

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2025.01.02.07>

dr Justyna JASIŃSKA-RUDZKA

<https://orcid.org/0000-0003-4642-9622>

Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

e-mail: jasinska.justyna@o2.pl

dr Szymon RUDZKI

<https://orcid.org/0009-0005-6789-6096>

Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego

e-mail: szymon.rudzki@o2.pl

Oświadczenie w przedmiocie medycznego zabezpieczenia płodności na przyszłość – aspekty prawne

Streszczenie

Artykuł analizuje medyczne zabezpieczenie płodności na przyszłość jako metodę leczenia niepłodności, uregulowaną w Ustawie o leczeniu niepłodności z 2015 roku. Przedstawia aspekty prawne, bioetyczne i społeczne, podkreślając problemy interpretacyjne przepisów oraz brak jednoznacznych regulacji dotyczących tych oświadczeń. Omówiono m.in. kwestię przesunięcia wieku rodzicielstwa, praw dziecka oraz wykorzystania komórek po śmierci dawcy. Wskazano na potrzebę doprecyzowania regulacji prawnych oraz dalszych badań nad skutkami zabezpieczenia płodności w kontekście ochrony zdrowia i praw człowieka.

Słowa kluczowe: zabezpieczenie płodności, leczenie niepłodności, rodzicielstwo, komórki rozrodcze, wspieranie prokreacji.

Wstęp

Medyczne zabezpieczenie płodności stanowi niezwykle istotne zagadnienie w kontekście współczesnych technologii wspierania prokreacji. Analiza tego standardu leczenia niepłodności wydaje się być o tyle istotna, że ta – z pozoru niewielka – instytucja prawna, może być przedmiotem zainteresowania na styku prawa, medycyny i bioetyki, pozostając jednocześnie ważkim tematem debaty społecznej.

Omawiana metoda, wskazana przez Ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności¹, umożliwiła planowanie rodzicielstwa w odroczonym terminie, głównie w obliczu różnych problemów zdrowotnych. W opracowaniach naukowych podnosi się również, że niniejsze oświadczenie ma na celu zabezpieczenie płodności na wypadek nie tylko chorób, lecz także procedur medycznych lub nawet opóźnienia decyzji o rodzicielstwie. W treści artykułu zweryfikowany zostanie niniejszy pogląd.

W miarę postępu technologii medycznych, a także globalnego problemu niepłodności, coraz większa liczba ludzi decyduje się na zastosowanie metod przechowywania materiału biologicznego, takich jak kriokonserwacja komórek jajowych, nasienia czy zarodków, w celu zachowania możliwości prokreacji na przyszłość. Oświadczenie w przedmiocie zabezpieczenia płodności staje się nie tylko decyzją dotyczącą procedury medycznej, ale również osobistym aktem woli mającym na celu zabezpieczenie przed nieprzewidywalnymi okolicznościami zdrowotnymi, zawodowymi lub społecznymi, które mogą wpłynąć na zdolność do posiadania potomstwa.

W artykule omówione zostaną możliwości medycznego zabezpieczenia płodności na przyszłość, jego prawne aspekty oraz rola tego mechanizmu w kontekście aktualnego statusu ochrony życia i zdrowia.

1. Wybrane aspekty zabezpieczenia płodności w ujęciu konstytucyjnym

Ustawa o leczeniu niepłodności przewiduje w Rozdziale 1 miejsce na zbiór zasad zabezpieczających prawa i wolności człowieka. Odwołując się do poszanowania godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka², stanowi *prima facie* nawiązanie do wolności i praw konstytucyjnych. Ustawa przewiduje ponadto, że leczenie będzie prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną³. Tu z kolei dopatrywać się można nie tylko obowiązku zachowania sumienności i staranności przez lekarza, ale i konieczności dokonywania stałego przeglądu aktualnej wiedzy medycznej w zakresie nowych metod leczenia niepłodności oraz nowo odkrytych zagrożeń wywoływanych przez dotychczasowe techniki, a to w ścisłym związku z realizacją zasad wcześniej wymienionych⁴.

Przeobrażenia na styku prawa, medycyny i technologii, przy jednoczesnym stałym i spójnym systemie zasad u.l.n., obligują, by nie tylko analizować pro-

¹ Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności Dz.U. z 2020 poz. 442, t.j. dalej u.l.n.

² Art. 4 u.l.n.

³ Art. 3 u.l.n.

