



### **3<sup>Η</sup> ΓΝΩΜΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ**

## **ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**

Οι ραγδαίες εξελίξεις στην τεχνολογία έχουν αναδείξει την ανάγκη για ουσιαστικές αλλαγές στη νομοθεσία για την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΙΥΑ). Μια νομοθεσία που ήταν πραγματικά πρωτοποριακή για την εποχή που δημιουργήθηκε.

Τα μέλη του Εργαστηρίου Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής της Νομικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης<sup>1</sup>-κατόπιν ενδελεχών

---

<sup>1</sup> Το Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής της Νομικής Σχολής ΑΠΘ ([medlawlab.web.auth.gr](http://medlawlab.web.auth.gr)) ιδρύθηκε με την 2920/22-12-2015 απόφαση της Συγκλήτου του ΑΠΘ, η οποία δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 5/Β'/8-1-2016. Σκοπός ίδρυσης του Εργαστηρίου είναι ειδικότερα η προώθηση της διεπιστημονικής έρευνας των νομικών και ηθικών ζητημάτων που δημιουργούν οι εφαρμογές της ιατρικής επιστήμης και οι ραγδαίες εξελίξεις της βιοϊατρικής, με την διερεύνηση θεμάτων όπως: μεταμοσχεύσεις, ιατρική ευθύνη και δεοντολογία, αρχή και τέλος της ανθρώπινης ζωής, τεχνητή διακοπή της κύησης, έννοια του θανάτου, ευθανασία, διαθήκες ζωής, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αισθητικές επεμβάσεις, αλλαγή φύλου, εμπορία οργάνων, γενετικές εξετάσεις, γονιδιακή θεραπεία, κλωνοποίηση, αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών, έρευνα στα βλαστοκύτταρα, επιλογή φύλου, γενετικά τροποποιημένοι οργανισμοί, κλινικές μελέτες, ανάλυση DNA κ.α. Το Εργαστήριο στοχεύει στην προσέγγιση του κάθε ζητήματος με τρόπο διεπιστημονικό, συνδυάζοντας τα πορίσματα της Νομικής και της Ιατρικής επιστήμης με τη Βιοηθική, έτσι ώστε να φωτίζονται όλες οι όψεις κρίσιμων ζητημάτων που απασχολούν όχι μόνο την επιστημονική κοινότητα, αλλά και την καθημερινή ζωή.

Το Εργαστήριο έχει ως αποστολή:

- την κάλυψη ερευνητικών και διδακτικών αναγκών των σχολών και τμημάτων του ΑΠΘ, αλλά και άλλων ελληνικών και αλλοδαπών ακαδημαϊκών ιδρυμάτων ή κέντρων ερευνών, σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο στο ευρύτερο γνωστικό αντικείμενο του ιατρικού δικαίου.
- τη διοργάνωση επιστημονικών διαλέξεων, ημερίδων, σεμιναρίων, θερινών μαθημάτων, συνεδρίων και άλλων επιστημονικών εκδηλώσεων καθώς και την πραγματοποίηση δημοσιεύσεων και εκδόσεων.
- τη συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς, δημόσιες υπηρεσίες και άλλους επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς της ημεδαπής και της αλλοδαπής, ώστε να συμβάλλει στη μελέτη και υποβολή

συζητήσεων –κατέληξαν στην συνεδρίαση της 10ης Δεκεμβρίου 2019 στις ακόλουθες προτάσεις τροποποίησης της ισχύουσας νομοθεσίας:

## **1. Η ιατρική αναγκαιότητα ως απαραίτητη προϋπόθεση για την προσφυγή σε μεθόδους ΙΥΑ**

### ***A. Ιατρική αναγκαιότητα και κρυσυντήρηση γεννητικού υλικού***

Ομόφωνα τα μέλη του Εργαστηρίου κατέληξαν στη θέση ότι η ύπαρξη ιατρικού λόγου δεν θα πρέπει να αποτελεί προϋπόθεση για την **κρυσυντήρηση γεννητικού υλικού**. Η κρυσυντήρηση θα πρέπει να γίνεται ελεύθερα, χωρίς προϋποθέσεις.

Μόνο για την ασφαλιστική κάλυψη της εν λόγω διαδικασίας θα μπορούσε να δικαιολογηθεί η επιβολή επιπλέον όρων, μεταξύ των οποίων και της ιατρικής αναγκαιότητας, προς αποφυγή της υπέρμετρης οικονομικής επιβάρυνσης των ασφαλιστικών φορέων.

Ομόφωνα κρίθηκε ωστόσο αναγκαίο να επαναπροσδιοριστεί ο μέγιστος χρόνος διατήρησης του κρυσυντηρημένου γεννητικού υλικού, σε συνάρτηση και με την ηλικία των υποβοηθούμενων ατόμων.

Κατά τον κ. Τροκάνα απαιτούνται επιπρόσθετα οι ακόλουθες νομοθετικές παρεμβάσεις ως προς (α) τις επιμέρους παραμέτρους της παροχής συναίνεσης στην κρυσυντήρηση (π.χ. αποσύνδεση από το γενικό πλαίσιο συναίνεσης της ΑΚ 1456 ως αποτέλεσμα της αποσύνδεσης από την ιατρική αναγκαιότητα και άρα ενιαίο απλό έγγραφο σε κάθε περίπτωση, θεσμοθέτηση μονομερούς ανάκλησης, καθαρότερη ρύθμιση για ανηλίκους και έγγαμους ανηλίκους) και (β) το συναφές

---

προτάσεων χάραξης πολιτικής και εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης ζητημάτων που εμπίπτουν στο ευρύτερο γνωστικό αντικείμενο του ιατρικού δικαίου.

