

Ks. Janusz Balicki

WSPOMAGANA PROKREACJA I BADANIA PRENATALNE W POLSCE

Dyskusja bioetyczno-prawna

W ostatnich latach, na skutek szybkiego rozwoju biomedycyny, ożywiła się w Europie dyskusja nad jej regulacją prawną. Wiele państw ma już w miarę precyzyjne ustawodawstwo w tej dziedzinie, niektóre zaś dopiero je formułują. Podstawy regulacji prawnej rodzą się zazwyczaj w trakcie długotrwałej dyskusji, w której uczestniczą przedstawiciele nauk medycznych, prawnych, socjologii, etyki i innych dyscyplin naukowych. Najbardziej zapóźnione w dziedzinie legislacji biomedycznej są kraje Europy środkowo-wschodniej, wśród nich także Polska. Stąd, jak się wydaje, istnieje pilna potrzeba zajęcia się tym zagadnieniem.

1. Wspomagana prokreacja

Chociaż w Polsce nie ma regulacji prawnych dotyczących wspomaganej prokreacji, jednak wykonuje się już pewne zabiegi z tej dziedziny: m.in. zapłodnienia *in vitro* w Akademii Medycznej w Białymstoku, dojąjowodowe przenoszenie gamet (GIFT - gamete intrafallopian transfer) w Bytomskiej Klinice Położnictwa i Ginekologii oraz przezmaciczne dojąjowodowe przenoszenie gamet (TUFT – transuterine fallopian transfer), które stosuje się w Klinice Rozrodczości Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.¹ Przeprowadzane są także badania prenatalne, szczególnie w związku z możliwością przerwania ciąży w wypadku stwierdzenia ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu. Powyższe praktyki wy-

¹ T. Rucki, *Medyczne uwarunkowania wspomaganej prokreacji*, w: *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne*, praca zbiorowa pod red. T. Smyczyńskiego, Poznań 1996, s. 54-55, 60. Pierwsze dziecko w Polsce poczęte *in vitro* urodziło się w Akademii Medycznej w Białymstoku.

wolują różne reakcje specjalistów z dziedziny etyki, prawa i medycyny. U ich podstaw leży obawa przed możliwością negatywnych konsekwencji ingerowania w sferę przekazu życia oraz lęk przed niebezpieczeństwem nadużyć możliwości, jakie człowiekowi daje współczesna biomedycyna. Niektórzy badacze, kwestionując dopuszczalność wspomaganej prokreacji, odwołują się do wewnętrznych racji etycznych, m.in. do godności osoby ludzkiej. U podłoża różnic w rozwiązywaniu zagadnień bioetycznych leżą zazwyczaj odmienne koncepcje człowieka oparte na wyznawanym światopoglądzie. W niniejszym artykule przytoczymy bardziej charakterystyczne wypowiedzi i stanowiska na ten temat. Zajmiemy się stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), wypowiedziami Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, Instytutu Nauk Prawnych PAN oraz niektórych specjalistów z dziedziny bioetyki, prawa i biomedycyny.

Stanowisko dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z 1996 r.

Członkowie PTG mają na celu określenie sposobów leczenia, które zgodnie z obecnymi poglądami naukowymi uznawane są za najbardziej przydatne i najbezpieczniejsze w leczeniu niepłodności. Niniejsze ustalenia mogą być podstawą merytoryczną poprzedzającą formułowanie norm prawnych dotyczących postępowania z komórkami rozrodczymi oraz tkankami płodowymi i zarodkowymi.² Problem przenoszenia żeńskich komórek rozrodczych między kobietami może zaistnieć w dwóch odmiennych sytuacjach:

A. Kobieta pragnąca posiadać potomstwo, a nie mająca własnych komórek rozrodczych lub u której żadnymi metodami terapeutycznymi nie można wywołać jajczkowania, ma możliwość donoszenia ciąży pod warunkiem wprowadzenia do jej organizmu zapłodnionej obcej komórki jajowej. Wprowadzona komórka jajowa może być zapłodniona nasieniem męża lub bezimiennego dawcy. Kobieta ta jest matką będącą w ciąży i rodzącą dziecko, natomiast nie jest matką w sensie genetycznym.

B. Kobieta pragnąca posiadać potomstwo mająca prawidłowo funkcjonujące jajniki, a więc możliwe jest pobranie od niej komórek jajo-

² Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z 1996 r. dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności. Członkowie Zespołu: dr hab. med. Romuald Dębski, prof. dr hab. med. Tadeusz Pisarski, prof. dr hab. med. Jacek Rzempoluch, prof. dr hab. med. Marian Szamatowicz, prof. dr hab. med. Wiesław Szymański (mps).

wych – oocytów - zdolnych do zapłodnienia, niezdolna do donoszenia ciąży (brak macicy lub zarośnięta jama macicy). Kobieta taka może znaleźć zastępczą matkę wyrażającą zgodę na przeniesienie do jej organizmu swojej komórki jajowej zapłodnionej nasieniem męża lub bezimiennego dawcy. Ciąża i poród przebiegać będzie w organizmie zastępczej matki, kobieta zaś pragnąca posiadać potomstwo będzie matka wyłącznie w rozumieniu genetycznym.

Według Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego:

1. Podstawowym warunkiem zaakceptowania tak rozumianego działania terapeutycznego, mającego szansę stać się uznaną metodą leczenia, ze względu na analogię do transplantacji tkanki od żywego dawcy (zgodnie z art. 10 „Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”) jest stwierdzenie, iż za oocyt nie można żądać ani przyjmować zapłaty, natomiast należy zapewnić zwrot wszystkich kosztów poniesionych przez dawczynię oocytu

2. Ze względu na możliwość późniejszych roszczeń (finansowych) dawczyni komórki jajowej (oocytu) w stosunku do bioreczni powinna być zachowana pełna dwustronna anonimowość dokonywanego transferu.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne stawia zasadnicze ograniczenia deontologii lekarskiej w modelu **A** i nie akceptuje modelu **B**:

1. Model **A** odpowiada przeszczepieniu tkanki od żywego dawcy do leczonego biorcy i powinien odpowiadać przepisom prawnym dotyczącym transplantacji narządu. Dopuszczalność wykonywania tego rodzaju zabiegu powinna być ograniczona do przypadków, kiedy zapłodnienie dokonywane jest wyłącznie przez nasienie męża.

2. Model **A** z zastosowaniem zapłodnienia nasieniem dawcy bezimiennego jest analogiczny do adopcji, nie przysparza rodzinie żadnych dodatkowych wartości poza faktem przebycia ciąży i rodzenia genetycznie obcego dziecka. W sytuacji koincydencji niepłodności partnera w modelu **A** rozwiązaniem optymalnym jest adopcja dziecka.

3. Model **B** nie ma odpowiednika w prawodawstwie krajowym (transplantacja wykonana w celu leczenia dawcy). Zalegalizowanie takiego modelu sytuacyjnego może prowadzić do konfliktu pomiędzy matką genetyczną a kobietą będącą w ciąży i rodzącą dziecko.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zajmuje następujące stanowisko wobec stymulacji jajników w technikach wspomaganego rozrodu oraz selektywnej redukcji ciąży mnogiej:

Transfer więcej niż jednego zarodka do jamy macicy stwarza ryzyko wystąpienia ciąży mnogiej. Cięża trojacza, i o wyższej liczebności, wiąże się ze znacznym ryzykiem. Aby uniknąć tego ryzyka należy przenosić jednorazowo jeden lub dwa zarodki, a pozostałe zamrażać do czasu ich przeniesienia w kolejnych cyklach. Decyzja co do losu zamrożonych zarodków - w przypadku uzyskania ciąży i urodzenia dziecka oraz w przypadku śmierci jednego lub obojga rodziców - powinna być ustalona z partnerami i potwierdzona ich pisemnym oświadczeniem przed rozpoczęciem leczenia.

