

Η ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε κίνηση*

Βασιλική Κόκοτα

Δρ. Νομικής, Δικηγόρος, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια στο ερευνητικό πρόγραμμα
«Αριστεία» Infercit (Πανεπιστήμιο Αιγαίου)

Λίνα Παπαδοπούλου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Συνταγματικού Δικαίου στη Νομική Σχολή
του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

I. Το φαινόμενο του ‘αναπαραγωγικού τουρισμού’: γλώσσα και σημειολογία

Η διασυνοριακή μετακίνηση από μια χώρα (ή δικαιοταξία), τη ‘χώρα προέλευσης’, σε άλλη, τη ‘χώρα υποδοχής’, με σκοπό τη λήψη υπηρεσιών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (στο εξής: ΙΥΑ) απαντάται στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο ‘αναπαραγωγικός τουρισμός’ (cross-border fertility / procreative / reproductive tourism / travel)¹. Ο όρος αυτός έχει υποστεί κριτική, ως ανακριβής και ταυτόχρονα *απρόσφορος* να αποδώσει το φαινόμενο²: Ανακριβής, διότι δεν πρόκειται στην κυριολεξία για ‘τουρισμό’, εφόσον τα άτομα (ή τα ζευγάρια) που επιθυμούν να κάνουν χρήση των μεθόδων και τεχνικών ΙΥΑ δεν μετακινούνται για ψυχαγωγία ή διασκέδαση, με εξαίρεση την περίπτωση του σεξουαλικού τουρισμού (sex tourism) που δεν συνιστά όμως ‘αναπαραγωγικό τουρισμό’. Απρόσφορος, διότι δε δίνει τη δέουσα σημασία και δεν ευαισθητοποιεί τον ακροατή / αναγνώστη απέναντι στα προβλήματα υπογονιμότητας και τις δυσκολίες πρόσβασης σε μεθόδους ΙΥΑ που αντιμετωπίζουν τα άτομα (ή τα ζευγάρια), τα οποία και *αναγκάζονται* να μετακινηθούν λόγω ακριβώς αυτών των δυσκολιών. Συνεπώς, η μετακίνησή τους αυτή, ούσα αναγκαστική, μοιάζει περισσότερο με ‘εξορία’ (exile) παρά με ‘τουρισμό’. Ενόψει αυτών των σκέψεων, ο όρος ‘αναπαραγωγικός τουρισμός’ χρησιμοποιείται στο πλαίσιο της παρούσας εισήγησης για λόγους αντιστοιχίας με τη διεθνή βιβλιογραφία και με την επίγνωση, πάντως, ότι αδικεί και, οπωσδήποτε,

* Η μελέτη εκπονήθηκε στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος «Αριστεία» Infercit (Πανεπιστήμιο Αιγαίου, συντονίστρια: καθ. Βενετία Καντσά).

1. “Reproductive tourism is the travelling by candidate service recipients from one institution, jurisdiction, or country where treatment is not available to another institution, jurisdiction, or country where they can obtain the kind of medically assisted reproduction they desire”, βλ. G. Pennings, “Reproductive tourism as moral pluralism in motion”, J Med Ethics 2002 (28): 337-341 (σ. 337).

2. Για τις ενστάσεις ως προς την υιοθετούμενη ορολογία βλ. αντί άλλων R. Matorras, “Reproductive exile versus reproductive tourism”, Oxford Journals 2005: 3751 (σ. 3751).

δεν αναδεικνύει πλήρως το φαινόμενο που περιγράφεται.

Σε ό,τι αφορά την έκταση του φαινομένου, ο 'αναπαραγωγικός τουρισμός' έχει λάβει εκρηκτικές διαστάσεις τα τελευταία χρόνια, όπως αποδεικνύεται από το ενδιαφέρον που έχει προσελκύσει στη διεθνή βιβλιογραφία³: Υπολογίζεται ότι μονάχα στις ευρωπαϊκές χώρες -για τις οποίες υπάρχουν αξιόπιστα στατιστικά στοιχεία⁴- περίπου 160 εκ. ευρωπαίοι πολίτες στερούνται πρόσβασης σε μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ οι οποίες προϋποθέτουν τη χρήση γεννητικού υλικού που προέρχεται από τρίτους δότες, εξαιτίας της απαγόρευσης της ετερόλογης γονιμοποίησης που επιβάλλουν ορισμένες εθνικές νομοθεσίες. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα περίπου 80.000 ζευγάρια να είναι αναγκασμένα να καταφύγουν σε άλλη χώρα από αυτή στην οποία διαβιούν, προκειμένου να γίνουν δέκτες υπηρεσιών ΙΥΑ. Οι 'κύκλοι' αναπαραγωγής που οφείλονται στη διασυνοριακή αυτή μετακίνηση ανέρχονται, μονάχα για την Ευρώπη, σε 24.000-30.000 ετησίως.

Οι αριθμοί είναι εξίσου εντυπωσιακοί εάν ιδωθούν σε παγκόσμια κλίμακα: Υπολογίζεται ότι περίπου 48,5 εκ. ζευγάρια αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, δηλαδή ποσοστό που ανέρχεται στο 15% του συνολικού πληθυσμού⁵, ενώ ποσοστό 5% των γεννήσεων παγκοσμίως λαμβάνει χώρα με τη βοήθεια μεθόδων και τεχνικών ΙΥΑ, δηλαδή περίπου 5 εκ. παιδιά έχουν γεννηθεί μέχρι σήμερα μέσω ΙΥΑ⁶.

II. Οι αιτίες του 'αναπαραγωγικού τουρισμού'

Οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα (ή τα ζευγάρια) μετακινούνται από τη χώρα τους σε άλλη χώρα προκειμένου να γίνουν δέκτες υπηρεσιών ΙΥΑ στην τελευ-

3. Βλ. εντελώς ενδεικτικά *S. Bergmann*, "Fertility tourism: Circumventive Routes That Enable Access to Reproductive Technologies and Substances", *Chicago Journals* 2011 (36): 280-289, *M. Inhorn / P. Patrizio*, "The global landscape of cross-border reproductive care: twenty key findings for the new millennium", *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012 (24): 158-163, *A. Donchin*, "Reproductive Tourism and the Quest for Global Gender Justice", *Bioethics* 2010 (24): 323-332, *A. Ferraretti et al.*, "Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies", *Reprod. BioMed. Online* 2010 (20): 261-266, *J. Cohen*, "Procreative tourism and reproductive freedom", *Reprod. BioMed. Online* 2006 (13): 145-146.

4. Η παράθεση αξιόπιστων στοιχείων καθίσταται εφικτή λόγω της ύπαρξης μηχανισμού ελέγχου που υφίσταται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, βλ. την πρόσφατη έκθεση του European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE): «Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE», *Hum. Reprod.* 2013: 1-14.

