

Polskie prawo wobec zapłodnienia *in vitro* – dyskusja wciąż otwarta



Małgorzata Gałązka

Doktor nauk prawnych, adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Zainteresowania badawcze: prawo karne (szczególnie prawnokarne granice prokreacji medycznie wspomaganej i nowatorskich interwencji medycznych), prawo medyczne. Autorka kilkunastu opracowań z powyższej tematyki, współautorka podręczników do prawa karnego i komentarza do Kodeksu karnego. Wpisana na listę radców prawnych Okręgowej Izby Radców Prawnych w Lublinie.

Polish Law on In Vitro Fertilisation – a Discussion Still Open

The article analyses the Polish Law of 25th June 2015 on Infertility Treatment in the context of other Polish legislative proposals concerning this issue, which the period of 2009–2010 was very abundant in. Eventually, they did not result in the enactment of a new law because of the end of the parliamentary term. The Law of 25th June 2015 on Infertility Treatment, adopted a few years later, raises doubts as to its constitutionality. Expecting amendments in this matter to rectify the situation, it is worthy to recall three models of legal regulation of in vitro fertilisation, which can be identified from the previous legislative proposals. One of them, reflected in the law in force, is based on the priority of procreative liberty and efficiency of in vitro fertilisation. The others – represented in legislative proposals that have already been introduced to the Parliament in 2009–2010 – recognised the central constitutional value of human dignity at any stage of human development. They differed from each other in the matter of legal acceptability of in vitro fertilisation. The Bill of 2009 on Human Genom and Human Embryo Protection as well as the Polish Bioethical Council accepted this intervention on the condition of prohibiting the creation of supernumerary embryos. The four other bills assumed that it is impossible to respect human dignity while allowing in vitro fertilisation in any configuration. The latter model seems to better comply with the constitutional guarantees of human dignity and life than the former.

1. Uwagi wstępne

Jeszcze kilka lat temu temat prawnej oceny zapłodnienia *in vitro* w Polsce mógł być rozważany wyłącznie na płaszczyźnie wniosków wywodzonych z konstytucyjnego statusu człowieka w fazie prenatalnej, ogólnych mechanizmów jego ochrony cywilnej i karnej oraz uwag *de lege*

ferenda konstruowanych w kontekście prawnoporównawczym¹.

1 Zob. np. L. Bosek, *Refleksje wokół prawnych uwarunkowań wspomaganej prokreacji*, „Diametros” 2009, nr 20, s. 40–59; M. Gałązka, *Niemiecka ustawa o ochronie embrionów w kontekście polskiej debaty o zapłodnieniu in vitro*, „Przegląd Sądowy” 2010, nr 4,

Polskie prawo długo nie odnosiło się bezpośrednio do prokreacji medycznie wspomaganey w przepisach rangi ustawowej, nie licząc nawiązań epizodycznych. W latach 2008–2010 podjęto szeroko zakrojone próby uzupełnienia tej przestrzeni prawnej, które przerwał koniec kadencji Sejmu. Wyraźnie zarysowało się wówczas kilka rozbieżnych kierunków prawnej regulacji zapłodnienia *in vitro*, wyczerpujących szerokie spektrum rozwiązań znanych państwu obcym. Po podjęciu problemu w kolejnej kadencji parlamentarnej przyjęta została ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności². Nie zamyka to jednak dyskusji na płaszczyźnie *de lege ferenda*, jako że nowa ustawa nasuwa szereg poważnych zastrzeżeń natury konstytucyjnej i systemowej³. Niniejszy tekst tylko ubocznie podejmuje problem tych zastrzeżeń. Koncentruje się natomiast na porównaniu obowiązujących przepisów z innymi propozycjami prawnej regulacji zapłodnienia pozaustrojowego, jakie wysunięto w dotychczasowych pracach legislacyjnych, zwłaszcza z lat 2009–2010. Dorobek ten jest na tyle znaczący, że zasługuje na odrębne opracowanie. Ewentualne działania zmie-

rzające do rewizji obecnych przepisów⁴ mogą w nim zyskać również cenne wsparcie, jak w analizie porównawczej prawa obcego. Konfrontacja przepisów obowiązujących i projektowanych pozwoli na rekonstrukcję możliwych granic prawnych zapłodnienia *in vitro* oraz na odczytanie rzeczywistej aksjologii, na której oparto jedne i drugie przepisy.

2. Cykl *in vitro* – to, co wiadome, nieuniknione, wątpliwe

Zasadniczym celem prokreacji medycznie wspomaganey – w tym zapłodnienia *in vitro* – jest umożliwienie poczęcia dziecka osobom dotkniętym niepłodnością lub uniknięcie przekazania dziecku poważnej choroby⁵. Tytułową interwencję wyróżnia przeniesienie poczęcia człowieka do warunków pozaustrojowych, co stanowi źródło kolizji podstawowych wartości, wymagających rozstrzygnięcia przez ustawodawcę⁶. Pod względem technicznym zapłodnienie *in vitro* składa się zasadniczo z trzech interwencji medycznych. Pierwsza polega na pobraniu gamet od kobiety, za pomocą zabiegu chirurgicznego, poprzedzonego stymulacją hormonalną służącą uzyskaniu jak największej ich liczby. W „klasycznym” przebiegu cyklu *in vitro*, po dodaniu plem-

s. 98–108. Wcześniej zob. M. Safjan, *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji*, Warszawa 1990.

2 Dz.U. z 2015 r., poz. 1087, dalej: u.l.n.

3 Problem ten wymaga odrębnego opracowania. Dotyczy szczególnie statusu ludzkiego embrionu (zob. J. Lipski, *Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 4, s. 133–149; A. Stępkowski, *Opinia prawna w sprawie merytorycznej oceny rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 4, s. 169–171; na temat zbliżonych rozwiązań zob. O. Nawrot, *Biorąc konstytucję poważnie. Konstytucyjne ramy regulacji medycznie wspomaganey prokreacji (uwagi na marginesie oceny zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej poselskich projektów ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk 607 i 608)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2014, t. 21, s. 656–660), więzi prawnorodzinnych i prawa do znajomości własnego pochodzenia (zob. A. Stępkowski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 169, 173–175; J. Haberko, J. Łuczak-Wawrzyniak, *Dobrodziejstwo nowoczesnych technik wspomaganey medycznie prokreacji czy problem rodziny i dziecka? Uwagi na tle projektu ustawy o leczeniu niepłodności (Druk sejmowy 3245)*, „Diametros” 2015, nr 44, s. 39–40).

4 Działania takie zostały już zainicjowane. Obecnie przedmiotem postępowania legislacyjnego jest Projekt z 18 grudnia 2015 r. ustawy w obronie życia i zdrowia nienarodzonych dzieci poczętych *in vitro*, o zmianie ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oraz ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Druk nr 525, dalej: projekt 525.

5 Zob. np. E.F. Fugger i in., *Births of normal daughters after MicroSort sperm separation and intruterine insemination, in vitro fertilisation, or intracytoplasmic sperm injection*, „Human Reproduction” 1998, nr 9, s. 2367–2370; A. Yabuuchi i in., *Prevention of mitochondrial disease inheritance by assisted reproductive technologies: Prospects and challenges*, „Biochimica et Biophysica Acta” 2012, nr 5, s. 637–642; C. Gout i in., *Assistance médicale à la procréation et VIH: revue des indications techniques et résultats*, „Gynécologie Obstétrique & Fertilité” 2011, nr 12, s. 705–708.

6 W niniejszym opracowaniu pominięto kwestie wspólne dla wszystkich metod prokreacji medycznie wspomaganey, chyba że wykazują jakąś specyfikę w kontekście zapłodnienia *in vitro*.

ników do pobranych komórek jajowych samoistnie następuje zapłodnienie⁷. Obecnie częściej stosowana jest technika polegająca na wstrzyknięciu wybranego plemnika do cytoplazmy komórki jajowej (ICSI)⁸. Po upływie 2–6 dni umieszcza się embriony w organizmie pacjentki⁹. Szanse na utrzymanie ciąży podnosi transfer kilku embrionów, co jednak zwiększa też prawdopodobieństwo ciąży mnogiej i związanych z nią powikłań położniczo-neonatologicznych. Dlatego obecnie ogranicza się tę liczbę do dwóch albo jednego embrionu¹⁰. System prawa staje tu przed pytaniem o dalszy los pozostałych embrionów. Na zachowanie ich przy życiu pozwalają dwa rozwiązania: zamrożenie albo umieszczenie w organizmie innej kobiety. Ta druga możliwość

nie zawsze wystąpi, jako że wymaga synchronizacji z cyklem biologicznym, a embriom zachowuje zdolność do implantacji przez najwyżej kilka dni¹¹. W praktyce embriomy pozostające *in vitro* podlegają zamrożeniu na ewentualne potrzeby kolejnych transferów do organizmu matki genetycznej lub innej kobiety¹². Zamrożenie jednak nie tylko sztucznie wstrzymuje rozwój embrionu i naraża go na wysokie niebezpieczeństwo śmierci¹³, ale jest rozwiązaniem tym

- 7 Zob. J. Radwan (red.), *Niepłodność i rozród wspomagany*, Poznań 2005, s. 105; G.M. Jones i in., *Embryo culture, assessment, selection and transfer* (w:) E. Vayena, P.J. Rowe, P.D. Griffin (red.), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, Genewa 2002, s. 196; P. Marianowski, *Zapłodnienie pozaustrojowe w leczeniu niepłodności*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2010, t. 3, nr 2, s. 129.
- 8 Zob. P. Marianowski, *Zapłodnienie...*, dz. cyt., s. 129; A. van Steirteghem, *Celebrating ICSI's twentieth anniversary and the birth of more than 2.5 million children – the “how, why and where”*, „Human Reproduction” 2012, nr 1, s. 1–2; M.S. Kupka i in., *Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE*, „Human Reproduction” 2016, nr 2, s. 237.
- 9 Zob. G.M. Jones i in., *Embryo...*, dz. cyt., s. 189; P. Marianowski, *Zapłodnienie...*, dz. cyt., s. 129; J.M.R. Gerris, *Single embryo transfer and IVF/ICSI outcome: a balanced appraisal*, „Human Reproduction Update” 2005, nr 2, s. 110–113; E.G. Papanikolaou i in., *Live birth rates after transfer of equal number of blastocysts or cleavage-stage embryos in IVF. A systematic review and meta-analysis*, „Human Reproduction” 2008, nr 1, s. 91–99.
- 10 Zob. J. Radwan (red.), *Niepłodność...*, dz. cyt., s. 105; M.S. Kupka i in., *Assisted...*, dz. cyt., s. 240, 244; A. Maheshwari i in., *Global variations in the uptake of single embryo transfer*, „Human Reproduction Update” 2011, nr 1, s. 107–120; J.M.R. Gerris, *Single...*, dz. cyt., s. 105–110, 116; P. Marianowski, *Zapłodnienie...*, dz. cyt., s. 129–130; Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu, *Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności – skrót*, „Ginekologia Polska” 2012, nr 2, s. 153.