Decyzja o jednorazowym transferze trzech lub więcej zarodków zależy od wieku pacjentki i może być podjęta po uzyskaniu pisemnej zgody partnerów poinformowanych o ryzyku ciąży mnogiej i o możliwości selektywnej redukcji zarodków.

Stymulacja jajników wiąże się również z ryzykiem wystąpienia zespołu hiperstymulacji wymagającego niekiedy intensywnej opieki w warunkach szpitalnych. W związku z tym ośrodek zajmujący się leczeniem niepłodności małżeńskiej za pomocą technik wspomaganego rozrodu powinien mieścić się w klinice lub mieć zapewnione zaplecze w akademickim ośrodku klinicznym.

Zalecenia:

W postępowaniu rutynowym, u młodej kobiety, zwykle przed 35 rokiem życia, jednorazowo wykonuje się transfer nie więcej niż dwóch zarodków, a dodatkowe zarodki zamraża się.

W miarę możliwości powinno się unikać ryzyka uzyskania ciąży mnogich; w razie rozpoznania ciąży trojacznej lub wyższej należy rozważyć problem redukcji zarodków dopiero po dogłębnej konsultacji prenatalnej leczonej pary.

Selektywna redukcja ciąży mnogiej

Selektywna redukcja ciąży mnogiej może dotyczyć dwu odmiennych sytuacji. Wykonanie jej musi być brane pod uwagę w przypadku nieprawidłowego rozwoju jednego z płodów, oraz w przypadku wystąpienia ciąży trojacznej lub wyższej liczebności.

a) Selektywna redukcja ze względu na nieprawidłowości płodu. W Polsce przerwanie ciąży ze względu na ciężkie wady płodu jest uznawa-

ne za moralnie usprawiedliwione, zatem te same zasady etyczne można zastosować do redukcji w ciąży mnogiej, w której jeden lub więcej płodów wykazujących nieprawidłowości, pod warunkiem, że podejmuje się wszelkie wysiłki w celu zachowania zdrowia kobiety i pozostałego płodu lub płodów.

b) Selektywna redukcja w ciąży mnogiej trojacznej lub o wyższej liczebności. Ciąża mnoga, o liczebności wyższej niż bliźniacza, wiąże się z dużym zagrożeniem dla zdrowia kobiety a także jej dzieci, które narażone są na ryzyko samoistnego poronienia lub porodu przedwczesnego. Ryzyko to jest szczególnie wysokie u kobiet będących w pierwszej ciąży. W tej sytuacji niepodejmowanie żadnej interwencji stanowi większe zło niż dokonanie selektywnej redukcji liczby płodów. Technicznie możliwe jest wykonanie selektywnej redukcji liczby płodów, jednak zabieg ten powinien być wykonany w jak najwcześniejszym okresie ciąży. Selektowna redukcja w żadnej sytuacji nie może być uważana za alternatywę bardzo starannego leczenia niepłodności technikami wspomaganego rozrodu. Jeżeli postępuje się w ten sposób, to ciąży mnogie wyższej liczebności powinny występować bardzo rzadko.

Autorzy omawianego stanowiska zaznaczają, że o możliwości wystąpienia ciąży o wysokiej liczebności pacjenci powinni zostać poinformowani przed dokonaniem transferu trzech lub więcej zarodków. Do zabiegu selektywnej redukcji można przystąpić dopiero po uzyskaniu prośby pacjentów wyrażonej na piśmie. Niedopuszczalne jest przeprowadzanie badań genetycznych w celu określenia płci zarodków przed selektywną ich redukcją.³

Z wyżej prezentowanym stanowiskiem PTG zgadza się w zasadzie M. Nesterowicz. Uważa, że wobec braku przepisów prawnych nadzór nad wykonywaniem zabiegów sztucznej prokreacji powinna sprawować komisja etyczna, która by badała uzasadnienie zapłodnienia *in vitro* w konkretnym przypadku i przeciwdziałałaby manipulacjom genetycznym.⁴ Lekarz natomiast może przy tego typu zabiegach kierować się ogólnymi przesłankami lekarskimi i prawnymi jak: uzyskanie zgody na zabieg, poinformowanie o skutkach zdrowotnych (także dla przyszłego dziecka) i prawnych zabiegu, zachowanie tajemnicy lekarskiej dotyczącej zabiegu i osoby dawcy nasienia, powinien też dołożyć szczególnych starań przy wyborze dawcy nasienia i zbadaniu materiału genetycznego, przeprowadzić należyte badania diagnostyczne matki dziecka i dawcy nasienia (małżonka lub innego dawcy). Powołuje się tu na art. 37 Ko-

³ Tamże.

⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. II, Toruń 1996, s.105.

deksu Etyki Lekarskiej, który stanowi że: *Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Lekarz powinien udzielać wyczerpujących i wiarygodnych informacji dotyczących procesów zapłodnienia i regulacji poczęć, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zainteresowanym tą problematyką pacjentom.*

Ze względu na skutki prawne, wg Nesterowicza, zabieg sztucznego zapłodnienia kobiety pozostającej w związku małżeńskim może być dokonany jedynie za zgodą męża, wyrażoną na piśmie, po pouczeniu go o istocie zabiegu i o konsekwencjach prawnych dla jego ojcostwa. Lekarz nie powinien dokonywać zabiegu na kobiecie nie pozostającej w związku małżeńskim, gdyż stworzy to przyszłemu dziecku niekorzystną sytuację prawną (brak prawnego ojca).⁵

W przeciwieństwie do prezentowanych wyżej stanowisk Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia prowadzenie działalności w zakresie sztucznej prokreacji. Uzasadnia to m.in. następującymi argumentami. Stosowanie w wobec ludzi technik prokreacyjnych, używanych w weterynarii (zamrażanie tzw. nadliczbowych embrionów), jest niedopuszczalne ze względów etycznych gdyż embriony ludzkie są już istotami ludzkimi od momentu poczęcia. Działanie takie narusza ustawę z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży i jest rażąco niezgodne z zaleceniem nr 1046 Rady Europy (1986).

Komisja stwierdziła ponadto, że zapłodnienie ludzkiej komórki *in vitro* nie jest zabiegiem leczniczym. Choroba, którą dotknięta jest kobieta poddana implantacji embrionu wytworzonego *in vitro*, polega na niezdolności do poczęcia dziecka *in vivo* przy zachowanej zdolności do implantacji embrionu i donoszenia ciąży. Po zabiegu choroba ta trwa nadal w nie zmienionej formie. Zapłodnienie *in vitro* jest sztucznym zapoczątkowaniem życia ludzkiego w warunkach rażąco odbiegających od ekologicznie naturalnego środowiska narządu rodnej kobiety, z trudnymi do przewidzenia następstwami. Komisja przypomina zapis obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 38): *Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.*⁶

⁵ Tamże, s. 95.

