

***Assisted Reproductive Technologies. Analysis and Recommendations for Public Policy*, New York State Task Force on Life and the Law (April 1998), ss. 474.**

W kwietniu 1998 r. ukazał się raport komisji stanu Nowy York, zajmującej się zagadnieniami z pogranicza prawa, medycyny, etyki i polityki publicznej (*Task Force on Life and the Law*), dotyczący technik wspomaganey reprodukcji. Raport, zawierający 474 strony, składa się z 17 rozdziałów, przedstawiających analizy i rekomendacje prawne na temat polityki władz wobec tych technik. W komisji uczestniczyło 28 osób zawodowo związanych z naukami prawnymi, medycznymi, służbą zdrowia, filozofią i bioetyką. W jej skład wchodziłi także reprezentanci różnych instytucji społecznych i wspólnot religijnych. Opublikowany raport jest odpowiedzią na nagłą potrzebę unormowania nowej dziedziny medycyny, jaką jest wspomagana reprodukcja.

Od 1978 r., kiedy urodziło się pierwsze dziecko poczęte z zastosowaniem IVF (zapłodnienie *in vitro*), nastąpił znaczny rozwój technik wspomaganey reprodukcji. Wykorzystywanie obcych komórek jajowych przeszło z fazy eksperymentalnej do standardowego działania klinicznego, umożliwiając kobietom nie mającym funkcjonujących jajników zajście w ciążę. Postęp w mikromanipulacji nasieniem spowodował, że mężczyźni z ekstremalnie niską rzadkością spermy mogą zostać ojcami. Ostatnie doniesienia o ciążach z zamrożonych komórek jajowych sugerują, że kobiety z czasową niepłodnością mogą mieć szansę posiadania dziecka z własnych gamet w późniejszym terminie.

W latach 1985-1995 urodziło się w Stanach Zjednoczonych 54 383 dzieci (nie ma wcześniejszych danych) w wyniku zapłodnienia IVF. Dodatkowe 10 tys. przyszło na świat przy zastosowaniu innych technik wspomaganey reprodukcji. Liczba klinik wzrosła prawie do 300 placówek. Liczba dzieci żyjących na świecie w wyniku zapłodnienia IVF wynosi już ok. 300 tys. Obecnie usługi wspomaganey reprodukcji stanowią potężny kompleks finansowy. W niektórych klinikach pary płacą nawet 9 tys. dolarów za jeden cykl zapłodnienia FVF, bez wliczania kosztów lekarstw czy procesu leczenia przed właściwym zabiegiem. Skuteczność zabiegów wynosi ok. 20% na jeden cykl. Poszerza się ciągle rynek wspomaganey reprodukcji, zwiększa się różnorodność zastosowań zapłodnienia IVF. Dotychczas stosowano je tylko w wypadku niepłodności

kobiety lub blokady jajowodów, obecnie stosuje się także w przypadku niepłodności mężczyzny i w wielu innych sytuacjach²⁸.

Każdy z 17 rozdziałów raportu jest obszernym źródłem informacji o tym, co dzieje się w dziedzinie usług wspomaganey reprodukcji w USA, sygnalizuje też problemy społeczne i etyczne, które powstają przy tej okazji.

Rozdział pierwszy analizuje przyczyny niepłodności. W 1995 r. w USA było około 2,1 mln. niepłodnych par małżeńskich, z kobietami w wieku rozrodczym. Jest to 7,1% małżeństw z kobietami w okresie rozrodczym (29,7 mln.). Około 12,9% par małżeńskich zgłaszało osłabioną płodność, tzn. problemy z poczęciem lub donoszeniem ciąży. Komisja omawia obszernie przyczyny występowania niepłodności, dzieląc je na powody związane z wiekiem, z różnego rodzaju infekcjami, chorobami, zaburzeniami hormonalnymi, z błędami w leczeniu, stosowaniem niektórych środków planowania urodzeń, itd. (W 1985 r. University of Washington stwierdził, że stosowanie IUD [wkładka domaciczna] powoduje wzrost niepłodności jajowodowej dwukrotnie, a stosowanie wkładek zawierających Dalkon Shiled – sześciokrotnie, s. 24). Poza tym przyczyną niepłodności są różnego rodzaju zabiegi i operacje ginekologiczne. Ważną przyczynę stanowi tzw. szkodliwy styl życia: palenie papierosów, jedzenie powodujące nadwagę, używanie alkoholu, kofeiny, narkotyków. Na niepłodność kobiet ma wpływ także zanieczyszczenie środowiska naturalnego. Wśród przyczyn męskiej niepłodności wymienione są m.in. wrodzone zaburzenia hormonalne, różnego rodzaju choroby, niewłaściwy styl życia i stres, a także zanieczyszczenie środowiska naturalnego. Komisja zaleca różne strategie mające na celu ochronę przed niepłodnością, łącznie z zabezpieczeniem przed chorobami przenoszonymi drogą płciową i ich bezzwłocznym leczeniem.

Rozdział drugi omawia sposoby leczenia niepłodności. Obszernie prezentuje również techniki wspomaganey reprodukcji, które starają się doprowadzić do ciąży bez przeprowadzania korekty przyczyn leżących u podstaw niepłodności pacjenta; omawia także medyczną stronę tego rodzaju zabiegów, łącznie ze skutkami ubocznymi.

