****

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Νομική Σχολή – Τμήμα Ιατρικής

(στο πλαίσιο του προγράμματος ΑΡΙΣΤΕΙΑ ΙΙ)

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro

Η ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ

Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ IN VITRO

ΣΤΗΝ ΙΡΛΑΝΔΙΑ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΧΡ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ

*Δικηγόρος, LLM, MSc,  
 Επιστ. Συνεργ. Νομικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2015

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΕΘΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Χώρα μελέτης : Ιρλανδία (Δημοκρατία της Ιρλανδίας)

Ερευνητής: Δημόπουλος Νικόλαος

Ημερομηνία τελευταίας ενημέρωσης στοιχείων της έρευνας : Ιούνιος 2015.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

[Ι. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 15](#_Toc431425191)

[1. ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 15](#_Toc431425192)

[1.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΝΟΜΟΘΕΤΗΣΗΣ 20](#_Toc431425193)

[1.2 H ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΜΟΔΙΑΣ ΑΡΧΗΣ 28](#_Toc431425194)

[1.3 ΟΙ ΙΣΧΥΟΥΣΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ 29](#_Toc431425195)

[ΙΙ. Η ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙΑ 34](#_Toc431425196)

[Α. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 34](#_Toc431425197)

[1. ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΚΟ ΤΡΟΠΟ 34](#_Toc431425198)

[2. ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΚΝΟ 37](#_Toc431425199)

[3. ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ ΣΕ IYA 37](#_Toc431425200)

[Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ IYA 38](#_Toc431425201)

[1. ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ 38](#_Toc431425202)

[2. ΥΓΕΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ 41](#_Toc431425203)

[3. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ 43](#_Toc431425204)

[3.1. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΩΝ/ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ 43](#_Toc431425205)

[3.2 ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ 45](#_Toc431425206)

[3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ (ΓΑΜΟΣ, ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ, ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΝΩΣΗ) 46](#_Toc431425207)

[3.4 ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ 47](#_Toc431425208)

[3.5 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ 49](#_Toc431425209)

[4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΖΕΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 52](#_Toc431425210)

[4.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ 52](#_Toc431425211)

[4.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΜΗ ΠΛΗΡΟΥΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ 56](#_Toc431425212)

[4.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 57](#_Toc431425213)

[Γ. ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 58](#_Toc431425214)

[1. ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣH 58](#_Toc431425215)

[2. ΟΜΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ 59](#_Toc431425216)

[3. ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ 60](#_Toc431425217)

[Δ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 61](#_Toc431425218)

[1. ΕΠΙΤΡΕΠΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΩΑΡΙΩΝ 61](#_Toc431425219)

[2. ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 64](#_Toc431425220)

[2.1 ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 64](#_Toc431425221)

[2.2 ΧΡΟΝΟΣ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 67](#_Toc431425222)

[3. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΗ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΜΕΝΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 68](#_Toc431425223)

[4. ΠΛΕΟΝΑΖΟΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ 68](#_Toc431425224)

[Ε. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 71](#_Toc431425225)

[1. ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 71](#_Toc431425226)

[2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΥΛΟΥ 74](#_Toc431425227)

[3. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ «ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ» ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 75](#_Toc431425228)

[ΙΙΙ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 77](#_Toc431425229)

[1. ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ 77](#_Toc431425230)

[2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ 78](#_Toc431425231)

[2.1 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ (ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΗ) ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ 78](#_Toc431425232)

[2.1.1 ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΖΥΜΩΣΕΙΣ 81](#_Toc431425233)

[2.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ 84](#_Toc431425234)

[2.2.1 ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ Ή ΚΑΛΥΨΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ 86](#_Toc431425235)

[2.3 ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ 87](#_Toc431425236)

[2.4 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ 91](#_Toc431425237)

[2.6 Η ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΤΩΝ ΜΕΡΩΝ ΜΕ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ 94](#_Toc431425238)

[2.7 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ 99](#_Toc431425239)

[3. ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ 102](#_Toc431425240)

[ΙV. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ KAI ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ 105](#_Toc431425241)

[Α. ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 105](#_Toc431425242)

[1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 105](#_Toc431425243)

[2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 108](#_Toc431425244)

[3. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 108](#_Toc431425245)

[Β. ΜΟΝΑΧΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ 109](#_Toc431425246)

[1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΥΑ 109](#_Toc431425247)

[Γ. ΟΜΟΦΥΛΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ 111](#_Toc431425248)

[1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΥΑ 111](#_Toc431425249)

[2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 112](#_Toc431425250)

[Δ. ΤΡΑΝΣΕΞΟΥΑΛ 113](#_Toc431425251)

[1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 113](#_Toc431425252)

[2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 113](#_Toc431425253)

[V. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 115](#_Toc431425254)

[1. ΧΩΡΟΙ ΦΥΛΑΞΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 115](#_Toc431425255)

[1.1 ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑ 115](#_Toc431425256)

[1.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ 116](#_Toc431425257)

[2. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΟΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 118](#_Toc431425258)

[2.1 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΔΟΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 118](#_Toc431425259)

[2.2 ΑΝΩΤΑΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΔΟΤΗ 123](#_Toc431425260)

[2.3 ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΔΟΤΗ ΤΟΥ 124](#_Toc431425261)

[VΙ. ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 126](#_Toc431425262)

[1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ 126](#_Toc431425263)

[1.1 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ 131](#_Toc431425264)

[2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ / ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 135](#_Toc431425265)

[3. ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 136](#_Toc431425266)

[3.1 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ 139](#_Toc431425267)

[4. ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΟΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 144](#_Toc431425268)

[4.1 ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΣΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΠΑΙΔΙ 145](#_Toc431425269)

[4.2 ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΟΤΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 148](#_Toc431425270)

[5. ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 155](#_Toc431425271)

[5.1 ΠΩΛΗΣΗ/ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 155](#_Toc431425272)

[5.2 ΠΡΟΒΛΕΨΗ «ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ» ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΟΤΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 157](#_Toc431425273)

[6. ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣ ΑΓΟΡΑ Ή ΠΩΛΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 159](#_Toc431425274)

[7. ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ 161](#_Toc431425275)

[7.1 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΩΝ ΤΗΤΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΥΓΟΥΝ ΣΕ ΜΙΥΑ 161](#_Toc431425276)

[7.2 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ Ή ΑΡΧΩΝ ΣΕ ΦΑΚΕΛΟΥΣ ΠΟΥ ΤΗΡΟΥΝ ΟΙ ΜΙΥΑ 163](#_Toc431425277)

[8. ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 165](#_Toc431425278)

[8.1 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΩΑΡΙΩΝ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ 165](#_Toc431425279)

[8.1.1 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ 171](#_Toc431425280)

[8.1.2 ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 173](#_Toc431425281)

[8.2 ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΙ ΤΩΝ ΒΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ 175](#_Toc431425282)

[8.3 ΔΙΑΕΙΔΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ 176](#_Toc431425283)

[VΙΙ. «ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ» ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 179](#_Toc431425284)

[1.ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΙΥΑ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΚΑΙ Η ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ 179](#_Toc431425285)

[1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ 179](#_Toc431425286)

[1.2 ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ 180](#_Toc431425287)

[VIIΙ. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 188](#_Toc431425288)

[1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΤΕΡΟΛΟΓΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ Ή ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗΣ 188](#_Toc431425289)

[1.1 Η ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ 188](#_Toc431425290)

[1.2 Η ΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΜΙΞΙΑΣ 189](#_Toc431425291)

[1.3 ΤΟ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΔΟΤΗ/ΔΟΤΡΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 193](#_Toc431425292)

[2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ 193](#_Toc431425293)

[3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΜΟΦΥΛΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ 194](#_Toc431425294)

[ΙΧ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 197](#_Toc431425295)

[1. ΑΝΩΝΥΜΙΑ ΔΟΤΗ 197](#_Toc431425296)

[2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ 199](#_Toc431425297)

[3. ΜΟΝΑΧΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ 202](#_Toc431425298)

[4. ΜΟΝΑΧΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ 202](#_Toc431425299)

[5. ΟΜΟΦΥΛΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ 203](#_Toc431425300)

[6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 203](#_Toc431425301)

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Περιληπτική περιγραφή των κυριότερων   
οργάνων/οργανισμών/υπηρεσιών/επιτροπών κ.α  
 που αναφέρονται στην έκθεση

* Commission on Assisted Human Reproduction (CAHR): Ο Υπουργός Υγείας και Παιδιών, Micheál Martin, TD, ίδρυσε τον Μάρτιο του 2000 την Επιτροπή για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Σκοπός της διεπιστημονικής επιτροπής αυτής ήταν να παρέχει την ιατρική, επιστημονική και νομική πραγμάτευση και μια λεπτομερή εξέταση όλων των πιθανών επιλογων προς ρύθμιση και να ετοιμάσει μια έκθεση που θα αποτελούσε τη βάση για μια τεκμηριωμένη δημόσια συζήτηση πριν από την ολοκλήρωση των προτάσεων για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στο ζήτημα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η Επιτροπή συγκροτήθηκε τον Ιούλιο του 2001. Μέλη της πολυάριθμης Επιτροπής αυτής υπήρξαν εξέχουσες προσωπικότητες από το χώρο των νομικών, ιατρικών και κοινωνικών επιστημών. Στο πλαίσιο των εργασιών της η Επιτροπή πραγματοποίησε μεγάλη τηλεφωνική έρευνα στην κοινή γνώμη και κατέγραψε τις κοινωνικές τάσεις. Ήταν η πρώτη έρευνα αυτού του είδους που διεξήχθη στην Ιρλανδία. Η Επιτροπή ολοκλήρωσε το έργο της με πρόταση που συνέταξε και κατέθεσε το 2005. Το πλήρες κείμενο βρίσκεται δημοσιευμένο στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/46684/1/1740.pdf>.

Στο κείμενο της έκθεσης αναφέρεται ως «Επιτροπή». Στις παραπομπές του κειμένου αναφέρεται ως «CAHR».

* Health Products Regulatory Authority (HPRA): Ρυθμιστική αρχή που έχει ως ρόλο την προστασία και την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και της υγείας των ζώων ρυθμίζοντας τα φάρμακα, τις ιατρικές συσκευές και άλλα προϊόντα υγείας και ελέγχοντας τα καλλυντικά. Χρησιμοποιεί επιστημονικές και κλινικές γνώσεις για να ελέγχει τα προϊόντα υγείας που είναι διαθέσιμα στην Ιρλανδία ή εξάγονται. Οι τομείς που ελέγχει είναι τα φάρμακα για ανθρώπινη χρήση, τα κτηνιατρικά φάρμακα, οι κλινικές δοκιμές, οι ιατρικές συσκευές, τα ελεγχόμενα φάρμακα, το αίμα και τα συστατικά του, οι ιστοί και τα κύτταρα, τα καλλυντικά, η προστασία των ζώων που χρησιμοπούνται για επιστημονικούς σκοπούς και τα όγρανα που προορίζονται για μεταμόσχευση. Ιδρύθηκε το 1996 με την ονομασία Irish Medicines Board (IMB) και τον Ιούλιο του 2014 πήρε τη σημερινή της ονομασία. Η αλλαγή ονόματος έγινε έτσι ώστε να αντανακλάται καλύτερα το εύρος των λειτουργιών που ασχολείται, οι οποίες αυξήθηκαν με την πάροδο των χρόνων. Η οργανωτική δομή της HPRA περιλαμβάνει το Συμβούλιο και τις Συμβουλευτικές Επιτροπές, τον Διευθύνοντα Σύμβουλο και οκτώ διευθυντές που μαζί με τον Διευθύνοντα Σύμβουλο απαρτίζουν τη Διοικούσα Επιτροπή και ελέγχουν τις καθημερινές δραστηριότητες της HPRA. Το Συμβούλιο διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας σύμφωνα με τις αρμοδιότητες που ανατίθενται από το υποκεφάλαιο 2 του κεφαλαίου 7 του Irish Medicines Board Act 1995. Οι Συμβουλευτικές Επιτροπές είναι τρεις, η Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση, η Επιτροπή για Ιατρικές Συσκευές και η Επιτροπή για Ιατρικά Φάρμακα. Κάθε Συμβουλευτική Επιτροπή μπορεί να έχει μέχρι και 12 μέλη. Οι δύο πρώτες επιτροπές διορίζονται από τον Υπουργό Υγείας ενώ η τρίτη από τον Υπουργό Υγείας σε συννενόηση με τον Υπουργό Γεωργίας, Τροφίμων και Ναυτιλίας. Κάθε επιτροπή έχει τη δυνατότητα να συστήσει και υπο-επιτροπές. (<https://www.hpra.ie/>)
* Health Service Executive (HSE): Επιτροπή υπεύθυνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας υπηρεσίες υγείας και προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες για όσους ζουν στην Ιρλανδία. Λειτουργεί με δημόσιους πόρους, ιδρύθηκε με το Health Act, 2004 και η επίσημη λειτουργία της ξεκίνησε την 1η Ιανουαρίου 2005. Η επιτροπή αυτή αντικατέστησε τα δέκα περιφερειακά συμβούλια υγείας, την Ανατολική Περιφερειακή Αρχή Υγείας και διάφορους άλλους φορείς και οργανισμούς. Υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και ο υπουργός υγείας έχει τη συνολική ευθύνη. Λειτουργεί σύμφωνα με τον HSE Code of Governance, που ορίζει τις αρχές, τις πολιτικές και τις κατευθυντήριες γραμμές σύμφωνα με τις οποίες λειτουργεί ο οργανσιμός. Ο Κώδικας αυτός εγκρίθηκε για πρώτη φορά από τον Υπουργό Υγείας και Παιδιών το 2007 και αναθεωρήθηκε το 2011 με σκοπό να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του Code of Practice for the Governance of State bodies (2009). Η οργανωτική δομή του HSE χωρίζεται σε ορισμένους βασικούς τομείς που περιλαμβάνουν τις Ολοκληρωμένες Υπηρεσίες, όπως είναι οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας στην κοινότητα και οι υπηρεσίες ασθενοφόρων, την Ποιότητα και Κλινική Φροντίδα, όπως η παροχή προγραμμάτων ποιότητας και απόδοσης και τις Υπηρεσίες Υποστήριξης, όπως είναι τα Οικονομικά, η Επικοινωνία και το HR που δίνουν τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργεί αποτελεσματικά και οικονομικά. Χωρίζεται σε τέσσερις διοικητικές περιοχές, HSE Dublin Mid-Leinster, HSE Dublin North East, HSE South και HSE West, που διοικούνται από τα Regional Health Forum, με επικεφαλής στην κάθε περιοχή τον Regional Director of Operations. Κάθε περιοχή περιλαμβάνει όλες τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες (Hospital Services) και τις Τοπικές Διοικητικές Υπηρεσίες Υγείας (Local Health Office services). Όλες οι Διοικητικές Περιοχές πρέπει να παρέχουν ενημέρωση για τα έξοδα του προηγούμενου έτους και να δίνουν λεπτομερή ανάλυση για το πως θα δαπανήσουν τη χρηματοδότηση από τον HSE το τρέχον έτος. Το Υπουργείο Υγείας ενημερώνει επίσημα για τις εθνικές προτεραιότητες στον τομέα της υγείας τις οποίες και αναλαμβάνει να υλοποιήσει ο HSE μέσω τις προετοιμασίας ατομικών σχεδίων. (<http://www.hse.ie/>)
* Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA): Εκτελεστικός μη-κυβερνητικός οργανισμός του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου που ρυθμίζει και επιτηρεί όλες τις κλινικές του Ηνωμένου Βασιλείου που παρέχουν υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η Human Fertilisation and Embryology Act 1990 προέβλεπε την ίδρυση του οργανσιμού αυτού ο οποίος τέθηκε σε λειτουργία την 1η Αυγούστου 1991. Ο νόμος απαιτεί από την HFEA να τηρεί βάσει δεδομένων με κάθε εξωσωματική γονιμοποίηση που πραγματοποιήθηκε από τη σύστασή της και μια βάση δεδομένων με όλους τους κύκλους και τη χρήση των προσφερόμενων γαμετών. (<http://www.hfea.gov.uk/index.html>)
* International Federation of Fertility Societies (IFFS): Ιδρύθηκε το 1951 και σκοπός της Διεθνούς Ομοσπονδίας των Εταιρειών Γονιμότητας είναι η ενίσχυση της βασικής και κλινικής έρευνας, η διάδοση της εκπαίδευσης και η ενθάρυνση για ανώτερη κλινική φροντίδα στον τομέα της υπογεννητικότητας και της αναπαραγωγικής ιατρικής παγκοσμίως. Τα μέλη της συνεχώς αυξάνονται και σήμερα συμμετέχουν σε αυτήν πάνω από 60 Εθνικές Εταιρείες Γονιμότητας. Πάνω από 50,000 ειδικοί σε όλο τον κόσμο στους τομείς της αναπαραγωγής και της στειρότητας συμμετέχουν σε αυτόν τον οργανισμό. Κατά περιόδους εκπονεί μελέτες με συγκεντρωτικά στοιχεία για συγκεκριμένες θεματικές.   
  Σχετική είναι και η έρευνα IFFS Surveillance 2013 (διαθέσιμη ηλεκτρονικά σε: <http://c.ymcdn.com/sites/www.iffs-reproduction.org/resource/resmgr/iffs_surveillance_09-19-13.pdf>) η οποία αξιοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα και για την οποία χρησιμοποιείται η παραπομπή IFFS. (<http://www.iffs-reproduction.org/>).
* Iona Institute: Καθολική ομάδα υπεράσπισης που ιδρύθηκε το 2007 από τον σχολιαστή θρησκευτικών υποθέσεων David Quinn. Ξεκίνησε αρχικά τον Αύγουστο του 2006 ως ιδιωτική εταιρεία περιορισμένης ευθύνης με την επωνυμία Lolek Ltd και μετεξελίχθηκε σε ίδρυμα. Σκοπός του είναι η προώθηση του γάμου και της θρησκείας στην κοινωνία. Συνέταξε αντι-έκθεση ως απάντηση στην έκθεση της Επιτροπής του 2005 εώ επίσης δημοσιεύει άρθρα και μελέτες για διάφορες θεματικές μεταξύ των οποίων και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. (<http://www.ionainstitute.org/index.php>)
* Irish Clinical Embryologists (ICE): Ιδρύθηκε το 1998 και είναι μια επαγγελματική οργάνωση για εμβρυολόγους που εργάζονται στην Ιρλανδία. Προσπαθεί να παρέχει καλύτερη και ασφαλέστερη εξυπηρέτηση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε ζευγάρια στη Βόρεια και Νότια Ιρλανδία. Ασκεί όλο και μεγαλύτερη επιρροή για τα πρότυπα και τους κανονισμούς που ορίζονται για την in vitro αναπαραγωγή στην Ιρλανδία. Μέλη της συμμετέχουν στην CAHR, την IFS και στη συντονιστική επιτροπή που έχει συσταθεί από το Υπουργείο Υγείας και Παιδιών με σκοπό να εξετάσει την εισαγωγή στην Ιρλανδία της οδηγίας της Ε.Ε. για τους ιστούς και τα κύτταρα. Έχει επίσης εκπροσώπηση στη European Assisted Conception Consortium (EACC) η οποία ιδρύθηκε για να αξιολογήσει τις επιπτώσεις της οδηγίας στα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (<http://www.embryologist.ie/index.html>)
* Irish Council for Bioethics: Ιδρύθηκε το 2002 ως ένα ανεξάρτητο και αυτόνομο όργανο του Υπουργείου Υγείας με σκοπό να εξετάζει τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται από τις εξελίξεις στην επιστήμη και την ιατρική. Το Δεκέμβριο του 2010, και ενώ δεν είχε αναπτύξει σημαντική δράση, λόγω της απόφασης της κυβέρνησης να διακόψει τη χρηματοδότηση του Συμβουλίου, διακόπηκε η λειτουργία του. Η ηλεκτρονική διεύθυνση και οι υπερσύνδεσμοι για τις γνώμες ή αποφάσεις που είχε εκδόσει απενεργοποιήθηκαν.
* Irish Fertility Society (IFS): Ιδρύθηκε το 2005 από τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της Αναπαραγωγικής Ιατρικής στην Ιρλανδία. Αποτελείται από ιατρούς, επιστήμονες, νοσηλευτές, συμβούλους και διοικητικό προσωπικό που εργάζεται στον τομέα της Υπογονιμότητας στην Ιρλανδία. Αποσκοπεί να συμβάλει στην διαμόρφωση μιας δεοντολογίας και ενός κώδικα καλής πρακτικής μεταξύ των ειδικών που εργάζονται στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Είναι μέλος της IFFS (βλ. αμέσως παρακάτω). Εκδίδει περιοδικό με την επωνυμία «CONSENSUS», όπως και παραπέμπεται εφεξής, όπου περιέχονται οι βασικές θέσεις και τα πορίσματα στα οποία έχει καταλήξει. (<http://irishfertilitysociety.com/>).
* Medical Council: Ρυθμιστικός φορέας των ιατρών της Δημοκρατίας της Ιρλανδίας που συστάθηκε το 1978 από τη Medical Practitioners Act 1978 και ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Απρίλιο του 1979. Αντικατέστησε το Medical Registration Council το οποίο είχε ιδρυθεί σύμφωνα με τη Medical Practiotiners Act 1927 και ανέλαβε ορισμένες λειτουργίες από το General Medical Council, την ιατρική ρυθμιστική αρχή του Ηνωμένου Βασιλείου. Σύμφωνα με τις διατάξεις της Medical Practitioners Act 2007 το Συμβούλιο αποτελείται από 25 μέλη, 13 εκ των οποίων είναι μη ιατρικά. Όλοι οι διορισμοί πρέπει να εγκρίνονται από τον Υπουργό Υγείας.   
  Κύριες δραστηριότητές του αποτελούν η διατήρηση του μητρώου των ιατρών, η διασφάλιση υψηλών προτύπων ιατρικής εκπαίδευσης, η προώθηση της καλής ιατρικής πρακτικής και η επίβλεψη της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης των ιατρών και η διερεύνηση καταγγελιών εναντίον ιατρών. Κανείς μη εγγεγραμμένος στο Medical Council δεν δικαιούται να ασκήσει την ιατρική ή να διαφημίσει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών στην Επικράτειας. Το Συμβούλιο έχει επίσης αυξημένες αρμοδιότητες όσον αφορά την εκπαίδευση των ιατρών, την συνεχή κατάρτισή τους και την αξιολόγηση των ικανοτήτων τους. Για το σκοπό ατό άλλωστε έχει λόγο και στην κατάρτιση του προγράμματος σπουδών των ιατρικών σχολών στην Ιρλανδία. Τέλος, το συμβούλιο αποτελεί και το πειθαρχικό όργανο των μελών του για κάθε αναφορά από πολίτη, από άλλο μέλος ή από το ίδιο το συμβούλιο, εναντίον εγγεγραμμένου στα μητρώα του ιατρού για συμπεριφορά που παραβιάζει τις κατευθυντήριες οδηγίες, το νόμο που διέπει τη λειτουργία του Medical Council ή άλλο αδίκημα.  
  Σήμερα έχει πάνω από 18,000 εγγεγραμμένα μέλη. Δε λαμβάνει κρατική χρηματοδότηση, πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ετήσιες συνδρομές των ιατρών. Το Συμβούλιο υποχρεούται από το νόμο να συστήσει μια Επιτροπή Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (Education and Training Committee, γνωστή και ως Professional Development Committee), μια Επιτροπή Προκαταρκτικής Διαδικασίας (Preliminary Proceeding Committee), μια Επιτροπή Fitness to Practise και μία Υποεπιτροπη Υγείας (Health Sub-committee). Μόνο τα μέλη του Συμβουλίου μπορούν να είναι εκλέξιμα στις Επιτροπές Fitness to Practise και Προκαταρκτικής Διαδικασίας. Μπορεί επίσης να συγκροτεί όσες επιτροπές θεωρεί ότι είναι απαραίτητες για την εκτέλεση συγκεκριμένων λειτουργιών. Ο φορέας έχει πάνω από 50 άτομα προσωπικό που εργάζονται σε τρεις διευθύνσεις, τη Διεύθυνση Επαγγελματικής Ανάπτυξης και Πρακτικής, τη Ρυθμιστική Διεύθυνση και τη Διεύθυνση Οικονιμικών και Διοίκησης. Το προσωπικό δίνει αναφορά στο Διευθύνοντα Σύμβουλο. Τις επικοινωνιακές λειτουργίες του Συμβουλίου αναλαμβάνει το γραφείο του CEO. Η Medical Practitioner Act 2007 ορίζει τις αρμοδιότητες του CEO και των Επιτροπών. Καθορίζει επίσης λειτουργίες που ελέγχονται από τον Υπουργό Υγείας και Παιδιών, όπως η συμφωνία για τη δημιουργία νέων ειδικοτήτων. Το Ιατρικό Συμβούλιο είναι πλέον ένας οργανισμός που υπόκειται στον έλεγχο του Συνηγόρου του Πολίτη (Ombudsman) σύμφωνα με το Ombudsman (Amendment) Act 2012. Ο Συνήγορος του Πολίτη ελέγχει τις διοικητικές λειτουργίες που σχετίζονται με τη δημιουργία και τη διατήρηση του μητρώου των ιατρών υπό τη Medical Practitioner Act 2007. Στις υποσημιώσεις παραπέμμπεται ως “M.C.Guidelines”. ([www.medicalcouncil.ie/](http://www.medicalcouncil.ie/))
* National Advisory Committee on Bioethics: Επιτροπή που ιδρύθηκε τον Μάρτιο του 2012 από τον υπουργό υγείας Dr. James Reilly T.D. και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Σκοπός της επιτροπής αυτής είναι να συμβουλεύει τον υπουργό για τις ηθικές και κοινωνικές επιπτώσεις των επιστημονικών εξελίξεων στην ιατρική και κοινωνική περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα, παρέχει συμβουλές με τη μορφή εκθέσεων εμπειρογνωμόνων σε ζητήματα εθνικής σημασίας όπως ζητούνται από τον Υπουργό, παρέχει συστάσεις και βοήθεια για την ανάπτυξη της πολιτικής υγειονομικής περίθαλψης και της σχετικής νομοθεσίας και εκπροσωπεί την Ιρλανδία σε διεθνή φόρα σχετικά με τη βιοηθική και συνεργάζεται και ανταλλάσσει πληροφορίες με άλλες διεθνείς επιτροπές βιοηθικής σχετικά με τις εξελίξεις στην πολιτική για την υγεία. Η Επιτροπή αποτελείται από 11 μέλη και είναι διεπιστημονική. Τα μέλη της κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην Επιτροπή σύμφωνα με τις προσωπικές τους δεξιότητες, το κύρος και την εξουσία τους και όχι ως εκπρόσωποι συγκεκριμένων οργάνων ή επαγγελμάτων. Η γραμματεία της επιτροπής αυτής παρέχεται από το Τμήμα της Μονάδας Βιοηθικής Υγείας (Department of Health’s Bioethics Unit).

(<http://health.gov.ie/national-advisory-committee-on-bioethics/>)

* National Infertility Support and Information Group (NISIG): Εθελοντική ομάδα που ιδρύθηκε το 1996 στο Cork από μια ομάδα ανθρώπων που χρειάζονταν και ήθελαν να είναι σε επαφή με άλλους ανθρώπους που καταλάβαιναν τη θλίψη τους. Καθοδηγεί τα ζευγάρια έτσι ώστε να δουν τις επιλογές που έχουν σε περίπτωση υπογονιμότητας. Αποτελεί μία μη-επικριτική και πολυθρησκευτική ομάδα. (<http://nisig.com/>)
* Oireachtas Library and Research Service (OLRS): Υπηρεσία που διαχειρίζεται τη βιβλιοθήκη του ιρλανδικού κοινοβουλίου και παρέχει αμερόληπτες υπηρεσίες έρευνας στα μέλη του Oireachtas (Βουλή της Ιρλανδίας) με σκοπό τη στήριξη των κοινοβουλευτικών εργασιών τους. Καθώς η κοινοβουλευτική βιβλιοθήκη εξυπηρετεί όλα τα μέλη ισότιμα, όλες oι πληροφορίες και κάθε έρευνα που διενεργείται θεωρούνται ότι είναι αμερόληπτες και πολιτικά ουδέτερες.   
  Το 2013 (9 Μαΐου 2013) στο νο. 3 τεύχος

(διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>) που εξέδωσε, έδωσε στη δημοσιότητα μελέτη με τίτλο «Παρένθετη Μητρότητα, Συγγένεια και Ιθαγένεια: η Ιρλανδία στον ευρύτερο κόσμο». (<http://www.oireachtas.ie/parliament/about/libraryresearchservice/>).

* Primary Care Reimbursement Service (Γενική Ιατρική Υπηρεσία) (PCRS): Υπηρεσία που αρχικά είχε την ονομασία General Medical Service Payments Board (GMS) και συγκροτήθηκε υπό την εντολή του Υπουργού Υγείας σύμφωνα με το Τμήμα 11 του Health Act, 1970. Η υπηρεσία αυτή αποτελεί μέρος της HSE και είναι αρμόδια για τις πληρωμές των επαγγελματιών των υπηρεσιών υγείας, όπως οι γιατροί, οι οδοντίατροι και οι φαρμακοποιοί, οι οποίοι έχουν συμβόλαια με την HSE για να παρέχουν δωρεάν ή με μειωμένα κόστη υπηρεσίες στο κοινό. Εκτός από την επεξεργασία και τη διενέργεια πληρωμών σε εθνική βάση, η PCRS καταρτίζει επίσης στατιστικά στοιχεία και αναλύσεις που παρέχονται στην HSE, στην Κυβέρνηση, στους πελάτες, στους ενδιαφερόμενους και σε μέλη του κοινού. Δημοσιεύει τα Primary Care Contractor Handbooks τα οποία είναι εγχειρίδια που παρέχουν μια επισκόπηση των διαφόρων συστημάτων που υποστηρίζονται από την PCRS. Παρέχουν, επίσης, πληροφορίες για διοικητικές ρυθμίσεις σχετικά με τις πληρωμές και γενικές πληροφορίες σχετικά με τους Αναδόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

(<http://www.hse.ie/eng/staff/PCRS/About_PCRS/>)

* Royal College of Physicians in Ireland – Institute of Obstetricians and Gynaecologists: Το Royal College of Physicians in Ireland είναι ένας μεταπτυχιακός ιατρικός οργανισμός αποτελούμενος από Μέλη και Φίλους που ιδρύθηκε το 1654. Στόχος του είναι η βελτίωση της υγείας και της φροντίδας του πληθυσμού πρωταγωνιστώντας στην ιατρική εκπαίδευση, στα επαγγελματικά πρότυπα και στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Εξοπλίζει τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας με τις δεξιότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για τη φροντίδα των ασθενών και για την ύπαρξη ασφαλών και αποτελεσματικών συστημάτων υγείας. Τα Μέλη αποτελούν το εταιρικό σώμα του RCPI ωστόσο κατά την ετήσια συνάντηση μεταβιβάζουν την εξουσία στο Συμβούλιο το οποίο και λειτουργεί ως διοικητικό όργανο. Παρόλο που λειτουργεί ως ενιαίος οργανισμός, αποτελείται από τέσσερις ανεξάρτητες σχολές και δύο ινστιτούτα, το κάθε ένα με δικό του μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Τα τμήματα αυτά είναι το Institute of Obstetricians and Gynaecologists, το Faculty of Occupational Medicine, το Faculty of Paediatrics, το Faculty of Pathology, το Faculty of Public Health Medicine και η Irish Committee on Higher Medical Training. Τα τμήματα αυτά αποτελούν εθνικές αρχές στις αντίστοιχες ειδικότητες και είναι διαπιστευμένα από το Ιατρικό Συμβούλιο ως εθνικοί φορείς κατάρτισης για τη Γενική Ιατρική και τις υπο-ειδικότητές της. Το Institute of Obstetricians and Gynaecologists ιδρύθηκε το 1976 και είναι το επαγγελματικό και εκπαιδευτικό σώμα της μαιευτικής και της γυναικολογίας στην Ιρλανδία. Σκοπός του Ινστιτούτου είναι η παροχή εξαιρετικής ιατρικής περίθαλψης στις γυναίκες και τις οικογένειές τους και η διατήρηση υψηλών προτύπων στην πρακτική της μαιευτικής και της γυναικολογίας. Μεταξύ των λειτουργιών του Ινστιτούτου περιλαμβάνονται η παροχή μεταπτυχιακών ειδίκευσης στη μαιευτική και τη γυναικολογία, η παροχή εκπαιδευτικών συνεδρίων και προγραμμάτων για όσους εργάζονται στους τομείς της μαιευτικής και της γυναικολογίας και η συμβουλή της Κυβέρνησης και άλλων ομάδων εμπειρογνωμόνων σε όλα τα θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας. Το Ινστιτούτο εκροσωπείται από τον Πρόεδρο και το Εκτελεστικό Συμβούλιο καθώς επίσης και από τις εννιά Επιτροπές που διαθέτει. (<http://www.rcpi.ie/>)
* World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (WHO): Εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) που ιδρύθηκε το 1948 και εδρεύει στη Γενεύη και ασχολείται με τη διεθνή δημόσια υγεία. Σκοπός του οργανισμού είναι η απόκτηση του ανώτερου δυνατού επιπέδου υγείας σε όλους τους λαούς της Γης. Προσφέρει υπηρεσίες σε παγκόσμια κλίμακα σε κάθε κράτος, ενθαρρύνει ιατρικές έρευνες, χορηγώντας υποτροφίες, οργανώνει εργαστήρια και πλήθος εκθέσεων και σεμιναρίων για τη διασφάλιση της υγείας. (<http://www.who.int/en/>)

# Ι. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

## 1. ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Στην Ιρλανδία[[1]](#footnote-1) δεν υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο που να ρυθμίζει τα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Πρόκειται δηλαδή για μία έννομη τάξη που δεν συμπεριλαμβάνει ως ρυθμιζόμενη με νομοθετικό τρόπο ύλη την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Τούτο όμως δεν σημαίνει εξ αντιδιαστολής ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επειδή είναι αρρύθμιστη, απαγορεύεται. Σύμφωνα με μία βασική αρχή του δικαίου της έννομης αυτής τάξης, εφόσον μια πράξη ή μια δραστηριότητα δεν απαγορεύεται ρητώς, τότε είναι επιτρεπτή. Υπάρχει δηλαδή ένας άγραφος κανόνας υπέρ της ελευθερίας, όπως θα μπορούσε να χαρακτηριστεί. Άλλωστε το δικαίωμα στην αναπαραγωγή απου αναγνωρίζεται από το Σύνταγμασύμφωνα με την απολύτως κρατούσα ερμηνεία, περιλαμβάνει και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή με ιατρική υποβοήθηση[[2]](#footnote-2).

Για το λόγο αυτό άλλωστε, η χρήση και εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελεί και στην Ιρλανδία ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός. Αν και δεν υπάρχουν αρκετές στατιστικές στην Ιρλανδία σχετικά με τα ποσοστά υπογονιμότητας ούτε αναφορικά με το πόσα ζευγάρια ηθελημένα επιλέγουν να μην κάνουν παιδιά[[3]](#footnote-3), ωστόσο εκτιμάται, από έρευνες που έχουν διενεργηθεί, ότι ένα στα έξι ή επτά ζευγάρια στην Ιρλανδία είναι υπογόνιμα[[4]](#footnote-4). Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία λειτουργούν συνολικά εννέα κλινικές, οι οποίες βρίσκονται κοντά σε μεγάλα αστικά κέντρα[[5]](#footnote-5).

Την ανυπαρξία ολοκληρωμένης ρύθμισης σε επίπεδο νομοθεσίας επιχειρούν να καλύψουν κατευθυντήριες οδηγίες που εκδίδονται από το Ιατρικό Συμβούλιο και άλλους ιατρικούς φορείς. Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες, αν και δεν έχουν ως αποκλειστικό και ειδικό αντικείμενο ρύθμισης την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, εντούτοις ρυθμίζοντας εν γένει ζητήματα που έχουν να κάνουν με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβάνουν, εμμέσως ή αμέσως, και τις υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Υπάρχουν guidelines[[6]](#footnote-6) από το Medical Council[[7]](#footnote-7) που αναφέρονται στους ιατρούς και περιλαμβάνουν ιατρικές πράξεις μεταξύ των οποίων και πράξεις ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.[[8]](#footnote-8) Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών υπόκειται στο ρυθμιστικό έλεγχο του Ιατρικού Συμβουλίου (Medical Council), το οποίο είναι ένας κρατικός φορέας που έχει θεσπιστεί από το 1978 με την αρμοδιότητα να ρυθμίζει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και θα θέτει προδιαγραφές για αυτές[[9]](#footnote-9), το οποίο λειτουργεί ανεξάρτητα μεν αλλά υπό την επίβλεψη της επιτροπής National Advisory Committee on Bioethics[[10]](#footnote-10) του Υπουργείου Υγείας. Συντρέχουσα αρμοδιότητα όσον αφορά τις κλινικές και την κυκλοφορία φαρμάκων και φαρμακευτικών ή άλλων ιατρικών προϊόντων έχει και η Health Products Regulatory Authority (HPRA)[[11]](#footnote-11) η οποία είναι προς το παρόν υπεύθυνη και για την αδειοδότηση κλινικών που παρέχουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[12]](#footnote-12).

Επιπλέον, οι μαιευτήρες γυναικολόγοι έχουν συγκροτήσει, υπό την γενικότερη αιγίδα του Ιατρικού Συμβουλίου, το Ινστιτούτο Μαιευτήρων Γυναικολόγων του Royal College of Physicians (Royal College of Physicians in Ireland – Institute of Obstetricians and Gynaecologists)[[13]](#footnote-13). Το ινστιτούτο αυτό εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για τα μέλη του, οι οποίες εγκρίνονται και έπειτα εκδίδονται από το Ιατρικό Συμβούλιο. Από το 1993 έγινε αποδεκτή ιατρική θεραπευτική μέθοδος η in vitro γονιμοποίηση[[14]](#footnote-14). Μέχρι στιγμής οι οδηγίες που σχετίζονται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχουν να κάνουν αποκλειστικά με ιατρικές – τεχνικές λεπτομέρειες και την ιατρική πρακτική και διαδικασίες εφαρμογής των μεθόδων και όχι σε μια γενικότερη ρύθμιση των μεθόδων αυτών. Για το λόγο αυτό άλλωστε δεν αποτελούν αξιοποιήσιμα δεδομένα για την παρούσα έρευνα.

Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί και η ύπαρξη και λειτουργία της Irish Fertility Society (IFS) που ιδρύθηκε το 2005 και είναι μέλος της International Federation of Fertility Societies (IFFS) και η οποία είναι μια διεπιστημονική ένωση ανοικτή σε όλους τους επαγγελματίες της Αναπαραγωγικής Ιατρικής στην Ιρλανδία. Η ένωση αυτή συλλέγει δεδομένα και καταρτίζει προτάσεις για τη βέλτιστη ιατρική πρακτική στο πεδίο της αναπαραγωγικής ιατρικής στην Ιρλανδία. Μάλιστα το 2010 προχώρησε στην έκδοση (κυκλοφορία το 2011) ενός κειμένου εν είδη επιστημονικού περιοδικού με τον τίτλο “CONSENSUS” που περιέχει κατευθυντήριες οδηγίες για τα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[15]](#footnote-15). Το κείμενο που συντάχθηκε επικυρώθηκε από το Institute of Obstretricians and Gynaecologists. Αν και ρητά επισημαίνεται από την ίδια την ένωση ότι ούτε αρμοδιότητα έχει ούτε αποσκοπεί να αποτελέσουν τα κείμενά της κανονιστικά πλαίσια και υποχρεωτικές ρυθμίσεις και πρωτόκολλά, εντούτοις είναι ενδεικτική η όλη κίνηση, της ανάγκης να υπάρξει ένα κανονιστικό πλαίσιο που να διασαφηνίζει τα ζητήματα και να ρυθμίζει την παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Συνεπώς, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ιρλανδία ρυθμίζεται όχι με νόμους που έχουν τεθεί από την έννομη τάξη αλλά από κανόνες που θέτουν άλλοι φορείς και οι οποίοι θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως κανόνες soft law[[16]](#footnote-16).

Τα προβλήματα που γεννούσε η απουσία ενός ειδικού νομικού πλαισίου είχαν γίνει αντιληπτά εγκαίρως και σε κάθε ευκαιρία που δινόταν επισημαίνονταν τόσο από την επιστημονική κοινότητα όσο και από κοινωνικούς φορείς. Έχει μάλιστα τονιστεί ότι η απουσία νομοθετικού πλαισίου σημαίνει ότι η ι.υ.α. παραμένει στο περιθώριο, οδηγώντας στο περιθώριο και τους ανθρώπους που χρειάζονται την ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή[[17]](#footnote-17).Υπήρχαν λόγοι όμως που εμπόδιζαν ή πάντως ανέβαλλαν την υιοθέτηση ενός νομοθετήματος που θα ρύθμιζε όλα τα ζητήματα με σαφείς και συγκεκριμένες διατάξεις.

Στη συνέχεια, θα άξιζε να εξεταστούν οι λόγοι που οδήγησαν στη διαμόρφωση αυτού του συγκεκριμένου κανονιστικού πλαισίου, όπως προκύπτουν από τις απόψεις των προσώπων αναφοράς.

Συγκεκριμένα, θα μπορούσε κανείς εύκολα να υποστηρίξει ότι η απουσία κρατικής έννομης ρύθμισης, πιθανόν να είναι αποτέλεσμα πιέσεων της παπικής ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας, η οποία όπως είναι γνωστό, έχει αξιοσημείωτη ισχύ και επιρροή στην Ιρλανδία.

Πράγματι, είναι γεγονός ότι η παπική ρωμαιοκαθολική εκκλησία έχει αντιδράσει σε κεντρικό επίπεδο στις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και έχει λάβει μία εν γένει αρνητική θέση απέναντί τους. Το ίδιο συμβαίνει φυσικά και με την τοπική εκκλησία της Ιρλανδίας. Μάλιστα έχει συγκροτηθεί ειδική επιτροπή της ιρλανδικής εκκλησίας, από το 1995, που ασχολείται με τα ζητήματα βιοηθικής στα οποία συμπεριλαμβάνονται ασφαλώς και τα ζητήματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στον ηλεκτρονικό ιστότοπο της εν λόγω επιτροπής[[18]](#footnote-18) φαίνεται καθαρά η εντελώς αρνητική και αδιάλλακτη στάση της παπικής ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας απέναντι στις μεθόδους αυτές[[19]](#footnote-19).

Ωστόσο, προκαλούν εντύπωση οι απόψεις των προσώπων αναφοράς (τρεις νομικοί και δύο ιατροί ειδικοί σε ζητήματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής) από τις συνεντεύξεις των οποίων προέκυψε με ομοφωνία το εξής: αν και όλοι ομολογούν και συμφωνούν ότι η παπική ρωμαιοκαθολική εκκλησία διαδραματίζει ιστορικά έναν ιδιάζοντα ρόλο στην διαμόρφωση των απόψεων της ιρλανδικής κοινής γνώμης και η θέση της έχει βαρύνουσα σημασία για τη στάση των πολιτών αλλά και των πολιτικών, στο συγκεκριμένο ζήτημα δεν είναι αυτός ο σοβαρότερος λόγος ή διαφορετικά ο καταλυτικότερος παράγοντας που προκαλεί την νομοθετική απραξία.

Οι επιστήμονες που διατύπωσαν τη γνώμη τους, συμφωνούν ότι η έλλειψη νομοθέτησης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει να κάνει κυρίως με την ατολμία των πολιτικών -ανεξαρτήτως παράταξης- τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, να επιχειρήσουν να χαράξουν μια εθνική πολιτική σε ένα τόσο λεπτό και πολύπλοκο ζήτημα για το οποίο διαφαίνεται ότι υπάρχει έντονος σκεπτικισμός και εγείρονται ηθικά διλήμματα. Εκτός όλων των άλλων, λαμβάνεται υπόψη σοβαρά και το γεγονός ότι οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θέτουν και δυσχερή νομικά ζητήματα που άπτονται του ιρλανδικού συντάγματος για τα οποία υπάρχει έντονη διχογνωμία μεταξύ των νομικών και μία μάλλον αρνητική στάση της νομολογίας των δικαστηρίων και δη του ανωτάτου συνταγματικού δικαστηρίου, όπως θα παρατεθεί στη συνέχεια.

Επανειλημμένα λοιπόν, έχουν εξαγγελθεί πρωτοβουλίες, έχουν συγκροτηθεί επιστημονικές επιτροπές και έχουν φτάσει να κατατεθούν και νομοσχέδια, ωστόσο πάντοτε κάτι λειτουργούσε ανασχετικά στην εξέλιξη των πραγμάτων.

Η ατολμία αυτή και ο πολιτικός δισταγμός ασφαλώς και εδράζονται στο πραγματικό γεγονός ότι η κοινή γνώμη και η κουλτούρα της ιρλανδικής κοινωνίας έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε τα μέλη της να είναι επιφυλακτικά και να αντιμετωπίζουν με αρκετό σκεπτικισμό ζητήματα που εγείρουν ηθικά διλήμματα ειδικά όταν αφορούν την οικογένεια και την αρχή της ζωής και φαίνεται να είναι ως ένα βαθμό συντηρητικά απέναντι σε ριζοσπαστικές εξελίξεις, όπως η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, και σε αυτό συντείνει και η στάση της ιρλανδικής εκκλησίας η οποία ιστορικά κατέχει μια βαρύνουσα και προεξάρχουσα θέση στην ιρλανδική κοινωνία.

Επομένως, θα μπορούσε συμπερασματικά να σημειωθεί ότι, η απουσία νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οφείλεται πρωτίστως στο γεγονός ότι δεν έχει επιδειχθεί ικανή πολιτική βούληση να χαραχθεί εθνική πολιτική στον τομέα αυτό, διότι το ζήτημα θεωρείται ότι εγείρει ηθικά διλήμματα και προβληματισμούς που διχάζουν και θα προκαλούσαν αξιοσημείωτη αντίδραση ενός τουλάχιστον μέρους της κοινωνίας το οποίο ταυτίζεται ή επηρεάζεται περισσότερο από την εντελώς αρνητική στάση της ιρλανδικής παπικής εκκλησίας.

Για λόγους πληρότητας θα πρέπει συμπληρωματικά να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την άποψη κάποιων από τα πρόσωπα αναφοράς, εκτός της ιρλανδικής εκκλησίας, κατά της εφαρμογής -και κατ’ επέκταση κατά της νομοθετικής ρύθμισης- των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν ταχθεί και ορισμένα κοινωνικά groups που δεν σχετίζονται ολωσδιόλου με την εκκλησία. Ενδεικτικά αναφέρθηκε μία φεμινιστική οργάνωση και μία ένωση για τα δικαιώματα του αγέννητου παιδιού[[20]](#footnote-20), κοινότητες που θεωρούν ότι η εφαρμογή των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είτε υποβαθμίζει το ρόλο και την αξία της γυναίκας και του γυναικείου σώματος είτε ότι αποτελούν απειλή για την ανθρώπινη ζωή ενόσω αυτή βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο.

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΝΟΜΟΘΕΤΗΣΗΣ

Όπως ήδη αναφέρθηκε, κατά καιρούς έχουν κατατεθεί διάφορες προτάσεις για τη ρύθμιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Μερικές από αυτές είχαν λάβει τη μορφή κατατεθειμένων νομοσχεδίων και άλλες αποτελούν πορίσματα επιστημονικών επιτροπών που είχαν συσταθεί με αυτό το σκοπό.

Ξεκινώντας από τις σχετικά πιο πρόσφατες απόπειρες να ψηφιστεί κάποιο νομοσχέδιο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια τέτοια προσπάθεια απέτυχε το 2011[[21]](#footnote-21), όταν και απορρίφθηκε πρόταση για την κατάθεση νομοσχεδίου για τη ρύθμιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σύμφωνα και με την πρόταση Επιτροπής που είχε συσταθεί και είχε υποβάλλει προτάσεις ήδη από το 2005.

Η πιο σοβαρή και αξιόλογη ίσως απόπειρα ήρθε λίγο αργότερα. Στις 31 Ιανουαρίου 2014 ο (τότε) Υπουργός Δικαιοσύνης και Ισότητας της Κυβέρνησης, Alan Shatter, έδωσε στη δημοσιότητα για να υποβληθεί σε δημόσιο διάλογο και έπειτα να τύχει επεξεργασίας από ειδική επιτροπή του κοινοβουλίου, ένα νομοσχέδιο[[22]](#footnote-22) που αφορούσε τις σύνθετες σύγχρονες μορφές οικογένειας και τις οικογενειακές σχέσεις εν γένει και επιπλέον, το σημαντικότερο, ενσωμάτωνε προτάσεις που αποσκοπούσαν στη νομική διασάφηση των σχέσεων συγγένειας παιδιών που γεννιούνται με ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή/και παρένθετη μητέρα[[23]](#footnote-23). Ήταν η πιο ολοκληρωμένη πρόταση που είχε κατατεθεί και έδινε την ελπίδα ότι επιτέλους είχε έρθει η ώρα να ρυθμιστούν νομοθετικά όλα τα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς στο μεταξύ νομολογιακές περιπτώσεις που έβλεπαν το φως της δημοσιότητας καθιστούσαν τη νομοθέτηση επιτακτική για να αποσαφηνιστεί το νομικό πλαίσιο και να ρυθμιστούν καταστάσεις που αποτελούσαν πλέον κοινωνική πραγματικότητα. Το νομοσχέδιο αυτό ήρθε σε συνέχεια μιας πρότασης που είχε κατατεθεί το 2013[[24]](#footnote-24) η οποία ήταν όμως ελλιπής και αποσπασματική καθώς όπως στο προοίμιό της αναφέρει, δεν αποσκοπούσε στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των ζητημάτων.

«Πρέπει άμεσα να μεταρρυθμίσουμε και να αναμορφώσουμε το οικογενειακό μας δίκαιο και να ληφθεί μέριμνα για τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό οικογενειών των οποίων οι ανάγκες δεν καλύπτονται επαρκώς από το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο», είχε δηλώσει τότε ο Υπουργός, συνεχίζοντας ότι «η νομοθεσία στο πεδίο αυτό δεν μπορεί να είναι απόλυτη και δύσκαμπτη, αλλά πρέπει με ένα δημιουργικό και πραγματιστικό τρόπο να αντικατοπτρίζει τις ανάγκες των οικογενειών και των παιδιών στην Ιρλανδία του 21ου αιώνα με επίκεντρο το συμφέρον του παιδιού»[[25]](#footnote-25). Συνοδεύοντας το νομοσχέδιο με τέτοιες δηλώσεις, είχε δημιουργήσει τη βεβαιότητα ότι αυτή τη φορά η προσπάθεια θα τελεσφορούσε.

Οι βασικές προτάσεις του νομοσχεδίου[[26]](#footnote-26), σχετικά με το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, και οι οποίες θεωρήθηκαν πολύ γενναίες και προοδευτικές για μια χώρα όπως η Ιρλανδία, αφορούσαν κυρίως τη δωρεά γενετικού υλικού, ρύθμιζαν τις σχέσεις συγγένειας στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας και έθεταν όρους (ηλικιακά όρια) για την πρόσβαση σε ορισμένες μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επίσης υπήρχαν προβλέψεις για τη μεταθανάτια γονιμοποίηση και το δικαίωμα των παιδιών να αποκτούν πληροφορίες για τη γενετική τους ταυτότητα. [[27]](#footnote-27)

Και ενώ διαφαινόταν ότι η πρόταση αυτή θα λάμβανε την έγκριση του ιρλανδικού κοινοβουλίου και θα αποτελούσε τη βάση για τη νομοθετική ρύθμιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η παραίτηση του Υπουργού Δικαιοσύνης και Ισότητας της κυβέρνησης, Alan Shatter, τον Μάιο του 2014 (7-5-2014), μετέβαλλε τα δεδομένα. Νέα Υπουργός ανέλαβε η [Frances Fitzgerald](http://www.francesfitzgerald.ie/), η οποία στις 25 Σεπτεμβρίου 2014 έδωσε στη δημοσιότητα μια νέα έκδοση του νομοσχεδίου[[28]](#footnote-28) από την οποία είχαν απαλειφθεί οι προβλέψεις για την παρένθετη μητρότητα. Περιλαμβάνονται μόνο ρυθμίσεις που αφορούν ανύπαντρα ζευγάρια και για το δικαίωμα των παιδιών να αποκτούν πρόσβαση στις πληροφορίες για τη γενετική τους ταυτότητα, ενώ απαγορεύεται η ανώνυμη δωρεά σπέρματος και τίθενται ρυθμίσεις για την οργάνωση ενός εθνικού συστήματος δοτών γενετικού υλικού[[29]](#footnote-29).

Η Υπουργός δήλωσε ότι απαιτείται περισσότερη ζύμωση και χρόνος για διαβούλευση σε λεπτά θέματα όπως η παρένθετη μητρότητα. Σε κείμενο που συνοδεύει το σχέδιο νόμου, σημειώνεται ότι ήταν «ιδιαίτερα προβληματικό να οριστικοποιηθούν οι διατάξεις σχετικά με την παρένθετη μητρότητα» ενόψει μιας απόφασης που αναμένεται από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ιρλανδίας (βλ. παρακάτω) σχετικά με το θέμα, «δεδομένης της αβεβαιότητας των συνταγματικών δικαιωμάτων μεταξύ μητέρας (που γεννά) και βιολογικής μητέρα». [[30]](#footnote-30)

Η εξέλιξη αυτή προκάλεσε για άλλη μια φορά απογοήτευση και διάψευση των προσδοκιών που είχαν δημιουργηθεί. Χαρακτηρίστηκε στον τύπο και τη θεωρία, ως άλλη μία χαμένη ευκαιρία[[31]](#footnote-31). Πυροδότησε δε σφοδή δημόσια σύγκρουση μεταξύ του πρώην Υπουργού και υποστηρικτών του νομοσχεδίου[[32]](#footnote-32), με τα ζητήματα της παρένθετης μητρότητας, την ανωνυμίας των δοτών και του συμφέροντος του παιδιού να αποτελούν τα κυριότερα σημεία τριβής.

Τελικώς[[33]](#footnote-33) το σχέδιο νόμου, με αρκετές τροποποιήσεις, ψηφίστηκε από το ιρλανδικό κοινοβούλιο και έγινε νόμος του κράτους στις 6 Απριλίου 2015[[34]](#footnote-34).

Η Υπουργός Δικαιοσύνης μετά την ψήφιση του νόμου δήλωσε ότι αποτελεί τη σημαντικότερη μεταρρύθμιση του οικογενειακού δικαίου. Τόνισε δε, ότι βασικός σκοπός ήταν η ρύθμιση των ζητημάτων γονικής μέριμνας και επιμέλειας και της διασφάλισης του συμφέροντος του παιδιού που ζει σε εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα[[35]](#footnote-35). Όσον αφορά δε την ι.υ.α, θεσπίζεται η αποκάλυψη της ταυτότητας των δοτών, καθώς υποστηρίζεται ότι αυτό αποτελεί δικαίωμα του παιδιού[[36]](#footnote-36). Παρόλο που αρχικά υπήρχε πρόβλεψη σχετικά με την παρένθετη μητρότητα, το ζήτημα δεν ρυθμίστηκε, αφού όπως υποστηρίχθηκε απαιτεί περαιτέρω συζήτηση και ένα ξεχωριστό νομοθέτημα.

Επομένως, ο νόμος αυτός, με τον τίτλο Children and Family Relationships Act 2015[[37]](#footnote-37) δεν αποτελεί ένα νόμο που ρυθμίζει την ι.υ.α, καθώς δεν έχει ως κύριο και μοναδικό αντικείμενο του την ι.υ.α. Ωστόσο ρυθμίζει αρκετά αναλυτικά τα ζητήματα σχετικά με την ετερόλογη γονιμοποίηση, τη δωρεά γεννητικού υλικού και καθορίζει την ίδρυση των σχέσεων συγγένειας στις περιπτώσεις αυτές. Προβλέπει επίσης την ίδρυση ενός εθνικού αρχείου όπου θα καταχωρούνται και θα τηρούνται οι πληροφορίες σχετικά με τους δότες γεννητικού υλικού και τα παιδιά που γεννιούνται μετά από ετερόλογη ι.υ.α, απαγορεύοντας την ανώνυμη δωρεά γεννητικού υλικού.

Βεβαία, ήδη από τις 25/02/2015 με δελτίο τύπου της κυβέρνησης[[38]](#footnote-38) ανακοινώθηκε ότι η κυβέρνηση ανέθεσε στο Υπουργείο Υγείας να προετοιμάσει νομοσχέδια που θα ρυθμίζουν την ι.υ.α και ειδικότερα το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, της προεμφυτευτικής διάγνωσης και του γεννετικού ελέγχου των εμβρύων για σοβαρές γενετικές δυσλειτουργία και την έρευνα στα βλαστοκύτταρα[[39]](#footnote-39).

Η κατάσταση προς το παρόν όμως παραμένει κατ’ ουσίαν αμετάβλητη. Δεν υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Πριν τον νόμο του Απριλίου του 2015, υπήρχαν ελάχιστες και αποσπασματικές ρυθμίσεις παρεπίπτοντων ζητημάτων και πλέον, μετά τον παραπάνω νόμο, υπάρχει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο που αφορά όμως μόνο την δωρεά γεννητικού υλικού, την τήρηση εθνικού αρχείου δοτών και τα ζητήματα συγγένειας σε περιπτώσεις δωρεάς γεννητικού υλικού και όχι αυτή καθ’ ευαυτή την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Θα μπορούσε να παρατηρηθεί ότι αν και η ιρλανδική νομοθεσία αποφεύγει να ρυθμίσει απευθείας την ι.υ.α, εντούτοις προσπαθεί να αντιμετωπίσει καταστάσεις (π.χ η ίδρυση συγγένειες σε περιπτώσεις ετερόλογης γονιμοποίησης) που είναι η άμεση συνέπεια εφαρμογής μεθόδων ι.υ.α, αποδεχόμενη κατ’ ουσίαν την αναγκαιότητα δικαιϊκής ρύθμισης της κοινωνικής πραγματικότητας που έχει ενσωματώσει τις εξελίξεις της επιστήμης στον τομέα της αναπαραγωγής.

Τη βάση για την παραπάνω συζήτηση τόσο σε θεωρητικό όσο και σε νομοθετικό επίπεδο, και ίσως την πιο ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη προσπάθεια συλλογής πληροφοριών, καταγραφής των δεδομένων, των απόψεων της κοινής γνώμης και της αξιολόγησης των επιστημονικών δεδομένων, αποτελεί η έκθεση της Επιτροπής για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (Commission on Assisted Human Reproduction)[[40]](#footnote-40), που υποβλήθηκε τον Απρίλιο του 2005.[[41]](#footnote-41)

Η Επιτροπή συστάθηκε το Μάρτιο του 2000 από τον τότε Υπουργό Υγείας Michael Martin με σκοπό «να ετοιμάσει μία έκθεση σχετικά με τις πιθανές προσεγγίσεις ρύθμισης για όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και τα κοινωνικά, ηθικά και νομικά δεδομένα που πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να χαραχθεί μια δημόσια πολιτική στον τομέα αυτό».[[42]](#footnote-42) Η σύσταση της Επιτροπής και το έργο που της ανατέθηκε έγινε με σκοπό την καταγραφή όλων των νομικών, επιστημονικών και κοινωνικών δεδομένων και την εκπόνηση έκθεσης και προτάσεων που θα αποτελούσαν τη βάση για μια νομοθετική ρύθμιση του θέματος της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[43]](#footnote-43). Πρέπει να σημειωθεί ότι ανατρέχοντας κανείς στη σύνθεση της επιτροπής μπορεί εύκολα να διαπιστώσει ότι απαρτιζόταν από εξέχουσες προσωπικότητες και πολυάριθμα διακεκριμένα μέλη της επιστημονικής κοινότητας των νομικών, ιατρικών, κοινωνικών και άλλων επιστημονικών κλάδων της Ιρλανδίας.

Για το έργο της η Επιτροπή έλαβε υπόψη της και τα διεθνή δεδομένα, ιδίως δε την έκθεση της IFFS του 2004[[44]](#footnote-44), καθώς και έρευνες σχετικά με το καθεστώς που ισχύει σε άλλες χώρες όπως οι Η.Π.Α, ο Καναδάς και η Αυστραλία, πέραν βεβαίως των ευρωπαϊκών χωρών και του Ηνωμένου Βασιλείου με τις αρχές του οποίου (HFEA) έχει στενή συνεργασία και ανταλλαγή απόψεων[[45]](#footnote-45), με στόχο την όσο το δυνατόν πληρέστερη εποπτεία των ζητημάτων και την κατάρτιση των καταλληλότερων προτάσεων.

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι υπάρχει έντονο ενδιαφέρον αλλά και σοβαρές επιφυλάξεις της κοινής γνώμης για τα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ειδικότερα, έντονο προβληματισμό προκαλεί το γεγονός ότι φαίνεται να αλλάζει η σημασία και ο ρόλος της οικογένειας καθώς επίσης και το γεγονός ότι η τεχνολογία μπορεί να παρεμβαίνει στην ανθρώπινη αναπαραγωγή[[46]](#footnote-46).

Ενδεικτικά, σημεία στα οποία προκύπτει συμφωνία της κοινής γνώμης είναι η παροχή της δυνατότητας σε υπογόνιμα ζευγάρια να χρησιμοποιούν την τεχνολογία και την ιατρική για να ξεπεράσουν το πρόβλημα αυτό και ο σεβασμός της αυτονομίας των ζευγαριών να επιλέξουν τον τρόπο διαχείρισης της υπογονιμότητάς τους (δηλαδή αν θα θελήσουν να προχωρήσουν σε υιοθεσία ή σε χρήση κάποιας μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής). Ένα άλλο βασικό σημείο συμφωνίας αποτελεί ότι το συμφέρον του παιδιού και η ψυχοσωματική του υγεία θα πρέπει να βρίσκονται σε πρώτη προτεραιότητα.

Από την άλλη, διαφωνίες εκφράζονται κατ’ αρχήν ως προς το αν το συμφέρον του παιδιού εξυπηρετείται καλύτερα μόνο μέσα από το θεσμό της παραδοσιακής οικογένειας, αν το in vitro έμβρυο έχει απόλυτη αξία και προστατεύεται από την έννομη τάξη, από τη στιγμή της γονιμοποίησης και για το κατά πόσο οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να είναι προσβάσιμες και να παρέχονται μόνο σε έγγαμα ζευγάρια ή σε οποιοδήποτε ενήλικα το επιθυμεί ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση του, τον σεξουαλικό του προσανατολισμό ή το αν βρίσκεται σε κάποιου είδους σχέση[[47]](#footnote-47).

Τα παραπάνω συνοπτικά αναφερόμενα πορίσματα της Επιτροπής παρατέθηκαν για να επιβεβαιώσουν την θέση που διατυπώθηκε και παραπάνω, ότι δηλαδή η απουσία νομοθετικής ρύθμισης των ζητημάτων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οφείλεται εν πολλοίς και στις σοβαρές διαφωνίες και επιφυλάξεις που εμφανίζονται επί αυτών των θεμάτων μεταξύ των μελών του κοινωνικού συνόλου.

Ωστόσο, το συμπέρασμα - πρόταση στο οποίο κατέληξε η Επιτροπή είναι σαφές και αναμφισβήτητο: είναι απολύτως απαραίτητη όσο και επιθυμητή η ρύθμιση των ζητημάτων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε νομοθετικό επίπεδο[[48]](#footnote-48).

Την ίδια άποψη ομοφώνως διατύπωσαν και τα πρόσωπα αναφοράς υποστηρίζοντας ότι είναι επιβεβλημένη η ανάληψη νομοθετικής πρωτοβουλίας ώστε να ρυθμιστούν τα θέματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ιρλανδία και να καταστεί ξεκάθαρο τόσο στους γιατρούς, όσο και στους νομικούς, αλλά κυρίως στους πολίτες, το πλαίσιο εφαρμογής των μεθόδων υποβοήθησης της ανθρώπινης αναπαραγωγής.

Τα πορίσματα της Επιτροπής, τα δεδομένα που συνέλλεξε και οι προτάσεις που κατέθεσε, αποτέλεσαν στην ουσία, όπως σημειώθηκε παραπάνω, τη βάση επί της οποίας διεξάγεται κάθε σχετική συζήτηση στην Ιρλανδία. Έτσι θα λειτουργήσει σε μεγάλο βαθμό και για τις ανάγκες της παρούσας έκθεσης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το Iona Institute, ένα ίδρυμα για τη θρησκεία και την κοινωνία[[49]](#footnote-49) , εξέδωσε μια μελέτη με την οποία απαντά ουσιαστικά στο έργο της Επιτροπής, εκφράζοντας τη θέση του ιδρύματος[[50]](#footnote-50). Συγκεκριμένα, ασκεί έντονη κριτική στην Επιτροπή και απευθύνει κατηγορίες για μη αντιπροσωπευτική στελέχωση της και για ιδεολογική μονομέρεια στις προτάσεις που κατατέθηκαν. Εκτός αυτού υποστηρίζει ότι οι θέσεις που διατύπωσε η Επιτροπή ως επιστημονικά δεδομένα ή/και ως προτάσεις δεν απηχούν τις θέσεις της κοινής γνώμης αλλά ούτε και της κρατούσας άποψης στην επιστημονική κοινότητα. Έτσι, στο προαναφερθέν κείμενο-μελέτη, το ίδρυμα προβάλει τις αντιπροτάσεις του.

Οι προτάσεις αυτές δεν θα παρατεθούν αναλυτικά σε κάθε επιμέρους κεφάλαιο παρακάτω, διότι, χωρίς να αμφισβητείται η επιστημονική εγκυρότητα ή να υποστηρίζεται με οποιονδήποτς τρόπο η παρασιώπησή τους από τον γράφοντα ερευνητή, βρίσκονται σε εντελώς διαφορετική κατεύθυνση και σε άλλο επίπεδο από την παρούσα μελέτη συνολικά. Ειδικότερα, αντιμετωπίζουν την ι.υ.α περισσότερα με όρους κοινωνιολογίας και μέσα από ένα θεολογικό και ηθικολογικό πρίσμα, κυρίως με περιοριστική έως και απαγορευτική διάθεση. Απορρίπτεται η ιδέα της ετερόλογης αναπαραγωγής αφού στην καλύτερη περιπτώσεων προτείνεται η εξομοίωση όλων των συνθηκών με την υιοθεσία. Φυσικά υπάρχει κάθετη αντίρρηση στην εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α σε μη παντρεμένα ζευγάρια ετεροφύλων και στην παρένθετη μητρότητα. Επομένως, δεδομένων των παραπάνω, δεν κρίθηκε σκόπιμο να προβάλλεται σε κάθε σημείο η αντίρρηση που κατατέθηκε από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος ΙΟΝΑ, γι’ αυτό και σημειώνεται στο σημείο αυτό μια περιληπτική εικόνα για την τοποθέτηση και την οπτική που υιοθέτησαν.

### H ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΜΟΔΙΑΣ ΑΡΧΗΣ

Όπως γίνεται κατανοητό, από τη στιγμή που απουσιάζει μια νομοθετική ρύθμιση, δεν θα μπορούσε να υπάρχει και κάποια αντίστοιχη αρχή στην οποία να έχουν ανατεθεί αρμοδιότητες ρυθμιστικές, εποπτικές ή άλλες. Η λειτουργία του Medical Council και του Royal College of Physicians in Ireland (RCPI)– Institute of Obstetricians and Gynaecologists και πρόσφατα της Irish Fertility Society δεν είναι αρκετές να καλύψουν την απουσία μιας ρυθμιστικής και εποπτεύουσας αρχής. Ωστόσο αποτελούν φορείς στους οποίους ανήκουν οι εγγεγραμμένοι γιατροί και γυναικολόγοι αντίστοιχα, και οι οποίοι λειτουργούν ως όργανα που εποπτέυουν την παροχή υπηρεσιών υγείας, εκδίδουν κατευθυντήριες οδηγίες, οδηγούς ορθής ιατρικής πρακτικής και συμπεριφοράς και συστάσεις προς τα μέλη τους και τέλςο, λειτουργούν ως πειθαρικά όργανα.

Ανώτατο διοικητικό όργανο στον τομέα της υγείας είναι το Irish Medicines Board το οποίο από τον Ιούλιο του 2014 μετονομάστηκε σε Health Products Regulatory Authority (HPRA)[[51]](#footnote-51) και υπάγεται στην αρμοδιότητα του Υπουργού Υγείας και είναι επιφορτισμένη να αδειοδοτεί και να ρυθμίζει την κυκλοφορία φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών συσκευών και άλλων ιατρικών προϊόντων. Εκτός των άλλων, ασκεί και τις αρμοδιότητες που η Οδηγία 2004/23/ΕΕ αναθέτει στην εκάστοτε Εθνική Αρχή, έχει δηλαδή γενική αρμοδιότητα για όλους τους ανθρώπινους ιστούς και τα κύτταρα. Προς το παρόν η αρχή αυτή είναι αρμόδια και για την αδειοδότηση κλινικών που προσφέρουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή χώρων φύλαξης γεννητικού υλικού[[52]](#footnote-52). Εντούτοις, δεν έχει αναπτύξει ειδικό έργο για την ι.υ.α.

Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε η Επιτροπή, ήταν ότι η λειτουργία αυτών των αρχών και οργάνων δεν επαρκεί για την ικανοποιητική ρύθμιση των ζητημάτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και την εποπτεία και τον έλεγχο της παροχής τέτοιων υπηρεσιών[[53]](#footnote-53). Η κριτική που ασκείται έχει να κάνει τόσο με τη μη ύπαρξη μιας ειδικής αρχής για την ι.υ.α όσο και για την μη δραστηριοποίηση της HPRA στον τομέα της ι.υ.α.

Επομένως, από την Επιτροπή κρίθηκε απαραίτητη η δημιουργία ενός ειδικού ρυθμιστικού φορέα ή οργάνου που θα ρυθμίζει την παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και στις αρμοδιότητες του οποίου θα είναι και η αδειοδότηση των κλινικών ή άλλων παρόχων τέτοιων υπηρεσιών[[54]](#footnote-54). Άλλωστε, σημειώνεται ότι κάτι τέτοιο συνιστά υποχρέωση της Ιρλανδίας σύμφωνα με την Οδηγία 2004/23/ΕΕ η οποία ελήφθη υπόψη από την Επιτροπή[[55]](#footnote-55). Στην πρόταση αυτή συμφωνούν και άλλοι φορείς που έχουν εκφράσει άποψη επί του ζητήματος[[56]](#footnote-56).

Το σύνολο των προσώπων αναφοράς συμφώνησε απολύτως με την άποψη ότι η δημιουργία και λειτουργία μιας αρχής με καθ’ ύλην αρμοδιότητα τη ρύθμιση και εποπτεία ζητημάτων που σχετίζονται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, είναι απαραίτητη και μάλιστα ζωτικής σημασίας. Επί μέρους διαφορετικές γνώμες διατυπώθηκαν ωστόσο, ως προς την ειδικότερη μορφή και λειτουργία ενός τέτοιου φορέα, κατά πόσο δηλαδή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητος ή να εντάσσεται στις δομές κάποιου υπουργείου, ποιες θα είναι οι ιδιότητες των μελών του και ποιο το εύρος των αρμοδιοτήτων του.

### ΟΙ ΙΣΧΥΟΥΣΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ειδικότερο περιεχόμενο των κατευθυντήριων οδηγιών όπως ισχύουν σήμερα, θα αναφέρεται ξεχωριστά και ειδικά παρακάτω. Ωστόσο, θα ήταν χρήσιμη μία ανασκόπηση στην εξέλιξη αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών τα τελευταία χρόνια ώστε να επισημανθούν οι αλλαγές που συντελέστηκαν και ενσωματώθηκαν στις κατευθυντήριες οδηγίες για να γίνει στη συνέχεια καλύτερα κατανοητή η ισχύουσα πραγματικότητα στην Ιρλανδία σε επίπεδο εφαρμοζόμενης πρακτικής και νομικού πλαισίου.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες όπως ήδη έχει αναφερθεί εκδίδονται από το Irish Medical Council. Είναι δεσμευτικές για τα μέλη του Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο εγγράφονται υποχρεωτικά όλοι όσοι θέλουν να ασκούν ιατρικό επάγγελμα στην Ιρλανδία. Έχουν τη μορφή κατευθυντήριων οδηγιών και οδηγού ορθής επαγγελματικής συμπεριφοράς και όχι νομικής ρύθμισης με επιτακτικούς κανόνες και έννομες κυρώσεις. Ωστόσο είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι και την προηγούμενη έκδοση (από την ισχύουσα έβδομη έκδοση του 2009) οι κατευθυντήριες οδηγίες είχαν τον τίτλο «Ethical Guide» γεγονός που αποδεικνύει ότι αποτελούν κατ’ ουσία έναν οδηγό ηθικής των επαγγελματικών της υγείας[[57]](#footnote-57). Αναθεωρημένες εκδόσεις εκδίδονται όταν κριθεί απαραίτητο.

Σήμερα βρίσκεται σε ισχύ η έβδομη αναθεωρημένη έκδοση των κατευθυντήριων αυτών οδηγιών που εκδόθηκε το 2009. Να σημειωθεί ότι όπως θα εξηγηθεί και αμέσως παρακάτω, το 2007 μεταβλήθηκε η σύνθεση του Medical Council ενώ κατά την κατάρτιση της αναθεωρημένης έκδοσης των κατευθυντήριων οδηγιών είχαν ήδη δοθεί στη δημοσιότητα και υποτίθεται ότι θα υιοθετούνταν οι περισσότερες από τις προτάσεις της Επιτροπής. Τελικά μόλις τέσσερις από τις σαράντα θέσεις - προτάσεις της Επιτροπής συμπεριλαμβάνονται στην 7η έκδοση του 2009[[58]](#footnote-58).

Ειδικότερα, η πρώτη φορά που κάποια έκδοση αναφερόταν σε ζητήματα που απασχολούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν η τρίτη έκδοση του 1994. Μια σημαντική διαφοροποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών από την έκδοση του 1994 στην νεώτερη του 1998 ήταν ότι ο περιορισμός που υπήρχε για πρόσβαση στις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μόνο σε έγγαμα ζευγάρια, απαλείφθηκε. Έτσι, δεν υπάρχει κατ’ αρχήν, τέτοιος αποκλεισμός για την παροχή τέτοιων υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε μοναχικούς ανθρώπους ή σε ομόφυλα ζευγάρια[[59]](#footnote-59). Σημαντική διαφοροποίηση αποτελεί επίσης το γεγονός ότι η γονιμοποίηση με χρήση γεννητικού υλικού δότη έπαψε να συνιστά επαγγελματικό παράπτωμα του ιατρού[[60]](#footnote-60). Η 6η έκδοση του 2004 πολύ λίγο διέφερε από την έκδοση του 1998[[61]](#footnote-61). Με την έκδοση όμως του 2009 (7η έκδοση) παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις[[62]](#footnote-62).

Πριν την ειδικότερη εξέταση αυτών των αλλαγών, είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι με την Medical Practitioners Act 2007 άλλαξε η σύνθεση του Medical Council. Από τα 25 μέλη του, που παραδοσιακά ήταν όλα τους επαγγελματίες ιατροί, προβλέφθηκε ότι τα 9 θα πρέπει πλέον να μην έχουν καμία επαγγελματική ιατρική ιδιότητα, ενώ οι εν ενεργεία ιατροί θα πρέπει να είναι το πολύ 6 από τα 25 μέλη[[63]](#footnote-63). Με τον τρόπο αυτό μεταβλήθηκε η σύνθεση αλλά και ο «χαρακτήρας» του Ιατρικού Συλλόγου και σύμφωνα με κάποιες απόψεις[[64]](#footnote-64), αυτό αποτυπώθηκε και στην 7η έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών του 2009.

Επί της ουσίας, ειδικότερα, οι αλλαγές που σημειώθηκαν μπορούν να συνοψιστούν σε πέντε βασικά σημεία, τα οποία αναφέρονται στη συνέχεια εν περιλήψει. Πρώτον, σύμφωνα με τις οδηγίες του 2004, η μέθοδος της in vitro γονιμοποίησης «θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο εφόσον απέτυχε κάθε προσπάθεια εξεύρεσης μιας θεραπεύσιμης αιτίας της υπογονιμότητας»[[65]](#footnote-65). Ενώ, στην 7η έκδοση του 2009[[66]](#footnote-66) αναφέρεται αντίστοιχα ότι η ίδια μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί «όταν αποδειχθεί ότι οποιαδήποτε άλλη θεραπεία δεν θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική». Δεύτερον, στην έκδοση του 2009 απουσιάζει η πρόβλεψη ότι «το γονιμοποιημένο ωάριο πρέπει να χρησιμοποιείται για κανονική εμφύτευση και δεν επιτρέπεται σκόπιμα να καταστρέφεται», που υπήρχε στην έκδοση του 2004[[67]](#footnote-67). Τρίτον, η επιλογή να δωρίζονται μη χρησιμοποιημένα γονιμοποιημένα ωάρια, παραλείπεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2009[[68]](#footnote-68). Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απαγορεύεται πλέον η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τον τρόπο αυτό, δηλαδή την παράλειψη της φράσης από τις οδηγίες, φαίνεται ότι εμμέσως δίνεται μια παρότρυνση αποκλεισμού αυτής της επιλογής. Τέταρτον, οι οδηγίες του 2009 εισάγουν κριτήρια για τη δωρεά γεννητικού υλικού η οποία πρέπει πάντοτε να είναι αλτρουιστική και μη εμπορική[[69]](#footnote-69). Τέλος, πέμπτον, οι κατευθυντήριες οδηγίες του 2009 προβλέπουν ότι «υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να παρέχονται μόνο σε κατάλληλα εξειδικευμένους επαγγελματίες, σε κατάλληλες μονάδες και σύμφωνα με τη βέλτιστη διεθνή πρακτική»[[70]](#footnote-70).

Γίνεται κατανοητό ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν, αφενός μεν δεν καλύπτουν ρυθμιστικά το σύνολο των ζητημάτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα της Ιρλανδίας, αφετέρου δε εξακολουθούν να μην διασαφηνίζουν πολύ κρίσιμα ζητήματα και να μην προσφέρουν σαφείς οδηγίες και κατευθύνσεις. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι κινούνται συνεχώς, αν και με πολύ αργά βήματα όπως έχει τονισθεί, προς μια πιο φιλελεύθερη κατεύθυνση αποδοχής, σε μεγάλο ή μικρό βαθμό, των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, τα πρόσωπα αναφοράς συμφωνούν ότι πρέπει η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή να ρυθμιστεί νομοθετικά και να θεσπιστεί και αρμόδια αρχή, επισημαίνοντας ότι η ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών δεν αρκεί αφενός γιατί δεν ρυθμίζει όλα τα ζητήματα και αφετέρου γιατί δεν αντιμετωπίζει ειδικά τα θέματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαγράφοντας με σαφήνεια το νομικό πλαίσιο.

Οι ιατροί τόνισαν την ανάγκη ύπαρξης ενός ειδικού για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή οργάνου στο οποίο να μπορούν να απευθύνται, ενώ οι νομικοί υπογράμμισαν κυρίως τον εποπτικό ρόλο που θα μπορούσε να έχει ένα τέτοιο όργανο, το οποίο θα βοηθά και στην εμπέδωση της εμπιστοσύνης από πλευράς των ασθενών.

# ΙΙ. Η ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙΑ

## Α. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

### 1. ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΚΟ ΤΡΟΠΟ

Όπως σημειώθηκε και παραπάνω, ενώ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2004, η μέθοδος της in vitro γονιμοποίησης «θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο εφόσον απέτυχε κάθε προσπάθεια εξεύρεσης μιας θεραπεύσιμης αιτίας της υπογονιμότητας»[[71]](#footnote-71), σύμφωνα με την ισχύουσα 7η έκδοση του 2009 η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί να εφαρμοστεί «όταν αποδειχθεί ότι οποιαδήποτε άλλη θεραπεία δεν θα μπορούσε να είναι εξίσου αποτελεσματική» [[72]](#footnote-72).

Αν και δεν αναφέρεται ρητά στις κατευθυντήριες οδηγίες, είναι σαφές ότι οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελούν θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Άρα η ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή επιτρέπεται και εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση μιας ιατρικής αδυναμίας και όχι κάθε πραγματικής αδυναμίας τεκνοποίησης.

Με το ζήτημα των προϋποποθέσεων για την πρόσβαση σε ιατρικές υποηρεσίες γονιμότητας και ειδικότερα μεθόδους ιατρικής υποβοήθησης της αναπαραγωγής ασχολήθηκε όπως ήταν φυσικό και η Επιτροπή.

Ως ορισμός της υπογονιμότητας έγινε δεκτός από την Επιτροπή, ο ορισμός που δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από το 1993, δηλαδή «η αδυναμία σύλληψης μετά από ένα χρόνο κανονικών σεξουαλικών επαφών χωρίς προστασία»[[73]](#footnote-73). Τον ίδιο ορισμό αποδέχεται και η IFS[[74]](#footnote-74). Ωστόσο, η τελευταία αυτή ένωση προχωράει και σε εξειδίκευση του ορισμού. Συγκεκριμένα προτείνει να προσφέρονται υπηρεσίες και προτού συμπληρωθούν οι προϋποθέσεις του αρχικού ορισμού και όταν υπάρχει γνωστός λόγος υπογονιμότητας ή ιστορικό παραγόντων προδιάθεσης υπογονιμότητας ή αν η γυναίκα είναι πάνω από 38 ετών ή αν υπάρχουν ενδείξεις για μειωμένη εφεδρεία ωοθηκών[[75]](#footnote-75).

Σημαντικό είναι να τονιστεί ξανά ότι όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω, γίνεται λόγος αποκλειστικά για αντιμετώπιση ιατρικής αδυναμίας με την εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Αρμοδιότητα για να κρίνει αν συντρέχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις έχει αποκλειστικά ο ιατρός της κλινικής στην οποία απευθύνεται και προσέρχεται ο/οι ασθενείς. Τα δεδομένα στα οποία θα βασιστεί μια τέτοια κρίση είναι τα ιατρικά εργαστηριακά αποτελέσματα. Αναφέρονται ενδεικτικά από την IFS κάποιες βασικές εξετάσεις που πρέπει να γίνονται όπως: Σπερμοδιάγραμμα, επιβεβαίωση ωορυξίας και ορμονικό προφίλ, σε πρώτο στάδιο, και σε δεύτερο στάδιο, προλακτίνη, θυροειδής και ανδρογόνα[[76]](#footnote-76). Τονίζεται ότι σε κάθε περίπτωση ο θεράπων ιατρός μπορεί να κρίνει απαραίτητη και τη διεξαγωγή άλλων εξετάσεων. Όπως διαφάνηκε από τις συνεντεύξεις με τα πρόσωπα αναφοράς, υπάρχει κοινή πεποίθηση ότι τον τελικό λόγο για να κρίνει αν συνέτρεχαν οι προϋποθέσεις τον έχουν τα αρμόδια δικαστήρια, ωστόσο τέτοιο ενδεχόμενο δεν έχει μέχρι στιγμής προκύψει.

Εφόσον πρόκειται για κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες υποδεικνύουν έναν τρόπο συμπεριφοράς του επαγγελματία ιατρού και δεν περιλαμβάνουν κυρώσεις, δεν μπορεί να γίνει λόγος για ποινικές, αστικές ή διοικητικές κυρώσεις σε περίπτωση εφαρμογής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αν δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι οποίες εξάλλου δεν αναφέρονται ρητώς και ως τέτοιες, δηλαδή ως προϋποθέσεις εφαρμογής.

Ωστόσο, γίνεται αντιληπτό ότι κάθε παραβίαση των κατευθυντήριων αρχών εφόσον διαπιστωθεί και αποδειχθεί, μπορεί να έχει ως συνέπεια για τον επαγγελματία ιατρό την αφαίρεση της άδεια άσκησης επαγγέλματος και τη διαγραφή από τα μητρώα του Ιατρικού Συλλόγου και του Συλλόγου Μαιευτήρων Γυναικολόγων, αφού θα συνιστά πειθαρχικό παράπτωμα[[77]](#footnote-77). Επίσης, εφόσον αποδειχθεί ευθύνη και του ιατρικού κέντρου, αυτό μπορεί να επισύρει την ανάκληση της άδειας λειτουργίας του. Οι πειθαρχικές αυτές ποινές μπορούν να επιβληθούν από τον Ιατρικό Σύλλογο και το Ινστιτούτο Μαιευτήρων - Γυναικολόγων.[[78]](#footnote-78)

Τα πρόσωπα αναφοράς εξέφρασαν τις εξής απόψεις:

Οι δύο ειδικοί ιατροί συμφωνούν ότι η εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α πρέπει να επιτρέπεται για λόγους που έχουν να κάνουν με την αντιμετώπιση ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή για την αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας. Η απουσία αρμόδιας αρχής υπογραμμίζεται ως ένα σοβαρό πρόβλημα για τον έλεγχο της εφαρμογής μεθόδων ι.υ.α γεγονός που προκαλεί προβληματισμό διότι δεν υπάρχει δυνατότητα κανενός είδους ελέγχου και εποπτείας. Όπως αμφότεροι σημείωσαν, επαφίεται στην αποκλειστική αρμοδιότητα του θεράποντος ιατρού η πιστοποίηση της συνδρομής της υπογονιμότητας, αν και όπως τονίστηκε ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας είναι τέτοιος ώστε ένα ζευγάρι ή ένας ασθενής προτού προσφύγουν σε κάποια εξειδικευμένη κλινική συνήθως έχουν απευθυνθεί σε γενικούς ή άλλους ιατρούς οι οποίοι και έχουν διεξάγει τις απαραίτητες εξετάσεις και έχουν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι συντρέχει περίπτωση υπογονιμότητας ή άλλης ιατρικής αδυναμίας. Επομένως, με αυτό τον τρόπο αποκλείεται ως κάποιο βαθμό το ενδεχόμενο εφαρμογής μεθόδων ι.υ.α χωρίς τη συνδρομή ιατρικής αδυναμίας. Όμως όπως ήδη αναφέρθηκε η απουσία αρχής και ελεγκτικών μηχανισμών μαζί με την έλλειψη σαφούς νομοθετικού πλαισίου, αφήνουν περιθώρια για τέτοια περιστατικά.

Μεταξύ των τριών νομικών δεν υπάρχει ομοφωνία. Ένας εξ αυτών εξέφρασε την ίδια άποψη με τους ιατρούς, ότι δηλαδή θα ήταν προτιμότερο η ι.υ.α να είχε εφαρμογή μόνο σε περιπτώσεις συνδρομής ιατρικής αδυναμίας απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή για την αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας στο τέκνο. Το δεύτερο και το τρίτο πρόσωπο συμφωνούν με τα παραπάνω, όμως επιπροσθέτως διατυπώνουν την άποψη ότι θα ήταν επιθυμητή η εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α και σε περιπτώσεις πραγματικής αδυναμίας τεκνοποίησης (π.χ. όταν ο άνδρας είναι στη φυλακή) ενώ το ένα πρόσωπο επαυξάνει δηλώνοντας ότι θα ήταν δέον όπως η υποβοήθηση στην αναπαραγωγή παρεχόταν ανευ προϋποθέσεων εφόσον το επιθυμούσε για οποιοδήποτε λόγο το ζευγάρι ακόμα και αν επρόκειτο για ζευγάρι που αδυνατεί να τεκνοποιήσει για πραγματικούς λόγους (ομόφυλα ζευγάρια) ή και για μοναχικό άτομο. Πάντως, και οι τρεις νομικοί εξέφρασαν τον προβληματισμό τους για την απουσία σαφούς νομικού πλαισίου και αρμόδιας αρχής ώστε να επιβλέπεται και να ελέγχεται η συνδρομή προϋποθέσεων, όποιες και αν είναι αυτές, και γενικότερα του ελέγχου των υπηρεσιών ι.υ.α που προσφέρονται στην Ιρλανδία.

