

INGA CHISTRUGA-SÎNCHEVICI
MARIANA CRÎȘMARU

**IMPLEMENTAREA MEDICINEI REPRODUCTIVE
ASISTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA:
PROVOCĂRI ȘI OPORTUNITĂȚI DE CREȘTERE
A NATALITĂȚII**



INGA CHISTRUGA-SÎNCHEVICI

MARIANA CRÎȘMARU

**IMPLEMENTAREA MEDICINEI REPRODUCTIVE
ASISTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA:
PROVOCĂRI ȘI OPORTUNITĂȚI DE CREȘTERE
A NATALITĂȚII**

Chișinău, 2025

CZU 612.6(478):303.4

C 46

Prezenta lucrare este elaborată în cadrul Proiectului 24.80012.0807.16SE "*Medicina reproductivă asistată: potențial în creșterea natalității*" (2024–2025), desfășurat prin programul "Stimularea excelenței în cercetare", lansat de ANCD.

Este aprobată de Consiliul Științific al Institutului Național de Cercetări Economice, proces-verbal nr.5 din 25.11.2025.

Recenzenți:

Cătălin Căuș, doctor în medicină, conferențiar universitar, USMF "Nicolae Testemițanu"

Mariana BUCIUCEANU-VRABIE, doctor în sociologie, conferențiar cercetător, INCE, ASEM

Redactor literar: Tamara OSMOCHESCU

Fundamentată în baza rezultatelor investigațiilor sociologice complexe, lucrarea abordează în premieră atitudinile și percepțiile populației despre tehnologiile medicale de reproducere asistată. În lucrare sunt reflectate detaliat aspectele cu referire la obstacolele și provocările cu care se confruntă persoanele în accesarea medicinei reproductive asistate. O atenție deosebită este acordată politicilor internaționale și naționale de susținere a populației în accesarea procedurilor medicale de reproducere asistată. Lucrarea se adresează specialiștilor din domeniul sociologiei, demografiei, medicinei și tuturor celor preocupați de problemele demografice și medicina reproductivă.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Chistruga-Sînchevici, Inga.

Implementarea medicinei reproductive asistate în Republica Moldova: provocări și oportunități de creștere a natalității / Inga Chistruga-Sînchevici, Mariana Crîșmaru ; Academia de Studii Economice din Moldova, Institutul Național de Cercetări Economice, Centrul Cercetări Demografice. – Chișinău : SEP ASEM, 2025. – 179 p. : fig., tab.

Cerințe de sistem: PDF Reader.

Bibliogr.: p. 147-155 (82 tit.). – 10 ex.

ISBN 978-9975-168-50-2.

612.6(478):303.4

C 46

ISBN 978-9975-168-50-2.

DOI: <https://doi.org/10.36004/nier.2025.188>

©Institutul Național de Cercetări Economice, 2025, www.ince.md

© Centrul de Cercetări Demografice, 2025, www.ccd.ince.md

© Editura ASEM, 2025

CUPRINS

INTRODUCERE	4
1. ABORDĂRI TEORETICO-ȘTIINȚIFICE PRIVIND INFERTILITATEA ȘI IMPLICAȚIILE TEHNOLOGIILOR MEDICALE DE REPRODUCERE ASISTATĂ ASUPRA NATALITĂȚII	9
2. CADRUL METODOLOGIC AL LUCRĂRII	19
3. INTENȚII REPRODUCTIVE ȘI AUTOEVALUĂRI ALE CAPACITĂȚII DE CONCEPERE A COPILOR.....	28
4. NIVELUL DE CUNOAȘTERE DE CĂTRE POPULAȚIE A TEHNOLOGIILOR MEDICALE DE REPRODUCERE ASISTATĂ ȘI EXPERIENȚA CU ACESTE TEHNOLOGII	36
5. ATITUDINI CU REFERIRE LA MEDICINA REPRODUCTIVĂ ASISTATĂ.....	40
6. PERCEPȚII PRIVIND ACCEPTABILITATEA TEHNOLOGIILOR MEDICALE DE REPRODUCERE ASISTATĂ.....	56
7. EVOLUȚIA IMPLEMENTĂRII MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA	78
8. OBSTACOLE ȘI PROVOCĂRI ÎN ACCESAREA MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATĂ ...	90
9. POLITICI INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE ÎN SUSȚINEREA POPULAȚIEI PENTRU ACCESAREA MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE	105
10. DIFICULTĂȚI ȘI PARTICULARITĂȚI ÎN OBTINEREA SUPORTULUI PUBLIC PENTRU REALIZAREA FIV.....	127
11. OPORTUNITĂȚILE MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE ÎN CREȘTEREA NATALITĂȚII	136
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	144
BIBLIOGRAFIE.....	147
ANEXE	156

INTRODUCERE

Infertilitatea constituie o problemă complexă cu implicații sociale, economice și demografice semnificative. De la o condiție percepută anterior ca fiind una privată, aceasta a devenit în prezent un subiect de interes public, cu potențial de a influența structura populației și dinamica demografică din cauza incidenței sporite. În acest context, utilizarea mai frecventă a medicinei reproductive asistate a generat numeroase dileme etice, morale, juridice și culturale. Astfel, studiarea percepțiilor și atitudinilor populației față de medicina reproductivă asistată capătă o importanță deosebită, întrucât acceptarea sau respingerea acestor tehnologii nu depinde doar de disponibilitatea medicală sau cea financiară, ci și de reprezentările sociale, valorile culturale, normele religioase și nivelul de informare al indivizilor.

Interesul pentru implementarea și extinderea medicinei reproductive este justificat prin trei tendințe majore: creșterea prevalenței infertilității, schimbările în comportamentul reproductiv (amânarea maternității și paternității) și nevoia statului de a dezvolta politici care să stimuleze natalitatea și să îmbunătățească echitatea în accesul la serviciile de sănătate. Deși medicina reproductivă nu poate, de una singură, să inverseze declinul demografic, numeroase studii arată că accesibilitatea și finanțarea adecvată a procedurilor medicale de reproducere asistată pot contribui la creșterea numărului total de nașteri. Fiecare copil născut va genera o contribuție netă substanțială la impozite pe parcursul vieții, ceea ce denotă că investiția în aceste tehnologii se dovedește a fi rentabilă pe termen lung. Finanțarea publică a tratamentelor medicale de reproducere asistată contribuie la reducerea inegalităților sociale și la îmbunătățirea calității vieții cuplurilor afectate de infertilitate.

Dorința populației de a avea copii este surprinsă în mai multe cercetări. Un studiu internațional arată că 95% din adulți își doresc să aibă copii, inclusiv în țări occidentale [36]. Rezultatele studiului Generații și Gen arată că bărbații și femeile cu vârsta de 15-49 de ani din Republica Moldova intenționează să aibă 2,42 de copii. Ponderele celor care cred că numărul ideal de copii este 0 este foarte mic – 0,4, ceea ce confirmă că fenomenul refuzului benevol de a avea copii nu este specific țării noastre [49]. În acest context favorabil, trebuie de răspuns la întrebarea: ce se poate face pentru a preveni ca infertilitatea să nu afecteze aceste intenții reproductive înalte ale populației? În acest sens, lucrarea oferă o serie de explicații și recomandări relevante privind măsurile care pot fi întreprinse pentru a preveni impactul infertilității asupra intențiilor

reproductive înalte ale populației din perspectiva accesării serviciilor medicale de reproducere asistată.

Primele compartimente ale lucrării - **"Abordări teoretico-științifice privind infertilitatea și implicațiile tehnologiilor medicale de reproducere asistată asupra natalității"** și **"Cadrul metodologic al lucrării"** abordează aspectele teoretico-științifice și cele metodologice de cercetare a provocărilor și oportunităților medicinei reproductive asistate în creșterea natalității. Se propune un cadru teoretic integrat și un design metodologic mixt pentru evaluarea impactului medicinei reproductive asistate asupra creșterii natalității.

În partea a treia a lucrării - **"Intenții reproductive și autoevaluări ale capacității de concepere a copiilor"** sunt analizate intențiile reproductive ale populației investigate și a potențialului de concepere a copiilor. Analiza decalajului dintre idealul reproductiv și intențiile de a avea copii este esențială pentru a înțelege complexitatea comportamentului reproductiv și cum factorii economici, sociali și psihologici interacționează pentru a forma această dinamică.

Paragraful 4 al lucrării - **"Nivelul de cunoaștere de către populație a tehnologiilor medicale de reproducere asistată și experiența cu aceste tehnologii"** reflectă gradul de informare al respondenților privind tehnicile de reproducere asistată și interacțiunea acestora cu astfel de proceduri care reprezintă un determinant major al accesului la serviciile de reproducere asistată. Fără un asemenea compartiment care relevă contextul social, comportamental și perceptiv analiza implementării medicinei reproductive asistate ar fi incompletă.

Numărul de copii născuți în Republica Moldova prin intermediul medicinei reproductive asistate este considerabil, însă studii cu privire la percepțiile publice actuale privind tehnologiile medicale de reproducere asistate rămân necunoscute. Astfel, în compartimentele 5-6 ale lucrării - **"Atitudini cu referire la medicina reproductivă asistată"** și **"Percepții privind acceptabilitatea tehnologiilor medicale de reproducere asistată"** - sunt abordate în premieră pentru țara noastră aspecte cu privire la nivelul de cunoaștere de către populație a tehnologiilor medicale reproductive asistate și atitudinile cu referire la acestea. De asemenea s-a conturat și profilul probabil al celor care ar accepta să apeleze la tehnologiile medicale de reproducere asistată în cazul unei cauze medicale personale, informație ce poate fi valorificată în elaborarea unor strategii de comunicare și intervenție adaptate diferitelor segmente ale populației. Acest profil permite identificarea grupurilor cu deschidere mai mare

față de utilizarea tehnologiilor medicale reproductive asistate, precum și a celor care manifestă rezerve sau incertitudini, oferind astfel oportunitatea formulării unor măsuri orientate spre reducerea barierelor informaționale, psihologice sau logistice.

În paragraful 7 - **"Evoluția implementării medicinei reproductive asistate în Republica Moldova"** este tratată dinamica utilizării tehnologiilor medicale de reproducere asistată. Este evidențiată tendința ascendentă a numărului de proceduri efectuate în ultimii ani, astfel reliefând impactul modernizării infrastructurii medicale, creșterea capacității profesionale a specialiștilor și extinderea ofertelor de tratament în clinici.

În partea a 8-a a lucrării - **"Obstacole și provocări în accesarea medicinei reproductive asistată"** sunt identificați factorii determinanți ai accesului la medicina reproductivă asistată în Republica Moldova, incluzând bariere economice, sociale, legislative și culturale care limitează utilizarea serviciilor de reproducere asistată. Identificarea factorilor determinanți ai accesului la medicina reproductivă asistată în Republica Moldova scoate la iveală un complex de obstacole ce necesită o abordare integrată.

Cea de-a 9-a parte - **"Politici internaționale și naționale în susținerea populației pentru accesarea medicinei reproductive asistate"** - pune în discuție unele aspecte din cadrul legal privind reproducerea asistată, evidențiind lacune, incoerențe și necesități de armonizare cu standardele europene și bunele practici internaționale. O atenție deosebită s-a acordat identificării bunelor practici care pot ghida implementarea efectivă a politicilor cu referire la medicina reproductivă asistată.

Compartimentul 10 - **"Dificultăți și particularități în obținerea suportului public pentru realizarea FIV"** reliefează complexitatea interacțiunii dintre persoanele care solicită proceduri FIV și mecanismele instituționale de finanțare publică. Acest compartiment evidențiază atât disfuncționalitățile administrative, cât și limitările normative care reduc eficiența cadrului de sprijin oferit de sistemul de asigurări obligatorii de sănătate. Totodată, compartimentul pune în lumină discrepanțele dintre necesarul real de suport public și capacitatea limitată a bugetului actual, subliniind faptul că restricționarea numărului de cicluri finanțate, durata mare de așteptare și inexistența unor mecanisme transparente de comunicare descurajează accesul. Prin urmare, acest capitol oferă o perspectivă critică asupra modului în care structura sistemului de sprijin public influențează direct nivelul de utilizare a tehnologiilor de reproducere asistată și, implicit, potențialul lor demografic.

Paragraful 11 - **"Oportunitățile medicinei reproductive asistate în creșterea natalității"** - evaluează potențialul demografic al tehnologiilor medicale de reproducere asistată analizând modul în care acestea pot contribui la creșterea natalității pe termen mediu și lung. În acest compartiment este evidențiat faptul că, deși medicina reproductivă asistată nu poate compensa integral declinul fertilității asociat amânării nașterilor, aceasta poate deveni un instrument strategic pentru limitarea pierderilor demografice, în special dacă este cuplată cu politici de susținere a familiei și de reducere a vârstei la prima încercare de concepere. În final, se subliniază că oportunitățile oferite de medicina reproductivă asistată pot fi valorificate doar în cadrul unui sistem coerent, în care suportul financiar, reglementările clare, prevenția infertilității și calitatea serviciilor medicale funcționează complementar pentru a maximiza impactul demografic.

În **concluzii și recomandări** sunt propuse direcții de politici publice orientate spre creșterea accesibilității și calității serviciilor medicale de reproducere asistată, consolidarea educației pentru sănătatea reproductivă. Ideea de bază este că o strategie integrată care să combine finanțarea publică durabilă, educația reproductivă, prevenția infertilității și măsuri sociale mai largi (concedii, egalitate de gen) ar putea genera beneficii demografice și economice substanțiale în urma sporirii apelării la tehnologiile medicale de reproducere asistate de către cei care se confruntă cu dificultăți de concepere a copiilor.

În ansamblu, lucrarea de față prezintă o analiză fără precedent a provocărilor și oportunităților asociate implementării medicinei reproductive în Republica Moldova cu un accent special pe impactul potențial asupra natalității. Prin integrarea datelor statistice și ale investigațiilor realizate de autori se urmărește înțelegerea modului în care extinderea accesului la procedurile de reproducere asistată poate contribui la susținerea cuplurilor în realizarea planurilor familiale. Totodată, analiza explorează rolul politicilor de finanțare și al reglementării în consolidarea unui sistem reproductiv echitabil, sustenabil și eficient. Analiza pune în evidență faptul că extinderea accesului la procedurile de reproducere asistată reprezintă una dintre modalitățile emergente prin care sistemul de sănătate poate susține cuplurile în realizarea planurilor familiale, în contextul unei prevalențe ridicate a infertilității și a intensificării tendințelor de amânare a maternității.

Lucrarea oferă o bază esențială pentru formularea unor intervenții de politică publică menite să reducă inegalitățile și să faciliteze utilizarea eficientă a tehnologiilor de reproducere asistată în Republica Moldova. Concluziile

formulate au potențialul de a ghida procesul decizional în direcția unei politici reproductiv-medicale orientate spre rezultate pe termen lung atât pentru indivizi, cât și pentru societate.

Lucrarea este elaborată în cadrul proiectului 24.80012.0807.16SE „*Medicina reproductivă asistată: potențial în creșterea natalității*” (2024–2025), desfășurat prin programul ”Stimularea excelenței în cercetare”, lansat de ANCD. Proiectul a avut ca scop analiza dimensiunilor sociale, economice, juridice, culturale și etice ale utilizării tehnologiilor medicale de reproducere asistată în Republica Moldova, identificarea dificultăților care limitează potențialul acestora și formularea de recomandări de politici publice pentru consolidarea contribuției medicinei reproductive asistate la dezvoltarea demografică a țării.

1. ABORDĂRI TEORETICO-ȘTIINȚIFICE PRIVIND INFERTILITATEA ȘI IMPLICAȚIILE TEHNOLOGIILOR MEDICALE DE REPRODUCERE ASISTATĂ ASUPRA NATALITĂȚII

Infertilitatea și aportul tehnologiilor medicale reproductive asistate asupra natalității constituie domenii complexe de cercetare, care se situează la intersecția biologiei, medicinei, sociologiei, psihologiei, demografiei, politicilor sociale, familiale, medicale și demografice. Dezvoltarea unor abordări teoretico-științifice cuprinzătoare necesită integrarea perspectivelor ce provin din studii din aceste domenii.

În termeni medicali, **infertilitatea** reprezintă incapacitatea unei femei de a concepe sau a unui bărbat de a induce o sarcină timp de un an de relații sexuale regulate fără utilizarea metodelor de contracepție. Există două tipuri majore de infertilitate din punct de vedere medical: primară și secundară. Infertilitatea secundară este cea mai comună formă de infertilitate feminină la nivel global, adesea din cauza infecțiilor tractului reproductiv.

Conform estimărilor internaționale din 2022, infertilitatea afectează aproximativ una din șase persoane la nivel global, prevalența cumulată pe parcursul vieții fiind de 17,5% [81]. În Republica Moldova nu există măsurători exacte ale dimensiunilor fenomenului infertilității, în literatura de specialitate fiind vehiculate mai multe cifre. Astfel, potrivit datelor Mapei globale de fertilitate, Republica Moldova ocupă locul doi în lume după prevalența infertilității primare de 3,4% la femeile de 20-44 de ani, care timp de cinci ani nu pot da naștere unui copil viu, și la fel un loc de frunte în prevalența infertilității secundare de 21,2% la aceeași categorie de femei [16].

Conform datelor studiului Generații și Gen (2020), 12% dintre persoanele cu vârsta de 15–49 de ani au declarat dificultăți în a concepe un copil în ultimele 12 luni, iar 9% consideră că nu pot avea sau nu mai pot avea copii [64]. Este de menționat că studiul nu atestă diferențe statistice semnificative privind infertilitatea raportată de către femei și bărbați. Ponderea femeilor care au declarat că întâmpină dificultăți în a concepe este de circa 12% și 10% bărbați declară incapacitatea de a induce o sarcină. Acest fapt demonstrează că infertilitatea nu este o afecțiune specifică doar femeilor. Limitarea capacității de a concepe înregistrează valori mai mari în mediul urban (13,4%) comparativ cu mediul rural (9,3%). Totodată, este de menționat că atât la bărbați, cât și la femei valoarea acestui indicator este mai mare în Chișinău comparativ cu celelalte teritorii ale țării [18].

Răspândirea frecventă a diverselor patologii sexual-transmisibile, de asemenea, accentuează problema infertilității. Cercetările privind cauzele infertilității indică faptul că: între 20% și 30% din cazurile de infertilitate sunt explicate de cauze fiziologice la bărbați; între 20% și 35% din cazurile de infertilitate sunt explicate de cauze fiziologice la femei; între 25% și 40% din cazurile de infertilitate se datorează unei probleme la ambii parteneri; în 10% până la 20% dintre cazuri nu se găsește nicio cauză [37]. Infertilitatea este asociată și cu factori legați de stilul de viață, precum fumatul, greutatea corporală, stresul și vârsta în creștere a partenerei [26].

Mai multe lucrări științifice subliniază că statutul socioeconomic al populației poate influența fertilitatea prin diverse mecanisme, inclusiv modificarea condițiilor de muncă și de trai ale femeilor și accesul la resurse și servicii materiale mai bune [17]. Probabilitatea de infertilitate a grupurilor cu venit mediu este semnificativ mai scăzută decât cea a grupurilor cu venituri mici și mari [67].

Tendința de amânare a concepției și de creștere a vârstei la prima naștere, care se manifestă într-un mod tot mai accentuat, de asemenea contribuie la majorarea riscului de infertilitate. Astfel, o proporție tot mai mare de persoane aleg să devină părinți mai târziu, prioritizând stabilitatea profesională și financiară înainte de a avea copii. Creșterea nivelului de educație al femeilor și a unei mai mari disponibilități de oportunități pentru acestea pe piața muncii - copiii ridică problema „costurilor de oportunitate”. Cele mai prestigioase cariere – în afaceri, drept, medicină și mediul academic – impun ca cei mai importanți ani pentru avansarea profesională să se suprapună perfect cu vârsta reproductivă optimă. Femeile care își iau timp liber pentru a naște plătesc un preț profesional ridicat.

Contracepția eficientă la fel contribuie la întârzierea progresivă a nașterii. Această tendință de amânare este legată și de schimbările de valori, acordându-se prioritate pentru dragoste, autorealizare etc. În 2024, vârsta medie a mamei la prima naștere a fost de 26,8 ani, în comparație cu anul 2014, când a fost de 24 de ani. Se menține tendința că femeile din mediul rural au născut la o vârstă mai tânără. În 2024, pentru femeile de la sat, vârsta medie la prima naștere a fost de 23,9 ani comparativ cu cele din mediul urban – 27,3 ani. Distribuția născuților-vii în funcție de vârsta mamei evocă concentrarea acestora în intervalul de vârstă de la 25 ani până la 34 ani (cu 54,8% din total născuți-vii) [10]. Astfel, schimbările în dinamica fertilității în Republica Moldova urmează tendințele generale europene, fiind similare cu cele ale țărilor

din Europa Centrală și de Est. Transformarea fertilității – trecerea de la modelul timpuriu la cel tardiv – se desfășoară după modelul tipic pentru majoritatea țărilor care au finalizat sau sunt în proces de tranziție a fertilității [30].

Această amânare a concepției crește riscurile de deteriorare a sănătății reproductive și reduce posibilitatea de a concepe natural, fapt ce poate duce la creșterea numărului de femei și bărbați care se confruntă cu probleme de infertilitate. Capacitatea de a concepe o sarcină scade de aproape două ori la femeile după 30 de ani, comparativ cu cele de 20 de ani și scade semnificativ după vârsta de 35 de ani. Dacă la 30 de ani șansa de a concepe spontan într-un ciclu este de 20%, la 40 de ani aceasta constituie 5% [16]. Așadar, este esențial ca femeile să știe cum să echilibreze viața profesională cu cea personală într-un ritm de viață tot mai accelerat.

Mai multe studii evidențiază că majoritatea persoanelor, cuplurilor nu conștientizează că amânarea sarcinii are un efect dăunător asupra fertilității viitoare [47]. Un studiu din 2016 în Marea Britanie și Danemarca a relevat că nu toată populația conștientizează impactul vârstei asupra fertilității. Astfel, 83% dintre femei și 73% dintre bărbați erau conștienți că fertilitatea feminină începe să scadă în jurul vârstei de 25-30 de ani. Chiar dacă majoritatea erau conștiente de scăderea fertilității feminine legată de vârstă, își doreau să devină părinți la o vârstă în care fertilitatea feminină era deja în declin. Femeile care nu erau suficient de conștiente de impactul vârstei înaintate aveau o probabilitate semnificativ mai mare să aibă primul copil la o vârstă mai mare [79]. Aceasta relevă o contradicție fundamentală: deși oamenii sunt conștienți de declinul fertilității legate de vârstă, continuă să-și amâne reproducerea din motive economice și sociale, creând o „cursă contra ceasului” reproductiv. Situația dată este caracteristică și populației din Republica Moldova.

O mare parte din literatura științifică subliniază că infertilitatea nu afectează doar dezvoltarea socială și demografică, ci contribuie și la apariția tulburărilor de sănătate mintală la indivizi [29, 62]. Majoritatea femeilor infertile rămân tăcute cu privire la experiența lor, ceea ce le crește fragilitatea psihologică. Infertilitatea naturală le poate genera emoții de rușine, remușcare și scăderea stimei de sine. Aceste emoții negative se pot manifesta sub diferite forme: disperare, anxietate, disconfort și scăderea calității vieții, în grade variabile [47].

Femeile experimentează stigma mai intens decât bărbații. Discriminarea socială, verbală și autostigmatizarea sunt prevalente, multe femei care se izolează și pierd încrederea în sine. Presiunea familiei și a societății pentru

reproducere, combinată cu judecata asupra nefertilității, creează un mediu toxic psihologic [75]. Povara psihologică a infertilității s-a dovedit a fi la fel de severă ca un diagnostic de cancer. Pacienții care urmează un tratament pentru infertilitate experimentează o povară psihologică substanțială și oboseală din tratament, care poate fi agravată de o neconcordanță între timpul așteptat și cel real necesar pentru a obține o sarcină și o naștere vie ulterioară. Un acces crescut la consiliere pe parcursul tratamentului pentru infertilitate ar putea ușura această povară și încuraja mai multe femei să persiste în tratament. Aceste rezultate indică nevoia de discuții informate între clinicieni și pacienți pentru a recunoaște că îngrijirea fertilității poate fi un proces îndelungat, pentru a stabili așteptări realiste în legătură cu rezultatele tratamentului pentru infertilitate și pentru a permite cuplurilor să planifice fizic, emoțional și financiar parcursul lor ca pacienți [19].

În plan național, problema infertilității a fost abordată preponderent din perspectivă medicală de mai mulți cercetători – Moșin V., Căuș C., Ravoviță S., Sprîncean M., Sagaidac I., Dondiuc I., Friptu V., Dumbrăveanu I., Cernețchi O. etc., care evidențiază factorii de risc și metodele de tratament.

Din perspectivă socială, menționăm studiul autoarelor Rosenberg R., Bietsch K., Sonneveldt E. [64] în care atrag atenție asupra faptului că majoritatea persoanelor care raportează infertilitate nu au un diagnostic medical stabilit privind cauza infertilității, iar aproape trei sferturi dintre respondenții care au menționat că „sigur” sau „probabil” nu pot avea un copil au declarat că nu au întreprins „nimic” pentru a-și trata infertilitatea. Prevalența ridicată a infertilității nediagnosticate poate fi rezultatul unei lipse de interes pentru a avea mai mulți copii sau al lipsei de informații ori acces la servicii specializate pentru infertilitate. Aceeași situație este reflectată și în studiul [18] cercetătoarei Ciubotaru V., care relevă că cuplurile cu infertilitate ajung tardiv în instituțiile de asistență medicală specializată din varii motive, cum ar fi lipsa de informații/cunoștințe despre instituții și gama de servicii oferite; nereferirea de către prestatorii de servicii medicale în timpi optimi la nivelul de asistență medicală specializată, ierarhic superior; incapacitatea de plată a persoanelor/cuplurilor pentru deplasare către instituțiile medicale din afara localităților și serviciile de diagnostic și tratament care de multe ori depășesc posibilitățile unei persoane cu venituri mici sau fără venituri și astfel se ratează perioada optimă în care aceștia ar putea beneficia de suportul necesar care le-ar oferi rezultatul scontat - nașterea unui copil dorit.

În situația în care nu se poate concepe, purta și naște un copil în mod natural, **tehnologiile medicale de reproducere asistată** sunt un instrument ce permit bărbaților și femeilor să-și realizeze dreptul reproductiv și să devină părinți. Totodată, reproducerea umană asistată medical nu vindecă, ci doar oferă o "portiță" de ocolire a problemelor respective și atingerea scopului prin alte mijloace. Astfel, aceasta nu reprezintă o terapie, ci un serviciu medical [16].

Tehnologiile medicale de reproducere umană asistată reprezintă ansamblul tehnicilor și practicilor clinice sau biologice care permit procrearea în afara procesului natural prin intervenția și la indicația medicului. Tehnologiile de reproducere asistată sunt toate tratamentele sau procedurile care includ prelucrarea in vitro a ovocitelor, spermei sau embrionilor umani în scopul realizării sarcinii fiind folosite atunci când, prin tratamentele obișnuite, hormonale, medicamentoase sau chirurgicale, nu se obține sarcina. Această abordare oferă o șansă reală pentru cuplurile care nu pot concepe pe cale naturală, transformând speranțele lor într-o posibilitate reală de a deveni părinți. Astfel, aplicarea medicinei reproductive asistate este o realitate tot mai prezentă, fiind utilizată atât în tratamentul infertilității biologice, cât și din motive sociale (lipsa unui partener etc).