⁴ Szerzej o „aktualnej wiedzy medycznej” zob. J. Haberko, *Ustawa o leczeniu niepłodności. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 63 i n.

blemy aktualnie występujące, ale i zadawać pytania hipotetyczne. Przykładowo pod rozważę można wziąć zagadnienie: czy możliwość zabezpieczenia płodności nie wpłynie na przesunięcie przeciętnego wieku kobiety w ciąży, a jeżeli tak, to czy nie będzie to stanowiło spotęgowania skali zwiększonego ryzyka występowania wad letalnych i dalszych powikłań po stronie matki i dziecka? Dalej, czy dziecko narodzone w okolicznościach wcześniejszego zabezpieczenia płodności, w tym konserwowania, przechowywania, czy przeoczonych niepożądanych zdarzeń lub reakcji, może posiadać zwiększone ryzyko zapadnięcia na poszczególne choroby?

Wspomniane przykłady otwierają oczywiście całą gamę kolejnych, mnożących się pytań, które z pewnością dadzą asumpt do rozważań nad istotą omawianych działań medycznych w zestawieniu z zagadnieniami prawnymi, w tym przede wszystkim z prawami człowieka. W przypadku ewentualnych alarmujących wniosków i danych statystycznych, być może będzie trzeba poddać analizie omawianą instytucję nie z perspektywy zdolności płodzenia, a jako podstawowe kryterium przyjąć dobro dziecka, co dotyczyć może również rewizji tajemnicy lekarskiej czy prawa pacjenta do informacji medycznej. Z jeszcze innej perspektywy, funkcjonowanie instytucji zabezpieczenia płodności na przyszłość może przesądzić o konieczności zmiany optyki na działania państwa, na przykład w zakresie zabezpieczenia społecznego i wspierania rodziny.

Wśród tych zagadnień jawi się zatem na pierwszy rzut oka potrzeba określenia zastanego systemu aksjologicznego wynikającego z *lex fundamentalis*. Mowa tu o wartościach, które konstytuują grunt pod funkcjonowanie instytucji zabezpieczenia płodności na przyszłość, co jest o tyle istotne, że – jak podkreśla się w literaturze – prawu medycznemu nie poświęcono w Konstytucji RP wyraźnego umocowania, jak to uczynił ustrojodawca dla innych gałęzi prawa⁵.

Skoro jednak omawiana ustawa stanowi element prawa medycznego (przynajmniej *sensu largo*), to warto jednak dokonać krótkiego przeglądu reguł konstytucyjnych i zauważyć, że ścisły związek między ustawą zasadniczą a prawem medycznym widoczny jest szczególnie w brzmieniu art. 68 Konstytucji RP⁶. Jak zauważył Trybunał Konstytucyjny, ochrona zdrowia, jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka⁷, dlatego zaznaczenia wymaga też rola reguł konstytucyjnych z art. 30 i art. 38. Niejako potwierdzeniem stanowiska

⁵ Zob. K. Michalak, *Status prawa medycznego na tle szczegółowych nauk prawnych*, Białystok 2020, s. 106.

⁶ „1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku [...]”

⁷ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1. Szerzej o dotychczasowym orzecznictwie TK w przedmiocie godności człowieka zob. M. Chmaj (red.), *Konstytucyjne wolności i prawa w Polsce*, Warszawa 2023, s. 68 i n.

Trybunału Konstytucyjnego jest umieszczenie w katalogu zasad u.l.n. właśnie godności człowieka na pierwszym miejscu⁸, a wymienienie dalej ochrony zdrowia i życia. Warto już tutaj zauważyć, że ochrona życia i zdrowia jest traktowana jako – z jednej strony, obowiązek władz publicznych, co zresztą wynika wprost z brzmienia przywoływanych przepisów – natomiast z drugiej, staje się aktualnie jednym z głównych praw człowieka⁹. Degradacja środowiska, spadek ogólnej jakości życia, namnażanie się nowych chorób cywilizacyjnych, z pewnością będą wzmacniały tę pozycję.

Dokonując omówienia prawnej ochrony życia, w kontekście niniejszego opracowania, szczególnie istotne jest zauważenie sporu dotyczącego zakresu podmiotowego tej ochrony. Z jednej strony komentatorzy Konstytucji RP wskazują, że prawna ochrona życia nie oznacza udzielenia tej ochrony od momentu poczęcia¹⁰. Przeciwnicy tej tezy zauważają, że pojęcie „człowiek” obejmuje wszystkie istoty ludzkie na każdym etapie rozwoju, a ochrona istoty ludzkiej w prenatalnej fazie rozwoju wynika z gwarancyjnej funkcji art. 38 Konstytucji RP, wykładni historycznej czy z domniemania *in dubio pro vitae*¹¹. Spójność w postrzeganiu tej kwestii, choć wydaje się niemożliwa przez jej kulturowe i światopoglądowe nacechowanie, jest w tym miejscu wyjątkowo pożądana. Zauważyć należy, że przy każdorazowym przyjęciu prawa podmiotowego płynącego z art. 38 Konstytucji RP – dla przykładu poprzez ujęcie prawa podmiotowego do prawnej ochrony życia – mogą wystąpić takie okoliczności stanu faktycznego, które sprowadzą się do konkurowania praw podmiotowych rodzica i embrionu wykreowanego wskutek błędu w sztuce lekarskiej¹².