5. Βλ. την ετήσια έκθεση (Surveillance Report) του International Federation of Fertility Societies (IFFS) για το 2013.

6. Από το 1978 που γεννήθηκε το πρώτο παιδί με εξωσωματική γονιμοποίηση και μέχρι σήμερα σύμφωνα με τα στοιχεία του ESHRE, βλ. την ετήσια ανακοίνωση του ESHRE για το 2012.

ταία, είναι πολλοί και διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα⁷. Την αιτία και ταυτόχρονα την αφορμή για τη διασυνοριακή αυτή μετακίνηση δίνει το υφιστάμενο σε κάθε χώρα νομοθετικό (ή εν γένει ρυθμιστικό) πλαίσιο που, στο ζήτημα που μας απασχολεί, παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία, ακόμη και μεταξύ χωρών που εμφανίζουν, κατά τα λοιπά, γεωγραφικές ή πολιτισμικές ομοιότητες. Θα μπορούσε να ειπωθεί επιγραμματικά ότι πολύ δύσκολα δύο χώρες (ακόμη και όταν αυτές είναι κράτη-μέλη μιας ευρύτερης οικογένειας με κοινά χαρακτηριστικά, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης), ταυτίζονται στο ζήτημα της αντιμετώπισης της ΙΥΑ, δεδομένου ότι οι διαφορετικές κοινωνικές, ηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις παράγουν κατά κανόνα διαφορετικές νομοθεσίες. Εξάλλου, πέρα από τις νομοθετικές απαγορεύσεις, ο 'αναπαραγωγικός τουρισμός' συχνά οφείλεται σε θρησκευτικές αντιλήψεις (που ενδέχεται να αποτυπώνονται υπό τη μορφή απαγορεύσεων σε επίσημα εκκλησιαστικά κείμενα, όπως συμβαίνει λ.χ. με το *Donum Vitae* της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας⁸), αλλά και σε λόγους ψυχολογικούς ή/και κοινωνικούς. Αναλυτικά, οι ενδιαφερόμενοι επιλέγουν τον 'αναπαραγωγικό τουρισμό', ωθούμενοι από αιτίες που δύναται να κατηγοριοποιηθούν όπως φαίνεται παρακάτω.

1. Νομοθετικοί περιορισμοί

Τους πιο εμφανείς περιορισμούς οι οποίοι ωθούν τους ενδιαφερόμενους να μετακινηθούν από τη χώρα τους και να γίνουν δέκτες υπηρεσιών ΙΥΑ σε άλλη χώρα, συνιστούν οι ρητές απαγορεύσεις που εντοπίζονται στις εθνικές νομοθεσίες. Οι τελευταίες, περιέχοντας κανόνες που ρυθμίζουν την πρόσβαση στον θεσμό της ΙΥΑ, αποκλείουν άλλοτε ρητά και άλλοτε σιωπηρά (δηλαδή απέχοντας από τη ρύθμιση), συγκεκριμένες μεθόδους και τεχνικές ή πρόσωπα που συγκεντρώνουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Ειδικότερα:

α) Ως προς τις τεχνικές και μεθόδους της ΙΥΑ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται εκείνες οι χώρες οι νομοθεσίες των οποίων απαγορεύουν κατά τρόπο απόλυτο τη χρήση ξένου γεννητικού υλικού υπό τη μορφή της ετερόλογης γονιμοποίησης, απαγόρευση που καταλαμβάνει κατά κανόνα και την παρένθετη μητρότητα. Πάντως, ενώ η απαγόρευση της χρήσης γεννητικού

7. Βλ. σχετικά *Ferraretti et al.*, "Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies", *όπ.π.*, σ. 262 επ. και *G. Pennings et al.*, "ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-border reproductive care", *Hum. Reprod.* 2008 (23): 2182-2184.

8. Βλ. αντι άλλων *M. Rodgers Bundren*, "The influence of Catholicism, Islam and Judaism on the Assisted Reproductive Technologies (ART). Bioethical and Legal debate: a comparative survey of ART in Italy, Egypt and Israel", *U.Det.Mercy L. Rev.* 2013 (715): 1-29 (σ. 7 επ.).

υλικού που προέρχεται από τρίτους δότες δείχνει μάλλον να υποχωρεί τα τελευταία έτη στις ευρωπαϊκές χώρες (σύμφωνα και με το πρόσφατο παράδειγμα της Ιταλίας)⁹, η απαγόρευση της παρένθετης μητρότητας παραμένει μέχρι σήμερα ο κανόνας, με ελάχιστες εξαιρέσεις στις οποίες συγκαταλέγεται και η χώρα μας. Ομοίως, και η απαγόρευση της τεχνικής της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης, την οποία διατηρούσε η ιταλική νομοθεσία, δεν εφαρμόζεται στην πράξη μετά και την καταδικαστική εις βάρος της Ιταλίας απόφαση του ΕΔΔΑ¹⁰. Ως προς τις τεχνικές, επομένως, και τις μεθόδους ΙΥΑ παρατηρείται μια διαδικαστική φιλελευθεροποίηση, μια 'απελευθέρωση', θα έλεγε κανείς, στις νομοθεσίες των ευρωπαϊκών χωρών μέσω (και) της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου.

Την ίδια στιγμή, η συζήτηση έχει πλέον επικεντρωθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο στο ζήτημα της ανωνυμίας ή μη των δοτών. Η αρχή της ανωνυμίας των δωρητών γεννητικού υλικού καθιερώνεται ως κανόνας στις νομοθεσίες των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών. Ως επιχειρήματα υπέρ της ανωνυμίας προβάλλονται συνήθως η προστασία της οικογενειακής γαλήνης που διασφαλίζεται με τον αποκλεισμό (ή έστω τον περιορισμό) της άσκησης αγωγών αναγνώρισης πατρότητας, αλλά και η άρση των αναστολών υποψήφιων δωρητών γεννητικού υλικού, οι οποίοι δεν θα επιθυμούσαν να βρεθούν στο μέλλον ενώπιον της πιθανότητας να πρέπει να αναλάβουν τον ρόλο του γονέα ενός ή και περισσότερων τέκνων που θα γεννηθούν από το δικό τους γεννητικό υλικό. Άλλωστε, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της ανωνυμίας, η αρχή αυτή βρίσκεται σε αρμονία με την αρχή της κοινωνικοσυναισθηματικής συγγένειας, που διαπνέει τον όλο θεσμό της ΙΥΑ¹¹. Στον αντίποδα, υπέρ της άρσης της ανωνυμίας προβάλλεται το δικαίωμα του τέκνου να πληροφορείται τις ρίζες του, υπό την έννοια της πρόσβασης στα στοιχεία της βιολογικής του καταγωγής. Η πληροφόρηση αυτή, υποστηρίζεται μεταξύ άλλων, θα προστατεύσει τα τέκνα που έχουν γεννηθεί μέσω ξένου γεννητικού υλικού από τον κίνδυνο της μελλοντικής αιμομιξίας ή άλλων κληρονομικών ασθενειών¹². Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες (μεταξύ αυτών η Σουηδία, η Ελβετία, το Ην. Βασίλειο και η Ολλανδία) καταγράφεται ήδη μια υποχώρηση της αρχής της ανωνυμίας και ο εθνικός νομοθέτης έχει ταχθεί υπέρ της δυνατότητας αποκάλυψης της ταυτότητας των δωρητών. Κανόνας, πάντως, παραμένει η ανωνυμία με ορισμένες, ωστόσο, παρα-

9. Μετά και την απόφαση 162/2014 του Συνταγματικού Δικαστηρίου της Ιταλίας.

