

*Dominika Tykwińska-Rutkowska**

 <https://orcid.org/0000-0002-2275-4394>

GODNOŚĆ, ŻYCIE I ZDROWIE CZŁOWIEKA A DOSTĘP DO MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI (UWAGI WYBRANE)

Streszczenie. Przedmiot analizy w niniejszym opracowaniu stanowi dostęp do medycznie wspomaganą prokreacji, czyli prawo leczenia niepłodności z wykorzystaniem procedur medycznie wspomaganą prokreacji, którego zasady, warunki, jak i granice zostały ukształtowane w trosce o godność, życie i zdrowie człowieka. Za fundamentalne dla określenia dostępu do procedur medycznie wspomaganą prokreacji, a w związku z nim ustalenia dozwolonego zakresu podejmowanych czynności na komórkach rozrodczych oraz zarodkach, uznano konstytucyjne zasady godności, ochrony życia i prawa do ochrony zdrowia, przez pryzmat których prowadzona jest wspomniana analiza.

Słowa kluczowe: leczenie niepłodności, procedury medycznie wspomaganą prokreacji, dostęp do medycznie wspomaganą prokreacji

HUMAN DIGNITY, LIFE AND HEALTH AND ACCESS TO MEDICALLY ASSISTED PROCREATION (SELECTED COMMENTS)

Abstract. The subject of the analysis in this study is access to medically assisted procreation, in other words the right to treat infertility with the use of medically assisted procreation procedures, the principles, conditions and limits of which have been shaped out of concern for human dignity, life and health. The constitutional principles of dignity, protection of life and the right to protection of health, through the prism of which the analysis is carried out, are considered fundamental for determining access to medically assisted procreation procedures and, in connection with this, for determining the permitted scope of operations on reproductive cells and embryos.

Keywords: infertility treatment, medically assisted procreation procedures, access to medically assisted procreation

* Uniwersytet Gdański, Wydział Prawa i Administracji, Katedra Prawa Administracyjnego, dominika.tykwinska@ug.edu.pl

1. WSTĘP

Problem dostępu do medycznie wspomaganego prokreacji jest chyba jednym z aktualniejszych problemów, przed którym staje ludzkość z powodu nieustannie rosnącej liczby niepłodnych osób lub par, które bez odpowiedniego wsparcia medycznego (personelu oraz aparatury) nie mogą doczekać się potomstwa, a tym samym zrealizować jednej z podstawowych funkcji rodziny. W świetle najbardziej rozpowszechnionej medycznej definicji niepłodności autorstwa WHO, niepłodność jest specyficzną chorobą, ponieważ dotyczy pary, która polega na niemożności uzyskania ciąży i urodzenia dziecka w obrębie heteroseksualnej dojrzałej pary ludzkiej, podczas gdy w normalnym toku zdarzeń może dojść do poczęcia i urodzenia dziecka (Zegers-Hochschild, Adamson, Dyer, Racowsky, de Mouzon, Sokol, Rienzi, Sunde, Schmidt, Cooke, Simpson, van der Poel 2017, 1795). Medycznie wspomaganą prokreacją jest więc swoistym środkiem zaradczym, którym dysponuje współczesna medycyna dzięki wzmożonemu postępowi technicznemu, jaki się dokonał w naukach medycznych w XX w. Pojęcie to odnosi się do tych przypadków, w których do poczęcia i urodzenia dziecka dochodzi z pominięciem stosunku seksualnego, przy zaangażowaniu personelu medycznego o zaawansowanych umiejętnościach oraz wykorzystaniu specjalistycznej aparatury (Gałązka 2005, 7; Bączyk-Rozwadowska 2018, 15). W świetle aktualnej wiedzy medycznej na metody (techniki) te składają się m.in. inseminacja męskimi komórkami rozrodczymi, transfer gamet, zapłodnienie pozaustrojowe i transfer zarodka, które przyjmują różne postacie (Gawinek, Noworska 2014, 102; Szamatowicz 2013, 144–145; Pawelczyk, Sokalska 2003, 19). Z kolei od strony prawnej odpowiedzią na tę chorobę są stosowne regulacje prawne, jak w przypadku polskim ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 442; dalej: u.l.n.) normująca wykorzystanie zróżnicowanych metod leczenia niepłodności, które są stosowane w świetle przyjętego w art. 5 u.l.n. standardu – począwszy od poradnictwa medycznego, poprzez diagnozowanie niepłodności, zachowawcze leczenie farmaceutyczne, leczenie chirurgiczne, po medycznie wspomaganą prokreację – w świetle postanowień ustawy procedury medycznie wspomaganego prokreacji¹ – także z uwzględnieniem zabezpieczenia płodności na przyszłość². Co jednak nie oznacza, że każdorazowo ten przyjęty przez ustawodawcę sposób postępowania leczniczego zostanie wdrożony. Niemniej na mocy ustawy