Rozdział trzeci przedstawia debatę etyczną na temat niepłodności i jej leczenia. Prezentowane zastrzeżenia mają różne źródła, od obaw o przedmiotowe traktowanie poczętych dzieci, czy o brak szacunku do poczętego życia, do lęku feministek, że powszechna dostępność tych technik wzmocni patrzenie na kobiety przez pryzmat ich macierzyństwa. Podkreślano także konieczność uwzględnienia interesów osób trzecich, a

²⁸ E. Neus, *The quest for babies*, „Gannet News Service” 28.07.1998, s. 3B.

więc poczętych tą drogą dzieci, oraz dawców gamet i matek zastępczych. Zastanawiano się również, czy celowe jest wydawanie wielkich sum pieniędzy na techniki wspomaganej reprodukcji, kiedy wiele dzieci nie ma domu rodzinnego ani zapewnionej podstawowej opieki zdrowotnej. Znaczna grupa specjalistów ocenia techniki wspomaganej prokreacji jako wielkie dobrodziejstwo dla niepełnych osób, głosi również, że decyzję korzystania z tych technik należy zostawić zainteresowanym osobom, a ingerencja państwa ma być ograniczona.

Rozdział czwarty prezentuje dosyć szczegółowo poglądy różnych religii na wspomaganą reprodukcję, konkludując, że niektóre wyznania odrzucają większość jej form, inne akceptują tylko w ramach małżeństwa, z użyciem komórek rozrodczych męża i żony, przeciwstawiają się natomiast użyciu komórek od dawców. Niektóre wyznania wyrażają szczególne zaniepokojenie faktem, że nadliczbowe embryony traktuje się bez szacunku należnego istocie ludzkiej, wykorzystuje do eksperymentów lub bez skrupołów niszczy. Raport omawia także negatywne stanowisko Kościoła katolickiego zawarte w dokumencie *Donum vitae* (1987).

Rozdział piąty zajmuje się zagadnieniem wspomaganej reprodukcji od strony pacjenta. Stwierdza, że badania udokumentowały z jednej strony niekorzystne konsekwencje psychologiczne niepełności, co jest poważnym argumentem za rozwojem technik wspomaganej reprodukcji, z drugiej zaś, że poddawanie się tym zabiegom często wiąże się z poczuciem poniżenia, stresem, możliwością komplikacji zdrowotnych i wysokimi wydatkami finansowymi. Kobiety inaczej przeżywają ciążę powstałą w wyniku wspomaganej reprodukcji niż tę, która rozwinię się bez interwencji medycznej. Raport relacjonuje przeżycia emocjonalne pacjentek kilkakrotnie podejmujących próby poczęcia dziecka. Podaje także wypowiedzi kobiet na temat przeżyć związanych ze spontanicznym poronieniem po zapłodnieniu *IVF* oraz ich stosunku do propozycji redukcji płodów w wypadku ciąży mnogiej.

Rozdział szósty podejmuje kwestię ewentualnej konstytucyjnej ochrony prawa do wspomaganej reprodukcji. Chociaż Sąd Najwyższy USA nigdy oficjalnie nie uznał i nie potwierdził takiego prawa, większość komentatorów zgadza się, że takie prawo może być wydedukowane, przynajmniej dla par małżeńskich, z konstytucyjnego prawa do prywatności. Niektórzy wręcz twierdzą, że *noncoital reproduction* powinna korzystać z takiej samej ochrony konstytucyjnej, jak prokreacja naturalna (*coital reproduction*), ponieważ pozwala zaspokoić wrodzone pragnienie posiadania własnego potomstwa. Inni natomiast nie mają takiej pewności.

Komisja *Task Force* jest zdania, że chociaż Konstytucja USA gwarantuje parze małżeńskiej prawo do posiadania dzieci i na tej podstawie chroni także prawo do wspomaganej reprodukcji w ramach małżeństwa przy zastosowaniu własnych gamet, to jednak jeśli reprodukcja *noncoital* odchodzi od modelu pary małżeńskiej, używającej swoich gamet, podobieństwo do reprodukcji naturalnej zaczyna zanikać, a stąd także osłabia się ochrona konstytucyjna tego typu prokreacji.

Rozdział siódmy omawia bieżące dylematy w praktyce klinicznej. Raport podaje, że przynajmniej jedna trzecia ciąż uzyskanych przez zabiegi wspomaganej reprodukcji, to ciążę mnogie. Powoduje to ryzyko wcześniactwa, urodzeń z niską wagą, wzrostu wskaźnika śmiertelności niemowląt i niepełnej sprawności fizycznej. Niektóre państwa mają regulację prawną ograniczającą liczbę embrionów dozwoloną do implantowania w jednym cyklu IVF, najczęściej do trzech. W Stanach Zjednoczonych przyjęto umieszczać co najmniej cztery embriony w czasie cyklu. Żaden ze stanów nie ma regulacji prawnej ograniczającej liczbę embrionów w jednorazowej implantacji.

Komisja zwraca uwagę na fakt, że wielu specjalistów niepokoi występująca tendencja do nadużywania środków medycznych, czy stosowania dłuższych kuracji hormonalnych. Sygnalizuje, że szereg nowych technik wspomaganej reprodukcji - na przekór istnieniu potencjalnego ryzyka i braku ewidentnej skuteczności - wprowadzono nagle do praktyk klinicznych. Genetyczne diagnozy preimplantacyjne włączono do programów wspomaganej reprodukcji. Niektóre z nich oferują także selekcję embrionów pod względem płci lub sortowanie nasienia, by zwiększyć szansę tworzenia embrionów tylko jednej płci.

Komisja zaleca, aby przeprowadzający zabiegi wspomaganej reprodukcji starali się zmniejszyć prawdopodobieństwo ciąży wielopłodowej. Uważa, że dokładne sprecyzowanie liczby embrionów i/lub oocytów implantowanych w jednym cyklu nie powinno być kwestią prawa, lecz instrukcji przygotowanej przez stowarzyszenia zawodowe, takie jak np. *American Society for Reproductive Medicine*. Jednak możliwość redukcji embrionów nie powinna być usprawiedliwieniem powodowania ciąży wielopłodowej. Lekarze muszą wcześniej uzgodnić z pacjentkami ewentualną redukcję embrionów.

