

# ANALÝZA REGULACE VĚKOVÝCH LIMITŮ PŘÍSTUPU K ASISTOVANÉ REPRODUKCI A REGULACE TZV. NÁHRADNÍHO MATEŘSTVÍ

URČENO PRO CENTRÁLNÍ ETICKOU KOMISI MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR

**Předkladatel:** Adam Česká republika, z.s.

**Vypracovala:** doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, PhD., předsedkyně spolku. Text schválen členy spolku na členské schůzi dne 15.12.2015.

## 1. OBECNÁ ČÁST

Spolu s velkým vývojem reprodukčních technologií roste i procento lidí využívajících jejich pomoc k dosažení rodičovství.

### 4. Počty všech cyklů hlášených do NRAR v jednotlivých letech

| Rok  | Počet cyklů       |                    |                                 |
|------|-------------------|--------------------|---------------------------------|
|      | hlášených do NRAR | % oproti roku 2013 | % nárůst proti předchozímu roku |
| 2007 | 17 682            | 54,8               | .                               |
| 2008 | 21 316            | 66,1               | 120,6                           |
| 2009 | 22 707            | 70,4               | 106,5                           |
| 2010 | 23 798            | 73,8               | 104,8                           |
| 2011 | 24 550            | 76,1               | 103,2                           |
| 2012 | 27 879            | 86,5               | 113,6                           |
| 2013 | 32 245            | 100,0              | 115,7                           |

- Z tabulky je patrné, že počet všech cyklů asistované reprodukce meziročně narůstá.

Zdroj: ÚZIS/NRAR: Asistovaná reprodukce v České republice 2013, ISBN: 978-80-7472-145-8

Problém je to nejen ekonomický, protože nemalá část léčby je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale hlavně etický, sociální a politický. Podle informací Výboru Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS se v ČR připravují změny zákonů regulujících asistovanou reprodukci a to změny věkových limitů pro přístup k asistované reprodukci (dále ART), včetně limitů platby ZP, a uzákonění náhradního mateřství. Naše analýza je komplexním rozbohem právě těchto dvou etických problémů.

### 1.1 Právo na rodinu

Jako reakce na hrůzy 2. světové války byla formulována Všeobecná deklarace lidských práv (dále VDLP), 10.12.1948 byla schválena Valným shromážděním Organizace spojených národů. Všechny formulace sexuálních a reprodukčních práv, vzniklé v následujících desetiletích pro různé dokumenty, vycházejí z jejího článku 16: „Muži a ženy, jakmile dosáhnou plnoletosti, mají právo, bez jakéhokoli omezení z důvodů příslušnosti rasové, národnostní nebo náboženské, uzavřít sňatek a založit rodinu. Pokud jde o manželství, mají za jeho trvání i při jeho rozvázání stejná práva. ... Rodina je přirozenou a základní jednotkou společnosti a má nárok na ochranu ze strany společnosti a státu.“. Evropská úmluva o lidských právech z roku 1950 už ve své formulaci v článku 12 Právo uzavřít manželství reflektuje historickou a kulturní různorodost evropských států: „Muži a ženy způsobilí věkem k uzavření manželství mají právo uzavřít manželství a založit rodinu v souladu s vnitrostátními zákony, které upravují výkon tohoto práva.“. Nejznámější formulace tohoto práva, nejčastěji citovaná právě s právem stát se rodičem je z *World Population Plan of Action, vydaného v roce 1974 Spojenými národy*: „All couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number

and spacing of their children and to have the information, education and means to do so ...” málokdy se ovšem cituje druhá část formulace, kde se zmiňují odpovědnosti spojené s tímto právem: “... the responsibility of couples and individuals in the exercise of this right takes into account the needs of their living and future children, and their responsibilities towards the community”.

Při interpretaci právnických dokumentů je nutné brát v úvahu dobu a kontext jejich vzniku. Všechny tři zmíněné dokumenty jsou z doby, kdy spolehlivá hormonální antikoncepce buď neexistovala nebo byla ve svých počátcích, a asistovaná reprodukce nebyla známa vůbec (první “dítě ze zkumavky” se narodilo v UK v roce 1978).

Práva dítěte a vymezení jejich vztahu vůči rodičům i zbytku společnosti formuluje Úmluva o právech dítěte (přijata v roce 1989). Text Úmluvy v sobě nese ideu autonomie dítěte, které se stává subjektem práv, důsledně aplikuje zásadu, že ve všech aktivitách, ať už je uskutečňují sociální instituce, soudní dvory, správní úřady, legislativní instituce nebo veřejnost, musí být primárním hlediskem zájmy dítěte.

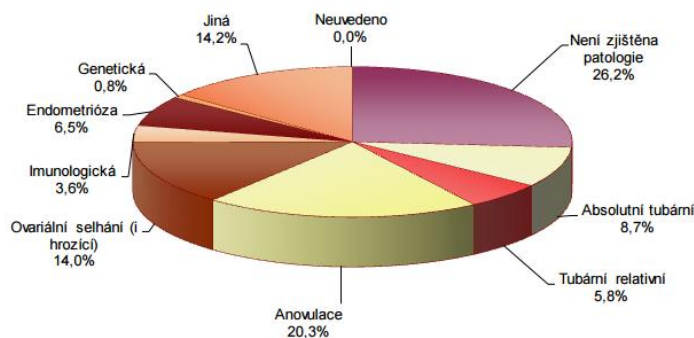
Tato analýza se týká pouze situací, kdy byly využity medicínské technologie; vůbec se nevyjadřuje k rodičovství vzniklému spontánně, a každý zásah společnosti do takových situací považujeme za mimořádně problematický. Rovněž nesdílíme přesvědčení, že zájmy dítěte jsou nadřazeny zájmům všech ostatních. Všichni lidé jsou si rovni, pouze se musí zvažovat kontext vývojové úrovně, schopností a možností.

## 1.2 Lidská plodnost

Mediálním hitem posledních dvou desetiletí se staly debaty o snižující se až mizící plodnosti lidí, především mužů. Na ně pak navazují údaje o fatálně se zvyšujících počtech lidí potřebujících na cestě za rodičovstvím pomoc vyspělých technologií. Zahraniční i čeští odborníci tvrzení ovšem odmítají a označujího za mýtus. V ČR je takovým výzkumem práce doc. MUDr. Jaroslava Zvěřiny a doc. MUDr. Michala Pohanky ze Sexuologického ústavu, kteří porovnávali spermioqramy mužů vyšetřených od roku 1954 v Sexuologickém ústavu (Zvěřina, Pohanka, 2014). Říkají k tomu: "Naše aktuální zkušenosti ukazují, že mladí zdraví muži mají stejně tak dnes, jako před lety, většinou velmi dobré spermioqramy. Většina dnešních podprůměrných spermio-logických parametrů u mužů z neplodných manželství je docela dobře vysvětlitelná jejich průměrným věkem, který je dnes o cca 10 roků vyšší, než tomu bylo před dvaceti lety". Se stejným závěrem přichází prof. MUDr. Pavel Trávník v časopise Vesmír (Trávník, 2014).

Snižující se plodností žen se v médiích tak často nestraší, odborná literatura nic takového neukazuje. Ve všech vyspělých zemích se však snižuje výskyt tubární sterility, původního důvodu rozvoje ART, a roste výskyt ovariálních poruch, které jsou v přímé úměře k věku ženy.

7. Graf: Zastoupení „Diagnóza hlavní“ u žen v roce 2013 v cyklech s cílem „IVF/ICSI“



Zdroj: ÚZIS/NRAR: Asistovaná reprodukce v České republice 2013, ISBN: 978-80-7472-145-8

Nárůst využití reprodukčních technologií tedy není způsoben civilizačním úbytkem plodnosti, ale jednoznačně jen zvyšujícím se věkem rozhodnutí k rodičovství.

Odhad pravděpodobnosti otěhotnění přirozenou cestou u lidí v reprodukčním věku je 20% při pokusej jeden měsíc, 45% za tři měsíce, 65% za půl roku a 85% za rok. (Luke at al, 2012)

### 1.3 Úspěšnost asistované reprodukce

Asistovanou reprodukcí se rozumí metody, kde se nějak manipuluje s gametami či embryi. V zásadě se dají odlišit dvě hlavní metody ART: 1. Intrauterinní inseminace (IUI), kde se manipuluje pouze se spermii (speciálně upravené spermie se ve vhodnou dobu vpraví katetrem ženě do dělohy). 2. In vitro fertilizace s transferem embrya (IVF/ET), kde se manipuluje s vajíčky, spermii i embryi. Vyjmutá vajíčka se oplodní spermii (velmi často se využívá intracytoplasmatická injekce ICSI) a vzniklé embryo či embrya se vloží ženě do dělohy. Pokud je kvalitních embryí víc, zamrazují se a použijí obvykle pro další cyklus, tzv. kryoembryotransfer (KET).

U obou metod je možné využít hormonální stimulaci, aby dozrálo více vajíček a zvýšila se pravděpodobnost početí, u obou metod je také možné využít darované spermie. Jen u IVF/ET je možné využít darovaná vajíčka či embrya.

Postupy asistované reprodukce mají několik postupných kroků, které mají svou úspěšnost; u IVF/ET se sleduje například získání vajíček, jejich oplodnění, otěhotnění či porod dítěte. Nejčastějším současným měřítkem úspěšnosti je právě porod zdravého dítěte, tzv. Take home baby rate (THBR). Naprostá většina statistik dává do souvislosti úspěšnost a různé charakteristiky ženy (věk, diagnózu, způsob léčby,...), téměř žádné se netýkají charakteristik muže.

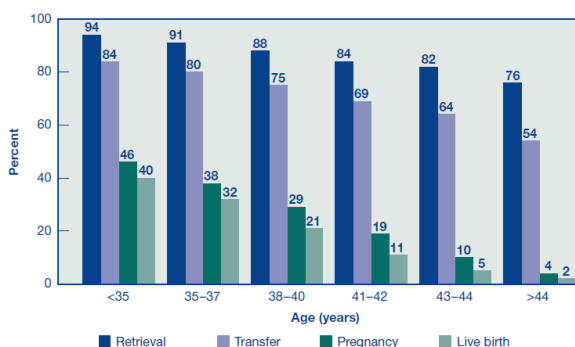
#### 1.3.1 Efektivita IUI

Úspěšnost IUI se měří obtížně, protože se inseminace provádějí velmi různě: s hormonální stimulací/bez ní, se spermii zdravého dárce/se spermii zdravého partnera/se spermii partnera se sníženou plodností, u žen různých diagnóz i různého věku. Britská odborná společnost Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) uvádí tyto odhady procent cyklů IUI, z nichž se narodilo dítě: 15.8% for women aged under 35, 11.0% for women aged between 35-39, 4.7% for women aged between 40-42, 1.2% for women aged between 43-44, 0% for women aged over 44). Intrauterinní inseminace bez hormonální stimulace a s vlastními spermii vyjde české samoplátce na cca 2-3 tis. Kč.

#### 1.3.2 Efektivita IVF/ET

Veškeré následující statistiky se týkají pouze léčby s využitím vlastních vajíček pacientky; cykly s využitím darovaných vajíček jsou popsány v kapitole "Analýza z pohledu dárkyň".

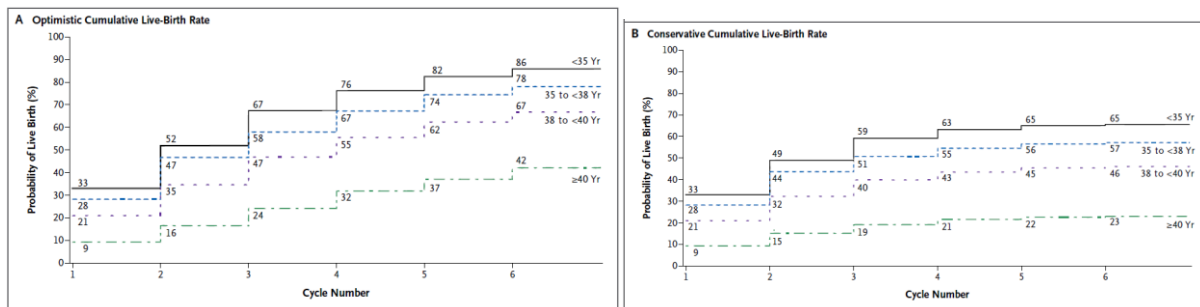
**Figure 17**  
Outcomes of ART Cycles Using Fresh Nondonor Eggs or Embryos, by Stage and Age Group, 2013



Zdroj: CDC, 2013 ART Report

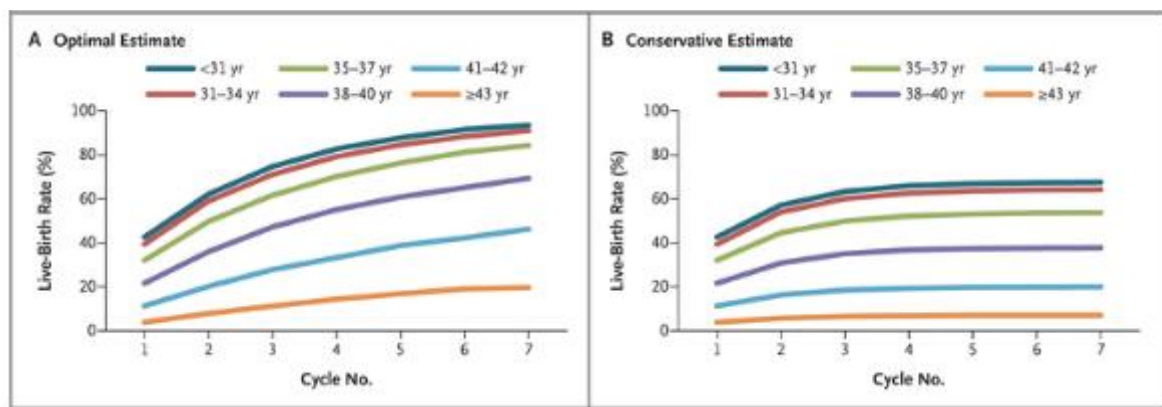
Graf znázorňuje úspěšnost jednotlivých kroků (získání vajíček, transferu embrya, otěhotnění a porodu živého dítěte) jednoho cyklu ART/ET. Je z něj jasně patrný jednak velký propad mezi počty transferů a počty těhotenství a jednak velký rozdíl v souvislosti s věkem pacientky.

Podobně jako u přirozeného otěhotnění, je i u léčby ART potřeba k dosažení těhotenství více léčebných cyklů; taková úspěšnost se nazývá cumulative take-home baby rate nebo cumulative live birth rate, budeme značit CTBR. Následující graf ukazuje CTBR až u pěti cyklů IVF, děleno je to podle věku ženy, použity jsou dvě metody výpočtu, „optimistická“ a „konzervativní“.



