



The Necessity of Criminal Interference in Dealing with Organ Transplant Tourism; Probing on the Arguments of Both Advocators and Opposers

Sara Kiyani¹, Mohammad Hadi Sadeghi^{1*}, Shahram Ebrahimi¹, Fazlallah Froughi¹

1. Department of Criminal Law and Criminology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Organ transplant tourism is the travel of one or both of the organ's donor and recipient outside the national borders for the purpose of organ, body tissue or cellular transplantation, during which the organ transplant is subject to the financial payment by the recipient or agent for the organ. The necessity of criminal interference in this subject, with a consequentialism viewpoint has been considered by the authors in two categories of proponents and opponents. The present research seeks to answer the fundamental questions about the essence of transplant tourism have a glimpse of this phenomenon among both tourist states and transplant states and study the reasoning brought by advocators and opposers regarding the necessity of criminal interference in this subject. the purpose of the study is to precisely analyze the necessity of the subject and the future standpoint of the legislator on this phenomenon and subsequently manage the consequences.

Method: This article has been written descriptively-analytically using library resources.

Ethical Considerations: This research has been done by observing ethical principles and trustworthiness in using the available sources.

Results: Approach to The necessity of criminal interference by emphasis on the consequences such as; commodification, violation of physical justice, incomplete slavery and human rights violations, strengthening organized crime, the crime propagation against whom in vulnerable position, increasing the poverty, diminishing security and human resources and the impossibility of self-sufficiency in organ supply and the supportive approach of criminal interference by emphasis on the medical aspects of this phenomenon to solve patients' troubles, regulate the market of organ exchange and develop Medical tourism industry, have been analyzed.

Conclusion: Given the prevalence and significant effects of this phenomenon in the countries of destination and origin, the main results of the present study are the destitute of required laws and legal challenges in the field of organ transplantation, focusing on the need for criminal interference in this phenomenon with three explanation of supporting patients in need of organs and vulnerable communities as the organ's donors, the prestige and respect of the country's health system and the development of the medical tourism industry and the prevention of new forms of exploitation and incomplete slavery and weakening human resources and counteracting the strengthening of organization in medical crimes and corruption of the health system and broking illegal organ sales and separation of Legal and illegal facts are the main results of the present study.

Keywords: Medical Tourism; Organ Transplant Tourism; Organ Transplantation; Living Donor

Corresponding Author: Mohammad Hadi Sadeghi; **Email:** sadeghi@shirazu.ac.ir

Received: March 01, 2022; **Accepted:** June 22, 2022; **Published Online:** October 10, 2022

Please cite this article as:

Kiyani S, Sadeghi MH, Ebrahimi SH, Froughi F. The Necessity of Criminal Interference in Dealing with Organ Transplant Tourism; Probing on the Arguments of Both Advocators and Opposers. *Medical Law Journal*. 2022; 16(57): e55.



ضرورت مداخله کیفری در مواجهه با گردشگری پیوند؛ کاوشی در ادله موافقان و مخالفان

سارا کیانی^۱، محمدهادی صادقی^{۲*}، شهرام ابراهیمی^۳، فضل‌اله فروغی^۴

۱. گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: گردشگری پیوند عضو، سفر یکی از اهداکننده و گیرنده عضو و یا هر دوی آن‌ها به خارج از مرزهای ملی به قصد پیوند اعضا، بافت یا سلول است که طی آن پیوند عضو در فرایند پرداخت مالی، ما به ازای عضو، توسط دریافت‌کننده یا واسطه انجام می‌شود. ضرورت مداخله کیفری در این پدیده با نگاهی پیامدمحور، مورد توجه نویسندگان در دو دسته موافقان و مخالفان قرار گرفته است. پژوهش حاضر درصدد پاسخ به پرسش‌هایی اساسی در راستای چیستی گردشگری پیوند اعضا با نگاهی اجمالی بر موقعیت این پدیده در کشورهای مبدأ و مقصد و بررسی استدلال‌های موافقان و مخالفان نسبت به ضرورت مداخله کیفری در مواجهه با این پدیده می‌باشد و هدف از این پژوهش نگاهی تحلیلی و دقیق در راستای ضرورت شرح و تدوین موضع آتی قانونگذار در مواجهه با این پدیده و مدیریت آثار و تبعات آن است.

روش: این مقاله به شیوه توصیفی - تحلیلی با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای به رشته تحریر درآمده است.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با رعایت اصول اخلاقی و امانتداری انجام پذیرفته است.

یافته‌ها: رویکرد ضرورت مداخله کیفری با اصرار بر پیامدهایی چون کالانگاری، نقض عدالت اندامی، بردگی ناقص و نقض حقوق بشر، تقویت جرائم سازمان‌یافته و گسترش جرم علیه محرومان و افزایش فقر، تضعیف امنیت و سرمایه انسانی و عدم امکان خودکفایی در تأمین عضو و رویکرد حامی عدم مداخله کیفری در این پدیده با تأکید بر وجه پزشکی این پدیده در رفع مشکل بیماران و طرح بازار ضابطه‌مند مبادله عضو و توسعه گردشگری مورد تحلیل قرار گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع و اثرات قابل توجه این پدیده در کشورهای مقصد و مبدأ، خلأ و ایرادات قانونی در حوزه پیوند اعضا، تأکید بر ضرورت مداخله کیفری در مواجهه با این پدیده با سه توجیه حمایت از بیماران نیازمند عضو و ابقشار آسیب‌پذیر به عنوان اهداکنندگان عضو، اعتبار و حیثیت نظام سلامت کشور و توسعه صنعت گردشگری پزشکی، پیشگیری از اشکال نوین استثمار و بردگی ناقص و تضعیف سرمایه انسانی و مقابله با تقویت سازمان‌یافتگی در جرائم پزشکی و فساد نظام سلامت و واسطه‌گری خرید و فروش غیر قانونی عضو ضمن تفکیک حالت‌های قانونی و غیر قانونی نتیجه اصلی پژوهش حاضر است.

واژگان کلیدی: گردشگری پزشکی؛ گردشگری پیوند عضو؛ پیوند اعضا؛ اهداکننده زنده

نویسنده مسئول: محمدهادی صادقی؛ پست الکترونیک: sadeghi@shirazu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۰/۱۸

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Kiyani S, Sadeghi MH, Ebrahimi SH, Froughi F. The Necessity of Criminal Interference in Dealing with Organ Transplant Tourism; Probing on the Arguments of Both Advocators and Opposers. Medical Law Journal. 2022; 16(57): e55.

مقدمه

جوامع با سرعتی بیش از پیش در حال مواجه شدن با پدیده‌ها و رویکردهایی هستند که ایجاد، سازمان‌دهی و شیوع آن به مراتب زودتر از شناسایی آن‌ها توسط سیاستگذاران اتفاق می‌افتد، لذا شناسایی، بررسی، ارزیابی و تدوین رویکرد در خصوص پدیده‌هایی که برخی سیاستگذاران آن‌ها را اقدام (جرائم) علیه نوع بشر می‌نامند، پیش از تبدیل شدن یک پدیده به بحران ضرورت دارد. گردشگری پیوند عضو یکی از پدیده‌های نوینی است که تاکنون به میزان کافی مورد توجه سیاستگذاران و به ویژه قانونگذار قرار نگرفته است.

از دید بسیاری نویسندگان و همچنین سازمان بهداشت جهانی، گردشگری پیوند اعضا به خارج شدن بیمار از کشور محل اقامت خود برای دریافت عضو مورد نیاز در کشوری دیگر اطلاق می‌شود که به دلایل گوناگون، از جمله طولانی بودن لیست‌های انتظار و بالا بودن هزینه‌ها و یا نبودن امکانات پیوند عضو در کشور مبدأ روی می‌دهد (۱-۲). این پدیده صورتی از گردشگری پزشکی است که همچنان در دایره‌العمارف گردشگری به طور مستقل تعریف نشده و در حقوق کیفری نیز گاه ذیل مباحث قاچاق انسان و قاچاق عضو طرح شده و به عنوان پدیده‌ای مستقل مورد توجه قرار نگرفته است. در میان اسناد مرتبط با پیوند عضو می‌توان گفت بیانیه استانبول تنها سندی است که برای اولین بار صراحتاً از عبارت گردشگری پیوند و ضرورت ممنوعیت آن سخن گفته است. این بیانیه در ویراست ۲۰۰۸ خود گردشگری پیوند را ذیل عنوان قاچاق انسان به قصد برداشت عضو و قاچاق عضو تعریف کرده است. گردشگری پیوند مفهومی پیچیده و علیرغم تشابهاتی مستقل از این عناوین مجرمانه است و مؤلفه‌های چندی را دربر می‌گیرد. بنابراین تعریف مناسب، تعریفی است که تمامی مؤلفه‌های مؤثر در وقوع این پدیده را دربر گیرد. تعاریف ارائه شده هیچ کدام واجد چنین وصفی نبوده‌اند. بنابراین گردشگری پیوند را می‌توان این‌گونه تعریف کرد؛ «گردشگری پیوند عضو، سفر یکی از اهداکننده و گیرنده و یا هر دوی آن‌ها به خارج از مرزهای ملی به قصد پیوند اعضا، بافت یا سلول

است که طی آن پیوند عضو در فرایند پرداخت مالی ما به ازای عضو توسط دریافت‌کننده عضو و یا واسطه انجام می‌شود.» با توجه به این تعریف باید گفت؛ در عبارت گردشگری پیوند اعضا لفظ عضو ناظر به غالب است و بافت، سلول و هر آنچه در بدن قابل پیوند باشد را دربر می‌گیرد. منابع پیوند می‌تواند هم از اهداکننده زنده، جسد و همچنین از جنین تأمین شود. گردشگری پیوند عضو یک پدیده فراملی است و در اکثر تعاریف به خروج از مرزهای ملی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی وقوع آن اشاره شده است، چراکه یکی از اثرات مهم و قابل توجه در گردشگری پیوند محروم شدن اتباع یک کشور از منابع پیوند عضو است. یکی دیگر از شروط تحقق گردشگری پیوند پرداخت‌های مالی و عوض مالی ما به ازای عضو است. گردشگران پیوند اعضا برای دریافت عضو حاضرند مرزها را درنوردند تا در کمترین زمان ممکن، ولو با صرف هزینه‌های گزاف، به عضو مورد نیاز دست یابند. آنان به کیفیت پایین درمان و زیان‌های ناشی از اقدام خود، هرچند مرگبار، نمی‌اندیشند. از دیگر سو، در بسیاری از موارد، افرادی در کشورهای توسعه‌نیافته یا در حال توسعه که خرید و فروش عضو در آن‌ها ممنوعیت قانونی ندارد، در تنگنا و انواع فشارها به ویژه فشار اقتصادی، فارغ از آنکه چه ضررهای جسمی و غیر جسمی را متحمل می‌شوند، اعضای بدن خود را به بهایی اندک اهدا یا دیگر اعضای خانواده را مجبور به چنین اقدامی می‌کنند. دل مشغولی گروه اول حفظ حیات است و دغدغه گروه دوم امرار معاش است، منافع مالی دیگر مداخله‌کنندگان نیز، مانند دلالتان عضو و احتمالاً تیم پزشکی و یا آژانس‌های گردشگری نیز اغلب به این فرایند افزوده می‌شود (۳).

