

## DOPUSZCZALNOŚĆ DOBROWOLNEJ STERYLIZACJI – UWAGI NA TLE PRAWNOPORÓWNAWCZYM

### 1. Wprowadzenie

Zabiegi medyczne związane z prokreacją człowieka stwarzają często wiele problemów prawnych i medycznych. Do grupy tej zaliczyć należy sterylizację, która w świetle współczesnej medycyny uchodzi za jedną z form antykoncepcji<sup>1</sup>. Jest to rutynowo wykonywany, mało inwazyjny (dzięki wykorzystaniu metody laparoskopowej u kobiet oraz metod „bez użycia skalpela” u mężczyzn) zabieg, o minimalnym ryzyku wystąpienia komplikacji<sup>2</sup>. Dodatkowo ze względu na niewielką szansę naturalnej refertylizacji (odtworzenia drożności kanałów)<sup>3</sup>, uchodzi ona za niezwykle skuteczną metodę antykoncepcji<sup>4</sup>. Poza funkcją pozbawienia zdolności płodzenia, sterylizacja w przeszłości wykorzystywana była jako regulator wzrostu demograficznego, bądź w ramach programów społecznych mających na celu wyeliminowanie ze społeczeństwa jednostek o niepożądanych cechach<sup>5</sup>. A. Wąsek<sup>6</sup> jako przykład takich działań podaje projekty ustaw, przygotowywane w Indiach w latach 70-tych XX wieku, wprowadzające prawnokarny obowiązek poddania się zabiegowi sterylizacji, który miał stanowić rozwiązanie problemu przeludnienia oraz obowiązującą w hitlerowskich Niemczech ustawę z 14 sierpnia 1933 r. *zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*<sup>7</sup>, wprowadzającą dopuszczalność przymusowej i dobrowolnej sterylizacji. Ustawa ta doprowadziła do tego, że termin sterylizacja łączy się, dla niektórych osób nierozzerwalnie z eksterminacją „gorszych ras” i „niepełnowartościowych obywateli”<sup>8</sup>.

Obecnie poprzez sterylizację rozumie się jedną z metod ubezpłodnienia, polegającą na „pozbawieniu kobiety lub mężczyzny zdolności zapładniania lub poczęcia, bez ograniczania

---

<sup>1</sup> E. Zielińska, *Warunki dopuszczalności zabiegów sterylizacji*, PiP 1985, z. 9, s. 66.

<sup>2</sup> Raport *Engender Health: Contraceptive Sterilization. Global Issues and Trends*, New York 2002, s. 149; <http://www.wazektomia.com/czym-jest-wazektomia>.

<sup>3</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, PiP 2014, z. 1, s. 20.

<sup>4</sup> K. Curtis, *U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: Adapted from the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2nd Edition., Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations and Reports, June 21, 2013; 62(RR05): 1-46*, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6205a1.htm>.

<sup>5</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *op. cit.*, s. 20.

<sup>6</sup> A. Wąsek, *Czy dobrowolna sterylizacja jest przestępstwem?*, PiP 1988, z. 8, s. 89.

<sup>7</sup> *Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933* (RGBl. I, S. 529).

<sup>8</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *op. cit.*, s. 20.

zdolności do odbywania stosunków płciowych”<sup>9</sup>. U kobiet polega ona na przerwaniu ciągłości jajowodów przez ich wycięcie, przecięcie, podwiązanie, bądź zamknięcie ich światła (laparotomia, laparoscopia)<sup>10</sup>. Natomiast u mężczyzn jest krótkim zabiegiem polegającym na przecięciu i przewiązaniu powrózków nasiennych (wasoresekcja, wazektomia)<sup>11</sup>. Podkreślić należy, że zabieg sterylizacji nie może być mylony z kastracją (wytrzebieniem) polegającą na nieodwracalnym, chirurgicznym ubezplodnieniu, spowodowanym usunięciem gonad<sup>12</sup>. Sterylizacja nie wpływa ujemnie, w przeciwieństwie do kastracji, na gospodarkę hormonalną organizmu i popęd seksualny<sup>13</sup>.

## 2. Problem legalności

Powszechnie przyjmuje się, że sterylizacja jest dopuszczalna w wypadku, gdy stanowi czynność leczniczą, czyli jeżeli ukierunkowana jest na ratowanie życia i zdrowia pacjenta, a nie na jego ubezplodnienie<sup>14</sup>. Poza tym, musi ona spełniać wszelkie przesłanki legalności wymagane dla tego rodzaju czynności. Jako przykład takiej sterylizacji podaje się przeprowadzenie jej na życzenie kobiety, w wypadku, gdy kilkakrotnie rodziła dzieci w wyniku cesarskiego cięcia, a kolejna ciąża zagrażałaby jej życiu<sup>15</sup>. Niezasadnym byłoby odmówienie kobiecie zgody na przeprowadzenie zabiegu w takim przypadku, bowiem jego celem jest ochrona jej zdrowia i życia. Kontrowersje budzi natomiast legalność przeprowadzenia sterylizacji dobrowolnej (na życzenie, dla wygody), dla której przeprowadzenia nie ma żadnych wskazań medycznych. Wskazuje się na kilka przyczyn jej przeprowadzania. Jedną z nich są względy eugeniczne. Chodzi w tym wypadku o zapobieżenie przeniesienia ujemnych cech genetycznych na potomstwo przez osobę cierpiącą na chorobę dziedziczną bądź upośledzoną psychicznie lub fizycznie. Taki rodzaj sterylizacji przewidywały ustawodawstwa m.in. Szwecji, Danii, Finlandii, Norwegii, Chorwacji i Słowenii. Drugą grupę stanowią względy społeczne (wskazania socjalne), rozumiane głównie jako zapobieżenie pogorszeniu się trudnych warunków życiowych<sup>16</sup>. Ostatnią kategorię stanowią szeroko rozumiane inne przyczyny, wśród których wymienia się m.in. wskazania antykoncepcyjne, ideologiczne, egzystencjalne czy religijne<sup>17</sup>. A. Wąsek<sup>18</sup>, jako przykłady wskazuje na popularność w krajach zachodnich – głównie w Stanach Zjednoczonych, tzw. sterylizacji dla wygody, mającej umożliwić swobodę kontaktów seksualnych, bez ryzyka wystąpienia niechcianej ciąży, czy

---

<sup>9</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 66.