11 Zob. M. López-Barahona, *L'embrione umano nelle applicazioni delle tecniche riproduttive artificiali* (w:) *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici e etici*, red. J. de D. Vial Correa, E. Sgeccia, Città del Vaticano 2005, s. 146–147.

12 Zob. P. Marianowski, *Zapłodnienie...*, dz. cyt., s. 130; Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu, *Rekomendacje...*, dz. cyt., s. 153.

13 Na temat negatywnych skutków, jakie dla embrionu powoduje zamrożenie, zob. np. R. Colombo, *The most vulnerable subjects of biomedical research. The case of the human embryo* (w:) J. de D. Vial Correa, E. Sgeccia, Città del Vaticano (red.), *Ethics of Biomedical Research in a Christian Vision*, 2004, s. 223; D.H. Edgar i in., *The developmental potential of cryopreserved human embryos*, „Molecular and Cellular Endocrinology” 2000, vol. 169, nr 1–2, s. 72; J. Mandelbaum, *Embryo and oocyte cryopreservation*, „Human Reproduction” 2000, vol. 15, s. 43. W literaturze podaje się, że stan urodzonych dzieci, które były zamrożone na etapie przedimplantacyjnym, nie jest gorszy (zob. L. Pawelczyk, M. Serdyńska, *Medyczne aspekty wspomaganego rozrodu* (w:) J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganego prokreacji*, Poznań 2005, s. 24; B. Källén i in., *In vitro fertilization (IVF) in Sweden: infant outcome after different IVF fertilization methods*, „Fertility and Sterility” 2005, vol. 84, nr 3, s. 614; mniej stanowczo A. Sazanova i in., *Obstetrics outcome in singletons after in vitro fertilization with cryopreserved/thawed embryos*, HR 2012, nr 5, s. 1343, 13347–1348), a niekiedy nawet wypada lepiej od pozostałej populacji pochodzącej z zapłodnienia *in vitro* (zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir des enfants issus des techniques d'assistance médicale à la procréation*, „Archives de pédiatrie” 2013, nr 5, s. 578; E. Nelissen i in., *Further evidence than culture media affect perinatal outcome: findings after transfer of fresh and cryopreserved embryos*, „Human Reproduction” 2012, nr 7, s. 1967, 1973; B. Källén i in., *In vitro...*, dz. cyt., s. 614, 616). Jest to jednak efekt badań postnatalnych, nieuwzględniający embrionów, które obumarły przed rozmrożeniem, przy czym

czasowym, które nie gwarantuje embrionowi możliwości dalszego rozwoju w koniecznym do tego środowisku.

przedwczesne porody i niższą wagę urodzeniową dzieci poczętych pozaustrojowo w porównaniu do populacji ogólnej¹⁷. Jest też wiele doniesień o in-



Trudno uniknąć pytania, czy przeniesienie zapłodnienia do warunków pozaustrojowych może wpłynąć negatywnie na stan zdrowia i zdolność przeżycia tak poczętego człowieka.

Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego jest mierzona liczbą ciąży i urodzeń na jeden cykl *in vitro*¹⁴. Jak wynika z danych European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), w 2011 r. średnia europejska wyniosła odpowiednio 29,1% i 21,7% dla „klasycznego” zapłodnienia *in vitro* (dane z Polski 36,6% i 22,7%), zaś dla metody ICSI – 27,9% i 19,9% (dane z Polski 34,5% i 24,0%)¹⁵.

W odniesieniu do opisanych interwencji trudno uniknąć pytania, czy przeniesienie zapłodnienia do warunków pozaustrojowych może wpłynąć negatywnie na stan zdrowia i zdolność przeżycia tak poczętego człowieka. Jest to kwestia sporna, głównie z powodu trudności metodologicznych¹⁶. W literaturze medycznej powszechnie stwierdza się

zamrożenie przeżywają embriony w najlepszym stanie (tj. ok. 50% embrionów, zob. L. Pawelczyk, M. Serdyńska, *Medyczne...*, dz. cyt., s. 24).

14 Prezentowane dane odnoszą się do jednego pobrania komórek jajowych, ale cykle wykorzystujące zamrożone embriony są liczone odrębnie, zob. M.S. Kupka i in., *Assisted...*, dz. cyt., s. 237, 239.

15 Zob. tamże, s. 237, 239. Raport obejmuje 33 państwa i 1064 klinik. Dla cykli z wykorzystaniem zamrożonych embrionów liczby te wyniosły odpowiednio 21,3% i 14,4% (dane z Polski 25,1% i 15,8%).

16 Zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 576–578; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé des enfants conçus après assistance médicale à la procréation*, „Journal de pédiatrie et de puériculture” 2011, nr 6, s. 326–327.

nych powikłaniach neonatologicznych¹⁸ i większej umieralności okołoporodowej¹⁹. Wszystko to może być przyczyną dalszych zaburzeń rozwojowych²⁰. Ponadto w wielu badaniach stwierdzono wyższy

17 Zob. S.D. McDonald i in., *Preterm birth and low weight among in vitro fertilization singletons: A systematic review and meta-analyses*, „European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology” 2009, vol. 146, nr 2, s. 138–148; C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 576; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 326; B. Källén i in., *In vitro...*, dz. cyt., s. 614, 616; J.C. Dumoulin i in., *Effect of in vitro culture of human embryos on birthweight of newborns*, „Human Reproduction” 2010, nr 3, s. 605; R.A. Jackson, *Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: A meta-analysis*, „Obstetrics and Gynecology” 2004, vol. 103, nr 3, s. 551–563; F.M. Helmerhorst i in., *Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies*, „British Medical Journal” 2004, 23 January, s. 1–5; M. Hansen i in., *The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization*, „New England Journal of Medicine” 2002, vol. 346, nr 10, s. 725–730; M.S. Kupka i in., *Assisted...*, dz. cyt., s. 241; R. Kocylowski, G. Bręborowicz, *Prenatalny rozwój dziecka oraz opieka nad ciążą po zapłodnieniu pozaustrojowym* (w:) J. Haberk, M. Łączkowska (red.), *Prawne...*, dz. cyt., s. 28.

18 Zob. B. Källén i in., *In vitro...*, dz. cyt., s. 615, 616; R.A. Jackson, *Perinatal...*, dz. cyt., s. 551–563.

19 Zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 576; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 326.

20 Zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 577; J.C. Dumoulin i in., *Effect...*, dz. cyt., s. 610; E. Nelissen

odsetek wad wrodzonych u dzieci poczętych *in vitro* w porównaniu z populacją ogólną²¹, zwiększone ryzyko chorób epigenetycznych²², a w co najmniej kilku – wyższe ryzyko nowotworów²³. Wymienione komplikacje dotyczą nie tylko cięż mniogich, których zwiększona częstotliwość jest typowa dla wspomaganą prokreacji, ale i pojedynczych²⁴. Medycyna ma trudności z oceną, na ile przyczyną wskazanych zaburzeń jest ingerencja w poczęcie dziecka lub hormonalna stymulacja cyklu, a na ile stan zdrowia rodziców związany z niepłodnością²⁵.

Ponadto trzeba zauważyć, że zdecydowana większość badań prowadzona jest na dzieciach urodzonych, w efekcie czego zostaje pominięty wpływ zapłodnienia *in vitro* na przeżycie embrionów przed umieszczeniem w organizmie kobiety i krótko potem. Wiele wskazuje jednak na to, że w ramach cyklu *in vitro* pewien odsetek śmiertelności embrionów ma przyczynę w przeniesieniu poczęcia

i in., *Further...*, dz. cyt., s. 1967; B. Källén i in., *In vitro...*, dz. cyt., s. 616.

21 Zob. S. Koivurova i in., *Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in-vitro fertilization*, „Human Reproduction” 2002, nr 5, s. 1391; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 327; M. Hansen i in., *The risk*, s. 725–730; J. Reefhuis i in., *Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States*, HR 2009, nr 2, s. 360–366.

22 Zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 578; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 327; A.P.A. van Montfoort i in., *Assisted reproduction treatment and epigenetic inheritance*, „Human Reproduction Update” 2012, nr 2, s. 182–192; R. Gosden i in., *Rare congenital disorders, imprinted genes, and assisted reproductive technology*, „Lancet” 2003, vol. 361, June 7, s. 1975–1977; E. Nelissen i in., *Further...*, dz. cyt., s. 1974.

23 Zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 577–578; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 328; B. Källén i in., *Cancer Risk in Children and Young Adults Conceived by In Vitro Fertilisation*, „Pediatrics” 2010, vol. 126, nr 2, s. 270–276.

24 Zob. S.D. McDonald i in., *Preterm...*, dz. cyt., s. 138–148; C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 576; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 326; R.A. Jackson, *Perinatal...*, dz. cyt., s. 551–563; F.M. Helmerhorst i in., *Perinatal...*, dz. cyt., s. 1–5.

25 Zob. C. Bouillon, P. Faude, *Devenir...*, dz. cyt., s. 576–577, 578; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 326–327.

i rozwoju wczesnego embrionu do warunków pozaustrojowych²⁶.