نوپدیدبودن موضوعات در قلمروی اخلاق زیستی به انضمام چالش‌هایی که فناوری‌های نوین زیستی فراروی جامعه بشری به تصویر کشیده است، ایجاب می‌کند تا استفاده و به کارگیری این تکنیک‌ها و دست‌یازیدن به پژوهش‌هایی فراتر از قبل در حوزه زیست‌پزشکی، نیازمند تعیین ضوابط و چارچوب‌هایی باشد که ارزش‌ها مصالح و منافع بشری را تضمین کند. این ضوابط و چارچوب‌ها تنها در قالب یک نظام قانونی و ضمانت اجراهای مبتنی بر آن تجلی می‌یابد. در این میان مداخله

یافته‌ها

رویکرد مداخله کیفری هدفمند در مواجهه با گردشگری پیوند اعضا با تحلیل نقش و اثر این پدیده بر کالانگاری و نقض عدالت اندامی، بردگی ناقص و نقض حقوق بشر، تقویت جرائم سازمان‌یافته و گسترش جرم علیه محرومان، نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی و افزایش فقر، تضعیف امنیت و سرمایه انسانی و چالش‌های سیستم درمانی در مسیر خودکفایی عضو بر ممنوعیت و بزه‌انگاری تأکید می‌کند و رویکرد عدم مداخله کیفری با اشاره به نقش این پدیده در تأمین نیاز بیماران پیوندی و ضرورت ایجاد بازار ضابطه‌مند و حذف بازار غیر قانونی مبادله اعضا و همچنین توسعه صنعت گردشگری به طراحی و تدوین ضابطه و قانون به جای جرم‌انگاری تأکید می‌کند.

بحث

۱. **ضرورت مداخله کیفری با نگاهی به حالت‌های وقوع و موقعیت این پدیده در کشورهای مبدأ و مقصد:** با توجه به تعریف ارائه‌شده در مقدمه، حالت‌های وقوع گردشگری پیوند با تحلیل سفر میان کشورهای مبدأ و مقصد قابل بررسی است. کشورهای مبدأ گردشگری پیوند یا (Tourist Satet) کشورهای هاستند که افراد نیازمند برای پیوند عضو در آن کشورها ساکن‌اند (Tarnplant State) یا کشورهای مقصد، کشورهای هاستند که منشأ عضو و یا محل انجام عمل جراحی پیوند می‌باشند. همچنین کشورهای وجود دارند که هم در دسته کشورهای مقصد و هم مبدأ دسته‌بندی می‌شوند (۵). گردشگری پیوند در چهار الگوی رایج واقع می‌شود، اولین و شایع‌ترین حالت شامل گیرندگان بالقوه عضو است که برای به دست‌آوردن عضو از کشورهای مبدأ به کشورهای مقصد سفر می‌کنند؛ دومین حالت گردشگری پیوند، حالتی است که افراد (اهدانندگان) از کشورهای مقصد به کشورهای مبدأ سفر می‌کنند. این الگو جهت سهولت امر به این دلیل ایجاد شده که همه کشورهای در حال توسعه که اغلب کشورهای تأمین پیوند هستند از امکانات مناسب برای انجام پیوند عضو برخوردار

حقوق کیفری در قالب جرم‌انگاری و کاربست ضمانت اجرای کیفری به دلیل تأثیر و کارآمدی بیشتر آن‌ها در قیاس با ضمانت اجرای مدنی و اداری اهمیت شایانی دارد (۴). تدوین ضرورت‌های مداخله کیفری از بایسته‌های سیاست جنایی کارآمد در مقابله و مدیریت یک پدیده است. در واقع پیش از طرح مبانی و اصول جرم‌انگاری که اغلب مبانی و اصولی تعیین شده می‌باشند، لازم است ضرورت‌هایی که مداخله کیفری را توجیه می‌کند و حتی نظرات طرح‌شده در رد این مداخله مورد توجه و تحلیل قرار گیرد. ضرورت‌های مداخله کیفری برخلاف مبانی و اصول جرم‌انگاری در هر پدیده و مسأله‌ای خاص آن موضوع بوده و با توجه به ویژگی‌های همان پدیده قابل بررسی است. تحلیل ضرورت مداخله کیفری در ابتدا نیازمند تعریف دقیق موضوع به همراه تمامی مؤلفه‌ها و تفکیک حالت‌های وقوع آن است. در ادامه ضرورت مداخله کیفری با ارائه تصویری از آنچه هست، راه را برای تحلیل و استدلال در راستای آنچه باید باشد، هموار ساخته و مجموعه‌ای از نظرات مخالف و موافق با رویکردی پیامد شناسانه نسبت به این پدیده سیاست‌گذاری را به سمت تدوین رویکرد مناسب سوق خواهد داد. پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این پرسش‌ها است، منظور از گردشگری پیوند عضو چیست؟ ضرورت‌های مداخله کیفری در مواجهه با پدیده گردشگری پیوند چیست؟ موافقان و مخالفان مداخله کیفری در مواجهه با گردشگری پیوند با چه استدلال‌هایی این ضرورت را تحلیل می‌کنند؟ و هدف از این پژوهش نگاهی تحلیلی و دقیق در راستای ضرورت شرح و تدوین موضع آتی قانونگذار در مواجهه با این پدیده و مدیریت آثار و تبعات آن به عنوان مقدمه‌ای بر طرح مبانی و اصول جرم‌انگاری در مواجهه با گردشگری پیوند در مقالات پیش رو است.

روش

این مقاله به شیوه توصیفی - تحلیلی به بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای به رشته تحریر درآمده است.

مشترک‌اند: تهیه و دستیابی به عضو، ممنوعیت و تعیین مجازات برای تجارت اعضای بدن و ضوابط اجرای اهدا و پیوند (۵). پیش‌تر بیان شد، تحلیل ضرورت مداخله کیفی بدون ارائه مستنداتی از موقعیت این پدیده در کشورهای مبدأ و مقصد و توصیف آنچه هست، نمی‌تواند تحلیل دقیقی از آنچه باید باشد، ارائه دهد.

۱-۱. نگاهی به گردشگری پیوند عضو در برخی کشورهای

مبدأ و مقصد: در کشورهای مبدأ که افراد نیازمند برای پیوند عضو در آن کشورها ساکن‌اند کمبود عضو، کمبود اهداکننده زنده خویشاوند و زمان انتظار طولانی برای پیوند، شهروندان را مجبور می‌کند که در سایر کشورها، به خصوص در کشورهایی که دسترسی به عضو به مراتب ساده‌تر است، به جستجوی عضو به ویژه کلیه بپردازند. تجزیه و تحلیل اطلاعات گردشگری پیوند از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ نشان می‌دهد که ۶۰۰۲ نفر در فرایند گردشگری پیوند شرکت کرده‌اند (۸-۷).

گردشگری پیوند عضو در برخی کشورهای مبدأ نظیر اسرائیل و اسپانیا صراحتاً جرم‌انگاری شده است (۵)، این در حالی است که تا پیش از سال ۲۰۰۸ به جهت ارزان بودن گردشگری پیوند، شرکت‌های بیمه، گردشگری پیوند اعضا را با بازپرداخت کامل هزینه‌های انجام عمل پیوند در خارج از کشور، با نادیده گرفتن قانونی یا غیر قانونی بودن این فعالیت‌ها در کشور مقصد، ترغیب و تأمین می‌کردند (۹). در سایر کشورهای مبدأ نظیر کانادا و استرالیا و کشورهای عربی صراحتاً هیچ مقرره‌ای اتباع این کشور را از شرکت در فعالیت‌های گردشگری پیوند عضو منع نمی‌کند (۵، ۱۰). فروش عضو در کشورهای مبدأ نادر است و به عنوان یک معضل اجتماعی در نظر گرفته نمی‌شود. از سوی دیگر موضوع قابل تأمل مزایای احتمالی و امیدهای ناشی از خرید اندام‌های نجات‌دهنده از بازارهای غیر قانونی است که منافع آن در نظر این بیماران بسیار بیشتر از خطرات احتمالی آن می‌باشد، به همین دلیل مقررات مبتنی بر مجازات در قوانین و مقررات مرتبط با پیوند، به طور چشم‌گیری برای بازداشتن افراد از مشارکت در تجارت اعضا کافی نیست (۵).

نیستند؛ سومین حالت شامل افرادی است که همزمان از کشورهای تأمین عضو (مقصد) و کشورهای دریافت‌کننده (مبدأ) برای انجام جراحی پیوند به کشور ثالث سفر می‌کنند. این حالت از نیاز به انجام عمل جراحی پیوند در یک دولت در اثر امکانات ناکافی و یا قوانین مربوط به پیوند عضو تأثیر پذیرفته و ایجاد می‌شود؛ حالت چهارم الگویی را دربر می‌گیرد که در آن فروشنده عضو (اهداکننده) و خریدار از یک کشورند و برای انجام پیوند به کشور دیگری سفر می‌کنند (۶).

با این حال گردشگری پیوند با رعایت تمامی قوانین و دستورالعمل‌های پیوند می‌تواند یکی از راهکارهای مناسب و قانونی برای نجات بیماران باشد، مشروط بر اینکه دولت‌ها ضمن تفکیک حالت‌های قانونی و غیر قانونی، این موضوع را از جوانب مختلف ضابطه‌مند کرده و بستر هرگونه سوءاستفاده را مسدود کنند. حالت‌هایی مانند زن و شوهری که به عنوان اهداکننده و گیرنده عضو از کشورهایی که امکانات پیوند را در اختیار ندارند، به کشورهای ارائه‌دهنده این خدمات سفر کنند و یا فردی که برای اهدا یا دریافت عضو از خویشاوندانش به خارج از مرزها سفر می‌کند و مواردی که اهداکننده و گیرنده علیرغم تابعیت متفاوت، خویشاوند و یا زن و شوهر هستند (۱). بنابراین باید گفت هر برنامه قانونی دوجانبه و یا چندجانبه برای اشتراک اعضای بدن برای اهدا یا دریافت عضو، گردشگری پیوند غیر قانونی محسوب نمی‌شود (۶).

