
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ –
ΝΟΜΙΚΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

ΜΠΙΤΖΙΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ-ΜΑΡΙΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ –
ΝΟΜΙΚΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

ΜΠΙΤΖΙΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ-ΜΑΡΙΑ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1635

Επιβλέπουσα: Δελούκα – Ιγγλέση Κορνηλία / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2018

**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**



**DEPARTMENT
OF ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION - LEGAL,
ECONOMIC AND ETHICAL ISSUES**

BITZIOU STYLIANI-MARIA

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management.

Piraeus, Greece, 2018

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας κλείνει ένας ακόμη κύκλος ζωής. Δύο χρόνια σπουδών γεμάτα εμπειρίες, γνώσεις, και όμορφες στιγμές.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω, καταρχάς, στην Καθηγήτρια και επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κυρία Δελούκα – Ιγγλέση Κορνηλία για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές και παρατηρήσεις επί της οργάνωσης, της δομής και του περιεχομένου της παρούσας εργασίας, αλλά και για τον επιδέξιο τρόπο που μου επισήμανε λάθη και παραλήψεις.

Ευχαριστώ επίσης τους κυρίους Παντελίδη Παντελή και Πολέμη Μιχαήλ που με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή μου. Κρίνω απαραίτητο να εκφράσω την εκ των προτέρων εκτίμησή μου για τις χρήσιμες υποδείξεις και τις εύστοχες παρατηρήσεις τους στο σύνολο της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση που προσέφερε για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας. Τους ευχαριστώ για ότι είμαι σήμερα, καθώς είναι πάντα δίπλα μου με υπομονή και αγάπη στηρίζοντας κάθε μου επιλογή.

Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή – Νομικά, Οικονομικά και Ηθικά Ζητήματα

Λέξεις - κλειδιά: ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, υπογονιμότητα

Περίληψη

Σήμερα, ολοένα και περισσότερα ζευγάρια αναγκάζονται να καταφύγουν στην εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για να αποκτήσουν παιδί. Η επιστημονική πρόοδος που έχει σημειώσει ο τομέας αυτός της ιατρικής επιστήμης είναι τεράστια, με αποτέλεσμα να είναι διαθέσιμες πλέον πολλές μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ωστόσο, παράλληλα, προκύπτουν προβλήματα νομικής και ηθικής φύσεως.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει τις νομικές οικονομικές και ηθικές παραμέτρους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Αρχικά παρουσιάζεται το νομικό πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως αυτό έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα, τόσο στη χώρα μας όσο και σε ορισμένες άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόκειται για τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, την Ιταλία και τη Σουηδία.

Επιπλέον, θα γίνει ανάλυση στατιστικών δεδομένων για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή των χωρών αυτών για το χρονικό διάστημα 2000-2013, προκειμένου να εξαχθούν συγκεκριμένα συμπεράσματα. Σημαντικό είναι να ελεγχθεί κατά πόσο έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των εξωσωματικών, καθώς επίσης και η αύξηση της μέσης ηλικίας των ατόμων που προσφεύγουν σε αυτές τις μεθόδους. Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει κατά πόσο με την πάροδο των ετών παρατηρείται στροφή προς τεχνικές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οι οποίες στο παρελθόν καταλάμβαναν πολύ μικρότερο ποσοστό, είτε λόγω του ποσοστού επιτυχίας είτε στα πλαίσια συγκράτησης των δαπανών υγείας.

Περαιτέρω, θα διερευνηθεί το κόστος της εξωσωματικής γονιμοποίησης στη χώρα μας αλλά και η κάλυψη του από τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και τα ηθικά και κοινωνικά ζητήματα που εγείρονται στο πλαίσιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Medically Assisted Reproduction - Legal, Economic and Ethical Issues

Keywords: medically assisted reproduction, infertility

Abstract

Nowadays, more and more couples are forced to use medically assisted reproductive methods to acquire a child. This medical science sector has made an enormous scientific progress, and as a result many medical-assisted reproduction methods are now available. However, at the same time, legal and ethical problems arise.

The aim of this work is to highlight the legal, economic and ethical aspects of medically assisted reproduction.

Firstly, we will analyze the legal framework of medically assisted reproduction, as it has been so far in our country and in some other countries of the European Union. These are France, Germany, the United Kingdom, Ireland, Italy and Sweden.

In addition, statistics on the medically assisted reproduction of these countries will be analyzed over the period 2000-2013 in order to draw specific conclusions. It is important to check whether the number of medically IVF cycles has increased in recent years, as well as increasing the average age of people using these methods. Lastly, it is interesting to note whether over the years there has been a shift towards medically assisted reproduction techniques, which in the past have been much lower, whether due to the success rate or the containment of health costs.

Furthermore, the cost of an IVF cycle in our country will be explored, as well as its coverage by the insurance funds. Also, we will discuss the ethical and social issues medically assisted reproduction methods raise.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εννοιολογικές προσεγγίσεις	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Αίτια ανάπτυξης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	2
1.3 Βασικές έννοιες.....	7
1.4 Μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	8
1.4.1 Εξωσωματική γονιμοποίηση – IVF.....	9
1.4.2 Ενδοωριακή έγχυση σπερματοζωαρίου - Μικρογονιμοποίηση – ICSI.....	9
1.4.3 Ενδομήτρια σπερματέγχυση – IUI	9
1.4.4 Εμβρυομεταφορά κρυοσυντηρημένων εμβρύων – FER – FET	10
1.4.5 Δωρεά εμβρύων – ED.....	11
1.4.6 In Vitro ωρίμανση ωαρίων – IVM	11
1.4.7 Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση – PGD – PGS	12
1.5 Ειδικές μορφές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	12
1.5.1 Παρένθετη μητρότητα	12
1.5.2 Αναπαραγωγική κλωνοποίηση	14
1.5.3 Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	15
2.1 Η ισχύουσα Ελληνική νομοθεσία: Οι Ν. 3089/2002 και Ν. 3305/2005.....	15
2.2 Γενικές προϋποθέσεις επιτρεπτού των μεθόδων Ι.Υ.Α.	17
2.2.1 Ιατρική αναγκαιότητα.....	17
2.2.2 Ηλικία υποβοηθούμενων προσώπων.....	17
2.2.3 Ενημέρωση - Συναίνεση.....	19
2.2.4 Ιατρικός έλεγχος.....	19

2.3	Επιμέρους μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	20
2.3.1	Μεταθανάτια γονιμοποίηση	20
2.3.2	Παρένθετη μητρότητα	20
2.3.3	Κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού	23
2.3.4	Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση	24
2.4	Απαγορευμένες μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	24
2.5	Εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα	25
2.5.1	Μοναχικές γυναίκες	25
2.5.2	Μοναχικοί άνδρες	26
2.5.3	Ομόφυλα ζευγάρια	27
2.6	Ζητήματα που άπτονται του οικογενειακού Δίκαιου	27
2.6.1	Η θεμελίωση της μητρότητας	28
2.6.2	Η θεμελίωση της πατρότητας	29
2.7	Η ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ευρώπη 33

3.1	Σουηδία	33
3.2	Γερμανία	35
3.3	Ηνωμένο Βασίλειο	37
3.4	Γαλλία	40
3.5	Ιταλία	42
3.6	Ιρλανδία	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Σύγκριση των Ευρωπαϊκών Νομοθεσιών 47

4.1	Εισαγωγή	47
4.2	Συγκριτική Μελέτη	47
4.3	Συμπεράσματα	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Τα οικονομικά της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής 55

5.1	Κόστος	55
5.2	Ασφαλιστική κάλυψη	57
5.3	Συμπεράσματα	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Στατιστική ανάλυση δεδομένων	61
6.1 Αριθμός κλινικών Ι.Υ.Α.	62
6.2 Κύκλοι Ι.Υ.Α.	63
6.3 Βασικές μέθοδοι Ι.Υ.Α.	65
6.4 Ηλικία των υποβοηθούμενων γυναικών	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Διασυνοριακή Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή	71
7.1 Λόγοι ανάπτυξης.....	71
7.2 Προβλήματα που ανακύπτουν από την κινητικότητα	71
7.3 Η ανάγκη για Ενιαία Ευρωπαϊκή Πολιτική.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ηθικά και κοινωνικά διλήμματα	75
8.1 Ηθικά διλήμματα γύρω από την Ι.Υ.Α.	75
8.2 Η θέση της Εκκλησίας της Ελλάδος.....	77
8.3 Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο).....	78

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	81
------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87
---------------------	-----------

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1 Στατιστικά στοιχεία των ποσοστών γυναικείας υπογονιμότητας	5
Πίνακας 1.2 Στατιστικά στοιχεία των ποσοστών ανδρικής υπογονιμότητας.....	6
Πίνακας 4.1 Νομοθεσία για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	48
Πίνακας 4.2 Όροι πρόσβασης στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	49
Πίνακας 4.3 Επιλογή φύλου	49
Πίνακας 4.4 Ανώτατα ηλικιακά όρια στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ..	50
Πίνακας 4.5 Κατώτατα όρια στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	50
Πίνακας 4.6 Χώρες όπου επιτρέπεται η δωρεά γεννητικού υλικού	51
Πίνακας 4.7 Χώρες όπου επιτρέπονται οι ειδικές μορφές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	52
Πίνακας 4.8 Η πρόσβαση εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	53
Πίνακας 5.1 Ενδεικτικό κόστος μεθόδων ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ...	57
Πίνακας 6.1 Ποσοστό κλινικών που συμμετείχαν στη συλλογή δεδομένων	61
Πίνακας 6.2 Συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές (IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR), 2000-2013.....	64
Πίνακας 6.3 Αριθμός και ποσοστό κύκλων I.Y.A. με εφαρμογή των μεθόδων IVF και ICSI, 2000-2013	65
Πίνακας 6.4 Ποσοστό επιτυχίας IVF, 2000-2013	66
Πίνακας 6.5 Ποσοστό επιτυχίας ICSI, 2000-2013	66
Πίνακας 6.6 Ηλικιακή κατανομή υποβοηθουμένων γυναικών, 2000-2013.....	68
Πίνακας Π.1 Αριθμός κλινικών I.Y.A.	81
Πίνακας Π.2 Αριθμός κλινικών που συμμετείχαν στη μελέτη	81
Πίνακας Π.3 Συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές (IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR)	82
Πίνακας Π.4 Αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων με τη μέθοδο IVF	82
Πίνακας Π.5 Αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων με τη μέθοδο ICSI ...	83
Πίνακας Π.6 Ποσοστό γεννήσεων με εφαρμογή της μεθόδου IVF	83
Πίνακας Π.7 Ποσοστό γεννήσεων με εφαρμογή της μεθόδου ICSI.....	84
Πίνακας Π.8 Ποσοστιαία κατανομή σε τρεις ηλικιακές κατηγορίες (≤ 34 , $35-39$, ≥ 40) των γυναικών που υποβάλλονται σε τεχνικές (IVF, ICSI).....	85

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1 Αριθμός γεννήσεων στην Ευρώπη των 28, 1961–2015(σε εκατομμύρια)	3
Διάγραμμα 1.2 Δείκτης ολικής γονιμότητας για την Ελλάδα, 1955-2014.....	4
Διάγραμμα 5.1 Ενδεικτικό κόστος για ένα κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF)	59
Διάγραμμα 6.1 Αριθμός κλινικών Ι.Υ.Α., 2000-2013.....	63
Διάγραμμα 6.2 Συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές (IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR), 2000-2013	64
Διάγραμμα 6.3 Ποσοστό εφαρμογής της τεχνικής IVF έναντι της ICSI, 2000-2013 ...	66
Διάγραμμα 6.4 Ποσοστό επιτυχίας για IVF και ICSI, 2000-2013	67
Διάγραμμα 6.5 Ηλικιακή κατανομή υποβοηθουμένων γυναικών, 2000-2013	69

Συντομογραφίες

ΑΚ	Αστικός Κώδικας
Ε.Α.Ι.Υ.Α.	Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ι.Υ.Α.	Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή
Κ.Δ.Υ.	Κώδικας Δημόσιας Υγείας
Μ.Ι.Υ.Α.	Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
Ν.	Νόμος
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
ED	Embryo Donation
EIM	European IVF Monitoring Programme
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FER	Frozen Embryo Replacement
FET	Frozen Embryo Transfer
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HFEA	Human Fertilization and Embryology Authority
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICSI	Intra-Cytoplasmic Injection
IFFS	International Federation of Fertility Societies
IUI	Intrauterine Insemination
IVF	In vitro fertilization
IVM	In Vitro Maturation Ofoocytes
NHS	National Health System
PGD	Preimplantation Genetic Diagnosis
PGS	Preimplantation Genetic Screening

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εννοιολογικές προσεγγίσεις

1.1 Εισαγωγή

Ο όρος ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (I.Y.A.)¹ χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις μεθόδους οι οποίες έχουν ως στόχο τη μελέτη και την εύρεση λύσεων στα προβλήματα υπογονιμότητας. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα τεχνικών που έχουν ως στόχο ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας να καταφέρουν να αποκτήσουν παιδί.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 Ν. 3305/2005 ως I.Y.A. νοείται:

«Κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (M.I.Y.A.)»

Ειδικότερα, η συναρπαστική πρόοδος της επιστήμης της βιολογίας, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εφοδίασαν την ιατρική επιστήμη με αξιοθαύμαστες μεθόδους που καθιστούν δυνατή την παρέμβαση του ανθρώπου στη δημιουργία ανθρώπινης ζωής. Η επιστήμη αναπτύχθηκε με ταχύτατους ρυθμούς, προσφέροντας τη δυνατότητα στους ανθρώπους που αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας, να τεκνοποιούν, με μεθόδους που μιμούνται με απίστευτη επιτυχία τη φυσική αναπαραγωγή².

Οι έρευνες πάνω στην I.Y.A. ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1890³ με την πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια να καταγραφεί αρκετά χρόνια αργότερα. Το πρώτο μωρό που ήρθε στον κόσμο με τεχνική I.Y.A. γεννήθηκε στις 25 Ιουλίου του 1978 στις 23:47 στο νοσοκομείο Oldham της Αγγλίας, με την βοήθεια του μαιευτήρα και γυναικολόγου

¹ Ο όρος αποτελεί μετάφραση αντίστοιχων ξενόγλωσσων όρων, όπως “assisted reproduction”, “procreation medicalement assistee”, “assistierte Fortpflanzung”, Κριάρη-Κατράνη Ι. (1994), Βιοϊατρικές Εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο - Συνταγματικά Θέματα σχετικά με τις Μεθόδους Υποβοηθουμένης Αναπαραγωγής και τις Εφαρμογές της Γενετικής, σσ. 19

² Γεωργιάδης Α.Σ. και Σταθόπουλος Μ.Π. (2007), Αστικός Κώδικας, κατ’ άρθρο Ερμηνεία, τόμος 7ος - Οικογενειακό Δίκαιο (Άρθρα 1346-1504)

³ Kamel R.M. (2013), Assisted Reproductive Technology after the Birth of Louise Brown, σσ. 97

Patrick Steptoe. Πρόκειται για τη Louise Brown ένα κοριτσάκι βάρους 2.700 kg⁴. Στην Ελλάδα, το πρώτο παιδί γεννήθηκε στις 20 Ιανουαρίου του 1982 με καισαρική τομή, με τη συμμετοχή του μαιευτήρα Patrick Steptoe και ομάδας Ελλήνων ιατρών⁵.

Έκτοτε η χρήση των μεθόδων για την υποβοήθηση στην αναπαραγωγή άρχισε σταδιακά να διευρύνεται ολοένα και περισσότερο. Αξίζει να σημειωθεί πως ο Έλληνας νομοθέτης ρύθμισε για πρώτη φορά τα ζητήματα της ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή έπειτα από 20 χρόνια.

Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η επανάσταση στο χώρο της βιοϊατρικής και της βιοτεχνολογίας και ειδικότερα, στις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει βαθύτατες κοινωνικές, ηθικές και νομικές συνέπειες.

1.2 Αίτια ανάπτυξης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

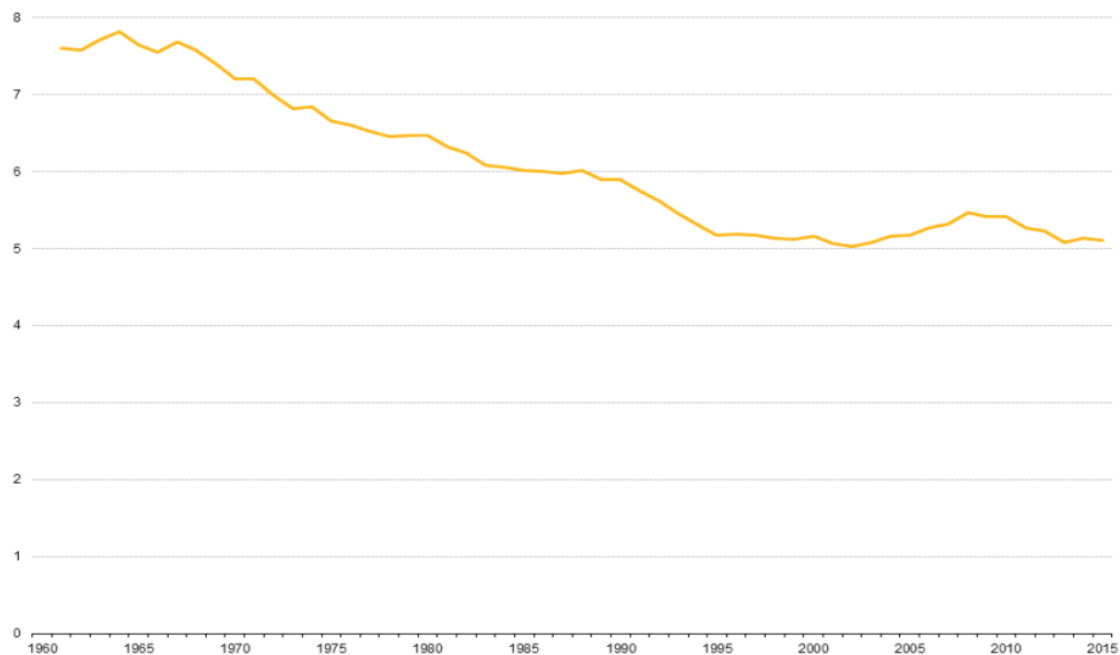
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) περίπου το 8-12% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας παγκοσμίως⁶, αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας, ενώ στις δυτικές χώρες το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται στο 15%⁷. Στο παρακάτω διάγραμμα αναπαρίσταται ο συνολικός αριθμός γεννήσεων στην Ευρώπη από το 1961 έως το 2015.

⁴ Kamel R.M. (2013), *ό.π.*, σσ. 96

⁵ Καντσά Β. (2013), *Η ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα*, σσ. 8

⁶ Inhorn M.C. and Patrizio P. (2015), *Infertility Around the Globe: New Thinking on Gender, Reproductive Technologies and Global Movements in the 21st Century*, σσ. 412

⁷ Ferlin A., Arredi B. and Foresta C. (2006), *Genetic Causes of Male Infertility*, σσ. 134



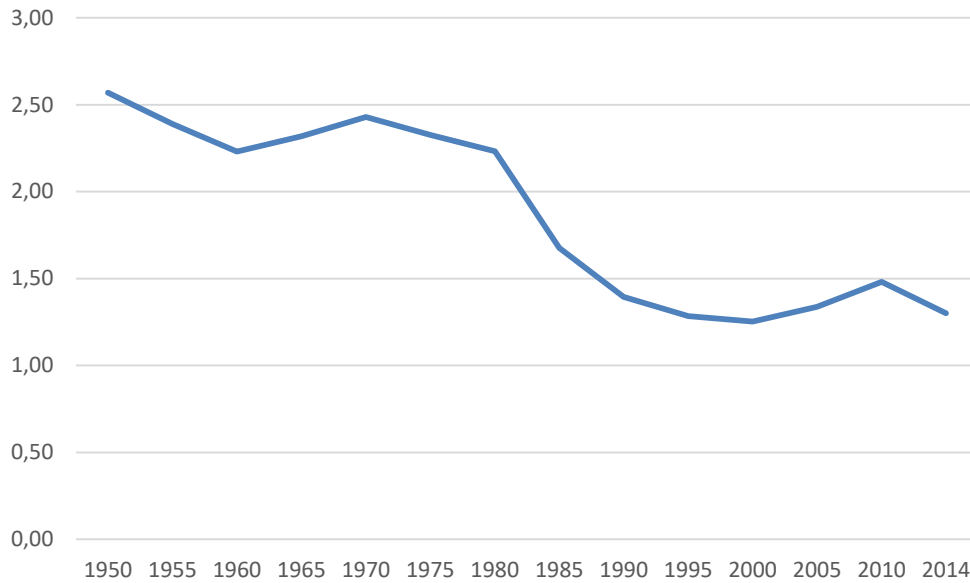
Πηγή: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Διάγραμμα 1.1

Αριθμός γεννήσεων στην Ευρώπη των 28, 1961–2015 (σε εκατομμύρια)

Στη χώρα μας το 3% των παιδιών γεννιούνται με την εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α.⁸. Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνεται ο δείκτης ολικής γονιμότητας για τη χώρα μας από το 1955 έως το 2014. Ο δείκτης ολικής γονιμότητας αναπαριστά το μέσο αριθμό ζωντανών παιδιών που θα γεννήσει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της, εάν κατά τη διάρκεια των ηλικιών αναπαραγωγής, επικρατούν οι συνθήκες γονιμότητας κατά ηλικία, του έτους αναφοράς. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδιοριστεί το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών που στις ανεπτυγμένες χώρες θεωρείται ότι είναι 2,1.

⁸ Μαστρομηνάς Μ. (2009), Νέες Εξελίξεις στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση, σσ. 70



Πηγή: <http://www.statistics.gr/>

Διάγραμμα 1.2

Δείκτης ολικής γονιμότητας για την Ελλάδα, 1955-2014

Ως υπογονιμότητα ορίζεται «η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από προσπάθεια 12 μηνών (ή 6 μηνών για γυναίκες άνω των 35 ετών), χωρίς κανένα μέτρο αντισύλληψης και με τακτικές φυσιολογικές σεξουαλικές επαφές και εφόσον τα άτομα είναι σε αναπαραγωγική ηλικία⁹».

Διακρίνεται σε δύο είδη, την πρωτοπαθή, όταν είτε ο άνδρας, είτε η γυναίκα έχουν στο ιστορικό τους μια επιτυχημένη εγκυμοσύνη και στην δευτεροπαθή στην αντίθετη περίπτωση.

Ενώ στο παρελθόν η υπογονιμότητα είχε αποδοθεί σχεδόν αποκλειστικά στη γυναίκα, σήμερα γνωρίζουμε ότι ο άντρας ευθύνεται σε ποσοστό γύρω στο 40%, ενώ και ο γυναικείος παράγοντας φτάνει και αυτός γύρω στο 40%. Το ποσοστό κυμαίνεται στο 10% όταν ευθύνονται και οι δύο και ένα υπόλοιπο 10% αφορά ανεξήγητους λόγους υπογονιμότητας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η υπογονιμότητα χαρακτηρίζεται ως ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα, καθώς συμβαίνει όχι μόνο λόγω προβλημάτων υγείας, αλλά μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής.

⁹ Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., J. de Mouzon, Ishihara O., Mansour R., Nygren K. Sullivan E. and Vanderpoel S. (2009), International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, σσ. 1522

Όσον αφορά την γυναικεία υπογονιμότητα, προβλήματα που επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία και ανατομία των σαλπίνγων ευθύνονται για το 25-30% των περιπτώσεων υπογονιμότητας¹⁰.

Προβλήματα που εντοπίζονται στη μήτρα, ευθύνονται στο 5-10%¹¹ των περιπτώσεων υπογονιμότητας. Πρόκειται για ινομώματα, ενδομήτριες συμφύσεις, φλεγμονές της μήτρας και διαταραχές της τραχηλικής βλέννας. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της σύλληψης¹², καθώς αδρανοποιούνται τα σπερματοζώαρια.

Σε προβλήματα των ωοθηκών ευθύνεται το 15-20%¹³ των περιπτώσεων υπογονιμότητας. Προβλήματα των ωοθηκών είναι η έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας, φλεγμονές των ωοθηκών και νεοπλάσματα. Σε ποσοστό 20-50%¹⁴ η ενδομητρίωση ευθύνεται για την υπογονιμότητα σε γυναίκες ηλικίας 30-40 ετών.

Τέλος, οι διαταραχές περιόδου σε ποσοστό 20%¹⁵ ενδέχεται να προκαλέσουν υπογονιμότητα και μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε μεταβολικών νοσημάτων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης είτε διαταραχών του θυρεοειδή αδένου¹⁶.

Πίνακας 1.1

Στατιστικά στοιχεία των ποσοστών γυναικείας υπογονιμότητας

Αίτια υπογονιμότητας	Ποσοστό
Σάλπιγγες	25-30%
Μήτρα	5-10%
Ενδομητρίωση	20-50%
Ωοθήκες	15-20%
Διαταραχές περιόδου	20%

¹⁰ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), Αίτια υπογονιμότητας, σσ. 413

¹¹ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 413

¹² Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 413

¹³ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 413

¹⁴ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 413

¹⁵ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 414

¹⁶ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 414

Όσον αφορά την ανδρική υπογονιμότητα, τα κύρια αίτια αφορούν νοσήματα του ουρογεννητικού συστήματος και γεννητικές ανωμαλίες. Σε ποσοστό 90%¹⁷ οι διαταραχές σπερματογένεσης, δηλαδή η αδυναμία παραγωγής ικανοποιητικού αριθμού υγιούς και καλής ποιότητας σπέρματος, ευθύνονται για την ανδρική υπογονιμότητα. Το 3-6%¹⁸ της ανδρικής υπογονιμότητας οφείλεται σε ενδοκρινικές δυσλειτουργίες, ενώ η κισσοκήλη ευθύνεται σε ποσοστό 10%¹⁹.

Πίνακας 1.2

Στατιστικά στοιχεία των ποσοστών ανδρικής υπογονιμότητας

Αίτια υπογονιμότητας	Ποσοστό
Διαταραχές σπερματογένεσης	90%
Ενδοκρινικές λειτουργίες	3-6%
Κισσοκήλη	10%

Πέρα από τους παράγοντες υγείας που αναφέρθηκαν παραπάνω ξεχωριστά για τις γυναίκες και τους άνδρες, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για την υπογονιμότητα των ζευγαριών. Η προχωρημένη ηλικία στην οποία ολοένα και περισσότερα ζευγάρια επιλέγουν να τεκνοποιήσουν²⁰, αποτελεί παράγοντα εμφάνισης υπογονιμότητας καθώς όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου, μειώνεται η αναπαραγωγική του ικανότητα. Η επιλογή των ζευγαριών να αποκτήσουν παιδί σε μεγαλύτερη ηλικία οφείλεται κυρίως στην επιθυμία τους να εξασφαλιστούν επαγγελματικά, αποκτώντας έτσι οικονομική ασφάλεια.

Επιπλέον το χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει αρνητικά την αναπαραγωγική ικανότητα των ζευγαριών, καθώς τα άτομα αυτά, είτε δεν ανιχνεύουν άμεσα το πρόβλημα, είτε δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε θεραπευτικές μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Ένας επιπλέον παράγοντας που σχετίζεται με την υπογονιμότητα των ζευγαριών είναι η φύση του επαγγέλματός τους. Η πολύωρη καθιστική ζωή, οι άσχημες συνθήκες εργασίας και το άγχος που βιώνουν καθημερινά, ενδέχεται να επιδράσουν αρνητικά

¹⁷ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 414

¹⁸ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 414

¹⁹ Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), ό.π., σσ. 414

²⁰ Roupa Z., Polikandrioti M., Sotiropoulou P., Faros E., Koulouri A., Wozniak G. and Gourni M., (2009), Causes of Infertility in Women at Reproductive Age, σσ. 83

στην επίτευξη μιας εγκυμοσύνης. Επιπρόσθετα οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και ο τρόπος διαμονής ασκούν καθοριστικό ρόλο στην ικανότητα αναπαραγωγής. Τέλος, οι κακές διατροφικές συνήθειες²¹, το κάπνισμα²², η κατανάλωση αλκοόλ²³, αναβολικών και ψυχογενή αίτια, αποτελούν αιτία υπογονιμότητας.

1.3 Βασικές έννοιες

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούν, καταρχήν, κάποιες βασικές έννοιες που θα συναντήσουμε στη συνέχεια.

- Γαμέτες

Είναι τα γεννητικά κύτταρα. Ο αρσενικός γαμέτης είναι το σπερματοζώαριο και ο θηλυκός είναι το ωάριο.

- Κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης

Ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ο τρόπος με τον οποίο περιγράφουμε έναν γύρο θεραπείας ξεκινώντας από την πρώτη ημέρα της περιόδου της γυναίκας.

- Ομόλογη γονιμοποίηση

Η γονιμοποίηση που πραγματοποιείται με γαμέτες του ζεύγους που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί.

- Ετερόλογη γονιμοποίηση

Η γονιμοποίηση με σπέρμα τρίτου δότη ή με ωάριο τρίτης δότριας ή με γονιμοποιημένο ωάριο τρίτων δοτών.