Zdroj: Malizia et al, 2009

Podobné výsledky, s rozpracováním do více věkových kategorií, ukazuje i studie s výrazně větším počtem zahrnutých cyklů IVF (471 208 cyklů):



Zdroj: Luke, 2012

Z obou studií i metod je patrné, že „přírůstek“ naděje s rostoucím počtem cyklů klesá, se zjevným zlomem po 3. cyklu, a to je ještě sníženo v souvislosti s věkem ženy. Nicméně CTBR je po prvních třech cyklech velmi slušná: pro ženy < 31 let je 63,3% - 74,6%. Pro ženy 43+ je ovšem 6,6% - 11,3%. (Luke, 2012). V různých studiích čísla pochopitelně varíují, ale nijak významně; u mladých žen přináší první tři cykly velkou šanci, ani další ovšem nejsou bez naděje. U starších žen je úspěšnost výrazně nižší s tím, že přidávání cyklů s vlastními vajíčky je každopádně neefektivní (nutno využít darovaná vajíčka). Australští autoři takto vypočítali průměrné finanční náklady na zdravotní péči končící porodem dítěte (Chambers et al, 2006): “\$24 809 for women < 30 years to \$97 884 for women 40+ years. The cost per live birth for women aged 42+ years was \$182 794”.

## 1.4 Medicínské technologie a enhancement

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), mateřství u lesbických párů (jedna dá vajíčko, druhá donosí toto vajíčko oplodněné spermii dárce), či mateřství žen za jejich reprodukčním věkem.

## 1.5 Third-party reproduction

Moderní reprodukční technologie umí vyřešit/obejít velmi významnou část potíží s otěhotněním, včetně úbytku/zmizení plodnosti dané věkem či dysfunkční nebo chybějící dělohou. Využívá se především tzv. “third-party reproduction”, kdy do řešení vstupuje třetí osoba: dárce spermií, dárkyně vajíček, žena, která donosí dítě, dárkyně vaječné cytoplasmy, atd.

Oddělení mateřství genetického od biologického ještě více zkomplikovalo určování rodičovské osoby. Máme rodičovství genetické, biologické, psychosociální a právní. Ve skutečnosti je přívlastek “third-party” velmi skromný, mnohdy je potřeba pomoc více “party”; dítě může mít například díky možnosti přenosu cytoplasmy s mitochondriemi a RNA z jednoho vajíčka do druhého více genetických matek. 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 prolomující. To je ale natolik složitá problematika, že její analýzu nabídneme samostatně.

“Jednodušší” část problematiky darování gamet upravuje Transplantační zákon.

## 1.6 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 reprodukční medicíny není jediným řešením situace. Alternativami (řešeními srovnatelného účinku) jsou přijetí dítěte do náhradní rodinné péče a rozhodnutí zůstat bezdětným. Neexistují studie, které by prokazovaly neplnohodnotnost všech tří řešení, nevíme o výzkumech dokládajících rozdíl mezi kvalitou života „běžných“ rodičů, rodičů adoptivních či pěstounů a lidí bezdětných.

## 1.7 Etická východiska

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 naši analýzu, ovšem tyto principy se vztahují spíše k dyádě (např. lékař – pacient), kdežto my řešíme 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, specialista na asistovanou reprodukci, 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 nám známo, aktivita vyzněla naprázdno. Rovněž nám 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 účastnícího se řešení problému (ESHRE Task Force on Ethics and Law 3, 2002; ESHRE Task Force on Ethics and Law 12, 2007; ESHRE Task Force on Ethics and Law 13, 2007; ESHRE Task Force on Ethics and Law 14, 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 jediné 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.* Princip vyrovnávání zisků a ztrát jednotlivých členů systému bude základní optikou naší analýzy.

## 1.8 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 nám velmi blízký, také jsme zastánci individualizovaného přístupu k pacientovi (patient-centered healthcare) opřenému o odbornou způsobilost experta – lékaře. Lékař ale může kvalifikovaně zhodnotit jen rizika zdravotní. Naše 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 považujeme za špatné.

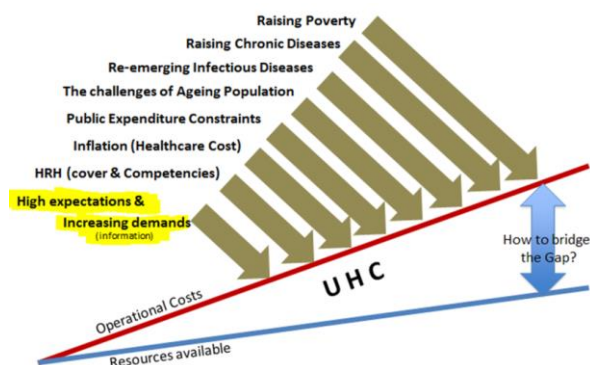
Nedostatečná jsou v tomto případě také pouhá doporučení etických komisí, jak se opakovaně ukazuje: „Zprvée, oficiálně doporučené postupy a postoje k různým problémům neobsahují sankce pro případy, kdy jsou porušeny. Tím mají malou moc. Zadruhé ta nejvíce kontroverzní témata nejsou medicínského typu a lékař nemá žádnou odbornost k jejich rozhodnutí ... Zkušenost jasně ukazuje, že toto řešení selhává ... mnoho lékařů doporučení prostě ignoruje“, říká jeden z nejvýznamnějších evropských etiků orientovaný na ART (Pennings, 2009). To bohužel potvrdila i česká zkušenost před pár lety publikovaná v MFD, kdy přestože Etická komise Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS kdysi stanovila horní věkový limit pro ženu 47 let, nejedno centrum asistované reprodukce nemělo vůbec žádný 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. Jak autonomní je ale autonomie? Zásadním paradigmatem sociologie posledních desetiletí je teorie sociální konstrukce reality; sociologové upozorňují a 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 nepřípustné 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 například 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.

Častým argumentem proti zákonnému stanovení nějakých limitů (tedy i proti jasné formulaci nějakých hodnot) je, že „lidi to stejně budou dělat, zákon budou porušovat, tak je potřeba aspoň co nejvíc snížit negativní následky jak pro společnost, tak pro samotné aktéry“. Jsme za co největší svobodu, mnoho zákonů považujeme za nesmyslné až kontraproduktivní. Domníváme se však, že je naprosto nutné trvat na nějakých hodnotách a systematicky postihovat jejich znehodnocování. Vraždit se jistě bude vždycky, žádný zákon tomu nezabrání. Nikoho ale jistě nenapadne říci, že zákaz vraždy v zákoně zrušíme, místo něj dáme třeba povinnost vraždit ostrým nožem, aby oběť dlouho netrpěla...

Obrovský vývoj medicínských technologií přináší nadějí pacientům, což je samozřejmě pozitivní efekt. Neodpovědné zacházení s nadějí je ovšem problém, na nějž jako na jeden z velmi závažných upozorňují odborníci na řízení zdravotních systémů.



Zdroj: Rawaf, 2014

Jako společnost musíme nesmírně odpovědně zvažovat reálnost nabídek, a to nejen ve zdravotní péči. Z výzkumů v kognitivních vědách jasně vyplývá, že hlavní emocionální zátěž – a tím nespokojenost a frustraci - přináší situace, v nichž se nenaplnilo něco, s čím člověk počítal (viz. např. Kahneman, 2012).

## 1.9 Solidarita a její právní zakotvení

Společnosti jsou postavené na solidaritě, a to intergenerační a intragenerační. Solidarita je základním kamenem systémů zdravotního a sociálního zabezpečení. Rozsah a hranice solidarity je politické rozhodnutí. Detaily pak musí být právně ukotveny, nutností je důkladná kontrola toho, aby systémy založené na solidaritě nebyly nastaveny demotivačně a nebyly zneužívány. Je také nutné hlídat, aby hodnota solidarity nebyla nijak devalvována. Krajním typem solidarity je dárcovství orgánů a tkání.

## 1.10 Harmonizace EU regulace

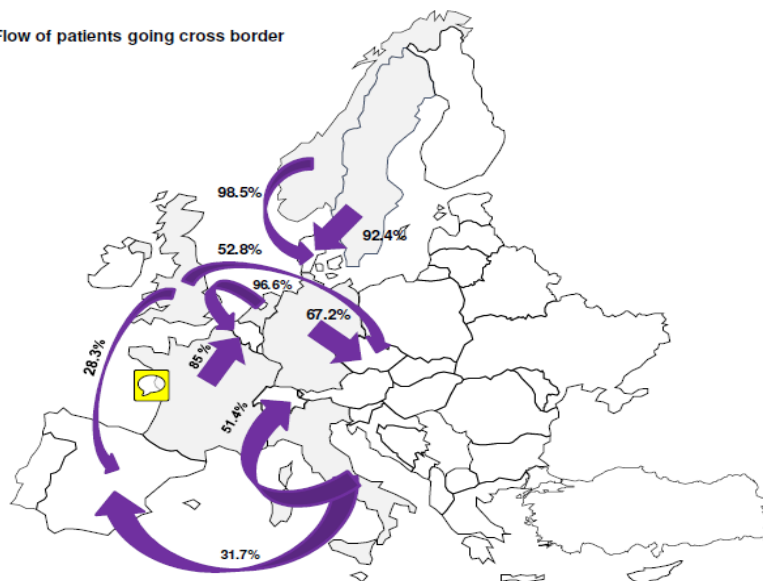
Regulace ART se v EU velmi liší, často se objevuje požadavek po její harmonizaci. Významným argumentem je, že když léčba nebude dostupná v jedné zemi, pacienti pojedou do jiné země, čímž podstupují rizika. Naše analýza obsahuje příklady z jiných zemí, protože je to zajímavá inspirace zkušenostmi odjinud. Nedomníváme se však, 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 biomedicine. A za druhé se pohyb pacientů po EU nepovažuje za problém, ale za přirozený následek propojení Evropy, z něhož žádná rizika pro pacienty nevyplývají, 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 healthcare: "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 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 a neznáme žádné doklady o jejich stížnostech či nespokojenosti.



☐ Countries of residence most represented in returned forms

↪ Flow of patients going cross border



Zdroj: MAR 2009

Prezentované schéma pohybu pacientů je velmi staré s velmi omezenými vstupními daty (například není znázorněn významný přísun pacientů z Francie), ale nevíme o aktuálnější a úplnější verzi.

## 2. ANALÝZA PROBLEMATIKY VĚKOVÝCH LIMITŮ K PŘÍSTUPU K ART A JEJÍMU PLACENÍ ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

### 2.1 Reprodukční věk

Hlavním argumentem proti věkovým limitům je variabilita a individuálnost přirozených hranic plodnosti.

#### 2.1.1 Žena a plodnost

Grafy znázorňující souvislosti věku ženy a různých ukazatelů plodnosti, vytvořené různými studiemi, různými autory a v různých zemích, variabilitu připouštějí, ovšem u zanedbatelného procenta žen. U naprosté většiny jsou zlomy v plodnosti jasně definované.

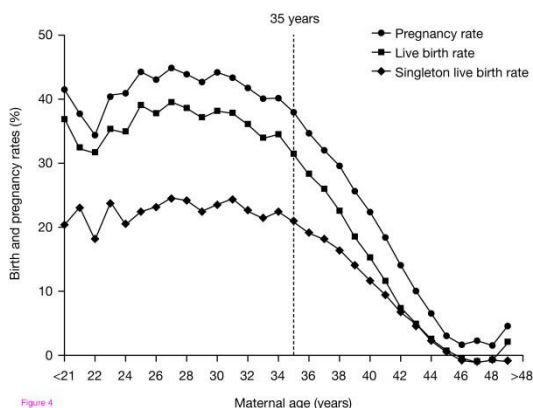
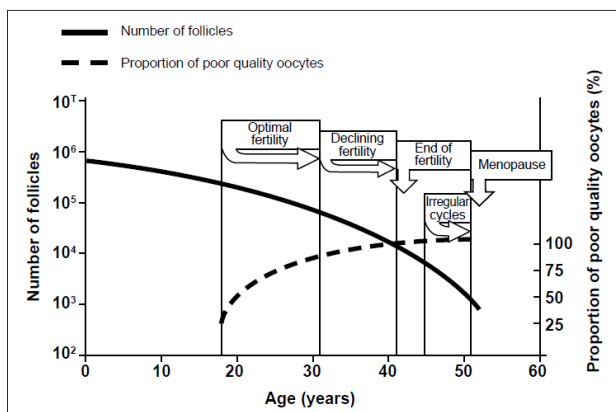


Figure 4

Maternal age (years)

Zdroj: Alviggi et al., 2009

Figure 1. Schematic representation of the number of primordial follicles present in the ovaries and the chromosomal quality of oocytes in relation to female age and corresponding reproductive events.



Graph was drawn after Hansen et al. and de Bruin et al.

Zdroj: Reproductive Endocrinology and Infertility Committee Canada, 2011.

Diagnostické klasifikace mluví také jasně, až už české (Prokopová, Crha 2007): „Předčasné ovariální selhání je charakterizované předčasným vyhasínáním ovariální funkce před 40. rokem života ženy.“ nebo mezinárodní (ESHRE Guideline, 2015): „Premature ovarian insufficiency is a clinical syndrome defined by loss of ovarian activity before the age of 40“.

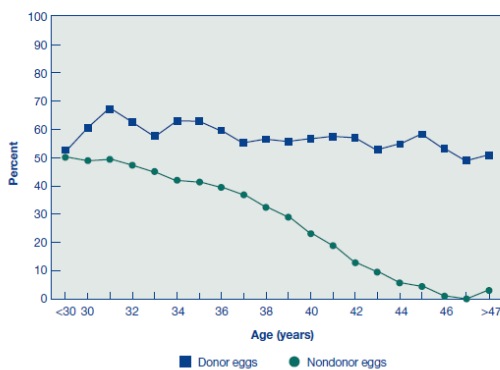
Ani využití metod ART věkové hranice neposouvá, jak jsme diskutovali v kapitole „Efektivita asistované reprodukce“.

Různé studie rovněž shodně poukazují na s věkem se zvyšující riziko potratu, těhotenská a porodnická rizika, zvýšený výskyt vrozených vývojových vad dítěte, zvýšené ekonomické náklady (Broekmans et al., 2004, 2007; Connolly et al., 2010).

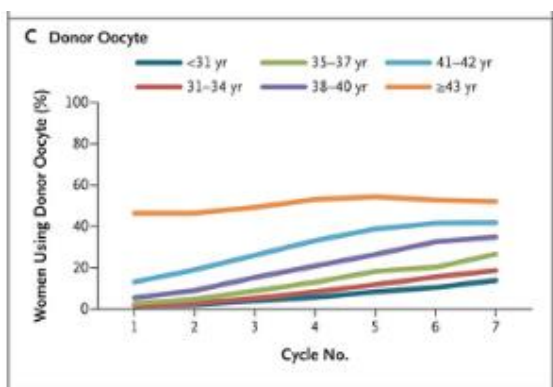
Vyspělé země, zajišťující svým obyvatelům vysoký životní standard a přístup k velmi kvalitní lékařské péči, pravděpodobně snížily výskyt poruch plodnosti, jak jsme zmínili v úvodní části. Biologické limity jsou ale zřejmě „přirozenými“ metodami nepřekročitelné: „Vyhnutí se kouření, snížení příjmu alkoholu, zvýšení pohybu, výživná strava, atd., jsou rozhodně dobrá rozhodnutí. Ale neexistuje absolutně žádný důkaz, že zdravý životní styl může působit proti následkům odkládání těhotenství do vyššího věku.“ (Ledger 2011). Situaci shrnuje český odborník na asistovanou reprodukci a onkofertilitu: „Pokles fertility s přibývajícím věkem ženy je pozorován u všech ras současné populace a je dobře znám také z historie lidstva. Věk 40 let je obecně uznáván jako hraniční pro dosažení gravidity a porodu zdravého dítěte, přestože i v tomto věku má většina žen stále pravidelný menstruační cyklus. Možnost dosažení gravidity je determinována postupným poklesem počtu a kvality ovariálních folikulů. Optimální životní období pro početí u ženy leží podle některých odborníků mezi 18. a 30. rokem věku. ... Ve věku 40 let jsou u 80 % oocytů detekovány anomálie cytoskeletálního aparátu již během prvního meiotického dělení.“ (Huser, 2014).