با توجه به پیشرفت‌های اخیر در عمل جراحی پیوند، بسیاری از کشورهای دنیا، قوانینی را در این زمینه به تصویب رسانده‌اند. قوانین داخلی تصویب شده در زمینه ممنوعیت گردشگری پیوند و مرتبط با آن، بسته به اینکه کشور تصویب‌کننده در دسته کشورهای مبدأ باشد یا مقصد، از حیث مبانی، هدف و رویکردها متفاوت خواهد بود. به طور مثال کشورهای مقصد در تلاش‌اند اتباع خود را از قربانی شدن توسط دلالان و خریداران خارجی اعضای بدن حفظ و کشورهای مبدأ درصد هستند از سفر اتباع خود برای خرید عضو و تبعات آن پیشگیری کنند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که اگرچه سیاست‌ها و قوانین پیوند اعضا در کشورهای مختلف متفاوت است، اما اغلب این قوانین در سه موضوع

خارجی غیر خویشاوند را ممنوع اعلام کرد (۴). دولت فیلیپین نیز برای حل این معضل طی دستورالعمل شماره A2008-0004 اعلام کرد: «اتباع خارجی واجد شرایط دریافت اعضا از اهداکننده زنده غیر خویشاوند از اتباع فیلیپین نیستند» (۱۹). این اقدامات خاتمه‌ای بر گردشگری پیوند عضو در این دو کشور نبود، ادامه گردشگری پیوند با وجود کاهش تعداد آن، راه جدیدی را پیش روی فروشنده‌ها نمایان کرده است، چراکه گزارش‌های نگران‌کننده‌ای از انتقال هندی‌ها به کشورهای همسایه مانند سریلانکا برای فروش عضو موجود است. این موضوع اهمیت و ضرورت مداخله کیفی در گردشگری پیوند را در تمامی کشورها را نمایان می‌کند (۵).

۱-۲. ضرورت مداخله کیفی در گردشگری پیوند در

ایران به عنوان یکی از کشورهای مقصد: در زمینه گردشگری پیوند و موارد وقوع آن در ایران آمار و مستندات وجود ندارد، چراکه هنوز به عنوان یک مسأله جدی به این موضوع نگاه نشده است. از سوی دیگر برخی مقامات مدعی‌اند موارد پیوند به گونه‌ای نیست که امکان نظارت وجود نداشته باشد و برخی نیز وقوع مواردی از گردشگری پیوند غیر قانونی را انکار می‌کنند. در مصاحبه‌ای که در تاریخ ۳ شهریورماه ۱۳۹۸ با رییس بخش پیوند بیمارستان امام خمینی انجام شده است، ایشان بیان کرده‌اند که انجام پیوند برای اتباع بیگانه در ایران مستلزم اخذ مجوز از وزارت بهداشت است و علاوه بر آن باید از کشور مبدأ تأییدیه‌ای دریافت شود که اهداکننده و دریافت‌کننده از بستگان بسیار نزدیک هستند (۲۰). این در حالی است که در برخی مصاحبه‌ها در سال‌های اخیر اساتید این رشته و برخی مسئولین از وقوع مواردی از تخلف و گردشگری پیوند غیر قانونی با ارائه اسناد هویت جعلی و تخلفات گسترده در این حوزه از وقوع ۹۷ پیوند غیر قانونی برای اتباع خارجی خبر می‌دهند که برخی از این موارد با مداخله دلالان با ۱۰۰ هزار دلار هزینه انجام شده است (۲۱). ادعای عدم وقوع گردشگری پیوند و عدم امکان اهدای عضو تبعه ایرانی به اتباع خارجی غیر خویشاوند، حتی در صورت صحت نیز به معنای عدم وقوع گردشگری پیوند نمی‌باشد،

گردشگری پیوند در یک نقطه از دنیا متمرکز نشده است و در چندین قاره می‌توان ردی از آن را یافت. در این میان قاره آسیا بیش از سایر نقاط به عنوان مقصدی برای گردشگران پیوند مطرح می‌شود (۱۱). عوامل بسیاری بر تمرکز فعالیت‌های گردشگری پیوند در آسیا مؤثر است، از جمله وجود مراکز پیشرفته پیوند که عمل‌های پیچیده پیوند عضو را انجام می‌دهند، ایجاد سیستم‌های قانونی تهیه و خرید و فروش عضو (۱۲)، سهولت فعلی سفرهای جهانی، فساد و سهل‌انگاری در اجرای قانون و نرخ بالای فقر نیز از عوامل تقویت‌کننده این روند می‌باشند (۱۳). علاوه بر دولت‌ها در آسیا، برخی کشورهای اروپای شرقی و امریکای جنوبی و مرکزی و افریقای جنوبی و مصر، مقصد اصلی بیمارانی است که قصد خرید عضو به منظور پیوند را دارند. در میان کشورهای مقصد برای گردشگری پیوند، در سال ۲۰۰۵ فیلیپین و هند توسط سازمان بهداشت جهانی، به عنوان نقاط حساس گردشگری پیوند و قاچاق اعضا شناسایی شدند (۱۵-۱۴). عامل مشترکی که فعالیت‌های گردشگری پیوند را در این دو کشور تقویت می‌کند، نرخ بالای فقر در جوامع محلی مختلف است (۱۶). میزان بالای فقر به همراه بسته‌های پیشنهادی کم‌هزینه و همه‌جانبه از سوی آژانس‌ها و نهادهای مرتبط با پیوند، فیلیپین و هند را به مقصدی جذاب برای قاچاقچیان اعضای بدن و گردشگرانی که به دنبال اعضای بدن برای پیوند هستند، تبدیل کرد (۱۷-۱۶). در اواسط و اواخر دهه ۱۹۸۰، هند با فروش سالانه حدود ۵۰۰ کلیه، به مرکز جهانی تجارت اعضای بدن تبدیل شد (۱۸). بنابراین فروش اعضای بدن همچنان قانونی باقی ماند و در اوایل دهه ۱۹۹۰ تجارت اعضا در هند چهار برابر شد و تخمین زده شده که تنها در سال ۱۹۹۱ تعداد ۲۰۰۰ کلیه مورد معامله تجاری قرار گرفته است و تا سال ۱۹۹۴ این رقم به بیش از ۳۵۰۰ کلیه رسیده است. این وضعیت منجر به فشارهای منطقه‌ای و جهانی زیادی بر دولت هند برای تصویب قانونی ملی جهت مقابله با تجارت اعضای بدن شد. سرانجام دولت هند در طی اصلاحات سال ۲۰۰۸ و ۲۰۱۴ در قانون پیوند اعضا، اهدای عضو به اتباع

بود (۲۲). علاوه بر قانون تمامی موارد فوق‌الذکر حاوی ایرادات جدی است، از جمله اینکه احراز هویت درخواست‌کنندگان با مدارک خارجی از عهده مقامات مزبور خارج است و امکان جعل هویت به شدت محتمل، از سوی دیگر گیرنده برای اینکه بخواهد از دهنده ایرانی کلیه دریافت کند، می‌تواند با ازدواج صوری و با اقداماتی در کسب تابعیت ایرانی، این مانع را مرتفع گرداند همچنین فرایند صدور مجوز توسط اداره پیوند و بیماری‌های خاص نیز در دستورالعمل‌های فوق ذکر نشده و محل ابهام است. از همه مهم‌تر با توجه به پیشرفت‌های بالقوه ایران در امر پیوند عضو، محدودیت تمامی موارد مذکور به غیر از قانون، به پیوند کلیه و عدم ذکر سایر اعضای بدن نیز، به شدت مورد انتقاد است. مجموعه‌ای از خلأهای قانونی، ایرادات قوانین و دستورالعمل‌ها و اشکالات اجرا و ابهام در فرایندهای آن بستر مناسبی برای وقوع و شیوع گردشگری پیوند در ایران خواهد بود.

۲. تبیین و ارزیابی حقوقی ادله موافقان و مخالفان مداخله کیفی در مواجهه با گردشگری پیوند: گردشگری پیوند عضو میان نظرات موافق و مخالف، در راستای ضرورت مداخله کیفی قانونگذار جهت ممنوعیت این پدیده و یا جواز آن، موقعیت مبهم و قابل تأملی دارد. دیدگاه این دو دسته با رویکردی پیامدمحور ضرورت ممنوعیت و یا جواز را به تصویر خواهد کشید.

۲-۱. رویکرد مداخله کیفی هدفمند: تبیین و ارزیابی ادله موافقان ممنوعیت (بزه‌انگاری) گردشگری پیوند: موافقان مداخله کیفی در گردشگری پیوند ادله فلسفی و اخلاقی محور، حقوقی و جرم‌شناختی و همچنین ادله اقتصادی را در توجیه ضرورت این امر طرح کرده‌اند.

۲-۱-۱. ادله فلسفی و اخلاق‌محور: از کالانگاری تا نقض عدالت اندامی: در بررسی مؤلفه‌های کلیدی در تعریف توریسم پیوند اشاره شده که پرداخت وجه ما به ازای عضو از شروط تحقق آن و مصداق دقیق کالانگاری انسان است (۲۳). کالانگاری و در نتیجه تجاری‌سازی اعضای بدن، یعنی بازاری کردی هنجارهای اخلاقی، تبعات قابل توجهی مانند کاهش

چراکه این مورد تنها ناظر به یکی از حالت‌های وقوع گردشگری پیوند است و حالت‌های دیگر در خصوص اتباع ایرانی اهداکننده عضو، مانند سفر اهداکننده به کشور متبوع گیرنده و یا سفر هر دو به کشور ثالث، همچنان محتمل است. در اشاره‌ای اجمالی به قوانین و مقررات مرتبط با پیوند باید گفت که در زمینه پیوند اعضا تنها یک قانون با نام «قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است» و آیین‌نامه اجرایی آن موجود است که در این قانون و آیین‌نامه اجرایی آن، نیز به عبارت گردشگری پیوند و یا سفر برای پیوند اشاره‌ای نشده است. با این حال، اگرچه قانون فوق‌الذکر چالش‌های بالقوه برداشت عضو از بیماران فوت شده و بیمارانی که مرگ مغزی آن‌ها مسلم است را با پشتوانه‌ای قانونی و حمایت‌گرانه برطرف کرده است، اما همچنان حاوی ایرادات جدی است که برخی از این ایرادات توسط نویسندگان نقد و تحلیل شده است. علاوه بر قانون فوق و آیین‌نامه اجرایی آن، می‌توان به «پروتکل تعیین و تأیید مرگ مغزی مصوب ۱۳۷۹»، «دستورالعمل اهدا و پیوند کلیه از اهداکنندگان زنده مصوب ۱۳۸۷/۷/۲۹»، «بخشنامه ۱۳۱۰۱/س مورخ ۱۳۸۵/۲/۹ در خصوص اهداکنندگان زنده به غیر از بحث پیوند کلیه از اهداکننده زنده به اتباع بیگانه»، «منشور حقوق بیماران مصوب ۱۳۸۸» اشاره کرد که در هیچ کدام از موارد بالا نیز به عبارت گردشگری پیوند به عنوان پدیده‌ای مستقل اشاره‌ای نشده است.