- Διέγερση Ωοθηκών - Πρόκληση Ωορρηξίας

Όταν μια γυναίκα δεν παρουσιάζει φυσιολογική ωορρηξία ή έχει ωορρηξία αλλά παρουσιάζει ανεξήγητη υπογονιμότητα, γίνεται πρόκληση ωοθυλακιωρρηξίας με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών²⁴ οι οποίες λέγονται γοναδοτροπίνες, προκειμένου να διεγερθούν οι ωοθήκες και να παράγουν μεγάλο αριθμό ώριμων ωαρίων διαθέσιμων

²¹ Dondorp W., G. de Wert, Pennings G., Shenfield F., Devroey P., Tarlatzis B. and Barri P. (2010), Lifestyle-related Factors and Access to Medically Assisted Reproduction, σσ. 578

²² Roupá Z., Polikandrioti M., Sotiropoulou P., Faros E., Koulouri A., Wozniak G. and Gourni M., (2009), ό.π., σσ. 850

²³ Dondorp W., G. de Wert, Pennings G., Shenfield F., Devroey P., Tarlatzis B. and Barri P. (2010), ό.π., σσ. 580

²⁴ Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., Dyer S., Racowsky C., J. de Mouzon, Sokol R., Rienzi L., Sunde A., Schmidt L., Cooke I.D., Leigh Simpson J., and Sheryl van der Poel (2017), The International Glossary on Infertility and Fertility Care, σσ. 1797

προς γονιμοποίηση. Η διαδικασία αυτή έχει ως στόχο την αύξηση της πιθανότητας σύλληψης ανά κύκλο.

- Ωοληψία

Τα ωάρια λαμβάνονται διακολπικά, με τη χρήση ειδικής βελόνας υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση. Η διαδικασία εφαρμόζεται με ελαφρά αναισθησία, ενώ λίγο μετά το τέλος της διαδικασίας η γυναίκα μπορεί να επιστρέψει στις δραστηριότητες της.

- Γονιμοποίηση

Τα ωάρια μαζί με τα σπερματοζώαρια, έχοντας υποστεί κατάλληλη επεξεργασία, τοποθετούνται μαζί σε ειδικά καλλιεργητικά υλικά και αφήνονται να επώασουν για εικοσιτέσσερις ώρες. Την επομένη της ωοληψίας, διαπιστώνεται ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων.

- Εμβρυομεταφορά

Η εμβρυομεταφορά είναι η διαδικασία με την οποία τα γονιμοποιημένα εκτός σώματος έμβρυα μεταφέρονται για εμφύτευση στη μήτρα. Πραγματοποιείται από την πρώτη έως και την έβδομη μέρα μετά την εξωσωματική γονιμοποίηση²⁵. Πρόκειται για μια ανώδυνη πράξη, η οποία πραγματοποιείται με υπερηχογραφική καθοδήγηση, δεν απαιτεί αναισθησία, διαρκεί περίπου δέκα με είκοσι λεπτά και αποτελεί την τελική φάση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

- Κρυοσυντήρηση

Ονομάζεται η συντήρηση σε υγροποιημένο άζωτο, σε ακραία χαμηλή θερμοκρασία (-196°C)²⁶, γεννητικού υλικού, δηλαδή ορχικού ή ωοθηκικού, σπέρματος, γεννητικών κυττάρων και γονιμοποιημένων ωαρίων. Πρόκειται για μια τεχνική η οποία δεν απαιτεί ούτε πολύ χρόνο, ούτε ειδικό ή ακριβό εξοπλισμό²⁷.

1.4 Μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούν οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. οι οποίες θα μας απασχολήσουν στην παρούσα εργασία.

²⁵ Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., Dyer S., Racowsky C., J. de Mouzon, Sokol R., Rienzi L., Sunde A., Schmidt L., Cooke I.D., Leigh Simpson J., and Sheryl van der Poel (2017), ό.π., σσ. 1793

²⁶ Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., Dyer S., Racowsky C., J. de Mouzon, Sokol R., Rienzi L., Sunde A., Schmidt L., Cooke I.D., Leigh Simpson J., and Sheryl van der Poel (2017), ό.π., σσ. 1791

²⁷ Μαστρομηνάς Μ. (2009), ό.π., σσ. 70

1.4.1 Εξωσωματική γονιμοποίηση – IVF

Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί μία ευρέως διαδεδομένη τεχνική τεκνοποίησης. Η γονιμοποίηση των ωαρίων πραγματοποιείται σε εργαστηριακές συνθήκες και στη συνέχεια το γονιμοποιημένο ωάριο επανατοποθετείται στο ενδομήτριο.

1.4.2 Ενδοωριακή έγχυση σπερματοζωαρίου - Μικρογονιμοποίηση – ICSI

Η μέθοδος εφαρμόζεται διεθνώς με επιτυχία από το 1992²⁸ και προτιμάται σε ζευγάρια με σοβαρό πρόβλημα ανδρικής υπογονιμότητας, καθώς και σε ζευγάρια που είχαν προηγούμενες αποτυχίες εξωσωματικής γονιμοποίησης. Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που υπάρχει πρόβλημα στη γονιμοποίηση του ωαρίου, είτε αν ο αριθμός σπερματοζωαρίων είναι πολύ χαμηλός, είτε αν η κινητικότητα είναι χαμηλή, προκειμένου να υποβοηθηθεί η διείσδυσή τους στο ωάριο.

Η γυναίκα υποβάλλεται σε διέγερση των ωοθηκών και έπειτα πραγματοποιείται η ωολήψια. Στη συνέχεια ακολουθεί η επεξεργασία του σπέρματος, διαχωρίζοντας τα ζωντανά από τα νεκρά σπερματοζωάρια και παραλαμβάνοντας ένα μόνο ζωντανό σπερματοζωάριο. Έπειτα το σπερματοζωάριο τοποθετείται απευθείας στο κέντρο του ωαρίου (εξωσωματική γονιμοποίηση IVF). Μόλις επέλθει η γονιμοποίηση, το γονιμοποιημένο ωάριο αφήνεται να ωριμάσει εντός του εργαστηρίου για 1-5 ημέρες πριν πραγματοποιηθεί η εμβρυομεταφορά.

1.4.3 Ενδομήτρια σπερματέγχυση – IUI

Πρόκειται για μία ανώδυνη μέθοδο η οποία πραγματοποιείται πριν από την ωοθυλακιορρηξία, διαρκεί λίγα λεπτά, δεν απαιτεί νάρκωση της γυναίκας ούτε νοσηλεία και μετά από λίγη ώρα μπορεί να επιστρέψει στις δραστηριότητές της.

Η μέθοδος αυτή μπορεί να εκτελεστεί με δύο τρόπους, είτε χωρίς διέγερση των ωοθηκών, ακολουθώντας δηλαδή τον φυσικό κύκλο της γυναίκας, είτε προκαλώντας διέγερση των ωοθηκών.

Ο σύντροφος δίνει σπέρμα περίπου δύο ώρες πριν πραγματοποιηθεί η σπερματέγχυση. Απαιτείται αποχή από προηγούμενη εκσπερμάτωση, η οποία όμως δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα δύο με τρία εικοσιτετράωρα. Έπειτα με ειδική επεξεργασία

²⁸ Kamel R.M. (2013), ό.π., σσ. 100

από εμβρυολόγο διαχωρίζονται τα σπερματοζώαρια από το σπερματικό υγρό επιλέγοντας τα ποιοτικώς καλύτερα, δηλαδή αυτά με την μεγαλύτερη κινητικότητα και καλύτερη μορφολογία. Στη συνέχεια το επεξεργασμένο σπέρμα τοποθετείται στην κοιλότητα της μήτρας, ξεπερνώντας με αυτό τον τρόπο τα φυσικά εμπόδια που “συναντά” το σπέρμα καθώς εισέρχεται στην γυναικεία αναπαραγωγική οδό. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνονται τα σπερματοζώαρια να προσεγγίσουν τα ωάρια στις σάλπιγγες και να επιτευχθεί η γονιμοποίησή τους.

Προτιμάται σε ζευγάρια κυρίως νεαρής ηλικίας, στα οποία δεν έχει διαγνωσθεί κάποια σημαντική διαταραχή στη γονιμότητά τους. Το κυριότερο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι είναι λιγότερο παρεμβατική συγκριτικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Παράλληλα απαιτείται ήπια έως και καθόλου φαρμακευτική αγωγή, με αποτέλεσμα να καθίσταται και οικονομικότερη ως διαδικασία.

Πέρα από τις δύο αυτές τεχνικές αυτές, υπάρχουν και μερικές ακόμα συναφείς προς τις παραπάνω μεθόδους.

1.4.4 Εμβρυομεταφορά κρυοσυντηρημένων εμβρύων – FER – FET

Η κρυοσυντήρηση συμπληρώνει τις άλλες μεθόδους I.Y.A. και επιτρέπει την αύξηση του ποσοστού επιτυχίας κήσεως ανά ωοληψία, καθώς με μία μόνο ωοληψία μπορούν να πραγματοποιηθούν περισσότερες εμβρυομεταφορές σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η πρώτη εγκυμοσύνη από κατεψυγμένο γονιμοποιημένο ωάριο επιτεύχθηκε το 1983²⁹. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μικρότερη ορμονική επιβάρυνση του οργανισμού της γυναίκας, και παράλληλα μείωση του συνολικού κόστους ανά γέννηση μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.

Η τοποθέτηση κρυοσυντηρημένων εμβρύων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε σε φαρμακευτικά ελεγχόμενο κύκλο, είτε σε φυσικό κύκλο παρακολουθώντας την ωοθυλακιορρηξία. Έτσι υπολογίζεται ή προκαλείται η ωοθυλακιορρηξία προκειμένου να προγραμματιστεί η ημέρα εμβρυομεταφοράς. Η απόψυξη των κρυοσυντηρημένων εμβρύων πραγματοποιείται λίγες ώρες πριν από την εμβρυομεταφορά, ενώ η εμβρυομεταφορά προγραμματίζεται τότε ώστε το “περιβάλλον” που θα υποδεχθεί το έμβρυο να είναι κατάλληλο.

²⁹ Κατσιμίγκας Γ. και Καμπά Ε. (2010), Ηθική – Θεολογική και Νομική Θεώρηση της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, σσ. 213

Η τεχνική αυτή επιλέγεται στις περιπτώσεις όπου είτε υπάρχουν υπεράριθμα έμβρυα που προέκυψαν από μια προηγούμενη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, είτε δεν ολοκληρώθηκε η εμβρυομεταφορά νωπών ωαρίων λόγω ανεπαρκούς ανάπτυξη του ενδομητρίου σε έναν κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης. Για το λόγο αυτό τα έμβρυα κρυοσυντηρούνται με σκοπό την χρήση τους σε επόμενο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης.

1.4.5 Δωρεά εμβρύων – ED

Πρόκειται για μια μέθοδο I.Y.A. η οποία χρησιμοποιείται τα τελευταία τριάντα τρία χρόνια³⁰ με στόχο την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας. Τα έμβρυα της δωρεάς προέρχονται από κρυοσυντηρημένα έμβρυα, τα οποία οι βιολογικοί γονείς επιθυμούν να τα δωρίσουν αντί να τα καταστρέψουν.

Οι περιπτώσεις όπου επιλέγεται να πραγματοποιηθεί η εξωσωματική με δωρεά εμβρύων είναι όταν η γυναίκα είναι σε πρόωμη εμμηνόπαυση ή παρατηρείται πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια, ή είναι αδύνατη η ορμονική διέγερση των ωοθηκών (π.χ. λόγω χημειοθεραπείας), ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται στον άνδρα διαταραχή στην παραγωγή των γαμετών. Επίσης προβλέπεται επιλογή αυτής της μεθόδου σε περιπτώσεις όπου υπάρχει στο ζευγάρι κάποια κληρονομική ασθένεια και η οποία ενδέχεται να προκαλέσει σημαντική νοσηρότητα στο παιδί.

1.4.6 In Vitro ωρίμανση ωαρίων – IVM

Η νέα τεχνική In Vitro ωρίμανση ωαρίων αποτελεί μια ακόμη μέθοδο I.Y.A.. Είναι μια πολύ εύκολη θεραπευτική μέθοδος, η οποία απαιτεί πολύ λιγότερο χρόνο συγκριτικά με την συμβατική εξωσωματική (IVF) και δεν απαιτείται διέγερση των ωοθηκών. Τα ανώριμα ωάρια συλλέγονται από τις ωοθήκες της γυναίκας μεταξύ της 9^{ης} και της 14^{ης} ημέρας του κύκλου και αφήνονται να ωριμάσουν στο εργαστήριο για είκοσι τέσσερις με σαράντα οχτώ ώρες. Αφού γονιμοποιηθούν τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα της γυναίκας.

Εφαρμόζεται σε γυναίκες μικρότερες των σαράντα ετών, που έχουν πολλά ωοθυλάκια, και σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή σε γυναίκες που

³⁰ Sauer M. V., and Kavic S. M. (2005), Oocyte and Embryo Donation 2006: Reviewing two Decades of Innovation and Controversy, σσ. 153

έχουν πιθανότητα να εμφανίσουν υπερδιέγερση των ωοθηκών. Τέλος ενδείκνυται σε γυναίκες που υποβάλλονται ή πρόκειται να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία για νεοπλασματικές νόσους και αντενδείκνυται η χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων για πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, προκειμένου να διατηρήσουν τη γονιμότητα χωρίς τη λήψη ορμονικών σκευασμάτων.

1.4.7 Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση – PGD – PGS

Η τεχνική PGD πραγματοποιήθηκε πρώτη φορά το 1989³¹. Πρόκειται για μια υποστηρικτική διαδικασία της Ι.Υ.Α. και η οποία έχει ως στόχο την ανίχνευση γενετικών νοσημάτων του εμβρύου όσο αυτό αναπτύσσεται στο εμβρυολογικό εργαστήριο και πριν μεταφερθεί στη μήτρα.

Μπορούν να ανιχνευτούν περί τις διακόσιες γενετικές ανωμαλίες στα χρωμοσώματα X, Y, 13, 16, 18 και 21. Το ποσοστό προσέγγισης αγγίζει το 90%.

Η τεχνική της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης περιλαμβάνει τη βιοψία εμβρύων και στη συνέχεια πραγματοποιείται η εμβρυομεταφορά, επιλέγοντας μόνο τα έμβρυα εκείνα που έχουν φυσιολογικό αριθμό χρωμοσωμάτων ή δεν φέρουν το συγκεκριμένο νόσημα.

Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση εφαρμόζεται σε γυναίκες με επαναλαμβανόμενες αποβολές οι οποίες οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες, σε γυναίκες με ιστορικό γενετικών ανωμαλιών σε προηγούμενες εγκυμοσύνες και σε ζευγάρια - φορείς φυλοσύνδετων ανωμαλιών.

1.5 Ειδικές μορφές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

1.5.1 Παρένθετη μητρότητα

Με τον όρο παρένθετη μητρότητα αναφερόμαστε στην περίπτωση κατά την οποία μεταφέρεται για κυοφορία στο σώμα τρίτης γυναίκας γονιμοποιημένο ωάριο ξένο προς την ίδια^{32,33}. Η τεχνική αυτή βρίσκει εφαρμογή σε ζευγάρια όπου η γυναίκα για

³¹ Ruangvutilert P. and Phophong P. (2001), Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD): an overview, σσ. 47

³² Κανελλοπούλου-Μπότη Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ. (2004), Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική-Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος, σσ. 173

ιατρικούς λόγους δεν μπορεί να κυοφορήσει η ίδια. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι το ελληνικό δίκαιο διαθέτει μια από τις πληρέστερες νομικές ρυθμίσεις σχετικά με την παρένθετη μητρότητα παγκοσμίως. Η σχετική νομοθεσία είναι προσανατολισμένη κυρίως προς την κατεύθυνση επίλυσης των νομικών προβλημάτων που αφορούν στην ταυτότητα και τις συγγενικές σχέσεις του παιδιού ήδη πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε πράξης ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής³⁴.

Η γονιμοποίηση γίνεται στο εργαστήριο και έπειτα πραγματοποιείται η εμβρυομεταφορά σε τρίτη γυναίκα, της οποίας το ενδομήτριο έχει υποστεί την κατάλληλη ορμονική προετοιμασία.

Το γονιμοποιημένο ωάριο προέρχεται:

- από γενετικό υλικό του ζευγαριού που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί
- από σπέρμα του συζύγου/ συντρόφου της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί και ωάριο άλλης γυναίκας
- από ωάριο της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί και σπέρμα άλλου άνδρα
- από γενετικό υλικό τρίτων προσώπων

Σε καμία περίπτωση το γονιμοποιημένο ωάριο δεν πρέπει να προέρχεται από την γυναίκα που αναλαμβάνει να κυοφορήσει το έμβρυο³⁵.

Η παρένθετη μητρότητα διακρίνεται σε δύο μορφές:

- στην πλήρη υποκατάσταση, κατά την οποία το ωάριο προέρχεται από την κυοφόρο, ενώ το σπέρμα μπορεί να προέρχεται είτε από το σύζυγο της κυοφόρου, ή από το σύζυγο της κοινωνικής μητέρας ή και από τρίτο δότη
- στην μερική υποκατάσταση, στην οποία το ωάριο προέρχεται από την γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί ή από τρίτη άγνωστη δότρια³⁶, ενώ το σπέρμα μπορεί να προέρχεται από το σύζυγο της κοινωνικής μητέρας ή από τρίτο δότη

Επιπλέον η μητέρα διακρίνεται σε φέρουσα και υποκατάστατη³⁷. Ως φέρουσα μητέρα χαρακτηρίζεται η γυναίκα που δέχεται να κυοφορήσει παιδί το οποίο έχει συλληφθεί με

³³ Πρόκειται για ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα της Ι.Υ.Α. καθώς συγκεντρώνει τα βέλη οξείας κριτικής σε ηθικό, κυρίως, επίπεδο. Μάλιστα, οι σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις εμφανίζουν πολύ μεγάλη διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα.

³⁴ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2018), Νομικά ζητήματα σχετικά με την παρένθετη μητρότητα στην Ελλάδα, σσ. 10

³⁵ Κανελλοπούλου-Μπότη Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ. (2004), ό.π., σσ. 174

³⁶ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Οικογενειακό Δίκαιο Τόμ. ΙΙ, σσ. 46-47

γαμέτες του ζευγαριού που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, ενώ ο όρος υποκατάστατη μητέρα αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία το ωάριο προέρχεται από άλλη γυναίκα εκτός του ζευγαριού.

Πρόκειται για μέθοδο η οποία έδωσε λύση σε πολλά ζευγάρια τα οποία είτε είχαν συναισθηματικό πρόβλημα να αποδεχθούν με υιοθεσία ως δικό τους ένα ξένο παιδί, είτε ήθελαν να ζήσουν την απόκτηση ενός παιδιού, το οποίο να κατάγεται έστω και μερικώς από έναν από τους δύο γονείς³⁸.

1.5.2 Αναπαραγωγική κλωνοποίηση

Με τον όρο αναπαραγωγική κλωνοποίηση ορίζεται η γονιμοποίηση ωαρίου, όχι με σπέρμα, αλλά με τον πυρήνα οποιουδήποτε κυττάρου. Κατά τη μέθοδο αυτή, αφαιρείται ο πυρήνας από το ωάριο και στη θέση του εισάγεται ο πυρήνας ενός άλλου κυττάρου³⁹.

1.5.3 Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση

Η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση συνίσταται στη χρήση κρυοσυντηρημένου γενετικού υλικού μετά το θάνατο του συζύγου/ συντρόφου, εφόσον η σύζυγος/σύντροφος του εκλιπόντος επιθυμεί να αποκτήσει παιδί. Διακρίνεται στη χρησιμοποίηση του σπέρματος του συζύγου μετά το θάνατό του είτε για σπερματέγχυση στη γυναίκα, είτε για εξωσωματική γονιμοποίηση με το ωάριο της και μεταφορά του πλέον γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα της, είτε απλώς την εμβρυομεταφορά του ωαρίου, το οποίο γονιμοποιήθηκε εξωσωματικά, πριν το θάνατο του άνδρα.

³⁷ Αντύπας Κ. (2004), Ηθικά Διλήμματα στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή - Δάνεια Μήτρα, σσ. 86

³⁸ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή: 10 χρόνια εφαρμογής του Ν. 3089/2002, σσ. 75

³⁹ Ας σημειωθεί ότι στο δίκαιό μας η κλωνοποίηση, επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς και όχι για αναπαραγωγικούς λόγους. Τούτο προκύπτει ευθέως από τα άρθρα 1455 ΑΚ και 2 του Ν. 3305/2005.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Η αλματώδης ανάπτυξη που πραγματοποιήθηκε τα τελευταία χρόνια στις μεθόδους της Ι.Υ.Α., κατέστησε αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη προκειμένου να ρυθμιστούν ζητήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών.

Στην Ελλάδα, μέχρι το 2002 υπήρχε νομικό κενό στον τομέα αυτό, σε αντίθεση με αρκετές άλλες χώρες που είχαν θεσπίσει το νομικό τους πλαίσιο αρκετά χρόνια νωρίτερα, όπως η Σουηδία το 1984 και το 1988, η Μεγάλη Βρετανία το 1985 και το 1990, η Ισπανία το 1988, η Γερμανία το 1991, η Αυστρία το 1992, η Γαλλία το 1994 και η Ελβετία το 1998. Η Ιρλανδία αποτελεί την μοναδική χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση η οποία μέχρι και σήμερα δεν έχει ρυθμίσει νομικά το θέμα της Ι.Υ.Α..

Στη συνέχεια θα γίνει μια ανάλυση του νομικού πλαισίου της Ελλάδας και μερικών ακόμα ευρωπαϊκών χωρών, και πιο συγκεκριμένα της Γαλλίας, της Γερμανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιρλανδίας, της Ιταλίας και της Σουηδίας.

2.1 Η ισχύουσα Ελληνική νομοθεσία: Οι Ν. 3089/2002 και Ν. 3305/2005

Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή αποτελεί συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα⁴⁰ και αναφέρεται στην ελευθερία του ανθρώπου να επιλέγει, αν, πότε και πως θα αποκτήσει απογόνους. Σε επίπεδο κοινού νομοθέτη, ο Έλληνας νομοθέτης ρύθμισε για πρώτη φορά τα ζητήματα της Ι.Υ.Α. με τον Ν. 3089/2002 για την «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή»⁴¹.

Οι ρυθμίσεις του νόμου αυτού, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων ενσωματώθηκαν στον Αστικό μας Κώδικα (Κεφάλαιο 8, άρθρα 1455-1460), στη θέση των ήδη καταργημένων με το Άρθρο 17 του Ν. 1329/1983, περιλαμβάνουν:

- τις γενικές προϋποθέσεις του επιτρεπτού των μεθόδων Ι.Υ.Α.

⁴⁰ Σύνταγμα Άρθρο 5 §1, «Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη»

⁴¹ Ν. 3089/2002, ΦΕΚ Α' 327/23.12.2002

- τις επιμέρους επιτρεπόμενες μεθόδους
- τις ειδικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή ορισμένων μεθόδων Ι.Υ.Α.
- τις συναινέσεις
- την διάθεση του γεννητικού υλικού
- τις επιπτώσεις εφαρμογής των μεθόδων στο πλαίσιο του οικογενειακού και κληρονομικού δικαίου (ίδρυση συγγένειας, κληρονομικά δικαιώματα, προσβολή πατρότητας και μητρότητας κ.λπ.)⁴².

Στην συνέχεια και προς συμπλήρωση του Ν. 3089/2002, εκδόθηκε στις 27 Ιανουαρίου 2005 ο νόμος 3305/2005 για την «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», ο οποίος ρυθμίζει πιο τεχνικά θέματα, όπως τους όρους ίδρυσης και λειτουργίας των μονάδων Ι.Υ.Α. και των τραπεζών κρυσυντήρησης, τον έλεγχο από την διοίκηση των μονάδων μέσω της Ανεξάρτητης Αρχής, ήτοι της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ενώ προβλέπει διοικητικές και ποινικές κυρώσεις για την παράβαση των διατάξεων που αφορούν την Ι.Υ.Α.⁴³

Σε κάθε περίπτωση οι μέθοδοι αυτοί θα πρέπει να εφαρμόζονται με τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματός της προσωπικότητάς του και της ικανοποίησης της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής, της βιολογίας καθώς και τις αρχές της βιοηθικής⁴⁴.

Επιπλέον, ιδιαίτερο ειδικό βάρος έχει και η διάταξη του άρθρου 1 §2 του Ν. 3305/2005, η οποία ορίζει ότι κατά την εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. πρέπει να λαμβάνεται κυρίως υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί. Η αξιολόγηση του συμφέροντος του μελλοντικού τέκνου αποτελεί εκδήλωση της θεμελιώδους αρχής των δικαιωμάτων του παιδιού που κατοχυρώνεται στο άρθρο 3 Ν. 2101/1992 της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού και στο άρθρο 24 του Χάρτη των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

⁴² Αρκαδινού Α. (2011), Η αστική ευθύνη στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, σσ. 12

⁴³ Αξίζει να υπογραμμισθεί ότι οι εν λόγω κυρώσεις συνδυαζόμενες με τις κυρώσεις που επισύρουν για παρόμοιες παραβάσεις τόσο ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας όσο και ο Ν. 2251/1994 περί «Προστασίας του Καταναλωτή», εξασφαλίζουν σημαντική προστασία για τους προσφεύγοντες στις μεθόδους ΙΥΑ στη χώρα μας.

⁴⁴ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), οπ. , σσ 11

2.2 Γενικές προϋποθέσεις επιτρεπτού των μεθόδων Ι.Υ.Α.

Οι όροι πρόσβασης στις μεθόδους Ι.Υ.Α. ορίζονται στα άρθρα 1455 και 1456 του Ν. 3089/2002 για την «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή».

2.2.1 Ιατρική αναγκαιότητα

Σύμφωνα με το άρθρο 1455 §1 ΑΚ η προσφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επιτρέπεται μόνο όταν είναι ιατρικώς αδύνατη η απόκτηση τέκνων με φυσικό τρόπο ή για να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Για την προϋπόθεση αδυναμίας απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο, γίνεται δεκτό ότι αυτή μπορεί να σημαίνει είτε αδυναμία σύλληψης λόγω στειρότητας ή υπογονιμότητας, είτε αδυναμία κυοφορίας. Όσον αφορά την περίπτωση όπου επιδιώκεται η αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας στο παιδί, προϋπόθεση είναι είτε η μητέρα είτε ο σύζυγος/σύντροφός της να πάσχει από σοβαρή κληρονομική νόσο, η οποία θα μεταδοθεί στους απογόνους του. Οι συγκεκριμένοι όροι συνδέονται με το μέλημα του νομοθέτη να εξασφαλίσει ότι η τεχνητή αναπαραγωγή θα παραμείνει πράξη θεραπευτικού χαρακτήρα και δεν θα υποκαταστήσει την φυσική αναπαραγωγή⁴⁵. Κατά συνέπεια πριν από την εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. θα πρέπει να διαπιστώνεται από τον αρμόδιο θεράποντα ιατρό με ιατρική γνώματευση, η πραγματική και παρούσα αδυναμία τεκνοποίησης με φυσικό τρόπο ή η ανάγκη αποφυγής μετάδοσης νόσου στο παιδί.

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 1456 του ΑΚ επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο.

2.2.2 Ηλικία υποβοηθούμενων προσώπων

Σύμφωνα με το Ν. 3089/2002 άρθρο 1455 §1, δεν ορίζονται συγκεκριμένα όρια ηλικίας για τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα, παρά μόνο αναφέρεται ότι η υποβοήθηση επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε συνέχεια αυτού ο νομοθέτης στο Ν. 3305/2005 άρθρο 4 §1 ορίζει την έννοια της φυσικής ηλικίας

⁴⁵ Μηλαπίδου Μ. (2011), Σωματική ακεραιότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Η ποινική ευθύνη στο πλαίσιο της θεραπευτικής αγωγής, σσ. 50

αναπαραγωγής, καθορίζοντας το ανώτατο όριο στα πενήντα έτη. Ο συγκεκριμένος περιορισμός αφορά τις γυναίκες και όχι τους άνδρες.

Το γεγονός αυτό, ωστόσο, δημιουργεί μια σειρά ερωτημάτων, τα οποία σχετίζονται αφενός μεν με την ασφάλεια εφαρμογής των συγκεκριμένων μεθόδων, καθώς είναι πλέον επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι τα υποβοηθούμενα πρόσωπα τόσο πιο αυξημένοι είναι οι κίνδυνοι για τους ίδιους, αλλά και για το παιδί που θα γεννηθεί, αφετέρου δε με το συμφέρον του παιδιού⁴⁶. Η υποβολή δεν πρέπει να θέτει σε κίνδυνο την υγεία τους, ενώ το κυριότερο είναι ότι το παιδί το οποίο θα γεννηθεί έχει ανάγκη από νέους γονείς⁴⁷. Ενόψει των παραπάνω υπάρχουν ενστάσεις ότι το συγκεκριμένο ηλικιακό όριο θα πρέπει να ισχύει και για τα δύο μέλη του ζεύγους αφενός γιατί αντιτίθεται στο άρθρο 4 § 2 του Συντάγματος για την ισότητα των δύο φύλων, αφετέρου δεν διασφαλίζεται το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί, αφού ένας υπέργηρος πατέρας μπορεί να προσφύγει σε μεθόδους Ι.Υ.Α. στην περίπτωση όπου η σύζυγός/σύντροφός του καλύπτει τα ηλικιακά κριτήρια του νόμου⁴⁸.

Αναφορικά με το κατώτατο ηλικιακό όριο, ο Ν 3305/2005 άρθρο 4 §1 αναφέρει ότι επιτρέπεται μόνο σε ενήλικα πρόσωπα, με μόνη εξαίρεση τα ανήλικα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κίνδυνο στειρότητας λόγω σοβαρού νοσήματος. Η ρύθμιση αυτή υπαγορεύεται κυρίως από κοινωνικούς λόγους οι οποίοι συνδέονται με την κοινωνική, πνευματική και ψυχική ωριμότητα των εμπλεκόμενων μερών, με απώτερο σκοπό το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί⁴⁹.

