

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**« Το Νέο Νομικό Θεσμικό Πλαίσιο Περί Τεχνητής
Γονιμοποίησης Στην Ελλάδα. »**

Εισηγητής: κ. Κ. Τσουντας

Σπουδάστρια: Καραπάνου Χριστίνα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....1

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....3-5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

1. Λόγοι που οδηγούν στην τεχνητή γονιμοποίηση.....6
2. Η υπογονιμότητα σήμερα. Πόσο συχνή είναι και που οφείλεται.....7
 - 2.1. Ο γυναικείος παράγοντας.....9
 - 2.1.1 Αιτιολογία και διάγνωση της γυναικείας υπογονιμότητας.....9
 - 2.2. Ο ανδρικός παράγοντας.....11
 - 2.2.1 Αιτιολογία και διάγνωση της ανδρικής υπογονιμότητας.....11
3. Η ανεπιθύμητη ατεκνία αποτελεί κρίση μέγιστου βαθμού.....12
 - 3.1. Η ιατρική υποστήριξη των άγονων ζευγαριών.....13
 - 3.2. Η αρχή αντιμετώπισης του προβλήματος.....14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΜΟΣ 3305. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

1. Νομοθετικές και νομολογιακές εξελίξεις στην Ελλάδα.....16
 - 1.1. Περιεχόμενο και φορείς του δικαιώματος αναπαραγωγής.....18
 - 1.2. Νομοθετικές ρυθμίσεις σε διεθνές επίπεδο.....19
2. Γενικές αρχές για τις τεχνικές και τις εφαρμογές της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....21
 - 2.1. Προϋποθέσεις τεχνητής γονιμοποίησης.....23
 - 2.2. Φάρμακα που χορηγούνται κατά την διάρκεια της τεχνητής γονιμοποίησης.....27
3. Μέθοδοι και συναφείς τεχνικές Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....31
 - 3.1. Εργαστηριακές διαδικασίες εξωσωματικής γονιμοποίησης.....41
4. Αποτέλεσμα-εγκυμοσύνη.....50
 - 4.1. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....51
 - 4.2. Ποσοστά επιτυχίας και το κόστος για μια προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης.....52
 - 4.2.1. Πιθανότητες σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.....53
 - 4.2.2. Τα ποσοστά επιτυχίας της σπερματέγχυσης.....55
 - 4.2.3. Νέα μέθοδος αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας.....56
 - 4.3. Το κόστος που έχει μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.....57

5. Ενημέρωση και συναινέσεις των ενδιαφερόμενων σε θέματα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	57
5.1. Συμβουλευτική και υποστηρικτική ψυχολογία.....	58
5.2. Η ηθική της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	59
6. Η εξωσωματική γονιμοποίηση σε Ελλάδα και υπόλοιπη Ευρώπη.....	60
6.1. Κέντρα και Υπηρεσίες που παρέχουν την δυνατότητα τεχνητής γονιμοποίησης στην Ελλάδα.....	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΜΙΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ.

1. Διάθεση γεννητικού υλικού χωρίς αντάλλαγμα και έρευνα για την χρησιμότητα του.....	64
1.1. Αριθμός μεταφερόμενων και γονιμοποιημένων ωαρίων.....	67
1.2. Δωρεά ωαρίων, σπέρματος ή εμβρύων.....	68
1.3. Προϋποθέσεις για τους δότες γεννητικού υλικού.....	69
1.4. Προϋποθέσεις για τη θεμιτή διακίνηση γεννητικού υλικού.....	71
1.5. Ειδικοί περιορισμοί γεννητικού υλικού.....	72
2. Κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού.....	73
2.1. Λόγοι που καθιστούν δύσκολη την κατάψυξη ωαρίων.....	75
2.2. Κατάψυξη και κρυοσυντήρηση εμβρύων.....	75
2.3. Πότε χρησιμοποιείται νωπό και πότε κατεψυγμένο σπέρμα.....	76
3. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση.....	77
3.1. Γενετικός έλεγχος.....	77
3.2. Γενετικές ανωμαλίες.....	79
3.3. Νέα μέθοδος Προγεννητικής διάγνωσης στην εξωσωματική γονιμοποίηση.....	82
4. Παρένθετη μητρότητα και μεταθανάτια γονιμοποίηση.....	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΟΝΑΔΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΠΟΙΝΙΚΕΣ, ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΚΥΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

1. Ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής....	87
2. Ίδρυση και λειτουργία των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης.....	88
3. Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	90
3.1. Ασυμβίβαστα μέλων της Αρχής.....	94
3.2. Υποχρεώσεις και δικαιώματα μελών της Αρχής.....	95
3.3. Ποιος ο ρόλος της Γραμματείας της Αρχής.....	96
4. Τελικές διατάξεις που ισχύουν τόσο για την Αρχή όσο και για τις Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και τις Τράπεζες Κρυοσυντήρησης.....	97
5. Θέσπιση ποινικών κυρώσεων για τους παραβάτες του ισχύοντος νόμου αλλά και του νόμου 3089/2002.....	99
6. Διοικητικές κυρώσεις για παραβάσεις των ρυθμίσεων και των δυο νόμων.....	101
7. Ασφαλιστικές διατάξεις της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	103
7.1. Ασφαλιστική κάλυψη από το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α.). Μια νέα πραγματικότητα.....	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

1. Η αντίδραση της εκκλησίας.....	108
1.1. Βασικές θεολογικές θέσεις.....	109
1.2. Η ιερότητα της ανθρώπινης αρχής.....	111
1.3. Ηθικά δικαιώματα του εμβρύου.....	111
1.4. Προβλήματα εξωσωματικής γονιμοποίησης κατά τους κύκλους της εκκλησίας.....	112
1.5. Πνευματική θεώρηση.....	115
1.6. Η αντιπρόταση της εκκλησίας.....	115
2. Αλλαγές στο νομοσχέδιο ύστερα από παρέμβαση της εκκλησίας.....	116
3. Η υγεία των παιδιών που γεννιούνται με μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	117
4. Κίνδυνοι και επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν σε μια προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης.....	118
4.1. Ένα μικρό τεχνικό πρόβλημα υπεύθυνο για αποτυχία της τεχνητής γονιμοποίησης.....	120
4.2. Προβληματισμός για την δημιουργία καρκίνου μετά από προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.....	121
5. Αβάσιμοι οι φόβοι για την τεχνητή γονιμοποίηση και την μικρογονιμοποίηση.....	122
5.1. Υγιή τα παιδιά που γεννιούνται με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....	124

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	125
--------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ο νόμος 3305/2005: «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.»
2. Ο νόμος 3089/2002: «Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.»
3. Η Εισηγητική Έκθεση του νόμου (στο Σχέδιο του Νόμου) 3305/2005.
4. Η Εισηγητική Έκθεση του νόμου (στο Σχέδιο του Νόμου) 3089/2002.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Σ.Γ.-IVF.: Εξωσωματική Γονιμοποίηση.

Ι.Υ.Τ.: Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Τεκνοποίηση.

Τ.Σ.: Τεχνητή Σπερματέγχυση.

Μ.Ι.Υ.Α.: Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Ι.Υ.Α.: Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.

GIFT: Ενδοσαλπγγική Μεταφορά Γαμετών.

ZIFT: Ενδοσαλπγγική Μεταφορά Ζυγωτών.

ICSI: Μικρογονιμοποίηση.

IVM: Ωρίμανση Ωαρίων.

HCG: Χοριακή Γοναδοτροπίνη.

ET: Εμβρυομεταφορά.

PGD: Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση.

Ε.Α.Ι.Υ.Α.: Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Α.Κ.: Αστικός Κώδικας.

Α.Ε.Ι.: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα.

Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

Ν.Π.Ι.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου.

Ι.Κ.Α.: Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή και η ανάλυση του νέου νομοθετικού πλαισίου και συγκεκριμένα του νόμου 3305/2005 που αναφέρεται στην τεχνητή γονιμοποίηση στην Ελλάδα. Βέβαια υπήρξαν και παλιότερα διάφορες άλλες νομοθεσίες για την τεχνητή γονιμοποίηση οι οποίες κάποιες από τις ρυθμίσεις τους ισχύουν μέχρι και σήμερα. Κάθε νέος νόμος είναι συνέχεια του προηγούμενου με μόνη διαφορά ότι εξελίσσεται και αναθεωρείται σύμφωνα με τις ανάγκες της κοινωνίας. Η θέσπιση του κάθε νόμου έχει τεράστια σημασία λόγω της απρόβλεπτης εξέλιξης της γενετικής τεχνολογίας και της προσήλωσης των ατόμων σε αυτή.

Η καινοτομία του νόμου 3305/2005 είναι ότι επιβάλλει ποινικές και διοικητικές κυρώσεις στα άτομα που παραβαίνουν όχι μόνο τις ρυθμίσεις αυτού του νόμου αλλά και των προηγούμενων. Με αυτό τον τρόπο προφυλάσσεται και εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας. Η επιθυμία του για απόκτηση απογόνων γίνεται πραγματικότητα έχοντας όμως ως πρωταρχικό σκοπό το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί γιατί αυτό είναι η συνέχιση της ζωής, της χαράς και της δημιουργίας.

Για την καλύτερη ανάπτυξη και κατανόηση του στόχου της εργασίας κρίθηκε σκόπιμο η ανάπτυξη της σε κεφάλαια. Πριν, όμως, την αναφορά των κεφαλαίων είναι απαραίτητο να διευκρινισθεί ότι οι όροι «υποβοηθούμενη αναπαραγωγή» και «τεχνητή γονιμοποίηση» ταυτίζονται στο σχέδιο νόμου και χρησιμοποιούνται ως γενικοί όροι, που περιλαμβάνουν όλες τις μεθόδους και τις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αναγκαιότητα της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και παρουσιάζονται οι λόγοι που οδηγούν ένα ζευγάρι στη μέθοδο αυτή, πόσο ανησυχητικό είναι το φαινόμενο της υπογονιμότητας, ποιοι είναι οι παράγοντες που δυσκολεύουν την σύλληψη και αναπαραγωγή με φυσιολογικό τρόπο και πως αντιμετωπίζεται το πρόβλημα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τις νομοθετικές και νομολογιακές εξελίξεις που ισχύουν στην Ελλάδα, αναφέρονται οι τεχνικές και οι εφαρμογές της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, το ποσοστό επιτυχίας και το κόστος που έχει μια τέτοια προσπάθεια και τέλος που μπορούν οι ενδιαφερόμενοι να απευθυνθούν για να προβούν σε μια τέτοια διαδικασία.

Στη συνέχεια το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην διάθεση και διακίνηση του γεννητικού υλικού και στις προϋποθέσεις για την θεμιτή διεξαγωγή τους, δηλαδή στις ενέργειες ατόμων αλλά και στις ρυθμίσεις που επιβάλλει ο νόμος για την παροχή της ασφάλειας και την εξασφάλιση της σωστής διανομής των ανθρώπινων ιστών και κυττάρων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Τράπεζες Κρυοσυντήρησης και Εθνική Αρχή καθώς ποιες οι ποινικές, διοικητικές κυρώσεις και οι ασφαλιστικές διατάξεις που ισχύουν στην Ελλάδα» ανάγονται οι όροι ίδρυσης και λειτουργίας των Μ.Ι.Υ.Α., των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης και της Εθνικής Αρχής και αναφέρονται συγκεκριμένες ποινικές και διοικητικές κυρώσεις που ισχύουν για τους παραβάτες των νόμων και τέλος ποια ασφαλιστική κάλυψη παρέχει το κράτος στα άτομα που επιθυμούν να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Στο τελευταίο κεφαλαίο της εργασίας αναφέρονται οι αντιδράσεις ειδικότερα από τον κύκλο της εκκλησίας, ποιες αλλαγές ακολούθησαν καθώς και ο προβληματισμός που δημιουργείται στην κοινωνία και οι συνέπειες που θα επιφέρουν στην υγεία των παιδιών οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Τέλος παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα και οι γενικές διαπιστώσεις που προέρχονται από την ανάλυση όλων των παραπάνω.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πλειοψηφία των ανθρώπων θεωρεί την αναπαραγωγή ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Πράγματι, σύμφωνα με το άρθρο 16.1 του Καταστατικού Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών, περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αναγνωρίζεται ότι: "Όλοι, άνδρες και γυναίκες της ώριμης ηλικίας, χωρίς φυλετικούς, εθνικούς ή θρησκευτικούς περιορισμούς, διατηρούν το δικαίωμα του γάμου και της δημιουργίας οικογένειας".¹ Το άρθρο αυτό ωστόσο αναφέρεται στην αναπαραγωγή μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και μετά από φυσιολογική σεξουαλική σχέση δεδομένου ότι είχε θεσμοθετηθεί προτού καθιερωθεί η Εξωσωματική Γονιμοποίηση (Ε.Σ.Γ.) και προτού διαδοθεί η ετερόλογη σπερματέγχυση και οι άλλες σύγχρονες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. "Θεραπείες" που αναμφισβήτητα θέτουν ερωτήματα ηθικής και νομικής φύσεως, για το λόγο ότι συνήθως περιλαμβάνουν μορφές "άτυπης σύλληψης", μη σεξουαλικής, ή και αναπαραγωγή με τη βοήθεια δότη, δηλαδή με τη δωρεά αρρένων ή θηλέων γαμετών, από τρίτους.

Οι μέθοδοι της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Τεκνοποίησης (I.Y.T), που χρησιμοποιούνται είκοσι και πλέον χρόνια, παρουσιάζουν αλματώδη πρόοδο. Με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης ή γονιμοποίησης *in vitro* γεννήθηκαν, από το 1982 μέχρι σήμερα, περισσότερα από είκοσι χιλιάδες παιδιά στη Γαλλία. Τόσα όσα γεννήθηκαν από το 1972 με τη μέθοδο της σπερματέγχυσης με σπέρμα δότη. Αυτά τα παιδιά, φυσιολογικά και με καλή υγεία στην πλειονότητα τους, δεν θα είχαν γεννηθεί χωρίς την παρέμβαση των βιοιατρικών τεχνικών.

Εντούτοις, και παρά την έντονη κριτική που ασκείται, πολλαπλασιάζονται οι αποκλίσεις σε ότι αφορά στους ορισμούς της στειρότητας, στην επιλογή της προτεινόμενης θεραπείας και τις συνθήκες πραγματοποίησης της.

Συμβαίνει λοιπόν συχνά να εφαρμόζονται βαριές πολυέξοδες και ψυχολογικά επώδυνες θεραπείες σε άτομα που δεν τις έχουν καμία ανάγκη και που η επιτυχία τους μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε παθολογικές καταστάσεις το σώμα (πολύδυμες κυήσεις) ή το πνεύμα (παιδιά άγνωστης καταγωγής) ή στο τέλος σε μια αποτυχία της θεραπείας η οποία μπορεί να μεγαλώσει ακόμη περισσότερο τη σύγχυση των ζευγαριών που δεν τεκνοποιούν. Αυτή η ολοζώντανη εμπειρία μαρτυρά την αναπόφευκτη ανάπτυξη της βιοιατρικής τεχνολογίας, ανεξάρτητα από τα ηθικά ζητήματα που τίθενται αλλά και τις γνωστές ή απρόβλεπτες συνέπειες που μπορεί να έχει, αρκεί κάθε λογική επιθυμία να συναντά μια πρόταση και κάθε πρόταση να υποστηρίζεται από οικονομικά ή άλλα συμφέροντα που την καθιστούν αντικείμενο της ιατρικής επιστήμης. Στη συνέχεια έρχεται η αναπόφευκτη συνάντηση της Ιατρικά Υποβοηθούμενης Τεκνοποίησης με τη Γενετική για να γονιμοποιήσει το γέρικο φάντασμα του τέλει παιδιού, προσδίδοντας του για πρώτη φορά τις πολύτιμες εγγυήσεις της επιστήμης και της ελεύθερης επιλογής. Δημιουργούνται κατά αυτόν τον τρόπο οι ικανές και αναγκαίες συνθήκες για τη δημιουργία μιας νέας μορφής αποκλεισμού.

Στον πολιτιστικό αποκλεισμό (εκδίωξη των μεταναστών, εθνική κάθαρση) ή στον οικονομικό (ανεργία, ανταγωνισμός) έρχεται τώρα να προστεθεί ο βιολογικός αποκλεισμός, τα ανθρώπινα αυγά, που παράγονται σε μεγάλο αριθμό, θα μπορούσαν

¹ Τζαφφέτας, Ι., *Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, Αθήνα 2000, σελ.17.

να υποστούν επεξεργασία ανάλογα με τη γενετική τους κληρονομιά έτσι ώστε η εγκυμοσύνη που θα προκύψει να οδηγεί σε παιδιά τα οποία έχουν προσυμφωνηθεί. Αυτό που διαγράφεται στον ορίζοντα εκτός από τη δικαιολογημένη αποφυγή γεννήσεων παιδιών με σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, είναι μια προδιαγεγραμμένη δόμηση του ανθρώπου στα πλαίσια της άρνησης των διαφορών.

Για την Εξωσωματική Γονιμοποίηση έχουν ήδη διατυπωθεί αντιρρήσεις του τύπου:² "Η σύλληψη θα πρέπει να είναι συνεπακόλουθο μιας νόμιμης ερωτικής πράξης" και ότι "η εφαρμογή τέτοιων περίπλοκων και δαπανηρών θεραπειών, για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης ατεκνίας, πιθανώς αποτελεί ένα είδος υπέρβασης, αφού μία τέτοια κατάσταση δεν απειλεί τη ζωή των ατόμων αυτών", δεν αποτελεί δηλαδή "νόσημα". Έχουν επίσης εκφραστεί ανησυχίες ότι, μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, μπορεί να γεννηθούν παιδιά με συγγενείς διαμαρτίες ή ότι η διάδοση των νέων αυτών μεθόδων θα μπορούσε να επιδεινώσει το πληθυσμιακό πρόβλημα που υφίσταται ήδη σε παγκόσμια κλίμακα και που, σε ορισμένα μέρη του κόσμου, είναι ιδιαίτερα οξυμένο.

Κάποιος σκεπτικισμός επίσης έχει εκδηλωθεί για τη μετέπειτα νοσηρότητα ή και για το προσδόκιμο επιβίωσης των παιδιών αυτών, αφού ακόμα βρίσκονται στην 1η ή το πολύ στη 2η 10ετία της ζωής τους. Ήδη έχει επισημανθεί ότι οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σχετίζονται με χαμηλό βάρος γέννησης και με προωρότητα. Η ένδειξη επομένως για μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών της κατηγορίας αυτής είναι δικαιολογημένη, αν λάβει κανείς υπόψη τη γενικότερη παρατήρηση ότι στα ελλειποβαρή παιδιά (δυστροφικά), ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοαγγειακού νοσήματος σε προχωρημένη ηλικία, όπως και σακχαρώδους διαβήτη τύπου II σε συνδυασμό με υπέρταση, είναι σημαντικά αυξημένος. Σύμφωνα με πρόσφατες πειραματικές ενδείξεις εκτός απ' τα προβλήματα διατροφής στην ενδομήτρια ζωή, που θεωρούνται πρωταρχικά υπεύθυνα για τη μετέπειτα εκδήλωση των παραπάνω νοσημάτων, οι διάφοροι μικροχειρισμοί στους γαμέτες και τα έμβρυα που λαμβάνουν χώρα στις νεώτερες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πιθανολογείται ότι ίσως συμβάλλουν προς την ίδια κατεύθυνση.

Απόψεις πιθανώς όχι εξ ολοκλήρου ανυπόστατες. Η βασική όμως λογική για την Ε.Σ.Γ. και τις συναφείς μεθόδους είναι ότι, ύστερα από ρεαλιστική εκτίμηση, τα οφέλη υπερτερούν για το ζευγάρι, τα δε παιδιά που θα προκύψουν, τουλάχιστον από ό,τι διαπιστώνεται μέχρι σήμερα, είναι φυσιολογικά και υγιή. Γι' αυτό και η Ε.Σ.Γ. υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις έχει πλέον καθιερωθεί, όπως και οι άλλες μέθοδοι υποβοηθούμενης σύλληψης, ως τρόπος αντιμετώπισης της ανεπιθύμητης ατεκνίας, μιας κατάστασης που βασανίζει ένα μεγάλο αριθμό ζευγαριών σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο απ' ότι είναι συνήθως αντιληπτό. Τα ζευγάρια αυτά, άσχετα απ' το αν το κοινωνικό σύνολο αναγνωρίζει ηθική ή ασφαλιστική υποχρέωση απέναντι τους, συνιστούν, σε ατομικό τουλάχιστον επίπεδο, ένα υπαρκτό πρόβλημα που επιτακτικά επιζητεί λύση. Αντιπροσωπεύουν μια αθόρυβη αλλά παραμελημένη κατηγορία ανθρώπων που δεν εμφανίζουν μεν φυσικό νόσημα, πάσχουν όμως συναισθηματικά απ' το συχνά μακροχρόνιο πρόβλημα της ατεκνίας τους, που κυριαρχεί στη σκέψη στο παρόν και επηρεάζει ουσιαστικά τις αποφάσεις τους για το μέλλον. Και βέβαια, όπως καθομολογείται στην καθημερινή πράξη, η επιθυμία αυτών των ζευγαριών για

² Τζαφφέτας, Ι., *Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, Αθήνα 2000, σελ.18.

δημιουργία οικογένειας παραμένει εξίσου σφοδρή, ανεξάρτητα απ' το αν η "συνένωση των γαμετών" συμβαίνει in vivo ύστερα από φυσιολογική σεξουαλική πράξη, ή in vitro, είναι δηλαδή αποτέλεσμα γονιμοποίησης "στο σωληνάριο του εργαστηρίου".

Ιστορική Αναδρομή

Κατά την διάρκεια 1890 και 1898, έγιναν κάποια πειράματα από επιστήμονες, τα οποία επέτρεψαν να αξιολογηθεί η επιστημονική καινοτομία που εφαρμόζεται σήμερα στις μητέρες-φορείς στη γυναίκα. Από την άλλη πλευρά η εξωσωματική γονιμοποίηση ή γονιμοποίηση in vitro, κατέστη δυνατή μόνο πρόσφατα, παρά τις επιστημονικές διεκδικήσεις των Pincus και Enzmann σε ότι αφορά στα κουνέλια (1930) και των Rock και Menkin (1944) σε ότι αφορά τον άνθρωπο. Εξωσωματική γονιμοποίηση έγινε για πρώτη φορά σε κουνέλια από δυο επιστήμονες ταυτόχρονα:³ τον M.C. Chang στις Η.Π.Α και τον C. Thibault στη Γαλλία την περίοδο 1954-1959. Αργότερα έγινε επιτυχής εξωσωματική γονιμοποίηση σε χάμστερ (1963), σε ποντίκι (1969) και σε άνθρωπο (1969). Το 1969 ο R.G. Edwards πραγματοποίησε επιτυχή εξωσωματική γονιμοποίηση στον άνθρωπο, πολύ πριν γίνει στα βοοειδή (1980). Το 1978 γεννήθηκε με εξωσωματική γονιμοποίηση το πρώτο παιδί, η Louise Brown, το 1982 το πρώτο μοσχαράκι ενώ το 1990 είχαμε και το πρώτο κοτόπουλο.

Το 1945 ο Γάλλος Jean Rostand απέδειξε ότι τα σπερματοζώαρια των βατραχοειδών διατηρούνται καταψυγμένα για μεγάλο χρονικό διάστημα, τεχνική που το 1953 εφαρμόστηκε και στο ανθρώπινο είδος. Είκοσι χρόνια αργότερα χάρη στις τράπεζες καταψυγμένου σπέρματος (Γαλλία 1973) οργανώθηκε καλύτερα η Τεχνητή Σπερματέγχυση (Τ.Σ) στον άνθρωπο, γνωστή ήδη από τον 18^ο αιώνα. Το 1972 ο Βρετανός Whittingham απέδειξε ότι τα έμβρυα ποντικού αναπτύσσονταν φυσιολογικά μετά από κατάψυξη και απόψυξη. Η προσαρμογή αυτής της μεθόδου σε ανθρώπινο ωάριο που έχει υποστεί εξωσωματική γονιμοποίηση επέτρεψε το 1983 στον Alan Trounson να πετύχει την γέννηση του πρώτου παιδιού μετά από κατάψυξη και απόψυξη.⁴

Ιστορικοί σταθμοί στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

- * 1785: 1η κύηση μετά από ομόλογη σπερματέγχυση.
- * 1954: 1η κύηση με κατεψυγμένο σπέρμα.
- * 1978: 1η κύηση με εξωσωματική γονιμοποίηση
- * 1983: 1η κύηση με δωρεά ωαρίων
- * 1983: 1η κύηση με κατεψυγμένα έμβρυα.

³ Τζαφφέτας, Ι., Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Αθήνα 2000, σελ.18.

⁴ Παντοπούλου, Π., και Δακτυλά, Α., Το τεκμήριο της μητρότητας και η ανατροφή του, Πτυχιακή εργασία, Κομοτηνή 2003, σελ.15.

Αυτό το σύντομο ιστορικό δείχνει ότι παρόλο που η ατεκνία αποτελεί παμπάλαιο ανθρώπινο πρόβλημα, τα μέσα για την θεραπεία της αναπτύχθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες χάρη σε γνώσεις που συσσωρεύτηκαν τους τρεις τελευταίους αιώνες. Η μεταφορά δε αυτών των τεχνικών από τα ζώα στον άνθρωπο είναι διαδικασία που εκτυλίχθηκε εξαιρετικά γρήγορα. Πράγματι, η πλειονότητα των σχεδίων εκπονήθηκε πάνω στα τρωκτικά, βρήκε οικονομική εφαρμογή πάνω στα μηρυκαστικά και τέλος ιατρική εφαρμογή πάνω στον άνθρωπο. Από την επιστημονική επιτυχία στην κτηνιατρική απόδοση και τέλος, στην υγειονομική θεραπεία, το μόνο που χρειάζεται είναι κάποιος χρόνος ώστε η επιστημονική μέθοδος να συναντηθεί με μια πραγματική ή τεχνητή κοινωνική απαίτηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

1. Λόγοι που οδηγούν στην τεχνητή γονιμοποίηση.

Η Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή γεννήθηκε από μια τεχνική δυνατότητα που ήρθε να προσφέρει λύση στο πανάρχαιο δράμα της αδυναμίας απόκτησης παιδιών. Οι γνώσεις της βιολογίας της αναπαραγωγής πρόσφατες στο μεγαλύτερο τους μέρος, επέτρεψαν πολύ γρήγορα στην ιατρική να επινοήσει τους δικούς της τρόπους παρέμβασης. Αυτές οι προτάσεις είχαν σημαντικές επιπτώσεις πάνω στα ζευγάρια που δεν μπορούσαν να τεκνοποιήσουν. Ήταν σαν, να μπορούσαν ξαφνικά, να αποτινάξουν αυτή τη 'βιβλική μοίρα'.⁵ Μερικά από τα άγονα ζευγάρια παρουσιάζουν κάποια ανατομική ή λειτουργικά διαταραχή που καθιστά αδύνατη την αυτόματη έλευση μιας εγκυμοσύνης, ανεξάρτητα αν αυτή η διαταραχή αφορά στον άνδρα ή στην γυναίκα. Αυτά τα ζευγάρια χαρακτηρίζονται στείρα. Άλλα ζευγάρια εμφανίζουν κάποια δυσλειτουργία της αναπαραγωγικής διαδικασίας, είτε αυτή αφορά στον άνδρα, είτε στην γυναίκα, είτε και στους δυο μαζί, η οποία μειώνει περισσότερο ή λιγότερο τις πιθανότητες για μια επιτυχή σύλληψη. Αυτά τα ζευγάρια χαρακτηρίζονται ως υπογόνιμα. Τέλος, υπάρχουν ζευγάρια τα οποία παραμένουν άγονα δίχως εμφανή λόγο και παρότι έχουν υποβληθεί σε όλες τις υπάρχουσες θεραπείες. Σ'αυτή την περίπτωση μιλάμε για ανεξήγητη ή ιδιοπαθή στειρότητα. Μεταξύ των ζευγαριών που συμβουλευόμαστε κάποιον ειδικό (ένα στα επτά) για θέματα στειρότητας, τέσσερις στις δέκα περιπτώσεις εμφανίζουν πρόβλημα τόσο για τον άνδρα όσο και για την γυναίκα, ενώ πέντε φορές στις έξι το πρόβλημα αφορά στον έναν από τους δυο συντρόφους ενώ τέλος, σε ένα στα δέκα ζευγάρια δεν εντοπίζεται καμία εμφανής αιτία.

Υπολογίζεται ότι περίπου 4% των ζευγαριών μένουν άτεκνα μέχρι το τέλος της αναπαραγωγικής τους ζωής παρά την επιθυμία τους να τεκνοποιήσουν. Υπολογίζεται επίσης σε περίπου 15% το ποσοστό των ζευγαριών που περίμεναν πολύ περισσότερο χρόνο απ'όσον ήλπιζαν ωσότου πετύχουν μια εγκυμοσύνη.⁶ Αυτές οι αξιολογήσεις δείχνουν το ρόλο που παίζει ο παράγοντας χρόνος στην κατανόηση του ζητήματος της υπογονιμότητας, παράγοντας που υπεισέρχεται με δυο πολύπλοκους τρόπους: από τη μια πλευρά ελαττώνοντας τις ευκαιρίες σύλληψης ανά μήνα (ικανότητα γονιμοποίησης) όσο αυξάνεται η ηλικία, κυρίως της γυναίκας και από την άλλη αποκαλύπτοντας ή επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη κάποιου παράγοντα στειρότητας όταν το ζευγάρι παραμένει άτεκνο παρά τις μακροχρόνιες προσπάθειες τεκνοποίησης.

Πολλές εξηγήσεις προτάθηκαν για την κατανόηση της ελάττωσης της γονιμότητας όσο αυξάνεται η ηλικία, όπως η μειωμένη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, οι διαταραχές της ωορρηξίας και οι ελαττωματικοί γαμέτες που μειώνουν την πιθανότητα γονιμοποίησης αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο αποβολής. Είναι γνωστό ότι

⁵ Τζαφφέτας, Ι., *Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, Αθήνα 2000, σελ.19.

⁶ WWW.pazarakioti.gr/infertility_gr.asp, 30 Μαρτίου 2005.

η εξέλιξη του ρόλου της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία την ωθεί να τεκνοποιεί σε μεγαλύτερες ηλικίες. Το 1965 το 12% των παιδιών γεννήθηκαν από μητέρες άνω των 35 ετών, ενώ οκτώ χρόνια νωρίτερα αυτό το ποσοστό ήταν 6%. Για γυναίκες κάτω των 30 ετών η επιτυχία σύλληψης ανά κύκλο είναι περίπου 25%, για γυναίκες μεταξύ 40 και 45 ετών 5%, ενώ μετά τα πενήντα μηδενίζεται.⁷ Η ανδρική γονιμότητα ελαττώνεται επίσης όσο αυξάνεται η ηλικία του, αλλά δεν δείχνει τόσο γρήγορη πτώση και μπορεί να κρατηθεί σε ικανοποιητικά επίπεδα ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία. Παρότι υπάρχουν πρόσφατες μελέτες που σχετίζουν την ηλικία του πατέρα με την επιτυχία των παιδιών σε ψυχομετρικά τεστ ή με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τρισωμίας, τα περιστατικά αυτά δεν φαίνεται να έχουν και μεγάλη στατιστική σημασία. Εκτός από την ηλικία της μητέρας που φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση στειρότητας, δεν πρέπει να θεωρούνται αμελητέοι και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τόσο τον άνδρα όσο και την γυναίκα (κάπνισμα, διατροφή, τοξικές ουσίες, και άλλοι). Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε υπογονιμότητα η οποία όμως επιλύεται με την συνδρομή της Ιατρικά Υποβοηθούμενης Τεκνοποίησης. Έτσι λοιπόν τα στείρα ή υπογόνιμα ζευγάρια διατηρούν άσβεστη την πίστη ότι αν απευθυνθούν στους ειδικούς και υποβληθούν στην Ι.Υ.Τ., ερχόμενοι καμία φορά αντιμέτωποι και με πολύ απαιτητικές προτάσεις, όπως τη βοήθεια ενός τρίτου ατόμου που θα παίζει τον ρόλο του δότη ή της δότριας γαμετών, θα μπορέσουν να τεκνοποιήσουν.

Μετά απ' όλα αυτά τα τεχνάσματα που επιτρέπουν την επίτευξη της εγκυμοσύνης, έρχονται να προστεθούν οι ιατρικές φροντίδες που ακολουθούν μέχρι τον τοκετό, αλλά κι εκείνες που παρέχονται στη συνέχεια στο νεογέννητο. Πράγματι οι πρόοδοι της γυναικολογίας και της νεογνολογίας είναι πλέον εξαιρετικά εμφανείς. Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται συστηματική ιατρική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, για την αποφυγή ή τη θεραπεία της πρωιμότητας, της ελλιπούς θρέψης και τις φροντίδες που έχουν σχέση με τη διατροφή. Έτσι η εγκυμοσύνη καταλήγει σχεδόν πάντοτε στη γέννηση ενός βιώσιμου παιδιού που θα γίνει αλλά και θα παραμείνει το νέο μέλος της οικογένειας.

2. Η υπογονιμότητα σήμερα. Πόσο συχνή είναι και που οφείλεται.

Η υπογονιμότητα είναι ένα σχετικά συχνό πρόβλημα αλλά επίσης είναι και ένα γεγονός που αγγίζει βαθιά την ψυχή των ζευγαριών που εμπλέκονται στο πρόβλημα αυτό. Έτσι, το πρόβλημα αυτό είναι πιο συχνό απ' ό,τι πολλές φορές ο κόσμος συνειδητοποιεί. Σύμφωνα με διεθνή στατιστικά στοιχεία, ένα σημαντικό ποσοστό ζευγαριών 1 στα 6 έχει κάποια δυσκολία στην σύλληψη του αριθμού των παιδιών που θέλουν να έχουν. Υπολογίζεται ότι ένα 15% περίπου των ζευγαριών πάσχει από κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας. Από αυτά τα ζευγάρια 30% το πρόβλημα είναι κάτι σχετικό με την γυναίκα, 30% έχει κάποιο πρόβλημα ο άνδρας και 40% αφορά και τους δυο μαζί όπου το μικρό πρόβλημα του ενός συν το μικρό πρόβλημα του άλλου διπλασιάζουν το πρόβλημα τους.⁸

ΣΤΟ παρελθόν οι άνθρωποι είχαν μικρό έλεγχο στην γονιμότητα τους και τα ζευγάρια που δεν αποκτούσαν παιδί δεν είχαν πολλές επιλογές από το να αποδεχθούν

⁷ WWW.pazarakioti.gr/infertility_gr.asp, 30 Μαρτίου 2005.

⁸ Στο ίδιο, 30 Μαρτίου 2005.

το γεγονός αυτό. Τώρα υπάρχουν μεγαλύτερες ελπίδες προς αυτή την κατεύθυνση αλλά μαζί με αυτές τις ελπίδες έρχεται και η πιθανότητα μακροχρονίων θεραπειών που περιλαμβάνουν πιθανώς επεμβατικές και ακριβές μεθόδους, οι οποίες μπορεί και να μην έχουν αποτέλεσμα. Βέβαια, αν η θεραπεία επιτύχει, όλα φαίνονται να αξίζουν τον κόπο αλλά αν δεν επιτύχει η δυσκολία για το ίδιο το ζευγάρι να αποδεχτεί το γεγονός της ελαττωμένης γονιμότητας γίνεται μεγαλύτερη.

Τα ποσοστά των ατόμων με υπογονιμότητα τείνουν να αυξάνουν στις μέρες μας, και αυτό γίνεται γιατί αυξάνεται η άποψη ότι η ελαττωμένη γονιμότητα είναι μία κατάσταση η οποία αντιμετωπίζεται. Έτσι, περισσότερα ζευγάρια πλησιάζουν τον γιατρό τους για να λάβουν βοήθεια. Το θέμα της υπογονιμότητας αναφέρεται συχνά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και έχουν βρεθεί καινούργιες μέθοδοι μικρογονιμοποίησης οι οποίες προσφέρουν περισσότερες ελπίδες εκεί όπου παλαιότερα δεν υπήρχε καμία. Τώρα μπορεί να υπάρξει γονιμότητα και σύλληψη ακόμα και με ένα ή δύο ζωντανά σπερματοζωάρια από πλευράς του συζύγου ή και με κανένα ζωντανό σπερματοζωάριο με την χρησιμοποίηση των σπερματιδίων. Εκτός από αυτά, η συχνότητα των γλαυμοδιακών νόσων αυξάνεται. Οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να έχουν κάποια επίδραση στην διαβατότητα των σαλπίνγων των γυναικών και να μειώνουν τις πιθανότητες φυσιολογικής σύλληψης ή να αυξάνουν τις πιθανότητες εξωμήτριου κυήσεως. Εκτός από αυτό, ο αριθμός ζωντανών σπερματοζωαρίων στον αντρικό πληθυσμό γενικά, μειώνεται σταδιακά.

Οι παράγοντες που μπορεί να οφείλεται η υπογονιμότητα σήμερα, είναι οι ακόλουθοι:⁹

1. Σε ορμονικές διαταραχές.
2. Σε μολύνσεις ή φλεγμονές των γεννητικών οργάνων.
3. Σε συγγενείς ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων ή σε επίκτητες βλάβες.
4. Σε διάφορα άλλα αίτια, όπως: ενδομητρίωση, φαρμακευτικές αγωγές, αλκοολισμός, ναρκωτικά, αλλά και ακτινοβολίες και ραδιοθεραπείες (σε περιπτώσεις νεοπλασιών).
5. Κακή ποιότητα των σπερματοζωαρίων και των ωαρίων
6. Πτώση των χαρακτηριστικών του σπέρματος, που διαπιστώνεται στις περισσότερες χώρες του πλανήτη.

Τι είναι η πτώση των χαρακτηριστικών του σπέρματος;

Στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον δύο παράμετροι του σπέρματος, ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων έχουν μειωθεί κατά 50% από το 1940. Μάλιστα, στη Γαλλία, οι ερευνητές ανακοίνωσαν ότι ο ρυθμός πτώσεως των σπερματοζωαρίων αγγίζει το 2% περίπου. Πτωτικές τάσεις στο σπέρμα ανακοινώθηκαν και για το 40% του ελληνικού ανδρικού πληθυσμού. Οι σύγχρονες μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ιδιαίτερα οι εξελιγμένες τεχνικές της μικροχειρουργικής του ωαρίου (μικρογονιμοποίησης), μπορούν να δώσουν κυήσεις ακόμη και στις πιο σοβαρές περιπτώσεις ολιγοσπερμίας.

Πριν από 7 χρόνια επετεύχθη η μικρογονιμοποίηση (ή μικροχειρουργική ωαρίου). Η τεχνική αυτή γνωστή και ως ενδοκυτταροπλασματική έγχυση του σπερματοζωαρίου (ICSI), κατάλληλη για σοβαρές περιπτώσεις ανδρικής στειρότητας, εξαιρετικά ελαττωμένη κινητικότητα ή αριθμός των σπερματοζωαρίων, περιελάμβανε την εισαγωγή ενός σπερματοζωαρίου απευθείας στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Σήμερα αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται με μεγάλη επιτυχία και έχουν σημειωθεί

⁹ WWW.womanshealth.gr/showArticle.php?articleid=87&styleFile=small.css, 30 Μαρτίου 2005.

εγκυμοσύνες ακόμη και περιπτώσεις που λίγα μόνο σπερματοζωάρια είχαν βρεθεί στο σπερματικό υγρό.

Η απελευθέρωση των ηθών και η ευκολία με την οποία δημιουργούν σεξουαλικές σχέσεις τα νέα άτομα στην κοινωνία μας καθώς και η συχνή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων έχει και τις αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνία μας.

2.1. Ο γυναικείος παράγοντας.

Ένας βασικός παράγων που επηρεάζει την υπογονιμότητα αυτή καθαυτή, αλλά και την έκβαση των διαφόρων μεθόδων αντιμετώπισης της είναι η ηλικία της γυναίκας. Έχει βρεθεί ότι το 35% των γυναικών που καθυστερούν την πρώτη τους κύηση μετά το 35ο έτος θα εμφανίσει πρόβλημα υπογονιμότητας. Επίσης το 50% των γυναικών που καθυστερούν την 1η τους κύηση μετά το 40ο έτος της ηλικίας τους θα εμφανίσει πρόβλημα υπογονιμότητας. Σε προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το ποσοστό τοκετών σε γυναίκες άνω 40 ετών είναι το 1/3 εκείνου των γυναικών ηλικίας κάτω 35 ετών.

Εκτός από την αναμενόμενη μείωση της γονιμότητας προϋούσης της ηλικίας, στην εν λόγω μείωση συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες όπως:¹⁰

- 1) Η αύξηση των αυτομάτων εκτρώσεων, οι οποίες ανέρχονται κάτω από 10% σε γυναίκες κάτω 30 ετών και σε 34% στις γυναίκες ηλικίας 40 - 45 ετών.
- 2) Το αυξημένο ποσοστό και η αυξημένη βαρύτητα της ενδομητρίωσης προϋούσης της ηλικίας.
- 3) Η αύξηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων και τέλος
- 4) Η αθροιστική δράση επαγγελματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων .

2.1.1. Αιτιολογία και διάγνωση της γυναικείας υπογονιμότητας

Η γυναικεία υπογονιμότητα οφείλεται κατά 40% σε παθολογία των σαλπίνγων ή σε χλαμυδιακή λοίμωξη, οντότητες οι οποίες και οι δυο μπορεί να μειώσουν τις πιθανότητες γονιμότητας. Έχει βρεθεί ότι οι 3 στις 4 γυναίκες που έχουν υπογονιμότητα που οφείλεται σε σαλπιγγικό παράγοντα, ή που έχουν εξωμήτριο κύηση, είχαν χλαμυδιακή λοίμωξη. Κατά 40% σε διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας όπως είναι οι πολυκυστικές ωοθήκες, ο υπογοναδισμός, οι διαταραχές στη λειτουργία του υποθαλάμου, η υπερπολακτιναιμία, ωοθηκική ανεπάρκεια, ανωορρηκτικοί κύκλοι, όχι καλής ποιότητας ωάρια, κυτταροτοξικά φάρμακα, άλλα φάρμακα, ακτινοβολήση, κάπνισμα. Η ενδομητρίωση επίσης είναι ένας παράγων που ελαττώνει τις πιθανότητες μίας εγκυμοσύνης. Είναι γεγονός ότι η ενδομητρίωση μπορεί να προκαλέσει ενδοπυελικές συμφύσεις, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες για μια σύλληψη. Παρόλα αυτά, πολλές γυναίκες με ελαφρά ως μέτρια ενδομητρίωση μπορούν να μείνουν έγκυες. Κατά 10% σε διάφορες αιτίες και τέλος σε ποσοστό 10% παραμένει ανεξήγητη. Υπάρχουν πολλές γυναίκες οι οποίες μπορεί να έχουν μία επαφή και να μείνουν κατευθείαν έγκυες, αυτές που λέμε ότι μένουν έγκυες "με τον αέρα", και από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλές οι οποίες μπορεί να προσπαθούν

¹⁰ WWW.womanshealth.gr/showArticle.php?articleid=87&styleFile=small.css, 30 Μαρτίου 2005.

για χρόνια και να έχουν κάνει όλες τις εξετάσεις και παρόλα αυτά να μην μπορούν να μείνουν έγκυες. Εδώ υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο και να μην έχουν εξεταστεί από την σύγχρονη ιατρική. Για παράδειγμα, οι ελλείψεις διαφόρων ιχνοστοιχείων ή βιταμινών, η λήψη ορισμένων ουσιών σε χρόνιο επίπεδο, όπως είναι ο καφές ή το αλκοόλ, η αύξηση ή η υπερβολική μείωση του βάρους, η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας, καθώς και το σωματικό ή ψυχολογικό στρες. Το στρες μπορεί επίσης να επηρεάσει και τους άντρες, με αποτέλεσμα της πτώσης του αριθμού των σπερματοζωαρίων.

Η βασική μελέτη που γίνεται στην γυναίκα περιλαμβάνει την εκτίμηση της διαβατότητας και της λειτουργικότητας των σαλπίγγων, ορισμένους βασικούς ορμονικούς προσδιορισμούς, τον έλεγχο της μήτρας και του ενδομητρίου και τέλος τον έλεγχο της τραχηλικής βλέννης. Η διαβατότητα και η λειτουργικότητα των σαλπίγγων ελέγχονται με την υστεροσαλπιγγογραφία και την λαπαροσκόπηση. Ως εναλλακτικές μέθοδοι έχουν προταθεί η σαλπιγγοσκόπηση και η φαλλοσκόπηση οι οποίες όμως δεν έχουν τύχει ευρείας αποδοχής.

Οι βασικοί ορμονικοί προσδιορισμοί που πρέπει να διενεργηθούν στη γυναίκα ενός υπογόνιμου ζεύγους είναι:¹¹

- FSH αίματος 2η - 3η ημέρα του κύκλου
- LH αίματος 2η - 3η ημέρα του κύκλου
- Προλακτίνη αίματος
- Οιστραδιόλη αίματος 2η - 3η ημέρα του κύκλου Προγεστερόνη αίματος 21η ημέρα του κύκλου

Ο έλεγχος της μήτρας και του ενδομητρίου περιλαμβάνει:

- την γυναικολογική εξέταση
- το κολπικό υπερηχογράφημα
- την υστεροσαλπιγγογραφία και
- την υστεροσκόπηση

Τέλος ο έλεγχος της τραχηλικής βλέννης περιλαμβάνει:

- την δοκιμασία μετά επαφή
- τον έλεγχο αντισπερματικών αντισωμάτων και
- την δοκιμασία διείσδυσης των σπερματοζωαρίων στην τραχηλική βλέννη.

Αναμφίβολα τα σημαντικότερα γεγονότα στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας την τελευταία 20ετία ήταν η εισαγωγή των διαφόρων μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η ενημέρωση του κοινού για τις εξελίξεις και η αύξηση του ποσοστού των γυναικών που επιδιώκουν την πρώτη τους κύηση σε ηλικία κάτω των 35 ετών.

2.2. Ο ανδρικός παράγοντας.

Από το 1950 έχει παρατηρηθεί μια γενική τάση μείωσης του αριθμού των σπερματοζωαρίων στο ανδρικό σπέρμα. Γι' αυτό ενδέχεται να ευθύνονται οι αλλαγές στο περιβάλλον, στις συνήθειες του φαγητού, στον τρόπο ένδυσης και στο ρυθμό της ζωής. Αυτή η αρνητική τάση διαπιστώνεται στα ολοένα αυξανόμενα περιστατικά ανδρικής στειρότητας, παρ' όλο που και πολλές γυναίκες πάσχουν από στειρότητα.

¹¹ WWW.ixek.gr/magazine/issue1/index.htm, 30 Μαρτίου 2005.

Αυτή η κατάσταση απαιτεί ιατρική θεραπεία και οι μέθοδοι που ακολουθούνται ή βρίσκονται υπό ανάπτυξη είναι οι εξής:¹²

- χρησιμοποίηση φαρμάκων και ιδιαίτερα ορμονών,
- βελτίωση *in vitro* (στο σωλήνα) της ποιότητας του σπέρματος: επιλέγοντας σπέρμα με επιθυμητές ιδιότητες - κινητικότητα, γονότυπος - διαμέσου φυγοκέντρησης, φιλτραρίσματος με ίνες γυαλιού, θέτοντας σε λειτουργία την ενεργοποιητική ιδιότητα της μήτρας, προσθέτοντας στο εργαστήριο διεγερτικές του σπέρματος ουσίες και ακολούθως εισάγοντας το επιλεγμένο σπέρμα είτε στη μήτρα-ενδομητριακή εμφύτευση είτε στο κατώτερο μέρος της κοιλιακής χώρας, άμεση κοιλιακή εμφύτευση.
- γονιμοποίηση του ωαρίου στο σωλήνα. Στο στάδιο των εργαστηριακών δοκιμών βρίσκονται διάφορες παραλλαγές της μεθόδου όπως η εισαγωγή του σπέρματος στο κυτταρόπλασμα ή στον περιβιτελλινικό χώρο του ωαρίου.

Δεν είναι γνωστός ακόμα ο τρόπος με τον οποίο το σπέρμα έχει την ικανότητα να γονιμοποιεί ένα ωάριο. Είναι δυνατόν, σπέρμα που εμφανίζεται φυσιολογικό, να μην μπορεί να γονιμοποιήσει ένα ωάριο, όταν αυτά τοποθετηθούν μαζί κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της Ε.Σ.Γ.. Για να καταλάβουμε την πραγματική γονιμότητα του άντρα, είναι σημαντικό να αναλύσουμε το σπέρμα τουλάχιστον δύο ή τρεις φορές πριν μπορέσουμε να καταλάβουμε τις διάφορες ποικιλίες, που μπορεί να υπάρχουν στον αριθμό των σπερματοζωαρίων και των άτυπων μορφών. Στη γονιμότητα του σπέρματος παίζει ρόλο ο αριθμός των σπερματοζωαρίων, η ικανότητα, η προωθητική ικανότητα αυτών, καθώς και ο αριθμός των άτυπων μορφών.

Ένας μέσος αριθμός σπερματοζωαρίων είναι περίπου 100 εκατομμύρια ανά ML και μπορεί να υπάρχουν 3,5 ως 13 ml σε κάθε εκσπερμάτιση. Τα σπερματοζωάρια παράγονται σε ρυθμό 1800 ανά δευτερόλεπτο από κάθε όρχι. Αριθμός σπερματοζωαρίων κάτω από 20 έως 40 εκατομμύρια ανά ML θεωρείται υπογονίμος και κάτω από 20 εκ ανά ML θεωρείται χαμηλός με πολύ μικρή πιθανότητα γονιμοποίησης, παρόλο που η γονιμοποίηση δεν θεωρείται αδύνατη απλώς μπορεί να χρειαστεί περισσότερος χρόνος για τη σύλληψη.

2.2.1 Αιτιολογία και διάγνωση της αντρικής υπογονιμότητας.

Η ικανότητα των σπερματοζωαρίων να γονιμοποιούν τα ωάρια χάνεται με το πέρασμα του χρόνου. Η γονιμότητα των αντρών περιορίζεται καθώς μεγαλώνουν σύμφωνα με τους ειδικούς.

Έρευνα που έγινε σε οκτώμισι χιλιάδες ζευγάρια Βρετανών που έκαναν παιδιά έδειξε ότι σε ποσοστό 8% οι άντρες μέχρι είκοσι πέντε ετών έπρεπε να προσπαθήσουν επί ένα χρόνο μέχρι να μείνει η σύζυγος τους έγκυος. Το ποσοστό αυτό ανέβαινε στο 15% για τους άντρες που ήταν άνω των τριάντα πέντε.

Υπάρχουν περιπτώσεις (αζωοσπερμία) στις οποίες το σπέρμα στερείται σπερματοζωαρίων λόγω της διακοπής της σπερματικής διαδρομής σε διάφορα επίπεδα (επιδιδυμίδα, σπερματοδόχος λήκυθος), που είναι συχνά αποτέλεσμα δυσπλασίας ή μολυσματικής αντίδρασης. Σε άλλες περιπτώσεις, ο πληθυσμός των

¹² WWW.pazarakioti.gr/infertility_gr.asp, 30 Μαρτίου 2005.

γαμετών είναι πολύ μικρός, ως και μηδενικός λόγω ορμονικής ανεπάρκειας, πράγμα εύκολο να διαπιστωθεί με μετρήσεις των ορμονών (FSH, LH, τεστοστερόνη).

Η στειρότητα μπορεί επίσης να είναι αποτέλεσμα ύπαρξης κιστών στους όρχεις ή της μη καθόδου των όρχεων στο όσχεο, δεδομένου ότι η σπερματογένεση πραγματοποιείται σωστά σε θερμοκρασίες χαμηλότερες αυτής του σώματος (περίπου 33° C).

Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις όπου οι γαμέτες συγκολλώνται μεταξύ τους λόγω τραυματισμών που έχουν ως αποτέλεσμα την παραγωγή αυτό-αντισωμάτων εναντίον των ίδιων των σπερματοζωαρίων. Συχνότερα όμως, ένα εξασθενημένο σπέρμα χαρακτηρίζεται από ελαττώματα που έχουν σχέση με τους γαμέτες (αριθμός μορφολογία, κινητικότητα), που η προέλευση τους παραμένει ακόμη μυστηριώδης: πολλές φορές μπορεί να οφείλεται σε χημική μόλυνση ή στην έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες όπως συμβαίνει σε μερικά επαγγέλματα (θερμαστές, οξυγονοκολλητές, και άλλα).

Η εξέταση του σπέρματος περιλαμβάνει δύο μέρη:¹³ το σπερμοδιάγραμμα (όγκος σπέρματος, αριθμός και κινητικότητα σπερματοζωαρίων) και το σπερμοκυττοδιάγραμμα (αξιολόγηση των ανώμαλων μορφών των γαμετών και περιγραφή των ανωμαλιών τους) επιπλέον, γίνεται καλλιέργεια σπέρματος (αναζήτηση μικροβίων στο σπέρμα) και βιοχημική ανάλυση του σπερματικού υγρού. Για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών των σπερματοζωαρίων αναπτύχθηκαν πρόσφατα πολυπλοκότερες τεχνικές: αυτόματη ανάλυση της κινητικότητας, αξιολόγηση της ακροσωματικής αντίδρασης που επιτελείται αυτόματα ή επάγεται, δοκιμασίες προσκόλλησης στο ωοκύτταρο. Η λειτουργία της αναπαραγωγής ερευνάται πολύ ευκολότερα στον άνδρα απ' ότι στη γυναίκα γιατί ο κύριος φορέας αυτής της λειτουργίας, δηλαδή το σπέρμα, εκκρίνεται έξω από το σώμα.

Αντίθετα, σε ό,τι αφορά στην πρόγνωση της γονιμότητας στον άνδρα, το αποτέλεσμα των εξετάσεων συχνά εξηγείται δυσκολότερα, γιατί ο πληθυσμός των σπερματοζωαρίων είναι μεγάλος και ετερογενής και μόνο ένα σπερματοζωάριο μπορεί θεωρητικά να γονιμοποιήσει.

3. Η ανεπιθύμητη ατεκνία αποτελεί κρίση μέγιστου βαθμού.

Η ανεπιθύμητη ατεκνία, χωρίς αμφιβολία, απειλεί να θίξει κάθε πλευρά της ζωής του ατόμου, το αίσθημα ακεραιότητας του εαυτού του, τα όνειρα του για το μέλλον, τις σχέσεις του με τους άλλους, την κοινωνική και ίσως την επαγγελματική του υπόσταση. Γι' αυτό και εκτιμάται ότι λίγες είναι οι άλλες μορφές κρίσης που μπορεί να ασκήσουν τόσο καταλυτική και αποδιοργανωτική επίδραση στη ζωή του. Κι όμως, η προσοχή συνεχίζει να εστιάζεται κυρίως στη φυσική πλευρά του προβλήματος. Η συναισθηματική του διάσταση συνήθως παραγνωρίζεται, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να υφίστανται αβοήθητα τις συνέπειες αυτής της κρίσης, μιας κρίσης που επιτείνεται παράλληλα με την παράταση της θεραπείας. Η επίτευξη του πολυπόθητου στόχου συχνά μπορεί να είναι υπόθεση πολυετούς και επίπονης προσπάθειας, χωρίς να είναι βέβαιο πάντοτε ότι η απόκτηση ενός ζώντος και υγιούς παιδιού δεν θα αποδειχθεί τελικά ένα ψέμα.

¹³ WWW.pazarakioti.gr/infertility_gr.asp, 30 Μαρτίου 2005.

Η διαπίστωση της αδυναμίας για τεκνοποιία αποτελεί κατ' αρχήν αιτία πρόκλησης μιας σειράς συναισθημάτων. Έκπληξη και δυσκολία των ατόμων αυτών να αποδεχθούν το γεγονός, που συχνά φτάνει τα όρια της άρνησης, είναι η συνήθης αντίδραση, για να επακολουθήσει συχνά το συναίσθημα της οργής, της αδικίας ή και της ενοχής. Συναισθήματα που λογικά συχνά δικαιολογούνται, όχι όμως πάντοτε και που συνοδεύονται από ποικίλα πιθανά συνεπακόλουθα. Τέτοιου είδους συναισθήματα είναι δυνατόν να ενδυναμώσουν το ενεργητικό των ατόμων αυτών για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος ή αντίθετα να τα οδηγήσουν σε μια κατάσταση απομόνωσης, όπου κυριαρχεί το συναίσθημα της λύπης για την "έλλειψη του δυναμικού απόκτησης ενός παιδιού".¹⁴ Μιας λύπης που είναι δυνατόν να εξελιχθεί ακόμα και σε βαθμό πένθους, για την "απώλεια" του παιδιού που ποτέ δεν γεννήθηκε, που ήταν όμως πάντα "βέβαιο και προσχεδιασμένο" να συμβεί, όταν οι κοινωνικές συνθήκες θα το επέτρεπαν αργότερα. Κι όλα αυτά, συνήθως, χωρίς την υποστήριξη του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος, αφού τα ζευγάρια θεωρούν την υπόθεση εντελώς προσωπικό τους θέμα που δεν επιθυμούν να συζητήσουν, τουλάχιστον με όσους δεν συμπάσχουν. Λόγω της ιδιάζουσας ψυχολογίας απ' την οποία διακατέχονται τελικά τα άτομα αυτά, μπορεί συναισθηματικά να καταστούν εξαιρετικά ευάλωτα.

3.1. Η ιατρική υποστήριξη των άγονων ζευγαριών.

Ο συμβουλευτικός επομένως ρόλος του θεράποντος ιατρού, κατά κανόνα του γυναικολόγου, έχει άμεση επίπτωση στην εξέλιξη της κρίσης και αποτελεί τουλάχιστον αφέλεια η ανεπαρκής εκτίμηση ότι, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος της στειρότητας ή υπογονιμότητας ενός ζευγαριού, τα συναισθήματα του τελευταίου δεν εμπίπτουν στο χώρο ευθύνης του. Η υποστήριξη, με την κατάλληλη και συνεχή καθοδήγηση, μπορεί να διευκολύνει την καλύτερη συνεργασία που, στα τελευταία χρόνια κρίνεται περισσότερο απαραίτητη, επειδή οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται είναι ιδιαίτερα περίπλοκες και ανάλογα ψυχοφθόρες.

Ακόμα κι αν ο τελικός σκοπός, η κύηση, δεν ευοδωθεί, το ζευγάρι θα είναι περισσότερο έτοιμο να το αποδεχθεί, αρκεί να έχει την αίσθηση ότι όλοι, με πνεύμα καλοπροαίρετης συνεργασίας, έπραξαν το καθήκον τους και ότι τους παρασχέθηκε η καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα και συμπαράσταση. Η κατανόηση επίσης του ότι, κατά τη διάρκεια της διερεύνησης και θεραπείας του προβλήματος των, τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν μία μονάδα, χρήζει ιδιαίτερης έμφασης. Καθίσταται επομένως σαφές ότι τα άτομα αυτά δεν είναι ωφέλιμο ούτε δίκαιο να επωμίζονται παθητικά και αβοήθητα το συναισθηματικό βάρος της κατάστασης στην οποία βρίσκονται. Η καλύτερη ενημέρωση τους παρέχει κατανόηση στο πρόβλημα τους όσο και ανακούφιση στην αντιμετώπιση αυτής της κρίσης η οποία συνήθως εντείνεται με την, όπως συχνά συμβαίνει, παράταση της θεραπείας. Είναι επίσης απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η εφαρμογή των νεώτερων μεθόδων που υπήρξαν αποτέλεσμα των ραγδαίων εξελίξεων τελευταία στο χώρο της

¹⁴ Τζαφφέτας, Ι., *Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, Αθήνα 2000, σελ.20.

υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με επίκεντρο την εξωσωματική γονιμοποίηση, καθιστά οπωσδήποτε όλο και περισσότερο επιτακτική την ανάγκη αναθεώρησης της ηθικής και νομικής υπόστασης των ζητημάτων που παρουσιάζονται.

Ο τρόπος, τέλος, προβολής των αποτελεσμάτων των διαφόρων μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ιδιαίτερα όταν αυτό επιχειρείται με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή ακόμα και σε ιατρικές συναντήσεις, αποτέλεσε θέμα συζήτησης και έχουν επίσημα εκφρασθεί ανησυχίες και σε διεθνές επίπεδο. Η χρησιμοποίηση εξ' άλλου όχι πάντοτε των ίδιων κριτηρίων, με αποτέλεσμα οι διάφορες υπό μελέτη ομάδες να μην είναι υποχρεωτικά συγκρίσιμες και η επίμονη αναφορά στα ποσοστά επιτυχίας μόνο, μπορεί να καταστούν παραπλανητικά για τους ενδιαφερόμενους που λόγω και της ιδιάζουσας ψυχολογίας τους αποδεικνύονται ιδιαίτερα επιρρεπείς.

3.2. Η αρχή της αντιμετώπισης του προβλήματος.

Το πρώτο που θα πρέπει να κάνει ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υπογονιμότητας, είναι να έχει μία σωστή ψυχολογική αντιμετώπιση προς το πρόβλημα αυτό. Δεν θα πρέπει να υπάρχει άγχος, αγωνία, και λάθος αντιλήψεις σχετικά με το πρόβλημα. Το ζευγάρι θα πρέπει να ψάξει πρώτα από όλα να βρει ψυχολογική υποστήριξη, είτε από κάποιον ειδικό είτε ερχόμενο σε επαφή με άλλα ζευγάρια που μπορεί να έχουν βρεθεί σε παρόμοια κατάσταση. Είναι σημαντικό να υπάρχουν σωστές ψυχολογικές αντιδράσεις στα προβλήματα υπογονιμότητας και το ζευγάρι θα πρέπει να εξετάσει τρόπους με τους οποίους άλλα ζευγάρια αντιμετώπισαν το πρόβλημα. Καλό θα είναι να αποφεύγεται η συζήτηση παραγόντων σχετικά με τα παιδιά και με την γονιμότητα, και οι φίλοι και οι γνωστοί είναι καλό να έχουν κάποια μικρή γνώση του προβλήματος, όπου αυτό είναι δυνατόν, και να αποφεύγουν να κάνουν σχόλια που μπορεί να "ρίξουν" προσωρινά το ζευγάρι. Το κάπνισμα, το ποτό, και η λήψη ηρεμιστικών, ή ακόμα το πολύ φαγητό, μπορεί να προσφέρουν εκείνη τη στιγμή μια χαλάρωση και ευχαρίστηση, αλλά δεν είναι θετικοί τρόποι για την ψυχολογική υποστήριξη σε μία περίπτωση υπογονιμότητας. Εκείνο που θα πρέπει ίσως να γίνει, είναι το ζευγάρι να προσπαθήσει ώστε το πρόβλημα να φύγει από το κέντρο του ενδιαφέροντος, αναμειγνύμενοι σε άλλες δραστηριότητες, ασχολούμενοι περισσότερο με την εργασίας τους, αναλαμβάνοντας νέα ενδιαφέροντα, ή ξοδεύοντας περισσότερο χρόνο στα ήδη υπάρχοντα. Επίσης, είναι καλό και για τον άντρα και για την γυναίκα να δουλέψουν προς την πλευρά της αυτοεκτίμησης τους. Θα πρέπει να προσπαθήσουν να βελτιώσουν την εξωτερική τους εμφάνιση, την ψυχολογική τους κατάσταση, την σωματική τους αντοχή, την εργασία τους. Θα πρέπει επίσης να σκεφτούν και να δουλέψουν στην αναγνώριση των θετικών απόψεων της υπογονιμότητας, δηλαδή, το να μην έχουν παιδί, τους δίνει μεγαλύτερη ελευθερία, δεν είναι δεμένοι μέσα στο σπίτι, μπορούν να βγουν έξω, να κάνουν ότι θέλουν, να κάνουν ταξίδια και πολλά άλλα. Μπορεί αυτό να είναι κάτι τεχνητό, αλλά μπορεί να τους βοηθήσει να καταλάβουν ότι έστω και προσωρινά υπάρχει μία θετική πλευρά στην έλλειψη παιδιών.

Θα πρέπει να δώσουν όμως διέξοδο στα αισθήματα τους, θα πρέπει να τα συζητήσουν εις βάθος μεταξύ τους και να ζητήσουν βοήθεια. Δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να υπάρχει ο φόβος να καταφύγουν και στην ατομική ή ομαδική συμβουλευτική, σε μία προσπάθεια να βγάλουν τα αισθήματα τους από τον εσωτερικό τους κόσμο προς τα έξω. Χρειάζεται θάρρος για να αποκαλύψει κάποιος κάτι για το οποίο νιώθει ευάλωτος. Μπορεί όμως στην διαδικασία να δει και άλλους ανθρώπους οι οποίοι να νιώθουν έτσι, και να βοηθηθεί από το γεγονός αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΜΟΣ 3305. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

1. Νομοθετικές και Νομολογιακές εξελίξεις στην Ελλάδα.

Σήμερα έχει ήδη ανοίξει και τροφοδοτείται διαρκώς με τις συνεχείς και ταχύτατες εξελίξεις στον τομέα της γενετικής και της τεχνολογίας μια ευρεία συζήτηση με ηθικές κοινωνικές και νομικές προεκτάσεις αναφορικά με αυτές τις εξελίξεις και τις προοπτικές που δημιουργούνται. Πολλές από τις σύγχρονες μεθόδους γενετικής τεχνολογίας εφαρμόζονται εδώ και πολλές δεκαετίες (τεχνητή σπερματέγχυση, *in vitro* γονιμοποίηση, παρένθετη μητρότητα) με σταδιακά αυξανόμενους ρυθμούς και θεωρούνται πλέον σήμερα ευρύτερα αποδεκτές με αντίστοιχες προβλέψεις στο εθνικό δίκαιο, αλλά και σε οδηγίες και αποφάσεις στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ρυθμίζουν τα σχετικά θέματα. Άλλες πάλι τεχνικές, όπως είναι η κλωνοποίηση, οι επεμβάσεις στο γενετικό υλικό με στόχο τη «βελτίωση» του ή η διασταύρωση γενετικού υλικού ανθρώπου με γενετικό υλικό ζώου, αποτελούν πια μια δυνατότητα με βάση τη διαρκή εξέλιξη της βιοτεχνολογίας.¹⁵ Οι τελευταίες αυτές μέθοδοι, αν και αποτελούν περισσότερο αντικείμενο εργαστηριακών ερευνών παρά καθημερινή πρακτική στους ιατρικούς κύκλους, δεν παύουν να δημιουργούν έναν ευρύτερο προβληματισμό ως προς την αντιμετώπιση από άποψη δικαίου μιας ενδεχόμενης εφαρμογής τους. Η εκτεταμένη εφαρμογή μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής σε συνάρτηση με την αλματώδη πρόοδο και εξέλιξη της βιοτεχνολογίας, δημιούργησε μια κοινωνική πραγματικότητα η οποία απαιτούσε άμεσα την νομοθετική παρέμβαση.

Η ανάγκη αυτή έγινε ακόμη πιο επιτακτική ύστερα από σειρά σχετικών υποθέσεων που απασχόλησαν σε διάφορες χώρες τα δικαστήρια. Κλασικές στο θέμα της σύγκρουσης μητροτήτων θεωρούνται τόσο η υπόθεση «BaBy M», που αφορούσε περίπτωση «υποκατάστατης μητρότητας» και αντιμετωπίστηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey των ΗΠΑ το 1988, όσο και η υπόθεση Johnson v. Calvert που αναφερόταν σε περίπτωση «παρένθετης μητρότητας» και που αντιμετωπίστηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο της Καλιφόρνιας των ΗΠΑ το 1993, καθώς, ακόμη και η υπόθεση της C. Parraiaix, που διεκδικούσε στη Γαλλία το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου της (1984)¹⁶. Αλλά και στην Ελλάδα εμφανίσθηκαν στα δικαστήρια υποθέσεις συνδεδεμένες με την τεχνητή γονιμοποίηση, χαρακτηριστική είναι η υπόθεση που αντιμετώπισε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Ηρακλείου (31/5803/176/1999) σχετικά με την υιοθεσία τέκνου που κυοφορήθηκε και γεννήθηκε από γυναίκα διαφορετική από εκείνη που χορήγησε το γεννητικό υλικό, καθώς και η υπόθεση για την αναγνώριση της πατρότητας του μόνιμου συντρόφου της γυναίκας που απέκτησε παιδί με γεννητικό υλικό ξένο και προς τους δύο συντρόφους, η οποία απασχόλησε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών (6779/2000).

¹⁵ Μηλαπίδου, Μ., «Ποινική Δικαιοσύνη», Νομικό περιοδικό, 2005, σελ.137.

¹⁶ Εισηγητική Έκθεση, Ν.3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Αθήνα 2002, παράρτημα 4, σελ.168.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ευρύτατη εφαρμογή των επί μέρους ιατρικών μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα προκαλέσει και στη χώρα μας και άλλες διαφορές, που θα απαιτήσουν την παρέμβαση της δικαιοσύνης. Εν όψει, άρα, του νομοθετικού κενού, που διαπιστώνεται στον τομέα αυτόν, η διαμόρφωση ενός ειδικού ελληνικού νομοθετικού πλαισίου, που θα ρυθμίζει την τεχνητή γονιμοποίηση και θα καθορίζει τις συνέπειες της στο χώρο, είναι απολύτως επιβεβλημένη.

Η χώρα μας ανήκει στις ευρωπαϊκές εκείνες χώρες που στερούνταν νομοθετικής ρύθμισης στον ευαίσθητο αυτό τομέα. Έτσι λοιπόν η εγχώρια νομοθετική παρέμβαση, είχε το πλεονέκτημα της γνώσης των αντίστοιχων νομοθετικών ρυθμίσεων των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών και αμερικανικών πολιτειών, οι οποίες είχαν προβεί στη θέσπιση νόμων για τη τεχνητή γονιμοποίηση και είχαν ανάλογη δικαστική εμπειρία, ήδη από τη δεκαετία του '80 και του '90, συγκεκριμένα η Σουηδία το 1984 και 1988, το Ηνωμένο Βασίλειο το 1985 και 1990, η Ισπανία το 1988, η Γερμανία το 1991, η Αυστρία το 1992, η Γαλλία το 1994, η Ελβετία το 1998, κατέστησε αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη προκειμένου να ρυθμιστούν νομοθετικά τα διάφορα νομικά, ηθικά και κοινωνικά προβλήματα.¹⁷ Είναι, βέβαια, γεγονός ότι οι νομοθεσίες αυτές δεν κινούνται προς ενιαία κατεύθυνση. Άλλες είναι πιο αυστηρές, απαγορεύοντας ή περιορίζοντας ορισμένες μεθόδους, ενώ άλλες είναι πιο ελαστικές. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι ενδεικτικές των διλημάτων του νομοθέτη.

Ο νόμος 3089/2002 περί Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή καθώς και ο νόμος 3305/2005 για την «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» που είναι ο πιο πρόσφατος και συνέχεια του προηγούμενου, ψηφίστηκαν και εφαρμόζονται στην Ελλάδα με σκοπό την καλύτερη ρύθμιση των θεμάτων της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Ο νόμος 3089/2002 περί Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή που ψηφίστηκε στην Βουλή στις 10 Δεκεμβρίου 2002 περιλαμβάνει πρωτοποριακές ρυθμίσεις που αφορούν την παρένθετη μητρότητα, τη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, καθώς και την εφαρμογή των μεθόδων τεχνητής γονιμοποίησης σε άγαμες γυναίκες, οι οποίες ζούν μόνες ή σε ελεύθερη ένωση με κάποιον σύντροφο. Ο νόμος επιτρέπει έτσι σε άτεκνα ζευγάρια, η πλέον και σε άγαμες γυναίκες, να πραγματοποιήσουν την επιθυμία τους για την απόκτηση του δικού τους παιδιού. Ενός παιδιού που, είτε είναι γενετικά δικό τους είτε όχι, δεν μπορεί να τους το διεκδικήσει κανείς, εφόσον βέβαια τηρηθούν οι όροι και οι διαδικασίες που επιτάσσει ο νόμος. Καθιέρωσε την ανωνυμία του τρίτου δότη γεννητικού υλικού καθώς προφυλάσσει και τα δυο μέρη από δυσάρεστες μελλοντικές και ψυχολογικές αλλαγές και επεμβάσεις μεταξύ βιολογικής και κοινωνικής οικογένειας που θα αποβούν ασφαλώς σε βάρος του παιδιού. Απαίτησε για κάθε ιατρική πράξη που θα γίνεται για την απόκτηση παιδιού με την μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης να υπάρχει πρώτα απ'όλα έγγραφη συναίνεση των ενδιαφερόμενων για την αποφυγή προβλημάτων και ευθυνών. Τέλος επέφερε τροποποιήσεις στον Αστικό Κώδικα στο πεδίο της ίδρυσης συγγένειας και στο κληρονομικό δίκαιο, σε μια προσπάθεια να συμβαδίσει ο νομοθέτης με τη σύγχρονη πραγματικότητα και τις απαιτήσεις της. Οι ρυθμίσεις του νόμου αυτού υπήρξαν, όπως αποδεικνύεται, η αρχή των αντίστοιχων ρυθμίσεων στο πεδίο του ποινικού δικαίου. Η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α., εκτός των συνεπειών που έχει στο πεδίο του οικογενειακού και του

¹⁷ Εισηγητική Έκθεση, Ν.3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Αθήνα 2002, παράρτημα 4, σελ.169.

κληρονομικού δικαίου, άπτεται και του ευαίσθητου τομέα της Δημόσιας Υγείας, η προστασία και η προαγωγή της οποίας απαιτεί ένα εξειδικευμένο νομοθέτημα. Το νέο σχέδιο νόμου έρχεται να καλύψει αυτό το κενό.

Ο νέος νόμος 3305/2005 για την «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» είναι συνέχιση του παλαιότερου νόμου 3089/2002 και αποτελεί την πρώτη ρύθμιση στο εθνικό ελληνικό δίκαιο που προβλέπει ποινικές και διοικητικές κυρώσεις όταν παραβιάζονται συγκεκριμένες προϋποθέσεις και όροι κατά την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Η συζήτηση που είχε ανοίξει και ο προβληματισμός που είχε δημιουργηθεί με αφορμή το νόμο 3089/2002 φαίνεται πως θα έχουν τη συνέχεια τους με γνώμονα αυτή τη φορά το νέο νόμο.

Ο νόμος 3305/2005 που ψηφίστηκε στην Βουλή στις 26 Ιανουαρίου 2005 αναφέρεται στα εξής:

- Εξειδικεύει τις διατάξεις του ν.3089/2002 προσδίδοντας τους την απαραίτητη βιοϊατρική διάσταση,
- Προσδιορίζει τους ειδικούς όρους προσφυγής στις μεθόδους Ι.Υ.Α.,
- Θέτει το πλαίσιο για την έρευνα σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια,
- Καθορίζει τους όρους ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης,
- Προβλέπει την ίδρυση ανεξάρτητης Εθνικής Αρχής Ι.Υ.Α. και τους όρους λειτουργίας της και τέλος,
- Θεσπίζει ποινικές και διοικητικές κυρώσεις για τις παραβάσεις των διατάξεων του ν. 3089/2002 και των διατάξεων αυτού του ίδιου του σχεδίου νόμου.

1.1. Περιεχόμενο και φορείς του δικαιώματος αναπαραγωγής.

Το δικαίωμα απόκτησης φυσικών απογόνων υπό το Ελληνικό Σύνταγμα.

Δικαίωμα αναπαραγωγής ή δικαίωμα αποκτήσεως φυσικών απογόνων είναι το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει αν και πότε θα αποκτήσει παιδιά. Η απόκτηση και διαπαιδαγώγηση παιδιών αποτελεί αναμφίβολα ένα σημαντικό τομέα, όπου εκφράζει κανείς στοιχειώδεις και σημαντικές πτυχές της προσωπικότητάς του. Για πολλούς ανθρώπους η επιθυμία να αποκτήσουν και να αναθρέψουν παιδιά αποτελεί το κυρίαρχο στοιχείο που δίνει νόημα στη ζωή τους και η ακούσια ατεκνία θεωρείται συχνά από τους ενδιαφερομένους, άνδρες και γυναίκες, ως ένα σοβαρό πρόβλημα.

Επιγραμματική και λακωνική διατύπωση της σημασίας της απόκτησης παιδιού περιέχεται στην αμερικανική απόφαση Johnson v. Calvert:¹⁸ " Η γέννηση παιδιών όχι μόνον διαιωνίζει το είδος μας, αλλά επιτρέπει σε κάθε γονέα να συμβάλει γενετικά και κοινωνικά στην συλλογική μας αντίληψη της έννοιας του ανθρώπου. Κάθε παιδί επίσης προσφέρει τη δυνατότητα μιας μοναδικής σχέσεως ζωής, η οποία δυνητικά μπορεί να είναι περισσότερο ικανοποιητική και με περισσότερο περιεχόμενο από οποιαδήποτε άλλη επιδίωξη ".

Το δικαίωμα αποκτήσεως απογόνων συνάγεται από το άρθρο 5 παρ. 1 του Ελληνικού Συντάγματος, που αναφέρεται στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και κατοχυρώνεται υπό τον τριπλό περιορισμό του άρθρου αυτού,

¹⁸ WWW.bioethics.org.gr/03_dkriarianapar.html, 11 Απριλίου 2005.

δηλαδή του Συντάγματος, των δικαιωμάτων των άλλων και των χρηστών ηθών.¹⁹ Το δικαίωμα αυτό, όπως και όλα τα συναγόμενα από το άρθρο 5 παρ. 1 δικαιώματα κατοχυρώνεται ανεπιφύλακτα, η κατοχύρωσή του, λοιπόν, απέναντι στον κοινό νομοθέτη είναι απόλυτη. Ο νομοθέτης, όμως, επιτρέπεται να επέμβει για να ρυθμίσει τον τρόπο ασκήσεως αυτού του δικαιώματος. Ως προς τη φυσική αναπαραγωγή δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το δικαίωμα αυτό υφίσταται ανεξαρτήτως της προσωπικής καταστάσεως του ατόμου.

Ηθικά και νομικά προβλήματα δημιουργούνται σε σχέση με τις νέες μεθόδους, δεδομένου ότι αυτές επιτρέπουν την επίτευξη του στόχου αυτού όχι μόνο στα ζεύγη με πρόβλημα συλλήψεως και κυοφορίας, αλλά, ταυτοχρόνως καθιστούν δυνατή την απόκτηση τέκνου και ανεξαρτήτως της υπάρξεως ζεύγους, από άνδρες και γυναίκες που για οποιοδήποτε λόγο θέλουν να αποκτήσουν παιδί χωρίς σχέσεις με το άλλο φύλο. Οι δυνατότητες αυτές συνδέονται με την προσφυγή σε γαμέτες (σπέρμα και ωάριο) τρίτων ατόμων ή ακόμη και σε κυοφορία μέσω 'τρίτων' γυναικών (όχι, δηλαδή, εκείνων, από τις οποίες προέρχονται τα ωάρια ή εκείνων που θα μεγαλώσουν το παιδί).

Φορείς του δικαιώματος.

Το δικαίωμα αναπαραγωγής είναι, βεβαίως ατομικό δικαίωμα η άσκησή του, όμως, μέσω προσφυγής στις μεθόδους υποβοηθούμενης τεκνοποιίας επιτρέπεται κατ' αρχήν στα πλαίσια του ετερόφυλου έγγαμου ζεύγους. Οι επιθυμίες και τα συμφέροντα αποκτήσεως παιδιού με τον τρόπο αυτό είναι ταυτόσημα με εκείνα στη "φυσική" αναπαραγωγή και επιτρέπουν σε ένα ζεύγος να αποκτήσει παιδιά που είναι βιολογικά εξ αίματος απόγονοι ενός τουλάχιστον από τα μέλη του ζεύγους. Δικαιολογητικός λόγος του περιορισμού κυρίως στα έγγαμα ζεύγη είναι η προστασία του παιδιού και η πληρέστερη κατοχύρωση των δικαιωμάτων του εντός του γάμου, ανεξαρτήτως των δικαικών ρυθμίσεων με τις οποίες επιτυγχάνεται πλήρης εξομοίωση όλων των παιδιών, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η προσωπική κατάσταση των γονέων τους.

Τα τελευταία έτη, πάντως, ορισμένες νομοθεσίες προβλέπουν τη δυνατότητα προσφυγής στις μεθόδους αυτές και στα συμβίωνα απλώς ζεύγη, εφόσον στις οικείες χώρες υπάρχει μεγάλος αριθμός ατόμων που συμβιώνουν χωρίς γάμο, όπως π.χ. στην Γαλλία και στην Ελβετία. Το πρόβλημα δεν πρέπει να συγχέεται με την πραγματική κατάσταση της υπάρξεως παιδιών με έναν μόνο γονέα λόγω θανάτου, εγκαταλείψεως κλπ., όπου πρόκειται περί ενός τυχαίου γεγονότος, σε αντίθεση με την εκ των προτέρων και βάση νομικής διάταξης, δημιουργία ενός παιδιού με έναν μόνο γονέα. Από τη συνταγματική προστασία της παιδικής ηλικίας συνάγεται υποχρέωση του κράτους να λάβει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να εξασφαλισθεί στα παιδιά που προέρχονται από μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η παρουσία και συμμετοχή του πατέρα.

Πρέπει να σημειωθεί πάντως ότι στις αλλοδαπές νομοθεσίες που προβλέπεται η δυνατότητα προσφυγής στις μεθόδους αυτές σε συμβίωνα απλώς ζεύγη λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα καταγραφής της βουλήσεώς τους με συμβολαιογραφικό έγγραφο ή δικαστική απόφαση, ούτως ώστε να υπάρχει κατοχύρωση των δικαιωμάτων των παιδιών που θα γεννηθούν με αυτό τον τρόπο. Επιπλέον προβλέπεται ένα χρονικό

¹⁹ WWW.bioethics.org.gr/03_dkriarianapar.html, 11 Απριλίου 2005.