در خصوص پیوند عضو به اتباع خارجی باید گفت، پیوند کلیه شهروندان ایرانی به اتباع خارجی، مستند به نظریه سازمان نظام پزشکی در سال ۱۳۷۲، بخشنامه صادره از معاونت وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۷، اصول اخلاق حرفه‌ای در زمینه پیوند اعضا صادره از فرهنگستان علوم پزشکی و همچنین دستورالعمل اهدا و پیوند کلیه از اهداکنندگان زنده مصوب ۱۳۸۷، جز در موارد خاص در صورت اعطای مجوز از سوی اداره پیوند، ممنوع می‌باشد. مسئولیت احراز هویت اهداکنندگان و گیرندگان بر عهده ریاست یا مسئول فنی بیمارستان است، در حالی که در بخشنامه‌های سال ۱۳۷۷ و ۱۳۸۵ این امر بر عهده مرکز دیالیز و پیوند اعضا گذاشته شده

حق بر سلامت و اصل عدم تبعیض به عنوان مصادیقی از حقوق بشر نیز از تبعات این پدیده می‌باشد.

با لحاظ تعاریف برده‌داری و مالکیت استثمرارگر بر برده و با در نظر گرفتن ویژگی‌های نوین برده‌داری مدرن، می‌توان شکلی از بردگی ناقص و استثمرار را در فرایند توریسم پیوند شناسایی کرد. شاید مهم‌ترین دلیل بر استثمراری بودن این پدیده این است که هیچ انسان ثروتمندی و یا حتی انسانی که برای خروج از مهلکه فقر یا فشار اقتصادی انتخاب‌های متعددی دارد، عضوی از اعضای بدن خود را در ازای دریافت پول اهدا نمی‌کند. در واقع استثمرار مبتنی بر توافق و رضایت اغلب ثمره فقدان سایر فرصت‌های اقتصادی است که منجر به رفتار غیر منصفانه و ناعادلانه استثمرارگران می‌شود (۲۵). در گردشگری پیوند، گیرنده عضو لزوماً استثمرارگر نیست و اغلب فردی است که برای حفظ حیات راهی جز یافت عضو جهت پیوند ندارد. بنابراین خریداران و به واقع استثمرارگران اغلب، دلالت و واسطه‌گرانی هستند که برای یافتن فروشندگان ویژگی‌های خاصی را دنبال می‌کنند. در بردگی سنتی و اشکال نوین برده‌داری سخن از مالکیت برده‌دار (استثمرارگر) بر برده است که ناشی از همان نگاه کالانگارانه به انسان می‌باشد. گردشگری پیوند به عنوان شکلی از برده‌داری نوین این‌گونه قابل توصیف است که فرد (خریدار یا استثمرارگر) مالک قسمتی از بدن دیگری می‌شود، چراکه امروز نیاز و منافع او با مالکیت بر قسمتی از شخص تأمین خواهد شد. در واقع در این نوع از برده‌داری نوین، مالکیت بر فرد، بر اساس نیاز استثمرارگر تعریف شده است که نیازمند استفاده از عبارت نوینی به نام «بردگی ناقص» است.

از سوی دیگر گردشگری پیوند عضو ناقص خودمختاری و رضایت است. برای اینکه عمل افراد از روی خودمختاری باشد باید با قصد و آگاهی و عاری از هرگونه اثری از دخالت خارجی کنترل‌کننده باشد، اگرچه نمی‌توان گفت (برخی) فروشندگان عضو در فروش اعضای بدنشان دچار نوعی اجبار هستند، اما ذکر این نکته لازم است که مشخص شده فروشندگان عضو در یک نگاه کلی از نظر تحویلی در سطحی پایین و از نظر مالی

اهدای عضو نوع‌دوستانه دارد. در واقع اعضای بدن انسان به بازار تعلق ندارند و هیچ کس نمی‌تواند بر عضوی که سرانجام جان یک نفر را نجات می‌دهد، قیمتی بگذارد. هرگونه پرداخت ما به ازای عضو، اجرای قواعد بازار در فرایند کالانگاری انسان و بی‌اثر کردن هرگونه نوع‌دوستی است، چراکه فرد پیش از اهدا نه به اوصاف و اصول انسانی، بلکه به میزان قیمت پیشنهادی و بهره مالی این موضوع خواهد اندیشید (۲۴). اثر دیگر کالانگاری، نقض عدالت اندامی در برابری انسان‌ها در حق بر داشتن بدن کامل است. با توجه به تأکید بر آفرینش برابر و یکسان انسان از سوی خداوند به مثابه عدالت اندامی، هر پدیده و رویکردی که این عدالت را نقض کرده و حق انسان را بر داشتن بدن کامل خدشه‌دار کند، نقض عدالت هم در معنای کلان و هم در عبارت نوین عدالت اندامی است. انواع نابرابری‌ها و هر دلیلی که فرد را برای کسب منافع مادی در فرایند گردشگری پیوند وادار به ایجاد نقصی در بدن نماید، عدالت پرودگار را در برابری و تساوی اندامی خدشه‌دار کرده است. در واقع نظام سلامت نه‌تنها در برابر تأمین سلامت برای گیرنده عضو، بلکه در برابر بقای سلامت اهداکننده نیز در فرایندی مشروع و فارغ از تبعیض مسئول است. نابرابری‌های اندامی ناشی از نابرابری‌های اقتصادی به وضوح نقض عدالت است و نمی‌توان پذیرفت کسی اندامی کامل دارد که صرفاً توانایی خرید عضو را داشته باشد. تفوق معیار و قواعد بازار بر امر پیوند، هر دو گروه را در معرض خطر قرار خواهد داد هم نیازمند عضوی که توان خرید آن را ندارد و هم فردی که تحت تأثیر انواع فشارهای اقتصادی و یا دلایل دیگر اقدام به اهدای عضو می‌کند. این سخن به معنای منع هرگونه اهدا نیست، بلکه بر ضرورت تدوین ضوابطی اشاره دارد که نابرابری اقتصادی علت نابرابری اندامی و در پی آن عدم حمایت‌های درمانی از اهداکننده نباشد.

۱-۲. ادله حقوقی: از بردگی ناقص تا نقض حقوق بشر:
گردشگری پیوند، صورتی از بردگی ناقص است و نقض خودمختاری و رضایت فرد را به دنبال دارد. همچنین نقض

علاوه بر موارد فوق این پدیده نقض حق حیات و حق بر سلامت و اصل عدم تبعیض را به دنبال دارد. حق بر سلامت، در واقع حق بهره‌مندی از عالی‌ترین استاندارد سلامت، هم اهداکننده را در حق بر سالم‌ماندن در صورت اهدا و دسترسی به امکانات و حمایت‌های درمانی و هم گیرنده عضو را در دسترسی به منابع تأمین عضو دربر می‌گیرد، اما عدم وجود ضوابط روشن در مسیر تأمین این حق در فرایند گردشگری پیوند، اصل برابری و عدم تبعیض را نسبت به فرصت‌های حقیقی برابر برای بیماران نیازمند به عضو و حمایت از سلامت اهداکننده نیز مخدوش می‌کند. در فرایند گردشگری پیوند، بیماران نیازمند پیوند در داخل کشور و کسانی که امکان خرید عضو و مشارکت در فرایند گردشگری پیوند را ندارند از اعضای بالقوه قابل پیوند محروم می‌شوند و خودکفایی در تأمین عضو نیز با چالش‌هایی مواجه می‌شود.

۲-۱-۳. ادله جرم‌شناختی: تقویت جرائم سازمان‌یافته تا گسترش جرم علیه محرومان: گردشگری پیوند اسباب تقویت جرائم سازمان‌یافته را فراهم می‌کند و گسترش جرم علیه محرومان را به دنبال دارد. این پدیده نیازمند مراحل تخصصی پزشکی است که طی این مراحل با توجه به فراملی بودن این پدیده و تبعه خارجی بودن گیرنده عضو، به وضوح گویای لزوم انواع ارتباطات و هماهنگی، توسط چندین شخص در مواضع و موقعیت‌های مختلف است. ماهیت فراملی این پدیده چالش‌های مهمی، چون امکان تعارض قوانین میان کشورهای مبدأ و مقصد، عدم تعیین صلاحیت فراسرزمینی در مقابله با آن را برای نهادهای قانونی و اجرایی کشورها مطرح می‌کند (۲۹).

این سازمان‌یافتگی کشف این پدیده، آثار آن و حتی شناسایی قربانیان را نیز دشوار خواهد کرد. سود مالی بالایی که در اغلب مواقع دلالت‌کننده است می‌کنند و اهداکنندگان فقط میزان بسیار اندکی از آن را دریافت می‌کنند و از سوی دیگر کمبود عضو و نیاز همیشگی تعداد قابل توجهی بیمار به عمل پیوند عضو، عاملی است که این سازمان‌یافتگی بالقوه را به طور مداوم تقویت خواهد کرد و با توجه به عدم جرم‌انگاری و عدم توجه

نیز در محرومیت هستند. بنابراین می‌توان ادعا کرد که آن‌ها فاقد توانایی در انتخاب آگاهانه در مورد فروش اعضای بدن خود هستند، زیرا ماهیت خطرات ناشی از این عمل و تبعات پس از این تصمیم خودشان را به طور کامل درک نمی‌کند (۲۶).