⁴⁶ Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, 1989 - Άρθρο 3 «Σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν στα παιδιά, είτε αυτές λαμβάνονται από δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς κοινωνικής προστασίας είτε από τα δικαστήρια, τις διοικητικές αρχές ή από τα νομοθετικά όργανα, πρέπει να λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη το συμφέρον του παιδιού.» και άρθρο 1 παρ. 2 Ν. 3305/2005 «Κατά την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων πρέπει να λαμβάνεται κυρίως υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.»

⁴⁷ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), ό.π., σσ. 65

⁴⁸ Φουντεδάκη Κ. (2007), Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, σσ. 169

⁴⁹ Μηλαπίδου Μ. (2011), ό.π., σσ. 55

2.2.3 Ενημέρωση - Συναίνεση

Η διαδικασία της Ι.Υ.Α. συνεπάγεται σημαντικές συνέπειες και δραστικές αλλαγές στις ζωές όλων των εμπλεκόμενων προσώπων, ώστε δικαίως κρίνεται απολύτως αναγκαία η ρητή και σαφής έκφραση της συναίνεσης αυτών. Έτσι, πέρα από την ύπαρξη ιατρικής αναγκαιότητας και την τήρηση των προβλεπόμενων ηλικιακών ορίων, η τρίτη γενική προϋπόθεση για την εφαρμογή των μεθόδων τη Ι.Υ.Α. είναι σύμφωνα με το άρθρο 1456 §1 του Ν 3089/2002 η έγγραφη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Αυτό προκύπτει και από τα άρθρα 11 και 12 του ΚΙΔ, καθώς και από τα άρθρα 5 έως 10 (κεφάλαιο 2^ο) της Σύμβασης του Οβιέδο, σύμφωνα με τα οποία κάθε ιατρική πράξη για να είναι νόμιμη πρέπει να καλύπτεται από την ενημερωμένη συναίνεση του προσώπου το οποίο αφορά. Στην περίπτωση της εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. τα πρόσωπα των οποίων η συναίνεση είναι απαραίτητη είναι:

- οι δύο σύζυγοι, σε περίπτωση έγγαμου ζεύγους
- οι δύο σύντροφοι, σε περίπτωση άγαμου ζεύγους που ζει σε ελεύθερη ένωση
- η άγαμη γυναίκα, η οποία δεν έχει σύντροφο

Σημειωτέο ότι εφόσον η υποβοήθηση αφορά άγαμη γυναίκα, η συναίνεση αυτής και εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άνδρα με τον οποίο συζεί, παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

Τα έγγραφα της συναίνεσης κατατίθενται στις Μ.Ι.Υ.Α. και φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο των προσώπων.

Στην περίπτωση των ανήλικων προσώπων, σύμφωνα με το άρθρο 7 §6 του Ν. 3305/2005 συναινούν και οι δύο γονείς ανεξάρτητα με το ποιος έχει την επιμέλεια.

2.2.4 Ιατρικός έλεγχος

Τέλος, ο Ν. 3305/2005 άρθρο 4 §2 ορίζει ότι πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου Ι.Υ.Α. διενεργείται υποχρεωτικά έλεγχος για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV 1, HIV 2), της ηπατίτιδας Β και C και της σύφιλης, ενώ για άτομα που είναι οροθετικά για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας απαιτείται ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

2.3 Επιμέρους μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

2.3.1 Μεταθανάτια γονιμοποίηση

Πρόκειται για τεχνητή γονιμοποίηση μετά το θάνατο του συζύγου ή του συντρόφου της γυναίκας. Σύμφωνα με το άρθρο 1457 Ν. 3089/2002 επιτρέπεται με δικαστική άδεια και μόνο εφόσον πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- ο σύζυγος/σύντροφος της γυναίκας έπασχε από ασθένεια η οποία συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή υπήρχε κίνδυνος θανάτου του
- ο σύζυγος/σύντροφος της γυναίκας έχει συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια γονιμοποίηση
- διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από τη συμπλήρωση δύο χρόνων από το θάνατο του άνδρα
- η δικαστική άδεια να έχει χορηγηθεί με απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου που δικάζει κατά τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, ύστερα από αίτηση της γυναίκας⁵⁰

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μεταθανάτια γονιμοποίηση επιτρέπεται ακόμα και όταν δεν πληρείται το άρθρο 1455 ΑΚ, δηλαδή και όταν κανένα από τα δύο μέρη του ζευγαριού δεν αντιμετώπιζε πρόβλημα υπογονιμότητας. Επίσης, οι παραπάνω προϋποθέσεις αφορούν μόνο την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου ή την έγχυση του σπέρματος στο γυναικείο σώμα. Η εμφύτευση ή η έγχυση πρέπει να πραγματοποιηθεί στο παραπάνω διάστημα ώστε να εξασφαλίζεται ότι δεν πρόκειται για μια βιαστική απόφαση υπό την επήρεια της ψυχολογικής διαταραχής της γυναίκας από το θάνατο του άνδρα.

2.3.2 Παρένθετη μητρότητα

Ο Έλληνας νομοθέτης αντιμετωπίζει για πρώτη φορά το θέμα της παρένθετης μητέρας στο Ν. 3089/2002, ορμώμενος από την επιλογή αρκετών ζευγαριών να αποκτήσουν βιολογικά τέκνα, έστω και αν η σύνδεση είναι μόνο με έναν από τους δύο γονείς, και να αποφύγουν την υιοθεσία. Η χρήση παρένθετης μητέρας προκειμένου να αντιμετωπιστεί η γυναικεία υπογονιμότητα, αποτελεί φαινόμενο υπαρκτό από την αρχαιότητα. Έτσι, στην Παλαιά Διαθήκη, συναντάται η πρώτη γραπτή μαρτυρία για το δανεισμό μήτρας.

⁵⁰ Φουντεδάκη Κ. (2007), ό.π., σσ. 187

Επειδή η Σάρα δεν μπορούσε να τεκνοποιήσει παρότρυνε τον Αβραάμ να εισέλθει στην δούλη της την Άγαρ προκειμένου να τεκνοποιήσει μέσω αυτής.

Πρόκειται, όπως ήδη αναφέραμε εισαγωγικά, για μία από τις πλέον αμφιλεγόμενες μεθόδους Ι.Υ.Α., καθώς προβάλλεται ο ηθικός προβληματισμός που σχετίζεται με τη χρήση ενός προσώπου, δηλαδή της παρένθετης μητέρας, ως “εργαλείου”, “μηχανής τεκνοποίησης”. Επιπλέον, εναντίον της εν λόγω μεθόδου προβάλλεται ο προβληματισμός ότι από τη φύση της ευνοεί τον χρηματισμό της παρένθετης μητέρας και συνακόλουθα την εμπορευματοποίηση της μητρότητας, καθώς, ο κίνδυνος οικονομικά ασθενείς γυναίκες να δέχονται να καταστούν παρένθετες μητέρες ως μέσο βιοπορισμού είναι ασφαλώς υπαρκτός.

Ο νομοθέτης δίνει τον ορισμό της παρένθετης μητρότητας στο Ν. 3305/2005 άρθρο 3, σύμφωνα με τον οποίο μια γυναίκα κυοφορεί και γεννά (φέρουσα ή κυοφόρος), ύστερα από εξωσωματική γονιμοποίηση με χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια, για λογαριασμό μια άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο διαχωρισμός του Έλληνα νομοθέτη, ανάμεσα σε μερική και πλήρη υποκατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 1458 ΑΚ, ορίζεται ρητά ότι τα γονιμοποιημένα ωάρια που εμφυτεύονται στη μήτρα της κυοφόρου δεν πρέπει να ανήκουν στην ίδια. Ο νόμος, λοιπόν, απαγορεύει την πλήρη υποκατάσταση, για το λόγο ότι το να στερηθεί τη νομική μητρότητα η γυναίκα που είναι ως προς όλα βιολογική μητέρα είναι πολύ δύσκολο για την τελευταία, και επομένως, ως υπερβολικά δεσμευτικό, δεν είναι κοινωνικά ανεκτό⁵¹. Επιπλέον, αυτή η επιλογή αποσκοπεί και στην αποτροπή της βιολογικής και συναισθηματικής εμπλοκής των δύο γυναικών⁵². Ως εκ τούτου, θα πρέπει τα ωάρια να ανήκουν είτε στη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, είτε σε τρίτη γυναίκα (μερική υποκατάσταση).

Οι προϋποθέσεις του επιτρεπτού για προσφυγή σε παρένθετη μητέρα καθορίζονται στα άρθρο 1458 ΑΚ, στο άρθρο 8 του Ν. 3089/2008 και στο άρθρο 13 του Ν. 3305/2005. Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να διαπιστωθεί ύπαρξη ιατρικής αδυναμίας για απόκτηση τέκνων με φυσικό τρόπο, η οποία αποδεικνύεται με ιατρική γνωμάτευση. Επιτρεπτή είναι ακόμα η προσφυγή στη μέθοδο αυτή όταν η κυοφορία από τη γυναίκα

⁵¹ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έ. (2005), Τεχνητή γονιμοποίηση και Οικογενειακό Δίκαιο, Η ειδική ελληνική νομοθεσία: Νόμοι 3089/2002 και 3305/2005, σσ. 64

⁵² Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), ό.π., σσ. 80

που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί ενέχει τον κίνδυνο μετάδοσης σε αυτό σοβαρής ασθένειας. Επιπλέον η γυναίκα που επιθυμεί το παιδί δεν θα πρέπει να έχει υπερβεί το πεντηκοστό έτος της ηλικίας της, ενώ για την παρένθετη μητέρα δεν υπάρχει ηλικιακός περιορισμός.

Προαπαιτούμενο για τη διεξαγωγή της κυοφορίας για λογαριασμό άλλης γυναίκας είναι η παροχή σχετικής άδειας από το αρμόδιο δικαστήριο, και η οποία πρέπει να δοθεί πριν από τη μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στην κυοφόρο. Το δικαστήριο πρέπει να ελέγχει την ύπαρξη ενός υγιούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για κάθε παιδί που θα γεννηθεί κατόπιν εφαρμογής κάθε μεθόδου Ι.Υ.Α. Η άδεια αυτή παρέχεται κατόπιν αιτήσεως από μέρος της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, εφόσον αποδειχθούν ιατρικοί λόγοι αδυναμίας κυοφορίας. Για την αποδοχή της αίτησης το δικαστήριο ελέγχει τη συνδρομή όλων των τυπικών προϋποθέσεων. Σημαινούσα προϋπόθεση για τη χορήγηση της άδειας είναι φυσικά και η καταλληλότητα της παρένθετης μητέρας να κυοφορήσει, στοιχείο που οφείλει να ελέγχει ενδελεχώς το δικαστήριο πριν χορηγήσει την άδεια. Σύμφωνα με το άρθρο 4 και 13 Ν. 3305/2005 η παρένθετη μητέρα, θα πρέπει να είναι κατάλληλη για κυοφορία. Για το λόγο αυτό, η γυναίκα που θα αναλάβει να κυοφορήσει υποβάλλεται σε ενδελεχή ψυχολογική αξιολόγηση και στους γενικούς ιατρικούς ελέγχους οι οποίοι αναφέρθηκαν παραπάνω. Η καταλληλότητα για κυοφορία αποδεικνύεται με ιατρική γνωμάτευση. Πολύ σημαντική είναι η ρύθμιση που έχει περιληφθεί στον Κώδικα Δεοντολογίας Ι.Υ.Α. που εξέδωσε η Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Σύμφωνα με το άρθρο 9 §1 του εν λόγω Κώδικα, η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να έχει ηλικία άνω των είκοσι πέντε και μέχρι σαράντα πέντε ετών, να έχει αποκτήσει τουλάχιστον ένα τέκνο και να μην έχει υποβληθεί σε περισσότερες από δύο καισαρικές τομές.

Ως προς την διαδικασία που ακολουθείται στην περίπτωση χρήσης παρένθετης μητέρας, απαιτείται έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία μεταξύ των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί και της γυναίκας που προσφέρεται να κυοφορήσει. Στην περίπτωση όπου η γυναίκα που θα κυοφορήσει είναι έγγαμη απαιτείται συναίνεση και του συζύγου της ή του συντρόφου της αν έχει υπογράψει σύμφωνο συμβίωσης.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι επίσης τόσο η γυναίκα που επιθυμεί το παιδί όσο και η κυοφόρος να έχουν την κατοικία τους ή την προσωρινή της διαμονή στην Ελλάδα⁵³.

⁵³ Ν. 3089/2002 άρθρο 8

Σκοπός αυτής της ρύθμισης είναι η αποτροπή εμπορευματοποίησης του γυναικείου σώματος και η αποφυγή φαινομένων αναπαραγωγικού τουρισμού, δηλαδή η προσέλευση στην Ελλάδα γυναικών από άλλα κράτη προκειμένου να υποβληθούν στη συγκεκριμένη μέθοδο είτε για να αποκτήσουν τέκνο με τη βοήθεια κυοφόρου, είτε για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ως κυοφόρος⁵⁴.

Σημαντική προϋπόθεση την οποία πρέπει να αναλύσουμε περαιτέρω είναι η έλλειψη οικονομικού ανταλλάγματος, όπως ορίζεται στο άρθρο 13 §4 Ν. 3305/2005. Να σημειωθεί ότι αντάλλαγμα δεν συνιστά:

- η καταβολή των δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό, και τη λοχεία
- η οποιαδήποτε τυχόν θετική ζημία της κυοφόρου εξαιτίας αποχής της από την εργασία της, καθώς και οι αμοιβές τις οποίες στερήθηκε λόγω απουσίας, με σκοπό την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία

Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο θα πρέπει η διαδικασία να ακολουθείται χωρίς αντάλλαγμα είναι προκειμένου να εξασφαλίζεται μια ηθικά ανεπίληπτη συμφωνία ανάμεσα στα μέρη, αφού δεν είναι κοινωνικά ανεκτή η ίδρυση της σχέσης μητέρας και παιδιού με την απόκτηση οικονομικής ωφέλειας⁵⁵.

2.3.3 Κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού

Η διαδικασία της κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού, της οποίας ο ορισμός αναφέρθηκε παραπάνω όπως ορίζεται από το άρθρο 3 §13 Ν. 3305/2005, επιτρέπεται σύμφωνα με το άρθρο 7 §1 του ίδιου νόμου με στόχο τη φύλαξη και μελλοντική χρήση του σε μεθόδους Ι.Υ.Α. ή για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.

Οι προϋποθέσεις εφαρμογής της παραπάνω διαδικασίας αναφέρονται στα άρθρα 7 και 8 του Ν. 3305/2005. Αρχικά, τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια θα πρέπει να αποτελούν πλεονάζον γεννητικό υλικό που προέρχεται αποκλειστικά από θεραπευτική αγωγή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ζεύγος συζύγων ή συντρόφων. Ακόμα επιτρέπεται η απλή διάθεση σπέρματος από τρίτο δότη, δηλαδή από πρόσωπο που δεν αποβλέπει στην απόκτηση δικών του παιδιών. Προκειμένου να επιτραπεί η κρυοσυντήρηση του γεννητικού υλικού, απαιτείται έγγραφη συναίνεση των προσώπων.

⁵⁴ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έ. (2005), ό.π., σσ. 64

⁵⁵ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έ. (2005), ό.π., σσ. 61

Επιπλέον, στο άρθρο 7 §3 Ν. 3305/2005 καθορίζονται τα ανώτατα χρονικά όρια κρυοσυντήρησης, τα οποία διαμορφώνονται ως εξής:

- σπέρμα και ορχικός ιστός δότη, μέχρι δέκα έτη
- σπέρμα και ορχικός ιστός δότη, το οποίο έχει κατατεθεί μόνο για προσωπική μελλοντική χρήση, μέχρι πέντε έτη
- ωάρια και ωοθηκικός ιστός, μέχρι πέντε έτη
- ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια, μέχρι πέντε έτη με δυνατότητα παράτασης για άλλα πέντε έτη

Σύμφωνα με την άρθρο 7 §4 Ν. 3305/2005, μετά την πάροδο των παραπάνω χρονικών διαστημάτων, το γεννητικό υλικό που δεν έχει χρησιμοποιηθεί, είτε διατίθεται για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς, είτε καταστρέφεται με απόφαση της Ε.Α.Ι.Υ.Α., ύστερα από αίτηση της τράπεζας κρυοσυντήρησης.

2.3.4 Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

Σύμφωνα με το άρθρο 3 §15 του Ν. 3305/2005, η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση είναι η αφαίρεση πολικών σωματίων ή κυττάρων του γονιμοποιημένου ωαρίου πριν τη μεταφορά, προκειμένου να αναλυθούν γενετικά. Προκειμένου να επιτραπεί η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου, βάση του άρθρου 10 Ν. 3305/2005, απαιτείται η συναίνεση των ενδιαφερόμενων προσώπων και άδεια της Ε.Α.Ι.Υ.Α.. Η άδεια χορηγείται μόνο εφόσον διαπιστωθεί ότι η μονάδα Υ.Ι.Α. διαθέτει την απαραίτητη τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό, ενώ πριν την εφαρμογή της τεχνικής αυτής είναι αναγκαία η παροχή γενετικής συμβουλευτικής στα ενδιαφερόμενα πρόσωπα.

2.4 Απαγορευμένες μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία απαγορεύεται πλήρως η αναπαραγωγική κλωνοποίηση, η δημιουργία χμαιρών και υβριδίων⁵⁶ και η επιλογή φύλου, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο⁵⁷.

Η απαγόρευση επιλογής φύλου στο πλαίσιο εφαρμογής μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, απορρέει από το Άρθρο 14 της Σύμβασης του

⁵⁶ Άρθρο 2 §3 Ν. 3305/2005

⁵⁷ Άρθρο 1455 §2 Ν. 3089/2002

Οβιέδο⁵⁸, καθώς και από το άρθρο 2 §1 του Συντάγματος, που προστατεύει την ανθρώπινη αξία, αφού η επιλογή φύλου αποτελεί ετεροκαθορισμό, ο οποίος θα επηρεάσει τη ζωή του μελλοντικού παιδιού και γίνεται σε χρόνο που δεν μπορεί να ερωτηθεί το ίδιο⁵⁹.

Όσον αφορά την κλωνοποίηση, γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα σε θεραπευτική και αναπαραγωγική, με τη δεύτερη να απαγορεύεται πλήρως. Επιτρεπτή είναι η θεραπευτική κλωνοποίηση, η οποία έχει ως στόχο τη δημιουργία μεμονωμένων ιστών ενδεχομένων και οργάνων, ιστοσυμβατών προς συγκεκριμένο αποδέκτη της θεραπείας, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για αντικατάσταση οργάνων ή για καταπολέμηση σοβαρών ασθενειών. Το επιτρεπτό της μεθόδου προκύπτει από το ότι, σε αντίθεση με την αναπαραγωγική κλωνοποίηση δεν υπάρχει σαφής απαγόρευση της μεθόδου καθώς επίσης και από τα άρθρα 1459 §1 Ν. 3089/2002 και άρθρο 7 §7 Ν. 3305/2005 που ορίζουν ότι το πλεονάζον γεννητικό υλικό μπορεί να διατίθεται και για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς, καθώς και το γεγονός ότι αυτό το είδος της κλωνοποίησης δεν έρχεται σε αντίθεση με τις συνταγματικές αξίες⁶⁰.

2.5 Εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα

Ο Ν. 3089/2002 κάνει αναφορά σε εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, προβλέποντας τη δυνατότητα προσφυγής στην τεχνητή γονιμοποίηση όχι μόνο σε παντρεμένα ζευγάρια. Παρακάτω θα αναλύσουμε ξεχωριστά τα επιμέρους εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα και τη δυνατότητα πρόσβασής τους σε μεθόδους Ι.Υ.Α..

2.5.1 Μοναχικές γυναίκες

Σύμφωνα άρθρο 1456 §1 Ν. 3089/2002 μια μοναχική γυναίκα μπορεί να προσφύγει σε κάποια από τις μεθόδους Ι.Υ.Α.. Οι προϋποθέσεις εφαρμογής μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ίδιες με εκείνες που πρέπει να συντρέχουν κι όταν ένα ζευγάρι προσφεύγει στην Ι.Υ.Α., επιτρέπεται δηλαδή μόνο όταν υφίσταται

⁵⁸ Η χρήση τεχνικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης τεκνοποίησης δεν είναι επιτρεπτή εφόσον αποσκοπεί στην προεπιλογή του φύλου του παιδιού, με εξαίρεση τις περιπτώσεις κατά τις οποίες πρέπει να αποφευχθεί σοβαρά κληρονομική νόσος που σχετίζεται με το φύλο.

⁵⁹ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έ. (2005), ό.π., σσ. 18

⁶⁰ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έ. (2005), ό.π., σσ. 20

αδυναμία αναπαραγωγής με φυσικό τρόπο ή κίνδυνος μετάδοσης στο παιδί σοβαρής ασθένειας, ενώ ακόμα υπόκειται και σε ηλικιακό περιορισμό. Σε αυτή την περίπτωση η γονιμοποίηση θα γίνει αναγκαστικά με σπέρμα που έχει δοθεί από δότη σε τράπεζα κρυσυντήρησης. Ο δότης, σύμφωνα με το άρθρο 1460 ΑΚ, θα πρέπει να είναι ανώνυμος, δηλαδή άγνωστος στη μητέρα. Τέλος, απαιτείται συναίνεση της άγαμης μοναχικής γυναίκας η οποία δίδεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

2.5.2 Μοναχικοί άνδρες

Από τα άρθρα 1456 και 1458 ΑΚ προκύπτει ότι ο άγαμος μοναχικός άνδρας αποκλείεται από την πρόσβαση σε μεθόδους Ι.Υ.Α.. Πρόκειται για κάτι που δεν αναφέρεται ξεκάθαρα στο νόμο, ωστόσο προκύπτει από το ότι η μέθοδος της παρένθετης μητρότητας, την οποία μόνο θα μπορούσε να αξιοποιήσει ένας άγαμος μοναχικός άνδρας για να αποκτήσει παιδί, ουσιαστικά επιτρέπεται μόνο στα έγγαμα ή άγαμα ζευγάρια και την άγαμη γυναίκα και όχι τον άγαμο μοναχικό άνδρα.

Πρόκειται για ένα διαχωρισμό μεταξύ των δύο φύλων, ο οποίος σηματοδοτεί την άνιση μεταχείριση ανδρών και γυναικών και παραβιάζει το θεμελιώδες δικαίωμα ίσης αντιμετώπισης μεταξύ αυτών. Πολλοί είναι οι νομικοί οι οποίοι υποστηρίζουν ότι, στην εποχή της ισονομίας των φύλων, είναι λάθος να αποδεχόμαστε μια μονογονεϊκή οικογένεια όπου υπάρχει μόνο μια χήρα μητέρα και να θεωρούμε κοινωνικά προβληματική μια μονογονεϊκή οικογένεια όπου υπάρχει μόνο ένας χήρος πατέρας⁶¹.

Από την άλλη πλευρά, η αναπαραγωγή για το κάθε φύλο επιτυγχάνεται πάντοτε και με τη βοήθεια του άλλου. Για να τεκνοποιήσει η άγαμη μοναχική γυναίκα χρειάζεται το σπέρμα. Αντίστοιχα, για να τεκνοποιήσει ο άγαμος μοναχικός άνδρας χρειάζεται τα ωάρια και τη μήτρα. Δεδομένου λοιπόν ότι η φυσική αναπαραγωγή δε αποτελεί προϊόν μόνο του ενός ή του άλλου φύλου, και καθώς η τεκνοποιία δεν επιτυγχάνεται αυτοδύναμα από το ένα φύλο, αλλά απαιτείται και η συνδρομή των δύο, ο Ν. 3089/2002 παρουσιάζεται ασυνεπής, όταν επιτρέπει την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην μοναχική γυναίκα και την απαγορεύει στον μοναχικό άνδρα⁶².

⁶¹ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), οπ. σσ. 45

⁶² Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2014), Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, σσ. 35-36

2.5.3 Ομόφυλα ζευγάρια

Το δικαίωμα της πρόσβασης των ομόφυλων ζευγαριών στις μεθόδους Ι.Υ.Α., αποτελεί ένα από τα πλέον ακανθώδη ζητήματα που απασχολούν τον επιστημονικό διάλογο σε διεθνές επίπεδο. Ο Έλληνας νομοθέτης αποκλείει τα ομόφυλα ζευγάρια από την πρόσβαση σε μεθόδους Ι.Υ.Α., περιλαμβάνοντας στον αποκλεισμό τόσο τα ομόφυλα ζευγάρια ανδρών όσο και τα ομόφυλα ζευγάρια γυναικών. Πολλοί υποστηρίζουν ότι πρόκειται για δυσμενή μεταχείριση των ομόφυλων ζευγαριών, η οποία εδράζεται στο σεξουαλικό τους προσανατολισμό. Η σεξουαλική επιλογή του κάθε ατόμου αποτελεί εκδήλωση της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητάς του, η οποία προστατεύεται από το άρθρο 5 §1 του Συντάγματος, ενώ στην ιδιωτική ζωή περιλαμβάνεται και η ερωτική δραστηριότητα, η οποία προστατεύεται από το άρθρο 9 §1 του Συντάγματος. Παράλληλα η εν λόγω απαγόρευση αντιτίθεται στην αρχή της ισότητας που προστατεύεται στο άρθρο 4 του Συντάγματος, καθώς μπορεί να θεωρηθεί διάκριση σε βάρος τους.

2.6 Ζητήματα που άπτονται του οικογενειακού Δίκαιου

Η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. έχει άμεσο αντίκτυπο στο χώρο της συγγένειας. Όπως είναι αναμενόμενο, η πρόοδος της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας δυσκόλεψε τον νομικό προσδιορισμό των νομικών εννοιών της μητρότητας και της πατρότητας⁶³. Στις περιπτώσεις ομόλογης εξωσωματικής γονιμοποίησης, το θέμα της συγγένειας είναι ξεκάθαρο. Αντίθετα, στις περιπτώσεις ετερόλογης εξωσωματικής γονιμοποίησης, όπου δόθηκε η δυνατότητα σε ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, να χρησιμοποιούν γεννητικό υλικό ξένο προς αυτά, τα πράγματα περιπλέκονται. Πιο συγκεκριμένα, όταν γίνεται χρήση ξένου σπέρματος, υπάρχει δυνατότητα διεκδίκησης του τίτλου του νομικού πατέρα τόσο από το δότη - βιολογικό πατέρα, όσο και από τον άνδρα του ζεύγους που θέλησε το παιδί. Αντίστοιχα, όταν γίνεται χρήση ξένου ωαρίου, τον τίτλο της νομικής μητέρας διεκδικεί τόσο η δότρια - βιολογική μητέρα, όσο και η γυναίκα του ζευγαριού που αποφάσισε να τεκνοποιήσει. Ακόμα πιο σύνθετα είναι τα πράγματα όταν χρησιμοποιείται ξένο γονιμοποιημένο ωάριο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ταυτόχρονα τέσσερα πρόσωπα, δύο άνδρες και δυο γυναίκες, που να μπορούν να διεκδικήσουν την ιδιότητα του γονέα κατά το νόμο. Τέλος,

⁶³ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), *ό.π.*, σσ. 36

διαφιλονικούμενη είναι και η νομική μητρότητα στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας, όπου άλλη είναι η γυναίκα που επιθυμεί το παιδί, και άλλη εκείνη που το γεννά, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει και τρίτη γυναίκα, η δότρια ωαρίου⁶⁴.

Μοιραία λοιπόν τέθηκε το ζήτημα επαναπροσδιορισμού της έννοιας της οικογένειας, καθώς ανετράπη η φυσική (βιολογική, εξ αίματος) συγγένεια και υποκαταστάθηκε από μια τεχνητή συγγένεια που ονομάστηκε «κοινωνικοσυναισθηματική»⁶⁵. Σύμφωνα με την αρχή της της κοινωνικοσυναισθηματικής συγγένειας, τα πρόσωπα που παίρνουν μέρος στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή διακρίνονται σε δότες – δότριες που απλά και μόνο παραχωρούν το γεννητικό του υλικό χωρία να επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί και σε πρόσωπα που προσφεύγουν σε μεθόδους Ι.Υ.Α. για να τεκνοποιήσουν. Μεταξύ λοιπόν ενός προσώπου που με το παιδί έχει απλώς κοινό γενετικό υλικό (DNA) αλλά καμία συναισθηματική σχέση, κι ενός προσώπου που συνειδητά επιθυμεί το παιδί και το έχει σαν δικό του, είναι σαφές ότι μόνο το δεύτερο μπορεί να εγγυηθεί την επαρκή φροντίδα και την ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού⁶⁶. Με γνώμονα τα παραπάνω ο νομοθέτης ορίζει πως ιδρύεται η συγγένεια στο Ν. 3089/2002.

2.6.1 Η θεμελίωση της μητρότητας

Μέχρι πρότινος ο τοκετός αποτελούσε αδιαμφισβήτητο γεγονός για την θεμελίωση της μητρότητας. Με την έναρξη εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α τα πράγματα άρχισαν να περιπλέκονται.