10. Costa and Pavan v. Italy (αριθ. προσφυγής 54270/10), απόφαση της 28^{ης} Αυγούστου 2012, στην οποία γίνεται αναλυτική αναφορά στην επόμενη ενότητα.

11. Για τη σχετική επιχειρηματολογία βλ. μεταξύ άλλων *Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη*, Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με ξένο γεννητικό υλικό - Νομικά και βιοηθικά ζητήματα, σε αυτόν τον τόμο, σ. 15 επ.

12. Για την αντίθετη επιχειρηματολογία βλ. αντί άλλων *Φ. Παναγοπούλου*, Δικαίωμα γνώσεως δότη γεννητικού υλικού, σε: *Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη/Φ. Παναγοπούλου-Κουντατζή* (επιμ.), Βιοηθικοί προβληματισμοί, εκδ. Παπαζήση, 2014, σ. 199 επ.

λαγές, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της ελληνικής νομοθεσίας που προβλέπει τη δυνατότητα παροχής πληροφοριών ιατρικού χαρακτήρα στο τέκνο που γεννήθηκε μέσω ΙΥΑ¹³.

Σύμφυτη με την αρχή της ανωνυμίας είναι και η δυνατότητα ή μη των ενδιαφερομένων να επιλέγουν τον δωρητή του γεννητικού υλικού. Με άλλα λόγια, εφόσον η νομοθεσία μιας χώρας επιβάλλει την αρχή της ανωνυμίας, δεν μπορεί να γίνει λόγος για επιλογή γεννητικού υλικού ή/και δωρητή/τριας, εφόσον οι κλινικές ΙΥΑ και οι τράπεζες κρυοσυντήρησης οφείλουν να διατηρούν απόρρητα τα σχετικά στοιχεία.

β) Ως προς το υποκείμενο (subject) της ΙΥΑ

Εκτός από τις απαγορευμένες μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ, οι νομοθεσίες των χωρών θέτουν περιορισμούς στην πρόσβαση στην ΙΥΑ για λόγους που ανάγονται στην οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την ηλικία του υποκειμένου.

i) Ως προς την οικογενειακή κατάσταση (marital status)

Ο κανόνας της πρόσβασης των (ετερόφυλων) ζευγαριών που βρίσκονται σε έγγαμη συμβίωση στις πρακτικές της ΙΥΑ εφαρμόζεται - τουλάχιστον στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες - διευρυμένος, υπό την έννοια ότι καταλαμβάνει και τα ζευγάρια που έχουν συνάψει κάποιου είδους 'σύμφωνο συμβίωσης', καθώς επίσης και τα (ετερόφυλα) ζευγάρια που συμβιούν σε σταθερή σχέση. Έτσι, εμφανίζονται ως εξαίρεση στον κανόνα οι χώρες των οποίων η νομοθεσία απαγορεύει γενικά την πρόσβαση σε αγάμους (λ.χ. η Γαλλία).

ii) Ως προς το φύλο (gender)

Οι νομοθεσίες των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών εφαρμόζουν την αρχή της έμφυλης ισότητας σε ό,τι αφορά την πρόσβαση στην ΙΥΑ. Στον αντίποδα, σε κάποιες χώρες ο νομοθέτης θεσπίζει (ή αποδέχεται σιωπώντας) διακρίσεις εις βάρος του ενός ή του άλλου φύλου, χωρίς η δυσμενής αυτή διάκριση να δικαιολογείται από λόγους δημοσίου συμφέροντος αναγόμενους στην προστασία του μέλλοντος να γεννηθεί τέκνου ή στη διασφάλιση της αξιοπρέπειας όσων μετέχουν στη διαδικασία της ΙΥΑ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η ελληνική νομοθεσία

13. Άρθρο 1460 ΑΚ: «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 ταυτότητάς 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».

η οποία, ενώ επιτρέπει την πρόσβαση των άγαμων (μοναχικών) γυναικών στην παρένθετη μητρότητα, καταλείπει αρρύθμιστο το ζήτημα αναφορικά με τους άγαμους (μοναχικούς) άνδρες, προβαίνοντας έτσι σε αδικαιολόγητη δυσμενή διάκριση με βάση το φύλο.

iii) Ως προς τον σεξουαλικό προσανατολισμό (sexual orientation)

Οι νομοθεσίες των ευρωπαϊκών χωρών επιτρέπουν σιωπηρά την πρόσβαση στην ΙΥΑ όλων των υποκειμένων, ανεξαρτήτως σεξουαλικού προσανατολισμού. Ρητά, οι νομοθεσίες των σκανδιναβικών χωρών, της Ισπανίας, του Βελγίου και του Ην. Βασιλείου προβλέπουν την πρόσβαση στην ΙΥΑ και στις λεσβίες¹⁴. Το πρόβλημα, πάντως, προβάλλει εντονότερο σε ό,τι αφορά τα ομόφυλα ζευγάρια, καθώς από αυτά λείπει εξ ορισμού γεννητικό υλικό ενός φύλου. Στην περίπτωση αυτή, ο αποκλεισμός των ομόφυλων ζευγαριών, είτε με ρητή αναφορά στη νομοθεσία είτε σιωπηρά, ελλείψει ειδικής πρόβλεψης, συνιστά αδικαιολόγητη διάκριση λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού, όπως συμβαίνει με την ελληνική νομοθεσία. Η αντίφαση λαμβάνει μεγαλύτερες διαστάσεις στις περιπτώσεις κατά τις οποίες μια έννομη τάξη, ενώ αναγνωρίζει το πραγματικό γεγονός της συμβίωσης (μέσω γάμου ή άλλης μορφής καταχωρημένης συμβίωσης) ατόμων του ίδιου φύλου, αποκλείει, ωστόσο, αυτά από την απόκτηση τέκνου μέσω ΙΥΑ.