### 2. ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΚΝΟ

Παρόλο που όπως αναφέρθηκε αμέσως παραπάνω οι ειδικοί θεωρούν αυτονόητο ότι η ι.υ.α μπορεί και πρέπει να έχει εφαρμογή και όταν αποβλέπει στην αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας στο παιδί που θα γεννηθεί, ωστόσο από την έρευνα που έγινε προκύπτει πως δεν υπάρχουν σαφείς για την περίπτωση αυτή. Δεν προβλέπεται δηλαδή ούτε από τις κατευθυντήριες οδηγίες ούτε από κάποιο άλλο κείμενο ποιες ασθένειες κατατάσσονται στην κατηγορία των σοβαρών ασθενειών καθώς και το ποιος και πώς είναι αρμόδιος να πιστοποιεί την ύπαρξη μιας τέτοιας ασθένειας. Δεν υπάρχουν επίσης νομολογιακά δεδομένα που θα μπορούσαν να βοηθοήσουν.

Το συμπέρασμα που μπορεί να κατατεθεί είναι πως η ύπαρξη μιας ασθένειας, η σοβαρότητα της οποίας μπορεί να δικαιολογήσει την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α, επαφίεται στην κρίση και την απόφαση του ιατρού. Αποτελεί δηλαδή μια ιατρική απόφαση και ο ιατρός μπορεί να ελεγχθεί από το ιατρικό συμβούλιο μόνο εκ των υστέρων σχετικά με το αν οι πράξεις του ήταν σύμφωνες με την ορθή ιατρική πρακτική και την υποχρέωση του ιατρού να ενεργεί με βάση το συμφέρον του ασθενούς και την αποφυγή βλάβης της υγείας του.[[79]](#footnote-79)

### 3. ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ ΣΕ IYA

Δεν φαίνεται να έχουν διαμορφωθεί ή να έχουν προταθεί άλλες προϋποθέσεις για την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α. Θα μπορούσε να σημειωθεί μόνο η πρόταση του IFS να επιτρέπεται να προσφερθούν υπηρεσίες και όταν υπάρχει γνωστός λόγος υπογονιμότητας ή ιστορικό προδιάθεσης για υπογονιμότητα ή αν η γυναίκα είναι πάνω από 38 ετών[[80]](#footnote-80) ακόμα και αν δεν έχει πληρωθεί η προϋπόθεση της παρέλευσης ενός έτους κανονικών σεξουαλικών επαφών χωρίς προφυλάξεις.

Τέλος, κανένα από τα πρόσωπα αναφοράς δεν εξέφρασε την άποψη ότι θα πρέπει να τεθεί κάποια επιπλέον προϋπόθεση.

## Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ IYA

### 1. ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Στην Ιρλανδία δεν προκύπτει από κάποια κατευθυντήρια οδηγία περιορισμός στην πρόσβαση των μεθόδων ι.υ.α λόγω ηλικίας, είτε για τη γυναίκα είτε για τον άντρα. Ωστόσο σχετικά με τα κατώτατο όρια, πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες στο ζήτημα της συναίνεσης απαιτούν την για οποιαδήποτε ιατρική πράξη συναίνεση, μετά από ενημέρωση, για κάθε ενήλικο άτομο[[81]](#footnote-81). Επομένως προκύπτει ότι πριν από το όριο ενηλικίωσης, δηλαδή πριν τα 18 έτη, δεν μπορεί να γίνει εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α. Άλλωστε στην πράξη δεν έχουν εμφανιστεί τέτοιες περιπτώσεις όπως σημειώνεται και από τα πρόσωπα αναφοράς. Ωστόσο, υποστηρίζεται η άποψη ότι θα πρέπει να προτρέπονται τα ζευγάρια για οικογενειακό προγραμματισμό γύρω στα 30 χρόνια και επισημαίνεται ότι η γονιμότητα της γυναίκας φθίνει από τα 35 και δραματικά μετά τα 38, ενώ του άνδρα μειώνεται μετά τα 40[[82]](#footnote-82).

Η Επιτροπή, στα συμπεράσματα και τις προτάσεις της δεν κατέληξε ότι θα πρέπει να υιοθετηθεί κάποιο ηλικιακό όριο, ανώτατο ή κατώτατο, για τους άνδρες ή της γυναίκες. Ωστόσο επισήμανε ότι δεν παραβιάζονται οι προβλέψεις της Equal Status Act 2000[[83]](#footnote-83) και της Οδηγίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής 2000/43 για τις φυλετικές διακρίσεις, ακόμα και στην ενδεχόμενη περίπτωση που θα τεθεί ανώτατο ή κατώτατο ηλικιακό όριο για την πρόσβαση στις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για λόγους που έχουν να κάνουν με την υγεία του υποβοηθούμενου προσώπου, με το συμφέρον του παιδιού, και ειδικότερα με το συμφέρον του παιδιού να έχει σχετικά νέους σε ηλικία γονείς και το συμφέρον της κοινωνίας να προστατεύει την υγεία των μελών της[[84]](#footnote-84).

Δεν προκύπτει επίσης, ότι υπάρχει δυνατότητα τα Δικαστήρια να καθορίσουν τα ηλικιακά όρια με κάποιο τρόπο.

Εφόσον δεν υπάρχουν ανώτατα όρια, δεν μπορούν και να παραβιαστούν ώστε να προκύψουν και έννομες συνέπειες από την παραβίαση αυτή. Όσον αφορά τα κατώτατα όρια, η παραβίασή τους συνεπάγεται παραβίαση των κατευθυντήριων οδηγιών και επισύρει τις κυρώσεις της παραβίασης αυτών.

Θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι ο νέος νόμος Children and Family Relationships Act 2015, επέφερε μια σημαντική διαφοροποίηση στα παραπάνω δεδομένα, θεσπίζοντας εμμέσως κατώτατο ηλικιακό όριο για τα άτομα που προσφεύγουν στε ι.υ.α όταν χρησιμοποιούνται γαμέτες ή έμβρυο δοτών.

Συγκεκριμένα στα άρθρα 9 (για τις γυναίκες) και 11 (για τους άνδρες) προβλέπει ότι προϋπόθεση για την συναίνεση στην εφαρμογή μεθόδου ι.υ.α που περιλαμβάνει την χρήση γαμέτη ή εμβρύου που προέρχεται από δότη, είναι η συμπλήρωση του 21ου έτους της ηλικίας της γυναίκας, η οποία θα υποβληθεί στη μέθοδο, αλλά και του συζύγου-συντρόφου της που συναινεί προκειμένου να αναγνωριστεί ως πατέρας. Έτσι, ως προϋπόθεση εφαρμογής οποιασδήποτε μεθόδου ετερόλογης γονιμοποίησης τίθεται η ηλικία των υποβοηθούμενων προσώπων, με κατώτατω όριο το 21ο έτος της ηλικίας τους.

Ο έλεγχος του ηλικιακού αυτού ορίου εναπόκειται στην κλινική στην οποία θα λάβει χώρα η εφαρμογή της μεθόδου. Η κλινική, σύμφωνα με το νόμο, είναι υποχρεωμένη να ελέγξει το όριο ηλικίας και να το πιστοποιεί με υπογεγραμμένο από τους ενδιαφερόμενους έγγραφο, το οποίο τηρεί σε αρχείο και θέτει στη διάθεση τόσο του Εθνικού Αρχείου που πρόκειται να δημιουργηθεί όσο και του Υπουργού Υγείας και εξουσιοδοτημένων από αυτόν προσώπων να ελέγχουν την ορθή εφαρμογή του νόμου.

Σε περίπτωση παραβίασης του παραπάνω κανόνα, προβλέπεται ευθύνη του ιατρού και της κλινικής αλλά όχι ων υποβοηθούμενων προσώπων. Η ευθύνη του γιατρού είναι πειθαρχική και μπορέι να φτάσει μέχρι και αφαίρεση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος, και γεννάται εφόσον θεωρηθεί ότι οι περιστάσεις επέβαλαν ως ορθή ιατρική πρακτική τη μή εφαρμογή μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής λόγω της ηλικίας της γυναίκας[[85]](#footnote-85)

Αντιθέτως, για τις κλινικές πλέον υφίσταται συγκεριμένη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία, εφόσον εξουσιοδοτημένα άτομα από του Υπουργείο Υγείας προβούν σε έλεγχο και διαπιστώσουν παράβαση, τότε καταγγέλουν την κλινική στα δικαστήρια. Η κλινική έχει περιθώριο 21 ημερών για να συμμορφωθεί ή να αποδείξει ότι δεν παρανόμησε. Αν δεν το πράξει επιτυχώς τότε το δικαστήριο διατάσσει την αφαίρεση της άδειας λειτουργίας της κλινικής ή αναστολή της μέχρι να συμμορφωθεί.

Τα πρόσωπα αναφοράς συμφώνησαν κατά πλειοψηφία ότι είναι απαραίτητο να τεθούν ηλικιακά όρια, ανώτατα και κατώτατα, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, πλην ενός προσώπου-νομικού που είχε την άποψη ότι δεν είναι απαραίτητο κάτι τέτοιο και ότι θα πρέπει να ισχύουν τα όρια που ισχύουν για κάθε ιατρική πράξη (δηλαδή να προβλέπεται μόνο κατώτατο όριο, αυτό της ενηλικίωσης).

Οι δύο ιατροί εξέφρασαν την άποψη ότι τα όρια θα πρέπει να είναι κοινά τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες και προσδιόρισαν τα κατώτατα ηλικιακά όρια στο 21ο, ο ένας, και στο 22ο, ο άλλος, έτος της ηλικίας, ενώ ως ανώτατο όριο έθεσαν ο μεν το 50ο έτος και ο δε το 45ο έτος της ηλικίας.

Αυτό που τόνισαν πάντως και οι δύο ιατροί και είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί είναι το εξής: τα ηλικιακά όρια πρέπει να υπάρχουν ως ένα γενικό πλαίσιο και τα προσδιόρισαν κυρίως μέσα από την εμπειρία τους με γνώμονα την προστασία της υγείας των εμπλεκόμενων προσώπων (κυρίως της γυναίκας) και την πιθανότητα επιτυχίας εφαρμογής των μεθόδων της ι.υ.α. Σε κάθε περίπτωση υπογράμμισαν ότι ο μόνος αρμόδιος να κρίνει αν θα πρέπει να γίνει εφαρμογή των μεθόδων ι.υ.α είναι ο θεράπων ιατρός που έχει εξετάσει τον ασθενή και μπορεί να αποφασίσει αν η εφαρμογή αυτών των ιατρικών μεθόδων μπορεί να είναι επικίνδυνη για την υγεία του ή αν έχει πιθανότητες επιτυχίας για το συγκεκριμένο ασθενή. Ως την καταλληλότερη από όλες τις απόψεις ηλικία εφαρμογής των μεθόδων της ι.υ.α προσδιόρισαν αμφότεροι την ηλικία μεταξύ 32-35 χρονών για τις γυναίκες και 32-40 χρονών για τους άνδρες.

Οι νομικοί διατύπωσαν διαφορετικές απόψεις. Όπως ήδη αναφέρθηκε ένας εξ αυτών θεωρεί ότι δεν υπάρχει λόγος να θεσπιστούν ειδικά ηλικιακά όρια αλλά ότι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι μέθοδοι της ι.υ.α όπως και κάθε άλλη πράξη και να επαφίεται στον ιατρό να κρίνει αν θα πρέπει να αποκλειστεί η εφαρμογή κάποιας μεθόδου λόγω επικινδυνότητας για την υγεία των ασθενών. Ο δεύτερος, θεωρεί ότι θα πρέπει να υπάρχουν ηλικιακοί περιορισμοί τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες οι οποίοι μάλιστα να είναι κοινοί, ωστόσο αρνήθηκε να τους προσδιορίσει με κάποιο τρόπο. Το τρίτο πρόσωπο τέλος, προσδιορίζει τα κατώτατα ηλικιακά όρια τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες στο 18ο έτος και τα αντίστοιχα ανώτατα στο 50ο έτος. Πάντως και οι τρεις συμφωνούν ότι η ηλικία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά περίπτωση και να εναπόκειται στην κρίση του ιατρού αν θα πρέπει να αποκλείει την πρόσβαση σε μεθόδους της ι.υ.α.

### 2. ΥΓΕΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη από τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο της υγείας του υποβοηθούμενου προσώπου ούτε αν τέτοιος έλεγχος αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή των μεθόδων της ι.υ.α ή αν κάποια ασθένεια (ψυχική ή σωματική) αποτελεί κώλυμα για την εφαρμογή των μεθόδων αυτών.

Ωστόσο, είναι γεγονός ότι η υγεία του προσώπου που πρόκειται να υποβληθεί σε ι.υ.α ελέγχεται πλήρως ώστε να διασφαλίζεται η προστασία της υγείας του αλλά και να διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν ιατρικά προβλήματα που θα μείωναν τις πιθανότητες επιτυχίας της θεραπείας. Αυτό προκύπτει από τις κατευθυντήριες οδηγίες που γενικώς, και όχι ειδικώς για την ι.υ.α, προβλέπουν την διασφάλιση της υγείας του προσώπου που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη[[86]](#footnote-86).

Στο κείμενο που συνέταξε η IFS γίνεται ιδιαίτερη μνεία και επισημαίνεται ότι θα πρέπει να λαμβάνεται κάθε δυνατό προληπτικό μέτρο ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που θα προκαλούσαν κίνδυνο για την υγεία του προσώπου που επιθυμεί να υποβληθεί σε θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[87]](#footnote-87). Δεν κατονομάζονται πάντως συγκεκριμένες εξετάσεις. Όμως συστήνεται ακόμη και ένας ενδεδειγμένος τρόπος ζωής (μείωση κατανάλωσης αλκοόλ, παύση του καπνίσματος, απώλεια σωματικού βάρους κτλ) και προβλέπεται ότι θα πρέπει να παρέχεται αυξημένη ιατρική παρακολούθηση σε άτομα με βεβαρυμένο ιατρικό ιστορικό ή αυξημένες πιθανότητας εμφάνισης κάποιου προβλήματος στην πορεία της θεραπείας[[88]](#footnote-88).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η υγεία του υποβοηθούμενου προσώπου αποτελεί τελικά προϋπόθεση για την προσφυγή στην ι.υ.α, διότι παρόλο που δεν υπάρχει ρητή απαγόρευση, αν διαπιστωθεί η ύπαρξη σοβαρής ασθένειας η οποία ενδέχεται έστω να μεταδοθεί στο παιδί που θα γεννηθεί ή μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο για την υγεία του υποβοηθούμενου προσώπου κατά τη διάρκεια της κυοφορίας, τότε οι γιατροί αρνούνται να προχωρήσουν σε εφαρμογή των μεθόδων ι.υ.α.

Τα πρόσωπα αναφοράς, ανεξαρτήτως ιδιότητας, δήλωσαν ότι η υγεία του υποβοηθούμενου προσώπου πρέπει να ελέγχεται και μάλιστα έχουν σχηματίσει την πεποίθηση ότι ελέγχεται επαρκώς, αν και απουσιάζουν σχετικά δεδομένα. Οι ιατροί μάλιστα δήλωσαν απολύτως βέβαιοι ότι ο έλεγχος αυτός είναι επαρκής και τούτο διότι πιστεύουν πως κανείς ιατρός δεν θα έθετε σε διακινδύνευση την υγεία κάποιου προσώπου για κανέναν λόγο και ότι οι μέθοδοι της ι.υ.α εφαρμόζονται μόνο όταν είναι βέβαιο ότι η εφαρμογή τους είναι ασφαλής για τον ασθενή.

Ωστόσο, τόσο οι ιατροί όσο και οι ασθενείς δήλωσαν ότι θα πρέπει να αποκλείεται από την πρόσβαση στις μεθόδους ι.υ.α κάθε πρόσωπο που εμφανίζει σωματική ή ψυχική ασθένεια η οποία κατά την κρίση πάντοτε του θεράποντος ιατρού θα μπορούσε να έχει επιπτώσεις είτε στην υγεία του ίδιου του προσώπου, είτε στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης είτε τέλος στην ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού που μέλλει να γεννηθεί. Το τελευταίο αυτό στοιχείο, όπως θα εξηγηθεί παρακάτω, λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη σε όλα τα στάδια της ι.υ.α και όχι μόνο, καθώς το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί αποτελεί πρωταρχική προτεραιότητα που επιβάλλεται τόσο από τις κατευθυντήριες οδηγίες όσο και από άλλα νομοθετήματα.

Πάντως από το σύνολο των προσώπων αναφοράς προέκυψε ότι τα ζητούμενα είναι δύο και είναι εξίσου σημαντικά. Είναι η διασφάλιση της υγείας του προσώπου που θα υποβληθεί σε μέθοδο ι.υ.α από τη μία, και το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί από την άλλη.

### 3. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ

### 3.1. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΩΝ/ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ

Η συναίνεση αποτελεί ένα ζήτημα εξέχουσας σημασίας για την ιατρική πρακτική και ένας τομέας στον οποίο δίνεται μεγάλη έμφαση και προσοχή από την ιατρική κοινότητα της Ιρλανδίας.

Απόδειξη αποτελεί το γεγονός ότι για το θέμα αυτό δραστηριοποιούνται ομάδες ή ενώσεις ιατρών. Ενδεικτική είναι η περίπτωση της Medical Protection Society- Ireland[[89]](#footnote-89) που είναι μια εθελοντική οργάνωση που έχει ιδρυθεί από ιατρούς και έχει ως σκοπό να ενημερώνει τα μέλη της και να φροντίζει για την προστασία τους από νομικής φύσεως ζητήματα που μπορεί να προκύψουν κατά την άσκηση των επαγγελματικών καθηκόντων τους. Η ένωση αυτή, έχει εκδόσει ένα αναλυτικό κείμενο σχετικά με την συναίνεση των ασθενών και προτείνει στα μέλη της, παρότι δεν είναι νομικά υποχρεωτικό, να λαμβάνουν πάντοτε πριν από κάθε ιατρική πράξη έγγραφη συναίνεση του ασθενή αφού βεβαιωθούν ότι έχει ενημερωθεί πλήρως και έχει κατανοήσει τις πληροφορίες που του παρείχαν.[[90]](#footnote-90).

Το 2008 το Medical Council προχώρησε στην έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών ορθής ιατρικής πρακτικής ειδικά για το ζήτημα της λήψης της συναίνεσης του ασθενούς μετά από ενημέρωση πριν από την διενέργεια οποιασδήποτε θεραπείας. Το κείμενο τιτλοφορείται «Good Medical Practice In Seeking Informed Consent to Treatment» [[91]](#footnote-91) και παρέχει οδηγίες προς τους επαγγελματίες γιατρούς για την ενημέωση που θα πρέπει να παρέχεται και τον τρόπο με τον οποίο θα λαμβάνεται η συναίνεσή του, η οποία συνίσταται να είναι έγγραφη.

Στις κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν από το 2009 έχει ενσωματωθεί το παραπάνω κείμενο. Πλέον, αφιερώνεται ένα ολόκληρο κεφάλαιο στη θεματική αυτή. Σύμφωνα λοιπόν με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Medical Council ο ιατρός θα πρέπει να βεβαιώνεται πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη ότι έχει δοθεί η συναίνεση του ασθενούς μετά από πλήρη ενημέρωση, ώστε να προστατεύεται και να διαφυλάσσεται ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς και η εξουσία του να αποφασίζει ο ίδιος για τον εαυτό του και την ζωή του[[92]](#footnote-92).

Εκτός από την παροχή πλήρους και αναλυτικής ενημέρωσης, ο γιατρός είναι υπεύθυνος για να διασφαλίζει ότι ο ασθενής, ανεπηρέαστα και μετά από μια διαδικασία που μπορεί να έχει και ορισμένη διάρκεια έχοντας επίγνωση των διαθέσιμων επιλογών και των κινδύνων που συνεπάγεται πιθανόν κάθε θεραπεία, επιλέγει αυτή που ο ίδιος πραγματικά επιθυμεί[[93]](#footnote-93). Επίσης, επισημαίνεται ότι η συναίνεση δεν αρκεί να δίνεται άπαξ αλλά πρέπει να δίνεται ειδικά πριν από τη διενέργεια κάθε ξεχωριστής ιατρικής πράξης (εκτός αν πρόκειται για πράξη που εντάσσεται σε μια συνολικότερη μέθοδο θεραπείας).

Ειδικότερα, ο οδηγός καλής πρακτικής που προαναφέρθηκε, επεξεργάστηκε το ζήτημα εκτενέστερα και ειδικότερα και εντοπίζει πέντε κρίσιμα στοιχεία που καθιστούν έγκυρη μια συναίνεση: Πρώτον, θα πρέπει να παρέχεται πλήρης και τεκμηριωμένη ενημέρωση της κατάστασης του ασθενούς, των δυνατών θεραπειών και των κινδύνων ή των συνεπειών που κάθε μία από αυτές μπορεί να έχει για την εξέλιξη της θεραπείας ή την υγεία του ασθενούς. Δεύτερον, θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε οι παρεχόμενες πληροφορίες να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να κατανοούνται από τον ασθενή σύμφωνα με τις δικές του ανάγκες ή την αντιληπτική του ικανότητα. Τρίτον, πρέπει η βούληση του ασθενούς να είναι αποκλειστικά και μόνο προϊόν της δικής του εθελούσιας γνώμης και όχι αποτέλεσμα πιέσεων ή παροτρύνσεων είτε από τους οικείους του είτε από τους ιατρούς. Τέταρτον, θα πρέπει να ελέγχεται η ικανότητα του ασθενούς, στην συγκεκριμένη κατάσταση που κάθε φορά αυτός βρίσκεται, να σχηματίζει και να εκφράζει τη βούλησή του. Πέμπτον τέλος, θα πρέπει να γίνει κατανοητό από τον ασθενή ότι η συναίνεσή του δεν είναι μια τυπική διαδικασία αλλά σημαίνει την ουσιαστική συμμετοχή του στη θεραπεία διατηρώντας πάντα το δικαίωμα να αλλάξει γνώμη και να εναντιωθεί στη συνέχιση της θεραπείας ή σε συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο[[94]](#footnote-94).

Τα παραπάνω προβλέπονται και τυγχάνουν εφαρμογής για κάθε ιατρική πράξη επομένως γίνεται κατανοητό ότι ισχύουν και στην περίπτωση της ι.υ.α.

Η IFS, πραγματευόμενη το ζήτημα ειδικά για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, προτείνει σε συμφωνία με όλα τα παραπάνω την διαμόρφωση φόρμας συναίνεσης και την λήψη γραπτής συναίνεσης μετά από ενημέρωση προτού ξεκινήσει η θεραπεία[[95]](#footnote-95) και αφού έχει προηγηθεί συμβουλευτική με ψυχολόγο[[96]](#footnote-96).

Η Επιτροπή, κατέληξε ότι απαραίτητη προϋπόθεση πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπευτικής μεθόδου υποβοήθησης στην αναπαραγωγή πρέπει να είναι η σύμφωνα με τα παραπάνω γνωρίσματα έγγραφη συναίνεση των ενδιαφερομένων προσώπων[[97]](#footnote-97).

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει η σημασία που δίνεται στην συναίνεση των ενδιαφερομένων προσώπων και το πόσο καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει σε κάθε στάδιο της θεραπείας.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι με το νέο νόμο Children and Family Relationships Act 2015, το ζήτημα της συναίνεσης των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο ρυθμίζεται από ειδικές διατάξεις που αφορούν ωστόσο μόνο την συγκεκριμένη περίπτωση που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί γεννητικό υλικό δότη. Οι ειδικότερες ρυθμίσεις θα αναφέρονται παρακάτω, όπου υπάρχει διαφοροποίηση από τα γενικώς ισχύοντα.

### 3.2 ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Για την παροχή συναίνεσης δεν προκύπτει από κάποιο νομοθετικό κείμενο ότι απαιτείται κάποιος ιδιαίτερος τύπος. Ωστόσο, όπως ήδη αναφέρθηκε, τόσο από τις κατευθυντήριες οδηγίες όσο και από την IFS, προτείνεται ότι η συναίνεση θα πρέπει να είναι έγγραφη[[98]](#footnote-98). Άλλωστε το συνήθως συμβαίνον στην πράξη είναι ότι οι κλινικές έχουν προδιαμορφωμένο έντυπο συναίνεσης το οποίο συμπληρώνεται και υπογράφεται από τους ενδιαφερόμενους.

Η Επιτροπή επεσήμανε την ανάγκη να θεσπιστεί η υποχρεωτική λήψη της συναίνεσης με έγγραφο τύπο από όλους τους παρόχους υπηρεσιών ι.υ.α στην Ιρλανδία, καθώς επίσης και τη θέσπιση οδηγιών για τη διαμόρφωση του περιεχομένου του εντύπου της συναίνεσης για κάθε στάδιο της θεραπείας[[99]](#footnote-99).

Ειδικά ωστόσο για τις περιπτώσεις που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νέου νόμου, δηλαδή όταν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί γεννητικό υλικό δότη, προβλέπεται ότι ο τύπος της συναίνεσης είναι υποχρεωτικά έγγραφος. Συγκεκριμένα προβλέπεται ότι η κλινική παρέχει στα υποβοηθούμενα πρόσωπα έντυπο το οποίο αυτά υπογράφουν ενώπιον εκπροσώπου της κλινικής και το οποίο έντυπο τηρείται σε αρχείο από την κλινική. Προβλέπεται μάλιστα, εκτός του έγγραφου τύπου, και η επιπλέον προϋπόθεση ότι οι συναινούντες έχουν συμπληρώσει το 21ο έτος της ηλίκας τους (αρ. 9 και 11 του νόμου).

### 3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ (ΓΑΜΟΣ, ΣΥΜΦΩΝΟ ΣΥΜΒΙΩΣΗΣ, ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΝΩΣΗ)

Όπως αναφέρεται και στην έκθεση του IFFS 2013, στην Ιρλανδία δεν υπάρχει περιορισμός στην πρόσβαση της ι.υ.α με βάση το είδος της σχέσης[[100]](#footnote-100). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο ιατρός και η κλινική δεν εξετάζουν αν ο ασθενής που προσέρχεται σε αυτούς είναι έγγαμος ή να βρίσκεται σε κάποιου είδους σχέση[[101]](#footnote-101). Η θέση αυτή συνάδει και με τις Equal Status Acts 2000-2004 που ισχύουν και απαγορεύουν οποιαδήποτε διάκριση με βάση, εκτός των άλλων, την οικογενειακή κατάσταση ή τις σεξουαλικές προτιμήσεις[[102]](#footnote-102).

H ΙFS προτείνει συναφώς ότι όταν ένα ζευγάρι προσέρχεται από κοινού, τότε θα πρέπει να δέχεται συμβουλευτική και ενημέρωση από κοινού[[103]](#footnote-103), συνεπώς μπορεί να υποστηριχθεί ότι στην περίπτωση αυτή θα ζητείται και η συναίνεση αμφότερων των μερών εφόσον αυτοί πρόκειται να αναγνωριστούν ως γονείς[[104]](#footnote-104).

Επομένως, διακρίνεται ο τρόπος ή ο τύπος παροχής συναίνεσης με βάση το είδος της σχέσης που συνδέει ένα ζευγάρι είτε όταν προσέρχεται ως τέτοιο για την υποβοήθηση στην αναπαραγωγή είτε προσέρχεται μόνο ο ένας από τους συζύγους/ συντρόφους. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται άλλωστε και από τις ρυθμίσεις του νόμου Children and Family Relationships Act 2015, στον οποίο, στις διατάξεις σχετικά με την πατρότητα του παιδιού που γεννιέται με ι.υ.α και με χρήση γεννητικού υλικού δότη, γίνεται από κοινού αναφορά και υπάρχουν οι ίδιες ακριβώς ρυθμίσεις είτε πρόκειται για το σύζυγο, είτε για σύντροφο από σύμφωνο συμβίωσης ή ελεύθερη ένωση.

### 3.4 ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Η συναίνεση πρέπει να απευθύνεται στον πάροχο της υπηρεσίας και να ελέγχεται από τον ιατρό[[105]](#footnote-105), του οποίου άλλωστε συνιστά υποχρέωση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες[[106]](#footnote-106). Από αυτό προκύπτει ότι πρέπει να υπάρχει συναίνεση που αφορά ειδικά μία πράξη και να δίδεται για αυτή την πράξη. Η συναίνεση που αρχικά μπορεί να είχε δοθεί σε προγενέστερο χρονικό σημείο και αφορούσε μια άλλη ιατρική πράξη (ακόμα και αν αυτή είναι ίδιας φύσεως) δεν θεωρείται ισχυρή και ο άνδρας ή η γυναίκα έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν να παράσχουν εκ νέου τη συναίνεσή τους. Έτσι μπορεί να θεωρηθεί ότι την ανακάλεσαν[[107]](#footnote-107).

Το δικαίωμα δε ανάκλησης δεν μπορεί να περιοριστεί σε καμία περίπτωση και αυτό συνάγεται από την ίδια την λογική που διέπει την παροχή συναίνεσης, ότι δηλαδή είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή[[108]](#footnote-108), αδιαφόρως του είδους της σχέσης που διέπει τα μέρη όταν πρόκειται για περισσότερα από ένα.

Η ανάκληση καταρχήν μπορεί να υποστηριχθεί ότι δεν χρειάζεται τύπο, διότι η άρνηση παροχής συναίνεσης ή ανανέωσης της συναίνεσης ή συναίνεσης για κάποιο επόμενο στάδιο της θεραπευτικής μεθόδους, αποτελεί έλλειψη συναίνεσης και απαγορεύεται στον ιατρό να επιχειρήσει οποιαδήποτε πράξη. Στην περίπτωση δε που έχει δοθεί η συναίνεση, αυτή ανακαλείται είτε προφορικά είτε και εγγράφως. Τονίζεται ότι το γεγονός ότι κάποιος έδωσε τη συναίνεσή του εγγράφως, δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να την ανακαλέσει προφορικώς, διότι οποιαδήποτε έστω και προφορική αντίδραση, διαφωνία ή άρνηση του ασθενούς για τη συνέχιση της θεραπείας πρέπει να γίνεται αποδεκτή από τον ιατρό σε κάθε περίπτωση[[109]](#footnote-109).

Διαφορετικές είναι οι ρυθμίσεις που ισχύουν για την περίπτωση ι.υ.α με χρήση γεννητικού υλικού που προέρχεται από δότη. Ο νόμος Children and Family Relationships Act 2015, προβλέπει ότι η ανάκληση της έγγραφης συναίνεσης που είχε δοθεί, ανακαλείται με τον ίδιο τύπο, δηλαδή με έγγραφο, που απευθύνεται προς την κλινική όπου πρόκειται να εφαρμοστεί η μέθοδος.

Επισημαίνεται ότι φαντάζει λογικό επακόλουθο όλων των παραπάνω, ότι ουδεμία συνέπεια ή κύρωση μπορεί να υπάρξει για το πρόσωπο το οποίο ελεύθερα και αυτόνομα αποφασίζει να ανακαλέσει τη συναίνεσή του για μια ιατρική πράξη που τον αφορά ακόμα και αν αυτή η επιλογή έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις για το σύντροφό του, αφού δεν τίθεται θέμα στάθμισης συμφερόντων και η διαφύλαξη της προσωπικής ελευθερίας και αυτονομίας δεν τίθεται προς διαπραγμάτευση.

Με δεδομένο ότι η συναίνεση για να είναι ισχυρή πρέπει να δίνεται από το πρόσωπο ή τα πρόσωπα που αφορά σε χρονικό σημείο κοντινό με την ιατρική πράξη που σχετίζεται, η κρατούσα γνώμη είναι ότι ο θάνατος ενός προσώπου σηματοδοτεί και την αδυναμία λήψης της συναίνεσής του και άρα την εμπόδιση οποιασδήποτε πράξης που το αφορά αφού άλλωστε είναι ανεπίτρεπτος οποιοσδήποτε ετεροπροσδιοριορισμός του. Ωστόσο, με δεδομένο ότι έχουν υπάρξει αναφορές για μεταθανάτια γονιμοποίηση, ίσως θα πρέπει να κρίνεται κατά περίπτωση αν ο θάνατος ενός προσώπου επιφέρει την ανάκληση προηγούμενης συναίνεσής του ή όχι.

Σχετικά με το χρονικό σημείο μέχρι του οποίου μπορεί να υπάρξει ανάκληση της συναίνεσης ειδικά στο πλαίσιο της ι.υ.α αναπαραγωγής θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και δεν υπάρχει ρητός προσδιορισμός ή οποιοσδήποτε προσδιορισμός του, με δεδομένο ότι η έκτρωση απαγορεύεται και η καταστροφή του γονιμοποιημένου ωαρίου θεωρείται επίσης ανεπίτρεπτη από την κρατούσα γνώμη, φαίνεται ότι μπορεί να λάβει χώρα μέχρι την γονιμοποίηση του ωαρίου και πάντως οπωσδήποτε πριν την μεταφορά στο σώμα της γυναίκας, με τη σημείωση ότι στις περιπτώσεις που το γονιμοποιημένο ωάριο έχει κρυοσυντηρηθεί, οποιαδήποτε μελλοντική του χρήση απαιτεί την σύγχρονη συναίνεση για την επιχείρηση κάποιας επόμενης ιατρικής πράξης και δεν αρκεί η συναίνεση που τυχόν είχε δοθεί προ της κρυοσυντηρήσεώς του ακόμα και αν τότε οριζόταν η τύχη του.

Στις περιπτώσεις που εμπτίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νόμου Children and Family Relationships Act 2015, ο νόμος προσδιορίζει ποιό είναι το χρονικό σημείο μέχρι του οποίου η ανάκληση πρέπει να περιέλθει στην κλινική όπου πρόκειται να εφαρμοστεί η μέθοδος, ώστε αυτή να έχει έννομα αποτελέσματα. Το χρονικό αυτό σημείο είναι σύμφωνα με τα άρθρα 10, 12 και 18 είναι πριν την εφαρμογή της διαδικασίας για την οποία είχε δοθεί η συναίνεση, χωρίς να προσδιορίζεται ειδικότερα ποια πράξη συνιστά έναρξη της διαδικασίας

Πάντως, δεν προβλέπονται κυρώσεις ή συνέπειες σε περίπτωση που παρά την ανάκληση ή την έλλειψη της συναίνεσης ενός από τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα η εφαρμογή κάποιας μεθόδου ι.υ.α προχωρήσει. Ωστόσο, υπογραμμίζεται ότι τέτοια περιστατικά δεν συμβαίνουν διότι στην πράξη, οι κλινικές και οι γιατροί που εμπλέκονται ελέγχουν πάντα την ύπαρξη συναίνεσης και δεν προχωρούν στη διενέργεια καμίας ιατρικής πράξης χωρίς αυτή, τηρώντας την υποχρέωσή τους σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συλλόγου. Σε διαφορετική περίπτωση άλλωστε, γιατρός και κλινική, μπορεί να αντιμετωπίσουν βαρύτατες συνέπειες και κυρώσεις, κυρίως διοικητικές, για παραβίαση αυτού του δεοντολογικού κώδικα.

### 3.5 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

Σχετική με το ζήτημα της συναίνεσης ήταν και πρώτη υπόθεση που αφορούσε την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή που απασχόλησε τα δικαστήρια της Ιρλανδίας, ήταν η υπόθεση M(ary) R(oche) v T(homas) R(oche) and Ors, πιο γνωστή ως Roche v Roche, ενώ αναφέρεται και ως υπόθεση «των παγωμένων εμβρύων» (frozen embryos) [[110]](#footnote-110). Το High Court αποφάνθηκε με την υπ’ αριθμ 2004 9792 [[111]](#footnote-111) απόφασή του και το Supreme Court με την υπ’ αριθμ. 469/06 & 59/07[[112]](#footnote-112).

Τα πραγματικά περιστατικά έχουν ως εξής:

Η ΜR και ο TR παντρεύτηκαν το 1992. Ως το 1994 δεν είχαν αποκτήσει παιδί και γι’ αυτό προσέφυγαν για συμβουλή σε γενικό γιατρό, ο οποίος τους παρέπεμψε σε δημόσιο νοσοκομείο για εξειδικευμένη θεραπεία. Η θεραπεία ήταν επιτυχής και το ζευγάρι απέκτησε το 1997 έναν γιο.

Λίγο μετά τη γέννηση του παιδιού, η MR υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση στις ωοθήκες, λόγω της οποίας, δεν υπήρχε η δυνατότητα φυσιολογικής αναπαραγωγής και έτσι το ζευγάρι το 2002 προσέφυγε σε κλινική ι.υ.α.

Ο TR υπέγραψε έντυπο συναίνεσης μετά από ενημέρωση, συναινώντας ως σύζυγος της MR στην γονιμοποίηση των ωαρίων της και στην μεταφορά τριών εμβρύων στην μήτρα της. Στο έντυπο υπήρχε ρητή δήλωση ότι αποδέχεται πως είναι ο νόμιμος πατέρας των παιδιών που θα γεννηθούν.

Ωστόσο, για τις ανάγκες της θεραπείας λήφθηκαν 6 ωάρια από την MR. Και τα έξι γονιμοποιήθηκαν, εκ των οποίων τα τρία εμφυτεύθηκαν στη μήτρα της και τα άλλα τρία κρουσυντηρήθηκαν. Η MR έμεινε έγκυος και τελικά γέννησε ένα κοριτσάκι το Οκτώβριο του 2002. Στο επόμενο διάστημα όμως το ζευγάρι χώρισε.

Η υπόθεσε οδηγήθηκε στα Δικαστήρια όταν η MR ζήτησε να της εμφυτευθούν και τα εναπομείναντα τρία έμβρυα που είχαν κρυοσυντηρηθεί, τη στιγμή που ο TR δήλωνε ότι ήταν αντίθετος τόσο στην εμβρυομεταφορά όσο και στην αναγνώρισή του ως κατά το νόμο πατέρα των παιδιών που πιθανόν να προέκυπταν.

Ανέκυψαν ενώπιον του δικαστηρίου δύο πολύ σημαντικά θέματα. Το πρώτο είχε να κάνει με την νομική φύση του γεννητικού υλικού, δηλαδή το αν και από ποια στιγμή το γονιμοποιημένο ωάριο τυγχάνει της προστασίας του άρ. 40.3.3 του Συντάγματος που προστατεύει την αγέννητη ζωή. Το δεύτερο αφορούσε το αν και κατά πόσο μπορούσε η MR να προβεί στην εμβρυομεταφορά παρά την αντίρρηση του TR.

Το δικαστήριο εξέτασε αν η συναίνεση που είχε δώσει ο TR για την πρώτη θεραπεία, είναι ισχυρή και για τα εναπομείναντα έμβρυα και αν η μεταβολή της οικογενειακής κατάστασης είναι ικανή να δικαιολογήσει την αντίθεσή του στην θεραπεία.

Το Δικαστήριο διέγνωσε κατ’ αρχάς ότι δεν υπήρχε συμφωνία και συναίνεση των μερών για την τύχη των πλεοναζόντων κρυοσυντηρημένων εμβρύων. Η συναίνεση που είχε δώσει ο TR αφορούσε μία θεραπεία. Το γεγονός ότι κατά την θεραπεία δημιουργήθηκαν για λόγους ιατρικής πρακτικής, δηλαδή έξω από τη βούληση των υποβοηθούμενων προσώπων, περισσότερα έμβρυα, τα οποία στη συνέχεια λόγω της επίτευξης εγκυμοσύνης, «περίσσεψαν» και κρυοσυντηρήθηκαν, δεν σημαίνει ότι η συναίνεση που δόθηκε περιελάμβανε και αυτά. Άλλωστε η συναίνεση είναι πάντοτε συγκεκριμένη και για συγκεκριμένη ιατρική πράξη, με κάθε νέα πράξη να απαιτεί εκ νέου τη συναίνεση των εμπλεκόμενων προσώπων.

Επιπλέον, το γεγονός ότι ο TR δεν ανακάλεσε την συναίνεσή του με τον ίδιο τύπο με την οποία της έδωσε, δεν σημαίνει ότι η ανάκληση δεν είναι ισχυρή και τούτο διότι το ζήτημα αφορά κυρίως την έλλειψη συναίνεσης και όχι το κύρος της ανάκλησης. Το Δικαστήριο αξιολόγηση ότι το γεγονός του χωρισμού, αποτελεί μια εύλογη δικαιολογία γα τη μεταβολή της στάσης του άντρα.

Στην ουσία το Δικαστήριο δέχθηκε ότι η συναίνεση και των δύο μερών πρέπει να είναι ισχυρή σε όλα τα στάδια της θεραπείας από τη λήψη των γαμετών μέχρι και την εμβρυομεταφορά. Επίσης, με την ολοκλήρωση μίας εμβρυομεταφοράς, ανεξαρτήτως του αριθμού των εμβρύων που εμφυτεύονται, απαιτείται εκ νέου η συναίνεση των μερών, αφού θεωρείται ότι πρόκειται για νέο κύκλο θεραπείας και άρα μια άλλη, καινούργια ιατρική πράξη.

Αξιοσημείωτη είναι η κρίση του Δικαστηρίου ότι απέναντι στο δικαίωμα της αναπαραγωγής της MR, υπάρχει ένα ίσο και ισάξιο αντίθετο δικαίωμα της μη αναπραγωγής του TR. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεδομένης της ρήξης της σχέσης των μερών αλλά και του γεγονότος ότι η MR είχε ήδη αποκτήσει δύο παιδιά, το δεύτερο μάλιστα μετά από την υποβολή σε θεραπεία ι.υ.α με τη συναίνεση του TR, πρέπει να προκριθεί το δικαίωμα της μη αναπαραγωγής του TR.

Η παραπάνω κρίση επικυρώθηκε ομοφώνως και από την απόφαση του Supreme Court στο οποίο προσέφυγε κατ’ έφεση η MR, κι έτσι το αίτημά της απορρίφθηκε.

Τα πρόσωπα αναφοράς σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα είχαν τις εξής απόψεις:

Οι δύο γιατροί απάντησαν καταφατικά στο ερώτημα αν πρέπει να διατηρείται το δικαίωμα του κάθε μέρους να ανακαλεί την συναίνεσή του ακόμα και μετά την συγκατάθεσή του σε κάποια θεραπευτική μέθοδο ι.υ.α και μετά τη λήψη γαμετών. Ο πρώτος εξ αυτών κατηγορηματικά απάντησε ότι το δικαίωμα αυτό πρέπει να διατηρείται μέχρι την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου ενώ ο δεύτερος συμφωνεί αλλά διατυπώνει την επιφύλαξη ότι εφόσον κριθεί νομικά ότι μετά τη γονιμοποίηση το έμβρυο δεν επιτρέπεται να καταστραφεί τότε το δικαίωμα ανάκλησης θα πρέπει να διατηρείται μέχρι την γονιμοποίηση του εμβρύου αφού μετά ένα τέτοιο δικαίωμα δεν θα υφίσταται.

Οι νομικοί συμφώνησαν κατ’ αρχήν ότι σε κάθε περίπτωση υπάρχει το δικαίωμα ανάκλησης της συναίνεσης για κάθε ένα από τα μέρη και αυτό διατηρείται και μετά τη παροχή των γαμετών. Σχετικά όμως με το σημείο μέχρι του οποίου χωρεί η ανάκληση της συναίνεσης διατυπώθηκε από το κάθε πρόσωπο διαφορετική γνώμη. Το πρώτο, κρίνει ότι απώτερο χρονικό σημείο είναι η γονιμοποίηση του ωαρίου. Το δεύτερο θεωρεί ότι η ανάκληση της συναίνεσης μπορεί και πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνει χώρα και μετά την γονιμοποίηση, μέχρι και την εμφύτευση του εμβρύου στη μήτρα της γυναίκας. Τέλος, το τρίτο πρόσωπο είχε μια πιο ιδιαίτερη άποψη επί του θέματος, καθώς υποστήριξε ότι το καθοριστικό σημείο πέραν του οποίου δεν μπορεί να συντελεστεί ανάκληση της δοθείσας συναίνεσης (πρέπει να) είναι η έναρξη της διαδικασίας μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου προς εμφύτευση.

Πάντως, όλα τα πρόσωπα αναφοράς, ιατροί και νομικοί, δεν είχαν κανέναν ενδοιασμό να απαντήσουν ότι το δικαίωμα ανάκλησης της συναίνεσης δεν μπορεί και δεν πρέπει σε καμία περίπτωση και για κανένα λόγο να περιορίζεται, ακόμα και αν για παράδειγμα αυτό σημαίνει ανεπανόρθωτες συνέπειες για άλλα εμπλεκόμενα πρόσωπα, διότι στηρίζεται στην προσωπική αυτονομία η οποία θεωρείται αδιαπραγμάτευτη.

### 4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΖΕΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

### 4.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης πρέπει ο ιατρός να βεβαιώνεται ότι έχει δοθεί η συναίνεση του ασθενούς, μετά από πλήρη και εμπεριστατωμένη ενημέρωση που παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό[[113]](#footnote-113). Η πλήρης και εμπεριστατωμένη ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή της συναίνεσης και είναι απαραίτητη για κάθε άτομο άνω των 16 ετών, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω[[114]](#footnote-114). Οι γενικές αυτές διατάξεις ισχύουν και για την περίπτωση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, για την οποία δεν έχουν τεθεί ειδικές ρυθμίσεις.

Θα πρέπει, σύμφωνα με όσα ορίζουν οι κατευθυντήριες οδηγίες, να γίνει αντιληπτό από τον ασθενή ότι θα έχει την ελευθερία εντελώς αυτόνομα και χωρίς καμία επιρροή ή πίεση να αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτό του με τον γιατρό να είναι έτοιμος να υποστηρίξει και να βοηθήσει σε κάθε περίπτωση. Θα πρέπει να εξηγούνται πλήρως όλες οι επιλογές με τρόπο κατανοητό και σύμφωνα πάντα με την κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενούς. Θα πρέπει επίσης να παρέχεται ο απαραίτητος χρόνος διάσκεψης. Εάν ο ασθενής το επιθυμεί οι πληροφορίες παρέχονται και η συζήτηση διεξάγεται ενώπιον δικηγόρου.[[115]](#footnote-115)

Επισημαίνεται ότι ο όγκος των παρεχόμενων στον ασθενή πληροφοριών μπορεί να ποικίλει αναλόγως διαφόρων παραγόντων όπως η κατάστασή του, το επίπεδο της έρευνας, η πολυπλοκότητα της ασθένειας, η πορεία της θεραπείας κ.ά. Ο όγκος των παρεχόμενων πληροφοριών μπορεί να διαφέρει εφόσον ο ασθενής δηλώσει ότι επιθυμεί να λάβει περισσότερες ή λιγότερες πληροφορίες. Κριτήριο πάντοτε αποτελούν οι ανάγκες και επιθυμίες καθώς και η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο συγκεκριμένος ασθενής λαμβανομένων υπόψη και των θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεών του[[116]](#footnote-116).

Τονίζεται ακόμη ότι η παροχή της συναίνεσης μετά από ενημέρωση, δεν μπορεί να αποτελεί μεμονωμένο γεγονός. Είναι μια διαδικασία, λιγότερο ή περισσότερο μακρά και θα πρέπει να παρέχεται στον ασθενή ο απαραίτητος χρόνος να σκεφτεί τις επιλογές του και να ξανασυζητήσει το θέμα με τον γιατρό ή όποιον άλλον το επιθυμεί[[117]](#footnote-117).

Στο παράρτημα που συνοδεύει την τελευταία έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών περιλαμβάνεται ένας αναλυτικότατος κατάλογος του υποχρεωτικού περιεχομένου της παρεχόμενης ενημέρωσης.

Συγκεκριμένα, ορίζεται ότι πρέπει να παρέχονται στον ασθενή όλες οι λεπτομέρειες της διάγνωσης και της πρόγνωσης για τη θεραπεία καθώς επίσης και πρόγνωση της εξέλιξης της κατάστασής του σε περίπτωση που αποφασίσει να μην προχωρήσει σε θεραπεία. Να εξηγούνται οι δυνατότητες θεραπείας και αντιμετώπισης του προβλήματός του και οι συνέπειες της κάθε μίας από τις ενδεχόμενες μορφές θεραπείας, καθώς και πιθανές επιπλοκές, σοβαρές παρενέργειες ή εμφάνιση πόνων στον ασθενή. Φυσικά, αν κάποια θεραπεία βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο, αυτό θα πρέπει να επισημαίνεται και να δίνονται ακόμα περισσότερες πληροφορίες. Επίσης, θα πρέπει να παρέχονται πληροφορίες για τις απαιτούμενες αλλαγές ή συνέπειες στον τρόπο ζωής που θα προκληθούν από ενδεχόμενη θεραπεία. Επιπλέον, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ποιος θα είναι ο επιβλέπων θεράπων ιατρός, ποια θα είναι τα υπόλοιπα μέλη της ιατρικής ομάδας και αν θα συμμετέχουν σε αυτή και εκπαιδευόμενα μέλη. Τέλος, θα πρέπει να υπενθυμίζεται στον ασθενή ότι διατηρεί το δικαίωμα ανά πάσα ώρα και σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας, να ανακαλέσει τη συναίνεσή του, να ζητήσει πρόσθετες πληροφορίες ή αναλυτική ενημέρωση για την κατάστασή του, καθώς επίσης και να ζητήσει να ενημερωθεί και από κάποιο άλλο άτομο. Δεν θα πρέπει να παραλείπεται η ενημέρωση για το κόστος της θεραπείας.[[118]](#footnote-118)

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι η παρεχόμενη ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και ενδελεχής. Να καλύπτει κάθε πιθανό κίνδυνο από τη θεραπεία και κάθε δυνατότητα εφαρμογής άλλης μεθόδου. Να σημειωθεί τέλος, ότι σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, για να υποβληθεί κάποιος σε γενετικό τεστ που μπορεί να βοηθήσει στην διάγνωση κάποιας ασθένειας ή την πρόβλεψη της εξέλιξης κάποιας αρρώστιας πρέπει προηγουμένως να έχει ενημερωθεί ειδικά καταλλήλως και να έχει συναινέσει συγκεκριμένα για τη γενετική του εξέταση.[[119]](#footnote-119)

Στην έκθεση της Επιτροπής, επισημαίνεται ότι ειδικά για τους ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας που προσφεύγουν για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, θα πρέπει ιδιαίτερη προσοχή να επιδεικνύεται στις ψυχικές και συναισθηματικές του ανάγκες[[120]](#footnote-120). Θα πρέπει να παρέχεται κατάλληλη ενημέρωση και συμβουλευτική πριν την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α για να κατανοήσουν οι εμπλεκόμενοι τις δυσκολίες της θεραπείας, να μπορέσουν να κατανοήσουν ποια μέθοδος είναι κατάλληλη για αυτούς και τι μπορεί να συνεπάγεται για την προσωπική και οικογενειακή τους ζωή. Επίσης, ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην περίπτωση αποτυχίας, οπότε και θα πρέπει η ενημέρωση και η συμβουλευτική να αποσκοπούν στην κατανόηση από τους ασθενείς, της πραγματικής κατάστασης (πχ. ότι δεν θα πρέπει να συνεχίσουν τις προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης γιατί δεν υπάρχουν πιθανότητες επιτυχίας) και όχι να συμβάλουν στην καλλιέργεια προσδοκιών που θα σημάνει τη μελλοντική τους σκληρή διάψευση[[121]](#footnote-121). Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνεται στο παιδί που θα γεννηθεί, τόσο για το διάστημα της κύησης όσο και για μετά τη γέννηση, όσον αφορά κινδύνους για την υγεία του, επιπλοκές κατά την κύηση ή εμφάνιση άλλων ανωμαλιών στην πορεία της ζωής του.

Η Επιτροπή προτείνει η ενημέρωση για τις λεπτομέρειες της κάθε μεθόδου ι.υ.α να δίνεται στους ενδιαφερόμενους και σε γραπτή μορφή αλλά και να εξηγείται προφορικά με τρόπο που να γίνεται κατανοητός και σύμφωνα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές τους. [[122]](#footnote-122)

Διαιστώθηκε από την Επιτροπή πάντως ότι υπάρχει έλλειψη ολοκληρωμένης και εμπεριστατωμένης πληροφόρησης για τα ζητήματα της ι.υ.α[[123]](#footnote-123) μεταξύ της κοινής γνώμης, (τουλάχιστον μέχρι το 2005).

Χρήσιμο θα ήταν να αναφερθεί επίσης ότι υπάρχει και λειτουργεί το National Infertility Support and Information Group (NISIG)[[124]](#footnote-124). Ένας εθνικός οργανισμός που συστάθηκε το 1996, λειτουργεί σε εθελοντική βάση και αποβλέπει στη διάδοση πληροφοριών και στην υποστήριξη όσων χρησιμοποιούν τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[125]](#footnote-125). Ο οργανισμός αυτός βοήθησε το έργο της Επιτροπής και παρείχε χρήσιμα στοιχεία. Μέχρι και σήμερα λειτουργεί και έχει σκοπό την ενημέρωση των πολιτών.

Η IFS[[126]](#footnote-126) κατάρτισε έναν εκτενή και αναλυτικό κατάλογο με το τι πρέπει να περιλαμβάνει η ενημέρωση ειδικά για την περίπτωση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ειδικότερα, πρέπει να παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την ενδεδειγμένη θεραπεία αλλά και όλες τις διαθέσιμες μεθόδους θεραπείας. Επίσης, θα πρέπει να δίνονται λεπτομέρειες για τους κινδύνους και τις παρενέργειες που έχει κάθε μέθοδος καθώς και τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν, τόσο για τη γυναίκα όσο και για το παιδί. Θα πρέπει να παρέχεται ενημέρωση σχετικά με την πολιτική της κάθε κλινικής ως προς τον μεταφερόμενο αριθμό εμβρύων, τα εκτιμώμενα ποσοστά επιτυχίας στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο εκτιμώμενος αριθμός προσπαθειών που θα απαιτηθούν και το χρονικό διάστημα που θα παρέλθει, μαζί με γενικότερες πληροφορίες σχετικά με τα γενικά ποσοστά επιτυχίας. Ακόμη θα πρέπει να επισημαίνονται πιθανά νομικά ή κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν λόγω της εφαρμογής κάποιας μεθόδου. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνεται στο ενδεχόμενο πρόκλησης πολλαπλής κύησης καθώς και στο κόστος των θεραπειών.

Και η IFS, όπως και η Επιτροπή, προτείνει η παροχή των πληροφοριών να γίνει και σε γραπτή και σε προφορική μορφή και συμβουλεύει τις κλινικές να έχουν προδιατυπωμένα έντυπα ενημέρωσης που να τα αναθεωρούν σε τακτό χρονικά διαστήματα[[127]](#footnote-127).

Ο νόμος Children and Family Relationships Act 2015 ρυθμίζει ειδικά το ζήτημα της ενημέρωσης στις περιπτώσεις που πρόκειται να εφαρμοστεί μέθοδος ι.υ.α με χρήση γεννητικού υλικού δότη (άρθρο 13 του νόμου). Συγκεκριμένα, η ενημέρωση αφορά το γεγονός ότι με την παροχή συναίνεσης για την εφαρμογή της διαδικασίας οι συναινούντες ενδιαφερόμενοι θα καταστούν νομικά γονείς του παιδιού που θα γεννηθεί. Ακόμη, προβλέπεται η υποχρέωση της κλινικής να παρέχει στους ή στον υποψήφιο γονέα ειδική ενημέρωση που αφορά το γεγονός ότι τόσο τα στοιχεία του/ τους όσο και τα στοιχεία του παιδιού θα καταχωρηθούν στο Εθνικό Αρχείο και επίσης ότι το παιδί θα μπορεί σύμφωνα με τη νόμιμη διαδιακασία να έχει πρόσβαση στα στοιχεία ταυτότητας του δότη. Επίσης, παρέχεται ενημέρωση σχετικά με τις δυνατότητες που υπάρχουν για την τύχη τυχόν πλεονάζοντος γεννητικού υλικού η οποία περιλαμβάνει και την ενημέρωση ότι σε περίπτωση δωρεάς, τα στοιχεία ταυτότητας και επικοινωνίας του ζευγαριού θα βρίσκονται καταχωρημένα και το παιδί που πιθανόν να προκύψει θα μπορεί στο μέλλον να έχει πρόσβαση σε αυτά. Τέλος, η ενημέρωση για να είναι πλήρης θα πρέπει να περιλαμβάνει και την ενημέρωση σχετικά με τη δυνατότητα ανάκλησης της συναίνεσης δηλαδή, με ποιο τρόπο και μέχρι ποιο χρονικό σημείο είναι δυνατή η ανάκληση της συναίνεσης.

### 4.2 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΜΗ ΠΛΗΡΟΥΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Η παροχή ελλιπούς ενημέρωσης και η λήψη της συναίνεσης χωρίς την πλήρη ενημέρωση του ασθενή, συνεπάγονται ότι ο ιατρός έχει παραβεί την υποχρέωσή του που ορίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες, και υπόκειται στις συνέπειες τις παραβίασης του δεοντολογικού αυτού κώδικα των επαγγελματιών ιατρών[[128]](#footnote-128).

Όσον αφορά την κλινική, και στην ειδικότερη περίπτωση που έχουμε ετελόρογη ι.υ.α, οι συνέπειες είναι πολύ βαρύτερες καθώς αν γίνει έλεγχος και διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει το έγγραφο που αποδεικνύει την πλήρη ενημέρωση, ή ότι αυτό είναι παράτυπο, τότε μπορεί να επιβληθεί η διοικητική κύρωση της αναστολής ή και αφαίρεσης της άδειας λειτουργίας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, δεν προκύπτει από κάποια διάταξη άλλου είδους ευθύνη της κλινικής.

### 4.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ο γιατρός μπορεί να αρνηθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε κάποιον ασθενή λόγω των πεποιθήσεών του και των συνειδησιακών ενδοιασμών του[[129]](#footnote-129).

Ειδικότερα προβλέπονται δύο περιπτώσεις κατά τις οποίες δικαιολογείται η άρνηση του ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ασθενή. Η πρώτη έχει να κάνει με την άρνηση συγκεκριμένης θεραπείας για το λόγο ότι ο ιατρός κρίνει ότι αυτή η θεραπεία δεν είναι η καταλληλότερη ή ότι ενδεχομένως θα προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη. Επίσης, είναι επιτρεπτή η άρνηση του ιατρού να επιβλέπει κάποιον ασθενή ή να εφαρμόζει θεραπευτική μέθοδο εφόσον εκτιμά ότι ο ασθενής δεν θα είναι συνεργάσιμος ή δεν είναι διατεθειμένος να προβεί στις αλλαγές του τρόπου ζωής του που ο ιατρός κρίνει επιβεβλημένες για να είναι η θεραπεία αποτελεσματική. Η δεύτερη περίπτωση αφορά καθαρά τον ιατρό, ο οποίος μπορεί να αρνηθεί μια μέθοδο θεραπείας επειδή η προσωπική του ηθική δεν του το επιτρέπει ή επειδή έχει συνειδησιακά προβλήματα να την εφαρμόσει.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες ορίζουν ότι ο ιατρός δεν πρέπει να επιτρέπει στις προσωπικές πεποιθήσεις του να επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς, γίνεται όμως σεβαστό ότι εφόσον υπάρχει εσωτερική συγκρουσιακή κατάσταση ο ιατρός επιτρέπεται να απέχει.

Και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις τονίζεται ότι απαγορεύεται αυστηρά η άρνηση της θεραπείας να γίνεται επί τη βάση προσωπικής διάκρισης εις βάρος του ασθενούς. Επιπλέον, ο ιατρός που αρνείται να εφαρμόσει ή να συνεχίσει τη θεραπεία, είναι υποχρεωμένος να εξηγήσει στον ασθενή τους λόγους της άρνησής του και να του υποδείξει ονομαστικά άλλους κατάλληλους γιατρούς όπου μπορεί να απευθυνθεί.[[130]](#footnote-130)

Διευκρινίζεται, τέλος, ότι τα παραπάνω δεν αναιρούν την υποχρέωση κάθε ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε επείγοντα περιστατικά.[[131]](#footnote-131)

Τα πρόσωπα αναφοράς και ειδικά οι ιατροί, δήλωσαν ότι το παραπάνω δικαίωμα του ιατρού πρέπει να διαφυλάσσεται και να γίνεται απολύτως σεβαστό.

## Γ. ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

### 1. ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣH

Η σπερματέγχυση είναι μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η οποία δεν απαιτεί vitro γονιμοποίηση. Στις κατευθυντήριες οδηγίες η in vitro γονιμοποίηση αναφέρεται ως μία από τις μεθόδους ι.υ.α, η οποία πρέπει να εφαρμόζεται εφόσον κριθεί ότι καμμία άλλη θεραπευτική μέθοδος δεν θα ήταν αποτελεσματική.

Επομένως προκύπτει πρώτον, ότι τα όσα ορίζονται ισχύουν για κάθε μορφή υποβοήθησης και δεύτερον ότι η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης πρέπει να προτιμάται εφόσον κριθεί ότι άλλες μέθοδοι, δηλαδή η σπερματέγχυση, δεν θα ήταν εξίσου αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας[[132]](#footnote-132). Εξ άλλου αυτό συνάγεται και από το γεγονός ότι εφόσον προκύπτει το μείζον, δηλαδή η εξωσωματική γονιμοποίηση και μάλιστα τόσο η ομόλογη όσο και η ετερόλογη, όπως θα φανεί αμέσως παρακάτω, δεν θα μπορούσε να απαγορεύεται το έλασσον, δηλαδή η ομόλογη ή ετερόλογη σπερματέγχυση[[133]](#footnote-133).

Επίσης, το γεγονός ότι γίνεται αναφορά σε προγράμματα δωρεάς γεννητικού υλικού και υπάρχει ήδη από τον Απρίλιο του 2015 ειδική νομοθεσία που ρυθμίζει ορισμένα ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α με χρήση γεννητικού υλικού δότη, δηλαδή επιτρέπει την ετερόλογη ι.υ.α, οδηγεί με ασφάλεια στο συμπέρασμα ότι επιτρεπτή μορφή είναι και η ετερόλογη σπερματέγχυση[[134]](#footnote-134).

Το γεγονός ότι η μέθοδος αυτή είναι διαδεδομένη και μάλιστα φαίνεται να μην εγείρει τα ηθικά διλήμματα άλλων μορφών ι.υ.α (τουλάχιστον η ομόλογη)[[135]](#footnote-135) φαίνεται από το γεγονός ότι διαφημίζεται από πολυάριθμα ιατρικά κέντρα και από κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων[[136]](#footnote-136) τόσο η ομόλογη όσο και η ετερόλογη σπερματέγχυση με σπέρμα δότη[[137]](#footnote-137). Πάντως επισημαίνεται ότι η μέθοδος αυτή έχει ποσοστό επιτυχίας μέχρι 20% για γυναίκες άνω των 40 ετών [[138]](#footnote-138), γι αυτό το λόγο και δεν προτιμάται πλέον από τα υπογόνιμα ζευγάρια.

Από τα δεδομένα που συνέλεξε η Επιτροπή, προκύπτει ότι όλες οι κλινικές στην Ιρλανδία προσφέρουν υπηρεσίες ομόλογης σπερματέγχυσης ενώ πέντε εξ αυτών (σε σύνολο οκτώ) προσφέρουν και ετερόλογη σπερματέγχυση[[139]](#footnote-139).

Σε κάθε περίπτωση η μέθοδος αυτή υποβοήθησης εφαρμόζεται εφόσον διαπιστωθεί μετά από ιατρικές ενδείξεις ότι απαιτείται μια τέτοια θεραπεία για την αντιμετώπιση ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο.

### 2. ΟΜΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Οι κατευθυντήριες οδηγίες, όπως ήδη προαναφέρθηκε, ρητώς αναφέρουν ότι αποδεκτή μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι και η in vitro γονιμοποίηση, εφόσον κριθεί ότι καμμία άλλη θεραπευτική μέθοδος δεν θα ήταν αποτελεσματική[[140]](#footnote-140). Δεν υπάρχει περαιτέρω νομοθετικό πλαίσιο που να θέτει όρους και προϋποθέσεις, όμως όπως ήδη έχει διευκρινιστεί, εφόσον δεν απαγορεύεται η μέθοδος αυτή είναι επιτρεπτή.

Από τα δεδομένα που συνέλεξε η Επιτροπή προκύπτει ότι έξι από τις οκτώ κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσφέρουν υπηρεσίες ομόλογης εξωσωματικής γονιμοποίησης[[141]](#footnote-141). Αυτό φαίνεται και από τη διαφήμιση των υπηρεσιών αυτών από τις ίδιες τις κλινικές[[142]](#footnote-142).

Σε κάθε περίπτωση η μέθοδος αυτή υποβοήθησης εφαρμόζεται εφόσον διαπιστωθεί μετά από ιατρικές ενδείξεις ότι απαιτείται μια τέτοια θεραπεία για την αντιμετώπιση ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο.

### 3. ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Στις 6 Απριλίου 2015 ψηφίστηκε από το ιρλανδικό κοινοβούλιο ο νόμος Children and Family Relationships Act 2015, το τρίτο κεφάλαιο του οποίου αφορά ρυθμίσεις της ι.υ.α όταν γίνεται χρήση γεννητικού υλικού δότη, είτε αυτό είναι γαμέτης είτε είναι έμβρυο, δηλαδή αφορά την ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση.

Ακόμη όμως και πριν από τη θέσπιση αυτού του νόμου, με βάση τα όσα αναφέρθηκαν αμέσως παραπάνω, η ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση θεωρούνταν μέθοδος επιτρεπτή, αφού οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν διακρίνουν μεταξύ των μεθόδων IVF και επιπλέον αναφέρουν ρητά την περίπτωση χρήσης γεννητικού υλικού από δότες για την υποβοήθηση της αναπαραγωγής[[143]](#footnote-143).

Από τα δεδομένα που συνέλεξε η Επιτροπή προκύπτει ότι τέσσερις από τις οκτώ κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσφέρουν υπηρεσίες ομόλογης εξωσωματικής γονιμοποίησης[[144]](#footnote-144). Ειδικότερα, μόλις μία κλινική προσφέρει πρόγραμμα δωρεάς ωαρίου για ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ συνολικά τέσσερις εφαρμόζουν την μέθοδο με σπέρμα δότη. Εφόσον δεν προκύπτει από κάπου περιορισμός και δεδομένου ότι η μία κλινική παρέχει υπηρεσίες εξωσωματικής γονιμοποίησης τόσο με σπέρμα όσο και με ωάριο δότη, μπορούμε να συνάγουμε ότι είναι δυνατή η ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση με τη χρήση και σπέρματος και ωαρίου από δότες. Το γεγονός ότι η μέθοδος εφαρμόζεται στην πράξη, φαίνεται και από τη διαφήμιση των υπηρεσιών αυτών από τις ίδιες τις κλινικές[[145]](#footnote-145).

Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώνονται και από τα στοιχεία της IFFS 2013[[146]](#footnote-146), όπου πάντως επισημαίνεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση με δωρεά εμβρύου δεν εφαρμόζεται στην πράξη.

Το σύνολο των προσώπων αναφοράς αποδέχονται τόσο την ομόλογη όσο και την ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση. Γενικότερα, από κανένα πρόσωπο δεν προβλήθηκε η άποψη ότι θα πρέπει να υπάρχουν ειδικοί όροι για την πρόσβαση στις ειδικότερες μεθόδους, δηλαδή αν θα πρέπει τα υποβοηθούμενα πρόσωπα να επιλέξουν τη μία ή την άλλη μέθοδο. Αντιθέτως, υποστηρίχθηκε ότι αποτελεί δικαίωμα του κάθε ασθενή να επιλέξει τη μέθοδο θεραπείας που θεωρεί καταλληλότερη για τον ίδιο, εφόσον βέβαια για ιατρικούς λόγους δεν προκύπτει ότι μια μέθοδος δεν είναι ακατάλληλη ή επικίνδυνη.

## Δ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

### 1. ΕΠΙΤΡΕΠΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΩΑΡΙΩΝ

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες δεν προβλέπεται κάποιος περιορισμός ως προς τον αριθμό των μεταφερόμενων γονιμοποιημένων ωαρίων[[147]](#footnote-147).

Την Επιτροπή προβλημάτισε το γεγονός ότι από την διέγερση των ωοθηκών και την ωορυξία που τεχνητά προκαλείται, λαμβάνονται πλέον του ενός ωάρια προς γονιμοποίηση (κατά μέσο όρο 8 σε εύρος τιμών 3-40). Ιδεατά, θα γονιμοποιούνταν ένα μόνο από αυτά, ωστόσο στην πράξη γονιμοποιούνται όλα τα ωάρια που λαμβάνονται διότι περίπου το 30% καταστρέφεται πριν ή κατά τη γονιμοποίηση ενώ και από τα υπόλοιπα ωάρια που γονιμοποιούνται μπορεί τελικά κάποια να μην κριθούν κατάλληλα για μεταφορά στη μήτρα της γυναίκας. [[148]](#footnote-148)

Το ζήτημα είναι ιδιαίτερης σημασίας στην Ιρλανδία διότι κατά την κρατούσα άποψη από τη στιγμή της γονιμοποίησης υπάρχει ανθρώπινη ζωή η οποία προστατεύεται συνταγματικά και δεν επιτρέπεται να καταστραφεί[[149]](#footnote-149)..

Σε ένα επόμενο στάδιο, τίθεται το ζήτημα πόσα από τα γονιμοποιημένα ωάρια μπορούν ή θα πρέπει να μεταφέρονται στη μήτρα της γυναίκας, δεδομένου και πάλι ότι απαγορεύεται η έκτρωση[[150]](#footnote-150) και άρα και η επιλεκτική μείωσή τους σε προχωρημένο στάδιο της κύησης. Για το λόγο αυτό η Επιτροπή συνιστά και πάλι ότι θα πρέπει να τεθεί νομοθετικό πλαίσιο και μια ρυθμιστική αρχή που να επιβλέπει και να καθορίζει τον επιτρεπτό αριθμό ωαρίων που θα μεταφέρονται στη μήτρα της γυναίκας. Επισημαίνεται πάντως ότι διεθνώς έχει αποδειχθεί πως η ασφαλέστερη μέθοδος είναι η μεταφορά ενός και μόνο γονιμοποιημένου ωαρίου που θα οδηγήσει σε μονή κύηση. Στην περίπτωση αυτή, τα περισσότερα έμβρυα κρυοσυντηρούνται και μεταφέρονται διαδοχικά στη γυναίκα[[151]](#footnote-151). Η επικρατούσα πρακτική στην Ευρώπη, όπως δέχθηκε ως δεδομένο η Επιτροπή, είναι να μην μεταφέρονται πάνω από δύο γονιμοποιημένα ωάρια στην ενός κύκλου θεραπεία[[152]](#footnote-152).

Σύμφωνα με τις προτάσεις που διατύπωσε η IFS πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι πολλαπλές εγκυμοσύνες αυξάνουν τον κίνδυνο επιπλοκών και αποτελούν μεγαλύτερο ρίσκο για την υγεία τόσο της γυναίκας όσο και του παιδιού. Σε κάθε περίπτωση, ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων που θα μεταφερθεί πρέπει να συμφωνείται μεταξύ της κλινικής ομάδας και του ζευγαριού, το οποίο υπογράφει έντυπα συναίνεσης μετά από ενημέρωση και οι πληροφορίες τηρούνται στο ιατρικό ιστορικό[[153]](#footnote-153). Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψη ότι πολλαπλή εγκυμοσύνη οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών[[154]](#footnote-154).

Σε κάθε περίπτωση αποκλειστικά υπεύθυνος να γνωρίζει το καλύτερο για τη συγκεκριμένη περίπτωση είναι ο γιατρός, όμως σύμφωνα με τα στατιστικά επιτυχίας και ρίσκου, όλα τα ζευγάρια θα ήταν καλύτερο να επέλεγαν την μεταφορά ενός μόνο εμβρύου[[155]](#footnote-155). Σημειώνεται επίσης ότι σε άτομα κάτω των 38 ετών καλό θα ήταν να μην μεταφέρονται πάνω από δύο καλής ποιότητας έμβρυα[[156]](#footnote-156) και σε καμία περίπτωση, ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας, ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβρύων να μην ξεπερνά τα τρία[[157]](#footnote-157).

Ακόμη, σημαντικό είναι να τονιστεί ότι στις περιπτώσεις δωρεάς ωαρίων, η κρίσιμη ηλικία ώστε να αποφασίζεται ο αριθμός των εμβρύων που θα μεταφερθούν, είναι η ηλικία της δότριας και όχι της λήπτριας[[158]](#footnote-158).

Σύμφωνα με μελέτη που δημοσίευσε το πανεπιστήμιο του Δουβλίνου[[159]](#footnote-159) γίνονται προσπάθειες να εξευρεθεί μία μέθοδος εφαρμογής της IVF που να αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας χωρίς να απαιτείται η μεταφορά πλέον του ενός γονιμοποιημένου ωαρίου. Σύμφωνα με στοιχεία που παρατίθενται, οι κλινικές στην Ιρλανδία μεταφέρουν σε ποσοστό 13.6% ένα και μόνο έμβρυο, σε ποσοστό 77.4% δύο έμβρυα και σε ποσοστό 9% τρία[[160]](#footnote-160). Υπάρχουν και αντίθετες απόψεις πάντως[[161]](#footnote-161)που υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να μεταφέρονται πάντοτε τουλάχιστον 2 γονιμοποιημένα ωάρια ώστε να αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας.

Πάντως πρέπει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες κλινικές διαφημίζουν ότι μεταφέρουν ένα ή δύο γονιμοποιημένα ωάρια[[162]](#footnote-162)και ότι η βέλτιστη τεχνική και η ενδεδειγμένη μέθοδος είναι να μεταφέρεται ένα έμβρυο σε γυναίκες ηλικίας μέχρι 30 ετών, μέχρι δύο σε γυναίκες μέχρι 40 ετών και μέχρι τρία σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών[[163]](#footnote-163).

Τα πρόσωπα αναφοράς διατύπωσαν τις εξής γνώμες:

Ο ένας ιατρός θεωρεί ενδεδειγμένο, και αυτό εφαρμόζει όπως δήλωσε, να μεταφέρεται ένα και μόνο γονιμοποιημένο ωάριο και εξαιρετικά στις περιπτώσεις που η ηλικία της γυναίκας πλησιάζει τα 40 να αυξάνεται ο αριθμός σε 2 ή 3 ωάρια προκειμένου να αυξηθούν οι πιθανότητες επιτυχίας. Ο δεύτερος υποστήριξε την άποψη ότι θα πρέπει να μεταφέρεται μόνο ένα γονιμοποιημένο ωάριο και μόνο εφόσον συντρέχουν ειδικοί λόγοι και δεύτερο. Και οι δύο ήταν αντίθετοι σε μεταγενέστερη επιλεκτική μείωση των εμβρύων.

Οι νομικοί επισήμαναν ότι θα πρέπει βαρύνουσα σημασία να έχει η γνώμη του ειδικού γιατρού. Ένας εξ αυτών δήλωσε ότι κατά τη γνώμη του δεν θα πρέπει να μεταφέρονται σε καμία περίπτωση πλέον των δύο γονιμοποιημένων ωαρίων. Ο δεύτερος τάχθηκε με την άποψη ότι θα πρέπει να μεταφέρονται δύο ή τρία, ενώ ο έτερος δήλωσε ότι κατά πρώτο λόγο θα επιθυμούσε να μεταφέρεται ένα και μόνο ωάριο ενώ μόνο αν κριθεί απαραίτητο και συντρέχουν ειδικοί λόγοι να μεταφέρονται δύο ή τρία γονιμοποιημένα ωράρια. Ομοφώνως και οι τρεις απέρριψαν την δυνατότητα επιλεκτικής μείωσης των εμβρύων που έχουν μεταφερθεί.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένα από τα πρόσωπα αναφοράς δεν υποστήριξε ότι ο αριθμός των ωαρίων που θα μεταφερθούν μπορεί να αποτελεί προσωπική επιλογή της γυναίκας ή του ζευγαριού, αντιθέτως υπογράμμισαν τον αποφασιστικό ρόλο που ο ιατρός θα πρέπει να έχει για τη λήψη αυτής της απόφασης.

Νομολογιακά δεδομένα για τη συγκεκριμένη θεματική δεν υπάρχουν.

### 2. ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

### 2.1 ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η κρυοσυντήρηση σπέρματος, ωαρίων και εμβρύων λαμβάνει χώρα στην Ιρλανδία ενώ αντιθέτως, η κρυοσυντήρηση ορχικού ή ωοθηκικού ιστού αποτελούν νέες τεχνικές οι οποίες δεν είναι γνωστό να εφαρμόζονται στις εγχώριες κλινικές[[164]](#footnote-164). Επισημαίνεται ότι δεδομένου πως δεν έχει διασαφηνιστεί το ζήτημα της νομικής φύσης του γεννητικού υλικού και ειδικώς του γονιμοποιημένου ωαρίου, η κρυοσυντήρηση εμβρύων απαιτεί προσοχή διότι εγείρονται νομικά ζητήματα προστασίας του σε συνταγματικό μάλιστα επίπεδο[[165]](#footnote-165).

Τα στοιχεία που συγκέντρωσε η Επιτροπή δείχνουν ότι από τις οκτώ κλινικές που παρέχουν υπηρεσίες ι.υ.α, οι έξι προσφέρουν (ή μάλλον προσέφεραν το 2005) δυνατότητα κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού[[166]](#footnote-166). Από αυτές τις έξι, και οι έξι προσφέρουν κρυοσυντήρηση σπέρματος, με την επισήμανση ότι πρόκειται για σπέρμα που έχει εισαχθεί από το εξωτερικό, οι τρεις μόνο δηλώνουν ότι κρυοσυντηρούν και ωάρια, ενώ μόλις μία αναφέρεται σε ωοθηκικό ιστό. Σε κρυοσυντήρηση εμβρύων δηλώνουν ότι προβαίνουν οι τέσσερις κλινικές.

Η IFS στις θέσεις της αναφέρεται σε κρυοσυντήρηση σπέρματος, ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων μόνο[[167]](#footnote-167), [[168]](#footnote-168). Προτείνεται κάθε μονάδα να έχει διαμορφώσει εκ των προτέρων μια ξεκάθαρη πολιτική σχετικά με τη διαχείριση των κρυοσυντηρημένων γαμετών σε περιπτώσεις που αυτοί εγκαταλειφθούν, τα ζευγάρια διαφωνούν για τη χρήση τους, χωρίζουν ή ένα από τα δύο μέρη πεθάνει ή καταστεί ανίκανος να εκφράζει τη βούλησή του. Όλες αυτές οι λεπτομέρειες θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις φόρμες συναίνεσης.[[169]](#footnote-169)

Στην έκθεση του IFFS αναφέρεται ότι στην Ιρλανδία επιτρέπεται η κρυοσυντήρηση τόσο του σπέρματος και των ωαρίων[[170]](#footnote-170) όσο και των γονιμοποιημένων ωαρίων[[171]](#footnote-171). Γίνεται επίσης αναφορά στην κρυοσυντήρηση ορχικού ιστού[[172]](#footnote-172) και ωοθηκικού ιστού[[173]](#footnote-173) με την επισήμανση όμως ότι δεν προκύπτει ότι γίνεται πρακτική εφαρμογή και χρήση αυτών των επιλογών. Ενώ σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκέντρωσε η Επιτροπή το 2005 οι κλινικές που προσέφεραν υπηρεσίες ι.υ.α και ταυτόχρονα κρυοσυντήρησης και αποθήκευσης γεννητικού υλικού αριθμούνταν σε οκτώ[[174]](#footnote-174), η IFFS διαπίστωσε ότι το 2010 λειτουργούσαν διαπιστωμένα 7 κλινικές και το 2013 ο αριθμός τους παρέμενε σταθερός[[175]](#footnote-175) .

Περιδιαβαίνοντας κανείς τις ηλεκτρονικές σελίδες διαφόρων κλινικών ι.υ.α διαπιστώνει εύκολα ότι διαφημίζονται υπηρεσίες κρυοσυντήρησης για σπέρμα, ωάρια και έμβρυα[[176]](#footnote-176). Επίσης το 2012 αναφέρεται ότι αδειοδοτήθηκε μία κλινική να εφαρμόζει νέες τεχνικές κρυοσυντήρησης των εμβρύων που αυξάνουν τις πιθανότητες επίτευξης τεκνογονίας[[177]](#footnote-177). Αναφορές για κρυοσυντήρηση ωοθηκικού ή ορχικού ιστού απουσιάζουν παντελώς.

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου, δεν γίνεται αναφορά στον τρόπο ίδρυσης των χώρων κρουσυντήρησης του γεννητικού υλικού. Ερευνώντας το θέμα, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι οι κλινικές που προφέρουν υπηρεσίες ι.υ.α λειτουργούν ταυτόχρονα και ως χώροι φύλαξης του γεννητικού υλικού, ωστόσο δεν διέπονται από κάποιο ειδικό και συγκεκριμένο καθεστώς αλλά αδειοδοτούνται και λειτουργούν όπως και κάθε κλινική στην Ιρλανδία από το Irish Medicines Board – πλέον HPRA [[178]](#footnote-178) και επιπλέον ανήκουν και στο πεδίο εποπτείας του Royal College of Physicians of Ireland (RCPI)-Institute of Obstetricians and Gynaecologists[[179]](#footnote-179) ,[[180]](#footnote-180).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού λαμβάνει χώρα στην Ιρλανδία σε ένα αδιαμόρφωτο και ασαφές πλαίσιο αφού δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις σχετικά με την ίδρυση και λειτουργία των μονάδων κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού, διατάξεις σχετικά με τους όρους και τις προϋποθέσεις κρυοσυντήρησης και τις συνέπειες παραβίασης αυτών.

### 2.2 ΧΡΟΝΟΣ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου δεν προκύπτει κάποιος χρονικός περιορισμός ενώ από τα στοιχεία που συγκέντρωσε η Επιτροπή προκύπτει ότι κάθε κλινική ακολουθεί δική της πολιτική για το συγκεκριμένο ζήτημα.

Όσον αφορά το σπέρμα, δύο κλινικές δηλώνουν ως περίοδο κρυοσυντήρησης τα δέκα έτη, μία τα πέντε έτη και άλλη μία το ένα έτος, τη στιγμή που μία άλλη κλινική προσφέρει κρυοσυντήρηση χωρίς χρονικό περιορισμό και μία τελευταία προσδιορίζει το χρόνο κρυοσυντήρησης με βάση την ηλικία του ασθενούς και συγκεκριμένα, μέχρι αυτός να συμπληρώσει το 55ο έτος της ηλικίας του. Αναφορικά με το ωάριο και το έμβρυο (τα στοιχεία αναφέρονται μαζί και δεν διακρίνονται οι δύο περιπτώσεις), οι πέντε εκ των έξι κλινικών έχουν ως χρονικό όριο κρυοσυντήρησης τα πέντε έτη ενώ η έκτη δεν διαθέτει τέτοιο περιορισμό.

H IFS σχετικά επισημαίνει ότι πριν την κρυοσυντήρηση θα πρέπει να παρέχεται από τα υποβοηθούμενα πρόσωπα, συναίνεση μετά από πληροφόρηση. Η συναίνεση, και η πληροφόρηση, θα πρέπει να περιλαμβάνουν ξεκάθαρους όρους ως προς το πώς και για ποιόν θα χρησιμοποιηθεί το γενετικό υλικό. Θα αναφέρεται λεπτομερώς η χρονική διάρκεια της διατήρησης του υλικού καθώς και η αναγκαιότητα της συχνής επαφής των δοτών με τη μονάδα, σχετικά με την επιθυμία τους για τη χρήση του κρυοσυντηρούμενου υλικού[[181]](#footnote-181). Μάλιστα, πριν από κάθε απόψυξη για χρήση των εμβρύων ή μεταφορά, θα πρέπει να δίνεται φόρμα συναίνεσης που θα πρέπει να υπογράφεται από το ζευγάρι. Θα περιλαμβάνεται ο μέγιστος αριθμός εμβρύων που θα μεταφερθεί[[182]](#footnote-182). Επομένως, ως προς τη χρονική διάρκεια επαφίεται στη βούληση των προσώπων ή του προσώπου που παρείχε το γεννητικό υλικό και στην πολιτική που ακολουθεί κάθε μία κλινική και πρέπει να είναι εκ των προτέρων διαμορφωμένη και γνωστή στους ασθενείς.

Ούτε και στην έκθεση του IFFS αναφέρεται ότι προβλέπεται κάποιος τρόπος προσδιορισμού ή κάποιο όριο σχετικά με το χρόνο κρυοσυντήρησης[[183]](#footnote-183).

Προκύπτει συμπερασματικά ότι ο χρόνος κρυοσυντήρησης δεν ορίζεται από κάποια κατευθυντήρια οδηγία ούτε περιορίζεται καθ’ οιονδήποτε τρόπο. Κάθε κλινική έχει τη δυνατότητα να διαμορφώνει τη δική της πολιτική και οι ασθενείς ανάλογα με την επιθυμία τους καθορίζουν το χρονικό διάστημα κρυοσυντήρησης του γεννητικού τους υλικού. Για το λόγο αυτό άλλωστε δεν ανακύπτει το ζήτημα της παραβίασης του χρονικού ορίου κρυοσυντήρησης και των κυρώσεων που θα μπορούσαν να υπάρχουν.

Το ασαφές και αρρύθμιστο αυτό πεδίο μπορεί να προκαλέσει πολλά και πολύπλοκα νομικά, ηθικά και κοινωνικά ζητήματα γι’ αυτό και η Επιτροπή τόνισε την ανάγκη θέσπισης νομικού πλαισίου και δημιουργίας μια αρχής που να θέτει τους όρους και να επιβλέπει την τήρησή τους στο ζήτημα της κρυοσυντήρησης του γεννητικού υλικού[[184]](#footnote-184).

### 3. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΗ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΜΕΝΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Δεν προκύπτει από κάποιοα διάταξη ούτε αναφέρεται να έχει απασχολήσει αν υπάρχει κάποιο χρονικό όριο διατήρησης μη κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού. Σύμφωνα με αναφορές που περιλαμβάνονται στην έκθεση της Επιτροπής, η συνήθης πρακτική είναι να διατηρείται το γεννητικό υλικό πριν χρησιμοποιηθεί ή κρυοσυντηρηθεί για δύο 24ωρα στο εργαστήριο[[185]](#footnote-185).