¹ Pod pojęciem tym ustawodawca rozumie czynności prowadzące do uzyskania oraz zastosowania komórek rozrodczych lub zarodków wewnątrz lub pozaustrojowo u bioreczni w celu prokreacji. Przy czym procedura obejmuje bezpośrednio i inne niż bezpośrednio użycie komórek rozrodczych i zarodków.

² W przypadku zabezpieczenia płodności na przyszłość powstaje pytanie, czy faktycznie powinno być traktowane jako metoda leczenia niepłodności. Stosuje się je bowiem co do osób, które są płodne, lecz ich potencjał rozrodczy obniża sam fakt choroby nowotworowej, a dodatkowo stosowane leczenie – radio- lub chemioterapia (Bidziński, Zalewski 2011, 262–263, 266).

wykorzystanie metod objętych proponowanym standardem odbywa się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w sposób i na warunkach określonych w ustawie i jest finansowane w zakresie, w sposób i na zasadach określonych w przepisach odrębnych. Ponadto zgodnie z powołaną regulacją wszystkie składające się na ten standard metody leczenia niepłodności, w tym procedury medycznie wspomaganej prokreacji, mają służyć człowiekowi, a przekazywanie życia z ich wykorzystaniem odbywać się z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego oraz ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka.

Mając na uwadze zakres analizy wyznaczony tytułem niniejszego opracowania, należy wskazać, że przedmiot dalszej części wywodu stanowi problem dostępu do medycznie wspomaganej prokreacji, czyli prawo leczenia niepłodności z wykorzystaniem procedur medycznie wspomaganej prokreacji (prawo do procedury medycznie wspomaganej prokreacji), którego zasady i warunki zostały ukształtowane w trosce o godność, życie i zdrowie człowieka, wartości uznane przez polskiego ustrojodawcę, spośród których nadrzędną jest godność (Zieliński 2019, 109). Za fundamentalne dla określenia tego dostępu, a w związku z nim ustalenia dozwolonego zakresu podejmowanych czynności na komórkach rozrodczych oraz zarodkach, uznano więc konstytucyjne zasady godności, ochrony życia i prawa do ochrony zdrowia, przez pryzmat których prowadzona jest wspomniana analiza.

Przyjętą w opracowaniu metodą badawczą jest metoda dogmatycznoprawna, którą dodatkowo poparto poglądami doktryny oraz orzecznictwem sądowym.

2. KONSTYTUCYJNA ZASADA GODNOŚCI A DOSTĘP DO MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI

Wymieniona jako pierwsza konstytucyjna zasada godności człowieka głównie wyprowadzana jest z art. 30 Konstytucji³. Przepis ten wyraża samodzielną normę prawną, w świetle której człowiek jest podmiotem prawa o bezwzględnej i równej ochronie tej podmiotowości (Bosek 2016, 275). Ma on charakter bezwzględnie obowiązujący i zaliczany jest do podstawowych zasad ustroju – tzw. ustrojowy strażnik prawidłowego stanowienia oraz stosowania prawa, ale też jego wykładni (Bosek 2016, 275; Zieliński 2019, 108; Zajadło 2012, 425). Należy więc uwzględnić, że wyrażona w art. 30 zasada godności, emanując z poziomu konstytucji na inne gałęzie prawa (Zajadło 2012, 421), w ustawie o leczeniu niepłodności została odniesiona zarówno do sytuacji poddających się leczeniu niepłodności z wykorzystaniem metod medycznie wspomaganej prokreacji, jak i do sytuacji zarodków

³ Odesłań w konstytucji do tej filozoficznej i teleologicznej kategorii jest więcej. Zob. Preambuła oraz art. 233 ust. 1 i 3 Konstytucji RP.

in vitro, a także dzieci urodzonych w wyniku stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji. Zasada ta w ogólności nie sprzeciwia się więc dopuszczeniu w polskim porządku prawnym stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji, w tym metody *in vitro* (Nawrot 2014, 655). Chroni jednak przed uprzedmiotowieniem człowieka w związku ze stosowaniem procedur medycznie wspomaganej prokreacji.

