

EWA ŁOWIŃSKA

## Prawo do zapłodnienia in vitro w Polsce i na świecie

Terroryzm, choroby cywilizacyjne, błyskawiczny postęp technologiczny, globalizacja, postępująca ateizacja społeczeństw oraz niewiarygodny rozwój nauki i medycyny to tylko kilka znaków nowej ery człowieczeństwa, rozpoczętej na przełomie XX i XXI wieku. Ludzki rozum zaczął przekraczać granice własnych możliwości. Przeciętny człowiek spotyka się na co dzień z takimi pojęciami, jak: wspomagana prokreacja, sztuczne zapłodnienie, diagnostyka prenatalna, hybrydy czy eugenika, które kilkadziesiąt lat wcześniej były mu obce lub znane jedynie z filmów fantastycznych. Współczesna biotechnologia rozwija się w zaskakującym tempie, dotyka najdelikatniejszych sfer życia człowieka. Można by wręcz powiedzieć, że ingeruje w sprawy dotąd uważane za boskie. Taki progres rodzi nowe pytania etyczne, moralne, filozoficzne, religijne, medyczne, naukowe, a co najistotniejsze z punktu widzenia niniejszego opracowania, także prawne.

### Geneza

Zanim doszło do zapłodnienia pozaustrojowego, podejmowano próby zapłodnienia in vivo (w organizmie kobiety). W 1944 roku John Rock i Miriam Menkin przeprowadzili w USA pierwszy udany zabieg tego typu. Sukces poprzedzony był 138 próbami, w których wykorzystano w sumie 800 komórek jajowych<sup>1</sup>. Jednak dopiero w latach 70. ginekolog Patrick Steptoe i biolog Uniwersytetu Cambridge Robert Edwards doprowadzili do zapłodnienia pozaustrojowego i narodzin pierwszego dziecka poczętego metodą in vitro. Po kilku latach prób udało im się wywołać pierwszą ciążę, a 25 lipca 1978 roku, w szpitalu Kernshaw Cottage, w miasteczku Oldham w Wielkiej Brytanii urodziła się Louise Brown, córka nieplodnej Angielki Lesley Brown i jej męża Johna Browna. Dzień jej narodzin można uznać za przełomowy dla ludzkiej prokreacji. Już po

---

1 K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie. Jeśli nie in vitro, to co?*, Kraków 2010, s. 20.

kilku miesiącach od urodzenia się Louise Brown przyszły na świat kolejne dzieci, które zostały poczęte w probówce. Gdy liczba niemowląt urodzonych po zapłodnieniu *in vitro* wzrosła do kilkudziesięciu, sensacyjne doniesienia prasowe, uprzednio towarzyszące każdemu kolejnemu przypadkowi, stały się rzadsze. Pojawiały się ponownie jedynie przy okazji nienotowanych dotąd wydarzeń, np. przy urodzeniu pierwszych trojaczek czy pierwszej ciąży powstałej z zapłodnionego jaja uprzednio zamrożonego<sup>2</sup>. Od 1978 roku metodę *in vitro* stopniowo zaczęły stosować ośrodki we wszystkich częściach świata. Stosunkowo szybko technika ta znalazła uznanie w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Niemczech, Danii, Francji, Szwecji, Austrii, Singapurze i Izraelu. W Polsce pierwsze dziecko poczęte metodą sztucznego zapłodnienia *in vitro* urodziło się w 1987 roku w Białymstoku<sup>3</sup>.

Omówiona krótka geneza badań nad *in vitro* wskazuje na szczytny cel naukowców, jakim było wynalezienie leku na niepłodność. Jednak nie zawsze wielkie wynalazki wywołują zamierzone przez ich twórców efekty, z reguły powodują ambiwalentne skutki. W niektórych krajach z metody *in vitro* korzystają nie tylko pary niepłodne, ale również kobiety samotne oraz żeńskie pary homoseksualne, które pragną mieć potomstwo bez stosunku seksualnego z mężczyzną. W latach 90. zaczęło dochodzić do sytuacji uważanych do tej pory za niemożliwe: w 1991 roku po raz pierwszy w historii medycyny dziecko urodziła dziewczyna, a rok później, we Włoszech, syna urodziła 62-latką. Za pomocą *in vitro* matkami zostały również 59-letnia Amerykanka Laura Cohen, która w 2006 roku urodziła bliźnięta, oraz 66-letnia Rumunka, Adriana Iliescu, która twierdziła, że posiadanie dziecka jest misją jej życia. Natomiast we Francji w 1984 roku po raz pierwszy w historii doszło do poczęcia dziecka po śmierci ojca. 23-letnia Corrine Paraplaix na mocy orzeczenia sądowego uzyskała zgodę na sztuczne zapłodnienie się zamrożoną spermą jej zmarłego męża. Z kolei obecnie bank spermy Fairfax Cryobank oferuje wdowom po żołnierzach, którzy zginęli w Iraku, możliwość stworzenia dziecka ze spermy ich zmarłych mężów<sup>4</sup>. Łatwo dostrzec, że powyższe przykłady mogą budzić lęk i obawę przed drastycznymi możliwościami wykorzystania nowych metod prokreacji w przyszłości. Odpowiedzią na ten lęk może być prawo. Z reguły, gdy pojawiają się medyczne możliwości na spełnianie pragnień ludzkich, wzmaga się również społeczna presja na ich legalizację. Jednak prawodawcy stawiają opór społecznym naciskom, tłumacząc się brakiem pewności co do skutków regulowanej materii. Pomimo że metoda *in vitro* jest już stosowana od trzech dekad, w wielu państwach wciąż nie ma prawnych uregulowań tego zjawiska. Tak jest także w Polsce. System legislacyjny powinien być jak najszybciej uzupełniany o nowe normy. Sztuczne zapłodnienie rzuciło wyzwanie wszystkim prawodawcom na świecie, stawiając przed nimi zupełnie nowe problemy. Konieczne stało

---

2 *Ibidem*, s. 23.

