

Asistovaná reprodukce a věk

Část II.: Věkové limity pro přístup samoplátců

Assisted Reproduction and Age Part II. Age limits by self- payers

*doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D., Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita, České
Budějovice; Adam Česká republika, z. s.*

Abstract: The second part of analysis of age limits in assisted reproductive technology (ART), divided into two articles. In this section, I focus on defining age limits for access to ART for self-payers, I am considering the interests of four of the five participating members of the system: ART applicant/s, gametedonor/s, child to-be-born, society, and the associated risks. I did not find sufficient grounds to confirm the current legal age limit for women (the day before the 50th birthday), nor for the increase or the elimination of the limit. On the contrary, I believe that should be addressed age limit for men.

Key words: assisted reproduction - age limits – gamete donation

Abstrakt: Druhá část do dvou článků rozdělené analýzy věkových limitů v asistované reprodukci (ART). V této části se zaměřuji na hledání věkových limitů pro přístup k ART u samoplátců, zvažuji přitom zájmy čtyř z pěti zúčastněných členů systému: žadatele/lů o léčbu, dárce gamet, budoucího dítěte a společnosti, a rizika s tím spojená. Pro potvrzení současné zákonné věkové hranice pro ženu (den před 50. narozeninami) ani pro její zvýšení či odstranění nenacházím dostatečné důvody. Naopak se domnívám, že by měla být určena věková hranice i pro muže

Klíčová slova: asistovaná reprodukce - věkové limity - dárcovství gamet

ÚVOD

Tento text navazuje na článek „Asistovaná reprodukce a věk část I.: Věkové limity a počty cyklů pro léčbu placenou ze zdravotního pojištění“, uveřejněný v Časopise zdravotnického práva a bioetiky v dubnu 2016. Ten se soustředil primárně na rozbor věkových limitů pro přístup k léčbě ART placené ze všeobecného zdravotního pojištění; rozebírala jsem záměr některých institucí zvýšit věk ženy pro platbu ze současných 39 let na 43 let. Bioeticky přijatelné argumenty jsem našla jen pro zvýšení věku ženy na den 40. narozenin. Cesta za dítětem pomocí ART je ale otevřená i samoplátcům. V tomto druhém článku proto budu analyzovat, zda by měly být pro samoplátce nějaké věkové limity, a pokud ano, pak pro koho, jaké a proč.

1. OBECNÉ INFORMACE

V prvním článku jsem uvedla několik obecných informací k oběma částem analýzy, krátce shrnuto:

1. Formulace práva na rodinu, často využívaná k obhajobě nelimitovaného přístupu k ART, vznikla v době, kdy nejenže se vůbec nic netušilo o ART, ale nebyla k dispozici ani hormonální antikoncepce. Čili v úplně jiném kontextu.
2. Zdravotní systémy stojí na solidaritě, což ale nijak nezmenšuje význam odpovědnosti jednotlivce za své zdraví a svá rozhodnutí.
3. Zákony plní především funkci normativní, vyjadřují hodnoty společnosti, sdělují nejen co je nepřijatelné jednání, ale hlavně co je žádoucí. Zákony také naznačují co může osoba očekávat či v co doufat, tedy na co má „nárok“, a čeho je společnost jako celek „garantem“, za co přebírá odpovědnost.
4. Je prokázáno, že lidská plodnost se „civilizačně“ (zatím) nesnižuje, jak se stále píše v médiích.
5. Plodnost ženy se po třicítce snižuje mírně, po pětaticítce klesá strmě. Čtyřicítka je u ženy považována za limit plodnosti, i když je to samozřejmě konstrukt statistický. U muže se plodnost také s věkem snižuje, ale jen velmi pozvolna. I muž ve velmi vysokém věku může být genetickým otcem, ovšem je zde vyšší riziko vrozených vývojových vad dětí otců nad 40 let.
6. Efektivita ART souvisí s věkem stejně jako přirozené otěhotnění. Pouze umí zvýšit šance hormonální podporou dozrání více vajíček či umí některé překážky obejít, například využitím darovaných gamet.

2. PRÁVNÍ A ETICKÉ SOUVISLOSTI ASISTOVANÉ REPRODUKCE VE VYŠŠÍM VĚKU

2.1 Současná legislativa a avizované změny

Regulaci ART řeší především zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Z něj citujeme: § 6 (1) *Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49*

let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně (dále jen „neplodný pár“). Pro muže žádné věkové limity stanoveny nejsou. Jak bylo avizováno Výborem Sekce asistované reprodukce¹, připravuje se zrušení věkového limitu, pro příště by neměl být stanoven explicitně.

2.2 Medicínské technologie, enhancement a third-party reproduction

Hranice využití medicínských technologií jsou velmi významným tématem etiky v posledních desetiletích; technologie totiž mohou být využity nejen k napravení deficitu (léčba nemoci ve smyslu odchylky od normy), ale i k vylepšení člověka za přirozené biologické hranice (enhancement). “The umbrella term “human enhancement” refers to a wide range of existing, emerging and visionary technologies, including pharmaceutical products. ... All these technologies signal the blurring of boundaries between restorative therapy and interventions that aim to bring about improvements extending beyond such therapy.” (EP, 2009). Co je přirozenost a kde je hranice mezi terapií a enhancementem jsou také zásadní otázky bioetiky. Za enhancement v reprodukční medicíně můžeme považovat například přenos cytoplasmy s mitochondriemi, RNA a plasmatickou DNA z jednoho vajíčka do druhého (od mladší zdravé ženy ke starší – zvyšuje se tím šance na mateřství starší ženy), rodičovství u homosexuálních párů a u osamělých (single) osob, mateřství žen za jejich reprodukčním věkem, preimplantační genetickou diagnostiku ze sociálních důvodů, atd.

2.3 Third-party reproduction

Termínem “third-party reproduction” se označuje procedura, do níž je zahrnuta další osoba/by (kromě žadatele/žadatelů o ART): dárce spermií, dárkyně vajíček, žena, která donosí dítě, dárkyně vaječné cytoplasmy či dělohy, atd. Third-party reproduction se do značné míry, ale ne úplně, kryje s human enhancementem v reprodukční sféře. Dárcovství orgánů a tkání je krajním typem mezilidské solidarity. Nutností je důkladná kontrola toho, aby systémy založené na solidaritě nebyly nastaveny demotivačně a nebyly zneužívány. Je také nutné hlídat, aby hodnota solidarity nebyla devalvována.

Otěhotnění ženy po čtyřicítce a dovedení těhotenství k porodu zdravého dítěte je možné především díky použití vajíček od mladé dárkyně.

Figure 40
Percentages of Transfers Using Fresh Embryos from Donor or Nondonor Eggs That Resulted in Live Births, by Age of Woman, 2013



Zdroj: CDC, 2013 ART Report

¹ Oznámeno předsedou Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS na konferenci v Brně dne 11. 11. 15.

Velmi vypovídajícím údajem o plodnosti žen jsou požadavky center asistované reprodukce na dárkyně vajíček. Podle zákona č. 373/2011 Sb. může být dárkyně žena mezi 18 a 35 roky. V požadavcích center ovšem bývá věkový limit nižší, našla jsem i požadavek „do 29 let“. Důvodem je pochopitelně nižší úspěšnost procedury s užitím vajíček od starších (30+) dárkyň.

Oddělení mateřství genetického od biologického ještě více zkomplikovalo určování rodičovské osoby (oddělení rodičovství psychosociálního od genetického zde bylo vždycky). Máme rodičovství genetické, biologické, psychosociální a právní. Ve skutečnosti je přívlastek „third-party“ velmi skromný, mnohdy je potřeba pomoc více „party“. S aplikací práva na informace se postupně uplatňuje řešení zpřístupnit dítěti identitu všech osob, vázaných k němu nějakou rodičovskou vazbou. U nás se zatím v asistované reprodukci upřednostňuje princip jediné mateřské a otcovské osoby (zákon č. 373/2011 Sb., § 10 ustanovuje *povinnost poskytovatele zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce*), ale v PSP ČR je návrh novely zákona tuto praxi prolamující. To je ale natolik složitá problematika, že se její analýze věnují jinde (např. Konečná et al. 2012, Konečná, 2012). „Jednodušší“ část problematiky darování gamet upravuje Transplantační zákon.

