

**DOBRODZIEJSTWO NOWOCZESNYCH TECHNIK
WSPOMAGANEJ MEDYCZNIE PROKREACJI CZY PROBLEM
RODZINY I DZIECKA?
UWAGI NA TLE PROJEKTU USTAWY O LECZENIU
NIEPŁODNOŚCI (DRUK SEJMOWY 3245)**

– Joanna Haberko & Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak –

Abstrakt. Zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych staje się coraz bardziej powszechne, a procedury, które jeszcze kilka lat temu postrzegane były jako eksperymentalne, obecnie stają się świadczeniami standardowymi. Prezentowany tekst obejmuje problematykę zagrożeń i konfliktów dla członków rodziny związanych z wykorzystaniem technologii dla poczęcia i urodzenia dziecka. Autorki szczególną uwagę zwracają na możliwe wykorzystanie obcych komórek rozrodczych dla poczęcia i urodzenia dziecka. Prezentowany artykuł ma na celu wykazanie, że stosowanie nowoczesnych i zaawansowanych technologii medycznych w ochronie zdrowia w zakresie wspomaganie medycznie prokreacji może być postrzegane jako dobrodziejstwo dla rodziny, która zaspokaja pragnienie posiadania dziecka, ale w późniejszej perspektywie może rodzić problemy natury prawnej czy psychologicznej. Uwagi kończy analiza projektu ustawy o leczeniu niepłodności.

Słowa kluczowe: niepłodność, dawstwo komórek, pochodzenie dziecka, dobro dziecka, małżonkowie, partnerzy, Minister Zdrowia, Anna Grabinska, Tadeusz Smoczyński, Tadeusz Jasudowicz.

Uwagi wstępne

Nowoczesne technologie medyczne są coraz bardziej obecne, a zarazem powszechne w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych¹. Te świadczenia, które jeszcze kilka lat temu zaliczane były do świadczeń eksperymentalnych i niesprawdzonych oraz stosowanych wyjątkowo, obecnie stają się świadczeniami standardowymi. Wiele schorzeń i przypadłości, które jeszcze kilkanaście czy kilkadziesiąt lat temu nie były powszechnie diagnozowane, są obecnie przedmiotem

¹ O wadze problemu świadczyć mogą liczne dyskusje naukowe w ramach konferencji i sympozjów por. dla przykładu: „Nowe technologie medyczne a standardowa opieka zdrowotna”, Lublin 5–6.06.2014 r.; „Nowe procedury medyczne a prawo”, Warszawa 28.11.2014 r.

diagnostyki i terapii w wielu ośrodkach na terenie całego kraju. Zdobytcze medycyny wchodzą do gabinetów lekarskich i służą zarówno pacjentowi jak i lekarzom. Wykorzystanie nowoczesnych technologii i ich powszechność są najbardziej dostrzegalne w zakresie stosowania technik polegających na powołaniu do życia człowieka poza organizmem jego matki. Techniki wspomaganie medycznie prokreacji nie są już traktowane jako techniki eksperymentalne i niesprawdzone, choć jak dotąd ustawodawca nie wypowiedział się co do ich charakteru i przesłanek stosowania. Oddzielenie aktu seksualnego od poczęcia i zapłodnienia oraz dokonanie tego ostatniego poza organizmem człowieka daje szansę pomocy tym parom, które nie mogą spłodzić potomstwa i doczekać urodzenia zdrowego dziecka, stwarza jednak także liczne niebezpieczeństwa w posługiwaniu się zdobyciami medycyny i technologii w celach innych niż rodzicielskie, a nawet wykorzystanie ich w celach rodzicielskich niesie za sobą pewne problemy dla powstałego w ten sposób dziecka i rodziny. Prezentowany w ramach poniższych rozważań tekst ma na celu wykazanie, że stosowanie nowoczesnych i zaawansowanych technologii medycznych w ochronie zdrowia w zakresie wspomaganie medycznie prokreacji może być postrzegane jako dobrodziejstwo dla rodziny, która zaspokaja pragnienie posiadania dziecka, ale w późniejszej perspektywie może rodzić problemy natury prawnej czy psychologicznej dla wszystkich członków rodziny. Prezentowane analizy oparte zostały o rozważania z zakresu nauk psychologicznych oraz prawnych w tym o rozwiązania proponowane w jednym z wydanych w ostatnich miesiącach projektów ustaw o leczeniu niepłodności².

Zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych w leczeniu niepłodności

W krajach rozwiniętych, w których wskaźnik rodności kobiet utrzymuje się na poziomie poniżej 2, niemały wpływ na tę tendencję ma niepłodność. Spadek urodzeń odnotowywany w wielu krajach europejskich stanowi ogromny problem społeczny, ze względu na nadmierne tempo starzenia się społeczeństwa, konieczność utrzymania i zabezpieczenia potrzeb ludzi w wieku poprodukcyjnym. Pomimo braku dokładnych danych epidemiologicznych dotyczących Polski ocenia się, że niezamierzoną bezdzietnością dotknięta jest co piąta para w wieku rozrodczym, co stanowi około 1 miliona par, które deklarują chęć posiadania potom-

² Projekt ustawy o leczeniu niepłodności, projekt z dnia 16 lipca 2014 r.; dostępny na: <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/230033/230036/230037/dokument119904.pdf> [22.10.2014]; Projekt ustawy o leczeniu niepłodności, druk sejmowy 3245; dostępny na: http://search.sejm.gov.pl/SejmSearch/ADDL.aspx?Query=niep%C5%82odno%C5%9Bci#ADDL.aspx?DoSearchNewByIndex&_suid=1427037867766018955523992260964 [23.03.2015].

stwa³. Uznana i szeroko stosowana definicja niepłodności według WHO określa ten stan chorobą, gdy po roku, a dla kobiet po 35. roku życia po 6. miesiącach, regularnego, co najmniej 3–4 razy w tygodniu niezabezpieczonego współżycia nie dochodzi do powstania ciąży⁴.

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych niepłodność męska i żeńska została umieszczona w rozdz. XIV. Choroby układu moczowo-płciowego. W kategorii N40-N51 obejmującej Choroby męskich narządów płciowych znalazła się podkategoria N46 niepłodność męska: brak żywych plemników w płynie nasiennym (azoospermia), mała liczba plemników w płynie nasiennym (oligospermia), natomiast niepłodność żeńską zakwalifikowano do kategorii N97, która obejmuje niezdolność do zajścia w ciążę, warunkowaną czynnikiem macicznym, jajnikowym, jajowodowym, immunologicznym oraz nieznanego pochodzenia (idiopatycznym)⁵.

Niezamierzony brak dziecka odbiega od przyjmowanych dotychczas definicji choroby, gdyż stan ten nie powoduje fizycznego bólu, nie prowadzi do kalectwa i nie zagraża życiu. Niepłodność można leczyć bądź nie, a o podjęciu leczenia nie decyduje lekarz a para osób, która pragnie mieć potomstwo. Leczenie jest zdecydowanie szerzej rozumiane, gdyż dopuszcza działania w obszarze ciała kobiety, mężczyzny, na komórkach płciowych pary, a także dawcy (dawców) lub można do tego celu wykorzystać ciało obcych kobiet⁶.

W 1994 roku podczas Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze po raz pierwszy podano definicję zdrowia reprodukcyjnego w związku z tym, że usuwanie skutków niepłodności wykracza poza uznane w innych obszarach zdrowia człowieka pojęcie leczenia. Za stan zdrowia uznano dobrostan w obszarze fizycznym, psychicznym i społecznym we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym. Brak zdrowia reprodukcyjnego jest stwierdzony wtedy, gdy para nie osiąga satysfakcjonującego życia płciowego i nie może spełnić swoich zamierzeń prokreacyjnych, a więc posiadać deklarowanej liczby potomstwa lub dziecka w ogóle.

W związku z narastającą tendencją do odkładania macierzyństwa (rodzicielstwa) na późniejszy czas, coraz częściej podnoszona jest kwestia potrzeby upowszechniania rzetelnej wiedzy na temat fizjologii rozrodu. Badania dotyczące potencjału rozrodczego kobiety wskazują, że po osiągnięciu 35. roku życia. moż-

³ Skrzypczak [2011] s. 7–12.

⁴ Martins [2011] s. 2113–2121.

⁵ Międzynarodowa [2006] s. 633–671.

⁶ Łepecka-Klusek [2012] s. 163–166.

liwość zajścia w ciążę obniża się. Świadczy o tym wydłużenie się czasu, który jest konieczny do zapłodnienia, lub całkowita utrata zdolności do rozrodu z powodu późnego wieku, reprodukcyjnego starzenia się⁷.

Na podstawie przeprowadzonego badania w populacji liczącej 1684 osób podano, że jedynie ok. 9% par potrzebowało więcej czasu niż jeden rok na poczęcie dziecka⁸. Jednocześnie podkreślono, że odsetek ten może równocześnie wynikać z faktu obniżonej płodności biologicznej w parach, albo jest odzwierciedleniem braku regularnego współżycia np. z powodu dłuższej nieobecności jednego z partnerów⁹.