### 4. ΠΛΕΟΝΑΖΟΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Η Επιτροπή θεώρησε αναγκαία την θέσπιση κανόνων που θα διέπουν τις διαθέσιμες επιλογές για το πλεονάζον γεννητικό υλικό, καθώς και για την επίλυση και διευθέτηση της τύχης του γεννητικού υλικού, όταν αυτό εγκαταλείπεται ή το ζευγάρι διαφωνεί για τη χρήση του ή χωρίζει ή κάποιος από τους δύο πεθαίνει[[186]](#footnote-186).

Οι επιλογές που θα πρέπει σύμφωνα με την Επιτροπή να είναι διαθέσιμες είναι η δωρεά του γεννητικού υλικού σε άλλα πρόσωπα, η διάθεσή του για έρευνα ή, τέλος, η καταστροφή του[[187]](#footnote-187). Ειδικότερα για κάθε μία από τις παραπάνω επιλογές πρέπει να επισημανθούν τα εξής:

Από την έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών του Ιατρικού Συλλόγου το 2009 απουσιάζει η πρόβλεψη ότι «το γονιμοποιημένο ωάριο πρέπει να χρησιμοποιείται για κανονική εμφύτευση και δεν επιτρέπεται σκόπιμα να καταστρέφεται», που υπήρχε στην έκδοση του 2004[[188]](#footnote-188). Επίσης η επιλογή να δωρίζονται μη χρησιμοποιημένα γονιμοποιημένα ωάρια, παραλείπεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2009[[189]](#footnote-189). Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απαγορεύεται πλέον η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τον τρόπο αυτό, δηλαδή την παράλειψη της φράσης από τις οδηγίες, φαίνεται ότι εμμέσως δίνεται μια παρότρυνση αποκλεισμού αυτής της επιλογής. Ακόμη και όταν βρισκόταν σε ισχύ οι προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες πάντως, τονιζόταν πάντοτε ότι μπορεί να ανακύψουν νομικά ζητήματα ως προς τη νομιμότητα της δωρεάς αλλά και τη συγγένεια των βιολογικών προγόνων και του παιδιού που μπορεί να γεννηθεί μετά τη δωρεά του υλικού[[190]](#footnote-190). Η Επιτροπή πρότεινε πάντως τη θέσπιση ειδικού πλαισίου που να επιτρέπει την δωρεά του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού συμπεριλαμβανομένων των γονιμοποιημένων ωαρίων[[191]](#footnote-191).

Η δεύτερη επιλογή προκαλεί ακόμα μεγαλύτερες δυσχέρειες. Παρόλο που η Επιτροπή αποδέχθηκε τη δυνατότητα να επιτρέπεται η διάθεση πλεονάζοντος γεννητικού υλικού για έρευνα[[192]](#footnote-192), ωστόσο το θέμα προκάλεσε έντονες διαφωνίες μεταξύ των μελών της Επιτροπής και διαπιστώθηκε ότι εγείρει σοβαρά κοινωνικά και ηθικά ζητήματα, τα οποία είναι αναγκαίο να ρυθμιστούν από ένα νομοθετικό σώμα.

Τρίτη τέλος επιλογή θα μπορούσε να αποτελεί η καταστροφή του γεννητικού υλικού. Αυτό δεν προκαλεί κανένα απολύτως πρόβλημα στην περίπτωση των γαμετών, ωστόσο τα πράγματα περιπλέκονται όσον αφορά το γονιμοποιημένο ωάριο, καθώς όπως ήδη έχει αρκετές φορές αναφερθεί, δεν έχει αποσαφηνιστεί από τη νομολογία αν εμπίπτει στο προστατευτικό πλαίσιο του ιρλανδικού συντάγματος για την προστασία του «αγέννητου» (40.3.3).

Στο πλαίσιο αυτό η IFS προτείνει πως κάθε μονάδα θα πρέπει να έχει πρωτόκολλα που να ρυθμίζουν τις επιλογές που είναι διαθέσιμες για τα κρυοσυντηρημένα έμβρυα. Θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν επιλογή για εθελοντική δωρεά σε ανάδοχους γονείς, εθελοντική προσφορά για ηθικώς αποδεκτή ιατρική έρευνα[[193]](#footnote-193) ή κατά την επιθυμία του ζευγαριού καταστροφή μετά από κάποιο κατάλληλο χρονικό διάστημα περίσκεψης[[194]](#footnote-194). Ειδικά για τα έμβρυα που δωρίζονται για έρευνα θα πρέπει να απαγορεύεται οποιαδήποτε μεταγενέστερη χρήση τους για αναπαραγωγικούς σκοπούς.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί ότι καθώς το ζήτημα του καθεστώτος ιδιοκτησίας των γαμετών δεν έχει κριθεί από κάποιο δικαστήριο μέχρι σήμερα[[195]](#footnote-195), είναι πιθανό να ανακύψουν ζητήματα σχετικά με τη χρήση ή διάθεσή του τα οποία μέχρι στιγμής δεν έχουν αντιμετωπιστεί και γι’ αυτό δεν είναι γνωστά τα επακόλουθα που μπορεί να συνεπάγονται. Προκύπτει εμφανώς πάντως ότι το ζήτημα της τύχης του πλεονάζοντος υλικού επαφίεται αποκλειστικά στη βούληση του ζευγαριού ή του προσώπου που το παρείχε, χωρίς περιορισμούς ή όρους.

Ο νόμος Children and Family Relationships Act 2015 παρόλο που έχε ρυθμίσεις για την ι.υ.α με γεννητικό υλικό δότη, δεν περιέχει σαφείς ρυθμίσεις για την τύχη του πλεονάζοντος υλικού, τις διαθέσιμες επιλογές για τους δότες και άλλα συναφή. Από το σύνολο το διατάξεων συνάγεται πάντως ότι το πλεονάζον γεννητικό υλικό μπορεί να δωρίζεται σε άλλα ζευγάρια για να χρησιμοποιηθεί σε μέθοδο ι.υ.α.

Τα πρόσωπα αναφοράς υποστήριξαν τις εξής απόψεις:

Αμφότεροι οι ιατροί δήλωσαν ότι δεν είναι αντίθετοι με την επιλογή της κρυοσυντήρησης, τόσο για το σπέρμα και το ωάριο όσο και για το γονιμοποιημένο ωάριο. Μάλιστα, δήλωσαν χαρακτηριστικά ότι το πλεονάζον γεννητικό υλικό θα πρέπει να έχει την τύχη που το ζευγάρι (στην περίπτωση του γονιμοποιημένου ωαρίου) ή ο δότης (στην περίπτωση των γαμετών) θα ορίσει μέσω του εντύπου συναίνεσης που συμπληρώνει κατά τη στιγμή που ζητά την κρυοσυντήρηση ή με νεότερη δήλωσή του στην οποία ελεύθερα μπορεί να προβεί κάθε στιγμή. Έτσι, θα μπορεί να επιλέξει να χρησιμοποιηθεί το κρυοσυντηρημένο υλικό για την παραγωγή βλαστοκυττάρων ή και να δοθεί - δωριστεί για ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση μπορεί να το δωρίσει, να ζητήσει την καταστροφή του ή την περαιτέρω διατήρησή του.

Από τους νομικούς, οι δύο είχαν την ίδια γνώμη όπως διατυπώθηκε ακριβώς παραπάνω από τους ιατρούς. Ο τρίτος ωστόσο δήλωσε την αντίθεσή του στην παραχώρηση του γεννητικού υλικού, και ιδιαίτερα του γονιμοποιημένου ωαρίου, για ερευνητικούς σκοπούς ή για την παραγωγή βλαστικών κυττάρων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πρώτον, παρατηρείται απόλυτη ομοφωνία αφενός στην παροχή της δυνατότητας για κρυοσυντήρηση του γεννητικού υλικού και μάλιστα αδιακρίτως αν πρόκειται για γαμέτες (σπέρμα, ωάριο) ή για γονιμοποιημένο ωάριο, και αφετέρου στη θέση ότι δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος να τεθεί χρονικός περιορισμός στην περίοδο κρυοσυντήρησης του υλικού αυτού. Επίσης, υπογραμμίζεται από όλους του επιστήμονες ότι προέχουσα σημασία και αποφασιστικό ρόλο για την τύχη του κρυοσυντηρημένου υλικού (πρέπει να) έχει αποκλειστικά και μόνο η βούληση του δότη ή του ζευγαριού, η οποία πρέπει να ανανεώνεται πριν από οποιαδήποτε χρήση του. Τέλος, σχετική ομοφωνία φαίνεται να διαμορφώνεται ως προς τις δυνατές επιλογές χρήσης του γεννητικού υλικού που έχει κρυοσυντηρηθεί, με ένα από τα πρόσωπα αναφοράς μόνο να ζητά περιορισμό των επιλογών όσον αφορά την παραχώρηση του υλικού αυτού για έρευνα ή παραγωγή βλαστικών κυττάρων.

## Ε. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

### 1. ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στις κατευθυντήριες οδηγίες δεν υπάρχει καμία αναφορά στο ζήτημα της προεμφυτευτικής διάγνωσης. Σύμφωνα με τα δεδομένα που συνέλλεξε η Επιτροπή η προεμφυτευτική διάγνωση δεν εφαρμόζεται στην συγκεκριμένη χώρα λόγω κυρίως της ασάφειας που υπάρχει για το συνταγματικό πλαίσιο για την προστασία της αγέννητης ζωής που θεωρείται ότι καλύπτει και τα γονιμοποιημένα ωάρια εκτός του σώματος της γυναίκας[[196]](#footnote-196). Στο ίδιο πόρισμα κατέληξε και η έκθεση του IFFS 2013[[197]](#footnote-197).

Υπήρχαν βεβαίως τα τελευταία χρόνια κλινικές που διαφήμιζαν ότι παρέχουν ή ότι προσεχώς θα παρέχουν τέτοια υπηρεσία[[198]](#footnote-198). Όμως, παρά τις αναφορές ότι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση προσφερόταν – παρεχόταν - επιτρεπόταν στην Ιρλανδία[[199]](#footnote-199), μόλις τον Ιούνιο του 2013, σύμφωνα με τα δημοσιεύματα, γεννήθηκε το πρώτο παιδί στην Ιρλανδία μετά από προμφυτευτική γενετική διάγνωση για να προληφθεί από ζευγάρι η γέννηση παιδιού με κυστική ίνωση (είχε διαγνωσθεί αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης αυτής της σοβαρής ασθένειας)[[200]](#footnote-200). Η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε, όπως ανακοινώθηκε, μετά από ειδική άδεια που έδωσε το Irish Medicines Board (IMB) [[201]](#footnote-201).

Το ζήτημα απασχολεί έντονα την Ιρλανδία διότι σύμφωνα με δεδομένα που παρουσιάζονται σε δημοσιεύματα[[202]](#footnote-202) η Ιρλανδία έχει το υψηλότερο στον κόσμο ποσοστό εμφάνισης κυστικής ίνωσης στον πληθυσμό της με ποσοστό 1 στα 19 άτομα.

Πρόταση της Επιτροπής αποτελούσε πάντως, ότι η προεμφυτευτική διάγνωση πρέπει να επιτρέπεται αλλά μόνο μετά από άδεια (χωρίς να προσδιορίζεται από ποιόν και υπό ποιούς όρους) ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος για εμφάνιση σοβαρών γενετικών ανωμαλιών. Πρέπει επίσης να επιτρέπεται για την εξακρίβωση των ιστολογικών τύπων μόνο όμως για σοβαρές ασθένειες που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν με διαφορετικό τρόπο[[203]](#footnote-203).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα πρόταση της Επιτροπής συνάντησε την άρνηση ορισμένων μελών της, ενώ έγινε αποδεκτό και σημειώνεται στην έκθεση ότι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση εγείρει σοβαρά ηθικά διλήμματα και έχουν διατυπωθεί επιχειρήματα κατά της εφαρμογής της[[204]](#footnote-204). Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι φαίνεται πως η Επιτροπή έχει την άποψη ότι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση απαγορεύεται στην Ιρλανδία διότι βάση του συντάγματος τα έμβρυα που θα διαγιγνωσκόταν με κάποια ασθένεια, δεν θα ήταν επιτρεπτό να καταστραφούν[[205]](#footnote-205). Στη θέση αυτή, θεωρήθηκε από την Επιτροπή ότι συνηγορεί η Σύμβαση του Οβιέδο που προβλέπει ότι γενετική διάγνωση επιτρέπεται να λαμβάνει χώρα μόνο για λόγους θεραπευτικούς[[206]](#footnote-206).

Από την IFS επίσης, προτείνεται ότι θα πρέπει να επιτρέπεται η προεμφυτευτική διάγνωση για να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης σοβαρών παθήσεων, μόνο εφόσον αυτές δεν μπορούν να ανιχνευθούν διαφορετικά[[207]](#footnote-207).

Αποτελεί κοινή πεποίθηση ότι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση μπορεί να διενεργείται τόσο από κλινικές που προσφέρουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όσο και από ειδικά διαγνωστικά κέντρα. Η πραγματικότητα είναι όμως στην Ιρλανδία ότι τέτοια μέθοδος εφαρμόζεται μόνο από τις κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Επίσης, δεν υπάρχουν δεδομένα, πραγματικά περιστατικά ή προβλεπόμενες ρυθμίσεις για την περίπτωση που συμβεί λάθος κατά την εφαρμογή της μεθόδου με επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού ή της εγκύου, διότι όπως προαναφέρθηκε η εφαρμογή της μεθόδου δεν είναι διαδεδομένη. Θα πρέπει να θεωρηθεί ότι θα εφαρμοστούν οι κοινές διατάξεις περί ευθύνης του ιατρού για ιατρικά σφάλματα[[208]](#footnote-208).

Τα πρόσωπα αναφοράς, διατύπωσαν σχετικά τις εξής γνώμες:

Και οι δύο ιατροί συμφώνησαν ότι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση θα πρέπει να επιτρέπεται. Σημείωσαν μάλιστα ότι κατ’ ουσίαν επιτρέπεται, αφού δεν απαγορεύεται, όμως εξ όσων γνωρίζουν δήλωσαν ότι δεν τυγχάνει ευρείας εφαρμογής, λόγω ακριβώς του γεγονότος ότι υπάρχει θολό νομικό τοπίo και αναφύονται νομικά θέματα συνταγματικής υφής, τα οποία εν τέλει λειτουργούν αποτρεπτικά για την εφαρμογή αυτής της μεθόδου.

Η μέθοδος αυτή κατά τη γνώμη και των δύο ιατρών πρέπει να εφαρμόζεται όχι όποτε και απλώς επειδή το ζευγάρι το επιθυμεί, αλλά με σκοπό να προληφθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας από τους γονείς στο παιδί και εφόσον υπάρχουν ενδείξεις ή υποψίες ότι συντρέχει τέτοια περίπτωση. Ο ένας εξ αυτών, προσθέτει και την περίπτωση της εφαρμογής της μεθόδου για να επιτευχθεί η γέννηση ενός παιδιού που θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση μια σοβαρής ασθένειας αδερφού του (περίπτωση αδερφών - σωτήρων).

Από τους νομικούς, ο ένας τάσσεται κατά της εφαρμογής της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης με το σκεπτικό ότι εφόσον η έκτρωση απαγορεύεται και στη βάση της παραδοχής ότι το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινη ζωή προστατευόμενη από το Σύνταγμα, η διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα στο ζευγάρι. Αντιθέτως, οι δύο άλλοι νομικοί συμφωνούν ότι η μέθοδος πρέπει να εφαρμόζεται τόσο για την αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας όσο και για να γεννηθεί ένα παιδί με γενετικά χαρακτηριστικά που θα συμβάλουν στη θεραπεία της ασθένειας άλλου τέκνου της οικογένειας.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν για τη συγκεκριμένη θεματική.

### 2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΥΛΟΥ

Η επιλογή φύλου, για οποιοδήποτε λόγο, δεν προβλέπεται ως δυνατότητα από τις κατευθυντήριες οδηγίες. Από τα υπάρχοντα δεδομένα άλλωστε δεν φαίνεται να εφαρμόζεται[[209]](#footnote-209), αν και δεν απαγορεύεται ρητά.

Η Επιτροπή κατέληξε στην υιοθέτηση της θέσης ότι η επιλογή φύλου πρέπει να επιτρέπεται μόνο για τη αποφυγή μετάδοσης σοβαρών ασθενειών που συνδέονται με το φύλο και όχι για κοινωνικούς λόγους ή άλλους λόγους (οικογενειακός προγραμματισμός, επιθυμία του ζευγαριού κτλ) [[210]](#footnote-210). Την ίδια θέση έχει λάβει και η IFS[[211]](#footnote-211).

Στα δημοσιεύματα ωστόσο που σχετίζονται με την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, διαφημίζεται ή προωθείται και η δυνατότητα της επιλογής φύλου[[212]](#footnote-212).

Δεν φαίνεται να προκύπτουν κάποιες συνέπειες για οποιονδήποτε σε περίπτωση που εφαρμοστεί τελικά κάποια μέθοδος μέσω της οποίας θα γίνει επιλογή του φύλου του παιδιού για οποιοδήποτε λόγο.

Τα πρόσωπα αναφοράς διατύπωσαν τις εξής απόψεις:

Ο ένας από τους ιατρούς αποδέχεται την επιλογή φύλλου για την αποφυγή μετάδοσης ασθένειας που συνδέεται με το φύλο ενώ ο άλλος όχι, υποστηρίζοντας πως μια εκτίμηση εμφάνισης φυλοσύνδετου νοσήματος έχει πιθανολογικό χαρακτήρα και δεν μπορεί να αποτελέσει κριτήριο. Στις περιπτώσεις που πιθανολογείται σοβαρά γενετική ασθένεια, αφού ο ίδιος αποδέχεται την εφαρμογή προεμφυτευτικής διάγνωσης, θεωρεί ότι μπορεί με αυτό τον τρόπο να αποκλειστεί η πιθανότητα μετάδοσης της σοβαρής αυτής ασθένειας.

Μεταξύ των νομικών διατυπώθηκαν τρεις διαφορετικές απόψεις. Η μία αρνείται την δυνατότητα επιλογής φύλου για οποιοδήποτε λόγο. Η δεύτερη υποστηρίζει ότι η επιλογή φύλου πρέπει να προβλέπεται ως δυνατότητα ώστε να αποφεύγεται η μετάδοση σοβαρής ασθένειας που σχετίζεται με το φύλο. Η τρίτη άποψη τέλος, αποδέχεται τη δυνατότητα επιλογής φύλου όχι μόνο για ιατρικούς λόγους υγείας, δηλαδή την αποφυγή μετάδοσης φυλοσύνδετου νοσήματος, αλλά για λόγους οικογενειακού προγραμματισμού εφόσον μία οικογένεια έχει παιδί ή παιδιά του ενός φύλου και θέλει να αποκτήσει και παιδιά του έτερου φύλου.

### 3. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ «ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ» ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Η μέθοδος αυτή, όπως γίνεται κατανοητό αφού δεν απαγορεύεται ρητά, επιτρέπεται όμως προκύπτει ότι δεν χρησιμοποιείται ούτε εφαρμόζεται στην Ιρλανδία[[213]](#footnote-213). Επίσης, δεν αποτελεί αντικείμενο ρύθμισης από τις κατευθυντήριες οδηγίες ενώ επιπλέον, δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο πραγμάτευσης από την Επιτροπή, την IFS ή άλλο φορέα.

Δεν φαίνεται να προκύπτουν κάποιες συνέπειες για οποιονδήποτε σε περίπτωση που εφαρμοστεί τελικά κάποια μέθοδος μέσω της οποίας θα γίνει επιλογή γενετικών χαρακτηριστικών ή βελτίωσης με οποιοδήποτε τρόπο του γενετικού υλικού του παιδιού που θα γεννηθεί. Εκτός φυσικά αν θεωρηθεί ότι τέτοια επέμβαση αποτελεί πειραματισμό που απαγορεύεται όπως θα εξηγηθεί αναλυτικά στο οικείο κεφάλαιο.

Επίσης, δεν προκύπτει αν απαιτείται ειδική μορφή συναίνεσης από το ζευγάρι. Άλλωστε όπως ήδη έχει αναφερθεί παραπάνω, ισχύει γενικά ότι πριν από κάθε πράξη το ζευγάρι ενημερώνεται και παρέχει την συναίνεσή του για να προχωρήσει μία ιατρική πράξη.

Τα πρόσωπα αναφοράς υποστήριξαν τις παρακάτω απόψεις:

Οι ιατροί διατύπωσαν αρχικά ενστάσεις ως προς το κατά πόσο είναι επιστημονικά εφικτό και ασφαλές να εφαρμοστούν τέτοιες μέθοδοι, τις οποίες οι ίδιοι δήλωσαν ότι εξ όσων μπορούν να γνωρίζουν δεν εφαρμόζει κάποια κλινική στην Ιρλανδία. Πάντως αν θα ήταν εφικτή η αποτελεσματική εφαρμογή μιας τέτοιας μεθόδου, μόνο ο ένας ιατρός υποστήριξε ότι θα την αποδεχόταν προκειμένου όμως αποκλειστικά να απαλειφθεί το ενδεχόμενο να γεννηθεί το βρέφος με κάποια σοβαρή γενετική πάθηση.

Από τους νομικούς, ο ένας είχε την άποψη ότι επεμβάσεις βελτίωσης του γενετικού υλικού δεν πρέπει να γίνονται αποδεκτές σε καμία περίπτωση, ενώ οι άλλοι δύο αποδεχόταν τέτοιες επεμβάσεις προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση σοβαρής γενετικής ασθένειας στο παιδί που θα γεννηθεί.

Σε καμία περίπτωση δεν γινόταν αποδεκτή η χρήση μεθόδων βελτίωσης του γενετικού υλικού για να επιτευχθεί η εμφάνιση ενός εξωτερικού χαρακτηριστικού του παιδιού.

# ΙΙΙ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

## 1. ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η μέθοδος αυτή δεν προβλέπεται από τη νομοθεσία, δεν απαγορεύεται επομένως[[214]](#footnote-214), όμως δεν γίνεται αναφορά στις κατευθυντήριες οδηγίες και είναι αξιοσημείωτο ότι δεν περιλαμβάνεται στις προτάσεις κανενός φορέα (Επιτροπή, IFS). Ωστόσο, υπάρχουν αναφορές ότι έχει εφαρμοστεί στην πράξη[[215]](#footnote-215).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό εμπόδιο προκύπτει από το γεγονός ότι ο νόμος δεν ρυθμίζει το ζήτημα της πατρότητας στην περίπτωση που ένα παιδί θα γεννηθεί σε διάστημα μεγαλύτερο των 10 μηνών από το θάνατο του πατέρα του (μέχρι και τους 10 μήνες μετά το θάνατο, το παιδί που γεννιέται θεωρείται κατά τεκμήριο τέκνο του αποθανόντος πατέρα του εφόσον βεβαίως η μητέρα προβεί σε τέτοια δήλωση κατά τη γέννηση)[[216]](#footnote-216).

Σχετικώς πάντως αξίζει να αναφερθεί ότι, σύμφωνα και με όσα αναφέρονται στο κεφάλαιο σχετικά με τη χρήση του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού, όταν κάποιος δίνει τη συναίνεσή του για την αποθήκευση και κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού απαιτείται ή προτείνεται ότι πρέπει να απαιτείται, και έτσι συμβαίνει στην πραγματικότητα, μαζί με τη συναίνεση να δηλώνει ρητώς και ποια χρήση επιθυμεί για το γεννητικό υλικό του στην περίπτωση που πεθάνει[[217]](#footnote-217). Επομένως μπορεί να συνάγει κανείς το συμπέρασμα ότι αν δηλώσει κάποιος ότι επιθυμεί το γεννητικό του υλικό να χρησιμοποιηθεί από τη σύζυγό του ή άλλο πρόσωπο και εφόσον δεν υπάρχει ρητή απαγόρευση, η επιλογή της μεταθανάτιας γονιμοποίησης είναι εφικτή. Εξ αιτίας του γεγονότος ότι δίνεται πολύ μεγάλη προσοχή και βαρύτητα στο θέμα της συναίνεσης, δεν έχει προκύψει το ζήτημα της παραβίασης των όρων π.χ με την εφαρμογή κάποιας άλλης μεθόδου από αυτή για την οποία είχε συναινέσει κάποιος.

Τα πρόσωπα αναφοράς υποστήριξαν τα εξής:

Οι δύο γιατροί συμφωνούν ότι πρέπει να δίνεται η δυνατότητα μεταθανάτιας γονιμοποίησης μόνο εφόσον ο εκλιπών σύζυγος είχε συναινέσει ρητώς στη μετά το θάνατό του γονιμοποίηση και μόνο εντός δύο ετών από το θάνατό του. Πάντως θεωρούν ότι η περίπτωση αυτή έχει πολύ σπάνια έως μηδαμινή εφαρμογή στην πράξη.

Οι δύο εκ των νομικών έχουν την ίδια άποψη με τους ιατρούς, με τον ένα να σημειώνει πάντως ότι θα πρέπει ο σύζυγος που συναινεί στην μετά το θάνατό του γονιμοποίηση, υποχρεωτικά να δηλώνει ότι αναγνωρίζει το τέκνο και ως δικό του. Το τρίτο πρόσωπο αναφοράς, δήλωσε ότι εφόσον υπάρχει η συναίνεση του θανόντος για τη μεταθανάτια γονιμοποίηση και δεδομένου ότι υπάρχει η τεχνική δυνατότητα να διατηρηθεί το γεννητικό υλικό, δεν βλέπει το λόγο να τίθεται οποιοσδήποτε χρονικός περιορισμός στο σύζυγο που ζει.

## 2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

### 2.1 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ (ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΗ) ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Η μέθοδος αυτή δεν εφαρμόζεται στην Ιρλανδία διότι ισχύει ως γενική αρχή ο κανόνας «της βέβαιης μητέρας», σύμφωνα με τον οποίο νόμιμη μητέρα είναι η γυναίκα που γεννά[[218]](#footnote-218). Ακόμα και περίπτωση χρησιμοποίησης ωαρίου δότριας ή και γονιμοποιημένου ωαρίου, μητέρα του τέκνου θα πρέπει να θεωρείται η γυναίκα που το γέννησε και πατέρας του ο νόμιμος σύζυγός της ή το πρόσωπο που συναίνεσε στην θεραπεία[[219]](#footnote-219).

Στην έκθεση του IFFS σημειώνεται ότι η Ιρλανδία δεν διαθέτει νομοθετικό πλαίσιο αλλά ούτε και κατευθυντήριες οδηγίες που να διέπουν τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας, η οποία και δεν χρησιμοποιείται σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν[[220]](#footnote-220).

Το θέμα της παρένθετης μητρότητας αποτέλεσε και ειδικό αντικείμενο έρευνας της Υπηρεσίας της Βιβλιοθήκης του Κοινοβουλίου. Το 2013 (9 Μαΐου 2013) στο νο. 3 τεύχος[[221]](#footnote-221) που εξέδωσε στις ειδικές εκδόσεις της, έδωσε στη δημοσιότητα μελέτη με τίτλο «Παρένθετη Μητρότητα, Συγγένεια και Ιθαγένεια: η Ιρλανδία στον ευρύτερο κόσμο». Η μελέτη δεν αποσκοπούσε στην υποβολή κάποιας πρότασης αλλά στην εμπεριστατωμένη καταγραφή της νομικής κατάστασης αναφορικά με την παρένθετη μητρότητα και τις σχέσεις συγγένειας που επικρατεί στη χώρα, τα ενδεχόμενα προβλήματα που παρουσιάζονται καθώς και μια συγκριτική παράθεση στοιχείων από άλλες χώρες κυρίως ευρωπαϊκές. Αποτελεί πάντως ένδειξη ότι γίνονται ζυμώσεις και το θέμα απασχολεί τόσο την κοινή γνώμη όσο και το νομοθετικό σώμα της χώρας.

Στην έκθεση της Επιτροπής, το θέμα της παρένθετης μητρότητας καταλαμβάνει σημαντική έκταση και τούτο διότι έγινε προσπάθεια να συζητηθεί και να προσεγγιστεί διεξοδικά και σφαιρικά σε μια προσπάθεια σύνθεσης διαφορετικών απόψεων.

Καταρχάς, εξετάστηκαν οι διαφορετικοί τύποι συμφωνιών παρένθετης μητρότητας που μπορεί να συνάψει κάποιος. Υπάρχουν αφενός εμπορικές παρένθετες μητρότητες, οι οποίες θα πρέπει να απαγορευτούν. Από τις ανιδιοτελείς, αφετέρου, άλλες αφορούν ενδο-οικογενειακές συμφωνίες ενώ άλλες όχι, καθώς επίσης υπάρχει η περίπτωση των γενετικών-παρένθετων (που χρησιμοποιούν τα δικά τους ωάρια) και των φερουσών μητέρων (που κυοφορούν το έμβρυο του υποβοηθούμενου ζευγαριού). [[222]](#footnote-222)

Η Επιτροπή προχώρησε σε μια εξαντλητική, και ενδελεχή ανάλυση των επιχειρημάτων υπέρ και κατά της παρένθετης μητρότητας, ώστε στη συνέχεια να προσπαθήσει να τα αξιολογήσει για να καταλήξει στις προτάσεις της[[223]](#footnote-223). Παράλληλα, προτού διατυπώσει τη θέση της, έλαβε υπόψη τα αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης που συνέταξε υποεπιτροπή που συστάθηκε για το λόγο αυτό[[224]](#footnote-224).

Τα βασικότερα επιχειρήματα υπέρ της υιοθέτησης αυτής της μεθόδου ήταν ότι η παρένθετη μητρότητα ως έκφραση αλτρουισμού και ως αντικείμενο συμφωνίας μεταξύ αυτόνομων ενηλίκων, χωρίς να βλάπτει το συμφέρον του παιδιού και αποτελεί το μόνο τρόπο απόκτησης παιδιού για κάποιες οικογένειες. Επιπλέον, σε ένα σύγχρονο δημοκρατικό περιβάλλον το κράτος δεν πρέπει να επιβάλλει ηθικές αξίες στα μέλη του.

Από την άλλη πλευρά, κατά της παρένθετης μητρότητας παρατέθηκαν επιχειρήματα όπως ότι αποτελεί έκφραση της διάβρωσης των ηθικών αξιών και την οικογένειας από καταναλωτικές αρχές, ότι δεν θα μπορούσε να ελεγχθεί και να αποφευχθεί η εμπορευματοποίηση της μεθόδου και κατ’ επέκταση του γυναικείου σώματος που θα οδηγούσε αναπόφευκτα στην υποβάθμιση της αξίας του γυναικείου προσώπου καταρχάς και της αξίας του ανθρώπου κατ’ επέκταση. Επιπροσθέτως, τονίστηκε ότι η μέθοδος αυτή είναι μη φυσιολογική και διαρρηγνύει τους γενετικούς και μητρικούς δεσμούς μεταξύ μητέρας και παιδιού, κάτι που μπορεί να έχει ολέθριες συνέπειες για την ψυχική και συναισθηματική υγεία του παιδιού που θα γεννηθεί[[225]](#footnote-225).

Αν και υπήρξαν σοβαρές διαφωνίες[[226]](#footnote-226), η Επιτροπή έλαβε τελικά τη θέση ότι η παρένθετη μητρότητα, τόσο η πλήρης όσο και η μερική[[227]](#footnote-227), πρέπει να επιτρέπεται αλλά υπό αυστηρούς και ξεκάθαρους όρους. Η πλειοψηφία τάχθηκε υπέρ της άποψης ότι το παιδί πρέπει να θεωρείται τέκνο της κοινωνικοσυναισθηματικής οικογένειας και έτσι να αναγνωρίζεται και από το δίκαιο.[[228]](#footnote-228)

Η πλειοψηφία των μελών της Επιτροπής τάχθηκε υπέρ της άποψης ότι πρέπει να θεσπιστεί καταρχήν ειδική νομοθεσία που να διέπει, να ρυθμίζει και να θέτει προϋποθέσεις για την παρένθετη μητρότητα. Ομοφώνως δε, όπως σημειώνεται, υπογραμμίστηκε ότι θα πρέπει η οποιαδήποτε ρύθμιση να απαγορεύει την εμπορευματοποίηση της πρακτικής αυτής[[229]](#footnote-229).

Αναλυτικότερα, η Επιτροπή διατύπωσε τη δική της ειδικότερη πρόταση για τον τρόπο ρύθμισης και εποπτείας της εφαρμογής της μεθόδου της παρένθετης μητρότητας, εξετάζοντας τέσσερις ενδεχόμενες επιλογές.

Η πρώτη ήταν η δημιουργία ενός ξεχωριστού οργάνου που θα ρύθμιζε τα θέματα που αφορούν την παρένθετη μητρότητα. Η Επιτροπή ήταν της άποψης ότι η δαπάνη και η διαχείριση που απαιτείται προκειμένου να δημιουργηθούν οι κατάλληλες δομές υποστήριξης δε δικαιολογείται από τον (πιθανώς) μικρό αριθμό συμφωνιών παρένθετης μητρότητας που συνάπτονται στην χώρα.

Η δεύτερη ήταν να ασκείται ειδική εποπτεία άμεσα από το Υπουργείο Υγείας, όμως η Επιτροπή δεν ήταν υπέρ της επιλογής αυτής για πρακτικούς λόγους.

Η τρίτη επιλογή θα μπορούσε να είναι η διεύρυνση της αρμοδιότητας του Συμβουλίου Υιοθεσιών έτσι ώστε να συμπεριλάβουν την παρένθετη μητρότητα. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την παρένθετη μητρότητα που έχουν ομοιότητες με εκείνους που εξετάζονται στην υιοθεσία και ως εκ τούτου θα μπορούσε να διευρυνθεί η τρέχουσα αρμοδιότητα του Συμβουλίου Υιοθεσιών ώστε να ρυθμίζει την παρένθετη μητρότητα. Όμως τα περισσότερα μέλη της Επιτροπής δεν ήταν υπέρ της επιλογής αυτής.

Τέταρτη τέλος δυνατότητα ήταν να συμπεριληφθεί το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας στην αρμοδιότητα του Ρυθμιστικού Οργάνου για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Με αυτήν την επιλογή το ρυθμιστικό σώμα θα μπορούσε να ρυθμίζει και να επιβλέπει και το θέμα των συμφωνιών παρένθετης μητρότητας. Η Επιτροπή θεώρησε πως η τελευταία αυτή επιλογή θα είναι η πλέον κατάλληλη και συνέστησε ο ρυθμιστικός αυτός φορέας να ρυθμίζει και την παρένθετη μητρότητα.[[230]](#footnote-230)

### 2.1.1 ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΖΥΜΩΣΕΙΣ

Αξίζει να αναφερθεί επιπρόσθετα, ότι από τα μέσα του 2013 υπήρξε η δέσμευση από τον Υπουργό Δικαιοσύνης και Ισότητας ότι θα κατατεθεί νομοσχέδιο για τις Οικογενειακές σχέσεις και τα Παιδιά, το οποίο προέβλεπε ρύθμιση του ζητήματος της παρένθετης μητρότητας. Τελικά, στις 31 Ιανουαρίου 2014 ο (τότε) Υπουργός Δικαιοσύνης και Ισότητας της Κυβέρνησης, Alan Shatter, έδωσε στη δημοσιότητα για να υποβληθεί σε δημόσιο διάλογο και έπειτα να τύχει επεξεργασίας από ειδική επιτροπή του κοινοβουλίου, ένα κείμενο που αφορούσε τις σύνθετες σύγχρονες μορφές οικογένειας και τις οικογενειακές σχέσεις εν γένει και επιπλέον, το σημαντικότερο, ενσωμάτωνε προτάσεις που αποσκοπούσαν στη νομική διασάφηση των σχέσεων συγγένειας παιδιών που γεννιούνται με ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή/και παρένθετη μητέρα. [[231]](#footnote-231)

Ήταν η πρώτη φορά που κάποιος ανέλαβε επισήμως μια τέτοια πρωτοβουλία, διότι στην Ιρλανδία μέχρι και σήμερα, η εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αν και δεν απαγορεύεται, δεν έχει τύχει ειδικής νομοθετικής ρύθμισης. Ειδικά η έλλειψη νομοθεσίας της παρένθετης μητρότητας έχει ως αποτέλεσμα πολλά παιδιά να βρίσκονται σε ένα κενό όσον αφορά τις σχέσεις συγγένειας αλλά και ζητήματα κληρονομικής διαδοχής.[[232]](#footnote-232)

Οι βασικές προτάσεις του νομοσχεδίου, σχετικά με το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, και οι οποίες θεωρήθηκαν πολύ γενναίες και προοδευτικές για μια χώρα όπως η Ιρλανδία, ήταν:

Ο δωρητής γαμετών δεν πρέπει να θεωρείται γονέας του παιδιού που θα γεννηθεί, μόνο για το λόγο ότι συνδέεται μαζί του γενετικά.

Το πρόσωπο που είναι παντρεμένο, ή βρίσκεται σε αστική ένωση (σύμφωνο συμβίωσης) ή συγκατοικεί με την παρένθετη μητέρα το χρονικό διάστημα που αυτή κυοφορεί ένα παιδί ως παρένθετη μητέρα, δεν πρέπει να θεωρείται γονέας του παιδιού.

Το δικαστήριο θα μπορεί να ορίσει ότι η παρένθετη δεν είναι η μητέρα του παιδιού που γεννήθηκε από αυτή, αποκλείοντας το ενδεχόμενο να θεμελιωθεί οποιαδήποτε συγγενική σχέση μαζί του.

Θα απαιτείται η συναίνεση της παρένθετης μητέρας για την εκχώρηση της συγγένειας.

Μια συμφωνία παρένθετης μητρότητας δεν θα μπορεί να επιβληθεί σε κανέναν, εκτός από το ζήτημα που αφορά την καταβολή των εύλογων εξόδων που θα πρέπει οι γονείς να αποδώσουν στην παρένθετη. Δεν είναι επίσης δυνατόν να θεωρηθεί η συμφωνία ως απόδειξη της συναίνεσης της παρένθετης να αποξενωθεί από το παιδί που γέννησε.

Η παρένθετη μητρότητα θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο για αλτρουιστικούς και μη εμπορικούς σκοπούς. Κάθε άλλη χρήση πρέπει να απαγορεύεται.[[233]](#footnote-233)

Ωστόσο, τον Μάιο του 2014 (7-5-2014) ο Υπουργός Δικαιοσύνης και Ισότητας της Κυβέρνησης, Alan Shatter, παραιτήθηκε και Υπουργός ανέλαβε η [Frances Fitzgerald](http://www.francesfitzgerald.ie/).

Η νέα Υπουργός στις 25 Σεπτεμβρίου 2014 έδωσε στη δημοσιότητα μια νέα έκδοση του νομοσχεδίου[[234]](#footnote-234) από την οποία είχαν απαλειφθεί οι προβλέψεις για την παρένθετη μητρότητα. Περιλαμβάνονται μόνο, όπως έχει ήδη αρκετές φορές ανφερθεί, ρυθμίσεις για το δικαίωμα των παιδιών να αποκτούν πρόσβαση στις πληροφορίες για τη γενετική τους ταυτότητα και ρυθμίσεις για την οργάνωση ενός εθνικού συστήματος δοτών γενετικού υλικού. Σε κείμενο που συνοδεύει το σχέδιο νόμου, σημειώνεται ότι ήταν «ιδιαίτερα προβληματικό να οριστικοποιηθούν οι διατάξεις σχετικά με την παρένθετη μητρότητα» ενόψει μιας απόφασης που αναμένεται από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ιρλανδίας σχετικά με το θέμα, «δεδομένης της αβεβαιότητας των συνταγματικών δικαιωμάτων μεταξύ μητέρας (που γεννά) και γενετικής μητέρας». [[235]](#footnote-235)

Το προηγούμενο νομοσχέδιο είχε γίνει δεκτό με μεγάλο ενθουσιασμό από τους περισσότερους ενδιαφερόμενους και είχε σημειωθεί ότι θα αποτελούσε ένα σημαντικό βήμα για την αναμόρφωση του οικογενειακού δικαίου και την οριστική ρύθμιση ζητημάτων με σημαντικότερο την παρένθετη μητρότητα, αλλά και άλλα όπως η μεταθανάτια γονιμοποίηση, το δικαίωμα των παιδιών να αποκτούν πληροφορίες για τη γενετική τους ταυτότητα.[[236]](#footnote-236)

Γενικότερα υπήρχε μια αίσθηση ότι μετά από αρκετά χρόνια υπήρχε επιτέλους μια θετική ανταπόκριση στα αιτήματα για τη ρύθμιση τέτοιων ζητημάτων. Ενώ δεν υπήρχε καμία ένδειξη ότι υπάρχουν ή θα υπάρξουν αντιδράσεις και ότι και αυτή τη φορά θα υπάρξει κάποιος λόγος για να εξαιρεθεί η ρύθμιση των ζητημάτων αυτών. Έτσι, η εξαίρεσή τους από το νέο σχέδιο νόμου που υπέβαλε η νυν Υπουργός προκάλεσε μεγάλη έκπληξη αλλά και απογοήτευση.[[237]](#footnote-237)

Θεωρήθηκε ωστόσο ότι αυτή ήταν μια καθαρά πολιτική απόφαση με πολιτικά κίνητρα και άλλο ένα παράδειγμα απροθυμίας του νομοθέτη να αντιμετωπίσει τα ζητήματα και να χαράξει μια πολιτική στον τομέα αυτό. Ο τύπος υποδέχτηκε την απόφαση ως «μια ακόμη χαμένη ευκαιρία»[[238]](#footnote-238).

Βεβαία, ήδη από τις 25/02/2015 με δελτίο τύπου της κυβέρνησης[[239]](#footnote-239) ανακοινώθηκε ότι η κυβέρνηση ανέθεσε στο Υπουργείο Υγείας να προετοιμάσει νομοσχέδια που θα ρυθμίζουν την ι.υ.α και ειδικότερα το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, δημιουργώντας νέες προσδοκίες ότι επιτέλους θα υπάρξει μία ρύθμιση του ζητήματος[[240]](#footnote-240).

### 2.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η Επιτροπή πραγματευόμενη το ζήτημα ειδικότερα, διατύπωσε την άποψη ότι δεν θα πρέπει να υπάρχουν απαγορεύσεις σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το φύλο ή το σεξουαλικό προσανατολισμό των υποβοηθούμενων ατόμων που επιλέγουν να εφαρμόσουν την μέθοδο της παρένθετης μητέρας. Παραμένει, σύμφωνα πάντα και τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου που διακηρύττουν την αυτονομία του γιατρού να απέχει από ιατρικές πράξεις που αντιβαίνουν στην προσωπική του ηθική, στη διακριτική ευχέρεια κάθε κλινικής και κάθε γιατρού το αν θα υπό-βοηθήσει τους υποψήφιους γονείς εφαρμόζοντας τη μέθοδο της παρένθετης μήτρας, όμως πάντοτε πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πως πρωταρχική σημασία έχει η ευημερία του παιδιού[[241]](#footnote-241).

Περαιτέρω, συζητήθηκαν και προτάθηκαν κάποιες προϋποθέσεις που θα μπορούσαν να τεθούν προκειμένου να προστατευθεί η υγεία και η ευημερία τόσο της παρένθετης μητέρας όσο και του παιδιού που θα γεννηθεί.

Έτσι, θεωρήθηκε ότι θα πρέπει η παρένθετη μητέρα να είναι άνω των 18 ετών και μέσα στα όρια μιας φυσιολογικής αναπαραγωγικής ηλικίας. Η υποψήφια παρένθετη μητέρα επίσης, θα πρέπει να περνά από αυστηρό ιατρικό και ψυχολογικό έλεγχο και να της παρέχεται ολοκληρωμένη πληροφόρηση για τη διαδικασία[[242]](#footnote-242). Το ίδιο ισχύει όμως και για τα υποβοηθούμενα άτομα, τα οποία θα πρέπει να ελεγχθούν από ιατρικής και ψυχολογικής άποψης έτσι ώστε να διασφαλιστεί πως έχουν κατανοήσει πλήρως τη συμφωνία και τη δέσμευσή τους αναφορικά με το παιδί που θα γεννηθεί[[243]](#footnote-243).

Η Επιτροπή συζήτησε στην συνέχεια, την προοπτική να θεσπιστούν και άλλες προϋποθέσεις σχετικά με το αν η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να είναι παντρεμένη, να έχει μόνιμη κατοικία στην χώρα ή να έχει ήδη γεννήσει μία φορά και να ζει μαζί με τουλάχιστον ένα παιδί της, όπως ισχύει στη νομοθεσία κάποιων άλλων χωρών.

Σχετικά με την προϋπόθεση η παρένθετη μητέρα να είναι παντρεμένη, η Επιτροπή δεν μπορούσε να βρει ιατρική, νομική ή ηθική βάση που να δικαιολογεί μια τέτοια απαίτηση. Σε σχέση με τον τόπο κατοικίας, η Επιτροπή και πάλι δε βρήκε κάποια εύλογη δικαιολόγηση της προϋπόθεσης αυτής. Τέλος, η Επιτροπή θεώρησε πως μια παρένθετη μητέρα που έχει ήδη ένα παιδί θα μπορούσε να προβλέψει την επίδραση που έχει η εμπειρία της εγκυμοσύνης και της μητρότητας σε αυτή, ωστόσο υποστηρίζει πως δε θα πρέπει να τεθεί ως προαπαιτούμενο για να μπορεί μια γυναίκα να γίνει παρένθετη, να έχει προηγουμένως τεκνοποιήσει. Ενώ θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι θα ήταν ευκολότερο για μια παρένθετη μητέρα να εγκαταλείψει το παιδί εάν είχε ένα άλλο παιδί που ζούσε μαζί της για να επικεντρωθεί σε αυτό, θεωρήθηκε εντούτοις πως αν είχε άλλα παιδιά θα ήταν ψυχολογικά επιζήμιο για αυτά τα παιδιά η εγκατάλειψη του «αδερφού» τους. Αποφασίστηκε, λοιπόν, πως θα ήταν καλύτερο να μην αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση να έχει η παρένθετη μητέρα άλλο παιδί που ζει μαζί της[[244]](#footnote-244).

Εκτός από την έκθεση της Επιτροπής και στο κείμενο των θέσεων-προτάσεων της IFS , έχει συμπεριληφθεί ειδικό κεφάλαιο που αφορά την παρένθετη μητρότητα[[245]](#footnote-245). Συγκεκριμένα, τίθενται κάποιοι κανόνες για την περίπτωση της παρένθετης μητρότητας και της φέρουσας μητέρας. Γίνεται δηλαδή σαφής η διάκριση και χαρακτηρίζεται ως φέρουσα μητέρα αυτή που κυοφορεί χωρίς να συνδέεται γενετικά με το παιδί, και ως παρένθετη η περίπτωση της γυναίκας που επιπλέον έχει προσφέρει και δικό της ωάριο. Η διάκριση αυτή γίνεται μάλλον για λόγους επιστημονικής σαφήνειας, διότι δεν φαίνεται να διαφέρει η αντιμετώπιση που προτείνεται και για τις δύο περιπτώσεις.

Ειδικότερα, δηλώνεται ότι η IFS υποστηρίζει και προωθεί την πρακτική της παρένθετης μητρότητας. Προτείνεται ότι θα ήταν καλύτερο ειδικά στις περιπτώσεις της παρένθετης μητέρας που συνεισφέρει και γεννητικό υλικό, αυτή να έχει προηγουμένως ολοκληρώσει την οικογένειά της προτού προσφερθεί να λειτουργήσει ως παρένθετη μητέρα για κάποιο άλλο ζευγάρι. Ακόμη, επισημαίνει ότι είναι απαραίτητη η παροχή υποχρεωτικής συμβουλευτικής υποστήριξης τόσο στα υποβοηθούμενα ζευγάρια όσο και στις υποψήφιες παρένθετες ή φέρουσες μητέρες. Επιπλέον, θεωρείται απαραίτητη η εξέταση τόσο του υποβοηθούμενου ζευγαριού όσο και της παρένθετης μητέρας για γενετικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

### 2.2.1 ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ Ή ΚΑΛΥΨΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Τόσο η Επιτροπή όσο και η IFS, υιοθέτησαν την άποψη ότι, αν και η καταβολή αμοιβής στην παρένθετη μητέρα θεωρείται απαράδεκτη και θα πρέπει να χαρακτηριστεί ως παράνομη, εντούτοις η καταβολή στην παρένθετη μητέρα ενός εύλογου ποσού ως αποζημείωση για τις δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκε και οι οποίες συνδέονται άμεσα με την εγκυμοσύνη θα πρέπει να προβλεφθεί[[246]](#footnote-246). Μάλιστα η IFS αναφέρει ειδικότερα ότι η «αποζημίωση» αυτή είναι δέον να καταβάλλεται πριν από την γέννηση του παιδιού.[[247]](#footnote-247)

Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι αφενός μεν κατά την παρούσα κατάσταση δεν προβλέπεται από κάποια διάταξη ούτε αποζημίωση ούτε καταβολή οποιουδήποτε είδους εξόδων στην παρένθετη μητέρα, αφετέρου δε, οι προτάσεις που έχουν εκφραστεί δημοσίως περιλαμβάνουν ως απαράβατο και βασικό όρο την μη εμπορευματοποίηση της μεθόδου μέσω της πληρωμής της παρένθετης μητέρας αλλά και την αποδοχή της θέσης ότι θα πρέπει να της καταβάλλεται μια εύλογη αποζημίωση για δαπάνες οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την εγκυμοσύνη.

Σε όλες τις αναφορές σχετικά με την επικείμενη ρύθμιση του ζητήματςο της παρένετης μητέρας, αλλά και στα νομοσχέδια που είχαν προταθεί και τελικά αποσύρθηκαν, η παρένθετη μητρότητα αντιμετωπίζεται πάντοτε ως αλτρουιστική πράξη και συνοδεύεται από εξαγγελίες για απαγόρευση και αυστηρές κυρώσεις της εμπορευματοποίησης του γυναικείου σώματος[[248]](#footnote-248).

### 2.3 ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ

Πέραν των παραπάνω, συζητήθηκε ενδελεχώς στις εργασίες της Επιτροπής και το ζήτημα των συγγενικών σχέσεων. Και τούτο διότι, όπως επισημάνθηκε, η επίλυση του νομικού αυτού ζητήματος έχει άμεση σύνδεση με την οποιαδήποτε ρύθμιση της μεθόδου της παρένθετης μητρότητας.

Η πρόταση στην οποία κατέληξε η Επιτροπή ήταν ότι θα πρέπει να αναγνωρίζονται ως γονείς του παιδιού, τα πρόσωπα που το επιθυμούν και όχι η παρένθετη, ανεξάρτητα από το αν έδωσαν το δικό τους γεννητικό υλικό ή χρησιμοποίησης γεννητικό υλικό δοτών.

Το ζήτημα της παρένθετης μητέρας απασχόλησε τα ιρλανδικά δικαστήρια και προσέλκυσε το έντονο ενδιαφέρον της κοινής γνώμης με την υπόθεση M.R & anor -v- An tArd Chlaraitheoir & ors, για την οποία εκδόθηκε η υπ’ αρίθμ. 2011 46 M απόφαση του High Court [[249]](#footnote-249) και η υπ’ αριθμ. 263/2013 του Supreme Court[[250]](#footnote-250).

Τα πραγματικά περιστατικά έχουν ως εξής:

Ο OR και η CR είναι ένα παντρεμένο ζευγάρι Ιρλανδών. Η γυναίκα λόγω μιας πάθησης που αντιμετωπίζει, ενώ παράγει ωάρια, δεν μπορεί να τεκνοποιήσει. Το ζευγάρι συμφωνεί να δεχθεί την πρόταση της αδερφής της CR, η οποία προσφέρεται να κυοφορήσει αυτή το παιδί τους ως παρένθετη μητέρα. Το έμβρυο έχει προκύψει από in vitro γονιμοποίηση ωαρίου της CR και σπέρματος του OR. Η εμφύτευση και η κυοφορία στέφονται με επιτυχία και τελικά γεννιούνται δίδυμα.

Στο ληξιαρχείο δηλώνονται ως γονείς ο OR και η παρένθετη μητέρα. Η αδερφή της CR δηλώθηκε υποχρεωτικά ως νόμιμη μητέρα

Στη συνέχεια προσκομίζοντας γενετικά τεστ ζητούν να αλλάξει η ληξιαρχική καταχώρηση και να αναγνωρισθεί ως μητέρα των διδύμων η γενετική τους μητέρα, η CR.

Οι αρχές αρνούνται να ικανοποιήσουν το αίτημα υποστηρίζοντας ότι μητέρα ενός παιδιού είναι αυτή που γεννά (“who gives birth”) και ότι ο κανόνας “Mater Semper Certus Est” δεν μπορεί να διαταραχθεί.

Από κοινού το ζευγάρι και η παρένθετη προσφεύγουν στο Δικαστήριο ζητώντας να αναγνωριστεί ως νόμιμη μητέρα των διδύμων η γενετική τους μητέρα και όχι η παρένθετη. Όσον αφορά τον πατέρα δεν δημιουργήθηκε πρόβλημα εξ αρχής διότι αφενός η γονιμοποίηση έγινε με δικό του σπέρμα, αφετέρου η γυναίκα που γέννησε συναίνεσε ώστε να εγγραφεί στο πιστοποιητικό γέννησης ως νόμιμος πατέρας των παιδιών.

Το High Court, αποδέχθηκε το αίτημα των αιτούντων.

Συγκεκριμένα, λαμβάνοντας υπόψη:

Α. το γεγονός ότι υπήρχε εξ αρχής μια συμφωνία μεταξύ των μερών ότι η παρένθετη μητέρα δεν θα έχει κάποια σχέση με τα παιδιά ούτε θα ασκεί γονική μέριμνα και επιμέλεια επ’ αυτών, η οποία πράγματι τηρήθηκε και γενικότερα υπήρχε ένα κλίμα συνεργασίας και κατανόησης.

Β. το γεγονός ότι βιολογικοί-γενετικοί γονείς των παιδιών που γεννήθηκαν ήταν οι αιτούντες και η παρένθετη χρησιμοποιήθηκε μόνο ως κυοφόρος.

Γ. ότι τα δίδυμα μεγαλώνουν εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος του OR και της CR, οι οποίοι συνιστούν νόμιμο ζευγάρι, και επομένως είναι προς το συμφέρον των παιδιών η de facto κατάσταση στην οποία ζουν να αναγνωριστεί και από το νόμο.

Δ. ότι επιστημονικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι τα χαρακτηριστικά του DNA των εμβρύων δεν υπόκεινται σε σοβαρές γενετικές επιδράσεις από την μήτρα που τα φιλοξενεί,

έκρινε πως θα πρέπει ως νόμιμη μητέρα να αναγνωρισθεί η CR και όχι η παρένθετη μητέρα.

Επισήμανε ωστόσο στο σκεπτικό της απόφασης ότι ο κανόνας “mater Semper Certus Est” είναι βασικός και θεμελιώδης για το δίκαιο της οικογένειας, το οποίο δομήθηκε πάνω σε αυτόν. Για το λόγο αυτό, δεν μπορεί ο κανόνας αυτός να ανατραπεί από ιδιωτικές συμφωνίες οι οποίες δεν ισχύουν και δεν μπορούν να έχουν δεσμευτικό για τα μέρη αλλά και την έννομη τάξη αποτέλεσμα.

Το ζήτημα το οποίο εξέτασε ενδελεχώς το Δικαστήριο ως κρίσιμο, ήταν αν, από την άποψη της βιολογίας ή αλλιώς, ως προς τους δεσμούς αίματος, τα παιδιά που γεννήθηκαν συνδέονται περισσότερο με τη γυναίκα που παρείχε το ωάριο ή με την γυναίκα που τα κυοφόρησε και τα γέννησε.

Στο Δικαστήριο εμφανίστηκαν πολύ εμβρυολόγοι, γενετιστές και άλλοι ειδικοί με τα θέματα της αναπαραγωγής επιστήμονες. Οι απόψεις που υποστηρίχθηκαν ήταν δύο:

Η μία μερίδα επιστημόνων, που αποτελούσε τη μειοψηφία και τελικά δεν ακολουθήθηκε από το Δικαστήριο, ισχυρίστηκε ότι ο ρόλος της κυοφόρου είναι απολύτως ουσιαστικός και καθοριστικός. Μπορεί το DNA να μην αλλοιώνεται, ωστόσο η γενετική σύνδεση γίνεται μέσω της μεταφοράς στοιχείων στο έμβρου, όπως η μεταφορά αντισωμάτων από τον πλακούντα, της επαφής του αίματος αλλά και γενικότερα από την αλληλεπίδραση του οργανισμού της εγκύου με το έμβρυο. Έγινε επίσης αναφορά και στο ψυχολογικό και συναισθηματικό δεσμό της εγκύου με το έμβρυο.

Από την άλλη πλευρά, η άποψη με την οποία συντάχθηκε το High Court και την οποία υποστήριξαν οι περισσότεροι επιστήμονες ήταν ότι η γενετική ταυτότητα του εμβρύου και τα χαρακτηριστικά του ολοκληρώνονται κατά τη γονιμοποίηση. Η παρένθετη, όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε, «έχει τον δευτερεύοντα ρόλο του οχήματος μεταφοράς των εμβρύων, ένα περιβάλλον ασφαλούς ανάπτυξης». Επιπλέον δόθηκε έμφαση στο ρόλο του DNA, το οποίο «καθορίζει τα πάντα» σύμφωνα με μία άποψη, και στο γεγονός ότι η κύηση δεν λειτουργεί επεμβατικά στη γενετική ταυτότητα και τα χαρακτηριστικά του εμβρύου. Έτσι, υποστηρίχθηκε ότι οι δεσμοί αίματος της γυναίκας που έδωσε το ωάριό της με το έμβρυο, είναι ισχυρότεροι από ότι οι αντίστοιχοι δεσμοί της παρένθετης που απλά το κυοφόρησε.

Ενδιαφέροντα ήταν και τα επιχειρήματα που προέβαλλαν οι και οι τρεις αιτούντες από κοινού. Τα παιδιά ζουν και ανατρέφονται από τη γενετική τους μητέρα, στο πλαίσιο της οικογένειας που έχει συστήσει με τον νόμιμο και γενετικό τους πατέρα. Ενώ λοιπόν ζουν και λειτουργούν αρμονικά ως οικογένεια, στα μάτια του νόμου, η γυναίκα που τα φροντίζει και τα επιμελείται είναι μία ξένη, ενώ η αδερφή της, που είχε το ρόλο της παρένθετης, που δεν έχει καθημερινή επαφή με τα παιδιά και δεν ασχολείται ουσιαστικά με την ανατροφή και τη φροντίδα τους, είναι η κατά το νόμο μητέρα τους η οποία έχει την γονική μέριμνα και το δικαίωμα να λαμβάνει όλες τις σημαντικές για τη ζωή τους αποφάσεις. Για να αντιμετωπιστεί το παράδοξο αυτό, το οποίο αφενός θίγει το συνταγματικό δικαίωμα του OR και της CR να έχουν οικογένεια και να έχουν την επιμέλεια των βιολογικών τέκνων τους, και το οποίο εν τέλει, λειτουργεί εις βάρος του συμφέροντος των παιδιών, ζήτησαν οι αιτούντες να διορθωθεί με τη Δικαστική κρίση.

Όπως ήδη αναφέρθηκε το Δικαστήριο έκανε δεκτή την αίτηση. Η απόφαση προκάλεσε θετικά σχόλια από όσους τάσσονται υπέρ της εφαρμογής της παρένθετης μητρότητας στην Ιρλανδία[[251]](#footnote-251).

To Supreme Court ωστόσο, στο οποίο έφθασε η υπόθεση μετά από έφεση που άσκησε η κυβέρνηση[[252]](#footnote-252), ανέτρεψε την απόφαση του πρωτοβάθμιου δικαστηρίου[[253]](#footnote-253).

Ήδη κατά τη διάρκεια της ακροαματικής διαδικασίας και πριν την δημοσίευση της απόφασης του Ανωτάτου Δικαστηρίου, η κυβέρνηση ανακοίνωσε ότι σύντομα θα προωθήσει τη διαδικασία για την θέσπιση νομοθεσίας για την ι.υ.α που θα περιλαμβάνει ρυθμίσεις και για την παρένθετη μητρότητα[[254]](#footnote-254). Το γεγονός μάλιστα αυτό μνημονεύεται στο σκεπτικό της απόφασης και ίσως διαδραμμάτισε κάποιο ρόλο στον σχηματισμό της κρίσης των Δικαστών.

Γενικότερα ωστόσο επικράτησε απογοήτευση[[255]](#footnote-255) και επικρίθηκαν οι Δικαστές ότι έδειξαν ατολμία και υπερβολική αυτοσυγκράτηση[[256]](#footnote-256).

Το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε ότι τα ζητήματα που σχετίζονται με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ειδικότερα με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας, απαιτούν ρύθμιση. Ωστόσο αρμόδιο όργανο για να θέσει το νομοθετικό πλαίσιο είναι η κυβέρνηση και η Βουλή και όχι τα Δικαστήρια. Έτσι, με δεδομένο ότι υπάρχει κενό νόμου, το Δικαστήριο δεν δικαιούται να το καλύψει ερμηνευτικά γιατί αυτό θα σήμαινε ότι υπερβαίνει τις αρμοδιότητές του[[257]](#footnote-257).

Για να κάνει πιο έντονη την υπόδειξή του προς την κυβέρνηση πως πρέπει να αναλάβει νομοθετική πρωτοβουλία, το Δικαστήριο τόνισε ότι «απολύτως λάθος» να υφίσταται ένα σύστημα που δεν ρυθμίζει την ι.υ.α, αλλά ωστόσο επιτρέπει να συμβαίνει (η ι.υ.α)[[258]](#footnote-258).

Επιπλέον, στο σκεπτικό το Δικαστηρίου τονίζεται ότι ο κανόνας της «βέβαιης μητέρας» αποτελεί μια γενική αρχή του δικαίου, που έλκει την καταγωγή της από το ρωμαϊκό δίκαιο και είναι συνυφασμένη με την έννομη τάξη και το οικογενειακό δίκαιο της Ιρλανδίας. Ο κανόνας αυτός δεν μπορεί να αναιρεθεί από την ιδιωτική βούληση, με συμφωνία των μερών, παρά μόνο αν αυτό προβλέπεται νομοθετικά.

Έτσι, η απόφαση του πρωτοβάθμιου Δικαστηρίου ακυρώθηκε και μέχρι την υιοθέτηση νομοθεσίας σχετικά με την παρένθετη μητέρα, νόμιμη μητέρα είναι η γυναίκα που γεννά ανεξαρτήτως αν το γενετικό υλικό είναι δικό της ή όχι. Έτσι, αποκλείεται, χωρίς να απαγορεύεται ρητά, η εφαρμογή της μεθόδου της παρένθετης μητέρας στην Ιρλανδία.

### 2.4 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Η Επιτροπή θεωρεί ότι θα πρέπει να αναγνωρίζεται το δικαίωμα στο παιδί που γεννιέται μέσω παρένθετης μητρότητας, να έχει πρόσβαση στην ταυτότητα της παρένθετης μητέρας και, κατ’ επέκταση, των γενετικών του γονέων, αν είναι άλλοι από τους υποβοηθούμενους. Η παρένθετη μητέρα και οι γενετικοί γονείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι πως το παιδί έχει το δικαίωμα πρόσβασης στην ταυτότητά τους, αλλά καμία νομική ευθύνη ή σύνδεση δε θα πρέπει να δύναται να προκύψει από μια τέτοια πρόσβαση[[259]](#footnote-259).

#### **2.5 ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ**

Ακολούθως, η Επιτροπή περιγράφει την υφιστάμενη κατάσταση, σύμφωνα με την οποία, η παρένθετη μητέρα θεωρείται ως η νόμιμη μητέρα του παιδιού. Συνεπώς, θα πρέπει τα άτομα που επιθυμούν το παιδί, να το υιοθετήσουν προκειμένου να έχουν νόμιμη συγγένεια με αυτό. Εναλλακτικά, ο υποβοηθούμενος πατέρας μπορεί να κάνει αίτηση για την κηδεμονία του παιδιού σύμφωνα με το Status of Children Act 1987 εάν είναι ο βιολογικός πατέρας του παιδιού, αλλά η σύντροφός του δε θα έχει δικαίωμα να κάνει τέτοια αίτηση. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι το άρθρο 41 (1) του Adoption Act 1952 καθιστά παράνομη τη διενέργεια οποιασδήποτε συναλλαγής, οικονομικής ή άλλης, για να ολοκληρωθεί μια υιοθεσία. Η παραβίαση αυτού του άρθρου αποτελεί αδίκημα. Επομένως, εάν η διευθέτηση παρένθετης μητρότητας συμπεριελάμβανε και πληρωμή στην παρένθετη μητέρα, αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ως παράνομο. Αυτό παραμένει ένα επίμαχο θέμα το οποίο ο νομοθέτης ή ένα δικαστήριο θα πρέπει να ρυθμίσει.

Λαμβανομένων τούτων υπόψη, η Επιτροπή έχει κατ’ αρχάς την άποψη πως η καταβολή των λογικών και νόμιμων εξόδων για την παρένθετη μητέρα δε θα πρέπει να θεωρηθεί ότι αντιβαίνει το Adoption Act[[260]](#footnote-260).

Περαιτέρω όμως, υιοθέτησε κατά πλειοψηφία την άποψη ότι το παιδί θα πρέπει εξ αρχής να συνδέεται νομικά με τους υποβοηθούμενους γονείς και να μην ιδρύεται συγγένεια με την παρένθετη μητέρα[[261]](#footnote-261). Προς τούτο όμως, όπως ήδη επισημάνθηκε, απαιτείται η θέσπιση ειδικής νομοθεσίας.

Αξίζει ωστόσο να παραθέσουμε αναλυτικά την διαδικασία μέσω της οποίας η Επιτροπή κατέληξε στην παραπάνω θέση:

Η Επιτροπή ασπάστηκε τη θέση ότι τα συγγενικά δικαιώματα και οι συγγενικές σχέσεις θα πρέπει να ρυθμιστούν με βάση την «πρόθεση της αναπαραγωγής». Με άλλα λόγια, ό,τι όλα τα εμπλεκόμενα μέλη είχαν ως πρόθεση από την έναρξη της συμφωνίας, θα πρέπει να αποτελέσει τη βάση της ίδρυσης των γονεϊκών σχέσεων στην περίπτωση παρένθετης μητρότητας. [[262]](#footnote-262)

Σε αυτή τη βάση, η Επιτροπή εξέτασε τρεις δυνατότητες-προτάσεις που θα μπορούσε να υιοθετήσει σχετικά με τους νόμιμους γονείς ενός παιδιού που γεννιέται μέσω παρένθετης μητρότητας:

Η πρώτη ήταν, το παιδί να θεωρείται πως είναι της μητέρας που το έφερε στη ζωή, και κατόπιν να υπάρχει η κατάλληλη διαδικασία ώστε να ιδρύεται συγγένεια με τα υποβοηθούμενα πρόσωπα. Η δεύτερη ήταν, το παιδί να είναι του υποβοηθούμενου ζευγαριού. Σύμφωνα με την θέση αυτή, το παιδί από την πρώτη στιγμή έχει συγγένεια με την κοινωνικοσυναισθηματική του οικογένεια και μόνο. Η τρίτη επιλογή που είχε η Επιτροπή, ήταν να υιοθετήσει τη θέση ότι το παιδί που γεννιέται μέσω παρένθετης μητρότητας, θα πρέπει να θεωρείται πως είναι του υποβοηθούμενου ζευγαριού. Σε αντίθεση με την προηγούμενη - δεύτερη - επιλογή, η επιλογή αυτή δημιουργεί μια νομική κατάσταση πλάσματος δικαίου, χωρίς όμως να απαιτείται κάποια μεταγενέστερη της γέννησης διαδικασία ίδρυσης της συγγένειας με τους κοινωνικοσυναισθηματικούς γονείς.

Όπως λίγο παραπάνω προαναφέρθηκε, η Επιτροπή κατέληξε να ασπαστεί και να καταθέσει την τρίτη πρόταση, ως καταλληλότερη.

Κατέληξε δε σε αυτό το συμπέρασμα, όπως συμπλήρωσε εν είδει αιτιολόγησης, γιατί η λέξη «θεωρείται» επιτρέπει αρκετή ευελιξία σε σχέση με τους νόμιμους γονείς του παιδιού σε περίπτωση κάποιων θεμελιωδών αλλαγών στις περιστάσεις υπό τις οποίες η παρένθετη μητέρα συναίνεσε στη συμφωνία. Ωστόσο, υπήρχε επίσης μια μειοψηφία μέσα στην Επιτροπή που ήταν της άποψης πως όπου υπάρχει γενετική σύνδεση του παιδιού με την παρένθετη, το τεκμήριο θα πρέπει να αντιστραφεί έτσι ώστε η παρένθετη μητέρα να θεωρείται ως ο νόμιμος γονέας του παιδιού[[263]](#footnote-263).

Ωστόσο, η Επιτροπή γνώριζε ότι αυτή η θέση θα μπορούσε να εγείρει συνταγματικά ζητήματα που θα έπρεπε να αντιμετωπιστούν.

Πιο συγκεκριμένα, το Σύνταγμα αναγνωρίζει το ειδικό καθεστώς της παντρεμένης οικογένειας ως το βασικό και θεμελιώδες κύτταρο της κοινωνίας, ( "the natural primary and fundamental unit group of society")[[264]](#footnote-264) και αναγνωρίζει τα φυσικά δικαιώματα των μελών της.

Σε μια ενδεχόμενη ρύθμιση παρένθετης μητρότητας, σύμφωνα με την πρόταση της Επιτροπής, είναι πιθανό να προκύψουν συνταγματικά ζητήματα όπως αν το δικαίωμα στην προστασία της οικογενειακής ιδιωτικότητας προστατεύει τις συμφωνίες παρένθετης μητρότητας, ή αν, η συνταγματική υποχρέωση του κράτους να προστατεύσει το θεσμό του γάμου αποκλείει τη νομοθετική έγκριση των ρυθμίσεων παρένθετης μητρότητας και άλλα συναφή[[265]](#footnote-265) θέματα που, δεν έχουν τύχει διασάφησης, είτε στο ίδιο το Σύνταγμα είτε από τη νομολογία που έχει δημιουργηθεί γύρω από την ερμηνεία των σχετικών διατάξεών του.

Η Επιτροπή επιφυλάχθηκε για τα ζητήματα αυτά, διακηρύττοντας ότι θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο του νομοθετικού σώματος, της κυβερνητικής πολιτικής και εν τέλει της νομολογίας των δικαστηρίων[[266]](#footnote-266).

Από την πλευρά της IFS επισημαίνεται ότι είναι επιβεβλημένο να παρέχεται η οδηγία από την κλινική προς τα εμπλεκόμενα πρόσωπα να αναζητήσουν και να λάβουν νομική συμβουλή για την όλη διαδικασία, διότι η απουσία ειδικού νομοθετικού πλαισίου σε συνδυασμό με τον κανόνα ότι μητέρα είναι νομικά η γυναίκα που τεκνοποιεί, μπορεί να δημιουργήσουν μια περίπλοκη και ανεπιθύμητη για τα πρόσωπα κατάσταση.[[267]](#footnote-267)

### 2.6 Η ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΤΩΝ ΜΕΡΩΝ ΜΕ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Η Επιτροπή έλαβε υπόψη της ότι η θέση της πως η ρύθμιση της συγγένειας και όλων των ζητημάτων που αναφύονται στο πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας θα πρέπει να βασίζεται στην βούληση των μερών κατά τη συμφωνία τους (βλ. παραπάνω[[268]](#footnote-268)) μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα αφενός, και δεν δίνει λύσεις σε όλες τις περιπτώσεις αφετέρου.

Τα προβλήματα που μπορούν να ανακύψουν είναι ποιες θα είναι οι συνέπειες αν η παρένθετη μητέρα δεν δεχτεί την μεταφορά του ωαρίου, μετά την σύναψη της συμφωνίας, ποιες θα μπορούσαν να είναι οι συνέπειες αν η παρένθετη μητέρα διακόψει την κύηση, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη των μελλοντικών γονέων ή αν θα μπορούσαν οι μελλοντικοί γονείς να υποχρεώσουν την παρένθετη σε διακοπή κύησης. Τέλος αναφύεται και το ζήτημα κατά πόσο είναι έγκυρες και θα μπορούν να επιβληθούν συμφωνίες-ρήτρες που περιορίζουν την ελευθερία της εγκύου αλλά αποβλέπουν στην υγεία του κυοφορούμενου (λ.χ. απαγόρευση καπνίσματος, δέσμευση σε συγκεκριμένη δίαιτα κλπ).

Η Επιτροπή αναγνωρίζει την ύπαρξη όλων αυτών των προβλημάτων, επί των οποίων μάλιστα δεν προτείνει και κάποια απάντηση.

Το μόνο ζήτημα που πραγματεύεται είναι πώς κατά την υφιστάμενη νομοθεσία διαμορφώνονται οι σχέσεις συγγένειας και πώς εκτιμά η Επιτροπή ότι θα ερμηνευόταν ή θα έπρεπε να ερμηνευτούν οι κρίσιμες διατάξεις[[269]](#footnote-269). Αναλυτικά:

Στην περίπτωση της παρένθετης που χρησιμοποιεί το δικό της ωάριο για να συλλάβει το παιδί, είναι πιθανό, σύμφωνα με την Επιτροπή, ένα ιρλανδικό δικαστήριο ακολουθώντας το παράδειγμα πολλών άλλων δικαιοδοσιών να τη θεωρήσει ως τη νόμιμη μητέρα, καθώς είναι η γενετική μητέρα αλλά και αυτή που κυοφόρησε το παιδί. Η μέθοδος αυτή σύμφωνα με την πρόταση της Επιτροπής θα πρέπει κατά το δυνατόν να αποφεύγεται, ωστόσο και αυτή εμπίπτει στην γενική πρόταση της, ότι εφόσον υπήρχε συμφωνία των μερών το παιδί θα πρέπει να θεωρείται παιδί του υποβοηθούμενου ζευγαριού.[[270]](#footnote-270)

Στην περίπτωση της παρένθετης που κυοφορεί ένα έμβρυο που δημιουργήθηκε από τους γαμέτες του υποβοηθούμενου ζευγαριού, η κατάσταση δεν είναι τόσο σαφής. Τόσο οι γενετικοί γονείς όσο και η παρένθετη που κυοφόρησε το έμβρυο παίζουν απαραίτητο και εξίσου σημαντικό ρόλο στο να φέρουν το παιδί στη ζωή. Υποστηρίζεται πως με την επιλογή του ενός έναντι του άλλου, ο νόμος θα επέβαλε μια στάθμιση που είναι αυθαίρετη και παράλογη.[[271]](#footnote-271)

Η πιο δύσκολη, όπως χαρακτηρίζεται, περίπτωση που μπορεί να προκύψει από μια συμφωνία παρένθετης μητρότητας είναι η διεκδίκηση της επιμέλειας του παιδιού τόσο από την παρένθετη μητέρα όσο και από το υποβοηθούμενο ζευγάρι. Στις περισσότερες χώρες έχει κριθεί ότι η παρένθετη μητέρα είναι η νόμιμη μητέρα, ανεξάρτητα από την έλλειψη γενετικής σχέσης μεταξύ αυτής και του παιδιού, σύμφωνα με τα στοιχεία της Επιτροπής, και κάτι τέτοιο θεωρεί ως το πιθανότερο να ισχύσει και σε μια ενδεχόμενη υπόθεση ενώπιον των ιρλανδικών δικαστηρίων. Στην περίπτωση αυτή η προϋφιστάμενη ιδιωτική συμφωνία δεν φαίνεται να μπορεί να υπερισχύσει.[[272]](#footnote-272)

Πάντως σε όλα αυτά τα ζητήματα μέριμνας και επιμέλειας όπως και αναφορικά με τα υπόλοιπα ερωτήματα που τέθηκαν η Επιτροπή περιορίστηκε να τονίσει ότι ο ερμηνευτής ή το δικαστήριο υποχρεούται να θεωρήσουν πρωταρχικό το συμφέρον του παιδιού, κάτι που σημαίνει το παιδί να θεωρηθεί μέλος μιας συγκεκριμένης έγγαμης οικογένειας.[[273]](#footnote-273) Αυτό συμπεριλαμβάνει επίσης, έλεγχο της οικονομικής σταθερότητας, του εκπαιδευτικού υπόβαθρου και των ψυχολογικών αξιολογήσεων και των δύο πλευρών.[[274]](#footnote-274) Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο η αυτονομία της παρένθετης και το δικαίωμά της να αποφασίζει για το σώμα της, όσο και ότι οι συμφωνίες μεταξύ των μερών που αφορούν θέματα συγγένειας ή άλλα, δεν μπορούν να υπερισχύουν από τους κείμενους νόμους και κανόνες[[275]](#footnote-275).

Τα πρόσωπα αναφοράς, ανέπτυξαν τις εξής απόψεις στο θέμα αυτό:

Ο πρώτος ιατρός, αποδέχεται την παρένθετη μητρότητα και πιστεύει πως πρέπει να επιτρέπεται αυτή η μέθοδος ι.υ.α στην περίπτωση που το ζευγάρι δεν μπορεί να αποκτήσει τέκνο με άλλον τρόπο για ιατρικούς όμως λόγους. Στην αρχική αυτή τοποθέτηση συμφωνεί και ο έτερος γιατρός. Αμφότεροι συμφωνούν επίσης, ότι η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να προσφέρεται εθελοντικά και με αλτρουιστικούς σκοπούς, χωρίς να επιτρέπεται η καταβολή αμοιβής σε αυτή ώστε να αποκλείεται το ενδεχόμενο της εμπορευματοποίησης. Ωστόσο, λογικό φαντάζει και στους δύο, να επιτρέπεται η καταβολή μιας αποζημίωσης για την καταπόνηση που υφίσταται κατά την εγκυμοσύνη, τα διαφυγόντα κέρδη από τη δουλειά της ή τις δαπάνες στις οποίες υπόκειται λόγω της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, αποδεκτή ήταν για τους δύο γιατρούς η συμπερίληψη σε αυτή την αποζημίωση, τόσο οι δαπάνες για τις επισκέψεις στο γιατρό όσο και τα έξοδα για φαρμακευτική αγωγή ή ειδική δίαιτα εφόσον χρειαστεί. Επιπλέον δε, τα διαφυγόντα κέρδη από την εργασία που χάνει η παρένθετη λόγω της εγκυμοσύνης καθώς και γενικότερα όλες τις δαπάνες που γεννώνται λόγω της εγκυμοσύνης.

Με την επισήμανση ότι η έκτρωση δεν επιτρέπεται και είναι παράνομη στην Ιρλανδία, ο πρώτος γιατρός θεωρεί ότι η μόνη περίπτωση που θα δικαιούνταν η παρένθετη να τερματίσει την εγκυμοσύνη παρά την αντίθετη γνώμη του υποβοηθούμενου ζευγαριού, θα ήταν η περίπτωση που η ζωή της παρένθετης διέτρεχε σοβαρό κίνδυνο (εφόσον αυτό πιστοποιούνταν ιατρικά ώστε να εμπίπτει και στις προϋποθέσεις του νόμου). Διαφορετικά η αναγνώριση ενός τέτοιου δικαιώματος, όπως επεσήμανε, θα αναιρούσε και θα αντέβαινε στην ιδέα της αναγνώρισης της παρένθετης μητρότητας. Ο δεύτερος γιατρός ωστόσο, υποστήριξε ότι στην υποθετική περίπτωση που η άμβλωση δεν ήταν παράνομη στη χώρα, κατά την άποψή του, η έγκυος παρένθετη θα έπρεπε να έχει το δικαίωμα να τερματίσει την κύηση αδιαφορώντας για την γνώμη του υποβοηθούμενου ζευγαριού διότι θα πρόκειται για αποκλειστικά δική της απόφαση αφού θα αφορά το σώμα της.

Ο πρώτος ιατρός, σε συνέχεια της παραπάνω θέσης του, θεωρεί ότι στο βαθμό που θα γινόταν δεκτή η μέθοδος της παρένθετης μητρότητας, πρέπει να γίνει επίσης αποδεκτό ότι οι γονείς του παιδιού που θα γεννηθεί θα πρέπει να νομιμοποιούνται να επιβάλλουν ποικίλους περιορισμούς στην παρένθετη για την περίοδο της εγκυμοσύνης. Όπως π.χ αν θα εργάζεται ή μέχρι ποιον μήνα της εγκυμοσύνης θα εργάζεται, αν θα καπνίζει, αν θα πίνει αλκοόλ ή αν θα ταξιδεύει κτλ. Ο δεύτερος γιατρός αντιθέτως, θεωρεί ότι η επιβολή τέτοιων περιορισμών δεν είναι θεμιτή και δεν θα έπρεπε να επιτραπεί.

Αναφορικά με την περίπτωση που το έμβρυο διαγνωσθεί με κάποια σοβαρή ασθένεια, και οι δύο ομοφώνως απάντησαν ότι κατά την άποψή τους δεν θα μπορούσε να νομιμοποιηθεί το υποβοηθούμενο ζευγάρι να επιβάλλει στην παρένθετη την διακοπή της εγκυμοσύνης, εφόσον αυτή το αρνείται.

Τέλος, στο ερώτημα αν θα ήταν καλύτερο για το παιδί να μάθει το γεγονός ότι προήλθε από παρένθετη μητέρα, ο πρώτο γιατρός απάντησε ότι δεν έχει καταλήξει ακόμα αν κάτι τέτοιο θα ήταν θετικό ή αρνητικό και αν θα πρέπει να επιβάλλεται μια ενιαία στάση από κάποιο νόμο ή αν θα επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια των γονέων. Από την άλλη, ο άλλος ιατρός δήλωσε κατηγορηματικά ότι το γεγονός αυτό θα πρέπει οπωσδήποτε να αποκαλύπτεται στο παιδί και μάλιστα κατά την φάση της πρώιμης εφηβείας του.

Οι νομικοί ομοφώνως υποστήριξαν ότι η μέθοδος της παρένθετης μητρότητας θα πρέπει να επιτρέπεται και μάλιστα μόνο στην περίπτωση που για ιατρικούς λόγους είναι αδύνατο να τεκνοποιήσει αλλιώς ένα ζευγάρι. Ταύτιση απόψεων παρατηρήθηκε επίσης, τόσο στο σημείο ότι η παρένθετη δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνει αμοιβή για τις υπηρεσίες της, διότι θα πρέπει να γίνεται η πράξη της από αλτρουιστικά κίνητρα, όσο και στο ζήτημα της αποζημίωσης που θα μπορεί να καταβληθεί για τις δαπάνες στις οποίες η έγκυος υποχρεώθηκε λόγω της εγκυμοσύνης της ή στα έσοδα από την εργασία της που απώλεσε. Από έναν εκ των νομικών επισημάνθηκε ότι σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να ελέγχεται, χωρίς να διευκρινίσει όμως το πώς και από ποιον, αν τα έξοδα αυτά ήταν απαραίτητα και αν το ύψος τους δεν υπερβαίνει ένα εύλογο ποσό, ώστε να μην καταλήξουν να αποτελούν αμοιβή.

Στη συνέχεια, και οι τρεις επεσήμαναν ότι η άμβλωση είναι ποινικό αδίκημα και απαγορεύεται στην Ιρλανδία. Εαν παρόλα αυτά δεν συνέτρεχε η συνθήκη αυτή, δήλωσαν τα εξής:

Ο πρώτος υποστήριξε την άποψη ότι η παρένθετη δεν θα έπρεπε να έχει το δικαίωμα να τερματίζει την κύηση ιδίως δε αν το υποβοηθούμενο ζευγάρι δεν συναινεί σε αυτό. Διαφορετικά, θεωρεί ότι πλήττεται η ίδια η ιδέα της παρένθετης μητρότητας. Συναφώς, θεωρεί λογικό επακόλουθο ότι θα πρέπει να επιτρέπονται οι περιορισμοί στον τρόπο ζωής της παρένθετης μητέρας εφόσον σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Ωστόσο όμως, δεν θεωρεί σωστό να μπορεί να επιβληθεί η διακοπή της κύησης αντίθετα με τη βούληση της παρένθετης μητέρας ακόμα και αν το έμβρυο διαγνωσθεί με κάποια σοβαρή ασθένεια. Τέλος, το ίδιο πρόσωπο υποστηρίζει ότι θα πρέπει να αποκαλύπτεται στο παιδί ότι έχει γεννηθεί από παρένθετη μητέρα, όπως επεσήμανε όμως, δεν έχει αποκρυσταλλώσει κάποια άποψη σχετικά με το αν αυτό θα πρέπει να είναι υποχρεωτικό από κάποιο νόμο, σε ποια ηλικία και με ποιο τρόπο θα γίνεται η γνωστοποίηση αυτού του γεγονότος στο παιδί.

Ο δεύτερος ασπάζεται τη γνώμη ότι η παρένθετη θα πρέπει να διατηρεί ακέραιο το δικαίωμά της να τερματίζει την εγκυμοσύνη οποιαδήποτε στιγμή και για οποιονδήποτε λόγο. Αντιστοίχως, θεωρεί ότι δεν μπορεί να της επιβληθεί (της παρένθετης μητέρας) να διακόψει την κύηση ακόμα και στην περίπτωση που το έμβρυο διαγνωσθεί με κάποια σοβαρή πάθηση και οι υποβοηθούμενοι γονείς δεν επιθυμούν πλέον την γέννησή του. Θεωρεί επίσης σωστό να επιτρέπεται στους μελλοντικούς γονείς να επιβάλλουν περιορισμούς στον τρόπο ζωής της εγκύου, από το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, μέχρι την σωματική καταπόνηση από εργασία ή άσκηση κτλ, παραδέχεται εντούτοις ότι τέτοιοι περιορισμοί δεν θα ήταν δυνατόν να έχουν ένα χαρακτήρα αναγκαστικό, δηλαδή δεν θα μπορούσαν να επιβληθούν. Τέλος, απάντησε ότι θα έπρεπε το παιδί να ενημερώνεται για το γεγονός ότι γεννήθηκε από παρένθετη από κατάλληλους ψυχολόγους και στην ηλικία που η επιστήμη της ψυχολογίας αποφανθεί ότι είναι η καταλληλότερη. Ωστόσο, θεωρεί σκόπιμο να μην αποκαλύπτονται περισσότερες λεπτομέρειες για την ταυτότητα της εγκύου.

Ο τρίτος νομικός υποστήριξε ότι δεν θεωρεί ορθό να επιτρέπεται στην παρένθετη να διακόπτει την εγκυμοσύνη αλλά ούτε και να μπορούν οι υποβοηθούμενοι γονείς να επιβάλλουν τον τερματισμό της κύησης στην παρένθετη ακόμα και στην περίπτωση της διάγνωσης κάποιας σοβαρής ασθένειας στο τέκνο. Επίσης, διατύπωσε τη γνώμη ότι δεν θα πρέπει να μπορούν να επιβληθούν από το ζευγάρι περιορισμοί στην παρένθετη ως προς τις καθημερινές της συνήθειες και τον τρόπο ζωής της κατά την εγκυμοσύνη, πρώτον διότι αυτό συνιστά σοβαρή επέμβαση στην προσωπικότητά της και δεύτερον επειδή και να δεχόμασταν ότι θα μπορούσε αυτό να συμβεί, δεν θα ήταν δυνατόν ποτέ τέτοιες συμφωνίες να επιβληθούν με κάποιο τρόπο. Τέλος, και αυτός απάντησε καταφατικά στο ερώτημα αν θα πρέπει να γίνεται γνωστό στο παιδί ότι γεννήθηκε από παρένθετη μητέρα.