Otěhotnění ženy po čtyřicítce a dovedení těhotenství k porodu zdravého dítěte je možné hlavně 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



Zdroj: Luke, 2012

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, našli jsme i požadavek „do 29 let“. Důvodem je pochopitelně nižší úspěšnost procedury s užitím vajíček od starších (30+) dárkyň.

## 2.1.2 Muž a plodnost

Věk muže se tradičně považoval za faktor, který plodnost neomezuje; i mnoho mužů ve velmi vysokém věku je genetickými otci. V posledních desetiletích se však v mnoha studiích prokázalo, že i mužova plodnost se s věkem snižuje (např. de la Rochebrochard et al, 2003); dvě významné české studie z poslední doby jsme zmínili v sekci „Lidská plodnost“. Nicméně plodnost muže se snižuje s věkem mírně, nejsou tam zásadní zlomy jako u žen.

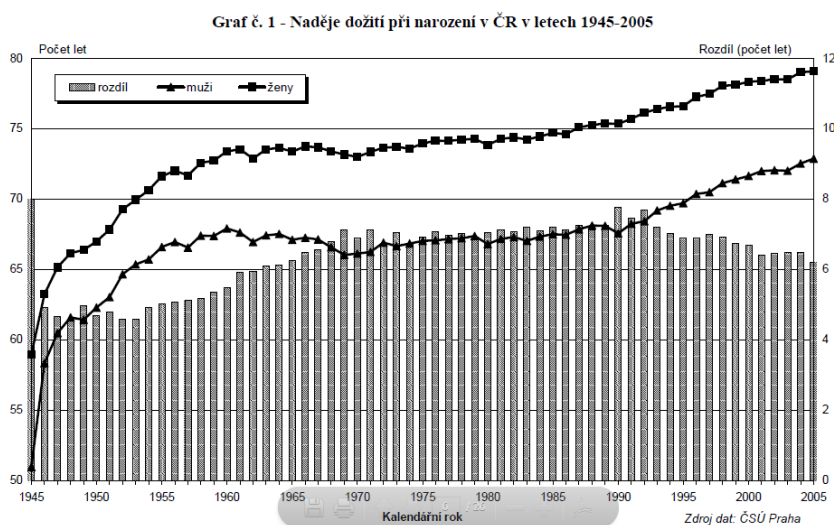
Podobně mnoho studií přináší důkazy pro zvýšená zdravotní rizika dětí starších otců: „Advanced paternal age is associated with an increased risk of new gene mutations. Because of the large number of cell divisions during spermatogenesis, the mutation rate for base substitutions is much higher in men than women, and increases with paternal age. The risk for genetic defects increases linearly for some conditions, and exponentially for others.“ (Toriello, Meck, 2008; podobně i Frans et al., 2008; Nybo Andersen et al, 2004; Šnajderová et al, 2012; Urhoj et al. 2014).

I u muže jsou dobrým vypovídajícím údajem o plodnosti požadavky center asistované reprodukce na dárce spermií. Podle našeho zákona může být dárce muž mezi 18 a 40 roky. V požadavcích center ovšem bývá věkový limit nižší, našli jsme i požadavek „do 33 let“.

„Thus, it is good public health policy to recommend that both men and women complete their family a before age 40, if possible.“ (Friedman, 1981)

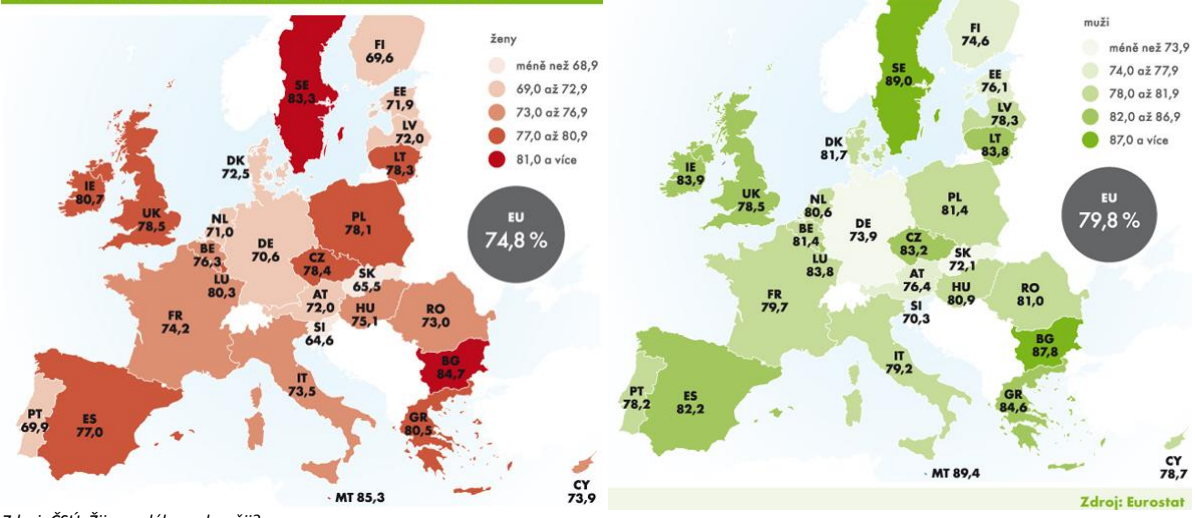
## 2.2 Naděje dožití a náklady na zdravotní péči

Dalším argumentem proti limitům je zvyšující se věk dožití.



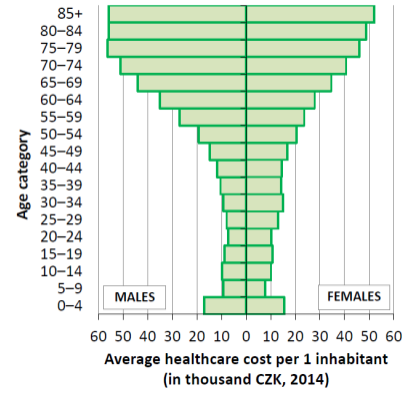
Délka života je jedna věc, jeho kvalita druhá; ta je měřena například střední délkou života ve zdraví (v soběstačnosti, bez omezení apod.). „Podle úmrtnostních poměrů platných v ČR v roce 2011 by se žena narozená v tomto roce průměrně dožila 80,7 let a doba prožitá ve zdraví by činila 63,6 roku. Generace 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. (ČSÚ, Žijeme déle a zdravěji?).“

Podíl zdravé délky života v zemích EU27 na celkové naději dožití [v %]



Zdroj: ČSÚ, Žijeme déle a zdravěji?

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.”  
 Velmi inspirující pro naši analýzu by rozhodně byly diskuse ke zvyšování věku odchodu do důchodu. Dobrou vypovídací hodnotou mají i průměrné náklady na zdravotní péči podle věku.



Zdroj: VZP, 2014

Podle těchto údajů by dítě narozené padesátileté ženě a stejně starému muži bylo nucené jim vypomáhat ještě 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.

### 2.3 Legislativa v ČR

Regulaci ART řeší především zákon č. č. 373/2011 Sb o specifických zdravotních službách. Z něj citujeme: § 3 (1) *Asistovanou reprodukci se rozumí metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchování, a to za účelem umělého oplodnění ženy a) ze zdravotních důvodů při léčbě její neplodnosti nebo neplodnosti muže, ... (4) Pro umělé oplodnění ženy lze použít a) vajíčka získaná od této ženy, b) spermie získané od muže, který se ženou podstupuje léčbu neplodnosti společně, c) zárodečné buňky darované jinou osobou, než která je uvedena v písmenech a) a b) (dále jen „anonymní dárcem“); anonymním dárcem může být pouze žena,*

kteřá dovršila věk 18 let a nepřekročila věk 35 let, nebo muž, který dovršil věk 18 let a nepřekročil věk 40 let.

§ 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“).

Platbu řešení poruch plodnosti metodami ART řeší zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění: §15 (3) Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku, b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku, nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermii mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

Pro muže žádné věkové limity stanoveny nejsou.

Předložená analýza se týká věkových limitů z pohledu čtyř z pěti členů systému (dítěte, žadatelů o léčbu, společnosti, dárců gamet); pohled poskytovatelů léčby není jejím předmětem.

## 2.4 EU ART legislativy

ART legislativy jsou stále v pohybu, čili je mimořádně obtížné najít spolehlivé údaje. Náš text vychází z těchto publikací: Busardò, FP, Gulino, M., Napoletano, S., Zaami, S., Frati, P. (2014). 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 (2014), Article ID 307160; Riggan, K. (2009). G12 Country Regulations of Assisted Reproductive Technologies. Dignitas, the quarterly publication of CBHD, Volume 16, Number 4 (Winter 2009): 6-7; ESHRE (2009) Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies a z našich osobních kontaktů se zástupci pacientských organizací z Evropy, sdružených ve Fertility Europe.

Věkové limity jsou obvykle stanoveny jen pro přístup k léčbě placené zdravotními pojišťovnami, a často se i v jednom státě liší region od regionu, pojišťovna od pojišťovny či podle procedur; platba bývá téměř vždy jen částečná. Například v Belgii, Bulharsku a Finsku mají ženy přístup k placené léčbě do 43 let, limit pro muže není; v Rumunsku do 40 let ženy, v Portugalsku do 39let ženy. Horní věkovou hranici pro samoplátce mají stanovenou jen ve velmi málo zemích: příkladem je Belgie (47 let žena, muži bez limitu), Bulharsko (51 let žena, muži bez limitu), Řecko (50 let žena, muži bez limitu).

Mnohé země ale věkové limity pro ženy vůbec nepotřebují, protože úspěšnou asistovanou reprodukci u žen 40+ vlastně vůbec dělat nemohou; nemají totiž dárcovská vajíčka. Dárcovství vajíček je zakázáno v Německu, Norsku, Rakousku či Švýcarsku, důvody jsou ochrana mladých žen před vydíráním a dehumanizací spojenou s komercializací darování. V roce 1998 zažalovaly dva rakouské manželské páry svou zemi u Evropského soudu pro lidská práva kvůli neumožnění léčby IVF s darovanými vajíčky nebo spermii, čímž jim podle nich jejich země zabránila naplnit právo vytvořit rodinu. Evropský soud jejich žalobu v roce 2011 zamítl s tím, že rakouský restriktivní zákon není v kontradikci s Úmluvou o lidských právech.

V mnoha zemích je dárcovství sice povoleno, ale je nedostatek dárcyň nebo nejsou téměř žádné. Připomeňme Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, kterou mnohé státy implementovaly do svých legislativ. Ta v článku 21 říká: Lidské tělo a jeho části nesmí být jako takové zdrojem finančního prospěchu. Dárcovství má být altruistický akt, dárci mohou (ale nemusí) být proplaceny pouze nutné náklady související s aktem darování. O výši nutných nákladů v jednotlivých zemích rozhoduje to, jak ji tolerují orgány příslušného státu činné v trestním řízení. Například ve Francii je sice dárcovství povoleno, ale jedině na přísně altruistické bázi; platba za dárcovství je kriminalizována. Proto Francie



nemá v podstatě žádné dárkyně. V UK je dárcovství 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 dárcovství, formulovaným v Úmluvě o bimedice a z ní vycházejících transplantčních zákonů, zůstává často jen principem papírovým. Komeracionalizaci dárcovství - i tak zdravotně bezrizikového, jako je dárcovství spermií – považujeme za nesmírně závažný problém, jenž bude pro nás v blízké budoucnosti předmětem samostatné analýzy.

## 2.5 Věkové limity – analýza z pohledu žadatelů o léčbu

Odkládání rodičovství do věku z biologického pohledu nevhodného se spojuje především s delší dobou 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.

### 2.5.1 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.

### 2.5.2 Výhoda stabilnější pracovní pozice

Tu si člověk obvykle spojuje s prosperující vlastní firmou. Kolik ale je v ČR podnikatelů?

Počty zaměstnaných podle postavení v hlavním zaměstnání

tab. č. 7

| Zaměstnaní v NH                | 2013          |              | 2014          |              | rozdíl 14-13 (tis.) | Index 14/13 (%) |
|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------------|-----------------|
|                                | v tis.        | %            | v tis.        | %            |                     |                 |
| <b>Celkem</b>                  | <b>4937,1</b> | <b>100,0</b> | <b>4974,3</b> | <b>100,0</b> | <b>37,2</b>         | <b>100,8</b>    |
| z toho:                        |               |              |               |              |                     |                 |
| zaměstnanci                    | 4055,2        | 82,1         | 4079,3        | 82,0         | 24,1                | 100,6           |
| podnikatelé bez zaměstnanců    | 669,1         | 13,6         | 693,5         | 13,9         | 24,4                | 103,6           |
| podnikatelé se zaměstnanci     | 166,0         | 3,4          | 172,0         | 3,5          | 6,0                 | 103,6           |
| pomáhající rodinní příslušníci | 46,8          | 0,9          | 29,5          | 0,6          | -17,3               | 63,0            |

Zdroj: ČSU – VŠPS

Zdroj: MPSV ČR 2015

Z celkového počtu pracujících je to 3,5%; kolik z toho je asi žen... Naprostá většina z nás jsme zaměstnanci. Hlavním východiskem v oblasti zaměstnanosti je strategie „Evropa 2020“ a na ní navazující strategie Národní program reforem České republiky. Podle zaměření programu je jasné 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 pětadvacetiletá matka prvňáčka lepší pracovní vyhlídky než pětadvacetiletá se stejně starým dítětem? Za mimořádně rizikové trendy z pohledu zaměstnávání mladých žen pak považujeme 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.

### 2.5.3 Výhoda vytvoření finančních rezerv – dítě je drahé

Zvýšený počet členů rodiny (příchod dítěte) a snížený počet členů přinášející výdělek (rodič na mateřské či rodičovské dovolené) pochopitelně není lehká situace. Při letmém průzkumu internetu jsme našli 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.

Toto je podrobnější rozpis té nejlevnější varianty:

Miminkovská výbavička přijde i v tom nejušpornějším režimu na několik tisíc korun. Například postýlka s matrací jeden tisíc až osm tisíc korun, příkrývky 900 korun, povlečení 500 až 1 800 korun, bavlněné plenky kus 16 až 20 korun, kočárek levný typ od 3 500 korun, střední kategorie od šesti tisíc korun, dražší typ 15 tisíc až 30 tisíc korun, vanička od 250 korun, dětský pytel 700 korun, sada lahví 300 korun, přebalovací pult 1 800 až sedm tisíc korun, lehátko do vaničky sto korun, elektronická chůvička od 1 300 korun, od pěti tisíc s televizí.