3 *Ibidem*, s. 20.

4 *Ibidem*, s. 21.

się uregulowanie statusu prawnego embrionu i płodu, rozwijającego się zarówno w, jak i poza organizmem kobiety, kwestii związanych z kriokonserwacją zarodków, embrionami nadliczbowymi czy w ogóle liczbą zapładnianych komórek jajowych.

## Prawo międzynarodowe

Ze względu na fakt, że społeczność międzynarodowa nie potrafi wypracować jednego, zgodnego stanowiska wobec określenia momentu początku życia ludzkiego i objęcia go ochroną prawną, łatwo przewidzieć, że podstawowe akty prawne o zasięgu międzynarodowym nie regulują także kwestii związanych ze sztuczną prokreacją. Jedyne pośrednio kwestiami zapłodnienia in vitro zajmuje się przyjęta jednogłośnie przez państwa członkowskie UNESCO na 29 sesji Konferencji Generalnej 11 listopada 1997 roku *Powszechna Deklaracja o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka*. Na jej podstawie postuluje się wprowadzenie kontroli społecznej nad badaniami genetycznymi prowadzonymi na embrionach in vitro oraz nad interwencją w dziedzictwo chromosomowe lub genetyczne człowieka. W preambule deklaracji podkreślono również, że badania nad genomem ludzkim „powinny w pełni szanować ludzką godność, wolność i prawa człowieka, a także respektować zakaz wszelkiej dyskryminacji opartej na cechach genetycznych”.

Pierwszym dokumentem o zasięgu międzynarodowym, który poszerza zakres ochrony embrionu i płodu, a tym samym podnosi kwestie zapłodnienia in vitro, jest tzw. *Europejska konwencja bioetyczna* (Konwencja RE o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie – dalej: Konwencja). Co prawda, dokument ten nie traktuje bezpośrednio o zapłodnieniu in vitro ani tym bardziej nie przesądza o ogólnej dopuszczalności przeprowadzania tego typu zabiegów, jednak jako pierwszy wymienia wprost termin in vitro, w art. 18.

Treść wspomnianego artykułu dotyczy regulacji eksperymentowania na embrionach „w probówce”. Artykuł ten, zatytułowany *Badania na embrionach in vitro*, stanowi:

1. Jeżeli prawo zezwala na przeprowadzanie badań na embrionach in vitro, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom.

2. Tworzenie embrionów ludzkich dla celów naukowych jest zabronione.

Z powyższego wynika, iż przeprowadzanie badań na embrionach „w probówce” jest zależne od decyzji państwa, przy czym, jeżeli prawo krajowe zezwala na te badania, musi zapewnić embrionom odpowiednią ochronę. Warto również podkreślić, że nie tylko art. 18 odnosi się do zagadnienia sztucznej prokreacji.

Art. 4 nakłada na lekarzy i innych pracowników służby zdrowia obowiązek dokonywania wszelkiej interwencji, w tym interwencji eksperymentalnej, zgodnie ze stosownymi obowiązkami i standardami zawodowymi, do których należą m.in. powszechny po-

rządek prawny oraz deontologia lekarska. Należy jednak pamiętać, że lekarz – zgodnie z klauzulą sumienia – może odmówić wykonania zabiegu ze względu na przekonania, co w przypadku zabiegów sztucznego zapłodnienia, głównie heterologicznego in vitro, może mieć istotne znaczenie.

Z kolei art. 5 Konwencji dotyczy udzielenia przez pacjenta zgody na dokonanie zabiegu. W przypadku zapłodnienia in vitro samo wyrażenie zgody nie budzi większych wątpliwości, bowiem pacjenci sami przychodzą z prośbą o przeprowadzenie zabiegu. Większe komplikacje rodzi możliwość swobodnego wycofania owej zgody. Konwencja nie precyzuje ostatecznego momentu cofnięcia decyzji w przypadku sztucznego zapłodnienia, a to skutkuje brakiem uregulowania sytuacji, w której po zapłodnieniu pobranej od pacjentki komórki jajowej zostanie wycofana zgoda na jej transfer do macicy.

Kolejne kontrowersje w kwestii sztucznej prokreacji pojawiają się w przypadku zagwarantowanego każdemu (w art. 10 Konwencji) prawa do informacji dotyczących jego zdrowia. Czy należy zatem ujawnić dziecku okoliczności jego poczęcia? Jest to następną luką, która powinna zostać uregulowana w krajowych systemach prawnych.

Ponadto, zgodnie z art. 14, który stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 13, „wykorzystywanie technik medycznie wspomaganey prokreacji jest zakazane, o ile celem tych technik jest wybór płci przyszłego dziecka, za wyjątkiem sytuacji, gdy wybór taki pozwala uniknąć poważnej choroby dziedzicznej zależnej od płci dziecka”. Twórcy Konwencji bioetycznej pozostawili doprecyzowanie określenia „poważna choroba dziedziczna” ustawodawcom krajowym<sup>5</sup>.

Reasumując, warto zauważyć, że Konwencja bioetyczna zawiera ważne minimum dla ochrony zarodków, a także wskazuje kwestie, które powinny zostać uregulowane przez krajowego ustawodawcę.