استدلال مخالفی در زمینه خودمختاری این‌گونه تحلیل می‌کند که سازوکار بازار که افراد اعضای بدن خود را در قالب آن می‌فروشند بر مبنای مبادله داوطلبانه میان یک خریدار مایل و یک فروشنده بنا شده است و فاقد هرگونه زور و کنترل است. James Taylor این‌گونه استدلال می‌کند که خودمختاری باید از طریق اجبار و قصد اجبارکننده بر کنترل فروشنده مختل شود. بدون اعمال کنترل از سوی اجبارکننده، خودمختاری فرد خدشه‌دار نشده است، حتی اگر فروشنده بخواهد وضعیت اقتصادی متفاوت از آنچه در آن هست را با فروش عضو تجربه کند، لزوماً خودمختاری او مخدوش نشده، حتی اگر از روی استیصال اقدام به فروش عضو کند (۲۷).

این استدلال صحیح نیست که چرا حتی در یک بازار ضابطه‌مند، معامله اعضای بدن را نمی‌توان داوطلبانه دانست، زیرا شرایط مالی (اقتصادی) نامیدکننده فروشنندگان می‌تواند به عنوان شکلی از اجبار اقتصادی تلقی شود که او را به سمت فروش اعضای بدن خود سوق می‌دهد. همانطور که George J. M. Abouna بیان می‌کند: «یک رضایت واقعی داوطلبانه یا ارادی و غیر اجباری در بازار عضو محل تردید است» (۲۸).

در گردشگری پیوند سخن از یک فرایند پزشکی است که حتی اگر بدون فریب و گمراهی فرد صورت گیرد به جهت ویژگی اغلب قربانیان در طبقات اجتماعی محروم و کم‌سواد، رضایت به اهدا، رضایت معتبری نیست، چون این رضایت، ویژگی‌های خودمختاری، یعنی آگاهی کافی از اقدام، تبعات و هدف آن ندارد. به وضوح مشخص است که اگر فرد انتخاب دیگری برای نجات از محرومیت داشت، فروش عضو بی‌شک انتخاب او نبود. از سوی دیگر این راه نجات مسیر تاریکی است که به نجات هم منتهی نخواهد شد و این نشان از عمق ناآگاهی قربانی بر این تصمیم و استیصال او در شرایطی است که در آن به سر می‌برد.

در نگاه کلان نظام سلامت به تنهایی با ادله اقتصادی قابل تحلیل است. بر اساس تحقیقات پژوهشگران، نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی آسیب جدی به سلامت و شاخص‌های مختلف آن در جامعه وارد می‌کند. همچنین خود نیز باعث ایجاد نابرابری در بخش سلامت می‌شود. از سوی دیگر وجود نابرابری‌ها در بخش سلامت به عنوان یکی از زیر بخش‌های اقتصاد نقش بزرگی در نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی کل جامعه داشته و به احتمال زیاد باعث شدت و تعمیق آن می‌شود (۳۳). به طور خلاصه آن‌هایی که بیشترین نیاز سلامت را دارند از ضعیف‌ترین خدمات برخوردار بوده و آن‌هایی که کمترین نیاز را دارند از بهترین خدمات استفاده بهره می‌برده‌اند (۳۴). شکی نیست که ثروت سلامت را افزایش می‌دهد، زیرا افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به کالاهای افزایش‌دهنده سلامتی دارند، ولی آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است همانا اثر سلامت بر کاهش فقر و رشد اقتصادی هر کشور است، زیرا سرمایه فرد نیازمند همان بدن وی می‌باشد و از دست‌دادن سلامت فرد، منجر به فقر وی و در نتیجه افزایش فقر در جامعه و کاهش رشد اقتصادی کشور می‌گردد؛ این امر در گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت این‌گونه منعکس گردیده است؛ کشورهایی که افرادی آموزش دیده و سالم دارند و دارای وضعیت سیاسی باثباتی می‌باشند، از رشد اقتصادی مناسب‌تری برخوردار بوده‌اند (۳۵).

۲-۱-۵. ادله سیاسی: از سرمایه انسانی تا امنیت: ادله سیاسی مخالفت با گردشگری پیوند و موافق با ضرورت ممنوعیت آن با دو مقدمه سرمایه انسانی و مدیریت بدن در راستای تصویر بدنی به شرح موضوع می‌پردازد.

سلامت از طریق کانال‌های مختلفی می‌تواند سطح تولید یک کشور را تحت تأثیر قرار دهد. نخستین کانالی که در بیشتر مطالعات نیز به آن اشاره شده است، کارایی بهتر نیروی انسانی سالم در مقایسه با دیگران است. کارگران سالم بیشتر و بهتر از دیگران کار می‌کنند و ذهن خلاق و آماده‌تری دارند. در کنار این اثر مستقیم، سلامتی آثار غیر مستقیمی نیز به سوی تولید دارد (۳۶). بنابراین در رابطه با نقش و اهمیت نیروی انسانی

قانونگذار کیفری به این موضوع می‌تواند سال‌ها چون پدیده‌ای خاموش، قربانیان نامرئی بیشماری را به امید واهی گشایش‌های اقتصادی و رهایی از انواع تنگناهای محرومیت به سوی فروش عضو هدایت کند. در تحقیقات میدانی و چندجانبه مردم‌نگاری توسط نانسی شیر نشان داده شده که الگوی توزیع عضو از مسیرهای ثابت سرمایه‌داری پیروی می‌کند: از جنوب به شمال، از جهان سوم به جهان اول، از فقیر به ثروتمند، از سیاه و قهوه‌ای به سفید، از زنان به مردان (۳۰).

کمبود اطلاعات و آمار در مورد مقیاس و ماهیت گردشگری پیوند ناشی از دشواری ذاتی تحقیق در مورد این پدیده است. نه تنها ماهیت فراملی، جهانی و چندمنظوره گردشگری پیوند، شناسایی آن را به طور فزاینده‌ای دشوار می‌کند، بلکه گیرندگان نیز به دلیل ترس از پیگرد کیفری و یا عدم تأیید اجتماعی مشارکت خود را در این پدیده پنهان می‌کنند. از سوی دیگر تحقیقات بیشتر با موانعی چون مرگ بر اثر عوارض بعد از عمل و یا ابتلا به انواع بیماری‌ها و مشکلات است که اغلب توسط پزشکان در محل زندگی گیرندگان پنهان می‌ماند (۳۱). بنابراین طبق دیدگاه آسیب اجتماعی‌شناسان وقت آن رسیده است که همان سرمایه‌گذاری علمی و مادی که برای مطالعه جرائم تاریخی حقوق کیفری (مانند قتل، سرقت مسلحانه تجاوز به عنف، آدم‌ربایی)، پیشگیری و تعقیب و نیز جبران خسارات آن‌ها می‌شود در مورد سایر آسیب‌های اجتماعی نظیر گردشگری پیوند که هنوز جرم‌انگاری یا تخلف‌انگاری نشده‌اند نیز در نظر گرفته شود (۳۲). گردشگری پیوند در مقام درمان و رفع نیاز بیماران توجیه شده، اما سازمان‌یافتگی آن و گسترش جرم علیه محرومان ضرورت اقدام و توجه قانونگذار را نمایان می‌کند.

۲-۱-۴. ادله اقتصادی: در میان ادله موافق با مداخله کیفری، ادله اقتصادی از سایر ادله از این حیث مهم‌تر است که در تمامی ادله فوق از کالانگاری تا ارتباط سازمان‌یافتگی و فقر و حتی بردگی ناقص و نقض خودمختاری مبنای بحث امور اقتصادی است، لذا ضرورت تدوین و ترسیم ضوابط و حمایت کیفری از قربانیان این پدیده و حتی دریافت‌کنندگان عضو و

فرد (هداکننده) نیز نشانه رفته و ترس‌های نوپیدا شرایط جسمانی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، راهی نیز برای جبران این نقص در دسترس نخواهد داشت.

اهمیت سرمایه انسانی و در واقع سلامت سرمایه انسانی و تصور بدنی هداکننده از خود، در فرایند گردشگری پیوند، در سلامت هداکننده و از کارافتادگی زودتر از موعد و همچنین سلامت خانواده و اثرات قابل توجهی خواهد داشت. تعداد زیاد آگهی‌های فروش عضو و نیاز مبرم و روزافزون به اهدا می‌تواند زنگ خطری برای نقصان روحی و جسمی و از کارافتادگی پیش از موعد جمعیت آسیب‌پذیر یک کشور باشد. آینده سرمایه انسانی و به دنبال آن توسعه یک کشور بدون توجه به جمعیت آسیب‌پذیر و مسائلی که برای رفع فشارها با آن رو به روست، غیر ممکن است. گردشگری پیوند عضو نیز می‌تواند تهدیدی جدی برای سرمایه انسانی یک کشور محسوب شود.

دلیل دیگر اثر این پدیده بر امنیت است. امنیت سلامت جهانی از مفاهیم مناقشه‌برانگیز است. از نظر سازمان جهانی بهداشت، هدف کلی آنچه «امنیت سلامت جهانی» نامیده می‌شود، نشان دادن این است که چگونه اقدام جمعی بین‌المللی در حوزه سلامت عمومی می‌تواند آینده امن‌تری را برای بشریت رقم بزند. امنیتی‌شدن مقولات مرتبط با حق بر سلامت و بهداشت عمومی در سیاق سازمان ملل متحد موجب حمایت از افراد در برابر انواع تهدیدهای جدی و فراگیر در زندگی آن‌ها خواهد شد. در این رهیافت همه انسان‌ها از ارزش اخلاقی برابری برخوردارند که این امر به نوبه خود توجه به امنیت انسانی را در جامعه جهانی به دنبال خواهد داشت (۴۰). برای مثال نتایج یک پژوهش در طول ده سال نشان می‌دهد که گروه‌های مسلح در تجارت پرسود گردشگری پیوند و استفاده از درآمد حاصل از این تجارت برای تأمین مالی حملات خشونت‌آمیز مشارکت دارند، این موضوع نگرانی آژانس‌های امنیتی را مبنی بر اینکه کمبود شدید اعضای بدی منابع مالی جدیدی را برای گروه‌های تروریستی فراهم کرده است، تقویت می‌کند (۴۱).

مقابله با گردشگری پیوند غیر قانونی، ممنوعیت آن و تدوین ضمانت اجرای کارآمد در راستای حمایت از حق بر سلامت شهروندان یک کشور، آن‌ها را از قرارگرفتن در معرض

باید از عبارت توسعه انسانی استفاده کرد که بنا بر گزارش برنامه توسعه سازمان ملل عبارت است از فرایند گسترش دامنه انتخاب انسان‌ها و بالارفتن سطح رفاه در پرتو افزایش توانمندی‌ها و بهبود کارایی آن‌ها. نقش و اهمیت سرمایه انسانی در همه وجوه توسعه یک کشور از جمله نظام سلامت و رشد اقتصادی امری انکارناپذیر است. در این دیدگاه و گزارش برای نخستین بار نقش انسان از نقش سرمایه در فرایند رشد و توسعه اقتصادی فراتر رفته و در جایگاهی برتر از آن قرار گرفت. در واقع در این دیدگاه انسان نه تنها ابزار و عامل توسعه می‌باشد، بلکه خود هدف توسعه نیز می‌باشد و هدف از اجرای برنامه‌های توسعه، فراهم‌نمودن فضایی مناسب برای هرچه بهتر زندگی کردن انسان است (۳۶).