Náklady na dítě do 3 let: pleny 1 100 Kč/měsíc; kosmetika, drogerie 300 Kč/měsíc; potraviny 1 000 Kč/měsíc; oblečení, hračky 500 Kč/měsíc; lékař, léky 100 Kč/měsíc; Celkem 36 000 Kč/rok.

Náklady na dítě 3-5 let: školka 1 200 Kč/měsíc; potraviny 2 000 Kč/měsíc; oblečení, obuv 1 000 Kč/měsíc; kultura, hračky 400 Kč/měsíc; lékař, léky 100 Kč/měsíc; drogerie 200 Kč/měsíc; zájmové kroužky 500 Kč/měsíc; Celkem 64 800 Kč/rok.

Náklady na dítě 6-10 let: potraviny 2 500 Kč/měsíc; oblečení, obuv 1 000 Kč/měsíc; kultura, dovolené 1000 Kč/měsíc; lékař, léky 100 Kč/měsíc; drogerie 200 Kč/měsíc; zájmové kroužky 500 Kč/měsíc; vybavení do školy 300 Kč/měsíc; Celkem 67 200 Kč/rok.

Náklady na dítě 10-15 let: ubytování 3000 Kč/měsíc; potraviny 2 500 Kč/měsíc; oblečení, obuv 2 000 Kč/měsíc; kultura, dovolené 1000 Kč/měsíc; lékař, léky 100 Kč/měsíc; drogerie 200 Kč/měsíc; zájmové kroužky 700 Kč/měsíc; Celkem 114 000 Kč/rok

Náklady na dítě 15-26 let: ubytování 4000 Kč/měsíc; potraviny 3000 Kč/měsíc; oblečení, obuv 2 000 Kč/měsíc; kultura, zábava 1000 Kč/měsíc; dovolené 1500 Kč/měsíc; školní pomůcky 1000 Kč/měsíc; lékař, léky 500 Kč/měsíc; drogerie 200 Kč/měsíc; zájmové kroužky 400 Kč/měsíc; Celkem 163 000 Kč/rok.

Tabulka zpracovaná ČSÚ, z níž zmíněné novinové články vycházejí:

#### 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     |
| <b>ČISTÁ PENĚŽNÍ VYDÁNÍ CELKEM</b> | 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

Byli bychom rádi, kdyby někdo spočítal náklady na dítě ve variantě „nutné“, nikoliv „možné“ – v té se pochopitelně dá velmi snadno dostat i na částky 8 miliónu a víc. Bazary a second handy jsou plně 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 114 tisíc ročně na puberťáka a 163 tisíc ročně na adolescenta?

## 2.5.4 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 2014). 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 tady 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 | 26,9 | 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.

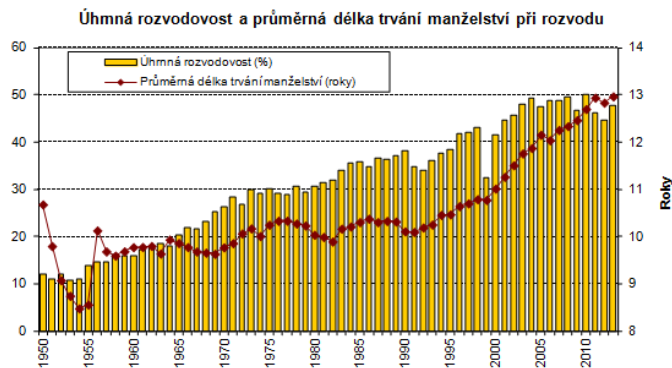
Zdroj: Český statistický úřad, Vývoj obyvatelstva České republiky 2014, str. 15

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 take endogamie) říká, že většina lidí, kteří uzavírají sňatek, si nevybírají 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). Uzavrou-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 třetí čtvrtin rozvodů uveden rozdíl povah, názorů a zájmů.

## 2.5.5 Rovnost pohlaví

Dalším argumentem pro přístup k asistované reprodukci 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 přerušení těhotenství. O obojím rozhoduje pouze ona, bez ohledu na názor muže: „Žena písemně požádá o umělé přerušení těhotenství ženského lékaře zdravotnického zařízení příslušného podle místa jejího trvalého pobytu nebo místa pracoviště nebo školy.“ (§ 7, Zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství). V ČR v roce 2014 bylo dle Demografické ročenky 21 893 umělých přerušení těhotenství. Nechce-li dítě žena, nemá ho. 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 to dobu od cca 18 let do cca 39 let (berme za horní hranici věkový limit, do nějž dnes zdravotní pojišťovny platí asistovanou reprodukci) 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 neuvedla otce u 9170 porodů (ČSÚ, 2015).

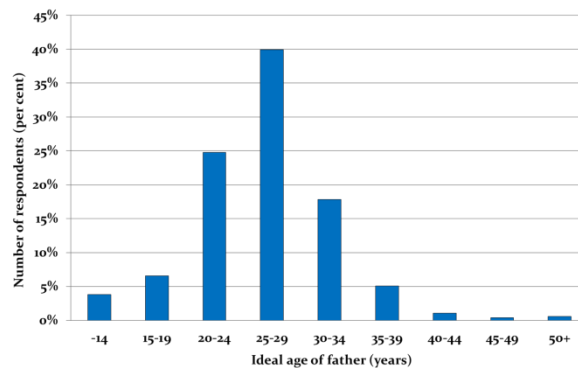
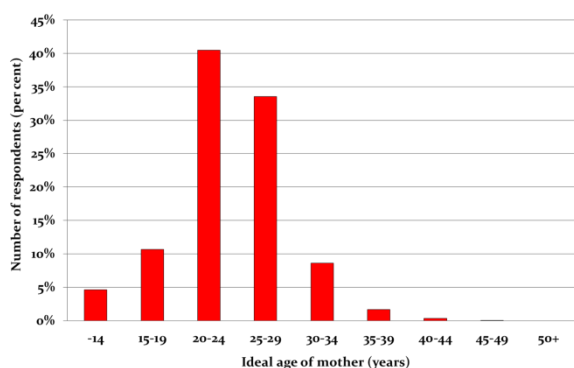
Výrazně větší rozhodovací pravomoci ženy s sebou nesou také výrazně větší odpovědnost. A ta – domníváme se – je hlavním důvodem odkládání rodičovství. Nejtěžší je totiž rozhodnout se a nést za své rozhodnutí odpovědnost (viz např. Kahneman, 2012).

## 2.6 Věkové limity – analýza z pohledu dětí

Poskytování asistované reprodukce 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 kritizovat veřejně rodiče, které má rádo, za situace, kterou nijak nemůže změnit.

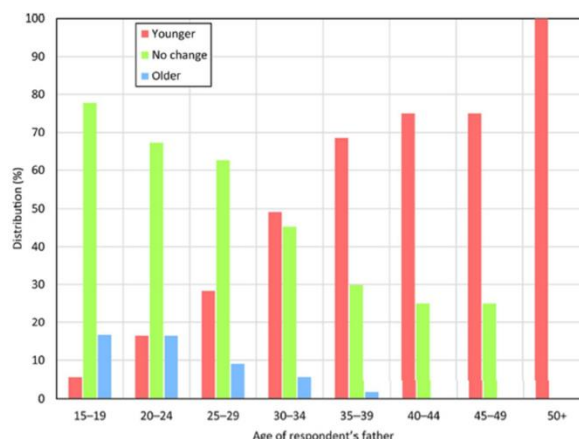
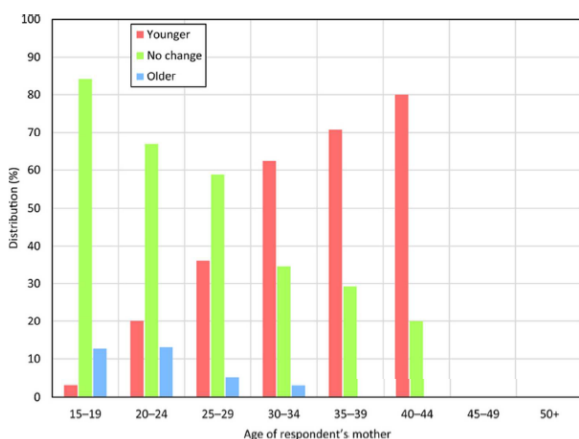
Pozdní rodičovství je vyjádřením preferencí dospělých. Jaké by byly preference dětí? Položili jsme v krátkém dotazníku 1 400 dětí tyto otázky:

*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?*



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 nezmínili.

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. Jsme si ale jisti, 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 nedomníváme, 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 TF 13, 2007). Prof. Pennings (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 jsme zmínili problematiku sendvičové generace, u čtyřicátníků a výš byly zmiňovány potíže se zvládnutím péče o dospělého potomka a rodiče ve věku 65 a víc. 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 rozhodnůvší 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 rozhodnutí jejich umístěním do domova seniorů (jako to možná udělali oni se svými rodiči – měli přece na starost malé dítě)...

## 2.7 Věkové limity – analýza z pohledu dárců gamet

### 2.7.1 Darování vajíček

Takto popisují proceduru darování vajíček centra asistované reprodukce:

„Jako případná dárkyně musíte splňovat určitá kritéria, věk 20 – 33 let, minimálně středoškolské vzdělání s maturitou a dobrý zdravotní stav. Při prvním vyšetření provede lékař ultrazvuk a domluvíte se na následujících odběrech kultivací a krve na pohlavně přenosné choroby (HIV, BWR a žloutenky), CMV. Bude také potřeba doplnit genetické vyšetření, pokud ho již nemáte hotové. Žadanku dostanete na sesterně IVF v 1. patře a výsledky budou cca za 4 - 5 týdnů od vyšetření. V případě, že budou všechna vyšetření v pořádku, podstoupíte řízenou hormonální stimulaci vaječnicků a následný odběr vajíček v krátkodobé celkové anestezii. Stimulace probíhá obvykle od 2. dne menstruačního cyklu a trvá přibližně týden. Znamená to, že si budete denně aplikovat podkožně injekci. Během stimulace budete lékařem 1 až 2x ultrazvukově vyšetřena a poté bude následovat odběr vajíček, který probíhá v krátkodobé celkové narkoze. Rizika při stimulaci a odběru vajíček jsou minimální. Jsou stejná jako při klasickém IVF. Darování je oboustranně anonymní a je bezplatné. Dárkyně má nárok na finanční kompenzaci nákladů spojených s dárcovstvím vajíček ve výši až do 25.000 Kč.“

Nebo jiné centrum:

Prvním krokem k tomu, abyste se stala dárkyní je vyplnění Vašeho emailu na tomto odkazu. Po zadání emailu Vám obratem odešleme další instrukce spolu s odkazem na on-line dotazník. Přijdete na vstupní konzultaci, kde Vám koordinátorka podrobně vysvětlí celý proces darování. Zároveň Vám bude odebrána krev na genetické vyšetření a pohlavně přenosné choroby. Dále Vám vyšetříme moč



na přítomnost návykových látek. Pokud všechny výsledky budou v pořádku, přijde Vám e-mail s informací o zařazení do programu darování. Jak budeme mít pro Vás vše připraveno, zkontaktuje Vás naše koordinátorka a naplánuje s Vámi další schůzku. Druhá schůzka zahrnuje pohovor s lékařem a vaginální ultrazvuk. Následně Vám lékař vypracuje stimulační protokol a celý proces Vám znovu vysvětlí. Sestřička Vás naučí aplikovat stimulační léky (podkožní injekce), které si budete sama aplikovat po dobu přibližně 12 dní. V průběhu aplikace (obvykle 7. den) Vám bude proveden kontrolní ultrazvuk, kterým zkontrolujeme průběh stimulace. Lékař určí přesný den a čas odběru vajíček a také čas aplikace poslední stimulační dávky, která zajistí dozrání vajíček. Přesně dle plánu aplikujete poslední stimulační dávku. Většinou v rozmezí 34-36 hodin před punkcí. Odběr vajíček se provádí v krátkodobé celkové anestezii. Po odběru vajíček zůstává žena v klidu na lůžku přibližně 2-3 hodiny. K propuštění z kliniky je nutný doprovod, žena nesmí sama řídit ani jet hromadnou dopravou bez doprovodu.

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:

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

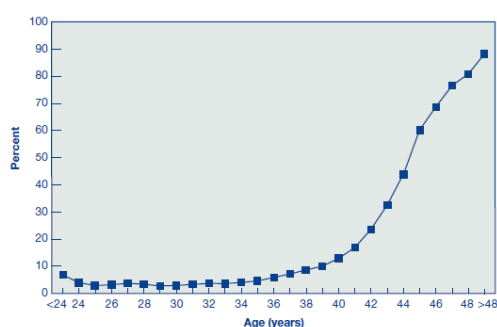
Zdroj: Marek, Machač, 2003.

„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 České republice.

Léčba asistovanou reprodukcí je považována za nesmírně psychicky a fyzicky náročnou proceduru; žena musí docházet opakovaně na vyšetření, píchat si hormony, což je pro mnohé bolestivé a má to nepříznivé vedlejší účinky, podstupuje invazivní zákroky v anestezii – punkci folikulů. Lékaři s psychology řeší jak předejít tzv. drop-outu, ukončení léčby pro nevládnutelnou psychickou zátěž, přestože šance na úspěch jsou ještě příznivé (Land, JA, Courtar, DA, Evers, JLH, 1997; Verberg, MFG a kol., 2008). Některé paientské organizace žádají, aby psycholog byl součástí týmu poskytujícího léčbu a aby jeho pomoc byla hrazena ze zdravotního pojištění spolu s léčnou medicínskou. (FE: Fertility Matters, 2012). Vytvářejí se různé „mild“ či „patient-friendly“ stimulační protokoly, měří se jejich dopad na drop-out (Fauser, BCJM, a kol., 2010). Téměř identickou proceduru ale podstupuje i dárkyně, u ní pouze nedojde k transferu embrya.; nenašli jsme ale dokumenty, které by tato rizika zahrnovaly do diskusí o third-party reproduction.

Potřeba využít darovaná vajíčka zásadně souvisí s věkem ženy podstupující asistovanou reprodukci:

**Figure 39**  
Percentages of ART Cycles Using Donor Eggs, by Age of Woman, 2013



Zdroj: CDC, 2013 ART Report

V ČR roste potřeba darovaných vajíček takto:

#### 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 – Kryobryotransfer    | 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    |
| freez  | 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 |

- Z tabulky je patrné, že počet „klasických“ IVF cyklů, tedy cyklů s cílem léčit neplodnost, je přibližně stabilní. Prudký nárůst je v cyklech s cílem „Darovat oocyty (ED)“ a v cyklech s „přijetím darovaných oocytů (OoR)“.