όριο συμβιώσεως, με σκοπό να εξασφαλίζεται όχι μόνο η νομική παρουσία του πατέρα αλλά και η πραγματική παρουσία του στη ζωή ενός παιδιού.

1.2. Νομοθετικές ρυθμίσεις σε διεθνές επίπεδο.

Την δυνατότητα προσφυγής στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής των εγγάμων ή συμβιούντων ζευγών υπό την προϋπόθεση της γραπτής και τυπικής συναίνεσεως προβλέπουν και πολλές από τις ήδη υπάρχουσες νομοθεσίες.

Στην **Αυστριακή** θεωρία το δικαίωμα αναπαραγωγής συνάγεται από το άρθρο 12 της ΕΣΔΑ, στο οποίο προβλέπεται η ελευθερία συνάψεως γάμου και ιδρύσεως οικογένειας και υποστηρίζεται ότι κατοχυρώνεται μόνον υπέρ του ζεύγους.²⁰ Ο αυστριακός νόμος του 1992 περί αναπαραγωγής ορίζει ότι ο σύζυγος πρέπει να δώσει τη γραπτή συναίνεσή του για την ομόλογη γονιμοποίηση της συζύγου του, για την ετερόλογη πρέπει να συνταχθεί δικαστικό πρωτόκολλο ή συμβολαιογραφική πράξη. Οι προϋποθέσεις αυτές (πρωτόκολλο ή συμβολαιογραφική πράξη) απαιτούνται από τον σύντροφο (στην περίπτωση του συμβιούντος ζεύγους), και για την ομόλογη και για την ετερόλογη γονιμοποίηση. Στον Αυστριακό Α.Κ., προστέθηκε μια ακόμη παράγραφος, με την οποία δεν επιτρέπεται αμφισβήτηση της πατρότητας, εάν υπάρχει έγκυρη συναίνεση. Ο **Αγγλικός** νόμος περί Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας του 1990 (Human Fertilisation and Embryology Act) ρυθμίζει τις περιπτώσεις υποβοηθούμενης τεκνοποιίας κατ' αρχήν μόνον μεταξύ εγγάμων ή συμβιούντων ατόμων και προβλέπει προϋποθέσεις, ούτως ώστε να μην επιτρέπεται αμφισβήτηση της πατρότητας. Ακόμη ορίζεται ότι μια γυναίκα υποβάλλεται σε θεραπεία, αφού ληφθεί υπόψη η ευημερία των παιδιών που μπορεί να γεννηθούν ως αποτέλεσμα αυτής της θεραπείας, (συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης αυτών των παιδιών για πατέρα) και η ευημερία οποιουδήποτε άλλου παιδιού μπορεί να επηρεάζεται από τη γέννηση. Ως "ανάγκη του παιδιού για πατέρα" εννοείται μάλλον η ανάγκη του "κοινωνικού πατέρα", ο οποίος θα αναλάβει τις σχετικές υποχρεώσεις. Το πιθανολογούμενο συμφέρον του παιδιού αναφέρεται ρητά και στον **Σουηδικό** νόμο περί γονιμοποιήσεως του 1984. Επιτρέπεται η γονιμοποίηση, μόνον εάν μπορεί να συναχθεί ότι το προσδοκώμενο παιδί θα μεγαλώσει σε ευνοϊκές συνθήκες. Εάν ο ιατρός αρνείται τη θεραπεία γονιμοποιήσεως, τότε οι σύζυγοι ή οι σύντροφοι μπορούν να ζητήσουν από την Διεύθυνση Κοινωνικών Υπηρεσιών να εξετάσει την υπόθεση. Ο **Νορβηγικός** νόμος 68 του 1987 αναφέρεται μόνο σε έγγαμους. Από ανάλογη αντίληψη συντάσσεται και ο **Γαλλικός** νόμος, όπου αναφέρεται ότι δικαιούνται να ζητήσουν ιατρική συνδρομή τα ζεύγη εγγάμων ή συμβιούντων ατόμων (για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο ετών), εφόσον έχουν δώσει προηγουμένως τη συναίνεσή τους και έχουν ηλικία κατάλληλη για τεκνοποιία. Στην **Ελβετία** προστέθηκε ένα ακόμη άρθρο στο Ομοσπονδιακό Σύνταγμα μετά από δημοψήφισμα, το 1992. Στο άρθρο αυτό περιλαμβάνονται οι γενικές αρχές που διέπουν τη γενετική τεχνολογία και την ιατρική της αναπαραγωγής. Τίθεται ως γενική αρχή ότι:²¹ " Ο άνθρωπος και το περιβάλλον του προστατεύονται έναντι καταχρήσεων της τεχνολογίας της αναπαραγωγής και της γενετικής τεχνολογίας". Ακόμη ορίζεται ότι : "Οι διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επιτρέπεται να εφαρμόζονται

²⁰ WWW.bioethics.org.gr/03_dkriarianapar.html, 11 Απριλίου 2005.

²¹ Στο ίδιο, 11 Απριλίου 2005.

μόνον, όταν δεν είναι δυνατόν να καταπολεμάτε κατ' άλλον τρόπο η στειρότητα ή ο κίνδυνος μεταδόσεως βαρείας ασθένειας, όχι όμως για να αποκτήσει το παιδί συγκεκριμένες ιδιότητες ή για ερευνητικούς σκοπούς. Η γονιμοποίηση ανθρωπίνων ωαρίων εκτός του ανθρωπίνου σώματος επιτρέπεται μόνον βάσει των όρων που θα ρυθμισθούν με νόμο. Εκτός του γυναικείου σώματος επιτρέπεται να εξελιχθούν τόσα μόνον ωάρια σε έμβρυα, όσα μπορούν αμέσως να εμφυτευτούν". Ο πρόσφατος Ελβετικός νόμος περί Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του 1998 ορίζει ότι η ομόλογη γονιμοποίηση επιτρέπεται σε έγγαμα και συμβίωνα ζεύγη, εφόσον αυτά λόγω της ηλικίας τους και της προσωπικής τους καταστάσεως παρέχουν τα απαραίτητα ότι είναι δηλαδή σε θέση να αναθρέψουν ένα παιδί μέχρι την ενηλικίωση του. Η ετερόλογη γονιμοποίηση μέσω δότη σπέρματος επιφυλάσσεται μόνον στα έγγαμα ζεύγη. Ως αρχή του Ελβετικού νόμου αποτελεί: "Το συμφέρον του παιδιού". Η Ελβετία είναι η πρώτη χώρα, στην οποία προστέθηκε συνταγματική ρύθμιση για τα θέματα αυτά, η δε πρόταση ψηφίσθηκε σε ποσοστό 73,8% από τον ελβετικό λαό.²² Ρητή αναφορά στο δικαίωμα της γυναίκας να προσφύγει στην ιατρική συνδρομή υπάρχει στον Ισπανικό νόμο του 1988, μετά από γραπτή συναίνεσή της και αφού έχει ενημερωθεί ως προς τις πιθανές επιπλοκές της εγκυμοσύνης της και τους κινδύνους για τους απογόνους της. Κατά περίεργο τρόπο, πάντως, στο νόμο ορίζεται ρητά ότι πρόκειται για θεραπείες καταπολεμήσεως της στειρότητας και συνεπώς αναφέρονται σε προβλήματα του ζεύγους.

2. Γενικές αρχές για τις τεχνικές και τις εφαρμογές της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Το άρθρο 1455 Α.Κ. του νόμου 3089/2002 καθώς και το άρθρο 1 του νέου νόμου θέτει το γενικό κανόνα για το επιτρεπτό της τεχνητής γονιμοποίησης, σύμφωνα με τον οποίο η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή επιτρέπεται μόνο αν είναι ιατρικώς αναγκαία με δύο έννοιες: Πρώτο, αν υπάρχει αδυναμία απόκτησης απογόνων με φυσικό τρόπο, δηλαδή στειρότητα, και, δεύτερο, αν μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί να αποφευχθεί μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Ένα παράδειγμα για την τελευταία περίπτωση αποτελεί αυτό όπου ο σύζυγος πάσχει από σοβαρή κληρονομική νόσο, η οποία θα μεταδοθεί στους απογόνους του, ενώ μπορεί να αποφευχθεί αν διενεργηθεί τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς τρίτου δότη.

Ο Έλληνας νομοθέτης έχει δύο σταθερά ερείσματα:²³ το Σύνταγμα και τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης του Οβιέδο του 1997 «για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική» (που κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998). Σε συνταγματικό επίπεδο, το δικαίωμα της αναπαραγωγής βρίσκει την κατοχύρωση του στο άρθρο 5 παρ.1 του Συντάγματος. Καθένας έχει το δικαίωμα, με βάση την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και το σεβασμό της ελευθερίας του να αποκτήσει απογόνους σύμφωνα με τις επιθυμίες του. Κατά συνέπεια, η προσφυγή στις ιατρικές μεθόδους, προκειμένου να αποκτηθούν τέκνα, εντάσσεται στο προστατευτικό πεδίο

²² Παντοπούλου, Π., και Δακτυλά, Α., *Το τεκμήριο της μητρότητας και η ανατροφή του*, Πτυχιακή εργασία, Κομοτηνή 2003, σελ.50.

²³ Εισηγητική Έκθεση, Ν.3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Αθήνα 2002, παράρτημα 4, σελ.169.

του Συντάγματος, αρκεί η άσκηση του δικαιώματος της αναπαραγωγής να μην προσκρούει σε δικαιώματα άλλων, να μην παραβιάζει το Σύνταγμα και να μην προσβάλλει τα χρηστά ήθη. Διευκρινίζεται επιπλέον ότι η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. νομιμοποιείται εφόσον διενεργείται μέσα στο πλαίσιο που θέτουν οι τεχνολογικές εξελίξεις στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας, λαμβανομένων υπόψη και των αρχών της βιοηθικής.

Ανάμεσα σε όλες τις παραμέτρους που πρέπει να υπολογίζονται στο πεδίο της Ι.Υ.Α., ιδιαίτερη βαρύτητα έχει η αξιολόγηση του συμφέροντος του μέλλοντος του παιδιού. Αποτελεί εκδήλωση της θεμελιώδους αρχής περί προστασίας των δικαιωμάτων του παιδιού, την οποία κατοχυρώνει το άρθρο 3 της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού (ν. 2101/1992) και το άρθρο II 24 του Χάρτη των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.²⁴ Η αρχή αυτή διατρέχει επίσης ολόκληρο το δίκαιο των ανηλίκων στην ελληνική έννομη τάξη. Μέσα στα όρια του παρόντος σχεδίου νόμου, η τήρηση της προβάλλεται στο στάδιο που προηγείται της σύλληψης και κυοφορίας του παιδιού με τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο σεβασμός της επιταγής αυτής προσφέρει την απαραίτητη ηθική θεμελίωση στην απόκτηση παιδιού με αυτόν τον τρόπο. Ενδεικτικά, ο κώδικας δεοντολογίας της βρετανικής Αρχής Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας υποδεικνύει να αξιολογείται η ύπαρξη «ενός σταθερού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για κάθε παιδί που θα γεννηθεί ως αποτέλεσμα θεραπείας»²⁵, καθώς και ορισμένα δεδομένα από την πλευρά των μελλοντικών γονέων, όπως η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, η κληρονομικότητα ως προς ορισμένα νοσήματα, καθώς και η ικανότητα να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού.

Οι όροι «υποβοηθούμενη αναπαραγωγή» και «τεχνητή γονιμοποίηση» ταυτίζονται στο σχέδιο νόμου και χρησιμοποιούνται ως όροι γενικοί, που περιλαμβάνουν όλες τις μεθόδους και τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Από αυτές συνηθέστερες είναι η τεχνητή σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση.

Στο άρθρο 1455 του νόμου 3089/2002 επιβάλλεται χρονικός περιορισμός στην υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή, η οποία επιτρέπεται μόνο μέχρι την ηλικία ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου, ενώ στο νέο νόμο ως ανώτατο όριο ηλικίας ορίζεται το πενήτηκοστό έτος. Η ρύθμιση αυτή τίθεται προκειμένου να αποφευχθούν ακραία φαινόμενα τεχνητής γονιμοποίησης σε προχωρημένη ηλικία και πάντα προς όφελος του παιδιού. Ο περιορισμός αυτός συνάδει απολύτως με τον προαναφερόμενο σκοπό της ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Θέμα αντίθεσης σύμφωνα με το νόμο 3089/2002 αντιμετωπίζουν τόσο οι περιπτώσεις για τη μεταθανάτια γονιμοποίηση, την τεχνητή γονιμοποίηση άγαμων μοναχικών γυναικών όσο και για τη χρησιμοποίηση «παρένθετης» κυοφόρου γυναίκας. Και σε αυτές όμως ακόμη τις περιπτώσεις μία πλήρης νομοθετική απαγόρευση (που δεν θα μπορούσε βέβαια από τα πράγματα να επιβληθεί απόλυτα στην πράξη, όπως συμβαίνει με όλες τις απαγορεύσεις αυτού του είδους) δεν θα ήταν το καλύτερο μέτρο, αφού, σε τελική ανάλυση, θα είχε ως θύμα το πιο ανυπεράσπιστο από τα εμπλεκόμενα μέρη το παιδί, που θα γεννιόταν από μια απαγορευμένη και, άρα, μη ρυθμιζόμενη ως προς τις συνέπειες της μέθοδο. Το παιδί θα ήταν υποβαθμισμένο από άποψη νομικής κατάστασης, όπως ακριβώς συνέβαινε πα-

²⁴ Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005, παράρτημα 3, σελ.159.

²⁵ Στο ίδιο, σελ.30.

λαιότερα και με τα «εξώγαμα» παιδιά, με την επίκληση και εκεί «κάποιων ηθικών αξιών», όπως η προστασία της «νόμιμης οικογένειας». Δημιουργία όμως παιδιών «δεύτερης κατηγορίας» δεν ανέχεται πλέον ο νομικός πολιτισμός.

Σε ό,τι αφορά τη Σύμβαση του Οβιέδο, το ενδιαφέρον, και η δέσμευση, για τον Έλληνα νομοθέτη δημιουργείται ως προς την απαγόρευση επιλογής φύλου, με εξαίρεση την επιλογή που επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους, όταν πρόκειται δηλαδή να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική ασθένεια που συνδέεται με συγκεκριμένο φύλο, όπως π.χ η μυοπάθεια Duchenne που πλήττει μόνο τους άρρενες. Καθώς και την απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, αφού η επιδίωξη αναπαραγωγής όμοιων ανθρώπων αντιβαίνει στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου και το επιτρεπτό ερευνών σε γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς. Το σχέδιο νόμου ρυθμίζει και την τύχη του πλεονάζοντος κρυσταλλημένου γεννητικού υλικού.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τον όρο «γεννητικό υλικό», πρέπει να σημειωθεί ότι γενικά στο σχέδιο νόμου ο όρος χρησιμοποιείται συμβατικά για να υποδηλώσει τόσο το απλό γεννητικό υλικό, δηλαδή τους γαμέτες (το σπέρμα και το ωάριο) όσο και το γονιμοποιημένο ωάριο. Ο όρος «γονιμοποιημένο ωάριο» χρησιμοποιείται, επίσης συμβατικά για να καλύψει τις πρώτες δεκατέσσερις ημέρες από την ένωση του σπέρματος και του ωαρίου (μετά, τις οποίες κατά τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης, σχηματίζονται οι καταβολές του νευρικού ιστού).

Όσο αφορά τώρα την μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση αλλά και την κυοφορία γονιμοποιημένου ωαρίου από γυναίκα το σχέδιο ακολουθεί μέση οδό, υπάγοντας τις δυνατότητες αυτές σε αυστηρές προϋποθέσεις. Ειδικά για την περίπτωση κατά την οποία μεσολαβεί άλλη γυναίκα, διαφορετική από εκείνη που θέλει να αποκτήσει τέκνο, το σχέδιο απαιτεί προηγούμενη δικαστική άδεια. Επίσης όσο αφορά τη δυνατότητα των άγαμων γυναικών να προσφύγουν σε τεχνητή γονιμοποίηση, το σχέδιο δεν την αποκλείει. Τέλος, το σχέδιο τάσσεται υπέρ της ανωνυμίας του τρίτου δότη γεννητικού υλικού, προβλέπει όμως παράλληλα τη διατήρηση σε απόρρητο αρχείο, του ιατρικού ιστορικού του δότη, ώστε το τέκνο, και μόνο αυτό, να έχει πρόσβαση στο συγκεκριμένο ιστορικό, αν το επιβάλλουν λόγοι υγείας.

Οι παραπάνω λύσεις βρίσκονται σε αρμονία με το ισχύον νομικό πλαίσιο, τις βασικές ηθικές αξίες και την ιατρική δεοντολογία, ενώ ανταποκρίνονται και στην κοινωνική πραγματικότητα, έτσι ώστε οι προτεινόμενες ρυθμίσεις να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα προβλήματα που ανακύπτουν. Ιδιαίτερα σε ένα χώρο, στον οποίο οι εξελίξεις είναι ραγδαίες και όπου με ένα απλό ταξίδι σε χώρα με ελαστικότερο νομοθετικό καθεστώς πολύ εύκολα ματαιώνονται οι όποιες απαγορεύσεις, ο νόμος θα πρέπει να είναι εύκαμπτος, ώστε οι διατάξεις του να μην καταλήξουν νεκρό γράμμα.

2.1. Προϋποθέσεις τεχνητής γονιμοποίησης.

Είναι πραγματικά αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το βιολογικό ρολόι του κάθε ανθρώπου χτυπάει πιο γρήγορο κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, το φώς φαίνεται πως διεγείρει άμεσα τις ορμόνες και την ερωτική του διάθεση. Η ζέστη προκαλώντας την διαστολή των αγγείων, τον ευαισθητοποιεί ιδιαίτερα και καταφέρνει την αμεσότερη ανταπόκριση του στα εξωτερικά ερεθίσματα. Αρωγός αυτής της διάθεσης αποτελεί και η ιδιαίτερη χαλαρότητα της συγκεκριμένης περιόδου καθώς είναι μία περίοδος διακοπών και αποσυμπίεσης από τις ευθύνες και το άγχος. Ίσως αυτός να είναι ο λόγος που οι περισσότερες προσπάθειες για εξωσωματική γονιμοποίηση πετυχαίνουν τους καλοκαιρινούς μήνες.

Η διαδικασία της φυσικής σύλληψης φαίνεται σχετικά απλή, η πραγματικότητα όμως είναι ότι εμπλέκονται τόσοι πολλοί μηχανισμοί που είναι εξαιρετικά πιθανόν κάτι να μη δουλέψει σωστά. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω το 15% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία συναντούν δυσκολίες στην προσπάθεια τους να αποκτήσουν ένα παιδί κάνοντας απλά έρωτα.

Υπάρχει μία ολόκληρη διαδικασία η οποία πραγματοποιείται εντός του γυναικείου σώματος κάθε μήνα, η οποία θα περιγραφεί περιληπτικά:²⁶ Κάθε μήνα, η μία από τις δύο γυναικείες ωοθήκες, υπακούοντας στις ορμόνες, παράγει ένα ωάριο που αναπτύσσεται μέσα στο ωοθυλάκιο. Όταν το ωοθυλάκιο ωριμάσει αρκετά, σπάει και απελευθερώνει το ωάριο (περίπου τη 14η ημέρα του κύκλου), μια διαδικασία που ονομάζεται ωορρηξία ή ωοθυλακιορρηξία. Το ωάριο αυτό (που περιβάλλεται από μια διαφανή ζώνη) το παίρνει στη συνέχεια η σάλπιγγα και το οδηγεί στη μήτρα. Εάν καταφέρει στο δρόμο του να συναντήσει ένα σπερματοζώαριο που θα τρυπήσει τη διαφανή ζώνη του και να γίνει η γονιμοποίηση, τότε το γονιμοποιημένο πια ωάριο μετά από 5-6 ημέρες φτάνει στη μήτρα, σπάει τη ζώνη του και εμφυτεύεται στο ενδομήτριο που έχει ήδη προετοιμαστεί από τις ορμόνες για να το δεχθεί. Αν όμως δε γίνει γονιμοποίηση, αποβάλλεται με την έμμηνο ρύση συμπαρασύροντας μαζί του και το ενδομήτριο. (Το δε σπέρμα, αποτελείται μεν από εκατομμύρια σπερματοζώαρια στη σύσταση του, ελάχιστα όμως θα υπερπηδήσουν όλα τα εμπόδια και τελικά, ένα και μόνον ένα, θα φτάσει στο ωάριο). Δεν αποκλείεται λοιπόν σε κάποιο από αυτά τα στάδια κάτι να μην δουλέψει "ρολόι", και έτσι να μην υπάρξει εγκυμοσύνη. Αυτό όμως δε σημαίνει απαραίτητα ότι χρειάζεται τεχνητή γονιμοποίηση.

Όπως έχει αναφερθεί οι μέθοδοι της Ι.Υ.Α., εφαρμόζονται σε ενήλικα πρόσωπα μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε περίπτωση που το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πεντηκοστό έτος. Μεγαλύτερο όριο ηλικίας τίθεται για ιατρικούς και κοινωνικούς λόγους, δεδομένου ότι η εγκυμοσύνη και η τεκνοποιία σε προχωρημένη ηλικία συνδέονται με αυξημένους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας και το συμφέρον του παιδιού. Εξάλλου το όριο αυτό επιλέγεται λόγω του ότι όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες, το ακραίο όριο εμμηνόπαυσης για τον ελληνικό πληθυσμό είναι το πεντηκοστό πέμπτο έτος. Ακόμη η τεχνική της κρυοσυντηρησης μπορεί να εφαρμοστεί κατ' εξαίρεση και σε ανήλικους. Αυτό θεσπίζεται προκειμένου να εξασφαλιστεί η μελλοντική δυνατότητα τεκνοποίησης, στην περίπτωση που οι ανήλικοι πάσχουν από σοβαρό νόσημα, του οποίου η θεραπεία μπορεί να επιφέρει στειρότητα, όπως είναι τα κακοήθη νοσήματα των γεννητικών αδένων (όρχεις, ωοθήκες) ή άλλα κακοήθη νοσήματα που απαιτούν χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία, οι οποίες είναι δυνατόν να καταστρέψουν τα γεννητικά όργανα τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα.

Το πότε πρέπει ένα ζευγάρι να καταφύγει στην μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης είναι πολύ σημαντικό και αποφασίζεται όταν συντρέχουν σοβαροί λόγοι αλλά και ενδείξεις ότι δεν μπορεί το ζευγάρι να τεκνοποιήσει με την φυσιολογική μέθοδο. Οι ενδείξεις, όπως έχει αναφερθεί μπορεί να είναι είτε από την πλευρά της γυναίκας είτε από την πλευρά του άντρα. Συγκεκριμένα:

²⁶ WWW.in2gr/dwoman.php?id=287, 11 Απριλίου 2005

α) Ενδείξεις από τον γυναικείο παράγοντα:

- Σάλπιγγες (προβλήματα διαβατότητας και λειτουργικότητας)
- ωοθήκες (βαριά προβλήματα ανωορρηξίας)
- Ενδομητρίωση.
- Η αύξηση των αυτομάτων εκτρώσεων.

β) Ενδείξεις από τον ανδρικό παράγοντα:

- Βαριά προβλήματα σπέρματος
- Αζωοσπερμία (με βιοψιακό υλικό από τον όρχι)
- Διαταραχές στύσης

γ) Ενδείξεις και από τους δύο:

- Ηλικία.
- Αποτυχία απλών μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής για αντιμετώπιση προβλημάτων ενός εκ των δύο.
- Αγνώστου αιτιολογίας υπογονιμότητα που δεν ευοδώθηκε με απλές μεθόδους.
- Κληρονομικές παθήσεις για τις οποίες πρέπει να γίνει προεμφυτευτική διάγνωση
- Δωρεές γαμετών (ωαρίων, σπερματοζωαρίων)

Έτσι λοιπόν το κάθε ζευγάρι πρέπει να υποβληθεί σε ένα "βασικό εργαστηριακό έλεγχο". Όσον αφορά ειδικά προβλήματα υγείας που είναι γνωστά από το ιστορικό θα γίνουν οι απαραίτητοι έλεγχοι και ρυθμίσεις και μετά το ζευγάρι θα μπει στο πρόγραμμα για τεχνητή γονιμοποίηση. Σε μερικές περιπτώσεις συστήνονται από τους γιατρούς και περαιτέρω "εξειδικευμένες εξετάσεις".²⁷

Βασικός εργαστηριακός έλεγχος.

A) Εξετάσεις στον άνδρα:

- α) Σπερμοδιάγραμμα και PERCOLL TEST
- β) Εξετάσεις αίματος

B) Εξετάσεις στην γυναίκα:

- α) Υστεροσαλπιγγογραφία και Υπερηχογράφημα μήτρας και ωοθηκών
- β) Εξετάσεις αίματος και Ορμονικός έλεγχος: FSH, LH, TSH, PRL, Δ4, DHEA-S
- γ) Μαστογραφίες σε κάθε γυναίκα πάνω από 35 χρόνων.

Οι αιματολογικές εξετάσεις και για τους δύο είναι:

1. Ηπατίτιδα Β και C
2. Σύφιλη
3. HIV

Εξειδικευμένες εξετάσεις.

Για τον άνδρα:

1. Ορμονικός έλεγχος : FSH, LH, TSH, PRL, TESTOSTERONE
2. Υπερηχογράφημα προστάτου, σπερματοδόχων κύστεων, όρχεων και έγχρωμο Doppler σπερματικών αγγείων.
3. Αιματολογικές εξετάσεις για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος.

Για την γυναίκα:

1. Λαπαροσκόπηση και Υστεροσκόπηση.
2. Κολπικό υπερηχογράφημα και έγχρωμο Doppler για έλεγχο υποδεκτικότητας του ενδομητρίου.
3. Αιματολογικές εξετάσεις για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος.
4. Ειδική ιστολογική εξέταση του ενδομητρίου

²⁷ WWW.gynecology.gr/ivf_exetasis.htm, 11 Απριλίου 2005.

Όλες αυτές οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται το ζευγάρι έχουν ιδιαίτερη σημασία, πρέπει να γίνονται υποχρεωτικά για να μπορέσει να ακολουθήσει η διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης. Σύμφωνα με έρευνα αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά οι επιτυχίες στα προγράμματα τεχνητής γονιμοποίησης τα τελευταία 8 χρόνια.

Φυσικός κύκλος Τ.Γ

Φυσικός κύκλος τεχνητής γονιμοποίησης αποκαλείται το είδος της θεραπείας στη διάρκεια της οποίας γίνεται συλλογή ενός και μόνο ωαρίου από την ωοθήκη χωρίς την προηγούμενη χορήγηση ορμονικών φαρμάκων διέγερσης.²⁸

Η ανάπτυξη του ωοθηλακίου παρακολουθείται με υπερηχογράφημα και όταν κρίνεται πως το ωάριο έχει ωριμάσει προγραμματίζεται η συλλογή του.

Η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι χαμηλότερη από εκείνη που προκύπτει από τις προσπάθειες γονιμοποίησης με φάρμακα, αλλά είναι μια επιλογή για τις γυναίκες που παρουσιάζουν φτωχή ανταπόκριση στη διέγερση ακόμη και με μεγάλες δόσεις φαρμάκων.

Τι πρωτόκολλο χρησιμοποιείται για κάθε ζευγάρι.

Τόσο ο τύπος όσο και η δόση των φαρμάκων που θα χορηγηθούν σε μια γυναίκα που αρχίζει ένα κύκλο τεχνητής γονιμοποίησης μπορεί να είναι διαφορετικά και εξαρτώνται από την ηλικία, το είδος της υπογονιμότητας καθώς και την απόκριση της σε παλιότερες προσπάθειες που έκανε. Κάθε κύκλος είναι ειδικά σχεδιασμένος για κάθε ζευγάρι ξεχωριστά, ώστε να μεγιστοποιηθούν οι πιθανότητες επιτυχίας. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται το λεγόμενο μακρύ πρωτόκολλο διέγερσης, όπου χρειάζονται περίπου 2 εβδομάδες καταστολής πριν αρχίσει η υπερδιέγερση. Σε άλλες περιπτώσεις εφαρμόζεται το βραχύ πρωτόκολλο, όπου η περίοδος καταστολής είναι μικρότερη έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η λήψη κατά το δυνατόν περισσότερων ωαρίων από γυναίκες όπου αναμένεται φτωχή ανταπόκριση τους στην ανθρώπινη γοναδοτροπίνη. Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να μην χρησιμοποιηθούν καθόλου φάρμακα (φυσικός κύκλος).

Φαρμακευτικά πρωτόκολλα για να αναπτυχθούν πολλά ωάρια.

Έχει γίνει διεθνώς αποδεκτό ότι τα ποσοστά επιτυχίας είναι υψηλότερα όταν τοποθετούνται στην μήτρα πάνω από ένα έμβρυα. Για τον λόγο αυτό στην εξωσωματική γονιμοποίηση γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθούν στην ωοθήκη περισσότερα του ενός ωοθυλάκια, με σκοπό να αναρροφηθούν στην ωοληψία αρκετά ωάρια για να αυξηθούν οι πιθανότητες για πολλά έμβρυα. Η επιλογή φαρμακευτικού πρωτοκόλλου είναι συνάρτηση του ιστορικού του ζευγαριού, της ηλικίας της γυναίκας, της ποιότητας του σπέρματος, της εικόνας που παρουσιάζει ο βιοχημικός και ορμονικός έλεγχος της γυναίκας και φυσικά στην διάρκεια της εφαρμογής του πρωτοκόλλου γίνονται διορθωτικές μεταβολές ανάλογα με την ανταπόκριση της γυναίκας.

²⁸ WWW.kosmogonia.gr/01_01ivfintro.htm, 24 Μαρτίου 2005.

Να επισημανθεί ότι δίνεται ειδικό ξεχωριστό έντυπο με το πρωτόκολλο της κάθε γυναίκας και τις αναλυτικές επεξηγήσεις του, το οποίο θα πρέπει να ακολουθεί με προσοχή ιδιαίτερα στις πιθανές μεταβολές που θα γίνουν κατά την εξέλιξη της αγωγής.

Επίσης πρέπει να τονισθεί ιδιαίτως ότι σε πολλές περιπτώσεις γίνεται εξωσωματική γονιμοποίηση σε φυσικό κύκλο με λήψη του ενός ωαρίου που παράγει μόνη της η γυναίκα.

Σε όλα τα πρωτόκολλα γίνεται παρακολούθηση με:

1. Υπερηχογράφημα για μέτρηση των ωοθυλακίων και του ενδομητρίου καθώς και για μελέτη με έγχρωμο Doppler της αγγειακής υποστήριξης της μήτρας και του ενδομητρίου και
2. Μέτρηση ορμονικών μεταβολών στο αίμα της γυναίκας με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην οιστραδιόλη όταν κρίνεται αναγκαίο.

Τα αποτελέσματα των υπερήχων και της οιστραδιόλης είναι απαραίτητα και καθοδηγούν για να συνεχιστεί η αρχική δόση γοναδοτροφινών ή να μεταβληθεί η δοσολογία αυξάνοντας ή μειώνοντας τη δόση. Όταν τα μεγαλύτερα ωοθυλάκια φθάσουν σε μέγεθος 14-16 χιλιοστά θα πρέπει η γυναίκα να έχει μια σεξουαλική επαφή ώστε να ανανεωθεί το σπέρμα. Οι υπερηχογραφικές μετρήσεις και οι τιμές της οιστραδιόλης φτάνοντας σε κάποια επίπεδα που θεωρούνται επίπεδα ωριμάνσεως οδηγούν στην χορήγηση μιας ενέσεως χοριακής γοναδοτροπίνης, που έχει όμοια δράση με την LH (10000 μονάδες Pregny ή Profasi)²⁹. Η χορήγηση της LH οδηγεί σε ωρίμανση το ωάριο επίσης μπορεί να οδηγήσει σε ωοθυλακιορρηξία γι αυτό γίνεται σε συγκεκριμένη ώρα, διότι η συλλογή των ωαρίων πρέπει να γίνει λίγο πριν την πιθανή ωοθυλακιορρηξία (πριν τις 36 ώρες).

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί μια ιδιαίτερη μέθοδο εξωσωματικής γονιμοποίησης χωρίς φάρμακα διέγερσης για πολλαπλή ανάπτυξη ωαρίων κατά την οποία σε φυσικό κύκλο παρακολουθείτε η εξέλιξη στο ωάριο που παράγει μια από τις δύο ωοθήκες και όταν θεωρηθεί ώριμο προχωρείτε σε ωοληψία

Κύκλος προσπάθειας

Η τεχνητή γονιμοποίηση αρχικά εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής όπως φραγμένες σάλπιγγες ή απουσία τους μετά από χειρουργική επέμβαση. Σήμερα όμως εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση και άλλων προβλημάτων αναπαραγωγής όπως ανωμαλία στην ωορρηξία, χαμηλό αριθμό ή χαμηλή κινητικότητα σπερματοζωαρίων στο σπέρμα καθώς και ανεξήγητες αιτίες.

Πόσο διαρκεί;

Ανάλογα με τους παράγοντες που καθορίζουν ποιο πρωτόκολλο θα ακολουθήσει η κάθε γυναίκα (Μακρύ-Βραχύ-«MAP»), από 7 ημέρες έως και 15 ημέρες.

Θα χρειαστούν άλλα τεστ;

Συνήθως πριν την έναρξη της θεραπείας γίνεται τεστ διαβατότητας τραχήλου. Αυτό γίνεται για να εξακριβωθεί αν περνάει εύκολα ο καθετήρας στον τράχηλο της γυναίκας. Αν δεν περνάει, τότε γίνεται διαστολή του τραχήλου. Υπάρχει και ειδική αξιολόγηση του σπέρματος που είναι απαραίτητη πριν την προσπάθεια αν δεν υπάρχει πρόσφατη εξέταση.

²⁹ WWW.kosmogonia.gr/01_01ivfintro.htm, 24 Μαρτίου 2005.

2.2. Φάρμακα που χορηγούνται κατά την διάρκεια της τεχνητής γονιμοποίησης.

Τα πιο συνηθισμένα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι τα εξής:³⁰

Αντισυλληπτικά

Τον μήνα που προηγείται της πρόκλησης ωορρηξίας, τα από στόματος αντισυλληπτικά μπορούν να χορηγηθούν ως ήπια μέσα που εμποδίζουν την ανάπτυξη ωοθηκικών κύστεων, δηλαδή σάκων με ποσότητα υγρού που δημιουργούνται στην ωοθήκη. Τέτοιες κύστες, που ήταν συνήθειες πριν από την χρήση των αντισυλληπτικών, καθυστερούσαν την έναρξη του κύκλου και παρεμπόδιζαν την φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία. Οι κύστες εμφανίζονται πλέον σπάνια όταν χρησιμοποιούνται τα αντισυλληπτικά.

Ανάλογα της GnRH

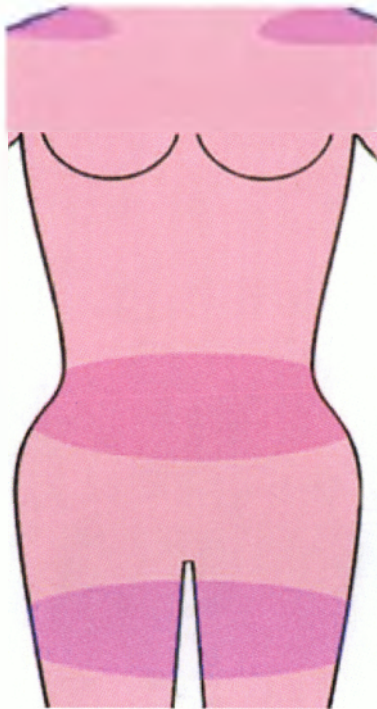
Με ή χωρίς αντισυλληπτικά δισκία για προετοιμασία, στην κατάλληλη χρονική στιγμή αρχίζει η χορήγηση ανάλογων της GnRH. Αυτά είναι φάρμακα που σταματούν τον φυσιολογικό έμμηνο κύκλο και αποτρέπουν την πρόωρη ωορρηξία. Χρησιμοποιούνται τα φάρμακα με τις εμπορικές ονομασίες Superfact, Daronda, Agnecap, Elitiran και Zolandex. Αυτά κυκλοφορούν είτε σε μορφή ρινικού σπρέι, είτε σε μορφή υποδόριων ενέσεων για καθημερινή χορήγηση είτε σε μορφή μιας ενέσεως βραδείας δράσεως διάρκειας 4 εβδομάδων. Τα δραστικά τους συστατικά είναι παρόμοια. Ανάλογα με το φαρμακευτικό πρωτόκολλο θα γίνει και η επιλογή του είδους του αναλόγου της GnRH, του τρόπου χορηγήσεως και της δόσης. Δίνεται ειδικό έντυπο οδηγιών χρήσεως για το συγκεκριμένο φάρμακο που θα επιλεγεί για να γίνει.

Γοναδοτροπίνες

Σε ένα τυπικό πρωτόκολλο διέγερσης, καθημερινά ή δύο φορές καθημερινώς πραγματοποιούνται ενέσεις ανθρώπινης Γοναδοτροπίνης (Puregon και Gonal F) οι οποίες αρχίζουν μετά από την έναρξη της περιόδου. Αυτά τα φάρμακα είναι συμπυκνωμένες μορφές των φυσικών ορμονών FSH που διεγείρουν την ωογένεση σε έναν φυσιολογικό έμμηνο κύκλο.

³⁰ WWW.kosmogonia.gr/00_06_drugs.htm, 20 Απριλίου 2005.

Περιοχές υποδόριας χορήγησης



το Gonal F και το Puregon περιέχουν μόνο FSH. Οι ορμόνες αυτές χορηγούνται με υποδόρια ένεση.

το Menogon περιέχει ίσες ποσότητες FSH και LH. Οι ορμόνες αυτές χορηγούνται με ενδομυϊκή ένεση.

το Altermon περιέχει FSH και μικρές ποσότητες LH.

Οι ορμόνες αυτές χορηγούνται με ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση³¹.

³¹WWW.kosmogonia.gr/00_06_drugs.htm, 20 Απριλίου 2005.

Η πρώτη μέρα χορήγησης γοναδοτροπινών αποτελεί την πρώτη μέρα «διέγερσης», ανεξάρτητα από το ποια ήταν η πρώτη μέρα της περιόδου. Η δόση του αναλόγου της GnRH μπορεί να μειωθεί όταν ξεκινήσει η φάση διέγερσης.

Στον φυσιολογικό έμμηνο κύκλο, μόνο ένα ωοθυλάκιο ωριμάζει, έχοντας διάμετρο περίπου 18mm. Οι γοναδοτροπίνες προκαλούν την «στρατολόγηση» και ωρίμανση διάφορων ωοθυλάκων. Ο αριθμός μπορεί να ποικίλει από ένα ή δύο έως 30 σε μερικές γυναίκες. Η δόση της γοναδοτροπίνης στηρίζεται στην πρόβλεψη ανταπόκρισης των ωοθηκών, και ποικίλλει συνήθως από ένα έως οκτώ φιαλίδια ανά ημέρα. Οι γυναίκες που είναι πολύ ευαίσθητες στο φάρμακο χρειάζονται μόνο ένα μικρό ποσό γοναδοτροπινών, ενώ εκείνες που είναι ανθεκτικές απαιτούν περισσότερο.

Ο μόνος κίνδυνος της χορήγησης γοναδοτροπινών είναι το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών (ovarian hyperstimulation syndrome). Ευτυχώς, οι σοβαρές περιπτώσεις εμφάνισης του συνδρόμου αυτού είναι αρκετά σπάνιες, και ο γιατρός μπορεί να προβλέψει και να αποτρέψει την εμφάνιση του με έλεγχο των ωοθηκών με υπέρηχο και με έλεγχο του επιπέδου των οιστρογόνων στο αίμα. Εάν ο κίνδυνος είναι πολύ υψηλός, ένας κύκλος μπορεί να ακυρωθεί. Το σύνδρομο υπερδιέγερσης δεν εμφανίζεται σχεδόν ποτέ μετά από έναν ακυρωμένο κύκλο. Εάν ένας κύκλος προχωρήσει ως την ωοληψία, τα έμβρυα μπορούν να καταψυχθούν και να χρησιμοποιηθούν σε έναν μελλοντικό κύκλο, αφού έχει υποχωρήσει ο κίνδυνος του συνδρόμου.

Όταν η υπερηχογραφική εξέταση και τα επίπεδα οιστρογόνων δείξουν ότι τα ωοθυλάκια είναι αρκετά μεγάλα και τα ωάρια είναι ώριμα, θα πρέπει η γυναίκα να σταματήσει τα αναλογα της GnRH και τις γοναδοτροπίνες και θα πάρει μια δόση της ανθρώπινης χοριονικής γοναδοτροπίνης (hCG). (Profasi, pregnyl, ovitrell).

Ανθρώπινα Χοριονική Γοναδοτροπίνη (hCG). (Profasi, Pregnyl, Ovitrelle)

Η hCG προετοιμάζει τα ωάρια για την ωορρηξία και την γονιμοποίηση. Η ωοληψία πραγματοποιείται περίπου 36 ώρες μετά από την χορήγηση hCG, δεδομένου ότι η ωορρηξία αρχίζει κανονικά περίπου 40 ώρες μετά από την ένεση hCG. Η χρονική στιγμή της λήψης hCG είναι ένα κρίσιμο σημείο, και γι αυτό έτσι πρέπει να ληφθεί στον ακριβή χρόνο που έχει καθορισθεί. Η συνηθισμένη δόση της hCG είναι 10000 IU, αν και αυτό μπορεί να ποικίλει.

Αντιβιοτικά

Ένα αντιβιοτικό, μπορεί να χορηγηθεί προληπτικά στον σύζυγο όταν αρχίσει η διέγερση των ωοθηκών, και στην σύζυγο μετά την ωοληψία, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται μετά την ωοληψία.

Προγεστερόνη

Χρησιμοποιούνται για να ενισχυθεί η δυνατότητα εμφύτευσης των εμβρύων. Τα τελευταία χρόνια έγιναν σημαντικές εξελίξεις σε αυτόν τον τομέα με κύριο εκπρόσωπο το Utrogestan ένα σκεύασμα που στην ίδια μορφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν χάπι από το στόμα και σαν κολπικό υπόθετο και το κολπικό ζελέ Crinone.

Ανοσορυθμιστικές θεραπείες της αναπαραγωγής

Είδη ανοσορυθμιστικών θεραπειών:

1. Εμβόλια λεμφοκυττάρων ή μονοκυττάρων. Γίνεται από το αίμα του συζύγου υποδορίως στο χέρι. Υπάρχουν διάφορες απόψεις για τις δόσεις τον χρόνο εφαρμογής και το πότε θεωρείται ότι αρχίζει να προστατεύει.
2. Γάμμα σφαιρίνη. Παρασκευάζεται με εξειδικευμένη διαδικασία από αίμα και γίνεται ενδοφλεβίως.
3. Ηπαρίνη και Ασπιρίνη.
4. Κορτικοειδές που δεν διέρχεται τον πλακούντα
5. Κυκλοσπορίνη.

3. Μέθοδοι και συναφείς τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι κύριες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η **εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) και η τεχνητή σπερματέγχυση**. Υπάρχουν και άλλες τεχνικές συναφείς προς τις παραπάνω μεθόδους που είναι:³²

1. In vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM).
2. Ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου ή μικρογονιμοποίηση (ISCI).
3. Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (GIFT).
4. Ενδοπεριτοναϊκή μεταφορά ωαρίων και σπέρματος (POST).
5. Ενδοσαλπγγική μεταφορά εμβρύων στο στάδιο των προπυρήνων (PROST).
6. Ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών (ZIFT) ή γονιμοποιημένων ωαρίων.
7. Ενδοσαλπγγική μεταφορά εμβρύων.
8. Ενδοσαλπγγική μεταφορά δια της μήτρας (TUFT).
9. Αζωοσπερμία (MESA-TEZA).
10. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση.
11. Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.
12. Δανεισμός μήτρας.
13. Υποβοηθούμενη εκκόλαψη.
14. Κρυοσυντήρηση.

Η πιο διαδεδομένη από τις ανωτέρω μεθόδους είναι η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (GIFT), η οποία έχει ένδειξη εφαρμογής σε γυναίκες που έχουν τουλάχιστον μία υγιή σάλπιγγα και πάσχουν από ανεξήγητη υπογονιμότητα, ήπιες διαταραχές του ανδρικού παράγοντα, ενδομητρίωση σταδίου I-II ή τραχηλικό παράγοντα με προηγούμενες ανεπιτυχείς προσπάθειες ενδομήτριας σπερματέγχυσης. Στα μειονεκτήματα της GIFT συγκαταλέγονται: Το αυξημένο ποσοστό εξωμήτριων κυήσεων, η αδυναμία απόδειξης της γονιμοποίησης σε περιπτώσεις αποτυχίας και η χρήση της γενικής αναισθησίας.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικότερα οι σημαντικότερες από τις μεθόδους και κάτω από ποιες προϋποθέσεις κρίνει ο ιατρός αναγκαίο να ακολουθήσει κάποια συγκεκριμένη τεχνική.

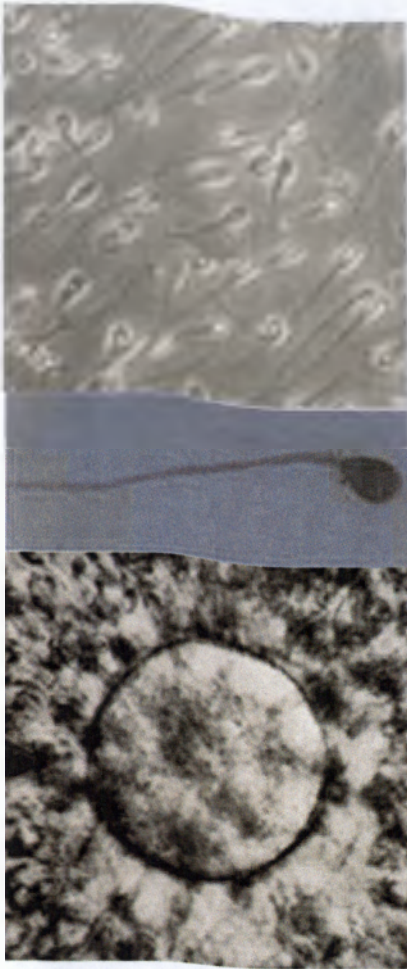
³² WWW.ixek.gr/magazine/issue1/index.htm, 30 Μαρτίου 2005.

Εξωσωματική γονιμοποίηση.

Στην εξωσωματική γονιμοποίηση, τεχνητή είναι τόσο η ένωση του σπέρματος και του ωαρίου που γίνεται εξωσωματικά (στο δοκιμαστικό σωλήνα *in vitro*), όσο και η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα. Αυτή έχει τρία στάδια:³³ τη λήψη των ωαρίων, τη λήψη του σπέρματος και τη γονιμοποίηση τους. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις πριν από τη λήψη των ωαρίων έχει προηγηθεί η χορήγηση ορμονών ώστε οι ωοθήκες να παράγουν περισσότερα ωάρια, αυξάνοντας τις πιθανότητες επιτυχίας. Είναι άλλωστε σαφές ότι το πιο πολύτιμο υλικό σε αυτή την διαδικασία είναι τα ωάρια, τα οποία, αντίθετα με το σπέρμα δεν αντιδρούν και τόσο καλά σε συνθήκες ψύχους (καταστρέφονται πολλά στην απόψυξη), αλλά για να γίνει η γονιμοποίηση απαιτείται ένας συγκεκριμένος αριθμός σπερματοζωαρίων ανά ωάριο που προστίθεται στην καλλιέργεια των ωαρίων την ημέρα της ωοληψίας. Αφού λοιπόν γίνει η ωοληψία και η σπερμοληψία, τοποθετούνται σε ειδικές καλλιέργειες για να γονιμοποιηθούν. Την επόμενη μέρα το πρωί δηλαδή 15 με 20 ώρες μετά ένα σπερματοζωάριο έχει διεισδύσει σε ένα ωάριο και έτσι έχει γίνει γονιμοποίηση οπότε βλέπουμε δυο προπυρήνες και δύο πολικά σωμάτια. Στο επόμενο στάδιο οι δύο προπυρήνες συνενώνονται σε έναν πυρήνα και έχουμε ουσιαστικά το πρώτο κύτταρο του νέου οργανισμού. Όταν επιτευχθεί ο στόχος γίνεται η εμβρυομεταφορά, 2-3 μέρες μετά τη γονιμοποίηση, όταν ακόμα σε φυσιολογικές συνθήκες το έμβρυο δε θα είχε κατέβει στη μήτρα. Σε πολλές περιπτώσεις αυτό είναι αποτελεσματικό, αν και σήμερα πολλοί υποστηρίζουν ότι είναι πολύ καλύτερα να μεταφέρονται τα έμβρυα την 6η ημέρα, όταν θα έφταναν από μόνα τους στη μήτρα, στο στάδιο των βλαστοκύστεων. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η μεταφορά πολλών εμβρύων και οι πολύδυμες κνήσεις.

Για να γίνει η διαδικασία αυτή όσο γίνεται πιο αποτελεσματική, ο γιατρός πρέπει να εντοπίσει ποιος από τους δύο συντρόφους χρειάζεται την μεγαλύτερη υποστήριξη ο άντρας ή η γυναίκα. Η εξέταση συνηθίζεται να ξεκινάει από τον άντρα, αφού είναι πολύ πιο απλή. Όπως έχει αναφερθεί με μια ανάλυση του σπέρματος (σπερμοδιάγραμμα) εντοπίζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του. Αν δεν παρατηρηθεί κάποιο πρόβλημα, τότε ξεκινούν οι εξετάσεις στη γυναίκα που είναι πολύπλοκες γιατί εμπλέκουν πολλά συστήματα μαζί: Ωοθήκες (υπερηχογράφημα, ορμονικοί προσδιορισμοί, σάλπιγγες, σάλπιγγογραφία, λαπαροσκόπηση), μήτρα (υπερηχογράφημα, υστεροσκόπηση, λαπαροσκόπηση), τράχηλος (Huhner test).

³³ WWW.in2gr/dwoman.php?id=287, 11 Απριλίου 2005.



IVF

Η κλασική μέθοδος IVF περιλαμβάνει την καλλιέργεια των ωαρίων και του σπέρματος για όλη την νύχτα.

Με την μέθοδο της φυγοκέντρισης απο το δείγμα του σπέρματος διαχωρίζονται τα σπερματοζώαρια τα οποία έχουν την μεγαλύτερη κινητικότητα.

Αρκετές ώρες μετά την ωοληψία ένας αριθμός σπερματοζωαρίων περίπου 100.000 επωάζεται με ένα ωάριο.

Χρειάζονται κάποιες ώρες για να δυεισδύσει το σπερματοζώαριο την εξωτερική μεμβράνη του ωαρίου και να επιτευχθεί η γονιμοποίηση.

Τα γονιμοποιημένα ωάρια παραμένουν στο καλλιεργητικό υγρό μέχρι το επόμενο πρωί.

Τεχνητή σπερματέγχυση.

Έχουν λοιπόν παρατηρηθεί διαφόρων ειδών προβλήματα τα οποία εμποδίζουν την φυσική διαδικασία μίας σύλληψης, όπως για παράδειγμα μπορεί να υπάρξει δυσκολία του σπέρματος να περάσει μέσα από τον τράχηλο και να συναντήσει το ωάριο. Σε αυτήν την περίπτωση η λύση είναι η τεχνητή σπερματέγχυση. Στην τεχνητή σπερματέγχυση τεχνητή είναι μόνο η μεταφορά του σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, από εκεί και πέρα το σπέρμα με το ωάριο ενώνονται και το γονιμοποιημένο ωάριο οδεύει προς τη μήτρα και εμφυτεύεται σ' αυτήν όπως και όταν πρόκειται για φυσική αναπαραγωγή. Στην τεχνητή σπερματέγχυση λαμβάνεται σπέρμα από τον άντρα την ίδια ημέρα της ωορρηξίας και τοποθετείται από τον γιατρό μέσα στη μήτρα (ενδομητριακή σπερματέγχυση). Μπορεί η δυσκολία να βρίσκεται στην παραγωγή ωαρίων. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να παρακολουθείται η διαδικασία της ωορρηξίας με το υπερηχογράφημα και τη μέτρηση της οιστραδιόλης, μιας ορμόνης που συνδέεται άμεσα με την παραγωγή του ωοθυλακίου. Σε αυτή τη περίπτωση η λύση είναι η πρόκληση ωορρηξίας: με τη χορήγηση συγκεκριμένων ορμονών διεγείρεται η ωοθήκη για να παράγει περισσότερα ωάρια (αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες γονιμοποίησης τους) και στη συνέχεια, πάλι με την χορήγηση ορμονών, προκαλείται η ωορρηξία. Ο μόνος "κίνδυνος" σε αυτή την περίπτωση είναι οι πολύδυμες εγκυμοσύνες, αφού είναι πιθανό να γονιμοποιηθούν περισσότερα του ενός ωάρια.

Η τεχνητή σπερματέγχυση διακρίνεται στην ομόλογη και στην ετερόλογη. Όταν γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί γονιμοποίηση με το σπέρμα του συζύγου κάνουμε λόγο για ομόλογη σπερματέγχυση ενώ, όταν δεν υπάρχουν σπερματοζωάρια ή αυτά είναι πολύ σπάνια, τότε η σπερματέγχυση μπορεί να πραγματοποιηθεί με σπέρμα ενός τρίτου δότη, τότε μιλάμε για ετερόλογη σπερματέγχυση.

Η ομόλογη σπερματέγχυση παρουσιάζει θεραπευτικό ενδιαφέρον μόνο σε περιπτώσεις εργαστηριακής βελτίωσης του σπέρματος ή τοποθέτησης των σπερματοζωαρίων εκτός του κόλπου. Κι αυτό γιατί, αν το ζευγάρι μπορεί να ολοκληρώσει τη σεξουαλική πράξη, δεν υπάρχει κανένας λόγος οι σωλήνες και οι σύριγγες του γυναικολόγου θα αποδειχθούν πιο αποτελεσματικές από το πέος. Επιπλέον, δεν υφίσταται ακόμη καμία τεχνική προετοιμασίας του σπέρματος, ούτε κάποια χημική ουσία που η προσθήκη της να σημαίνει κάποιο όφελος για τους γαμέτες που θα χρησιμοποιηθούν στη σπερματέγχυση. Από την άλλη πλευρά, η απομάκρυνση του σπερματικού πλάσματος και η απομόνωση των σπερματοζωαρίων είναι απαραίτητη όταν οι γαμέτες εισάγονται στη μήτρα (ενδομήτρια σπερματέγχυση) ή στην κοιλιακή χώρα (ενδοπεριτοναϊκή σπερματέγχυση) έτσι ώστε να απομακρυνθούν κάποια συστατικά του σπέρματος που δεν ευνοούν τη γονιμοποίηση ή τα μικρόβια που προκαλούν φλεγμονές. Τα αποτελέσματα της σπερματέγχυσης με σπέρμα του συζύγου εξαρτώνται από πολυάριθμες παραμέτρους που είναι, εκτός της αρχικής ποιότητας του σπέρματος και της θέσης όπου τοποθετούνται οι γαμέτες, η χρονική στιγμή της πράξης σε σχέση με την ωορρηξία και η πρόκληση μιας πολλαπλής ωορρηξίας. Όταν τα σπερματοζωάρια τοποθετούνται μέσα στη μήτρα τη στιγμή της πρόκλησης μιας ωορρηξίας, οι συνθήκες φαίνονται ευνοϊκότερες και επιτυγχάνεται γονιμοποίηση σε 5% έως 25% των κύκλων της γυναίκας, ανάλογα με το αν το σπέρμα είναι μέτριο ή κάτω του φυσιολογικού.

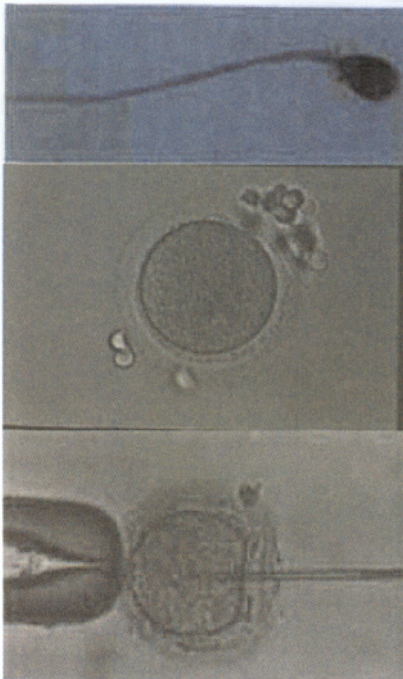
Παρόλο που η τεχνική είναι απλή και γνωστή από παλιά, η ετερόλογη σπερματέγχυση χρησιμοποιήθηκε μόλις τα τελευταία είκοσι χρόνια, κι αυτό γιατί υπήρξε αντικείμενο κριτικής ενός μέρους της κοινής γνώμης και διαφωνιών από την πλευρά της εκκλησίας. Η προσφυγή σε δότη σπέρματος γίνεται είτε όταν το σπέρμα του συζύγου δεν περιέχει σπερματοζωάρια (53% της ζήτησης), ή η ποιότητα του είναι ανεπαρκής (45%), είτε όταν ο άνδρας είναι φορέας βαριάς γενετικής, ασθένειας η οποία μπορεί να μεταβιβασθεί στα παιδιά (2%). Οι δότες σπέρματος, ανώνυμοι και μη αμειβόμενοι, αναζητούνται και γίνονται δεκτοί βάσει ορισμένων προδιαγραφών.

Σε κάθε περίπτωση, όλα τα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν ένα παιδί και αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην πραγμάτωση του στόχου τους, καλόν είναι να ενημερώνονται με σαφήνεια από τον προσωπικό τους γιατρό και να προβαίνουν στις απαραίτητες εξετάσεις ώστε και να είναι το δυνατόν καλύτερα ενημερωμένοι και αποτελεσματικότεροι στις όποιες κινήσεις τους. Η καλή ενημέρωση βοηθά στο να αποφεύγονται και οι πιθανές ακρότητες στις οποίες αρκετές φορές οδηγούνται τα ζευγάρια μέσα από την μεγάλη τους επιθυμία να αποκτήσουν το δικό τους παιδί.

Μικρογονιμοποίηση (ICSI).

Το πλήρες όνομα της μικροχειρουργικής γονιμοποίησης είναι "ένεση σπερματοζωαρίου ενδοωαριακά" και στην Ελλάδα έχει επικρατήσει με το όνομα μικρογονιμοποίηση αλλά και τα αρχικά του Αγγλικού ονόματος ICSI (intracytoplasmic sperm injection).³⁴

³⁴ Γζαφφέτας, Ι., Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Αθήνα 2000, σελ.356.

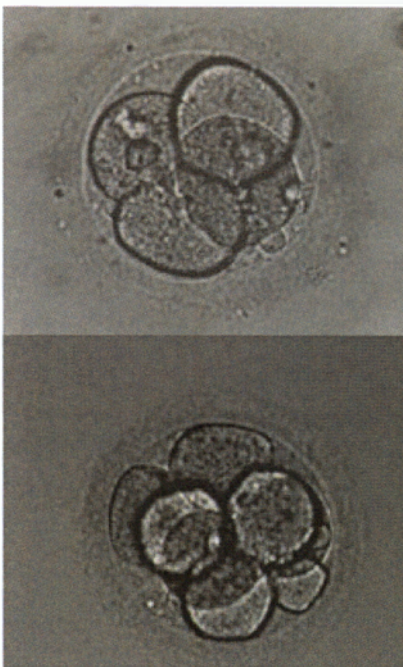


Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται όταν υπάρχει πρόβλημα στην γονιμοποίηση του ωαρίου, σε περίπτωση δηλαδή που υπάρχει πολύ χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων ή χαμηλή κινητικότητα. Με τη ICSI αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες για γονιμοποίηση του ωαρίου. Το σπέρμα διαχωρίζεται όπως ακριβώς και στην μέθοδο IVF (φυγοκέντριση κλπ).³⁵

Λίγες ώρες μετά την ωοληψία αφαιρούνται γύρω από το ωάριο τα κύτταρα που το περιβάλλουν και έτσι το ωάριο στο εργαστήριο είναι ορατό και καθαρό.

Με την βοήθεια ενός ειδικού μικροσκοπίου καθώς και ειδικών μικροχειρισμών με χειριστήριο, το ωάριο συγκρατείται με μία πιπέτα και παραμένει σταθερό. Μία πολύ μικρή βελόνα παίρνει ένα και μόνο σπερματοζωάριο για κάθε ωάριο και διατρυπά το κυτταρόπλασμα (κέντρο) του ωαρίου.

Τα ωάρια παραμένουν σε καλλιεργητικό υγρό μέχρι την επόμενη ημέρα.

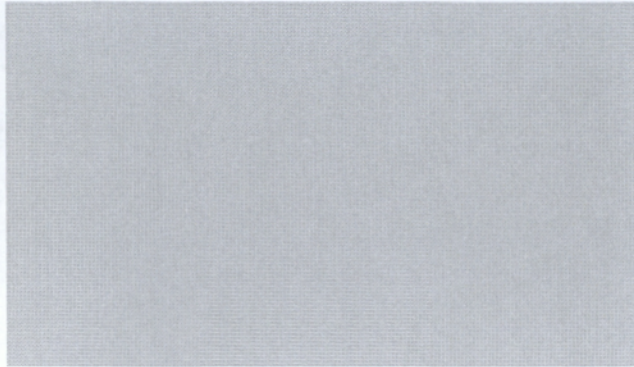
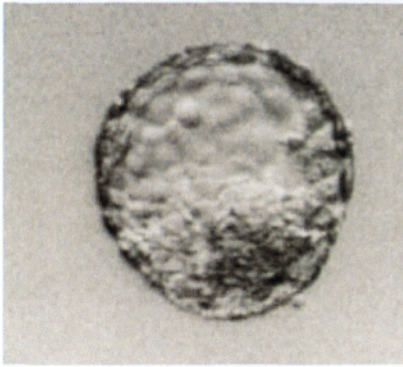


Καλλιέργεια εμβρύου

Από την στιγμή που θα γονιμοποιηθούν τα ωάρια είτε με την μέθοδο IVF, είτε με ICSI, η επόμενη διαδικασία είναι ίδια.

16 με 20 ώρες μετά την γονιμοποίηση οι προπυρήνες είναι πιά ορατοί. Τα ωάρια αποτελούνται από 2 προπυρήνες (το ένα είναι το DNA της μητέρας και το άλλο είναι το DNA του πατέρα) και απομακρύνονται από τα ωάρια που δεν γονιμοποιήθηκαν.

³⁵ WWW.kosmogonia.gr/02_01_labintro.htm, 20 Απριλίου 2005.



Η τεχνική εφαρμογή της μικρογονιμοποίησης έχει τα πιο κάτω στάδια:³⁶

1. Τα ωάρια μετά την ωοληψία υποβάλλονται σε επεξεργασία με ειδικό ένζυμο ώστε να καθαριστούν από την κοκκώδη στιβάδα. Έτσι οι ειδικοί μπορούν να ελέγξουν με σιγουριά την ωριμότητα των ωαρίων και να τα χειριστούν ευκολότερα. Επιλέγουν μόνο τα ωάρια που έχουν ολοκληρώσει την δεύτερη μετάφαση.
2. Τοποθετούν σε μια μικροσταγόνα τα σπερματοζώαρια που έχουν ήδη επεξεργασθεί..
3. Συλλαμβάνουν με την ειδική πιπέττα συγκρατήσεως μέσω του μικροχειριστηρίου ένα προς ένα τα ωάρια μέσα σε μια σταγόνα ειδικού καλλιεργητικού υλικού.
4. Με ένα δεύτερο σύστημα μικροχειριστηρίου ακινητοποιούν τελείως το σπερματοζώαριο με πίεση στην ρίζα της ουράς αναρροφούν στην ειδική βελόνα ενέσεως το σπερματοζώαριο και ακολούθως βάζουν το σπερματοζώαριο μέσα στο ωάριο.
5. Τοποθετούν τα γονιμοποιημένα ωάρια και πάλι στον επωαστικό κλίβανο, σε συνθήκες κυτταροκαλλιέργειας.

Σε πρόσφατες μελέτες νεογνών που προέρχονται από μικρογονιμοποίηση – ICSI απεδείχθη ότι το ποσοστό προβλημάτων είναι όμοιο με εκείνο των κυήσεων στον γενικό πληθυσμό. Η διαδικασία λοιπόν αυτή θεωρείται ασφαλής και ακίνδυνη.

Οι ενδείξεις που είναι ευρύτερα αποδεκτές για να εφαρμοσθεί η μικρογονιμοποίηση είναι οι πιο κάτω:

1. Το σπέρμα μετά την ειδική επεξεργασία για εξωσωματική γονιμοποίηση να μην ξεπερνάει το 1.000.000 κινητά σπερματοζώαρια.
2. Βαρύ πρόβλημα συγκολλήσεων των σπερματοζωαρίων.
3. Χρόνιο πρόβλημα φλεγμονής στο σπέρμα που δεν ανταποκρίνεται σε διάφορες ειδικές αντιβιοτικές αγωγές.
4. Ιστορικό αποτυχίας γονιμοποίησης των ωαρίων ή χαμηλού ποσοστού γονιμοποίησης ωαρίων σε προηγούμενη προσπάθεια.
5. Γλομποζωοσπερμία, είναι μια σπάνια ομάδα με παθολογική μορφολογία σπερματοζωαρίων στα οποία λείπει το ακρόσωμα που είναι απαραίτητο για να μπορέσει το σπερματοζώαριο να διαβρώσει το περίβλημα του ωαρίου και να μπει μέσα.

³⁶ Τζαφφέτας, Ι., *Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, Αθήνα 2000, σελ.357.

Για κάθε προσπάθεια ICSI χρειάζονται λίγα μόνο σπερματοζωάρια και μια μόνο βιοψία μπορεί να δώσει αρκετά για κρυοσυντήρηση, ώστε για μελλοντικές προσπάθειες μικρογονιμοποίησης να αποφευχθούν επαναλαμβανόμενες επεμβάσεις. Ακόμη και σε περιπτώσεις που υπάρχουν μόνο ακίνητα σπερματοζωάρια για τη μικρογονιμοποίηση.

Πρόσφατα έχουν ανακοινωθεί μέθοδοι για τη συντήρηση πολύ λίγων, ακόμη και μεμονωμένων σπερματοζωαρίων. Ο αριθμός των κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης με ICSI έχει αυξηθεί σημαντικά μετά τη χρονιά που η μέθοδος ICSI άρχισε να εφαρμόζεται κλινικά. Σύμφωνα με παγκόσμια στατιστικά δεδομένα, το 1993 έγιναν 3.175 κύκλοι IVF-ICSI, το 1994 12.586 κύκλοι και το 1995 47.650 κύκλοι. Αυτή η αυξητική τάση συνεχίζεται. Αξίζει να σημειωθεί ότι η σήμερα η μέθοδος ICSI εφαρμόζεται σε περίπου 50% των περιπτώσεων.

Εκτός από την ICSI έχουν εφαρμοστεί και άλλες μικροχειρουργικές μέθοδοι υποβοηθούμενης γονιμοποίησης και είναι:

1. Διάτρηση της διαφανούς ζώνης (Zona drilling - ZD)
2. Υποζωνική τοποθέτηση σπερματοζωαρίων (Sub-zonal insemination - SUZI)
3. Μερική εκτομή της διαφανούς ζώνης (PARTIAL ZONA DISSECTION - PZD)
4. Λέπτυνση, διατομή, ρήξη της διαφανούς ζώνης (Zona thinning, cutting, cracking)

GIFT Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (ωαρίων-σπερματοζωαρίων)

ZIFT Ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών (αρχόμενα έμβρυα)

Σε μια ομάδα προβλημάτων γονιμότητας μετά την ωοληψία μπορούμε να προχωρήσουμε σε λαπαροσκοπική ενδοσαλπγγική τοποθέτηση:³⁷

1) είτε των ωαρίων και των σπερματοζωαρίων πράγμα που γίνεται με την ίδια νάρκωση αμέσως μετά την ωοληψία (GIFT)

2) είτε των αρχομένων εμβρύων που γίνεται μια μέρα μετά την ωοληψία (ZIFT).

Προϋπόθεση για να εφαρμοσθεί αυτή η μέθοδος είναι η ύπαρξη υγιών σαλπγγων.

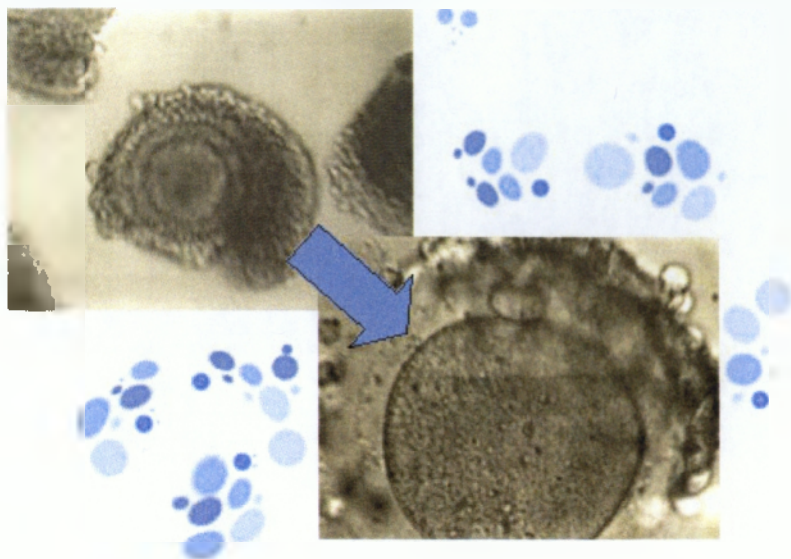
Αζωοσπερμία (MESA-TEZA)

Εξωσωματική γονιμοποίηση με μικρογονιμοποίηση αλλά τα σπερματοζωάρια λαμβάνονται από τον όρχι ή την επιδιδυμίδα.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται όταν ο άνδρας δεν έχει καθόλου σπερματοζωάρια, είναι δηλαδή αζωοσπερμικός. Τότε είτε με γενική νάρκωση και βιοψία είτε με τοπική νάρκωση μέσω παρακέντησης με βελόνη παίρνουμε το υλικό από τον όρχι ή την επιδιδυμίδα και από εκεί βρίσκουμε σπερματοζωάρια με τα οποία κάνουμε μικρογονιμοποίηση. Η μέθοδος αυτή έδωσε την δυνατότητα σε ζευγάρια που άλλοτε δεν θα μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί παρά μόνο με σπέρμα δότη να αποκτήσουν και αυτά ένα υγιές παιδί. Η μονάδα ανήκει στους Έλληνες πρωτοπόρους που εφήρμοσαν επιτυχώς αυτή τη μέθοδο καθώς επίσης γεννήθηκε στην Ελλάδα το πρώτο παιδί μετά απόψυξη υλικού που είχε κρυοσυντηρηθεί κατά την ερευνητική βιοψία όρχεων αζωοσπερμικού άνδρα (10-8-98).

³⁷ WWW.gynekology.gr/ivf_oolipsia.htm, 11 Απριλίου 2005.

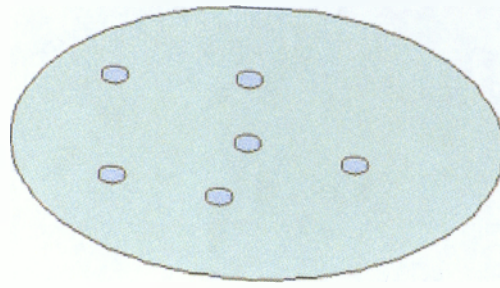
In vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM)



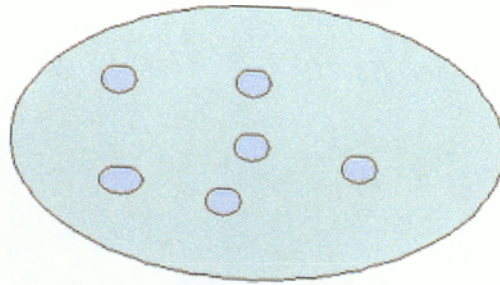
Η in vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM) αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη μέθοδο στα πλαίσια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η μέθοδος αυτή είναι μια εναλλακτική προσέγγιση έναντι της εξωσωματικής (IVF), σύμφωνα με την οποία χορηγούνται ορμόνες στη γυναίκα προκειμένου να γίνει ωοληψία.³⁸ Αντιθέτως, με την τεχνική IVM η γυναίκα αναλαμβάνει πολύ μικρότερες έως καθόλου ποσότητες ενέσιμων ορμονών, και τα ωάρια που συλλέγονται ωριμάζουν στο εργαστήριο σε κατάλληλο καλλιεργητικό υλικό. Στη συνέχεια η γονιμοποίηση των ωαρίων γίνεται όπως και σε έναν συνηθισμένο κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η γυναίκα συνήθως χρειάζεται να παρακολουθείται για περίπου μια εβδομάδα, χωρίς να αλλάξει ιδιαίτερος την καθημερινότητα της. Αν και το ποσοστό εγκυμοσύνης είναι χαμηλότερο από αυτό της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης, η μέθοδος IVM μπορεί να αποτελέσει μια καλή λύση, ιδιαίτερα για τις γυναίκες που επιθυμούν να αποφύγουν τη χορήγηση ορμονών. Οι παρενέργειες που σχετίζονται με την ορμονική διέγερση της γυναίκας στα πλαίσια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιορίζονται, καθιστώντας την λήψη ορμονών σχεδόν περιττή.

Η πρόοδος που έχει σημειωθεί με αυτή τη καινούργια τεχνική έχει ως αποτέλεσμα τη γέννηση 117(μέχρι και τον Ιούλιο του 2004) υγιών παιδιών σε όλο τον κόσμο, απόδειξη ότι πραγματικά η IVM μπορεί να αποτελέσει μια σοβαρή εναλλακτική απάντηση για ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας.

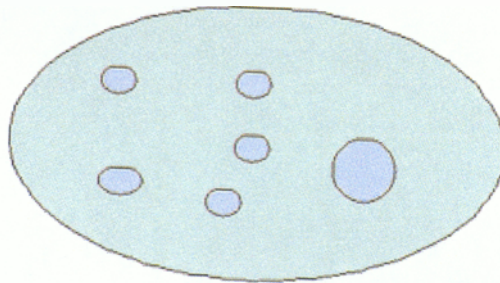
³⁸ WWW.kosmogonia.gr/13_11_ivm.htm, 20 Απριλίου 2005.



1.

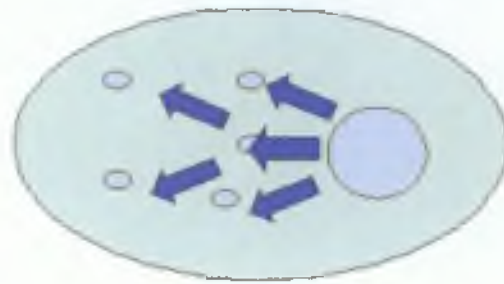


2.

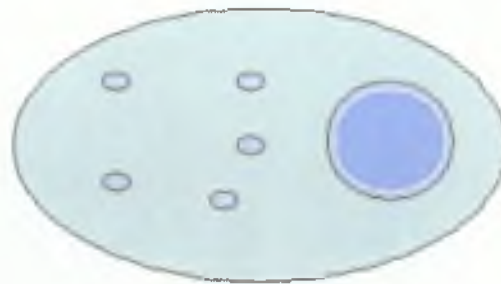


3.





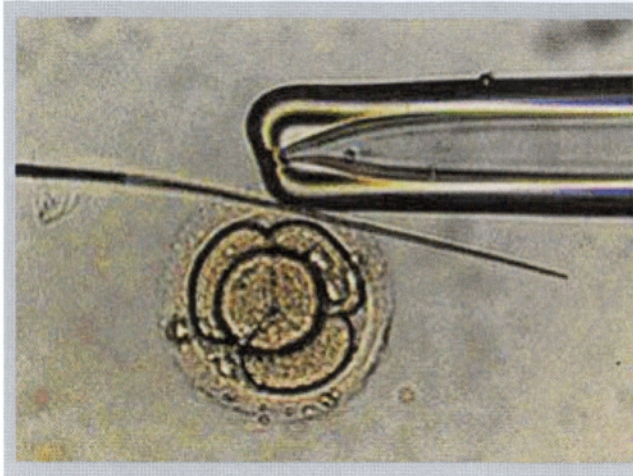
4.



5.

Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη (assisted hatching)

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούν οι ειδικοί την Τεχνική "assisted hatching" κατά την οποία πριν την εμβρυομεταφορά με ειδικές τεχνικές μικροχειρουργικές στο περίβλημα του εμβρύου δημιουργούν μικρές οπές που είναι απαραίτητες για να ανοίξει το περίβλημα του εμβρύου δύο με τρεις μέρες μετά την εμβρυομεταφορά και έτσι βελτιώνουν την δυνατότητα εμφύτευσης και αυξάνουν την πιθανότητα εγκυμοσύνης.



Έμβρυο που υποβάλλεται σε υποβοηθούμενη εκκόλαψη.

Το έμβρυο περιβάλλεται από ένα πρωτεϊνικό περίβλημα που ονομάζεται Διαφανής Ζώνη. Το αναπτυσσόμενο έμβρυο πρέπει να βγει από αυτό το εξωτερικό στρώμα για να εμφυτευτεί στη μήτρα. Έχει προταθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις η εμφύτευση IVF εμβρύων μπορεί να βοηθηθεί με την δημιουργία μιας τρύπας στην Διαφανή Ζώνη (Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη).³⁹

Είναι γνωστό ότι η καλλιέργεια εμβρύων μπορεί να αυξήσει την σκληρότητα της Διαφανούς Ζώνης και εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει βελτίωση των αποτελεσμάτων IVF μετά από Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη.

Πολλοί επιστήμονες συνιστούν Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη σε ζευγάρια που η σύζυγος είναι πάνω από 38 ετών ή σε ζευγάρια στα οποία έχει παρατηρηθεί ότι η Διαφανής Ζώνη έχει μεγαλύτερο πάχος. Η τρύπα στην Διαφανή Ζώνη γίνεται με μικροχειρισμό του εμβρύου και δημιουργείται είτε μηχανικά με βελόνα, με χημικά μέσα ή με laser. Η διαδικασία γίνεται συνήθως ακριβώς πριν την εμβρυομεταφορά και ο κίνδυνος να προκληθεί βλάβη στο έμβρυο είναι πολύ σπάνιος.

3.1. Εργαστηριακές διαδικασίες εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Στάδια κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης:⁴⁰

Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας

Ωοληψία

Γονιμοποίηση

Εμβρυομεταφορά

➤ Ωοθυλακιορρηξία.

Η ωοθυλακιορρηξία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων, που σκοπό έχουν την ωρίμανση περισσότερων ωοθυλακίων και ωαρίων από το ένα, που

³⁹ WWW.kosmogonia.gr/02_01_labintro.htm, 20 Απριλίου 2005.

⁴⁰ WWW.ixek.gr/magazine/issue1/index.htm, 30 Μαρτίου 2005.

ωριμάζει κάθε μήνα κατά το φυσικό κύκλο της γυναίκας. Η παρακολούθηση της ωρίμανσης γίνεται με υπερηχογράφημα και εξετάσεις αίματος.

➤ **Ωοληψία.**

Ωοληψία είναι η διαδικασία συλλογής των ωαρίων που για λόγους αποστείρωσης και ασηψίας γίνεται σε χειρουργικό χώρο. Μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία είτε με ελαφρά αναισθησία που χορηγείται πάντοτε από ειδικό αναισθησιολόγο. Τα ωοθυλάκια παρακεντώνται υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση με την βοήθεια μίας βελόνης που διαπερνά το τοίχωμα του κόλπου. Το υγρό από το κάθε ωοθυλάκιο αναρροφάται και ελέγχεται η λήψη του ωαρίου άμεσα στο βιολογικό εργαστήριο. Τα ωάρια απομονώνονται από το ωοθυλακικό υγρό και τοποθετούνται σε ειδικό επωαστικό κλίβανο ο οποίος είναι προγραμματισμένος σε ειδικές συνθήκες καλλιέργειας κυττάρων.

Συλλογή σπέρματος και επεξεργασία σπέρματος.

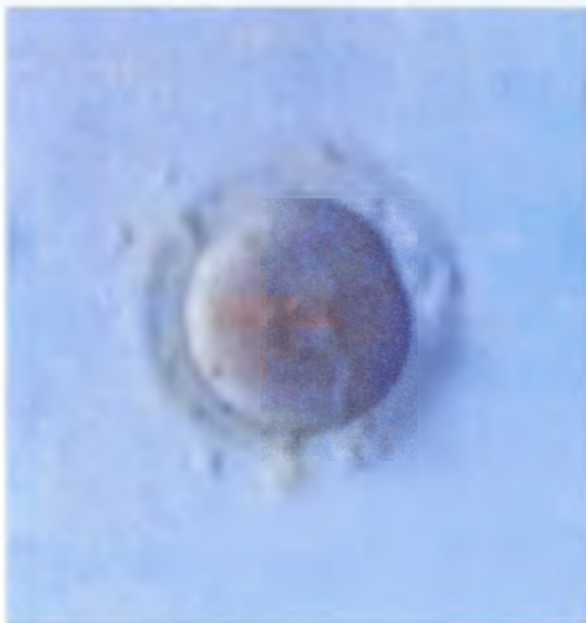
Ο τρόπος λήψης σπέρματος είναι ιδιαίτερα σημαντικός ώστε το σπέρμα να μπορέσει να αξιολογηθεί και επεξεργαστεί σωστά από το ανδρολογικό εργαστήριο. Για να διατηρήσει το σπέρμα τα χαρακτηριστικά του και τις πλήρεις γονιμοποιητικές του δυνατότητες χωρίς επιμολύνσεις ή απώλειες πρέπει ο άντρας να προσπαθήσει όσο το δυνατό και να ακολουθήσει τις ειδικές οδηγίες που θα του δοθούν. Η μέθοδος επεξεργασίας έχει επιλεγεί από τον έλεγχο που γίνεται πριν την ένταξη στο πρόγραμμα μεταξύ του Swim up και των διαφόρων ειδών επεξεργασία με PERCOLL. Έτσι το σπέρμα υφίσταται ειδική επεξεργασία κατά την οποία επιλέγεται και συγκεντρώνεται σε μικρό όγκο σπερματοζωάρια με καλή κινητικότητα και τυπική μορφολογία.