Na zmniejszanie się szans na posiadanie potomstwa w późniejszym wieku wpływa także stopniowe pogarszanie się ogólnego stanu zdrowia kobiet i mężczyzn, wzrost liczby utraconych ciąż, styl życia, stosowanie używek, a także wpływ czynników środowiskowych – stres, obciążenia wynikające z wykonywanej pracy zawodowej, a także jakość pożycia seksualnego.

Stosowanie technologii w leczeniu niepłodności a sytuacja prawna członków rodziny

Niepłodność stanowiąca problem społeczny jest także postrzegana jako problem prawny. Dotyczy to zwłaszcza dziecka, które w wyniku leczenia zostanie poczęte i przyjdzie na świat. Za czynnik niezbędny, by przyszłe dziecko mogło dorastać w harmonijnym otoczeniu rodzinnym i uczuciowym, uznaje się stabilność relacji przyszłych rodziców. Z tego powodu rozważa się, czy dostęp do technik wspomaganey medycznie prokreacji nie powinien być zarezerwowany wyłącznie dla małżeństw. O ile ustawodawcy decydują się na uregulowanie konku binatu można rozważać przyjęcie rozwiązania wzorowanego np. na rozwiązaniu francuskim czy włoskim, które zakłada możliwość dostępu do omawianych technik także dla par mieszkających razem przez okres np. co najmniej dwóch lat i mogących to poświadczyć. Nie są to oczywiście rozwiązania doskonałe. Zarówno postulat ograniczenia dostępu tylko dla małżeństw, jak i poszerzenia kręgu uprawnionych do par heteroseksualnych niebędących małżonkami spotyka się z krytyką. Nie wydaje się w świetle doświadczenia życiowego trafne przyjęcie, że samo zawarcie małżeństwa może być postrzegane z psychologicznego i prawnego punktu widzenia jako gwarancja stabilności związku, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę wzrastającą liczbę rozwodów. Po drugie, zapewnienie dostępu do

⁷ Liu [2011] s. 1165-1175.

⁸ Johnson [2012] s. 80-93.

⁹ Tymicki [2013] s. 19-27.

technik wspomaganej medycznie prokreacji każdemu małżeństwu, i to bez względu na staż, jedynie w teorii spełnia wymóg stabilności. W przypadku konkubinatu należałoby posługiwać się znanym niektórym ustawodawstwom wymogiem udokumentowania pewnego założonego okresu trwania związku. Przyjmuje się, że powinny to być minimum dwa lata, co odpowiada przesłance przedmiotowej do poddania się technikom wspomaganej medycznie prokreacji przyjmującej wymóg pewnego okresu starań bezskutecznych starań o dziecko. Już niemożność zajścia w ciążę po roku regularnego współżycia cielesnego pożytuje się za niepłodność. Tym bardziej zatem po okresie dwóch lat starań możliwe jest zdiagnozowanie niepłodności i jej postaci; będzie to przesłanką niezbędną do rozpoczęcia procedury wspomaganej medycznie prokreacji. Ponadto, jeśli ludzie przychodzący na konsultację już od dwóch lat starają się o dziecko, można wnioskować, że stanowią parę stabilną i dążą do założenia rodziny. Niemniej jednak – i dotyczy to także małżeństw – trudno jest ocenić obecnie szanse na przetrwanie związku. Nie jest pewne, czy para z rocznym bądź półtorarocznym stażem będzie mniej trwała niż związek, w którym partnerzy są ze sobą od dziesięciu czy nawet dwudziestu lat¹⁰.

W tym kontekście trzeba jednak widzieć i inny problem, mianowicie sytuację mającego się począć dziecka i to, czy pozna ono swoich rodziców. Chodzi tu nie tylko o to, czy będzie z nimi genetycznie spokrewnione, ale także o to, czy będzie miało szanse wychowywać się w otoczeniu rodziców wówczas, gdy najbardziej potrzebuje ich efektywnej pieczy. Takiej pieczy nie zapewnią dziecku rodzice w podeszłym wieku ani rodzice, którzy z różnych powodów zrezygnują z kontynuacji starań o urodzenie czy wychowanie¹¹.

Sytuacja psychologiczna osób dotkniętych niepłodnością

W odczuciu osób, które są dotknięte niezamierzoną bezdzietnością, brak dziecka porównywany jest do poważnej straty w życiu: zdrowia, poczucia własnej wartości, atrakcyjności, statusu, prestiżu czy pewności siebie. Niemożność zrealizowania w naturalny sposób silnej potrzeby, jaką jest posiadanie dziecka, powoduje, że wiele par podejmuje decyzję o leczeniu niepłodności, zwracając się z tym problemem do lekarza, a najczęściej takiego, który pracuje w ośrodku świadczą-

¹⁰ Grabinski [2011] s. 38.

¹¹ Por. casus Adriany Iliescu, która w wieku 67 lat urodziła dziecko po zastosowaniu technik wspomaganej medycznie prokreacji oraz casus Natalie Evans (wyrok ETPC w sprawie Evans przeciwko Zjednoczone Królestwo, skarga nr 6339/05; dostępny np. na: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=&kk=131&k=98>); Jasudowicz [2014] s. 204; także Haberko [2006] s. 371–379.

cym szeroki zakres usług medycznych w tym zakresie.

Pierwszym etapem jest leczenie przyczynowe, polegające na poszukiwaniu i zdiagnozowaniu powodu niepłodności. Podstawowym badaniem jest ocena jakości nasienia, gdyż od tego wyniku zależą kolejne etapy poszukiwania i usuwania ewentualnych przeszkód na drodze do koncepcji lub donoszenia ciąży. Są to operacje korygujące nieprawidłową budowę narządów płciowych, usuwanie mięśniaków, udrażnianie jajowodów, przegród w macicy, przerostu prostaty, żyłaków nadjądrzy lub podjęcie leczenia hormonalnego, regulującego cykl płciowy albo poprawiającego jakość nasienia oraz przeciwzapalnego. Drugim sposobem pokonania niepłodności jest leczenie objawowe, a więc doprowadzenie wszelkimi dostępnymi sposobami do urodzenia dziecka. Polega ono na zwiększeniu szansy zajścia w ciążę poprzez zastosowanie technik wspomaganego rozrodu. W związku z tym para poddawana jest działaniom, które pomijają jeden lub kilka etapów naturalnego poczęcia takich jak wytrysk nasienia w pochwie, kapacytację, transport plemników przez kanał szyjki, jamę macicy, światło jajowodów, dojrzewanie komórki jajowej, jajczkowanie, przechodzenie plemników przez osłonkę przejrzystą, połączenie się komórek rozrodczych, transfer zapłodnionej komórki jajowej lub blastocysty do jamy macicy. Wykorzystywanymi technikami jest więc bezpośrednia inseminacja nasieniem męża (partnera) lub dawcy, zapłodnienie pozaustrojowe, które może zostać wykonane z wykorzystaniem komórek rozrodczych pary lub stosując oocyty dawczyni i plemniki dawcy lub zarodki innej pary osób, po przeprowadzeniu procedury adopcyjnej (zamrożone, nadliczbowe zarodki w procedurze IVF, które nie będą wykorzystane przez rodziców)¹². Wykorzystanie w leczeniu niepłodności metod wspomaganego rozrodu w oparciu o gamety dawców, wymusza uwzględnienie w trakcie tak prowadzonej terapii obowiązujących przepisów prawa i zasad bioetycznych. Ich zastosowanie ma chronić wszystkie strony tego przedsięwzięcia przed roszczeniami względem siebie, a nade wszystko chronić osobę mającego narodzić się dziecka przed narażeniem go na brak rodziców lub wielu rodziców jednocześnie.