<sup>10</sup> M. Kowalewska-Laguna, *op. cit.*, s. 21.

<sup>11</sup> G. Williams, *Świątość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 71–72.

<sup>12</sup> R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojarysprudencji*, Kraków 2000, s. 208.

<sup>13</sup> M. Kowalewska-Laguna, *op. cit.*, s. 21.

<sup>14</sup> *Ibidem*, s. 21.

<sup>15</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 88.

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 88–89.

<sup>17</sup> M. Kowalewska-Laguna, *op. cit.*, s. 22.

<sup>18</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 89–90.

rozważanie w latach 60-tych XX wieku możliwości dobrowolnej sterylizacji zakonnic przebywających na misjach w Afryce, jako zapobieżenia ciążyom będącym efektem zgwałceń.

Obecnie dobrowolna sterylizacja postrzegana jest przede wszystkim jako metoda antykoncepcji. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w aktach międzynarodowych. Można tu wspomnieć o Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego ONZ nr 2436 (XXIII) z 9 grudnia 1969 r., która postrzegala sterylizację, jako narzędzie do realizacji prawa do planowania rodziny oraz Rezolucję (75) 29 Komitetu Ministrów Rady Europejskiej z 14 listopada 1975 r., w której zalecono państwu członkowskiemu udostępnienie zabiegów sterylizacji na zasadach dotyczących świadczeń medycznych<sup>19</sup>. Dobrowolna sterylizacja została ostatecznie zalegalizowana w wielu krajach, m.in. we Francji, w Indiach, we Włoszech, w Niemczech, w Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych<sup>20</sup>. Jednak zawsze obwarowana jest ona szeregiem prawnie wymaganych warunków<sup>21</sup>.

Ogólnie można wyróżnić trzy typy stanów prawnych obowiązujących w różnych państwach<sup>22</sup>. W pierwszym, orzecznictwo albo przepisy prawa dopuszczają jednoznacznie możliwość przeprowadzenia sterylizacji, m.in. w Wielkiej Brytanii i Austrii. Drugi model stanowi dopuszczenie dobrowolnej sterylizacji jako realizacji wprowadzonego w państwie programu demograficznego. Taka sytuacja występuje np. w Meksyku. Trzecim typem jest brak jakiegokolwiek uregulowania sterylizacji w przepisach prawnych. Można wskazać także państwa, gdzie sterylizacja, poza względami eugenicznymi czy terapeutycznymi, została całkowicie zakazana. Do tego kręgu zalicza się np. Arabia Saudyjska<sup>23</sup>.

Państwa, które zalegalizowały sterylizację, dokonały tego najczęściej w drodze ustawodawczej poprzez depenalizację dobrowolnego pozbawienia zdolności płodzenia (postąpiono tak we Włoszech w 1978 r.), bądź wprowadzając odpowiednią wzmiankę w klauzuli generalnej mówiącej o zakresie zgody osoby uprawnionej, która uchyla bezprawność czynu (uczyniono tak m.in. w austriackim kodeksie karnym, który w § 90 ust. 2 stanowi, że sterylizacja wykonana przez lekarza na osobie za jej zgodą nie jest bezprawna, jeżeli osoba ta ukończyła 25 lat, albo jeżeli zabieg z innych powodów nie wykacza przeciw dobremu obyczajom<sup>24</sup>), bądź też tworząc szczególny przepis zawierający kontratyp sterylizacji. Ten ostatni sposób wykorzystano w większości państw europejskich (tak m.in. w Danii, Finlandii, Szwecji, Norwegii)<sup>25</sup>.

Zalegalizowanie dobrowolnej sterylizacji wiązało się z przyjęciem jednego z dwóch modeli regulujących warunki jej dopuszczalności<sup>26</sup>. Pierwszy – tzw. model sterylizacji na żądanie przyznaje jednostce prawo wystąpienia z odpowiednim żądaniem przeprowadzenia zabiegu do lekarza. Uprawnienie to może podlegać pewnym ograniczeniom. Najczęściej są

<sup>19</sup> R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 415.

<sup>20</sup> Raport..., *op. cit.*, s. 139.

<sup>21</sup> R. Tokarczyk, *op. cit.*, s. 210.

<sup>22</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *op. cit.*, s. 22–23.

<sup>23</sup> Raport..., *op. cit.*, s. 90.

<sup>24</sup> *Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen* (BGBl. Nr. 60/1974).

<sup>25</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 70–71.

<sup>26</sup> *Ibidem*, s. 71.

nimi: odpowiedni wiek, np. w Austrii – 25 lat, na Węgrzech – 40 lat, obligatoryjna zgoda współmałżonka, np. w Hondurasie, bądź posiadanie odpowiedniej liczby dzieci – m.in. Tunezja. Warunki te muszą być najczęściej spełnione łącznie<sup>27</sup>. Drugim rozwiązaniem, zdecydowanie rzadziej spotykanym, jest spełnienie szeregu normatywnie określonych warunków, które muszą być stwierdzone przez uprawniony do tego organ<sup>28</sup>. Rozwiązanie takie przyjęto np. w Norwegii<sup>29</sup>. Prawie wszystkie uregulowania posiadają jeden wspólny element – niezbędnym warunkiem przeprowadzenia sterylizacji jest zgoda osoby zainteresowanej<sup>30</sup>.

Polska zalicza się natomiast do państw, w których legalność dobrowolnej sterylizacji nie została rozstrzygnięta na gruncie ustaw, bądź orzecznictwa<sup>31</sup>. Jak wskazuje A. Liszewska, w polskim systemie dopuszcza się jedynie sterylizację ze względów zdrowotnych, która nie wymaga żadnego usprawiedliwienia i stanowi zawsze czynność leczniczą<sup>32</sup>. Wykonanie tego zabiegu na żądanie osoby bez istniejących wskazań leczniczych, bądź z tzw. względów eugenicznych, jest zawsze bezprawne i przyjmuje się, że rodzi odpowiedzialność karną lekarza z tytułu wywołania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia zdolności płodzenia (art. 156 § 1 pkt 1 k.k.). Jak podaje R. Kokot: „znamię pozbawienia zdolności płodzenia musi być interpretowane przy uwzględnieniu odrębności organicznych wynikających z płci pokrzywdzonego. W przypadku mężczyzn oznacza ono utratę zdolności zapłodnienia (*impotentia generandi*). U kobiet realizacja znamienia pozbawiania zdolności płodzenia oznacza natomiast każdy skutek prowadzący do braku zdolności poczęcia (*impotentia concipiendi*), donoszenia ciąży (*impotentia gestandi*) oraz urodzenia dziecka (*impotentia parturiendi*)”<sup>33</sup>.

