurotransplant (Erin 2003, 137-138). Niet alle landen komen bovendien in aanmerking voor het invoeren van een gereglementeerde markt. Binnen het land of binnen dat gebied

⁷ Wetsvoorstel tot wijziging van artikel 14 van de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen, met betrekking tot de anonimiteit van orgaandonatie, <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=3&NR=1992&VOLGNR=1&LANG=nl>.

moet er de mogelijkheid zijn om een zeer kwaliteitsvolle gezondheidszorg en nazorg aan te bieden, die bovendien toegankelijk is (Matas 2006, 1129).

Het meest strikte voorstel is dat de organen enkel kunnen worden gekocht door wie de nationaliteit heeft van het land/gebied waarbinnen de gereglementeerde markt bestaat. Zowel de donor als de receptor zullen gedurende een bepaalde periode legaal in het land/gebied moeten verblijven voordat ze een orgaan kunnen doneren of ontvangen (Ghods 2004a: 223). Ten aanzien van familieleden van mensen die aan bovenvermelde voorwaarden voldoen, kan er echter soepeler worden opgetreden. Zij kunnen eveneens aanspraak maken op een systeem van de gereglementeerde markt, ook al hebben ze hun woonplaats niet in het geografisch gebied. Medisch toerisme wordt zo vermeden, evenals de uitbuiting van illegalen, die vanuit derdewereldlanden naar België zouden komen of zouden worden gebracht in de hoop op een mooie vergoeding (Friedman 2006: 747).

6.2. *Welke beloning kan er worden geboden?*

Het uitwerken van een gereglementeerde markt gaat gepaard met het reflecteren over de vorm van betaling die de overheid aan de donor zal geven. Opvallend is dat de tegenstanders (Delmonico 2002: 2002-2005) van de commercialisering van organen en dus ook van een gereglementeerde markt in organen, toch aanvaarden dat de donor een extra vergoeding krijgt naast een onkostenvergoeding. Dit laatste wijst echter ook op een vorm van commercialisering. In plaats van het woord betaling te gebruiken, wordt dan het woord beloning gehanteerd. Dit woord spreekt de waardering uit. De boodschap die wordt uitgedragen is dat de maatschappij het zeer op prijs stelt wanneer mensen een orgaan doneren (Van Dijk 2007: 15).

6.2.1. *Men kan een orgaan een financiële waarde geven*

Organen zouden een prijs kunnen krijgen. Deze prijzen kunnen worden vastgelegd door de overheid (Cherry 2005, 91). Over de hoogte van de vergoeding bestaat echter controverse.

Sommigen stellen voor om te kijken naar wat de overheid bespaart en wint bij een orgaantransplantatie. Enerzijds vallen bij een niertransplantatie de kosten van dialyse weg. Anderzijds kan de receptor weer gaan werken en heeft hij opnieuw een kwaliteitsvol leven. Na de nodige berekeningen stelt Matas (2006: 216) voor om de donor meer dan 90.000 dollar te betalen. Zonder rekening te houden met de jaren die de receptor wint, bespaart de overheid 94 579 dollar. Wanneer men wel rekening houdt met de jaren die de receptor wint, bespaart de overheid 269 319 dollar. Hoitsma stelt een bedrag van 50 000 euro voor. De Wit berekende dat een transplantatie de overheid ongeveer 48 000 euro per gewonnen levensjaar bespaart (Hoitsma en De Wit zoals weergegeven in Van Dijk 2007, 34). Zelfs met zo'n hoge bedragen zou de transactie nog steeds kostenbesparend zijn voor de overheid.

Anderen willen dan weer een bedrag dat aan de ene kant net hoog genoeg is om donoren/verkopers aan te trekken, maar aan de andere kant niet te hoog is, omdat men dan vreest dat de doorslaggevende reden voor donatie de vergoeding zal zijn. De vergoeding wordt dan meer als een extraatje gezien, in plaats van als een echte prijs voor de bijdrage

(American Medical Association 1995: 587). De vraag is echter of de voorraad organen bij een relatief kleine en symbolische beloning zal stijgen (Van Dijk 2007: 42-43).

6.2.2. *Belastingsvoordelen*

In plaats van de donor rechtstreeks geld te geven, zou een belastingsvoordeel kunnen worden toegekend. Zo kan worden gedacht aan de mogelijkheid om de waarde van het orgaan als aftrekpost van de inkomstenbelasting in aanmerking te nemen of om de familie van de overleden donor een korting op de successierechten geven. De donor wordt op deze wijze gecompenseerd, zonder dat de Staat vooraf geld moet vrijmaken om de donor te betalen. Er zal dus geen stijging in de socialezekerheidskosten zijn, wel moet de Staat er uiteraard rekening mee houden dat er minder belastingsinkomsten zullen zijn (Cherry 2005: 77; Novelli 2007: 1743-1745).