Aktualnie w krajach, w których prawo dopuszcza wykorzystanie w leczeniu niepłodności komórek rozrodczych dawców, obowiązują dwa programy – anonimowych i zidentyfikowanych dawców nasienia i oocytów. Doprowadzenie do ciąży przy wykorzystaniu heterologicznych dawców komórek płciowych, jest

¹² W zależności od obowiązujących przepisów prawnych danego kraju, wykorzystuje się macicę innej kobiety w celu doprowadzenia do zagnieżdżenia zarodka uzyskanego drogą zapłodnienia pozaustrojowego, donoszenia ciąży i urodzenia dziecka. Większość państw europejskich uznaje jednak tego rodzaju proceder za sprzeczny z zasadami współżycia społecznego przez co niedopuszczalny.

przyczynkiem do dyskusji na temat rodzicielstwa. W związku z tym rodzicielstwo różnicuje się na naturalne, genetyczne, biologiczne i społeczne, co nie odzwierciedla i nie porządkuje sytuacji dziecka, które przyjdzie lub już przyszło w ten sposób na świat i znajdzie się pod opieką pary. Członków rodziny łączyć może relacja genetyczna, biologiczna, a w przypadku mężczyzny i dziecka także wyłącznie społeczna. Idealnym stanem pozostaje stan, w którym występuje tożsamość więzi genetycznej i biologicznej oraz społecznej czyli prawnej, tzn. rodzice są jednocześnie dawcami gamet i rodzicami prawnymi, a matka jest ponadto kobietą, która dziecko urodziła. Gdy stan ten z różnych powodów nie występuje (np. przy przysposobieniu, uznaniu ojcostwa dziecka pochodzącego biologicznie od innego mężczyzny lub w sytuacji domniemania ojcostwa męża matki w stosunku do dziecka, którego biologicznym ojcem jest inny mężczyzna, itp.), dziecko nie wraasta w otoczeniu swoich biologicznych (niekiedy genetycznych) krewnych, co powoduje różnego rodzaju komplikacje i może rodzić napięcia między członkami rodziny. O konsekwencjach tego stanu rzeczy będzie jeszcze mowa w toku rozważań.

Warunkiem przystąpienia do oddania gamet, jest brak chorób przenoszonych drogą płciową i dobrowolna zgoda na oddanie spermy do banku nasienia oraz na wykorzystanie tak zgromadzonych komórek płciowych przez pary starające się o potomstwo. Na stronach internetowych klinik leczenia niepłodności, znajdują się informacje, jak zostać dawcą nasienia. Zachętą jest wykonanie bezpłatnych, szczegółowych badań lekarskich i psychologicznych, których wyniki staną się własnością badanego. W ogłoszeniach tego typu podnoszona jest także kwestia pokrycia kosztów, które musi ponieść dawca w związku z oddaniem nasienia w określonym miejscu i czasie.

Jeszcze w pierwszej dekadzie XXI wieku najbardziej rozpowszechnione było dawstwo nasienia anonimowe. Dzięki temu nie była możliwa identyfikacja mężczyzn oddających nasienie do banku oraz osób, które z niego skorzystały, ani dziecka, które urodziło się. Ochrona danych identyfikujących dawcę jest podnoszona przez żonatyh mężczyzn oraz posiadających ustabilizowaną sytuację życiową i starszych wiekiem. Obecnie wraz z rozpowszechnieniem technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności coraz częściej dopuszcza się możliwość pozyskania informacji na temat potomstwa, które narodziło się z wykorzystaniem komórek rozrodczych dawcy, ale w sytuacji anonimowego dawstwa bez możliwości jego zidentyfikowania przez potomstwo. Dzieci mają z kolei możliwość poznania anonimowego dawcy (wieku, cech osobniczych, stanu zdrowia, upodobań) na podstawie informacji z banku gamet, bez ujawnienia jego danych osobowych. Preferuje się kontakt z potomstwem w sposób niejawnym – dzieci mogą zadawać pytania o genetycznego ojca, ale on nie ujawnia swojej tożsamości. Nie

staje się on też ojcem prawnym zobowiązanym do wykonywania władzy rodzicielskiej czy obowiązku alimentacyjnego. Zabezpieczone zostaje wyłącznie prawo do poznania dawcy nasienia. Obecnie toczy się dyskusja na temat zakresu realizacji tego prawa: czy dziecko powinno poznać jedynie cechy osobnicze ojca czy także jego dane osobowe.

W zależności od kraju, w jakim prowadzone są badania wśród dawców lub mężczyzn, którzy planowali nimi zostać, wskazano, że od 12 do 40 procent myśli o skuteczności swojego dawstwa, wyraża zadowolenie, że dzięki wykorzystaniu ich komórek rozrodczych w technikach wspomaganego rozrodu rodzą się dzieci. Wielu z nich deklaruje chęć poznania losów dzieci, z racji szczególnej więzi, która nawiązuje się pomiędzy nimi i potomstwem. Badania mężczyzn oddających nasienie ujawniły, że relacje z potencjalnym potomstwem traktują w szczególny sposób – od genetycznej więzi do potrzeby bycia przyjacielem dziecka. Nie potwierdzono tej tendencji wśród dawców nasienia w Niemczech. Przed przystąpieniem do programu donacji nasienia wolę poznania losów dzieci wyrażało ponad 50 procent dawców, a po czasie tylko 11 procent zwróciło się do klinik z prośbą o informacje na ten temat¹³. Wysoką motywację do prokreacji drogą dawstwa nasienia posiadają samotni mężczyźni lub homoseksualni, i są oni otwarci na kontakt z potomstwem, nawet w roli „dodatkowego ojca”.

W rozważaniach na temat procedury przygotowania mężczyzny do oddania nasienia coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność przeprowadzenia konsultacji psychologicznych. Ich głównym celem jest ocena profilu psychologicznego dawców, a także możliwość zabezpieczenia ich w przyszłości przed negatywnymi skutkami wyrażonej zgody na wykorzystanie własnego materiału genetycznego w procedurach wspomaganego rozrodu¹⁴.

Motywacja donatorów nasienia do udziału w programie leczenia niepłodnych par wynika z altruizmu lub potrzeby finansowej, oraz coraz częściej podnoszonej potrzeby doświadczenia własnej płodności i zdolności prokreacyjnej.

Z uwagi na fakt, że istnieje możliwość wykorzystania nasienia jednego dawcy dla wielu niepłodnych par, pojawiło się pytanie o dopuszczalną liczbę genetycznego potomstwa w ten sposób narodzonego i tym samym o liczbę przyrodniego rodzeństwa. Przyjęte przez European Society of Human Reproduction and Embryology wytyczne wskazują, że nasienie jednego dawcy może być wykorzystane w leczeniu 10 par, ale w zależności od wewnętrznych regulacji w kraju, w którym prowadzone jest tą metodą leczenie niepłodności, do 25. Dyskutuje się

¹³ Thorn [2008] s. 2415–2420.

¹⁴ Broeck [2013] s. 37–51.

problem zagrożenia związanego z nadmierną liczbą dzieci jednego dawcy. W literaturze odnotowano istnienie 55. dzieci, które urodzone zostały przy wykorzystaniu tego samego materiału genetycznego. W związku z tym podnosi się kwestię moralną i prawną, która musi regulować prokreację wspomaganą komórkami rozrodczymi dawców z uwagi na przekazywaną w ten sposób informację genetyczną¹⁵.

Współcześni ustawodawcy nie stają jeszcze przed tym problemem, ale należy mieć na uwadze fakt, że przewidziane przepisami prawa zakazy małżeńskie, w tym zakaz zawierania małżeństwa między osobami blisko spokrewnionymi (np. krewnymi w linii prostej czy rodzeństwem) pomyślane zostały dla uniknięcia zdrowotnych konsekwencji podejmowania współżycia między osobnikami spokrewnionymi genetycznie¹⁶. Dotychczas ustawodawcy przyjmowali, że rodzeństwo, w znaczeniu rodzeństwa prawnego nie ma prawa złamać tego zakazu a on sam zaliczany jest do zakazów o charakterze bezwzględny. Innymi słowy, rodzeństwo nie może zawrzeć małżeństwa nawet za zgodą sądu. Zakaz ten podyktowany jest względami społecznymi – tego rodzaju zachowanie godzi bowiem nie tylko w normy porządku prawnego, ale i obyczajowego, i moralnego. Zakaz ten ma również na względzie sytuację zdrowotną przyszłego potomstwa. Jeżeli bowiem małżonkowie mają obowiązek podejmować pożycie fizyczne na zasadzie wyłączności, i jeżeli w wyniku tego pożycia może dojść do poczęcia i urodzenia dziecka, to nie jest najlepszym zdrowotnym rozwiązaniem, by dziecku geny przekazały osoby blisko spokrewnione. W przypadku zastosowania anonimowego dawstwa nasienia i następnie poczęcia z gamet jednego dawcy wielu dzieci może dojść w przyszłości, w następnym pokoleniu, do zawarcia związku małżeńskiego między osobami pochodzącymi od wspólnego biologicznego przodka.

O ile sytuacja prawnego pochodzenia pozostaje pod kontrolą kierownika USC o tyle sytuacja pochodzenia nieujawnionego w księgach stanu cywilnego nie daje żadnych możliwości sprawowania nad tym faktem kontroli. Trzeba mieć także na uwadze, że możliwość zapobieżenia ewentualnym problemom związanym z tego rodzaju sytuacją zostaje zupełnie wyłączona w sytuacji, w której potomkowie anonimowego dawcy podjęliby pożycie cielesne poza związkiem małżeńskim¹⁷. Nie sposób odnieść się w tej chwili do ewentualnych problemów natury psychicznej przyszłych małżonków czy osób pozostających w związku wówczas,

¹⁵ Freeman [2009] s. 505–516; Greenfeld [2008] s. 265–268.

¹⁶ Łączkowska [2008] s. 301–317.

