

Úkol č. 8

1. Najděte v ISu bakalářskou práci Kláry Hanačkové „Gayové a lesby jako rodiče. Série publicistických rozhovorů pro týdeník Respekt.“ Přečtěte si v příloze 4 rozhovory, které se tématu týkají.
2. Jako druhé čtení dávám rozhovor, který se mnou dělal Roman Vido v roce 2016 pro facebookové stránky Katedry sociologie FSS. Je tam shrnuta aktuální situace ohledně umělého oplodnění v ČR.
3. Z každého „čtení“ si udělejte poznámky + zformulujte aspoň 3 otázky do diskuse, které vás k nim napadají (takže 6 otázek). Buďte připraveny projevít svůj názor na tyto otázky. Poznámky + otázky standardně vložte jako úkol č. 8 do Odevzdávárny.

Lenka Slepíčková: “Ženy mají jen omezený čas na početí dítěte. Ministryně jim chce vyjít vstříc.”

KATEDRA SOCIOLOGIE / DEPARTMENT OF SOCIOLOGY FSS MU · ÚTERÝ 19. ČERVENCE 2016

*V minulém týdnu se na veřejnosti objevil **návrh** ministryně práce a sociálních věcí Michaely Marksové, který se týká úpravy stávajících podmínek pro umělé oplodnění. Tato součást širší koncepce rodinné politiky, na jejíž přípravě se podílí expertní komise, vyvolala u části veřejnosti nesouhlas. O komentář k obsahu návrhu i širšímu kontextu praxe asistované reprodukce v České republice jsme požádali kolegyni **Lenku Slepíčkovou**. Otázky pokládal **Roman Vido**:*

Jak je dneska v České republice asistovaná reprodukce legislativně regulovaná?

V současné době může asistovanou reprodukci podstoupit legálně manželský nebo partnerský pár složený z muže a ženy. „Partnerskost“ se kontroluje tak, že partner ženy musí písemně stvrdit souhlas s léčbou, s případným použitím dárcovských buněk a s otcovstvím, které z toho vyplývá. Nicméně nikdo nekontroluje, jestli bude tento muž uvedený také v rodném listu dítěte. To otevírá prostor situacím, kdy žena přivede na kliniku domluveného muže, který podepíše souhlas, čímž jí umožní proceduru podstoupit. **Lékaři** o tom samozřejmě vědí a dovedou odhadnout i konkrétní případy, kdy se tak děje, ale nemají možnost, povinnost ani chuť povahu párů, které přicházejí, kontrolovat. Co se týče věku, žena může podstoupit asistovanou reprodukci do 49 let.

Do věku 39 let jí přitom hradí zdravotní pojišťovna tři, nebo pokud bylo v prvních dvou přeneseno jen jedno embryo, čtyři pokusy (tzv. cykly). Za veškeré doplňkové procedury - například za proceduru ICSI (injekční vpravení spermie do vajíčka), která se v ČR používá asi v 80 % cyklů, a za léky si pár platí sám, a to i v pojišťovnou hrazených cyklech. I hrazený cyklus tak obnáší výdaje v řádu tisíců i desetitisíců korun. Proto by bylo přesnější mluvit o spíše o cyklech, na které zdravotní pojišťovna přispívá.

Víme, kdo jsou ženy podstupující umělé oplodnění?

Nemáme informace o tom, kdo léčbu neplodnosti žádá či potřebuje (takoví lidé nemusí do fáze podstupování léčby dojít), jen základní údaje o cyklech asistované reprodukce, které kliniky provádějí a jsou povinny vykazovat v [Národním registru asistované reprodukce](#). Tam se eviduje věk léčených žen, diagnózy partnerů, použité postupy a jejich výsledky. Z registru víme, že asi třetina párů přichází s diagnózou mužské neplodnosti, což znamená, že žena v tomto páru je zdravá. To je důležité připomenout, protože pokud žena (ať už je porucha plodnosti na její straně, nebo ne) vyčerpá čtyři pokusy s jedním (neplodným) partnerem, nemá už další nárok na asistovanou reprodukci hrazenou ze zdravotního pojištění, zatímco počet pokusů, které má (neplodný) muž, je teoreticky neomezený, respektive omezený jen počtem jeho partnerek. Ze všech narozených dětí v ČR se zhruba 4 % narodí po umělém oplodnění. Počet evidovaných cyklů každoročně stoupá, stoupá také proporce zahraničních párů ze všech léčených párů.

Jaké konkrétní změny ve stávající praxi ministryně Marksová navrhuje?