Doktryna uznaje jednak, że karanie lekarza, który dokonał sterylizacji na życzenie osoby zdolnej do wyrażenia prawnie ważnej zgody, klóci się ze społecznym poczuciem sprawiedliwości. E. Zielińska<sup>34</sup> wskazuje, że przyjmowano różne linie obrony na gruncie kodeksu karnego z 1969 r.<sup>35</sup> Po pierwsze próbowano wykorzystać instytucję stanu wyższej konieczności. Jednak uznać należy, że nie byłyby w tym wypadku spełnione jej zasadnicze warunki – subsydiarność oraz bezpośredniość niebezpieczeństwa, bowiem istnieją inne metody uniknięcia niebezpieczeństwa, jak chociażby, różne metody antykoncepcji, a niebezpieczeństwo jest odległe i niepewne. Drugim proponowanym stanowiskiem było uznanie, że zgoda na własne kalectwo udzielona w celu zapobieżenia rodzeniu się upośledzonych dzieci, bądź dla ratowania zdrowia innej osoby, nie sprzeciwia się zasadom współżycia społecznego. Tego rozwiązania również nie można przyjąć, bowiem jego ocena jest zależna wyłącznie od subiektywnego uznania osób decydujących się na zabieg. Dodatkowo podkreśla się, że to rozwiązanie jest sprzeczne z poglądem, według którego, zgoda na ciężkie

<sup>27</sup> M. Kowalewska-Laguna, *op. cit.*, s. 23.

<sup>28</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 71.

<sup>29</sup> M. Kowalewska-Laguna, *op. cit.*, s. 23.

<sup>30</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 72-74.

<sup>31</sup> M. Kowalewska-Laguna, *op. cit.*, s. 24.

<sup>32</sup> A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 254.

<sup>33</sup> R. Kokot, [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Legalis, teza 32 do art. 156.

<sup>34</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 68-69.

<sup>35</sup> Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94).

uszkodzenie ciała, nawet jeżeli z formalnego punktu widzenia udzielona jest prawidłowo, nie znosi bezprawności czynu. Zgodnie z treścią, omawianą przez Autorkę, linią obrony jest próba wykazania, że dobrowolna sterylizacja nie stanowi przestępstwa z powodu znikomego społecznego niebezpieczeństwa, które implikuje brak przestępności tego czynu (art. 26 k.k. z 1969 r.). Było to również wątpliwe wytłumaczenie, ponieważ nie uchylało bezprawności czynu, a dodatkowo rozwiązanie takie było wyjątkową instytucją, która nie powinna mieć zastosowania w każdym przypadku.

W związku z brakiem trafnego rozwiązania problemu sterylizacji na życzenie, uznawano cały czas, że jest ona zachowaniem bezprawnym w przeciwieństwie do zabiegu przeprowadzonego w celu leczniczym<sup>36</sup>. Taki stan rzeczy był słusznie krytykowany przez część przedstawicieli doktryny<sup>37</sup>, którzy wskazywali na potrzebę zalegalizowania dobrowolnej sterylizacji wykonywanej dla wygody osoby zainteresowanej. Jak podaje E. Zielińska<sup>38</sup>, w projekcie kodeksu karnego z 1963 r., w art. 206, stypizowano przestępstwo dokonania zabiegu pozbawienia zdolności płodzenia, wbrew warunkom, które zezwalałyby na tego typu zabieg, bądź przez osobę nieposiadającą uprawnień. Należy z tego wnioskować, że dobrowolna sterylizacja miała być unormowana prawnie i dozwolona. Ostatecznie żadne z tych rozwiązań nie zostało wprowadzone w życie.

### 3. Regulacja w polskim systemie prawnym

#### 3.1. Uwagi *de lege lata*

Przedstawiciele polskiej doktryny zajmują dwa zasadnicze stanowiska w kwestii dobrowolnej sterylizacji ze względów innych niż lecznicze. Pierwszą grupę stanowią autorzy doszukujący się *de lege lata* dopuszczalności takich zabiegów. Należy do nich m.in. A. Wąsek<sup>39</sup>, uznający, że dobrowolna sterylizacja osoby dojrzałej i poczytalnej, zarówno w celach leczniczych jak i innych, nie jest obecnie czynem przestępnym. Na poparcie tego stanowiska przytacza szereg argumentów. Po pierwsze wskazuje, że powszechnie przyjęta teza o niemożności udzielenia zgody na ciężkie uszkodzenie ciała, jest zbyt stanowczo sformułowana<sup>40</sup>. Kodeks karny nie normuje bowiem granic ważności poprawnie udzielonej zgody, stąd jest to zadanie orzecznictwa i doktryny. Uzasadniając brak skuteczności zgody na tego typu czynności, wskazuje się, że leży to w interesie ogółu, aby jak najmniej osób w społeczeństwie było kalekich, nieproduktywnych, a przez to stanowiących ciężar materialny i moralny dla społeczeństwa<sup>41</sup>. A. Wąsek podkreśla, że taka argumentacja nie może mieć zastosowania

<sup>36</sup> E. Hryniewicz, *Czy zgoda dysponenta dobrem może wyłączyć bezprawność czynu*, Prok. i Pr. 2014, nr 9, s. 62–63.

<sup>37</sup> J. Sawicki, [w:] G. Williams, *Świętość życia, a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 345; H. Wolińska, *Przerywanie ciąży w prawie karnym*, Warszawa 1962, s. 126.

<sup>38</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 70.

<sup>39</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 97.

<sup>40</sup> *Ibidem*, s. 93.