## Europejskie prawo unijne

Europejskie prawo unijne w zasadzie nie reguluje kwestii obrotu bądź badań nad zarodkowymi komórkami macierzystymi in vitro, ale wzywa państwa członkowskie do wprowadzenia w tym zakresie pewnych regulacji prawnych na poziomie narodowym lub do poparcia pewnych ustaleń, pod rygorem określonym w art. 258 i n. Traktatu Lizbońskiego (Traktat o Funkcjonowaniu UE). Granice owych regulacji wyznacza *Karta praw podstawowych* (dalej: Karta).

Karta formułuje pięć generalnych warunków, które mogą rzutować na wykładnię prawa pochodnego i transpozycji narodowych w zakresie wspomaganey prokreacji: nakaz ochrony godności ludzkiej (art. 1), zakaz komercjalizacji ciała ludzkiego i jego części (art. 3 ust. 2), zakaz praktyk eugenicznych, w szczególności tych, których celem jest selekcja

5 J. Kondratiewa-Bryzik, *Początek prawnej ochrony życia ludzkiego w świetle standardów międzynarodowych*, Warszawa 2009, s. 183.

osób (art. 3 ust. 2), zakaz klonowania reprodukcyjnego (art. 3 ust. 2) oraz warunek uzyskania zgody podmiotu poddanego interwencji medycznej (art. 3 ust. 2)<sup>6</sup>.

Wytyczne uszczegółowiające znajdują się w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (nr 2004/23/WE) oraz w dyrektywach wykonawczych Komisji do niej: 2006/17/WE z 8 lutego 2006 roku oraz 2006/86/WE z dnia 24 października 2006 roku.

Powyższe dyrektywy wymieniają minimalne standardy ochronne dotyczące obrotu i badań nad komórkami rozrodczymi, w tym nad embrionami ludzkimi *in vitro*, obowiązujące każde państwo członkowskie<sup>7</sup>.

Ze względu na brak standardów międzynarodowych w zakresie sztucznej prokreacji, regulacje krajowe są mocno zróżnicowane. W celu ujawnienia tych rozbieżności, warto się przyjrzeć rozwiązaniom prawnym zaproponowanym przez ustawodawcę krajowego w dwóch światowych mocarstwach: Stanach Zjednoczonych i Rosji, a także w wybranych państwach Unii Europejskiej: Wielkiej Brytanii i Niemczech, które reprezentują odmienne modele regulacyjne wspomaganej prokreacji.

## Stany Zjednoczone

USA prowadzą podobną politykę we wszystkich stanach, jednak różnice w pojmowaniu statusu embrionu powodują znaczne rozbieżności w uregulowaniu takich kwestii jak wspomagana prokreacja, zapłodnienie *in vitro*, badania na embrionach czy diagnostyka preimplantacyjna. Ze względu na to, że stawką są tu głęboko ugruntowane wartości związane z szacunkiem wobec ludzkiego życia, istotą prokreacji oraz ochroną kobiet i potomstwa, istnienie różnych poglądów w tak wielkim kraju, jakim są USA nie powinno być dla nikogo zaskakujące.

Stany Zjednoczone przyjęły w dużej mierze postawę *hands-off* (ręce z daleka) wobec zapłodnienia *in vitro*, pozostawiając prywatnym lekarzom i pacjentom prawo do decydowania, jakie usługi będą oferowane i wykonywane, z jedynym zastrzeżeniem, że muszą być zgodne z prawem deliktowym i kontraktowym<sup>8</sup>. Embriony nie mają przyrodzonego statusu moralnego ani konstytucyjnego, dlatego w zasadzie nie ma prawnych przeciwwskazań wobec tworzenia embrionów nadliczbowych, ich wyrzucania, darowania innym

6 L. Bosek, *Refleksje wokół prawnych uwarunkowań prokreacji*. Artykuł pochodzi z debaty przeprowadzonej w dniach 14.03–24.03.2009 pt. *Jak uregulować zapłodnienie in vitro?*, <[http://www.ptb.org.pl/pdf/bosek\\_in\\_vitro\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/bosek_in_vitro_1.pdf)>.

7 Szczegółowym omówieniem tej dyrektywy zajął się L. Bosek, *ibidem*.

8 J.A. Robertson, *Assisted Reproduction in Germany and the United States: An Essay in Comparative Law and Bioethics*, „*Beppress Legal Series*” 2004 paper 226.

czy też określania, co zrobić z niewykorzystanymi. Jednak większość prywatnych klinik i badaczy uważa, że swobodna manipulacja ludzkimi zarodkami nie powinna być przez prawo dozwolona. Kilka stanów zakazało badań nad ludzkimi embrionami i płodami (w szerokich znaczeniach tych słów), jednak przepisy te zostały zakwestionowane i uznane za niekonstytucyjne. W ten sposób nie zahamowano badań nad zarodkami ani komórkami macierzystymi, a metody zapłodnienia *in vitro* mogły być praktykowane. Zapłodnienie pozaustrojowe na poziomie federalnym reguluje tylko jedna ustawa z roku 1992: The Fertility Clinic Success Rate and Certification Act<sup>9</sup>, której celami są: stworzenie systemu zachęt do dokładnego raportowania wyników kliniki, określenie programów oferujących wspomaganą prokreację oraz zagwarantowanie konsumentom wiarygodnych informacji na temat skuteczności programu wspomaganą prokreacji. Ustawa wprowadza definicję technik wspomaganą prokreacji (ART) i definiuje je jako

wszelkie badania kliniczne i procedury laboratoryjne obejmujące postępowanie z ludzkimi oocytami i nasieniem lub embrionami, z zamiarem spowodowania ciąży a także obejmujące zapłodnienie *in vitro*, dojazdowy transfer gamet, dojazdowy transfer zygoty, kriokonserwację embrionów, przekazywanie oocytów lub embrionów, macierzyństwo zastępcze.<sup>10</sup>

Warto podkreślić, że ustawa ta może być implementowana dobrowolnie przez poszczególne stany, zatem nie ma sankcji federalnych za nieprzestrzeganie zawartych w niej postanowień.