Un studiu recent al cercetătorilor Suero C, Compans MC, Beaujouan E. Delayed, care a adoptat o abordare bazată pe parcursul vieții, arată că obținerea târzie a primului loc de muncă stabil este asociată cu o probabilitate mai scăzută de a utiliza tehnologiile medicale de reproducere asistată, în special pentru femeile fără studii universitare. În schimb, obținerea târzie a independenței locative și intrarea tardivă într-un parteneriat co-rezidențial – până în jurul vârstei de 35 de ani – sunt asociate cu o probabilitate mai mare de utilizare a medicinei reproductive asistate. În ansamblu, rezultatele sugerează că tehnologiile medicale de reproducere asistată oferă o capacitate limitată de a atenua efectele tranzițiilor întârziate către viața adultă asupra fertilității, în special pentru femeile mai puțin educate [70].

O serie de studii internaționale evidențiază însă **problema inechității economice în accesarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată**. Prețul ridicat determină ca persoane cu statut socioeconomic mai scăzut să aibă acces limitat la aceste tehnologii. Această disparitate are implicații profunde pentru libertatea reproductivă și pentru realizarea autonomiei reproductive.

Lipsa conștientizării și a educației privind opțiunile de tratament și fertilitate este o barieră semnificativă, în special în rândurile populației cu studii mai reduse. Investigațiile arată că pacienții cu niveluri mai reduse de educație

sunt mai puțin probabili să acceseze informații complete despre tratament și este mai probabil să experimenteze bariere sociale și culturale [54]. Un studiu românesc a evidențiat dificultățile sociale, psihologice și financiare cu care se confruntă cuplurile din România în accesarea tratamentelor medicale reproductive asistate, ceea ce le expune la un nivel ridicat de stres. Rezultatele au indicat faptul că cuplurile românești care se confruntă cu infertilitate trebuie să suporte cheltuieli semnificative pentru tratamentele specializate, precum și stresul asociat tratamentului, ambele având un efect negativ asupra șanselor de a obține concepția [47].

Acceptarea culturală normativă a tehnologiilor medicale de reproducere asistată este un factor major în determinarea tratamentelor de acest gen în Europa, depășind diferențele de bogăție ale țărilor, aspectele demografice și compoziția religioasă. O creștere de 1% a PIB-ului național este asociată cu 382 proceduri medicale de reproducere asistate suplimentare per milion de femei de vârstă reproductivă, însă acest efect se reduce la 99 de tratamente odată ce sunt luate în considerare valorile culturale [60]. În rezultat, numărul cuplurilor care caută ajutor medical pentru infertilitate este probabil mai mic decât cel al celor care se confruntă efectiv cu această problemă [2].

O atenție aparte se acordă în literatura de specialitate subiectului cu referire la **donarea de material genetic și embrioni**. În acest context, se remarcă și studiul autorilor Areias J., Gato J., Moura-Ramos M. în care au indicat predominant motive altruiste pentru donare, atitudini pozitive față de anonim și o disponibilitate mai mare de a dona femeilor infertile [5]. Un aspect psihologic evidențiat în literatura științifică care influențează actul de donare este legat de grijile donatorilor lor pentru bunăstarea copiilor rezultați [15]. Potrivit autoarelor Symaniuk E., Polyakova I. și Kvashnina E., barierele în calea donației de spermă se generează numeroase discuții, deoarece diferite țări se confruntă cu provocări etice și psihologice legate de recrutarea donatorilor, compensarea acestora, anonimul donatorilor și contactul cu copiii concepuți prin donație. Majoritatea donatorilor se confruntă cu o serie de probleme legate de reacția partenerilor, a membrilor apropiați ai familiei și a prietenilor, dar și cu diverse anxietăți privind viitorul propriei familii și viitorul potențialilor urmași [74].

În opinia lui Mohr S., problemele legate de confidențialitate sunt cruciale pentru donatori, anonimul reprezintă un aspect important în procesul de donare. Unii donatori acceptă să participe doar dacă rămân anonimi, ceea ce le permite să evite conflicte sau tensiuni în propriile familii [51]. Această

problemă devine tot mai relevantă în contextul schimbărilor globale privind reglementările anonimatului donatorilor când tot mai multe țări impun eliminarea anonimatului și solicită băncilor de fertilitate să înregistreze toți donatorii potențiali cu informațiile necesare. Astfel, donatorii pot considera acest lucru o amenințare pentru intimitatea lor, deoarece copiii concepuți vor putea să-i identifice și să găsească frați vitregi prin aceste registre. Totuși, potrivit opiniilor lui Godman K., Sanders M., Rosenberg K. și Burton P. anonimatul nu reprezintă un obstacol major dacă informațiile furnizate nu identifică persoana, incluzând doar date generale, precum caracteristicile fizice sau nivelul de educație [34].

Studiile recente atrag atenție asupra importanței consilierii psihologice a potențialilor donatori, fiindcă decizia de a deveni donator de spermă este, fără îndoială, una care are consecințe pe termen lung. Deși reglementările guvernamentale ar trebui să asigure că donatorii nu se confruntă cu poveri legale sau financiare, consecința obișnuită a donării de spermă este că un număr mai mare de copii genetici se nasc comparativ cu media pentru un bărbat obișnuit. În mod firesc, acest lucru poate influența planificarea familială a donatorului, poate afecta emoțional partenerii și copiii săi actuali sau viitori și, în funcție de reglementările privind identificarea donatorilor și/sau disponibilitatea testelor genetice, pot apărea solicitări de contact chiar și la decenii după momentul donării. Consultațiile cu donatorii ar trebui realizate de profesioniști calificați, care nu doar cunosc reglementările legale privind donarea de spermă, ci au și formare în domeniul psihologiei. Un astfel de proces permite identificarea potențialelor probleme psihice majore și verifică dacă donatorii au înțeles pe deplin consecințele actului de donare [50].

Investigațiile lui Bracewell-Milnes T. și ale echipei sale relevă că, cunoștințele femeilor privind donarea de ovocite sunt în general limitate sau aproape inexistente. După ce li s-a oferit o explicație, majoritatea au fost de acord cu donarea de ovocite. O proporție mai mare dintre respondente ar fi dispusă să doneze unei rude sau unui prieten decât unei persoane anonime. Femeile tinere erau semnificativ mai predispuse să aprobe donarea de ovocite comparativ cu cele mai în vârstă. În ceea ce privește limita compensatorie, doar o mică parte a fost de acord cu ea, iar majoritatea nu ar fi fost mai motivați să doneze dacă această limită ar fi fost majorată [12]. Un alt studiu anterior coordonat de același cercetător a relevat că donatoarele de ovule pot simți o obligație morală de a se asigura că copiii rezultați vor fi în condiții bune și consideră că au responsabilitatea de a garanta stabilitatea emoțională a

copilului, prin identificarea ca mamă biologică [13]. La aceeași concluzie au ajuns Yee S., Blyth E. și Tsang potrivit cărora, prin această modalitate, ele își exprimă dorința de a obține informații despre beneficiari înainte de donare, pentru a evalua calitatea vieții viitorului copil [82].

Privitor la barierele care intervin în calea donării de ovocite în literatura de specialitate s-a remarcat problema remunerării. Astfel, unele femei nu ar fi dispuse să doneze fără o remunerație, ceea ce se confirmă prin numărul redus de donatoare în țările care interzic donația comercială de ovocite [31]. Frica și anxietatea reprezintă obstacole majore în donarea de ovocite [66]. Temeri legate de riscurile fizice asociate donării de ovocite influențează de asemenea și decizia potențialelor donatoare, mai ales în ceea ce privește efectele procedurii asupra sănătății reproductive viitoare [74].

Rezultatele studiilor științifice privind donarea de embrioni sunt complexe, relevând că acest subiect este unul foarte sensibil, cu o multitudine de implicații etice, deoarece mai multe persoane consideră embrionul ca un copil. Investigațiile lui Lacey S. au arătat că donatorii care au devenit ulterior părinți prin FIV pot fi preocupați de eventualele consecințe asupra embrionilor și decid că este mai bine să le elimine decât să riște ca embrionii să aibă o viață diferită de cea dorită de părinții genetici [21].

Studiile contemporane subliniază necesitatea unor ghiduri clare pentru donatorii de material reproductiv. Evaluarea consimțământului informat trebuie abordată mai nuanțat. De asemenea se impune și claritate în contractele de donație în privința drepturilor și obligațiilor donatorilor în diferite etape ale procesului [74].

Cercetările internaționale demonstrează că **tehnologiile de reproducere asistată au o contribuție crescândă și semnificativă la ratele totale de fertilitate.**

Cercetătorii cehi Kocourková J., Šťastná A. și Burcin B. au evidențiat că, deși tehnologiile medicale de reproducere asistată nu pot compensa întreaga fecunditate pierdută prin amânarea încercărilor de concepție, rezultatele investigațiilor confirmă că creșterea utilizării acestor tehnologii este relevantă pentru analiza tendințelor recente ale fertilității. Astfel, în Cehia, între 2013 și 2020, contribuția medicinei reproductive asistate la rata totală de fertilitate a crescut de la 0,045 la 0,058, reprezentând creșterea de la 3,1% la 3,4% a acestei rate. Ca urmare, în 2020 rata totală de fertilitate fără medicina reproductivă asistată ar fi fost doar 1,65 în loc de 1,71. Cele mai dinamice creșteri în ratele de fertilitate au fost înregistrate la vârstele peste 35 de ani, confirmând rolul

semnificativ al medicinei reproductive asistate în compensarea amânării fecundității la vârste reproductive mai avansate [39].

În Australia, medicina reproductivă a reprezentat o contribuție crescândă la rata totală de fertilitate, corespunzând unui impact de ordinul 4-5% anual, sau aproximativ unu din douăzeci de nașteri [43]. Proiecțiile relizate de Lazzari E., Potančoková M., Sobotka T., Gray E., Chambers G.M. pentru Australia sugerează că, presupunând continuarea trendurilor ascendente în ratele de succes în medicina reproductivă asistată și în ratele de tratament, contribuția nașterilor concepute prin intermediul medicinei reproductive asistate la fertilitatea de coohrortă va crește de la 2,1% pentru femeile născute în 1968 la 5,7% pentru cele născute în 1986. Aportul medicinei reproductive asistate este proiectat să influențeze semnificativ măsura în care amânarea maternității va fi compensată la vârste reproductive avansate, sugerând că disponibilitatea acestei tehnologii ar putea deveni un factor esențial în sprijinirea femeilor să-și atingă planurile reproductive la etape ulterioare ale vieții [44]. Această tendință semnifică o transformare demografică substanțială în care accesul la tehnologiile reproductive va deveni, progresiv, un factor determinant în realizarea planurilor reproductive ale unui segment crescând al populației feminine.

Respectiv, aceste rezultate au implicații importante pentru politicile publice, deoarece medicina reproductivă asistată are potențialul de a susține recuperarea fertilității în contextul amânării maternității.

Un rol aparte în literatura științifică îl **au investigațiile care reflectă atitudinile populației față de medicina reproductivă asistată**. În acest context evidențiem studiul Listening IVF and Fertility in Europe (LIFE), care a fost realizat în Franța, Germania, Italia, Spania, Suedia și Regatul Unit. Dintre toți respondenții, 10% au urmat tratament FIV, iar 48% au considerat sau ar considera FIV în caz de infertilitate. Respondenții au estimat că disponibilitatea FIV ar încuraja oamenii să amâne concepția. Deși 93% dintre respondenți au considerat că tratamentul FIV ar trebui finanțat parțial din fonduri publice, majoritatea au constatat că infertilitatea secundară sau tratamentele care permit amânarea părinției ar trebui finanțate privat. Respondenții au apreciat că numărul mediu de cicluri FIV stimulate, finanțate public, ar trebui să fie limitat la 2-3 (media 2,4). 79% dintre respondenți și-au exprimat disponibilitatea de a plăti pentru FIV dacă este necesar, indicând o sumă medie de 5.400 € pentru obținerea unui copil prin FIV. Potrivit respondenților, vârsta minimă și maximă pentru FIV ar trebui să fie, în medie, 29 și respectiv 42 de ani. În ansamblu, rezultatele indică o atitudine pozitivă a respondenților față de FIV,

donația de gameți și sprijinul pentru finanțarea publică a tratamentelor de fertilitate [28].

În context național, subiectul cu referire la medicina reproductivă asistată a fost dezvoltat de un număr redus de cercetători. Ciubotaru V. [18] a analizat datele cu referire la persoanele care au beneficiat de FIV gratuit în baza asigurării medicale și a identificat unele dificultăți care survin în procesul de accesare a acestei proceduri. Moșin V. și Eșanu A. [53] au analizat aspectele etice cu referire la medicina reproductivă asistată, subliniind că în cazul unui vid legislativ și al nereglementărilor juridice la acest subiect sunt create bariere pentru realizarea dreptului cuplului de a beneficia de rezultatele progresului științific. Dobrovolskaia A. [24] a analizat evoluția sarcinii obținute prin FIV la femeile cu vârsta de peste 35 de ani, subliniind factorii de risc și necesitatea intervențiilor individualizate în funcție de riscurile antenatale identificate.

În ansamblu, în Republica Moldova se constată un vid informațional substanțial în ceea ce privește implementarea medicinei reproductive asistate. Deși infertilitatea reprezintă o problemă majoră de sănătate publică cu implicații demografice, sociale și economice semnificative, literatura științifică autohtonă referitoare la accesul, utilizarea, eficacitatea și impactul psihosocial al tehnologiilor de reproducere asistată rămâne extrem de limitată. Astfel, evaluarea implementării medicinei reproductive asistate rămâne fragmentară, bazată predominant pe informații administrative sau pe relatări izolate din practică. Lipsa studiilor empirice sistematice reduce capacitatea instituțiilor medicale și decizionale de a evalua nevoile reale ale populației infertile, de a formula politici publice eficiente și de a dezvolta programe de sprijin adaptate contextului național.

În acest context, lucrarea **„Implementarea medicinei reproductive asistate în Republica Moldova: provocări și oportunități de creștere a natalității”** generează un cadru analitic necesar pentru formularea unor intervenții strategice în domeniul medicinei reproductive asistate. Mai mult, studiul contribuie la înțelegerea modului în care tehnologiile medicale de reproducere asistată pot deveni un instrument eficient în politicile demografice ale Republicii Moldova, într-un context marcat de scădere a natalității, de migrație masivă și îmbătrânire a populației.

2. CADRUL METODOLOGIC AL LUCRĂRII

În perioada 2024–2025 a fost implementat un demers metodologic complex și integrat orientat spre analiza percepțiilor populației față de tehnologiile medicale de reproducere asistată, evaluarea accesului la servicii și examinarea cadrului de politici publice în domeniu.

Analiza statistică a fost efectuată pe baza datelor furnizate de Agenția de Transplant, ce constituie singura sursă oficială centralizată privind aplicarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată în Republica Moldova pentru perioada 2019–2024 și a vizat evoluția aplicării tehnologiilor medicale de reproducere asistată în Republica Moldova. Analiza a inclus examinarea unor indicatori precum numărul total de cicluri realizate, tipurile de proceduri (de exemplu, IUI, FIV, ICSI, crioprezervare). Au fost evaluate tendințele privind prezervarea capacității de reproducere din motive sociale și medicale, dinamica procedurilor și numărul de sarcini obținute în urma acestora. Pentru o evaluare riguroasă, au fost identificate următoarele limite metodologice: lipsa datelor agregate pe variabile socio-demografice; absența unor indicatori de follow-up privind evoluția sarcinilor până la naștere; subraportarea procedurilor efectuate; inexistența unui registru național complet al infertilității și donărilor.

Studiul calitativ a fost realizat în perioada septembrie – octombrie 2024 și a constatat în aplicarea unui ghid semistrukturat de interviu cu **actori-cheie din domeniul sănătății reproductive**. Au fost intervievați zece experți: reprezentant al Ministerului Sănătății (1), reprezentant al Agenției de Transplant (1), expert în sănătate, cercetare și dezvoltare (1), medici ginecologi (2) și medici reproductologi (5). Scopul cercetării a fost de a înțelege potențialul medicinei reproductive asistate în influențarea comportamentului reproductiv al populației, de a evalua accesul la servicii și de a identifica dificultățile care limitează contribuția acestor tehnologii la dezvoltarea demografică.

Studiul calitativ, realizat în aceeași perioadă, a vizat experiențele beneficiarilor direcți ai acestor servicii. Au fost efectuate interviuri semi-structurate cu femei care au trecut prin procedura de fertilizare in vitro (10). Scopul acestui demers a fost de a înțelege experiențele trăite, dificultățile întâmpinate în procesul medical și administrativ, precum și percepțiile și nevoile acestora în raport cu accesul la serviciile de medicină reproductivă asistată.

Studiu cantitativ *"Percepții ale populației privind tehnologiile medicale reproductive asistate"* de tip exploratoriu a fost realizat în perioada august – septembrie 2025, prin aplicarea unui chestionar auto-administrat online, adresat persoanelor cu vârste cuprinse între 20 și 50 de ani. Scopul acestui studiu a fost de a identifica opiniile și atitudinile populației față de tehnologiile medicale de reproducere asistată, cu accent pe percepțiile privind aspectele etice și morale, gradul de încredere și nivelul de acceptare al acestor proceduri. La studiu au participat 375 de respondenți.

Analiza acestor percepții permite înțelegerea mecanismelor prin care procedurile medicale de reproducere asistată sunt integrate — sau respinse — în câmpul social, dezvăluind gradul de pregătire al societății pentru schimbările pe care aceste practici le implică. Prin urmare, investigarea sociologică a percepțiilor și atitudinilor privind medicina reproductivă asistată reprezintă un demers necesar pentru a înțelege relația complexă dintre progresul tehnologic, structura valorilor sociale și evoluția comportamentelor reproductive în societatea contemporană.

Eșantionul studiului reflectă că majoritatea respondenților sunt femei (77,6%), comparativ cu 22,4% bărbați (*Tabelul 1.*). Această distribuție confirmă tendința generală observată în cercetările sociale privind tematica sănătății reproductive, unde femeile manifestă o disponibilitate mai mare de a participa la sondaje pe subiecte legate de fertilitate, reproducere și sănătate familială. Totodată, ponderea ridicată a femeilor contribuie la o înțelegere mai detaliată a percepțiilor privind accesul și acceptarea tehnologiilor medicale reproductive asistate din perspectiva celor direct vizate de astfel de servicii medicale.

Tabelul 1. Date socio-demografice ale respondenților

Sex	%
Feminin	77.6
Masculin	22.4
Vârstă	%
20-29 ani	27.2
30-39 ani	33.6
40-50 ani	39.2
Mediu de reședință	%
Mun. Chișinău	50.1

Oraș, cu excepția mun. Chișinău	18.4
Sat	31.5
Nivel de educație	%
Gimnaziale/medii generale	19.7
Secundar profesionale / mediu de specialitate	21.1
Superioare	59.2
Statut marital	%
Necăsătorit/ă	13.6
Căsătorit/ă	65.9
În relație neînregistrată	12.3
Divorțat/ă	6.9
Altceva	1.3
Statut ocupațional	%
Angajat/ă	68.0
Liber profesionist(ă)	10.7
Șomer/ă	4.3
Student/ă	9.1
Casnic/ă	7.5

Structura pe vârste a eșantionului reflectă o distribuție echilibrată a populației adulte cuprinse în intervalul de vârstă 20–50 de ani, care a constituit grupul-țintă al cercetării. Astfel, 27,2% dintre respondenți au între 20–29 de ani, 33,6% între 30–39 de ani, iar 39,2% între 40–50 de ani. Această repartizare relativ uniformă permite surprinderea diferențelor de percepție între generațiile aflate în etape distincte ale vieții reproductive – de la tineri care se află la începutul formării familiale și potențiali beneficiari ai tehnologiilor medicale de reproducere asistată până la persoane care au deja experiențe reproductive consolidate sau finalizate.

Privind repartizarea respondenților după mediul de reședință, se observă o predominanță a populației urbane: 50,1% dintre participanți provin din municipiul Chișinău, 18,4% din alte orașe și 31,5% din mediul rural. Această structură, relativ echilibrată, asigură o bună reprezentativitate a principalelor medii socio-geografice, permițând compararea percepțiilor și a nivelului de

acces la serviciile medicale între populația urbană și cea rurală. Ponderea mai ridicată a respondenților din mediul urban, unde sunt concentrate majoritatea centrelor și clinicilor specializate în medicina reproductivă asistată, sugerează o expunere mai frecventă la informații, o familiaritate mai mare cu aceste servicii și, implicit, o deschidere sporită față de subiectul analizat. În contrast, reprezentanții mediului rural pot manifesta un nivel mai scăzut de cunoaștere și o percepție mai rezervată, condiționată de accesul limitat la informații și servicii medicale de specialitate.

După nivelul de studii, aproape trei cincimi dintre respondenți (59,2%) dețin studii superioare, 21,1% au finalizat învățământul secundar profesional sau mediu de specialitate, iar 19,7% au nivel de educație gimnazial sau mediu general. Nivelul educațional relativ ridicat al eșantionului este un aspect important pentru interpretarea rezultatelor, întrucât gradul de instruire influențează semnificativ nivelul de informare privind tehnologiile medicale de reproducere asistată, capacitatea de evaluare a riscurilor și beneficiilor acestora, precum și gradul de încredere în sistemul medical și deschiderea față de inovațiile biotehnologice.

După statutul marital, 65,9% dintre respondenți sunt căsătoriți, 13,6% necăsătoriți, 12,3% trăiesc în concubinaj, 6,9% sunt divorțați, iar 1,3% au declarat un alt statut (Figura 1.). Distribuția predominantă a persoanelor căsătorite conferă eșantionului un profil familial stabil și îl face deosebit de relevant pentru analiza comportamentului reproductiv. Astfel, prevalența ridicată a persoanelor căsătorite este semnificativă în raport cu obiectul cercetării, întrucât decizia de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată este, în majoritatea cazurilor, rezultatul unei decizii comune la nivel de cuplu. Aceasta este influențată de stabilitatea relațională, de planurile reproductive ale partenerilor și de contextul familial, factori care determină gradul de disponibilitate și motivația de a accesa astfel de servicii medicale.

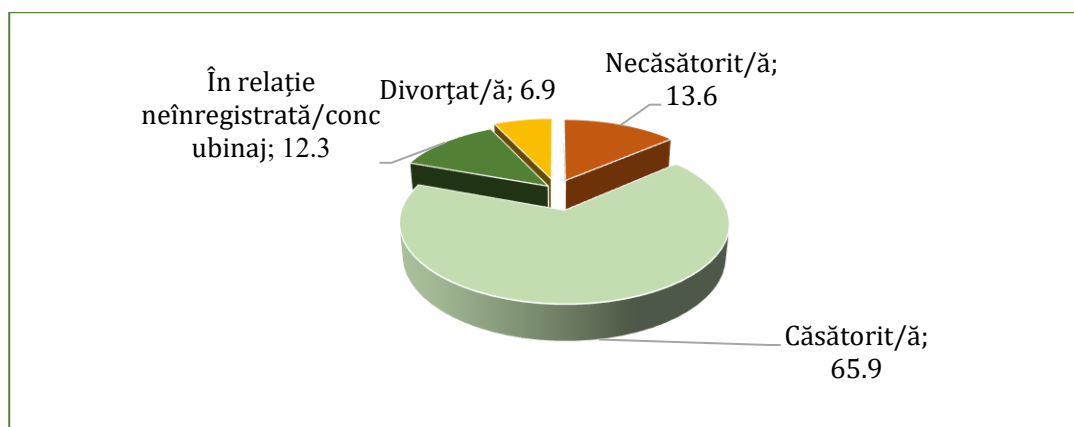


Figura 1. Statutul marital al respondenților (în %)

După statutul ocupațional, majoritatea respondenților sunt persoane angajate în câmpul muncii (68,0%), iar 10,7% desfășoară activități independente. Alte categorii sunt reprezentate de studenți (9,1%), persoane casnice (7,5%) și șomeri (4,3%). În ceea ce privește veniturile, 18,9% dintre respondenți declară un venit familial sub 10.000 lei, 30,4% între 10.001–20.000 lei, 22,4% între 20.001–30.000 lei, iar 17,6% peste 30.000 lei. Aproximativ o zecime (10,7%) au preferat să nu răspundă.

Dimensiunea religioasă și spirituală a respondenților. Religia și valorile spirituale reprezintă un cadru de referință esențial pentru înțelegerea percepțiilor asupra tehnologiilor medicale reproductive asistate. În contextul Republicii Moldova, unde Biserica Ortodoxă deține un rol social și simbolic important, raportarea la credință poate influența atitudinile față de conceperea copiilor prin mijloace medicale, față de infertilitate și față de etica intervențiilor medicale asupra procesului reproductiv. Majoritatea covârșitoare a respondenților se consideră persoane religioase: 48% afirmă cu certitudine acest lucru („sigur da”), iar 31,5% indică un nivel moderat de religiozitate („mai degrabă da”). Doar 8,3% se declară „mai degrabă nereligioși”, iar 5,9% „sigur nereligioși”, în timp ce 6,4% au preferat să nu răspundă (Figura 2.). Această distribuție confirmă caracterul preponderent tradițional și cultural-religios al populației, specific societății moldovenești. Nivelul înalt de religiozitate declarată constituie un factor explicativ important al eventualelor rezerve etice și morale față de utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată, în special în rândul grupurilor care aderă la valori conservatoare.

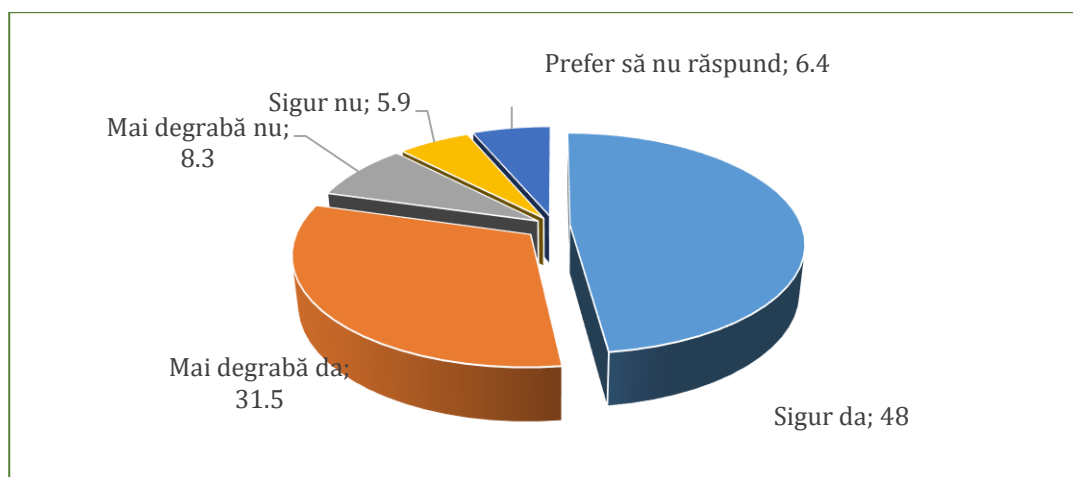


Figura 2. Distribuția răspunsurilor respondenților la întrebarea dacă se consideră persoană religioasă (în %)

Aproximativ jumătate dintre respondenți manifestă un comportament religios activ în plan individual: 29,6% se roagă zilnic, iar 17,3% de mai multe ori pe săptămână. 4,3% menționează rugăciunea săptămânal, iar 6,1% o fac cel puțin o dată pe lună. Un sfert dintre participanți (22,9%) se roagă rar, iar 7,2% niciodată (Figura 3.). Aceste rezultate evidențiază o religiozitate mai profundă la nivel personal decât instituțional, ceea ce confirmă că dimensiunea spirituală se manifestă frecvent în sfera privată, independent de participarea la activitățile religioase formale. De asemenea, comportamentele individuale de rugăciune pot fi mai relevante pentru explicarea atitudinilor morale față de reproducerea asistată decât simpla frecvență a participării la biserică.