Αυτός, ωστόσο, ο αποκλεισμός δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς μέσω της μετακίνησης του ενδιαφερόμενου ζευγαριού, παρά μόνον εν μέρει. Έτσι, η μετακίνηση ενός ζεύγους ανδρών σε χώρα που δίνει δικαίωμα πρόσβασης σε μοναχικούς άνδρες στην παρένθετη μητρότητα (όπως συμβαίνει με ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α.), λύνει μεν το ζήτημα της τεκνοποιίας, όχι όμως και της αναγνώρισης του συντρόφου του βιολογικού πατέρα ως γονέα του τέκνου που τυχόν θα γεννηθεί. Αντίστοιχα, η μετακίνηση ζεύγους λεσβιών σε χώρα που επιτρέπει την πρόσβαση σε μόνες γυναίκες ή και σε ομόφυλα ζευγάρια και δεν επιβάλλει ανωνυμία στη δωρεά γεννητικού υλικού, μπορεί να καταστήσει εφικτή σε ιατρικό επίπεδο τη γονιμοποίηση της μίας με το ωάριο της άλλης, αλλά δεν διασφαλίζει σε νομικό και κοινωνικό επίπεδο την κοινή γονεϊκότητα με την επιστροφή σε χώρα των οποίων οι αρχές αρνούνται να αναγνωρίσουν ομόφυλους γονείς.

iv) Ως προς την ηλικία (age)

Πρόκειται για την πρόβλεψη στις εθνικές νομοθεσίες ορίων ηλικίας, ανώτατων αλλά και κατώτατων. Σε ό,τι αφορά τα κατώτατα όρια ηλικίας, σε γενικές γραμμές θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο θεσμός της ΙΥΑ απευθύνεται σε ενήλικα άτομα που

14. Την ίδια στιγμή οι νομοθεσίες των συγκεκριμένων χωρών αποκλείουν τους άνδρες ομοφυλόφιλους από την πρόσβαση στην ΙΥΑ, δεδομένου ότι δεν προβλέπεται στις χώρες αυτές (με την εξαίρεση/ιδιομορφία του Ην. Βασιλείου) ο θεσμός της παρένθετης μητρότητας.

έχουν τη δικαιοπρακτική ικανότητα. Κατ' εξαίρεση, οι ανήλικοι έχουν τη δυνατότητα (όπως συμβαίνει στην περίπτωση της ελληνικής νομοθεσίας) να αποκτήσουν πρόσβαση σε μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ που σχετίζονται με την κρυοσυντήρηση του γεννητικού τους υλικού, εφόσον πάσχουν από ασθένεια που θέτει σε κίνδυνο τη γονιμότητά τους.

Σε ό,τι αφορά τα ανώτατα όρια ηλικίας, οι νομοθεσίες των ευρωπαϊκών χωρών διακρίνονται σε αυτές που προβλέπουν ρητά ανώτατο όριο ηλικίας (όπως συμβαίνει λ.χ. με την ελληνική και την ολλανδική νομοθεσία που προσδιορίζουν το όριο αυτό στο 50ο έτος) και σε εκείνες που αναφέρονται γενικά στη 'φυσική ικανότητα αναπαραγωγής' (όπως συμβαίνει λ.χ. με τη γαλλική και την ισπανική νομοθεσία). Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι για τις νομοθεσίες των περισσότερων χωρών το ανώτατο αυτό όριο ηλικίας εφαρμόζεται μονάχα στις γυναίκες ενώ κατ' εξαίρεση (λ.χ. στη Γαλλία) προσδιορίζεται ανώτατο όριο ηλικίας και για τον άνδρα.

Οι νομοθετικές απαγορεύσεις, δηλαδή οι απαγορεύσεις που τυποποιούνται σε κρατικές ρυθμίσεις, συνιστούν τη συνηθέστερη κατηγορία λόγων που ωθούν τους ενδιαφερόμενους στον 'αναπαραγωγικό τουρισμό'. Και τούτο διότι στην περίπτωση της νομοθετικής απαγόρευσης όχι μόνο καθίσταται αδύνατη η πρόσβαση στις πρακτικές της ΙΥΑ, αλλά προβλέπονται και ποινικές κυρώσεις για όσους παραβιάσουν τις συγκεκριμένες απαγορεύσεις.

2. Ποιότητα υπηρεσιών ΙΥΑ

Μια άλλη, εξίσου σημαντική με τους νομοθετικούς περιορισμούς, αιτία που ωθεί τους ενδιαφερόμενους στον 'αναπαραγωγικό τουρισμό', συνιστά η ποιότητα των υπηρεσιών ΙΥΑ που προσφέρονται στη 'χώρα υποδοχής' σε σχέση με τη 'χώρα προέλευσης', σε συνδυασμό και με την εγγύτητα, χρονική (λ.χ. λίστες αναμονής στις κρατικές κλινικές) ή τοπική (ο παράγοντας της απόστασης), αναφορικά με τη διαθεσιμότητα των σχετικών υπηρεσιών. Συχνά, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετίζεται και με μια άλλη παράμετρο, αυτή των προηγούμενων αποτυχημένων προσπαθειών. Υπάρχουν χώρες, εντός και εκτός Ευρώπης, με εξαιρετικά προηγμένο δίκτυο υπηρεσιών ΙΥΑ, τόσο ως προς τις μεθόδους και τεχνικές που εφαρμόζονται όσο και ως προς την ευχέρεια με την οποία ο ενδιαφερόμενος μπορεί να αποκτήσει πρόσβαση σε αυτές, ακόμη και μέσω του διαδικτύου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ευρωπαϊκών χωρών που παρέχουν υπηρεσίες ΙΥΑ υψηλού επιπέδου σε συνδυασμό με μια εύκολη πρόσβαση σε αυτές μέσω ιδιωτικών κλινικών αλλά και μέσω του εθνικού συστήματος υπηρεσιών υγείας είναι η Ελλάδα και η Ισπανία, ενώ οι Η.Π.Α., η Ρωσία και η Ινδία συνιστούν τις μεγαλύτερες 'αγορές' παγκοσμίως στον τομέα της ΙΥΑ. Πάντως, οι δύο αυτοί παράγοντες (ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ΙΥΑ, ευκολία πρόσβασης) δεν συνυπάρχουν απαραίτητα,

αφού η ευχερής πρόσβαση (λ.χ. δυνατότητα παραγγελίας γεννητικού υλικού ή/και επιλογής παρένθετης μητέρας μέσω τηλεφώνου ή διαδικτύου) ενδέχεται να συνοδεύεται από απουσία κρατικών ελέγχων, στοιχείο που επηρεάζει και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, εντείνοντας τους κινδύνους εκμετάλλευσης των εμπλεκόμενων αλλά και εμπορευματοποίησης της όλης διαδικασίας.