2.4 Transplantační zákon a „third-party reproduction“

Je „third-party reproduction“ morálně přijatelným řešením? Všeobecná deklarace lidských práv v článku 27 říká: *Každý má právo svobodně se účastnit kulturního života společnosti, užívat plodů umění a podílet se na vědeckém pokroku a jeho výtěžcích*. Stále se rozvíjející možnosti léčby a nové technologie v medicíně si ovšem vynutily důkladněji formulovat podmínky „užívání výtěžků vědeckého pokroku“. To vedlo k vytvoření a přijetí mezinárodně uznávané Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (Oviedo 1997), která mimo jiné dále upravuje a vymezuje úkony spojené s darováním a transplantací orgánů a tkání. Pro regulaci „third-party reproduction“ je zásadní článek 19: *Odběr orgánů nebo tkání od žijící osoby pro účely transplantace lze provádět výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, a pouze pokud není k dispozici žádný vhodný orgán nebo tkáň ze zemřelé osoby nebo jiná alternativní léčebná metoda srovnatelného účinku*, a článek 21 *Lidské tělo a jeho části nesmí být jako takové zdrojem finančního prospěchu*.

Z Úmluvy o biomedicíně vychází v ČR Transplantační zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantaci orgánů (novelizován 2013). Odběr tkání a orgánů od žijícího dárce reguluje stejně jako Úmluva o biomedicíně: § 3 (1) *Odběr tkání nebo orgánů (dále jen "odběr") od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak, lze provést, pouze pokud a) je prováděn výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, b) v době odběru není k dispozici vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná léčebná metoda srovnatelného účinku,...* a § 28 (1) *Lidské tělo a jeho části nesmějí být jako takové zdrojem finančního prospěchu nebo jiných výhod; tím nejsou dotčena ustanovení § 28a až 28d; (2) Dárce ani jiné osoby nesmí uplatňovat vůči příjemci žádné nároky; (3) Inzerování a reklama za účelem poptávky nebo nabídky orgánů jsou zakázány. Za inzerování a reklamu se nepovažuje postup podle § 27; (4) Obchodování s tkáněmi a orgány odebranými za účelem transplantace je zakázáno“ a § 28b (1) *Dárci orgánu náleží náhrada účelně a prokazatelně vynaložených výdajů (dále jen „náhrada výdajů“) a rozdíl mezi ušlým výdělkem a obdrženou náhradou mzdy, platu nebo odměny a obdrženým nemocenským z nemocenského pojištění, který mu vznikl dočasnou pracovní neschopností v**

souvislosti s odběrem orgánu a poskytováním zdravotních služeb, které si tento odběr vyžádal (dále jen „ušlý výdělek“).

Řešení potíží s otěhotněním pomocí ART není jediným řešením situace. Metodami srovnatelného účinku jsou přijetí dítěte do náhradní rodinné péče a rozhodnutí zůstat bezdětným. Neexistují studie, které by prokazovaly neplnohodnotnost alternativ, nevím o výzkumech dokládajících rozdíl mezi kvalitou života „běžných“ rodičů, rodičů adoptivních či pěstounů, a lidí bezdětných.

2.5 Autonomie a sociologické souvislosti regulace

Lékaři někdy odmítají zákonnou regulaci a stanovení striktních limit či závazných postupů s tím, že orgán vytvářející zákon nezná praxi, která je nesmírně rozmanitá. Za dostatečné považují vlastní odborné zhodnocení konkrétní situace a doporučení odborných společností. Tento názor je mi velmi blízký, jsem propagátor individualizovaného přístupu k pacientovi (patient-centered healthcare) opřenému o odbornou způsobilost experta – lékaře (Nováková et al., 2016). Lékař ale může kvalifikovaně zhodnotit jen rizika zdravotní. Tato analýza se však týká využití vyspělých medicínských technologií, spojených s „human enhancement“ a s možnými zásadními dopady do života dalších lidí včetně společnosti jako celku, a s ohromnou časovou perspektivou (nejen do dospělosti porozeného dítěte). Zákony zohledňující pouze zdravotní rizika proto považuji za špatné.

Nedostatečná jsou také doporučení etických komisí, jak se opakovaně ukazuje: „Zaprvé, oficiálně doporučené postupy a postoje k různým problémům neobsahují sankce pro případy, kdy jsou porušeny. Tím mají malou moc. Zadruhé ta nejvíce kontroverzní témata nejsou medicínského typu a lékař nemá žádnou odbornost k jejich rozhodnutí. ... Zkušenost jasně ukazuje, že toto řešení selhává.... mnoho lékařů doporučení prostě ignoruje“ (Pennings, 2009). To potvrdila i česká zkušenost před pár lety, kdy - přestože Etická komise SAR ČGPS ČLS kdysi stanovila horní věkový limit pro ženu 47 let - nejedno centrum ART nemělo problém s přijetím čtyřiapadesátileté ženy do léčby.

„Západní liberální demokracie nejsou ochotny diskutovat o svých reprodukčních politikách a strategiích, raději se tváří že jsou to čistě soukromé nebo lékařské záležitosti. Stále je však zřejmější, že plodnost je problém, s nímž musí vlády zápasit. ... Technologický vývoj nás nutí odpovědět na otázky co přesně máme na mysli reprodukci a co by mělo být chráněno reprodukčními právy. ... Státy ... musí vstoupit do hry a definovat, jaké postupy mohou být prováděny, jak a komu“ ovšem reflektuje etička Anna Smajdor (Smajdor, 2015) současnou váhavost odpovědných orgánů jakkoli omezovat číkolí reprodukční práva.

Jedním ze základních principů bioetiky je autonomie. Sociologové ale dokládají, že sociální realita není jedinci objektivně dána jako fakt, ale je neustále znovu konstruována v procesu sociální interakce a komunikace. Jmenujme např. Bergerovu a Luckmannovu „Sociální konstrukci reality“ (vyšla poprvé 1966, v češtině 1999) či „Making Up People“ Iana Hackinga (1986)). Zákony plní vždy funkci normativní, někdy restriktivní. Formálně vyjadřují hodnoty společnosti, sdělují nejen co je nepřijatelné jednání, ale hlavně co je žádoucí. Zákony také naznačují co může osoba (fyzická či právnická) očekávat či v co doufat, tedy na co má „nárok“, a čeho je společnost jako celek „garantem“, za co přebírá odpovědnost. Zákony společnost formuluje a je jimi zpětně sama formována (její členové). Příkladem „sociální konstrukce reality“ v medicíně jsou v ČR změny „nemocnosti“ po zavedení regulačních poplatků a při jejich zrušení. Ve světě je zajímavým dokladem neočekávaně malý zájem čínských párů o druhé dítě po zmírnění „one-child policy“ v roce 2014;

úřady čekaly změnu, která povede k více než 2 miliónům porodů za rok, ale z více než 11 milionů párů, způsobilých požádat o výjimku, k tomu přikročilo pouze 700 000 (Daily News, 30.10.2014). Zdá se, že rodičovský pud – existuje-li vůbec – má v konkurenci s léty propagovanými výhodami odpovědného one-child rodičovství jen minimální šanci.

2.6 EU ART legislativy

ART legislativy jsou stále v pohybu, čili je mimořádně obtížné najít spolehlivé údaje. Náš text vychází z těchto publikací: Busardò et al, 2014; Riggan, 2009; ESHRE MAR, 2009, a z našich osobních kontaktů se zástupci patientských organizací z Evropy, sdružených ve Fertility Europe. Věkové limity jsou obvykle stanoveny jen pro přístup k léčbě placené zdravotními pojišťovnami. Mnohé země ale věkové limity pro ženy samoplátkyně vůbec nepotřebují, protože úspěšnou ART u žen 40+ vlastně dělat nemohou; nemají totiž dárcovska vajíčka. Dárcovska vajíček je zakázáno v Německu, Norsku, Rakousku či Švýcarsku, důvody jsou ochrana mladých žen před vydíráním a dehumanizací spojenou s komercializací darování. Připomeňme Úmluvu o lidských právech a biomedicině, kterou mnohé státy implementovaly do svých legislativ. Ta v článku 21 říká: *Lidské tělo a jeho části nesmí být jako takové zdrojem finančního prospěchu*. Dárcovska má být altruistický akt, dárci mohou (ale nemusí) být proplaceny pouze nutné náklady související s aktem darování. Například ve Francii je sice dárcovska povoleno, ale jedině na přísně altruistické bázi; platba za dárcovska je kriminalizována. Proto Francie nemá v podstatě žádné dárkyně. V UK je dárcovska také povoleno, ale pro velký nedostatek dárkyň se stále vedou diskuse o výši kompenzací. Španělsko, Řecko, či Česká republika mají ke kompenzacím benevolentní přístup, proto jsou cílem pro pacienty z jiných zemí.