<sup>41</sup> A. Gubiński, *Wyłączenie bezprawności czynu*, Warszawa 1961, s. 81.

dla karalności dobrowolnej sterylizacji<sup>42</sup>. Wskazuje ponadto, że w niektórych przypadkach wyłączono bezskuteczność zgody na ciężkie uszkodzenie ciała: przy transplantacji *ex vivo*<sup>43</sup> oraz w przypadku zabiegów adaptacyjnych<sup>44</sup>. Kolejnym przedstawianym przez A. Wąską<sup>45</sup> argumentem jest to, że karanie sterylizacji przeprowadzonej w celu innym niż leczniczy, powoduje, iż prawo karne, wbrew woli i interesowi jednostki, chroni jej funkcje prokreacyjne, czyli poniekąd chroni ją przed nią samą. Zdolność płodzenia byłaby więc narzucona jednostce przepisami prawa karnego, stanowiącymi najsurowsze środki przymusu państwowego, do czasu jej utraty w wyniku choroby lub wieku. Może stanowić to niedopuszczalne wkroczenie państwa w sferę życia intymnego jednostki<sup>46</sup>. Za bezkarnością dobrowolnej sterylizacji z powodów innych niż lecznicze przemawiać ma również poszanowanie dla prawa jednostki do wolności, samookreślenia się i kształtowania swego postępowania, z zastrzeżeniem, że nie szkodzi to innym<sup>47</sup>.

W doktrynie za dominujący przyjmuje się pogląd, zgodnie z którym zgoda jednostki na rozporządzenie dobrem prawnym jest bezskuteczna, jeżeli jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego<sup>48</sup>. W ocenie A. Wąska zasady współżycia społecznego stanowią zetknięcie się moralności z prawem karnym. Skoro ta gałąź prawa ma sankcjonować bezpośrednio lub pośrednio pewne normy moralne tworzące owe zasady, to muszą mieć one charakter elementarny. „Przemoralizowanie” prawa karnego, odzwierciedlające się w represjonowaniu jako niemoralnych czynów, których ocena nie jest w społeczeństwie jednolita, jak np. dobrowolna sterylizacja ze względów innych niż lecznicze, stanowiłoby zagrożenie dla wolności obywatelskich<sup>49</sup>. Autor ten czyni również ciekawe spostrzeżenie, że karanie dobrowolnej sterylizacji, jako spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, może skutkować dwukrotnie wyższą karą niżeli zabójstwo eutanatyczne. Wynikałoby z tego, że zdolność płodzenia jest ceniona wyżej niż życie człowieka<sup>50</sup>.

Także M. Kowalewska-Łaguna przytacza argumenty za legalnością *de lege lata* zabiegów dobrowolnej sterylizacji ze względów inne niż lecznicze. Po pierwsze odnosi się do prawa dysponowania własną płodnością<sup>51</sup>. Wywodzi je z preambuły do ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży<sup>52</sup>, w której uznano „prawo każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków

<sup>42</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 94.

<sup>43</sup> M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1977, s. 211–214.

<sup>44</sup> M. Filar, *Prawne i społeczne aspekty transseksualizmu*, PiP 1987, z. 7, s. 68.

<sup>45</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 94.

<sup>46</sup> U. Kluga, *Der Rechtsstaat und die Staatsphilosophie der geordneten Anarchie, Festgabe für E. von Hippel*, Bonn 1965, s. 157–158.

<sup>47</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 95.

<sup>48</sup> W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 160.

<sup>49</sup> A. Wąsek, *op. cit.*, s. 95–97.

<sup>50</sup> *Ibidem*, s. 94.

<sup>51</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *op. cit.*, s. 29–30.

<sup>52</sup> Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78).



umożliwiających korzystanie z tego prawa”. Wskazać należy również na orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96<sup>53</sup>, zgodnie z którym: „prawo (do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci) takie w rzeczy samej można wyprowadzić z zakresu podstawowych praw i wolności człowieka, zaś w samych przepisach konstytucyjnych, z gwarancji, jakie przewidują one dla macierzyństwa i rodziny. Prawo do rodzicielstwa musi być interpretowane w znaczeniu pozytywnym i negatywnym (jako prawo odmowy poczęcia dziecka). Musi oznaczać ono bowiem zakaz podejmowania działań ograniczających wolność posiadania dzieci, jak również zakaz podejmowania działań przymuszających do posiadania dzieci. (...) W istocie wszelką ingerencję, czy to władzy państwowej, czy to innych osób w tę sferę należałoby uznać za niedopuszczalne naruszenie podstawowego prawa każdego człowieka”. Trybunał wywiódł z tego obowiązek zapewnienia obywatelom swobodnego dostępu do środków i metod służących świadomej prokreacji.

Powyższe argumenty prowadzą do rozważenia kwestii, czy zgoda pacjenta może legalizować spowodowanie u niego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 156 § 1 k.k. Pogląd taki był przez długi czas odrzucany przez doktrynę. Jednak pojawiają się głosy opowiadające się za takim rozszerzeniem skuteczności udzielanej zgody<sup>54</sup>. Jak wskazuje R. Kubiak<sup>55</sup>, przemawiają za tym szeroko definiowana sfera wolności i afirmatywne traktowanie prawa do samostanowienia jednostki. Taki pogląd jest zgodny z wywoływaniem przez Trybunał Konstytucyjny w powyżej powołanym wyroku. Wydaje się więc, że państwo nie powinno zmuszać obywatela do zachowania płodności przy wykorzystaniu instrumentów karnoprawnych, a tym samym, szanując jego autonomię oraz prawo do życia prywatnego, zezwolić na wyrażanie zgody dotyczącej utraty przez niego zdolności płodzenia. Oznaczałoby to, że zabieg sterylizacji, formalnie wyczerpujący znamiona przestępstwa z art. 156 § 1 k.k., byłby legalizowany przez zgodę dysponenta dobrem. Jest to jedna z możliwości dopuszczenia *de lege lata* zabiegów dobrowolnej sterylizacji.

M. Kowalewska-Łaguna, opierając się na wynikach badań<sup>56</sup>, podkreśla dalej także wysoką odwracalność zabiegu sterylizacji, uznając, jak najbardziej słusznie, że: „powinien być on traktowany na równi z innymi dostępnymi metodami planowania rodziny. Samemu zainteresowanemu powinno się natomiast pozostawić wybór co do sposobu zahamowania własnej płodności, stopnia jego inwazyjności i ewentualnego ryzyka skutków ubocznych”<sup>57</sup>. Autorka zwraca także uwagę na to, że uznawana za prawnie irrelevantną zgoda na pozbawienie zdolności płodzenia z art. 156 § 1 pkt 1 k.k., w połączeniu z tymczasowością zabiegu ze względu na jego odwracalność, może prowadzić do wniosku, że każda inna metoda antykoncepcji powinna być niedopuszczalna, ze względu na to, że jednostka nie

<sup>53</sup> Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96 (OTK ZU 1997, nr 2, poz. 19).