- τη σύνταξη γνωμοδοτήσεων και πραγματογνωμοσυνών σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο π.δ. 159/1984 (τεύχος Α', αριθμ. 53).

- την ανάληψη συμβουλευτικών έργων και μελετών

- τη διατήρηση ιστοσελίδας και την έκδοση ηλεκτρονικού περιοδικού.

Το προσωπικό του Εργαστηρίου (συνολικά 41 μέλη) απαρτίζεται από καθηγητές, λέκτορες και μέλη του Ειδικού και Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (ΕΕΔΙΠ) από τα Τμήματα Νομικής, Ιατρικής, Φαρμακευτικής, Οδοντιατρικής και Θεολογίας, επισκέπτες ή συνεργαζόμενους καθηγητές άλλων ΑΕΙ της ημεδαπής ή αλλοδαπής, δικαστικούς λειτουργούς, όπως και εξειδικευμένους επιστήμονες και μεταδιδακτορικούς ερευνητές, διδάκτορες, υποψήφιους διδάκτορες και μεταπτυχιακούς φοιτητές.

ζήτημα του επιτρεπτού ή μη της χρήσης νωπών ωαρίων (άρθρο 8 παρ. 9 Ν. 3305/2005), πρακτική που εφαρμόζεται σήμερα σε γκρίζα ζώνη δικαίου.

### ***B. Κρυοσυντήρηση ωαρίων***

Στον νόμο 3305/2005 δεν αναφέρεται η δυνατότητα κρυοσυντήρησης ωαρίων, καθώς εκείνη την εποχή η διαδικασία αυτή δεν ήταν εφικτή, ενώ ήδη, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, η κρυοσυντήρηση ωαρίων αποτελεί μια από τις συνήθεις πράξεις κρυοσυντήρησης. Είναι επομένως αναγκαία η ρητή αναφορά του νομοθέτη σε αυτή και να προσδιοριστεί ο τρόπος πραγματοποίησής της.

### ***Γ. Ομολογή τεχνητή γονιμοποίηση***

Ομόφωνα τα μέλη του Εργαστηρίου υποστηρίζουν ότι η ομολογή τεχνητή **γονιμοποίηση** πρέπει επίσης να επιτρέπεται ακόμα και χωρίς τη συνδρομή κάποιου ιατρικού λόγου, αφενός ως λογικό επακόλουθο του επιτρεπτού της κρυοσυντήρησης χωρίς ιατρικό λόγο που προτείνεται, αφετέρου δε λόγω και της πραγματικής αδυναμίας απόδειξης ύπαρξης ιατρικού λόγου για την αδυναμία τεκνοποίησης, εφόσον σε αρκετές περιπτώσεις αρκεί η βεβαίωση του ζευγαριού ότι επί ένα έτος προσπαθούσε να αποκτήσει παιδί με φυσιολογικό τρόπο και δεν τα κατάφερε.

Κατ' αντιστοιχία, ελεύθερη θα πρέπει να είναι και η χρήση γεννητικού υλικού δότη από μόνα άτομα, τα οποία έτσι δε θα χρειάζεται να αποδείξουν την ύπαρξη ιατρικού λόγου αδυναμίας τεκνοποίησης. Οι κ.κ. Φουντεδάκη Κ. και Παπαδοπούλου Λ. διευκρινίζουν ότι ως ομολογή νοείται και η τεχνητή γονιμοποίηση γυναίκας με δικό της ωάριο και σπέρμα δότη.

### ***Δ. Προεμφυτευτική διάγνωση***

Κατά την πλειοψηφούσα θέση των μελών του Εργαστηρίου, η προεμφυτευτική διάγνωση (Preimplantation Genetic Testing – PGT), με εξειδίκευση «PGT-A» για τις Ανευπλοειδίες» και «PGT-M» για τα Μονογονιδιακά νοσήματα που μεταφράζεται «Προεμφυτευτικός Γενετικός Έλεγχος - ΠΓΕ» και ΠΓΕ-A και ΠΓΕ-M, αντίστοιχα) θα πρέπει επίσης να απελευθερωθεί και να γίνεται χωρίς προϋποθέσεις και χωρίς άδεια από την ΕΑΙΥΑ (προς αποφυγή των τεράστιων ζητημάτων γραφειοκρατίας

που έχουν ανακύψει), με τα ενδιαφερόμενα άτομα να αναλαμβάνουν το κόστος της και σε αυτή την περίπτωση όταν δεν συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος. Τέλος, θα πρέπει να παραμείνει απαγορευμένη η χρήση της για ευγονικές πρακτικές, όπως και για την επιλογή φύλου για κοινωνικούς λόγους. **Μειοψηφούν οι** κ.κ. Σαρδέλη Χ. και Βασιλείου Μ., οι οποίες θεωρούν ότι η προεμφυτευτική διάγνωση θα πρέπει να γίνεται αποκλειστικά και μόνο για ιατρικούς λόγους.

