

CRITERIA VOOR EEN RECHTVAARDIGE VERDELING VAN GENETISCH DONORMATERIAAL BIJ MEDISCH GEASSISTEERDE VOORTPLANTING

Guido Pennings¹

SUMMARY: – *Criteria for the just distribution of genetic material by donor in medically assisted reproduction* – The article considers the question of distributive justice in the allocation of donor gametes. Two steps of the selection process are analysed: the admission of patients to the waiting list and the ranking of the patients on the list. For the first step, the following criteria are considered: success rate, health risks, parental competence, fault and responsibility, membership, primary versus secondary infertility and capacity to pay. To decide the priority among patients on the waiting list, three criteria are developed: waiting time, medical urgency and phenotypic matching. A flexibel point system is proposed that balances the different ethical principles involved in the allocation.

KEY WORDS: distributive justice, donor oocytes, donor sperm, medically assisted reproduction

Inleiding

De laatste twee decennia heeft de medisch geassisteerde voortplanting spectaculaire ontwikkelingen gekend. Deze technieken hebben tot doel een man of vrouw in de mogelijkheid te stellen een kind te krijgen dat genetisch aan hen verwant is. Wanneer dit, zelfs met de huidige technologie, niet mogelijk blijkt, wordt vaak beroep gedaan op 'vreemd' genetisch materiaal. Voor mannelijke onvruchtbaarheid is het gebruik van sperma van een donor een reeds lang toegepaste oplossing. Voor vrouwelijke onvruchtbaarheid bestaat er slechts sinds 1984 een gelijkwaardig equivalent. Door de aard van de ingreep (de vrouw moet hormonaal gestimuleerd worden om een zo groot mogelijk aantal eicellen tot rijping te brengen waarna een invasieve ingreep nodig is om de eicellen te 'oogsten') is het aantal kandidaat-donoren erg klein. Tegelijkertijd komen steeds meer vrouwen voor eiceldonatie in aanmerking omdat deze behandeling voor een toenemend aantal oorzaken van onvruchtbaarheid als oplossing wordt gezien. Het gevolg is een groeiende kloof tussen vraag en aanbod die resulteert in een steeds langere wachtlijst van kandidaat-ontvangers. Wachttijden van twee jaar en langer voor eicellen zijn geen uitzondering. De situatie vertoont steeds meer gelijkenis met orgaan-donatie en -transplantatie. Een opmerkelijk verschil is dat de selectie van de ontvangers binnen de context van orgaandonatie het voorwerp uitmaakt van een ruime en intense

¹ De auteur is wetenschappelijk medewerker aan de vakgroep *Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen* van de *Vrije Universiteit Brussel* in opdracht van het *Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek, Vlaanderen*.

discussie terwijl er geen informatie voorhanden is omtrent de wijze waarop eicellen worden toegewezen.

De situatie van eiceldonatie (en indien het tekort aan spermadonoren zich doorzet binnenkort ook voor sperma) roept vragen op in verband met de verdelende rechtvaardigheid: hoe moeten de beschikbare eicellen worden verdeeld onder de kandidaat-ontvangers? Welke toewijzingscriteria zijn ethisch relevant? Voor orgaandonatie zijn de meeste ethici en medici het erover eens dat toelating tot de wachtlijst volledig op medische criteria moet berusten. Bij nader toezien blijkt het onderscheid tussen medische en niet-medische criteria echter zeer moeilijk te maken. Leeftijd bijvoorbeeld, die een zeer grote rol speelt bij eiceldonatie, bevat immers zowel medische als niet-medische aspecten. Ongetwijfeld bestaat er in deze context ook een neiging om niet-medische criteria te rationaliseren. (Schmidt, 1998) Medische eigenschappen hebben immers een connotatie van objectiviteit en wetenschappelijke validiteit die handig kunnen worden gebruikt om de indruk van onpartijdigheid van de beslissing te versterken.

Dit artikel tracht de ethische structuur van het toewijzingsproces te analyseren met het oog op het ontwikkelen van een systematisch en rationeel stelsel van regels voor de toewijzing van gameten als schaarse goederen. Dit systeem moet redenen verstrekken om een keuze te maken tussen verschillende potentiële ontvangers. Moet een 25-jarige vrouw met premature ovariële falings de voorkeur krijgen op een 45-jarige vrouw die onvruchtbaar is omwille van haar leeftijd? De ethische theorie verstrekt een geslaagde rechtvaardiging voor de toewijzing wanneer *“those who are at a disadvantage cannot reasonably complain that their interests were not given sufficient weight”*. (Gutmann & Land, 1997: 202)

1. Ethisch relevante criteria

Drie opeenvolgende stappen kunnen in het selectieproces worden onderscheiden: verwijzing voor behandeling, toelating tot de wachtlijst en ordening op de wachtlijst. (Schmidt, 1998: 52-53) Over de eerste fase is om voor de hand liggende redenen zeer weinig bekend. De cruciale speler op dit punt is de huisarts wiens kennis van en vertrouwdsheid met de fertiliteitsbehandelingen van doorslaggevend belang is. Persoonlijke waarden, godsdienstige overtuiging, vooroordelen over sociale klasse en visies op de competentie van de patiënt als ouder zullen een rol spelen in de evaluatie van zowel de patiënt als van de eiceldonatie.

Wij zullen ons concentreren op de criteria die spelen in de tweede en derde fase van de selectie. Deze fasen verlopen noodzakelijkerwijs in volgorde: men moet eerst uitmaken welke patiënten worden toegelaten tot de wachtlijst en vervolgens kunnen de toegelaten personen worden gerangschikt. Een aantal criteria die de toelating tot de wachtlijst regelen, kunnen ook voor de rangschikking op de wachtlijst worden gebruikt. De voornaamste factor bij de keuze van de aanwending van het criterium is van strategische aard. Toelating is een alles of niets beslissing: men wordt toegelaten of geweigerd. Vrouwen die een vereiste eigenschap niet bezitten, worden niet tot de wachtlijst toegelaten. De aard van deze beslissing maakt dat geneesheren en ethici die niet zeker zijn van de juistheid van hun positie of die een soepele houding willen innemen meer gebruik zullen maken van de tweede strategie, namelijk het toekennen van bonuspunten

voor een gewenste eigenschap of het toekennen van strafpunten voor een ongewenste eigenschap. Veronderstel dat we moeten beslissen of een vrouw die reeds een kind heeft in aanmerking komt voor donoreicellen. Indien we dit een ongewenste eigenschap vinden, dan kunnen we deze vrouwen radicaal van behandeling uitsluiten door hen van de wachtlijst te weren. Anderzijds kunnen we deze vrouwen ook toelaten maar oordelen dat het hebben van een kind hun aanspraak op donoreicellen in vergelijking tot kinderloze vrouwen verkleint. We kunnen hen dan strafpunten toekennen waardoor ze automatisch lager op de lijst worden gerangschikt. Of dit een eerlijke procedure is, is afhankelijk van twee elementen: de grootte van de schaarste en de grootte van de straf- of bonuspunten die aan een kenmerk worden verbonden. Indien het tekort aan eicellen zeer groot is, dan komt iedere achteruitstelling door het toekennen van strafpunten in feite neer op een daadwerkelijke uitsluiting. Bovendien kan het aantal straf- of bonuspunten gemakkelijk zo worden bepaald dat het eveneens op een effectieve uitsluiting van behandeling neer komt.