Rozdział ósmy zajmuje się doбором pacjentek. Komisja odnotowała praktykę odrzucania - w celu uzyskania większego wskaźnik zabiegów udanych - pacjentek mających mniejszą szansę na zapłodnienie. Większość klinik w stanie Nowy York nie wyklucza niezamężnych kobiet, czy nawet par lesbijskich, powołując się na różniące się oceny co do negatywnego wpływu na dzieci tego rodzaju sytuacji rodzinnych. Nie ma

prawa federalnego, które zabraniałoby odmowy usług medycznych na podstawie statusu małżeńskiego lub orientacji seksualnej, chociaż niektóre stany i społeczności lokalne mają takie ustawy.

Większość punktów prowadzących zabiegi wspomaganą reprodukcji wymaga przeprowadzenia badań pod kątem zakażenia HIV lub innymi chorobami zakaźnymi, albo je zaleca. Niektórzy specjaliści uważają, że odmówienie tych zabiegów jednostkom, u których stwierdzono zakażenie HIV tworzy bezprawną dyskryminację tych osób. To samo dotyczy przypadku odrzucania pacjentów nadużywających alkoholu lub przyjmujących narkotyki.

Większość punktów wspomaganą reprodukcji w stanie Nowy York nie przyjmuje kobiet powyżej pewnego wieku, najczęściej 55 lat. Podyktowane jest to większym prawdopodobieństwem komplikacji w przebiegu ciąży, możliwością choroby w starszym wieku lub wczesnego osierocenia dziecka. Nie ma prawa federalnego, które by zabraniało selekcji pacjentów ze względu na wiek, chociaż niektóre stany mają takie ustawodawstwa. Prawo zabrania natomiast selekcji ze względu na rasę, religię lub narodowość.

Rozdział ten zawiera szereg wniosków i zaleceń ze strony komisji *Task Force*. Według niej lekarze dokonujący zabiegów wspomaganą reprodukcji nie są zobowiązani prawnie ani etycznie do zaakceptowania każdej jednostki czy pary, która chce poddać się tym zabiegom. W powzięciu decyzji o zastosowaniu zabiegu wobec pacjentek rokujących pozytywnie, lekarze powinni brać pod uwagę dobro dziecka, które może się narodzić w wyniku ich działania; prawo nie powinno ani zabraniać, ani wymagać stosowania wspomaganą reprodukcji osobom bez ślubu, włącznie z parami lesbijskimi.

Komisja zaleca, aby przed podjęciem wspomaganą reprodukcji lekarze określili czy wobec pacjentki nie ma medycznych przeciwwskazań, które mogłyby uczynić ciążę niebezpieczną dla matki lub dziecka. Pacjentki i ich partnerzy powinni podać się badaniom pod kątem zakażenia HIV lub innych zakaźnych chorób, mogących wpłynąć na przebieg i rezultat ciąży. Lekarze powinni zachęcić potencjalne pacjentki i ich partnerów do poddania się konsultacji genetycznej, aby wykluczyć ewentualne ryzyko przekazania poważnych obciążeń genetycznych.

Lekarze mają prawo odmówić usług wspomaganą prokreacji kobietom, które nie spełniają odpowiednich warunków zdrowotnych, przez co ciąża jest dla nich niebezpieczna lub jest prawdopodobieństwo wyrządzenia krzywdy poczętemu w ten sposób dziecku. Dotyczy to także stylu życia (włącznie z aktualnym używaniem narkotyków, alkoholu i tytoniu) mogącego spowodować poważne komplikacje ciążowe. Stosowanie

usług wspomaganej prokreacji wobec kobiet w wieku pięćdziesięciu i więcej lat powinno być rozważone z niezwykłą ostrożnością, w świetle ryzyka zarówno dla kobiety, jak i jej potomstwa.

Rozdział dziewiąty zajmuje się zagadnieniem informacji udzielanej potencjalnym pacjentkom. Komisja zwraca uwagę na fakt, że informacje te często są niepełne lub nieprawdziwe. Ujawniono dużą rozbieżność w prezentowaniu wskaźnika udanych zabiegów, a także w informowaniu o ryzyku związanym z zabiegiem. Wiele formularzy służących do zawierania umowy nawet nie wspomina o ryzyku stosowania leków używanych do stymulacji jajników, lub nie wyjaśnia go w pełni. Wprawdzie większość z nich sygnalizuje, że wspomagana reprodukcja może się wiązać z ciążą mnogą, zwykle jednak nie ostrzega, że tego rodzaju ciąża pociąga za sobą duże ryzyko dla zdrowia, a nawet życia zarówno matki, jak i potomstwa. Nie informuje się też, że może być wskazana redukcja embrionów w wypadku ciąży wielopłodowej.

Komisja zaleca wprowadzenie przepisów ustalających minimalne normy dotyczące takich informacji. Prawo powinno wymagać, aby lekarze okazywali pacjentom najnowsze publikowane statystyki, a także dane na piśmie o konsekwencjach zabiegu – prawdopodobieństwie zajścia w ciążę, przewidywanej cenie usług, możliwości ryzyka związanego z użyciem medykamentów i uzyskiwaniem komórek jajowych oraz implantacji embrionów i/lub oocytów. Powinni także wskazać alternatywne rozwiązania w stosunku do zabiegu, włącznie z rezygnacją z kuracji.