Σύμφωνα με το άρθρο 1463 §1 ΑΚ⁶⁷ μητέρα του παιδιού θεωρείται η γυναίκα η οποία γέννησε το παιδί, ενώ στις περιπτώσεις Ι.Υ.Α. όπου η κυοφορία έγινε από άλλη γυναίκα, σύμφωνα με το άρθρο 1464 ΑΚ⁶⁸ μητέρα του παιδιού θεωρείται η γυναίκα

⁶⁴ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), ό.π., σσ. 36-37

⁶⁵ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), ό.π., σσ. 104-105

⁶⁶ Φουντεδάκη Κ. (2011), Ζητήματα από την Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε Άγαμη Γυναίκα (γνωμ.), σσ. 1016

⁶⁷ «Η συγγένεια του προσώπου με τη μητέρα του και τους συγγενείς της συνάγεται από τη γέννηση.»

⁶⁸ «Σε περίπτωση τεχνητής γονιμοποίησης, αν η κυοφορία έγινε από άλλη γυναίκα, υπό τους όρους του άρθρου 1458, μητέρα του τέκνου τεκμαίρεται η γυναίκα στην οποία δόθηκε η σχετική δικαστική άδεια», ωστόσο, το τεκμήριο αυτό δύναται να ανατραπεί «με αγωγή προσβολής της μητρότητας που ασκείται μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τον τοκετό, είτε από την τεκμαιρόμενη μητέρα, είτε από την κυοφόρο γυναίκα, εφόσον αποδειχθεί ότι το τέκνο κατάγεται βιολογικά από την τελευταία. Η προσβολή γίνεται από

στην οποία δόθηκε η δικαστική άδεια, δηλαδή η γυναίκα που θέλησε να αποκτήσει παιδί. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει η απαιτούμενη δικαστική άδεια, τότε μητέρα είναι η κυοφόρος. Πρόκειται για μια απόφαση που ήρθε να δώσει λύση σε πολλά προβλήματα που παρουσιάζονταν πριν από την ψήφιση του Ν. 3089/2002, καθώς δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις όπου κάποια από τις δύο γυναίκες μετάνιωνε, και είτε η κυοφόρος αρνούνταν να δώσει το παιδί στη γυναίκα που το ήθελε, είτε η δεύτερη αρνούταν να το παραλάβει. Ωστόσο, σε περίπτωση όπου η κυοφόρος γεννήσει το παιδί χωρίς να υπάρχει η προβλεπόμενη από το νόμο δικαστική άδεια, τότε σύμφωνα με το άρθρο 1463 §1 ΑΚ, μητέρα του παιδιού θεωρείται η κυοφόρος, οπότε η μόνη λύση προκειμένου μητέρα του παιδιού να θεωρείται η γυναίκα η οποία θέλησε το παιδί, είναι η προσφυγή στην υιοθεσία⁶⁹.

2.6.2 Η θεμελίωση της πατρότητας

Αν πρόκειται για έγγαμο ζευγάρι, η θεμελίωση της πατρότητας του συζύγου ρυθμίζεται από το άρθρο 1465 §1 ΑΚ⁷⁰, οπότε πατέρας του παιδιού θεωρείται ο σύζυγος της γυναίκας που γέννησε το παιδί, είτε είναι ο βιολογικός πατέρας του παιδιού, είτε όχι. Στην περίπτωση της μεταθανάτιας γονιμοποίησης, αν η διαδικασία έχει γίνει μέσα στο προβλεπόμενο από το νόμο χρονικό διάστημα και υπάρχει και η απαιτούμενη δικαστική άδεια, πατέρας του παιδιού είναι ο αποβιώσας σύζυγος της μητέρας. Αντίθετα, εάν δεν ισχύει κάποια από τις παραπάνω δύο προϋποθέσεις η απόδειξη της πατρότητας του συζύγου βαραίνει εκείνον που την επικαλείται⁷¹.

Αντίθετα, αν η γυναίκα είναι άγαμη, σύμφωνα με το άρθρο 1475 ΑΚ, πατέρας του παιδιού είναι αυτός που θα το αναγνωρίσει ως δικό του, εφόσον συναινεί σε αυτό και η μητέρα του παιδιού, ανεξάρτητα από το εάν έχει χρησιμοποιηθεί δικό του σπέρμα ή τρίτου δότη. Η αναγνώριση προκύπτει και από τη συμβολαιογραφική συναίνεση του άνδρα σε τεχνητή γονιμοποίηση, όπως προβλέπεται στο άρθρο 1456 §1 ΑΚ. Με άλλα

τη δικαιούμενη γυναίκα αυτοπροσώπως ή από ειδικό πληρεξούσιό της ή ύστερα από άδεια του δικαστηρίου, από τον νόμιμο αντιπρόσωπό της. Με την αμετάκλητη δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή το τέκνο έχει αναδρομικά από τη γέννησή του μητέρα τη γυναίκα που το κυοφόρησε.»

⁶⁹ Λασκαρίδης Ι. Ε.(2012), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), σσ. 381

⁷⁰ «Το τέκνο που γεννήθηκε κατά τη διάρκεια του γάμου της μητέρας του ή μέσα σε τριακόσιες ημέρες από τη λύση ή την ακύρωσή του τεκμαίρεται ότι έχει πατέρα τον σύζυγο της μητέρας (τέκνο γεννημένο σε γάμο).»

⁷¹ Άρθρο 1465 §3 ΑΚ

λόγια η συμβολαιογραφική συναίνεση της άγαμης γυναίκας και του συντρόφου της στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει ως συνέπεια το παιδί που γεννιέται με τις σχετικές μεθόδους να έχει τη νομική θέση κοινού παιδιού του ζευγαριού, γεννημένο χωρίς γάμο⁷².

Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση της μεταθανάτιας γονιμοποίησης, όπου πατέρας του παιδιού θεωρείται ο σύντροφος της μητέρας ο οποίος έχει συναινέσει συμβολαιογραφικά στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, είτε πρόκειται για ομόλογη είτε για ετερόλογη⁷³.

Τελευταία περίπτωση που θα εξετάσουμε είναι αυτή της άγαμης μοναχικής γυναίκας, όπου η μόνη λύση για την γυναικά προκειμένου να τεκνοποιήσει είναι με τη βοήθεια τρίτου δότη σπέρματος. Στην περίπτωση αυτή, το παιδί που θα γεννηθεί θα είναι χωρίς γάμο γεννημένο παιδί και εφόσον δεν λάβει χώρα εκούσια αναγνώρισή του, έχει εκ του νόμου μόνο ένα γονέα, τη μητέρα του⁷⁴. Αν αργότερα θελήσει να το αναγνωρίσει κάποιος άνδρας θα χρειαστεί να συναινέσει ξανά συμβολαιογραφικά η γυναίκα σύμφωνα με το άρθρο 1475 §1 Ν. 3089/2002.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η απόφαση του νομοθέτη σε κάθε περίπτωση, έχει ως στόχο την εναρμόνιση με την αρχή προστασίας του συμφέροντος του παιδιού, καθώς είναι πιο σωστό το παιδί να μεγαλώσει μέσα σε μια οικογένεια με πρόσωπα που το θέλησαν, ενώ αντίθετα ο δότης ή η δότρια παραχώρησαν απλά το γεννητικό τους υλικό⁷⁵.

2.7 Η ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

Το φαινόμενο της ιατρικής υποβοήθησης στην αναπαραγωγή δεν θα μπορούσε ασφαλώς να μην συμπεριληφθεί, μέσω θέσπισης συγκεκριμένων σχετικών διατάξεων από τον νομοθέτη, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005). Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για το άρθρο 30 του Θ' κεφαλαίου του ΚΙΔ, με τίτλο «Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή».

⁷² Φουντεδάκη Κ. (2011), ό.π., σσ. 1012

⁷³ Λασκαρίδης Ι. Ε. (2012), ό.π., σσ. 382

⁷⁴ Κλαβανίδου Δ. και Ρίζος Ε. (2014), Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή Άγαμης Γυναίκας και Πατρότητα του τέκνου, σσ. 241

⁷⁵ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), ό.π., σσ. 39

Η πρώτη παράγραφος αναφέρεται στην υποχρέωση του γιατρού να παράσχει στον ενδιαφερόμενο κάθε πληροφορία σχετικά με την Ι.Υ.Α. και την αντισύλληψη.

Στη δεύτερη παράγραφο γίνεται αναφορά στην υποχρέωση του ιατρού να ενημερώσει τον ενδιαφερόμενο για τυχόν θετικές και αρνητικές συνέπειες από την εφαρμογή των μεθόδων. Η ενημέρωση του ασθενούς πρόκειται για δικαίωμα που έχει κατοχυρωθεί στο ελληνικό δίκαιο με το άρθρο 10 της Σύμβασης του Οβιέδο⁷⁶ αλλά και με το άρθρο 11 §1 του ΚΙΔ⁷⁷.

Στο ίδιο άρθρο ορίζεται ότι η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. πρέπει να διέπεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου, καθώς και από το σεβασμό στην ελεύθερη και σοβαρή βούληση του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά την πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωσή του για τις μεθόδους Ι.Υ.Α.. Τέλος ορίζεται ότι σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός θα πρέπει να αποφεύγει κάθε επιχείρηση ή προσπάθεια εμπορευματοποίησης της διαδικασίας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Στις παραγράφους τρία και τέσσερα διατυπώνεται ρητά ότι οποιαδήποτε παρέμβαση στο έμβryo πρέπει να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις για την προστασία της γενετικής ταυτότητας, απαγορεύοντας παράλληλα την τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, καθώς επίσης και την κλωνοποίηση ως μέθοδο αναπαραγωγής. Πρόκειται για απαγορεύσεις οι οποίες έχουν ενσωματωθεί τόσο στο άρθρο 1455 του Ν. 3089/2002, όσο και στο άρθρο 2 του Ν. 3305/2005.

Τέλος, στην πέμπτη παράγραφο γίνεται αναφορά στην δυνατότητα του ιατρού να αρνηθεί να εφαρμόσει κάποια από τις μεθόδους Ι.Υ.Α., οι οποίες ενδεχομένως να αντιτίθενται στους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του.

⁷⁶ «Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους.»

⁷⁷ «Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ευρώπη

Από την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1993 έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες για την υιοθέτηση κοινών κατευθυντήριων οδηγιών για διάφορα νομικά ζητήματα. Πέρα από τα σημεία σύγκλισης διαπιστώνεται ότι εξακολουθούν να υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές μεταξύ των εθνικών νομοθεσιών, οι οποίες παρατηρούνται ακόμα και στον τομέα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Στο παρόν κεφάλαιο ακολουθεί μια παρουσίαση του νομοθετικού πλαισίου που διέπει την Ι.Υ.Α. σε έξι χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Πρόκειται για τη Γαλλία, την Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, την Ιταλία και τη Σουηδία. Οι έξι αυτές χώρες επιλέχθηκαν ως αντιπροσωπευτικές των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3.1 Σουηδία

Η Σουηδία υπήρξε πρωτοπόρος, καθώς είναι η πρώτη σκανδιναβική χώρα που θέσπισε ειδική νομοθεσία για την Ι.Υ.Α. και στην οποία γεννήθηκε παιδί με τη μέθοδο αυτή το 1982⁷⁸. Πρόκειται για το νόμο 1984:1140⁷⁹ οποίος τέθηκε σε ισχύ το 1985, με αρκετές τροποποιήσεις του να γίνονται τα επόμενα χρόνια. Πιο συγκεκριμένα:

- το 1988 με το νόμο 1988:711⁸⁰ με τον οποίο επετράπη η εξωσωματική γονιμοποίηση
- το 1991 ρυθμίστηκαν ζητήματα που αφορούν στην έρευνα σε γονιμοποιημένα ωάρια με τους νόμους 1991:114⁸¹ και 1991:115⁸²
- το 2003 με το υπ' αριθμ. 2001/02:89 νομοσχέδιο επετράπη η δωρεά ωαρίων
- το 2005 επετράπη η υπό όρους και προϋποθέσεις δημιουργία εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς και την ίδια χρονιά αναγνωρίστηκε στα ζευγάρια ομόφυλων γυναικών το δικαίωμά τους για πρόσβαση στις μεθόδους Ι.Υ.Α.

⁷⁸ Svanberg A.S., Lampic C., Bergh T. and Lundkvist Ö. (2003), Public opinion regarding oocyte donation in Sweden, σσ. 5

⁷⁹ Insemination Act

⁸⁰ Act on Fertilization Outside the Body

⁸¹ Act on the Use of Certain Genetic Technology in Medical Screening

⁸² Act on Measures for Purposes of Research or Treatment using Fertilized Human Ova

Όλες οι παραπάνω τροποποιήσεις ενσωματώθηκαν το 2006 στο νόμο 2006:351⁸³, ο οποίος αντικατέστησε όλους τους προηγούμενους και ισχύει μέχρι και σήμερα.

Σύμφωνα με τον σουηδικό νόμο, η I.Y.A. επιτρέπεται στις περιπτώσεις όπου το ζευγάρι αδυνατεί να αποκτήσει παιδιά με φυσικό τρόπο λόγω ιατρικού προβλήματος, καθώς επίσης και σε ζευγάρια που είναι φορείς σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση της νόσου στους απογόνους. Η επιλογή φύλου επιτρέπεται μόνο για να αποφευχθεί η μετάδοση κάποιας φυλοσύνδετης νόσου στο παιδί.

Επόμενο θέμα που τίγεται είναι η ηλικία των υποβοηθούμενων προσώπων, χωρίς να ορίζει ανώτατο ή κατώτατο ηλικιακό όριο για την εφαρμογή των μεθόδων.

Στο σουηδικό νόμο, η δωρεά ωαρίων επιτράπηκε για πρώτη φορά τον Ιανουάριο του 2003⁸⁴, με την προϋπόθεση ότι η δότρια είναι μικρότερη από τριανταέξι ετών, υγιής και χωρίς ιστορικό κληρονομικής ασθένειας. Για τους δότες σπέρματος τα ανώτατο ηλικιακό όριο ορίζεται στα σαράντα έτη, ενώ απαγορευμένη παραμένει μέχρι σήμερα η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς σύμφωνα με τη σουηδική νομοθεσία είναι αναγκαία η βιολογική σύνδεση του παιδιού με τον ένα τουλάχιστον από τους γονείς⁸⁵.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού. Η κρυοσυντήρηση ωαρίων επιτρέπεται για διάστημα πέντε ετών, ενώ η κρυοσυντήρηση σπέρματος δεν μπορεί να συνεχιστεί μετά τη συμπλήρωση του πεντηκοστού έτους της ηλικίας του δότη. Επιτρεπτή είναι επίσης και η κρυοσυντήρηση γονιμοποιημένων ωαρίων. Το χρονικό όριο κρυοσυντήρησής τους ορίζεται και αυτό στα πέντε έτη, με δυνατότητα παράτασης του διαστήματος αυτού.

Ένα ακόμα ζήτημα που προσπαθεί να ρυθμίσει ο σουηδικός νόμος είναι τις ειδικές μορφές I.Y.A., απαγορεύοντας πλήρως την μεταθανάτια γονιμοποίηση και την παρένθετη μητρότητα, ενώ δεν υπάρχει ρητή πρόβλεψη αναφορικά με την κλωνοποίηση. Ωστόσο, με βάση τις διατάξεις της Ν. 2006:351, η επιτρεπόμενη έρευνα σε ανθρώπινα ωάρια δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς ή σκοπούς έρευνας, αλλά εξετάζεται ανά περίπτωση από το εκάστοτε Περιφερειακό Συμβούλιο Ηθικής.

⁸³ Genetic Integrity Act (GIA)

⁸⁴ Svanberg A.S., Lampic C., Bergh T. and Lundkvist Ö. (2003), ό.π., σσ. 1107

⁸⁵ Κηπουρίδου Κ. και Μηλαπίδου Μ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στη Σουηδία, σσ. 41

Επομένως, είναι επιτρεπτή η θεραπευτική κλωνοποίηση. Στον αντίποδα, απαγορευμένη είναι από το σουηδικό⁸⁶ νόμο η αναπαραγωγική κλωνοποίηση.

Πέρα των περιπτώσεων όπου ένα ετερόφυλο ζευγάρι επιθυμεί να τεκνοποιήσει, πρέπει να εξεταστεί και το ενδεχόμενο επιθυμίας εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων να αποκτήσουν παιδί. Ο σουηδικός νόμος απαγορεύει την πρόσβαση μοναχικών ανδρών και γυναικών στις μεθόδους Ι.Υ.Α., ενώ κάνει διάκριση μεταξύ των ομόφυλων ζευγαριών. Πιο συγκεκριμένα, ομόφυλα ζευγάρια ανδρών δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αντίθετα με τα ομόφυλα ζευγάρια γυναικών τα οποία είτε συζούν, είτε βρίσκονται σε σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης⁸⁷, από το 2005 και έπειτα μπορούν να προσφύγουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α..

Όσον αφορά τη σχέση συγγένειας που δημιουργείται, στη Σουηδία πατέρας του παιδιού θεωρείται ο σύζυγος της μητέρας του παιδιού κατά το χρόνο γέννησης του παιδιού, ενώ μητέρα θεωρείται πάντα αυτή που γεννάει το παιδί. Όταν ο πατέρας του παιδιού συζεί με τη μητέρα του παιδιού, θα θεωρείται πατέρας του παιδιού, αν συναίνεσε στην όλη διαδικασία, ενώ στην περίπτωση που το παιδί προέρχεται από δωρεά σπέρματος, ο δότης του σπέρματος μπορεί να ζητήσει να αναγνωριστεί η πατρότητά του, αν δεν υπάρχει σύζυγος/σύντροφος που να έχει συναίνεσει στην όλη διαδικασία. Τέλος, στην περίπτωση των ζευγαριών των ομόφυλων γυναικών, η σύζυγος/σύντροφος της γυναίκας που επιθυμεί το παιδί δεν αναγνωρίζεται ως γονέας του παιδιού που θα γεννηθεί. Στην περίπτωση ομόφυλων ζευγαριών αντρών, ο άντρας που έχει δώσει το σπέρμα του και συνδέεται γενετικά με το παιδί μπορεί να καταστεί και νόμιμος πατέρας αυτού μέσω της διαδικασίας της επιβεβαίωσης. Ο σύζυγος/σύντροφός του, πάντως, θα πρέπει να το υιοθετήσει.

3.2 Γερμανία

Έξι χρόνια μετά τη θέσπιση νομοθεσίας στη Σουηδία, ακολουθεί η Γερμανία με το νόμο για την προστασία του εμβρύου του 1990⁸⁸. Πρόκειται για έναν αρκετά παλιό νόμο, ο οποίος δεν ρυθμίζει όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την Ι.Υ.Α., καθώς

⁸⁶ GIA 2006:351 Κεφάλαιο 5 Άρθρο 3

⁸⁷ Κηπουρίδου Κ. και Μηλαπίδου Μ. (2015), ό.π., σσ. 90

⁸⁸ Embryonenschutzgesetz-ESchG 13/12/1990

πολλά από αυτά δεν είχαν προκύψει μέχρι τότε⁸⁹. Από τότε η νομοθεσία αυτή δεν έχει αλλάξει ιδιαίτερα, καθώς μόνο δύο τροποποιήσεις έχουν γίνει, το 2001 και το 2011.

Σύμφωνα με τον γερμανικό νόμο, απαραίτητη προϋπόθεση για να προσφύγει κάποιος σε μεθόδους Ι.Υ.Α. είναι η ιατρική αδυναμία απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο, ή όταν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης ασθένειας στο παιδί. Επίσης ο νόμος⁹⁰ επιτρέπει την επιλογή φύλου μόνο για να αποφευχθεί μετάδοση νόσου η οποία συνδέεται με το φύλο.

Όσον αφορά το επιτρεπτό του ορίου ηλικίας, στην νομοθεσία για την προστασία του εμβρύου δεν τίθενται ανώτατα ηλικιακά όρια. Ωστόσο στον κώδικα κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας, ορίζεται για τις γυναίκες ανώτατο όριο η ηλικία των σαράντα ετών, ενώ για τους άνδρες η ηλικία των πενήντα ετών προκειμένου να υπάρξει ασφαλιστική κάλυψη. Όσον αφορά στα κατώτατα ηλικιακά όρια είναι απαραίτητο το ενδιαφερόμενο πρόσωπο να είναι δεκαοκτώ ετών και άνω, ενώ για να καλυφθούν τα έξοδα από το ασφαλιστικό ταμείο, θα πρέπει να είναι εικοσιπέντε ετών και άνω.

Στο θέμα της δωρεάς γεννητικού υλικού, ο νόμος⁹¹ επιτρέπει την ετερόλογη γονιμοποίηση με σπέρμα τρίτου δότη και απαγορεύει την χρήση ξένου ωαρίου. Κατ' επέκταση, απαγορεύεται η δωρεά ωαρίων και επιτρέπεται η δωρεά σπέρματος με την ηλικία των δευτέρων να είναι μεταξύ είκοσι και σαράντα ετών. Επιτρεπτή είναι ακόμα η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού. Η κρυοσυντήρηση ωαρίων και σπέρματος επιτρέπεται χωρίς κανένα χρονικό περιορισμό⁹². Διαφοροποίηση παρατηρείται στην κρυοσυντήρηση γονιμοποιημένων ωαρίων, όπου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες επιτρέπεται αλλά για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και μόνο στις περιπτώσεις που η εμβρυομεταφορά δεν πραγματοποιήθηκε λόγω ιατρικού προβλήματος.

Ένα ακόμα ζήτημα που προσπαθεί να ρυθμίσει ο Γερμανός νομοθέτης είναι τις ειδικές μορφές Ι.Υ.Α.. Ξεκινώντας από την μεταθανάτια γονιμοποίηση, απαγορεύεται σύμφωνα με το νόμο Embryonenschutzgesetz-ESchG 13/12/1990⁹³, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου η γονιμοποίηση έχει γίνει πριν επέλθει ο θάνατος και το

⁸⁹ Τσαλίδης Α.Β. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στη Γερμανία, σσ. 10

⁹⁰ EschG §3

⁹¹ EschG §1 εδ. 1 αρ. 1,2,6

⁹² EschG §9 εδ. 4

⁹³ EschG §4 εδ. 1 αρ. 3

γονιμοποιημένο ωάριο έχει κρυοσυντηρηθεί. Συνεπώς επιτρέπει την εμβρυομεταφορά μετά το θάνατο του δότη. Συνεχίζοντας με τις ειδικές μορφές, ο νόμος⁹⁴ απαγορεύει την παρένθετη μητρότητα, ενώ απαγορεύει ρητά την κλωνοποίηση⁹⁵, χωρίς να την διαχωρίζει σε αναπαραγωγική και θεραπευτική.

Τέλος, στις περιπτώσεις επιθυμίας εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων να αποκτήσουν παιδί, απαγορεύεται η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε μοναχικούς άνδρες και γυναίκες. Όσον αφορά τα ομόφυλα ζευγάρια, ο νομοθέτης κάνει ένα διαχωρισμό ανάμεσα στα δύο φύλα. Στα ομόφυλα ζευγάρια ανδρών απαγορεύεται η πρόσβαση σε μεθόδους I.Y.A., ενώ για τα ομόφυλα ζευγάρια γυναικών κάτι τέτοιο δεν απαγορεύεται από το νόμο, παρά μόνο από κατευθυντήριες οδηγίες.

Σύμφωνα με τη γερμανική νομοθεσία μητέρα του παιδιού θεωρείται η γυναίκα που το γέννησε. Αν η γυναίκα είναι έγγαμη, πατέρας είναι ο σύζυγός της, ενώ αν είναι άγαμη, πατέρας του παιδιού είναι άνδρας που το αναγνώρισε ως δικό του. Ωστόσο, το παιδί μπορεί να προσβάλει την πατρότητα αυτή και να ζητήσει να συνδεθεί με τον βιολογικό του πατέρα, δηλαδή τον δότη του σπέρματος, ο οποίος στη Γερμανία δεν μπορεί να τηρήσει την ανωνυμία του έναντι του παιδιού. Αντίθετα, τα στοιχεία των δοτών δεν επιτρέπεται να γνωστοποιούνται στα υποβοηθούμενα πρόσωπα, για τα οποία ο δότης πρέπει να είναι σε κάθε περίπτωση άγνωστος⁹⁶.

3.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Το πρώτο παιδί που ήρθε στον κόσμο με την εφαρμογή μεθόδων I.Y.A. γεννήθηκε το 1978 στην Μεγάλη Βρετανία το 1978 και μέχρι το 1981 πραγματοποιήθηκαν ακόμα εξήντα εγκυμοσύνες και πενήντα γεννήσεις⁹⁷. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η αγγλική κοινωνία να αναγκαστεί να ρυθμίσει αυτό το νομοθετικό κενό που υπήρχε στον τομέα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κάτι το οποίο συνέβη αρκετά χρόνια

⁹⁴ EschG §1 εδ. 1 αρ. 1, 2, 7

⁹⁵ EschG §6

⁹⁶ Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε., Βασιλείου Μ., Δημόπουλος Ν., Κηπουρίδου Κ., Μηλαπίδου Μ., Τσαλίδης Α., Φράγκου Ρ., Χορταρά Θ. (2015), Η Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή στην Ευρώπη: Ιατρικά, Κοινωνικά και Νομικά Ζητήματα, σσ. 356

⁹⁷ Βασιλείου Μ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στη Μεγάλη Βρετανία, σσ. 17

αργότερα. Πρόκειται για το νόμο Human Fertilisation and Embryology Act 1990⁹⁸, ο οποίος τροποποιήθηκε πρώτη φορά το 2008, με την Human Fertilization and Embryology Act 2008.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν προβλέπεται ρητά στο κείμενο του νόμου ως προϋπόθεση η αδυναμία απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο. Σε μεθόδους I.Y.A. μπορεί να καταφύγει οποιοδήποτε ζευγάρι επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, ακόμα και αν δεν υπάρχει ιατρική αδυναμία τεκνοποίησης με φυσικό τρόπο⁹⁹, αλλά στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να απευθυνθεί σε ιδιωτική M.I.Y.A., καλύπτοντας με προσωπικά του έξοδα το κόστος των υπηρεσιών, καθώς δεν καλύπτεται από το NHS. Η επιλογή του φύλου επιτρέπεται μόνο για να αποφευχθεί η μετάδοση κάποιου φυλοσύνδετου γενετικού νοσήματος.

Επόμενο θέμα που τίγεται είναι το επιτρεπτό του ορίου ηλικίας, χωρίς να ορίζεται ανώτατο ηλικιακό όριο, ενώ το κατώτερο ορίζεται στα δεκαέξι έτη, καθώς τα άτομα αυτά θεωρούνται ικανά να συναινέσουν σε μια ιατρική πράξη που τα αφορά.

Στο θέμα της δωρεάς γεννητικού υλικού, ο νόμος επιτρέπει την δωρεά ωαρίων, σπέρματος και γονιμοποιημένου ωαρίου, με μόνη προϋπόθεση οι δότες να είναι μεταξύ δεκαοκτώ και τριάντα έξι ετών και οι δότες μεταξύ δεκαοκτώ και σαράντα ένα ετών.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κρυσυντήρηση γεννητικού υλικού¹⁰⁰. Η κρυσυντήρηση ωαρίων και σπέρματος μπορεί να διαρκέσει έως και δέκα χρόνια με δυνατότητα συνεχόμενων παρατάσεων, σε καμιά περίπτωση όμως δεν πρέπει να ξεπερνά τα πενήντα πέντε έτη. Αντίθετα δεν υπάρχει κανένας χρονικός περιορισμός για την κρυσυντήρηση γονιμοποιημένων ωαρίων.

Ένα ακόμα ζήτημα που προσπαθεί να ρυθμίσει ο νομοθέτης στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι οι ειδικές μορφές I.Y.A.. Ξεκινώντας από την μεταθανάτια γονιμοποίηση η

⁹⁸ Ο πλήρης τίτλος της είναι ο ακόλουθος: «Μια Act για να ορίσει τις διατάξεις τις σχετικές με τα ανθρώπινα έμβρυα και κάθε επερχόμενη ανάπτυξη σε σχέση με αυτά· για να απαγορεύσει ορισμένες πρακτικές σε σχέση με τα έμβρυα και τους γαμέτες· για να εγκαθιδρύσει μια Αρχή για την Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και την Εμβρυολογία· για να ορίσει τις διατάξεις τις σχετικές με τα άτομα που υπό συγκεκριμένες συνθήκες θα πρέπει να θεωρούνται από το νόμο ως οι γονείς του παιδιού.»

⁹⁹ Μπορούν δηλαδή να προσφύγουν σε μεθόδους I.Y.A. και ζευγάρια τα οποία αντιμετωπίζουν πραγματική αδυναμία απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο, όταν για παράδειγμα ο σύζυγος βρίσκεται στη φυλακή.

¹⁰⁰ HFE Act 2008section 14

αγγλική νομοθεσία¹⁰¹ την επιτρέπει μόνο αν υπάρχει συναίνεση για μεταθανάτια μεταφορά, ενώ είναι και η μοναδική χώρα από τις έξι που μελετήσαμε, μαζί με την Ελλάδα, που επιτρέπει την παρένθετη μητρότητα.

Όσον αφορά την κλωνοποίηση, γίνεται διαχωρισμός σε αναπαραγωγική και θεραπευτική. Η μεν πρώτη απαγορεύεται ρητά στη νομοθεσία¹⁰² του Ηνωμένου Βασιλείου, ενώ ο νόμος επιτρέπει την θεραπευτική μετά από άδεια της HFEA, όταν πραγματοποιείται για ερευνητικούς λόγους με σκοπό την αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας.