### 2.7 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

Αν και δεν αφορά άμεσα το ζήτημα της εφαρμογής της παρένεθτης μητρότητας, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η Απόφαση του Δικαστηρίου της Ένωσης (τμήμα μείζονος σύνθεσης) στην υπόθεση C-363/2012 [[276]](#footnote-276). Το Δικαστήριο οτης Ένωσης μετά από προδικαστική παραπομπή, κλήθηκε να κρίνει αν η άρνηση των ιρλανδικών αρχών να χορηγήσουν άδεια μητρότητας σε μητέρα που άπεκτησε τέκνο μέσω παρένθετης μητέρας, αντίκειται στις διατάξεις της Οδηγίας 2006/54/ΕΚ για την ίση μεταχείριση μεταξύ εργαζομένων ανδρών και γυναικών και στην Οδηγία 92/1985/ΕΚ για τα δικαιώματα των μητέρων εργαζομένων.

Τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης έχουν ως εξής:

  Η Z είναι καθηγήτρια σε δημόσιο σχολείο δευτεροβάθμιας εκπαιδεύσως στην Ιρλανδία το οποίο τελεί υπό τη διαχείριση του Board of management, και υπό όρους απασχολήσεως που καθορίζει το Government department, από το οποίο και αμείβεται.

Η Ζ αντιμετώπιζε μια σπάνια κατάσταση ασθένεια, συνεπεία της οποίας, παρότι έχει υγιείς ωοθήκες και είναι κατά τα άλλα γόνιμη, δεν έχει μήτρα και δεν μπορεί να κυοφορήσει.     Προκειμένου λοιπόν, να αποκτήσουν τέκνο, η Z και ο σύζυγός της συμφώνησαν να γεννηθεί το τέκνο από παρένθετη μητέρα στην Καλιφόρνια των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Η εξωσωματική γονιμοποίηση με γεννητικό υλικό του ζευγαριού πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία ενώ το γονιμοποιημένο ωάριο μεταφέρθηκε στην κυοφόρο μητέρα στην Καλιφόρνια τον Αύγουστο του 2009. Στις 7 Απριλίου 2010, η Z. μετέβη στην Καλιφόρνια προκειμένου να είναι παρούσα κατά τη γέννηση του τέκνου, ενός κοριτσιού, στις 28 Απριλίου 2010. Το τέκνο αυτό είναι βιολογικό παιδί της Ζ. και του συζύγου της, καθότι προέρχεται από τους γαμέτες τους. Βάσει της νομοθεσίας της Καλιφόρνια, η Ζ. και ο σύζυγός της θεωρούνται οι γονείς του τέκνου αυτού, η δε ταυτότητα της κυοφόρου μητέρας δεν αναγράφεται στο πιστοποιητικό γεννήσεώς του. Η Ζ., επικουρούμενη από τον σύζυγό της, ασκεί την πραγματική επιμέλεια του εν λόγω τέκνου από τη γέννησή του. Στις 18 Μαΐου 2010, η Z. και ο σύζυγός της επέστρεψαν με το τέκνο τους στην Ιρλανδία, κράτος μέλος στο οποίο οι συμφωνίες παρένθετης μητρότητας δεν έχουν τύχει ρυθμίσεως.

Οι όροι απασχόλησης της Ζ. προβλέπουν δικαίωμα σε άδεια μητρότητας και σε άδεια υιοθεσίας μετ’ αποδοχών, καθώς οσάκις καθηγητής, ο οποίος υπόκειται στους όρους αυτούς απασχόλησης, λαμβάνει μια από τις άδειες αυτές, η καταβολή της γίνεται, στις περισσότερες περιπτώσεις, από το Government department, το δε υπόλοιπο καταβάλλεται υπό τη μορφή επιδόματος μητρότητας από το Υπουργείο Κοινωνικής Προστασίας. Δεδομένου δε, ότι δεν είχε κυοφορήσει και δεν μπορούσε να φέρει στον κόσμο τέκνο, η Z. δεν πληρούσε τις προϋποθέσεις του νόμου περί προστασίας της μητρότητας του 1994 ώστε να δικαιούται άδεια μητρότητας. Επιπλέον, αφού ότι δεν είχε υιοθετήσει τέκνο που είχε γεννηθεί μέσω παρένθετης μητρότητας, δεν δικαιούνταν ούτε άδεια υιοθεσίας υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπει ο νόμος περί άδειας υιοθεσίας του 1995.

Στις 10 Φεβρουαρίου 2010, η Z. ζήτησε από το Government department να της χορηγήσει άδεια που αντιστοιχούσε σε άδεια υιοθεσίας. Στις 5 Μαρτίου 2010, το τελευταίο απέρριψε το εν λόγω αίτημα διότι η ενδιαφερόμενη δεν πληρούσε τους όρους που προέβλεπαν τα ισχύοντα καθεστώτα σχετικά με τις άδειες μητρότητας ή υιοθεσίας.

Το Government department δήλωσε, εντούτοις, ότι προτίθετο να χορηγήσει στη Ζ. άδεια άνευ αποδοχών για το διάστημα παραμονής της στην Καλιφόρνια πριν από τη γέννηση του τέκνου. Προσέθεσε ότι, μετά τη γέννηση αυτή, η Ζ. δικαιούνταν νόμιμη γονική άδεια για το διάστημα από τον τοκετό έως το τέλος Μαΐου του 2010 και, εκ νέου, από την έναρξη του επόμενου σχολικού έτους. Διευκρίνισε ότι η Ζ. δικαιούνταν γονική άδεια μέγιστης διάρκειας δεκατεσσάρων εβδομάδων και ότι θα ελάμβανε κανονικές αποδοχές για τους θερινούς μήνες.

Εξαιτίας ενός συνδυασμού σχολικών διακοπών και μετ’ αποδοχών αναρρωτικής άδειας, χορηγηθείσας κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης για λόγους που ανάγονταν όχι στην αναπηρία της άλλα σε άγχος, η Ζ. εργάσθηκε εννέα περίπου ημέρες κατά το διάστημα από 12 Απριλίου 2010 έως τις αρχές Ιανουαρίου 2011. Το Government department κατέβαλε στη Ζ. πλήρεις αποδοχές για όλο αυτό το διάστημα

Τον Νοέμβριο του 2010, η Z. προσέφυγε ενώπιον του Equality Tribunal κατά του Government department. Προέβαλε ότι είχε υποστεί δυσμενή διάκριση λόγω φύλου, οικογενειακής καταστάσεως και αναπηρίας, ότι το Government department δεν της είχε, ως προσώπου με αναπηρία, παράσχει εύλογες προσαρμογές και ότι το τελευταίο είχε αρνηθεί να της χορηγήσει άδεια μετ’ αποδοχών που αντιστοιχεί σε άδεια μητρότητας ή σε άδεια υιοθεσίας, παρότι είχε υποβληθεί σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποιήσεως.

Το Ιρλανδικό Δικαστήριο υπέβαλλε προδικαστικό ερώτημα ζητώντας να μάθει αν η παροχή άδειας σε μητέρα που απέκτησε τέκνο μέσω παρένθετης μητρότητας, εμπίπτει στο πεδίο των διατάξεων των ευρωπαϊκών οδηγιών για την ίση μεταχείριση των εργαζομένων.

Σύμφωνα με την άποψη του Γενικού Εισαγγελέα, την οποία ασπάστηκε και το Δικαστήριο, κρίθηκε ότι η μη παροχή της αιτούμενης άδειας στην Ζ δεν συνιστά παραβίαση των Οδηγιών για την ίση μεταχείριση στην εργασία, αφού δεν διέγνωσε δυσμενή διάκριση εις βάρος της αιτούσας.

Το Δικαστήριο στο σκεπτικό του υπενθυμίζει ότι σκοπός της Οδηγίας είναι η βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας κατά την εργασία των εγκύων, λεχώνων και γαλουχουσών εργαζομένων, δεδομένου ότι τα πρόσωπα αυτά θεωρούνται ως ομάδα ειδικών κινδύνων. Στην οδηγία αυτή, η διάταξη η οποία αφορά την άδεια μητρότητας κάνει ρητώς λόγο περί τοκετού και έχει ως σκοπό την προστασία της υγείας της μητέρας του τέκνου στην ιδιαίτερη και ευάλωτη κατάσταση στην οποία αυτή βρίσκεται λόγω της εγκυμοσύνης της. Το Δικαστήριο προσθέτει πως μολονότι η άδεια μητρότητας αποσκοπεί επίσης στην προστασία των ειδικών σχέσεων μεταξύ της γυναίκας και του τέκνου της, ο σκοπός αυτός αφορά μόνο τον χρόνο «μετά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό». Επομένως, η χορήγηση άδειας μητρότητας βάσει της οδηγίας προϋποθέτει ότι η ενδιαφερόμενη εργαζόμενη κυοφόρησε και γέννησε το τέκνο. Ως εκ τούτου, η κατά νόμο μητέρα που απέκτησε τέκνο κατόπιν συμφωνίας παρένθετης μητρότητας δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της οδηγίας 92/85, ακόμη και στην περίπτωση που μπορεί να θηλάσει το τέκνο μετά τη γέννησή του ή θηλάζει όντως το τέκνο αυτό.

Κατά συνέπεια, τα κράτη μέλη δεν υποχρεούνται να προβλέπουν τη χορήγηση δικαιώματος σε άδεια μητρότητας στην εργαζόμενη αυτή.

Εντούτοις, το Δικαστήριο προσθέτει ότι, δεδομένου ότι η εν λόγω οδηγία έχει ως αντικείμενο τον καθορισμό ορισμένων ελάχιστων απαιτήσεων όσον αφορά την προστασία των εγκύων εργαζομένων, τα κράτη μέλη έχουν την ευχέρεια να εφαρμόζουν ευνοϊκότερες ρυθμίσεις υπέρ των κατά νόμο μητέρων.

Όσον αφορά την οδηγία 2006/54/ΕΚ για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία, το Δικαστήριο διαπιστώνει ότι η άρνηση χορηγήσεως άδειας μητρότητας σε κατά νόμο μητέρα δεν αποτελεί δυσμενή διάκριση λόγω φύλου, δεδομένου ότι ούτε ο κατά νόμο πατέρας έχει δικαίωμα σε αντίστοιχη άδεια και ότι η άρνηση αυτή δεν συνεπάγεται ειδικώς μειονεκτική μεταχείριση των γυναικών εργαζομένων σε σχέση με τους άνδρες εργαζόμενους.

Επιπλέον, η άρνηση χορηγήσεως άδειας μετ’ αποδοχών ισοδύναμης με άδεια υιοθεσίας σε κατά νόμο μητέρα δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της οδηγίας για την ίση μεταχείριση. Η οδηγία αυτή διατηρεί την ευχέρεια των κρατών μελών να χορηγούν ή όχι άδεια υιοθεσίας και ορίζει απλώς ότι, σε περίπτωση χορηγήσεως τέτοιας άδειας, οι ενδιαφερόμενες εργαζόμενες πρέπει να προστατεύονται από την απόλυση και έχουν δικαίωμα να επιστρέψουν στην εργασία τους ή σε ισοδύναμη θέση εργασίας.

Από την παραπάνω απόφαση και σε ό,τι αφορά την Ιρλανδία είναι αξιοσημείωτο επίσης, ότι το ιρλανδικό δικαστήριο υπέβαλλε το προδικαστικό ερώτημα παρόλο που η διαδικασία της ι.υ.α έλαβε χώρα στο εξωτερικό και εντός της χώρας δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο για τέτοια μέθοδο. Κατά κάποιο έμμεσο δηλαδή τρόπο, το γεγονός ότι ένα ζευγάρι Ιρλανδών προχώρησε στην εφαρμογή στο εξωτερικό μιας μεθόδου η οποία δεν εφαρμόζεται εντός της χώρας, δεν αποτέλεσε αφορμή για να χαρακτηριστεί η πράξη παράνομη και επομένως να θεωρηθεί ότι από μια παράνομη πράξη δεν μπορούν να παραχθούν έννομες συνέπειες. Αντιθέτως, και οι ιρλανδικές αρχές και το ιρλανδικό δικαστήριο αναγνώρισαν το γεγονός και αποδέχτηκαν κατ’ αρχήν ότι η Ζ δικαιούταν άδεια που αρμόζει σε γονέα. Απλώς το Δικαστήριο έκρινε ότι δεν συντρέχει δυσμενής διάκριση εις βάρο της αιτούσας.

## 3. ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ

Οι κατευθυντήριες οδηγίες ρητώς απαγορεύουν την δημιουργία νέων μορφών ζωής αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και την αναπαραγωγική κλωνοποίηση. Επομένως, συνάγεται ότι είναι επιτρεπτή μόνο η θεραπευτική κλωνοποίηση.[[277]](#footnote-277)

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συνέλεξε η IFFS το 2013 για την Ιρλανδία, ασφαλώς επιβεβαιώνεται ότι απαγορεύεται η αναπαραγωγική κλωνοποίηση, ενώ για την θεραπευτική, αν και επιτρέπεται, σημειώνεται ότι δεν εφαρμόζεται[[278]](#footnote-278). Απαγορεύεται επίσης ο οποιοσδήποτε πειραματισμός στα ανθρώπινα έμβρυα[[279]](#footnote-279).

Η Επιτροπή κατέληξε στην θέση ότι η αναπαραγωγική κλωνοποίηση πρέπει να απαγορεύεται, ενώ η θεραπευτική να επιτρέπεται, κατόπιν όμως σχετικής άδειας και μόνο υπό όρους[[280]](#footnote-280). Για να καταλήξει στη θέση αυτή πραγματεύτηκε ενδελεχώς το ζήτημα και στάθμισε τα οφέλη και τους κινδύνους της κάθε μίας μορφής κλωνοποίησης.

Συγκεκριμένα, για την αναπαραγωγική κλωνοποίηση, η Επιτροπή έκρινε ότι παρόλο που υπάρχουν αρκετά υπέρ της επιχειρήματα[[281]](#footnote-281), τα επιχειρήματα που συνηγορούν υπέρ της απαγόρευσής της είναι βαρύτερης σημασίας[[282]](#footnote-282). Αντιθέτως για την θεραπευτική κλωνοποίηση αν και εκφράστηκαν προβληματισμοί και επιφυλάξεις και εκφράστηκε ο φόβος ότι μπορεί η εφαρμογή της να αποτελέσει το προοίμιο της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης ή ότι αν επιτραπεί η θεραπευτική κλωνοποίηση δεν θα μπορεί να ελεγχθεί και να αποτραπεί η αναπαραγωγική, εντούτοις επικράτησε η άποψη ότι θα πρέπει να επιτραπεί κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις και μόνο εφόσον ρυθμιστεί και τεθεί υπό την εποπτεία κάποιας αρχής[[283]](#footnote-283).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν δύο σημεία που απασχόλησαν τα μέλη της Επιτροπής:

Το πρώτο ήταν αν είναι νομικά επιτρεπτό να επιτραπεί μία μορφή κλωνοποίησης - η θεραπευτική, και να απαγορευτεί μία άλλη - η αναπαραγωγική. Η απάντηση που δόθηκε ήταν πως κάτι τέτοιο είναι εφικτό με την θέσπιση αυστηρών κανόνων και προϋποθέσεων και με τη θέσπιση διαδικασιών που θα ελέγχουν την εφαρμογή των προβλέψεων[[284]](#footnote-284).

Το δεύτερο ζήτημα αφορούσε το στάτους του κλωνοποιημένου οργανισμού, δεδομένου ότι δεν γονιμοποιείται, και αν αυτό εντάσσεται στην έννοια της αγέννητης ζωής σύμφωνα με το ιρλανδικό Σύνταγμα. Το ερώτημα μένει ανοικτό αν και διαφαίνεται πως τελικά υιοθετείται η θέση πως και το έμβρυο in vitro πρέπει να προστατευτεί όπως και το έμβρυο in vivi[[285]](#footnote-285).

Τα παραπάνω αναφέρθηκαν για να γίνει αντιληπτό ότι το ζήτημα προκάλεσε αρκετές επιφυλάξεις και έντονο προβληματισμό στα μέλη της Επιτροπής, που προφανώς αντανακλά σε μεγάλο βαθμό και τον προβληματισμό που υπάρχει μεταξύ των επιστημόνων αλλά και της κοινωνίας πάνω στο ζήτημα.

Οι θέσεις της IFS, σχετικά με το ζήτημα, είναι ότι πρέπει οι μέθοδοι της ι.υ.α να χρησιμοποιούνται με αποκλειστικό σκοπό την εγκυμοσύνη και την απόκτηση τέκνων[[286]](#footnote-286) και σε καμία περίπτωση για την έρευνα ή με σκοπό την κλωνοποίηση (αναφέρεται χωρίς διάκριση σε αναπαραγωγική και θεραπευτική)[[287]](#footnote-287). Πρέπει να απαγορεύεται επιπλέον η δημιουργία εμβρύου με γενετικό υλικό πλέον των δύο ατόμων[[288]](#footnote-288)καθώς και η χρήση για αναπαραγωγικούς σκοπούς εμβρύου που έχει χρησιμοποιηθεί για έρευνα[[289]](#footnote-289).

Γενικότερα, είχαν στο παρελθόν διατυπωθεί απόψεις ότι η κλωνοποίηση θα πρέπει να απαγορευτεί διά νόμου και να προβλέπονται και ποινικές κυρώσεις, οι οποίες όμως σήμερα απουσιάζουν από τη νομοθεσία[[290]](#footnote-290).

Μεταξύ των προσώπων αναφοράς υπήρξε απόλυτη ομοφωνία ότι η αναπαραγωγική κλωνοποίηση πρέπει να είναι και να παραμείνει απαγορευμένη. Για τη θεραπευτική κλωνοποίηση δήλωσαν επίσης ομοφώνως αποδοχή, εφόσον επιτρέπεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες, όμως παράλληλα εκδήλωσαν το σκεπτικισμό τους απέναντι σε αυτή και πάντως υποστήριξαν ότι στην Ιρλανδία δεν γνωρίζουν να λαμβάνει χώρα η εφαρμογή τέτοιας μεθόδου ούτε καν σε ερευνητικό επίπεδο.

# ΙV. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ KAI ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

Εκ του νόμου δεν ελέγχεται η οικογενειακή κατάσταση ενός ζευγαριού που θα προσέλθει σε κάποια κλινική και θα ζητήσει την ιατρική υποβοήθηση της αναπαραγωγής. Η παροχή υπηρεσιών ι.υ.α εμπίπτει στο ρυθμιστικό πεδίο των Equal Status Acts 2000-2004 που απαγορεύουν οποιαδήποτε διάκριση με βάση τις σεξουαλικές προτιμήσεις ή την οικογενειακή κατάσταση[[291]](#footnote-291). Άλλωστε στις κατευθυντήριες οδηγίες συμπεριλαμβάνεται ως γενική αρχή η υποχρέωση του ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του χωρίς διάκριση εκτός των άλλων και λόγω σεξουαλικών προτιμήσεων ή οικογενειακής κατάστασης[[292]](#footnote-292). Δεν επιτρέπεται να εξετάζεται δηλαδή αν πρόκειται περί ζευγαριού που είναι παντρεμένο, αν συνδέεται με σύμφωνο συμβίωσης ή απλά συζεί ή συμβιώνει χωρίς να ενδιαφέρει ούτε το χρονικό διάστημα που βρίσκεται σε σχέση, ούτε αν το ζευγάρι είναι ομόφυλο ή ετερόφυλο[[293]](#footnote-293).

## Α. ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

### 1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Με βάση τα παραπάνω, στην περίπτωση που προσέλθει μοναχική γυναίκα, δεν προβλέπεται οποιαδήποτε διαδικασία που θα αποσκοπεί στον έλεγχο της οικογενειακής της κατάστασης και συνεπώς έτσι μπορεί να γίνει δεκτό ότι μπορεί η μοναχική αυτή γυναίκα να έχει πρόσβαση στις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, χωρίς να αποκλείεται εξ αιτίας του γεγονότος ότι δεν συνδέεται με έτερο πρόσωπο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι στην έκθεση του IFFS 2013 εμφανίζεται στον πίνακα 2 της σ. 32 ως ένδειξη ότι κατευθυντήριες οδηγίες στην Ιρλανδία απαιτούν την ύπαρξη σταθερής σχέσης (με τη διευκρίνιση στη σ. 31 της ίδιας της έκθεσης ότι δεν υπάρχει σαφές περιεχόμενο και ορισμός για τον όρο αυτό που χρησιμοποιείται). Το στοιχείο αυτό δεν προέκυψε και δεν επαληθεύτηκε από την παρούσα έρευνα, διότι πλέον δεν ισχύει. Συγκεκριμένα η πρόβλεψη αυτή υπήρχε στις κατευθυντήριες οδηγίες του Medical Council 1994-1998, όμως απαλείφθηκε από τις αναθεωρημένες οδηγίες από το 1998 και έπειτα, κατάσταση που διατηρείται και με τις οδηγίες που βρίσκονται σε ισχύ σήμερα[[294]](#footnote-294), όπως αναλυτικότερα θα αναφερθεί και στη συνέχεια.

Οι υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες δεν συμπεριλαμβάνουν ειδική αναφορά για την περίπτωση αυτή και δεν θέτουν προϋποθέσεις, ωστόσο αυτό δεν σημαίνει ότι την απαγορεύουν, διότι ό,τι δεν απαγορεύεται ρητώς, επιτρέπεται.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που βρισκόταν σε ισχύ μέχρι το 1994 από το Medical Council, αναθεωρήθηκαν το 1998. Ειδικότερα σε ό,τι έχει να κάνει με την in vitro γονιμοποίηση, υπήρξε μια μικρή αλλά εξόχως σημαντική διαφοροποίηση: ενώ μέχρι το 1998 υπήρχε ρητός περιορισμός της πρόσβασης στις μεθόδους της ι.υ.α στα παντρεμένα ζευγάρια, από τις οδηγίες του 1998 απαλείφθηκε ο συγκεκριμένος όρος. Ρητώς μεν δεν έγινε κάποια αναφορά στους μοναχικούς άνδρες ή τις γυναίκες, ωστόσο εφόσον απαλείφθηκε ο προϋπάρχων περιορισμός, συνάγεται ότι η πρόσβαση είναι ακώλυτη ακόμα και για μη παντρεμένα άτομα[[295]](#footnote-295) και επιπλέον για μοναχικούς ανθρώπους και ομόφυλα ζευγάρια[[296]](#footnote-296). Τόσο η αναθεωρημένη έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών το 2004 όσο και η πιο πρόσφατη και ισχύουσα έκδοση του 2009 δεν επέφεραν κάποια τροποποίηση στο εν λόγω ζήτημα.

Στις προτάσεις της Επιτροπής συμπεριλαμβάνεται πρόταση που αφορά την ανάληψη νομοθετικής πρωτοβουλίας που θα επιτρέπει την πρόσβαση στις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πέραν κάθε διακρίσεως, όπως η διάκριση λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού ή οικογενειακής κατάστασης[[297]](#footnote-297). Πρόταση της Επιτροπής αποτελεί επίσης, η αναγνώριση του δικαιώματος πρόσβασης στην ι.υ.α ανεξαρτήτως του είδους της σχέσης μεταξύ του ζευγαριού και ανεξαρτήτως ακόμα και του γεγονότος της μη ύπαρξης σχέσης, επομένως συμπεριλαμβάνονται και τα μοναχικά άτομα[[298]](#footnote-298).

Πολύ σημαντικές πληροφορίες περιλαμβάνονται στην έκθεση της Επιτροπής στην οπoία καταγράφηκαν τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη και αφορούσε την ι.υ.α.

Αρχικά σε ό,τι αφορά τους ιατρούς και τους επαγγελματίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γενικότερα αποδείχθηκε ότι στην πράξη δεν υπάρχει καμία διαφορετική μεταχείριση μεταξύ ζευγαριών που είναι παντρεμένα και ζευγαριών που βρίσκονται σε μια μακροχρόνια σχέση[[299]](#footnote-299). Ομόφωνα και καταφατικά απαντούν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση αν θα παρείχαν τις υπηρεσίες τους σε ετερόφυλο ζευγάρι είτε είναι παντρεμένο είτε όχι. Εν συνεχεία, το 53% των γιατρών που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι θα παρείχαν τις υπηρεσίες τους σε μοναχικά άτομα ενώ το 14% δεν θα είχε πρόβλημα με ομόφυλα ζευγάρια[[300]](#footnote-300).

Περαιτέρω, όσον αφορά την κοινή γνώμη, σε τηλεφωνική έρευνα που διεξήχθη το 2002 σε δείγμα 1003 ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, εξήχθη το αποτέλεσμα ότι το 83% συμφωνούσαν με την παροχή πρόσβασης σε ι.υ.α των παντρεμένων ζευγαριών, ενώ το 63% δεν είχε αντίρρηση ούτε για την περίπτωση των ζευγαριών που βρίσκονται σε μόνιμη σχέση. Η περίπτωση των μοναχικών γυναικών φαίνεται ότι διχάζει την κοινή γνώμη καθώς το 54% των ερωτηθέντων αποδέχονται την πρόσβαση των μοναχικών γυναικών στην ι.υ.α ενώ το 41% συμφωνεί με την άποψη ότι πρέπει να είναι επιτρεπτή η πρόσβαση στις μεθόδους ιατρικής υποβοήθησης στην αναπαραγωγή και για τους μοναχικούς άνδρες και τα ομόφυλα ζευγάρια[[301]](#footnote-301).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην πράξη, οι κλινικές διαφημίζουν την παροχή υπηρεσιών σε μοναχικές γυναίκες[[302]](#footnote-302) ενώ υπάρχουν και αναφορές στον τύπο για την δυνατότητα αυτή[[303]](#footnote-303). Πιο πρόσφατες αναφορές στον τύπο πάντως κάνουν λόγο για αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών ι.υ.α από μοναχικές γυναίκες, οι οποίες όμως ταξιδεύουν για το λόγο αυτό στο εξωτερικό ακόμα και όταν το κόστος είναι μεγαλύτερο από ότι στην Ιρλανδία, διότι στο εξωτερικό (το δημοσίευμα αναφέρεται στην Ισπανία) υπάρχει καλύτερη πληροφόρηση και ένα πιο ξεκάθαρο νομικό πλαίσιο, ενώ το δικαίωμα των μοναχικών γυναικών να προσφεύγουν σε ι.υ.α δεν τίθεται υπό περιορισμούς ή και αμφισβήτηση[[304]](#footnote-304). Να σημειωθεί ότι από τις παραπάνω αναφορές στον τύπο προκύπτει ότι οι εν λόγω μοναχικές γυναίκες δεν αντιμετώπιζαν κάποια ιατρική αδυναμία απόκτησης τέκνων αλλά προέβησαν σε ι.υ.α επειδή απλά ήταν μοναχικές γυναίκες, δεν είχαν κάποια σχέση με άλλο πρόσωπο και ανησυχούσαν ότι θα μεγαλώσουν αρκετά και θα χάσουν την ευκαιρία της μητρότητας.

### 2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η πρόσβαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν περιορίζεται με κριτήριο την οικογενειακή κατάσταση, διότι αυτή δεν ελέγχεται. Επομένως, υπό αυτή την οπτική μια μοναχική γυναίκα μπορεί να υποβληθεί σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κάνοντας χρήση σπέρματος δότη ή και γονιμοποιημένου ωαρίου που έχει δοθεί για δωρεά, με τους ίδιους όρους όπως και μία έγγαμη γυναίκα. Θα πρέπει δηλαδή να προκύπτει ιατρική αδυναμία, προϋπόθεση η οποία και ελέγχεται από την κλινική και τον γιατρό στον οποίο προσφεύγει η γυναίκα. Αξίζει η υπενθύμιση ότι όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα περιστατικά που έγιναν γνωστά στον τύπο, παρουσιάζονται ως περιπτώσεις γυναικών που δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα γονιμότητας αλλά προσέφυγαν στην ι.υ.α διότι ακριβώς ήταν μοναχικές. Αυτό το γεγονός στηρίζει και το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν σαφείς κυρώσεις και συνέπειες που να αφορούν τους εμπλεκόμενους σε ι.υ.α και γι’ αυτό η κατάσταση είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξέλεγκτη και η πρόσβαση στην ι.υ.α είναι κατά το μάλλον ή ήττον ελεύθερη και απροϋπόθετη.

Συνεπώς, περιττεύει η αναφορά σε ανώτατα ή κατώτατα όρια ηλικίας ή σε άλλες προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς αρκούν όσο αναφέρθηκαν στο οικείο κεφάλαιο και για τα ζευγάρια, ως προς την ηλικία και την υγεία των υποβοηθούμενων προσώπων, την ενημέρωση που πρέπει να λαμβάνουν από τον ιατρό και την συναίνεση που παρέχουν για την υποβολή τους στις ιατρικές πράξης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ακόμα και η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και η συμβουλευτική για τα νομικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει η γυναίκα ή το παιδί δεν αποτελούν κάποιο ιδιαίτερο όρο ή συνέπεια της ι.υ.α. για μοναχικές γυναίκες αλλά αποτελούν αναπόσπαστο και βασικό μέρος της ι.υ.α. και για τα ζευγάρια.

### 3. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Όπως και για τους υπόλοιπους όρους πρόσβασης στην ι.υ.α δεν υπάρχουν ειδικές διατάξεις για τις μοναχικές γυναίκες και δεν διακρίνονται οι περιπτώσεις από τα γενικώς προβλεπόμενα, το ίδιο ισχύει και αναφορικά με τις επιτρεπτές μεθόδους για μοναχικές γυναίκες. Βέβαια, με δεδομένο ότι όπως ήδη σε άλλο σημείο έχει εξηγηθεί η παρένθετη μητρότητα δεν εφαρμόζεται και γενικά αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα λόγω των νομικών ζητημάτων που εγείρονται, οι επιλογές που έχει μια μοναχική γυναίκα είναι είτε η χρήση σπέρματος δότη, που είναι η συνηθέστερη, είτε η χρήση γονιμοποιημένο ωάριο που έχει δοθεί για δωρεά από άλλο ζευγάρι.

## Β. ΜΟΝΑΧΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ

### 1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΥΑ

### 

Ισχύουν κατ’ αρχήν όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω για τις μοναχικές γυναίκες, ωστόσο θα πρέπει να επισημανθούν τα παρακάτω σημεία:

Πρώτον, το 41% των ερωτηθέντων σε έρευνα της Επιτροπής συμφωνεί με την άποψη ότι πρέπει να είναι επιτρεπτή η πρόσβαση στις μεθόδους ιατρικής υποβοήθησης στην αναπαραγωγή και για τους μοναχικούς άνδρες[[305]](#footnote-305) (ενώ το ίδιο ποσοστό για τις γυναίκες είναι 54%). Άρα η επιλογή αυτή έχει μικρότερη κοινωνική αποδοχή. Πάντως οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα δεν διέκριναν μεταξύ μοναχικών ανδρών και γυναικών και το 53% δήλωσαν ότι θα παρείχαν τις υπηρεσίες τους σε μοναχικά άτομα[[306]](#footnote-306). Δεύτερον, δεδομένου του προβλήματος που υπάρχει στην εφαρμογή της μεθόδου της παρένθετης μητρότητας για λόγους που εξηγήθηκαν αναλυτικά σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι μοναχικοί άνδρες είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατο να μπορέσουν να έχουν πρόσβαση στην ι.υ.α. Τρίτον και ίσως σημαντικότερο, είναι το γεγονός ότι το νομικό σύστημα της Ιρλανδίας βασίζεται στον κανόνα της «βέβαιης μητέρας» και οι ληξιαρχικές υπηρεσίες είναι έτσι οργανωμένες ώστε να δηλώνεται η μητέρα κάθε παιδιού και έπειτα ο πατέρας, ο οποίος όμως προσδιορίζεται με βάση τη σχέση που έχει προς τη μητέρα, αν δηλαδή είναι παντρεμένος μαζί της ή αν αυτή δηλώσει ότι βρίσκεται σε σχέση μαζί του ή ότι είναι ο πατέρας[[307]](#footnote-307). Επομένως, είναι αδύνατο αυτή τη στιγμή να δηλωθεί ένα παιδί μόνο με πατέρα και όχι με μητέρα στην Ιρλανδία.

Επιπροσθέτως, μπορεί να παρατηρηθεί ότι τόσο στον τύπο όσο και στα διαφημιστικά φυλλάδια των κλινικών ι.υ.α δεν γίνεται πουθενά καμία αναφορά για ι.υ.α σε μοναχικούς άνδρες.

Έτσι, μπορεί με ασφάλεια να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η ι.υ.α σε μοναχικούς άνδρες κατ’ αρχήν επιτρέπεται, αφού δεν απαγορεύεται ρητά. Ωστόσο η μη εφαρμογή της μεθόδου της παρένθετης μητέρας, για το λόγο ότι νόμιμη μητέρα είναι πάντα η γυναίκα που γεννα, αποκλείει την εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου ι.υ.α σε μοναχικούς άνδρες.

Τα πρόσωπα αναφοράς ερωτώμενα σχετικά με την πρόσβαση στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή για τις μοναχικές γυναίκες και τους μοναχικούς άνδρες, έδωσαν τις παρακάτω πληροφορίες:

Μεταξύ των δύο ιατρών παρατηρείται πλήρης διαφωνία. Ο μεν πρώτος θεωρεί αποδεκτή τη δυνατότητα των μοναχικών γυναικών να έχουν πρόσβαση στις μεθόδους της ι.υ.α, μόνο όμως εφόσον συντρέχουν στο πρόσωπό της ιατρικοί λόγοι που την εμποδίζουν να αποκτήσει παιδί με φυσιολογικό τρόπο. Μάλιστα, το συγκεκριμένο πρόσωπο, αποδέχεται τη δυνατότητα των μοναχικών γυναικών να προσφεύγουν στη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας με τους ίδιους όρους, όπως και τα ζευγάρια, επισημαίνοντας πάντως ότι υπάρχουν νομικά προβλήματα που σχετίζονται με την παρένθετη μητρότητα και αυτά θα πρέπει προηγουμένως να λυθούν και να ρυθμιστούν. Σχετικά με τους μοναχικούς άνδρες, ο ίδιος γιατρός, τασσόταν υπέρ της δυνατότητας πρόσβασης στις μεθόδους ι.υ.α εφόσον και πάλι συντρέχουν ιατρικοί λόγοι. Στην περίπτωση που διαπιστώνεται ιατρική αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσιολογικό τρόπο, θα πρέπει να επιτρέπεται, σύμφωνα με αυτή την άποψη, στους μοναχικούς άνδρες να αποκτούν τέκνα μέσω παρένθετης μητέρας, ακόμα και με τη μέθοδο της πλήρους υποκατάστασης.

Αντιθέτως, ο δεύτερος ιατρός, απάντησε ότι για τον ίδιο δεν είναι σε καμία περίπτωση και για κανένα λόγο αποδεκτή η θέση ότι πρέπει να παρέχεται σε μοναχικά πρόσωπα, αδιακρίτως άνδρες ή γυναίκες, η δυνατότητα πρόσβασης στην ι.υ.α υπό οποιαδήποτε μορφή ή μέθοδο. Και τούτο διότι, όπως πρεσβεύει, οι μέθοδοι της ι.υ.α πρέπει να απευθύνονται μόνο σε ζευγάρια και να αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός ιατρικού λόγου που δεν επιτρέπει τη φυσιολογική τεκνοποίηση.

Όσον αφορά τους νομικούς, προέκυψε μια μεγαλύτερη συμφωνία. Οι δύο εξ αυτών, υποστηρίζουν τη θέση ότι θα πρέπει να επιτρέπεται η πρόσβαση στις μεθόδους ι.υ.α στις μοναχικές γυναίκες και μάλιστα τόσο στην περίπτωση που συντρέχουν στο πρόσωπό της ιατρικοί λόγοι που συνεπάγονται αδυναμία τεκνοποίησης με φυσιολογικό τρόπο όσο και στην περίπτωση που δεν υφίσταται κάποιος ιατρικός λόγος αλλά η γυναίκα επιθυμεί μεν την απόκτηση τέκνου όμως δεν θέλει να έχει σεξουαλική επαφή με άνδρα. Την ίδια αποδοχή τυγχάνει από τα ίδια πρόσωπα και η περίπτωση του μοναχικού άνδρα. Συγκεκριμένα, θεωρούν ότι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις μεθόδους ι.υ.α και οι μοναχικοί άνδρες και να μπορούν να αποκτήσουν παιδί με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας, ακόμα και με πλήρη υποκατάσταση, και μάλιστα και πάλι τόσο στην περίπτωση που υπάρχουν ιατρική αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσιολογικό τρόπο όσο και επειδή η στάση ζωής τους τους επιτάσσει να μην έχουν σεξουαλικές επαφές με γυναίκες.

Το τρίτο πρόσωπο αναφοράς από τους νομικούς, εξέφρασε τη γνώμη ότι η πρόσβαση στην ι.υ.α για μοναχικούς άνδρες και μοναχικές γυναίκες θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο όμως εφόσον συντρέχει ιατρικός λόγος που δεν επιτρέπει στο πρόσωπο αυτό την τεκνοποίηση με φυσιολογικό τρόπο και όχι σε άλλες περιπτώσεις. Επίσης θεωρεί ότι στην περίπτωση αυτή, οι όροι πρόσβασης στην ι.υ.α δεν πρέπει να είναι οι ίδιοι με τους όρους που θα πρέπει να προβλέπονται για τα ζευγάρια αλλά θα πρέπει να τεθεί ειδικό πλαίσιο που να διασφαλίζει κυρίως το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί. Ακόμη, έχει την άποψη ότι στην περίπτωση των μοναχικών ανδρών ακόμα και όταν θα αντιμετωπίζουν ιατρική αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσιολογικό τρόπο, δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να διέρχονται τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας με πλήρη υποκατάσταση.

## Γ. ΟΜΟΦΥΛΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ

### 1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΥΑ

Όπως μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό με βάση όσα προεκτέθηκαν εισαγωγικά στο παρόν κεφάλαιο, η πρόσβαση στην ι.υ.α για τα ομόφυλα ζευγάρια, δεν απαγορεύεται ρητώς, και επομένως επιτρέπεται. Συνηγορούν προς τούτο αφενός η διαφοροποίηση των κατευθυντήριων οδηγιών από την έκδοση του 1994 στην νεώτερη του 1998 όταν ο περιορισμός που υπήρχε για πρόσβαση στις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μόνο σε έγγαμα ζευγάρια, απαλείφθηκε και έτσι, δεν υπάρχει πλέον εμπόδιο για την παροχή τέτοιων υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε μοναχικούς ανθρώπους ή σε ομόφυλα ζευγάρια[[308]](#footnote-308), αφετέρου η ισχύς της Equal Status Act 2000 και 2004 οι οποίες απαγορεύουν οποιαδήποτε διάκριση με βάση τις σεξουαλικές προτιμήσεις.

Άλλωστε και ίδια η HSE αναφέρει ότι δεν υπάρχει περιορισμός για τα ομόφυλα ζευγάρια, ωστόσο διαπιστώνει ότι οι περισσότερες κλινικές αρνούνται σε αυτά την πρόσβαση στις μεθόδους της ι.υ.α[[309]](#footnote-309).

Στην αρθρογραφία υπάρχουν αναφορές, τόσο για κλινικές που δέχονται μεγάλο αριθμό ομόφυλων ζευγαριών όσο και για άλλες που έχουν θέσει ως προϋπόθεση την ύπαρξη γάμου μεταξύ των προσώπων που προσέρχονται για ι.υ.α[[310]](#footnote-310). Κάποιες άλλες κλινικές επίσης, δημοσιεύουν στοιχεία και ισχυρίζονται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών τους είναι ομόφυλα ζευγάρια[[311]](#footnote-311). Υπάρχουν όμως και αναφορές για δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ομόφυλα ζευγάρια ως προς την πρόσβασή τους στην ι.υ.α γεγονός που αναγκάζει πολλά από αυτά να καταφύγουν σε κλινικές του εξωτερικού (Ισπανία, Δανία, Τσεχία)[[312]](#footnote-312). Προς τούτο, υπενθυμίζεται επίσης, ότι στην έρευνα που περιλαμβάνεται στην έκθεση της Επιτροπής, μόλις το 14% των ιατρών που ερωτήθηκαν απάντησε ότι δεν θα είχε πρόβλημα να εφαρμόσει μεθόδους ι.υ.α σε ομόφυλα ζευγάρια[[313]](#footnote-313).

Φαίνεται δηλαδή καθαρά ότι το ζήτημα επαφίεται στην πολιτική που διαμορφώνει η κάθε κλινική ελεύθερα[[314]](#footnote-314). Επομένως, ως συμπέρασμα μπορεί να διατυπωθεί ότι η πρόσβαση στην ι.υ.α για τα ομόφυλα ζευγάρια είναι ανοικτή όμως εναπόκειται σε κάθε κλινική αν θα προχωρά στην εφαρμογή των μεθόδων ή θα την αρνείται σε τέτοια ζευγάρια. Πάντως από τη στιγμή που γίνονται δεκτά τα ομόφυλα ζευγάρια σε κάποια κλινική, ισχύουν οι ίδιες προϋποθέσεις με τα ετερόφυλα ζευγάρια και δεν υπάρχουν ειδικοί όροι.

### 2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Από τη στιγμή που απουσιάζει ειδική νομοθεσία και ξεχωριστό νομικό πλαίσιο, για τις προϋποθέσεις εφαρμογής κα ιτις μεθόδους ι.υ.α ισχύουν ακριώς τα ίδια με όσα ισχύον και για τα υπόλοιπα ζευγάρια. Η μόνη επισήμανση που πρέπει να γίνει είναι πως, αφού δεν επιτρέπεται η εφαρμογή μεθόδου ι.υ.α με παρένθετη μητέρα, τα ζευγάρια ομόφυλων ανδρών, κατ’ αποτέλεσμα αποκλείονται από την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α.

## Δ. ΤΡΑΝΣΕΞΟΥΑΛ

### 1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Κατ’ αρχήν, με βάση όσα εκτέθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαιο δεν προκύπτει αποκλεισμός των τρανσέξουαλ οπότε η πρόσβαση στην ι.υ.α επιτρέπεται και γι’ αυτούς.

Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι ούτε η Επιτροπή έκανε την παραμικρή αναφορά σε άτομα τρανσέξουαλ, ούτε οι κλινικές διαφημίζουν ότι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε τέτοια άτομα ούτε στη βιβλιογραφία και την αρθρογραφία γίνεται αντικείμενο πραγμάτευσης το συγκεκριμένο θέμα. Υπάρχει μία μόνο αναφορά για γέννηση τέκνου από τρανσέξουαλ άτομο το 2008 με χρήση σπέρματος δότη[[315]](#footnote-315), χωρίς όμως να μπορεί να προκύψει αν αυτή έλαβε χώρα εντός της Ιρλανδίας και ποια είναι τα ακριβή πραγματικά περιστατικά του συμβάντος.

Πρόκειται επομένως για δυνατότητα η οποία ενώ δεν αποκλείεται νομικά, πρακτικά μένει ανεφάρμοστη και δεν είναι προς το παρόν διαδεδομένη, ώστε να υπάρχουν στοιχεία.

### 2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Η δυνατότητα ένας άνδρας που υποβάλλεται σε αλλαγή φύλου να επιδιώξει να αποκτήσει βιολογικά δικό του παιδί με σπέρμα που έχει κρυοσυντηρήσει όσο ακόμα ήταν άνδρας, δεν φαίνεται να απαγορεύεται όμως και πάλι δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία και δεδομένα, ούτε έχει τύχει ειδικής μελέτης το ζήτημα.

Τα πρόσωπα αναφοράς, διατύπωσαν τις εξής απόψεις σχετικά με την δυνατότητα πρόσβασης στις μεθόδους ι.υ.α για τα ομόφυλα ζευγάρια και τους τρανσέξουαλ:

Οι δύο ιατροί διατύπωσαν εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις. Ο ένας ήταν κάθετα αντίθετος στο να επιτρέπεται η πρόσβαση στις μεθόδους της ι.υ.α τόσο στο ομόφυλα ζευγάρια, ανεξαρτήτως αν πρόκειται για γκέυ ή λεσβίες, όσο και στους τρανσέξουαλ .Ο δεύτερος όμως, ισχυρίστηκε ότι δεν βλέπει το λόγο να αποκλειστούν από την ι.υ.α αυτές οι ομάδες ανθρώπων. Αν και όπως σημείωσε, παρόλο που δεν του έχει τύχει τέτοια περίπτωση, ο ίδιος θα ήταν επιφυλακτικός και ίσως αρνούνταν να προχωρήσει στην υποβοήθηση της αναπαραγωγής σε κάποιο τέτοιο πρόσωπο. Όμως γενικά, θεωρεί ότι θα πρέπει να τους επιτρέπεται η πρόσβαση.

Μεταξύ των νομικών παρατηρήθηκε ομοφωνία. Και οι τρεις είχαν την άποψη ότι θα πρέπει να επιτρέπεται η πρόσβαση στις μεθόδους της ι.υ.α. τόσο για τα ομόφυλα ζευγάρια, γκέυ και λεσβίες, όσο και στους τρανσέξουαλ, αρκεί στην τελευταία περίπτωση, όπως επιφυλάχθηκαν οι δύο από τους τρεις, να υπάρχει η διαβεβαίωση από τους ιατρούς ότι το άτομο αυτό είναι σωματικά και ψυχολογικά υγιές και το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί δεν τίθεται σε διακινδύνευση.

# V. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

## 1. ΧΩΡΟΙ ΦΥΛΑΞΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

### 1.1 ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑ

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου, δεν γίνεται αναφορά στον τρόπο ίδρυσης των χώρων φύλαξης γεννητικού υλικού. Επίσης, απουσιάζει οποιαδήποτε αναφορά στον ηλεκτρονικό ιστότοπο του Medical Council παρόλο που στις αρμοδιότητές του αναφέρεται η εποπτεία όλων των χώρων που διεξάγονται ιατρικές πράξεις.

Ερευνώντας το θέμα, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι οι κλινικές που προφέρουν υπηρεσίες ι.υ.α λειτουργούν ταυτόχρονα και ως χώροι φύλαξης του γεννητικού υλικού, ωστόσο δεν διέπονται από κάποιο ειδικό και συγκεκριμένο καθεστώς αλλά αδειοδοτούνται και λειτουργούν όπως και κάθε κλινική στην Ιρλανδία από το Irish Medicines Board (IMB)[[316]](#footnote-316) και επιπλέον ανήκουν και στο πεδίο εποπτείας του Royal College of Physicians of Ireland (RCPI)-Institute of Obstetricians and Gynaecologists[[317]](#footnote-317) .

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκέντρωσε η Επιτροπή το 2005 οι κλινικές που προσέφεραν υπηρεσίες ι.υ.α και ταυτόχρονα φύλαξης-αποθήκευσης γεννητικού υλικού αριθμούνταν σε οκτώ[[318]](#footnote-318), ωστόσο το 2010 λειτουργούσαν διαπιστωμένα 7 κλινικές και το 2013 ο αριθμός τους παρέμενε σταθερός[[319]](#footnote-319) σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκθεση του IFFS, το 2013.

Η Επιτροπή αρκέστηκε να διατυπώσει την πρόταση ότι κρίνεται αναγκαία η δημιουργία ενός φορέα ή μιας αρχής που θα είναι αρμόδια να θεσπίζει κριτήρια και προϋποθέσεις και να παρέχει την άδεια λειτουργίας σε χώρους φύλαξης και αποθήκευσης γεννητικού υλικού εφόσον πληρούνται οι όροι ασφάλειας και ποιότητας που τίθενται[[320]](#footnote-320).

Στη θέση αυτή κατέληξε και η IFS τονίζοντας την ανάγκη δημιουργίας ενός εποπτικού φορέα που θα αδειοδοτεί και στη συνέχεια θα επιβλέπει τη λειτουργία των κλινικών που παρέχουν υπηρεσίες ι.υ.α και αποθήκευσης γεννητικού υλικού ώστε να εξασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό επίπεδο ασφάλειας και ποιότητας των μονάδων αυτών[[321]](#footnote-321).

Στην Ιρλανδία δεν υπήρχε επίσης έως πρόσφατα καμία πρόβλεψη για οργάνωση εθνικού αρχείου. Οι κλινικές βέβαια στην πράξη τηρούσαν αντίστοιχο αρχείο των διαδικασιών ι.υ.α που εφάρμοζαν. Ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι κατά κύριο λόγο οι κλινικές συνεργάζονται με κλινικές του εξωτερικού από όπου και λαμβάνουν το γεννητικό υλικό, επομένως το αρχείο είναι απλώς αρχείο πληροφοριών διακίνησης γεννητικού υλικού με όσες πληροφορίες το συνοδεύουν από την κλινική του εξωτερικού από όπου και λαμβάνεται.

Ο νέος νόμος που θεσπίστηκε τον Απρίλιο, προβλέπει την οργάνωση και λειτουργία εθνικού αρχείου δοτών υπό την αιγίδα του Υπουργού Υγείας. Συγκεκριμένα, προβλέπεται στο άρθρο 33 του νόμου, προβλέπεται η ίδρυση με υπουργική απόφαση (η οποία ωστόσο μέχρι στιγμής δεν έχει ακόμη εκδοθεί) του National Donor- Conceived Person Register. Στο εθνικό αυτό αρχείο καταχωρούνται όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες των δοτών γεννητικού υλικού και των παιδιών που γεννιούνται με ι.υ.α σε διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε γεννητικό υλικό δότη. Ο νόμος προβλέπει ότι τα στοιχεία αυτά παρέχονται στο Εθνικό Αρχείο από τις κλινικές ι.υ.α οι οποίες υποχρεούνται να τηρούν τα αντίστοιχα στοιχεία σε δικό τους αρχείο.

Καθιερώνεται επομένως ένα διττό σύστημα, κατά το οποίο οι κλινικές τηρούν δεδομένα σε δικό τους αρχείο, τα οποία όμως διαβιβάζουν προς καταχώριση στο Εθνικό Αρχείο Δοτών. Σημειώνεται ότι οι ρυθμίσεις αφορούν μόνο διαδικασίες ι.υ.α στις οποίες χρησιμοποιείται γεννητικό υλικό δότη.

### 1.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Οι όροι λειτουργίας εποπτεύονται από την αρχή που αδειοδοτεί την λειτουργία των κλινικών αυτών. Οι όροι αυτοί δεν προκύπτουν σαφώς καθώς επίσης δεν προκύπτει να προβλέπονται κυρώσεις για την παραβίασή τους, πλην της άρσης της άδειας λειτουργίας.

Δεν προβλέπεται και δεν έχει αντιμετωπιστεί το ενδεχόμενο για κάποιο να παύσει να λειτουργεί ο χώρος φύλαξης του γεννητικού υλικού, ώστε να προκύψει το ζήτημα ποια θα είναι η τύχη του υλικού που φυλάσσεται στο συγκεκριμένο χώρο. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις ιατρών, η λύση που μάλλον θα υιοθετηθεί σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο θα είναι κάποια άλλη κλινική να παραλάβει το υλικό του χώρου που θα παύσει να λειτουργεί.

Σε μία περίπτωση που είδε το φως της δημοσιότητας και αφορούσε το ξαφνικό κλείσιμο μιας κλινικής γονιμότητας που λειτουργούσε και ως τράπεζα κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού, τα γεννητικό υλικό άμεσα μεταφέρθηκε σε άλλη κλινική χωρίς να υπάρξει απώλεια ή άλλο πρόβλημα[[322]](#footnote-322).

Το θέμα αντιμετωπίζεται μόνο μέσω των προτάσεων της IFS που τονίζουν την ανάγκη οι ασθενείς με δική τους ευθύνη να διατηρούν ετήσια επαφή με τη μονάδα κρυοσυντήρησης[[323]](#footnote-323). Αν χαθεί η επικοινωνία, η μονάδα οφείλει να κάνει εύλογες προσπάθειες αποκατάστασης της επικοινωνίας και σε διαφορετική περίπτωση να συνεχίσει να τηρεί τους αρχικούς όρους που είχαν διατυπωθεί στο έντυπο συναίνεσης και σε περίπτωση που αυτή παύσει να λειτουργεί και εφόσον δεν καταστεί δυνατή η επικοινωνία με όσους παρείχαν γεννητικό υλικό, να μεταφέρεται το απόθεμα σε άλλη κλινική η οποία θα συνεχίσει την φύλαξή του ως έχει[[324]](#footnote-324).

Πάντως από έρευνα που διεξήχθη προέκυψε ότι στο διάστημα 2000 - 2008 μόλις 11 έμβρυα στο δείγμα των 3000 της έρευνας, εγκαταλείφθηκαν από τους δότες τους[[325]](#footnote-325). Στην ίδια έρευνα επισημαίνεται η απορία των κλινικών για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να μεταχειριστούν τα εγκαταλελειμένα αυτά έμβρυα,τα οποία επιπλέον κοστίζει και να διατηρούν επ’ αόριστον κρυοσυντηρημένα.

Για το συγκεκριμένο ζήτημα, τα πρόσωπα αναφοράς διατύπωσαν τις εξής απόψεις:

Κατ’ αρχάς οι ιατροί, συμφώνησαν ότι οι χώροι φύλαξης του γεννητικού υλικού διαθέτουν πολύ υψηλό επίπεδο ασφάλειας και λειτουργίας, σύμφωνα με τους κανόνες που τίθενται από το Irish Medicines Board (ΙΜΒ)[[326]](#footnote-326) το οποίο και αδειοδοτεί τους χώρους αυτούς και επιβλέπει τη λειτουργία τους.

Από την άλλη, οι νομικοί είχαν μια πιο ασαφή εικόνα της κατάστασης. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο ένας από αυτούς δήλωσε ότι δεν γνωρίζει αν οι χώροι φύλαξης του γεννητικού υλικού πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις ασφαλείας αλλά ούτε και πώς αδειοδοτούνται και λειτουργούν και αν υπάρχει κάποια αρχή που εποπτεύει τη λειτουργία τους. Οι έτεροι δύο αντιθέτως, έχουν σχηματίσει την εικόνα, χωρίς να έχουν εμπεριστατωμένη άποψη και λεπτομερή στοιχεία διαθέσιμα όπως οι ίδιοι επισήμαναν, αλλά από τις πληροφορίες που υπάρχουν στον τύπο και την αίσθηση που αποκομίζουν, πως οι χώροι φύλαξης γεννητικού υλικού πληρούν επαρκώς τα μέτρα ασφαλείας και πως η λειτουργία τους εποπτεύεται από το Irish Medicines Board (ΙΜΒ) με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

## 2. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΟΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

### 2.1 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΔΟΤΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Στις κατευθυντήριες οδηγίες δεν γίνεται ειδική αναφορά για τις προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν ώστε να γίνει κάποιος δότης γεννητικού υλικού. Η μόνη σχετική αναφορά είναι ότι εφόσον προσφέρονται προγράμματα δωρεάς γεννητικού υλικού, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι βιολογικές δυσκολίες που ανακύπτουν και να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην προέλευση του γεννητικού υλικού που δωρίζεται. Σε κάθε περίπτωση η δωρεά πρέπει να γίνεται με αλτρουιστικά κίνητρα και να μην είναι εμπορική. [[327]](#footnote-327)

Στην έκθεση του IFFS υπάρχει ως μόνη σχετική αναφορά ότι η δωρεά σπέρματος και ωαρίων είναι επιτρεπτή, χωρίς καμία επιπρόσθετη πληροφορία σχετικά με τον ιατρικό έλεγχο των δοτών γεννητικού υλικού[[328]](#footnote-328).

Η Επιτροπή πραγματεύτηκε το ζήτημα χωρίς να καταλήξει σε συγκεκριμένες και ειδικές προτάσεις, αλλά σε γενικές αρχές που πρέπει να διέπουν την επιλογή των δοτών και τον έλεγχο της υγείας τους με πρωταρχικό μέλημα την ασφάλεια της ι.υ.α και κυρίως την υγεία του παιδιού που θα γεννηθεί, δηλαδή τη διασφάλιση ότι το γεννητικό υλικό που δωρίζεται, θα ελέγχεται επαρκώς ώστε να αποτρέπεται αποτελεσματικά η πιθανότητα μετάδοσης οποιασδήποτε ασθένειας στο παιδί που θα γεννηθεί[[329]](#footnote-329).

Η πρώτη λοιπόν βασική αρχή είναι ότι στα ζητήματα δωρεάς γεννητικού υλικού το πρώτο ζήτημα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η ασφάλεια, δηλαδή θα πρέπει να υπάρχει ένα πλαίσιο που θα διασφαλίζει ότι δεν θα υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης οποιασδήποτε ασθένειας (που μεταδίδεται γενετικά).[[330]](#footnote-330)

Αφού πρώτα παρασχεθεί στους υποψήφιους δωρητές συμβουλευτική ώστε στη συνέχεια να δώσουν την συναίνεσή τους[[331]](#footnote-331), θα πρέπει να λαμβάνεται το ιατρικό ιστορικό, τόσο των ιδίων όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντός τους ώστε να εντοπιστεί πιθανότητα ύπαρξης κληρονομικών γενετικών ασθενειών[[332]](#footnote-332).

Μετά τη λήψη του γεννητικού υλικού, θα πρέπει αυτό να υπόκειται σε εξονυχιστικούς ελέγχους σε εδικά εργαστήρια και να κρυοσυντηρείται για μια περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών. Μετά από αυτή την περίοδο οι εργαστηριακές εξετάσεις θα πρέπει να επαναληφθούν και εφόσον επιβεβαιώσουν τις αρχικές, τότε να δίνεται η άδεια χρησιμοποίησης του υλικού αυτού. Αυτή η περίοδος αναμονής, κρίνεται επιβεβλημένη ώστε να αποφευχθεί και η πιθανότητα να «επωάζει» κάποια ασθένεια η οποία δεν μπορεί να εντοπιστεί κατά το αρχικό τεστ διότι εκδηλώνεται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα[[333]](#footnote-333). Οι δωρητές, μάλιστα, θα πρέπει εκ των προτέρων να δηλώσουν αν θέλουν να τους γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων[[334]](#footnote-334).

Σημειώνεται ότι θα πρέπει να αποφεύγεται η πρακτική της μίξης του γεννητικού υλικού δότη με το γεννητικό υλικό των ενδιαφερομένων - πρακτική που αποβλέπει κυρίως σε ψυχολογικούς λόγους και ιδίως στο να καταλείπεται η αμφιβολία ως προς την γενετική καταγωγή του παιδιού - διότι ιατρικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι είναι μια επικίνδυνη πρακτική[[335]](#footnote-335).

Η Επιτροπή καταλήγει να προτείνει ότι πρέπει να θεσπιστούν κατάλληλες κατευθυντήριες οδηγίες που να διέπουν τον τρόπο επιλογής των δοτών, τα ιατρικά τεστ στα οποία θα πρέπει να υποβάλλονται (τόσο οι ίδιοι όσο και κυρίως, το γεννητικό υλικό που δωρίζουν), όπως επίσης να τεθούν όρια ηλικίας για τους υποψήφιους δότες και να τεθεί επιπλέον αριθμητικό όριο στα παιδιά που θα είναι δυνατό να γεννηθούν από γεννητικό υλικό ενός και του αυτού δότη[[336]](#footnote-336). Να παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των παιδιών δεν προσδιορίζεται και το ίδιο ισχύει και για τα ηλικιακά όρια, για τα οποία δεν δικαιολογείται ούτε επεξηγείται η θέση της Επιτροπής.

Όπως σημειώνεται και σε άλλο σημείο, τα παιδιά που γεννιούνται από γαμέτες δωρητών θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να μαθαίνουν την ταυτότητα των γενετικών γονέων τους, ωστόσο όλα τα γονικά δικαιώματα και οι υποχρεώσεις θα πρέπει να αναφέρονται μόνο στους κοινωνικούς γονείς και να αποκλείεται η διεκδίκηση τέτοιων δικαιωμάτων από τους δωρητές[[337]](#footnote-337), ενώ θα πρέπει να μην παρέχεται η δυνατότητα σε αυτούς να θέτουν όρους ως προς τη χρησιμοποίηση του γεννητικού υλικού τους ή να λαμβάνουν χρήματα. [[338]](#footnote-338)

Ασφαλώς, η δωρεά γεννητικού υλικού θα πρέπει πάντα να γίνεται από αλτρουιστικά κίνητρα και όχι επ’ αμοιβή, εκτός από την καταβολή των εύλογων δαπανών στις οποίες υποβάλλεται ο δότης[[339]](#footnote-339).

Οι προτάσεις που κατήρτισε η IFS, κινούνται στην ίδια λογική και στη βάση των προτάσεων της Επιτροπής, όμως είναι πιο εξειδικευμένες και σαφείς.

Συγκεκριμένα, στις προτάσεις της IFS αναφέρεται ότι θα πρέπει για τη διασφάλιση της υγείας του παιδιού που θα γεννηθεί να λαμβάνεται λεπτομερές ιατρικό ιστορικό τόσο του ίδιου του υποψήφιου δότη όσο και της οικογένειάς του[[340]](#footnote-340). Επίσης, προτού χρησιμοποιηθεί το σπέρμα πρέπει να έχει διατηρηθεί κρυοσυντηρημένο για ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μήνων ώστε να υποβληθεί σε εξονυχιστικό επαναληπτικό έλεγχο[[341]](#footnote-341).

Σχετικά με τους δότες, προτείνεται να υπάρχουν ηλικιακά κριτήρια, δηλαδή να πρέπει να είναι άνω των 21 ετών και κάτω των 40. Ειδικά για τις γυναίκες δότριες ωαρίων, αυτές θα πρέπει να είναι κάτω των 38 ετών και αποδεδειγμένης γονιμότητας.[[342]](#footnote-342)

Φυσικά, θεωρείται αυτονόητη η επισήμανση ότι η δωρεά γεννητικού υλικού θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο για αλτρουιστικούς σκοπούς, ωστόσο μπορούν να καταβάλλονται στους δότες κάποια εύλογη αποζημίωση για δαπάνες.[[343]](#footnote-343)

Στην πράξη, οι κλινικές διατείνονται ότι στην περίπτωση που κάποιος επιθυμεί να προσφέρει το γεννητικό υλικό του, αυτό ελέγχεται πλήρως και εξονυχιστικά. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι αφού ληφθεί το ιατρικό ιστορικό του υποψηφίου δότη περιλαμβανομένων των παππούδων και των απογόνων του, γίνονται ιατρικά γενετικά τεστ για πολύ σοβαρές γενετικές ασθένειες που θεωρούνται κληρονομικές, όπως δρεπανοκυτταρική αναιμία, θαλασσαιμία, και κυστική ίνωση. Επίσης, διενεργείται απαραιτήτως έλεγχος για μεταδοτικές ασθένειες όπως χλαμύδια, HIV, ηπατίτιδα Β και C, σύφιλη και βλενόρροια.[[344]](#footnote-344)

Επίσης, αναφέρεται ότι είναι δυνατόν να προβούν και σε επιπλέον έλεγχο του γεννητικού υλικού πριν τη χρησιμοποίησή του εφόσον το ζητήσουν οι ενδιαφερόμενοι με επιπλέον χρέωση. Επισημαίνεται ωστόσο ότι τα τεστ επαναλαμβάνονται κάθε τρεις μήνες και ότι κρυοσυντηρούνται τουλάχιστον έξι μήνες προτού χρησιμοποιηθούν ώστε να υπάρχει βεβαιότητα για τα αποτελέσματα των εξετάσεων[[345]](#footnote-345).

Η παραπάνω κατάσταση δεν μεταβλήθηκε ουσιαστικά ούτε μετά το νέο νόμο Children and Family Relationships Act 2015. Οι διατάξεις του νέου αυτού νόμου δεν αφορούν τον ιατρικό έλεγχο των δοτών γεννητικού υλικού. Εστιάζουν στην υποχρέωση καταχώρησης των στοιχείων του δότη και στην οργάνωση του εθνικού αρχείου δοτών που θα εξασφαλίζει την πρόσβαση των παιδιών στα στοιχεία ταυτότητας του δότη. Η μόνη προϋπόθεση που δίνεται για τους δότες είναι να έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας τους, να έχουν ενημερωθεί σύμφωνα με τα οριζόμενα στο νόμο και να παρέχουν γραπτή συναίνεσή τους για τη δωρεά του γεννητικού υλικού. Το έγγραφο αυτό φυλάσσεται σε αρχείο της κλινικής η οποία διαβιβάζει της πληροφορίες στο Εθνικό Αρχείο. Ο Υπουργός Υγείας έχει την αρμοδιότητα να εξουσιοδοτεί υπηρεσίες του υπουργείου να ελέγχουν τις κλινικές και εφόσον διαπιστωθεί ότι κάποια κλινική δεν τηρεί την νόμιμη διαδικασία και το προβλεπόμενο αρχείο, γίνονται συστάσεις και ακολουθεί, σε περίπτωση μη συμμόρφωσης δικαστική διαδικασία, η οποία μπορεί να καταλήξει σε αφαίρεση της άδειας λειτουργίας της μονάδας.

Τα πρόσωπα αναφοράς είχαν τις εξής απόψεις επί του θέματος:

Ο πρώτος ιατρός, δήλωσε ότι εξ όσων γνωρίζει, το γεννητικό υλικό από δότες που χρησιμοποιείται για τις μεθόδους της ι.υ.α στην Ιρλανδία εισάγεται πάντα από το εξωτερικό (Δανία, Ολλανδία, Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία) και επομένως, θεωρεί ότι ο απαιτούμενος έλεγχος είναι επαρκής διότι κατά την εισαγωγή του το υλικό έχει ήδη ελεγχθεί στις τράπεζες γεννητικού υλικού του εξωτερικού και η κλινική που το εισάγει στην Ιρλανδία επιβεβαιώνει ότι συνοδεύεται από τα απαραίτητα πιστοποιητικά - ιατρικές αναλύσεις. Ο ίδιος έχει την εικόνα ότι δεν γίνεται επανέλεγχος από τις κλινικές που εισάγουν το γεννητικό υλικό, ωστόσο αυτό δεν τον κάνει να αμφιβάλει για την αξιοπιστία, την επάρκεια και την ασφάλεια του ελέγχου.

Ο δεύτερος των ιατρών, δήλωσε επίσης ικανοποιημένος από το επίπεδο του ελέγχου της υγείας των δοτών του γεννητικού υλικού. Επεσήμανε και αυτός ότι σε πολύ μεγάλο βαθμό χρησιμοποιείται γεννητικό υλικό από χώρες του εξωτερικού (Δανία, Ισπανία) και το υλικό ελέγχεται εκεί από τις τράπεζες γεννητικού υλικού και όταν εισάγεται συνοδεύεται με τις απαραίτητες αναλύσεις που αποδεικνύουν ότι έχει διενεργηθεί κάθε απαιτούμενος έλεγχος. Ωστόσο, και στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται γεννητικό υλικό εγχώριο, θεωρεί ότι αυτό και ο δότης έχουν υποβληθεί σε εξονυχιστικό και επαρκή έλεγχο.

Ο ιατρός αυτός δήλωσε ότι υπάρχει μηχανισμός ελέγχου του αριθμού των γεννήσεων από γεννητικό υλικό δοτών και μάλιστα μπορεί να ελέγχει και τον αριθμό των γεννήσεων που προέκυψαν από τον ίδιο δότη, και αυτός είναι η Irish Clinic Embryology Society (ICE[[346]](#footnote-346)) που όμως δεν λειτουργεί αποτελεσματικά κυρίως διότι δεν είναι υποχρεωτική η συμμετοχή όλων των κλινικών στο φορέα αυτό. Θα μπορούσε όμως να επιτελέσει το έργο αυτό που αναφέρθηκε.

Ενδεικτικό της κατάστασης που επικρατεί στην Ιρλανδία είναι το γεγονός ότι οι νομικοί, παρόλο που είναι ειδικοί για ζητήματα ι.υ.α και έχουν ασχοληθεί και μάλιστα επισταμένως και για πολλά χρόνια με το αντικείμενο δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν αν η υγεία των δοτών ελέγχεται επαρκώς και αποτελεσματικά, ούτε ποιοι παράγοντες συντελούν στην ικανοποιητική ή ελλιπή εξέταση των δοτών. Το ένα πρόσωπο μόνο δήλωσε ότι απ’ όσο γνωρίζει το γεννητικό υλικό εισάγεται από το εξωτερικό, οπότε υποθέτει ότι θα ελέγχεται εκεί. Το ίδιο αυτό πρόσωπο ήταν και το μόνο που δήλωσε ότι δεν λειτουργεί μηχανισμός ελέγχου των γεννήσεων από γεννητικό υλικό δοτών ούτε μπορεί να γίνει διασταύρωση και να προκύψει ο αριθμός των παιδιών που γεννήθηκαν από το γεννητικό υλικό του ίδιου δότη. Οι άλλοι δύο ομολόγησαν παντελή άγνοια επί του θέματος.

### 2.2 ΑΝΩΤΑΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΔΟΤΗ

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν προβλέπουν τίποτα σχετικά και το θέμα παραμένει εντελώς αρρύθμιστο.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η Επιτροπή εισηγήθηκε τη θέσπιση ανωτάτου ορίου του αριθμού των παιδιών που μπορούν να προκύψουν από το γεννητικό υλικό του ίδιου δότη, χωρίς να προβεί σε κάποιον προσδιορισμό του αριθμού αυτού[[347]](#footnote-347).

Από την IFS επίσης, προτείνεται ο αριθμός των οικογενειών που θα μπορεί να προκύψει από έναν δότη θα πρέπει να είναι περιορισμένος (χωρίς να προσδιορίζεται ακριβής αριθμός). Για να ελεγχθεί αυτό θα πρέπει να δημιουργηθεί μια εθνική βάση δεδομένων όπου θα δηλώνονται οι δότες από όλες τις τράπεζες γεννητικού υλικού αλλά και όλες οι γονιμοποιήσεις στις οποίες προβαίνουν οι κλινικές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής [[348]](#footnote-348).

Είναι ενδιαφέορον ότι ο νέος νόμος που ρύθμισε ειδικά τα ζητήμα σχετικά με τους δότες γεννητικού υλικού και προβλέπει με μεγάλη λεπτομέρεια τα σχετικά ζητήματα, δεν περιελάμβανε διατάξεις για τον αριθμό των παιδιών που μπορεί να γεννηθούν από το γεννητικό υλικό ενός δότη.

Τα πρόσωπα αναφοράς εξέφρασαν τις εξής απόψεις για το συγκεκριμένο ζήτημα:

Ο ένας ιατρός, θεωρεί ότι θα πρέπει να τεθεί ένας αριθμητικός περιορισμός στα παιδιά που μπορεί να προκύψουν με τη χρήση γεννητικού υλικού (αδιακρίτως για σπέρμα ή ωάριο) του ίδιου δότη, προσδιορίζοντας κατά προσέγγιση το όριο αυτό μεταξύ 15 και 20 παιδιών. Αυτό βεβαίως δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί αυτή τη στιγμή διότι δεν υπάρχει ελεγκτικός μηχανισμός, εποπτεύουσα αρχή και εθνική βάση δεδομένων, φορείς που κατά τη γνώμη του είναι απαραίτητο να συσταθούν και να λειτουργήσουν για να εξασφαλίζουν την επάρκεια του ελέγχου των δοτών γεννητικού υλικού και να εμπεδώσουν σε όλους τους ενδιαφερομένους ένα αίσθημα διαφάνειας και ασφάλειας.

Ο δεύτερος των ιατρών, συμφωνεί και αυτός, όμως προσδιορίζει το μέγιστο των παιδιών που πρέπει να μπορούν να προκύψουν από έναν και μόνο δότη, σε οκτώ, δεδομένου όπως είπε του μικρού πληθυσμού της Ιρλανδίας.

Σχετικά με το αν πρέπει να υπάρξει ανώτατος επιτρεπτός αριθμός παιδιών που θα γεννιούνται από γεννητικό υλικό του αυτού δότη, απάντησαν, και οι τρεις νομικοί, συγκαταβατικά. Μάλιστα, εκτίμησαν ότι δεν υπάρχει λόγος να τεθεί άλλος αριθμός για τους άνδρες και άλλος για τις γυναίκες. Ως προς το συγκεκριμένο όριο, οι δύο δεν θέλησαν να το προσδιορίσουν υποστηρίζοντας ότι αυτό θα πρέπει να προκύψει από ιατρικά δεδομένα που κατέχουν οι ιατρικές ενώσεις και η αρχή που θα πρέπει να δημιουργηθεί και να ελέγχει την ι.υ.α. Ο τρίτος, πρότεινε ως όριο τις τρεις γεννήσεις παιδιών εκτιμώντας ότι αυτό είναι το κατάλληλο όριο για ένα μικρό πληθυσμιακά κράτος όπως η Ιρλανδία.

### 2.3 ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΔΟΤΗ ΤΟΥ

Το δικαίωμα ανάκλησης της δωρεάς του γεννητικού υλικού προβλέπεται ρητώς στο νόμο Children and Family Relationships Act 2015. Η δυνατότητα αυτή αποτελεί άλλωστε και μέρος του ελάχιστου κατά νόμο περιεχομένου της ενημέρωσης που πρέπει να παρέχεται στον υποψήφιο δότη, πριν αυτός υπογράψει το έγγραφο της συναίνεσής του στη δωρεά. Συγκεκριμένα τα άρθρα 8 και 18 αναφέρεται ότι οι δότες μπορούν να ανακαλέσουν με τον ίδιο τρόπο την συναίνεση που είχαν παράσχει, δηλαδή με έγγραφο που απευθύνται προς την κλινική στην οποία έγινε η δωρεά.

Για να μπορεί να παράγει τα έννομα αποτελέσματά της η ανάκληση, ο νόμος απαιτεί ότι αυτή θα πρέπει να έχει περιέλθει στην μονάδα που θα εφαρμόσει τη μέθοδο ι.υ.α συγκεκριμένο χρονικό σημείο. Ειδικότερα, η ανάκληση θα πρέπει να γνωστοποιηθεί στη μονάδα ι.υ.α σε προγενέστερη ημερομηνία από την μέρα που το γεννητικό υλικό χρησιμοποιήθηκε για την δημιουργία εμβρύου, σε περίπτωση που είχε δωρηθεί γαμέτης, ενώ στην περίπτωση της δωρεάς εμβρύου, η ανάκληση είναι δυνατή μεχρι τη στιγμή που θα γίνει εφαρμογή της μεθόδου για την οποία το έμβυο είχε δωρηθεί. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η ανάκληση δεν έχει κανένα αποτέλεσμα.

Θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι οι παραπάνω διατάξεις δεν είναι απολύτως σαφείς. Για παράδειγμα στις περιπτώσεις δωρεάς γαμετών, δεν προκύπτει ποιος έχει την ευθύνη να κοινοποιήσει την ανάκληση στην κλινική ι.υ.α όταν η δωρεά του γεννητικού υλικού έγινε σε άλλη κλινική ή μονάδα κρυοσυντήρησης από αυτή στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί η μέθοδος ι.υ.α. Επίσης, δεν προσδιορίζεται ποιό είναι το χρονικό σημείο κατά το οποίο μια μέθοδο θεωρείται ότι έχει εφαρμοστεί και πέραν του οποίου απαγορεύεται η ανάκληση της συναίνεσης των δοτών του εμβρύου. Ακόμη πιο σημαντικό ζήτημα που φαίνεται πως δεν αντιμετωπίζει η δικαιϊκή ρύθμιση είναι το ζήτημα της ανάκλησης της συναίνεσης σε περίπτωση δωρεάς εμβρύου από έναν μόνο από τους δότες.

Τα πρόσωπα αναφοράς σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα είχαν τις εξής απόψεις:

Οι δύο γιατροί απάντησαν καταφατικά στο ερώτημα αν πρέπει να διατηρείται το δικαίωμα του δότη να ανακαλεί την συναίνεσή του για τη διάθεση του γεννητικού υλικού μέχρι το γεννητικό υλικό αυτό να διατεθεί από τη μονάδα φύλαξης προς χρήση σε κάποια κλινική. Σημειώνεται ότι οι ιατροί θεωρούν πως το δικαίωμα δεν μπορεί να ασκηθεί από το σημείο που το υλικό διατίθεται από την τράπεζα γεννητικού υλικού και όχι από το σημείο της πραγματικής χρήσης του.

Οι νομικοί συμφώνησαν και αυτοί ότι σε κάθε περίπτωση υπάρχει το δικαίωμα ανάκλησης της διάθεσης του γεννητικού υλικού μετά τη παροχή των γαμετών από τους δότες μέχρι του χρονικού σημείου που αυτό θα χρησιμοποιηθεί και επομένως οποιαδήποτε ανάκληση δεν θα έχει πια νόημα ή θα παραβιάζει δικαιώματα άλλων προσώπων.

Πάντως, όλα τα πρόσωπα αναφοράς, ιατροί και νομικοί, δεν είχαν κανέναν ενδοιασμό να απαντήσουν ότι το δικαίωμα ανάκλησης της συναίνεσης για τη διάθεση του γεννητικού υλικού από τους δότες δεν μπορεί και δεν πρέπει σε καμία περίπτωση και για κανένα λόγο να περιορίζεται, διότι στηρίζεται στην προσωπική αυτονομία η οποία θεωρείται αδιαπραγμάτευτη.

# VΙ. ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

## 1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ

Το συμφέρον του παιδιού αναφέρεται συχνά στη νομοθεσία της Ιρλανδίας και έχει χρησιμοποιηθεί και νομολογιακά ως το πιο ουσιαστικό και πρωτεύον κριτήριο για την έκβαση της δικαστικής κρίσης, με βάση άλλωστε και τον εθνικό κώδικα οδηγιών για την προστασία των παιδιών[[349]](#footnote-349) που περιέχει κατευθυντήριες οδηγίες στις οποίες γίνεται ρητή παραπομπή στο κείμενο των κατευθυντήριων οδηγιών του Ιατρικού Συμβουλίου. Πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι το συμφέρον του παιδιού αποτελεί μια γενικότερη αρχή του οικογενειακού δικαίου στην Ιρλανδία αφού τα δικαστήρια υποχρεωτικά λαμβάνουν ως πρώτη και πρωταρχική μέριμνα τη διασφάλιση του συμφέροντος του παιδιού κατά την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς σύμφωνα με το άρθρο 3 της Guardianship of Infants Act 1964[[350]](#footnote-350) αλλά και την υφιστάμενη ερμηνεία του Συντάγματος[[351]](#footnote-351).

Σύμφωνα με το νομοσχέδιο Children Fisrt Bill 2012, προτάθηκε αναθεώρηση του Συντάγματος για τα άρθρα που αφορούν τα δικαιώματα του παιδιού και την προστασία της παιδικής ηλικίας εν γένει, καθώς και το δικαίωμα του κράτους να λαμβάνει μέτρα και δράσεις για τα παραπάνω ζητήματα. Ήδη από τον Οκτώβριο του 2012 το νομοσχέδιο εγκρίθηκε από το Κοινοβούλιο και (όπως ορίζει το ιρλανδικό Σύνταγμα για την αναθεώρηση) τέθηκε σε δημοψήφισμα που διεξήχθη το Νοέμβριο του 2012, το οποίο απέβη θετικό σε ποσοστό 58%. Ωστόσο, δεν έχει υπογραφεί ακόμα από τον Πρόεδρο ώστε να καταστεί νόμος του κράτους, διότι εκκρεμεί απόφαση του ανωτάτου δικαστηρίου σχετικά με το κύρος του δημοψηφίσματος, για λόγους πάντως άσχετους με την ουσία του ζητήματος.[[352]](#footnote-352)

Η σημαντικότερη από τις αλλαγές που θα επιφέρει η αναθεώρηση αυτή, αν τελικά γίνει, είναι ότι στη θέση του 42 παρ. 5 του Συντάγματος, το οποίο αναφέρεται βεβαίως στα συμφέροντα του παιδιού και στην υποχρέωση του κράτους να το προστατεύει και να ενεργεί προς όφελός του πλην όμως αναφέρεται σε όλα αυτά τα ζητήματα με μία μόνο παράγραφο στην οποία συμπλέκονται και συνυπάρχουν ταυτοχρόνως πολλές πτυχές του συμφέροντος αλλά και της προστασίας του παιδιού, εισάγεται το άρθρο 42 Α με 4 παραγράφους όπου (θα) εξειδικεύονται όλα τα ζητήματα που αφορούν την προστασία της παιδικής ηλικίας, από την υιοθεσία μέχρι την κηδεμονία, την επιμέλεια και τη γονική μέριμνα με βασική αρχή το συμφέρον του παιδιού και θεματοφύλακα της προστασίας του το κράτος και όλα τα κρατικά όργανα. Η παραπάνω, πάντως, αλλαγή δεν (θα) συνιστά μια καινοτόμο μεταβολή του νομικού πλαισίου, αφού εξάλλου στην λοιπή νομοθεσία το συμφέρον του παιδιού αναφέρεται και εξειδικεύεται λεπτομερώς[[353]](#footnote-353).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες περιέχουν ξεχωριστό κεφάλαιο ειδικά για το συμφέρον του παιδιού. Εκεί εφίσταται η προσοχή των ιατρών στην προστασία του συμφέροντος του παιδιού και δηλώνεται ότι αυτό είναι πρωταρχικής σημασίας σε κάθε περίπτωση[[354]](#footnote-354).

Τα κείμενα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία και την πρωταρχικότητα του συμφέροντος του παιδιού σε κάθε έκφανση της κοινωνικής συμβίωσης, αντιμετωπίζοντας το ως ένα αυτοτελές έννομο αγαθό το οποίο αξιώνει απόλυτη προστασία από όλους και θεματοφύλακας του οποίου είναι το ίδιο το κράτος[[355]](#footnote-355). Διατρέχοντας κανείς τις νομοθετικές πρωτοβουλίες που έχουν αναληφθεί τα τελευταία έτη, μπορεί εύκολα να αντιληφθεί τη σημασία που έχει η προστασία της παιδικότητας στην ιρλανδική νομοθεσία και κουλτούρα και πόσο ευαίσθητο επομένως είναι αυτό το ζήτημα και στα πλαίσια της ι.υ.α. Ενδεικτικά αρκεί να αναφέρουμε ότι τo 2011 η υπουργός Frances Fitzgerald κατήρτισε Κώδικα για τα Δικαιώματα του παιδιού[[356]](#footnote-356) με σκοπό την προστασία της παιδικής ηλικίας και την δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου για την προστασία των παιδιών από ποικίλες προσβολές των συμφερόντων τους. Μάλιστα, στον κώδικα αναφέρονται αυξημένες υποχρεώσεις όσων εργάζονται στο χώρο της υγείας ή ασκούν το λειτούργημα του ιατρού να λαμβάνουν υπόψη τους τα συμφέροντα των παιδιών[[357]](#footnote-357). Η υπουργός δεσμευόταν τον κώδικα αυτό να τον εισάγει και με τη μορφή νόμου. Το πρώτον, το νομοσχέδιο υποβλήθηκε το 2012 (Children Fisrt Bill 2012[[358]](#footnote-358)) ψηφίστηκε και δημοσιεύτηκε τελικά στις 14 Απριλίου 2014[[359]](#footnote-359).

Όλες οι προαναφερθείσες προβλέψεις και διατάξεις έχουν γενικό χαρακτήρα και αποβλέπουν κυρίως στη διασφάλιση των συμφερόντων και των δικαιωμάτων του παιδιού αφότου αυτό γεννηθεί και συμμετέχει στον κοινωνικό βίο. Γι’ αυτό και οι περισσότερο σαφείς διατάξεις αναφέρονται είτε στο συμφέρον του παιδιού στις περιπτώσεις της υιοθεσίας, της κηδεμονίας κτλ, είτε στα δικαιώματά του αφενός να προστατεύεται από άσχημες συμπεριφορές ή κακοποίηση και αφετέρου να λαμβάνει μόρφωση, περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες με σεβασμό στην προσωπικότητα και την αυτονομία του.

Η Επιτροπή εξειδικεύοντας αυτό το συμφέρον του παιδιού και θέτοντάς το στο πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έλαβε τη θέση ότι το συμφέρον του παιδιού θα πρέπει να αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα στις προβλέψεις για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή[[360]](#footnote-360).

Μάλιστα σημειώθηκε από την Επιτροπή ότι το συμφέρον του παιδιού αναγνωρίζεται ως το πιο κεντρικό από τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται σχετικά με την ι.υ.α. Υπάρχει μια γενική ομοφωνία ότι σε κάθε περίπτωση και υπό οποιεσδήποτε προϋποθέσεις λαμβάνουν χώρα εφαρμογές ι.υ.α θα πρέπει να διασφαλίζεται στον υψηλότερο δυνατό βαθμό η υγεία του παιδιού που θα γεννηθεί. Ως απαραίτητη διευκρίνιση υπογραμμίζεται ότι η «υγεία» και το «συμφέρον» του παιδιού υποδηλώνουν όχι μόνο την σωματική υγεία και το υλικό του συμφέρον αλλά και τη συναισθηματική και ψυχική υγεία και το συμφέρον που αφορά αυτές τις πτυχές της ύπαρξής του[[361]](#footnote-361).

Από την επεξεργασία των δεδομένων που συνέλλεξε η Επιτροπή πάντως προέκυψε ότι γενικότερα, τόσο στην κοινωνία όσο και μεταξύ των μελών της Επιτροπής, παρατηρείται μία διάσταση μεταξύ όσων μεταφράζουν το συμφέρον του παιδιού στο γεγονός ότι αυτό (πρέπει να) γεννιέται και να ανατρέφεται σε μία κανονική οικογένεια αποτελούμενη από δύο ετερόφυλους γονείς που μάλιστα θα ήταν καλύτερο να είναι παντρεμένοι, και μεταξύ μιας άλλης μερίδας που θεωρεί ότι το συμφέρον του παιδιού μπορεί να προστατεύεται και να ικανοποιείται ακόμα και αν το παιδί γεννηθεί σε περιβάλλον εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων ομόφυλων ζευγαριών ή και μοναχικών ανθρώπων[[362]](#footnote-362).

Αυτό που παρατηρήθηκε και σημειώθηκε από την Επιτροπή ήταν το γεγονός ότι το «συμφέρον του παιδιού» έτσι όπως είναι αποτυπωμένο στη νομοθεσία και σύμφωνα και με τη νομολογιακή ερμηνεία που έχει αναπτυχθεί αφορά κυρίως περιπτώσεις που αναφέρονται σε ένα παιδί που ήδη έχει γεννηθεί και υπάρχει και για τη ζωή του οποίου πρέπει να ληφθούν κάποιες αποφάσεις. Οι συνθήκες ζωής ενός τέτοιου παιδιού, οι επιθυμίες, οι ανάγκες και η κατάστασή του εν γένει αποτελούν αντικειμενικούς παράγοντες οι οποίοι μπορούν να ληφθούν υπόψη ώστε να εξειδικευτούν τα συμφέροντά του και να μπορεί να κριθεί αν μία επιλογή αντίκειται ή όχι προς αυτά[[363]](#footnote-363).