6.2.3. *Organ Vouchers*

Er wordt soms voorgesteld om te werken met zogenaamde ‘organ vouchers’. Dit zijn bonnen die de donor zou ontvangen wanneer hij een orgaan afstaat voor donatie. Met deze bonnen kan de donor later medische diensten betalen die hij zelf nodig heeft of die anderen nodig zullen hebben. Het zou dus perfect mogelijk zijn om deze bonnen af te staan aan een ander (Cherry 2005: 77).

6.2.4. *Een gratis (hospitalisatie- en invaliditeits)verzekering*

Vanuit verschillende hoeken en ook door de tegenstanders van de commercialisering van organen, wordt voorgesteld om de donor/verkoper een levenslange vrijstelling van premies voor de ziektekostenverzekering aan te bieden (Delmonico 2002: 2002-2005; Matas 2003: 219; Van Dijk 2007: 43; Monaco 2006: 955-957). Aangezien de selectieprocedure ervoor zorgt dat alleen de meest gezonde personen in aanmerking komen om een orgaan te doneren, zal deze verzekering niet teveel kosten meebrengen (Matas 2003: 219). Deze optie wordt dan ook gezien als “een aantrekkelijk alternatief” dat “spoort met het doel van donaties (ziekte voorkomen, gezondheid bevorderen, kosten besparen) en (...) bovendien een duidelijke relatie (legt) tussen het eigen handelen (een donatie) en de winst die dit oplevert voor de maatschappij als geheel en de ziektekostenverzekeraar in het bijzonder” (Van Dijk 2007: 43). Op die manier is het minder waarschijnlijk dat mensen in armoede of met grote schulden ervoor zullen kiezen om een orgaan te doneren. Tot slot heeft een Nederlands onderzoek uitgewezen dat de bevolking deze vorm van vergoeding wel steunt (Van Dijk 2007: 43).

6.2.5. *The Donor Medal of Honor*

De donor zou ook kunnen worden beloond met een gouden medaille ter waarde van 10 000 dollar. Deze medaille zou een belangrijke financiële waarde hebben, maar zou daarnaast ook gewoon kunnen worden bewaard als herinnering. De donor kan dus zelf beslissen hoe hij de orgaandonatie ziet. Opnieuw zijn de tegenstanders van de commercialisering van organen wel te vinden voor deze vorm van vergoeding (Matas 2006: 1131; Delmonico 2002: 2002-2005; Terasaki 2005: 1167).

6.2.6. *Andere vormen van tegemoetkoming*

Wanneer het niet mogelijk is om een orgaan direct te doneren aan een familielid, zou men kunnen toestaan dat men in ruil voor het donoren van een orgaan ervoor kan zorgen dat het familielid hoger op de wachtlijst wordt geplaatst (Novelli 2007:1743-1745).

Ook paired kidney exchange krijgt in België steeds meer aandacht. Bij paired kidney exchange heeft men twee koppels (receptor A en donor A; receptor B en donor B) waarbij de ene aan de andere wil doneren, maar het niet kan omdat hij/zij niet compatibel is met de zieke geliefde. Er wordt dan een ruil afgesproken. Donor A doneert aan receptor B als donor B aan receptor A doneert (Blum 2005).⁸ Momenteel is er een protocol ingediend om dit te regelen. Het concreet regelen van deze uitwisseling is niet gemakkelijk in een land als België met een belangrijke taalbarrière. Het lijkt dan ook niet opportuun om de Franstalige donor naar de Nederlandstalige receptor in een Nederlandstalig ziekenhuis te laten reizen. Daarom wordt binnen België dan ook voorgesteld om het orgaan (meestal de nier) te laten reizen.⁹