➤ **Γονιμοποίηση.**

Η διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης αρχίζει την ίδια ημέρα της ωοληψίας και το επόμενο πρωινό ενημερώνεται η γυναίκα από τους ειδικούς Συνήθως δεν γονιμοποιούνται όλα τα ωάρια που παίρνονται από κάθε ωοληψία και αυτό μπορεί να εξαρτάται είτε από την ποιότητα του σπερματοζωαρίου, είτε από την ποιότητα του ωαρίου.

Τι σημαίνει γονιμοποίηση; Γονιμοποίηση είναι η διαδικασία όπου το σπερματοζωάριο (το οποίο περιέχει το μισό γενετικό υλικό) ενώνεται με το ωάριο (το οποίο περιέχει το υπόλοιπο άλλο μισό γενετικό υλικό) με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα κύτταρο, ζυγωτής που θα περιέχει πια το σωστό αριθμό χρωμοσωμάτων (μια μίξη από τα γενετικά χαρακτηριστικά του πατέρα και της μητέρας).⁴¹

⁴¹ WWW.kosmogonia.gr/02_04_fertilization.htm, 20 Απριλίου 2005.



1η ημέρα. Το γονιμοποιημένο ωάριο περιέχει 2 προπυρήνες (το ένα με το DNA της μητέρας και το άλλο με το DNA του πατέρα).

Οι 2 προπυρήνες είναι ορατοί από τον εμβρυολόγο, 16-20 ώρες μετά την γονιμοποίηση.

Το γονιμοποιημένο ωάριο περιέχει 46 χρωμοσώματα και γίνεται το έμβryo.

Αφού γονιμοποιηθεί το ωάριο αρχίζει η διαδικασία πολλαπλασιασμού των κυττάρων και η διαίρεση πρώτα σε 2 κύτταρα, μετά σε 4 κύτταρα, μετά σε 8 κύτταρα και συνεχίζει. Δεν περιμένουμε να γονιμοποιηθούν όλα τα κύτταρα. Αυτό θα εξαρτηθεί από την ικανότητα που θα έχει το σπερματοζώαριο να διεισδύσει στο ωάριο, αλλά και από την ικανότητα του ωαρίου να δεχτεί το σπερματοζώαριο. Το σπερμοδιάγραμμα είναι μια εξέταση που μας δίνει πληροφορίες για το σπέρμα, αλλά δεν είναι σίγουρο ότι θα μας δείξει αν το σπερματοζώαριο είναι ικανό να γονιμοποιήσει. Η ποιότητά του η κινητικότητα, η μορφολογία και ο αριθμός, του πολλές φορές θα μας οδηγήσει στο αν θα γίνει γονιμοποίηση με την μέθοδο ICSI ή όχι. Ο πιο σημαντικός παράγοντας όμως για την γονιμοποίηση παραμένει η ποιότητα του ωαρίου.

Το πρωτόκολλο που θα ακολουθήσει μια γυναίκα για διέγερση, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η ηλικία της και οι προηγούμενες προσπάθειες ώστε να επιτύχουν οι ειδικοί να πάρουν όσο το δυνατόν καλύτερα και ώριμα ωάρια. Η ωοληψία γίνεται ακριβώς την στιγμή που η γυναίκα θα έχει ώριμα ωάρια και αυτό θα επιτευχθεί μετά από μια σειρά υπερήχων που γίνονται πριν. Υπολογίζεται ότι ένα ώριμο ωάριο έχει το μέγεθος ~17-18 mm σε διάμετρο.



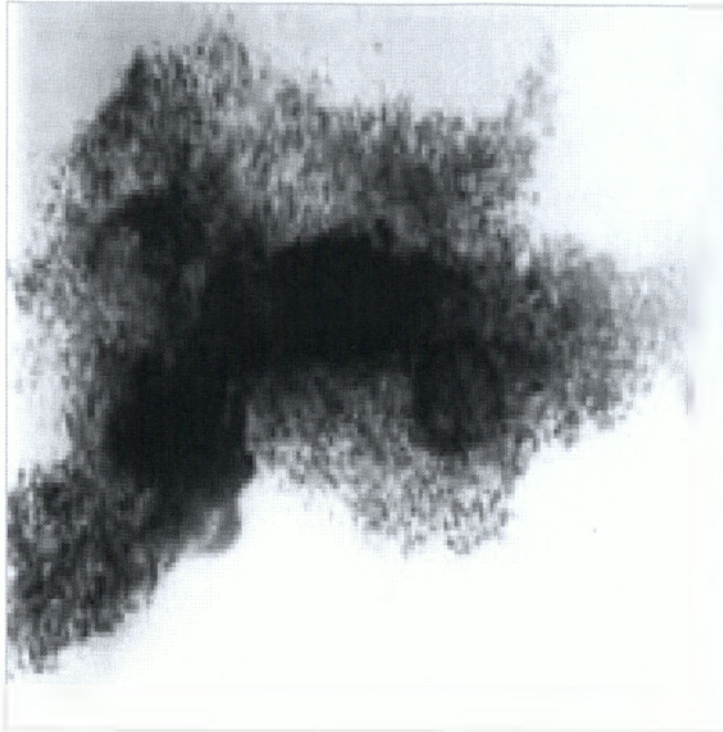
Η παρακολούθηση γίνεται με υπερηχογράφημα και εξέταση αίματος (οιστραδιόλης). Με βάση τα αποτελέσματα της οιστραδιόλης και του υπέρηχου σας ενημερώνεται η γυναίκα για την επόμενη επίσκεψη ή αν πρέπει να αλλάξει την δοσολογία της ένεσής. Σκοπός είναι να επιτευχθεί η ανάπτυξη πολλών ωοθυλακίων μεγέθους ~ 18mm, οπότε θεωρείτε ότι τα ωάρια μέσα σε αυτά έχουν ωριμάσει και είναι έτοιμα για ωοληψία.

Η ορμονική διέγερση παράγει στον οργανισμό της γυναίκας περισσότερα από ένα ωάρια με διαφορετικά μεγέθη που όμως με την τελική ένεση HCG γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν χρονικά τα καλύτερα σε ποιότητα ωάρια. Επιπλέον όσο περισσότερα ώριμα ωάρια χρησιμοποιηθούν τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να γονιμοποιηθούν κι έτσι να υπάρχουν αρκετά έμβρυα να επιλεγθούν για εμβρυομεταφορά. Βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι αν χρησιμοποιηθούν πάρα πολλά ωάρια αυξάνονται και οι πιθανότητες για εγκυμοσύνη γι' αυτό είναι σημαντικό να υπάρχουν λίγα και καλής ποιότητας ώριμα ωάρια παρά πολλά και ανώριμα που δεν θα έχουν πιθανότητες να γονιμοποιηθούν.

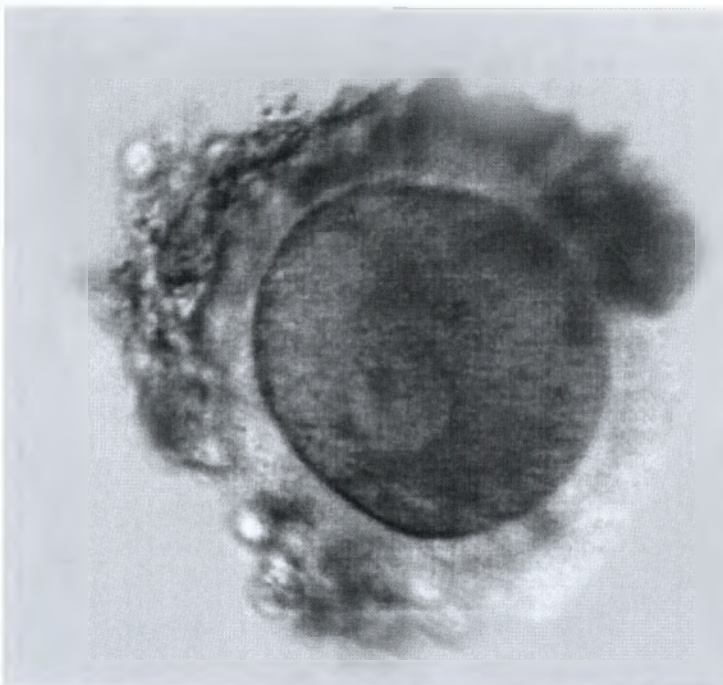
Τι σημαίνει "ώριμο ωάριο";

Όριμο ωάριο σημαίνει ότι είναι στο σωστό στάδιο ανάπτυξης χρωμοσωμικά όσο και κυτταροπλασματικά. Έχει ώριμα τα κύτταρα που το περιβάλλουν ώστε να βοηθήσουν και να αφήσουν το σπερματοζωάριο να πλησιάσει το ωάριο, ενώ παράλληλα είναι ώριμη και η προτεινική ζώνη γύρω από αυτό για να "συναντηθεί" με το σπερματοζωάριο που θα το γονιμοποιήσει.⁴²

⁴² WWW.kosmogonia.gr/02_04_fertilization.htm, 20 Απριλίου 2005.

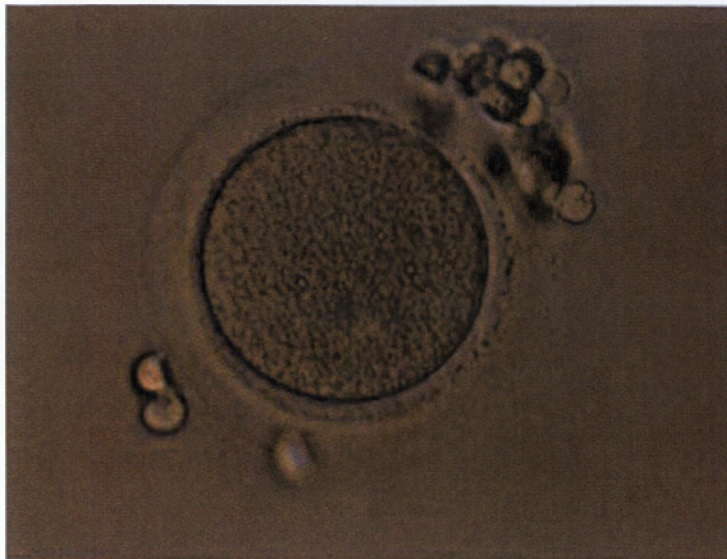


Το ωάριο μετά την ωοληψία με κύτταρα που το περιβάλλουν. Ο σκοπός αυτών των κυττάρων στις σάλπιγγες μιάς γυναίκας είναι να δίνουν τροφή στο ωάριο, να σταματήσουν την ταυτόχρονη διέλευση των σπερματοζωαρίων ενώ παράλληλα λειτουργούν σαν "φτερά" για να "ταξιδέψει" το ωάριο από τις σάλπιγγες στην μήτρα.



Ανώριμο ωάριο. Είναι ορατό το βλαστικό κυστίδιο, δηλαδή ο πυρήνας που περιέχει 46 χρωμοσώματα και δεν έχει ακόμα διαιρεθεί σε 23 για να γίνει "ώριμο".

Στο στάδιο αυτό δεν μπορεί να γονιμοποιηθεί και σπάνια μπορεί να ωριμάσει *in vitro*.



**Ενδιάμεσο στάδιο -
Ανώριμο ωάριο χωρίς
πολικό σωματίο.**

**Αν το ωάριο βρίσκεται στο
στάδιο αυτό, μετά την
ωοληψία μπορεί να
ωριμάσει in vitro.**



**Ώριμο ωάριο με πολικό
σωμάτιο. Τώρα το
κύτταρο διαθέτει το
σωστό αριθμό
χρωμοσωμάτων.**

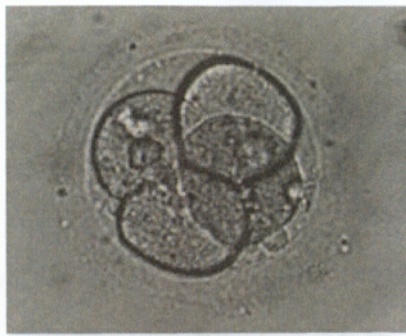
**Περιέχει 23 χρωμοσώματα
(τα υπόλοιπα 23 μετά την
διαίρεση είναι στο πολικό
σωμάτιο) και το ωάριο
είναι έτοιμο να
γονιμοποιηθεί με ένα
σπερματοζωάριο που
επίσης περιέχει 23
χρωμοσώματα.**

➤ **Εμβρυομεταφορά.**

Η αποκορύφωση της προσπάθειας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η εμβρυομεταφορά, που αποτελεί την τελική διαδικασία σε αυτή την "σκυταλοδρομία". Από την μεριά της γυναίκας η εμβρυομεταφορά μοιάζει με την διαδικασία του "τεστ καθετήρα" στην οποία υποβάλλεται με την έναρξη του πρωτοκόλλου διεγέρσεως, μόνη διαφορά είναι ότι η ομάδα των ειδικών από τον Ιούνιο του 1995 εφαρμόζει την εμβρυομεταφορά υπό υπερηχογραφικό έλεγχο, έτσι διευκολύνεται η τοποθέτηση και οι χειρισμοί του καθετήρα εμβρυομεταφοράς καθώς και η επιβεβαίωση για την σωστή τοποθέτηση.⁴³ Φαίνεται ότι και αυτή η τεχνική έχει αυξήσει τα ποσοστά επιτυχίας.

Ποια μέρα θα γίνει η εμβρυομεταφορά;

⁴³ WWW.kosmogonia.gr/02_03_whatday.htm, 20 Απριλίου 2005.



**2η ΗΜΕΡΑ
2-4 ΚΥΤΤΑΡΑ**



**3η ΗΜΕΡΑ
6-8 ΚΥΤΤΑΡΑ**



**5η /6η ΗΜΕΡΑ
ΣΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΒΛΑΣΤΟΚΥΣΤΗΣ**

Η εμβρυομεταφορά γίνεται 2 με 6 μέρες μετά την ωοληψία δηλαδή από το στάδιο των τεσσάρων κυττάρων έως το στάδιο της βλαστοκύστης.

Τα έμβρυα που θα τοποθετηθούν επιλέγονται με μορφολογικά κριτήρια (αριθμός βλαστομεριδίων, μορφή, καθαρότητα, παρουσία διασπάσεων του περιβλήματος). Η ποιότητα των εμβρύων κατά κανόνα θα επηρεάσει τον αριθμό εμβρύων που θα τοποθετηθούν σε συνδυασμό με το ιστορικό του ζευγαριού (προηγούμενες προσπάθειες, ηλικία γυναίκας κλπ.).

Η εμβρυομεταφορά γίνεται σε χώρους απλής αποστείρωσης ακόμα και στο απλό γυναικολογικό εξεταστήριο. Δεν χρειάζεται νάρκωση ούτε αναλγησία, σε μερικές μόνο περιπτώσεις χορηγούνται για λόγους χαλάρωσης απλά ηρεμιστικά χάπια ή ενέσεις. Μισή ώρα στο κρεβάτι μετά την εμβρυομεταφορά είναι υπεραρκετή για να χαλαρώσει σωματικά και πνευματικά η γυναίκα και να αιματωθεί καλύτερα ή μήτρα για να βελτιώσει την υποδεκτικότητά της στα έμβρυα, όπως έχει αποδειχθεί και εφαρμόζεται στις σύγχρονες μονάδες IVF. Μετά από αυτή την μικρή ανάπαυση θα επιστρέψει στο σπίτι της. Θεωρείται ωφέλιμος ο περιορισμός των δραστηριοτήτων και η χαλάρωση για μερικές ημέρες.

Εμφύτευση.

Λίγα πράγματα είναι γνωστά για την περίοδο μετά την εμβρυομεταφορά παρ'όλα που υπάρχουν κάποια στοιχεία από μελέτες σε ζώα που οδηγούν σε κάποιους μηχανισμούς της εμφύτευσης. Ακόμη δεν υπάρχει εξήγηση γιατί πολύ καλά έμβρυα δεν οδηγούν σε εγκυμοσύνες. Η περίοδος αναμονής της γυναίκας μέχρι να δει αν η προσπάθεια της κατέληξε σε εγκυμοσύνη είναι πολύ δύσκολη και βιώνεται διαφορετικά από κάθε γυναίκα ξεχωριστά. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που κάποιες αλλάζουν τελείως τον τρόπο ζωής τους και την συμπεριφορά τους. Οι σκέψεις τους είναι συνέχεια γύρω από το σώμα τους και ειδικά γύρω από την "κοιλιά" τους. Πολλές είναι αυτές που και τις 14 ημέρες τις περνούν στο κρεβάτι πιστεύοντας έτσι ότι αυτό θα βοηθήσει στο να είναι επιτυχημένη η εμφύτευση. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και αυτές που δεν αλλάζουν τίποτα από την καθημερινή τους ζωή παρά μόνο κάποια πράγματα που θα ήταν αντικειμενικά υπερβολικά.

Βασικές οδηγίες μετά την εμβρυομεταφορά

- Η εμφύτευση των εμβρύων γίνεται μέσα στο διάστημα των επόμενων 2-3 ημερών μετά την εμβρυομεταφορά. Καλό είναι να αποφεύγετε οποιαδήποτε κοπιαστική εργασία.
- Αν ο τόπος διαμονής της γυναίκας είναι μακριά από την μονάδα, μπορεί να ταξιδέψει την ημέρα της εμβρυομεταφοράς, άφοβα, με όποιο μέσο επιλέξει. Στην διάρκεια του ταξιδιού δεν χρειάζεται να είναι ξαπλωμένη. Όταν φτάσει στον προορισμό της να αναπαυθεί την 1η ημέρα.
- Καλό είναι να μην παίρνει άλλα φάρμακα πέρα από εκείνα που συνιστούν οι γιατροί. Σε περίπτωση που χρειαστεί να πάρει παράλληλα και άλλη θεραπεία, πρέπει να ενημερώσει τον γυναικολόγο. Αν χρειαστεί κάποιο αναλγητικό μπορεί να πάρει DEPON ή PONSTAN.
- Δεν χρειάζεται να αλλάξει το διαιτολόγιο της. Πρέπει να υπάρχει περιορισμός στο κάπνισμα και στο αλκοόλ.
- Δεν επιτρέπονται σεξουαλικές επαφές μέχρι τοτέστ κήσεως.

Ανάλογα με την περίπτωση κάθε γυναίκας θα της συστηθεί να πάρει κάποια φάρμακα που μπορεί να βοηθήσουν την εμφύτευση και την ανάπτυξη του εμβρύου.⁴⁴

1) **Προγεστερόνη** σε ενέσιμη μορφή, κολπικό υπόθετο ή κολπική κρέμα / gel, η προγεστερόνη είναι μία φυσική ορμόνη που παράγει ο οργανισμός στα αρχικά στάδια μίας εγκυμοσύνης Βελτιώνει το εσωτερικό στρώμα της μήτρας ώστε να βοηθήσει την εμφύτευση του εμβρύου μέσα σε αυτή.

2) **Παιδική ασπιρίνη.** Μπορεί να αιματώσει καλύτερα το σημείο που θα γίνει η εμφύτευση .

3) **Κορτιζόνη.** Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να βοηθήσει στην εμφύτευση.

Επίσης μπορεί να χορηγηθεί αντιβίωση για προληπτικούς λόγους.

Είναι πολύ συνηθισμένο να έχει λίγο αίμα κατά την διάρκεια τις ωχρινικής φάσης. Καθώς το έμβρυο εμφυτεύεται πάνω στο ενδομήτριο μπορεί να προκαλέσει μια ελαφριά αιμορραγία. Δεν θα πρέπει να σταματήσει τη χορήγηση των φαρμάκων που

⁴⁴ WWW.kosmogonia.gr/02_05_implantation.htm, 20 Απριλίου 2005.

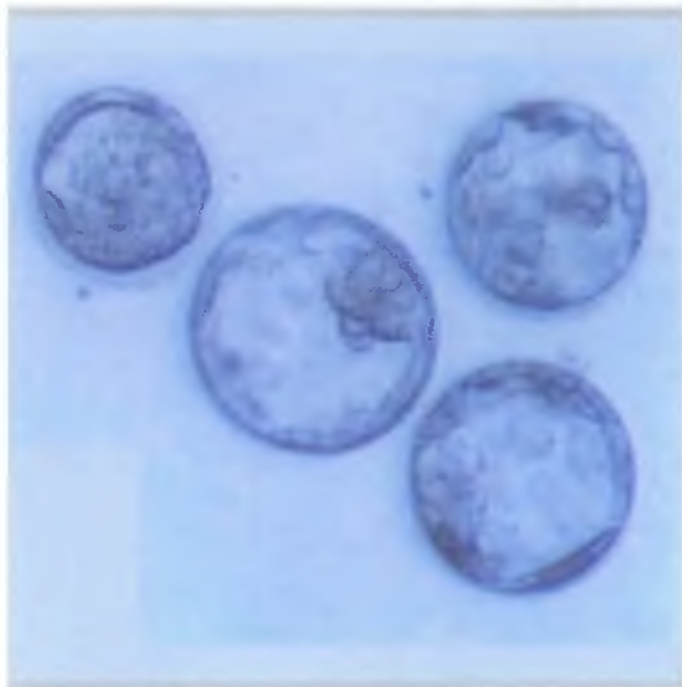
έχουν δοθεί μέχρι την ημέρα που θα γίνει το τεστ. Εάν έχει μια σταδιακή αύξηση πόνου που μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία και δυσκοιλιότητα, αύξηση της ποσότητας του αίματος, έχει ανεβάσει πυρετό πάνω από 38ο-39ο βαθμούς Κελσίου και αισθανθεί δυσφορία, τότε θα πρέπει να επικοινωνήσει αμέσως με τον ιατρό της. Είναι επίσης πολύ συνηθισμένο να έχει συμπτώματα εγκυμοσύνης κατά την διάρκεια των 14 ημερών της αναμονής, τα οποία τότε θα εμφανίζονται και τότε θα εξαφανίζονται, γι'αυτό και δεν θα πρέπει να διακόψει τα φάρμακα που της έχουν δοθεί μέχρι την ημέρα που θα ξέρει αν είναι έγκυος ή όχι.

Εμβρυομεταφορά στο στάδιο της Βλαστοκύστης.

Κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τα έμβρυα ξεκινούν μία σειρά κυτταρικών διαιρέσεων. Έτσι τη δεύτερη ημέρα βρίσκονται στο στάδιο των 2 με 4 κυττάρων, τη τρίτη ημέρα μεταξύ 6 και 8 κυττάρων κ.τ.λ. Τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα της υποψήφιας μητέρας, τη δεύτερη ή τρίτη ημέρα. Παράλληλα, συνεχίζουν τις κυτταρικές διαιρέσεις με γρήγορους ρυθμούς αλλά δεν εμφυτεύονται στο ενδομήτριο παρά μόνο όταν φτάσουν στο στάδιο της βλαστοκύστης. Το στάδιο αυτό είναι το τελευταίο εξελικτικό στάδιο του προεμφυτευμένου εμβρύου, πριν την εμφύτευση του στο ενδομήτριο και τη δημιουργία της κύησης. Χαρακτηρίζεται από ένα μεγάλο αριθμό κυττάρων, αύξηση του μεγέθους του εμβρύου και τη δημιουργία μίας κοιλότητας που ονομάζεται βλαστόκοιλο.⁴⁵

Άρα λοιπόν η τεχνική των βλαστοκύστεων διαφέρει ως προς τη κλασική εξωσωματική μόνο κατά την ημέρα που γίνεται η εμβρυομεταφορά, που είναι η 5η ή 6η ημέρα. Μέχρι αυτό το διάστημα τα έμβρυα καλλιεργούνται και αναπτύσσονται στο εργαστήριο.

⁴⁵ WWW.gynecology.gr/ivf_vlastokisti.htm, 11 Απριλίου 2005.



Η βλαστοκύστη είναι το στάδιο της εμβρυϊκής ανάπτυξης μετά από 5 ή 6 ημέρες καλλιέργειας στο εργαστήριο.

Η τεχνική της ενδομήτριας εμβρυομεταφοράς στο στάδιο των βλαστοκύστεων αποσκοπεί σε τρεις σκοπούς:⁴⁶

1. Την παρακολούθηση των εμβρύων στο εργαστήριο και την επιλογή των πλέον υγιών, μορφολογικά ακέραιων και περισσότερο αναπτυγμένων εξελικτικά εμβρύων για την εμβρυομεταφορά. Και λέμε υγιή και ικανά έμβρυα γιατί αφού το στάδιο της βλαστοκύστης είναι το ανώτερο εξελικτικά στάδιο του προεμφυτευμένου εμβρύου, αυτό σημαίνει ότι, μόνο τα υγιή γενετικά και δυναμικά ικανά προς εμφύτευση έμβρυα θα φτάσουν σε αυτό το στάδιο.
2. Εκτός από την δυνατότητα της επιλογής των υγιών εμβρύων για εμβρυομεταφορά, η παρακολούθηση των εμβρύων στο εργαστήριο δίνει πληροφορίες για την ίδια τη δυναμική τους ικανότητα και εάν δύνανται να φτάσουν σε αυτό το στάδιο.
3. Η εμβρυομεταφορά στο επίπεδο της βλαστοκύστης προσφέρει καλύτερο συγχρονισμό εμβρύων-ενδομητρίου. Και αυτό γιατί, αφού η εμφύτευση συμβαίνει περί την 6η-7η ημέρα του κύκλου, η εμβρυομεταφορά στο στάδιο της βλαστοκύστης μιμείται περισσότερο τη φυσική αναπαραγωγική διαδικασία.

Η τεχνική όπως ακούγεται φαίνεται να έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι της συνηθισμένης διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης (2η ή 3η ημέρα εμβρυομεταφορά)

Υπάρχουν όμως μερικά σημεία που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής:

-Απαραίτητη προϋπόθεση για τη προσπάθεια των βλαστοκύστεων είναι η μικρή ηλικία της ασθενούς κάτω 38 ετών, ο σχετικά υψηλός αριθμός ωοθυλακίων που αναπτύχθηκαν κατά τη διέγερση (μεγαλύτερος από 10), αλλά και η καλή ποιότητα εμβρύων τη 3η ημέρα της ανάπτυξης στο εργαστήριο (περισσότερα από 3 πολύ καλά έμβρυα στο στάδιο των 8-κυττάρων).

⁴⁶WWW.gynecology.gr/ivf_vlastokisti.htm, 11 Απριλίου 2005.

- Ένα μικρό ποσοστό των εμβρύων (30-40%) φτάνουν το στάδιο της βλαστοκύστης. Τα υπόλοιπα έμβρυα σταματούν την εξέλιξη τους και εκφυλίζονται.

- Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει κίνδυνος σε ένα 20-30% των περιστατικών να μην φτάσουν σε εμβρυομεταφορά λόγω αδυναμίας των εμβρύων να εξελιχθούν μέχρι αυτό το στάδιο, ειδικά εάν δεν έχουν ακολουθηθεί πολύ προσεκτικά οι παραπάνω προϋποθέσεις. Προσεκτική επιλογή των περιστατικών μειώνει το ποσοστό αυτό στο 7%.

Από την άλλη όμως και αφού υπάρχουν δύο πολύ καλής ποιότητας βλαστοκύστεων για εμβρυομεταφορά:⁴⁷

- Υπάρχει αύξηση του ποσοστού κυήσεων (60-70%, ανάλογα με το κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής).

- Σημαντική αύξηση του ποσοστού εμφύτευσης ανά έμβρυο που μεταφέρεται (40-50.5%).

- Μείωση του ποσοστού πολύδυμων κυήσεων, αφού μέχρι 2 καλής ποιότητας βλαστοκύστεων συνήθως μεταφέρονται.

- Μείωση του ποσοστού παλύνδρομων κυήσεων.

- Δυνατότητα προεμφυτευτικής διάγνωσης, όπου αυτό είναι επιβεβλημένο.

Συμπληρωματικά στα παραπάνω υπάρχουν κάποια σημεία σχετικά με την ανάπτυξη της τεχνικής των βλαστοκύστεων που βρίσκονται υπό αμφισβήτηση μεταξύ των ερευνητών όπως για παράδειγμα:

α) η παρατεταμένη καλλιέργεια των εμβρύων στο εργαστήριο,

β) η σύνθεση των καλλιεργητικών υλικών που χρησιμοποιούνται, αλλά και ζητήματα όπως αν πραγματικά αυξάνονται τα ποσοστά με αυτή τη τεχνική ή αν το γενικό ποσοστό είναι τελικά συγκρίσιμο με αυτό της κλασσικής εξωσωματικής.

Γίνεται λοιπόν σαφές ότι το στάδιο της εμβρυομεταφοράς (ημέρα 2η, 3η ή 5η-6η) όπως και όλα τα άλλα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης (ορμονική διέγερση, τρόπος γονιμοποίησης κ.ά.) θα πρέπει να εξατομικεύονται και να αποφασίζονται με βάση τον κώδικα της ηθικής δεοντολογίας στην υπηρεσία του υπογόνιμου ζευγαριού.

4. Αποτέλεσμα-Εγκυμοσύνη.

Η διεισδύση και εμφύτευση στο ενδομήτριο γίνεται 4 με 7 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά. Αν ένα έμβρυο εγκατασταθεί αρχίζει να παράγεται μία ορμόνη η χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG) η οποία φθάνει σε ανιχνεύσιμα επίπεδα στο αίμα περί τις 10 με 12 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά (τεστ κυήσεως στο αίμα).⁴⁸ Μετά 2 με 3 μέρες θα γίνει νέα εξέταση αίματος για να μετρηθεί ξανά η χοριακή γοναδοτροπίνη. Σε περίπτωση διπλασιασμού της τιμής ανάμεσα στις δύο μετρήσεις θεωρείται σίγουρη η βιοχημική παρουσία κυήσεως μετά από μια εβδομάδα φαίνεται ο ή οι σάκοι της κυήσεως με κοιλικό υπερηχογράφημα και μετά από δύο εβδομάδες με νέο κοιλικό υπερηχογράφημα φαίνεται καρδιακή λειτουργία στο ή στα έμβρυα. Αμέσως μετά το ζευγάρι παραπέμπεται στον θεράποντα γυναικολόγο, ο οποίος αναλαμβάνει πλέον την παρακολούθηση της κυήσεως.

⁴⁷ WWW.gynecology.gr/ivf_vlastokisti.htm, 11 Απριλίου 2005.

⁴⁸ WWW.gynecology.gr/ivf_apotelesma.htm, 11 Απριλίου 2005.

Σε αρνητικό αποτέλεσμα χωρίς να υπάρχει ακόμη περίοδος επαναλαμβάνεται σε 2 με 3 μέρες η εξέταση αν είναι θετική η γυναίκα ακολουθεί την προηγούμενη οδηγία αν είναι αρνητική σταματάει τα φάρμακα και έρχεται περίοδος. Τότε η προσπάθεια έχει αποτύχει. Είναι από τις δυσκολότερες και τις πλέον δυσάρεστες στιγμές η αντιμετώπιση του αρνητικού αποτελέσματος. Αποτυχία σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης σημαίνει ότι θα πρέπει να βρεθεί πάλι το ζευγάρι και τα μέλη της ομάδας για να μελετήσουν και να συζητήσουν τις παραμέτρους της αποτυχίας ώστε να καθοριστούν τα περαιτέρω βήματα και η προοπτική για να πετύχουν σε μια επόμενη προσπάθεια.

4.1. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Ως βιοχημική κύηση ορίζεται εκείνη η κύηση όπου έχουμε μια αρχική αύξηση της ορμόνης HCG και στην συνέχεια αυτή ελαττώνεται χωρίς στο μεταξύ να διαπιστωθεί υπερηχογραφικώς σάκος κύησης.

Στις περιπτώσεις που έχουμε υπερηχογραφική παρουσία σάκκου κύησης, τότε ομιλούμε για κλινική κύηση. Το 20% των κλινικών κύσεων μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θα καταλήξουν σε αυτόματη έκτρωση, το 5% περίπου θα καταλήξει σε εξωμήτριο κύηση και το υπόλοιπο 75% θα είναι τελειόμηνες κύσεις.

Παρακάτω αναφέρεται η αθροιστική συχνότητα κύησης από προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβρυομεταφορά έγκριτων κέντρων:⁴⁹

Norfolk, USA London, UK

- 1 κύκλος-13.5% 5 κύκλοι-45%
- 2 κύκλοι-25.3%
- 3 κύκλοι-38.5%
- 4 κύκλοι-47.0%
- 5 κύκλοι-49.3%
- 6 κύκλοι-57.8%

Στην Ελλάδα σύμφωνα με στατιστική του 1993 το ποσοστό κύησης / εμβρυομεταφορά ήταν 26%. Στη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τα αποτελέσματα είναι:

Ο ρόλος του Ιατρού στην Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

- Αναζήτηση της αιτιολογίας και κατάλληλη αγωγή.
- Παροχή έγκυρων πληροφοριών και εξηγήσεων και διάλυση των παρεξηγήσεων και των μύθων που προέρχονται από την πληροφόρηση μέσω φίλων ή των Μ.Μ.Ε.
- Ψυχολογική στήριξη.
- Τακτική 3/μηνο επαφή με το ζεύγος και ανασκόπηση της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας.

4.2. Ποσοστά επιτυχίας και το κόστος για μια προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης.

⁴⁹ WWW.ixek.gr/magazine/issue1/index.htm, 30 Μαρτίου 2005.

Από 85.826 κύκλους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πραγματοποιήθηκαν 74.519 ωοληψίες, 69.857 εμβρυομεταφορές, 29.423 εγκυμοσύνες, 24.324 γεννήσεις ζωντανών εμβρύων.

Ποίο ποσοστό των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οδηγεί σε εγκυμοσύνη; Αποτελέσματα των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (2002) με μη κατεψυγμένα ωάρια ή έμβρυα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους κύκλους (65%) δεν οδήγησαν σε εγκυμοσύνη, ένα μικρό ποσοστό (0,7%) κατέληξε σε εκτοπική εγκυμοσύνη ενώ λίγο περισσότερο από 36 % οδήγησε σε κλινική εγκυμοσύνη.⁵⁰

Οι κλινικές εγκυμοσύνες μπορούν επιπλέον να υποδιαιρεθούν ως εξής:

19,9% κατέληξε σε μονή εγκυμοσύνη
12,4% κατέληξε σε πολύδυμη εγκυμοσύνη
02,0% κατέληξε σε αποβολή πριν καθοριστεί ο ακριβής αριθμός εμβρύων

82,7% των εγκυμοσύνων οδήγησαν σε γέννηση ζωντανού εμβρύου και αυτά μπορούν να υποδιαιρεθούν ως εξής:

Γέννηση ενός μόνο εμβρύου 52,7%
Γέννηση δύο ή περισσότερων εμβρύων 29,0%
16,4% οδήγησαν σε μη επιθυμητή έκβαση της εγκυμοσύνης
Αποβολές 15,0%
Αμβλώσεις 0,9%
Θάνατος νεογνών 0,5%

Τα αποτελέσματα για το 0,8% των εγκυμοσύνων δεν έχουν γνωστοποιηθεί

Ηλικία

-22 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 38,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 33,1%
-23 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 47,1%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,9%
-24 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 44,8%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 39,5%
-25 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 43,1%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 37,5%
-26 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 42,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,4%
-27 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 45,8%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 40,1%
-28 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 42,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 37,5%
-29 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 45,5%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 39,6%
-30 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 42,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,6%
-31 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 44,2%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,4%
-32 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 43,0%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 37,5%
-33 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 41,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 35,8%
-34 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 39,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 33,5%
-35 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 38,2%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 32,6%
-36 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 37,4%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 31,1%
-37 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 33,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 28,2%

⁵⁰ WWW.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm, 20 Απριλίου 2005.

-38 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 31,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 24,9%
 -39 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 26,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 19,9%
 -40 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 23,0%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 16,1%
 -41 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 18,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 12,1%
 -42 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 15,4%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 09,0%
 -43 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 11,5%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 06,3%
 -44 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 06,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 02,6%
 -45 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 02,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 01,1%
 -46 χρονών, ποσοστό εγκυμοσύνων 02,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 00,6%

4.2.1. Πιθανότητες σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Μια από τις πιο δύσκολες ερωτήσεις που γίνονται όταν αποφασίσει κάποιος να πάει σε κάποιο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι για τα ποσοστά επιτυχίας. Είναι λοιπόν μία πολύ σημαντική ερώτηση και ο καθένας θέλει να πάρει μία σαφή απάντηση, όμως γιατί είναι τόσο δύσκολο να δώσουν μία τίμια, σαφή και ειλικρινή απάντηση;

Η επιτυχία που μπορεί να έχει μία μονάδα εξωσωματικής μπορεί να φτάσει σε όποιο ποσοστό επιτυχίας θέλει. Όμως η πιο ειλικρινής απάντηση είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες θα αποτύχουν να μείνουν έγκυες από την πρώτη φορά από το να επιτύχουν, έτσι απλά. Το πρόβλημα αυτό, για το αν υπάρχει επιτυχία ή όχι, τίθεται και εξαρτάται από το γεγονός ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι να ερμηνεύσει κανείς τους παράγοντες και τα στοιχεία που συμβάλουν σε κάθε προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση. Το ποσοστό εγκυμοσύνης (το οποίο κυρίως κρίνεται από το θετικό τεστ κήσεως που θα γίνει ή από την στιγμή που θα ακούσουμε τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου υπερηχογραφικά "Κλινικές Κυήσεως") γίνεται ανά διέγερση ωοθηκών, ανά ωοληψία ή ανάεμβρυομεταφορά.⁵¹

Πχ. 200 κύκλοι με 35 τόκους.

150 εμβρυομεταφορές		▲		▲	▲	▲
175 επιτυχίες ωοληψίες			▲			
200 κύκλοι	▲					
	17,5%	23%	23%	27%	30%	33%
35 τοκετοί	▼	▼				
40 προχωρημένες εγκυμοσύνες			▼	▼		
45 κλινικές κυήσεις					▼	
50 θετικά τεστ κήσεως						▼

Άλλοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν μιλάμε για στατιστικές ,

⁵¹ WWW.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm, 20 Απριλίου 2005.

είναι το πρόγραμμα και η πολιτική που έχει το κάθε κέντρο εξωσωματικής, καθώς και ο αριθμός των πελατών του.

Επιλογή ασθενών. Η κάθε γυναίκα που μπαίνει στο πρόγραμμα μιας μονάδας εξωσωματικής έχει διαφορετικές πιθανότητες ενώ παράλληλα αν υπάρχει π.χ. μεγάλος αριθμός γυναικών πάνω από 38 ετών, οι πιθανότητες και το ποσοστό επιτυχίας συνολικά θα είναι χαμηλότερο.

Ακύρωση προσπάθειας. Επίσης γυναίκες που διακόπτουν την προσπάθεια λόγω πολύ φτωχής ανταπόκρισης των ωοθηκών τους, αυτομάτως αυξάνουν και αλλάζουν τα ποσοστά εγκυμοσύνης του κέντρου.

Αριθμός εμβρύων που μεταφέρονται στην μήτρα. Ο υψηλός αριθμός των εμβρύων που θα τοποθετηθούν στη μήτρα είναι ένας από τους πιο απλούς τρόπους για να αυξηθεί το ποσοστό εγκυμοσύνης. Δεν θα πρέπει να στοχεύουμε σε μεγάλα επιτυχή διαβήματα στα ΜΜΕ αφού είναι πολύ πιθανό τα στοιχεία να παρερμηνευτούν και να μας οδηγήσουν σε φρούδες ελπίδες. Πρόσφατα έχει αναφερθεί μεγάλη επιτυχία στην μεταφορά εμβρύων που βρίσκονται στο στάδιο της βλαστοκύστης* αλλά αυτό δεν εφαρμόζεται σε όλα τα ζευγάρια, αφού υπάρχει και η περίπτωση ζευγαριών που έχουν αποφασίσει να κάνουν εμβρυομεταφορά σε στάδιο βλαστοκύστης αλλά δεν ολοκληρώθηκε η διαδικασία και δεν έγινε καθόλου εμβρυομεταφορά.⁵² Για παράδειγμα,

Αριθμός ζευγαριών	Αριθμός ζευγαριών που τους έγινε Εμβρυομεταφορά	Αριθμός γυναικών με θετικό τεστ κύησης	Αριθμός γυναικών με θετικό τεστ κύησης ανά εμβρυομεταφορά	Πραγματικό ποσοστό εγκυμοσύνης
100	100	40	40% (40/100)	40%
100	60*	40	66% (40/60)	40%

Είναι εξίσου σημαντικό να συζητηθεί και να μελετηθεί προσεκτικά αν θα πρέπει να γίνει η εμβρυομεταφορά ωαρίων στο στάδιο της βλαστοκύστης και αυτό θα εξαρτηθεί από το αν υπάρχουν αρκετά ωάρια ή αν οι προηγούμενες προσπάθειες δεν είχαν επιτυχία ακόμα κι αν η ποιότητα των ωαρίων ήταν πολύ καλή. Ζευγάρια που είχαν αρκετές ανεπιτυχείς προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι πιο εύκολο να δεχτούν ότι σε κάποια επόμενη προσπάθειά τους ίσως να μην επιτευχθεί καθόλου εμβρυομεταφορά στο τέλος. Το ποσοστό των περιπτώσεων που η γυναίκα έχει τεκνοποιήσει είναι περίπου 25% (σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα. HFEA WEBSITE Αγγλίας, μιας από τις χώρες όπου κρατούνται τα ακριβέστερα στατιστικά δεδομένα) και είναι κοινά αποδεκτό ότι η επιτυχημένη προσπάθεια στην

⁵² WWW.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm, 20 Απριλίου 2005.

εξωσωματική ,εξαρτάται από την ηλικία που έχει η γυναίκα καθώς το ποσοστό επιτυχίας μειώνεται μετά την ηλικία των 40 ετών.⁵³

HFEA National Livebirth Data 2000-2001	<38	all ages
All IVF/ ICSI Cycles Started	25.1%	21.8%
IVF+ICSI per ET	28.9%	25.4%
Frozen embryo per ET	16.9%	14.7%

Με ποιόν τρόπο μπορεί κάποιος να πληροφορηθεί καλύτερα; Η απάντηση σαφέστατα και δεν είναι εύκολη και δεν μπορεί να ταξινομηθεί με αριθμούς ποσοστών και μόνο , αλλά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η εμπειρία που έχει το κέντρο που θα επιλέξει κάποιος, τις καινοτομίες που έχει πάνω στην αναπαραγωγική ιατρική καθώς και τον τρόπο που θα φερθεί το προσωπικό που θα πρέπει να είναι με ιδιαίτερη στοργή και ζεστασιά. Καλό είναι λοιπόν να επανεξεταστεί για μία ακόμη φορά η φήμη του κέντρου που έχει επιλεγεί, να ελεγχθεί ο επαγγελματισμός του και όσον το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες μπορεί κάποιος να συγκεντρώσει πριν πάρει την απόφαση για μια τέτοια ενέργεια τόσο το καλύτερο είναι και θα τον βοηθήσει να ενεργήσει σωστά χωρίς άγχος και δισταγμούς. Καλό τέλος είναι, ο ενδιαφερόμενος να το συζητήσει με τους δικούς του ανθρώπους και τέλος να εμπιστευτεί το ένστικτό του και την κρίση του.

4.2.2. Τα ποσοστά επιτυχίας της σπερματέγχυσης

Τα ποσοστά επιτυχίας της σπερματέγχυσης εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Κατ' αρχάς, η βασική αιτία υπογονιμότητας είναι ο σημαντικότερος. Για παράδειγμα, ζευγάρια όπου οι άντρες έχουν φυσιολογικό σπέρμα έχουν υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας συγκριτικά με ζευγάρια όπου το σπέρμα είναι επηρεασμένο. Επίσης, ο γυναικείος παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο. Αν η γυναίκα είναι μεγαλύτερη των 35 ετών, η πιθανότητα επιτυχίας μειώνεται σημαντικά. Εξάλλου η πιθανότητα σύλληψης κάθε μήνα σε ένα ζευγάρι χωρίς κανένα πρόβλημα γονιμότητας είναι 15-25%. Συνεπώς η σπερματέγχυση πρέπει να θεωρείται σαν μια συνεχόμενη και επαναλαμβανόμενη θεραπεία και όχι σαν μια μεμονωμένη προσπάθεια.

Η πιθανότητα σύλληψης σε κάθε κύκλο σπερματέγχυσης είναι από 6-26%: ή αθροιστικά 60% μετά από 5-6 θεραπείες.

Αν η σπερματέγχυση πρόκειται να είναι αποτελεσματική σε ένα ζευγάρι, συνήθως γίνεται εμφανές μέσα σε 6 κύκλους. Αν δεν υπάρξει επιτυχία σε αυτό το διάστημα, τότε η πιθανότητα είναι πολύ μικρή αν συνεχιστεί για παραπάνω προσπάθειες. Στην περίπτωση αυτή καλύτερα να διερευνηθούν άλλες τεχνικές υποβοήθησης της αναπαραγωγής.

⁵³ WWW.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm, 20 Απριλίου 2005.

Κατανοώντας την αθροιστική πιθανότητα σύλληψης.

100 ζευγάρια

- 1η προσπάθεια 15 εγκυμοσύνες

15% επιτυχία

- 2η προσπάθεια 85 ζευγάρια έμειναν

Με ένα ποσοστό επιτυχία 15%, 13 εγκυμοσύνες (αφήνοντας 72 ζευγάρια)

Αθροιστική πιθανότητα σύλληψης μετά από 2 κύκλους για 100 ζευγάρια είναι 28% (15+13%)

- 3η προσπάθεια 72 ζευγάρια απέμειναν

Με ένα ποσοστό επιτυχία 15%, 11 εγκυμοσύνες (αφήνοντας 61 ζευγάρια)

Αθροιστική πιθανότητα σύλληψης μετά από 3 κύκλους για 100 ζευγάρια είναι 39% (15+13+11%).⁵⁴

4.2.3. Νέα μέθοδος αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας.

Ο Τζέφρι Σέρ, ιδρυτής του Ινστιτούτου Αναπαραγωγικής Ιατρικής Σερ και οι συνεργάτες του ισχυρίζονται πως ανακάλυψαν ένα μόριο το οποίο μεγεθύνει την πιθανότητα μιας επιτυχούς γονιμοποίησης. Πρόκειται για το μόριο “HLA-G” το οποίο βρίσκεται στον οργανισμό των εμβρύων και εικάζεται πως βοηθά σε μεγάλο βαθμό την επιβίωση τους έπειτα από τη διαδικασία της εμφύτευσης.⁵⁵ Ειδικότερα, το εν λόγω μόριο απελευθερώνεται στο αμνιακό υγρό μέσα στο οποίο αναπτύσσονται και βοηθά τα έμβρυα να μεγαλώσουν με ασφάλεια.

Στην προσπάθειά τους να αντιληφθούν κατά πόσον το HLA-G συμβάλλει σε μια επιτυχημένη γονιμοποίηση, οι ερευνητές παρέλαβαν δείγματα του αμνιακού υγρού από περίπου 600 περιπτώσεις τεχνητής γονιμοποίησης και συσχέτισαν τα επίπεδα της ουσίας με την έκβαση της διαδικασίας.

Όπως διαπιστώθηκε, το 71% των γυναικών εκ των οποίων παραλήφθηκε αμνιακό υγρό με υψηλά επίπεδα της HLA-G κατάφεραν να μείνουν έγκυες. Ωστόσο, το αντίστοιχο ποσοστό επιτυχούς κύησης μεταξύ των γυναικών με κάτω του φυσιολογικού επιπέδου της ουσίας δεν ξεπερνούσε το 22%.

⁵⁴ WWW.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm, 20 Απριλίου 2005.

⁵⁵ WWW.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=50070, 30 Μαρτίου 2005.

4.3. Το κόστος που έχει μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η αλήθεια είναι ότι ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δαπανηρός και γι'αυτό είναι δύσκολο να καθοριστεί το ακριβές κόστος. Κατά προσέγγιση θα μπορούσαμε να πούμε ότι μπορεί να φτάσει τα 3.000 ευρώ. Στο ποσό δεν συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα. Πρέπει να αναφερθεί ότι το κόστος των φαρμάκων είναι ανάλογο με την ανταπόκριση που θα έχει η γυναίκα κατά την διάρκεια της διέγερσης καθώς και στο τι πρωτόκολλο θα ακολουθήσει.

Οι εξετάσεις που υποχρεωτικά γίνονται είναι σπερμοδιάγραμμα, το οποίο γίνεται μόνο για την μέτρηση οιστραδιόλης και τα υπερηχογραφήματα, τα οποία μπορεί να συμπεριλαμβάνονται στην αρχική τιμή. Επίσης το κόστος της προσπάθειας θα ανέβει εάν χρειαστεί να γίνει ICSI και κατάψυξη ωαρίων.

Τα κρατικά ταμεία ασφάλισης δυστυχώς καλύπτουν ένα μικρό ποσό για την προσπάθεια εξωσωματικής, μπορούν όμως να καλύψουν ένα μέρος του κόστους των φαρμάκων γύρω στα 250 ευρώ αφού προηγουμένως προσκομηθούν τα απαραίτητα δικαιολογητικά που θα ζητηθούν. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνήθως δεν καλύπτουν κανένα ποσό για εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά και πάλι καλό θα είναι να υπάρχει ενημέρωση από τον ασφαλιστικό πράκτορα.

Σύμφωνα όμως με τις αλλαγές που υπεβλήθησαν στο καινούργιο νομοσχέδιο για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή όλα τα ασφαλιστικά ταμεία θα καλύπτουν στο εξής τη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης.

5. Ενημέρωση και συνααινέσεις των ενδιαφερόμενων σε θέματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Τα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α. ενημερώνονται από το επιστημονικό προσωπικό των Μονάδων Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, λεπτομερώς και με τρόπο κατανοητό, ως προς τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Η ενημέρωση αυτή καλύπτει επίσης τις κοινωνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές συνέπειες της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή των συναινέσεων των ενδιαφερόμενων προσώπων, όποτε αυτές απαιτούνται. Η ενημέρωση κρίνεται αναγκαία προκειμένου το πρόσωπο που θα δώσει τη συναίνεση του να είναι σωστά πληροφορημένο, έτσι ώστε η απόφαση του να υποβληθεί ή να συμμετάσχει σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή να είναι προϊόν ώριμης σκέψης, αφού ληφθούν υπόψη όλες οι παράμετροι και οι συνέπειες της Ι.Υ.Α. ως προς αυτό το ίδιο, την οικογένεια του και το παιδί που θα γεννηθεί.

Τα πρόσωπα τα οποία καταφεύγουν σε μια μέθοδο τεχνητής γονιμοποίησης και χρειάζονται την βοήθεια των ειδικών αλλά και αυτά που θέλουν να γνωρίζουν κάποια γενικά πράγματα για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ζεύγη συζύγων ή συντρόφων, γυναίκες χωρίς σύντροφο, καθώς και δότες ή δότριες γεννητικού υλικού, είτε ζεύγος που επιδιώκει να αποκτήσει τέκνο με την περίπτωση της ομόλογης-ετερόλογης τεχνητής σπερματέγχυσης ή εξωσωματικής γονιμοποίησης είτε με την βοήθεια άλλης γυναίκας (παρένθετη μητρότητα). Συγκεκριμένα με το άρθρο 1456 του νόμου 3089/2002 αναφέρεται η περίπτωση που οι ενδιαφερόμενοι είναι σύζυγοι, οπότε και ορίζεται ότι απαιτείται έγγραφη απλώς συναίνεση τόσο του συζύγου, όσο και της συζύγου, για τη συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης, και μάλιστα ανεξάρτητα από το αν πρόκειται να γίνει ομόλογη ή ετερόλογη

γονιμοποίηση, δηλαδή αν θα χρησιμοποιηθεί το σπέρμα του συζύγου ή τρίτου δότη, αφού στο σχέδιο νόμου δε γίνεται σχετική διάκριση. Όταν πρόκειται για άγαμη γυναίκα, ορίζεται ότι η συναίνεση ή οι συνααινέσεις των ενδιαφερομένων (λ.χ. της γυναίκας και του μόνιμου συντρόφου της) παρέχονται με συμβολαιογραφικό έγγραφο. Ο σοβαρότερος αυτός τύπος επιβάλλεται προκειμένου οι συνααινέσεις να οδηγήσουν στην αυτόματη εκούσια αναγνώριση του τέκνου από τον άνδρα που θα έχει συνααινέσει συμβολαιογραφικά (και ανεξάρτητα και εδώ από το αν θα πρόκειται για ομόλογη ή ετερόλογη γονιμοποίηση).

Αυτό που δεν ρυθμίζεται πάντως στο σχέδιο νόμου, είναι τα σχετικά με τη σύμβαση μεταξύ των προσώπων, που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, και του ιατρού ή του ιατρικού κέντρου. Στη σύμβαση αυτή, κατά συνέπεια, εφαρμόζονται όσα ισχύουν γενικά για τη σύμβαση ιατρικής αγωγής.⁵⁶ Καθιερώνεται η δυνατότητα της ανάκλησης των συνααινέσεων μέχρι το χρονικό σημείο της μεταφοράς του γεννητικού υλικού στο γυναικείο σώμα. Αυτό είναι είτε ο χρόνος της μεταφοράς του σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, αν πρόκειται για τεχνητή σπερματέγχυση, είτε ο χρόνος της μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα, αν πρόκειται για εξωσωματική γονιμοποίηση. Είναι, άλλωστε, αυτονόητο, και γι' αυτό δεν ορίζεται ρητά, ότι τόσο οι συνααινέσεις, όσο και η ανάκληση τους, γνωστοποιούνται στον ιατρό ή τον υπεύθυνο του ιατρικού κέντρου, καθώς και ότι αρκεί η ανάκληση της συνααινέσης και ενός μόνο από τους ενδιαφερομένους για να ματαιωθεί η τεχνητή γονιμοποίηση. Αντίθετα, ρητά ορίζεται ότι η συνααινέση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν το πρόσωπο που την έδωσε πέθανε πριν από τη μεταφορά του γεννητικού υλικού στο γυναικείο σώμα, εκτός και αν πρόκειται για μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Η Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. η οποία ιδρύθηκε με το νέο σχέδιο νόμου, αναλαμβάνει την υποχρέωση για τη σύνταξη του εντύπου της ενημέρωσης και των εγγράφων των συνααινέσεων, καθώς και τον καθορισμό των αναγκαίων στοιχείων που θα πρέπει αυτά να περιέχουν. Τέλος, σύμφωνα με την ίδια διάταξη, μετά τη συμπλήρωση και την υπογραφή τους, όλα τα σχετικά έγγραφα θα κατατίθενται στις Μ.Ι.Υ.Α. και φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο, όπως ορίζεται στο σχέδιο νόμου.

5.1. Συμβουλευτική και υποστηρικτική ψυχολογία.

Τα προβλήματα γονιμότητας επηρεάζουν πολλά πράγματα στην ζωή ενός ζευγαριού. Δημιουργούν ανησυχία ανυπομονησία, ενοχές και ένταση αλλά αφήνουν επίσης συναισθήματα λύπης, κατάθλιψης, απορύθμισης και οδηγούν σε απομόνωση. Η εργαστηριακά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μέσα στις ειδικές μονάδες, είναι μια κατ' εξοχή στρεσογόνο διαδικασία. Για πολλά άτομα η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η " τελευταία ευκαιρία" να αποκτήσουν ένα βιολογικά δικό τους παιδί και αυτό τα οδηγεί σε συναισθηματική φόρτιση. Προβλήματα σχετικά με την αναπαραγωγή, όπως, αποβολές, παλίνδρομες κινήσεις, εκτρώσεις, επερχόμενη εμμηνόπαυση, προβλήματα σπέρματος και αποτυχημένες προσπάθειες τεχνητής γονιμοποίησης αποτελούν αιτία για την εμφάνιση απρόσμενης ψυχολογικής κρίσης και διαταραχής συναισθηματικής στην γυναίκα, στον άνδρα, στις σχέσεις του ζευγαριού αλλά και

⁵⁶ Εισηγητική Έκθεση, Ν.3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Αθήνα 2002, παράρτημα 4, σελ.171.

στις οικογενειακές σχέσεις. Η εμπειρία και οι επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει πως παράλληλα με την μελέτη της σωματικής υγείας και των οργανικών και λειτουργικών παραμέτρων που έχουν σχέση με την γονιμότητα, θα πρέπει να υπάρχει και η κατάλληλη στήριξη για την καλή συναισθηματική και ψυχολογική λειτουργία των ζευγαριών. Αυτή η ανάγκη οδήγησε την "Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής" να περιλάβει στο επιστημονικό της δυναμικό επιστήμονα ειδικά εκπαιδευμένο και με μεταπτυχιακή εκπαίδευση και ερευνητικές μελέτες αλλά και εμπειρία στην υποστηρικτική ψυχολογία και την συμβουλευτική της αναπαραγωγής και των προβλημάτων γονιμότητας.

5.2. Η ηθική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η γονιμοποίηση και η δυνατότητα να χαρίσει κάποιος ζωή σε ένα νέο άνθρωπο αποτελεί ένα προνόμιο υψηλής ηθικής αξίας, όπως υποστηρίζει κάθε θρησκευτική και εκκλησιαστική θέση. Επί πλέον αποτελεί ευθύνη και υποχρέωση κάθε ανθρώπου εφ' όσον έχει αυτή τη δυνατότητα από τη φύση. Όπου όμως η γονιμοποίηση δεν είναι εφικτή με τη φυσιολογική οδό, όπως καταλήγουν οι διάφορες διαγνωστικές μέθοδοι, προσφέρει σήμερα η βιοτεχνολογία άλλους τρόπους, οι οποίοι εφαρμόστηκαν κατ' αρχήν στα ζώα, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) και η εμβρυομεταφορά (ET) καθώς και άλλους. Ο τρόπος αυτός της γονιμοποίησης θεωρείται ως μέθοδος υποκατάστασης της φυσιολογικής οδού και έχει αναπτυχθεί ευρέως σήμερα προσφέροντας ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Το ηθικό όμως πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται η εξωσωματική γονιμοποίηση και η εμβρυομεταφορά στον άνθρωπο είναι τελείως διαφορετικό από ό,τι στα ζώα, όπου η παραγωγή αποτελεί μέσο και αυτοσκοπό. Στον άνθρωπο η υποβοήθηση μιας φυσικής αδυναμίας εκτιμάται ως προσφορά της σύγχρονης τεχνολογίας υψηλής ηθικής αξίας. Η μέθοδος είναι βέβαια νέα, ώστε τα υπέρ και τα κατά στο ηθικό πεδίο δεν έχουν πλήρως διευκρινισθεί. Έτσι, για παράδειγμα, ο διαχωρισμός της γονιμοποίησης από τη σεξουαλική απόλαυση αποτελεί ως ένα σημείο βιασμό της φύσης, που εξισορροπείται από την προσπάθεια να δοθεί ζωή σε ένα νέο άνθρωπο. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εμπλεκόμενες διαδικασίες της τεχνικής, όπως η ορμονική διέγερση των ωοθηκών, ο αυνανισμός και άλλα, των οποίων η ηθική υποτέλεια διαφέρει από το σκοπό της αναπαραγωγής ενός παιδιού που είναι νόμιμο, προέρχεται από τα γεννητικά κύτταρα των γονέων του και γεννάται από τη μητέρα του με το φυσικό τρόπο. Η ηθική της μεθόδου αυτής της υποκατάστασης της φύσης είναι υψηλή σε σύγκριση με την υιοθεσία ή την παραδοχή της ατεκνίας.

Δεοντολογικοί κανόνες.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή πρέπει να γίνεται μόνον σε περιπτώσεις που υπάρχει αυστηρή ένδειξη και όπου έχουν εξαντληθεί όλα τα άλλα απλούστερα μέσα θεραπείας της στειρότητας. Με τη θέσπιση ορισμένων δεοντολογικών κανόνων αποφεύγεται η κατάχρηση στην εφαρμογή μιας δαπανηρής μεθόδου με περιορισμένα ακόμη αποτελέσματα.

1. Έλεγχος του ζεύγους σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, π.χ. τις προδιαγραφές της Αμερικανικής Εταιρείας Γονιμότητας.
2. Καθορισμός της περιπτώσεως ως επιδεκτικής μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και προσδιορισμός του είδους της μεθόδου.
3. Έλεγχος των δυνατοτήτων του Κέντρου Αναπαραγωγής, της επάρκειας του ιατρικού και του παραϊατρικού προσωπικού και της τεχνολογικής κάλυψης.

Ηθικά διλήμματα.

Η μέθοδος IVF έχει προκαλέσει πλήθος αντιδράσεων. Οι βασικότερες από αυτές σχετίζονται με το δικαίωμα παρέμβασης της επιστήμης στο σώμα των γυναικών που επιθυμούν να γίνουν μητέρες αλλά και στον προκαθορισμό των εμβρύων που θα γονιμοποιηθούν. Η τελευταία, μάλιστα, διαδικασία εγκυμονεί, σύμφωνα με μια πλειάδα ειδικών, σοβαρούς ψυχικούς αλλά και οργανικούς κινδύνους για τα προς γέννηση παιδιά.

Η βασικότερη ένσταση σχετικά με τις μεθόδους υποβοηθούμενης γονιμότητας έγκειται στη δυνατότητα επιλογής που έχουν οι γονείς ως προς το δότη του σπέρματος. Αυτός μπορεί να είναι ο ίδιος ο σύντροφος, του οποίου το αδύναμο σπέρμα υφίσταται ειδική επεξεργασία ώστε να γίνει γονιμότερο ή ακόμη και ένας ανώνυμος δότης.

Τα διλήμματα που προκύπτουν είναι εμφανή. Το παιδί που θα γεννηθεί αν, βεβαίως, η μέθοδος αποβεί επιτυχής δεν θα έχει προκύψει από τη σεξουαλική συνένωση των δύο συντρόφων, αλλά θα είναι κατά το ήμισυ το παιδί ενός τρίτου ανθρώπου, στην πραγματικότητα ενός ανώνυμου πατέρα. Δεν ήταν λίγα τα ζευγάρια που απέκτησαν παιδί με εξωσωματική γονιμοποίηση και στη συνέχεια αντιμετώπισαν μεγάλα προβλήματα επειδή τα εξωτερικά χαρακτηριστικά του παιδιού δεν θύμιζαν σε τίποτε τους γονείς του. Παράλληλα, ήταν πολλές οι περιπτώσεις των γυναικών που είχαν σοβαρές αμφιβολίες για τη μέθοδο, θεωρώντας ότι το αδύναμο σπέρμα του συζύγου θα οδηγούσε ταυτόχρονα και στη γέννηση ενός παιδιού με εύθραυστη υγεία.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σίγουρα είναι ένα θέμα, το οποίο για να εξαντληθεί απαιτεί, έρευνες, συζητήσεις με ειδικούς και άπειρο χρόνο. Τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν αυξάνονται ανάλογα με το ρυθμό της επιστημονικής προόδου. Σίγουρα, σε πολλές περιπτώσεις οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι έχουν συμβάλει σημαντικά στην ευτυχία πλήθους ζευγαριών, όπως, αντίστοιχα, έχουν οδηγήσει και στη δυστυχία τους. Για το λόγο αυτό η απόφαση για τη γέννηση ενός παιδιού θα πρέπει να αποτελεί προϊόν συνειδητής επιλογής και όχι απλώς εξυπηρέτηση μιας βαθύτερης ανθρώπινης ανάγκης. Οι υποψήφιοι γονείς που στοχεύουν να αποκτήσουν ένα τέκνο με εξωσωματική γονιμοποίηση θα πρέπει να ενημερώνονται άμεσα για τις παραμέτρους και τους κινδύνους της μεθόδου, όχι μόνο για τους ίδιους αλλά και για την οργανική και ψυχική υγεία του επερχόμενου βρέφους. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα καταφέρουν να διασφαλίσουν την ευτυχία και να προσδώσουν στην υποβοηθούμενη γονιμότητα το ρόλο που της αρμόζει.

6. Η εξωσωματική γονιμοποίηση σε Ελλάδα και υπόλοιπη Ευρώπη.

Το Human Reproduction, ένα από τα πιο έγκυρα έντυπα παγκοσμίως που ασχολούνται με την ανθρώπινη αναπαραγωγή, δημοσίευσε το 1999 τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα και στατιστικές για την εξωσωματική στην Ευρώπη. Τα στοιχεία προέρχονται από 22 ευρωπαϊκές χώρες, και αφορούν σε κύκλους που άρχισαν το 1999.⁵⁷ Οι περισσότεροι 60.000 έγιναν στην Γερμανία, ακολουθεί η Γαλλία με 52.000 και το Ηνωμένο Βασίλειο με 30.000 κύκλους. Στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 6.215 κύκλοι. Συνολικά πήραν μέρος 538 κλινικές και εργαστήρια, στα οποία

⁵⁷ WWW.Kosmogonia.gr/12_09_results.htm, 20 Απριλίου 2005.

πραγματοποιήθηκαν 258.460 κύκλοι. Από αυτούς, στο 48,5% έγινε κλασική γονιμοποίηση, στο 36,8% ICSI, στο 13,1% μεταφέρθηκαν κατεψυγμένα έμβρυα, ενώ στο υπόλοιπο 1,6% έγινε δωρεά ωαρίων. Συνολικά αντιστοιχούν 3.9 κύκλοι ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 ετών. Το ποσοστό γεννήσεων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κυμαίνεται από 3.6% (Ισλανδία) έως κάτω του 1%. Αναφορικά με το ποσοστό επιτυχίας, αυτό ήταν 24.2% ανά ωοληψία και 27.7% ανά εμβρυομεταφορά.

Διαφορές με την υπόλοιπη Ευρώπη.

Μεγάλη διαφορά μεταξύ των χωρών υπήρχε στο ποσοστό πολύδυμων κηρήσεων. Το ποσοστό δίδυμων κηρήσεων κυμαίνεται από 32.5% έως 10.8%, με ανάλογη διακύμανση και για τις τρίδυμες κηρήσεις. Οι παραπάνω διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και στο νομικό καθεστώς που ισχύει σε κάθε χώρα, αφού σε αρκετές υπάρχει περιορισμός για το μέγιστο αριθμό εμβρύων που μπορούν να μεταφερθούν.

Στην Ελλάδα, δεν ισχύει τέτοιος περιορισμός, ο μέσος αριθμός μεταφερόμενων εμβρύων ανά εμβρυομεταφορά είναι αυξημένος, χωρίς όμως να φαίνεται να υπάρχει ανάλογη αύξηση στο ποσοστό των πολύδυμων κηρήσεων. Συγκεκριμένα, για την Ευρώπη ο αριθμός εμβρύων που μεταφέρθηκαν ήταν:⁵⁸ 1. (11,9%), 2. (39,2%), 3. (39,6%) και 4. (9,3%). Τα αντίστοιχα νούμερα για την Ελλάδα ήταν 10%, 20%, 32,2% και 39,8%. Πάντως το συνολικό ποσοστό επιτυχίας στην Ελλάδα είναι μεταξύ των καλύτερων της Ευρώπης.

Που υστερεί η Ελλάδα.

Ένα σημείο που φαίνεται πως υστερεί η Ελλάδα είναι στην συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων. Από τα 50 εργαστήρια που λειτουργούν στην Ελλάδα, μόνο 14 πήραν μέρος στην παραπάνω μελέτη. Αυτό το γεγονός υποβαθμίζει την αξία των παραπάνω στατιστικών και υποδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη οργάνωση και τη θέσπιση ενός νομικού πλαισίου που να καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας των εργαστηρίων στην Ελλάδα. Ευτυχώς, βήματα προς την σωστή κατεύθυνση γίνονται, όπως φαίνεται από την ψήφιση του νομοσχεδίου για την εξωσωματική από την βουλή στις αρχές του 2003.⁵⁹ Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία, και υποθέτοντας ότι είναι αντιπροσωπευτικά της συνολικής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα, φαίνεται ότι ο τομέας της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα λειτουργεί αποτελεσματικά. Ένα σημαντικό ποσοστό από τα ζευγάρια που αρχίζουν έναν κύκλο εξωσωματικής επιτυγχάνουν μια εγκυμοσύνη, ενώ οι ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως πολύδυμες κηρήσεις και σύνδρομο υπερδιέγερσης δεν είναι αυξημένες σε σχέση με άλλες χώρες. Αυτό δείχνει την καλή δουλειά που γίνεται από τους Έλληνες επιστήμονες, γιατρούς και εμβρυολόγους. Δε χρειάζεται λοιπόν να καταφεύγουν οι Έλληνες στο εξωτερικό. Το μόνο που χρειάζεται είναι να γίνεται σωστή και προσεκτική επιλογή του κέντρου.

⁵⁸ WWW.Kosmogonia.gr/12_09_results.htm, 20 Απριλίου 2005.

⁵⁹ Στο ίδιο, 20 Απριλίου 2005.

6.1. Κέντρα και Υπηρεσίες που παρέχουν την δυνατότητα τεχνητής γονιμοποίησης στην Ελλάδα.

Κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Αλεξανδρούπολη.

Το πρώτο κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης τέθηκε σε λειτουργία στην Αλεξανδρούπολη, υπό την ευθύνη της επιστημονικής ομάδας του κέντρου Εξωσωματικής γονιμότητας, με επικεφαλής τον αναπληρωτή καθηγητή Φυσιολογίας της Αναπαραγωγής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης του Ιατρικού τμήματος του Δ.Π.Θ, κ. Νίκο Νικολλέτο, και τη συνεργασία εμβρυολόγων από το Πανεπιστήμιο του Lubeck στη Γερμανία.⁶⁰

Υστερα από έρευνα του κ. Νικολλέτου διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα πολύ καλά κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης στο εξωτερικό λειτουργούν με ποσοστό κυήσεων ανά εμβρυομεταφορά που κυμαίνεται από 25 έως 45% (Αυστραλία, Αμερική). Το ποσοστό επιτυχίας στον ελλαδικό χώρο, με βάση τα αποτελέσματα των 12 κέντρων, είναι περίπου 26%.

Σε ό,τι αφορά το κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Αλεξανδρούπολη, το συνολικό ποσοστό κυήσεων ανά εμβρυομεταφορά που επιτεύχθηκε κατά τον πρώτο κύκλο θεραπείας ζευγαριών ήταν 35% και η θέση που κατέχει είναι ανάμεσα στα καλύτερα κέντρα του εξωτερικού. Με τα πολύ υψηλά ποσοστά κυήσεων ήδη από τον πρώτο κύκλο θεραπείας ζευγαριών και την υπάρχουσα υποδομή που επιτρέπει την εφαρμογή της ενδοωαρικής έγχυσης, το Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής θα μπορέσει να λειτουργήσει ως μονάδα αναφοράς για την εξωσωματική γονιμοποίηση στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Αθήνα.

Οι υπηρεσίες παρέχονται από την Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης στην Αθήνα και από τις άλλες δύο θυγατρικές μονάδες IVF στην Ελληνική επαρχία.⁶¹

- ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ, Βόλος.
- ΜΗΤΕΡΑ, Ιωάννινα

ΣΤΟ Κέντρο Ανθρώπινης Αναπαραγωγής πραγματοποιούνται τα ακόλουθα:

- Τεχνητή γονιμοποίηση (IVF) και Μεταφορά Εμβρύου (ET)
- Ενδοσαλπγγική Μεταφορά Γαμετών (GIFT)
- Ενδοσαλπγγική Μεταφορά Ζυγωτών (ZIFT)
- Καλλιέργεια και μεταφορά Βλαστοκύστεων
- Υποβοηθούμενη εκκόλαψη εμβρύου με Laser (Laser Assisted Hatching)
- Δωρεά ωαρίων
- Δωρεά εμβρύων
- Κρυοσυντήρηση εμβρύων

⁶⁰ WWW.health.in.gr/news/article.asp?ngArticleID=31004, 30 Μαρτίου 2005.

⁶¹ WWW.pantos.gr/services-gr.htm, 30 Μαρτίου 2005.

- Βιοψία Εμβρύου για διαγνωστικούς λόγους, πριν από την εμφύτευση (προεμφυτευτική γενετική διάγνωση PGD)
- Θεραπείες παραγόντων ανδρικής υπογονιμότητας
- Πρόκληση ωορρηξίας
- Υπερηχογραφήματα (διακολπικά και διακοιλιακά)
- Τεχνητή Σπερματέγχυση με χρησιμοποίηση σπέρματος του συζύγου (AIH)
- Τεχνητή σπερματέγχυση με χρησιμοποίηση σπέρματος από δότη (DI)
- Ορμονικοί Έλεγχοι
- Ανάλυση Σπέρματος
- Κατάψυξη Σπέρματος (Sperm cryopreservation)
- Συμβουλευτική Ιατρική σε θέματα Υπογονιμότητας

Επιπλέον, προκειμένου να διασφαλιστεί ή συνεχής ενημέρωση στα θέματα διαδικασιών εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά και την διεθνή αναγνώριση των εργασιών του κέντρου μέσω επιστημονικών δημοσιεύσεων και ανακοινώσεων σε συνέδρια, υπάρχει συνεχής και στενή συνεργασία τόσο στην Εφαρμοσμένη Έρευνα όσο και στην Κλινική Πρακτική με τον Τομέα Αναπαραγωγικής Ιατρικής του Τμήματος Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών, στο Ρίο Πατρών, επικεφαλής του οποίου και πρόεδρος αυτού είναι ο Καθηγητής Β.Α Τσιγκούνης, MD, PhD, καθώς και με το Πανεπιστήμιο του Μελβούρνης, Αυστραλία με Καθηγητή τον Α. Trouson και την ερευνήτρια GALE JONES.⁶²

Εκτός των παραπάνω το κέντρο έχει αναπτύξει συνεργασία και με τα ακόλουθα κέντρα:

- Πανεπιστήμιο της Μελβούρνης, Royal Womens Hospital (Βασιλικό Νοσοκομείο Γυναικών) Τμήμα Αναπαραγωγικής Βιολογίας, Μελβούρνη, Αυστραλία.
- Melbourne IVF-Μελβούρνη, Αυστραλία.

Γενικότερα υπάρχουν σήμερα 50 κέντρα σε όλη την Ελλάδα που προσφέρουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και μπορούν όλοι ανεξαρτήτως εθνικότητας να απευθυνθούν και να αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα υπογονιμότητας τους απασχολεί.

⁶² WWW.pantos.gr/services-gr.htm, 30 Μαρτίου 2005.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΜΙΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ.

1. Διάθεση γεννητικού υλικού χωρίς αντάλλαγμα και έρευνα για την χρησιμότητα του.

Στο νέο νομοσχέδιο επαναλαμβάνεται μια πάγια αρχή που διατρέχει και τις διατάξεις του νόμου 3089/2002 βάσει της οποίας ορίζεται ότι η διάθεση γεννητικού υλικού πρέπει να γίνεται χωρίς αντάλλαγμα. Γενικότερα γίνεται πρόβλεψη για το λεγόμενο «πλεονάζον» γεννητικό υλικό.⁶³ Πρόκειται δηλαδή για το κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό, είτε αυτό είναι γαμέτες(σπερματοζώαρια και ωάρια), είτε γονιμοποιημένα ωάρια, που θα περισσέψει μετά την κάλυψη των αναπαραγωγικών αναγκών των ενδιαφερομένων δηλαδή όταν αυτοί αποκτήσουν τέκνο ή αν ματαιωθεί οριστικά αυτός ο σκοπός.

Η διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων έχει ως σκοπό την υποβοήθηση στην απόκτηση τέκνου με μεθόδους Ι.Υ.Α. και διενεργείται με τη συναίνεση των δοτών. Εάν δε οι δότες είναι έγγαμοι ή συζούν σε ελεύθερη ένωση, απαιτείται και η έγγραφη συναίνεση τους ή της συζύγου ή συντρόφου, αφού οι γαμέτες πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την απόκτηση απογόνων από τους λήπτες και επομένως κρίνεται απαραίτητο το έτερο μέλος του ζεύγους να γνωρίζει και να αποδέχεται το γεγονός αυτό, πάντοτε υπό τους όρους τηρήσεως της ανωνυμίας. Η διάθεση γονιμοποιημένων ωαρίων πραγματοποιείται μόνο με πλεονάζοντα γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία έχουν δημιουργηθεί στο πλαίσιο θεραπευτικής αγωγής ενός ζεύγους και δεν προορίζονται για μελλοντική χρήση από τους ίδιους.

Σύμφωνα με το νέο νόμο θεσπίζεται ακόμη και η δυνατότητα ανάκλησης της απόφασης για διάθεση του γεννητικού υλικού εντός συγκεκριμένου χρονικού ορίου, με ταυτόχρονη δήλωση επιλογής της επιθυμητής λύσης, αναφορικά με τη μεταγενέστερη χρήση του γεννητικού υλικού. Αν οι δότες του γεννητικού υλικού επιλέξουν μετά την ανάκληση να χρησιμοποιήσουν οι ίδιοι τους υπάρχοντες γαμέτες ή γονιμοποιημένα ωάρια τους (π.χ. μετά την απώλεια τη γονιμοποιητικής τους ικανότητας λόγω ατυχήματος ή νόσου), τότε υποχρεούνται να δηλώσουν εγγράφως εάν επιθυμούν οι κρυοσυντηρημένοι γαμέτες και τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια να:

- α) Διατεθούν χωρίς αντάλλαγμα, κατά προτεραιότητα σε άλλα πρόσωπα, που θα επιλέξει ο ιατρός ή το ιατρικό κέντρο,
- β) Χρησιμοποιηθούν χωρίς αντάλλαγμα για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς,
- γ) Καταστραφούν.

Από τις εκδοχές αυτές η πρώτη σημαίνει ότι το γεννητικό υλικό μπορεί μεν να «δωριστεί» απλώς από τους δότες, αφού είναι αυτονόητο ότι η πώληση γεννητικού υλικού δηλαδή η παραχώρηση του με οικονομικό αντάλλαγμα θα είναι συνήθως αντίθετη στα χρηστά ήθη, οι ίδιοι όμως δεν έχουν σύμφωνα με το νόμο τη

⁶³ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 8.

δυνατότητα να επιλέξουν και τους συγκεκριμένους «δωρεοδόχους». Η τελευταία νομοθετική επιλογή εναρμονίζεται προς την ανωνυμία των τρίτων δοτών γεννητικού υλικού. Στη δεύτερη, άλλωστε, δυνατότητα, και ειδικότερα στη χρησιμοποίηση για θεραπευτικούς σκοπούς, είναι προφανές ότι μπορεί να περιλαμβάνεται και η θεραπευτική κλωνοποίηση. Και τέλος πρέπει να καταστρέφονται, προκειμένου να μην μπορούν πλέον να καταστούν αντικείμενα πειραμάτων ή, γενικότερα, έρευνας.

Αν δεν υπάρχει κοινή δήλωση των ενδιαφερόμενων προσώπων, οι γαμέτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρούνται για χρονικό διάστημα πέντε ετών από τη λήψη ή τη δημιουργία τους και μετά την πάροδο του χρόνου αυτού είτε χρησιμοποιούνται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφονται. Τα μη κρυσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται μετά τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση.⁶⁴ Ο τυχόν ενδιάμεσος χρόνος κρυσυντήρησής τους δεν υπολογίζεται.

Στο νομοσχέδιο αποσαφηνίζονται, ποιες δαπάνες καταβαλλόμενες δεν αποτελούν αντάλλαγμα, ενώ το ύψος τους καθορίζεται κάθε φορά με απόφαση της Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Συγκεκριμένα δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη λήψη και την κρυσυντήρηση των γαμετών. Στις παραπάνω δαπάνες περιλαμβάνονται:

α. οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν και μετά τη λήψη των γαμετών,

β. τα έξοδα της μετακίνησης και διαμονής του δότη,

γ. κάθε θετική ζημία του δότη εξαιτίας αποχής από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της λήψης των γαμετών.

Τέλος προβλέπεται η δυνατότητα διενέργειας έρευνας σε γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια, που δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για επίτευξη εγκυμοσύνης και σε τυχόν παραβίαση του εν λόγω κανόνα επιβάλλονται ποινικές και διοικητικές κυρώσεις, καθώς και σε διενέργεια έρευνας που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για επίτευξη εγκυμοσύνης.

Έρευνα που δεν οδηγεί σε εγκυμοσύνη.

Ενδεικτικά σημειώνεται ότι τέτοιου είδους έρευνα επιτρέπεται ήδη στην Ισπανία, το Βέλγιο, την Ολλανδία, τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία. Η εν λόγω έρευνα θεωρείται εξαιρετικά σημαντική για τον άνθρωπο. Στο πλαίσιο αυτό, μεγάλη ερευνητική προσπάθεια καταβάλλεται διεθνώς για την ερμηνεία των κυτταρικών και μοριακών μηχανισμών της γαμετογένεσης⁶⁵ (δηλαδή του σχηματισμού των γαμετών). Επιπλέον, η έρευνα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας της υπογονιμότητας, καθώς και του ελέγχου της γονιμότητας. Ακόμη, τα ερευνητικά αποτελέσματα και η σύγκριση τους με δεδομένα που προέρχονται από άλλα βιολογικά είδη αναμένεται να βελτιώσουν

⁶⁴ Ν. 3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Φ.Ε.Κ. 327, τ.Α, Αθήνα 23 Δεκεμβρίου 2002, παράρτημα 2, άρθρο 1459.