¹⁷ Wagę problem prezentują także dostępne szerokiej opinii publicznej dzieła filmowe, por.: Starbuck [2011]; Wykapany ojciec [2013].

gdy dowiedzą się oni o pochodzeniu od tego samego dawcy nasienia. Niewątpliwie jednak przed ustawodawcą pozostaje *de lege ferenda* ustalenie zakresu dopuszczalnego wglądu w dokumentację medyczną i ustalenia ewentualnego pochodzenia dziecka od dawcy nasienia. Tego rodzaju zabieg ma nie tylko na celu sprostanie postulatowi coraz bardziej akcentowanego w literaturze prawa do poznania swojego genetycznego pochodzenia przez dziecko, ale także zapobieżeniu działaniom, które godzą w porządek i obyczaje przyjęte w danej społeczności¹⁸.

Donacja oocytów

W procedurach zapłodnienia pozaustrojowego dopuszcza się korzystanie z oocytów dawczyń w przypadku, gdy u kobiety starającej się o potomstwo doszło do przedwczesnego wygaśnięcia czynności jajników, jest nosicielką choroby genetycznej, jest w późnym wieku lub wielokrotnie doszło do niepowodzenia przeprowadzonej procedury *in vitro*. Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku oocyty dawczyń w leczeniu niepłodności wykorzystywane były w blisko 1100 klinikach, w 36 krajach i w ponad 13600 cyklach darowizny, a już w 2012 roku było ok. 100 000 takich cykli¹⁹.

W celu uzyskania od 5. do 15. dobrej jakości komórek jajowych, dokonuje się stymulacji mnogiego jajczkowania. Następnie w ten sposób uzyskane oocyty pobiera się za pomocą igły aspiracyjnej przez pochwę, pod kontrolą ultrasonografu oraz podczas krótkotrwałego znieczulenia dożylnego²⁰. W tę procedurę wpisane jest ryzyko hiperstymulacji jajników, infekcji i skrętu jajnika, będące dla niektórych kobiet groźnym dla życia powikłaniem²¹. Innym częstym, ale rzadziej podnoszonym powikłaniem stymulacji jajników jest wystąpienie depresji i zaburzeń lękowych. Zjawisko to uwarunkowane jest gwałtownymi zmianami poziomu gonadotropin i hormonów steroidowych w osoczu krwi, co jak dowiedziono w dużej mierze odpowiada za wystąpienie zaburzeń nastroju. Te odkrycia przyczyniły się do tego, że kobiety kandydujące do programu oddania oocytów poddawane są badaniom psychologiczno-psychiatrycznym, których celem jest wstępna ocena ich stanu psychicznego. Zbierany jest dokładny wywiad w kierunku przedmiesiączkowych zaburzeń nastroju, zaburzeń dysforycznych w okresie okołomiesiączkowym, zaburzeń psychicznych dwubiegunowych i wystąpienia w przeszłości depresji poporodowej. Z prowadzonych w tym obszarze badań wynika, że

¹⁸ Rzecz jasna, podane wyżej zastrzeżenia będą odnosić się także do sytuacji dawstwa oocytów.

¹⁹ Weissman [2014] s. 443–450.

²⁰ Putowski [2011] s. 55–65.

²¹ Williams [2011] s. 847–852.

¼ kandydatek na dawcę oocytu doświadczyła w przeszłości ciężkich zaburzeń psychicznych. Ta obserwacja pokrywa się z danymi populacyjnymi, które potwierdzają, że co czwarta osoba w społeczeństwie doświadczyła lub doświadczy zaburzeń psychicznych²². Tylko wnikliwa ocena stanu psychicznego kandydatek pozwala zmniejszyć ryzyko powikłań w obszarze zdrowia psychicznego w związku z wdrożeniem programu stymulacji mnogiego jajczkowania oraz zmniejszyć ryzyko przeniesienia genetycznie uwarunkowanych zaburzeń nastroju na potencjalne potomstwo. Programem ochrony zdrowia psychicznego powinni być także objęci uczestnicy programów leczenia niepłodności, którzy korzystają z wszelkich technik wspomaganego rozrodu.

Donacja oocytów wymaga szczególnego przygotowania kobiet do uczestniczenia w takich programach, z uwagi na hormonalną stymulację jajczkowania, inwazyjny sposób pobierania dojrzałych komórek jajowych oraz na różnego rodzaju ryzyko powikłań w obszarze psychicznego i fizycznego zdrowia. Pomimo wskazanych trudności kobiety decydujące się na donację motywują swój udział w leczeniu bezdzietnych par potrzebą altruistycznej chęci pomocy. Wraz z rozpowszechnieniem takiego sposobu leczenia niepłodności coraz częściej w przestrzeni publicznej pojawiają się informacje o komercyjnym traktowaniu możliwości oddawania komórek rozrodczych, co zmienia pierwotną ideę otoczenia tych kobiet instytucjonalną opieką z uwagi na ryzyko pogorszenia się ich stanu zdrowia, jeżeli dla wielu z nich jest to sposób na zarobkowanie, traktowany jak każda inna praca²³.

Czy i kiedy informować dzieci o historii poczęcia?

Korzystanie z nasienia anonimowego dawcy nie wiąże się ze zobowiązaniem rodziców dziecka do informowania go o jego pochodzeniu. Wynika to z takiego rozumienia całego procesu leczenia niepłodności, jakie pozwalało zachować tajemnicę poczęcia przed otoczeniem i dzieckiem oraz całkowicie pozbawić go możliwości identyfikacji dawcy. Z dotychczas prowadzonych badań rodziców dzieci, które przyszły na świat dzięki zastosowaniu komórek rozrodczych dawców, wynika, że przed przystąpieniem do procedury większość par deklaruje chęć ujawnienia tego faktu potomstwu. Natomiast po porodzie, sytuacja informowania o wykorzystaniu oocytów i nasienia dawców zaczyna się komplikować. Blisko

²² Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011, Nr 24, poz. 128).

²³ Purewal [2009] s. 499–515.

połowa rodziców posiada odmienne zdanie na ten temat lub żyje w wewnętrznym konflikcie, co zmniejsza szanse na ujawnienie szczegółów związanych z leczeniem. Większe trudności w informowaniu pojawiają się też wśród par, które korzystały z donacji nasienia, natomiast zastosowanie oocytów dawczyń, zarodka lub zastępczej matki w prokreacji jest porównywalne z adopcją i tym samym jest łatwiejsze do ujawnienia potomstwu²⁴. W ostatnich latach podjęto dyskusję już nie na temat zasadności przekazania urodzonym dzieciom informacji o udziale komórek rozrodczych dawców przy ich poczęciu, ale na temat czasu, kiedy to najlepiej zrobić. Rozważa się także zasadność nawiązania kontaktu dzieci z dawcami komórek rozrodczych (rodzicami genetycznymi), w kontekście potrzeby posiadania informacji o swoim pochodzeniu, a wśród nich o zdrowiu warunkowanym genetycznie.

W badaniach prowadzonych w Finlandii wśród rodziców, których dzieci poczęły się w wyniku zastosowania nasienia dawcy, wykazano, że mężczyźni są mniej chętni do informowania potomstwa o szczegółach związanych z prokreacją. Wśród rodziców ujawniła się też tendencja, że najłatwiej rozmawiać z dziećmi, gdy są młodsze (pomiędzy 3 a 14 rokiem życia), natomiast zdecydowanie trudniej, gdy są starsze, w późniejszym okresie rozwoju osobniczego. Każdorazowo rodzice stają przed bardzo trudnym zadaniem z uwagi na niezwykle delikatny problem związany z prokreacją, temat początku życia dziecka, budowanie wzajemnego zaufania, kształtowanie się poczucia tożsamości rodzinnej, prawo dziecka do wiedzy o swoich korzeniach. Zgłaszają przy tym potrzebę psychologicznego wsparcia, które niestety nie jest im wtedy oferowane przez kliniki, które zaangażowane były w leczenie niepłodności²⁵.

W krajach, gdzie kwestie te są prawnie uregulowane i możliwe jest poznanie rodzica genetycznego, uznaje się taką relację za pozytywną w kształtowaniu poczucia tożsamości potomstwa. Istnieje kilka form kontaktowania się, od formalnej znajomości do bliskiej przyjaźni, która jest w wielu przypadkach pielęgnowana²⁶.

W dyskusjach na temat informowania o donacji komórek rozrodczych pojawiają się także głosy mówiące o prawie dawców do wiedzy o potomstwie, które urodziło się w wyniku tych działań. Interesują się oni liczbą dzieci, ich zdrowiem, warunkami w których żyją, ich dobrem i jakością życia, wtedy gdy pozostają pod opieką rodziców społecznych²⁷.

²⁴ MacCallum [2009] s. 517–523.

²⁵ Sälevaara [2013] s. 2746–2754.

²⁶ Freeman [2009] s. 505–516.

²⁷ Raes [2013] s. 560–565.