Binnen de context van orgaandonaties, maar ook meer algemeen voor de verdeling van schaarse medische goederen en diensten, wordt in toenemende mate een puntensysteem verdedigd. (Gutmann & Land, 1997; Schmidt, 1998; Starzl et al., 1989) Een puntensysteem heeft verschillende voordelen. Allereerst kunnen eigenschappen die in verschillende gradaties voorkomen (zoals leeftijd) in een puntensysteem tot uitdrukking worden gebracht. Mogelijk nog belangrijker is het feit dat dergelijk systeem toelaat om gelijktijdig met meerdere relevante factoren rekening te houden. Zo kunnen verschillende criteria, en de respectievelijke ethische principes die ze tot uiting brengen, gebalanceerd worden. Indien een puntensysteem erin slaagt om een rechtvaardige balans tot stand te brengen, is dit voor de directe medische betrokkenen (de geneesheren en verpleegkundigen van een fertiliteitscentrum) een reden om geen privileges te vragen voor 'hun' patiënten. Die vorm van favoritisme is in belangrijke mate gebaseerd op subjectieve afwegingen van de arts, zijn of haar idiosyncratische waarden en persoonlijke principes en op de (begrijpelijke) neiging om zich meer verantwoordelijk te voelen voor zijn of haar eigen patiënten. De inmenging van een individuele arts of verpleegkundige in het toekenningsproces kan worden vermeden door een vast systeem van regels in te stellen waarover een redelijke consensus werd bereikt. (Pronk, 2000: 964) In het algemeen moet dit leiden tot een meer rechtvaardige verdeling van het genetisch materiaal dat beschikbaar wordt gesteld door de donoren.

2. Criteria voor toelating tot de wachtlijst

De vraag welke criteria relevant zijn voor het al dan niet in aanmerking komen van een vrouw voor donoreicellen is erg complex. Niet iedere vrouw die behoefte heeft aan eicellen om zwanger te worden heeft ook recht op eicellen. Naast de behoefte moeten ook andere factoren in rekening worden gebracht.

2.1 Slaagkansen

De slaagkans is waarschijnlijk het widest verspreide criterium om een rangorde aan te brengen onder kandidaat-ontvangers. (Savulescu, 1998) Dit criterium is gebaseerd op

het utilitarisme dat een daad of beslissing beoordeelt op grond van de hoeveelheid goed of geluk die zij meebrengt. Utiliteit binnen de context van de fertiliteitsbehandelingen wordt gemeten aan de hand van het 'take-home-baby'-percentage. Hoe meer kinderen er worden geboren, hoe groter het geluk. Hoewel dit een relatief grove reductie is van de notie utiliteit, binnen de medisch geassisteerde voortplanting wordt dit criterium toch algemeen aanvaard door zowel fertiliteitsartsen als patiënten. Een duidelijke illustratie van de problemen met de invulling van deze maatstaf zijn de meerling-zwangerschappen. Door de terugplaatsing van meerdere embryos bij de vrouw vergroot zowel de kans op een zwangerschap als de kans op een meerling. Men weet uit onderzoek dat de gevolgen zowel voor de kinderen als voor de ouders matig tot zeer negatief zijn. Men kan in het geval van meerlingen argumenteren dat, hoewel het aantal kinderen dat geboren wordt toeneemt, de totale hoeveelheid geluk daalt. (Pennings, 2000b) Indien we slaagkans als enig criterium zouden aanvaarden, dan moet de wachtlijst zo worden samengesteld dat het verwachte aantal zwangerschappen voor een gegeven aantal donoreicellen wordt gemaximaliseerd. De beschikbare eicellen moeten m.a.w. worden toegekend aan de vrouw met de grootste kans op een kind. Volgens sommige auteurs zou het dom en zinloos zijn en getuigen van verspilzucht indien men dit criterium niet zou volgen. Een distributiesysteem dat geen rekening houdt met de medische efficiëntie zou alleen een abstracte en steriele notie van gelijkheid promoten. (Robertson, 1989)

Er werd reeds geargumenteed dat om redenen van efficiëntie donoreicellen bij voorkeur moeten worden gedoneerd aan jongere vrouwen die een grotere kans hebben om zwanger te worden. (Royal Commission on New Reproductive Technologies, 1993: 588) Dit veronderstelt evenwel dat men aanvaardt dat jongere vrouwen een grotere slaagkans hebben dan oudere vrouwen ook indien donoreicellen worden gebruikt. Over dit punt woedt er echter nog steeds een hevig debat. Volgens sommige studies zijn de betere resultaten van vrouwen jonger dan 40 te verklaren door het verouderingsproces van de baarmoeder. Door de leeftijd zou de baarmoederwand minder ontvankelijk zijn voor inplanting van het embryo. (Borini et al., 1996) Andere studies stellen daarentegen dat er geen nadelig effect is van de ouderdom indien kwalitatief goede donoreicellen worden gebruikt. (Legro et al., 1995; Morris & Sauer, 1993) Indien we de slaagkans als een belangrijke factor aanvaarden voor het rangschikken van de kandidaat-ontvangers, dan moeten echter ook andere factoren (zoals roken, drinken en zwaarlijvigheid) die een negatieve invloed hebben op de zwangerschapskans in rekening worden gebracht. Ook individuele factoren zoals een voorgeschiedenis van miskramen en dus een hogere kans op het verlies van de zwangerschap moeten worden beschouwd bij de toekenning. (National Advisory Board on Ethics in Reproduction, 1996: 263)

Bij de verdeling zullen we een afweging moeten maken tussen enerzijds het principe van de utiliteit (uitgedrukt in slaagkansen) en het principe van de gelijkheid van kansen. Indien de eicellen moeten worden toegekend aan diegenen die de grootste slaagkans hebben, dan zullen sommige vrouwen nooit voor behandeling in aanmerking komen. Daartegenover staat een visie op de rechtvaardigheid van het globale systeem van gezondheidszorg die argumenteert dat ieder individu recht heeft op een even grote mogelijkheid om voordeel te halen uit de openbare gezondheidszorg. (Harris, 1999: 392) Vertrekkend van dit laatste principe heeft iedere vrouw recht op een kans, zelfs indien haar kansen op een zwangerschap zeer klein zijn.

