



Dr Patrycja Pogodzińska

DOSTĘP DO ZAPŁODNIENIA *IN VITRO* A ZAKAZ DYSKRYMINACJI – STANDARZY MIĘDZYNARODOWE, PRZEGLĄD ROZWIĄZAŃ LEGISLACYJNYCH W WYBRANYCH PAŃSTWACH, ANALIZA STANU PRAWNEGO W POLSCE¹

Niniejsza opinia ma na celu analizę ograniczeń w dostępie do *in vitro* w kontekście zakazu dyskryminacji ze względu, w szczególności na stan cywilny, orientację seksualną oraz wiek. Opinia przedstawia kluczowe dokumenty i orzecznictwo międzynarodowe w tej dziedzinie, przykłady rozwiązań legislacyjnych w wybranych krajach europejskich i ich interpretacji przez sądy krajowe. Na tym tle opinia opisuje rozwiązania przyjęte w tym zakresie w polskich projektach legislacyjnych znajdujących się aktualnie w trakcie procesu legislacyjnego.

Należy zaznaczyć, że stan prawny i orzecznictwo prezentowane w niniejszej opinii ogranicza się jedynie do zagadnienia dostępu do procedury medycznie wspomaganego prokreacji, w szczególności zapłodnienia *in vitro*, ze względu na wspomniane powyżej kryteria. Nie będą zatem w tym miejscu poruszane inne złożone kwestie natury prawnej, naukowej bądź etycznej w dziedzinie medycznie wspomaganego prokreacji.

I. STANDARDY PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO

Prawo międzynarodowe w dużej mierze milczy w odniesieniu do medycznie wspomaganego prokreacji, pozostawiając szeroki margines uznania ustawodawcom krajowym. Ale nawet na poziomie prawodawstwa krajowego kwestie te są uregulowane w niewielkim stopniu. Niektóre państwa zabraniają pewnych metod wspomaganego prokreacji, podczas gdy w wielu innych państwach dziedzina ta pozostaje zupełnie nieuregulowana.

Prawo międzynarodowe dopiero stosunkowo niedawno zaczęło w sposób wiążący regulować kwestie związane z rozwojem nauk biomedycznych, w tym technik medycznie wspomaganego prokreacji. Rozwojowi badań biomedycznych po II wojnie światowej towarzyszy debata na temat zasad etycznych i standardów medycznych, jakim powinna podlegać biomedycyna. Za

¹ Opinia została sporządzona w ramach projektu „Obserwatorium legislacji antidyskryminacyjnej”, realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

podwaliny tych zasad można uznać Kodeks norymberski (sformułowany w 1947 roku przez aliancki Trybunał Wojskowy) oraz Deklarację Helsińską Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) dot. *Etycznych zasady prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi* (przyjęta w 1964 roku i wielokrotnie rewidowana, siódma zmiana z 2013 roku).

RADA EUROPY

W 1985 roku kwestie dotyczące bioetyki zostały włączone do zakresu działalności Rady Europy. W 1992 roku ustanowiono Komitet Sterujący do spraw Bioetyki (Steering Committee on Bioethics – CDBI), którego zadaniem jest badanie zagadnień etycznych, w szczególnych wyzwaniach dla praw człowieka wynikających z postępu nauk biomedycznych; Komitet ma także na celu opracowanie instrumentów prawnych regulujących te kwestie².

W 1997 przyjęty został pierwszy prawnie wiążący instrument międzynarodowy w tej dziedzinie – *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie* - Konwencja z Oviedo (dalej: konwencja bioetyczna). Konwencja ustanawia ramy prawne mające zastosowanie zarówno do codziennej praktyki medycznej jak i nowych technologii w zakresie biologii człowieka i medycyny, mające na celu ochronę praw człowieka i godności ludzkiej poprzez ustanowienie podstawowych zasad w zakresie opieki zdrowotnej, badań medycznych, transplantacji i genomiki. Konwencja została jak dotąd ratyfikowana przez 29 państw.

CDBI został w 2012 roku przemianowany na Komitet do spraw Bioetyki (Committee on Bioethics – DH-BIO) i przyłączony do Komitetu Sterującego ds. Praw Człowieka. Do jego zadań należy nadal ocena kwestii etycznych i prawnych w dziedzinie nauki i technologii biomedycznych, rozwijanie zasad zawartych w Konwencji bioetycznej oraz przyczynianie się do podniesienia świadomości na temat tych zasad i ich realizacji. Zasady ogólne rozwijane są w dodatkowych protokołach dotyczących konkretnych zagadnień biomedycznych

Konwencja bioetyczna została podpisana przez Polskę 7 maja 1999 roku, ale nadal nie została ratyfikowana. Do tej pory przyjęto cztery dodatkowe protokoły do Konwencji: I – w sprawie zakazu klonowania istot ludzkich (z 12.01.1998, podpisany przez Polskę 7.05.1999, nie ratyfikowany); II – w sprawie przeszczepiania narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego (z 24.1.2002, Polska go nie podpisała); III – w sprawie badań biomedycznych (z 25.1.2005, Polska nie podpisała); oraz IV – w sprawie badań genetycznych dla celów zdrowotnych (z 27.11.2008, protokół nie wszedł jeszcze w życie, Polska jak dotąd go nie podpisała)³. Oprócz tych wiążących instrumentów prawnych, Komitet ds. Bioetycznych przyjął również szereg zaleceń, wydał kilka raportów i białych ksiąg⁴. Instrumenty prawne przyjęte przez Komitet

² Council of Europe, Bioethics, http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/default_en.asp

³ <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ListeTraites.asp?CM=8&CL=ENG>

⁴ http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/default_en.asp



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

służą jako punkt odniesienia zarówno dla innych organizacji międzynarodowych jak i poszczególnych państw.

Konwencja bioetyczna nie reguluje szczegółowo kwestii procedury oraz dostępu do medycznie wspomaganego prokreacji⁵. Skupia się raczej na ochronie zarodka ludzkiego i płodu w ramach tych procedur. Dlatego nie znajdziemy tu przepisów odnoszących się do ewentualnej dyskryminacji w dostępie do zapłodnienia *in vitro* czy innych metod medycznie wspomaganego prokreacji. W artykułach 14 i 18 konwencja zabrania wykorzystywania technik medycznie wspomaganego prokreacji w celu wyboru płci przyszłego dziecka (z wyjątkiem sytuacji, gdy pozwoli to uniknąć poważnej choroby dziedzicznej związanej z płcią) oraz tworzenia embrionów ludzkich dla celów badawczych. Przewiduje również, że jeżeli prawo zezwala na badania na embrionach *in vitro*, powinno także zapewnić właściwą ochronę tym embrionom.

Natomiast art. 3 konwencji stanowi:

Uwzględniając potrzeby zdrowotne oraz dostępne środki, Strony podejmą w ramach swoich kompetencji, stosowne działania w celu zapewnienia sprawiedliwego [w znaczeniu także równoprawnego (org. equitable)] dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości.

Raport wyjaśniający do konwencji bioetycznej tłumaczy, w kontekście tego artykułu:

24. Celem jest zapewnienie sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami medycznymi danej osoby. „Opieka zdrowotna” oznacza usługi oferujące interwencje zapobiegawczych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, mających na celu utrzymanie lub poprawę stanu osoby zdrowia lub złagodzenie cierpienia danej osoby. Standard tej opieki musi być odpowiedni w świetle postępu naukowego i podlegać ciągłej ocenie jakości.

*25. Dostęp do opieki zdrowotnej musi być sprawiedliwy. W tym kontekście „sprawiedliwy” [equitable] oznacza przede wszystkim **brak nieuzasadnionej dyskryminacji**. Chociaż nie jest synonimem absolutnej równości, sprawiedliwy dostęp zakłada skuteczne uzyskanie zadowolającego stopnia opieki.*

⁵ Warto zwrócić uwagę, że Międzynarodowy Komitet Monitorowania Metod Wspomaganego Rozrodu (The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology - ICMART), niezależna, międzynarodową organizacją non-profit, odpowiedzialną za gromadzenie i rozpowszechnianie dane dotyczących metod wspomaganego reprodukcji (assisted reproductive technology - ART), wydał wraz ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) słownik terminologii w tej dziedzinie: Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S, International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; [World Health Organization. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology \(ICMART\) and the World Health Organization \(WHO\) revised glossary of ART terminology, 2009. Fertil Steril 2009; 92: 1520-1524.](#) Termin *medycznie wspomaganego prokreacji* obejmuje zatem różne metody, w tym sztuczne zapłodnienie wewnątrzustrojowe (wyróżnia się tu inseminację homologiczną oraz inseminację heterologiczną) oraz *in vitro*, czyli zapłodnienie pozaustrojowe.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

Zważywszy, że WHO oficjalnie uznała niepłodność jako chorobę w jej nowym, międzynarodowym słowniku terminologii dotyczącej metod wspomaganego reprodukcji⁶, metody te można uznać, co do zasady, za interwencję terapeutyczną. Podobnie Konferencja ONZ w sprawach Kobiet (Pekin, 1995 rok) uznała, że w zakres opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym wchodzi także zapobieganie i leczenie niepłodności.

Trzeba jednak zwrócić uwagę, że ustawodawstwo poszczególnych państw różni się, jeśli chodzi o stosunek do zapłodnienia *in vitro* – jedne uznają ten zabieg jako środek terapeutyczny, stosowany w przypadkach uzasadnianych medycznie, czyli jako jedną z metod leczenia niepłodności traktowanej jako chorobę, inne zrównują zabieg zapłodnienia *in vitro* ze zwykłą usługą, z której może skorzystać każdy niezależnie od istnienia wskazań medycznych. Pomiędzy tymi dwoma biegunami istnieje szereg rozwiązań pośrednich.

W literaturze powstał nawet termin osoby „niepłodne społecznie”, na określenie osób, których z medycznego punktu widzenia nie można uznać za niepłodne, ale które ze względu na swoją sytuację społeczną nie mogą mieć genetycznie spokrewnionych dzieci, jak kobiety samotne, pary tej samej płci, pary heteroseksualne na granicy wieku rozrodczego.

ORZECZNICTWO EUROPEJSKIEGO TRYBUNAŁU PRAW CZŁOWIEKA

Mimo już znacznego dorobku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPCz) w sprawach dotyczących szeroko pojętych praw reprodukcyjnych, niewiele jest jak dotąd orzeczeń dotyczących medycznie wspomaganego prokreacji. Można tu wymienić w szczególności:

- wyrok Wielkiej Izby w sprawie *Evans p-ko Wielkiej Brytanii* (wyrok z 10 kwietnia 2007 r., skarga nr 6339/05) dotyczący cierpiącej na raka skarżącej, która, zmuszona do usunięcia jajników z powodu choroby, skorzystała z zapłodnienia *in vitro*, aby zabezpieczyć sobie możliwość posiadania genetycznie spokrewnionego potomstwa; jednakże po rozstaniu jej były partner wycofał swoją zgodę na wykorzystanie wspólnie stworzonych embrionów, wskutek czego zostały one zniszczone; ETPCz stwierdził brak naruszenia art. 2, 8 oraz 14 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka;
- sprawę *Costa i Pavan p-ko Włochom* (wyrok z 28 sierpnia 2012, skarga nr 54270/10), dotyczącą odmowy skorzystania z preimplantacyjnych testów genetycznych skarżącym, którzy byli zdrowymi nosicielami mukowiscydozy i chcieli uniknąć przekazania jej potomstwu; ETPCz uznał naruszenie art. 8 Konwencji;
- sprawę *Parrillo p-ko Włochom* (skarga nr 46470/11), zawisłą przed Wielką Izbą, dotyczącą możliwości przekazania nadwyżki embrionów, stworzonych w ramach procedury medycznie wspomaganego prokreacji, na cele badawcze.