Όσον αφορά τα εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, ο νομοθέτης στο Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται να είναι αρκετά ελαστικός, επιτρέποντας σε μοναχικές γυναίκες και σε μοναχικούς άνδρες να υποβληθούν σε μεθόδους I.Y.A.. Επιτρεπτή είναι η πρόσβαση και στα ομόφυλα ζευγάρια, ανδρών και γυναικών.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία της Μεγάλης Βρετανίας, νόμιμη μητέρα του παιδιού είναι αυτή που το γεννάει¹⁰³, και νόμιμος πατέρας του ο συναινέσας σύζυγός/σύντροφός της¹⁰⁴. Στις περιπτώσεις παρένθετης μητέρας, η παρένθετη είναι η μητέρα του παιδιού, ως η γυναίκα που το γέννησε και προκειμένου οι κοινωνικοί γονείς να καταστούν νόμιμοι γονείς του, είναι αναγκαία η χορήγηση του parental order¹⁰⁵ κατά τη διαδικασία του section 54 HFE Act. Έτσι, μετά από τη χορήγηση του parental order, δεν υπάρχουν πλέον ούτε συγγενικοί ούτε νομικοί δεσμοί μεταξύ της παρένθετης μητέρας και του παιδιού. Να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με το βρετανικό δίκαιο, η κυοφόρος έχει το δικαίωμα να κρατήσει το παιδί ακόμα και αν δεν κατάγεται γενετικά από αυτήν. Για τον λόγο αυτό, η αρμόδια Αρχή στο Ηνωμένο Βασίλειο για την ανθρώπινη αναπαραγωγή προτείνει σε όσους ενδιαφέρονται να τεκνοποιήσουν με τη συγκεκριμένη μέθοδο, να επιλέγουν ως παρένθετες μητέρες, γυναίκες με τις οποίες συνδέονται με σχέσεις εμπιστοσύνης. Στα ομόφυλα ζευγάρια γυναικών, μητέρα του παιδιού είναι αυτή που το γέννησε, ενώ η σύζυγός/σύντροφός της θα είναι η γονέας του παιδιού¹⁰⁶. Σε περίπτωση όμως που η τεκνοποίηση έχει επιτευχθεί με χρήση παρένθετης μητέρας, και οι δυο γυναίκες θα είναι νόμιμοι γονείς του παιδιού με τη χορήγηση του parental order. Το ίδιο

¹⁰¹ HFE Act section 39.1

¹⁰² Human Reproductive Cloning Act 2001 section 1.1

¹⁰³ HFE Act section 33.1

¹⁰⁴ HFE Act section 35.1

¹⁰⁵ Το parental order είναι μια μορφή fast track υιοθεσίας, η οποία αποδίδει την ιδιότητα του νόμιμου γονέα στους κοινωνικούς γονείς που αποκτούν παιδί με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας.

¹⁰⁶ HFE Act sections 42-47

ισχύει και για τα ομόφυλα ζευγάρια ανδρών, αφού προκειμένου να αποκτήσουν παιδί πρέπει να προσφύγουν στη μέθοδο της παρένθετης μητέρας.

3.4 Γαλλία

Το πρώτο “παιδί του σωλήνα” στη Γαλλία γεννήθηκε το 1982¹⁰⁷, ενώ η Ι.Υ.Α.¹⁰⁸ ρυθμίστηκε για πρώτη φορά το 1994 με τους Νόμους περί Βιοηθικής¹⁰⁹, και πιο συγκεκριμένα με το Ν. 94-653 σχετικά με το σεβασμό του ανθρώπινου σώματος και το Ν. 94-654 σχετικά με τη δωρεά και τη χρήση των στοιχείων και των προϊόντων του ανθρώπινου σώματος, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την προγεννητική διάγνωση¹¹⁰. Ο παραπάνω νόμος αναθεωρήθηκε με το Ν. 2004-800 της 6^{ης} Αυγούστου 2004 σχετικά με τη βιοηθική¹¹¹, ενώ η δεύτερη τροποποίηση της νομοθεσίας έγινε λίγα χρόνια αργότερα, με το Ν. 2011-814 της 7^{ης} Ιουλίου 2011 περί βιοηθικής¹¹².

Σύμφωνα με το Γάλλο νομοθέτη η Ι.Υ.Α. αποτελεί ιατρική λύση σε ένα ιατρικό πρόβλημα¹¹³, και οι όροι πρόσβασης σε αυτή είναι καθαρά ιατρικής φύσης. Ορίζει ότι επιτρέπεται η προσφυγή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όταν:

- υπάρχει ιατρική αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο
- πρόκειται να αποφευχθεί μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο τέκνο που θα γεννηθεί
- πρόκειται να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο έτερο υποβοηθούμενο πρόσωπο

Στη γαλλική νομοθεσία ο Κώδικας Δημόσιας Υγείας¹¹⁴, ορίζει ότι ο άνδρας και η γυναίκα που συνθέτουν το υποβοηθούμενο ζευγάρι πρέπει να είναι σε ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής, χωρίς να δίνει σαφή προσδιορισμό της έννοιας αυτής. Προκύπτει έτσι ότι δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός από το νομοθέτη ούτε για τα ανώτατα αλλά ούτε και για τα κατώτατα επιτρεπτά όρια ηλικίας. Αντίθετα σαφής είναι

¹⁰⁷ Φράγκου Ρ. (2015), *Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στην Γαλλία*, σσ. 10

¹⁰⁸ Assistance Médicale à la Procréation – AMP

¹⁰⁹ Lois de bioéthique

¹¹⁰ Φράγκου Ρ. (2015), *ό.π.*, σσ. 9

¹¹¹ Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique

¹¹² Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

¹¹³ Φράγκου Ρ. (2015), *ό.π.*, σσ. 41

¹¹⁴ Κ.Δ.Υ. L. 2141-2 § 2

η απαγόρευση επιλογής φύλου, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου υπάρχει σοβαρή πιθανότητα μετάδοσης στο τέκνο γενετικού νοσήματος που συνδέεται με το φύλο.

Στο θέμα της δωρεάς, επιτρέπεται η δωρεά ωαρίων και σπέρματος, ορίζοντας ως μοναδικό όριο οι δότριες να είναι κάτω των τριάντα επτά ετών και να έχουν ικανοποιητικά καλή υγεία. Επίσης επιτρεπτή θεωρείται και η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων υπό την προϋπόθεση ότι η εφαρμογή των λοιπών μεθόδων Ι.Υ.Α. στο ενδιαφερόμενο ζευγάρι δεν μπορεί να οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα και ότι το ζευγάρι στο οποίο ανήκει το γονιμοποιημένο ωάριο είναι πλήρως ενημερωμένο και έχει παραιτηθεί από τα δικαιώματά του επ' αυτού.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κρυσυντήρηση γεννητικού υλικού. Η κρυσυντήρηση σπέρματος επιτρέπεται χωρίς όμως να προβλέπεται η μέγιστη διάρκεια κρυσυντήρησης του σπέρματος, γεγονός που σημαίνει ότι θεωρητικά μπορεί να συντηρηθεί για όσο χρονικό διάστημα επιθυμεί το υποβοηθούμενο πρόσωπο. Επιτρεπτή είναι επίσης και η κρυσυντήρηση ωαρίων, τεχνική η οποία εφαρμόζεται στη Γαλλία εδώ και περίπου είκοσι έτη¹¹⁵, και προτείνεται σε περίπτωση αδυναμίας άμεσης γονιμοποίησης, ή με σκοπό τη διατήρηση της γονιμότητας. Επιπρόσθετα ο Γάλλος νομοθέτης επιτρέπει την κρυσυντήρηση γονιμοποιημένων ωαρίων¹¹⁶, στα πλαίσια διευκόλυνσης της μεταγενέστερης υλοποίησης του οικογενειακού προγραμματισμού.

Ένα ακόμα ζήτημα που προσπαθεί να ρυθμίσει ο Γάλλος νομοθέτης είναι τις ειδικές μορφές Ι.Υ.Α.. Σύμφωνα με τον Κ.Δ.Υ.¹¹⁷, όπου ορίζεται ρητά ότι ο άνδρας και η γυναίκα που συνθέτουν το ζευγάρι πρέπει να είναι εν ζωή, απαγορεύεται τόσο η μεταθανάτια γονιμοποίηση, όσο και η μεταθανάτια μεταφορά εμβρύων. Απαγορευμένη είναι επίσης και η εφαρμογή μεθόδου παρένθετης μητρότητας, ενώ με την πρώτη αναθεώρηση των Νόμων περί Βιοηθικής στις 6 Αυγούστου 2004, απαγορεύτηκε η αναπαραγωγική και θεραπευτική κλωνοποίηση¹¹⁸.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο Γάλλος νομοθέτης ορίζει ότι η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί ιατρική λύση σε ένα ιατρικό πρόβλημα και η πρόσβαση σε αυτή επιτρέπεται μόνο στα ετερόφυλα εν ζωή ζευγάρια που είναι σε ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής. Έτσι, προκύπτει ότι απαγορεύεται η προσφυγή σε αυτές τις μεθόδους στους εξής:

¹¹⁵ Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε., Βασιλείου Μ., Δημόπουλος Ν., Κηπουρίδου Κ., Μηλαπίδου Μ., Τσαλίδης Α., Φράγκου Ρ., Χορταρά Θ. (2015), ό.π., σσ. 143

¹¹⁶ Κ.Δ.Υ. L. 2141-3 §2

¹¹⁷ Κ.Δ.Υ. L. 2141-2 §2

¹¹⁸ Φράγκου Ρ. (2015), ό.π., σσ. 307

- σε μοναχικά πρόσωπα, άνδρες ή γυναίκες δηλαδή που δεν είναι έγγαμοι ή δεν έχουν συνάψει Αστικό Σύμφωνο Αλληλεγγύης ή δε βρίσκονται σε ζευγάρι με άλλο πρόσωπο
- σε ομόφυλα ζευγάρια γυναικών
- σε ομόφυλα ζευγάρια ανδρών

Όσον αφορά τη σχέση συγγένειας που δημιουργείται στα πλαίσια εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α., η γυναίκα που θα κυοφορήσει και θα φέρει στον κόσμο το τέκνο, είναι πάντα η νόμιμη μητέρα του τέκνου, ενώ ο σύζυγος/σύντροφός της θεωρείται πατέρας του παιδιού. Σε περίπτωση που το παιδί γεννηθεί από παρένθετη μητέρα (παρόλο που απαγορεύεται), αυτή αναγνωρίζεται στη γαλλική έννομη τάξη και ως νόμιμη μητέρα του, ενώ η κοινωνική μητέρα, που επιθυμεί το παιδί, θα πρέπει να ακολουθήσει τη διαδικασία της υιοθεσίας, ακόμα κι αν το γεννητικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε ανήκει σε αυτήν. Όσον αφορά τη σχέση συγγένειας που δημιουργείται στο πλαίσιο ετερόλογης γονιμοποίησης ο νομοθέτης ορίζει ότι δεν ιδρύεται κανένας δεσμός συγγένειας μεταξύ του τέκνου που γεννιέται και του δότη¹¹⁹.

3.5 Ιταλία

Πρόκειται για μια από τις τελευταίες χώρες της Ευρώπης η οποία ρύθμισε νομικά τα θέματα που προκύπτουν από την Ι.Υ.Α.. Πρόκειται για το Ν. 40/2004¹²⁰ «Κανόνες σχετικοί με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», ο οποίος αποτελείται από επτά κεφάλαια και δεκαοκτώ συνολικά άρθρα.

Συμπληρωματικές τροποποιήσεις στην αρχική νομοθεσία πραγματοποιήθηκαν με κατευθυντήριες οδηγίες¹²¹ το 2014 και το 2015. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για τις υπ' αριθμ. 162/2014¹²² και 96/2015¹²³ αποφάσεις του Συνταγματικού Δικαστηρίου.

Σύμφωνα με τον ιταλικό νόμο, η Ι.Υ.Α. θεωρείται μια θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την ικανότητα αναπαραγωγής, δηλαδή

¹¹⁹ ΑΚ άρθρο 311-19

¹²⁰ Norme in materia di procreazione medicalmente assistita, n. 40/19.2.2004

¹²¹ Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν έχουν ασφαλώς την ισχύ νόμου, όμως η τήρησή τους είναι υποχρεωτική στο πλαίσιο της ορθής άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος.

¹²² Χορταρά Θ. (2015), *Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στην Ιταλία*, σσ. 21

¹²³ Χορταρά Θ. (2015), *ό.π.*, σσ. 22

προβλήματα υπογονιμότητας. Διακρίνονται τρεις κατηγορίες πληθυσμών που μπορούν να προσφύγουν σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής:

- στείρα ζευγάρια, στα οποία έχει πιστοποιηθεί στειρότητα σε έναν από τους δύο συζύγους
- ζευγάρια με ανεξήγητη υπογονιμότητα, όταν το σπέρμα είναι φυσιολογικό και δεν εντοπίζεται κανένα γυναικολογικό πρόβλημα στη σύντροφο
- υπογόνιμα ζευγάρια τα οποία έχουν ιστορικό επαναλαμβανόμενων αυτόματων αποβολών

Πέρα των περιπτώσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω, ο ιταλικός νόμος ορίζει ότι ακόμα και τα γόνιμα ζευγάρια στα οποία ένας από τους δύο συντρόφους ή και οι δύο είναι φορείς σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων¹²⁴ μπορούν να έχουν πρόσβαση στις μεθόδους I.Y.A., προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση της νόσου στο παιδί ή στον σύντροφο. Η επιλογή φύλου απαγορεύεται ακόμα και στην περίπτωση που πρόκειται να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής κληρονομικής νόσου που συνδέεται με το φύλο.

Επόμενο θέμα που θίγεται είναι το επιτρεπόμενο ηλικιακό όριο, ορίζοντας ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επιτρέπεται μέχρι την ηλικία όπου το ζευγάρι είναι δυνητικά ικανό για αναπαραγωγή. Αυτό σημαίνει ότι για τον άνδρα δεν υπάρχει ηλικιακό όριο, ενώ για την γυναίκα το όριο τίθεται στην ηλικία της φυσιολογικής της εμμηνόπαυσης. Όσον αφορά το κατώτατο ηλικιακό όριο, ορίζεται ότι τα άτομα θα πρέπει να είναι ενήλικα, δηλαδή δεκαοκτώ ετών και άνω¹²⁵.

Στο θέμα της δωρεάς, επιτρέπεται η δωρεά ωαρίων και σπέρματος, ορίζοντας όρια στην ηλικία των δωτών του γεννητικού υλικού. Πιο συγκεκριμένα δότες μπορούν να γίνουν άνδρες ηλικίας από δεκαοκτώ έως σαράντα ετών και γυναίκες ηλικίας από είκοσι έως τριάντα πέντε ετών¹²⁶, διατηρώντας την ανωνυμία τους. Παρά την νομιμοποίηση της δωρεάς γαμετών, απαγορευμένη είναι στην Ιταλία η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού. Η κρυοσυντήρηση ωαρίων και σπέρματος επιτρέπεται εφόσον υπάρχει ενημερωμένη και έγγραφη συναίνεση των προσώπων που παρέχουν το γεννητικό τους υλικό, ενώ η

¹²⁴ Αφορά μόνο στον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, στον ιό της ηπατίτιδας Β και στον ιό της ηπατίτιδας C

¹²⁵ ΑΚ Άρθρο 2 §1

¹²⁶ Χορταρά Θ. (2015), ό.π., σσ. 182

κρυοσυντήρηση εμβρύων απαγορεύεται, με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου για ιατρικούς λόγους δεν μπορεί να ολοκληρωθεί η εμβρυομεταφορά, οπότε και τα έμβρυα κρυοσυντηρούνται για μελλοντική χρήση. Ο χρόνος της κρυοσυντήρησης γαμετών, δε καθορίζεται από το νόμο αλλά με συμφωνία ανάμεσα στο πρόσωπο που παρέχει το γεννητικό του υλικό και στο κέντρο που θα αναλάβει την κρυοσυντήρησή του.

Ένα ακόμα ζήτημα που προσπαθεί να ρυθμίσει ο Ιταλός νομοθέτης είναι τις ειδικές μορφές I.Y.A.. Ξεκινώντας από την μεταθανάτια γονιμοποίηση, απαραίτητη προϋπόθεση¹²⁷ είναι να βρίσκονται στη ζωή και τα δύο μέλη του ζευγαριού. Αυτό σημαίνει ότι από τη στιγμή που επέλθει ο θάνατος του άνδρα και δεν έχει γίνει η γονιμοποίηση, τότε η διαδικασία σταματάει, αντίθετα ολοκληρώνεται κανονικά αν έχει γίνει η γονιμοποίηση ακόμα και αν δεν υπάρχει συναίνεση του θανόντα για μεταθανάτια γονιμοποίηση. Συνεχίζοντας με τις ειδικές μορφές, ο Ν. 40/2004¹²⁸ φαίνεται να είναι αρκετά αυστηρός, απαγορεύοντας την παρένθετη μητρότητα, ενώ απαγορεύει ρητά τόσο την αναπαραγωγική όσο και την θεραπευτική κλωνοποίηση¹²⁹.

Πέρα των περιπτώσεων όπου ένα ετερόφυλο ζευγάρι επιθυμεί να τεκνοποιήσει, πρέπει να εξεταστεί και το ενδεχόμενο επιθυμίας εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων να αποκτήσουν παιδιά. Σύμφωνα με το νόμο που ισχύει στην Ιταλία¹³⁰ απαγορεύεται η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε μοναχικές γυναίκες, άνδρες και σε ομόφυλα ζευγάρια, ανδρών και γυναικών.

Όσον αφορά τη σχέση συγγένειας, μητέρα του παιδιού θεωρείται πάντα αυτή που το γεννά. Στις περιπτώσεις ετερόλογης γονιμοποίησης, νόμιμος πατέρας θεωρείται ο σύζυγος /σύντροφός της εφόσον έχει συναινέσει στην διαδικασία.

3.6 Ιρλανδία

Η Ιρλανδία πολύ πρόσφατα ρύθμισε νομικά τα θέματα που προκύπτουν από την I.Y.A., με το νόμο Children and Family Relationships Act 2015, ο οποίος ψηφίστηκε στις 6 Απριλίου 2015.

Σύμφωνα με τον ιρλανδικό νόμο, η εφαρμογή μεθόδων I.Y.A. επιτρέπεται στις περιπτώσεις όπου υπάρχει ιατρική αδυναμία απόκτησης παιδιών, και όταν πρόκειται να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί που θα γεννηθεί. Η επιλογή

¹²⁷ Ν. 40/2004 Άρθρο 5

¹²⁸ Ν. 40/2004 Άρθρο 12 §6

¹²⁹ Ν. 40/2004 Άρθρο 13 §3

¹³⁰ Ν. 40/2004 Άρθρο 5

φύλου επιτρέπεται όχι μόνο για την αποφυγή μετάδοσης σοβαρών ασθενειών που συνδέονται με το φύλο, αλλά και σε κάθε άλλη περίπτωση (οικογενειακός προγραμματισμός, επιθυμία του ζευγαριού κ.λπ.).

Επόμενο θέμα που θίγεται είναι το επιτρεπτό του ορίου ηλικίας, χωρίς να τίθενται ιδιαίτεροι περιορισμοί, είτε για τη γυναίκα είτε για τον άντρα. Πιο συγκεκριμένα, δεν μπορεί να προσφύγουν σε μεθόδους I.Y.A. άτομα πριν τα δεκαοκτώ έτη, ενώ στις περιπτώσεις ετερόλογης γονιμοποίησης το κατώτατο όριο ηλικίας των υποβοηθούμενων προσώπων ορίζεται στα είκοσι ένα έτη σύμφωνα με το νόμο¹³¹.

Στο θέμα της δωρεάς και σύμφωνα με το νόμο¹³² του 2015, επιτρέπεται η δωρεά ωαρίων, σπέρματος και γονιμοποιημένων ωαρίων.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην κρυσυντήρηση γεννητικού υλικού, επιτρέποντας την κρυσυντήρηση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, χωρίς να τίθεται περιορισμός στο χρόνο κρυσυντήρησης, με το χρονικό διάστημα κρυσυντήρησης να διαμορφώνεται από τον ίδιο τον ασθενή¹³³.

Ένα ακόμα ζήτημα που προσπαθεί να ρυθμίσει ο Ιρλανδός νομοθέτης είναι τις ειδικές μορφές I.Y.A.. Η Ιρλανδία είναι η μοναδική χώρα όπου δεν υπάρχει καμία σχετική ρύθμιση για την μεταθανάτια γονιμοποίηση και καθώς δεν προβλέπεται από τη νομοθεσία προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται, με μοναδική προϋπόθεση ο άνδρας που έχει χορηγήσει το σπέρμα του για κρυσυντήρηση να έχει δηλώσει την επιθυμία του για γονιμοποίηση αυτού και μετά τον θάνατό του.

Συνεχίζοντας με τις ειδικές μορφές, και στην Ιρλανδία απαγορεύεται η παρένθετη μητρότητα, ενώ παράλληλα απαγορεύεται και η αναπαραγωγική κλωνοποίηση. Επιτρεπτή είναι μόνο η θεραπευτική κλωνοποίηση, κατόπιν όμως σχετικής άδειας και μόνο υπό όρους¹³⁴.

Πέρα των περιπτώσεων όπου ένα ετερόφυλο ζευγάρι επιθυμεί να τεκνοποιήσει, πρέπει να εξεταστεί και το ενδεχόμενο επιθυμίας εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων να αποκτήσουν παιδιά. Στην Ιρλανδία, η παροχή υπηρεσιών I.Y.A. εμπίπτει στο ρυθμιστικό πεδίο των Equal Status Acts 2000-2004, βάση των οποίων απαγορεύεται οποιαδήποτε διάκριση με βάση τις σεξουαλικές προτιμήσεις ή την

¹³¹ Children and Family Relationships Act 2015 Άρθρο 9 (για τις γυναίκες) και Άρθρο 11 (για τους άνδρες)

¹³² Children and Family Relationships Act 2015, τρίτο κεφάλαιο

¹³³ Δημόπουλος Ν.ΧΡ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στην Ιρλανδία, σσ. 67

¹³⁴ Δημόπουλος Ν.ΧΡ. (2015), ό.π., σσ. 103

οικογενειακή κατάσταση¹³⁵. Με βάση αυτό, μια μοναχική γυναίκα μπορεί να προσφύγει σε μεθόδους I.Y.A. Διαφοροποίηση υπάρχει στην περίπτωση των μοναχικών ανδρών, οι οποίοι μπορούν να τεκνοποιήσουν μόνο με χρήση της παρένθετης μητέρας, και καθώς η τεχνική αυτή δεν επιτρέπεται στην Ιρλανδία, προκύπτει ότι οι μοναχικοί άνδρες αποκλείονται από την πρόσβαση σε μεθόδους I.Y.A.. Επιπλέον στον ιρλανδικό νόμο δεν υπάρχει ρητή απαγόρευση της πρόσβασης των ομόφυλων ζευγαριών στην I.Y.A. και για το λόγο αυτό θεωρείται επιτρεπτή.

Όσον αφορά τη σχέση συγγένειας που δημιουργείται, νόμιμη μητέρα του τέκνου είναι η γυναίκα που το γεννά. Ως νόμιμος πατέρας του παιδιού αναγνωρίζεται ο σύζυγος/σύντροφος της μητέρας του παιδιού, εφόσον όμως πληρούνται οι εξής δύο προϋποθέσεις που προβλέπονται στο νόμο Children and Family Relationships Act 2015:

- η μητέρα κατά την συναίνεσή της στην διαδικασία την I.Y.A. είχε συνανέσει και στο να αναγνωριστεί ως πατέρας του παιδιού ο σύζυγός/σύντροφός της
- ο σύζυγος/σύντροφος έχει συνανέσει στο να αναγνωριστεί ο ίδιος ως πατέρας του παιδιού που θα γεννηθεί από τη συγκεκριμένη γυναίκα

¹³⁵ Συμεωνίδου - Καστανίδου Ε., Βασιλείου Μ., Δημόπουλος Ν., Κηπουρίδου Κ., Μηλαπίδου Μ., Τσαλίδης Α., Φράγκου Ρ., Χορταρά Θ. (2015), ό.π., σσ. 233

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Σύγκριση των Ευρωπαϊκών Νομοθεσιών

4.1 Εισαγωγή

Έχοντας αναλύσει στα προηγούμενα κεφάλαια τη νομοθεσία ορισμένων Ευρωπαϊκών χωρών, διαπιστώνουμε ότι, είκοσι χρόνια μετά την υπογραφή της Σύμβασης του Οβιέδο ανάμεσα στα κράτη - μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, εξακολουθούν να υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές στον τομέα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τόσο μεταξύ των διαφόρων εθνικών νομοθετικών πλαισίων όσο και μεταξύ των εφαρμοζόμενων πρακτικών. Κάθε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει τη δική του νομοθεσία σχετικά με την Ι.Υ.Α., με το φάσμα των ρυθμίσεων να εκτείνεται από απολύτως επιτρεπτές νομοθεσίες, όπως είναι αυτή της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου, έως πολύ αυστηρές και περιοριστικές, όπως είναι της Ιταλίας. Και τούτο διότι, σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν υφίστανται ουσιαστικές διατάξεις και δεν ρυθμίζονται τα ζητήματα της εφαρμογής των μεθόδων της Ι.Υ.Α.¹³⁶. Στο παρών κεφάλαιο ακολουθεί σύγκριση των νομοθεσιών αυτών.

4.2 Συγκριτική Μελέτη

Στις περισσότερες χώρες που μελετήθηκαν έχει θεσπιστεί ειδική νομοθεσία για την Ι.Υ.Α. με πρώτη τη Σουηδία το 1984 με το νόμο Insemination Act 1984:1140, ενώ έξι χρόνια μετά ακολουθεί η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο με τους νόμους Embryonenschutzgesetz - ESchG 13/12/1990 και Human Fertilization and Embryology Act 1990 αντίστοιχα. Η Γαλλία το 1994 ρυθμίζει την Ι.Υ.Α. με τους Νόμους περί Βιοηθικής Lois de bioéthique, και πιο συγκεκριμένα το νόμο υπ. αριθμ. 94-653 σχετικά με το σεβασμό του ανθρωπίνου σώματος και το νόμο υπ. αριθμ. 94-654 σχετικά με τη δωρεά και τη χρήση των στοιχείων και των προϊόντων του ανθρωπίνου σώματος. Μόλις το 2002 ακολουθεί η Ελλάδα με το Ν. 3089/2002, ενώ δύο χρόνια αργότερα, το 2004,

¹³⁶ Η έκδοση της Οδηγίας 2004/23/EK «για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, αποθήκευση και τη διανομή των ανθρόπινων ιστών και κυττάρων» έθεσε ένα βασικό νομικό πλαίσιο στο οποίο εμπίπτουν ορισμένα από τα ζητήματα εφαρμογής των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ψηφίζεται και στην Ιταλία ο Ν. 40/19.2.2004. Τέλος η Ιρλανδία είναι η μόνη χώρα στην οποία μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε ειδική νομοθεσία για τα ζητήματα της Ι.Υ.Α., αφού μόλις στις 6 Απριλίου 2015 ψηφίστηκε ο νόμος Children and Family Relationships Act 2015.

Παρά τη θέσπιση της αρχικής νομοθεσίας, ακόμα και στις περιπτώσεις που είναι πρόσφατη, αναγκαίες είναι αρκετές φορές οι νομοθετικές παρεμβάσεις. Έτσι, σε αρκετές από τις χώρες που μελετήθηκαν, είτε λόγω των ταχύτατων εξελίξεων της τεχνολογίας, είτε αντιδράσεων που υπήρξαν ότι ορισμένες διατάξεις αντιτίθενται στο Σύνταγμα ή σε διεθνή κείμενα προάσπισης των ατομικών ελευθεριών, είτε ακόμα και η ανάγκη για εκσυγχρονισμό της νομοθεσίας, οδήγησε στην τροποποίηση των πρώτων νομοθεσιών, προκειμένου να αντιμετωπιστούν προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί από την εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι ημερομηνίες στις οποίες θεσπίστηκε η αρχική νομοθεσία, καθώς επίσης και οι χρονολογίες τροποποίησης αυτών.

Πίνακας 4.1

Νομοθεσία για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

	Αρχική Νομοθεσία	1 ^η Τροποποίηση	2 ^η Τροποποίηση	3 ^η Τροποποίηση	4 ^η Τροποποίηση
Γαλλία	1994	-	-	-	-
Γερμανία	1990	2001	2011	-	-
Ελλάδα	2002	2005	2014	-	-
Ηνωμένο Βασίλειο	1990	2008	-	-	-
Ιρλανδία	2015	-	-	-	-
Ιταλία	2004	2014	2015	-	-
Σουηδία	1984	1988	1991	2003	2005

Σχετικά με τους όρους πρόσβασης, επιτρέπεται σε όλες τις χώρες όταν παρατηρείται ιατρική αδυναμία απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο καθώς επίσης και αν πρόκειται να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Αντίθετα στις περιπτώσεις αποφυγής μετάδοσης ασθένειας στον σύντροφο επιτρεπτή είναι στη Γαλλία, την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο το οποίο αποτελεί την μοναδική χώρα στην οποία

επιτρέπεται ακόμα και σε περιπτώσεις ύπαρξης πραγματικής αδυναμίας απόκτησης παιδιού με φυσικό τρόπο.