#### ***Ε. Ετερόλογη τεχνητή γονιμοποίηση***

Αναφορικά με την ετερόλογη τεχνητή γονιμοποίηση κατά πλειοψηφία προκρίνεται η θέση ότι αυτή θα πρέπει να επιτρέπεται στα ζευγάρια ακόμα και χωρίς τη συνδρομή ιατρικού λόγου, αλλά ενδεχομένως υπό προϋποθέσεις (π.χ. εξάντληση του κρυσυντηρημένου γεννητικού υλικού τους). **Μειοψηφούν οι** κ.κ. Φουντεδάκη Κ., Κοτζάμπαση Α., Χατζηπαύλου – Λίτινα Δ., Κοβάτση Λ. και Τροκάνας Θ.

#### ***Στ. Παρένθετη μητρότητα***

Ομόφωνα τα μέλη του Εργαστηρίου καταλήγουν στη θέση ότι στην περίπτωση της **παρένθετης μητρότητας** ο ιατρικός λόγος -κατά βάση η αδυναμία κυοφορίας από τη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί- θα πρέπει να παραμείνει ως προϋπόθεση του επιτρεπτού της μεθόδου. Προτείνεται, επίσης, να καθιερωθεί η υποχρεωτική ασφάλιση ζωής της παρένθετης μητέρας, με κάλυψη των ασφαλιστρών από τους κοινωνικούς γονείς, προκειμένου να υπάρχει μια εξασφάλιση για την οικογένειά της σε περίπτωση που η κύηση δεν εξελίσσεται ομαλά. Τέλος, αναφέρεται ότι θα πρέπει να ρυθμιστεί ο τρόπος εύρεσης της παρένθετης μητέρας από τα ενδιαφερόμενα ζευγάρια (ΜΚΟ; Διαδικτυακά Chatrooms;) και να τροποποιηθεί το σχετικό άρθρο 26, παρ. 8 του ν. 3305/2005).

Σε ό τι αφορά την παρένθετη μητέρα, κατά πλειοψηφία τα μέλη του Εργαστηρίου δέχονται ότι αυτή θα πρέπει να είναι ηλικίας είκοσι πέντε (25) έως σαράντα πέντε (45) ετών, να έχει ήδη δικά της παιδιά, ενώ παράλληλα δεν είναι υποχρεωτικό να κατοικεί στην Ελλάδα. Στο σημείο αυτό διατυπώθηκαν οι παρακάτω απόψεις – παρατηρήσεις της **μειοψηφίας**: Ο κ. Τροκάνας εκφράζει επιφυλάξεις μήπως η καθιέρωση του προτεινόμενου ηλικιακού εύρους για την κυοφόρο υπονομεύσει τον αλτρουιστικό χαρακτήρα της μεθόδου, στο μέτρο που το προτεινόμενο ανώτατο

ηλικιακό όριο για την κυοφόρο μπορεί να μην μπορεί να καλύψει τις περιπτώσεις όπου η μητέρα της υποψήφιας κοινωνικής μητέρας αναλαμβάνει το ρόλο της κυοφόρου. Η κ. Παπαδοπούλου Λ. (α) θεωρεί ότι η χρήση του όρου «παρένθετη μητέρα» δεν είναι ορθή, καθώς πρόκειται για «παρένθετη κυοφόρο» ή απλώς «παρένθετη» με εξάλειψη του ουσιαστικού. Η κ. Βασιλείου Μ. θεωρεί ότι πρέπει η παρένθετη να είναι μόνιμη κάτοικος Ελλάδας για να αποφευχθούν οι περιπτώσεις trafficking, με μόνη εξαίρεση την περίπτωση στην οποία η παρένθετη μητέρα είναι συγγενής των ατόμων που επιθυμούν να αποκτήσουν το παιδί, είτε αυτά είναι κάτοικοι Ελλάδας είτε όχι. Η κ. Χατζηπαυλου – Λίτινα Δ. επίσης θεωρεί ότι η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να έχει την κατοικία της στην Ελλάδα. Η κ. Κοτζάμπαση Α. μειοψηφεί σε όλα τα ζητήματα της παρένθετης μητρότητας, καθώς πιστεύει στην τελολογική συστολή της ΑΚ 1458 και θεωρεί ότι είναι απαραίτητο και η αιτούσα και η παρένθετη να έχουν την κατοικία του στην Ελλάδα.

## **2. Ποιοι δικαιούνται να προσφεύγουν σε μεθόδους ΙΥΑ**

Τα μέλη του Εργαστηρίου ομόφωνα κατέληξαν στην θέση ότι θα πρέπει να διευκρινιστεί στον νόμο με απόλυτη σαφήνεια ποια πρόσωπα έχουν δικαίωμα προσφυγής σε μεθόδους ΙΥΑ. Ορθά έχει παρατηρηθεί ότι το ζήτημα είναι ιδεολογικό και η παρέλευση επαρκούς χρόνου από την πρώτη ρύθμιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει αναδείξει την ανισότητα που υπάρχει στην αντιμετώπιση οικογενειακών σχημάτων τα οποία δεν φαίνεται να έχουν ουσιώδεις διαφορές μεταξύ τους.