Rozdział dziesiąty zajmuje się pobieraniem gamet i embrionów. Komisja uważa, że chociaż uzyskanie komórek jajowych od zdrowej kobiety może budzić różnorodne wątpliwości - związane z ryzykiem dla zdrowia - prawo stanowe nie powinno zabraniać stosowania tych zabiegów. Uchronić kobietę przed ryzykiem zdrowotnym związanym z przekazywaniem komórek jajowych może tylko wyczerpująca informacja pozwalająca potencjalnej dawczyni podjąć właściwą decyzję. Nie należy także, zdaniem komisji, wprowadzać prawa ograniczającego możliwości zostania wielokrotną dawczynią komórek jajowych. Punkty pobierania komórek powinny podjąć działania zapobiegające potencjalnym nadużyciom w tej dziedzinie oraz dokładnie informować o ryzyku wielokrotnego poddawania się temu zabiegowi.

Nie powinno się tworzyć embrionów z gamet dawców ani dokonywać ich zamrażania w celu późniejszego przekazania ewentualnym biorcom. Takie działania ze względu na brak szacunku należnego ludzkim embrionom i traktowanie ich jak towaru, komisja uważa za niedopuszczalne ze względów etycznych. Tworzyć embriony można tylko na życzenie poszczególnych pacjentek.

Istniejące w stanie Nowy York regulacje prawne dotyczące doboru dawców nasienia stawiają wysokie wymagania zapobiegające przenoszeniu chorób zakaźnych. Nie ma jeszcze takich wymagań przy doborze dawczyń komórek jajowych i embrionów. Komisja zaleca wprowadzenie ich w szybkim czasie. Należy także wymagać badań przyszłych dawców pod kątem obciążeń genetycznych, występujących w danej grupie etnicznej. Jednak żadne badania nie mogą być podjęte bez ich świadomej zgody.

Komisja podkreśla, że lekarze powinni informować biorczynie nasienia o faktach związanych ze zdrowiem dawców, w tym także o fakcie, że wykonywane badania dawcy pod kątem zakażenia HIV nie ujawniają choroby nabytej w miesiącach bezpośrednio poprzedzających badania.

Handel gametami i embrionami ludzkimi jest niedopuszczalny, ale dawcom gamet i embrionów należy się rekompensata za czas i niedogodności związane z donacją. Nie powinna być zbyt wysoka, aby nie stanowiła zachęty do dokonywania donacji, ani tak niska, że nie pokrywałaby straconego czasu i uciążliwości.

Komisja uważa, że prawo powinno wymagać od punktów prowadzących zabiegi pobierania gamet i embrionów, uznawania praw i obowiązków rodzicielskich donorów. Powinno się więc informować przyszłych dawców o sposobach użycia ich gamet, tworzenia embrionów, itd. Nie należy przyjmować gamet od dawców, którzy się nie zgadzają ze sposobem ich użycia. Dawczynie komórek jajowych powinny mieć możliwość wycofania swojej zgody w dowolnym czasie przed pobraniem jajeczek. Powinny także być poinformowane co do kosztów leczenia w wyniku ewentualnych komplikacji związanych z donacją.

W wypadku dawczyń komórek jajowych rekomendowanych przez biorczynię (np. ktoś z rodziny), zawieranie umowy powinno być dokonane bez obecności biorczyni. Lekarze muszą dołożyć starań, aby ustalić czy dawczyni nie jest pod jakąkolwiek presją ze strony biorczyni. Należy także przedyskutować z tymi kobietami skutki psychologiczne i społeczne dawstwa komórek rozrodczych w ramach rodziny.

Komisja postuluje wprowadzenie prawa zabraniającego pobierania gamet od osób zmarłych lub żyjących, ale niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, z wyjątkiem nadzwyczajnych okoliczności (np. żona, która straciła w wypadku męża i wszystkie dzieci, może zakładać, że mąż w takich okolicznościach wyraziłby zgodę na poczęcie potomstwa po jego śmierci).

Aby zahamować wypadki kradzieży gamet i embrionów, stan Nowy York powinien wprowadzić legislację, według której byłoby przestępstwem świadome przeniesienie gamet czy embrionu jednej osoby do or-

ganizmu innej, bez pisemnej zgody dawcy i biorecy, lub świadome używanie gamet lub embrionów dla jakichkolwiek innych celów, nie wymienionych w pisemnej dyspozycji osoby od której gamety lub embriony zostały pobrane.

Komisja stwierdza, że istnieje nagła potrzeba podjęcia badań naukowych, aby ustalić, ile razy jednostka lub para może oddawać gamety czy embriony bez tworzenia istotnego ryzyka związków seksualnych między bliskimi krewnymi (braćmi i siostrami). Banki gamet powinny opracować i wprowadzić politykę skierowaną na ograniczenie liczby pobierania gamet od poszczególnego dawcy, potrzebnej do wywołania ciąży. Dodatkowo powinny pytać dawców o poprzednie donacje w innych punktach pobierania gamet i ostrzegać przed ryzykiem związanym z wielokrotną donacją.

Rozdział jedenasty podaje zasady dysponowania zamrożonymi gametami i embrionami. Stwierdza, że w USA zamraża się rocznie dziesiątki tysięcy embrionów, z których część przechowywana jest już dłużej niż dziesięć lat, gdyż nie ma żadnej dyspozycji ze strony dawców co do ich dalszego losu. Chociaż niektóre ustawodawstwa stanowe określają zasady postępowania z zamrożonymi gametami czy embrionami, nie ma dotychczas prawa federalnego lub stanowego, które by obejmowało całość zagadnień z tym związanych.

Komisja podaje następujące zalecenia dotyczące przechowywania zamrożonych embrionów.

1. Jednostki lub pary, które dysponują zbyt wieloma embrionami, muszą mieć możliwość decydowania o ich losie. Celem prawa stanowego nie powinno być określenie sposobu użycia embrionów, ale zapewnienie, że będą traktowane zgodnie z życzeniem osób, które mogą nimi dysponować.