Problemy prawne związane z wykorzystaniem do zapłodnienia komórek rozrodczych od dawców

Procedura zapłodnienia pozaustrojowego i transferu zarodka nie jest w obecnym stanie prawnym w Polsce szczegółowo regulowana, co nie oznacza, że nie rodzi problemów natury prawnej²⁸. W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się właśnie prawnym aspektom wykorzystania do zabiegów wspomaganey medycznie prokreacji komórek pochodzących od innych niż rodzice osób. Ma to znaczenie nie tylko dla dopuszczenia pary do procedury czy ustalenia pochodzenia dziecka, ale także dla samego dziecka, które na pewnym etapie życia może chcieć poznać genetycznych rodziców.

Przyjmuje się, że to para pragnąca potomstwa i zwracająca się o stosowanie technik wspomaganey medycznie prokreacji powinna być obiektem zainteresowania ustawodawcy, jednak problem, z którym musi zmierzyć się ustawodawca, a w konsekwencji i prawnicy, nie leży wyłącznie w zakresie ustalenia, kto kryje się pod pojęciem owej pary. To właśnie osoby tworzące parę będą potencjalnymi rodzicami mogącego się począć i narodzić dziecka. Co oznacza, że para ta powinna być w stanie wypełnić czekającą ją misję rodzicielską. I tu chodzi już nie tylko o realizację pragnienia zostania rodzicami, ale o sprostanie zasadzie dobra dziecka, które w wyniku realizacji owego pragnienia zostanie poczęte, a następnie zrodzone. Dotyczy to szczególnie tych przypadków, w których dostęp do procedur medycznych powodowany jest z początku jedynie jako projekcja pragnień i istnieje wyłącznie w planach potencjalnych rodziców. Można zatem przyjąć, że jedną z przesłanek kwalifikujących poddanie pary wspomaganey medycznie prokreacji jest pragnienie zostania rodzicami, które ta para wyraża²⁹. Tego wymogu nie powinno się mylić z prawem do dziecka³⁰, ponieważ jest on podyktowany i warunkowany przez dobro dziecka, nie zaś przez chęć zaspokojenia osobistego pragnienia³¹. Osoby poddające się technikom wspomaganego rozrodu czynią to nie ze względu na chęć bycia poddanym „objawowemu leczeniu”, ale dlatego że w wyniku procedur medycznych pragną realizować funkcje rodzicielskie, a to będzie możliwe wyłącznie w sytuacji pozyskania ciąży. Realizują zatem pragnienie uro-

²⁸ W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przygotowujących procedurę można przyjąć, że zastosowanie znajdzie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określające wymogi personalne oraz sprzętowe w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii i położnictwa.

²⁹ Grabinski, Haberko [2011] s. 167.

³⁰ Na ten temat szerzej Łączkowska [2005] s. 70.

³¹ Grabinski [2011] s. 37; Łączkowska [2005] s. 73.

dzenia dziecka przy wykorzystaniu technologii medycznej. Konsekwencją pragnień osób niepełnych są zabiegi medyczne, które mają na celu nie tyle poddanie się leczeniu z zachowaniem staranności lekarza, ale pojawienie się i w konsekwencji urodzenie nowego człowieka, i jako takie wszystkie działania w ramach procedur medycznych i zawieranej umowy o zapłodnienie pozaustrojowe dotyczą bezpośrednio ludzkiego losu, statusu prawnego osoby i dobra mającego się narodzić dziecka³².

Stwierdzono wyżej, że dla rozpoczęcia procedury wspomaganiej medycznie prokreacji najlepszą przesłanką podmiotową byłoby spełnienie wymogu istnienia pary. To wykluczałoby dopuszczalność rozpoczęcia lub kontynuacji procesu wspomaganiania prokreacji w przypadku, gdy para pozostaje w separacji lub jest w trakcie rozwodu³³. Istotne byłoby także spełnienie wymogu formalnego, by małżonkowie ewentualnie (o ile ustawodawca przyjmuje takie rozwiązanie) partnerzy wyrazili zgodę i to na każdym etapie procedury. Udzielenie zgody staje się kluczowe w przypadku zapłodnienia z wykorzystaniem gamet obcego dawcy; w przypadku małżeństwa wyklucza ono późniejsze podjęcie działań w celu zaprzeczenia ojcostwa, chyba że zostanie udowodnione, że dziecko nie zostało poczęte w wyniku wspomaganego medycznie zapłodnienia. Jeśli chodzi o pary niebędące małżeństwem, zgoda na przystąpienie do procedury powinna być traktowana jako równoznaczna z prawnym obowiązkiem uznania ojcostwa. Chodzi tu o stworzenie takiego rozwiązania, które byłoby odpowiednikiem art. 68 k.r.o. tyle tylko, że znajdowałoby zastosowanie w przypadku par pozostających w konkubinacie. Złączenie zgody na procedurę medyczną objawiającą się poddaniem partnerki zabiegowi wspomaganiej medycznie prokreacji (niezależnie czy z wykorzystaniem nasienia pochodzącego od konkubenta czy nasienia pochodzącego od anonimowego dawcy) z oświadczeniem o uznaniu ojcostwa dawałoby dziecku swoistą gwarancję ustalonego pochodzenia od mężczyzny, który wraz z matką dziecka podjął decyzję o poczęciu i zrodzeniu potomstwa w ten sposób³⁴. W obecnym rozwiązaniu ustawowym kodeks rodzinny i opiekuńczy daje wprowadzić możliwość uznania ojcostwa w przypadku zastosowania technik wspomaganiej medycznie prokreacji, a poprzez użyte w art. 73 k.r.o. określenie „mężczyzna, od którego dziecko pochodzi” pozwala na pewno na uznanie w przypadku zastosowania technik homologicznych. Nie daje jednak dziecku prawnej gwarancji ustalenia pochodzenia, gdy mężczyzna już po dokonaniu zapłodnienia z użyciem

³² Smyczyński [2005] s. 96; J. Haberko [2008] s. 104–119.

³³ Grabinski [2011] s. 41.

³⁴ Por. np. art. 311–320 francuskiego kodeksu cywilnego.

technologii medycznej np. się rozmyśli albo będzie miał wątpliwości co do charakteru inseminacji czy zapłodnienia pozaustrojowego (nie będzie pewien czy zastosowano techniki homologiczne czy heterologiczne) i nie podejmie kroków zmierzających do złożenia stosowego oświadczenia. Jedynie na marginesie warto zauważyć, że w doktrynie pojawił się następujący pogląd:

[...] oświadczenie mężczyzny, że jest ojcem dziecka zawiera w sobie element woli (intentio) oraz przyznanie faktu rzeczywistego ojcostwa, co wcale nie musi wskazywać na istnienie ojcostwa biologicznego. Należy podkreślić, że nie jest przewidziana żadna procedura o charakterze dowodowym, która miałaby wyjaśnić związek genetyczny między uznającym ojcostwo a dzieckiem uznawanym³⁵.

Z ostrożnością można przychylić się do tego stanowiska. Dla dziecka poczętego z pominięciem aktu obcowania płciowego rodziców przy wykorzystaniu obcego nasienia mogłoby to oznaczać, że mężczyzna pozostający z matką dziecka w związku konkubenckim mógłby doprowadzić do uznania ojcostwa nawet w sytuacji, gdy to nie on a anonimowy dawca byłby biologicznym ojcem dziecka. Chodzi tu o sytuację pragnącej dziecka pary konkubenckiej: kobieta nie może zająć w ciążę z wykorzystaniem nasienia mężczyzny, z którym pozostaje w związku. Ważne jest jednak to, że mężczyzna ten godzi się na użycie do zapłodnienia partnerki obcego nasienia. Ze względu na treść art. 78 k.r.o. trzeba jednak podkreślić, że w takiej sytuacji mężczyzna musi wiedzieć i godzić się na użycie do zabiegu medycznego nasienia pochodzącego od dawcy. Art. 78 k.r.o. jest bowiem wyrazem kompromisu między zasadą prawdy genetycznej, a zasadą dobra dziecka i pewności jego pochodzenia od mężczyzny, który uznał ojcostwo. Przepis ten pozwala mężczyźnie na wytoczenie powództwa o ustalenie bezskuteczności uznania w terminie sześciu miesięcy od dnia, w którym dowiedział się, że dziecko nie pochodzi od niego. Oznacza to, że jeżeli para konkubencka podejmuje wspólnie decyzję co do poddania się zabiegom wspomaganym medycznie prokreacji z użyciem obcego nasienia, a następnie mężczyzna przy potwierdzeniu matki doprowadza do uznania ojcostwa nie będzie on mógł skorzystać z możliwości żądania ustalenia bezskuteczności uznania³⁶.