⁶ W 1995 r. Komisja negatywnie ustosunkowała się m.in. do przeprowadzanych w Przychodni Lekarskiej "nOvum" w Warszawie zapłodnień *in vitro*. W prawie polskim nie istnieje ustawa regulująca problematykę nienaturalnej prokreacji ludzkiej, dlatego zdaniem Komisji, żadna decyzja administracyjna ze-

Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, dr J. Umiastowski zwraca uwagę m.in. na fakt, że proces zapłodnienia poza narządem rodnym kobiety dokonuje się w *warunkach nieekologicznych*, bo nigdy nie będzie można całkowicie skopiować w laboratorium warunków *in vivo*. Początkowy, najszybszy w życiu człowieka, rozwój w pierwszym okresie po zapłodnieniu, kiedy to zapis genetyczny szczególnie intensywnie przekształca się w strukturę ciała, również ma miejsce w warunkach nienaturalnych. Nie znając konsekwencji takiego procesu zachodzącego poza organizmem matki naraża się nowo powstałą istotę ludzką na ryzyko. Być może, że nie jest on groźny, ale ponieważ nie można tego stwierdzić z pewnością, przeto nie wolno podejmować ryzyka w cudzym imieniu. Natomiast selekcjonowanie embrionów jest zabiegiem, w którym traktuje się żywe istoty ludzkie według „kryteriów hodowlanych”. Zamrażanie embrionów stwarza nierozwiązywalne problemy, gdyż dotyczy istot żywych należących do gatunku *homo sapiens*. Tak zwana redukcja ciąży musi budzić sprzeciw zdrowego rozsądku, nawet jeśli w wielu krajach jest legalna.⁷

Podobne stanowisko prezentuje przewodniczący Komisji Etycznej w Nauce Polskiej Akademii Nauk, K. Gibiński. Wyjaśnia, że głównym powodem etycznego sprzeciwu wobec sztucznej prokreacji jest związany z nią brak szacunku dla poczętego życia ludzkiego (prawo do przerywania życia). Jest w tym - jego zdaniem - głęboki kontrast nie tylko z przeznaczeniem i tradycją zawodu lekarskiego, ale i z ogólnie przyjętym prawem do ochrony życia ludzkiego. Zadaje też pytanie, czy mamy się trzymać administracyjnych decyzji wyznaczających urodziny i śmierć

zwalająca na przeprowadzanie zapłodnienia *in vitro* nie może być obecnie podjęta, ani kontrola takiej działalności sprawowana, bez odpowiednich uregulowań prawnych leżących w gestii parlamentu. *Stanowisko Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 maja 1995 roku w sprawie działalności niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej opisanej w piśmie Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie z dnia 2 marca 1995 (l.dz. Z VII R. 8027/9/95).*

⁷ Dr J. Umiastowski, *Sytuacja człowieka poczętego in vitro we współczesnej cywilizacji*; wykład wygłoszony 10 maja 1997r. na symposium "Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji" zorganizowanym w Toruniu przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Zarząd Miasta w Toruniu, Europejskie Centrum Współpracy Młodzieży w Toruniu oraz Duszpasterstwo Akademickie w Toruniu.

jako dolną i górną granicę życia, czy też naukowej, biologicznej definicji życia.⁸

Natomiast Instytut Nauk Prawnych PAN zajmuje stanowisko niejako pomiędzy dwiema opcjami prezentowanymi wyżej (stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Komisji Etycznej Naczelnej Rady Lekarskiej). Z jednej strony uważa, że ludzki embrion od momentu poczęcia jest indywidualną istotą ludzką i przyjmuje konieczność traktowania go z należnym szacunkiem, jaki przysługuje istocie ludzkiej. Jednak z drugiej strony uznaje, że przy zachowaniu określonych warunków zabiegi wspomaganej prokreacji są dopuszczalne:

- Dopuszczalne jest tworzenie ludzkiego embrionu, ale tylko w celu umieszczenia go w łonie matki dla dalszego rozwoju. A więc tylko wtedy, gdy chodzi wyłącznie o dobro dziecka. Nie jest dopuszczalne tworzenie embrionu w celach eksperymentalnych, naukowych, terapeutycznych czy medycznych lub kosmetycznych.
- Dopuszczalne jest tworzenie embrionów tylko w takiej liczbie, jaka ma być implantowana do łona matki, oraz zamrażanie dodatkowych embrionów, ale pod warunkiem, że będą one implantowane w określonym czasie, np. w ciągu trzech lat.
- Dopuszczalna jest interwencja medyczna mająca na celu pomoc kobiecie w zajściu w ciążę w jej naturalnym okresie płodności.
- Wspomagana prokreacja jest dopuszczalna w celu pokonania niepłodności małżonków, kiedy zawiedzie inne leczenie lub w przypadku kiedy istnieje ryzyko urodzenia dziecka z defektami genetycznymi. W przypadku pary niemałżeńskiej jest dopuszczalna, ale dopiero po trzech latach wspólnego życia. Nie jest dopuszczalna dla osób samotnych czy par homoseksualnych, ze względu na ochronę praw dziecka do posiadania możliwie najbardziej stabilnej sytuacji rodzinnej i prawnej relacji ze swoimi rodzicami.
- Sztuczne zapłodnienie jest dopuszczalne jedynie za życia dawcy.
- Nie jest dopuszczalne używanie tkanek usuniętych płodów.
- Decyzję dotyczącą wspomaganej prokreacji można podjąć dopiero po uzyskaniu pisemnej zgody męża i żony oraz po przeprowadzeniu badań medycznych dotyczących chorób dziedzicznych, HIV, narkomanii, alkoholizmu itp.

⁸ K. Gibiński, *Rozwój genetyki. Zagrożenia i złudzenia. Rozmiary problemu*, „Nauka” 1997, nr 2, s. 74.

- W stosunku do pary małżeńskiej o zabiegu decydowałby lekarz, w wypadku pary nie małżeńskiej - sąd.
- Konieczne jest zachowanie anonimowości dawcy spermy.
- Lekarzy i cały zespół medyczny przeprowadzający zapłodnienie *in vitro* obowiązuje utrzymanie sekretu co do dawcy komórek rozrodczych.
- Para powinna podpisać oświadczenie o bezwarunkowym przyjęciu dziecka.
- Aborcja nie powinna być dozwolona w żadnym wypadku, jedynie dla ratowania życia matki.⁹

Jak widać z prezentowanych wyżej stanowisk, propozycje rozwiązań legislacyjnych dotyczących prokreacji wspomaganej medycznie różnią się znacznie. Jest to spowodowane przyjęciem odmiennych koncepcji antropologiczno-etycznych. Różnice te pogłębiają się jeszcze bardziej przy zagadnieniu badań prenatalnych.

2. Badania prenatalne

Dyskusję na temat badań prenatalnych od strony regulacji prawnych w Polsce poprzedzimy przedstawieniem regulacji prawnej dotyczącej ochrony poczętego życia ludzkiego i prawa do aborcji.

2.1. Prawo aborcyjne

Prawo do aborcji na żądanie obowiązywało w Polsce od 27 kwietnia 1956 r. do 7 stycznia 1993 r. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U., nr 1, poz. 78) zezwala na przerwanie ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej tylko wtedy, gdy:

1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub poważne zagrożenie dla zdrowia matki, stwierdzone orzeczeniem dwóch lekarzy, innych niż lekarz dokonujący zabiegu, przy czym orzeczenie to nie jest niezbędne w przypadku natychmiastowej konieczności uchylecia zagrożenia dla życia matki,

⁹ T. Smoczyński, *Tezy w sprawie projektu prawnej regulacji medycznie wspomaganej prokreacji ochrony prawnej zarodka ludzkiego*, w: *Wspomagana prokreacja ludzka...*, s. 175-178.