Podle návrhu pracovní komise při ministerstvu prezentovaného v médiích by měla být asistovaná reprodukce zpřístupněna i ženám bez partnera. Dále se plánuje posunutí maximálního věku pro úhradu umělého oplodnění ze zdravotního pojištění z 39 na 43 let věku ženy a zvýšení počtu cyklů hrazených ze zdravotního pojištění ze 4 na 6. Osobně si myslím, že by bylo vhodné spíše rozšířit rejstřík procedur, na které párům přispívá zdravotní pojišťovna. Za úvahu by také stálo hradit léčbu související s mužskou neplodností z pojištění muže – každý z partnerů by tak mohl mít nárok na úhradu určitého počtu cyklů. V současné době jsou totiž úhrady nastaveny pro ženy velmi diskriminačně. Mnoho klientek center asistované reprodukce jsou plodné ženy,

které léčbu podstupují kvůli tomu, že mají neplodného partnera, a debata o tom, na co jim dát právo a jak jejich léčbu regulovat, tuto skutečnost zcela opomíjí.

Deklarovaným motivem daného opatření je podpora porodnosti. Ale pokud jsi zmínila, že většina těch věcí je reálně možná už teď (byť za pomoci „falešného partnera“), jak moc lze očekávat, že by zavedení těch opatření skutečně tohoto cíle dosáhlo?

Můžeme to vzít tak, že v situaci nízké porodnosti je každé dítě, které se na přání ženy narodí, přínosem. To je také argument ministryně. U zpřístupnění asistované reprodukce ženám bez partnerů lze očekávat, že ji budou moct vyhledat i ty ženy, které stávající systém odrazuje. Nedá se však dle mého očekávat, že takto dojde k výraznému nárůstu porodnosti. Myslím si ale, že ten krok má důležitou (a pro někoho kontroverzní) rovinu symbolickou – totiž uznání práva ženy mít dítě i v době, kdy nemá partnera. Část single žadatelek o umělé oplodnění nepřivádí na kliniku jen absence partnera, ale především problémy s plodností. Nemohou tedy počít s náhodným partnerem, jak je jim mnohdy doporučováno. Tyto ženy jsou za současného stavu diskriminovány oproti ženám, které potřebují léčbu neplodnosti na základě stejné zdravotní indikace a bez problémů léčeny jsou, protože jsou vdané nebo mají partnera.

Co se týče zvýšení věku pro hrazení cyklů ze zdravotního pojištění, tam by nešlo o tak zásadní změnu, jak je někdy prezentováno. Asistovanou reprodukci u nás může už nyní podstoupit žena až do 49 let věku. Jednalo by se spíše o finanční úlevu starším párům, které takovou léčbu potřebují. Mohlo by je to podpořit v jejich ochotě léčbu podstoupit, případně ji podstoupit pro početí druhého či třetího dítěte, neboť hrazení čtyři cykly se vztahují k životu ženy, nikoli k úsilí o početí jednoho dítěte. Pokud si tedy pár vyčerpá finanční podporu při prvním dítěti, na hrazení dalších cyklů už nárok nemá. Nepředpokládám, že to povede k tomu, že ženy budou rodičovství dále „nezodpovědně“ odkládat, jak se jim často přisuzuje. Myslím, že ženy jsou si limitů své plodnosti dobře vědomy a například gynekologové jim je pravidelně připomínají. Narážejí spíše na problémy s realizací svých reprodukčních plánů. Samozřejmě, že se zde dotýkáme otázky ekonomické efektivity takového zvýšení věkové hranice, protože asistovaná reprodukce u žen po čtyřicítce má výrazně nižší šanci na úspěch.

V tomto kontextu někdy zaznívá námitka, že pokud žena nemá zajištěné podmínky pro to, aby přivedla na svět dítě v partnerském svazku, tak ho nemá mít. Nemůže vést zavedení tohoto opatření ke zvýšení počtu samoživitelek, které např. z důvodu zvýšeného rizika chudoby nepředstavují optimální variantu pro výchovu dítěte?

Asistovaná reprodukce je finančně, fyzicky i psychicky náročný proces a nemyslím si, že do něj někdo půjde bez rozmyslu a patřičných materiálních zdrojů. Předpokládám, že ženy, které by ji využily bez partnera, by tak učinily po zralé úvaze a s připraveným zázemím, včetně finančního - což bývá hlavní problém v rodinách samoživitelek. To, že žena aktuálně nemá partnera a vnímá, že začíná narážet na biologické limity své reprodukce, neznamena, že partnera, který s ní dítě bude vychovávat, nebude mít třeba za rok, za dva. Taková žena si může uvědomovat, že si už nemůže dovolit déle „čekat“, zvlášť pokud chce mít více dětí. Ideální věk žen pro početí dítěte je v současnosti vlastně hrozně krátký. Dlouhou dobu je „příliš brzy“ - je třeba studovat, vytvářet zázemí, prostor pro to, mít se v práci kam vrátit po mateřské dovolené. Zároveň začíná být záhy „příliš pozdě“ – potenciální vhodní partneři jsou „rozebraní“ nebo **neprojevují ochotu k rodičovství**, reprodukční schopnosti žen klesají, přibývá zdravotních komplikací. Mohou také nastat případy, kdy lékaři ženám s ohledem na jejich zdravotní diagnózu doporučí s početím neotálet (např. předčasné ovariální selhání se může týkat i žen před třicítkou). Proměnlivost rodinného zázemí pro výchovu dětí platí ale i v opačném gardu - spousta dětí narozených v partnerských párech se v průběhu svého života ocitne v domácnosti s jedním rodičem či nevlastním rodičem (ročně se rozvod dotkne asi 25 tisíců nezletilých dětí). Je naivní si myslet, že všechny přirozeně počaté děti přicházejí na svět v harmonické rodině s oběma milujícími rodiči a že tuto idylku zásadně naruší single žadatelky o asistovanou reprodukci.