Een compromis tussen beide principes kan worden gevonden door de invoering van een drempelwaarde. Deze oplossing, die op meerdere eigenschappen kan worden toegepast, bestaat uit twee regels: 1) er moet een minimale slaagkans zijn vooraleer een vrouw tot de wachtlijst wordt toegelaten en 2) boven die minimumgrens mogen geen interpersoonlijke vergelijkingen van slaagkansen worden gemaakt. Enerzijds wordt de maximalisering van het resultaat, die een gevolg is van het utilitarisme, verlaten omdat die onverenigbaar is met het principe van de gelijkheid van kansen. Anderzijds wordt een minimumgrens ingesteld omdat het onaanvaardbaar is dat eicellen worden verspild door ze toe te kennen aan vrouwen die vrijwel geen kans hebben ooit zwanger te worden. Als Maria 90% kans heeft zwanger te worden en Magdalena 10%, dan is dit verschil geen reden om de voorkeur te geven aan Maria. Wanneer een minimumdrempel wordt ingesteld, geeft de slaagkans enkel aan wie tot de wachtlijst wordt toegelaten maar niet wie van de kandidaten op de wachtlijst de voorkeur moet krijgen. Zonder de drempelwaarde hoort het criterium 'slaaigkans' bij de criteria voor het aanbrenge van een rangorde. Vanzelfsprekend wordt het vastleggen van die drempelwaarde een moeilijke klus, maar zoals voor zoveel beslissingen lijkt een afbakening op basis van een brede marge van prognoses mogelijk. Een kans van 2% (1/50) is vergelijkbaar met een kans van 1% (1/100) maar niet met 0,1 (1/1000) (Harris, 1999; Savulescu, 1999: 411) De preciese drempel zal altijd in zekere mate arbitrair zijn maar niet volledig arbitrair.

2.2 Gezondheidsrisico's

De meeste geneesheren zullen hun medewerking aan de totstandbrenging van een zwangerschap weigeren indien dit een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid en het leven van de vrouw en het toekomstige kind. Zoals voor de slaagkans hebben we voor de interpretatie van medische criteria zoals gezondheidsrisico en dringendheid een normatief kader nodig. Welk risico is te groot? Een paternalistisch ingestelde arts zal geneigd zijn om zijn of haar norm over wat een aanvaardbaar risico is op te leggen aan de patiënt. Een meer autonomiegerichte arts kan de uiteindelijke beslissing in grote mate overlaten aan de patiënt. Ongeacht de positie inzake autonomie zal het risico op een bepaald ogenblik zo groot zijn dat ieder redelijk persoon zijn of haar medewerking aan de realisatie van het doel zal weigeren. Dit is zeker het geval voor de arts die voor velen als eerste verplichting heeft om geen schade te veroorzaken. (Strong, 1997) De arts moet zich ervan vergewissen dat de vrouw in staat is om relatief veilig een zwangerschap en bevalling te doorstaan. (Bustillo, 1998) Het gezondheidsrisico wordt hier eveneens als een drempelcriterium gepresenteerd.

2.3 Leeftijd

Wanneer een criterium ook een sociale en morele betekenis heeft, kan het gebruik ervan bij de verdeling van schaarse goederen als een vorm van discriminatie worden beschouwd. Het debat over de postmenopauzale vrouwen toont dit aan. De uitgevers van *The Lancet* argumenteerden dat bij de verdeling van de schaarse eicellen "*justice demands that young infertile women should take precedence over those who are*

postmenopausal". (Editorial, 1993: 345) In dezelfde strekking stelde Baird dat "*prioritization based on appropriate use of scarce resources suggests that donor-egg IVF should not be available to postmenopausal women until the needs of women of normally fertile age group have been addressed*". (Baird, 1996: 111) Zij baseert haar positie gedeeltelijk op het utilitaristische principe: "*because younger women have a greater chance of bearing a child, they are more likely to benefit from treatment*". (Baird, 1994: 1442) Toch toont het woordgebruik aan dat achtergrondtheorieën omtrent de 'normale reproductieve periode' en omtrent de 'natuurlijkheid' van de medische tussenkomst deze normatieve stellingname beïnvloeden. Deze houding valt trouwens bijna volledig samen met die van de Canadese Royal Commission, met dit verschil dat deze laatste ook aanbeveelt om postmenopauzale vrouwen niet tot de wachtlijst toe te laten. (Royal Commission on New Reproductive Technologies, 1993: 600) De Commissie hanteert hier een biologisch criterium (en onrechtstreeks de leeftijd) als toelatingscriterium. Tegen deze positie kan worden geargumenteed dat het formele rechtvaardigheidsbeginsel (gelijke dingen moeten op gelijke wijze worden behandeld) eist dat deze vrouwen worden behandeld omdat gelijkaardige patiënten ook assistentie bij hun voortplanting krijgen. (Purviance, 1995; Rieger, 1994: 485) Nochtans kan een maximale leeftijdsgrens worden ingesteld op grond van het verband van dit gegeven met de slaagkans of het gevaar voor de gezondheid.

2.4 Fout en verantwoordelijkheid

Dit criterium raakt aan het zeer complexe filosofische probleem van de verantwoordelijkheid. We nemen in de volgende bespreking aan dat de verantwoordelijkheid voor een daad of resultaat wordt gedetermineerd door de graad van vrijwilligheid en intentionaliteit en door de mogelijkheid en uitgebreidheid van de controle door de dader. Het element 'fout' wordt algemeen verworpen als een moreel irrelevant criterium voor de rechtvaardige verdeling van schaarse goederen. (Gillon, 1995: 196) Niettemin is een belangrijke reden voor het weigeren van postmenopauzale vrouwen voor de wachtlijst voor eiceldonatie dat hun behoefte aan eicellen hun eigen schuld is. Ze hadden de zwangerschap maar niet zo lang moeten uitstellen. Deze houding is gebaseerd op een interpretatie van het rechtvaardigheidsbeginsel die stelt dat diegenen die verantwoordelijk zijn voor hun ziekte of gebrek minder aanspraken kunnen maken op schaarse remedies dan diegenen aan wie totaal geen schuld voor de eigen medische behoeften kan worden toegedicht. (Schwartz, 1992: 393) De redenering voor postmenopauzale vrouwen is dan analoog aan die voor kandidaat-ontvangers van longen en lever wiens levenswijze in belangrijke mate heeft bijgedragen tot de falen van hun eigen organen, zoals dit het geval is met rokers en alcoholici. (Cohen et al., 1991: 1299; Glannon, 1998) De conclusie zou dan zijn dat vrouwen met premature ovariële falen, vrouwen die door een kankerbehandeling onvruchtbaar werden, vrouwen die beroep doen op donormateriaal om een genetische aandoening bij hun kind te vermijden enz., voorrang krijgen op oudere vrouwen.