⁶ Ibid.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

W kontekście ograniczenia w dostępie do medycznie wspomaganego prokreacji można jak dotąd wskazać tylko sprawę *Dickson p-ko Wielkiej Brytanii* (wyrok Wielkiej Izby z 4 grudnia 2007 r., skarga nr 44362/04). Wyrok Wielkiej Izby (podjęty większością 12 do 5) jest dość dyskusyjny, tym bardziej, iż uchyla on wyrok Izby 7 sędziów. Ponadto okoliczności sprawy są bardzo specyficzne i nie dotyczą jednego z omawianych tu kryteriów dostępu do leczenia (wieku, orientacji seksualnej czy statusu cywilnego). Ze względu jednak na brak bardziej relewantnego orzecznictwa, warto przytoczyć w skrócie uzasadnienie ETPCz w tej sprawie.

Skarżący, Kirk Dickson, został uznany winnym morderstwa w 1994 roku i skazany na karę dożywotniego pozbawienia wolności bez możliwości warunkowego zwolnienia przed upływem 15 lat. W 1999 roku poznał korespondencyjnie Lorraine, która w tym czasie również odbywała karę pozbawienia wolności. W 2001 roku zawarli ślub. Lorraine, urodzona w 1958 roku, miała już troje dzieci z wcześniejszych związków. Para poprosiła o możliwość skorzystania ze sztucznego zapłodnienia, uzasadniając, że będzie to jedyna możliwość posiadania wspólnego dziecka (system więzienny w Wielkiej Brytanii nie zezwala na „wizyty małżeńskie”), zważywszy na datę możliwego zwolnienia Dickensa oraz wiek jego żony. Sekretarz Stanu odmówił, zgodnie z zasadą, iż zgody na skorzystanie więźnia z możliwości sztucznego zapłodnienia udziela się tylko w „wyjątkowych okolicznościach”. Uzasadnienie odmowy wskazywało również na: brak sprawdzenia się relacji skarżących w sytuacjach życia codziennego w normalnym środowisku; brak wystarczających środków dla zapewnienia materialnego dobrobytu poczętego dziecka; ograniczoną sieć bezpośredniego wsparcia dla matki i dziecka; oraz fakt, że ojciec dziecka byłby nieobecny przez znaczną część jej/jego dzieciństwa. Uznano również, że opinia publiczna miałaby uzasadnione obawy, iż pozwolenie Dicksonowi na zostanie ojcem w wyniku sztucznego zapłodnienia podczas pobytu w więzieniu doprowadziłoby do obejścia represyjnych i odstraszających elementów jego kary, zważywszy na brutalne okoliczności popełnionego przestępstwa.

Zdaniem Trybunału art. 8 miał zastosowanie do zarzutów skarżących, ponieważ odmowa sztucznego zapłodnienia dotyczyła ich życia prywatnego i rodzinnego, które obejmuje prawo do poszanowania decyzji o zostaniu rodzicami genetycznymi.

W przeciwieństwie do wyroku Izby (który kładł nacisk na szeroki margines uznania państw i brak arbitralności przedmiotowej odmowy), Wielka Izba stwierdziła naruszenie art. 8 Konwencji ze względu na brak zachowania równowagi pomiędzy interesem publicznym i prywatnym. Wielka Izba potwierdziła, że w tym czasie 30 państw spośród ratyfikujących Konwencję pozwalało na wizyty małżeńskie w więzieniu, co można postrzegać jako środek eliminujący konieczność zapewnienia przez władze warunków dla sztucznego zapłodnienia. Trybunał potwierdził jednak, że Państwa nie są zobowiązane do ustanowienia takich wizyt. Zdaniem Wielkiej Izby polityka służb więziennych stosowana wobec wnioskodawców o sztuczne zapłodnienie była tak rygorystyczna, że wykluczała możliwość znalezienia właściwej równowagi pomiędzy interesem publicznym a interesem jednostki, nie pozwalając na właściwą ocenę proporcjonalności tych ograniczeń w indywidualnym przypadku. Ponadto,



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

ponieważ polityka ta nie była zawarta w prawie pierwotnym, Parlament nigdy nie dokonał porównania tych sprzecznych interesów, ani oceny kwestii proporcjonalności.

Inna stosunkowo głośna sprawa dotycząca metod medycznie wspomaganey prokreacji to sprawa *S.H. i inni p-ko Austrii* (wyrok Wielkiej Izby z 3 listopada 2011 r., skarga nr 57813/00), gdzie również Wielka Izba zmieniła wyrok Izby, dowodzi, że **nie ukonstytuowały się jeszcze uniwersalne standardy** w wielu kwestiach dotyczących tej dziedziny. W sprawie tej dwie pary starały się o poczęcie dziecka poprzez zapłodnienie *in vitro*, jednakże każda z par potrzebowała gamet dawcy (nasienia w jednym przypadku i komórek jakowych w drugim). Tymczasem prawo austriackie nie zezwala na dawstwo gamet, uzasadniając to, między innymi, chęcią uniknięcia sytuacji, w których na przykład dwie kobiety mogłyby twierdzić, że są biologicznymi matkami tego samego dziecka.

ETPCz potwierdził zastosowanie art. 8 Konwencji do niniejszej sprawy, uznając, że artykuł ten chroni prawo pary do poczęcia dziecka i do wykorzystania w tym celu medycznie wspomaganey prokreacji, ponieważ tego typu wybór jest wyrazem życia prywatnego i rodzinnego.

Co do meritum sprawy, ETPCz zauważył, że mimo wyraźnej tendencji w Europie opowiadającej się za umożliwianiem dawstwa gamet w celu zapłodnienia *in vitro*, wyłaniający się konsensus jest wciąż w fazie rozwoju i nie opiera się na utrwalonych zasadach prawnych. Trybunał analizował okoliczności sprawy nie w świetle aktualnej wiedzy naukowej i praktyki, lecz w momencie wydania zaskarżonej decyzji przez austriacki Trybunał Konstytucyjny, to jest w październiku 1999 roku. Zdaniem ETPCz „leczenie *in vitro* było wówczas i jest nadal źródłem wrażliwych kwestii moralnych i etycznych na tle szybko postępujących osiągnięć medycznych i naukowych”, a ponieważ kwestie poruszone w niniejszej sprawie dotyczą obszarów, w których nie ma jeszcze jednoznacznych i powszechnie akceptowanych zasad wśród państw członkowskich, ETPCz uznał, że margines uznania przyznany Państwu musi być szeroki. Zdaniem Trybunału, sposób, w jaki ustawodawca austriacki starał się zrównoważyć realia społeczne ze swoim pryncypialnym podejściem w tej dziedzinie, nie przekroczył dozwolonego marginesu uznania w przedmiotowym czasie, a zatem nie doszło do naruszenia art. 8 Konwencji.

Jednocześnie jednak ETPCz zauważył, że austriacki parlament do tej pory nie podjął gruntownej rewizji regulacji dotyczących sztucznej prokreacji, uwzględniającej postępujący rozwój nauki i społeczeństwa. Zarówno stan medycyny jak i społeczny konsensus podlegają ewolucji, którą ustawodawca będzie musiał wziąć pod uwagę w przyszłości. Chociaż Trybunał nie stwierdził naruszenia art. 8 w niniejszej sprawie, podkreślił jednak, że sztuczna prokreacja jest przedmiotem szczególnie dynamicznego rozwoju nauki i dziedziną, w której prawo jest na etapie nieustannej ewolucji, dlatego Państwa powinny poddawać ją stałej weryfikacji.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

Wnioski, jakie można wyciągnąć z powyższego rozumowania, to że państwo nie jest zobowiązane do zalegalizowania medycznie wspomaganej prokreacji czy jakiegokolwiek konkretnej jej metody (nawet jeśli dopuszcza niektóre z nich). Jednakże, jak w wielu dziedzinach, w których Trybunał zmienił linię orzeczniczą wraz z ewolucją obyczajów, państwa nie mogą pozostać obojętne na dominujące trendy w prawie innych państw europejskich.

UNIA EUROPEJSKA

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej nawiązuje do kwestii biomedycznych w art. 3 ust. 2, który stanowi:

2. W dziedzinach medycyny i biologii muszą być szanowane w szczególności:

- a) swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej, wyrażona zgodnie z procedurami określonymi przez ustawę;
- b) zakaz praktyk eugenicznych, w szczególności tych, których celem jest selekcja osób;
- c) zakaz wykorzystywania ciała ludzkiego i jego poszczególnych części jako źródła zysku;
- d) zakaz reprodukcji klonowania istot ludzkich.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. (ze zmianami) w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich oraz wykonujące ją dyrektywy Komisji 2006/17/WE i 2006/86/WE przyczyniły się do ustanowienia nowych standardów bezpieczeństwa i jakości procedur klinicznych i laboratoryjnych wykonanych w ramach zapłodnienia *in vitro* (IVF).

Termin na transpozycję przepisów dyrektywy 2004/23/WE upłynął 2 kwietnia 2006 r. Większość krajów europejskich dokonała już transpozycji powyższych przepisów. Wobec Polski Komisja wszczęła postępowanie o naruszenie prawa wspólnotowego w związku z brakiem pełnej transpozycji dyrektywy (zob. poniżej – rozdział III.).

Ponadto Dyrektywa 98/79/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 1998 r. w sprawie wyrobów medycznych używanych do diagnostyki *in vitro*, która jest w trakcie rewizji, może mieć także istotny wpływ na dziedzinę badań genetycznych i ich związek z metodami wspomaganej reprodukcji.

Powyższe akty prawne nie regulują procedur medycznie wspomaganej prokreacji ani dostępu do niej.

MIĘDZYAMERYKAŃSKI TRYBUNAŁ PRAW CZŁOWIEKA

Ciekawy wyrok wydał Międziamerykański Trybunał Praw Człowieka w listopadzie 2012 roku, w którym orzekł, że wyrok Sądu Najwyższego Kostaryki z 2000 roku zakazujący



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

zapłodnienia *in vitro* naruszył prawo do życia prywatnego i rodzinnego, prawo do założenia rodziny, jak również prawo do niedyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, środki finansowe lub płeć, zawarte w Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka.

Izba Konstytucyjna Sądu Najwyższego Kostaryki uchylili dekret Ministra Zdrowia z 1995 roku zezwalający i regulujący przeprowadzanie zapłodnienia *in vitro*. Izba Konstytucyjna uznała dekret za niezgodny z Konstytucją, ponieważ, jej zdaniem, w procesie zapłodnienia *in vitro* tworzone są embriony ludzkie, z których niektóre przeznaczone są nieuchronnie na śmierć, tym samym praktyka ta narusza „prawo do życia i godności ludzkiej”⁷.

Sprawa została wszczęta przed Trybunałem w lipcu 2011 roku przez Międzyamerykańską Komisję Praw Człowieka w imieniu 18 mieszkańców Kostaryki (9 par), którym odmówiono prawa do *in vitro*. Orzeczenie naruszenia Amerykańskiej Konwencji Praw Człowieka wynika z uznania przez Trybunał, że embriony *in vitro* nie są „osobami”, więc nie posiadają praw człowieka, w tym prawa do życia. W związku z tym zakaz zapłodnienia *in vitro* mający na celu ochronę zarodków stanowi nieproporcjonalne i nieuzasadnione zaprzeczenie praw człowieka osób niepełnych.