مدیریت بدن نیز در رابطه با این نیروی انسانی مبحثی قابل تأمل است. مدیریت بدن را به هر نوع نظارت و دستکاری مستمر ویژگی‌های ظاهری و آشکار بدن که در قالب رویه‌های آرایشی و اعمال جراحی انجام می‌پذیرد تعریف کرده‌اند (۳۷). بدن در مدرنیته کانون هویت در نظر گرفته می‌شود و نارضایتی بدن هم در زنان و هم در مردان به عنوان یک موضوع سلامتی عمومی به نظر می‌رسد (۳۸). تصویر بدنی یک جنبه از خودپنداره است. خودپنداره را به عنوان تصویر کلی فرد درباره خودش تعریف می‌کنند که شامل تجربیات واقعی و تفسیر این تجربیات است. در تصویر کلی، خودپنداره چند بعدی است و دارای چند سطح از خود است. تصویر بدنی و عزت نفس به عنوان جنبه‌های بسیار مهم خودپنداره بررسی می‌شوند (۳۹). اغلب پژوهش‌های مدیریت بدن بر نمای ظاهری و تصور فرد از ظاهر جسمانی اشاره داشته است، اما در شرایطی مانند گردشگری پیوند و با توجه به اینکه اغلب فروشندگان عضو از طبقات فرودست جامعه هستند، این خودپنداره در خصوص کامل‌نبودن بدن وجهی داخلی دارد. که با آگاهی دیگران نیز این موضوع می‌تواند علاوه بر تصورات خود فرد، فشارهای روحی و اجتماعی به بار آورد و شایسته است پژوهش‌های روان‌شناختی در خصوص تصور فرد از کامل‌نبودن بدن و تبعات آن این فرضیه را تحلیل و اثبات کند که در این شرایط علاوه بر این که احساس نقص بدنی، عزت نفس

پزشکی ایمن و قابل اعتماد نیست. نتایج یک پژوهش در طی سه سال نشان می‌دهد که پیوند کلیه تجاری در مقایسه با پیوند کلیه از ساکنان محلی با نرخ بیشتری از پس‌زدن همراه است (۴۳).

از سوی دیگر بیمارانی که عضو را دریافت کرده‌اند معمولاً عفونت‌هایی را با خود به کشور خودشان برمی‌گردانند که مخصوص آن منطقه (جایی که پیوند انجام شده است) می‌باشد و نسبت به بسیاری از داروها در کشور مبدأ مقاوم است (۵).

علاوه بر خطرات درمانی نسبت به گیرنده عضو از حال اهداکننده اغلب گزارش و مواردی ثبت نشده است، چراکه سلامت او و همچنین بقای سلامت او پس از پیوند مورد توجه سیستم درمانی نیست و چون اهداکنندگان به گواهی تمامی مطالعات از طبقات محروم جامعه‌اند، به وضوح قابل حدس است که این افراد به انواع امکانات مالی جهت تأمین سلامت خود پس از پیوند دسترسی ندارند. برای بررسی خطرات گردشگری پیوند در میان آمارها و مصادیقی که از مبتلا شدن به عفونت‌ها و مرگ گیرندگان عضو حکایت می‌کند به شواهد و آمار از سرنوشت اهداکنندگان نیاز است که در موارد بررسی‌شده مصادیق مستند و مطالعات موردی محدود و ناچیزی در مورد سلامت و شرایط جسمانی آن‌ها پس از پیوند یافت شد. در واقع چالش‌های سیستم درمانی را باید در مواجهه با هر دو سوی موضوع بررسی کرد. گردشگری پیوند عضو چرخه‌ای است که برای تأمین سلامتی نیازمندان به پیوند عضو می‌تواند بیمار دیگری با شرایط حاد به تعداد بیماران اضافه کند. در حقیقت در ایمن‌ترین حالت ممکن فردی عضوی را دریافت می‌کند و از خطر مرگ رهایی پیدا می‌کند و همزمان فرد دیگری بدون امکانات کافی و انواع دسترسی‌ها به نظام سلامت و لوازم آن با نقصی جسمانی در معرض بیماریها و مسائل نوین و چه بسا مرگ قرار می‌گیرد. سیستم درمانی در فرایند گردشگری پیوند با نجات یک بیمار، بیمار دیگری را در شرایط مشرف به بحران بر جای می‌گذارد. علاوه بر مطالب فوق دفاع از حیثیت و موقعیت درمانی و

پیشنهادات مالی اغواکننده با هدف اهدای عضو حفاظت کرده و وجه حمایتی از سلامت بیماران نیازمند به عضو را نیز تقویت می‌کند. نظام سلامت در کشور نباید در امر پیوند چنان بی‌ضابطه باشد که بیماران داخلی از منابع بالقوه پیوند محروم شده و اهداکنندگان در فرایند گردشگری پیوند عضو نیز بی‌نام و نشان و بدون کمترین حمایت درمانی پس از اهدا رها شوند. اهمیت سلامت سرمایه انسانی و امنیت سلامت در یک کشور نیازمند شناسایی دقیق تمامی وقایع، تعریف آن و تدوین دقیق ضوابط و ضمانت اجرای کارآمد است که این رویکرد نیازمند اقدام هماهنگ بین‌المللی است که امنیت سلامت جهانی را هر چه بیشتر تأمین و تضمین نماید.

۳-۱-۶. سایر ادله : چالش‌های ناشی از این پدیده در سیستم درمانی و خودکفایی در تأمین عضو: استدلال دیگر در مخالفت با گردشگری پیوند، چالش‌های سیستم سلامت در کشورهای مبدأ و مقصد است. در کشورهای مقصد مراقبت و توجه درمانی بیشتری به بیماران خارجی می‌شود، چراکه این‌ها برای خرید عضو با قیمت بالایی سرمایه‌گذاری کرده‌اند. تأثیر این امر این است که به دلیل قیمت بالای این اعضا در بازار غیر قانونی، مردم فقیر به طور خودکار از دسترسی به اعضای بدن محروم می‌شوند. اختصاص منابع عضو برای تأمین پیوند عضو بیماران خارجی در عین نادیده گرفتن نیاز پیوند جمعیت داخلی یک دولت، رویکرد مناسبی نبوده و خودکفایی در تأمین عضو را با چالش‌های جدی مواجه خواهد کرد (۵). مخالفان چنین تحلیلی معتقدند که اعضای فروخته شده به بیماران خارجی در کشورهای مقصد، در ابتدا نتیجه تجاری‌سازی اعضای بدن است. بنابراین حذف بیماران خارجی از این معادله لزوماً منجر به دسترسی بیشتر برای بیماران نیازمند پیوند در داخل که توان پرداخت آن را ندارند، نمی‌شود. از سوی دیگر نگرانی‌هایی در خصوص ایمنی پزشکی پیوند عضو در خارج از کشور و سلامت بیمارانی که در برای پیوند به خارج از کشور سفر کرده‌اند، وجود دارد (۴۲). بسیاری از تحقیقات بر این نکته متفق‌القول‌اند که پیوند از اهداکنندگان تجاری نه تنها غیر اخلاقی است، بلکه از منظر

پزشکی یک کشور نیز نیازمند ضابطه‌مند شدن موارد قانونی گردشگری پیوند و ممنوعیت جدی موارد غیر قانونی آن است.

۲-۲. رویکرد عدم مداخله کیفری: تبیین و ارزیابی ادله موافقان گردشگری پیوندی: در میان نظرات ارائه شده در خصوص گردشگری پیوند عضو، کمتر نویسنده‌ای موافقت خود را با این پدیده اعلام کرده است و ادله موافقت نیز بسیار محدود و مختصراند، اما از این حیث حائز اهمیت می‌باشند که می‌تواند نگاه مطلق‌انگارانه بر منع این پدیده را تعدیل کرده زمینه را برای تدوین و طراحی راه حل میانه‌ای مهیا کنند. در موافقت با گردشگری پیوند عضو می‌توان توجیهات سلامت محور و اقتصادی حمایت‌محور و حتی نوع‌دوستانه را در دو دسته ادله دنبال کرد.

۲-۲-۱. ادله سلامت‌محور: گردشگری پیوند عملی‌ترین راه برای تأمین نیاز بیماران پیوندی: یکی از طرفداران گردشگری پیوند، Gerald Dworkin معتقد است که گردشگری پیوند و فروش اعضا، عملی‌ترین راه برای مقابله با مشکل کمبود عضو است. با در نظر گرفتن میزان اختیار و کنترل افراد بر چیزهایی که توان و امکان فروش آن را دارند، این‌گونه استدلال می‌کند که احترام به خودمختاری افراد نسبت به جسمشان مستلزم پذیرش این ایده است که افراد حق دارند در صورت خواست و تمایل اعضای بدن خود را بفروشند. بنابراین لازم است که به افراد اجازه داده شود با اعضای بدن خود در معاملات بازار وارد شوند (۴۴).