- 2) następuje w trakcie działań podjętych w celu ratowania życia matki albo w celu przeciwdziałania poważnemu uszczerbkowi dla jej zdrowia, co musi być potwierdzone przez dwóch innych lekarzy,
- 3) badania prenatalne, potwierdzone orzeczeniem dwóch innych lekarzy niż lekarz podejmujący działanie, wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu,
- 4) zachodzi uzasadnione podejrzenie, potwierdzone zaświadczeniem prokuratora, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.¹⁰

Dnia 30 sierpnia 1996 r. Sejm zliberalizował ustawę z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Nowy przepis stanowił, że przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, tylko wtedy, gdy kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej (art. 4a ust. 1), a ciąża nie trwała dłużej niż 12 tygodni (art. 4a ust. 2). Formalnym warunkiem wykonania zabiegu przerwania ciąży jest złożenie przez kobietę pisemnej zgody (art. 4a ust. 4) oraz zaświadczenia o ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej, a nadto zaświadczenia o przeprowadzeniu konsultacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, innym niż dokonujący przerwania ciąży, lub z inną uprawnioną osobą (art. 4a ust. 6). Zabieg może być wykonany dopiero trzy dni po konsultacji zarówno w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, jak i w prywatnym gabinecie. Ustawodawca zadeklarował w art. 4b, że osobom objętym ubezpieczeniem społecznym lub uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.¹¹

Ustawę zawetował Senat w dniu 3 października 1996 r., ale już 23 października Sejm odrzucił weto Senatu. Na wniosek Senatu ustawą zajął się Trybunał Konstytucyjny, który 28 maja 1997 r. orzekł jej niezgodność z Konstytucją RP. Dnia 17 grudnia 1997 r. Sejm przyjął orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, w ten sposób wróciła bez zmian ustawa z 7 stycznia 1997 r.

W uzasadnieniu wyroku Trybunał Konstytucyjny podkreślił w p.3, że podstawowym przepisem, na którego podstawie należy wyprowadzać konstytucyjną ochronę życia ludzkiego, jest art. 1 przepisów konstytucyjnych utrzymanych w mocy, w szczególności zaś zasada demokratycznego państwa prawnego. *Państwo takie realizuje się bowiem wyłącznie jako wspólnota ludzi, i tylko ludzie mogą być właściwymi pod-*

¹⁰ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 89.

¹¹ cyt. za *Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego* 4.3.

miotami praw i obowiązków stanowiących w takim państwie. Podstawowym przymiotem człowieka jest jego życie. Pozbawienie życia unicestwia więc równocześnie człowieka, jako podmiot praw i obowiązków. Jeżeli treścią zasady państwa prawa jest zespół podstawowych dyrektyw wypracowanych z istoty demokratycznie stanowionego prawa, a gwarantujących minimum jego sprawiedliwości, to pierwszą taką dyrektywą musi być respektowanie w państwie prawa wartości, bez której wykluczona jest wszelka podmiotowość prawna, tj. życia ludzkiego od początków jego powstania. Demokratyczne państwo prawa jako naczelną wartość stawia człowieka i dobra dla niego najcenniejsze. Dobrem takim jest życie, które w demokratycznym państwie prawa musi pozostawać pod ochroną konstytucyjną w każdym stadium jego rozwoju [3].

Dalej Trybunał stwierdził, że wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia; a więc od momentu powstania życie ludzkie staje się wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej[3].

Według Trybunału objęcie tej fazy życia ludzkiego ochroną konstytucyjną znajduje potwierdzenie w ratyfikowanej przez Rzeczpospolitą Polską 30 września 1991 r. Konwencji Praw Dziecka, której preambuła deklaruje w akapicie dziesiątym, nawiązującym do Deklaracji Praw Dziecka, że dziecko ze względu na niedojrzałość fizyczną oraz umysłową wymaga szczególnej opieki i troski, a zwłaszcza właściwej ochrony prawnej zarówno przed urodzeniem, jak i po urodzeniu. Ujęcie tej reguły w preambule prowadzi do wniosku, iż zawarte w Konwencji gwarancje odnoszą się również do prenatalnej fazy ludzkiego życia [3].

Trybunał dalej nadmienił, że uznanie, iż ochrona życia przysługuje istocie ludzkiej od chwili poczęcia, znalazło wyraz także w ustawodawstwie zwykłym. *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* zarówno w brzmieniu sprzed jak i po nowelizacji w art. 1 deklaruje, iż prawo do życia podlega ochronie, w tym również w fazie prenatalnej, zaś spowodowanie śmierci dziecka poczętego przez przerywanie ciąży zasadniczo jest czynem zabronionym i karalnym (nowy art. 152a oraz 152b kodeksu karnego w kontekście okoliczności legalizujących aborcję) [3].

W punkcie 4.3.c Trybunał stwierdził: *Życie ludzkie, co zresztą podkreśla sama preambuła ustawy, stanowi fundamentalne dobro człowieka. Prawo kobiety ciężarnej do niepogarszania swajego położenia materialnego wynika z konstytucyjnej ochrony wolności kształtowania w sposób*

swobodny swoich warunków życiowych i związanego z nią prawa kobiety do zaspokajania potrzeb materialnych jej oraz jej rodziny. Ochrona ta jednak nie może prowadzić tak daleko, iż łączy się z naruszeniem fundamentalnego dobra, jakim jest życie ludzkie, w stosunku do którego warunki egzystencji mają charakter wtórny i mogą podlegać zmianie [4.3 c].

Powyższe orzeczenie obowiązuje od 23 grudnia 1997 r., dnia opublikowania obwieszczenia Trybunału Konstytucyjnego o utracie mocy obowiązującej niektórych przepisów ustawy antyaborcyjnej. Według obowiązującej ustawy (Dz. U., nr 157) aborcja będzie zgodna z prawem tylko w razie zagrożenia życia i zdrowia matki, ciężkiego uszkodzenia płodu, potwierdzonego przez badania prenatalne i gdy ciąża powstała w wyniku gwałtu lub kazirodztwa.

2.2. Prawo aborcyjne i badania prenatalne

W orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego podkreślono, że przepis art. 3 ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1996 r. derogował art. 23b k.k. Ta ostatnia regulacja stanowiła, że dziecko poczęte nie może być przedmiotem działań innych niż te, które służą ochronie życia i zdrowia jego lub jego matki, z wyjątkiem działań określonych w § 2. Zastrzeżenie to odnosiło się do badań przedurodzeniowych, nie zwiększających wyraźnie ryzyka poronienia, a podejmowanych w przypadku, gdy dziecko poczęte należało do rodziny obciążonej genetycznie, gdy istniało podejrzenie choroby genetycznej możliwej do wyleczenia, zalecenia lub ograniczenia jej skutków w okresie płodowym lub też gdy podejrzewano ciężkie uszkodzenie płodu. Przepis art. 23b k.k. sprecyzował więc jasno zakaz naruszania integralności cielesnej płodu lub zakłócania procesów rozwojowych, z wyjątkiem przypadków badań prenatalnych związanych z ustaleniem względów eugenicznych, przy czym te badania nie będą miały mieć charakteru wyraźnie niebezpiecznego dla życia płodu [4.6].

W Orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego podkreślono także, że uchylenie art. 23b k.k. spowodowało w naszym porządku prawnym brak, do czasu wejścia w życie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r. nr 28, poz.152) jakiegokolwiek ochrony prawnej nasciturusa przed eksperymentami w łonie matki, zwłaszcza takimi, które nie służą dobru dziecka poczętego. Skreślenie tego przepisu spowodowało także rezygnację z ochrony prawnej żywego płodu ludzkiego znajdującego się poza organizmem matki. Taki stan ochrony prawnej nie odpowiada standardom europejskim (Trybunał powołuje się tu na nie podpisaną wprowadzić jeszcze przez Rzeczpospolitą Polską, ale mającą

znaczenie wzorca dla poziomu ochrony prawnej, *Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny* przyjętą przez Komitet Ministrów 19 listopada 1996 r.)

Art. 18 Konwencji zakazuje tworzenia embrionów ludzkich dla celów badań naukowych, natomiast nakazuje zapewnienie odpowiedniej ochrony tym embrionom. W podobnym kierunku zmierzają ustawy państw europejskich. Trybunał odwołał się także do ustawy francuskiej z 29 lipca 1994 r., wprowadzającej m.in. zakaz tworzenia embrionów ludzkich dla celów badawczych lub eksperymentalnych oraz dla celów handlowych i przemysłowych, a także do ustawy niemieckiej z 13 grudnia 1990 r. zakazującej klonowania, tworzenia chimer i hybryd oraz tworzenia embrionów dla celów innych niż wywołanie ciąży [4.6].

W tym kontekście, stwierdził Trybunał, skreślenie przepisu, który ustanawiał zakaz podejmowania działań naruszających dobro płodu ludzkiego, uznać *należy za drastyczne obniżenie minimalnych standardów ochrony wymaganych przez regulacje konstytucyjne ze względu na gwarantowane przez te regulacje prawo dziecka poczętego do ochrony zdrowia i nietykalności osobistej określone w art. 1 oraz 79 ust. 1 przepisów konstytucyjnych pozostawionych w mocy* [4.6].

M. Safjan idzie jeszcze dalej w krytyce polskiego ustawodawstwa, podkreślając fakt, że wspomniana przez Trybunał Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza nie ma żadnej samodzielnej regulacji prenatalnej. Eliminacja art. 23b starego k.k. przez ustawę z 30 VIII 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 1996, nr 139, poz. 649) nie została „skompensowana” przez żadną regulację ustawową. W konsekwencji ustawodawstwo polskie należy do nielicznych systemów europejskich, nie mających w tej materii osobnych unormowań. Brak nawet odpowiednika dwóch podstawowych norm Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Biomedycynie (stanowiących wyraz powszechnego konsensusu), a mianowicie art. 14 (zakres dokonywania selekcji płci) oraz art. 18 (zakres tworzenia embrionów ludzkich do celów naukowych).¹²

2.3. Odpowiedzialność lekarza w kontekście badań prenatalnych

Jak wspomniano wyżej ustawa z 7 stycznia 1993 roku daje możliwość przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży gdy badania prenatalne,

¹² M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 190 (przypis 53).

potwierdzone orzeczeniem dwóch innych lekarzy niż lekarz podejmujący działanie, wskazują na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu. Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 37) mówi, że lekarz powinien udzielić wyczerpujących i wiarygodnych informacji dotyczących procesów badania i regulacji poczęć, zainteresowanym tą problematyką pacjentom, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka z możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi współczesnej genetyki lekarskiej, w tym diagnostyki przedurodzeniowej, a ponadto poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.

Ustawa o zawodzie lekarza podkreśla, że lekarz nie może wobec kobiety dokonywać eksperymentów ani innych działań, które mogą szkodzić dziecku poczętemu, oraz że powinien dołożyć szczególnych starań, aby taka szkoda nie powstała, gdyż w razie wyrządzonej dziecku szkody ponosi odpowiedzialność cywilną. Roszczenia odszkodowawcze dziecka są niezależne od roszczeń matki, a powstaną pod warunkiem, że urodzi się żywe. Artykuł 446 § 1 kodeksu cywilnego stanowi, że: *Z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem.*

Autor pracy *Prawo medyczne*, M. Nesterowicz, uważa, że lekarz zatrudniony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej nie może odmówić dokonania zabiegu przerwania ciąży, jeśli badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. W takim przypadku odpowiadać będzie za wynikłą stąd szkodę oraz ponieść karę wynikającą z kodeksu pracy. "Klauzula sumienia" może dotyczyć jedynie przypadku, gdy odmowa dokonania zabiegu nie zagraża życiu lub zdrowiu matki, ani nie wyrządza szkody dziecku poczętemu.¹³

Z powyższego rozumowania można wyprowadzić wniosek, że odmowa wykonania zabiegu przerwania życia płodu - w sytuacji kiedy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu - jest działaniem na szkodę dziecka! Powstaje także problem, jak pogodzić takie stanowisko ze słusznym jak się wydaje postulatem, aby lekarz traktował zarówno matkę, jak i jej poczęte dziecko, jako swoich pacjentów.

M. Nesterowicz podkreśla, że współczesna wiedza i diagnostyka medyczna (fetoscopia, echoscopia, radiografia, ultrasondy, amniocenteza)

¹³ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. III, Toruń 1998, s.116.

pozwalają ustalić wcześniej niż w 20 tygodniu rozwoju płodu, czy rodzice mający nienormalny układ genetyczny będą mieli normalne dziecko, bądź wykryć inne wady płodu. Uważa też, że lekarz, który w czasie badań prenatalnych stwierdza chorobę dziedziczną któregoś z rodziców albo ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu, powinien poinformować o tym matkę dziecka, aby dać jej możliwość podjęcia decyzji co do zrezygnowania z zajścia w ciążę albo urodzenia dziecka z fizycznymi lub psychicznymi wadami, bądź przerwania ciąży (na co pozwala cytowana ustawa z 7 stycznia 1993 roku.). W przeciwnym razie może odpowiadać za dodatkowe wydatki i poniesione koszty rodziców związane z urodzeniem upośledzonego dziecka. Sprawy tego rodzaju (*wrongful life* or *wrongful birth*) coraz częściej pojawiają się w sądach USA, Wielkiej Brytanii, Francji, czy nawet Izraela i z pewnością trafią także do sądów polskich.¹⁴

M. Safjan zgadza się z faktem, że chociaż w prawie polskim nie ma uregulowań prawnych dotyczących prokreacji wspomaganiej medycznie czy też diagnostyki prenatalnej, to podstawą do domagania się odszkodowania z tytułu szkód prenatalnych może być art. 446 (1) k.c., który po znowelizowaniu ustawą z 30 lipca 1996 r. [Dz.U.1996, nr 139, poz. 646] stanowi: *Z chwilą urodzenia dziecko może żądać naprawienia szkód doznanych przed urodzeniem. Dziecko nie może dochodzić tych roszczeń w stosunku do matki. Ale w praktyce, w przypadku roszczeń dziecka przeciwko personelowi medycznemu z tytułu nieprawidłowej diagnostyki wykluczającej trwale wady genetyczne i braku właściwej informacji, ciężko byłoby udowodnić zasadność owych roszczeń wskutek trudności w ustaleniu związku przyczynowo - skutkowego. Podstawą ustalenia takiego związku musiałoby być założenie, że w każdej sytuacji rodzice, mający odpowiednią wiedzę o zagrożeniach zdrowotnych dla dziecka, nie zdecydowaliby się na prokreację z wykorzystaniem własnych komór-*