⁶⁵ Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005, παράρτημα 3, σελ.163.

την κατανόηση των θεμελιωδών αναπτυξιακών μηχανισμών στον άνθρωπο, αλλά και να οδηγήσουν στον εντοπισμό των αιτιών των αποβολών, με απώτερο στόχο τον περιορισμό και την αντιμετώπιση τους. Ακόμη η έρευνα είναι απαραίτητη στο σημαντικό πεδίο των γενετικών νόσων και των συγγενών ανωμαλιών. Ο εντοπισμός παραγόντων στους οποίους οφείλεται η ατελής ή παθολογική ανάπτυξη των εμβρύων, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε εξέλιξη των μεθόδων ελέγχου και θεραπείας τους. Ένα συναφές πεδίο είναι η έρευνα της βιολογίας των αρχέγονων βλαστικών κυττάρων (βλαστοκυττάρων) και των πιθανών θεραπευτικών τους χρήσεων. Πράγματι, δεδομένου ότι έχει ήδη διαπιστωθεί η δυνατότητα των βλαστοκυττάρων να εξελίσσονται σε οποιοδήποτε ανθρώπινο ιστό (ολοδυναμία), η συμβολή της έρευνας αυτής μπορεί να αποβεί καθοριστική, τόσο για την ανάπτυξη οργάνων και ιστών *in vitro*, με σκοπό την αυτόλογη μεταμόσχευση (π.χ. δέρμα, αιματοποιητικές κυτταρικές σειρές), όσο και για τη θεραπεία νόσων (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, νόσος του Parkinson και του Alzheimer). Για να διεξαχθεί τέτοιου είδους έρευνα απαιτείται άδεια από την Αρχή, εφόσον συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:⁶⁶

α. Έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή,

β. Έγγραφη συναίνεση των δοτών,

γ. Διενέργεια της έρευνας επί των γονιμοποιημένων ωαρίων εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη δημιουργία τους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους,

δ. Προηγούμενη αντίστοιχη έρευνα σε πειραματόζωα, εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό,

ε. Η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

Έρευνα που οδηγεί σε εγκυμοσύνη.

Στην περίπτωση αυτή αναφέρονται οι όροι της έρευνας σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης σε πρόσωπα που υποβάλλονται σε θεραπεία με τις μεθόδους και τις τεχνικές της Ι.Υ.Α.. Η έρευνα αυτή υπαγορεύεται από την ανάγκη να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα επιτυχίας κυήσεως, να μειωθούν οι κίνδυνοι αποβολής του εμβρύου και να βελτιωθεί η πιθανότητα γέννησης υγιούς παιδιού. Ερευνητικές καινοτομίες που αναμένεται να οδηγήσουν στις παραπάνω βελτιώσεις είναι δυνατόν να προκύψουν ιδίως από μελέτες των καλλιεργητικών μέσων που χρησιμοποιούνται στην εξωσωματική γονιμοποίηση, από μελέτες νέων τρόπων κατεργασίας των γαμετών, καθώς και νέων μεθόδων γενετικής ανάλυσης. Ας σημειωθεί ότι σημαντικές έρευνες γίνονται διεθνώς και στον τομέα του μηχανισμού εμφυτεύσεως των γονιμοποιημένων ωαρίων, με στόχο είτε τη διασφάλιση της σύλληψης, είτε την αντισύλληψη. Εντούτοις, τα πιθανά ευεργετικά αποτελέσματα των μελετών αυτών είναι αδύνατον να ελεγχθούν εάν δεν γίνει μεταφορά στη μήτρα των γαμετών, ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων που έχουν υποβληθεί σε έρευνα. Για τον λόγο αυτόν, η έρευνα επιτρέπεται μόνο με ειδική άδεια της Αρχής, τηρουμένων των όρων του

⁶⁶ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 11, παρ.3.

άρθρου 16 του ν. 2619/1998 (Σύμβαση του Οβιέδο) και υπό αυστηρές προϋποθέσεις όπως:⁶⁷

- α. Έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή,
- β. Έγγραφο συναίνεση των συμμετεχόντων προσώπων, ύστερα από ενημέρωση,
- γ. Προηγούμενος αντίστοιχος πειραματισμός σε ζώα ή και σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης, εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό,
- δ. Τα προσδοκώμενα από την έρευνα οφέλη να είναι εμφανώς περισσότερα από τους πιθανούς κινδύνους για το παιδί που θα γεννηθεί και για τη γυναίκα που θα το κυοφορήσει,
- ε. Η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

Τέλος, θα πρέπει απαρέγκλιτα να τηρείται η αρχή της αναλογικότητας. Πρόκειται για στοιχειώδη αρχή, που διέπει κάθε έρευνα στο χώρο της υγείας, σύμφωνα με την οποία τα οφέλη που θα προκύψουν από την έρευνα πρέπει να είναι ουσιαδώς μεγαλύτερα από τους ενδεχόμενους, έστω και ελάχιστους, κινδύνους για τον άνθρωπο.

1.1. Αριθμός μεταφερόμενων και γονιμοποιημένων ωαρίων.

Στο παρόν νομοσχέδιο ρυθμίζεται ο αριθμός των ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων που επιτρέπεται να μεταφέρονται στις σάλπιγγες ή στη μήτρα. Η μεταφορά στη μήτρα περισσότερων του ενός γονιμοποιημένων ωαρίων αυξάνει, μέχρις ενός ορίου, την πιθανότητα επίτευξης εγκυμοσύνης. Παράλληλα αυξάνει και την συχνότητα των πολύδυμων κύσεων (διδύμων, τριδύμων, κ.λπ), οι οποίες περικλείουν σοβαρούς μαιευτικούς, περιγεννητικούς και νεογνικούς κινδύνους και μπορεί να προκαλέσουν αναπηρία ή μόνιμη βλάβη στην υγεία των παιδιών. Συγκεκριμένα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος γεννήσεως τέκνων με βάρος μικρότερο του φυσιολογικού, κίνδυνος πρόωρου τοκετού, κίνδυνος υπολειπόμενης ανάπτυξης ή και ενδομητρίου θανάτου ενός ή περισσότερων εμβρύων, κίνδυνος γεννήσεως νεογνών με εγκεφαλική βλάβη κ.λπ.. Επιπλέον, οι σχετικές μελέτες καταδεικνύουν ότι το συνολικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος είναι δυσανάλογα αυξημένο, ιδίως σε περιπτώσεις πρόωρων τοκετών που απαιτούν νοσηλεία των νεογνών σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας ή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Προκειμένου να μειωθούν οι πολύδυμες κύσεις και να αποφευχθούν οι κίνδυνοι για τα παιδιά, στις περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης έχει θεσμοθετηθεί ο περιορισμός του αριθμού των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται στη μήτρα (σε 3 ή 4), ανάλογα με την ποιότητα τους και την ηλικία της γυναίκας.⁶⁸

Έτσι, λοιπόν ορίζεται ο αριθμός μεταφερόμενων γονιμοποιημένων ωαρίων ανά ηλικία της υποβαλλόμενης σε Ι.Υ.Α. γυναίκας, με βάση το ότι το ποσοστό

⁶⁷ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 12, παρ.2.

⁶⁸ Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005, παράρτημα 3, σελ.162.

εμφυτεύσεως των γονιμοποιημένων ωαρίων μειώνεται όσο αυξάνει η ηλικία, κυρίως λόγω της μείωσης του δυναμικού των ωαρίων στις μεγάλες ηλικίες, οπότε ως αντιστάθμισμα αυξάνεται σταδιακά ο αριθμός ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Ειδικότερα ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται στην ενδομήτρια κοιλότητα ορίζεται ως εξής: σε γυναίκες ηλικίας μέχρι και σαράντα ετών έως τρία γονιμοποιημένα ωάρια και σε γυναίκες ηλικίας άνω των σαράντα ετών έως τέσσερα γονιμοποιημένα ωάρια. Όπως είναι αυτονόητο, τα παραπάνω όρια αφορούν και την περίπτωση εφαρμογής ενδοσαλπγγικής μεταφοράς γονιμοποιημένων ωαρίων. Λόγω της επίδρασης που έχουν η ηλικία της γυναίκας, η ποιότητα των ωαρίων, όπως και άλλα ενδεχόμενα ιατρικά προβλήματα των υποβοηθούμενων προσώπων, ανατίθεται στην Αρχή, να καθορίσει ακριβέστερα με απόφαση της τον αριθμό των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται σε ειδικές υποομάδες των υπογόνιμων προσώπων. Τέλος, στο νομοσχέδιο διευκρινίζεται ότι ο αριθμός των μεταφερόμενων ωαρίων ή γονιμοποιημένων ωαρίων σε περίπτωση διάθεσης χωρίς αντάλλαγμα εξαρτάται από την ηλικία της δότριας, δεδομένου ότι αυτός είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα των ωαρίων και κατ' επέκταση την πιθανότητα επίτευξης πολύδυμης εγκυμοσύνης και όχι η ηλικία της λήπτριας ή της κυοφόρου.

1.2. Δωρεά ωαρίων, σπέρματος ή εμβρύων.

Σε μερικές γυναίκες υπάρχει αδυναμία παραγωγής ωαρίων που συνήθως οφείλεται.⁶⁹

- Πρώιμη εμμηνόπαυση.
- Γοναδική δυσγενεσία.
- Ωθηκεκτομή.
- Πτωχή απάντηση στην ωθηκική διέγερση.
- Εμμηνόπαυση.

Αυτές οι γυναίκες για να αποκτήσουν παιδί μπορούν να προσφύγουν στην δωρεά ωαρίων τα οποία θα γονιμοποιηθούν με σπέρμα του συζύγου τους και τα έμβρυα θα τοποθετηθούν στην μήτρα τους η οποία θα έχει προετοιμασθεί με ειδικά φάρμακα.

Στην περίπτωση που ένας άνδρας δεν έχει σπερματοζωάρια και δεν υπάρχει δυνατότητα να βοηθηθεί με τις διάφορες ειδικές τεχνικές προτείνεται η δωρεά σπέρματος κρυοσυντηρημένου από ειδικά οργανωμένες τράπεζες σπέρματος. Επίσης αν δεν γίνεται παραγωγή ούτε ωαρίων ούτε σπερματοζωαρίων προτείνεται η χρησιμοποίηση ωαρίων και σπερματοζωαρίων από δότριες και δότες.

Φυσικά τα δύο μέρη (δότες, δότριες αλλά και λήπτριες) καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο σχετικά με την διαδικασία αλλά και την ανωνυμία και άγνοια της προελεύσεως και της διαθέσεως. Έτσι εξασφαλίζεται ότι οι δότες δεν έχουν δυνατότητα πρόσβασης στο παιδί που θα γεννηθεί όπως και η λήπτρια στους δότες. Εδώ πρέπει να τονίσουμε πως εκτός από τα τεχνικά και τα προβλήματα υποδομής η διαδικασία είναι σύμφυτη με ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Είναι συνεπώς απαραίτητη η αναλυτική επεξήγηση των κανόνων στους δότες σπέρματος και τις δότριες ωαρίων αλλά και στο ζευγάρι των ληπτών ώστε να υπογράψουν την

⁶⁹ WWW.ixek.gr/magazine/issue1/index.htm, 30 Μαρτίου 2005.

συγκατάθεση τους σε χωριστά για κάθε περίπτωση ειδικά έντυπα. Σε αυτό τον τομέα οι μονάδες ακολουθούν τους κανόνες της ηθικής και δεοντολογίας όπως έχουν καθορισθεί από την ESHRE (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας).

1.3. Προϋποθέσεις για τους δότες γεννητικού υλικού.

Σε παρουσία περιπτώσεων που ο ένας από τους δυο γονείς στερείται γεννητικού κυττάρου, δηλαδή γαμέτου, για την επίτευξη γονιμοποίησης επιβάλλεται η χρήση του γαμέτου που δίνεται από δότη. Οι δότες γεννητικού υλικού (είτε δότες σπέρματος είτε δότριες ωαρίων) είναι ανώνυμοι και μη αμειβόμενοι γιατί όπως και η δωρεά αίματος είναι ανεκτίμητης χρηματικής αξίας, βοηθούν κάποιον να αποκτήσει ένα παιδί χωρίς να διαταραχθεί ο γάμος του, λαμβάνουν όμως για την κάθε φορά που θα δώσουν σπέρμα μια αμοιβή για τα έξοδα τους. Είναι στην πλειοψηφία τους φοιτητές βιολογίας ή ιατρικής και είναι εθελοντές που έχουν ευαισθητοποιηθεί σχετικά με το ζήτημα. Οι δότες πρέπει να είναι ενήλικες με πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα, αναζητούνται και γίνονται δεκτοί βάσει ορισμένων προδιαγραφών. Προκειμένου για διάθεση σπέρματος, ο δότης πρέπει να μην έχει συμπληρώσει το τεσσαρακοστό έτος της ηλικίας του ενώ προκειμένου για διάθεση ωαρίων η δότρια πρέπει να μην έχει συμπληρώσει το τριακοστό πέμπτο έτος της ηλικίας της. Τα ανωτέρω όρια ηλικίας μπορούν να αυξηθούν μέχρι την ηλικία των πενήντα και σαράντα ετών αντίστοιχα σε περίπτωση διάθεσης γονιμοποιημένων ωαρίων, ή όταν συντρέχει σπουδαίος λόγος, ύστερα από απόφαση της Αρχής.⁷⁰ Ο λόγος για τον οποίο τίθεται ο περιορισμός στην ηλικία είναι ότι γαμέτες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας έχουν αυξημένο κίνδυνο προκλήσεως χρωμοσωματικών ανωμαλιών και συγγενών βλαβών στο έμβρυο. Αύξηση των ανώτατων ορίων ηλικίας προβλέπεται στην περίπτωση διάθεσης πλεοναζόντων γονιμοποιημένων ωαρίων, προκειμένου αυτά να μην καταστρέφονται, εφόσον είναι δυνατόν να διατεθούν. Στην περίπτωση όμως αυτών των ηλικιακών παρεκκλίσεων, η νομοθεσία επιβάλλει ειδική ενημέρωση των ληπτών για τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης γενετικού νοσήματος και σύσταση διενέργειας προγεννητικού ελέγχου

Συγκεκριμένα ο δότης σπέρματος πρέπει να έχει αποδεδειγμένη την γονιμότητα του, δηλαδή μια γυναίκα πρόσφατα να έχει μείνει έγκυος με φυσιολογική εγκυμοσύνη. Ελέγχεται η κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του και το κληρονομικό και οικογενειακό ιστορικό για όλες της κληρονομούμενες ασθένειες ή και ψυχικές καταστάσεις. Πρέπει να είναι πρόθυμος να υποστεί διάφορες ιατρικές εξετάσεις τόσο από άποψη πλήρους ιστορικού, και ιατρικής για να συλλέξουν οι επιστήμονες του κέντρου γονιμότητας η της τράπεζας σπέρματος όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται. Το σπέρμα πρέπει να είναι φυσιολογικό, υγιές και ανθεκτικό στην κατάψυξη. Το σπέρμα διαλύεται και χωρίζεται σε δείγματα (περίπου 20 ανά εκσπερμάτιση) τα οποία διατηρούνται καταψυγμένα σε υγρό άζωτο (-196°C). Η κατάψυξη του σπέρματος επιτρέπει την πραγματοποίηση δοκιμών ελέγχου (ιδιαίτερα έλεγχος για AIDS) και την οργάνωση της διανομής των δειγμάτων για τους γυναικολόγους που τα ζητούν, και δίνει την δυνατότητα όταν βγει από την διαδικασία της κρυοκατάψυξης να μπορέσει να γονιμοποιήσει ωάρια.

⁷⁰ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα Ι, άρθρο 8, παρ.7.

Ένας τέτοιος έλεγχος περιλαμβάνει:⁷¹

- Μικροσκοπικός έλεγχος (έλεγχος αριθμού και κινητικότητας σπερματοζωαρίων).
- Μυκόπλασμα
- Ουρεόπλασμα
- Χλαμύδια
- Καλλιέργεια σπέρματος (αερόβιος, αναερόβιος)

Ελέγχεται επίσης και η απαραίτητη καθαρότητα του από μεταδιδόμενες ασθένειες και μολύνσεις, πρέπει να είναι ελεύθερο από κόκκους, μικρόβια, βακτηρίδια, παράσιτα και ότι άλλο μπορεί να μεταφερθεί στην γυναίκα την οποία θα γονιμοποιήσει. Ελέγχεται και το αίμα του δότη έτσι ώστε να είναι οι ειδικοί όσο το δυνατό πιο σίγουροι ότι αυτός δεν είναι φορέας καμίας νόσου από ιούς.

Ένας τέτοιος έλεγχος περιλαμβάνει την ακόλουθη σειρά εξετάσεων:

- Καρυότυπος
- Σάκχαρο
- Τρανσαμινάσες GOT, GPT
- Ηλεκτροφόρηση Hb
- Τέστ Δρεπανώσεως
- Ομάδα Αίματος και RH
- Αιμορραγικός Έλεγχος
- Τεστ Ιων Ηπατιτιδας
- Τεστ Ιων HIV 1,2
- Αφροδίσια Νοσήματα (Σύφιλη, AIDS)

Υπάρχουν και γονιδιακές καταστάσεις που μπορούν να ελεγχθούν και όσες υπάρχει η δυνατότητα να ελέγξουν οι ειδικοί ελέγχονται.

Μετά την ολοκλήρωση του συνόλου των εξετάσεων και αφού τα αποτελέσματα είναι όλα αρνητικά ο δότης είναι έτοιμος να ξεκινήσει την συνεργασία με την τράπεζα σπέρματος, υπογράφοντας πρώτα ένα ιδιωτικό νομικό έγγραφο. Βέβαια η διαδικασία έλεγχου της υγείας του δότη δεν σταματά εδώ. Είναι υποχρεωμένος να περάσει από την ίδια σειρά εξετάσεων άλλες δυο φορές με τη μεσολάβηση του ενός εξαμήνου. Όλο αυτό το διάστημα υποχρεούται να τηρεί τους κανόνες υγιεινής αλλά και σεξουαλικής συμπεριφοράς που του υποδεικνύουν οι ειδικοί. Αυτό το χρονικό διάστημα είναι άκρως απαραίτητο προκειμένου τα δείγματα να παραμείνουν σε «καραντίνα» όσο θα ελέγχεται η άριστη κατάσταση τους. Αφού επανελεγχτεί ο δότης και βεβαιωθεί ότι δεν είναι φορέας κάποιου νοσήματος ελευθερώνεται το σπέρμα για χρήση.

Ο ίδιος δότης δεν μπορεί να είναι πρόγονος παρά μόνο μερικών παιδιών (λιγότερα από δέκα), προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος αιμομιξίας στην περίπτωση που αυτά τα παιδιά, αγνοώντας τη γενετική τους πατρότητα, τύχαινε να συναντηθούν. Το σπέρμα του δότη μπορεί να ταξιδεύσει σε όλη την υφήλιο γιατί πάντοτε υπάρχει ανάγκη για σπέρμα σε όλο το κόσμο και οι Έλληνες της διασποράς μπορούν να παίρνουν σπέρμα από την τράπεζα σπέρματος της Ελλάδας. Ο δότης που επιλέγεται πρέπει να έχει διάφορες ομοιότητες με τον νόμιμο πατέρα (χρώμα δέρματος, μαλλιών, ματιών, ομάδα αίματος κ.λπ.) ώστε το παιδί που θα γεννηθεί με τη μέθοδο της τεχνητής σπερματέγχυσης με σπέρμα δότη να μοιάζει με τον νόμιμο πατέρα του.

⁷¹ WWW.kosmogonia.gr/12_12_sperm_donor.htm, 30 Μαρτίου 2005.

Επειτα από οικογενειακές γενετικές μελέτες έχει προκύψει ότι ένας συγκεκριμένος δότης μπορεί να μην ταιριάζει με μια συγκεκριμένη γυναίκα σε ένα ποσοστό 30%-50% προκειμένου να μην ευνοηθεί η εμφάνιση κάποιας αναπηρίας στο παιδί, αποφεύγεται το ταίριασμα ενός δότη με μια γυναίκα όταν και οι δύο προέρχονται από οικογένειες στις οποίες έχει εμφανιστεί η ίδια παθολογική κατάσταση που μπορεί να είναι και άσχετη από τους λόγους που οδήγησαν στην τεχνητή σπερματέγχυση με σπέρμα δότη.

Μια από τις σημαντικότερες ρυθμίσεις που επιβάλλει ο νόμος είναι η ανωνυμία των δοτών, δηλαδή ορίζεται ότι δεν γνωστοποιείται ούτε η ταυτότητα του δότη στους ενδιαφερόμενους να αποκτήσουν τέκνο ούτε η ταυτότητα του τέκνου και των γονέων του στον τρίτο δότη του γεννητικού υλικού. Πάντως προβλέπεται η τήρηση αρχείων που θα περιλαμβάνουν ιατρικές απλώς πληροφορίες σχετικές με τον τρίτο δότη χωρίς ένδειξη της ταυτότητας του αλλά με αντίστοιχο κωδικό αριθμό στην Τράπεζα Κρυσυντήρησης στις οποίες πρόσβαση θα μπορεί να έχει μόνο το τέκνο και μόνο για λόγους που αφορούν την υγεία του. Όλα αυτά εκφράζουν τη σύγχρονη αρχή της λεγόμενης «κοινωνικοσυναισθηματικής συγγένειας»⁷², κατά την οποία, εν όψει της ραγδαίας εξέλιξης των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η σημασία της βιολογικής αλήθειας και της καταγωγής εκ των πραγμάτων μειώνεται, ενώ αναδεικνύεται αντίθετα ως σημαντικός παράγοντας για την ίδρυση της νομικής συγγένειας η βούληση των μερών, που συνδέει νομικά το παιδί όχι με τους «γενετικούς γονείς» του, αλλά με αυτούς που το θέλουν, δηλαδή τους «κοινωνικούς» του γονείς. Στο πλαίσιο αυτής της σύγχρονης αρχής, η ανωνυμία των τρίτων δοτών γεννητικού υλικού είναι επιβεβλημένη, καθώς μάλιστα προφυλάσσει και τα δύο μέρη από δυσάρεστες μελλοντικές ψυχολογικές αλλαγές και αλληλοεπεμβάσεις μεταξύ «βιολογικής» και «κοινωνικής» οικογένειας, που θα αποβούν ασφαλώς σε βάρος του παιδιού.

1.4. Προϋποθέσεις για την θεμιτή διακίνηση γεννητικού υλικού.

Η ρύθμιση για την θεμιτή διακίνηση γεννητικού υλικού, γαμετών γονιμοποιημένων ωαρίων καθώς επίσης και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους λαμβάνει υπόψη της το γεγονός ότι η μεταφορά γεννητικού υλικού από χώρα σε χώρα είναι αναπόφευκτη στις σύγχρονες κοινωνίες καθώς και από τον δότη έως τον λήπτη και το αντίστροφο και πρέπει να γίνεται υπό συνθήκες οι οποίες εξασφαλίζουν την ιχνηλασιμότητα του γεννητικού υλικού και συνεπώς πρέπει να διενεργείται υπό συγκεκριμένες νομικές προϋποθέσεις. Για τη διατύπωση των προϋποθέσεων αυτών, η Ομάδα Εργασίας στηρίχθηκε στην Οδηγία 2004/23/EC της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που αφορά τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων.⁷³ Τα σχετικά στοιχεία που αφορούν την διακίνηση του γεννητικού υλικού τηρούνται από τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυσυντήρησης σε ειδικό αρχείο, σύμφωνα με τα άρθρα 16 και 17 του νέου νόμου και διαβιβάζονται στο τμήμα μητρώων και αρχείων της Αρχής.

⁷² Εισηγητική Έκθεση, Ν.3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Αθήνα 2002, παράρτημα 4, σελ.174.

⁷³ Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005, παράρτημα 3, σελ.164.

Ορίζεται επίσης ότι η διακίνηση είναι ελεύθερη από και προς τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ για τη μεταφορά υλικού από και προς τρίτες χώρες απαιτείται η τήρηση συγκεκριμένων προϋποθέσεων, όπως η ύπαρξη επαρκών μηχανισμών ελέγχου και πιστοποίησης της ποιότητας, η τήρηση προτύπων ασφαλείας και γενικά η ισχύουσα νομοθεσία στις χώρες προέλευσης και τελικού προορισμού του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων. Βασική ρύθμιση του νόμου είναι η απαγόρευση διακίνησης γονιμοποιημένων ωαρίων, τα οποία προέρχονται από κλωνοποίηση, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για αναπαραγωγικούς σκοπούς καθώς και διακίνησης χμαιρών και υβριδίων.

1.5. Ειδικοί περιορισμοί γεννητικού υλικού.

Σύμφωνα με την διάταξη του νέου νόμου καθορίζονται κάποιοι ειδικοί περιορισμοί όσο αφορά το γεννητικό υλικό. Συγκεκριμένα:⁷⁴

- Καθορίζεται ότι δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθούν γαμέτες από περισσότερους του ενός δότη στον ίδιο κύκλο θεραπείας, ούτως ώστε, σε περιπτώσεις προβλημάτων υγείας του παιδιού, να μπορεί να αναζητηθεί και να εντοπιστεί ο συγκεκριμένος δότης.
- Περιορίζεται ο αριθμός των τέκνων ανά δότη σε δέκα, με στόχο να μειωθεί ο κίνδυνος αιμομιξίας, αν και τα στατιστικά δεδομένα διεθνώς δείχνουν ότι ο κίνδυνος αυτός είναι εξαιρετικά μικρός. Εξαιρέση γίνεται στις περιπτώσεις που το ζεύγος έχει ήδη αποκτήσει τέκνο και επιθυμεί τη γέννηση νέου τέκνου από τον ίδιο δότη, ώστε όλα τα τέκνα του ζεύγους να έχουν τον ίδιο βιολογικό γονέα.
- Ανατίθεται στις Μ.Ι.Υ.Α. η ευθύνη για την επιλογή των δοτών γαμετών που θα χρησιμοποιηθούν σε κάθε κύκλο θεραπείας. Επιπλέον, με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί, ορίζεται ότι κατά την επιλογή των δοτών θα πρέπει να λαμβάνονται ιδίως υπόψη η ομάδα αίματος σύμφωνα με το σύστημα ABO και Rhesus, που συνήθως χρησιμοποιούνται, καθώς και τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά των ληπτών. Τα παραπάνω ισχύουν και στη διάθεση γονιμοποιημένων ωαρίων χωρίς αντάλλαγμα.
- Απαγορεύεται η λήψη για χρήση γαμετών από κλινικώς νεκρά άτομα, με εξαίρεση τις περιπτώσεις μεταθανάτιας γονιμοποίησης.
- Τα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται μετά την πάροδο δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση. Η διάταξη αυτή είναι σύμφωνη με τις περισσότερες διεθνείς νομοθεσίες και απαγορεύει την *in vitro* ανάπτυξη των γονιμοποιημένων ωαρίων για περισσότερες από δεκατέσσερις ημέρες, οπότε αρχίζουν να σχηματίζονται οι καταβολές του νευρικού ιστού. Για τη συμπλήρωση του χρόνου αυτού δεν προσμετράται ο ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησης, διότι η κατάψυξη αναστέλλει τις βιολογικές λειτουργίες των γονιμοποιημένων ωαρίων.

⁷⁴ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 9.

2. Κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού.

Η σημασία της κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων είναι τεράστια για τον κύκλο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γι' αυτό και ο νέος νόμος επέβαλλε την θέσπιση της με ειδική διάταξη. Εφαρμόζεται για τη διαφύλαξη και τη μελλοντική χρήση τους σε μεθόδους Ι.Υ.Α. ή για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Η κατάψυξη και η φύλαξη του γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων γίνεται σε κατάλληλα οργανωμένες Τράπεζες Κρυοσυντήρησης ή Τράπεζες Σπέρματος. Ο πλέον διαδεδομένος ρόλος της κρυοκατάψυξης στην Ελλάδα είναι αυτός που αναφέρθηκε, η κατάψυξη και διάθεση σπέρματος από δότες σπέρματος για να διατεθεί σε άτεκνα ζευγάρια τα οποία σαν κύριο λόγο της στειρότητας του ζεύγους έχει ο ανδρικός παράγοντας. Δηλαδή άντρες σεξουαλικά ικανότατοι και σε όλα υγιέστατοι έχουν πρόβλημα παραγωγής σπέρματος και το υγρό της εκσπερμάτωσης τους δεν περιέχει τίποτα άλλο από προστατικό υγρό και καθόλου σπέρμα. Ο ρόλος του δοτή σπέρματος είναι τόσο σημαντικός και πολλές φορές μεγαλύτερης ζωτικής σημασίας από αυτό του δοτή αίματος. Η δωρεά σπέρματος είναι μια ανθρωπιστική πράξη αγάπης και εκτίμησης του συνάνθρωπου μας ο οποίος θέλει να ολοκληρώσει την οικογενειακή του ευτυχία με το να αποκτήσει παιδιά τα οποία θα μεγαλώσει σαν αποτέλεσμα του γάμου του με την σύντροφο του.

Ο νομοθέτης αλλά και η επιστημονική κοινότητα έλαβαν τα μέτρα τους και προστατεύονται απολύτως τόσο ο δότης σπέρματος όσο και ο παραλήπτης σπέρματος. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θεσπίσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο τόσο οι τράπεζες σπέρματος αλλά και όλοι οι λειτουργοί υγείας που εμπλέκονται σε αυτό το λεπτό θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να γίνονται όλα με τάξη, ασφάλεια νομική, κοινωνική αλλά και από άποψη υγείας.

Σύμφωνα με το νομοσχέδιο καθορίζεται η διάρκεια της κρυοσυντήρησης, λόγω της υπαρκτής πιθανότητας εγκατάλειψης του υλικού από τους κατόχους του (π.χ. αμέλεια, διαζύγιο, θάνατος κλπ.). Συγκεκριμένα:⁷⁵

α. Σπέρμα και ορχικός ιστός: αν το σπέρμα έχει κατατεθεί από τρίτο δότη, μέχρι δέκα (10) έτη, ενώ αν το σπέρμα ή ο ορχικός ιστός έχει κατατεθεί μόνο για μελλοντική προσωπική χρήση στο πλαίσιο εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α., μέχρι πέντε (5) έτη.

β. Ωάρια και ωθηκικός ιστός: πέντε (5) έτη,

Σε ειδικές όμως περιπτώσεις παρέχεται η δυνατότητα παράτασης της κρυοσυντήρησης. Αυτό μπορεί να δικαιολογείται από κοινωνικούς ή ιατρικούς λόγους ή από λόγους αντικειμενικής αδυναμίας χρησιμοποίησης του κρυοσυντηρημένου υλικού (π.χ. κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού ανηλίκων). Την παράταση αυτή αποφασίζει η Τράπεζα Κρυοσυντήρησης, μετά από έγγραφη σχετική αίτηση των ενδιαφερομένων.

γ. Ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια: πέντε (5) έτη με δυνατότητα παράτασης μόνο για άλλα πέντε (5) έτη. Για την παράταση της διάρκειας φύλαξης απαιτείται κοινή έγγραφη αίτηση των συζύγων ή συντρόφων προς την Τράπεζα Κρυοσυντήρησης.

Αφού παρέλθουν οι παραπάνω προθεσμίες, η τύχη του εναπομένου κρυοσυντηρημένου υλικού, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια, εμπίπτει στη

⁷⁵ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 7, παρ.3.

δικαιοδοσία της Αρχής, η οποία αποφασίζει, έπειτα από σχετική αίτηση της Τράπεζας Κρυσυντήρησης, αν το υλικό αυτό θα χρησιμοποιηθεί για ερευνητικούς σκοπούς ή θα καταστραφεί.

Ο νόμος απαγορεύει την δημιουργία νέων ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων, εφόσον δεν έχουν εξαντληθεί τα κρυσυντηρημένα προϋπάρχοντα. Ο περιορισμός αυτός τίθεται προκειμένου να αποτρέπεται η άσκοπη συσσώρευση κρυσυντηρημένων γονιμοποιημένων ωαρίων στις Τράπεζες Κρυσυντήρησης.⁷⁶ Με την πρόβλεψη περί επάρκειας του αριθμού αντιμετωπίζεται η περίπτωση κατά την οποία ο αριθμός των κρυσυντηρημένων γονιμοποιημένων ωαρίων είναι μικρός και άρα η πιθανότητα επιτυχίας κήσεως είναι αναλόγως πολύ περιορισμένη (π.χ. 1 φυλασσόμενο γονιμοποιημένο ωάριο για χρήση σε γυναίκα ηλικίας άνω των 40 ετών).

Επαναλαμβάνεται και στον νέο νόμο ο γενικός κανόνας που θέτει το άρθρο 1456 Α.Κ. του νόμου 3089/2002 που ορίζει τα εξής. Για να επιτραπεί η διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης σχετικής με την Ι.Υ.Α., απαιτείται η έγγραφη συναίνεση των ενδιαφερομένων προσώπων, η οποία πρέπει να υπάρχει πριν από την έναρξη της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α..⁷⁷ Η εν λόγω συναίνεση συνδέεται ειδικότερα με την κρυσυντήρηση γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων και τη μελλοντική χρησιμοποίησή τους. Διευκρινίζεται ότι αν πρόκειται για συζύγους ή συντρόφους πρέπει να συναινούν και οι δύο. Αν όμως η κρυσυντήρηση αφορά ανήλικο καταθέτη γεννητικού υλικού, τότε, σύμφωνα με τα ισχύοντα στις σχετικές διατάξεις του οικογενειακού δικαίου του Α.Κ., επειδή ο ανήλικος δεν έχει την ικανότητα να συναινέσει, τη συναίνεση για την κρυσυντήρηση του γεννητικού του υλικού θα δώσουν οι δύο γονείς από κοινού, ακόμη και αν η επιμέλεια του ανηλίκου έχει ανατεθεί μόνο στον ένα γονέα, όπως μπορεί να συμβεί στις περιπτώσεις διαζυγίου ή ακύρωσης του γάμου ή σε διάσταση των συζύγων. Εννοείται, βεβαίως, ότι αν υπάρχει μόνο ένας γονέας, αρκεί η δική του συναίνεση. Αν δεν υπάρχουν καθόλου γονείς ή οι υπάρχοντες έχουν εκπέσει από το δικαίωμα γονικής μέριμνας, τότε η συναίνεση θα δοθεί από τον επίτροπο του ανηλίκου με άδεια του εποπτικού συμβουλίου, όπως ορίζουν οι σχετικές διατάξεις του Α.Κ.. Πάντως, αν ο ανήλικος είναι άνω των 15 ετών, το οποίο θα συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις, πρέπει να δώσει και ο ίδιος τη συναίνεση του για την εν λόγω κρυσυντήρηση, επιπρόσθετα από τη συναίνεση των γονέων ή του επιτρόπου. Η συναίνεση δίνεται ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση και οπωσδήποτε πριν από την έναρξη του κύκλου θεραπείας. Με το ίδιο έγγραφο, τα εν λόγω πρόσωπα οφείλουν να δηλώσουν για την τύχη του κρυσυντηρημένου γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων, εκτός αν πρόκειται για συντρόφους ή άγαμη γυναίκα, οπότε η εν λόγω δήλωση επιλογής γίνεται με ειδικό έγγραφο.

Τέλος το σχέδιο νόμου παίρνει θέση σε ένα πρόβλημα που απασχολεί τους ασχολούμενους με την Ι.Υ.Α. επιστήμονες: τι θα γίνει το υπάρχον σε κρυσυντήρηση γεννητικό υλικό, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια, αν οι σύζυγοι ή οι σύντροφοι διαφωνήσουν ως προς την περαιτέρω χρησιμοποίησή τους, μετά την

⁷⁶ Γεωργακόπουλος, Π., *Δικαστική Μαιευτική*, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1999, σελ.29.

⁷⁷ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 7, παρ.6.

αρχική συμφωνία τους ή αν μεσολαβήσει διαζύγιο, ακύρωση του γάμου, διάσταση, λήξη της ελεύθερης ένωσης ή θάνατος. Η διάταξη παραπέμπει ευθέως στη διάταξη του άρθρου 1459 Α.Κ. του νόμου 3089/2002 με την πρόσθετη διευκρίνιση ότι για την επιλογή μίας από τις προτεινόμενες λύσεις αρμόδια είναι η Αρχή, η οποία αποφασίζει ύστερα από αίτηση της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης αν το γεννητικό υλικό, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρηθούν ή χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή καταστραφούν.

2.1. Λόγοι που καθιστούν δύσκολη την κατάψυξη ωαρίων.

Ήδη από το 1953 έχει επιτευχθεί η επιτυχής χρήση κατεψυγμένου σπέρματος, ενώ η κατάψυξη εμβρύων αποτελεί διαδικασία ρουτίνας για πάνω από μια δεκαετία. **Αντίθετα, η κατάψυξη ωαρίων παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, για διάφορους λόγους.**⁷⁸

-Πρόωρη εμμηνόπαυση. Αυτή είναι συχνά αποτέλεσμα χημείο ή ραδιοθεραπείας σε καρκινοπαθείς. Από την δοσολογία και την διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται αν η ασθενής θα υποφέρει πρόωρη εμμηνόπαυση. Όταν η πιθανότητα αυτή είναι μεγάλη, η κατάψυξη ωαρίων μπορεί να προταθεί σαν μέθοδος διατήρησης της γονιμότητας. Η πρόωρη εμμηνόπαυση μπορεί να οφείλεται και σε φυσιολογικούς παράγοντες. Κάποιες οικογένειες έχουν ιστορικό πρόωρης εμμηνόπαυσης, οπότε νεαρές γυναίκες που έχουν τέτοιο ιστορικό μπορούν να επιλέξουν τη μέθοδο αυτή όσο βρίσκονται ακόμη σε αναπαραγωγική ηλικία.

-Ηθικοί και θρησκευτικοί λόγοι. Η κατάψυξη εμβρύων που δε χρησιμοποιούνται για την εμβρυομεταφορά μπορεί να προκαλέσει ηθικά διλήμματα. Η κατάψυξη των ωαρίων πριν αυτά γονιμοποιηθούν μπορεί να βοηθήσει στο να ξεπεραστούν μερικά από αυτά.

Το βασικό πρόβλημα της επιτυχούς εφαρμογής της μεθόδου είναι η ίδια η φύση του ανθρώπινου ωαρίου. Είναι το πιο πολύπλοκο κύτταρο του ανθρώπινου οργανισμού και αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από νερό. Είναι πολύ ευαίσθητο στη διαδικασία ψύξης-απόψυξης. Μια από τις πρωτόπορες στην εφαρμογή της μεθόδου ομάδα στην Ιταλία έχει να επιδείξει ποσοστό επιτυχίας μόλις 14%. Συνεπώς, μια πιο 'σίγουρη' μέθοδος για μια ανύπαντρη γυναίκα που θέλει να διατηρήσει τη γονιμότητά της θα ήταν να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση με δότη σπέρματος και στη συνέχεια να καταψύξει τα έμβρυα που θα προκύψουν. Αυτό βέβαια προϋποθέτει τη χρήση σπέρματος από δότη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι η κατάψυξη ωαρίων δεν μπορεί να εγγυηθεί την επίτευξη εγκυμοσύνης.

⁷⁸ WWW.kosmogonia.gr/13_12_eggfreeze.htm, 20 Απριλίου 2005.

2.2. Κατάψυξη και κρυοσυντήρηση εμβρύων.

Η προσπάθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης ολοκληρώνεται όπως αναφέρθηκε με την εμβρυομεταφορά. Σε πολλά ζευγάρια και ιδιαίτερα σε νέα ζευγάρια, επιτυγχάνεται μεγάλος αριθμός εμβρύων. Στο 42% των κύκλων της εξωσωματικής γονιμοποίησης υπάρχουν πλεονάζοντα έμβρυα. Το ποσοστό επιβίωσης των εμβρύων μετά την διαδικασία κατάψυξης-απόψυξης είναι περίπου 70%. Σε μερικές περιπτώσεις μετά την εμβρυομεταφορά υπάρχουν αρκετά έμβρυα καλής ποιότητας. Τα έμβρυα αυτά μπορούν να κρυοσυντηρηθούν ώστε να γίνει εμβρυομεταφορά σε άλλο κύκλο αργότερα. Επίσης σε μερικές περιπτώσεις η ποιότητα του ενδομητρίου ή άλλες συγκυρίες δεν επιτρέπουν την εμβρυομεταφορά, σε αυτές τις περιπτώσεις προχωρούμε σε κρυοσυντήρηση των εμβρύων.

Η κρυοσυντήρηση γίνεται με ειδικό μηχάνημα και τεχνικές προοδευτικής κατάψυξης μέχρι τους -196 βαθμούς Κελσίου και οι παγιέττες (σωληνάκια) στις οποίες τοποθετούνται τα έμβρυα αποθηκεύονται σε ειδικά δοχεία υγρού αζώτου.⁷⁹ Στις συνθήκες αυτές η κρυοσυντήρηση μπορεί να παραταθεί μεγάλο διάστημα (μέχρι και μία πενταετία). Στις περιπτώσεις που θα επιλεγεί να τοποθετηθούν έμβρυα από κρυοσυντήρηση, στον κύκλο για να γίνει η τοποθέτηση, εφαρμόζεται ειδική φαρμακευτική αγωγή και γίνεται έλεγχος της ποιότητας υποδεκτικότητας του ενδομητρίου για να ακολουθήσει η εμβρυομεταφορά. Κατά την διαδικασία καταψύξεως-αποψύξεως καταστρέφεται το 30% περίπου των κυττάρων διότι δεν έχουν όλα τα έμβρυα την ίδια δυνατότητα να αντιμετωπίσουν αυτήν την "ταλαιπωρία". Αυτό θεωρείται πως δημιουργεί και μια προστατευτική επιλογή των πλέον φυσιολογικών και ανθεκτικών εμβρύων.

Από τις μελέτες που υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία αλλά και από την πείρα της ομάδος των ειδικών τα παιδιά που γεννιούνται από εμβρυομεταφορά κρυοσυντηρημένων εμβρύων είναι φυσιολογικά και δεν εμφανίζουν αύξηση των χρωμοσωμικών και των δομικών διαταραχών.

2.3. Πότε χρησιμοποιείται νωπό και πότε κατεψυγμένο σπέρμα.

Η χρήση νωπού σπέρματος απαγορεύεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και με ειδικό διάταγμα απαγορεύεται στην Ελλάδα.⁸⁰ Αυτό συμβαίνει γιατί είναι εξαιρετικά επικίνδυνο, αφού με το νωπό σπέρμα μπορεί να μεταδοθούν διάφορες νόσοι. Όταν το σπέρμα βρίσκεται στην κατάψυξη, ο κίνδυνος αυτός σχεδόν εκμηδενίζεται, γιατί ο δότης ελέγχεται τρεις, έξι και εννιά μήνες μετά την κατάψυξη του σπέρματος. Το κατεψυγμένο σπέρμα επιτρέπεται να χρησιμοποιηθεί μόνο στην περίπτωση όπου όλα είναι φυσιολογικά. Οι συνεχείς έλεγχοι αποτελούν την πιο σημαντική δικλίδα ασφαλείας. Νωπό σπέρμα για σπερματέγχυση ή εξωσωματική χρησιμοποιείται μόνον όταν δότης είναι ο μόνιμος σύντροφος ή ο σύζυγος της γυναίκας. Αντίστοιχη πρόβλεψη για τη χρήση νωπών ωαρίων δότριας δεν κρίνεται

⁷⁹ WWW.gynecology.gr/ivf_katapsixi.htm, 11 Απριλίου 2005.

⁸⁰ Κοντογιάννη, Ε., «Υπογονιμότητα: Όλα όσα θέλετε να μάθετε», εφημερίδα Σημεία, Καλαμάτα, Τρίτη 8 Φεβρουαρίου 2005.

σκόπιμο να τεθεί, διότι η κρυσυντήρηση ωαρίων βρίσκεται ακόμη σε ερευνητικό στάδιο και δεν εφαρμόζεται στην πράξη.

3. Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση.

Ένα όνειρο των στελεχών των Μονάδων κάθε κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης έγινε πραγματικότητα στις νέες ειδικά εξοπλισμένες εγκαταστάσεις με την δυνατότητα μιας νέας τεχνικής για τον ευρωπαϊκό και φυσικά για τον ελληνικό χώρο που πιο συγκεκριμένα αφορά στην εφαρμογή της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης που εκτός από όνειρο αποτελούσε και μια ανάγκη λόγω του προβλήματος της μεσογειακής αναιμίας αλλά και όλων των άλλων χρωμοσωμικών και φυσοσύνδετων γενετικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση διενεργείται με τη συναίνεση των ενδιαφερόμενων προσώπων και ορίζεται ως η αφαίρεση επεμβατικά με μικροχειρισμό πολικών σωματίων ή κυττάρων του γονιμοποιημένου ωαρίου πριν γίνει η μεταφορά, προκειμένου αυτά να αναλυθούν γενετικά.⁸¹ Σκοπός της τεχνικής αυτής είναι να διαγνώσει αν τα γονιμοποιημένα ωάρια είναι φορείς γενετικών ανωμαλιών, ώστε να αποτραπεί η μεταφορά τους στη μήτρα της γυναίκας, του αριθμού και της δομής των χρωμοσωμάτων στο γονιμοποιημένο ωάριο, καθώς και την ανίχνευση του φύλου. Με τον τρόπο αυτόν είναι δυνατόν να διαγνωσθούν μονογονιδιακά νοσήματα (π.χ. κυστική ίνωση), φυλοσύνδετα νοσήματα (π.χ. μυϊκή δυστροφία Duchenne) ή και χρωμοσωματικές ανωμαλίες (π.χ. τρισωμίες).

Η τεχνική αυτή παρουσιάζει το μεγάλο ηθικό και πρακτικό πλεονέκτημα ότι οδηγεί στην αποφυγή ενδεχόμενης διακοπής της κύησης, σε περίπτωση που η διαδικασία ανίχνευσης αποβεί θετική με τις συνήθεις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου (αμνιοκέντηση ή βιοψία τροφοβλάστης), αφού μετά τη διάγνωση είναι δυνατόν να μεταφερθούν στη μήτρα μόνο τα μη προσβεβλημένα γονιμοποιημένα ωάρια. Λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του θέματος, το σχέδιο νόμου προβλέπει την εφαρμογή της μεθόδου μόνο μετά τη χορήγηση ειδικής άδειας από την Αρχή, η οποία επιπλέον πρέπει να διαπιστώσει ότι συντρέχουν συγκεκριμένες τεχνικές προϋποθέσεις, για τον ίδιο λόγο προβλέπεται υποχρεωτικά η παροχή γενετικής συμβουλευτικής προς τους ενδιαφερομένους, η οποία πρέπει να προηγείται της συναίνεσεως. Η εν λόγω συμβουλευτική πρέπει ιδίως να περιλαμβάνει πληροφόρηση σχετικά με την ακολουθούμενη διαδικασία, την πιθανότητα ζημίας στο εξεταζόμενο γονιμοποιημένο ωάριο, κυρίως τη διασαφήνιση ότι η εφαρμογή της μεθόδου δεν αποκλείει τη γέννηση παιδιού με γενετικό νόσημα, αλλά μόνο την αποφυγή του συγκεκριμένου νοσήματος για το οποίο πρόκειται να γίνει ο σχετικός έλεγχος. Θεωρείται αυτονόητο ότι, η χρήση της μεθόδου για επιλογή του φύλου, χωρίς να συντρέχει ιατρικός λόγος, δεν επιτρέπεται

⁸¹ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 3, παρ.15.

3.1. Γενετικός έλεγχος.

Η ιδέα του ελέγχου των εμβρύων πριν την εγκυμοσύνη δεν είναι κάτι καινούργιο. Το 1967 ο Edwards (ο πρωτοπόρος της ανθρώπινης εξωσωματικής γονιμοποίησης) με τον Gardener, αναφέρουν την εξακρίβωση φύλου σε έμβρυα κουνελιών. Αναφέρουν ότι κάποια παρόμοια τεχνική θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε ανθρώπινα έμβρυα ώστε να αποφευχθούν γενετικές ασθένειες. Χρόνια αργότερα, η βελτίωση αυτών των τεχνικών στην εξωσωματική γονιμοποίηση, η αύξηση χρήσης των μικροχειρισμών στο εργαστήριο καθώς και η ταχεία πρόοδος της μοριακής γενετικής οδηγούν στον έλεγχο των εμβρύων και στην επιτυχημένη μεταφορά τους στην μήτρα.⁸²

Η Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD) όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είναι η ανίχνευση γενετικών κληρονομικών ασθενειών σε έμβρυα που γονιμοποιούνται στο εργαστήριο. Έτσι, σήμερα δίνεται η δυνατότητα σε ζευγάρια που έχουν υψηλό κίνδυνο να κάνουν ένα παιδί με κληρονομικές γενετικές ανωμαλίες να μάθουν ποία έμβρυα είναι υγιείς πριν την εμβρυομεταφορά. Ο σκοπός της Προεμφυτευτικής Γενετικής Διάγνωσης είναι να ελαχιστοποιήσει τις γεννήσεις παιδιών με γενετικά κληρονομικά νοσήματα αφού ο προγενετικός έλεγχος γίνεται άμεσα και αποτρέπει την διακοπή της εγκυμοσύνης. Έτσι δεν μπαίνει πια θρησκευτικό ή ηθικό δίλημμα αν θα έπρεπε να σταματήσει κάποια προσπάθεια απόκτησης μωρού.

FISH, Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD) και Προεμφυτευτικός Έλεγχος (PGS).

Η εναλλακτική μέθοδος για τις φυλοσύνδετες ασθένειες ήταν ο "φθορίζων υβριδισμός in situ" (FISH) με ειδικούς δείκτες για το X και Y χρωμόσωμα. Χρησιμοποιώντας δείκτες διαφορετικών χρωμάτων στα κύτταρα εμβρύων έγινε δυνατή η ταυτόχρονη ανίχνευση δυο χρωμοσωμάτων (X,Y) Μετά από πολλές βελτιώσεις στην τεχνική FISH είναι πλέον εφικτό να εξετάζονται ταυτόχρονα και πιο γρήγορα έως και 5 χρωμοσώματα χρησιμοποιώντας δείκτες με διαφορετικά χρώματα.

Από μια πλευρά ο PGD (Προεμφυτευτικός Γενετικός Έλεγχος) μειώνει τις πιθανότητες σε ζευγάρια να αποκτήσουν παιδιά με κάποιες μεταδιδόμενες γενετικές ασθένειες, ενώ από την άλλη, ο Προγενετικός Έλεγχος (PDS) έχει σκοπό στην εξωσωματική γονιμοποίηση να αυξήσει το ποσοστό εγκυμοσύνης και να μειώσει το ποσοστό των αποβολών μια και που διαλέγονται τα πιο υγιή έμβρυα

Έλεγχος στα ανευπλοειδία (ανώμαλος αριθμός χρωμοσωμάτων).

Αρκετά έμβρυα μπορεί να έχουν καλή μορφολογία αλλά ανώμαλο αριθμό χρωμοσωμάτων, τα έμβρυα αυτά είναι ακατάλληλα για εμφύτευση ή καταλήγουν σε άμβλωση. Ο έλεγχος στα ανευπλοειδία (για τα καλύτερα έμβρυα) με πολλούς δείκτες (έναν για κάθε χρωμόσωμα) δείχνει τα πιο ικανά έμβρυα για εμβρυομεταφορά και αποτελεί ένα ακόμα κριτήριο ποιότητας εκτός από την μορφολογία τους και τα στάδια ανάπτυξης τους.

⁸² WWW.kosmogonia.gr/12_04_designrbabes.htm, 20 Απριλίου 2005.

Ο έλεγχος του εμβρύου προκαλεί αρκετές διαμάχες και συζητήσεις. Οι γονείς πάντα προσπαθούσαν να καθορίσουν τα γονίδια των παιδιών τους, Ο Αριστοτέλης συμβούλευε τους άντρες να δένουν τον αριστερό τους όρχι για να κάνουν σίγουρα αγόρι. Το παραπάνω έχει στενή σχέση με την Ευγονία, δηλαδή την προσπάθεια να επιλέξουμε τα καλύτερα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φυλής και έτσι να έχουμε "κατά παραγγελία" παιδιά που να έχουν όλα μπλέ μάτια, ξανθά μαλλιά. Όμως αυτό είναι αδύνατον να συμβεί. Πολλά ανθρώπινα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι αποτέλεσμα όχι μόνο ενός γονιδίου αλλά συνδυασμός πολλών γονιδίων μαζί.

Εάν ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό είναι σπάνιο και η ανθρώπινη φύση το αναγνωρίζει αυτό, ο αριθμός των εμβρύων που θα έπρεπε να ελέγχουν ώστε να βρεθεί αυτό το χαρακτηριστικό θα ήταν τεράστιος. Ο καλύτερος και πιο παραδοσιακός τρόπος να κάνει κάποιος παιδί με τα χαρακτηριστικά που επιθυμεί είναι να βρει τον αντίστοιχο σύντροφο ώστε να ταιριάζουν αυτά. Υπάρχει μεγάλη διαφορά στο να παρεμβαίνει κάποιος επιστημονικά στην φύση για να μειώσει την πιθανότητα να γεννηθούν παιδιά με κληρονομικές ασθένειες και στο να παρεμβαίνει για να φτιάξει παιδιά ανάλογα με τις επιθυμίες του..

3.2. Γενετικές ανωμαλίες.

Τα προβλήματα στα γονίδια ή τα χρωμοσώματα ενός εμβρύου λέγονται γενετικές ανωμαλίες. Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να μεταφερθούν κληρονομικά από γονιό σε παιδί ή να εμφανιστούν χωρίς να υπάρχει ανάλογο οικογενειακό ιστορικό. Η εθνική καταγωγή και το οικογενειακό ιστορικό συμβάλλουν στη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων ανωμαλιών.⁸³ Πόσες όμως γενετικές ανωμαλίες υπάρχουν και που οφείλονται;

Η Γενετική είναι η μελέτη του τρόπου με τον οποίο κληρονομικά χαρακτηριστικά, όπως η ομάδα αίματος, περνούν από τους γονείς στα παιδιά μέσω των γονιδίων και των χρωμοσωμάτων. Κάθε κύτταρο στο σώμα έχει ζεύγη γονιδίων και χρωμοσωμάτων που ελέγχουν τα σωματικά χαρακτηριστικά.

Είδη γενετικών ανωμαλιών.

Γενετικές ανωμαλίες μπορεί να προκληθούν από προβλήματα από τα γονίδια ή με τα χρωμοσώματα. Μια κληρονομική ανωμαλία προκαλείται από ένα γονίδιο που περνάει από τον γονιό στο παιδί. Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να είναι επικρατούντος, υπολειπόμενου ή Χ-φυλοσύνδετου χαρακτήρα. Χρωμοσωματικές ανωμαλίες μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και αν οι γονείς δεν έχουν ανάλογο ιστορικό. Μερικές προκαλούνται από έναν συνδυασμό παραγόντων (πολυπαράγοντες).

- Επικρατούντα χαρακτήρα ανωμαλία: 50% πιθανότητες να μεταδοθεί στο κάθε παιδί.
- Υπολειπόμενου χαρακτήρα ανωμαλία και στους δυο γονείς: 25% πιθανότητες το παιδί που θα φέρουν στον κόσμο να έχει την ανωμαλία, 50% πιθανότητες να είναι φορέας και 25% να μην είναι καν φορέας.

⁸³ Τεγόπουλος, Θ., «Τα γονίδια», περιοδικό Υγεία-διατροφή, εκδόσεις Α.Ε., 4 Οκτωβρίου 2005, σελ.17.

- Χ-φυλοσύνδετη ανωμαλία: Αν μια γυναίκα είναι φορέας μιας Χ-φυλοσύνδετης ανωμαλίας και αποκτήσει έναν γιό, υπάρχουν 50% πιθανότητες ο γιός της να έχει την ανωμαλία. Αν αποκτήσει κόρη, υπάρχουν 50% πιθανότητες να είναι φορέας. Αν ο πατέρας έχει μια Χ-φυλοσύνδετη ανωμαλία, όλες οι κόρες θα είναι φορείς, ενώ από τους γιούς κανένας.

Επικρατούντος χαρακτήρα ανωμαλίες.

Μόλις ένα γονίδιο ενός εκ των γονέων μπορεί να προκαλέσει μια επικρατούντος χαρακτήρα γενετική ανωμαλία. Αν ο ένας γονιός έχει το γονίδιο, το κάθε παιδί του ζευγαριού έχει μια στις δυο πιθανότητες να κληρονομήσει την ανωμαλία. Παραδείγματα επικρατούντος χαρακτήρα ανωμαλιών είναι:

- Νόσος του Χάντινγκτον,
- Πολυδακτυλία.

Υπολειπόμενου χαρακτήρα ανωμαλίες.

Για τις υπολειπόμενου χαρακτήρα ανωμαλίες και οι δυο γονείς πρέπει να φέρουν το γονίδιο για να εμφανιστεί το πρόβλημα στο παιδί τους. Αν ένα άτομο έχει ένα υπολειπόμενου χαρακτήρα γονίδιο που αφορά μια συγκεκριμένη ανωμαλία, τότε είναι φορέας. Παρόλο που μπορεί να μην εμφανίζει συμπτώματα το ίδιο, μπορεί να μην περάσει στα παιδιά του.

Αν και οι δυο γονείς είναι φορείς της ίδιας υπολειπόμενου χαρακτήρα ανωμαλίας, το κάθε παιδί τους έχει μια στις τέσσερις πιθανότητες να την παρουσιάσει.

Παραδείγματα υπολειπόμενου χαρακτήρα ανωμαλιών είναι:

- Δρεπανοκυτταρική αναιμία,
- Νόσος Tay-Sachs ή Γαγγλιοσίδωση τύπου I,
- Ινοκυστική νόσος.

Χ-φυλοσύνδετα νοσήματα.

Ανωμαλίες που προκαλούνται από γονίδια στο Χ χρωμόσωμα λέγονται Χ-συνδεόμενες ή φυλοσύνδετες ανωμαλίες. Στις περισσότερες από τις ανωμαλίες αυτές το ανώμαλο γονίδιο είναι υπολειπόμενου χαρακτήρα.

Χρωμοσωματικές ανωμαλίες.

Γενετικές ανωμαλίες μπορεί να προκληθούν και από έλλειψη, καταστροφή ή υπεράριθμο χρωμόσωμα. Τέτοια προβλήματα συχνά προκαλούνται από ένα λάθος που συνέβη όταν σχηματιζόταν το ωάριο ή το σπερματοζωάριο. Τα περισσότερα παιδιά με χρωμοσωματικές ανωμαλίες έχουν σωματικές βλάβες και μερικά έχουν διανοητικές βλάβες.

Δυο παραδείγματα χρωμοσωματικών ανωμαλιών είναι:

- Σύνδρομο Down ή τρισωμία 21,
- Τρισωμία 18,

Στο σύνδρομο Down υπάρχει ένα επιπλέον αντίγραφο του χρωμοσώματος 21 (τρисωμία 21).

Ο κίνδυνος γέννησης παιδιού με χρωμοσωματική νόσο αυξάνεται όσο μεγαλώνει η ηλικία της γυναίκας. Για παράδειγμα, μια 35χρονη γυναίκα έχει μια στις 192 πιθανότητες να φέρει στον κόσμο ένα μωρό με μια χρωμοσωματική ανωμαλία. Ενώ μια 40χρονη έχει μια στις 66.

Πολυπαραγοντικές ανωμαλίες.

Οι ανωμαλίες αυτές προκαλούνται από μια σειρά από αιτίες, πράγμα που ουσιαστικά σημαίνει ότι η πραγματική αιτία είναι άγνωστη. Ορισμένες από τις ανωμαλίες αυτές μπορούν να εντοπιστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μερικές φορές μπορούν να αποκατασταθούν χειρουργικά. Μερικά παραδείγματα πολυπαραγοντικών ανωμαλιών είναι:

- Βλάβη κοιλιακού τοιχώματος,
- Λυκόστομα,
- Υποποδία,
- Βλάβες του νωτιαίου σωλήνα.

Παράγοντες κινδύνου.

Όταν μια γυναίκα σκοπεύει να μείνει έγκυος και κάνει τον σχετικό έλεγχο ή αρχίσει προγεννητική φροντίδα, ο γιατρός της μπορεί να της δώσει έναν κατάλογο με ερωτήσεις σαν αυτές που ακολουθούν. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές θα βοηθήσουν τον γιατρό να τη συμβουλέψει για τον κίνδυνο γενετικών ανωμαλιών και να συστήσει ανάλογες εξετάσεις.

- Αν η ηλικία της γυναίκας είναι πάνω από 35,
- Αν ο πατέρας του παιδιού είναι πάνω από 50,
- Υπάρχει ιστορικό μεσογειακής ή δρεπανοκυτταρικής αναιμίας ή στίγματος στις οικογένειες,
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ή άλλο παιδί με βλάβη του νωτιαίου σωλήνα,
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό συγγενούς καρδιοπάθειας ή άλλο παιδί με σύνδρομο Down,
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αιμορροφιλίας, μυϊκής δυστροφίας, ινοκυστικής νόσου ή νόσου του Huntington,
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό διανοητικής καθυστέρησης και αν ναι, υποβλήθηκε το πάσχον άτομο σε εξέταση για σύνδρομο εύθραυστου Χ,
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό άλλων γενετικών νόσων, χρωμοσωματικών ανωμαλιών ή συγγενών ανωμαλιών,
- Αν πάσχει η γυναίκα από μεταβολικές νόσους, όπως τύπου I ή II σακχαρώδη διαβήτη ή φαινυλοκετονουρία,
- Αν υπάρχει ιστορικό αποβολών ή περιγεννητικού θανάτου,

Αν υπάρχει καταφατική απάντηση σε οποιαδήποτε από αυτές τις ερωτήσεις, η γυναίκα μπορεί να έχει μεγάλο κίνδυνο να γεννήσει ένα μωρό με γενετική ανωμαλία. Στις περισσότερες περιπτώσεις ακόμη και ζευγάρια που βρίσκονται σε κίνδυνο μπορεί να φέρουν στον κόσμο παιδιά χωρίς προβλήματα. Παρόλο αυτά, γενετικές ανωμαλίες μπορεί να υπάρχουν ακόμα και όταν δεν υπάρχει ανάλογο ιστορικό στην οικογένεια. Για τον λόγο αυτό μερικές προληπτικές εξετάσεις κρίνονται απαραίτητες για όλες τις γυναίκες.

Άλλες εξετάσεις γίνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να διαπιστωθεί αν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος, ενώ διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όταν οι προληπτικές εξετάσεις ή άλλοι παράγοντες προκαλέσουν ανησυχία.

Η ηλικία του πατέρα σχετίζεται με γενετικές ανωμαλίες;

Αντίθετα με ότι πιστεύαμε μέχρι σήμερα, η ηλικία του πατέρα είναι καθοριστικός παράγοντας για την υγεία του παιδιού. Υπήρχε πάντα η πεποίθηση ότι οι ανωμαλίες που τυχόν παρουσιάζονται στο έμβρυο συνδέονται με την ηλικία της μητέρας. Παλαιότερα, η ηλικία του πατέρα δεν αναφερόταν καν στο ιστορικό του εμβρύου. Η αλήθεια είναι πως για κάποιες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down, ο κίνδυνος αυξάνει ανάλογα με την ηλικία της μητέρας. Για πολλές άλλες όμως οι πιθανότητες εμφάνισης τους εξαρτώνται από τον πατέρα.

Για τις παθήσεις που εμφανίζονται για πρώτη φορά σ'ένα άτομο, εκείνες δηλαδή που δεν είναι κληρονομικές, η πιθανότητα να οφείλονται στα γονίδια του πατέρα είναι δέκα φορές μεγαλύτερη από την πιθανότητα να οφείλονται σ'αυτά της μητέρας. Η αιτία είναι απλή. Στο αντρικό γεννητικό σύστημα τα σπερματοζωάρια διαιρούνται συνεχώς προκειμένου να παράγουν περισσότερα σπερματοζωάρια. Καθώς το DNA αντιγράφεται αυξάνεται η πιθανότητα κάποιου λάθους ή μιας μετάλλαξης. Αυτή μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο μια ασθένεια που δεν έχει ξαναεμφανιστεί στην οικογένεια.

Το πρόβλημα είναι ότι όσο μεγαλώνει η ηλικία του πατέρα τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος των μεταλλάξεων. Μια μελέτη του Αμερικανού Κολεγίου της Ιατρικής Γενετικής έχει δείξει ότι αυτός ο κίνδυνος είναι τέσσερις έως πέντε φορές μεγαλύτερος για έναν πατέρα άνω των σαράντα πέντε ετών σε σχέση με έναν εικοσάρη.⁸⁴

Τα "παιδιά του σωλήνα" εμφανίζουν συχνότερα γενετικές ανωμαλίες.

Αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών και χαμηλότερου βάρους γέννησης παρουσιάζουν τα παιδιά που συλλαμβάνονται με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε σχέση με εκείνα στα οποία η σύλληψη έγινε με τον παραδοσιακό τρόπο. Χάρη στις καινοτόμες εξελίξεις στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια απέκτησαν παιδί τα τελευταία χρόνια. Παρά τα πλεονεκτήματα των μεθόδων που βοηθούν τον "πελαργό" φαίνεται ότι ταυτόχρονα έχουν ως αποτέλεσμα παιδιά με χαμηλότερο βάρος γέννησης αλλά και πιο πολλές συγγενείς ανωμαλίες.

Σύμφωνα με την Dr Laura A. Schieve, υπεύθυνη της μελέτης, οι ερευνητές από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης (CDC) ανέλυσαν στοιχεία για το βάρος γέννησης και τα ποσοστά των συγγενών ανωμαλιών σε 42.000 παιδιά που γεννήθηκαν με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής την περίοδο 1997-1998.⁸⁵ Στη συνέχεια, τα συνέκριναν με τα στοιχεία για τα 3,4 εκατομμύρια "φυσιολογικά" παιδιά που γεννήθηκαν την ίδια χρονική περίοδο.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα "παιδιά του σωλήνα" είχαν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν συγγενείς ανωμαλίες και να γεννηθούν με χαμηλό βάρος ακόμα και αν ήταν τελειόμηνα σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων η σύλληψη έγινε φυσιολογικά.

⁸⁴ Κοντογιάννη, Ε., «Υπογονιμότητα: Όλα όσα θέλετε να μάθετε», εφημερίδα Σημεία, Καλαμάτα, Τρίτη 8 Φεβρουαρίου 2005, σελ 50.

⁸⁵ WWW.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=37456, 30 Μαρτίου 2005.

3.3. Νέα μέθοδος Προγεννητικής Διάγνωσης στην εξωσωματική γονιμοποίηση.

Η Γενετική Διάγνωση Προεμφύτευσης, μια νέα μέθοδος, πρώιμη μορφή προγεννητικής διάγνωσης σε περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης, επιτρέπει την ανίχνευση γενετικών ανωμαλιών κατά τη διάρκεια του πρώτου ή του δεύτερου τριμήνου της κύησης, η οποία θα πρέπει να διακόπτεται εάν υπάρχουν ενδείξεις, ότι το έμβρυο έχει σοβαρές βλάβες όπως μεσογειακή αναιμία, σύνδρομο Down και άλλα. Με τη νέα όμως μέθοδο της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης η γενετική βλάβη μπορεί να εντοπιστεί κατά τη διαίρεση, στο στάδιο των οκτώ κυττάρων, σε έμβρυο, που συνελήφθη με γονιμοποίηση σε δοκιμαστικό σωλήνα. Η μέθοδος όμως μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε περίπτωση.

Σήμερα εφαρμόζεται κυρίως στα ζευγάρια, που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αποκτήσουν παιδιά με γενετικές ή κληρονομικούς νόσους.

4. Παρένθετη μητρότητα και μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Παρένθετη μητρότητα ή υποκατάστατη μητρότητα ή δανεισμός μήτρας.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στην ύπαρξη του εμβρύου, έστω και παροδικά, έξω από το σώμα της βιολογικής μητέρας, παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα μεταφοράς του στη μήτρα μιας άλλης. Η τελευταία θα το κυοφορήσει, αλλά με σκοπό μετά τον τοκετό να το επιστρέψει στο ζεύγος από το οποίο προήλθαν αρχικά οι γαμέτες, δηλαδή στους βιολογικούς γονείς. Τη μέθοδο αυτή εφάρμοσε πρώτος ο Utian το 1985 και έκτοτε καθιερώθηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό.⁸⁶

Η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται με δικαστική άδεια, που χορηγείται πριν από τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί. Η συζήτηση στο δικαστήριο για τη χορήγηση της άδειας μπορεί να διεξαχθεί κεκλεισμένων των θυρών. Η δικαστική αυτή άδεια δημιουργεί τεκμήριο μητρότητας για τη γυναίκα που τη ζήτησε, και η οποία επιθυμεί την απόκτηση του παιδιού, αποκλείοντας κάθε δυνατότητα διεκδίκησης του από την κυοφόρο. Μοναδική εξαίρεση υπάρχει, όταν, παρά την απαγόρευση του νόμου, χρησιμοποιηθεί ωάριο της ίδιας της κυοφόρου και αυτή είναι βιολογική μητέρα του παιδιού, οπότε και μπορεί να ασκήσει αγωγή αναγνώρισης της μητρότητας. Το δικαστήριο θα χορηγήσει την άδεια μόνο αν βεβαιωθεί ότι η αιτούσα είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και συνεπώς και να γεννήσει η ίδια, ενώ θα πρέπει να υπάρχει και έγγραφη συμφωνία μεταξύ αφ' ενός των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν παιδί και αφετέρου της κυοφόρου γυναίκας. Η κυοφορούσα γυναίκα στην προκειμένη περίπτωση παρέχει τα απαραίτητα στοιχεία για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης και την ανάπτυξη του εμβρύου, δε σχετίζεται όμως με το καθ'αυτό γενετικό υλικό των εμβρύων.

Οι ενδείξεις χρήσης δανεισμού μήτρας είναι:⁸⁷

- Υστερεκτομία.
- Συγγενής απλασία της μήτρας.

⁸⁶ Τζαφφέτας, Ι., Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, Αθήνα 2000, σελ.307-308.

⁸⁷ Στο ίδιο, σελ.308.

- Σοβαρού βαθμού ενδομήτριες συμφύσεις.
- Φυματίωση μήτρας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το γεγονός ότι, με τις νέες ρυθμίσεις, ως μητέρα του παιδιού που γεννιέται με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας εγγράφεται στα μητρώα του ληξιαρχείου η γυναίκα που έλαβε τη δικαστική άδεια για την απόκτηση του και όχι εκείνη που το κυοφόρησε, και ως πατέρας, εάν υπάρχει, ο σύζυγος ή ο σύντροφος της, εφόσον ο τελευταίος είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

Η κυοφορία βέβαια του ή των εμβρύων από μήτρα μιας άλλης γυναίκας, συνοδεύεται από ηθικά, νομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Κατ' αρχήν απαιτείται έλεγχος της υγείας τόσο της τρίτης γυναίκας όσο και των προσώπων, για λογαριασμό των οποίων αυτή θα κυοφορήσει. Για την κυοφόρο λόγω της ειδικής βαρύτητας που έχει γι' αυτήν η κυοφορία, προβλέπεται και έλεγχος της ψυχολογικής της κατάστασης. Η φιλοξενούσα γυναίκα εκτίθεται στους κινδύνους της εγκυμοσύνης και του τοκετού, χωρίς να ανταμείβεται τελικά με την απόκτηση του παιδιού, αφού αυτό θα επανέλθει στους γενετικούς του (βιολογικούς) γονείς. Όταν η αιτία για μια τέτοια πράξη είναι συγγενής ανωμαλία της βιολογικής μητέρας π.χ. συγγενής έλλειψη ή διαμαρτία μήτρας, η πιθανότητα αντίστοιχης κληρονομικής επιβάρυνσης των παιδιών που θα γεννηθούν, με τη βοήθεια της ξένης μητέρας είναι αυξημένη κι αυτό θα πρέπει να συνεκτιμάται. Παρά το γεγονός βέβαια ότι η φιλοξενούσα γυναίκα δεν είναι δυνατόν να μεταβιβάσει κάποιο γενετικό της πρόβλημα, ο βαθμός της φροντίδας για την κύηση κατά την διάρκεια της δεν είναι δυνατόν να προδικαστεί, με τις ανάλογες για το έμβρυο επιπτώσεις, όπως επίσης και οι ψυχολογικές και συναισθηματικές της αντιδράσεις και εκείνες του ή των παιδιών αργότερα. Η φιλοξενούσα (φυσική μητέρα) μπορεί να αναπτύξει "μητρικό" δεσμό, αρνούμενη τελικά να παραδώσει το παιδί στους γενετικούς του γονείς. Στην περίπτωση άρνησης για μεταβίβαση του παιδιού, παρά την αρχική συμφωνία, ο σύζυγος της άγονης γυναίκας μπορεί να υποχρεωθεί να συμμετάσχει στα έξοδα διατροφής αυτού του παιδιού, αφού είναι δεδομένο ότι αυτός είναι ο βιολογικός ή γενετικός πατέρας του και παρά το γεγονός ότι το παιδί θα παραμείνει με τη φυσική του μητέρα, με αυτή δηλαδή που το γέννησε. Το αντίθετο είναι επίσης δυνατόν να συμβεί. Η φιλοξενούσα δηλαδή γυναίκα να υποχρεωθεί να κρατήσει ένα παιδί που βιολογικά δεν της ανήκει ή εξ αιτίας αυτού να εξαναγκασθεί σε μία λύση υιοθεσίας, αφού δεν ήταν στις προθέσεις της να αναλάβει γονικές ευθύνες. Τέτοια εξέλιξη μπορεί να υπάρξει λ.χ. εάν αποδειχθεί ότι γενετικά το παιδί δεν προέρχεται τελικά απ' τον ενδιαφερόμενο άντρα, που μέχρι τότε υποτίθεται ότι ήταν ο βιολογικός πατέρας. Αντίστοιχη και περισσότερο δυσάρεστη εξέλιξη μπορεί να σημειωθεί, όταν το νεογέννητο εμφανίζει σοβαρή συγγενή πάθηση και το ενδιαφερόμενο άγονο ζευγάρι αρνηθεί να επωμισθεί τελικά τη γονική ευθύνη.

Και στις περιπτώσεις ακόμα που ο αρχικός σκοπός ευοδωθεί και η αρχική συμφωνία τηρηθεί, υπάρχει ο κίνδυνος συνεχιζόμενης ανάμιξης εκ μέρους της γυναίκας που το γέννησε, δημιουργώντας έτσι προβλήματα σχέσεων και ένταση στο ζεύγος ιδιαίτερα εάν τα δύο ζευγάρια σχετίζονται φιλικά ή συγγενικά, όπως και συχνά συμβαίνει. Απ' την πλευρά του παιδιού εξάλλου, δεν είναι βέβαιο ποιες θα είναι οι αντιδράσεις του, όταν πληροφορηθεί ότι η γενετική του μητέρα, (βιολογική) με την οποία ζει, δεν είναι και η "φυσική" του μητέρα, δηλαδή αυτή που το γέννησε, όπως επίσης δεν είναι βέβαιο ποια συναισθήματα θα αναπτύξει και για τις δύο. Απ' την άλλη πλευρά η όλη προσπάθεια μπορεί να βλάψει ψυχολογικά την ίδια τη γυναίκα που "δανείζει τη μήτρα της". Μερικές από αυτές διέρχονται περίοδο λύπης και "πένθους" μετά τον αποχωρισμό τους από το παιδί που γέννησαν, έστω και αν βιολογικά δεν τους ανήκει.

Το νομοσχέδιο αναφέρεται και στην απαγόρευση ανταλλάγματος κατά τη συμφωνία που συνάπτουν τα δυο μέρη στην παρένθετη μητρότητα και διευκρινίζεται ποιες χρηματικές καταβολές δεν εμπίπτουν στην έννοια του ανταλλάγματος.

Ειδικότερα δεν συνιστά αντάλλαγμα:⁸⁸

1. Η καταβολή των δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία,
2. Κάθε θετική ζημία της κυοφόρου εξαιτίας αποχής από την εργασία της, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία, τις οποίες στερήθηκε λόγω απουσίας, με σκοπό την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία.

Σχολιάζοντας αυτή τη μέθοδο αναπαραγωγής, μερικοί εξέφρασαν περαιτέρω ανησυχίες στις περιπτώσεις που υπεισέρχεται οικονομική αμοιβή, ένα κίνητρο που δεν θεωρείται πιθανό για άτομα της δικής μας κοινωνίας, τουλάχιστον για το ορατό μέλλον. Σε αντίθετη περίπτωση έχουν ήδη εκφρασθεί ανησυχίες ότι το θέμα της ανθρώπινης αναπαραγωγής θα μπορούσε να εμπορευματοποιηθεί με τον κίνδυνο τα παιδιά να θεωρηθούν πλέον ως "καταναλωτικό είδος"⁸⁹. Παρά τα μειονεκτήματα της όμως, η μέθοδος του "δανεισμού της μήτρας" φαίνεται να μη στερείται, κατά την άποψη πολλών, ιατρικού αλλά και ανθρωπιστικού υπόβαθρου, αφού για ένα αριθμό ζευγαριών είναι ο μοναδικός τρόπος τεκνοποίησης. Παράλληλα, για τη γυναίκα που προσφέρεται να φιλοξενήσει τα έμβρυα, παρέχεται κατά μία άποψη η ευκαιρία έκφρασης των αλτρουιστικών της συναισθημάτων. Όπως η κοινωνία αποδέχεται και επικροτεί τη δωρεά οργάνων για τη διάσωση ζωής συνανθρώπων, η δανεική κυοφορία, κατά μία άποψη, θεωρείται σαν μία αντίστοιχη δωρεά - στην προκειμένη περίπτωση λειτουργική - που δημιουργεί τις προϋποθέσεις όχι για τη διάσωση αλλά για τη γένεση μιας ζωής, δίνοντας έτσι σε ένα άγονο ζευγάρι την ατέραντη χαρά της δημιουργία

Μεταθανάτια Τεχνητή Γονιμοποίηση.

Σύμφωνα με την τεχνική αυτή μια γυναίκα μπορεί ακόμη και μετά το θάνατο του συζύγου ή μόνιμου συντρόφου της να αποκτήσει παιδί που θα έχει τον αποθανόντα ως πατέρα. Αυτό είναι δυνατόν να γίνει με δυο τρόπους:

1. Με τεχνητή γονιμοποίηση (ομόλογη σπερματέγχυση ή *in vitro* εξωσωματική γονιμοποίηση), όπου θα χρησιμοποιηθεί το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου και
2. Με εμφύτευση στο σώμα της γυναίκας κρυοσυντηρημένου ωαρίου που είχε γονιμοποιηθεί από σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις είναι φανερό ότι θα πρόκειται για κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό, στο μέτρο που η κρυοσυντήρηση (δηλαδή η κατάψυξη στους -196 βαθμούς με υγρό άζωτο) είναι η συνήθης μέχρι τώρα πρακτική διατήρησης του γεννητικού υλικού. Όλες πάντως οι διατάξεις του σχεδίου, που αναφέρονται σε γεννητικό υλικό που δεν είναι νωπό, μπορούν να εφαρμόζονται άσχετα με το αν στο

⁸⁸ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 13,παρ.4.

⁸⁹ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε., *Τεχνητή γονιμοποίηση και οικογενειακό δίκαιο*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2003, σελ.26.

μέλλον αλλάξει ο τρόπος συντήρησης του γεννητικού υλικού. Σύμφωνα με το άρθρο 1457 του νόμου 3089/2002 η μεταθανάτια (poste morte) γονιμοποίηση με τη μία ή την άλλη μορφή της επιτρέπεται υπό πολύ αυστηρές προϋποθέσεις. Κατά πρώτο λόγο σε αυτήν μπορούν να προσφύγουν αποκλειστικά γυναίκες που είχαν σύζυγο ή μόνιμο σύντροφο (ζώντας μαζί του σε ελεύθερη συμβίωση) του οποίου και το γεννητικό υλικό (είτε ως απλό σπέρμα είτε ως γονιμοποιημένο με το ωάριο) επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν. Πέρα όμως, από αυτό πρέπει να συντρέχουν και οι ακόλουθες προϋποθέσεις:⁹⁰

1. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας (λ.χ. καρκίνο των όρχεων που απαιτούσε να αρχίσει ο σύζυγος ραδιοθεραπεία) ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του (λ.χ. ο σύζυγος πρόκειται να συμμετάσχει σε πολεμικές επιχειρήσεις), έτσι ώστε να καθίσταται κοινωνικά αποδεκτή η προσφυγή στη συγκεκριμένη πρακτική,

2. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφική πράξη και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, έτσι ώστε να προκύπτει σαφώς η βούληση του για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή όχι μόνο όσο ο ίδιος ζει αλλά και σε χρόνο μετά το θάνατο του και

3. Η μεταθανάτια γονιμοποίηση να διενεργείται ανάμεσα σε δύο χρονικά σημεία. Όχι πριν περάσουν **έξι μήνες** από το θάνατο του άνδρα, ώστε να εξασφαλίζεται ότι η απόφαση της γυναίκας δεν λαμβάνεται υπό το κράτος της ψυχολογικής της διαταραχής από το θάνατο του, αλλά και όχι αφού περάσουν **δύο έτη**, πέρα από τα οποία δεν θα πρέπει να μένουν σε εκκρεμότητα τα κληρονομικά δικαιώματα των υπόλοιπων συγγενών του νεκρού (που θα ανατραπούν αν γεννηθεί το παιδί του). Εφόσον τηρηθεί η ως άνω προβλεπόμενη από τον Αστικό Κώδικα διαδικασία, το παιδί που θα γεννηθεί ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, θα είναι τέκνο του νεκρού συζύγου ή συντρόφου της μητέρας και εφόσον θεμελιώνεται η πατρότητα, καθίσταται κληρονόμος του πατέρα του και μάλιστα αναδρομικά από την στιγμή του θανάτου εκείνου

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η ρύθμιση αυτή, που είναι προσανατολισμένη στη συνηθέστερη περίπτωση της επιθυμίας για μεταθανάτια γονιμοποίηση στην περίπτωση που πεθαίνει ο άνδρας, μπορεί να καλύψει αναλογικά, εφαρμοζόμενη, και την περίπτωση που πεθαίνει η γυναίκα, όποτε ο άνδρας δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αργότερα τα κρυοσυντηρημένα ωάρια της ή τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια τους για να τεκνοποιήσει με αυτά μέσω παρένθετης κυοφόρου μητέρας παρά υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 1457 του νόμου 3089/2002.