### ***A. Οι μόνοι άνδρες***

Η ιατρική υποβοήθηση επιτρέπεται ρητά στα έγγαμα ζευγάρια και στα ζευγάρια ανδρών και γυναικών που ζουν χωρίς γάμο (με ή χωρίς σύμφωνο συμβίωσης), καθώς και στην άγαμη μόνη γυναίκα, επιλογή με την οποία ο νομοθέτης δείχνει ότι δεν είναι πάντως αντίθετος στις μονογονεϊκές οικογένειες. Ωστόσο, δεν προβλέπεται δυνατότητα προσφυγής **μόνου άνδρα** στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η αναλογική εφαρμογή των σχετικών για τις μόνες γυναίκες διατάξεων δεν γίνεται από όλους αποδεκτή, ενώ την ίδια στιγμή η στέρηση της

δυνατότητας απόκτησης βιολογικού τέκνου από μόνο άνδρα δεν μπορεί να βρει επαρκή τεκμηρίωση, ενόψει της αρχής της ίσης μεταχείρισης. Κατά πλειοψηφία, για τον λόγο αυτό, τα μέλη του Εργαστηρίου προκρίνουν τη θέση ότι η πρόσβαση στις μεθόδους ΙΥΑ πρέπει να επιτρέπεται και στους μόνους άντρες, το δε όριο ηλικίας πρέπει να είναι στα πενήντα (50) έτη και για τα δυο φύλα.

**Μειοψηφούν** η κ. Κοβάτση Λ. (συνολικά ως προς τη δυνατότητα προσφυγής του άντρα στην ΙΥΑ) και ο κ. Τροκάνας Θ. ως προς την καθιέρωση ανώτατου ηλικιακού ορίου. Η κ. Κοτζάμπαση Α. μειοψηφεί ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης του μόνου άνδρα στη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας. Ο κ. Ταρλατζής Β. σημειώνει σχετικά με το όριο ηλικίας των ανδρών, ότι θα μπορούσε να δεχτεί για λόγους ισότητας των δύο φύλων το όριο των πενήντα (50) ετών, όμως θεωρεί ότι θα είναι οξύμωρο να απαγορεύεται η απόκτηση τέκνου με ΙΥΑ σε άνδρες άνω των πενήντα (50) ετών, όταν μπορούν να τεκνοποιήσουν με φυσικό τρόπο μέχρι πολύ μεγαλύτερη ηλικία. Για την ηλικία των γυναικών, πιστεύει, όπως άλλωστε είχε υποστηρίξει και στο αρχικό σχέδιο του νόμου 3305/2005, ότι, με βάση το ανώτερο όριο ηλικίας της κλιμακτηρίου για τις Ελληνίδες καθώς και τη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, το όριο ηλικίας για πρόσβαση στις μεθόδους ΙΥΑ θα μπορούσε να ανεβεί στα πενήντα τρία (53) έως πενήντα πέντε (55) έτη. Κατά τον κ. Τροκάνη, η μη καθιέρωση ενός ανώτατου ορίου ηλικίας για τον άνδρα δεν αντίκειται στη συνταγματική αρχή της ισότητας, στο μέτρο που αυτή επιβάλλει όχι μόνο ίση μεταχείριση όμοιων καταστάσεων, αλλά διαφορετική μεταχείριση ανόμοιων καταστάσεων (εν προκειμένω την αναπαραγωγική ικανότητα των γυναικών σε σχέση με εκείνη των ανδρών), ενώ αντίθετα η καθιέρωση ενός ανώτατου ορίου ηλικίας για τους άνδρες συνιστά έναν αδικαιολόγητο περιορισμό στο δικαίωμα τους στην τεχνητή αναπαραγωγή.

### ***Β. Τα ομόφυλα ζευγάρια***

Ανάλογο πρόβλημα έχει δημιουργηθεί σχετικά με τα ομόφυλα ζευγάρια, κυρίως από τη στιγμή που ο Έλληνας νομοθέτης, υπό την πίεση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, αναγνώρισε τη δυνατότητα νόμιμης ένωσής τους με σύμφωνο συμβίωσης. Στην πράξη ήδη πολλά παιδιά μεγαλώνουν σε ομόφυλα ζευγάρια γυναικών. Από την άλλη πλευρά, δεν μπορεί να παραβλέπει κανείς τις πολύ

σημαντικές μελέτες που έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια σε παιδιά ομόφυλων ζευγαριών σε άλλες χώρες, από τις οποίες προκύπτει ότι τα παιδιά αυτά δεν εμφανίζουν ιδιαιτερότητες έναντι εκείνων που μεγαλώνουν σε οικογένειες ετερόφυλων προσώπων ή σε μονογονεϊκές οικογένειες. Ούτε μπορεί να αγνοεί νομοθετικές ρυθμίσεις που έχουν ήδη υιοθετηθεί σε άλλες χώρες. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει επομένως να αξιολογηθούν μετά από μια διεξοδική συζήτηση.

Στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, πάντως, και δεδομένου ότι για μια τέτοια επιτρεπτική ρύθμιση θα επιβαλλόταν η πλήρης αλλαγή του ΑΚ στον τομέα του οικογενειακού δικαίου και του δικαίου της συγγένειας, τα μέλη του Εργαστηρίου περιορίζονται στο να εκφράσουν ομόφωνα την προτροπή και ευχή τους για μια τέτοια νομοθετική ρύθμιση που θα επέτρεπε την πρόσβαση στις μεθόδους ΙΥΑ και από αυτά τα ζευγάρια. Ταυτόχρονα, επισημαίνουν ότι, εάν, πάντως, προβλεφθεί ο πολιτικός γάμος και για τα ζευγάρια αυτά, η πρόσβαση στην ΙΥΑ θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη.