Trybunał rozróżnił tu zapłodnienie od poczęcia, ponieważ poczęcie – w przeciwieństwie do zapłodnienia – zależy od implantacji zarodka w organizmie kobiety. Zdaniem Trybunału, ochrona prawna zarodka „od chwili poczęcia” nie ma zastosowania w okresie między jego utworzeniem poprzez sztuczne zapłodnienie a zakończeniem jego implantacji w macicy.

II. PRZEGLĄD ROZWIĄZAŃ LEGISLACYJNYCH W WYBRANYCH PAŃSTWACH

Przepisy dotyczące metody zapłodnienia *in vitro*, muszą uregulować szereg skomplikowanych i etycznie wrażliwych kwestii, takich jak określenie liczby embrionów tworzonych w cyku leczenia, selekcja embrionów, status embrionu i stopień jego ochrony, kwestia finansowania metody ze środków publicznych.

Przede wszystkim jednak, muszą uregulować, kto i w jakich okolicznościach ma prawo do skorzystania z tej metody: czy konieczne jest medyczne stwierdzenie niepłodności, czy dostęp do leczenia ograniczony jest do związków małżeńskich, heteroseksualnych⁸, czy mogą z niego korzystać osoby samotne, czy ustanowiona jest górna granica wieku kobiety i mężczyzny. W zależności od dopuszczalnych metod i zakresu dostępności, konieczne jest też szczegółowe uregulowanie przepisów faliacyjnych i wszelkich możliwych konsekwencji dla prawa rodzinnego.

⁷ *Human rights to in vitro fertilization*, F. Zegers-Hochschild, B. M. Dickens, S. Dughman-Manzur, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123 (2013) 86–89;

⁸ Brak ograniczenia dopuszczalności stosowania zapłodnienia metodą *in vitro* do par heteroseksualnych występuje w Belgii, Danii, Estonii, Finlandii, Gruzji, Hiszpanii, Izraelu, Kanadzie i w Norwegii.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

W samej tylko Europie daleko jest do zidentyfikowania wspólnych czy dominujących zasad w tej dziedzinie.

1. AUSTRIA⁹

Ustawodawstwo Austrii w zakresie medycznie wspomaganey prokreacji jest bardzo restrykcyjne. Ustawa o Medycynie reprodukcyjnej (Fortpflanzungsmedizingesetz, Reproductive Medicine Act) została przyjęta w 1992 roku i do dziś nie uległa znaczącym zmianom. Należy jednak zauważyć, że wyrok ETPCz w sprawie S.H i inni p-ko Austrii (zob. wyżej), pomimo jego uchylecia przez wyrok Wielkiej Izby, przyczynił się do otwarcia debaty nad koniecznością reformy istniejącego prawa, w celu dostosowanie go do zmieniającej się sytuacji społecznej oraz rozwoju praw i nauki w dziedzinie medycyny reprodukcyjnej.

Ustawa austriacka, w aktualnym brzmieniu, pozwala na dostęp do medycznie wspomaganey prokreacji tylko małżeństwom lub stałym parom heteroseksualnym i zakazuje jakiegokolwiek formy dawstwa komórek jajowych. Dawstwo nasienia jest zabronione w stosunku do samotnych kobiet i par lesbijskich. Mogą z niego skorzystać jedynie te pary, w których bezpłodny jest mężczyzna, ale nie w połączeniu z zapłodnieniem *in vitro*.

Według obserwacji rządu austriackiego w sprawie S.H., celem istniejących ram prawnych jest uniknięcie „nietypowych” relacji osobistych (np. dziecko posiadające dwie matki biologiczne). Ponadto, zdaniem Austrii, celem ustawy jest także uniknięcie „wyzysku i poniżenia kobiet, zwłaszcza tych ze środowisk defaworyzowanych pod względem ekonomicznym”, które mogłyby czuć się zmuszone do oddania komórek jajowych innym niepłodnym kobietom, tak aby uzyskać dostęp do zabiegu zapłodnienia *in vitro*, na który inaczej nie byłoby je stać.

Tym samym dostęp do IVF mają wyłącznie pary heteroseksualnych w związku małżeńskim lub stale wspólnie zamieszkujące, pod warunkiem, że użyte zostaną ich własne gamety. Limit wieku wynosi 50 lat dla mężczyzny oraz 40 lat dla kobiety.

Zgodnie z omawianą ustawą, za matkę potomstwa urodzonego dzięki IVF uważa się kobietę, która była w ciąży, a zatem tak zwane macierzyństwo zastępcze nie jest dopuszczalne w prawie austriackim.

Niespełniona chęć posiadania dzieci nie jest według prawa uważana za chorobę. Specjalnie ustanowiony fundusz pokrywa 70% kosztów zabiegów zapłodnienia *in vitro*, po spełnieniu szczególnych warunków.

Orzecznictwo:

⁹ Reform of the Reproductive Medicine Act, Opinion of the Austrian Bioethics Commission, publication available at: www.bka.gv.at/bioethics.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

W styczniu 2014 roku Trybunał Konstytucyjny orzekł o niekonstytucyjności szeregu przepisów ustawy dotyczącej medycznie wspomaganey prokreacji, w tym właśnie przepisów zabraniających parom lesbijskim żyjącym w konkubinacie lub związkach rejestrowanych dostępu do medycznie wspomaganey prokreacji. Ministerstwo Sprawiedliwości przedstawiło projekt ustawy w celu zapewnienia równego dostępu do medycznie wspomaganey prokreacji dla kobiet, niezależnie od ich stanu cywilnego (w konkubinacie, w związkach partnerskich oraz w związkach małżeńskich) oraz bez względu na płeć partnera. Projekt ma być poddany głosowaniu w parlamencie w 2015 roku¹⁰.

2. BELGIA¹¹

Procedury medycznie wspomaganey prokreacji w Belgii uregulowane są ustawą o medycznie wspomaganey prokreacji i przeznaczeniu nadwyżki zarodków i gamet¹² z 2007 roku.

Ustawodawstwo Belgii jest dość tolerancyjne, to znaczy nie zawiera żadnych prawnych ograniczeń dotyczących dostępu do zapłodnienia *in vitro*, pozostawiając szeroki margines uznania poszczególnym klinikom przeprowadzającym leczenie. Ustawa przewiduje, że dany ośrodek może na piśmie odmówić uwzględnienia wniosku o dostęp do medycznie wspomaganey prokreacji, albo wskazując na medyczne przyczyny odmowy lub powołując się na klauzulę sumienia.

Ustawa nie ogranicza wyraźnie dostępu do *in vitro* do par heteroseksualnych. Zapłodnienie *in vitro* jest też dostępne dla samotnych kobiet. Wobec tego każda klinika może swobodnie zdecydować, czy przyjąć czy odrzucić wnioski par homoseksualnych.

W tym kontekście ILGA-Europe odnotowała w raporcie za 2013 rok, że w regionie Walonii nadal ma miejsce nierówne traktowanie przez kliniki/szpitala par lesbijskich, które chcą skorzystać z medycznie wspomaganey prokreacji¹³.

Prawo przewiduje jednakże pewne ograniczenia związane z wiekiem w zakresie usuwania gamet, implantacji zarodka i inseminacji – praktyki te są dostępne dla kobiet do ukończenia 45 lat, natomiast implantacja zarodka jest dozwolona dla kobiet poniżej 47 lat.

¹⁰ ILGA-Europe Annual Review 2015, s. 40.

¹¹ *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members*. Busardò FP, Gulino M, Napoletano S, Zaami S, Frati P. Biomed Res Int. 2014;2014:307160.

¹² Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes. (M.B. 17/07/2007), <http://www.ieb-eib.org/nl/pdf/1-20070706-pma.pdf>

¹³ ILGA-Europe Annual Review 2014, s. 46;



3. BUŁGARIA

Procedury medycznie wspomaganą prokreacji w Bułgarii są objęte ustawą o zdrowia z 2004 roku¹⁴ oraz zarządzeniem nr 28 Ministra Zdrowia w sprawie czynności związanych ze wspomaganą reprodukcją z 2007 roku (z późn. zmianami)¹⁵.

Według ustawy bułgarskiej, medycznie wspomaganą prokreacja obejmuje wszystkie czynności związane z „zastosowaniem medycznych metod zapłodnienia komórki jajowej znajdującej się wewnątrz lub na zewnątrz ciała kobiety” oraz ekstrakcję komórki jajowej pochodzącej od jednej kobiety i jej implantację w ciele tej samej kobiety lub w ciele innej kobiety.

Zgodnie z zarządzeniem nr 28 zapłodnienie *in vitro* można przeprowadzić wobec kobiet do 51 roku życia, niezależnie od tego czy żyją w związku czy samotnie.

Orzecznictwo:

6 czerwca 2011 roku Sąd Najwyższy wydał wyrok w sprawie Ministerstwo Zdrowia p-ko PADC¹⁶ (Komisja ds. Ochrony przed dyskryminacją) podtrzymującą decyzję PADC przeciwko ministerstwu zdrowia. W decyzji tej stwierdzono dyskryminację kobiet w wieku 43 lat i więcej, które z powodu ustawowego limitu wieku nie mają dostępu do niektórych metod medycznie wspomaganą prokreacji. Sąd argumentował, że zaskarżone kryterium wieku jest nieuzasadnione, ponieważ właściwa decyzja może być podjęta jedynie na podstawie konkretnej oceny stanu zdrowia reprodukcyjnego danej kobiety.

4. CHORWACJA¹⁷

Poprzednia bardzo konserwatywna ustawa o medycznej reprodukcji z 2009 roku¹⁸ została zastąpiona w 2012 przez nieco bardziej liberalną ustawą o medycznie wspomaganą

¹⁴ The Bulgarian Health Act, 2004, <http://solicitorbulgaria.com/index.php/bulgarian-health-act-part-2>.

¹⁵ Order No. 28 of 20 June 2007 on assisted reproduction, <http://www.mh.government.bg>, cyt. za: *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members*. Busardò FP, Gulino M, Napoletano S, Zaami S, Frati P. *Biomed Res Int*. 2014;2014:307160.

¹⁶ Decyzja ostateczna N 7924 w sprawie administracyjnej N 10548/2010; i identyczna decyzja N 15601 w sprawie admin. N 15278/2010 z 25 listopada 2011.

¹⁷ (E)Uterus: *Laws on Reproductive Technologies in Contemporary Croatia*, Zorana Barisic, Budapest, 2013, http://www.academia.edu/6155280/E_Uterus_Laws_on_Reproductive_Technologies_in_Contemporary_Croatia; *The regulation of the Medically Assisted Reproduction (MAR) in Croatia and the European legislative context*, Anto Čartolovni, Marina Casini, Antonio G. Spagnolo, *Medicina e Morale* 2014/6: 997-1025, http://www.academia.edu/11008979/The_regulation_of_the_Medically_Assisted_Reproduction_MAR_in_Croatia_and_the_European_legislative_context; Croatia, Country Reports on Human Rights Practices for 2012, United States Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, <http://www.state.gov/documents/organization/204483.pdf>

¹⁸ Act on Medical Fertilization, (OG 88/09, 110/09);



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

reprodukcji¹⁹. W szczególności, nowa ustawa zezwala na dostęp do medycznie wspomaganey prokreacji parom żyjącym w konkubinacie oraz samotnym kobietom. Ustawa zezwala na dawstwo gamet i embrionów. Ustawa wyklucza jednak kobiety w związku tej samej płci. Natomiast artykuł zawarty w ustawie z 2009 roku, wyraźnie zakazujący osobom transseksualnym dostępu do medycznie wspomaganey prokreacji, został usunięty w ustawie z 2012 roku.