2. Banki, które przechowują zamrożone embriony nie powinny przeszkadzać dysponentom w przenoszeniu ich do innego banku.

3. Regulacje prawne banków gamet muszą zagwarantować, że żaden embrion nie będzie przeniesiony do implantacji, zniszczony lub użyty do eksperymentów bez zgody osób mających prawo podejmowania decyzji. Jeśli dwie osoby podejmą wspólną decyzję co do losów zamrożonych embrionów, późniejszy sprzeciw jednej z nich, co do implantacji embrionów, zniszczenia lub użycia do eksperymentu powinien niwelować poprzednie uzgodnienia.

4. Regulacje prawne powinny zapewnić - zanim embriony zostaną stworzone - żeby jednostki, które mają prawo podejmowania decyzji, określiły swoją wolę co do dysponowania nadliczbowymi embrionami w wypadku ich śmierci, trwałej utraty zdolności podejmowania decyzji,

rozvodu, upływu okresu przechowywania, lub utraty kontaktu z bankiem gamet.

5. Regulacja powinna również gwarantować jednostkom prawo do zmiany dyspozycji. Ich bieżące życzenia należy traktować jako ważniejsze niż dyspozycje pozostawione wcześniej.

6. Regulacje prawne powinny zapewnić, aby pary które tworzą embriony z gamet obydwu partnerów podejmowały wspólną decyzję co do ich użycia. Prawo powinno gwarantować możliwość parom, tworzącym embriony z gamet jednego z partnerów i dawcy, decydowania o użyciu embrionów podczas trwania małżeństwa. Po rozwodzie partner którego gamety zostały użyte do tworzenia embrionów, powinien mieć możliwość decydowania o ich losie.

7. Jeśli partner umrze lub utraci w sposób trwały zdolność podejmowania decyzji, wola drugiego partnera co do losu embrionów powinna być podporządkowana rozporządzeniom zostawionym przez zmarłego lub niezdolnego do podejmowania decyzji partnera (chyba, że partner, który zmarł, nie dostarczył gamet do tworzenia embrionów). Regulacje prawne banku gamet powinny zapewnić, aby zamrożone embriony nie były implantowane, niszczone lub użyte do celów naukowych, jeśli postępowanie takie byłoby sprzeczne z poprzednio wyrażonym rozporządzeniem zmarłego lub niezdolnego do podejmowania decyzji partnera, chyba że sąd stwierdzi, iż nadzwyczajne okoliczności usprawiedliwiają odejście od istniejącej instrukcji.

8. W wypadku kiedy pary tworzą embriony całkowicie z gamet dawców, obydwaj partnerzy powinni mieć możliwość podjęcia wspólnej decyzji co do losu embrionów w czasie trwania małżeństwa. Po rozwodzie, każdy partner powinien mieć prawo użycia embrionu do poczęcia dziecka, ale żaden embrion nie może być zniszczony, ani użyty do celów naukowych, lub przekazany innej osobie w razie sprzeciwu drugiego partnera.

9. Regulacje prawne banku gamet powinny zapewnić jednostkom, które zgodziły się oddać nadliczbowe embriony, prawo do wycofania swojej zgody, zanim konkretny biorca nie zaczął cyklu wspomaganey reprodukcji.

10. Regulacje prawne powinny wymagać określenia polityki co do dyspozycji zbytlicznymi embrionami i informowania osób o tej polityce. Należy zabronić przekazywania nadliczbowych embrionów innym niepłodnym pacjentom oraz używania ich do celów naukowych.

Rozdział dwunasty zajmuje się prawami i obowiązkami rodzicielskimi osób poddających się zabiegom wspomaganey reprodukcji. Według ustawodawstwa stanu Nowy York mąż kobiety zapłodnionej w spo-

sób sztuczny nasieniem dawcy, jest prawnym ojcem jej dziecka, pod warunkiem, że zabieg został dokonany z jego zgodą i przez licencjonowanego lekarza. Ustawodawstwo to nie określa praw i obowiązków rodzicielskich mężczyzny, który jest dawcą nasienia dla niezamężnych kobiet. Jakkolwiek praktyka wskazuje, że sąd w niektórych wypadkach może przyznać takie prawa wobec tego rodzaju ojców, niezależnie od małżeńskiego stanu matki.

Prawo Nowego Yorku dotyczące zastępczego rodzicielstwa deklaruje, że kontrakt zastępstwa nie zezwala na opłacanie kobiet, które służą jako matki zastępcze ani, które są pośrednikami. Jednak prawo nie zabrania zawierania umów dotyczących zastępczego rodzicielstwa, jeśli jest ono podejmowane dobrowolnie i nie ma charakteru komercyjnego.

Według rekomendacji komisji:

1. Prawo powinno wprowadzić dla kobiet, które oddają komórki jajowe, obowiązek wyrażania na piśmie rezygnacji ze swoich praw i obowiązków rodzicielskich od momentu donacji.

2. Prawo powinno zapewnić, że prawną matką dziecka jest ta kobieta, która je rodzi, nawet jeśli dziecko nie zostało poczęte z jej komórki jajowej.

3. Prawo powinno wymagać od dawców embrionów, pisemnej rezygnacji z praw i obowiązków rodzicielskich od momentu donacji.

4. Określanie macierzyńskich praw i obowiązków w wypadku zastępczej ciąży powinno uwzględniać stopień przyczynienia się do zaistnienia macierzyństwa (dawstwo gamet czy ciąża zastępcza).

5. Jeśli zarówno matka genetyczna, jak i matka rodząca, zgadzają się po urodzeniu dziecka, że matka genetyczna ma być uznana za wyłączną matkę prawną, prawo powinno zaakceptować, bez wymagania formalnego trybu adopcji.

