ΕΘΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Χώρα μελέτης : Ιρλανδία (Δημοκρατία της Ιρλανδίας)

[Ι. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 4](#_Toc386741214)

[1. ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 8](#_Toc386741215)

[ΙΙ. Η ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΕ ΖΕΥΓΑΡΙΑ 19](#_Toc386741216)

[Α. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 19](#_Toc386741217)

[1. ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΦΥΣΙΚΟ ΤΡΟΠΟ 19](#_Toc386741218)

[2. ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΚΝΟ 21](#_Toc386741219)

[3. ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ ΣΕ IYA 21](#_Toc386741220)

[Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ IYA 22](#_Toc386741221)

[4. ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ 22](#_Toc386741222)

[5. ΥΓΕΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ 24](#_Toc386741223)

[6. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ 25](#_Toc386741224)

[7. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΖΕΥΓΟΥΣ ΓΙΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 30](#_Toc386741225)

[Γ. ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 34](#_Toc386741226)

[8. ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ 34](#_Toc386741227)

[9. ΟΜΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ 34](#_Toc386741228)

[10. ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ 36](#_Toc386741229)

[Δ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 37](#_Toc386741230)

[11. ΕΠΙΤΡΕΠΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΩΑΡΙΩΝ 37](#_Toc386741231)

[12. ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 39](#_Toc386741232)

[13. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΗ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΜΕΝΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 42](#_Toc386741233)

[14. ΠΛΕΟΝΑΖΟΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ 42](#_Toc386741234)

[Ε. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 44](#_Toc386741235)

[15. ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 45](#_Toc386741236)

[16. ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΥΛΟΥ 47](#_Toc386741237)

[17. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ «ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ» ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 48](#_Toc386741238)

[ΙΙΙ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 49](#_Toc386741239)

[1. ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ 49](#_Toc386741240)

[2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ 50](#_Toc386741241)

[3. ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ 55](#_Toc386741242)

[ΙV. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ KAI ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ 59](#_Toc386741243)

[Α. ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 59](#_Toc386741244)

[1. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 59](#_Toc386741245)

[2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ 61](#_Toc386741246)6

[3. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 67](#_Toc386741247)

[Β. ΜΟΝΑΧΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ 67](#_Toc386741248)

[4. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΥΑ 67](#_Toc386741249)

[5. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΙΥΑ ΣΕ ΜΟΝΑΧΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ 68](#_Toc386741250)

[6. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 68](#_Toc386741251)

[Γ. ΟΜΟΦΥΛΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ 64](#_Toc386741252)

[7. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΥΑ 64](#_Toc386741253)

[8. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 65](#_Toc386741254)

[Δ. ΤΡΑΝΣΕΞΟΥΑΛ 65](#_Toc386741255)

[9. ΟΡΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 65](#_Toc386741256)

[10. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 65](#_Toc386741257)

[V. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 66](#_Toc386741258)

[1. ΧΩΡΟΙ ΦΥΛΑΞΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 66](#_Toc386741259)

[2. ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΟΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 68](#_Toc386741260)

[VΙ. ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 73](#_Toc386741261)

[1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ 73](#_Toc386741262)

[2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ / ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 78](#_Toc386741263)

[3. ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 79](#_Toc386741264)

[4. ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΔΟΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 84](#_Toc386741265)

[5. ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 88](#_Toc386741266)

[6. ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΠΡΟΣ ΑΓΟΡΑ Ή ΠΩΛΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 90](#_Toc386741267)

[7. ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ 91](#_Toc386741268)

[8. ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΙ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ 92](#_Toc386741269)

[VΙΙ. «ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ» ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 95](#_Toc386741270)

[1. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΙΥΑ ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΚΑΙ Η ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ 95](#_Toc386741271)

[VIIΙ. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 98](#_Toc386741272)

[1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΤΕΡΟΛΟΓΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ Ή ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗΣ 99](#_Toc386741273)

[2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ 100](#_Toc386741274)

[3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΜΟΦΥΛΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ 100](#_Toc386741275)

[ΙΧ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ 101](#_Toc386741276)

[1. ΑΝΩΝΥΜΙΑ ΔΟΤΗ 101](#_Toc386741277)

[2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ 102](#_Toc386741278)

[3. ΜΟΝΑΧΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΑ 103](#_Toc386741279)

[4. ΜΟΝΑΧΙΚΟΣ ΑΝΔΡΑΣ 103](#_Toc386741280)

[5. ΟΜΟΦΥΛΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ 103](#_Toc386741281)

[6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ 104](#_Toc386741282)

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

* Medical Council: Ρυθμιστικός φορέας που συστάθηκε το 1978 από τη Medical Practitioners Act και ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Απρίλιο του 1979. Αποτελείται από 25 μέλη, 13 εκ των οποίων είναι μη ιατρικά. 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. Σήμερα έχει πάνω από 18,000 εγγεγραμμένα μέλη. Δε λαμβάνει καμία κρατική χρηματοδότηση, κύρια πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ετήσιες συνδρομές των ιατρών. ([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. Η γραμματεία της επιτροπής αυτής παρέχεται από το Τμήμα της Μονάδας Βιοηθικής Υγείας (Department of Healths Bioethics Unit). (<http://health.gov.ie/national-advisory-committee-on-bioethics/>)
* 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. Ιδρύθηκε το 1996 με την ονομασία Irish Medicines Board (IMB) και τον Ιούλιο του 2014 πήρε τη σημερινή της ονομασία. Η HPRA τηρεί αυστηρά τα Ethics in Public Office Acts 1995 και 2011. Επίσης, τα Irish Medicine Board Acts 1995 και 2006 έχουν ειδικές διατάξεις που απαιτούν την ετήσια δημοσιοποίηση των συμφερόντων των μελών του συμβουλίου της HPRA και των υπαλλήλων της. (<https://www.hpra.ie/>)
* 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. Παρόλο που λειτουργεί ως ενιαίος οργανισμός, αποτελείται από τέσσερις ανεξάρτητες σχολές και δύο ινστιτούτα, το κάθε ένα με δικό του μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Ανάμεσα σε αυτά είναι και το Institute of Obstetricians and Gynaecologists που ιδρύθηκε το 1976. 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. (<http://www.rcpi.ie/>)
* 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/>)
* 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. (<http://www.iffs-reproduction.org/>)
* Commission on Assisted Human Reproduction (CAHR): Ο Υπουργός Υγείας και Παιδιών, Micheál Martin, TD, κατανοώντας τα επιτεύγματα των τελευταίων ετών στην ιατρική επιστήμη όσων αφορά στην παρέμβαση στη διαδιακασία της ανθρώπινης αναπαραγωγής, ίδρυσε τον Μάρτιο του 2000 την Επιτροπή για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Σκοπός της επιτροπής αυτής είναι να παρέχει την ιατρική, επιστημονική και νομική εμπειρογνωμοσύνη που απαιτείται για μια λεπτομερή εξέταση όλων των πιθανών ρυθμίσεων για ρύθμιση και να ετοιμάσει μια έκθεση που θα θεωρηθεί ως βάση για τεκμηριωμένη δημόσια συζήτηση πριν από την ολοκλήρωση των προτάσεων πολιτικής. Τον Ιούλιο του 2001 η Επιτροπή απέκτησε μόνιμο προσωπικό και έδρα. Μέλη της πολυάριθμης Επιτροπής αυτής υπήρξαν εξέχουσες προσωπικότητες από το χώρο των νομικών, ιατρικών και κοινωνικών επιστημών. Στο πλαίσιο των εργασιών της η Επιτροπή πραγματοποίηση 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».
* 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 (v<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/> )
* 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 του ξεκίνησε την 1η Ιανουαρίου 2005. Η επιτροπή αυτή αντικαθιστά 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. (<http://www.hse.ie/>)
* 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. Σκοπός του είναι η προώθηση του γάμου και της θρησκείας στην κοινωνία. Συνέταξε αντι- έκθεση ως απάντηση στην έκθεση της Επιτροπής του 2005. (<http://www.ionainstitute.org/index.php>)
* Irish Council for Bioethics: Ιδρύθηκε το 2002 ως ένα ανεξάρτητο και αυτόνομο όργανο με σκοπό να εξετάζει τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται από τις εξελίξεις στην επιστήμη και την ιατρική. Το Δεκέμβριο του 2010, λόγω απόφασης της κυβέρνησης να διακόψει τη χρηματοδότηση του Συμβουλίου, διακόπηκε η λειτουργία του.
* 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/>)
* 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>)
* Primary Care Reimbursement Service (Γενική Ιατρική Υπηρεσία) (PCRS): Αποτελεί μέρος της HSE και είναι αρμόδια για τις πληρωμές των επαγγελματιών των υπηρεσιών υγείας, όπως οι γιατροί, οι οδοντίατροι και οι φαρμακοποιοί, για τις δωρεάν ή με μειωμένα κόστη υπηρεσίες που παρέχουν στο κοινό. Εκτός από την επεξεργασία και τη διενέργεια πληρωμών σε εθνική βάση, η PCRS καταρτίζει στατιστικά στοιχεία και αναλύσεις που παρέχονται στην HSE, στην Κυβέρνηση, στους πελάτες, στους ενδιαφερόμενους και σε μέλη του κοινού.

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

* 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>)
* 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. Επίσης, δεν υπάρχουν ούτε καν γενικοί κανόνες ή ρυθμίσεις που να διέπουν την παροχή ιατρικών υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη χώρα. Πρόκειται δηλαδή ξεκάθαρα για μία έννομη τάξη που δεν συμπεριλαμβάνει ως ρυθμιζόμενη 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.

Για το λόγο αυτό άλλωστε, η χρήση και εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελεί και στην Ιρλανδία πραγματικότητα και 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[[2]](#footnote-2),ωστόσο εκτιμάται ,από έρευνες που έχουν διενεργηθεί, ότι ένα στα έξι ή επτά ζευγάρια στην Ιρλανδία είναι υπογόνιμα[[3]](#footnote-3).

Επί του παρόντος οι υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παρέχονται στην Ιρλανδία όπως και οι υπόλοιπες ιατρικές υπηρεσίες[[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.

Επιπλέον, οι μαιευτήρες γυναικολόγοι έχουν συγκροτήσει, υπό την γενικότερη αιγίδα του Ιατρικού Συμβουλίου, το Ινστιτούτο Μαιευτήρων Γυναικολόγων του Royall College of Physicians (Royan College of Physicians in Ireland – Institute of Obstetricians and Gynaecologists )[[12]](#footnote-12). 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[[13]](#footnote-13). 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, μπορεί 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 [[14]](#footnote-14). 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 πλαίσιο 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[[15]](#footnote-15).

Πριν από την ανάλυση του περιεχομένου των κανόνων αυτών, θα άξιζε να εξεταστούν οι λόγοι που οδήγησαν στη διαμόρφωση αυτού του συγκεκριμένου κανονιστικού πλαισίου.