Ze situace lze jednoznačně udělat závěr, že dostatečný počet dárců gamet je jen tam, kde je dostatečná „kompenzace“; altruismus, který je zásadním principem dárcovska, formulovaným v Úmluvě o biomedicině a z ní vycházejících transplantačních zákonů, zůstává často jen principem papírovým. Komercializaci dárcovska - i tak zdravotně bezrizikového, jako je dárcovska spermií – považují za nesmírně závažný problém, jenž bude budoucím předmětem samostatné analýzy.

2.7 Harmonizace EU regulace

Protože se regulace ART v EU velmi liší, objevuje se požadavek po její harmonizaci. Významným argumentem je, že když léčba nebude dostupná v jedné zemi, pacienti pojedou do jiné země, čímž podstupují rizika. Příklady z jiných zemí jsou zajímavou inspirací, ovšem nedomnívám se, že je správné brát si příklad z „vyspělého“ zahraničí a nezabývat se při tom skutečnou situací té konkrétní zemi, a že je možné nebo dokonce nutné legislativu sladovat. Jednak je těžké něco harmonizovat, když dvě evropské mocnosti, Německo a UK, nepodepsaly základní dokument související s vyspělými technologiemi - Úmluvu o lidských právech a biomedicině. A za druhé se pohyb pacientů po EU nepovažuje za problém, ale za přirozený následek propojení Evropy, z něhož žádná rizika pro pacienty nehrozí, jak vyplývá i z prohlášení evropského komisaře pro zdraví Tonio Borga dne 25. 10. 2013 při uvádění EU Direktivy 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare²: “Ode dneška zajišťuje občanům platný právní předpis EU právo odcestovat do jiné země EU za účelem léčení a získat za toto léčení náhradu nákladů. ... Pacientům tato směrnice zajišťuje zlepšení

² http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-932_en.htm

jejich postavení, tedy větší nabídku zdravotní péče, více informací a snazší přeshraniční uznávání lékařských předpisů.”

ČR je velmi významným cílem zahraničních pacientů hledajících léčbu poruch plodnosti (ESHRE, 2009), neznám žádné doklady o jejich stížnostech či nespokojenosti.

2.8 Etická východiska analýzy

Obvyklým a široce akceptovatelným východiskem pro řešení bioetických problémů jsou čtyři základní principy (Beauchamp, Childress, 2001): respect for autonomy (respekt k lidské autonomii), beneficence (konat dobro), non-maleficence (neuškodit) a justice (spravedlnost). Všechny tyto principy jsou důležitými tématy filosofie, sociologie, psychologie, ... i medicíny, především koncept autonomie jako schopnosti osoby dělat informovaná, nijak nevynucená rozhodnutí. Je to i východisko pro mou analýzu, ovšem tyto principy se vztahují spíše k dyádě (např. lékař – pacient), kdežto já zde řeším zahrnutí více subjektů do řešení problému. Jsou nutné další etické koncepce.

Je third-party reproduction morálně akceptovatelná, když existují hodnotné alternativy? Vyjdeme-li z Kantovy deontologie (osoba druhého nemůže být prostředkem k dosažení vlastních cílů), third-party reproduction obhájíme těžko. Zajímavou snahu vyvinul před pár lety belgický etik prof. Guido Pennings. Pokoušel se uplatnit Kantovu zásadu „jednej tak jak bys chtěl, aby jednali druzí“ a navrhoval, aby lidé potřebující k léčbě darovanou gametu tuto pomoc oplatili: tedy aby ti, kdo potřebují darované vajíčko darovali spermii, a naopak. Pokud je mi známo, aktivita vyzněla naprázdno. Rovněž mi není známo, že by se propagátoři či poskytovatelé léčby third-party reproduction (a jejich blízcí) houfně stávali dárci gamet nebo náhradními matkami.

V etických diskusích o third-party reproduction a biomedicině obecně se vychází spíše z utilitaristické koncepce „*co největší a nejtrvalejší štěstí pro co nejvíce lidí*“; experti zdůrazňují nutnost balancovat zisky a ztráty jednotlivých členů systému účastníciho se řešení problému (ESHRE, 2002; ESHRE, 2007a; ESHRE 2007b; ESHRE, 2008). Členy systému third-party reproduction jsou budoucí dítě/děti; potenciální rodiče (žadatelé o léčbu); dárci gamet, buněčných součástí, dělohy či náhradní matka; poskytovatelé léčby; společnost jako celek.

Princip balancování zájmů různých subjektů je zmíněn i v článku 29 Všeobecné deklarace lidských práv a svobod: *(1) Každý má povinnosti vůči společnosti, v níž jedině může volně a plně rozvinout svou osobnost. (2) Každý je při výkonu svých práv a svobod podroben jen takovému omezení, která stanoví zákon výhradně za tím účelem, aby bylo zajištěno uznávání a zachovávání práv a svobod ostatních a vyhověno spravedlivým požadavkům morálky, veřejného pořádku a obecného blaha v demokratické společnosti.* Zajímavé je z tohoto pohledu znění článku 2 (Nadřazenost lidské bytosti) Úmluvy o biomedicině: *Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.* Co je „společnost“ jiného než skupina nějak svázaných lidských bytostí? Může být jediná lidská bytost nadřazena bytostem ostatním? Já si článek vysvětluji tak, že například jedinec nemůže být nucen do biomedicínských experimentů, byť by z toho ostatní jedinci mohli mít velký užitek (třeba testování nových léků). Nejsem ale právník a byla bych ráda, kdyby se interpretaci tohoto článku nějaký odborník věnoval – nic jsem k tomu totiž v češtině nenašla.

Princip porovnávání zisků a ztrát jednotlivých členů systému bude základní optikou následující části analýzy. Ta se ale týká věkových limitů z pohledu jen čtyř z pěti členů systému (dítěte, žadatelů o léčbu, společnosti, dárců gamet); pohled poskytovatelů léčby není jejím předmětem.

3. VĚKOVÉ LIMITY – ANALÝZA Z POHLEDU JEDNOTLIVÝCH ČLENŮ SYSTÉMU

3.1 Analýza z pohledu žadatelů o léčbu

Odkládání rodičovství do věku z biologického pohledu nevhodného se spojuje především s delší dobou dožití, vzdělávání, s odpovědnou snahou vytvořit si stabilní pracovní pozici, s vytvořením finančních rezerv - dítě je drahé, s delší dobou hledání vhodného partnera. Někdy se také mluví o vyrovnání nerovnosti pohlaví.

3.1.1 Naděje dožití a náklady na zdravotní péči

Dožíváme se vyššího věku, ale přirozená hranice plodnosti se nezvýšila. Je to důvod k jejímu překračování? Délka života je jedna věc, jeho kvalita druhá; ta je měřena například střední délkou života ve zdraví. Český statistický úřad k tomu uvádí³: „Podle úmrtnostních poměrů platných v ČR v roce 2011 by se žena narozená v tomto roce průměrně dožila 80,7 let a doba prožitá ve zdraví by činila 63,6 roku. Generace žen narozených v ČR v roce 2011 by tak prožila bez zdravotních omezení téměř čtyři pětiny svého života. Český muž narozený v roce 2011 má průměrně před sebou 74,7 roku života, z toho 62,2 roku ve zdraví, což představuje 83 % z celkové délky života. ... Generace žen narozených v ČR v roce 2005 měla před sebou v průměru 79,1 roku života, z toho 60,0 roku bez zdravotního omezení, tj. 79 %. Muži z této generace by se při zachování úmrtnostních poměrů na úrovni roku 2005 v průměru dožívali 72,9 roku, z toho připadalo 58,0 roku na dobu prožitou v dobrém zdravotním stavu, tedy téměř 80 %, na dobu prožitou v dobrém zdravotním stavu. Podobně mluví i odborníci z MZ ČR (2014): „Celkový průměrný počet let prožitých ve zdraví byl v roce 2010 v ČR 62 roků. Toto číslo je blízké průměru EU 25. Od roku 1962 se však tato hodnota nezvýšila a prodlužování naděje na dožití tedy spočívá ve zvyšování počtu let prožitých v nemoci.“

Podle těchto údajů by dítě narozené padesátileté ženě a stejně starému muži bylo nucené jim vypomáhat už když by bylo na 1. stupni ZŠ. Ukazujeme zde samozřejmě hodnoty průměrné; v jednotlivých případech se věk dožití i střední délka života ve zdraví může lišit velmi významně. Ovšem nikdo dopředu nevíme, koho se ty odchylky v pozitivním směru budou týkat.