W tym miejscu należy podkreślić, że to do poddających się leczeniu niepłodności z wykorzystaniem metod medycznie wspomaganej prokreacji odnosi się pojęcie pacjentów (Borysiak, Bosek, Gałązka 2018, 570) – czyli do kobiety i mężczyzny pozostających w związku małżeńskim albo partnerskim⁴. A postulat poszanowania ich godności wpisuje się w ramy regulacji odnoszących się do realizacji praw pacjenta, którego godność chroni nie tylko art. 4 u.l.n., lecz również art. 4 w zw. z art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545 ze zm.; dalej: u.p.p.), a ponadto art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516 ze zm.) oraz art. 23 i 24 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1610 ze zm.).

Zatem prowadzenie leczenia niepłodności z poszanowaniem godności człowieka – pacjentów poddających się temu leczeniu – należy rozumieć jako „obowiązek takiego prowadzenia leczenia, by nie uchybiać godności człowieka” (Haberko 2015, 73). Powyższe oznacza, tak jak podkreśla się to w literaturze na gruncie art. 20 u.p.p., wymóg odpowiedniej organizacji przez ośrodki medycznie wspomaganej prokreacji procesu udzielania świadczeń z zakresu leczenia niepłodności, w tym procedur medycznie wspomaganej prokreacji, by uwzględnić ochronę godności pacjentów, a zarazem powstrzymać od działań godzących w tę wartość (Grzesiewski 2021, art. 20).

Ponadto wiąże się z traktowaniem pacjentów poddających się temu leczeniu, zarówno przez lekarzy, jak i osoby wykonujące inne zawody medyczne, jako równoprawnego uczestnika postępowania terapeutycznego, oraz z powinnością odnoszenia się do pacjentów z należyтым szacunkiem (bez względu na wiek, płeć, status społeczny, ubezpieczonego, obywatela czy poglądy), nie narzucając im swojego światopoglądu (Dercz, Rek 2010, 141; Malczewska 2022, art. 36; Grzesiewski 2021, art. 20). O szacunku, jakim darzeni są pacjenci poddający się leczeniu niepłodności świadczy również sposób udzielania im informacji – na gruncie ustawy o leczeniu niepłodności ustawodawca w sposób szczególny ukształtował obowiązek informacyjny oraz dodatkowo podkreślił możliwość zadawania pytań przez uczestników leczenia – kandydatów na dawkę, biorczynię – oraz samych świadczeń (Malczewska 2022, art. 36), nawet gdy nie zostały zaliczone do katalogu gwarantowanych czy udzielane są głównie

⁴ Zob. postanowienia art. 2 ust. 1 pkt 8 i 9 w zw. z art. 22 pkt 2, art. 32 ust. 2 pkt 6 lit. a–b, art. 36 ust. 1 pkt 7 lit. a–b u.l.n.

w podmiotach prywatnych (Bach-Golecka, Bosek, Sobolewski, Śliwka 2018, 714–715).

Co do sytuacji zarodków *in vitro*, należy zauważyć, że w świetle art. 30 Konstytucji RP chronione są tak, jak zarodki *in utero*, co najmniej przez zasadę-postulat poszanowania i ochrony godności, która dla ustawodawcy oznacza konieczność wprowadzenia stosownych zakazów i nakazów służących realizacji godności zarodków *in vitro*, a dla podmiotów państwowych, samorządowych oraz instytucji niepublicznych, które realizują funkcje zleczone i podobne, podejmowanie działań wykonawczych, faktycznych również w braku szczególnej podstawy prawnej, z poszanowaniem godności tych zarodków (Garlicki 2016, art. 30).

Powyższe znalazło wyraz w licznych postanowieniach ustawy o leczeniu niepłodności. Po pierwsze, w tych, w których dopuszcza się tylko tworzenie zarodków w celach medycznie wspomaganej prokreacji. Po drugie, w postanowieniach odnoszących się do wymogu przechowywania zarodków w warunkach zapewniających ich należyłą ochronę, jeśli nie zostały zastosowane w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji. Po trzecie, w tych rozwiązaniach prawnych, w których stanowi się o stosowaniu diagnostyki preimplantacyjnej tylko ze względów medycznych i poprzedzeniu jej poradnictwem genetycznym w ramach poradnictwa medycznego.