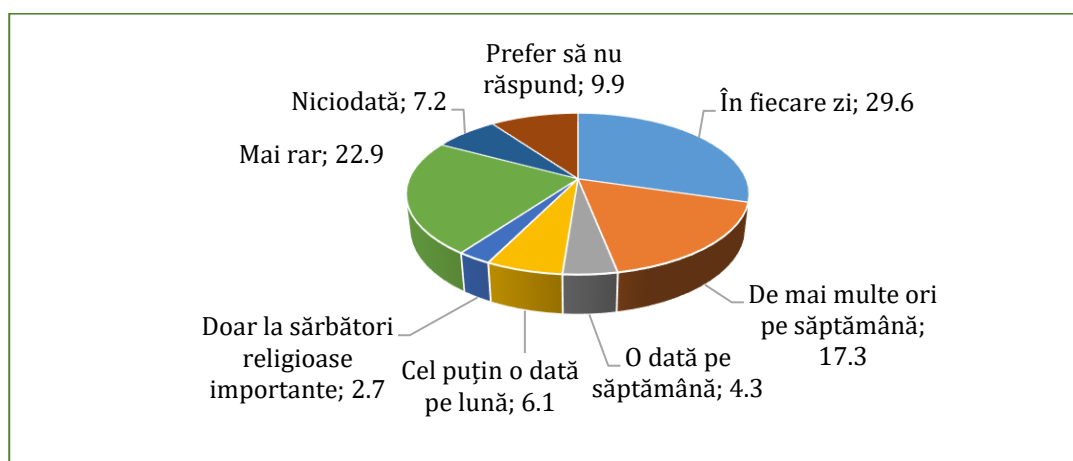


Figura 3. Distribuția răspunsurilor respondenților la întrebarea "cât de des se roagă în afară de momentele în care participă la slujbe religioase" (în %)

În pofida nivelului ridicat de religiozitate declarată, practicarea religiei este mai moderată. Doar 8% dintre respondenți participă la slujbe religioase săptămânal sau mai des, iar 13,9% o fac aproximativ o dată pe lună. Cea mai mare parte a populației (46,7%) participă doar ocazional, la unele sărbători sau evenimente familiale, iar 17,6% doar la sărbători religioase mari. Aproximativ 8,8% declară că nu participă deloc la servicii religioase, iar 5,1% au evitat răspunsul (Figura 4.). Aceste date ilustrează o formă prevalentă de religiozitate culturală în care apartenența religioasă este afirmată mai degrabă ca identitate socială decât prin practici regulate. Fenomenul corespunde tendinței de „religie practică ocazională”, observat și în alte țări post-sovietice, unde credința este percepută ca o valoare identitară, dar nu implică neapărat participare ritualică constantă.

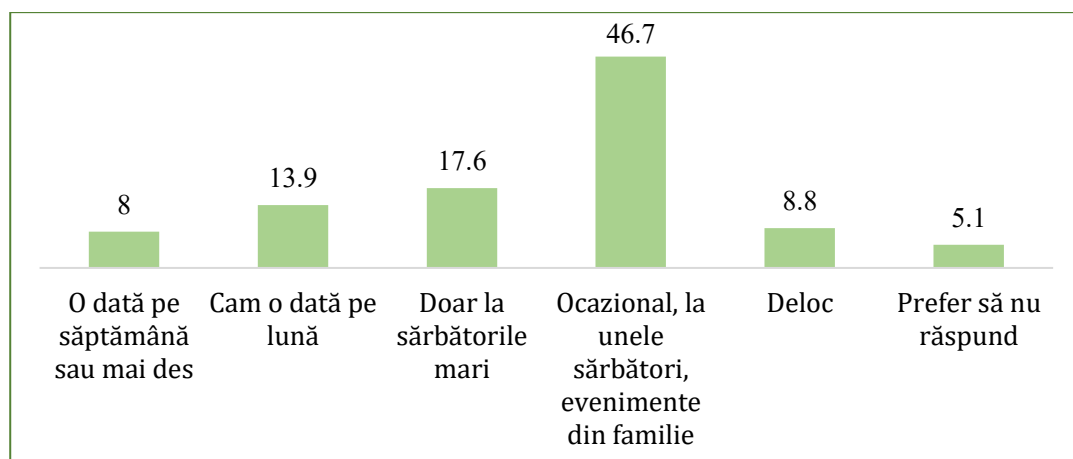


Figura 4. Participarea respondenților la slujbe religioase, (în %)

Analiza generală a dimensiunii religioase indică o populație preponderent credincioasă, însă cu o practică religioasă moderată și ocazională. Acest profil religios, caracterizat prin credință declarată puternică, dar practică flexibilă, poate genera percepții ambivalente față de tehnologiile medicale reproductive asistate: acceptare pragmatică în plan personal, combinată cu rezerve morale sau culturale în plan simbolic. În analiza ulterioară a datelor se va urmări măsura în care gradul de religiozitate (autoidentificare, practici, frecvența rugăciunii) corelează cu nivelul de acceptare a utilizării acestor tehnologii și cu percepția riscurilor medicale și etice asociate.

Analiza cadrului de politici de susținere a accesului populației la serviciile de medicină reproductivă asistată atât la nivel național, cât și la nivel internațional. Analiza a vizat identificarea cadrului normativ, a mecanismelor de finanțare și acces, precum și a bunelor practici care pot fi adaptate la contextul Republicii Moldova. La nivel național, a fost examinată legislația existentă privind sănătatea reproductivă și accesul la medicina reproductivă asistată, incluzând legi, hotărâri de guvern și regulamente ministeriale. Accentul a fost pus pe: criteriile de eligibilitate pentru accesul la procedurile medicale de reproducere asistată; reglementările privind donarea de gameți, crioprezervarea. La nivel internațional, analiza s-a concentrat pe cadrul legislativ din state membre UE și alte țări cu politici dezvoltate în domeniul medicinei reproductive asistate, identificând modele variate de reglementare. Analiza a vizat și identificarea modalităților de susținere financiară a accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată.

Triangularea datelor din diferite studii oferă o bază solidă pentru formularea de recomandări de politici publice orientate spre îmbunătățirea accesului la servicii și valorificarea potențialului medicinei reproductive asistate pentru dezvoltarea demografică a țării.

Teorii de referință. Impactul medicinei reproductive asistate asupra natalității constituie un domeniu de cercetare complex care necesită o înțelegere teoretică aprofundată. Astfel, la baza acestui demers metodologic au stat mai multe teorii fundamentale. *Teoria celei de a doua Tranziții Demografice* constituie cadrul teoretic dominant pentru înțelegerea schimburilor contemporane în fertilitate. Conform acestei teorii, țările trec printr-o transformare fundamentală caracterizată prin: declinul fertilității sub nivelul de înlocuire generațional, slăbiciunea căsătoriei. Pilonul central al acestei teorii îl constituie o schimbare puternică în valori: mișcarea către individualism și preocupări postmateriale, caracterizate prin prioritizarea autonomiei personale, autorealizării și valorilor post-materialiste. *Teoria echității de gen* pune accent pe factori structurali. Această teorie argumentează că declinul fertilității în economiile postindustriale este determinat primordial de schimbări structurale: creșterea participării femeilor în sfera publică, educația prelungită a femeilor și inconsistența între rolurile publice și private ale femeilor, în contextul în care familiile și instituțiile se adaptează lent la noile roluri ale femeilor. O teorie demografică crucială pentru înțelegerea rolului medicinei reproductive asistate este *teoria amânării și recuperării fertilității*. Distanța-cheie în teoria amânării și recuperării este aceea între "postponement" (amânare) și "recuperation" (recuperare). Amânarea

fertilității se referă la declinul fertilității la vârstele reproductive mai tinere, în timp ce recuperarea se referă la creșterea compensatorie a fertilității la vârstele reproductive mai avansate. Dacă femeile amână maternitatea datorită participării pe piața muncii, educației prelungite și autonomiei personale, dar doresc totuși să aibă copii la vârste reproductive mai avansate, tehnologiile medicale de reproducere asistată pot facilita realizarea acestor planuri reproductive amânate. Aplicabilitate își găsește și *teoria inechității socioeconomice* datorită faptului că statutul socioeconomic este predictorul dominant al accesului la medicina reproductivă asistată. O abordare teoretică integrată care combină aceste perspective este esențială pentru a înțelege multidimensional provocările și oportunitățile medicinei reproductive asistate în dezvoltarea demografică.

3. INTENȚII REPRODUCTIVE ȘI AUTOEVALUĂRI ALE CAPACITĂȚII DE CONCEPERE A COPIILOR

În Republica Moldova, rata totală de fertilitate, în 2024 a constituit 1,66 copii născuți-vii per femeie. Totuși, aceasta nu atinge nivelul de înlocuire a generațiilor de 2,1 copii născuți-vii per femeie de vârstă reproductivă. Comparativ cu situația la nivel internațional, indicatorul de 1.66 este favorabil fiind depășit doar de Bulgaria, Muntenegru și Monaco [69]. Astfel, Republica Moldova depășește țări care promovează activ politici de susținere a familiilor cu copii în spațiul european.

Cunoașterea intențiilor reproductive ale populației constituie un aspect esențial al demografiei. Idealurile reproductive reflectă mărimea ideală a familiei în societate, indiferent de constrângerile personale. De obicei, idealurile rămân stabile la aproximativ 2-3 copii. Dorințele reproductive sunt dorințele personale ale indivizilor de a avea copii, mai puțin constrânse de circumstanțe de viață contemporane, reprezentând o dorință intrinsecă. Intențiile reproductive sunt planurile concrete de a avea (mai mulți) copii în viitorul apropiat, mai mult constrânse de circumstanțe de viață reale (economie, relație de cuplu, acces la servicii medicale).

Cea mai mare pondere a respondenților (73.1%) studiului cantitativ realizat de către autori au copii. În rândul celor care au copii, structura parității este dominată de familiile cu doi copii (49,3%), urmate de cele cu un copil (30,7%) și de familiile numeroase cu trei sau mai mulți copii (20,1%). Această distribuție reflectă profilul demografic specific Moldovei contemporane, marcat de consolidarea modelului familial cu doi copii.

Analiza intențiilor reproductive în cadrul studiului cantitativ realizat de autori arată grupuri distincte împărțite între dorința de a continua planurile reproductive și tendința de finalizare a acestora. Aproximativ 38,7% dintre respondenți intenționează să mai aibă copii, dintre care 21,6% afirmă acest lucru cu certitudine și 17,1% o fac cu rezerve moderate. În același timp, aproape jumătate dintre respondenți (48,8%) nu mai intenționează să conceapă copii, iar 9,3% se declară indeciși (Figura 5). Rezultatele sugerează o polarizare a populației adulte între aspirațiile reproductive și decizia de încheiere a planurilor reproductive pe fondul în mare parte legat de vârsta respondenților, în special a femeilor.

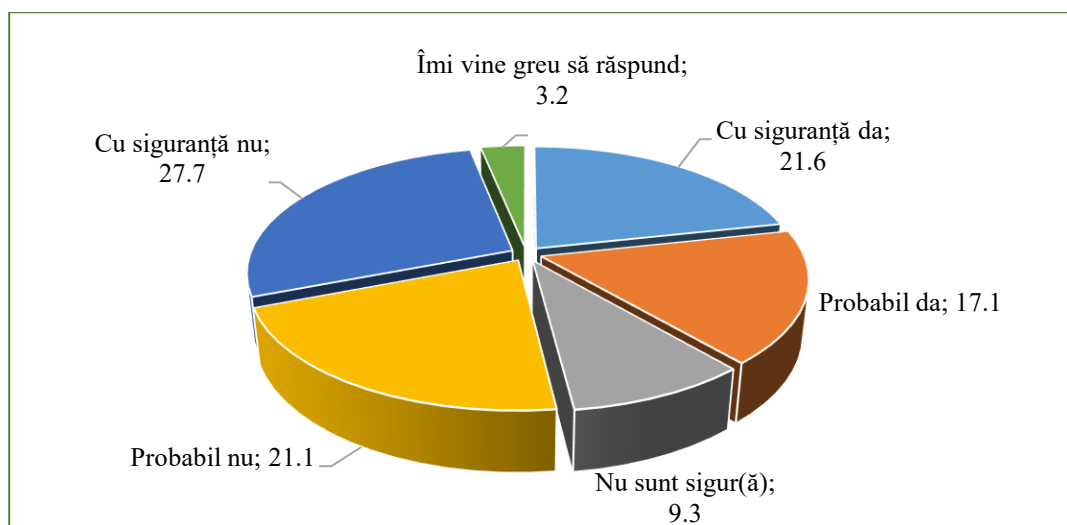


Figura 5. Distribuția răspunsurilor respondenților la întrebarea dacă intenționează să (mai) nască/conceapă un copil în viitor

Vârsta constituie un determinant esențial al intențiilor reproductive. În grupa 20-29 de ani, aproape 80% dintre participanți exprimă o intenție clar pozitivă, ceea ce reflectă perioada activă a vieții reproductive. La 30-39 de ani, proporția celor care intenționează să mai aibă copii scade semnificativ, iar indecizia crește, indicând o fază de reevaluare a priorităților familiale în raport cu cariera și stabilitatea materială. În rândul persoanelor de 40-50 de ani, majoritatea covârșitoare declară că nu mai intenționează să aibă copii, ceea ce marchează încheierea ciclului reproductiv și tranziția către o etapă de stabilizare familială (Figura 6).

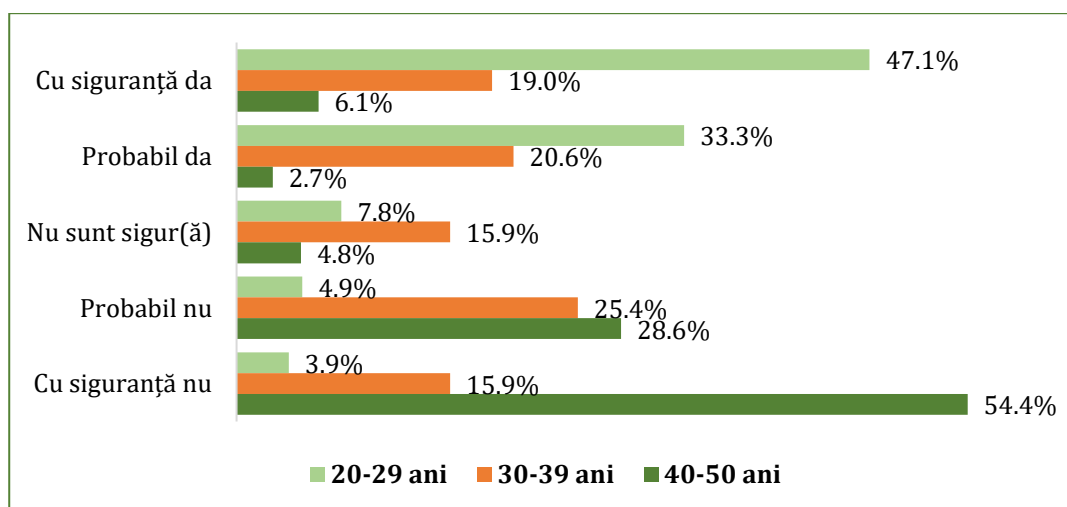


Figura 6. Distribuția răspunsurilor respondenților la întrebarea dacă intenționează să (mai) nască/conceapă un copil în viitor în funcție de vârsta respondenților

Rezultatele sunt coerente și cu analiza intențiilor în funcție de numărul de copii deja existenți în familie. Persoanele fără copii manifestă cea mai ridicată intenție de a deveni părinți, în timp ce în rândul celor cu un copil intenția rămâne prezentă, dar scade semnificativ. După atingerea pragului de doi copii, non-intenția devine majoritară, ceea ce confirmă faptul că modelul familial optim perceput în societatea moldovenească este cel al familiei cu doi copii. În familiile numeroase, dorința de extindere a familiei este foarte redusă (Figura 7).

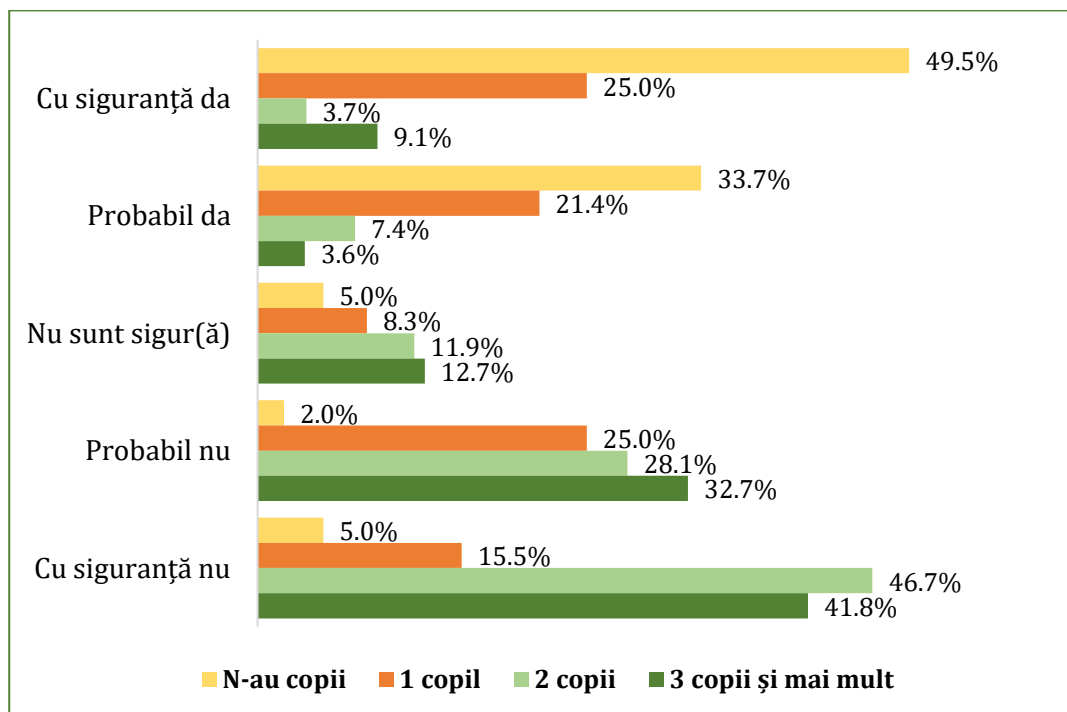


Figura 7. Distribuția răspunsurilor respondenților la întrebarea dacă intenționează să (mai) să (mai) nască/conceapă un copil în viitor în funcție de numărul copiilor avuți

Analiza statistică a datelor referitoare la numărul total de copii doriți și intenționați evidențiază un decalaj între idealul reproductiv și planul efectiv de realizare. În medie, respondenții ar dori să aibă 2,11 copii, însă intenționează efectiv 1,89 (Tabelul 2.). Această diferență, de aproximativ 0,2 copii, indică un fenomen cunoscut în literatura de specialitate ca „fertility gap”, adică distanța dintre dorința ideală și posibilitatea reală de materializare a acesteia. În cea mai mare parte, această dorință reflectă constrângeri economice, lipsa stabilității locative, presiunea carierei sau percepția incertitudinii legate de viitor. Totodată, dispersia mai mare a intențiilor față de dorințe sugerează o

diversitate crescută a situațiilor individuale și o variabilitate a factorilor care influențează decizia de a avea (sau nu) copii.

Tabelul 2. Numărul mediu de copii dorit și intenționat

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Câți copii, inclusiv pe cei care îi aveți, ați intenționat/intenționați să aveți?	370	0	6	1.89	1.110
Câți copii, inclusiv pe cei care îi aveți, v-ați dorit/ați dori să-i aveți?	370	0	5	2.11	.971

Datele studiului relevă o populație în care intențiile reproductive sunt modelate de vârstă, paritate și condiții socioeconomice, iar decalajul dintre dorință și intenție constituie un indicator sensibil al dificultăților de reconciliere între aspirațiile familiale și contextul real al vieții cotidiene. Aceste constatări sunt relevante pentru conturarea politicilor de sprijin al familiei și de facilitare a accesului la servicii medicale și sociale care pot contribui la reducerea diferenței dintre planurile familiale și realizarea lor efectivă.

Autoevaluarea capacității de a avea copii pe cale naturală. La întrebarea „Din câte cunoașteți, din punctul de vedere al sănătății fizice, Dvs. (mai) puteți avea copii pe cale naturală?”, majoritatea respondenților (63,2%) au declarat că se consideră apți din punct de vedere biologic pentru conceperea unui copil pe cale naturală (Figura 8). Această proporție ridicată confirmă existența unei percepții generale de sănătate reproductivă favorabilă în rândul populației adulte, cu referință la grupul-țintă al studiului.

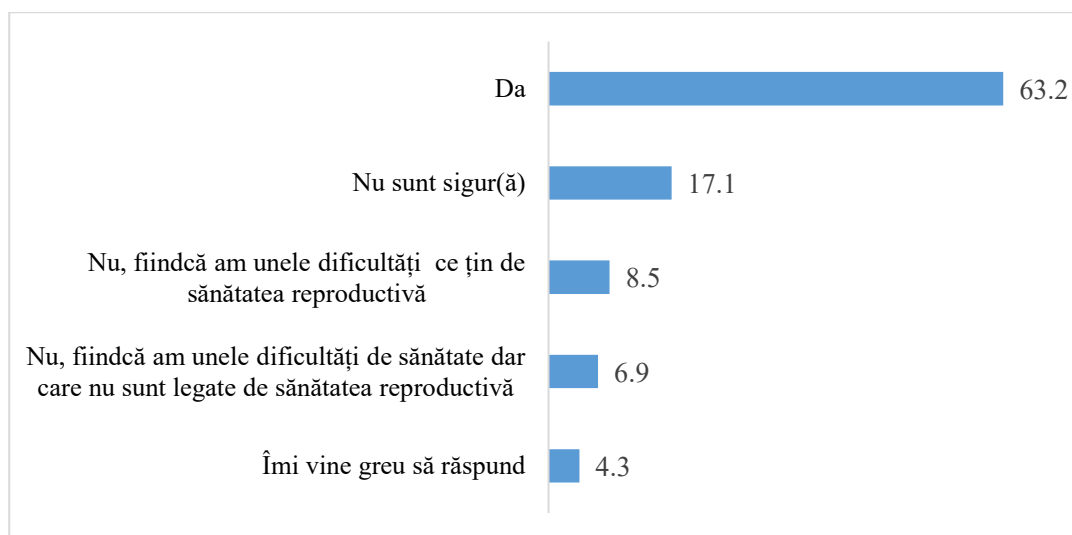


Figura 8. Distribuția răspunsurilor respondenților la întrebarea dacă din punct de vedere al sănătății fizice (mai) pot concepe copii pe cale naturală

Totuși, 17,1% dintre respondenți au menționat că *nu sunt siguri* de capacitatea lor reproductivă, iar acest segment este deosebit de important din perspectiva politicilor publice, deoarece poate reflecta un nivel redus de informare medicală, lipsa controalelor de specialitate sau existența unor anxietăți privind fertilitatea care nu au fost încă confirmate clinic. Indecizia sau incertitudinea cu privire la propria stare de sănătate reproductivă poate deveni un factor determinant în orientarea către informare suplimentară sau, în unele cazuri, către explorarea tehnologiilor de reproducere asistată.

Un total de 8,5% dintre respondenți au declarat că *nu pot avea copii* din cauza unor dificultăți medicale care țin direct de sănătatea reproductivă, ceea ce indică prezența unui nucleu clar identificabil de persoane cu probleme de fertilitate cunoscute. Alte 6,9% persoane au menționat că nu pot concepe copii din motive de sănătate care nu sunt legate de funcțiile reproductive. În ansamblu, aproximativ 15% din populația adultă recunoaște existența unor limitări medicale – reproductive sau generale – care pot afecta capacitatea de procreare.

Percepția capacității reproductive a partenerului/ei. La întrebarea: „Din câte cunoașteți, din punctul de vedere al sănătății fizice, partenerul(a) actual(ă) ar (mai) putea avea copii pe cale naturală dacă ar vrea?”, 65,3% dintre respondenți afirmă că partenerul ar putea concepe pe cale naturală, 14,7% nu sunt siguri, 3,2% indică dificultăți legate de sănătatea reproductivă, iar 1,3%

menționează probleme de sănătate nespecifice reproducerii. În plus, 11,5% au declarat că nu au partener, iar 4,0% au ales „îmi vine greu să răspund” (Figura 9).

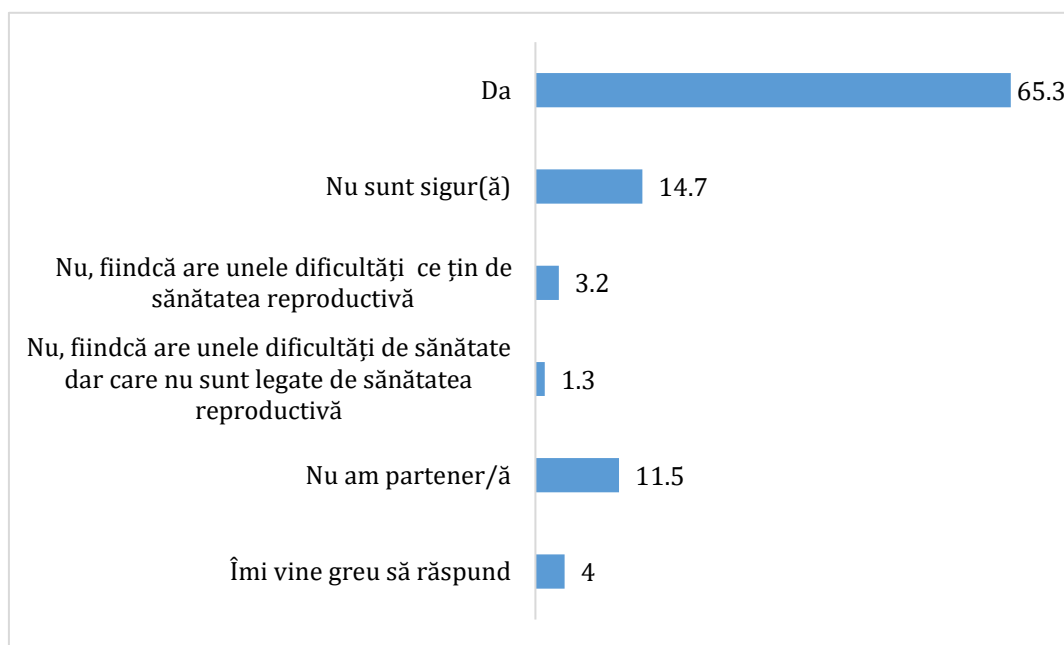


Figura 9. Repartizarea răspunsurilor la întrebarea dacă din punctul de vedere al sănătății fizice, partenerul(a) actual(ă) (mai) poate concepe copii pe cale naturală

Comparativ cu autoevaluarea propriei capacități reproductive (63,2% „da”, 17,1% „nu sunt sigur(ă)”, 8,5% dificultăți reproductive, 6,9% dificultăți de altă natură), estimarea privind capacitatea reproductivă a partenerului/ei este ușor mai optimistă și, totodată, mai puțin „medicalizată”: ponderea celor care raportează explicit dificultăți la nivelul partenerului/ei este mult mai mică decât ponderea celor care le recunosc pentru sine. Ușoara scădere a incertitudinii („nu sunt sigur(ă)”: 14,7% pentru partener vs. 17,1% pentru sine) sugerează că o parte dintre respondenți formulează o judecată „de proximitate” asupra partenerului eludând propriile îndoieli, însă diferențele sunt mici și trebuie interpretate cu prudență.