⁹⁰Ν. 3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Φ.Ε.Κ. 327, τ.Α, Αθήνα 23 Δεκεμβρίου 2002, παράρτημα 2, άρθρο 1457.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΟΝΑΔΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ. ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΠΟΙΝΙΚΕΣ, ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΚΥΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΙΣΧΥΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

1. Ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Ο νόμος 3305/2005 είναι ο μοναδικός νόμος μέχρι τώρα που περιλαμβάνει διατάξεις που ρυθμίζουν τους όρους ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Ι.Υ.Α., των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης και της Αρχής.

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του νόμου προβλέπεται ότι οι μέθοδοι, οι συναφείς τεχνικές και οι ειδικές εφαρμογές της Ι.Υ.Α. εφαρμόζονται μόνο σε ειδικά οργανωμένες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.), οι οποίες είναι δυνατόν να λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους φορείς. Η ρύθμιση αυτή έχει ως συνέπεια την κατάργηση του άρθρου 59 παράγραφος 2 του ν. 2071/1992.⁹¹ Η αρχή αυτή θεσπίζεται προκειμένου να διασφαλισθεί η υγεία των ατόμων που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., δεδομένου ότι η διαδικασία λήψης των ωαρίων, παρόλο που έχει απλοποιηθεί και γίνεται υπό διαρκή υπερηχογραφικό έλεγχο, εμπεριέχει σπάνιους μεν αλλά σοβαρούς κινδύνους, όπως τρώση των μεγάλων αγγείων ή τραυματισμό των οργάνων της πυέλου. Επιπλέον, στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιείται αναισθησία, η οποία επίσης εμπεριέχει κίνδυνο επιπλοκών, ενώ ένας αριθμός γυναικών που υποβάλλονται σε διέγερση της ωοθηκικής λειτουργίας είναι δυνατόν να παρουσιάσει σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, το οποίο μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία. Στη συνέχεια το νομοσχέδιο θέτει έναν ακόμη περιορισμό που επιβάλλει στις Μ.Ι.Υ.Α., οι οποίες λειτουργούν ως ιδιωτικοί φορείς, να έχουν διασύνδεση με νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική που βρίσκεται σε εύλογη χιλιομετρική απόσταση από αυτές και διαθέτει τμήμα μαιευτικής-γυναικολογίας. Αυτό δικαιολογείται από λόγους πρόνοιας για την υγεία των προσώπων που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., στην περίπτωση που τυχόν παρουσιάσουν κάποια επιπλοκή, δυνητικά επικίνδυνα για τη ζωή τους (π.χ. ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία ή αλλεργικό σοκ). Οι όροι της διασύνδεσης αυτής θα καθορισθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έπειτα από σχετική εισήγηση της Αρχής.

Ορίζεται ότι οι άδειες ίδρυσης και λειτουργίας των Μ.Ι.Υ.Α. εκδίδονται από τον κατά νόμο αρμόδιο φορέα, ύστερα όμως από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις και εάν τηρούνται οι απαραίτητες τεχνικές προδιαγραφές. Η άδεια είναι δυνατόν να χορηγείται είτε στον υπεύθυνο ιατρό ή στο νομικό πρόσωπο της Μ.Ι.Υ.Α.. Επιβάλλεται η υποχρεωτική ανανέωση της άδειας λειτουργίας ανά τριετία, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της τήρησης

⁹¹ Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005, παράρτημα 3, σελ.165.

των προδιαγραφών και της καλής λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α.. Προς τούτο, θεσπίζεται ο διαρκής έλεγχος των Μ.Ι.Υ.Α. από την Αρχή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η άδεια λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ανακαλείται, με εισήγηση της Αρχής, προσωρινά μέχρι έξι (6) μήνες αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι έπαψαν να υπάρχουν οι απαιτούμενες για τη χορήγηση της προϋποθέσεις και οριστικά αν αυτό επαναληφθεί και διαπιστωθεί κατά τον επόμενο έλεγχο.

Επίσης το σχέδιο νόμου προβλέπει την ελάχιστη σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να χορηγηθεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σε μια Μ.Ι.Υ.Α.. Σύμφωνα με τη διάταξη, απαιτείται η ύπαρξη πείρας των προσώπων αυτών στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α., αφ' ενός διότι η εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. αποτελεί ιδιαίτερα εξειδικευμένο πεδίο και αφ' ετέρου διότι δεν υπάρχουν ακόμη σχετικές θεσμοθετημένες εξειδικεύσεις. Η ελάχιστη στελέχωση της περιλαμβάνει:⁹²

1. Έναν ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ως υπεύθυνο,
2. Έναν επιστήμονα των βιοϊατρικών επιστημών, πτυχιούχο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού,
3. Μία μαία, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α.,
4. Έναν ιατρό αναισθησιολόγο, αν εφαρμόζονται από τη Μ.Ι.Υ.Α. μέθοδοι που απαιτούν αναισθησία.

Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, καθορίζονται οι λοιποί όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α., η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Τέλος προβλέπεται ότι οι Μ.Ι.Υ.Α. πρέπει να τηρούν πλήρες αρχείο με τα στοιχεία και τα ιατρικά δεδομένα των προσώπων που υποβάλλονται στις μεθόδους Ι.Υ.Α. και τις συναφείς τεχνικές. Προκειμένου τα αποτελέσματα να καταγράφονται σε εθνικό επίπεδο, προβλέπεται ότι το περιεχόμενο του αρχείου αυτού διαβιβάζεται στην Αρχή.

2. Ίδρυση και λειτουργία των Τραπεζών Κρυσυντήρησης.

Στο παρόν νομοσχέδιο ορίζονται τα σχετικά με την ίδρυση και λειτουργία Τραπεζών Κρυσυντήρησης. Συγκεκριμένα αναφέρονται τα είδη ιστών και κυττάρων όπως ανθρώπινους γαμέτες, ωθηκικό και ορχικό ιστό, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία προορίζονται να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς στο πλαίσιο της Ι.Υ.Α. τα οποία συντηρούν και διαθέτουν οι Τράπεζες αυτές. Προβλέπεται ότι οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης ιδρύονται με άδεια του αρμόδιου φορέα, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις.⁹³ Λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους ιδιωτικούς φορείς είτε εντός των Μ.Ι.Υ.Α. είτε αυτοτελώς. Αν η

⁹² Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 16, παρ.4.

⁹³ Στο ίδιο, άρθρο 17, παρ.4.

Τράπεζα λειτουργεί αυτοτελώς ως νομικό πρόσωπο ή ως μονάδα νομικού προσώπου, η άδεια χορηγείται στο νομικό πρόσωπο. Σε κάθε άλλη περίπτωση, χορηγείται στον υπεύθυνο ιατρό ή επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών. Πρέπει να αναφερθεί και εδώ ότι η άδεια λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσυντήρησης ανακαλείται, με εισήγηση της Αρχής, προσωρινά μέχρι έξι (6) μήνες αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι έπαψαν να υπάρχουν οι απαιτούμενες για τη χορήγηση της προϋποθέσεις, οριστικά δε αν αυτό επαναληφθεί και διαπιστωθεί κατά τον επόμενο έλεγχο.

Επίσης προσδιορίζονται οι αρχές χορήγησης και ανανέωσης της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, καθώς και ο τρόπος ελέγχου της δραστηριότητας τους από την Αρχή με στόχο την ελάχιστη στελέχωση της Τράπεζας Κρυσυντήρησης. Και στην περίπτωση αυτή απαιτείται η ύπαρξη πείρας των στελεχών στην Ι.Υ.Α., για τους ίδιους λόγους που αναφέρονται και στη στελέχωση των Μ.Ι.Υ.Α.. Ειδικότερα η άδεια λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσυντήρησης ισχύει για τρία (3) έτη και ανανεώνεται κάθε φορά για ίσο χρόνο, αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι τηρούνται οι όροι λειτουργίας. Προκειμένου να χορηγηθεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, η ελάχιστη στελέχωση της Τράπεζας Κρυσυντήρησης περιλαμβάνει:⁹⁴

1. Έναν ιατρό ή επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών πτυχιούχο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με αποδεδειγμένη τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ως υπεύθυνο,
2. Έναν επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών ή τεχνολόγο ιατρικών εργαστηρίων με αποδεδειγμένη πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, καθορίζονται οι λοιποί όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθώς προβλέπει ότι οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης πρέπει να τηρούν αρχείο του υλικού το οποίο φυλάσσεται και διατίθεται από αυτές. Τα στοιχεία του αρχείου αυτού διαβιβάζονται στην Αρχή και ενσωματώνονται στα αρχεία τα οποία αυτή τηρεί.

Τέλος το νομοσχέδιο με την διάταξη του άρθρου 18 έχει ως σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αφορά την υποχρέωση των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης να ενημερώνουν την Αρχή σχετικά με οποιοδήποτε εξαιρετικό συμβάν, το οποίο ενδέχεται να προκύψει κατά τη λειτουργία τους ή κατά τη διακίνηση του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων από χώρα σε χώρα. Η έννοια του εξαιρετικού περιλαμβάνει κάθε ανεπιθύμητο συμβάν και κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια. Ως τέτοια μπορούν να θεωρηθούν η λανθασμένη προσθήκη στα ωάρια σπερματοζωαρίων που δεν προέρχονται από το σύζυγο ή σύντροφο, η μεταφορά στη μήτρα γονιμοποιημένων ωαρίων άλλου ζεύγους, ο θάνατος ατόμου που υποβάλλεται σε Ι.Υ.Α, η μετάδοση σοβαρού μολυσματικού νοσήματος (π.χ. ηπατίτιδα ή Α.Ι.Δ.Σ.), η βλάβη ή η θραύση του δοχείου κρυσυντήρησης κατά τη μεταφορά με αποτέλεσμα την καταστροφή του

⁹⁴ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 17, παρ.5

κρυσυντηρημένου βιολογικού υλικού, η γέννηση μη υγιούς τέκνου από την πρώτη χρήση γαμετών τρίτου δότη, η εκ των υστέρων διαπίστωση μη ανιχνευθέντων προβλημάτων υγείας ενός τρίτου δότη παρά τους ειδικούς ελέγχους, κλπ..

3. Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Η Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής είναι το κεντρικό όργανο για τον έλεγχο της εφαρμογής του νόμου 3089/2002 και του παρόντος νόμου. Οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. απαιτούν ιδιαίτερη πείρα και ειδική ιατρική τεχνολογική υποδομή, ενώ η εφαρμογή τους δημιουργεί πλείστους βιοηθικούς και κοινωνικούς προβληματισμούς. Οι ιδιαιτερότητες αυτές διακρίνουν τις παραπάνω μεθόδους από τις άλλες ιατρικές διαδικασίες, και κατά συνέπεια καθιστούν απαραίτητη την ύπαρξη όχι μόνο κριτηρίων τεχνικής και οργανωτικής καταλληλότητας, αλλά και τη συνδρομή πολλών ειδικών προϋποθέσεων σε κάθε περίπτωση εφαρμογής τους. Επιπλέον, διαπιστώνεται συνεχής και ταχεία εξέλιξη των μεθόδων Ι.Υ.Α. και διεύρυνση των δυνατοτήτων που αυτές προσφέρουν. Για τους παραπάνω λόγους, η Ομάδα Εργασίας έκρινε ότι η γενική οργάνωση και εποπτεία των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, η λήψη αποφάσεων σχετικά με τις διαδικασίες, καθώς και η εποπτεία του πεδίου αυτού, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας στο γεννητικό υλικό, συνιστούν θέματα ιδιαίτερα δύσκολα και ευαίσθητα, τα οποία δεν είναι δυνατόν να ενταχθούν πλήρως στο υπάρχον θεσμικό πλαίσιο του χώρου της Υγείας, αλλά αντίθετα απαιτούν την ύπαρξη μιας ανεξάρτητης Αρχής, η οποία θα έχει αποκλειστική αρμοδιότητα επί των θεμάτων αυτών.

Για την ίδρυση της εν λόγω Αρχής ελήφθησαν υπόψη οι κανόνες που διέπουν την ίδρυση και λειτουργία των ανεξάρτητων Αρχών στη χώρα μας, και οι κανόνες του νόμου 3051/2002 για τις συνταγματικά κατοχυρωμένες ανεξάρτητες Αρχές. Για τον θεσμικό ρόλο, το έργο και τις αρμοδιότητες της Αρχής λήφθηκε υπόψη η δομή, ο τρόπος λειτουργίας και η δραστηριότητα της ήδη λειτουργούσας, από το 1990, Αρχής Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας στη Μεγάλη Βρετανία.⁹⁵ Η Ελληνική Αρχή ιδρύεται ως ανεξάρτητη διοικητική αρχή με δικό της προϋπολογισμό και δική της Γραμματεία, μη υποκείμενη σε κανενός είδους διοικητικό έλεγχο και υπαγόμενη στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι πιστώσεις για τη λειτουργία της Αρχής εγγράφονται σε ειδικό φορέα στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τον προϋπολογισμό της Αρχής εισηγείται ο Πρόεδρος της, ο οποίος είναι και διατάκτης των δαπανών της, στον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών. Ποσοστό των κάθε είδους εσόδων του Δημοσίου από την εφαρμογή του παρόντος νόμου, συμπεριλαμβανομένων των παραβόλων και προστίμων που επιβάλλει η Αρχή, διατίθεται για τις ανάγκες της Αρχής. Το ποσοστό αυτό καθορίζεται κάθε φορά με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η Ε.Α.Ι.Υ.Α έχει κάποιες αρμοδιότητες οι οποίες είναι αποφασιστικές, εποπτικές, γνωμοδοτικές και ελεγκτικές και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη διαπίστωση της συνδρομής των προϋποθέσεων για τη σύσταση Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών

⁹⁵ Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005, παράρτημα 3, σελ.167.

Κρυσυντήρησης, το διαρκή έλεγχο της λειτουργίας τους, με δυνατότητα διενέργειας διοικητικών εξετάσεων και επιβολής διοικητικών κυρώσεων, την έγκριση των ερευνητικών πρωτοκόλλων, τη σύνταξη Κώδικα Δεοντολογίας για το συγκεκριμένο αντικείμενο και την έκδοση κανονιστικών πράξεων. Συγκεκριμένα:⁹⁶

- Ελέγχει αν πληρούνται οι προβλεπόμενες από τον παρόντα νόμο προϋποθέσεις για τη σύσταση και λειτουργία των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, για να τους χορηγηθεί άδεια λειτουργίας ή να ανανεωθεί η υπάρχουσα. Επιπλέον, διενεργεί εκτάκτους ελέγχους αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν καταγγελίας.
- Εκδίδει τις προβλεπόμενες από τις διατάξεις του παρόντος νόμου άδειες, υπό τις προϋποθέσεις που η ίδια ορίζει.
- Καταρτίζει τον ειδικό κώδικα δεοντολογίας για τα θέματα που σχετίζονται με την Ι.Υ.Α. και ελέγχει την τήρηση του.
- Εγκρίνει τα πρωτόκολλα για τη διενέργεια έρευνας σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια είτε αυτά χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης είτε όχι, σύμφωνα με τα άρθρα 11 και 12 του παρόντος νόμου.
- Συλλέγει και αρχειοθετεί τα κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης.
- Ενημερώνει και διαφωτίζει το κοινό σχετικά με τα θέματα της Ι.Υ.Α. μέσω της περιοδικής δημοσίευσης των αποτελεσμάτων της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. σε εθνικό επίπεδο και με κάθε άλλο πρόσφορο μέσο. Επίσης παρακολουθεί και καταγράφει τις επιστημονικές και τις κοινωνικές εξελίξεις στον τομέα της Ι.Υ.Α..
- Αναθέτει σε μέλος ή μέλη της τη διενέργεια διοικητικών εξετάσεων και επιβάλλει διοικητικές κυρώσεις.
- Καταγγέλλει τις παραβάσεις των διατάξεων του παρόντος νόμου στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.
- Συντάσσει κάθε χρόνο έκθεση για την εκτέλεση της αποστολής της κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος. Η έκθεση υποβάλλεται από τον Πρόεδρο της Αρχής στον Πρόεδρο της Βουλής και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κοινοποιείται στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και δημοσιοποιείται με ευθύνη της Αρχής.
- Εξετάζει αναφορές ή καταγγελίες σχετικά με την εφαρμογή του νόμου και την προστασία των δικαιωμάτων των αιτούντων, όταν αυτά θίγονται από τον τρόπο εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α., καθώς και σχετικά με εξαιρετικά συμβάντα, και ενημερώνει τους ενδιαφερόμενους για τις σχετικές ενέργειες της.
- Γνωμοδοτεί και υποβάλλει προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για απαιτούμενες νέες ρυθμίσεις ή τροποποιήσεις του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου.
- Συνεργάζεται με αντίστοιχες Αρχές άλλων Κρατών, καθώς και με Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Οργανισμούς και φορείς σε ζητήματα σχετικά με την άσκηση των αρμοδιοτήτων της.
- Εκδίδει κανονιστικές πράξεις για τη ρύθμιση ειδικών τεχνικών και λεπτομερειακών θεμάτων, στα οποία αναφέρεται ο παρών νόμος. Οι κανονιστικές

⁹⁶ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 20, παρ.1.

πράξεις της Αρχής δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Οι λοιπές αποφάσεις ισχύουν από την έκδοση ή την κοινοποίηση τους.

- Αποφασίζει για την τύχη των γαμετών, του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων που βρίσκονται ή φυλάσσονται σε νωπή ή κρυσυντηρημένη κατάσταση σε μια Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζα Κρυσυντήρησης, η λειτουργία της οποίας έχει ανασταλεί ή διακοπεί για οποιονδήποτε λόγο.

- Ασχολείται και με κάθε άλλο, μη ρητώς αναφερόμενο στον παρόντα νόμο θέμα, το οποίο κατά την κρίση της εντάσσεται στο πεδίο της Ι.Υ.Α..

Επίσης η Αρχή αναφέρεται στα εθνικά μητρώα και αρχεία που τηρεί σχετικά με τις παραπάνω άδειες λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης, τα συνολικά αποτελέσματα της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. και τα απόρρητα κωδικοποιημένα στοιχεία δοτών και ληπτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων. Ειδικότερα η Αρχή τηρεί τα ακόλουθα εθνικά μητρώα και αρχεία:⁹⁷

1. Μητρώο αδειών λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης.

2. Αρχείο των αποτελεσμάτων της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α.

3. Αρχείο απόρρητων ιατρικών στοιχείων των δοτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, σύμφωνα με την παράγραφο β του άρθρου 8. Τα στοιχεία των δοτών καταχωρίζονται σε κωδικοποιημένη μορφή.

4. Άκρως απόρρητα αρχεία που περιέχουν τα στοιχεία ταυτότητας δοτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και τον αντίστοιχο κωδικό.

Τα παραπάνω μητρώα και αρχεία περιέχουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, κατά την έννοια του νόμου 2472/1997. Η πρόσβαση στα στοιχεία 1 και 2 μητρώα επιτρέπεται με άδεια της Αρχής, τηρουμένων των προϋποθέσεων του νόμου 2472/1997. Η πρόσβαση στο στοιχείο 3 επιτρέπεται, με άδεια της Αρχής, μόνο στο τέκνο, για λόγους σχετικούς με την υγεία του.

Εκτός από τις αρμοδιότητες που υποχρεούται να εκπληρώσει η Αρχή, ορίζεται και ο τρόπος συγκρότησης της. Ειδικότερα:

- Η Αρχή συγκροτείται από τον Πρόεδρο και οκτώ μέλη. Ως Πρόεδρος ορίζεται Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι., εν ενεργεία ή μη είτε σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου είτε στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής-γυναικολογίας, με πείρα στην Ι.Υ.Α..

- Ο Πρόεδρος της Αρχής διορίζεται με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, ύστερα από εισήγηση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και γνώμη της Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής. Με την ίδια διαδικασία επιλέγεται και διορίζεται ο αναπληρωτής του Προέδρου.

- Τα μέλη της Αρχής, καθώς και οι αναπληρωτές τους, διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

- Η θητεία του Προέδρου, των μελών της Αρχής και των αναπληρωτών τους είναι τετραετής και μπορεί να ανανεωθεί μία μόνο φορά. Κανείς δεν μπορεί να υπηρετήσει περισσότερα από οκτώ συνεχόμενα έτη στην ίδια θέση.

- Η σύνθεση των μελών της Αρχής ανανεώνεται κατά το ήμισυ ανά τετραετία. Στο τέλος της πρώτης θητείας, τέσσερα μέλη της Αρχής, τα οποία κληρώνονται από τον Πρόεδρο, παρουσία όλων των μελών της, αμέσως μετά τη λήψη της απόφασης επιλογής τους, διορίζονται για επιπλέον θητεία δύο ετών. Ο Πρόεδρος της Αρχής και ο αναπληρωτής του διορίζονται πάντοτε για πλήρη θητεία.

⁹⁷ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 20, παρ.2.

- Σε περίπτωση θανάτου, παραίτησης ή έκπτωσης μέλους της Αρχής διορίζεται νέο μέλος για το υπόλοιπο της θητείας. Η θητεία των μελών της Αρχής παρατείνεται αυτοδικαίως μέχρι το διορισμό νέων.
- Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής διορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές, οι οποίοι πρέπει να διαθέτουν τις ίδιες ιδιότητες και προσόντα. Εφόσον Πρόεδρος της Αρχής οριστεί Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι., εν ενεργεία ή μη, σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου, ο αναπληρωτής του πρέπει να είναι υποχρεωτικά Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι. στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας και αντίστροφα.
- Ως μέλη της Αρχής ορίζονται:⁹⁸
 1. Ένας Καθηγητής Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου.
 2. Ένας Καθηγητής ιατρικού τμήματος Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, στο γνωστικό, αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας, με πείρα στην Ι.Υ.Α..
 3. Ένας Καθηγητής Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας ή βιοχημείας ή εμβρυολογίας ή γενετικής, με πείρα στην Ι.Υ.Α..
 4. Ένα πρόσωπο με κύρος και εμπειρία στον τομέα της βιοηθικής και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
 5. Ένας μαιευτήρας-γυναικολόγος του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, με πείρα στην Ι.Υ.Α..
 6. Ένας επιστήμονας στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας ή βιοχημείας ή εμβρυολογίας ή γενετικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, με πείρα στην Ι.Υ.Α..
 7. Ένας ψυχολόγος με πείρα στη συμβουλευτική των υπογόνιμων ατόμων.
 8. Ένα πρόσωπο που έχει υποβληθεί σε μεθόδους Ι.Υ.Α..

Στον Πρόεδρο, στα μέλη της Αρχής και στους αναπληρωτές τους που ανήκουν στο Διδακτικό Επιστημονικό Προσωπικό Α.Ε.Ι. επιτρέπεται η άσκηση των καθηκόντων τους στο οικείο Α.Ε.Ι., με καθεστώς πλήρους απασχόλησης.

Σύμφωνα με το άρθρο 22 του νέου νόμου ανατίθεται στην Αρχή να καταρτίσει τον κανονισμό λειτουργίας της. Προβλέπεται η δυνατότητα της Αρχής να συνέρχεται είτε σε ολομέλεια είτε σε τμήματα και ορίζουν τη νόμιμη σύνθεση τους και ορισμένες από τις αρμοδιότητες τους. Αναφέρονται οι αρμοδιότητες ελέγχου και αδειοδοτήσεων, τήρησης μητρώων και αρχείων, επιστημονικής τεκμηρίωσης και έρευνας, βιοηθικής και δεοντολογίας, επικοινωνίας και ενημέρωσης του κοινού. Προσδιορίζονται τα καθήκοντα στον Πρόεδρο της Αρχής και προβλέπεται ειδική περίπτωση ενδοστρεφούς δίκης κατά απόφασης της Αρχής από τον κατά περίπτωση αρμόδιο Υπουργό, εισάγεται γενική υποχρέωση των δημόσιων αρχών να παρέχουν τη συνδρομή τους στην Αρχή, ώστε να διευκολύνεται η άσκηση των αρμοδιοτήτων της τελευταίας. Συγκεκριμένα:

- Η Αρχή καταρτίζει τον κανονισμό λειτουργίας της, με τον οποίο ρυθμίζονται ιδίως η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών της, η σύσταση ειδικών τμημάτων και επιτροπών, η διαδικασία ακρόασης των ενδιαφερόμενων, θέματα πειθαρχικής διαδικασίας και ο τρόπος διεξαγωγής των ελέγχων που προβλέπονται στο άρθρο 20.

⁹⁸ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 21, παρ.7.

- Η Αρχή συνεδριάζει ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει την Αρχή ύστερα από αίτηση τεσσάρων τουλάχιστον μελών της.
- Η Αρχή συνεδριάζει νόμιμα όταν στη σύνθεση της μετέχουν τουλάχιστον πέντε μέλη (απαρτία) συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου ή του αναπληρωτή του. Οι αποφάσεις της Αρχής λαμβάνονται με την πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου.
- Η Αρχή συνεδριάζει και σε τμήματα, συντιθέμενα από τρία τουλάχιστον μέλη προεδρευόμενα από τον Πρόεδρο ή τον αναπληρωτή του. Στις αρμοδιότητες των τμημάτων αυτών περιλαμβάνονται ιδίως:⁹⁹
 - α. οι έλεγχοι και αδειοδοτήσεις,
 - β. η τήρηση των μητρώων και αρχείων,
 - γ. η επιστημονική τεκμηρίωση και η έρευνα,
 - δ. η βιοηθική και η δεοντολογία,
 - ε. η επικοινωνία και η ενημέρωση του κοινού.

Ο κανονισμός λειτουργίας της ρυθμίζει τη σύνθεση, τους όρους λειτουργίας των τμημάτων και την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ ολομέλειας και τμημάτων. Αποφάσεις των τμημάτων μπορούν να τροποποιούνται ή να ανακαλούνται από την ολομέλεια.
- Ο Πρόεδρος εκπροσωπεί την Αρχή δικαστικώς και εξωδίκως. Ο Πρόεδρος μπορεί να αναθέτει την εκπροσώπηση της Αρχής σε μέλος της ή σε υπάλληλο της.
- Στον Πρόεδρο της Αρχής ανήκει η ευθύνη της λειτουργίας της. Ο Πρόεδρος είναι διοικητικός προϊστάμενος του προσωπικού της Γραμματείας, ασκεί την επ' αυτού πειθαρχική εξουσία και μπορεί να επιβάλει πειθαρχική ποινή επίπληξης ή και προστίμου ίσου προς το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών του εγκαλουμένου. Ο Πρόεδρος μπορεί να εξουσιοδοτεί μέλος της Αρχής ή ανώτερο υπάλληλο της να υπογράψει με εντολή Προέδρου έγγραφα, εντάλματα ή άλλες πράξεις.
- Περισσότερα βοηθήματα κατά των αποφάσεων της Αρχής μπορεί να ασκεί και το Δημόσιο ανάλογα με την περίπτωση του κάθε αρμόδιου Υπουργού και τέλος,
- Κάθε δημόσια αρχή υποχρεούται να παρέχει τη συνδρομή της στην Αρχή.

3.1. Ασυμβίβαστα μελών της Αρχής.

Για την εξασφάλιση της αμεροληψίας των μελών της Αρχής, ο νόμος 3305/2005 ορίζει κωλύματα και ασυμβίβαστα και καθιερώνει σύστημα αυτοελέγχου, χωρίς βεβαίως συμμετοχή στη λήψη των σχετικών αποφάσεων του μέλους της Αρχής, στο πρόσωπο του οποίου ενδέχεται να συντρέχει το ασυμβίβαστο. Συγκεκριμένα:¹⁰⁰

- Δεν μπορεί να διοριστεί Πρόεδρος, αναπληρωτής του Προέδρου ή μέλος της Αρχής:
 - α. Υπουργός, υφυπουργός, γενικός γραμματέας υπουργείου ή αυτοτελούς γενικής γραμματείας και βουλευτής.

⁹⁹ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 22, παρ.3.

¹⁰⁰ Στο ίδιο, άρθρο 23, παρ.1.

β. Διοικητής, διευθυντής, διαχειριστής ή ασκών διευθυντικά καθήκοντα εν γένει είτε σε επιχείρηση που παρέχει υπηρεσίες Ι.Υ.Α. είτε σε επιχείρηση που παράγει, μεταποιεί, διαθέτει ή εμπορεύεται φαρμακευτικά προϊόντα, καθώς και υλικά και θεραπευτικά μέσα χρησιμοποιούμενα στην Ι.Υ.Α..

- Για τη διαπίστωση των κωλυμάτων και ασυμβιβάστων, οι υποψήφιοι για τις θέσεις Προέδρου και μέλους της Αρχής υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση, στην οποία αναφέρουν τις θέσεις τις οποίες κατέχουν στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
- Εκπίπτει από την ιδιότητα του μέλους της Αρχής όποιος, μετά το διορισμό του:
 - α. Αποκτά μία από τις ιδιότητες που συνιστούν κώλυμα διορισμού ή
 - β. Προβαίνει σε πράξεις ή αναλαμβάνει οποιαδήποτε εργασία ή έργο ή αποκτά άλλη ιδιότητα που δεν συμβιβάζονται με τα καθήκοντα του ως μέλους της Αρχής.
- Στη διαπίστωση των ασυμβιβάστων προβαίνει η Αρχή, χωρίς συμμετοχή του μέλους της, στο πρόσωπο του οποίου ενδέχεται να συντρέχει το ασυμβίβαστο. Η Αρχή αποφασίζει ύστερα από ακρόαση του εν λόγω μέλους. Τη διαδικασία κινεί είτε ο Πρόεδρος της Αρχής είτε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3.2. Υποχρεώσεις και δικαιώματα μελών της Αρχής.

Μια άλλη διάταξη του νέου νόμου είναι ότι ορίζονται οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των μελών της Αρχής και συνιστάται ειδικό πειθαρχικό συμβούλιο από ανώτατους δικαστικούς λειτουργούς και Καθηγητές Α.Ε.Ι, για την εκδίκαση των πειθαρχικών αδικημάτων του Προέδρου και των μελών της Αρχής. Η διάταξη αυτή θεσπίζει ως ιδιώνυμο ποινικό αδίκημα τη διαρροή πληροφοριών και στοιχείων που περιήλθαν σε γνώση των μελών της Αρχής ή υπαλλήλων της Γραμματείας της Αρχής ως εκ της ιδιότητάς τους ή κατά την ενάσκηση των καθηκόντων τους. Ειδικότερα οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των μελών της Αρχής είναι τα εξής:¹⁰¹

- Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους τα μέλη της Αρχής υπακούουν στη συνείδηση τους και το νόμο. Υπόκεινται στο καθήκον εχεμύθειας. Ως μάρτυρες ή πραγματογνώμονες μπορούν να καταθέτουν στοιχεία που αφορούν αποκλειστικά και μόνο στην τήρηση των διατάξεων του παρόντος νόμου από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Το καθήκον εχεμύθειας υφίσταται και μετά την αποχώρηση των μελών της Αρχής.
- Με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι μηνιαίες αποδοχές του Προέδρου και των μελών της Αρχής, καθώς και η αποζημίωση τους για κάθε συνεδρίαση στην οποία συμμετέχουν. Στους αναπληρωτές καταβάλλεται το τριάντα τοις εκατό (30%) των αποδοχών του Προέδρου και των τακτικών μελών αντίστοιχα, εφόσον κατά βεβαίωση του Προέδρου προσέφεραν κατά τη διάρκεια του μηνός υπηρεσία, έκτος της συμμετοχής τους σε συνεδριάσεις της Αρχής, καθώς και αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν. Οι διατάξεις για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων προσώπων με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας, που ισχύουν κάθε φορά, έχουν εφαρμογή και για τη μετακίνηση των μελών και των

¹⁰¹ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 24.

υπαλλήλων της Γραμματείας της Αρχής. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης.

- Τα μέλη της Αρχής υπέχουν πειθαρχική ευθύνη για κάθε παράβαση των υποχρεώσεων τους που απορρέουν από τον παρόντα νόμο. Την πειθαρχική αγωγή ασκεί ενώπιον του πειθαρχικού συμβουλίου ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τον Πρόεδρο και τα μέλη της Αρχής και ο Πρόεδρος της Αρχής για τα μέλη της. Το πειθαρχικό συμβούλιο αποτελείται από έναν Αντιπρόεδρο του Συμβουλίου της Επικρατείας, ως πρόεδρο, έναν Αρεοπαγίτη, έναν Σύμβουλο του Ελεγκτικού Συνεδρίου και δύο Καθηγητές Α.Ε.Ι., έναν σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου και έναν Καθηγητή της ιατρικής σε γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α..

- Χρέη γραμματέα του συμβουλίου εκτελεί υπάλληλος της Αρχής. Ο Πρόεδρος, τα μέλη και ο γραμματέας του συμβουλίου ορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές. Για τα μέλη του συμβουλίου που είναι δικαστικοί λειτουργοί απαιτείται απόφαση του οικείου ανώτατου δικαστικού συμβουλίου. Το συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τριετή θητεία. Το Συμβούλιο συνεδριάζει με την παρουσία τεσσάρων τουλάχιστον μελών, μεταξύ των οποίων οπωσδήποτε ο Πρόεδρος ή ο αναπληρωτής του και αποφασίζει με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Αν υπάρχουν περισσότερες από δύο γνώμες, αυτοί που υποστηρίζουν την ασθενέστερη οφείλουν να προσχωρήσουν σε μία από τις επικρατέστερες. Το πειθαρχικό συμβούλιο αποφασίζει σε πρώτο και τελευταίο βαθμό την απαλλαγή ή την παύση του εγκαλουμένου. Η αμοιβή του Προέδρου, των μελών και του γραμματέα του συμβουλίου καθορίζεται κατά συνεδρίαση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατά παρέκκλιση κάθε άλλης διατάξεως.

- Μέλος της Αρχής ή υπάλληλος της Γραμματείας της, ο οποίος, κατά παράβαση του παρόντος νόμου, γνωστοποιεί με οποιονδήποτε τρόπο απόρρητα ή προσωπικού χαρακτήρα δεδομένα, προσιτά σε αυτόν λόγω της υπηρεσίας του, ή αφήνει άλλον να λάβει γνώση αυτών, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) ετών και χρηματική ποινή από 6.000,00 ευρώ έως 30.000,00 ευρώ. Αν όμως τέλεσε την πράξη με σκοπό να εξασφαλίσει στον εαυτό του ή σε άλλον αθέμιτο όφελος ή να βλάψει άλλον, επιβάλλεται κάθειρξη.

- Αν η πράξη τελέστηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή.

3.3. Ποιος ο ρόλος της Γραμματείας της Αρχής.

Τέλος το άρθρο 25 ρυθμίζει τα της Γραμματείας της Αρχής, ως Διεύθυνσης με Τμήματα, δηλαδή ως ξεχωριστής υπηρεσιακής μονάδας και παρέχει εξουσιοδότηση για τη ρύθμιση των σχετικών οργανωτικών θεμάτων με προεδρικό διάταγμα, ύστερα από πρόταση των αρμόδιων Υπουργών. Τα τμήματα από τα οποία συγκροτείται η Αρχή είναι:¹⁰²

α. διοίκησης,

β. οικονομικής διαχείρισης,

γ. γραμματειακής υποστήριξης.

¹⁰² Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 25, παρ.1.

- δ. μηχανογραφικών εφαρμογών,
- ε. επικοινωνίας και διεθνών σχέσεων.

Η οργάνωση της Γραμματείας, η διαίρεση της σε τμήματα και γραφεία και οι επί μέρους αρμοδιότητες τούτων, ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού κατά κλάδους και ειδικότητες, ο ελάχιστος αριθμός υπαλλήλων κατά τμήμα, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια καθορίζονται με Προεδρικό Διάταγμα που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, η οποία διατυπώνεται μέσα σε δύο μήνες από τη συγκρότηση της. Με όμοιο Προεδρικό Διάταγμα μπορούν να ιδρύονται νέα τμήματα, να καταργούνται ή να συγχωνεύονται τα υπάρχοντα και να ανακατανέμονται ή να μεταβάλλονται οι αρμοδιότητες τους. Με το ίδιο Προεδρικό Διάταγμα καθορίζονται οι προϋποθέσεις κατανομής και ένταξης του υπηρετούντος προσωπικού στα τυχόν νέα τμήματα που θα συσταθούν. Τα θέματα εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας της Γραμματείας της Αρχής ρυθμίζονται από εσωτερικό κανονισμό, που εκδίδεται από την Αρχή και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η πλήρωση όλων των θέσεων της Γραμματείας, καθώς και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού της, γίνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 του νόμου 3051/2002.¹⁰³ Για το σκοπό αυτόν συνιστώνται υπηρεσιακό συμβούλιο και δευτεροβάθμιο πειθαρχικό συμβούλιο, όπως ορίζεται στο ίδιο άρθρο 4 του ίδιου νόμου. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος νόμου, η πλήρωση των θέσεων προϊσταμένων υπηρεσιακών μονάδων της Γραμματείας μπορεί να γίνει και με απόσπαση ή με μετάταξη υπαλλήλων βαθμού Α' ή αντίστοιχου του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ., με τη συναίνεση των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων υπαλλήλων. Διορισμός γίνεται μόνο στις θέσεις που δεν θα πληρωθούν με απόσπαση ή με μετάταξη, μετά από δημόσια προκήρυξη. Για την απόσπαση ή τη μετάταξη απαιτείται γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου της υπηρεσίας από την οποία αποσπάται ή μετατάσσεται ο υπάλληλος. Τον προϊστάμενο της Γραμματείας επιλέγει η Αρχή κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη. Οι αποσπασμένοι εξακολουθούν να αμείβονται από την οργανική τους θέση. Ο χρόνος της προηγούμενης υπηρεσίας των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων από Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., ορίζεται ως χρόνος πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

4. Τελικές διατάξεις που ισχύουν τόσο για την Αρχή όσο και για τις Μονάδες Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και τις Τράπεζες Κρυσυντήρησης.

Τελικές διατάξεις για την έναρξη λειτουργίας της Αρχής.

Ο παρών νόμος αναφέρεται στην έναρξη λειτουργίας της Αρχής, η οποία θα πρέπει να γίνει το αργότερο μέσα σε τρεις (3) μήνες από τη συγκρότηση της, αφού προηγουμένως έχει χωρίσει, εντός τεσσάρων (4) μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου, ο διορισμός του Προέδρου και των μελών της Αρχής, καθώς και των

¹⁰³ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 25, παρ.3.

αναπληρωτών τους. Ο χρόνος της έναρξης λειτουργίας της Αρχής ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.¹⁰⁴ Από το διορισμό των μελών της και έως την πλήρωση των θέσεων της γραμματείας, η Αρχή εξυπηρετείται από προσωπικό το οποίο αποσπάται προσωρινά από αυτήν με απόφαση της.

Έως ότου η Αρχή λειτουργήσει, η εκκαθάριση των δαπανών της γίνεται από τη διεύθυνση Οικονομικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε βάρος του προϋπολογισμού του. Η απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το χρόνο έναρξης λειτουργίας της Αρχής δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και σε τέσσερις τουλάχιστον ημερήσιες πολιτικές εφημερίδες ευρείας κυκλοφορίας που εκδίδονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και σε δυο τουλάχιστον ημερήσιες οικονομικές εφημερίδες.

Τέλος προβλέπεται ότι μέσα σε δώδεκα (12) μήνες από την έναρξη λειτουργίας της, η Αρχή εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων με τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης, σύμφωνα με τα άρθρα 16 και 17 του παρόντος νόμου, επιπλέον καθορίζει τα στοιχεία των εντύπων ενημέρωσης και έγγραφης συναίνεσης καθώς και τη διαδικασία ελέγχου των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης.

Τελικές διατάξεις για τις υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α και Τράπεζες Κρυσυντήρησης.

Σύμφωνα με το άρθρο 30 καθορίζεται η διαδικασία για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας στις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυσυντήρησης, οι οποίες λειτουργούν ήδη κατά την έναρξη ισχύος του νόμου. Ορίζεται ότι οι υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης εξακολουθούν να λειτουργούν κατ' οικονομία, μέχρις ότου καθορισθούν οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας τους και εκδοθεί η απαιτούμενη άδεια, η οποία προβλέπεται στα άρθρα 16 και 17 του νόμου.¹⁰⁵ Οι υπεύθυνοι των Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης που ήδη λειτουργούν, θα πρέπει να πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις.

Τάσσεται μεταβατική προθεσμία έξι (6) μηνών για τη γνωστοποίηση στην Αρχή των στοιχείων των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, οι οποίες λειτουργούν ήδη κατά την έναρξη ισχύος του νόμου.

Τα στοιχεία είναι τα ακόλουθα:

- Την επωνυμία η τον τίτλο και την έδρα τους,
- Το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και την ιδιότητα του εκπροσώπου τους,
- Την περιγραφή των δραστηριοτήτων τους,
- Την ύπαρξη κρυσυντηρημένου γεννητικού υλικού, γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και την προέλευση τους,
- Το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και την ιδιότητα του προσωπικού που απασχολούν.

Ακόμη δίδεται προθεσμία έξι (6) μηνών από την έναρξη ισχύος των προεδρικών διαταγμάτων και των αποφάσεων και πράξεων της Αρχής, στις υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α.

¹⁰⁴ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 29, παρ.3.

¹⁰⁵ Στο ίδιο, άρθρο 30, παρ.2.

και τις Τράπεζες Κρυοσυντήρησης να υποβάλουν αίτηση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας, σύμφωνα με τα άρθρα 16 και 17 του παρόντος νόμου.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η προσφυγή στις μεθόδους Ι.Υ.Α. βαίνει αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια διεθνώς, παράλληλα δε αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο η ανάγκη για ενίσχυση της πρόσβασης των υπογόνιμων ατόμων στις μεθόδους αυτές. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η θεραπεία της υπογονιμότητας συμβάλλει και στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογεννητικότητας. Εν όψει των ανωτέρω, διαπιστώνεται ότι οι Μ.Ι.Υ.Α. που ήδη λειτουργούν σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές δεν καλύπτουν την αυξημένη αυτή ζήτηση στην Ελλάδα. Εξάλλου, οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν και σε φορείς εκτός δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, υπό την απαραίτητη όμως προϋπόθεση, ότι αυτοί λειτουργούν με ειδικές και αυστηρές προδιαγραφές (ανθρώπινο δυναμικό, ειδικός εξοπλισμός, προδιαγραφές ασφαλείας κ.λπ.) και ότι έχουν μόνιμη επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση με νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές που διαθέτουν τμήμα μαιευτικής-γυναικολογίας. Για τους παραπάνω λόγους, καταργείται η διάταξη του άρθρου 59 του νόμου 2071/1992 που περιορίζει τη διενέργεια μεθόδων Ι.Υ.Α. σε νοσοκομεία και ειδικά οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές.

Τέλος η ισχύς του νόμου αρχίζει από την δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επιμέρους διατάξεις.

5. Θέσπιση ποινικών κυρώσεων για τους παραβάτες του ισχύοντος νόμου αλλά και του νόμου 3089/2002.

Το άρθρο 26 του παρόντος νόμου προβλέπει ποινικές κυρώσεις για 14 κατηγορίες παραβάσεων και των δύο νομοθετημάτων. Ο καθορισμός του ύψους των ποινών γίνεται με κριτήριο τη βαρύτητα της παράβασης και με γνώμονα το να είναι οι ποινές εφαρμόσιμες δηλαδή ούτε υπέρμετρα αυστηρές ούτε υπερβολικά επεικείς. Οι ποινές αυτές εκτείνονται από τη φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών μέχρι την κάθειρξη δεκαπέντε ετών. Ειδικότερα:¹⁰⁶

- Όποιος προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, σε επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, σε δημιουργία χιμαιρών και υβριδίων, σε τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, σε μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή σε ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δεκαπέντε ετών.
- Όποιος πωλεί ή αγοράζει ή προσφέρει προς πώληση ή αγορά γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, καθώς και όποιος μεσολαβεί στην πώληση ή αγορά των ανωτέρω, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα ετών. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος ηθελημένα αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την πώληση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων.
- Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, για σκοπούς άλλους από εκείνους που

¹⁰⁶ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 26.

προβλέπονται στο νόμο 3089/2002 και στον παρόντα νόμο, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο ετών.

- Όποιος δημιουργεί γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς σκοπούς ή διενεργεί έρευνα κατά παράβαση των άρθρων 11 και 12 του νέου νόμου, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα ετών. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος χρησιμοποιεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, καθώς και όποιος χρησιμοποιεί για τον ίδιο σκοπό γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά την οποία όμως δεν τηρήθηκαν οι όροι του προβλεπόμενου άρθρου.

- Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς την έγγραφη συναίνεση των προσώπων, όταν αυτή απαιτείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους. Σε περίπτωση που χρησιμοποιούνται γαμέτες ή γονιμοποιημένα ωάρια τρίτων προσώπων χωρίς την έγγραφη συναίνεση των συζύγων ή συντρόφων, επιβάλλεται ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους.

- Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. κατά παράβαση των ορίων ηλικίας, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους.

- Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο ή την άδεια της Αρχής, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους.

- Όποιος μετέχει στη διαδικασία απόκτησης τέκνου μέσω παρένθετης μητρότητας, χωρίς να τηρηθούν οι όροι του ν. 3089/2002 και του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο ετών και με χρηματική ποινή τουλάχιστον 1.500,00 ευρώ. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει, προβάλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, την απόκτηση τέκνου μέσω τρίτης γυναίκας ή παρέχει κατ'επάγγελμα μεσιτικές υπηρεσίες με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την επίτευξη του σκοπού αυτού.

- Σε περίπτωση διάθεσης γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, όποιος προβαίνει σε χρήση αυτών στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. χωρίς τον αναγκαίο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο ή χρησιμοποιεί νωπό σπέρμα τρίτου δότη, κατά παράβαση του νόμου 3305/2005, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο ετών.

- Όποιος χρησιμοποιεί γαμέτες από περισσότερους του ενός δότη κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας ή προκαλεί τη γέννηση περισσότερων από δέκα τέκνων με γαμέτες του ίδιου δότη, κατά παράβαση του ίδιου νόμου, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών μηνών.

- Όποιος αποκαλύπτει με οποιονδήποτε τρόπο την ταυτότητα των δωτών και ληπτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο ετών, εκτός αν προβλέπεται βαρύτερη ποινή από άλλο νόμο.

- Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια μετά το θάνατο εκείνου από τον οποίο προέρχονται, ή αποσπά γαμέτες από κλινικός νεκρά άτομα, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών μηνών.

- Όποιος θέτει σε λειτουργία Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζα Κρυοσυντήρησης, κατά παράβαση του νόμου, ή εφαρμόζει μεθόδους Ι.Υ.Α. εκτός των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστον 2.000,00 ευρώ.

- Όποιος εισάγει γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια από χώρες εκτός Ελλάδος, με σκοπό τη χρήση τους στην Ι.Υ.Α., ή για ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς την τήρηση

των προϋποθέσεων ελέγχου και ιχνηλασιμότητας τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους.

6. Διοικητικές κυρώσεις για παραβάσεις των ρυθμίσεων και των δύο νόμων.

Το άρθρο 27 του νόμου 3305/2002 προβλέπει την επιβολή διοικητικών κυρώσεων, αρμόδια για την επιβολή ή την εισήγηση των οποίων είναι η Αρχή. Οι εν λόγω κυρώσεις περιλαμβάνουν την προσωρινή ή οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης, καθώς και την επιβολή προστίμων. Ειδικότερα:¹⁰⁷

- Όποιος προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, δημιουργία χμαιρών και υβριδίων, τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο 14 ημερών από τη γονιμοποίηση, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος επί τουλάχιστον δύο έτη και πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ. Αν γίνει μία από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 200.000,00 έως 400.000,00 ευρώ.
- Όποιος πωλεί ή αγοράζει, ή προσφέρει προς πώληση ή αγορά, γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια, ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, καθώς και όποιος μεσολαβεί στην πώληση ή αγορά των ανωτέρω, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος επί τουλάχιστον ένα έτος και πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 30.000,00 έως 60.000,00 ευρώ. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την πώληση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων. Αν γίνει μία από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ.
- Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, για σκοπούς άλλους από εκείνους που προβλέπονται στο ν. 3089/2002 και στον παρόντα νόμο, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ.
- Όποιος δημιουργεί γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς σκοπούς ή διενεργεί έρευνα κατά παράβαση των άρθρων 11 και 12 του ν. 3305/2005, εκτός από τις ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 30.000,00 έως 60.000,00 ευρώ και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον ενός έτους. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος χρησιμοποιεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, καθώς και όποιος χρησιμοποιεί για τον ίδιο σκοπό γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά την οποία όμως δεν

¹⁰⁷ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα 1, άρθρο 27.

τηρήθηκαν οι απαραίτητες προϋποθέσεις. Αν γίνει μία από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ και ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος για δύο έτη.

- Σε περίπτωση διάθεσης γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, όποιος προβαίνει σε χρήση αυτών στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. χωρίς τον αναγκαίο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, ή χρησιμοποιεί νωπό σπέρμα τρίτου δότη, εκτός από τις ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον έξι μηνών.

- Σε περίπτωση εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς την έγγραφη συναίνεση των προσώπων, όταν αυτή απαιτείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, καθώς και σε περίπτωση χρησιμοποίησης γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων τρίτων προσώπων χωρίς την έγγραφη συναίνεση των συζύγων ή συντρόφων, εκτός από τις ποινικές ποινές επιβάλλεται και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης από τρεις έως έξι μήνες. Αν η παράβαση γίνει πάλι, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας.

- Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. κατά παράβαση των ορίων ηλικίας, εκτός από τις ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης από τρεις έως έξι μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί πάλι, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας.

- Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο ή την άδεια της Αρχής, που προβλέπονται στο άρθρο 4 του νέου νόμου, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

- Όποιος χρησιμοποιεί γαμέτες από περισσότερους του ενός δότη κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας ή προκαλεί τη γέννηση περισσότερων από δέκα τέκνων με γαμέτες του ίδιου δότη, κατά παράβαση του νόμου, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον τριών μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

- Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια μετά το θάνατο εκείνου από τον οποίο προέρχονται ή αποσπά γαμέτες από κλινικά νεκρά άτομα, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον έξι μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

- Σε περίπτωση θέσεως σε λειτουργία Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζας Κρυσυντήρησης, κατά παράβαση του ισχύοντος νόμου, ή εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. εκτός των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, επιβάλλεται, εκτός από τις προβλεπόμενες ποινές και προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος των υπευθύνων μέχρι έξι μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος.

- Η εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ζεύγους, ή κατόπιν ελλιπούς ενημέρωσης του, επισύρει κατά της Μ.Ι.Υ.Α. πρόστιμο ποσού 1.500,00 έως 3.000,00 ευρώ.

- Σε περίπτωση παράβασης του άρθρου 6 του ν. 3305/2005, σχετικά με τον αριθμό των μεταφερομένων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων, επιβάλλεται κατά των υπευθύνων για την εν λόγω μεταφορά, πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ.

Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α, τουλάχιστον έξι μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α..

- Η ελλιπής τήρηση αρχείων από τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυσυντήρησης, η παράλειψη διαβίβασης των στοιχείων τους στην Αρχή, καθώς και η παράλειψη κοινοποίησης εξαιρετικών συμβάντων, τιμωρείται με πρόστιμο ποσού 1.500,00 έως 3.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης τουλάχιστον έξι μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, οι παραπάνω ποινές επαυξάνονται ανάλογα με τη βαρύτητα της παράβασης.
- Στην περίπτωση παράβασης των όρων της κρυσυντήρησης γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, όπως ορίζονται στο άρθρο 7 του νόμου, επιβάλλεται κατά της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ.
- Σε περίπτωση δημιουργίας ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων που δεν συνάπτει με τις διατάξεις του ισχύοντος νόμου, επιβάλλεται στη Μ.Ι.Υ.Α πρόστιμο ποσού 1.000,00 έως 2.000,00 ευρώ.
- Η διενέργεια προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης, που θα επιφέρει προβλήματα είτε στη μητέρα είτε στο γεννητικό υλικό τιμωρείται με πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. επί ένα έτος. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α..

7. Ασφαλιστικές διατάξεις της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του νέου νομοσχεδίου είναι η πρώτη φορά που ξεδιαλύνεται οριστικά το ασφαλιστικό θέμα της Ι.Υ.Α.. Συγκεκριμένα, παρέχεται η εξουσιοδότηση για έκδοση προεδρικού διατάγματος, ύστερα από πρόταση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των συναρμόδιων Υπουργών, ύστερα από γνώμη της Αρχής, με το οποίο θα καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η απαιτούμενη διαδικασία για την κάλυψη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς των δαπανών εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. και των συναφών τεχνικών.¹⁰⁸ Η πρόβλεψη αυτή κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου να ενθαρρυνθούν τα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν στην Ι.Υ.Α., να διευκολυνθεί η πρόσβαση τους σε αυτήν και να καταδειχθεί ότι η κοινωνική ασφάλιση συνδράμει στην αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος και στην ενίσχυση της δημιουργίας οικογένειας. Με τον ίδιο τρόπο και με βάση την αρχή της ίσης μεταχείρισης των πολιτών, προτείνεται να καλυφθούν οι οικονομικά αδύνατοι και ανασφάλιστοι που προσφεύγουν στην Ι.Υ.Α., μέσω προγράμματος κοινωνικής πρόνοιας.

Με το ίδιο Προεδρικό Διάταγμα καθορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών μητρότητας, τις οποίες χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και τα δικαιώματα που σχετίζονται με τους όρους και τις συνθήκες εργασίας, σε περίπτωση παρένθετης μητρότητας.

¹⁰⁸ Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005, παράρτημα Ι, άρθρο 28, παρ.1.

Όπως έχει αναφερθεί τα κρατικά ταμεία ασφάλισης καλύπτουν ένα μικρό ποσό για την προσπάθεια εξωσωματικής, μπορούν όμως να καλύψουν ένα μέρος του κόστους των φαρμάκων γύρω στα 250 ευρώ αφού προηγουμένως προσκομηθούν τα απαραίτητα δικαιολογητικά που θα ζητηθούν. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνήθως δεν καλύπτουν κανένα ποσό για εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά και πάλι καλό θα είναι να υπάρχει ενημέρωση από τον ασφαλιστικό πράκτορα. Σύμφωνα όμως με τις αλλαγές που υπεβλήθησαν στο καινούργιο νομοσχέδιο όλα τα ασφαλιστικά ταμεία θα καλύπτουν στο εξής τη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης.

7.1. Ασφαλιστική κάλυψη από το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α.). Μια νέα πραγματικότητα.

Το Ι.Κ.Α στο πλαίσιο της προσπάθειας εκσυγχρονισμού του έχει θεσπίσει τη διαδικασία αναλυτικής πληροφόρησης των ασφαλισμένων του για θέματα που τους αφορούν, κρίνοντας ότι με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η εξυπηρέτησή τους και αναβαθμίζεται η παροχή των υπηρεσιών του Ιδρύματος προς αυτούς. Οι ενδιαφερόμενες, ασφαλισμένες στο Ι.Κ.Α, μπορούν να ενημερωθούν, για όλες τις πιθανές απορίες τους γύρω από την εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία αποτελεί πλέον μια νέα πραγματικότητα. Στην συνέχεια, περιγράφονται αναλυτικά οι προϋποθέσεις που έχει θεσπίσει το Ι.Κ.Α για την εξωσωματική γονιμοποίηση, τα δικαιολογητικά που απαιτούνται, τη συχνότητα με την οποία μπορεί να επαναληφθεί η διαδικασία, καθώς και τα δικαιολογητικά που χρειάζονται προκειμένου να συνταγογραφηθούν τα φάρμακα που απαιτούνται για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας.¹⁰⁹

A. Προϋποθέσεις για εξωσωματική γονιμοποίηση

Στη συγκεκριμένη μέθοδο μπορούν να προσφύγουν προκειμένου να αποκτήσουν παιδί, έγγαμες γυναίκες, ηλικίας 23 έως 45 χρόνων.

B. Διαδικασίες

Η ασφαλισμένη θα πρέπει να προσφύγει σε γυναικολόγο του Ι.Κ.Α για έλεγχο των προϋποθέσεων και σχηματισμό του σχετικού φακέλου για παραπομπή σε ειδική επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η ειδική επιτροπή θα εγκρίνει τελικά την ένταξη της ασφαλισμένης σε πρόγραμμα εξωσωματικής Γονιμοποίησης.

Οι Επιτροπές εξωσωματικής Γονιμοποίησης είναι δύο για όλη την Ελλάδα:

1η Επιτροπή εξωσωματικής ΑΘΗΝΑΣ

Καλύπτει όλες τις ασφαλισμένες εκτός εκείνων της Β. Ελλάδας.

2η Επιτροπή εξωσωματικής ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Καλύπτει τις ασφαλισμένες της Β. Ελλάδας.

¹⁰⁹ [WWW.ika.gr/gr/infopagew/asf/benefirw/kind/exgon.cfm](http://www.ika.gr/gr/infopagew/asf/benefirw/kind/exgon.cfm), 11 Απριλίου 2005.

Γ. Δικαιολογητικά για την επιτροπή

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την Επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι:¹¹⁰

1. Παραπεμπτικό (προς την επιτροπή) από γυναικολόγο του Ι.Κ.Α και υποβολή του συνημμένου ειδικού εντύπου, αφού προηγηθεί έλεγχος των εξετάσεων που αναφέρονται σ' αυτό από τον γυναικολόγο του Υποκαταστήματος Ι.Κ.Α στο οποίο υπάγεται η ασφαλισμένη.

2. Βιβλιάριο υγείας με ασφαλιστική ικανότητα και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.

3. Αστυνομική ταυτότητα.

4. Δύο πλήρη σπερμοδιαγράμματα του συζύγου που πρέπει να έχουν γίνει με μεσοδιάστημα 3 μηνών το ένα από το άλλο και το ένα τουλάχιστον να έχει γίνει στο Ι.Κ.Α. Και τα δύο σπερμοδιαγράμματα θα πρέπει να υπογράφονται από ιατρό μικροβιολόγο- βιοπαθολόγο ή και βιολόγο, αλλά όχι από ιατρό γυναικολόγο του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Σε περίπτωση παθολογικού σπερμοδιαγράμματος, εκτός περιπτώσεων με σπέρμα κάτω του 1.000.000/ml έως και αζωοσπερμία, απαιτείται ιατρική γνωμάτευση ενδοκρινολόγου ή ουρολόγου για τα πιθανά αίτια της νόσου, η θεραπευτική προσπάθεια που έγινε και αν αυτή είχε και ποια αποτελέσματα.

5. Μία σαλπινγογραφία, η οποία πρέπει να έχει γίνει μέσα στην τελευταία 5ετία, ή εναλλακτικά, γνωματευμένη λαπαροσκόπηση και υποβάλλεται μαζί με το εξιτήριο του νοσοκομείου ή της κλινικής που έγινε, ή με την ένδειξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στο βιβλιάριο υγείας και γενικά σε έντυπο σφραγισμένο από κρατικό ή ιδιωτικό νοσηλευτήριο. Χωρίς σαλπινγογραφία, ή λαπαροσκοπική έκθεση δεν γίνεται δεκτή η αίτηση της ενδιαφερόμενης. Εννοείται ότι σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά η υστεροσκόπηση την σαλπινγογραφία ή την λαπαροσκόπηση.

Εάν υπάρχει πλήρης απόφραξη σαλπίγγων, δεν απαιτείται σπερμοδιάγραμμα και βέβαια σε περίπτωση αποδεδειγμένης με νοσηλεία άμφω χειρουργικής εξαίρεσης σαλπίγγων, δεν απαιτείται ούτε σαλπινγογραφία.

6. Υπερηχογράφημα τελευταίου εξαμήνου με έκθεση υπογεγραμμένη από γυναικολόγο ή ακτινολόγο.

Η επιτροπή έχει δικαίωμα να ζητήσει επιπλέον εξετάσεις στις εξής περιπτώσεις:¹¹¹

1. Σε περιπτώσεις ανωμαλιών ή ευρημάτων από την ενδομητρική κοιλότητα (βάσει της σαλπινγογραφίας), οπότε απαιτείται υστεροσκόπηση ή θεραπεία και επανεξέταση του θέματος μετά από 6 μήνες, δηλαδή μετά την αποκατάσταση του προβλήματος.

2. Σε ενδομητριοσικές κύστες μεγαλύτερες των 3 εκ., οπότε απαιτείται να προηγηθεί της εξωσωματικής θεραπευτική αντιμετώπιση και επανεξέταση του θέματος μετά από 6 μήνες.

3. Απαραιτήτως, σε όλες τις ασφαλισμένες άνω των 39 ετών, απαιτείται έλεγχος FSH,E2,PRL 2ης – 6ης ημέρας κύκλου, που να έχει διενεργηθεί από εργαστήριο του Ι.Κ.Α ή Κρατικού Νοσοκομείου, ή ιδιωτικό εργαστήριο, υπογεγραμμένος από μικροβιολόγο.

¹¹⁰ WWW.ika.gr/gr/infopagew/asf/benefitw/kind/exgon.cfm, 11 Απριλίου 2005.

¹¹¹ WWW.ika.gr/gr/infopagew/asf/benefitw/kind/exgon.cfm, 11 Απριλίου 2005.

4. Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, κάθε γυναίκα δικαιούται να υποβληθεί στη μέθοδο, μέχρι τέσσερις φορές συνολικά και ανά τετράμηνο τουλάχιστον.
5. Η κρίση της επιτροπής θα αφορά δύο προσπάθειες οι οποίες δεν μπορούν να απέχουν μεταξύ τους λιγότερο από 4 μήνες ούτε περισσότερο από έτος. Εννοείται ότι η ασφαλισμένη θα ξαναπεράσει από επιτροπή για τις υπόλοιπες δύο προσπάθειες, καθώς επίσης και ότι περνάει κάθε φορά από επιτροπή όταν οι προσπάθειες γίνονται ανά έτος.
6. Η ασφαλισμένη θα παρίσταται αυτοπροσώπως στην Επιτροπή και θα υποβάλλεται σε γυναικολογική εξέταση.
7. Μετά την έκδοση της γνωμάτευσης, η ασφαλισμένη θα πρέπει να προχωρήσει στη προσπάθεια μέσα σε τρεις (3) μήνες τουλάχιστον.
8. Εάν δεν χορηγηθεί παραπεμπτικό για την επιτροπή, λόγω αντίρρησης επιστημονικά τεκμηριωμένης και αναγραφόμενης στο βιβλίο ασθενών από τον γυναικολόγο, η ασφαλισμένη δικαιούται εντός 48ώρου να ζητήσει την επανεξέτασή της από την Αρχή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Υποκαταστήματος στο οποίο υπάγεται (παρουσία γυναικολόγου), η οποία και θα κρίνει για την παραπομπή ή όχι της ασφαλισμένης στην επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης.
9. Μετά την γέννηση ακολουθεί υπεύθυνη δήλωση της ασθενούς όταν θα λαμβάνει το επίδομα τοκετού, εάν η σύλληψη ήταν εξωσωματικής γονιμοποίησης, σε ποιο κέντρο πραγματοποιήθηκε και αν χρησιμοποίησε όλα τα φάρμακα που της δόθηκαν.
10. Σε περίπτωση αρνητικής απόφασης της επιτροπής εξωσωματικής γονιμοποίησης, η ασφαλισμένη μπορεί να ζητήσει νέο ραντεβού μετά από 6 μήνες.
11. Εάν η επιτροπή εξωσωματικής κρίνει από την εξέταση των παραστατικών, ότι πρέπει να γίνει διέγερση ωοθηκών ή και ενδομητρική σπερματέγχυση, έχει το δικαίωμα να ζητήσει να γίνουν έως 4 προσπάθειες διέγερσης ωοθηκών ή και ενδομητριακής σπερματέγχυσης.

Δ. Πρόκληση ωοθυλακιωρρηξίας

Για να συνταγογραφηθούν από τον γυναικολόγο Ι.Κ.Α τα φάρμακα που απαιτούνται για την πρόκληση ωοθυλακιωρρηξίας, η ασφαλισμένη έχει την υποχρέωση να προσκομίσει τα εξής δικαιολογητικά:

- υπερηχογράφημα
- σπερμοδιάγραμμα από μικροβιολόγο και
- γνωματευμένη σαλπιγγογραφία τελευταίας διετίας όπου θα φαίνεται ότι δεν υπάρχει σαλπιγγικός παράγων (Δεν νοείται πρόκληση και πιθανόν σπερματέγχυση με σπερμοδιάγραμμα κάτω των 1.000.000/ml ή με κλειστές σάλπιγγες).

Στην συνταγή επισυνάπτεται η έκθεση της σαλπιγγογραφίας και το υπερηχογράφημα, καθώς και η γνωμάτευση του ιατρού. Εάν υπάρχει άρνηση του γυναικολόγου να αναγράψει φάρμακα πρόκλησης ωοθυλακιωρρηξίας, αυτή πρέπει να είναι στοιχειοθετημένη, εκτός εάν υπάρχει απόφαση της επιτροπής εξωσωματικής του Ι.Κ.Α.

Οι συνταγές θα ελέγχονται ως προς την τήρηση των ως άνω προϋποθέσεων και θα θεωρούνται από ελεγκτή γιατρό.

Ε. Παροχές Ι.Κ.Α για κάθε προσπάθεια εξωσωματικής – Χορήγηση φαρμάκων

Για κάθε προσπάθεια εξωσωματικής (τέσσερις (4) συνολικά) το Ι.Κ.Α καταβάλλει το προβλεπόμενο από το ισχύον Προεδρικό Διάταγμα ποσό των 352,16 Ευρώ (120.000 δρχ).

Καλύπτονται όλες οι εξετάσεις που είναι αναγκαίο να προηγηθούν του σχηματισμού του φακέλου παραπομπής της ασφαλισμένης στην Επιτροπή. Καλύπτονται πλέον και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την πραγματοποίηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, για την πραγματοποίηση σπερματέγχυσης και για την πρόκληση ωορρηξίας (πλην των ARVEKAP 0,1mg, PREGNYL, PROFASI, UTROGESTAN, DARONDA 2,8ml SUPREFACT Amp 2X7 και Nasa1 Spray).

Τα φάρμακα χορηγούνται από τα Φαρμακεία του Ιδρύματος και συγκεκριμένα:

- Από το Κεντρικό Φαρμακείο
- Από το Ογκολογικό Νοσοκομείο
- Από το Β΄ Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΣΤ. Δικαιολογητικά πληρωμής της ασφαλισμένης

Μετά το πέρας κάθε προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης, για να εισπράξει η ασφαλισμένη το ποσό που προβλέπεται, πρέπει να υποβάλει σχετική αίτηση στο Ι.Κ.Α της περιοχής της στην οποία θα επισυνάπτονται:

1. Γνωμάτευση της Επιτροπής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης του Ι.Κ.Α.
2. Βεβαίωση του Κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην οποία θα αναφέρονται: η πραγματοποίηση της εξωσωματικής, καθώς και η ολοκλήρωση της προσπάθειας μέχρι και το στάδιο της εμβρυομεταφοράς, δεδομένου ότι σε περίπτωση μη πραγματοποίησης της εμβρυομεταφοράς και κατά συνέπεια μη ολοκλήρωσης της προσπάθειας αποδίδεται το ήμισυ του προβλεπόμενου ποσού της Κρατικής διατίμησης.
3. Βιβλιάριο Ασθενείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

1. Η αντίδραση της εκκλησίας.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί αναμφίβολα ένα από τα πιο εντυπωσιακά επιτεύγματα της ιατρικής και των βιολογικών επιστημών, με βαθύτατες κοινωνικές συνέπειες. Το γεγονός της γεννήσεως ενός νέου ανθρώπου, με το οποίο αυτή συνδέεται, χαιρετίζεται με ιδιαίτερο θαυμασμό, δέος και χαρά. Παράλληλα όμως και το πρόβλημα της ποιοτικής στάθμης της ζωής και αυτού και των γονέων του δεν είναι ευ'καταφρόνητο. Για την εκκλησία ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου δεν σημαίνει μόνον βιολογική ή ψυχολογική αρτιότητα και κοινωνική ευδαιμονία, αλλά μαζί με αυτά και δυνατότητα πνευματικής ολοκλήρωσης. Αυτή η πνευματική διάσταση είναι που προσδίδει στον άνθρωπο το αίσθημα της ψυχοσωματικής αρμονίας και την έκταση της υπαρξιακής του πληρότητας.

Ο κ. Χριστόδουλος χαρακτήρισε τους συντάκτες του νομοσχεδίου ψευτοπροοδευτικούς και υποστήριξε ότι το νομοσχέδιο «ξεθεμελιώνει τις αρχές που διέπουν την οικογένεια» λέγοντας ότι επιθυμούν να καταστήσουν την ανθρώπινη φύση γενετικό υλικό.¹¹² Επίσης, υπογράμμισε ότι για την εκκλησία δεν πρόκειται να γίνει αποδεκτή η εξίσωση της οικογένειας με παρά φύσιν υποκατάστατα, όπως θα συμβεί αργότερα, τα παιδιά να μην γνωρίζουν τον πατέρα ή τη μητέρα τους, να παντρεύονται αδέρφια μεταξύ τους χωρίς να το γνωρίζουν και να γεννιούνται παιδιά από ομοφυλόφιλους δήθεν γονείς και ζήτησε από τους βουλευτές να ψηφίσουν κατά συνείδηση, εάν το νομοσχέδιο δεν αποσυρθεί και ταυτόχρονα ζήτησε από την κυβέρνηση να αρχίσει διάλογο με την εκκλησία και τους φορείς, ώστε να μην επαναληφθεί ό,τι έγινε με τις ταυτότητες.

Η ανακοίνωση του υπουργείου Δικαιοσύνης μεταξύ άλλων αναφέρει ότι η ελληνική πολιτεία, όπως και άλλες χώρες εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, «οφείλει να διαμορφώσει ένα συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, δεδομένης της αλματώδους ανάπτυξης που παρουσιάζουν οι ιατρικές μέθοδοι που υποβοηθούν την ανθρώπινη αναπαραγωγή».¹¹³ Η ανακοίνωση συνεχίζει αναφορικά με ορισμένες επισημάνσεις του Μακαριότατου Αρχιεπισκόπου Αθηνών και Πάσης Ελλάδος Χριστόδουλου επί του προηγούμενου κυρίως νομοσχεδίου, του νόμου 3089/2002.

Πρέπει να διευκρινιστούν τα εξής, ώστε να μη δημιουργούνται εσφαλμένες εντυπώσεις ή τυχόν παρανοήσεις:

- 1) Βασικός σκοπός του νομοσχεδίου είναι να ενισχύσει και όχι να αποδυναμώσει την οικογένεια, οπου ρυθμίζει τη δυνατότητα να αποκτήσουν παιδιά γονείς που είναι σε ηλικία ικανότητας αναπαραγωγής, αλλά για φυσικούς λόγους δεν γίνεται.
- 2) Απαγορεύει ρητά την κλωνοποίηση και την επιλογή φύλου.

¹¹² WWW.i-m-attikis.gr/html/gr/news/031202.htm, 24 Μαρτίου 2005.

¹¹³ WWW.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=41143, 30 Μαρτίου 2005.

3) Στην τεχνητή γονιμοποίηση, που ως γνωστόν ισχύει στην πράξη εδώ και δεκαετίες και στην χώρα μας, ουδέποτε προέκυψε ζήτημα αναζήτησης του δότη. Σημειωτέον ότι σε όλες τις νομοθεσίες που ρυθμίζουν το ζήτημα καθιερώνεται η ανωνυμία του δότη.

4) Από τους επιστήμονες θεωρείται στατιστικά αδύνατη η πιθανότητα να γίνει γάμος μεταξύ προσώπων που προέρχονται από το γεννητικό υλικό του ίδιου προσώπου.

5) Το άρθρο 1 του νομοσχεδίου επιτρέπει την τεχνητή γονιμοποίηση μόνο για αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο και όχι βεβαίως για λόγους συνδεόμενους με την ύπαρξη ομοφυλικής σχέσης.

6) Ο όρος «γεννητικό υλικό» που χρησιμοποιείται στο νομοσχέδιο είναι καθιερωμένος στην επιστήμη και αναφέρεται μόνο σε γονιμοποιημένα ωάρια και όχι σε έμβρυα.

7) Η μετά θάνατον τεχνητή γονιμοποίηση, οριακή βεβαίως περίπτωση, η οποία όμως συμβαίνει στην πράξη, υπάγεται από το νομοσχέδιο σε αυστηρές προϋποθέσεις. Τυχόν ανυπαρξία νομοθετικής ρύθμισης θα οδηγούσε στη γέννηση παιδιών δεύτερης κατηγορίας, τα οποία δεν θα είχαν τη δυνατότητα να θεμελιώσουν την πατρότητα (του συζύγου της μητέρας τους), με συνέπεια να στερούνται των συναφών δικαιωμάτων τους.

1.1. Βασικές θεολογικές θέσεις.

Η εκκλησία προσλαμβάνοντας και μεταμορφώνοντας τη συνείδηση μας επισημαίνει και διατηρεί τις τεράστιες δυνατότητες και τις απεριόριστες προοπτικές που διανοίγει στον άνθρωπο η χάρη του Θεού. Γι' αυτό και με κανένα τρόπο δεν μπορεί να νοηθεί ως αντικειμενοποιημένη αυθεντία που αποβλέπει στην τυποποίηση ή στην αστυνόμευση της ζωής μας. Σκοπός της δεν είναι η επιβολή κανόνων και απαγορεύσεων στη ζωή μας, αλλά η διαμόρφωση κριτηρίου που οδηγεί στη γνώση της αλήθειας που ελευθερώνει.

Η εκκλησία βαθιά γνωρίζει και με συμπάθεια κατανοεί την ανθρώπινη φύση και αδυναμία της. Παράλληλα όμως θέλει να προστατεύσει και την ιερότητα του προσώπου μαζί με την επιθυμία της τεκνογονίας, να εμπνεύσει και την ανάγκη του Θεού μαζί με την φιλανθρωπία της, να προσφέρει και την ακεραιότητα της αλήθειας μαζί με την οικονομία της, να δώσει και την ακρίβεια του θεϊκού θελήματος.

Βασικό στοιχείο της ορθόδοξης ανθρωπολογίας είναι η αναγνώριση της ιερότητας της υπάρξεως του ανθρώπου. Σκοπός του «κατ' εικόνα Θεού» πλασμένου ανθρώπου είναι να ομοιωθεί με τον Θεό.¹¹⁴ Για τον λόγο αυτό, όταν κανείς ασχολείται με τον άνθρωπο, πολύ περισσότερο όταν «χειρίζεται» τον άνθρωπο, ιεουργεί και συνεπώς πρέπει να ενεργεί με ιερό φόβο και σεβασμό.

Ο άνθρωπος δεν είναι αίπιος της υπάρξεως του. Κάθε αναγωγή στην αρχή της ζωής του πρέπει να γίνεται με αίσθημα δέους και όχι με ύβρη. «Τον Θεό, είτε Τον βλέπουμε ως χορηγό τής ζωής, οπότε Τον προσεγγίζουμε μετά φόβου, είτε αδιαφορούμε γι' αυτόν, οπότε ενεργούμε οι ίδιοι ως θεοί»¹¹⁵. Στη δεύτερη περίπτωση έχουμε την ύβρη, το τίμημα της οποίας είναι βαρύ.

¹¹⁴ WWW.immspartis.gr/links/periodiko_osios_nikon/140/d22.htm, 20 Απριλίου 2005.

¹¹⁵ WWW.immspartis.gr/links/periodiko_osios_nikon/140/d22.htm, 20 Απριλίου 2005.

Η εκκλησία στέκεται με επιφύλαξη έναντι της ομολογής γονιμοποίησης, αλλά δεν μπορεί να δεχτεί την ετερόλογη. Θεωρεί ότι η ετερόλογη γονιμοποίηση αποτελεί θεσμοποίηση της μοιχείας. Πέρα από το ψυχολογικό φορτίο το οποίο έτσι κι αλλιώς υφίσταται το ζευγάρι για την ατεκνία του, όσοι γιατροί συστήνουν στα άτεκνα ζευγάρια να προχωρούν στην προσπάθεια για απόκτηση παιδιού με τρόπο που ξεφεύγει από τις οικογενειακές αξίες, υποθηκεύουν την ισορροπία του ζευγαριού, αλλά και φορτώνουν το όποιο παιδί με το στίγμα ότι δεν είναι γνήσιο μέλος της οικογένειας. Εκτός και αν έχουμε προχωρήσει τόσο πολύ ώστε να μπορούμε να συμβιβαστούμε χωρίς κανέναν ψυχολογικό προβληματισμό με τους καρπούς της μοιχείας, κατά το δόγμα "ο σκοπός αγιάζει τα μέσα". Αλλά και έναντι της ομολογής γονιμοποίησης η εκκλησία στέκεται με κάποια επιφύλαξη. Όχι βέβαια γιατί απορρίπτει την μέθοδο ή την ιατρική πρόοδο, αλλά γιατί υπάρχει ένα ζήτημα παράπλευρων ζημιών", το οποίο δεν μπορεί παρά να μην το λάβει υπόψη της. Πρόκειται για την κατάψυξη γονιμοποιημένων ωαρίων. Για την πολιτεία, και ίσως για κάποιους επιστήμονες (σίγουρα για τους περισσότερους "προοδευτικούς") τα γονιμοποιημένα ωάρια δεν είναι έμβρυα, άνθρωποι, με σώμα και ψυχή, αλλά πειράματα. Όμως για την εκκλησία ο άνθρωπος δεν γίνεται άνθρωπος μετά τον τρίτο μήνα της κύησης, αλλά εξ άκρας συλλήψεως, και αποτελεί ντροπή για μια πολιτισμένη πολιτεία να περιφρονεί τα ατομικά δικαιώματα των εμβρύων και το κατεξοχήν ανθρώπινο δικαίωμα, αυτό της ζωής. Έχουμε πάλι εδώ την ίδια φιλοσοφία που διαμόρφωσε και το νόμο για τις αμβλώσεις. Με βάση σκεπτικό που κανένας σοβαρός επιστήμονας δεν μπορεί να υποστηρίξει, το έμβρυο δεν είναι άνθρωπος, τουλάχιστον στην αρχή της ύπαρξής του. Η εκκλησία μιλά για ψυχή με αθάνατη αξία. Ακόμα κι αν οι κάθε λογής Επιτροπές δεν παραδέχονται την ύπαρξη της ψυχής, οφείλουν να κατανοήσουν ότι δεν μπορεί η κοινωνία μας να συμβιβαστεί με μια τέτοια θεώρηση, ότι τα έμβρυα δεν είναι άνθρωποι με δικαιώματα. Θεωρείται απάνθρωπο και εγκληματικό να επιλέγουν κάποιοι να κάνουν πειράματα με έμβρυα, στο βωμό της θεραπείας άλλων ανθρώπων ή να τα καταψύχουν στο εργαστηριακό ψυγείο και αργότερα να τα καταστρέφουν, θεωρώντας τα κτήμα τους. Αντιμετωπίζουν ρατσιστικά ή θυσιάζουν υπάρξεις, χωρίς να δίνουν σ' αυτές το δικαίωμα να ζήσουν και να επιλέξουν.

Η μεταθανάτια γονιμοποίηση με κατεψυγμένο σπέρμα του νεκρού συζύγου αποτελεί έκφραση ανθρώπινου εγωισμού. Το παιδί δεν είναι καρπός δημιουργίας και αγάπης, αλλά στέφεται εκ των πρότερων του πατέρα του. Το παιδί χρησιμοποιείται ως ύπαρξη που θα θυμίζει τον πατέρα του. Το παιδί αναπληρώνει το κενό του πατέρα στην οικογένεια επωμιζόμενο ασυναίσθητα ευθύνες και ρόλους που δεν μπορεί να έχει από τη φύση του. Η άποψη αυτή έρχεται να θεωρήσει δικαίωμα τον εγωισμό του ανθρώπου και την παρωχημένη αντίληψη ότι το παιδί γίνεται για να διατηρηθεί το όνομα της οικογένειας.

Τέλος η εκκλησία δεν απορρίπτει τα παιδιά που έρχονται στον κόσμο, έστω κι αν γεννήθηκαν σε συνθήκες νομικά ανώμαλες. Και βέβαια δεν φταίνει τα παιδιά. Η εκκλησία τα περιβάλλει με αγάπη γιατί είναι εικόνες Θεού. Όπως επίσης περιβάλλει με αγάπη, τα ζευγάρια που πονούν για την ατεκνία τους. Προσεύχεται γι αυτά και στηρίζει την αγωνιά τους. Δεν θέλει όμως να αντιμετωπισθούν οι ατέλειες της φύσης ή οι δοκιμασίες με τρόπο αλαζονικό, εγωκεντρικό και τελικά ηθικά ελαττωματικό.