¹⁴ Tamże, s. 118-119. Głośnym echem w Europie odbiło się orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w Karlsruhe (Niemcy) z 15 grudnia 1997 roku. Trybunał rozpatrywał sprawę dwóch lekarzy, którzy zostali skazani przez sądy do płacenia alimentów na rzecz rodziców dzieci, które urodziły się na skutek „błędu w sztuce lekarskiej”. W pierwszym przypadku o winie orzekł Najwyższy Sąd Krajowy Bawarii w Monachium, ponieważ zajście w ciążę nastąpiło mimo przeprowadzonej sterylizacji męża, w drugim - Sąd Najwyższy Badenii-Witembergii w Sztuttgardzie, ponieważ urodziło się dziecko upośledzone umysłowo i fizycznie mimo przedstawienia rodzicom mającym już dziecko upośledzone, pozytywnej prognozy genetycznej. Trybunał Konstytucyjny zatwierdził obydwa wyroki. Zob. „Rzeczpospolita” z dnia 17 grudnia 1997 roku.

rek rozrodczych. Jak wiadomo, decyzje te mieszczą się bardziej w sferze indywidualnych wyborów etycznych niż w dających się ustalić wzorcach zachowania.¹⁵ Ponadto, przyjęcie istnienia tego rodzaju szkody mogłoby sugerować, że lekarz ponosi odpowiedzialność gwarancyjną za leczenie i wyzdrowienie, która jakoby wynika z zawartej pomiędzy nim a pacjentem umowy, ale przecież takiej umowy zawrzeć nie można, ponieważ lekarz nie może dać gwarancji na zdrowie.¹⁶

Poza tym, według Safjana, niemożliwe jest porównywanie stanu zdrowia konkretnego dziecka, urodzonego z wadami, ze stanem zdrowia „dziecka hipotetycznego”, jakie mogłoby się narodzić, gdyby zastosowano materiał genetyczny od innej osoby. Doszłoby do pewnego rodzaju „fikcji”, polegającej na założeniu, iż dziecko urodziłoby się zdrowe fizycznie i psychicznie, ponieważ informacja powstrzymałaby rodziców od naturalnej prokreacji i skłoniłaby ich do użycia obcego materiału genetycznego. Nie mielibyśmy jednak do czynienia z tym samym dzieckiem, które ma prawo występować o odszkodowanie. Efekt postępowania lekarskiego byłby więc oceniany bez względu na identyczność biologiczną i genetyczną konkretnego dziecka. Lekarz mógłby być ewentualnie pociągnięty do odpowiedzialności, gdyby zaniedbał przekazania informacji, w oparciu o które możliwe byłoby podjęcie działań terapeutycznych mających na celu zapobieżenie wystąpieniu defektów u konkretnego dziecka. Warto także pokreślić, że ustalenie przyczyn i szkód wiąże się ściśle z podstawowymi założeniami etycznymi, m.in. z arbitralnie ustalaną jakością życia.¹⁷

Nie bez znaczenia jest także stwierdzenie Safjana, że przy upowszechnianiu się metod diagnostyki genetycznej i prokreacji medycznej wspomaganey będą wzmacniały się w społeczeństwach tendencje proeugeniczne, co w konsekwencji spowoduje przekształcenie prawa rodziców do poczęcia dziecka w obowiązek poczęcia dziecka doskonałego i bez wad, a to będzie już wyraźne ograniczanie prawa rodziców. Otwiera się więc możliwość do pośredniej sądowej interwencji genetycznej o nieograniczonym zasięgu. Ochrona prawa dziecka do tego, aby „nie urodzić się” może doprowadzić do stygmatyzacji tych, którzy „nie powinni się urodzić” ze względu na obciążenie genetyczne. Pojawia się również problem katalogu cech uwarunkowanych genetycznie.¹⁸

¹⁵ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 220-221.

¹⁶ Tamże, s. 222.

¹⁷ Tamże, s. 222-223.

¹⁸ Tamże, s. 224-225.

3. Badania przedimplantacyjne

Badania przedimplantacyjne (Preimplantation Diagnosis - PID) - przedmiot żywej dyskusji w Zachodniej Europie¹⁹ - przeprowadza się w przypadku rodzin obciążonych genetycznie. Dają one, przez użycie technik *in vitro*, możliwość selekcji embrionów w celu wyeliminowania tych z obciążeniami genetycznymi. Diagnozę przedimplantacyjną traktuje się często jako zabieg zastępujący badania prenatalne (Prenatal Diagnosis - PND), które zwykle po stwierdzeniu obciążeń genetycznych płodu prowadzą do przerwania ciąży. PID jest jednakże trudniejsze do społecznego zaakceptowania niż PND ze względu na występujący tu wyraźnie aspekt eugeniczny.²⁰

Większość państw europejskich zezwala na przerwanie ciąży, gdy zostaną stwierdzone poważne anomalie genetyczne embrionu. Badania prenatalne są szeroko rozpowszechnione. Natomiast badanie przedimplantacyjne, które mogłoby - zdaniem niektórych autorów - zapobiec komplikacjom fizycznym i psychicznym aborcji, nie jest dozwolone nawet w krajach, w których zezwala się na aborcję ze względu na obciążenie genetyczne płodu. Przykładem mogą być Niemcy, gdzie jest zakaz wykonywania PID i selekcji embrionów przed implantacją, ale dozwolona jest aborcja w kilka tygodni później, po stwierdzeniu choroby genetycznej. *Akt Ochrony Embrionu* z 1990 roku zakazuje dokonywania zapłodnień w innym celu niż spowodowanie ciąży, i to u kobiety, która produkuje komórki jajowe. Ponadto prawo dotyczące aborcji i planowania rodziny z 1995 roku dekryminalizuje aborcję ze względów medycznych (choroby dziedziczne).

Podobna sytuacja występuje w Austrii. Tam tzw. preembriony mogą być użyte tylko w celu medycznego wspierania reprodukcji. Można je poddawać badaniom medycznym tylko w celu rozwoju ciąży. Nie są dozwolone badania PID zmierzające do selekcji embrionów obciążonych genetycznie.

We Francji, na mocy prawa bioetycznego z 1994 roku, zezwala się na badania PID tylko w wypadku prawdopodobieństwa urodzenia dziecka z

¹⁹ Relacje powyższe zaczerpnięto z sympozjum *Genetics in Human Reproduction*, które odbyło się w dniach 26 lutego – 1 marca 1998 roku w Maastricht, a przygotowane zostało przez European Network for Biomedical Ethics (Europejską Sieć Etyki Biomedycznej).

²⁰ D. Beylvelde, *Does preimplantation diagnosis solve the moral problems of prenatal diagnosis? A rights-analysis*, materiały konferencyjne z sympozjum w Maastricht, s. 9.

poważnymi defektami genetycznymi. Ryzyko to musi potwierdzić lekarz z renomowanego centrum genetycznego. Zgodę na badanie muszą wyrazić na piśmie zarówno kobieta, jak i mężczyzna. Diagnozę może przeprowadzić wyłącznie w centrum uznawanym przez Narodową Komisję dla Reprodukcyjnej Medycyny i Biologii i Badań Prenatalnych. Zabrania się tworzenia embrionów dla eksperymentów, ale dopuszczalne są badania w celach medycznych i nie przynoszących szkody embrionowi.