3. Κόστος 'κύκλου'

Συναφές με το κριτήριο της ποιότητας των υπηρεσιών ΙΥΑ αλλά και της πρόσβασης σε αυτές, είναι και το κόστος του 'κύκλου' αναπαραγωγής στην κάθε χώρα. Τα συγκριτικά στοιχεία που έχουν συγκεντρώσει οι αρμόδιοι οργανισμοί σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο¹⁵ αποδεικνύουν ότι οι υπηρεσίες ΙΥΑ είναι φθηνότερες σε χώρες εκτός Ευρώπης (κατεξοχήν στην Ινδία). Ωστόσο, και οι ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις, οι οποίες παρατηρούνται ακόμη και μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεδομένου ότι τα φτωχότερα κράτη-μέλη (ιδίως αυτά που ανήκαν κάποτε στο λεγόμενο 'ανατολικό μπλοκ') έχουν μετατραπεί σήμερα σε 'χώρες υποδοχής' παροχής υπηρεσιών ΙΥΑ. Την ίδια στιγμή παρουσιάζεται το 'οξύμωρο' οι υπηρεσίες ΙΥΑ να εμφανίζουν μεν χαμηλότερο κόστος στις χώρες αυτές, συγκριτικά πάντα με τις λοιπές ευρωπαϊκές χώρες, το κόστος, όμως, αυτό, το οποίο είναι ελκυστικό για τους λοιπούς ευρωπαίους πολίτες, να είναι απαγορευτικό για τον ημεδαπό πληθυσμό που αποκλείεται έτσι, στην ίδια τη χώρα καταγωγής του, από την πρόσβαση στην ΙΥΑ¹⁶. Τα τελευταία χρόνια, πάντως, και η Ελλάδα κατατάσσεται μεταξύ των δημοφιλών προορισμών 'αναπαραγωγικού τουρισμού', χάρη στην επιτρεπτική νομοθεσία της και στο γεγονός ότι το κόστος των 'κύκλων' καλύπτεται κατ' ένα μέρος από το εθνικό σύστημα υγείας, εφόσον πρόκειται για πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις της ενωσιακής νομοθεσίας, όπως θα εκτεθεί παρακάτω (υπό III).

4. Λόγοι κοινωνικοί ή/και ψυχολογικοί

Μια τελευταία κατηγορία λόγων είναι οι λεγόμενοι κοινωνικοί ή/και ψυχολογικοί, αφού δεν είναι λίγοι οι ενδιαφερόμενοι οι οποίοι καταφεύγουν σε άλλες χώρες προκειμένου να μην αποκαλυφθεί στο κοινωνικό και επαγγελματικό τους περιβάλλον ότι πρόκειται να καταφύγουν σε τεχνικές και μεθόδους ΙΥΑ. Ο φόβος του γείτονα και των συγγενών («τι θα πει ο κόσμος») εάν αποκαλυφθεί ότι το ζευγάρι αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας, εντοπίζεται περισσότερο στις χώρες εκτός Ευρώπης και δη στις μουσουλμανικές. Και αυτό γιατί στις μουσουλμανικές

15. Σύμφωνα με τις πρόσφατες εκθέσεις των ESHRE και IFFS.

16. Για το ζήτημα βλ. αντί άλλων R. Storrow, "Quests for Conception: Fertility Tourists, Globalization and Feminist Legal Theory". Hastings Law Journal 2005 (57): 295-330 (σ. 327-328).

χώρες η χρήση ξένου γεννητικού υλικού ισοδυναμεί με μοιχεία¹⁷. Εκείνο, ωστόσο, που παραμένει 'ταμπού' σε ευρωπαϊκό επίπεδο είναι η ανάμιξη μιας άλλης γυναίκας (της υποκατάστατης) στην όλη διαδικασία, όπως αποδεικνύει η απαγόρευση της παρένθετης μητρότητας που ισχύει στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες με εξαίρεση την Ελλάδα.

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό ότι στην αρχική ιατρική αδυναμία για φυσική αναπαραγωγή (*medical infertility*) έρχεται να προστεθεί η κοινωνική ή επιγενόμενη αδυναμία (*social infertility*), η οποία συγκαθορίζεται από όλους τους ανωτέρω παράγοντες που συνιστούν και τις αιτίες του 'αναπαραγωγικού τουρισμού'.

III. Ο 'αναπαραγωγικός τουρισμός' εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Σε ό,τι αφορά ειδικότερα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο 'αναπαραγωγικός τουρισμός' όχι μόνο δεν μπορεί να απαγορευθεί, αλλά, αντίθετα, ενισχύεται από την ίδια τη δομή και τους σκοπούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως αυτοί αποτυπώνονται στο πρωτογενές και παράγωγο ενωσιακό δίκαιο. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά το πρωτογενές ενωσιακό δίκαιο, τα άρθρα 45 επ. ΣΛΕΕ για την ελευθερία εγκατάστασης και 49 επ. ΣΛΕΕ για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών¹⁸ απαγορεύουν τη διατήρηση ή τη θέσπιση εμποδίων στην ελεύθερη κυκλοφορία και επιβάλλουν την πρόσβαση των ευρωπαίων πολιτών στις οικονομικές δραστηριότητες που παρέχονται σε όλη την ενωσιακή επικράτεια. Επομένως, τουλάχιστον για τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν δύναται να απαγορευθεί η μετακίνηση για χρήση υπηρεσιών ΙΥΑ, λόγω ακριβώς της ύπαρξης της ενιαίας ενωσιακής επικράτειας όπου οι πολίτες κυκλοφορούν ελεύθερα, εγκαθίστανται ελεύθερα και παρέχουν ή δέχονται υπηρεσίες χωρίς εμπόδια. Μεταξύ δε των παρεχόμενων υπηρεσιών συγκαταλέγονται και οι υπηρεσίες παροχής υγείας (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών ΙΥΑ), οι οποίες συνιστούν οικονομική δραστηριότητα.

Τη γενική αυτή επιταγή της Συνθήκης ήλθαν να συμπληρώσουν και να εξειδικεύσουν πλήθος Κανονισμών και Οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης¹⁹. Το 2011 εκδόθηκε η Οδηγία 2011/24/EK για την ελεύθερη μετακίνηση των 'ασθενών' που περιλαμβάνει και όσους επιθυμούν να λάβουν υπηρεσίες ΙΥΑ, για τους οποίους υφίσταται πρόβλεψη για αποζημίωση η οποία περιορίζεται στο ποσό που προβλέπεται στο κράτος μέλος προέλευσης. Περαιτέρω, έχει εκδοθεί η Οδηγία 2004/23/EK²⁰ που αφορά τη μεταφορά ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων, η οποία

17. Βλ. M. Aboulghar, "Ethical aspects and regulation of assisted reproduction in the Arabic-speaking world", *Reprod. Biomed. Online* 2007 (14): 143-146.