Natomiast co do sytuacji dzieci urodzonych w wyniku zastosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji należy zauważyć, że art. 30 Konstytucji RP nie daje podstaw do zróżnicowania statusu dziecka poczętego w wyniku sztucznej prokreacji względem dziecka urodzonego w wyniku naturalnego poczęcia (Niżnik-Mucha 2016, 138; Nawrot 2014, 655). I jednym, i drugim przysługuje godność osobowa (Piechowiak 1999, 386). Odnośnie do sytuacji dzieci urodzonych w wyniku stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji, należy przyjąć, że poszanowanie ich godności odbywa się m.in. dzięki ustanowieniu określonych reguł filiacyjnych dla każdego wariantu leczenia niepłodności, mających na celu zapobiec sytuacji występowania dziecka urodzonego w następstwie procedury medycznie wspomaganej prokreacji jako *filius nullius*, czy dzięki tym postanowieniom, które pozwalają na zapoznanie się z danymi dotyczącymi dawców komórek rozrodczych lub zarodków⁵, choć nie pozwalają na poznanie swojego pochodzenia genetycznego, czyli tzw. prawdy biologicznej⁶.

⁵ Choć w Konstytucji RP brak w tym zakresie wyraźnej normy, można przyjąć, że prawo do poznania swojego pochodzenia genetycznego ma źródło w takich wartościach jak właśnie godność człowieka, ochrona życia prywatnego oraz prawo do decydowania o swoim życiu osobistym, czy ochrona praw dziecka (Haberko, Sztandera 2017, 126–127).

⁶ Określony przez ustawodawcę zakres danych, do których dostęp mają dzieci urodzone w wyniku heterologicznej procedury medycznie wspomaganej prokreacji po ukończeniu pełnoletniości, nie pozwala na poznanie własnej tożsamości genetycznej ujmowanej jako prawo do informacji o genomie dawcy ani na poznanie tożsamości dawców gamet jako prawa do informacji w zakresie danych identyfikujących dawcę. Zasadny wydaje się więc w tym przypadku postulat

3. KONSTITUCYJNA ZASADA OCHRONY ŻYCIA A DOSTĘP DO MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI

Wskazana jako druga zasada konstytucyjna – ochrony życia – wyrażona została w art. 38 Konstytucji (Grabowski 2006, 220; Syska 2013, 205). Pełni ona istotną funkcję aksjologiczną, która sprawdza się do obowiązku ochrony życia ludzkiego w całym porządku prawnym, w działalności organów władz – ustawodawczej, wykonawczej, sądowniczej (Niżnik-Mucha 2016, 141). Mając jednak na uwadze gwarancje ochrony godności człowieka jako źródło praw i wolności, można przyjąć, że art. 38 Konstytucji RP jest źródłem konstytucyjnego prawa podmiotowego do prawnej ochrony życia (Sarnecki 2016, art. 38), co niekoniecznie oznacza, że gwarancjami tymi objęte jest życie w fazie prenatalnej⁷, a także zarodki *in vitro*. Można bowiem przyjąć, że jest to ochrona szczególnego dobra, za czym m.in. przemawia w ujęciu werbalnym zasada wyrażonej w art. 38 Konstytucji RP brak odniesienia do ochrony życia ludzkiego w fazie prenatalnej⁸. Przepis ten nie sprzeciwia się uregulowaniu dostępu do medycznie wspomaganey prokreacji. Jednak jego granice powinny być wyznaczone przez pryzmat jego treści, przy równoczesnym uwzględnieniu, że na rozważania prawne dotyczące życia człowieka nakładają się również ustalenia filozofów, etyków, a także przedstawicieli nauk medycznych oraz nie bez znaczenia są wyznawana religia i wartości uznawane przez społeczeństwo w danym czasie. Dopiero więc w tych zakresłonych granicach ustawodawca zwykły, korzystając z przyznanej mu swobody określenia hierarchii celów, preferencji wartości i wyboru środków służących do ich realizacji, mógł stworzyć regulację prawną dostępu do medycznie wspomaganey prokreacji – z jednej strony chroniącą życie embrionów *in vitro*, z drugiej interesy rodziców, a także dawców komórek rozrodczych albo zarodków.

Zatem dostęp do medycznie wspomaganey prokreacji jest możliwy przy równoczesnej realizacji postulatów ochrony zarodków *in vitro*, która doznaje wyrazu w licznych postanowieniach ustawy o leczeniu niepłodności, m.in. statuujących obowiązek przechowywania zarodków w warunkach zapewniających ich należyłą ochronę do czasu przeniesienia do organizmu bioreczeni, jak również penalizujących ich niszczenie. Ponadto w tych rozwiązaniach prawnych, które sprzyjają rozwojowi utworzonych zarodków *in vitro*, jak np. dopuszczających możliwość wykorzystania zarodków powstałych w wyniku dawstwa partnerskiego po śmierci

rozszerzenia zakresu informacji o dane umożliwiające identyfikację dawców materiału genetycznego, podobnie jak w przypadku przysposobienia (Haberko, Sztandera 2017, 133, 135).