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[[16]](#footnote-16) φαίνεται καθαρά η εντελώς αρνητική και αδιάλλακτη στάση της παπικής ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας απέναντι στις μεθόδους αυτές[[17]](#footnote-17).

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[[18]](#footnote-18), 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 εμβρυικό στάδιο.

1.1 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[[19]](#footnote-19), 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 (βλ παρακάτω).

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[[20]](#footnote-20) 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[[21]](#footnote-21). 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[[22]](#footnote-22) 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 » [[23]](#footnote-23). Συνοδεύοντας το νομοσχέδιο με τέτοιες δηλώσεις, είχε δημιουργήσει τη βεβαιότητα ότι αυτή τη φορά η προσπάθεια θα τελεσφορούσε.

Οι βασικές προτάσεις του νομοσχεδίου[[24]](#footnote-24), σχετικά με το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, και οι οποίες θεωρήθηκαν πολύ γενναίες και προοδευτικές για μια χώρα όπως η Ιρλανδία, αφορούσαν κυρίως την 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. [[25]](#footnote-25)

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 τον Μάιο του 2014 (7-5-2014) Δικαιοσύνης και Ισότητας της κυβέρνησης, Alan Shatter, 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[[26]](#footnote-26) 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[[27]](#footnote-27).

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 γενετικής μητέρα». [[28]](#footnote-28)

Η εξέλιξη αυτή προκάλεσε για άλλη μια φορά απογοήτευση και διάψευση των προσδοκιών που είχαν δημιουργηθεί. Χαρακτηρίστηκε ως άλλη μία χαμένη ευκαιρία[[29]](#footnote-29).

Η κατάσταση λοιπόν παρέμεινε και παραμένει αμετάβλητη. Δεν υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Μόνο αποσπασματικά ρυθμίζονται επιμέρους ζητήματα (π.χ απόκτηση υποκοότητας από τέκνο που γεννήθηκε στο εξωτερικό, ζητήματα αναγνώρισης πατρότητας) σε νομοθετήματα που δεν έχουν ως ειδικό αντικείμενό τους την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αλλά άλλα θέματα.

Τη βάση για την παραπάνω συζήτηση 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 της Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (Commission on Assisted Human Reproduction)[[30]](#footnote-30), που υποβλήθηκε τον Απρίλιο του 2005.[[31]](#footnote-31)

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».[[32]](#footnote-32) . Η σύσταση της Επιτροπής και το έργο που της ανατέθηκε έγινε με σκοπό την καταγραφή όλων 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[[33]](#footnote-33). 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 δεν την έκθεση της IFFS του 2004[[34]](#footnote-34), 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) στενή συνεργασία και ανταλλαγή απόψεων[[35]](#footnote-35), με στόχο την όσο το δυνατόν πληρέστερη εποπτεία των ζητημάτων και την κατάρτιση των καταλληλότερων προτάσεων.

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.

Επί του παρόντος αρκεί να αναφερθεί ότι 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[[36]](#footnote-36).

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 βρίσκεται 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[[37]](#footnote-37).

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 απαραίτητη αλλά και επιθυμητή από όλες τις πλευρές, η ρύθμιση των ζητημάτων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε νομοθετικό επίπεδο[[38]](#footnote-38).

Την ίδια άποψη ομοφώνως διατύπωσαν και τα πρόσωπα αναφοράς υποστηρίζοντας ότι είναι επιβεβλημένη η ανάληψη νομοθετικής πρωτοβουλίας που να ρυθμίζει τα θέματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ιρλανδία.

1.2 H ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΡΜΟΔΙΑΣ ΑΡΧΗΣ

Όπως γίνεται κατανοητό, εν τη απουσία νομοθετικής ρύθμισης δεν θα μπορούσε να υπάρχει και κάποια αντίστοιχη αρχή με αρμοδιότητες ρυθμιστικές, εποπτικές ή άλλες.

Η λειτουργία του Medical Council και του Royan College of Physicians in Ireland (RCPI)– Institute of Obstetricians and Gynaecologists και πρόσφατα της Irish Fertility Society δεν είναι αρκετή να καλύψει την απουσία μιας ρυθμιστικής και εποπτεύουσας αρχής. Ούτε επίσης η λειτουργία της Ρυθμιστικής Αρχής Προϊόντων Υγείας (Health Products Regulatory Authority- HPRA[[39]](#footnote-39)), η οποία είναι επιφορτισμένη να αδειοδοτεί και να ρυθμίζει την κυκλοφορία φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών συσκευών και άλλων ιατρικών προϊόντων. Πάντως, προς το παρόν η τελευταία αυτή αρχή είναι αρμόδια για την αδειοδότηση κλινικών που προσφέρουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[40]](#footnote-40). Σε αυτό το συμπέρασμα οδηγήθηκε η Επιτροπή, η οποία έκρινε ότι η λειτουργία αυτών των αρχών δεν επαρκεί για την ικανοποιητική ρύθμιση των ζητημάτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και την εποπτεία και των έλεγχο της παροχής τέτοιων υπηρεσιών[[41]](#footnote-41).

Επομένως, από την Επιτροπή κρίθηκε απαραίτητη η δημιουργία ενός ρυθμιστικού φορέα ή οργάνου που θα ρυθμίζει την παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης παραγωγής και στις αρμοδιότητες του οποίου θα είναι και η αδειοδότηση των κλινικών ή άλλων παρόχων τέτοιων υπηρεσιών[[42]](#footnote-42). Άλλωστε, σημειώνεται ότι κάτι τέτοιο συνιστά υποχρέωση της Ιρλανδίας σύμφωνα με την Οδηγία 2004/23/ΕΕ η οποία ελήφθη υπόψη από την Επιτροπή[[43]](#footnote-43). Στην πρόταση αυτή συμφωνούν και άλλοι φορείς που έχουν εκφράσει άποψη επί του ζητήματος[[44]](#footnote-44).

Για παράδειγμα η IFS[[45]](#footnote-45) προτείνει ως καταλληλότερο τρόπο τα κέντρα παροχής υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να πρέπει να αδειοδοτούνται από το Ιrish Medicines Board[[46]](#footnote-46) και να συμμορφώνονται με τις οδηγίες των συνεργαζόμενων κρατικών οργάνων (Irish Statutory Instruments SI 158/2006 SI 598/2007).

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.

1.3 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 την 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[[47]](#footnote-47). Αναθεωρημένες εκδόσεις εκδίδονται περιοδικά 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 σύσταση του Medical Council ενώ κατά την κατάρτιση της αναθεωρημένης έκδοσης των κατευθυντήριων οδηγιών είχαν ήδη δοθεί στη δημοσιότητα και υποτίθεται ότι θα υιοθετούνταν οι προτάσεις της Επιτροπής. Τελικά μόλις τέσσερις από τις σαράντα θέσεις- προτάσεις της Επιτροπής συμπεριλαμβάνονται στην 7η έκδοση του 2009[[48]](#footnote-48).

Ειδικότερα, η πρώτη φορά που κάποια έκδοση αναφερόταν σε ζητήματα που απασχολούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν η τρίτη έκδοση του 1994 καθώς και κάθε επόμενη. 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[[49]](#footnote-49). Σημαντική διαφοροποίηση αποτελεί επίσης το γεγονός ότι η χρήση γεννητικού υλικού δότη έπαψε να συνιστά επαγγελματικό παράπτωμα του ιατρού[[50]](#footnote-50). Η 6η έκδοση του 2004 πολύ λίγο διέφερε από την έκδοση του 1998[[51]](#footnote-51). Με την έκδοση όμως του 2009 (7η έκδοση) παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις.

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[[52]](#footnote-52). Με τον τρόπο αυτό μεταβλήθηκε η σύνθεση αλλά και ο «χαρακτήρας» του Ιατρικού Συλλόγου και σύμφωνα με κάποιες απόψεις[[53]](#footnote-53), 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»[[54]](#footnote-54). Ενώ , στην 7η έκδοση του 2009[[55]](#footnote-55) 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[[56]](#footnote-56). Τρίτον, η επιλογή να δωρίζονται μη χρησιμοποιημένα γονιμοποιημένα ωάρια, παραλείπεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2009[[57]](#footnote-57). Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απαγορεύεται πλέον η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τον τρόπο αυτό, δηλαδή την παράληψη της φράσεις 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[[58]](#footnote-58).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»[[59]](#footnote-59).

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 τα σε γενικές γραμμές διεθνώς ισχύοντα.

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.

# 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 οδηγίες του 2004, η μέθοδος της in vitro γονιμοποίησης «θα πρέπει να εφαρμόζεται μόνο εφόσον απέτυχε κάθε προσπάθεια εξεύρεσης μιας θεραπεύσιμης αιτίας της υπογονιμότητας»[[60]](#footnote-60), 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» [[61]](#footnote-61).

Χωρίς να 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.

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»[[62]](#footnote-62). Τον ίδιο ορισμό αποδέχεται και η IFS [[63]](#footnote-63). 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[[64]](#footnote-64).

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 η κλινική στην οποία απευθύνεται και προσέρχεται ο/οι ασθενείς και κατ’ επέκταση ο θεράπων ιατρός. Τα δεδομένα στα οποία θα βασιστεί μια τέτοια κρίση είναι τα ιατρικά εργαστηριακά αποτελέσματα. Αναφέρονται ενδεικτικά από την IFS (σημείωση: οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν έχουν κάποια πρόβλεψη) 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[[65]](#footnote-65). 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 και 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. 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.[[66]](#footnote-66)

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 (θα σημειωθεί ειδικότερα παρακάτω). 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.

Δεν υπάρχουν νομολογιακά δεδομένα που να αφορούν τη συγκεκριμένη θεματική.

### 2. ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟ ΤΕΚΝΟ

### Ισχύουν όσα αναφέρθηκαν ακριβώς παραπάνω υπό Ι. Α-1.

### 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[[67]](#footnote-67) ακόμα και αν δεν έχει πληρωθεί η προϋπόθεση της παρέλευσης ενός έτους κανονικών σεξουαλικών επαφών χωρίς προφυλάξεις.

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

Δεν υπάρχουν νομολογιακά δεδομένα που να αφορούν τη συγκεκριμένη θεματική.

Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ IYA

### 4. ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

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[[68]](#footnote-68). 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, όπως θα αναφερθεί παρακάτω.

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[[69]](#footnote-69) 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[[70]](#footnote-70).

Όμως υπάρχει 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[[71]](#footnote-71).

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.

Τα πρόσωπα αναφοράς συμφώνησαν κατά πλειοψηφία ότι είναι απαραίτητο να τεθούν ηλικιακά όριο, 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 για 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 ανώτατα όριο έθεσαν ο μεν τον 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 32-40 χρονών για τους άνδρες.