18. Κεφάλαιο 2 της Συνθήκης για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ).

19. Βλ. Κανονισμό 1406/71/ΕΟΚ καθώς και τις αποφάσεις του ΔΕΚ 120/95 και 158/96, Kohll and Decker cases, βλ. υποσημ. κατωτέρω.

20. Οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου «για τη θέσπιση προτύπων ποιό-

σχετίζεται -χωρίς όμως να ταυτίζεται- με τα θέματα της ΙΥΑ. Πάντως, η Οδηγία αυτή αποτέλεσε το έναυσμα, για όσα κράτη-μέλη δεν είχαν σχετική με θέματα ΙΥΑ νομοθεσία, να εναρμονιστούν, θεσπίζοντας τις σχετικές ρυθμίσεις. Έτσι, σε άλλα κράτη-μέλη η νομοθεσία για την ΙΥΑ θεσπίστηκε σε συμμόρφωση με την ανωτέρω Οδηγία, ενώ σε άλλα η νομοθεσία για την ΙΥΑ προϋπήρχε των σχετικών ενωσιακών ρυθμίσεων. Σχετική είναι και η πρόσφατη Οδηγία 2012/25/ΕΕ για τις μεταμοσχεύσεις²¹.

Παράλληλα με τη θέσπιση του παράγωγου ενωσιακού δικαίου από τα νομοθετικά όργανα της Ένωσης, το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν έχασε την ευκαιρία να τονίσει με κάθε αφορμή ότι οι πολίτες των κρατών-μελών έχουν τη δυνατότητα να μετακινηθούν εντός της ενωσιακής επικράτειας και να γίνουν δέκτες υπηρεσιών υγείας είτε γιατί μια θεραπεία βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο και δεν είναι διαθέσιμη σε ένα κράτος-μέλος²², είτε γιατί καθυστερεί σε ένα κράτος-μέλος ενώ μπορεί να παρασχεθεί άμεσα σε άλλο κράτος-μέλος²³, είτε γιατί μπορεί η θεραπεία να παρασχεθεί στο κράτος-μέλος υποδοχής φθηνότερα σε σχέση με το κράτος-μέλος προέλευσης²⁴, ή, ακόμη, και υπό καλύτερες συνθήκες²⁵.

Από τα ανωτέρω, ανακύπτει, εύλογα το ερώτημα κατά πόσο θεμελιώνεται σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης ένα κοινωνικό δικαίωμα στην αναπαραγωγή με μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ. Η απάντηση είναι μάλλον αρνητική, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά το παρόν στάδιο εξέλιξης του ενωσιακού δικαίου, υπό την έννοια ότι δεν αναγνωρίζεται σε επίπεδο ενωσιακής έννομης τάξης μια αξίωση των ενδιαφερομένων για οικονομικά εξασφαλισμένη πρόσβαση σε μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ²⁶. Εκείνο, όμως, που οπωσδήποτε αναγνωρίζεται με βάση και τη νομολογία του Δικαστηρίου της Ένωσης είναι το, οικονομικής φύσης, δικαίωμα των ευρωπαίων πολιτών να μετακινούνται σε άλλα κράτη-μέλη και να γίνονται δέκτες υπηρεσιών

τητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων». Η Οδηγία μεταφέρθηκε στην ελληνική έννομη τάξη δυνάμει του ΠΔ/τος 26/2008.

21. Οδηγία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της 9^{ης} Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών, ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση. Η Οδηγία μεταφέρθηκε πρόσφατα στην ελληνική έννομη τάξη δυνάμει του Ν. 4272/2014.

22. ΔΕΚ 12.7.2001, υπόθ. 157/99, Peerbooms, Συλλ.Νομολ. 2001, σ. Ι-5473.

23. ΔΕΚ 28.4.1998, υπόθ. 158/96, Raymond Kohll v. Union des caisses de maladie, Συλλ.Νομολ. 1998, σ. Ι-1931 και ΔΕΚ 13.5.2003, υπόθ. 385/99, Müller-Fauré και Van Riet, Συλλ.Νομολ. 2003, σ. Ι-4509.

24. ΔΕΚ 12.7.2001, υπόθ. 368/98, Vanbraekel κλπ., Συλλ.Νομολ. 2001, σ. Ι-5363.

25. ΔΕΚ 13.5.2003, υπόθ. 385/99, Müller-Fauré, ό.π.

26. Βλ. την πρόσφατη απόφαση του Δικαστηρίου της Ένωσης, με την οποία το δικαστήριο αρνήθηκε να επεκτείνει τη χορήγηση άδειας μητρότητας και σε εργαζόμενη μητέρα η οποία απέκτησε τέκνο με επένδυση μητρότητα: ΔΕΕ 18.3.2014, υπόθ. 167/12, C. D. κατά S. T., αδημοσίευτη στη Συλλογή.

υγείας (στις οποίες περιλαμβάνονται και εκείνες που αφορούν την ΙΥΑ) με ευνοϊκότερους όρους, καλύτερες συνθήκες και, ενδεχομένως, χαμηλότερο κόστος σε σχέση με το κράτος στο οποίο διαβιούν, δεδομένου ότι δεν μπορούν να τεθούν εμπόδια ούτε στην ελεύθερη κυκλοφορία ούτε στην παροχή οικονομικών υπηρεσιών διασυνοριακά²⁷.

Η απάντηση στο ερώτημα κατά πόσο θεμελιώνεται σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης ένα δικαίωμα στην αναπαραγωγή με μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ διαφοροποιείται σε επίπεδο Συμβουλίου της Ευρώπης, βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (στο εξής: ΕΣΔΑ): ένα τέτοιο δικαίωμα θα μπορούσε να θεμελιωθεί στο άρθρο 8 της ΕΣΔΑ για την προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής²⁸. Υπάρχουν, μάλιστα, αποφάσεις του ΕΔΔΑ που κινούνται προς την κατεύθυνση της αναγνώρισης ενός δικαιώματος στην αναπαραγωγή με μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ, μολονότι με δευτερεύοντα βήματα. Συγκεκριμένα:

Στην απόφαση *Evans v. the United Kingdom*²⁹ το ΕΔΔΑ έκανε δεκτό ότι το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ περιλαμβάνει και το δικαίωμα να αποφασίσει κάποιος εάν θα αποκτήσει ή όχι τέκνο μέσω ΙΥΑ. Στο ίδιο μήκος κύματος και η απόφαση του ΕΔΔΑ *Dickson v. the United Kingdom*³⁰ στην οποία το δικαστήριο αναγνώρισε ότι το δικαίωμα κάποιου να αποκτήσει τέκνο με τη χρήση μεθόδων ΙΥΑ και με δικό του γεννητικό υλικό, εμπίπτει στην προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής (άρθρο 8 παρ. 1 ΕΣΔΑ).