⁷ Zob. orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19. Por. również wyrok TK z dnia 22 października 2020 r., K 1/20 (Dz.U. z 2021 r., poz. 175), do którego zdanie odrębne złożył m.in. sędzia TK L. Kieres o ochronie życia w okresie prenatalnym jako dobra chronionego konstytucyjnie, ale nie w sposób bezwzględny.

⁸ Zob. zdanie odrębne sędziego TK W. Sokolewicza do orzeczenia TK z dnia 28 maja 1997 r. K 26/96 i jego uzasadnienie, s. 51.

dawcy komórek rozrodczych, dopuszczających dawstwo zarodka niewykorzystanego, czy również w tych postanowieniach, które nie dopuszczają arbitralnego i niekontrolowanego ingerowania w to życie bez uzasadnionej przyczyny, np. stosowanie diagnostyki preimplantacyjnej nieograniczonej koniecznością spełnienia jakichkolwiek przesłanek obiektywnych i dochowania jakichkolwiek terminów czy procedury (Bosek 2010, 169–170). Charakter ochronny wykazują również przepisy instytucjonalne ustawy o leczeniu niepłodności, odnoszące się do podmiotów prowadzących działalność leczniczą w zakresie stosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji oraz banków komórek rozrodczych i zarodków w przedmiocie odpowiednich warunków sanitarno-techniczno-organizacyjnych oraz kwalifikacji zawodowych personelu.

4. KONSTITUCYJNE PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA A DOSTĘP DO MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI

Co do proklamowanego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawa podmiotowego do ochrony zdrowia należy zauważyć, że jest to prawo jednostki, którego istota wyraża się w gwarantowanym obywatelom równym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku w prawie do szczególnej opieki zdrowotnej (Florczak-Wątor 2021, art. 68). Skoro więc treścią prawa do ochrony zdrowia jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, to obowiązkiem władz publicznych jest podjęcie działań, dzięki którym możliwa będzie należyta ochrona i realizacja tego prawa (Winczorek 2008, 165; Banaszak 2009, 351)⁹. Powyższe wymaga od ustawodawcy zwykłego określenia sfery organizacyjnej związanej z odpowiednim skonstruowaniem tego systemu. To zaś oznacza konieczność stworzenia normatywnego układu odniesienia, który pozwoli na dookreślenie treści prawa do ochrony zdrowia, co z kolei łączy się z określeniem warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁰. Obowiązkiem ustawodawcy zwykłego jest bowiem zagwarantowanie rzeczywistego dostępu do systemu ochrony zdrowia, co zarazem nie oznacza równego dostępu do wszystkich znanych medycynie środków terapeutycznych, ale względnie szerokiej gamy, odpowiadającej aktualnej wiedzy medycznej¹¹ (Bartoszewicz 2014, art. 68). Jako całość system ten powinien gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, których sytuacja finansowa nie może być

⁹ Zob. również wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1; wyrok z dnia 23 marca 1999, K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38; postanowienie TK z dnia 23 czerwca 1998 r., K 32/97, OTK ZU 1998, nr 4, poz. 53.

¹⁰ Zob. wyrok TK z dnia 28 lutego 2005 r., P 7/03, OTK-A 2005, nr 2, poz. 18.

¹¹ Zob. m.in. wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004, K. 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1; wyrok TK z dnia 12 kwietnia 2006 r., Kp 2/04, OTK-A 2006, nr 4, poz. 44.

podstawą czy to formalną, czy to faktyczną wykluczenia z tego systemu (Bosek 2016, art. 68).