### **3. Εξέταση γενετικών νοσημάτων**

Τα μέλη του Εργαστηρίου ομόφωνα θεωρούν ότι χρειάζονται νέες διατάξεις που θα προσδιορίζουν τον τρόπο οργάνωσης της εξέτασης για γενετικά νοσήματα όλων των προσώπων που υποβάλλονται σε διαδικασία ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα που έχουν ανακύψει στην πράξη ή έχουν επισημανθεί από τη θεωρία. Κυρίως θα πρέπει να προσδιοριστούν με σαφήνεια τα νοσήματα που εξετάζονται, ο τρόπος με τον οποίο ενημερώνονται οι ενδιαφερόμενοι και άλλες λεπτομέρειες, οι οποίες θα ρυθμιστούν βέβαια όχι στον νόμο αλλά στον Κώδικα Δεοντολογίας.

Τα μέλη του Εργαστηρίου ομόφωνα κρίνουν σκόπιμη τη δημιουργία ενός καταλόγου στα πρότυπα της HFEA του Ηνωμένου Βασιλείου ως προς τα γονιδιακά νοσήματα.

#### 4. Εθνικό Μητρώο Δοτών

Απολύτως επιτακτική κρίνεται από όλα τα μέλη του Εργαστηρίου η δημιουργία και λειτουργία του Εθνικού Μητρώου Δοτών γεννητικού υλικού προκειμένου να αποσαφηνιστούν πλέον με ασφάλεια τα θέματα που έχουν σχέση με τη συχνότητα χρήσης υλικού από τον ίδιο δότη. Θεωρείται απολύτως αναγκαία και η δημιουργία Εθνικού Μητρώου Κύκλων ΙΥΑ με on-line καταχώρηση κάθε δραστηριότητας σε πραγματικό χρόνο, ώστε να προκύπτουν αξιόπιστα εθνικά αποτελέσματα και στατιστικά δεδομένα.

Μέχρι σήμερα από τη διατύπωση του νόμου ειδικότερα δεν προκύπτει με σαφήνεια πόσες φορές είναι δυνατή η χρήση γεννητικού υλικού του ίδιου δότη. Κατά μία εκδοχή, το γεννητικό υλικό του ίδιου δότη δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί παραπάνω από δέκα φορές. Κατά το γράμμα του νόμου όμως, τα τέκνα που προέρχονται από γαμέτες του ίδιου τρίτου δότη δεν επιτρέπεται να υπερβαίνουν τα δέκα, διατύπωση που επιτρέπει την υποστήριξη της άποψης ότι, όσο ακόμα δεν έχουν γεννηθεί δέκα τέκνα, οι γαμέτες του ίδιου τρίτου δότη μπορούν να χρησιμοποιούνται χωρίς περιορισμό.

Αυτό που προτείνεται είναι να τροποποιηθεί η νομοθεσία ώστε να προβλέπει ότι επιτρέπονται μέχρι δέκα (10) εγκυμοσύνες (και όχι γεννήσεις) ανά δότη, γιατί οι Μονάδες ΙΥΑ μέχρι αυτό το σημείο μπορούν να ελέγξουν. Είναι εντούτοις σημαντικό ανάλογη πρόβλεψη – ίσως με μεγαλύτερο αριθμό κυήσεων – να γίνει και για ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, εφόσον είναι γνωστό ότι μεγάλες ποσότητες σπέρματος εισάγονται από συγκεκριμένες Ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που αυξάνει τους κινδύνους μετάδοσης πιθανών ασθενειών του ενός δότη, όπως συνέβη σχετικά πρόσφατα, όταν αποκαλύφθηκε ότι από έναν δότη, φορέα σοβαρής πάθησης είχαν γεννηθεί εκατό (100) παιδιά με την ίδια πάθηση (ενώ ο αριθμός των κυήσεων με σπέρμα του ίδιου δότη μπορεί να ήταν πολύ μεγαλύτερος).

Ο κ. Ταρλατζής Β. διαφωνεί με τη θέση αυτή για τους εξής λόγους: (1) Θα πρέπει αρχικά να καθοριστεί αν εννοούνται δέκα (10) παιδιά ανά δότη για ολόκληρη τη χώρα ή για τις μεγάλες πόλεις (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) με αναλογική μείωση στις μικρότερες ή για τις ευρύτερες γεωγραφικές περιφέρειες. Ουσιαστικά, πρόκειται για δέκα (10) οικογένειες, δεδομένου ότι επιτρέπεται η γέννηση νέου τέκνου από