Tylko dwa kraje mają pełną regulację prawną zezwalającą na PID i związane z tym badania. Jest to Hiszpania i Wielka Brytania. W hiszpańskiej regulacji prawnej z 1988 roku zapisano, że techniki reprodukcyjne mogą być używane w celu zapobieżenia chorobom uwarunkowanym genetycznie lub dziedzicznie, lub w celu ich leczenia. Artykuł 12.2 stwierdza, że jakakolwiek interwencja diagnostyczna w stosunku do preembrionu żywego, *in vitro*, nie może mieć innego celu niż ocenienie jego zdolności do życia czy wykrycie choroby dziedzicznej. Diagnoza ta ma służyć leczeniu embrionu lub odradzeniu jego transferu do macicy kobiety. Art. 13. stanowi, że selekcja w innych celach niż z racji zapobieżenia patologii jest niedopuszczalna. Embriony, które były poddane eksperymentom, nie mogą być implantowane.

W Wielkiej Brytanii Human Fertilisation and Embryology Act z 1990 roku przyczynił się do ustanowienia instytucji o nazwie Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), która wydaje licencje na prowadzenie usług klinicznych i badań w zakresie wspomaganej reprodukcji. Zakres działania placówek ma na celu rozwój metod badania obecności nienormalnych genów lub chromosomów u embrionów przed implantacją. Podobnie jak w prawie hiszpańskim - embriony, które były poddane eksperymentom nie mogą zostać implantowane.

W naszym kraju, m.in. ze względów finansowych, jeszcze nie wykonuje się na szerszą skalę badań przedimplantacyjnych. Niemniej jest to zagadnienie, które powinno zostać uregulowane prawnie. Niesie ono ze sobą wiele problemów etycznych i społecznych.

W Polsce, podobnie jak w innych państwach, istnieją komisje bioetyczne w akademiach medycznych i uczelniach zajmujących się naukami biologicznymi. Komisje zajmują się oceną projektów badawczych, jak również zagadnieniem naruszania praw człowieka w związku z eksperymentami. Komisje bioetyczne działają w PAN-nie i w niektórych instytucjach resortowych. Wśród komisji zawodowych zajmujących się zagadnieniami bioetycznymi na pierwszym miejscu należy wymienić Komisję Etyczną przy Naczelnej Radzie Lekarskiej w Warszawie. Skupia ona przedstawicieli Okręgowych Izb Lekarskich. Gremium to wspólnie wydaje opinie na temat zagadnień bioetycznych dla Naczelnej Rady

Lekarskiej. Opiniuje również projekty ustaw sejmowych, ustala wykładnię dotyczącą interpretacji zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. Brak jednak w naszym kraju narodowego komitetu bioetycznego.

W wielu krajach europejskich powołane są różnego rodzaju rady lub komitety etyczne, przy rządzie lub parlamencie. Komitety te mają charakter interdyscyplinarny, skupiają nie tylko specjalistów nauk medycznych i biologicznych, ale także filozofów, teologów, etyków, prawników, a nawet osoby, które nie mają specjalistycznego przygotowania zawodowego.²¹ Narodowy komitet bioetyczny, zdaniem Safjana, nie powinien zajmować się sprawami tradycyjnie należącymi do komisji etycznych działających w ramach samorządu lekarskiego czy organizacji samorządowych innych zawodów medycznych, ani sprawami ściśle rozumianej deontologii lekarskiej, związanymi bezpośrednio z wykonywaniem zawodu lekarza, czy innych zawodów medycznych, ale powinien rozstrzygać podstawowe zagadnienia bioetyczne.²²

Stanowisko to nie jest powszechnie akceptowane przez świat medyczny w Polsce. Niektóre środowiska wyrażają obawę, że taki komitet mógłby stać się instytucją, która będzie podejmować decyzje uwarunkowane względami politycznymi lub ideologicznymi. Nie bez znaczenia jest także możliwość wywierania wpływu przez osoby zainteresowane finansowo rozwojem wspomaganej prokreacji. Zwraca się również uwagę na fakt, że poszczególne państwa Europy kwestię komitetu bioetycznego rozwiązują w różny sposób. We Francji komitet bioetyczny powołano przy prezydencie. W Wielkiej Brytanii uważa się, że wystarczą już istniejące w kraju komisje „będące bliżej przeciętnego obywatela”, które rozstrzygają na bieżąco problemy bioetyczne.

Podsumowanie

W trwającej w Polsce dyskusji na temat formułowania prawa dotyczącego biomedycyny można wyróżnić trzy opcje. Zwolennicy pierwszej opcji przyjmują chrześcijańską antropologię, według której życie osoby ludzkiej zaczyna się z chwilą poczęcia i są przekonani, że prawo powinno chronić istotę ludzką od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci. Koncepcja ta jest konsekwentnie przeciwna sztucznej prokreacji i badaniom prenatalnym podejmowanym w celu niedopuszczenia do urodzenia ewentualnego ułomnego dziecka.

²¹ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 22.

²² Tamże, s. 28.

Zwolennicy opcji laickiej uważają, że ograniczenie prawa do wolności jednostki może nastąpić jedynie przez naruszenie wolności drugiego człowieka, nie przyznają jednak żadnych praw poczętej istocie ludzkiej. W związku z tym nie mają w zasadzie większych zastrzeżeń odnośnie do sztucznej prokreacji lub badań prenatalnych. Optują za minimalną regulacją prawną sztucznej prokreacji.

Zwolennicy trzeciej opcji zakładają, że w państwie pluralistycznym regulacje prawne nie mogą pokrywać się ściśle z rozwiązaniami etyki katolickiej, powinny jednak przynajmniej bronić życia i godności człowieka poczętego. W propozycjach regulacji biomedycznej odwołują się do aktualnej ustawy o planowaniu rodziny, ochronie dziecka poczętego i warunkach przerywania ciąży. Chodzi więc w praktyce o zgodę na przeprowadzanie, jak to zostało zaprezentowane powyżej, wspomaganej prokreacji, zapłodnienia *in vitro*, zamrażania embrionów, ale przy wszystkich konsekwencjach wynikających z założenia, że ludzkie istnienie zaczyna się w momencie poczęcia.

M. Safjan stawia podstawowe pytanie: Czy w społeczeństwie pluralistycznym możliwe jest wypracowanie konsensusu w bioetyce? W jego opinii - po pierwsze, wszystkie bez wyjątku problemy z obszaru bioetyki powinny być poddane nieskrępowanej dyskusji. O jej wynikach w stosunku do formułowania prawa muszą decydować jedynie argumenty merytoryczne. Po drugie, uznając, że istnieje różnica między nakazami moralnymi a prawem, nie można jednocześnie kwestionować istnienia punktów styecznych między prawem i moralnością w sprawach zasadniczych. Po trzecie, o wynikach dyskusji nie może decydować wyłącznie rozkład liczbowy głosów w społeczeństwie czy parlamencie. Po czwarte, niezbędne jest poprzedzenie działań legislacyjnych debatą, która pozwoli na prawidłową identyfikację występujących problemów oraz na określenie zasadniczych rozbieżności i punktów styecznych. Dopiero wypracowanie podstaw do przyszłego konsensusu może uzasadnić ewentualne przejście do następnego etapu, którym jest interwencja ustawodawcza.²³ Safjan zaznacza jednak, że konsensus, wsparty z samej swej istoty na kompromisie i ustępstwach, dotyczy nie przekonań moralnych i przyjętego systemu wartości, ale określenia zasad postępowania, które mogłyby być zaakceptowane przez społeczeństwo. O ile więc nie można nikogo zmuszać do tego, aby wyrzekł się swoich przekonań religijnych, moralnych lub filozoficznych, o tyle można oczekiwać, że uczestnicy debaty zajmujący przeciwstawne pozycje będą w stanie nie tylko wyrazić nie określić swoje stanowisko, ale również podjąć próbę wyznaczenia