Οι νομικοί διατύπωσαν περισσότερες απόψεις. Όπως ήδη αναφέρθηκε ένας εξ αυτών θεωρεί ότι δεν υπάρχει λόγος να θεσπιστούν ειδικά ηλικιακά όρια άλλα 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 50 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.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα νομολογιακά δεδομένα που να αφορούν τη συγκεκριμένη θεματική.

5. 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[[72]](#footnote-72).

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[[73]](#footnote-73). 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[[74]](#footnote-74).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα φώτα της δημοσιότητας είδε ένα γεγονός που συνέβη το 2003[[75]](#footnote-75) όταν μία γυναίκα που είχε μείνει έγκυος μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση εμφάνισε μια επιπλοκή και κατέληξε σε νοσοκομείο του Δουβλίνου. Το θέμα προκάλεσε ανησυχία και προτάθηκε η αναθεώρηση των πρωτοκόλλων αντιμετώπισης περιστατικών σε όλες τις κλινικές που παρέχουν υπηρεσίες in vitro γονιμοποίησης.[[76]](#footnote-76). Έτσι, μετά το περιστατικό αναθεωρήθηκαν τα ιατρικά πρωτόκολλά της εν λόγω κλινικής και προτάθηκε η υιοθέτηση νέων και από όλες τις κλινικές που εφαρμόζουν μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[77]](#footnote-77).

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.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν. Στην περίπτωση του θανάτου της γυναίκας που όπως αναφέρθηκε έλαβε δημοσιότητα, η οικογένειά της απέσυρε τις κατηγορίες και δεν προχώρησε τη διαδικασία στα δικαστήρια, θεωρώντας ότι ικανοποιήθηκε με την αναθεώρηση των πρωτοκόλλων θεραπείας των κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής[[78]](#footnote-78).

6. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ

Η συναίνεση αποτελεί ένα ζήτημα εξέχουσας σημασίας για την ιατρική πρακτική. Στις κατευθυντήριες οδηγίες, 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[[79]](#footnote-79).

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[[80]](#footnote-80) . 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). Χαρακτηριστική είναι μία περίπτωση που έφτασε στα δικαστήρια (βλ ειδικότερα παρακάτω). Στην υπόθεση R. vs. R έγινε δεκτό ότι η συναίνεση που είχε δώσει σε ένα αρχικό χρονικό σημείο ο άνδρας για τη γονιμοποίηση και κρυοσυντήρηση ωαρίων δεν τον δεσμεύει όταν μετέπειτα η γυναίκα επιθυμεί να εμφυτεύσει τα κρυοσυντηρημένα έμβρυα. Μετά την εμφύτευση βέβαια δεν χωρεί ανάκληση διότι το Ιρλανδικό Σύνταγμα απαγορεύει την έκτρωση (αρ. 40.3.3)[[81]](#footnote-81).

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

Ο οδηγός καλής πρακτικής που υιοθετήθηκε το Φεβρουάριο του 2008 από το Medical Council και αποτελεί μέρος των κατευθυντήριων οδηγιών[[82]](#footnote-82), 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 οικείος 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[[83]](#footnote-83).

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[[84]](#footnote-84) και αφού έχει προηγηθεί συμβουλευτική με ψυχολόγο[[85]](#footnote-85).

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[[86]](#footnote-86).

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.

6.1. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΩΝ/ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΚΤΗΣΟΥΝ ΤΕΚΝΟ

Όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, για την έννοια και τη σημασία της συναίνεσης, ισχύουν για όλες τις ιατρικές πράξεις και επομένως και για τις πράξεις ι.υ.α. Ένα σημείο διαφοροποίησης πάντως που ανακύπτει ειδικά στο πεδίο της ι.υ.α είναι το γεγονός ότι σε αυτήν είναι δυνατόν να προσφεύγουν ως ασθενείς όχι ένα άτομο, αλλά περισσότερα πρόσωπα από κοινού, ως ζευγάρι.

Το δεδομένο αυτό δεν φάνηκε να αξιολογείται ειδικά για την προβληματική της συναίνεσης στους φορείς που ασχολήθηκαν με τα ζητήματα ι.υ.α και διατύπωσαν κάποια γνώμη. 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[[87]](#footnote-87). 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. Για το λόγο αυτό και δεν ζητούν την συναίνεση του συζύγου/ συντρόφου αλλά αρκούνται στη συναίνεση του προσώπου το οποίο προσέρχεται και ζητά την εφαρμογή μεθόδων ι.υ.α.

H ΙFS προτείνει πάντως ότι όταν ένα ζευγάρι (ανεξαρτήτως του είδους της σχέσης που το καθιστά ζευγάρι) προσέρχεται από κοινού, τότε θα πρέπει να δέχεται συμβουλευτική και ενημέρωση από κοινού[[88]](#footnote-88), συνεπώς μπορεί να υποστηριχθεί ότι στην περίπτωση αυτή θα ζητείται και η συναίνεση αμφότερων των μερών[[89]](#footnote-89).

6.2. ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Για την παροχή συναίνεσης δεν προκύπτει από κάπου ότι απαιτείται κάποιος ιδιαίτερος τύπος. Ωστόσο προτείνεται τόσο από την IFS όσο και από την Επιτροπή ότι η συναίνεση θα πρέπει να είναι έγγραφη[[90]](#footnote-90). 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[[91]](#footnote-91).

6.3 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[[92]](#footnote-92). 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[[93]](#footnote-93). 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[[94]](#footnote-94).

Επομένως, δεν μπορεί να διακριθεί 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.

6.4 ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Η συναίνεση πρέπει να απευθύνεται στον πάροχο της υπηρεσίας και να ελέγχεται από τον ιατρό[[95]](#footnote-95), του οποίου άλλωστε συνιστά υποχρέωση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες[[96]](#footnote-96). 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[[97]](#footnote-97).

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[[98]](#footnote-98), 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[[99]](#footnote-99).

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 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.

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.

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 απάντηση 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.

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

7.1 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[[100]](#footnote-100). Η πλήρης και εμπεριστατωμένη ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή της συναίνεσης είναι απαραίτητη για κάθε άτομο άνω των 16 ετών, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω[[101]](#footnote-101). 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.[[102]](#footnote-102)

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[[103]](#footnote-103).

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[[104]](#footnote-104).

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.[[105]](#footnote-105)

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.[[106]](#footnote-106)

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[[107]](#footnote-107). 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 επιτυχία) και όχι να συμβάλουν στην καλλιέργεια προσδοκιών που θα σημάνει τη μελλοντική τους σκληρή διάψευση[[108]](#footnote-108). Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνεται στα 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 τα τρόπο που να γίνεται κατανοητός και σύμφωνα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές τους. [[109]](#footnote-109)

Διαπιστώνεται από την Επιτροπή πάντως ότι υπάρχει έλλειψη ολοκληρωμένης και εμπεριστατωμένης πληροφόρησης για τα ζητήματα της ι.υ.α[[110]](#footnote-110) 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)[[111]](#footnote-111). 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[[112]](#footnote-112). 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[[113]](#footnote-113) 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 διαθέσεις 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 επιτυχίες 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 επιτυχίες. 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[[114]](#footnote-114).

7.2 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 όπως αναλύονται παραπάνω, και υπόκειται στις συνέπειες τις παραβίασης του δεοντολογικού αυτού κώδικα των επαγγελματιών ιατρών[[115]](#footnote-115).

7.3 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[[116]](#footnote-116). 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 ασθενείς δεν θα είναι συνεργάσιμος ή δεν είναι διατεθιμένος 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 στο ασθενή τους λόγους της άρνησής του και να του υποδείξει ονομαστικά άλλους κατάλληλους γιατρούς όπου μπορεί να απευθυνθεί.[[117]](#footnote-117)

Διευκρινίζεται ότι τα παραπάνω δεν αναιρούν την υποχρέωση κάθε ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε επείγοντα περιστατικά. .[[118]](#footnote-118)

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

## Γ. ΕΠΙΤΡΕΠΤΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

### 

### 8. 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[[119]](#footnote-119). 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[[120]](#footnote-120). [[121]](#footnote-121)Επίσης, το γεγονός ότι γίνεται αναφορά σε προγράμματα δωρεάς γεννητικού υλικού επιτρέπει να συναχθεί το συμπέρασμα ότι επιτρεπτή μορφή είναι και η ετερόλογη σπερματέγχυση[[122]](#footnote-122).

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)[[123]](#footnote-123) φαίνεται από το γεγονός ότι διαφημίζεται από πολυάριθμα ιατρικά κέντρα και από κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων[[124]](#footnote-124) τόσο η ομόλογη όσο και η ετερόλογη σπερματέγχυση με σπέρμα δότη[[125]](#footnote-125). Πάντως επισημαίνεται ότι η μέθοδος αυτή έχει ποσοστό επιτυχίας μέχρι 20% αν και είναι κατάλληλη και για γυναίκες άνω των 40 ετών [[126]](#footnote-126), 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[[127]](#footnote-127).

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.

### 9. ΟΜΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Οι κατευθυντήριες οδηγίες ρητώς αναφέρουν ότι αποδεκτή μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι και η in vitro γονιμοποίηση, εφόσον κριθεί ότι καμμία άλλη θεραπευτική μέθοδος δεν θα ήταν αποτελεσματική[[128]](#footnote-128). 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[[129]](#footnote-129). Αυτό φαίνεται και από τη διαφήμιση των υπηρεσιών αυτών από τις ίδιες τις κλινικές[[130]](#footnote-130).

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.

Το σύνολο των προσώπων αναφοράς αποδέχονται τόσο την ομόλογη όσο και την ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση.

### 10. ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Σε συνέχεια των όσων αναφέρθηκαν αμέσως παραπάνω, η ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση πρέπει να θεωρηθεί μέθοδος που 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[[131]](#footnote-131).

Από τα δεδομένα που συνέλεξε η Επιτροπή προκύπτει ότι τέσσερις από τις οκτώ κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσφέρουν υπηρεσίες ομόλογης εξωσωματικής γονιμοποίησης[[132]](#footnote-132). 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[[133]](#footnote-133). Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώνονται και από τα στοιχεία της IFFS 2013[[134]](#footnote-134), όπου πάντως επισημαίνεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση με δωρεά εμβρύου δεν εφαρμόζεται στην πράξη.

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.

Το σύνολο των προσώπων αναφοράς αποδέχονται τόσο την ομόλογη όσο και την ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση.

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

## 11. ΕΠΙΤΡΕΠΤΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΩΑΡΙΩΝ

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες δεν προβλέπεται κάποιος περιορισμός ως προς τον αριθμό των μεταφερόμενων γονιμοποιημένων ωαρίων[[135]](#footnote-135).

Η πρακτική στην Ευρώπη και την Αυστραλία, όπως αναφέρει η Επιτροπή, είναι να μην μεταφέρονται πάνω από δύο γονιμοποιημένα ωάρια στη ενός κύκλου θεραπείας[[136]](#footnote-136).