τον ίδιο δότη (ν. 3305/2005, άρθρο 9, παρ. 2). Υπάρχει σχετική επιδημιολογική βιβλιογραφία πάνω στην εκτίμηση του κινδύνου αιμομιξίας. (2) Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι στα δέκα (10) παιδιά ανά δότη δεν περιλαμβάνονται τα παιδιά που γεννιούνται σε ζευγάρια από το εξωτερικό («αναπαραγωγικός τουρισμός»). (3) Δεν συμφωνεί επίσης με μια πιθανή αξιοποίηση του όρου «χρήσεις» γιατί η χρήση δεν ισοδυναμεί με εγκυμοσύνη και πολύ περισσότερο με τη γέννηση παιδιού. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι τα μεσοσταθμικά ποσοστά εγκυμοσύνης από σπέρμα δότη είναι περίπου 15% και από ωάρια δότριας περίπου 40-45% (τα ποσοστά γέννησης ζώντος παιδιού είναι ακόμη χαμηλότερα γιατί υπάρχουν απώλειες της κύησης), η υιοθέτηση αυτού του κανόνα θα σημάνει σημαντική αύξηση του αριθμού των δοτών και δοτριών που θα απαιτούνται προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες. Και για μεν το σπέρμα δότη αυτό πιθανόν να μην αποτελέσει σοβαρό πρόβλημα, εφόσον συνεχίσει να γίνεται εισαγωγή δειγμάτων σπέρματος από τράπεζες της ΕΕ, για τα ωάρια όμως αναμένεται να αυξήσει σημαντικά τον αριθμό των δοτριών που θα χρειάζονται. Μία λύση θα μπορούσε να είναι η εισαγωγή κρυοσυντηρημένων ωαρίων από την Ισπανία, η οποία όμως φαίνεται να απαιτεί ειδική ρύθμιση. Επιπλέον, Ιταλοί συνάδελφοι που τα χρησιμοποιούν έχουν αναφέρει ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα. Συμπερασματικά, προτείνει ο αριθμός δέκα (10) να αναφέρεται σε παιδιά (όχι σε εγκυμοσύνες ούτε φυσικά σε «χρήσεις»), τα οποία θα καταχωρούνται με ευθύνη των Μονάδων ΙΥΑ και θα παρακολουθούνται από την Αρχή. Όταν επιτευχθεί η δέκατη (10<sup>η</sup>) εγκυμοσύνη από τον/την ίδιο(α) δότη/δότρια, το σύστημα της Αρχής θα ενημερώνει άμεσα όλες τις Μονάδες για προσωρινή αναστολή του/της συγκεκριμένου(ης) δότη/δότριας μέχρι τη γέννηση του παιδιού, οπότε και θα οριστικοποιείται η αναστολή, ενώ, αν δεν επιτευχθεί η γέννηση ζώντος παιδιού, τότε ανακαλείται η αναστολή κι επιτρέπεται ακόμα μία γέννηση.

## **5. Αωνυμία δοτών**

Ένα άλλο θέμα που απ' ό,τι φαίνεται θα δημιουργήσει σειρά ζητημάτων στο προσεχές μέλλον είναι η υπάρχουσα νομοθεσία για την αωνυμία των δοτών. Ήδη υπήρχαν αντιρρήσεις για τη θέσπισή της ενόψει του δικαιώματος του παιδιού να

μάθει τους βιολογικούς του γεννήτορες. Τώρα προβληματίζει επιπλέον αν έχει νόημα η ανωνυμία, ενόψει των δυνατοτήτων που προσφέρει το διαδίκτυο. Τα μέχρι τώρα δεδομένα δείχνουν, βέβαια, ότι, στο μέτρο που, πάντως, δεν μπορεί να θεσπιστεί μια «υποχρέωση αποκάλυψης» για τους γονείς, αλλά εναπόκειται στη διακριτική τους ευχέρεια να ενημερώσουν το παιδί τους για τη δωρεά γεννητικού υλικού, δεν είναι τόσο αυξημένα τα ποσοστά εκείνων που πράγματι αποκαλύπτουν στα παιδιά τους τη γενετική τους καταγωγή. Ωστόσο, η ραγδαία εξάπλωση των τεστ γονιδιακού ελέγχου είναι πολύ πιθανόν να ανατρέψει τα δεδομένα αυτά στο πολύ κοντινό μέλλον.

Για τους λόγους αυτούς κατά πλειοψηφία τα μέλη του Εργαστηρίου προκρίνουν την καθιέρωση ενός μικτού συστήματος: να υπάρχουν επώνυμοι και ανώνυμοι δωρητές και να επιλέγουν αντίστοιχα οι γονείς ό,τι επιθυμούν. Σε κάθε περίπτωση οι δότες θα πρέπει να ενημερώνονται για την πιθανότητα μελλοντικής αποκάλυψης της ταυτότητάς τους στα παιδιά που θα γεννηθούν από το γεννητικό τους υλικό. Σε καμιά περίπτωση, βέβαια, η αποκάλυψη της ταυτότητας δεν θα συνεπάγεται ίδρυση συγγένειας μεταξύ του δότη και του παιδιού.

**Μειοψηφούν** στο σημείο αυτό οι κ.κ. Φουντεδάκη Κ., Βασιλείου Μ. και ο κ. Τροκάνας (υπέρ της διατήρησης της ανωνυμίας ως έχει). Κατά τον κ. Τροκάνα, είναι πολύ πρώιμο η Ελλάδα να υιοθετήσει τη Σύσταση 2156 (2019) με τίτλο “*Don anonyme de sperme et d’ovocytes: trouver un équilibre entre les droits des parents, des donneurs et des enfants*”, την οποία η Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης εξέδωσε στις 12 Απριλίου 2019, όταν δεν έχει αποκρυσταλλωθεί ακόμα μία ομοιόμορφη νομοθετική τάση μεταξύ των Κρατών-Μελών.

Η κ. Ζερβογιάννη Ε. μειοψηφεί (υπέρ της πλήρους κατάργησης της ανωνυμίας).