W obecnym stanie prawnym należałoby, jak się wydaje, posługiwać się klauzulą dobra dziecka dla rozstrzygnięcia wzmiankowanych wyżej wątpliwości. A to chyba oznacza, że o ile system prawny nie łączy poddania się przez heteroseksualnych konkubentów technikom wspomaganym medycznie prokreacji z obli-

³⁵ Gromek [2010] s. 1291 i pogląd odmienny prezentowany w Strzebinczyk [2010] s. 226.

³⁶ Gromek [2010] s. 1291.

gatoryjnym uznaniem ojcostwa, należałoby takim parom, wobec braku pewności co do dalszych losów dziecka, odmówić możliwości poddania się omawianym technikom. I tu pojawia się kolejna wątpliwość czy mianowicie zasada dobra dziecka jest obecnie wystarczającą, skuteczną i silną tamą uniemożliwiającą zastosowanie technik wspomaganego rozrodu w przypadku par niebędących małżeństwem, co do których nie ma gwarancji uznania ojcostwa. Doświadczenie życiowe podpowiada, że ośrodki stosujące techniki wspomaganą medycznie prokreacji kierują się w tym zakresie daleko posuniętą uznaniowością. Istnieją ośrodki, które stosują techniki wspomaganą medycznie prokreacji wyłącznie w przypadku małżonków (co jest zgodne z Wytycznymi ze Stanowiska PTG dotyczącego technik wspomaganego medycznie rozrodu w leczeniu niepłodności³⁷), istnieją także ośrodki, które uznają, że owe wytyczne nie mają mocy prawnej i w związku z tym możliwe jest w nich poddanie się technikom wspomaganą medycznie prokreacji właściwie w każdej możliwej konfiguracji także partnerskiej, a nawet niepartner-skiej, tzn. wówczas, gdy kobieta samotna lub pozostająca w związku nieformalnym homoseksualnym wykorzystuje przejściową obecność mężczyzny dla poddania się technikom wspomaganą medycznie prokreacji.

Trzeba zauważyć dalej, że w dyskusji pojawią się głosy przemawiające za przyznaniem dziecku prawa do poznania swojego genetycznego pochodzenia w sytuacji, w której do zapłodnienia wykorzystano materiał pochodzący od dawców. Pojawia się zatem konieczność rozwiązania potencjalnego konfliktu na linii: rodzice oczekujący dochowania tajemnicy co do sposobu poczęcia i wykorzystania obcych komórek – dziecko dążące do poznania swojego genetycznego pochodzenia. Nie ulega już wątpliwości, że prawo do poznania genetycznego pochodzenia jest zaliczane do praw podmiotowych chroniących wysoko cenione wartości każdego człowieka³⁸. Związek z genetycznymi rodzicami może być traktowany jako element tożsamości każdego człowieka, zatem podlega ochronie z punktu widzenia wartości, jakimi są dobra osobiste. Należałoby zatem przyjąć, że ochrona tej wartości jest celem prawa cywilnego, sama zaś wartość podlega ochronie prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej innymi gałęziami prawa. Takie stanowisko może oznaczać konieczność opowiedzenia się co do znaczenia dwóch przeciwstawnych wartości respektowanych przez ustawodawcę. Chodzi o życie rodzinne i stan cywilny człowieka wynikające z ustalenia pochodzenia zgodnie z przepisami k.r.o. oraz o rzeczywiste genetyczne pochodzenie

³⁷ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności, dostępne na: www.libramed.com.pl/wpg/Numeryarchiwalne/05/03.html.

³⁸ Szczucki [2010] s. 175–184.

dziecka poczętego z wykorzystaniem technik wspomaganej medycznie prokreacji. Należy mieć na uwadze fakt, że nawet jeżeli nie zajdą okoliczności uzasadniające zaprzeczenie ojcostwa męża matki (wobec wyrażonej w trybie art. 68 k.r.o. zgody na zapłodnienie żony w wyniku zabiegu medycznego) może zaistnieć konieczność ustalenia pochodzenia wobec faktu ochrony dobra osobistego, jakim jest poznanie genetycznego pochodzenia. Wykorzystanie przez rodziców prawnych dziecka obcych komórek rozrodczych tylko z pozoru zatem może być postrzegane jako realizacja zasady dobra dziecka i tylko w kontekście tego dobra objawiającego się faktem przyszłego urodzenia. Konflikty, które pojawią się w zakresie posłużenia obcym nasieniem lub komórkami jajowymi, mogą mieć miejsce dopiero w dorosłym życiu dziecka, np. wobec faktu pochodzenia od tego samego rodzica co przyszły małżonek.

Założenia Programu Ministra Zdrowia w zakresie leczenia niepłodności

W 2013 roku ogłoszony został Program: Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016, w którym Minister Zdrowia przyjął, że celem głównym programu jest zapewnienie parom równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego to jednak de lege lata nie ma mowy o realizacji zasady dobra dziecka w ramach stosowanych procedur wspomaganej medycznie prokreacji, w szczególności w sytuacji, gdy zastosowano techniki heterologiczne. Chociaż przyjmuje się, iż pośrednio realizowanym celem jest zapewnienie najwyższego standardu leczenia niepłodności pacjentom to jednak interes pacjenta odnosi się wyłącznie do sytuacji oczekujących na dziecko przyszłych rodziców prawnych. Celu tego nie sposób zrealizować poprzez przyjęcie programu bez regulacji ustawowej kwestii dopuszczalności stosowania technik wspomaganej medycznie prokreacji w szczególności w sytuacji wykorzystania obcych komórek rozrodczych.

Program Ministra Zdrowia uwzględnia pewne standardy i przyjmuje, że do leczenia w ramach Programu będą mogły przystąpić pary, u których stwierdzono i potwierdzono bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne zgodne z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12. miesięcy poprzedzających zgłoszenie do programu. Przesłanka podmiotowa została ograniczona po stronie kobiety do nieukończenia 40. roku życia (w dniu zgłoszenia: pierwsza wizyta)³⁹.

³⁹ Zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego jest dopuszczalne, gdy spełnione są przesłanki przedmiotowe w postaci wystąpienia wskazań medycznych. Program Ministra Zdrowia nie obejmuje wszystkich wskazań do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego i transferu zarodka, które w świetle aktualnej

W Programie przyjmuje się dopuszczalność aplikacji techniki FIV-ET w przypadku pacjentów z odroczoną płodnością z powodów onkologicznych oraz zakaźnych. Program wskazuje także kryteria wyłączenia dostępu do omawianej procedury medycznej. Warto zauważyć, że z pewnością uszczegółowienia wymagać będzie kryterium podmiotowe. Minister Zdrowia posługuje się określeniem „para”, a w drugim przypadku „pacjenci”. W świetle zasad dopuszczalności procedur medycznych, które mają prowadzić do urodzenia dziecka należy de lege ferenda doprecyzować przesłankę podmiotową w zakresie dopuszczalności stosowania procedury FIV-ET wyłącznie w przypadku par heteroseksualnych.

Program Ministra Zdrowia nie rozwiązuje problemu. Należy przyjąć, że problematyka wspomaganej medycznie prokreacji musi pozostawać nadal przedmiotem zainteresowania ustawodawcy. Przemawia za tym charakter opracowanego Programu Ministra Zdrowia jak i względy systemowe. Podkreślić należy, że Program jest jedynie pewną namiastką koniecznej regulacji prawnej, poza tym wykazuje się licznymi brakami oraz uproszczeniami w zakresie regulowanej kwestii. Trzeba mieć na uwadze fakt, że pomimo stosowania standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu wiele kwestii pozostaje nieuregulowanych lub jedynie zasygnalizowanych w ramach ocenianej procedury. Do takich zaliczyć należy podejmowanie decyzji o ilości tworzonych zarodków (uzależnia się to wprawdzie od wieku pacjentki, ale po ukończeniu przez nią 35 roku życia nie ogranicza się liczby zapładnianych komórek jajowych podobnie jak w przypadku dwóch nieudanych prób z zapłodnionymi sześcioma zarodkami), jak i liczby zarodków transferowanych czy czasu transferu do macicy kobiety. Poza zakresem regulacji pozostaje kwestia prawa do poznania genetycznego pochodzenia w sytuacji ustalonego pochodzenia prawnego dziecka, które poczęło się z wykorzystaniem technik heterologicznych.