Zdroj: ÚZIS/NRAR: ART 2013

### 2.7.2 Darování spermií

Takto popisují proceduru darování spermií centra asistované reprodukce: „Jako případný dárcе musíte splňovat určité podmínky. Věk 18-35let, minimálně středoškolské vzdělání s maturitou a dobrý zdravotní stav. Nejprve naše laboratoř zjistí podle kontrolního spermioqramu, zda můžete být dárcem. Na kontrolní spermioqram se nemusíte objednávat, vhodná je třídenní pohlavní abstinence. Po příchodu se nejprve zaregistrujete v recepci, kde dostanete sterilní nádobku na kontrolní vzorek, a řeknou Vám, kde je speciální místnost pro pány. Nádobku se vzorkem odevzdáte na sesterně IVF. Na výsledek si můžete zavolat cca za 2 hodiny do laboratoře. Pokud Vás laboratoř vyhodnotí jako vhodného dárcе, bude nutné doplnit genetické vyšetření a vyšetření krve na pohlavně přenosné choroby (HIV, BWR a žloutenky), CMV a chlamydie z moči. Na genetické vyšetření se objednáte na recepci a žádanku Vám vystavíme na sesterně IVF. Při tomto vyšetření proběhne pouze ústní konzultace a odběry krve. Výsledky bude znát laboratoř cca za 4-5 týdnů od vyšetření. Následně vyplníte dotazník dárcе spermatu a domluvíte se s laboratoří na termínech darování. Na recepci budete informován o finanční kompenzaci za vaše náklady spojené s dárcovstvím. Darování je oboustranně anonymní.“

Nebo jiné: „Věk 18 - 33 let, dobrý zdravotní stav, ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Prvním krokem jak se stát dárcem spermatu je vyplnit on-line dotazník dárcе. Po odeslání dotazníku Vás do 48 hodin telefonicky zkontaktuje naše andrologická laborantka a dohodne si s Vámi termín první návštěvy. Přijdete na osobní konzultaci s andrologickou laborantkou. Po odběru spermatu v odběrové místnosti se provede analýza spermatu (spermioqram a test přežitelnosti spermií v tekutém dusíku). Do týdne Vám bude telefonicky sdělen výsledek analýzy a bude-li vyhovující, můžete se dostavit na odběr krve a moči ke genetickému vyšetření, k vyšetření na pohlavně přenosné

nemoci. Dle výsledků můžete být zařazen do programu darování spermií. Následuje několik odběrů spermatu s frekvencí 1 až 2 týdně. Celkem absolvujete 10 odběrů. Před každým odběrem je potřeba dodržovat alespoň 2 dny pohlavní abstinence, omezit konzumaci alkoholu a přílišnou fyzickou a psychickou zátěž. Kvalitu spermatu rovněž ovlivňují některé faktory jako stres, drogy, kouření, infekce. Po posledním odběru následuje tzv. karanténa, během které nemohou být Vaše spermie použity. To znamená, že po 180 dnech od posledního odběru Vás telefonicky kontaktuje andrologická laboratoř a budete požádáni o poslední odběr krve na pohlavně přenosné choroby. Pokud budou testy negativní, mohou být Vaše spermie propuštěny k léčbě našich pacientek. Vhodný dárcce absolvuje 10 vyhovujících odběrů. Finanční kompenzace za vynaložený čas a za náhrady cestovních a ostatních výdajů se pohybuje do 10 000 Kč.”

S darováním spermií nejsou spojena žádná zdravotní rizika; snad jediným závažnějším rizikem je psychický šok po zjištění špatných výsledků spermilogického vyšetření. Cykly s darovanými spermii se v Národním registru asistované reprodukce ČR neevoluují, nemáme tedy přehled o jejich počtu.

## 2.8 Věkové limity – analýza z pohledu společnosti

Klesání počtu narozených dětí výrazně pod hranici zachování populace je vážným demografickým, a tím i ekonomickým a sociálním problémem. Společnost (tvořená námi všemi) tedy má logický zájem podpořit porod dostatečného počtu dětí. Z demografických, sociologických a ekonomických analýz vyplývá, že ani nejvelkorysejší popora asistované reprodukce nenahradí úbytek dětí (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 metodám asistované reprodukce sice významně roste, ale příčinou je odkládání rodičovství. Těch lidí, kteří trpí nějakou poruchou plodnosti, je stále stejně. Doba vzdělávání se prodloužila a s tím souvisí i posunutí doby rodičovství. Od 30 let se plodnost fyziologicky snižuje, proto se využití pomoci reprodukční medicíny zvyšuje. Naše analýza se ale netýká rodičovství kolem třicátky, nýbrž rodičovství o 10 a víc let pozdějšího.

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. 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 jsme v podkapitole analyzující rovnoprávnost mezi pohlavími došli k závěru, že mužovy pravomoci v oblasti plánování rodičovství jsou velmi omezené, domníváme se, že svůj díl odpovědnosti by společnost měla přenést i na muže.

Víme, že není možné ovlivnit média držená spoukromými vlastníky, aby neinformovala bulvárním způsobem. Dokumenty vydávané státními orgány však k matení sklouzávat nemohou. Zákon je důležitý dokument zásadně ovlivňující pohled společnosti na to, co je a není norma, co je a není běžné, obvyklé, či žádoucí, co lze očekávat. Formulace zákona o specifických zdravotních službách § 6 (1) „Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let“ je z tohoto pohledu buď neobratná nebo pokrytecká. Lidí tuto věkovou hranici nevnímají jako rezervu pro absolutně výjimečné situace, ale jako vyjádření expertů o tom co je běžně možné (mimočodem pokud je žena 40+ opravdu plodná, pak jistě nepotřebuje pomoc asistované reprodukce; jedině

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 spíše 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 na úkor jednoho uvést do rizik někoho druhého. 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 Český statistický úřad 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 asistovanou reprodukci je naprosto samozřejmé, že mladé ženy podstupují nikoliv bezrizikové procedury (v roce 2013 bylo provedeno 4 319 těchto procedur), aby umožnily rodičovství lidem ve věku jejich rodičů či prarodičů.

## 2.9 Naše stanovisko k plánované změně zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Změna se má týkat §15 (3), věk ženy pro přístup k ART placené ze zdravotního pojištění má být zvýšen na 43 a má být placeno 6 cyklů místo dosavadních čtyř. S touto změnou nesouhlasíme, trváme na původním znění zákona, kde je určena věková hranice 39 let pro ženu. Zdůvodnění: Z principu společenské solidarity vyplývá, že se má týkat deficitních situací. Mnoha studiemi doložená plodnost ženy je v naprosté většině případů omezena věkem 40 let; asistovaná reprodukce nad tento věk patří do kategorie „human enhancement“, který nepatří do oblasti běžného zdravotního pojištění.

Plodnost muže se sice s věkem také snižuje, ale toto snížení není obvykle tak markantní; léčba staršího muže se za „human enhancement“ považovat nedá. Přesto se domníváme, že by i věk přístupu muže k ART placené ze zdravotního pojištění měl být omezen. Náš návrh je 43 let pro muže. Důvodem je nejen přece jen fyziologicky se snižující plodnost muže a zvýšené riziko dědičných vad u potomka, ale také nižší naděje dožití muže a nižší věk života ve zdraví. Pro určení obou věkových limitů bereme v úvahu i preference dětí. Výši věkového limitu muže odvozujeme od situace na sňatkovém trhu a jejího vývoje – významná část partnerství je věkově homogamní nebo téměř homogamní (průměrná věková vzdálenost mezi manželi byla v roce 2000 3,43 roku (dle Katrňák 2008), do toho jsou pochopitelně započítány i páry, kde je žena starší). I děti ve svých preferencích tolerují otce zhruba o 4 roky staršího.

Pokud jde o cykly s darovanými gamety a embryi, pak z Transplantačního zákona by vyplýval zákaz užití této metody – není totiž prokázáno, že alternativy (rodičovství prostřednictvím náhradní rodinné péče či bezdětnost) by nebyly alternativami plnohodnotnými. Nicméně užití dárcovství je u takto věkově omezených párů ve velmi malém procentu, a při důkladném zvážení zájmů a rizik všech analyzovaných členů systému považujeme dárcovství za eticky přijatelnou metodu léčby.

Se zvýšením počtu placených cyklů na dohromady 6 u takto věkově omezených párů souhlasíme. Je potřeba pomoci mladým lidem závislým na pomoci ART, aby případně mohli mít i další dítě. Trváme ale na zavedení takových kontrolních mechanismů, které zabrání nadužívání léčby, tedy které zajistí, aby se za infertilitu nezaměňovala netrpělivost pacientů (či poskytovatelů léčby).

## 2.10 Naše stanovisko k plánované změně zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách

Změna se má týkat § 6 (1) *Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let*; tato věková hranice má být zrušena. Vidíme dvě možná řešení:

1. Věkovou hranici přístupu k ART u žen skutečně neuvádět, ale legislativně zakotvit zákaz používání darovaných vajíček nebo embryí nad 40 let věku ženy. Zdůvodnění: Je-li žena po čtyřicítce skutečně plodná, darovaná vajíčka nepotřebuje; pomoc medicíny vyhledává pouze kvůli snížené plodnosti svého partnera. Toto řešení ale nezohledňuje dětské preference rodičovského věku a věk života ve zdraví, nezohledňuje také zájmy společnosti.
2. Uvést věkovou hranici u samoplátců takto: Umělé oplodnění lze provést ženě a muži, pokud jejich věk nepřekročil 43 let. Po věku 40 let ženy ale je zakázáno používat darovaná vajíčka či embrya, pouze vlastní; vlastními embryi se rozumí i zamražená embrya vytvořená z gamet darovaných, ale v předchozích cyklech ukončených před 40 věku ženy. Zdůvodnění: V úvahu jsme vzali věkové limity plodnosti ženy i muže, naděje na dožití a věk dožití ve zdraví, dětské preference, zájmy společnosti a především zohledňujeme ochranu dárců gamet a rizika spojená s komercializací dárčovství.

Abychom předešli pravděpodobné argumentaci oponentů varujících před dalším propadem počtu porozených dětí, upozorňujeme, že toho se námi navrhované změny vůbec nedotknou. Česká populace zatím vesměs má děti před 40 věku ženy; většina darovaných vajíček je v České republice určena pro léčbu zahraničních pacientek (ÚZIS/NRAR, 2013).

## 2.10 Naše stanovisko k dodržování zákona č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

Dárčovství gamet, především vajíček, rozhodně není bez zdravotních a psychosociálních rizik. Nejen kvůli těmto rizikům, ale i kvůli tomu, že existují hodnotné alternativy řešení, jsme přesvědčeni, že by se jeho využívání mělo velmi vážně zvažovat. Kromě výše formulovaných opatření žádáme příslušné orgány ještě i o kontrolu způsobu informování pacientů o dárcovských procedurách a způsobu získávání dárců. Je také nutné zvážit etičnost vytvářené ovobank či spermiobank, analyzovat, zda je to v souladu se zněním Úmluvy o bioetice a s Transplantačním zákonem. Infertilita není akutní nemoc, jistě by bylo možné místo bank gamet mít databáze ochotných dárců a dárkyň, kteří by se oslovovali až v případě potřeby.

Dále navrhujeme, aby se revidoval způsob kompenzací. Nemluvíme o jejich výši, tu považujeme za adekvátní, mluvíme o její formě. Ta by měla být jen částečně finanční (náhrady cestovného atd), větší část by skutečně měla odrážet ocenění společnosti za altruistický čin (např. nabídka rekreačních pobytů, atd.). Hodnota dárčovství orgánů a tkání jako nejhumánnější výraz lidské solidarity nesmí být nijak devalvována.

## 3. ANALÝZA PROBLEMATIKY NÁHRADNÍHO MATEŘSTVÍ

### 3.1 Definice a typy

Náhradní mateřství (NM), často nazývané také surrogátní mateřství, je jednou z procedur v předešlé části nazvané „third-party reprodukce“. Je to procedura, kdy nějaká žena (tzv. náhradní matka) donosí dítě pro jednotlivce/pár, který z různých důvodů není schopen podstoupit těhotenství úspěšně završené porodem nebo ho podstoupit nechce. Důvodová zpráva k novému Občanskému zákoníku ČR uvádí, že se jedná o situaci, kdy se dítě narodí ženě, která není jeho biologickou matkou. Tento popis je zavádějící, platil by totiž i pro situace využití darovaných vajíček, ale bez úmyslu dítě dále předat.

Existují různé varianty této procedury, liší se původem gamet: *Genetické náhradní mateřství* je takové, kdy je využito vlastní vajíčko náhradní matky a spermie nějakého muže; může, ale nemusí to být spermie žadatele/hetero/homosexuálního páru nebo jednotlivce. Ke vzniku genetického NM se používá buď intrauterinní inseminace (IUI) nebo in vitro fertilizace (IVF). *Gestační náhradní mateřství* je takové, kdy do dělohy náhradní matky je implantováno embryo, vytvořené z vajíčka jiné ženy a nějakého muže. Gamety mohou mít různý původ, mohou, ale nemusí to být gamety žadatele/žadatelů. Ke vzniku gestačního NM je nutné IVF.

### 3.2 Základní legislativa

K náhradnímu mateřství se vztahuje v obecné části zmíněná Úmluva o biomedicině a z níž vycházející transplantační zákony jednotlivých zemí, dále zákony upravující asistovanou reprodukci. Dalším významným dokumentem je Úmluva o právech dítěte, přijatá Valným shromážděním OSN 20. listopadu 1989, především její článek 7: *Každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči*; článek 8: *Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat právo dítěte na zachování jeho totožnosti, včetně státní příslušnosti, jména a rodinných svazků v souladu se zákonem a s vyloučením nezákonných zásahů* a článek 35: *Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, přijímají všechna nezbytná vnitrostátní, dvoustranná a mnohostranná opatření k zabránění únosů dětí, prodávání dětí a obchodování s nimi za jakýmkoli účelem a v jakékoli podobě*.

Dalším významným právním instrumentem dané oblasti je Protokol OSN o prevenci, potlačování a trestání obchodování s lidmi, zvláště se ženami a dětmi z roku 2000 (tzv. Palermský protokol), z něž vychází text Úmluvy proti obchodu s lidskými bytostmi, formulovaný Radou Evropy v roce 2008. Ta v článku Article 4 – Definitions říká, že: *Obětí obchodu s lidmi osoba, jež byla zverbována, dopravena, převezena, ukrývána či převzata v rámci jedné země nebo přes hranice, při použití výhrůžek, síly, podvodu, donucení či jiných nezákonných prostředků, za účelem vykořisťování. Dítě je považováno za oběť obchodování bez ohledu na to, zda byly pro jeho verbování, dopravu, převoz, ukrývání či převzetí za účelem vykořisťování použity prostředky. "Souhlas" dané osoby s vykořisťováním je irelevantní, pokud byly použity jakékoli z těchto prostředků (donucování, podvod, zneužití zranitelného postavení atd.). Navíc bude daná osoba považována za oběť i tehdy, kdy k vykořisťování ještě nedošlo, pokud byla vystavena některému činu za použití jednoho z prostředků*.



### 3.3 Legislativní problémy

Složitost procedury přináší mnoho právních problémů. Hlavními jsou určení právního rodičovství, vymahatelnost dohod uzavřených před porodem dítěte či před zahájením léčby, registrace novorozence. Významnými jsou také akceptovatelnost cest získávání náhradní matky (zprostředkovávací agentury, využití médií k inzerci, atd..) a akceptovatelnost kompenzací; z tohoto pohledu se NM rozděluje na altruistické a komerční.