Odnosząc się do problemu dostępu do medycznie wspomagannej prokreacji w kontekście wyrażonego w art. 68 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia, należy zauważyć, że rola państwa sprowadzała się do stworzenia stosownych regulacji – prawnych, instytucjonalnych i proceduralnych – umożliwiających obywatelom bezpieczne korzystanie z procedur medycznie wspomagannej prokreacji (Wojewoda 2019, 134). Znalazły one wyraz w ustawie o leczeniu niepłodności i aktach wykonawczych do niej. To w tym akcie ostatecznie ustawodawca rozstrzygnął o charakterze procedur medycznie wspomagannej prokreacji i prawnie dopuszczalnym celu ich stosowania. Świadczy o tym jego tytuł, ale też i treść poszczególnych przepisów, w tym m.in. art. 1 pkt 2 w zw. z art. 5 ust. 1 u.l.n., ujmujące procedury medycznie wspomagannej prokreacji jako element określonego ustawowo sposobu leczenia niepłodności (Niżnik-Mucha 2016, 30). W stanowisku tym utwierdza także treść art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.) oraz art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.), w świetle których procedury medycznie wspomagannej prokreacji, jeśli odmówić im charakteru leczniczego, stanowią inne działania medyczne, które wynikają z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (Bosek, Janiszewska 2018, 2). Skoro więc ustawodawca uznał procedury medycznie wspomagannej prokreacji za świadczenie zdrowotne, a w ustawie zasadniczej statuuje się prawo do świadczeń zdrowotnych jako kategorię świadczeń opieki zdrowotnej, to należy uznać, że jednostki mają prawo do procedur medycznie wspomagannej prokreacji jako świadczeń zdrowotnych realizowanych na zasadach określonych w ustawodawstwie zwykłym.

Także ustawą o leczeniu niepłodności ustawodawca przesądził, że realizacja tak ujmowanego prawa do procedur medycznie wspomagannej prokreacji możliwa jest w określonym układzie podmiotowo-przedmiotowym (przy spełnieniu licznych warunków prawnych oraz medycznych) oraz prawnoorganizacyjnym. Uprawnionymi do procedur medycznie wspomagannej prokreacji są tylko niepłodni małżonkowie oraz heteroseksualne pary pozostające we wspólnym pożyciu, a w przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego co do zasady po co najmniej 12-miesięcznym okresie nieskutecznego leczenia i wyczerpaniu innych metod. Od osób tych wymaga się pełnej zdolności do czynności prawnych, określonego stanu zdrowia pozwalającego na pobranie lub zastosowanie komórek rozrodczych albo zarodków oraz wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia oraz skutki prawnorodzinne urodzenia się dziecka w wyniku stosowanej procedury medycznie wspomagannej prokreacji.

Co do zakresu przedmiotowego – ustawodawca dopuścił stosowanie prostych metod medycznie wspomagannej prokreacji, jak inseminacja męskimi komórkami rozrodczymi, a także zaawansowanych procedur, jak zapłodnienie pozaustrojowe

– w ich przypadku równocześnie podjął decyzję o niefinansowaniu ze środków publicznych. Należy więc mieć na uwadze, że sprawdzianem stopnia urzeczywistnienia prawa do tych procedur jest właśnie ich finansowanie. Skoro zatem prawo do leczenia niepłodności jest elementem konstytucyjnie gwarantowanego prawa do ochrony zdrowia, to wykluczenie możliwości uzyskania dostępu do jednej z metod leczenia niepłodności – zapłodnienia pozaustrojowego – wykazuje charakter ograniczenia tego prawa (Safjan 2007, 169). Wątpliwe jest więc nie tylko wykonanie postanowień ustawy o leczeniu niepłodności i tym samym odegranie przez ten akt w pełni oczekiwanej społecznie roli, lecz również ustawy o prawach pacjenta, która stanowi o prawie pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej.

W kwestiach prawnoorganizacyjnych warto zauważyć, że prawnie dozwolone czynności na komórkach rozrodczych oraz zarodkach mogą być prowadzone co do zasady w ośrodkach medycznie wspomaganey prokreacji (ewentualnie centrach leczenia niepłodności), bankach komórek rozrodczych i zarodków działających na podstawie stosownego pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia przez osoby posiadające do tego określone kwalifikacje.

5. ZAKOŃCZENIE

Nie ulega wątpliwości, że konstytucyjny system wartości i norm narzuca określone ramy regulacji prawnej dotyczącej wykorzystywania metod medycznie wspomaganey prokreacji w procesie leczenia niepłodności i tym samym waży na treści prawa jednostki do procedury medycznie wspomaganey prokreacji oraz możliwości jego realizacji w określonych przepisami warunkach. Choć działania podejmowane przez prawodawcę „powinny korelować z podstawowymi i uniwersalnymi zasadami moralnymi” (Machinek 2007, 152), to na uwadze należy mieć, że zależności pomiędzy tymi systemami normatywnymi mogą przedstawiać się różnie¹². Jakkolwiek odwołanie prawodawcy poza dziedzinę prawa jest niezbędne dla uzasadnienia przyjmowanych założeń – wypracowane dzięki temu pewne ogólne standardy regulują stosowanie nowej wiedzy w praktyce, jak i chronią równocześnie uznane wartości (Szafrąńska-Czajka 2015, 85) – to w kontekście kwestii bioetycznych należy pamiętać, że decyzje ustawodawcze wymagają dwojakiego uzasadnienia, nie tylko formalnego, lecz również z uwagi na ich treść. Ponadto podkreślenia wymaga, że regulacja zaczyna się od prawa, ale na nim się nie kończy (Bojanowski 2019, 44–45) – istotne jest także stosowanie obowiązujących przepisów prawnych przez podmioty uczestniczące w procedurach medycznie wspomaganey prokreacji.