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. [[137]](#footnote-137)

Τα 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[[138]](#footnote-138). Για το λόγο αυτό η Επιτροπή συνιστά ότι θα πρέπει να τεθεί νομοθετικό πλαίσιο και μια ρυθμιστική αρχή που να επιβλέπει και να καθορίζει τον επιτρεπτό αριθμό ωαρίων που θα γονιμοποιούνται.

Σε ένα μεταγενέστερο τώρα 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[[139]](#footnote-139) 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.[[140]](#footnote-140)

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[[141]](#footnote-141).Πρέπει όμως να λαμβάνεται υπόψη ότι πολλαπλή εγκυμοσύνη οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών[[142]](#footnote-142). 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[[143]](#footnote-143). Σημειώνεται επίσης ότι σε άτομα κάτω των 38 ετών καλό θα ήταν να μην μεταφέρονται πάνω από δύο καλής ποιότητας έμβρυα[[144]](#footnote-144) και σε καμία περίπτωση, ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας, ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβρύων να μην ξεπερνά τα τρία[[145]](#footnote-145).

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[[146]](#footnote-146).

Σύμφωνα με μελέτη που δημοσίευσε το πανεπιστήμιο του Δουβλίνου[[147]](#footnote-147) 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[[148]](#footnote-148). Υπάρχουν και αντίθετες απόψεις πάντως[[149]](#footnote-149)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[[150]](#footnote-150)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[[151]](#footnote-151).

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.

12. ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

12.1 ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Σύμφωνα και με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου, αν και δεν αναφέρεται ρητά, δεν υπάρχει εμπόδιο στην κρυοσυντήρηση σπέρματος και ωαρίων. Δεν γίνεται όμως αναφορά σε γονιμοποιημένα ωάρια. Ωστόσο φαίνεται ότι κάτι τέτοιο εφαρμόζεται στην πράξη[[152]](#footnote-152).

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[[153]](#footnote-153). 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[[154]](#footnote-154).

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[[155]](#footnote-155). 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[[156]](#footnote-156), [[157]](#footnote-157) . 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.[[158]](#footnote-158)

Στην έκθεση του IFFS αναφέρεται ότι στην Ιρλανδία επιτρέπεται η κρυοσυντήρηση τόσο του σπέρματος και των ωαρίων[[159]](#footnote-159) όσο και των γονιμοποιημένων ωαρίων [[160]](#footnote-160). Γίνεται επίσης αναφορά στην κρυοσυντήρηση ορχικού ιστού [[161]](#footnote-161) και ωοθηκικού ιστού [[162]](#footnote-162) 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[[163]](#footnote-163), η IFFS διαπίστωσε ότι το 2010 λειτουργούσαν διαπιστωμένα 7 κλινικές και το 2013 ο αριθμός τους παρέμενε σταθερός[[164]](#footnote-164) .

Περιδιαβαίνοντας κανείς τις ηλεκτρονικές σελίδες διαφόρων κλινικών ι.υ.α διαπιστώνει εύκολα ότι διαφημίζοντια υπηρεσίες κρυοσυντήρησης για σπέρμα, ωάρια και έμβρυα[[165]](#footnote-165). Επίσης το 2012 αναφέρεται ότι αδειοδοτήθηκε μία κλινική να εφαρμόζει νέες τεχνικές κρυοσυντήρησης των εμβρύων που αυξάνουν τις πιθανότητες επίτευξης τεκνογονίας[[166]](#footnote-166). Αναφορές για κρυοσυντήρηση ωοθηκικού ή ορχικού ιστού απουσιάζουν παντελώς.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού λαμβάνει χώρα στην Ιρλανδία σε ένα αδιαμόρφωτο και ασαφές πλαίσιο.

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 (IMB)[[167]](#footnote-167) και επιπλέον ανήκουν και στο πεδίο εποπτείας του Royal College of Physicians of Ireland (RCPI)-Institute of Obstetricians and Gynaecologists[[168]](#footnote-168) λόγω αντικειμένου[[169]](#footnote-169).

12.2 ΧΡΟΝΟΣ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου δεν προκύπτει κάποιος χρονικός περιορισμός.

Από τα στοιχεία που συγκέντρωσε η Επιτροπή προκύπτει ότι κάθε κλινική ακολουθεί δική της πολιτική. 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 κρυοσυστήρηση χωρίς χρονικό περιορισμό και μία τελευταία προσδιορίζει το χρόνο κρυοσυντήρησης με βάση την ηλικία του ασθενούς και συγκεκριμένα, μέχρι αυτός να συμπληρώσει το 55 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 δίνεται 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[[170]](#footnote-170). 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[[171]](#footnote-171). 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[[172]](#footnote-172).

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[[173]](#footnote-173).

### 13. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΜΗ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΜΕΝΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Δεν προκύπτει από κάπου ούτε αναφέρεται ούτε αι 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[[174]](#footnote-174).

### 14. 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[[175]](#footnote-175).

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 η καταστροφή του[[176]](#footnote-176). 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[[177]](#footnote-177). Επίσης η επιλογή να δωρίζονται μη χρησιμοποιημένα γονιμοποιημένα ωάρια, παραλείπεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2009[[178]](#footnote-178). Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απαγορεύεται πλέον η δωρεά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τον τρόπο αυτό, δηλαδή την παράληψη της φράσεις 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[[179]](#footnote-179). Η Επιτροπή πρότεινε πάντως τη θέσπιση ειδικού πλαισίου που να επιτρέπει την δωρεά του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού συμπεριλαμβανομένων των γονιμοποιημένων ωαρίων[[180]](#footnote-180).

Η δεύτερη επιλογή προκαλεί ακόμα μεγαλύτερες δυσχέρειες. Παρόλο που η Επιτροπή αποδέχθηκε τη δυνατότητα να επιτρέπεται η διάθεση πλεονάζοντος γεννητικού υλικού για έρευνα[[181]](#footnote-181), 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 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 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[[182]](#footnote-182) ή κατά την επιθυμία του ζευγαριού καταστροφή μετά από κάποιο κατάλληλο χρονικό διάστημα περίσκεψης[[183]](#footnote-183). 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[[184]](#footnote-184), είναι πιθανό να ανακύψουν ζητήματα σχετικά με τη χρήση ή διάθεσή του τα οποία μέχρι στιγμής δεν έχουν αντιμετωπιστεί και γι’ αυτό δεν είναι γνωστές 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.

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 κρυοσυντηρημένα 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

### 

### 15. ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η προεμφυτευτική διάγνωση δεν απαγορεύεται ρητά επομένως εξ αντιδιαστολής προκύπτει ότι επιτρέπεται στην Ιρλανδία, ωστόσο, σύμφωνα με τα δεδομένα που συνέλλεξε η Επιτροπή η προεμφυτευτική διάγνωση δεν εφαρμόζεται στην Ιρλανδία λόγω κυρίως του συνταγματικού πλαισίου (αρ. 40.3.3) για την προστασία της αγέννητης ζωής που θεωρείται ότι καλύπτει και τα γονιμοποιημένα ωάρια εκτός του σώματος της γυναίκας[[185]](#footnote-185). Στο ίδιο άλλωστε πόρισμα κατέληξε και η έκθεση του IFFS 2013[[186]](#footnote-186).

Υπήρχαν βεβαίως τα τελευταία χρόνια κλινικές που διαφήμιζαν ότι παρέχουν ή ότι προσεχώς θα παρέχουν τέτοια υπηρεσία[[187]](#footnote-187). Όμως, παρά τις αναφορές ότι η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση προσφερόταν- παρεχόταν- επιτρεπόταν στην Ιρλανδία[[188]](#footnote-188), 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)[[189]](#footnote-189). Η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε μετά από άδεια που έδωσε το Irish Medicines Board (IMB)[[190]](#footnote-190), [[191]](#footnote-191). Το ζήτημα απασχολεί έντονα την Ιρλανδία διότι σύμφωνα με δεδομένα που παρουσιάζονται σε δημοσιεύματα[[192]](#footnote-192) 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[[193]](#footnote-193). 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[[194]](#footnote-194). 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[[195]](#footnote-195). 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[[196]](#footnote-196).

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[[197]](#footnote-197).

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 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[[198]](#footnote-198).

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 τοπία 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.

### 16. 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[[199]](#footnote-199), και δεν απαγορεύεται ρητά.

Η Επιτροπή κατέληξε στην υιοθέτηση της θέσης ότι η επιλογή φύλου πρέπει να επιτρέπεται μόνο για τη αποφυγή μετάδοση σοβαρών ασθενειών που συνδέονται με το φύλο και όχι για κοινωνικούς λόγους ή άλλους λόγους (οικογενειακός προγραμματισμός, επιθυμία του ζευγαριού κτλ) [[200]](#footnote-200). Την ίδια θέση έχει λάβει και η IFS[[201]](#footnote-201).

Στα δημοσιεύματα ωστόσο που σχετίζονται με την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, διαφημίζεται ή προωθείται και η δυνατότητα της επιλογής φύλου[[202]](#footnote-202).

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.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν για τη συγκεκριμένη θεματική.

17. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ «ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ» ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Η μέθοδος αυτή, όπως γίνεται κατανοητό αφού δεν απαγορεύεται ρητά, επιτρέπεται όμω προκύπτει ότι δεν χρησιμοποιείται ούτε εφαρμόζεται στην Ιρλανδία[[203]](#footnote-203). 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.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν για τη συγκεκριμένη θεματική.

ΙΙΙ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

1. ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η μέθοδος αυτή δεν προβλέπεται από τη νομοθεσία, δεν απαγορεύεται επομένως, όμως δεν γίνεται αναφορά στις κατευθυντήριες οδηγίες και είναι αξιοσημείωτο ότι δεν περιλαμβάνεται στις προτάσεις κανενός φορέα (Επιτροπή, IFS). Όμως υπάρχουν αναφορές ότι έχει εφαρμοστεί στην πράξη[[204]](#footnote-204).

Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης 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)[[205]](#footnote-205).

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[[206]](#footnote-206). 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.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν για τη συγκεκριμένη θεματική.

## 2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

2.1.Το πλαίσιο για την παρένθετη (υποκατάστατη) μητρότητα

Στις κατευθυντήριες οδηγίες του Ιατρικού Συμβουλίου δεν περιλαμβάνεται πρόβλεψη για τη μέθοδο της παρένθετης μητέρας ούτε αναφέρεται τίποτα σχετικά.

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[[207]](#footnote-207).

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[[208]](#footnote-208) που εξέδωσε στις ειδικές εκδόσεις της, έδωσε στη δημοσιότητα μελέτη με τίτλο «Παρένθετη Μητρότητα, Συγγένεια και Ιθαγένεια: η Ιρλανδία στον ευρύτερο κόσμο» (<http://www.oireachtas.ie/parliament/about/libraryresearchservice/>). 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). [[209]](#footnote-209)

Η Επιτροπή προχώρησε σε μια αντικειμενική, εξαντλητική, θα μπορούσαμε να πούμε, 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[[210]](#footnote-210). Παράλληλα, προτού διατυπώσει τη θέση της, έλαβε υπόψη τα αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης που συνέταξε υποεπιτροπή που συστάθηκε για το λόγο αυτό[[211]](#footnote-211).