Prezența categoriei „nu am partener/ă” la 11,5% este substanțială și are implicații metodologice: pentru analize comparative stricte între percepția autoevaluată și cea a partenerului ar trebui utilizat un sub-eșantion format doar din persoanele aflate într-o relație, pentru a evita diluarea proporțiilor. În mod similar, includerea non-răspunsului („îmi vine greu să răspund”) la 4% indică

un nucleu de incertitudine suplimentară care poate ascunde atât lipsă de informare, cât și sensibilitate normativă a subiectului.

Dorința naturală de a avea copii este comună oricărei persoane. Totodată, copiii sunt foarte importanți în percepția populației Republicii Moldova, deoarece o familie fără copii este adesea văzută ca incompletă. Infertilitatea este o condiție destabilizatoare pentru cupluri, ce cauzează durere, rușine, izolare, stres și duce la o calitate scăzută a vieții. Interviuurile realizate cu femei care au apelat la tehnologiile medicinei reproductive asistate au evidențiat că lupta cu infertilitatea aduce cu sine suferință emoțională intensă și izolare, reducând semnificativ nivelul de bunăstare. *"Pentru mine era dureros să discut pe tema aceasta (lipsa copiilor) și cu soțul meu"* (Pacienta_FIV). *"Când la serviciu colegii discutau despre copii, eu începeam involuntar să plâng și mă retrăgeam în biroul meu"* (Pacienta_FIV). *"Îmi puneam întrebarea: de ce eu anume!? De ce la toți din jur se primește, dar nu și la mine. Emoțional nu mă simțeam la locul meu"* (Pacienta_FIV). Unele femei au recunoscut chiar că lipsa copiilor a avut impact și asupra climatului familial: *"mai apăreau certuri în familie referitor la această temă"*.

În societatea noastră, cuplurile care se confruntă cu infertilitatea sunt adesea supuse unei forme subtile de stigmatizare, care nu este neapărat manifestată prin acțiuni directe sau comentarii ostile. Acestea survin din cauza subînțelegerilor că infertilitatea este rezultatul unei vieți prea axate pe carieră sau a unor decizii personale greșite. Există însă un stigmat social puternic când vine vorba de infertilitatea masculină. În opinia publică, infertilitatea masculină este în mod nejustificat asociată cu impotența, așa că nimeni nu dorește să o dezvăluie nici măcar rudelor apropiate.

Experiența infertilității își pune amprenta și asupra modului de exercitare a rolurilor parentale. Mai multe mame, datorită faptului că au obținut o sarcină mai greu contribuie ca ele să fie mai protective. Aceasta poate include măsuri suplimentare de precauție și supraveghere în activitățile de zi cu zi, provenind dintr-o dorință profundă de a preveni orice pericol, având în vedere lupta pe care au dus-o pentru a obține acea sarcină. Mamele care au trecut prin dificultăți de fertilitate adesea percep sarcina ca pe o realizare deosebit de prețioasă. Această conștientizare le determină să aprecieze fiecare moment al sarcinii și al primei etape de maternitate, îngrijind cu mai multă atenție și devotament copilul/copiii lor. Dificultățile întâmpinate în timpul procesului de concepție pot intensifica sentimentele de bucurie și împlinire atunci când în cele din urmă ajung să devină mame. Această intensitate emoțională se traduce

printr-o conexiune mai profundă cu copilul, ceea ce poate determina o abordare mai afectuoasă și mai implicată în parenting.

Cercetarea subliniază un model familial emergent centrat în principal pe familiile cu doi copii, reflectând idealurile socio-culturale ale populației. Polarizarea intențiilor reproductive între dorința de a continua planurile de familie și tendința de finalizare a acestora este o realitate care necesită o atenție particulară din partea autorităților responsabile cu formularea politicilor, având în vedere implicațiile pe termen lung asupra structurii demografice și asupra sustenabilității sistemelor sociale. Informațiile obținute din autoevaluările stării de sănătate reproductive sugerează o percepție general favorabilă în rândul populației, dar indică, de asemenea, un procent semnificativ de incertitudine și o proporție notabilă de persoane cu probleme de fertilitate. Aceasta evidențiază nevoia urgentă de îmbunătățire a educației și a serviciilor de sănătate reproductive pentru a răspunde mai bine nevoilor populației, precum și pentru a reduce stigmatizarea asociată cu infertilitatea.

4. NIVELUL DE CUNOAȘTERE DE CĂTRE POPULAȚIE A TEHNOLOGIILOR MEDICALE DE REPRODUCERE ASISTATĂ ȘI EXPERIENȚA CU ACESTE TEHNOLOGII

Cunoașterea publicului privind tehnologiile medicale de reproducere asistată reprezintă un indicator esențial pentru evaluarea nivelului de informare și a potențialului de acces la aceste servicii. Familiaritatea populației cu diferitele proceduri medicale de reproducere asistată este influențată de gradul de mediatizare, complexitatea tehnologică și experiența personală sau socială legată de infertilitate.

Datele studiului cantitativ indică un nivel înalt de familiaritate declarată cu tehnologiile medicale de reproducere asistată: 87,7% afirmă că știu despre fertilizarea in vitro, iar 86,1% despre maternitatea surrogat. Aproximativ trei pătrimi cunosc despre donarea de spermă (78,1%) și inseminarea artificială/intrauterină (71,5%). Cunoașterea scade însă pentru procedurile mai „tehnice” sau mai puțin mediatizate: doar 52,5% declară că știu despre donarea de ovocite și 42,1% despre stimularea ovariană, în timp ce aproape jumătate indică necunoaștere la acest din urmă capitol (43,5%) (Figura 10.).

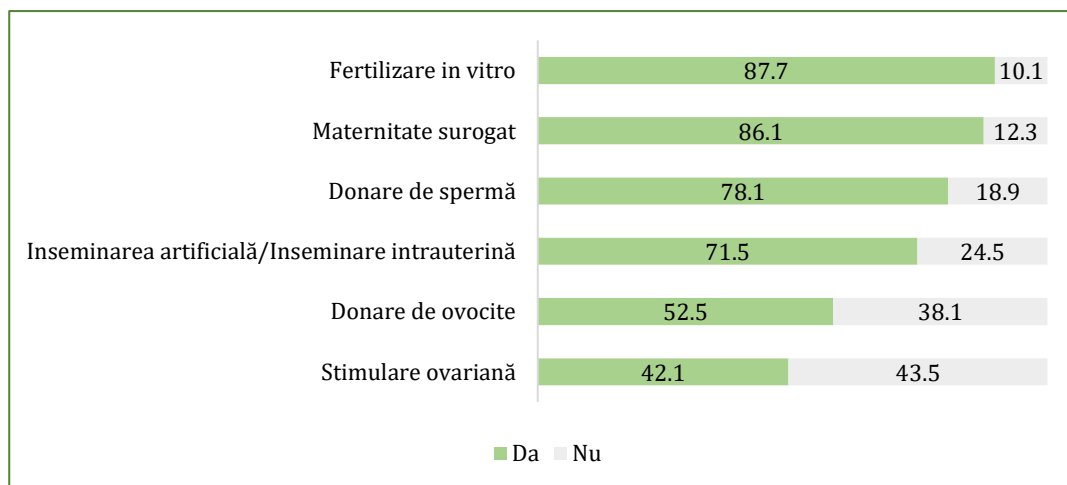


Figura 10. Nivelul de cunoaștere a tehnologiilor de medicină reproductivă asistată, %

Structura canalelor de informare consolidează această interpretare. Internetul și rețelele sociale reprezintă principala sursă (77,1%), urmate de mass-media tradițională (55,7%). Sursele proxime, precum prieteni/familie sunt invocate de 45,1%, în timp ce medicii apar abia pe locul patru, cu 34,7%.

Doar 8,3% menționează experiența personală, iar 6,7% declară că nu cunosc deloc (Figura 11.).

Îngrijorător este că o parte din femeile intervievate în calitate de paciente s-au informat despre tehnologiile de reproducere medicală asistată prin intermediul rețelelor sociale, fiind create diverse grupuri de comunicare axate pe aceste subiecte. De asemenea, aceste canale mai sunt utilizate pentru a obține sprijin, îndrumare, consiliere. În anumite situații sunt împărtășite diverse experiențe și sfaturi ce pot conține informații inexacte. În același timp, rețelele de socializare pot contribui la dezinformare și pot fi în detrimentul cunoștințelor corecte despre sănătate.

Predominanța canalelor non-instituționale indică un ecosistem informațional „descentralizat”, în care expunerea la conținut variabil ca acuratețe este ridicată, iar contactul direct cu expertiza medicală este relativ limitat. În absența unui filtru clinic consecvent, este de așteptat ca reprezentările publice să fie neuniforme între proceduri: ceea ce e mai vizibil online devine mai „cunoscut”, nu neapărat mai bine înțeles.

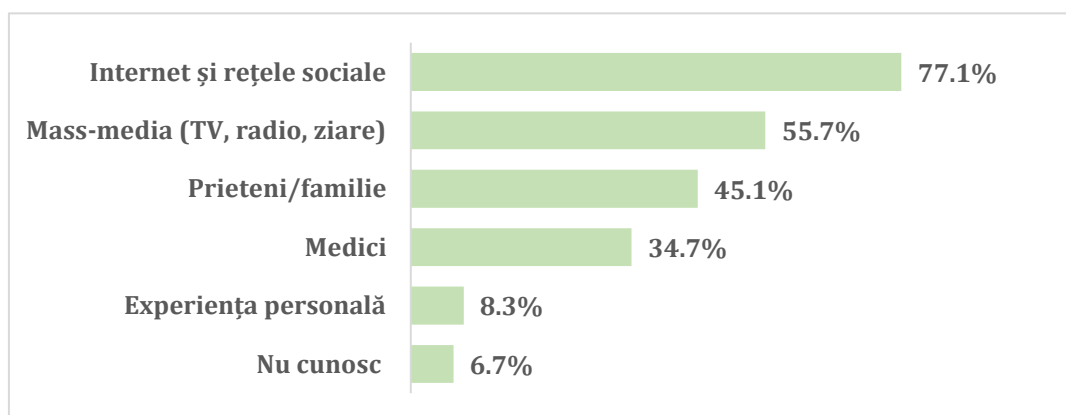


Figura 11. Surse de informare despre tehnologiile medicinei reproductive asistate

Analiza relevă un nivel ridicat, dar inegal, de informare a populației privind tehnologiile medicale de reproducere asistată. Procedurile cu vizibilitate mediatică mai mare, precum fertilizarea in vitro, sunt bine cunoscute, în timp ce procedurile complementare, precum donarea de ovocite și stimularea ovariană, rămân puțin familiare publicului larg. Predominanța mediului online și a canalelor informale ca principale surse de informare evidențiază un rol limitat al actorilor instituționali și medicali în comunicarea publică.

Rezultatele privind experiența directă sau indirectă cu tratamentele medicale de reproducere asistată relevă un contact limitat, dar în creștere, al populației cu acest domeniu medical. O proporție covârșitoare (81,5%) dintre respondenți declară că nu au avut nicio experiență personală cu astfel de proceduri. Totuși, un segment minoritar, dar semnificativ, de 6,2% afirmă că ei sau partenerul lor au urmat un tratament medical de reproducere asistată, iar 4,6% menționează că s-au gândit să apeleze la aceste tratamente, dar nu au început încă demersurile (Figura 12.). Aceste valori, deși relativ mici, indică existența unui nivel emergent de familiaritate practică cu medicina reproductivă asistată, care depășește sfera informării generale și atinge experiența concretă. În contextul socio-demografic actual, unde accesul la aceste servicii este încă limitat geografic și financiar, procentul de peste 10 la sută de persoane care au avut contact direct sau intențional cu tehnologiile medicale de reproducere asistată este relevant, sugerând o creștere graduală a acceptării și interesului social față de soluțiile medicale pentru infertilitate.

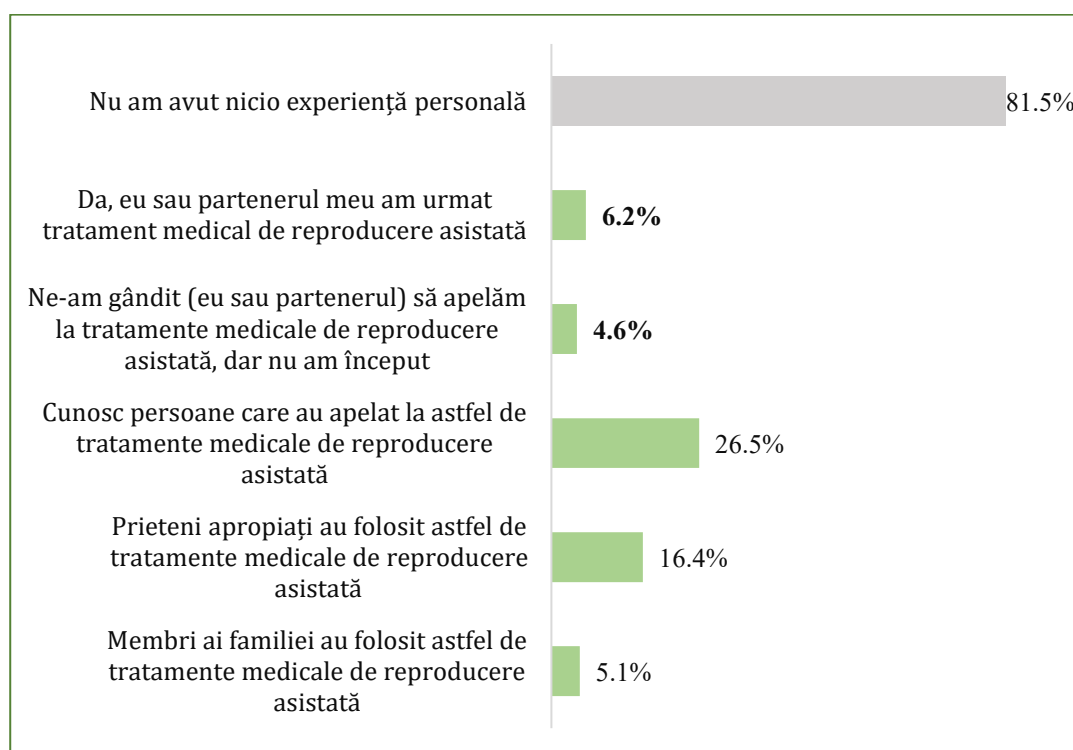


Figura 12. Experiențe directe și indirecte ale populației privind utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată (răspuns multiplu)

În planul experiențelor indirecte, 26,5% dintre respondenți declară că cunosc persoane care au apelat la tratamente medicale de reproducere asistată, 16,4% menționează prieteni apropiați, iar 5,1% membri ai familiei care au recurs la astfel de proceduri (Figura 12.). Această rețea de cunoaștere indirectă reflectă extinderea treptată a fenomenului și normalizarea sa în sfera socială, chiar dacă experiența personală rămâne limitată. Cunoașterea unor cazuri concrete poate contribui la reducerea stigmatizării și la creșterea încrederii publice în eficiența și siguranța tratamentelor, prin transfer de experiență pozitivă în cadrul cercurilor sociale.

Datele studiului confirmă că medicina reproductivă asistată este deja o realitate socială recognoscibilă, chiar dacă experiența directă este încă redusă. Populația manifestă o expunere semnificativă la fenomen prin cunoștințe apropiate și o deschidere spre explorarea acestor opțiuni, mai ales în rândul cuplurilor tinere sau al celor care se confruntă cu dificultăți de concepție. Aceste constatări sugerează o evoluție lentă, dar constantă, de la percepție la practică.

5. ATITUDINI CU REFERIRE LA MEDICINA REPRODUCTIVĂ ASISTATĂ

Rezultatele privind gradul de acord al populației cu diverse afirmații referitoare la medicina reproductivă asistată oferă o imagine complexă asupra modului în care societatea percepe implicațiile morale, medicale și sociale ale acestor tehnologii. Distribuția răspunsurilor evidențiază coexistența mai multor registre de gândire – religios, pragmatic, medical și emoțional – care se intersectează și definesc ambivalența generală a opiniei publice în acest domeniu.

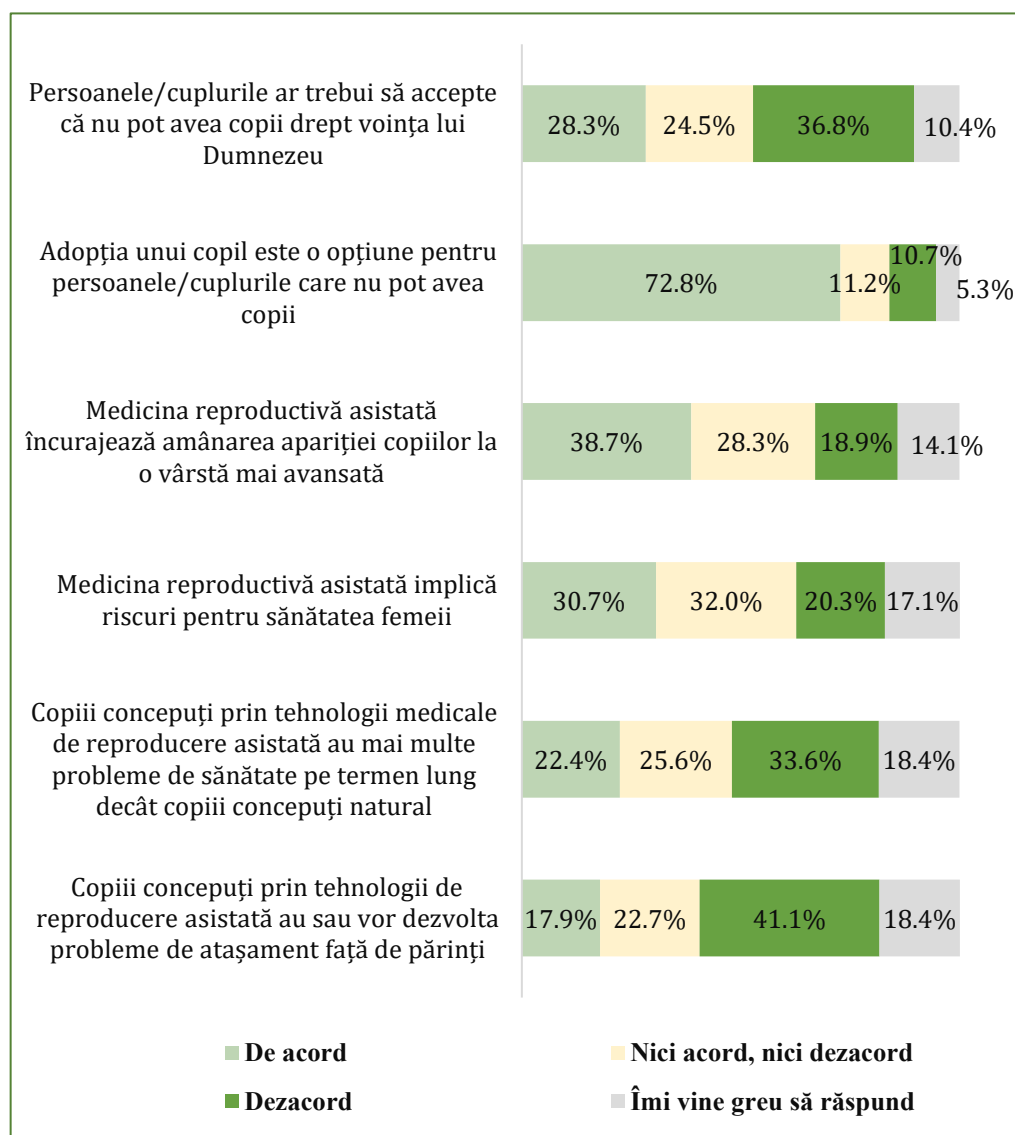


Figura 13. Gradul de acord al respondenților cu diferite afirmații privind medicina reproductivă asistată

În ceea ce privește dimensiunea religioasă, 28,3% dintre respondenți sunt de acord cu ideea că persoanele sau cuplurile ar trebui să accepte infertilitatea drept „voința lui Dumnezeu”, în timp ce 36,8% resping ferm această afirmație. Aproape un sfert (24,5%) adoptă o poziție neutră, iar 10,4% declară că nu pot răspunde (Figura 13.). Această distribuție arată că, deși valorile religioase rămân semnificative în plan simbolic, ele nu mai reprezintă un criteriu dominant în modul de raportare la infertilitate. Societatea moldovenească pare să evolueze spre o viziune mai rațională și medicalizată a reproducerii, fără a exclude însă dimensiunea spirituală.

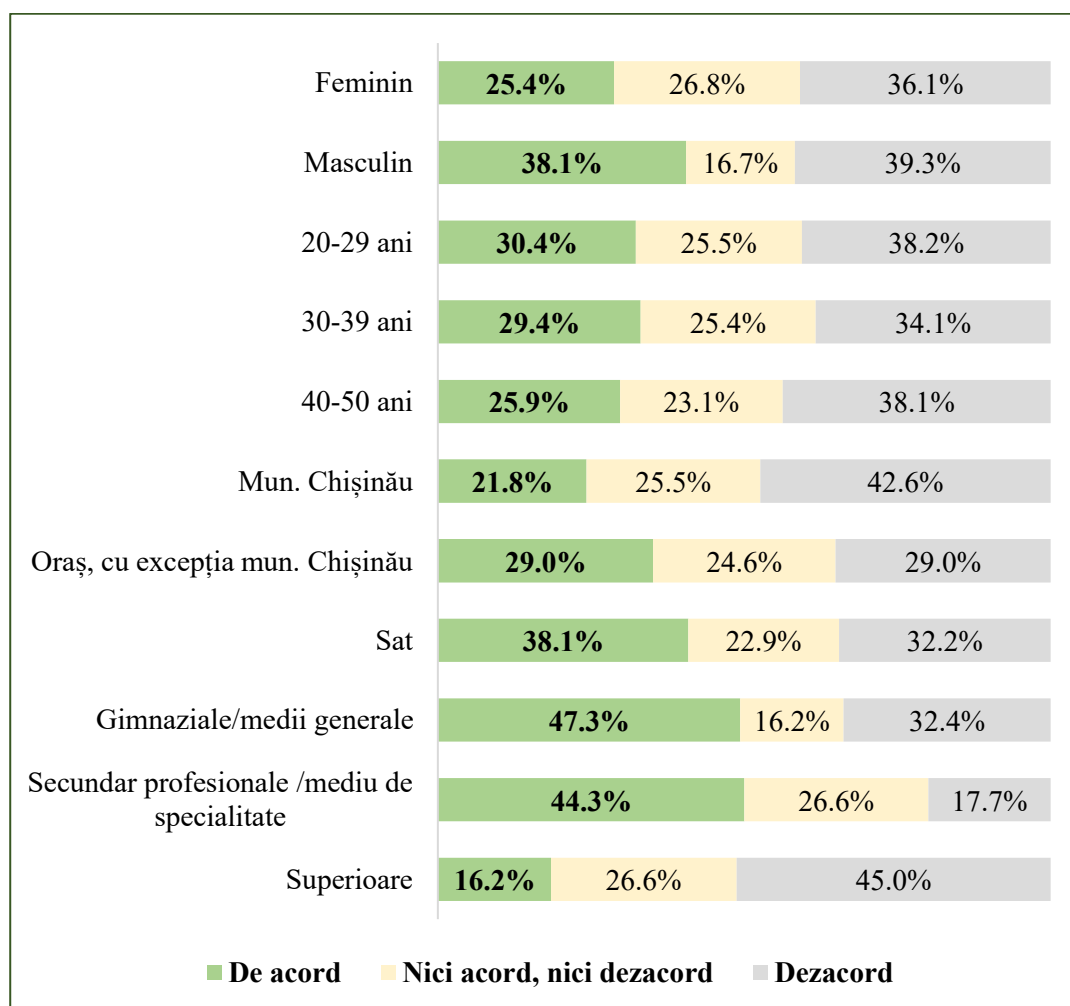


Figura 14. Gradul de acord că persoanele/cuplurile ar trebui să accepte că nu pot avea copii drept voința lui Dumnezeu

Analiza diferențelor socio-demografice evidențiază variații clare între grupurile de populație, care reflectă influența cumulativă a nivelului de educație, a mediului de reședință, a genului și vârstei asupra modului de raportare la infertilitate.

Nivelul de educație este cel mai puternic predictor al diferențelor de percepție. Persoanele cu studii superioare resping în proporție semnificativă afirmația conform căreia infertilitatea ar trebui acceptată drept voința lui Dumnezeu (45% dezacord) și doar 16,2% își exprimă acordul. În schimb, în rândul celor cu educație gimnazială sau medie generală, aproape jumătate (47,3%) sunt de acord, iar dezacordul scade la 32,4%. Persoanele cu studii secundar profesionale sau medii de specialitate prezintă un profil intermediar, dar tot orientat spre perspectiva religioasă (44,3% de acord și doar 17,7% dezacord) (Figura 14.). Acest contrast ilustrează un proces clar de secularizare odată cu creșterea nivelului de instruire, ceea ce indică faptul că educația acționează ca factor de raționalizare și medicalizare a percepției asupra infertilității.

În funcție de mediul de reședință al respondenților, diferențele sunt, de asemenea, semnificative. În municipiul Chișinău, ponderea celor care resping explicația religioasă a infertilității este cea mai ridicată (42,6%), în timp ce doar 21,8% sunt de acord cu ea. În mediul rural, situația se inversează: 38,1% dintre respondenți sunt de acord și doar 32,2% în dezacord (Figura 14.). Aceste contraste regionale confirmă că modernizarea valorilor este mai avansată în centrele urbane, unde populația are acces mai larg la informații medicale, medii profesionale diversificate și discursuri publice care încurajează încrederea în știință și tehnologie.