Uit onderzoek is gebleken dat slechts een klein percentage (5%) van de vrouwen omwille van loopbaanoverwegingen hun zwangerschap uitstelt tot na hun 40^{ste} jaar. (Berryman, 1991: 113) In de meeste gevallen is het uitstel te verklaren doordat de vrouw zich psychologisch niet klaar voelt voor het moederschap, door het niet tijdig

vinden van een geschikte partner en, meer algemeen, door het beoordelen van de huidige levensomstandigheden als niet optimaal om een kind op te voeden. (Daniels & Weingarten, 1982: 169-170) Wanneer we deze redenen bekijken dan lijkt de controle van de vrouwen over de sociale en psychologische situatie erg beperkt. Hierdoor wordt ook hun verantwoordelijkheid beperkt en behouden ze een even grote aanspraak op donoreicellen als andere vrouwen.

Maar wat indien de vrouw onvruchtbaar is omdat ze haar zwangerschap heeft uitgesteld voor haar loopbaan? *“If a person acts on autonomously formed preferences and choices, and if he is capable of knowing what the probable consequences of his behavior will be, then he weakens his entitlement to receive treatment for a diseased condition he has brought upon himself. The weakening of the entitlement is ... something that he brings upon himself as the consequence of his own preferences, choices, and actions over time”*. (Glannon, 1998: 44) Deze positie is echter alleen verdedigbaar in de mate dat de sociale en politieke omstandigheden aanwezig zijn om autonoom gevormde keuzes mogelijk te maken. Precies op dit punt kunnen vragen worden gesteld. *“It is easier to blame the individual woman than to understand the political and economic context in which she must act, but it does not make for good social policy. If we want to decrease infertility in part by having women concentrate childbearing in their twenties and early thirties, we have to make it possible for them.”* (Rothman, 1989: 147) De invloed en de beperkingen opgelegd door de sociale en culturele krachten en structuren kwalificeren in sterke mate de persoonlijke verantwoordelijkheid van de vrouw. Het verkeerd inschatten van de politieke en economische situatie kan gemakkelijk leiden tot een houding waarbij het slachtoffer de schuld krijgt. Bovendien lijkt de gehele argumentatie te steunen op een visie op ‘natuurlijk moederschap’ die een impliciete afkeuring inhoudt van streefdoelen (zoals een loopbaan) die de realisatie van de ‘natuurlijke rol’ van de vrouw tegenwerken.

2.5 Ouderlijke competentie

De inhoud van de noties van rechtvaardigheid en billijkheid wordt bepaald door de concrete context waarin de beslissingen moeten worden genomen. Een onvruchtbaarheidsbehandeling heeft behoefte aan een bijzonder kader omwille van de specificiteit van het eindresultaat, namelijk de geboorte van een kind. Binnen dit kader kan de geschiktheid van de kandidaten voor het ouderschap als een moreel relevante eigenschap naar voor worden geschoven. Het moeilijkste punt bij de introductie van dit criterium voor het ordenen van kandidaten is dat er geen eigenschappen bekend zijn die met redelijke zekerheid voorspellen wie een goede ouder zal zijn. (Harris, 1990: 156; Pennings, 1999) In sommige landen worden alle aanvragen die niet resulteren in het klassieke kerngezin (vader, moeder en kinderen) afgewezen omwille van de veronderstelde negatieve gevolgen voor de psychosociale ontwikkeling van de kinderen. Deze poging om de kandidaten te selecteren op grond van hun ouderlijke competentie kan worden gezien als een poging tot maximalisering van de utiliteit in termen van het welzijn van het kind. De eicellen moeten dan worden toegewezen aan die vrouwen die de gelukkigste kinderen zullen grootbrengen. Hoewel de onhaalbaarheid van zulk een voorspelling voor iedereen duidelijk is, blijft men dit argument aanhalen om oudere en alleenstaande vrouwen en lesbische paren de toegang tot vruchtbaarheidsbehandeling te ontzeggen.

2.6 Lidmaatschap

Dit is een zeer delicaat criterium omdat lidmaatschap gewoonlijk wordt vereenzelvigd met nationaliteit. Iedere verwijzing naar nationaliteit roept onvermijdelijk associaties op met nationalisme en extreem rechtse ideologieën. De 'eigen volk eerst'-idee wordt momenteel gebruikt om allerlei xenofobe reacties goed te praten. Niettemin is er een probleem wanneer een fertiliteitscentrum grote aantallen buitenlandse patiënten op de wachtlijst heeft. Voor de duidelijkheid, we hebben het hier niet over nationaliteit maar over lidmaatschap waarbij een lid wordt gedefinieerd als 'verblijvend in en bijdragend tot de gemeenschap'.

Door de afwezigheid van een wetgeving inzake medisch geassisteerde voortplanting in België staat het de Belgische centra vrij om zelf te beslissen welke patiënten ze behandelen. In de ons omringende landen bestaat er echter wel een wetgeving op dit terrein die een aantal beperkingen oplegt inzake behandeling. Een ongewild gevolg van deze toestand is het 'reproductieve toerisme': patiënten ontwijken de wetgeving in hun land door simpelweg de grens over te steken. Zo wijken Duitse paren uit naar België omdat eiceldonatie in hun land verboden is. Mede door de uitstekende reputatie van de Belgische centra staat er op dit ogenblik een groot aantal (tot 50%) buitenlandse kandidaten op de wachtlijsten. (Baetens et al., 2000: 477-478)

In de context van orgaandonatie werd geargumenteed dat gedoneerde organen moeten worden beschouwd als waardevolle bezittingen en aanwinsten van de gemeenschap. Deze opvatting is gebaseerd op de idee dat de organen werden afgestaan door leden van de gemeenschap om andere leden van de gemeenschap te helpen en op de idee dat transplantatie een deel is van de openbare gezondheidssector die wordt betaald en georganiseerd door de gemeenschap. (Gutmann & Land, 1997: 191) Alhoewel de idee van de mensheid als één grote familie en de idee van de universele morele gemeenschap als een ideaal dienst kan doen, betekent dit niet dat we alles met iedereen moeten delen. (Hoewel het zeker betekent dat we in het algemeen meer van onze welvaart moeten delen dan we nu doen). Het startpunt bij de beschouwing van dit probleem is de vraag wie verantwoordelijk is voor het tekort aan eicellen in een bepaald land of door wiens toedoen er een verbod is op een behandeling. Wanneer we van deze vraag vertrekken, moeten we besluiten dat de eerste oorzaak gelegen is bij de politieke overheid. Het parlement of de regering van een land zoals Duitsland is primair verantwoordelijk tegenover haar onderdanen, met inbegrip van hen die donoreicellen wensen. (Gutmann & Land, 1997: 201) Indien de Belgische centra een quotum zouden instellen, moeten zij niet met de vinger worden gewezen voor een situatie en een frustratie die veroorzaakt wordt door de overheid van degenen die hier hulp komen zoeken.