<sup>54</sup> E. Hryniewicz, *Zgoda dysponenta dobrem prawnym na gruncie prawa karnego*, [w:] R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, Legalis/el. 2012, s. 12.

<sup>55</sup> R. Kubiak, *Czy zgoda na ciężki uszczerbek na zdrowiu jest skuteczna prawnie?*, [w:] J. Kasprzak, W. Cieślak, I. Nowicka (red.), *Meandry prawa karnego i kryminalistyki. Księga jubileuszowa prof. zm. dra hab. Stanisława Pikulskiego*, Szczytno 2015, s. 160.

<sup>56</sup> G. Yang, T.J. Walsh, S. Shefi, P.J. Turek, *The Kinetics of the Return of Motile Sperm to the Ejaculate After Vasectomy Reversal*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509339?dopt=Abstract>.

<sup>57</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *op. cit.*, s. 30.

może wyrazić zgody na tymczasowe pozbawienie zdolności płodzenia. Można zastanowić się w tym miejscu, czy ze względu na odwracalność zabiegu sterylizacji, właściwa jest kwalifikacja jego dokonania z art. 156 § 1 pkt 1 k.k. Przyjmuje się, że skutki opisane w tym przepisie stanowią przypadki trwałej, a więc nieodwracalnej utraty zdrowia<sup>58</sup>. Wydaje się więc, że nie można pociągnąć lekarza do odpowiedzialności karnej na tej podstawie. Tym samym, można podjąć próbę kwalifikacji zabiegu sterylizacji na podstawie art. 157 § 1 k.k., jako średniego uszczerbku na zdrowiu, co otwierałoby możliwość zastosowania konstrukcji zgody dysponenta dobrem, powodującej pierwotną legalność czynu. Takie rozwiązanie nie usuwałoby wszystkich problemów. Należałoby bowiem dokonać oceny każdego przypadku *ad casu*, w wyniku której ustaliliby się, czy u konkretnego pacjenta skutki przeprowadzonego zabiegu można odwrócić, czy też nie. Rodziłoby to wiele wątpliwości po stronie lekarza dotyczących możliwej odpowiedzialności karnej.

M. Kowalewska-Łaguna<sup>59</sup> przyjmuje ostatecznie, że dobrowolna sterylizacja dla celów nieterapeutycznych stanowi pozaustawowy kontratyp, którego wtórna legalność wywodzona jest ze zgody, spełniającej wszelkie wymogi ważności, uprawnionego dysponenta dobrem. Dodatkowo zabieg musi spełniać ogólne przesłanki, takie jak: posiadanie uprawnień przez lekarza, działanie zgodnie z zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Podkreśla również, że taki rodzaj sterylizacji powinien być jednym z rodzajów dostępnej antykoncepcji<sup>60</sup>.

Przyjęcie konstrukcji kontratypowej, w odniesieniu do tego rodzaju czynności nieterapeutycznej nieuregulowanej w ustawie, wiązałoby się jednakże z pierwotną bezprawnością czynu i koniecznością jego wtórnego usprawiedliwienia. W sferze procesowej natomiast, w powiązaniu z zasadą legalizmu, z koniecznością wszczynania we wszystkich sprawach postępowań karnych. Tym samym takie rozwiązanie *de lege lata* problematyki dobrowolnej sterylizacji nie jest zadowalające.

Na gruncie obecnych uregulowań prawnych spotkać można także stanowiska odmienne, zgodnie z którymi zabiegi dobrowolnej sterylizacji są bezprawne i nie jest możliwe ich przeprowadzanie. G. Rejman<sup>61</sup> wskazała, że w wypadku sterylizacji pozbawionej celu terapeutycznego, można mówić jedynie o różnym zakresie odpowiedzialności, który kształtowałby się w zależności od następstw przeprowadzonego zabiegu – jako ciężki uszczerbek na zdrowiu, przy nieodwracalnych jego następstwach, bądź jako średni uszczerbek na zdrowiu przy odwracalnych. Podobne stanowisko zajmuje M. Filar<sup>62</sup>, podkreślając, że nieodwracalne ubezplodnienie stanowi ciężki uszczerbek na zdrowiu, bowiem pozbawione jest celu leczniczego. Stanowisko zgodne z powyższymi prezentuje również R. Kędziora<sup>63</sup>. Także M. Świdorska stoi na stanowisku, że nieodwracalna sterylizacja „dla wygody” jest niedopuszczalna. Podnosi, że taka interwencja zawiera w sobie pewien element autodestrukcji,

<sup>58</sup> R. Kokot, [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Legalis/el 2017, teza 28 do art. 156.

<sup>59</sup> M. Kowalewska-Łaguna, *op. cit.*, s. 32.

<sup>60</sup> *Ibidem*, s. 35.

<sup>61</sup> G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 145–147.

<sup>62</sup> M. Filar, *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, PiM 2000, nr 5, s. 69–70.

<sup>63</sup> R. Kędziora, *op. cit.*, s. 426–428.



skutkujący okaleczeniem pacjenta na jego żądanie, stąd nie znajdzie tutaj zastosowania zasada *volenti non fit iniuria*<sup>64</sup>.