#### 3.3.1 Určení právního rodičovství

Do registru narozených (a rodného listu dítěte) mohou být zapsáni tito adepti na rodiče: jednotlivec či pár, který o proceduru požádal; náhradní matka a – pokud je vdaná – její manžel; dárce či dárci gamet – byly-li použity. Pokud se předání dítěte jakoliv komplikuje a dítě je v mezích péči další osoby nebo páru (v ČR by to pravděpodobně byli pěstouni na přechodnou dobu), do adeptů na rodičovství můžeme počítat i je, protože k nim si dítě mohlo mezitím vytvořit vztah (jsou rodiči psychosociálními).

Ve světě je zatím obvyklejší, že se za právní rodiče považuje matka, která dítě porodila (bez ohledu na původ vajíček) a její manžel, pokud je vdaná. Předání dítěte žadatelům se pak děje cestou adopce. Pokud vdaná není, obvykle se k otcovství přihlásí žadatel-muž (bez ohledu na původ spermií), náhradní matka se dítěte vzdá, dítě převezme do své péče jeho právní otec. Byl-li žadatelem pár, druhý z páru požádá o adopci tohoto dítěte. V případě provdané náhradní matky se musí vdát dítěte i její partner a žadatel či žadatelé žádají společně o adopci tohoto dítěte. Některé země však NM řeší legislativně jako zvláštní případ a za právní rodiče považují rovnou žadatele.

#### 3.3.2 Vymahatelnost dohod

Žadatel s náhradní matkou obvykle uzavírá nějakou dobu před porodem nebo ještě před otěhotněním dohody vyjadřující především úmysl náhradní matky podsoupit tuto proceduru a dítě předat a úmysl žadatele náhradní matku během procedury podporovat a dítě převzít. Dohody obsahují také detaily: podrobnější popis lékařských procedur (lékařské prohlídky před pokusy o otěhotnění, původ gamet, metoda asistované reprodukce, rozsah a frekvence těhotenských prohlídek, plánovaný a akceptovatelný způsob porodu, ...), požadovaný ženin životní styl během těhotenství, rozsah a způsob předávání kompenzací, rozvrh a obsah kontaktů mezi žadatelem/žadatelem a náhradní matkou, způsob a dobu předání dítěte, rozsah a frekvenci kontaktů náhradní matky s dítětem do budoucna, atd. Smlouvy by také měly obsahovat řešení pro méně očekávané situace, např. zda se náhradní matka může rozhodnout pro potrat bez zdravotních důvodů, či jak se bude řešit, když prenatalní, natální či postnatalní prohlídky odhalí handicap u dítěte. Je nutné rozhodnout o legislativním ukotvení takových dohod, a pokud se uznají za vymahatelné, pak určit sankce za jejich neplnění.

#### 3.3.3 Registrace novorozence.

Ta je velkým problémem v případě, že žadatelé jsou z jiné země než náhradní matka; do hry pak vstupují rozdílné legislativy dvou či více zúčastněných zemí.

### 3.4 Legislativa v České republice

Jediná zmínka o NM v české legislativě je v novém OZ (zákon č. 89/2012 Sb), § 804: *Osvojení je vyloučeno mezi osobami příbuznými v přímé linii a sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství.* Procedura se ale oficiálně už mnoho let provádí. Neexistují ovšem žádné oficiální údaje o tom kolik procedur bylo provedeno či se provádí ročně a s jakou úspěšností, či s jakými problémy. Sekce asistované reprodukce vydala v roce 2012 doporučení, aby se neprovádělo genetické NM, aby se neprovádělo NM s darovanými gametami, aby se NM provádělo výhradně ze zdravotních důvodů (chybění dělohy či její vážná dysfunkce nebo primární nemoc ženy – žadatelky, zabraňující jí podstoupit bezpečné těhotenství a porod), a aby se neimplantovalo více než 1 embryo.

NM je jednou z metod asistované reprodukce, a to metodou s manipulací s gametami jiného původu než je pacientka, která ART podstupuje. ART v ČR upravuje především zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Ten v § 10 ustanovuje *povinnost poskytovatele zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce*. To je ovšem v rozporu se záměry NM. Poskytovatelé tvrdí, že nejsou v rozporu se zákonem, protože nejde o situaci dárcovství. Jiná než dárcovství ovšem v zákoně uvedená není. Provádění NM lze tedy interpretovat i tak, že je v rozporu se zákonem, a některá centra ji na radu svých právníků nenabízejí. Poskytovatelé se brání tím, že NM zmiňuje OZ, čili se s ním v českém právním systému počítá.

Opakovaně se objevují a zase mizí snahy NM v ČR nějak legislativně ukotvit, nejnovější vlna zájmu se objevila letos na podzim po zveřejnění případu porodu velmi handicapovaného chlapečka náhradní matkou a odmítnutí žadatelů si ho převzít. Podle médií k tomu náměstek ministra zdravotnictví Josef Vymazal řekl: „Nejprve bychom si měli ujasnit, jestli náhradní mateřství ano, či ne. ... Jestliže dojdeme k závěru, že ano, což je asi pravděpodobnější řešení, ... tak za jakých přesně definovaných podmínek.“ (<http://www.novinky.cz/domaci/377691-otresny-pripad-odlozeneho-ditete-rozhoupal-uredniky-nahradni-materstvi-pujde-na-prezkum.html>).

### 3.4.1 Určení právního rodičovství

Podle OZ §775: *Matkou dítěte je žena, která je porodila*. Z důvodové zprávy k tomuto paragrafu vyplývá: Porod je jedinou relevantní skutečností pro rozhodnutí otázky mateřství, takže žalobě ženy, která byla dárkyní genetické látky, proti ženě, která dítě porodila, nelze vyhovět. Určení otcovství je složitější, upravují to paragrafy § 776 - § 793 OZ. V zásadě jsou tři hlavní způsoby: Je-li matka provdaná, otcem dítěte je manžel; je-li dítě počato asistovanou reprodukcí, otcem dítěte je muž, který podepsal s ART souhlas; je-li žena neprovdaná, otcovství lze určit souhlasným prohlášením matky a tohoto muže osobně před soudem nebo před matričním úřadem. Takto lze určit otcovství i k dítěti ještě nenarozenému, je-li již počato. Předání dítěte narozené NM je v ČR tedy možné jen prostřednictvím osvojení.

Osvojení v ČR upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v § 794 až 854. Velmi důležité je, že nově je osvojení vnímáno jako forma rodičovství, nikoli jako náhradní péče o dítě. Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a mají k němu stejná práva i povinnosti, jako by byli jeho rodiči. Osvojením vzniká nový právní i rodinný vztah, neboť mezi osvojeným dítětem a osvojitelem vzniká takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi. Veškerá vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou osvojením zanikají. Do knihy narození – matricy se na základě pravomocného rozhodnutí soudu o osvojení zapíše osvojitel, případně osvojitelé. Souhlas rodičů, kteří jsou zákonnými zástupci dítěte, může být dán buď ve vztahu ke konkrétním žadatelům o osvojení (adresný souhlas), nebo předem bez vztahu k určitým osvojitelům. Bude-li adresný souhlas vzat zpět nebo zamítnut, pozbude souhlas účinnosti. Souhlas s osvojením může být dán matkou osvojovaného dítěte nejdříve šest týdnů po narození dítěte. Otec osvojovaného dítěte může dát souhlas s osvojením nejdříve po narození dítěte. Rodiče mohou obecně odvolat souhlas s osvojením ve lhůtě tří měsíců ode dne, kdy byl souhlas dán, ale za určitých okolností i později. Dříve než soud rozhodne o osvojení, má osvojitel povinnost o dítě na svoje náklady pečovat; tato doba je 6 měsíců. Péče o dítě v době před uplynutím tří měsíců ode dne, kdy byl dán souhlas k osvojení, ovšem není péčí před osvojením. Když se to sečte, jednání o osvojení nemůže začít dřív než skoro 11 měsíců po porodu (souhlas až po šestinedělí + 3 měsíce pro možnost odvolání souhlasu + 6 měsíců předadopční péče). Osvojení nelze zrušit po uplynutí 3 let od rozhodnutí o osvojení, a to ani z důležitých důvodů, s výjimkou případů, je-li osvojení v rozporu se zákonem.

### 3.4.2 Vymahatelnost dohod

Pokud by mělo dojít k sepsání smlouvy o plánu uskutečnit NM a o podmínkách předání dítěte, jednalo by se o smlouvu, která by přímo odporovala platné legislativě. Lidské bytosti nejsou

objektem, nýbrž subjektem práv. Smlouvy nejen že jsou právně nevymahatelné, ale mohly by být předmětem trestního řízení pro obchod s lidmi. Za oběť by v takovém případě mohla být považována (budoucí) náhradní matka, (budoucí) dítě i žadatelé.

(Budoucí) náhradní matka by mohla být považována z obětí dle tohoto paragrafu Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb.: § 168 Obchodování s lidmi: (1) *Kdo přiměje, zjedná, najme, zláká, svede, dopraví, ukryje, zadržuje, přijme nebo vydá dítě, aby ho bylo užito ... d) k otroctví nebo nevolnictví, nebo e) k nuceným pracím nebo k jiným formám vykořisťování, anebo kdo kořistí z takového jednání, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až deset let. (2) Stejně bude potrestán, kdo jinou osobu než uvedenou v odstavci 1 za použití násilí, pohrůžky násilí nebo jiné těžké újmy nebo lsti anebo zneužívá jejího omylu, tísně nebo závislosti, přiměje, zjedná, najme, zláká, svede, ... aby jí bylo užito a) jiným k pohlavnímu styku nebo k jiným formám sexuálního zneužívání nebo obtěžování ... d) k otroctví nebo nevolnictví, nebo e) k nuceným pracím nebo k jiným formám vykořisťování, anebo kdo kořistí z takového jednání. (3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 jako člen organizované skupiny, b) vydá-li takovým činem jiného v nebezpečí těžké újmy na zdraví nebo smrti, c) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch ... (4) Odnětím svobody na osm až patnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 těžkou újmu na zdraví, b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu ... (5) Odnětím svobody na deset až osmnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 nebo 2 smrt. (6) Příprava je trestná.*

Dítě by mohlo být považováno za oběť dle Trestního zákoníku, č. 40/2009 Sb. § 169: (1) *Kdo za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce nebo pro jiný obdobný účel, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti. (2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, b) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví, c) spáchá-li takový čin opětovně, nebo d) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch. (3) Odnětím svobody na tři léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt, b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu.*

Žadatel/é by mohli být považováni za oběť v případě, že by je již těhotná náhradní matka nebo při předání dítěte či po jeho předání vydírala: § 175 (1) *Kdo jiného násilím, pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo peněžitým trestem.*

### 3.4.3 Registrace novorozence

Pokud je nám známo, čeští poskytovatelé se vyhýbají zahrnutí osob jiné než české státní příslušnosti do NM, čili tento problém odpadá. Potíže se objeví, pokud čeští žadatelé procházejí procedurou v zahraničí. Tuto situaci ovšem nehodláme zahrnout do naší analýzy, jednak proto, že na ni nejsme dostatečně kompetentní, jednak proto, že je to rozhodnutí žadatele, tedy i jejich odpovědnost.

## 3.5 Legislativa ve světě

Ve stanovisku International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2009) k NM je, že je akceptovatelné pouze ze zdravotních důvodů, jedině při použití obou gamet žadatelského páru, že je nutné náhradní matce zajistit špičkovou péči, že smí být transferováno jen jedno embryo, že je nutné zachovat úplnou autonomii náhradní matky a respektovat jakékoliv její rozhodnutí (včetně rozhodnutí k interrupci), že to nemá být komerční procedura a že obě strany musí dostat oddělenou nezávislou psychologickou a právní konzultaci. Podobné stanovisko má European Society of Human

Reproduction and Embryology (ESHRE, 2005), ale akceptuje i NM s oběma gametami od dárců a doporučuje věkové limity pro náhradní matku. ESHRE připouští, že ke zhodnocení efektivity a skutečných rizik procedury a jejích dílčích kroků zcela chybí věrohodné podklady.

V Evropě je NM zákonem zakázáno například v Rakousku, Francii, Německu, Norsku, Maďarsku, Finsku. V Holandsku, Belgii a UK je NM regulováno zákonem, ale matkou je žena, která dítě porodila, a připouští se pouze altruistické NM. Podle řecké, ruské, ukrajinské či indické legislativy NM jsou právními rodiči žadatelé. V Británii se teď vede už delší dobu diskuse o tom, že jejich zákon o NM je zastaralý a měl by se reformovat, aby reflektoval změny společnosti: "The key reasons why reform was thought necessary were: the law being out of date, a perceived need for increased transparency about the system in the UK, a need to discourage people from going overseas for surrogacy, and a feeling that the law does not reflect the realities of surrogacy as practised and understood by those who have been through it. In particular the question of who are the legal parents of surrogacy-born children was key. I would agree – the existing law is 30 years old and, although some modernising has taken place (e.g. in terms of who is now eligible to apply for a parental order), it does not reflect the realities of surrogacy nor does it recognise the correct people as parents." (Horsey, 2015). Ovšem výsledky výzkumu, které autorka prezentuje, vycházejí z dotazníků vyplněných žadateli o NM, jejich rodinami a přáteli, a náhradními matkami; o reprezentativnosti takového názoru nemůže být ani řeč. Jiní odborníci mají na situaci názor jiný: „Neznáme žádné důkazy, že by nevymahatelnost smluv byla příčinou potíží, ani že vymahatelnost smluv může ochránit zájmy žadatelů. ... Kdyby bylo využití vymahatelných smluv tak očividně a jednoduše správnou cestou vpřed, dalo by se jejich přijetí očekávat daleko častěji než u tak málo jurisdikcí, které to dosud učinily. ... Vymahatelnost surrogátních kontraktů by mohla jednoduše legitimizovat komercializaci ‚zakázek na děti‘, a obchodování s lidmi, k nimž restrikce o platbách byly navrženy – a přispět k potenciálnímu vykořisťování dětí, náhradních matek i žadatelů.“ (Blyth, Crawshaw, Fronek, 2015).

Takto spočítalo BBC v roce 2014 náklady spojené s náhradním mateřstvím v různých zemích (<http://www.bbc.com/news/world-28679020>): US - \$100,000, India - \$47,350, Thailand - \$52,000, Ukraine - \$49,950, Georgia - \$49,950, Mexico - \$45,000. Velmi významnou destinací pro NM pro zahraniční pacienty bylo Thajsko, které ale z důvodů zcela evidentního obchodu s dětmi a thajskými ženami letos v létě zakázalo NM pro zahraniční žadatele. Podobný krok oznámila letošního 2. listopadu i Indie. Komerční NM procedura s regulací ve smyslu určení žadatelů jako právních rodičů a s vymahatelností dohod vede naprosto jednoznačně k obchodu se ženami a dětmi.