Πίνακας 4.2

Όροι πρόσβασης στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

	Ιατρική αδυναμία απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο	Αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας στο παιδί	Αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας στον σύντροφο	Πραγματική αδυναμία απόκτησης παιδιού με φυσικό τρόπο
Γαλλία	✓	✓	✓	-
Γερμανία	✓	✓	-	-
Ελλάδα	✓	✓	-	-
Ηνωμένο Βασίλειο	✓	✓	✓	✓
Ιρλανδία	✓	✓	-	-
Ιταλία	✓	✓	✓	-
Σουηδία	✓	✓	-	-

Όσον αφορά στην επιλογή φύλου στις περισσότερες χώρες επιτρέπεται προκειμένου να αποφευχθεί μετάδοση φυλοσύνδετων νοσημάτων στο παιδί, με μοναδική εξαίρεση την Ιταλία στην οποία δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση και την Ιρλανδία στην οποία επιτρέπεται χωρίς κανένα περιορισμό.

Πίνακας 4.3

Επιλογή φύλου

	Επιτρέπεται	Δεν επιτρέπεται	Επιτρέπεται για αποφυγή μετάδοσης νόσου στο παιδί
Γαλλία	-	-	✓
Γερμανία	-	-	✓
Ελλάδα	-	-	✓
Ηνωμένο Βασίλειο	-	-	✓
Ιρλανδία	✓	-	✓
Ιταλία	-	✓	-
Σουηδία	-	-	✓

Σχετικά με το ανώτερο επιτρεπτό όριο ηλικίας, σε τρεις από τις χώρες που εξετάστηκαν (Γαλλία, Ελλάδα και Ιταλία,) τίθενται ηλικιακά όρια για την προσφυγή σε μεθόδους Ι.Υ.Α., ενώ αντίθετα στις υπόλοιπες τέσσερις (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία και Σουηδία) δεν τίθεται κανένας ηλικιακός περιορισμός.

Πίνακας 4.4

Ανώτατα ηλικιακά όρια στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

	Γυναίκες	Άνδρες
Γαλλία	Ηλικία φυσικής αναπαραγωγής	Ηλικία φυσικής αναπαραγωγής
Γερμανία	-	-
Ελλάδα	50 ^ο έτος	-
Ηνωμένο Βασίλειο	-	-
Ιρλανδία	-	-
Ιταλία	Ηλικία φυσικής αναπαραγωγής	Ηλικία φυσικής αναπαραγωγής
Σουηδία	-	-

Όσον αφορά τα κατώτατα ηλικιακά όρια, η Σουηδία είναι η μοναδική χώρα που δεν έχει ορίσει κάποιο όριο, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες.

Πίνακας 4.5

Κατώτατα όρια στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

	Γυναίκες	Άνδρες
Γαλλία	Ηλικία φυσικής αναπαραγωγής	Ηλικία φυσικής αναπαραγωγής
Γερμανία	18 ^ο έτος	18 ^ο έτος
Ελλάδα	18 ^ο έτος	18 ^ο έτος
Ηνωμένο Βασίλειο	16 ^ο έτος	16 ^ο έτος
Ιρλανδία	21 ^ο έτος	21 ^ο έτος
Ιταλία	18 ^ο έτος	18ο έτος
Σουηδία	-	-

Συνεχίζοντας με τη δωρεά γεννητικού υλικού, παρατηρήθηκε ότι σε όλες τις χώρες επιτρέπεται η δωρεά σπέρματος, χωρίς ωστόσο να ισχύει το ίδιο για τη δωρεά ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων. Πιο συγκεκριμένα η Γερμανία αποτελεί τη μοναδική χώρα στην οποία μέχρι και σήμερα απαγορεύεται η δωρεά ωαρίων, ενώ ακόμα απαγορεύεται στην Ιταλία και στη Σουηδία η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων.

Πίνακας 4.6

Χώρες όπου επιτρέπεται η δωρεά γεννητικού υλικού

	Δωρεά σπέρματος	Δωρεά ωαρίων	Δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων
Γαλλία	✓	✓	✓
Γερμανία	✓	-	✓
Ελλάδα	✓	✓	✓
Ηνωμένο Βασίλειο	✓	✓	✓
Ιρλανδία	✓	✓	✓
Ιταλία	✓	✓	-
Σουηδία	✓	✓	-

Διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των χωρών και στις ειδικές μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η μεταθανάτια γονιμοποίηση απαγορεύεται πλήρως στη Γαλλία και στη Σουηδία, ενώ στις υπόλοιπες χώρες επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα. Αρκετά αυστηροί φαίνεται να είναι οι νομοθέτες όσον αφορά την παρένθετη μητρότητα, τεχνική η οποία απαγορεύεται σε όλες τις χώρες με μοναδική εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ στην Ελλάδα επιτρέπεται υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Τέλος, η αναπαραγωγική κλωνοποίηση δεν επιτρέπεται σε καμία χώρα, ενώ η θεραπευτική επιτρέπεται μόνο στην Ελλάδα το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία και τη Σουηδία.

Πίνακας 4.7

Χώρες όπου επιτρέπονται οι ειδικές μορφές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

	Μεταθανάτια γονιμοποίηση	Παρένθετη μητρότητα	Αναπαραγωγική Κλωνοποίηση	Θεραπευτική Κλωνοποίηση
Γαλλία	-	-	-	-
Γερμανία	✓ (αν έχει γίνει η γονιμοποίηση προτού επέλθει ο θάνατος)	-	-	-
Ελλάδα	✓ (αν υπάρχει συναίνεση για μεταθανάτια μεταφορά)	✓ (υπό αυστηρές προϋποθέσεις)	-	✓
Ηνωμένο Βασίλειο	✓ (αν υπάρχει συναίνεση για μεταθανάτια μεταφορά)	✓	-	✓
Ιρλανδία	✓ (αν υπάρχει συναίνεση για μεταθανάτια μεταφορά)	-	-	✓
Ιταλία	✓ (αν έχει γίνει η γονιμοποίηση προτού επέλθει ο θάνατος)	-	-	-
Σουηδία		-	-	✓

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών για τα εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα. Διακρίνονται έτσι τέσσερις περιπτώσεις:

- μοναχικές γυναίκες, όπου μόνο η Ελλάδα, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο τους επιτρέπει να προσφύγουν σε μεθόδους I.Y.A.
- μοναχικοί άνδρες, όπου μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο τους επιτρέπεται η πρόσβαση σε τεχνικές I.Y.A.

- ομόφυλα ζευγάρια γυναικών, με τέσσερις από τις χώρες που μελετήθηκαν (Γερμανία, Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο και Σουηδία) να τους επιτρέπουν να κάνουν χρήση αυτών των μεθόδων
- ομόφυλα ζευγάρια ανδρών, με μόνο δύο χώρες στις οποίες επιτρέπεται (Ιρλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο)

Πίνακας 4.8

Η πρόσβαση εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

	Μοναχικές γυναίκες	Μοναχικοί άνδρες	Ομόφυλα ζευγάρια γυναικών	Ομόφυλα ζευγάρια ανδρών
Γαλλία	-	-	-	-
Γερμανία	-	-	✓	-
Ελλάδα	✓	-	-	-
Ηνωμένο Βασίλειο	✓	✓	✓	✓
Ιρλανδία	✓	-	✓	✓
Ιταλία	-	-	-	-
Σουηδία	-	-	✓	-

4.3 Συμπεράσματα

Βάση των παραπάνω, παρατηρεί κανείς ότι υπάρχουν πολύ σημαντικές διαφορές, στο νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την Ι.Υ.Α., μεταξύ των επτά χωρών που εξετάστηκαν. Διαφοροποίηση παρατηρείται μεταξύ των χωρών στους όρους πρόσβασης στις μεθόδους αυτές, στις επιμέρους προϋποθέσεις πρόσβασης και στη δυνατότητα εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. σε ομόφυλα ζευγάρια ή σε μοναχικά άτομα.

Πιο συγκεκριμένα:

- σε πολλές χώρες απαγορεύεται η προεμφυτευτική διάγνωση, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου το ζευγάρι έχει στο ιστορικό του γέννηση παιδιού με σοβαρές γενετικές ασθένειες
- στις περισσότερες χώρες απαγορεύεται η παρένθετη μητέρα, ακόμα κι αν το γεννητικό υλικό προέρχεται από τα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί

- σε αρκετές χώρες η απόκτηση παιδιού με χρήση τεχνικών Ι.Υ.Α., επιτρέπεται μόνο στις περιπτώσεις όπου συνδέεται γενετικά τουλάχιστον με τον ένα γονέα
- μοναχικές γυναίκες, άνδρες και ομόφυλα ζευγάρια, δεν έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν γενετικά δικό τους παιδί

Όλες οι παραπάνω διαφορές έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, καθώς δεν υπάρχει ισότιμη πρόσβαση όλων των Ευρωπαίων πολιτών στα επιτεύγματα της αναπαραγωγικής τεχνολογίας. Επιπλέον αναπτύσσεται ο αναπαραγωγικός τουρισμός, καθώς δεν είναι λίγοι εκείνοι οι οποίοι επιλέγουν χώρες με πιο ελαστική νομοθεσία, προκειμένου να υποβληθούν σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με στόχο να αποκτήσουν παιδί. Από την άλλη πλευρά βέβαια, διευρύνονται και οι ταξικές ανισότητες, καθώς αρκετά ζευγάρια δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ταξιδεύσουν σε άλλη χώρα καλύπτοντας με προσωπικά τους έξοδα την διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Τα οικονομικά της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Ιδιαίτερα κρίσιμο κομμάτι στην όλη διαδικασία εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. είναι το οικονομικό κόστος της εφαρμογής αυτής. Ως γνωστόν, πρόκειται για μια αρκετά δαπανηρή διαδικασία, γεγονός που συχνά λειτουργεί αποτρεπτικά για τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα. Για το λόγο αυτό καθοριστικής σημασίας είναι η κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία μέρους ή του συνόλου του κόστους της.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια εκτίμησης του κόστους καθώς επίσης και της ασφαλιστικής κάλυψης, στην Ελλάδα, αλλά και στις υπόλοιπες έξι χώρες των οποίων το νομικό πλαίσιο αναλύθηκε νωρίτερα.

5.1 Κόστος

Το κόστος των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, διότι εξαρτάται από το χρόνο επίτευξης της εγκυμοσύνης, το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης και το ιατρικό προσωπικό που συμμετέχει. Επιπλέον το κόστος διαμορφώνεται ανάλογα και με τα φάρμακα τα οποία ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να διεγερθούν οι ωθήκες καθώς επίσης και από τη μέθοδο που θα εφαρμοστεί. Επίσης, σε ορισμένες χώρες διαφοροποίηση στο κόστος υπάρχει μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών.

Τα ποσά τα οποία θα αναφερθούν στη συνέχεια αφορούν το μέσο όρο κόστους ενός τυπικού κύκλου Ι.Υ.Α. χωρίς κρυοσυντήρηση ή άλλες πρόσθετες εργασίες. Σημαντικό είναι να αναφερθεί επίσης ότι οι παρακάτω τιμές είναι ενδεικτικές, και προέρχονται από έρευνα που έγινε στις ιστοσελίδες μονάδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Στην Ελλάδα το κόστος διαφοροποιείται μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Έτσι, σε ορισμένα δημόσια νοσοκομεία το κόστος ανά κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης ανέρχεται στα 500 ευρώ, ενώ σε άλλα κυμαίνεται στα 200 ευρώ ή σε άλλα είναι δωρεάν. Στα ιδιωτικά ιατρικά κέντρα, το κόστος της Ι.Υ.Α. ανέρχεται περίπου σε 3.000 ως 3.500 ευρώ, χωρίς να συμπεριλαμβάνεται το κόστος των φαρμάκων, σε αντίθετη περίπτωση ανέρχεται σε 4.000 ως 5.000 ευρώ περίπου.

Στη Γαλλία, ένας κύκλος ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με σπερματέγχυση κυμαίνεται από 900 ως 1.500 ευρώ, ένας κύκλος εξωσωματικής

γονιμοποίησης από 3.300 ως 4.100 ευρώ, ενώ ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης με μικρογονιμοποίηση (IVF με ICSI) από 3.600 ως 4.700 ευρώ¹³⁷.

Στη Γερμανία, ένας κύκλος ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με σπερματέγχυση κυμαίνεται στα 250 ευρώ, ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης συμπεριλαμβανομένων όλων των φαρμάκων και αναισθητικών, είναι περίπου στα 3.300 ενώ ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης με μικρογονιμοποίηση (IVF με ICSI) στα 3.800 ευρώ¹³⁸.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρέχει το NHS στην ιστοσελίδα του¹³⁹, το κόστος της σπερματέγχυσης κυμαίνεται από 900 ως 1.5000 ευρώ ανά κύκλο, ενώ ένας κύκλος με τη μέθοδο IVF κοστίζει περίπου 5.700 ευρώ. Οι παραπάνω τιμές είναι ίδιες και για τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

Στην Ιταλία ένας τυπικός κύκλος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που διενεργείται σε ιδιωτική μονάδα, κοστίζει από 2.500 ως 5.000 ευρώ μη περιλαμβανομένων των φαρμάκων.

Στην Ιρλανδία, το μέσο κόστος σπερματέγχυσης ανέρχεται περίπου στα 200 έως 400 ευρώ, ενώ ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης ανέρχεται συνολικά στα 5.500 με 6.500 ευρώ.

Στη Σουηδία, κατά μέσο όρο, ένα τυπικός κύκλος ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χωρίς κρυοσυντήρηση ή άλλες πρόσθετες εργασίες κοστίζει περίπου 2.900 έως 3.200 ευρώ.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα κόστη για τις μεθόδους IUI, IVF και ICSI.

¹³⁷ <http://www.fivfrance.com>

¹³⁸ <https://www.fertility-center-hh.de/>

¹³⁹ <https://www.nhs.uk/>

Πίνακας 5.1

Ενδεικτικό κόστος μεθόδων ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

	Σπερματέγχυση (IUI)	Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)	Εξωσωματική με μικρογονιμοποίηση (ICSI)
Γαλλία	900-1.500€	3.800-4.200€ (δημόσια νοσοκομεία) 4.000-5.000€ (ιδιωτικές κλινικές)	3.900-4.600€ (δημόσια νοσοκομεία) 4.100-5.200€ (ιδιωτικές κλινικές)
Γερμανία	1.000€	3.300€	3.800€
Ελλάδα	400-700€	3.000-3.500€ (μη συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων)	5.000-6.000€
Ηνωμένο Βασίλειο	-	5.700€	5.700€+
Ιρλανδία	200-400€	5.500-6.500€	-
Ιταλία	-	2.500-5.000€	-
Σουηδία	-	2.900-3.200€	-

5.2 Ασφαλιστική κάλυψη

Η κάλυψη από το ασφαλιστικό ταμείο μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στις θεραπευτικές αποφάσεις. Μπορεί να καθορίσει πόσους κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης μπορεί να κάνει το υποβοηθούμενο ζευγάρι ή την έκταση της διαγνωστικής διαδικασίας. Στην ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά στην ασφαλιστική κάλυψη της Ι.Υ.Α., καθώς κάποιες από τις μεθόδους της Ι.Υ.Α. αποτελούν ιδιαίτερα πολύπλοκες και πολυδάπανες διαδικασίες, οι οποίες είναι απαγορευτικές για πρόσωπα τα οποία δεν έχουν την ανάλογη οικονομική δυνατότητα.

Στην Ελλάδα, ο Ν. 3305/2005 στο Άρθρο 28 ορίζει ότι με Προεδρικό Διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η απαιτούμενη διαδικασία για την κάλυψη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς των δαπανών εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. και των συναφών τεχνικών¹⁴⁰, καθώς και η κάλυψη των ανασφάλιστων δικαιούχων από το πρόγραμμα κοινωνικής πρόνοιας. Ωστόσο, ενώ από τον Ιούνιο του 2010 έχει κατατεθεί το Σχέδιο ΠΔ για την

¹⁴⁰ Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), ό.π., σσ. 19

«Ασφαλιστική κάλυψη της Εφαρμογής Μεθόδων της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», έως και σήμερα παραμένει ανυπόγραφο. Αξίζει να σημειωθεί ότι με το Σχέδιο ΠΔ καλύπτονταν οι δαπάνες για τις προκαταρτικές εξετάσεις, τα φάρμακα, τις κλινικές και εργαστηριακές πράξεις, δινόταν επίδομα τοκετού και κυοφορίας, καθοριζόταν ο αριθμός των προσπαθειών σπερματέγχυσης και εξωσωματικής γονιμοποίησης που καλυπτόταν ασφαλιστικά, κοστολογούνταν οι κλινικές και εργαστηριακές πράξεις. Τέλος, στο Διάταγμα προβλεπόταν ότι, για τους οικονομικά αδυνάτους και ανασφάλιστους, η εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. θα γινόταν δωρεάν στα κρατικά νοσοκομεία.

Αυτό έχει ως συνέπεια, η κάλυψη των δαπανών να προβλέπεται αποσπασματικά από άλλα νομοθετήματα και πιο συγκεκριμένα με το άρθρο 13 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας Ε.Ο.Π.Π.Υ.¹⁴¹ και αποφάσεις του Ε.Ο.Π.Π.Υ..

Έτσι προκύπτει, ότι όταν ένα ετερόφυλο ζευγάρι προσφεύγει στις μεθόδους της Ι.Υ.Α. σε δημόσιο νοσοκομείο, το ασφαλιστικό ταμείο καλύπτει όλες τις δαπάνες. Αντίθετα, σε περίπτωση διενέργειας εξωσωματικής γονιμοποίησης σε ιδιωτικό νοσοκομείο, αποδίδεται στις ασφαλισμένες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το ποσό των 352,16 ευρώ ανά κύκλο¹⁴², και σε περίπτωση μη ολοκληρωμένης προσπάθειας αποδίδεται το μισό του παραπάνω ποσού. Η ασφαλιστική κάλυψη είναι ίδια τόσο στην ομόλογη όσο και στην ετερόλογη γονιμοποίηση. Τα ίδια ακριβώς ισχύουν στην περίπτωση των μοναχικών γυναικών, αντίθετα με τις περιπτώσεις μοναχικών ανδρών και ομόφυλων ζευγαριών όπου δεν προβλέπεται ασφαλιστική κάλυψη.

Σύμφωνα με απόφαση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.¹⁴³ *«Κάθε γυναίκα δικαιούται να υποβληθεί σε τέσσερις συνολικά προσπάθειες διέγερσης ωοθηκών ή και ενδομητρικής σπερματέγχυσης. Εάν δεν υπάρξει θετική έκβαση, το υπογόνιμο ζευγάρι μπορεί στη συνέχεια να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση μέχρι τέσσερις φορές συνολικά και ανά τετράμηνο τουλάχιστον. Για τη διενέργεια εξωσωματικής μετά από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας πρέπει να παρέλθουν τέσσερις μήνες. Μετά τη διενέργεια τεσσάρων*

¹⁴¹ ΦΕΚ Β' 3054/18.11.2012

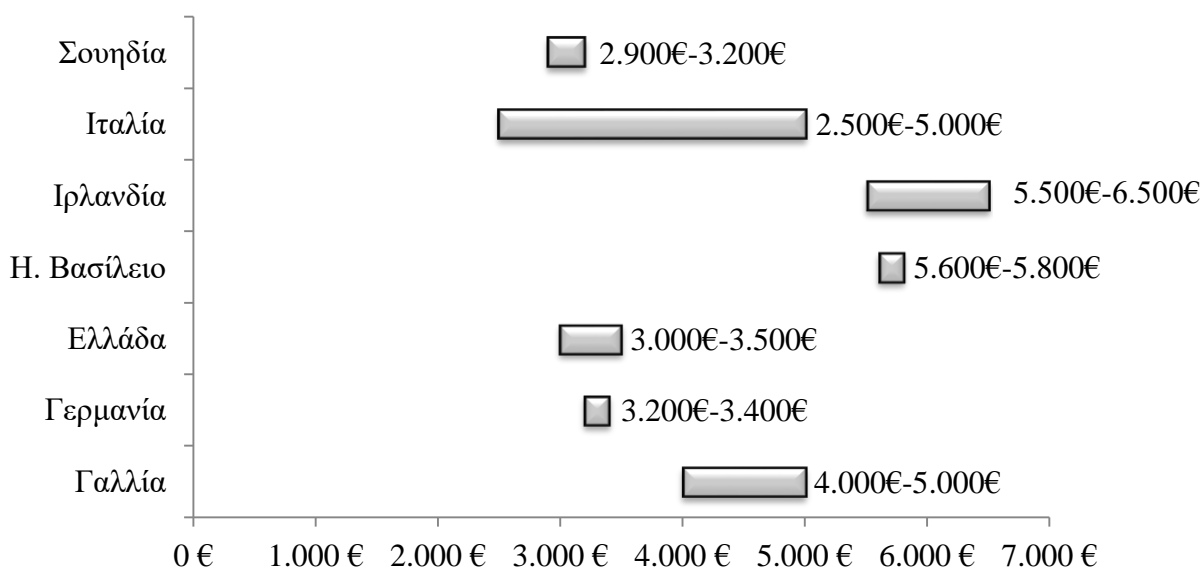
¹⁴² Υπ' αριθμ. πρωτ. 37112/30-08-2012 Απόφαση Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με θέμα: «Απόδοση δαπάνης εξωσωματικής γονιμοποίησης στους ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που διενεργήθηκαν σε μη συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς».

¹⁴³ Υπ' αριθμ. πρωτ. 34265/24-10-2013 Απόφαση Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με θέμα: «Διευκρινίσεις σχετικά με τις διαδικασίες έγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης, πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας και χορήγησης γοναδοτροπινών σε άνδρες»

προσπαθειών εξωσωματικής, δεν εγκρίνονται προσπάθειες πρόκλησης ωοθυλακιωρρηξίας/σπερματέγχυσης».

5.3 Συμπεράσματα

Παρατηρούμε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο κόστος της Ι.Υ.Α.. Όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο είναι από τις πιο ακριβές χώρες, ακολουθούν η Γαλλία, η Ελλάδα και η Ιταλία, ενώ πιο οικονομικές φαίνεται να είναι οι τεχνικές Ι.Υ.Α. στη Γερμανία και τη Σουηδία.



Διάγραμμα 5.1

Ενδεικτικό κόστος για ένα κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF)

Στην Ελλάδα, μέχρι σήμερα δεν έχει υπογραφεί το ΠΔ που θα προσδιορίζει την ασφαλιστική κάλυψη, με αποτέλεσμα να καλύπτεται από άλλα νομοθετήματα. Επίσης το ποσό που καλύπτουν τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αρκετά μικρό συγκριτικά με το συνολικό κόστος ενός κύκλου. Παράλληλα, η διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί για την είσπραξη του ποσού είναι αρκετά χρονοβόρα και περιλαμβάνει τεράστια γραφειοκρατία, με αποτέλεσμα αρκετά ζευγάρια να επιλέγουν να καλύψουν το κόστος εξ ολοκλήρου με δικά τους έξοδα.

Το σύστημα της Γαλλίας φαίνεται να είναι ένα από τα πιο γενναιόδωρα συστήματα ασφαλιστικής κάλυψης της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς μπορεί να καλύψει ως και το 100% της δαπάνης των τεχνικών της ιατρικά υποβοηθούμενης

αναπαραγωγής, αρκεί το υποψήφιο υποβοηθούμενο ζευγάρι να πληροί το σύνολο των απαιτούμενων προϋποθέσεων. Από την άλλη, η Γερμανία καλύπτει μόνο το 50% του κόστους της διαδικασίας και μόνο υπό αυστηρές προϋποθέσεις για τα έγγαμα ζευγάρια. Αντίθετα με τη Γαλλία, στην Ιρλανδία δεν καλύπτεται ασφαλιστικά καμία δαπάνη για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Διαφοροποίηση υπάρχει και στην Ιταλία, όπου το ποσό της κάλυψης αποφασίζεται κάθε φορά από τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεγάλο πρόβλημα του συστήματος είναι ότι οι προϋποθέσεις ασφαλιστικής κάλυψης της εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. είναι πολύ αυστηρές, με αποτέλεσμα τα τρία τέταρτα των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικές Μονάδες Ι.Υ.Α., με το κόστος τους να καλύπτεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Στη Σουηδία, το σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης παρουσιάζει δύο βασικά προβλήματα. Αρχικά καλύπτονται μόνο οι ενέργειες που γίνονται σε δημόσια νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μεγάλες λίστες αναμονής και πολλοί να αναγκάζονται να καλύψουν τελικά με δικά τους χρήματα τις προσπάθειες, ενώ κάθε Περιφέρεια θέτει δικές της προϋποθέσεις σε ό,τι αφορά την κάλυψη της Ι.Υ.Α..

Όλα αυτά φαίνεται να δημιουργούν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των πολιτών, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις πολλά ζευγάρια αναγκάζονται να καλύψουν με δικά τους χρήματα τα έξοδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει ανάλυση αριθμητικών δεδομένων προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τις τάσεις που παρατηρούνται στον τομέα της Ι.Υ.Α. για τις επτά χώρες που μελετήθηκαν και παραπάνω.

Πρόκειται για δεδομένα δεκαεσσάρων ετών (2000-2013) τα οποία έχουν συλλεχθεί από την Εθνική Αρχή κάθε χώρας και έχουν παραδοθεί στο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα παρακολούθησης της εξωσωματικής γονιμοποίησης - ΕΙΜ για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας - ESHRE. Η δημοσιοποίηση των δεδομένων ανήκει στη διακριτική ευχέρεια της κάθε κλινικής.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό των κλινικών που παραχώρησαν δεδομένα. Στα σημεία του πίνακα που εμφανίζεται (-), η εκάστοτε χώρα παραχώρησε όλα τα δεδομένα τα οποία θα αναλυθούν στη συνέχεια, με μοναδική εξαίρεση το συνολικό αριθμό κλινικών.

Πίνακας 6.1

Ποσοστό κλινικών που συμμετείχαν στη συλλογή δεδομένων

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία	Συνολικά
2000	94,62%	-	17,39%	100,00%	60,00%	65,22%	100,00%	75,64%
2001	89,13%	-	15,22%	100,00%	60,00%	51,30%	100,00%	69,43%
2002	100,00%	-	24,00%	100,00%	-	55,83%	100,00%	74,29%
2003	100,00%	100,00%	50,00%	100,00%	80,00%	59,90%	100,00%	80,94%
2004	100,00%	100,00%	32,65%	100,00%	85,71%	61,01%	100,00%	79,59%
2005	100,00%	99,15%	32,65%	100,00%	85,71%	91,24%	100,00%	90,66%
2006	100,00%	100,00%	18,00%	100,00%	85,71%	100,00%	100,00%	92,59%
2007	100,00%	100,00%	23,68%	100,00%	85,71%	100,00%	100,00%	94,59%
2008	95,24%	100,00%	12,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	91,45%
2009	100,00%	100,00%	8,00%	100,00%	85,71%	100,00%	100,00%	91,75%
2010	97,20%	91,94%	18,00%	100,00%	85,71%	100,00%	100,00%	90,48%
2011	100,00%	96,88%	16,42%	100,00%	71,43%	100,00%	100,00%	89,60%
2012	100,00%	98,47%	26,32%	100,00%	57,14%	100,00%	100,00%	90,02%
2013	100,00%	99,24%	93,18%	100,00%	42,86%	100,00%	88,24%	98,28%

Όπως παρατηρούμε και από τον παραπάνω πίνακα το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μοναδική χώρα που παραχωρεί δεδομένα αδιάλειπτα, το ίδιο και η Σουηδία, με μοναδική εξαίρεση το 2013 όπου μόνο δύο από τις συνολικά δεκαεπτά κλινικές που διαθέτει η χώρα, δεν παραχώρησαν δεδομένα. Ίδια στάση φαίνεται να κρατάει και η Γαλλία και η Γερμανία, όπου μόνο για τέσσερα και πέντε έτη αντίστοιχα δεν έχουν δοθεί δεδομένα από όλες τις κλινικές των χωρών αυτών. Η Ιταλία τα τελευταία οκτώ έτη της μελέτης συμμετέχει σε ποσοστό 100% στη συλλογή δεδομένων, ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό συμμετοχής και στην Ιρλανδία. Διαφορετική στάση από όλες τις χώρες κρατάει η Ελλάδα με πάρα πολύ χαμηλά ποσοστά συμμετοχής για όλα τα έτη, με μοναδική εξαίρεση το 2013.

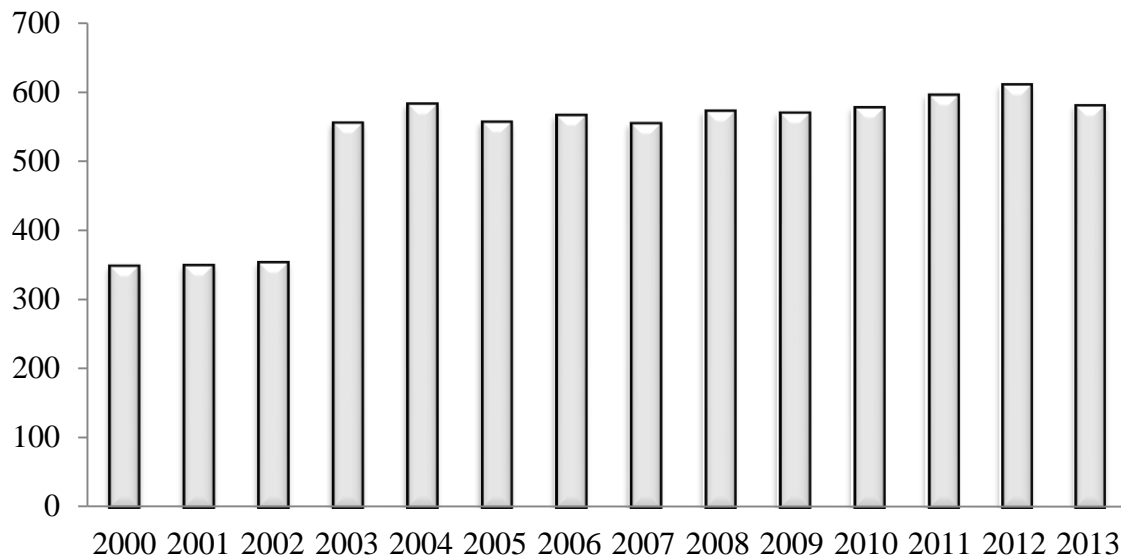
Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

- αριθμός κλινικών I.Y.A.
- συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές (IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR)
- αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων με τη μέθοδο IVF
- αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων με τη μέθοδο ICSI
- ποσοστό γεννήσεων με εφαρμογή της μεθόδου IVF
- ποσοστό γεννήσεων με εφαρμογή της μεθόδου ICSI
- ποσοστιαία κατανομή σε τρεις ηλικιακές κατηγορίες (≤ 34 , 35-39, ≥ 40) των γυναικών που υποβάλλονται σε τεχνικές IVF και ICSI

Τα παραπάνω δεδομένα συμπεριλαμβάνονται στο Παράρτημα.