În ceea ce privește genul, bărbații manifestă o tendință ușor mai pronunțată de a considera infertilitatea o chestiune de destin divin: 38,1% dintre ei sunt de acord cu afirmația, față de 25,4% dintre femei (Figura 14.). Această diferență poate fi explicată prin faptul că femeile, fiind mai frecvent implicate în procesele de diagnostic și tratament al infertilității, percep problema într-un registru mai pragmatic și medical, pe când bărbații o abordează mai adesea dintr-o perspectivă valorică sau religioasă.

În funcție de vârstă, diferențele sunt mai moderate. Nivelul de acord variază între 25,9% și 30,4%, iar dezacordul se menține relativ constant (34–38%) (Figura 14.). Aceste rezultate sugerează că în rândul populației adulte concepțiile tradiționale nu mai depind exclusiv de vârstă, ci sunt mai degrabă mediate de educație și context socio-cultural.

În ansamblu, analiza datelor relevă două modele distincte de interpretare a infertilității. Primul, dominant în mediile rurale și la niveluri educaționale inferioare, o percepe ca pe un fenomen determinat de forțe divine sau de destin, asociind-o valorilor religioase și culturale tradiționale. Al doilea, predominant în mediul urban și în rândul persoanelor cu studii superioare, o abordează prin prisma raționalității medicale și a autonomiei individuale.

Nivelul ridicat **de acceptare a adopției** (72,8% „de acord”) confirmă o atitudine în general pozitivă, percepută ca o condiție care poate compensa lipsa propriilor copii prin alternative sociale legitime. Doar 10,7% resping adopția ca opțiune, ceea ce indică o toleranță socială semnificativă și o înțelegere empatică față de cuplurile infertile (Figura 13.). O altă ipoteză ar fi că adopția nu este întotdeauna considerată o alternativă, iar cauza ar fi valoarea simbolică a sângelui în cultura noastră.

La rândul său, aproximativ 38,7% dintre respondenți consideră că **medicina reproductivă asistată încurajează amânarea nașterii copiilor la vârste mai avansate**, în timp ce 28,3% sunt neutri și 18,9% dezacord (Figura 13.). Acest rezultat evidențiază o percepție dublă: pe de o parte, aceste tehnologii sunt văzute ca soluții care permit planificarea parentalității în funcție de carieră și stabilitatea financiară, iar pe de altă parte, persistă o îngrijorare privind efectul social al „tehnologizării” deciziilor de procreare. Această percepție este deosebit de relevantă în contextul transformărilor demografice și al creșterii vârstei la prima naștere.

Conform altor investigații internaționale, peste jumătate dintre respondenții studiului consideră că disponibilitatea tratamentului FIV încurajează amânarea concepției [28], în timp ce în Republica Moldova proporția este mai redusă. Această diferență poate fi explicată prin mai mulți factori culturali, sociali și economici. În primul rând, în Moldova, atitudinea față de fertilitate și reproducere poate fi încă influențată de norme tradiționale mai conservatoare, în care valoarea familiei și a nașterii timpurii sunt percepute ca fiind mai importante. În al doilea rând, nivelul de informare și de cunoaștere despre tehnologiile de reproducere asistată și impactul acestora asupra planificării familiale poate fi mai scăzut, ceea ce reduce percepția că FIV ar putea avea un rol în amânarea concepției. De asemenea, factorii economici și de accesibilitate pot juca un rol important: dacă populația nu percepe FIV ca fiind ușor de accesat sau sprijinit de sistemul de sănătate publică, acestea pot fi mai reticente în a asocia disponibilitatea tehnologiei cu amânarea nașterii.

În ceea ce privește **percepția riscurilor medicale**, 30,7% dintre respondenți cred că medicina reproductivă asistată implică riscuri **pentru**

sănătatea femeii, 32% sunt neutri, iar 20,3% resping această afirmație (Figura 13.). Nivelul relativ ridicat de neutralitate sugerează incertitudine și lipsă de informare clară privind implicațiile medicale ale procedurilor, ceea ce evidențiază necesitatea unor campanii de comunicare bazate pe dovezi științifice și pe transparență privind posibilele efecte secundare și ratele de succes ale tratamentelor.

Evaluarea pe grupuri socio-demografice arată că percepția riscurilor este semnificativ modelată de vârstă, educație și mediul de reședință, cu diferențe de gen mai degrabă moderate. Bărbații tind să considere mai frecvent că medicina reproductivă asistată implică riscuri pentru sănătatea femeii (38,1% „de acord”) decât femeile (28,5%), însă la ambele sexe există un nucleu important de incertitudine (32–33% „nici acord, nici dezacord”), ceea ce indică un deficit de informații medicale clare, accesibile publicului larg (Figura 15.).

Pe măsura înaintării în vârstă, acordul cu afirmația crește: 23,5% la 20–29 ani, 30,2% la 30–39 ani și 36,1% la 40–50 ani. Tinerii se remarcă prin cea mai mare indecizie (42,2% „nici acord/nici dezacord”), sugerând că înainte de deciziile reproductive reprezentările despre siguranță sunt încă în formare și puternic dependente de calitatea surselor de informare (Figura 15.).

Diferențele teritoriale sunt consistente. În municipiul Chișinău, acordul și neutralitatea sunt echilibrate (ambele 30,9%), cu un dezacord relativ ridicat (22,3%), ceea ce reflectă o dezbatere mai nuanțată. În orașele din afara capitalei predomină indecizia (40,6%), iar acordul este minim (20,3%), semn al unei informări mai fragmentare. În mediul rural, acordul urcă la 36,4%, iar dezacordul scade la 15,3%, conturând un profil mai precaut față de riscuri, probabil alimentat de accesul mai redus la consiliere de specialitate (Figura 15.).

Gradientul educațional este foarte clar. Persoanele cu studii superioare au cel mai mic nivel de acord (26,1%) și cel mai mare dezacord (24,8%), ceea ce sugerează o raportare mai critică și o încredere mai mare în explicațiile medicale. La polul opus, respondenții cu studii profesionale/medii de specialitate au cel mai ridicat acord (41,8%) și cel mai mic dezacord (10,1%) (Figura 15.). Aceste date sugerează că pe măsură ce nivelul de instruire crește, percepția riscurilor tinde să se tempereze, iar pozițiile devin mai echilibrate.

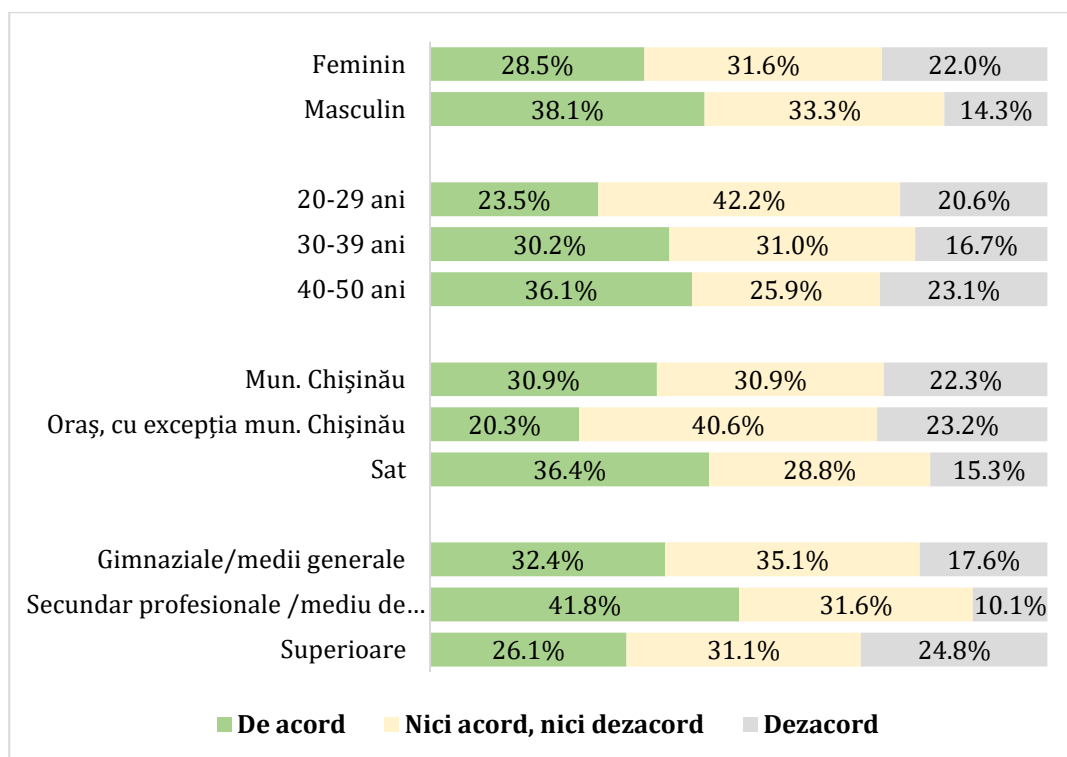


Figura 15. Gradul de acord că medicina reproductivă asistată implică riscuri pentru sănătatea femeii

Mai multe studii denotă că aplicarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată induce unele complicații pentru sănătatea femeii. În 2% din ciclurile de tehnici de reproducere asistată apar complicații, unele pot fi prevenite, altele nu [23]. Sindromul de hiperstimulare ovariană și complicațiile sale tromboembolice sunt responsabile pentru majoritatea complicațiilor legate de ciclu, urmate de sângerare și infecție la prelevarea ovocitelor. În sarcinile obținute prin medicina reproductivă asistată mai frecvent apar sângerări în primul trimestru decât la sarcinile spontane și sunt mai frecvent ectopice. Sindromul de hiperstimulare ovariană se manifestă în forme ușoară, moderată și severă (apare în 1-5% din ciclurile medicale de reproducere asistată) și anume prin insuficiență hepatorenală, sindrom de dificultate respiratorie acută, hemoragie din ruptura ovariană și tromboembolism. Riscurile tromboembolice sunt dintre cele mai grave complicații asociate cu medicina reproductivă asistată. Prevalența tromboembolismului venos la pacienții care suportă reproducerea asistată este de 0,1-0,2%, de zece ori mai mare decât în populația generală (0,022%). De asemenea pot apărea unele complicații la recoltarea oocitelor [23].

Dar principala complicație este incidența foarte mare a sarcinilor multiple, atunci când sunt transferați mai mulți embrioni. Costurile asistenței materne pentru sarcinile gemelare sunt aproximativ duble celor pentru sarcinile singulare, în principal din cauza ratei mai înalte de intervenții cezariene și nevoii de îngrijire obstetricală specializată [55]. Totodată pot apărea și complicații specifice sarcinilor unice apărute în urma tratamentelor medicale de reproducere asistată: tulburări hipertensive în sarcină (raport de risc 1,49 și 1,99 pentru hipertensiune gestațională în particular) [71]; incidență crescută de naștere prematură; complicații placentare (risc crescut de ablație placentară și hemoragie trimestrul trei) [33]. În acest context se impune screening și stratificare a riscului – identificarea precoce a femeilor cu risc crescut de complicații (istoric de adenomioză, vârstă maternă avansată etc.), ceea ce permite adaptarea tratamentelor pentru a minimiza riscul.

Unele studii demonstrează că tratamentele medicale de producere asistată duc la niveluri crescute de anxietate, în special în cazuri de eșec al tratamentului și durată mai lungă a tratamentului. După tratamentele cu succes, femeile care rămân însărcinate în urma medicinei reproductive asistate par să aibă risc crescut de depresie în viața ulterioară, o descoperire surprinzătoare care nu este pe deplin explicată [32]. Alte studii relevă că 8 din 10 pacienți raportează nevoia de îngrijire psihosocială în timpul tratamentului medical de reproducere asistată, însă doar la 2 din 10 li se oferă. Importantă este observația că intervențiile psihosociale multiple (consiliere și psihoterapie) s-au dovedit că sporesc ratele de sarcină pentru pacienții care suportă tratamente medicale de reproducere asistată [27].

Privitor la legătura dintre medicina reproductivă asistată și cancerul ovarian, studiile nu confirmă acest lucru. Un studiu olandez pe 30.625 femei care au primit stimulare ovariană în perioada 1983-2000 și 9.988 femei subfertile netratate a urmărit cazurile de tumori ovariene timp de 24 de ani. Riscul de cancer ovarian invaziv în grupa celor care au urmat tratamente medicale de reproducere asistată a fost crescut comparativ cu populația generală (raport standardizat de incidență = 1,43 și 1,18-1,71), dar nu și cu populația care avea probleme de fertilitate dar care nu a urmat tratamente medicale de reproducere asistată. Cu toate acestea, riscul a scăzut cu mai multe cicluri de tratament medical de reproducere asistată reușite. Deci, riscul nu a fost asociat cu un număr mai mare de cicluri medicale de reproducere asistată nereușite [68]. În aceeași ordine de idei, un studiu recent [65] relevă că tehnologiile emergente, cum ar fi selecția embrionilor asistată de inteligența

artificială și protocoalele personalizate de stimulare, sunt evidențiate pentru potențialul de a îmbunătăți rezultatele reproductive și de a reduce expunerea hormonală, astfel diminuând riscurile teoretice asociate medicamentelor pentru fertilitate. Cu toate acestea, relația dintre tratamentele de fertilitate și cancer rămâne complexă. Deși cele mai extinse studii cohortă sugerează o creștere minimă sau nesemnificativă a riscului de cancer mamar după tratamentele de fertilitate, anumite subgrupe, inclusiv femeile care urmează mai multe cicluri de stimulare hormonală sau cele predispuse genetic la cancer, pot experimenta riscuri ușor crescute.

În ansamblu, mai multe studii concluzionează că tratamentele medicale de reproducere asistate sunt proceduri relativ sigure [33]. Alte studii au aceleași rezultate, sugerând că după aproape 5 ani de urmărire nu există riscuri mai mari de dezvoltare a cancerului comparativ cu populația generală [46]. Totodată, este posibil ca la etapa actuală progresele din medicină să diminueze probabilitatea de apariție a riscurilor asupra sănătății femeii care urmează tratamente medicale de reproducere asistată.

Referitor la **sănătatea copiilor concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată**, percepțiile sunt împărțite. Doar 22,4% consideră că acești copii au mai multe probleme de sănătate pe termen lung comparativ cu cei concepuți natural, în timp ce o treime (33,6%) resping această afirmație și 25,6% nu adoptă o poziție clară (Figura 13). Se observă, astfel, o tendință de încredere moderată în siguranța tehnologiilor moderne, dar și existența unei zone considerabile de incertitudine, determinată, probabil, de lipsa contactului direct cu surse medicale credibile și de influența opiniilor contradictorii din mediul online.

Analiza datelor evidențiază diferențe clare de percepție între grupurile socio-demografice influențate în principal de nivelul de educație, mediul de reședință și genul respondenților. Astfel, diferențele de gen sunt semnificative. Bărbații tind să manifeste un grad mai ridicat de acord cu afirmația potrivit căreia copiii concepuți prin tehnologii de reproducere asistată ar avea mai multe probleme de sănătate (38,1%), în timp ce doar 17,9% dintre femei împărtășesc această opinie. Femeile, mai implicate în deciziile medicale legate de fertilitate și mai expuse informațiilor de specialitate, exprimă un nivel mai înalt de încredere în siguranța acestor tehnologii, 37,5% dintre ele respingând explicit ideea riscurilor suplimentare (Figura 16).

Pe dimensiunea vârstei, diferențele nu sunt extreme, dar urmează o tendință clară: persoanele mai tinere (20–29 ani) sunt mai puțin hotărâte în opinii, cu o proporție ridicată de răspunsuri neutre (31,4%), ceea ce indică o

informare incompletă și o expunere redusă la subiect. În grupul de vârstă 30–39 de ani, cea mai activă din punct de vedere reproductiv, dezacordul este cel mai ridicat (38,9%), sugerând o mai bună familiaritate cu medicina reproductivă și o percepție mai realistă asupra riscurilor. În rândul persoanelor de 40–50 de ani, nivelul de acord crește ușor (25,9%), posibil pe fondul unei prudențe mai mari și al asocierii generale dintre intervențiile medicale și riscurile asupra sănătății (Figura 16).

Mediul de reședință are, de asemenea, un rol semnificativ. În municipiul Chișinău, aproape patru din zece respondenți (37,2%) resping ideea că acești copii ar avea mai multe probleme de sănătate, în timp ce doar 17,6% sunt de acord. Aceasta reflectă o percepție mai bine informată, susținută de accesul la surse medicale de încredere și de prezența specialiștilor. În schimb, în mediul rural, acordul urcă la 32,2%, iar dezacordul scade la 28,8%, semnalând o percepție mai precaută și mai influențată de stereotipuri sau de lipsa contactului direct cu tehnologiile moderne de fertilitate (Figura 16).

Cea mai puternică diferență se observă însă în funcție de nivelul de educație. Persoanele cu studii superioare resping aproape unanim ipoteza riscurilor suplimentare (45% dezacord, doar 10,4% acord), ceea ce confirmă o înțelegere mai clară a caracterului științific al acestor proceduri și o încredere mai mare în reglementările medicale. În schimb, printre respondenții cu studii medii de specialitate și studii gimnaziale sau medii generale ponderea celor care cred că acești copii ar putea avea mai multe probleme de sănătate depășește 39–40% (Figura 16). Această categorie pare să asocieze încă medicina reproductivă cu ideea de intervenție artificială și, implicit, cu risc. În ansamblu, rezultatele indică un nivel moderat de încredere în siguranța copiilor concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată, dar și o zonă extinsă de incertitudine, prezentă mai ales în mediul rural, printre persoanele cu educație mai redusă și în rândul bărbaților.

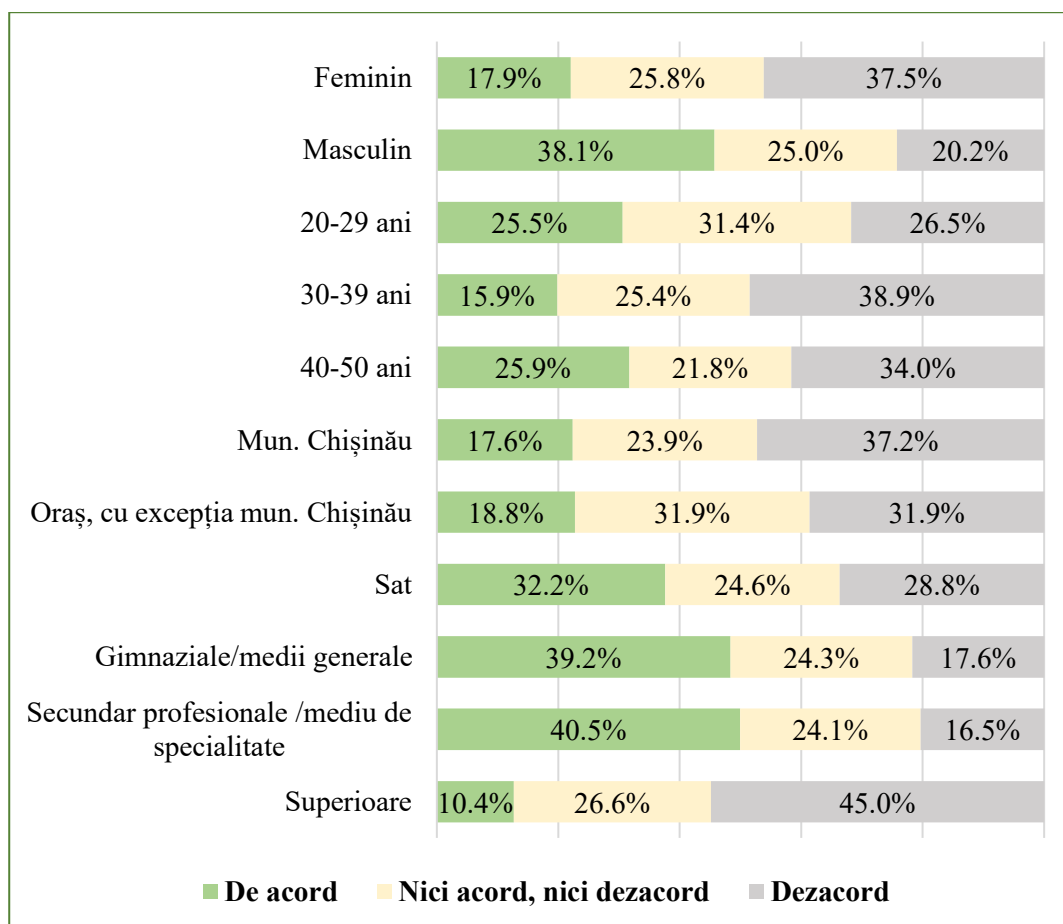


Figura 16. Gradul de acord că copiii concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată au mai multe probleme de sănătate pe termen lung decât copiii concepuți natural

Deși marea majoritate a copiilor născuți cu ajutorul tehnologiilor medicale de reproducere asistată sunt sănătoși, în literatura științifică se observă două poziții. Pe de o parte, se sugerează că copiii concepuți prin tehnologiile medicale de reproducere asistată au incidență crescută de naștere prematură, greutate mică la naștere și în consecință potențiale rezultate metabolice adverse pe termen lung (obezitate, hipertensiune, diabet), deși datele sunt preliminare [78]. Mai mult decât atât, există dovezi în creștere ce indică un risc crescut de anumite tipuri de cancer, în special tumori hepatice pediatrice, în rândul copiilor concepuți prin proceduri FIV, ceea ce subliniază importanța cercetărilor continue și a interpretării cu prudență a riscurilor asociate tratamentelor de fertilitate [65]. Pe de altă parte, se sugerează că, după

controlarea sarcinii multiple și a nașterii premature, rezultatele globale indică faptul că medicina reproductivă asistată este o procedură relativ sigură și copiii concepuți prin medicina reproductivă asistată au, în majoritatea cazurilor, rezultate asemănătoare celor concepuți spontan [8, 42].

La rândul său, ipoteza potrivit căreia ***copiii concepuți prin proceduri de reproducere asistată ar avea sau ar putea dezvolta probleme de atașament față de părinți*** este respinsă de 41,1% dintre respondenți, în timp ce doar 17,9% își exprimă acordul. Aproximativ 22,7% sunt indeciși, iar 18,4% declară că nu pot evalua (Figura 13). Aceste date arată că, la nivel social, nu există o percepție dominant stigmatizantă față de copiii concepuți prin metode medicale, iar atitudinile față de integrarea lor în viața familială sunt preponderent pozitive. Această percepție majoritară este influențată de experiențele și observațiile din mediul înconjurător.

La aspectele analizate mai sus s-a calculat Indicele Opiniei Dominante (IOPD) pentru diferite categorii de respondenți. Acesta determină ponderea opiniilor dominante în raport cu anumite fenomene, procese și este calculat după formula $(p-n) \cdot (100-ne)/100$; unde p – ponderea opiniilor pozitive, n – ponderea opiniilor negative și ne – ponderea opiniilor neutre. Cu cât indicele este mai aproape de 100, cu atât opiniile/percepțiile/atitudinile sunt mai pozitive.

Indicele Opiniei Dominante ne relevă că atitudinea generală față de afirmația că acceptarea imposibilității de a avea copii ca voință divină este negativă, indicând dezacord cu această idee. Această atitudine poate reflecta o schimbare culturală mai largă, în care influența religioasă asupra problemelor personale, cum ar fi reproducerea, este în declin. Informarea tot mai largă despre tehnologiile de reproducere asistată și sporirea accesului la acestea contribuie la conștientizarea posibilităților existente, ceea ce poate alimenta dezacordul față de ideea de „voință divină”. Atât femeile, cât și bărbații dezaprobă că persoanele/cuplurile ar trebui să accepte că nu pot avea copii drept voința lui Dumnezeu, or nivelul de dezaprobare este mai accentuat în rândul femeilor. Faptul că femeile arată un dezacord mai accentuat poate fi corelat cu perspectivele lor asupra reproducerii și rolurilor de gen în societate. Femeile pot simți mai intens limitele și frustrările impuse de infertilitate, ceea ce poate explica dezacordul lor mai puternic față de atribuirea acestui fenomen divinității. De asemenea, dezacordul este mai pronunțat la categoria 40-50 fr ani și cei care nu au copii. Persoanele din grupa de vârstă 40-50 de ani pot fi mai critice față de această idee, posibil datorită experiențelor lor de viață, cunoștințelor despre mai multe persoane care au trecut prin cicluri de

reproducere asistată și au avut ocazia să-și formeze opinii personale bazate pe experiențele proprii sau cele ale apropiaților.

Opinia cu referire la faptul că adopția unui copil este o opțiune pentru persoanele/cuplurile care nu pot avea copii este una pozitivă, în special printre femei și în grupa de vârstă 30-39 ani. Percepția pozitivă asupra adopției indică o deschidere morală spre ideea că dragostea și responsabilitatea părintească pot fi exprimate și prin adopție, chiar dacă nu există o reproducere biologică. Persoanele cu copii sunt mai favorabile adopției comparativ cu cei fără copii.

Referitor la afirmația că medicina reproductivă asistată încurajează amânarea apariției copiilor la o vârstă mai avansată, opinia este pozitivă, cu un acord mai pronunțat între femei și tinerii între 20 și 39 ani. Femeile sunt mai conștiente de impactul tehnologiilor medicale de reproducere asistată și de avantajele lor, ceea ce explică acordul mai ridicat. Opinia pozitivă indică faptul că societatea vede această tehnologie ca pe o soluție, care permite cuplurilor să amâne momentul de a avea copii fără a-și compromite șansele de a deveni părinți mai târziu. Încrederea în această tehnologie poate schimba percepțiile tradiționale despre vârsta optimă pentru a avea copii, promovând ideea că reproducerea poate fi planificată și amânată, dacă este necesar. Această percepție pozitivă poate duce la modificări în valorile culturale legate de carieră și familie, încurajând un mod de viață mai flexibil.

Indicele Opiniei Dominante cu referire la afirmația dacă medicina reproductivă asistată implică riscuri pentru sănătatea femeii percepția este ușor moderat pozitivă. Aceasta sugerează că în societate există o anumită doză de scepticism sau conștientizare a riscurilor. Femeile au un nivel mai scăzut de percepție a riscurilor (+4,45) comparativ cu media generală, în timp ce bărbații manifestă o percepție mai accentuată (+15,8). Acest lucru poate indica o diferență în modul în care cele două sexe percep și procesează informațiile despre riscuri. Astfel, bărbații pot percepe mai puternic riscurile, fie din cauza lipsei de informație, fie dintr-o abordare mai precaută și sensibilă față de sănătate. Tinerii de 20-29 ani au o percepție mai scăzută, ceea ce poate indica o încredere mai mare în tehnologie și în siguranța procedurilor moderne sau o lipsă de experiență cu riscurile medicale. La următoarele grupe de vârste percepția crește, sugerând o conștientizare mai crescută a riscurilor odată cu avansarea în vârstă.