Większość stanów nie posiada jednak kompleksowej regulacji kwestii sztucznego zapłodnienia. Najczęściej poprzestaje się na akceptacji prawa precedensowego lub jedynie częściowo reguluje się najbardziej wrażliwe społecznie zagadnienia, takie jak np. zakazy klonowania (np. Wirginia), zakazy badań nieterapeutycznych na embrionach (np. Nowy Meksyk, Południowa Dakota, Luizjana), reguły filiacyjne dla dzieci urodzonych wskutek zapłodnienia pozaustrojowego (żaden stan ani sąd nie uznał roszczeń do ustalenia filiacji dziecka z więcej niż dwojgiem rodziców – matką i ojcem), zakazy macierzyństwa zastępczego (np. Nowy Jork). Celem regulacji stanowych jest też ochrona dawców i biorców gamet przed działaniami oszustów i osób pozbawionych licencji (przykładowo, Kalifornia kontroluje jakość gamet i kryminalizuje niedozwolone wykorzystywanie gamet lub embrionów ludzkich)<sup>11</sup>.

Tylko niektóre stany uregulowały kwestie sztucznej prokreacji całościowo, tzn. określają one zasady ochrony embrionów ludzkich, podmiotowe warunki dostępu do proce-

<sup>9</sup> Ustawa dostępna na stronie: <[www.cdc.gov/dls/pdf/art/fr06no98n.pdf](http://www.cdc.gov/dls/pdf/art/fr06no98n.pdf)>.

<sup>10</sup> The Fertility Clinic Success Rate and Certification Act of 1992, Proposed Model Certification Program For Embryo Laboratories, Part I. Definitions [tłum. własne]

<sup>11</sup> L. Bosek, *op. cit.*

dur oraz skutki cywilnoprawne i karne (np. Luizjana, New Hampshire, Pensylwania). Przykładowo Luizjana rozstrzyga, że ludzki embrion *in vitro* w żadnym wypadku nie może być zniszczony, może być tworzony wyłącznie w celu implantacji do organizmu matki genetycznej, chyba że rodzice w sformalizowanej procedurze zrzekną się praw rodzicielskich na rzecz innego małżeństwa, a rodzice adopcyjni wyrażają zgodę i są w stanie przyjąć embrion (*willing and able to receive the embryo*). Luizjana rozstrzyga ustawowo, że embrion przebywający poza ustrojem matki jest osobą (*juridical person*)<sup>12</sup>.

## Federacja Rosyjska

Ustawodawstwo rosyjskie reguluje kwestie dotyczące zasad korzystania z zabiegów wspomaganey prokreacji, jednak nie są to normy o charakterze systemowym. Rosja nadal nie przystąpiła do Konwencji bioetycznej, a próby przyjęcia ustaw o bioetyce lub zdrowiu reprodukcyjnym zakończyły się fiaskiem. Jedynym ustawowym aktem prawnym regulującym kwestie zdrowia reprodukcyjnego jest federalna ustawa Podstawy ustawodawstwa Federacji Rosyjskiej o ochronie zdrowia obywateli (ros. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан) z dnia 22 lipca 1993 roku. Zasady przeprowadzania zabiegów sztucznego zapłodnienia zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 lutego 2003 roku. ws. zastosowania technik wspomaganey prokreacji w celu leczenia niepłodności kobiet i mężczyzn (ros. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 февраля 2003 г. N 67 О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия), a więc w akcie prawnym niższym rangą od ustawy.

Artykuł 35 wspomnianej ustawy o ochronie zdrowia stanowi, iż:

każda kobieta w wieku rozrodczym ma prawo do sztucznego zapłodnienia i implantacji embrionu. Poza tym sztuczne zapłodnienie kobiety i implantacja zarodka powinny odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych do tego rodzaju działalności, a warunkiem korzystania z zabiegów jest pisemna zgoda małżonków lub kobiety samotnej. Informacje o przeprowadzeniu zabiegu sztucznego zapłodnienia, implantacja zarodka, a także tożsamość dawcy stanowią przedmiot tajemnicy lekarskiej. Kobieta ma prawo do informacji o procedurze sztucznego zapłodnienia i implantacji embrionu, o jego medycznych i prawnych skutkach, a także o wyniku badań genetycznych, wyglądzie i narodowości dawcy nasienia, których zobowiązany jest udzielić lekarz dokonujący zabiegu. Jeżeli ktoś przeprowadza zabieg sztucznego zapłodnienia z naruszeniem powyższych przepisów, podlega odpowiedzialności karnej.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

Prawodawca rosyjski w art. 1 wspomnianego rozporządzenia uznaje niepłodność za chorobę, która wymaga leczenia w postaci zastosowania metod wspomaganej prokreacji, jeżeli inne metody leczenia okazały się bezskuteczne lub jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że metody wspomaganej prokreacji będą skuteczniejsze niż inne metody leczenia niepłodności<sup>13</sup>. Rozporządzenie w sprawie zastosowania technik wspomaganego prokreacji w celu leczenia niepłodności kobiet i mężczyzn zawiera również odrębne listy obowiązkowych badań medycznych dla kobiety i mężczyzny przed dokonaniem zabiegu sztucznego zapłodnienia<sup>14</sup>.