Στην περίπτωση της ι.υ.α όμως τα πράγματα διαφέρουν ουσιωδώς. Το συμφέρον του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί είναι πολύ δύσκολο να σταθμιστεί και το εύρος των ερμηνειών που είναι δυνατόν να δοθούν είναι πάρα πολύ μεγάλο. Το στοιχείο που καθιστά την περίπτωση της ι.υ.α ουσιωδώς διαφορετική είναι το γεγονός ότι εν τοιαύτη περιπτώσει δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο παιδί, αυτό απλά πρόκειται να γεννηθεί. Και εδώ γεννάται το ερώτημα: πώς είναι δυνατόν να κρίνουμε αν κάτι είναι προς το συμφέρον ενός παιδιού, πριν καν αυτό συλληφθεί; Για να απαντηθεί το ερώτημα αυτό και με δεδομένο ότι το συμφέρον του παιδιού είναι να γεννηθεί και να ανατραφεί σε ένα περιβάλλον γονικής αγάπης, ζεστασιάς, φροντίδας και κατανόησης, θα πρέπει να απαιτηθεί από τους ιατρούς και τους ειδικούς της ι.υ.α να προσδιορίζουν εκ των προτέρων το είδος της σχέσης που θα αναπτυχθεί μεταξύ του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί και των/του γονιών/γονέα του. Φυσικά κάτι τέτοια εκτός από ανέφικτο μοιάζει και εκτός λογικής[[364]](#footnote-364).

Η Επιτροπή στη προσπάθειά της να ορίσει το συμφέρον του παιδιού στο πλαίσιο της ι.υ.α διέκρινε δύο ειδικότερες εκφάνσεις του. Η πρώτη αναφέρεται στην ασφάλεια της μεθόδου που θα εφαρμοστεί ώστε να έρθει στη ζωή ένα παιδί. Η πρώτη αυτή πτυχή είναι αντικειμενικά μετρήσιμη, δηλαδή μπορεί με βάση ιατρικά κριτήρια να προσδιοριστεί και πρέπει οπωσδήποτε να προστατεύεται. Η Επιτροπή μάλιστα διατύπωσε ειδική πρόταση ότι πρέπει να αποφεύγεται η εφαρμογή κάθε μεθόδου ι.υ.α όταν υπάρχουν αντικειμενικές ενδείξεις ότι μπορεί να προκληθεί σοβαρός κίνδυνος ή βλάβη της υγείας του παιδιού που θα γεννηθεί. Η δεύτερη αφορά την καταλληλότητα που οικογενειακού περιβάλλοντος στο οποίο αυτό το παιδί θα μεγαλώσει και θα ανατραφεί. Η δεύτερη πτυχή του συμφέροντος του παιδιού αφορά την ανάγκη του να εισέλθει και να ανατραφεί σε ένα κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον που θα του επιτρέψει να αναπτυχθεί σωματικά, ψυχικά και κοινωνικοσυναισθηματικά. Η Επιτροπή διέκρινε ότι υπό αυτή την οπτική το συμφέρον του παιδιού δεν μπορεί να προσδιοριστεί με αντικειμενικά κριτήρια, διότι κάθε εξειδίκευση του συμφέροντος αυτού είναι υποχρεωτικά βασισμένη σε ηθικές κρίσεις. Επομένως, αποφασίστηκε ότι δεν πρέπει να προσδιοριστεί κατ’ ουδένα τρόπο η πτυχή αυτή του συμφέροντος του παιδιού, διότι έγινε κατανοητό ότι αν οριζόταν θα αποκλειόταν εκ των προτέρων ορισμένες ομάδες από την πρόσβαση στην ι.υ.α. Επιπροσθέτως άλλωστε τονίστηκε ότι πρακτικά θα ήταν ανέφικτο να προσδιορίζεται το συμφέρον του παιδιού με αντικειμενικό και σφαιρικό τρόπο, αφού οι πληροφορίες που συγκεντρώνουν οι ιατροί για το οικογενειακό περιβάλλον είναι πάντοτε και μόνο οι πληροφορίες που παρέχει το ενδιαφερόμενο πρόσωπο ώστε είναι αδύνατο να εξακριβωθεί η ακριβής κατάσταση κάθε φορά[[365]](#footnote-365). Επομένως, το συμφέρον του παιδιού όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον δεν θα πρέπει, σύμφωνα με την Επιτροπή, να λαμβάνει συγκεκριμένο περιεχόμενο εκ των προτέρων και να ερμηνεύεται ως συμφέρον του παιδιού να γεννηθεί σε ορισμένου τύπου οικογένεια.

Η IFS στις διακηρυκτικές γενικές αρχές της που παρατίθενται στο προοίμιο των προτάσεων που έχει καταθέσει σχετικά με την ι.υ.α, αναφέρεται εμμέσως στο συμφέρον του παιδιού που θα προκύψει από την εφαρμογή των μεθόδων ι.υ.α. Συγκεκριμένα προτείνεται ότι εφόσον υπάρχουν αντικειμενικές ενδείξεις ότι μπορεί να υπάρξει κίνδυνος που θα βλάψει με οποιοδήποτε τρόπο το παιδί που θα προκύψει από την θεραπείες ι.υ.α, τότε θα πρέπει να αποφεύγεται κάθε τέτοια θεραπεία[[366]](#footnote-366).

Στην έκθεση που κατήρτισε η IFFS, σημειώνεται ότι στην Ιρλανδία η νομοθεσία δεν κάνει αναφορά στο συμφέρον του παιδιού[[367]](#footnote-367). Με δεδομένο ότι η έκθεση εξετάζει αν υπάρχει πρόβλεψη ή αναφορά στο συμφέρον του παιδιού στο ειδικότερο πλαίσιο της ι.υ.α και όχι αν περιλαμβάνεται γενικώς στη νομοθεσία της χώρας, μόνο έτσι, μπορεί κανείς να εξηγήσει την καταγραφή αυτή.

Η καθολική εκκλησία από την άλλη, βασιζόμενη στα άρθρα 41 και 42 του Συντάγματος ισχυρίζεται ότι το συμφέρον του παιδιού ικανοποιείται και προστατεύεται μόνο στο πλαίσιο ενός παντρεμένου ζευγαριού και εφόσον απαιτηθεί είναι δυνατόν να υπάρξει παρέμβαση του κράτους μόνο προς την κατεύθυνση του καλύτερου συμφέροντος του παιδιού.[[368]](#footnote-368)

### 1.1 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

Η υπόθεση McD v L and anor παρουσιάζει ένα σημαντικό ενδιαφέρον αναφορικά με το ζήτημα των προβλημάτων που μπορεί να εμφανιστούν από τη μη ύπαρξη σαφούς νομικού πλαισίου, αλλά κυρίως, και γι’ αυτό παρατίθεται εδώ, είναι χαρακτηριστική του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιείται το συμφέρον του παιδιού από τη νομολογία των δικαστηρίων[[369]](#footnote-369).

Σχετικά με την υπόθεση εκδόθηκε η απόφαση του High Court υπ’ αριθμ. 2007 26 Μ (27/04/2010)[[370]](#footnote-370) και οι αποφάσεις του Supreme Court, 112/2007 (τριμελής σύνθεση)[[371]](#footnote-371) και μεταγενέστερη 186/2008 (πενταμελής σύνθεση)[[372]](#footnote-372).

Τα πραγματικά περιστατικά έχουν ως εξής:

Ένα ομόφυλο ζευγάρι γυναικών, μετά από μακροχρόνια σχέση πάνω από 20 χρόνια, αποφάσισαν ότι θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί. Η μία γυναίκα, είναι 42 ετών, και σύντροφός της 53 ετών. Μεταξύ τους έχουν συνάψει νόμιμο γάμο στην Αγγλία το 2006. Γνωρίζουν ένα μοναχικό άνδρα ετών 41 που δηλώνει ομοφυλόφιλος, ο οποίος αποφασίζει να τους δωρίσει σπέρμα για να αποκτήσουν παιδί μέσω ι.υ.α.

Πριν την εφαρμογή της μεθόδου υπογράφουν ένα συμφωνητικό stiw 11/09/2005 που αναφέρει ότι : το παιδί θα πρέπει να ενημερωθεί ότι ο βιολογικός του πατέρας είναι ο συγκεκριμένος άνδρας, ο άνδρας θα έχει το ρόλο του «αγαπημένου θείου» της οικογένειας, η επικοινωνία με το παιδί θα του επιτρέπεται αλλά μόνο μετά από άδεια του ζευγαριού των γυναικών. Επίσης συμφωνήθηκε ότι θα λαμβάνεται υπόψη η γνώμη του άνδρα για θέματα που αφορούν την ανατροφή και εν γένει την επιμέλεια του παιδιού, με γνώμονα πάντοτε το συμφέρον του παιδιού.

Μετά τη γέννηση του παιδιού to 2006, για μια περίοδο όλα κυλούν ομαλά. Ο άνδρας επισκέπτεται αρκετά συχνά το παιδί, το πηγαίνει βόλτες και συμμετέχει στην οικογενειακή ζωή του ζευγαριού των γυναικών. Μάλιστα, ήδη πριν τη γέννηση του παιδιού ο άνδρας προσέφερε οικονομική βοήθεια στις γυναίκες, οι οποίες όμως αρνήθηκαν την προσφορά του. Στη συνέχεια ωστόσο, η στάση του άνδρα διαφοροποιείται, ζητά συμμετοχή στη ζωή της οικογένειας και διεκδικεί να παρουσιάζεται το παιδί ως δικό του. Γενικώς, παραβαίνει όσα υπέγραψε στο συμφωνητικό, παρά τις διαμαρτυρίες των γυναικών και ζητά να αναγνωριστεί ως πατέρας του παιδιού και ως κηδεμόνας, ενώ ζητά παράλληλα να απαγορευτεί στις γυναίκες να μεταβούν με το παιδί στην Αυστραλία, όπου σκόπευαν να πάνε για διακοπές και για να επισκεφτούν τους γονείς της μίας εκ των γυναικών που καταγόταν από την Αυστραλία, διότι υποψιάζεται ότι το κάνουν για να μείνουν μόνιμα εκεί και να τον αποκλείσουν από οποιαδήποτε επικοινωνία.

Τα ζητήματα που έπρεπε να κρίνει το Δικαστήριο ήταν τρία: πρώτον, αν το συμφωνητικό που είχαν υπογράψει τα μέρη ήταν δεσμευτικό, δεύτερον, αν ο άνδρας μπορούσε να αναγνωριστεί ως κηδεμόνας του παιδιού και τρίτον, αν ο άνδρας μπορούσε να επικαλεστεί το δικαίωμα του να επικοινωνεί με το παιδί για να αποτρέψει το ταξίδι του παιδιού μαζί με τη μητέρα του στο εξωτερικό.

Σημειωτέον ότι ο βιολογικός πατέρας του παιδιού όταν δεν είναι παντρεμένος με την μητέρα του, μπορεί να αναλάβει την κηδεμονία με δικαστική απόφαση και μόνο εφόσον το δικαστήριο κρίνει ότι αυτό είναι προς το συμφέρον του παιδιού.

Αρχικά το High Court απέρριψε την αίτηση του άνδρα τόσο ως προς την αναγνώρισή του ως κηδεμόνα όσο και ως προς το δικαίωμα επικοινωνίας του με το παιδί, αποφαινόμενο παράλληλα ότι οι συμφωνία που είχαν υπογράψει τα μέρη δεν έχει καμία δεσμευτικότητα.

Ο άνδρας προσέβαλε την απόφαση ενώπιον του Supreme Court.

Το Δικαστήριο αναγνώρισε ότι ο άνδρας, όντας ο βιολογικός πατέρας του τέκνου και αφού δεν είναι παντρεμένος με τη νόμιμη μητέρα του, έχει το δικαίωμα να αιτηθεί να αναγνωριστεί ως κηδεμόνας και από τη στιγμή που θα αναγνωριστεί μπορεί να αντιτεθεί στην απόφαση να πραγματοποιήσει το παιδί το συγκεκριμένο ταξίδι που προγραμμάτιζαν οι γυναίκες.

Ωστόσο έκρινε ότι το συμφέρον του παιδιού, το οποίο προέταξε ως πρωταρχικής σημασίας, δεν συντείνει στο να αναλάβει αυτός την κηδεμονία, αφού το παιδί ζει και ανατρέφεται από την βιολογική και νόμιμη μητέρα του η οποία ασκεί τα καθήκοντα του κηδεμόνα.

Σε επόμενο στάδιο κρίθηκε αν είναι προς το συμφέρον του παιδιού να γίνει αυτό το ταξίδι ή αν αυτά τίθενται σε διακινδύνευση. Για την κρίση αυτή λήφθηκε υπόψη και το συμφέρον του παιδιού να έχει επαφή με τον πατέρα του στα πρώτα χρόνια της γέννησής του ώστε να αποκτήσει δεσμούς με αυτόν, αλλά και να δεχθεί την πατρική φροντίδα και στοργή.

Η κρίση του Δικαστηρίου ήταν πως το ταξίδι αυτό δεν θα έβλαπτε τα συμφέροντα του παιδιού και δεν βρήκε λόγο να το απαγορεύσει.

Ωστόσο, και παρά το ότι αποδέχθηκε πως η συμφωνία μεταξύ των μερών δεν μπορεί να έχει δεσμευτικό χαρακτήρα, έκρινε πως το συμφέρον του παιδιού επιτάσσει να γνωρίζει τον βιολογικό του πατέρα και να έχει επαφή με αυτόν. Με τον τρόπο αυτό αναγνώρισε ένα δικαίωμα επικοινωνίας στον άνδρα με το αιτιολογικό ότι αυτό είναι προς το συμφέρον του παιδιού

Από τα πρόσωπα αναφοράς διατυπώθηκαν πολλές διαφορετικές απόψεις επί του θέματος. Κεντρικός άξονας όλων των απαντήσεων που δόθηκαν ήταν κατ’ αρχήν ότι το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί πρέπει να αποτελεί τη βασική και πρωταρχική προτεραιότητα όλης της διαδικασίας και πρέπει να διασφαλίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ωστόσο, ο προσδιορισμός του συμφέροντος αυτού αποδείχθηκε ότι επιδέχεται πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ομόφωνα οι ερωτηθέντες συμφώνησαν πως σε τελευταία ανάλυση ο τελικός «κριτής» για να αποφανθεί αν σε κάποια συγκεκριμένη περίπτωση μια πράξη που έγινε ή πρόκειται να συμβεί είναι ή όχι προς το συμφέρον του παιδιού, είναι τα δικαστήρια.

Οι προσωπικές απόψεις των προσώπων αναφοράς ήταν οι ακόλουθες, επί τη βάσει πάντα όσων μόλις προαναφέρθηκαν:

Ο ένας εκ των ιατρών πιστεύει ότι δεν πρέπει και δεν μπορεί να αποκλείεται η γέννηση ενός παιδιού μέσω ι.υ.α με την αιτιολογία ότι το παιδί θα πρέπει να μεγαλώσει σε οικογένεια με δύο γονείς ή με νέους γονείς ή με ετερόφυλους συντρόφους ή για κάποιον άλλο λόγο. Όπως διευκρίνισε, θεωρεί ότι δεν πρέπει να υπάρχει ένας εκ των προτέρων γενικός αποκλεισμός για οποιοδήποτε από τους παραπάνω λόγους οι οποίοι αποτελούν εξειδίκευση του συμφέροντος του παιδιού. Εντούτοις, αποδέχεται ως θεμιτή αλλά και απαραίτητη την αξιολόγηση του συμφέροντος του παιδιού ειδικά για κάθε εξατομικευμένη περίπτωση, όπου πράγματι μπορεί να συντρέχει κάποιος από τους παραπάνω λόγους ή και κάποιος άλλος που να είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι θέτουν σε κίνδυνο ή σε αμφιβολία το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.

Ο δεύτερος ιατρός είχε εντελώς διαφορετική άποψη. Κατά τη γνώμη του θα μπορούσε να αποκλειστεί η πρόσβαση στην ι.υ.α για ορισμένα άτομα ή ομάδες, με την αιτιολογία ότι το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί επιτάσσει να υπάρχουν δύο γονείς και το παιδί να γεννηθεί και να μεγαλώσει σε μια οικογένεια με δύο ετερόφυλους γονείς (ανεξάρτητα ωστόσο αν αυτοί συνδέονται με γάμο, σύμφωνο συμβίωσης ή βρίσκονται σε ελεύθερη ένωση).

Οι απόψεις των τριών νομικών παρουσίασαν μια μεγαλύτερη ομοφωνία. Οι δύο εξ αυτών εξέφρασαν την άποψη ότι το συμφέρον του παιδιού δεν μπορεί να μεταφραστεί a priori ως συμφέρον για τη γέννηση ενός παιδιού σε οικογένεια με δύο γονείς ή σε οικογένεια με δύο ετερόφυλους γονείς ή τέλος σε οικογένεια με σχετικά νεαρούς σε ηλικία γονείς.

Σύμφωνα με την άποψή τους το συμφέρον του παιδιού πρέπει οπωσδήποτε και σε κάθε περίπτωση να λαμβάνεται υπόψη ωστόσο δεν μπορεί να λειτουργήσει ως λόγος αποκλεισμού κάποιων προσώπων από την ι.υ.α.

Ο έτερος όμως των νομικών, διατύπωσε μία πιο ιδιάζουσα άποψη. Η γνώμη του είναι ότι το συμφέρον του παιδιού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως προϋπόθεση για την πρόσβαση στην ι.υ.α. Σχετικά με το ποιος θα ορίσει την ειδικότερη σημασία του συμφέροντος αυτού, το πρόσωπο αυτό δήλωσε ότι δεν έχει κατασταλαγμένη άποψη ωστόσο κάποιες πιθανές προτάσεις θα ήταν η λειτουργία μιας εθνικής αρχής που θα θέσει ειδικές προϋποθέσεις πρόσβασης στις μεθόδους της ι.υ.α στη βάση του συμφέροντος του παιδιού ή θα μπορούσαν να λειτουργούν επιτροπές που θα ασχολούνται με αυτά τα ζητήματα ανά κλινική ή μονάδα. Ως πιθανή επιλογή θεωρεί το ίδιο πρόσωπο την εξειδίκευση του συμφέροντος του παιδιού από κάποιο δικαστήριο, με τη καθιέρωση κάποιου συστήματος αδειοδότησης για την πρόσβαση στην ι.υ.α.

## 2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ / ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν γενικώς, και όχι ειδικώς για την ι.υ.α, η διασφάλιση της υγείας και του συμφέροντος του προσώπου που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη και να προστατεύεται[[373]](#footnote-373).

Εξειδίκευση του συμφέροντος αυτού δεν έχει γίνει, όμως σε γενικές γραμμές θεωρείται το συμφέρον που συνδέεται με την υγεία του προσώπου και όχι άλλες εκφάνσεις της προσωπικής του ζωής (π.χ αν θα ήταν καλό να αποκτήσει παιδί). Άλλωστε, δεν αναφέρεται ειδικά το συμφέρον της γυναίκας ή του άνδρα που εμπλέκεται με κάποιο τρόπο σε μέθοδο ι.υ.α, αφού άλλωστε δεν υπάρχει σχετικά ειδικό νομοθετικό πλαίσιο.

Στο κείμενο πάντως που συνέταξε η IFS γίνεται ιδιαίτερη μνεία και επισημαίνεται ότι θα πρέπει να λαμβάνεται κάθε δυνατό προληπτικό μέτρο ώστε να διασφαλίζεται ότι δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που θα προκαλούσαν κίνδυνο για την υγεία του προσώπου που επιθυμεί να υποβληθεί σε θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[374]](#footnote-374). Δεν κατονομάζονται πάντως συγκεκριμένες εξετάσεις. Όμως συστήνεται ακόμη και ένας ενδεδειγμένος τρόπος ζωής (μείωση κατανάλωσης αλκοόλ, παύση του καπνίσματος, απώλεια σωματικού βάρους κτλ) και προβλέπεται ότι θα πρέπει να παρέχεται αυξημένη ιατρική παρακολούθηση σε άτομα με βεβαρυμένο ιατρικό ιστορικό ή αυξημένες πιθανότητας εμφάνισης κάποιου προβλήματος στην πορεία της θεραπείας[[375]](#footnote-375).

Συμπερασματικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η υγεία του υποβοηθούμενου προσώπου αποτελεί τελικά προϋπόθεση για την προσφυγή στην ι.υ.α, διότι παρόλο που δεν υπάρχει ρητή απαγόρευση, αν διαπιστωθεί η ύπαρξη σοβαρής ασθένειας η οποία ενδέχεται έστω να μεταδοθεί στο παιδί που θα γεννηθεί ή μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο για την υγεία του υποβοηθούμενου προσώπου κατά τη διάρκεια της κυοφορίας, τότε οι γιατροί αρνούνται να προχωρήσουν σε εφαρμογή των μεθόδων ι.υ.α.

Στο συγκεκριμένο ζήτημα παρουσιάστηκε απόλυτη συμφωνία των απόψεων όλων των προσώπων αναφοράς. Όλοι ανεξαιρέτως συμφωνούν όχι μόνο ότι θα ήταν θεμιτό αλλά ότι αποτελεί υποχρέωση του ιατρού να διασφαλίζει ότι η υγεία του προσώπου που θα υποβληθεί σε ι.υ.α δεν θα επιβαρυνθεί σε μεγάλο βαθμό και δεν θα προκύψει σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του. Σε κάθε άλλη περίπτωση προέχει το συμφέρον του προσώπου που πρόκειται να υποβληθεί σε κάποια ιατρική πράξη και το οποίο επιβάλλει στον ιατρό να μην προχωρήσει στην εφαρμογή κάποιας μεθόδου ι.υ.α. Ωστόσο, επισημάνθηκε, ομοφώνως επίσης, ότι εκτός από την πρόβλεψη για υποχρεωτική συνεδρία με σύμβουλο-ψυχολόγο πριν την διενέργεια οποιασδήποτε πράξης ι.υ.α ο ιατρός δεν μπορεί με κάποιον άλλο τρόπο να διαγνώσει το καλύτερο συμφέρον του ενδιαφερόμενου να υποβοηθηθεί προσώπου.

## 3. ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Στην Ιρλανδία η νομοθεσία δεν εμπεριέχει, σαφή αναφορά στη νομική φύση του γεννητικού υλικού. Το άρθρο 40.3.3 του Ιρλανδικού Συντάγματος παρέχει συνταγματική προστασία στην «αγέννητη» ζωή.

Σύμφωνα με την Επιτροπή για την αναθεώρηση [[376]](#footnote-376) «η χρησιμοποιηθείσα διατύπωση είναι τουλάχιστον ασυνήθιστη και προκαλεί απορίες. Θα περίμενε κανείς ότι η θα χρησιμοποιούνταν η έκφραση αγέννητος άνθρωπος ή αγέννητη ανθρώπινη ύπαρξη. Μέχρι ο νόμος να ξεκαθαρίσει ακριβώς τον ορισμό του όρου και ανεξάρτητα από τις φιλοσοφικές ή νομικές αναλύσεις, η ερμηνεία που αρμόζει είναι ότι αγέννητη ζωή κατά τον τρόπο που χρησιμοποιείται στη συνταγματική διάταξη, σημαίνει ζωή που βρίσκεται σε διαδικασία να γεννηθεί ή ζωή ικανή να γεννηθεί. Το αν αυτή η διαδικασία ξεκινά από τη γονιμοποίηση του ωαρίου, την εμφύτευση στη μήτρα της γυναίκας ή κάποιο άλλο στάδιο, αυτό είναι ένα ζήτημα στο οποίο δεν μπορεί να δοθεί απάντηση από το ισχύον δίκαιο».

Σύμφωνα με μία άποψη[[377]](#footnote-377), από την παραπάνω κρατούσα συνταγματική ερμηνεία, προκύπτει με σαφήνεια ότι το γονιμοποιημένο ωάριο προτού εμφυτευθεί δεν μπορεί να θεωρείται αγέννητη ζωή, αφού δεν έχει την δυνατότητα να εξελιχθεί αυτοδύναμα σε ζωή ούτε βρίσκεται σε διαδικασία εξέλιξης σε ζωή[[378]](#footnote-378). Η ανάλυση λαμβάνει μεγαλύτερες διαστάσεις αφού καταλήγει στην προβληματική του δικαιώματος στη μη αναπαραγωγή και αγγίζει το ζήτημα των αμβλώσεων[[379]](#footnote-379), η απαγόρευση των οποίων είχε θεσπιστεί με βάση τη συγκεκριμένη συνταγματική διάταξη[[380]](#footnote-380).

Έτσι δεν είναι σαφές αν η προστασία παρέχεται από τη στιγμή της γονιμοποίηση ή από κάποιο άλλο σημείο της διαδικασίας της κύησης. Η έλλειψη σαφήνειας έχει επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ιρλανδία, η κυριότερη από τις οποίες είναι ότι τα ζευγάρια που επιθυμούν να εφαρμόσουν αυτή τη μέθοδο καταφεύγουν στο εξωτερικό, με αποτέλεσμα ορισμένες φορές να δημιουργούνται προβλήματα όταν θελήσουν να επιστρέψουν στη χώρα με το παιδί, όπως αναφέρεται σε νομολογιακή υπόθεση που αναλύεται παρακάτω.[[381]](#footnote-381)

Η Επιτροπή πραγματεύτηκε ειδικά το ζήτημα και αποδέχτηκε κατ’ αρχάς ότι από την εμφύτευση στη μήτρα το έμβρυο είναι ανθρώπινη ύπαρξη[[382]](#footnote-382). Επομένως, απέμενε προς συζήτηση η νομική φύση του εμβρύου πριν την μεταφορά στη μήτρα της εγκύου. Η νομική φύση των γαμετών αποτέλεσε αντικείμενο της συζήτησης.

Η προστασία που ο νόμος πρέπει θα έπρεπε να επιφυλάσσει για το in vitro έμβρυο προκάλεσε διχογνωμία. Μία μερίδα υποστήριξε ότι το γονιμοποιημένο ωάριο θα πρέπει να τυγχάνει απόλυτης προστασίας από τη στιγμή της γονιμοποίησης ενώ αντιθέτως μια άλλη γνώμη τάχθηκε με τη θέση ότι τέτοια νομική προστασία θα πρέπει να παρέχεται σε μεταγενέστερο στάδιο, από τη στιγμή της εμφύτευσης και μετά[[383]](#footnote-383).

Συγκεκριμένα, υποστηρίχθηκε ότι η εμφύτευση αποτελεί το σημείο κατά το οποίο ξεκινά η ύπαρξη ανθρώπινης ζωής. Υποστηρίχθηκε ωστόσο και η άποψη ότι η ζωή ξεκινά σε ένα μεταγενέστερο χρονικό διάστημα, την 14 ημέρα μετά την εμφύτευση [[384]](#footnote-384) .

Οι υποστηρικτές κάθε μιας από τις παραπάνω απόψεις επικαλούνται ποικίλα νομικά και φιλοσοφικά επιχειρήματα, συμφώνησαν ωστόσο ότι εν τέλει το θέμα πρέπει να διασαφηνιστεί νομοθετικά ή/και νομολογιακά[[385]](#footnote-385).

Επισημάνθηκε ότι, όμως, ότι εφόσον σύμφωνα με τη νομολογία του ανώτατου δικαστηρίου της χώρας (βλέπε ανάλυση αμέσως παρακάτω), το γεννητικό υλικό προστατεύεται από το Σύνταγμα ως «αγέννητη ανθρώπινη ζωή» μόνο από τη στιγμή της εμφύτευσής του στο γυναικείο σώμα, εξ’ αντιδιαστολής συνάγεται επομένως ότι οι γαμέτες και το γονιμοποιημένο ωάριο που βρίσκεται ακόμα έξω από το ανθρώπινο σώμα δεν αντιμετωπίζονται ως φορείς ανθρώπινης ζωής. Η νομική τους φύση ωστόσο δεν αποσαφηνίζεται περαιτέρω.

Κατά τα λοιπά όμως, παραμένει απολύτως απροσδιόριστη η νομική φύση του γεννητικού υλικού. Δεν είναι σαφές αν αυτό αποτελεί πράγμα και στοιχείο της περιουσίας κάποιου προσώπου, αν αποτελεί πράγμα εκτός συναλλαγής ή μια άλλη, τρίτη, κατηγορία έννομου αγαθού με αυτοτελή υπόσταση, μεταξύ ανθρώπου και πράγματος.

Πάντως, με δεδομένο ότι στην Ιρλανδία επιτρέπεται η δωρεά του γεννητικού υλικού, αλλά και η καταστροφή του, η υπαγωγή του στην έννοια του πράγματος δύσκολα μπορεί να αποκλειστεί.

Τέλος, το ζήτημα της κυριότητας επί του γεννητικού υλικού απασχολεί έντονα τη θεωρία ωστόσο δεν έχει επικρατήσει μέχρι στιγμής κάποια ερμηνεία[[386]](#footnote-386). Προς το παρόν δεν υπάρχει κάποια ρύθμιση, ούτε όμως το ζήτημα έχει προκαλέσει πρακτικά προβλήματα για τα οποία να χρειάστηκε δικαστική κρίση. Τα σχετικά θέματα, φαίνεται ότι επιλύονται με βάση την συναίνεση. Δηλαδή, χωρίς να τίθεται το ερώτημα της κυριότητας ή της ιδιοκτησίας επί του γεννητικού υλικού, ο δότης δεσμεύει απόλυτα την κλινική ι.υ.α ή τη μονάδα κρυοσυντήρησης μέσω της συναίνεσης που δίνει για συγκεκριμένη χρήση. Από τα δεδομένα που υπάρχουν δημοσιευμένα αλλά και την άποψη των προσώπων αναφοράς προκύπτει ότι οι λήπτες της συναίνεσης, τη σέβονται απόλυτα και δεν έχει προκύψει περιστατικό παραβίασης.

### 3.1 ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

Η πρώτη υπόθεση σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή που απασχόλησε τα δικαστήρια της Ιρλανδίας, ήταν όπως έχει προαναφερθεί, η υπόθεση M(ary) R(oche) v T(homas) R(oche) and Ors, πιο γνωστή ως Roche v Roche, ενώ αναφέρεται και ως υπόθεση «των παγωμένων εμβρύων» (frozen embryos) [[387]](#footnote-387).

Το High Court αποφάνθηκε με την υπ’ αριθμ 2004 9792 [[388]](#footnote-388) απόφασή του και το Supreme Court με την υπ’ αριθμ. 469/06 & 59/07[[389]](#footnote-389). [[390]](#footnote-390)

Τα πραγματικά περιστατικά έχουν ως εξής:

Η ΜR και ο TR παντρεύτηκαν το 1992. Ως το 1994 δεν είχαν αποκτήσει παιδί και γι’ αυτό προσέφυγαν για συμβουλή σε γενικό γιατρό, ο οποίος τους παρέπεμψε σε δημόσιο νοσοκομείο για εξειδικευμένη θεραπεία. Η θεραπεία ήταν επιτυχής και το ζευγάρι απέκτησε το 1997 έναν γιο.

Λίγο μετά τη γέννηση του παιδιού, η MR υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση στις ωοθήκες, λόγω της οποίας, δεν υπήρχε η δυνατότητα φυσιολογικής αναπαραγωγής και έτσι το ζευγάρι το 2002 προσέφυγε σε κλινική ι.υ.α.

Ο TR υπέγραψε έντυπο συναίνεσης μετά από ενημέρωση, συναινώντας ως σύζυγος της MR στην γονιμοποίηση των ωαρίων της και στην μεταφορά τριών εμβρύων στην μήτρα της. Στο έντυπο υπήρχε ρητή δήλωση ότι αποδέχεται πως είναι ο νόμιμος πατέρας των παιδιών που θα γεννηθούν.

Ωστόσο, για τις ανάγκες της θεραπείας λήφθηκαν 6 ωάρια από την MR. Και τα έξι γονιμοποιήθηκαν, εκ των οποίων τα τρία εμφυτεύθηκαν στη μήτρα της και τα άλλα τρία κρουσυντηρήθηκαν. Η MR έμεινε έγκυος και τελικά γέννησε ένα κοριτσάκι το Οκτώβριο του 2002. Στο επόμενο διάστημα όμως το ζευγάρι χώρισε.

Η υπόθεσε οδηγήθηκε στα Δικαστήρια όταν η MR ζήτησε να της εμφυτευθούν και τα εναπομείναντα τρία έμβρυα που είχαν κρυοσυντηρηθεί, τη στιγμή που ο TR δήλωνε ότι ήταν αντίθετος τόσο στην εμβρυομεταφορά όσο και στην αναγνώρισή του ως κατά το νόμο πατέρα των παιδιών που πιθανόν να προέκυπταν.

Ανέκυψαν ενώπιον του δικαστηρίου δύο πολύ σημαντικά θέματα. Το πρώτο είχε να κάνει με την νομική φύση του γεννητικού υλικού, δηλαδή το αν και από ποια στιγμή το γονιμοποιημένο ωάριο τυγχάνει της προστασίας του άρ. 40.3.3 του Συντάγματος που προστατεύει την αγέννητη ζωή. Το δεύτερο αφορούσε το αν και κατά πόσο μπορούσε η MR να προβεί στην εμβρυομεταφορά παρά την αντίρρηση του TR και έει αναπτυχθεί προηγουμένως στο οικείο κεφάλαιο.

Όσον αφορά το πρώτο ζήτημα, δηλαδή αν το γονιμοποιημένο ωάριο εντάσσεται στην έννοια της αγέννητης ζωής η οποία προστατεύεται Συνταγματικά το Δικαστήριο διατύπωσε τις εξής σκέψεις:

Η συνταγματική διατύπωση στα συμφραζόμενα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προκαλεί ερμηνευτικές δυσχέρειες και χρήση αποσαφήνισης με συνταγματική αναθεώρηση ή με νομοθετική ρύθμιση. Το άρθρο 40.3.3 του Ιρλανδικού Συντάγματος παρέχει συνταγματική προστασία στην «αγέννητη» ζωή. Σύμφωνα με την Επιτροπή για την αναθεώρηση[[391]](#footnote-391) «η λέξη αγέννητη είναι τουλάχιστον ασυνήθιστη. Θα περίμενε κανείς ότι η θα χρησιμοποιούνταν η έκφραση αγέννητος άνθρωπος ή αγέννητη ανθρώπινη ύπαρξη. Μέχρι ο νόμος να ξεκαθαρίσει ακριβώς τον ορισμό του όρου και ανεξάρτητα από τις φιλοσοφικές ή νομικές αναλύσεις, η ερμηνεία που αρμόζει είναι ότι αγέννητη ζωή= ζωή που βρίσκεται σε διαδικασία να γεννηθεί ή ζωή ικανή να γεννηθεί. Το αν αυτή η διαδικασία ξεκινά από τη γονιμοποίηση του ωαρίου, την εμφύτευση στη μήτρα της γυναίκας ή κάποιο άλλο στάδιο, αυτό είναι ένα ζήτημα στο οποίο δεν μπορεί να δοθεί απάντηση από το ισχύον δίκαιο».

Το Δικαστήριο άκουσε μεγάλο αριθμό επιστημόνων που προσήλθαν ως ειδικοί (γενετιστές, εμβρυολόγοι, κοινωνιολόγοι) και άλλοι από αυτούς υποστήριξαν ότι η ζωή ξεκινά από τη στιγμή της γονιμοποίησης, άλλοι ότι η έναρξη της ζωής σηματοδοτείται από την εμφύτευση στην μήτρα της γυναίκας και τέλος άλλοι ότι δεν μπορεί να προσδιοριστεί η ακριβής στιγμή της έναρξης της ανθρώπινης ζωής, αφού αυτό συμβαίνει όταν το ζυγωτό διαιρεθεί και αναδιπλασιαστεί.

Η θέση στην οποία κατέληξε σύμφωνα με τα λόγια του Δικαστή McGovern J ήταν ότι «είναι πολύ εύκολο για τους επιστήμονες και τους εμβρυολόγους να περιγράφουν με απίστευτη λεπτομέρεια τη διαδικασία της ανάπτυξης του εμβρύου σε όλα τα στάδιά της. Ωστόσο δεν είναι το ίδιο εύκολο για ένα δικαστήριο να αποφανθεί πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή, γεγονός που σηματοδοτεί σημαντικές έννομες συνέπειες».

Στην ουσία το Δικαστήριο παραδέχτηκε ότι το ζήτημα είναι κυρίως θέμα ηθικής και φιλοσοφικής προσέγγισης, θέματα τα οποία δεν είναι της αρμοδιότητας του Δικαστηρίου.

Εν τέλει, για να καταλήξει στην απόφασή του το Δικαστήριο έλαβε υπόψη όλες τις υποθέσεις στις οποίες εφαρμόστηκε η διάταξη του Συντάγματος (κυρίως υποθέσεις αμβλώσεων), όλη τη Συνταγματική ιστορία του συγκεκριμένου άρθρου αλλά και της συνταγματικής αναθεώρησης που εισήγαγε το 1937 την ακριβή διατύπωσή του. Τέλος συμπεριέλαβε στα ερμηνευτικά εργαλεία του και τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου.

Με βάση αυτά, το Δικαστήριο δέχθηκε ότι από την ορθή συνταγματική ερμηνεία, προκύπτει με σαφήνεια ότι το γονιμοποιημένο ωάριο προτού εμφυτευθεί δεν μπορεί να θεωρείται αγέννητη ζωή, αφού δεν έχει την δυνατότητα να εξελιχθεί αυτοδύναμα σε ζωή ούτε βρίσκεται σε διαδικασία εξέλιξης σε ζωή. Άλλωστε όταν θεσπιζόταν το άρθρο, δεν ήταν καν νοητή η ύπαρξη εμβρύων εκτός του γυναικείου σώματος, επομένως δεν μπορεί οι συντακτικοί νομοθέτες να απέβλεπαν σε αυτό το περιεχόμενο. Ωστόσο δεν υπάρχουν ερμηνευτικά περιθώρια για να αποφανθεί για τα ακριβές κανονιστικό περιεχόμενο της ρύθμισης και να δώσει απάντηση στο ερώτημα πότε ξεκινά η ανθρώπινη ζωή.

Επομένως, έκρινε ότι τα τρία κρυοσυντηρημένα έμβρυα της MR και του TR δεν εμπίπτουν στο πεδίο προστασίας του συντάγματος.

Η υπόθεση οδηγήθηκε και ως προς αυτό το σκέλος της στο Supreme Court, το οποίο επικύρωσε την κρίση του πρωτοβάθμιου δικαστηρίου. Το ανώτατο δικαστήριο σημείωσε ότι ο προσδιορισμός της έναρξης της ζωής και της επέλευσης των έννομων συνεπειών, δεν αποτελεί αρμοδιότητα των δικαστηρίων αλλά είναι θέμα χάραξης δημόσιας πολιτικής και αποτελεί υποχρέωση της κυβέρνησης να ρυθμίσει το ζήτημα λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα στο πεδίο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η απόφαση αποτέλεσε σημείο αναφοράς, ωστόσο όπως παρατηρήθηκε δεν συνετέλεσε επί της ουσίας σε κάποια εξέλιξη, αφού οι Δικαστές δεν έλαβαν θέση για τα κρίσιμα ζητήματα. Η απόφαση του Δικαστηρίου ωστόσο υπογράμμιζε σε έντονο τόνο την ανάγκη νομοθετικής ρύθμισης για τα ζητήματα ι.υ.α και απερίφραστα τόνιζε την υποχρέωση της κυβέρνησης να χαράξει δημόσια πολιτική στα ζητήματα αυτά. Με αυτό τον τρόπο, αποτέλεσε την αφορμή για να υπάρξει δημόσια δέσμευση των κυβερνητικών αρχών ότι θα αναληφθεί σχετική νομοθετική δράση και θα τεθεί ρυθμιστικό πλαίσιο για την ι.υ.α[[392]](#footnote-392).

Πάντως υπήρξε και κριτική στην απόφαση των δικαστών, η οποία εστίαζε στην ατολμία τους να αποφασίσουν ερμηνεύοντας το Σύνταγμα ως αυθεντικοί ερμηνευτές. Η κριτική βέβαια ήταν αμφίπλευρη, τόσο από τη μερίδα αυτών που επιθυμούσαν να διατυπωθεί σε μια δικαστική απόφαση ότι τα γονιμοποιημένα ωάρια δεν τυγχάνουν της συνταγματικής προστασίας της αγέννητης ζωής[[393]](#footnote-393), όσο και από αυτούς που ξεκινούν από μια πιο θεολογική, σύμφωνα με τα διδάγματα της καθολικής εκκλησίας, προσέγγιση και θα επιθυμούσαν να δοθεί η ερμηνεία ότι το Σύνταγμα προστατεύει την αγέννητη ζωή από τη στιγμή της γονιμοποίησης είτε in vivo είτε in vitro[[394]](#footnote-394).

Τα πρόσωπα αναφοράς εξέφρασαν τις εξής απόψεις επί του θέματος:

Το ερώτημα που τέθηκε ήταν αν κατά τη γνώμη τους το γονιμοποιημένο ωάριο in vitro θα πρέπει να απολαμβάνει νομικής προστασίας ακριβώς όπως κάθε ανθρώπινη ύπαρξη, ως ένα απλό πράγμα, ως ένα πράγμα που ενσωματώνει στοιχεία της προσωπικότητας του δότη ή τέλος ως ένας αυτόνομος φορέας δικαιωμάτων που διαφέρει ωστόσο από το να είναι μια ολοκληρωμένη ανθρώπινη ύπαρξη.

Οι δύο ιατροί στάθηκαν αμήχανοι μπροστά στην παραπάνω ερώτηση. Ο ένας εξ αυτών μάλιστα δήλωσε πως επιθυμεί να μη λάβει θέση και δεν απάντησε, δηλώνοντας ότι αυτό που τον ενδιαφέρει είναι να τεθεί ένα πλαίσιο (νομοθετικό) που να διέπει τις πράξεις της ι.υ.α και δεν βλέπει πώς θα συνέβαλλε σε αυτό η συζήτηση για το καθεστώς προστασίας του ζυγωτή in vitro. Αντιθέτως γνωρίζει ότι οποιαδήποτε απάντηση θα έδινε το έναυσμα για μια μεγάλη συζήτηση μεταξύ των νομικών, που όμως εύκολα θα μεταφέρονταν στην κοινωνία κατά την άποψή του, που δεν θα οδηγούσε πουθενά ούτε θα έδινε λύσεις. Γι’ αυτό το λόγο, αρνήθηκε να απαντήσει. Ο έτερος των ιατρών πάντως απάντησε ότι δεν βρίσκει για ποιο λόγο θα πρέπει το έμβρυο in vitro να αντιμετωπίζεται ως κάτι παραπάνω από ένα πράγμα όπως και όλα τα υπόλοιπα, με περιορισμούς πάντως ως προς τη χρήση του.

Κάθε ένας από τους τρεις νομικούς που ερωτήθηκαν είχε διαφορετική άποψη επί του θέματος. Ο πρώτος υποστηρίζει την άποψη ότι το γονιμοποιημένο ωάριο in vitro θα πρέπει να αναγνωριστεί ως μια ειδική νομική κατηγορία και να τύχει ειδικής νομικής προστασίας που θα αρμόζει ειδικά σε αυτό, δηλαδή σε γονιμοποιημένο ωάριο πριν την εμφύτευση. Από την συνέντευξη υπάρχει η αίσθηση ότι ο νομικός αυτός βρισκόταν πιο κοντά στην άποψη ότι το γονιμοποιημένο ωάριο είναι ένας αυτοτελής και ιδιάζων φορέας δικαιωμάτων που προσομοιάζει σε άνθρωπο αλλά δεν βρίσκεται ακόμη στο επίπεδο του τέλειου ανθρωπίνου όντος. Ο δεύτερος νομικός απάντησε ξεκάθαρα πως η άποψή του είναι ότι το γονιμοποιημένο ωάριο έστω και in vitro δεν διαφέρει ως προς τη φύση και το σκοπό του από οποιαδήποτε ανθρώπινη ύπαρξη αφού εξάλλου την ενσωματώνει. Επομένως θα πρέπει νομικά να αντιμετωπίζεται όπως αντιμετωπίζονται όλες οι ανθρώπινες υπάρξεις ανεξαρτήτως του σταδίου της ανάπτυξής τους. Τέλος, ο τρίτος των νομικών, είχε την άποψη ότι ο νόμος θα πρέπει να αντιμετωπίζει και να προστατεύει το in vitro γονιμοποιημένο ωάριο ως πράγμα, το οποίο όμως ενσωματώνει στοιχεία της προσωπικότητας του δότη και γι΄ αυτό απαιτείται ειδικό πλαίσιο προστασίας.

## 4. ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΟΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν ρυθμίζουν το ζήτημα. Αναφέρονται μεν στην δυνατότητα ύπαρξης προγραμμάτων δωρεάς γεννητικού υλικού χωρίς ωστόσο να γίνεται οποιαδήποτε αναφορά στο θέμα της αποκάλυψης ή όχι της ταυτότητας των δοτών του γεννητικού αυτού υλικού. Τα γενικώς ισχύοντα για το απόρρητο των ιατρικών πληροφοριών και τις περιπτώσεις κατά τις οποίες κατ’ εξαίρεση μπορεί αυτό να αρθεί[[395]](#footnote-395), δεν φαίνεται να καλύπτουν το συγκεκριμένο θέμα ικανοποιητικά.

Η Επιτροπή επεξεργάστηκε ενδελεχώς το ζήτημα και κατέληξε στην διατύπωση μιας πρότασης όπως αναλυτικά παρατίθεται παρακάτω. Το ίδιο και η IFS. Αυτό που διαφαίνεται είναι ότι το ζήτημα επαφίεται στη συναίνεση του δότη για την παροχή των στοιχείων της ταυτότητάς του στο παιδί που μέλλει να γεννηθεί από το γεννητικό του υλικό.

Η κατάσταση ρυθμίστηκε τελικά με νόμο. Ο νόμος Children and Family Relationships Act που ψηφίστηκε από το ιρλανδικό κοινοβούλιο και έγινε νόμος του κράτους στις 6 Απριλίου 2015[[396]](#footnote-396), περιέχει διατάξεις που απαγορεύουν την ανώνυμη δωρεά γεννητικού υλικού και επιχειρούν να διασφαλίσουν ότι το παιδί που θα γεννηθεί θα έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στα στοιχεία ταυτότητας των προσώπων που έδωσαν το γεννητικό υλικό για να γεννηθεί.

Ο νόμος προβλέπει ότι όταν το παιδί ενηλικιωθεί μπορεί να ζητήσει να έχει πρόσβαση στα στοιχεία του δότη. Τα στοιχεία αυτά πρέπει να συλλέγονται και να τηρούνται από την κλινική όπου ο δότης έκανε τη δωρεά και να αρχειοθετούνται στο Νational Donor-Conceived Person Register, ένα Εθνικό Αρχείο του οποίου η ίδρυση προβλέπεται στον ίδιο νόμο, όμως δεν έχει υλοποιηθεί προς το παρόν, από όπου και θα μπορεί να τα ζητά ο κάθε ενδιαφερόμενος σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπονται στο νόμο.

Οι πληροφορίες που καταχωρούνται και θα μπορεί να μάθει ένα παιδί είναι η ταυτότητα του δότη, η ημερομηνία και ο τόπος γέννησης, η εθνικότητα, του πού και πότε δώρησε το γεννητικό υλικό, αλλά και στοιχεία επικοινωνίας. Διευκρινίζεται ότι σε κάθε περίπτωση αποκλείεται η νομική σύνδεση του παιδιού με το δότη.

Η ρύθμιση αυτή έχει εγείρει πολλές αντιδράσεις τόσο από τον ιατρικό κόσμο, όσο και από τον πρώην Υπουργό ο οποίος είχε καταθέσει το εν λόγω νομοσχέδιο, χωρίς όμως να συμπεριλάβει τέτοια ρύθμιση. Η συζήτηση που προηγήθηκε της ψήφισης του νομοσχεδίου ήταν ιδιαίτερα έντονη καθώς υπήρξαν ένθερμοι υποστηρικτές και των δύο απόψεων.

Η θέση της κυβέρνησης πάντως[[397]](#footnote-397) ήταν πως η απαγόρευση της ανώνυμης δωρεάς γεννητικού υλικού στηρίχθηκε σε δύο βασικούς λόγους. Πρώτον, υποστηρίζεται ότι έτσι εξυπηρετείται το συμφέρον του παιδιού και το δικαίωμά του να γνωρίζει την ταυτότητά και τις ρίζες του. Αναφέρεται μάλιστα ότι η εμπειρία που υπάρχει από τον τομέα των υιοθεσιών έχει καταδείξει πόσο μεγάλη σημασία έχει για το παιδί να γνωρίζει την αλήθεια για τη γέννησή του. Δεύτερον, η ιρλανδική κυβέρνηση θεωρεί ότι, η διεθνής ορθή πρακτική και η τάση που υπάρχει στα περισσότερα κράτη είναι η απαγόρευση της ανωνυμίας. Για τους λόγους αυτούς υιοθέτησε τη ρύθμιση η οποία μετέβαλε την υπάρχουσα κατάσταση και μάλιστα αποτελεί μία από τις πρώτες ρητές ρυθμίσεις ζητημάτων σχετιζόμενων με την ι.υ.α.

Επισημαίνεται βέβαια, ότι επειδή στην Ιρλανδία το γεννητικό υλικό που χρησιμοποιείται προέρχεται σχεδόν κατά αποκλειστικότητα από κλινικές ή τράπεζες του εξωτερικού, οι οποίες έχουν ως πολιτική τους τη μη αποκάλυψη της ταυτότητας των δοτών του γεννητικού υλικού, η απαγόρευση της ανώνυμης δωρεάς θα επιφέρει δυσκολίες στην πράξη.

### 4.1 ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΣΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΠΑΙΔΙ

Στο βαθμό που για το ζήτημα δεν υπήρχε μέχρι πρότινος κάποια ειδική ρύθμιση, πρακτικά εφαρμοζόταν και τα δύο μοντέλα, δηλαδή προσφερόταν υπηρεσίες ι.υ.α με χρήση γεννητικού υλικού δότη του οποίου η ταυτότητα δεν αποκαλυπτόταν αλλά υπήρχε και η δυνατότητα χρήσης γεννητικού υλικού δότη του οποίου η ταυτότητα θα μπορούσε να γίνει γνωστή. Η επιλογή τελούσε υπό δύο προϋποθέσεις: την συναίνεση του δότη στην αποκάλυψη στοιχείων της ταυτότητάς του κατά τη στιγμή που έδινε το γεννητικό υλικό και στην επιλογή των προσώπων που προσέρχονταν για ι.υ.α με χρήση γεννητικού υλικού δότη, το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί να είναι από την ομάδα των δοτών που έδωσαν την συναίνεση που προαναφέρθηκε. Αυτό αποτυπωνόταν και στον τρόπο διαφήμισης της σχετική υπηρεσίας από τα κέντρα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπου ξεκάθαρα αναφερόταν ότι εκτός από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με γεννητικό υλικό ανώνυμου δότη, παρεχόταν και η δυνατότητα επιλογής μη ανώνυμων δοτών ή δοτών με συγκεκριμένα προφίλ, υπηρεσίες μάλιστα με έξτρα χρέωση[[398]](#footnote-398). Σε περίπτωση εγκυμοσύνης μάλιστα, υπήρχε η δυνατότητα να ζητηθεί από την τράπεζα γεννητικού υλικού να κρατηθεί υλικό από τον ίδιο δότη για μελλοντική χρήση από το ίδιο ζευγάρι ή μοναχικό χρήστη.[[399]](#footnote-399)

Επίσης είναι σημαντικό να τονισθεί ότι στην πράξη, η πλειονότητα των κλινικών ι.υ.α χρησιμοποιούσε γεννητικό υλικό από τράπεζες του εξωτερικού και ειδικότερα της Δανίας (κατά κύριο λόγο), της Ολλανδίας και της Ισπανίας[[400]](#footnote-400). Σύμφωνα με όσα ισχύουν σε γενικές γραμμές στις χώρες αυτές, η τράπεζα διατηρεί αρχεία με τις εξής πληροφορίες σχετικά με το δότη: Το χρώμα των ματιών, το χρώμα των μαλλιών, το ύψος, το βάρος, τον τύπο σωματικής διάπλασης, τη φυλή, τις ιδιαιτερότητες της εμφάνισης (π.χ. χροιά), την ηλικία, την εκπαίδευση /απασχόληση, το είδος του αίματος, καρυότυπο, ένα ψυχολογικό προφίλ, και τα αποτελέσματα εξετάσεων για μολυσματικές ασθένειες[[401]](#footnote-401). Υπάρχει επίσης η δυνατότητα να ζητηθεί γεννητικό υλικό από δότες που παρέχουν επιπρόσθετες πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά ή την προσωπικότητά τους[[402]](#footnote-402). Όμως δεν παρέχονται στοιχεία της ταυτότητάς τους ή άλλα στοιχεία επικοινωνίας, επομένως, δεν τίθεται το ζήτημα της αποκάλυψης αυτών των πληροφοριών. Μόνο στην περίπτωση που το γεννητικό υλικό προερχόταν από άλλη χώρα, η οποία δεν προστατεύει την ανωνυμία των δοτών, και αφού στην Ιρλανδία δεν υπήρχε καμία ρύθμιση, θα ήταν δυνατή η αποκάλυψη της ταυτότητάς του σύμφωνα με τη νομοθεσία του άλλου αυτού κράτους[[403]](#footnote-403).

Συμπερασματικά λοιπόν, όσο το ζήτημα δεν ρυθμιζόταν ούτε από τις κατευθυντήριες οδηγίες ούτε νομοθετικά, στην πράξη έβρισκε πρακτική εφαρμογή και η περίπτωση διατήρησης της ανωνυμίας του δότη και αυτή της αποκάλυψης της ταυτότητάς του στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί. Οπωσδήποτε όμως, η επιλογή γινόταν επί τη βάση της συναίνεσης που είχε δώσει ο δότης κατά τη στιγμή που παρείχε το γεννητικό υλικό.

Οι συνέπειες που θα μπορούσε να επιφέρει η αποκάλυψη της ταυτότητας του δότη όταν αυτός δεν είχε δώσει τη σχετική συναίνεση, δεν προέκυπταν ειδικώς από κάποια διάταξη. Πιθανότατα σε αυτήν την περίπτωση θα μπορούσαν να τύχουν εφαρμογής οι γενικές προβλέψεις για την παραβίαση των νόμων για την προστασία προσωπικών δεδομένων και των κατευθυντήριων αρχών σε ζητήματα απορρήτου από τον ιατρό ή παραβίασης των όρων της σύμβασης μεταξύ του δότη και του ιατρικού κέντρου- τράπεζας γεννητικού υλικού.

Δικαστική διαμάχη για το ζήτημα δεν είχε ανακύψει και γι’ αυτό δεν υπάρχουν νομολογιακά δεδομένα.

Ωστόσο τα δεδομενα διαφοροποιήθηκαν μετά την ψήφιση του Children and Family Relationships Act 2015. Στο νόμο αυτό υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις που απαγορεύουν την ανώνυμη δωρεά γεννητικού υλικού και καθορίζουν το πώς και σε ποιους θα γνωστοποιούνται ταα στοιχεία ταυτότητας του δότη. Εκτός από το ίδιο το παιδί και το δότη, για τους οποίους ακολουθεί ανάλυση αμέσως παρακάτω, προβλέπεται και για τους γονείς του παιδιού που θα γεννηθεί, η δυνατότητα πρόσβασης στα στοιχεία του δότη, με την προϋπόθεση ότι η σχετική αίτηση θα υποβληθεί πριν το παιδί ενηλικιωθεί.

Συγκεκριμένα, στο αρ. 34 του νόμου παρέχεται το δικαίωμα στους γονείς του παιδιού που θα γεννηθεί να ζητήσουν πρόσβαση στα στοιχεία ταυτότητας του δότη. Προβλέπεται η δυνατότητα να ζητήσουν πρόσβαση σε όλες τις πληροφορές που είναι καταχωρημένες εκτός από τα ακριβή στοιχεία ταυτότητας, την ηλικία και τα στοιχεία επικοινωνίας του δότη. Μπορούν επομένως, να μάθουν το φύλλο, την καταγωγή ή την ημερομηνία που ο δότης έκανε τη δωρεά γεννητικού υλικού κ.ά.

Επιπλέον, μπορούν να ζητήσουν να πληροφορηθούν σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που έχουν γεννηθεί από το γεννητικό υλικό που είχε δωρίσει ο ίδιος δότης, καθώς και το φύλο και την ημερομηνία γέννησης καθενός από αυτά τα παιδιά.

### 4.2 ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΟΤΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΟΤΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Το ζήτημα της αποκάλυψης της ταυτότητας του δότη του γεννητικού υλικού στο παιδί που θα γεννηθεί από τη χρήση του υλικού αυτού, το λεγόμενο δηλαδή δικαίωμα του παιδιού στη γνώση της γενετικής του καταγωγής, απασχολούσε επί χρόνια την επιστημονική κοινότητα αλλά και την κοινή γνώμη στην Ιρλανδία[[404]](#footnote-404).

Σύμφωνα με έρευνες, οι γονείς συνήθως δεν θέλουν και κατά πλειονότητα (περίπου το 70%) δεν το λένε στο παιδί τους ότι γεννήθηκε με τη χρήση γεννητικού υλικού δότη[[405]](#footnote-405). Ωστόσο έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά θέλουν να το μαθαίνουν και σε περίπτωση που μένει κρυφό και το ανακαλύψουν αργότερα αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα[[406]](#footnote-406).

Το ζήτημα απασχόλησε εκτενώς και την Επιτροπή η οποία προσπάθησε να εντοπίσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την διαμόρφωση ενός συστήματος απόλυτης ανωνυμίας των δοτών ή ενός συστήματος που επιτρέπει τον προσδιορισμό τους και την ταυτοποίησή τους.

Συγκεκριμένα, αφού κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαίο να επιτρέπεται καταρχήν η δωρεά σπέρματος, ωαρίου και γονιμοποιημένου ωαρίου,[[407]](#footnote-407), η συζήτηση επικεντρώθηκε στο ζήτημα της ανωνυμίας των δοτών του γεννητικού υλικού. Το κριτήριο για την στάθμιση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που παρουσιάζονται από τη μία πλευρά με την πιθανή εφαρμογή και καθιέρωση ενός συστήματος ανωνυμίας και από την άλλη, εάν παρέχεται η δυνατότητα ταυτοποίησης των στοιχείων του δότη, αναζητήθηκε στο συμφέρον του παιδιού.

Λαμβάνοντας υπόψη το κριτήριο αυτό, φαίνεται πως το συμφέρον των παιδιών να μπορούν να πληροφορηθούν την γενετική τους καταγωγή και να γνωρίσουν την ταυτότητά τους είναι πιο σημαντικό για ψυχολογικούς λόγους από το συμφέρον των δοτών να παραμένουν ανώνυμοι[[408]](#footnote-408). Έχει διαπιστωθεί άλλωστε ότι η «γενεαλογική σύγχυση»[[409]](#footnote-409) που μπορεί να προκληθεί σε παιδιά ή εφήβους που δεν γνωρίζουν τον τρόπο σύλληψής τους και την γενετική τους προέλευση μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατα ψυχολογικά προβλήματα[[410]](#footnote-410).

Ακόμη, τονίστηκε η ανάγκη αποκάλυψης της ιατρικής ταυτότητας των δοτών για λόγους που συνδέονται με την υγεία του παιδιού[[411]](#footnote-411). Βέβαια, η ανάγκη αυτή φαίνεται να καλύπτεται ακόμα και στα συστήματα που επιβάλλουν ανωνυμία των δοτών, αφού στις περισσότερες των περιπτώσεων και όταν τίθεται θέμα υγείας του παιδιού, είτε αίρεται η ανωνυμία είτε συνηθέστερα, έχουν τηρηθεί στον ιατρικό φάκελο όλες οι απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες για το δότη, χωρίς να αποκαλύπτεται η ταυτότητά του.

Επίσης, κρίθηκε ότι η εκτίμηση πως σε περίπτωση που απαγορευτεί η ανωνυμία δεν θα είναι εύκολο να βρεθούν πολλοί δότες και επομένως αυτό θα λειτουργούσε εκφοβιστικά και εις βάρος τελικά των προγραμμάτων ι.υ.α, δεν ήταν τόσο βαρύνουσας σημασίας αφού άλλωστε τα στοιχεία από άλλες χώρες καταδεικνύουν ότι τελικά ακόμα και όπου εφαρμόστηκε η άρση της ανωνυμίας των δοτών, οι δότες μειώθηκαν μεν αλλά όχι δραμματικά. [[412]](#footnote-412)

Βέβαια τονίστηκε ότι σε κάθε περίπτωση ο δότης θα πρέπει να ενημερώνεται εκ των προτέρων για την πιθανότητα να αποκαλύπτεται η ταυτότητά του και να παρέχει τη σχετική συναίνεσή του. Ωστόσο, εναπόκειται στο νομοθέτη να ρυθμίσει το ζήτημα έτσι ώστε να μην προκαλούνται νομικά προβλήματα, πρωτίστως μέσω της απαγόρευσης νομικών συνεπειών από την ταυτοποίηση του δότη και του αποκλεισμού του ενδεχομένου, οποιοσδήποτε, ακόμα και το ίδιο το παιδί, να ζητήσει την αναγνώριση νομικής συγγένειας ή σχέσης με τον γενετικό πρόγονό του[[413]](#footnote-413).

Η Επιτροπή κατέληξε να υιοθετήσει τη θέση ότι τα παιδιά που έχουν γεννηθεί μέσω δωρεάς γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων θα πρέπει να μπορούν να εξακριβώσουν την ταυτότητα των δοτών μόνο εφόσον κατά τη δωρεά του γεννητικού υλικού, οι δότες είχαν συναινέσει στην αποκάλυψη της ταυτότητάς τους[[414]](#footnote-414). Σε κάθε περίπτωση όμως οι δότες δεν θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να διερευνήσουν και να εντοπίσουν τα παιδιά που έχουν γεννηθεί με το δικό τους γεννητικό υλικό[[415]](#footnote-415). Με την επισήμανση ότι τους αναγνωρίζεται το δικαίωμα να πληροφορούνται αν έχει χρησιμοποιηθεί το γεννητικό υλικό τους και αν τελικά επετεύχθη η γέννηση ενός παιδιού[[416]](#footnote-416).

Τονίσθηκε η σημασία της υποχρέωσης να παρέχεται στους υποψήφιους δωρητές συμβουλευτική προτού αυτοί δώσουν την συναίνεσή τους ενώ θα πρέπει να μην παρέχεται η δυνατότητα σε αυτούς να θέτουν όρους ως προς τη χρησιμοποίηση του γεννητικού υλικού τους ή να λαμβάνουν χρήματα [[417]](#footnote-417). Τα παιδιά που γεννιούνται από γαμέτες δωρητών θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να μαθαίνουν την ταυτότητα των γενετικών γονέων τους, όπως μόλις αναφέρθηκε, ωστόσο όλα τα γονικά δικαιώματα και οι υποχρεώσεις θα πρέπει να αναφέρονται μόνο στους κοινωνικούς γονείς και να αποκλείεται η διεκδίκηση τέτοιων δικαιωμάτων από τους δωρητές.[[418]](#footnote-418)

Με τις παραπάνω παρατηρήσεις συμφωνεί και η IFS η οποία συμπεριλαμβάνει στις θέσεις της ακριβώς την ίδια πρόταση[[419]](#footnote-419) με την επισήμανση ότι το θέμα της ανωνυμίας θα πρέπει να είναι ειδικό αντικείμενο της παρεχόμενης προς τους ενδιαφερομένους ενημέρωσης και της δηλούμενης συναίνεσής τους[[420]](#footnote-420). Πάντως, υπογραμμίζεται ότι τα σύγχρονα δεδομένα έχουν δείξει πως η αποκάλυψη της ταυτότητας των δοτών στα παιδιά που γεννιούνται με αυτή τη μέθοδο, αποβαίνει προς όφελος τόσο των ίδιων των παιδιών όσο και της οικογένειάς τους[[421]](#footnote-421).

Σύμφωνα με τα δεδομένα που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια που κατήρτισε και συνέταξε η Επιτροπή, το 75% των ερωτηθέντων συμφωνούν με την άποψη ότι θα πρέπει να παρέχεται το δικαίωμα στο παιδί που θα γεννηθεί σχετικά με τους γενετικούς προγόνους του, ενώ το 42% υποστήριξε ότι θα πρέπει να προστατεύεται το δικαίωμα των δοτών στην ανωνυμία[[422]](#footnote-422).

Στην πράξη, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, εφαρμοζόταν και τα δύο μοντέλα, ανάλογα με τις επιλογές των προσώπων που ζητούν την ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή και σύμφωνα με την συναίνεση που ο δότης του γεννητικού υλικού είχε δώσει. Υπήρχε δηλαδή μια παράλληλη εφαρμογή τόσο του συστήματος ανωνυμίας των δοτών όσο και του μοντέλου που επιτρέπει την αποκάλυψη της ταυτότητάς τους.

Το διττό αυτό σύστημα σταμάτησε να εφαρμόζεται από τον Απρίλιο του 2015 και την εισαγωγή του νέου νόμου, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω. Πλέον επιβάλλεται νομοθετικά η απαγόρευση της ανώνυμης δωρεάς γεννητικού υλικού.

Ο νόμος προβλέπει ότι ο υποψήφιος δωρητής υπογράφει υποχρεωτικά έγγραφο που πρέπει να του παρέχεται από τη μονάδα στην οποία προσέρχεται για να προβεί στη δωρεά του γεννητικού υλικού του, και στο οποίο αναφέρεται ρητά ότι συναινεί στην δωρεά και χρήση του γεννητικού υλικού του, γνωρίζοντας ότι η μονάδα θα τηρήσει αρχείο με τα στοιχεία του, τα οποία θα διαβιβάσει στο Εθνικό Αρχείο Δοτών (National Donor-Conceived Person Register) και θα είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν στο παιδί που πιθανόν γεννηθεί εφόσον αυτό το ζητήσει και αφού συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας του.

Το ελάχιστο περιεχόμενο των πληροφοριών που καταχωρούνται και θα μπορεί να μάθει ένα παιδί είναι η ταυτότητα του δότη, η ημερομηνία και ο τόπος γέννησης, η εθνικότητα, του πού και πότε δώρησε το γεννητικό υλικό, αλλά και τα στοιχεία επικοινωνίας. Θεσπίζεται μάλιστα υποχρέωση του δότη να γνωστοποιεί στο Εθνικό Αρχείο κάθε μεταβολή των στοιχείων επικοινωνίας του.

Ο νόμος προβλέπει τόσο τη δυνατότητα του παιδιού που θα γεννηθεί να έχει πρόσβαση στα στοιχεία του δότη, όσο και τη δυνατότητα του δότη να αναζητήσει πληροφορίες σχετικά με το παιδί που γεννήθηκε με το δικό του γεννητικό υλικό, με συγκεκριμένες ρυθμίσεις και διαδικασίες που περιγράφονται αμέσως παρακάτω.

Η πρώτη διαδικαία που προβλέπεται, είναι αυτή του αρ. 34 του νόμου και είναι κοινή τόσο για το παιδί που έχει γεννηθεί, όσο και για το δότη, αλλά και τους γονείς του παιδιού, όπως μόλις παραπάνω αναφέρθηκε.

Σύμφωνα με τη διαδικασία αυτή, το παιδί καταρχάς, έχει το δικαίωμα μόλις ενηλικιωθεί να ζητήσει με αίτησή του προς τον Υπουργό Υγείας, να έχει πρόσβαση στα στοιχεία του δότη που τηρούνται στο Εθνικό Αρχείο. Από τις πληροφορίες αυτές εξαιρούνται τα ακριβή στοιχεία της ταυτότητας του δότη, η ημερομηνία γέννησης του και τα στοιχεία επικοινωνίας του. Το παιδί μπορεί επίσης να ζητήσει να ενημερωθεί για τον αριθμό των παιδιών που έχουν γεννηθεί από το γεννητικό υλικό του ίδιου δότη, καθώς και για το φύλο και το έτος γέννησης καθενός από αυτά.

Αντιστοίχως, σύμφωνα με την παράγραφο δύο του ίδιου άρθρου, ο δότης, με αίτηση που απευθύνεται και πάλι προς τον υπουργό υγείας, δικαιούται να ζητήσει και να λάβει ενημέρωση για τον αριθμό των παιδιών που έχουν γεννηθεί από το γεννητικό υλικό του, καθώς επίσης και για το φύλο και το έτος γέννησης καθενός από αυτά.

Στην παραπάνω αίτηση του παιδιού ή του δότη ή των γονέων του παιδιού, ο Υπουργός είναι υποχρεωμένος να απαντήσει και να παρέχει άμεσα τις πληροφορίες που ζητούνται.

Εκτός όμως από αυτή την πρώτη διαδικασία, που είναι απλή, χωρίς πολλές προϋποθέσεις, αλλά αφορά άλλες πληροφορίες εκτός της ταυτότητας του δότη, προβλέπεται και μια δεύτερη περαιτέρω διαδικασία μέσω της οποίας το παιδί αποκτά πραγματικά πρόσβαση στα στοιχεία ταυτότητας του δότη.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το αρ. 35 του ίδιου νόμου, το παιδί έχει το δικαίωμα μετά την συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας του, να ζητήσει με άιτησή του προς τον υπουργό υγείας, να έχει πρόσβαση στα στοιχεία ταυτότητας, την ημερομηνία γέννησης και τα στοιχεία επικοινωνίας του δότη που τηρούνται στο Εθνικό Αρχείο. Μετά την υποβολή της σχετικής αίτησης, ο δότης γεννητικού υλικού ειδοποιείται από τον Υπουργό Υγείας ότι έχει υποβληθεί αίτηση για την αποκάλυψη των στοιχείων του από παιδί που έχει γεννηθεί και συνδέεται βιολογικά μαζί του. Ο υπουργός υγείας έχει υποχρέωση μέσα σε 12 εβδομάδες από τη στιγμή που απέστειλε ειδοποιητήριο στο δότη, να παραδώσει τα στοιχεία που ζητούνται στον ενδιαφερόμενο που τα ζητά.

Υπάρχει ωστόσο διάταξη που ορίζει ότι εάν ο δότης επικαλεστεί λόγους για τους οποίους η αποκάλυψη των στοιχείων του τη συγκεκριμένη στιγμή θα μπορούσε να είναι επικίνδυνη για τον ίδιο, το παιδί ή και τους δύο, ζητώντας να απορριφθεί η αίτηση, τότε ο Υπουργός λαμβάνοντας υπόψη κυρίως το δικαίωμα του παιδιού να γνωρίσει την ταυτότητα του βιολογικού του προγόνου κρίνει αν οι αιτιάσεις του δότη είναι σημαντικές και μπορεί να απορρίψει είτε το αίτημα του παιδιού είτε το αίτημα του δότη να μην αποκαλυφθούν τα στοιχεία του. Μάλιστα, στη διακριτική ευχέρεια του Υπουργού εναπόκειται αν θα γνωστοποιήσει στο παιδί τους λόγους για τους οποίους έκρινε ότι πρέπει να απορρίψει το αίτημά του. Φυσικά το παιδί μπορεί να υποβάλλει εκ νέου αίτηση αν η αίτησή του απορριφθεί.

Τέλος, προβλέπεται δικαίωμα του παιδιού, στην περίπτωση που το αίτημά του για αποκάλυψη των στοιχείων του δότη απορριφθεί από τον Υπουργό, να προσφύγει στα δικαστήρια εντός 21 ημερών από τη γνωστοποίηση της απόρριψης του αιτήματός του. Στη δίκη αντίδικος είναι ο Υπουργός και όχι ο δότης, και η διαδικασία γίνεται πάντα κεκλεισμένων των θυρών. Η κρίση του δικαστηρίου δεσμεύει φυσικά τόσο τον Υπουργό όσο και το παιδί.

Παρόμοια διαδικασία προβλέπεται και στο επόμενο άρθρο, το άρθρο 36 του νόμου, όσον αφορά το δότη του γεννητικού υλικού. Βασική βεβαίως προϋπόθεση στην περίπτωση αυτή και αναγκάιος όρος για να μπορεί να λάβει χώρα η διαδικασία που περιγράφεται αμέσως παρακάτω, είναι το παιδί με τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας του να υποβάλλει αίτημα στο Υπουργό Υγείας ώστε να καταγραφούν τα στοιχεία του (όνομα, ημερομηνία γέννησης και στοιχεία επικοινωνίας) στο Εθνικό Αρχείο δηλώνοντας τη συναίνεσή του στην αποκάλυψη των στοιχείων του σε περίπτωση που ο δότης του γεννητικού υλικού εκδηλώσει επιθυμία να έχει πρόσβαση σε αυτά.

Από τη στιγμή που υπάρξει τέτοιο αίτημα και καταχωρηθούν τα στοιχεία του παιδιού, κάθε δότης μπορεί να ζητήσει με αίτησή του προς τον Υπουργό, να μάθει το όνομα, την ημερομηνία γέννησης και τα στοιχεία επικοινωνίας του παιδιού που γεννήθηκε από το δικό του γεννητικό υλικό, αρκεί το παιδί να έχει συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας του.

Μόλις το αίτημα φθάσει στον Υπουργό Υγείας, αυτός γνωστοποιεί στο παιδί για την ύπαρξη του αιτήματος. Αν μέσα σε 12 εβδομάδες το παιδί δηλώσει ότι δεν επιθυμεί την αποκάλυψη των στοιχείων του, τότε ο Υπουργός Υγείας απορρίπτει το αίτημα. Σε διαφορετική περίπτωση παρέχει στον εδιαφερόμενο δότη, τις πληροφορίες που υπάρχουν διαθέσιμες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν προβλέπεται αντίστοιχη διαδικασία ενώπιον των δικαστηρίων για τον δότη, όπως αυτή που αναφέρθηκε παραπάνω για το παιδί.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και μία ακόμα πρόβλεψη που υπάρχει στο νόμο και ειδικότερο στα άρθρο 37. Πρόκειται για τη δυνατότητα ενός παιδιού από γεννητικό υλικό δότη να έχει πρόσβαση στα στοιχεία και την ταυτότητα άλλων παιδιών που έχουν προέλθει από τον ίδιο δότη.

Συγκεκριμένα, ένα παδί μπορεί να αιτηθεί προς τον Υπουργό Υγείας να λάβει γνώση πληροφοριών που αφορούν άλλα παιδιά που έχουν προέλθει από το γεννητικό υλικό του ίδιου δότη.

Η παραπάνω δυνατότητα μπορεί να υλοποιηθεί υπό την προϋπόθεση ότι ένα άλλο παιδί που προήλθε από το γεννητικό υλικό που ίδιου δότη, μετά τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας, θα έχει ζητήσει από τον Υπουργό Υγείας να καταχωρηθούν τα στοιχεία του (όνομα, ηλικία γέννησης και στοιχεία επικοινωνίας) βεβαιώνοντας ότι συναινεί στην αποκάλυψη των παραπάνω στοιχείων σε άλλα παιδιά με τα οποία συνδέεται γενετικά.

Στη περίπτωση λοιπόν που έχουν τα ίδια τα παιδιά ή έστω ένα από αυτά ζητήσει να καταχωρηθούν τα στοιχεία τους και ένα άλλο παιδί υποβάλλει το σχετικό αίτημα προς τον Υπουργό Υγείας, τότε αποκαλύπτονται τα διαθέσιμα στοιχεία, εκτός αν το πρόσωπο του οποίου τα στοιχεία πρόκειται να αποκαλυφθούν δηλώσει την αντίρρησή του στον Υπουργό Υγείας μέσα σε 12 εβδομάδες από τη στιγμή που θα ενημερωθεί για την ύπαρξη σχετικού αιτήματος. Ούτε στη διαδικασία αυτή προβλέπεται δικαίωμα προσφυγής στα δικαστήρια για κάποιο από τα ενδιαφερόμενα ή εμπλεκόμενα πρόσωπα.

Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ ο νόμος είναι αρκετά αναλυτικός και εξαντλητικός ως προς τη διαδικασία, δεν περιλαμβάνει ειδικές ποινές και κυρώσεις για τους γιατρούς ή τους συμμετέχοντες σε περίπτωση που συμπεριφερθούν με τρόπου που αντίκειται στο νόμο. Βεβαίως, εφαρμογή σε κάθε περίπτωση έχουν οι νόμοι περί προστασίας προσωπικων δεδομένων που προβλεπουν και ποινικές και διοικητικές κυρώσεις. Για τις κλινικές όμως υπάρχει η πρόβλεψη ότι ο Υπουργός Υγείας μπορεί να προσφύγει στο δικαστήριο ζητώντας την αναστολή λειτουργίας τους και εν τέλει την αφαίρεση της άδειας λειτουργίας, αν κρίνει ότι δεν συμμορφώνονται με τις διατάξεις του νόμου ή με τις δικές του νόμιμες παραγγελίες.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι, με βάση όσα ίσχυαν μέχρι πρόσφατα, ακόμα και αν οι γονείς έχουν επιλέξει γνωστό δότη γεννητικού υλικού δεν ήταν υποχρεωμένοι να αποκαλύψουν στο παιδί τα στοιχεία της ταυτότητά του. Και μετά την ψήφιση του νέου νόμου όμως, δεν προβλέπεται υποχρέωση των γονέων να πληροφορήσουν το παιδί ότι έχει γεννηθεί με ι.υ.α. στην οποία χρησιμοποιήθηκε γεννητικό υλικό δότη.

Το παιδί μπορεί να λάβει γνώση ότι έχει προέλθει από γεννητικό υλικό δότη από το ληξιαρχείο αφού όμως συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας του. Σχετικώς, ο νόμος προβλέπει ότι ο Υπουργός Υγείας μόλις λάβει γνώση για την καταχώρηση κάποιας γέννησης με γεννητικό υλικό δότη στο Εθνικό Αρχείο Δοτών, ενημερώνει το ληξιαρχείο, όπου με τη μορφή σημείωσης, προστίθεται στη μερίδα του παιδιού, η ειδοποίηση ότι για το συγκεκριμένο παιδί υπάρχουν διαθέσιμες περισσότερες πληροφορίες. Αν το παιδί θελήσει να λάβει γνώση αυτών τότε υποβάλλει σχετικό αίτημα. Το σημαντικό ωστόσο είναι ότι μέχρι την ενηλικίωση του παιδιού, η παραπάνω σημείωση δεν είναι προσβάσιμη και κανείς δεν μπορεί να την γνωρίζει.

Τα πρόσωπα αναφοράς δήλωσαν σχετικά τα εξής:

Και οι τρεις νομικοί συμφωνούν ότι η ανωνυμία των δοτών δεν είναι αναγκαίο να προστατεύεται και ότι θα πρέπει να παρέχεται στο παιδί το δικαίωμα να μαθαίνει αφενός το γεγονός ότι έχει γεννηθεί από γεννητικό υλικό δότη και αφετέρου την ταυτότητα αυτού του δότη. Κρίνουν ότι υπάρχει ένα υπέρτερο συμφέρον του παιδιού να γνωρίζει την γενετική καταγωγή του και να μην αποκλείεται από πληροφορίες που αφορούν την γενετική του ταυτότητα, τόσο για λόγους ιατρικούς όσο και για λόγους ψυχολογικούς.

Μεταξύ των δύο ιατρών παρατηρήθηκε απόλυτη ασυμφωνία. Ο ένας έλαβε τη θέση ότι η ανωνυμία των δοτών γεννητικού υλικού πρέπει να προστατεύεται και αντιθέτως δεν θεωρεί ότι πρέπει να αναγνωρίζεται κάποιο δικαίωμα στο παιδί να έχει πρόσβαση σε δεδομένα για την ταυτότητα των βιολογικών του γεννητόρων. Άλλωστε όπως χαρακτηριστικά ανέφερε, δεν βλέπει κάποιο λόγο να αναγνωρίζεται τέτοιο δικαίωμα στο παιδί διότι δεν αποτελεί πληροφορία που θα συντελέσει στην ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του ή τον προσδιορισμό της ταυτότητάς του. Την ίδια στιγμή η θέση που πήρε ο συνάδελφός του ιατρός είναι ακριβώς η αντίθετη. Συγκεκριμένα, θεωρεί ότι η ανωνυμία των δοτών γεννητικού υλικού δεν πρέπει να προστατεύεται έναντι πάντων και ότι το παιδί θα πρέπει, σε ηλικία που θα πρέπει να προσδιοριστεί από ψυχολόγους ή κοινωνιολόγους, να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα των δοτών των γαμετών από τους οποίους προήλθε, ώστε να γνωρίζει την βιολογική καταγωγή του.

Άπαντες συμφώνησαν ότι στην περίπτωση που δεν θα προστατεύεται η ανωνυμία των δοτών, αυτοί θα πρέπει εκ των προτέρων να ενημερώνονται για αυτό. Επίσης, είτε επιτρέπεται η αποκάλυψη της ταυτότητας του δότη στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, είτε στο ίδιο το παιδί, είτε δεν επιτρέπεται κάτι τέτοιο αλλά ωστόσο συμβεί, τυχαία ή σκόπιμα, θα πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα ώστε να αποκλείεται η θεμελίωση οποιασδήποτε νομικής σχέσης ή συγγένειας μεταξύ του δότη και του παιδιού.

## 5. ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

### 5.1 ΠΩΛΗΣΗ/ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου αναφέρεται σχετικά ότι όταν προσφέρονται προγράμματα δωρεάς γεννητικού υλικού, αυτά θα πρέπει να είναι μη εμπορικά και η συμμετοχή να εκκινείται από αλτρουιστικά κίνητρα[[423]](#footnote-423). Από την αναφορά αυτή απορρέει ο κανόνας ότι απαγορεύεται η πώληση και η αγορά γεννητικού υλικού. Είναι άλλωστε και η μόνη αναφορά σχετικά με το ζήτημα αυτό.

Η Επιτροπή έθεσε ως βασική της αρχή και ταυτόχρονα πρωταρχικό σκοπό της την αποτροπή της εμπορευματοποίησης όλων των πράξεων που συνδέονται με την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή[[424]](#footnote-424). Μία επίσης από τις βασικότερες θέσεις στις οποίες κατέληξε η Επιτροπή είναι ότι οι δωρητές γεννητικού υλικού δεν θα πρέπει να πληρώνονται για την δωρεά γεννητικού υλικού αυτή καθ’ εαυτή. Ωστόσο είναι αποδεκτή η καταβολή σε αυτούς μια εύλογης αποζημίωσης που να καλύπτει τα έξοδα στα οποία πιθανόν υποβλήθηκαν για να πραγματοποιήσουν την δωρεά[[425]](#footnote-425), χωρίς πάντως να διευκρινίζεται αν το ποσό αυτό θα καταβάλλεται από το λήπτη του γεννητικού υλικού, από την κλινική ή από κάποια δημόσια υπηρεσία.

Στην έκθεση του IFFS 2013 τα ζητήματα πώλησης ή προσφοράς προς πώληση και αγοράς γεννητικού υλικού δεν αποτέλεσαν αντικείμενο της έρευνας και δεν καταγράφονται πληροφορίες.

Σύμφωνα, πάντως, με τις θέσεις της IFS οι δότες γεννητικού υλικού θα πρέπει να λαμβάνουν μια εύλογη αποζημίωση για την κάλυψη εξόδων στα οποία υποβλήθηκαν προκειμένου να προβούν σε αυτή την αλτρουιστική πράξη τους.[[426]](#footnote-426)

Από το 2006 υπάρχει πλέον και νομοθετική απαγόρευση της πώλησης και αγοράς γεννηιτκού υλικού. Είναι ο εθνικός νόμος που ενσωμάτωσε τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες Ευρωπαϊκές Οδηγίες Human Tissues and Cells [[427]](#footnote-427), ο οποίος προβλέπει στο άρθρο 25 ποινή φυλάκισης έως 6 μήνες ή/ και πρόστιμο μέχρι 3.000€ για κάθε πρόσωπο που παραβίασε τις διατάξεις του νόμου, μία από τις οποίες είναι και η μη εμπορική διάθεση των ανθρωπίνων ιστών και οργάνων.

Πλέον και ο νόμος Children and Family Ralationships Act 2015, απαγορεύει ρητά κάθε οικονομικό αντάλλαγμα εκτός από αυτό που αφορά εύλογα έξοδα που περιλαμβάνουν, τα έξοδα μετακίνησης, τα ιατρικά έξοδα και τη νομική συμβουλή εφόσον συνδέονται άμεσα με την δωρεά. Σε κάθε άλλη περίπτωση η συναίνεση που παρέχεται ως προϋπόθεση για την νόμιμη δωρεά και τη νόμιμη χρήση του δωριζόμενου γεννητικού υλικού είναι άκυρη.Σημειωτέον ωστόσο ότι ο νέος νόμος δεν προβλέπει ειδικές κυρώσεις ούτε άλλες συνέπειες και επομένως, η επιβολή κυρώσεων μπορεί να γίνει και μετά την θέση σε ισχύ του νέου νόμου, όπως και προηγουμένως.

### 5.2 ΠΡΟΒΛΕΨΗ «ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ» ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΟΤΕΣ ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν αμέσως προηγουμένως, αν και η πώληση ή η αγορά γεννητικού υλικού είναι απολύτως απαγορευμένες, ωστόσο δεν αποκλείεται η καταβολή μιας εύλογης αποζημίωσης στους ανθρώπους που συμμετέχουν σε προγράμματα δωρεάς γεννητικού υλικού.

Όπως μπορεί κανείς εύκολα να διαπιστώσει περιδιαβαίνοντας τους ηλεκτρονικούς ιστότοπους των κλινικών στην Ιρλανδία, προσφέρεται μια αποζημίωση στους δότες γεννητικού υλικού. Για παράδειγμα η κλινική CARE προσφέρει 750 δολάρια στις γυναίκες που θα δώσουν τα ωάριά τους, ως αποζημίωση για τον κάθε κύκλο θεραπείας που θα υποβληθούν[[428]](#footnote-428), ενώ άλλη κλινική ενσωματώνει το κόστος του δότη γεννητικού υλικού στην τιμή της υπηρεσίας[[429]](#footnote-429). Σε ένα άλλο δημοσίευμα αναφέρεται ότι οι δωρητές σπέρματος λαμβάνουν περίπου 250 δολάρια[[430]](#footnote-430).

Και τον τύπο έχει απασχολήσει το ζήτημα. Εκτός από την αναδημοσίευση ειδήσεων που αφορούν άλλα κράτη και κυρίως Πολιτείες των ΗΠΑ όπου η προσφορά προς πώληση και η αγορά γεννητικού υλικού επιτρέπεται, η οποία συνοδεύεται από θετικά σχόλια[[431]](#footnote-431), υπάρχουν και δημοσιεύματα που αναπαράγουν προσωπικές ιστορίες γυναικών που κατέφυγαν στην αγορά γεννητικού υλικού από χώρες της ανατολικής Ευρώπης για να μπορέσουν να προχωρήσουν σε ι.υ.α. Σε ένα από αυτά τα δημοσιεύματα μάλιστα, φιλοξενούνται σχόλια και δηλώσεις διευθυντών γνωστών κλινικών οι οποίοι υπογραμμίζουν ότι είναι κατά τη γνώμη τους αναγκαίο να αλλάξει το υπάρχον καθεστώς και να αρθεί η απαγόρευση που απορρέει από τις κατευθυντήριες οδηγίες του ιατρικού συμβουλίου και να είναι δυνατόν να καταβάλλεται μια αμοιβή στους δότες γεννητικού υλικού. Με τον τρόπο αυτό υποστηρίζουν, θα καταστεί εφικτό να εξευρεθούν δότες γεννητικού υλικού οι οποίοι αυτή τη στιγμή είναι δυσεύρετοι στην Ιρλανδία, γεγονός που αναγκάζει τις κλινικές να εισάγουν γεννητικό υλικό από το εξωτερικό, ανεβάζοντας το κόστος της θεραπείας[[432]](#footnote-432).