Percepția cu referire la faptul că copiii concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată au mai multe probleme de sănătate pe termen lung decât copiii concepuți natural a obținut o valoare negativă. Aceasta denotă o percepție predominantă, conform căreia copiii concepuți prin tehnologii

asistate nu au mai multe probleme de sănătate pe termen lung comparativ cu copiii concepuți natural și sugerează o atitudine de încredere în siguranța și eficiența tehnologiilor moderne de reproducere. Femeile au o percepție negativă (-14,5) mai accentuată, indicând o convingere mai solidă și mai critică asupra faptului că aceste tehnologii nu implică probleme de sănătate pe termen lung. Tinerii cu vârsta de 20-29 ani manifestă o opinie aproape neutră (-0,6), ceea ce demonstrează lipsa unei percepții ferme, probabil din cauza lipsei de experiență sau informării insuficiente. La grupa de vârstă 30-39 ani, percepția devine mai negativă (-17,1), fiindcă această categorie începe să fie mai conștientă de riscuri, fie prin experiențe personale sau prin informare mai aprofundată. La 40-50 de ani, percepția rămâne negativă (-9,8), dar mai moderată, datorită unei experiențe de viață sau a unei percepții mai echilibrate asupra riscurilor.

Valoarea atribuită afirmației că copiii concepuți prin tehnologii de reproducere asistată au sau vor dezvolta probleme de atașament față de părinți este puternic negativă. Aceasta reflectă o încredere în stabilitatea emoțională și socială a copiilor concepuți prin tehnologie. Femeile manifestă o percepție negativă (-24,4), arătând convingerea puternică că acești copii nu vor dezvolta probleme de atașament. Aceasta poate fi explicată prin rolul lor mai direct în procesul de creștere și înțelegerea complexității atașamentului emoțional. Bărbații, în schimb, percep aceste probleme ca fiind ușor pozitive (+3,5), sugerând o atitudine mai sceptică față de stabilitatea atașamentului în cazul copiilor concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată. Tinerii (20-29 ani) au o percepție negativă dar mai moderată (-10,1), posibil din cauza lipsei experienței sau informării insuficiente, grupele de vârstă 30-39 ani și 40-50 ani manifestă percepții negative mai accentuate (-27,5 și -16,1), indicând o conștientizare mai profundă și temeri mai reduse cu privire la dezvoltarea emoțională a copiilor concepuți prin tehnologii medicale reproductive asistate. Respondenții cu copii percep aceste tehnologii ca fiind mai sigure și benefice, având mai puține rezerve sau temeri legate de potențialele probleme de sănătate sau atașament ale copilului. În schimb, persoanele fără copii manifestă percepții mai rezervate legate de siguranța și efectele acestor tehnologii.

Tabelul 3. Indicele Opiniei Dominante privind aprecierile și atitudinile populației față de infertilitate și tratamentele de reproducere asistată

	Total	Feminin	Masculin	20-29 ani	30-39 ani	40-50 ani	Au copii	Nu au copii
1. Persoanele/ cuplurile ar trebui să accepte că nu pot avea copii drept voința lui Dumnezeu	-8,09	-7,8	-1	-5,8	-3,5	-9,3	-5,5	-8,7
2. Adopția unui copil este o opțiune pentru persoanele/ cuplurile care nu pot avea copii	+55,1	+63,1	+29,7	+44,6	+57,3	+61,05	+60,8	+40,4
3. Medicina reproductivă asistată încurajează amânarea apariției copiilor la o vârstă mai avansată	+14,1	+14,9	+11,7	+16,2	+16,05	+11,03	+13,7	+14,8
4. Medicina reproductivă asistată implică riscuri pentru sănătatea femeii	+7,07	+4,45	+15,8	+1,6	+9,3	+9,6	+7,2	+6,4
5. Copiii concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată au mai multe probleme de sănătate pe termen lung decât copiii concepuți natural	-8,3	-14,5	+13,43	-0,6	-17,1	-6,3	-9,8	-4,7

6. Copiii concepuți prin tehnologii de reproducere asistată au sau vor dezvolta probleme de atașament față de părinți	-17,9	-24,4	+3,5	-10,1	-27,5	-16,1	-20,3	-12,2
---	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------

Unele studii internaționale care au abordat subiectul cu referire la percepțiile populației față de medicina reproductivă asistată au relevat că predomină atitudini de susținere, nefiind identificate diferențe semnificative între grupurile socio-demografice (sex, nivel de educație și vârstă). Astfel, normele sociale și valorile personale joacă un rol mai important în formarea atitudinilor față de medicina reproductivă asistată decât variabilele socio-demografice. Doar doi factori influențează semnificativ asupra atitudinii de rezervă: religiozitatea și experiența anterioară cu tehnologiile medicale de reproducere asistată. Participanții care s-au declarat mai religioși erau mai puțin dispuși să susțină medicina reproductivă asistată. În același timp, cei care au urmat anterior tratamente medicale de reproducere asistată au fost cei mai mari susținători. De asemenea, persoanele care aveau cunoștințe despre persoane cu experiență în urmarea tratamentelor de reproducere asistată au fost mai dispuse să sprijine aceste tratamente față de cele fără experiență [72].

Alte studii internaționale au evidențiat existența unor incoerențe majore în nivelul general de cunoștințe al populației, chiar și în rândul unui eșantion relativ educat. Astfel, în contextul creșterii solicitărilor pentru servicii de fertilitate și al resurselor financiare limitate, este esențială o educație mai bună pentru a asigura ca pacienții să fie pe deplin informați și pregătiți pentru planificarea lor reproductivă [56]. O astfel de abordare educațională trebuie să fie accesibilă, adaptată contextului cultural și social, și să vizeze nu doar transmiterea de informații, ci și schimbarea percepțiilor, atitudinilor și normelor sociale privind utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată. În ansamblu, rezultatele studiului autorilor subliniază necesitatea unor intervenții educaționale și în Republica Moldova, pentru a redresa lacunele de informare, pentru a favoriza o percepție mai realistă, responsabilă și echilibrată asupra medicinei reproductive asistate. Astfel, creșterea nivelului de cunoaștere poate contribui la formarea unor atitudini mai favorabile și la decizii

mai informate în domeniul sănătății reproductive în contextul provocărilor demografice și socioeconomice actuale.

Rezultatele obținute evidențiază un profil atitudinal echilibrat și în tranziție: populația din Republica Moldova tinde să accepte medicina reproductivă asistată ca parte legitimă a progresului medical, dar manifestă în continuare o prudență alimentată de incertitudini medicale și influențe religioase sau culturale. Zonele de neutralitate și ezitare, care în unele cazuri depășesc un sfert din răspunsuri, reprezintă segmente-cheie pentru intervenții de informare și educație medicală, menite să transforme percepțiile pasive în cunoștințe bazate pe evidențe. Această ambivalență controlată – între încredere și precauție – este tipică pentru societățile aflate în proces de modernizare a valorilor și de integrare a științei medicale în sfera deciziilor personale și familiale.

6. PERCEPȚII PRIVIND ACCEPTABILITATEA TEHNOLOGIILOR MEDICALE DE REPRODUCERE ASISTATĂ

Percepțiile populației cu privire la utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată variază semnificativ în funcție de contextul în care acestea sunt aplicate, reflectând atât valori sociale, cât și nivelul de înțelegere a aspectelor medicale și etice. Rezultatele indică un nivel ridicat de acceptare atunci când infertilitatea are cauze medicale, dar și o atitudine mai rezervată în situațiile percepute ca fiind mai puțin tradiționale, cum ar fi parentalitatea individuală sau maternitatea la vârste înaintate.

Cel mai înalt nivel de acceptare se înregistrează atunci când utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată este motivată de probleme de sănătate care împiedică concepția naturală. În această situație, 83,2% dintre respondenți se declară „complet” sau „mai degrabă” în favoarea utilizării acestor tehnologii și doar 4,5% exprimă opoziție („mai degrabă” sau „complet împotriva”). Acest consens majoritar reflectă o percepție pozitivă și empatică, în care medicina este privită ca un sprijin legitim pentru depășirea limitărilor biologice, fără a contraveni valorilor morale sau familiale. Rezultatul confirmă faptul că, atunci când infertilitatea are cauze medicale, tehnologiile reproductive sunt percepute ca o soluție firească și acceptabilă social.

Acceptarea scade semnificativ în scenariul în care o femeie sau un bărbat singur își dorește un copil și recurge la tehnologiile medicale de reproducere asistată. Doar 65% dintre respondenți se declară „complet” sau „mai degrabă” în favoarea acestei situații, în timp ce 12,3% se opun și 14,7% adoptă o poziție neutră (Figura 17.). Aceste rezultate semnalează o divizare a opiniei publice în raport cu ideea parentalității individuale, care provoacă norme tradiționale adânc înrădăcinate privind rolul cuplului heterosexual în conceperea și creșterea copiilor. Totuși, ponderea relativ ridicată a susținerii indică o evoluție a valorilor sociale către o mai mare toleranță și diversificare a formelor de familie, în special în rândul grupurilor mai tinere și urbane (tendință confirmată în analizele ulterioare pe subgrupuri).

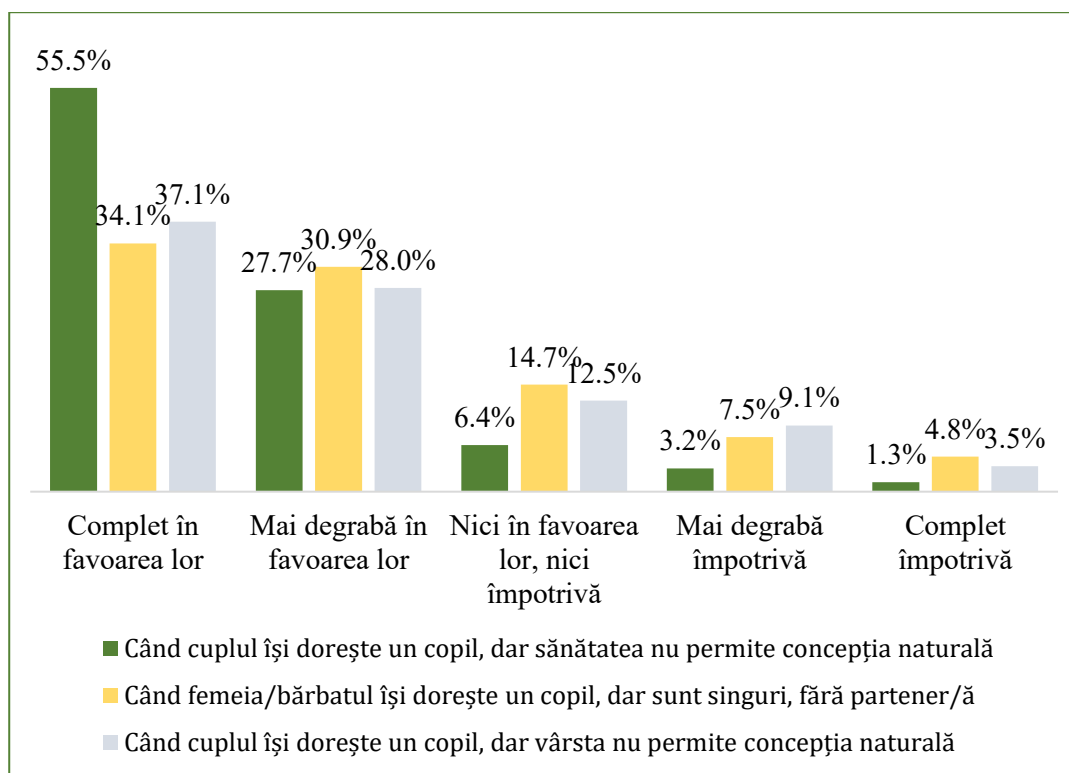


Figura 17. Gradul de acord cu utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată în diferite situații

În cazul în care cuplul își dorește un copil, dar vârsta nu mai permite concepția naturală, acceptarea este de asemenea ridicată, dar ceva mai moderată decât în cazul problemelor medicale: 65,1% dintre respondenți se declară „complet” sau „mai degrabă” în favoarea folosirii tehnologiilor medicale de reproducere asistată, 12,6% sunt împotriva, iar 12,5% rămân neutri (Figura 17.). Această distribuție reflectă o atitudine echilibrată, în care publicul recunoaște dreptul cuplurilor de a-și extinde familia, dar își exprimă în același timp rezerve privind riscurile asociate vârstei avansate – atât pentru sănătatea femeii, cât și pentru copil.

Aceste rezultate arată că acceptabilitatea tehnologiilor medicale de reproducere asistată depinde de motivația utilizării. Când motivele sunt medicale, solidaritatea socială și încrederea în știință sunt ridicate; când motivele sunt personale (singurătate, amânare a parentalității), apar dileme etice și o prudență socială mai accentuată. Cu alte cuvinte, societatea moldovenească acceptă tehnologia ca instrument de corectare a limitărilor

biologice, dar devine mai rezervată atunci când aceasta intervine asupra modelelor tradiționale de viață familială.

Privitor la contextul deciziei de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată, rezultatele obținute relevă o atitudine preponderent pozitivă a populației față de utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată atât în situații personale directe, cât și în contexte care implică partenerul sau alte persoane apropiate. Această deschidere generală sugerează că, în plan social, reproducerea asistată este percepută tot mai mult ca o soluție medicală legitimă și mai puțin ca o intervenție controversată asupra procesului natural de concepție.

Dacă starea de sănătate nu ar permite conceperea naturală a unui copil, 46,4% dintre respondenți declară: „cu siguranță” ar apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată, iar 30,4% afirmă că ar face acest lucru „probabil”. Doar o proporție redusă (9,1% cumulativ) se situează în zona de refuz („probabil nu” sau „cu siguranță nu”) (Figura 18.). Această distribuție indică o încredere ridicată în eficiența și etica acestor tehnologii, atunci când infertilitatea este percepută ca o problemă medicală obiectivă, nu ca o alegere personală.

Când scenariul ipotetic implică problemele de sănătate ale partenerului, nivelul de deschidere rămâne foarte ridicat: 43,5% ar apela cu siguranță la tehnologiile medicale de reproducere asistată, iar 32,3% probabil ar face acest pas. Doar 9,1% exprimă o poziție de refuz (Figura 18.). Aceste rezultate confirmă faptul că decizia de utilizare a tehnologiilor reproductive este percepută ca una de cuplu, bazată pe solidaritate și pe dorința comună de a deveni părinți, chiar și în prezența obstacolelor medicale. Această perspectivă subliniază caracterul partajat al responsabilității reproductive și recunoașterea importanței colaborării în cuplu în fața problemelor de fertilitate.

Atitudinea socială față de cei care apelează la tratamente de fertilitate este, de asemenea, predominant favorabilă. Aproape jumătate dintre respondenți (47,7%) afirmă că ar încuraja cu siguranță o persoană sau un cuplu din apropierea lor să acceseze astfel de tehnologii, iar 32,8% ar face acest lucru „probabil”. Numai aproximativ 7% se declară împotriva (Figura 18.). Această orientare atestă un nivel crescut de empatie și acceptare socială, semnificativ pentru procesul de normalizare a medicinei reproductive asistate în conștiința publică.

Datele arată că populația din Republica Moldova manifestă o atitudine predominant rațională și pragmatică față de utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată, considerând-o o soluție medicală legitimă atunci când

este justificată prin probleme de sănătate. Faptul că intențiile de utilizare sunt aproape la fel de ridicate în scenariile personale și în cele care implică partenerul indică o internalizare a ideii că reproducerea asistată nu este un substitut artificial, ci o extensie a medicinei moderne, integrată în valorile familiale și morale contemporane.

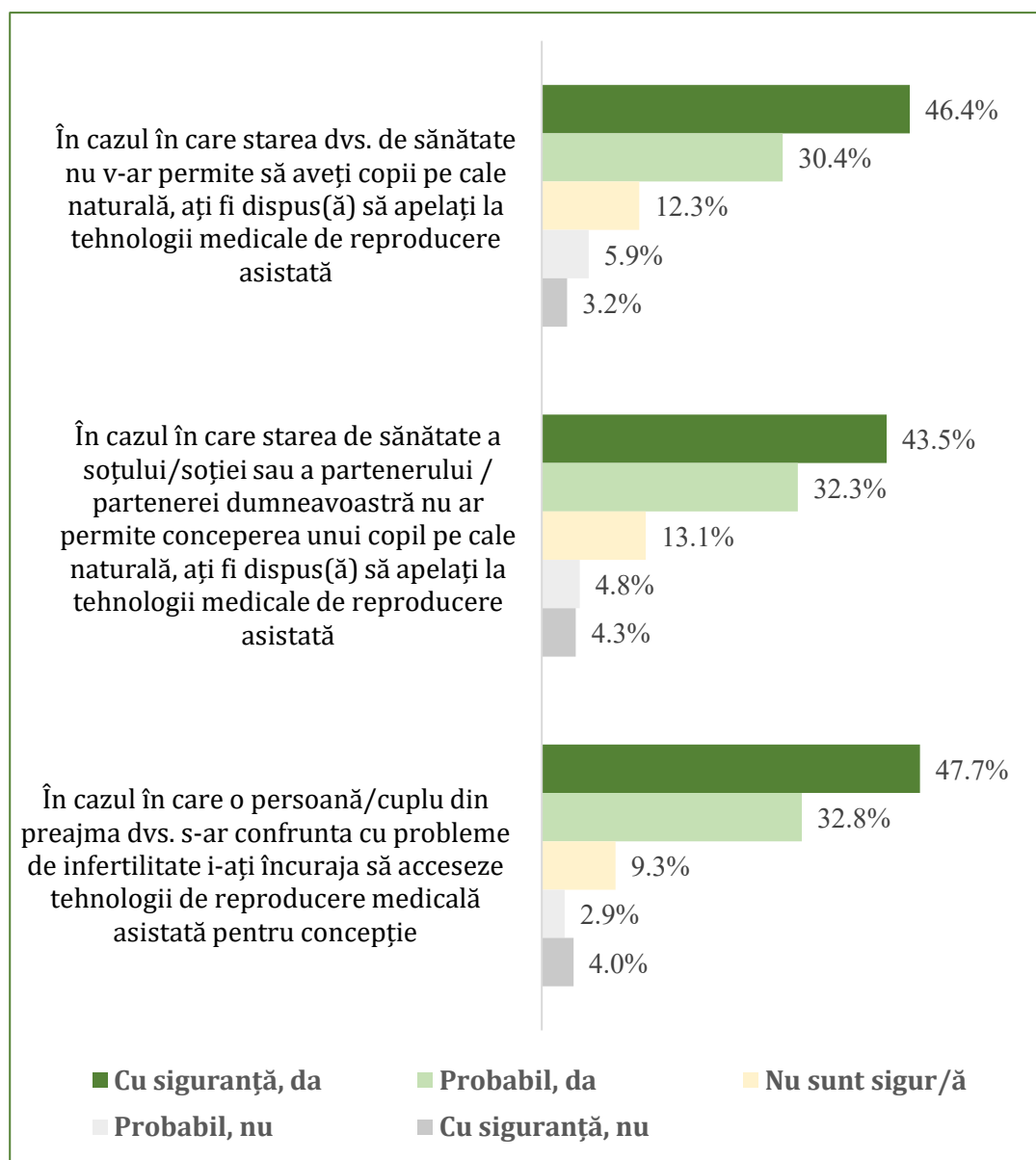


Figura 18. Atitudini față de utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată în contexte personale și sociale

În scenariul în care propria stare de sănătate nu ar permite concepția naturală, disponibilitatea de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată este în general ridicată, dar profilul acceptanților diferă în funcție de gen, vârstă, rezidență, educație și situație reproductivă. La nivel de gen, femeile exprimă mai frecvent o acceptare fermă: 51,5% ar apela „cu siguranță” la tehnologiile medicale de reproducere asistată (față de 28,6% bărbați), iar acceptarea totală (cu siguranță și probabil) atinge 78% la femei și 72,6% la bărbați. La bărbați, predispoziția se concentrează mai mult în zona „probabil, da” (44%), ceea ce sugerează o atitudine favorabilă, dar mai puțin decisă, indicând un anumit nivel de rezistență la nivelul disponibilității utilizării tehnologiilor medicale de reproducere asistată (Figura 19.).

După vârstă, cea mai mare propensiune declarată se regăsește la 30–39 de ani, unde 50% ar apela „cu siguranță”, iar acceptarea totală urcă la 80,2%. Tinerii de 20–29 ani sunt aproape la fel de deschiși (79,4% total), însă prezintă cea mai mare incertitudine („nu sunt sigur/ă” - 14,7%). La 40–50 de ani, acceptarea rămâne înaltă (72,1% total), dar crește ușor opoziția (13,6%), probabil pe fondul evaluării mai prudente a riscurilor odată cu vârsta (Figura 19.).

Contextul mediului de reședință și capitalul educațional diferențiază net profilurile. În municipiul Chișinău, 54,8% ar apela „cu siguranță”, iar acceptarea totală ajunge la 83%, cu incertitudine minimă (8,5%) și opoziție scăzută (7%). În orașele din afara capitalei, predispoziția rămâne ridicată (79,7% total), în timp ce în mediul rural disponibilitatea scade la 65,3% și apare cea mai mare incertitudine (17,8%) și opoziție (14,4%). Pe dimensiunea educației, persoanele cu studii superioare sunt cele mai favorabile (81,5% total, doar 7,2% opoziție), urmate de respondenții cu studii secundar profesional/mediu de specialitate (75,9% total). La nivelurile gimnazial/mediu general, disponibilitatea este sensibil mai mică (63,5% total) și coexistă cu incertitudine și opoziție mai mari (17,6% fiecare) (Figura 19.).

Evaluarea situației reproductive întărește profilul, cei care intenționează să mai aibă copii sunt, previzibil, mai deschiși (77,8% total), dar diferența decisivă apare la respondenții care raportează dificultăți de sănătate reproductivă: 56,3% ar apela „cu siguranță” la medicina reproductivă asistată, acceptarea totală fiind 75,1%, însă cu o polarizare vizibilă - opoziția atinge 18,8% (peste media eșantionului) în timp ce incertitudinea este cea mai mică (6,3%). În rândul celor cu probleme de sănătate nereproductive, disponibilitatea rămâne ridicată (69,2% total), dar

opoziția este, din nou, peste medie (15,4%) (Figura 19.). Prin urmare, contactul (real sau perceput) cu limitări medicale reduce indecizia și plasează răspunsurile spre opțiuni mai ferme.

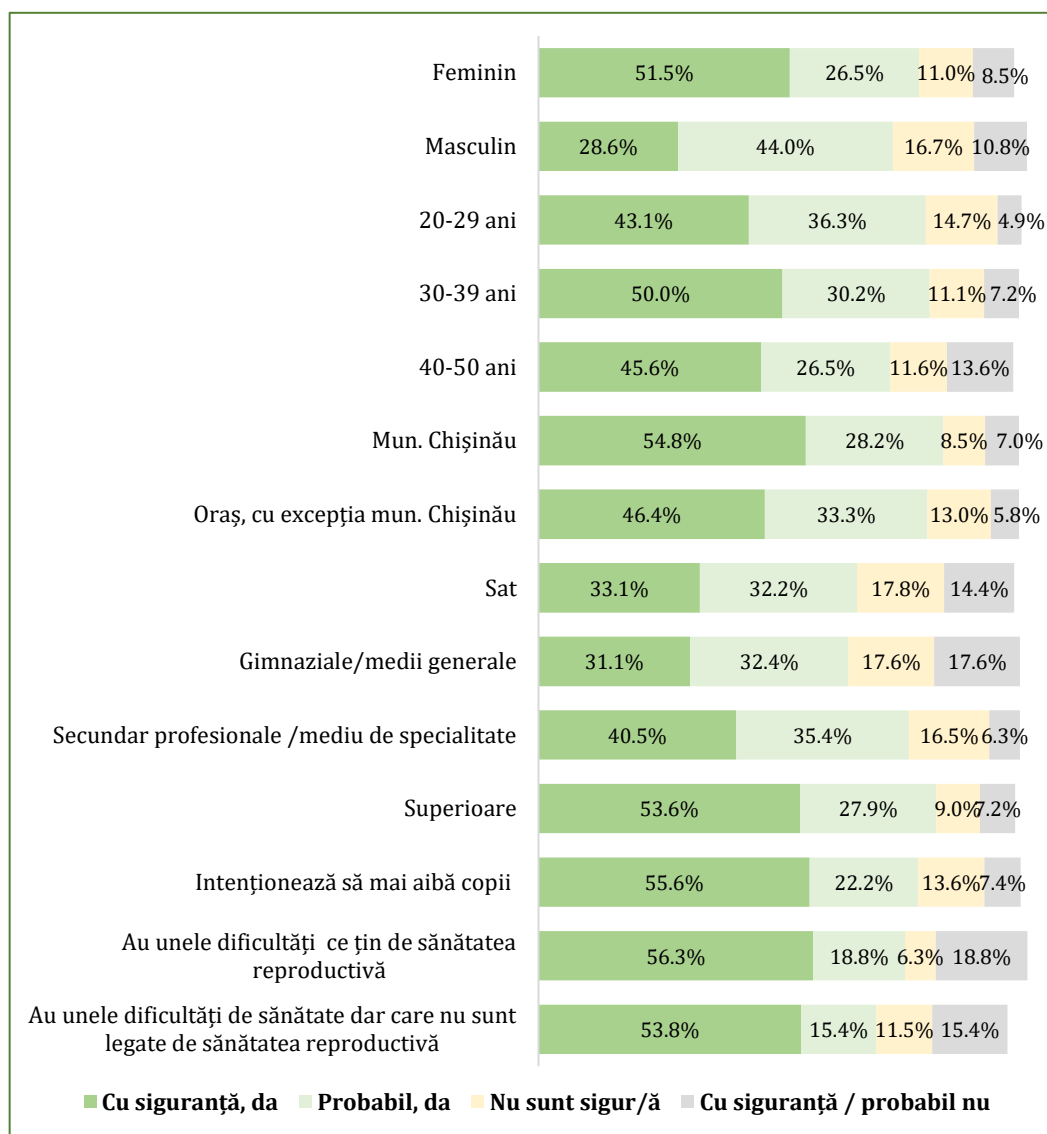


Figura 19. Atitudini față de utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată în cazul în care starea de sănătate personală nu i-ar permite să aibă copii pe cale naturală, grupe socio-demografice

Datele studiului arată că profilul probabil al celor care ar accepta să apeleze la tehnologiile medicale de reproducere asistată în cazul unei cauze medicale personale este: femeie sau bărbat aflat în intervalul 30–39 de ani;

rezident/ă în mediul urban – în special Chișinău; cu studii superioare; care își propune explicit extinderea familiei; iar, în situațiile cu diagnostic ori suspiciune de infertilitate, cu o decizie mai tranșantă și mai puțină ezitare. Pentru politici publice și practică medicală, aceste rezultate sugerează două direcții: consolidarea informării și consilierii în mediul rural și la niveluri educaționale inferioare (unde incertitudinea și opoziția sunt mai mari) și dezvoltarea de trasee rapide de diagnostic/trimiteri pentru persoanele cu posibile probleme reproductive, pentru a transforma predispoziția favorabilă în decizii informate și acces efectiv la servicii.

Analiza distribuțiilor pe categorii socio-demografice arată că, atunci când dificultățile de concepere a unui copil sunt atribuite stării de sănătate a partenerului, majoritatea populației manifestă o atitudine pozitivă față de utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată. Totuși, intensitatea acestei disponibilități diferă în funcție de gen, vârstă, nivelul de educație și mediul de reședință, evidențiind tipare sociale și culturale distincte.