6.1 Αριθμός κλινικών I.Y.A.

Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η χρονική εξέλιξη του αριθμού των κλινικών I.Y.A. στο σύνολο των χωρών που μελετήθηκαν.



Διάγραμμα 6.1

Αριθμός κλινικών I.V.A., 2000-2013

Παρά την απότομη αύξηση που παρατηρείται μεταξύ 2002 και 2003, από εκεί και έπειτα θα λέγαμε ότι ο αριθμός των M.I.V.A. παραμένει σχεδόν σταθερός με πολύ λίγες αυξομειώσεις από χρονιά σε χρονιά.

6.2 Κύκλοι I.V.A

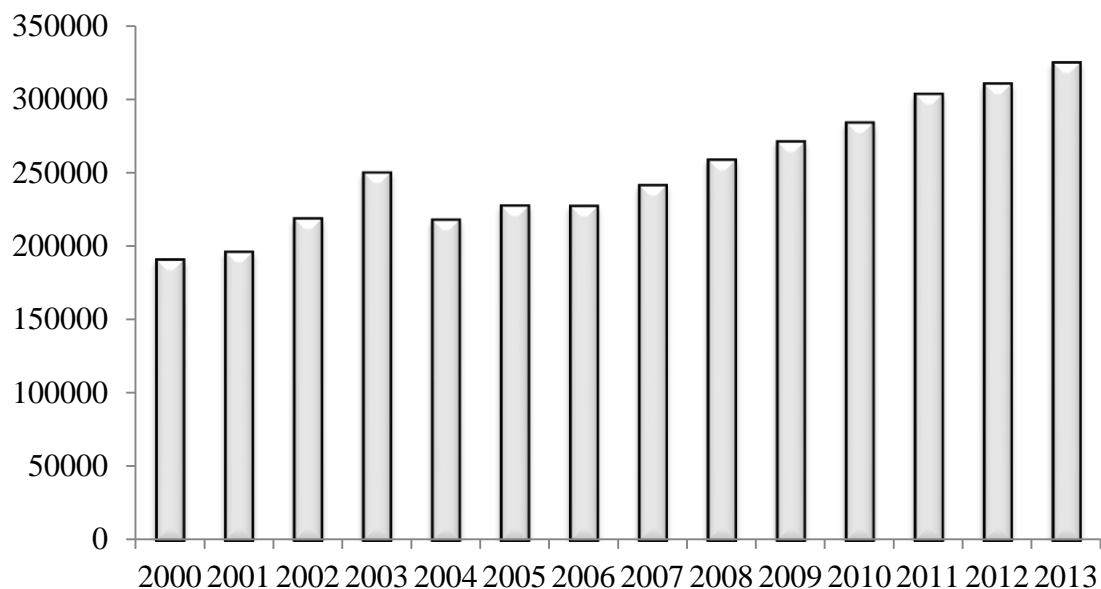
Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ο συνολικός αριθμός κύκλων I.V.A. που πραγματοποιήθηκαν από το 2000 έως και το 2013 για το σύνολο των χωρών που μελετήσαμε, για όλες τις τεχνικές, δηλαδή IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM και FOR, ενώ παράλληλα υπολογίσαμε και την ποσοστιαία μεταβολή από χρονιά σε χρονιά.

Πίνακας 6.2

Συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές (IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR), 2000-2013

	Κύκλοι I.Y.A.	Ποσοστιαία μεταβολή
2000	190.891	
2001	196.177	+2,77%
2002	218.728	+11,50%
2003	249.916	+14,26%
2004	217.900	-12,81%
2005	227.582	+4,44%
2006	227.279	-0,13%
2007	241.419	+6,22%
2008	258.804	+7,20%
2009	271.259	+4,81%
2010	284.113	+4,74%
2011	303.550	+6,84%
2012	310.523	+2,30%
2013	324.920	+4,64%

Παρατηρούμε ότι, με εξαίρεση μόνο δύο χρόνια, υπάρχει αύξηση από χρονιά σε χρονιά του αριθμού των κύκλων I.Y.A..



Διάγραμμα 6.2

Συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές (IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR), 2000-2013

6.3 Βασικές μέθοδοι Ι.Υ.Α

Έχοντας αναφερθεί παραπάνω στο σύνολο των κύκλων Ι.Υ.Α. για όλες τις μεθόδους, στη συνέχεια πραγματοποιείται η ανάλυση των δύο βασικών μεθόδων Ι.Υ.Α., δηλαδή της IVF και της ICSI.

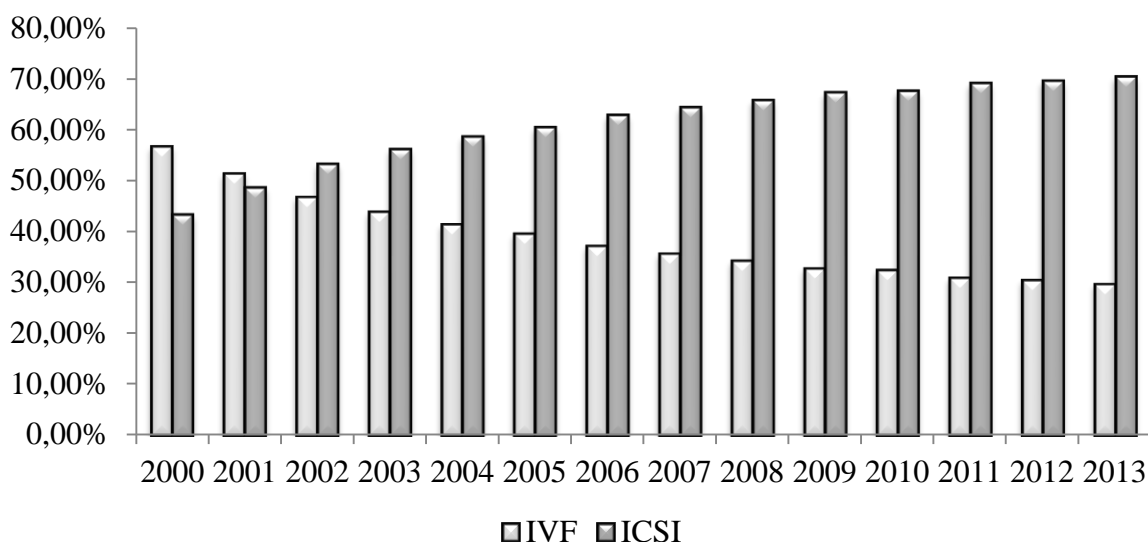
Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ο αριθμός των κύκλων που πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστά για τις δύο αυτές τεχνικές, από το 2000 έως το 2013 για όλες τις χώρες.

Πίνακας 6.3

Αριθμός και ποσοστό κύκλων Ι.Υ.Α. με εφαρμογή των μεθόδων IVF και ICSI, 2000-2013

	IVF	%IVF	ICSI	%ICSI
2000	88.342	56,64%	67.634	43,36%
2001	82.027	51,32%	77.796	48,68%
2002	81.460	46,72%	92.887	53,28%
2003	90.058	43,83%	115.390	56,17%
2004	69.469	41,34%	98.583	58,66%
2005	70.791	39,55%	108.221	60,45%
2006	65.919	37,15%	111.499	62,85%
2007	67.068	35,64%	121.131	64,36%
2008	67.582	34,24%	129.801	65,76%
2009	69.780	32,75%	143.307	67,25%
2010	70.019	32,41%	146.023	67,59%
2011	71.265	30,88%	159.509	69,12%
2012	71.164	30,43%	162.690	69,57%
2013	71.666	29,64%	170.105	70,36%

Όπως αποτυπώνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, διακρίνουμε ότι μέχρι το 2001 η τεχνική IVF εφαρμόζεται συχνότερα έναντι της ICSI, ενώ από το 2002 και έπειτα η ICSI σταδιακά κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος έναντι της IVF.



Διάγραμμα 6.3

Ποσοστό εφαρμογής της τεχνικής IVF έναντι της ICSI, 2000-2013

Σημαντικό είναι λοιπόν στο σημείο αυτό να ερευνηθεί για ποιο λόγο παρατηρείται αυτή η τάση. Αξιοσημείωτη παράμετρο αποτελεί η αποτελεσματικότητα της κάθε μεθόδου. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνονται τα ποσοστά επιτυχίας (ποσοστά γεννήσεων) μετά από την εφαρμογή της κάθε μεθόδου ξεχωριστά.

Πίνακας 6.4

Ποσοστό επιτυχίας IVF, 2000-2013

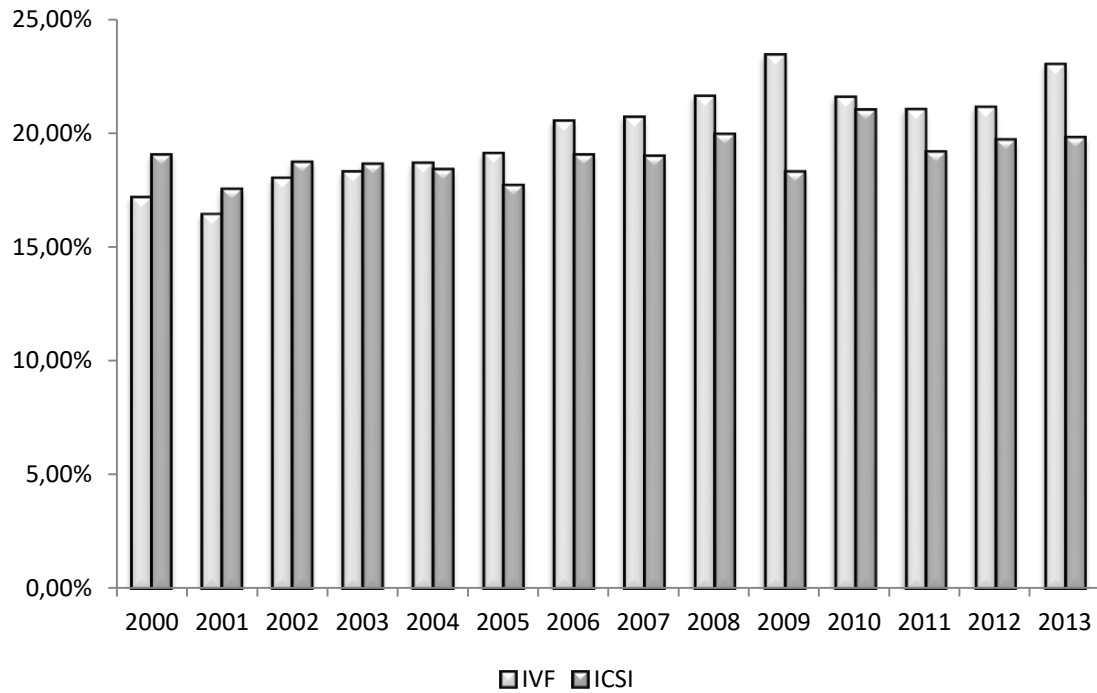
	Ποσοστό γεννήσεων
2000	17,20%
2001	16,47%
2002	18,05%
2003	18,33%
2004	18,71%
2005	19,14%
2006	20,56%
2007	20,73%
2008	21,65%
2009	23,46%
2010	21,60%
2011	21,07%
2012	21,16%
2013	23,03%

Πίνακας 6.5

Ποσοστό επιτυχίας ICSI, 2000-2013

	Ποσοστό γεννήσεων
2000	19,07%
2001	17,56%
2002	18,74%
2003	18,66%
2004	18,41%
2005	17,74%
2006	19,06%
2007	19,01%
2008	19,97%
2009	18,32%
2010	21,03%
2011	19,20%
2012	19,72%
2013	19,82%

Όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα, δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ της αποτελεσματικότητας των δύο μεθόδων και για το λόγο αυτό καταλήγουμε στο ότι η επιλογή της μεθόδου ICSI έναντι της IVF δεν οφείλεται στην αποτελεσματικότητα.



Διάγραμμα 6.4

Ποσοστό επιτυχίας για IVF και ICSI, 2000-2013

6.4 Ηλικία των υποβοηθούμενων γυναικών

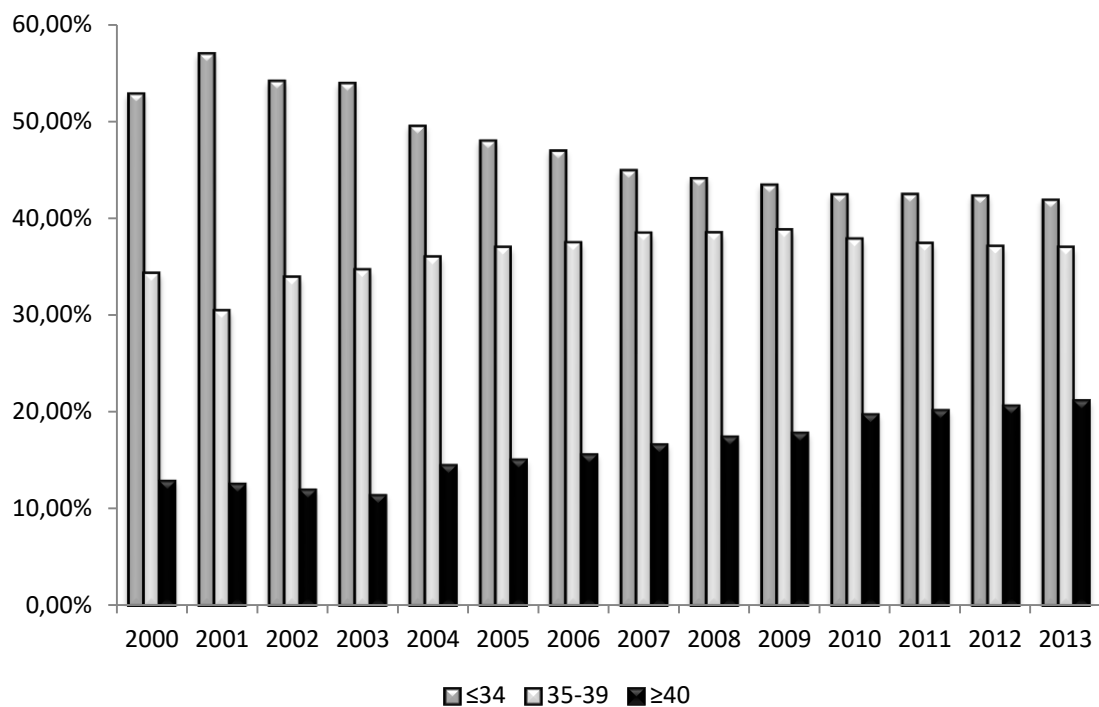
Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η ποσοστιαία κατανομή σε τρεις ηλικιακές κατηγορίες (≤ 34 , 35-39 και ≥ 40) των γυναικών που υπεβλήθησαν σε μεθόδους Ι.Υ.Α. (αφορά μόνο IVF και ICSI).

Πίνακας 6.6

Ηλικιακή κατανομή υποβοηθουμένων γυναικών, 2000-2013

	≤ 34	35-39	≥ 40
2000	52,82%	34,30%	12,88%
2001	56,97%	30,45%	12,58%
2002	54,16%	33,89%	11,96%
2003	53,94%	34,65%	11,41%
2004	49,52%	35,99%	14,50%
2005	48,00%	36,96%	15,04%
2006	46,98%	37,43%	15,59%
2007	44,96%	38,43%	16,61%
2008	44,14%	38,45%	17,41%
2009	43,45%	38,76%	17,79%
2010	42,47%	37,83%	19,70%
2011	42,49%	37,38%	20,13%
2012	42,33%	37,06%	20,60%
2013	41,92%	36,96%	21,13%

Όπως φαίνεται και από το παρακάτω διάγραμμα, το ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α. και ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία ≤ 34 ετών, παρουσιάζει μείωση κατά έντεκα ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ 2000 και 2013. Αντίστοιχα στις ηλικιακές κατηγορίες 35 έως 39 ετών και ≥ 40 παρατηρείται αύξηση κατά 2,8 και 8,2 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα.



Διάγραμμα 6.5

Ηλικιακή κατανομή υποβοηθουμένων γυναικών, 2000-2013

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Διασυνοριακή Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

Κέντρο αναφοράς και προορισμού ιατρικού αναπαραγωγικού τουρισμού αποτελεί η Ελλάδα. Οι υψηλού επιπέδου προσφερόμενες υπηρεσίες, η υπερσύγχρονη τεχνολογία και το χαμηλό κόστος, είναι μερικοί από τους λόγους που αρκετά υπογόνιμα ζευγάρια επιλέγουν σήμερα την Ελλάδα για να γίνουν γονείς. Στην παρούσα ενότητα καταγράφονται οι λόγοι της κινητικότητας και τα προβλήματα που συνδέονται με αυτή.

7.1 Λόγοι ανάπτυξης

Η βασικότερη αιτία που ωθεί τα υπογόνιμα ζευγάρια να μεταβούν σε άλλες χώρες προκειμένου να τεκνοποιήσουν είναι η περιοριστική νομοθεσία της χώρας τους. Για παράδειγμα, η απαγόρευση της παρένθετης μητρότητας στη Γαλλία και στη Γερμανία, ωθεί τους πολίτες των χωρών αυτών να μεταφερθούν σε άλλες χώρες με ελαστικότερη νομοθεσία¹⁴⁴. Επιπρόσθετα οι πολίτες επιλέγουν συχνά να μεταβούν σε χώρες όπου προσφέρονται περισσότερες ιατρικές δυνατότητες και διαθεσιμότητα γεννητικού υλικού. Ακόμα σημαντικό είναι ακόμη και το γεγονός ότι η μετάβαση σε άλλη χώρα εξασφαλίζει τη μυστικότητα της διαδικασίας. Τέλος, η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών σε άλλες χώρες οδηγεί σε κινητικότητα. Η επιστημονική κατάρτιση, η υλικοτεχνική υποδομή και τα επίπεδα ασφάλειας και ποιότητας που προσφέρει μία μονάδα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί σαφώς να προσελκύσει πολίτες από άλλες χώρες. Τέλος τα ανοιχτά σύνορα στα πλαίσια της Ε.Ε. σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος των ταξιδιών σήμερα ευνοούν ακόμα περισσότερο την κινητικότητα αυτή.

7.2 Προβλήματα που ανακύπτουν από την κινητικότητα

Όπως ειπώθηκε και ανωτέρω η βασική αιτία της κινητικότητας των πολιτών σε άλλες χώρες στα πλαίσια της Ι.Υ.Α. είναι η απαγορευτική νομοθεσία που ισχύει στην χώρα τους. Η διαφορετικότητα των νομοθεσιών ενισχύει τις διακρίσεις και τις ανισότητες

¹⁴⁴ Shenfield.F., J. de Mouzon, Pennings G., Ferraretti A.P., Nyboe Andersen A., G. de Wert, and Goossens V. (2010), Cross border reproductive care in six European countries, σσ. 1363

μεταξύ των πολιτών, παραβιάζοντας το δικαίωμα τους να γίνουν γονείς. Αυτή η μη ισότιμη μεταχείριση των πολιτών εξακολουθεί να συντηρείται όσο ανθεί ο αναπαραγωγικός τουρισμός, παρά το γεγονός ότι το δικαίωμα πρόσβασης στην Ι.Υ.Α. αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα που εντάσσεται στο δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και τη δημιουργία οικογένειας.

Η μη ισότιμη πρόσβαση στις δυνατότητες της Ι.Υ.Α. συνδέεται ακόμη με διακρίσεις λόγω φύλου ή σεξουαλικού προσανατολισμού. Σε ορισμένες χώρες ενώ μία μέθοδος Ι.Υ.Α. επιτρέπεται για τα ετερόφυλα ζευγάρια, αποτελεί μέθοδο απαγορευμένη για τα ομόφυλα ζευγάρια και τους μοναχικούς ανθρώπους. Στην χώρα μας για παράδειγμα απαγορεύεται η πρόσβαση στα ομόφυλα ζευγάρια και στους μοναχικούς άνδρες.

Εξίσου σημαντικά προβλήματα λόγω της κινητικότητας αποτελούν η ίδρυση της συγγένειας με το παιδί καθώς και η κτήση της ιθαγένειας του παιδιού που θα γεννηθεί. Τα κωλύματα που ανακύπτουν θίγουν την ευημερία και τα δικαιώματα του παιδιού καθώς νομικά το παιδί παραμένει συχνά μετέωρο. Στο γερμανικό δίκαιο για παράδειγμα, μητέρα είναι πάντα η γυναίκα που γεννά το παιδί, ενώ στο ελληνικό δίκαιο σε περιπτώσεις παρένθετης μητρότητας, μητέρα του παιδιού είναι η γυναίκα που ζήτησε δικαστική άδεια για να χρησιμοποιήσει παρένθετη μητέρα, δηλαδή η κοινωνική μητέρα. Αντίθετα και στις δύο αυτές χώρες, όσον αφορά την πατρότητα, πατέρας θεωρείται ο σύζυγος της μητέρας του παιδιού. Ελλοχεύει λοιπόν ο κίνδυνος εφόσον η ίδρυση της συγγένειας με τη μητέρα δε ρυθμίζεται με ενιαίο τρόπο, σε περίπτωση όπου Γερμανοί γονείς προσφύγουν σε παρένθετη μητρότητα στην Ελλάδα και στη συνέχεια επιστρέψουν στην χώρα τους, το παιδί που θα γεννηθεί να μη συνδέεται νομικά με την κοινωνική μητέρα αλλά με την παρένθετη.

Στην ίδια κατεύθυνση η κινητικότητα μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα αναφορικά με την κτήση της ιθαγένειας από το παιδί που γεννιέται. Συχνό είναι το φαινόμενο οι κοινωνικοί γονείς να μη μπορούν να επιστρέψουν στην χώρα τους με το παιδί μετά τη γέννα καθώς αδυνατούν να εκδώσουν διαβατήριο για το παιδί ώστε να μπορέσει να ταξιδέψει.

7.3 Η ανάγκη για Ενιαία Ευρωπαϊκή Πολιτική

Συμπερασματικά, καταλήγουμε στο ότι οι κύριοι λόγοι που οδηγούν τα υπογόνιμα ζευγάρια σε άλλες χώρες, είναι κυρίως οι νομικοί περιορισμοί που βασίζονταν στην

απαγόρευση ορισμένων τεχνικών ή η αδυναμία πρόσβασης λόγω της ηλικίας, του σεξουαλικού προσανατολισμού ή της προσωπικής κατάστασης.

Το φαινόμενο αυτό δημιουργεί πολλά κοινωνικά, ηθικά και πολιτικά προβλήματα, τα οποία απαιτούν συντονισμένη προσπάθεια, προκειμένου να χαραχθεί μια ενιαία Ευρωπαϊκή Πολιτική. Ωστόσο, εκφράζονται αρκετές επιφυλάξεις, δεδομένου ότι τα θέματα συγγένειας και ουσιαστικού οικογενειακού δικαίου ανήκουν στην αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών και επηρεάζονται σημαντικά από τις επικρατούσες στα επιμέρους κράτη αντιλήψεις περί ηθικής. Έτσι, θεωρείται ότι είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί ομοφωνία ή έστω ευρύτερες συγκλίσεις σε ζητήματα που αντικατοπτρίζουν κοινωνικές, ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Προτείνεται λοιπόν η θέσπιση ομοιόμορφων κατευθυντήριων οδηγιών από τον Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με την IFFS και την ESHRE, αναφορικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή¹⁴⁵. Κατά τη γνώμη μου, η ενοποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών από τον ιατρικό κόσμο θα άνοιγε το δρόμο για την θέσπιση ενιαίου δικαίου.

¹⁴⁵ Τσαλίδης Α.Β. (2015), ό.π., σσ. 145

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ηθικά και κοινωνικά διλήμματα

8.1 Ηθικά διλήμματα γύρω από την Ι.Υ.Α.

Η ραγδαία ανάπτυξη της βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, επιστήμες που έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και της στειρότητας, έδωσαν την δυνατότητα σε χιλιάδες ανθρώπους να αποκτήσουν απογόνους. Παρά το γεγονός ότι σήμερα ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού οφείλει την ύπαρξή του σε κάποια από αυτές τις μεθόδους, αντιμετωπίζονται με δυσπιστία από μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και εγείρουν ηθικά διλήμματα.

Αναλυτικότερα, τα ηθικά θέματα αφορούν στο ανώτατο ηλικιακό όριο μέχρι το οποίο μια γυναίκα μπορεί να υποβληθεί σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς και αν ομόφυλα ζευγάρια και μονογονεϊκές οικογένειες έχουν το δικαίωμα να αποκτήσουν παιδί. Επιπλέον, ζητήματα προκύπτουν από την παρένθετη μητρότητα, τη δωρεά γενετικού υλικού, όπως επίσης και από την κρυοσυντήρηση εμβρύων και τη μεταθανάτια γονιμοποίηση.

Ξεκινώντας από το επιτρεπτό όριο ηλικίας, το θέμα που τίθεται είναι κατά πόσο τα άτομα προχωρημένης ηλικίας μπορούν να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους ως γονείς, ενώ παράλληλα υπάρχει και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών κατά την κύηση και τον τοκετό, όπως προεκλαμψία, διαβήτη κύησης και υπέρταση. Επιπλέον τα παιδιά ενδέχεται να υποφέρουν από μεγάλο χάσμα γενεών, ενώ σύμφωνα με παιδοψυχολόγους, αρκετά παιδιά με γονείς προχωρημένης ηλικίας, μεγαλώνουν φοβισμένα, επειδή αγχώνονται στην ιδέα του θανάτου των γονέων τους. Επιπρόσθετα οι κίνδυνοι για την ίδια τη γυναίκα από την υποβολή της σε μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και από την εγκυμοσύνη παρουσιάζονται αυξημένοι. Στον αντίποδα, συνήθως τα συγκεκριμένα ζευγάρια διαθέτουν περισσότερο χρόνο για την ανατροφή των παιδιών τους, σε αντίθεση με νεότερους γονείς οι οποίοι λόγο επαγγελματικών υποχρεώσεων αναθέτουν την ανατροφή τους σε άλλα πρόσωπα, ενώ η απόφαση για απόκτηση παιδιού αποτελεί συνειδητή επιλογή. Επιπλέον οι γυναίκες προχωρημένης ηλικίας μπορούν να παράσχουν στο παιδί τους ένα αρμονικό οικογενειακό περιβάλλον, καθώς έχουν περισσότερες εμπειρίες στη ζωή τους και γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν τυχόν δύσκολες καταστάσεις. Παράλληλα, είναι περισσότερο

συνειδητοποιημένες στην απόφασή τους να αποκτήσουν παιδί και τέλος, έχουν καλύτερο οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο από νεότερες γυναίκες¹⁴⁶.

Ακόμα μεγαλύτερα ηθικά διλλήματα ανακύπτουν στην περίπτωση της παρένθετης μητέρας, με την λέξη μητέρα να διακρίνεται σε τρεις επί μέρους εννοιολογικές έννοιες¹⁴⁷. Την κοινωνική μητέρα, δηλαδή τη γυναίκα που μεγαλώνει το παιδί, τη γενετική μητέρα, η οποία δωρίζει το ωάριο και τη φυσική μητέρα που κυοφορεί και γεννά. Πρόκειται για μια αρκετά αμφιλεγόμενη μέθοδο, καθώς πολλοί πιστεύουν ότι θα μπορούσε να αποφευχθεί η εφαρμογή της και τα ζευγάρια που επιθυμούν παιδί να προτιμήσουν την υιοθεσία. Έτσι, αυτοί που τάσσονται κατά της παρένθετης μητέρας, πιστεύουν ότι μπορεί να κλονιστούν οι σχέσεις των δύο συζύγων, ενώ ενδέχεται να υπάρξουν και επιπτώσεις στην ψυχολογία του παιδιού λόγω μη ισοδύναμης μεταχείρισης από τους γονείς, καθώς ο ένας μόνο μπορεί να είναι ο βιολογικός γονιός. Επιπρόσθετα η απομάκρυνση του παιδιού από το περιβάλλον στο οποίο αναπτυσσόταν για εννέα ολόκληρους μήνες, μπορεί να οδηγήσει στην διαταραχή της ευτυχία του και να επηρεάσει τον ψυχικό του κόσμο¹⁴⁸. Ταυτόχρονα, η εμπορευματοποίηση του γυναικείου σώματος, μέσα από την οικονομική ανάγκη, σε συνδυασμό με το απίστευτα μεγάλο κέρδος το οποίο αποκομίζουν από την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου οι επαγγελματίες υγείας, οδηγούν σε εμπορευματοποίηση της υποκατάστατης κήσης. Στον αντίποδα, οι υποστηρικτές της μεθόδου, και αντίθετοι με την υιοθεσία, θεωρούν πολύ σημαντικό το γεγονός ότι ο γονιός θα μπορέσει να απολαύσει την ανάπτυξη του παιδιού του από τη γέννηση και όχι σε μεταγενέστερη ηλικία, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγεται και το σοκ που μπορεί να υποστεί το παιδί όταν μάθει την πραγματική του καταγωγή.