De beperking van de toegang tot de wachtlijsten op grond van het lidmaatschap kan ook worden gerechtvaardigd door te verwijzen naar de beperkte of preferentiële solidariteit. Buitenlandse patiënten die naar België komen voor een behandeling moeten hier de volle pot betalen. De Belgische sociale zekerheid komt niet tussen om de kosten te beperken. Indien we dit op dezelfde manier bekijken als de vraag naar donoreicellen, dan zouden we ook dit als een vorm van discriminatie moeten bestemmen. Deze houding gaat evenwel terug op het wederkerigheidsbeginsel dat leden verplicht om, hoe onrechtstreeks ook, iets terug te geven voor de voordelen die ze ontvangen van andere leden van de samenleving. Aangezien buitenlanders geen bij-

drage leveren tot ons systeem van gezondheidszorg, kunnen ze ook geen aanspraak maken op een deel ervan. Een gelijkaardige redenering kan worden toegepast op de beschikbare donoreicellen. Alhoewel mijns inziens beperkingen kunnen worden opgelegd op grond van lidmaatschap, is het duidelijk dat een samenleving haar morele waarde toont door zich altruïstisch te gedragen tegenover niet-leden in nood. Een tussenliggende oplossing kan erin bestaan om een quotum in te stellen voor niet-leden, zoals dit het geval is voor orgaandonaties in de Verenigde Staten. Daar besliste de National Task Force dat tussen 5 en 10% van de beschikbare organen naar buitenlandse patiënten mag gaan. (Prottas, 1989: 3427) Hoe hoog dit quotum moet zijn, is uiteindelijk een beslissing voor de samenleving als geheel.

2.7 *Primaire versus secundaire onvruchtbaarheid*

Er is sprake van primaire onvruchtbaarheid wanneer een man of vrouw niet eerder een kind heeft gehad. Secundaire onvruchtbaarheid doet zich voor indien een persoon onvruchtbaar wordt nadat hij of zij reeds een genetisch eigen kind heeft. Dit onderscheid is moreel relevant wanneer we uitgaan van het principe dat mensen gelijke kansen moeten hebben om bepaalde doelen in hun leven te realiseren. Vrouwen die reeds een kind hebben, hebben een groot deel van de gevoelens en bevrediging reeds ervaren (van zwangerschap en geboorte, van controle over het prenatale gebeuren en van de voldoening een eigen gezin te stichten) die eiceldonatie mogelijk maakt. (Applegarth et al., 1995) De prioriteit toegekend aan primair onvruchtbare vrouwen kan tevens worden verantwoord door te verwijzen naar de gelijke verdeling van kosten en baten en naar het doel van de gezondheidszorg in het algemeen. Ziektes en ongevallen beperken de normale mogelijkheden van een individu. De gezondheidszorg fungeert als een organisatie om die vermogens te herstellen. *“The normal opportunity range for a given society is the array of ‘life plans’ reasonable persons are likely to construct for themselves”*. (Daniels, 1985: 107) Indien het hebben van kinderen een onderdeel kan zijn van het levensplan van een redelijk persoon, en wij nemen aan dat dit zo is, dan is onvruchtbaarheid een ziekte die de normale mogelijkheden van een individu sterk beperkt. (Purviance, 1995: 18) Een rechtvaardige samenleving kan een rationele voorkeur uitspreken om eicellen prioritair toe te kennen aan kinderloze mensen eerder dan aan mensen die reeds een kind hebben, omdat zij reeds een deel van hun voortplantingsvermogen hebben gerealiseerd. Als binnen het verdelingssysteem het principe van de gelijke kansen op het stichten van een gezin als een fundamenteel principe wordt erkend, dan is het beter om voorrang te geven aan diegenen die helemaal geen kinderen hebben. Het kan tevens worden geargumenteed dat rationele mensen, oordelend van achter de sluier der onwetendheid, de eicellen bij voorrang aan primair infertiele paren of vrouwen zouden toekennen.

2.8 *De financiële draagkracht*

Dit probleem is door het bestaande systeem van sociale zekerheid in België minder prangend dan voor vele andere geïndustrialiseerde (laat staan niet-geïndustrialiseerde) landen. De hoge prijs van een in-vitrofertilisatie is in vele landen een daadwerkelijke

belemmering voor behandeling. In het Verenigd Koninkrijk is eiceldonatie vrijwel niet beschikbaar binnen de National Health Service en als gevolg hiervan is toegang tot wachtlijsten nu reeds in belangrijke mate gebaseerd op het financiële vermogen van de patiënt. (Davies, 1996: 1155) Dit probleem heeft vooral de aandacht getrokken naar aanleiding van de ontwikkelingen in de Verenigde Staten rond de betaling van eiceldonoren. (Sauer, 1999) Voor vele geneesheren is betaling, in geld of in natura, de enige oplossing om het huidige tekort aan eiceldonoren te verminderen. (Ahuja et al., 1996; Bergh, 1999) Dit bedrag wordt echter onvermijdelijk doorgerekend aan de ontvangers van de eicellen. Wanneer buitensporige bedragen (tot 200.000 BF per donatie) worden toegekend aan de eiceldonor, dan betekent dit een supplementaire kost voor de ontvangers bovenop de reeds aanzienlijke kostprijs van een in-vitrofertilisatie. Wanneer we spreken over een basisbehoefte (zoals de kinderswens) is selectieve toegang voor de rijken ongetwijfeld één van de meest pijnlijke en storende vormen van discriminatie. Een dergelijke onrechtvaardigheid kan alleen door de ontwikkeling en uitbouw van een degelijk systeem van gezondheidszorg worden voorkomen.

3. Criteria voor ordening op de wachtlijst

WIJSBEGEERTE & MORAALWETENSCHAP UNIV. GENT	
Nr.	
Datum	

3.1 Wachtijd

De meeste mensen begrijpen het belang van rechtvaardigheid in de procedure wanneer ze de conflicten beschouwen tussen wachtijd enerzijds en utilitaristische elementen zoals dringendheid en efficiëntie anderzijds. De 'eerst gekomen, eerst gediend' regel heeft een grote intuïtieve aantrekkelijkheid omdat we de wachtlijst voorstellen als een rij waar de mensen systematisch achteraan aanschuiven. Dit stelsel wordt algemeen beschouwd als een neutraal principe omdat het geen achtergrondinformatie veronderstelt over de kandidaat-ontvangers. De enige relevante overweging is het ogenblik waarop de persoon in de rij komt staan. (Macklin, 1989) Een voorbeeld kan aantonen dat wachtijd niet de enige factor kan zijn bij een rechtvaardige verdeling. Wanneer ik in de wachtzaal van mijn dokter zit en men brengt een man binnen die duidelijk in kritieke toestand is (en ik niet), dan aanvaard ik dat hij eerst wordt behandeld. We aanvaarden algemeen dat dringendheid en ernst van de ziekte een persoon het recht geeft om naar voor te schuiven op de lijst.