Στη γνωστή υπόθεση *S. H. and others v. Austria*³¹ δύο ζευγάρια Αυστριακών προσέφυγαν ενώπιον του δικαστηρίου, διαμαρτυρόμενα για τον περιορισμό του δικαιώματος στην ιδιωτική και οικογενειακή τους ζωή που συνιστούσε η απαγόρευση της ετερόλογης γονιμοποίησης την οποία έθετε η αυστριακή νομοθεσία. Το ΕΔΔΑ έκρινε ότι η απαγόρευση της αυστριακής νομοθεσίας δεν συνιστούσε παραβίαση του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ, με το σκεπτικό ότι ο αυστριακός νομοθέτης, ελλείψει ενός ευρύτερου *consensus* μεταξύ των συμβαλλόμενων κρατών αναφορικά με τη χρήση ξένου γεννητικού υλικού, είχε ευρύ περιθώριο (*marge d' appreciation*) να εκτιμήσει την κατάσταση και να επιλέξει εάν θα υιοθετήσει ή όχι τη σχετική απαγόρευση, δεδομένου ότι παρόμοια απαγόρευση ίσχυε κατά τον χρόνο σύζήτησης της προσφυγής ενώπιον του ΕΔΔΑ και σε άλλα συμβαλλόμενα κρά-

27. Εξάλλου στα άρθρα 7 και 9 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων ορίζεται ότι: «Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στον σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, της κατοικίας του και των επικοινωνιών του» (άρθρο 7) και «Το δικαίωμα γάμου και το δικαίωμα δημιουργίας οικογένειας διασφαλίζονται σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες που διέπουν την άσκηση τους» (άρθρο 9).

28. Άρθρο 8 ΕΣΔΑ: «1. Παν πρόσωπον δικαιούται εις τον σεβασμόν της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, της κατοικίας του και της αλληλογραφίας του...».

29. Απόφαση της 10^{ης} Απριλίου 2007 (αριθ. προσφυγής 6339/05).

30. Απόφαση της 4^{ης} Δεκεμβρίου 2007 (αριθ. προσφυγής 44362/04).

31. Απόφαση της 3^{ης} Νοεμβρίου 2011 (αριθ. προσφυγής 57813/00).

τη πέραν της Αυστρίας. Στην απόφαση σημειώθηκε και μειοψηφία τεσσάρων μελών του Δικαστηρίου που έκανε δεκτό τον ισχυρισμό των προσφευγόντων ότι η συγκεκριμένη απαγόρευση της αυστριακής νομοθεσίας συνιστά πράγματι παραβίαση του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ, καθώς περιορίζει το δικαίωμα των ενδιαφερομένων να αποκτήσουν τέκνο μέσω της ΙΥΑ με τη συγκεκριμένη (απαγορευμένη από την αυστριακή νομοθεσία) μέθοδο της ετερόλογης γονιμοποίησης. Στην προκειμένη περίπτωση, πάντως, πρόκειται για αμιγώς ατομικό δικαίωμα, καθώς δεν τίθεται θέμα κάλυψης των δαπανών των προσφευγόντων από το κράτος, αλλά μόνον ελευθερίας πρόσβασης στις ιατρικά υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές μεθόδους.

Στην υπόθεση *Costa and Pavan v. Italy*³² ζευγάρι Ιταλών προσέφυγε στο ΕΔΔΑ ισχυριζόμενο ότι η απαγόρευση της ιταλικής νομοθεσίας για τη διενέργεια προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης (PGD) έθετε σε κίνδυνο την υγεία του μέλλοντος να γεννηθεί τέκνου τους και υπέβαλλε τους ίδιους σε μεγάλη ψυχική ταλαιπωρία (τη δε μητέρα και σε επιπλέον σωματική ταλαιπωρία), καθώς αμφότεροι οι υποψήφιοι γονείς ήταν φορείς του γονιδίου της κυστικής ίνωσης το οποίο δεν επιθυμούσαν να μεταδώσουν στο κυοφορούμενο. Το ΕΔΔΑ έκανε δεκτό των ισχυρισμών των προσφευγόντων, κρίνοντας ότι η επίδικη απαγόρευση της ιταλικής νομοθεσίας στερούνταν συνοχής, καθώς από τη μία απαγόρευε τη διενέργεια της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης στο γονιμοποιημένο ωάριο -υποχρεώνοντας έτσι τη μελλοντική μητέρα να κυοφορήσει ένα έμβρυο με προβλήματα υγείας- από την άλλη, ωστόσο, επέτρεπε τον τερματισμό της κύησης για λόγους ιατρικούς, όταν δηλαδή διαπιστωνόταν στην πορεία της κύησης ότι το έμβρυο έπασχε από κάποια ασθένεια. Εξάλλου, το 'περιθώριο εκτίμησης' (*marge d' appreciation*) που είχε ο νομοθέτης κατά τη θέσπιση της σχετικής απαγόρευσης έπρεπε να ιδωθεί σε σχέση με την κατάσταση που ίσχυε στα λοιπά συμβαλλόμενα κράτη ως προς το επίπεδο του μεταξύ τους *consensus*. Κατά τον χρόνο συζήτησης της προσφυγής ενώπιον του ΕΔΔΑ, από τα 32 συμβαλλόμενα κράτη μονάχα η Αυστρία και η Ελβετία (πέραν της Ιταλίας) διατηρούσαν παρόμοιο περιορισμό και η Ελβετία είχε στο μεταξύ προβεί στις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να μεταβάλει τη σχετική νομοθεσία της.

Τέλος, στις πρόσφατες *Mennesson v. France* και *Labassee v. France*³³, δύο ετερόφυλα ζευγάρια Γάλλων κατέφυγαν στις Η.Π.Α. και απέκτησαν τέκνα μέσω παρένθετων κυοφόρων, οι οποίες γονιμοποιήθηκαν και στις δύο περιπτώσεις με σπέρμα των συζύγων. Τα ζευγάρια των Γάλλων αναγνωρίστηκαν στις Η.Π.Α. ως οι νομικοί γονείς των τέκνων που είχαν γεννηθεί μέσω παρένθετης. Όταν όμως επιχείρησαν να αναγνωριστούν ως γονείς και στη Γαλλία, οι γαλλικές αρχές, επι-

32. Απόφαση της 28^{ης} Αυγούστου 2012 (αριθ. προσφυγής 54270/10).

33. Απόφαση της 26^{ης} Ιουνίου 2014 (αριθ. προσφυγών 65192/11 και 65941/11, αντίστοιχα).