۲-۲-۲. ادله اقتصادمحور: از ایجاد بازار ضابطه‌مند و حذف بازار غیر قانونی مبادله اعضا تا توسعه گردشگری: به دلیل کمبود شدید عضو، برخی از متخصصان پیوند، پژوهشگران اخلاق و اقتصاددانان در موافقت با گردشگری پیوند برای ایجاد یک بازار ضابطه‌مند برای اعضای بدن انسان به منظور افزایش اهدای عضو و کاهش مرگ افرادی که در لیست انتظار پیوند هستند، تلاش می‌کنند (۵). این موضوع به طور غیر مستقیم، نیاز به سفر برای پیوند را توسط افراد یک کشور از بین می‌برد. طرفداران بازار ضابطه‌مند نگرانی‌های موجود در بازار بی‌ضابطه و غیر قانونی را تأیید می‌کنند و درصدد ارتقای سیستمی هستند که حجم بالایی از این نگرانی‌ها را حذف و تأمین مداوم عضو برای پیوند را تضمین می‌کند. برای دستیابی به این هدف، پیشنهاد شده است که چنین سیستمی باید مبتنی بر ساختاری باشد که عدالت و برابری را تضمین می‌کند، استثمار را از بین برده و از افراد

«دو نقص در استدلال Dworkin وجود دارد: اولین مورد این است که مفهوم خودمختاری جسمانی به حق افراد برای فروش اعضای بدن خود در هر زمانی که اراده کنند، ترجمه و تفسیر نمی‌شود، بلکه خودمختاری جسمانی به معنای این است که افراد در امور مربوط به جسمشان قدرت تصمیم‌گیری دارند، این قدرت تصمیم‌گیری به فروش بخشی از بدن، مانند فروش بخشی از یک کالا، توسعه و تعمیم پیدا نمی‌کند، زیرا اعضای بدن انسان قسمتی از وجود شخص است و چیزی فرعی محسوب نمی‌شود؛ اشکال دوم در استدلال Dworkin، این است که استدلال او مشکلات ناشی از گردشگری پیوند را

مجله حقوق پزشکی، دوره شانزدهم، شماره پنجاه و هفتم، ۱۴۰۱

آسیب‌پذیر حفاظت و حمایت می‌کند. سایر الزامات چنین سیستمی شامل ممنوعیت دلالتی، پاداش‌های رقابتی و مراقبت‌های بهداشتی مداوم می‌شود (۴۵). همچنین پیشنهاد شده است که مبلغ ثابتی توسط دولت و یا نماینده دولت (ارگان مربوط) که به این منظور تأسیس شده است، به فروشندگان عضو پرداخت شود. با تأکید بر اینکه پرداخت پول در برابر اعضا توسط خریدار واحد که دولت و یا ارگان مربوطه است، انجام خواهد شد که این امر این موضوع را تضمین می‌کند که فروشندگان تمام مبلغ را دریافت و همچنین مبلغ عادلانه را برای اعضای بدنشان دریافت می‌کنند. همچنین معتقدند که حذف خرید مستقیم از فروشنده، این موضوع را تضمین می‌کند که ثروتمندان فقرا را شکار نکنند و این موجب کاهش و یا توقف تدریجی استثمار می‌شود (۴۶). از سوی دیگر اعضای خریداری شده، مورد آزمایش‌های مختلفی همچون (ایدز، هیپاتیت و...) قرار می‌گیرد، منشأ آن‌ها شناسایی می‌شود و برای موارد سوءاستفاده از آن‌ها، کیفر مقرر می‌گردد. هزینه و قیمت اعضای آن‌ها باید به قدری باشد که مردم به این معامله جذب و ترغیب شوند (۲۳).

پیشنهاد ایجاد بازار ضابطه‌مند در زمینه اندام‌های انسانی، از نظر فنی استدلالی برای حمایت و موافقت با گردشگری پیوند نخواهد بود، بلکه بیشتر استدلالی در راستای حل مشکل کمبود عضو است. در این حالت فقط بازیگران فرایند گردشگری پیوند عضو جا به جا خواهند شد و دولت جای استثماری را می‌گیرد. همچنین باید گفت که ایجاد بازار ضابطه‌مند اعضا گردشگری پیوند عضو را منتفی نمی‌کند، چراکه اولاً انجام پیوند در برخی کشورها به مراتب ارزان‌تر از کشور متبوع دریافت‌کننده است؛ ثانیاً بسیاری از کشورهای دنیا همچنان از دانش تخصصی برای انجام جراحی پیوند عضو بی‌بهره‌اند. بنابراین این پیشنهاد یک پیشنهاد جامع با در نظر گرفتن تمامی ابعاد این پدیده نیست.

برخی دیگر از موافقان این پدیده، گردشگری پیوند را برا بستر مناسبی برای توسعه اقتصادی می‌دانند. گردشگری قبل از هر چیز یک مسأله اقتصادی است و به عنوان صنعتی سودآور در

حال تبدیل شدن به بزرگ‌ترین صنعت جهان است. کارشناسان اقتصادی با تأکید بر جنبه‌های مختلف گردشگری نقش آن را در پویایی اقتصادی بسیار مهم دانسته‌اند و می‌کوشند تا با شناخت ابعاد اقتصادی گردشگری راه‌های توسعه را در این افق بررسی کنند (۴۷). گردشگری پیوند عضو به عنوان شاخه از گردشگری پزشکی همچنان وضعیت مبهمی دارد، از سویی منع آن توسط سازمان بهداشت جهانی و توصیه به تمامی کشورهای در ممنوعیت این پدیده در بیانیه استانبول و از سوی دیگر ارقام قابل توجه سفر به برخی کشورها و خرید عضو و انجام عمل پیوند در فرایند گردشگری پیوند عضو، شرایط ویژه‌ای در حوزه تأمین عضو ایجاد کرده است. وجه اقتصادی این موضوع چنان با اهمیت است ارقام پیشنهادی اهداکنندگان را ترغیب می‌کند و دلالت را برای مدیریت این موضوع و تأمین هرچه بیشتر عضو به تکاپو وامی‌دارد. خروج از این ابهام و شناسایی رسمی حالت‌های مجاز شیوع گردشگری پیوند عضو از یکسو سبب رونق و توسعه صنعت گردشگری و از سوی دیگر مسیر اقتصاد زیر زمینی و تجارت غیر قانونی اعضای بدن نیز تا حدودی مسدود خواهد شد. لازم به ذکر است که توسعه این صنعت اگر در عمل منجر به عدم امکان تأمین نیازهای داخلی شود، سودآور نخواهد بود و به تعداد بیماران افزوده خواهد شد، اما در میان این ابهام در خصوص گردشگری غیر قانونی پیوند حالتی قابل طرح و سرمایه‌گذاری است که می‌تواند علاوه بر اثرگذاری انسانی موجب تقویت و توسعه تخصص و دانش پزشکی و ارائه انواع خدمات گردشگری سلامت برای مراقبت‌های پس از پیوند شود. در واقع همه حالت‌های گردشگری پیوند غیر قانونی نیستند، به طور مثال اگر فردی قصد اهدای عضو به یکی از اعضای خانواده خود را داشته باشد، اما در کشور متبوعش عمل جراحی پیوند فاقد سابقه و امکانات و یا غیر قابل اطمینان باشد، گردشگری پیوند بهترین راهکار برای حل این موضوع خواهد بود و این تخصص چنان که در کشورهایی مانند ایران نیز از موقعیت ویژه‌ای برخوردار است، می‌تواند سبب جذب گردشگر در حوزه پیوند عضو و سودآوری اقتصادی شود و

جسمانی قشر آسیب‌پذیر و قربانیان گردشگری پیوند و تضعیف سرمایه انسانی.

۳- مقابله با خرید و فروش غیر قانونی عضو، دلالتی و واسطه‌گری در این حوزه، فساد نظام سلامت از طریق تسهیل گردشگری غیر قانونی پیوند عضو و جرائم مرتبط، از جمله جعل هویت، ازدواج‌های صوری، فرزندخواندگی و کسب تابعیت به قصد پیوند.

با توجه به فراملی بودن این پدیده و موقعیت و تبعات متفاوت آن در کشورهای مقصد و مبدأ، رویکردهای بین‌المللی حقوقی هماهنگ و الزام‌آور و قانونگذاری ملی در راستای این رویکردهای بین‌المللی جهت مدیریت این پدیده ضروری است، چراکه قانونگذاری‌های ملی صرفاً می‌تواند منجر به ضابطه‌مند شدن حالت‌های قانونی شده و حذف موارد غیر قانونی آن را به دنبال نخواهد داشت و گاه قانونگذاری ملی تنها محل ارتکاب را تغییر خواهد داد، مانند قانونگذاری در هند که منجر به شیوع قابل توجه گردشگری پیوند در کشور همسایه، سریلانکا، شد. رویکرد قانونگذار در کشورهای مقصد در راستای ممنوعیت این پدیده، اغلب به صرف ایجاد ممنوعیت پیوند به اتباع خارجی، در برخی مقاصد شناخته شده، محدود می‌شود، در حالی که این ممنوعیت فقط ناظر به یکی از حالت‌های وقوع این پدیده است و در عمل نیز منجر به خاتمه گردشگری پیوند نشده است و راهکارهایی چون کسب تابعیت، فرزندخواندگی، ازدواج‌های صوری و جعل مدارک هویت و حتی سفر هر دو اهداکننده و دریافت‌کننده عضو به کشور ثالث، این ممنوعیت را در پیشگیری و مقابله با گردشگری پیوند بی‌اثر کرده است. در کشورهای مبدأ نیز منع خرید و فروش و تجاری‌سازی و حتی ممنوعیت مستقیم گردشگری پیوند کم‌سابقه است. همچنین جرم‌انگاری و تعیین مجازات نیز اثر قابل توجهی بر کاهش این پدیده در نگاه کلان نداشته است، زیرا افرادی که به اندام‌های نجات‌دهنده زندگی نیاز دارند، اغلب منافع خرید عضو را در فرایند گردشگری پیوند بیش از مجازات انجام این کار می‌دانند. از سوی دیگر فراملی بودن این پدیده و تابعیت متفاوت طرفین، پیگیری و تعقیب

همچنین بسیاری از نگرانی‌ها و خطرات و جنبه‌های غیر انسانی در مخالفت با گردشگری پیوند در این حالت منتفی و یا قابل مدیریت خواهد بود. بنابراین علاوه بر لزوم حل این ابهامات و تدوین و طراحی رویکرد جهت شناسایی دقیق گردشگری پیوند تا استقرار یک رویکرد هماهنگ بین‌المللی می‌توان از رویکردهای ملی و منطقه‌ای در حالت‌های مجاز و قانونی گردشگری پیوند قدمی در راستای تأمین عضو و نجات بیماران نیازمند و توجه منطقی به پدیده‌ای برداشت که گسترده‌تر از تصور است. دولت‌ها و کشورهای فاقد انواع امکانات پیوند نیز می‌توانند علاوه بر تدوین و طراحی رویکردهای منطقه‌ای جهت تأمین حق بر سلامت شهروندان و حذف نابرابری جهت دستیابی تمامی اقشار، این فرایند را تحت پوشش‌های بیمه‌ای و مطمئن قرار داده فرصت نجات و اهدای عضو را از مسیر گردشگری پیوند قانونی برای تمامی طبقات اجتماعی فراهم کنند.