Je medializováno mnoho kauz s potížemi NM. Z letošního roku jmenujme například případ mladého japonského milionáře jménem Mitsutoki Shigeta, který si v Thajsku nechával odnosit děti z jeho spermií (vyjádřil zájem mít takto 100-1000 dětí) či případ US TV star Sherri Shepherd, která si s partnerem zajistila, aby náhradní matka odnosila dítě z darovaného vajíčka a spermie jejího partnera, ovšem pak se s partnerem rozešli a odmítli dítě převzít, ačkoliv ve smlouvách byli uvedeni jako legální rodiče. Propagátoři NM někdy upozorňují na to, že se medializují jen negativní případy, kdežto ty s happyendem zůstávají stranou pozornosti. Není to tak úplně pravda; každou chvíli se objeví v médiích případ nějaké známé osobnosti, která spokojeně vychovává dítě narozené díky NM, nejznámějšími případy jsou Elton John se svým přítelem, kteří vychovávají dva malé kloučky či herečka Sarah Jessica Parker, matka dvojčat z NM. Možná jsou medializované potíže naopak jen vrcholkem ledovce, protože procedura i v zemích, kde je dost podrobně regulována, balancuje „na hraně“, není moc chuti ji medializovat ani těmi, kdo se cítí být poškozeni, o možnostech těch bezmocných už vůbec nemluvě.

### 3.6 Analýza z pohledu žadatelů

NM je šancí pro páry, kde žena má aplázii nebo agenezi dělohy (syndrom Rokitanski-Küster), byla jí děloha odstraněna kvůli kryptomenorei, onkologickému onemocnění nebo myomatóze, jejíž děloha

je nefunkční kvůli vážným onemocněním (např. onkologickým) či kvůli předchozímu komplikovanému porodu. Dalším důvodem může být to, že žena pro vážnou nemoc těhotenství podstoupit nemůže, má však zdravé oocyty (třeba vitrifikované před onkologickou léčbou). Být aspoň genetickou matkou a genetickým otcem je pochopitelným a silným motivem.

O NM však stejně silně usilují i žadatelé, kteří mohou přispět jen jednou vlastní gametou (obvykle spermií) nebo vůbec žádnou. Dokonce ani možnost spoluprožívat s náhradní matkou těhotenství není tím podstatným, co vytváří pocit rodičovského vztahu k nějakému dítěti. Mnohé weby nabízející zprostředkování NM totiž přímo inzerují, že žadatelé budou s náhradní matkou ve velmi omezeném kontaktu (často jen při podepisování smlouvy); kdyby o kontakt žadatelé stáli, jistě by ho agentury nabízely.

Hodnota genetického rodičovství má v naší kultuře velmi silnou a dlouhou tradici, ovšem důkazy pro její biologické ukotvení se hledají velmi obtížně. Z výzkumů spíše vyplývá, že vztah rodič dítěte je nesmírně komplikovaný psychosociální fenomén, při jehož tvorbě má genetická vazba svou významnou, nicméně symbolickou úlohu. Nejsou důkazy ani pro to, že by genetická vazba sama o sobě garantovala pocit vztahu k dítěti a dobrý rodičovský vztah, ani pro to, že by neexistence genetické vazby tvorbu tohoto vztahu znemožňovala. Příkladem jsou nejen rodičovské vazby v osvojení a pěstounské péči, ale i v rodinách s dětmi narozenými díky darovaným gametám. Téma tvorby rodičovského vztahu je rozpracováno významnými vývojovými psychology, jmenujme průkopnické práce Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthové či u nás Zdeňka Matějčka, Josefa Langmeiera, Jiřího Dunovského či Marie Vágnerové.

Tím ovšem nijak nechceme bagatelizovat nebo devalvovat sílu motivu využít NM k naplnění rodičovství, naopak; v dnešní době, kdy se v médiích neustále objevují zprávy o tom co všechno je "v genech", se tomu vůbec nelze divit. Jaké náklady či rizika však tato cesta žadatelům přináší? Nebudeme se věnovat finančním nákladům spojeným s kompenzacemi náhradní matce, s platbou potřebných lékařských procedur či s náklady na honoráře pro právní porady, případně poplatkům zprostředkovatelským agenturám, psychologům atd.; s těmi žadatelé dopředu počítají, i když často s mnohem nižšími, než jsou pak ve skutečnosti. Před započítáním procedury je však třeba si uvědomit například tato rizika (uvažujeme je v režimu nevynutitelných smluv a rodičovství definovaného dle českých zákonů):

- K otěhotnění bývá potřeba více cyklů ART (víckrát přenést embryo do dělohy náhradní matky), není to procedura 100% úspěšná. Nelze donutit NM, aby pokračovala v pokusech, a to i když žadatelé již vynaložili nemalé finanční prostředky a využili tenčící se zásoby vlastních gamet (pokud se pracuje se zamrazenými).
- Chování náhradní matky (docházení na prohlídky, zdravý životní styl, ...) lze jen velmi těžko ovlivnit.
- Náhradní matka jedná autonomně, může podstoupit interrupci i bez zdravotních indikací, když bude chtít.
- Nevíme jak naopak náhradní matku na potrat donutit, když jsou pro to zdravotní důvody.
- Náhradní matka si může po porodu dítě ponechat (právně je matkou).
- Nikdy není jisté, že se dítě narodí zdravé.
- Je-li náhradní matka vdaná, otcem dítěte je její manžel, a ten souhlas k adopci dát nemusí, přestože náhradní matka ho dá.
- Náhradní matka může dítě předat žadatelům k adopci, ale stále ještě má (případně její manžel) cca 11 měsíců, kdy je možné rozhodnutí odvolat.
- Náhradní matka (či lidé z jejího okolí) může i v případě předání dítěte žadatele i dítě celou dobu až do smrti otevřeně i skrytě vydírat. Nemusí k tomu mít finanční důvody, může to být i její (jejich) lidsky pochopitelné nevládnutí situace předání dítěte. Není vyloučeno, že právě toto riziko je důvodem pro hledání pomoci NM v zahraničí.
- Zvláště složitá situace může nastat v případě intrafamiliárního NM.

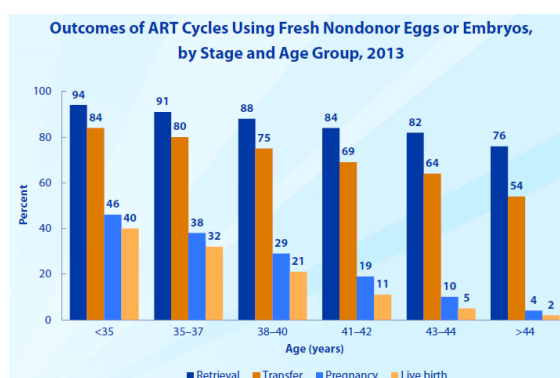
- Náhradní matka může mít větší či menší zdravotní potíže způsobené těhotenstvím a porodem, žadatelé se za to mohou cítit odpovědní.

Navíc je potřeba počítat s tím, že osvojitel je povinen informovat osvojence o skutečnosti osvojení nejpozději do zahájení školní docházky (OZ § 836) a že když osvojenec nabude svéprávnosti, vznikne mu právo seznámit se s obsahem spisu, který byl veden v řízení o jeho osvojení (OZ § 838).

Obecně panuje přesvědčení, že v režimu určení žadatelů za právní rodiče a v režimu vynutitelných smluv rizika zmizí. Je pravda, že tím zmizí celá obtížná adopční procedura; to je však jen menší část popsaných rizik. Neumíme si představit jak i v režimu vynutitelných smluv donutit náhradní matku k pokračování v IVF pokusech o otěhotnění, a to i když žadatelé již vynaložili nemalé finanční prostředky; jak vynutit odpovědný těhotenský režim (docházení na prohlídky, zdravý životní styl, ...); jak jí zabránit v úmyslu podstoupit potrat bez zdravotních indikací; jak ji naopak k potratu donutit, když jsou pro to zdravotní důvody; jak jí zabránit v jakýchkoli náznacích vydírání, ...

### 3.7 Analýza z pohledu náhradní matky

Náhradní matka by měla být zdravá žena schopná s velmi vysokou pravděpodobností úspěšně zvládnout těhotenství a porod. Většinou tedy podstupuje vstupní lékařská vyšetření (záleží na legislativě/zvyklostech dané země nebo poskytovatele). Pokud je její zdravotní stav dobrý, následuje obvykle farmakologická příprava na přenesení embrya do dělohy. Poměr mezi počtem transferů, klinickými graviditami a porodem dítěte ukazuje následující graf.



Zdroj: CDC ART 2013

Úspěšnost procedury zásadním způsobem závisí na kvalitě vajíčka, tedy na věku a zdravotním stavu ženy, která vajíčko poskytla, nikoliv náhradní matky. Náhradní matka farmakologickou přípravu a transfer obvykle podstupuje opakovaně. S nezanedbatelnou pravděpodobností může také v některé fázi těhotenství spontánně potratit (záleží na věku a zdravotním stavu poskytovatelky vajíčka).

Možné těhotenské a porodní komplikace se dají do jisté míry odvodit ze vstupních vyšetření adeptky na náhradní matku, takže rizikové ženy nejsou akceptovány, ale úplně vyloučit se rizika nedají nikdy. České statistiky (Dostálová, gerychová, 2008) uvádějí tyto nejčastější těhotenské komplikace: kardiovaskulární onemocnění matky, gestační diabetes mellitus (3–5 %), preeklampsie (4–8 %), HELLP syndrom (1 na 150–300 porodů), tromboembolická nemoc (0,13 do 0,61 na 1000 těhotenství). Mateřská úmrtnost v ČR je minimální, ale není nulová. V ČR byla mezi lety 2002–2007 maternal mortality ratio 10,7 (celkem 78 úmrtí na 729 472 narozených dětí). Nejčastější příčiny: 22,4 % porodnické hemoragie; 19,8 % embolické příčiny; 15 % KV komplikace; 15 % nahodilá úmrtí. Statistiky vycházejí ze všech porodů a zdaleka ne všechny ženy konzultují rizika s odborníkem (a poslechnou jeho doporučení); dá se proto předpokládat, že rizika pro náhradní matku budou o něco menší. Ovšem na druhé straně je třeba zdůraznit, že za normálních okolností žena podstupuje riziko těhotenství a porodu pro sebe, svou rodinu, své dítě, kdežto náhradní matka tato rizika podstupuje pro někoho jiného.



Kromě zdravotních rizik náhradní mateřství může přinést (uvažujeme je v režimu nevynutitelných smluv a rodičovství definovaného dle českých zákonů) :

- Otevřené i skryté vydírání žen v rodinách žadatelů k přistoupení k NM (přece to pro sestru/dceru/sestřenicu/švagrovou, ...) musíš udělat...
- Otevřené i skryté vydírání žen k přistoupení k NM v okolí žadatelů, využívání jejich finanční tísně, vděku či nějaké závislosti.
- Psychická traumata a pocity selhání při neúspěšných procedurách IVF nebo potratech.
- Nepohodlí a omezení životních aktivit způsobené těhotenstvím a opakovanými vyšetřeními
- Tlak od žadatelů na určitý způsob chování, případně na podstoupení potratu.
- Neodpovědné chování žadatelů, nehrazení domluvených kompenzací (není vymahatelné).
- Bolest spojenou s porodem.
- Možné zdravotní následky těhotenství a porodu.
- Trauma a pocity selhání, narodí-li se dítě handicapované.
- Trauma odloučení od dítěte, s nímž strávila 9 měsíců.
- Mnoho formalit spojených s procesem osvojení.
- Náhradní matka (či lidé z jejího okolí) mohou být i v případě úspěšného předání dítěte až do smrti otevřeně i skrytě obviňováni či vydírání, nenarodí-li se dítě odpovídající očekáváním žadatelů.
- Nutnost ponechat si dítě, když ho žadatelé odmítnou, nebo ho dát k osvojení neadresnému.
- Možné nepochopení či odsouzení od okolí. V případě, že má děti a manžela, to může být trauma i pro ně, i oni mohou být okolím stigmatizováni.
- Dítě má v dospělosti přístup k adopčnímu spisu, může proto pak náhradní matku a její rodinu vyhledat a mít své dotazy.

V režimu určení žadatelů za právní rodiče a v režimu vynutitelných smluv zmizí pouze rizika spojená s adopcí. Ostatní, včetně toho, že náhradní matku může dítě vyhledat, trvají, nelze je nijak právně ošetřit. Pro náhradní matku je však režim vynutitelných smluv a určení žadatelů jako právních rodičů nesmírně krutý; jediným podpisem smouvy se stává pouze prostředkem k dosažení cílů jiných lidí, s velmi omezenými, vlastně nelegálními možnostmi změny rozhodnutí. To ženě, která otěhotněla neplánovaně a nechtěně a od začátku vyjadřuje jasně svůj úmysl se dítěte vzdát, dává zákon ke změně názoru prostor obrovský.

### 3.8 Analýza z pohledu dítěte

Jak jasně vyplývá z analýz situace žadatelů a náhradní matky, dítě může být předmětem ostrého a dlouhého boje mezi mnoha osobami (náhradní matka a její partner, žadatelský pár či jednotlivci z rozpadnušího se páru), a to předmětem žádaným i nežádaným. Handicapovaný chlapec narozený v ČR, odmítnutý žadateli, nakonec skončil v kojeneckém ústavu a čeká na jiné adoptivní rodiče nebo na pěstouny. Protože jde o proces pro zúčastněné osoby neanonymní, spory, spojené případně s různými druhy vydírání, mohou trvat desetiletí.

Rodičovské vztahy mohou být založeny na vazbě genetické, biologické a právní; v optimálním případě jsou všechny reprezentovány jediným rodičovským párem. Ani tato optimální situace ovšem nezaručuje, že budou doplněny i vazbou psychosociální, která je tím co dělá rodičovský vztah skutečným vztahem, nutnou podmínkou pro attachment a zdravý vývoj identity dítěte i jeho rodičů. Vazby oddělené, reprezentované různými páry rodičů (či jedinci), jako je to u NM, otevírají každopádně pro vznik vývojových potíží výrazně větší prostor. Jak už jsme zmínili, tématu identity dítěte s oddělenými rodinnými vazbami věnujeme samostatnou analýzu.

### 3.9 Analýza z pohledu společnosti

Vezmeme-li společnost jako jeden ze subjektů zahrnutých do third-party reproduction, tedy jako subjekt, jehož zájmy by se měly měřit stejným měřítkem jako zájmy ostatních subjektů, pak NM je pro ni ztrátové. Těch pár dětí populační propad nezmenší a finanční náklady s tím spojené jsou nemalé. K tomu, co stojí léčba placená zdravotním pojištěním, je totiž nutné připočítat i náklady na adopční proces a na sociální pracovníky, právníky, psychology, soudce, atd., jejichž pomoc je potřeba, když něco nejde hladce.

Společnost však má i pravomoc regulovat svůj chod, je odpovědná za to, aby nikdo nebyl znevýhodňován na úkor druhého. NM v režimu žadatele/žadatelů jako právních rodičů a v režimu vynutitelných smluv sice v sobě nese příslib jasně definované a strukturované situace, kde autonomie subjekty svobodně uzavřou nějaké transparentní dohody, ale vede v praxi především k obchodu s dětmi a ženami. Žena, buď naivní nebo v nějaké tíživé situaci, podepíše smlouvu o nesmírně náročné proceduře zahrnující její tělo, a nemá legální prostředek jak od takové smlouvy odstoupit.