καλούμενες την καταστρατήγηση της γαλλικής νομοθεσίας, που απαγορεύει την παρένθετη μητρότητα, αρνήθηκαν να εγγράψουν στα μητρώα τους τα τέκνα. Οι υποθέσεις οδηγήθηκαν τελικά ενώπιον του ΕΔΔΑ, το οποίο αποφάνθηκε ότι η απαγόρευση της παρένθετης μητρότητας από τη γαλλική νομοθεσία δεν παραβιάζει το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ σε ό,τι αφορά το δικαίωμα των γονέων να αποκτήσουν τέκνα με αυτή τη μέθοδο, η άρνηση, ωστόσο, των γαλλικών αρχών να εγγράψουν τελικά στα ληξιαρχικά μητρώα τα τέκνα που ήδη γεννήθηκαν παραβιάζει το ίδιο άρθρο (δηλαδή το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ) αναφορικά με την προστασία της ιδιωτικής ζωής των ίδιων των τέκνων.

Συνοψίζοντας, ενώ ένα δικαίωμα στην αναπαραγωγή με μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ δεν φαίνεται να συνάγεται σε κάθε περίπτωση από το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ, ωστόσο, επιμέρους απαγορεύσεις τις οποίες επιβάλλουν οι νομοθεσίες των συμβαλλόμενων κρατών ως προς τους δικαιούχους της ΙΥΑ ή τις επιτρεπόμενες τεχνικές και μεθόδους, ενδέχεται να προσκρούουν στην προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής που κατοχυρώνει η Συνθήκη. Κρίσιμο μέγεθος παραμένει η συναίνεση, ή μάλλον η τάση που διαμορφώνεται μεταξύ των μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης, η οποία και καθορίζει ένα ευρύτερο ή στενότερο περιθώριο διακριτικής ευχέρειας που καταλείπει το Δικαστήριο στα συμβαλλόμενα κράτη που αποκλίνουν από αυτή.

IV. Οι συνέπειες του 'αναπαραγωγικού τουρισμού' στην οικονομία και την κοινωνία

Το φαινόμενο του 'αναπαραγωγικού τουρισμού' έχει συνέπειες που αφορούν το ίδιο το δίκαιο αλλά και στην οικονομία και την κοινωνία γενικότερα: Πέρα από τις ποινικές ευθύνες που ενδέχεται να επισύρει σε μια χώρα η λήψη υπηρεσιών ΙΥΑ σε άλλη χώρα, όταν οι υπηρεσίες αυτές απαγορεύονται ρητά από τη νομοθεσία της πρώτης χώρας, αναφύονται πλείστα ζητήματα αστικού και ιδιωτικού διεθνούς δικαίου αναφορικά με την ιθαγένεια, τη συγγένεια και τις κληρονομικές σχέσεις, κατεξοχήν στις περιπτώσεις χρήσης γεννητικού υλικού τρίτων και ιδίως στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας. Έτσι, ένα τέκνο που έχει γεννηθεί μέσω ΙΥΑ κινδυνεύει να καταλήξει χωρίς νομικούς γονείς (*parentless*) αλλά και χωρίς ιθαγένεια (*stateless*), όταν η απαγόρευση της νομοθεσίας για τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών και μεθόδων ΙΥΑ συνδυάζεται με μια αρνητική στάση των εθνικών διοικητικών αρχών ή των εθνικών δικαστηρίων να ρυθμίσουν, έστω εκ των υστέρων (δηλαδή μετά τη γέννηση του τέκνου), την πραγματική κατάσταση που έχει δημιουργηθεί.

Από την άλλη, όσο εξακολουθούν να υφίστανται οι λόγοι που ωθούν τους ενδιαφερόμενους σε διασυνοριακή μετακίνηση δεν είναι δυνατό να περιοριστούν ή να αποτραπούν οι μετακινήσεις αυτές, οι δε ρητές νομοθετικές απαγορεύσεις δεν

αρκούν, δεδομένου ότι ενδιαφερόμενοι, μέσω του 'αναπαραγωγικού τουρισμού', βρίσκουν τον τρόπο να 'περιγράψουν', αν όχι να καταστρατηγήσουν, τη νομοθεσία της χώρας τους. Ιδίως σε ό,τι αφορά τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν θα μπορούσε να επιβληθεί οποιοσδήποτε περιορισμός του 'αναπαραγωγικού τουρισμού', αφού αυτός θα ισοδυναμούσε με περιορισμό στην ελευθερία εγκατάστασης ή την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.

Την ίδια στιγμή, σε μια οικονομική ανάγνωση του φαινομένου, η διασυνοριακή μετακίνηση εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (όπου και υφίσταται η σχετική υποχρέωση κάλυψης έως έναν βαθμό των εξόδων που καταβάλλονται για υπηρεσίες ΙΥΑ), επιβαρύνει το κράτος-μέλος που λειτουργεί κατεξοχήν ως 'χώρα υποδοχής', καθώς το εθνικό σύστημα υγείας του καλείται να καλύψει και έξοδα που αντιστοιχούν σε χρήση υπηρεσιών ΙΥΑ από πολίτες άλλων κρατών-μελών. Το πρόβλημα επιτείνεται όταν πρόκειται για φτωχότερα κράτη με χαμηλότερο κόστος παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας (όπως είναι κατεξοχήν η Ελλάδα), τα οποία, ως εκ τούτου, καθίστανται ελκυστικότερα σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας γενικά και ΙΥΑ ειδικότερα.

Τέλος, και σε επίπεδο κοινωνίας, δεν θα πρέπει να παραβλέπει κανείς το γεγονός ότι ο 'αναπαραγωγικός τουρισμός' λειτουργεί ως 'δικλείδα ασφαλείας', παρέχοντας άλλοθι σε συντηρητικούς εθνικούς νομοθέτες. Ταυτόχρονα, όμως, διατηρεί (και ενίοτε ενισχύει) τις υφιστάμενες οικονομικές ανισότητες μεταξύ κρατών-μελών, καθώς εξακολουθούν να υπάρχουν πολίτες που αδυνατούν οικονομικά να αποκτήσουν πρόσβαση σε μεθόδους και τεχνικές ΙΥΑ, τη στιγμή που οικονομικά εύρωστοι αλλοδαποί ενδιαφερόμενοι συντηρούν ψηλά τις τιμές μιας 'μαύρης αγοράς', είτε εντός (λ.χ. Βουλγαρία) είτε εκτός Ευρώπης (λ.χ. Ινδία) στον τομέα της ΙΥΑ. Και εάν το θέμα αυτό δεν δύναται να αντιμετωπιστεί εκτός των ενοσιακών συνόρων, είναι προφανές ότι μπορεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί με εναρμόνιση των νομοθεσιών τουλάχιστον εντός της επικράτειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.