Οι κλινικές προσδιορίζουν αυτοβούλως και μάλλον αυθαίρετα τα ποσό που κρίνουν ότι θα είναι ικανοποιητικό ώστε να προσελκύσουν δότες, προσέχοντας παράλληλα να το χαρακτηρίζουν εύλογο, να δηλώνουν ότι αποσκοπεί στην κάλυψη των εξόδων στα οποία υποβάλλεται ο δότης για την πράξη του και να τονίζουν ότι δεν αποτελεί αμοιβή. Την ίδια στιγμή, επειδή παρατηρείται έλλειψη γεννητικού υλικού, οι ασθενείς ή οι κλινικές προσφεύγον σε αγορά του υλικού αυτού από το εξωτερικό. Όλα αυτά τη στιγμή που δεν υπάρχει το ρυθμιστικό πλαίσιο και κάποιος εποπτικός μηχανισμός/όργανο ή αρχή που να ορίζει το ποσό της εύλογης αποζημίωσης, τί μπορεί να περιλαμβάνει και πώς θα καταβάλλεται στους δότες.

Η παραπάνω κατάσταση ίσχυε μέχρι τον Απρίλιο του 2015 οπότε και από τη θέσπιση του νέου νόμου, εφαρμογή έχουν οι διατάξεις του άρθρου 19 που ορίζει ότι μπορούν να καταβάλλονται στους δότες μόνο οι εύλογες δαπάνες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα μετακίνησης, τα έξοδα ιατρικοφαρμακευτικής περίθαλψης, και έξοδα για παροχή νομική ή αλλης συμβουλευτικής, με την προϋπόθεση βέβαια ότι όλα τα παραπάνω, συνδέονται άμεσα με την παροχή του γεννητικού υλικού. Ωστόσο ο νόμος δεν καθορίζει με ποσοτικά κριτήρια το ύψος των δαπανών που μπορούν να θεωρηθούν εύλογες.

Οι απόψεις των προσώπων αναφοράς είναι οι κάτωθι:

Ξεκινώντας από τους ιατρούς, ο ένας τάχθηκε υπέρ της άποψης ότι η πώληση ή η προσφορά προς πώληση ή η αγορά γεννητικού υλικού θα πρέπει να επιτραπεί, αρκεί να διασφαλίζεται ότι το γεννητικό υλικό που θα είναι το αντικείμενο της συναλλαγής θα χρησιμοποιηθεί για αναπαραγωγικό σκοπό και ότι η διακίνηση αυτή δεν γίνεται με εμπορικό σκοπό. Επίσης, το ίδιο πρόσωπο θεωρεί με βάση την εικόνα που έχει σχηματίσει ότι στην πραγματικότητα όντως προσφέρονται χρήματα στους δότες γεννητικού υλικού. Προκειμένου να αποφεύγεται η παράνομη αυτή πρακτική, το συγκεκριμένο πρόσωπο είναι της άποψης ότι θα πρέπει να ορίζεται ένα ποσό αποζημίωσης για τους δότες σπέρματος ή ωαρίων. Το ποσό αυτό πρέπει να είναι εύλογο και να μην δίνεται ως αμοιβή αλλά ως αποζημίωση για την κάλυψη κάποιων εξόδων, όπως τα έξοδα μετακίνησης, διαφυγόντα ημερομίσθια και οτιδήποτε άλλο σχετικό που να μπορεί να συνδεθεί ευθέως με την πράξη της δωρεάς.

Ο δεύτερος ιατρός έδωσε κατά το πλείστον τις ίδιες απαντήσεις με τον ομότεχνό του. Συγκεκριμένα, υποστήριξε την άποψη ότι δεν θα πρέπει να επιτρέπεται η πώληση ή η προσφορά προς πώληση ή η αγορά γεννητικού υλικού. Κατά τη γνώμη του πρέπει οποιαδήποτε διακίνηση να γίνεται μεταξύ εθνικών κέντρων-τραπεζών γεννητικού υλικού για τη διασφάλιση της υγείας των προσώπων που εμπλέκονται και την αποτροπή της εμπορευματοποίησης στον τομέα αυτό. Κατόπιν τούτου, δήλωσε ότι τάσσεται υπέρ της καθιέρωσης ενός είδους αποζημίωσης των δοτών γεννητικού υλικού που θα μπορούσε να περιλαμβάνει απώλεια μισθού ή έξοδα μετακίνησης για τη παροχή του γεννητικού υλικού. Ωστόσο, και αυτός ο ιατρός έχει σχηματίσει την εικόνα ότι έχει επικρατήσει η πρακτική οι δωρητές σπέρματος ή ωαρίων να λαμβάνουν χρήματα για την πράξη τους.

Μεταξύ των τριών νομικών που ερωτήθηκαν για τα ίδια ζητήματα παρατηρήθηκε απόλυτη ταύτιση απόψεων. Συγκεκριμένα, και οι τρεις τάχθηκαν υπέρ της άποψης ότι δεν θα πρέπει να επιτρέπεται η πώληση ή η προσφορά προς πώληση ή η αγορά γεννητικού υλικού, διότι το γεννητικό υλικό αποτελεί αντικείμενο που δεν μπορεί να είναι αντικείμενο συναλλαγής όπως τα περισσότερα πράγματα. Επίσης, συντάσσονται με την άποψη ότι θα πρέπει στους δότες γεννητικού υλικού, σπέρματος ή ωαρίου, να καταβάλλεται μια εύλογη αποζημίωση η οποία να αποσκοπεί στην κάλυψη των εξόδων στα οποία έχει υποβληθεί ο δότης προκειμένου να δωρίσει το γεννητικό υλικό του, όπως η καταβολή οδοιπορικών ή αποζημίωση για χαμένα ημερομίσθια. Εντύπωση προκαλεί ότι και τα τρία πρόσωπα, παρόλο που πρόκειται για άτομα που σχετίζονται με το χώρο της ι.υ.α και έχουν μια αρκετά σαφή εικόνα για την πρακτική που παρατηρείται στην πραγματικότητα, δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ούτε μπορούν να διακινδυνεύσουν μια εκτίμηση για το αν στην πράξη καταβάλλονται χρήματα στους δότες γεννητικού υλικού.

## 6. ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣ ΑΓΟΡΑ Ή ΠΩΛΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Σε συνέχεια των όσων παρατέθηκαν προηγουμένως, η μεσολάβηση προς αγορά ή πώληση γεννητικού υλικού, από τη στιγμή που αυτή η τελευταία απαγορεύεται, είναι και αυτή απαγορευμένη πρακτική.

Ωστόσο θα πρέπει να επισημανθούν και να διευκρινιστούν ορισμένα σημεία που αφορούν τη μεσολάβηση ή την διαφήμιση υπηρσιών που αφορούν τη εύρεση διαθέσιμου γεννητικού υλικού.:

Κατά πρώτον, η διαφήμιση ιατρικών υπηρεσιών, και άρα και υπηρεσιών ι.υ.α επιτρέπεται εφόσον είναι ακριβής και όχι παραπλανητική[[433]](#footnote-433). Με βάση αυτόν τον κανόνα, επιτρέπεται στις κλινικές που προσφέρουν υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να κάνουν εισαγωγή γαμετών ή εμβρύων, αλλά και να διαφημίζουν ότι μπορούν να μεσολαβήσουν προκειμένου ο ασθενής που ενδιαφέρεται να αγοράσει γεννητικό υλικό από το εξωτερικό όπου η πράξη αυτή επιτρέπεται[[434]](#footnote-434), μεσολαβώντας κατ’ αυτόν τον τρόπο στην αγοραπωλησία του γεννητικού υλικού.

Δεύτερον θα πρέπει να σημειωθεί ότι κλινικές που προσφέρουν ι.υ.α με γεννητικό υλικό γνωστού δότη (βλ. στο επόμενο κεφάλαιο πίνακα κλινικών), μπορεί να θεωρηθεί ότι όντως μεσολαβούν σε αγοραπωλησία. Το ζήτημα όμως δεν έχει μέχρι στιγμής κριθεί από κάποιο δικαστήριο ούτε έχει απασχολήσει. Αυτό που επισημαίνεται είναι ότι η πρακτική αυτή εφαρμόζεται χωρίς να θεωρείται ότι συνιστά παράνομη πράξη ή ότι αντιβαίνει στον κανόνα των κατευθυντήριων οδηγιών του Ιατρικού Συμβουλίου. Πρέπει όμως οπωσδήποτε να επισημανθεί ότι η παροχή υπηρεσιών ι.υ.α γίνεται μέχρι στιγμής από ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες είναι έτσι οργανωμένες ώστε ο ίδιος ο ιατρός να μην εμπλέκεται σε πράξεις διαφήμισης ή μεσολάβησης μεταξύ δότη και ασθενούς.

Τέλος, δεν υπάρχει στην πράξη διαφορετική αντιμετώπιση και ενδεχόμενο μη καταβολής της αποζημίωσης στο δότη, αν έχει μεσολαβήσει μεταξύ αυτού και του ασθενούς ο ιατρός. Άλλωστε αυτή η πρακτική από κάποιες κλινικές διαφημίζεται και προβάλλεται ως πρακτική που διασφαλίζει την ανωνυμία του δότη.

Οι απόψεις που εξέφρασαν τα πρόσωπα αναφοράς είναι οι εξής:

Ο πρώτος των ιατρών πιστεύει ότι ο ιατρός που μεσολαβεί μεταξύ του δότη γεννητικού υλικού και του υποβοηθούμενου προσώπου που το λαμβάνει και το χρησιμοποιεί, για την καταβολή της αποζημίωσης ώστε να διαφυλαχθεί η ανωνυμία του δότη, δεν διαπράττει κάποιο αδίκημα ούτε θα πρέπει να τιμωρείται εφόσον δεν αποκομίζει κάποιο όφελος γα τη διαμεσολάβηση και στο βαθμό που η ανωνυμία επιτρέπεται να διαφυλαχθεί, διότι διαφορετικά θα συμμετείχε σε συγκάλυψη της ταυτότητας του δότη. Ωστόσο σχολίασε ότι κατά τη γνώμη του μια τέτοια πρακτική από την πλευρά του ιατρού θα συνιστούσε κακή ιατρική πρακτική και μη ορθή εφαρμογή του κώδικα δεοντολογίας των ιατρών. Θα πρέπει, υποστήριξε, ο ιατρός να είναι παντελώς αμέτοχος σε οποιαδήποτε οικονομική ή άλλη συναλλαγή.

Ο δεύτερος ιατρός συμφώνησε με το συνάδελφό του, ότι η πράξη αυτή του ιατρού, όπως περιγράφηκε παραπάνω, δεν συνιστά κάποιο αδίκημα ούτε θα έπρεπε να τιμωρείται.

Εκτός από τον έναν εκ των νομικών ο οποίος δήλωσε ότι δεν γνωρίζει αν η παραπάνω πρακτική συνιστά κάποια αξιόποινη πράξη ή αν είναι ηθικά επιλήψιμη ή τέλος πάντων αν με το να μην απαγορευτεί τίθενται σε διακινδύνευση ορισμένα συμφέροντα ή αγαθά τα οποία θα πρέπει να προστατευτούν, οι άλλοι δύο νομικοί συμφώνησαν ότι η παραπάνω διαμεσολάβηση και εμπλοκή του ιατρού δεν θα πρέπει να τιμωρείται γιατί δεν αποτελεί παράνομη πράξη ούτε πλήττει την ακεραιότητα του ιατρού και το κύρος της ι.υ.α που συντελείται.

## 7. ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ

### 7.1 ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΩΝ ΤΗΤΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΥΓΟΥΝ ΣΕ ΜΙΥΑ

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου, προκύπτει η υποχρέωση του γιατρού και των ιατρικών μονάδων και κλινικών να τηρείται ακριβές αρχείο για κάθε ασθενή. Η βασική αρχή που συνοδεύει αυτή την υποχρέωση είναι το καθήκον της εμπιστευτικότητας, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις που προβλέπονται (άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του ίδιου του ασθενή ή πιθανότητα να προκληθεί σοβαρός κίνδυνος της υγείας άλλου μέλους της οικογένειας ή πιθανότητα δημόσιας επιδημείας ή διάταξη δικαστηρίου[[435]](#footnote-435)), ο σεβασμός στην επιθυμία του ασθενή. Το χρονικό διάστημα για το οποίο θα τηρηθεί ο ιατρικός φάκελος, διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση και ανάλογα με την ηλικία του ασθενή. Έχει κριθεί ότι η διάρκεια τήρησης του ιατρικού φακέλου για θέματα αναπαραγωγής είναι 25 χρόνια[[436]](#footnote-436).

Tο καθήκον αυτό του ιατρού να διατηρεί ακριβές και ενημερωμένο ιατρικό αρχείο του ασθενούς απορρέει από τις υποχρεωτικές διατάξεις της Data Protection Act[[437]](#footnote-437) και του Code of Practice for Healthcare Records Management[[438]](#footnote-438).[[439]](#footnote-439)

Το περιεχόμενο των παραπάνω κανόνων προσδιορίζει τις υποχρεώσεις του ιατρού: οφείλει να τηρεί και να διαφυλάσσει ηλεκτρονικό ή γραπτό αρχείο για κάθε ασθενή, να διασφαλίζει ότι το αρχείο αυτό είναι ακριβές και απαραβίαστο, να παρέχει στον ασθενή αντίγραφο του φακέλου και να τηρεί το ιατρικό απόρρητο. Το απόρρητο αυτό επιτρέπεται να αρθεί σε πολύ συγκεκριμένες και ειδικές περιπτώσεις[[440]](#footnote-440), διαφορετικά υπάρχει καθήκον του ιατρού να το τηρεί και μετά ακόμη το θάνατο του ασθενούς διαφυλάσσοντας την ιδιωτικότητα του ασθενούς.

Η Επιτροπή δεν ασχολήθηκε με το ζήτημα ούτε και η IFS διατύπωσε σχετικά κάποιες αρχές-οδηγίες. Προφανώς υπάρχει η αίσθηση ότι οι γενικώς ισχύουσες προβλέψεις είναι επαρκείς. Άλλωστε δεν έχουν γίνει γνωστές περιπτώσεις που να έχουν απασχολήσει την αρθρογραφία ή τη νομολογία για παραβίαση των γενικών αυτών αρχών, η οποία πάντως (παραβίαση) θα επέφερε τις διοικητικές κυρώσεις της παραβίασης του κώδικα δεοντολογίας για τον γιατρό και την κλινική.

Για τους δότες γεννητικού υλικού, ο νέος νόμος προβλέπει ότι τη δημιουργία εθνικού αρχείου (Νational Donor-Conceived Person Register) το οποίο όμως δεν έχει ακόμα ξεκινήσει να λειτουργεί. Από τη διατύπωση ωστόσο του νόμου προκύπτει ότι το αρχείο αυτό αφορά τα στοιχεία επικοινωνίας και ταυτότητας του δότη και όχι ιατρικές πληροφορίες γι’ αυτόν. Η πρόσβαση πάντως στα στοιχεία του ιατρικού φακέλου που φυλλάσεται τόσο στην κλινική ι.υ.α όσο και στο εθνικό αρχείο, γίνεται μόνο κατόπιν άδειας του Υπουργού Υγείας ύστερα από αίτηση που υποβάλλλεται προς αυτόν σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπει ο νόμος.

### 7.2 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ Ή ΑΡΧΩΝ ΣΕ ΦΑΚΕΛΟΥΣ ΠΟΥ ΤΗΡΟΥΝ ΟΙ ΜΙΥΑ

Εκτός από τις περιπτώσεις που προβλέπονται εξαιρετικά από το νόμο και τις κατευθυντήριες οδηγίες (Data Protection Act[[441]](#footnote-441), Code of Practice for Healthcare Records Management[[442]](#footnote-442), Medical Council Guidelines[[443]](#footnote-443)) και αφορούν την αποκάλυψη πληροφοριών από τον ιατρικό φάκελου ασθενών ύστερα από αίτημα του Κοινοβουλίου, κάποιας αρχής που έχει θεσπιστεί από το Κοινοβούλιο ή κάποιου Δικαστηρίου, δεν προκύπτει ότι υπάρχει κάποια περαιτέρω δυνατότητα άλλων αρχών ή προσώπων να μπορούν να επέμβουν ή έστω να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που τηρούνται στις κλινικές και τις μονάδες ι.υ.α.

Εξαίρεση φυσικά αποτελούν η διαδικασίες που περιγράφηκαν σε προηγούμενο σημείο και αφορούν το δικαίωμα του παιδιού να έχει πρόσβαση στα στοιχεία του δότη γεννητικού υλικού και στη δυνατότητα που δίνει ο νόμος στο δότη, τους γονείς του παιδιού και στα παιδιά που προέρχονται από τον ίδιο δότη, να έχουν πρόσβαση σε συγκεκριμένες πληροφορίες σύμφωνα με τις διατάξεις του Children and Family Relationships Act 2015.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατ’ αρχήν τον έλεγχο για την τήρηση των διατάξεων σχετικά με την εμπιστευτικότητα των ιατρικών αρχείων έχει η Health Service Executive. Στις περιπτώσεις που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του νέου νόμου, δηλαδή στις περιπτώσεις που η διαδικασία περιλαμβάνει γεννητικό υλικό δότη, τότε αρμόδια αρχή είναι η νέα αρχή που προβλέπεται, δηλαδή το National Donor- Conceived Person Register, και κατ’ επέκταση ο Υπουργός Υγείας στον οποίο η παραπάνω αρχή υπάγεται. Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του νόμου, οι εποπτικές και ελεγκτικές αρμοδιότητες παρέχονται στον Υπουργό Υγείας ο οποίος μπορεί να εξουσιοδοτεί υπηρεσίες του υπουργείου ή άλλα πρόσωπα για να προβαίνουν σε ελέγχους στις κλινικές που εφαρμόζουν ι.υ.α με χρήση γεννητικού υλικού δότη.

Τέλος, όσον αφορά τις προβλεπόμενες κυρώσεις, σύμφωνα με τις ποινές που προβλέπει η Data Protection Act[[444]](#footnote-444) και οι οποίες ισχύουν και στο πεδίο της ι.υ.α, η αποκάλυψη προσωπικών ιατρικών δεδομένων τιμωρείται με πρόστιμο μέχρι 50.000 λίρες. Στο νέο νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει τα ζητήματα της ι.υ.α με δωρεά γεννητικού υλικού, προβλέπεται ότι σε περίπτωση αποκάλυψης των στοιχείων που τηρούνται στο αρχείο από την κλινική,χ ωρίς να υπάρχει η προβλεπόμενη άδεια από τον Υπουργό Υγείας, τότε μπορεί να υπάρξει αφαίρεση της άδειας λειτουργίας της κλινικής με διακστική απόφαση.

Στο νέο νόμο, όπως αναφέρθηκε αναλυτικά σε προηγούμενη ενότητα, προβλέπεται το δικαίωμα των γονεών του παιδιού που γεννήθηκε με τη χρήση γεννητικού υλικού δότη, να έχουν πρόσβαση σε ορισμένες καθοριζόμενες από το νόμο πληροφορίες του ιατρικού φακέλου του δότη.

Η κατάσταση ωστόσο που πραγματικά ισχύει στις κλινικές ι.υ.α, ή τουλάχιστον ίσχυε πριν την ψήφιση του νέου νόμου αφού οι γνώμες που παρατίθενται στη συνέχεια εκφράστηκαν σε προγενέστερο χρονικό σημείο, διαφαίνεται ασαφής και αυτό επιβεβαιώνεται από τις απαντήσεις που έδωσαν σε σχετικό ερώτημα τα πρόσωπα αναφοράς.

Ειδικότερα, ερωτήθηκαν αν θεωρούν ότι η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των ιατρικών αρχείων στις μονάδες ι.υ.α τηρείται επαρκώς. Από τους τρεις νομικούς, οι δύο απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν και μάλιστα δεν μπορούν ούτε καν να κάνουν κάποια εκτίμηση. Ο δε τρίτος, απάντησε ότι χωρίς να έχει στοιχεία, έχει την αίσθηση πως δεν τηρείται το απόρρητο των ιατρικών αρχείων στις ΜΙΥΑ.

Χαρακτηριστικό είναι ότι υπήρξε διχογνωμία μεταξύ των ιατρών οι οποίοι μάλιστα είναι και ειδικοί επαγγελματίες στο χώρο της ι.υ.α. Ο πρώτος εμφανίστηκε πεπεισμένος ότι οι ΜΙΥΑ τηρούν ικανοποιητικά τους κανόνες απορρήτου των ιατρικών φακέλων των ασθενών τους. Ο δεύτερος όμως ήταν πιο διστακτικός. Δήλωσε πως αν και δεν γνωρίζει συγκεκριμένα περιστατικά παραβίασης του απορρήτου ή των κανόνων εμπιστευτικότητας, δεν μπορεί να ισχυριστεί με ασφάλεια ότι τηρούνται στις ΜΙΥΑ, γιατί έχει την αίσθηση πως κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει πάντα και σε απόλυτο ή έστω ικανοποιητικό βαθμό.

## 8. ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

## 

### 8.1 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΩΑΡΙΩΝ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ιατρικού συμβουλίου, τόσο η δημιουργία εμβρύου για οποιοδήποτε άλλο σκοπό πλην της αναπαραγωγής, όσο και η δημιουργία νέων μορφών ζωής αποκλειστικά για πειραματικούς σκοπούς, απαγορεύονται. Η ίδια απαγόρευση φυσικά ισχύει και για προγράμματα ανθρώπινης αναπαραγωγικής κλωνοποίησης[[445]](#footnote-445).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου περιέχουν ξεχωριστό κεφάλαιο για τις κλινικές δοκιμές και την έρευνα, που αφορά και αναφέρεται σε όλους τους τομείς, επομένως και στην ι.υ.α.

Σύμφωνα με αυτές τις ειδικότερες οδηγίες ο ιατρός που διενεργεί οποιασδήποτε μορφής έρευνα θα πρέπει προτού ξεκινήσει να λάβει άδεια από τη σχετική αρχή δεοντολογίας και ηθικής. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να μην παραβιάζει και να τηρεί τη Διακήρυξη του Ελσίνκι[[446]](#footnote-446) και τον εθνικό νόμο για τις κλινικές δοκιμές και τα ιατρικά προϊόντα[[447]](#footnote-447). Οφείλουμε να επισημάνουμε ωστόσο ότι δεν υπάρχει αρμόδιο όργανο και επιτροπή για την ι.υ.α καθώς επίσης και ότι οι παραπάνω νόμοι και ρυθμίσεις δεν έχουν ειδικό κεφάλαιο για την ι.υ.α.

Η IFS, σχετικώς, διακηρύττει ως βασική της θέση ότι η δημιουργία εμβρύου για οποιοδήποτε άλλο σκοπό πλην της αναπαραγωγής πρέπει να απαγορεύεται, όπως επίσης κι η δημιουργία ανθρώπινου εμβρύου αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς[[448]](#footnote-448). Το ίδιο ισχύει και για την ανθρώπινη κλωνοποίηση γενικώς.

Θα πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι η IFS δεν αρνείται γενικώς την έρευνα στο πεδίο της ι.υ.α, αλλά προβάλλει την αναγκαιότητα για συγκεκριμένους κανόνες και προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα, η έρευνα, κατά την πρόταση της IFS, θα πρέπει πρώτον να αδειοδοτείται από σχετικές επιτροπές δεοντολογίας, να σέβεται τη Διακήρυξη του Ελσίνκι και να τηρεί τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου. Επίσης, θα πρέπει σε κάθε περίπτωση η έρευνα σε ανθρώπινο έμβρυο ή σε ανθρώπινα βλαστικά κύτταρα να γίνεται για συγκεκριμένο σκοπό και μόνο στα πλεονάζοντα γονιμοποιημένα ωάρια, κατόπιν σχετικής ενημέρωσης και συναίνεσης των δοτών, τα οποία θα διατίθενται αποκλειστικά για το σκοπό αυτό και δεν θα επιτρέπεται μετέπειτα να χρησιμοποιηθούν για αναπαραγωγικούς σκοπούς ούτε να εμφυτεύονται σε γυναικεία μήτρα. Τέλος, επισημαίνεται ότι δεν μπορεί να δίνεται αντάλλαγμα ή αμοιβή σε όσους παρέχουν τα γονιμοποιημένα ωάριά τους για ερευνητικούς σκοπούς.[[449]](#footnote-449)

H IFFS στην έκθεσή της το 2013, κατατάσσει την Ιρλανδία στις χώρες εκείνες όπου η έρευνα και ο πειραματισμός στα γονιμοποιημένα ωάρια είναι απολύτως απαγορευμένα και, σημειώνει, ότι η απαγόρευση αυτή προκύπτει από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου[[450]](#footnote-450). Στη συνέχεια σημειώνεται αναλυτικά ότι η έρευνα στα εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα και στα μη έμβρυα που δίνονται για έρευνα ως πλεονάζοντα επιτρέπεται κάτω από τους περιορισμούς που τίθενται από τις σχετικές ευρωπαϊκές οδηγίες[[451]](#footnote-451). Αντιθέτως, απαγορεύεται απόλυτα τόσο η αναπαραγωγική όσο και η θεραπευτική κλωνοποίηση καθώς και η έρευνα στο πεδίο αυτό.[[452]](#footnote-452)

Βασική θέση της Επιτροπής, κατά την πραγμάτευση αυτής της θεματικής, αποτέλεσε η θέση ότι η δημιουργία εμβρύων αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς πρέπει να απαγορεύεται και το ίδιο ισχύει για την αναπαραγωγική κλωνοποίηση[[453]](#footnote-453). Αντιθέτως, η θεραπευτική κλωνοποίηση θα πρέπει κατ’ εξαίρεση των όσων εκτέθηκαν παραπάνω, να επιτρέπεται αλλά εφόσον θεσπιστεί αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο και ανατεθεί σε κάποιο φορέα ή αρχή η αδειοδότηση και επιτήρηση των ερευνητικών προγραμμάτων[[454]](#footnote-454).

Επιπλέον, σύμφωνα με την Επιτροπή, η έρευνα στο έμβρυο μπορεί να περιλαμβάνει την έρευνα στο έμβρυο ή σε εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα για συγκεκριμένους μόνο λόγους και κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες. Μια τέτοια έρευνα μπορεί να επιτρέπεται μόνο στα πλεονάζοντα έμβρυα που δωρίζονται αποκλειστικά για το σκοπό αυτό κατόπιν ενημέρωσης και συναίνεσης των δωρητών[[455]](#footnote-455). Για τη δωρεά εμβρύων προς έρευνα πρέπει να παρέχεται ειδική συναίνεση μετά από κατάλληλη ενημέρωση, ενώ θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι κανένα κίνητρο, οικονομικό ή άλλο, δε θα προσφέρεται προς το σκοπό αυτό. Η έρευνα μπορεί να διεξάγεται μέχρι τη δέκατη τέταρτη μέρα από τη γονιμοποίηση. [[456]](#footnote-456)

Τα παραπάνω, γίνεται δεκτό ότι πρέπει να ισχύουν τόσο για την έρευνα επί γονιμοποιημένων ωαρίων όσο και για την έρευνα επί των γαμετών.[[457]](#footnote-457)

Παράλληλα, θεωρείται απαραίτητη η ύπαρξη ειδικής αρχής ή φορέα που θα ορίζει τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα γίνεται η έρευνα στο έμβρυο, και θα επιβλέπει τα ερευνητικά προγράμματα.[[458]](#footnote-458)

Έγινε μνεία ότι σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, σχετική ειδική εθνική νομοθεσία υπάρχει σε πολλές δικαιοδοσίες όπως η Αυστρία, η Φινλανδία, η Γερμανία, η Ολλανδία και η Νορβηγία. Πολλές χώρες επέλεξαν μια μέθοδο δύο βαθμίδων ηθικής αξιολόγησης, από τις τοπικές επιτροπές δεοντολογίας στην έρευνα, ακολουθούμενες από αξιολόγηση σε εθνικό επίπεδο, συχνά από επιστημονικούς και όχι ηθικούς εμπειρογνώμονες. Μια άλλη κοινή τάση σε άλλες χώρες είναι η χρησιμοποίηση της νομοθεσίας ι.υ.α ως μέσο ρύθμισης και ελέγχου της γενετικής τεχνολογίας. [[459]](#footnote-459)

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η συζήτηση που προηγήθηκε και η αναλυτική παρουσίαση των επί μέρους θέσεων και επιχειρημάτων που διατυπώθηκαν εντός της Επιτροπής προτού υιοθετηθούν οι παραπάνω θέσεις.

Συγκεκριμένα, την Επιτροπή απασχόλησαν ιδιαίτερα τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από τη χρήση των in vitro εμβρύων στην επιστημονική έρευνα δεδομένου ότι θα έχει ως πιθανότερο αποτέλεσμα την καταστροφή του εμβρύου[[460]](#footnote-460) , [[461]](#footnote-461).

Σχετικώς, υπογραμμίστηκε ότι η νομική επιστήμη δεν ήταν, ούτε και είναι, κατάλληλα εξοπλισμένη για να αντιμετωπίσει την επανάσταση στη βιοτεχνολογία, ιδιαιτέρως αυτή της σύγχρονης γενετικής. Ο νόμος, όπως επισημάνθηκε ήταν παραδοσιακά κατασταλτικός παρά προληπτικός, ανταποκρινόμενος σε συγκεκριμένες εξελίξεις περισσότερο, παρά θέτοντας δομές εντός των οποίων η ευελιξία ήταν δυνατή παρακολουθώντας τις εξελίξεις από τη μία πλευρά και συμβιβάζοντας τις μεταβαλλόμενες γνώσεις και δυνατότητες από την άλλη.[[462]](#footnote-462)

Ο ρυθμός των αλλαγών στον τομέα αυτό, η ανάγκη για ευελιξία και η σημασία της ανάπτυξης της ανθρώπινης κατανόησης μέσω της εκπαίδευσης και της συζήτησης σημαίνει πως οποιαδήποτε νομοθετική παρέμβαση θα πρέπει να περάσει με όσο το δυνατόν πληρέστερη εκτίμηση των συνεπειών και να τίθεται υπό περιοδική επανεξέταση.[[463]](#footnote-463)

Έτσι κρίθηκε ότι το ερώτημα που έπρεπε να απαντηθεί είναι αν υπάρχουν ή όχι οφέλη από την έρευνα σε έμβρυα που αντισταθμίζουν τις αρνητικές συνέπειες για το συγκεκριμένο έμβρυο που κατασατρέφεται κατά την ερευνητική διαδικασία[[464]](#footnote-464).

Εν συνεχεία, από την Επιτροπή επισημάνθηκε ότι το άρθρο 2 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική[[465]](#footnote-465) τονίζει την υπεροχή του συμφέροντος και της ευημερίας του ανθρώπου σε σχέση με το αποκλειστικό συμφέρον της κοινωνίας ή της επιστήμης. Οι επιστήμονες συμφώνησαν πως θα πρέπει να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ της προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων και της ελευθερίας της έρευνας.

Παρατίθεται επίσης το άρθρο 15 της ίδιας Σύμβασης που αναφέρει: «Η επιστημονική έρευνα στον τομέα της Βιολογίας και της Ιατρικής θα πρέπει να διεξάγεται ελεύθερα αλλά να υπόκεινται στις διατάξεις της Σύμβασης και των άλλων νομικών διατάξεων που εγγυώνται την προστασία του ανθρώπινου είδους». [[466]](#footnote-466)

Η Επιτροπή τόνισε ότι η ελευθερία της έρευνας είναι δικαιολογημένη αλλά όχι απόλυτη. Τα θεμελιώδη ατομικά δικαιώματα είναι αυτά που την περιορίζουν.[[467]](#footnote-467)

Ακολούθως, έγινε μνεία των θέσεων της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και την Εμβρυολογία. Αναφέρθηκε ότι η European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE[[468]](#footnote-468)) Task Force on Ethics and Law ορίζει ότι το προεμφυτευμένο έμβρυο πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ως σύμβολο μελλοντικής ανθρώπινης ζωής. Επιθυμία αποτελεί η θέσπιση ενός κώδικα ηθικής πρακτικής για τις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ενώ αναγνωρίζει πως στο προεμφυτευμένο έμβρυο οφείλεται σεβασμός και πως η ευημερία του ενδεχόμενου παιδιού είναι υψίστης σημασίας, λαμβάνοντας επίσης υπόψη το γεγονός ότι το έμβρυο δεν μπορεί να γίνει έμβρυο και παιδί εάν και ωσότου μεταφερθεί σε μια μήτρα. Έτσι, δέχεται ότι θα πρέπει να υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση στο έμβρυο πριν και μετά την εμφύτευση.

Η ESHRE Task Force διαχωρίζει στην ανάλυσή της τα έμβρυα για έρευνα σε 2 κατηγορίες: τα πλεονάζοντα έμβρυα που δωρίζονται από τα ζευγάρια που υποβάλλονται σε IVF και τα έμβρυα που δημιουργούνται για τους συγκεκριμένους σκοπούς της έρευνας. Η Task Force αναφέρει ότι τα έμβρυα που χρησιμοποιούνται για έρευνα δε θα πρέπει να μεταφέρονται σε μια μήτρα με σκοπό την επίτευξη εγκυμοσύνης. Η ESHRE Task Force επίσης αναφέρει ότι τα έμβρυα δε θα πρέπει να δημιουργούνται αποκλειστικά για έρευνα εκτός εάν υπάρχουν υπεράριθμα έμβρυα που δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν και αποδέχεται ότι η έρευνα θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο μέχρι τη 14η μέρα. Προτείνει όπου είναι εφικτό να χρησιμοποιούνται αρχικά ζωϊκά μοντέλα.[[469]](#footnote-469)

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω κείμενα, και σύμφωνα με τις απόψεις που εξέφρασαν τα μέλη της, η Επιτροπή προέβη σε μια συστηματοποίηση και καταγραφή των επιχειρημάτων υπέρ και κατά της έρευνας σε έμβρυα.

Τα βασικότερα επιχειρήματα υπέρ της έρευνας σε έμβρυα ήταν:

1. Το προεμφυτευμένο έμβρυο αξίζει σεβασμό ως πρώιμη ανθρώπινη κυτταρική ζωή. Αυτός ο σεβασμός δεν απαιτεί την απόδοση πλήρους ηθικού κύρους στην πρώιμη εμβρυϊκή ζωή ή ίση προστασία με αυτή που προσήκει σε εμφυτευμένα έμβρυα.
2. Το γεγονός ότι υπάρχει πλεόνασμα εμβρύων στις περισσότερες διαδικασίες IVF δημιουργεί προκλήσεις στους παρόχους τεχνικών IVF σχετικά με το τι να κάνει με αυτά, για παράδειγμα αν θα πρέπει να τα κρουσυντηρήσουν, να τα δωρίσουν ή να επιτραπεί η κατοστροφή τους. Τα έμβρυα που δεν μεταφέρονται και πρόκειται να κρυοσυντηρηθούν επ’αόριστον ή να επιτραπεί η καταστροφή τους θα πρέπει να αξιολογούνται με βάση τις ανάγκες τρίτων μερών που πάσχουν από διάφορες παθήσεις και που η έρευνα σε έμβρυα μπορεί τελικά να ανακουφίσει.
3. Η έρευνα σε εμβρυϊκά βλαστικά κύτταρα υπόσχεται σημαντικά θεραπευτικά οφέλη. Αυτή η βελτίωση των προοπτικών για τους άλλους σε συνδυασμό με την έλλειψη προοπτικών για την πρώιμη εμβρυϊκή ζωή καθιστά δυνατή τη δικαιολόγηση της έρευνας γι’αυτούς που υποφέρουν.
4. Επιτρέποντας την έρευνα επί των εμβρύων που πλεονάζουν από μεθόδους IVF, λιγότερα θα χαθούν και κάποιος θα ωφεληθεί.[[470]](#footnote-470)

Από την άλλη, επιχειρήματα κατά της έρευνας σε έμβρυα αποτελούν:

1. Η σκόπιμη και άμεση απόρριψη των εμβρύων τα αντιμετωπίζει απλώς ως μέσα για άλλους σκοπούς και είναι ηθικά απαράδεκτη αλλά και αντίθετη στο σύνταγμα.
2. Η έρευνα εμβρυϊκών βλαστοκυττάρων δε θα πρέπει να πραγματοποιείται μέχρι να διερευνηθούν πλήρως οι δυνατότητες των ενήλικων βλαστικών κυττάρων.[[471]](#footnote-471)

Συνοψίζοντας, η Επιτροπή διαπίστωσε ότι υπήρχαν τρεις πιθανές θέσεις που θα μπορούσε να λάβει για την έρευνα σε έμβρυα[[472]](#footnote-472):

i. ότι η έρευνα σε έμβρυα δε θα πρέπει να επιτρέπεται.

ii. ότι η έρευνα σε έμβρυα θα πρέπει να επιτρέπεται μόνο στα πλεονάζοντα έμβρυα που δωρίζονται ειδικά για έρευνα.

iii. ότι η έρευνα θα πρέπει να επιτρέπεται όχι μόνο στα πλεονάζοντα που δωρίζονται ειδικά για έρευνα αλλά και σε έμβρυα που δημιουργούνται ειδικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Η θέση στην οποία τελικά κατέληξε είναι αυτή που αναφέρθηκε στη αρχή του κεφαλαίου, ότι δηλαδή η έρευνα μπορεί να επιτρέπεται μόνο στα πλεονάζοντα έμβρυα που δωρίζονται αποκλειστικά για το σκοπό αυτό κατόπιν ενημέρωσης και συναίνεσης των δωρητών[[473]](#footnote-473). Επίσης, ότι η δημιουργία εμβρύων αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς πρέπει να απαγορεύεται[[474]](#footnote-474). Απαιτείται όμως να θεσπιστεί αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο και να ανατεθεί σε κάποιο φορέα ή αρχή η αδειοδότηση και επιτήρηση των ερευνητικών προγραμμάτων[[475]](#footnote-475).

### 8.1.1 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η Επιτροπή κατά τις διαβουλεύσεις της εκτίμησε ότι η αναπαραγωγική κλωνοποίηση θα μπορούσε να είναι η μόνη εναπομείνασα αναπαραγωγική επιλογή για υπογόνιμα άτομα που επιθυμούν το δικό τους γενετικό υλικό να διαδραματίσει ρόλο στην αναπαραγωγική διαδικασία. Με έντονο τρόπο προβλήθηκαν όμως και τα αντεπιχειρήματα, όπως η ασφάλεια, η έλλειψη αξιοπρέπειας και οι επακόλουθες κοινωνικές επιπτώσεις που θα μπορούσαν να συνδεθούν με το παιδί λόγω των ασυνήθιστων οικογενειακών δεσμών ή της επίδρασης της στη γενετική ποικιλότητα. Η αναπαραγωγική κλωνοποίηση θα σήμαινε ότι οι άνθρωποι είναι επαναλαμβανόμενοι και αυτό θα ελάττωνε άμεσα την αξία της προσωπικότητας.[[476]](#footnote-476)

Το αποτέλεσμα των συζητήσεων της Επιτροπής συνοψίζεται στην κατάρτιση του παρακάτω καταλόγου επιχειρημάτων υπέρ και κατά της ανθρώπινης κλωνοποίησης.[[477]](#footnote-477)

Υπέρ της ανθρώπινης αναπαραγωγικής κλωνοποίησης συνηγορούν τα κάτωθι επιχειρήματα:

1. Η κλωνοποίηση προστίθεται στις αναπαραγωγικές επιλογές που είναι ήδη διαθέσιμες και ενισχύει την αναπαραγωγική προοπτική για υπογόνιμα άτομα. Έχει υποστηριχθεί ότι οι αρχές της αυτοδιάθεσης, της αυτονομίας και της ιδιωτικότητας θα περιέκλειαν το δικαίωμα να συμμετέχουν στην αναπαραγωγική κλωνοποίηση.

2. Το δικαίωμα στην αναπαραγωγική ελευθερία συνεπάγεται το δικαίωμα επιλογής των γαμετών και των εμβρύων που θα χρησιμοποιηθούν. Αυτή η επιλογή επεκτείνεται φυσικά στην αρνητική επιλογή των εμβρύων με βάση τα γενετικά χαρακτηριστικά. Όταν ένα άτομο κοιτάζει στην πιθανότερη εφαρμογή τεχνικών κλωνοποίησης, για να μπορέσουν τα υπογόνιμα ζευγάρια να τεκνοποιήσουν γενετικά σχετιζόμενα παιδιά, η κλωνοποίηση έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με την ι.υ.α.

3. Η κλωνοποίηση μπορεί να αποτελεί τη μόνη επιλογή για κάποιους ανθρώπους για να έχουν γενετικά σχετιζόμενο παιδί.

4. Η κλωνοποίηση μπορεί να είναι ένα μέσο για να διασφαλιστεί ότι μια κληρονομική ασθένεια δε θα μεταδοθεί σε ένα μελλοντικό παιδί. Αυτό μπορεί να κατευνάσει τις ανησυχίες σχετικά με την πιθανή μελλοντική υγεία του παιδιού.

5. Η κλωνοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναπαράγουν ακριβές αντίγραφο ενός ετοιμοθάνατου ή νεκρού παιδιού. Αυτό θα επέτρεπε στους πενθούντες γονείς να απαλύνουν τον πόνο τους από την ύπαρξη ενός μελλοντικού παιδιού που θα μοιράζονταν πολλά από τα ίδια φυσικά χαρακτηριστικά του παιδιού που έχει πεθάνει.

6. Η κλωνοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να «αντιγραφεί» (γενετικά) ένα παιδί με σκοπό τη μεταμόσχευση ιστών. Αυτό θα διευκόλυνε τις τεχνικές διάσωσης ανθρώπινων ζωών σε περιπτώσεις όπου ένας πολύ ταιριαστός ιστός είναι απαραίτητος για τη θεραπεία ενός υπάρχοντος παιδιού.

Αντιθέτως, ο κατάλογος των επιχειρημάτων κατά της ανθρώπινης αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, περιλαμβάνει τα εξής:[[478]](#footnote-478)

1. Η κλωνοποίηση των ζώων δεν έχει ακόμη φτάσει στα ελάχιστα επίπεδα ασφάλειας και αποτελεσματικότητας που απαιτούνται προτού η έρευνα στην ανθρώπινη κλωνοποίηση θα μπορούσε ακόμα και να αρχίσει. Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις ανησυχίες, θα ήταν ανήθικο ακόμα και η σκέψη εφαρμογής τέτοιων τεχνικών σε ανθρώπους που θα ισοδυναμούσε με πειραματισμό.

2. Στον πυρήνα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι η ιδέα ότι κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει μια εγγενή αξία, ότι η ανθρώπινη ζωή είναι πέρα από κάθε τιμή. Η κλωνοποίηση θα αλλάξει την αντίληψή μας για την προσωπικότητα και τη μοναδικότητα του καθενός.

3. Η σκόπιμη κλωνοποίηση ανθρώπων είναι απειλή για την ανθρώπινη ταυτότητα, καθώς θα μπορούσε να εγκαταλείψει την απαραίτητη προστασία έναντι του προκαθορισμού της ανθρώπινης γενετικής σύστασης από τρίτους. Περαιτέρω ηθικοί συλλογισμοί για την απαγόρευση της ανθρώπινης κλωνοποίησης βασίζονται πρωτίστως στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια που τίθεται σε κίνδυνο από χειραγώγηση μέσω τεχνητής ανθρώπινης κλωνοποίησης. (Παρατέθηκε: Council of Europe, Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine on the Prohibition of Cloning Human Beings, Explanatory Reports (ETS Νο. 168) Para. 3[[479]](#footnote-479)).

Η Επιτροπή, στο θέμα αυτό υιοθέτησε τη θέση ότι η αναπαραγωγική κλωνοποίηση θα πρέπει να απαγορεύεται, διότι έκρινε ότι δεν υπήρξε κάποιο ελάχιστο κοινό πεδίο συμφωνίας μεταξύ των μελών της.

### 8.1.2 ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η θέση της δεν επεξηγήθηκε, αντ’ αυτού όμως αναλύθηκαν τα νομικά ζητήματα που αναφύονται σχετικά με την κλωνοποίηση και ειδικά την αναπαραγωγική κλωνοποίηση.

Κατ’ αρχάς στο ιρλανδικό δίκαιο δεν προβλέπεται το νομικό καθεστώς του κλωνοποιημένου οργανισμού και αν υπόκειται στην έννοια του «αγέννητου» του Συντάγματος. Στις διαδικασίες κλωνοποίησης βέβαια, όπως επισημάνθηκε, το ωάριο δε γονιμοποιείται από σπερματοζωάριο και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτός ο κλωνοποιημένος οργανισμός δεν εμπίπτει σε καμία κατηγορία του όρου «αγέννητου». Ωστόσο, παρά τη μέθοδο δημιουργίας του, ο κλωνοποιημένος οργανισμός θεωρείται από πολλούς επαγγελματίες σε αυτόν τον τομέα ως «μορφολογικά δυσδιάκριτος» και «λειτουργικά αδιαφοροποίητος» από το έμβρυο που δημιουργείται από τη γονιμοποίηση. Ωστόσο η ασάφεια παραμένει.[[480]](#footnote-480)

Ακολούθως τέθηκε το θέμα ότι άπαξ και παραχθεί ένα κλωνοποιημένο έμβρυο στο εργαστήριο για οποιονδήποτε λόγο, δεν θα υπάρχει τρόπος να ελεγχθεί η χρήση του εμβρύου έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν μεταφέρεται στη μήτρα μιας γυναίκας με σκοπό την αναπαραγωγή ενός κλωνοποιημένου παιδιού. Από τη μία πλευρά, υποστηρίζεται ότι είναι δυνατόν να αποφευχθεί αυτό το ολίσθημα ποινικοποιώντας την αναπαραγωγική κλωνοποίηση. Ωστόσο, θα πρέπει επίσης να αναγνωριστεί ο κίνδυνος ότι εφόσον η επιστημονική δυνατότητα της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης υπάρχει, ακόμα και αν καταξιωμένοι επιστήμονες τηρήσουν τις νομικές απαγορεύσεις, ένας μικρός αριθμός ανθρώπων πιθανόν να είναι έτοιμος να παραβιάσει έναν τέτοιο νόμο.[[481]](#footnote-481)

Σε σχέση με το ζήτημα του κατά πόσον το δικαίωμα της πρόσβασης στην ανθρώπινη αναπαραγωγική κλωνοποίηση ενδέχεται να προστατεύεται από το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα, η βάση πάνω στην οποία μπορεί μια τέτοια αξίωση να βασιστεί είναι αδύναμη, κατά την άποψη που επικράτησε μεταξύ των μελών της Επιτροπής. [[482]](#footnote-482)

Στη συνέχεια έγινε μια απόπειρα να προσδιοριστεί η νομική αλλά και ηθική φύση του κλωνοποιημένου οργανισμού.

Αναφορικά με το ζήτημα αυτό σημειώθηκε ότι όταν ένα ανθρώπινο έμβρυο δημιουργείται μέσω της σεξουαλικής αναπαραγωγής ή μέσω ι.υ.α. το ωάριο γονιμοποιείται από ένα σπερματοζωάριο. Η οντότητα που προκύπτει είναι ένα έμβρυο. Με την κλωνοποίηση, το ωάριο δε γονιμοποιείται αλλά αντικαθίσταται ο πυρήνας του από έναν σωματικά διπλοειδή πυρήνα. Συνεπώς, υποστηρίζεται ότι αυτός ο κλωνοποιημένος οργανισμός είναι ένας νέος τύπος βιολογικής οντότητας που δεν έχει ξανασυναντηθεί στη φύση και δεν έχει κανένα από τα χαρακτηριστικά που συνήθως εμφανίζονται στα έμβρυα. Άλλωστε, με τα μέχρι τώρα δεδομένα, στο στάδιο της βλαστοκύστης θα απορριφθεί. Πολλοί υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε αυτή την οντότητα όχι ως έμβρυο, αλλά ως ένα «ενεργοποιημένο ωάριο». Για εκείνους που πιστεύουν ότι αυτό είναι ένα έμβρυο και ότι έχει δικαίωμα στη ζωή, η σκόπιμη δημιουργία του με σκοπό την απόρριψή του θα ήταν λάθος. Άλλοι υποστηρίζουν πως τα οφέλη από την έρευνα και τις πιθανές θεραπείες που πιθανώς θα παραχθούν υπερτερούν κατά πολύ των ισχυρισμών περί ενεργοποιημένου ωαρίου.[[483]](#footnote-483)

Η αναγεννητική ιατρική και η αναπαραγωγική κλωνοποίηση απαιτούν τη χρήση ανθρώπινου ωαρίου που δωρίζεται ειδικά για έρευνα και η αναγεννητική ιατρική της αναγκαιότητας είναι η παραγωγή «ενός εμβρύου» ειδικά για έρευνα. Αν και η Επιτροπή συνέστησε ότι η παραγωγή εμβρύων μέσω IVF ειδικά για ερευνητικούς σκοπούς θα πρέπει να απαγορευτεί, όπως και η αναπαραγωγική κλωνοποίηση, ωστόσο θεώρησε πως θα πρέπει να γίνει μια εξαίρεση ειδικά και μόνο για την αναγεννητική ιατρική. Αυτή η εξαίρεση γίνεται με βάση το ότι η αναγεννητική ιατρική δεν είναι στην πραγματικότητα μέθοδος ι.υ.α. Στόχος είναι η δημιουργία ενός στελέχους κυτταρικής γραμμής που με τη σειρά του μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να παράγει έναν συγκεκριμένο ιστό για τη θεραπεία μιας συγκεκριμένης νόσου και ένα από τα κύρια δυνητικά πλεονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι ότι τα κλωνοποιημένα βλαστικά κύτταρα είναι γενετικά ταυτόσημα με τον ξενιστή και δε θα ακολουθήσει μια ανοσολογική απόκριση μετά τη μεταμόσχευση.[[484]](#footnote-484)

### 8.2 ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΙ ΤΩΝ ΒΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Η Ιρλανδία είναι μία από τις λίγες χώρες στην Ευρώπη που δεν έχει καμία ρύθμιση για την έρευνα βλαστικών κυττάρων[[485]](#footnote-485). Ένα νομοσχέδιο που κατατέθηκε στην ιρλανδική βουλή το 2008 είχε ως στόχο την απαγόρευση της έρευνας σε έμβρυα στην Ιρλανδία με αυστηρότατες ποινικές κυρώσεις αλλά δεν κατέληξε ποτέ σε νόμο.[[486]](#footnote-486) Δύο άλλα νομοσχέδια, συμπεριλαμβανομένου του Νομοσχεδίου Ανθρωπίνων Ιστών του 2008 (Human Tissues Bill 2008), που είχαν ως στόχο της ρύθμιση της χρήσης, της αποθήκευσης και της απομάκρυνσης των ανθρώπινων ιστών και υλικών παρομοίως δεν πέρασαν ποτέ από τη Βουλή ώστε να καταστούν νόμοι[[487]](#footnote-487). Από το 2009 το Irish Medical Council απαγόρευσε, δια των κατευθυντηρίων οδηγιών του, στους ιατρούς τη δημιουργία εμβρύων ειδικά για έρευνα.[[488]](#footnote-488)

Σε κείμενο που δημοσιεύτηκε από το Irish Stem Cell Foundation το 2010, τονιζόταν η ανάγκη για την εγκαθίδρυση ενός νομικού πλαισίου που θα διέπει την έρευνα στα ανθρώπινα βλαστοκύτταρα ώστε να μπορεί να αναπτυχθεί σχετική επιστημονική δραστηριότητα, η οποία λόγω του ασαφούς και αδιευκρίνιστου νομικού πλαισίου δεν αναπτύσσεται στη χώρα άλλα στο Ηνωμένο Βασίλειο ή αλλού[[489]](#footnote-489).

Τα ζητήματα που αφορούν την έρευνα στα βλαστοκύτταρα, συνδέονται άμεσα με το ανοιχτό όσο και επίμαχο για την Ιρλανδία θέμα της νομικής φύσης του γεννητικού υλικού. Όσο δεν ξεκαθαρίζει με συνταγματική αναθεώρηση, νομοθετική ρύθμιση ή νομολογία του ανώτατου δικαστηρίου η νομική φύση του γεννητικού υλικού και κυρίως αν εμπίπτει ή όχι στο πεδίο προστασίας του συντάγματος ως αγέννητη ζωή, η έρευνα δεν μπορεί να προχωρήσει, αφού συνεπάγεται την καταστροφή γονιμοποιημένων εμβρύων[[490]](#footnote-490) .

### 8.3 ΔΙΑΕΙΔΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ

Τέλος, η Επιτροπή ασχολήθηκε και με τη «Διαειδική Πυρηνική Μεταφορά Σωματικών Κυττάρων» (Interspecies Somatic Nuclear Cell Transfer).

Τα διαειδικά χιμαιρικά έμβρυα, που αποτελούνται από κύτταρα και πυρήνες διαφορετικών ειδών, έχουν παραχθεί στην επιστήμη των ζώων αν και κανένα έως σήμερα δεν έχει παράγει ζωντανό ζώο. Υπήρξαν αναφορές για επιτυχή μεταφορά εμβρύων ζώων που παρήχθησαν μέσω IVF από ένα είδος και μεταφέρθηκαν στη μήτρα ενός άλλου είδους, τόσο σε αγελάδες όσο και σε κατσίκες. Αυτές οι τεχνικές έχουν προταθεί στη ζωολογία ως μέθοδος διατήρησης απειλούμενων ειδών χρησιμοποιώντας είτε έμβρυα μέσω IVF είτε χιμαιρικά έμβρυα μεταξύ ειδών, εμφυτεύοντάς τα μέσα στις μήτρες αποδεκτών ζώων άλλων ειδών. Επιστήμονες ισχυρίστηκαν ότι η χρήση των απύρηνων βοοειδών ωαρίων θα μπορούσε δυνητικά να λύσει ένα από τα τεχνικά προβλήματα της ανθρώπινης κλωνοποίησης που είναι η έλλειψη αποδεκτών ανθρώπινων ωαρίων.

Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές τεχνικές ανησυχίες σχετικά με την έκβαση τέτοιων διαειδικών ανθρώπινων εμβρύων. Επιπλέον, ακόμα και αν τα τεχνικά προβλήματα ξεπεραστούν, πολλοί έχουν εκφράσει σοβαρές αμφιβολίες σχετικά με τις επιπτώσεις μια τέτοιας διαδικασίας στις έννοιες της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και προσωπικότητας.[[491]](#footnote-491)

Η Επιτροπή για το ζήτημα αυτό έλαβε απερίφραστα τη θέση ότι τέτοιες τεχνικές ή η έρευνα προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να απαγορεύεται.[[492]](#footnote-492)

Τα πρόσωπα αναφοράς όταν ερωτήθηκαν σχετικά με τα ζητήματα της έρευνας επί του γεννητικού υλικού έδωσαν τις παρακάτω απαντήσεις:

Ο ένας εκ των ιατρών δήλωσε ότι τάσσεται κατά της ύπαρξης οποιουδήποτε εμποδίου στην έρευνα επί των πλεοναζόντων γονιμοποιημένων ωαρίων που προκύπτουν κατά την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α. Διαφορετικά, κατά τη γνώμη του, δεν μπορεί να διασφαλιστεί η εξέλιξη της επιστήμης στον τομέα αυτό. Η έρευνα θα πρέπει σύμφωνα με τη γνώμη του να μπορεί να διεξάγεται μέχρι την 14η μέρα γονιμοποίησης και έπειτα να παύει υποχρεωτικά και το έμβρυο να καταστρέφεται. Ασφαλώς, στο πλαίσιο αυτό, θεωρεί απαράδεκτό να υπάρχει η δυνατότητα το γονιμοποιημένο ωάριο που έχει υποβληθεί σε έρευνα να χρησιμοποιηθεί στη συνέχεια για αναπαραγωγικούς σκοπούς. Μάλιστα, επισήμανε τούτο: η έρευνα επί του πλεονάζοντος γονιμοποιημένου ωαρίου είτε θα έχει ως αποτέλεσμα να το καταστρέψει, δηλαδή να αλλοιώσει τις λειτουργίες και τη δομή του, οπότε σε αυτή την περίπτωση δεν θα ήταν και πρακτικά δυνατό να χρησιμοποιηθεί για αναπαραγωγή, είτε θα το μεταλλάσει- τροποποιεί, όμως στην περίπτωση αυτή, εφόσον ακολουθήσει εμφύτευση και συνέχιση της αναπαραγωγής, θα λαμβάνει χώρα κατά την άποψή του πειραματισμός σε άνθρωπο, κάτι που διεθνώς απαγορεύεται.

Ο δεύτερος ιατρός είχε διαφορετική άποψη. Ξεκινά διαχωρίζοντας τα γονιμοποιημένα ωάρια που προκύπτουν κατά τη διαδικασία εφαρμογής in vitro γονιμοποίησης σε δύο κατηγορίες: αυτά που είναι «κανονικά έμβρυα», δηλαδή γονιμοποιημένα ωάρια που είναι σε καλή κατάσταση και θα επιλέγονταν για εμφύτευση, και στα «μη κανονικά έμβρυα», δηλαδή γονιμοποιημένα ωάρια που δεν έχουν σχηματιστεί σωστά, εμφανίζουν δυσμορφίες και γενικώς ο ιατρός δεν θα τα επέλεγε ώστε να τα μεταφέρει προς εμφύτευση στη μήτρα της γυναίκας. Η δεύτερη αυτή κατηγορία μάλιστα, όπως σημείωσε, έχει και πολύ μειωμένες έως μηδενικές πιθανότητες ολοκλήρωσης της κύησης. Όσον αφορά την πρώτη κατηγορία, ο ιατρός αυτός θεωρεί ότι δεν μπορεί να γίνει δεκτή καμία έρευνα, σε κανένα στάδιο και με κανέναν περιορισμό. Αντιθέτως, στης δεύτερης κατηγορίας κύτταρα, όπως τα ονόμασε, θεωρεί ότι θα έπρεπε η έρευνα να επιτρέπεται, ώστε να μπορέσει η επιστήμη να κατανοήσει το λόγο που η γονιμοποίηση έγινε με «λάθος» τρόπο. Στην έρευνα αυτή κατά τη γνώμη του δεν χρειάζεται και δεν έχει νόημα κανένας χρονικός περιορισμός γιατί έτσι και αλλιώς τα κύτταρα δεν μπορούν να εξελιχθούν σε άνθρωπο και δεν μπορούν και να χρησιμοποιηθούν για αναπαραγωγή. Πάντως, υπογράμμισε ότι σε κάθε περίπτωση θεωρεί πως πρέπει να απαγορεύεται η χρήση γονιμοποιημένων ωαρίων που έχουν υποβληθεί σε έρευνα για αναπαραγωγικούς σκοπούς.

Δύο από τους τρεις νομικούς έχουν την άποψη ότι η έρευνα στα πλεονάζοντα γονιμοποιημένα ωάρια πρέπει σε κάθε περίπτωση να απαγορεύεται εξ ολοκλήρου και ότι στην περίπτωση που η έρευνα επιτραπεί, θα πρέπει τα γονιμοποιημένα ωάρια να καταστρέφονται και όχι να χρησιμοποιούνται για αναπαραγωγικούς σκοπούς.

Ο τρίτος όμως εκ των νομικών είχε διαφορετική άποψη. Συγκεκριμένα, κατά την αντίληψή του θα πρέπει η έρευνα επί των πλεοναζόντων γονιμοποιημένων ωαρίων να επιτρέπεται και μάλιστα χωρίς κάποιο περιορισμό ως προς το χρονικό διάστημα που μπορεί να διαρκέσει. Ωστόσο δήλωσε, ότι δεν θα πρέπει μεταγενέστερα, γονιμοποιημένο ωάριο που είχε υποβληθεί σε έρευνα να χρησιμοποιηθεί για αναπαραγωγικούς σκοπούς.

# VΙΙ. «ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ» ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

## 1.ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΙΥΑ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΚΑΙ Η ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

### 1.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Στην Επιτροπή ήταν γνωστό ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν χρηματοδοτείται από τη Γενική Ιατρική Υπηρεσία[[493]](#footnote-493). Οι δαπάνες όμως για τα φάρμακα εκπίπτουν από τις φορολογητέες δαπάνες των ασθενών ενώ επίσης το κόστος των φαρμάκων που απαιτούνται για τη θεραπεία επιστρέφεται κατά ένα ποσοστό σύμφωνα με το καθεστώς για τα φάρμακα[[494]](#footnote-494).

Αυτό επιβεβαιώνεται και από τα στοιχεία της IFFS το έτος 2013, ότι δηλαδή δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη των μεθόδων της ι.υ.α[[495]](#footnote-495), εκτός από το κόστος των φαρμάκων (σε ποσοστό 90% περίπου και αφού καταβληθεί ένα ελάχιστο ποσό 130€ από τον ασθενή)[[496]](#footnote-496).

Συγκεκριμένα, το κόστος των θεραπειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν καλύπτεται καθόλου από τα ασφαλιστικά ταμεία, ωστόσο υπάρχει δυνατότητα φοροαπαλλαγής ή επιστροφής φόρου αφενός, και έκπτωσης του κόστους των φαρμάκων που θα απαιτηθούν και θα χρησιμοποιηθούν κατά τη θεραπεία[[497]](#footnote-497). Το ύψος της απαλλαγής από το φόρο ποικίλει και προσδιορίζεται σύμφωνα με ένα πολύπλοκο σύστημα που λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το είδος της ασθένειας, το είδος της θεραπείας, αν η θεραπεία έλαβε χώρα σε δημόσιο νοσοκομείο, ιδιωτική κλινική ή στο σπίτι, το ύψος των ιατρικών υπηρεσιών που έχει καταναλώσει ο πολίτης τα τελευταία τέσσερα χρόνια κτλ[[498]](#footnote-498). Όσον αφορά δε την απαλλαγή από το κόστος των φαρμάκων, αυτή ισχύει γενικώς για κάθε ιατρική θεραπεία σύμφωνα με το Drugs Payment Scheme[[499]](#footnote-499) το οποίο καταρχήν απευθύνεται σε όλους τους λήπτες ιατρικών υπηρεσιών στην Ιρλανδία. Η πρόβλεψη που υπάρχει είναι ότι εφόσον υπάρξει αίτηση του ενδιαφερομένου και έγκριση από τα τοπικά γραφεία υγείας, τότε το ύψος των μηνιαίων δαπανών για τα φάρμακα δεν μπορεί να ξεπερνά τα 144,00€ (από τα 130,00€ που ίσχυαν μέχρι το 2013 γι΄ αυτό και η αναφορά στο ποσό αυτό στην έκθεση του IFFS 2013)[[500]](#footnote-500).

Οι παραπάνω καλύψεις δεν προκύπτει ότι διακρίνουν τις περιπτώσεις που λήπτης της θεραπείας είναι ζευγάρι, μοναχικός άνδρας ή γυναίκα, ομόφυλοι κτλ. Αρκεί το γεγονός ότι τελικά παρασχέθηκε η υπηρεσία.Υπάρχουν επίσης αναφορές ότι πολλές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείας ιατρικής ασφάλισης εξαιρούν ρητά την κάλυψη της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή καλύπτουν ένα μέρος της μόνο[[501]](#footnote-501).

### 1.2 ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το μέσο κόστος για κάθε κύκλο ανέρχεται περίπου σε 5-10,000€ με τη δωρεά ωαρίου που συνήθως εισάγεται από κλινικές και κέντρα του εξωτερικού (Μ. Βρετανία και συνηθέστερα από Ολλανδία ή Δανία). Ο μέσος όρος απαιτούμενων θεραπειών είναι τέσσερις. Επισημαίνεται ότι απαιτούνται κατά μέσο όρο τρεις κύκλοι θεραπείας με το κόστος να ανέρχεται συνολικά πολύ πάνω από τα 5.500,00€ - 6.500,00€ που μια άλλη αναφορά προσδιορίζει ως κόστος ενός κύκλου[[502]](#footnote-502). Η σπερματέγχυση από την άλλη πλευρά, κοστίζει περίπου 200,00- 400,00€[[503]](#footnote-503)

Αναφορές σχετικά με το κόστος της Προεμφυτευτικής Γενετικής Διάγνωσης σημειώνουν ότι το κόστος κυμαίνεται μεταξύ 3.000,00€ και 5.500,00€ επιπλέον των 5.000,00€ περίπου (αν και υπάρχουν αναφορές για μικρότερα κόστη μεταξύ 2.000,00€- 4.000,00€[[504]](#footnote-504)) που απαιτούνται για έναν κύκλο θεραπείας γονιμότητας με in vitro γονιμοποίηση.[[505]](#footnote-505)

Από τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα και διαφημίζονται από τις ίδιες τις κλινικές που παρέχουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[506]](#footnote-506), προκύπτει ότι το κόστος προσδιορίζεται από την μέθοδο που θα επιλέξει ο ενδιαφερόμενος, αν θα χρειαστεί γεννητικό υλικό δότη και μάλιστα αν θα γίνει τυχαία επιλογή υλικού ή αν θα επιλεγεί συγκεκριμένο προφίλ δότη, αν θα ζητηθεί προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και συγκεκριμένα σε ποια έκταση και για ποιες ασθένειες, αν θα ζητηθεί κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού (η χρέωση εδώ είναι σε ετήσια βάση). Να σημειωθεί ότι σχετικά με την κρυοσυντήρηση, ενώ σχετικά με το σπέρμα και το ωάριο η υπηρεσία προσφέρεται από όλες τις κλινικές, κρυοσυντήρηση γονιμοποιημένων ωαρίων προσφέρουν μόνο ορισμένες κλινικές[[507]](#footnote-507).

Στη συνέχεια παρατίθεται αναλυτικός συγκριτικός πίνακας των τιμών των υπηρεσιών.

Οι κλινικές που εντοπίστηκαν και συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα είναι οι παρακάτω:

|  |  |
| --- | --- |
| Clinic | Website |
| Cork Fertility Centre | <http://www.corkfertilitycentre.com/> |
| Sims IVF | <http://www.sims.ie/> |
| Clane Fertility Clinic | <http://www.clanefertility.ie/> |
| Merrion Fertility Clinic | <http://www.merrionfertility.ie/> |
| HARI | <http://hari.ie/> |
| ReproMed | <http://repromed.ie/> |
| CARE fertility | <http://www.carefertility.com/> |
| Origin Fertility Care | <http://www.originfertilitycare.com/> |
| Galway Fertility Clinic | <http://www.fertilityclinic.ie/> |
| Kilkenny Clinic | <http://www.thekilkennyclinic.com/index.php?id=1> |
| Morehampton Clinic | <http://www.morehamptonclinic.ie/_mgxroot/page_10738.html> |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Cork Fertility Centre* | *Sims IVF* | *Clane Fertiliy Clinic* | *Merrion Fertility Clinic* | *HARI* | *ReproMed* | *CARE fertility* | *Origin Fertility Care* | *Galway Fertility Clinic* | *Average Price* |
| Consultation | € 200 | € 160 | € 180 | € 160 | € 160 | € 250 | € 175 | £ 250  € 327 |  | € 189 |
| Review Consultation | € 150 | € 110 | € 120 | € 120 | € 100 | € 150 | € 120 |  |  | € 124 |
| Nurse Consultation | € 100 | € 60 | € 75 | € 50 |  | € 50 |  |  |  | € 67 |
| IVF  (In-vitro fertilization) | € 3750 (excludes blastocyst culture) | € 4600 | € 4250 | € 4500 (+€ 500 on booking – non-refundable) | € 4400 | € 4500 | € 4500 | £ 2875  € 3755  (includes blastocyst culture) | € 4500 (includes blastocyst culture) | € 4362 |
| ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection) | € 4250 (excludes blastocyst culture) | € 4920 | € 4960 | € 4900 (+€ 500 on booking – non-refundable) | € 4900 | € 5000 | € 4900 | £ 3500  € 4571  (includes blastocyst culture) | € 4800 (includes blastocyst culture) | € 4855 |
| IMSI (Intracytoplasmic morphologically selected sperm injection) |  | € 5600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IUI (Intrauterine Insemination) | € 650 (FSH) | € 850 | € 950 | € 520 (natural cycle or Clomid)  € 720 (FSH) | € 400 | € 950 | € 850 | £ 850  € 1100 | € 600 | € 786 |
| OI (Ovulation Induction) | € 200 (Clomid)  € 400 (FSH) |  |  | € 260 (Clomid)  € 475 (FSH) |  |  | € 450 | £ 600  € 784 | € 300 | € 482 |
| PGD | They offer the treatment but the price is not available. |  |  |  |  | They offer this service in conjunction with their international partner clinics. The price is not available. | They offer the treatment but you have to phone for the price. |  |  |  |
| Semen Analysis | € 95 | € 125 | € 130 | € 140 | € 120 | € 150 | € 150 | £ 300  € 392  (extended) | € 100 | € 156 |
| Repeat Semen Analysis | € 50 | € 85 | € 100 | € 120 |  | € 100 |  |  | € 100 | € 93 |
| Semen Freeze  (1 year storage) | € 450 | € 500 | € 500 | € 350 | € 400 | € 500 | € 500 | £ 470  € 614 | € 300 | € 457 |
| Embryo Freeze  (1 year storage) | € 750 | € 1000 | € 900 | € 600 | € 500 | No charge | € 800 | No additional cost | € 800 | € 764 |
| Egg Freeze  (1 year storage) |  | € 3000 |  |  |  | € 3000 | € 3000 | £ 2200  € 2873 |  | € 2968 |
| Blastocyst Culture | € 800 | € 990 | € 950 | € 750 | € 700 | No additional charge | € 700 | No additional charge | No additional charge | € 815 |
| Egg Donation | € 8000 | € 8700 (IVF) |  |  |  | **Price dependent on package chosen** |  | £ 4000  € 5224  (known donation) |  |  |
| Donor Semen | Price varies in accordance with donor profile. | +€ 550 (IVF & ICSI) **Additional charges will be incurred for non-anonymous donors and those with extended profiles** | € 400  Price varies in accordance with donor profile. |  |  | Price varies in accordance with donor profile. | Donor sperm costs vary depending on the amount purchased  from a Donor Bank. | £ 150-£ 400  € 196-€ 522 | € 400  Donor Sperm initial allocation fee can vary |  |

Λειτουργούν επίσης οι κλινικές Kilkenny και Morehampton, οι οποίες όμως δεν συμπεριλαμβάνουν κατάλογο με τιμές στις ιστοσελίδες τους. Οι εν λόγω κλινικές ενδέχεται επίσης να μην εφαρμόζουν τεχνικές IVF αλλά μόνον ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή ζευγαριών με προβλήματα γονιμότητας.

Oι δύο γιατροί-πρόσωπα αναφοράς προσδιόρισαν το κόστος ενός κύκλου θεραπείας χωρίς το κόστος που αφορά το γεννητικό υλικό δότη, σε 5.000,00€ περίπου. Ενώ από τους νομικούς μόνο ένας είχε εικόνα σχετικά με το κόστος (ανέφερε το ίδιο ποσό με τους ιατρούς), ενώ οι άλλοι δύο αγνοούσαν παντελώς τι συμβαίνει στο ζήτημα αυτό και αδυνατούσαν να εκτιμήσουν το κόστος.

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από το δημόσιο σύστημα ασφαλίσεων, διατυπώθηκαν από τα πρόσωπα αναφοράς οι εξής απόψεις:

Ο ένας ιατρός υποστήριξε ότι θα έπρεπε το κόστος αυτό να καλύπτεται από το ασφαλιστικό σύστημα και μάλιστα αναφορικά με όλες τις μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ωστόσο έκρινε ότι καλό θα ήταν να υπάρχει ένας ποσοτικός περιορισμός και η ασφάλιση να καλύπτει μόνο έναν ορισμένο αριθμό προσπαθειών περίπου 3 ή 4.

Ο δεύτερος ιατρός συμφώνησε και αυτός ότι θα πρέπει κατά μικρό ή μεγάλος μέρος, ανάλογα με τα όσα ισχύουν και για τις άλλες ιατρικές πράξεις, να καλύπτεται ασφαλιστικά το κόστος της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και μάλιστα όλες οι μορφές της όμως με έναν ειδικό περιορισμό: να καλύπτεται μόνο ένας κύκλος θεραπείας αλλά όλες οι προσπάθειες γονιμοποίησης που μπορούν να γίνουν στη συνέχεια. Δηλαδή, για να γίνει κατανοητή η πρόταση αυτή, ο ιατρός προτείνει να καλύπτεται ένας κύκλος θεραπείας υπερδιέγερσης των ωοθηκών της γυναίκας και λήψη ωαρίων, ωστόσο στη συνέχεια να καλύπτονται οι προσπάθειες γονιμοποίησης και μεταφοράς όλων των εμβρύων που θα προκύψουν από τα ωάρια που λήφθησαν από τον ένα και μόνο αρχικό κύκλο θεραπείας.

Από τους νομικούς, ο πρώτος υποστηρίζει ότι θα πρέπει χωρίς περιορισμό να καλύπτονται όλες οι μορφές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και μάλιστα για απεριόριστο αριθμό προσπαθειών, μέχρι κάποια από τις απόπειρες να τελεσφορήσει. Ο δεύτερος, τείνει προς την άποψη που εξέφρασε ο πρώτος ιατρός, δηλαδή υποστηρίζει ότι θα πρέπει να καλύπτονται μεν όλες οι μορφές ι.υ.α, αλλά για έναν περιορισμένο αριθμό προσπαθειών (ενδεικτικά ανέφερε 3 έως 5) και μόνο εφόσον υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις ότι υπάρχουν σημαντικές πιθανότητες επιτυχίες για κάθε επόμενη προσπάθεια. Ο τρίτος τέλος, κρίνει ότι θα πρέπει να καλύπτονται όλες οι μορφές ι.υ.α χωρίς να διευκρινίζει αν θα πρέπει να τίθεται κάποιος περιορισμός αριθμητικός. Δήλωσε σχετικά ότι αυτό θα πρέπει να προσδιοριστεί από τα ασφαλιστικά ταμεία σύμφωνα και με το κόστος των θεραπειών.

# VIIΙ. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

## 1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΤΕΡΟΛΟΓΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ Ή ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗΣ

### 1.1 Η ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ

Στην Ιρλανδία όσον αφορά τη μητρότητα, ισχύει σε κάθε περίπτωση και χωρίς καμία εξαίρεση ως αρχή του δικαίου ότι νόμιμη μητέρα του τέκνου, είναι η γυναίκα που το γεννά. Είναι εντελώς αδιάφορο αν το γεννητικό υλικό είναι δικό της ή όχι.

Το ζήτημα της πατρότητας είναι περισσότερο πολύπλοκο και εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας[[508]](#footnote-508). Ως νόμιμος πατέρας του παιδιού αναγνωρίζεται ο σύζυγος ή ο σύντροφος της μητέρας του παιδιού, εφόσον όμως συντρέχουν σωρευτικά δύο προϋποθέσεις που προβλέπονται στο νόμο Children and Family Relationships Act 2015: πρώτον, η μητέρα κατά την έγγραφη συναίνεσή της για την διεξαγωγή της διαδικασίας είχε ρητώς δηλώσει την συναίνεσή της ώστε να αναγνωριστεί ως πατέρας του παιδιού ο σύζυγος ή συντρόφος της και δεύτερον ότι ο σύζυγος ή σύντροφος έχει ρητώς συναινέσει στο να αναγνωριστεί ο ίδιος ως πατέρας του παιδιού που θα γεννηθεί από τη συγκεκριμένη γυναίκα.

Η βιολογική αλήθεια ή με άλλα λόγια η σύνδεση του dna του γεννητικού υλικού με τον πατέρα είναι παντελώς αδιάφορη και είναι αδύνατον εκ του νόμου σε περιπτώσεις ετερόλογης γονιμοποίησης, να ιδρυθεί συγγένεια με βάση αυτό το δεδομένο. Τόσο τα υποβοηθούμενα πρόσωπα όσο και οι δότες ενημερώνονται σχετικώς και υπογράφουν έγγραφο συναίνεσης πριν τη δωρεά του γεννητικού υλικού (οι δότες) και πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου ι.υ.α (τα υποβοηθούμενα πρόσωπα) στο οποίο αναφέρεται ρητά η διάταξη του νόμου που ορίζει ότι ο δότης είναι αδύνατο να συνδεθεί νομικά με το παιδί. Επίσης, η υπογραφή του παραπάνω εγγράφου αποκλείει την πιθανότητα μελοντικής προσβολής της πατρότητας του παιδιού από τα πρόσωπα που υποβοηθήθηκαν.

Να σημειωθεί ωστόσο ότι ο νέος νόμος δεν κατήργησε τις διατάξεις του Status of Children Act 1987[[509]](#footnote-509), σύμφωνα με τα άρθρα 38 έως 40 του οποίου, στις περιπτώσεις που αμφισβητείται η πατρότητα, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει τη διενέργεια τεστ DNA με βάσει τα αποτελέσματα του οποίου θεμελιώνεται ή όχι η συγγένεια. Επισημαίνεται πάντως, ότι η διαδικασία που μόλις αναφέρθηκε, δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις ι.υ.α με γεννητικό υλικό δότη, όταν ο σύζυγος ή σύντροφος της μητέρας έχει δώσει τη συναίνεσή του και έχει αναγνωριστεί ως νόμιμος πατέρας του παιδιού. Με άλλα λόγια, η διαδικασία που προβλέπει ο νόμος μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μόνο τη θεμελίωση της πατρότητας σε περίπτωση που δεν υπάρχει καθόλου πατέρας και με τη συναίνεση της μητέρας ο γνενετικό πατέρας θελήσει να αναγνωριστεί και ως νόμιμος. Δεν ισχύει το αντίστροφο. Δηλαδή η διαδικασία δεν μπορεί να οδηγήσει σε αμφισβήτηση της πατρότητας που έχει θεμελιωθεί στις περιπτώσεις της ι.υ.α μέσω της συναίνεσης του άντρα[[510]](#footnote-510).

### 1.2 Η ΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΤΟΥ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΜΙΞΙΑΣ

Στην Ιρλανδία δεν βρίσκεται σε ισχύ ένας ενιαίος Ποινικός Κώδικας. Η αιμομιξία είναι έγκλημα και τιμωρείται σύμφωνα με την Punishment of Incest Act 1908 (σημειωτέον ότι η ιρλανδική επανάσταση επικράτησε μόλις το 1919 και το Ιρλανδικό Ελεύθερο Κράτος αναγνωρίστηκε de jure το 1922[[511]](#footnote-511), αυτό σημαίνει ότι ο νόμος θεσπίστηκε πριν την σύσταση του κράτους από τους Βρετανούς, όμως διατηρήθηκε σε ισχύ και εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα)[[512]](#footnote-512).

Σύμφωνα με το νόμο αυτό λοιπόν, είναι παράνομο για έναν άνδρα να έχει σεξουαλικές σχέσεις με την εγγονή του, την κόρη του, την αδελφή του (συμπεριλαμβανομένων των ετεροθαλών αδελφών), ή τη μητέρα του (αρ.1). Αντιστοίχως, για μια γυναίκα (άνω των δεκαέξι ετών) είναι παράνομο να έχει σαρκική επαφή με τον παππού της, τον πατέρα της, τον αδελφό της (συμπεριλαμβανομένων των ετεροθαλών αδελφών ), ή το γιό της (αρ.2). [[513]](#footnote-513)

Το αδίκημα στοιχειοθετείται όταν υπάρχει σεξουαλική επαφή (η ακριβής διατύπωση του νόμου είναι «carnal knowledge[[514]](#footnote-514)») και γνώση των εμπλεκομένων προσώπων της συγγενικής σχέσης που τα συνδέει, η συγκατάθεση των προσώπων δεν είναι ικανή να άρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης (αρ. 1 παρ. 2)[[515]](#footnote-515).Στο νόμο διευκρινίζεται (αρ. 3) ότι ο όρος «αδελφός/αδελφή» περιλαμβάνει και τα ετεροθαλή αδέλφια.

Στο ίδιο άρθρο επισημαίνεται επίσης ότι η συγγένεια είναι αδιάφορο αν προέκυψε από νόμιμο γάμο ή όχι[[516]](#footnote-516).

Από το γεγονός αυτό μπορεί να υποστηριχθεί βάσιμα η θέση ότι η συγγένεια ως βάση του εγκλήματος της αιμομιξίας στο ιρλανδικό δίκαιο δεν προσλαμβάνεται μόνο ως σχέση που ιδρύεται από το νόμο αλλά και ως συγγένεια de facto, ως πραγματική συγγενική σχέση που ιδρύεται από τους δεσμούς αίματος. Έχει δηλαδή μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει ακόμα και τις σχέσεις που δεν ιδρύονται ή δεν αναγνωρίζονται από το δίκαιο.

Με αυτά τα δεδομένα, μπορεί να τελεστεί αιμομιξία αν υπάρξει σεξουαλική σχέση μεταξύ του δότη και του παιδιού που γεννιέται με ετερόλογη γονιμοποίηση, όπως επίσης και μεταξύ παιδιών που έχουν γεννηθεί από τον ίδιο δότη, αφού τα πρόσωπα αυτά συνδέονται μεταξύ τους βιολογικά. Αντίθετα δεν τελείται το έγκλημα όταν υπάρχει σεξουαλική σχέση μεταξύ του παιδιού και του γονέα, του οποίου το γεννητικό υλικό δεν έχει χρησιμοποιηθεί για την γέννηση του παιδιού, εφόσον όμως δεν έχει ιδρυθεί συγγένεια μεταξύ τους εκ του νόμου.

Ωστόσο στο παραπάνω συμπέρασμα φαίνεται να αντιπαρατίθεται η άποψη που υποστηρίζεται σε έκθεση επιτροπής του Department of Justice, Equality and Law Reform το Μάιο του 1998, η οποία παρουσίασε ένα κείμενο-διάλογο για τα σεξουαλικά εγκλήματα[[517]](#footnote-517). Στο κείμενο αυτό, με αφορμή το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της ψήφισης της Criminal Law (Incest Proceedings) Act, 1995, προτάθηκε αλλά δεν ψηφίστηκε διάταξη που επέκτεινε το αξιόποινο της αιμομιξίας και σε πρόσωπο που δεν συνδεόταν με δεσμούς αίματος, όπως τα θετά παιδιά και ο πατριός ή η μητριά, υποστηρίζεται η θέση ότι δεν υπάρχει λόγος να επεκταθεί το αξιόποινο αυτού του συγκεκριμένου εγκλήματος σε άλλα πρόσωπα[[518]](#footnote-518).

Όσον αφορά την ποινή, η αιμομιξία στο νόμο του 1908 τιμωρούνταν τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες άνω των 16 χρονών (κάτω των 16 χρονών η γυναίκα δεν μπορεί να είναι αυτουργός του εγκλήματος) με τη βασική ποινή από 3 έως 7 χρόνια φυλάκισης ή μέχρι δύο χρόνια φυλάκιση με σκληρή εργασία (αρ. 1 και 2)[[519]](#footnote-519).

Παρόλο που το έγκλημα της αιμομιξίας δεν άλλαξε νομοτυπική μορφή από το 1908, ωστόσο η επαπειλούμενη για το έγκλημα ποινή τροποποιήθηκε πολλές φορές[[520]](#footnote-520).

Έτσι, με την Criminal Justice Act του 1993, η ποινή της αιμομιξίας για τους άνδρες αντικαταστάθηκε με ποινή φυλάκισης έως 20 έτη (αρ.12)[[521]](#footnote-521).

Κατόπιν, με την Criminal Law (Incest Proceedings) Act του 1995[[522]](#footnote-522), (αρ. 5) η ποινή έγινε ισόβια κάθειρξη, και πάλι όσον αφορά μόνο τους άνδρες.

Σύμφωνα λοιπόν και με τα παραπάνω, παραδειγματικά, αν ένας 16χρονος έχει σεξουαλική επαφή με την 16χρονη αδελφή του, (φυσικά με την προϋπόθεση ότι και οι δύο συναινούν σε αυτό) το κορίτσι δεν θα πάει στη φυλακή, ενώ το αγόρι θα απειλείται με ισόβια ποινή. Αν και οι δύο είναι 18 χρονών, η κοπέλα θα απειλείται με ποινή 7 χρόνων στη φυλακή, ενώ το αγόρι και πάλι αντιμετωπίζει την ποινή της ισόβιας κάθειρξης[[523]](#footnote-523).[[524]](#footnote-524)

Με νομοσχέδιο που εισήχθη το 2012[[525]](#footnote-525) εξαγγέλθηκε ότι θα αποκατασταθεί η ανισότητα αυτή ως προς τις ποινές. Το νομοσχέδιο αυτό, που προέβλεπε την ποινή της ισόβιας κάθειρξης και για τις γυναίκες πλέον, δεν πέρασε από όλα τα στάδια της νομοπαραγωγικής διαδικασίας, αλλά για άγνωστους λόγους έμεινε στάσιμο μετά την κατάθεσή του και προτού ψηφιστεί[[526]](#footnote-526). Τέλος, το 2014 (27 Νοεμβρίου) κατατέθηκε εκ νέου νομοσχέδιο [Criminal Law (Sexual Offences) Bill 2014[[527]](#footnote-527)] που προβλέπει την εξίσωση των ποινών για τα δύο φύλα.

Να σημειωθεί, για λόγους πληρότητας, ότι για όσους διαπράττουν σεξουαλικά εγκλήματα υπάρχουν και παρεπόμενες ποινές, όπως η υποχρεωτική παρακολούθηση συμβούλου, η επιτήρηση, η ανακοίνωση στον εργοδότη ότι στο παρελθόν έχουν καταδικαστεί για σεξουαλικό έγκλημα κ.ά[[528]](#footnote-528).

### 1.3 ΤΟ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΔΟΤΗ/ΔΟΤΡΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Το παιδί που γεννιέται με ετερόλογη γονιμοποίηση δεν έχει και δεν μπορεί να αποκτήσει οποιοδήποτε κληρονομικό δικαίωμα έναντι του δότη σπέρματος ή της δότριας ωαρίων, στο μέτρο που δεν υπάρχει οποιαδήποτε νομική σύνδεση μεταξύ τους και το κληρονομικό δικαίωμα είναι ένα δικαίωμα που αναγνωρίζεται στο χώρο του Αστικού Δικαίου.

## 2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην Ιρλανδία δεν υπάρχει νομοθεσία που να επιτρέπει την παρένθετη μητρότητα. Φυσικά δεν υπάρχει και ρητή απαγόρευση, αυτή όμως προκύπτει εμμέσως λόγω της ύπαρξης του κανόνα της «βέβαιης μητέρας», σύμφωνα με τον οποίο, νόμιμη μητέρα του παιδιού είναι η γυναίκα που το γεννά ή διαφορετικά, η γυναίκα που γεννά ένα παιδί αυτομάτως θεωρείται νόμιμη μητέρα αυτού. Αν αποπειραθεί επομένως κάποιος να χρησιμοποιήσει παρένθετη μητέρα ως μέθοδο ι.υ.α, μητέρα του παιδιού θα θεωρηθεί εκείνη που το κυοφόρησε και άρα δεν θα μπορέσει να ολοκληρωθεί το σχήμα της παρένθετης μητρότητας[[529]](#footnote-529).

Σε σχέση με τη θεμελίωση της πατρότητας, αν η παρένθετη μητέρα είναι παντρεμένη ή έχει συνάψει σύμφωνο συμβίωσης ή συζεί σε ελεύθερη ένωση, τότε ο σύζυγός ή σύντροφός της θεωρείται πατέρας του παιδιού, σύμφωνα με το άρθρο 46 του Status of Children Act 1987, εκτός αν ο ίδιος προσβάλλει την πατρότητα και ζητήσει να γίνει τεστ DNA σύμφωνα με τα άρθρα 38επ. του ίδου νόμου[[530]](#footnote-530).

