

KOMERCJALIZACJA LUDZKIEJ PROKREACJI – PROBLEMY ETYCZNE I PRAWNE

ANETTA BRECZKO¹

1. Wprowadzenie

Progresywna gospodarka wolnorynkowa doprowadziła do „utowarowienia” wszelkich dziedzin ludzkiej aktywności, w tym także biomedycyny. Doszło do jej komercjalizacji i globalizacji.² Jeszcze do niedawna pacjentem był człowiek chory, a zadaniem lekarza były leczenie i opieka. Obecnie pacjent coraz częściej staje się „klientem” lub „świadczeniobiorcą”. Dynamicznie rozwijająca się biomedycyna stanowi obszar, z którym wiążą się konkretne ekonomiczne korzyści. Powstaje problem ustalania zasad czerpania zysków z usług medycznych, tak by nie przeważały one nad prawami człowieka.³

W świecie, w którym najważniejszą rolę odgrywają czynniki ekonomiczne, hasło „wszystko na sprzedaż” zaczęło być odnoszone także do materiału ludzkiego. Dotyczy to spermy, komórek jajowych a nawet brzucha kobiety.⁴ Ciało ludzkie przeobraziło się w „surowiec” (obficie wykorzystywany w przemyśle biotechnologicznym) i pożądaną „produkt” na rynku usług medycznych.⁵ Stało się po prostu „towarem”. Problem moralnej dopuszczalności komercjalizacji ciała ludzkiego stanowi obecnie jedno z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień bioetyki, odnosząc się nie tylko do dawców i biorców, ale również ich rodzin, lekarzy, komisji bioetycznych, czy wreszcie twórcy prawa.⁶ Obrót gametami i embrionami, usługi sztuczne-

- 1 Doktor habilitowany nauk prawnych, profesor Uniwersytetu w Białymstoku, kierownik Zakładu Filozofii Prawa i Etyki Prawa, Katedra Teorii Prawa i Filozofii Prawa, Wydział Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.
- 2 M. Leźnicki, *Etyka wobec zjawiska globalizacji i komercjalizacji biomedycyny*, (w:) *Etyka w medycynie. Wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, red. K. Basińska, J. Halasz, Kraków 2013, s. 280-281.
- 3 M. Grzymkowska, *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*, Warszawa 2009, s. 137.
- 4 A. Brečko, *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego*, Białystok 2011, s. 74.
- 5 L. Bosek, *Problem komercjalizacji ciała ludzkiego w świetle konwencji i biomedycynie*, Diametros. Internetowy Serwis Filozoficzny, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=wyk55&m=45&ik=20&ij=1> (dostęp 28.08.2015).
- 6 A. Dylus, *Problem komercjalizacji organów ludzkich*, (w:) *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. A. Marcol, Opole 1996, s. 199.

go zapłodnienia *in vitro* i macierzyństwo zastępcze to powszechne zjawiska.⁷ Jak podkreśla S. Carney, autor wstrząsającej książki dotyczącej komercjalizacji ciała ludzkiego pt. *Czerwony rynek. Na tropie organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci*, ciało ludzkie jest towarem dość „niewygodnym”: „Zanim będziemy mogli zapłacić rachunek i zabrać ze sobą ludzką tkankę, ktoś będzie musiał zmienić ją z kawałka człowieka w przedmiot o wartości rynkowej”⁸ Ceny nie określa się tylko i wyłącznie w pieniądzu: „Kupując fragment ludzkiego ciała bierzemy na siebie moralną odpowiedzialność związaną z jego pochodzeniem, a także przejmujemy biologiczną i genetyczną historię byłego właściciela”⁹ Dlatego też „urynkowieniu” życia ludzkiego i leżącej u jego podstawy utopii „wszechmocy człowieka” towarzyszy powszechny sprzeciw.¹⁰

Sprzeciw ten wydaje się uzasadniony, tym bardziej że międzynarodowe standardy prawne wyłączają ludzkie tkanki z obrotu ekonomicznego. Zgodnie z zasadą *non-commerciality* ciało człowieka i jego elementy nie mogą stanowić źródła zysku jako *rex extra commercium*.¹¹ Powyższa reguła skutkuje również zakazem handlu gametami oraz zarodkami ludzkimi.¹²

W odniesieniu do ludzkiego ciała unika się wyrażen handlowych, używając określeń nawiązujących do altruizmu. „Oddaje się” więc nasienie lub komórki jajowe, podpisuje się zgodę na pobranie organów, zapisuje ciała różnym instytucjom naukowym. Faktycznie jednak sprzedaż ludzkiej tkanki, uświęcona moralnym nakazem ratowania cudzego życia, stała się standardem.¹³ Komercjalizacja ciała ludzkiego jest wszechobecna.¹⁴

2. Metoda *in vitro* – sposób leczenia niepłodności czy biznes?

Metoda *in vitro* przyczyniła się do ukształtowania nowego rynku usług – tzw. „usług prokreacyjnych” (reprodukcyjnych), związanych z leczeniem niepłodności (jednej z głównych chorób cywilizacyjnych przełomu XX-XXI w.). Popyt na tego

7 T. Zimny, *Komercjalizacja ludzkiego ciała*, (w:) *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 232.

8 S. Carney, *Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci*, Wołowiec 2014, s. 16.

9 *Ibidem*.

10 A. Dylus, *op. cit.*, s. 212.

11 Zob. art. 21 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z dnia 4 kwietnia 1997 r. (zwanej także Konwencją Bioetyczną); zakaz komercjalizacji ludzkiego ciała zawarty jest także w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 98/44/WE z dnia 6 lipca 1998 r. o ochronie prawnej wynalazków biotechnologicznych; wynika ponadto z art. 3 ust. 2 Karty Praw Podstawowych.

12 J. Jabłońska, *Prawo do integralności w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej*, (w:) *Prawa człowieka wobec rozwoju biotechnologii*, red. L. Kondratiewa-Bryzik, K. Sękowska-Kozłowska, Warszawa 2013, s. 123-124.

13 T. Zimny, *op. cit.*, s. 18.

14 L. Bosek, *op. cit.*

typu usługi jest ogromny. Dlatego też tworzą się coraz to nowe prywatne kliniki, w których ofercie pojawiają się nowatorskie techniki umożliwiające realizację celu. Jednocześnie nawarstwiają się kontrowersje natury etycznej oraz prawnej, związane z funkcjonowaniem banków nasienia oraz komórek jajowych, dawstwem gamet i embrionów, macierzyństwem zastępczym, selekcją genetyczną, późnym macierzyństwem etc. Poczęcie i rodzenie się dzieci zamieniło się w intratny międzynarodowy, zindustrializowany biznes. W biznesie tym dziecko staje się, jak to określił S. Carney, „produktem końcowym nieformalnej linii montażowej”.¹⁵

Zauważyć należy, że wraz z postępem biotechnologii rozszerzają się możliwości lekarzy, oferty klinik, wachlarz usług medycznych i ich cen. Widoczne jest „zacieranie się” granic embriologii i genetyki. Rozwój nauki umożliwia dziś nie tylko przeniesienie prokreacji z sypialni do laboratorium, wiążąc ogromne nadzieje z ekotogenezą człowieka (tj. „hodowlą” ploidów w sztucznych macicach, chociażby dla wygody kobiety). Stwarza również możliwość kreowania dzieci z komórek tej samej dawczyni, zapłodnionych plemnikami różnych ojców i zrodzonych z łona matki zastępczej. Daje także szansę zapobiegania wrodzonym wadom genetycznym poprzez zapłodnienie komórek jajowych pochodzących od dwóch kobiet. Powstałe w ten sposób dzieci są żywym świadectwem możliwości, jakie daje *in vitro*.¹⁶ Owe możliwości mogą być źródłem ogromnych pieniędzy. Na razie jednak wzbudzają nie tylko nadzieję, ale i lęk. D. Sher, założyciel i dyrektor szwajcarskiej firmy Elite IVF (zajmującej się sztucznym zapłodnieniem), tak oto postrzega niedaleką przyszłość: „Matki zastępcze w Azji nosiłyby komórki jajowe «superdawczyń» z Ameryki, modelek z wysokim ilorazem inteligencji i dyplomami renomowanych uczelni, które dostałyby za swoje komórki jajowe sto tysięcy dolarów. Takie dzieci można by sprzedawać po milion dolarów za sztukę”.¹⁷ Snujący futurystyczną wizję „supermarketu przyszłości” R. Nozick wyobraża sobie przyszłych rodziców jako klientów, kupujących geny warunkujące cechy, które chcieliby zapewnić planowanemu potomstwu (płeć, wzrost, kolor oczu, wagę, poziom inteligencji, talenty etc.).¹⁸

Niemal pewne jest, że konsekwencje niekontrolowanego rozwoju medycyny mogą być katastrofalne. Obrazowo opisuje je B. Chyrowicz: „Ojciec prawny nie jest ojcem genetycznym, matka prawna nie musi być matką rodzicielką, dziecko może być owocem podwójnego daru komórek płciowych lub daru zarodka, nie mając tym samym żadnej więzi biologicznej z prawnymi rodzicami. (...) Matka godząca się na noszenie genetycznych dzieci swojej córki i zięcia popełnia techniczne kazirodztwo, czyniąc poczęte dzięki metodzie *in vitro* dziecko synem i wnukiem tej samej kobiety, szwagrem swojego ojca i bratem swojej matki. Dziecko trakto-

15 S. Carney, *op. cit.*, s. 133 i nast.

16 *Ibidem*, s. 132.

17 *Ibidem*, s. 131.

18 R. Nozick, *Anarchia, państwo, utopia*, Warszawa 1999, s. 367-368.

wane jest jak towar, przedmiot «kreacyjnego kontraktu», środek służący zaspokojeniu pragnień rodziców. Możliwość «wyboru» zwiększa oczekiwania. «Produkty» naznaczone genetyczną pomyłką są niechciane¹⁹. Czy ta apokaliptyczna wizja ma przemawiać za całkowitym zakazem sztucznej ingerencji w ludzką prokreację? Wydaje się, że nie. Postępu medycyny nie da się przecież zatrzymać. Prawo ma wyznaczać granice działań, które pomimo że są możliwe, wiążą się ze zbyt wielkim ryzykiem dla ludzkości, tak aby nie doprowadziły one do łamania fundamentalnych praw człowieka: godności, wolności, tożsamości i integralności. Pamiętać należy, że rynek medycznych usług prokreacyjnych ma także swoją „ciemną” stronę, wiążącą się często z nastawieniem na zysk „za wszelką cenę”. Zadaniem prawa jest znalezienie sposobów na zapobieżenie bezlitosnemu i brutalnemu wyzyskowi ludzi biednych, słabych, pozbawionych dotąd ochrony.

W państwach demokratycznych ukształtowały się dwa modele regulacji prawnych sztucznego zapłodnienia: tzw. „model autonomiczny” i „model godnościowy”. Model autonomiczny w klasycznej postaci występuje w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Wiąże się z zalegalizowaniem różnego rodzaju ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji. Cechuje go optymizm biotechnologiczny. W warunkach europejskich model ten widoczny jest w Wielkiej Brytanii. W ustawodawstwie brytyjskim nie ma właściwie żadnych ograniczeń w dostępie do procedury *in vitro*. Istnieje możliwość zapłodnienia *post mortem*, selekcji genetycznej i zawierania umów o macierzyństwo zastępcze. Podobny model ma swoje odzwierciedlenie w regulacjach prawnych wielu innych państw europejskich, choć nigdzie nie przejawia się w tak radykalnej wersji. Prawo większości krajów w Europie cechują ograniczenia podmiotowe i przedmiotowe (większe bądź mniejsze) w zakresie sztucznej prokreacji i genetyki reprodukcyjnej. Przykładem ograniczeń podmiotowych jest chociażby dostępność *in vitro* dla małżeństw i konkubinatów heteroseksualnych (np. Dania, Norwegia, Austria), ewentualnie dla par homoseksualnych (Szwecja). Nie przewiduje się na ogół takiej możliwości wobec kobiet samotnych. Częstym ograniczeniem podmiotowym jest wiek matki (np. 45 lat – Dania). Ograniczenia przedmiotowe wiążą się z zakazami wykorzystywania obcych komórek (np. Austria) albo przynajmniej z koniecznością, by chociaż jedna gameta pochodziła od małżonków (np. Francja, Szwecja). Na ogół możliwe staje się tworzenie takiej liczby embrionów, która będzie konieczna do uzyskania ciąży. Drugi ze wspomnianych modeli – model godnościowy – występuje w Niemczech i wiąże się z ochroną embrionu, traktowanego z godnością przynależną człowiekowi. Na gruncie ustawodawstwa niemieckiego zakazuje się np. tworzenia zarodków dla celów pozaprokreacyjnych. Ogranicza się ich liczbę do trzech, z koniecznością natychmiastowego

19 B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko*, Lublin 2002, s. 102-102.

transferu do organizmu kobiety. Zakazana jest selekcja genetyczna i jakkolwiek manipulacja genomem człowieka.

W Polsce zabiegi sztucznego zapłodnienia przeprowadzane są od prawie trzydziestu lat. Do tej pory dokonywane były w oparciu o zasadę, że skoro prawo ich nie zakazuje, mieszczą się w sferze indyferencji prawnej. Do niedawna te doniosłe społecznie zagadnienia regulowały wyłącznie normy prawa zwyczajowego, które zdążyły się ukształtować jako efekt praktyki lekarskiej. Szczególną rolę odgrywał *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Przygotowanie projektu ustawy dotyczącej leczenia niepłodności zajęło resortowi zdrowia dziesięć lat. Pojawiały się różne projekty, od bardzo liberalnych, nawiązujących do modelu brytyjskiego, po umiarkowane – wzorowane na modelu niemieckim. W skrajnych ujęciach proponowano sankcje karne za dokonywanie sztucznego zapłodnienia. W końcu – w czerwcu 2015 r. – Sejm uchwalił ustawę o *in vitro* w dość liberalnym kształcie, przewidującą jednak liczne ograniczenia podmiotowe i przedmiotowe. Zgodnie z jej zapisami *in vitro* może być realizowane tylko po wyczerpaniu innych metod leczenia niepłodności, stosowanych przez co najmniej rok. Prawo określa dopuszczalną liczbę tworzonych zarodków. Metoda ta jest dostępna nie tylko dla małżeństw, ale także dla konkubinatów. Wydaje się, że ustawa stanowi wyraz kompromisu, wymaganego przez demokratyczny porządek prawny w obliczu radykalnej rozbieżności poglądów moralnych i ogromnej rozpiętości oczekiwań.

3. Czy „dawstwo” ludzkich gamet i embrionów może być „odpłatne”?

Rozwój technik zapłodnienia pozaustrojowego zrodził etyczne i prawne problemy dotyczące sposobów pozyskiwania gamet (plemników i komórek jajowych). Uwidocznily się też kontrowersje związane z prawem do dysponowania tzw. „nadliczbowymi zarodkami”. Coraz częściej pojawiało się pytanie, co zrobić z embrionami powstałymi w wyniku zapłodnienia *in vitro*, których genetyczni rodzice nie planują wykorzystać do własnych celów prokreacyjnych. Z czasem, zwłaszcza pod wpływem orzecznictwa sądowego, ukonstytuowały się standardy, zgodnie z którymi nadliczbowe zarodki miały być przekazywane do „adopcji” innym niepłodnym parom, albo – jeśli prawo na to zezwalało – przeznaczone do badań naukowych.

Ważna do rozstrzygnięcia okazała się też kwestia dopuszczalności płacenia dawcom gamet i embrionów.²⁰ Przypomnijmy, że zgodnie ze standardami międzynarodowymi nie powinno się czerpać korzyści finansowych z tytułu dawstwa materiału biologicznego. W praktyce, nawet w państwach, gdzie prawo stanowi wyraźne zakazy płacenia dawcom komórek rozrodczych, zakazy te są „obchodzone”. Kliniki zajmujące się leczeniem niepłodności wypłacają pieniądze w formie gratyfikacji lub

20 M. Grzymkowska, *op. cit.*, s. 139-140.

rekompensat finansowych.²¹ Jak je traktować? Czy zapłata taka nie jest w rzeczywistości po prostu ukrytą formą wynagrodzenia? Wydaje się, że u podstawy oksymoronicznego sformułowania – „odpłatne dawstwo” – tkwi hipokryzja.

Przy klinikach leczenia niepłodności powstają tzw. „biobanki” (tj. „banki nasienia” i „banki komórek jajowych”), które już dzięki samej swojej nazwie stanowią mogą swoisty symbol ekonomicznych aspektów medycyny w zakresie ludzkiej prokreacji. W bankach tych deponuje się komórki rozrodcze, wykorzystywane później przy zapłodnieniu *in vitro*. Komórki jajowe są źródłem niewyobrażalnego zysku dla klinik. Dawca materiału biologicznego musi zadowolić się symboliczną kwotą.

Funkcjonowanie biobanków w praktyce wiąże się również z wieloma innymi ważnymi problemami. Bardzo istotna staje się dziś kwestia ochrony informacji o dawcy. Pojawia się pytanie o zasadność anonimowości, przyjmowanej dotąd jako norma. Zasada ta zaczyna budzić coraz więcej wątpliwości, zwłaszcza w obliczu regulacji prawnych gwarantujących prawo do tożsamości i poznania genetycznego pochodzenia. Problematiczne staje się również zagadnienie ochrony autonomii dawcy w związku z zakresem wyrażonej zgody na wykorzystanie jego zdeponowanego materiału.

Ludzkie pragnienie rozmnażania się i stworzenia rodziny połączone z możliwościami współczesnej medycyny skutkuje *de facto* rozrastaniem się nie do końca legalnego rynku gamet i embrionów. Rynek ten związany jest nierozzerwalnie z praktykami dotyczącymi *in vitro*, macierzyństwa zastępczego, a także adopcji. Praktyki takie mogą budzić zasadne podejrzenia co do ich zgodności z prawem i etyką. Przyszli rodzice, jako klienci wspomnianego rynku, nie zawsze zdają sobie sprawę ze złożoności „łańcucha dostaw” ludzkiego materiału biologicznego.

4. Odpłatne dawstwo (?) na rynku ludzkich komórek jajowych

Dzięki metodzie *in vitro* co roku rodzi się blisko 250 tys. dzieci. Pragnienie kobiet, by zostać matką, doprowadziło do gwałtownego wzrostu rynku ludzkich komórek jajowych. Jak zauważył S. Carney, kobiecy jajnik to z jednej strony „(...) gruczoł, który może dać światu nowe życie, a z drugiej – źródło prawie trzech milionów jajeczek, które tylko czekają, by je pobrać i sprzedać temu, kto zaofერuje najwyższą cenę”.²² Rozwój medycyny w zakresie embriologii to umożliwiał. Pojawia się jednak wiele wątpliwości natury moralnej, które Carney ujął w następujących pytaniach: „Czy naprawdę można traktować kobietę jak kurę i pompować ją sterydami, by uzyskać jaja na sprzedaż? Czy w przypadku podstawowych genetycznych części składowych życia i kobiet, które je wytwarzają, powinniśmy stosować takie same

21 T. Zimny, *op. cit.*, s. 236.

22 S. Carney, *op. cit.*, s. 110.

standardy jak w odniesieniu do produkcji, na przykład łożysk tocznych? Czy ludzka komórka jajowa to zwykły produkt, a dawca to nic więcej jak wytwórca, tryb w maszynie?”²³ Podkreślić trzeba, że oddawanie komórek jajowych jest długim i bolesnym procesem, który wymaga co najmniej dwóch tygodni stymulacji hormonalnej, a potem chirurgicznego zabiegu usunięcia gamet. Na gruncie etyki lekarskiej upowszechniła się zasada altruistycznego dawstwa tego rodzaju materiału biologicznego. Można mieć jednak wątpliwości, czy rekompensaty i gratyfikacje nie stanowią zakamuflowanego wynagrodzenia. Jeśli tak, to dlaczego jest ono właściwie symboliczne, zupełnie nieadekwatne do realnej wartości wykonanej usługi?

W związku z licznymi wątpliwościami natury moralnej niektóre państwa zabraniają pozyskiwania komórek jajowych na własnym terenie. Tak uczynił np. izraelski ustawodawca. Jednocześnie, obywatelom Izraela zwracane są pieniądze za zapłodnienie *in vitro*, jeśli zostanie ono dokonane dzięki komórkom jajowym sprowadzonym z innego kraju. Czyż nie jest to przejawem swoistej obłudy? Spójrzmy na sytuację w Stanach Zjednoczonych. Nie ma tam wprawdzie regulacji prawnych, które wyraźnie zakazywałyby odpłatnego pozyskiwania komórek jajowych, jednak Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu (American Society of Reproductive Medicine) stworzyło wytyczne potępiające wszelkie opłaty, poza zwrotem utraconego wynagrodzenia i kosztów podróży. I w tym przypadku faktyczne wynagrodzenie dla dawcy zostaje „ukryte” pod pojęciami stwarzającymi ułudę altruizmu. Podobnie jest w krajach Unii Europejskiej. Dozwala się tu na wypłacanie rekompensat. Sens znaczeniowy pojęcia „rekompensata” w praktyce nie różni się od znaczenia terminu „zapłata”. Zapłata oznacza tylko większą kwotę. W rezultacie dawca, jako element ogromnego „łańcucha dostaw”, dostaje symboliczną gratyfikację. Rzeczywista cena za komórki jajowe zawiera się w cenie usługi oferowanej przez prywatne kliniki leczenia niepłodności. To właśnie one zarabiają najwięcej. Niedookreśloność pojęciowa przyczynia się tylko do szerokiego wachlarza cen i nielegalnych działań.

Zapotrzebowanie na komórki jajowe jest rzeczywiście ogromne. Nieetyczne ich pozyskiwanie nie stanowi dziś większego problemu, zaś handel ludzkimi komórkami rozrodczymi stał się faktem. Rządzi się takimi samymi prawami jak każdy inny handel. Także i w tym przypadku decydują prawa rynku: popyt i podaż. Na „uprzedmiotowienie” ludzkiego materiału biologicznego zwraca uwagę S. Carney. Słusznie podkreśla, że: „bez względu na to, co twierdzą kliniki i lekarze, ludzkie komórki jajowe traktowane są jak zwykły towar i podobnie jak towar stanowią część łańcucha dostaw. Doskonając strategię werbowania dawczyń oraz sam proces zapładniania, tworzą nowy wzorzec handlu ludzką tkanką. W pewnym sensie obrót komórkami jajowymi pokazuje – wyraźniej nawet niż handel nerkami – jak szpitale

będą traktować komercjalizację ludzkiej tkanki, jeśli świat zlikwiduje bariery ograniczające ten rynek”²⁴

Stworzenie odpowiednich barier natury etycznej i prawnej wydaje się absolutnie niezbędne. Tymczasem kliniki leczenia niepłodności oraz ich klienci, wykorzystując różnice w prawodawstwie poszczególnych krajów, zarobkach, poglądach moralnych i standardzie życia mogą realizować swoje cele praktycznie bez ograniczeń. W ciągu ostatniej dekady popyt na ludzkie komórki jajowe wzrósł lawinowo. Wraz z tym rozwijał się przemysł służący sztuczemu zapłodnieniu, który „osiągnął rozmiary molocha wartości wielu miliardów dolarów.”²⁵

Centrum światowego handlu komórkami jajowymi stał się Cypr: „(...) targowisko komórek, które zbija kapitał na obu stronach równania podaż-popyt”²⁶ Pary, które chcą mieć dziecko, mogą tam znaleźć pomoc „po obniżonej cenie”, zaś ubogie kobiety – chętne na swoje komórki jajowe. Cena za implantację komórki jajowej zapłodnionej metodą *in vitro* oscyluje od 8 do 14 tys. dolarów (obejmując koszt komórki jajowej, który wynosi kilkaset dolarów). Kliniki na Cyprze podkreślają, że dysponują dużą pulą dawczyń z Europy Wschodniej. Dzięki jasnej skórze i dobremu wykształceniu łatwiej im sprzedawać komórki jajowe pacjentkom z Zachodu. Dla porównania, implantacja zarodka w Stanach Zjednoczonych ze wszelkimi kosztami (kosztem komórki jajowej, czynności laboratoryjnych, procedury *in vitro*) rozpoczyna się od 40 tys. dolarów. Koszt samej komórki jest oczywiście uzależniony od wielu czynników, m.in. od wykształcenia dawczyni. Może sięgać nawet 50 tys. dolarów, jeśli Amerykanka ukończyła prestiżową uczelnię. Także dla Europejek ceny oferowane w klinikach na Cyprze wydawać się mogą atrakcyjne, gdyż koszt zabiegu *in vitro* stanowi zaledwie 30% kosztu najtańszego zabiegu tego typu w innych zachodnich państwach. Ponadto czas oczekiwania na zabieg wynosi tylko dwa tygodnie. Przykładowo w Wielkiej Brytanii oczekiwanie może trwać nawet ponad dwa lata.

Można skonstatować, że Cypr, liberalizując prawo, otworzył drogę do rozrostu klinik płodności i dużej puli dawców komórek jajowych. Przemysł leczenia niepłodności połączył się tam z rynkiem transakcji finansowych związanych z komercjalizacją ludzkiego ciała. Z oczywistych względów rozkwitła również tzw. „turystyka reprodukcyjna”.

24 S. Carney, *op. cit.*, s. 129.

25 Tamże, s. 111.

26 Tamże, s. 115.

5. Rynek obrotu plemnikami a odpłatne dawstwo (?) nasienia

Poszukiwanym towarem na rynku „ludzkiej reprodukcji”, obok komórek jajowych, staje się również sperma. Kliniki leczenia niepłodności reklamują dawstwo nasienia jako dar życia dla par, dla których skorzystanie ze zdeponowanego w banku materiału jest jedyną szansą na posiadanie potomstwa. Młodzi mężczyźni w praktyce traktują je jako „łatwy i przyjemny” sposób zarobkowania. „Dawca-rekordzista” ze Stanów Zjednoczonych jest biologicznym ojcem aż stu pięćdziesięciorga dzieci. Wiele banków nasienia szuka dawcy według kryteriów narzuconych im przez parę starającą się o dziecko. Często dopasowują „profil dawcy” do wyglądu męża kobiety, która ma zostać sztucznie zapłodniona. Liczy się więc wiek, waga, wzrost, kolor włosów, oczu, karnacja, wykształcenie. Ceny za próbkę nasienia w europejskich klinikach leczenia niepłodności oscylują w granicach 700-800 euro. W polskich klinikach wahają się natomiast od 400 do 1200 zł. Zapłata ta traktowana jest nie jako wynagrodzenie, a jako rekompensata i zwrot kosztów. Ostatnio pojawiły się „atrakcyjne” oferty niemieckich banków spermy, kierowane do polskich mężczyzn, z których wynika, że banki są im skłonne zapłacić nawet 3 tys. złotych za porcję nasienia, czyli średnio trzykrotnie więcej niż w Polsce. W konsekwencji zauważyć można nowe kierunki turystyki reprodukcyjnej.

Rynek obrotu plemnikami funkcjonuje również na „internetowej giełdzie plemników”. Na stronach internetowych ogłaszają się mężczyźni „reproduktorzy”, którzy deklarują, że chcą pomóc kobiecie w realizacji życiowych planów zostania matką, a jednocześnie – poprzez przekazywanie własnych, znakomitych genów – przysłużyć się do wzrostu populacji i jej ulepszenia.

Kwestia anonimowości dawcy staje się obecnie bardzo problematyczna. W większości państw przyjmowano ją dotąd za fundamentalną regułę. Zasada ta ulega dziś jednak „rozchwianiu”, zwłaszcza w kontekście prawa do poznania tożsamości swoich rodziców. Prawo to gwarantowane jest przez szereg aktów międzynarodowych, m.in. Konwencję praw dziecka stanowiącą, że dziecko ma niezbywalne prawo do poznania swoich biologicznych rodziców. Ta sama zasada dotyczy adopcji, tzw. „okien życia” i wielu innych sytuacji, w których pierwotnie zakładano, że rodzice będą anonimowi.

Zasygnalizowana sprzeczność pomiędzy prawem do anonimowości a prawem do poznania swojego pochodzenia genetycznego uwidoczniła się w Niemczech. W kraju tym żyje około 100 tys. dzieci poczętych z nasienia dawców, którzy do niedawna pozostawali anonimowi. Jedno z takich pełnoletnich już dzieci wystąpiło do niemieckiego sądu z roszczeniem dotyczącym prawa do poznania swojego biologicznego ojca. Sąd orzekł, że roszczenie jest zasadne. Nakazał klinice leczenia niepłodności ujawnić dane anonimowego dawcy. Podobnych orzeczeń będzie zapewne coraz więcej, bo dzieci, których biologiczni ojcowie dotąd byli tylko „numerami”

w bankach spermy, właśnie dorastają. Żadne z europejskich państw nie wypracowało w tym czasie odpowiednich standardów prawnych. Można prognozować, że dzieci poczęte metodą *in vitro* będą również domagać się prawa do spadku oraz alimentów. Alimenty na rzecz dziecka z *in vitro* orzeczono już w 2012 r. w Szwecji. Z banku spermy skorzystała tam trzykrotnie para lesbijek. Po ich rozstaniu kobieta, która urodziła dzieci, wystąpiła do sądu o alimenty od dawcy nasienia i wygrała sprawę.²⁷ Po niemieckim i szwedzkim wyroku wielu dawców nasienia w Holandii, Wielkiej Brytanii, krajach skandynawskich zaczęło się wycofywać w obawie, że mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności. Orzeczenia te wpływają więc na rynek usług prokreacyjnych.

Twórcy prawa również zaczynają reagować na zaistniałą sytuację i rezygnować z zasady anonimowości dawstwa nasienia. W Austrii każde dziecko poczęte z nasienia pochodzącego z banku spermy ma prawo – po osiągnięciu piętnastego roku życia – dowiedzieć się, kim jest jego ojciec. Mężczyźni, zanim sprzedadzą bankowi swój materiał biologiczny, muszą podpisać stosowny dokument, w którym zawarta jest deklaracja, że zgadzają się na wykorzystanie plemników oraz że w przyszłości nie będą anonimowi. Także w Wielkiej Brytanii zasada anonimowości dawcy nasienia została zniesiona. Potencjalne dziecko może więc poznać dane swojego biologicznego ojca. Przyjęcie zasady jawności dawcy spowodowało gwałtowny spadek zainteresowania oddawaniem nasienia.

6. Macierzyństwo zastępcze jako nowa forma prokreacji

Trudnym problemem, z którym muszą się zmierzyć wspólnie twórcy prawa, jest tzw. „macierzyństwo zastępcze” (określane również mianem „*leasingu macicy*” albo „adopcji postnatalnej”). W związku z umowami surogackimi pojawia się całe spektrum wątpliwości natury moralnej i prawnej. Kontrowersje budzi sama dopuszczalność tej formy prokreacji. Niejednoznaczne etycznie jest zinstytucjonalizowanie tego zjawiska, poszukiwanie matki zastępczej przez pośrednika, za odpowiednią opłatą. Możliwość transferu zarodka do macicy kobiety innej niż matka – dawczyni komórki jajowej, powoduje nieznanne dotychczas rozróżnienie macierzyństwa genetycznego i biologicznego.²⁸ Zagrożenia, które wiążą się z macierzyństwem zastępczym, to m.in.: komercjalizacja reprodukcji, instrumentalne traktowanie matek zastępczych jako „brzuchów do wynajęcia”, „inkubatorów”, „naczyń”, a dzieci jako „produktu”, za który rodzice zamawiający mają zapłacić określoną cenę.

27 I. Smolińska, *Dawcy spermy będą płacić alimenty?*, „Wprost” z 11.06.2013.

28 M. Mikluszka, *Czy można kupić dziecko, czyli problemy prawne i etyczne związane z macierzyństwem zastępczym*, (w:) *Współczesne wyzwania bioetyczne*, red. L. Bosek, M. Królikowski, Warszawa 2010, s. 322 i nast.

Macierzyństwo zastępcze kojarzone jest na ogół z działalnością o charakterze komercyjnym, chociaż nie można wykluczać altruistycznych pobudek zostania surogatką. Najczęściej jednak przypisuje się kobiecie cyniczną chęć „zarobienia” na własnym dziecku, posądzając ją o „wyrodność”. Powstaje pytanie: czy należy godzić się na to, żeby dziecko było przedmiotem transakcji handlowej pomiędzy „matką-surogatką” a rodzicami zamawiającymi?²⁹

W związku z mnożącymi się wątpliwościami natury etycznej w większości państw pojawiły się wyraźne zakazy umów surogackich. Prawo często przewiduje sankcje zarówno dla stron takich umów, jak i lekarzy uwikłanych w ich realizację. Karalne są też wszelkie formy pośrednictwa (np. Francja, Holandia, Niemcy, Szwecja). W części krajów demokratycznych umowy takie zostały jednak zalegalizowane (np. niektóre stany USA, Wielka Brytania, Belgia, Szwajcaria, Węgry). Są też państwa, które cechuje brak jakichkolwiek regulacji prawnych dotyczących powyższej materii oraz takie, w których macierzyństwo zastępcze zostało uznane za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Wspomnieć należy, że i w tym zakresie w Polsce do niedawna brakowało jakichkolwiek regulacji prawnych. Od 2009 r. w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym pojawił się zapis, że matką dziecka jest kobieta, która je urodziła. Tym samym umowy surogackie stały się właściwie bezzasadne. Traktowane są jako niezgodne z zasadami współżycia społecznego, a zatem nieważne. Nie usuwa to problemu, gdyż w praktyce funkcjonują one w „szarej strefie”.

Wraz z pojawieniem się umów o macierzyństwo zastępcze pewnemu „rozchwianiu” uległy dotychczasowe paradygmaty prawne związane z wizją rodziny. Pojawił się problem: która kobieta ma być matką prawną dziecka? Czy matka zastępcza, a zatem biologiczna (czyli kobieta, która dziecko urodziła), czy też może matka zamawiająca (ta, w której głowie zrodził się zamysł powołania do życia dziecka), a może jeszcze inna kobieta – matka genetyczna (dawczyni materiału genetycznego)? Niepewność odnośnie do tego, kto jest matką, implikuje wątpliwości dotyczące ojcostwa.³⁰ To oczywiście tylko „wierzchołek góry” problemów związanych z macierzyństwem zastępczym.

Zagrożenia związane z umowami surogackimi dobrze obrazuje orzecznictwo sądowe w tym zakresie. Najwięcej takich spraw rozpoznawały sądy amerykańskie. Jedną z najgłośniejszych była sprawa *Baby M.* z 1986 r. Bardzo wyraźnie ukazała ona problem komercjalizacji reprodukcji i eksploatacji matek. Matka-surogatka, zarazem matka biologiczna dziecka urodzonego w oparciu o umowę o macierzyństwo zastępcze, ostatecznie nie chciała wydać go rodzicom zamawiającym. Sąd zastana-

29 J. Jabłońska, *op. cit.*, s. 124.

30 M. Soniewicka, *Prokreacja medycznie wspomagana*, (w:) *Paradoksy bioetyki prawniczej*, red. J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Zaluski, Warszawa 2010, s. 82-112.

wiał się, czy można zrównać status matki zastępczej (nie tylko biologicznej, ale też genetycznej) ze statusem dawcy nasienia. Uznanie takiej umowy za nieważną spowodowało wzrost cen za usługę na „czarnym rynku” (z 10 tys. dolarów do 25 tys. wynagrodzenia dla matki zastępczej i aż 75-100 tys. wszystkich kosztów – za pośrednictwo, opiekę lekarską etc.). Skutkowało to rozkwitem turystyki reprodukcyjnej, zwłaszcza do Indii, gdzie tego typu umowy są legalne, a cena usługi wydaje się atrakcyjna (wszystkie koszty, łącznie z podróżą zamykają się w cenie 25-30 tys. dolarów). Powyższa sytuacja spowodowała do dyskusji na temat instrumentalizacji w traktowaniu ludzi, wykorzystywania kobiet jako „inkubatorów”, zaś dzieci jako „przedmiotu” umowy.³¹

W kolejnej istotnej sprawie *Jonshon v. Calvert* sąd musiał zmierzyć się z problemem, która z kobiet jest bardziej matką dziecka: czy kobieta, która dziecko urodziła, czy też ta, która zamówiła usługę u surogatki i jest dawczynią materiału genetycznego? Należało zatem rozstrzygnąć, czy ważniejsza jest matka biologiczna, czy też matka genetyczna? Sąd uznał w tym przypadku priorytet matki zamawiającej (zarazem genetycznej).

Podobny tok rozumowania towarzyszył również kolejnym orzeczeniom.³² Wiodący był np. w sprawie małżeństwa Buzzanka. Małżeństwo zamówiło usługę prokreacyjną u matki-surogatki. Dawcy komórki jajowej i nasienia byli anonimowi, a zatem doszło do sytuacji, w której rodzice genetyczni są nieznani. Po urodzeniu się dziecka okazało się, że nikt go nie chce. Powstała kategoria „dzieci niczyje”. Sąd – w obliczu absurdalności takiej sytuacji – uznał ostatecznie, że odpowiedzialni za dziecko są rodzice zamawiający, a zatem pomysłodawcy powołania go na świat.³³

Jedną z najbardziej kontrowersyjnych kwestii przy rozważaniach na temat macierzyństwa zastępczego jest „handlowy” charakter umów surogackich. Pojawia się pytanie, czy pobieranie opłaty za taką usługę jest w ogóle moralnie dopuszczalne. W zależności od uwarunkowań kulturowych, zwłaszcza religijnych, problem ten bywa oceniany różnie. Dominująca w Polsce negatywna ocena moralna została wzmocniona przez uznanie takich umów za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Zdarzają się jednak i zgoła odmienne opinie. J. Hartman prowokuje czytelnika, pisząc: „nie ma żadnej sprzeczności pomiędzy pobieraniem wynagrodzenia za jakąś działalność a kwalifikacją tego działania jako moralnie szlachetnego. Można napisać natchniony poemat religijny i pobrać honorarium za jego wydanie, a można też uważać, że rodzenie cudzych dzieci jest wspaniałą rzeczą i dlatego wybrać właśnie taki sposób zarobkowania. (...) Niestety, pod wpływem przesądu, że pobieranie wynagrodzenia podaje w wątpliwość szlachetność intencji, w większo-

31 M. Soniewicka, *op. cit.*, s. 103-105.

32 Tamże, s. 106-107.

33 Tamże, s. 108-109.

ści krajów prawo zabrania zastępczego macierzyństwa dla pieniędzy, przez to gratyfikacje finansowe otrzymują fałszywe preteksty lub są po prostu ukryte”.³⁴ Niektórzy uznają, że skoro w ramach umów surogackich matka zastępcza przekazuje drugiej kobiecie najpiękniejszy dar – życie, powinna być za to sownie wynagrodzona. Często pojawia się argument, że kobiety wynajmują swoje macice innym kobietom z poczucia wspólnej odpowiedzialności, a nie tylko dlatego, że potrzebują pieniędzy. Moralną i prawną ocenę macierzyństwa zastępczego utrudnia więc fakt, że jest ono swoistą hybrydą – stanowi jednocześnie transakcję handlową i wyraz solidarności kobiet.³⁵ Niezależnie od rzeczywistych intencji surogatek, macierzyństwo zastępcze stanowi pewien rodzaj „pracy”, na dodatek pracy wyczerpującej, wykonywanej w trudnych warunkach, związanej z wieloma zagrożeniami. Nie ma zatem powodów, żeby odpłatność była ukrywana za zasłoną takich słów jak „rekompensata” czy „gratyfikacja”, przyczyniając się do wzrostu zysków klinik leczenia niepłodności i wyzysku matek zastępczych.

Bez względu na etyczną ocenę tego zjawiska rynek usług surogackich kwitnie, gdyż zapotrzebowanie na nie jest bardzo duże. W związku z dominującymi w Europie zakazami i wysokimi kosztami legalnych umów surogackich najbardziej dochodowe ośrodki matek zastępczych występują w Azji, głównie zaś w Indiach. Macierzyństwo zastępcze zostało tam zalegalizowane w 2002 r. jako część kampanii promującej turystykę medyczną. W całych Indiach jest obecnie ponad 350 klinik leczenia niepłodności, które dokonują zabiegów *in vitro* w ramach umów surogackich. Ich funkcjonowanie może budzić wiele wątpliwości etycznych. Brakuje oficjalnych standardów traktowania matek zastępczych. Niektóre kliniki rutynowo implantują aż po pięć embrionów przy jednej próbie. Matki zastępcze zamykane są w strzeżonych budynkach przez cały okres ciąży. Kobiety te podlegają ciągłemu monitorowaniu przez lekarzy, co tłumaczone jest koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa zarówno im, jak i ich dzieciom. Powszechna stała się praktyka zmuszania kobiet do cesarskiego cięcia. Wszystkie te działania mogą być traktowane jako pogwałcenie fundamentalnego prawa do wolności osobistej. Z drugiej jednak strony matka zastępcza godzi się na powyższe traktowanie. Ponadto zarabia za usługę kwotę, która dla indyjskich kobiet może wydawać się astronomiczna. Macierzyństwo zastępcze stało się w Indiach nieformalnym rodzajem zatrudnienia i jako takie jest formą pracy opartą na wyzysku.

Z usług indyjskich klinik leczenia niepłodności oferujących umowy surogackie korzystają nie tylko liczni Amerykanie, ale także wielu obywateli innych państw, np.: Francji, Wielkiej Brytanii, Japonii czy Izraela. Tę część rozważań trafnie puentuje konstatacja S. Carneya: „Jak każdy inny rodzaj handlu ludzką tkanką, ma-

34 J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009, s. 146.

35 T. Zimny, *op. cit.*, s. 237.

cierzyństwo zastępcze łączy w sobie altruizm i humanistyczne ideały ze zwykłym zarobkiem i zwiększaniem zyskowności przemysłu medycznego. (...) ekonomika rynku macierzyństwa zastępczego rozwija się szybciej niż nasze rozumienie konsekwencji tego zjawiska.”³⁶

7. „Matki geriatryczne” – wątpliwości moralne i prawne

Niezaprzeczalnym faktem jest, że dzięki postępowi w dziedzinie medycyny ludzie żyją coraz dłużej i w coraz lepszej kondycji. Widoczne jest też pragnienie, by jak najdłużej „rociągnąć” również czas płodności. Realizacja tych marzeń stała się możliwa dzięki tzw. „kriokonserwacji”. Pierwotnie zabiegi pobierania i zamrażania komórek jajowych były oferowane kobietom, które miały przejść leczenie chemioterapią lub inne toksyczne i szkodliwe zabiegi, uniemożliwiające późniejsze zajście w ciążę. Jednak z czasem prywatne kliniki leczenia niepłodności „wyczuły rynek” i zaczęły oferować odpłatne usługi zamrażania jajeczek. Kriokonserwacja stała się kolejnym towarem na rynku medycznych usług reprodukcyjnych. Kobiety po menopauzie nie mogą być już jednak traktowane jako pacjentki mające problemy z niepłodnością. Mogą natomiast stać się klientkami, jeśli oczywiście dysponują odpowiednimi zasobami finansowymi. Pomiędzy lekarzem a klientką powstaje wtedy kontrakt, w którym brane są pod uwagę wyłącznie życzenia klientki oraz możliwości medycyny.³⁷ I chociaż zamrażanie komórek jajowych stało się nadzieją na późne macierzyństwo oraz szansą na „wieczną płodność”, okazuje się, że taki kontrakt budzi wiele wątpliwości natury moralnej, psychologicznej, socjologicznej i prawnej. Może okazać się złudny i niebezpieczny. Procedura zamrażania zarodka połączona z instytucją macierzyństwa zastępczego daje bowiem nie tylko możliwość „odłożenia” macierzyństwa na dogodny czas, ale także implantacji postmenopauzalnej, a nawet implantacji *post mortem*. Za sprawą postępu w zakresie embriologii swoje upragnione dzieci rodzą coraz starsze kobiety, nawet siedemdziesięciokilkuletnie. W ginekologii pojawiają się nowe określenia, takie jak: „matka geriatryczna” i „matka menopauzalna”.

Pomimo że zabiegi zamrażania komórek jajowych nie należą do tanich, cieszą się dużym zainteresowaniem wśród kobiet samotnych, skoncentrowanych na karierze, rodzinie zagrożonych przedwczesną menopauzą, z zaawansowaną endometriozą, cierpiących na choroby autoimmunologiczne. Deponowanie komórek jajowych przez zdrowe kobiety staje się coraz bardziej popularne. Zauważyć można nowe trendy finansowania zabiegu przez pracodawców, którzy w ten sposób chcą motywować swoje pracownice do lepszej pracy, większej wydajności i zaangażowa-

36 S. Carney, *op. cit.*, s. 148.

37 Z. Szawarski w rozmowie z E. Siedlecką, *Brak granic dla późnego macierzyństwa*, Gazeta Wyborcza z 17.08.2015 r.

nia zawodowego. Koncerny Facebook i Apple ogłosiły, że będą fundować mrożenie komórek jajowych. Firmy te oferują zatrudnionym w nich kobietom po 20 tys. dolarów na tzw. „odroczenie płodności” (pobranie jajeczek) i coroczne opłaty dla kliniki przechowującej komórki. Do deponowania własnych komórek jajowych przyznają się celebrytki (np. Kim Kardashian).

Także w Polsce kobiety coraz częściej decydują się na deponowanie swoich komórek jajowych. Z przygotowanego sprawozdania z realizacji ustaw o *in vitro* w krajach europejskich pt. *Standardy w zakresie medycznie wspomaganego rozrodu* wynika, że 30% zabiegów sztucznego zapłodnienia wykonano na kobietach po pięćdziesiątym roku życia (zwykle dzięki „adopcji” zarodków albo przy wykorzystaniu komórek anonimowych dawców). Po raz pierwszy komórkę jajową zamrozili w 2003 r. embriologowie z prywatnej kliniki Invicta. Dziś usługi takie oferują wszystkie większe kliniki leczenia niepłodności. Koszt zabiegu wynosi od 5 tys. zł. Dodatkowo trzeba opłacić koszt stymulacji hormonalnej. Co roku kilkadziesiąt kobiet w wieku menopauzalnym rodzi swoje upragnione potomstwo. Ostatnio głośny medialnie stał się przypadek sześćdziesięcioletniej aktorki, która urodziła bliźnięta. Większość z około pięćdziesięciu prywatnych klinik leczenia niepłodności deklaruje, że ich pacjentkami są wyłącznie kobiety do czterdziestego piątego roku życia. Jedynie klinika Invicta przyznaje, że jej klientkami są także kobiety, które skończyły już pięćdziesiąt lat. Z punktu widzenia prawnego lekarz nie ma podstaw do odmówienia kobiecie w wieku menopauzalnym wykonania zabiegu *in vitro*. Działający od niedawna rządowy program refundacji kosztów sztucznego zapłodnienia przewiduje ograniczenia, pozwalając na zastosowanie *in vitro* tylko u par, i tylko wtedy, gdy kobieta ma nie więcej niż 39 lat. Polska ustawa o leczeniu niepłodności wyklucza zastosowanie *in vitro* u samotnych kobiet, nie stawia jednak granic wiekowych. Większość krajów europejskich przewiduje natomiast takie ograniczenia. Najczęściej granicą wieku jest 40 albo 45 lat. Zdarza się jednak, że granicę tę wyznacza 50 rok życia (np. w Grecji i Holandii). W niektórych krajach nie przewiduje się żadnego limitu (np. Finlandia, Szwecja czy Portugalia). Nie należy zapominać, że w państwach, w których nie ma bariery wieku, oficjalne dane mogą być nieprecyzyjne. Uwzględnić bowiem należy zapłodnienia *in vitro* dokonywane w ramach turystyki reprodukcyjnej, „napędzanej” brakiem limitów.

8. „Czarny rynek” adopcji dzieci

Najbardziej chyba drastycznym przejawem nieprawidłowości związanych z rynkiem ludzkiego materiału biologicznego jest handel dziećmi. Upragniony cel – rodzicielstwo – może być zrealizowany nie tylko dzięki oferowanym przez współczesną medycynę metodom. Przeciwnicy sztucznego zapłodnienia często wskazują, że jedyną właściwą drogą, zgodną z założeniami religii chrześcijańskiej, jest ado-

pcja dzieci. Pomijając różnego rodzaju dylematy natury moralnej, psychologicznej czy socjologicznej związane z przysposobieniem, zwrócić należy uwagę na fakt, że umiędzynarodowienie adopcji wiązać się może z różnymi nieprawidłowościami. W wielu przypadkach adopcja przeradza się po prostu w nielegalny handel ludźmi. W ostatnich latach ujawnionych zostało szereg przypadków dotyczących rażących naruszeń przepisów adopcyjnych. Zebrane dowody wskazują, że zdarzało się, iż porywane z indyjskich slumsów dzieci sprzedawane były do sierocińców i oddawane do międzynarodowej adopcji. Sprowadzenie dziecka z Indii do USA kosztuje około 14 tys. dolarów. Amerykańskie rodziny często nie mają pojęcia, że „kupują” dziecko. Eksport dzieci z Azji przeobraził się w prawdziwy przemysł. Agencje adopcyjne skupiają się głównie na zysku, a to stwarza ogromne pole do nadużyć. Pomimo że Konwencję haską o ochronie dzieci i współpracy w dziedzinie przysposobienia międzynarodowego z 1993 r. (obejmującą m.in. kwestię uprowadzania dzieci za granicę) ratyfikowało aż pięćdziesiąt państw, prawo to wydaje się zupełnie nieskuteczne. Słabością Konwencji jest przyjęte założenie, że to kraj, z którego wysyła się dziecko do adopcji, ma dopilnować przestrzegania procedur prawnych. W Konwencji brakuje zapisów, które ograniczałyby opłaty za adopcję, wnoszone przez bogate kraje. Nie precyzuje się ponadto, czy porwane dzieci mają – w przypadku ujawnienia nieprawidłowości – wrócić do swoich biologicznych rodziców. Wspominać należałoby chociażby o powszechnie znanym przypadku gwiazdy popu – Madonny. W 2006 r. zaadoptowała ona chłopca z Malawi, który, jak się okazało, w rzeczywistości wcale nie był sierotą. Oszustwa i łamanie prawa imigracyjnego najczęściej dokonywane są przez samych pracowników agencji adopcyjnych, którzy fałszują dokumenty potwierdzające zrzeczenie się praw rodzicielskich przez rodziców biologicznych, a rodziców adopcyjnych informują, że dziecko zostało osierocone lub porzucone.³⁸ Okazuje się, że „czarnym rynkiem” adopcji rządzi wyłącznie zysk. Nie ma w nim miejsca na humanistyczne ideały. Potencjalni rodzice, świadomi „łańcucha dostaw” i źródła pochodzenia dziecka, powinni przemyśleć, jaka jest rzeczywista cena za spełnienie marzeń o szczęśliwej rodzinie i czym kosztem to się odbywa.

9. Uwagi końcowe

Komercjalizacja ciała ludzkiego stała się powszechnym społecznym zjawiskiem. Problem „urynkowienia” i „utowarowienia” zaczął dotyczyć biomedycyny. Dziedzina ta stanowi obecnie obszar, z którym wiążą się ogromne ekonomiczne korzyści. Pacjent coraz częściej staje się „klientem”. Medycznym rynkiem prokreacji człowieka rządzą dziś prawa popytu i podaży. Dawstwo nasienia, komórek jajowych, usługi surogackie stały się elementem międzynarodowego, zglobalizowanego i zindustrializowanego handlu, w którym zysk przekładany jest często ponad pra-

38 S. Carney, *op. cit.*, s. 97 i nast.

wa człowieka, zaś rzeczywiste transakcje handlowe ukrywane są pod altruistycznie brzmiącymi hasłami „darowizny”, „gratyfikacji” bądź „rekompensaty”, prowadząc do wyzysku ludzi biednych, słabych, zdeterminowanych swoją jednostkową sytuacją do tego, by zostać stroną odhumanizowanego „kontraktu”, oferowanego przez prywatne kliniki leczenia niepłodności. Przed twórcą prawa staje problem ustalenia zasad czerpania zysków z usług medycznych, tak by nie naruszać wypracowanych przez wieki paradygmatów: godności i sprawiedliwości. Przed prawem stoi ogromne zadanie. Ma ono bowiem „wpływ na rzeczywistość (zwłaszcza w medycynie), gdy wprowadza w niej jakiś porządek, nie zaś wtedy, gdy się od niej odwraca, opatrując zwykłym zakazem, pozwalającym udawać, że tego, czego się zakazuje, po prostu nie ma, bo jest zakazane”.³⁹

39 J. Hartman, *op. cit.*, s.125.