### 3.2. Uwagi de lege ferenda

Głosy negujące dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji oraz zmiany w społeczeństwie doprowadziły do powstania drugiej zasadniczej grupy poglądów stanowiących postulaty *de lege ferenda*. Do tego nurtu zaliczyć można E. Zielińską<sup>65</sup> postulującą legalizację sterylizacji „dla wygody”, ze względów ideologicznych jako umożliwienie decydowania w pełni o prokreacji oraz ze względów pragmatycznych. Stanowisko to zasługuje na aprobatę jako wychodzące naprzeciw potrzebom społeczeństwa. Autorka wskazuje, że niezbędna jest w tym zakresie regulacja ustawowa, wykorzystująca model sterylizacji na żądanie, która określiłaby szczegółowe warunki jej dopuszczalności. Proponuje, aby zaliczały się do nich: wymóg osiągnięcia określonego wieku (proponycja 25 lub 30 lat), co zapewniłoby, że udzielona zgoda będzie świadoma i przemyślna, pisemna forma jej udzielenia, obowiązek uświadomienia przez lekarza osoby zainteresowanej o charakterze zabiegu, jego zaletach, wadach i skutkach, a także pozostawienie pewnego czasu do namysłu przed przeprowadzeniem zabiegu<sup>66</sup>. Podobne stanowisko zajmuje także R. Krajewski<sup>67</sup>, który dodatkowo proponuje warunek zgody małżonka na przeprowadzenie takiego zabiegu, co wynikać ma z art. 24 k.r.o. Podkreśla się także, że niezbędne jest wprowadzenie zakazu przymusowej sterylizacji<sup>68</sup>.

Rozwiązania proponowane przez E. Zielińską zbliżone są do uregulowań przyjętych w ustawodawstwie federalnym Stanów Zjednoczonych<sup>69</sup>. Według postanowień kodeksowych, dobrowolnej sterylizacji może poddać się osoba, która skończyła 21 lat, jest poczytalna, dobrowolnie wyraziła świadomą zgodę, a sam zabieg przeprowadzony ma zostać między 30 a 180 dniem po wyrażeniu zgody. Szczegółowo zostały uregulowane wymagania stawiane objaśnionej zgodzie (*informed consent*) m.in.: obowiązek poinformowania, że zgoda może zostać cofnięta w każdym momencie przed zabiegiem i nie wpłynie to na prawo do przyszłej opieki medycznej, przedstawienie alternatywnych metod planowania rodziny i kontroli urodzeń, wskazanie, że sterylizacja uchodzi za nieodwracalną, przedstawienie procedury danego zabiegu sterylizacji, podanie pełnego opisu ryzyka i niewygód związanych ze stosowaną metodą, włączając w to wyjaśnienia odnośnie do wykorzystywanego anestetyku, podanie pełnego opisu zalet i korzyści płynących z zabiegu sterylizacji, poinformowanie o niezbędnym czasie, który musi upłynąć do zabiegu. Wskazane są także sytuacje, kiedy niemożliwe jest uzyskanie świadomej zgody, m.in. od osoby w okresie porodu czy pod wpływem alkoholu. Podano także wymóg co do formy udzielanej zgody – musi ona zostać udzielona na piśmie. W uregulowaniach kodeksowych podkreślono, że procedura ta nie

<sup>64</sup> M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 330.

<sup>65</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 70.

<sup>66</sup> *Ibidem*, s. 75.

<sup>67</sup> R. Krajewski, *Prawa i obowiązki seksualne małżonków. Studium prawne nad normą i patologią zachowań*, Warszawa 2009, s. 185.

<sup>68</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 75.

<sup>69</sup> 42 Code of Federal Regulations 441.253.

może zostać zastosowana wobec osób niepełnych, bądź znajdujących się w zakładach psychiatrycznych. Dodatkowo procedury dobrowolnej sterylizacji nie można wykorzystywać dla wykonania histerektomii.

#### 4. Sterylizacja w prawie brytyjskim

Kwestia sterylizacji została uregulowana na gruncie prawnym także w Wielkiej Brytanii. Na wstępie można wspomnieć o sterylizacji eugenicznej, która została poparta w dwóch raportach: *Report on Mental Deficiency* z 1929 r. (tzw. *Wood Report*) oraz *Report on Sterilisation* z 1934 r. (tzw. *Brook Report*), w którym poparto dobrowolną sterylizację osób upośledzonych<sup>70</sup>. Rekomendacje w nich zawarte nie zostały jednak ostatecznie wprowadzone w życie, ze względu na podnoszone obawy co do ochrony praw osób upośledzonych<sup>71</sup>. Problemy pojawiały się także w przypadku sterylizacji przeprowadzanych w celach innych niż eugeniczne. Wskazać można na sprawę *Bravery v Bravery* z 1954 r.<sup>72</sup>, w której rozpatrywano legalność tego zabiegu dokonanego na mężczyźnie, który chciał zapobiec ciąży partnerki. Lord Denning uznał, że sterylizacja ze względów leczniczych bądź eugenicznych jest legalna, jednak przeprowadzona dla wygody mężczyzny jest sprzeczna z prawem i poniżająca. Poglądy te odrzucili pozostali członkowie sądu. Obecnie nie ulega żadnej wątpliwości, że w świetle prawa brytyjskiego, dobrowolna sterylizacja przeprowadzona w celu antykoncepcyjnym jest legalna<sup>73</sup>. Podstawę prawną stanowi tutaj art. 8 załącznika Nr 1 *National Health Service Act 2006*<sup>74</sup>. Niezbędnym wymogiem dla jej przeprowadzenia jest zgoda pacjenta. Wcześniej zalecano uzyskanie także zgody małżonka, ale obecnie nie ma takiego obowiązku<sup>75</sup>.

Bardziej skomplikowanie przedstawia się problem sterylizacji bez zgody osób małoletnich bądź pełnoletnich upośledzonych umysłowo. Przyjmuje się, że jest ona dopuszczalna, ale jedynie w najlepszym interesie takiej osoby (*in the best interest of the patient*), co jest bezwzględnie przestrzegane i badane przy każdej sprawie. W sprawie *Re MB*<sup>76</sup> uznano, że najlepszy interes pacjenta należy rozumieć szeroko i nie ograniczać go jedynie do medycznego interesu pacjenta. Trzeba także uwzględniać czynniki psychologiczne i społeczne. Decyzję, czy sterylizacja leży w najlepszym interesie, ma podejmować sędzia<sup>77</sup>. W przypadku sterylizacji osób małoletnich, brane są pod uwagę dodatkowe okoliczności zawarte w *Children Act 1989*<sup>78</sup>. Są to m.in. uczucia i pragnienia dziecka, jego potrzeby emocjonalne i fizyczne, wiek, płeć, jakakolwiek szkoda, której może doznać lub doznało.

<sup>70</sup> N. Karczewska, *Steryliżacja w prawie angielskim*, PiM 2011, nr 2, s. 56.

<sup>71</sup> J. Macnicol, *Eugenics, Medicine and Mental Deficiency: an introduction*, "Oxford Review of Education" 1983, nr 3, s. 177.