Ustawa rozszerzyła również dostęp do zabiegów IVF wobec osób niepełnosprawnych, których zdolność składania oświadczeń dotyczących ich stanu osobistego nie jest ograniczona. Ambiwalentne określenie granicy wieku w ustawie z 2009 roku zostało usunięte, a według nowej ustawy kobiety powyżej 42 lat mogą poddać się leczeniu finansowanemu przez państwo tylko wtedy, gdy ich lekarze zdecydują, że to możliwe.

5. CZECHY²⁰

W Czechach medycznie wspomaganą prokreacją uregulowaną jest przez ustawę nr 227/2006 o badaniach na ludzkich zarodkowych komórkach macierzystych i związanych z tym działaniach oraz o zmianie powiązanych ustaw. Zgodnie z tym prawem, tylko małżeństwa dotknięte niepłodnością mogą uzyskać dostęp do medycznie wspomaganey prokreacji, po wyrażeniu przez oboje pisemnej zgody.

Terapia może być stosowana u kobiet w wieku rozrodczym i tylko poprzez zapłodnienie homologiczne – zgodnie z ustawą, dawca gamet dla celów wspomaganey reprodukcji oznacza osobę tworzącą bezpłodną parę. Tylko kobiety w wieku od 18 do 35 lat oraz mężczyźni od 18 do 40 lat mogą oddać gamety dla celów medycznie wspomaganey prokreacji.

6. DANIA²¹

W Danii, zabiegi medycznie wspomaganey prokreacji reguluje ustawa nr 460 z 1997 roku o medycznie wspomaganey prokreacji w związku z leczeniem, diagnozowaniem oraz badaniami naukowymi, zmienionymi ustawami z 2003 i 2004 roku, a w szczególności ustawą nr 535 z 2006 roku.

Najnowsze zmiany wprowadzają możliwość dostępu do medycznie wspomaganey prokreacji niezamężnym kobietom oraz kobietom homoseksualnym. Aktualna ustawa nie ogranicza

¹⁹ The law on medically assisted fertilization (“National Gazette” 86/2012).

²⁰ *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members*. Busardò FP, Gulino M, Napoletano S, Zaami S, Frati P. *Biomed Res Int*. 2014;2014:307160.

²¹ Steering Committee on Bioethics (CDBI), *Replies by the member States to the questionnaire on access to medically assisted procreation (MAP) and on right to know about their origin for children born after MAP*, Strasbourg, 9 February 2012, CDBI/INF (2005) 7 REV 2 [bioethics/Textes publics/2005/INF(2005)7 e REVMAP]; B. A. Faber, “Assisted Reproduction, the Law and Public Attitudes: a Danish Perspective,” *European Review*, vol. 21, no. 1, pp. S80–S84, 2013.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

zatem dostępu do IVF ani do par heteroseksualnych ani dla samotnych heteroseksualnych kobiet. Kobiety powyżej 45 lat nie mogą poddać się leczeniu.

Ponadto, prawo zezwala na dawstwo nasienia partnerce dawcy (zapłodnienie homologiczne) lub innej kobiecie (zapłodnienia heterologiczne) a także na cele badawcze. Dawstwo jest anonimowe. W przypadkach zapłodnienia homologicznego, w razie śmierci dawcy, jego nasienie nie może być wykorzystane i podlega zniszczeniu.

W grudniu 2010 duński parlament uchwalił ustawę w sprawie dopłat pacjentów do medycznie wspomaganej prokreacji. Ponadto zwiększono udział pacjenta w finansowaniu produktów leczniczych stosowanych w leczeniu. W szczególnych przypadkach pacjent zwolniony jest z kosztów leczenia, na przykład w przypadku leczenia w publicznym szpitalu w sytuacji, gdy konieczne jest przeprowadzenie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej (PGD). Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2011 roku.

W przypadku pary homoseksualnej, partner w prawnie uznanym związku może adoptować dziecko partnera, z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko zostało adoptowane w drodze adopcji międzynarodowej.

Ponadto ustawa o dzieciach z 2013 roku wprowadza automatyczne uznanie rodzicielstwa dzieci urodzonych w parach lesbijskich za pomocą sztucznego zapłodnienia; jednakże właściwe kliniki wdrażały te reformę w sposób raczej przypadkowy. Na skutek skarg rodzin homoseksualnych i po zbadaniu indywidualnych przypadków, rząd przypomniał rzeczonym klinikom o ciążyących na nich obowiązkach ustawowych²².

7. ESTONIA²³

Ustawa o sztucznym zapłodnieniu i ochronie zarodka (RT I 1997, 51, 824) z 1997 roku (wielokrotnie nowelizowana, ostatnia zmiana w 2011 roku) reguluje następujące procedury: sztuczne zapłodnienie, zapłodnienie *in vitro*, badania zarodków. Zgodnie z ustawą, medycznie wspomagana prokreacja wymaga pisemnej zgody pary (obojga osób), która poddaje się zabiegom. Dawstwo nasienia, komórek jajowych i zarodków jest dozwolone i anonimowe.

Dostęp do medycznie wspomaganej prokreacji jest ograniczony do par heteroseksualnych, ale możliwy dla samotnych kobiet. Ustawa nie zakazuje wyraźnie dostępu do IVF parom homoseksualnym, ale posługuje się terminami „kobieta zamężna” i „niezamężna”. W obu przypadkach warunkiem koniecznym jest nieplodność. Kobieta niezamężna może skorzystać z nasienia konkretnego mężczyzny, za jego zgodą, bądź z nasienia dawcy. Tylko kobieta w

²² ILGA-Europe Annual Review 2015, s. 64;

²³ *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members,...*; Steering Committee on Bioethics (CDBI)...; Artificial Insemination and Embryo Protection Act, <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530102013057/consolide>.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

wieku do 50 lat i posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych może poddać się sztuczному zapłodnieniu.

Do poddania się zabiegowi w przypadku kobiety zamężnej konieczna jest zgoda jej męża. Zgoda może zawierać wskazanie, czy mąż godzi się na wykorzystanie jego nasienia również po jego śmierci.

Stosunek prawny partnera w związku homoseksualnym z dzieckiem partnera nie jest możliwy.

8. FINLANDIA²⁴

Do 2006 roku kwestie medycznie wspomaganą prokreacją, w tym IVF, nie była w Finlandii uregulowana. Zgodnie z art. 1 fińskiej ustawy o wspomaganym leczeniu niepłodności (1237/2006) „ma ona zastosowanie do świadczeń w zakresie wspomaganego leczenia płodności, w których ludzka gameta lub zarodek jest umieszczony w ciele kobiety w celu doprowadzenia do ciąży. Ustawa stosuje się również do dawstwa i przechowywania gamet oraz zarodków przeznaczonych do użycia w leczeniu płodności.”

Ustawa nie zezwala na medycznie wspomaganą prokreację jedynie w następujących przypadkach: - braku wyraźnej zgody osoby otrzymującej leczenie; - gdy jedna z osób tworzących leczoną parę jest w związku małżeńskim z osobą trzecią; - ciąża stanowiłaby istotne zagrożenie dla zdrowia kobiety lub dziecka, ze względu na wiek lub zdrowie kobiety; - osoba, która wyraziła zgodę na wspomaganie leczenia płodności wycofała zgodę lub zmarła; - jest oczywiste, że nie zostanie zagwarantowany zrównoważony rozwój dziecka; - istnieje podstawa do przypuszczenia, że dziecko zostanie oddane od adopcji²⁵.

Osoba, która chce oddać swoje komórki rozrodcze musi mieć powyżej 18 lat oraz przejść badania medyczne, a także nie może cierpieć na poważną chorobę dziedziczną lub jakąkolwiek chorobę zakaźną, która mogłaby wywołać chorobę u matki otrzymującej leczenie lub dziecka, które urodziłoby się dzięki tej terapii. Para może darować swoje zarodki w celu ich użycia w leczeniu innej pary – oboje są wówczas uważani za dawców i zgoda obojga jest konieczna.

Nie jest jasne, jak wg ustawodawcy fińskiego należy interpretować i ocenić gwarancje „zrównoważonego rozwoju”. Nie ma jednak prawnych ograniczeń w dostępie do *in vitro* dla kobiet samotnych i lesbijek. Ustawa nie stawia warunku niepłodności, aby skorzystać z medycznie wspomaganego leczenia prokreacji. Nie ma też dokładnie określonej granicy wieku, ocena

²⁴ Act on Assisted Fertility Treatments, <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2006/20061237>; *Finland passes new fertility legislation*, Dr. Kirsty Horsey, at: <http://www.ivf.net/ivf/finland-passes-new-fertility-legislation-o2315.html>; *The use of assisted fertilization in Finland: Health effects and equity*, Reija Klemetti, Stakes 2006, National Research and Development Centre for Welfare and Health: 158;

²⁵ Artykuł 8 ustawy.



czy kobieta „kwalifikuje się” do zabiegu pozostawiona jest lekarzom, którzy odmówią IVF, jeśli ciąża stanowiłaby zagrożenie dla zdrowia kobiety lub dziecka.

W 2014 roku Ministerstwo Sprawiedliwości powołało grupę roboczą w celu zbadania praw matek niebiologicznych w parach lesbijskich. Grupa zaproponowała, aby matki niebiologiczne w parach lesbijskich korzystających z leczenia niepłodności były automatycznie uznawane jako matka dziecka, zamiast występowania o adopcję dziecka. Zmiana prawa miałaby zastosowanie do konkubinatów oraz kobiet w związkach tej samej płci. Propozycja ma być poddana konsultacji społecznej²⁶.

W grudniu 2014 Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zwróciła się do kliniki płodności, aby przeanalizowały swoje procedury w celu zapewnienia, że nie dyskryminują pacjentów ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową.

9. FRANCJA²⁷

Kwestie związane z medycznie wspomaganą prokreacją reguluje przede wszystkim Kodeks zdrowia publicznego²⁸. Wspomaganą prokreacją jest dostępna wyłącznie dla par heteroseksualnych, aczkolwiek ostatnia poprawka usunęła wymóg małżeństwa lub w wspólnego zamieszkiwania przez co najmniej dwa lata.

Zgodnie z prawem, „mężczyzna i kobieta tworzący parę muszą być przy życiu, w wieku rozrodczym oraz wyrazić wcześniej zgodę na transfer zarodka lub na inseminację.” Śmierć jednej z osób tworzących parę, złożenie pozwu o rozwód lub separację, a także pisemne odwołanie zgody na zabieg, przez kobietę lub mężczyznę, stoi na przeszkodzie dokonania transferu zarodka lub inseminacji.

Celem medycznie wspomaganą prokreacji jest zaradzenie niepłodności pary lub uniknięcie przeniesienia na dziecko lub na drugą osobę pary szczególnie poważnej choroby. Patologiczny charakter niepłodności musi być medycznie potwierdzony.

Procedura ta nie jest więc dostępna dla osób, których brak możliwości poczęcia dziecka wynika z innych powodów niż niepłodność rozumiana jako choroba, a więc na przykład kobieta po okresie menopauzy, czy też z powodów społecznych – kobiety samotne lub w związku homoseksualnym.