6. Kiedy obie matki, rodząca i genetyczna, domagają się uznania swych praw rodzicielskich, każda z nich powinna być w punkcie wyjścia traktowana jako biologiczna matka. Sądy muszą rozwiązać konflikt między tymi dwiema kobietami z uwzględnieniem dobra dziecka. Tylko jednej kobiecie powinna być przyznana opieka i wszystkie prawa macierzyńskie.

7. Jeśli rodzice po uzgodnieniu zastępczej ciąży zmieniają zamiar i nie chcą podjąć obowiązków wobec dziecka, matka, która urodziła dziecko, musi przyjąć swoje obowiązki jako biologiczny rodzic. Powinna mieć jednak prawo egzekwowania zobowiązań zarówno od matki genetycznej, jak i od ojca.

8. W przypadku dzieci poczętych lub urodzonych po śmierci jednego z rodziców, prawo powinno uznać, że osoba, która umarła przed im-

plantacją embrionu lub zanim dziecko zostało poczęte przez użycie komórki jajowej lub nasienia, nie jest rodzicem zaistniałego dziecka.

Rozdział trzynasty omawia zagadnienia związane z informowaniem dzieci o ich genetycznym pochodzeniu. Raport stwierdza, że wielu specjalistów uważa, iż trzymanie w sekrecie informacji o poczęciu przy pomocy wspomagannej reprodukcji jest szkodliwe dla dziecka. Istnieje jednak różnica zdań co do zakresu tej informacji. Większość zgadza się, że dzieci poczęte przy użyciu gamet donorów powinny mieć dostęp do informacji na temat dawców, bez możliwości ich zidentyfikowania. Mniejszość natomiast popiera prawo do informacji pozwalających na zidentyfikowanie dawców.

Komisja zajmuje następujące stanowisko:

1. Dzieci urodzone w wyniku donacji gamet lub embrionów mają prawo do nie identyfikującej medycznej i genetycznej informacji na temat donorów. Powinno się wymagać od banków gamet, aby udzielały tych informacji dziecku na jego żądanie po osiągnięciu wieku dorosłego lub wcześniej za zgodą rodziców dziecka. Banki gamet powinny zachęcać donorów do odświeżania informacji medycznych, mogących mieć związek ze zdrowiem potomstwa.

2. Prawo powinno wymagać od banków gamet przechowywania danych donorów, przynajmniej przez 60 lat, jeśli donacja zakończy się żywym urodzeniem. Powinno także wymagać, żeby bank kończący swą działalność, dostarczył stanowemu Ministerstwu Zdrowia plan kontynuacji przechowywania danych donorów do zatwierdzenia.

3. Regulacje prawne powinny wymagać od banków, aby pytały dawców o zgodę na ujawnienie informacji dzieciom urodzonym z ich gamet. Przed pobraniem gamet lub tworzeniem embrionów biocytyści powinni wiedzieć, czy donor zgodził się na ujawnienie identyfikującej informacji.

Rozdział czternasty poświęcony jest zagadnieniom badań naukowych i eksperymentów medycznych nad embrionami. Komisja podkreśla, że większość specjalistów akceptuje badania naukowe służące bezpośrednio poczętemu dziecku, natomiast przedmiotem poważnych sporów jest dopuszczalność eksperymentów pozaterapeutycznych, w wyniku których następuje zniszczenie embrionów.

W 1994 r. Kongres USA wprowadził legislację zabraniającą finansowania eksperymentów naukowych na embrionach z funduszy federalnych. Jednak komisja uważa, że istniejące w kilku stanach prawo zabraniające badań nad tworzonymi embrionami przy pomocy IVF jest sprzeczne z Konstytucją.

Komisja podaje szereg wskazań na powyższy temat:

1. Eksperyment terapeutyczny przeprowadzany na embrionach, które będą implantowane, mający na celu dobro poczętego dziecka jest etycznie do zaakceptowania tylko wtedy, gdy przewiduje minimalne ryzyko. Żaden tego typu eksperyment nie powinien być przeprowadzony bez zatwierdzenia przez *institutional review board* i bez świadomej zgody osób, które mają prawo podejmowania decyzji co do losów embrionów.

2. Pozaterapeutyczny eksperyment, który kończy się zniszczeniem embrionu, wywołuje więcej kontrowersji. Niektórzy członkowie komisji uważają, że taki eksperyment, jeśli jest odpowiednio ograniczony i ostrożnie monitorowany, może być etycznie dopuszczalny, pod warunkiem, że istnieje oczywiste prawdopodobieństwo, iż będzie prowadził do ważnego medycznego postępu, który w inny sposób nie może być osiągnięty. Inni uważają, że eksperyment jest niedopuszczalny we wszystkich przypadkach. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie opinii członków co do tego zagadnienia, i fakt, że jest ono rozważane na płaszczyźnie federalnej, komisja nie rekomenduje jakichkolwiek akcji legislacyjnych w tym czasie.

3. Wszyscy członkowie komisji zgadzają się, że podejmowanie prób tworzenia dziecka przez klonowanie byłoby etycznie nie do zaakceptowania w obecnym czasie, z powodu podstawowych wątpliwości co do bezpieczeństwa samej procedury; jednak różnią się co do możliwości zaakceptowania klonowania, gdy będzie to zabieg bezpieczny. Ze względu na zróżnicowanie opinii oraz na fakt, że klonowanie jest jeszcze niemożliwe w przypadku człowieka jak i na to, że problem jest rozważany na płaszczyźnie ustawodawstwa federalnego, komisja nie rekomenduje żadnych legislacji w tym zakresie.