Federacja Rosyjska w omawianym rozporządzeniu szczegółowo podnosi również kwestię przekazywania gamet. W przypadku przekazania nasienia, dawcą może być zarówno małżonek, jak i osoba trzecia, z zastrzeżeniem, że muszą to być mężczyźni w wieku od 20 do 40 lat, fenotypowo normalni – wyboru dokonują pacjenci korzystający z zabiegów sztucznego zapłodnienia. Dawczynią komórki jajowej może być zarówno krewna lub znajoma osób korzystających z zabiegu sztucznego zapłodnienia, jak i osoba zupełnie anonimowa. Ponadto, dawczyni musi być w wieku od 20 do 35 lat, posiadać własne zdrowe dziecko, dobry stan zdrowia somatycznego, a także nie może mieć zbyt charakterystycznego fenotypu. Co więcej, dawcy komórek rozrodczych powinni poddać się obowiązkowym badaniom medycznym, określonym w art. 6 omawianego rozporządzenia. Korzystanie z komórek rozrodczych tego samego dawcy nie może prowadzić do urodzenia więcej niż 20 dzieci na 800 tys. mieszkańców na danym obszarze geograficznym. Zgodnie z art. 6, jeżeli dawcą komórek rozrodczych jest osoba trzecia, nie przysługują jej wówczas żadne prawa i obowiązki rodzicielskie względem przyszłego dziecka, ponieważ istotą dawstwa jest leczenie niepłodności innych osób. Ponadto rosyjski Kodeks rodzinny z dnia 29 grudnia 1995 roku przewiduje w art. 51, że przy rejestracji aktu urodzenia dziecka narodzonego w wyniku zastosowania technik sztucznej prokreacji za jego rodziców uznaje się małżonków, którzy udzielili pisemnej zgody na zabieg. Z kolei art. 52 wspomnianego kodeksu wprowadza zakaz żądania zaprzeczenia ojcostwa przez męża matki, jeśli wyraził on w formie pisemnej świadomą zgodę na zabieg sztucznego zapłodnienia i został poinformowany o jego konsekwencjach. Jeżeli matką dziecka urodzonego w wyniku zastosowania technik wspomaganej prokreacji jest kobieta samotna, stosuje się ogólne zasady rejestracji aktu urodzenia dziecka urodzonego przez kobietę samotną, gdy ojciec jest nieznan (nazwiskiem dziecka jest nazwisko matki, odczestwo imię dziecka – otczestwo – wskazuje matka dziecka)<sup>15</sup>.

W Rosji istnieje możliwość przeprowadzenia diagnostyki preimplantacyjnej w celach leczniczych. Stosuje się ją przede wszystkim w celach wykrycia ewentualnych wad genetycznych komórki jajowej lub embrionu oraz ustalenia płci zarodka, ponieważ, jak już

13 J. Kondratiewa-Bryzik, *op. cit.*, s. 268.

14 *Ibidem*, s. 269.

15 *Ibidem*, s. 269–270.



zostało wspomniane wcześniej, niektóre choroby genetyczne dziedziczy się w sposób recesywny wraz z płcią.

## Wielka Brytania

Model brytyjski preferuje wolność prokreacyjną i eksperymentalną, legalizuje np. tworzenie hybryd ludzko-zwierzęcych<sup>16</sup>. Jego cechą charakterystyczną jest rozbudowana regulacja instytucjonalna. Nadzór nad klinikami leczenia niepłodności sprawuje Urząd ds. Płodności i Embriologii (ang. The Human Fertilisation and Embryology Authority). Urząd ten licencjonuje podmioty aktywne w sferze wspomaganej prokreacji i monitoruje przestrzeganie nakładanych na nie obowiązków. Został utworzony w 1991 roku na podstawie Ustawy o płodności i embriologii z 1990 roku, jako niedepartmentalne ciało publiczne (*non-departmental public body* – NDPB) odpowiadające przed Ministrem Zdrowia. Kwestie związane ze wspomaganą prokreacją zostały uregulowane we wspomnianej Ustawie o płodności i embriologii z 1990 roku, w brzmieniu nadanym przez ustawę z 2008 roku, która weszła w życie 13 listopada 2008 (ang. The Human Fertilisation and Embryology Act – HFEA).

Regulacje brytyjskie nie wprowadzają ograniczeń podmiotowych w dostępie do procedur sztucznego zapłodnienia, co oznacza, iż dopuszczalne jest tworzenie i transferowanie embrionu zarówno osobom samotnym, jak i parom lesbisjskim. Pomimo iż ustawa przewiduje obowiązek uwzględniania dobra dziecka w procedurach wspomaganej prokreacji, w praktyce przepis<sup>17</sup> ten nie odgrywa większej roli. Co więcej, stanowi on jeden z najbardziej spornych przepisów HFEA, bowiem – wedle niektórych – dyskryminuje on pewną grupę ludzi, narusza ich prywatność i ogranicza wolność reprodukcyjną<sup>18</sup>. Techniki wspomaganej prokreacji są finansowane ze środków publicznych Wielkiej Brytanii, choć dotyczy to mniej niż 25% ogółu wykonywanych zabiegów<sup>19</sup>.

Bardzo liberalny model brytyjski nie jest realizowany w pełnym zakresie w żadnym z państw UE. Jednym z powodów tego zjawiska jest jego częściowa niezgodność z Europejską konwencją bioetyczną, której Wielka Brytania nie podpisała. W Konwencji znajduje się

16 L. Bosek, *op. cit.*

17 *Section 13(5) of the HFE Act requires that: "A woman shall not be provided with treatment services unless account has been taken of the welfare of any child who may be born as a result of the treatment (including the need of that child for a father), and of any other child who may be affected by the birth."* Paragraf 13(5) HFEA stanowi, że „Kobietę można poddać leczeniu, ale tylko kiedy weźmie się pod uwagę dobro dziecka, które mogłoby się urodzić na skutek tego leczenia (w tym potrzebę tego dziecka do posiadania ojca), a także każdego innego dziecka, które może zostać dotknięte przez urodzenie” [tłum. własne].