6.2.7. *Besluit*

Het is opmerkelijk dat sommige tegenstanders van een gereglementeerde markt, zoals DELMONICO, hun houding wijzigen wanneer de donor in de plaats van een geldsom een verzekering of een andere vorm van prestatie in natura krijgt. Ook hier is er echter sprake van commercialisering. Plots is het niet langer in strijd met de openbare orde of goede zeden om de donor meer te geven dan een zuivere onkostenvergoeding. De reden hiervoor is terug te vinden in de omstandigheid dat deze tegenstanders van een gereglementeerde markt wel van mening zijn dat er een morele en sociale verplichting is om de donor iets extra te geven. Om dit te verantwoorden wordt verwezen naar de situatie waarbij iemand is uitgenodigd om te eten bij een vriend. Hoewel het geen sociale verplichting is deze vriend een geldsom te geven voor de moeite die hij in het bereiden van het diner heeft gestoken, wordt er wel verwacht dat er iets wordt meegenomen (Delmonico 2002: 2002-2005). Het zijn symbolische handelingen die juridisch kunnen worden

⁸ Voor een Nederlands geval zie tevens website: <http://www.gezondheid.nl/nieuwsartikel.php?nieuwsartikelID=739>

⁹ Informatie verkregen via een persoonlijke communicatie met Prof. Dr. Ysebaert.

gekwalficeerd als natuurlijke verbintenissen. Er is een sociale en morele verplichting van de overheid om iets te geven. Wanneer men nu van oordeel zou zijn dat die morele verbintenis objectief en algemeen aanvaard is door de gemeenschap, kan er sprake zijn van een natuurlijke verbintenis (Cauffman 2005: 6). Vanaf het moment dat de overheid belooft om aan deze natuurlijke verbintenis te voldoen, is deze omgezet in een juridische verbintenis en afdwingbaar (Van Gerven 2006: 267-269). Via deze weg kan de donor nog wel een beloning voor zijn inspanningen krijgen.

7. Conclusie

In België is het voor de donor onmogelijk om zijn orgaan te verkopen aan de receptor (artikel 4 Wet Orgaantransplantatie en artikel 17, §3 Wet Orgaantransplantatie). Uit het bovenstaande blijkt echter dat er principieel geen grote bezwaren zijn tegen de verkoop van organen binnen een gereguleerde markt. Op elk van de bezwaren geuit door de tegenstanders van de markt in organen, kan een antwoord worden gegeven door de voorstanders van deze markt. De tegenstanders van een markt in organen kunnen van de situatie in Iran gretig gebruik maken om aan te tonen dat een gereguleerde markt meer nadelen dan voordelen meebrengt. Toch is gebleken dat de problemen die er in Iran zijn, vooral worden ingegeven door de reglementering zelf. De juiste reglementering zou deze nadelen kunnen opheffen. De vraag is echter of de Belgische samenleving nu al klaar is voor een dergelijke wijziging.

Een oplossing die minder controverser zal doen ontstaan en die bovendien door de voorstanders van een commercialiseringsverbod wordt aanvaard, is de erkenning van een natuurlijke verbintenis van de overheid om de donor een extraatje te geven. Uit de bespreking in deel 5 blijkt dat de tegenstanders van een marktsysteem wel vinden dat er een sociale verplichting bestaat ten aanzien van de donor. Misschien hoeft er dus geen verkoop plaats te vinden en kan men deze verbintenis, deze sociale en morele verplichting van de overheid, beter kwalificeren als een natuurlijke verbintenis, tenminste indien er in onze samenleving een sociale verplichting is om iets te doen voor een orgaan-donor. Via deze eenzijdige rechtshandeling die impliciet of expliciet de erkenning inhoudt van het bestaan van een schuld en de betaling daarvan beoogt (Van Gerven 2006: 267-269), is het m.i. perfect mogelijk om een bijkomende vergoeding of beloning te geven aan een donor van ongeveer 2000 euro en een levenslange hospitalisatie- en invaliditeitsverzekering. Zo is het bedrag net hoog genoeg om erkentelijk te zijn voor de inspanning van de donor (een te klein bedrag zou zijn daad banaliseren), maar is het niet hoog genoeg om sociale wroef of jaloezie te doen ontstaan (zoals in Iran het geval is, denk maar aan het feit dat ‘orgaanverkoper’ een scheldwoord is geworden).

Literatuur

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1995) ‘Financial incentives for organ procurement. Ethical aspects of future contracts for cadaveric donors’, *Archives of Internal Medicine*, 581-586.