De wachtijd speelt een rol bij overwegingen van rechtvaardigheid omdat het in grote mate de psychologische last uitdrukt. Een rechtvaardig systeem zal trachten om de kosten en baten van de behandeling gelijkmatig te verdelen. Wachten op zich houdt een kost in; de vrouw moet de bevrediging van haar wens (of minstens de poging tot bevrediging) uitstellen, zij ondergaat de stress van het wachten gekoppeld aan de onzekerheid dat er zich niet tijdig een geschikte donor zal aanbieden en er is het gevoel van machteloosheid omdat de kandidaat-ontvanger de controle over haar welzijn verloren heeft.

3.2 *Medische dringendheid*

Deze factor speelt een rol wanneer men kan voorspellen dat de medische toestand van de kandidaat-ontvanger binnen afzienbare tijd zodanig achteruit zal gaan dat een zwangerschap niet langer mogelijk of aanvaardbaar is. Twee realistische mogelijkheden kunnen hier ter illustratie worden gegeven: de noodzaak van een chirurgische ingreep waardoor de vrouw het vermogen verliest om zwanger te worden (zoals een hysterectomie) en een toename van de gezondheidsrisico's ten gevolge van ziekte of ouderdom. Hoe dichterbij de vrouw bij die kritische drempel komt, hoe dringender haar vraag om behandeling wordt. Twee alternatieve benaderingen zijn mogelijk. Het eerste type van selectieve toewijzing is de 'vredetijd-selectie'. (Rhodes et al., 1992: 327) Hierbij wordt de beperkte hoeveelheid middelen toegewezen aan diegenen die in de grootste nood verkeren. Aangezien een jongere of gezondere vrouw nog even langer kan wachten op eicellen, moeten de beschikbare gameten worden toegewezen aan de vrouwen die de leeftijdsgrens naderen. Het voornaamste gevolg van deze politiek is dat de jongere patiënten langer op de wachtlijst zullen blijven staan waardoor de gemiddelde leeftijd van de vrouwen die een behandeling krijgen zal toenemen. Hiertegenover staat dat met dit stelsel iedere vrouw de gelegenheid krijgt om een poging te doen en dat relatief weinig vrouwen de leeftijdsgrens zullen bereiken zonder dat hen ooit eicellen werden aangeboden. Het alternatief is de 'politiek van het slagveld': de beschikbare middelen en inspanningen worden gericht op diegenen die de grootste kans hebben om er baat bij te hebben terwijl de personen in slechte toestand aan hun lot worden overgelaten. De leeftijdsgrens die in een groot aantal fertiliteitscentra wordt gehanteerd, fungeert als criterium om die laatste categorie te bepalen.

3.3 *Fenotypische overeenkomst*

Deze vereiste zou de meest beperkende factor bij de toewijzing zijn indien ze rigoureus zou worden toegepast. De volgorde van kandidaat-ontvangers zou volkomen door elkaar worden gegooid indien zij een overeenstemming zouden moeten vertonen op bloedgroep en belangrijke fenotypische kenmerken met de donor. Op dit ogenblik wordt in België geen matching uitgevoerd voor eiceldonatie met uitzondering van etnische afkomst. (Baetens et al., 2000: 477) In Frankrijk daarentegen wordt de donor geselecteerd op grond van uiterlijke kenmerken en bloedgroep. (Raoul-Duval et al., 1992) Het belangrijkste motief voor die overeenstemming is de wens tot geheimhouding. De fysieke gelijkenis tussen moeder en kind en de verenigbaarheid van de bloedgroepen geeft de vrouw of het paar de mogelijkheid om de donatie geheim te houden voor de sociale omgeving en voor het kind. (Pennings, 2000a) Nochtans sluit de eis tot overeenstemming niet de noodzaak uit om een keuze te maken tussen verschillende mogelijke ontvangers. Een perfecte overeenstemming op vier of vijf kenmerken is immers zeldzaam. Meestal zal er slechts een gedeeltelijke gelijkenis zijn. Bovendien verkiezen sommige paren een slechts gedeeltelijk gelijkende donor boven een langere wachttijd. (Herpin, 1994) Dit is voor spermadonoren het geval maar dit geldt door de grote schaarste des te meer voor eiceldonatie. Tenslotte is er geen reden om de gelijkenis als een uitsluitingscriterium voor de selectie van ontvangers te beschouwen. Men kan bonuspunten toekennen voor gelijk-

kenis zonder het gewicht ervan zo groot te maken dat andere factoren zoals wachttijd in het niet verdwijnen.

4. Een puntensysteem

Na de analyse van de moreel relevante factoren hebben we het terrein voldoende geschetst om een embryonaal schema te geven van hoe een puntensysteem kan werken. De eerste stap bestaat erin te bepalen welke factoren een gewicht zullen krijgen. Zoals hoger aangegeven kunnen sommige relevant geachte criteria worden gehanteerd om mensen uit te sluiten van de wachtlijst of om mensen naar achter te schuiven op de wachtlijst door de toekenning van strafpunten. We zullen dus eerst moeten uitmaken op welke wijze we de criteria zullen hanteren. Neem bijvoorbeeld secundaire infertiliteit. Hoewel ik van mening ben dat met de huidige schaarste, vrouwen met secundaire infertiliteit niet in aanmerking komen voor eiceldonatie, kan ik mij ook akkoord verklaren met een aantal strafpunten dat overeenstemt met ongeveer vijf jaar wachttijd. In zekere zin komt de toekenning van strafpunten altijd neer op een verlenging van de wachttijd en kan de strafmaat naar die eenheid worden omgerekend. Het gewicht dat wordt toegekend aan een factor, kan niet onafhankelijk van de andere criteria worden bepaald. Het systeem heeft immers tot doel de verschillende waarden en principes tegen elkaar af te wegen. Het gewicht van ieder van de criteria moet worden aangepast om toewijzingsbeslissingen te bekomen die overeenstemmen met onze morele intuïties en oordelen over een rechtvaardige verdeling of die minstens niet als volkomen onaanvaardbaar worden beoordeeld.