3.1.2 Výhoda dosažení vyššího vzdělání

Bakalářské studium se obvykle ukončuje kolem 23. roku věku, magisterské kolem 25. roku. Stát považuje věk 26 let za naprosto dostatečný pro dosažení vysokoškolského vzdělání a svou finanční podporu ukončuje. Výjimkou jsou mladí rodiče; limit státní podpory se prodlužuje o roky péče o dítě, a to pro studující ženu i muže.

3.1.3 Výhoda stabilnější pracovní pozice

Tu si člověk obvykle spojuje s prosperující vlastní firmou s několika zaměstnanci (pro osobu samostatně výdělečně činnou, tedy bez zaměstnanců, může být obtížné až nemožné odejít na

³ <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a7>

rodičovskou dovolenou). Podle tabulky č. 7 v dokumentu Č. j.: 2015/22164-411, vydaném MPSV, bylo takových kolem 4 %. Naprostá většina z nás jsme zaměstnanci. Hlavním východiskem v oblasti zaměstnanosti je strategie „Evropa 2020“ (Evropská komise, 2010) a na ní navazující strategie Národní program reforem ČR. Podle zaměření programu je jasně patrné které skupiny jsou na pracovním trhu znevýhodněné a je nutné jejich zaměstnanost podporovat cílenými prostředky: ženy ve věku 20 - 64 let, starší pracovníci ve věku 55 - 64 let a mladé osoby ve věku 15 - 24 let. O malé vstřícnosti zaměstnavatelů zaměstnat mladé rodiče s malými dětmi se všeobecně ví, státní orgány hledají cesty jak situaci zlepšit. Má ale starší rodič s malým dítětem větší pracovní jistoty – má pětadesátiletá matka prvňáčka lepší pracovní vyhlídky než pětadvacetiletá se stejně starým dítětem? Za mimořádně rizikové trendy z pohledu zaměstnávání mladých žen považují úmysl velkých firem (avizoval to např. Facebook) zahrnout do firemních benefitů finanční podporu odkládání rodičovství (tzv. social freezing – mražení vajíček pro užití ve vyšším věku) nebo úvahy o zahrnutí SF jako preventivní metody do úkonů placených zdravotní pojišťovnou. Vezme pak Facebook starší ženu s malým dítětem zpět do práce?

Navíc je potřeba si uvědomit, že rodiče vyššího věku se nemohou spolehnout na občasnou výpomoc prarodičů, protože ti jsou také vyššího věku a často naopak pomoc sami potřebují. Pro takovou situaci se vžil termín „sandwich generation“; generace lidí, kteří se starají o závislé děti a podporují své starší rodiče.

3.1.4 Výhoda vytvoření finančních rezerv – dítě je drahé

Zvýšený počet členů rodiny (příchod dítěte) a snížený počet členů přinášejících výdělek (mateřská či rodičovská dovolená) není lehká situace. Při letném průzkumu internetu jsem našla články s těmito názvy: „Kolik stojí dítě? Možná vás to zruinuje: Milion a půl!“, „Náklady na dítě? I 8 mil. Kč může být málo“, „Čím starší dítě, tím vyšší náklady. Zvedá je zábava a značkové oblečení“. Všechny články se odkazovaly na údaje Českého statistického úřadu:

I. Domácnosti s 1 až 3 dětmi celkem, podle počtu dětí, neúplné rodiny

6. Vydání na děti podle věku (podrobné položky) - průměry na dítě v Kč/množství za rok

a/ Domácnosti celkem - děti celkem

	Celkem	podle věkových skupin					
		0 - 2 roky	3 - 5 let	6 - 9 let	10 - 14 let	15 - 17 let	18+ let
Počet dětí - výběrový	3160	293	412	594	858	494	510
- přepočtený	2989	282	350	563	846	483	466
ČISTÁ PENĚŽNÍ VYDÁNÍ CELKEM	76 218	64 700	64 029	67 065	75 125	85 041	96 242
př.	40 695	27 366	27 642	33 083	40 599	50 406	57 865

Zdroj: ČSÚ, 2004: *Náklady na výchovu a výživu dětí v roce 2003*

Byla bych ráda, kdyby někdo spočítal náklady na dítě ve variantě „nutné“, nikoliv „možné“ – v té se pochopitelně dá velmi snadno dostat na částky 8 milionů a víc. Bazary a second handy jsou plné v podstatě nových věcí za pár korun, bývá obvyklé některé věci v rodinách či mezi rodinami „dědit“ nebo si půjčovat. V čem se ale autoři podobných finančních analýz nemýlí, je fakt, že čím starší dítě, tím jsou náklady na něj větší. To už ale bývají oba rodiče zpátky v práci a budují pozici, aby na to měli. Budou mít rodiče v důchodovém věku dostatek peněz na pubertáka či adolescenta?

3.1.5 Výhoda delšího času pro nalezení vhodného partnera

Pro to, zda ve vyšším věku jsou větší šance, že bude člověk mít lepšího partnera, se hledají podklady těžko; určitým ukazatelem by mohly být analýzy sňatečnosti a rozvodovosti, ale čím dál tím častější jsou soužití bez sňatku, neoficiální, nezahrnuté do statistik. Roste také podíl dětí narozených mimo manželství, v roce 2014 to bylo 46,7 %. (ČSÚ, 2015). Statistiky ovšem ukazují, že s rostoucí úrovní vzdělání (a to je deklarovaný důvod pro odkládání rodičovství) klesají počty dětí narozených mimo manželství: v roce 2014 se nejčastěji rodily děti mimo manželství ženám se základním nebo nižším vzděláním (81,2 %), dále pak středoškolsky vzdělaným ženám bez maturity (62,3 %) a s maturitou (44,8 %). Nejméně časté byly porody mimo manželství u vysokoškolsky vzdělaných žen (28,6 %). V našem kontextu tedy analýza statistik nějakou výpovědní hodnotu má.

Výběr manžela a manželky v moderní společnosti ovlivňují tři typy faktorů: individuální (vlastní preference a osobní náklonnost), strukturální (souvisejí s velikostí a prostorovým rozmístěním žen a mužů na sňatkovém trhu) a sociální (sociální rozdíly, které muži a ženy, chtějí-li uzavřít sňatek, musejí překonávat). Tento pohled na sňatky nabízí ČSÚ:

Tab. 2.4 Pravděpodobnost uzavření prvního sňatku podle pohlaví a věku (na 1 000 osob), 2004–2014

Věk	Muži							Ženy						
	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2004	2009	2010	2011	2012	2013	2014
20	6,7	3,8	3,3	3,2	3,2	3,1	3,4	27,0	14,6	12,9	11,1	10,7	10,0	10,6
21	12,1	6,8	5,9	5,8	5,7	5,4	5,7	34,7	21,2	18,8	17,6	17,1	15,3	14,8
22	19,4	10,3	9,5	9,2	8,1	8,4	8,3	46,4	28,0	25,4	24,3	22,9	21,9	22,7
23	30,1	15,7	13,9	14,3	14,3	13,2	13,0	61,6	38,4	36,1	34,6	32,8	30,0	31,4
24	40,9	23,5	21,2	20,7	20,1	18,7	20,5	74,6	52,7	48,0	47,9	45,7	42,4	43,0
25	52,2	30,5	28,8	29,0	27,5	25,9	27,3	85,1	63,8	60,5	56,0	58,0	52,7	53,8
26	61,3	40,5	37,8	35,5	35,8	33,0	35,1	93,0	71,8	68,5	67,5	65,6	61,9	64,0
27	70,9	50,1	45,0	43,6	42,8	41,4	42,1	96,6	78,3	75,9	71,5	73,7	65,4	70,0
28	71,1	53,3	52,2	49,3	48,4	46,4	46,9	88,3	77,7	75,6	70,7	72,8	68,9	68,6
29	72,4	58,5	56,2	53,6	53,2	49,4	51,9	80,6	73,1	72,7	69,7	72,7	68,7	71,3
30	70,2	57,8	56,1	53,5	53,1	50,9	50,8	68,8	62,6	62,9	64,4	65,9	61,3	64,7
31	62,8	52,5	54,2	50,4	52,2	48,7	51,5	54,7	55,3	55,3	55,5	53,9	53,4	56,3
32	59,7	52,4	49,2	49,0	47,8	45,9	49,1	45,9	48,0	46,4	48,4	46,8	46,6	50,5
33	50,6	46,4	46,9	44,3	45,1	42,7	45,1	45,2	41,6	40,5	43,6	40,6	40,4	44,7
34	43,8	41,6	41,7	41,6	40,1	37,8	40,1	40,2	35,8	34,4	36,1	36,3	35,2	37,9
35	40,8	37,6	37,9	36,4	35,5	35,2	37,0	28,9	27,6	29,7	30,4	29,2	30,3	31,5
36	33,0	31,9	33,4	30,9	31,9	30,0	32,5	20,0	22,6	25,6	24,8	24,2	25,0	27,5
37	28,8	31,3	26,5	27,6	28,7	26,6	29,0	18,6	20,4	20,9	22,5	21,4	22,6	22,3
38	23,6	26,4	23,2	23,6	24,6	23,6	23,5	20,8	19,3	18,6	17,1	18,8	19,1	21,3
39	24,8	23,2	24,5	23,3	20,9	22,6	23,0	13,9	17,4	18,5	19,7	16,7	16,1	19,4
40	18,0	19,2	18,3	18,9	17,6	16,8	17,6	14,8	11,0	12,6	12,7	14,3	12,9	16,3
41	14,8	16,0	15,7	14,7	16,1	14,5	14,7	12,8	11,7	11,2	10,4	11,2	8,8	10,4
42	13,7	13,8	14,7	12,2	12,7	13,0	14,3	10,5	9,9	8,6	11,1	8,6	9,2	8,6
43	10,9	12,3	11,7	13,1	12,9	10,4	12,1	9,3	7,5	6,9	7,3	7,6	9,2	7,5
44	9,4	10,3	10,5	10,0	8,7	10,1	11,2	7,4	6,0	5,7	5,8	5,7	8,1	7,3

Pozn.: Údaje vychází z jednovýchodných tabulek sňatečnosti svobodných.

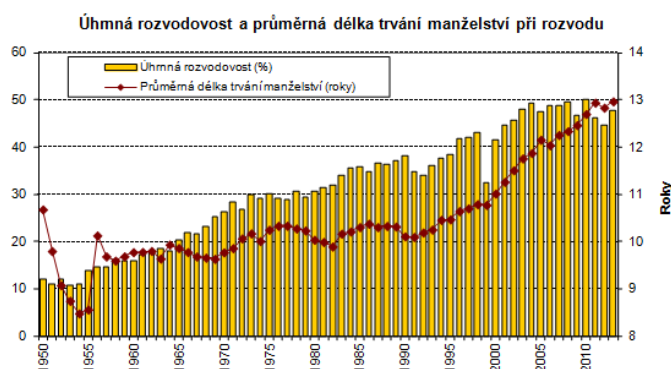
Zdroj: Český statistický úřad, *Vývoj obyvatelstva České republiky 2014*, str. 15

Se zvyšujícím se věkem se sice prodlužuje doba hledání partnera, ovšem počty potenciálních volných partnerů (svobodní, rozvedení, ovdovělí) se snižují. Sociologové situaci komentují takto: „Ženy ... jimž se nepodařilo ... uzavřít alespoň homogamní sňatek, stárnou a rok od roku jim klesají šance vdát se. Na jedné straně se na sňatkovém trhu objevují ženy mladší a atraktivnější, na straně druhé zůstalo v kohortách jejich odpovídajících partnerů jen málo svobodných. Nadějí ... muži rozvedení, jimiž ... bude sňatkový trh v následujících letech čím dál tím více zásobován. Ovšem muži starší a zvláště rozvedení se poohlížejí spíše po partnerkách mladších. rozvedení muži nejsou příliš velkou nadějí pro svobodné ženy mající za sebou sňatkovou tíseň.“ (Katrňák, 2001). Je také pravděpodobné, že muž, který již děti má (rozvedený), má slabší motiv zakládat rodinu, než muž bezdětný.

Nutno dodat, že předchozí text je vázán na situaci v 90. letech. Od té doby rostou počty sňatků věkově heterogamních, kde žena je starší než muž (a je tedy větší pravděpodobnost, že muž je bezdětný). „Pro moderní výběr je typické že volba partnera nebo partnerky je v rukou samotných aktérů. ... jedinou podmínkou navázání vztahu dvou lidí je vzájemná náklonnost a emocionální blízkost.“ ... Pravidlo homogamie (nebo také endogamie) říká, že většina lidí, kteří uzavírají sňatek, si

nevybírání partnera nebo partnerku náhodně, ale hledá je na základě podobnosti sociálních charakteristik. ... partnerská volba není zkrátka nepopsaným listem papíru, jak se z pohledu jedince jeví a jak je prezentována na veřejnosti a v masmédiích. ... ačkoliv se s proměnou tradiční společnosti ve společnost moderní změnil způsob tohoto výběru, jeho podstata, pravidlo homogamie, zůstává stejná. ... Věkově homogamní manželství odkazuje k genderové rovnosti manželského páru, stejnému podílu muže a ženy na rozhodnutích týkajících se rodinného života, podobnému ekonomickému příjmu obou pohlaví, partnerskému vyjednávání a intimní či sexuální blízkosti muže a ženy” (Katrňák, 2008). Šance na věkově homogamní sňatek je vyšší jak pro muže tak pro ženy v dřívějším sňatkovém věku (18-29let). Uzavřou-li obě pohlaví sňatek později (30-39 let), mají vyšší šance na to, že jejich sňatek bude věkově heterogamní (6+ let).

Odráží se delší, odpovědnější a autonomnější doba výběru na vyšší stabilitě partnerství?



Zdroj: Český statistický úřad, *Vývoj obyvatelstva České republiky 2014*, str. 15

Dodejme, že návrh na rozvod podává ve dvou třetinách případů žena a že je jako příčina rozvratu u tří čtvrtin rozvodů uveden rozdíl povah, názorů a zájmů.

3.1.6 Rovnost pohlaví

Dalším argumentem pro přístup k ART i mimo reprodukční věk ženy bývá zrovnoprávnění ženy s mužem, zlepšení její pozice na pracovním trhu. Je ale žena oproti muži reprodukčně znevýhodněna, ať už jde o antikoncepci nebo koncepci?

Do příchodu spolehlivé a bezpečné hormonální antikoncepce pro ženy byla žena neplánující mateřství závislá především na antikoncepčním chování muže (pokud se nerozhodla pro sexuální abstinenci či sterilizaci). Teď už má k dispozici výrazně spolehlivější antikoncepci než muž. Pokud antikoncepce selže, má žena k dispozici ještě “opravné” prostředky: „pilulku po” a umělé přerušování těhotenství. O obojím rozhoduje pouze ona, bez ohledu na názor muže: „Žena písemně požádá o umělé přerušování těhotenství ženského lékaře zdravotnického zařízení příslušného podle místa jejího trvalého pobytu nebo místa pracoviště nebo školy.” (§ 7, Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušování těhotenství). V ČR v roce 2014 bylo dle Demografické ročenky 21 893 umělých přerušování těhotenství. Nechce-li dítě žena, má dostatek prostředků k odmítnutí mateřství. Nechce-li dítě muž, buď se musí uchýlit k sexuální abstinenci nebo sterilizaci, nebo na sebe bere nemalé riziko otcovství proti své vůli.

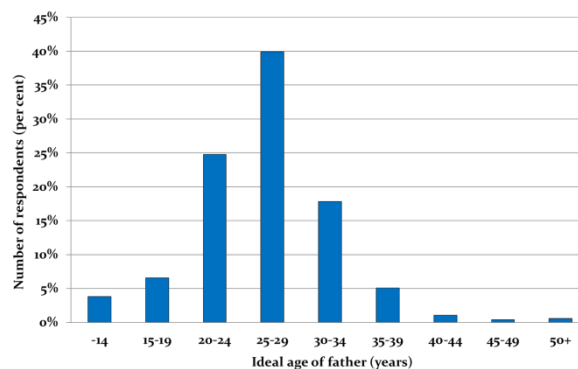
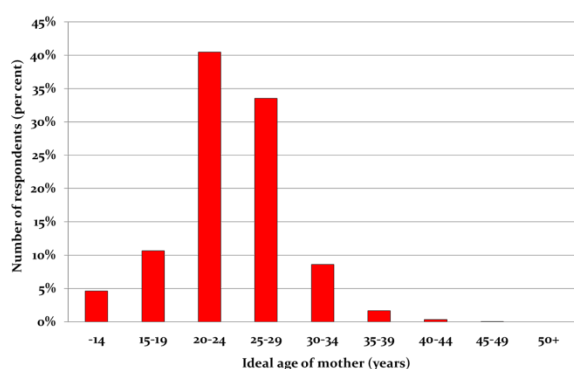
Chce-li žena dítě, má na to dobu od cca 18 let do cca 39 let (berme za horní hranici věkový limit, do nějž dnes ZP platí ART) a potřebuje k otěhotnění muže, přesněji řečeno spermie, a to většinou opakovaně – otěhotnění se obvykle nepodaří na první pokus. Chce-li dítě muž, má na to většinou celý

dospělý život. Potřebuje k tomu ženu nejen na otěhotnění, ale také na donošení dítěte. Žena se může do 12. týdne těhotenství rozhodnout pro potrat, bez ohledu na mužovo přání. Ani po porodu dítěte nemá muž právní otcovství jisté; to, zda bude uveden jako otec, závisí na ženě. V roce 2014 žena neuvadla otce u 9170 porodů (ČSÚ, 2015).

3.2 Analýza z pohledu dětí

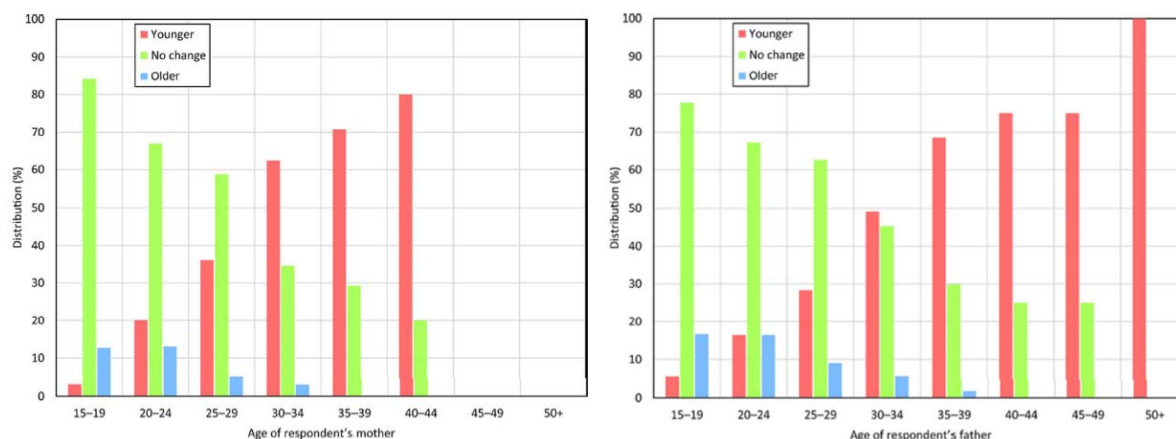
Poskytování ART je postaveno na preferencích dospělých. Objevují se studie, zkoumající „wellbeing“ dětí narozených starším rodičům; většinou z nich vyplývá, že vývoj dítěte není nijak negativně ohrožen. Tyto studie mají podle nás velmi omezenou výpovědní hodnotu. Jednak jsou respondenty, hodnotícími „wellbeing“ dítěte narozeného starším rodičům, sami starší rodiče, a ti přece nebudou kritizovat své vlastní rozhodnutí o pozdním rodičovství. A ty studie, které se ptají dětí, také nemohou dopadnout v neprospěch rodičovské volby: přece nebude dítě veřejně zpochybňovat rozhodnutí rodičů, které má rádo, za situace, kterou nijak nemůže změnit.

Pozdní rodičovství je vyjádřením preferencí dospělých. Jaké by byly preference dětí? Položili jsme v krátkém dotazníku téměř jedenapůl tisíce dětí tyto otázky: *Díky technologickému pokroku v medicíně si dnes lidé mohou sami svobodně rozhodnout, kdy chtějí mít děti. Děti si stáří svých rodičů vybrat nemohou. Kdybys ale měl/a kouzelnou hůlku a mohl/a věk svých rodičů změnit, změnil/a bys to? Kolik by sis přál/a, aby bylo tvé mamince/tatínkovi, až tobě bude 20 (25) let?* (pozn: otázka byla diferencovaná podle věku dítěte). *Proč?* Výsledky jsou v grafech.



Zdroj: Kocourková et al, 2015

Z výsledků je patrné, že 89 % dětí by preferovalo mamčin věk při porodu do 29 let, s nejpreferovanější věkovou skupinou 20-24 let, a 94 % dětí by preferovalo tatínkův věk při narození dítěte do 34 let, s nejpreferovanější skupinou 25-29 let.



Zdroj: Kocourková et al, 2015

Z těchto grafů je zřejmá přímá úměra mezi skutečným věkem rodičů a mírou jejich „pomladšování“ prostřednictvím kouzelné hůlky. Jako hlavní důvod k preferenci mladých rodičů děti uváděly obavu o fyzický a psychický stav stárnoucích rodičů, jako další důvod zájem o kontakt s prarodiči v ještě dobré kondici. Výhodu možnosti přebírat od starších rodičů jejich životní zkušenosti, často zmiňovanou ve výzkumech rodin se staršími rodiči, naši respondenti nezmiňovali.

Lze diskutovat o tom nakolik dětské preference odrážejí společenské normy a nakolik jsou skutečně preferencemi. Je možné, že v průběhu příštích let se starší rodiče stanou významně převažující skupinou a děti si na to zvyknou. Jsem si ale jista, že se tak nestane v době blízké, čili připravované změny v zákonech regulujících ART by tím neměly být dotčeny (mimořádně současný zákon vstoupil v platnost v roce 2012 a už se má novelizovat), jednak se nedomnívám, že změny preferencí budou i ve vzdálené budoucnosti nějak zásadní. Ale také není vyloučeno, že se naopak preference posunou do ještě nižších rodičovských věkových kategorií; tempo společenských změn je tak strašně rychlé, že zkušenosti a znalosti rodičovské generace jsou pro jejich potomky už nepotřebné a prostoru ke sdílení významně ubývá.

Pokud se diskutuje o věkových limitech přístupu k ART pro ženu, argumentuje se jejím úkolem dovést dítě do dospělosti bez nutnosti žádat zásadní pomoc od okolí (ESHRE, 2007). Prof. Pennings (2013) stanovuje takový limit na 50 let (v 70 letech má rodič dítě už dospělé). Končí však rodičovský vztah dospělostí dítěte? U analýzy z pohledu žadatele jsem zmínila problematiku sendvičové generace. Podle naší legislativy by dvacetiletý mladý dospělý (v prváku na VŠ) mohl mít sedmdesátiletou maminku a tatínka neurčeného věku, případně prarodiče 90+. Můžeme říci, že lidé rozhodnější se pro pozdní rodičovství to udělají odpovědně a dítě i sebe do budoucnosti finančně zajistí. Finanční jistota je ale přece jen jeden aspekt rodičovského vztahu. Leda že by rodiče počítali dopředu s tím, že jim dítě oplatí jejich zralost rozhodnutím jejich umístěním do domova seniorů (jako to možná udělali oni se svými rodiči – měli přece na starost malé dítě).

3.3 Analýza z pohledu dárců gamet

3.3.1 Darování vajíček

Rizika spojená s darováním vajíček nejsou podle literatury velká, ale to neznamená, že neexistují. Nejzávažnějším rizikem je ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS), jehož výskyt je podle literatury

malý: 1 na 400,000-500,000 stimulovaných cyklů (ASRM, 2008), jiný zdroj uvádí 0,5–11,2 % (Marek, Machač, 2003). Takto se rozlišují stupně jeho závažnosti:

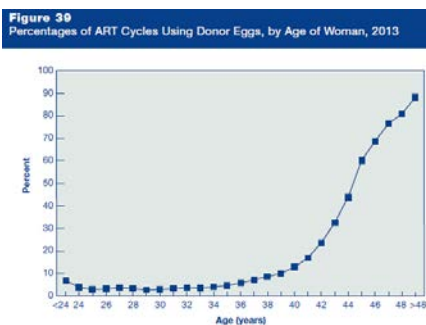
1. Lehký stupeň OHSS a) stupeň 1: rozepětí břicha a břišní dyskomfort b) stupeň 2: příznaky 1 + nauzea, zvracení a/nebo průjem spolu se zvětšením ovarii na 5–12 cm
2. Střední stupeň OHSS stupeň 3: manifestace lehkého stupně + ultrasonografické známky ascitu
3. Těžký stupeň OHSS a) stupeň 4: známky středního stupně + dušnost jako klinická známka ascitu a/nebo hydrotoraxu b) stupeň 5: změny v objemu krevním, stoupající viskozita krevní způsobená hemokoncentrací, abnormality koagulace a postižení funkce ledvin s oligurií

Zdroj: Marek, Machač, 2003.

„Lehčí formy mají tendenci ke spontánní úpravě. Rozvinutý těžký stupeň OHSS je potenciálně život ohrožující stav a vyžaduje hospitalizaci a intenzivní léčbu. Neléčený závažný OHSS může skončit smrtí mladé ženy“, říkají lékaři (Marek, Machač 2003). Hlavním rizikovým faktorem pro vznik OHSS je nízký věk ženy; výskyt u dárkyní je proto výrazně vyšší než u pacientek. Úmrtí mladých žen v souvislosti s OHSS syndromem či těžká poškození zdraví, včetně způsobení neplodnosti, jsou už evidována, dokonce i v ČR.

ART procedury jsou považovány za psychicky a fyzicky náročné; žena dochází opakovaně na vyšetření, píchá si hormony, podstupuje invazivní zákroky v anestezii. Lékaři s psychology řeší jak předejít tzv. drop-outu, ukončení léčby pro nezvládnutelnou psychickou zátěž, přestože šance na úspěch jsou ještě příznivé (Land, Courtar, Evers, 1997; Verberg et al, 2008). Téměř identickou proceduru ale podstupuje i dárkyně, u ní pouze nedojde k transferu embrya.

Následující tabulky ukazují souvislost užití darovaných vajíček s věkem ženy (statistika USA) a jak se mění počty cyklů s darovanými vajíčky v ČR (tabulka ÚZIS/NRAR):



Zdroj: CDC, 2013 ART Report

5. Počet cyklů zaslaných do NRAR – tříděno podle „Zamýšleného cíle“ cyklu

Zamýšlený cíl	Popis	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
IVF	IVF, event. ICSI	12 192	14 150	12 843	12 733	12 326	12 296	12 980
ket	KET – Kryoeembryotransfer	4 218	4 793	4 896	5 025	4 520	6 224	7 715
pgd	PGD	530	590	478	503	608	754	1 131
ed	Darování oocytů	675	1 555	1 900	2 361	3 110	3 696	4 319
OoR	Přijetí darovaných oocytů	-	153	2 246	2 829	3 735	4 297	5 199
EmR	Přijetí darovaných embryí	-	10	94	126	90	169	317
freeze	Zamrazit vše (oo / emb)	-	26	231	194	152	426	548
jina	Jiné	67	39	19	27	9	17	36
CELKEM evidovaných cyklů		17 682	21 316	22 707	23 798	24 550	27 879	32 245
Cyklů s cílem otěhotnět, tj. IVF, KET, PGD, OoR, EmR		16 940	19 696	20 557	21 216	21 279	23 740	27 342

Zdroj: ÚZIS/NRAR: ART 2013

Sami autoři ÚZIS/NRAR tabulky upozorňují na fakt, že počet „klasických“ IVF cyklů, tedy s vlastními vajíčky, se nemění, a že prudký nárůst je v cyklech s cílem „Darování oocytů“ (ed) a v cyklech s „přijetím darovaných oocytů“ (OoR). Potvrzuje to mou tézi z první části článku, že fyziologicky se plodnost nesnižuje, zájem o ART je dán pouze zvyšujícím se věkem plánování rodičovství.

3.3.2 Darování spermií

S darováním spermií nejsou spojena žádná zdravotní rizika; snad jediným závažnějším rizikem je psychický šok po zjištění špatných výsledků spermilogického vyšetření. Cykly s darovanými spermiemi se v Národním registru asistované reprodukce ČR nevidují.

3.4 Analýza z pohledu společnosti

Klesání počtu narozených dětí výrazně pod hranici zachování populace je vážným demografickým, ekonomickým a sociálním problémem. Společnost má logický zájem podpořit porod dostatečného počtu dětí. Z analýz však vyplývá, že ani nejvelkorysejší popora ART nenahradí úbytek dětí (Habbema et al., 2014; Leridon, 2004; Conolly et al., 2010). Ten je totiž způsoben zvyšujícím se počtem lidí bezdětných dobrovolně a významným poklesem počtu dětí v rodině; s infertilitou nesouvisí (Rabušic, 2001, Frejka et al. 2008). Počet dětí narozených díky ART sice významně roste, ale příčinou je odkládání rodičovství. Těch lidí, kteří trpí nějakou poruchou plodnosti, je stále stejně. Od 30 let se plodnost fyziologicky snižuje, proto se využití ART zvyšuje.

Skoro každá studie věnující se odkládání rodičovství končí takto: “Health care providers should counsel women about the realities of the biological clock and ensure they have realistic expectations about natural and assisted fertility rates if they choose to delay child-bearing into their later reproductive years.” (Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2011). Posun k realistickým očekáváním by se neměl týkat jen biologických, ale i sociálních, finančních, psychologických a dalších aspektů. A i když podkapitola analyzující rovnoprávnost mezi pohlavími ukazuje, že mužovy pravomoci v oblasti plánování rodičovství jsou velmi omezené, domnívám se, že svůj díl odpovědnosti by společnost měla přenést i na muže.

Není možné ovlivnit média držaná soukromými vlastníky, aby neinformovala bulvárním způsobem. Dokumenty vydávané státními orgány však k matení sklouzávat nemohou. Formulace zákona o specifických zdravotních službách § 6 (1) „*Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročí 49 let*“ je z tohoto pohledu buď neobratná nebo pokrytecká. Lidi tuto věkovou hranici nevnímají jako rezervu pro absolutně výjimečné situace, ale jako vyjádření expertů o tom co je běžně možné (mimořádně pokud je žena 40+ opravdu plodná, pak jistě nepotřebuje pomoc ART; jediné v případě, že poruchou plodnosti trpí její partner). Další, kde má společnost pravomoc zasáhnout, je způsob informování některých českých center o dárcovském programu; ten se totiž blíží spíš způsobu předvánoční nabídky v obchodech se spotřebním zbožím než popisu léčby založené na krajní lidské solidaritě: „...díky naší komplexní dárcovské databázi můžeme pro vás okamžitě vyhledat **nejvhodnější dárkyni na základě téměř 100% shody vnějších znaků**, ale i povahových vlastností a zájmů. U nás se na darovaná vajíčka ani spermie nečeká“. Povinnosti společnosti je zajistit aby nebyl porušován zákon, v tomto případě zákon transplantační.

Společnost je však v poněkud schizofrenní pozici: na jedné straně je členem systému, který analyzujeme, takže by měla hledět především zájmy sebe jako celku. Na druhé straně je tím, kdo formuluje zákonnou regulaci, čili musí odpovědně a nestranně zvažovat zájmy a rizika všech dotčených členů. Nemůže přání jedněch (párů žádajících o léčbu) povyšovat nad přání druhých (dětí či sama sebe). Musí také v maximální míře omezovat rizika dalších (dárců gamet). Dokonalou ilustrací situace je to, že ČSÚ si ve svých výpočtech nedovolí ani v nejmenším počítat s inter- či intragenerační solidaritou (půjčování či „dědění“ dětské postýlky, hraček, sportovního vybavení, atd...), zatímco pro tvůrce zákonů regulujících ART je naprosto samozřejmé, že mladé ženy podstupují nikoliv bezrizikové procedury, aby umožnily rodičovství lidem ve věku jejich rodičů či prarodičů.

4. ZÁVĚR

Antikoncepční pilulka, podobně jako mnohé další medicínské technologie, přinesla možnost téměř stoprocentně spolehlivé kontroly nad svým tělem. Medicínské technologie jsou ale jen velmi nepatrnou součástí života; ten sám o sobě je velmi nejistý, poskytuje jen velmi málo prostoru pro dokonalou kontrolu nad jednotlivými životními kroky a jejich konsekvencemi. Neexistuje žádný spolehlivý návod na to jak si vybrat vhodného partnera/partnerku, žádný návod na to jak s ní/m prožít klidný život, neumíme spolehlivě odhadnout, zda konkrétní osoba bude spokojeným rodičem.

Výrazně větší rozhodovací pravomoci ženy v plánování rodičovství s sebou nesou také výrazně větší odpovědnost. A ta – domnívám se – je hlavním důvodem odkládání rodičovství; nikoliv potřeba užívat si, jak bývá v médiích zmiňováno. Nejtěžší je totiž rozhodnout se a nést za své rozhodnutí odpovědnost. Situace je to nesmírně obtížná, a moderní člověk, vychovaný v duchu prevence a povinnosti maximálního snižování rizik, s ní neumí, a možná ani nemůže umět zacházet. Výsledkem je odkládání rodičovství do věku fyziologicky nevhodného. Jsem však přesvědčená, že současné „bezlimitní“ strategie nebo strategie s vysokými věkovými limity poskytují ženám i mužům medvědí službu, protože vytvářejí falešný pocit, že jednou se ideální okolnosti sejdou.

Dárcovství gamet, především vajíček, rozhodně není bez zdravotních a psychosociálních rizik. Nejen kvůli těmto rizikům, ale i kvůli tomu, že existují hodnotné alternativy řešení, jsem přesvědčena, že by se jeho využívání mělo velmi zvažovat. Hodnota dárcovství orgánů a tkání jako nejhumánnější výraz lidské solidarity by měla být využívána jen v krajních případech, a těmi pro mě není sociální infertilita.

Syntéza všech uvedených hledisek mě dlouhodobě utvrzuje v názoru, že možnost užít darované gamety by se měla věkově krýt se statisticky vymezenou hranicí přirozené plodnosti, tedy u ženy s věkem do 40 let. Protože ale respektuji biologickou variabilitu, umožnila bych přístup k ART (nedárcovskému) samoplátcům – párům, kde je ženě do 43 let. Stejný věkový limit bych nastavila i pro muže. Vnější zásahy do rodičovských plánů jsou pro mě nepřijatelné; pokud může mít žena děti v padesáti letech a muž v sedmdesáti, ať je má, je to na vlastní odpovědnost. Pokud ale má intervenovat stát hi-tech medicínou, měl by důkladně zvažovat hlediska všech zúčastněných.

Referenční seznam:

- ASRM, Ovarian hyperstimulation syndrom. *Fertility and Sterility*, vol. 90, suppl 3, November 2008, S188 – S193, 2008.
- BEAUCHAMP, TL., CHILDRESS, JF, Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2001.
- BERGER, PL, LUCKMANN, T., Sociální konstrukce reality. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999.
- BUSARDÓ, FP, GULINO, M., NAPOLETANO, S., ZAAMI, S., FRATI, P., The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members. *BioMed Research International*, Volume 2014, Dostupné zde: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/307160>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology, *2013 Assisted Reproductive Technology Fertility Clinic Success Rates Report*. Atlanta (GA): US Dept of Health and Human Services, 2015.
- CONNOLLY, MP, HOORENS, S., CHAMBERS, GM, The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective. *Hum. Reprod. Update* 16, 603–613, 2010.
- ČSÚ, Žijeme déle a zdravěji? Datum nevedeno. Dostupné zde: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a7>
- ČSÚ, Náklady na výchovu a výživu dětí – 2003. Vydáno 2004. Dostupné zde: <https://www.czso.cz/documents/10180/20538386/30100416a.pdf/7edbb0e6-3df2-457f-9b2e-22473322a715?version=1.0>.
- ČSÚ, Vývoj obyvatelstva České republiky 2014. Vydáno 2015. Dostupné zde: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2014>.
- Daily News, Čína: Méně párů chce druhé dítě. Publikováno 30.10.2014, dostupné zde: <http://dailynews.cz/cz/asia/cina-mene-paru-chce-druhe-dite.html>.
- ESHRE, *Legislation for MAR treatments. Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies - Final Report, 2009*. Dostupné zde: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Legislation-for-MAR-treatments.aspx>.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 3, Gamete and embryo donation. *Hum. Reprod.* 17, 1407–1408, 2002.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 10, Surrogacy. *Human Reproduction*, Vol. 20, No. 10, pp. 2705–2707, 2005a.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 12, Oocyte donation for non-reproductive purposes. *Hum Reprod.* 2007 May;22(5):1210-3, 2005b.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 13, The welfare of the child in medically assisted reproduction. *Human Reproduction*, Vol. 22, No. 10, pp. 2585–2588, 2007.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 14, Equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod.* 2008 Apr;23(4):772-4, 2008.
- European Parliament (EP), Human Enhancement Study, IP/A/STOA/FWC/2005-28/SC35, 41 & 45. 2009. This document is available on the Internet at: http://www.europarl.europa.eu/stoa/default_en.htm.

- EVROPSKÁ KOMISE, Strategie Evropa 2020. Strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění. V Bruselu dne 3.3.2010. http://ec.europa.eu/archives/growthandjobs_2009/pdf/complet_cs.pdf.
- EXECUTIVE AND COUNCIL OF THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA, Advanced Reproductive Age and Fertility. Guidelines, 2011.
- FREJKA, T., SOBOTKA, T., HOEM, JM, TOULEMON, L. (eds.) Childbearing Trends and Policies in Europe. Demographic Research, Special Collection 7, Vol. 19, Articles 1-29, pp. 1-1178, 2008.
- HABBEMA, JDF, EIJKEMANS, MJC, LERIDON, H., te VELDE, ER, Realizing a desired family size: when should couples start? Human reproduction, Vol.30, No.9, 2215-2221, 2015.
- HACKING, I., making Up People. In: *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought*, edited by Thomas C. Heller, Morton Sosna, and David E. Wellbery. Stanford, CA: Stanford University Press, 1986.
- KATRŇÁK, T., Strukturální příčiny poklesu sňatečnosti a nárůstu svobodných v devadesátých letech v České republice. Sociologický časopis, Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001, roč. 37, č. 2, s. 225-239.
- KATRŇÁK, T., Spříznění volbou? Homogamie a heterogamie manželských párů v České republice. Praha: Sociologické nakladatelství, 2008.
- KOCOURKOVÁ, J., KONEČNÁ, H., BURCIN, B., KUČERA, T. How old is too old? A contribution to the discussion on age limits for assisted reproduction technique access. Reproductive Biomedicine Online May;30(5):482-92.
- KONEČNÁ, H., KLŮFA J., DOSKOČIL O., BUBLEOVÁ, V., Anonymní dárcovství gamet a anonymní porody: společné etickopsychosociální a právní aspekty. Prakt. Léč. 2012; 92(10-12): 546-550.
- KONEČNÁ, H., O negenetickém rodičovství trochu jinak: informace pro zdravotníky. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2012.
- LAND, JA, COURTAR, DA, EVERS, JLH, Patient dropout in an assisted reproductive technology program: Implications for pregnancy rates. *Fertil Steril* 1997; 68:278–81, 1997.
- LERIDON, H., Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum. Reprod.* 19, 1548–1553, 2004.
- MAREK, M., MACHAČ, Š, Ovariální hyperstimulační syndrom – soubor interních komplikací u gynekologických pacientek podstupujících in vitro fertilizaci. *Interní medicína pro praxi* 2003/8, str. 389-393, 2003.
- MPSV ČR, Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2014. Č. j.: 2015/22164-411. 2015. Dostupné zde: https://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/trh_prace/rok2014/anal2014.pdf.
- MZ ČR, Zpráva o zdraví obyvatel České republiky. 2014. Dostupné zde: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_ne_moci/Zprava_o_zdravi_obyvatele_CR.pdf.
- NOVÁKOVÁ, K., KONEČNÁ, H., ŠÍDLO, L., Principy zdravotní péče zaměřené na člověka – Person-Centered Health Care. Prakt. Léč. 2016; 96(1): 14-17, 2016.
- PENNINGS, G., Age as a criterion for parenting competence. *Reprod. Biomed. Online* 27, 118-120, 2013.

- PENNINGS, G., International evolution of legislation and guidelines in medically assisted reproduction. *Reproductive BioMedicine Online* 18 (suppl. 2): 15-18, 2009.
- RABUŠIC, L., Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě. Praha: SLON, 2001.
- RIGGAN, K., G12 Country Regulations of Assisted Reproductive Technologies. *Dignitas*, the quarterly publication of CBHD, Volume 16, Number 4 (Winter 2009): 6-7.
- SMAJDOR, A., Do women have a right to freeze their eggs? *BioNews* 815, 17 August 2015.
- SZÚ, Hodnocení zdravotního stavu. Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky. 2006.
Dostupné zde:
http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Demo_05.pdf
- ÚZIS/NRAR, Asistovaná reprodukce v České republice 2013, vydáno 2014.
- VERBERG, MFG, EIJKEMANS, MJC, HEIJNEN, EM, BROEKMANS, FJM, de KLERK, C., FAUSER, BCJM, MACKLON, NS, ehy do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction*, 23(9): 2050–2055, 2008.