Ομοίως και επίσης κατά πλειοψηφία προτείνεται να καταστεί επιτρεπτή η **δωρεά γεννητικού υλικού από συγγενείς**. **Μειοψηφούν** οι κ.κ. Βασιλείου Μ., Κηπουρίδου Κ., Ταρλατζής Β., Μηλαπίδου Μ., Κοβάτση Λ., Φουντεδάκη Κ., Τροκάνας Θ.

Από την κ. Παπαδοπούλου Λ. προτάθηκε επιπλέον η δημιουργία σχετικού μητρώου στην ΕΑΙΥΑ (χωρίς αναδρομική ισχύ) ώστε να υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε αυτό στο μέλλον από τα ενδιαφερόμενα άτομα.

## **6. Μεταθανάτια γονιμοποίηση**

Οι διατάξεις για τη μεταθανάτια γονιμοποίηση θα χρειάζονταν και αυτές ορισμένες βελτιωτικές παρεμβάσεις. Ειδικότερα, η διάταξη για τη μεταθανάτια γονιμοποίηση (άρθρο 1457 ΑΚ) είναι προσανατολισμένη στη συνηθέστερη περίπτωση που πεθαίνει ο άνδρας και είναι η γυναίκα που θέλει να έχει ένα παιδί από αυτόν. Δεν καλύπτει όμως και την περίπτωση που συμβαίνει το αντίθετο, όταν δηλαδή αυτή που πεθαίνει είναι η γυναίκα, οπότε *ερμηνευτικά* μόνο υποστηρίζεται ότι η σχετική διάταξη θα πρέπει, αναλογικά εφαρμοζόμενη, να καλύψει και τον άνδρα που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο χρησιμοποιώντας το κρυοσυντηρημένο ωάριο της γυναίκας.

Κατά πλειοψηφία τα μέλη του Εργαστηρίου προτείνουν να υπάρξει ρητή νομοθετική ρύθμιση στην κατεύθυνση αυτή.

**Μειοψηφεί** η κ. Φουντεδάκη Κ., που θεωρεί ότι η απάντηση συνάγεται χωρίς πρόβλημα ερμηνευτικά, ενώ η κ. Κοτζάμπαση Α. θεωρεί ότι δε θα πρέπει να ισχύει και για την περίπτωση του άντρα που επιβιώνει της γυναίκας του. Κατά τον κ. Τροκάννα, ο αστικός νομοθέτης θα πρέπει (α) να τοποθετηθεί επί του επιτρεπτού ή μη της μεταθανάτιας *ετερόλογης* γονιμοποίησης (είτε υπέρ είτε κατά), καθόσον η ελληνική θεωρία είναι διχασμένη και το ζήτημα έχει σοβαρότατες συνέπειες για τη θεμελίωση της συγγένειας του παιδιού που θα γεννηθεί, (β) να προβλέπει στην ΑΚ 1457 §1 β την παροχή της συναίνεσης του αποθανόντος άνδρα με διαθήκη (χωρίς περιορισμό ως προς το είδος αυτής) ως ισοδύναμης του συμβολαιογραφικού εγγράφου (λύση που άλλωστε προβλέπεται ήδη στην ΑΚ 1476 εδ. α για την εκούσια αναγνώριση του εκτός γάμου γεννημένου τέκνου), με δεδομένο ότι ήδη ανέκυψαν αρκετές περιπτώσεις παροχής συναίνεσης με ιδιόγραφες διαθήκες, στις οποίες παρά το νομοθετικό κενό τα δικαστήρια εξέδωσαν δικαιοπολιτικά ορθές αποφάσεις αλλά με μη πειστικές αιτιολογίες (*Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών 5146/2007*,

*Μονομελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης 4318/2014, Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης 15344/2017, Εφετείου Αθηνών 5887/2018).*

## **7. Γονιδιακή Θεραπεία**

Τα μέλη του Εργαστηρίου ομόφωνα θεωρούν ότι απαιτούνται νέες ρυθμίσεις για το περιεχόμενο και τα όρια της γονιδιακής θεραπείας. Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο επιτρέπει κατ' αρχήν παρεμβάσεις που οδηγούν στην τροποποίηση του γονιδιώματος για προληπτικούς, διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Σε καμία περίπτωση όμως η τροποποίηση δεν μπορεί να μεταφέρεται στο γονιδίωμα της επόμενης γενεάς. Εντούτοις, παρά την παραπάνω σαφή τοποθέτηση του Έλληνα νομοθέτη η διαρκής εξέλιξη της γενετικής τεχνολογίας και των δυνατοτήτων εφαρμογής της πιέζει, όπως παρατηρήθηκε, προς την ελαστικοποίηση του νομοθετικού πλαισίου μέσω της εισαγωγής εξαιρέσεων, ειδικά για τη γέννηση παιδιών με γενετικό υλικό τριών διαφορετικών ατόμων, μετά από την αντικατάσταση των μιτοχονδρίων στο γενετικό υλικό της μητέρας, προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση στο παιδί κάποιου γενετικού νοσήματος.

Τα μέλη του Εργαστηρίου κατά πλειοψηφία θεωρούν ότι η γονιδιακή θεραπεία με μεταμόσχευση μιτοχονδρίων δεν είναι δυνατό να επιτραπεί στην παρούσα φάση, καθώς τροποποιεί το γονιδίωμα των απογόνων, κάτι που απαγορεύεται από τη Συνθήκη του Οβιέδο.