1.2. Η ιερότητα της ανθρώπινης αρχής.

Ο τρόπος που αρχίζει η ζωή είναι ιερός, η ακριβής αρχή της ζωής, μέσα στα πλαίσια της φυσιολογίας, είναι ελεύθερη από την ανθρώπινη αίσθηση. Το γεγονός τελείται «εν κρυπτώ», συνδυάζεται με την εντονότερη έκφραση της αγάπης των συζύγων και καταξιώνει με τον καλύτερο τρόπο το ανθρώπινο σώμα.¹¹⁶ Η αναπαραγωγική λειτουργία είναι και σεξουαλική είναι η μόνη μη αντανάκλαστική αλλά αυτεξούσια λειτουργία του, είναι η κατ'εξοχήν ψυχοσωματική λειτουργία για την ολοκλήρωση της απαιτείται και το έτερο φύλο.

Η σύγχρονη τεχνολογία μας εισάγει πλέον στη λογική της συζυγικής συνεύρεσης δίχως αναπαραγωγή και της αναπαραγωγής δίχως συνεύρεση. Ο δυναμισμός της τεχνολογικής παρουσίας βγάζει την αρχή της ζωής από την ζεστασιά και το σκοτάδι του μητρικού σώματος στην ψυχρά του δοκιμαστικού σωλήνα και στην διαφάνεια του, από το άγνωστο της στιγμής στην ακριβή γνώση της ιερής αρχής, από την μοναδικότητα της συζυγικής παρουσίας των γονέων στην απουσία τους και την αντικατάστασή τους από το ιατρικό προσωπικό. Την ιερή στιγμή της ανθρώπινης αρχής οι δυο γονείς δεν είναι μαζί, ούτε καν παρόντες, το παιδί «κατασκευάζεται» από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, δεν «συλλαμβάνεται» από τους γονείς. Επί πλέον μπορεί να μην έχει το γενετικό υλικό των «γονέων» του ανάμεσα τους μπορεί να μπει και τρίτος, ο δότης. Η προκλητή εξαγωγή σπέρματος γίνεται με μη φυσικούς και συνήθως ηθικά μη αποδεκτούς τρόπους. Αποτελεί οργασμό έξω από τα πλαίσια της φυσιολογικής συνουσίας που ούτως η άλλως τραυματίζει την ιερότητα του γεγονότος. Όταν, βέβαια, αποσκοπεί στην δημιουργία απογόνων, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πράξη απώλειας σπέρματος, αρκεί να επιτελείται με τρόπους μη ευτελιστικούς για τον άνθρωπο. Πάντως απαιτεί ιδιαίτερη ευαισθησία και προσοχή.

1.3. Ηθικά δικαιώματα του εμβρύου.

Μέσα από το γεγονός ότι το έμβρυο είναι άνθρωπος και πρόσωπο σε εξέλιξη, ζωή εξαρτημένη που προέκυψε από την θέληση τρίτων, ανήμπορο να συντηρηθεί και να αμυνθεί από μόνο του, προκύπτουν ασφαλώς και τα δικαιώματά του.

Το πρώτο είναι το δικαίωμα της ανθρώπινης ταυτότητας. Το έμβρυο έχει ηθικώς αναφαίρετο το δικαίωμα να φανερώσει το ίδιο την ταυτότητα και να αναπτύξει την προσωπικότητά του. Αντί εμείς να αποφασίζουμε τι είναι και ποιο είναι, πρέπει να του δώσουμε την δυνατότητα να το αποκαλύψει το ίδιο. Να αποδείξει αν είναι ή όχι άνθρωπος και να φανερώσει τα φυσικά και ψυχικά του γνωρίσματα που το διαφοροποιούν και το ξεχωρίζουν από όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους. Αυτό το δικαίωμα πρέπει να το προστατεύσει η επιστήμη και η κοινωνία.

Το δεύτερο δικαίωμα είναι το δικαίωμα της ζωής. Η φυσική πορεία του εμβρύου είναι αυτή του κάθε ανθρώπου. Το δικαίωμα να ζήσει πρέπει να του το αναγνωρίσουμε, να το προστατεύσουμε και να το φροντίσουμε. Το έμβρυο πρέπει να

¹¹⁶ WWW.immspartis.gr/links/periodiko_osios_nikon/140/d22.htm, 20 Απριλίου 2005.

φθάσει στην δική του κατάσταση αυτόνομης ζωής με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες. Αλλά και ο σκοπός της ύπαρξης του πρέπει να είναι μόνο η ζωή και ποτέ ο πειραματισμός (πειραματικά έμβρυα), το περίσσειμα (πλεονάζοντα έμβρυα) ή η αναμονή σε συνθήκες κατάψυξης (κατεψυγμένα έμβρυα). Το γεγονός ότι για χιλιάδες έμβρυα ο ζεστός μητρικός χώρος ανάπτυξης έχει αντικατασταθεί από το παγερό περιβάλλον ενός καταψύκτη και η δυνατότητα της ζωής από την προοπτική του πειραματισμού και του θανάτου αποτελεί υποβιβασμό της αξίας του ανθρώπου και προσβολή του δικαιώματος στη ζωή.

Το τρίτο δικαίωμα είναι το δικαίωμα της αιωνιότητας. Το έμβρυο έχει προοπτική αθανασίας. Το δικαίωμα του να περάσει από την μήτρα της βιολογικής ζωής στη ζωή της αιωνιότητας φανερώνει το δικαίωμα του Θεού να επαναλαμβάνει την εικόνα του στον άνθρωπο.

1.4. Προβλήματα εξωσωματικής γονιμοποίησης κατά τους κύκλους της εκκλησίας.

Καταφαίνεται ότι οι σύγχρονες τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης ενέχουν ηθικές και πνευματικές παραμέτρους τέτοιες που επιβάλλουν στην εκκλησία μία επιφυλακτικότητα, η οποία στηρίζεται στα εξής τέσσερα σημεία:

1. Η σύλληψη του ανθρώπου με τις σύγχρονες τεχνικές είναι ασεξουαλική, με την έννοια ότι είναι γυμνή από την ιερότητα, ασφάλεια και βεβαιότητα της συζυγικής συνευρέσεως. Ο άνθρωπος πλέον δεν γεννάται φυσιολογικά, αλλά «κατασκευάζεται» τεχνητά.
2. Σε αντίθεση προς τα έμβρυα και το σπέρμα, τα ωάρια πολύ δύσκολα καταψύχονται. Γι' αυτό και οι συνήθειες πρακτικές διευκολύνουν την μαζική προκλητή εξαγωγή ωαρίων, η γονιμοποίηση των οποίων οδηγεί στο πρόβλημα των πλεοναζόντων και κατεψυγμένων εμβρύων.
3. Το γεγονός ότι η γονιμοποίηση γίνεται εκτός του μητρικού σώματος και απουσία των γονέων δημιουργεί απεριόριστες επιλογές μη φυσικών και ηθικώς υπόπτων γονιμοποιήσεων με όσα αυτές συναφή προβλήματα συνεπάγονται.
4. Η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει τεράστιες δυνατότητες προεμφυτευτικής γενετικής επεξεργασίας και παρεμβάσεως με ανυπολόγιστες συνέπειες.

Η ασεξουαλική σύλληψη απογυμνώνει την στιγμή της ψυχοσωματικής αρχής του ανθρώπου από την ατμόσφαιρα της έντονης συζυγικής αγάπης και ολοκληρωτικής ψυχοσωματικής ενώσεως τους. Ο νόμος του Θεού ορίζει ο κάθε άνθρωπος να γεννάται από έκρηξη αγάπης και όχι μόνον από μηχανική ένωση γενετικών κυττάρων (γαμετών). Το γεγονός ότι ο άνθρωπος έχει «το είναι δεδανεισμένον» δεν εναρμονίζεται με την απαίτησή του να προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο της αρχής του είναι να του αποσπά την δημιουργία της υπάρξεως του από την αγαπητική σχέση των γονέων και να την μεθοδεύει σε ιατρικά εργαστήρια με προσωπικές προτιμήσεις και επιλογές.¹¹⁷ Άμεση συνέπεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η δημιουργία

¹¹⁷ WWW.immspartis.gr/links/periodiko_osios_nikon/140/d22.htm, 20 Απριλίου 2005.

«πλεοναζόντων εμβρύων». Η εκκλησία αρνείται τον όρο αυτόν, γιατί δεν μπορεί να δεχθεί ότι υπάρχουν περισσευόμενοι άνθρωποι, την τύχη των οποίων μάλιστα καθορίζουν κάποιιο τρίτοι. Ο κάθε άνθρωπος και συνεπώς το κάθε έμβρυο έχει την μοναδικότητα του προσώπου, την ιερότητα της ανεπανάληπτης εικόνας του Θεού και την αναγκαιότητα της κοινωνίας των υπολοίπων μαζί του. Τα ατυχώς αποκαλούμενα «πλεονάζοντα έμβρυα» διατηρούνται στην κατάψυξη είτε προς μελλοντική χρήση από τούς φυσικούς γονείς, είτε προς δανεισμό σε άλλους «γονείς», είτε για επιτέλεση πειραμάτων είτε για να αποτελέσουν εργαστήρια οργανογένεσεως για την κάλυψη μεταμοσχευτικών αναγκών είτε τέλος για να καταστραφούν. Τίποτε από όλα αυτά βέβαια η εκκλησία δεν πρόκειται να ευλογήσει. Επίσης έμβρυα αυτονομημένα από την διαδικασία της κυοφορίας παραμένουν για την ορθόδοξη ανθρωπολογία και θεολογία αδικαιολόγητα. Κάθε έμβρυο αποτελεί εικόνα του Θεού που πρέπει να της δοθεί η ευκαιρία να δημιουργηθεί. Η κατάψυξη των εμβρύων όμως συνδυάζεται και με άλλα αξεπέραστα προβλήματα. Για παράδειγμα, πόσο χρόνο είναι θεμιτό να διατηρούνται έμβρυα στην κατάψυξη και τι θα γίνει στην περίπτωση που λόγω διαζυγίου ή θανάτου ή κάποιας άλλης αιτίας οι γονείς δεν τα αναζητήσουν; Είναι καλύτερο αυτά να καταστραφούν ή να δωρισθούν σε κάποιο άλλο ζευγάρι; και ποιος είναι ο αρμόδιος να διαλέξει ανάμεσα σε δυο κακά το λιγότερο κακό;

Η εξωσωματική γονιμοποίηση παρέχει καινοφανείς δυνατότητες με απροσδιόριστες ηθικές και κοινωνικές συνέπειες. Έτσι για πρώτη φορά εμφανίζονται στο προσκήνιο οι ιδέες της δωρεάς σπέρματος και ωαρίου, όπως επίσης και η προσφυγή στις αναπαραγωγικές δυνατότητες τρίτης γυναίκας ως πρακτικώς εφικτές. Κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο εξασθένησης ή και αμφισβήτησης της σχέσης γονέως - παιδιού ή μη ισοδύναμης σχέσης των δύο γονέων με το παιδί, αφού ο ένας εκ των γονέων είναι φυσικός γονέας και ο άλλος επέχει θέση πατριού ή μητριάς ή παρεμβολής της φέρουσας μητέρας στην ιερή σχέση των γενετικών γονέων με το παιδί, στην δημιουργία αδελφών αγνώστων μεταξύ τους, στον κίνδυνο αγνώστων αιμομικτικών σχέσεων κ.α. Κάθε μορφή ετερόλογης γονιμοποίησης στην ουσία προκαλεί υποβιβασμό της έννοιας της μητρότητας και της πατρότητας και επειδή παρεμβάλλει τρίτο πρόσωπο στην ιερή διαδικασία της ανθρώπινης αναπαραγωγής, και συνεπώς του μυστηρίου του γάμου, η εκκλησία δεν θα έπρεπε να την υιοθετήσει. Στην περίπτωση κατά την οποία μόνο ο ένας εκ των συζύγων συμβάλλει βιολογικά στην γέννηση του παιδιού, η περίπτωση μοιάζει με αυτή της υιοθεσίας, αλλά διαφέρει κατά το ότι ο ένας εκ των γονέων είναι φυσικός γονέας και ο άλλος επέχει θέση πατριού ή μητριάς. Αντίθετα, η περίπτωση δανεισμού εμβρύου φαίνεται να μοιάζει με αυτή της κλασικής υιοθεσίας.

Στις περιπτώσεις που για αύξηση των πιθανοτήτων επιτυχίας επιτελείται μεταφορά περισσότερων εμβρύων συχνά εμφανίζεται το ενδεχόμενο πολλαπλής κύησης. Η προτεινόμενη στις περιπτώσεις αυτές «επιλεκτική μείωση του αριθμού των εμβρύων» πρὸς επιτυχία της κυοφορίας στην ουσία αποτελεί καταστροφή ζώντων εμβρύων που με κανένα τρόπο η εκκλησία δεν θα μπορούσε να αποδεχθεί. Η ετερόλογη γονιμοποίηση ταυτίζεται με την μοιχεία, διαφέρει όμως στο ότι δεν προϋποθέτει εξωσυζυγική ερωτική σχέση, πράγμα που αποτελεί και την κύρια αιτία του χαρακτηρισμού της μοιχείας ως αμαρτίας και ηθικής εκτροπής. Για τον λόγο αυτό, η εκκλησία θα έπρεπε να διατηρήσει μεν τις επιφυλάξεις της ως προς την ετερόλογη γονιμοποίηση, να αποφύγει όμως την επιτίμησή της ως μοιχείας. Η δυνατότητα κυοφορίας από φέρουσα ή υποκατάστατη μητέρα μπορεί μεν να έχει την θετική της πλευρά κατά το ότι εξυπηρετείται έτσι η αγάπη ή κυοφορία, επειδή όμως ο

αναπτυσσόμενος σύνδεσμος με το έμβρυο κατά την κύηση είναι ουσιαστικό και αναπόσπαστο μέρος όχι μόνο της μητρότητας αλλά και της εμβρυϊκής ανάπτυξης, η μεν συνέχιση της σχέσεως φέρουσα μητέρα - παιδιού αδικεί τους γενετικούς γονείς, η δέ διακοπή της αδικεί και την φέρουσα μητέρα, πρό πάντων δε αδικεί το παιδί. Για τον λόγο αυτό, κυρίως όμως επειδή έτσι διασαλεύεται η οικογενειακή συνοχή, η εκκλησία δυσκολεύεται να ευλογήσει μια τέτοια εκτροπή από την φυσιολογική οδό.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει την δυνατότητα τεκνοποίησης και στις άγαμες μητέρες. Το γεγονός όμως αυτό πρέπει να απορριφθεί διότι αφ' ενός μεν εννοείται γέννηση εκτός γάμου, αφ' ετέρου δε αδικεί το παιδί κατά το ότι προγραμματίζει την δίχως πατέρα ανάπτυξή του. Στην ίδια κατηγορία και λογική θα μπορούσε κανείς να εντάξει και τις περιπτώσεις γονιμοποίησης με σπέρμα αποθανονόντος συζύγου ή κυοφορίας κατεψυγμένου εμβρύου μετά τον θάνατο του συζύγου. Ανάλογα ισχύουν και για την τεκνοποίηση υπερηλίκων μητέρων. Οι συλλήψεις τέτοιου τύπου επικεντρώνονται στην μεγάλη επιθυμία της μητέρας να αποκτήσει παιδί, οι προϋποθέσεις συμπαραστάσεως στην ανάπτυξη του οποίου από την ίδια την φύση είναι περιορισμένες. Το παιδί αυτό θα προσφέρει μόν την χαρά της γεννήσεώς του στους γονείς του, το ίδιο όμως θα έχει πολύ περιορισμένες πιθανότητες να απολαύσει την φυσική παρουσία και καμία την νεανική ακμή των γονέων του. Οι ίδιοι οι φυσικοί νόμοι προσδιορίζουν τις παραμέτρους ανάπτυξης ενός ανθρώπου. Η τεκνοποίηση υπερηλίκων μητέρων αποτελεί εγωιστικό μυωπικό θέλημα και αδικεί το νεογέννητο παιδί.

Η παρεμβατική γονιμοποίηση δίνει δυνατότητα τεκνοποίησης και σε ζεύγη ομοφυλοφίλων. Η εκκλησία θα πρέπει με κάθε τρόπο να αντιταχθεί σε κάτι τέτοιο, διότι αποτελεί όχι απλώς φυσική ανωμαλία αλλά ηθική διαστροφή με βέβαιες καταστροφικές ψυχολογικές συνέπειες στο παιδί και ανυπολόγιστες στην κοινωνία. Με την εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης συνδέεται και ο προεμφυτευτικός έλεγχος. Όταν ο προεμφυτευτικός έλεγχος συνεπάγεται θεραπευτική ή προληπτική επέμβαση και στη συνέχεια εμφύτευση, είναι συμβατός με την κλασσική ιατρική αντίληψη. Οι περιπτώσεις όμως αυτές αφ' ενός μεν επί του παρόντος είναι ελάχιστες, αφ' ετέρου δεν είναι άμοιρες όλων των υπολοίπων συνεπειών της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Μάλιστα όταν οι εξετάσεις είναι θετικές, δηλαδή διαγνωσθεί γενετική πάθηση, σχεδόν πάντοτε οδηγεί σε διακοπή της κύσεως. Επί πλέον ο έλεγχος αυτός θα μπορούσε να οδηγήσει σε κάποια επιλογή χαρακτηριστικών (φύλου, χρώματος κόμης ή οφθαλμών κ.λπ.) ή ακόμη και σε καταστροφή εμβρύων με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά και συνεπώς να υπηρετήσει μια ευγονική αντίληψη ζωής. Για τους λόγους αυτούς, ενώ ο προεμφυτευτικός έλεγχος αποτελεί σύγχρονη διαγνωστική μέθοδο που υπόσχεται πολλά, η εκκλησία πρέπει να διατηρήσει τις σαφείς επιφυλάξεις της.

Η κλωνοποιητική αναπαραγωγή καταργεί την φυσιολογική διαδικασία της σύλληψης, στην ουσία υποβιβάζει το ανδρικό φύλο, αφού καταργεί την συμμετοχή και τον ρόλο του στην αναπαραγωγή, τραυματίζει την συμμετοχή της μητέρας, αφού δεν συνεισφέρει το γενετικό υλικό της, διαταράσσει την ισορροπία των φύλων, υπό προϋποθέσεις προσβάλλει την ιερότητα του προσώπου και αποτελεί περισσότερο ύβρη παρά επίτευγμα

Η μικρογονιμοποίηση αποτελεί μεν μέθοδο που βελτιώνει τα αποτελέσματα της τεχνητής παρέμβασης στην αναπαραγωγή, αλλά περιορίζει έτσι περισσότερο τον ρόλο της φυσιολογικής επιλογής, που πολλές φορές μάλιστα λειτουργεί προστατευτικά, αφού η γονιμοποίηση του ωαρίου δεν γίνεται μέσα σε περιβάλλον σπέρματος με πολλά σπερματοζώαρια, αλλά με ένα προεπιλεγμένο σπερματοζώαριο. Το γεγονός ότι αδυνατούμε να διαγνώσουμε εκ των προτέρων τυχόν γενετικές ανωμαλίες στα σπερματοζώαρια, η επιλογή των οποίων γίνεται με βιολογικά μόνο κριτήρια, έχει ως αποτέλεσμα την υποκατάσταση της φύσεως στην ευθύνη δημιουργίας γενετικώς παθολογικών εμβρύων, πράγμα που αποτελεί έναν επί πλέον λόγο ηθικής επιφυλακτικότητας στην μικρογονιμοποίηση. Όλες αυτές οι πρακτικές, αν δεν είναι πάντοτε σαφώς ευγονικές στην έκφρασή τους, είναι ευγονικές στην αντίληψή τους. Δεν καταφέρνουν να αποτρέψουν την εμφάνιση της αναπηρίας, αλλά συνήθως εξαφανίζουν τον ανάπηρο. Όσο δεν ξεχωρίζει η πάθηση από τον πάσχοντα, ο μόνος τρόπος αντιμετώπισής της φαίνεται να είναι ο θάνατος του πάσχοντος στην πό αδύναμη, ιερή και ευαίσθητη φάση και έκφραση της ζωής του. Η καταστροφή του παθολογικού εμβρύου εμφανίζεται ως η προτεινόμενη «θεραπεία». Η εξαγωγή της συνένωσης των γαμετών, δηλαδή της σύλληψης, έξω από το μητρικό σώμα, ανοίγει τεράστιες δυνατότητες γενετικών παρεμβάσεων που μπορούν να αλλοιώσουν ανεπανόρθωτα το ανθρώπινο είδος και σε βιολογική βάση και σε κοινωνική έκφραση και οι οποίες είναι σε επικίνδυνο βαθμό ανεξέλεγκτες. Ο συνδυασμός αφ' ενός μεν αδυναμίας επιβολής μηχανισμών ελέγχου αφ' ετέρου δε μεγάλων δυνατοτήτων γενετικής παρέμβασης μπορεί να αποδειχθεί καταστροφικό.

1.5. Πνευματική θεώρηση.

Η εκκλησία δέχεται και τον πόνο και την ασθένεια και την αναπηρία, μέσα στο πλαίσιο της πτώσεως του ανθρώπου. Ταυτόχρονα όμως σέβεται και την ιατρική. Ενώ ευλογεί κάθε ηθικώς αποδεκτή ιατρική ανθρώπινη προσπάθεια για αποκατάστασή τους, την τελική έκβαση σε κάθε μία περίπτωση την εμπιστεύεται στην αγάπη του Θεού προς το κάθε πρόσωπο ξεχωριστά. Η εκκλησία τα θέματα της Βιοηθικής, και συνεπώς και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δεν τα κλείνει με συγκεκριμένους αφορισμούς, αλλά στην ουσία τα αφήνει ανοιχτά, δίνοντας όμως παράλληλα την κατεύθυνση και περιγράφοντας το ήθος προσέγγισής τους. Αυτό που προσφέρει δεν είναι ο γενικευμένος προσδιορισμός του θελήματος τού Θεού, αλλά η δυνατότητα ο καθένας μας να το αναγνωρίσει ο ίδιος στη ζωή του. Επίσης, την γέννηση του κάθε ανθρώπου την βλέπει εντεταγμένη μέσα στο πλαίσιο του μυστηρίου του γάμου. Γι' αυτό και το μυστήριο της ανθρώπινης αρχής το αντιλαμβάνεται να επιτελείται μέσα στην ατμόσφαιρα μιας μονογαμικής, ετεροφυλικής, ευλογημένης από το μυστήριο του γάμου συνεύρεσης, μιας ένωσης «εις σάρκα μίαν». Σύλληψη που επιτελείται σε εργαστήριο άλλο από αυτό του μητρικού σώματος και με διεργασία διαφορετική από την συζυγική συνουσία οπωσδήποτε χάνει από το μυστηριακό της ένδυμα.

1.6. Η αντιπρόταση της εκκλησίας.

Η καταξίωση του ανθρώπου δεν πραγματοποιείται μόνο με την τεκνογονία αλλά και χωρίς αυτή. Η εκκλησία ευλογεί την τεκνοποίηση, ταυτόχρονα όμως βλέπει και τον γάμο δίχως παιδιά ως πλήρη. Η βιολογική στειρότητα μπορεί να καταστεί αφορμή πλούσιας πνευματικής γονιμότητας για τους συζύγους, αν με ταπείνωση δεχθούν το θέλημα του Θεού στην ζωή τους. Αντίθετα, όταν η επιθυμία απόκτησης

παιδιών γίνεται ανυποχώρητο θέλημα, φανερώνει πνευματική ανωριμότητα. Επί πλέον, η εκκλησία θα πρέπει να ασκήσει την επιρροή της ώστε και οι εσφαλμένες κοινωνικές αντιλήψεις περί της στειρότητας να εξαλειφθούν και οι αδιάκριτες πιέσεις του περιβάλλοντος προς τα υπογόνιμα ζευγάρια κατά το δυνατόν να περιορισθούν, κυρίως όμως οι ίδιοι οι σύζυγοι που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα να αντιληφθούν ότι μια ανεπάρκεια σε ένα τομέα της ζωής, όσο ζωτικός κι αν είναι αυτός, συνήθως συνοδεύεται από ένα πλήθος δυνατοτήτων σε άλλους που περιμένουν την εκπλήρωσή τους. Η ευτυχία και ο προσορισμός του ανθρώπου δεν εκπληρώνονται με τον βιασμό της φύσης ή την εμμονή στα θελήματα του αλλά με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του. Το πρόβλημα της υπογονιμότητας κάποιων συζύγων θα μπορούσε κάλλιστα να αντιμετωπισθεί με την λύση της υιοθεσίας. Η εκκλησία θα πρέπει με κάθε τρόπο να αντιπροτείνει την εξυγίανση, προώθηση και διευκόλυνση του θεσμού της υιοθεσίας. Με τον τρόπο αυτό, και τα υπάρχοντα δράματα κάπως επουλώνονται και ο κίνδυνος μιας ανεπιτυχούς κυοφορίας περιορίζεται και το ανθρώπινο θέλημα στην λογική της αγάπης υποτάσσεται. Μια ιδέα που χρήζει περαιτέρω επεξεργασίας, θα μπορούσε να είναι, σε περιπτώσεις γενετικά ανίκανων συζύγων, αντί της υιοθεσίας, να προτείνεται η υιοθεσία και κυοφορία «πλεονάζοντων εμβρύων», αγνώστου στους γονείς προελεύσεως. Με τον τρόπο αυτό, και κάποια έμβρυα περισώζονται και η μητέρα ζει τον σύνδεσμο της εγκυμοσύνης με το παιδί και το παιδί που θα προκύψει θα έχει το αίσθημα ότι είναι περισσότερο συγγενές προς τους γονείς και λιγότερο καρπός υιοθεσίας. Το ενδεχόμενο ενός προβλήματος προκύπτει από την συγκεχυμένη βιολογική ταυτότητα του παιδιού, πράγμα που δεν ισχύει στις περιπτώσεις της κλασσικής υιοθεσίας.

2. Αλλαγές στο νομοσχέδιο ύστερα από παρέμβαση της εκκλησίας.

Με πέντε αλλαγές στο νομοσχέδιο για την τεχνητή γονιμοποίηση ("ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή") κάνει ο υπουργός Δικαιοσύνης μετά το υπόμνημα της Ιεράς Συνόδου της εκκλησίας της Ελλάδος. Συγκεκριμένα:¹¹⁸

1. Γίνεται αποδεκτή η πρόταση της εκκλησίας και αντικαθίσταται ο όρος "γεννητικό υλικό" με τον όρο "γαμέτες και γονιμοποιημένο ωάριο".
2. Για τη γονιμοποίηση με σπέρμα αποθανόντος συζύγου (μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση) αναγκαία προϋπόθεση είναι η ύπαρξη δικαστικής απόφασης.
3. Ως προς τα πλεονάζοντα έμβρυα, η εκκλησία ζητούσε να εξελίσσονται σε έμβρυα μόνο όσα ωάρια μπορούν να εμφυτευτούν. Σύμφωνα με την αναδιατύπωση, οι κρυοσυντηρημένοι γαμέτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια, που δεν χρειάζονται, θα διατίθενται κατά προτεραιότητα για τεκνοποίηση άλλων προσώπων και θα έπεται η χρήση για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή, σε έσχατη περίπτωση, θα επέρχεται η καταστροφή τους.
4. Ρητώς διευκρινίζεται με την αναδιατύπωση του νομοσχεδίου, ότι αποκλείεται η δημιουργία "οικογενειακού πυρήνα ομοφυλοφιλικού χαρακτήρα". Ειδικότερα, επισημαίνεται ότι η υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής γίνεται μόνον εφόσον συντρέχουν οι όροι του άρθρου 1455 του Αστικού Κώδικα (δηλαδή,

¹¹⁸ WWW.i-m-attikis.gr/html/gr/news/031202.htm, 24 Μαρτίου 2005.

αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή αποφυγή μετάδοσης σοβαρής ασθένειας). Αποκλείεται, κατά συνέπεια, κάθε παρερμηνεία περί υποβοηθήσεως σε απόκτηση τέκνου από ομοφυλοφιλικά ζευγάρια ή από άγαμες γυναίκες", που απλώς δεν επιθυμούν τεκνοποίηση με τον φυσικό τρόπο.

5. Ικανοποιείται μερικώς και η πρόταση της εκκλησίας ως προς την τεκνοποίηση εκτός θεσμοθετημένου γάμου. Η εκκλησία ζητούσε να απαγορευθεί η δυνατότητα τεκνοποίησης άγαμης γυναίκας ή να προηγηθεί δικαστική απόφαση. Σύμφωνα με τη νέα διατύπωση, η συναίνεση τεκνοποίησης στην περίπτωση της άγαμης γυναίκας, που ζει στην ελεύθερη ένωση παρέχεται από τον άνδρα με τον οποίον συζεί.

6. Επίσης διευκρινίζεται ότι η παρένθετη μητρότητα (δανεική μητέρα) εφαρμόζεται μόνο στις περιπτώσεις όπου η ενδιαφερόμενη να αποκτήσει παιδί και η δανεική μητέρα (κυοφορούσα γυναίκα) έχουν την κατοικία τους στην Ελλάδα.

3. Η υγεία των παιδιών που γεννιούνται με μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Η τεχνητή γονιμοποίηση επέτρεψε σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό άτεκνων ζευγαριών που υπέφεραν από διάφορα προβλήματα στειρότητας να αποκτήσουν ένα ή περισσότερα παιδιά. Οι γονείς των παιδιών των οποίων η σύλληψη έγινε με τον τρόπο αυτό θα ήθελαν να ξέρουν εάν τα παιδιά τους διατρέχουν μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία τους, σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων η σύλληψη έγινε με φυσιολογικό τρόπο. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν στοιχεία που αναφέρονται σε αυξημένη συχνότητα ορισμένων παθήσεων στα παιδιά των οποίων η σύλληψη έγινε με τεχνητό τρόπο, οι μέθοδοι της τεχνητής γονιμοποίησης πολλαπλασιάστηκαν και διαφοροποιήθηκαν. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε η γονιμοποίηση ωαρίων από σπερματοζωάρια κάτω από εργαστηριακές συνθήκες. Στη συνέχεια τα έμβρυα που αναπτύσσονταν διατηρούνταν σε κατάψυξη, στην κατάλληλη στιγμή τοποθετούνταν στη μήτρα και η κύηση που προέκυπτε επέτρεπε την τεκνοποίηση. Έχουν όμως αναπτυχθεί και άλλες μέθοδοι για τις οποίες υπάρχουν φόβοι ότι μπορεί να έχουν μεγαλύτερους κινδύνους για το γενετικό κληρονομικό υλικό, το DNA, του βρέφους που δημιουργείται. Οι νέες αυτές τεχνολογίες περιλαμβάνουν την απ'ευθείας τοποθέτηση του γενετικού περιεχομένου του σπερματοζωαρίου μέσα στο ωάριο που είναι γνωστή με το όνομα ICSI (intracytoplasmic sperm injection) που σημαίνει μικρογονιμοποίηση. Χρησιμοποιούνται επίσης και μέθοδοι που βασίζονται σε καλλιέργειες εμβρύων και άλλες τεχνικές χειρισμού του γενετικού υλικού για σκοπούς προεμφυτευτικής διάγνωσης. Ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται μετά από σύλληψη με μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης αυξάνεται. Υπολογίζεται ότι στις ανεπτυγμένες χώρες, περίπου 1% των παιδιών έχουν γεννηθεί χάρις στην τεχνητή γονιμοποίηση.

Μέχρι σήμερα τα κυριότερα προβλήματα που είχαν επισημανθεί για την τεχνητή γονιμοποίηση ήταν ο κίνδυνος για περισσότερα από ένα έμβρυα να αναπτύσσονται στη μήτρα της μητέρας. Η εγκυμοσύνη με δυο, τρία ή περισσότερα έμβρυα να αναπτύσσονται στη μήτρα, περιέχει κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για τα παιδιά. Υπάρχουν οι κίνδυνοι πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης, αυξημένων περιγεννητικών προβλημάτων με αυξημένες πιθανότητες πρόκλησης αναπηριών στο παιδί.

Ορισμένες έρευνες εισηγούνται και μερικοί επιστήμονες υποπτεύονται ότι η κατάψυξη εμβρύων είναι δυνατόν να προκαλούν αλλοιώσεις στα γονίδια των παιδιών με απρόβλεπτες συνέπειες. Για παράδειγμα υπάρχουν υποψίες ότι τα παιδιά αυτά

μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο ορισμένων παθήσεων που σχετίζονται με αλλοιώσεις στο γενετικό υλικό όπως το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman και ορισμένοι καρκίνοι όπως το οστεοσάρκωμα και άλλοι. Επίσης άλλες έρευνες δείχνουν προκαταρκτικά ότι παιδιά που γεννιούνται μετά από μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης όπως η ICSI, παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο για σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες σε σύγκριση με παιδιά των οποίων η σύλληψη έγινε με φυσιολογικό τρόπο. Τα δεδομένα αυτά δημιουργούν ανησυχίες και δείχνουν ότι υπάρχει επιτακτικά ανάγκη για μεγαλύτερες, ευρείας κλίμακας έρευνες, οι οποίες θα δώσουν περισσότερα στοιχεία για το σοβαρό αυτό ζήτημα. Με βάση το σκεπτικό αυτό, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι αρμόδιες αρχές, το Medical Research (MRC) και το Human Fertilization and Embryology Authority (HEFA), ανακοίνωσαν ότι αρχίζουν μια επισταμένη έρευνα για να διευκρινιστούν καλύτερα τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν στα παιδιά που γεννιούνται μετά από σύλληψη με τις διάφορες μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης.¹¹⁹

Από το 1978 που γεννήθηκε το πρώτο παιδί με τη μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης μέχρι σήμερα έχουν γεννηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, 68.000 παιδιά με μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης. Μέχρι σήμερα δεν έχουν γίνει ευρείας κλίμακας έρευνες που να αξιολογούν σε μεγάλο αριθμό παιδιών την ασφάλεια των μεθόδων τεχνητής γονιμοποίησης. Πρωτοβουλίες σαν αυτή που έχει ληφθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, θα επιτρέψουν κατά τα επόμενα χρόνια να διασαφηνιστούν καλύτερα τα προβλήματα υγείας των παιδιών των οποίων η σύλληψη έγινε κάτω από τις συνθήκες αυτές. Παράλληλα θα φανεί ποιες από τις μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης εμπεριέχουν τους περισσότερους κινδύνους.

4. Κίνδυνοι και επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν σε μια προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης.

Οι κίνδυνοι που μπορεί να έχει μια προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης είναι οι εξής:¹²⁰

Παρενέργειες

Μερικές γυναίκες που μπαίνουν στο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δυνατόν να αναπτύξουν κάποια ήπια δυσάρεστα συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της αντίδρασης του οργανισμού τους στα φάρμακα που θα πάρουν κατά την φάση της διέγερσης των ωοθηκών. Όμως τα συμπτώματα αυτά είναι συνηθισμένα, δεν έχουν πολύ μεγάλη διάρκεια και δεν εμπνέουν καμία ανησυχία. Έτσι μπορεί να προκύψουν εξάψεις, μελαγχολία, οξυθυμία, πονοκεφάλους και αϋπνία.

¹¹⁹ WWW.medlook.net.cy/article.asp?_id=138, 30 Μαρτίου 2005.

¹²⁰ WWW.kosmogonia.gr/06_06_risks.htm, 20 Απριλίου 2005.

Σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών

Υπάρχει και περίπτωση όμως, παρόλη τη στενή ιατρική παρακολούθηση που γίνεται να αναπτύξουν κάποιες γυναίκες "σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών" που σημαίνει ότι η ανταπόκριση στην θεραπεία είναι πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη. Αυτό θα επιφέρει κύστες στις ωοθήκες με συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα και έντονο το αίσθημα της κακουχίας. Η κατάσταση της γυναίκας θα εκτιμηθεί από τον ιατρό της και σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να σταματήσει η προσπάθεια μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα.

Περίπου 1% με 2% των περιπτώσεων της υπερδιέγερσης είναι πολύ σοβαρή και οι ωοθήκες διογκώνονται και επιφέρουν έντονες ναυτίες, εμετούς, πόνο στην κοιλιακή χώρα, πρήξιμο, δύσπνοια, κακουχία, αδυναμία, λιποθυμίες καθώς και κατακράτηση υγρών. Οι επιπλοκές απαιτούν την άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο. Είναι λοιπόν πολύ χρήσιμο να υπάρχει ενημέρωση από το κέντρο για το σύνδρομο υπερδιέγερσης, να είναι γνωστά τα συμπτώματα και να ειδοποιηθεί αμέσως ο ιατρός αν παρατηρηθούν κάτι από τα παραπάνω συμπτώματα.

Τραυματισμός τραχήλου

Προσωρινός τραυματισμός τραχήλου μπορεί να προκληθεί κατά την διάρκεια της ωοληψίας. Στην περίπτωση αυτή είναι πιθανόν η βελόνα η οποία εισέρχεται στον τράχηλο προκειμένου να περισυλλεγούν τα ωάρια από τις ωοθήκες, να τον τραυματίσει και να αιμορραγήσει.

Πολύδημες κνήσεις

Με την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ συχνό το φαινόμενο των πολύδυμων κνήσεων αφού τοποθετούνται στην μήτρα μέχρι και 4 έμβρυα. Έτσι μπορεί να έχουμε κνήσεις από ένα μέχρι και τέσσερα έμβρυα. Στις περιπτώσεις όπου η κύηση γίνεται από παραπάνω από ένα έμβρυα οι πρόωροι τοκετοί είναι συχνό φαινόμενο με όλους τους κινδύνους που κρύβουν κινδύνους τόσο για την μητέρα όσο και για τα νεογνά.

Επιπλοκές από την τεχνητή γονιμοποίηση.

Στο 10 τοις χιλίοις έχει περιοριστεί η περιγεννητική θνησιμότητα στη χώρα μας, ενώ πριν από 10 χρόνια το ποσοστό ήταν 22 τοις χιλίοις. Όμως το 5% των παιδιών στην Ελλάδα, δηλαδή περίπου 5.000 παιδιά κάθε χρόνο, γεννιούνται πρόωρα και με βάρος μικρότερο των 2,5 κιλών. Αιτία είναι η τεχνητή γονιμοποίηση που η εφαρμογή της έχει αυξηθεί ιδιαίτερα την τελευταία πενταετία. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των πρόωρων νεογνών, λειτουργούν αρκετές μονάδες στη χώρα μας μόνο που δεν είναι επαρκώς στελεχωμένες, ούτε πλήρως εξοπλισμένες.

Αναπηρίες

Από τα παιδιά που γεννιούνται με βάρος μικρότερο των 2,5 κιλών, το 30% αυτών, δηλαδή περίπου 1.500 παιδιά κάθε χρόνο είναι μικρότερα του ενός κιλού. Η επιβίωση αυτών των νεογνών ύστερα από παραμονή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας, φτάνει το 80% και παρόλο που θα περίμενε κανείς να αυξηθούν οι μετέπειτα αναπηρίες αυτών των παιδιών, μόνο το 15% αυτών παρουσιάζουν τελικά σοβαρές αναπηρίες

όπως η εγκεφαλική παράλυση ή ψυχοσωματική καθυστέρηση ή προβλήματα στην όραση ή την ακοή. Το 7% αυτών των παιδιών κινδυνεύει να πάθει εγκεφαλική παράλυση, το 10-15% πάσχει από δυσλεξία και μόνο το 8% των παιδιών αυτών φτάνει στο ειδικό σχολείο. Επίσης το 20% των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες παρακολουθούν τάξη μικρότερη από αυτή στην οποία θα έπρεπε να πηγαίνουν, τη στιγμή που από την ηλικία των 2 ετών μπορούν να διαγνωστούν τα προβλήματα και να δοθεί η απαιτούμενη βοήθεια στα παιδιά αυτά.

4.1. Ένα μικρό τεχνικό πρόβλημα υπεύθυνο για αποτυχία της τεχνητής γονιμοποίησης.

Παιδιά που έχουν γεννηθεί με την βοήθεια μιας συγκεκριμένης τεχνητής εξωσωματικής γονιμοποίησης, κατά την οποία πραγματοποιείται μικροέγχυση του σπέρματος, με χρήση μικροβελόνας, στο εσωτερικό του ωαρίου, εμφανίζουν γενετικές ανωμαλίες σε μεγαλύτερη συχνότητα συγκρινόμενα με παιδιά που έχουν συλληφθεί με τον παραδοσιακό τρόπο. Οι εκτιμήσεις των ερευνητών καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η τεχνική και όχι το προβληματικό σπέρμα (η τεχνική αυτή υιοθετείται όταν τα σπερματοζώαρια έχουν μικρή κινητικότητα και δεν επιτρέπουν τη γονιμοποίηση) ευθύνεται γι' αυτό.

Παγκοσμίως περισσότερες από 25.000 γυναίκες έχουν συλλάβει με τη βοήθεια της τεχνητής αυτής μετά το 1992. Ενώ αρχικά χρησιμοποιήθηκε μόνο στις περιπτώσεις όπου τα σπερματοζώαρια δεν μπορούσαν να γονιμοποιήσουν το ωάριο, το γεγονός πως η τεχνική εγγυόταν τη γονιμοποίηση συνετέλεσε στην ευρεία εφαρμογή της και σε περιπτώσεις υγιούς σπέρματος. Σε μερικά μεγάλα ιατρικά κέντρα των Η.Π.Α χρησιμοποιείται ήδη σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης. Προηγούμενη μελέτη παιδιών τα οποία είχαν γεννηθεί με τη βοήθεια της τεχνικής ICSI, έδειξε πως η πιθανότητα να εμφανίσουν χρωμοσωμικές ανωμαλίες ήταν διπλάσια των παιδιών τα οποία είχαν γεννηθεί έπειτα από φυσιολογική σύλληψη. Επειδή ανάμεσα στις χρωμοσωμικές ανωμαλίες ήταν διπλάσια των παιδιών τα οποία είχαν γεννηθεί έπειτα από φυσιολογική σύλληψη. Επειδή ανάμεσα στις χρωμοσωμικές ανωμαλίες συμπεριλαμβάνονται ελλείψεις, διπλασιασμοί, αναστροφές μετατοπίσεις φυλετικών χρωμοσωμάτων, μια πιθανή εξήγηση ήταν πως οι μη-γόνιμοι άντρες που είχαν προσφέρει τα σπερματοζώαρια τους ήταν φορείς αυτών των ανωμαλιών. Ωστόσο ύστερα από έρευνες, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν ωάρια και σπερματοζώαρια από πιθήκους, έδειξαν πως η ίδια η τεχνική μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες.

Ειδικότερα, όταν εφαρμόζεται η τεχνική ICSI υπάρχει κίνδυνος διαταραχής της μειωτικής ατράκτου, νηματοειδής σχηματισμού που χρησιμοποιείται κατά την κυτταρική διαίρεση για το σωστό διαχωρισμό των χρωμοσωμάτων. Στις περισσότερες μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης, μια δομή η οποία ονομάζεται πολικό σωματίο χρησιμοποιείται ως δείκτης για τον εντοπισμό της μειωτικής ατράκτου, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο τραυματισμός της.¹²¹ Ωστόσο ύστερα από έρευνες διαπιστώθηκε πως το πολικό σωματίο μετακινείται και κατά συνέπεια δεν μπορεί να λειτουργήσει ως αξιόπιστος δείκτης εντοπισμού της θέσεως της μειωτικής ατράκτου, η οποία κινδυνεύει με τραυματισμό.

¹²¹ WWW.sciencenews.gr/articles.asp?offset=162&Article_id=386, 30 Μαρτίου 2005.

Από την έρευνα έγινε φανερό πως η έλλειψη συστατικών του σπερματοζωαρίου, τα οποία δεν εισέρχονται στο ωάριο όπως γίνεται κανονικά, έχει ως συνέπεια την καθυστέρηση της έναρξης των κυτταρικών διαιρέσεων, γεγονός το οποίο έχει άγνωστες επιπτώσεις. Αν και η χρήση της συγκεκριμένης τεχνικής δεν πρόκειται να μειωθεί, διάφορα ιατρικά κέντρα θα ξεκινήσουν μελέτες και σε ανθρώπους που έχουν γεννηθεί με τη βοήθεια της ICSI.

4.2. Προβληματισμός για την δημιουργία καρκίνου μετά από προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Δυστυχώς έχει δημιουργηθεί πολύς θόρυβος τελευταία σχετικά με την υποτιθέμενη σχέση μεταξύ καρκίνου και εξωσωματικής. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη απόδειξη που να αποδεικνύει ή να απορρίπτει τον προβληματισμό αυτό. Πολλές μελέτες έχουν γίνει και άλλες δεν έχουν ακόμη ολοκληρωθεί. Φαίνεται να υπάρχει μια αυξημένη επίπτωση κάποιων μορφών καρκίνου σε μερικές από αυτές τις μελέτες. Δεν είναι όμως σαφές αν αυτοί οι καρκίνοι σχετίζονται με την υπογονιμότητα κατά κάποιο τρόπο, παρά με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Έτσι κι αλλιώς, οι γυναίκες που υπόκεινται σε θεραπεία εξωσωματική έχουν ελεγχθεί περισσότερο από όλες τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας για την εμφάνιση καρκίνου.

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν γιατί οι θεραπείες υπογονιμότητας θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο συγκεκριμένων τύπων καρκίνου. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση εμπλέκονται ορμόνες που διεγείρουν τις ωοθήκες, όπως οι γοναδοτροφίνες. Οι ωοθήκες έτσι παράγουν ορμόνες, όπως οιστρογόνα και προγεστερόνη. Οτιδήποτε επηρεάζει τα επίπεδα αυτών των ορμονών θα μπορούσε να επηρεάσει τον κίνδυνο για εμφάνιση τύπων καρκίνου, που συνδέονται με ορμόνες, όπως τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου. Πολλές θεωρίες υποστηρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος για καρκίνο ωοθηκών, γιατί οι ωοθήκες διεγείρονται και παράγουν αρκετά περισσότερα ωάρια.

Μια μεγάλη έρευνα από την Αυστραλία, που τελείωσε το 1999, συμπεριέλαβε 30.000 γυναίκες από 10 μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης, εξετάζοντας αυτές τις γυναίκες από 5 έως 22 χρόνια μετά από θεραπεία υπογονιμότητας. Αυτές οι πληροφορίες συγκρίθηκαν με αποτελέσματα από τον γενικό πληθυσμό.¹²² Δεν προέκυψε από αυτήν τη σύγκριση ότι οι καρκίνοι μαστού και ωοθηκών είναι συχνότεροι σε αυτές τις γυναίκες από το γενικό πληθυσμό. Με την εξωσωματική θεραπεία, προέκυψε μια μικρή αύξηση στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Αυτός ο κίνδυνος δεν φαίνεται να υφίσταται τα επόμενα χρόνια. Οι ερευνητές προτείνουν ότι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση θα έπρεπε να τυγχάνουν περισσότερης ιατρικής προσοχής, ώστε αν ανέπτυσαν καρκίνο μαστού, να ήταν πιθανότερη η πρόωπη διάγνωση του. Εξάλλου θα μπορούσαν οι ορμονικές αλλαγές της κύησης ή η θεραπεία υπογονιμότητας να διεγείρει την ανάπτυξη καρκίνου, που ήταν ήδη σε πρώιμο στάδιο παρά να τον προκαλέσει.

Η υπογονιμότητα έχει πολλά αίτια. Σε πολλές γυναίκες, δεν μπορεί να βρεθεί επαρκής εξήγηση. Η μελέτη της Αυστραλίας βρήκε ότι οι γυναίκες με ανεξήγητη

¹²² WWW.kosmogonia.gr/12_14_cancer.htm, 11 Απριλίου 2005.

υπογονιμότητα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο ωοθήκης ή ενδομητρίου από τις υπόλοιπες γυναίκες είτε είχαν υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση είτε όχι. Θα μπορούσε δηλαδή η υπογονιμότητα να είναι σύμπτωμα του καρκίνου.¹²³ Επίσης δεν υπήρχε συσχετισμός μεταξύ των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν και του αριθμού των κύκλων θεραπείας.

Μια μελέτη από την Ολλανδία που δημοσιεύτηκε το 2002, εξέτασε 26.000 γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας. Οι μισές υπεβλήθησαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Μια αύξηση, που παρατηρήθηκε για τον κίνδυνο του καρκίνου του ενδομητρίου, φάνηκε να συνδέεται με τα προβλήματα υπογονιμότητας, παρά με την θεραπεία την ίδια. Οι ερευνητές όμως φαίνεται να χρειάζονται να εξετάσουν αυτές τις γυναίκες για περισσότερο από 7 χρόνια, ώστε να είναι σίγουροι για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Μια μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο προσπαθεί να αποδείξει αν η υπογονιμότητα ή οι θεραπείες υπογονιμότητας αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου των ωοθηκών. Η μελέτη άρχισε με 2.700 ασθενείς και έχει επεκταθεί στις 9.000 γυναίκες. Όσο μεγαλύτερη είναι η μελέτη, τόσο πιο ικανή είναι να ανιχνεύσει μικρές αυξήσεις του κινδύνου. Η ανάλυση αυτής της μελέτης δεν έχει ολοκληρωθεί και τα αποτελέσματα της δεν έχουν δημοσιευτεί ακόμα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο μέσος όρος κινδύνου για ένα υγιές άτομο να αναπτύξει οποιοδήποτε τύπου καρκίνου είναι 1 στις 3. Για τον καρκίνο του μαστού η πιθανότητα για μια γυναίκα να αναπτύξει κατά την διάρκεια της ζωής της είναι 1 στις 9. Για τον καρκίνο ωοθηκών είναι 1 στις 48. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να δώσουμε αντίστοιχα νούμερα για τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε εξωσωματική θεραπεία. Τα παραπάνω στοιχεία αφορούν γυναίκες στο γενικό πληθυσμό.

Το να μην υπάρχουν οριστικές απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις θα πρέπει να είναι ιδιαίτερο ανησυχητικό για τις γυναίκες που υποβάλλονται σε οποιαδήποτε μορφή θεραπεία υπογονιμότητας, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν όμως ότι έχει διερευνηθεί με ιδιαίτερη προσοχή. Εν τω μεταξύ, οι γυναίκες πρέπει να βεβαιωθούν ότι εξετάζουν επαρκώς τους μαστούς τους ώστε να ανιχνεύσουν μια αλλαγή όσον το δυνατόν γρηγορότερο. Θα πρέπει επίσης να υποβάλλονται σε τακτικό έλεγχο του τραχήλου της μήτρας με τεστ Παπανικολάου.

5. Αβάσιμοι οι φόβοι για την τεχνητή γονιμοποίηση και την μικρογονιμοποίηση.

Η IVF (τεχνητή γονιμοποίηση) και η ICSI (μικρογονιμοποίηση) προσφέρουν μια πιθανότητα σύλληψης σε πολλά ζευγάρια και κάθε χρόνο περίπου 6.000 παιδιά συλλαμβάνονται με αυτές τις μεθόδους στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα αποτελέσματα της τελευταίας μελέτης δίνουν πολύ ελπιδοφόρα μηνύματα σχετικά με την ανάπτυξη των παιδιών που προέρχονται από αυτές τις εξόδους. Επιπλέον το ποσοστό των παθολογικών προβλημάτων στα παιδιά με υποβοηθούμενη σύλληψη ήταν σχετικά μικρό.

Η έρευνα, η οποία είναι η μεγαλύτερη που γίνεται στον κόσμο και συγκρίνει παιδιά που έχουν συλληφθεί φυσιολογικά με αυτά που έχουν προέλθει από IVF και ICSI, επιβεβαίωσε ότι και οι δυο τεχνικές είναι ασφαλείς και ότι τα παιδιά που

¹²³ WWW.kosmogonia.gr/12_14_cancer.htm, 11 Απριλίου 2005.

συνελήφθησαν με αυτές είναι υγιή και γενικά βαίνουν τόσο καλά όσο και τα υπόλοιπα παιδιά. Η έρευνα βρήκε ένα μετρίως υψηλότερο ποσοστό ανωμαλιών στα παιδιά που συλλαμβάνονται με ICSI και αυτή η πλευρά της έρευνας συνεχίζεται ακόμη. Οι ερευνητές πιστεύουν πως το αποτέλεσμα αυτό έχει να κάνει με την υποκειμενική επιλογή των παιδιών του γκρουπ της φυσιολογικής σύλληψης. Στην πολυκεντρική αυτή έρευνα που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, συμμετείχαν ερευνητές και παιδιά από 5 χώρες, Βέλγιο, Δανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Σουηδία. Συνέκρινε 541 παιδιά από IVF., 440 από ICSI και 542 από φυσιολογική σύλληψη και τα παρακολούθησε μέχρι την ηλικία των 5 χρόνων. Η έρευνα είναι η πιο αναλυτική από αυτές που έχουν γίνει μέχρι στιγμής για την IVF και την ICSI. Γενικά τα αποτελέσματα είναι καθησυχαστικά σχετικά με τους φόβους που έχουν εκφραστεί για την υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών που έχουν συλληφθεί με IVF και ICSI. Επίσης επιβεβαιώνει καθησυχαστικά αποτελέσματα άλλων μικρότερων και λιγότερο αναλυτικών ερευνών.

Η έρευνα εξέτασε το μαιευτικό και νεογνικό ιστορικό, ανωμαλίες της διάπλασης και τη φυσική, διανοητική, συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Επίσης εξέτασε και τις οικογενειακές σχέσεις.

Βασικά ευρήματα της έρευνας:¹²⁴

1. Το βάρος γέννησης και το ύψος σε ηλικία 5 ετών ήταν παρόμοια μεταξύ των δυο ομάδων και δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην ανάπτυξη.
2. Οι αρρώστιες ήταν παρόμοιες. Οι εισαγωγές παιδιών σε νοσοκομεία ήταν υψηλότερες για τα παιδιά από IVF και ICSI, αλλά και πάλι ήταν πολύ χαμηλές, δηλαδή κάτω από 1% για όλες τις ομάδες.
3. Δεν βρέθηκαν διαφορές σε λεκτικές ικανότητες ή στο δείκτη νοημοσύνης μεταξύ των ομάδων. Τα κορίτσια όμως είχαν καλύτερα αποτελέσματα από τα αγόρια σε όλες τις ομάδες.
4. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων στην κινητική ανάπτυξη.
5. Το ποσοστό των ανωμαλιών ήταν μεγαλύτερο στα παιδιά με ICSI. Ο λόγος για τη διαφορά δεν είναι γνωστός, αλλά μπορεί να οφείλεται στη διαδικασία επιλογής των παιδιών με φυσιολογική σύλληψη.
6. Βρέθηκε πως οι μητέρες των παιδιών με ICSI ήταν πιο αφοσιωμένες στην μητρότητα από τις μητέρες των άλλων ομάδων.
7. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των παιδιών σχετικά με προβλήματα συμπεριφοράς ή διάθεσης και επίσης δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ γονέων όσον αφορά στο στρες.

Η έρευνα η οποία δόθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας καθησυχάζει τους φόβους σχετικά με την υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών. Το ποσοστό των ανωμαλιών στα παιδιά με IVF και ICSI δεν ήταν στατιστικά σημαντικό και σε κάθε περίπτωση μπορεί να οφείλεται στο σχεδιασμό της έρευνας. Οι μητέρες των παιδιών των ομάδων IVF και ICSI ήταν μεγαλύτερες από αυτές των άλλων παιδιών και η αυξημένη ηλικία της μητέρας είναι ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου. Τα παιδιά της ομάδας φυσιολογικής σύλληψης βρέθηκαν από τα τοπικά σχολεία και είναι γνωστό ότι τα παιδιά με σοβαρά προβλήματα δεν πηγαίνουν σε τέτοια σχολεία.

¹²⁴ WWW.kosmogonia.gr/12_15_icsi_danger.htm, 30 Μαρτίου 2005.

Φαίνεται λοιπόν πως η έρευνα αυτή φέρνει εξαιρετικά καλά νέα. Κι αυτό γιατί η πρώτη ερώτηση που κάνει μια μητέρα όταν γεννάει ένα παιδί είναι: Είναι εντάξει το παιδί; Αυτή η έρευνα δείχνει πως δεν θα πρέπει να υπάρχουν ιδιαίτεροι λόγοι ανησυχίας.

5.1. Υγιά τα παιδιά που γεννιούνται με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Πιο «ευνοημένα» φαίνεται ότι είναι τα παιδιά που γεννιούνται με εξωσωματική γονιμοποίηση σε σχέση με αυτά που συλλαμβάνονται χωρίς τη μεσολάβηση κάποιας θεραπείας.

Σύμφωνα με έρευνα, τα παιδιά που γεννιούνται με τη βοήθεια της επιστήμης, είναι απολύτως υγιά, σωματικά και πνευματικά, και τυγχάνουν καλύτερης μεταχείρισης από τους γονείς τους. Η μελέτη η οποία διενεργήθηκε σε πέντε ευρωπαϊκές πόλεις, μεταξύ των οποίων και η Θεσσαλονίκη, έδειξε ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στη συμπεριφορά των παιδιών που γεννήθηκαν με κάποια μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Θαυμάσια είναι και η εικόνα των γονιών τους. Δεν εμφανίζουν αυξημένο στρες, αλλά δείχνουν μεγαλύτερη αφοσίωση στα παιδιά τους, αφιερώνοντας τους περισσότερο χρόνο από τους γονείς που δεν χρειάστηκε να καταφύγουν στην εξωσωματική. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσίασε ο αναπληρωτής καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας και Ανθρώπινης Αναπαραγωγής Βασίλης Ταρλατζής.¹²⁵

Από τη μελέτη προέκυψε ότι τα παιδιά που γεννιούνται με τη βοήθεια της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) ή και από άλλες πιο εξελιγμένες τεχνικές μικρογονομοποίησης (ICSI), είχαν ανάλογη νοητική και ψυχοκινητική ανάπτυξη με αυτά τα οποία συλλαμβάνονται χωρίς τη μεσολάβηση κάποιας ειδικής θεραπείας. Η μελέτη στην οποία συμμετείχαν 1.512 παιδιά, ηλικίας 5 ετών, που γεννήθηκαν είτε με IVF, είτε με ICSI, είτε με αυτόματη σύλληψη, πραγματοποιήθηκε σε πέντε κέντρα γονιμότητας (Λονδίνο, Βρυξέλλες, Κοπεγχάγη, Γκέτεμποργκ, Θεσσαλονίκη). Ένα χαρακτηριστικό εύρημα της μελέτης ήταν ότι οι γονείς των παιδιών που γεννήθηκαν με τη βοήθεια της επιστήμης έδειχναν μεγαλύτερη αφοσίωση στα παιδιά τους και μεγαλύτερο χρόνο ενασχόλησης.

Σύμφωνα με τον κ. Ταρλατζή, καθημερινό άγχος και ανεκπλήρωτη προσμονή βασανίζει 250.000 υπογόνιμα ζευγάρια της αναπαραγωγικής ηλικίας στην Ελλάδα, καθώς ο «πελαργός» δεν είναι πάντοτε συνεπής στα ραντεβού του. Η χώρα μας εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό υπογόνιμων ζευγαριών σε σχέση με άλλες προηγμένες χώρες, το οποίο εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 15% - 20%.

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη προσφέρει συνεχώς εξελισσόμενες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συμβάλλοντας στη γέννηση υγιών παιδιών από ζευγάρια που επιθυμούν, αλλά φαίνεται να αδυνατούν να γευτούν τη χαρά της γονιμότητας. Στόχος των ειδικών είναι η βελτίωση των ποσοστών κήσης, μέσω της σωστής και αναγκαίας εξατομίκευσης της θεραπείας, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά και το ιστορικό του κάθε ζευγαριού.

¹²⁵ WWW.news.pathfinder.gr/health/69561.html, 11 Απριλίου 2005.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παραπάνω ανάλυση των θεμάτων της τεχνητής γονιμοποίησης απορρέουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Η σημασία της τεχνητής γονιμοποίησης είναι τεράστια αφού προσφέρει την δυνατότητα σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό άτεκνων ζευγαριών, περίπου το 15%, που υποφέρουν από διάφορα προβλήματα στειρότητας να αποκτήσουν ένα ή περισσότερα παιδιά. Παρόλο τις εντάσεις και τον προβληματισμό που δημιουργεί και μόνο η ιδέα ότι η γέννηση παιδιών γίνεται σε εργαστήρια και μέσα σε σωλήνες και χάνεται η χαρά της φυσιολογικής δημιουργίας και της συνεύρεσης των ατόμων όλο και περισσότερα ζευγάρια καταφεύγουν σε μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης αφού είναι ο μοναδικός τρόπος που μπορεί και τους χαρίζει το μεγαλύτερο δώρο της ζωής, την απόκτηση παιδιού και στις γυναίκες το δικαίωμα της μητρότητας.

Οι παράγοντες που αυξάνουν την υπογονιμότητα στις μέρες μας πληθαίνουν όλο και πιο πολύ αφού και οι συνθήκες διαβιώσεις σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι καθόλου κατάλληλες και οι καταχρήσεις στις οποίες υποκύπτουν πολλά άτομα όπως (κάπνισμα, αλκοολισμός, ναρκωτικά κ.α.) είναι καθημερινές. Επίσης η μεγάλη ηλικία που αποφασίζουν να δημιουργήσουν οικογένεια είναι ακατάλληλη αλλά και η ψυχολογική φόρτιση που υπόκειται κάθε άτομο ανάλογα με τις υποχρεώσεις και τους έντονους ρυθμούς της ζωής του δυσκολεύουν πολύ την δυνατότητα να πραγματοποιήσει την επιθυμία του που δεν είναι άλλη από την απόκτηση απογόνων.

Η ανεπιθύμητη ατεκνία και η διαπίστωση μετά από πολλές προσπάθειες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ότι είναι αδύνατη η τεκνοποίηση δημιουργούν στο ζευγάρι η στο άτομο μια σειρά πολύ άσχημων συναισθημάτων που πολλές φορές λόγω της ιδιάζουσας ψυχολογίας από την οποία διακατέχονται, μπορεί να καταστούν εξαιρετικά ευάλωτα και να φτάσουν σε ακραίες καταστάσεις με άσχημο τέλος. Το αίσθημα της ανικανότητας συνδυάζεται με την οργή και την δημιουργία μιας εικόνας στο μυαλό τους ότι έχει πλέον τελειώσει η ζωή τους. Εδώ είναι που ο ρόλος του ειδικού χρήζει άμεσης ανάγκης. Η ιατρική υποστήριξη έχει τεράστια σημασία. Με την κατάλληλη και συνεχή καθοδήγηση ο θεράπωντος ιατρός βοηθά το ζευγάρι ή το κάθε άτομο χωριστά να ξεπεράσει τους φόβους του, να βρει λύσεις και τελικά να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αφού η μη απόκτηση παιδιού δεν σημαίνει το τέλος της ζωής αλλά μπορεί να επιφέρει και θετικές εξελίξεις.

Όλοι οι άνθρωποι σε οποιαδήποτε φυλή ανήκουν, είτε είναι άντρες είτε γυναίκες της ώριμης ηλικίας έχουν το δικαίωμα της δημιουργίας οικογένειας και της απόκτησης απογόνων μέσα στα πλαίσια που εξασφαλίζουν τον σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας του. Η σύλληψη και η γονιμοποίηση του γεννητικού υλικού πρέπει να γίνεται πάντα με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας καθώς και τις αρχές της βιοηθικής, έτσι ώστε να μην έχει κοινωνικές, οικονομικές επιπτώσεις και να μην καταστρέφεται ο συναισθηματικός κόσμος του ατόμου.

Λόγω των ραγδαίων εξελίξεων στην ιατρική επιστήμη και κυρίως στον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής ήταν επιβεβλημένη η θέσπιση του νέου νόμου προς αποφυγή καταστρατηγήσεων. Ωστόσο, θα πρέπει να δίνετε ιδιαίτερη προσοχή σε μια τέτοια νομοθετική ρύθμιση. Κύριο πρόσωπο είναι το παιδί και κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει το συμφέρον του. Όσο μεγάλος κι αν είναι ο πόθος των άτεκνων ζευγαριών να αποκτήσουν παιδί, αυτός ο πόθος θα πρέπει να έπεται του συμφέροντος του τέκνου κι όπου απαιτείται να υποχωρεί. Σκοπός του οικογενειακού δικαίου είναι να δοθεί στο απροστάτευτο τέκνο μια στοργική οικογένεια και όχι να δώσει στα άτεκνα ζευγάρια παιδί ως παρηγοριά ατεκνίας. Προτιμότερο είναι να "θυσιαστεί" η επιθυμία τους απόκτησης τέκνου παρά να καταστρατηγηθούν τα συμφέροντα του τέκνου. Το παιδί δεν μπορεί και δεν πρέπει να γίνει αντικείμενο σύγκρουσης συμφερόντων των εκατέρωθεν πλευρών. Επομένως, ο εφαρμοστής του νόμου σε κάθε περίπτωση σύγκρουσης θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στον σχηματισμό της δικανικής του πεποίθησης έχοντας πάντα ως γνώμονα το συμφέρον του τέκνου.

Η θέσπιση συγκεκριμένου ηλικιακού ορίου για την τεχνητή γονιμοποίηση, ήταν κάτι που προβλημάτιζε τους ιατρούς, τα άτομα που έμπαιναν στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης αλλά και την θέσπιση της νομοθεσίας. Το ερώτημα που γεννάται δεν είναι εάν μπορεί μία γυναίκα να κυοφορήσει σε μεγάλη ηλικία, αλλά εάν πρέπει. Είναι βέβαιο, ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της γυναίκας που κυοφορεί, τόσο αυξάνονται οι κίνδυνοι για την υγεία της ίδιας και του εμβρύου. Η εγκυμοσύνη προκαλεί σημαντικές μεταβολές στον οργανισμό της γυναίκας, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν βλάβες σε κάποιο όργανο που έχει ήδη υποστεί φθορά λόγω της ηλικίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η μητέρα, τόσο αυξάνονται και οι περιγεννητικοί κίνδυνοι για το βρέφος (πρώωρος τοκετός, μικρό βάρος παιδιού κ.ά.).

Αντικείμενο συζήτησης αλλά και προβληματισμού ήταν το πώς μπορεί να λειτουργήσει μία οικογένεια όπου ο πατέρας και η μητέρα λόγω του προχωρημένου τη ηλικίας τους προσομοιάζουν περισσότερο με παππού και γιαγιά. Σε αυτήν την περίπτωση το χάσμα γίνεται άβυσσος. Ένα σενάριο θεωρητικό, αλλά όχι απίθανο, είναι οι γονείς να αρρωστήσουν σοβαρά και μείνει σε μικρή ηλικία το παιδί μόνο του, χωρίς να έχει κάποιον να το φροντίσει. Έτσι όλα αυτά κατέστησαν την ανάγκη για να θεσπιστεί στην Ελλάδα το ανώτατο ηλικιακό όριο τα 50 έτη.

Μια από τις σημαντικότερες ρυθμίσεις και των δυο νόμων (ν.3089/2002 και 3305/2005) είναι η επιβολή απαραίτητης ενημέρωσης στα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α.. Ενημερώνονται από τους υπεύθυνους λεπτομερώς και με τρόπο κατανοητό, ως προς τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή των κανόνων αυτών ώστε να είναι απολύτως σίγουροι για την απόφασή τους να προβούν σε μια τέτοια ενέργεια. Όταν πάρουν την τελική απόφαση είναι απαραίτητη η έγγραφη συγκατάθεση τους. Τίποτα δεν αφήνεται στην τύχη και τίποτα δεν είναι πιο σημαντικό από την ανθρώπινη ζωή, γιαυτό και οι ποινικές και διοικητικές κυρώσεις που επιβάλλονται είναι πολύ αυστηρές.

Η ταυτότητα τρίτων προσώπων που προσφέρουν γαμέτες ή έμβρυα, δεν θα γίνεται γνωστή στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί. Παράλληλα θα υπάρχουν ιατρικές πληροφορίες για τους δότες σε απόρρητα αρχεία χωρίς να φαίνεται η ταυτότητα τους και θα υπάρχει πρόσβαση στο παιδί μόνο σε περίπτωση που συντρέχει σοβαρός λόγος για την υγεία του. Σε καμία περίπτωση δεν γίνεται γνωστή η ταυτότητα του παιδιού και των γονέων του στον δότη. Πάντως προβλέπεται η τήρηση αρχείων που θα περιλαμβάνουν ιατρικές απλώς πληροφορίες σχετικές με τον τρίτο δότη, χωρίς ένδειξη της ταυτότητας του αλλά με αντίστοιχο κωδικό αριθμό, στις οποίες πρόσβαση θα μπορεί να έχει μόνο το τέκνο και μόνο για λόγους που αφορούν την υγεία του.

Με αυτή τη ρύθμιση αποφεύγονται συγκρούσεις και προστριβές μεταξύ των ατόμων είτε για την κηδεμονία του παιδιού είτε για οποιοδήποτε άλλο λόγο, και για ακόμη μια φορά η ρύθμιση αυτή αποτελεί πλεονέκτημα για το συμφέρον του παιδιού γιατί ο θεσμός και η τήρηση της οικογένειας έχει μεγάλη σημασία για την ανατροφή του και την συγκρότηση του ως άτομο.

Γεγονός είναι ότι μέχρι σήμερα ειδικές ποινικές διατάξεις για την προστασία του γενετικού υλικού, των γαμετών και του ζυγώτη, για όσο διάστημα βρίσκονται έξω από το γυναικείο σώμα δεν υπήρχαν. Προφανής ήταν η ανάγκη μιας ρύθμισης που να ανταποκρίνεται στα σύγχρονα δεδομένα και με σαφήνεια και πληρότητα να καθορίζει τα όρια της ποινικής προστασίας στο χώρο της γενετικής τεχνολογίας. Το ερώτημα είναι κατά πόσο ο νέος νόμος ανταποκρίνεται στις ανάγκες αυτές και παρέχει την απαιτούμενη προστασία. Αναμφισβήτητα ο νόμος επιχειρεί μια τέτοια τομή και θετικό είναι το γεγονός ότι για πρώτη φορά παρατίθενται τόσο επιστημονικοί ορισμοί και ανάλυση της σχετικής ορολογίας, όσο και οι όροι και οι προϋποθέσεις που θα αποτελούν τη βάση για την σύννομη εφαρμογή της μεθόδου αυτής και την αποτροπή επικίνδυνων για την υγεία πρακτικών, αλλά και φαινομένων εκμετάλλευση. Θετικότατο βήμα αποτελεί επίσης και η σύσταση της ανεξάρτητης διοικητικής Αρχής που επιφορτίζεται με τον έλεγχο της όλης διαδικασίας εφαρμογής των μεθόδων αυτών.

Ωστόσο, η μελέτη του νόμου δημιουργεί αρκετά ερωτηματικά και προβληματισμό σε ό,τι αφορά το ποινικό δίκαιο, ειδικά ενόψει του ότι οι ρυθμίσεις έχουν απόλυτο και γενικό απαγορευτικό χαρακτήρα και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπίσει κανείς το προστατευόμενο έννομο αγαθό. Στο συμπέρασμα αυτό οδηγούν τόσο οι δυσανάλογα μεγάλες ποινές, όσο και η έλλειψη εξειδικευμένης προστασίας.

Η εκκλησία υπήρξε ο μεγαλύτερος αρνητικός κριτής και αντίπαλος του νομοσχεδίου για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι αντιδράσεις της αφορούσε πολλά σημεία του νομοσχεδίου αλλά η παρέμβαση της επέφερε αλλαγές σε μερικά από αυτά, όπως στη μεταθανάτια γονιμοποίηση, στο τεκμήριο της παρένθετης μητρότητας, στην αντικατάσταση του όρου γεννητικού υλικού με τον όρο γαμέτες και γονιμοποιημένο ωάριο, στην περίπτωση της άγαμης γυναίκας, στα πλεονάζοντα έμβρυα και τέλος στην δημιουργία οικογένειας από ομοφυλοφιλικά άτομα. Οι αλλαγές αυτές θεωρήθηκαν απαραίτητες για την επίτευξη σωστής οικογένειας και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Ακόμη η εκκλησία ποτέ δεν δέχτηκε αλλά ούτε πρόκειται να δεχτεί την μέθοδο της ετερόλογης γονιμοποίησης, δηλαδή την γονιμοποίηση από τρίτο πρόσωπο αφού αποτελεί θεσμοποίηση της μοιχείας και είναι εντελώς αντίθετη από τις αρχές που την διέπουν. Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι η

βασική αρχή της εκκλησίας είναι ότι η ευτυχία και ο προορισμός του κάθε ανθρώπου δεν εκπληρώνεται με τον βιασμό της φύσης δηλαδή την γονιμοποίηση με τεχνητό τρόπο ή την έμμονη στα θελήματα του αλλά με την αξιοποίηση των δυνατοτήτων του, γιαυτό και δίνει μια πολύ αξιόλογη λύση που είναι η υιοθεσία.

Η ανησυχία όλων και ιδιαίτερα των ατόμων που καταφεύγουν σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι αν τελικά τα παιδιά που γεννιούνται με αυτές τις μεθόδους παρουσιάζουν προβλήματα στην υγεία τους. Ο φόβος είναι λογικός και κατανοητός από όλους γιατί ενώ από την μια αντιλαμβανόμαστε την αξία και την βοήθεια που προσφέρει η τεχνητή γονιμοποίηση στα άγονα ζευγάρια από την άλλη θα ήταν τραγικό να γεννιούνται «ελαττωματικά παιδιά». Σκοπός της τεχνικής αυτής είναι η επίλυση των προβλημάτων και η δημιουργία ζωής και όχι η διενέργεια πράξεων που να προκαλεί πόνο και δυστυχία. Μετά από συνεχείς έρευνες σε παιδιά που προέρχονται από μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά αυτά είναι απολύτως υγιής και δεν διαφέρουν σε τίποτα από τα παιδιά που γεννιούνται φυσιολογικά.

Σημαντικό ρόλο εδώ παίζει η ανάπτυξη της γενετικής τεχνολογίας η οποία βοηθά με την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση να διαπιστώνεται πριν καν τα γονιμοποιημένα ωάρια εισέλθουν στη μήτρα αν είναι φορείς γενετικών ανωμαλιών έτσι ώστε ή να συνεχίζεται η διαδικασία ή να διακόπτεται.

Τα ποσοστά επιτυχίας που έχει μια προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης είναι ικανοποιητικά αλλά μετατρέπονται συνεχώς αφού οι παράγοντες που τα επηρεάζουν είναι πολλοί και πολλές φορές απρόβλεπτοι, έτσι ώστε να δυσκολεύουν το αποτέλεσμα. Εκεί που μπορεί να παρουσιάζεται ένα μικρό πρόβλημα είναι στις πολύδημες κησείες και στο σύνδρομο υποδιέργεσης, αλλά δεν εμπνέει καμία ανησυχία. Το κόστος που έχει ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δαπανηρός και φτάνει ακόμη και τα 3.000 ευρώ. Αναγκαιότητα του νόμου 3305/2005 ήταν και η ασφαλιστική κάλυψη των ατόμων που καταφεύγουν στην τεχνητή γονιμοποίηση αφού μέχρι τώρα τα κρατικά ταμεία ασφάλισης κάλυπταν ένα μικρό ποσό των χρημάτων ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν παρείχαν καμία κάλυψη. Έτσι με τη νέα ρύθμιση όλα τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωμένα να καλύπτουν κάθε διαδικασία τεχνητής γονιμοποίησης.

Παρόλο που η Ελλάδα είναι μικρή χώρα με περιορισμένες δυνατότητες στο χώρο της ιατρικής λόγω έλλειψης οικονομικών κονδυλίων, η θέση που καταλαμβάνει ύστερα από παγκόσμια έρευνα για τα ποσοστά στις διάφορες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τις επιτυχείς προσπάθειες είναι μεταξύ των καλύτερων της Ευρώπης. Αυτό δείχνει την καλή δουλειά που γίνεται από τους Έλληνες επιστήμονες γιατρούς. Δεν χρειάζεται επομένως να καταφεύγουν οι Έλληνες στο εξωτερικό αλλά εκείνο που είναι απαραίτητο είναι η σωστή και προσεκτική επιλογή του κέντρου.

Σε αυτό όμως που φαίνεται να υστερεί είναι στην συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων και αυτό γιατί ενώ υπάρχουν πολλά εργαστήρια που λειτουργούν στην Ελλάδα πολύ λίγα παίρνουν μέρος σε έρευνες που γίνονται παγκοσμίως. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη οργάνωση και τη θέσπιση ενός νομικού πλαισίου που να καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας των εργαστηρίων στην

Ελλάδα Ευτυχώς θετικά βήματα για αυτή την ενέργεια έχουν ξεκινήσει από το 2003 και πραγματικά ολοκληρώθηκαν με την ψήφιση του νόμου 3305/2005. Η θέσπιση των ρυθμίσεων τόσο στις Μονάδες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής όσο και για τις Τράπεζες Κρυοσυντήρησης διασφαλίζει την υγεία των ατόμων που υποβάλλονται σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεδομένου ότι η διαδικασία ενεργειών εμπεριέχει σπάνιους μεν αλλά σοβαρούς κινδύνους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γεωργακόπουλος, Π., *Δικαστική Μαιευτική*, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1999.
- Κοντογιάννη, Ε., «Υπογονιμότητα: Όλα όσα θέλετε να μάθετε», εφημερίδα Σημαία, Καλαμάτα, Τρίτη 8 Φεβρουαρίου 2005.
- Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε., *Τεχνητή γονιμοποίηση και οικογενειακό δίκαιο*, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2003.
- Μηλαπίδου, Μ., «Ποινική Δικαιοσύνη», Νομικό περιοδικό, 2005.
- Παντοπούλου, Π., και Δακτυλά, Α., *Το τεκμήριο της μητρότητας και η ανατροφή του*, Πτυχιακή εργασία, Κομοτηνή 2003.
- Τεγόπουλος, Θ., «Τα γονίδια», περιοδικό Υγεία-διατροφή, εκδόσεις Α.Ε., 4 Οκτωβρίου 2005.
- Τζαφφέτας, Ι., *Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, Αθήνα 2000.
- Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Φ.Ε.Κ. 17, τ.Α, Αθήνα 27 Ιανουαρίου 2005.
- Ν. 3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Φ.Ε.Κ. 327, τ.Α, Αθήνα 23 Δεκεμβρίου 2002.
- Εισηγητική Έκθεση, Ν. 3305/2005, «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 2005.
- Εισηγητική Έκθεση, Ν.3089/2002, «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή», Αθήνα 2002.
- WWW.kosmogonia.gr/01_01ivfintro.htm, 24 Μαρτίου 2005.
- WWW.i-m-attikis.gr/html/gr/news/031202.htm, 24 Μαρτίου 2005.
- WWW.pantos.gr/services-gr.htm, 30 Μαρτίου 2005.
- WWW.health.in.gr/news/article.asp?ngArticleID=31004, 30 Μαρτίου 2005.
- WWW.pazarakioti.gr/infertility_gr.asp, 30 Μαρτίου 2005.
- WWW.womanshealth.gr/showArticle.php?articleid=87&styleFile=small.css, 30 Μαρτίου 2005.
- WWW.gynecology.gr/ivf.htm, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.ixek.gr/magazine/issue1/index.htm, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=50070, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/12_12_sperm_donor.htm, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=37456, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=41143, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.medlook.net.cy/article.asp?_id=138, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.sciencenews.gr/articles.asp?offset=162&Article_id=386, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/12_15_icsi_danger.htm, 30 Μαρτίου 2005.

WWW.news.pathfinder.gr/health/105867.html, 11 Απριλίου 2005.

WWW.ika.gr/gr/infopagew/asf/benefitw/kind/exgon.cfm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.ivf.gr/pressroom_63.html, 11 Απριλίου 2005.

WWW.bioethics.org.gr/03_dkriarianapar.html, 11 Απριλίου 2005.

WWW.embryogenesis.gr/diadikasia-eg.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.in2gr/dwoman.php?id=287, 11 Απριλίου 2005.

WWW.gynecology.gr/ivf_exetasis.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.gynecology.gr/ivf_vlastokisti.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.gynecology.gr/ivf_apotelesma.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.gyneology.gr/ivf_oolipsia.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.gynecolgy.gr/ivf_katapsixi.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/12_14_cancer.htm, 11 Απριλίου 2005.

WWW.news.pathfinder.gr/health/69561.html, 11 Απριλίου 2005.

WWW.Kosmogonia.gr/12_09_results.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/00_06_drugs.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/02_01_labintro.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/13_11_ivm.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/02_04_fertilization.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/02_03_whatday.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/02_05_implantation.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/13_12_eggfreeze.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.immspartis.gr/links/periodiko_osios_nikon/140/d22.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/06_06_risks.htm, 20 Απριλίου 2005.

WWW.kosmogonia.gr/12_04_designerbabes.htm, 20 Απριλίου 2005.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3305 (ΦΕΚ Α 17/27-1-2005) ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

Γενικές αρχές

1. Οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Ι.Υ.Α.) εφαρμόζονται με τρόπο που εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής

2. Κατά την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων πρέπει να λαμβάνεται κυρίως υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.

Άρθρο 2

Μέθοδοι και συναφείς τεχνικές

1. Μέθοδοι της Ι.Υ.Α. είναι ιδίως:

α. η τεχνητή σπερματέγχυση.