Ο μόνος τρόπος να συνδεθούν νομικά τα πρόσωπα που επιθυμούσαν τη γέννηση του παιδιού, μαζί του, είναι μέσω της υιοθεσίας. Ωστόσο ο νόμος για την υιοθεσία προβλέπει αρκετές προϋποθέσεις και μια αυστηρή διαδικασία για την έκβαση της οποίας δεν μπορεί να υπάρει βεβαιότητα. Επομένως δεν διασφαλίζεται με κανέναν τρόπο ότι το παιδί θα υιοθετηθεί από τους υποψήφιους γονείς που προχώρησαν στην μέθοδο της παρένθετης[[531]](#footnote-531).

Εναλλακτικά, ο άντρας, εφόσον έχει δώσει το δικό του γεννητικό υλικό, μπορεί να ζητήσει να αναγνωριστεί απλά και μόνο ως κηδεμόνας του παιδιού, χωρίς όμως να υπάρχει η αντίστοιχη δυνατότητα και για τη σύντροφό του, αφού αυτά τα δικαιώματα ανήκουν στη γυναίκα που γέννησε το παιδί[[532]](#footnote-532).

Τα ζητήματα συγγένειας στο πλαίσιο της μεθόδου της παρένθετης μητρότητας αποτέλεσαν αντικείμενο νομολογιακής υπόθεσης, η οποία λεπτομερώς και ειδικώς αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα (ΙΙΙ-2-2.3).

## 3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΜΟΦΥΛΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο σχετικό κεφάλαιο, η πρόσβαση στην ι.υ.α για τα ομόφυλα ζευγάρια είναι ανοικτή όμως εναπόκειται σε κάθε κλινική αν θα προχωρά στην εφαρμογή των μεθόδων ή θα την αρνείται σε τέτοια ζευγάρια. Από τη στιγμή που γίνονται δεκτά τα ομόφυλα ζευγάρια σε κάποια κλινική, ισχύουν οι ίδιες προϋποθέσεις με τα ετερόφυλα ζευγάρια και δεν υπάρχουν ειδικοί όροι.

Το γεγονός ότι η πρόσβαση στην ι.υ.α για τα ομόφυλα ζευγάρια δεν αποκλείεται, δεν σημαίνει ότι τα ζευγάρια αυτά δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα. Το πιο σημαντικό είναι το ζήτημα της ίδρυσης των συγγενικών σχέσεων.

Στην Ιρλανδία από το 2010 ισχύει ο νόμος Civil Partnership and Certain Rights and Obligations of Cohabitants Act 2010[[533]](#footnote-533) με τον οποίο επιτρέπεται σε άτομα του ίδιου φύλου αν συνάπτουν σύμφωνο συμβίωσης. Ωστόσο ο νόμος αυτός αν και αναγνώριζε πολλά δικαιώματα στα ομόφυλα άτομα, εντούτοις δεν παρείχε την δυνατότητα σε τέτοια ζευγάρια να αποκτήσουν τέκνα από κοινού, είτε με την αναγνώριση των τέκνων του ενός από τον άλλο σύντροφο είτε με υιοθεσία.

Στις 22 Μαΐου 2015 διεξήχθη δημοψήφισμα με στο οποίο με ποσοστό 62% υπέρ, οι Ιρλανδοί αποφάσισαν την τροποποίηση του Συντάγματός τους με την εισαγωγή διάταξης που επιτρέπει το γάμο μεταξύ ομόφυλων ατόμων[[534]](#footnote-534). Μετά και από αυτή τη μεταβολή, θεωρείται ότι τα ομόφυλα άτομα που έχουν συνάψει γάμο, έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τα υπόλοιπα ζευγάρια[[535]](#footnote-535).

Άρα και οι διατάξεις του Children and Family Relationships Act 2015 πρέπει να ερμηνεύονται σε αυτό το πλαίσιο. Επομένως τα ομόφυλα ζευγάρια μπορούν αφενός μεν να προσφεύγουν στην υιοθεσία, αφετέρου δε, να προσφεύγουν σε ι.υ.α με τους ίδιους όρους όπως και τα ετερόφυλα ζευγάρια, με την επισήμανση ότι νόμιμη μητέρα του παιδιού που γεννιέται είναι πάντα η γυναίκα που το γεννά.

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι θα μπορούσε να αναγνωριστεί γονέας του παιδιού η σύντροφος ή σύζυγος της γυναίκας που γεννάει, με αποτέλεσμα στα ζευγάρια ομόφυλων γυναικών να είναι εφικτή η ίδρυση συγγένειας και με τα δύο μέλη της ένωσης, ενώ κάτι αντίστοιχο δεν θα μπορούσε να συμβεί στην περίπτωση ομόφυλων ανδρών, από τη στιγμή που δεν επιτρέπεται η χρήση παρένθετης μητέρας.

Όσον αφορά τα πρόσωπα αναφοράς που εξέφρασαν τις απόψεις τους για τα παραπάνω ζητήματα, πρέπει να σημειωθεί ότι παρουσιάστηκε απόλυτη ταύτιση και ομοφωνία. Τόσο οι δύο ιατροί όσο και οι τρεις νομικοί, παρόλο που στα περισσότερα θέματα είχαν διαφορετική ο καθένας άποψη και αντιμετώπιζαν τα ζητήματα με διαφορετικές προσεγγίσεις που σε πολλές περιπτώσεις ήταν διαμετρικά αντίθετες και οδηγούσαν σε εξ ολοκλήρου διαφορετικά συμπεράσματα, εξέφρασαν για το συγκεκριμένο θέμα ακριβώς την ίδια άποψη.

Ότι δηλαδή η σεξουαλική σχέση μεταξύ του δότη των γαμετών και του παιδιού που θα γεννηθεί με τη μέθοδο της ετερόλογης γονιμοποίησης πρέπει να απαγορεύεται και να τιμωρείται. Ταυτόχρονα όμως, θα πρέπει να τιμωρείται κατά τον ίδιο τρόπο και ο νόμιμος αλλά όχι βιολογικός γονιός του παιδιού που γεννιέται με χρήση γεννητικού υλικού δότη και έρχεται σε σεξουαλική επαφή με αυτό το παιδί.

Επιπλέον, κατά την άποψη όλων των προσώπων αναφοράς, οποιαδήποτε σεξουαλική σύνδεση μεταξύ του παιδιού που γεννιέται και της παρένθετης μητέρας που το γεννά, ακόμη και στην περίπτωση που θα μπορούσε αυτή να μην αναγνωρίζεται ως νόμιμη μητέρα του, θα πρέπει να συνιστά αδίκημα. Μάλιστα, αδιαφοροποίητη ήταν η στάση των παραπάνω προσώπων αναφοράς, τόσο όταν υπάρχει η περίπτωση της πλήρους υποκατάστασης στην παρένθετη μητρότητα όσο και όταν η παρένθετη δάνεισε μόνο τη μήτρα της και το γεννητικό υλικό ήταν του ζευγαριού ή τρίτων δοτών. Επίσης, η ίδια αντιμετώπιση πρέπει σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, ανεξαρτήτως αν υπάρχει ή όχι βιολογική σύνδεση, και στους νόμιμους κοινωνικοσυναισθηματικούς γονείς του παιδιού που έχει γεννηθεί από παρένθετη μητέρα με τη χρήση γεννητικού υλικού της παρένθετης μητέρας ή τρίτων δοτών.

Τέλος, και στην περίπτωση των ομόφυλων ζευγαριών, οποιαδήποτε σεξουαλική σχέση μεταξύ του παιδιού και του συντρόφου του βιολογικού γονιού του, ή αν κανένα από τα δύο πρόσωπα δεν συνεισέφερε το γεννητικό του υλικό, και των δύο συντρόφων, η γνώμη των προσώπων αναφοράς είναι ότι πρέπει να απαγορεύεται και να τιμωρείται.

Το συμπέρασμα που εξήχθη από τα παραπάνω και κυρίως από το γεγονός ότι υπήρξε απόλυτη ταύτιση των απόψεων όλων των προσώπων αναφοράς είναι ότι η βασική ιδέα από την οποία εμφορούνται τα πρόσωπα αυτά, είτε αναγνωρίζουν τα εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα, είτε στέκονται κριτικά απεναντί τους είτε ακόμη και τα απορρίπτουν και, το σημαντικότερο, ανεξαρτήτως αν προκρίνουν στην προσέγγιση όλων των ζητημάτων της ι.υ.α την βιολογική αλήθεια σύνδεση είτε τον κοινωνικοσυναισθηματικό σύνδεσμο και την νομική κατασκευή της συγγένειας, είναι ότι περιβάλλουν την ιδέα της οικογένειας με ιδιαίτερο σεβασμό και την αντιμετωπίζουν ως ένα θεσμό που η πολιτεία οφείλει να διαφυλάξει τιμωρώντας οποιαδήποτε πράξη ή σχέση αλλοιώνει τα χαρακτηριστικά της ως ένα χώρο όπου τα μέλη της, ανεξαρτήτως αν συνδέονται βιολογικά ή όχι μεταξύ τους, δεν είναι δυνατόν να έχουν σεξουαλική σχέση. Το ακόμη πιο ενδιαφέρον είναι πάντως ότι ακόμα και η σχέση με πρόσωπα που βρίσκονται εκτός της οικογένειας, είτε συνδέονται βιολογικά με το παιδί είτε συνέβαλλαν απλώς στη γέννησή του (παρένθετη), θεωρείται ότι εμπίπτει σε ένα ευρύτερο θα λέγαμε ορισμό της οικογένειας και γι’ αυτό θα πρέπει να διαφυλάσσεται και να μην επιτρέπεται να εξελιχθεί σε σεξουαλική.

# ΙΧ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Στην Ιρλανδία έχει επισημανθεί ο μεγάλος αριθμός αυτών που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για να προσφύγουν σε μεθόδους ι.υ.α[[536]](#footnote-536). Τα ζευγάρια συνήθως ταξιδεύουν στις ΗΠΑ, την Ουκρανία ή την Ινδία, κυρίως, για να αποκτήσουν παιδί με παρένθετη μητέρα[[537]](#footnote-537).

Στην μετακίνηση αυτή προς το εξωτερικό συνηγορούν κατά βάση δύο παράγοντες: Ο κυριότερος λόγος είναι η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου, γεγονός που προκαλεί ανασφάλεια στους πολίτες αλλά και τους γιατρούς και τα ιατρικά κέντρα. Αυτό είναι άλλωστε και ένα από τα βασικότερα επιχειρήματα που προβάλλεται από τη μερίδα όσων υποστηρίζουν την ανάγκη για την θέσπιση ενός νομοθετικού πλαισίου για την ι.υ.α. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι στην Ιρλανδία δεν υπάρχει περιθώριο εφαρμογής της μεθόδου της παρένθετης μητέρας, αφού όπως έχει ήδη σημειωθεί, νόμιμη μητέρα είναι πάντα η μητέρα που γεννά το παιδί. Επομένως, πολλά ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας και η μόνη περίπτωση να αποκτήσουν παιδί που να συνδέεται βιολογικά μαζί τους είναι η μέθοδος της παρένθετης μητέρας, δεν έχουν άλλη επιλογή από το να ταξιδέψουν στο εξωτερικό.

Οι γιατροί ή οι κλινικές ι.υ.α συχνά παρέχουν πληροφορίες για κλινικές του εξωτερικού με τις οποίες συνεργάζονται και στις οποίες εφαρμόζονται μέθοδοι ι.υ.α, χωρίς αυτή η πράξη να συνιστά αδίκημα ή αθέμιτη πρακτική[[538]](#footnote-538).

## 1. ΑΝΩΝΥΜΙΑ ΔΟΤΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί προηγουμένως, σχετικά πρόσφατα, θεσπίστηκε ο νέος νόμος Children and Family Relationships Act 2015, που απαγορεύει την ανωνυμία και δημιουργεί ένα νοικό πλαίσιο που διασφαλίζει ότι το παιδί που θα γεννηθεί θα μπορεί να έχει πρόσβαση στα στοιχεία του δότη του γεννητικού υλικού. Η ρύθμιση αυτή προκάλεσε πολλές αντιδράσεις και θεωρήθηκε ότι μπορεί να σημάνει και το τέλος της εφαρμογής μεθόδων ι.υ.α με υλικό δότη στην Ιρλανδία. Βέβαια, ο νόμος ψηφίστηκε στις 6 Απριλίου 2015 και δεν έχουν προλάβει ακόμα να καταγραφούν τα αποτελέσματά του.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου προβλέπεται ρητά ότι οι κλινικές ι.υ.α θα πρέπει να χρησιμοποιούν γαμέτες ή έμβρυα, ανεξαρτήτως από πού προέρχονται, μόνο εφόσον περιέρχονται στην κατοχή τους συνοδευόμενα από τα στοιχεία ταυτότητας των δοτών, ώστε να μπορούν να καταχωρηθούν στο αρχείο που προβλέπεται να δημιουργηθεί, για να μπορεί στο μέλλον το παιδί που θα γεννηθεί να έχει πρόσβαση στα στοιχεία αυτά.

Θα πρέπει να επισημανθεί πάντως ότι η επικρατούσα πρακτική στην Ιρλανδία ήταν η χρήση γεννητικού υλικού που προερχόταν από τράπεζες γεννητικού υλικού από το εξωτερικό και συνήθως συνοδευόταν από πληροφορίες σχετικά με το φαινότυπο του δότη, ιατρικά δεδομένα, αλλά όχι στοιχεία ταυτότητας[[539]](#footnote-539).

Στην περίπτωση αυτή, δηλαδή όταν το γεννητικό υλικό προέρχεται από μια άλλη χώρα, όπου επιτρέπεται η ανώνυμη δωρεά και οι κλιικές δεν τηρούν αρχείο με τα στοιχεία ταυτότητας και επικοινωνίας των δοτών, δεν είναι εύκολα αντιληπτό πώς θα μπορούσε να καταστεί δυνατό να ζητηθεί να αποκαλυφθεί η ταυτότητα του δότη στο παιδί που θα γεννηθεί.

Πάντως ο νέος νόμος, στο άρθρο 26, απαγορεύει σε οποιαδήποτε κλινική ι.υ.α στην Ιρλανδία, να εφαρμόσει μέθοδο ι.υ.α χρησιμοποιώντας γεννητικό υλικό δότη, ακόμα και αν προέρχεται από το εξωτερικό, εφόσον δεν συνοδεύεται από την συναίνεση του δότη στην αποκάλυψη της ταυτότητάς του και από αρχείο με τα στοιχεία που ο νόμος απαιτεί και για τους δότες που δωρίζουν γεννητικό υλικό στην Ιρλανδία. Δεν υπάρχει δηλαδή καμία διάκριση. Οι συνέπεις και ο ικυρώσεις για τις κλινικές που θα χρησιμοποιήσουν γεννηιτκό υλικό απ΄οτο εξωτερικό που δεν συνοδεύεται από τις παραπάνω πληροφορίες, είναι οι ίδιες με αυτές που προβλέπονται και όταν δεν τηρούν αρχείο με τα στοιχεία του δότη εντός της χώρας.

Να σημειωθεί ότι το άρθρο 26 του νόμου προβλέπει μια μεταβατική περίοδο τριών ετών από την ψήφιση του νόμου, εντός της οποίας οι κλινικές μπορούν να χρησιμοποιήσουν γεννητικό υλικό, γαμέτες και έμβρυα, που είχαν περιέλθει σε αυτές είτε από το εξωτερικό είτε από δότες του εσωτερικού, ακόμα και όταν δεν συνοδεύονται από τα στοιχεία ταυτότητας του δότη. Προϋπόθεση αποτελεί να υπάρχει τουλάχιστον η συναίνεση των δοτών για τη χρήση του γεννητικού υλικού και επιπλέον, το γεννητικό υλικό να είχε χορηγηθεί ή το έμβρυο να είχε δωρηθεί ή σχηματισθεί πριν την ψήφιση του νόμου.

Αντιστρόφως όμως, αφού σύμφωνα με το νόμο για κάθε δωρεά γεννητικού υλικού που γίνεται στην Ιρλανδία είναι υποχρεωτικό να καταγράφονται τα στοιχεία του δότη και του λήπτη γεννητικού υλικού και οι πληροφορίες τηρούνται σε αρχείο, το παιδί που θα γεννηθεί θα μπορεί να έχει πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες, ακόμα και αν οι γονείς του είναι πολίτες μιας χώρας όπου επιτρέπεται ή και επιβάλλεται η ανωνυμία των δοτών.

## 2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

H παρένθετη μητρότητα είναι μία μέθοδος η οποία δεν επιτρέπεται στην Ιρλανδία, καθώς, νόμιμη μητέρα είναι πάντα η γυναίκα που γεννά και μόνο αυτή. Έτσι, δεν υπάρχει κανένα περιθώριο να αναγνωριστεί δικαστική απόφαση ή δημόσιο έγγραφο άλλου κράτους στο οποίο κάποιο ζευγάρι μπορεί να κατέφυγε για να αποκτήσει παιδί μέσω παρένθετης μητέρας.

Δεδομένου ότι πολλά ζευγάρια Ιρλανδών καταφεύγουν στο εξωτερικό ειδικά για να προβούν στην απόκτηση τέκνου μέσω παρένθετης μητέρας, το ζήτημα είναι μεγάλης σημασίας και η απουσία νομοθετικού πλαισίου δημιουργεί πολλά προβλήματα[[540]](#footnote-540).

Το θέμα αντιμετωπίζεται μόνο όσον αφορά την υπηκοότητα του παιδιού που γεννιέται στο εξωτερικό και την αναγνώριση δικαιωμάτων επιμέλειας[[541]](#footnote-541). Έτσι, το παιδί αποκτά την υπηκοότητα αν ένας από τους δύο γονείς του είναι Ιρλανδός, δηλαδή είτε η μητέρα που το γέννησε είτε ο πατέρας που αναγράφεται στο πιστοποιητικό γέννησης, και αν δεν αναγράφεται, τότε ο βιολογικός του πατέρας[[542]](#footnote-542). Επιπλέον, ως κηδεμόνας του παιδιού αναγνωρίζεται το πρόσωπο που το δικαστήριο κρίνει ότι είναι προς το συμφέρον του παιδιού να αναγνωριστεί ως τέτοιο.

Σχετικά, το υπουργείο δικαιοσύνης έχει εκδόσει ανακόινωση που αναφέρεται ειδικά στην περίπτωση παιδιού που έχει γεννηθεί στο εξωτερικό μέσω παρένθετης μητέρας[[543]](#footnote-543). Στο προοίμιο των οδηγιών που περιέχει η ανακοίνωση αναφέρεται ότι κύριο μέλημα της πρωτοβουλίας αποτελεί το συμφέρον του παιδιού, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι αναγνωρίζεται η πρακτική της απόκτησης παιδιού με παρένθετη μητέρα στο εξωτερικό ή ότι νομιμοποιείται η πρακτική αυτή. Μοναδικός σκοπός της ανακοίνωσης και των οδηγιών που περιέχει είναι να διευκρινίσει τη διαδικασία απόδοσης της ιρλανδικής υπηκοότητας και της έκδοσης διαβατηρίου για παιδιά που γεννήθηκαν με τον παραπάνω τρόπο.

Βασική προϋπόθεση αποτελεί το παιδί να έχει γεννηθεί από Ιρλανδό πολίτη και ένας γονέας ή κηδεμόνας να υποβάλλει την αίτηση για τη χορήγηση ιρλανδικού διαβατηρίου για το παιδί.

Προφανώς η παρένθετη γυναίκα είναι αλλοδαπή, άρα ο μόνος γονέας με ιρλανδική καταγωγή μπορεί να είναι ο άνδρας. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει ο Ιρλανδός πολίτης να συνδέεται γενετικά με το παιδί ώστε να αναγνωριστεί ως νόμιμος πατέρας και κηδεμόνας, βασιζόμενος σε απόδειξη DNA ώστε να ανατρέψει το τεκμήριο πατρότητας που αποδίδεται στον σύζυγο της παρένθετης αν αυτή είναι παντρεμένη. Σε περίπτωση που η παρένθετη δεν είναι παντρεμένη, αρκεί η συναίνεσή της στο γεγονός ότι ο άνδρας που ισχυρίζεται ότι είναι πατέρας του παιδιού, είναι πράγματι πατέρας αυτού. Η θεμελίωση της πατρότητας πάντως σε αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι αυτόματη, αλλά απαιτεί έκδοση δικαστικής απόφασης από τα ιρλανδικά δικαστήρια[[544]](#footnote-544).

Φυσικά, το πρόβλημα παραμένει άλυτο σε περίπτωση που λάβει χώρα η μέθοδος της παρένθετης μητέρας με σπέρμα ή έμβρυο δότη και δεν μπορεί να συνδεθεί με κανένα τρόπο βιολογικά το παιδί με τον Ιρλανδό πατέρα του[[545]](#footnote-545). Το ίδιο ισχύει και όταν για διάφορους λόγους στο πιστοποιητικό γέννησης αναγραφεί κάποιο άλλο πρόσωπο ως πατέρας. Για το λόγο αυτό η ανακοίνωση του υπουργείου δικαιοσύνης εφιστά την προσοχή σε όλους όσους πρόκειται να πραγματοποιήσουν μια τέτοια διαδικασία για τα προβλήματα που μπορέι να ανακύψουν [[546]](#footnote-546). Δυστυχώς, παρόλο που υπήρχαν αρκετές δεσμεύσεις και προσδοκίες, τα ζητήματα αυτά δεν αντιμετωπίζονται ούτε από τη νέα νομοθεσία.

Σχετική με το ζήτημα είναι και μία απόφαση που έχει εκδοθεί από το High Court. Πρόκειται για απόφαση της οποίας το πλήρες κείμενο δεν έχει δημοσιευθεί, αναφέρεται όμως σε δημοσιεύματα του τύπου[[547]](#footnote-547) και σε έκθεση της υπηρεσίας της βιβλιοθήκης του κοινοβουλίου[[548]](#footnote-548).

Σύμφωνα λοιπόν με τις πληροφορίες που είναι διαθέσιμες, ανύπαντρο ζευγάρι Ιρλανδών κατέφυγε στην Ινδία για να αποκτήσει παιδί μέσω παρένθετης μητέρας, χρησιμοποιώντας το σπέρμα του Ιρλανδού πατέρα και ωάριο ανώνυμης δότριας. Το 2010 γεννήθηκε ένα κοριτσάκι, στο πιστοποιητικό γέννησης του οποίου αναγράφηκε, όπως είναι το νόμιμο στην Ινδία, ως πατέρας ο Ιρλανδός άντρας και ως μητέρα του η σύντροφος του Ιρλανδού και όχι η κυοφόρος παρένθετη μητέρα.

Όταν το ζευγάρι επιχείρησε να εκδόσει τα ταξιδιωτικά έγγραφα του μικρού κοριτσιού για να επιστρέψει στην Ιρλανδία, δημιουργήθηκε πρόβλημα καθώς το αίτημα το υπέβαλλε ο άνδρας που δεν ήταν παντρεμένος με τη νόμιμη μητέρα του παιδιού και οι ιρλανδικές αρχές αρνήθηκαν να εγκρίνουν το αίτημά του.

Το Δικαστήριο αφού διέταξε γενετικό τεστ DNA για να αποδειχθεί η βιολογική σύνδεση του άνδρα με το παιδί και αφού έλαβε υπόψη έγγραφο που απέστειλε η παρένεθτη μητέρα η οποία και επιβεβαίωνε ότι δεν έχει καμία σχέση με την ανατροφή του παιδιού και αυτό επιθυμούσε όταν υπέγραφε για την εφαρμογή της μεθόδου, διακηρύσσοντας ότι λαμβάνει πρωτίστως υπόψη το συμφέρον του παιδιού, το άνδρα ως πατέρα του παιδιού και ως κηδεμόνα αυτού δικαιούμενου να ζητήσει την έκδοση ιρλανδικού διαβατηρίου για το παιδί που απέκτησε την υπηκοότητα λόγω του πατέρα του.

## 3. ΜΟΝΑΧΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Στην Ιρλανδία είναι αδιάφορο αν η γυναίκα που γεννά το παιδί συνδέεται βιολογικά μαζί του. Η συγγένεια αναγνωρίζεται από το γεγονός της γέννησης. Έτσι, και δεδομένου ότι στην Ιρλανδία δεν υφίσταται κάποιος περιορισμός και μπορεί μια μοναχική γυναίκα να προσφύγει σε ι.υ.α, δεν καταγράφεται κάποια τάση μετακίνησης στο εξωτερικό από μοναχικές γυναίκες.

Πάντως, σε κάθε περίπτωση, για το ιρλανδικό δίκαιο, νόμιμη μητέρα είναι η γυναίκα που γέννησε το παιδί ανεξαρτήτως βιολογικής σύνδεσής τους. Επομένως, ο μόνος περιορισμός για τις μοναχικές γυναίκες είναι ότι δεν θα μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί στο εξωτερικό μέσω παρένθετης μητέρας, γιατί στην περίπτωση αυτή δεν θα ήταν δυνατό να αναγνωριστούν ως μητέρες.

## 4. ΜΟΝΑΧΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ

Από τη στιγμή που απαγορεύεται η παρένθετη μητρότητα, ο άγαμος μοναχικός άνδρας στερείται της δυνατότητας απόκτησης ενός βιολογικά δικού του παιδιού, μέσω της προσφυγής σε μέθοδο ι.υ.α από μόνος του. Εάν μετακινηθεί σε χώρα όπου επιτρέπεται η παρένθετη μητρότητα και καταφέρει να αποκτήσει δικό του παιδί, τότε, σύμφωνα με το ιρλανδικό δίκαιο, μητέρα του παιδιού είναι αυτή που το γέννησε και πατέρας του είναι ο Ιρλανδός πολίτης αντίστοιχα, εφόσον το παιδί έχει γεννηθεί με δικό του γεννητικό υλικό. Βεβαίως όμως έτσι θα αποκτήσει το δικαίωμα, μετά από δικαστική απόφαση, να ανγνωριστεί ως κηδεμόνας του παιδιού, όπως περίπου συνέβη στη νομολογιακή περίπτωση που αναφέρθηκε παραπάνω με τον πατέρα που απέκτησε παιδί στην Ινδία μέσω παρένθετης.

Σε περίπτωση που δεν έχει χρησιμοποιηθεί ωστόσο δικό του γεννητικό υλικό, μόνο μέσω της διαδικασίας της υιοθεσίας μπορεί να αποκτήσει συγγενική σχέση με το παιδί.

Επόμένως, καθίσταται προφανές ότι αφουύ δεν προβλέπεται νόμιμη διαδικασία για να έχει ένας μοναχικός άνδρας πρόσβαση σε μέθοδο παρένθετης μητέρας η Ιρλανδία δεν αποτελεί χώρα προορισμού για αυτή την κατηγορία ατόμων . Επιπλέον, είναι επισφαλής επιλογή των μοναχικών Ιρλανδών ανδρών να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για να αποκτήσουν παιδί μέσω παρένθετης μητέρας, αφού κατά την επιστροφή τους στην Ιρλανδία θα δηλωθεί ως μητέρα του παιδιού η γυναίκα που το κυοφόρησε.

## 5. ΟΜΟΦΥΛΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ

Τα ομόφυλα ζευγάρια, όπως έχει προαναφερθεί, έχουν αποκτήσει τα ίδια δικαιώματα με τα ζευγάρια ετεροφύλων. Η πρόσβαση αυτών των ζευγαριών στην ι.υ.α γίνεται με τους ίδιους όρους όπως και για τα υπόλοιπα ζευγάρια. Επομένως, δεν προκύπτει ανάγκη μετακίνησης στο εξωτερικό για την προσφυγή σε ι.υ.α. Ωστόσο δεν φαίνεται ότι η Ιρλανδία αποτελεί χώρα προορισμού για ομόφυλα ζευγάρια, παρόλο που το νομικό πλαίσιο είναι αρκετά φιλικό. Το πρόβλημα ίσως γεννάται λόγω της ασάφειας του γενικότερου νομικού πλαισίου που αφορά την ι.υ.α.

Θα πρέπει ωστόσο να γίνει η εξής διάκριση: στα ζευγάρια λεσβιών, δεν θ αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα, καθώς νόμιμη μητέρα είναι αυτή που γεννά και η σύντροφος ή σύζυγός της, αναγνωρίζεται ως έτερος γονέας του τέκνου. Στα ζευγάρια των γκέυ ανδρών ωστόσο τα πράγματα είναι διαφορετικά, εξ αιτίας του γεγονότος ότι αυτά μπορούν να αποκτήσουν παιδί μόνο μέσω παρένθετης μητέρας και στην περίπτωση αυτή, νόμιμη μητέρα θα αναγνωριστεί η μητέρα που γέννησε το παιδί. Έτσι, δεν υπάρχει η δυνατότητα στα ζευγάρια ομόφυλων ανδρών για προσφυγή στην ι.υ.α, ούτε μπορεί να αναγνωριστούν ως γονείς και οι δύο σύντροφοι αν το παιδί έχει γεννηθεί στο εξωτερικό. Στην περίπτωση αυτή θα μπορεί να συνδεθεί νομικά με το παιδί μόνο ο ένας από τους δύο, εφόσον συνδέεται βιολογικά με το παιδί.

## 6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Για την εφαρμογή των μεθόδων ι.υ.α εντός της χώρας, ισχύουν όσα στα προηγούμενα κεφάλαια έχουν παρατεθεί είτε οι ασθενείς είναι Ιρλανδοί πολίτες είτε όχι. Διακρίσεις λόγω εθνοτικής καταγωγής ή υπηκοότητας ούτε προβλέπονται αλλά ούτε και επιτρέπονται. Στις περιπτώσεις αυτές, εφόσον τηρηθούν οι όροι που προβλέπει το ιρλανδικό δίκαιο, δεν ελέγχεται ούτε δημιουργείται πρόβλημα με τις διατάξεις για την ι.υ.α που ισχύουν στην χώρα καταγωγής των υποβοηθούμενων προσώπων.

Αντιστρόφως, όταν πρόκειται για Ιρλανδούς πολίτες που ταξιδεύουν στο εξωτερικό και προσφεύγουν σε ι.υ.α με τρόπο που δεν επιτρέπεται από το ιρλανδικό δίκαιο, δηλαδή στη μέθοδο της παρένθετης ή σε ετερόλογη γονιμοποίηση με γεννητικό υλικό ανώνυμου δότη κτλ, αλλά αποτελεί νόμιμη μέθοδο στην χώρα εφαρμογής, τότε δημιουργείται πρόβλημα στα υποβοηθούμενα πρόσωπα όταν θελήσουν να επιστρέψουν στην Ιρλανδία. Και τούτο διότι οι διατάξεις για την ι.υ.α ισχύουν ανεξάρτητα από τη χώρα όπου εφαρμόστηκε η μέθοδος. Υπάρχει επομένως περίπτωση να δημιουργηθούν διάφορα προβλήματα κυρίως όσον αφορά την θεμελίωση της συγγένειας των υποβοηθούμενων προσώπων με το παιδί. Βεβαίως, δεν προβλέπονται ποινικές, διοικητικές ή άλλου είδους κυρώσεις για τα εμπλεκόμενα πρόσωπα.

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Η έκθεση αποτέλεσε μια προσπάθεια να περιγράφούν τα δεδομένα για την ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και το πλαίσιο για την προστασία του εμβρύου in vitro στην Ιρλανδία.

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή βρίσκει εφαρμογή στην χώρα αυτή, όπου όλο και περισσότερα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, αναζητούν την εφαρμογή μεθόδων εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται, χαρακτηρίζονται τόσο από τους ιατρούς όσο και από τα υποβοηθούμενα πρόσωπα ως απολύτως ικανοποιητικές και αρκετά υψηλού επιπέδου. Η έλλειψη αναφορών για θέματα ασφάλειας για την υγεία των υποβοηθούμενων προσώπων, για ζητήματα διαφθοράς ή παραβίασης της ιατρικής δεοντολογίας είναι άμεσο αποτέλεσμα της μεγάλης υπευθυνότητας που επιδεικνύεται και των αυστηρών προδιαγραφών, αγγλικού τύπου, που τηρούνται.

Όπως αναφέρθηκε ωστόσο, ειδικό νομοθετικό πλαίσιο δεν υφίσταται πλην ενός πρόσφατου σχετικά νόμου, ο οποίος επέφερε σημαντικές αλλαγές στην έως τώρα εφαρμοζόμενη πρακτική, αλλά ρύθμισε μόνο ορισμένα από τα ζητήματα που αφορούν την ι.υ.α με γεννητικό υλικό δότη. Ειδικότερα, απογορεύτηκε η ανώνυμη δωρεά, δημιουργήθηκε εθνικό αρχείο δοτών και παιδιών που έχουν γεννηθεί από γεννητικό υλικό δότη και προβλέφθηκε η διαδικασία που θα διασφαλίζει το δικαίωμα του παιδιού να έχει πρόσβαση στα στοιχεία ταυτότητας του δότη.

Η γενικότερη ασάφεια που υπάρχει σχετικά με το νομικό πλαίσιο για την ι.υ.α όμως, αναγκάζει πολλά ζευγάρια να καταφύγουν στο εξωτερικό για να αποκτήσουν παιδί μέσω ι.υ.α, ενώ προκαλεί και αβεβαιότητα σε αυτούς που θέλουν να προσφύγουν σε ι.υ.α στη χώρα. Δημιουργεί επίσης και προβλήματα, όπως αυτά που οδηγήθηκαν ενώπιον των δικαστηρίων και αφορούσαν είτε περιπτώσεις όπου η ι.υ.α είχε εφαρμοστεί εντός της χώρας, είτε περιπτώσεις που η ι.υ.α είχε εφαρμοστεί στο εξωτερικό.

Ολοένα και πιο έντονα υποβάλλεται πλεόν από τους κοινωνικούς φορείς αλλά και την επιστημονική κοινότητα, το αίτημα για την θέσπιση ειδικής νομοθεσίας που θα ρυθμίζει την ι.υ.α, θα απαντά στα προβλήματα που έχουν ανακύψει και θα τερματίζει την ασάφεια που καλύπτει πολλά ζητήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή της ι.υ.α. Το αίτημα αυτό υποβλήθηκε μάλιστα και από το ανώτατο δικαστήριο της χώρας, το οποίο σε υπόθεση παρένθετης μητρότητας, απέφυγε να λάβει θέση σε πολύ κρίσιμα και ουσιαστικά ζητήματα που σχετίζονται με την ι.υ.α. Αφού δήλωσε αναρμόδιο να αποφανθεί για τέτοια ζητήματα που ανάγονται στην χάραξη δημόσιας πολιτικής, υπέβαλλε ταυτόχρονα έντονη υπόδειξη προς τα κυβερνητικά όργανα να αναλάβουν πρωτοβουλίες και να προωθήσουν σχετική νομοθεσία στο Κοινοβούλιο.

Κατά την κατάρτιση της έκθεσης η έρευνα αντιμετώπισε και ορισμένα σοβαρά προβλήματα

Το πρώτο αφορούσε την έλλεψη ειδικής νομοθεσίας σε μια χώρα ωστόσο που η ι.υ.α έβρισκε εφαρμογή στην πράξη. Το γεγονός ότι η ι.υ.α δεν απαγορεύεται και δεν είναι παράνομη αλλά ταυτόχρονα δεν υπάρχουν ειδικές ρυθμίσεις που να διέπουν την εφαρμόγή της, συνεπαγόταν ότι από το υφιστάμενο γενικό νομικό πλαίσιο, δηλαδή από μια πολυδιασπασμένη και κατακερματισμένη δεξαμενή πηγών, θα έπρεπε να εντοπίζονται οι ρυθμίσεις και οι διατάξεις που βρίσκουν εφαρμογή και στο πεδίο της ι.υ.α.

Το δεύτερο ζήτημα σχετιζόταν με τη νομική παράδοση της ερευνώμενης χώρας. Η Ιρλανδία έχει γραπτό σύνταγμα και νόμους, ωστόσο διαθέτει τη νομική κουλτούρα και παράδοση του αγγλικού δικαίου, γι’ αυτό και συγκαταλέγεται στην οικογένεια των χωρών του common law. Επομένως, πολλές πρακτικές ή οδηγίες ή αρχές που διατυπώνονται από μη νομοθετικά όργανα και δεν έχουν την τυπική μορφή κανονιστικών διατάξεων, στη σγκεκριμένη έννομη τάξη περιβάλλονται και τηρούνται με ιδιαίτερο σεβασμό. Ταυτόχρονα, είναι αξιοσημείωτη η απουσία ρητών διατάξεων σχετικά με τις κυρώσεις για τις παραβιάσεις των κανόνων που τίθενται. Οι παράγοντες αυτοί δημιουργούσαν αρκετές φορές δυσκολία ερμηνείας ή προσληψης των πληροφοριών που συλλέγονταν.

Τρίτον, τέλος, διαπιστώθηκε ότι τα ζητήματα που σχετίζονται με την ανθρώπινη αναπαραγωγή, την ανθρώπινη ζωή, το έμβρυο και την έρευνα στο γεννητικό υλικό αλλά και τις σχέσεις συγγένειας, αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη ευαισθησία όχι μόνο από την κοινή γνώμη αλλά και από την επιστημονική κοινότητα. Αντιμετωπίζονται πρωτίστως ηθικά και συνδέονται με την βαθιά παράδοση του ιρλανδικού λαού στον καθολικισμό. Παραδόξως, ταυτόχρονα, πρόκειται για την ίδια κοινωνία που αναγνωρίζει τον γάμο των ομόφυλων ζευγαριών και χαρακτηρίζεται από πνεύμα φιλελευθερισμού και ανεκτικότητας στη διαφορετικότητα. Αυτές οι παράμετροι, κατέστησαν δυσκολότερη την κατανόηση της αντιμετώπισης ορισμένων θεμάτων. Κυρίως δε προκάλεσαν τη συνεχή αμφιβολία σχετικά με το κύρος και την αντικειμενικότητα των πηγών και των πληροφοριών που καταγράφηκαν από άλλες πηγές. Τούτο διότι πολλά επιστημονικά κείμενα ή διακινούμενες πληροφορίες είναι προσανατολισμένα ιδεολογικά ή ηθικά και επομένως, υπήρχε ορατός ο κίνδυνος να οδηγηθεί η έρευνα σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Παρά τα προβλήματα καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να εντοπιστούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες και να συστηματοποιηθούν κατάλληλα, με στόχο να αποδοθεί όσο το δυνατόν πιστότερα η κατάσταση που ισχύει στον τομέα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και το πλαίσιο προστασίας του εμβρύου in vitro, στην Ιρλανδία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmad A. “Irish Supreme Court considers surrogacy parenthood appeal”, BioNews 741, 10 February 2014 <http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp>**,**

Blackburn-Starza A. “[Irish Government advisor warns against failing to introduce ART legislation](http://www.bionews.org.uk/page_112681.asp)”, *BioNews 634*, 21 November 2011. <http://www.bionews.org.uk/page_112681.asp>

Blackburn-Starza A. , “[Ireland publishes draft surrogacy legislation](http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp)”, *BioNews* [*740*](http://www.bionews.org.uk/page_393255.asp), 3 February 2014<http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp>

Blackburn-Starza A.,“Irish Government drops surrogacy from family law reform”, BioNews 773, 29 September 2014. <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>

[Blackburn-Starza](http://www.bionews.org.uk/page_2027.asp) A, “ [Irish Supreme Court denies genetic mother birth certificate right](http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp)” 10-11-2014, Bionews 779, <http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp>,

Budd A., “Genetic father appointed guardian of child born in India under surrogacy arrangement”, *Staredecisis Law Reports,* 12 July 2013. <http://www.staredecisishibernia.com/2013/07/12/genetic-father-appointed-guardian-of-child-born-in-india-under-surrogacy-arrangement/>

Byrne S., “Ireland makes moves to ban commercial surrogacy”, *BioNews 792*, 2 March 2015 <http://www.bionews.org.uk/page_501197.asp>.

Cahn N. “Accidental Incest: Drawing the line – or the curtain? – For Productive Technology” Harvard J. Gender & Law, The George Washington University Law School, Legal Studies Research Paper No. 437, 2009

Carolan M., “Irish father wins surrogacy case over child born in India”, *The Irish Times,* 6 March 2013. <http://www.irishtimes.com/news/irish-father-wins-surrogacy-case-over-child-born-in-india-1.1318126>

Carolan M. “Supreme Court urged to re-run Chirdren’s Referendum”, *The Irish Times,* 1 December 2014. <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/courts/supreme-court-urged-to-re-run-children-s-referendum-1.2021479>

Carolan M, “Supreme Court rules genetic mother of twins is not their legal mother ”, 8-11-2014 <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/supreme-court-rules-genetic-mother-of-twins-is-not-their-legal-mother-1.1992112>

[Chee Hoe Low](http://www.bionews.org.uk/page_401186.asp), “[Patients worried after sudden closure of Irish IVF clinic](http://www.bionews.org.uk/page_394781.asp)”, Appeared in BioNews [741](http://www.bionews.org.uk/page_395047.asp), 10 February 2014, <http://www.bionews.org.uk/page_394781.asp>

Condon D. “New fertility services licensed here”, *Irishhealth.com*, 9 November 2012 <http://www.irishhealth.com/article.html?id=21282>

Cullen P. “Rise in Irish couples employing surrogate mothers abroad”, *The Irish Times,* 18 March 2015 <http://www.irishtimes.com/news/health/rise-in-irish-couples-employing-surrogate-mothers-abroad-1.2143207>.

Culliton G. “No laws means IVF is still in limbo”, *Irish Medical Times*, 18 February 2009, <http://www.imt.ie/opinion/guests/2009/02/no-laws-means-ivf-is-still-in-limbo.html>.

De Londras F. , “Pre-Implantation Embryos and the Irish Constitution” *Human Rights in Ireland*, 15 December 2009 <http://humanrights.ie/constitution-of-ireland/pre-implantation-embryos-and-the-irish-constitution/>.

Dillon F. ,Clinics begin health tests for embryos”, *Herald.ie*, 9 November 2012 <http://www.herald.ie/lifestyle/clinics-begin-health-tests-for-embryos-28906192.html>.

Duggan M. , “Mater Semper Certa Est, Sed Pater Incertus? Determining Filiation of Children Conceived via Assisted Reproductive Techniques: Comparative Characteristics and Visions for the Future”, *Irish Journal of Legal Studies.* 4(1) 2014. <http://ijls.ie/wp-content/uploads/2014/04/Magdalena-Duggan-FINAL-14-41.pdf>

Duffy F. “[General Scheme of a Children and Family Relationships Bill](http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp)”, *BioNews 741*, 10 February 2010. <http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp>

Duffy F. , “Guidance for couples going abroad for surrogacy services published in Ireland”, *BioNews 647,* 5 March 2012.<http://www.bionews.org.uk/page_131781.asp>

Duffy F. , “[Surrogacy in Ireland: A missed opportunity](http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp)”, *BioNews* [*774*](http://www.bionews.org.uk/page_459027.asp)*, 6 October 2014.* <http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>

Duncan G. “The constitution and Same Sex Marriage”, 3 April 2013 <https://www.constitution.ie/AttachmentDownload.ashx?mid=5f029d00-2aa4-e211-a5a0-005056a32ee4>

Edwards, J. (2004) “Incorporating Incest: Gamete, Body and Relation in Assisted Conception”, *Journal of the Royal Anthropological Institute,* 1 December 2004. <http://www.highbeam.com/doc/1G1-127197206.html>

English E. “Clinic to screen embryos for cystic fibrosis”, *Irish Examiner*, 24 June 2013. <http://www.irishexaminer.com/ireland/clinic-to-screen-embryos-for-cystic-fibrosis-234906.html>

# Gartland F “Surrogacy legislation promised after Supreme Court judgment” 7-11-2014 <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/courts/surrogacy-legislation-promised-after-supreme-court-judgment-1.1992928>

Fennell S. “Same Sex Marriage, The Constitution and Legislative Change”, April 2013 <https://www.constitution.ie/AttachmentDownload.ashx?mid=477776ca-29a4-e211-a5a0-005056a32ee4>

Hayes T, Coveney H. (2010) “The legal status of the embryo” *Irish Medical News,* 22 January 2010 <http://www.imn.ie/index.php?option=com_content&view=article&id=3180:risk-assessment-for-cvd-an-update-&catid=57:clinical-news&Itemid=3>

Hermerén, G., “Stem cell patents: ethical aspects”, *EuroStemCell,* 28 April . <http://www.eurostemcell.org/fr/node/18394>

Hogan, L. “Infertile women buy donor eggs abroad for €10k”, *Independet.ie,* 25 June 2007. <http://www.independent.ie/irish-news/infertile-women-buy-donor-eggs-abroad-for-10k-26299847.html>

# Hogan L, “Patients out of pocket after sudden closure of fertility clinic” , 6/2/2014, <http://www.independent.ie/irish-news/patients-out-of-pocket-after-sudden-closure-of-fertility-clinic-29984517.html>

Hogan L. “IVF death was preventable, according to HSE report”, *Independent.ie*, 26 July 2007. <http://www.independent.ie/irish-news/ivf-death-was-preventable-according-to-hse-report-26307110.html>.

Irwin K & Heron M “Children of surrogacy still in legal limbo despite landmark judgements” 6/2013, <http://www.beauchamps.ie/downloads/Family%20Law%20Ezine%20July%202013.pdf>

Kelleher L.“Single women seeking fertility treatment rises”, *Irish Examiner*, 5 August 2014. <http://www.irishexaminer.com/ireland/single-women-seeking-fertility-treatment-rises-278161.html>

Kiernan J.“Baby on board: Irish ‘fertility tourists’ look for help abroad”, *Independent.ie*, 3 August 2014 <http://www.independent.ie/irish-news/health/baby-on-board-irish-fertility-tourists-look-for-help-abroad-30479424.html>

Kilcommins, S., O’Donnel, I., O’Sullivan, E., Vaughan, B. “Crime, Punishment, and the Search for Order in Ireland”, *Dublin: Institute of Public Administration* 2004, <https://books.google.gr/books?id=Zz8V5chjwgMC&pg=PA145&lpg=PA145&dq=criminal+law++incest+ireland&source=bl&ots=GENaQ3IR4N&sig=9Xqlg5gCdqyfjpQG_lz1Z5WP6wk&hl=el&sa=X&ei=lRbfVLOeGsbCPJHQgbgI&ved=0CEUQ6AEwBA#v=onepage&q=criminal%20law%20%20incest%20ireland&f=false>

Kinsella R. “Children and Family Relationships Bill in need of overhaul”, *The Irish Times,* 23 February 2014. <http://www.irishtimes.com/opinion/children-and-family-relationships-bill-in-need-of-overhaul-1.2113018>

Kirsty Horsey“[The mother isn't always certain: Irish surrogacy case leads the way](http://www.bionews.org.uk/page_266287.asp)”, 11-3-2013, Bionews 696, <http://www.bionews.org.uk/page_266287.asp>,

Kinsella Μ and Harrison Ν, “Surrogacy in Ireland”, Irish Medical News, 27-3-2013 <http://www.imn.ie/index.php?option=com_content&view=article&id=5211:surrogacy-in-ireland-&catid=57:clinical-news&Itemid=3>,

Lalor K. “Child Sexual Abuse in Ireland: an Historical and Anthropological Note”, *Dublin Institute of Technilogy,* 1 January 1998 <http://arrow.dit.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=aaschsslarts>

Leogue J. , “Healthy baby Bridget makes Irish medical history”, *Independent.ie*, 5 July 2014. [http://www.independent.ie/irish-news/health/healthy-baby-bridget-makes-irish’-medical-history-30408246.html](http://www.independent.ie/irish-news/health/healthy-baby-bridget-makes-irish'-medical-history-30408246.html)

Mac Cormaic R. ,“Government drops surrogacy plans from family law overhaul, Draft law extends adoption rights to cohabiting couples”, *The Irish Times*, 25 September 2014 <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746>

Madden D. "Article 40.3.3º and Assisted Human Reproduction in Ireland" σε συλλογικό τόμο Schweppe J. “The unborn child, Article 40.3.3° and abortion in Ireland : twenty-five years of protection?” Dublin: Liffey Press 2008

Madden D. “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional 2011

Madden D. , “Bill marks first step in grappling with surrogacy”, *The Irish Times,* 17 February 2014. <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/bill-marks-first-step-in-grappling-with-surrogacy-1.1691952>

McBride, L. , “How to control costs when going down the IVF route”, *Independent.ie,* 23 March 2014. <http://www.independent.ie/business/personal-finance/how-to-control-costs-when-going-down-the-ivf-route-30116444.html>

McDonagh M. “AHR in Ireland still out on a limb”, *Medical Independent*, 1 April 2010. <http://www.medicalindependent.ie/319/ahr_in_ireland_still_out_on_a_limbo>

McEnroe J. , “Hospitals given guidelines after woman’s death during IVF”, [Irish Examiner, 24 June 2010 http://www.irishexaminer.com/ireland/health/hospitals-given-guidelines-after-womans-death-during-ivf-65693.html](file:///C:\Users\User\Downloads\Irish%20Examiner,%2024%20June%202010%20%20http:\www.irishexaminer.com\ireland\health\hospitals-given-guidelines-after-womans-death-during-ivf-65693.html)

McDonald D and Tim Healy Genetic “Mother now a 'legal' parent after win in landmark casen Ruling makes history n Decision complicates Coalition's agenda”, 6-3-2013, <http://www.independent.ie/irish-news/courts/genetic-mother-now-a-legal-parent-after-win-in-landmark-casen-ruling-makes-history-n-decision-complicates-coalitions-agenda-29111828.html>

Minihan M. “Children and Family Bill published on Oireachtas website”, *The Irish Times,* 19 February 2015 <http://www.irishtimes.com/news/politics/children-and-family-bill-published-on-oireachtas-website-1.2109554>

# Mulligan A ‘’Frozen Embryo disposition in Ireland After *Roche v Roche*” 2011 46(1) Irish Jurist 2012,

# Mulligan A, “Constitutional Parenthood in the Age of Assisted Reproduction”, 2014, Irish Jurist 90.

# Mulligan A “*Roche v Roche*: Some Guidance for Frozen Embryo Disputes”, 2010 Trinity College Law Review

Mulligan A. “From *Murray v Ireland to Roche v Roche*: Re-evaluating the Constitutional Right to Procreate in the Context of Assisted Reproduction” 35/261 Dublin University Law Joutnal 2012

Murphy A. “I didn’t want to let the opportunity to have a baby pass me by while I was waiting for Mr Right”, *Independent.ie*, 21 May 2008. <http://www.independent.ie/lifestyle/health/i-didnt-want-to-let-the-opportunity-to-have-a-baby-pass-me-by-while-i-was-waiting-for-mr-right-26456857.html>

O’Callaghan, H. , “Journey to life brings soul-searching questions”, *Irish Examiner,* 28 September2012, <http://www.irishexaminer.com/lifestyle/features/humaninterest/journey-to-life-brings-soul-searching-questions-209067.html>

Ó Cionnaith F. , “Embryo freezing licence is granted”, *Irish Examiner*, 11 January 2012. <http://www.irishexaminer.com/ireland/embryo-freezing-licence-is-granted-179685.html>

O’Doherty C. “Either partner should be allowed to reverse decision on IVF, says Fertility Society”, *Irish Examiner*, 19 July 2006 <http://www.irishexaminer.com/ireland/either-partner-should-be-allowed-to-reverse-decision-on-ivf-says-fertility-society-8721.html>

O’Loughlin A. , “Anonymous sperm donation is to be banned”, *Irish Examiner,* 26 September 2014. <http://www.irishexaminer.com/ireland/anonymous-sperm-donation-is-to-be-banned-288663.html>

O’Regan E. “Clinics to begin tests for genetic disorders in embryos”, *Independent.ie*, 9 November 2012. <http://www.independent.ie/irish-news/clinics-to-begin-tests-for-genetic-disorders-in-embryos-28894223.html>

O’Regan E. “’At least 57’ babies born abroad for Irish couples through surrogates”, *Independent.ie,* 27 February 2015 <http://www.independent.ie/irish-news/health/at-least-57-babies-born-abroad-for-irish-couples-through-surrogates-31026340.html>

Pierce, J., Birch, C. , “European Union: The CJEUs Decision In Brustle The Implications For Stem Cell Research”, *Mondaq,* 4 April 2014 <http://www.mondaq.com/x/304612/Life+Sciences+Biotechnology/The+CJEUs+Decision+In+Brustle+The+Implications+For+Stem+Cell+Research>

Quinn S. *Criminal Law in Ireland*, 4th Edition 2009, Killarney: Irish Law Publishing. <http://books.google.gr/books?id=eTrDgPmgh7MC&pg=PA771&lpg=PA771&dq=punishment+incest+ireland+current+version&source=bl&ots=dm7LckfDMh&sig=Vf_Jnmv1WKjt7y1IlCEunIJRpm8&hl=el&sa=X&ei=V-d2VMKUAuvEygPP8YKIDA&ved=0CDEQ6AEwBDgK#v=onepage&q=punishment%20incest%20ireland%20current%20version&f=false>

*Pádraig Corkery, Bioethics and Catholic Moral Tradition, Head of the Department of Moral Theology and Dean of the Faculty of Theology in the Pontifical University, Maynooth,* 10 May 2012. <http://www.catholicireland.net/bioethics-and-the-catholic-moral-tradition/>

Ryan N, “Supreme Court says only the birth mother – not genetic mother – can appear on birth cert”, 7-11-2014 <http://www.thejournal.ie/supreme-court-surrogacy-case-1767063-Nov2014/>

Retassie R. (2013) “Ireland: Genetic mother wins surrogacy case”, BioNews 696, 11 March.<http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp>

Reilly G. “Bill will propose potential life sentences for women guilty of incest”, *thejournal.ie,* 19 May 2012. <http://www.thejournal.ie/bill-will-propose-potential-life-sentences-for-women-guilty-of-incest-455572-May2012/>

**Retassie R. “Ireland: Genetic mother wins surrogacy case”, *BioNews 696*, 11 March 2013.** <http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp>

Rettner, R. Fertility clinic sells leftover embryos”, *Irish Examiner,* 13 April 2013. <http://www.irishexaminer.com/world/fertility-clinic-sells-leftover-embryos-228226.html>

Riegel R. “First ‘gene screened’ Irish baby due in July”, *Independent.ie*, 4 November 2013. <http://www.independent.ie/irish-news/first-gene-screened-irish-baby-due-in-july-29723997.html>

Roche B. “Birth of first baby screened for Cystic Fibrosis a ‘milestone’”, *The Irish Times*, 5 July 2014 <http://www.irishtimes.com/news/health/birth-of-first-baby-screened-for-cystic-fibrosis-a-milestone-1.1857015>

Sills E S, Murphy S E , “Determining the status of non-transferred embryos in Ireland: a conspectus of case law and implications for clinical IVF practice” *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine, 2008,* 4(8) <http://www.peh-med.com/content/4/1/8>

Schweppe J. “The unborn child, Article 40.3.3° and abortion in Ireland : twenty-five years of protection?” Dublin: Liffey Press 2008 <http://www.theliffeypress.com/the-unborn-child-article-40-3-3-and-abortion-in-ireland.html>

Shanahan C., “Want a baby but no sign of Mr Right? Fear not…”, *Irish Examiner*, 21 July 2013. <http://www.irishexaminer.com/lifestyle/healthandlife/yourhealth/want-a-baby-but-no-sign-of-mr-right-fear-not--237240.html>

Dr. Shannon G. “The Child and the Irish Constitution”, [Submission to the Joint Committee on the Constitutional Amendment on Children](http://www.oireachtas.ie/documents/committees30thdail/j-conamendchildren/submissions/list_of_submissions/67Shannon.doc) 2006 <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/Committees30thDail/J-ConAmendChildren/Submissions/List_Of_Submissions/67Shannon.doc>

Starr S. “Increasing number of people travelling abroad for PGD”, *BioNews 415*, 10 July 2007. <http://www.bionews.org.uk/page_13118.asp>

Starr S. “Report on death of Irish IVF patient published”, *BioNews 418*, 31 July 2007. <http://www.bionews.org.uk/page_13136.asp>

Staunton C. “The Regulation of Stem Cell Research in Ireland” National University of Ireland, Galway, March 2013 <http://aran.library.nuigalway.ie/xmlui/bitstream/handle/10379/3716/2013StauntonPhD.pdf?sequence=1>

Tobin, B. “Surrogacy and identity: why Ireland needs its own sperm bank”, *The Irish Times,* 27 June 2014. <http://www.irishtimes.com/news/health/surrogacy-and-identity-why-ireland-needs-its-own-sperm-bank-1.1846558>

Von Radowitz J. “2 embryos better than one for IVF success”, *Irish Examiner,* 13 January 2012 <http://www.irishexaminer.com/ireland/health/2-embryos-better-than-one-for-ivf-success-180041.html>

Walsh AP, Tsar OM, Walsh DJ, Baldwin PM, Shkrobor LV, Sills ES. “Who abandons embryos after IVF?”, *Irish Medical Journal 20110,* 103(4):107(10) <http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=obsgynart>

Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems.2011, 9(28). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>

Young M. “IVF embryo testing gets go-ahead in Ireland”, *BioNews 684,* 3 December 2012. <http://www.bionews.org.uk/page_221362.asp>

Wallace M., Cottell E., Gibney M., McAuliffe F., Wingfield M., Brennan L. “An investigation into the relationship between the metabolic profile of follicular fluid, oocyte developmental potential and implantation outcome,” *Fertility and Sterility*, 23 February 2012. <http://www.ucd.ie/news/2012/03MAR12/010312-New-test-can-better-predict-successful-IVF-embryos-scientists-say.html>

Assisted Human Reproduction: Facts and Ethical Issues*.* (originally published in 2000, Dublin: Veritas Publications for the Bishops’ Committee for Bioethics, text revised 2003 by the Bishops’ Committee for Bioethics), 7 February 2008 <http://www.catholicbishops.ie/2008/02/07/assisted-human-reproduction/>

Childrens Rights Alliance, “Recognising Children’s Rights in the Constitution: The Thirty-First Amendment to the Constitution”, October 2012<http://www.childrensrights.ie/sites/default/files/submissions_reports/files/Children's%20Rights%20Alliance%20Recognising%20Children's%20Rights%20in%20the%20Constitution%20October%202012.pdf>

Iona Institute “*Response to the Report of the Commission On Assisted Human Reproduction”* <http://www.ionainstitute.ie/pdfs/Making_Babies__Full-length_version.pdf>

Medical Council, *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour and to Fitness to Practise,* 2nd Edition 1984 , Dublin: Medical Council. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1984.pdf>

Medical Council, A *Guide to Ethical Conduct and Behaviour and to Fitness to Practise*. 3rd Edition 1989, Dublin: Medical Council. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1989.pdf>

Medical Council, *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour and to Fitness to Practise*. 4th Edition 1994, Dublin: Medical Council. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1994.pdf>

Medical Council, *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour*. 5th Edition 1998, Dublin; Medical Council. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1998.pdf>

Medical Council, *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour*. 6th Edition 2004, Dublin: Medical Council. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf>

Medical Council, *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*. 7th Edition 2009, Dublin: Medical Council <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Guide-to-Professional-Conduct-and-Behaviour-for-Registered-Medical-Practitioners-pdf.pdf>

NISIG “National Infertility Support and Information Group Presentation to Joint Oireachtas Committee on Health and Children July 3rd 2014” <http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oireachtas.ie%2Fparliament%2Fmedia%2Fcommittees%2Fhealthandchildren%2Fhealth2014%2FNISIG-opening-statement.doc&ei=NBJjVLTCGMeV7AbssIHACA&usg=AFQjCNGW_UuH9xEPVzD3ikcCmrkjPbOJLA&bvm=bv.79189006,d.d2s>

Oireachtas Library and Research Service, Νο 3. (2013) “Surrogacy, parentage, and citizenship: Ireland in the wider world” *Oireachtas Library & Research Service*, No. 3. <http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>

“Report of The Commission on Assisted Human Reproduction”, April 2005, <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/46684/1/1740.pdf>

The Women’s Health Council “Infertility treatments for women: a review of the bio-medical evidence: full report” 2009 <http://books.google.gr/books?id=oO0SrGeG8zsC&pg=PA83&lpg=PA83&dq=recommended+limit+for+number+of+embryo+transfer+in+ivf+ireland&source=bl&ots=vEpgawUSNI&sig=n_1EfAnONv_95Rn3KCc1VJjc-7E&hl=el&sa=X&ei=i2FjVMS4FcjeaLfkgbAB&ved=0CEQQ6AEwBA#v=onepage&q=recommended%20limit%20for%20number%20of%20embryo%20transfer%20in%20ivf%20ireland&f=false>

ΝΟΜΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ

Επίσημο κείμενο του νόμου PUNISHMENT OF INCEST ACT 1908 <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html>

Επίσημο κείμενο του νόμου GUARDIANSHIP OF INFANTS ACT, 1964 <http://www.irishstatutebook.ie/1964/en/act/pub/0007/print.html#sec3>

Επίσημο κείμενο του νόμου STATUS OF CHILDREN ACT 1987 <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1987/act/26/section/38/enacted/en/html#sec38>

Επίσημο κείμενο του νόμου DATA PROTECTION ACT, 1988 <http://www.irishstatutebook.ie/1988/en/act/pub/0025/index.html>

Επίσημο κείμενο του νόμου SEX OFFENDERS ACT, 2001 <http://www.irishstatutebook.ie/2001/en/act/pub/0018/print.html>

Επίσημο κείμενο του νόμου European Communities (Quality and Safety of Human Tissues and Cells) Regulations 2006, <http://www.irishstatutebook.ie/2006/en/si/0158.html#article25>

Επίσημο κείμενο του νόμου MEDICAL PRACTITIONERS ACT, 2007 <http://www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/>

Επίσημο κείμενο του νόμου Passports Act 2008 <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2008/act/4/enacted/en/print>

Επίσημο κείμενο του νόμου EQUAL STATUS ACT, 2000 <http://www.irishstatutebook.ie/2000/en/act/pub/0008/>

Επίσημο κείμενο του νόμου CIVIL PARTNERSHIP AND CERTAIN RIGHTS AND OBLIGATIONS OF COHABITANTS ACT, 2010 <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2010/act/24/enacted/en/html>

Επίσημο κείμενο του νόμου CHILDREN AND FAMILY RERLATIONSHIPS ACT, 2015 <http://www.irishstatutebook.ie/2015/en/act/pub/0009/print.html#part2>

Επίσημο κείμενο του νόμου Irish Nationality and Citizenship Act 1956 <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1956/act/26/enacted/en/html>

“Thirty-First Amendment of the Constitution (Children) Bill” 2012 <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?DocID=21772&&CatID=59>

Chirldren First Bill 2012 (<http://www.dcya.gov.ie/documents/publications/CF_Heads_and_General_Scheme.pdf>

Children First: National Guidelines for the Protection and Welfare of Children 2011 <http://www.dcya.gov.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/Publications/Children_First_A4.pdf>

Children First: National Guidelines for the Protection and Welfare of Children 2011 <http://www.dcya.gov.ie/documents/Publications/ChildrenFirst.pdf>

Clinical trial on Medical Product for Human Use Regulation 2004, [www.doch.ie/legislation/statutory\_instruments/pdf.si 20040190.pdf](http://www.doch.ie/legislation/statutory_instruments/pdf.si%2020040190.pdf)

Code of Practice for Healthcare Records Management (National Hospitals Office Code) [www.hse.ie](http://www.hse.ie)

Ethical, Scientific and Legal Issues Concerning Stem Cell Research, Opinion, 23rd April 2008, Irish Council of Bioethics, at <http://www.bioethics.ie/uploads/docs/StemCellReport.pdf>

Human Body Organs and Human Tissue Bill 2008, at <http://www.oireachtas.ie/documents/bills28/bills/2008/4308/b3408s.pdf>

Stem Cell Research (Protection of Human Embryos) Bill 2008, <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/bills28/bills/2008/6008/document1.htm>

European Parliament Workshop on Stem Cell Research and Patenting, organised by the Directorate General for Internal Policies, Policy Department A, Economic and Scientific Policy. Brussels, 19 March 2012. Proceedings and content of the ESF presentation delivered by Dr Vanessa Campo-Ruiz <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201205/20120524ATT45764/20120524ATT45764EN.pdf>

ΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Βλ. κείμενο δικαστικής απόφασης του High Court στην υπόθεση «Jordan -v- Minister for Children and Youth Affairs & ors» σε <http://courts.ie/Judgments.nsf/0/CE4585060C77E5A580257D0F004C743E>

Δελτίο τύπου του Δικαστηρίου της Ένωσης υπ’ αριθμ. 36/14 για την υπόθεση C- 363/ 12 <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2014-03/cp140036el.pdf>

Πλήρες κείμενο της Απόφασης του Δικαστηρίου της Ένωσης στην υπόθεση C- 363/12 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2014.142.01.0007.01.ELL>

Προτάσεις του Γενικού Εισαγγελέα για την υπόθεση c- 363/2012 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1443371142633&uri=CELEX:62012CC0363>

Πλήρες κείμενο της απόφασης του Supreme Court στην υπόθεση “Roche -v- Roche & ors”, <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/8c637ab92ec21c668025768d003d077b?OpenDocument>

Πλήρες κείμενο της απόφασης του High Court στην υπόθεση “R -v- R & ors” 2004 9792p σε <http://www.courts.ie/Judgments.nsf/bce24a8184816f1580256ef30048ca50/98ecc05ed4417bbc8025729600444e2a?OpenDocument>

Carr P, “The Irish Frozen Embryos Case” Critique for the Judgment, <http://www.linacre.org/IrishFrozenEmbryos.html>.

# Πλήρες κείμενο της απόφασης του Supreme Court στην υπόθεση McD. -v- L., 112/07 σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/9351b5533b011b4b8025731d0037655c?OpenDocument>

Πλήρες κείμενο της απόφασης του Supreme Court στην υπόθεση McD. -v- L. & anor186/08 σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/e38386fa6f02e44e80257688003f7a9a?OpenDocument>

Πλήρες κείμενο της απόφασης του High Court στην υπόθεση M.R & anor -v- An tArd Chlaraitheoir & ors 2011 46Μ σε <http://www.courts.ie/Judgments.nsf/bce24a8184816f1580256ef30048ca50/e3f0dc917872554c80257b250052dab3?OpenDocument>

Πλήρες κείμενο της απόφασης του Supreme Court στην υπόθεση.R. and D.R. (suing by their father and next friend O.R.) & ors -v- An t-Ard-Chláraitheoir & ors 263/13 σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/1b0757edc371032e802572ea0061450e/6a0d5025c1ba0a3a80257d890055e902?OpenDocument>

ΑΛΛΑ

Πληροφορίες από την Δημόσια Υπηρεσία Ενημέρωσης των Πολιτών σχετικά με την επιστροφή φόρου από ιατρικά έξοδα <http://www.citizensinformation.ie/en/money_and_tax/tax/income_tax_credits_and_reliefs/taxation_and_medical_expenses.html>

Πληροφορίες από την Δημόσια Υπηρεσία Ενημέρωσης των Πολιτών για τις διαθέσιμες θεραπείες γονιμότητας <http://www.citizensinformation.ie/en/health/women_s_health/fertility_treatment.html>

Πληροφορίες από την Δημόσια Υπηρεσία Ενημέρωσης των Πολιτών για ζητήματα υιοθεσίας και παρένθετης μητρότητας <http://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/adoption_and_fostering/surrogacy.html>

Ανακοίνωση του Υπουργείου για τα παιδιά και τα θέματα της νεολαίας <http://www.dcya.gov.ie/viewdoc.asp?fn=%2Fdocuments%2FChildren_First%2FChildrenFirstGuidance.htm>

Ανακοίνωση του νομοσχεδίου Children First Bill 2014, του Υπουργείου για τα παιδιά και τα θέματα νεολαίας <http://www.dcya.gov.ie/viewdoc.asp?DocID=3143>

Ανακοίνωση του Υπουργείου εξωτερικών για ζητήματα διασυνοριακής παρένθετης μητρότητας και για τον τρόπο κτήσης υπηκοότητα και έκδοσης ταξιδιωτικών εγγράφων <https://www.dfa.ie/media/dfa/alldfawebsitemedia/childrens-issues-surrogacy-guidance-document.pdf>

Ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας για την ΙΥΑ <http://health.gov.ie/blog/press-release/govt-to-legislate-for-assisted-human-reproduction-associated-research/>

Οδηγός για την προμήθεια ανθρώπινων ιστών και οργάνων της Health Products Regulatory Authority <https://www.hpra.ie/docs/default-source/publications-forms/guidance-documents/aut-g0102-guide-to-regulatory-requirements-for-the-procurement-of-human-tissues-and-cells-v1.pdf?sfvrsn=10>

Ανακοίνωση του Υπουργείου Δικαιοσύνης για το Criminal Law (Incest)(Amendment) Bill 2012, <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/SP14000062>

Ανακοίνωση του υπουργείου δικαιοσύνης για την ψήφιση του νόμου, Children and Family Relationships Bill 2015 <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PR15000041>

Ομιλία του Υπουργού Δικαιοσύνης στη Βουλή για την εισαγωγή προς ψήφιση του νόμου CHILDREN AAN FAMILY RELATIONSHIPS BILL 2015 <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/SP15000079>

Ανακοίνωση του Υπουργείου Δικαιοσύνης σχετικά με το «Children and Family Relationships Bill 2013» <http://www.justice.ie/en/JELR/Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill%202013%20141113.pdf/Files/Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill%202013%20141113.pdf>

Department of Justice, Equality and Law Reform “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May 1998 <http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>

Οργανισμός Medical Protection, Οδηγός για την λήψη συναίνεσης του ασθενή, <http://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/Booklet-PDFs/ireland-booklets/consent-to-medical-treatment-in-ireland---an-mps-guide-for-clinicians.pdf?sfvrsn=0>

The Institute of Obstetricians & Gynaecologists, “The Future of Maternity & Gynaecology Services in Ireland 2006 – 2016”, Report from Institute Subgroup December 2006, <http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/372_5_media.pdf>

National Youth Council of Ireland”Submission on the general scheme of the children and family relationships bill January 2014”, <http://www.youth.ie/sites/youth.ie/files/NYCI_Submission_Children_and_Family_Relationships%20Bill.pdf>

1. Αντικείμενο μελέτης αποτελεί η Δημοκρατία της Ιρλανδίας. Επομένως η αναφορά με τον όρο Ιρλανδία γίνεται πάντα στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας και όχι στη Βόρειο Ιρλανδία. [↑](#footnote-ref-1)
2. Βλ. σχετικά και Madden M. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 114-130 [↑](#footnote-ref-2)
3. CAHR σ. V. [↑](#footnote-ref-3)
4. CAHR σ. 5. [↑](#footnote-ref-4)
5. CAHR σ. ΧΙ, αναφέρονται ονομαστικά σε <http://www.rcpi.ie/content/docs/000001/372_5_media.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
6. Η αναφορά στο εξής στις υποσημειώσεις θα γίνεται με τον όρο «M.C Guidelines». [↑](#footnote-ref-6)
7. Βλ. <http://medicalcouncil.ie/Public-Information/> για τη σύσταση και τον τρόπο λειτουργίας του Irish Medical Council, βλ. σχετικά και [www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/index.html](http://www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/index.html) για την εκ του νόμου αρμοδιότητά του να θεσπίζει guidelines. [↑](#footnote-ref-7)
8. Βλ. Medical Council (2009) *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*. 7th Edition, Dublin: Medical Council. (<http://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Guide-to-Professional-Conduct-and-Ethics-for-Registered-Medical-Practitioners.pdf>) για τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2009 που ισχύουν και σήμερα καθώς δεν έχουν αναθεωρηθεί. [↑](#footnote-ref-8)
9. CAHR σ. 25. [↑](#footnote-ref-9)
10. # <http://www.dohc.ie/working_groups/Current/nacb/?lang=en>, http://health.gov.ie/national-advisory-committee-on-bioethics/

    [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://www.hpra.ie/homepage/about-us> [↑](#footnote-ref-11)
12. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 41 και 52. [↑](#footnote-ref-12)
13. <http://www.rcpi.ie/> [↑](#footnote-ref-13)
14. CAHR σ. 25. [↑](#footnote-ref-14)
15. Οι προτάσεις της IFS θα παραπέμπονται στο εξής με τη συντομογραφία «CONSENSUS». [↑](#footnote-ref-15)
16. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έκθεση του IFFS 2013 αναφέρει ότι το ζήτημα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ιρλανδία υπόκειται στο ρυθμιστικό πλαίσιο τόσο της νομοθεσίας όσο και κατευθυντήριων οδηγιών (σ. 19.). Αυτό όμως δεν φαίνεται να είναι ακριβές σύμφωνα με τα υπόλοιπα στοιχεία και πρόκειται για κάποια παρανόηση ή στη σύγχυση μεταξύ των δεδομένων που ισχύουν στην Βόρειο Ιρλανδία και την Δημοκρατία της Ιρλανδίας. Σημειώνεται τούτο, διότι ενώ στα περισσότερα από τα υπόλοιπα κεφάλαια της ίδιας έκθεσης διευκρινίζεται ότι γίνεται αναφορά στην Δημοκρατία της Ιρλανδίας, στο συγκεκριμένο αναφέρεται ως χώρα αναφοράς σκέτη η λέξη Ιρλανδία. Διαφορετικά είναι λίγο δύσκολο να εξηγηθεί μια τέτοια εσφαλμένη σημείωση. [↑](#footnote-ref-16)
17. Βλ. Culliton G. (2009) “No laws means IVF is still in limbo”, *Irish Medical Times*, 18 February. (<http://www.imt.ie/opinion/guests/2009/02/no-laws-means-ivf-is-still-in-limbo.html>) [↑](#footnote-ref-17)
18. <http://www.catholicbishops.ie/bioethics/> [↑](#footnote-ref-18)
19. Βλ. ενδεικτικά τα παρακάτω σχετικά άρθρα:  
     1.(2010) *Linacre Centre for Healthcare Ethics conference on ‘Fertility, Infertility and Gender’.* 22 June. *(*<http://www.catholicbishops.ie/2010/06/22/linacre-centre-for-healthcare-ethics-conference-on-fertility-infertility-and-gender/>),  
    2.(2008) *Assisted Human Reproduction: Facts and Ethical Issues.* (originally published in 2000, Dublin: Veritas Publications for the Bishops’ Committee for Bioethics, text revised 2003 by the Bishops’ Committee for Bioethics), 7 February. (<http://www.catholicbishops.ie/2008/02/07/assisted-human-reproduction/>),  
    3.(2007) *Day for Life 2007: Blessed is the fruit of your womb.* 7 October.(<http://www.catholicbishops.ie/2007/10/07/day-for-life-2007/>),   
    4. (2007) *Theme of ‘F=Day for Life’ pastoral letter: ‘Blessed is the fruit of your womb’.* 5 October. (<http://www.catholicbishops.ie/2007/10/05/theme-day-life-pastoral-letter-blessed-fruit-womb/>),   
    5.(2006) *Towards a Creative Response to Infertility.* 7 December. (<http://www.catholicbishops.ie/2006/12/07/towards-a-creative-response-to-infertility/>),

    6.(2008) *Assisted Human Reproduction: Facts and Ethical Issues.* (originally published in 2000, Dublin: Veritas Publications for the Bishops’ Committee for Bioethics, text revised 2003 by the Bishops’ Committee for Bioethics), 7 February.

    (<http://www.fertilitycare.net/documents/AssistedHumanReproductionFactsandEthicalIssues.pdf>),

    7. (2012), *Bioethics and Catholic Moral Tradition, Pádraig Corkery, Head of the Department of Moral Theology and Dean of the Faculty of Theology in the Pontifical University, Maynooth,* 10 May. (<http://www.catholicireland.net/bioethics-and-the-catholic-moral-tradition/>)*,*  
    τα οποία δείχνουν σαφέστατα την εντελώς αρνητική στάση της ιρλανδικής εκκλησίας απέναντι στα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και μάλιστα ήδη σε επίπεδο γενικών αρχών. Η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή αποτελεί για την ιρλανδική εκκλησία ηθικά επιλήψιμη επιλογή, οι μέθοδοι που διαταράσσουν την παραδοσιακή μορφή της οικογένειας είναι απορριπτέες, ενώ η αρχή της ζωής τοποθετείται στην ένωση των γαμετών, μετά την οποία οποιαδήποτε επέμβαση ή καταστροφή του γονιμοποιημένου ωαρίου αποτελεί βλάβη κατά της ανθρώπινης ζωής. [↑](#footnote-ref-19)
20. Τα παραπάνω αποτελούν προφορικές πληροφορίες. Έγινε προσπάθεια ανεύρεσης ειδικότερων λεπτομερειών και στοιχείων από τον τύπο ή το διαδίκτυο όμως δεν κατέστη εφικτό να εντοπιστεί κάποια πληροφορία. Επίσης, το πρόσωπο αναφοράς που έδωσε τις συγκεκριμένες πληροφορίες δεν είχε στη διάθεσή του ή δεν επιθυμούσε να δώσει περισσότερες πληροφορίες. Επομένως, η αναφορά γίνεται με κάθε επιφύλαξη. [↑](#footnote-ref-20)
21. Blackburn-Starza A. (2011) “[Irish Government advisor warns against failing to introduce ART legislation](http://www.bionews.org.uk/page_112681.asp)”, *BioNews 634*, 21 November. (<http://www.bionews.org.uk/page_112681.asp>) [↑](#footnote-ref-21)
22. Βλ. ολόκληρο το νομοσχέδιο όπως δημοσιεύτηκε <http://www.justice.ie/en/JELR/General%20Scheme%20of%20a%20Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill.pdf/Files/General%20Scheme%20of%20a%20Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill.pdf> [↑](#footnote-ref-22)
23. Βλ. αναφορές και εγκωμιαστικά σχόλια για την πρωτοβουλία που επιτέλους θα έλυνε το πρόβλημα της έλλειψης νομοθέτησης στο επιστημονικό τύπο, Blackburn-Starza A. (2014), “[Ireland publishes draft surrogacy legislation](http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp)”, *BioNews* [*740*](http://www.bionews.org.uk/page_393255.asp), 3 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp>), Duffy F. (2010) “[General Scheme of a Children and Family Relationships Bill](http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp)”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp>) [↑](#footnote-ref-23)
24. Βλ. αναλυτικά <http://www.justice.ie/en/JELR/Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill%202013%20141113.pdf/Files/Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill%202013%20141113.pdf> [↑](#footnote-ref-24)
25. Duffy F. (2014) “[Surrogacy in Ireland: A missed opportunity](http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp)”, *BioNews* [*774*](http://www.bionews.org.uk/page_459027.asp)*, 6 October.* (<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>), Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773,* 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>) [↑](#footnote-ref-25)
26. Βλ. ολόκληρο το νομοσχέδιο όπως δημοσιεύτηκε <http://www.justice.ie/en/JELR/General%20Scheme%20of%20a%20Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill.pdf/Files/General%20Scheme%20of%20a%20Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill.pdf> [↑](#footnote-ref-26)
27. Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773,* 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>), Duffy F. (2014) “Surrogacy in Ireland: A missed opportunity”, *BioNews 774,* 6 October. (<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>), Blackburn-Starza A. (2014), “[Ireland publishes draft surrogacy legislation](http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp)”, *BioNews* [*740*](http://www.bionews.org.uk/page_393255.asp), 3 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp>) και Duffy F. (2010) “[General Scheme of a Children and Family Relationships Bill](http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp)”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp>) [↑](#footnote-ref-27)
28. Βλ. ολόκληρο το κείμενο σε <http://www.justice.ie/en/JELR/Note%20on%20the%20General%20Scheme%20of%20the%20Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill.pdf/Files/Note%20on%20the%20General%20Scheme%20of%20the%20Children%20and%20Family%20Relationships%20Bill.pdf> [↑](#footnote-ref-28)
29. Βλ. <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PR14000257>, Mac Cormaic R. (2014) “Government drops surrogacy plans from family law overhaul, Draft law extends adoption rights to cohabiting couples”, *The Irish Times*, 25 September. (<http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746>), O’Loughlin A. (2014) “Anonymous sperm donation is to be banned”, *Irish Examiner,* 26 September. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/anonymous-sperm-donation-is-to-be-banned-288663.html>) [↑](#footnote-ref-29)
30. Βλ. Duffy F. (2014) “Surrogacy in Ireland: A missed opportunity”, *BioNews 774,* 6 October. (<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>), Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773,* 29 September*.* (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>)**,** Mac Cormaic R. (2014) “Government drops surrogacy plans from family law overhaul, Draft law extends adoption rights to cohabiting couples”, *The Irish Times*, 25 September. (<http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746>) [↑](#footnote-ref-30)
31. Βλ. Duffy F. (2014) “Surrogacy in Ireland: A missed opportunity”, *BioNews 774,* 6 October. (<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>), Mac Cormaic R. (2014) “Government drops surrogacy plans from family law overhaul, Draft law extends adoption rights to cohabiting couples”, *The Irish Times*, 25 September. (<http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746>) [↑](#footnote-ref-31)
32. Βλ. αναλυτικά τα επιχειρήματα κατά του νέου νόμου σε (2015) “Ιρλανδία: Σφοδρή επίθεση του πρώην υπουργού στο νομοσχέδιο για την παρένθετη μητρότητα και τη ρύθμιση των οικογενεαικών σχέσεων”, 11 Απριλίου. (<http://repro.law.auth.gr/gr/news/152>), (2015) “Ιρλανδία: Ο πρώην υπουργός Alan Shatter προειδοποιεί ότι το προς ψήφιση Family Bill θα δώσει τέλος στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με χρήση γεννητικού υλικού”, 29 Μαρτίου. (<http://repro.law.auth.gr/gr/news/146>), (2015) “Γιατί είναι λάθος να απαγορευθεί η ανωνυμία των δοτών ωαρίων και σπερματοζωαρίων”, 22 Μαρτίου. (<http://repro.law.auth.gr/gr/news/134>), Kinsella R. (2015) “Children and Family Relationships Bill in need of overhaul”, *The Irish Times,* 23 February. (<http://www.irishtimes.com/opinion/children-and-family-relationships-bill-in-need-of-overhaul-1.2113018>), και αντιστοίχως τα επιχειρήματα που αρθρώθηκαν προς υπεράσπιση του νέου νομοθετήματος (2015) “Ο Υπουργός Υγείας της Ιρλανδίας για τις νέες ρυθμίσεις και το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας”, 11 Απριλίου. (<http://repro.law.auth.gr/gr/news/150>), (2015) “Ο Υπουργός Υγείας της Ιρλανδίας Leo Varadkar για τις επικείμενες αλλαγές στη ρύθμιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής”, 22 Μαρτίου (<http://repro.law.auth.gr/gr/news/132>) [↑](#footnote-ref-32)
33. Βλ. αναλυτικό πίνακα με το ιστορικό του νομοθετήματος από τις 30 Ιανουαρίου 2014 έως την ψήφισή του <http://www.childrensrights.ie/content/children-and-family-relationships-act-2015>. [↑](#footnote-ref-33)
34. Βλ. την επίσημη ανακοίνωση του Υπουργείου Δικαιοσύνης <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PR15000041> και το επίσημο κείμενο του νόμου <http://www.irishstatutebook.ie/2015/en/act/pub/0009/index.html> [↑](#footnote-ref-34)
35. Minihan M. (2015) “Children and Family Bill published on Oireachtas website”, *The Irish Times,* 19 February (<http://www.irishtimes.com/news/politics/children-and-family-bill-published-on-oireachtas-website-1.2109554>) [↑](#footnote-ref-35)
36. Minihan M. (2015) “Children and Family Bill published on Oireachtas website”, *The Irish Times,* 19 February (<http://www.irishtimes.com/news/politics/children-and-family-bill-published-on-oireachtas-website-1.2109554>) [↑](#footnote-ref-36)
37. Επίσημο κείμενο του νόμου <http://www.irishstatutebook.ie/2015/en/act/pub/0009/print.html#part2> [↑](#footnote-ref-37)
38. <http://health.gov.ie/blog/press-release/govt-to-legislate-for-assisted-human-reproduction-associated-research/> [↑](#footnote-ref-38)
39. Byrne S. (2015) “Ireland makes moves to ban commercial surrogacy”, *BioNews 792*, 2 March. (<http://www.bionews.org.uk/page_501197.asp>) [↑](#footnote-ref-39)
40. Βλ. το τελικό κείμενο που υπέβαλλε η Επιτροπή το 2005 <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/46684/1/1740.pdf> [↑](#footnote-ref-40)
41. Στο εξής η αναφορά στην συγκεκριμένη επιτροπή θα γίνεται με τον όρο «Επιτροπή», ενώ για τις υποσημειώσεις θα χρησιμοποιείται η συντομογραφία «CAHR». [↑](#footnote-ref-41)
42. CAHR σ. Χ. [↑](#footnote-ref-42)
43. CAHR σ. 78-79. [↑](#footnote-ref-43)
44. Σημειώνεται ότι η παρούσα έρευνα βασίζεται στα δεδομένα της έκθεσης του IFFS το έτος 2013 και σε αυτή αναφέρονται όλες οι παραπομπές. [↑](#footnote-ref-44)
45. CAHR σ. 4. [↑](#footnote-ref-45)
46. CAHR σ. ΧΙΙ. [↑](#footnote-ref-46)
47. CAHR σ. ΧΙΙ και σ. 29. [↑](#footnote-ref-47)
48. CAHR σ. V. [↑](#footnote-ref-48)
49. Βλ σχετικές πληροφορίες στην ηλεκτρονική σελίδα <http://www.ionainstitute.ie/index.php?id=75> [↑](#footnote-ref-49)
50. “Response to the Report of the Commisssion On Assisted Human Reproduction”, Iona Institute <http://www.ionainstitute.ie/pdfs/Making_Babies__Full-length_version.pdf> [↑](#footnote-ref-50)
51. <https://www.hpra.ie/> [↑](#footnote-ref-51)
52. Βλ. προϋποθέσεις και φόρμα αίτησης <https://www.hpra.ie/homepage/site-tools/search?query=IVF>. [↑](#footnote-ref-52)
53. CAHR σ. 27. [↑](#footnote-ref-53)
54. Σήμερα οι κλινικές που παρέχουν υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αδειοδοτούνται όπως και όλες οι ιατρικές κλινικές από την HPΡΑ. Ωστόσο η αδειοδότηση αυτή δεν αποτελεί διαδικασία που περιλαμβάνει κανόνες που ορίζουν ειδικές προϋποθέσεις, όρους και προβλεπόμενους ελέγχους ειδικά για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. [↑](#footnote-ref-54)
55. CAHR σ. 9. [↑](#footnote-ref-55)
56. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-56)
57. 1η Έκδοση 1979 μετά την έναρξη της λειτουργίας του Medical Council σύμφωνα με την Medical Practitioners Act 1978, μη διαθέσιμη ηλεκτρονικά.