- BJÖRKMAN, B. & HANSSON, S.O. (2006) 'Bodily rights and property rights', *Journal of Medical Ethics*, 209-214.
- BLUM, K. (2005) "John Hopkins Surgeons Perform world's first 'Triple Swap' kidney transplant operation", http://www.hopkinsmedicine.org/Press_releases/2005/04_19b_05.html.
- BOONE, I. (1996) 'Het wegnemen en transplanteren van organen volgens het Belgische recht', *Tijdschrift voor Privaatrecht*, 91-128.
- BRECHER, B. (1990) 'The kidney trade: or, the consumer is always wrong', *Journal of Medical Ethics*, 120-123.
- CAUFFMAN, C. (2005) 'De natuurlijke verbintenis' in DIRIX E. en VAN OEVELEN A. (eds.), *Bijzondere overeenkomsten. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtsleer en rechtspraak*, Kluwer, Leuven.
- CHERRY, M. (2005) *Kidney for sale by owner*, Georgetown University Press, Washington D.C.
- DANOVITCH, G.M., LEICHTMAN, A.B. (2006) 'Kidney vending: the Trojan horse of organ transplantation', *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1133-1135.
- DE CRUZ, P. (2001) *Comparative Healthcare Law*, Cavendish Publishing Limited, London.
- DELMONICO, F.L., SCHEPERS-HUGHES, N., SIMINOFF, L.A., KHAN, J. & YOUNGER, S.J. (2002) 'Ethical incentives- non payment- for organ donation', *New England Journal of Medicine*, 2002-2005.
- DIJON, X. (2006) 'Vers un commerce du corps humain', *Journal des Tribunaux*, 501-504.
- DREESEN, W. (1984-85) 'Orgaantransplantatie en mensenrechten', *Jura Falconis 1984-85*, 500-526.
- ERIN, C. and HARRIS, J. (2003) 'An ethical market in human organs', *Journal of Medical Ethics*, 137-138.
- FEHRMAN-EKHOLM, I., ELINDER, C.-G., STENBECK, M., TYDEN, G. & GROTH, C.-G. (1997) 'Kidney donors live longer', *Clinical Transplantation*, 976-978.
- FRIEDLAENDER, M.M. (2002) 'The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients?', *The Lancet*, 971-973.
- FRIEDMAN, A.L. (2006) 'Payment for living organ donation should be legalised', *British Medical Journal*, 746-748.
- FRIEDMAN, E.A. en FRIEDMAN, A.L. (2006) 'Payment for donor kidneys: Pro's and Con's', *Kidney International*, 960-962.

- GHODS, A.J., OSSAREH, S. & KHOSRAVANI, P. (2001) 'Comparison of some socioeconomic characteristics of donors and receipts in a controlled living unrelated donor renal transplantation program', *Transplantation Procedure*, 2626-2627.
- GHODS, A.J. (2004) 'Governed financial incentives as an alternative to altruistic organ donation', *Experimental and Clinical Transplantation*, 221-228.
- GHODS, A.J. (2004) 'Changing ethics in renal transplantation: presentation of Iran Model', *Transplantation Procedure*, 11-13.
- GHODS, A.J. en SAVAJ, S. (2006) 'Iranian Model of paid and regulated living-unrelated kidney donation', *Clinical Journal of the American Association of Nephrology*, 1136-1145.
- GOOLAM, N.M.I. (2000) 'Human organ transplantation. Multicultural Ethical perspectives', In 13de Wereldcongres Medisch recht.
- GOYAL, M., MEHTA, R., SCHNEIDERMAN, L., SEMGAL, A. (2002) 'Economic and health consequences of selling a kidney in India', *Journal of the American Medical Association*, 1589-93.
- HARVEY, J. (1990) 'Paying donors for kidneys', *Journal of Medical Ethics*, 117-119.
- HERRING, J. (2006) *Medical Law and ethics*, Oxford University Press, Oxford.
- JACKSON, E. (2006) *Medical Law. Text, cases, materials*, Oxford University Press, Oxford.
- JANSSEN, R.P.S. (1985) 'Sperm and ova as property', *Journal of Medical Ethics*, 123-126.
- KISHORE, R.R. (2005) 'Human organs, scarcities, and sale: morality revisited', *Journal of Medical Ethics*, 362-365.
- KRUIHOF, R. (1985-86) 'Leven en dood van het contract', *Rechtskundig Weekblad*, 2763-2765.
- LEENEN, H.J.J. (1978) 'Recht op eigen lichaam', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1-8.
- LEENEN, H.J.J. (1994) *Handboek gezondheidsrecht*, Tjeenk Willink, Alphen aan den Rijn.
- LEMENNICIER, B., (1991) "Le corps humain: propriété de l'état ou propriété de soi" in RAILS, S., ALLAND, D., BEAUD, O. & CAYLA, O. (eds.), *Droit Revue française de théorie juridique. Biologie, personne et droit*, Bréchamps, PUF, 112-113.
- MAEIJER, J. (1969) 'Transplanteren van organen en het privaatrecht', *Tijdschrift voor Privaatrecht*, 153-166.
- MASON, J.K., McCALL SMITH R.A. (1991) *Law and medical ethics*, Buttersworths, Londen.
- MATAS, A.J. (2006) 'Why we should develop a regulated system of kidney sales: a call for action', *American Society of Nephrology*, 1129-1132.