Τα βασικότερα επιχειρήματα υπέρ της υιοθέτησης αυτής της μεθόδου ήταν ότι η παρένθετη μητρότητα ως έκφραση αλτρουισμού και ως αντικείμενο συμφωνία μεταξύ αυτόνομων ενηλίκων, δεν 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[[212]](#footnote-212).

Αν και υπήρξαν σοβαρές διαφωνίες[[213]](#footnote-213), η Επιτροπή έλαβε τελικά τη θέση ότι η παρένθετη μητρότητα, τόσο η πλήρης όσο και η μερική χωρίς διάκριση[[214]](#footnote-214), 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.[[215]](#footnote-215)

Ειδικότερα, συζητήθηκε κατ’ αρχάς το ζήτημα της ρύθμισης της παρένθετης μητρότητας. 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[[216]](#footnote-216).

Αναλυτικότερα, η Επιτροπή διατύπωσε τη δική της ειδικότερη πρόταση για τον τρόπο ρύθμισης του αντικειμένου αυτού, 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. 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.[[217]](#footnote-217)

2.1.2 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. [[218]](#footnote-218)

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.[[219]](#footnote-219)

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 είναι 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.[[220]](#footnote-220)

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[[221]](#footnote-221) από την οποία είχαν απαλειφθεί οι προβλέψεις για την παρένθετη μητρότητα. Περιλαμβάνονται μόνο 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 μητέρα». [[222]](#footnote-222)

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.[[223]](#footnote-223)

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.[[224]](#footnote-224)

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»[[225]](#footnote-225).

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[[226]](#footnote-226).

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[[227]](#footnote-227). 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[[228]](#footnote-228).

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 να 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[[229]](#footnote-229).

Εκτός από την έκθεση της Επιτροπής και στο κείμενο των θέσεων-προτάσεων της IFS , έχει συμπεριληφθεί ειδικό κεφάλαιο που αφορά την παρένθετη μητρότητα[[230]](#footnote-230). 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 αποζημίωση ΄ή κάλυψη δαπανών για την παρένθετη μητέρα.

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 αποζημίωση για τις δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκε και οι οποίες συνδέονται άμεσα με την εγκυμοσύνη θα πρέπει να προβλεφθεί[[231]](#footnote-231). Μάλιστα η IFS αναφέρει ειδικότερα ότι η «αποζημίωση» αυτή δέον να καταβάλλεται πριν από την γέννηση του παιδιού.[[232]](#footnote-232)

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.

2.3 Σχέσεις συγγένειας

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.

2.3.1. ενημέρωση του παιδιού σχετικά με τη γέννησή του από παρένθετη μητέρα.

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[[233]](#footnote-233).

2.3.2 ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΡΥΘΜΙΣΗ της συγγένειας

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[[234]](#footnote-234).

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[[235]](#footnote-235). 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. [[236]](#footnote-236)

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[[237]](#footnote-237).

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")[[238]](#footnote-238) 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[[239]](#footnote-239) θέματα που, δεν έχουν τύχει διασάφησης, είτε στο ίδιο το Σύνταγμα είτε από τη νομολογίας 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[[240]](#footnote-240).

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.[[241]](#footnote-241)

2.4. 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[[242]](#footnote-242)) 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[[243]](#footnote-243). 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.[[244]](#footnote-244)

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.[[245]](#footnote-245)

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.[[246]](#footnote-246)

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 ήτο δικαστήριο υποχρεούται να θεωρήσουν πρωταρχικό το συμφέρον του παιδιού, κάτι που σημαίνει το παιδί να θεωρηθεί μέλος μιας συγκεκριμένης έγγαμης οικογένειας.[[247]](#footnote-247) Αυτό συμπεριλαμβάνει επίσης, έλεγχο της οικονομικής σταθερότητας, του εκπαιδευτικού υπόβαθρου και των ψυχολογικών αξιολογήσεων και των δύο πλευρών.[[248]](#footnote-248). 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[[249]](#footnote-249).

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 γ 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 επακόλουθό 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.

## 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.[[250]](#footnote-250)

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[[251]](#footnote-251). Απαγορεύεται επίσης ο οποιοσδήποτε πειραματισμός στα ανθρώπινα έμβρυα[[252]](#footnote-252).

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[[253]](#footnote-253). 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[[254]](#footnote-254), τα επιχειρήματα που συνηγορούν υπέρ της απαγόρευσής της είναι βαρύτερης σημασίας[[255]](#footnote-255). 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[[256]](#footnote-256).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν δύο σημεία που απασχόλησαν τα μέλη της Επιτροπής: Το πρώτο ήταν να 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[[257]](#footnote-257). Το δεύτερο ζήτημα αφορούσε το στάτους του κλωνοποιημένου οργανισμού, δεδομένου ότι δεν γονιμοποιείται, και αν εντάσσεται στην έννοια της αγέννητης ζωής σύμφωνα με το ιρλανδικό Σύνταγμα. Το ερώτημα μένει ανοικτό αν και διαφαίνεται πως τελικά υιοθετείται η θέση πως ανεξάρτητα από τον τρόπο αναπαραγωγής το έμβρυο που δημιουργείται τελικά είναι μορφολογικά και λειτουργικά όμοιο με τα έμβρυα που προκύπτουν από τη γονιμοποίηση με σπέρμα και ωάριο[[258]](#footnote-258). Τα παραπάνω αναφέρθηκαν για να γίνει αντιληπτό 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 χρησιμοποιούνται με αποκλειστικό σκοπό την εγκυμοσύνη και την απόκτηση τέκνων[[259]](#footnote-259) και σε καμία περίπτωση για την έρευνα ή με σκοπό την κλωνοποίηση (αναφέρεται χωρίς διάκριση σε αναπαραγωγική και θεραπευτική)[[260]](#footnote-260). Πρέπει ναπαγορεύεται επιπλέον η δημιουργία εμβρύου με γενετικό υλικό πλέον των δύο ατόμων[[261]](#footnote-261)καθώς και η χρήση για αναπαραγωγικούς σκοπούς εμβρύου που έχει χρησιμοποιηθεί για έρευνα[[262]](#footnote-262).

Γενικότερα, έχουν διατυπωθεί απόψεις ότι η κλωνοποίηση θα πρέπει να απαγορευτεί διά νόμου και να προβλέπονται και ποινικές κυρώσεις που σήμερα απουσιάζουν από τη νομοθεσία[[263]](#footnote-263).

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.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν.

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[[264]](#footnote-264). 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[[265]](#footnote-265). 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[[266]](#footnote-266).

## Α. ΜΟΝΑΧΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

### 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[[267]](#footnote-267), όπως αναλυτικότερα θα αναφερθεί και στη συνέχεια.

Οι υπάρχουσες- λιγοστές ομολογουμένως- κατευθυντήριες οδηγίες δεν συμπεριλαμβάνουν 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[[268]](#footnote-268) και επιπλέον για μοναχικούς ανθρώπους και ομόφυλα ζευγάρια[[269]](#footnote-269). 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[[270]](#footnote-270). 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[[271]](#footnote-271).

Πολύ σημαντικές πληροφορίες περιλαμβάνονται στην έκθεση της Επιτροπής στην οπία 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[[272]](#footnote-272).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[[273]](#footnote-273).

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[[274]](#footnote-274).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην πράξη, οι κλινικές διαφημίζουν την παροχή υπηρεσιών σε μοναχικές γυναίκες[[275]](#footnote-275) ενώ υπάρχουν και αναφορές στον τύπο για την δυνατότητα αυτή[[276]](#footnote-276). 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[[277]](#footnote-277). 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.

1. 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, με τις παρακάτω διαφοροποιήσεις και προσθήκες.

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[[278]](#footnote-278) (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[[279]](#footnote-279). 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. Επομένως, είναι αδύνατο αυτή τη στιγμή να δηλωθεί ένα παιδί μόνο με πατέρα και όχι με μητέρα στην Ιρλανδία. Περαιτέρω, 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 στην πράξη υπάρχουν ανυπέρβλητα προβλήματα τα οποία δεν έχουν επιτρέψει μέχρι στιγμής να εμφανιστεί κάποιο τέτοιο περιστατικό και η πρόσβαση στις μεθόδους την ι.υ.α για τους μοναχικούς άνδρες είναι αποκλεισμένη.

5. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΙΥΑ ΣΕ ΜΟΝΑΧΙΚΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Παρέλκει οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση.

6. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΤΡΕΠΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Παρέλκει οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση.

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 την 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 άλλα 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

7. 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, εφόσον δεν απαγορεύεται ρητώς, 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[[280]](#footnote-280), 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[[281]](#footnote-281).

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[[282]](#footnote-282). Κάποιες άλλες κλινικές επίσης, δημοσιεύουν στοιχεία και ισχυρίζονται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών τους είναι ομόφυλα ζευγάρια[[283]](#footnote-283). 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)[[284]](#footnote-284). 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[[285]](#footnote-285).

Φαίνεται δηλαδή καθαρά ότι το ζήτημα επαφίεται στην πολιτική που διαμορφώνει η κάθε κλινική ελεύθερα[[286]](#footnote-286). Επομένως, ως συμπέρασμα μπορεί να διατυπωθεί ότι η πρόσβαση στην ι.υ.α για τα ομόφυλα ζευγάρια είναι ανοικτή όπως 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.

### 8. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Παρέλκει οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση διότι εφόσον επιτραπεί σε ομόφυλο ζευγάρι η πρόσβαση στην ι.υ.α τότε θα ισχύουν όσα αναφέρθηκαν και στην περίπτωση των έγγαμων ζευγαριών αφού απουσιάζει ειδική νομοθεσία και ξεχωριστό νομικό πλαίσιο.

Δ. ΤΡΑΝΣΕΞΟΥΑΛ

### 

### 9. 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 γέννησε τέκνου από τρανσέξουαλ άτομο το 2008 με χρήση σπέρματος δότη[[287]](#footnote-287), 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.

### 10. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Παρέλκει οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση διότι εφόσον επιτραπεί σε ομόφυλο ζευγάρι η πρόσβαση στην ι.υ.α τότε θα ισχύουν όσα αναφέρθηκαν και στην περίπτωση των υπολοίπων ζευγαριών και των μοναχικών προσώπων αφού απουσιάζει ειδική νομοθεσία και ξεχωριστό νομικό πλαίσιο.