<sup>72</sup> *Bravery v Bravery*, [1954] 1 WLR 1169.

<sup>73</sup> I. Kennedy, A. Grubb, *Medical law*, London, Edinburg, Dublin 2000, s. 1152.

<sup>74</sup> *National Health Service Act 2006*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41>.

<sup>75</sup> N. Karczewska, *op. cit.*, s. 58.

<sup>76</sup> *Re MB*, [1997] 38 BMLR 175.

<sup>77</sup> N. Karczewska, *op. cit.*, s. 59.

<sup>78</sup> *Children Act 1989*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41>.

Sprawy związane ze sterylizacją upośledzonych małoletnich trafiały do sądów w związku z pełnioną przez nie funkcją opiekuńczą (*wardship jurisdiction*). Wywodzi się ona z obowiązku władzy królewskiej do ochrony swoich poddanych, szczególnie dzieci, będących pokoleniem przyszłości<sup>79</sup>. Obowiązek władzy spełniają sądy, które stają się opiekunem upoważnionym do podejmowania decyzji w interesie dziecka<sup>80</sup>. W każdej ze spraw sąd bada czy sterylizacja jest w najlepszym interesie osoby małoletniej. W sprawie *Re D* sąd odmówił wyrażenia zgody na sterylizację dziewczynki z lekkim upośledzeniem umysłowym, wskazując na duże prawdopodobieństwo poprawy jej stanu w przyszłości i możliwość samodzielnego podjęcia decyzji<sup>81</sup>. Uznano, że sterylizacja naruszyłaby prawo kobiety do rozmnażania. W innej sprawie – *Re B* – sąd uznał, że przeprowadzenie sterylizacji upośledzonej umysłowo w średnim stopniu młodej kobiety, leży w jej interesie, ponieważ ciąża byłaby dla niej nie-szczęściem, a jej stan zdrowotny nie pozwalał na inne metody antykoncepcji<sup>82</sup>. W sprawie tej podkreślono, że nie jest ważne czy sterylizacja przeprowadzana jest w celu terapeutycznym, czy nie. Jest to drugorzędna kwestia, która musi ustąpić miejsca najlepszemu interesowi małoletniego, stanowiącemu kwestię pierwszorzędą.

Sterylizacja osób pełnoletnich upośledzonych umysłowo nastroczała więcej problemów, ponieważ przepisy nie zezwalały na wyrażanie zgody przez pełnomocnika w imieniu osoby dorosłej<sup>83</sup>. W sprawie *T v T*, w której Sąd zetknął się z takim problemem, nie widząc innej możliwości, nawiązano do teorii konieczności, dostrzegając w tym jednak pole do nadużyć w przyszłości, ponieważ lekarze mogliby podejmować działanie uznając, że jest ono niezbędne, nie stosując obiektywnych kryteriów<sup>84</sup>. Z podobnym problemem spotkano się w sprawie *Re F*, w której matka wystąpiła o wydanie deklaracji, że sterylizacja jej upośledzonej córki nie będzie sprzeczna z prawem z powodu braku jej zgody<sup>85</sup>. Jako że córka była pełnoletnia, Sąd nie mógł udzielić zgody, ani jej odmówić. Jediną możliwością było zadeklarowanie legalności sterylizacji, jeśli byłaby ona przeprowadzona w najlepszym interesie pacjenta<sup>86</sup>. Sąd stanął na stanowisku, że lekarz może przeprowadzić operację lub dokonać innej interwencji medycznej, jeżeli uzna, iż działanie takie leży w najlepszym interesie pacjenta. Deklaracja Sądu w tym wypadku jest jedynie pożądana. Kompetencja do podejmowania decyzji w temacie najlepszego interesu pacjenta, a co się z tym wiąże przeprowadzenia zabiegu sterylizacji, została pozostawiona lekarzom z wykorzystaniem testu *Bolama*<sup>87</sup>, który określa granice obowiązku należytej staranności lekarza, wprowadzając wzorzec rozsądnego, zwyczajnego lekarza<sup>88</sup>. Wskazywano, że test *Bolama* niesie ze sobą pewne ryzyko,

<sup>79</sup> [1989] 2 A11 ER 791.

<sup>80</sup> N. Karczevska, *op. cit.*, s. 60.

<sup>81</sup> *Re D*, [1976] 1 A11 ER 326.

<sup>82</sup> *Re B*, [1987] 2 BMLR 126.

<sup>83</sup> N. Karczevska, *op. cit.*, s. 62-63.

<sup>84</sup> *T v T*, [1988] 1 A11 ER 613.

<sup>85</sup> *Re F*, [1989] 4 BMLR 1.

<sup>86</sup> N. Karczevska, *op. cit.*, s. 64.

<sup>87</sup> M. Nesterowicz, *Pravo medyczne*, Toruń 2010, s. 170–171.

<sup>88</sup> N. Karczevska, *op. cit.*, s. 65.

ponieważ zarówno ustalenie najlepszego interesu pacjenta jak i wzorca rozsądnego lekarza złożono w ręce lekarzy, wyłączając z tego procesu sąd<sup>89</sup>. Obecnie rozwiązano ten problem, ponieważ to *Mental Capacity Act 2005* wskazuje, co należy brać pod uwagę przy badaniu najlepszego interesu pacjenta<sup>90</sup>. Są to m.in. wiek, stan pacjenta, fakt czy można oczekiwać w przyszłości poprawy zdrowia i samodzielnego podjęcia decyzji.

Prawo brytyjskie w *Family Law Reform Act 1969* przewiduje, że zgoda na zabieg medyczny może być udzielona przez każdą osobę powyżej szesnastego roku życia<sup>91</sup>. Co do kobiet istnieje możliwość udzielenia przez nie zgody nawet jeżeli mają poniżej 16 lat, jeżeli są wystarczająco dojrzałe psychicznie<sup>92</sup>. W pozostałych przypadkach zgodę udziela odpowiedni podmiot. W 1989 r. rozpoczęto prace nad reformą dotyczącą podejmowania decyzji w imieniu osób upośledzonych umysłowo i nieposiadających zdolności do czynności prawnych. Ostatecznie uchwalono *Mental Capacity Act 2005*, który wszedł w życie w kwietniu 2007 r. i spowodował powstanie *Court of Protection*, który ma prawo wydawać decyzje w imieniu osób niezdolnych do ich samodzielnego podjęcia, także w sprawach osobistych, kierując się kryterium najlepszego interesu zainteresowanego<sup>93</sup>. Zgodnie z punktem 5 *Practice Direction E – Applications Relating To Serious Medical Treatment*<sup>94</sup>, uzupełniającym *The Court of Protection Rules 2007*<sup>95</sup>, do sądu powinny trafiać wszystkie przypadki dotyczące nieterapeutycznej sterylizacji osób niemogących samodzielnie wyrazić zgody na przeprowadzenie zabiegu.