Zmínila jsi právo ženy na svobodné rozhodnutí mít dítě. Jak si v tomto ohledu stojí muž? Má mít žena větší právo dítě než muž? Nebo je tomu naopak tak, že aktuálně je muž v možnosti mít „své“ dítě zvýhodněný?

To už souvisí s případnými důsledky a s diskusí, kterou by takové opatření, bylo-li by zavedeno, otevřelo. Je to politická otázka, kterou každý stát v rámci svého rodinného práva a regulace asistované reprodukce řeší: Kdo má právo na státní podporu možnosti

mít dítě s pomocí medicíny? Koho podpořit v rozhodnutí mít dítě? Každý pár, který chce? Každou ženu, která dítě chce? Každého muže, který chce dítě? Jak to technicky zařídit? Tady by se to neobešlo bez zapojení náhradního mateřství (tedy oplodnění ženy dárcovským embryem s tím, že k narozenému dítěti má rodičovská práva pár, jehož součástí není rodička), které u nás právně ošetřeno zatím není a lze jej realizovat jen skrze neformální postupy. To zásadní ale zrovnoprávnit nikdy nepůjde – zatímco ženám se k realizaci reprodukčních plánů nabízí jen omezený úsek jejich života, u mužů jsou tyto možnosti téměř neomezené.

Jak si stojí regulace asistované reprodukce v ČR ve srovnání se zahraničím?

Česká republika je velmi liberální z hlediska regulace procedur, které je možné podstoupit v rámci asistované reprodukce, a to i ve srovnání s blízkými státy (třeba Německem). Léčba neplodnosti je tady na vysoké úrovni a zároveň i relativně levná. Proto je také Česká republika velmi populární destinací tzv. reprodukční turistiky - jezdí sem řada párů z Německa, Itálie, USA, aby podstoupily léčbu neplodnosti, převážně za použití dárcovských vajíček. Také úhrada procedury zdravotní pojišťovnou není v řadě zemích samozřejmostí. Zároveň u nás platí limity (jako třeba ona diskutovaná nutnost ženy mít partnera k podstoupení léčby), které jinde neexistují – například ve Španělsku, Švédsku, Nizozemí nebo Austrálii. Díky odlišným legislativám v různých zemích je mimochodem možná situace, kdy si Češka objedná spermie z dánské spermobanky a použije je k domácí inseminaci, bez ohledu na to, zda má partnera, nebo ne.

Návrh ministryně Marksové vyvolává u části obyvatel celkem silné odmítavé reakce. Čím si to vysvětluješ?

Možnost dát samotným ženám právo na reprodukci je pro některé lidi kontroverzní a působí na ně jako pověstný rudý hadr na býka. Myslím, že si to hodně odpůrců spojuje s ohrožením mužské role. Ostatně diskuse kolem reprodukce bývají často plné emocí a „silných“ argumentů. Podobně tomu bylo i v případě parlamentního projednávání maximálního věku ženy pro asistovanou reprodukci v rámci zákona ministra Julínka v roce 2008, kterou jsem [analyzovala](#). Četla jsem výpověď jedné ženy ze zahraničí, která využila možnost stát se v 37 letech matkou za pomoci asistované reprodukce. Líčila, že její okolí má velký problém toto rozhodnutí přijmout. Uváděla, že by to patrně měla

snazší, pokud by dítě počala v rámci vztahu na jednu noc, nebo kdyby ji opustil manžel. Stejně tak je silným argumentem pocíťované ohrožení rodiny založené na heterosexuálním partnerském svazku, jakkoli v této souvislosti pokulhává.

„Přirozenou“ reprodukci žen bez partnera nikdo nemůže kontrolovat ani omezovat, stejně tak nikdo nemůže rodičům zakázat se rozejít, rozvést nebo založit rodinu s jiným partnerem/partnerkou.

*Lenka Slepíčková pracuje v Ústavu populačních studií na Fakultě sociálních studií MU. Dlouhodobě se věnuje tématu nedobrovolné bezdětnosti a léčby neplodnosti. Je autorkou knihy *Diagnóza neplodnost*, založené na rozhovorech s neplodnými páry, a spoluautorkou knihy *Games of Life* (s Ivou Šmídovou a Evou Šlesingerovou), v níž se zaměřuje na perspektivu lékařů a lékařek z center asistované reprodukce. V současnosti s kolegy připravuje přehled o regulaci asistované reprodukce v evropských zemích.*