Femeile sunt mai deschise și mai hotărâte decât bărbații în privința apelării la astfel de tehnologii. Aproximativ jumătate dintre femei (48,1%) afirmă că ar recurge „cu siguranță” la medicina reproductivă asistată dacă partenerul ar avea probleme medicale de fertilitate, comparativ cu doar 27,4% dintre bărbați. Această diferență sugerează o implicare emoțională și cognitivă mai pronunțată a femeilor în procesul reproductiv, dar și o încredere mai mare în soluțiile medicale. Bărbații tind să adopte o poziție mai rezervată, preferând răspunsul „probabil da” (42,9%), ceea ce indică o susținere condiționată, dar nu neapărat o opoziție față de reproducerea asistată (Figura 20.).

Pe dimensiunea vârstei, deschiderea cea mai mare se observă la persoanele de 30–39 de ani, unde jumătate dintre respondenți ar apela „cu siguranță” la tehnologiile medicale de reproducere asistată, iar alți 29,4% ar fi „probabil” dispuși să o facă. Acest rezultat este firesc, deoarece acest segment reprezintă grupa de vârstă cea mai activă din punct de vedere reproductiv și, totodată, cea mai informată cu privire la opțiunile medicale moderne. Tinerii de 20–29 ani manifestă o atitudine în general favorabilă (76,5% acceptare totală), dar și o incertitudine ușor mai ridicată, specifică etapelor de formare a opiniilor despre sănătate și familie. În rândul persoanelor de 40–50 de ani, predispoziția de a apela la medicina reproductivă asistată rămâne ridicată (72,1%), însă se observă o ușoară creștere a prudenței și a atitudinilor de refuz, explicabilă prin perceperea mai accentuată a riscurilor medicale la vârste mai înaintate (Figura 20.).

Mediul de reședință are o influență semnificativă asupra atitudinii față de tehnologiile reproductive. În municipiul Chișinău, 50,5% dintre respondenți afirmă că ar apela „cu siguranță” la tehnologiile medicale de reproducere asistată și 33% „probabil da”, ceea ce indică o încredere solidă în medicina modernă și o familiaritate mai mare cu aceste proceduri. În orașele din afara capitalei nivelul de acceptare rămâne ridicat, însă crește proporția celor care nu sunt siguri, în timp ce în mediul rural disponibilitatea scade vizibil (doar 33,9% ar apela „cu siguranță”), iar opoziția este de peste două ori mai mare decât în mediul urban (15,2%) (Figura 20.). Aceste rezultate reflectă diferențele de informare, acces și încredere în sistemul medical între mediile de rezidență.

Nivelul de educație accentuează această diferențiere. Persoanele cu studii superioare sunt cele mai favorabile utilizării medicinei reproductive asistate – aproape 80% ar apela „cu siguranță” sau „probabil” la aceste tehnologii, iar opoziția este minimă (5,9%). În schimb, persoanele cu studii gimnaziale sau medii generale sunt mai sceptice: doar 31,1% ar apela „cu siguranță”, iar 20,3% se opun. Respondenții cu studii secundar-profesionale se află într-o poziție intermediară, cu 74,7% acceptare totală (Figura 20.). Prin urmare, educația joacă un rol decisiv în conturarea încrederii în știință și în percepția riscurilor, influențând direct disponibilitatea de a utiliza intervențiile medicale moderne.

Situația reproductivă și starea de sănătate personală contribuie și la diferențierea răspunsurilor. Persoanele care intenționează să mai aibă copii sunt cele mai deschise: 53,1% ar apela „cu siguranță”, iar 25,9% „probabil da”, ceea ce confirmă că motivația parentală determină o atitudine pragmatică și pozitivă. În mod similar, respondenții care au dificultăți de sănătate reproductivă prezintă un nivel înalt de acceptare (81,3% în total), însă distribuția este mai polarizată: scade numărul celor indeciși, dar crește proporția celor care resping ferm această opțiune (Figura 20.). Experiența personală cu probleme medicale determină atitudini mai ferme, fie de acceptare, fie de respingere.

În ansamblu, rezultatele arată că disponibilitatea de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată în cazul problemelor de sănătate ale partenerului este în general ridicată, dar nu uniform distribuită. Femeile, persoanele cu studii superioare, locuitorii din orașe și adulții aflați în perioada activă de reproducere manifestă cele mai clare atitudini pozitive. În schimb, în mediul rural și în rândul persoanelor cu educație inferioară se menține un grad ridicat de incertitudine, asociat unei informări insuficiente sau unei încrederi limitate în medicina reproductivă asistată.

Aceste date pot sprijini instituțiile responsabile în fundamentarea unor politici publice bazate pe evidențe, care să consolideze accesibilitatea, echitatea și eficiența serviciilor de medicină reproductivă asistată. În acest sens, înțelegerea predispozițiilor populației devine esențială pentru proiectarea programelor de educație pentru sănătate, dezvoltarea campaniilor de informare, precum și pentru optimizarea cadrului normativ și de finanțare necesar extinderii aplicării acestor tehnologii în Republica Moldova.

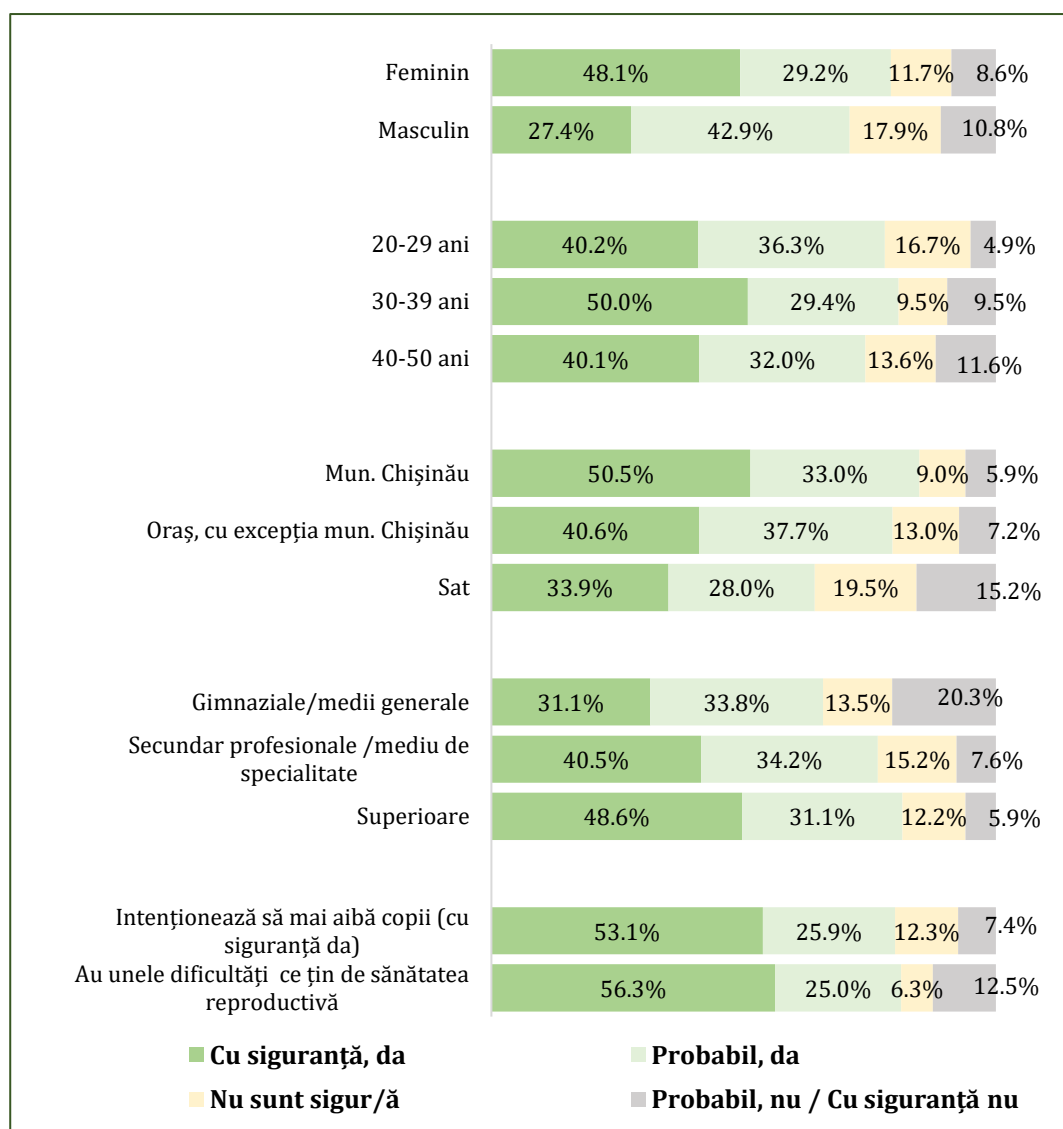


Figura 20. În cazul în care starea de sănătate a soțului/soției sau partenerului/partenerii dumneavoastră nu ar permite conceperea unui copil pe cale naturală, ați fi dispus(ă) să apelați la tehnologii medicale de reproducere asistată

Analiza percepțiilor publice asupra diferitelor practici asociate tehnologiilor medicale de reproducere asistată, precum donarea de ovule, spermă sau embrioni, evidențiază o atitudine general favorabilă, dar diferențiată în funcție de natura actului de donare și de implicarea personală a respondenților.

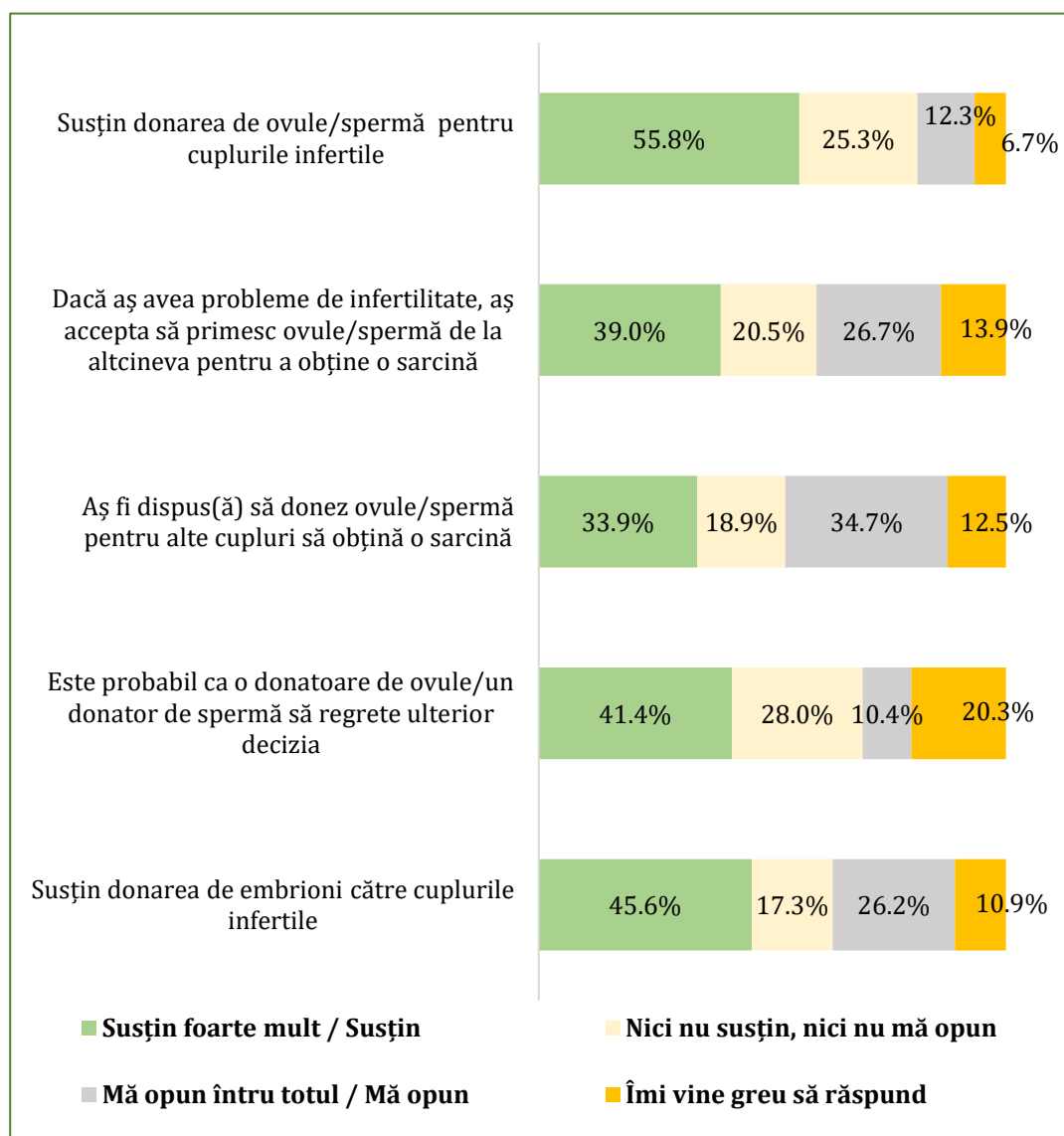


Figura 21. Opinii ale respondenților privind susținerea donării de ovule/spermă și embrioni

Cea mai mare susținere publică se înregistrează pentru donarea de ovule și spermă destinate cuplurilor infertile, considerată o practică pozitivă și solidară. Peste jumătate dintre respondenți (55,8%) declară că susțin sau susțin foarte mult această procedură, iar doar 12,3% se opun. Proporția ridicată de acord exprimă empatie și recunoașterea donării ca act de altruism medical, în concordanță cu tendințele observate în societățile în curs de modernizare, unde infertilitatea este privită ca o problemă de sănătate, nu ca un eșec moral sau familial. Totodată, aproximativ un sfert dintre respondenți (25,3%) adoptă o poziție neutră, semn al unei prudențe legate de aspectele etice sau religioase (Figura 21.).

Atunci când întrebarea devine personală, *„Dacă aș avea probleme de infertilitate, aș accepta să primesc ovule/spermă de la altcineva”*, sprijinul scade considerabil: doar 39% ar accepta, iar 26,7% declară că s-ar opune. Acest decalaj între susținerea generală și acceptarea personală ilustrează o disonanță între normele morale colective și confortul individual. Chiar dacă majoritatea consideră donarea un gest legitim și benefic, o parte importantă a populației întâmpină dificultăți în a integra emoțional ideea de filiație biologică diferită. Proporția ridicată a celor indeciși (20,5%) și a celor care evită răspunsul (13,9%) confirmă caracterul încă sensibil al subiectului în plan identitar și cultural (Figura 21.).

O atitudine similară se observă și în cazul disponibilității de a deveni donator de material genetic. Doar 33,9% ar fi dispuși să doneze ovule sau spermă pentru alte cupluri, în timp ce 34,7% se opun. Această reticență indică o barieră valorică și psihologică mai puternică, asociată cu percepția donării ca act care implică o dimensiune morală profundă, legată de transmiterea materialului genetic. În același timp, ponderea ridicată a celor neutri (18,9%) sugerează un potențial de creștere a acceptării prin informare și clarificarea cadrului legal, medical și etic al acestor proceduri (Figura 21.).

O altă dimensiune importantă a percepțiilor este încrederea în stabilitatea deciziei de donare. 41,4% dintre respondenți consideră că o donatoare sau un donator ar putea regreta ulterior decizia, iar alți 28% sunt indeciși. Doar 10,4% resping această posibilitate (Figura 21.). Acest rezultat relevă persistența unor temeri legate de impactul emoțional și moral al actului de donare, semn că donarea este percepută nu doar ca o procedură medicală, ci și ca un gest cu implicații psihologice și etice complexe.

În ceea ce privește donarea de embrioni către cuplurile infertile, susținerea rămâne înaltă, dar ceva mai rezervată decât în cazul ovulelor sau spermei: 45,6% sprijină această practică, iar 26,2% se opun (Figura 21.).

Această diferență se explică prin încărcătura emoțională și simbolică a embrionului, perceput mai degrabă ca o formă incipientă de viață, ceea ce face ca decizia de donare să fie evaluată printr-o lentilă morală mai sensibilă.

Datele studiului indică o evoluție semnificativă a atitudinilor publice față de practicile legate de reproducerea asistată, în sensul unei deschideri crescânde către solidaritate medicală și acceptarea donării ca formă de sprijin pentru cuplurile infertile. Totuși, gradul de acceptare scade vizibil când discuția trece de la sprijinul general la implicarea personală, ceea ce sugerează că acceptarea socială precede interiorizarea individuală.

Comparativ cu situația la nivel național, cercetările internaționale indică o acceptare largă a donării gameților și embrionilor de către populație. Studiul LIFE (Listening IVF and Fertility in Europe) realizat în șase țări europene (Franța, Germania, Italia, Spania, Suedia și Marea Britanie) pe un eșantion de 6.110 respondenți a arătat sprijin pentru donarea de ovocite și spermă (78%) pentru FIV în cazul femeilor singure (61%) [28]. Atitudinile față de donația de gameți variază semnificativ în funcție de caracteristicile demografice și contextul cultural. Studiile arată că persoanele mai tinere (18–30 de ani) manifestă atitudini mai pozitive față de donarea de ovule comparativ cu cele de peste 30 de ani. De asemenea, religia și credința religioasă joacă un rol important în conturarea acestor atitudini.

Cercetările privind motivațiile donatorilor de gameți au evidențiat o prevalență puternică a motivației altruiste. Un studiu care a analizat motivațiile și atitudinile bărbaților față de donarea de spermă a arătat că, în general, motivele pentru donație erau altruiste, atitudinile față de anonimitate erau pozitive, iar dorința de a dona femeilor infertile era mai mare [5]. Un alt studiu internațional a relevat că motivația în grupul total de donatoare a fost: 47,8% altruism pur; 33,9% altruism și motivație financiară; 10,8% exclusiv motivație financiară; 5,9% altruism și tratament propriu; 2% doar tratament propriu. Femeile donau pentru prima dată în 55,4% din cazuri, pentru a doua oară în 20,3% și pentru a treia oară în 12,8%. Profilul general al donatoarei din acest studiu a fost o femeie bine educată, de 27 de ani, care locuiește cu partenerul și copilul ei și care donează în principal pentru a-i ajuta pe alții [59].

Cu toate acestea, compensația financiară a reprezentat un factor important. Într-un studiu realizat pe studenți bărbați din mai multe țări europene, 83,6% dintre cei care au luat în considerare donarea de spermă au susținut că donatorii ar trebui să primească o compensație financiară, banii fiind identificați drept unul dintre principalele motive de stimulare. Cele mai importante bariere identificate în calea donării au fost lipsa informațiilor

practice și teama că partenerul nu ar fi de acord. Aproape 40% dintre respondenți se temeauă că donația ar putea avea un impact negativ asupra relației lor actuale sau viitoare. Acest studiu indică faptul că efectul unor stimulente puternice, de exemplu de natură financiară, asupra unui grup de potențiali donatori format din studenți ar putea fi limitat și că factorii relaționali și percepțiile donatorilor despre opiniile rețelei sociale mai largi trebuie luate în considerare în recrutarea donatorilor [61]. Pentru donatoarele de ovule, principalele preocupări se referă la procedurile medicale și la posibilul contact cu viitorul copil.

Stigma socială asociată donației de ovule și de spermă este persistentă. Astfel, multe cupluri care recurg la donația de ovule refuză să vorbească despre experiență din cauza temerilor legate de judecată și de senzația de inadecvare. În conformitate cu așteptările sociale, societatea promovează idealul familiei nucleare tradiționale, bazate pe legătura genetică între părinți și copii, iar persoanele care nu reușesc să se încadreze în acest model se simt adesea inadecvate.

Chestiunea anonimității și a dezvăluirii identității donatorilor rămâne una dintre cele mai complexe și controversate în domeniu. Echilibrul între drepturile donatorului la anonimitate și dreptul copilului de a cunoaște originea biologică rămâne un subiect conflictual în multe jurisdicții. Totodată, cercetările internaționale asupra atitudinilor față de donarea de spermă, ovule și embrioni relevă un peisaj complex și subtil. Deși acceptarea publică a acestor practici este, în general, ridicată în societatea occidentală, particularitățile sunt influențate puternic de factori demografici, religioși și culturali. Motivațiile predominante ale donatorilor rămân altruiste, iar barierele practice, medicale și psihologice sunt semnificative.

Întrebarea referitoare la soarta embrionilor rămași neutilizați după tratamentele de reproducere asistată reprezintă una dintre cele mai sensibile și controversate teme din domeniul bioeticii contemporane. Una dintre barierele majore în deciderea sorții embrionilor este divergența în modul în care aceștia sunt concepuți. În medicină, embrionii sunt frecvent tratați ca material biologic, în timp ce pentru cupluri, embrionii rămân încărcăți de semnificație emoțională și sunt adesea asimilați ca copii potențiali.

Rezultatele studiului realizat de autori arată că, deși o parte a populației are o opinie clară, o proporție considerabilă, 25,6% dintre respondenți declară că le este greu să se pronunțe, ceea ce subliniază complexitatea morală și lipsa de informare publică privind acest subiect (Figura 22.).

Cea mai frecventă opțiune, indicată de 23,5% dintre respondenți, este păstrarea embrionilor pentru o utilizare viitoare, pe cheltuiala persoanei sau cuplului (Figura 22.). Această alegere reflectă o percepție prudentă și responsabilă, dar și o tendință de evitare a deciziilor ireversibile, într-un context în care embrionul este adesea perceput ca o potențială viață și nu doar ca material biologic. Această poziție se aliniază cu valorile tradiționale pronataliste și cu o înțelegere mai conservatoare a procesului de procreație.

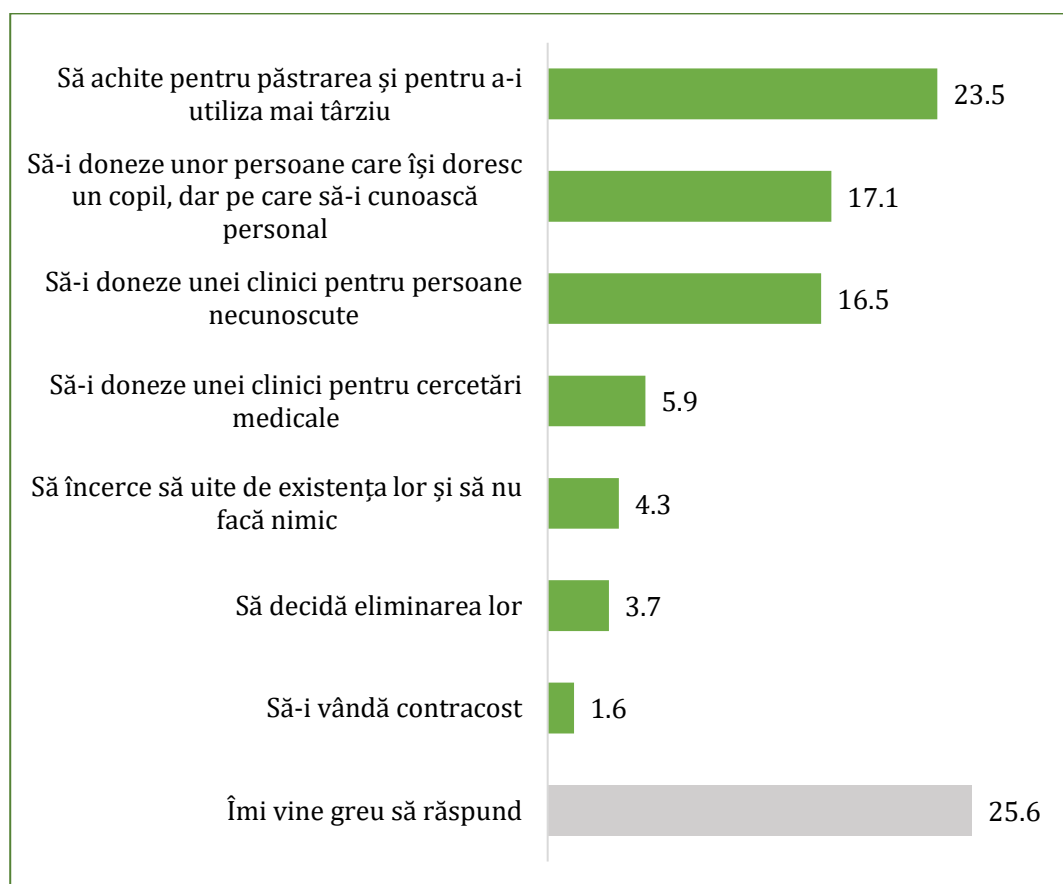


Figura 22. Percepțiile privind soarta embrionilor rămași neutilizați în urma procedurilor de reproducere asistată

Un alt segment semnificativ al respondenților preferă donarea embrionilor, însă cu nuanțe distincte legate de gradul de apropiere față de beneficiari. 17,1% ar fi de acord cu donarea către persoane cunoscute, ceea ce denotă nevoia de control moral și de încredere personală asupra viitorului embrionilor. În schimb, 16,5% ar susține donarea către o clinică pentru

persoane necunoscute, atitudine ce indică o deschidere mai mare către solidaritate medicală și anonimatul procesului, specifică unor contexte culturale mai secularizate (Figura 22.).

O proporție mult mai redusă ar accepta utilizarea embrionilor în scopuri de cercetare medicală (5,9%), semn că în societatea moldovenească dimensiunea etică a cercetării asupra embrionilor rămâne insuficient înțeleasă sau acceptată (Figura 22.). Totuși, chiar și această pondere arată existența unui nucleu de populație informat, care recunoaște valoarea științifică și potențialul terapeutic al studiilor în domeniul geneticii și al fertilității.

Procentele pentru opțiunile de eliminare (3,7%) sau indiferență totală față de existența embrionilor (4,3%) sunt reduse, dar relevante, reflectând atitudini marginale, posibil influențate de pragmatismul emoțional al celor care consideră că procesul medical se încheie odată cu obținerea sarcinii. În același timp, aproape nimeni (1,6%) nu susține ideea comercializării embrionilor, ceea ce confirmă reprobarea socială fermă a oricărei forme de tranzacționare a materialului biologic uman (Figura 22.).

În ansamblu, structura răspunsurilor conturează trei tendințe principale: o orientare majoritară către responsabilitate individuală și păstrare ulterioară a embrionilor; o deschidere moderată față de donarea altruistă, mai ales în situații controlate sau anonime; o ezitare pronunțată, cauzată de insuficiența informațiilor, de implicațiile morale și de lipsa unor repere juridice clare.

Deși cadrul legal din Republica Moldova a fost actualizat recent, aspectele ce țin de perioada minimă și cea maximă pentru care se admite congelarea embrionilor, soarta embrionilor înghețați atunci când cuplul a decedat sau a divorțat nu sunt reflectate. Astfel, după programul de fertilizare in vitro, pacienții au dreptul să decidă: crioconservarea acestora pentru utilizarea ulterioară în proiectele proprii de reproducere asistată medical; refuzul utilizării ulterioare a acestora și, respectiv, distrugerea acestora; donarea acestora către un alt cuplu în vederea obținerii sarcinii.