18 House of Commons. Science and Technology Committee. Human Reproductive Technologies and the Law. Fifth Report of Session 2004–05, opublikowany 24 marca 2005 przez Izbę Gmin w Londynie [tłum. własne].

19 L. Bosek, *op. cit.*

kilka przepisów, które kłócą się regulacjami brytyjskimi, m.in. art. 14, który mówi o zakazie wyboru pici z przyczyn pozaleczniczych, oraz art. 18, który uniemożliwia „tworzenie embrionów ludzkich dla celów naukowych”, co w Wielkiej Brytanii jest częstym zjawiskiem.

## Republika Federalna Niemiec

Model niemiecki stoi w opozycji do liberalnego kształtowania regulacji prawnych metod wspomaganej prokreacji; uważany jest za bardziej restrykcyjny, a przez niektórych nawet za konserwatywny. Cechą tego modelu jest wyraźna legalizacja zapłodnienia pozaustrojowego przy jednoczesnej ochronie godności ludzkiej embrionu – godności rozumianej ściśle jako zakaz uprzedmiotowienia istoty ludzkiej<sup>20</sup>. Podstawą niemieckich regulacji jest silna ochrona prawna przysługująca płodom i embrionom, gwarantowana już na poziomie konstytucyjnym. Zgodnie z art. 1 ust. 2 w zw. art. 2 niemieckiej ustawy zasadniczej (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland – GG), embriony mają takie samo prawo do życia i godności ludzkiej, jak wszystkie inne osoby ludzkie. Co więcej, obowiązkiem państwa jest zapewnienie ich należytej ochrony, niezależnie od miejsca przebywania embrionu (in vitro albo in vivo). Ten bardziej ochronny stosunek do płodów i zarodków zwykle tłumaczy się jako reakcję na faszyzm i ekscesy narodowego socjalizmu oraz głębokimi korzeniami religijnymi Niemców, szczególnie niemieckich katolików. Chociaż w niektórych przypadkach prawo przyznaje kobietom prawo do przerwania ciąży, to zawsze musi ono być zbalansowane z prawem do życia embrionów.

Podstawowe zasady regulujące kwestie wspomaganej prokreacji zostały zawarte w niemieckiej Ustawie o ochronie embrionów z 1990 roku (Embryonenschutzgesetz – EschG) i Ustawy o zakazie handlu dziećmi i macierzyństwa zastępczego z 1985 roku. EschG jest ustawą karną, dlatego ochrona godności ludzkiej odbywa się za pomocą przepisów karnych. Według ustawy nie można tworzyć embrionów do celów innych niż prokreacyjne. Państwo niemieckie refunduje 50% kosztów związanych z zabiegami sztucznego zapłodnienia, ale tylko w przypadku zapłodnienia homologicznego, dla małżeństw. Przeprowadzone zostać mogą maksymalnie trzy próby.

Zgodnie z założeniem, że embrionów nie można tworzyć w celach innych niż prokreacyjne, nie ulega wątpliwości, że przepisy niemieckie uznają niepłodność za chorobę, a metody sztucznego zapłodnienia mają być skutecznym lekarstwem na nią.

Niemcy nie borykają się z problemem nadmiernej ilości ciąż mnogich, bowiem liczba embrionów w jednym cyklu została ustawowo ograniczona do trzech. Ponadto EschG nakłada jednoczesny obowiązek ich transferu do organizmu kobiety. Ustawa niemiecka nie pozwala także na rutynowe konserwowanie embrionów ludzkich, chyba że w stanie wyższej konieczności, jak np. choroba kobiety lub wycofanie zgody. Zamierzoną

---

<sup>20</sup> *Ibidem*.

konserwację embrionu uznaje się za przejaw jego uprzedmiotowienia, a więc działanie naruszające art. 1 GG<sup>21</sup>.

W Niemczech techniki diagnostyki preimplantacyjnej nie są obecnie dozwolone. Pomimo że Ustawa o ochronie embrionów z 1990 roku nie kryminalizuje wprost PGD, to zakazuje niszczenia i usuwania embrionów. Skoro niemieckie regulacje zakazują badań diagnostycznych dla celów leczniczych, to tym bardziej nie pozwalają na takie badania w celach społecznych. Art. 3 EschG zakazuje wyboru płci dziecka, a art. 7 jakiegokolwiek zmiany i manipulacji informacją genetyczną człowieka.

## Polska

Powyższe rozważania ukazały odmienne modele regulacji zagadnień wspomaganej prokreacji. Po ponad 30 latach stosowania metod sztucznego zapłodnienia większość państw zmierzyła się już z próbą prawnego unormowania tych kwestii. Niektóre kraje zajęły stanowisko skrajnie liberalne, a inne skrajnie konserwatywne. Ustawodawca polski, pomimo ogromnych możliwości wyboru i zbalansowania tych dwóch stanowisk, do dziś nie uregulował kwestii wspomaganej prokreacji, inżynierii genetycznej, zapłodnienia *in vitro*, macierzyństwa zastępczego, diagnostyki preimplantacyjnej, kriokonserwacji gamet i embrionów. Pozostawiając tak istotne kwestie bez regulacji, państwo polskie daje ciche przyzwolenie na nieograniczone ingerowanie w ludzkie życie. Następstwa takiego podejścia zdają się gorsze niż przyjęcie któregośkolwiek z modeli regulującego wspomaganą prokreację. Joanna Haberko zauważa, że:

sytuacja taka, w której medycyna i jej możliwości oraz działania lekarzy znacznie wyprzedziły i wyprzedzają prawo, a stosowanie technik pozostawione jest regulacji ogólnej w zakresie wykonywania zawodu lekarza stosującego techniki wspomaganego medycznie rozrodu nie jest oczywiście rozwiązaniem trafnym i pożądanym, co więcej zakłada daleko posuniętą uznaniowość w zakresie stosowania omawianych technik. Brak kompleksowej regulacji zasad i konsekwencji prawnych stosowania technik wspomaganej medycznie prokreacji odbijał się, i nadal, niestety, tak jest, niekorzystnie na sytuacji prawnej pozyskiwanych w wyniku zastosowania pozaustrojowego zapłodnienia embrionów<sup>22</sup>.

W ciągu ostatnich dwóch lat we wszystkich klubach poselskich wypracowano pro-

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> J. Haberko, *Kilka uwag na temat statusu cywilnoprawnego ludzkiego embrionu w świetle projektu Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw*. Artykuł pochodzi z debaty przeprowadzonej w dniach 14.03–24.03.2009 pt. *Jak uregulować zapłodnienie in vitro?*, <[http://www.ptb.org.pl/pdf/haberko\\_in\\_vitro\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/haberko_in_vitro_1.pdf)>.

jekty ustaw bioetycznych, które złożono do łaski marszałkowskiej. Dotychczas żaden z nich nie został przyjęty. W związku z tym, że termin *in vitro* w polskim prawie nie istnieje, warto zastanowić się jak funkcjonuje on w praktyce. Kwestie pośrednie, takie jak moment początku życia człowieka, znalazły unormowanie w dotychczasowych aktach prawnych, m.in. Konstytucji. Zapłodnienie *in vitro* jest regulowane właściwie tylko zasadami sztuki medycznej i Kodeksem etyki lekarskiej – KEL z dnia 2 stycznia 2004 roku.

Artykuły 38–39a KEL odnoszą się do kwestii prokreacji. Art. 38 dotyczy „szczególnej odpowiedzialności lekarza do procesu przekazywania życia człowieka”, udzielania przez niego informacji „zgodnych z wiedzą medyczną dotyczących procesów zapłodnienia” oraz „obowiązku zapoznania pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej, uprzedzając o możliwym ryzyku”.

Ponadto, Polska od 1997 roku nie zdecydowała się na ratyfikację Europejskiej konwencji bioetycznej, pomimo iż Konwencja zakłada wykorzystywanie zdobyczy biotechnologicznych tylko dla dobra człowieka i dąży do zapewnienia ochrony godności istoty ludzkiej. Jej przepisy stanowią minimum ochrony, zatem nie ma przeszkód, aby polski ustawodawca zaostrzył pewne regulacje. Tym bardziej zastawiający jest fakt ciągłej debaty nad potrzebą jej ratyfikacji.

W Polsce nie ma żadnych ograniczeń co do liczby pozyskiwania embrionów metodą *in vitro*, a także liczby ich umieszczania w łonie matki. Decyzję pozostawia się pacjentkom, choć praktyka pokazuje, że nie dokonuje się transferu więcej niż trzech embrionów. Pozostaje pytanie, co się robi z embrionami niewykorzystanymi. Obecnie w Polsce można zrobić z nimi wszystko, zarówno zamrozić, jak i zniszczyć. Gdyby polska klinika leczenia niepłodności najzwyczajniej wyrzuciła embriony nadliczbowe jako odpady, nie poniosłaby z tego tytułu żadnych negatywnych konsekwencji. Pomimo, że Trybunał Konstytucyjny orzekł<sup>23</sup>, iż życie człowieka zaczyna się od jego poczęcia, we wspomnianym przypadku, gdy embriony zostały wyrzucone, a zarazem unicestwione, nie można zastosować przepisów Kodeksu karnego, bowiem zabójstwo może zostać dokonane tylko na człowieku narodzonym, a przyczynić się do śmierci dziecka poczętego można tylko w sytuacji, gdy znajduje się ono w łonie matki. Polskie kliniki nie mogą jednak korzystać z alternatywnych sposobów postępowania z embrionami nadliczbowymi, takich jak przekazanie zarodków do adopcji, ponieważ, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, „zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka” (art. 1192).

W polskim systemie prawnym nie ma również żadnych ograniczeń co do podmiotów, które mogą się poddać zabiegowi *in vitro*, zatem należy wnioskować, iż o możliwości jego przeprowadzenia decydują tylko kwestie finansowe i zdrowotne pacjentki. Kliniki nie wymagają, aby przyszli rodzice byli w związku małżeńskim. Ewa Siedlecka trafnie

---

23 Cf. orzeczenie K26/96.

zauważa, że gdyby przyszłymi rodzicami chcieli być bliscy krewni (brat i siostra czy ojciec i córka), to o niewykonaniu zabiegu mogłyby zdecydować jedynie względy medyczne, czyli zwiększone ryzyko wad wrodzonych płodu. Lekarz mógłby też skorzystać z klauzuli sumienia, jeśli uważałby stworzenie takiego zarodka za niemoralne. Nie wchodzi tu natomiast w grę prawo karne zakazujące kazirodztwa, ponieważ jest nim tylko stosunek płciowy, a w przypadku *in vitro* do stosunku nie dochodzi<sup>24</sup>.