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. 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 αδειοδότηση και 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)[[288]](#footnote-288) και επιπλέον ανήκουν και στο πεδίο εποπτείας του Royal College of Physicians of Ireland (RCPI)-Institute of Obstetricians and Gynaecologists[[289]](#footnote-289) λόγω αντικειμένου.[[290]](#footnote-290)

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[[291]](#footnote-291), ωστόσο το 2010 λειτουργούσαν διαπιστωμένα 7 κλινικές και το 2013 ο αριθμός τους παρέμενε σταθερός[[292]](#footnote-292) σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκθεση του IFFS.

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 χώρος φύλαξης και αποθήκευσης γεννητικού υλικού εφόσον πληρούνται οι όροι ασφάλειας και ποιότητας που τίθενται[[293]](#footnote-293).

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[[294]](#footnote-294).

* 1. 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.

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[[295]](#footnote-295). 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[[296]](#footnote-296).

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)[[297]](#footnote-297) 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 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. [[298]](#footnote-298)

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[[299]](#footnote-299).

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 την 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[[300]](#footnote-300).

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).[[301]](#footnote-301)

Αφού πρώτα παρασχεθεί στους υποψήφιους δωρητές συμβουλευτική ώστε στη συνέχεια να δώσουν την συναίνεσή τους[[302]](#footnote-302), θα πρέπει να λαμβάνεται το ιατρικό ιστορικό, τόσο των ιδίων όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντός τους ώστε να εντοπιστεί πιθανότητα ύπαρξης κληρονομικών γενετικών ασθενειών[[303]](#footnote-303).

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[[304]](#footnote-304). Οι δωρητές, μάλιστα, θα πρέπει εκ των προτέρων να δηλώσουν αν θέλουν να τους γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα των παραπάνω εξετάσεων[[305]](#footnote-305).

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[[306]](#footnote-306).

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[[307]](#footnote-307). Να παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των παιδιών δεν προσδιορίζεται και το ίδιο ισχύει και για τα ηλιακά 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[[308]](#footnote-308), 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. [[309]](#footnote-309)

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[[310]](#footnote-310).

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 του 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[[311]](#footnote-311). Επίσης, προτού χρησιμοποιηθεί το σπέρμα πρέπει να έχει διατηρηθεί κρυοσυντηρημένο για ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μήνων ώστε να υποβληθεί σε εξονυχιστικό επαναληπτικό έλεγχο[[312]](#footnote-312).

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.[[313]](#footnote-313)

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.[[314]](#footnote-314)

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.[[315]](#footnote-315)

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[[316]](#footnote-316).

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[[317]](#footnote-317)) 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 ποια 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.

Δεν υπάρχουν νομολογιακά δεδομένα που να αφορούν τη συγκεκριμένη θεματική.

2.2 ΑΝΩΤΑΤΟΣ ΑΡΙΘΜΌΣ 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[[318]](#footnote-318).

Από την IFS επίσης, προτείνεται 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 [[319]](#footnote-319).

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 μπορεί 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.

Νομολογιακά δεδομένα δεν υπάρχουν ούτε για αυτή τη θεματική.

2.3 ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΔΟΤΗ ΤΟΥ

Καταρχήν φαντάζει ασύμβατο με τη λογική της δωρεάς του γεννητικού υλικού, που υποδηλώνει την πλήρη αποξένωση του δότη από το υλικό του, ένα δικαίωμα ανάκλησης της διάθεσης αυτής. Ωστόσο, επειδή η προσωπική ελευθερία και αυτονομία δεν μπορεί να περιοριστεί βάσει σύβασης, όπως αυτή που υπάρχει μεταξύ του δότη και της τράπεζας γεννητικού υλικού, θεωρείται ότι υπάρχει και μπορεί να ασκηθεί ένα τέτοιο δικαίωμα.

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 περιορισμός 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 χρήση του γεννητικού υλικού για τη γονιμοποίηση του ωαρίου.

Συνεπώς, υποστηρίζεται βάσιμα ότι ο δότης του γεννητικού υλικού έχει τη δυνατότητα να ανακαλέσει την διάθεση αυτή και να ζητήσει την καταστροφή ή πάντως τη μη χρήση του γεννητικού υλικού του μέχρι την στιγμή που κάτι τέτοιο είναι δυνατό, δηλαδή μέχρι το χρονικό σημείο που αυτό θα χρησιμοποιηθεί.

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.

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. CAHR σ. V. [↑](#footnote-ref-2)
3. CAHR σ. 5. [↑](#footnote-ref-3)
4. CAHR σ. 20. [↑](#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.<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>

    [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://www.hpra.ie/homepage/about-us> [↑](#footnote-ref-11)
12. <http://www.rcpi.ie/> [↑](#footnote-ref-12)
13. CAHR σ. 25. [↑](#footnote-ref-13)
14. Οι προτάσεις της IFS θα παραπέμπονται στο εξής με τη συντομογραφία «CONSENSUS». [↑](#footnote-ref-14)
15. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έκθεση του IFFS 2013 αναφέρει ότι το ζήτημα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη 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-15)
16. <http://www.catholicbishops.ie/bioethics/> [↑](#footnote-ref-16)
17. Βλ. ενδεικτικά τα παρακάτω άρθρα (δειγματοληπτική επιλογή):  
     1.<http://www.catholicbishops.ie/2010/06/22/linacre-centre-for-healthcare-ethics-conference-on-fertility-infertility-and-gender/> ,  
    2.<http://www.catholicbishops.ie/2008/02/07/assisted-human-reproduction/>   
    3.<http://www.catholicbishops.ie/2007/10/07/day-for-life-2007/> ,   
    4.<http://www.catholicbishops.ie/2007/10/05/theme-day-life-pastoral-letter-blessed-fruit-womb/> ,   
    5.<http://www.catholicbishops.ie/2006/12/07/towards-a-creative-response-to-infertility/> ,

    6.<http://www.fertilitycare.net/documents/AssistedHumanReproductionFactsandEthicalIssues.pdf> ,   
    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-17)
18. 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-18)
19. <http://www.bionews.org.uk/page_112681.asp> [↑](#footnote-ref-19)
20. 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-20)
21. Βλ. αναφορές και εγκωμιαστικά σχόλια για την πρωτοβουλία που επιτέλους θα έλυνε το πρόβλημα της έλλειψης νομοθέτησης στο επιστημονικό τύπο, <http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp> , <http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp> , [↑](#footnote-ref-21)
22. 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-22)
23. <http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp>, <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland> [↑](#footnote-ref-23)
24. 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-24)
25. <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland> και <http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp> και <http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp> και <http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp> [↑](#footnote-ref-25)
26. 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-26)
27. Βλ.<http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PR14000257>, <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746> , <http://www.irishexaminer.com/ireland/anonymous-sperm-donation-is-to-be-banned-288663.html> [↑](#footnote-ref-27)
28. Βλ.<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp> και <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>****,**** <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746> [↑](#footnote-ref-28)
29. Βλ.<http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp> , <http://www.irishtimes.com/news/crime-and-law/government-drops-surrogacy-plans-from-family-law-overhaul-1.1941746> [↑](#footnote-ref-29)
30. <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/46684/1/1740.pdf> ή <http://www.dohc.ie/publications/pdf/cahr.pdf?direct=1> [↑](#footnote-ref-30)
31. Στο εξής η αναφορά στην συγκεκριμένη επιτροπή θα γίνεται με τον όρο «Επιτροπή», ενώ για τις υποσημειώσεις θα χρησιμοποιείται η συντομογραφία «CAHR». [↑](#footnote-ref-31)
32. CAHR σ. Χ. [↑](#footnote-ref-32)
33. CAHR σ. 78-79. [↑](#footnote-ref-33)
34. Σημειώνεται ότι η παρούσα έρευνα βασίζεται στα δεδομένα της έκθεσης του IFFS το έτος 2013 και σε αυτή αναφέρονται όλες οι παραπομπές. [↑](#footnote-ref-34)
35. CAHR σ. 4. [↑](#footnote-ref-35)
36. CAHR σ. ΧΙΙ. [↑](#footnote-ref-36)
37. CAHR σ. ΧΙΙ και σ. 29 [↑](#footnote-ref-37)
38. CAHR σ. V. [↑](#footnote-ref-38)
39. <https://www.hpra.ie/homepage/about-us> [↑](#footnote-ref-39)
40. Βλ. προϋποθέσεις και φόρμα αίτησης <https://www.hpra.ie/homepage/site-tools/search?query=IVF> . [↑](#footnote-ref-40)
41. CAHR σ. 27. [↑](#footnote-ref-41)
42. Σήμερα οι κλινικές που παρέχουν υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αδειοδοτούνται όπως και όλες οι ιατρικές κλινικές από το RCPI. Ωστόσο η αδειοδότηση αυτή δεν αποτελεί διαδικασία που περιλαμβάνει κανόνες που ορίζουν ειδικές προϋποθέσεις, όρους και προβλεπόμενους ελέγχους ειδικά για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Πρόκειται για τυπική παροχή άδειας λειτουργίας. [↑](#footnote-ref-42)
43. CAHR σ. 9. [↑](#footnote-ref-43)
44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-44)
45. CONSENSUS σ. 7 [↑](#footnote-ref-45)
46. <https://www.hpra.ie/homepage/about-us> [↑](#footnote-ref-46)
47. 1η Έκδοση 1979 μετά την έναρξη της λειτουργίας του Medical Council σύμφωνα με την Medical Practitioners Act 1978, μη διαθέσιμη ηλεκτρονικά.