نتیجه‌گیری

مهم‌ترین نتیجه بررسی و تحلیل نظرات موافق و مخالف این پدیده، تأکید بر ضرورت مداخله کیفی در مواجهه با این پدیده ضمن تفکیک دقیق حالت‌های قانونی و غیر قانونی آن و ترسیم پاسخ‌های کارآمد در راستای مقابله، مدیریت و پیشگیری از آن با نگاهی جامع به تمامی نکات مورد توجه این دو دسته است. بنابراین مداخله کیفی در گردشگری پیوند اعضا با سه توجیه حمایت، پیشگیری و مقابله به شرح ذیل ضرورت دارد:

۱- حمایت از بیماران نیازمند عضو و همچنین اهداکنندگان، اقشار آسیب‌پذیر و محروم در راستای عدالت اندامی و پاسداشت کرامت انسان، اعتبار و حیثیت نظام سلامت و شأن پزشکی کشور، خودکفایی در تأمین عضو و نیاز داخلی و توسعه و تقویت صنعت گردشگری پزشکی.

۲- پیشگیری از اشکال نوین استثمار، بردگی ناقص از مسیر کالانگاری و تجاری‌سازی بدن، تقویت و توسعه سازمان‌یافتگی جرائم حقوق پزشکی، فقیرتر شدن و از دست‌دادن سلامت

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

این پدیده را به عنوان جرم نیز با چالش‌های جدی مواجه خواهد کرد.

بنابراین ضرورت نگاه همه‌جانبه به این پدیده در مسیر جرم‌انگاری و پاسخگذاری کارآمد، از یکسو مستلزم بازنگری و تدوین اصول و ظرایف قانون‌نویسی در حقوق پزشکی، به روزرسانی قوانین موجود در حوزه پیوند و توجه به پیشرفت‌ها، چالش‌ها و جزئیات آن است و از سوی دیگر توجه به ضوابط گردشگری سلامت در سطح بین‌المللی و تدوین ضوابط ملی و منطقه‌ای در راستای پیشگیری، مدیریت و مقابله با گردشگری پیوند به عنوان پدیده‌ای مستقل و همچنین شناسایی و به رسمیت‌شناختن حالت‌های مجاز آن جهت تأمین حق بر سلامت و توسعه آن راهگشا خواهد بود.

مشارکت نویسندگان

سارا کیانی: طراحی ایده و پلان، بررسی متون و منابع، تحلیل مطالب و نگارش متن.

محمدهادی صادقی: تحلیل مطالب، ارائه اطلاعات و ویرایش نهایی مقاله.

شهرام ابراهیمی و فضل‌اله فروغی: تحلیل و بررسی محتوایی و شکلی مقاله و راهنمایی در جهت رفع ایرادات و نواقص.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

References

1. Ainley R. Organ transploitiation: A model law approach to combat human trafficking and transplant tourism. *Or. Rev. Int'l L.* 2011; 13(2): 427-466.
2. Broumand B, Saidi RF. New definition of transplant tourism. *International Journal of Organ Transplantation Medicine.* 2017; 8(1): 49-51.
3. Rasekh M, Ameri F. Organ Transplantation: Ethical view. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2016; 8(7): 73. [Persian]
4. Marty MD. *The Great Systems of Criminal Policy.* Translated by Nadkafi AH. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 1999. [Persian]
5. Adido T. *Transplant Tourism: An International and National Law Model to Prohibit Travelling Abroad for Illegal Organ Transplants.* Boston: Brill; 2018.
6. Budiani Saberi DA, Delmonico FL. Organ trafficking and transplant tourism: A commentary on the global realities. *American Journal of Transplantation.* 2008; 8(5): 925-929.
7. Ambagtsheer F, De Jong J, Bramer WM, Weimar W. On patients who purchase organ transplants abroad. *American Journal of Transplantation.* 2016; 16(10): 2800-2815.
8. Torres Soto M, Kotton CN. Infectious disease complications of transplant tourism. *Expert Review of Anti-infective Therapy.* 2021; 19(6): 671-673.
9. Lavee J, Ashkenazi T, Stoler A, Cohen J, Beyar R. Preliminary marked increase in the national organ donation rate in Israel following implementation of a new organ transplantation law. *American Journal of Transplantation.* 2013; 13(3): 780-785.
10. Gill JS, Goldberg A, Prasad GR, Fortin MC, Hansen TB, Levin A, et al. Policy statement of Canadian Society of Transplantation and Canadian Society of Nephrology on organ trafficking and transplant tourism. *Transplantation.* 2010; 90(8): 817-820.
11. Bagheri A. Asia in the Spotlight of the International Organ Trade: Time to Take Action. *Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy.* 2007; 2(1): 11-24.
12. Huang J, Millis JM, Mao Y, Millis MA, Sang X, Zhong S. A pilot programme of organ donation after cardiac death in China. *The Lancet.* 2012; 379(9818): 862-865.
13. Zaher ZM. Transplantation in Asia-meeting the challenge. In *Transplantation Proceedings.* 2004; 7(36): 1861.
14. Nicolaides A, Smith A. The problem of medical tourism and organ trafficking: peer reviewed original article. *Medical Technology SA.* 2012; 26(2): 33-38.
15. Kakwani N, Son HH. Global poverty estimates based on 2011 purchasing power parity: where should the new poverty line be drawn?. *The Journal of Economic Inequality.* 2016; 14(2): 173-184.
16. Awaya T, Siruno L, Toledano SJ, Aguilar F, Shimazono Y, De Castro LD. Failure of informed consent in compensated non-related kidney donation in the Philippines. *Asian Bioethics Review.* 2009; 1(2): 138-143.
17. Tharien A. Ethical Issues in Organ Transplantation in India. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics.* 1996; 6(6): 168-169.
18. Chengappa R. *The Organs Bazaar.* India Today; 2006. Available at: <https://www.indiatoday.in/magazine/cover-story/story/19900731-trade-in-organs-taken-from-live-donors-assumes-alarming-proportions-in-india-812868-1990-07-31>.
19. Smith JM. *Dirty Pretty Things and the Law: Curing the Organ Shortage & (and) Health Care Crises in America.* Chap. L. Rev. 2008; 12: 361-387.
20. Available at: <https://medtourpress.ir/%D9%85%D8%B5%D8%A7%D8%AD%D8%A8%D9%87-%D8%AF%DA%A9%D8%AA%D8%B1-%D8%AC%D8%B9%D9%81%D8%B1%DB%8C%D8%A7%D9%86-%D9%BE%DB%8C%D9%88%D9%86%D8%AF-%DA%A9%D8%A8%D8%AF-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%AA>.
21. Available at: <https://www.trt.net.tr/persian/yrn/2014/07/25/qchq-dy-bdn-dr-yrn-70755>.
22. Moazami SH, Vahdani M, Zadeh Dabbagh P. Examination and analysis of laws and regulations related to organ transplantation in Iran. *IJME.* 2013; 6(4): 1-16. [Persian]
23. Saed MJ. *Criminalization and Bioethics.* 1st ed. Tehran: The SD Institute of Law Research & Study; 2015. [Persian]
24. Sandel M. *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets.* 1st ed. Tehran: Nashr-e Markaz; 2014. [Persian]
25. Koettl J. *Human trafficking, modern day slavery, and economic exploitation.* Washington D.C.: Social Protection & Labor, the World Bank; 2009.

26. Goyal M, Mehta RL, Schneiderman LJ, Sehgal AR. Economic and health consequences of selling a kidney in India. *JAMA*. 2002; 288(13): 1589-1593.
27. Taylor JS. *Stakes and kidneys: Why markets in human body parts are morally imperative*. London: Routledge; 2017.
28. Abouna GM, Sabawi MM, Kumar MS, Samhan M. The negative impact of paid organ donation. In *Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice Commerce*. Berlin: Springer; 1991. p.164-172.
29. Mirmohammad Sadeghi H, Khosravi A. Transplant Tourism in International Instruments and Domestic Law. *Journal of Law Research*. 2021; 24(95): 11-34. [Persian]
30. Delmonico FL, Scheper Hughes N. Why we should not pay for human organs. *Zygon*. 2003; 38(3): 689-698.
31. Arnderson O. *Transplantation Tourism: New Zealand Resident Deciding on Commercial Kidney Transplantation Overseas*. Thesis. New Zealand: Victoria University of Wellington; 2019.
32. Najafi AH, Hashemby H. *Lexicon of Criminology*. Tehran: Ganj-e Danesh; 2012. [Persian]
33. Taghizadeh MY, Nazariyan Elamnaz N. *Income Inequality, Poverty and Public Health*. Payavard. 2017; 11(2): 220-234. [Persian]
34. Tavakol M, Armstrong D. *An Outline of Society As Applied to Medicine (Medical Sociology)*. 3rd ed. Tehran: Nashr-e Hoghoghi; 2013. [Persian]
35. Maher A. Study of Relation between Poverty and Health in Iran. *Refah J*. 2005; 5(18): 129-148. [Persian]
36. Rabiei M, Heidari S, Shariat M, Kani S. The Impact of Health Indicators on Economic Growth: A Case Study of Developed and Developing Countries. *Econimoc Journal*. 2014; 13(7): 83-88. [Persian]
37. Azad Aramaki T, Chavoshiyan, H. The body as a medium of identity. *Iran Society Journal*. 2003; 4(4): 57-75. [Persian]
38. Khajenori B, Rohani A, Hashemi S. Lifestyle and Body Management. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2011; 2(8): 21-48. [Persian]
39. Raghbi M, Minakhani GH. Body Management and its Relation with Body Image and Self Concep. *Knowledge & Research in Applied Psychology Journal*. 2012; 12(4): 72-81. [Persian]
40. Gorji A. The basis and concept of fundamental rights. *Constitutional Law Journal*. 2005; 2(2): 7-26. [Persian]
41. Schultz A. Guns and Kidneys: How Transplant Tourism Finances Global Conflict. 2022: 1-66.
42. Caulfield T, Zarzeczny A. Curbing transplant tourism: Canadian physicians and the law. *CMAJ*. 2016; 188(13): 935-936.
43. Tawhari M, Radwi M. A Three-Year Experience with Overseas Kidney Transplantation in a Tertiary Transplant Center in Saudi Arabia. *Cureus*. 2022; 14(4): 1-8.
44. Dworkin G. Markets and morals: The case for organ sales. *The Mount Sinai journal of medicine*. 1993; 60(1): 66-69.
45. Epstein M. Sociological and ethical issues in transplant commercialism. *Current Opinion in Organ Transplantation*. 2009; 14(2): 134-139.
46. Friedlaender MM. The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients?. *The Lancet*. 2002; 359(9310): 971-973.
47. PapoliYazdi MH, Sagai M. *Tourism (Nature & Concepts)*. Tehran: Samt Publications; 2015. [Persian]