Nadanie obowiązującej ustawie tytułu „o leczeniu niepłodności” nasuwa jeszcze inne, wciąż powracające pytanie, czy zapłodnienie *in vitro* może być traktowane jako interwencja lecznicza w stosunku do osób dotkniętych niepłodnością. Dwa spostrzeżenia wydają się tu oczywiste. Po pierwsze, nie ulega wątpliwości, że niepłodność jest stanem patologicznym i przeciwdziałanie jej – podobnie jak innym chorobom – należy do zadań medycyny²⁷. Po drugie,

26 O tym, że środowisko pozaustrojowe jest dla ludzkiego embrionu mniej korzystne niż środowisko organizmu kobiety, przeczytać można nie tylko w literaturze nieprzychylniej zapłodnieniu *in vitro* (zob. R. Colombo, *The most...*, dz. cyt., s. 222–223; W. Fijałkowski, *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą*, Poznań 1999, s. 84, 85), ale i w publikacjach ośrodków przeprowadzających tego rodzaju interwencje, zwłaszcza dotyczących badań nad nowymi metodami utrzymywania embrionów przy życiu (zob. B.D. Bavister, *Interactions between embryos and the culture milieu*, „Theriogenology” 2000, vol. 53, nr 2, s. 624–625; C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 326; A.L. Smith, *Blastocyst culture in human IVF: the final destination or a stop along the way*, „Theriogenology” 2002, vol. 57, nr 1, s. 104–105, gdzie analizując czynniki wpływające na możliwość doprowadzenia rozwoju embrionu *in vitro* do stadium blastocysty autor stwierdza przewrotnie m.in.: „W istocie ludzka macica jest lepszym inkubatorem niż cokolwiek obecnie w ludzkich klinicach *in vitro*” (s. 104); E.G. Papanikolaou i in., *Live...*, dz. cyt., s. 96, gdzie stwierdzono, że „warunki hodowli *in vitro* nie mogą zastąpić warunków endometrialnych podczas naturalnego cyklu *in vivo*”; M. Cristina Magli i in., *Revised guidelines for good practice in IVF laboratories*, „Human Reproduction” 2008, nr 6, s. 1259, pkt 11, gdzie stwierdzono, że „zygoty i embryony przedimplantacyjne” są wysoce wrażliwe na warunki hodowli *in vitro*; R.T. Mansour, M.A.A. Aboulghar, *Optimizing the embryo transfer technique*, „Human Reproduction” 2002, nr 5, s. 1149, którzy podali, że techniczny błąd w samym transferze do organizmu kobiety obarczony jest nawet 30-procentowym ryzykiem utraty embrionów; J.C. Dumoulin i in., *Effect...*, dz. cyt., s. 605–612; E. Nelissen i in., *Further...*, dz. cyt., s. 1966–1976, którzy w badaniach porównawczych uzyskali rozbieżności w wadze urodzeniowej noworodków w zależności od podłoża hodowlanego stosowanego *in vitro*).

27 Można co najwyżej dyskutować, czy – przynajmniej w niektórych przypadkach – niepłodność stanowi nie tyle chorobę

równie oczywiste jest to, że zapłodnienie *in vitro* nie usuwa przyczyny niepłodności, lecz jedynie skutek. Fakt ten nie wyklucza jeszcze zaliczenia tytułowej interwencji do czynności leczniczych rozumianych

z tego względu, że z perspektywy dziecka poczęcie nie może być rozpatrywane w kategoriach przeciwstawiania czynności leczniczej i nieleczniczej; jest to zdarzenie zupełnie innego rodzaju.



W zależności od stosunku do dwóch kolidujących ze sobą dóbr: ludzkiej godności domagającej się poszanowania embrionów oraz wolności prokreacyjnej, w obszarze której lokowane jest pragnienie rodzicielstwa, w polskich pracach legislacyjnych nad prawną regulacją zapłodnienia *in vitro* można dopatrzeć się trzech zasadniczych kierunków.

szeroko, analogicznie do dializoterapii, protetyki czy medycyny paliatywnej²⁸. Z drugiej jednak strony to, że określona interwencja medyczna może, nawet przyczynowo, przeciwdziałać chorobie, nie przesądza o jej prawnej dopuszczalności w sytuacji, gdy zaangażowane zostają inne dobra prawnie chronione. W obszarze zapłodnienia *in vitro* zaangażowanie to sięga problemów fundamentalnych, w szczególności relacji między ludzką godnością i jej odniesieniem do wczesnoembrionalnej fazy życia, a wolnością prokreacyjną. Sprowadzanie prokreacji medycznie wspomaganą wyłącznie do zabiegu leczniczego wydaje się dużym uproszczeniem już

W zależności od stosunku do dwóch kolidujących ze sobą dóbr: ludzkiej godności domagającej się poszanowania embrionów oraz wolności prokreacyjnej, w obszarze której lokowane jest pragnienie rodzicielstwa, w polskich pracach legislacyjnych nad prawną regulacją zapłodnienia *in vitro* można dopatrzeć się trzech zasadniczych kierunków. Ujmując rzecz ogólnie, pierwszy z nich traktuje priorytetowo wolność prokreacyjną, a dwa kolejne – ludzką godność²⁹, przy czym jeden zakłada możliwość pogodzenia tej ostatniej wartości z prawną dopuszczalnością zapłodnienia *in vitro*, a drugi możliwość taką wyklucza. W konsekwencji pierwszy z wyróżnionych kierunków przyznaje prymat skuteczności zapłodnienia *in vitro* (mierzonej liczbą urodzeń), drugi koncentruje się na poszukiwaniu kompromisu między dostępem do tej interwencji a ochroną

samą w sobie, ile raczej objaw innej choroby. Szerzej zob. np. P. Jędrzejczak, M. Jósiak, *Przyczyny niepłodności* (w:) J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne...*, dz. cyt., s. 6–18. 28 Trudno jednak nie zakwestionować związku z leczeniem, nawet tylko objawowym, przypadku korzystania z cudzych gamet przez niepłodnego mężczyznę. Nie jest on wówczas poddawany żadnej interwencji medycznej, ani bezpośrednio, ani też za pośrednictwem odłączonych od niego komórek.

29 Zob. też O. Nawrot, *O dwóch modelach regulacji IVF*, Debata: „Jak uregulować zapłodnienie *in vitro*?” 14–24 marca 2009, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, http://ptb.org.pl/opinie_in-vitro.html, s. 1.

ludzkich embrionów, trzeci zaś opiera się na przekonaniu, że największe nawet starania o ograniczenie zagrożeń związanych z poczęciem *in vitro* nie wystarczą do jego prawnej aprobata.

3. Po pierwsze skuteczność

Kierunek regulacji zapłodnienia *in vitro* reprezentowany przez obowiązującą ustawę o leczeniu niepłodności nawiązuje do kilku wcześniejszych projektów ustawodawczych, m.in. do projektu z 29 lipca 2009 r. ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów, wniesionego do Sejmu RP przez grupę posłów reprezentowanych przez posła Marka Balickiego³⁰ oraz dwóch projektów z 28 sierpnia 2009 r. wniesionych do Sejmu przez grupę posłów reprezentowanych przez posła M. Kidawę-Błońską: projektu ustawy o podstawowych prawach i wolnościach człowieka w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny oraz o utworzeniu Polskiej Rady Bioetycznej³¹ i projektu ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów³². Nie wszystkie rozwiązania obowiązującej ustawy i wymienionych projektów są identyczne w omawianym zakresie. Łączy je jednak zasadnicze założenie w postaci prymatu wolności prokreacyjnej nad innymi dobrami zaangażowanymi w cykl *in vitro*. Chociaż jeden z początkowych przepisów obowiązującej ustawy deklaruje, że „Leczenie niepłodności jest prowadzone z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony ży-

cia, zdrowia, dobra i praw dziecka” (art. 4), to na płaszczyźnie konkretnych rozwiązań założenie to znajduje potwierdzenie tylko w zakresie ochrony życia prywatnego osób dotkniętych niepłodnością³³. W pozostałym zakresie nie jest realizowane mimo wprowadzenia pewnych ograniczeń dla wolności prokreacyjnej w porównaniu z projektami poprzedzającymi obowiązującą ustawę. Uznając zapłodnienie pozaustrojowe za przejaw wolności prokreacyjnej, omawiany kierunek priorytetowo traktuje skuteczność cyklu *in vitro*, mierzoną liczbą urodzeń zdrowych dzieci.

Ustawa o leczeniu niepłodności zalicza zapłodnienie *in vitro* do procedur medycznie wspomaganą prokreacji, które definiuje jako czynności prowadzące do uzyskania oraz zastosowania komórek rozrodczych lub zarodków wewnątrz- lub pozaustrojowo u biorkywni w celu prokreacji (art. 2 ust. 1 pkt 21 u.l.n.). Procedury te – a wśród nich dawstwo niepartnerskie męskich komórek rozrodczych³⁴ oraz dawstwo zarodków – nazywa sposobami leczenia niepłodności (art. 1 pkt. 2 u.l.n.), przy czym zakłada, że jest ono stosowane nie tyle wobec osoby, u której stwierdzono przyczynę niepłodności, ile wobec pary heteroseksualnej³⁵. Tak jednoznaczne rozstrzygnięcie wątpliwości co do leczniczego charakteru zapłodnienia *in vitro* wyróżnia obowiązującą ustawę na tle poprzedzających ją projektów reprezentujących wyodrębniony tu kierunek, w których terminu „leczenie” unikano. W konsekwencji zapłodnienie *in vitro* uzyskało dodatkową legitymację w prawie do ochrony zdrowia, chociaż w uzasadnieniu projektu obowiązującej ustawy nie podjęto

30 Druk nr 2707, dalej: projekt 2707.

31 Druk nr 3468, dalej: projekt nr 3468.

32 Druk nr 3470, dalej: projekt 3470. Na założeniach tego kierunku opierały się również dwa projekty poselskie z 2011 r.: Projekt z 23 listopada 2011 r. ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, wniesiony do Sejmu RP przez grupę posłów reprezentowanych przez posła H. Szymiec-Raczyńską, Druk nr 607; Projekt z 1 grudnia 2011 r. ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, wniesiony do Sejmu RP przez grupę posłów reprezentowanych przez posła M. Balta, Druk nr 608.

33 Zob. J. Lipski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 138, 151.

34 Ustawa rozróżnia partnerskie i niepartnerskie dawstwo męskich komórek rozrodczych (zob. art. 2 ust. 1 pkt 5 i 7 oraz art. 29 i 30 u.l.n.), co odpowiada prokreacji homologicznej (rolę ojca zamierza pełnić ojciec genetyczny) i heterologicznej (rolę ojca zamierza pełnić mężczyzna niespokrewniony genetycznie z dzieckiem). W odróżnieniu od poprzedzających ją projektów ustawa o leczeniu niepłodności nie przewiduje użycia do zapłodnienia *in vitro* komórek jajowych innej kobiety, niż ta, która zamierza pełnić rolę matki.

35 Zob. też Projekt z 13 marca 2015 r. ustawy o leczeniu niepłodności, Druk nr 3245. Por. J. Lipski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 131–132.

nawet próby zmierzenia się z racjami kwestionującymi taką perspektywę.

Ustawa o leczeniu niepłodności uznaje za dopuszczalne tworzenie ludzkich embrionów wyłącznie w celu procedury medycznie wspomaganej, a naruszenie tego ograniczenia obejmuje kryminalizacją³⁶. Podobnie jak we wcześniejszych projektach z omawianego kierunku, ustawodawca dystansuje się w ten sposób od innych obszarów wykorzystania zapłodnienia *in vitro* niż doprowadzenie do urodzenia

świadczenia zdrowotnego³⁷. Wniosek ten znajduje potwierdzenie w definicji zarodka, który obowiązująca ustawa określa jako grupę komórek powstałą wskutek pozaustrojowego połączenia się żeńskiej i męskiej komórki rozrodczej, od zakończenia procesu zlewania się jąder komórek rozrodczych (kariogamia) do chwili zagnieżdżenia się w śluzówce macicy (art. 2 ust. 1 pkt 28 u.l.n.). Termin „grupa komórek” – nawet nie wiadomo czy połączonych ze sobą – usuwa nie tylko wszelkie konotacje z istotą



Ludzki embrion, nazywany w obowiązującej ustawie zarodkiem, podlega ochronie jedynie o tyle, o ile może służyć do realizacji nadrzędnego celu warunkującego skuteczność zapłodnienia *in vitro*, czyli urodzenia zdrowego dziecka.

dziecka, w szczególności od badań naukowych lub produkcji komórek macierzystych. Zgodnie z art. 9 ust. 2 u.l.n., dla realizacji wskazanego celu dopuszczalne jest – co do zasady – zapłodnienie nie więcej niż sześciu żeńskich komórek rozrodczych. Warto zaznaczyć, że wcześniejsze projekty zaliczone do omawianego kierunku nie przewidywały takiego limitu. Jest to jednak ograniczenie symboliczne, które jedynie pozoruje uwzględnienie konkurujących wartości związanych z ludzkim embrionem. Po pierwsze bowiem zasadnicze znaczenie ma to, że – wobec medycznego standardu jednorazowego umieszczania w organizmie kobiety 1–3 embrionów – ustawodawca z góry zakłada pozostawianie embrionów w warunkach pozaustrojowych po zakończonym cyklu. Sprowadza to embriony do roli „materiału prokreacyjnego” porównywalnego z gametami czy wręcz – wobec silnego eksponowania leczniczego charakteru zapłodnienia *in vitro* – do poziomu przedmiotu

ludzką, ale i nawet z odrębnym organizmem biologicznym³⁸. Po drugie, ustawa przewiduje od wskazanego limitu dwa odstępstwa o faktycznie szerokim zakresie. Pozwala bowiem na utworzenie nieograniczonej liczby zarodków w przypadku ukończenia przez biorknię 35 lat lub w przypadku istnienia wskazań medycznych – wynikających z choroby współistniejącej z niepłodnością lub z dwóch nieskutecznych cykli *in vitro* – uzasadniających taką decyzję (art. 9 ust. 2 u.l.n.).

W omawianym kierunku ludzki embrion, nazywany w obowiązującej ustawie zarodkiem, podlega ochronie jedynie o tyle, o ile może służyć do realizacji nadrzędnego celu warunkującego skuteczność zapłodnienia *in vitro*, czyli urodzenia zdrowego dziecka. Ustawa o leczeniu niepłodności obejmuje zakazem i kryminalizacją niszczenie zarodków zdolnych do prawidłowego rozwoju, powstałych w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji

³⁶ Zob. art. 25 ust. 1 i art. 85 u.l.n.

³⁷ Zob. J. Lipski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 146.

³⁸ Zob. tamże; por. też A. Stępkowski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 169.

i nieprzeniesionych do organizmu biorczyń³⁹. Zakres tej ochrony ukazuje art. 23 ust. 2 u.l.n., zgodnie z którym zarodkiem zdolnym do prawidłowego rozwoju jest zarodek spełniający łącznie dwa warunki: po pierwsze, tempo i sekwencja podziału komórek, stopień rozwoju w odniesieniu do wieku zarodka oraz budowa morfologiczna uprawdopodobniają prawidłowy jego rozwój, oraz po drugie, nie stwierdzono u niego wady, która skutkowałąby ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą. Pierwsza z wymienionych cech wyłącza spod zakazu selekcję embrionów na podstawie obserwacji ich rozwoju w warunkach pozaustrojowych. Druga wiąże się z przepisami dotyczącymi diagnostyki przedimplantacyjnej polegającej na badaniach genetycznych komórki albo komórek odłączonych od embrionu. Ustawa o leczeniu niepłodności zezwala na diagnostykę przedimplantacyjną „wyłącznie ze wskazań medycznych” i zakazuje stosowania jej w celu wyboru cech fenotypowych, w tym płci dziecka, z wyjątkiem sytuacji, gdy wybór taki pozwala uniknąć ciężkiej, nieuleczalnej choroby dziedzicznej, oraz obejmuje kryminalizacją naruszenie tych ograniczeń⁴⁰. Należy jednak zaznaczyć, iż uniknięcie wspomnianej choroby możliwe jest jedynie w wyniku rezygnacji z umieszczenia dotkniętego nią embrionu w organizmie kobiety⁴¹.

Biorczynią, do organizmu której może być przeniesiony embrion, jest matka genetyczna (art. 32 ust. 2 u.l.n.) albo kobieta korzystająca z procedury dawstwa zarodka (art. 36 ust. 1 u.l.n.). Umieszczenie embrionu w organizmie kobiety jest bezwzględnie uzależnione od jej zgody, która może być skutecznie cofnięta w każdym czasie⁴². Wymagana jest również zgoda dawcy komórek rozrodczych w przypadku dawstwa partnerskiego⁴³, zgoda męża bio-

rczyńni w przypadku dawstwa innego niż partnerskie⁴⁴, a jeśli zarodek pochodzi genetycznie od innej pary – także zgoda dawców zarodka⁴⁵. Od warunków zgody osób innych niż biorczyńni ustawodawca wprowadził wyjątek, dając możliwość zastąpienia zezwoleniem sądu opiekuńczego braku zgody męża lub dawcy komórek rozrodczych pobranych w celu dawstwa partnerskiego (art. 21 ust. 2 u.l.n.). Nie dotyczy to jednak braku zgody męża kobiety korzystającej z dawstwa zarodka, ani cofnięcia zgody przez dawców zarodka (art. 22 u.l.n.).

Zarodki zdolne do prawidłowego rozwoju, które nie zostały umieszczone w organizmie kobiety, mają być „przechowywane w warunkach zapewniających ich należyłą ochronę do czasu ich przeniesienia do organizmu biorczyńni” (art. 23 ust. 1 u.l.n.), co oznacza konieczność ich zamrożenia. Sposób postępowania z zarodkami niezdolnymi do prawidłowego rozwoju nie został ustawowo określony⁴⁶. Czas przechowywania zamrożonych zarodków nie może przekroczyć 20 lat od dnia przekazania ich w tym celu do banku komórek rozrodczych i zarodków. Na wypadek upływu tego czasu ustawodawca przewidział przekazanie ich do dawstwa zarodka (art. 21 ust. 3 pkt 1 u.l.n.), które następuje również wskutek śmierci osób, dla których zarodek był przeznaczony (art. 21 ust. 3 pkt 2 u.l.n.)⁴⁷.

4. W poszukiwaniu kompromisu

Kolejny kierunek w analizowanym materiale legislacyjnym zmierza do pogodzenia zapłodnienia *in vitro* z poszanowaniem należnym ludzkiemu embrionowi jako istocie korzystającej z przymiotu ludz-

39 Zob. art. 23 ust. 3 i art. 83 u.l.n.

40 Zob. art. 26 i art. 82 u.l.n. Zob. także A. Stępkowski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 172.

41 Zob. art. 20 ust. 1 pkt 4, art. 21 ust. 1 pkt 4 i art. 22 pkt 3 u.l.n. Zob. także A. Stępkowski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 172.

42 Zob. art. 20 ust. 1 pkt 1, art. 21 ust. 1 pkt 1, art. 22 ust. 2 u.l.n.

43 Zob. art. 20 ust. 1 pkt 1, art. 21 ust. 1 pkt 2 u.l.n.

44 Zob. art. 20 ust. 1 pkt 2, art. 21 ust. 1 pkt 3, art. 32 ust. 2 pkt 6, art. 36 ust. 1 pkt 7 u.l.n.

45 Zob. art. 20 ust. 1 pkt 3, art. 22 pkt 1, art. 36 ust. 1 pkt 10 i ust. 5 u.l.n.

46 Chociaż wspomniany zakaz „niszczenia” odnosi się tylko do zarodków zdolnych do rozwoju, to brak jest podstaw do rezygnacji ze stosowania do wszystkich zarodków art. 157a § 1 k.k.

47 Przekazanie w celu „dawstwa zarodka” dotyczy też embrionów utworzonych i przechowywanych przed dniem wejścia w życie ustawy, wobec których zaistniały wymienione przesłanki (art. 97 u.l.n.).

kiej godności⁴⁸. Opiera się na założeniu, że każdy embrión powstały w warunkach pozaustrojowych powinien mieć zapewnioną możliwość dalszego rozwoju. Podstawowym środkiem jej realizacji jest zakaz tworzenia większej liczby embriónów, niż ma być umieszczonych w organizmie kobiety w tym samym cyklu⁴⁹.

ściu w życie ustawy o leczeniu niepłodności podobną regulację zaproponowano we wspomnianym już projekcie jej nowelizacji⁵².

Projekt nr 3467 przewidywał dostęp do zapłodnienia *in vitro* wyłącznie dla par małżeńskich, w stosunku do których stwierdzono brak skuteczności w leczeniu bezpłodności, pod warunkiem nie-



Każdy embrión powstały w warunkach pozaustrojowych powinien mieć zapewnioną możliwość dalszego rozwoju. Podstawowym środkiem jej realizacji jest zakaz tworzenia większej liczby embriónów, niż ma być umieszczonych w organizmie kobiety w tym samym cyklu.

W Polsce rozwiązanie to proponowano w projekcie ustawy z 28 sierpnia 2009 r. o ochronie genomu ludzkiego i embriónu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, wniesionym do Sejmu RP przez grupę posłów reprezentowanych przez posła J. Gowina⁵⁰. Był to projekt kompleksowo regulujący podstawowe zagadnienia biomedyczne. Spotkał się z szeroką dyskusją i w dużej mierze pozytywnym odbiorem w doktrynie prawa⁵¹. Po wej-

ukończenia przez kobietę czterdziestego, a w szczególnych przypadkach czterdziestego piątego roku życia (art. 16). Wykluczał zarazem stosowanie dawstwa gamet⁵³. Tworzenie embriónu poza organizmem kobiety uznawał za dopuszczalne wyłącznie w ramach określonej w projektowanej ustawie procedury medycznie wspomagannej prokreacji i w celu jego transferu do organizmu kobiety (art. 9 ust. 1). Ograniczenie to zostało uściśnione w przepisie o następującej treści: „W procedurze medycznie wspomagannej prokreacji można tworzyć tylko jeden embrión w celu transferu do organizmu kobiety; tworzenie dwóch embriónów jest dopuszczalne

48 Zob. projekt nr 3467, uzasadnienie, pkt 3, s. 41–42, pkt 7, s. 45–46.

49 Rozwiązanie to wzorowane jest na modelu niemieckim, szerzej zob. M. Gałązka, *Niemiecka...*, dz. cyt., s. 99–106.

50 Druk nr 3467, dalej: projekt 3467.

51 Zob. J. Jabłońska, *Zasady konstytucyjne w projekcie ustawy bioetycznej (ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embriónu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw)* (w:) L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010, s. 220–233; J. Haberko, *Kilka uwag na temat statusu cywilnoprawnego ludzkiego embriónu w świetle projektu Ustawy o ochronie genomu ludzkiego*

i embriónu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, Debata: „Jak uregulować...”, dz. cyt., s. 2–16; L. Bosek, *Refleksje wokół prawnych uwarunkowań prokreacji*, Debata: „Jak uregulować...”, dz. cyt., s. 13–24; O. Nawrot, *O dwóch modelach...*, dz. cyt., s. 6–8.

52 Zob. przypis 4.

53 Zob. art. 8 ust. 3, art. 19 projektu nr 3467.

wyłącznie pod warunkiem ich jednoczesnego transferu do organizmu kobiety” (art. 21 ust. 1). W uzasadnieniu projektodawca wyraźnie motywował powołany limit prymatem ochrony godności każdej istoty ludzkiej nad efektywnością zapłodnienia *in vitro*⁵⁴. Dyspozycja przepisu karnego o treści „kto wbrew przepisom ustawy tworzy embrion ludzki poza organizmem matki” (art. 52 ust. 1) obejmowała naruszenie tego ograniczenia zarówno przez zapłodnienie *in vitro* w celu innym niż transfer do organizmu kobiety (np. badawczym), jak i przez niezachowanie dozwolonego w ramach tej procedury limitu embrionów.

Projekt nr 3467 przewidywał zakaz „niszczenia embrionu” i odpowiedzialność karną za jego naruszenie⁵⁵. Zakaz ten nie różnicował ochrony w zależności od cech embrionu, w szczególności od stanu zdrowia. Embrion zdefiniowany został jako organizm ludzki powstały z połączenia ludzkiej gamety męskiej i żeńskiej lub w inny sposób, w szczególności przez wyizolowanie totipotentnej ludzkiej komórki embrionalnej (art. 3 pkt 2). Próbowano nadać mu status podmiotowy w kontekście czynności medycznych, uznając badania genetyczne embrionu za dopuszczalne – pod rygorem odpowiedzialności karnej – wyłącznie w celach terapeutycznych, mających na względzie dobro tego embrionu⁵⁶. Wynikała stąd niedopuszczalność diagnostyki przedimplantacyjnej uzależniającej transfer embrionu do organizmu kobiety od uzyskanej diagnozy.

Z przepisu wykluczającego tworzenie embrionów nadliczbowych (art. 21 ust. 1) wynikało, że każdy embrion powinien być transferowany do organizmu matki genetycznej w cyklu, w którym powstał. Na wypadek wycofania przez nią zgody na transfer przewidziano umieszczenie embrionu w organizmie innej kobiety (art. 24 ust. 1 pkt 2) lub zamrożenie „w warunkach umożliwiających jego późniejszy transfer i rozwój w organizmie kobiety” (art. 22 ust. 1). Cofnięcie zgody przez ojca genetycznego nie stanowiło przeszkody dla kontynuowania cyklu *in vitro* (art. 22 ust. 2). Zamrożenie embrionu przewi-

dziano nadto dla przypadków, w których po jego utworzeniu zachodziłyby przeciwwskazania medyczne do transferu albo gdy z innych przyczyn nie byłoby możliwości transferu (art. 22 ust. 1), a transfer do organizmu innej kobiety – na wypadek śmierci matki genetycznej lub upływu dwóch (wyjątkowo trzech) lat od daty utworzenia embrionu (art. 24 ust. 1 pkt 1 i 3). O dopuszczalności umieszczenia embrionu w organizmie innej kobiety niż matka genetyczna orzekać miał sąd. Zgoda rodziców genetycznych na tę interwencję nie była wymagana. Przyjąć embrion mogli zasadniczo małżonkowie, a kobieta niepozostająca w związku małżeńskim jedynie tytułem wyjątku (art. 24 ust. 3–5).

Rozpoznawany obecnie przez Sejm projekt nr 525 nie przewiduje regulacji o charakterze kompleksowym, lecz nowelizację kilku przepisów ustawy o leczeniu niepłodności, co według projektodawcy ma charakter uzupełnienia istniejących luk prawnych⁵⁷. Kierunek tych zmian wyraża proponowana w projekcie nowa treść art. 4 u.l.n., w szczególności zaś stwierdzenie: „żadne z działań podejmowanych na podstawie ustawy nie może naruszać praw i dobra dziecka poczętego”. Zasadnicza modyfikacja została przewidziana dla art. 9 ust. 2 u.l.n., który ma stanowić, że „w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego nie można dokonać zapłodnienia więcej niż jednej żeńskiej komórki rozrodczej”. Dodany byłby też przepis, że „od zapłodnienia pozaustrojowego do umieszczenia komórki rozrodczej w ciele kobiety nie może upłynąć więcej niż 72 godziny. Jakikolwiek przerwy w biegu tego terminu są niedopuszczalne” (projektowany art. 9 ust. 3 u.l.n.). Projekt nr 525 zmienia treść definicji zarodka, określając go jako „dziecko poczęte w najwcześniejszej fazie rozwoju biologicznego, powstałe w wyniku połączenia gamety męskiej i żeńskiej” (projektowany art. 2 ust. 1 pkt 28), i potwierdza zastosowanie do niego art. 157a k.k. (art. 1 pkt 1 projektu nr 535). Nie odnosi się jednak do zróżnicowanego traktowania w ustawie o leczeniu niepłodności zarodków zdolnych i niezdolnych do prawidłowego rozwoju, nie ingeruje też w przepisy dotyczące diagnostyki przedimplantacyjnej. Może to skłaniać do traktowa-

54 Zob. projekt nr 3467, uzasadnienie, pkt 7, s. 46.

55 Zob. art. 6 i art. 53 projektu nr 3467.

56 Zob. art. 11 ust. 1 i art. 56 ust. 2 projektu nr 3467.

57 Zob. projekt 525, uzasadnienie, s. 4.

nia obowiązujących obecnie rozwiązań jako wyjątków od ochrony ludzkiego embrionu, co zapewne się rozmija z celami projektodawcy.

5. Po pierwsze ostrożność

Trzeci z wyodrębnionych kierunków prawnej oceny tytułowej interwencji opiera się na założeniu, że nie da się jej pogodzić z założeniem o priorytetowym znaczeniu godności i życia każdej istoty ludzkiej, co musi prowadzić do ustanowienia bezwzględного zakazu zapłodnienia *in vitro*. Rozwiązanie takie przewidywały cztery projekty z lat 2009–2010: obywatelski projekt ustawy z 15 czerw-

ców reprezentowanych przez posła T. Wargocką⁶¹. Można dostrzec w nich dwie koncepcje co do miejsca usytuowania i redakcji zakazu zapłodnienia *in vitro*. Projekty nr 2249 i 2741 ograniczały się do nowelizacji kodeksu karnego przez wprowadzenie art. 160a, w którym § 1 miał następującą treść: „Kto doprowadza do zapłodnienia ludzkiej komórki jajowej poza organizmem matki (zapłodnienie *in vitro*), podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Projekty nr 3466 i 3471 – mające podobnie kompleksowy charakter w zakresie problematyki biomedycznej, jak projekt nr 3467 – przewidywały, że zakazane jest tworzenie embrionu poza organizmem



Trzeci z wyodrębnionych kierunków prawnej oceny tytułowej interwencji opiera się na założeniu, że nie da się jej pogodzić z założeniem o priorytetowym znaczeniu godności i życia każdej istoty ludzkiej, co musi prowadzić do ustanowienia bezwzględного zakazu zapłodnienia *in vitro*.

ca 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny⁵⁸, projekt ustawy z 7 października 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wniesiony do Sejmu RP przez grupę posłów reprezentowanych przez posła J. Libickiego⁵⁹, projekt ustawy z 18 czerwca 2009 r. o ochronie embrionu ludzkiego i genomu ludzkiego, wniesiony do Sejmu RP przez grupę posłów reprezentowanych przez posła B. Piechę⁶⁰, i projekt ustawy z 17 lutego 2010 r. o zakazie zapłodnienia pozaustrojowego i manipulacji ludzką informacją genetyczną wniesiony do Sejmu RP przez grupę po-

kobiety i w odrębnym przepisie kryminalizowały naruszenie tego zakazu⁶².

Motywy zakazu zapłodnienia *in vitro* pokrywały się, odpowiednio, w projektach nr 2249 i 2741 oraz nr 3466 i 3471, ale były zarazem zbliżone we wszystkich projektach. Zakaz ten uzasadniano konstytucyjnym obowiązkiem poszanowania ludzkiej godności i życia bez względu na stopień rozwoju istoty ludzkiej i wywodzono z konieczności ochrony ludzkiego życia nie tylko przed narusze-

58 Druk nr 2249, dalej: projekt nr 2249.

59 Druk nr 2741, dalej: projekt 2741.

60 Druk nr 3466, dalej: projekt 3466.

61 Druk nr 3471, dalej: projekt 3471. Projekty nr 2249, 2741 i 3471 zostały odrzucone przez Sejm RP.

62 Zob. art. 15 i art. 53 ust. 1 projektu nr 3466, art. 5 i art. 57 ust. 1 projektu nr 3471.

niem („bezpośrednimi atakami i intencjonalnym niszczeniem”⁶³), ale i przed stworzeniem sytuacji bezpośredniego zagrożenia dla życia⁶⁴, „przed szczególnymi zagrożeniami dla samej egzystencji istoty ludzkiej”⁶⁵, „przed niemyślnymi czynami zagrażającymi życiu ludzkiemu”⁶⁶. W projektach nr 2249 i 2741 podniesiono, że „znajdowanie się organizmu ludzkiego w fazie embrionalnej poza ciałem matki stanowi dla niego zawsze bezpośrednie zagrożenie życia”, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo, że nie dojdzie do transferu embrionu do organizmu matki genetycznej, w szczególności w razie zmiany jej decyzji co do macierzyństwa⁶⁷. W projektach nr 3466 i 3471 stwierdzono, że „technika zapłodnienia pozaustrojowego na obecnym etapie rozwoju technologii biomedycznych rodzi szczególne ryzyka dla samej egzystencji tworzonych embrionów, które z reguły prowadzą do śmierci znaczącej części tworzonych embrionów. Jest to związane z niedokładnością aktualnie stosowanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego oraz ekspozycją embrionu na nienaturalne warunki”⁶⁸. W ocenie projektodawców nawet regulacje, które ustanawiają zakaz tworzenia embrionów nadliczbowych, „co najmniej pośrednio dopuszczają niszczenie embrionów”. Uznano zatem, że „skuteczna ochrona nienaruszalnej godności ludzkiej w procedurze zapłodnienia pozaustrojowego nie jest możliwa, a poświęcenie godności ludzkiej dla samej szansy rodzicielstwa nie jest słuszne”⁶⁹.

W projektach nr 3466 i 3471 zamieszczono ponadto przepisy dotyczące już istniejących embrionów *in vitro*. Przewidziana w nich ochrona życia ludzkiego embrionu – zdefiniowanego jako organizm ludzki powstały w chwili połączenia gamety

męskiej i żeńskiej lub wytworzony w inny sposób, w szczególności przez wyizolowanie totipotentnej ludzkiej komórki embrionalnej⁷⁰ – miała charakter bezwzględny. W projekcie nr 3466 nadano jej postać zakazu „niszczenia embrionu” (art. 14), preradowanego w autopoprawce na zakaz „powodowania śmierci” i zagrożonego karą w odrębnym przepisie (art. 52). Projekt nr 3471 przewidywał, że „zakazane są działania powodujące śmierć embrionu ludzkiego” (art. 4) oraz przepis karny, którego dyspozycja brzmiała: „kto realizuje działania powodujące śmierć embrionu ludzkiego” (art. 56). Dopuszczalność badań genetycznych na embrionie – podobnie jak na osobach niezdolnych do wyrażenia zgody – uzależniona była od braku jakiegokolwiek ryzyka dla dóbr osobistych badanego, a naruszenie tego warunku podlegało kryminalizacji⁷¹.

Projekt nr 3466 jako jedyny z omawianej grupy regulował postępowanie z embrionami powstałymi przed wejściem w życie zakazu zapłodnienia *in vitro*⁷². Czynności kontynuujące cykl *in vitro*, w których doszło już do zapłodnienia, określono w jego uzasadnieniu jako procedury ratunkowe⁷³. Projektodawca zakładał, że co do zasady embrion ma być umieszczony w organizmie matki genetycznej (art. 20 ust. 1). Podobnie jak w projekcie nr 3467, na wypadek wycofania przez nią zgody na transfer przewidziano zamrożenie embrionu „w warunkach umożliwiających jego późniejszy transfer i rozwój w organizmie kobiety” (art. 21 ust. 1) lub transfer do organizmu innej kobiety (art. 22), określony w uzasadnieniu jako adopcja prenatalna i „swoisty stan wyższej konieczności związany z bezpośrednim zagrożeniem życia embrionu”⁷⁴. Cofnięcie zgody

63 Projekt nr 3466, uzasadnienie, pkt 13, s. 44–45 i Projekt 3471, uzasadnienie, pkt 9, s. 50–51.

64 Projekt nr 2249, uzasadnienie, pkt 4 i projekt nr 2741, uzasadnienie, pkt 4, s. 1–2.

65 Projekt nr 3466, uzasadnienie, pkt 13, s. 44–45.

66 Projekt nr 3471, uzasadnienie, pkt 9, s. 50–51.

67 Zob. projekt nr 2249, uzasadnienie, pkt 4 i projekt nr 2741, uzasadnienie, pkt 4, s. 1–2.

68 Projekt nr 3466, uzasadnienie, pkt 13, s. 44–45 i projekt 3471, uzasadnienie, pkt 9, s. 50–51.

69 Tamże.

70 Art. 3 pkt 3 projektu 3466 i 3471.

71 Zob. art. 13 ust. 5 i art. 51 ust. 4 projektu nr 3466, art. 15 ust. 5 i art. 55 ust. 4 projektu nr 2471.

72 Jak stwierdzono w jego uzasadnieniu, „Nawet bowiem wobec najbardziej zdecydowanego etycznego sprzeciwu wobec metody *in vitro* nie neguje się konieczności podjęcia działań dla przyjęcia, podtrzymania i dania szansy każdemu ludzkiemu życiu już powstałemu w ten sposób. Powodem jest fakt, że każdej istocie ludzkiej przysługuje pełny szacunek i pełna godność”, Projekt nr 3466, Uzasadnienie, pkt 14, s. 45.

73 Zob. projekt nr 3466, uzasadnienie, pkt 14–15, s. 45–46.

74 Zob. projekt nr 3466, uzasadnienie, pkt 16, s. 46.

przez ojca genetycznego nie stanowiło przeszkody dla kontynuowania cyklu *in vitro* (art. 20 ust. 2). Zamrożenie embrionu przewidziano ponadto dla przypadku, w którym po utworzeniu embrionu zachodzą przeciwwskazania medyczne do jego transferu albo gdy z innych przyczyn nie ma możliwości transferu embrionu (art. 21 ust. 1), a adopcję prenatalną –

ba oczekiwanych urodzeń z założeniem zamrożenia kilku z nich na wypadek nieuzyskania narodzin w pierwszym cyklu. Rozwiązanie takie jest elementarnie sprzeczne z poszanowaniem należnym ludzkiej godności i opiera się na założeniu ochrony embrionu wyłącznie jako dobra *sui generis*, która „może być znacznie słabsza niż urodzo-



Zasadnicze różnice między wyodrębnionymi w polskich pracach legislacyjnych kierunkami prawnej regulacji zapłodnienia *in vitro* dotyczą dwóch kwestii: rozstrzygnięcia o dopuszczalności tworzenia embrionu w warunkach pozaustrojowych i ochrony embrionu przebywającego w tych warunkach.

na wypadek śmierci matki genetycznej lub upływu dwóch (wyjątkowo trzech) lat od daty utworzenia embrionu (art. 22 ust. 1). Adopcja prenatalna wymagała orzeczenia sądu i co do zasady była adresowana do małżonków, a do kobiet niepozostających w związku małżeńskim tylko tytułem wyjątku. Do jej orzeczenia nie była wymagana zgoda rodziców genetycznych (art. 22 ust. 2–5).

6. Podsumowanie

Zasadnicze różnice między wyodrębnionymi w polskich pracach legislacyjnych kierunkami prawnej regulacji zapłodnienia *in vitro* dotyczą dwóch kwestii: rozstrzygnięcia o dopuszczalności tworzenia embrionu w warunkach pozaustrojowych i ochrony embrionu przebywającego w tych warunkach.

Priorytet wolności prokreacyjnej zakłada nie tylko dopuszczalność zapłodnienia *in vitro*, ale i zapewnienie mu jak najwyższej skuteczności, co w obecnych realiach medycznych przekłada się na tworzenie większej liczby embrionów niż licz-

nego człowieka i uwzględniać w większym stopniu prawa i wolności np. dawców gamet, niż byłoby to dopuszczalne w przypadku konfliktu dwóch osób już urodzonych⁷⁵. Uznanie priorytetowego miejsca ludzkiej godności w systemie prawa i wraz z nim zasady *in dubio pro dignitate*⁷⁶ wyklucza realiza-

75 E. Zielińska, *Opinia na temat rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Zeszyty Prawnicze BAS” 2015, nr 4, s. 189.

76 Szerzej zob. R. Andorno, *Les droits nationaux face à la procréation médicalement assistée: primauté de la technique ou primauté de la personne*, „Revue internationale de droit comparé” 1994, nr 1, s. 150; M. Safjan, *W sprawie ochrony prawnej człowieka in statu nascendi* (w:) S. Semećuk (red.), *O ochronie prawnej dziecka poczętego. Dysputa nad projektem ustawy*, Warszawa 1989, s. 45–46; M. Piechowiak, *Filozoficzne aspekty regulacji prawnych dotyczących życia ludzkiego we wczesnych stadiach rozwoju* (w:) T. Smyczyński (red.), *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne*, Poznań 1996, s. 83; L. Bosek, *Gwarancje godności osoby ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012,

cję wolności prokreacyjnej ze szkodą dla ludzkiego embrionu, embrionu – co warto podkreślić – „choćby jednego”. Cecha ludzkiej godności nakazuje bowiem uznać jej podmiot za jednostkę niepowtarzalną i niezastępowalną⁷⁷. Dlatego limity embrionów tworzonych w jednym cyklu *in vitro* mogą być oceniane w kategoriach środka ochrony ludzkiej godności dopiero wówczas, gdy wykluczają pozostawienie w warunkach ustrojowych choćby jednego embrionu, a nie jedynie zmniejszają liczbę takich embrionów. Limity przewidziane w ustawie o leczeniu niepłodności wymogu tego nie spełniają, toteż słusznie określono gwarancje ochrony ludzkiej godności w obowiązującej ustawie jako iluzoryczne⁷⁸. Mogą co najwyżej wpisywać się we wspomniane założenie o ochronie embrionu jako dobra *sui generis*, o nieokreślonym bliżej statusie. Niedopuszczalność tworzenia większej liczby embrionów, niż ma być umieszczonych w tym samym cyklu w organizmie matki genetycznej, przewidywał projekt nr 3467. Zapewnić to miało – ograniczony oczywiście – dostęp do zapłodnienia *in vitro* z jednoczesnym pozostawieniem godności i życia ludzkiego embrionu. Kierunek przedstawiony jako trzeci zakładał jednak, że nie jest to rozwiązanie wystarczające dla ochrony ludzkiej godności. Zamieszczone w projektach zakazujących zapłodnienia *in vitro* uzasadnienie tej tezy nie jest szczególnie rozbudowane, toteż warto przyrzeć się bliżej, czy właściwa jej ostrożność nie ingeruje w wolność prokreacyjną nadmiernie, nieproporcjonalnie do założonych celów.

Doświadczenia państw obcych, w których obowiązują lub obowiązywały zakazy tworzenia embrionów nadliczbowych, pokazują, że przepisy takie nie są w stanie zupełnie wyeliminować sytuacji, w których embrion nie zostaje umieszczony w organizmie kobiety w cyklu, w którym powstał *in vitro*⁷⁹. Tego rodzaju niebezpieczeństwa byli świadomi

także i autorzy przedstawionych projektów – w tym zakazującego tworzenia embrionów nadliczbowych projektu nr 3467 – określając sposób postępowania w przypadku nieumieszczenia embrionu w organizmie matki genetycznej, w szczególności z powodu jej śmierci, cofnięcia zgody na udział w cyklu *in vitro*, przeciwwskazań medycznych do transferu, a nawet bliżej nieokreślonych innych przyczyn⁸⁰. Przeszkoda w transferze embrionu do organizmu kobiety w tym samym cyklu miała prowadzić do zamrożenia embrionu, które z istoty swojej jest rozwiązaniem tymczasowym, lub do transferowania embrionu do organizmu innej kobiety⁸¹. W żadnym z omawianych rozwiązań legislacyjnych nie odniesiono się jednak do sytuacji, w której nie ma możliwości przekazania zamrożonego embrionu innej kobiecie niż matka genetyczna, chociażby ze względu na brak osób zainteresowanych jego przyjęciem. Temu milczeniu poniekąd trudno się dziwić, ponieważ jest to problem, któremu ani prawo, ani medycyna nie są w stanie zaradzić w sposób zapewniający ochronę embrionowi.

Trudno zatem nie nabrać wątpliwości, czy ograniczenie dopuszczalności zapłodnienia *in vitro* zakazem tworzenia embrionów nadliczbowych nie koliduje jednak z założeniem o priorytetowym znaczeniu godności ludzkiej, traktując ją jako wartość podlegającą „równoważeniu” czy „balansowaniu” z innymi dobrami. Wprawdzie system prawa rea-

embrionów rocznie uznano za „niewykorzystane” (FIVNAT-CH Société Suisse de Médecine de la Reproduction, *Annual report 2005*, s. 12, <http://www.sgrm.org>), w latach 2006–2012 zamrażano rocznie 94–150 embrionów (FIVNAT-CH Société Suisse de Médecine de la Reproduction, *Annual report: 2007*, s. 15; *2008*, s. 15; *2009*, s. 15; *2010*, s. 17; *2011*, s. 16; *2012*, s. 15; *2013*, s. 13, tamże). Zob. też M. Gałązka, *Problemy prawnej ochrony embrionów nadliczbowych* (w:) L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne...*, dz. cyt., s. 245.

80 Jako przykład można by wskazać odmowę przeprowadzenia transferu ze strony lekarza w okolicznościach uniemożliwiających zastąpienie go przez kogo innego.

81 Warto zauważyć, że nawet projekty wyraźnie ukierunkowane na ochronę ludzkiego embrionu *in vitro* nie dawały podstawy prawnej do umieszczenia embrionu w organizmie kobiety bez jej zgody. Z pewnością byłaby to niedopuszczalna ingerencja w ściśle osobistą sferę ludzkiej intymności.

s. 113; O. Nawrot, *Biorąc...*, s. 650–656, 660; M. Gałązka, *Niemiecka...*, dz. cyt., s. 107–108.

77 Zob. wyrok TK z 15 października 2002 r., SK 6/02, ZU 2002, nr 5A, poz. 65, pkt 6.1.

78 J. Lipski, *Opinia...*, dz. cyt., s. 138, s. 151.

79 Np. w Szwajcarii, w latach 2001–2005 zamrażano rocznie 46–91 embrionów powstałych w tym okresie, a 460–818

lizujący ten kierunek nie zakłada z góry, że pewna liczba embrionów pozostanie w warunkach pozaustrojowych po cyklu *in vitro*, ale na możliwość taką się godzi jako na swego rodzaju koszt legalizacji zapłodnienia *in vitro*. W istotę każdego zapłodnienia pozaustrojowego wpisane jest bowiem uzależnienie dalszego rozwoju embrionu od trans-

in vitro, warte uwagi jest to, że uzasadnienia omawianych tu rozwiązań legislacyjnych – nawet przewidujących zakaz zapłodnienia *in vitro* – w ogóle nie podjęły kwestii bezpieczeństwa tej interwencji dla dziecka, zarówno urodzonego, jak i w stadium embrionalnym. Nie odniesiono się do kwestii dyskusyjnych w literaturze medycznej, a w szczególno-



Uzasadnienia omawianych tu rozwiązań legislacyjnych – nawet przewidujących zakaz zapłodnienia *in vitro* – w ogóle nie podjęły kwestii bezpieczeństwa tej interwencji dla dziecka, zarówno urodzonego, jak i w stadium embrionalnym.

feru do organizmu kobiety – zdarzenia po pierwsze niewystępującego w warunkach naturalnych, a po drugie niepewnego. Prawna dopuszczalność poczęcia człowieka w warunkach z istoty swej rodzących niebezpieczeństwo dla jego dalszego życia, niebezpieczeństwo spowodowane tymi właśnie warunkami, jest równoznaczna z potraktowaniem tego człowieka w sposób instrumentalny. Jednocześnie system prawa, który pozwala na taką interwencję, uniemożliwia sobie zapewnienie embrionowi *in vitro* ochrony adekwatnej do jego ludzkiej godności. Wydaje się, że w pewnej mierze dostrzeżono ten problem w uzasadnieniu projektu nr 3467, gdzie – mimo podkreślania prymatu ludzkiej godności i życia nad potrzebą rodzicielstwa – stwierdzono jednak również, że „ustawa wprowadza cały system mechanizmów ochronnych mających na celu minimalizację zagrożeń związanych z tworzeniem człowieka w drodze zapłodnienia pozaustrojowego”⁸².

Niezależnie od problemu embrionów nadliczbowych lub pozostających faktycznie po cyklach *in*

ści do racji wskazujących na podwyższone ryzyko związane z pozaustrojowym środowiskiem poczęcia. Nawet jeśli nie miałyby one przesądzać prawnej oceny zapłodnienia *in vitro*, to jednak pochopnością razi ich zupełne pominięcie, tym bardziej, że wszelkie ryzyko dotyczące przedimplantacyjnej fazy życia nakazuje dużo większą ostrożność w porównaniu z zagrożeniami postnatalnymi⁸³ i tym bardziej że zasada *in dubio pro dignitate* jasno wskazuje na

83 Zob. C. Patrat, S. Epelboin, *Santé...*, dz. cyt., s. 326: „Okres prenatalny nie jest w istocie tylko czasem większych przemian w zakresie rozwojowym, ale stanowi także jeden z najbardziej wrażliwych (*vulnérable*) momentów życia. W okresie tym *conceptus* musi reagować na czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne i ta podatność na wpływy może zaburzyć jego rozwój z możliwymi konsekwencjami prenatalnymi, postnatalnymi lub długoterminowymi. Embrion i płód zostają w istocie zaprogramowane podczas okresu prenatalnego dla rozwoju po urodzeniu (w dzieciństwie i życiu dorosłym) w określonych warunkach środowiskowych. Jeśli to środowisko jest inne niż było im (z natury) przeznaczone, powinny się do niego przystosować i proces tego przystosowania stanowi sam w sobie dodatkowe ryzyko”.

82 Zob. projekt nr 3467, uzasadnienie, pkt 7, s. 45–46.

kierunek rozstrzygania wątpliwości, nie tylko prawnych, ale i faktycznych.