Postulaty w zakresie uregulowania powołanych wyżej problemów dodatkowo wzmacnia konieczność dostosowania polskiego prawa do postanowień dy-

wiedzy medycznej mogą być podstawą do wdrożenia leczenia omawianą metodą. Dotyczy to np. zaburzeń hormonalnych czy nieudanych prób inseminacji domacicznej (maksymalnie 6 prób < 35 roku życia albo maksymalnie 4 próby > 35 roku życia). Obejmują one sytuacje niemożności urodzenia dziecka w obrębie pary w ramach następujących przyczyn niepłodności powodowanych: czynnikiem jajowodowym (u pacjentek z trwałym uszkodzeniem jajowodów, u pacjentek zdyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego lub u pacjentek z upośledzoną funkcją jajowodów przy zachowanej drożności lub po operacji mikrochirurgicznej i upływie 2 lat bez ciąży; warunkiem zalecenia oczekiwania jest brak innych czynników mogących mieć wpływ na szansę na ciążę (nieprawidłowe nasienie, wiek kobiety > 35 lat, czas trwania niepłodności < 3 lat, endometrioza, zaburzenia jajeczkowania); niepłodnością niewyjaśnionego pochodzenia (idiopatyczną); czynnikiem męskim niepłodności; endometriozą.

rektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich⁴⁰, dyrektywy 2006/17/WE Komisji z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzającej w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich⁴¹, dyrektywy 2006/86/WE Komisji z dnia 24 października 2006 r.⁴² wykonującej dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich⁴³.

Postulaty de lege ferenda

Na zakończenie rozważań warto odnieść się do projektu ustawy o leczeniu niepłodności z lipca 2014 roku (druk sejmowy 3245). Przyjęto tam w art. 3 ust. 1, że leczenie niepłodności, w tym w drodze medycznie wspomaganą prokreacji, jest prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w sposób i na warunkach określonych w ustawie, i finansowane w zakresie, w sposób i na zasadach określonych w przepisach odrębnych, przy jednoczesnym niedopuszczeniu do ograniczenia tego prawa ze względu na nosicielstwo przez rodziców chorób uwarunkowanych genetycznie. Takie rozwiązanie można częściowo zaakceptować. Autor projektu przyjmuje bowiem, że przesłanką przedmiotową leczenia pozostaje stwierdzenie niepłodności. Jednocześnie przyjmuje, że nie jest możliwe ograniczenie tego prawa – jak należy sądzić prawa do leczenia niepłodności – w sytuacji choroby warunkowanej genetycznie. To oznacza dalej, że nie jest możliwe zastosowanie technik wspomaganą medycznie prokreacji w sytuacji, w której u mał-

⁴⁰ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 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. WE L 102 z 7.04.2004).

⁴¹ Dyrektywa 2006/17/WE Komisji z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 38 z 09.02.2006)

⁴² Dyrektywa 2006/86/WE Komisji z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 294 z 25.10.2006).

⁴³ Haberko [2014] s. 22.

żonków (partnerów) nie stwierdzono niepłodności. Pojawia się jednak pytanie, czy zawarte w art. 4 projektu określenie staranności działania dostatecznie zabezpiecza dobro wszystkich uczestników postępowania. Należy zauważyć, że nie często w projektach obejmujących leczenie niepłodności dostrzega się dobro mającego się narodzić dziecka. Analizowany przepis odnosi się do dobra mającego się narodzić dziecka. Przyjmuje się, że leczenie niepłodności jest prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, poszanowaniem godności człowieka, a także z poszanowaniem prawa do życia prywatnego i rodzinnego ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia i praw dziecka, które urodzi się w wyniku procedury wspomaganą medycznie prokreacji. Założenie projektu w tym aspekcie jest oczywiście godne akceptacji, niemniej jednak już dalsze postanowienia projektu, w jego pierwotnej postaci, nie stały na straży interesu dziecka urodzonego w wyniku zastosowania procedury wspomaganą medycznie prokreacji, w ogóle poczętego w ten sposób.

Przykładem takiego rozwiązania mógł być np. przepis art. 13 ust. 1 pkt 2 w pierwotnym brzmieniu projektu przyjmujący dopuszczalność zastosowania komórek rozrodczych dawcy partnerskiego po jego śmierci. Jak należy sądzić takie rozwiązanie prowadzić by mogło do poczęcia i urodzenia dziecka post mortem. W obecnej wersji projektu przepis art. 18 przyjmuje w ust. 1 pkt 2, że niedopuszczalne jest zastosowanie w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji komórek rozrodczych pobranych od dawcy, jeżeli dawca, od którego pobrano komórki rozrodcze w celu dawstwa partnerskiego, zmarł. Dalej, przyjęte w art. 21 ust. 1 projektu rozwiązanie obejmujące niedopuszczalność przeniesienia zarodków powstałych z wykorzystania komórek w ramach dawstwa partnerskiego lub dawstwa innego niż partnerskie jeżeli mąż biorczynie wycofał zgodę, chyba, że biorczynie uzyskała zgodę sądu opiekuńczego na przeniesienie zarodka. Pomijając już oczywisty fakt, że zgoda na powstanie i przeniesienie zarodka powinna być wspólną decyzją małżonków (partnerów) trudno przyjąć, że sąd miałby ingerować w to, czy mężczyzna, który w tej sytuacji będzie ojcem dziecka, ma się nim stać czy też nie. Należy mieć na uwadze to, że nawet rozstrzygnięcie sądu w trybie art. 24 k.r.o. zastępujące podjęcie decyzji w istotnych sprawach dziecka zwyczajowo nie obejmuje takich spraw jak urodzenie potomstwa. W analizowanym przypadku sąd mógłby, jak się wydaje, wyrazić zgodę na to, by powstały w wyniku dawstwa niepartnerskiego zarodek implantować do organizmu kobiety.

W kontekście prowadzonych w niniejszym tekście rozważań warto zauważyć, że autor projektu przyjmuje zdawać by się mogło na pozór korzystne dla dziecka rozwiązanie pozwalające mu poznać pewne dane dawcy po osiągnięciu przez dziecko pełnoletności. Przepis został sformułowany następująco: „osoba

urodzona w wyniku procedury wspomaganey medycznie prokreacji, w wyniku dawstwa innego niż partnerskie komórek rozrodczych lub dawstwa zarodków, ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi osoby dawcy wymienionymi w art. 37 ust. 2 pkt 2 i 3, po osiągnięciu pełnoletności⁴⁴. Problem tylko w tym, że zamieszczone w powołanym przepisie informacje w żaden sposób nie pozwolą dziecku poznać genetycznego pochodzenia, które traktowane jest jako dobro osobiste i podlega ochronie zgodnie z ochroną przewidzianą w art. 23 i 24 k.c. Nie realizuje także zasady dobra dziecka, zgodnie z którą dziecko ma prawo poznać swoich genetycznych rodziców. Przyjąć należałoby w tym zakresie rozwiązanie, którym od lat posługuje się prawo rodzinne w sytuacji dziecka przysposobionego. Osobnym problemem pozostaje tzw. „dawstwo partnerskie”, które w słowniczku ustawy zostało zdefiniowane jako przekazanie komórek rozrodczych przez dawcę – mężczyznę w celu ich zastosowania w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji u biorczynie pozostającej z dawcą w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu. Przyjęta w projekcie konstrukcja uznania ojcostwa w stosunku do niepowstałych jeszcze zarodków nie może być traktowana poważnie i przybiera dość karykaturalną postać⁴⁵. Nie jest to nawet rozwiązanie nowatorskie, gdyż zostało zupełnie oderwane od zasad rządzących prawem filiacyjnym dla zaspokojenia doraźnego interesu autora projektu. Nawet jeżeliby przyjąć dopuszczalność posłużenia się konstrukcją opartą na domniemaniu obcowania matki dziecka z mężczyzną w okresie koncepcyjnym to i tak sytuacja dziecka pozostaje dalece niepewna wobec konieczności wystąpienia z powództwem o ustalenie pochodzenia w ostateczności dokonywanym przez dziecko po dojściu przez nie do pełnoletności czy przez prokuratora. Poza tym brak w ustawie jakichkolwiek przesłanek, na których można by oprzeć weryfikację faktu pozostawania we wspólnym pożyciu (trwałość, stabilność pożycia) jak również tego, kto miałby tej weryfikacji dokonywać.

Mając na uwadze powyższe kwestie można skonstatować, że technika niestety wyprzedziła prawo i już nie uwzględnia potrzeb człowieka jako osoby. Dążenie do zaspokojenia potrzeb pary pragnącej dziecka nie jest konfrontowane z wydawałoby się konieczną oceną stanu psychicznego przyszłych rodziców przed przystąpieniem przez nich do leczenia i konkretnej procedury. Nie uwzględnia się odległych skutków udanego lub nieudanego leczenia tak dla rodziców jak i dziecka. Można wyrazić ubolewanie, że pomimo wiedzy, jaką obecnie

⁴⁴ Chodzi tu o datę i miejsce urodzenia dawcy komórek lub dawców zarodka oraz o informacje na temat stanu zdrowia.

⁴⁵ Szczegółowo na temat uznania ojcostwa w świetle propozycji nowelizacji art. 75¹ k.r.o.: Haberko [2015] *passim*.

dysponujemy w zakresie różnych gałęzi nauki, przyjęty przez Ministra Zdrowia program obejmujący leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego nie znajduje de lege lata oparcia w przepisach rangi ustawowej uwzględniających przesłanki podmiotowe pary jak również nie uwzględnia konsultacji psychologicznej pary, w szczególności wówczas, gdy zamierza się ona poddać procedurom heterologicznym. Co więcej projekt ustawy o leczeniu niepłodności będący przedmiotem społecznej dyskusji i uwagi ustawodawcy pozostaje raczej daleki od ideału.