Trudno również znaleźć odpowiedź na pytanie, kto jest rodzicem sztucznie poczętego zarodka. Ani prawo cywilne, ani prawo rodzinne nie reguluje sytuacji, gdy dziecko poczęte znajduje się poza organizmem matki. Zatem można by wnioskować, iż umowy dotyczące dysponowania zarodkiem znajdującym się w probówce i zarodkami nadliczbowymi opierają się na prawie własności, a nie – prawach rodzicielskich. Ponadto, praktyka pokazuje, iż prawo do dysponowania zarodkami mają dawcy gamet, dlatego z reguły w umowach, które pary zawierają z polskimi klinikami leczenia niepłodności, jest punkt o zrzeczeniu się praw do nadprogramowych zarodków na rzecz kliniki. Klinika ma prawo wykorzystać je np. tylko do celów implantacji bezpłodnym parom lub do celów naukowych – jak podkreśla Michał Nesterowicz, znawca prawa medycznego z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu<sup>25</sup>. Jednak pozostaje kwestia ważności takiej umowy w przypadku, gdy rodzice biologiczni będą chcieli wycofać swoją zgodę.

Trudności przysparza również kwestia macierzyństwa zastępczego, które oczywiście nie jest ujęte w polskich ramach prawnych. Często na świecie pojawiają się spory o prawa do dziecka między przyszłymi rodzicami a kobietą, której brzuch miał posłużyć za swoisty inkubator. Wg polskiego Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego<sup>26</sup> „matką dziecka jest kobieta, która je urodziła” (art. 619), a nie matka przekazująca swój materiał genetyczny. Więcej trudności przysparza określenie ojcostwa, bowiem przy obecnym stanie prawnym ojcem dziecka jest mąż matki, chyba że wniesie powództwo o zaprzeczenie ojcostwa<sup>27</sup>. Zdaniem Nesterowicza, proces o zaprzeczenie ojcostwa oparty wyłącznie o testy genetyczne daje w Polsce niewielkie szanse na wygraną, bowiem aby być ojcem, trzeba obcować z matką albo być jej mężem. Przy zapłodnieniu *in vitro* nie występuje jednak obcowanie. Wynika z tego następna trudność: jeśli w Polsce zapłodnienie *in vitro* przeprowadzi się u pary niebędącej małżeństwem, to ojcostwo może być ustalone tylko drogą formalnego uznania dziecka. Gdyby ojciec nie zechciał tego zrobić, matka nie będzie miała możliwości ubiegania się od niego o alimenty. Dlatego niektóre kliniki dają ojcu do podpisu zobowiązanie, że po urodzeniu uzna dziecko i będzie łączyć na jego utrzymanie<sup>28</sup>.

24 E. Siedlecka, *Polska terra incognita czyli in vitro w pytaniach i odpowiedziach*, <[http://www.edziecko.pl/przed\\_ciaza/1,87842,4802290.html](http://www.edziecko.pl/przed_ciaza/1,87842,4802290.html)>.

25 *Ibidem*.

26 Dz.U. z 1964 r. nr 9, poz. 59, dalej: KRO.

27 *Cf.* art. 62–85 KRO.

28 E. Siedlecka, *op.cit.*

Na temat selekcjonowania zarodków polskie prawo również milczy, dlatego wydaje się, iż nie ma przeciwwskazań ku temu, aby przeprowadzać badania diagnostyki preimplantacyjnej. Skoro Polska nie ratyfikowała Europejskiej konwencji bioetycznej, która zakazuje selekcji embrionów ze względu na płeć (chyba że ma to zapobiec chorobie genetycznej), to teoretycznie można wybrać nawet płeć wszczepianego zarodka. Wydaje się, że polscy lekarze kierują się w tej kwestii poczuciem moralności, ponieważ do tej pory nie dotarła do wiadomości publicznej informacja o tego typu praktykach wśród polskich pacjentek.

## **Zakończenie**

Powyższa komparatystyka regulacji krajowych pozwoliła wskazać główne problemy i wyzwania, którym społeczność międzynarodowa powinna sprostać. Na całym świecie istnieje przekonanie, że ludzkość już dawno przekroczyła granice technologicznej niewinności w prokreacji. Wielu z nas obawia się etycznych i społecznych skutków nowych technologii reprodukcyjnych. Jednak tylko nieliczna grupa osób i państw twierdzi, że powinniśmy w ogóle zrezygnować z nowych osiągnięć biomedycyny. Większość zgadza się, że należy stosować metody sztucznego zapłodnienia, nie zapominając jednocześnie o ochronie godności ludzkiej. Podróż porównawcza pozwoliła zauważyć, że uczymy się żyć ze świadomością posiadania genów, które zostały uwolnione z probówki na skutek innowacji prokreacyjnych. Takie doświadczenia powinny nakłonić państwa do szybkiego ustalenia uniwersalnych standardów w zakresie wykorzystywania ludzkich embrionów, zarówno dla celów leczniczych, jak i naukowych. Postęp biotechnologii dopiero zaczął nabierać tempa, a kolejne dekady XXI wieku z pewnością postawią przed nią następne wyzwania dotyczące selekcji i modyfikacji genetycznej.

### SUMMARY

#### **A right to in vitro fertilisation in Poland and worldwide**

In vitro fertilization involves many issues that need to be regulated by law. The main one is the status of the embryo and arising from it other concerns such as cryoconservation of embryos, assisted reproductive techniques, gamete donation, surrogacy, or preimplantation diagnosis. This paper surveys the legal regulation of in vitro fertilization at different levels of the law systems, from international standards, through regional regulations, to the national law.

**KEYWORDS:** in vitro fertilisation, assisted reproductive techniques, bioethic, human rights, right to life