²⁶ ILGA-Europe Annual Review 2015, s. 69;

²⁷ Code de la santé publique, Article L2141-1 i n. ;

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DEFCA0C65D72476CE83C022472DBCAAC.tpdila07v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150524, zmieniony ustawą o bioetyce z 2011 roku:

LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (modyfikującą poprzednią wersję przepisów wg ustawy z 2004 roku : LOI n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique);

²⁸ Ibid.



Ustawa nie definiuje limitu wieku rozrodczego. Jednakże w praktyce ubezpieczenie zdrowotne pokrywa koszt 4 prób zapłodnienia *in vitro* kobiety do ukończenia 43 roku życia²⁹. Kobieta starsza może nadal poddać się zapłodnieniu *in vitro*, ale odpłatnie.

10. GRECJA³⁰

Pierwsza ustawa grecka w dziedzinie medycznie wspomaganego prokreacji została uchwalona w 2002 roku (ustawa 3089/2002 o medycznie wspomaganego prokreacji), a kolejna w 2005 (ustawa 3305/2005 o stosowaniu medycznie wspomaganego prokreacji), która uzupełnia poprzednią i opisuje metody i warunki stosowania medycznie wspomaganego prokreacji oraz sankcje karne i administracyjne.

Zgodnie z prawem, metody wspomaganego prokreacji można stosować w sytuacji konieczności medycznej, kiedy istnieją przeszkody w naturalnej prokreacji, albo, gdy istnieje ryzyko przekazania choroby przenoszonej drogą płciową lub choroby dziedzicznej dziecku.

Zarówno pary niemałżeńskie jak i samotne kobiety mają dostęp do IVF. Ustawa odnosi się wyraźnie jedynie do małżeństw heteroseksualnych i do niezamężnych kobiet samotnych lub w konkubinacie heteroseksualnym. Tym samym osoby homoseksualne nie mogą skorzystać z dostępu do medycznie wspomaganego prokreacji.

Limit wieku dla kobiet wynosi 50 lat. Kobiety zamężne mogą skorzystać z *in vitro* po przedłożeniu pisemnej zgody małżonków. W przypadku konkubinatu lub kobiet samotnych konieczna jest zgoda w formie notarialnej. Osoby poniżej 18 roku życia mogą wyjątkowo uzyskać dostęp do tej procedury jedynie w przypadku poważnej choroby, która może wywołać niepłodność. Dawcy gamet muszą mieć co do zasady poniżej 40 lat (mężczyźni) i 35 lat (kobiety).

11. HISZPANIA³¹

W Hiszpanii regulacje w omawianej dziedzinie zawarte są w ustawie nr 14/2006 o metodach wspomaganego reprodukcji człowieka, oraz w ustawie nr 14/2007 o biomedycynie.

²⁹ Décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (Decyzja z dnia 11 marca 2005 r. krajowego związku kas ubezpieczeń zdrowotnych w sprawie wykazu aktów i świadczeń refundowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego), cyt. za : <http://www.gyneco-online.com/fertilite/C3%A9/aspect-m%C3%A9dico-1%C3%A9gal-de-1%E2%80%99amp;>

³⁰ <http://www.bioethics.gr/index.php/en/dikaio/nomothesia/138-medically-assisted-human-reproduction;>

“The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members,...”, <http://www.mednet.gr/archives/2007-6/612abs.html>; Steering Committee on Bioethics (CDBI);

³¹ The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members,..., Steering Committee on Bioethics (CDBI);



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

Rozdział drugi ustawy z 2006 roku określa, kto może mieć dostęp do medycznie wspomaganego prokreacji i na jakich warunkach. Wszystkie kobiety (bez względu na status małżeński i orientację seksualną) w wieku powyżej 18 lat mogą otrzymać leczenie po wyrażeniu pisemnej zgody. Jeśli kobieta jest mężatką, konieczna jest także zgoda męża.

ILGA-Europe zwraca jednak uwagę na definicję niepłodności w przepisach dotyczących leczenia niepłodności w systemie publicznej opieki zdrowotnej, która mówi o nieosiągnięciu ciąży w ciągu 12 miesięcy stosunków seksualnych, co de facto wyklucza kobiety samotne i homoseksualne (mimo iż Ministerstwo Zdrowia deklarowało, że procedura *in vitro* nie jest dla nich ograniczona³², podobnie odpowiedziano też na kwestionariusz Biura Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu na potrzeby analizy przepisów prawnych dotyczących zapłodnienia pozaustrojowego w 2009 roku³³). Decyzja ta podyktowana była kondycją finansową państwa.

W związku z rzezoną decyzją rządu o ograniczeniu finansowania leczenia niepłodności tylko do kobiet posiadających wskazania medyczne, rządy lokalne Andaluzji, Asturii, Kraju Basków, Wysp Kanaryjskich, Katalonii i Estremadury podjęły decyzję o finansowaniu leczenia kobiet samotnych i lesbijek z ich własnych budżetów zdrowia³⁴.

12. HOLANDIA³⁵

Ustawa z 2002 roku o embrionach reguluje procedury medycznie wspomaganego prokreacji. Ponadto, wytyczne Holenderskiego Towarzystwa Ginekologii i Położnictwa zawierają kryteria medyczne oraz precyzują praktyki w zakresie, między innymi, zapłodnienia *in vitro*, przechowywania zarodków, dawstwa komórek jajowych. Procedura nie jest ograniczona do par heteroseksualnych i jest możliwa dla kobiet samotnych. Co do zasady, nie ma różnicy w dostępie do zabiegów dla samotnych heteroseksualnych kobiet i kobiet homoseksualnych, jednakże niektóre centra IVF stosują bardziej surową politykę selekcji niż inne³⁶. Kobiety, które otrzymują komórki jajowe dawcy nie powinny mieć więcej niż 45 lat.

13. ISLANDIA³⁷

Ustawa nr 54/2008 wprowadziła poprawki do ustawy o sztucznym zapłodnieniu i wykorzystaniu ludzkich gamet i zarodków do badań nad komórkami macierzystymi³⁸ (ustawa

³² ILGA-Europe Annual Review 2014, s. 156;

³³ Analiza przepisów prawnych dotyczących zapłodnienia pozaustrojowego obowiązujących w wybranych krajach, Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu, Warszawa, 2009.

³⁴ ILGA-Europe Annual Review 2015, s. 153;

³⁵ <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Netherlands>; Steering Committee on Bioethics (CDBI)

³⁶ Steirign Committee..

³⁷ Iceland's Fifth Periodic Report on Implementation of the International Covenant on Civil and Political Rights Pursuant to Article 40 of the Covenant, 2010.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

nr 55 z 1996 roku). Nowelizacja gwarantuje samotnym kobietom prawo do skorzystania ze sztucznego zapłodnienia w instytucjach opieki zdrowotnej, łącznie z dostarczeniem nasienia dawcy. Akt zapewnia te prawa również kobietom homoseksualnym żyjącym w zarejestrowanych związkach partnerskich.

Zgodnie z ustawą nr 65/2006, ustawa o dzieciach³⁹ została zmieniona tak, aby kobieta w zarejestrowanym związku partnerskim lub konkubinacie, która zgadza się na sztuczne zapłodnienie jej partnerki, była uznawana za matkę adopcyjną dziecka.

Orzecznictwo:

W wyroku z dnia 25 września 2008 roku w sprawie 484/2007, Sąd Najwyższy rozpatrzył kwestię, czy przepisy rozporządzenia do ustawy z 1996 roku ustanawiające ograniczenia wiekowe dla kobiet poddających się zabiegom sztucznego zapłodnienia, oraz fakt, że różne limity wiekowe mają zastosowania do kobiet i mężczyzn w tej dziedzinie, stanowią dyskryminację sprzeczną z artykułem 65 Konstytucji. Sąd Najwyższy podtrzymał wyrok Sądu Okręgowego, który wskazał, że zamiarem ustawodawcy było wprowadzenie limitu wieku, nie po to, aby ograniczyć swobodę lekarzy, ale aby dostarczyć wskazówek przy podejmowaniu decyzji o podjęciu prób leczenia. Sformułowanie, „co do zasady 42 lata” nie jest interpretowane jako określające bezwarunkowe prawo do leczenia, zezwalające na wyjątki ani ograniczające wybory lekarza⁴⁰. Ocena możliwości przeprowadzenia leczenia należy do lekarza, który ocenia również inne czynniki, takie jak ogólny stan zdrowia pacjentki, na co czynniki biologiczne mają znaczący wpływ.

Ponadto, zdaniem sądu, przepisy rozporządzenia precyzujące, że w żadnym wypadku kobieta nie może być starsza niż 45 lat w momencie implantacji embrionu, a jej mąż lub partner – nie starszy niż 50 lat, nie stanowią naruszenia zasady równości, ponieważ oparte zostały na powszechnych, bezstronnych i istotnych względach, jakim jest wzgląd na zdrowie kobiety.

Można zatem wywnioskować, że zdaniem sądów biologiczna różnica pomiędzy płciami i jej wpływ na kwestie związane z ciążą i porodem, może uzasadniać zróżnicowanie między kobietą i mężczyzną, i że status kobiet i mężczyzn w tym kontekście nie jest porównywalny. Tym samym względy medyczne uznano za przeważające nad pragnieniem skorzystania ze sztucznego zapłodnienia kobiet w wieku powyżej 45 lat⁴¹.

14. LITWA⁴²

³⁸ Act on Artificial Fertilization and the use of Human Sex Cells and Embryos for Stem-Cell Research, No. 55/1996

³⁹ the Children's Act, No. 76/2003,

⁴⁰ Report on Measures to Combat Discrimination, Directives 2000/43/EC and 2000/78/EC, Country Report 2013, Iceland

⁴¹ Iceland's Fifth Periodic Report...

⁴² <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Lithuania>; Steering Committee on Bioethics (CDBI);



Najważniejsze regulacje litewskie dotyczące medycznie wspomaganego prokreacji zawarte są w ustawie z 2000 roku o etyce badań biomedycznych, znowelizowanej w 2007 roku oraz dekrety Ministra Zdrowia z 1999 roku „w sprawie sztucznego zapłodnienia zamężnej kobiety”. Procedura jest ograniczona do małżeńskich par heteroseksualnych i niedostępna dla samotnych kobiet. Warunkiem koniecznym jest niepłodność. Kobieta musi mieć poniżej 45 lat. Od 2002 roku do parlamentu wpłynęło szereg projektów alternatywnych ustaw w tej dziedzinie.

15. ŁOTWA⁴³

Procedury medycznie wspomaganego prokreacji na Łotwie reguluje ustawa o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym z 2002 roku⁴⁴. Zabiegi przeprowadza się na podstawie pisemnego wniosku „heteroseksualnej pary lub kobiety”. Zapłodnienie *in vitro* odbywa się za pomocą gamet dawcy lub genetycznych rodziców. Limit wieku zdrowych dawców gamet wynosi 18 do 45 lat dla mężczyzn i 18 do 35 lat dla kobiet.

16. MALTA⁴⁵

Ustawa o ochronie embrionu⁴⁶ weszła w życie w styczniu 2013 roku. Ogranicza ona dostęp do *in vitro* jedynie do związków heteroseksualnych (małżeńskich i niemałżeńskich), wykluczając tym samym kobiety samotne i pary lesbijskie. Prawo zabrania też przyjmowania dawstwa gamet od osób trzecich oraz macierzyństwa zastępczego.