Επιπλέον, ηθικά διλλήματα εγείρει το επιτρεπτό της επιλογής φύλου. Παρόλο που επιτρέπεται μόνο σε περιπτώσεις αποφυγής μετάδοσης φυλοσύνδετων νοσημάτων στο παιδί, υπάρχουν περιπτώσεις γονέων που επιθυμούν να διαλέξουν το φύλο του παιδιού τους χωρίς να υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης νόσου στο παιδί. Προκύπτει λοιπόν το ερώτημα, κατά πόσο και μέχρι ποιο βαθμό οι γονείς έχουν το δικαίωμα να

¹⁴⁶ Φράγκου Δ. και Γαλάνης Π. (2015), Ηθικά ζητήματα στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, σσ. 681

¹⁴⁷ Φράγκου Δ. και Γαλάνης Π. (2015), ό.π., σσ. 682

¹⁴⁸ Φράγκου Δ. και Γαλάνης Π. (2015), ό.π., σσ. 682

παρεμβαίνουν στη φύση και αφετέρου κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συμπράττουν στη γέννηση ενός παιδιού “κατά παραγγελία”¹⁴⁹.

Ακόμα ένα κομμάτι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το οποίο εγείρει αρκετά ηθικά διλήμματα είναι η μεταθανάτια γονιμοποίηση, καθώς τίθεται το ερώτημα, κατά πόσο το παιδί που θα γεννηθεί θα μεγαλώσει σε ένα υγιές και ισορροπημένο περιβάλλον, αφού πρόκειται για όλη του τη ζωή να στερηθεί τη φυσική παρουσία του πατέρα.

Τέλος, ηθικά ζητήματα παρουσιάζονται και στις περιπτώσεις όπου ομόφυλα ζευγάρια, ή άγαμες γυναίκες καταφεύγουν σε μεθόδους I.Y.A.. Τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν αφορούν στην κοινωνική αποδοχή των εναλλακτικών αυτών οικογενειακών σχημάτων και στις συνέπειες που αυτή θα επιφέρει στην ανάπτυξη και στην ψυχολογία του παιδιού. Οι κοινωνίες παρουσιάζονται διστακτικές στο να αποδεχθούν οικογενειακά σχήματα τα οποία παρεκκλίνουν από τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα. Επιπλέον, δημιουργείται το ερώτημα κατά πόσο δυσχεραίνεται η φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και η ομαλή ένταξή του στην κοινωνία όταν μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον στο οποίο στερείται τη φυσική παρουσία του μητρικού ή του πατρικού προτύπου. Παρόλα αυτά, μελέτες έχουν δείξει ότι δεν παρατηρούνται διαφορές στην ανάπτυξη εκείνων των παιδιών που μεγάλωσαν σε παραδοσιακές μορφές οικογένειας και σε εκείνα που μεγάλωσαν σε οικογένειες άγαμων γυναικών ή ομόφυλων ζευγαριών¹⁵⁰.

Συμπερασματικά, από τις παραπάνω διαδικασίες προκύπτουν ηθικά διλήμματα τα οποία οδηγούν σε έντονους ηθικούς, κοινωνικούς και συναισθηματικούς προβληματισμούς, καθώς κινδυνεύει η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και διαταράσσεται η οικογενειακή δομή και η τάξη.

8.2 Η θέση της Εκκλησίας της Ελλάδος

Αντιμέτωπη με τα ηθικά διλήμματα που εγείρει η I.Y.A. ήρθε και η Ορθόδοξη Εκκλησία. Κατά την Ορθόδοξη παράδοση η απόκτηση τέκνων αποτελεί φυσική συνέπεια του γάμου και η τεκνογονία καρπό της ένωσης του άνδρα και της γυναίκας και έκφραση της συμμετοχής τους στο δημιουργικό έργο του Θεού. Οι μέθοδοι I.Y.A. όμως, οδηγούν από τη φύση της σε διαχωρισμό της σεξουαλικής επαφής από την

¹⁴⁹ Φράγκου Δ. και Γαλάνης Π. (2015), ό.π., σσ. 684-685

¹⁵⁰ Κατσιμίγκας Γ. και Καμπά Ε. (2010), ό.π., σσ. 214

αναπαραγωγική διαδικασία, γεγονός που αντικρούεται στις απόψεις της Εκκλησίας, όπου η αναπαραγωγική διαδικασία είναι απόρροια της ψυχοσωματικής επαφής των δύο συζύγων. Για το λόγο αυτό, η Εκκλησία δέχεται την εφαρμογή των τεχνικών αυτών υπό προϋποθέσεις, και μόνο όταν πρόκειται για ομολογη εξωσωματική γονιμοποίηση. Αντίθετα, η ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση κρίνεται ως μη αποδεκτή, και δεδομένου ότι χρησιμοποιούνται και γενετικά κύτταρα που δεν ανήκουν στους μελλοντικούς γονείς, παραλληλίζεται με τη μοιχεία.

Παράλληλα, η Εκκλησία δεν θεωρεί την υπογονιμότητα ως αναπηρία ή ασθένεια και υιοθετεί την άποψη ότι η ατεκνία προβάλλει τον πνευματικό προσανατολισμό στον γάμο. Η άποψη της Εκκλησίας, είναι ότι η μη απόκτηση τέκνων ίσως να αποτελεί μια ιδιαίτερη κλίση του Θεού, που προορίζει το άτεκνο ζευγάρι σε άλλου είδους διακονία στην κοινωνία και την Εκκλησία προκειμένου να οδηγηθεί το ζευγάρι στην πνευματική ωριμότητα¹⁵¹. Παράλληλα, η Εκκλησία προτείνει ως λύση στα προβλήματα της υπογονιμότητας την υιοθεσία. Τα υπογόνιμα ζευγάρια μπορούν να καταφύγουν σε υιοθεσία ορφανών παιδιών προκειμένου να ικανοποιήσουν το γονεϊκό τους ένστικτο, αλλά ταυτόχρονα να προσφέρουν και ουσιαστική βοήθεια στην ανατροφή και στη διαπαιδαγώγηση παιδιών που το έχουν πραγματικά ανάγκη.

Τέλος, όσον αφορά την παρένθετη μητρότητα, η Ορθόδοξη Εκκλησία είναι πλήρως αντίθετη, καθώς στις περιπτώσεις αυτές προβάλλεται ο εγωισμός και το προσωπικό όφελος των γονέων, ενώ διαταράσσεται η ψυχική ηρεμία και η ισορροπία των παιδιών. Για τους ίδιους λόγους η Εκκλησία δεν συναινεί και στην μεταθανάτια γονιμοποίηση. Τέλος, είναι κατηγορηματικά αντίθετη και στην κρυοσυντήρηση των εμβρύων, στη χρησιμοποίησή τους για πειραματικούς και ερευνητικούς σκοπούς και στην καταστροφή του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού, καθώς σύμφωνα με το Χριστιανισμό ο άνθρωπος είναι ον από τη στιγμή της σύλληψης.

8.3 Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο)

Η συνειδητοποίηση της μεγάλης σημασίας των ωφελειών, που προκύπτουν από την εφαρμογή των επιτευγμάτων της ιατρικής, αλλά και από τον παράλληλο κίνδυνο ανεξέλεγκτης εφαρμογής τους, οδήγησε το Συμβούλιο της Ευρώπης, στην κατάρτιση

¹⁵¹ <http://www.ecclesia.gr>

της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τη Βιοηθική, γνωστή ως Σύμβαση του Οβιέδο. Η Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική υπεγράφη στις 4 Απριλίου 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας και κυρώθηκε στην Ελλάδα με το Ν. 2619/19985.

Σκοπός της Σύμβασης είναι η προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση του κινδύνου που εγκυμονεί η αλόγιστη εφαρμογή των επιτευγμάτων της βιολογίας και της ιατρικής στον άνθρωπο, ειδικά σε ότι αφορά το σεβασμό του ατόμου και του ανθρώπινου είδους, όταν η χρήση αυτή και η εφαρμογή δεν γίνονται κάτω από το πρίσμα αυτών των κανόνων.

Η εν λόγω Σύμβαση αποτελείται από δεκατέσσερα κεφάλαια, τα οποία κατά σειρά περιέχουν διατάξεις σχετικά με τη συναίνεση, την προσωπική ζωή και το δικαίωμα στην ενημέρωση, το ανθρώπινο γονιδίωμα, την επιστημονική έρευνα, την αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση, την απαγόρευση οικονομικού οφέλους και την διάθεση τμήματος του ανθρώπινου σώματος.

Η Σύμβαση αυτή αποτελεί σημαντικό βήμα προόδου καθώς είναι η πρώτη επίσημη απογραφή των αρχών της βιοηθικής, που δεσμεύει όλες τις χώρες που είναι ικανές να επηρεάσουν τις εξελίξεις. Έως τότε στη χώρα μας υπήρχε παντελής έλλειψη σχετικών διατάξεων. Αντίστοιχο κενό υπήρχε και στον διεθνή χώρο αφού, παρά τις μεμονωμένες νομοθετικές προσπάθειες αρκετών ευρωπαϊκών χωρών γενική νομοθετική ρύθμιση σχετικά με τα προβλήματα βιοηθικής δεν υπήρχε.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στο παράρτημα παρουσιάζονται τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στο έκτο κεφάλαιο για την στατιστική ανάλυση.

Πίνακας Π.1

Αριθμός κλινικών Ι.Υ.Α.

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία	Συνολικά
2000	93	-	46	75	5	115	15	344
2001	92	-	46	77	5	115	15	345
2002	92	-	50	77	-	120	15	354
2003	95	116	44	74	5	207	15	551
2004	100	120	49	74	7	218	15	576
2005	102	118	49	72	7	194	15	550
2006	102	122	50	70	7	202	14	560
2007	104	118	38	70	7	202	16	548
2008	105	120	50	70	5	207	16	568
2009	106	121	50	70	7	200	16	563
2010	107	124	50	72	7	202	16	571
2011	103	128	67	74	7	201	16	589
2012	103	131	76	77	7	201	16	604
2013	101	131	44	78	7	203	17	574

Πίνακας Π.2

Αριθμός κλινικών που συμμετείχαν στη μελέτη

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία	Συνολικά
2000	88	103	8	75	3	75	15	367
2001	82	109	7	77	3	59	15	352
2002	92	116	12	77	5	67	15	384
2003	95	116	22	74	4	124	15	450
2004	100	120	16	74	6	133	15	464
2005	102	117	16	72	6	177	15	505
2006	102	122	9	70	6	202	14	525
2007	104	118	9	70	6	202	16	525
2008	100	120	6	70	5	207	16	524
2009	106	121	4	70	6	200	16	523
2010	104	114	9	72	6	202	16	523
2011	103	124	11	74	5	201	16	534
2012	103	129	20	77	4	201	16	550
2013	101	130	41	78	3	203	15	571

Πίνακας Π.3

Συνολικός αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων για όλες τις τεχνικές
(IVF, ICSI, FER, PGD, ED, IVM, FOR)

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία	Συνολικά
2000	56754	63005	5888	34634	1570	19835	9205	190891
2001	54462	71752	4063	35492	1724	18602	10082	196177
2002	59296	84819	5589	37083	1912	18948	11081	218728
2003	60681	102426	9790	37348	2058	25877	11736	249916
2004	69746	56813	9810	39981	2580	26099	12871	217900
2005	71278	53378	10110	41768	2860	34541	13647	227582
2006	65749	54695	3971	43953	3232	40748	14931	227279
2007	67572	62322	2503	46688	3565	43708	15061	241419
2008	68446	69902	2476	50555	3489	47829	16107	258804
2009	74475	67349	2310	54314	4065	52032	16714	271259
2010	79427	62571	3693	57856	4078	58860	17628	284113
2011	85253	67354	5185	60377	3042	63777	18562	303550
2012	85594	71251	8207	60151	2843	64197	18280	310523
2013	84214	76422	18278	61728	1566	64446	18266	324920

Πίνακας Π.4

Αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων με τη μέθοδο IVF

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία	Συνολικά
2000	23347	35285	2310	15694	782	6876	4048	88342
2001	22124	31704	1371	15526	917	6060	4325	82027
2002	21557	29470	2112	16152	952	6381	4836	81460
2003	21704	34611	3207	16250	1078	8283	4925	90058
2004	23926	12211	2793	17072	1267	7313	4887	69469
2005	23237	11410	3178	17510	1429	8994	5033	70791
2006	20409	11082	1222	17634	1588	8680	5304	65919
2007	20211	11811	829	18234	1768	8792	5423	67068
2008	19789	11264	435	19839	1740	8726	5789	67582
2009	21123	11664	335	20467	1987	8407	5797	69780
2010	21783	9575	823	21431	1856	8797	5754	70019
2011	21276	10795	623	21702	1200	9523	6146	71265
2012	20995	12047	1329	21278	1119	8431	5965	71164
2013	21205	12531	2395	21329	678	7867	5661	71666

Πίνακας Π.5

Αριθμός κύκλων εξωσωματικών γονιμοποιήσεων με τη μέθοδο ICSI

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία	Συνολικά
2000	23.228	16991	3075	10645	527	9419	3749	67634
2001	22.799	27698	2022	11330	569	9306	4072	77796
2002	25.222	39515	2963	11521	567	8977	4122	92887
2003	26.303	52574	5267	12005	618	14234	4389	115390
2004	31291	26613	5425	13303	847	16398	4706	98583
2005	32289	26970	5122	14348	901	24209	4382	108221
2006	30367	28687	2287	16184	1004	28186	4784	111499
2007	31635	33371	1360	17688	1096	31213	4768	121131
2008	31745	35167	1652	19637	1068	35311	5221	129801
2009	35111	37772	1658	22167	1328	39504	5767	143307
2010	34709	35150	1931	23211	1320	43864	5838	146023
2011	39168	38286	3757	24710	1080	46563	5945	159509
2012	39079	39911	5343	24375	1008	47064	5910	162690
2013	39136	43435	9812	24073	517	47182	5950	170105

Πίνακας Π.6

Ποσοστό γεννήσεων με εφαρμογή της μεθόδου IVF

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία
2000	17,10%	14,80%	22,80%	19,40%	18,60%	18,20%	24,00%
2001	11,50%	15,70%	19,80%	20,90%	20,00%	18,00%	23,90%
2002	16,60%	14,60%	18,80%	22,70%	22,80%	20,50%	24,40%
2003	16,80%	16,20%	18,60%	24,10%	26,70%	14,70%	24,30%
2004	17,30%	16,40%	15,60%	23,50%	21,60%	13,90%	23,80%
2005	17,40%	18,20%	23,00%	24,30%	25,40%	9,30%	24,60%
2006	18,70%	18,80%	19,00%	25,70%	26,30%	13,40%	25,40%
2007	19,20%	16,00%	26,50%	26,40%	27,40%	15,20%	24,70%
2008	18,40%	16,70%	18,00%	30,70%	24,70%	15,20%	23,80%
2009	18,90%	26,60%	14,50%	26,50%	22,80%	24,00%	24,60%
2010	18,60%	19,10%	27,70%	27,00%	25,60%	16,60%	24,50%
2011	18,60%	18,40%	14,40%	27,00%	24,70%	15,00%	24,20%
2012	19,20%	17,80%	15,70%	27,00%	24,70%	15,30%	24,70%
2013	19,30%	19,70%	17,60%	31,50%	33,90%	16,90%	24,80%

Πίνακας Π.7

Ποσοστό γεννήσεων με εφαρμογή της μεθόδου ICSI

	Γαλλία	Γερμανία	Ελλάδα	Ηνωμένο Βασίλειο	Ιρλανδία	Ιταλία	Σουηδία
2000	18,70%	17,10%	22,80%	20,10%	18,80%	20,00%	21,90%
2001	12,50%	17,90%	23,20%	21,20%	20,30%	19,00%	22,00%
2002	18,30%	16,60%	18,80%	24,20%	23,60%	19,60%	23,80%
2003	18,30%	17,70%	19,20%	25,50%	23,90%	14,80%	23,40%
2004	18,30%	17,60%	15,80%	24,50%	21,20%	14,50%	21,30%
2005	18,90%	17,80%	22,00%	25,30%	26,80%	9,00%	21,60%
2006	20,30%	18,40%	22,00%	26,50%	24,30%	12,30%	23,90%
2007	20,50%	16,10%	24,20%	27,50%	26,30%	14,30%	22,40%
2008	20,70%	16,90%	16,50%	31,80%	26,70%	15,00%	22,30%
2009	20,80%	13,60%	10,90%	27,40%	23,10%	14,70%	23,10%
2010	21,60%	19,00%	23,80%	31,20%	26,10%	15,70%	24,30%
2011	20,10%	18,50%	15,50%	26,90%	21,50%	14,20%	23,30%
2012	19,60%	18,10%	17,20%	31,80%	24,40%	14,00%	24,90%
2013	20,00%	19,40%	13,70%	32,60%	26,50%	13,80%	23,20%

Πίνακας Π.8

Ποσοστιαία κατανομή σε τρεις ηλικιακές κατηγορίες (≤ 34 , 35-39, ≥ 40) των γυναικών που υποβάλλονται σε τεχνικές (IVF, ICSI)

	Γαλλία			Γερμανία			Ελλάδα			Ηνωμένο Βασίλειο			Ιρλανδία			Ιταλία			Σουηδία		
	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40	≤ 34	35-39	≥ 40
2000	59%	33%	13%	56%	33%	11%	46%	39%	15%	45%	38%	14%	39%	46%	15%	47%	36%	17%	50%	36%	13%
2001	56%	32%	12%	59%	32%	9%	45%	33%	23%	46%	10%	12%	37%	38%	12%	45%	36%	19%	51%	36%	13%
2002	55%	31%	14%	59%	33%	8%	46%	33%	21%	49%	38%	13%	36%	47%	17%	46%	37%	18%	53%	37%	11%
2003	55%	31%	14%	60%	34%	7%	43%	37%	20%	48%	39%	13%	37%	47%	16%	44%	38%	19%	51%	38%	11%
2004	57%	31%	13%	51%	38%	11%	41%	38%	22%	45%	40%	15%	35%	46%	19%	40%	38%	21%	50%	37%	13%
2005	57%	30%	13%	49%	40%	11%	39%	39%	21%	44%	40%	16%	34%	45%	21%	39%	40%	21%	48%	37%	15%
2006	57%	31%	12%	48%	41%	12%	38%	38%	24%	42%	41%	16%	31%	47%	21%	38%	38%	24%	51%	38%	11%
2007	55%	32%	13%	45%	41%	13%	33%	43%	24%	41%	42%	17%	31%	46%	23%	35%	40%	25%	52%	37%	11%
2008	53%	34%	13%	46%	40%	14%	38%	37%	26%	41%	41%	18%	29%	48%	23%	34%	39%	27%	50%	38%	11%
2009	53%	34%	13%	46%	40%	14%	35%	33%	32%	42%	41%	17%	31%	47%	22%	31%	41%	28%	49%	39%	12%
2010	54%	33%	13%	43%	36%	20%	34%	37%	29%	42%	40%	18%	31%	46%	23%	30%	41%	29%	49%	39%	12%
2011	54%	32%	13%	41%	37%	22%	31%	38%	32%	44%	39%	17%	36%	47%	17%	29%	41%	29%	48%	40%	12%
2012	54%	32%	14%	41%	37%	22%	31%	37%	31%	45%	38%	17%	35%	47%	19%	29%	41%	30%	51%	37%	12%
2013	54%	31%	15%	41%	37%	22%	30%	38%	33%	45%	37%	17%	31%	46%	23%	28%	42%	30%	51%	37%	11%

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αντόπας Κ. (2004), Ηθικά Διλήμματα στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή - Δάνεια Μήτρα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(1), 86-96.

Αρκαδινού Α. (2011), Η αστική ευθύνη στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Βασιλείου Μ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στη Μεγάλη Βρετανία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νομική Σχολή - Τμήμα Ιατρικής -στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ II «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro».

Γεωργιάδης Α.Σ. και Σταθόπουλος Μ.Π. (2007), Αστικός Κώδικας, κατ' άρθρο Ερμηνεία, τόμος 7ος - Οικογενειακό Δίκαιο (Άρθρα 1346-1504), Εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα.

Δημόπουλος Ν.ΧΡ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στην Ιρλανδία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νομική Σχολή - Τμήμα Ιατρικής -στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ II «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro».

Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2013), Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή: 10 χρόνια εφαρμογής του Ν. 3089/2002, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε. και Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2014), Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

- Κανελλοπούλου-Μπότη Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ. (2004), Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική-Σύγχρονες Προσεγγίσεις και Προοπτικές του Μέλλοντος, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Καντσά Β. (2013), Η ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα, στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ.
- Κατσιμίγκας Γ. και Καμπά Ε. (2010), Ηθική – Θεολογική και Νομική Θεώρηση της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, Νοσηλευτική, 49(3), 209-219.
- Κηπουρίδου Κ. και Μηλαπίδου Μ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στη Σουηδία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νομική Σχολή - Τμήμα Ιατρικής - στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ II «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro».
- Κλαβανίδου Δ. και Ρίζος Ε. (2014), Ιατρικός Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή Άγαμης Γυναίκας και Πατρότητα του τέκνου, Χρονικά Ιδιωτικού Δικαίου, 241-248.
- Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Έ. (2005), Τεχνητή γονιμοποίηση και Οικογενειακό Δίκαιο, Η ειδική ελληνική νομοθεσία: Νόμοι 3089/2002 και 3305/2005, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Κριάρη-Κατράνη Ι. (1994), Βιοϊατρικές Εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο - Συνταγματικά Θέματα σχετικά με τις Μεθόδους Υποβοηθουμένης Αναπαραγωγής και τις Εφαρμογές της Γενετικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Λασκαρίδης Ι. Ε.(2012), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Μαστρομηνάς Μ. (2009), Νέες Εξελίξεις στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση, Εφαρμογές Αστικού Δικαίου & Πολιτικής Δικονομίας, 1, 70.

- Μηλαπίδου Μ. (2011), Σωματική ακεραιότητα και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Η ποινική ευθύνη στο πλαίσιο της θεραπευτικής αγωγής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Σαρίδη Μ. και Γεωργιάδη Ε. (2010), Αίτια υπογονιμότητας, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4), 409-419.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. (2018), Νομικά ζητήματα σχετικά με την παρένθετη μητρότητα στην Ελλάδα, Bioethics.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Βασιλείου Μ., Δημόπουλος Ν., Κηπουρίδου Κ., Μηλαπίδου Μ., Τσαλίδης Α., Φράγκου Ρ., Χορταρά Θ. (2015), Η Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή στην Ευρώπη: Ιατρικά, Κοινωνικά και Νομικά Ζητήματα, Μελέτη στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ ΙΙ, με τίτλο «Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro».
- Τσαλίδης Α.Β. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στη Γερμανία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νομική Σχολή - Τμήμα Ιατρικής -στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ ΙΙ «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro».
- Φουντεδάκη Κ. (2007), Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Φουντεδάκη Κ. (2011), Ζητήματα από την Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε Άγαμη Γυναίκα (γνωμ.), Εφαρμογές Αστικού Δικαίου & Πολιτικής Δικονομίας, 11, 1010.
- Φράγκου Ρ. (2015), Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στην Γαλλία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νομική Σχολή - Τμήμα Ιατρικής -στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ ΙΙ «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro».

Φράγκου Δ. και Γαλάνης Π. (2015), Ηθικά ζητήματα στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(5), 680-688.

Χορταρά Θ. (2015), *Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προστασία του Εμβρύου In Vitro στην Ιταλία*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νομική Σχολή - Τμήμα Ιατρικής -στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ II «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro» .

Ξενόγλωσση

Andersen A.N., Gianaroli L. and Nygren K.G. (2004), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2000: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 19(3), 490-503.

Andersen A.N., Gianaroli L., Felberbaum R., J. de Mouzon and Nygren K.G. (2005), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2001: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 20(5), 1158-1176.

Andersen A.N., Gianaroli L., Felberbaum R., J. de Mouzon and Nygren K.G. (2006), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2002: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 21(7), 1680-1697.

Andersen A.N., Goossens V., Bhattacharya S., Ferraretti A.P., Kupka M.S., J. de Mouzon, Nygren K.G. and The European IVF monitoring (EIM) (2009), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 24(6), 1267-1287.

Andersen A.N., Goossens V., Ferraretti A.P., Bhattacharya S., Felberbaum R., J. de Mouzon and Nygren K.G. and The European IVF-monitoring (EIM) (2008), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2004: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 23(4), 756-771.

- Andersen A.N., Goossens V., Gianaroli L., Felberbaum R., J. de Mouzon and Nygren K.G. (2007), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2003: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 22(6), 1513-1525.
- Calhaz-Jorge C., De Geyter C., Kupka M.S., J. de Mouzon, Erb K., Mocanu E., Motrenko T., Scaravelli G., Wyns C., and Goossens V. (2016), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2012: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 31(8), 1638-1652.
- Calhaz-Jorge C., De Geyter C., Kupka M.S., J. de Mouzon, Erb K., Mocanu E., Motrenko T., Scaravelli G., Wyns C., and Goossens V. (2017), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 32(10), 1957-1973.
- Dondorp W., G. de Wert, Pennings G., Shenfield F., Devroey P., Tarlatzis B. and Barri P. (2010), Lifestyle-related Factors and Access to Medically Assisted Reproduction, *Human Reproduction*, 25(3), 578-583.
- Ferlin A., Arredi B. and Foresta C. (2006), Genetic Causes of Male Infertility, *Reproductive Toxicology*, 22, 133-141.
- Ferraretti A.P., Goossens V., J. de Mouzon, Bhattacharya S., Castilla J.A., Korsak V., Kupka M., Nygren K.G., Andersen A.N. and The European IVF-monitoring (EIM) (2012), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2008: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 27(9), 2571-2584.
- Ferraretti A.P., Goossens V., Kupka M., Bhattacharya S., J. de Mouzon, Castilla J.A., Erb K., Korsak V., Andersen A.N. and The European IVF-monitoring (EIM) (2013), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 28(9), 2318-2331.
- Inhorn M.C. and Patrizio P. (2015), Infertility Around the Globe: New Thinking on Gender, Reproductive Technologies and Global Movements in the 21st Century, *Human Reproduction*, 21(4), 411-426.

- J. de Mouzon, Goossens V., Bhattacharya S., Castilla J.A., Ferraretti A.P., Korsak V., Kupka M., Nygren K.G., Andersen A.N. and The European IVF-monitoring (EIM) (2010), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 25(8), 1851-1862.
- J. de Mouzon, Goossens V., Bhattacharya S., Castilla J.A., Ferraretti A.P., Korsak V., Kupka M., Nygren K.G., Andersen A.N. and The European IVF-monitoring (EIM) (2012), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2007: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 27(4), 954-966.
- Kamel R.M. (2013), Assisted Reproductive Technology after the Birth of Louise Brown, *J Reprod Infertil*, 14(3), 96-109.
- Kupka M.S., D'Hooghe T., Ferraretti A.P., J. de Mouzon, Erb K., Castilla J.A., Calhaz-Jorge C., De Geyter Ch., and Goossens V. (2016), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2011: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 31(2), 233-248.
- Kupka M.S., Ferraretti A.P., J. de Mouzon, Erb K., D'Hooghe T., Castilla J.A., Calhaz-Jorge C., De Geyter C., Goossens V. and The European IVF-monitoring (EIM) (2014), Assisted Reproductive Technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction*, 29(10), 2099-2113.
- Roupa Z., Polikandrioti M., Sotiropoulou P., Faros E., Koulouri A., Wozniak G. and Gourni M., (2009), Causes of Infertility in Women at Reproductive Age, *Health Science Journal*, 3(2), 80-87.
- Ruangvutilert P. and Phophong P. (2001), Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD): an overview, *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 13(1), 47-53.
- Sauer M. V., and Kavic S. M. (2005), Oocyte and Embryo Donation 2006: Reviewing two Decades of Innovation and Controversy, *Reproductive BioMedicine*, 12(2), 153-162.

Shenfield.F., J. de Mouzon, Pennings G., Ferraretti A.P., Nyboe Andersen A., G. de Wert, and Goossens V. (2010), Cross border reproductive care in six European countries, *Human Reproduction*, 25(6), 1361–1368.

Svanberg A.S., Lampic C., Bergh T. and Lundkvist Ö. (2003), Public opinion regarding oocyte donation in Sweden, *Human Reproduction*, 18(5), 1107-1114.

Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., Dyer S., Racowsky C., J. de Mouzon, Sokol R., Rienzi L., Sunde A., Schmidt L., Cooke I.D., Leigh Simpson J., and Sheryl van der Poel (2017), The International Glossary on Infertility and Fertility Care, *Human Reproduction*, 32(9), 1786-1801.

Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., J. de Mouzon, Ishihara O., Mansour R., Nygren K. Sullivan E. and Vanderpoel S. (2009), International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 92(5), 1520-1524.

Διαδικτυακές Πηγές

<http://www.ecclesia.gr/>

<http://ec.europa.eu/eurostat>

<http://www.fivfrance.com>

<https://www.fertility-center-hh.de/>

<https://www.nhs.uk/>

<https://www.nice.org.uk/>

<https://www.statistics.gr/>