β. η εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων,

2. Τεχνικές συναφείς προς τις παραπάνω μεθόδους είναι ιδίως:

α. η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών,

β. η ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων,

γ. η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου,

δ. η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου,

ε. η υποβοηθούμενη εκκόλαψη,

στ. η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση.

3. Επιτρέπεται η έρευνα στα ανθρώπινα γονιμοποιημένα ωάρια υπό ειδικές προϋποθέσεις που ορίζονται στα άρθρα 11 και 12. Απαγορεύεται η κλωνοποίηση για αναπαραγωγικούς σκοπούς, η δημιουργία χιμαιρών και υβριδίων και η επιλογή φύλου, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο.

Άρθρο 3

Ορισμοί

Για τους σκοπούς του νόμου νοούνται ως:

1. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Ι.Υ.Α.) κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).

2. Γεννητικά κύτταρα: κύτταρα μετά οποία επιτυγχάνεται η αναπαραγωγή και τα οποία μπορεί να είναι ανώριμα ή ώριμα.

3 Γαμέτες: τα ώριμα απλοειδή γεννητικά κύτταρα, δηλαδή το σπερματοζωάριο του άνδρα και το ωοκύτταρο (ωάριο) της γυναίκας.

4. Γονιμοποίηση: η διεργασία συγχωνεύσεως των γαμετών, η οποία αρχίζει με τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου στο ωοκύτταρο και ολοκληρώνεται με τη δημιουργία του ζυγώτη.
5. Ζυγώτης: το ωοκύτταρο από τη γονιμοποίηση μέχρι και τη σύντηξη των δύο απλοειδών πυρήνων.
6. Γονιμοποιημένο ωάριο: το ωοκύτταρο μετά τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου.
7. Τεχνητή σπερματέγχυση: η εισαγωγή σπερματοζωαρίων στο γυναικείο γεννητικό σύστημα με οποιονδήποτε τρόπο εκτός από τη γενετήσια επαφή Διακρίνεται σε ομόλογη, όταν χρησιμοποιούνται σπερματοζωάρια του συζύγου ή συντρόφου, και ετερόλογη, όταν χρησιμοποιούνται σπερματοζωάρια τρίτου δότη.
8. Εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων: η εκτός του σώματος της γυναίκας γονιμοποίηση ωαρίων που έχουν ληφθεί από αυτήν επεμβατικά και η μεταφορά ενός ή περισσότερων γονιμοποιημένων ωαρίων στην ενδομήτρια κοιλότητα της ίδιας ή άλλης γυναίκας.
9. Παρένθετη μητρότητα: η περίπτωση κατά την οποία μία γυναίκα κυοφορεί και γεννά (φέρουσα ή κυοφόρος), ύστερα από εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, με χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια, για λογαριασμό μίας άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους.
10. Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών: η μεταφορά γαμετών (ωαρίων και σπερματοζωαρίων) στη σάλπιγγα.
11. Ενδοσαλπγγική μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων: η μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων στη σάλπιγγα.
12. Ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου: η εισαγωγή ενός σπερματοζωαρίου εντός του ωοκυττάρου επεμβατικά, με μικροχειρισμό.
13. Κρύο συντήρηση: η συντήρηση σε υγροποιημένο άζωτο γεννητικού υλικού, δηλαδή ορχικού ή ωοθηκικού ιστού, σπέρματος, γεννητικών κυττάρων και γονιμοποιημένων ωαρίων.
14. Υποβοηθούμενη εκκόλαψη: η διάνοιξη οπής επεμβατικά με μικροχειρισμό στη διαφανή ζώνη του γονιμοποιημένου ωαρίου.
15. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση: η αφαίρεση επεμβατικά με μικροχειρισμό πολικών σωματιών ή κυττάρων του γονιμοποιημένου ωαρίου προ της μεταφοράς, προκειμένου αυτά να αναλυθούν γενετικά.

Άρθρο 4

Προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α.

1. Οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. εφαρμόζονται σε ενήλικα πρόσωπα μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε περίπτωση που το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πενήτηκοστό έτος. Η εφαρμογή τους σε ανήλικα πρόσωπα επιτρέπεται κατ' εξαίρεση λόγω σοβαρού νοσήματος που επισύρει κίνδυνο στειρότητας, για να εξασφαλιστεί η δυνατότητα τεκνοποίησης. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται οι όροι του άρθρου 7.
2. Πριν από την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α. διενεργείται υποχρεωτικώς έλεγχος ιδίως για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV-1, HIV-2), ηπατίτιδα Β και Ο και σύφιλη.
3. Αν τα πρόσωπα που μετέχουν στην εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. είναι οροθετικοί για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, απαιτείται, για την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α., ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. (Αρχή) του άρθρου 19.

Άρθρο 5

Ενημέρωση και συναινέσεις

1. Τα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους I.Y.A. ενημερώνονται από το επιστημονικό προσωπικό των Μ.Ι.Υ.Α., λεπτομερώς και με τρόπο κατανοητό, ως προς τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Η ενημέρωση αυτή καλύπτει επίσης τις κοινωνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές συνέπειες της εφαρμογής των μεθόδων I.Y.A..
2. Η παροχή των παραπάνω πληροφοριών αποτελεί προϋπόθεση για τις έγγραφες συναινέσεις που προβλέπονται από τα άρθρα 1455επ.Α.Κ. και τον παρόντα νόμο.
3. Η Αρχή καθορίζει τα απαραίτητα στοιχεία που περιλαμβάνονται στα έντυπα ενημέρωσης και εγγράφων συναινέσεων. Τα έγγραφα αυτά κατατίθενται στις Μ.Ι.Υ.Α. και φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 1.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΔΙΑΘΕΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Άρθρο 6

Αριθμός μεταφερόμενων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων

1. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται στην ενδομήτρια κοιλότητα ορίζεται ως εξής: σε γυναίκες ηλικίας μέχρι και σαράντα ετών έως τρία γονιμοποιημένα ωάρια και σε γυναίκες ηλικίας άνω των σαράντα ετών έως τέσσερα γονιμοποιημένα ωάρια. Με απόφαση της Αρχής καθορίζεται ο ακριβής αριθμός γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται σε επί μέρους ομάδες υποβοηθούμενων προσώπων, ανάλογα με την ηλικία και τις ιατρικές ενδείξεις.
2. Ο παραπάνω κανόνας ισχύει και για τον αριθμό ωαρίων που μεταφέρονται στην περίπτωση της ενδοσαλπγγικής μεταφοράς γαμετών.
3. Σε περίπτωση διάθεσης ωαρίων η γονιμοποιημένων ωαρίων τα παραπάνω όρια ηλικίας αφορούν στη δότηρια των ωαρίων.

Άρθρο 7

Κρυοσυντήρηση

1. Η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων εφαρμόζεται για τη διαφύλαξη και τη μελλοντική χρήση τους σε μεθόδους I.Y.A. η για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.
2. Η κατάψυξη και η φύλαξη του γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων γίνεται σε κατάλληλα οργανωμένες Τράπεζες Κρυοσυντήρησης, όπως προβλέπεται στο άρθρο 18.
3. Η διάρκεια της Κρυοσυντήρησης καθορίζεται ως εξής:
 - α. Σπέρμα και ορχικός ιστός: αν το σπέρμα έχει κατατεθεί από τρίτο δότη, μέχρι δέκα (10) έτη, ενώ αν το σπέρμα ή ο ορχικός ιστός έχει κατατεθεί μόνο για μελλοντική προσωπική χρήση στο πλαίσιο εφαρμογής μεθόδων I.Y.A., μέχρι πέντε (5) έτη.
 - β. Ωάρια και ωοθηκικός ιστός: πέντε (5) έτη.Στις παραπάνω περιπτώσεις α' και β' η διάρκεια κρυοσυντήρησης μπορεί να παραταθεί με έγγραφη αίτηση των δικαιουμένων προς την Τράπεζα Κρυοσυντήρησης.

- γ. Ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια: πέντε (5) έτη με δυνατότητα παράτασης μόνο για άλλα πέντε (5) έτη. Για την παράταση της διάρκειας φύλαξης απαιτείται κοινή έγγραφη αίτηση των συζύγων η συντρόφων προς την Τράπεζα Κρυοσυντήρησης
4. Μετά την πάροδο των παραπάνω προθεσμιών το γεννητικό υλικό, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια που δεν έχουν χρησιμοποιηθεί είτε διατίθενται για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφονται με απόφαση της Αρχής, κατόπιν αιτήσεως Τής Τράπεζας Κρυοσυντήρησης.
5. Η δημιουργία ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων στο πλαίσιο νέου κύκλου θεραπείας δεν επιτρέπεται προ της εξαντλήσεως των υπάρχοντων κρυοσυντηρημένων, εφόσον ο αριθμός τους είναι επαρκής.
6. Η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων πραγματοποιείται κατόπιν έγγραφης συναίνεσης των προσώπων που τα καταθέτουν, σύμφωνα με το άρθρο 1456 Α.Κ.. Αν πρόκειται για ζεύγος, απαιτείται η συναίνεση και των δύο συζύγων ή συντρόφων. Αν τα πρόσωπα είναι ανήλικα συναινούν και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνον ο ένας έχει την επιμέλεια του ανηλίκου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή έχουν εκπέσει και οι δύο από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, ύστερα από άδεια του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δέκατο πέμπτο έτος της ηλικίας του συναινεί και ο ίδιος στην κρυοσυντήρηση. Η συναίνεση δίδεται ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση σύμφωνα με το άρθρο 5 και οπωσδήποτε πριν από την έναρξη του κύκλου θεραπείας. Με το ίδιο έγγραφο, τα εν λόγω πρόσωπα οφείλουν να δηλώσουν για την τύχη του κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων κατ' εφαρμογή του άρθρου 1459 Α.Κ., εκτός αν πρόκειται για συντρόφους ή άγαμη γυναίκα, οπότε η εν λόγω δήλωση επιλογής γίνεται με ειδικό έγγραφο.
7. Εάν δεν υπάρχει η παραπάνω κοινή δήλωση, καθώς και σε περίπτωση διαφανίας ως προς τη χρησιμοποίησή τους, διαζυγίου, ακύρωσης του γάμου, διάστασης, λήξης της ελεύθερης ένωσης ή θανάτου με την επιφύλαξη του άρθρου 1457 Α.Κ., το γεννητικό υλικό, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρούνται ή χρησιμοποιούνται για ερευνητικούς ή Θεραπευτικούς σκοπούς ή καταστρέφονται, σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 1459 Α.Κ. ύστερα από απόφαση της Αρχής, κατόπιν αιτήσεως της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης.

Άρθρο 8

Διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων

1. Απαγορεύεται η διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων με οποιοδήποτε αντάλλαγμα προς τον δότη.
2. Επιτρέπεται η διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων με σκοπό την υποβοήθηση στην απόκτηση τέκνου με μεθόδους Ι.Υ.Α. και διενεργείται με τη συναίνεση των δοτών. Σε περίπτωση που οι δότες είναι έγγαμοι ή συζούν σε ελεύθερη ένωση, απαιτείται και η έγγραφη συναίνεση του ή της συζύγου ή συντρόφου.
3. Η διάθεση γονιμοποιημένων ωαρίων πραγματοποιείται μόνο με πλεονάζοντα γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία έχουν δημιουργηθεί στο πλαίσιο θεραπευτικής αγωγής ενός ζεύγους και δεν προορίζονται για μελλοντική χρήση από τους ίδιους.
4. Η διάθεση ανακαλείται ελεύθερα πριν από τη χρησιμοποίηση των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων. Στην περίπτωση αυτή, οι δότες υποχρεούνται να δηλώσουν εγγράφως εάν επιθυμούν οι γαμέτες ή τα γονιμοποιημένα ωάρια τους:
 - α. να χρησιμοποιηθούν από τους ίδιους, οπότε υποχρεούνται να καλύψουν τις σχετικές δαπάνες,
 - β. να διατεθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς, ή

γ. να καταστραφούν,

5. Δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη λήψη και την κρυοσυντήρηση των γαμετών.

Στις παραπάνω δαπάνες περιλαμβάνονται:

α. οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά τη λήψη των γαμετών,

β. τα έξοδα της μετακίνησης και διαμονής του δότη,

γ. κάθε θετική ζημία του δότη εξαιτίας αποχής από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της λήψης των γαμετών.

Το ύψος των καλυπτόμενων δαπανών και της αποζημίωσης καθορίζεται με απόφαση της Αρχής,

6. Ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη σύμφωνα με το άρθρο 1460 παράγραφος 1 εδ.β'Α.Κ. φυλάσσονται με απόλυτη μυστικότητα και σε κωδικοποιημένη μορφή στην Τράπεζα Κρυοσυντήρησης και στο εθνικό αρχείο δοτών και ληπτών του άρθρου 20 παράγραφος 2γ.

7. Οι δότες πρέπει να είναι ενήλικες με πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα. Προκειμένου για διάθεση σπέρματος, ο δότης πρέπει να μην έχει συμπληρώσει το τεσσαρακοστό έτος της ηλικίας του, ενώ προκειμένου για διάθεση ωαρίων η δότρια πρέπει να μην έχει συμπληρώσει το τριακοστό πέμπτο έτος της ηλικίας της. Τα ανωτέρω όρια ηλικίας μπορούν να αυξηθούν μέχρι την ηλικία των πενήντα και σαράντα ετών αντίστοιχα σε περίπτωση διάθεσης γονιμοποιημένων ωαρίων, ή όταν συντρέχει σπουδαίος λόγος, ύστερα από απόφαση της Αρχής.

8. Στις περιπτώσεις του τρίτου εδαφίου της προηγούμενης παραγράφου πρέπει να προηγείται ειδική ενημέρωση των ληπτών σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης γενετικού νοσήματος και να συνιστάται προγεννητικός έλεγχος.

9. Οι δότες υποβάλλονται υποχρεωτικώς σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, τον οποίο καθορίζει η Αρχή με απόφαση της και δεν γίνονται δεκτοί αν πάσχουν από κληρονομικά, γενετικά ή μεταδοτικά νοσήματα. Η χρήση ναπού σπέρματος, που προέρχεται από τρίτο δότη, δεν επιτρέπεται.

Άρθρο 9

Ειδικοί περιορισμοί

1. Η χρήση γαμετών που προέρχονται από περισσότερους του ενός δότες, κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας, απαγορεύεται.

2. Τα τέκνα που προέρχονται από γαμέτες του ίδιου τρίτου δότη δεν επιτρέπεται να υπερβαίνουν τα δέκα, εκτός εάν πρόκειται για γέννηση νέου τέκνου από ζεύγος το οποίο έχει ήδη αποκτήσει τέκνο από γαμέτες του εν λόγω δότη. Με απόφαση της Αρχής μπορεί να καθοριστεί ο ακριβής αριθμός των τέκνων που προέρχονται από τον ίδιο δότη, ανάλογα με τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης περιοχής και άλλες ειδικές συνθήκες.

3. Η επιλογή του τρίτου δότη, του οποίου οι γαμέτες θα χρησιμοποιηθούν σε κάθε κύκλο θεραπείας, γίνεται από τη Μ.Ι.Υ.Α.. Κατά την επιλογή των γαμετών λαμβάνονται ιδίως υπόψη η ομάδα αίματος στο σύστημα ABO και Rhesus, καθώς και τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά των ληπτών με τους οποίους θα δημιουργηθούν δεσμοί συγγενείας. Τα παραπάνω ισχύουν και στη διάθεση γονιμοποιημένων ωαρίων χωρίς αντάλλαγμα.

4. Δεν επιτρέπεται η λήψη γαμετών από κλινικώς νεκρά άτομα, εκτός αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 1457 Α.Κ..

5. Οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται υποχρεωτικά μετά τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη γονιμοποίηση, χωρίς να υπολογίζεται ο ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους.

Άρθρο 10

Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

1. Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση διενεργείται με τη συναίνεση των ενδιαφερόμενων προσώπων και με άδεια της Αρχής, για να διαγνωσθεί αν τα γονιμοποιημένα ωάρια είναι φορείς γενετικών ανωμαλιών, ώστε να αποτραπεί η μεταφορά τους στη μήτρα. Η εν λόγω άδεια χορηγείται, αφού διαπιστωθεί ότι η Μ.Ι.Υ.Α. διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό ή συνεργάζεται με αντίστοιχη μονάδα ή εργαστήριο, το οποίο πληροί τις προϋποθέσεις αυτές.

2. Πριν από την εφαρμογή της μεθόδου είναι υποχρεωτική η παροχή γενετικής συμβουλευτικής στα ενδιαφερόμενα πρόσωπα.

Άρθρο 11

Έρευνα που δεν οδηγεί σε εγκυμοσύνη

1. Η έρευνα γίνεται σε πλεονάζοντες ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν διατεθεί για το σκοπό αυτόν, σύμφωνα με το άρθρο 1459 Α Κ..

2. Η εν λόγω έρευνα διενεργείται προκειμένου:

α. να διευρυνθούν οι γνώσεις για την ανθρώπινη αναπαραγωγή,

β. να βελτιωθούν οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας της υπογονιμότητας, καθώς και του ελέγχου της γονιμότητας (αντισύλληψης),

γ. να εντοπισθούν τα αίτια των αποβολών και να αναπτυχθούν τρόποι αντιμετώπισης τους,

δ. να αναπτυχθούν τεχνικές ελέγχου και θεραπείας των γενετικών νόσων και των συγγενών ανωμαλιών,

ε. να μελετηθεί η βιολογία των εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων και οι πιθανές θεραπευτικές χρήσεις τους.

3. Η έρευνα σε γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. διενεργείται ύστερα από άδεια της Αρχής, υπό τις εξής ιδίως προϋποθέσεις:

α. έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή,

β. έγγραφη συναίνεση των δοτών,

γ. διενέργεια της έρευνας επί των γονιμοποιημένων ωαρίων εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη δημιουργία τους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους,

δ. προηγούμενη αντίστοιχη έρευνα σε πειραματόζωα, εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό,

ε. η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

4. Οι γαμέτες, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία έχουν υποβληθεί στην προαναφερθείσα έρευνα, απαγορεύεται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης.

Άρθρο 12

Έρευνα που οδηγεί σε εγκυμοσύνη

1. Έρευνα είναι δυνατόν επίσης να διενεργηθεί σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυ-

μοσύνης σε πρόσωπα που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., όταν σκοπός της έρευνας είναι η απόκτηση σημαντικών γνώσεων, σχετικών με την επιτυχή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και τη γέννηση υγιούς παιδιού.

2. Η έρευνα αυτή διενεργείται ύστερα από άδεια της Αρχής, εφόσον πληρούνται οι όροι του άρθρου 16 του Ν. 2619/1998 και υπό τις εξής ιδίως προϋποθέσεις:

α. έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή,

β. έγγραφη συναίνεση των συμμετεχόντων προσώπων, ύστερα από ενημέρωση σύμφωνα με το άρθρο 5,

γ. προηγούμενος αντίστοιχος πειραματισμός σε ζώα ή και σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης, εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό,

δ. τα προσδοκώμενα από την έρευνα οφέλη να είναι εμφανώς περισσότερα από τους πιθανούς κινδύνους για το παιδί που θα γεννηθεί και για τη γυναίκα που θα το κυοφορήσει,

ε. η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

Άρθρο 13

Παρένθετη μητρότητα

1. Η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται υπό τους όρους που προβλέπονται στα άρθρα 1458 Α.Κ. και όγδοο του Ν. 3089/2002.

2. Η γυναίκα που πρόκειται να κυοφορήσει υποβάλλεται στις ιατρικές εξετάσεις του άρθρου 4 και σε ενδελεχή ψυχολογική αξιολόγηση.

3. Το άρθρο 4 παράγραφοι 2 και 3 εφαρμόζεται επίσης για τον έλεγχο της υγείας των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο.

4. Η συμφωνία για κυοφορία από τρίτη γυναίκα γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Δεν συνιστά αντάλλαγμα:

α. η καταβολή των δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία,

β. κάθε θετική ζημία της κυοφόρου εξαιτίας αποχής από την εργασία της, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία, τις οποίες στερήθηκε λόγω απουσίας, με σκοπό την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία.

Το ύψος των καλυπτόμενων δαπανών και αποζημιώσεων καθορίζεται με απόφαση της Αρχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Άρθρο 14

Διακίνηση

1. Η διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς επίσης και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους, διενεργείται μόνο μέσω Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης οι οποίες έχουν λάβει ειδική προς τούτο άδεια από την Αρχή.

2. Η διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς επίσης και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους, είναι ελεύθερη από και προς τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η διακίνηση από και προς τρίτη χώρα επιτρέπεται ύστερα από άδεια της Αρχής, η οποία παρέχεται αφού ληφθούν υπόψη ιδίως η ύπαρξη επαρκών μηχανισμών ελέγχου και πιστοποίησης της ποιότητας, η

τήρηση προτύπων ασφαλείας και γενικά η ισχύουσα νομοθεσία στις χώρες προέλευσης και τελικού προορισμού του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων.

3. Απαγορεύεται η διακίνηση γονιμοποιημένων ωαρίων, τα οποία προέρχονται από κλωνοποίηση, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για αναπαραγωγικούς σκοπούς. Επίσης, απαγορεύεται η διακίνηση υβριδίων και χμαιρών.

Άρθρο 15 **Ιχνηλασιμότητα**

Η διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων και των βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους πρέπει να γίνεται υπό συνθήκες οι οποίες εξασφαλίζουν την ιχνηλασιμότητα του υλικού, από τον δότη έως τον λήπτη και το αντίστροφο. Τα σχετικά στοιχεία τηρούνται από τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυοσυντήρησης σε ειδικό αρχείο, σύμφωνα με τα άρθρα 16 παράγραφος 6 και 17 παράγραφος 7 και διαβιβάζονται στο τμήμα μητρώων και αρχείων της Αρχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' **ΜΟΝΑΔΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ** **ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΡΑΠΕΖΕΣ ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ**

Άρθρο 16

Ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ι.Υ.Α.

1. Οι μέθοδοι και οι συναφείς τεχνικές του άρθρου 2 εφαρμόζονται σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.), οι οποίες λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους φορείς. Οι Μ.Ι.Υ.Α. που λειτουργούν ως ιδιωτικοί φορείς υποχρεούνται να έχουν διασύνδεση με νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική που βρίσκεται σε εύλογη χλιομετρική απόσταση από αυτές και διαθέτει τμήμα μαιευτικής-γυναικολογίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έπειτα από εισήγηση της Αρχής καθορίζονται οι όροι της διασύνδεσης αυτής,

2. Οι Μ.Ι.Υ.Α. ιδρύονται και λειτουργούν με άδεια του αρμόδιου φορέα, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις. Αν η Μ.Ι.Υ.Α. λειτουργεί αυτοτελώς ως νομικό πρόσωπο ή ως μονάδα νομικού προσώπου, η άδεια χορηγείται στο νομικό πρόσωπο. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η άδεια χορηγείται στον υπεύθυνο ιατρό που ορίζεται στην παράγραφο 4.

3. Η άδεια λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ισχύει για τρία (3) έτη και ανανεώνεται κάθε φορά για ίσο χρόνο, αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι τηρούνται οι όροι λειτουργίας.

4. Για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α., η ελάχιστη στελέχωση της περιλαμβάνει:

α. έναν ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ως υπεύθυνο,

β. έναν επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών, πτυχιούχο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού,

γ. μία μαία, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α.,

δ. έναν ιατρό αναισθησιολόγο, αν εφαρμόζονται από τη Μ.Ι.Υ.Α. μέθοδοι που απαιτούν αναισθησία.

Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, καθορίζονται οι λοιποί όροι και

οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α., η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Η άδεια λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ανακαλείται, με εισήγηση της Αρχής, προσωρινά μέχρι έξι (6) μήνες αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι έπαψαν να υπάρχουν οι απαιτούμενες για τη χορήγηση της προϋποθέσεις, οριστικά δε αν αυτό επαναληφθεί και διαπιστωθεί κατά τον επόμενο έλεγχο.

6. Οι Μ.Ι.Υ.Α. τηρούν αρχείο μετά στοιχεία και τα ιατρικά δεδομένα των προσώπων που υποβάλλονται σε μεθόδους Ι.Υ.Α. και συναφείς τεχνικές. Το περιεχόμενο του αρχείου αυτού διαβιβάζεται στην Αρχή και ενσωματώνεται στα αρχεία τα οποία αυτή τηρεί, σύμφωνα με το άρθρο 20 παράγραφος 2.

Άρθρο 17

Ίδρυση και λειτουργία Τραπεζών Κρυσυντήρησης

1. Οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης συντηρούν και διαθέτουν ανθρώπινους γαμέτες, ωθητικό και ορχικό ιστό, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία προορίζονται να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς στο πλαίσιο της Ι.Υ.Α..

2. Οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης μπορούν επίσης να συντηρούν και να διαθέτουν βλαστικά κύτταρα, τα οποία προορίζονται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς

3. Οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης ιδρύονται με άδεια του αρμόδιου φορέα, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις. Λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους ιδιωτικούς φορείς είτε εντός των Μ.Ι.Υ.Α. είτε αυτοτελώς. Αν η Τράπεζα λειτουργεί αυτοτελώς ως νομικό πρόσωπο ή ως μονάδα νομικού προσώπου, η άδεια χορηγείται στο νομικό πρόσωπο, Σε κάθε άλλη περίπτωση, χορηγείται στον υπεύθυνο ιατρό ή επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών που ορίζονται στην παράγραφο 5.

4. Η άδεια λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσυντήρησης ισχύει για τρία (3) έτη και ανανεώνεται κάθε φορά για ίσο χρόνο, αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι τηρούνται οι όροι λειτουργίας.

5. Προκειμένου να χορηγηθεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, η ελάχιστη στελέχωση της Τράπεζας Κρυσυντήρησης περιλαμβάνει:

α. έναν ιατρό ή επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών πτυχιούχο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με αποδεδειγμένη τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ως υπεύθυνο,

β. έναν επιστήμονα των βιοιατρικών επιστημών ή τεχνολόγο ιατρικών εργαστηρίων με αποδεδειγμένη πείρα στο γνωστικό αντί κείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερο από εισήγηση της Αρχής, καθορίζονται οι λοιποί όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Η άδεια λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσυντήρησης ανακαλείται, με εισήγηση της Αρχής, προσωρινά μέχρι έξι (6) μήνες αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι έπαψαν να

υπάρχουν οι απαιτούμενες για τη χορήγηση της προϋποθέσεις, οριστικά δε αν αυτό επαναληφθεί και διαπιστωθεί κατά τον επόμενο έλεγχο.

7. Οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης τηρούν αρχείο του υλικού το οποίο φυλάσσεται και διατίθεται από αυτές. Τα στοιχεία του αρχείου αυτού διαβιβάζονται στην Αρχή και ενσωματώνονται στα αρχεία τα οποία αυτή τηρεί, σύμφωνα με το άρθρο 20 παράγραφος 2.

Άρθρο 18

Κοινοποίηση εξαιρετικών συμβάντων

Οι Μ.Ι.Υ.Α. και οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης υποχρεούνται να ενημερώνουν χωρίς καθυστέρηση την Αρχή για οποιοδήποτε εξαιρετικό συμβάν, το οποίο προκύπτει κατά τη λειτουργία τους ή κατά την εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. είτε κατά τη διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού, γονιμοποιημένων ωαρίων και των βιολογικών συστατικών ή παραγώγων τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Άρθρο 19

Σύσταση - Αποστολή - Νομική φύση

1. Συνιστάται Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Αρχή Ι.Υ.Α.), με αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, καθώς και την ενάσκηση των αρμοδιοτήτων που της ανατίθενται κάθε φορά.

2. Η Αρχή αποτελεί ανεξάρτητη διοικητική αρχή, με δικό της προϋπολογισμό και δική της γραμματεία και δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Κατά την ενάσκηση των καθηκόντων τους, τα μέλη της Αρχής απολαύουν προσωπικής και λειτουργικής ανεξαρτησίας. Η Αρχή υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει έδρα την Αθήνα.

3. Οι πιστώσεις για τη λειτουργία της Αρχής εγγράφονται σε ειδικό φορέα στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τον προϋπολογισμό της Αρχής εισηγείται ο Πρόεδρος της, ο οποίος είναι και διατάκτης των δαπανών της, στον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών. Ποσοστό των κάθε είδους εσόδων του Δημοσίου από την εφαρμογή του παρόντος νόμου, συμπεριλαμβανομένων των παραβόλων και προστίμων που επιβάλλει ή Αρχή, διατίθεται για τις ανάγκες της Αρχής. Το ποσοστό αυτό καθορίζεται κάθε φορά με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 20

Αρμοδιότητες της Αρχής

1. Η Αρχή έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α. Ελέγχει αν πληρούνται οι προβλεπόμενες από τον παρόντα νόμο προϋποθέσεις γιατί η σύσταση και λειτουργία των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, για να τους χορηγηθεί άδεια λειτουργίας ή να ανανεωθεί η υπάρχουσα. Επιπλέον, διενεργεί εκτάκτους ελέγχους αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν καταγγελίας.

β. Εκδίδει τις προβλεπόμενες από τις διατάξεις του παρόντος νόμου άδειες, υπό τις προϋποθέσεις που η ίδια ορίζει.

γ. Καταρτίζει τον ειδικό κώδικα δεοντολογίας για τα θέματα που σχετίζονται με την Ι.Υ.Α. και ελέγχει την τήρηση του.

δ. Εγκρίνει τα πρωτόκολλα για τη διενέργεια έρευνας σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια είτε αυτά χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης είτε όχι, σύμφωνα με τα άρθρα 11 και 12.

ε. Συλλέγει και αρχειοθετεί τα κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης.

στ. Ενημερώνει και διαφωτίζει το κοινό σχετικά με τα θέματα της Ι.Υ.Α. μέσω της περιοδικής δημοσίευσης των αποτελεσμάτων της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. σε εθνικό επίπεδο και με κάθε άλλο πρόσφορο μέσο. Επίσης παρακολουθεί και καταγράφει τις επιστημονικές και τις κοινωνικές εξελίξεις στον τομέα της Ι.Υ.Α..

ζ. Αναθέτει σε μέλος ή μέλη της τη διενέργεια διοικητικών εξετάσεων και επιβάλλει τις κατά το άρθρο 27 διοικητικές κυρώσεις.

η. Καταγγέλλει τις παραβάσεις των διατάξεων του παρόντος νόμου στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

θ. Συντάσσει κάθε χρόνο έκθεση για την εκτέλεση της αποστολής της κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος. Η έκθεση υποβάλλεται από τον Πρόεδρο της Αρχής στον Πρόεδρο της Βουλής και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κοινοποιείται στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και εν γένει δημοσιοποιείται με ευθύνη της Αρχής.

ι. Εξετάζει αναφορές ή καταγγελίες σχετικά με την εφαρμογή του νόμου και την προστασία των δικαιωμάτων των αιτούντων, όταν αυτά θίγονται από τον τρόπο εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α., καθώς και σχετικά με εξαιρετικά συμβάντα, και ενημερώνει τους ενδιαφερόμενους για τις σχετικές ενέργειες της.

ια. Γνωμοδοτεί και υποβάλλει προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για απαιτούμενες νέες ρυθμίσεις ή τροποποιήσεις του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου.

ιβ. Συνεργάζεται με αντίστοιχες Αρχές άλλων Κρατών, καθώς και με Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Οργανισμούς και φορείς σε ζητήματα σχετικά με την άσκηση των αρμοδιοτήτων της.

ιγ. Εκδίδει κανονιστικές πράξεις για τη ρύθμιση ειδικών τεχνικών και λεπτομερειακών θεμάτων, στα οποία αναφέρεται ο παρών νόμος. Οι κανονιστικές πράξεις της Αρχής δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Οι λοιπές αποφάσεις ισχύουν από την έκδοση ή την κοινοποίηση τους.

ιδ. Αποφασίζει για την τύχη των γαμετών, του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων που βρίσκονται ή φυλάσσονται σε νωπή ή κρυσυντηρημένη κατάσταση σε μια Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζα Κρυσυντήρησης, η λειτουργία της οποίας έχει ανασταλεί ή διακοπεί για οποιονδήποτε λόγο.

ιε. Ασχολείται και με κάθε άλλο, μη ρητώς αναφερόμενο στον παρόντα νόμο θέμα, το οποίο κατά την κρίση της εντάσσεται στο πεδίο της Ι.Υ.Α..

2. Η Αρχή τηρεί τα ακόλουθα εθνικά μητρώα και αρχεία:

α. Μητρώο αδειών λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης.

β. Αρχείο των αποτελεσμάτων της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α..

γ. Αρχείο απόρρητων ιατρικών στοιχείων των δοτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, σύμφωνα με την παράγραφο 6 του άρθρου 8. Τα στοιχεία των δοτών καταχωρίζονται σε κωδικοποιημένη μορφή.

δ. Ακρώς απόρρητα αρχεία που περιέχουν τα στοιχεία ταυτότητας δοτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και τον αντίστοιχο κωδικό.

3. Τα παραπάνω μητρώα και αρχεία περιέχουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997. Η πρόσβαση στα υπό στοιχεία α' και β' μητρώα και αρχεία της προηγούμενης παραγράφου επιτρέπεται με άδεια της Αρχής, τηρουμένων των προϋποθέσεων του Ν. 2472/1997. Η πρόσβαση στο υπό στοιχείο γ' αρχείο της προηγούμενης παραγράφου επιτρέπεται, με άδεια της Αρχής, μόνο στο τέκνο, για λόγους σχετικούς με την υγεία του.

Άρθρο 21

Συγκρότηση της Αρχής

1. Η Αρχή συγκροτείται από τον Πρόεδρο και οκτώ μέλη. Ως Πρόεδρος ορίζεται Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι., εν ενεργεία ή μη είτε σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου είτε στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας, με πείρα στην Ι.Υ.Α..

2. Ο Πρόεδρος της Αρχής διορίζεται με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, ύστερα από εισήγηση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και γνώμη της Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής. Με την ίδια διαδικασία επιλέγεται και διορίζεται ο αναπληρωτής του Προέδρου.

Τα μέλη της Αρχής, καθώς και οι αναπληρωτές τους, διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Η θητεία του Προέδρου, των μελών της Αρχής και των αναπληρωτών τους είναι τετραετής και μπορεί να ανανεωθεί μία μόνο φορά. Κανείς δεν μπορεί να υπηρετήσει περισσότερα από οκτώ συνεχόμενα έτη στην ίδια θέση.

4. Η σύνθεση των μελών της Αρχής ανανεώνεται κατά το ήμισυ ανά τετραετία. Στο τέλος της πρώτης θητείας, τέσσερα μέλη της Αρχής, τα οποία κληρώνονται από τον Πρόεδρο, παρουσία όλων των μελών της, αμέσως μετά τη λήψη της απόφασης επιλογής τους, διορίζονται για επιπλέον θητεία δύο ετών. Ο Πρόεδρος της Αρχής και ο αναπληρωτής του διορίζονται πάντοτε για πλήρη θητεία.

5. Σε περίπτωση θανάτου, παραίτησης ή έκπτωσης μέλους της Αρχής διορίζεται νέο μέλος για το υπόλοιπο της θητείας. Η θητεία των μελών της Αρχής παρατείνεται αυτοδικαίως μέχρι το διορισμό νέων.

6. Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής διορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές, οι οποίοι πρέπει να διαθέτουν τις ίδιες ιδιότητες και προσόντα. Εφόσον Πρόεδρος της Αρχής οριστεί Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι., εν ενεργεία ή μη, σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου, ο αναπληρωτής του πρέπει να είναι υποχρεωτικά Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α. Ε. Ι. στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας και αντίστροφα.

7. Ως μέλη της Αρχής ορίζονται:

α. ένας Καθηγητής Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου,

β. ένας Καθηγητής ιατρικού τμήματος Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, στο γνωστικό

αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,

γ. ένας Καθηγητής Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας ή βιοχημείας ή εμβρυολογίας ή γενετικής, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,

δ. ένα πρόσωπο με κύρος και εμπειρία στον τομέα της βιοηθικής και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων,

ε. ένας μαιευτήρας - γυναικολόγος του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,

στ. ένας επιστήμονας στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας ή βιοχημείας ή εμβρυολογίας ή γενετικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,

ζ. ένας ψυχολόγος με πείρα στη συμβουλευτική των υπογόνιμων ατόμων,

η. ένα πρόσωπο που έχει υποβληθεί σε μεθόδους Ι.Υ.Α..

8. Στον Πρόεδρο, στα μέλη της Αρχής και στους αναπληρωτές τους που ανήκουν στο Διδακτικό Επιστημονικά Προσωπικό Α.Ε.Ι. επιτρέπεται η άσκηση των καθηκόντων τους στο οικείο Α.Ε.Ι., με καθεστώς πλήρους απασχόλησης.

Άρθρο 22

Λειτουργία της Αρχής

1. Η Αρχή καταρτίζει τον κανονισμό λειτουργίας της, με τον οποίο ρυθμίζονται ιδίως η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών της, η σύσταση ειδικών τμημάτων και επιτροπών, η διαδικασία ακρόασης των ενδιαφερομένων, θέματα πειθαρχικής διαδικασίας και ο τρόπος διεξαγωγής των ελέγχων που προβλέπονται στην περίπτωση α' της παραγράφου 1 του άρθρου 20.

2. Η Αρχή συνεδριάζει ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει την Αρχή ύστερα από αίτηση τεσσάρων τουλάχιστον μελών της. Η Αρχή συνεδριάζει νόμιμα όταν στη σύνθεση της μετέχουν τουλάχιστον πέντε μέλη (απαρτία) συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου ή του αναπληρωτή του. Οι αποφάσεις της Αρχής λαμβάνονται με την πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των άρθρων 14 και 15 του Ν. 2690/1999.

3. Η Αρχή συνεδριάζει και σε τμήματα, συντιθέμενα από τρία τουλάχιστον μέλη προεδρευόμενα από τον Πρόεδρο ή τον αναπληρωτή του. Στις αρμοδιότητες των τμημάτων αυτών περιλαμβάνονται ιδίως:

α. οι έλεγχοι και αδειοδοτήσεις,

β. η τήρηση των μητρώων και αρχείων,

γ. η επιστημονική τεκμηρίωση και η έρευνα,

δ. η βιοηθική και η δεοντολογία,

ε. η επικοινωνία και η ενημέρωση του κοινού.

Ο κανονισμός λειτουργίας της ρυθμίζει περαιτέρω τη σύνθεση, τους όρους λειτουργίας των τμημάτων και την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ ολομέλειας και τμημάτων. Αποφάσεις των τμημάτων μπορούν να τροποποιούνται ή να ανακαλούνται από την ολομέλεια.

4. Ο Πρόεδρος εκπροσωπεί την Αρχή δικαστικώς και εξωδίκως. Ο Πρόεδρος μπορεί να αναθέτει την εκπροσώπηση της Αρχής σε μέλος της ή σε υπάλληλο της.

5. Στον Πρόεδρο της Αρχής ανήκει η ευθύνη της λειτουργίας της. Ο Πρόεδρος είναι διοικητικός προϊστάμενος του προσωπικού της Γραμματείας, ασκεί την επ' αυτού πειθαρχική εξουσία και μπορεί να επιβάλει πειθαρχική ποινή επίπληξης ή και προστίμου ίσου προς το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών του εγκαλουμένου. Ο Πρόεδρος μπορεί να εξουσιοδοτεί μέλος της Αρχής ή ανώτερο υπάλληλο της να υπογράφει με εντολή Προέδρου έγγραφα, εντάλματα ή άλλες πράξεις.

6. Ένδικα βοηθήματα κατά των αποφάσεων της Αρχής μπορεί να ασκεί και το Δημόσιο δια του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού.

7. Κάθε δημόσια αρχή υποχρεούται να παρέχει τη συνδρομή της στην Αρχή.

Άρθρο 23

Κωλύματα - ασυμβίβαστα μελών της Αρχής

1. Δεν μπορεί να διοριστεί Πρόεδρος, αναπληρωτής του Προέδρου ή μέλος της Αρχής:
 - α. Υπουργός, υφυπουργός, γενικός γραμματέας υπουργείου ή αυτοτελούς γενικής γραμματείας και βουλευτής.
 - β. Διοικητής, διευθυντής, διαχειριστής ή ασκών διευθυντικά καθήκοντα εν γένει είτε σε επιχείρηση που παρέχει υπηρεσίες Ι.Υ.Α. είτε σε επιχείρηση που παράγει, μεταποιεί, διαθέτει ή εμπορεύεται φαρμακευτικά προϊόντα, καθώς και υλικά και θεραπευτικά μέσα χρησιμοποιούμενα στην Ι.Υ.Α..
2. Για τη διαπίστωση των ως άνω κωλυμάτων και ασυμβιβάστων, οι υποψήφιοι για τις θέσεις Προέδρου και μέλους της Αρχής υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση, στην οποία αναφέρουν τις θέσεις τις οποίες κατέχουν στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
3. Εκπίπτει από την ιδιότητα του μέλους της Αρχής όποιος, μετά το διορισμό του:
 - α. αποκτά μία από τις ιδιότητες που συνιστούν κώλυμα διορισμού, σύμφωνα με τις δύο προηγούμενες παραγράφους ή
 - β. προβαίνει σε πράξεις ή αναλαμβάνει οποιαδήποτε εργασία ή έργο ή αποκτά άλλη ιδιότητα που δεν συμβιβάζονται με τα καθήκοντα του ως μέλους της Αρχής.
4. Στη διαπίστωση των ασυμβιβάστων της προηγούμενης παραγράφου προβαίνει η Αρχή, χωρίς συμμετοχή του μέλους της. στο πρόσωπο του οποίου ενδέχεται να συντρέχει το ασυμβίβαστο. Η Αρχή αποφασίζει ύστερα από ακρόαση του εν λόγω μέλους. Τη διαδικασία κινεί είτε ο Πρόεδρος της Αρχής είτε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 24

Υποχρεώσεις και δικαιώματα μελών της Αρχής

1. Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους τα μέλη της Αρχής υπακούουν στη συνείδηση τους και το νόμο. Υπόκεινται στο καθήκον εχεμύθειας. Ως μάρτυρες ή πραγματογνώμονες μπορούν να καταθέτουν στοιχεία που αφορούν αποκλειστικά και μόνο στην τήρηση των διατάξεων του παρόντος νόμου από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Το καθήκον εχεμύθειας υφίσταται και μετά την με οποιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των μελών της Αρχής.
2. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι μηνιαίες αποδοχές του Προέδρου και των μελών της Αρχής, καθώς και η αποζημίωση τους για κάθε συνεδρίαση στην οποία συμμετέχουν. Στους αναπληρωτές καταβάλλεται το τριάντα τοις εκατό (30%) των αποδοχών του Προέδρου και των τακτικών μελών αντίστοιχα, εφόσον κατά βεβαίωση του Προέδρου προσέφεραν κατά τη διάρκεια του μηνός υπηρεσία, πλην της τυχόν συμμετοχής τους σε συνεδριάσεις της Αρχής, καθώς και αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν. Οι διατάξεις για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων προσώπων με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας, που ισχύουν κάθε φορά, έχουν εφαρμογή και για τη μετακίνηση των μελών και των υπαλλήλων της Γραμματείας της Αρχής. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης.
3. Τα μέλη της Αρχής υπέχουν πειθαρχική ευθύνη για κάθε παράβαση των υποχρεώσεων τους που απορρέουν από τον παρόντα νόμο. Την πειθαρχική αγωγή ασκεί ενώπιον του πειθαρχικού συμβουλίου ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τον Πρόεδρο και τα μέλη της Αρχής και ο Πρόεδρος της Αρχής για τα μέλη της. Το πειθαρχικό συμβούλιο αποτελείται από έναν Αντιπρόεδρο του Συμβουλίου της Επικρατείας, ως πρόεδρο, έναν Αρεοπαγίτη, έναν Σύμβουλο του

Ελεγκτικού Συνεδρίου και δύο Καθηγητές Α.Ε.Ι., έναν σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου και έναν Καθηγητή της ιατρικής σε γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α..

Χρέη γραμματέα του συμβουλίου εκτελεί υπάλληλος της Αρχής. Ο Πρόεδρος, τα μέλη και ο γραμματέας του συμβουλίου ορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές. Για τα μέλη του συμβουλίου που είναι δικαστικοί λειτουργοί απαιτείται απόφαση του οικείου ανώτατου δικαστικού συμβουλίου. Το συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τριετή θητεία. Το Συμβούλιο συνεδριάζει με την παρουσία τεσσάρων τουλάχιστον μελών, μεταξύ των οποίων οπωσδήποτε ο Πρόεδρος ή ο αναπληρωτής του και αποφασίζει με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Αν υπάρχουν περισσότερες από δύο γνώμες, οι ακολουθούντες την ασθενέστερη οφείλουν να προσχωρήσουν σε μία από τις επικρατέστερες. Το πειθαρχικό συμβούλιο αποφασίζει σε πρώτο και τελευταίο βαθμό την απαλλαγή ή την παύση του εγκαλουμένου. Η αμοιβή του Προέδρου, των μελών και του γραμματέα του συμβουλίου καθορίζεται κατά συνεδρίαση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατά παρέκκλιση κάθε άλλης διατάξεως.

4. Μέλος της Αρχής ή υπάλληλος της Γραμματείας της, ο οποίος, κατά παράβαση του παρόντος νόμου, γνωστοποιεί με οποιονδήποτε τρόπο απόρρητα ή προσωπικού χαρακτήρα δεδομένα, προσιτά σε αυτόν λόγω της υπηρεσίας του, ή αφήνει άλλον να λάβει γνώση αυτών, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο (2) ετών και χρηματική ποινή από 6.000,00 ευρώ έως 30.000,00 ευρώ. Αν όμως τέλεσε την πράξη με σκοπό να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον αθέμιτο όφελος ή να βλάψει άλλον, επιβάλλεται κάθειρξη.

Αν η πράξη του πρώτου εδαφίου τελέστηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή.

Άρθρο 25

Γραμματεία της Αρχής

1. Η Αρχή εξυπηρετείται από Γραμματεία, η οποία λειτουργεί σε επίπεδο Διευθύνσεως και συγκροτείται από τα εξής ιδίως τμήματα:

- α. διοίκησης,
- β. οικονομικής διαχείρισης,
- γ. γραμματειακής υποστήριξης,
- δ. μηχανογραφικών εφαρμογών,
- ε. επικοινωνίας και διεθνών σχέσεων.

2. Η οργάνωση της Γραμματείας, η διαίρεση της σε τμήματα και γραφεία και οι επί μέρους αρμοδιότητες τσίστων, ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού κατά κλάδους και ειδικότητες, ο ελάχιστος αριθμός υπαλλήλων κατά τμήμα, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια καθορίζονται με Προεδρικό Διάταγμα που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, η οποία διατυπώνεται μέσα σε δύο μήνες από τη συγκρότηση της.

Με όμοιο Προεδρικό Διάταγμα μπορούν να ιδρύονται νέα τμήματα, να καταργούνται ή να συγχωνεύονται τα υπάρχοντα και να ανακατανέμονται ή να μεταβάλλονται οι αρμοδιότητες τους. Με το ίδιο Προεδρικό Διάταγμα καθορίζονται οι προϋποθέσεις κατανομής και ένταξης του υπηρετούντος προσωπικού στα τυχόν νέα τμήματα που θα συσταθούν.

Τα θέματα εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας της Γραμματείας της Αρχής ρυθμίζονται από εσωτερικό κανονισμό, που εκδίδεται από την Αρχή και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

3. Η πλήρωση όλων των θέσεων της Γραμματείας, καθώς και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού της, γίνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παράγραφος 1,2,3, 5 και 6 του Ν. 3051/2002. Για το σκοπό αυτόν συνιστώνται υπηρεσιακό συμβούλιο και δευτεροβάθμιο πειθαρχικό συμβούλιο, όπως ορίζεται στο άρθρο 4 παράγραφος 3 του ίδιου νόμου.

Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος, η πλήρωση των θέσεων προϊσταμένων υπηρεσιακών μονάδων της Γραμματείας μπορεί να γίνει και με απόσπαση ή με μετάταξη υπαλλήλων βαθμού Α ή αντίστοιχου του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ., με τη συναίνεση των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων υπαλλήλων.

Διορισμός σύμφωνα με την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου γίνεται μόνο στις θέσεις που δεν θα πληρωθούν με απόσπαση ή με μετάταξη, μετά από δημόσια προκήρυξη. Για την απόσπαση ή τη μετάταξη απαιτείται γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου της υπηρεσίας από την οποία αποσπάται ή μετατάσσεται ο υπάλληλος, Τον προϊστάμενο της Γραμματείας επιλέγει η Αρχή κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη. Οι αποσπασμένοι εξακολουθούν να αμείβονται από την οργανική τους θέση. Ο χρόνος της προηγούμενης υπηρεσίας των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων από Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., λογίζεται ως χρόνος πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

Άρθρο 26

Ποινικές κυρώσεις

1. Όποιος κατά παράβαση των άρθρων 1455 Α. Κ. και 2 παράγραφος 3 του παρόντος προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, σε επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, σε δημιουργία χμαιρών και υβριδίων, σε τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, σε μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή σε ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη γονιμοποίηση, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δεκαπέντε (15) ετών.

2. Όποιος κατά παράβαση του άρθρου 8 πωλεί ή αγοράζει ή προσφέρει προς πώληση ή αγορά γεννητικά υλικά ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, καθώς και όποιος μεσολαβεί στην πώληση ή αγορά των ανωτέρω, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα (10) ετών. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος ηθελημένα αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την πώληση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων.

3. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, για σκοπούς άλλους από εκείνους που προβλέπονται στο Ν. 3089/2002 και στον παρόντα νόμο, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών.

4. Όποιος δημιουργεί γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς σκοπούς ή διενεργεί έρευνα κατά παράβαση των άρθρων 11 και 12, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα (10) ετών. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος χρησιμοποιεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά παράβαση του άρθρου 11 παράγραφος 4, καθώς και όποιος χρησιμοποιεί για τον ίδιο σκοπό γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά την οποία όμως δεν τηρήθηκαν οι οροί του άρθρου 12.

5. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς την έγγραφη συναίνεση των προσώπων, όταν αυτή απαιτείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν 3089/2002 και του παρόντος νόμου, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους. Σε περίπτωση που χρησιμοποιούνται γαμέτες ή γονιμοποιημένα ωάρια τρίτων προσώπων χωρίς την έγγραφη συναίνεση των συζύγων ή συντρόφων, επιβάλλεται ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους.
6. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. κατά παράβαση των ορίων ηλικίας που προβλέπονται στα άρθρα 1455 παράγραφος 1 εδ. β' Α.Κ. και των άρθρων 4 παράγραφος 1 και 8 παράγραφος 7 του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους.
7. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο ή την άδεια της Αρχής, που προβλέπονται στο άρθρο 4 παράγραφοι Ζ, 3 τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους.
8. Όποιος μετέχει στη διαδικασία απόκτησης τέκνου μέσω παρένθετης μητρότητας, χωρίς να τηρηθούν οι όροι των άρθρων 1458 Α.Κ. 8 του Ν 3089/2002 και 13 του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών και με χρηματική ποινή τουλάχιστον 1.500,00 ευρώ. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος δημόσιο ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει, προβάλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, την απόκτηση τέκνου μέσω τρίτης γυναίκας η παρέχει κατ' επάγγελμα μεσιτικές υπηρεσίες με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την επίτευξη του σκοπού αυτού.
9. Σε περίπτωση διάθεσης γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, όποιος προβαίνει σε χρήση αυτών στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. χωρίς τον αναγκαίο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο ή χρησιμοποιεί νωπό σπέρμα τρίτου δότη, κατά παράβαση του άρθρου 8 παράγραφος 9. τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών.
10. Όποιος χρησιμοποιεί γαμέτες από περισσότερους του ενός δότες κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας ή προκαλεί τη γέννηση περισσότερων από δέκα τέκνων με γαμέτες του ίδιου δότη, κατά παράβαση του άρθρου 9, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών (3) μηνών.
11. Όποιος αποκαλύπτει καθ' οιονδήποτε τρόπο την ταυτότητα των δωτών και ληπτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, κατά παράβαση των άρθρων 1460 Α.Κ. και των άρθρων 8 παράγραφος 6 και 20 παράγραφος 2 περίπτωση γ' και δ' του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών. εκτός αν προβλέπεται βαρύτερη ποινή από άλλο νόμο.
12. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια μετά το θάνατο εκείνου από τον οποίο προέρχονται, κατά παράβαση των όρων του άρθρου 1457 Α.Κ., ή αποσπά γαμέτες από κλινικά νεκρά άτομα κατά παράβαση του άρθρου 9 παράγραφος 4 του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών (3) μηνών.
13. Όποιος θέτει σε λειτουργία Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζα Κρυοσυντήρησης, κατά παράβαση των άρθρων 16 και 17, ή εφαρμόζει μεθόδους Ι.Υ.Α. εκτός των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστον 2.000,00 ευρώ.
14. Όποιος εισάγει γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια από χώρες εκτός Ελλάδος, με σκοπό τη χρήση τους στην Ι.Υ.Α., ή για ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς την τήρηση των προϋποθέσεων ελέγχου και ιχνηλασιμότητας των άρθρων 14 και 15 τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους.

Άρθρο 27

Διοικητικές κυρώσεις

1. Όποιος κατά παράβαση των άρθρων 1455 Α.Κ. και 2 παράγραφος 3 του παρόντος προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, δημιουργία χμιαρών και υβριδίων, τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο 14 ημερών από τη γονιμοποίηση, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 1 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος επί τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ. Επί τελέσεως εκ νέου μίας από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 200.000,00 έως 400.000,00 ευρώ.
2. Όποιος κατά παράβαση του άρθρου 8 πωλεί ή αγοράζει, ή προσφέρει προς πώληση ή αγορά, γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια, ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, καθώς και όποιος μεσολαβεί στην πώληση ή αγορά των ανωτέρω, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 2 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος επί τουλάχιστον ένα έτος και πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 30.000,00 έως 60.000,00 ευρώ. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την πώληση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων. Επί τελέσεως εκ νέου μίας από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ.
3. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, για σκοπούς άλλους από εκείνους που προβλέπονται στο Ν. 3089/2002 και στον παρόντα νόμο, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 3 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ.
4. Όποιος δημιουργεί γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς σκοπούς ή διενεργεί έρευνα κατά παράβαση των άρθρων 11 και 12, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 4 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 30.000,00 έως 60.000,00 ευρώ και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον ενός έτους. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος χρησιμοποιεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά παράβαση του άρθρου 11 παράγραφος 4. καθώς και όποιος χρησιμοποιεί για τον ίδιο σκοπό γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά την οποία όμως δεν τηρήθηκαν οι όροι του άρθρου 12. Επί τελέσεως εκ νέου μίας από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ και ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος για δύο (2) έτη.
5. Σε περίπτωση διάθεσης γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, όποιος προβαίνει σε χρήση αυτών στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. χωρίς τον αναγκαίο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, ή χρησιμοποιεί νωπό σπέρμα τρίτου δότη κατά παράβαση του άρθρου 8 παράγραφος 9, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 9 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον έξι (6) μηνών.
6. Σε περίπτωση εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς την έγγραφη συναίνεση των προσώπων, όταν αυτή απαιτείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, καθώς και σε περίπτωση χρησιμοποίησεως γαμετών ή

γονιμοποιημένων ωαρίων τρίτων προσώπων χωρίς την έγγραφη συναίνεση των συζύγων ή συντρόφων, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 5 ποινές επιβάλλεται και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης από τρεις (3) έως έξι (6) μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας.

7. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. κατά παράβαση των ορίων ηλικίας που προβλέπονται στο άρθρο 1455 παράγραφος 1 εδ. β' Α.Κ. και στα άρθρα 4 παράγραφος 1 και 8 παράγραφος 7 του παρόντος, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 6ποι-νικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ. Ι, Υ. Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης από τρεις (3) έως έξι (6) μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας.

8. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο ή την άδεια της Αρχής, που προβλέπονται στο άρθρο 4 παράγραφοι 2 και 3, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 7 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 10 000,00 έως 20.000.00 ευρώ.

9. Όποιος χρησιμοποιεί γαμέτες από περισσότερους του ενός δότες κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας ή προκαλεί τη γέννηση περισσότερων από δέκα τέκνων με γαμέτες του ίδιου δότη, κατά παράβαση του άρθρου 9, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 10 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον τριών (3) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

10. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια μετά το θάνατο εκείνου από τον οποίο προέρχονται ή αποσπά γαμέτες από κλινικά νεκρά άτομα, κατά παράβαση των όρων των άρθρων 1457 Α.Κ. και 9 παράγραφος 4του παρόντος, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 12 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον έξι (6) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

11. Σε περίπτωση θέσεως σε λειτουργία Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζας Κρυσυντήρησης. κατά παράβαση των άρθρων 16 και 17, ή εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. εκτός των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, επιβάλλεται, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 13 ποινές και προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος των υπευθύνων μέχρι έξι (6) μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος.

12. Η εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ζεύγους, ή κατόπιν ελλιπούς ενημέρωσης του, κατά παράβαση των άρθρων 5 και 8 παράγραφος 8, επισύρει κατά της Μ.Ι.Υ.Α. πρόστιμο ποσού 1.500,00 έως 3.000,00 ευρώ.

13. Σε περίπτωση παράβασης του άρθρου 6, σχετικά με τον αριθμό των μεταφερομένων ωαρίων και γονιμοποιημένα» ωαρίων, επιβάλλεται κατά των υπευθύνων για την εν λόγω μεταφορά, πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α., τουλάχιστον έξι (6) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α..

14. Η ελλιπής τήρηση αρχείων από τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυσυντήρησης, η παράλειψη διαβίβασης των στοιχείων τους στην Αρχή, καθώς και η παράλειψη

κοινοποίησης εξαιρετικών συμβάντων, κατά παράβαση των όρθρων 16 παράγραφος 6,17 παράγραφος 7 και 19, τιμωρείται με πρόστιμο ποσού 1.500,00 έως 3.000.00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης τουλάχιστον έξι (6) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, οι παραπάνω ποινές επαυξάνονται ανάλογα με τη βαρύτητα της παράβασης.

15. Στην περίπτωση παράβασης των όρων της κρυσυντήρησης γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, όπως ορίζονται στο άρθρο 7 παράγραφοι 1-4, επιβάλλεται κατά της Μ.Ι.Υ.Α ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ.

16. Σε περίπτωση δημιουργίας ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων κατά παράβαση του άρθρου 7 παράγραφος 5, επιβάλλεται στη Μ.Ι.Υ.Α. πρόστιμο ποσού 1.000,00 έως 2.000,00 ευρώ.

17. Η διενέργεια προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης κατά παράβαση των όρων του άρθρου 10, τιμωρείται με πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. επί ένα έτος. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α..

18. Όλες οι παραπάνω διοικητικές κυρώσεις επιβάλλονται από την Αρχή. Σε περίπτωση ανάκλησης άδειας λειτουργίας ή άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος, η Αρχή εισηγείται την ανάκληση στον αρμόδιο φορέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ **ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

Άρθρο 28

Ασφαλιστική κάλυψη

1. Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των συναρμόδιων Υπουργών, ύστερα από γνώμη της Αρχής, καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η απαιτούμενη διαδικασία για την κάλυψη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς των δαπανών εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. και των συναφών τεχνικών, καθώς και η κάλυψη των ανασφάλιστων δικαιούχων από το πρόγραμμα κοινωνικής πρόνοιας.

2. Με το ίδιο Προεδρικό Διάταγμα καθορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών μητρότητας, τις οποίες χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και τα δικαιώματα που σχετίζονται με τους όρους και τις συνθήκες εργασίας, σε περίπτωση παρένθετης μητρότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η **ΤΕΛΙΚΕΣ - ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

Άρθρο 29

Έναρξη λειτουργίας της Αρχής

1. Μέσα σε τέσσερις (4) μήνες από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, διορίζεται ο Πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής, καθώς και οι αναπληρωτές τους.

2. Ο χρόνος της έναρξης λειτουργίας της Αρχής ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται το αργότερο μέσα σε τρεις (3)

μήνες μετά τη συγκρότηση της. Από το διορισμό των μελών της και έως την πλήρωση των θέσεων της Γραμματείας της, σύμφωνα με το άρθρο 25 παράγραφος 3, η Αρχή εξυπηρετείται από προσωπικό το οποίο αποσπάται προσωρινά σε αυτήν, με απόφαση της, κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη.

3. Έως ότου η Αρχή λειτουργήσει σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, η εκκαθάριση των δαπανών της γίνεται από τη Διεύθυνση Οικονομικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε βάρος του προϋπολογισμού του.

4. Η κατά την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το χρόνο έναρξης λειτουργίας της Αρχής δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και σε τέσσερις (4) τουλάχιστον ημερήσιες πολιτικές εφημερίδες ευρείας κυκλοφορίας που εκδίδονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και σε δύο τουλάχιστον ημερήσιες οικονομικές εφημερίδες.

5. Μέσα σε δώδεκα (12) μήνες από την έναρξη λειτουργίας της, η Αρχή εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων που προβλέπονται από τα άρθρα 16 παράγραφος 4, 17 παράγραφος 5 και 28 παράγραφος 1, καθορίζει τα στοιχεία των εντύπων ενημέρωσης και έγγραφης συναίνεσης που προβλέπονται στο άρθρο 5 παράγραφος 3, καθώς και τον τρόπο ελέγχου των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης που προβλέπεται στο άρθρο 20 παράγραφος 1α.

Άρθρο 30

Υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης

1. Οι υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης εξακολουθούν να λειτουργούν με την παρούσα σύνθεση τους, μέχρι να εκδοθεί η κατά τα άρθρα 16 παράγραφος 2 και 17 παράγραφος 3 άδεια λειτουργίας τους. Μέχρι την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων που προβλέπονται στα άρθρα 16 παράγραφος 4 και 17 παράγραφος 5 του παρόντος, οι υπεύθυνοι των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης που ήδη λειτουργούν, θα πρέπει να έχουν τα προσόντα που προβλέπονται στις παραγράφους 4α και 5α των ιδίων άρθρων.

2. Οι Μ.Ι.Υ.Α. και οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης οι οποίες λειτουργούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, υποχρεούνται να γνωστοποιήσουν στην Αρχή, μέσα σε έξι (6) μήνες από την έναρξη λειτουργίας της, τα ακόλουθα στοιχεία:

α. την επωνυμία ή τον τίτλο και την έδρα τους,

β. το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και την ιδιότητα του εκπροσώπου τους,

γ. την περιγραφή των δραστηριοτήτων τους,

δ. την ύπαρξη κρυσυντηρημένου γεννητικού υλικού, γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και την προέλευση τους,

ε. το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και την ιδιότητα του προσωπικού που απασχολούν.

3. Μέσα σε έξι (6) μήνες από την έναρξη ισχύος των προεδρικών διαταγμάτων και των αποφάσεων και πράξεων που προβλέπονται στο άρθρο 29 παράγραφος 5, οι υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης της προηγούμενης παραγράφου υποβάλλουν αίτηση για χορήγηση άδειας λειτουργίας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 16 παράγραφος 2 και 17 παράγραφος 3 του παρόντος.

Άρθρο 31
Καταργούμενη διάταξη

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, καταργείται η παράγραφος 2 του άρθρου 59 του Ν. 2071/1992.

Άρθρο 32

Η προβλεπόμενη από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 17 και της παρ. 2 του άρθρου 19 του Π.Δ. 235/2000 (ΦΕΚ 199 Α') προθεσμία προσαρμογής των ιδιωτικών κλινικών, όπως αυτή έχει παραταθεί με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 15 του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 Α'), της παρ. 2 του άρθρου 14 του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256 Α'), της παρ. 7 του άρθρου 19 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ30 Α'), της παρ. 1 του άρθρου 33 του Ν. 3204/2003 (ΦΕΚ 296 Α') και του άρθρου 39 του Ν. 3252/2004 {ΦΕΚ 132 Α'} παρατείνεται μέχρι την 30ή Ιουνίου 2005.

Άρθρο 33
Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεση του ως νόμου του Κράτους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 3089 (ΦΕΚ Α 327/23-12-2002) ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ.

ΑΡΘΡΟ ΠΡΩΤΟ

Στη Θέση των ήδη καταργημένων με το άρθρο 17 του Ν. 1329/1983 άρθρων 1455 - 1460 του Αστικού Κώδικα τίθεται νέο κεφάλαιο όγδοο με το ακόλουθο περιεχόμενο:

«ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ»

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Άρθρο 1455

Η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή (τεχνητή γονιμοποίηση) επιτρέπεται μόνο για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Η υποβοήθηση αυτή επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Η ανθρώπινη αναπαραγωγή με τη μέθοδο της κλωνοποίησης απαγορεύεται. Επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο.

Άρθρο 1456

Κάθε ιατρική πράξη που αποβλέπει στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής, σύμφωνα με τους όρους του προηγούμενου άρθρου, διενεργείται με την έγγραφη συναίνεση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Αν η υποβοήθηση αφορά άγαμη γυναίκα, η συναίνεση αυτής και, εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άνδρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

Η συναίνεση ανακαλείται με τον ίδιο τύπο μέχρι τη μεταφορά των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων στο γυναικείο σώμα. Με την επιφύλαξη του άρθρου 1457, η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν ένα από τα πρόσωπα που είχαν συναιέσει πέθανε πριν από τη μεταφορά.

Άρθρο 1457

Η τεχνητή γονιμοποίηση μετά το θάνατο του συζύγου ή του άνδρα με τον οποίο η γυναίκα συζούσε σε ελεύθερη ένωση επιτρέπεται με δικαστική άδεια μόνο εφόσον συντρέχουν σωρευτικώς οι εξής προϋποθέσεις:

- α. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του.
- β. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να είχε συναιέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Η τεχνητή γονιμοποίηση διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από τη συμπλήρωση διετίας από το θάνατο του άνδρα.

Άρθρο 1458

Η μεταφορά στο σώμα άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ιδίαν, και η κυοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται πριν από τη μεταφορά, εφόσον υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο και της γυναίκας που θα

κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Η δικαστική άδεια παρέχεται ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, εφόσον αποδεικνύεται ότι αυτή είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και ότι η γυναίκα που προσφέρεται να κυοφορήσει είναι, εν όψει της κατάστασης της υγείας της, κατάλληλη για κυοφορία.

Άρθρο 1459

Τα πρόσωπα που προσφεύγουν σε τεχνική γονιμοποίηση αποφασίζουν με κοινή έγγραφη δήλωση τους προς τον ιατρό ή τον υπεύθυνο του ιατρικού κέντρου, που γίνεται πριν από την έναρξη της σχετικής διαδικασίας, ότι οι κρυοσυντηρημένοι γαμέτες και τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια που δε θα τους χρειασθούν για να τεκνοποιήσουν:

- α) θα διατεθούν χωρίς αντάλλαγμα, κατά προτεραιότητα σε άλλα πρόσωπα, που θα επιλέξει ο ιατρός ή το ιατρικό κέντρο,
- β) θα χρησιμοποιηθούν χωρίς αντάλλαγμα για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς,
- γ) θα καταστραφούν.

Αν δεν υπάρχει κοινή δήλωση των ενδιαφερόμενων προσώπων, οι γαμέτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρούνται για χρονικό διάστημα πέντε ετών από τη λήψη ή τη δημιουργία τους και μετά την πάροδο του χρόνου αυτού είτε χρησιμοποιούνται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφονται. Τα μη κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται μετά τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση. Ο τυχόν ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους δεν υπολογίζεται.

Άρθρο 1460

Η ταυτότητα των τρίτων προσώπων που έχουν προσφέρει τους γαμέτες ή τα γονιμοποιημένα ωάρια δε γνωστοποιείται στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο χωρίς ένδειξη της ταυτότητας του. Πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στο τέκνο και για λόγους σχετικούς με την υγεία του. Η ταυτότητα του τέκνου, καθώς και των γονέων του δε γνωστοποιείται στους τρίτους δότες γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων.

ΑΡΘΡΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Το κεφάλαιο όγδοο του τέταρτου βιβλίου του Αστικού Κώδικα, που αναφέρεται στη συγγένεια (άρθρα 1463-1484), γίνεται κεφάλαιο ένατο (άρθρα 1461-1484). Τα άρθρα 1461 και 1462 του νέου αυτού κεφαλαίου τέθηκαν στη θέση των ταυτάριμων καταργημένων με το άρθρο 17 του Ν. 1329/1983 άρθρων. Στο κεφάλαιο αυτό επέρχονται οι εξής τροποποιήσεις:
2. Το άρθρο 1461 τίθεται ως εξής:

Άρθρο 1461

«Έννοια

Τα πρόσωπο είναι μεταξύ τους συγγενείς εξ αίματος σε ευθεία γραμμή, αν το ένα κατάγεται από το άλλο (συγγένεια μεταξύ ανιόντων και καπόντων). Συγγενείς εξ αίματος σε πλάγια γραμμή είναι τα πρόσωπα που, χωρίς να είναι συγγενείς σε ευθεία γραμμή, κατάγονται από τον ίδιο ανιόντα. Ο βαθμός της συγγένειας ορίζεται από τον αριθμό των γεννήσεων που συνδέουν τα πρόσωπα».

3. Το άρθρο 1462 τίθεται ως εξής:

«Άρθρο 1462

Αγχιστεία

Οι συγγενείς εξ αίματος του ενός από τους συζύγους είναι συγγενείς εξ αγχιστείας του άλλου στην ίδια γραμμή και τον ίδιο βαθμό. Η συγγένεια εξ αγχιστείας εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τη λύση ή την ακύρωση του γάμου από τον οποίο δημιουργήθηκε».

4. Το άρθρο 1463 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1463

Η συγγένεια του προσώπου με τη μητέρα του και τους συγγενείς της συνάγεται από τη γέννηση. Η συγγένεια με τον πατέρα και τους συγγενείς του συνάγεται από το γάμο της μητέρας με τον πατέρα ή ιδρύεται με την αναγνώριση, εκούσια ή δικαστική».

5. Το άρθρο 1464 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1464

Σε περίπτωση τεχνητής γονιμοποίησης, αν η κυοφορία έγινε από άλλη γυναίκα, υπό τους όρους του άρθρου 1458, μητέρα του τέκνου τεκμαίρεται η γυναίκα στην οποία δόθηκε η σχετική δικαστική άδεια.

Το τεκμήριο αυτό ανατρέπεται, με αγωγή προσβολής της μητρότητας που ασκείται μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τον τοκετό, είτε από την τεκμαιρόμενη μητέρα, είτε από την κυοφόρο γυναίκα, εφόσον αποδειχθεί ότι το τέκνο κατάγεται βιολογικά από την τελευταία. Η προσβολή γίνεται από τη δικαιούμενη γυναίκα αυτοπροσώπως ή από ειδικό πληρεξούσιο της ή ύστερα από άδεια του δικαστηρίου, από τον νόμιμο αντιπρόσωπο της. Με την αμετάκλητη δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή το τέκνο έχει αναδρομικά από τη γέννηση του μητέρα τη γυναίκα που το κυοφόρησε».

6. Το άρθρο 1465 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1465

Τεκμήριο καταγωγής από γάμο Το τέκνο που γεννήθηκε κατά τη διάρκεια του γάμου της μητέρας του ή μέσα σε τριακόσιες ημέρες από τη λύση ή την ακύρωση του τεκμαίρεται ότι έχει πατέρα τον σύζυγο της μητέρας (τέκνο γεννημένο σε γάμο). Τέκνο γεννημένο σε γάμο θεωρείται και το τέκνο που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, εφόσον υπάρχει η απαιτούμενη κατά το άρθρο 1457 δικαστική άδεια.

Αν το τέκνο γεννήθηκε μετά την τριακοσιοστή ημέρα από τη λύση ή την ακύρωση του γάμου, η απόδειξη της πατρότητας του συζύγου βαρύνει εκείνον που την επικαλείται. Το ίδιο ισχύει και όταν η τεχνητή γονιμοποίηση έγινε μετά το θάνατο του συζύγου, παρά την έλλειψη δικαστικής άδειας».

7. Το άρθρο 1471 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1471

Η προσβολή της πατρότητας αποκλείεται επίσης μετά το θάνατο του τέκνου, εκτός αν είχε ήδη ασκηθεί η σχετική αγωγή.

Την πατρότητα αποκλείεται να προσβάλουν:

1. ο σύζυγος της μητέρας, αν αυτός αναγνώρισε ότι το τέκνο είναι δικό του πριν γίνει αμετάκλητη η απόφαση για την προσβολή.
2. οποιοσδήποτε από τους δικαιούχους που αναφέρονται στο άρθρο 1469, αν ο σύζυγος συγκατατέθηκε στην υποβολή της συζύγου του σε τεχνητή γονιμοποίηση».

8. Το άρθρο 1475 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1475

Εκούσια αναγνώριση

Ο πατέρας μπορεί να αναγνωρίσει ως δικό του το τέκνο που γεννήθηκε χωρίς γάμο, εφόσον συναινεί σ' αυτό και η μητέρα. Αν η μητέρα έχει πεθάνει ή δεν έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, η αναγνώριση γίνεται με μόνη τη δήλωση του πατέρα.

Η συμβολαιογραφική συναίνεση του άνδρα σε τεχνητή γονιμοποίηση, που προβλέπεται στο άρθρο 1456 § 1 εδ. β', επέχει θέση εκούσιας αναγνώρισης. Η αντίστοιχη συναίνεση της γυναίκας ισχύει και ως συναίνεση της στην εκούσια αναγνώριση.

Αν ο πατέρας έχει πεθάνει ή δεν έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, η αναγνώριση μπορεί να γίνει από τον παππού ή τη γιαγιά της πατρικής γραμμής. Αν το τέκνο έχει πεθάνει, η αναγνώριση ενεργεί υπέρ των κατιόντων του».

9. Το άρθρο 1478 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1478

Η προσβολή της αναγνώρισης αποκλείεται, αν περάσουν τρεις μήνες αφότου πληροφορήθηκε την αναγνώριση αυτός που την προσβάλλει. Η προσβολή αποκλείεται σε κάθε περίπτωση, αν περάσουν δύο χρόνια από την αναγνώριση ή, προκειμένου για προσβολή από τέκνο που κατά την αναγνώριση ήταν ανήλικο, δύο χρόνια από την ενηλικίωση του. Η προσβολή της εκούσιας αναγνώρισης αποκλείεται στην περίπτωση που προβλέπεται από το άρθρο 1475 § 2».

10. Το άρθρο 1479 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1479

Η μητέρα έχει δικαίωμα να ζητήσει με αγωγή την αναγνώριση της πατρότητας του τέκνου της που γεννήθηκε χωρίς γάμο της με τον πατέρα του. Το ίδιο δικαίωμα έχει και το τέκνο. Όταν η μητέρα αρνείται την προβλεπόμενη από την πρώτη παράγραφο του άρθρου 1475 συναίνεση της δικαίωμα δικαστικής αναγνώρισης έχουν επίσης ο πατέρας και, στην περίπτωση της τρίτης παραγράφου του άρθρου 1475, ο παππούς ή η γιαγιά της πατρικής γραμμής.

Αν διενεργηθεί τεχνητή γονιμοποίηση με γεννητικό υλικό τρίτου δότη, η δικαστική αναγνώριση της πατρότητας αποκλείεται, έστω και αν η ταυτότητα του είναι ή γίνει εκ των υστέρων γνωστή».

ΑΡΘΡΟ ΤΡΙΤΟ

1. Το άρθρο 1711 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1711

Κληρονόμος μπορεί να γίνει εκείνος που κατά το χρόνο της επαγωγής βρίσκεται στη ζωή ή έχει τουλάχιστον συλληφθεί. Κληρονόμος μπορεί να γίνει και το τέκνο που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση. Χρόνος της επαγωγής είναι ο χρόνος θανάτου του κληρονομούμενου».

2. Το άρθρο 1924 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1924

Με την επιφύλαξη του άρθρου 1711 εδ. β', αν ο διαθέτης εγκατέστησε κληρονόμο πρόσωπο που δεν είχε ακόμη συλληφθεί κατά το θάνατο του, ο εγκατάστατος

θεωρείται καταπιστευματοδόχος. Το ίδιο ισχύει και αν εγκαταστάθηκε κληρονόμος νομικό πρόσωπο που δεν είχε ακόμη συσταθεί κατά το θάνατο του διαθέτη».

ΑΡΘΡΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Το άρθρο 121 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 121

Στις περιπτώσεις των άρθρων 42, 46, 79,105,111,1350 παράγραφος 2, 1352 εδ. β', 1368, 1407, 1441, 1457, 1458, 1522, 1525, 1526, 1532, 1533, 1660 έως 1663,1667,1865, 1866, 1868, 1908, 1913, 1917 παράγραφος 2, 1919, 1920, 1956,1965, 2021, 2024, 2027, 2028, 2031 του Αστικού Κώδικα, καθώς και σε κάθε δίκη που αφορά την υιοθεσία, την επιτροπεία, τη δικαστική συμπάρσταση ή την επιμέλεια ξένων υποθέσεων, εφαρμόζεται η διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας».

ΑΡΘΡΟ ΠΕΜΠΤΟ

1. Το άρθρο 614 παρ. 1 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας συμπληρώνεται ως εξής:

«Κατά την ειδική διαδικασία των άρθρων 615 έως 622, στην οποία εφαρμόζονται και τα άρθρα 593, 600, 601, 603 (Σ.Σ.: ΙΟ 605 εκ λάθους παραλείφθηκε) και 606, δικάζονται οι διαφορές που αφορούν: α) την προσβολή της πατρότητας, β) την προσβολή της μητρότητας, γ) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή ότι δεν υπάρχει σχέση γονέα και τέκνου ή γονική μέριμνα, δ) την αναγνώριση της πατρότητας τέκνου που γεννήθηκε χωρίς γάμο των γονέων του, ε) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει ή είναι άκυρη η εκούσια αναγνώριση ενός τέκνου χωρίς γάμο των γονέων του ή η εξομοίωση του με τέκνο γεννημένο σε γάμο λόγω επιγενομένου γάμου των γονέων του, καθώς και την προσβολή της εκούσιας αναγνώρισης, στ) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει υιοθεσία ή τη λύση της, ζ) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει επιτροπεία».

2. Το άρθρο 615 παρ. 1 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας διαμορφώνεται ως εξής:

«Αν, στις διαφορές της πρώτης παραγράφου του προηγούμενου άρθρου ένας διάδικος, χωρίς να έχει ειδικούς λόγους υγείας, αρνείται να υποβληθεί στις πρόσφορες ιατρικές εξετάσεις με γενικά αναγνωρισμένες επιστημονικές μεθόδους, που του επιβλήθηκαν από το δικαστήριο ως αναγκαίο αποδεικτικό μέσο για τη διαπίστωση της πατρότητας ή της μητρότητας, οι ισχυρισμοί του αντιδίκου του λογίζεται ότι έχουν αποδειχθεί».

3. Το άρθρο 619 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 619

1. Η αγωγή για την προσβολή της πατρότητας τέκνου γεννημένου σε γάμο απευθύνεται: α) αν ασκείται από τον σύζυγο της μητέρας ή έναν από τους γονείς του, κατά του τέκνου ή του ειδικού επιτρόπου του και της μητέρας του, β) αν ασκείται από το τέκνο, κατά της μητέρας και του συζύγου της, γ) αν ασκείται από τη μητέρα, κατά του τέκνου ή του ειδικού επιτρόπου του και κατά του συζύγου' σε περίπτωση που έχει πεθάνει κάποιος από αυτούς, απευθύνεται, με εξαίρεση την περίπτωση που πέθανε το ίδιο το τέκνο, κατά των κληρονόμων αυτού που πέθανε, αλλιώς απορρίπτεται.

2. Η αγωγή για την προσβολή της μητρότητας απευθύνεται: α) αν ασκείται από την τεκμαιρόμενη μητέρα κατά της κυοφόρου γυναίκας και του συζύγου της, αν είναι έγγαμη, καθώς και κατά του τέκνου ή του ειδικού επιτρόπου του, β) αν ασκείται από την κυοφόρο γυναίκα κατά της τεκμαιρόμενης μητέρας και του συζύγου της, αν είναι έγγαμη, καθώς και κατά του τέκνου.

3. Η αγωγή για την αναγνώριση της ύπαρξης ή μη ύπαρξης σχέσης γονέα και τέκνου, γονικής μέριμνας, εκούσιας αναγνώρισης ή εξομοίωσης λόγω επιγενόμενου γάμου των γονέων του ενός τέκνου που γεννήθηκε χωρίς γάμο τους με τέκνο γεννημένο σε γάμο ή ακυρότητας εκούσιας αναγνώρισης ή παρόμοιας εξομοίωσης, απευθύνεται: α) όταν την ασκεί ο ένας γονέας, κατά του άλλου γονέα και του τέκνου, β) όταν την ασκεί το τέκνο, κατά των δύο γονέων, γ) όταν την ασκεί τρίτος κατά των δύο γονέων και του τέκνου σε περίπτωση που έχει πεθάνει κάποιος από αυτούς, απευθύνεται κατά των κληρονόμων του και στην περίπτωση που η αναγνώριση έγινε από τον παππού ή τη γιαγιά η αγωγή απευθύνεται και εναντίον τους' αλλιώς απορρίπτεται.

4. Η αγωγή για την προσβολή εκούσιας αναγνώρισης απευθύνεται κατά των προσώπων που συνέπραξαν σε αυτήν ή των κληρονόμων τους και όταν δεν ασκεί την αγωγή το τέκνο ή οι κατιόντες του, και κατ' αυτών αλλιώς απορρίπτεται.