17. NIEMCY⁴⁷

W Niemczech medycznie wspomaganego prokreacja uregulowana jest głównie przez ustawę o ochronie embrionów (*Embryonenschutzgesetz*) z 1990 roku oraz ustawę o zapewnieniu ochrony embrionu w związku z przywozem i wykorzystaniem ludzkich komórek macierzystych pochodzących z embrionów (*Stammzellengesetz*) (znowelizowana wersja z 2008 roku). Istnieją również Wytyczne niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej w sprawie przeprowadzania wspomaganego prokreacji⁴⁸ z 2006 roku.

⁴³ <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Latvia>; Francesco Paolo Busardò, et al. 'The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members' BioMed Research International, Volume 2014 (2014)

⁴⁴ http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127921.pdf

⁴⁵ <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Malta> ;

⁴⁶ Embryo Protection Act (ACT XXI of 2012),

at: <http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=11960&l=1>

⁴⁷ 'The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members, ...'; Steering Committee on Bioethics (CDBI)

⁴⁸ http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/AssRepro.pdf



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

Dostęp do medycznie wspomagannej prokreacji uzależniony jest od zdiagnozowania niepłodności.

Prawo niemieckie nie ogranicza dostępu procedury *in vitro* od wieku kobiety, jednakże wspomniane Wytyczne zalecają branie pod uwagę wieku kobiety w związku z liczbą implantowanych zarodków, aby uniknąć ciąży mnogich. Ponadto zgodnie z księgą V kodeksu społecznego (*Sozialgesetzbuch V*), z dofinansowania zabiegu *in vitro* z kasy chorych mogą skorzystać tylko pary małżeńskie, w wieku od 25 do 40 lat (kobiety) i od 25 do 50 lat (mężczyźni). Ograniczenie dostępu do par heteroseksualnych zawarte jest tylko w Wytycznych Izby Lekarskiej.

18. NORWEGIA⁴⁹

W Norwegii zapłodnienie *in vitro* reguluje ustawa z grudnia 2003 r. o zastosowaniu biotechnologii w medycynie⁵⁰. Zgodnie z pierwotnym tekstem ustawy dostęp do medycznie wspomagannej prokreacji ma kobieta w związku małżeńskim lub żyjąca z mężczyzną w stałym związku podobnym do małżeństwa.

Jednakże w styczniu 2009 roku weszła w życie ustawa wprowadzająca neutralnie płciowo małżeństwa. Stanowi ona, że gdy kobieta, która jest w związku małżeńskim z inną kobietą zajdzie w ciążę za pomocą sztucznego zapłodnienia, jej partnerka posiada wszystkie prawa rodzicielstwa „od momentu poczęcia”.

19. PORTUGALIA⁵¹

Zgodnie z portugalską ustawą nr 23/2006 o medycznie wspomagannej prokreacji, procedura ta uznawana jest za subsydiarną, a nie alternatywną metodę prokreacji. Tym samym wspomaganą prokreacją może być stosowane jedynie w przypadku niepłodności, w celu leczenia poważnej choroby, lub w celu uniknięcia ryzyka przeniesienia choroby genetycznej, zakaźnej lub innej. Dostęp do metod medycznie wspomagannej prokreacji mają tylko małżeństwa lub równoważne związki heteroseksualne trwające co najmniej dwa lata, gdzie osoby tworzące parę mają powyżej 18 lat, nie podlegają kuratelom (nie są częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnione) i nie są upośledzone umysłowo. Skorzystanie z gamet i zarodków dawcy jest możliwe jedynie, gdy kobieta nie może zajść w ciążę w inny sposób i zapewniona została jakość gamet.

20. RUMUNIA⁵²

⁴⁹ <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Norway>;

⁵⁰ <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20031205-100-eng.pdf>

⁵¹ *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members, ...*, <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Portugal>



Zgodnie z ustawą 63/2012, aby mieć prawo do medycznie wspomaganego prokreacji, kobieta i mężczyzna muszą spełniać następujące warunki: „być przy życiu (sztuczne zapłodnienie kobiety z nasieniem zmarłego męża jest zabronione); być w biologicznym wieku rozrodczym; być w związku małżeńskim albo w stanie udowodnić co najmniej dwuletnie wspólne pożycie; wyrazić wcześniejszą zgodę na przeniesienia embrionów lub sztuczne zapłodnienia.”

Dostęp do procedury wspomaganego prokreacji przysługuje kobiecie lub mężczyźnie cierpiącym na niepłodność, której nie można wyleczyć za pomocą leczenia klasycznego ani interwencji chirurgicznej.

21. SŁOWENIA

Medycznie wspomaganą prokreacją jest uregulowana ustawą 70/2000 o leczeniu niepłodności i procedurach zapłodnienia z pomocą biomedycyny. Zgodnie z ustawą metody wspomaganego prokreacji są dostępne dla heteroseksualnych par małżeńskich lub żyjących w konkubinacie istniejącym w momencie wykonywania procedury.

Zgodnie z odpowiedziami Słowenii na kwestionariusz Komitetu Kierowniczego ds. Bioetyki Rady Europy (CDBI), w 2001 przyjęto projekt nowej ustawy, dający m.in. dostęp do IVF samotnym kobietom bez warunku medycznej niepłodności. Grupa opozycyjna w parlamencie zażądała referendum w tej sprawie, a Narodowy Komitet Etyki Medycznej (NMEC) i Krajowa Rada Zdrowia były przeciwne stosowaniu interwencji medycznych bez ważnych wskazań lekarskich, powołując się na raport tymczasowego Komitetu Ekspertów do Spraw Bioetyki (Ad Hoc Committee of Experts on Bioethics – CAHBI) z 1989 roku. Nowa ustawa została odrzucona w referendum, pozostawiając w mocy ustawę z 2000 roku⁵³.

22. SZWECJA

Medycznie wspomaganą prokreacją jest unormowana ustawą z 2006 roku o integralności genetycznej⁵⁴. Dodatkowe przepisy zawarte są w ustawie o zdrowiu i świadczeniach medycznych (763/1982)⁵⁵, zwłaszcza dotyczące prawa pacjenta do samostanowienia i poszanowania dla równej godności wszystkich ludzi w ramach opieki zdrowotnej i świadczeń medycznych.

⁵² *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members, ...*, <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Romania>

⁵³ Steering Committee on Bioethics (CDBI)...; Dejan Mickovik, Katerina Kochkovska, *Biomedically Assisted Reproduction in the Republic of Slovenia and the Republic of Macedonia*, Iustinianus Primus Law Review Vol. 4:2, available at: <http://law-review.mk/pdf/07/Dejan%20Mickovik,%20Katerina%20Kochkovska.pdf>

⁵⁴ Genetic Integrity Act No. 351 of May 18, 2006, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2006-351/

⁵⁵ Health and Medical Services Act No. 763/1982, <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1643/health%20a%20nd%20medical%20insurance%20act.pdf>



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

Według ustawy o integralności genetycznej, zapłodnienie *in vitro* można przeprowadzić tylko u kobiety w związku małżeńskim lub konkubinacie/związku rejestrowanym. Pisemna zgoda jest wymagana od małżonka lub konkubenta. Pary lesbijskie mają dostęp do *in vitro* na takich samych zasadach jak pary heteroseksualne.

Homoseksualni mężczyźni nie mogą aktualnie skorzystać z leczenia niepłodności, jak również samotne kobiety, niezależnie od orientacji seksualnej. Jednakże w marcu 2012 roku, większość w Riksdagu postanowiła, że samotne kobiety powinny mieć taką możliwość i zobowiązała rząd do opracowania odpowiedniego wniosku ustawodawczego⁵⁶.

Macierzyństwo zastępcze jest w Szwecji zabronione. Jednakże większość członków Szwedzkiej Krajowej Rady ds. Etyki Lekarskiej uznała⁵⁷, że altruistyczne macierzyństwo zastępcze – na szczególnych warunkach – mogłoby stanowić etycznie akceptowalną metodę wspomaganą prokreacji. Kobiety, które z przyczyn medycznych nie mogą donosić ciąży oraz homoseksualni mężczyźni nie mogą skorzystać z leczenia niepłodności. Zdaniem Rady, macierzyństwo zastępcze mogłoby dać szansę takim osobom na zostanie rodzicami i kwestia ta powinna zostać w przyszłości zbadana.

Orzecznictwo sądów:

13 października 2011 roku Sąd Rejonowy w Sztokholmie uznał, że szwedzki Vårdcentral [świadczeniodawca opieki zdrowotnej] dyskryminował homoseksualną kobietę, która chciała przejść wstępne badania lekarskie w celu skorzystania z zapłodnienia *in vitro* (IVF)⁵⁸. Kobieta skontaktowała się ze swoją placówką zdrowia, z której zwykle korzystała, aby ustalić termin badań, ale zamiast tego została skierowana do placówki specjalizującej się w opiece zdrowotnej osób homoseksualnych.

Sprawę wniósł do sądu Szwedzki Ombudsman ds. Dyskryminacji, który argumentował, że ponieważ kobieta została odesłana do innego świadczeniodawcy niż ten, do którego skierowano by kobietę heteroseksualną, i ponieważ odmówiono jej dostępu do placówki, z której zwykle korzystała, jedynie z powodu jej orientacji seksualnej, jest ona ofiarą dyskryminacji.

Sąd Rejonowy przychylił się do tego stanowiska. Ponadto sąd uznał, że badanie, jakie przeprowadziłby w jej przypadku „zwykły” świadczeniodawca byłyby dokładnie takie same, jak w przypadku kobiety heteroseksualnej, a zatem nic nie usprawiedliwiałoby zróżnicowanego traktowania. Tym samym sąd potwierdził, iż doszło do dyskryminacji.

⁵⁶ Assisted reproduction – ethical aspects , Summary of a report of The Swedish National Council on Medical Ethics “Assisterad befruktning – etiska aspekter 2013:1” published in Feb 2013, available at:

<http://www.smer.se/wp-content/uploads/2013/03/Slutversion-sammanfattning-eng-Assisted-reproduction.pdf>

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ http://www.loc.gov/lawweb/servlet/lloc_news?disp3_l205402893_text



23. WĘGRY⁵⁹

Na Węgrzech, procedury medycznie wspomaganey prokreacji reguluje rozdział IX ustawy o zdrowiu z 2007 roku (20/2007) oraz dekretem ministerialnym 30/1998.

Dostęp do tych zabiegów mają małżeństwa i stałe pary heteroseksualne. Samotne kobiety mogą poddać się leczeniu w przypadku udowodnionej niepłodności (mogą wówczas skorzystać z heterogenicznego zapłodnienia nasieniem anonimowego dawcy). Kobiety homoseksualne mogą teoretycznie skorzystać z *in vitro*, gdyż traktowane są jako kobiety samotne. Mężczyźni homoseksualni nie mają dostępu do tej procedury ze względu na zakaz macierzyństwa zastępczego. Kobiety mogą skorzystać z IVF do 45 roku życia.

24. WIELKA BRYTANIA

Medycznie wspomaganą prokreacją i badania nad ludzkim embrionem są uregulowane przez ustawę o płodności i embriologii z 2008 roku⁶⁰ (z późn., zmianami), która znowelizowała odpowiednią ustawę z 1990 roku, jak również ustawę o umowach o macierzyństwo zastępcze z 1985 roku.

Ustawa uznaje za matkę dziecka jedynie kobietę, która nosiła dziecko na skutek umieszczenia w jej ciele zarodka lub nasienia i komórek jajowych (chyba że w grę wchodzi adopcja). Jeśli kobieta w momencie leczenia jest w związku małżeńskim z mężczyzną, w razie zapłodnienia nasieniem zewnętrznego dawcy (zapłodnienie heterologiczne), mąż uważany jest za ojca dziecka, chyba że zostanie udowodnione, że nie wyraził zgody na leczenie.