    2η Έκδοση 1984 <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1984.pdf>

    3η ‘Εκδοση 1989 <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1989.pdf>

    4η έκδοση 1994 <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1994.pdf>

    5η έκδοση 1998, <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical-Guide-1998.pdf>   
    6η έκδοση 2004 <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf>

    7η έκδοση 2009 <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-47)
48. Βλ. ειδικότερα σχόλια και κριτική σε <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-48)
49. CAHR σ.32 [↑](#footnote-ref-49)
50. CAHR σ. 26. [↑](#footnote-ref-50)
51. CAHR σ. 26. [↑](#footnote-ref-51)
52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> σ. 3 [↑](#footnote-ref-52)
53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-53)
54. 6η έκδοση 2004 <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf> και <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-54)
55. 7η έκδοση 2009 <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 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-55)
56. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-56)
57. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-57)
58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/>, και 7η έκδοση 2009 <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-58)
59. M.C Guidelines σ. 20, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-59)
60. 6η έκδοση 2004 <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Professional-Conduct-Ethics/Ethical%20Guide%202004.pdf> και <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-60)
61. 7η έκδοση 2009 <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 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-61)
62. CAHR σ. Χ. [↑](#footnote-ref-62)
63. CONSENSUS σ. 6 [↑](#footnote-ref-63)
64. Consensus σ. 6 [↑](#footnote-ref-64)
65. Consensus σ. 6 [↑](#footnote-ref-65)
66. 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) [↑](#footnote-ref-66)
67. Consensus σ. 6 [↑](#footnote-ref-67)
68. M.C Guidelines σ. 40. [↑](#footnote-ref-68)
69. <http://www.irishstatutebook.ie/2000/en/act/pub/0008/> [↑](#footnote-ref-69)
70. CAHR σ.26. [↑](#footnote-ref-70)
71. Consensus σ. 5 [↑](#footnote-ref-71)
72. M.C Guidelines σ. 14. [↑](#footnote-ref-72)
73. Consensus σ. 5 και 17. [↑](#footnote-ref-73)
74. Consensus σ. 5 [↑](#footnote-ref-74)
75. <http://www.bionews.org.uk/page_13136.asp> , <http://www.independent.ie/irish-news/ivf-death-was-preventable-according-to-hse-report-26307110.html> , <http://www.breakingnews.ie/ireland/doctors-blamed-for-womans-death-amid-ivf-treatment-320489.html> [↑](#footnote-ref-75)
76. <http://www.bionews.org.uk/page_13136.asp>, <http://www.independent.ie/irish-news/ivf-death-was-preventable-according-to-hse-report-26307110.html> , <http://www.breakingnews.ie/ireland/doctors-blamed-for-womans-death-amid-ivf-treatment-320489.html> [↑](#footnote-ref-76)
77. <http://www.independent.ie/irish-news/ivf-death-was-preventable-according-to-hse-report-26307110.html> , <http://www.irishexaminer.com/ireland/health/hospitals-given-guidelines-after-womans-death-during-ivf-65693.html> [↑](#footnote-ref-77)
78. <http://www.bionews.org.uk/page_13136.asp> [↑](#footnote-ref-78)
79. M.C Guidelines σ. 34. [↑](#footnote-ref-79)
80. M.C Guidelines σ. 35-7 [↑](#footnote-ref-80)
81. [http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/  
    60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/8c637ab92ec21c668025768d003d077b?  
    OpenDocument](http://www.supremecourt.ie/Judgments.nsf/60f9f366f10958d1802572ba003d3f45/8c637ab92ec21c668025768d003d077b?OpenDocument) [↑](#footnote-ref-81)
82. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-82)
83. <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-83)
84. Consensus σ. 9 [↑](#footnote-ref-84)
85. Consensus σ. 10. [↑](#footnote-ref-85)
86. CAHR σ. Χ, σ. 19. [↑](#footnote-ref-86)
87. IFFS σ. 31. [↑](#footnote-ref-87)
88. Consensus σ. 5 [↑](#footnote-ref-88)
89. Βλ. και <http://www.irishexaminer.com/ireland/either-partner-should-be-allowed-to-reverse-decision-on-ivf-says-fertility-society-8721.html> [↑](#footnote-ref-89)
90. Consensus σ. 9 [↑](#footnote-ref-90)
91. CAHR σ. 19. [↑](#footnote-ref-91)
92. IFFS σ. 31. [↑](#footnote-ref-92)
93. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-93)
94. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-94)
95. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-95)
96. M.C Guidelines σ. 34. [↑](#footnote-ref-96)
97. <http://www.irishexaminer.com/ireland/either-partner-should-be-allowed-to-reverse-decision-on-ivf-says-fertility-society-8721.html> [↑](#footnote-ref-97)
98. <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-98)
99. M.C Guidelines σ. 34 επ., και <https://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Good-Medical-Practice-in-Seeking-Informed-Consent-to-Treatment-pdf.pdf> [↑](#footnote-ref-99)
100. M.C Guidelines σ. 20 και 34. [↑](#footnote-ref-100)
101. 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-101)
102. M.C Guidelines σ.36. [↑](#footnote-ref-102)
103. M.C Guidelines σ.36. [↑](#footnote-ref-103)
104. M.C Guidelines σ. 37 [↑](#footnote-ref-104)
105. M.C Guidelines σ.60-61 [↑](#footnote-ref-105)
106. M.C Guidelines σ. 40. [↑](#footnote-ref-106)
107. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-107)
108. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-108)
109. CAHR σ. 18. [↑](#footnote-ref-109)
110. CAHR σ. ΧΙΙ. [↑](#footnote-ref-110)
111. <http://nisig.com/> [↑](#footnote-ref-111)
112. CAHR σ. 24. [↑](#footnote-ref-112)
113. Consensus σ. 5, Consensus σ. 8 [↑](#footnote-ref-113)
114. Consensus σ. 8. [↑](#footnote-ref-114)
115. <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-115)
116. M.C Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-116)
117. M.C Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-117)
118. M.C Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-118)
119. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-119)
120. CAHR σ. 7 [↑](#footnote-ref-120)
121. <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-121)
122. M.C. Guidelines σ. 20, IFFS σ. 64-65, CAHR σ. 20 [↑](#footnote-ref-122)
123. Πάντως ούτε αυτή η μέθοδος φαίνεται να γίνεται αποδεκτή από την Καθολική Εκκλησία βλ . <http://www.fertilitycare.net/documents/AssistedHumanReproductionFactsandEthicalIssues.pdf> σ. 19 επ. [↑](#footnote-ref-123)
124. <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-124)
125. <http://www.hse.ie/eng/health/az/I/Intrauterine-insemination/> , <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-125)
126. <http://hari.ie/treatments/intrauterine-insemination> [↑](#footnote-ref-126)
127. CAHR σ.22 [↑](#footnote-ref-127)
128. M.C. Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-128)
129. CAHR σ. 20. [↑](#footnote-ref-129)
130. 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-130)
131. M.C. Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-131)
132. CAHR σ. 20. [↑](#footnote-ref-132)
133. 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-133)
134. IFFS σ. 64-65. [↑](#footnote-ref-134)
135. IFFS 2013, σ. 38. [↑](#footnote-ref-135)
136. CAHR σ. ΧΙ. [↑](#footnote-ref-136)
137. CAHR σ. 15. [↑](#footnote-ref-137)
138. Βλ. σχετικά <http://humanrights.ie/constitution-of-ireland/pre-implantation-embryos-and-the-irish-constitution/> [↑](#footnote-ref-138)
139. M.C Guidelines σ. 21. [↑](#footnote-ref-139)
140. CAHR σ. 15 [↑](#footnote-ref-140)
141. Consensus σ. 11 [↑](#footnote-ref-141)
142. Consensus σ. 11 [↑](#footnote-ref-142)
143. Consensus σ. 11, <http://www.merrionfertility.ie/record-success-rates-/eset-elective-single-embryo-transfer.226.html> [↑](#footnote-ref-143)
144. Consensus σ. 11. [↑](#footnote-ref-144)
145. Consensus σ. 11. [↑](#footnote-ref-145)
146. Consensus σ. 11 [↑](#footnote-ref-146)
147. <http://www.ucd.ie/news/2012/03MAR12/010312-New-test-can-better-predict-successful-IVF-embryos-scientists-say.html> [↑](#footnote-ref-147)
148. <http://www.ucd.ie/news/2012/03MAR12/010312-New-test-can-better-predict-successful-IVF-embryos-scientists-say.html> [↑](#footnote-ref-148)
149. <http://www.irishexaminer.com/ireland/health/2-embryos-better-than-one-for-ivf-success-180041.html> [↑](#footnote-ref-149)
150. <http://nisig.com/about-infertility/treatments-part-2/> , [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](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" \l "v=onepage&q=recommended%20limit%20for%20number%20of%20embryo%20transfer%20in%20ivf%20ireland&f=false) [↑](#footnote-ref-150)
151. <http://www.rte.ie/tv/theafternoonshow/2009/0309/ivftreatment724.html> [↑](#footnote-ref-151)
152. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-152)
153. CAHR σ. 8. [↑](#footnote-ref-153)
154. CAHR σ. 8. [↑](#footnote-ref-154)
155. CAHR βλ πίνακα σ. 23. [↑](#footnote-ref-155)
156. Consensus σ. 12 [↑](#footnote-ref-156)
157. Consensus σ. 12 [↑](#footnote-ref-157)
158. Consensus σ. 12. [↑](#footnote-ref-158)
159. IFFS 2013, σ. 43. [↑](#footnote-ref-159)
160. IFFS 2013, σ. 47. [↑](#footnote-ref-160)
161. IFFS 2013, σ. 47. [↑](#footnote-ref-161)
162. IFFS 2013, σ. 47. [↑](#footnote-ref-162)
163. CAHR σ. 22. [↑](#footnote-ref-163)
164. IFFS 2013, σ. 13. [↑](#footnote-ref-164)
165. 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-165)
166. <http://www.irishexaminer.com/ireland/embryo-freezing-licence-is-granted-179685.html> [↑](#footnote-ref-166)
167. <http://www.imb.ie/EN/Blood-Tissues--Cells/Blood--Tissue-Establishments> [↑](#footnote-ref-167)
168. <https://www.rcpi.ie/landing.php?locID=1.5.71> [↑](#footnote-ref-168)
169. CAHR σ. 23 και 70. [↑](#footnote-ref-169)
170. Consensus σ. 12. [↑](#footnote-ref-170)
171. Consensus σ. 12. [↑](#footnote-ref-171)
172. IFFS 2013, σ. 43. [↑](#footnote-ref-172)
173. CAHR σ. 23. [↑](#footnote-ref-173)
174. CAHR σ. 17. [↑](#footnote-ref-174)
175. CAHR σ. 17. [↑](#footnote-ref-175)
176. CAHR σ. 16. [↑](#footnote-ref-176)
177. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-177)
178. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141788/> [↑](#footnote-ref-178)
179. CAHR σ. 16. [↑](#footnote-ref-179)
180. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-180)
181. CAHR σ. 58. [↑](#footnote-ref-181)
182. Consensus σ. 23. [↑](#footnote-ref-182)
183. Consensus σ. 13 [↑](#footnote-ref-183)
184. CAHR σ. ΧΙΙ και 12. [↑](#footnote-ref-184)
185. CAHR σ. 66. [↑](#footnote-ref-185)
186. IFFS 2013, σ. 107. [↑](#footnote-ref-186)
187. 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> , <http://www.herald.ie/lifestyle/clinics-begin-health-tests-for-embryos-28906192.html> , <https://www.genderselectionauthority.com/preimplantation-genetic-pregnancy-ireland> [↑](#footnote-ref-187)
188. <http://www.bionews.org.uk/page_221362.asp> , <http://www.independent.ie/irish-news/clinics-to-begin-tests-for-genetic-disorders-in-embryos-28894223.html> , <http://www.irishhealth.com/article.html?id=21282> , βλ. όμως και <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-188)
189. <http://www.irishtimes.com/news/health/birth-of-first-baby-screened-for-cystic-fibrosis-a-milestone-1.1857015> , <http://www.irishexaminer.com/ireland/clinic-to-screen-embryos-for-cystic-fibrosis-234906.html> και <http://www.independent.ie/irish-news/health/healthy-baby-bridget-makes-irish-medical-history-30408246.html> και <http://www.independent.ie/irish-news/first-gene-screened-irish-baby-due-in-july-29723997.html> [↑](#footnote-ref-189)
190. <https://www.hpra.ie/> [↑](#footnote-ref-190)
191. <http://www.independent.ie/irish-news/first-gene-screened-irish-baby-due-in-july-29723997.html> , <http://www.irishexaminer.com/ireland/clinic-to-screen-embryos-for-cystic-fibrosis-234906.html> [↑](#footnote-ref-191)
192. <http://www.bionews.org.uk/page_221362.asp> [↑](#footnote-ref-192)
193. CAHR σ. ΧΙV, 64. [↑](#footnote-ref-193)
194. CAHR σ. 65 [↑](#footnote-ref-194)
195. CAHR σ. 66 [↑](#footnote-ref-195)
196. CAHR σ. 66. [↑](#footnote-ref-196)
197. CONSENSUS σ. 15 [↑](#footnote-ref-197)
198. <http://www.irishstatutebook.ie/2007/en/act/pub/0025/> [↑](#footnote-ref-198)
199. IFFS 2013, σ. 142. [↑](#footnote-ref-199)
200. CAHR σ. ΧΙΙΙ, 63. [↑](#footnote-ref-200)
201. Consensus σ. 15. [↑](#footnote-ref-201)
202. 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> , <http://www.herald.ie/lifestyle/clinics-begin-health-tests-for-embryos-28906192.html> , <https://www.genderselectionauthority.com/preimplantation-genetic-pregnancy-ireland> , <http://www.rte.ie/tv/theafternoonshow/2010/0303/jeffsteinbergirishcouplesusinggenderselection876.html> [↑](#footnote-ref-202)
203. IFFS σ. 127 [↑](#footnote-ref-203)
204. IFFS 2013, σ. 56. [↑](#footnote-ref-204)
205. CAHR σ.12. [↑](#footnote-ref-205)
206. Consensus σ. 12 [↑](#footnote-ref-206)
207. IFFS 2013 σ. 111. [↑](#footnote-ref-207)
208. <http://www.oireachtas.ie/parliament/media/housesoftheoireachtas/libraryresearch/spotlights/spotSurrogac.pdf> [↑](#footnote-ref-208)
209. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-209)
210. CAHR σ. 48. [↑](#footnote-ref-210)
211. Βλ. Αναλυτικά CAHR σ. 88-89 και 145-151. [↑](#footnote-ref-211)
212. CAHR σ. 48-49. [↑](#footnote-ref-212)
213. 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-213)
214. Βλ. επιπλέον και Consensus σ. 15. [↑](#footnote-ref-214)
215. CAHR σ. ΧΙΙΙ. [↑](#footnote-ref-215)
216. CAHR σ. 49. [↑](#footnote-ref-216)
217. CAHR σ. 54. [↑](#footnote-ref-217)
218. 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> , Antony Blackburn-Starza , Fiona Duffy, <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland> [↑](#footnote-ref-218)
219. Antony Blackburn-Starza , Fiona Duffy, <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland> [↑](#footnote-ref-219)
220. ## Το πλήρες κείμενο του νομοσχεδίου εδώ: <http://www.justice.ie/en/JELR/Pages/PB14000026> Antony Blackburn-Starza , Fiona Duffy, <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>