K obchodu s ženami a dětmi ovšem vede i režim smluv nevynutitelných a uznání za matku ženu, která dítě porodila, bez ohledu na původ gamet. Připouští to i předseda Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS Dr. Rumpík, když popisuje kdo jsou náhradní matky: „Devadesát devět procent našich klientek hledá (náhradní matku) přes internet. ... Typicky je to svobodná matka, samoživitelka. Tady musím uvést oprávněný argument kritiků, že řada těch maminek to dělá z nějaké sociální nouze. V ambulanci z nich samozřejmě nečísí touha po penězích, vždy je to v duchu, že chtějí pomoci. Jenže to také většinou není zabezpečená žena z rodiny.“ (časopis Květy, Porodíte nám děťátko prosím? 12/2012). V některých zemích (např. NL) je hledání náhradní matky přes internet nebo inzerci trestné, v UK tuto službu zprostředkovávají agentury. U nás je v tomto směru velmi problematické znění § 798 OZ: „Z činností souvisejících se zprostředkováním osvojení nesmí nikdo získat nepatřičný zisk“, takže se připouští, že „patřičný zisk“ by se získat mohl. Na riziko už upozorňovali mnozí odborníci z oblasti náhradní rodinné péče. Uzákonění procedury v režimu nevynutitelných smluv a rodičovství určenému porodem nijak neruší a dokonce ani nemírní rizika pro žadatele, náhradní matku ani dítě. NM je nesmírně složitá procedura, není v silách žádné legislativy, aby rizika eliminovala. Jediné, co by se tímto krokem změnilo, by bylo, že by odpovědnost za proceduru na sebe převzal stát (což by jistě další účastníci procedury NM velmi uvítali).

Pokud společnost usoudí, že genetická vazba je tak zásadního významu, že stojí za to, aby cizí žena podstupovala rizika náhradního mateřství, musí odpovídajícím způsobem zhodnotit význam procedur s dárcovskými gametami; buď je musí zakázat (biologické rodičovství je bezvýznamné) nebo musí dítěti umožnit od raného věku kontakt s dárci gamet (tzv. známé dárcovství). Regulace musí být konzistentní, musí mít stejná filosofická východiska.

Stát však by neměl nechat bez pomoci lidi, jejichž touha po dítěti se z vážných zdravotních důvodů nenaplní. Měl by nabídnout psychologickou pomoc a adekvátní a realistické informace o možnostech řešení, včetně rizik spojených s náhradním mateřstvím. Dle Transplantačního zákona je NM procedurou neetickou, protože existují plnohodnotná alternativní řešení; je ovšem nutné dát zprávám o jiných pozitivních řešeních prostor. Měl by také usnadnit cestu zájemců o adopci k dítěti a lidem, kteří se dítěte chtějí vzdát, důstojnou cestu k tomu jak to jednou provždy udělat.

### 3.10 Naše stanovisko k legalizaci náhradního mateřství

Domníváme se, že je tato procedura dle současné legislativy protizákonná (zákon č. 373/2011 Sb., § 10 stanovuje *povinnost poskytovatele zajistit zachování vzájemné anonymity anonymního dárce a neplodného páru a anonymity anonymního dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce*).

Pokud jsou možné i jiné výklady, pak doporučujeme v daném zákoně náhradní mateřství výslovně zakázat.

**Zdůvodnění:** NM je vysoce riziková procedura, poskytující široký prostor pro obchod se ženami a dětmi. Zkušenosti z různých zemí s různými regulacemi NM neukazují žádný způsob jak rizika přinejmenším snížit; legalizace neeliminuje téměř žádná rizika, naopak mnohá rizika posiluje. Změnu ve stanovení právního rodičovství (ustoupit od formulace „matkou je žena, která dítě porodila“ a od 3 podmínek otcovství) či přistoupení na vymahatelnost dohod spojených s NM považujeme za přímou cestu k obchodu s dětmi a ženami. Navíc: Pokud má genetické rodičovství tak obrovskou hodnotu, že stojí za to, aby cizí žena podstupovala rizika spojená s léčbou, těhotenstvím porodem a předáním dítěte, pak je nutné zakázat ART s využitím darovaných gamet jako cestu k rodičovství naprosto neplnohodnotnému.

### **3.11 Naše stanovisko k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, konkrétně k § 794 až 854, týkající se osvojení**

Doporučujeme uvést do souladu zákon č. 40/2009 Sb. (trestní zákoník) § 169: *(1) Kdo za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce nebo pro jiný obdobný účel, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti* a zákon č. 89/2012 Sb. (občanský zákoník) § 798 OZ: *Z činností souvisejících se zprostředkováním osvojení nesmí nikdo získat nepatřičný zisk*. Za správné považujeme znění trestního zákoníku.

Dále doporučujeme zvážit, zda

- 1) Uzákoněná povinnost adoptivních rodičů informovat dítě o faktu adopce (OZ § 836) je se souladem s filosofií OZ, považující osvojení nikoliv za formu náhradní rodinné péče, ale za formu rodičovství. Budoucí osvojitelé jsou v přípravných kurzech do hloubky informování o potřebě dítě včas informovat i o rizicích souvisejících s neinformováním. Absurdní je vymahatelnost plnění takové povinnosti.
- 2) Cest pro rodiče rozhodnuté dát dítě k adopci, jak své rozhodnutí odvolat, není příliš mnoho, a nevede to ve svém důsledku nejen k právní a psychosociální nejistotě budoucích osvojitelů a osvojovaného dítěte, ale také k traumatizaci původních rodičů, k nemožnosti udělat definitivní rozhodnutí důstojně.
- 3) Kroky k zdůrazňování významu genetického rodičovství, které začínají pronikat do české legislativy a z ní vyplývajících strategických dokumentů (např. Národní strategie ochrany práv dětí) mají své racionální opodstatnění.

## 4. ZÁKLADNÍ POUŽITÁ LITERATURA

- Alvigi, C. at all. (2009). Biological versus chronological ovarian age: implications for assisted reproductive technology. *Reprod Biol Endocrinol.*, 2009 Sep 22;7:101. doi: 10.1186/1477-7827-7-101.
- ASRM (2008): Ovarian hyperstimulation syndrom. *Fertility and Sterility*, vol. 90, suppl 3, November 2008, pages S188 – S193.
- Beauchamp, TL., Childress, JF, (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Berger, PL, Luckmann, T. (1999). *Sociální konstrukce reality*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Blyth, E., Crawshaw, M., Fronek, P. (2015). Reform of UK surrogacy laws: The need for evidence. *BioNews 813*. Dostupné zde: [http://www.bionews.org.uk/page.asp?obj\\_id=553051&PPID=553260&sid=905](http://www.bionews.org.uk/page.asp?obj_id=553051&PPID=553260&sid=905).
- Broekmans, FJ, Faddy, MJ, Scheffer, G., te Velde, ER (2004). Antral follicle counts are related to age at natural fertility loss and age at menopause. *Menopause 11*, 607–614.
- Broekmans, FJ, Knauff, EAH, te Velde, ER, Macklon, NS, Fauser, BC (2007). Female reproductive ageing: current knowledge and future trends. *Trends Endocrinol. Metab. 18*, 58–65.
- Busardò, FP, Gulino, M., Napoletano, S., Zaami, S., Frati, P. (2014). 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 (2015). *2013 Assisted Reproductive Technology Fertility Clinic Success Rates Report*. Atlanta (GA): US Dept of Health and Human Services.
- Connolly, MP, Hoorens, S, Chambers, GM (2010). The costs and consequences of assisted reproductive technology: an economic perspective. *Hum. Reprod. Update 16*, 603–613.
- ČSÚ (?). Žijeme déle a zdravěji? Dostupné zde: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a7>
- ČSÚ (2004). Náklady na výchovu a výživu dětí – 2003. Dostupné zde: <https://www.czso.cz/documents/10180/20538386/30100416a.pdf/7edbb0e6-3df2-457f-9b2e-22473322a715?version=1.0>.
- ČSÚ (2015). Vývoj obyvatelstva České republiky 2014. Dostupné zde: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelestva-ceske-republiky-2014>.
- Daily News, (2014). Čína: Méně párů chce druhé dítě. Publikováno 30.10.2014, dostupné zde: <http://dailynews.cz/cz/asie/cina-mene-paru-chce-druhe-dite.html>.
- de la Rochebrochard, E., Thonneau, P. (2003). Paternal age > or = 40 years: an important risk factor for infertility. *Am J Obstet Gynecol 189*:901-915.
- Dostálová, Z., Gerychová, R. (2008). Rizika těhotenství a porodu. *Interní medicína pro praxi*, 2008, roč. 10, č. 9, s. 418-421.
- ESHRE (2009). *Legislation for MAR treatments. Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies - Final Report*. Dostupné zde: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Legislation-for-MAR-treatments.aspx>.
- ESHRE GUIDELINE (2015). *Management of women with Premature Ovarian Insufficiency*. ESHRE. Dostupné zde: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Management-of-premature-ovarian-insufficiency.aspx>.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 3 (2002). Gamete and embryo donation. *Hum. Reprod. 17*, 1407–1408.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 10 (2005). Surrogacy. *Human Reproduction, Vol. 20, No. 10*, pp. 2705–2707.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 12 (2007). Oocyte donation for non-reproductive purposes. *Hum Reprod. 2007 May;22(5):1210-3*.

- ESHRE Task Force on Ethics and Law 13 (2007). The welfare of the child in medically assisted reproduction. *Human Reproduction*, Vol. 22, No. 10, pp. 2585–2588.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 14 (2008). Equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod*. 2008 Apr;23(4):772-4.
- European Parliament (EP) (2009). *Human Enhancement Study*, IP/A/STOA/FWC/2005-28/SC35, 41 & 45. This document is available on the Internet at: [http://www.europarl.europa.eu/stoa/default\\_en.htm](http://www.europarl.europa.eu/stoa/default_en.htm).
- Evropská komise (2010): *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](http://ec.europa.eu/archives/growthandjobs_2009/pdf/complet_cs.pdf).
- Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2011). *Advanced Reproductive Age and Fertility. Guidelines*.
- Fausser, BCJM, et al. (2010). Mild ovarian stimulation for IVF: 10 years later. *Human Reproduction*, Volume 25, Issue 11, Pp. 2678-2684.
- FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health (2009). *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. October 2009. Published by FIGO House, London, UK.
- Frejka, T., Sobotka, T. Hoem, JM, Toulemon, L. (eds.) (2008). *Childbearing Trends and Policies in Europe*. Demographic Research, Special Collection 7, Vol. 19, Articles 1-29, pp. 1-1178.
- Friedman JM. 1981. Genetic disease in the offspring of older fathers. *Obstet Gynecol* 57:745-749.
- Hacking, I. (1986). 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.
- HFEA. (?). *Intrauterine insemination (IUI) - chance of success*. Získáno 14.12.2015 zde: <http://www.hfea.gov.uk/iui-success-rate.html>.
- Horseley, K. (2015). What should we do about surrogacy in the UK? *BioNews* 831, 7 December 2015, [http://www.bionews.org.uk/page\\_594597.asp?hlight=surrogat](http://www.bionews.org.uk/page_594597.asp?hlight=surrogat).
- Huser, M. (2014). *Onkofertilita – nová oblast reprodukční medicíny*. Praha: Mladá fronta.
- Chambers GM; Ho MT; Sullivan EA, 2006, 'Assisted reproductive technology treatment cost of a live birth: An age-stratified cost-outcome study of treatment in Australia', *Medical Journal of Australia*, vol. 184, no. 4, pp. 155 – 158.
- Kahneman, D. (2012). *Myšlení rychlé a pomalé*. Brno: Jan Melvil.
- KATRŇÁK, T. (2001). 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. (2008). *Spříznění volbou? Homogamie a heterogamie manželských párů v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- 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.
- Land, JA, Courtar, DA, Evers, JLH. (1997). Patient dropout in an assisted reproductive technology program: Implications for pregnancy rates. *Fertil Steril* 1997; 68:278–81.
- Ledger, W. (2011). Avoidable loss of fertility. *27th Annual Meeting of the ESHRE*, Stockholm 3.-6. July.
- Leridon, H., 2004. Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Hum. Reprod.* 19, 1548–1553.
- Luke, B., et al. (2012). Cumulative Birth Rates with Linked Assisted Reproductive Technology Cycles. *N Engl J Med* 2012; 366:2483-2491, DOI: 10.1056/NEJMoa1110238
- Malizia, BA, Hacker, MR, Alan S. Penzias, AS (2009). Cumulative Live-Birth Rates after In Vitro Fertilization. *N Engl J Med* 2009;360:236-43.

- Marek, M., Machač, Š. (2003). Ovariální hyperstimulační syndrom – soubor interních komplikací u gynekologických pacientek podstupujících in vitro fertilizaci. *Interní medicína pro praxi* 2003/8, str. 389-393.
- MPSV ČR (2015): *Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2014*. Č. j.: 2015/22164-411. Dostupné zde: [https://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/trh\\_prace/rok2014/anal2014.pdf](https://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/trh_prace/rok2014/anal2014.pdf).
- MZ ČR (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Dostupné zde: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi\\_ziji\\_dele\\_ale\\_trapi\\_je\\_civilizacni\\_nemoci/Zprava\\_o\\_zdravi\\_obyvatel\\_CR\\_.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf).
- Pennings, G. (2009) International evolution of legislation and guidelines in medically assisted reproduction. *Reproductive BioMedicine Online* 18 (suppl. 2): 15-18.
- Prokopová, I., Crha, I. (2007). Předčasné ovariální selhání, *Praktická gynekologie*, 2007, roč. 11, č. 4, s. 170-173.
- Rabušic, L. (2001). *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: SLON.
- Rawaf, S. (2014): Academic perspective for developing person-centred Health Policy, *7th Geneva Conference on PCM*, 27-30 April 2014
- Reproductive Endocrinology and Infertility Committee Canada (2011): Advanced Reproductive Age and Fertility. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(11):1165–1175.
- Riggan, K. (2009). G12 Country Regulations of Assisted Reproductive Technologies. *Dignitas, the quarterly publication of CBHD, Volume 16, Number 4 (Winter 2009)*: 6-7.
- Smajdor, A. (2015). Do women have a right to freeze their eggs? *BioNews* 815, 17 August 2015.
- SZÚ (2006). *Hodnocení zdravotního stavu. Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky*. Dostupné zde: [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne\\_zpravy/OZ\\_05/Demo\\_05.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Demo_05.pdf)
- Trávník, P. (2014). Mužská (ne)plodnost. *Vesmír* 93, 718, 2014/12
- Urhoj, SK., Jespersen, LN., Nissen, M., Mortensen, LH., Nybo Andersen, AM. (2014). Advanced paternal age and mortality of offspring under 5 years of age: a register-based cohort study. *Hum Reprod.* 2014 Feb;29(2):343-50. doi: 10.1093/humrep/det399.
- ÚZIS/NRAR (2014). *Asistovaná reprodukce v České republice 2013*, ISBN: 978-80-7472-145-8
- Verberg, M. F. G., Eijkemans, M. J. C., Heijnen, E. M., Broekmans, F. J. M., de Klerk, C., Fauser, B. C. J. M., Macklon, N. S. (2008). Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction.* 23(9): 2050–2055.
- Zvěřina, J., Pohanka, M. (2014). Zhoršuje se opravdu plodnost mužů? *Zdraví E15, Lékařské listy* 3/2014.