Kobieta będąca w związku cywilnym lub małżeńskim z inną kobietą może skorzystać z medycznie wspomaganey prokreacji, w tym *in vitro*. Zgodnie z artykułem 42 ustawy z 2008 roku, partnerka cywilna lub żona kobiety otrzymującej leczenie jest uważana za „drugiego rodzica” dziecka. Jeżeli warunki powyższych domniemań prawnych nie są spełnione, inny mężczyzna lub inna kobieta może złożyć stosowne oświadczenie, w którym wyraża zgodę na uznanie go/jej jako ojca lub „drugiego rodzica” dziecka (odpowiednik uznania ojcostwa). Ustawa bardzo szczegółowo reguluje warunki materialnie i formalne rodzicielstwa dziecka urodzonego poprzez medycznie wspomaganą prokreację we wszystkich możliwych „konfiguracjach” rodzinnych.

Orzecznictwo sądów:

W kwietniu 2013 Sąd Najwyższy Gibraltaru uznał dwie kobiety za prawnych rodziców ich dziecka. Jedna z kobiet była dawcą komórki jajowej zapłodnionej nasieniem anonimowego

⁵⁹ *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members...*; <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Hungary>;

⁶⁰ Human Fertilization and Embryology Act, 2008, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/contents>



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

dawcy, druga nosiła ciężę i urodziła dziecko. Sąd stwierdził, że gibraltarska ustawa o adopcji, która ogranicza dostęp do adopcji parom heteroseksualnym i osobom samotnym narusza przepisy Konstytucji dotyczące życia rodzinnego i niedyskryminacji⁶¹.

25. WŁOCHY⁶²

Włoska ustawa 40/2004⁶³ w sprawie zasad w dziedzinie medycznie wspomaganego prokreacji stanowi, że dostęp do metod wspomaganego prokreacji ograniczony jest do przypadków niepłodności udokumentowanych lub potwierdzonych badaniem medycznym. Zapłodnienie heterologiczne jest zabronione. Tylko pary płci przeciwnej, małżeńskie lub żyjące w konkubinacie, będące w wieku rozrodczym i przy życiu, mają dostęp do zabiegów.

Eksperymenty na embrionach ludzkich są zakazane. Jednakże zbyt restrykcyjna interpretacja tego zakazu doprowadziła do odmawiania parom z chorobami genetycznymi prawa do preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej. Trybunał Konstytucyjny niejednokrotnie wypowiadał się w sprawie niekonstytucyjności tego i innych restrykcyjnych przepisów ustawy (wyrok N° 151/09 z maja 2009 roku⁶⁴, wyrok z 9 kwietnia 2014 roku⁶⁵).

III. POLSKA – AKTUALNY STAN PRAWNY

Obecne kwestie medycznie wspomaganego prokreacji nie są w Polsce kompleksowo uregulowane – nie jest zakazana, ale też nie ma unormowań regulujących sposób jej przeprowadzania, jak również dotyczących statusu prawnego komórki zapłodnionej metodą *in vitro*, albo też protokołu postępowania z embrionami nadliczbowym. Pewne szcążkowe przepisy można znaleźć w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶⁶, z których wynika zakaz poddawania embrionu (nazwanego dzieckiem poczętym), eksperymentom badawczym (art. 26 ust. 3). Nie ma jednak przepisów dotyczących eksperymentów terapeutycznych ani badań nad komórkami macierzystymi.

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów⁶⁷ określa zasady: 1) pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok; 2) testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich. Przepisów ustawy

⁶¹ ILGA-Europe Annual Review 2014, s. 174;

⁶² <http://biopolicywiki.org/index.php?title=Italy>; *The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members...*; Steering Committee on Bioethics (CDBI); V. Fineschi, M. Neri, and E. Turillazzi, "The new Italian law on assisted reproduction technology (Law 40-2004), *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, no. 9, 2005, pp. 536-539, at: [10.1136/jme.2004.010231](http://dx.doi.org/10.1136/jme.2004.010231);

⁶³ <http://www.camera.it/parlam/leggi/040401.htm>

⁶⁴ <http://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2009&numero=151>.

⁶⁵ <http://www.altalex.com/index.php?idnot=67193>

⁶⁶ Dz.U.2015.0.464 t.j. - Ustawa z dnia 5 grudnia 1996.

⁶⁷ Dz.U.2005.169.1411



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

nie stosuje się jednak do pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części.

Natomiast 1 lipca 2013 r. ruszył „Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016”, ustanowiony na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jest programem ministra zdrowia. Celem Programu jest „zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego niepłodnym parom. Ponadto, celem Programu jest: obniżenie odsetka liczby par bezdzietnych, zapewnienie pacjentom najwyższego standardu leczenia niepłodności, zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności oraz osiągnięcie poprawy trendów demograficznych”⁶⁸.

Warunkiem przystąpienia do Programu jest rozpoznanie niepłodności przez lekarza oraz udokumentowane nieskuteczne leczenie w czasie nie krótszym niż 12 miesięcy. Decyzję o włączeniu pary do Programu mogą podjąć wyłącznie lekarze z ośrodków będących realizatorami Programu na podstawie kryteriów określonych w treści Programu. Z Programu będą mogły skorzystać również pary, które nie pozostają w związku małżeńskim – Program nie określa statusu prawnego pary⁶⁹.

Polska podpisała konwencję biomedyczną oraz jeden z jej protokołów dodatkowych w sprawie zakazu klonowania istot ludzkich w maju 1999 roku, ale do tej pory ich nie ratyfikowała.

Jeśli chodzi o zgodność z przepisami Unii Europejskiej, zgodnie z opinią Komisji Europejskiej Polska nie dokonała pełnej transpozycji dyrektywy 2004/23/WE i tej dyrektywy wykonawczych. W szczególności, Polska stosuje przepisów dyrektywy dotyczących jakości i bezpieczeństwa do trzech kategorii tkanek i komórek objętych ustawodawstwem UE, a mianowicie: komórek rozrodczych, tkanek embrionalnych i tkanek płodu. Zdaniem Komisji, chociaż stosowanie lub niestosowanie tkanek i komórek do transplantacji jest określone przez ustawodawstwo krajowe, Polska nie powiadomiła o żadnych zakazach lub ograniczeniach w stosunku do tych kategorii. W związku z tym, 25 stycznia 2013 roku Komisja przekazała Polsce uzasadnioną opinię⁷⁰ z wnioskiem o dokonanie pełnej transpozycji przedmiotowych dyrektyw. Ponieważ pomimo wielokrotnych upomnień Polska nie dokończyła transpozycji, 26 września 2013 Komisja postanowiła wnieść sprawę do Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej⁷¹.

⁶⁸ <http://www.invitro.gov.pl/oprogramie>

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Co stanowi drugi etap postępowania w sprawie naruszenia prawa UE.

⁷¹ Sąd Najwyższy, Biuro Studiów i Analiz, Opinia o projekcie ustawy o leczeniu niepłodności (Druk Sejmu RP VII kadencji nr 3245), http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-873_en.htm



Ponadto, jak zauważa Sąd Najwyższy w opinii do projektu rządowego ustawy⁷², „obecny brak unormowań stanowi zagrożenie dla ochrony interesów pacjentów, których uprawnienia i obowiązki zwykle wynikają jedynie z umów nienazwanych, do których stosuje się odpowiednio przepisy o umowie zlecenia (art. 750 k.c.). Umowy często są zawierane z pominięciem formy pisemnej”.

IV. PROJEKT USTAWY O LECZENIU NIEPŁODNOŚCI

W ciągu ostatnich kilku lat podjęto liczne próby legislacyjne mające na celu uregulowanie kwestii medycznie wspomaganego prokreacji, a w szczególności procedury zapłodnienia *in vitro*. Projekty te docierały do różnych etapów procesu legislacyjnego, ale do tej pory żaden z nich nie skutkował zmianą istniejącego stanu prawnego. Problematyka ta budzi wiele emocji i konfliktów światopoglądowych już w samej kwestii dopuszczalności zapłodnienia pozaustrojowego, a także co do szczegółów jej przebiegu i konsekwencji w prawie rodzinnym.

Niniejsza opinia odnosi się do projektów znajdujących się aktualnie w toku procesu legislacyjnego.

•

Rządowy projekt ustawy o leczeniu niepłodności⁷³ (mający na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej w tym zakresie) wpłynął do Sejmu 13 marca 2015; 9 kwietnia 2015 odbyło się I czytanie na posiedzeniu Sejmu, na którym odrzucono wniosek o odrzucenie projektu ustawy w pierwszym czytaniu i skierowano projekt do Komisji Zdrowia.

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów⁷⁴ wpłynął do Sejmu 1 grudnia 2011, 9 kwietnia 2015 odbyło się I czytanie na posiedzeniu Sejmu, na którym odrzucono wniosek o odrzucenie projektu ustawy w pierwszym czytaniu i skierowano projekt do Komisji Zdrowia. Celem tego projektu ustawy jest „uzupełnienie istniejących regulacji o warunki stosowania metod medycznie wspomaganego rozrodu i działania banków komórek rozrodczych i zarodków”⁷⁵.

Komisja zdrowia zdecydowała o skierowaniu projektów do podkomisji nadzwyczajnej. Podkomisja zdecydowała procedować oba projekty łącznie, ale jako wiodący wybrała projekt rządowy, uznając, że szerzej i kompleksowo ujmuje problem. Podkomisja odbyła posiedzenia w dniach 24 kwietnia, 13 maja i 9 czerwca 2015 roku⁷⁶. Sejmowa komisja zdrowia

⁷² <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/86696820D44026B5C1257E4D002261D9/%24File/3245-002.pdf>

⁷³ Druk 3245, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3245>

⁷⁴ Druk 608, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=608>

⁷⁵ Uzasadnienie projektu, druk 608

⁷⁶ Sprawozdanie Podkomisji nadzwyczajnej o rządowym projekcie ustawy o leczeniu niepłodności (druk nr 3245) oraz o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (druk nr 608) z dnia 9 czerwca 2015 r.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

rozpatrywała projekt na posiedzeniu w dniu 9 czerwca 2015 roku; drugie czytanie projektu w Sejmie zaplanowane zostało w porządku obrad na 11 czerwca 2015 r.

W dalszej części opinii słowa „projekt ustawy” i „ustawa” odnosić się będzie zatem do projektu rządowego i jego tekstu w wersji załączonej do sprawozdania komisji zdrowia z dnia 10 czerwca 2015 roku⁷⁷ wraz z wnioskiem o uchwalenie załączonego projektu ustawy.

•

W projekcie ustawy rozgraniczono kwestie dawstwa partnerskiego oraz dawstwa innego niż partnerskie. Zgodnie z zawartą w art. 2 ust. 1 definicją „dawstwem partnerskim” jest przekazanie komórek rozrodczych przez dawcę – mężczyznę w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji u biorczynie pozostającej z dawcą w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu potwierdzonym zgodnym oświadczeniem dawcy i biorczynie, przy czym w dawstwie partnerskim stosowane są komórki rozrodcze biorczynie. Z dawstwem innym niż partnerskie mamy natomiast do czynienia w sytuacjach, w których co najmniej jedna z komórek rozrodczych pochodzi od anonimowego dawcy.