In de tweede fase moeten de criteria die de volgorde op de lijst regelen worden geïntegreerd. Aangezien slechts drie criteria in deze fase van de selectie worden weerhouden, is het systeem vrij eenvoudig. De achterliggende rationale is dat een rechtvaardig distributiesysteem zorgt voor een gelijke verdeling van de lasten en baten over de kandidaten. Het gewicht van de criteria zou deze regel moeten weergeven. Het criterium 'wachttijd' heeft dus niet zozeer te maken met de idee dat 'wie eerst komt, eerst maalt' maar eerder met de idee dat wachten psychologisch zwaar valt, stresserend is en de frustratie van een wens inhoudt. Wie eerst gekomen is, heeft dus op een gegeven ogenblik meer last gedragen dan de persoon die erna gekomen is. Laten we voorlopig 30 bonuspunten per jaar wachttijd toekennen om uitdrukking te geven aan het belang van de psychologische belasting van het wachten. Tegelijk waarderen we medische dringendheid door een exponentiële vermeerdering van punten te bedelen aan vrouwen vanaf 45. We stellen 50 jaar als de uiterste leeftijdsgrens voor behandeling in. We kennen 20 punten extra toe aan een vrouw van 46, 40 aan een vrouw van 47 enz. De bedoeling van een dergelijke puntenverdeling is dat de meeste vrouwen vooraan op de lijst komen te staan tegen de tijd dat ze vijftig worden. Alleen vrouwen die reeds lang op de wachtlijst staan, zullen hen nog voorgaan. Door de toekenning van dit gewicht aan de dringendheid van de behandeling geven we aan dat het krijgen van een kans op behandeling hoog wordt gewaardeerd. Het krijgen van een behandeling, en het krijgen van een kans (zelfs indien de poging mislukt), is de grootste baat die bij de verdeling speelt. Tegelijk wordt de belasting van een lange wachttijd niet genegeerd in een correcte puntenverdeling. Een vrouw die na premature ovariële falings op haar 35^{ste} reeds tien jaar op de wachtlijst staat, moet niet voortdurend worden ingehaald door

oudere vrouwen met een leeftijdsgebonden verminderde vruchtbaarheid die nieuw zijn op de lijst.

Tenslotte moeten we ook aan de fenotypische gelijkenis punten toekennen. Het puntenaantal voor ieder van de eigenschappen waarvoor een gelijkenis wordt gezocht, wordt bepaald door het doel van de matching, namelijk geheimhouding. Bloedgroep krijgt meer punten omdat de onverenigbaarheid van de bloedgroepen het onmiskenbare bewijs is dat de sociale vader niet de genetische vader is. Haarkleur en lichaamsbouw zijn vanuit dit perspectief veel minder eenduidig. De fenotypische gelijkenis moet mijns inziens vooral als een 'tie breaker' worden beschouwd, d.w.z. dat het een volgorde kan aanbrengen tussen kandidaten wiens totaalscore ongeveer gelijk is. Het totaal aantal punten voor dit criterium zou dan ook minder dan 30 moeten bedragen.

Het is van groot belang dat de morele redenen die aan de basis liggen van de toekenning van de gewichten duidelijk blijven ook na de stabilisering van het puntensysteem. Door de maatschappelijke evolutie is het immers mogelijk dat de belangrijkheid van bepaalde criteria fluctueert. Indien het maatschappelijk klimaat op een zodanige wijze verandert dat de geheimhouding van de donoraftamming niet langer wenselijk wordt geacht, dan kan ook het gewicht van de fenotypische gelijkenis worden verminderd. Indien het aantal beschikbare donoreicellen om welke reden dan ook aanzienlijk zou toenemen, kunnen de strafpunten voor secundaire infertiliteit worden verminderd omdat de gemiddelde wachttijd sterk zal dalen en dus vrijwel alle kandidaten een kans op één of meerdere behandelingen zullen krijgen.

Meer complexe systemen kunnen worden uitgewerkt om in te spelen op kleinere verschillen en meer gedetailleerde oordelen. Men zou bijvoorbeeld bijkomende punten kunnen toekennen aan kandidaten die een standaarddeviatie langer dan de gemiddelde tijd moeten wachten. Zo krijgen ook mensen met bijzondere fenotypische eigenschappen (zoals kandidaten uit minderheidsgroepen zoals Aziatische patiënten) een kans om naar voor te schuiven op de wachtlijst. Men zou de punten voor de wachttijd kunnen aanpassen op basis van de psychologische last. Het is bijvoorbeeld goed mogelijk dat het eerste jaar minder zwaar weegt voor de betrokkenen dan het tweede jaar. Toch is het aangewezen om een relatief eenvoudig en doorzichtig systeem te prefereren boven een complex en subtiel stelsel.

Er is geen theoretische reden om te veronderstellen dat één en slechts één stelsel tot een rechtvaardige verdeling kan leiden. Door de hoeveelheid criteria en door de variatie in de praktische organisatie van de praktijk van de gametendonatie in de verschillende centra en landen, is het redelijker om naar een bevredigende eerder dan naar een ideale oplossing te zoeken. De eerste stap naar zulk een stelsel is een discussie over de relevante factoren. Het moreel pluralisme in de huidige samenleving zal het bereiken van overeenstemming niet eenvoudiger maken. Toch lijkt een open debat over de waardeconflicten de enige methode om te komen tot een rechtvaardige inrichting van deze praktijk. Aangezien de wachtlijsten voor eiceldonatie (en misschien ook voor spermadonatie) in de komende jaren alleen maar zullen groeien, zou die discussie zonder uitstel moeten starten.

Besluit

Toelating tot de wachtlijst voor eiceldonatie wordt afhankelijk gemaakt van een

minimale slaagkans van de behandeling en van een maximaal risico voor gezondheid en leven van de vrouw. Een leeftijdsbeperking kan slechts worden gerechtvaardigd voor zover ze verbonden is met de gezondheidsrisico's of met de slaagkans. Fout en eigen verantwoordelijkheid, ouderlijke competentie en financiële draagkracht worden verworpen als criteria. Een maximum aandeel op grond van niet-lidmaatschap van de gemeenschap kan worden aanvaard maar morele deugden als meevoelendheid en altruïsme dringen erop aan dit percentage niet te laag te leggen. Tenslotte kan het principe van de gelijkheid van kansen de uitsluiting van secundair infertiele paren verantwoorden.

De rangorde van de kandidaten die tot de wachtlijst worden toegelaten wordt bepaald door een score die is samengesteld uit de gewichten toegekend aan de wachttijd, de medische urgentie en de fenotypische gelijkheid tussen donor en ontvanger. De uitwerking van een puntensysteem zal ongetwijfeld volgens een flexibel proces moeten gebeuren. De voorstellen voor het gewicht toegekend aan en de interacties tussen de relevante factoren moeten worden getoetst aan onze weloverwogen morele oordelen en aan de theoretische (psychologische en ethische) overwegingen die bij de verdeling een rol spelen.