- MATTHIJS, J. (1971-72) 'Bedenkingen ten behoeve van een transplantatiewet', *Rechtskundig Weekblad*, 161-184.
- MILLER, R.D. en HYG, M.S. (2006) *Problems in health care law*, Jones and Bartlett Publishers, Boston, 751-754.
- MONACO, A.P. (2006) 'Rewards for organ donation: the time has come', *Kidney International*, 955-957.
- NOVELLI, G., ROSSI, M., POLI, L., MORABITO, V., FERRETTI, S., BUSSOTTI, A., NUDO, F., MENNINI, G., ANTONELLIS, F., & BERLOCO, P.B. (2007) 'Is legalizing the organ market possible', *Transplant Procedure*, 1743-1745.
- NYS, H. (1983-84) 'Eigendomsrecht in het Medische recht', *Rechtskundig Weekblad*, 2357-2374.
- RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK (1999) Advies betreffende het wegnemen van organen en weefsels bij gezonde levende personen, met het oog op transplantatie, 20 december 1999, nr. 11.
- RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK (2007) Advies betreffende de problematiek van menselijke lichaamsdelen, 10 december 2007, nr. 43.
- RADCLIFFE-RICHARDS, J., DAAR, A.S., GUTTMANN, R.D., HOFFENBERG, R., KENNEDY, J., LOCK, M., SELLS, R.A., TILNEY, N. (1998) 'The case for allowing kidney sales', *The Lancet*, 1950-1952.
- REYNAERT, P. (1996) 'Het subject en zijn lichaam' in VELAERS, J. (ed.) (1996) *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood*, Maklu, Antwerpen.
- RIGEAUX, R. (1969) 'Groote Schuur: Décembre 1967', *Journal des Tribunaux*, 454-456.
- ROOZBEH, J., JALAEIAN, H., BANIHASHEMI, M.A. e.a. (2008) 'The socioeconomic status of 100 renal transplant recipients in Shiraz', *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 286-290.
- ROTHMAN, S.M. en ROTHMAN, D.J. (2006) 'The hidden cost of organ sale', *American Journal of Transplantation*, 1524-1528.
- SCHLITT, H.J. (2002) 'Paid non-related living organ donation: Horn of Plenty or Pandora's box?', *The Lancet*, 906.
- SLABBERT, M. (2006) 'Commercialisation of human organs for transplantation purposes: a South African proposal' in *book of proceedings 16th World Congress Medical Law* (2006), Toulouse.
- STAUCH, H., WEAT, K., TINGLE, J. (2006) *Text, cases and materials in medical law*, Routledge Cavendish, Oxon.
- TAYLOR, J.S. (2006) 'Black markets, transplant kidneys, and interpersonal coercion', *Journal of Medical Ethics*, 698-701.

- TERASAKI, P. (2005) 'A congressional gold medal for transplant donors and families', *American Journal of Transplantation*, 1167.
- VAN DIJK, G. en HILHORST, M.T. (2007) *Financiële stimulering van orgaandonatie. Een ethische verkenning*, Centrum voor ethiek en gezondheid, Den Haag.
- VAN GERVEN, W. (2006) *Verbintenissenrecht*, Acco, Leuven.
- VAN NESTE, F. (1991-92) 'Het zelfbeschikkingsrecht – een kritische studie', *Rechtskundig Weekblad*, 689-699.
- WILKINSON, S. en GARRARD, E. (1996) 'Bodily integrity and the sale of human organs', *Journal of Medical Ethics*, 334-339.
- WILKINSON, S. (2000) 'Commodification arguments for the legal prohibition of organ sale', *Health Care Analyses*, 195.
- WHITEHEAD, J. (2008) 'The harvest: human organs and human security', *Human Security Journal*, 18-32.
- ZARGOOSHI, J. (2001) 'Iranian kidney donors: motivations and relations with recipients', *Journal of Urology*, 386-392.
- ZARGOOSHI, J. (2001) 'Quality of life of Iranian kidney donors', *Journal of Urology*, 1790-1799.