Warto też podkreślić, że w świetle ustawy świadczenia zdrowotne leczenia niepłodności są traktowane jako świadczenia zdrowotne w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁷⁸.

Zgodnie z projektem (art. 5) leczenie niepłodności w drodze procedury zapłodnienia *in vitro* może być podejmowane po wyczerpaniu innych metod leczenia prowadzonych przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy.

Procedurę zapłodnienia pozaustrojowego można podejmować bez wyczerpania innych metod leczenia i w terminie krótszym niż 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia niepłodności, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie jest możliwe uzyskanie ciąży w wyniku zastosowania tych metod.

Procedura zapłodnienia *in vitro* nie może zatem stanowić metody pierwszego wyboru. Warto w tym miejscu zauważyć, że projekt ustawy mówi o okresie 12 miesięcy, w którym podejmowane są *inne metody leczenia* – dla porównania, definicja niepłodności w hiszpańskich przepisach dotyczących leczenia niepłodności w systemie publicznej opieki zdrowotnej mówi o nieosiągnięciu ciąży w ciągu 12 miesięcy *stosunków seksualnych*. Z jednej strony ten przepis polskiej ustawy nie wyklucza de facto kobiet samotnych i homoseksualnych, nie wymaga bowiem podejmowania prób zapłodnienia w drodze współżycia, i w określonym okresie czasu. Z drugiej, sam fakt nieudanych prób poczęcia dziecka nie uprawnia do skorzystania z procedury *in vitro*, ustawa stawia wymóg podjęcia

⁷⁷ 1760-0.PK.DOCX, VII kadencja/druk 3245 i 608

⁷⁸ Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 202) z dnia 26 maja 2015 r., wypowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Igora Radziejewicza-Winnickiego, s. 8.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

wcześniej innych metod leczenia przez rok (leczenie niepłodności obejmuje diagnozowanie przyczyn niepłodności, poradnictwo medyczne, zachowawcze leczenie farmakologiczne, leczenie chirurgiczne oraz procedurę medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe).

•

Zgodnie z projektem ustawy, z procedury *in vitro* będą mogły korzystać małżeństwa i związki nieformalne. Według stanowiska rządu podczas obrad podkomisji, ograniczenie dostępu do zapłodnienia *in vitro* jedynie dla par⁷⁹ – aczkolwiek bez dyskryminacji ze względu na stan cywilny – ma na celu zapewnienie poczętemu dziecku pełnej rodziny. Z tego powodu ustawa nie przewiduje możliwości skorzystania z tej metody kobietom samotnym – z wyjątkiem sytuacji, gdy z przyczyn medycznych konieczne jest zabezpieczenie płodności na przyszłość (nie jest to całkiem jasne w tekście ustawy). Zabezpieczenie płodności na przyszłość, zgodnie z art. 10 projektu ustawy, obejmuje działania medyczne podejmowane w celu zabezpieczenia zdolności płodzenia w przypadku niebezpieczeństwa utraty albo istotnego upośledzenia zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia.

Projekt ustawy dopuszcza jedynie anonimowe dawstwo komórek rozrodczych i zarodków, co ma także na celu niemożliwienie wykorzystywania medycznie wspomaganą prokreacji do macierzyństwa zastępczego.

Zgłoszone podczas obrad podkomisji poprawki proponujące dostęp do *in vitro* dla samotnych kobiet, bez względu na ich orientację seksualną, zostały odrzucone.

W tym miejscu należy zauważyć, że o ile ograniczenie dostępu do *in vitro* w stosunku do osób samotnych stanowi deklarowaną intencję ustawodawcy, nie wynika to jednoznacznie z treści przepisów projektu. Warunek pozostania w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu pojawia się w tekście w zasadzie jedynie w kontekście dawstwa partnerskiego. Art. 32 ust. 2 pkt 6 a) i b) mówi o wymaganej zgodzie męża lub partnera „w przypadku gdy biorczyni pozostaje” w związku, ale nie wyklucza sytuacji odmiennej.

Jakakolwiek jest intencja ustawodawcy, powinna ona wynikać jasno i jednoznacznie z przepisów, dla uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych. W szczególności, wszystkie możliwe warianty powinny znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednich przepisach regulujących filiację dziecka.

Ponadto rozwiązania prawne powinny być spójne na tle całego systemu prawnego – zgodnie z deklaracją ustawodawcy, celem udostępnienia *in vitro* jedynie parom jest zapewnienie dziecku pełnej rodziny (ojca i matki), natomiast rozszerzenie dostępu na pary we wspólnym pożyciu wynika ze względu na realia społeczne. Należałoby zadbać, aby takie same zasady

⁷⁹ Ustawa nie zawiera wyraźnego zakazu w stosunku do par homoseksualnych, ale sformułowanie przepisów nie pozostawia wątpliwości, że mowa jest wyłącznie o parach heteroseksualnych.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

miały zastosowanie we wszystkich dziedzinach dotyczących stosunków rodzinnych dziecka, gdy tymczasem przepisy dotyczące adopcji dopuszczają możliwość przysposobienia dziecka przez osobę samotną, natomiast wspólnej adopcji może dokonać tylko i wyłącznie małżeństwo. Taka niespójność jest niezrozumiała i, jak się wydaje, tworzy nieuzasadnione rozróżnienie sytuacji dzieci adoptowanych, poczętych „naturalnie” oraz poczętych metodą *in vitro*.

Kolejna kwestia to sposób udokumentowania wspólnego pożycia: polski projekt przewiduje jedynie zgodne oświadczenie dawcy i biorczyni. W wielu ustawodawstwach, gdzie IVF dostępne jest dla par niemałżeńskich, istnieje wymóg udowodnienia wspólnego pożycia lub określony jest wymagany minimalny okres jego trwania przed zgłoszeniem wniosku o leczenie (na przykład dwa lata). W sytuacji gdzie polski projekt dopuszcza jedynie dawstwo partnerskie lub dawstwo anonimowe, dziwi wybór takiego rozwiązania, które, nieweryfikowalne w praktyce, pozwala na bardzo łatwe obejście przepisów o dawstwie anonimowym, a także zakazu (o ile taki istnieje) *in vitro* dla osób samotnych.

Wreszcie, o ile do marginesu uznania państwa należy decyzja, czy zapłodnienie *in vitro* (podobnie jak adopcja) będzie dostępne jedynie dla par heteroseksualnych, to przy założeniu, że z metod zapłodnienia pozaustrojowego, bądź z dawstwa zarodków mogą korzystać także osoby samotne, oczywiste jest, że nie można wówczas wprowadzać prób zawężenia dostępu do „heteroseksualnej osoby samotnej” (z tego samego powodu zbędne byłoby doprecyzowanie w postaci „niezależnie od orientacji”). Takie rozwiązanie byłoby nie tylko dyskryminujące⁸⁰, ale też sztuczne (stanowiłoby to próbę uznania seksualności osoby samotnej za cechę definiującą ją i to w oderwaniu od relacji z drugą osobą, a ponadto wymagałoby potwierdzania przez kandydatkę na leczenie swojej orientacji?).

-

W przypadku zapłodnienia *in vitro* ustawa dopuszcza zapłodnienie nie więcej niż sześciu żeńskich komórek rozrodczych, chyba że kobieta ukończyła 35 lat lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego nieskutecznego wcześniejszego leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uzasadniają zapłodnienie większej ich liczby.

Natomiast projekt nie wprowadza górnej granicy wieku, do której można stosować zapłodnienie *in vitro*, mimo iż takie ograniczenie wieku (40 lat) występuje w „Programie zdrowotnym leczenia niepłodności metodą *in vitro*”.

Na tle dominujących rozwiązań prawnych w innych państwach wydaje, że wprowadzenie takiego ograniczenia wiekowego, aczkolwiek z pewnością wyższego niż 40 lat, i

⁸⁰ Por. wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie *E. B. p-ko Francji* (Wielka Izba) z dnia 22. 01. 2008r.



POLSKIE TOWARZYSTWO PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

niekoniecznego bezwzględnego, ale stanowiącego pewne wytyczne dla lekarza, nie stanowiłoby dyskryminacji, lecz zróżnicowanie uzasadnione względami medycznymi (zdrowiem kobiety i przyszłego dziecka). Ustawa wspomina co prawda o braku przeciwwskazań medycznych do przeniesienia zarodka do organizmu biorkownicy, ale wydaje się, że przydatne byłoby doprecyzowanie tego warunku. Kwestia górnej granicy wieku należy z pewnością do jednego z dylematów natury etycznej, jakie towarzyszą medycznie wspomaganej prokreacji.

•

Podczas rozpatrywania projektów w sejmowej komisji zdrowia przedmiotem dyskusji były również przepisy dotyczące możliwości pobierania komórek od osób, które nie mogą wyrazić na to zgody (np. u osób nieprzytomnych, w celu zabezpieczenia ich płodności na przyszłość) oraz dopuszczalności prowadzenia badań nad zarodkami, które są obciążone wadą.

V. WNIOSKI

Ponieważ w zakresie omawianych zagadnień nie istnieją jak dotąd jednolite międzynarodowe standardy, projekt ustawy w tym zakresie nie jest sprzeczny z aktualnym stanem prawa międzynarodowego, należy jednak wspomnieć, że Polska nadal nie ratyfikowała najważniejszych z nich (konwencji bioetycznej i jej protokołów dodatkowych). Przyjęte rozwiązania nie odbiegają też znacznie od regulacji europejskich w tym zakresie, zważywszy na różnorodność przyjętych rozwiązań. Trzeba jednak zauważyć narastający problem „turystyki reprodukcyjnej”, któremu sprzyjają zbyt restrykcyjne uregulowania⁸¹ – osoby wykluczone przez przepisy krajowe (na przykład osoby samotne i pary tej samej płci) podejmują próby przeprowadzenia leczenia zagranicą. Ze względu na różne albo całkowity brak odpowiednich uregulowań, rodzi to często problemy na gruncie prawa rodzinnego w zakresie zalegalizowania filiacji dziecka w stosunku do jednego lub obojga rodziców, może budzić też zastrzeżenia co do bezpieczeństwa procedur.

Natomiast na gruncie krajowego systemu prawnego podnieść należy, między innymi, że projekt ustawy niewystarczająco jasno i precyzyjnie określa zakres osób, które mogą skorzystać z zapłodnienia *in vitro* – należałoby tą kwestię doprecyzować, oraz zharmonizować przepisy dotyczące medycznie wspomaganej prokreacji oraz adopcji, w

⁸¹ Current issues in medically assisted reproduction and genetics in Europe: research, clinical practice, ethics, legal issues and policy, European Society of Human Genetics and European Society of Human Reproduction and Embryology (Joyce Harper, Joep Geraedts, Pascal Borry, Martina C. Cornel, Wybo J. Dondorp, Luca Gianaroli, Gary Harton, Tanya Milachich, Helena Kääriäinen, Inge Liebaers, Michael Morris, Jorge Sequeiros, Karen Sermon, Françoise Shenfield, Heather Skirton, Sirpa Soini, Claudia Spits, Anna Veiga, Joris Robert Vermeesch, Stéphane Viville, Guido de Wert and Milan Macek on behalf of ESHG, ESHRE and EuroGentest2), European Journal of Human Genetics (2013) 21, S1–S21;



POLSKIE TOWARZYSTWO
PRAWA ANTYDYSKRYMINACYJNEGO

kontekście jasnych i spójnych założeń i poglądów etycznych ustawodawcy w zakresie dobra dziecka i prawa rodzinnego.