Rozstrzygnięcie powyższego będzie miało też znaczący skutek dla przyznania – lub nie – prawa do ochrony zdrowia dziecka nienarodzonego¹³, a przez to skon-

⁸ W przedmiocie związku konstytucyjnej reguły przyrodzonej godności z prawem medycznym zob. także D. Karkowska, *Godna prokreacja, ciąża, poród i połóg. Prawa kobiet*, Warszawa 2023, s. 78 i n.

⁹ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2021, s.1.

¹⁰ Tak np. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2012, s. 256.

¹¹ Zob. M. Safjan, L. Bosek, *Konstytucja RP*, t. 1, Warszawa 2016, s. 941–944; Warto nadmienić, że w 2006 r. wpłynął projekt zmiany brzmienia art. 38 Konstytucji RP przez dodanie frazy „od momentu poczęcia”.

¹² Pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej/medycznej” spotyka się niekiedy z próbą korekty do „błędu lekarskiego” lub „błędu medycznego”. Zdaniem autorów, skoro rzeczony termin występuje zarówno wśród przedstawicieli nauki prawa (np. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998), jak i w orzecznictwie sądów powszechnych (zob. np. Wyrok SN z dnia 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18, Lex nr 2684149) i administracyjnych (por. np. Wyrok NSA z 15 marca 2018 r., I FSK 954/15, LEX nr 2481341), to użycie go w tym miejscu jest przynajmniej dopuszczalne, szczególnie zważywszy na intuicyjne rozumienie jego znaczenia.

¹³ Zdaniem TK ochrona prawna zdrowia w fazie prenatalnej wynika z Konwencji o Prawach Dziecka – por. Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K. 26/96 (OTK 1997, nr 2, poz. 19).

kretyzowania sposobu interpretowania kolejnej z zasad wskazanych w u.l.n. Stanie się tak w szczególności dlatego, że prawo do ochrony zdrowia objęte jest zakresem prawa do ochrony życia. Niezależnie od omawianego sporu należy bezsprzecznie uznać, że ochrona życia i zdrowia przysługuje także rodzicowi, a w przypadku omawianej instytucji zabezpieczenia płodności na przyszłość dotyczyć będzie zarówno procesów zmierzających do pobrania komórek rozrodczych¹⁴, jak i późniejszego ich wykorzystywania, prowadzącego do powstania ciąży. W zakresie kontekstowego omawiania przepisów krajowej ustawy zasadniczej, należy jeszcze podkreślić, że Konstytucja RP w art. 68 ust. 3 przywołuje obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej zarówno kobietom ciężarnym, jak i dzieciom¹⁵. W tym wypadku podzielić można pogląd, według którego o ile samo przewidziane w u.l.n. zabezpieczenie płodności na przyszłość nie koresponduje z tą ochroną, o tyle już jego cel – realizowanie funkcji rodzicielskiej wskutek przyszłego zapłodnienia – powinien przynajmniej częściowo tej ochronie podlegać.

Dokonując przeglądu zasad u.l.n. w kontekście reguł konstytucyjnych, można uznać, że regulacje prawne dotyczące leczenia niepłodności odzwierciedlają określony system aksjologiczny wynikający z ustawy zasadniczej. Nie należy jednak zapominać, że zabezpieczenie płodności na przyszłość niesie ze sobą nie tylko możliwości, ale i zagrożenia dla realizacji zestawionych praw człowieka. Za przykład może tu posłużyć kolizja prawa własności komórek po śmierci małżonka, z omawianą uprzednio godnością człowieka czy dobrem dziecka. Pewne pozostaje, że stosowanie omawianej ustawy przysporzyć może licznych wątpliwości w sferze stosowania prawa, szczególnie, że – co podkreśla się w literaturze przedmiotu – sprostanie wszystkim zasadom, na których opiera się proces leczenia niepłodności – w tym zabezpieczenia płodności – wydaje się być niemożliwe lub przynajmniej mocno utrudnione.¹⁶

2. Zabezpieczenie płodności w świetle Ustawy o leczeniu niepłodności

Współczesne metody leczenia niepłodności zyskały na znaczeniu w wyniku postępu technologii w procesach medycznych i wzrostu świadomości społeczeństwa na temat rozwiązywania problemów związanych z płodnością. Na gruncie art. 5 ust. 1 pkt 6 u.l.n. zabezpieczenie płodności na przyszłość, rozumiane jako działania mające na celu zachowanie możliwości prokreacji na później, stanowi jeden z elementów leczenia niepłodności. Jak wskazuje J. Haberko już samo

¹⁴ Tu ustawa wydaje się wyczerpywać realizację tego prawa – por. art. 31 u.l.n.

¹⁵ Warto dodać, że prawo ochrony i opieki dla kobiet ciężarnych wynika już z art. 18 Konstytucji RP, a ochrona praw dziecka – z art. 72.

¹⁶ J. Haberko, *Ustawa...*, s. 73.

umieszczenie opisywanej instytucji stanowi o nieprecyzyjności ustawodawcy z uwagi na fakt, że zabezpieczenie płodności nie jest *stricte* jej leczeniem. „Już językowa warstwa przepisu skłania do przyjęcia, że podejmowanie tej czynności dotyczy osoby płodnej, która, gdyby nie pewne zdarzenia, mogłaby podjąć działania zmierzające do poczęcia i urodzenia dziecka”¹⁷. Z punktu widzenia dokładności językowej trudno nie zgodzić się z autorką. Niemniej jednak należy przyjąć, że zabezpieczenie płodności na przyszłość stanowi metodę leczenia niepłodności *sensu largo*, której potrzeba zastosowania może pojawić się w przyszłości. Jest bowiem formą zapobiegania problemom związanym z płodnością, które dopiero mogą się pojawić. Jak wskazuje uzasadnienie projektu u.l.n.

Zgodnie bowiem z aktualną wiedzą medyczną leczenie niepłodności obejmuje diagnozowanie przyczyn niepłodności, poradnictwo medyczne, zachowawcze leczenie farmakologiczne, leczenie chirurgiczne oraz procedurę medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe. Istotnym w tym zakresie postępowaniem jest także zabezpieczenie płodności na przyszłość. [...] Ponadto warto zaznaczyć, że projektodawca uznał za celowe umieszczenie w zakresie leczenia niepłodności możliwość zabezpieczenia płodności na przyszłość, która obejmuje działania medyczne podejmowane w celu zabezpieczenia zdolności płodzenia w przypadku niebezpieczeństwa utraty albo istotnego upośledzenia zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia. Dotyczy to w szczególności sytuacji, w których m.in. leczenie z powodu innych chorób może doprowadzić do uszkodzenia funkcji rozrodczych osoby leczonej. Do sytuacji takich dochodzi najczęściej w trakcie leczenia onkologicznego. Rozwój medycyny pozwala na umożliwienie takim osobom posiadania własnego genetycznie dziecka¹⁸.

Treść art. 10 u.l.n. wskazuje, że zabezpieczenie płodności na przyszłość, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 6 u.l.n., obejmuje działania medyczne podejmowane w celu zabezpieczenia zdolności płodzenia w przypadku niebezpieczeństwa utraty albo istotnego upośledzenia zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia.

Analiza przepisu pozwala stwierdzić, że zabezpieczenie płodności opiera się jedynie na podejmowanych działaniach medycznych. Pojęcie działań medycznych odnosi się do wszelkich czynności podejmowanych przez osoby wykonujące zawód medyczny, mających na celu diagnozowanie, leczenie, profilaktykę lub rehabilitację pacjentów. Działania medyczne obejmują szeroki zakres czynności, które są przeprowadzane zarówno w celach zdrowotnych, jak i w ramach ochrony zdrowia. Definicja tego pojęcia nie jest jednolicie określona w jednym przepisie prawnym. Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹ działania medyczne mogą być rozumiane jako czynności wykonywane przez lekarzy i lekarzy dentystrów w zakresie ich kompetencji zawodowych, których celem jest diagnoza, leczenie, zapobieganie chorobom i rehabilitacja pacjentów. W znaczeniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działaniach

¹⁷ J. Haberko, *Ustawa o leczeniu niepłodności Komentarz*, Warszawa 2016, art. 5, LEX.

¹⁸ Uzasadnienie projektu ustawy o leczeniu niepłodności – druk nr 3245, s. 1–2, 7.

¹⁹ Dz.U. z 2024 poz. 1287 t.j.

ności leczniczej²⁰ działania medyczne są czynnościami podejmowanymi przez personel medyczny, w tym lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych itd., które mogą obejmować diagnozowanie, leczenie, profilaktykę, rehabilitację i inne czynności związane z opieką nad pacjentem²¹. Pośrednio działania medyczne definiowane są również przez Kodeks cywilny²². W kontekście odpowiedzialności cywilnoprawnej działania medyczne mogą być rozumiane jako czynności związane z wykonaniem umowy o świadczenie usług medycznych, których efektem jest nie tylko leczenie, ale także odpowiedzialność za ewentualne błędy w sztuce lekarskiej.

W kontekście ustawy o leczeniu niepłodności za działania medyczne w przedmiocie zabezpieczenia płodności uznać należy w szczególności przygotowanie pacjenta do pobrania komórek rozrodczych, pobieranie komórek rozrodczych, przechowywanie, przetwarzanie, a także testowanie, konserwowanie i dystrybucja komórek rozrodczych lub zarodków w celu ich zabezpieczenia na przyszłość, przez ośrodki medycznie wspomaganej prokreacji tj. podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w zakresie stosowania procedury medycznie wspomaganej prokreacji, na podstawie pozwolenia, o którym mowa w art. 48 ust. 1 u.l.n.

W celu zrozumienia istoty instytucji zabezpieczenia płodności na przyszłość, zasadne jest przeanalizowanie przesłanek uprawniających do podjęcia wspomnianej ochrony. Podstawą do zastosowania procedury zabezpieczenia jest niebezpieczeństwo utraty albo istotne upośledzenie zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia. Widoczna w treści art. 10 u.l.n. alternatywa rozłączna pozwala stwierdzić, że wystąpienie jednej z przesłanek uprawnia do podjęcia ochrony płodności. Jak wskazuje J. Haberko

niebezpieczeństwo utraty płodzenia albo istotne upośledzenie zdolności płodzenia ma być skutkiem choroby, urazu lub leczenia. Takie sformułowanie przesłanki powoduje, że nie ma możliwości zabezpieczenia zdolności płodzenia na wypadek sytuacji, które nie są ani chorobą, ani urazem, ani leczeniem. Oznacza to, jak można sądzić w zamyśle ustawodawcy, taką dopuszczalność zabezpieczenia zdolności płodzenia, która nie będzie możliwa ze względu na wiek czy np. zmianę płci²³.

Niniejsza interpretacja skłania do refleksji. Ujawnia bowiem istotne braki ustawodawcze, wskazując, że dopuszczalność ochrony prokreacji uzależniona jest jedynie od choroby, urazu lub leczenia. Prawdopodobnym celem ustawodawcy było zapobieganie wdrożenia procedury zabezpieczania płodności przez osoby, które chciałyby posiadać potomstwo w późniejszym wieku, tj. nieadekwatnym do zdolności reprodukcyjnej. Dzisiejsza medycyna oparta na leczeniu hormonalnym zna przypadki kobiet, które zaszły w ciążę po osiągnięciu 60. roku życia. Sy-

²⁰ Dz.U. z 2025 poz. 450 t.j.

²¹ Zob. art. 2 pkt. 10 i 11 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

²² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)

²³ J. Haberko, op. cit., art. 10, LEX

tuacja taka wydaje się etycznie wątpliwa z uwagi na szeroki aspekt prawnie ochronionego dobra dziecka. Niemniej jednak w ogólnej ocenie przesłanek uprawniających do podjęcia medycznej ochrony płodności, trudno zgodzić się z zasadnością tak skonstruowanego przepisu. Istnieje bowiem wiele sytuacji życiowych, których wystąpienie może spowodować utratę płodności w przyszłości. Mowa tu np. o szkodliwych warunkach pracy. Osoby wykonujące pracę w szkodliwych oparach chemikaliów również powinny mieć możliwość zabezpieczenia płodności na przyszłość. We wskazanym przykładzie prezentowana jest sytuacja etycznie niewątpliwa, która wiąże się z niebezpieczeństwem utraty płodności bez konieczności zaistnienia choroby, urazu lub leczenia. Ponadto wskazuje się, że długotrwała i intensywna praca fizyczna, zwłaszcza w warunkach stresu, może prowadzić do zaburzeń hormonalnych, które wpływają na funkcje rozrodcze. Zbyt duża ilość pracy fizycznej wiąże się z obniżeniem poziomu testosteronu u mężczyzn oraz zmniejszeniem jakości nasienia. U kobiet natomiast praca fizyczna związana z nadmiernym stresem może prowadzić do nieregularności cyklu menstruacyjnego, co utrudnia poczęcie²⁴. *De lege ferenda* za zasadne uznać należy doprecyzowanie przepisu lub stosowanie wykładni rozszerzającej. W szczególności w zakresie przyszłych, ewentualnych chorób zawodowych, należałoby uznać za wystarczające uprawdopodobnienie związku pomiędzy bezpłodnością, a chorobą zawodową wskazaną w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych²⁵.

Za niewłaściwą uznać należy również interpretację, zgodnie z którą zmiana płci nie daje podstawy do stosowania art. 10 u.l.n.²⁶ Procedura zmiany płci jest dopuszczalna na gruncie powództwa o ustalenie płci wytaczanego na podstawie art. 189 k.p.c.²⁷ Dodatkowo ważnym aktem pozostaje ustawa o zmianie imienia i nazwiska²⁸, która przewiduje umożliwienie osobom transpłciowym zmianę płci w rejestrach publicznych oraz uzyskanie nowych dokumentów tożsamości, a w konsekwencji zawieranie chociażby związków małżeńskich. Procedura zmiany płci wiąże się z podjęciem leczenia hormonalnego w celu dostosowania cech fizycznych do tożsamości płciowej osoby, które będzie miało bezpośredni wpływ na zachowanie płodności. Zatem w ujęciu wykładni językowej, wypełnia w sposób bezpośredni przesłanki wskazane w ustawie o leczeniu niepłodności.

Zabezpieczenie płodności u osoby, która dokona zmiany płci pozwoliłoby na dawstwo komórki rozrodczej w przypadku podjęcia leczenia niepłodności u partnera lub partnerki osoby po tranzycji medycznej. Innym choć równie prawdopo-

²⁴ Por. L. Ostrowska, U. Karecka, *Wpływ diety i aktywności fizycznej na płodność kobiet*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2017, t. 23, nr 1, s. 51–56.

²⁵ Por. Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1367)

²⁶ Por. J. Haberko, op. cit., art. 10, LEX

²⁷ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r., Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 2024, poz. 1568 t.j.

²⁸ Ustawa z dnia 17 października 2008 r., o zmianie imienia i nazwiska, Dz.U. z 2021, poz. 1988 t.j.

dobnym zjawiskiem może być sytuacja, gdy jedna z osób współtworzących dotychczasowo związek heteroseksualny dokonuje korekty płci, pozostając w związku z dotychczasowym partnerem, a więc znajduje się w sytuacji już po wytoczeniu powództwa o zmianę płci. Wydawać by się mogło, że dokonując zabezpieczenia płodności na przyszłość, taka osoba będzie mogła realizować funkcje rodzicielskie zgodne z płcią biologiczną sprzed wytoczenia powództwa. Jawi się tutaj jednak niekonsekwencja ustawodawcy, który w drugiej z opisanych sytuacji może odmówić udzielenia ochrony prawnej z uwagi na ustawowe przyporządkowanie stron procedury dawstwa do płci²⁹. Jednocześnie w niemal tym samym stanie faktycznym problem ten nie wystąpi, jeżeli omawiane powództwo z art. 189 k.p.c. nie zostało jeszcze wytoczone, a leczenie hormonalne podjęte.

Interpretacja art. 10 u.l.n. zdaje się przysparzać wielu trudności. Niewątpliwie celem ustawodawcy było ograniczenie możliwości zabezpieczenia płodności, uwzględniając wyjątkowe sytuacje związane ze zdrowiem oraz leczeniem. W praktyce niniejsze ograniczenia wydają się nie pozostawać skuteczne, choćby z uwagi na fakt, że np. antybiotykoterapia może mieć wpływ na płodność, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Podanie antybiotyku wypełnia znamiona leczenia, a co za tym idzie spełnione zostają warunki wskazane w art. 10 u.l.n. W konsekwencji oznacza to, że w każdej sytuacji bez względu na stan zdrowia czy kaprys zainteresowanego zastosowaniem opisywanej instytucji, znajdzie on sposób na dokonanie zabezpieczenia płodności na przyszłość.

3. Warunki pobierania i przechowywania komórek rozrodczych od dawcy w celu zabezpieczenia płodności na przyszłość

Treść art. 31 u.l.n. określa warunki pobierania komórek rozrodczych od dawcy w celu zabezpieczenia płodności na przyszłość³⁰. Ustawa nakłada na lekarza obowiązek dokładnej oceny stanu zdrowia pacjenta przed przystąpieniem do procedur leczenia niepłodności. Przepisy te mają na celu zapewnienie, że podejmowane działania są stosowane wyłącznie u osób, które nie mają medycznych przeciwwskazań do ich przeprowadzenia, a to w celu ochrony ich zdrowia i życia. Aby pobrać komórki rozrodcze w celu zabezpieczenia płodności należy:

- ustalić medyczną zasadność pobrania komórek rozrodczych;
- ustalić czy pobranie komórek rozrodczych nie spowoduje bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia dawcy;

²⁹ Por. art. 2 pkt. 8 i 9 u.l.n. – np. tylko mężczyzna może przekazać komórki rozrodcze w ramach dawstwa partnerskiego, dlatego po zmianie płci ich wykorzystanie może nie być już możliwe.

³⁰ Zob. także Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji (Dz. U. z 2015 poz. 1718)

- poprzedzić badanie wywiadem medycznym oraz badaniami lekarskimi i laboratoryjnymi, o których mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 u.l.n.;
- poinformować kandydata w sposób zrozumiały i szczegółowy o rodzaju zabiegu, jego celu i charakterze, przeprowadzanych dla jego wykonania badaniach laboratoryjnych oraz prawie do uzyskania wyników tych badań, sposobie gromadzenia i ochrony jego danych osobowych, tajemnicy lekarskiej, ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek rozrodczych, dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony danych dawcy oraz o możliwości zastosowania pobranych od niego komórek rozrodczych w przyszłości w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji. Kandydat powinien mieć możliwość zadawania pytań i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi. Wyżej wymienione okoliczności powinny zostać potwierdzone przez kandydata w formie pisemnej;
- odebrać od kandydata oświadczenia, w formie pisemnej, że wszystkie informacje podane przez niego w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe zgodnie z jego najlepszą wiedzą;
- odebrać od kandydata formie pisemnej, zgodę na pobranie komórek rozrodczych w celu zabezpieczenia płodności na przyszłość.

Wskazane czynności formalne nie budzą zastrzeżeń. Uznać należy, że stanowią standardową procedurę podjęcia leczenia. Dodatkowo, jeżeli kandydatem na dawcę jest małoletni albo osoba ubezwłasnowolniona, pobranie komórek rozrodczych może być dokonane za zgodą wyrażoną w formie pisemnej albo na złożony w formie pisemnej wniosek jego przedstawiciela ustawowego. W przypadku gdy kandydatem na dawcę jest małoletni powyżej lat trzynastu albo osoba ubezwłasnowolniona częściowo, wymagana jest także jego zgoda wyrażona w formie pisemnej.

Szczególną uwagę przykuwa treść art. 31 ust 2 u.l.n., która wskazuje, że kandydatem na dawcę w celu zabezpieczenia płodności może być również osoba niezdolna do świadomego wyrażenia zgody oraz osoba nieposiadająca wyrażonej, w formie pisemnej, zgody przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku, wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Warto nadmienić, że ustawodawca przewidział możliwość dokonania konwalidacji takiej czynności, poprzez uzyskanie zgody sądu już po pobraniu komórek rozrodczych, jednocześnie przyznając możliwość odwołania wcześniejszego oświadczenia woli ze skutkiem obowiązku zniszczenia materiału uprzednio pobranego³¹.

Analizując warunki formalne, których spełnienie świadczy o dopuszczalności zastosowania procedury zabezpieczenia płodności, można mieć wątpliwości, czy

³¹ Art. 31 ust 2 u.l.n. stanowi, że: „W szczególnie uzasadnionych przypadkach zezwolenie to można uzyskać po pobraniu komórek rozrodczych. W przypadku gdy po pobraniu komórek rozrodczych nie uzyskano takiego zezwolenia lub gdy dawca świadomie nie wyraził zgody na pobranie komórek rozrodczych – komórki rozrodcze niszczy się niezwłocznie.”

w ogóle zgodne z zasadami omówionymi uprzednio jest pobranie komórek rozrodczych od osób ubezwłasnowolnionych lub małoletnich. Tego rodzaju działania budzą wiele wątpliwości w kontekście poszanowania praw człowieka, autonomii jednostki oraz bezpieczeństwa i dobra pacjenta, szczególnie, że w tym zakresie podmiotowym ustawodawca odmówił ochrony praw i wolności sprawowanej przez sąd opiekuńczy³². Przy okazji krytycznie należy się ustosunkować do alternatywy rozłącznej w zakresie przesłanek formalnych pobrania, które może nastąpić albo za zgodą, albo na złożony w formie pisemnej wniosek zarówno w przypadku małoletniego, jak i ubezwłasnowolnionego.³³

Należy jednocześnie uwzględnić treść art. 33 u.l.n. i ograniczone warunki zapłodnienia *post mortem*. Komórki rozrodcze dawcy mogą zostać wykorzystane po jego śmierci tylko jeżeli wcześniej utworzono z nich zarodek. W konsekwencji oznacza to, że instytucja zabezpieczenia płodności na przyszłość nie może stanowić zabezpieczenia płodności na wypadek śmierci.

W świetle powyższych rozważań nie można jednoznacznie krytycznie odnosić się do instytucji zabezpieczenia płodności na przyszłość sformułowanej przez u.l.n. Jednocześnie, zdaniem autorów, ustawa wymaga precyzyjniejszego ujęcia podmiotowego i przedmiotowego omawianej instytucji. Godnym uwagi pozostaje być może bardziej kazuistyczne ujęcie instytucji, choćby w świetle problemów zauważonych w treści niniejszych rozważań

Podsumowanie

Artykuł porusza temat medycznego zabezpieczenia płodności jako jednej z metod leczenia niepłodności, uwzględnionej w krajowym systemie prawnym, na podstawie Ustawy o leczeniu niepłodności z 2015 roku. Dokonana została analiza aspektów prawnych, w tym konstytucyjnych, cywilnoprawnych oraz o wymiarze praktycznym dotyczących tej instytucji, podkreślając jej znaczenie w kontekście nowoczesnych technologii wspierania prokreacji oraz wyzwań społecznych i bioetycznych.

³² Zob. M. A. Czajeczka, *Kilka uwag prawnych do ustawy o leczeniu niepłodności*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2016, nr 6, s. 20–32 „Ustawodawca tym przepisem zezwala na pobranie nasienia od mężczyzny, ale również komórki jajowej od kobiety, co wiąże się z zastosowaniem procedury medycznej, która może stwarzać dla niej ryzyko wystąpienia powikłań. Do tej pory polski ustawodawca przewidywał takie ingerencje zasadniczo tylko dla ratowania życia pacjenta. Dodatkowo pojawia się pytanie o długość trwania niezdolności do świadomego wyrażenia woli. Wydaje się, że ustawodawca powinien określić czas jej trwania, żeby uniknąć potem zarzutu, że dawca zmienił zdanie i nie chciał przejąć na siebie obowiązków rodzica. Wątpliwości wzbudza również samo sformułowanie „w sytuacjach szczególnie uzasadnionych”, jakie to mogą być sytuacje, kto i na jakich podstawach będzie orzekać, że to właśnie taka sytuacja. Wydaje się, że ustawodawca mógł podać w tym miejscu kilka przykładów takich sytuacji”.

³³ Por. J. Haberko, op. cit., art 31 u.l.n., LEX.

Podstawą prawną zabezpieczenia płodności są konstytucyjne prawa człowieka, w tym prawo do ochrony zdrowia i życia, jednak artykuł zwraca uwagę na problemy interpretacyjne wynikające z nieprecyzyjnych przepisów oraz brak jednoznacznych regulacji dotyczących oświadczeń w przedmiocie zabezpieczenia płodności. W treści przeanalizowane zostały również potencjalne konsekwencje prawne i aspekty etyczne zabezpieczenia płodności, np. możliwość przesunięcia wieku rodzicielstwa czy dylematy związane z wykorzystaniem komórek rozrodczych po śmierci dawcy. Dodatkowo dokonano przeglądu warunków prawnych pobierania i przechowywania materiału biologicznego oraz ograniczenia wynikające z obecnych przepisów prawa. Podkreślono również potrzebę dalszych badań nad długofalowymi skutkami medycznymi i prawnymi tej praktyki, również w kontekście ochrony praw dziecka i autonomii pacjenta.

Podsumowując, należy wskazać na konieczność doprecyzowania omawianej instytucji prawnej oraz dalszej analizy dotyczącej wpływu zabezpieczenia płodności na realizację konstytucyjnych praw i wolności człowieka i obywatela, ujmując to poprzez etykę medyczną oraz krajowy system ochrony zdrowia.

Bibliografia

Literatura

- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Chmaj M. (red.), *Konstytucyjne wolności i prawa w Polsce*, Warszawa 2023.
- Czajęcka M.A., *Kilka uwag prawnych do ustawy o leczeniu niepłodności*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2016, nr 6.
- Haberko J., *Ustawa o leczeniu niepłodności. Komentarz*, Warszawa 2016.
- Karkowska D., *Godna prokreacja, ciąża, poród i połóg. Prawa kobiet*, Warszawa 2023.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2021.
- Liszeńska A., *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998.
- Michalak K., *Status prawa medycznego na tle szczegółowych nauk prawnych*, Białystok 2020.
- Ostrowska L., Karecka U., *Wpływ diety i aktywności fizycznej na płodność kobiet*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2017, t. 23, nr 1.
- Safjan M., Bosek L., *Konstytucja RP*, t. 1, Warszawa 2016.
- Zoll A., *Brak zgody pacjenta na zabieg (Uwagi w świetle postanowienia SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05)*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 4.

Orzecznictwo

- Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K. 26/96, OTK 199, nr 2, poz. 19.
- Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

Wyrok NSA z 15 marca 2018 r., I FSK 954/15, LEX nr 2481341.

Wyrok SN z dnia 19 czerwca 2019 r., II CSK 279/18, Lex nr 2684149.

Akty prawne i inne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2024 poz. 1061 t.j.

Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r., Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. z 2024 poz. 1568 t.j.

Ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 2024 poz. 1287 t.j.

Ustawa z dnia 17 października 2008 r., o zmianie imienia i nazwiska, Dz. U. z 2021 poz. 1988 t.j.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2024 poz. 581 t.j.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, Dz. U. z 2013 r. poz. 1367.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2025 poz. 450 t.j.

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

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganey prokreacji, Dz.U. z 2015, poz. 1718.

Uzasadnienie projektu ustawy o leczeniu niepłodności – druk nr 3245.

Statement regarding medical fertility preservation for the future – legal aspects

Abstract

The article analyzes medical fertility preservation for the future as a method of infertility treatment, regulated by the 2015 Act on Infertility Treatment. It presents legal, bioethical, and social aspects, highlighting interpretational issues in the regulations and the lack of clear legal provisions regarding such declarations. It discusses, among other things, the postponement of parenthood, children's rights, and the use of reproductive cells after the donor's death. The article emphasizes the need for more precise legal regulations and further research on the effects of fertility preservation in the context of health protection and human rights.

Keywords: fertility preservation, infertility treatment, parenthood, germ cells, support for procreation.