Ως προς τη θέση αυτή **μειοψηφεί** η κ. Σαρδέλη Χ., ενώ **επιφυλάξεις** διατυπώνουν και οι κ.κ. Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., Ταρλατζής Β, Παπαδοπούλου Λ., και Μηλαπίδου Μ. για την απολυτότητα αυτής της θέσης, ιδιαίτερα σε σχέση με την αποφυγή των μιτοχονδριακών νοσημάτων καθώς και με την απαραίτητη έρευνα στον τομέα αυτό.

## **8. Επεξεργασία μεγάλου όγκου δεδομένων υγείας**

Η συγκέντρωση μεγάλου όγκου προσωπικών δεδομένων σε Μονάδες Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Κέντρα Κρυσσυντήρησης αποτελεί έναν ακόμα

τομέα που χρειάζεται να μελετηθεί. Η επεξεργασία μεγάλων συλλογών δεδομένων παρέχει σημαντικές δυνατότητες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και γεννά σημαντικά ζητήματα σχετικά με τον τρόπο συλλογής και διατήρησής τους. Στο πλαίσιο αυτό χρειάζεται να μελετηθεί η διαδικασία παροχής της συναίνεσης ή η πιθανή ανωνυμοποίηση των δεδομένων, η δημιουργία ή ενεργοποίηση Επιτροπών Δεοντολογίας της Έρευνας σε εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς φορείς που χρησιμοποιούν μεγάλα δεδομένα υγείας, η κατάρτιση κωδίκων δεοντολογίας από τις Επιτροπές αυτές για τη συλλογή, πρόσβαση, διαχείριση και επεξεργασία των μεγάλων δεδομένων υγείας, ειδικά μάλιστα στον χώρο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπου τα δεδομένα δεν αφορούν μόνο τα πρόσωπα από τα οποία προέρχεται το γεννητικό υλικό, αλλά και το παιδί που γεννιέται. Στο πλαίσιο αυτό τα μέλη του Εργαστηρίου ομόφωνα καταλήγουν ότι θα πρέπει επιπλέον να ορίζεται το είδος της έρευνας στην οποία θα χρησιμοποιηθεί το πλεονάζον γεννητικό υλικό από τα ίδια τα πρόσωπα.

## **9. Ποινικοί κανόνες στον χώρο της ΙΥΑ**

Ομόφωνα τα μέλη του Εργαστηρίου προτείνουν να επανεξεταστούν με ιδιαίτερη προσοχή οι ποινικές διατάξεις του νόμου 3305/2005, που σχετίζονται με παραβιάσεις της νομοθεσίας για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η ποινική επιστήμη έχει καταδείξει με ευκρίνεια ότι οι προβλεπόμενες στις διατάξεις αυτές ποινικές κυρώσεις είναι εξαιρετικά υψηλές συγκρινόμενες με ποινές που απειλούνται για σημαντικά βαρύτερα αδικήματα. Οι υπερβολικές αυτές ποινές μπορούν ίσως να εξηγηθούν αν λάβει κανείς υπόψη του το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κρίθηκαν αναγκαίες όταν προβλέφθηκαν. Ωστόσο, σήμερα, με τη διάδοση των τεχνικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η διατήρησή τους φαίνεται αδικαιολόγητη. Θα χρειαζόταν επομένως ένας εξορθολογισμός των συγκεκριμένων ποινικών κυρώσεων, στο μέτρο που επιβάλλει η αρχή της αναλογικότητας.

## **10. Διοικητικές κυρώσεις**

Αντίστοιχα, χρειάζεται ουσιαστική αναμόρφωση των διοικητικών κυρώσεων, που δε φαίνεται να έχουν καμία εσωτερική συνοχή. Στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο απειλούνται συχνά αυστηρές πειθαρχικές κυρώσεις για τυπικές παραβάσεις της νομοθεσίας, ενώ σοβαρές παραβάσεις, όπως λ.χ. η έλλειψη ενημέρωσης, αντιμετωπίζονται με πολύ ελαφρές κυρώσεις ή μένουν παντελώς ατιμώρητες. Το θεσμικό αυτό πλαίσιο θα πρέπει πλέον να εξορθολογιστεί, κυρίως μάλιστα αν λάβει κανείς υπόψη του ότι συχνά στην πράξη μια πειθαρχική κύρωση που θα επιβληθεί και θα εκτελεστεί εμφανίζεται πολύ πιο αποτελεσματική από μια ποινική κύρωση.

## **11. Άδειες λειτουργίας ΜΙΥΑ**

Τροποποίηση κρίθηκε ότι χρειάζεται και το νομοθετικό πλαίσιο που αναφέρεται στην αδειοδότηση των ΜΙΥΑ. Σήμερα, η ανανέωση των αδειών θεωρείται αναγκαία κάθε τρία (3) έτη, ρύθμιση που φαίνεται να συναρτούνταν, όταν θεσπίστηκε, με την αβεβαιότητα που επικρατούσε ως προς την ΙΥΑ.

Ήδη όμως σήμερα, μετά τη διαμόρφωση και λειτουργία μηχανισμών ελέγχου της δραστηριότητας των ΜΙΥΑ, η ανανέωση της άδειας μπορεί, κατά την ομόφωνη γνώμη των μελών του Εργαστηρίου, να γίνεται ανά πέντε (5) και όχι ανά τρία (3) έτη.