Literatuur

- AHUJA K.K., SIMONS E.G., FIAMANYA W. et al. (1996), 'Egg-sharing in assisted conception: ethical and practical considerations', *Human Reproduction*, 11, 1126-1131
- APPLEGARTH L., GOLDBERG N.C., CHOLST I. et al. (1995), 'Families created through ovum donation: a preliminary investigation of obstetrical outcome and psychosocial adjustment', *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 12, 574-580
- BAETENS P., DEVROEY P., CAMUS M. et al. (2000), 'Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes', *Human Reproduction*, 15, 476-484
- BAIRD P. (1994), 'New reproductive technologies: the need to ensure that uses in Canada are safe, effective and in the public interest', *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1439-1442
- BAIRD P. (1996), 'Ethical issues of fertility and reproduction', *Annual Review of Medicine*, 47, 107-116
- BERGH P.A. (1999), 'Indecent proposal: \$5,000 is not "reasonable compensation" for oocyte donors – a reply', *Fertility and Sterility*, 71, 9-10
- BERRYMAN J.C. (1991), 'Perspectives on later motherhood' in PHOENIX A., WOOLLETT A. & LLOYD E. (eds.) (1991), *Motherhood*, Sage Press, London, 103-122

- BORINI A., BIANCHI L., VIOLINI F. et al. (1996), 'Oocyte donation program: pregnancy and implantation rates in women of different ages sharing oocytes from single donor', *Fertility and Sterility*, 65, 94-97
- BUSTILLO M. (1998), 'Selection and screening of potential oocyte recipients' in SAUER M.V. (ed.) (1998), *Principles of Oocyte and Embryo Donation*, Springer Verlag, New York, Berlin, 27-34
- COHEN C., BENJAMIN M. and Ethics and Social Impact Committee of the Transplant and Health Policy Center (1991), 'Alcoholism and liver transplantation', *Journal of the American Medical Association*, 265, 1299-1301
- DANIELS N. (1985), 'Fair equality of opportunity and decent minimums: a reply to Buchanan', *Philosophy and Public Affairs*, 14, 106-110
- DANIELS P. & WEINGARTEN K. (1982), *Sooner or Later: The Timing of Parenthood in Adult Lives*, W.W.Norton, New York, London
- DAVIES M.C. (1996), 'Fools rush in where angels fear to tread', *Human Reproduction*, 11, 1154-1155
- EDITORIAL (1993), 'Too old to have a baby?', *Lancet*, 341, 344-345
- GILLON R. (1995), 'On giving preference to prior volunteers when allocating organs for transplantation', *Journal of Medical Ethics*, 21, 195-196
- GLANNON W. (1998), 'Responsibility, alcoholism, and liver transplantation', *Journal of Medicine and Philosophy*, 23, 31-49
- GUTMANN T. & LAND W. (1997), 'The ethics of organ allocation: the state of debate', *Transplantation Review*, 11, 191-207
- HARRIS J. (1990), 'Wrongful birth' in BROMHAM D.R., DALTON M.E. & JACKSON J.C. (eds.) (1990), *Philosophical Ethics in Reproductive Medicine*, Manchester University Press, Manchester, New York, 156-170
- HARRIS J. (1999), 'Justice and equal opportunities in health care', *Bioethics*, 15, 393-404
- HERPIN N. (1994), 'Obstacles to sperm donation in France' in ELSTER J. & HERPIN N. (eds.) (1994), *The Ethics of Medical Choice*, MacMillan, London, 48-69
- HUMAN FERTILISATION AND EMBRYOLOGY AUTHORITY (1995), 'Recent deliberations on the case of human fetal oocytes and on pregnancies in postmenopausal women', *Human Reproduction*, 10, 239-244
- LEGRO R.S., WONG I.L., PAULSON R.J. et al. (1995), 'Recipient's age does not

adversily affect pregnancy outcome after oocyte donation', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172, 96-100

MACKLIN R. (1989), 'Comment: should selected patients ever be moved up?', *Transplantation Proceedings*, 21, 3395-3396

MORRIS R.S. & SAUER M.V. (1993), 'Oocyte donation in the 1990s and beyond', *Assisted Reproduction Review*, 3, 211-217

NATIONAL ADVISORY BOARD ON ETHICS IN REPRODUCTION (1996), 'Report and recommendations' in COHEN, C.B. (ed.) (1996), *New Ways of Making Babies: The Case of Egg Donation*, Indiana University Press, Bloomington, Indianapolis, 233-320

PENNINGS G. (1999), 'Measuring the welfare of the child: in search of the appropriate evaluation principle', *Human Reproduction*, 14, 1146-1150

PENNINGS G. (2000a), 'The right to choose your donor: a step towards commercialization or a step towards empowering the patient?', *Human Reproduction*, 15, 508-514

PENNINGS G. (2000b), 'Multiple pregnancies: a test case for the moral status of medically assisted reproduction', *Human Reproduction*, 15, in press

PRONK E. (2000), 'Wachten met reden', *Medisch Contact*, 55, 964-966

PROTTAS J.M. (1989), 'Nonresident aliens and access to organ transplant', *Transplantation Proceedings*, 21, 3426-3429

PURVIANCE S.M. (1995), 'Infertility treatment for postmenopausal patients: an equity-based approach', *Ethics and Behavior*, 5, 15-24

RAOUL-DUVAL A., LETUR-KONIRSCH H. & FRYDMAN R. (1992), 'Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children', *Human Reproduction*, 7, 51-54

RHODES R., MILLER C. & SCHWARTZ M. (1992), 'Transplant recipient selection: peacetime vs. wartime triage', *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 4, 327-31

RIEGER D. (1994), 'Gamete donation: an opinion on the recommendations of the Royal Commission on New Reproductive Technologies', *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1433-1435

ROBERTSON J.A. (1989), 'Patient selection for organ transplantation: age, incarceration, family support, and other social factors', *Transplantation Proceedings*, 21, 3397-3402

- ROTHMAN B.K. (1989), *Recreating Motherhood*, W.W.Norton, New York, London
- ROYAL COMMISSION ON NEW REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES (1993), *Proceed with Care*, Minister of Government Services Canada, Ottawa
- SAUER M.V. (1999), 'Indecent proposal: \$5,000 is not "reasonable compensation" for oocyte donors', *Fertility and Sterility*, 71, 7-8
- SAVULESCU J. (1998), 'Consequentialism, reasons, value and justice', *Bioethics*, 12, 212-235
- SAVULESCU J. (1999), 'Desire-based and value-based normative reasons', *Bioethics*, 13, 405-413
- SCHMIDT V.H. (1998), 'Selection of recipients for donor organs in transplant medicine', *Journal of Medicine and Philosophy*, 23, 50-74
- SCHWARTZ R.L. (1992), 'Making patients pay for their life-style choices', *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 4, 393-400
- STARZL T.E., SHAPIRO R. & TEPERMAN L. (1989), 'The point system for organ distribution', *Transplantation Proceedings*, 21, 3432-3436
- STRONG C. (1997), *Ethics in Reproductive and Perinatal Medicine: A New Framework*, Yale University Press, New Haven, London