Rozdział piętnasty zawiera informacje na temat rezultatów stosowania wspomaganej reprodukcji. Mówi on o przypadkach podnoszenia wskaźnika udanych zabiegów przez manipulacje danymi statystycznymi i selekcję pacjentek mającą na celu uzyskanie wyższego wskaźnika.

W związku z tym komisja stwierdza, że:

1. Publikowane informacje o wynikach przeprowadzanych zabiegów powinny podawać liczbę żywych urodzeń na cykl stymulacji, z uwzględnieniem takich faktów, jak wiek, liczba poprzednich prób i diagnoz pacjentów. Należy też dostarczać przejrzystych informacji o mnogich ciążyach, redukcji płodów, komplikacji ciąży, wrodzonych wadach, niedowadze niemowląt i liczbie embrionów implantowanych w cyklu.

2. Wyniki zabiegów powinny być podawane w skali całego kraju, zatwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia.

3. Powinno się wymagać, aby instytucje wspomaganej reprodukcji prezentowały statystyki wyników dla potencjalnych pacjentów w zrozumiałym sposób.

4. Dobrodroziejstwo dostarczania bardziej rzetelnych informacji dla potencjalnych pacjentów jest ważniejsze niż niewielki wzrost kosztów, jaki system może ponieść.

Rozdział szesnasty omawia tworzenie zasad działania i przyznawanie licencji punktom zajmującym się wspomaganą reprodukcją. Większość standardów ustalają odpowiednie zawodowe organizacje (Society for Assisted Reproductive Technology, American Association of Tissue Banks; the College of American Pathologists i American Board of Bioanalysis). Stan Nowy York posiada najbardziej rozwiniętą regulację prawną w kraju, obejmującą donację gamet i ich przechowywanie. Punkty związane z donacją gamet muszą posiadać licencję banku gamet. Dotyczy to także jednostek znajdujących się poza obrębem stanu Nowy York, które przesyłają gamety do stanu. Komisja omawia szczegółowo wymagania, jakim należy sprostać, aby uzyskać zezwolenie na prowadzenie punktów wspomaganej reprodukcji.

Rozdział siedemnasty traktuje o komercyjnym aspekcie wspomaganey reprodukcji. Wiele punktów prowadzących wspomaganą reprodukcję zdobywa pacjentów poprzez reklamy, które zawierają nie zawsze właściwe wskaźniki udanych zabiegów. Punkty te w stanie Nowy York zwykle żądają pełnej opłaty przed rozpoczęciem cyklu wspomaganey reprodukcji; w innych częściach kraju wprowadzane są nowatorskie sposoby opłat. Za najbardziej kontrowersyjny uważa się ten, którzy obiecuje pacjentom częściowy lub pełny zwrot kosztów jeśli procedura nie zakończy się sukcesem.

Komisja podkreśla znikome zaangażowanie ubezpieczenia zdrowotnego w pokrywanie kosztów wspomaganey reprodukcji. Podczas gdy przeszło połowa wszystkich ubezpieczeń pokrywa przynajmniej niektóre formy kuracji niepłodności, niewiele z nich obejmuje zabiegi IVF. W sześciu stanach są ubezpieczenia zdrowotne, które obejmują w jakimś stopniu IVF. Niektórzy komentatorzy utrzymują, że społeczeństwo ma moralny obowiązek wzięcia na siebie kosztów zabiegów wspomaganey reprodukcji. Inni traktują takie wsparcie finansowe jako niewłaściwe użycie publicznych funduszy.

Komisja Task Force uważa, że reklamy, które przytaczają wskaźniki udanych zabiegów wspomaganey reprodukcji powinny w sposób przejrzysty podać procent żywych urodzeń na stymulowany cykl, obejmujący okres przynajmniej jednego roku. Komisja nie odnosi się przychylnie do zwrotu opłat w razie nieudanego zabiegu, uważając, że jest to działanie

nieetyczne z kilku powodów. Sama dziedzina jaką jest medycyna, a zwłaszcza efekt zabiegu, jakim ma być poczęcie dziecka, nie nadają się do stosowania tego rodzaju gwarancji. Poza tym, lekarze, których pensja zależy od sukcesu kuracji mają tendencję do przyjmowania tylko pacjentów z wyraźną szansą na udany zabieg. Dodatkowo, jeśli opłata jest związana z powodzeniem zabiegu, lekarze mogą zachęcać pacjentów do bardziej intensywnej kuracji medycznej, która wzmacnia szansę, ale stanowi ryzyko dla ich zdrowia. W niektórych wypadkach zwrot kosztów komisja uważa za usprawiedliwiony.

Jeśli chodzi o pokrywanie kosztów wspomaganej reprodukcji przez system ubezpieczeń zdrowotnych, powinno się tu zastosować te same zasady, które się stosuje w innych formach kuracji medycznych, takich jak efektywność, wysokość kosztów, stopień dolegliwości jaki powoduje dana choroba i możliwość użycia zabiegów alternatywnych. Jednak problemem polityki publicznej w Nowym Yorku dzisiaj jest nie to czy wspomagana reprodukcja powinna być włączona w podstawowy pakiet powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, ale czy stan Nowy York powinien pokrywać koszty wspomaganej reprodukcji, kiedy ogólna polityka ubezpieczeniowa wyłącza szeroki asortyment podstawowych usług zdrowotnych i kiedy wielu mieszkańców stanu nie ma żadnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie ma więc - stwierdza komisja - przekonujących powodów, aby dać wspomaganej reprodukcji specjalne pierwszeństwo.