## 5. Podsumowanie

Oceniając obecny stan prawny w Polsce dotyczący legalności przeprowadzenia dobrowolnej sterylizacji w celu nieterapeutycznym, należy stwierdzić, że krajowe uregulowania posiadają istotną lukę prawną. Zasadne są zatem argumenty autorów poszukujących *de lege lata* uzasadnienia dla zniesienia bezprawności dobrowolnej sterylizacji dokonanej w innym niż leczniczy celu. Stanowi ona jedną z form współczesnej antykoncepcji i powinna być dostępna dla dojrzałych i poczytalnych osób. Ze względu na wysoki stopień jej odwracalności, nie wydaje się słuszne postrzeganie jej jako powodującej trwale pozbawienie zdolności płodzenia. Wskazać również należy, że w przypadku dokonania sterylizacji istnieją różne rozwiązania umożliwiające posiadanie dzieci w przyszłości, m.in. przechowanie nasienia, czy odpowiednio komórek jajowych. Jednak aby usunąć wszelkie wątpliwości, wskazane jest odpowiednie, ustawowe uregulowanie tej materii. Pożądane byłoby uchwalenie odrębnej ustawy regulującej kwestię możliwości przeprowadzenia dobrowolnej sterylizacji, która

<sup>89</sup> A. Grubb, D. Pearl, *Sterilisation – courts and doctor as decision makers*, C.L.S. 1989, t. 48, s. 380–382.

<sup>90</sup> *Mental Capacity Act 2005*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9>.

<sup>91</sup> *Family Law Reform Act 1969*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1969/46>.

<sup>92</sup> *Gillick v West Norfolk & Wisbech Area Health Authority*, [1986] AC 112.

<sup>93</sup> N. Karczevska, *op. cit.*, s. 68.

<sup>94</sup> *Court of Protection: Practice Direction 9E: Applications relating to serious medical treatment*, [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218200720/http://www.hmcourts-service.gov.uk/cms/files/09E\\_-\\_Serious\\_Medical\\_Treatment\\_PD.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218200720/http://www.hmcourts-service.gov.uk/cms/files/09E_-_Serious_Medical_Treatment_PD.pdf).

<sup>95</sup> *Statutory Instruments 2007 No. 1744 (L. 12) Mental Capacity, England And Wales, The Court of Protection Rules 2007*, [http://www.legislation.gov.uk/uksi/2007/1744/pdfs/uksi\\_20071744\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/uksi/2007/1744/pdfs/uksi_20071744_en.pdf).

określałaby procedury i przesłanki dotyczące tych zabiegów, bądź też wprowadzenie odpowiednich regulacji do ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r. Do warunków jej przeprowadzenia niezbędne byłyby co najmniej: wymóg osiągnięcia 30 lat (ze względu na obserwowane późniejsze zakładanie rodzin i decydowanie się na potomstwo, taka granica wieku wydaje się odpowiednia i zapewnia należyte przemyślenie decyzji), pisemna forma udzielenia świadomej i dobrowolnej zgody, obowiązek poinformowania, że zgoda może zostać cofnięta w każdym momencie, obowiązek uświadomienia przez lekarza osoby zainteresowanej o charakterze zabiegu, jego zaletach, wadach i skutkach, a także pozostawienie pewnego czasu do namysłu przed przeprowadzeniem zabiegu. Uzupełnieniem takiej regulacji byłaby również depenalizacja czynu polegającego na pozbawieniu zdolności płodzenia w skutek dobrowolnie przeprowadzonej sterylizacji, wprowadzona poprzez znowelizowanie art. 156 § 1 k.k., polegająca na wykreśleniu z pkt. 1 zdolności płodzenia i dodanie pkt. 1a o treści: „pozbawienia człowieka zdolności płodzenia z wyjątkiem sterylizacji przeprowadzonej z naruszeniem przepisów ustawy”. Takie rozwiązania stanowiłyby odpowiednie uzupełnienie istniejącej obecnie luki prawnej.

Odnosząc się natomiast do rozwiązań brytyjskich, należy ocenić je pozytywnie. Dopuszczenie możliwości dobrowolnej sterylizacji w celu antykoncepcyjnym, stanowiącej świadomy wybór danej osoby, jest właściwym rozwiązaniem. Kontrowersje wzbudzać może przeprowadzanie nieterapeutycznej sterylizacji osób, które nie mogą same wyrazić zgody na taki zabieg. Wydaje się jednak, że dotychczasowe rozstrzyganie takich spraw przez sądy brytyjskie nie budzi zastrzeżeń, bowiem każdorazowo pochylały się one nad danym przypadkiem i niezwykle wnikliwie go analizowały. Wprowadzenie takiego rozwiązania do polskiego porządku prawnego mogłoby zostać dokonane w oparciu o wnikliwą analizę orzecznictwa sądów brytyjskich i stworzenie odpowiedniej regulacji w akcie prawnym. Niezbędne jest jednak uprzednie ogólne uregulowanie kwestii dopuszczalności dobrowolnej sterylizacji.

## **The admissibility of the voluntary sterilization – a comparative study**

### **S u m m a r y**

Medical procedures associated with human procreation often lead to many legal and medical problems. This group includes sterilization which in the light of modern medicine is one of the forms of contraception. In assessing the current legal status in Poland concerning the legality of the voluntary sterilization for the non-therapeutic purpose, it must be determined that the national rules have a significant legal gap. This leads the representatives of the doctrine to justify the voluntary sterilization or based on current regulations to indicate that a person may freely dispose in this sphere of life, or stress that there is a need to make the appropriate changes in the law. On the other hand, in some countries, like the United States or the United Kingdom, voluntary sterilization is legally allowed, which may provide an example for the Polish legislator.