Problem będący przedmiotem uwagi w niniejszym artykule jest niezwykle złożony i delikatny. Przenikają się tu bowiem wzajemnie różne materie. Nie sposób jednak tracić z pola widzenia emocji, dylematów i rozterek związanych z pragnieniami (realizowanymi czasem za wszelką cenę) posiadania potomstwa. W tym kontekście, oczywiście nie ujmując nic lekarzom zajmującym się leczeniem niepłodności, można zaryzykować tezę, że wykorzystanie specjalistycznej wiedzy psychologa mogłoby pomóc pacjentowi (pacjentom) w zakresie radzenia sobie z tymi emocjami, dylematami i rozterkami. Pozwoliłoby także wesprzeć argumentację prawników w kierunku zabezpieczenia interesu i dobra mającego się narodzić dziecka.

Bibliografia

- Broeck [2013] – U. Van den Broeck, M. Vandermeeren, D. Vanderschueren, P. Enzlin, K. Demyttenaere, T. D'Hooghe, *A systematic review of sperm donors: demographic characteristics, attitudes, motives and experiences of the process of sperm donation*, „Human Reproduction” (19) 2013, s. 37–51.
- Dolecki, Sokołowski [2013] – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, H. Dolecki, T. Sokołowski (red.), Warszawa 2013.
- Dyrektywa 2006/17/WE Komisji z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadzająca w życie dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 38 z 09.02.2006).
- Dyrektywa 2006/86/WE Komisji z dnia 24 października 2006 r. wykonująca dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz.Urz. UE L 294 z 25.10.2006).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 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. WE L 102 z 7.04.2004).

- Freeman [2009] – T. Freeman, V. Jadva, W. Kramer, S. Golombok, *Gamete donation: parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor*, „Human Reproduction” (24) 2009, s. 505–516.
- Grabinski [2011] – A. Grabinski, J. Haberko, *Dobro dziecka a stosowanie procedur wspomagannej medycznie prokreacji w prawie francuskim i prawie polskim*, „Studia Prawnicze” (1) 2011, s. 38.
- Grabinski, Haberko [2011] – A. Grabinski, J. Haberko, *L'intérêt de l'enfant à naître en AMP: regards croisés franco-polonais*, „Medicine&Droit” (109) 2011, s. 167.
- Greenfeld [2008] – D.A. Greenfeld, *The impact of disclosure on donor gamete participants: donors, intended parents and offspring*, „Current Opinion in Obstetrics and Gynecology” (20) 2008, s. 265–268.
- Gromek [2010] – K. Gromek, *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz, 3 wydanie*, Warszawa 2009, s. 1291.
- Haberko [2006] – J. Haberko, *Fenomen mamma – nonna. Instrumenty prawne zapobiegające starzeniu się kontynentu*, [w:] *Deboli e indifesi nella società multiculturale europea*, Atti della VI Conferenza Internazionale dei Diritti dell'Uomo, Lecce, 29–30 Maggio 2006, G. Dammacco, B. Sitek, O. Cabaj (red.), Olsztyn – Bari 2008, s. 371–379.
- Haberko [2008] – J. Haberko, K. Olszewski, *Jeszcze o moralnych i prawnych aspektach dopuszczalności zabiegów in vitro – polemika*, „Prawo i Medycyna” (31) 2008, s. 104–119.
- Haberko [2014] – J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 22.
- Haberko [2015] – J. Haberko, *Uznanie ojcostwa w świetle projektowanego art. 75¹ k.r.o.*, *Metryka* 2015 (w druku).
- Jasudowicz [2014] – T. Jasudowicz, J. Czepek, J. Kapelańska-Pręgowska, *Międzynarodowe Standardy Bioetyczne. Dokumenty i Orzecznictwo*, Warszawa 2014, s. 204.
- Johnson [2012] – J.A. Johnson, S. Tough, *Delayed child-bearing*, „Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada” 34 (1) 2012, s. 80–93.
- Kondratiewa-Bryzik, Sękowska-Kozłowska [2013] – *Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii*, L. Kondratiewa-Bryzik, K. Sękowska-Kozłowska (red.), Warszawa 2013.
- Łączkowska [2005] – M. Łączkowska, *Czy istnieje prawo do „posiadania” dziecka?*, [w:] *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomagannej prokreacji*, J. Haberko, M. Łączkowska (red.), Poznań 2005, s. 70.
- Łączkowska [2008] – M. Łączkowska, *Stosunek prawny pokrewieństwa a pochodzenie genetyczne*, [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Tadeusza Smyczyńskiego*, Toruń 2008, s. 301–317.
- Łepecka-Klusek [2012] – C. Łepecka-Klusek, A. Pilewska-Kozak, G. Jakiel, *Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 18 (2) 2012, s. 163–166.
- Liu [2011] – K. Liu, A. Case, *Advanced reproductive age and fertility*, „Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada” 33 (11) 2011, s. 1165–1175.
- MacCallum [2009] – F. MacCallum, *Embryo donation parents' attitudes towards donors: comparison with adoption*, „Human Reproduction” (24) 2009, s. 517–523.

- Martins [2011] – M.V. Martins, B.D. Peterson, V.M. Almeida, M.E. Costa, *Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress*, „Human Reproduction” 26 (8) 2011, s. 2113–2121.
- Międzynarodowa [2006] – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2006, s. 633–671.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011, Nr 24, poz. 128).
- Pietrzykowski [2012] – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, K. Pietrzykowski (red.), Warszawa 2012.
- Purewal [2009] – S. Purewal, O.B.A. van den Akker, *Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences*, „Human Reproduction” (15) 2009, s. 499–515.
- Putowski, Tkaczuk-Włach [2011] – L. Putowski, J. Tkaczuk-Włach, *Stymulacja jajczkowania*, [w:] *Leczenie niepłodności*, L. Putkowski (red.), Wrocław 2011, s. 55–65.
- Raes [2013] – I. Raes, A. Ravelingien, G. Pennings, *The right of the donor to information about children conceived from his or her gametes*, „Human Reproduction” (28) 2013, s. 560–565.
- Sälevaara [2013] – M.Sälevaara, A.M.Suikkari, V. Söderström-Anttila, *Attitudes and disclosure of Finnish parents with children conceived using donor sperm*, „Human Reproduction” (28) 2013, s. 2746–2754.
- Skrzypczak, Putowski [2011] – J. Skrzypczak, L. Putowski, *Kwalifikowanie pacjentek do leczenia*, [w:] *Leczenie niepłodności*, L. Putkowski (red.), Wrocław 2011, s. 7–12.
- Smyczyński [2005] – T. Smyczyński, *Aksjologiczne i prawne podstawy dopuszczalności wspomagananej prokreacji ludzkiej*, [w:] *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomagannej prokreacji*, J. Haberko, M. Łączkowska (red.), Poznań 2005, s. 96.
- Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności; dostępne na: [www.libramed.com.pl/wpg/Numery archiwalne/05/03.html](http://www.libramed.com.pl/wpg/Numery%20archiwalne/05/03.html).
- Starbuck [2011] – *Starbuck*, reż. Ken Scott, Kanada 2011.
- Strzebinczyk [2010] – J. Strzebinczyk, *Prawo rodzinne*, Warszawa 2010, s. 226.
- Szczucki [2010] – K. Szczucki, *Prawo dziecka poczętego metodą in vitro do poznania własnej tożsamości biologicznej*, [w:] *Współczesne wyzwania bioetyczne*, L. Bosek, M. Królikowski (red.), Warszawa 2010, s. 175–184.
- Thorn [2008] – P. Thorn, T. Katzroke, K. Daniels, *Semen donors in Germany: a study exploring motivations and attitudes*, „Human Reproduction” (23) 2008, s. 2415–2420.
- Tymicki [2013] – K. Tymicki, *Zamierzenia prokreacyjne a możliwość ich realizacji w kontekście czynników biologicznych*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Statystyk i Demografii. Szkoła Główna Handlowa” (32) 2013, s. 19–27.
- Weissman [2014] – A. Weissman, M. Leong, M.V. Sauer, Z. Shoham, *Characterizing the practice of oocyte donation: a web-based international survey*, „Reproductive BioMedicine Online” (28) 2014, s. 443–450.

Williams [2011] – K.E. Williams, P.G. Stemmler, L.M. Westphal, N.L. Rasgon, *Mood disorders in oocyte donor candidates: brief report and implications for future research*, „Human Reproduction” (26) 2011, s. 847–852.

Wyrok ETPC w sprawie Evans przeciwko Zjednoczone Królestwo, skarga nr 6339/05; dostępne na: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=&kk=131&k=98>.

Wykapany [2013] – *Wykapany ojciec*, reż. Ken Scott, USA 2013.