¹² Normy mogą pozostawać ze sobą w związkach treściowych, np. dopełniać się albo kolidować oraz funkcjonalnych – mogą się na siebie nakładać i wzmacniać albo osłabiać swoje oddziaływanie (Chauvin, Stawiecki, Winczorek 2014, 40–44).

BIBLIOGRAFIA

- Bach-Golecka, Dobrochna. Bosek, Leszek. Sobolewski, Przemysław. Śliwka, Marcin. 2018. „Rozdział 11. Prawa pacjenta”. W *Institucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego*. Tom 1. Red. Marek Safjan, Leszek Bosek. 700–865. Warszawa: C.H.Beck.
- Banaszak, Bogusław. 2009. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: C.H.Beck.
- Bartoszewicz, Michał. 2014. W *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Red. Monika Haczkowska. Warszawa: Wydawnictwo LexisNexis.
- Bączny-Rozwadowska, Kinga. 2018. *Prokreacja medycznie wspomagana. Studium z dziedziny prawa*. Toruń: TNOiK – Dom Organizatora.
- Bidziński, Mariusz. Zalewski, Kamil. 2011. „Zachowanie zdolności prokreacyjnych w aspekcie choroby nowotworowej”. W *Niepłodność i rozród wspomagany*. Red. Jerzy Radwan, Sławomir Wołoszyński. 259–276. Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Bojanowski, Eugeniusz. 2019. „Postępowanie administracyjne a niektóre jego uwarunkowania organizacyjne. Kilka refleksji”. W *Jednostka wobec władczej ingerencji organów administracji publicznej: Księga jubileuszowa dedykowana profesor Barbarze Adamiak*. Red. Jerzy Korczak, Krzysztof Sobieralski. 41–46. Wrocław: Prescom.
- Borysiak, Witold. Bosek, Leszek. Gałązka, Małgorzata. 2018. „Rozdział 9. Status pacjenta”. W *Institucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego*. Tom 1. Red. Marek Safjan, Leszek Bosek. Wyd. 1. 509–625. Warszawa: C.H.Beck.
- Bosek, Leszek. 2010. „Modele regulacyjne wspomaganej prokreacji w świetle standardów konstytucyjnych”. W *Współczesne wyzwania bioetyczne*. Red. Leszek Bosek, Michał Królikowski, Krzysztof Szczucki. 155–175. Warszawa: C.H.Beck.
- Bosek, Leszek. 2016. „Art. 30”. W *Konstytucja RP*. Tom I. *Komentarz do art. 1–86*. Red. Marek Safjan, Leszek Bosek. LEX/el.
- Bosek, Leszek. Janiszewska, Beata. 2018. „Rozdział 1. Pojęcie i podstawy prawne szczególnych świadczeń zdrowotnych”. W *Szczególne świadczenia zdrowotne. System Prawa Medycznego*. Tom 2. Red. Leszek Bosek, Agata Wnukiewicz-Kozłowska. Wyd. 1. 1–43. Warszawa: C.H.Beck.
- Chauvin, Tatiana. Stawecki, Tomasz. Winczorek, Piotr. 2014. *Wstęp do prawoznawstwa*. Wyd. 9. Warszawa: C.H.Beck.
- Dercz, Maciej. Rek, Tomasz. 2010. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*. Wyd. 2. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Florczak-Wątor, Monika. 2021. „Art. 68”. W *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Wyd. II. Red. Piotr Tuleja. LEX/el.
- Gałązka, Małgorzata. 2005. *Prawo karne wobec prokreacji pozaustrojowej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Garlicki, Leszek. 2016. „Art. 30”. W *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Tom 2. Red. Leszek Garlicki, Marek Zubik. Wyd. 2. LEX/el.
- Gawinek, Joanna. Noworska, Beata. 2014. „Zapłodnienie in vitro jedną z metod leczenia niepłodności”. *Problemy Pielęgniarstwa* 22(1): 99–106.
- Grabowski, Radosław. 2006. *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Grzesiewski, Paweł. 2021. „Art. 20”. W *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Red. Dorota Karkowska. LEX/el.
- Haberko, Joanna. 2015. *Ustawa o leczeniu niepłodności. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Haberko, Joanna. Sztandera, Filina. 2017. „Niebezpieczeństwo małżeństwa z bratem. Uwagi na tle ustawy o leczeniu niepłodności i prawie do poznania genetycznego pochodzenia dziecka”.