Podsumowanie

Jak podaje wstęp do raportu, członkowie komisji *Task Force* różnili się znacznie w ocenie etycznej wspomaganej reprodukcji. Część z nich uważa, że jest to ważne działanie na rzecz dobra jednostek i społeczeństwa, niektórzy wyrażali jednak niepokój brakiem szacunku dla powstającego życia ludzkiego, zwłaszcza tworzeniem większej niż potrzeba do implantacji liczby embrionów, oraz rozdzieleniem macierzyństwa genetycznego i ciążowego. Znaczna część uczestników zwracała także uwagę na uboczny skutek społeczny nadmiernego rozwoju wspomaganej reprodukcji, jakimi mogą być trudności w znalezieniu chętnych do adopcji już żyjących dzieci.

Komisja wyraziła przekonanie, że wobec rozwoju wspomaganej reprodukcji, niosącej poważne konsekwencje zarówno dla dzieci, które zostaną poczęte jak i dla społeczeństwa, w którym będą żyły, należy chronić indywidualny i społeczny interes, przez opracowanie przejrzystego prawa oraz przez odpowiednią politykę i praktyczne przepisy dotyczące tej dziedziny. Do osiągnięcia tego celu powinien przyczynić się przygo-

towany raport. Uwzględnia on, zdaniem komisji, pluralizm etyczny społeczeństwa stanu Nowy York.

Do raportu załączono zostały dwa stanowiska nie aprobujące zaleceń komisji. Pięciu członków komisji (Minority Report) broni wyjątkowej wartości ludzkiego życia, zaczynającego się w momencie poczęcia. Nie są oni przeciwko wspomaganej prokreacji, ale są poważnie zaniepokojeni przedmiotowym traktowaniem poczętych istot ludzkich. Uważają, że oddanie decyzji o losie zbytecznych embrionów w ręce ich „rodziców” nie jest właściwe. Według nich powinno się tworzyć tyle embrionów, ile przewiduje się implantować do organizmu kobiety - redukcja embrionów w ciąży mnogiej jest nie do przyjęcia.

Ostrzegają, że przy nadmiernym wroście praktyk wspomaganej reprodukcji pojawią się wady wrodzone u dzieci. Podkreślają także niebezpieczeństwo związków seksualnych w przyszłości między osobami spokrewnionymi w wyniku wspomaganej prokreacji. Nie zgadzają się także z wnioskiem komisji o pozbawienie państwa prawa kontroli nad procesem wspomaganej reprodukcji.

Drugie stanowisko pojdynczego autora (J. D. Murname) pracującego prawie 20 lat na polu ochrony praw naukowców (patentów) różnych dziedzin, także medycyny i biotechnologii jest obszerniejsze i zawiera szereg przykładów wziętych z życia. On również nie zgadza się ze stwierdzeniem komisji, że limit embrionów przenoszonych do implantacji nie powinien być sprawą prawa stanowego i że należy zostawić go w gestii *American Society for Reproductive Medicine* (s. 170). Limity takie obowiązują w kilku krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Belgii.

Uważa też, że redukcja płodów powinna być zabroniona prawnie z wyjątkiem przypadków, kiedy jest konieczna, aby zapobiec śmierci matki. Podaje przykład moralnych i psychicznych rozterek kobiety, która wiele lat oczekiwała na dziecko, a po udanym zabiegu wspomaganej reprodukcji, mając ciążę trojaczą, musiała się zgodzić na pozbycie się jednego z dzieci. Zwraca też uwagę na społeczne konsekwencje dopuszczalności wspomaganej reprodukcji. Jeśli się daje prawo do „tworzenia w sposób sztuczny dzieci”, to łatwo przyjąć, że ma się też prawo przezwyciężać ich życie.

Nie zgadza się także z zapisem komisji o eksperymentach na embrionach, w którym znajduje się sugestia, aby nie zajmowało się tym prawo stanowe, ale wewnętrzne przepisy punktów wykonujących zabiegi. Przytacza fakt, że w 1975 r. regulacja *National Institutes of Health* wstrzymała finansowe wspieranie pozaterapeutycznych eksperymentów na embrionach, od momentu implantacji, tj. od ok. 7 dni od zapłodnie-

nia. W 1985 r. Kongres stwierdził, że powyższa decyzja obejmuje także płody przeznaczone do aborcji. Należy wnioskować, że dotyczy to również „zbytecznych” embrionów. Murname uważa, że nie można zaakceptować stanowiska komisji w sprawie klonowania. Powołuje się na prezydenta Clintona, który 10 stycznia 1998 r. wzywał do wprowadzenia zakazu tego rodzaju eksperymentów, po wystąpieniu jednego z lekarzy z Chicago, zapowiadającego, że będzie wkrótce podejmował próby klonowania istot ludzkich.

Powyższe dwa stanowiska stanowią objętościowo niewielki procent całego raportu. Treściowo jednak zawierają bardzo ważne zastrzeżenia etyczne i społeczne, które pozwalają czytelnikowi poznać kontrowersyjne założenia antropologiczno-etyczne leżące u podstaw rozwiązań znajdujących się w całym raporcie. O zasięgu praktyk wspomaganej reprodukcji w Stanach Zjednoczonych świadczy załączone ogłoszenie zamieszczone w „New York Times”: *Każde dziecko jest cudem. Jako dawczyni komórki jajowej możesz nam pomóc tworzyć więcej takich cudów. The Brandes Center poszukuje zdrowych kobiet w wieku 21-35 lat, jako dawczyń jajeczek dla nieplodnych par i oferuje 5 tys. dolarów rekompensaty za poświęcony czas i trud.*

Janusz Balicki

Every Baby Is A Miracle

*As an egg donor, you can help us
create more miracles.*

THE BRANDEIS CENTER
seeks healthy women,
age 21 to 35 years old,
to donate eggs to
infertile couples.

\$5000 compensation
for time and effort.



For more information on becoming an egg donor please call: