

INFERTILITATEA CUPLURILOR DIN PERSPECTIVA POLITICII DEMOGRAFICE

Inga CHISTRUGA-SÎNCHEVICI, PhD in Sociology,
National Institute for Economic Research,
Academy of Economic Studies of Moldova

<https://orcid.org/0000-0002-3241-9864>, i_sinchevici@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.36004/nier.cdr.V.2023.17.9>

***Abstract.** Measures aimed at including medically assisted reproductive technologies in population and family policy have been a distinctive trend over the last two decades. The aim of the study is to assess the role of state policies in supporting infertile couples, based on an analysis of the legal framework with reference to reproductive health and the protection of the institution of the family. According to data from the Generations and Gender Study, about 11% of couples of reproductive ages in the Republic of Moldova face the problem of the inability to conceive a child. The experience of infertility affects the couple through feelings of guilt and shame, situations of disapproval from others, and implications for family stability and well-being. Legislation states that people in the Republic of Moldova have the right to infertility treatment, including the use of medically assisted reproductive technologies, the most commonly used being in vitro fertilization. In reality, there are a number of obstacles for couples who wish to conceive a child using medically assisted reproductive technologies: the high cost of services (in vitro fertilization is currently carried out only privately); territorial inaccessibility due to the concentration of all medical institutions providing medically assisted reproductive services in Chisinau; religious resistance and other ethical issues. The article concludes with examples of European practices and recommendations for improving policies to support infertile couples in Moldova. The article was elaborated within the State Program Project (2020-2023) 20.80009.0807.21 „Migration, demographic changes, and situation stabilization policies”.*

Keywords: *infertility, child, family policy, demographic policy, medically assisted reproductive technologies*

JEL: *J10, J12, J13, J18*

UDC: *314.113*

Introducere. Amânarea căsătoriei și respectiv nașterea primului copil generează accentuarea problemei infertilității populației. În Republica Moldova, vârsta medie la prima căsătorie crește într-un ritm rapid. Astfel, din anul 2010 până în 2022, acest indicator s-a majorat cu 3 ani pentru femei și bărbați, fiind de 26 și respectiv 29 de ani. Factorii socio-economici conduc la o situație în care nașterea primului copil este amânată prea mult timp.

Considerată boală, în termeni medicali infertilitatea este definită ca incapacitatea unei femei de a concepe sau a unui bărbat de a induce o sarcină timp de un an de relații sexuale regulate fără utilizarea metodelor de contracepție, fiind clasată de

Organizația Mondială a Sănătății pe locul 5 în topul dizabilităților la nivel global. Există două tipuri de infertilitate: infertilitatea primară, atunci când o femeie este incapabilă să conceapă primul său copil și infertilitatea secundară, când o femeie a avut deja copii sau a fost însărcinată, dar nu poate rămâne însărcinată din nou.

În mare măsură acest fenomen se atribuie creșterii incidenței maladiilor sexual-transmisibile, care condiționează obturarea trompelor uterine, planificării tardive a nașterii unui copil, factorilor ecologici, alimentari, sociali (Moșin & Eșanu, 2012). La acestea se mai adaugă și inițierea precoce a relațiilor sexuale neprotejate, parteneri sexuali multipli, cunoștințe insuficiente despre metodele de contracepție și neutilizarea lor (Ciubotaru, 2022).

Infertilitatea afectează diferite aspecte ale vieții, cum ar fi cele sociale, mintale și fizice, afectând întregul cuplu. Infertilitatea este asociată cu experiențe stresante, depresie, stigmatizare, relații extraconjugale și divorț. În același timp, în Republica Moldova, prezența copiilor este considerată drept un indicator important pentru femei, care conferă sens existenței, fericire și împlinire acesteia. Conform studiului GGS, 91,5% din numărul populației parțial sau total sunt de acord cu afirmația: pentru ca viața unei femei să fie împlinită, ea trebuie să aibă copii. Persoanele din mediul rural (94,3%) sunt în număr mai mare comparativ cu cele din mediul urban (86,5%), confirmând prezența mai puternică a stereotipurilor tradiționale. Nașterea și educarea copiilor în viziunea populației este foarte importantă și pentru împlinirea unui bărbat. Peste 90% din numărul respondenților sunt „parțial” sau „total de acord” cu afirmația că „pentru ca viața unui bărbat să fie împlinită, el trebuie să aibă copii” (Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova & UNFPA, 2022).

Se vehiculează că în Republica Moldova 20% din cupluri sunt infertile. Astfel, de infertilitate suferă fiecare al 5-lea cuplu, iar numărul real al cuplurilor infertile ar fi cu mult mai mare (Programul municipal de suport financiar pentru reproducere umană asistată medical în mun. Chișinău, pentru anii 2023-2025 din 02.05.2023).

Rezultatele studiului Generații și Gen ne-au relevat că ponderea persoanelor cu vârsta de 15-49 de ani care au încercat să conceapă un copil dar nu au reușit în ultimele 12 luni este de 11,6%. Proporția celor din mediul rural care au semnalat această problemă este mai mică decât a celor de la orașe fiind de 10% și respectiv 13,9%. Analiza în funcție de vârstă evidențiază că cel mai mult cu această problemă se confruntă persoanele cu vârsta de 35-39 de ani, urmați de cei cu vârsta de 40-44 ani (Ciubotaru, 2022). Deci, odată cu înaintarea în vârstă, crește și probabilitatea cuplurilor de a suferi de maladii care afectează sistemul reproductiv, determinând incapacitatea de a concepe.

După nivelul de instruire, studiul denotă că cu cât este mai mare nivelul de instruire a respondenților cu atât mai mare este ponderea celor care au încercat să conceapă un copil dar nu au reușit în ultimele 12 luni (*Tabelul*).

Tabelul 1. Ponderea persoanelor cu vârsta de 15-49 de ani care au încercat să conceapă un copil dar nu au reușit în ultimele 12 luni (în%) în funcție de vârstă și nivelul de instruire

Vârsta		Nivelul de instruire	
15-19 ani	0,9	Fără studii	5,4
20-24 ani	4,1	Primare	8,9
25-29 ani	10,4	Secundare	10,4
30-34 ani	12,8	Generale/liceale	9,4
35-39 ani	17,3	Profesionale	13,3
40-44 ani	15,2	Colegii specializate/tehnice	10,1
45-49 ani	10,4	Universitare/licență	13,9
Total	11,6	Masterat	18,6
		Doctorale/post-doctorale	44,5

Sursa: Ciubotaru V. Infertilitatea în context demografic și al sănătății reproductive. Chișinău, UNFPA Moldova, 2022.

În conformitate cu informațiile prezentate în Programul municipal de suport financiar pentru reproducerea umană asistată medical în mun. Chișinău, pentru anii 2023-2025, numărul cuplurilor infertile oficial înregistrate de medicii de familie în 2021, din instituțiile medicale municipale din Chișinău este de 579 per Numărul real al cuplurilor infertile ar fi cu mult mai mare, estimându-se cifra de 38000 de cupluri.

O perioadă mare de timp infertilitatea a reprezentat o problemă personală a unei persoane sau a unui cuplu, deoarece autoritățile, societatea nu le puteau oferi un careva suport. Unica soluție era adopția sau înfierea unui copil. Conform Legii nr. 99 din 28.05.2010 privind regimul juridic al adopției, în Republica Moldova, adopția este permisă numai persoanelor care au capacitate deplină de exercițiu, au atins vârsta de 25 de ani și sunt cu cel puțin 18 ani mai în vârstă decât cel pe care doresc să-l adopte, dar nu cu mai mult de 48 de ani. Cu toate acestea cele mai multe cupluri care se confruntă cu problema infertilității își doresc să aibă proprii copii, respectiv ei își pot realiza dorința prin intermediul medicinei reproductive asistate.

Un pas important în reglementarea și promovarea drepturilor și responsabilităților în domeniul sănătății reproductive din Republica Moldova l-a avut adoptarea legii "Cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială" nr.185-XV din 24.05.2001. În această lege sunt stabilite unele norme sumare în ceea ce privește donarea celulelor sexuale, însămânțarea artificială și fecundarea în vitro.

În 2012 a fost adoptată o altă lege privind sănătatea reproducerii (Legea nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii). Unele modificări au fost operate în 2022 din cauza că Legea avea foarte multe limitări, intrând în vigoare din 01.01.2023. Articolul 9 din această lege prevede că persoanele au dreptul la tratamentul infertilității, inclusiv cu folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical. Serviciile de reproducere asistată medical pot fi acordate de către prestatorii de servicii medicale publice și/sau privați acreditați și autorizați în conformitate cu legislația.

Reproducerea umană asistată medical reprezintă ansamblul tehnicilor și practicilor clinice sau biologice care permit procrearea în afara procesului natural

(lipsind actul sexual), prin intervenția și la indicația medicului. Principala motivație pentru utilizarea tehnologiei a fost și rămâne dorința de a avea numărul dorit de copii în intervalul de timp dorit, atunci când apar bariere naturale în calea îndeplinirii planurilor reproductive personale.

În Republica Moldova, cuplul reproductiv asistat medical care se află sau nu într-o căsătorie înregistrată în modul stabilit de lege are dreptul la folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical cu condiția acordului reciproc și a consimțământului informat, scris, semnat de către ambii soți sau parteneri.

De asemenea, femeile solitare au dreptul la folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical cu utilizarea spermei unui donator în baza consimțământului informat, semnat de ele. Această prevedere legală oferă oportunitatea soluționării problemei ”infertilității sociale” pentru femeile singure, care nu au partener conjugal. Studiul Generații și Gen a relevat că opinia populației este una favorabilă față de maternitatea singură. Astfel, 83,5% din numărul total al respondenților sunt de acord parțial sau total cu faptul că femeia poate crește un copil de una singură, dacă nu vrea să aibă o relație stabilă cu un bărbat (Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova & UNFPA, 2022).

Tabelul 2. Tehnologiile de asistare medicală a reproducerii umane premise de cadrul legal din Republica Moldova

Până în 2022	Din 2023
a) inseminarea artificială cu sperma soțului;	a) inseminarea artificială cu sperma soțului;
b) inseminarea artificială cu sperma donatorului;	b) inseminarea artificială cu sperma donatorului;
c) fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin de embrioni;	c) fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin de embrioni;
d) injectarea intracitoplazmatică a spermatozoizilor;	d) injectarea intracitoplazmatică a spermatozoizilor;
e) ecloziunea asistată;	e) ecloziunea asistată;
f) extragerea spermatozoizilor din testicule;	f) extragerea prin tehnici microchirurgicale a spermatozoizilor din testicul și/sau glandele anexe;
g) crioconservarea de spermă, de oocite, de embrioni;	g) crioconservarea de spermă, de oocite, de embrioni pentru reproducerea asistată medical;
h) donarea de spermă, de oocite, de embrioni;	h) donarea de spermă, de oocite, de embrioni;
i) diagnosticul preimplantor genetic;	i) testarea genetică preimplantare;
j) reducerea numărului de embrioni în cazul sarcinii multiple.	j) reducerea numărului de embrioni în cazul sarcinii multiple;
	k) crioprezervarea de gameți și țesut gonadal reproductiv (țesut testicular, țesut ovarian) pentru conservarea fertilității;
	l) maturarea in vitro a oocitelor.

Sursa: Legea nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii.

Analiza cadrului legal ne arată că începând cu anul curent populația Republicii Moldova are acces la mai multe tehnologii de asistare medicală a reproducerii umane și anume crioprezervarea de gameți și țesut gonadal reproductiv (țesut testicular, țesut ovarian) pentru conservarea fertilității și maturarea in vitro a oocitelor. Oportunitatea crioprezervării de gameți și țesut gonadal reproductiv (țesut testicular, țesut ovarian) pentru conservarea fertilității este extrem de necesară în contextul actual când maladiile oncologice se înregistrează din ce în ce mai mult și în rândul populației tinere. Astfel, înainte de începerea tratamentului oncologic pacienții ar putea să recurgă la această procedură pentru a le putea utiliza ulterior în vederea obținerii unei sarcini.

Cu toate că tehnologia de crioprezervare este extrem de utilă, în prezent este disponibilă doar pentru cei cu resurse financiare suficiente, ceea ce generează o serie de probleme în ceea ce privește egalitatea și echitatea accesului la această procedură.

În urma crioconservării (înghețării) embrionilor aceștia pot fi folosiți în situațiile de eșec al procedurii FIV, oferind o șansă suplimentară de obținere a sarcinii, fără a efectua stimulare hormonală repetată. Deși cadrul legal din Republica Moldova a fost actualizat recent, aspectele ce țin de perioada minimă și cea maximă pentru care se admite congelarea embrionilor, soarta embrionilor înghețați atunci când cuplul a decedat, a divorțat nu sunt reflectate. Același lucru este valabil și în ceea ce privește crioconservarea de spermă, de oocite, de gameți și țesut gonadal reproductiv.

Donarea de spermă, de oocite, de embrioni în Republica Moldova se permite dar numai în scop necomercial. În unele țări (Danemarca, Franța, Ungaria, Rusia, Ucraina și Spania), donația de oocite și embrioni este permisă în scop comercial. Donația gameților este indicată în cazul sterilității absolute masculine sau feminine, sau pentru profilaxia transmiterii unor patologii genetice grave (Moșin & Eșanu, 2012). Donarea de oocite este o procedură care implică anumite riscuri pentru sănătatea femeii de aceea femeile ar trebui să fie bine informate cu privire la acest aspect.

În Republica Moldova donarea de celule sexuale poate fi anonimă și neanonimă. Donatori neanonimi de celule sexuale pot fi rudele pacienților până la gradul 2 (pentru femeie – rudele de sex feminin, pentru bărbat – rudele de sex masculin), precum și persoanele legate de aceștia printr-o afecțiune deosebită (prieteni, amici). În cazul donării anonime de gameți și/sau de embrioni trebuie garantată confidențialitatea și păstrarea anonimului donatorului și a primitorului (primitorilor) care au utilizat gameți și/sau embrioni donați pentru reproducerea asistată medical. Donatorii de celule sexuale și de embrioni nu își asumă angajamente și sunt absolviți de responsabilitate părintească față de viitorul copil.

În acest context este evidentă și necesitatea copiilor de a-și cunoaște ”rădăcinile genetice”, identitatea lor. Studii internaționale arată că majoritatea donatorilor de spermă și de ovule aleg să fie anonimi. Cu toate acestea, au fost adoptate unele legi care prevăd că copiii au dreptul de a fi informați cu privire la originile lor și că nimeni nu ar trebui să îi împiedice să facă acest lucru (Исупова, 2017).

De o importanță deosebită este diagnosticul preimplantor genetic sau testarea genetică preimplantare care poate ajuta în mod semnificativ cuplurile cu boli

ereditare, cu vârste reproductive mai înaintate, precum și pe cele care au un istoric de mai multe fertilizări in vitro nereușite fără implantare pentru a exclude bolile ereditare la copii și pentru a evita avortul medical ulterior. Diagnosticul genetic preimplantator este metoda prin care se verifică cromozomii unui embrion de 3 zile produs prin tehnici de reproducere umană asistată, pentru a detecta boli genetice severe. Una sau două celule sunt extrase din embrion și sunt studiate pentru detectarea anomaliilor cromozomiale.

Potrivit specialiștilor în domeniu în ultimii ani, aria de aplicabilitate a diagnosticului preimplantator genetic s-a extins de la indicații medicale către indicații nonmedicale. Unele state interzic total diagnosticul preimplantator genetic din indicații non-medicale, alte state sunt mai permisibile. Cele mai permisibile legislații sunt Regatul Unit al Marii Britanii, Suedia, Danemarca, Franța și Norvegia. Cele mai restrictive state sunt Austria, Germania sau Elveția, unde efectuarea diagnosticului preimplantator genetic în scopuri nonmedicale este sancționată penal (Moșin & Eșanu, 2012).

Cadrul legal din Republica prevede și posibilitatea de reducere a numărului de embrioni în cazul sarcinii multiple. Se recurge frecvent la această situație din cauza că o sarcină multiplă conduce la naștere prematură, creează probleme de sănătate atât viitorilor copii, cât și mamei, respectiv sarcinile multiple sunt asociate cu o povară mai mare asupra sistemelor de sănătate.

În acest sens, la nivel internațional pentru a reduce numărul de sarcini multiple se recurge la transferarea unui număr redus de embrioni. În Europa, soluția a fost limitarea numărului de embrioni transferați la 2 și, în unele țări, chiar la unul (Suedia), (Исупова, 2017). Însă, reducerea numărului de embrioni implantați poate diminua rata de succes a apariției sarcinii. Cadrul legal din Republica Moldova nu prevede numărul maxim de embrioni care pot fi transferați.

Numărul de embrioni transferați depinde de gradul de dezvoltare a tehnologiilor de reproducere și a medicinei în general, precum și de prevalența programelor de finanțare a FIV din contul statului sau a companiilor de asigurări. Cele mai frecvente transferuri de un singur embrion se aplică în Suedia (73,3%), Japonia (70,0%) și Finlanda (67,5%). Republica Moldova, alături de Bulgaria, Grecia, Lituania, Muntenegru și Serbia se numără printre statele în care cel mai adesea se transferă 3 sau mai mulți embrioni la un ciclu de tratament efectuate (Исупова, 2017). Acest lucru ilustrează dorința de a maximiza eficiența fiecărui ciclu de fertilizare. În cazurile în care pacienții plătesc singuri pentru procedurile medicale, aceștia sunt mai înclinați să aibă mai mult de un embrion transferat odată, chiar dacă sunt informați cu privire la riscurile asociate sarcinilor multiple.

Informațiile prezentate în tabelul 3 ne relevă că în mare parte procedurile interzise în domeniul reproducerii umane asistate medical în Republica Moldova au rămas constante, fiind doar reformulate pe alocuri. În țara noastră, alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii maladiilor genetice severe legate de sex este interzisă. Sunt puține țările în care cadrul legal permite acest lucru, spre exemplu Thailanda, ceea ce o face să fie populară străinilor pentru tratamentul infertilității. Selecția sexului viitorului copil poate avea un impact negativ asupra raportului dintre sexe.

Tabelul 3. Procedurile interzise în domeniul reproducerii umane asistate medical în Republica Moldova

Până în 2022	Din 2023
a) alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii maladiilor genetice severe legate de sex;	a) alegerea sexului viitorului copil, cu excepția cazurilor de risc al moștenirii unor maladii genetice severe legate de sex;
b) avortul selectiv al embrionilor de un anumit sex, specificat în reglementările internaționale de bioetică;	b) clonarea ființei umane, crearea de himere și transplantarea acestora în organismul uman;
c) clonarea ființei umane, crearea de himere și transplantarea acestora în organismul uman;	c) folosirea celulelor sexuale pentru crearea de embrioni umani exclusiv pentru cercetări științifice;
d) aplicarea tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane fără consimțământul persoanei;	d) aplicarea unor tratamente de reproducere asistată medical sau a unor tehnologii de reproducere asistată medical fără consimțământul persoanei;
e) prestarea serviciilor de reproducere umană în lipsa autorizațiilor/licențelor necesare;	e) prestarea serviciilor de reproducere asistată medical în lipsa unei autorizații sanitare de funcționare eliberate de Agenția Națională pentru Sănătate Publică și în lipsa autorizației eliberate de Ministerul Sănătății la propunerea Agenției de Transplant;
f) violarea confidențialității datelor privind donările de spermă, de oocite și de embrioni;	f) violarea confidențialității datelor privind donările de spermă, de oocite sau de embrioni;
g) obținerea spermei și a oocitelor de la persoane cu vârsta sub 18 ani (cu excepția cazurilor de crioconservare în baza indicațiilor medicale).	g) obținerea gameților și/sau a țesuturilor gonadale reproductive de la persoane cu vârsta sub 18 ani (cu excepția cazurilor de crioprezervare a fertilității în baza indicațiilor medicale).

Sursa: Legea nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii.

Una dintre cele mai populare metode de reproducere umană asistată este fertilizarea in vitro. Metoda FIV a fost implementată în Republica Moldova în anul 1995 în cadrul Centrului Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală.

Unele date au relevat că din 1995 până în 2010 fertilizarea in vitro a fost efectuată la mai mult de 3000 cupluri cu infertilitate și s-au născut mai mult de 1200 copii (Moșin & Eșanu, 2012). Actualmente, numărul copiilor născuți în Republica Moldova prin intermediul medicinei reproductive asistate este unul necunoscut, deoarece nu toate clinicile furnizează date complete, pacienții nu raportează întotdeauna medicilor toate rezultatele sarcinilor, nu se prezintă la clinicile în care au beneficiat de serviciile medicale reproductive pe tot parcursul sarcinii și nașterii și nu sunt obligați să aducă certificatul de naștere al copilului la centrele în care au beneficiat se servicii medicale de reproducere asistată. În plus, unii beneficiari se află în afara Republicii Moldova, alții sunt cetățeni ai altor țări.

În Europa se efectuează 1500 de FIV la un milion de locuitori, în Rusia - 1082 cicluri, în Danemarca, Belgia și Slovenia - 3 000 ceea ce reprezintă până la 6% din totalul nașterilor (Исупова & Русанова, 2021). La nivel internațional se consideră că indicatorii privind rata de utilizare a tehnologiilor medicinei reproductive au atins un platou, creșterea s-a oprit și a avut loc o stabilizare datorită nivelului de accesibilitate la aceste tehnologii pentru populație.

Disponibilitatea tratamentului de fertilitate asistată este în conformitate cu obiectivele Dezvoltării Durabile ale Mileniului în domeniul sănătății reproductive. În conformitate cu Regulamentul cu privire la modul de organizare a prestării serviciilor de reproducere umană asistată medical în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.149 din 23.02.2017, cuplurile infertile pot beneficia de o procedură de fertilizare in vitro gratuită, în baza poliței de asigurare medicală. Potrivit regulamentului, familiile asigurate medical, care doresc să beneficieze de procedură, trebuie să se adreseze medicului de familie, care deschide un dosar și eliberează bilete de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale. Ulterior, dosarul este depus la comisia de evaluare din cadrul Centrului de sănătate și reproducere genetică medicală din cadrul Institutului Mamei și Copilului. Comisia aprobă acordarea procedurii gratuite, iar cuplurile aleg singura instituția care va realiza procedura in vitro.

Deși Legea privind Sănătatea Reproducerii a fost adoptată în 2012 abia în 2017 s-au finanțat 30 de proceduri de fertilizare in vitro (dar nu procedura în totalitate). În 2018 – 60, în 2019 – 60, în 2020 – 50. În acești ani din 200 de proceduri FIV s-au obținut 83 de sarcini, rata de succes a procedurii FIV fiind de 41,5% (Ciubotaru, 2022).

Potrivit CNAM, în anul 2021 au fost contractați 3 PSM privați pentru prestarea a 60 de proceduri de fertilizare in vitro în sumă de 1.903,7 mii lei. Real executate au fost 41 de cazuri (2022 - 60) asigurate de (Compania Națională de Asigurări în Medicină, 2023). Numărul cuplurilor stabilit anual pentru a beneficia este de 100.

Potrivit articolului 11 din Legea nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii vârsta-limită în Republica Moldova pentru efectuarea fertilizării in vitro cu oocitele proprii este de 45 de ani, iar pentru folosirea oocitelor donate – de 50 de ani. Vârsta femeilor din cuplurile care au beneficiat de procedura FIV finanțate de CNAM pe parcursul perioadei 2017-2021 este cuprinsă între 24 și 45 ani. Cel mai numeros grup de femei fiind cel de 30-34 ani (49,6%) urmat de grupul 35-39 ani (30,7%) și cele de 25-29 ani (11,5%). Circa 80 la sută din cuplurile care au recurs la procedura FIV, din sursele CNAM în perioada anilor 2017-2022, au vârsta cuprinsă între 30 și 39 ani (Ciubotaru, 2022). Alte țări europene (Grecia, Elveția și Italia) se caracterizează prin faptul că cel mai mare număr de femei care apelează la FIV au vârsta de 40 de ani sau mai mult (Исупова, 2017). Astfel, Republica Moldova, alături de Ucraina, Belarus și Muntenegru se caracterizează prin paciente relativ tinere care apelează la FIV.

Este necesar să menționăm și despre Programul municipal de suport financiar pentru reproducere umană asistată medical în municipiul Chișinău, pentru anii 2023-2025. Conform acestui program, cuantumul suportului financiar pentru reproducerea umană asistată medical nu va depăși 60,0 mii lei per cuplu, pentru

acoperirea parțială a cheltuielilor necesare efectuării procedurii FIV. Acest suport pentru reproducere umană asistată medical urmează să fie acordat cuplurilor infertile, cu domiciliu permanent al femeii (viza de reședință) în mun. Chișinău. Finanțarea Programului municipal este asigurată din sursele bugetului municipal și include accesul la servicii de reproducere umana asistată a cel puțin 100 cupluri din municipiul Chișinău. Costurile de realizare a Programului municipal de suport financiar pentru reproducere umană asistată medical vor fi actualizate, anual, reieșind din volumul de alocații aprobate în bugetul municipal Chișinău.

O problemă frecvent vehiculată atunci când se abordează problema fertilizării in vitro se referă la numărul de embrioni "suplimentari", când sarcina are loc și soții nu mai planifică să aibă copii. Acești embrioni sunt păstrați în stadiu crioprezervat, uneori pentru perioade nedeterminate de timp, și există multe astfel de embrioni în unele țări (de exemplu, în Statele Unite, se estima că existau aproximativ 400.000 de embrioni crioprezervați în 2010 (Brezina & Zhao, 2012). Există patru posibile căi de soluționare a "destinului,, acestor embrioni: dezghețarea și distrugerea lor; folosirea lor pentru cercetare; stocarea lor pentru o perioadă nedeterminată; donarea lor altor persoane în scopul de a avea copii (Исупова, 2017).

În Republica Moldova în cazul oocitelor și al embrionilor rămași neutilizați după programul de fertilizare in vitro, pacienții au dreptul să decidă: a) crioconservarea acestora pentru utilizarea ulterioară în proiectele proprii de reproducere asistată medical; b) refuzul utilizării ulterioare a acestora și, respectiv, distrugerea acestora; c) donarea acestora către un alt cuplu în vederea obținerii sarcinii.

Maternitatea de substituție implică participarea a trei subiecți: soțul și soția care doresc să devină părinți și femeia care acceptă să poarte sarcina și să nască pentru acest cuplu. Mama-surogat este femeia în uterul căreia se transferă embrionul format în urma fertilizării unui ovul provenit de la ea însăși (surogatul genetic) sau de la o altă femeie (surogatul gestațional), care dă naștere copilului, pentru ca ulterior acestui moment să îl predea cuplului infertil. În cazul surogatului gestațional impactul psihologic ar putea fi mai mic deoarece nu este înrudită genetic cu copilul pe care îl poartă și de care va fi separată. La maternitatea de substituție se poate de apelat doar din motive medicale și nu este permisă în caz de lipsa de dorință a unei femei sănătoase de a avea un copil.

Maternitatea de substituție nu este reglementată în Republica Moldova și este ilegală în multe țări (Franța, Germania, Norvegia, Suedia, Austria etc.). Rusia și Ucraina se enumeră printre țările cu cea mai permisivă legislație în ceea ce privește maternitatea de substituție. Mamele surogat, la fel ca și donatoarele de ovule, sunt expuse unor riscuri medicale și emoționale semnificative asociate cu ducerea sarcinii la termen și nașterea și, prin urmare, au nevoie de consiliere și de un consimțământ cu adevărat informat. În plus, drepturile mamei surogat de a nu renunța la copil după naștere nu sunt bine descrise (Brezina & Zhao, 2012). Țările diferă în ceea ce privește cine are drepturi prioritare asupra copilului după naștere, iar într-o serie de state, avantajul îi revine mamei surogat, chiar dacă nu este înrudită genetic cu copilul (Исупова, 2017).

Medicina reproductivă asistată reprezintă o șansă pentru persoanele care nu pot avea copii pe cale naturală și are potențialul de a avea un impact pozitiv asupra fertilității. Cu toate acestea, acest potențial este limitat de o serie de **bariere**:

- **Bariere financiare** semnificative (nu toți pot obține suficiente venituri care le permite să utilizeze tehnologiile medicinei reproductivă asistate). În Republica Moldova tariful pentru o procedură de fertilizare în vitro achitat de CNAM constituie 31 729 lei, dar nu include costurile pentru medicamentele administrate de beneficiari în condiții de ambulator. Această sumă este stabilită încă din 2017. Suma alocată de CNAM pentru o procedură FIV acoperă circa 40 la sută din costul real al acesteia. Chiar și în condițiile în care statul acordă acest suport financiar, există persoane/cupluri care nu-și pot permite achitarea altor circa 60% din costul procedurii FIV, inclusiv costul medicamentelor. Unele studii internaționale au arătat că decizia de a avea un copil folosind FIV este asociată cu un sentiment de stabilitate financiară și prosperitate (Москалева, 2020). De asemenea, s-a demonstrat că grupurile dezavantajate din punct de vedere socioeconomic au un acces mai redus la serviciile de reproducere asistată decât grupurile mai privilegiate (Asplund, 2019).
- O particularitate caracteristică Republicii Moldova este concentrarea serviciilor specializate de medicină reproductivă asistată în sectorul privat și diminuarea interesului sectorului public pentru dezvoltarea serviciilor din cauza migrării specialiștilor către sectorul privat. În Republica Moldova, până în 2012, statul deținea monopolul asupra serviciilor din domeniul reproducerii umane asistate medical, iar din anul 2012, procedura FIV se efectuează doar în sectorul privat. Sectorul public nu este implicat în oferirea acestei game de servicii din motivul că, la moment, nu este competitiv în raport cu cel privat la capitolul înzestrarea cu echipamente și consumabile care ar face posibil oferirea serviciilor specializate de FIV cuplurilor infertile.
- **Bariere legate de acces**, transport. Toate clinicile care oferă servicii de reproducere umană asistată se află în Chișinău. În cazul procedurii FIV, din sursele CNAM în perioada 2017-2021, mai mult de 2/3 cupluri sunt din mediul urban, iar dintre cuplurile cu mediul de reședință urban, 83,4%, sunt din Municipiul Chișinău.
- **Bariere socio-culturale**. La acest aspect se includ prejudecățile împotriva utilizării tehnologiilor medicinei reproductivă asistate dar și poziția instituțiilor religioase față de acest aspect. Instituțiile religioase îndeosebi sunt împotriva utilizării FIV din cauza necesității de a distruge embrionii care nu sunt utilizați.

Astfel, unele dintre barierele economice pot fi înlăturate, precum și a problemelor conexe legate de transport și organizare, însă convingerile sociale pot fi mult mai greu de depășit. În consecință, multe cupluri care au recurs la medicina reproductivă asistată ascund faptul că au copii cu ajutorul acesteia din cauza opiniei publice, iar o parte din cuplurile infertile nu le utilizează fiindcă nu doresc să meargă împotriva lui Dumnezeu și a naturii.

Medicina reproductivă asistată este un element important în cadrul politicilor demografice care este cel mai eficient mijloc de depășire a infertilității și au potențialul de a influența dezvoltarea demografică a populației, deoarece pot crește într-o anumită măsură numărul de nașteri. De asemenea, tehnologiile de

reproducere extind gama de potențiali părinți - persoane cu diverse boli maladii: oncologice, cardiace, diabet etc. și persoane care amână maternitatea până la vârsta reproductivă târzie și post-reproductivă. În acest sens, unii cercetători consideră că tehnologiile de reproducere asistată pot compensa parțial efectul negativ al întârzierii procreării asupra ratelor agregate de fertilitate în rândul femeilor cu vârsta sub 40 de ani. Pentru femeile care își amână prima încercare de a obține o sarcină de la vârsta de 30 la 35 de ani, utilizarea fertilizării in vitro (FIV) poate compensa jumătate din nașterile "pierdute" din cauza scăderii ratelor de concepție legate de vârstă (Sobotka, et. al., 2008).

În acest context, se impune necesitatea sporirii accesului cuplurilor infertile la mijloace de tratament modern a infertilității și includerii în continuare a serviciilor medicinei reproductive asistate în politica demografică a țării și suportarea costurilor de către stat.

Un exemplu elocvent de finanțare a acestor servicii este modelul suedez, care se bazează pe trei principii etice:

- principiul demnității umane (al valorii egale, al drepturilor egale ale omului și al nediscriminării);
- principiul nevoilor și al solidarității (Resursele ar trebui să fie alocate pacienților care au cele mai mari nevoi. Nevoia este evaluată în funcție de gravitatea problemei de sănătate; potențiala îmbunătățire a sănătății care ar putea fi adusă de intervenția medicală; și raportul favorabil între beneficii și riscuri).
- principiul raportului cost-eficacitate (sistemul de sănătate are datoria de a-și utiliza resursele cât mai eficient posibil și ar trebui să existe un echilibru rezonabil între costurile și efectele unei intervenții. Acest principiu este subordonat celorlalte două principii. Raportul cost-eficacitate al FIV depinde în principal de trei factori: ratele de succes ale tratamentului; sarcinile multiple; și costul tratamentului (Asplund, 2019).

În concluzie, menționăm că tehnologiile medicinei reproductive asistate extind capacitatea de reproducere demografică a populației și permit o abordare conștientă a planificării familiale. Deși aceste tehnologii în continuare au un cost semnificativ, impactul economic pe termen lung al copiilor născuți cu suportul medicinei reproductive asistate va fi cu mult mai mare. Astfel, acești copii vor genera un profit pentru societate sub forma veniturilor fiscale (Исупова și al., 2015). În unele țări, investiția în nașterea unui astfel de copil este de 7-45 de ori mai mică decât viitoarele venituri fiscale la bugetul de stat din participarea acestor copii la producția publică. Tehnologiile de reproducere umană asistată și-au demonstrat utilitatea și eficiența și din perspectiva faptului că în urma aplicării lor nu există mortalitate maternă și este redus numărul copiilor cu boli ereditare și anomalii genetice (Пусахова, 2013).

La etapa actuală, în Republica Moldova, accesarea serviciilor medicinei reproductive asistate solicită costuri materiale, de timp și emoționale mari. Însă, ca urmare a tendințelor demografice pe fonul îmbătrânirii populației finanțarea publică a medicinei reproductive asistate reprezintă o investiție în capitalul uman.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Asplund, K. (2019). Use of in vitro fertilization - ethical issues. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 25(2), 192-199.
<https://doi.org/10.1080/03009734.2019.1684405>
- Brezina, P., & Zhao, Y. (2012). The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies. *Obstetrics and Gynecology International*, 1, 686253. <https://doi.org/10.1155/2012/686253>
- Ciubotaru, V., Rosenberg, R., Bietsch, K., & Sonneveldt, E. (2022). *Infertilitatea în context demografic și al sănătății reproductive*. Chișinău: UNFPA Moldova.
https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/studiu_infertilitatea_in_context_demografic_si_al_sanatatii_reproductive.pdf
- Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM).(2023). *Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022*. Chișinău.
http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2022/Raport%20privind%20executarea%20FAOAM%20in%20anul%202022%20rom.pdf
- Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA), Institutul Interdisciplinar de Demografie din Olanda, Biroul Național de Statistică. (2022). *Raportului studiului Generații și Gen: Fii vocea generației tale!* Chisinau: INCE.
<https://doi.org/10.36004/nier.cdr.2022.978-9975-3530-0-7>
- Moșin, V., & Eșanu A. (2012). Aspecte etice ale reproducerii umane asistate medical. *Buletin de Perinatologie*, 3, 89-97.
- Programul municipal de suport financiar pentru reproducere umană asistată medicală în mun. Chișinău pentru anii 2023-2025*. (2023, Mai 02).
<https://ru.scribd.com/document/680468184/pna-site>
- Sobotka, T., Hansen, M., Jensen, T., Pedersen, A., Lutz, W., & Skakkebaek, N. (2008). The Contribution of Assisted Reproduction to Completed Fertility: An Analysis of Danish Data. *Population and Development Review*, 34(1), 79-101.
- Исупова, О. Г. (2017). Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности. *Демографическое обозрение*, 4, 35-64.
<https://doi.org/10.17323/demreview.v4i1.6987>
- Исупова, О. Г., & Русанова, Н. Е. (2021) Восприятие вспомогательных репродуктивных технологий российской студенческой молодежью. *Народонаселение*, 24(4), 34-46. <https://doi.org/10.19181/population.2021.24.4.3>
- Исупова, О. Г., Белянин, А. В., & Гусарева, А. А. (2015). Модернизация «кустов и корней»: семья и новые репродуктивные технологии. В: *XV апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества* (Кн. 3., с. 19-30). М.: Издательский дом НИУ, ВШЭ.
- Москалева, А. (2020). Эффект от включения вспомогательных репродуктивных технологий в программу государственного медицинского страхования в России. *Population and Economics*, 4(4), 19-42.
<https://doi.org/10.3897/popecon.4.e59062>
- Русанова, Н. Е. (2013). Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы. *The Journal of Social Policy Studies*, 11(1), 69-86.