- W *Dobro pojemne jak krzywdą. Prawna ochrona dziecka. Deklaracje a rzeczywistość*. Red. Jacek Mazurkiewicz, Piotr Mysiak. 118–135. Wrocław: Jacek Mazurkiewicz.
- Machinek, Marian. 2007. *Spór o status ludzkiego embrionu*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Malczewska, Mirosława. 2022. „Art. 36”. W *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*. Wyd. III. Red. Eleonora Zielińska. LEX/el.
- Nawrot, Oktawian. 2014. „Biorąc konstytucję poważnie. Konstytucyjne ramy regulacji medycznie wspomaganey prokreacji (uwagi na marginesie oceny zgodności z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej poselskich projektów ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, druk 607 i 608)”. *Gdańskie Studia Prawnicze* 1: 647–662.
- Niżnik-Mucha, Agata. 2016. *Prawna regulacja medycznie wspomaganey prokreacji w Polsce i wybranych państwach europejskich. Wybrane problemy*. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Pawelczyk, Leszek. Sokalska, Anna. 2003. „Medyczne aspekty niepłodności oraz technik wspomaganego rozrodu”. W *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*. Red. Janusz Gadzinowski, Leszek Pawelczyk, Janusz Wiśniewski. 11–23. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Piechowiak, Marek. 1999. *Filozofia praw człowieka – Prawa człowieka w świetle ich międzynarodowej ochrony*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Safjan, Marek. 2007. *Wyzwania dla państwa prawa*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Sarnecki, Paweł. 2016. „Art. 38”. W *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Tom 2. Red. Leszek Garlicki, Marek Zubik. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe 2016, LEX/el.
- Syska, Maciej. 2013. *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawno-porównawczym*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Szafrańska-Czajka, Zofia. 2015. „O «istocie ludzkiej» – status prawny i aksjologiczny życia ludzkiego w prenatalnej fazie rozwoju na przykładzie wybranych dokumentów prawnych Rady Europy na gruncie piśmiennictwa polskiego”. *Studia Prawno-Ekonomiczne* XCVII: 83–105.
- Szamatowicz, Marian. 2007. „Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń”. W *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*. Red. Tomasz Niemiec. 89–91. Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju.
- Szamatowicz, Marian. 2013. „Niepłodność”. W *Położnictwo i ginekologia*. Tom 2. Red. Grzegorz H. Bręborowicz. 141–164. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Winczorek, Piotr. 2008. *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*. Warszawa: Liber.
- Wojewoda, Ewelina. 2019. *Prawnokarne i kryminologiczne aspekty medycznie wspomaganey prokreacji*. Białystok: Temida2.
- Zajadło, Jerzy. 2012. „Godność, wolność i równość w Konstytucji RP (szkice encyklopedyczne)”. *Gdańskie Studia Prawnicze* XXVII: 423–436.
- Zegers-Hochschild, Fernando. Adamson, G. David. Dyer, Silke. Racowsky Catherine. de Mouzon, Jacques. Sokol, Rebecca. Rienzi, Laura. Sunde, Arne. Schmidt, Lone. Cooke, Ian D. Simpson, Joe Leigh. van der Poel, Sheryl. „The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017”. *Human Reproduction* 32(9): 1786–1801.
- Zieliński, Sebastian. 2019. „Rozumienie godności człowieka i jej znaczenie w procesie stanowienia i stosowania prawa. Propozycja testu zgodności regulacji prawnych z zasadą godności człowieka”. *Przegląd Sejmowy* 4: 107–127.

Akty prawne

Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1610 ze zm.).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516 ze zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2561 ze zm.).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545 ze zm.).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.).

Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 442).

Orzecznictwo

Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

Wyrok TK z dnia 23 marca 1999, K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

Wyrok TK z dnia 28 lutego 2005 r., P 7/03, OTK-A 2005, nr 2, poz. 18.

Wyrok TK z dnia 12 kwietnia 2006 r., Kp 2/04, OTK-A 2006, nr 4, poz. 44.

Wyrok TK z dnia 22 października 2020 r., K 1/20 (Dz.U. z 2021 r., poz. 175).

Postanowienie TK z dnia 23 czerwca 1998 r., K 32/97, OTK ZU 1998, nr 4, poz. 53.