W przedstawionych kierunkach prawnej regulacji zapłodnienia *in vitro* status tej interwencji koresponduje ze standardem ochrony ludzkiego embrionu. Jest on tym niższy, im szerzej określone zostają granice dopuszczalności zapłodnienia pozaustrojowego. Pozostaje to w ścisłym związku z praktyką medyczną, w której prawdopodobieństwo urodzenia zdrowego dziecka w wyniku cyklu *in vitro* rośnie wraz z liczbą dostępnych embrionów i możliwościami ich selekcji. Szeroki zakres dopuszczalności zapłodnienia *in vitro* przekłada się także na ściślejsze uzależnienie losu istniejącego już embrionu od woli osób, od których embrion pochodzi genetycznie lub które mają pełnić wobec niego funkcje rodzicielskie. Na gruncie analizowanego materiału legislacyjnego wyraźnie widać to w ramach regulacji dotyczących umieszczenia embrionu w organizmie innej kobiety niż matka genetyczna, dla którego obowiązujące przepisy bezwzględnie wymagają zgody „dawców”, a który przepisy projektowane oparte na prymacie ludzkiej godności uniezależniają od woli rodziców genetycznych. Jak ukazuje jednak projekt nr 3466, status istniejącego już embrionu *in vitro* może być problemem w dużej mierze niezależnym od rozstrzygnięcia co do legalności zapłodnienia pozaustrojowego.

Na koniec zaznaczyć należy, że z dyrektyw unijnych, których implementacja była jednym z powodów podjęcia działań legislacyjnych w obszarze zapłodnienia *in vitro*⁸⁴, nie wynikają obowiązki co do uznania tej interwencji za dopuszczalną, ani też za dopuszczalną w określonym zakresie. Wymagane prawem unijnym standardy jakości i bezpieczeństwa są wiążące wobec komórek i tkanek, których stosowanie jest w danym państwie dozwolone⁸⁵.

84 Dotyczy to dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 102 z 7.4.2004, s. 48–58).

85 Zob. motyw 12 i art. 4 ust. 3 dyrektywy 2004/23/WE; L. Bosek, *Refleksje...*, dz. cyt., s. 39; A. Stępkowski, *Opinia...*, dz.

Bibliografia

- Andorno R., *Les droits nationaux face à la procréation médicalement assistée: primauté de la technique ou primauté de la personne*, „Revue internationale de droit comparé” 1994, nr 1.
- Bavister B.D., *Interactions between embryos and the culture milieu*, „Theriogenology” 2000, vol. 53, nr 2.
- Bosek L., *Gwarancje godności osoby ludzkiej i ich wpływ na polskie prawo cywilne*, Warszawa 2012.
- Bosek L., *Refleksje wokół prawnych uwarunkowań prokreacji*, Debata „Jak uregulować zapłodnienie *in vitro*?”, 14–24 marca 2009, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, http://ptb.org.pl/opinie_invitro.html.
- Bosek L., *Refleksje wokół prawnych uwarunkowań wspomaganiej prokreacji*, „Diametros” 2009, nr 20.
- Bouillon C., Faude P., *Devenir des enfants issus des techniques d'assistance médicale à la procréation*, „Archives de pédiatrie” 2013, nr 5.
- Colombo R., *The most vulnerable subjects of biomedical research. The case of the human embryo* (w:) J. de D. Vial Correa, E. Sgeccia, Città del Vaticano (red.), *Ethics of Biomedical Research in a Christian Vision*, 2004.
- Dumoulin J.C. i in., *Effect of in vitro culture of human embryos on birthweight of newborns*, „Human Reproduction” 2010, nr 3.
- Edgar D.H. i in., *The developmental potential of cryopreserved human embryos*, „Molecular and Cellular Endocrinology” 2000, vol. 169, nr 1–2.
- Fijałkowski W., *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą*, Poznań 1999.
- Fugger E.F. i in., *Births of normal daughters after MicroSort sperm separation and intrauterine insemination, in vitro fertilisation, or intracytoplasmic sperm injection*, „Human Reproduction” 1998, nr 9.
- Gałązka M., *Niemiecka ustawa o ochronie embrionów w kontekście polskiej debaty o zapłodnieniu in vitro*, „Przegląd Sądowy” 2010, nr 4.
- Gałązka M., *Problemy prawnej ochrony embrionów nadliczbowych* (w:) L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010.
- Gerris J.M.R., *Single embryo transfer and IVF/ICSI outcome: a balanced appraisal*, „Human Reproduction Update” 2005, nr 2.

cyt., s. 166.

- Gout C. i in., *Assistance médicale à la procréation et VIH: revue des indications techniques et résultats*, „Gynécologie Obstétrique & Fertilité” 2011, nr 12.
- Haberko J., *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*, Debata: „Jak uregulować zapłodnienie *in vitro*?” 14–24 marca 2009, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, http://ptb.org.pl/opinie_invitro.html.
- Hansen M. i in., *The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization*, „New English Journal of Medicine” 2002, vol. 346, nr 10.
- Helmerhorst F.M. i in., *Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies*, „British Medical Journal” 23 Januaria 2004.
- Haberko J., Łuczak-Wawrzyniak J., *Dobrodziejstwo nowoczesnych technik wspomaganą medycznie prokreacji czy problem rodziny i dziecka? Uwagi na tle projektu ustawy o leczeniu niepłodności (Druk sejmowy 3245)*, „Diamenty” 2015, nr 44.
- Jabłońska J., *Zasady konstytucyjne w projekcie ustawy bioetycznej (ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw)* (w:) L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010.
- Jackson R.A., *Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: A meta-analysis*, „Obstetrics and Gynecology” 2004, vol. 103, nr 3.
- Lipski J., *Opinia prawna na temat rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 4.
- Källén B. i in., *Cancer Risk in Children and Young Adults Conceived by In Vitro Fertilisation*, „Pediatrics” 2010, vol. 126, nr 2.
- Källén B. i in., *In vitro fertilization (IVF) in Sweden: infant outcome after different IVF fertilization methods*, „Fertility and Sterility” 2005, vol. 84, nr 3.
- Kocylowski R., Bręborowicz G., *Prenatalny rozwój dziecka oraz opieka nad ciężką po zapłodnieniu pozaustrojowym* (w:) J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganą prokreacji*, Poznań 2005.
- Koivuova S. i in., *Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in-vitro fertilization*, „Human Reproduction” 2002, nr 5.
- Kupka M.S. i in., *Assisted reproductive technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE*, „Human Reproduction” 2016, nr 2.
- Magli Cristina M. i in., *Revised guidelines for good practice in IVF laboratories*, „Human Reproduction” 2008, nr 6.
- Maheshwari A. i in., *Global variations in the uptake of single embryo transfer*, „Human Reproduction Update” 2011, nr 1.
- Mandelbaum J., *Embryo and oocyte cryopreservation*, „Human Reproduction” 2000, vol. 15.
- Mansour R.T., Aboulghar M.A.A., *Optimizing the embryo transfer technique*, „Human Reproduction” 2002, nr 5.
- Marianowski P., *Zapłodnienie pozaustrojowe w leczeniu niepłodności*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2010, t. 3, nr 2.
- McDonald S.D. i in., *Preterm birth and low weight among in vitro fertilization singletons: A systematic review and eta-analyses*, „European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology” 2009, vol. 146, nr 2.
- Nawrot O., *Biorąc konstytucję poważnie. Konstytucyjne ramy regulacji medycznie wspomaganą prokreacji (uwagi na marginesie oceny zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej poselskich projektów ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk 607 i 608)*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2014, t. 21.
- Nawrot O., *O dwóch modelach regulacji IVF*, Debata: „Jak uregulować zapłodnienie *in vitro*?” 14–24 marca 2009, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, http://ptb.org.pl/opinie_invitro.html.
- Nelissen E. i in., *Further evidence than culture media affect perinatal outcome: findings after transfer of fresh and cryopreserved embryos*, „Human Reproduction” 2012, nr 7.
- Papanikolaou E.G. i in., *Live birth rates after transfer of equal number of blastocysts or cleavage-stage embryos in IVF. A systematic review and meta-analysis*, „Human Reproduction” 2008, nr 1.
- Patrat C., Epelboin S., *Santé des enfants conçus après assistance médicale à la procréation*, „Journal de pédiatrie et de puériculture” 2011, nr 6.
- Pawelczyk L., Serdyńska M., *Medyczne aspekty wspomaganego rozrodu* (w:) J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganą prokreacji*, Poznań 2005.
- Piechowiak M., *Filozoficzne aspekty regulacji prawnych dotyczących życia ludzkiego we wczesnych stadiach rozwoju*

- (w:) T. Smyczyński (red.), *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne*, Poznań 1996.
- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu, *Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności – skrót*, „Ginekologia Polska” 2012, nr 2.
- Reefhuis J. i in., *Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States*, „Human Reproduction” 2009, nr 2.
- Safjan M., *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji*, Warszawa 1990.
- Safjan M., *W sprawie ochrony prawnej człowieka in statu nascendi* (w:) S. Semczuk (red.), *O ochronie prawnej dziecka poczętego. Dysputa nad projektem ustawy*, Warszawa 1989.
- Sazanova A. i in., *Obstetrics outcome in singletons after in vitro fertilization with cryopreserved/thawed embryos*, „Human Reproduction” 2012, nr 5.
- Smith A.L., *Blastocyst culture in human IVF: the final destination or a stop along the way*, „Theriogenology” 2002, vol. 57, nr 1.
- Steirteghem A. van, *Celebrating ICSI's twentieth anniversary and the birth of more than 2.5 million children – the “how, why and where”*, „Human Reproduction” 2012, nr 1.
- Stępkowski A., *Opinia prawna w sprawie merytorycznej oceny rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Zeszyty Prawnicze” 2015, nr 4.
- Yabuuchi A. i in., *Prevention of mitochondrial disease inheritance by assisted reproductive technologies: Prospects and challenges*, „Biochimia et Biophysica Acta” 2012, nr 5.
- Zielińska E., *Opinia na temat rządowego projektu ustawy o leczeniu niepłodności*, „Zeszyty Prawnicze BAS” 2015, nr 4.