5. Η αγωγή για την αναγνώριση της ύπαρξης ή μη ύπαρξης ή ακυρότητας ή λύσης της υιοθεσίας απευθύνεται:

α) όταν την ασκεί ο θετός γονέας, κατά του θετού τέκνου, β) όταν την ασκεί το θετό τέκνο κατά του θετού γονέα, γ) όταν την ασκεί τρίτος, κατά του θετού γονέα και του θετού τέκνου' σε περίπτωση που έχει πεθάνει κάποιος από αυτούς η αγωγή απευθύνεται κατά των κληρονόμων του' αλλιώς απορρίπτεται.

6. Η αγωγή για την αναγνώριση της ύπαρξης ή μη ύπαρξης επιτροπείας απευθύνεται, όταν την ασκεί ο επίτροπος, κατά του επιτροπευομένου και όταν την ασκεί ο επιτροπευόμενος ή ένας τρίτος, κατά του επιτρόπου αλλιώς απορρίπτεται».

ΑΡΘΡΟ ΕΚΤΟ

Στη θέση του άρθρου 799 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, που καταργήθηκε με το άρθρο 42 του Ν. 2447/ 1996, προστίθεται ταυτάριθμο άρθρο με το ακόλουθο περιεχόμενο:

«Άρθρο 799

Όταν ζητείται κατά το νόμο να χορηγηθεί άδεια για μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση ή για κυφορία τέκνου από άλλη γυναίκα, αρμόδιο είναι το δικαστήριο, στην περιφέρεια του οποίου έχει τη συνήθη διαμονή της η αιτούσα ή εκείνη που θα κυφορήσει το τέκνο.

Το δικαστήριο, διατάζει να γίνει η συζήτηση κεκλεισμένων των θυρών, εάν κρίνει ότι η δημοσιότητα πρόκειται να είναι επιβλαβής στα χρηστά ήθη ή ότι συντρέχουν ειδικοί λόγοι προστασίας της ιδιωτικής ή οικογενειακής ζωής των διαδίκων».

ΑΡΘΡΟ ΕΒΔΟΜΟ

Στην παράγραφο 1 του άρθρου 20 του Ν. 344/1976 «Περί ληξιαρχικών πράξεων» (ΦΕΚ 143 Α) προστίθεται δεύτερο εδάφιο ως εξής:

«Στην περίπτωση που προβλέπεται από το άρθρο 1464 του Αστικού Κώδικα, προσάγεται και η δικαστική άδεια που δόθηκε στη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο».

ΑΡΘΡΟ ΟΓΔΩΟ

Τα άρθρα 1458 και 1464 εφαρμόζονται μόνο στην περίπτωση που η αιτούσα και η κυφόρος γυναίκα έχουν την κατοικία τους στην Ελλάδα.

ΑΡΘΡΟ ΕΝΑΤΟ

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Νόμος 3305 της 26/27.1.2005. Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. (Α17)

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

A. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Όπως είναι γνωστό, η αδυναμία αναπαραγωγής αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, με ποικίλες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, το οποίο χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης. Ως υπογονιμότητα ορίζεται ιατρικά η αδυναμία απόκτησης απογόνων μετά τουλάχιστον ενός έτους ελεύθερες σεξουαλικές επαφές. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το μέσο ποσοστό υπογόνιμων ζευγών ανέρχεται παγκοσμίως περίπου σε 15% του συνόλου των ζευγών αναπαραγωγικής ηλικίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι η υπογονιμότητα είναι δυνατόν να αφορά τόσο τον άνδρα όσο και τη γυναίκα και εμφανίζεται είτε ως αδυναμία σύλληψης είτε ως αδυναμία κυοφορίας. Η αδυναμία σύλληψης περιλαμβάνει κυρίως περιπτώσεις, στις οποίες διαπιστώνεται πρόβλημα στο αναπαραγωγικό σύστημα του άνδρα ή της γυναίκας, όπως π.χ. κακή ποιότητα σπέρματος (αζωοσπερμία ή ολιγοασθενοτερατοσπερμία), αδυναμία παραγωγής ωαρίων ή προβλήματα λειτουργίας των σαλπίνγων. Η αδυναμία κυοφορίας μπορεί να οφείλεται σε σοβαρή ασθένεια της γυναίκας (π.χ. νεφρική ανεπάρκεια) ή σε περιορισμένη λειτουργικότητα ή απουσία της μήτρας. Επίσης, ενδέχεται η αδυναμία σύλληψης και κυοφορίας να οφείλεται σε ανεξήγητα αίτια (ιδιοπαθής ή ανεξήγητη υπογονιμότητα).

Επίσης, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η εξασφάλιση αποτελεσματικών τρόπων θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπογονιμότητας αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, συνυφασμένο με την προστασία της ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου.

Η υπογονιμότητα είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με τις σύγχρονες μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Ι.Υ.Α.): η σύλληψη επιτυγχάνεται με σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση, η αδυναμία παραγωγής σπερματοζωαρίων ή ωαρίων αντιμετωπίζεται μέσω της διάθεσης γαμετών χωρίς αντάλλαγμα, ενώ η αδυναμία κυοφορίας επιλύεται με την παρένθετη μητρότητα. ΣΤΟ πλαίσιο αυτό εντάσσονται και άλλες εφαρμογές, όπως η μεταθανάτια γονιμοποίηση, η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού, η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση νοσημάτων, η θεραπευτική κλωνοποίηση κλπ.. Ορισμένες από τις βιοϊατρικές αυτές μεθόδους, εφαρμοζόμενες ευρύτατα από ετών και στη χώρα μας, δημιουργούν καθημερινά νέες προκλήσεις για το δίκαιο και την κοινωνία, και το γεγονός αυτό κατέστησε αναγκαία τη διαμόρφωση ενός νομικού πλαισίου που να ρυθμίζει την εφαρμογή τους.

Έτσι, πρώτος ο νόμος 3089/2002 περί ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, προκειμένου να επιφέρει τις αναγκαίες τροποποιήσεις των διατάξεων του Αστικού Κώδικα στο πεδίο ίδρυσης της συγγένειας και του κληρονομικού δικαίου, ούτως ώστε αυτές να ανταποκρίνονται στη νέα πραγματικότητα, καθόρισε το γενικό πλαίσιο εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α., καλύπτοντας το υπάρχον νομοθετικό κενό. Για τον σκοπό αυτόν, ρύθμισε τους γενικούς όρους εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α., της μεταθανάτιας γονιμοποίησης, της παρένθετης μητρότητας, καθώς και την τύχη του πλεονάζοντος κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού.

Η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α., εκτός των συνεπειών που έχει στο πεδίο του οικογενειακού και του κληρονομικού δικαίου, άπτεται και του ευαίσθητου τομέα της

Δημόσιας Υγείας, η προστασία και η προαγωγή της οποίας απαιτεί ένα εξειδικευμένο νομοθέτημα. Το παρόν σχέδιο νόμου έρχεται να καλύψει αυτό το κενό.

Ειδικότερα:

- εξειδικεύει τις διατάξεις του ν.3089/2002 προσδίδοντας τους την απαραίτητη βιοϊατρική διάσταση,
- προσδιορίζει τους ειδικούς όρους προσφυγής στις μεθόδους Ι.Υ.Α.,
- θέτει το πλαίσιο για την έρευνα σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια,
- καθορίζει τους όρους ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης,
- προβλέπει την ίδρυση ανεξάρτητης Εθνικής Αρχής Ι. Υ. Α. και τους όρους λειτουργίας της και τέλος,
- θεσπίζει ποινικές και διοικητικές κυρώσεις για τις παραβάσεις των διατάξεων του ν. 3089/2002 και των διατάξεων αυτού του ίδιου του σχεδίου νόμου.

Β. ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΚΑΤ' ΑΡΘΡΟΝ

Το σχέδιο νόμου περιλαμβάνει 32 άρθρα, κατανεμημένα σε 8 Κεφάλαια. Το Κεφάλαιο Α' (άρθρα 1-5) επιγράφεται «Γενικές Διατάξεις» και αναφέρεται στις αρχές που διαπνέουν όλες τις διατάξεις, στις μεθόδους και ειδικότερα στις τεχνικές και εφαρμογές της Ι. Υ.Α. με τους σχετικούς εννοιολογικούς ορισμούς, καθώς και στις ειδικότερες προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων αυτών.

Το άρθρο 1 παράγραφος 1 διαγράφει τις βασικές αρχές που διέπουν κάθε εφαρμογή των μεθόδων Ι. Υ.Α.. Αυτές συνδέονται νοηματικά με τη συνταγματική προστασία της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του άρθρου 5 του Συντάγματος, ειδικότερη έκφραση της οποίας αποτελεί το δικαίωμα της τεκνοποίησης. Στην ίδια παράγραφο διευκρινίζεται επιπλέον ότι η εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. νομιμοποιείται εφόσον διενεργείται μέσα στο πλαίσιο που θέτουν οι τεχνολογικές εξελίξεις στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας, λαμβανομένων υπόψη και των αρχών της βιοηθικής.

Ανάμεσα σε όλες τις παραμέτρους που πρέπει να συνεκτιμώνται στο πεδίο της Ι.Υ.Α., ιδιαίτερη βαρύτητα έχει η αξιολόγηση του συμφέροντος του μέλλοντος να γεννηθεί παιδιού, την οποία υπογραμμίζει η παράγραφος 2 του άρθρου 1. Αποτελεί εκδήλωση της θεμελιώδους αρχής περί προστασίας των δικαιωμάτων του παιδιού, την οποία κατοχυρώνει το άρθρο 3 της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού (ν. 2101/1992) και το άρθρο II 24 του Χάρτη των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η αρχή αυτή διατρέχει επίσης ολόκληρο το δίκαιο των ανηλίκων στην ελληνική έννομη τάξη. Μέσα στα όρια του παρόντος σχεδίου νόμου, η τήρηση της προβάλλεται στο στάδιο που προηγείται της σύλληψης και κυοφορίας του παιδιού με τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο σεβασμός της επιταγής αυτής προσφέρει την απαραίτητη ηθική θεμελίωση στην απόκτηση τέκνου με αυτόν τον τρόπο. Τα ειδικότερα κριτήρια εξειδίκευσης της έννοιας του εν λόγω συμφέροντος, τα οποία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη η Αρχή του άρθρου 20, καθώς και οι Μ.Ι.Υ.Α., είναι δύσκολο να καθορισθούν επακριβώς. Ενδεικτικά, ο κώδικας δεοντολογίας της βρετανικής Αρχής Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας υποδεικνύει να αξιολογείται η ύπαρξη «ενός σταθερού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για κάθε παιδί που θα γεννηθεί ως αποτέλεσμα θεραπείας», καθώς και ορισμένα δεδομένα από την πλευρά των μελλοντικών γονέων, όπως η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, η κληρονομικότητα ως προς ορισμένα νοσήματα, καθώς και η ικανότητα να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού.

Στα άρθρα 2 και 3 ορίζονται οι μέθοδοι της Ι. Υ.Α. και οι συναφείς τεχνικές, όπως αυτές έχουν καθιερωθεί και εφαρμόζονται σήμερα διεθνώς. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 2 ορίζονται οι δύο κύριες μέθοδοι Ι.Υ.Α.:

α. Η τεχνητή σπερματέγχυση είναι η απλούστερη μέθοδος Ι.Υ.Α.. Συνίσταται στην εισαγωγή σπερματοζωαρίων στο γυναικείο γεννητικό σύστημα (βλ άρθρο 3 παράγραφος 6). Συνήθως σήμερα η μέθοδος εφαρμόζεται με εισαγωγή στην ενδομήτρια κοιλότητα, μέσω ενός ειδικού καθετήρα, κατεργασμένου πληθυσμού σπερματοζωαρίων εντός μικρού όγκου υγρού καλλιεργητικού μέσου (ενδομήτριος σπερματέγχυση). Είναι δυνατόν επίσης να εφαρμοσθεί περιτραχηλική ή ενδοτραχηλική σπερματέγχυση, μέθοδος όμως που τείνει πλέον να καταργηθεί. Χρησιμοποιείται το σπέρμα του συζύγου ή του συντρόφου (ομόλογη σπερματέγχυση) ή σπέρμα τρίτου δότη (ετερόλογη σπερματέγχυση).

β. Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η πλέον διαδεδομένη μέθοδος Ι.Υ.Α.. Συνίσταται στη συνένωση των γαμετών (σπερματοζωαρίου και ωαρίου) εκτός του σώματος, στο εργαστήριο (βλ. άρθρο 3 παράγραφος 7). Για το σκοπό αυτόν γίνεται: επεμβατική συλλογή των ωαρίων από τις ωοθήκες (ωοληψία), καλλιέργεια και έκθεση τους *in vitro* σε κατεργασμένο πληθυσμό σπερματοζωαρίων προκειμένου να επέλθει γονιμοποίηση, καλλιέργεια των γονιμοποιημένων ωαρίων *in vitro* επί 2-6 ημέρες και επιλογή εκείνων που εκδηλώνουν τα καλύτερα μορφολογικά χαρακτηριστικά για μεταφορά στην κοιλότητα της μήτρας μέσω ενός ειδικού καθετήρα.

ΣΤΟ άρθρο 4 ορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων Ι. Υ. Α. από πλευράς ηλικίας (παρ. 1) και από πλευράς υγείας (παρ. 2-3) των προσώπων, τα οποία πρόκειται να υποβληθούν σε αυτές τις μεθόδους με χρήση μιας από τις συναφείς τεχνικές τους (βλ. παραπάνω, άρθρα 2-3). Έτσι, στην παράγραφο 1 δίδεται απάντηση στο ερώτημα σε ποιας ηλικίας πρόσωπα είναι επιτρεπτή η εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α.. Ως προς αυτό το σημείο, η εν λόγω διάταξη του σχεδίου νόμου συμπορεύεται απολύτως με τη διάταξη του άρθρου 1455 παράγραφος 1 εδ. β' Α.Κ.. Ταυτόχρονα, όμως, προστίθεται ο ερμηνευτικός κανόνας του εδ. 2, ο οποίος διευκρινίζει ότι, όταν το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πεντηκοστό πέμπτο έτος. Το ανωτέρω όριο ηλικίας τίθεται για ιατρικούς και κοινωνικούς λόγους, δεδομένου ότι η εγκυμοσύνη και η τεκνοποιία σε προχωρημένη ηλικία συνδέονται με αυξημένους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας και το συμφέρον του παιδιού. Εξάλλου, το όριο αυτό επιλέγεται λόγω του ότι, όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες, το ακραίο όριο εμμηνόπαυσης για τον ελληνικό πληθυσμό είναι το πεντηκοστό πέμπτο έτος. ΣΤΟ τρίτο όμως εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 4 ορίζεται ότι, ειδικά η τεχνική της κρυοσυντήρησης μπορεί να εφαρμοσθεί κατ' εξαίρεση και σε ανηλίκους. Αυτό θεσπίζεται προκειμένου να εξασφαλιστεί η μελλοντική δυνατότητα τεκνοποίησης, στην περίπτωση που οι ανήλικοι πάσχουν από σοβαρό νόσημα, του οποίου η θεραπεία μπορεί να επιφέρει στειρότητα, όπως είναι τα κακοήθη νοσήματα των γεννητικών αδένων (όρχεις, ωοθήκες) ή άλλα κακοήθη νοσήματα που απαιτούν χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία, οι οποίες είναι δυνατόν να καταστρέψουν τα γεννητικά όργανα τόσο της γυναίκας όσο και του άνδρα. Συναφής προς το ζήτημα αυτό είναι και η ρύθμιση του άρθρου 7 παράγραφος 6 για τον τρόπο παροχής συναίνεσης των προαναφερόμενων ανηλίκων στην κρυοσυντήρηση του γεννητικού τους υλικού (βλ. παρακάτω).

Στις παραγράφους 2-3 του άρθρου 4 ορίζονται τα σχετικά με τον έλεγχο για την ύπαρξη ορισμένων νόσων, τον οποίο οφείλει να διενεργήσει η Μ.Ι.Υ.Α. προτού προβεί στην εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου Ι.Υ.Α.. Ο έλεγχος διενεργείται επί των

υποβοηθούμενων προσώπων. Σε περίπτωση παρένθεσης μητρότητας ή διάθεσης γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων χωρίς αντάλλαγμα, ο έλεγχος αυτός διενεργείται επίσης επί όλων των προσώπων που συμμετέχουν στις διαδικασίες αυτές (βλ. άρθρα 8 και 13 του παρόντος).

Οι λόγοι που υπαγορεύουν τον παραπάνω έλεγχο είναι αφ' ενός η προστασία της υγείας του τέκνου που θα γεννηθεί και αφ' ετέρου η προστασία του προσωπικού των Μ.Ι.Υ.Α. και των λοιπών ζευγών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα Ι.Υ.Α. από διασταυρούμενες επιμολύνσεις. Ο έλεγχος αφορά ιδίως σε νοσήματα που είναι επικίνδυνα για τη ζωή ή την υγεία, όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Α.Ι.Δ.Σ.), οι ιογενείς ηπατίτιδες και η σύφιλη. Ανάλογα με τα ευρήματα του ελέγχου θα πρέπει να ληφθούν από τη Μ.Ι.Υ.Α. τα ενδεδειγμένα μέτρα. Ως τέτοια μέτρα νοούνται ιδίως τα αναγκαία μέτρα προστασίας που πρέπει να ληφθούν, τόσο για το προσωπικό της Μ.Ι.Υ.Α., όσο και για τα άλλα πρόσωπα, που υποβάλλονται σε μεθόδους Ι.Υ.Α. κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Η ειδική άδεια, που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 4, σχετικά με τα άτομα που είναι οροθετικά για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV-1 και HIV-2) κρίνεται απαραίτητη λόγω του αυξημένου κινδύνου οριζόντιας ή κάθετης μετάδοσης των ιών αυτών. Την άδεια αυτή παρέχει η Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α., υπό προϋποθέσεις τις οποίες η ίδια θα καθορίσει.

Το άρθρο 5 αφορά στην απαραίτητη ενημέρωση των προσώπων που υποβάλλονται ή συμμετέχουν στις μεθόδους Ι. Υ.Α. (παρ. 1) και στις παρεχόμενες συναινέσεις (παρ. 2-3). Τα πρόσωπα αυτά είτε είναι ζεύγη συζύγων ή συντρόφων, γυναίκες χωρίς σύντροφο, καθώς και δότες ή δότριες γεννητικού υλικού, στην περίπτωση της ομόλογης ή ετερόλογης τεχνητής σπερματέγχυσης ή εξωσωματικής γονιμοποίησης είτε το ζεύγος που επιδιώκει να αποκτήσει τέκνο και η μέλλουσα να κυοφορήσει γυναίκα, στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας. Στην ίδια παράγραφο ορίζεται ο τρόπος παροχής της ενημέρωσης από το επιστημονικό προσωπικό της Μ.Ι.Υ.Α. και το περιεχόμενο της.

Σύμφωνα με την παράγραφο 2, η εν λόγω ενημέρωση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή των συναινέσεων των ενδιαφερόμενων προσώπων, όποτε αυτές απαιτούνται (π.χ. διατάξεις των αρθρ. 1455 επ. Α.Κ. και διατάξεις των άρθρων 7 παράγραφος 6-7, 8 παράγραφος 2, και 10 του σχεδίου νόμου). Η ενημέρωση αυτή κρίνεται αναγκαία προκειμένου το πρόσωπο που θα δώσει τη συναίνεση του να είναι σωστά πληροφορημένο, έτσι ώστε η απόφαση του να υποβληθεί ή να συμμετάσχει σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή να είναι προϊόν ώριμης σκέψης, αφού ληφθούν υπόψη όλες οι παράμετροι και οι συνέπειες της Ι. Υ.Α. ως προς αυτό το ίδιο, την οικογένεια του και το παιδί που θα γεννηθεί. Από την άλλη πλευρά, η ιδρυόμενη με το σχέδιο νόμου Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. (άρθρο 19 επ) επιφορτίζεται, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 5, με τη σύνταξη του εντύπου της ενημέρωσης και των εγγράφων των συναινέσεων, καθώς και τον καθορισμό των αναγκαίων στοιχείων που θα πρέπει αυτά να περιέχουν. Τέλος, σύμφωνα με την ίδια διάταξη, μετά τη συμπλήρωση και την υπογραφή τους, τα προαναφερθέντα έγγραφα θα κατατίθενται στον δημιουργούμενο από τη Μ.Ι.Υ.Α. σχετικό ιατρικό φάκελο, όπως ορίζει και το άρθρο 16 παράγραφος 6 του σχεδίου νόμου.

Το Κεφάλαιο Β' (άρθρα 6-13) επιγράφεται «Διάθεση Γεννητικού Υλικού» και αναφέρεται μεταξύ άλλων στις προϋποθέσεις και τους περιορισμούς της διάθεσης των ωαρίων, του σπέρματος και των γονιμοποιημένων ωαρίων, στην κρυσυντήρησή τους, στη διάθεση τους χωρίς αντάλλαγμα και στην έρευνα επ' αυτών.

Με το άρθρο 6 ρυθμίζεται ο αριθμός των ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων που επιτρέπεται να μεταφέρονται στις σάλπιγγες ή στη μήτρα. Η μεταφορά στη μήτρα περισσότερων του ενός γονιμοποιημένων ωαρίων αυξάνει, μέχρις ενός ορίου, την πιθανότητα επίτευξης εγκυμοσύνης. Παράλληλα όμως αυξάνει και τη συχνότητα των πολύδυμων κήσεων (διδύμων, τριδύμων, κ.λπ.), οι οποίες περικλείουν σοβαρούς μαιευτικούς, περιγεννητικούς και νεογνικούς κινδύνους και μπορεί να προκαλέσουν αναπηρία ή μόνιμη βλάβη στην υγεία των παιδιών. Συγκεκριμένα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος γεννήσεως τέκνων με βάρος μικρότερο του φυσιολογικού, κίνδυνος πρόωρου τοκετού, κίνδυνος υπολειπόμενης ανάπτυξης ή και ενδομητρίου θανάτου ενός ή περισσότερων εμβρύων, κίνδυνος γεννήσεως νεογνών με εγκεφαλική βλάβη κ.λπ. Επιπλέον, οι σχετικές μελέτες καταδεικνύουν ότι το συνολικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος είναι δυσανάλογα αυξημένο, ιδίως σε περιπτώσεις πρόωρων τοκετών που απαιτούν νοσηλεία των νεογνών σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας ή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Προκειμένου να μειωθούν οι πολύδυμες κήσεις και να αποφευχθούν οι κίνδυνοι για τα παιδιά, στις περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης έχει θεσμοθετηθεί ο περιορισμός του αριθμού των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται στη μήτρα (σε 3 ή 4), ανάλογα με την ποιότητα τους και την ηλικία της γυναίκας.

Έτσι, στην παράγραφο 1 ορίζεται ο αριθμός μεταφερόμενων γονιμοποιημένων ωαρίων ανά ηλικία της υποβαλλόμενης σε Ι. Υ. Α. γυναίκας, με βάση το ότι το ποσοστό εμφυτεύσεως των γονιμοποιημένων ωαρίων μειώνεται όσο αυξάνει η ηλικία, κυρίως λόγω της μείωσης του δυναμικού των ωαρίων στις μεγάλες ηλικίες, οπότε ως αντιστάθμισμα αυξάνεται σταδιακά ο αριθμός ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Όπως είναι αυτονόητο, τα παραπάνω όρια αφορούν και την περίπτωση εφαρμογής ενδοσαλπγγικής μεταφοράς γονιμοποιημένων ωαρίων. Λόγω της επίδρασης που έχουν η ηλικία της γυναίκας, η ποιότητα των ωαρίων, όπως και άλλα ενδεχόμενα ιατρικά προβλήματα των υποβοηθούμενων προσώπων, ανατίθεται στην Αρχή, με το εδ. 2 της παραγράφου 1, να καθορίσει ακριβέστερα με απόφαση της τον αριθμό των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται σε ειδικές υπο-ομάδες των υπογόνιμων προσώπων. Στην παράγραφο 2 ορίζεται, ότι οι ρυθμίσεις της παραγράφου 1 εφαρμόζονται και σε περίπτωση ενδοσαλπγγικής μεταφοράς γαμετών. Τέλος, στην παράγραφο 3 διευκρινίζεται ότι ο αριθμός των μεταφερόμενων ωαρίων ή γονιμοποιημένων ωαρίων σε περίπτωση διάθεσης χωρίς αντάλλαγμα εξαρτάται από την ηλικία της δότριας, δεδομένου ότι αυτός είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα των ωαρίων και κατ' επέκταση την πιθανότητα επίτευξης πολύδυμης εγκυμοσύνης και όχι η ηλικία της λήπτριας ή της κυοφόρου.

Το άρθρο 7 ρυθμίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις εφαρμογής της κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων σε ειδικές Τράπεζες Κρυοσυντήρησης. Στην παράγραφο 1 ορίζονται η μέθοδος και οι εφαρμογές της στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Στην παράγραφο 2 προβλέπεται η ίδρυση Τραπεζών Κρυοσυντήρησης (βλ. άρθρο 17) για την κατάψυξη και τη φύλαξη του γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων.

Το άρθρο 10 αναφέρεται στην προεμφυτευτική γενετική διάγνωση. Πρόκειται για μια τεχνική η οποία ορίζεται στο άρθρο 3 παράγραφος 9στ' και η οποία επιτρέπει την ανίχνευση ανωμαλιών της σύστασης, του αριθμού και της δομής των χρωμοσωμάτων στο γονιμοποιημένο ωάριο, καθώς και την ανίχνευση του φύλου. Με τον τρόπο αυτόν είναι δυνατόν να διαγνωσθούν μονογονιδιακά νοσήματα (π.χ. κυστική ίνωση), φυλοσύνδετα νοσήματα (π.χ. μυϊκή δυστροφία Duchenne) ή και χρωμοσωματικές ανωμαλίες (π.χ. τρισωμίες). Η τεχνική αυτή παρουσιάζει το μεγάλο ηθικό και πρακτικό πλεονέκτημα ότι οδηγεί στην αποφυγή ενδεχόμενης διακοπής της κύησης,

σε περίπτωση που η διαδικασία ανίχνευσης αποβεί θετική με τις συνήθεις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου (αμνιοκέντηση ή βιοψία τροφοβλάστης), αφού μετά τη διάγνωση είναι δυνατόν να μεταφερθούν στη μήτρα μόνο τα μη προσβεβλημένα γονιμοποιημένα ωάρια. Λόγω της ιδιαίτερης σημασίας του θέματος, το σχέδιο νόμου προβλέπει την εφαρμογή της μεθόδου μόνο μετά τη χορήγηση ειδικής άδειας από την Αρχή, η οποία επιπλέον πρέπει να διαπιστώσει ότι συντρέχουν συγκεκριμένες τεχνικές προϋποθέσεις, που αναφέρονται αναλυτικά στην παράγραφο 1 εδάφιο β'.

Για τον ίδιο λόγο, στην παράγραφο 2 προβλέπεται υποχρεωτικά η παροχή γενετικής συμβουλευτικής προς τους ενδιαφερομένους, η οποία πρέπει να προηγείται της συναινέσεως που προβλέπεται στην παράγραφο 1 εδάφιο α'. Η εν λόγω συμβουλευτική πρέπει ιδίως να περιλαμβάνει πληροφόρηση σχετικά με την ακολουθούμενη διαδικασία, την πιθανότητα ζημίας στο εξεταζόμενο γονιμοποιημένο ωάριο, κυρίως δε τη διασαφήνιση ότι η εφαρμογή της μεθόδου δεν αποκλείει τη γέννηση παιδιού με γενετικό νόσημα, αλλά μόνο την αποφυγή του συγκεκριμένου νοσήματος για το οποίο πρόκειται να γίνει ο σχετικός έλεγχος. Θεωρείται αυτονόητο ότι, σύμφωνα και με το άρθρο 1455 παράγραφος 2 Α.Κ., η χρήση της μεθόδου για επιλογή του φύλου, χωρίς να συντρέχει ιατρικός λόγος, δεν επιτρέπεται.

ΣΤΟ άρθρο 11 προβλέπεται η δυνατότητα διενέργειας έρευνας σε γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια, που δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για επίτευξη εγκυμοσύνης. Ενδεικτικά σημειώνεται ότι τέτοιου είδους έρευνα επιτρέπεται ήδη στην Ισπανία, το Βέλγιο, την Ολλανδία, τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία. Η εν λόγω έρευνα θεωρείται εξαιρετικά σημαντική για τον άνθρωπο. ΣΤΟ πλαίσιο αυτό, μεγάλη ερευνητική προσπάθεια καταβάλλεται διεθνώς για την ερμηνεία των κυτταρικών και μοριακών μηχανισμών της γαμετογένεσης (δηλαδή του σχηματισμού των γαμετών). Επιπλέον, η έρευνα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας της υπογονιμότητας, καθώς και του ελέγχου της γονιμότητας. Ακόμη, τα ερευνητικά αποτελέσματα και η σύγκριση τους με δεδομένα που προέρχονται από άλλα βιολογικά είδη αναμένεται να βελτιώσουν την κατανόηση των θεμελιωδών αναπτυξιακών μηχανισμών στον άνθρωπο, αλλά και να οδηγήσουν στον εντοπισμό των αιτιών των αποβολών, με απώτερο στόχο τον περιορισμό και την αντιμετώπιση τους. Τέλος, η έρευνα είναι απαραίτητη στο σημαντικό πεδίο των γενετικών νόσων και των συγγενών ανωμαλιών. Ο εντοπισμός παραγόντων στους οποίους οφείλεται η ατελής ή παθολογική ανάπτυξη των εμβρύων, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε εξέλιξη των μεθόδων ελέγχου και θεραπείας τους. Ένα συναφές πεδίο είναι η έρευνα της βιολογίας των αρχέγονων βλαστικών κυττάρων (βλαστοκυττάρων) και των πιθανών θεραπευτικών τους χρήσεων. Πράγματι, δεδομένου ότι έχει ήδη διαπιστωθεί η δυνατότητα των βλαστοκυττάρων να εξελίσσονται σε οποιονδήποτε ανθρώπινο ιστό (ολοδυναμία), η συμβολή της έρευνας αυτής μπορεί να αποβεί καθοριστική, τόσο για την ανάπτυξη οργάνων και ιστών *in vitro*, με σκοπό την αυτόλογη μεταμόσχευση (π.χ. δέρμα, αιματοποιητικές κυτταρικές σειρές), όσο και για τη θεραπεία νόσων (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, νόσος του Parkinson και του Alzheimer).

Στην παράγραφο 3 ορίζεται ότι για να διεξαχθεί τέτοιου είδους έρευνα απαιτείται άδεια από την Αρχή, εφόσον συντρέχουν οι αναφερόμενες στην ίδια παράγραφο προϋποθέσεις. Η παράγραφος 4 απαγορεύει ρητά τη χρησιμοποίηση γεννητικού υλικού, που υποβλήθηκε σε έρευνα, για την επίτευξη εγκυμοσύνης, σε περίπτωση δε που θα σημειωθεί παραβίαση του εν λόγω κανόνα, τα άρθρα 26 παράγραφος 4 και 27 παράγραφος 4 του σχεδίου νόμου προβλέπουν ποινικές και διοικητικές κυρώσεις.

Η διάταξη του άρθρου 12 αναφέρεται στους όρους της έρευνας σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια τα οποία, σε αντίθεση με τη ρύθμιση του

άρθρου 11, θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης σε πρόσωπα που υποβάλλονται σε θεραπεία με τις μεθόδους και τις τεχνικές της Ι.Υ.Α.. Η έρευνα αυτή υπαγορεύεται από την ανάγκη να μεγιστοποιηθεί η πιθανότητα επιτυχίας κηύσεως, να μειωθούν οι κίνδυνοι αποβολής του εμβρύου και να βελτιωθεί η πιθανότητα γέννησης υγιούς παιδιού. Ερευνητικές καινοτομίες που αναμένεται να οδηγήσουν στις παραπάνω βελτιώσεις είναι δυνατόν να προκύψουν ιδίως από μελέτες των καλλιεργητικών μέσων που χρησιμοποιούνται στην εξωσωματική γονιμοποίηση, από μελέτες νέων τρόπων κατεργασίας των γαμετών, καθώς και νέων μεθόδων γενετικής ανάλυσης. Ας σημειωθεί ότι σημαντικές έρευνες γίνονται διεθνώς και στον τομέα του μηχανισμού εμφυτεύσεως των γονιμοποιημένων ωαρίων, με στόχο είτε τη διασφάλιση της σύλληψης, είτε την αντισύλληψη. Εντούτοις, τα πιθανά ευεργετικά αποτελέσματα των μελετών αυτών είναι αδύνατον να ελεγχθούν εάν δεν γίνει μεταφορά στη μήτρα των γαμετών, ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων που έχουν υποβληθεί σε έρευνα. Για τον λόγο αυτόν, η έρευνα επιτρέπεται μόνο με ειδική άδεια της Αρχής, τηρουμένων των όρων του άρθρου 16 του ν. 2619/1998 (Σύμβαση του Οβιέδο) και υπό αυστηρές προϋποθέσεις, μεταξύ των οποίων ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο να έχει προηγηθεί έρευνα σε ζώα ή και σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που δεν χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξη εγκυμοσύνης, όπως ειδικότερα προβλέπεται στο προηγούμενο άρθρο. Τέλος, θα πρέπει απαραίτητα να τηρείται η αρχή της αναλογικότητας. Πρόκειται για στοιχειώδη αρχή, που διέπει κάθε έρευνα στο χώρο της Υγείας, σύμφωνα με την οποία τα οφέλη που θα προκύψουν από την έρευνα πρέπει να είναι ουσιαδώς μεγαλύτερα από τους ενδεχόμενους, έστω και ελάχιστους, κινδύνους για τον άνθρωπο.

Η διάταξη του άρθρου 13 ρυθμίζει δύο ειδικότερα θέματα αναφορικά με την παρένθετη μητρότητα, οι γενικοί όροι της οποίας θεσπίζονται στα άρθρα 1458 ΑΚ. και όγδοο του ν. 3089/2002. Το πρώτο θέμα αφορά στον έλεγχο της υγείας τόσο της τρίτης γυναίκας όσο και των προσώπων, για λογαριασμό των οποίων αυτή θα κυοφορήσει. Για την κυοφόρο μάλιστα, λόγω της ειδικής βαρύτητας που έχει γι' αυτήν η κυοφορία, προβλέπεται και έλεγχος της ψυχολογικής της κατάστασης (παρ. 2 και 3). Το δεύτερο θέμα αναφέρεται στην απαγόρευση ανταλλάγματος κατά τη συμφωνία που συνάπτουν τα δύο μέρη στην παρένθετη μητρότητα. Η αρχή αυτή προβλέπεται ήδη στο άρθρο 1458 Α.Κ., εδώ όμως διευκρινίζεται (παρ. 4) ποιες χρηματικές καταβολές δεν εμπίπτουν στην έννοια του ανταλλάγματος και ο καθορισμός του ύψους τους από την Αρχή.

Το Κεφάλαιο Γ επιγράφεται «Διακίνηση Γεννητικού Υλικού» και θέτει τις προϋποθέσεις για τη θεμιτή διακίνηση γεννητικού υλικού, γονιμοποιημένων ωαρίων καθώς επίσης και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους. Η ρύθμιση αυτή λαμβάνει υπόψη της το γεγονός ότι η μεταφορά γεννητικού υλικού από χώρα σε χώρα είναι αναπόφευκτη στις σύγχρονες κοινωνίες και συνεπώς πρέπει να διενεργείται υπό συγκεκριμένες νομικές προϋποθέσεις. Για τη διατύπωση των προϋποθέσεων αυτών, η Ομάδα Εργασίας στηρίχθηκε στην Οδηγία 2004/23/ΕΟ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που αφορά τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων.

Το άρθρο 14 προβλέπει ειδικότερα τη χορήγηση ειδικής άδειας από την Αρχή σε εκείνες τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυοσυντήρησης που εμπλέκονται στη διακίνηση του προαναφερθέντος υλικού (παρ. 1). Ορίζεται επίσης στην παράγραφο 2 ότι η διακίνηση είναι ελεύθερη από και προς τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ για τη μεταφορά υλικού από και προς τρίτες χώρες απαιτείται η τήρηση συγκεκριμένων προϋποθέσεων. Η παράγραφος 3 περιέχει τη βασική απαγόρευση

διακίνησης γονιμοποιημένων ωαρίων, τα οποία προέρχονται από κλωνοποίηση, καθώς και διακίνησης χμαιρών και υβριδίων, όπως προβλέπεται από το ν. 2619/1998 (Σύμβαση του Οβιέδο) και το ν. 3089/2002.

Το άρθρο 15 αφορά τη διασφάλιση της ιχνηλασιμότητας του διακινούμενου υλικού από τον δότη έως τον λήπτη και το αντίστροφο, σύμφωνα πάλι με τις γενικές διατάξεις της προαναφερθείσας Οδηγίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Το Κεφάλαιο Δ' (άρθρα 16-18) επιγράφεται «Μονάδες Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης» και περιλαμβάνει τις διατάξεις που ρυθμίζουν τους όρους ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Ι. Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης.

Το άρθρο 16 παράγραφος 1 προβλέπει ότι οι μέθοδοι, οι συναφείς τεχνικές και οι ειδικές εφαρμογές της Ι. Υ.Α. που αναφέρονται στο άρθρο 2, εφαρμόζονται μόνο σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.), οι οποίες είναι δυνατόν να λειτουργούν εντός Νοσοκομείων ή κλινικών ή και εκτός αυτών. Η ρύθμιση αυτή έχει ως συνέπεια την κατάργηση του άρθρου 59 παράγραφος 2 του ν. 2071/1992 (βλ. άρθρο 31 του σχεδίου νόμου). Η αρχή αυτή θεσπίζεται προκειμένου να διασφαλισθεί η υγεία των ατόμων που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., δεδομένου ότι η διαδικασία λήψης των ωαρίων, παρόλο που έχει απλοποιηθεί και γίνεται υπό διαρκή υπερηχογραφικό έλεγχο, εμπεριέχει σπάνιους μεν αλλά σοβαρούς τραυματισμούς των οργάνων της πύελου. Επιπλέον, στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιείται αναισθησία, η οποία επίσης εμπεριέχει κίνδυνο επιπλοκών, ενώ ένας αριθμός γυναικών που υποβάλλονται σε διέγερση της ωοθηκικής λειτουργίας είναι δυνατόν να παρουσιάσει σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, το οποίο μπορεί να απαιτήσει νοσηλεία.

Στη συνέχεια, η παράγραφος 1 θέτει έναν ακόμη περιορισμό που επιβάλλει στις Μ.Ι.Υ.Α., οι οποίες λειτουργούν ως ιδιωτικοί φορείς, να έχουν διασύνδεση με Νοσοκομείο ή Κλινική. Αυτό δικαιολογείται από λόγους πρόνοιας για την υγεία των προσώπων που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., στην περίπτωση που τυχόν παρουσιάσουν κάποια επιπλοκή, δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή τους (π.χ. ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία ή αλλεργικό σοκ). Οι όροι της διασύνδεσης αυτής θα καθορισθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έπειτα από σχετική εισήγηση της Αρχής.

Στην παράγραφο 2 ορίζεται ότι οι άδειες ίδρυσης και λειτουργίας εκδίδονται από τον κατά νόμον αρμόδιο φορέα, ύστερα όμως από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις και εάν τηρούνται οι απαραίτητες τεχνικές προδιαγραφές. Η άδεια είναι δυνατόν να χορηγείται είτε στον υπεύθυνο, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του άρθρου ιατρό ή στο νομικό πρόσωπο της Μ.Ι.Υ.Α.. Στην παράγραφο 3 επιβάλλεται η υποχρεωτική ανανέωση της άδειας λειτουργίας ανά τριετία, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της τήρησης των προδιαγραφών και της καλής λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α.. Προς τούτο, θεσπίζεται ο διαρκής έλεγχος των Μ.Ι.Υ.Α. από την Αρχή.

Η παράγραφος 4 προβλέπει την ελάχιστη σύνθεση της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να χορηγηθεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σε μια Μ.Ι.Υ.Α.. Σύμφωνα με τη διάταξη, απαιτείται η ύπαρξη πείρας των προσώπων αυτών στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α., αφ' ενός διότι η εφαρμογή μεθόδων Ι. Υ.Α. αποτελεί ιδιαίτερα εξειδικευμένο πεδίο και αφ' ετέρου διότι δεν υπάρχουν ακόμη σχετικές θεσμοθετημένες εξειδικεύσεις. Επίσης, η ίδια παράγραφος προβλέπει ότι οι λοιποί όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α., η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με εισήγηση της Αρχής

Σύμφωνα με την παράγραφο 5, εάν κατά τον ανά τριετία έλεγχο διαπιστωθεί παραβίαση των όρων λειτουργίας, η Αρχή εισηγείται στον κατά νόμον αρμόδιο φορέα την προσωρινή ή την οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας.

Στην παράγραφο 6 προβλέπεται ότι οι Μ.Ι.Υ.Α. πρέπει να τηρούν πλήρες αρχείο με τα στοιχεία και τα ιατρικά δεδομένα των προσώπων που υποβάλλονται στις μεθόδους Ι.Υ.Α. και τις συναφείς τεχνικές. Προκειμένου τα αποτελέσματα να καταγράφονται σε εθνικό επίπεδο, προβλέπεται ότι το περιεχόμενο του αρχείου αυτού διαβιβάζεται στην Αρχή.

ΣΤΟ άρθρο 17 ορίζονται τα σχετικά με την ίδρυση και λειτουργία Τραπεζών Κρυσυντήρησης. Στις παραγράφους 1 και 2 αναφέρονται τα είδη ιστών και κυττάρων τα οποία συντηρούν και διαθέτουν οι Τράπεζες αυτές, Στην παράγραφο 3 προβλέπεται ότι οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης λειτουργούν εντός των Μ.Ι.Υ.Α., ως τμήματα αυτών, είναι όμως δυνατόν να λειτουργούν και αυτοτελώς, όταν δεν διενεργούν ιατρικές πράξεις. Στις παραγράφους 3 και 4 προσδιορίζονται οι αρχές χορήγησης και ανανέωσης της άδειας Ίδρυσης και λειτουργίας των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, καθώς και ο τρόπος ελέγχου της δραστηριότητας τους από την Αρχή. Η παράγραφος 5 αφορά την ελάχιστη στελέχωση της Τράπεζας Κρυσυντήρησης, ως προϋπόθεση για να χορηγηθεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της. Και στην περίπτωση αυτή απαιτείται η ύπαρξη πείρας των στελεχών στην Ι.Υ.Α., για τους ίδιους λόγους που αναφέρονται στη στελέχωση των Μ.Ι.Υ.Α. σύμφωνα με το άρθρο 16 παράγραφος 4. Οι υπόλοιποι όροι και η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησης της παραπάνω άδειας προβλέπεται να ορισθούν με προεδρικό διάταγμα, με εισήγηση της Αρχής, Στην παράγραφο 6 επαναλαμβάνεται, όπως και για τις Μ. Ι. Υ.Α., η διαδικασία και οι λόγοι προσωρινής ή οριστικής ανάκλησης της άδειας αυτής.

Η παράγραφος 7 προβλέπει ότι για το κρυσυντηρούμενο στην Τράπεζα υλικό τηρείται ειδικό αρχείο, του οποίου τα στοιχεία διαβιβάζονται στην Αρχή για να ενσωματωθούν στα αρχεία τα οποία αυτή τηρεί σύμφωνα με το άρθρο 20 παράγραφος 2.

Η διάταξη του άρθρου 18 έχει ως σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφορά δε την υποχρέωση των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης να ενημερώνουν την Αρχή σχετικά με οποιοδήποτε εξαιρετικό συμβάν, το οποίο ενδέχεται να προκύψει κατά τη λειτουργία τους ή κατά τη διακίνηση του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων από χώρα σε χώρα. Η έννοια του εξαιρετικού περιλαμβάνει κάθε ανεπιθύμητο συμβάν και κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια. Ως τέτοια μπορούν να θεωρηθούν η εκ λάθους προσθήκη στα ωάρια σπερματοζωαρίων που δεν προέρχονται από το σύζυγο ή σύντροφο, η μεταφορά στη μήτρα γονιμοποιημένων ωαρίων άλλου ζεύγους, ο Θάνατος ατόμου που υποβάλλεται σε Ι.Υ.Α., η μετάδοση σοβαρού μολυσματικού νοσήματος (π.χ. ηπατίτιδα ή Α.Ι.Δ.Σ.), η βλάβη ή η θραύση του δοχείου κρυσυντήρησης κατά τη μεταφορά με αποτέλεσμα την καταστροφή του κρυσυντηρημένου βιολογικού υλικού, η γέννηση μη υγιούς τέκνου από την πρώτη χρήση γαμετών τρίτου δότη, η εκ των υστέρων διαπίστωση μη ανιχνευθέντων προβλημάτων υγείας ενός τρίτου δότη παρά τους ειδικούς ελέγχους, κ.λπ..

Το Κεφάλαιο Ε' (άρθρα 19-25) επιγράφεται «Εθνική Αρχή Ιατρικός Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» και αναφέρεται στο κεντρικό όργανο για τον έλεγχο της εφαρμογής του ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, την Αρχή. Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο κείμενο αυτό, οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. απαιτούν ιδιαίτερη πείρα και ειδική ιατρική τεχνολογική υποδομή ενώ η εφαρμογή τους δημιουργεί πλείστους βιοηθικούς και κοινωνικούς προβληματισμούς. Οι ιδιαιτερότητες αυτές διακρίνουν τις παραπάνω μεθόδους από τις άλλες ιατρικές διαδικασίες, και κατά συνέπεια

καθιστούν απαραίτητη την ύπαρξη όχι μόνο κριτηρίων τεχνικής και οργανωτικής καταλληλότητας, αλλά και τη συνδρομή πολλών ειδικών προϋποθέσεων σε κάθε περίπτωση εφαρμογής τους. Επιπλέον, διαπιστώνεται συνεχής και ταχεία εξέλιξη των μεθόδων I.Y.A. και διεύρυνση των δυνατοτήτων που αυτές προσφέρουν. Για τους παραπάνω λόγους, η Ομάδα Εργασίας έκρινε ότι η γενική οργάνωση και εποπτεία των M.I.Y.A. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, η λήψη αποφάσεων σχετικά με τις διαδικασίες, καθώς και η εν γένει εποπτεία του πεδίου αυτού, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας στο γεννητικό υλικό, συνιστούν θέματα ιδιαίτερα ακανθώδη και ευαίσθητα, τα οποία δεν είναι δυνατόν να ενταχθούν πλήρως στο υπάρχον θεσμικό πλαίσιο του χώρου της Υγείας, αλλά αντίθετα απαιτούν την ύπαρξη μιας ανεξάρτητης Αρχής, η οποία θα έχει αποκλειστική αρμοδιότητα επί των θεμάτων αυτών.

Για την ίδρυση της εν λόγω Αρχής (άρθρο 19) ελήφθησαν υπόψη οι κανόνες που διέπουν την ίδρυση και λειτουργία των ανεξάρτητων Αρχών στη χώρα μας, και οι κανόνες του ν. 3051/2002 για τις συνταγματικά κατοχυρωμένες ανεξάρτητες Αρχές. Για τον θεσμικό ρόλο, το έργο και τις αρμοδιότητες της Αρχής λήφθηκε υπόψη η δομή, ο τρόπος λειτουργίας και η δραστηριότητα της ήδη λειτουργούσας, από το 1990, Αρχής Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας στη Μεγάλη Βρετανία. Η ελληνική Αρχή ιδρύεται ως ανεξάρτητη διοικητική αρχή με δικό της προϋπολογισμό και δική της Γραμματεία, μη υποκείμενη σε κανενός είδους διοικητικό έλεγχο και υπαγόμενη στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με το άρθρο 20 παράγραφος 1, οι αρμοδιότητες της Αρχής είναι αποφασιστικές, εποπτικές, γνωμοδοτικές και ελεγκτικές και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη διαπίστωση της συνδρομής των προϋποθέσεων για τη σύσταση M.I.Y.A. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης, το διαρκή έλεγχο της λειτουργίας τους, με δυνατότητα διενέργειας διοικητικών εξετάσεων και επιβολής διοικητικών κυρώσεων, την έγκριση των ερευνητικών πρωτοκόλλων, τη σύνταξη Κώδικα Δεοντολογίας για το συγκεκριμένο αντικείμενο και την έκδοση κανονιστικών πράξεων.

Η παράγραφος 2 του άρθρου 20 αναφέρεται στα εθνικά μητρώα και αρχεία που τηρεί η Αρχή σχετικά με τις παραπάνω άδειες λειτουργίας M.I.Y.A. και Τραπεζών Κρυσυντήρησης, τα συνολικά αποτελέσματα της εφαρμογής των μεθόδων I.Y.A. και τα απόρρητα κωδικοποιημένα στοιχεία δοτών και ληπτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων. Η παράγραφος 3 ορίζει την υπαγωγή των παραπάνω μητρώων και αρχείων στο ν. 2472/1997, επειδή περιέχουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, καθώς και τους όρους πρόσβασης στα στοιχεία τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Νόμος 3089 της 19/23.12.2002. Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή. (Α327).

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Η αλματώδης ανάπτυξη των ιατρικών μεθόδων που υποβοηθούν την ανθρώπινη αναπαραγωγή και η συνεχώς διευρυνόμενη εφαρμογή τους και στη χώρα μας θέτουν κρίσιμα ηθικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα. Εκτός από την τεχνητή σπερματέγχυση, είτε με γεννητικό υλικό του συζύγου ή συντρόφου της γυναίκας («ομόλογη») είτε με γεννητικό υλικό τρίτου δότη («ετερόλογη»), που έχει πλέον καθιερωθεί στην ιατρική πρακτική, η δυνατότητα της γονιμοποίησης του ωαρίου έξω από το γυναικείο σώμα, δηλαδή σε δοκιμαστικό σωλήνα (εξωσωματική γονιμοποίηση ή γονιμοποίηση in vitro) έχει οδηγήσει σε πολλές παραλλαγές: Η αναπαραγωγή με χρήση ωαρίου άλλης γυναίκας από εκείνη που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, η προσφυγή στη βοήθεια άλλης γυναίκας που θα κυοφορήσει το γονιμοποιημένο ωάριο για λογαριασμό της γυναίκας που επιθυμεί να τεκνοποιήσει, η δυνατότητα μεταθανάτιας γονιμοποίησης ή εμφύτευσης (μεταφοράς στη μήτρα) κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού αποτελούν μεθόδους που ήδη εφαρμόζονται στην ιατρική πρακτική. Ακόμη, ειδικότερα η εξωσωματική γονιμοποίηση συνδέεται και με τις δυνατότητες επιλογής φύλου, της διενέργειας επιστημονικής έρευνας στο πλεονάζον γεννητικό υλικό, καθώς και της αναπαραγωγικής ή θεραπευτικής κλωνοποίησης.

2. Είναι προφανές ότι η εφαρμογή των μεθόδων αυτών καθιστά αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη, και η ανάγκη αυτή έγινε ακόμη πιο επιτακτική ύστερα από σειρά σχετικών υποθέσεων που απασχόλησαν σε διάφορες χώρες τα δικαστήρια. Κλασικές στο θέμα της σύγκρουσης μητροτήτων θεωρούνται τόσο η υπόθεση «Baby M», που αφορούσε περίπτωση «υποκατάστατης μητρότητας» και αντιμετωπίστηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey των ΗΠΑ το 1988, όσο και η υπόθεση Johnson v. Calvert, που αναφερόταν σε περίπτωση «παρένθετης μητρότητας» και που αντιμετωπίστηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο της Καλιφόρνιας των ΗΠΑ το 1993, καθώς, ακόμη και η υπόθεση της C. Parraiaix που διεκδικούσε στη Γαλλία το δικαίωμα νά χρησιμοποιήσει το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου της (1984).

Αλλά και στην Ελλάδα εμφανίσθηκαν στα δικαστήρια υποθέσεις συνδεδεμένες με την τεχνητή γονιμοποίηση, χαρακτηριστική είναι η υπόθεση που αντιμετώπισε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Ηρακλείου (31/5803/176/1999) σχετικά με την υιοθεσία τέκνου που κυοφορήθηκε και γεννήθηκε από γυναίκα διαφορετική από εκείνη που χορήγησε το γεννητικό υλικό, καθώς και η υπόθεση για την αναγνώριση της πατρότητας του μόνιμου συντρόφου της γυναίκας που απέκτησε παιδί με γεννητικό υλικό ξένο και προς τους δύο συντρόφους, η οποία απασχόλησε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών (6779/2000).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ευρύτατη εφαρμογή των επί μέρους ιατρικών μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα προκαλέσει και στη χώρα μας και άλλες διαφορές, που θα απαιτήσουν την παρέμβαση της δικαιοσύνης. Εν όψει, άρα, του νομοθετικού κενού, που διαπιστώνεται στον τομέα αυτόν, η διαμόρφωση ενός ειδικού ελληνικού νομοθετικού πλαισίου, που θα ρυθμίζει την τεχνητή γονιμοποίηση

και θα καθορίζει τις συνέπειες της στο χώρο της συγγένειας, είναι απολύτως επιβεβλημένη.

3. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ήδη διαμορφώσει ανάλογο ειδικό νομοθετικό πλαίσιο: Η Σουηδία το 1984 και 1988, το Ηνωμένο Βασίλειο το 1985 και 1990, η Ισπανία το 1988, η Γερμανία το 1991, η Αυστρία το 1992, η Γαλλία το 1994, η Ελβετία το 1998. Είναι, βέβαια, γεγονός ότι οι νομοθεσίες αυτές δεν κινούνται προς ενιαία κατεύθυνση. Άλλες είναι πιο αυστηρές, απαγορεύοντας ή περιορίζοντας ορισμένες μεθόδους, ενώ άλλες είναι πιο ελαστικές. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι ενδεικτικές των διλημμάτων του νομοθέτη.

4. Μπροστά στα διλήμματα αυτά ο Έλληνας νομοθέτης έχει δύο σταθερά ερείσματα: το Σύνταγμα και τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης του Οβιέδο του 1997 «για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική» (που κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998).

Σε συνταγματικό επίπεδο, το δικαίωμα της αναπαραγωγής βρίσκει την κατοχύρωση του στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος. Καθένας έχει το δικαίωμα, με βάση την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, να αποκτήσει απογόνους σύμφωνα με τις επιθυμίες του. Κατά συνέπεια, η προσφυγή στις ιατρικές μεθόδους, προκειμένου να αποκτηθούν τέκνα, εντάσσεται στο προστατευτικό πεδίο του Συντάγματος, αρκεί η άσκηση του δικαιώματος της αναπαραγωγής να μην προσκρούει σε δικαιώματα άλλων, να μην παραβιάζει το Σύνταγμα και να μην προσβάλλει τα χρηστά ήθη. Θέμα αντίθεσης περιορισμούς αυτούς συζητείται ότι μπορεί να υπάρξει σε τρεις περιπτώσεις: στη μεταθανάτια γονιμοποίηση, στην τεχνητή γονιμοποίηση άγαμων μοναχικών γυναικών και στη χρησιμοποίηση «παρένθητης» κνοφόρου γυναίκας. Και σε αυτές όμως ακόμη τις περιπτώσεις μία πλήρης νομοθετική απαγόρευση (που δεν θα μπορούσε βέβαια από τα πράγματα να επιβληθεί απόλυτα στην πράξη, όπως συμβαίνει με όλες τις απαγορεύσεις αυτού του είδους) δεν θα ήταν το καλύτερο μέτρο, αφού, σε τελική ανάλυση, θα είχε ως θύμα το πιο ανυπεράσπιστο από τα εμπλεκόμενα μέρη: το παιδί που θα γεννιόταν από μια απαγορευμένη και, άρα, μη ρυθμιζόμενη ως προς τις συνέπειες της μέθοδο. Το παιδί αυτό θα ήταν υποβαθμισμένο από άποψη νομικής κατάστασης, όπως ακριβώς συνέβαινε παλαιότερα και με τα «εξώγαμα» παιδιά, με την επίκληση και εκεί «κάποιων ηθικών αξιών», όπως η προστασία της «νόμιμης οικογένειας». Δημιουργία όμως παιδιών «δεύτερης κατηγορίας» δεν ανέχεται πλέον ο νομικός πολιτισμός.

Σε ό,τι αφορά τη Σύμβαση του Οβιέδο, το ενδιαφέρον και η δέσμευση για τον Έλληνα νομοθέτη δημιουργείται ως προς την απαγόρευση επιλογής φύλου (με εξαίρεση την επιλογή που επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους), την απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης και το επιτρεπτό ερευνών σε γονιμοποιημένα ωάρια.

5. Σύμφωνα με τα παραπάνω, το σχέδιο νόμου απαγορεύει την ανθρώπινη κλωνοποίηση για αναπαραγωγικούς λόγους, καθώς και την επιλογή φύλου, εκτός αν αυτή επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους. Επίσης, επιτρέπει τη χρήση των γονιμοποιημένων ωαρίων, που πλεονάζουν, και για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς.

Το σχέδιο νόμου υιοθετεί ανεπιφύλακτα την τεχνητή σπερματέγχυση και την απλή εξωσωματική γονιμοποίηση, είτε ομόλογη είτε ετερόλογη, ενώ ρυθμίζει και την τύχη του πλεονάζοντος κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού. Σχετικό με τη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση και την κνοφορία γονιμοποιημένου ωαρίου από γυναίκα που προσφέρεται προς τούτο, το σχέδιο ακολουθεί μέση οδό, υπάγοντας τις δυνατότητες αυτές σε αυστηρές προϋποθέσεις. Ειδικό για την περίπτωση κατά την οποία μεσολαβεί άλλη γυναίκα, διαφορετική από εκείνη που θέλα να αποκτήσει τέκνο, το σχέδιο απαιτεί προηγούμενη δικαστική άδεια.

Σχετικό με τη δυνατότητα των άγαμων γυναικών να προσφύγουν σε τεχνητή γονιμοποίηση, το σχέδιο δεν την αποκλείει. Τέλος, το σχέδιο τάσσεται υπέρ της ανωνυμίας του τρίτου δότη γεννητικού υλικού, προβλέπει όμως παράλληλα τη διατήρηση σε απόρρητο αρχείο, με κωδικό απλώς αριθμό, του ιατρικού ιστορικού του δότη, ώστε το τέκνο και μόνο αυτό να έχει πρόσβαση στο συγκεκριμένο ιστορικό, αν το επιβάλλουν λόγοι υγείας.

Οι παραπάνω λύσεις, που θα αναλυθούν λεπτομερέστερα στο δεύτερο μέρος της εισηγητικής έκθεσης, βρίσκονται σε αρμονία με το ισχύον νομικό πλαίσιο, τις βασικές ηθικές αξίες και την ιατρική δεοντολογία, ενώ ανταποκρίνονται και στην κοινωνική πραγματικότητα, έτσι ώστε οι προτεινόμενες ρυθμίσεις να αντιμετωπίσουν με επιτυχία υ προβλήματα που ανακύπτουν. Ιδιαίτερα σε ένα χώρο, στον οποίο οι εξελίξεις είναι ραγδαίες και όπου με ένα απλό ταξίδι σε χώρα με ελαστικότερο νομοθετικό καθεστώς πολύ εύκολα ματαιώνονται οι όποιες απαγορεύσεις, ο νόμος θα πρέπει να είναι εύκαμπτος, ώστε οι διατάξεις του να μην καταλήξουν νεκρό γράμμα.

6. Από νομοτεχνική άποψη προτείνεται η θέσπιση ενός νέου Κεφαλαίου στο Τέταρτο Βιβλίο του Αστικού Κώδικα (Οικογενειακό Δίκαιο). Το Κεφάλαιο αυτό (Κεφάλαιο Όγδοο: Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή) θα περιλαμβάνει τις γενικές ρυθμίσεις, ενώ στο επόμενο Κεφάλαιο (Κεφάλαιο Ένατο: Συγγένεια) θα ενταχθούν οι διατάξεις που ρυθμίζουν τις επιπτώσεις της τεχνητής γονιμοποίησης στο δίκαιο της συγγένειας. Η μεταβολή αυτή στο Τέταρτο Βιβλίο του Αστικού Κώδικα γίνεται με την τοποθέτηση των διατάξεων του Όγδοου Κεφαλαίου στη θέση καταργημένων με το νόμο 1329/1983 άρθρων, μέθοδος που ακολουθήθηκε με επιτυχία και στο νόμο 2447/1996. Με τον τρόπο αυτόν επιτυγχάνεται η συστηματική αντιμετώπιση όλων των ζητημάτων, ενώ ταυτόχρονα ο Αστικός Κώδικας ανανεώνεται και ανταποκρίνεται πλέον στις ανάγκες των καιρών.

II. ΟΙ ΕΠΙ ΜΕΡΟΥΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

1. Με το άρθρο 1 του σχεδίου νόμου προστίθεται στον Αστικό Κώδικα νέο Όγδοο Κεφάλαιο με διατάξεις (άρθρα 1455-1460) για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και το επιτρεπτό της γενικό. Οι περισσότερες είναι διατάξεις που ορίζουν υπό ποιες προϋποθέσεις ή με ποια διαδικασία επιτρέπονται οι διάφορες επιμέρους μέθοδοι της τεχνητής γονιμοποίησης ή οι τεχνικές που συνδέονται με αυτήν, ενώ υπάρχει και μία διάταξη που αναφέρεται στην τύχη του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού.

Ειδικότερα:

Το νέο άρθρο 1455 Α.Κ. στην πρώτη παράγραφο του θέτει το γενικό κανόνα για το επιτρεπτό της τεχνητής γονιμοποίησης, σύμφωνα με τον οποίο η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή επιτρέπεται μόνο αν είναι ιατρικώς αναγκαία με δύο έννοιες: Πρώτο, αν υπάρχει αδυναμία απόκτησης απογόνων με φυσικό τρόπο, δηλαδή στειρότητα, και, δεύτερο, αν μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί να αποφευχθεί η -διαφορετικό αναπόφευκτη- μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Ένα παράδειγμα για την τελευταία περίπτωση αποτελεί αυτό όπου ο σύζυγος πάσχει από σοβαρή κληρονομική νόσο, ή οποία θα μεταδοθεί στους απογόνους του, ενώ μπορεί να αποφευχθεί αν διενεργηθεί τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς τρίτου δότη. Οι όροι «υποβοηθούμενη αναπαραγωγή» και «τεχνητή γονιμοποίηση» ταυτίζονται στο σχέδιο νόμου και χρησιμοποιούνται ως όροι γενικοί, που περιλαμβάνουν όλες τις μεθόδους και τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Από αυτές συνηθέστερες είναι η τεχνητή σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Στην τεχνητή σπερματέγχυση τεχνητή είναι μόνο η μεταφορά του σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα,

από εκεί και πέρα το σπέρμα με το ωάριο ενώνονται και το γονιμοποιημένο ωάριο οδεύει προς τη μήτρα και εμφυτεύεται σ' αυτήν όπως και όταν πρόκειται για φυσική αναπαραγωγή. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση, αντίθετα, τεχνητή, είναι τόσο η ένωση του σπέρματος και του ωαρίου, δηλαδή η γονιμοποίηση του τελευταίου, που γίνεται εξωσωματικό (στο δοκιμαστικό σωλήνα *in vitro*), όσο και η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα. Με το β' εδάφιο της πρώτης παραγράφου του άρθρου 1455 επιβάλλεται χρονικός περιορισμός στην υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή, η οποία επιτρέπεται μόνο την ηλικία ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Η ρύθμιση αυτή τίθεται προκειμένου να αποφευχθούν ακραία φαινόμενα τεχνητής γονιμοποίησης σε προχωρημένη ηλικία και προς το συμφέρον του τέκνου. Ο περιορισμός αυτός συνάδει απολύτως με τον προαναφερόμενο σκοπό της ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή. Το τρίτο εδάφιο της πρώτης παραγράφου του άρθρου 1455 αντιμετωπίζει το θέμα της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, την οποία ρητά απαγορεύει, αφού η επιδίωξη αναπαραγωγής όμοιων ανθρώπων αντιβαίνει στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου.

Στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 1455 επαναλαμβάνεται η ρύθμιση του άρθρου 14 της Σύμβασης του Οβιέδο, κατά την οποία η επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, παρά μόνο αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με συγκεκριμένο φύλο, όπως λ.χ. η μυοπάθεια Duchenne, που πλήττει μόνο τους άρρενες. Τέλος, με την τρίτη παράγραφο του άρθρου 1455 απαγορεύεται η αναπαραγωγική κλωνοποίηση.

Το νέο άρθρο 1456 Α.Κ. περιέχει γενική επίσης ρύθμιση για τις απαιτούμενες συναιέσεις των προσώπων που προσφεύγουν στη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το πρώτο εδάφιο της πρώτης παραγράφου αναφέρεται στην περίπτωση που οι ενδιαφερόμενοι είναι σύζυγοι, οπότε και ορίζεται ότι απαιτείται έγγραφη απλώς συναίνεση τόσο του συζύγου, όσο και της συζύγου, για τη συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης, και μάλιστα ανεξάρτητα από το αν πρόκειται να γίνει ομόλογη ή ετερόλογη γονιμοποίηση, δηλαδή αν θα χρησιμοποιηθεί το σπέρμα του συζύγου ή τρίτου δότη, αφού στο σχέδιο νόμου δε γίνεται σχετική διάκριση. Το δεύτερο εδάφιο της πρώτης παραγράφου ρυθμίζει την περίπτωση που πρόκειται για άγαμη γυναίκα, ορίζοντας ότι η συναίνεση ή οι συναιέσεις των ενδιαφερομένων (λ.χ. της γυναίκας και του μόνιμου συντρόφου της) παρέχονται με συμβολαιογραφικό έγγραφο. Ο σοβαρότερος αυτός τύπος επιβάλλεται προκειμένου οι συναιέσεις να οδηγήσουν στην αυτόματη εκούσια αναγνώριση του τέκνου από τον άνδρα που θα έχει συναίνεσει συμβολαιογραφικά (και ανεξάρτητα και εδώ από το αν θα πρόκειται για ομόλογη ή (ετερόλογη γονιμοποίηση), όπως ορίζεται στο παραπάνω αναθεωρημένο άρθρο 1475 παρ. 2 Α.Κ. Αυτό που δεν ρυθμίζεται πάντως στο Σχέδιο ειδικά, είναι τα σχετικά με τη σύμβαση μεταξύ των προσώπων, που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, και του ιατρού ή του ιατρικού κέντρου. Στη σύμβαση αυτή, κατά συνέπεια, εφαρμόζονται όσα ισχύουν γενικά για τη σύμβαση ιατρικής αγωγής.

Στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 1456 καθιερώνεται η δυνατότητα της ανάκλησης (με τον ίδιο τύπο) των συναιέσεων μέχρι το χρονικό σημείο της μεταφοράς του γεννητικού υλικού στο γυναικείο σώμα: Αυτό είναι είτε ο χρόνος της μεταφοράς του σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, αν πρόκειται για τεχνητή σπερματέγχυση, είτε ο χρόνος της μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα, αν πρόκειται για εξωσωματική γονιμοποίηση. Είναι, άλλωστε, αυτονόητο -και γι' αυτό δεν ορίζεται ρητά- ότι τόσο οι συναιέσεις, όσο και η ανάκληση τους, γνωστοποιούνται στον ιατρό ή τον υπεύθυνο του ιατρικού κέντρου,

καθώς και ότι αρκεί η ανάκληση της συναίνεσης και ενός μόνο από τους ενδιαφερομένους για να ματαιωθεί η τεχνητή γονιμοποίηση. Αντίθετα, ρητά ορίζεται ότι η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν το πρόσωπο που την έδωσε πέθανε πριν από τη μεταφορά του γεννητικού υλικού στο γυναικείο σώμα, εκτός αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του επόμενου άρθρου 1457, που αφορά τη μεταθανάτια γονιμοποίηση.

Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 1456 είναι χρήσιμη και για τις περιπτώσεις του διαζυγίου, της διάστασης και της ακύρωσης του γάμου των συζύγων που ενδιαφέρονται να τεκνοποιήσουν, καθώς και για την περίπτωση της λήξης της ελεύθερης ένωσης των μόνιμων συντρόφων. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι ενδιαφερόμενοι θα ανακαλούν προφανώς τις συνααινέσεις του, με βάση το άρθρο 1456 παρ. 2, και για το λόγο αυτόν δεν κρίθηκε σκόπιμο να ρυθμισθούν οι συγκεκριμένες περιπτώσεις στο σχέδιο νόμου ρητά, με ειδική διάταξη.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τον όρο «γεννητικό υλικό», πρέπει να σημειωθεί ότι γενικό στο σχέδιο νόμου ο όρος χρησιμοποιείται συμβατικά για να υποδηλώσει τόσο το απλό γεννητικό υλικό, δηλαδή τους γαμέτες (το σπέρμα και το ωάριο) όσο και το γονιμοποιημένο ωάριο. Ο όρος «γονιμοποιημένο ωάριο» χρησιμοποιείται, άλλωστε, επί της συμβατικά (βλ. το μεθεπόμενο άρθρο 1458) για να καλύψει τις πρώτες δεκατέσσερις ημέρες από την ένωση του σπέρματος και του ωαρίου (μετά, τις οποίες κατά τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης, σχηματίζονται οι καταβολές του νευρικού ιστού).

Το νέο άρθρο 1457 ρυθμίζει το θέμα του επιτρεπτού της μεταθανάτιας τεχνητής γονιμοποίησης. Ως τέτοια εννοείται τόσο η κατά κυριολεξία μεταθανάτια γονιμοποίηση, δηλαδή η χρησιμοποίηση του σπέρματος του συζύγου μετά το θάνατο του είτε για σπερματέγχυση στη γυναίκα που επιζεί είτε για εξωσωματική γονιμοποίηση με το ωάριο της και μεταφορά στη συνέχεια του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα της, όσο και η μεταθανάτια απλώς μεταφορά (εμφύτευση) στη μήτρα του γονιμοποιημένου ωαρίου, το οποίο γονιμοποιήθηκε, προφανώς εξωσωματικά, πριν από το θάνατο του άνδρα. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις είναι φανερό ότι θα πρόκειται για κρυσυντηρημένο γεννητικό υλικό, στο μέτρο που η κρυσυντήρηση (δηλαδή η κατάψυξη στους -1960 Ο με υγρό άζωτο) είναι η συνήθης μέχρι τώρα πρακτική διατήρησης του γεννητικού υλικού. Όλες πάντως οι διατάξεις του σχεδίου, που αναφέρονται σε γεννητικό υλικό που δεν είναι νωπό, μπορούν να εφαρμόζονται άσχετα με το αν στο μέλλον αλλάξει ο τρόπος συντήρησης του γεννητικού υλικού.

Σύμφωνα με το άρθρο 1457 η μεταθανάτια (post morte) γονιμοποίηση με τη μία ή την άλλη μορφή της επιτρέπεται υπό πολύ αυστηρές προϋποθέσεις: Κατά πρώτο λόγο σε αυτήν μπορούν να προσφεύγουν αποκλειστικά γυναίκες που είχαν σύζυγο ή μόνιμο σύντροφο (ζώντας μαζί του σε ελεύθερη συμβίωση), του οποίου και το γεννητικό υλικό (είτε ως απλό σπέρμα είτε ως γονιμοποιημένο με το σπέρμα ωάριο) επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν. Πέρα άλλωστε, από αυτό πρέπει να συντρέχουν σωρευτικώς και οι ακόλουθες προϋποθέσεις: 1) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας (λ.χ. καρκίνο των όρχεων που απαιτούσε να αρχίσει ο σύζυγος ραδιοθεραπεία) ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του (λ.χ. ο σύζυγος πρόκειται να συμμετάσχει σε πολεμικές επιχειρήσεις), έτσι ώστε να καθίσταται κοινωνικά αποδεκτή η προσφυγή στη συγκεκριμένη πρακτική. 2) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος να είχε συναίνεσει με συμβολαιογραφική πράξη και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, έτσι ώστε να προκύπτει σαφώς η βούληση του για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή όχι μόνο όσο ο ίδιος ζει αλλά και σε χρόνο μετά το θάνατο του και 3) η μεταθανάτια γονιμοποίηση

να διενεργείται ανάμεσα σε δύο χρονικά σημεία: Όχι πριν περάσουν έξι μήνες από το θάνατο του άνδρα, ώστε να εξασφαλίζεται ότι η απόφαση της γυναίκας δεν λαμβάνεται υπό το κράτος της ψυχολογικής της διαταραχής από το θάνατο του, αλλά και όχι αφού περάσουν δύο έτη, πέρα από τα οποία δεν θα πρέπει να μένουν σε εκκρεμότητα τα κληρονομικά δικαιώματα των υπόλοιπων συγγενών του νεκρού (που θα ανατραπούν αν γεννηθεί το παιδί του). Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η ρύθμιση αυτή -που είναι προσανατολισμένη στη συνηθέστερη περίπτωση της επιθυμίας για μεταθανάτια γονιμοποίηση στην περίπτωση που πεθαίνει ο άνδρας- μπορεί να καλύψει, αναλογικά, εφαρμοζόμενη, και την περίπτωση που πεθαίνει η γυναίκα, όποτε ο άνδρας δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αργότερα τα κρυοσυντηρημένα ωάρια της (πράγμα ασύνηθες) ή τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια τους για να τεκνοποιήσει με αυτά μέσω «παρένθετης» κυοφόρου, μητέρας, παρά υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 1457. Το άρθρο 1458 επιλύει το ζήτημα του επιτρεπτού της «παρένθετης μητρότητας» ή του «δανεισμού μήτρας». Οι όροι αυτοί (που δεν χρησιμοποιούνται πάντως στο νόμο) αποδίδουν την περίπτωση όπου η γυναίκα που ενδιαφέρεται να αποκτήσει παιδί «δανείζεται» τη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, στην οποία και μεταφέρεται το γόνιμο ποιημένο ωάριο, έτσι ώστε η τελευταία αυτή γυναίκα να κυοφορήσει και να γεννήσει για χάρη της γυναίκας που επιθυμεί το τέκνο.

Σύμφωνα με τη ρύθμιση του άρθρου 1458 η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται με δικαστική άδεια, που χορηγείται πριν από τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί το τέκνο. Το δικαστήριο θα χορηγήσει την άδεια μόνο αν βεβαιωθεί ότι η αιτούσα είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και συνεπώς και να γεννήσει η ίδια (κατά συνέπεια δεν καλύπτεται η περίπτωση που η γυναίκα επιθυμεί απλώς να αποφύγει μια εγκυμοσύνη για λόγους μη ιατρικούς, λ.χ. αισθητικής), ενώ θα πρέπει να υπάρχει και έγγραφη συμφωνία μεταξύ αφ' ενός των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν το τέκνο και αφ' ετέρου της κυοφόρου γυναίκας, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Προκειμένου να αντιμετωπισθεί το ενδεχόμενο η αιτούσα και η κυοφόρος να καταλήξουν σε συμφωνία παρακάμπτοντας τους συζύγους τους και αποσιωπώντας από το δικαστήριο το γεγονός ότι είναι έγγαμες, το δικαστήριο έχει τη δυνατότητα (εφόσον δικάζει κατά τη διαδικασία των άρθρων 739 επ. Κ.Πολ.Δ) και οφείλει να διαπιστώσει εάν οι δύο γυναίκες είναι έγγαμες, ώστε αφ' ενός να μην παραβιασθεί ο κανόνας ουσιαστικού δικαίου του άρθρου 1458 Α.Κ. και αφ' ετέρου να μην επηρεασθεί η έννομη θέση των συζύγων χωρίς τη δυνατότητα να ακουστούν σε αυτήν τη φάση, αφού, εάν τελικά γεννηθεί το τέκνο από την κυοφόρο θα λειτουργήσουν θετικά ή αρνητικά ως προς αυτούς τα τεκμήρια πατρότητας χωρίς οι ίδιοι να έχουν λάβει γνώση και να έχουν συμφωνήσει σχετικά, όπως απαιτεί ο νόμος. Επίσης δεν αποκλείεται η γυναίκα που επιθυμεί το τέκνο να χρησιμοποιήσει και ωάριο άλλης δότριας, αρκεί η τελευταία να μην συμπίπτει με την κυοφόρο γυναίκα (βλ. παρακάτω το αναθεωρημένο άρθρο 1464 παρ. 2 Α.Κ.).

Στο άρθρο 1459 παρ. 1 γίνεται πρόβλεψη για το λεγόμενο «πλεονάζον» γεννητικό υλικό. Πρόκειται για το κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό (είτε αυτό είναι απλό, όπως λ.χ. το σπέρμα, είτε γονιμοποιημένα ωάρια) που θα περισσέψει μετά την κάλυψη των αναπαραγωγικών αναγκών των ενδιαφερομένων, δηλαδή όταν αυτοί αποκτήσουν τέκνο, ή αν ματαιωθεί οριστικά αυτός ο σκοπός. Για το πλεονάζον, λοιπόν, κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό ορίζεται ότι τα πρόσωπα που προσφεύγουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή υπογράφουν κοινή γραπτή δήλωση πριν από την έναρξη της διαδικασίας, στην οποία μπορούν να επιλέγουν ή τη διάθεση του σε άλλα πρόσωπα, που θα επιλέξει ο ιατρός ή το ιατρικό κέντρο, ή τη χρησιμοποίησή του για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή την καταστροφή

του. Από τις εκδοχές αυτές η πρώτη σημαίνει ότι το γεννητικό υλικό μπορεί μεν να «δωριστεί» - απλώς - από τους δότες (αφού είναι αυτονόητο ότι η «πώληση» γεννητικού υλικού, δηλαδή η παραχώρηση του με οικονομικό αντάλλαγμα, θα, είναι συνήθως αντίθετη στα χρηστά ήθη), οι ίδιοι όμως δεν έχουν σύμφωνα με το νόμο τη δυνατότητα να επιλέξουν και τους συγκεκριμένους «δωρεοδόχους». Η τελευταία νομοθετική επιλογή εναρμονίζεται προς την ανωνυμία των τρίτων δοτών γεννητικού υλικού (βλ. το επόμενο άρθρο 1460). Στη δεύτερη, άλλωστε, δυνατότητα, και ειδικότερα στη χρησιμοποίηση για θεραπευτικούς σκοπούς, είναι προφανές ότι μπορεί να περιλαμβάνεται και η θεραπευτική κλωνοποίηση (βλ. και την τρίτη παράγραφο του προτεινόμενου άρθρου 1455). Εξάλλου, αν για κάποιο λόγο έχει παραλειφθεί η κοινή δήλωση των ενδιαφερομένων, ορίζεται ότι το πλεονάζον κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό διατηρείται επί πέντε έτη από τη λήψη ή τη δημιουργία του και, μετά την πάροδο του χρόνου αυτού, είτε χρησιμοποιείται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφεται. Ειδική πρόβλεψη υπάρχει, άλλωστε, για τα νωπά γονιμοποιημένα ωάρια, ως προς τα οποία ορίζεται ότι, μετά την πάροδο δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση (οπότε και αρχίζουν να σχηματίζονται οι καταβολές του νευρικού ιστού), πρέπει να καταστρέφονται, προκειμένου να μην μπορούν πλέον να καταστούν αντικείμενα πειραμάτων ή, γενικότερα, έρευνας.

Τέλος, στο άρθρο 1460 αντιμετωπίζεται το ζήτημα αν οι τρίτοι δότες γεννητικού υλικού (είτε δότες σπέρματος είτε δότριες ωαρίων) θα μπορούν να είναι γνωστοί ή θα πρέπει να είναι ανώνυμοι (άγνωστοι), και σε αρμονία με το προηγούμενο άρθρο 1459 παρ. 1α, επιλέγεται η ανωνυμία των δοτών, δηλαδή ορίζεται ότι δεν γνωστοποιείται ούτε η ταυτότητα του δότη στους ενδιαφερόμενους να αποκτήσουν τέκνο ούτε η ταυτότητα του τέκνου και των γονέων του στον τρίτο δότη του γεννητικού υλικού. Πάντως προβλέπεται η τήρηση αρχείων που θα περιλαμβάνουν ιατρικές απλώς πληροφορίες σχετικές με τον τρίτο δότη -χωρίς ένδειξη της ταυτότητας του αλλά με αντίστοιχο κωδικό αριθμό- στις οποίες πρόσβαση θα μπορεί να έχει μόνο το τέκνο και μόνο για λόγους που αφορούν την υγεία του. Όλα αυτά εκφράζουν τη σύγχρονη αρχή της λεγόμενης «κοινωνικοσυναισθηματικής συγγένειας», κατά την οποία, εν όψει της ραγδαίας εξέλιξης των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η σημασία της βιολογικής αλήθειας και της καταγωγής εκ των πραγμάτων μειώνεται, ενώ αναδεικνύεται αντίθετα ως σημαντικός παράγοντας για την ίδρυση της νομικής συγγένειας η βούληση των μερών, που συνδέει νομικά το παιδί όχι με τους «γενετικούς γονείς» του, αλλά με αυτούς που το θέλουν, δηλαδή τους «κοινωνικούς» του γονείς. Στο πλαίσιο αυτής της σύγχρονης αρχής, η ανωνυμία των τρίτων δοτών γεννητικού υλικού είναι επιβεβλημένη, καθώς μάλιστα προφυλάσσει και τα δύο μέρη από δυσάρεστες μελλοντικές ψυχολογικές αλλαγές και αλληλοεπεμβάσεις μεταξύ «βιολογικής και «κοινωνικής» οικογένειας, που θα αποβούν ασφαλώς σε βάρος του παιδιού.