²³ Tamże, s. 21.

obszaru, w którym istniałaby zgoda na przyjęcie pewnej wspólnie uznawanej zasady postępowania. Jest dość prawdopodobne, że osiągany w ten sposób konsens nie będzie wykraczał poza poziom minimalny. Ale nawet taki konsens wydaje się lepszy od sytuacji, w której brak jakiegokolwiek porozumienia, gdyż sytuacja taka prowadzi do całkowitej dowolności i chaosu.²⁴

M. Safjan ma jednak świadomość względności tak osiągniętego porozumienia, mówiąc, że jeżeli społeczeństwo pluralistyczne i demokratyczne nie ma innej drogi niż poszukiwanie konsensusu w wyniku wzajemnych ustępstw i kompromisów, to nie można mieć całkowitej pewności co do tego, czy demokratyczne i pluralistyczne społeczeństwa nie skazą same siebie, w drodze powszechnego konsensusu, na unicestwienie.²⁵ Przytacza także wypowiedź Hevre Barreau: *Państwo demokratyczne może przyjąć również pewne cechy państwa totalitarnego, jeśli obywatele nie uzbroją się w moralność o charakterze uniwersalnym, aby zapewnić zawsze i wszędzie poszanowanie życia ludzkiego, jego godności oraz tych wymagań, które powinno ono nadawać aktywności publicznej.*²⁶

DODATEK

Polskie akty prawne dotyczące biomedycyny oraz dokumenty Rady Europy i UNESCO

Podstawowym aktem prawnym regulującym sprawy związane z biomedycyną jest ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. nr 28 poz. 152 z 1997 r.). Cały rozdział 4 tej ustawy poświęcony jest eksperymentowi medycznemu. W rozdziale tym zdefiniowane zostały podstawowe pojęcia oraz zasady przeprowadzania eksperymentów medycznych. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Komisje bioetyczne powołują: okręgowa rada lekarska na obszarze swego działania, rektor wyższej uczelni medycznej, dyrektor medycznej jednostki badawczo-rozwojowej.

Wewnętrznym prawem dotyczącym lekarzy jest Kodeks Etyki Lekarskiej, który w swoich przepisach zawiera również treści dotyczące bio-

²⁴ Tamże, s. 30.

²⁵ Tamże, s. 31-32.

²⁶ *La loi morale - fondement du droit, „Ethique”* 1996, nr 22, s.18, cyt. za: M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 32.

medycyny. Art. 38 i 39 dotyczą prokreacji. W rozdziale II określono zasady przeprowadzania badań naukowych i eksperymentów biomedycznych.

Dokumenty Rady Europy

Podstawowym dokumentem Rady Europy w zakresie biomedycyny jest Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (zwana w skrócie Konwencją o prawach człowieka i biomedycynie). Polska nie podpisała tej konwencji. W styczniu 1998 r. 19 państw podpisało, jako aneks do konwencji, Protokół o zakazie klonowania istot ludzkich.

Innymi dokumentami Rady Europy dotyczącymi biomedycyny są:

- Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy 1046 (1986) w sprawie wykorzystywania embrionów i płodów ludzkich do celów diagnostycznych, terapeutycznych, naukowych, przemysłowych i handlowych.

- Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy 1100 (1989) w sprawie wykorzystania embrionów i płodów ludzkich do badań naukowych.

- Rekomendacja No. R (90) 3 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie eksperymentów medycznych na istotach ludzkich.

- Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy 934 (1982) dotycząca inżynierii genetycznej.

- Rekomendacja No. R (90) 13 Komitetu Ministrów Rady Europy dotycząca prenatalnych genetycznych badań przesiewowych, prenatalnych genetycznych badań diagnostycznych oraz związanego z nim poradnictwa.

- Rekomendacja No. R (92) 3 Komitetu Ministrów Rady Europy dotycząca genetycznych badań diagnostycznych i przesiewowych wykonywanych dla celów opieki zdrowotnej.

Wśród innych dokumentów dotyczących zasad etycznych związanych z postępowaniem w medycynie można wymienić:

- Deklarację Helsińską: Rekomendacja dla lekarzy zajmujących się badaniami biomedycznymi na ludziach. Została ona przyjęta na XVIII Światowym Zgromadzeniu Lekarzy w Helsinkach w 1964 r.

- Raport na temat sztucznej prokreacji człowieka Komitetu Ekspertów Rady Europy ds. Postępu w Naukach Biomedycznych.

W listopadzie 1997 roku 186 państw zrzeszonych w UNESCO przyjęło Deklarację o ochronie genomu ludzkiego, zobowiązującą do niestosowania praktyk genetycznych mogących deformować gatunek ludzki i poszczególne jednostki ludzkie z osobna.²⁷

**Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza
(Dz.U.1997, nr 28, poz.152)**

Art. 26. 1. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i płodu. 2. Kobiety ciężarne i karmiące mogą uczestniczyć wyłącznie w eksperymentach badawczych pozbawionych ryzyka lub związanych z niewielkim ryzykiem.

**Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności
Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (Konwencja
o Prawach Człowieka i Biomedycynie - 4.04.1997)**

Art. 12. Testy prognozujące choroby genetyczne albo testy, które mogą służyć do identyfikacji nosiciela genu odpowiedzialnego za chorobę, oraz testy, które mogą wykrywać genetyczne predyspozycje lub podatność na zachorowanie, mogą być przeprowadzone wyłącznie w celach zdrowotnych albo dla badań naukowych związanymi z celami zdrowotnymi, oraz podlegają odpowiednim konsultacjom genetycznym. Art. 13. Interwencja mająca na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim może być przeprowadzona wyłącznie w celach profilaktycznych, terapeutycznych lub diagnostycznych tylko wtedy, gdy jej celem nie jest wywoływanie dziedzicznych zmian genetycznych potomstwa. Art. 14. Wykorzystanie technik medycznie przeprowadzanego procesu prokreacji jest zakazane, o ile celem tych technik jest wybór płci przyszłego dziecka, z wyjątkiem sytuacji, gdy selekcja taka pozwala uniknąć poważnej choroby dziedzicznej związanej z płcią dziecka. Art. 18. 1. Jeżeli prawo zezwala na przeprowadzenie badań na embrionach in vitro, należy zapewnić odpowiednią ochronę tym embrionom. 2. Tworzenie embrionów ludzkich dla celów naukowych jest zabronione.

²⁷ Opr. G. Ciura, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, 25.03.1998 r.

**Protokół dodatkowy do Europejskiej Konwencji o Ochronie
Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań
Biologii i Medycyny w Sprawie Zakazu Klonowania Istot Ludzkich**

(...) instrumentalne traktowanie istoty ludzkiej przez rozmyślne tworzenie istot ludzkich genetycznie identycznych zaprzecza godności człowieka i stanowi niewłaściwe wykorzystywanie biologii i medycyny.

Art. 1. Jakakolwiek interwencja mająca na celu tworzenie istoty ludzkiej genetycznie identycznej z inną istotą żyjącą lub martwą jest zabroniona.

Kodeks Etyki Lekarskiej

Art. 37. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Lekarz powinien udzielić wyczerpujących i wiarygodnych informacji dotyczących procesów zapłodnienia i regulacji poczęć, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zainteresowanym tą problematyką pacjentom. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka z możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi współczesnej genetyki lekarskiej, w tym diagnostyki przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzaniem badań przedurodzeniowych.

Art. 38. Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz jednocześnie odpowiada za zdrowie i życie dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.