    2η Έκδοση 1984 Medical Council (1984) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour and to Fitness to Practise*, 2nd Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1984.pdf>)

    3η ‘Εκδοση 1989 Medical Council (1989) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour and to Fitness to Practise*. 3rd Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1989.pdf>)

    4η έκδοση 1994 Medical Council (1994) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour and to Fitness to Practise*. 4th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1994.pdf>)

    5η έκδοση 1998, Medical Council (1998) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour*. 5th Edition, Dublin; Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1998.pdf>)  
    6η έκδοση 2004 Medical Council (2004) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour*. 6th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf>)

    7η έκδοση 2009 Medical Council (2009) *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*. 7th Edition, Dublin: Medical Council (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Guide-to-Professional-Conduct-and-Behaviour-for-Registered-Medical-Practitioners-pdf.pdf>) [↑](#footnote-ref-57)
58. Βλ. ειδικότερα σχόλια και κριτική σε Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-58)
59. CAHR σ.32. [↑](#footnote-ref-59)
60. CAHR σ. 26. [↑](#footnote-ref-60)
61. CAHR σ. 26. [↑](#footnote-ref-61)
62. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 198 [↑](#footnote-ref-62)
63. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) σ. 3 [↑](#footnote-ref-63)
64. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-64)
65. 6η έκδοση 2004 Medical Council (2004) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour.* 6th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf>) και Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-65)
66. 7η έκδοση 2009 Medical Council (2009) *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*. 7th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Guide-to-Professional-Conduct-and-Behaviour-for-Registered-Medical-Practitioners-pdf.pdf>) σ. 20 και Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-66)
67. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>), βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 197. [↑](#footnote-ref-67)
68. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>), βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 198. [↑](#footnote-ref-68)
69. 58Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) και 7η έκδοση 2009 Medical Council (2009) *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*. 7th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Guide-to-Professional-Conduct-and-Behaviour-for-Registered-Medical-Practitioners-pdf.pdf>) σ. 20 [↑](#footnote-ref-69)
70. M.C Guidelines σ. 20, Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-70)
71. 6η έκδοση 2004 Medical Council (2004) *A Guide to Ethical Conduct and Behaviour.* 6th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf>) και Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-71)
72. 7η έκδοση 2009 Medical Council (2009) *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*. 7th Edition, Dublin: Medical Council. (<https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Guide-to-Professional-Conduct-and-Behaviour-for-Registered-Medical-Practitioners-pdf.pdf>) σ. 20 και Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-72)
73. CAHR σ. Χ. [↑](#footnote-ref-73)
74. CONSENSUS σ. 6. [↑](#footnote-ref-74)
75. CONSENSUS σ. 6. [↑](#footnote-ref-75)
76. CONSENSUS σ. 6. [↑](#footnote-ref-76)
77. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 41 και 69-74 [↑](#footnote-ref-77)
78. Σχετικά ισχύει η Medical Practititioners Act 2007, [www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/index.html](http://www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/index.html), βλ. Σχετικά με τη διαδικασία και τις ποινές και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 41 και 52 [↑](#footnote-ref-78)
79. Βλ. M.C Guidelines κυρίως σ. 14. [↑](#footnote-ref-79)
80. CONSENSUS σ. 6. [↑](#footnote-ref-80)
81. M.C Guidelines σ. 40. [↑](#footnote-ref-81)
82. CONSENSUS σ. 5 και (2010) “Clock ticks for us all”, *Irish Examiner,* 16 November. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/health/clock-ticks-for-us-all-136543.html>) [↑](#footnote-ref-82)
83. <http://www.irishstatutebook.ie/2000/en/act/pub/0008/> [↑](#footnote-ref-83)
84. CAHR σ.26. [↑](#footnote-ref-84)
85. Medical Practitioners Act 2007, <https://www.medicalcouncil.ie/About-Us/Legislation/Medical-Practitioners-Act-2007.pdf>, βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 59. [↑](#footnote-ref-85)
86. M.C Guidelines σ. 14. [↑](#footnote-ref-86)
87. CONSENSUS σ. 5 και 17. [↑](#footnote-ref-87)
88. CONSENSUS σ. 5. [↑](#footnote-ref-88)
89. Πληροφορίες σχετικά με την οργάνωση αυτή διαθέσιμες σε: <http://www.medicalprotection.org/ireland/about> [↑](#footnote-ref-89)
90. <http://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/Booklet-PDFs/ireland-booklets/consent-to-medical-treatment-in-ireland---an-mps-guide-for-clinicians.pdf?sfvrsn=0> [↑](#footnote-ref-90)
91. Medical Council, 27/02/2008, <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-91)
92. M.C Guidelines σ. 34, βλ. σχετική ανάλυση και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 384επ. [↑](#footnote-ref-92)
93. M.C Guidelines σ. 35-7 [↑](#footnote-ref-93)
94. Medical Council, 27/02/2008, <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-94)
95. CONSENSUS σ. 9. [↑](#footnote-ref-95)
96. CONSENSUS σ. 10. [↑](#footnote-ref-96)
97. CAHR σ. Χ, σ. 19. [↑](#footnote-ref-97)
98. CONSENSUS σ. 9, Medical Council, 27/02/2008, <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-98)
99. CAHR σ. 19. [↑](#footnote-ref-99)
100. IFFS σ. 31. [↑](#footnote-ref-100)
101. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-101)
102. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-102)
103. CONSENSUS σ. 5. [↑](#footnote-ref-103)
104. Βλ. και O’Doherty C. (2006) “Either partner should be allowed to reverse decision on IVF, says Fertility Society”, *Irish Examiner*, 19 July. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/either-partner-should-be-allowed-to-reverse-decision-on-ivf-says-fertility-society-8721.html>) [↑](#footnote-ref-104)
105. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-105)
106. M.C Guidelines σ. 34. [↑](#footnote-ref-106)
107. O’Doherty C. (2006) “Either partner should be allowed to reverse decision on IVF, says Fertility Society”, *Irish Examiner*, 19 July (<http://www.irishexaminer.com/ireland/either-partner-should-be-allowed-to-reverse-decision-on-ivf-says-fertility-society-8721.html>) [↑](#footnote-ref-107)
108. Medical Council, 27/02/2008, <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> και Consensus σ. 9. [↑](#footnote-ref-108)
109. M.C Guidelines σ. 34 επ., και Medical Council, 27/02/2008, <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-109)
110. Βλ. σχετικά και Deirdre Madden, “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional 2011 σ.234-240. [↑](#footnote-ref-110)
111. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.courts.ie/Judgments.nsf/bce24a8184816f1580256ef30048ca50/98ecc05ed4417bbc8025729600444e2a?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-111)
112. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/8c637ab92ec21c668025768d003d077b?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-112)
113. M.C Guidelines σ. 20 και 34. [↑](#footnote-ref-113)
114. M.C Guidelines σ. 41, Non- Fatal Offences against the Person Act 1997, <http://www.dataprotection.ie/docs/Age-of-Consent/212.htm> [↑](#footnote-ref-114)
115. M.C Guidelines σ.36. [↑](#footnote-ref-115)
116. M.C Guidelines σ.36. [↑](#footnote-ref-116)
117. M.C Guidelines σ. 37, βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 384επ. [↑](#footnote-ref-117)
118. M.C Guidelines σ.60-61, έτσι και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 384επ. [↑](#footnote-ref-118)
119. M.C Guidelines σ. 40. [↑](#footnote-ref-119)
120. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-120)
121. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-121)
122. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-122)
123. CAHR σ. ΧΙΙ. [↑](#footnote-ref-123)
124. <http://nisig.com/> [↑](#footnote-ref-124)
125. CAHR σ. 24. [↑](#footnote-ref-125)
126. CONSENSUS σ. 5, CONSENSUS σ. 8. [↑](#footnote-ref-126)
127. CONSENSUS σ. 8. [↑](#footnote-ref-127)
128. Βλ. το νόμο που καθορίζει τις κυρώσεις για τις παραβάσεις των γιατρών <http://www.irishstatutebook.ie/pdf/2007/en.act.2007.0025.pdf> και <http://www.medicalcouncil.ie/Public-Information/Making-a-Complaint-/What-happens-when-a-complaint-is-made-/> [↑](#footnote-ref-128)
129. M.C Guidelines σ. 16, βλ και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 389επ. [↑](#footnote-ref-129)
130. M.C Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-130)
131. M.C Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-131)
132. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-132)
133. CAHR σ. 7 και NISIG (2014) “National Infertility Support and Information Group Presentation to Joint Oireachtas Committee on Health and Children July 3rd 2014”

     (<http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oireachtas.ie%2Fparliament%2Fmedia%2Fcommittees%2Fhealthandchildren%2Fhealth2014%2FNISIG-opening-statement.doc&ei=NBJjVLTCGMeV7AbssIHACA&usg=AFQjCNGW_UuH9xEPVzD3ikcCmrkjPbOJLA&bvm=bv.79189006,d.d2s>) [↑](#footnote-ref-133)
134. M.C. Guidelines σ. 20, IFFS σ. 64-65, CAHR σ. 20. [↑](#footnote-ref-134)
135. Πάντως ούτε αυτή η μέθοδος φαίνεται να γίνεται αποδεκτή από την Καθολική Εκκλησία βλ. (2008) *Assisted Human Reproduction: Facts and Ethical Issues.* (originally published in 2000, Dublin: Veritas Publications for the Bishops’ Committee for Bioethics, text revised 2003 by the Bishops’ Committee for Bioethics), 7 February. (<http://www.fertilitycare.net/documents/AssistedHumanReproductionFactsandEthicalIssues.pdf>) σ. 19 επ. [↑](#footnote-ref-135)
136. <http://repromed.ie/partner-sperm-iui/>, <http://www.hse.ie/portal/eng/health/az/I/Intrauterine-insemination/>, <http://hari.ie/treatments/intrauterine-insemination>, <http://www.originfertilitycare.com/treatments/female-fertility/intrauterine-insemination-iui/>, <http://www.merrionfertility.ie/follicle-tracking-oi-so-iui/intra-uterine-insemination.200.html> [↑](#footnote-ref-136)
137. 125<http://www.hse.ie/eng/health/az/I/Intrauterine-insemination/>, (2011) “Single and desperate to have a baby, I slept with a sperm donor, Leila Knox, 47, opens her heart about her quest to get pregnant at any cost”, *Independent.ie*, 3 May. (<http://www.independent.ie/style/sex-relationships/single-and-desperate-to-have-a-baby-i-slept-with-a-sperm-donor-26729015.html>), <http://www.clanefertility.ie/treatment-options/iui.83.html> [↑](#footnote-ref-137)
138. <http://hari.ie/treatments/intrauterine-insemination> [↑](#footnote-ref-138)
139. CAHR σ.22. [↑](#footnote-ref-139)
140. M.C. Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-140)
141. CAHR σ. 20. [↑](#footnote-ref-141)
142. Ενδεικτικά <http://repromed.ie/partner-sperm-iui/>, <http://www.hse.ie/portal/eng/health/az/I/Intrauterine-insemination/>, <http://hari.ie/treatments/intrauterine-insemination>, <http://www.originfertilitycare.com/treatments/female-fertility/intrauterine-insemination-iui/>, <http://www.merrionfertility.ie/follicle-tracking-oi-so-iui/intra-uterine-insemination.200.html> [↑](#footnote-ref-142)
143. M.C. Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-143)
144. CAHR σ. 20. [↑](#footnote-ref-144)
145. Ενδεικτικά <http://repromed.ie/partner-sperm-iui/>, <http://www.hse.ie/portal/eng/health/az/I/Intrauterine-insemination/>, <http://hari.ie/treatments/intrauterine-insemination>, <http://www.originfertilitycare.com/treatments/female-fertility/intrauterine-insemination-iui/>, <http://www.merrionfertility.ie/follicle-tracking-oi-so-iui/intra-uterine-insemination.200.html> [↑](#footnote-ref-145)
146. IFFS σ. 64-65. [↑](#footnote-ref-146)
147. IFFS 2013, σ. 38. [↑](#footnote-ref-147)
148. CAHR σ. 15. [↑](#footnote-ref-148)
149. Βλ. σχετικά De Londras F. (2009) “Pre-Implantation Embryos and the Irish Constitution” *Human Rights in Ireland*, 15 December. (<http://humanrights.ie/constitution-of-ireland/pre-implantation-embryos-and-the-irish-constitution/>) [↑](#footnote-ref-149)
150. M.C Guidelines σ. 21. [↑](#footnote-ref-150)
151. CAHR σ. 15. [↑](#footnote-ref-151)
152. CAHR σ. ΧΙ. [↑](#footnote-ref-152)
153. CONSENSUS σ. 11. [↑](#footnote-ref-153)
154. CONSENSUS σ. 11. [↑](#footnote-ref-154)
155. CONSENSUS σ. 11, <http://www.merrionfertility.ie/record-success-rates-/eset-elective-single-embryo-transfer.226.html> [↑](#footnote-ref-155)
156. CONSENSUS σ. 11. [↑](#footnote-ref-156)
157. CONSENSUS σ. 11. [↑](#footnote-ref-157)
158. CONSENSUS σ. 11. [↑](#footnote-ref-158)
159. “New test can better predict successful IVF embryos, scientists say”, University College Dublin, 1 March. Wallace M., Cottell E., Gibney M., McAuliffe F., Wingfield M., Brennan L. (2012) “An investigation into the relationship between the metabolic profile of follicular fluid, oocyte developmental potential and implantation outcome,” *Fertility and Sterility*, 23 February. (<http://www.ucd.ie/news/2012/03MAR12/010312-New-test-can-better-predict-successful-IVF-embryos-scientists-say.html>) [↑](#footnote-ref-159)
160. “New test can better predict successful IVF embryos, scientists say”, University College Dublin, 1 March. Wallace M., Cottell E., Gibney M., McAuliffe F., Wingfield M., Brennan L. (2012) “An investigation into the relationship between the metabolic profile of follicular fluid, oocyte developmental potential and implantation outcome,” *Fertility and Sterility*, 23 February. (<http://www.ucd.ie/news/2012/03MAR12/010312-New-test-can-better-predict-successful-IVF-embryos-scientists-say.html>) [↑](#footnote-ref-160)
161. Von Radowitz J. (2012) “2 embryos better than one for IVF success”, *Irish Examiner,* 13 January. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/health/2-embryos-better-than-one-for-ivf-success-180041.html>) [↑](#footnote-ref-161)
162. Βλ. <http://nisig.com/about-infertility/treatments-part-2/>, και The Women’s Health Council (2009) “Infertility treatments for women: a review of the bio-medical evidence: full report” (<http://books.google.gr/books?id=oO0SrGeG8zsC&pg=PA83&lpg=PA83&dq=recommended+limit+for+number+of+embryo+transfer+in+ivf+ireland&source=bl&ots=vEpgawUSNI&sig=n_1EfAnONv_95Rn3KCc1VJjc-7E&hl=el&sa=X&ei=i2FjVMS4FcjeaLfkgbAB&ved=0CEQQ6AEwBA#v=onepage&q=recommended%20limit%20for%20number%20of%20embryo%20transfer%20in%20ivf%20ireland&f=false>) [↑](#footnote-ref-162)
163. (2009) “All About IVF”, *The Afternoon Show, RTÉ One*, 9 March. (<http://www.rte.ie/tv/theafternoonshow/2009/0309/ivftreatment724.html>) [↑](#footnote-ref-163)
164. CAHR σ. 8 και 33. [↑](#footnote-ref-164)
165. CAHR σ. 8. [↑](#footnote-ref-165)
166. CAHR βλ πίνακα σ. 23. [↑](#footnote-ref-166)
167. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-167)
168. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-168)
169. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-169)
170. IFFS 2013, σ. 43. [↑](#footnote-ref-170)
171. IFFS 2013, σ. 47. [↑](#footnote-ref-171)
172. IFFS 2013, σ. 47. [↑](#footnote-ref-172)
173. IFFS 2013, σ. 47. [↑](#footnote-ref-173)
174. CAHR σ. 22. [↑](#footnote-ref-174)
175. IFFS 2013, σ. 13. [↑](#footnote-ref-175)
176. Βλ. ενδεικτικά <http://www.corkfertilitycentre.com/?s=page&id=48>, <http://www.sims.ie/Home/Embryo_Freezing.1044.html>, <http://www.clanefertility.ie/treatment-options/gamete-cryopreservation-embryos-and-sperm.111.html>, <http://www.merrionfertility.ie/tracking-oi-and-iui/fet-frozen-embryo-transfer-.203.html> [↑](#footnote-ref-176)
177. Ó Cionnaith F. (2012) “Embryo freezing licence is granted”, *Irish Examiner*, 11 January. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/embryo-freezing-licence-is-granted-179685.html>) [↑](#footnote-ref-177)
178. <http://www.imb.ie/EN/Blood-Tissues--Cells/Blood--Tissue-Establishments> [↑](#footnote-ref-178)
179. <https://www.rcpi.ie/landing.php?locID=1.5.71> [↑](#footnote-ref-179)
180. CAHR σ. 23 και 70. [↑](#footnote-ref-180)
181. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-181)
182. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-182)
183. IFFS 2013, σ. 43. [↑](#footnote-ref-183)
184. CAHR σ. 23. [↑](#footnote-ref-184)
185. CAHR σ. 17. [↑](#footnote-ref-185)
186. CAHR σ. 17. [↑](#footnote-ref-186)
187. CAHR σ. 16. [↑](#footnote-ref-187)
188. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-188)
189. Walsh D. J., Ma M. L., Sills E. S. (2011) “The evolution of health policy guidelines for assisted reproduction in the Republic of Ireland, 2004–2009”, Health Research Policy and Systems. 9(28). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>) [↑](#footnote-ref-189)
190. CAHR σ. 16. [↑](#footnote-ref-190)
191. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-191)
192. CAHR σ. 58. [↑](#footnote-ref-192)
193. CONSENSUS σ. 23. [↑](#footnote-ref-193)
194. CONSENSUS σ. 13. [↑](#footnote-ref-194)
195. CAHR σ. ΧΙΙ και 12. [↑](#footnote-ref-195)
196. CAHR σ. 66. [↑](#footnote-ref-196)
197. IFFS 2013, σ. 107. [↑](#footnote-ref-197)
198. Βλ. ενδεικτικά <http://www.irishhealth.com/clin/pregnancy/features2.html?artid=20261> και <http://www.whatclinic.com/fertility/ireland/pgd-preimplantation-genetic-diagnosis> και <http://www.prolife.ie/prolife/ivf-clinics-exploit-gap-irish-law>, Dillon F. (2012) “Clinics begin health tests for embryos”, *Herald.ie*, 9 November. (<http://www.herald.ie/lifestyle/clinics-begin-health-tests-for-embryos-28906192.html>), (2013) “Preimplantation Genetic Pregnancy in Ireland”, *Gender Selection Authority*, 4 November. (<https://www.genderselectionauthority.com/preimplantation-genetic-pregnancy-ireland>) [↑](#footnote-ref-198)
199. Young M. (2012) “IVF embryo testing gets go-ahead in Ireland”, *BioNews 684,* 3 December. (<http://www.bionews.org.uk/page_221362.asp>), O’Regan H. E. (2012) “Clinics to begin tests for genetic disorders in embryos”, *Independent.ie*, 9 November. (<http://www.independent.ie/irish-news/clinics-to-begin-tests-for-genetic-disorders-in-embryos-28894223.html>), Condon D. (2012) “New fertility services licensed here”, *Irishhealth.com*, 9 November. (<http://www.irishhealth.com/article.html?id=21282>), βλ. όμως και Starr S. (2007) “Increasing number of people travelling abroad for PGD”, *BioNews 415*, 10 July. (<http://www.bionews.org.uk/page_13118.asp>) όπου αναφέρεται ότι η προεμφυτευτική διάγνωση απαγορεύεται νομοθετικά στην Ιρλανδία- δεδομένο που όμως δεν αποδεικνύεται αληθές. [↑](#footnote-ref-199)
200. Roche B. (2014) “Birth of first baby screened for Cystic Fibrosis a ‘milestone’”, *The Irish Times*, 5 July. (<http://www.irishtimes.com/news/health/birth-of-first-baby-screened-for-cystic-fibrosis-a-milestone-1.1857015>), English E. (2013) “Clinic to screen embryos for cystic fibrosis”, *Irish Examiner*, 24 June. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/clinic-to-screen-embryos-for-cystic-fibrosis-234906.html>) και Leogue J. (2014) “Healthy baby Bridget makes Irish medical history”, *Independent.ie*, 5 July. ([http://www.independent.ie/irish-news/health/healthy-baby-bridget-makes-irish’-medical-history-30408246.html](http://www.independent.ie/irish-news/health/healthy-baby-bridget-makes-irish'-medical-history-30408246.html)) Riegel R. (2013) “First ‘gene screened’ Irish baby due in July”, *Independent.ie*, 4 November. (<http://www.independent.ie/irish-news/first-gene-screened-irish-baby-due-in-july-29723997.html>) [↑](#footnote-ref-200)
201. Riegel R. (2013) “First ‘gene screened’ Irish baby due in July”, *Independent.ie*, 4 November. (<http://www.independent.ie/irish-news/first-gene-screened-irish-baby-due-in-july-29723997.html>), English E. (2013) “Clinic to screen embryos for cystic fibrosis”, *Irish Examiner*, 24 June. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/clinic-to-screen-embryos-for-cystic-fibrosis-234906.html>) [↑](#footnote-ref-201)
202. Young M. (2012) “IVF embryo testing gets go-ahead in Ireland”, *BioNews 684*, 3 December. (<http://www.bionews.org.uk/page_221362.asp>) [↑](#footnote-ref-202)
203. CAHR σ. ΧΙV, 64, Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 339επ. [↑](#footnote-ref-203)
204. CAHR σ. 65 [↑](#footnote-ref-204)
205. CAHR σ. 66 [↑](#footnote-ref-205)
206. CAHR σ. 66. [↑](#footnote-ref-206)
207. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-207)
208. <http://www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/> [↑](#footnote-ref-208)
209. IFFS 2013, σ. 142. [↑](#footnote-ref-209)
210. CAHR σ. ΧΙΙΙ, 63. [↑](#footnote-ref-210)
211. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-211)
212. Βλ. ενδεικτικά <http://www.irishhealth.com/clin/pregnancy/features2.html?artid=20261> και <http://www.whatclinic.com/fertility/ireland/pgd-preimplantation-genetic-diagnosis> και <http://www.prolife.ie/prolife/ivf-clinics-exploit-gap-irish-law>, Dillon F. (2012) “Clinics begin health tests for embryos”, *Herald.ie*, 9 November. (<http://www.herald.ie/lifestyle/clinics-begin-health-tests-for-embryos-28906192.html>), (2013) “Preimplantation Genetic Pregnancy in Ireland”, *Gender Selection Authority*, 4 November. (<https://www.genderselectionauthority.com/preimplantation-genetic-pregnancy-ireland>), (2010) “Jeff Steinberg: Irish Couples using Gender Selection”, *The Afternoon Show, RTÉ One*, 3 March. (<http://www.rte.ie/tv/theafternoonshow/2010/0303/jeffsteinbergirishcouplesusinggenderselection876.html>) [↑](#footnote-ref-212)
213. IFFS σ. 127 [↑](#footnote-ref-213)
214. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 159 [↑](#footnote-ref-214)
215. IFFS 2013, σ. 56. [↑](#footnote-ref-215)
216. CAHR σ.12, Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 159. [↑](#footnote-ref-216)
217. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-217)
218. Oireachtas Library and Researc Service, Νο 3. 2013 “Surrogacy, parentage, and citizenship: Ireland in the wider world” *Oireachtas Library & Research Service*, No. 3. (<http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>), σ. 1. και Duggan M. (2014) “Mater Semper Certa Est, Sed Pater Incertus? Determining Filiation of Children Conceived via Assisted Reproductive Techniques: Comparative Characteristics and Visions for the Future”, *Irish Journal of Legal Studies.* 4(1). (<http://ijls.ie/wp-content/uploads/2014/04/Magdalena-Duggan-FINAL-14-41.pdf>) [↑](#footnote-ref-218)
219. CONSENSUS σ. 13, βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 148-152. [↑](#footnote-ref-219)
220. IFFS 2013 σ. 111. [↑](#footnote-ref-220)
221. Oireachtas Library and Researc Service, Νο 3. 2013 “Surrogacy, parentage, and citizenship: Ireland in the wider world” *Oireachtas Library & Research Service*, No. 3. (<http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>) [↑](#footnote-ref-221)
222. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-222)
223. CAHR σ. 48. [↑](#footnote-ref-223)
224. Βλ. Αναλυτικά CAHR σ. 88-89 και 145-151. [↑](#footnote-ref-224)
225. CAHR σ. 48-49. [↑](#footnote-ref-225)
226. Η συζήτηση έγινε, όπως ήδη υπογραμμίστηκε, εν μέσω έντονων διχογνωμιών. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ένα μέλος της Επιτροπής, η Christine O’ Rourke, διαπρεπής νομικός, διατύπωσε εγγράφως την διαφωνία της με τις προτάσεις και τα πορίσματα της Επιτροπής. Συνοπτικά αξίζει να αναφέρουμε ότι θεωρεί τις θέσεις της Επιτροπής πέραν του δικαιϊκού πλαισίου που υφίσταται και εξαιρετικά προχωρημένες.

     Η διαφωνία της βασίζεται σε δύο άξονες, αφενός την ρωμαϊκής προέλευσης κοινή, όπως υποστηρίζει, για όλα τα κράτη της Ευρώπης αρχή του οικογενειακού δικαίου ότι μητέρα είναι αυτή που γεννά το παιδί, αρχή που προσφέρει και ασφάλεια δικαίου και προστασία στο παιδί αφού το συνδέει νομικά από την πρώτη στιγμή της γέννησής του με ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, και αφετέρου στο γεγονός ότι αντίκειται στα δικαιώματα της κυοφόρου, να αποχωρίζεται νομικά και πραγματικά το παιδί ακόμη και παρά τη θέλησή της, βάσει έγγραφης προγενέστερης της εγκυμοσύνης συμφωνίας.

     Βλ. CAHR σ. 76-77. [↑](#footnote-ref-226)
227. Βλ. επιπλέον και CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-227)
228. CAHR σ. ΧΙΙΙ. [↑](#footnote-ref-228)
229. CAHR σ. 49. [↑](#footnote-ref-229)
230. CAHR σ. 54. [↑](#footnote-ref-230)
231. Το πλήρες κείμενο του νομοσχεδίου εδώ: <http://www.childrensrights.ie/content/children-and-family-relationships-bill> και <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PB14000026>, Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773*, 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>) [↑](#footnote-ref-231)
232. Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773*, 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>) [↑](#footnote-ref-232)
233. ## Το πλήρες κείμενο του νομοσχεδίου εδώ: <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PB14000026>, Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773*, 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>)

     [↑](#footnote-ref-233)
234. Το πλήρες κείμενο εδώ: <http://www.childrensrights.ie/content/children-and-family-relationships-bill> και <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PB14000256>, [↑](#footnote-ref-234)
235. Blackburn-Starza A. (2014) “Ireland publishes draft surrogacy legislation”, *BioNews 740*, 3 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp>), Duffy F. (2014) “General Scheme of a Children and Family Relationships Bill”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp>). [↑](#footnote-ref-235)
236. Ahmad A. (2014) “Irish Supreme Court considers surrogacy parenthood appeal”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp>)****,** Retassie R. (2013) “Ireland: Genetic mother wins surrogacy case”, *BioNews 696*, 11 March. (**<http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp>) και Madden D. (2014) “Bill marks first step in grappling with surrogacy”, *The Irish Times,* 17 February. (<http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/bill-marks-first-step-in-grappling-with-surrogacy-1.1691952>) [↑](#footnote-ref-236)
237. Ahmad A. (2014) “Irish Supreme Court considers surrogacy parenthood appeal”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp>)**, Retassie R. (2013) “Ireland: Genetic mother wins surrogacy case”, *BioNews 696*, 11 March. (**<http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp>), Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, BioNews 773, 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>) και Duffy F. (2014) “[Surrogacy in Ireland: A missed opportunity](http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp)”, *BioNews* [*774*](http://www.bionews.org.uk/page_459027.asp)*, 6 October.* (<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>) [↑](#footnote-ref-237)
238. Duffy F. (2014) “Surrogacy in Ireland: A missed opportunity”, *BioNews 774*, 6 October. (<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>) **και**Blackburn-Starza A. (2014) “Irish Government drops surrogacy from family law reform”, *BioNews 773*, 29 September. (<http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>), Ahmad A. (2014) “Irish Supreme Court considers surrogacy parenthood appeal”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp>)**, Retassie R. (2013) “Ireland: Genetic mother wins surrogacy case”, *BioNews 696*, 11 March. (**<http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp>)****,**** Blackburn-Starza A. (2014) “Ireland publishes draft surrogacy legislation”, *BioNews 740*, 3 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp>), Duffy F. (2014) “General Scheme of a Children and Family Relationships Bill”, *BioNews 741*, 10 February. (<http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp>). [↑](#footnote-ref-238)
239. (2015) “Govt to legislate for Assisted Human Reproduction & Associated Research” 25 February. (<http://health.gov.ie/blog/press-release/govt-to-legislate-for-assisted-human-reproduction-associated-research/>) [↑](#footnote-ref-239)
240. Byrne S. (2015) “Ireland makes moves to ban commercial surrogacy”, *BioNews 792*, 2 March. (<http://www.bionews.org.uk/page_501197.asp>) [↑](#footnote-ref-240)
241. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-241)
242. CAHR σ. 50. [↑](#footnote-ref-242)
243. CAHR σ. 52. [↑](#footnote-ref-243)
244. CAHR σ. 50. [↑](#footnote-ref-244)
245. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-245)
246. CAHR σ. 52 [↑](#footnote-ref-246)
247. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-247)
248. Byrne S. (2015) “Ireland makes moves to ban commercial surrogacy”, *BioNews 792*, 2 March. (<http://www.bionews.org.uk/page_501197.asp>) [↑](#footnote-ref-248)
249. Βλ. το πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.courts.ie/Judgments.nsf/bce24a8184816f1580256ef30048ca50/e3f0dc917872554c80257b250052dab3?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-249)
250. Βλ. το πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/1b0757edc371032e802572ea0061450e/6a0d5025c1ba0a3a80257d890055e902?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-250)
251. Magdalena Duggan , “Mater Semper Certa Est, Sed Pater Incertus? Determining Filiation of Children Conceived via Assisted Reproductive Techniques: Comparative Characteristics and Visions for the Future”, Irish Journal of Legal Studies Vol. 4(1), <http://ijls.ie/wp-content/uploads/2014/04/Magdalena-Duggan-FINAL-14-41.pdf> , Routh Retassie “[Ireland: Genetic mother wins surrogacy case](http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp)”, 11 March 2013, Bionews 696

     ## <http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp>, Fiona Gartland, 6-5-2013,<http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/surrogacy-decision-opens-door-to-genetic-mothers-court-actions-1.1318125> , Dearbhail McDonald and Tim Healy Genetic “Mother now a 'legal' parent after win in landmark casen Ruling makes history n Decision complicates Coalition's agenda”, 6-3-2013, <http://www.independent.ie/irish-news/courts/genetic-mother-now-a-legal-parent-after-win-in-landmark-casen-ruling-makes-history-n-decision-complicates-coalitions-agenda-29111828.html>, Kirsty Horsey“[The mother isn't always certain: Irish surrogacy case leads the way](http://www.bionews.org.uk/page_266287.asp)”, 11-3-2013, Bionews 696, <http://www.bionews.org.uk/page_266287.asp>, Marie Kinsella and Nicola Harrison, “Surrogacy in Ireland”, Irish Medical News, 27-3-2013 <http://www.imn.ie/index.php?option=com_content&view=article&id=5211:surrogacy-in-ireland-&catid=57:clinical-news&Itemid=3>, Katherine Irwin & Emma Heron “Children of surrogacy still in legal limbo despite landmark judgements” 6/2013, <http://www.beauchamps.ie/downloads/Family%20Law%20Ezine%20July%202013.pdf>.

     [↑](#footnote-ref-251)
252. Bλ. ανακοίνωση του Υπουργείου Κοινωνικής Προστασίας 6-6-2013 <http://www.welfare.ie/en/pressoffice/Pages/pr060613a.aspx> [↑](#footnote-ref-252)
253. [Antony Blackburn-Starza](http://www.bionews.org.uk/page_2027.asp), “ [Irish Supreme Court denies genetic mother birth certificate right](http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp)” 10-11-2014, Bionews 779, <http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp>, Nicky Ryan, “Supreme Court says only the birth mother – not genetic mother – can appear on birth cert”, 7-11-2014 <http://www.thejournal.ie/supreme-court-surrogacy-case-1767063-Nov2014/> [↑](#footnote-ref-253)
254. # Fiona Gartland «Surrogacy legislation promised after Supreme Court judgment», 7-11-2014

     , <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/courts/surrogacy-legislation-promised-after-supreme-court-judgment-1.1992928> [↑](#footnote-ref-254)
255. Fiona Duffy, “Surrogacy in Ireland: A missed opportunity”, Bionews 774,6-10-2014 <http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp> [↑](#footnote-ref-255)
256. ## “Court rules surrogate mother must be named on birth cert”, 7-11-2014

     <http://www.breakingnews.ie/ireland/court-rules-surrogate-mother-must-be-named-on-birth-cert-650129.html> [↑](#footnote-ref-256)
257. [Antony Blackburn-Starza](http://www.bionews.org.uk/page_2027.asp), “ [Irish Supreme Court denies genetic mother birth certificate right](http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp)” 10-11-2014, Bionews 779, <http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp> ,

     Mary Carolan, “Supreme Court rules genetic mother of twins is not their legal mother

     ”, 8-11-2014 <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/supreme-court-rules-genetic-mother-of-twins-is-not-their-legal-mother-1.1992112>. [↑](#footnote-ref-257)
258. [Antony Blackburn-Starza](http://www.bionews.org.uk/page_2027.asp), “ [Irish Supreme Court denies genetic mother birth certificate right](http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp)” 10-11-2014, Bionews 779, <http://www.bionews.org.uk/page_468439.asp>. [↑](#footnote-ref-258)
259. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-259)
260. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-260)
261. CAHR σ. 53. [↑](#footnote-ref-261)
262. CAHR σ. 52. [↑](#footnote-ref-262)
263. CAHR σ. 52. [↑](#footnote-ref-263)
264. Αρ. 41 παρ. 1 του Ιρλανδικού Συντάγματος. [↑](#footnote-ref-264)
265. CAHR σ. 53. [↑](#footnote-ref-265)
266. CAHR σ. 53. [↑](#footnote-ref-266)
267. CONSENSUS σ. 16. [↑](#footnote-ref-267)
268. CAHR σ. 52 [↑](#footnote-ref-268)
269. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-269)
270. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-270)
271. CAHR σ.53. [↑](#footnote-ref-271)
272. CAHR σ.53. [↑](#footnote-ref-272)
273. CAHR σ.53. [↑](#footnote-ref-273)
274. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-274)
275. CAHR σ.53. [↑](#footnote-ref-275)
276. Βλ. επίσημο κείμενο της απόφασης σε <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2014.142.01.0007.01.ELL> και προτάσεις γενικού εισαγγελέως Nils Wahl σε <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?qid=1443371142633&uri=CELEX:62012CC0363>. Βλ και δελτίο τύπου <http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2014-03/cp140036el.pdf> [↑](#footnote-ref-276)
277. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-277)
278. IFFS 2013, σ. 127 και 132. [↑](#footnote-ref-278)
279. IFFS 2013, σ. 122. [↑](#footnote-ref-279)
280. CAHR σ. ΧΙΙΙ, 58-62. [↑](#footnote-ref-280)
281. CAHR σ. 60, έτσι και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 353επ. [↑](#footnote-ref-281)
282. CAHR σ. 60. [↑](#footnote-ref-282)
283. CAHR σ. 62, έτσι και Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 353επ. [↑](#footnote-ref-283)
284. CAHR σ. 61. [↑](#footnote-ref-284)
285. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-285)
286. CONSENSUS σ. 11. [↑](#footnote-ref-286)
287. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-287)
288. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-288)
289. CONSENSUS σ. 23. [↑](#footnote-ref-289)
290. (2002) “Expert says human cloning is possible in Ireland”, *BreakingNews.ie*, 28 December. (<http://www.breakingnews.ie/ireland/expert-says-human-cloning-is-possible-in-ireland-82212.html> [↑](#footnote-ref-290)
291. CAHR σ. 25 και 135. [↑](#footnote-ref-291)
292. M.C. Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-292)
293. IFFS σ. 31-32. [↑](#footnote-ref-293)
294. CAHR σ. 25-26 και 106. [↑](#footnote-ref-294)
295. CAHR σ. 25-26. [↑](#footnote-ref-295)
296. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-296)
297. CAHR σ. XVI- 17. [↑](#footnote-ref-297)
298. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-298)
299. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-299)
300. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-300)
301. CAHR σ. 42. [↑](#footnote-ref-301)
302. <http://www.sims.ie/why-choose-sims.938.html>, <http://www.corkfertilitycentre.com/?s=news&id=13> ενώ σε άλλες αναφορά γίνεται μόνο σε ζευγάρια <http://hari.ie/treatments/icsi-treatments> . [↑](#footnote-ref-302)
303. Murphy A. (2008) “I didn’t want to let the opportunity to have a baby pass me by while I was waiting for Mr Right”, *Independent.ie*, 21 May. (<http://www.independent.ie/lifestyle/health/i-didnt-want-to-let-the-opportunity-to-have-a-baby-pass-me-by-while-i-was-waiting-for-mr-right-26456857.html>) [↑](#footnote-ref-303)
304. Kelleher L. (2014) “Single women seeking fertility treatment rises”, *Irish Examiner*, 5 August. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/single-women-seeking-fertility-treatment-rises-278161.html>) [↑](#footnote-ref-304)
305. CAHR σ. 42. [↑](#footnote-ref-305)
306. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-306)
307. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 148-152 [↑](#footnote-ref-307)
308. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-308)
309. <http://www.hse.ie/portal/eng/health/az/I/IVF/> [↑](#footnote-ref-309)
310. McDonagh M. (2010) “AHR in Ireland still out on a limb”, *Medical Independent*, 1 April. (<http://www.medicalindependent.ie/319/ahr_in_ireland_still_out_on_a_limb>), <http://repromed.ie/fertility-services-and-treatments/> [↑](#footnote-ref-310)
311. Shanahan C. (2013) “Want a baby but no sign of Mr Right? Fear not…”, *Irish Examiner*, 21 July. (<http://www.irishexaminer.com/lifestyle/healthandlife/yourhealth/want-a-baby-but-no-sign-of-mr-right-fear-not--237240.html>) [↑](#footnote-ref-311)
312. Kiernan J. (2014) “Baby on board: Irish ‘fertility tourists’ look for help abroad”, *Independent.ie*, 3 August. (<http://www.independent.ie/irish-news/health/baby-on-board-irish-fertility-tourists-look-for-help-abroad-30479424.html>) [↑](#footnote-ref-312)
313. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-313)
314. <http://www.lgbt.ie/information.aspx?contentid=242> [↑](#footnote-ref-314)
315. Iona Institute “Response to the Report of the Commission On Assisted Human Reproduction” (<http://www.ionainstitute.ie/pdfs/Making_Babies__Full-length_version.pdf>) [↑](#footnote-ref-315)
316. <http://www.imb.ie/EN/Blood-Tissues--Cells/Blood--Tissue-Establishments> [↑](#footnote-ref-316)
317. <https://www.rcpi.ie/landing.php?locID=1.5.71> [↑](#footnote-ref-317)
318. CAHR σ. 22. [↑](#footnote-ref-318)
319. IFFS 2013, σ. 13. [↑](#footnote-ref-319)
320. CAHR σ.23. [↑](#footnote-ref-320)
321. CONSENSUS σ. 17. [↑](#footnote-ref-321)
322. # [Chee Hoe Low](http://www.bionews.org.uk/page_401186.asp), « [Patients worried after sudden closure of Irish IVF clinic](http://www.bionews.org.uk/page_394781.asp)», Appeared in BioNews [741](http://www.bionews.org.uk/page_395047.asp), 10 February 2014, <http://www.bionews.org.uk/page_394781.asp>, Louise Hogan, “Patients out of pocket after sudden closure of fertility clinic” , 6/2/2014, <http://www.independent.ie/irish-news/patients-out-of-pocket-after-sudden-closure-of-fertility-clinic-29984517.html>

     [↑](#footnote-ref-322)
323. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-323)
324. CONSENSUS σ. 12. [↑](#footnote-ref-324)
325. Walsh AP, Tsar OM, Walsh DJ, Baldwin PM, Shkrobor LV, Sills ES. (2010) “Who abandons embryos after IVF?”, *Irish Medical Journal.* 103(4):107(2010) (<http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=obsgynart>) [↑](#footnote-ref-325)
326. <https://www.hpra.ie/> βλ. ειδικότερα <https://www.hpra.ie/docs/default-source/publications-forms/guidance-documents/aut-g0102-guide-to-regulatory-requirements-for-the-procurement-of-human-tissues-and-cells-v1.pdf?sfvrsn=10> [↑](#footnote-ref-326)
327. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-327)
328. IFFS 2013, σ. 64. [↑](#footnote-ref-328)
329. CAHR σ. 46. [↑](#footnote-ref-329)
330. CAHR σ. ΧΙΙΙ και σ. 45. [↑](#footnote-ref-330)
331. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-331)
332. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-332)
333. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-333)
334. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-334)
335. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-335)
336. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-336)
337. CAHR σ. ΧΙΙΙ και σ. 46. [↑](#footnote-ref-337)
338. CAHR σ. ΧΙΙΙ και 48. [↑](#footnote-ref-338)
339. CAHR σ. 46. [↑](#footnote-ref-339)
340. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-340)
341. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-341)
342. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-342)
343. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-343)
344. Βλ. ενδεικτικά <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html#link2> και <http://www.hse.ie/eng/health/az/I/Intrauterine-insemination/> [↑](#footnote-ref-344)
345. Βλ. ενδεικτικά <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html#link2> [↑](#footnote-ref-345)
346. <http://www.embryologist.ie/index.html> [↑](#footnote-ref-346)
347. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-347)
348. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-348)
349. Children First: National Guidelines for the Protection and Welfare of Children 2011, βλ. <http://www.dcya.gov.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/Publications/Children_First_A4.pdf> και <http://www.dcya.gov.ie/documents/Publications/ChildrenFirst.pdf> [↑](#footnote-ref-349)
350. <http://www.irishstatutebook.ie/1964/en/act/pub/0007/print.html#sec3>, “Developments in legislation and services for children”, *Relate Citizens Information Board,* 24(10), October 2014 (<http://www.citizensinformationboard.ie/publications/relate/Relate_2014_10.pdf>) [↑](#footnote-ref-350)
351. Βλ. σχετικά και Madden D. (2001) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 138-146, και Dr. Shannon G. (2006) “The Child and the Irish Constitution”, [Submission to the Joint Committee on the Constitutional Amendment on Children](http://www.oireachtas.ie/documents/committees30thdail/j-conamendchildren/submissions/list_of_submissions/67Shannon.doc) 2006, δημοσιευμένο στον ιστότοπο του Κοινοβουλίου, (<http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/Committees30thDail/J-ConAmendChildren/Submissions/List_Of_Submissions/67Shannon.doc>) [↑](#footnote-ref-351)
352. Βλ. κείμενο του νομοσχεδίου:<http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?DocID=21772&&CatID=59>, Αναφορές στον τύπο για το αποτέλεσμα του δημοψηφίσματος (2012) “Children’s Referendum amendment passed by 58% of voters”, *RTÉ News,* 12 November. (<http://www.rte.ie/news/2012/1111/345129-counting-of-childrens-referendum-votes-begins/>), Λεπτομέρειες για τη δικαστική κρίση που αναμένεται: <http://courts.ie/Judgments.nsf/0/CE4585060C77E5A580257D0F004C743E>, Carolan M. (2014) “Supreme Court urged to re-run Chirdren’s Referendum”, *The Irish Times,* 1 December. (<http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/courts/supreme-court-urged-to-re-run-children-s-referendum-1.2021479>), Γενική αναφορά στο ζήτημα: (2012) “Recognising Children’s Rights in the Constitution: The Thirty-First Amendment to the Constitution (Children), *Children’s Rights Alliance,* October (<http://www.childrensrights.ie/sites/default/files/submissions_reports/files/Children's%20Rights%20Alliance%20Recognising%20Children's%20Rights%20in%20the%20Constitution%20October%202012.pdf>), (2014) “Developments in legislation and services for children”, *Relate Citizens Information Board,* volume 24, issue 10, October (<http://www.citizensinformationboard.ie/publications/relate/Relate_2014_10.pdf>) [↑](#footnote-ref-352)
353. Dr. Shannon G. (2006) “The Child and the Irish Constitution”, [Submission to the Joint Committee on the Constitutional Amendment on Children](http://www.oireachtas.ie/documents/committees30thdail/j-conamendchildren/submissions/list_of_submissions/67Shannon.doc) 2006, δημοσιευμένο στον ιστότοπο του Κοινοβουλίου, (<http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/Committees30thDail/J-ConAmendChildren/Submissions/List_Of_Submissions/67Shannon.doc>) [↑](#footnote-ref-353)
354. M.C Guidelines σ. 14. [↑](#footnote-ref-354)
355. <http://www.dcya.gov.ie/viewdoc.asp?fn=%2Fdocuments%2FChildren_First%2FChildrenFirstGuidance.htm>, <http://www.childprotection.ie/>, <http://www.earlychildhoodireland.ie/best-interests-of-the-child/>, (2012) “Recognising Children’s Rights in the Constitution: The Thirty-First Amendment to the Constitution (Children), *Children’s Rights Alliance,* October ([http://www.childrensrights.ie/sites/default/files/submissions\_reports/files/Children's%20Rights%20Alliance%20Recognising%20Children's%20Rights%20in%20the%20Constitution%20October%202012.pdf), ”Submission](http://www.childrensrights.ie/sites/default/files/submissions_reports/files/Children's%20Rights%20Alliance%20Recognising%20Children's%20Rights%20in%20the%20Constitution%20October%202012.pdf),%20) on the general scheme of the children and family relationships bill January 2014”, *National Youth Council of Ireland* (<http://www.youth.ie/sites/youth.ie/files/NYCI_Submission_Children_and_Family_Relationships%20Bill.pdf>), (2014) “Developments in legislation and services for children”, *Relate Citizens Information Board,* 24(10), October (<http://www.citizensinformationboard.ie/publications/relate/Relate_2014_10.pdf>) [↑](#footnote-ref-355)
356. (2011) “Chirdren First: National Guidance for the Protection and Welfare of Children”, *Department of Children and Youth Affairs* (<http://www.dcya.gov.ie/documents/Publications/ChildrenFirst.pdf>) [↑](#footnote-ref-356)
357. (2011) “Chirdren First: National Guidance for the Protection and Welfare of Children”, *Department of Children and Youth Affairs* (<http://www.dcya.gov.ie/documents/Publications/ChildrenFirst.pdf>) και 30. [↑](#footnote-ref-357)
358. Chirldren First Bill 2012 (<http://www.dcya.gov.ie/documents/publications/CF_Heads_and_General_Scheme.pdf>) [↑](#footnote-ref-358)
359. <http://www.dcya.gov.ie/viewdoc.asp?DocID=3143>, (2014) “Developments in legislation and services for children”, *Relate Citizens Information Board,* 24(10), October (<http://www.citizensinformationboard.ie/publications/relate/Relate_2014_10.pdf>), <http://www.childrensrights.ie/content/children-and-family-relationships-bill> [↑](#footnote-ref-359)
360. CAHR σ. ΧΙΙΙ. [↑](#footnote-ref-360)
361. CAHR σ. 32 έτσι και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 142-145 [↑](#footnote-ref-361)
362. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-362)
363. CAHR σ. 41. [↑](#footnote-ref-363)
364. CAHR σ. 42. [↑](#footnote-ref-364)
365. CAHR σ. 42. [↑](#footnote-ref-365)
366. CONSENSUS σ. 5. [↑](#footnote-ref-366)
367. IFFS 2013, σ. 97. [↑](#footnote-ref-367)
368. (1999) “In whose best interest?”, *CatholicIreland.net,* 30 November. The article first appeared in The Messenger (May 2008), a publication of the Irish Jesuits. (<http://www.catholicireland.net/in-whose-best-interest/>) [↑](#footnote-ref-368)
369. # Mulligan A, “Constitutional Parenthood in the Age of Assisted Reproduction”, 2014, Irish Jurist 90

     [↑](#footnote-ref-369)
370. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.jdsupra.com/legalnews/supreme-court-decision-irish-family-la-30309/> [↑](#footnote-ref-370)
371. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/9351b5533b011b4b8025731d0037655c?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-371)
372. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/e38386fa6f02e44e80257688003f7a9a?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-372)
373. M.C Guidelines σ. 14. [↑](#footnote-ref-373)
374. CONSENSUS σ. 5 και 17. [↑](#footnote-ref-374)
375. CONSENSUS σ. 5 [↑](#footnote-ref-375)
376. Report of the Constitution Rewiew Group (1996) σελ. 275. [↑](#footnote-ref-376)
377. Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional και Madden D. (2008) “Reproduction, Medicine, Health and Ethics” "Article 40.3.3º and Assisted Human Reproduction in Ireland" σε συλλογικό τόμο Schweppe J. (2008) “The unborn child, Article 40.3.3° and abortion in Ireland : twenty-five years of protection?” Dublin : Liffey Press. [↑](#footnote-ref-377)
378. Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 236. [↑](#footnote-ref-378)
379. # Madden D. (2008) Reproduction, Medicine, Health and Ethics "Article 40.3.3º and Assisted Human Reproduction in Ireland" σε συλλογικό τόμο Schweppe J. (2008) “The unborn child, Article 40.3.3° and abortion in Ireland : twenty-five years of protection?” Dublin : Liffey Press.

     [↑](#footnote-ref-379)
380. Σύμφωνα με την Protection of Life during Pregnancy Act 2013, είναι νόμιμες οι ιατρικές πράξεις που οδηγούν σε διακοπή της κύησης μόνο σε τρεις ειδικές συγκεκριμένες περιπτώσεις που έχουν να κάνουν με την υγεία ή τη διακινδύνευση της ζωής της εγκύου, βλ. M.C Guidelines σ. 21. [↑](#footnote-ref-380)
381. CAHR σ. ΧΙΙ, Schweppe J. (2008) “The unborn child, Article 40.3.3° and abortion in Ireland : twenty-five years of protection?” Dublin : Liffey Press (<http://www.theliffeypress.com/the-unborn-child-article-40-3-3-and-abortion-in-ireland.html>) [↑](#footnote-ref-381)
382. CAHR σ. ΧΙΙ, όπως και σε IFFS 2013, σ. 137, βλέπε επίσης και CONSENSUS σ. 11, βλ. σχετικά και Madden M. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 199επ. [↑](#footnote-ref-382)
383. CAHR σ. ΧΙΙ. Βλ. σχετικά διάλογο στη θεωρία σε Sills E S, Murphy S E (2009) “Determining the status of non-transferred embryos in Ireland: a conspectus of case law and implications for clinical IVF practice” *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine,* 4(8) (<http://www.peh-med.com/content/4/1/8>), βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 199επ. [↑](#footnote-ref-383)
384. CAHR σελ. 30. [↑](#footnote-ref-384)
385. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 199επ., Sills E S, Murphy S E (2009) “Determining the status of non-transferred embryos in Ireland: a conspectus of case law and implications for clinical IVF practice” *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine,* 4(8) (<http://www.peh-med.com/content/4/1/8>), Staunton C. (2013) “The Regulation of Stem Cell Research in Ireland” National University of Ireland, Galway, March. (<http://aran.library.nuigalway.ie/xmlui/bitstream/handle/10379/3716/2013StauntonPhD.pdf?sequence=1>) [↑](#footnote-ref-385)
386. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 451επ. [↑](#footnote-ref-386)
387. # Βλ. σχετικά και Deirdre Madden, “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional 2011 σ.234-240 και σχόλιο σε Mulligan A, “Constitutional Parenthood in the Age of Assisted Reproduction”, 2014, Irish Jurist 90.

     [↑](#footnote-ref-387)
388. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.courts.ie/Judgments.nsf/bce24a8184816f1580256ef30048ca50/98ecc05ed4417bbc8025729600444e2a?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-388)
389. Βλ. πλήρες κείμενο της απόφασης σε <http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/8c637ab92ec21c668025768d003d077b?OpenDocument> [↑](#footnote-ref-389)
390. Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional, σ. 234-239.

     Hayes T, Coveney H. (2010) “The legal status of the embryo” *Irish Medical News,* 22 January. (<http://www.imn.ie/index.php?option=com_content&view=article&id=3180:risk-assessment-for-cvd-an-update-&catid=57:clinical-news&Itemid=3>), (2009) “New options in fertility treatment”, *Irish Medical News,* 26 January. (<http://www.imn.ie/index.php?option=com_content&view=article&id=2843:risk-assessment-for-cvd-an-update-&catid=51:clinical-news&Itemid=48>), Sills E S, Murphy S E (2009) “Determining the status of non-transferred embryos in Ireland: a conspectus of case law and implications for clinical IVF practice” *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine,* 4(8) (<http://www.peh-med.com/content/4/1/8>), Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 239, Staunton C. (2013) “The Regulation of Stem Cell Research in Ireland” National University of Ireland, Galway, March. (<http://aran.library.nuigalway.ie/xmlui/bitstream/handle/10379/3716/2013StauntonPhD.pdf?sequence=1>) [↑](#footnote-ref-390)
391. Report of the Constitution Rewiew Group (1996) , σε Βλ. σχετικά και Deirdre Madden, “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional 2011, σ. 275. [↑](#footnote-ref-391)
392. # Βλ. σχετικά και Deirdre Madden, “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional 2011 σ.234επ., Andrea Mulligan ‘’Frozen Embryo disposition in Ireland After *Roche v Roche*” (2011) 46(1) IrJur 202, της ίδιας, “*Roche v Roche*: Some Guidance for Frozen Embryo Disputes”, (2010) 13 TCLR 168 και **Eric Scott- Sarah Ellen Murphy,**«Determining the status of non-transferred embryos in Ireland: a conspectus of case law and implications for clinical IVF practice», Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2009, ****4****:8 , <http://www.peh-med.com/content/4/1/8>, Gary Culliton, “No law means IVF is still in limbo”, 18/02/2009,Irish Medical Times, <http://www.imt.ie/opinion/guests/2009/02/no-laws-means-ivf-is-still-in-limbo.html>.

     [↑](#footnote-ref-392)
393. Andrea Mulligan “From *Murray v Ireland to Roche v Roche*: Re-evaluating the Constitutional Right to Procreate in the Context of Assisted Reproduction” (2012) 35 DULJ 261 [↑](#footnote-ref-393)
394. Patrick Carr, “The Irish Frozen Embryos Case” Critique for the Judgment, <http://www.linacre.org/IrishFrozenEmbryos.html>. [↑](#footnote-ref-394)
395. M.C Guidelines σ. 26 επ. [↑](#footnote-ref-395)
396. Βλ. την επίσημη ανακοίνωση του Υπουργείου Δικαιοσύνης <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PR15000041> και το επίσημο κείμενο του νόμου <http://www.irishstatutebook.ie/2015/en/act/pub/0009/index.html> [↑](#footnote-ref-396)
397. Βλ. ομιλία της Υπουργού Δικαιοσύνης στο κοινοβούλιο στις 24/03/2015 <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/SP15000079> [↑](#footnote-ref-397)
398. Ενδεικτικά <http://www.sims.ie/treatments-and-services/prices.883.html> [↑](#footnote-ref-398)
399. <http://www.sims.ie/treatments-and-services/prices.883.html> [↑](#footnote-ref-399)
400. Tobin, B. (2014) “Surrogacy and identity: why Ireland needs its own sperm bank”, *The Irish Times,* 27 June. (<http://www.irishtimes.com/news/health/surrogacy-and-identity-why-ireland-needs-its-own-sperm-bank-1.1846558>) [↑](#footnote-ref-400)
401. <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html> [↑](#footnote-ref-401)
402. <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html> [↑](#footnote-ref-402)
403. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-403)
404. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 172επ. [↑](#footnote-ref-404)
405. O’Callaghan, H. (2012) “Journey to life brings soul-searching questions”, *Irish Examiner,* 28 September. (<http://www.irishexaminer.com/lifestyle/features/humaninterest/journey-to-life-brings-soul-searching-questions-209067.html>) [↑](#footnote-ref-405)
406. O’Callaghan, H. (2012) “Journey to life brings soul-searching questions”, *Irish Examiner,* 28 September. (<http://www.irishexaminer.com/lifestyle/features/humaninterest/journey-to-life-brings-soul-searching-questions-209067.html>) [↑](#footnote-ref-406)
407. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-407)
408. Hale (1996) “Grom the Test-tube to the Coffin: Choice and regulation in Private Life” p. 29. [↑](#footnote-ref-408)
409. Sants (1964) “Genealogical Bewilderment in Children with Substitute Parents”, British Journal of Med. Psycology p. 133, Hanley (1975) “A reasonable Approach to the Adoptee’s Sealed Records Dilemma”, Ohio Northern Review p. 542. [↑](#footnote-ref-409)
410. O’ Donovan (1988) “A right to know one’s parentage”, Second J. of Law and the Family p. 27-45. [↑](#footnote-ref-410)
411. CAHR σ. 126. [↑](#footnote-ref-411)
412. CAHR σ. 46 και 127 με τις εκεί περαιτέρω παραπομπές και τα αναλυτικά στοιχεία από έρευνες που παρατίθενται αναφορικά άλλες χώρες. [↑](#footnote-ref-412)
413. CAHR σ. 46. [↑](#footnote-ref-413)
414. CAHR σ. 46-47, έτσι και Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 172επ. [↑](#footnote-ref-414)
415. CAHR 47. [↑](#footnote-ref-415)
416. CAHR σ. 47. [↑](#footnote-ref-416)
417. CAHR σ. ΧΙΙΙ. [↑](#footnote-ref-417)
418. CAHR σ. ΧΙΙΙ και 46. [↑](#footnote-ref-418)
419. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-419)
420. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-420)
421. CONSENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-421)
422. CAHR σ. 40. [↑](#footnote-ref-422)
423. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-423)
424. CAHR σ. XI [↑](#footnote-ref-424)
425. CAHR σ. XVI και 46. [↑](#footnote-ref-425)
426. CONCENSUS σ. 14. [↑](#footnote-ref-426)
427. http://www.irishstatutebook.ie/2006/en/si/0158.html#article25 [↑](#footnote-ref-427)
428. <http://www.carefertility.com/donation-programme-sc3/donating-eggs-and-embryos-sj3/> [↑](#footnote-ref-428)
429. <http://www.sims.ie/treatments-and-services/prices.883.html> [↑](#footnote-ref-429)
430. (2009) “Ban on sale of sperm/egg payments “should be reexamined”, says UK’s IVF head”, *Iona Institute,* 28 July. (<http://www.ionainstitute.ie/index.php?id=679>) [↑](#footnote-ref-430)
431. Rettner, R. (2013) “Fertility clinic sells leftover embryos”, *Irish Examiner,* 13 April. <http://www.irishexaminer.com/world/fertility-clinic-sells-leftover-embryos-228226.html>) [↑](#footnote-ref-431)
432. Hogan, L. (2007) “Infertile women buy donor eggs abroad for €10k”, *Independet.ie,* 25 June. (<http://www.independent.ie/irish-news/infertile-women-buy-donor-eggs-abroad-for-10k-26299847.html>) [↑](#footnote-ref-432)
433. M.C Guidelines σ. 49. [↑](#footnote-ref-433)
434. Βλ. ενδεικτικά <http://repromed.ie/egg-donation-ivf/> [↑](#footnote-ref-434)
435. Βλ. σχετικά νομολογιακά παραδείγματα σε Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 100-106 [↑](#footnote-ref-435)
436. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 78. [↑](#footnote-ref-436)
437. Data Protection Act 1988 and 2003 [www.dataprotection.ie](http://www.dataprotection.ie). [↑](#footnote-ref-437)
438. Code of Practice for Healthcare Records Management (National Hospitals Office Code) [www.hse.ie](http://www.hse.ie) [↑](#footnote-ref-438)
439. M.C Guidelines σ. 26, βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 77επ., επίσης βλ. και <http://www.citizensinformation.ie/en/health/legal_matters_and_health/access_to_medical_records.html> [↑](#footnote-ref-439)
440. M.C Guidelines σ. 28-30: Οι περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να ενδιαφέρουν και σε ζητήματα ι.υ.α διότι αφορούν την αποκάλυψη πληροφοριών για τον τρόπο γέννησης ενός παιδιού. Η πρώτη περίπτωση να αποκαλυφθούν πληροφορίες του ιατρικού φακέλου είναι η αποκάλυψη των πληροφοριών με τη συναίνεση του ασθενούς στους συγγενείς και οικείους του. Η δεύτερη είναι όταν ο γιατρός υποχρεούται στην άρση του απορρήτου από το νόμο, δηλαδή αν διαταχθεί προς τούτο από το Κοινοβούλιο, από κάποια αρχή που έχει ιδρυθεί από το Κοινοβούλιο ή από κάποιο Δικαστήριο, ή τέλος για να προληφθεί σοβαρή μεταδοτική ασθένεια. Τέλος, υπάρχει και η περίπτωση που ο ιατρός μπορεί να κρίνει αν η αποκάλυψη κάποιων πληροφοριών θα είναι προς το συμφέρον του ασθενούς, κάποιου άλλου προσώπου ή του δημοσίου συμφέροντος, όμως η περίπτωση αυτή απαιτεί μεγάλη προσοχή και ιδιαίτερο χειρισμό από τον ιατρό καθώς θα πρέπει να στηρίζεται σε πολύ σοβαρό λόγο υγείας και να αποκαλύπτονται μόνο οι κρίσιμες και απολύτως απαραίτητες πληροφορίες, σταθμίζοντας και τις επιπτώσεις που η αποκάλυψη αυτή μπορεί να έχει για τον ασθενή.

     Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η τελευταία αυτή περίπτωση, αν και δεν έχει τύχει επεξεργασίας ή αναφοράς, θα μπορούσε να σχετίζεται με περιπτώσεις ι.υ.α όπου ο ιατρός για λόγους υγείας του παιδιού που έχει γεννηθεί μέσω ι.υ.α και δεν το γνωρίζει ή πχ με χρήση γεννητικού υλικού δότη, κρίνει ότι πρέπει να του αποκαλύψει αυτή την πληροφορία. Δηλαδή, το συμπέρασμα που επισημαίνεται εδώ είναι ότι οι υπάρχουσες γενικές κατευθυντήριες αρχές δίνουν στο γιατρό τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει και τα θέματα που γεννώνται στο πλαίσιο της ι.υ.α. [↑](#footnote-ref-440)
441. Data Protection Act 1988 and 2003 [www.dataprotection.ie](http://www.dataprotection.ie). [↑](#footnote-ref-441)
442. Code of Practice for Healthcare Records Management (National Hospitals Office Code) [www.hse.ie](http://www.hse.ie) [↑](#footnote-ref-442)
443. M.C Guidelines σ. 26. [↑](#footnote-ref-443)
444. http://www.irishstatutebook.ie/1988/en/act/pub/0025/index.html [↑](#footnote-ref-444)
445. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-445)
446. [www.wma.net/e/policy/be/html](http://www.wma.net/e/policy/be/html) [↑](#footnote-ref-446)
447. Clinical trial on Medical Product for Human Use Regulation 2004, [www.doch.ie/legislation/statutory\_instruments/pdf.si 20040190.pdf](http://www.doch.ie/legislation/statutory_instruments/pdf.si%2020040190.pdf) [↑](#footnote-ref-447)
448. CONSENSUS σ. 15. [↑](#footnote-ref-448)
449. CONSENSUS σ. 23. [↑](#footnote-ref-449)
450. IFFS 2013 σ. 122. [↑](#footnote-ref-450)
451. Βλ. αναλυτικά (2012) European Parliament Workshop on Stem Cell Research and Patenting, organised by the Directorate General for Internal Policies, Policy Department A, Economic and Scientific Policy. Brussels, 19 March. Proceedings and content of the ESF presentation delivered by Dr Vanessa Campo-Ruiz

     (<http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201205/20120524ATT45764/20120524ATT45764EN.pdf>) , Pierce, J., Birch, C. (2014) “European Union: The CJEUs Decision In Brustle The Implications For Stem Cell Research”, *Mondaq,* 4 April. (<http://www.mondaq.com/x/304612/Life+Sciences+Biotechnology/The+CJEUs+Decision+In+Brustle+The+Implications+For+Stem+Cell+Research>) , Hermerén, G. (2011) “Stem cell patents: ethical aspects”, *EuroStemCell,* 28 April. (<http://www.eurostemcell.org/fr/node/18394>) [↑](#footnote-ref-451)
452. IFFS 2013 σ. 127 και 130. [↑](#footnote-ref-452)
453. CAHR σ. ΧΙΙΙ. [↑](#footnote-ref-453)
454. CAHR σ. ΧΙΙΙ. [↑](#footnote-ref-454)
455. Αυτό το νόημα έχει άλλωστε η πρόταση της Επιτροπής ότι τα πλεονάζοντα έμβρυα θα πρέπει κατόπιν επιλογής του ζευγαριού να μπορούν να δοθούν σε άλλα ζευγάρια, να καταστρέφονται ή να δίνονται για έρευνα, βλ .CAHR σ. 17. [↑](#footnote-ref-455)
456. CAHR σ.XVII [↑](#footnote-ref-456)
457. CAHR σ. XVII. [↑](#footnote-ref-457)
458. CAHR σ.XVII [↑](#footnote-ref-458)
459. CAHR σ. 58. [↑](#footnote-ref-459)
460. CAHR σ. 54. [↑](#footnote-ref-460)
461. Με δεδομένο μάλιστα ότι οι απόψεις για το νομικό status του εμβρύου διίστανται όπως περιγράφηκε στο παραπάνω οικείο κεφάλαιο. Η αντιμετώπιση του ζητήματος διαφέρει ανάλογα με τη θέση που θα υιοθετήσει κανείς σχετικά με το νομική φύση του εμβρύου και του γεννητικού υλικού, όπως εύκολα γίνεται κατανοητό. Έτσι εξηγούνται και οι εκ διαμέτρου διαφορετικές απόψεις που εκφράστηκαν για το ζήτημα της έρευνας καθώς και το γεγονός ότι πολλοί επιστήμονες διαχωρίζουν τη στάση τους απέναντι στην έρευνα σε γαμέτες και στην έρευνα σε έμβρυο. [↑](#footnote-ref-461)
462. CAHR σ. 58. [↑](#footnote-ref-462)
463. CAHR σ. 58. [↑](#footnote-ref-463)
464. CAHR σ.54. [↑](#footnote-ref-464)
465. <http://fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo_convention_gr.pdf> [↑](#footnote-ref-465)
466. CAHR σ.55. [↑](#footnote-ref-466)
467. CAHR σ. 55. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 588 [↑](#footnote-ref-467)
468. <http://www.eshre.eu/> [↑](#footnote-ref-468)
469. CAHR σ. 56. [↑](#footnote-ref-469)
470. CAHR σ. 57. [↑](#footnote-ref-470)
471. CAHR σ. 57. [↑](#footnote-ref-471)
472. CAHR σ.57. [↑](#footnote-ref-472)
473. Αυτό το νόημα έχει άλλωστε η πρόταση της Επιτροπής ότι τα πλεονάζοντα έμβρυα θα πρέπει κατόπιν επιλογής του ζευγαριού να μπορούν να δοθούν σε άλλα ζευγάρια, να καταστρέφονται ή να δίνονται για έρευνα, βλ. CAHR σ. 17. [↑](#footnote-ref-473)
474. CAHR σ. ΧΙΙΙ, έτσι και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 41 και 589 [↑](#footnote-ref-474)
475. CAHR σ. ΧΙΙΙ., Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 590 [↑](#footnote-ref-475)
476. CAHR σ. 59. [↑](#footnote-ref-476)
477. CAHR σ. 60. [↑](#footnote-ref-477)
478. CAHR σ. 60. [↑](#footnote-ref-478)
479. ## (1998) “Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings”, Council of Europe, Paris. (<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/168.htm>)

     [↑](#footnote-ref-479)
480. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-480)
481. CAHR σ. 61. [↑](#footnote-ref-481)
482. CAHR σ. 61. [↑](#footnote-ref-482)
483. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-483)
484. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-484)
485. (2012) “Regulation of stem cell research in Ireland”, *EuroStemCell,* 26 January, updated 1 March. (<http://www.eurostemcell.org/regulations/regulation-stem-cell-research-ireland>), Staunton C. (2013) “The Regulation of Stem Cell Research in Ireland” National University of Ireland, Galway, March. (<http://aran.library.nuigalway.ie/xmlui/bitstream/handle/10379/3716/2013StauntonPhD.pdf?sequence=1>) [↑](#footnote-ref-485)
486. Stem Cell Research (Protection of Human Embryos) Bill 2008, at <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/bills28/bills/2008/6008/document1.htm> [↑](#footnote-ref-486)
487. Human Body Organs and Human Tissue Bill 2008, at <http://www.oireachtas.ie/documents/bills28/bills/2008/4308/b3408s.pdf>, Ethical, Scientific and Legal Issues Concerning Stem Cell Research, Opinion, 23rd April 2008, Irish Council of Bioethics, at [http://www.bioethics.ie/uploads/docs/StemCellReport.pd](http://www.bioethics.ie/uploads/docs/StemCellReport.pdf)f [↑](#footnote-ref-487)
488. (2012) “Regulation of stem cell research in Ireland”, *EuroStemCell,* 26 January, updated 1 March. (<http://www.eurostemcell.org/regulations/regulation-stem-cell-research-ireland>) [↑](#footnote-ref-488)
489. Irish Stem Cell Research Foundation, Irish Public Policy and Human Embryonic Stem Cell Research, Irish Stem Cell Research Foundation, April 2010, at <http://www.irishstemcellfoundation.org/docs/policy.pdf> [↑](#footnote-ref-489)
490. Staunton C. (2013) “The Regulation of Stem Cell Research in Ireland” National University of Ireland, Galway, March. (<http://aran.library.nuigalway.ie/xmlui/bitstream/handle/10379/3716/2013StauntonPhD.pdf?sequence=1>)

     σελ. 159 και 163. [↑](#footnote-ref-490)
491. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-491)
492. CAHR σ. 63. [↑](#footnote-ref-492)
493. <http://www.hse.ie/eng/staff/PCRS/About_PCRS/> [↑](#footnote-ref-493)
494. CAHR σ. ΧΙ. [↑](#footnote-ref-494)
495. IFFS 2013, σ. 25. [↑](#footnote-ref-495)
496. IFFS 2013, σ. 28. [↑](#footnote-ref-496)
497. <http://www.hse.ie/portal/eng/health/az/I/IVF/> [↑](#footnote-ref-497)
498. Βλ. αναλυτικά <http://www.citizensinformation.ie/en/money_and_tax/tax/income_tax_credits_and_reliefs/taxation_and_medical_expenses.html> [↑](#footnote-ref-498)
499. Βλ. αναλυτικά <http://www.hse.ie/eng/services/list/1/schemes/drugspaymentscheme/> και <http://www.citizensinformation.ie/en/health/entitlement_to_health_services/drugs_payment_scheme.html> [↑](#footnote-ref-499)
500. <http://www.hse.ie/eng/services/list/1/schemes/drugspaymentscheme/>, <http://www.citizensinformation.ie/en/health/women_s_health/fertility_treatment.html>, <http://www.lucanpharmacy.ie/your-entitlements/drugs-payment-scheme-dps.419.html>, <http://www.irishhealth.com/article.html?con=146>, [↑](#footnote-ref-500)
501. McBride L. (2014) “How to control costs when going down the IVF route”, *Independent.ie,* 23 March. (<http://www.independent.ie/business/personal-finance/how-to-control-costs-when-going-down-the-ivf-route-30116444.html>) [↑](#footnote-ref-501)
502. McBride L. (2014) “How to control costs when going down the IVF route”, *Independent.ie,* 23 March. (<http://www.independent.ie/business/personal-finance/how-to-control-costs-when-going-down-the-ivf-route-30116444.html>), Byrne, S. “The True Cost of Infertility in Ireland”, *RollerCoaster.ie* (<http://www.rollercoaster.ie/Article/tabid/156/ArticleName/The_True_Cost_of_Infertility_in_Ireland/Default.aspx>) [↑](#footnote-ref-502)
503. McBride L. (2014) “How to control costs when going down the IVF route”, *Independent.ie,* 23 March. (<http://www.independent.ie/business/personal-finance/how-to-control-costs-when-going-down-the-ivf-route-30116444.html>) [↑](#footnote-ref-503)
504. <http://www.irishinfertilitysupportforums.ie/viewtopic.php?t=2365> [↑](#footnote-ref-504)
505. Young M. (2012) “IVF embryo testing gets go-ahead in Ireland”, *BioNews 684,* 3 December. (<http://www.bionews.org.uk/page_221362.asp>) , English E. (2013) “Clinic to screen embryos for cystic fibrosis”, *Irish Examiner,* 24 June. (<http://www.irishexaminer.com/ireland/clinic-to-screen-embryos-for-cystic-fibrosis-234906.html>), Dillon F. (2012) “Clinics begin health tests for embryos”, *Herald.ie,* 9 November. (<http://www.herald.ie/lifestyle/clinics-begin-health-tests-for-embryos-28906192.html>), (2009) “All About IVF”, *The Afternoon Show, RTÉ One*, 9 March. (<http://www.rte.ie/tv/theafternoonshow/2009/0309/ivftreatment724.html>) [↑](#footnote-ref-505)
506. Βλ. ενδεικτικά <http://www.sims.ie/treatments-and-services/prices.883.html>, <http://hari.ie/treatment-cost>, <http://www.carefertility.com/docs/locations/dublin/dublin-fees.pdf>, <http://www.corkfertilitycentre.com/?s=page&id=48>, <http://www.clanefertility.ie/prices/pre-treatment-bloods.135.html>, <http://www.originfertilitycare.com/our-costs/> [↑](#footnote-ref-506)
507. Για παράδειγμα <http://www.clanefertility.ie/prices/pre-treatment-bloods.135.html>, <http://www.carefertility.com/docs/locations/dublin/dublin-fees.pdf>, <http://www.corkfertilitycentre.com/?s=page&id=48> [↑](#footnote-ref-507)
508. Βλ. σχετικά και Madden D. (2011) “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional σ. 148-149 [↑](#footnote-ref-508)
509. <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1987/act/26/section/38/enacted/en/html#sec38> [↑](#footnote-ref-509)
510. Για την όλη προβληματική βλέπε και Duggan M. (2014) “Mater Semper Certa Est, Sed Pater Incertus? Determining Filiation of Children Conceived via Assisted Reproductive Techniques: Comparative Characteristics and Visions for the Future”, *Irish Journal of Legal Studies.* 4(1). (<http://ijls.ie/wp-content/uploads/2014/04/Magdalena-Duggan-FINAL-14-41.pdf>) [↑](#footnote-ref-510)
511. <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%BA%CF%81%CE%B1%CF%84%CE%AF%CE%B1_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%99%CF%81%CE%BB%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CE%AF%CE%B1%CF%82#.CE.8C.CE.BD.CE.BF.CE.BC.CE.B1> [↑](#footnote-ref-511)
512. Βλ. Quinn S. (2009) *Criminal Law in Ireland*, 4th Edition, Killarney: Irish Law Publishing. (<http://books.google.gr/books?id=eTrDgPmgh7MC&pg=PA771&lpg=PA771&dq=punishment+incest+ireland+current+version&source=bl&ots=dm7LckfDMh&sig=Vf_Jnmv1WKjt7y1IlCEunIJRpm8&hl=el&sa=X&ei=V-d2VMKUAuvEygPP8YKIDA&ved=0CDEQ6AEwBDgK#v=onepage&q=punishment%20incest%20ireland%20current%20version&f=false>), επίσης <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html>, βλ. αναλυτική μελέτη για τις τροποποιήσεις που έχουν επέλθει (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) (ειδικότερα σελ. 55-59). Βλ. και Lalor K. (1998) “Child Sexual Abuse in Ireland: an Historical and Anthropological Note”, *Dublin Institute of Technilogy,* 1 January. (<http://arrow.dit.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=aaschsslarts>) για την ιστορική αντιμετώπιση του φαινομένου από κοινωνιολογική πλευρά. [↑](#footnote-ref-512)
513. Βλ. Quinn S. (2009) *Criminal Law in Ireland*, 4th Edition, Killarney: Irish Law Publishing. (<http://books.google.gr/books?id=eTrDgPmgh7MC&pg=PA771&lpg=PA771&dq=punishment+incest+ireland+current+version&source=bl&ots=dm7LckfDMh&sig=Vf_Jnmv1WKjt7y1IlCEunIJRpm8&hl=el&sa=X&ei=V-d2VMKUAuvEygPP8YKIDA&ved=0CDEQ6AEwBDgK#v=onepage&q=punishment%20incest%20ireland%20current%20version&f=false>), σελ. 771-774. Αξίζει να σημειώσουμε εδώ ότι ενώ στο αρ. 1 του νόμου που περιγράφεται το αδίκημα για τους άνδρες η διατύπωση χρησιμοποιεί το ρήμα «διαπράττει», στο αρ. 2 για τις γυναίκες, η χρησιμοποιείται η έκφραση «επιτρέπει σε (στα πρόσωπα που περιγράφονται) να διαπράξει μαζί της». [↑](#footnote-ref-513)
514. <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html> [↑](#footnote-ref-514)
515. <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html>, Βλ. Quinn S. (2009) *Criminal Law in Ireland*, 4th Edition, Killarney: Irish Law Publishing. (<http://books.google.gr/books?id=eTrDgPmgh7MC&pg=PA771&lpg=PA771&dq=punishment+incest+ireland+current+version&source=bl&ots=dm7LckfDMh&sig=Vf_Jnmv1WKjt7y1IlCEunIJRpm8&hl=el&sa=X&ei=V-d2VMKUAuvEygPP8YKIDA&ved=0CDEQ6AEwBDgK#v=onepage&q=punishment%20incest%20ireland%20current%20version&f=false>), σελ. 772 [↑](#footnote-ref-515)
516. <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html>, Βλ. Quinn S. (2009) *Criminal Law in Ireland*, 4th Edition, Killarney: Irish Law Publishing. (<http://books.google.gr/books?id=eTrDgPmgh7MC&pg=PA771&lpg=PA771&dq=punishment+incest+ireland+current+version&source=bl&ots=dm7LckfDMh&sig=Vf_Jnmv1WKjt7y1IlCEunIJRpm8&hl=el&sa=X&ei=V-d2VMKUAuvEygPP8YKIDA&ved=0CDEQ6AEwBDgK#v=onepage&q=punishment%20incest%20ireland%20current%20version&f=false>), σελ. 772-773. [↑](#footnote-ref-516)
517. (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) [↑](#footnote-ref-517)
518. # (*1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, Department of Justice, Equality and Law Reform, May. (*[*http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf*](http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf)*). 55-56. Σχετική προβληματική αναφορικά με το έγκλημα της αιμομιξίας και την ι.υ.α αναπτύσσεται σε ένα περισσότερο θεωρητικό επίπεδο και σε* Cahn N. (Forthcoming 2009) “Accidental Incest: Drawing the line – or the curtain? – For Productive Technology” Harvard J. Gender & Law, The George Washington University Law School Public Law and Legal Theory Working Paper No. 437 Legal Studies Research Paper No. 437, ιδιαιτέρως στις σελ. 28 επ.

     [↑](#footnote-ref-518)
519. <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html> [↑](#footnote-ref-519)
520. # Βλ. σχετικά για τις νομοθετικές μεταβολές σχετικά με την ποινή για την αιμομιξία σε συνάρτηση και με την ίδρυση του αξιοποίνου άλλων σεξουαλικών εγκλημάτων σε Kilcommins, S., O’Donnel, I., O’Sullivan, E., Vaughan, B. (2004) *Crime, Punishment, and the Search for Order in Ireland*,Dublin: Institute of Public Administration

     (<https://books.google.gr/books?id=Zz8V5chjwgMC&pg=PA145&lpg=PA145&dq=criminal+law++incest+ireland&source=bl&ots=GENaQ3IR4N&sig=9Xqlg5gCdqyfjpQG_lz1Z5WP6wk&hl=el&sa=X&ei=lRbfVLOeGsbCPJHQgbgI&ved=0CEUQ6AEwBA#v=onepage&q=criminal%20law%20%20incest%20ireland&f=false>) και σε (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) και Quinn S. (2009) *Criminal Law in Ireland*, 4th Edition, Killarney: Irish Law Publishing. (<http://books.google.gr/books?id=eTrDgPmgh7MC&pg=PA771&lpg=PA771&dq=punishment+incest+ireland+current+version&source=bl&ots=dm7LckfDMh&sig=Vf_Jnmv1WKjt7y1IlCEunIJRpm8&hl=el&sa=X&ei=V-d2VMKUAuvEygPP8YKIDA&ved=0CDEQ6AEwBDgK#v=onepage&q=punishment%20incest%20ireland%20current%20version&f=false>) σελ. 775-779. [↑](#footnote-ref-520)
521. (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) και σελ. 18. [↑](#footnote-ref-521)
522. <http://www.irishstatutebook.ie/1995/en/act/pub/0012/print.html> , και (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) σελ. 18 [↑](#footnote-ref-522)
523. <http://www.irishstatutebook.ie/1908/en/act/pub/0045/print.html>, <http://www.citizensinformation.ie/en/justice/criminal_law/criminal_offences/law_on_sex_offences_in_ireland.html#la82be> [↑](#footnote-ref-523)
524. Βλ. συγκεντρωτικό πίνακα ποινών (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) σελ. 123. [↑](#footnote-ref-524)
525. <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/SP14000062> [↑](#footnote-ref-525)
526. <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/bills28/bills/2012/4312/document1.htm> [↑](#footnote-ref-526)
527. # <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PR14000349>, βλ. και σχετική δημοσίευση Reilly G. (2012) “Bill will propose potential life sentences for women guilty of incest”, *thejournal.ie,* 19 May. (<http://www.thejournal.ie/bill-will-propose-potential-life-sentences-for-women-guilty-of-incest-455572-May2012/>)

     [↑](#footnote-ref-527)
528. Βλ. σχετικά <http://www.irishstatutebook.ie/2001/en/act/pub/0018/print.html> και (1998) “The Law on Sexual Offences, A Discussion Paper”, *Department of Justice, Equality and Law Reform,* May. (<http://www.justice.ie/en/JELR/SexualOffencesLawPaper.pdf/Files/SexualOffencesLawPaper.pdf>) σελ. 79-90. [↑](#footnote-ref-528)
529. <http://www.treoir.ie/lgbt-family-forms.php> [↑](#footnote-ref-529)
530. Oireachtas Library and Researc Service, Νο 3. 2013 “Surrogacy, parentage, and citizenship: Ireland in the wider world” *Oireachtas Library & Research Service*, No. 3. (<http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>, σ. 2.

     <http://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/adoption_and_fostering/surrogacy.html> [↑](#footnote-ref-530)
531. <http://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/adoption_and_fostering/surrogacy.html> και <http://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/adoption_and_fostering/> [↑](#footnote-ref-531)
532. <http://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/adoption_and_fostering/surrogacy.html> [↑](#footnote-ref-532)
533. Επίσημο κείμενο του νόμου <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2010/act/24/enacted/en/html> [↑](#footnote-ref-533)
534. <https://en.wikipedia.org/wiki/Thirty-fourth_Amendment_of_the_Constitution_of_Ireland> [↑](#footnote-ref-534)
535. Fennell S. (2013) “Same Sex Marriage, The Constitution and Legislative Change”, 13 April (<https://www.constitution.ie/AttachmentDownload.ashx?mid=477776ca-29a4-e211-a5a0-005056a32ee4>) και Duncan G. (2013) “The constitution and Same Sex Marriage”, 3 April σε <https://www.constitution.ie/AttachmentDownload.ashx?mid=5f029d00-2aa4-e211-a5a0-005056a32ee4> [↑](#footnote-ref-535)
536. Kiernan J. (2014) “Baby on board: Irish ‘fertility tourists’ look for help abroad”, *Independent.ie,* 3 August (<http://www.independent.ie/irish-news/health/baby-on-board-irish-fertility-tourists-look-for-help-abroad-30479424.html>) [↑](#footnote-ref-536)
537. Βλ. σχετικά και Deirdre Madden, “Medicine, Ethics and the Law”, Bloomsburry Professional 2011 σ.280επ., Sally Sheldon, December 2006 “Stored Embryos, Gender Equality and the Meaning of Parenthood” <http://www.prochoiceforum.org.uk/ocrrt3.php> [↑](#footnote-ref-537)
538. Βλ για παράδειγμα διαφήμιση τέτοιων υπηρεσιών σε <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html> [↑](#footnote-ref-538)
539. Βλ. για παράδειγμα τις πληροφορίες που δίνονται σε ενδιαφερόμενους γονείς από κλινικές γονικμότητας σε <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html> [↑](#footnote-ref-539)
540. Cullen P. (2015) “Rise in Irish couples employing surrogate mothers abroad”, *The Irish Times,* 18 March. (<http://www.irishtimes.com/news/health/rise-in-irish-couples-employing-surrogate-mothers-abroad-1.2143207>), O’Regan E. (2015) “’At least 57’ babies born abroad for Irish couples through surrogates”, *Independent.ie,* 27 February (<http://www.independent.ie/irish-news/health/at-least-57-babies-born-abroad-for-irish-couples-through-surrogates-31026340.html>), Duffy F. (2012) “Guidance for couples going abroad for surrogacy services published in Ireland”, *BioNews 647,* 5 March. (<http://www.bionews.org.uk/page_131781.asp>), Oireachtas Library and Researc Service, Νο 3. 2013 “Surrogacy, parentage, and citizenship: Ireland in the wider world” *Oireachtas Library & Research Service*, No. 3. (<http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>, σ. 6-7. [↑](#footnote-ref-540)
541. Irish Nationality and Citizenship Act 1956 as amended (<http://www.irishstatutebook.ie/eli/1956/act/26/enacted/en/html>), and Passports Act 2008 (<http://www.irishstatutebook.ie/eli/2008/act/4/enacted/en/print>) [↑](#footnote-ref-541)
542. Duffy F. (2012) “Guidance for couples going abroad for surrogacy services published in Ireland”, *BioNews 647,* 5 March. (<http://www.bionews.org.uk/page_131781.asp>) [↑](#footnote-ref-542)
543. <https://www.dfa.ie/media/dfa/alldfawebsitemedia/childrens-issues-surrogacy-guidance-document.pdf> [↑](#footnote-ref-543)
544. Status of Children Act 1987. [↑](#footnote-ref-544)
545. O’Regan E. (2015) “’At least 57’ babies born abroad for Irish couples through surrogates”, *Independent.ie,* 27 February (<http://www.independent.ie/irish-news/health/at-least-57-babies-born-abroad-for-irish-couples-through-surrogates-31026340.html>) [↑](#footnote-ref-545)
546. <https://www.dfa.ie/media/dfa/alldfawebsitemedia/childrens-issues-surrogacy-guidance-document.pdf> [↑](#footnote-ref-546)
547. Carolan M. (2013) “Irish father wins surrogacy case over child born in India”, *The Irish Times,* 6 March. (<http://www.irishtimes.com/news/irish-father-wins-surrogacy-case-over-child-born-in-india-1.1318126>), Budd A. (2013) “Genetic father appointed guardian of child born in India under surrogacy arrangement”, *Staredecisis Law Reports,* 12 July. (<http://www.staredecisishibernia.com/2013/07/12/genetic-father-appointed-guardian-of-child-born-in-india-under-surrogacy-arrangement/>) [↑](#footnote-ref-547)
548. Oireachtas Library and Researc Service, Νο 3. 2013 “Surrogacy, parentage, and citizenship: Ireland in the wider world” *Oireachtas Library & Research Service*, No. 3. (<http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf>),σ. 7 όπου και η αναφορά «Decision is unreported and citation not available at time of writing.» [↑](#footnote-ref-548)