     [↑](#footnote-ref-220)
221. 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-221)
222. <http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp> , <http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp> . [↑](#footnote-ref-222)
223. <http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp> ****,**** <http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp> [↑](#footnote-ref-223)
224. <http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp> ****,**** <http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp> [↑](#footnote-ref-224)
225. [Antony Blackburn-Starza](http://www.bionews.org.uk/page_2027.asp), [Fiona Duffy](http://www.bionews.org.uk/page_131782.asp), <http://www.bionews.org.uk/page_458952.asp> ****και**** <http://www.bionews.org.uk/page_455717.asp?hlight=ireland>, <http://www.bionews.org.uk/page_394794.asp> ****,**** <http://www.bionews.org.uk/page_265258.asp> ****,**** <http://www.bionews.org.uk/page_393342.asp> , <http://www.bionews.org.uk/page_395270.asp>. [↑](#footnote-ref-225)
226. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-226)
227. CAHR σ. 50. [↑](#footnote-ref-227)
228. CAHR σ. 52. [↑](#footnote-ref-228)
229. CAHR σ. 50. [↑](#footnote-ref-229)
230. Consensus σ. 15. [↑](#footnote-ref-230)
231. CAHR σ. 52 [↑](#footnote-ref-231)
232. Consensus σ. 15. [↑](#footnote-ref-232)
233. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-233)
234. CAHR σ. 51 [↑](#footnote-ref-234)
235. CAHR σ. 53. [↑](#footnote-ref-235)
236. CAHR σ. 52. [↑](#footnote-ref-236)
237. CAHR σ. 52. [↑](#footnote-ref-237)
238. Αρ. 41 παρ. 1 του Ιρλανδικού Συντάγματος. [↑](#footnote-ref-238)
239. CAHR σ. 53. [↑](#footnote-ref-239)
240. CAHR σ. 53. [↑](#footnote-ref-240)
241. Consensus σ. 16. [↑](#footnote-ref-241)
242. CAHR σ. 52 [↑](#footnote-ref-242)
243. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-243)
244. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-244)
245. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-245)
246. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-246)
247. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-247)
248. CAHR σ. 51. [↑](#footnote-ref-248)
249. CAHR σ.53 [↑](#footnote-ref-249)
250. M.C Guidelines σ. 20. [↑](#footnote-ref-250)
251. IFFS 2013, σ. 127 και 132. [↑](#footnote-ref-251)
252. IFFS 2013, σ. 122. [↑](#footnote-ref-252)
253. CAHR σ. ΧΙΙΙ, 58-62. [↑](#footnote-ref-253)
254. CAHR σ. 60. [↑](#footnote-ref-254)
255. CAHR σ. 60. [↑](#footnote-ref-255)
256. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-256)
257. CAHR σ. 61. [↑](#footnote-ref-257)
258. CAHR σ. 62. [↑](#footnote-ref-258)
259. Consensus σ. 11. [↑](#footnote-ref-259)
260. Consensus σ. 15 [↑](#footnote-ref-260)
261. Consensus σ. 15 [↑](#footnote-ref-261)
262. Consensus σ. 23 [↑](#footnote-ref-262)
263. <http://www.breakingnews.ie/ireland/expert-says-human-cloning-is-possible-in-ireland-82212.html> [↑](#footnote-ref-263)
264. CAHR σ. 25 και 135. [↑](#footnote-ref-264)
265. M.C. Guidelines σ. 16. [↑](#footnote-ref-265)
266. IFFS σ. 31-32 [↑](#footnote-ref-266)
267. CAHR σ. 25-26 και 106. [↑](#footnote-ref-267)
268. CAHR σ. 25-26. [↑](#footnote-ref-268)
269. CAHR σ. 32 [↑](#footnote-ref-269)
270. CAHR σ. XVI- 17. [↑](#footnote-ref-270)
271. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-271)
272. CAHR σ. 32. [↑](#footnote-ref-272)
273. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-273)
274. CAHR σ. 42. [↑](#footnote-ref-274)
275. <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-275)
276. <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-276)
277. <http://www.irishexaminer.com/ireland/single-women-seeking-fertility-treatment-rises-278161.html> [↑](#footnote-ref-277)
278. CAHR σ. 42. [↑](#footnote-ref-278)
279. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-279)
280. CAHR σ32 [↑](#footnote-ref-280)
281. <http://www.hse.ie/portal/eng/health/az/I/IVF/> [↑](#footnote-ref-281)
282. <http://www.medicalindependent.ie/319/ahr_in_ireland_still_out_on_a_limb> , <http://repromed.ie/fertility-services-and-treatments/> [↑](#footnote-ref-282)
283. <http://www.irishexaminer.com/lifestyle/healthandlife/yourhealth/want-a-baby-but-no-sign-of-mr-right-fear-not--237240.html> [↑](#footnote-ref-283)
284. <http://www.independent.ie/irish-news/health/baby-on-board-irish-fertility-tourists-look-for-help-abroad-30479424.html> [↑](#footnote-ref-284)
285. CAHR σ. 33. [↑](#footnote-ref-285)
286. <http://www.lgbt.ie/information.aspx?contentid=242> [↑](#footnote-ref-286)
287. <http://www.ionainstitute.ie/pdfs/Making_Babies__Full-length_version.pdf> [↑](#footnote-ref-287)
288. <http://www.imb.ie/EN/Blood-Tissues--Cells/Blood--Tissue-Establishments> [↑](#footnote-ref-288)
289. <https://www.rcpi.ie/landing.php?locID=1.5.71> [↑](#footnote-ref-289)
290. CAHR σ. 23 και 70. [↑](#footnote-ref-290)
291. CAHR σ. 22. [↑](#footnote-ref-291)
292. IFFS 2013, σ. 13. [↑](#footnote-ref-292)
293. CAHR σ.23. [↑](#footnote-ref-293)
294. Consensus σ. 17. [↑](#footnote-ref-294)
295. Consensus σ. 12. [↑](#footnote-ref-295)
296. Consensus σ. 12. [↑](#footnote-ref-296)
297. <https://www.hpra.ie/> [↑](#footnote-ref-297)
298. M.C Guidelines σ. 20 [↑](#footnote-ref-298)
299. IFFS 2013, σ. 64. [↑](#footnote-ref-299)
300. CAHR σ. 46. [↑](#footnote-ref-300)
301. CAHR σ. ΧΙΙΙ και σ. 45. [↑](#footnote-ref-301)
302. CAHR σ. 45 [↑](#footnote-ref-302)
303. CAHR σ. 45 [↑](#footnote-ref-303)
304. CAHR σ. 45 [↑](#footnote-ref-304)
305. CAHR σ. 45 [↑](#footnote-ref-305)
306. CAHR σ. 45 [↑](#footnote-ref-306)
307. CAHR σ. 45 [↑](#footnote-ref-307)
308. CAHR σ. ΧΙΙΙ και σ. 46. [↑](#footnote-ref-308)
309. CAHR σ. ΧΙΙΙ και 48. [↑](#footnote-ref-309)
310. CAHR σ. 46 [↑](#footnote-ref-310)
311. CONSENSUS σ. 14 [↑](#footnote-ref-311)
312. CONSENSUS σ. 14 [↑](#footnote-ref-312)
313. CONSENSUS σ. 14 [↑](#footnote-ref-313)
314. CONSENSUS σ. 14 [↑](#footnote-ref-314)
315. 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-315)
316. Βλ. ενδεικτικά <http://www.sims.ie/donor-programmes/using-donor-sperm.685.html#link2> [↑](#footnote-ref-316)
317. <http://www.embryologist.ie/index.html> [↑](#footnote-ref-317)
318. CAHR σ. 45. [↑](#footnote-ref-318)
319. CONSENSUS σ. 14 [↑](#footnote-ref-319)