Studiul calitativ realizat de autori de asemenea a evidențiat problema destinului materialului genetic și al embrionilor rămași neutilizați, îndeosebi aspectul ce ține de crioconservare. Majoritatea pacientelor intervievate nu au atras o atenție deosebită acestui aspect, reieșind faptul că au optat pentru distrugerea acestuia după obținerea sarcinii și respectiv nașterea copilului, de aceeași opinie fiind și medicii reproductologi. *"Știu că s-au selectat cei mai puternici embrioni. Nu știu ce s-a întâmplat cu restul, dar bănuiesc că ceva au făcut..., dar nu i-am înghețat, cu siguranță"* (Pacientă_FIV). *"Cu pacienții cărora li*

s-a prelevat materialul și au obținut embrioni se încheie anual un contract de păstrare a acestora contracost. În situația în care persoana nu se prezintă pentru a reînnoi contractul după ce este prevenită, aceștia se distrug” (Medic reproductolog).

În literatura științifică internațională se atenționează asupra preferinței pentru stocarea pe termen nelimitat a embrionilor. Pentru mulți, stocajul indefinit devine o modalitate de a evita decizia finală și irevocabilă. Absența unor costuri de stocaj devine un factor decisiv: cuplurile intervievate au declarat că fără costuri ar continua, probabil, stocajul indefinit până la moarte [57].

Aspectul emoțional al distrugerii embrionilor este profund și adesea ascuns. Femei care au ales să distrugă embrionii au descris experiența ca similară cu pierderea unui sarcini precoce și au raportat emoții negative [22]. Unele cupluri au exprimat sentimente de vinovăție pentru că au putut lua o asemenea decizie privind embrionii pe care alte cupluri infertile nu și-i permit. Aceste aspecte subliniază necesitatea unei consilieri mai cuprinzătoare, a unui sprijin emoțional sistematic și a unor politici standardizate care să permită cuplurilor să ia decizii conștiente și responsabile în concordanță cu valorile lor personale și culturale.

Maternitatea surogat reprezintă una dintre cele mai controversate dimensiuni ale medicinei reproductive, situată la intersecția dintre etică, drept, religie și autonomie personală. Rezultatele sondajului realizat de autori reflectă divergențe semnificative în opinia publică — între acceptarea surogatului ca soluție medicală pentru infertilitate și preocupările legate de posibila exploatare a femeilor sau de comercializarea procesului reproductiv. Aproximativ 43,4% dintre respondenți consideră că mamele surogat ar trebui să fie o opțiune disponibilă pentru cuplurile infertile, ceea ce indică o deschidere semnificativă față de utilizarea acestei tehnologii în scopuri medicale. Totuși, un sfert dintre participanți (25,1%) rămân neutri, iar 21,6% se opun, semn că problema este percepută ambivalent, oscilând între argumente de compasiune și rezerve morale. În același timp, aproape 10% afirmă că nu pot formula o opinie, ceea ce sugerează o lipsă de informare și dezbateri publice în jurul acestui subiect (Figura 23.).

Când întrebarea se referă la o situație personală „*Dacă eu sau partenerul/a aș suferi de infertilitate, aș fi de acord cu maternitatea surogat pentru noi*”, gradul de acceptare scade considerabil, la 24,6%, iar opoziția crește la 36% (Figura 23.). Această diferență confirmă că acceptarea colectivă nu se

traduce neapărat în disponibilitate personală, întrucât implică dileme profunde legate de identitate, maternitate și legăturile biologice.

Cea mai clară delimitare morală apare în raport cu maternitatea surogat fără justificare medicală, adică utilizată din motive de confort sau comoditate. Doar 21,8% dintre respondenți o consideră acceptabilă, în timp ce 43,2% o resping ferm (Figura 23.). Această opoziție majoritară reflectă o viziune etică tradițională, conform căreia procreația asistată este legitimă doar atunci când răspunde unei nevoi medicale reale și nu unor dorințe individuale legate de statut sau carieră.

Rezultatul exprimă temeri legate de instrumentalizarea corpului feminin, precum și respingerea percepției asupra maternității ca serviciu comercial. În acest sens, atitudinile moldovenești sunt similare cu cele din alte state est-europene, unde discursul public menține o puternică componentă morală și religioasă în definirea limitelor intervenției medicale asupra reproducerii.

O proporție importantă, de 37,1% dintre respondenți, consideră că maternitatea surogat nu ar trebui legalizată în Republica Moldova, deoarece femeile aflate în situații economice vulnerabile ar putea fi exploatate prin practicarea acesteia. Aproximativ o treime (28,3%) mențin o poziție neutră, iar 22,4% nu împărtășesc această îngrijorare (Figura 23.). Aceste date sugerează că dezbaterile publice despre maternitatea surogat sunt încă dominate de dimensiunea morală și de cea socială a protecției femeilor, mai degrabă decât de perspectiva dreptului reproductiv sau a reglementării transparente. Teamă de exploatare se înscrie într-un context socioeconomic marcat de inegalități de gen și de venit, unde riscul ca surogatul să devină o formă de muncă reproductivă pentru femeile din medii defavorizate este perceput ca real.

Analiza datelor studiului evidențiază o atitudine echilibrată, dar precaută față de maternitatea surogat: societatea moldovenească manifestă empatie pentru cuplurile infertile, dar și rezerve semnificative legate de moralitatea și echitatea acestei practici. Acceptarea scade pe măsură ce implicarea personală crește, iar preocupările legate de exploatare, comercializare și moralitate rămân puternice.

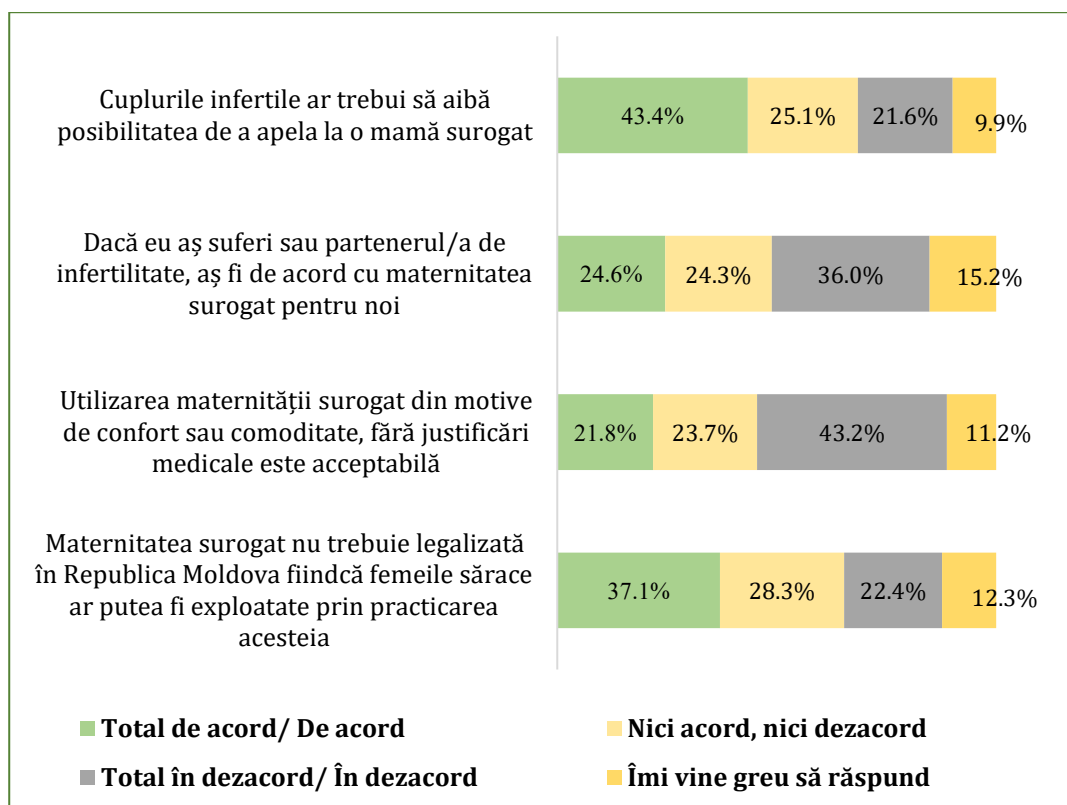


Figura 23. Atitudini cu privire la maternitatea surrogat

Maternitatea surrogat reprezintă cel mai complex tip de donație reproductivă din perspectiva implicării, durata participării fiind semnificativ mai mare comparativ cu donarea de spermă, ovocite sau embrioni. Barierele în acest tip de donație sunt legate de încrederea donatorilor în beneficiari și de teama de riscuri. Unele persoane surrogat acceptă doar aranjamente cu rude apropiate, precum soră-soră sau mamă-fiică. De asemenea, există teama de atașament față de copilul gestațional, ceea ce poate complica separarea ulterioară [74].

Studiul calitativ realizat de autori a relevat că în ceea ce privește reglementarea maternității surrogat în Republica Moldova se disting opinii diverse și contradictorii, printre care:

- În susținerea introducerii acestei proceduri au fost preponderent femeile care au urmat tratament de reproducere asistată și au obținut sarcina după nenumărate tratamente și medicii reproductologi. *"Eu sunt de părere că demult trebuia. Dacă ar fi în țara noastră, poate ar fi și mai ieftin"* (Pacientă_FIV). *"La o femeie fără uter, unica soluție este maternitatea surrogat. Închipuiți-vă cum*

mă uit eu în ochii acelei femei pe care nu o pot ajuta cu nimic?" (Medic reproductolog).

- Unii experți consideră că trebuie reglementată cu specificarea de a permite doar în scopuri altruiste, fără oferirea de recompense sau plăți. *"Eu recomand să fie posibil, de exemplu o soră să-și ajute altă soră care are patologii serioase și nu poate nicicum să rămână însărcinată și să nască un copil" (Medic reproductolog).*

- Atitudine indecisă au manifestat mai multe femei care s-au confruntat cu problema infertilității. *"Nu știu ce să zic. Probabil orice femeie dorește să simtă fătul ei crescând. Pentru că eu, trecând prin sarcină, mi-am dat seama că astea sunt senzații de neuitat. Faptul că tu dai materialul tău genetic unui alt om care să-l poarte...!!! nu știu dacă îți permite să ai aceeași legătură cu copilul. Chiar dacă tu știi că el este conceput, adică ești tu și soțul tău, bănuiesc că pentru o mamă este dureros că nu poartă ea sarcina și cumva legătura asta nu este așa de strânsă..., nu știu" (Pacientă_FIV).*

- Unii nu susțin, demonstrând reticență în reglementarea acestei proceduri, îndeosebi medicii ginecologi și experții în sănătatea reproducerii, subliniind că populația țării nu este pregătită pentru acceptarea acesteia și că ar putea surveni mai multe cazuri de exploatare și abuz a femeilor vulnerabile.

În acest context, subliniem că unele paciente au cunoscut femei/cupluri care au apelat la serviciile de maternitate de substituție în Ucraina. *"Am o cunoscută, care a făcut mai multe proceduri de fertilizare în vitro, însă toate au fost nereușite. Până la urmă, ea are o fetiță de la mamă surrogat. Ei au vândut și mașină, și pământ. Au cheltuit peste 50.000 de euro" (Pacientă_FIV).*

Percepții privind crioconservarea ovulelor și spermei. Crioconservarea este procedura de congelare a ovulelor sau a spermei pentru utilizare ulterioară, este o practică medicală relativ nouă în Republica Moldova, dar cu o relevanță socială în creștere, pe fondul amânării vârstei la care femeile și bărbații aleg să devină părinți. Datele obținute indică o graduală familiarizare a populației cu această tehnologie, dar și o diversitate de poziții în ceea ce privește disponibilitatea personală de a recurge la această procedură.

Majoritatea respondenților (69,9%) afirmă că au auzit despre procedura de crioconservare a ovulelor sau spermei, ceea ce confirmă o vizibilitate tot mai mare a subiectului în spațiul public și cel mediatic. Cu toate acestea, aproape un sfert (27,2%) nu au auzit de această practică, iar 2,9% nu sunt siguri, ceea ce arată că difuzarea informațiilor medicale specializate rămâne inegală, mai ales în rândul populației cu nivel mai scăzut de educație sau din mediul rural (Figura 24.).

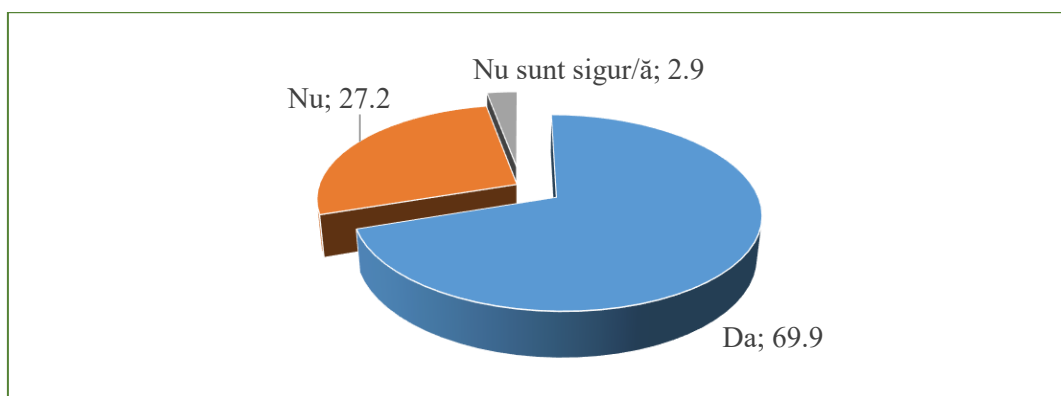


Figura 24. Repartizarea răspunsurilor la întrebarea dacă au auzit despre congelarea / crioconservarea ovulelor/spermei pentru a fi utilizate mai târziu

Acest grad de cunoaștere, deși promițător, nu este încă suficient pentru a genera o înțelegere clară a implicațiilor medicale, legale și etice ale procedurii, ceea ce poate explica și incertitudinile exprimate la întrebările privind utilizarea personală. Când vine vorba de decizia personală, opiniile sunt mai echilibrate și reflectă ambivalența emoțională și culturală asociată acestui subiect. Aproximativ 46,9% dintre respondenți s-ar arăta favorabili ideii (18,4% „sigur da” și 28,5% „mai degrabă da”), în timp ce 34,9% ezită sau refuză (19,7% „mai degrabă nu” și 15,2% „sigur nu”). O proporție semnificativă (18,1%) afirmă că „le vine greu să răspundă”, fapt ce sugerează o lipsă de informare, dar și un disconfort cultural față de ideea de planificare medicală a fertilității (Figura 25.).

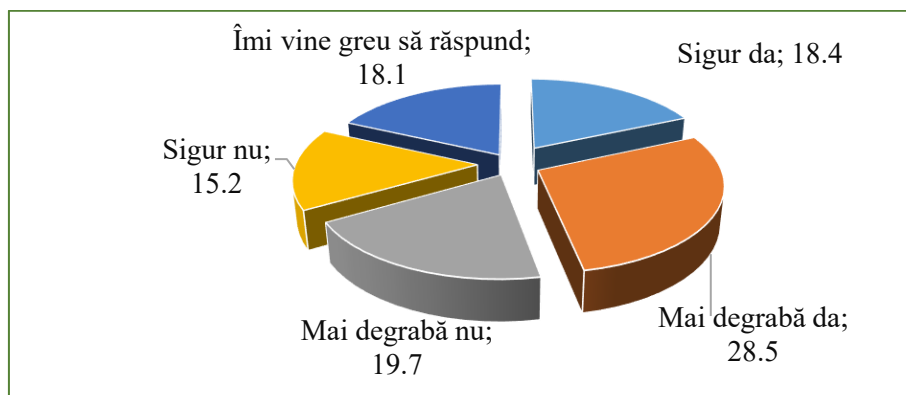


Figura 25. Repartizarea răspunsurilor la întrebarea dacă a luat/ar fi luat în considerare congelarea / crioconservarea ovulelor / spermei

Rezultatele studiului arată că în Republica Moldova există un potențial semnificativ de creștere a acceptării crioconservării, dar cu condiția consolidării educației medicale și reproductive. Deși procedura este adesea asociată cu tratamentele de infertilitate, tot mai multe persoane o percep și ca o strategie de planificare a vieții, compatibilă cu ambițiile educaționale sau profesionale.

Atitudini față de crioconservarea ovulelor în funcție de contextul medical și social. Analiza percepțiilor privind congelarea sau crioconservarea ovulelor în diferite situații dezvăluie diferențe clare între acceptarea procedurii din motive medicale și acceptarea acesteia din motive sociale sau personale. Rezultatele arată că populația face o distincție netă între necesitate medicală și alegere individuală legată de stilul de viață, ceea ce reflectă o moralitate reproductivă tradițională, dar aflată în proces de transformare. Astfel, majoritatea respondenților - 41,9% total de acord și 34,4% de acord susțin procedura de congelare a ovulelor atunci când femeia se confruntă cu probleme medicale (precum afecțiuni cronice, intervenții ginecologice sau tratamente oncologice). Doar 2,9% se declară total împotriva, iar 6,4% nu pot formula o opinie (Figura 26.).

Aceste rezultate indică o puternică solidaritate socială față de femeile aflate în situații medicale dificile și o înțelegere matură a rolului medicinei moderne în protejarea fertilității. Acceptarea ridicată semnalează că opinia publică percepe această practică ca pe o intervenție legitimă, moralmente justificată și compatibilă cu valorile familiale, mai ales în contextul în care scopul este conservarea șanselor de a avea copii biologici în viitor.

În schimb, nivelul de susținere scade vizibil când crioconservarea este prezentată ca opțiune pentru femeile care amână maternitatea din motive personale, profesionale sau de absență a unui partener. În acest caz, 31,5% sunt total de acord, iar 30,1% de acord, însă proporția celor indeciși crește la 19,5%, iar opoziția totală urcă la 7,5% (Figura 26.).

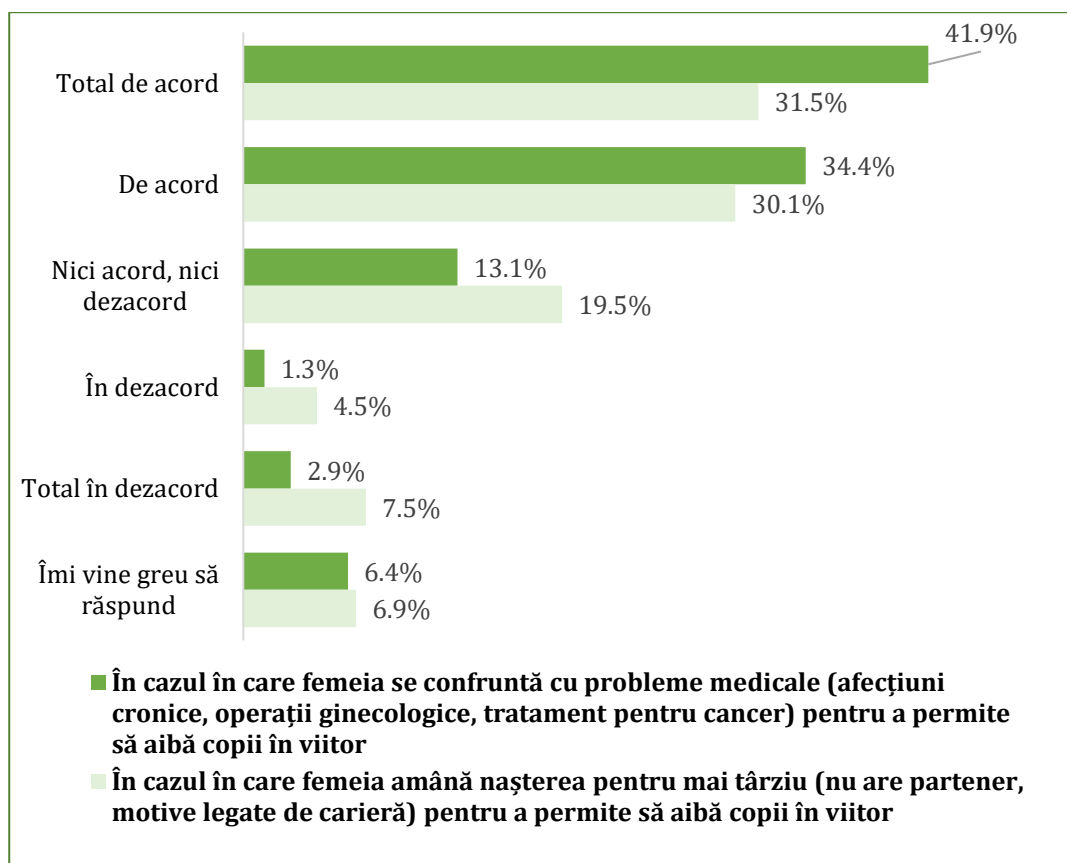


Figura 26. Repartizarea răspunsurilor privind acordul cu congelarea/crioconservarea ovulelor de către femei în următoarele situații

Compararea celor două scenarii relevă o ierarhizare valorică clară, crioconservarea este pe deplin acceptată când este impusă de circumstanțe medicale, dar devine discutabilă când este determinată de alegeri personale. Această distincție reflectă o cultură reproductivă dominată de principiul „necesității”, în care tehnologia este justificată doar ca răspuns la o problemă, nu ca instrument de autonomie individuală.

7. EVOLUȚIA IMPLEMENTĂRII MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Evoluția medicinei reproductive asistate în Republica Moldova reflectă atât progresele tehnologice, cât și schimbările socio-culturale legate de atitudinea populației față de infertilitate și tratamentele disponibile. Numărul total de cupluri din Republica Moldova care au beneficiat de intervenții (IUI, FIV/ICSI) are un trend ascendent, de la 1622 în 2019 la 1798 în 2024, marcând o creștere de aproximativ 11% în această perioadă. Această tendință indică o îmbunătățire generală a accesibilității și acceptării acestor proceduri, posibil datorită creșterii numărului de specialiști, a infrastructurii și a conștientizării populației privind tratamentele de fertilizare asistată. Deși în 2020 s-a înregistrat o scădere semnificativă (de la 1.622 în 2019 la 1.195), această diminuare poate fi atribuită restricțiilor și încetinirii oferirii serviciilor medicale din cauza pandemiei (Tabelul 4.). Revenirea și creșterea ulterioară reflectă recuperarea sistemului și aprecierea crescută pentru beneficiile acestor tratamente.

Analiza datelor statistice pentru perioada 2019–2024 evidențiază un trend ascendent al cuplurilor care au beneficiat de intervenții precum inseminarea intrauterină (IUI) și fertilizarea in vitro cu sau fără injectare intracitoplasmatică a spermatozoizilor (FIV/ICSI), de la 1.622 în 2019 la 1.798 în 2024, ceea ce indică o creștere de aproximativ 11% (Tabelul 4.).

În literatura de specialitate se remarcă că în 2020, cel mai recent an pentru care sunt disponibile cifrele, au fost raportate 923.318 cicluri de tratament din 41 de țări europene. În comparație globală, s-au înregistrat 326.468 de cicluri din SUA și 87.206 din Australia și Noua Zeelandă. Numărul de cicluri efectuate în multe țări dezvoltate a crescut cu 5-10% pe an în ultimii ani, dar acum această creștere începe să încetinească. Se raportează peste 3 milioane de cicluri medicale de reproducere asistată anual la nivel mondial, rezultând aproximativ 769.977 de nașteri. Datele din registre sunt considerate a reprezenta în jur de 75% din totalul tratamentelor medicale de reproducere asistată. Astfel, se estimează că în fiecare an se efectuează aproximativ 4 milioane de cicluri medicale de reproducere asistată, cu aproximativ 1.000.000 de copii născuți [26].

Utilizarea tehnologiilor de reproducere medicală asistată, definită ca numărul de cicluri raportate la un milion de locuitori, reflectă „accesul realizat” pentru cei care au nevoie de tratamente medicale de reproducere asistată pentru a concepe și servește ca indicator al accesului la serviciile de infertilitate. Numărul de cupluri tratate în Republica Moldova la un milion de persoane a

oscilat între 452 în 2020 și 742 în 2024, cu o creștere semnificativă în ultimii doi ani, ceea ce indică o sporire relativă a accesului la tratamente în raport cu populația totală și o posibilă eficacitate crescută a sistemului de servicii medicale specializate (Tabelul 4.).

Țările cu cea mai mare disponibilitate a medicinei reproductive asistate în termeni de cicluri per milion de locuitori sunt Grecia, Republica Cehă și Estonia, cu numere care depășesc 2.900 de cicluri per milion de locuitori. Rata globală de utilizare a tehnologiilor medicale de reproducere asistată este de 535 de cicluri per milion de locuitori, însă diferențele semnificative între țări variază. Ratele specifice fiecărei țări au fluctuat ușor în timp și sunt un indicator puternic al politicilor publice ale statelor legate de accesibilitatea tratamentelor de infertilitate pentru toți [1].

Raportul cuplurilor tratate care revin la 1000 de femei cu vârsta 15-49 de ani a crescut în Republica Moldova de la 1.95 în 2020 la 3.25 în 2024, posibil datorită conștientizării, extinderii ofertei de servicii sau creșterii cererii. În 2020, procedura IUI reprezenta cca. 58.23 la 1.000.000 persoane și 0.25 la 1.000 de femei, cu o tendință crescătoare până în 2024 (72.26 și respectiv 0.31) (Tabelul 4.). Creșterea procentuală sugerează o accentuare a utilizării acestei proceduri mai simple și mai puțin invazive care poate fi mai accesibilă și mai cost-eficientă pentru pacienți și sistem.

La nivel european, cea mai frecventă tehnică de fertilizare (tratament) este ICSI. În general, ICSI reprezintă aproximativ 73% din toate tratamentele la nivel mondial [26]. Pentru FIV/ICSI în Republica Moldova, ratele au fost între 393 și 670 la 1.000.000 persoane și 1.70–2.94 la 1.000 de femei în perioada 2019-2024, indicând o creștere constantă în utilizarea acestor proceduri, care reprezintă tratament de nivel mai avansat și cu implicații mai complexe (Tabelul 4.).

Analiza și interpretarea datelor privind numărul de transferuri de embrioni sau zigoți (proaspăt și congelat/crioconservare) după FIV/ICSI, în perioada 2019-2024, evidențiază că numărul total de transferuri a crescut de la 1.515 în 2019 la 1.689 în 2024, ilustrând o creștere de aproximativ 11,4%. Numărul de transferuri raportat la populația totală (per milion de persoane) a crescut de la 565 în 2019 la 697 în 2024. La nivelul femeilor cu vârsta de 15-49 ani, indicatorul a crescut de la 2,41 în 2019 la 3,06 în 2024 (Tabelul 4.). Tendința de creștere a numărului de proceduri, atât ca număr absolut, cât și în indicatorii relativi, sugerează o consolidare a sistemului de sănătate reproductivă, precum și o acceptare socială în creștere.

Deși peste 3 milioane de cicluri de tratament medical de reproducere asistată sunt realizate anual la nivel global, cererea estimată este de peste 10 milioane de cicluri pe an, iar necesitatea reală depășește 20 de milioane de cicluri anual. Anumite persoane care au nevoie de aceste servicii nu le solicită din cauza lipsei conștientizării infertilității, a costurilor, a autonomiei reproductive sau din cauza unor percepții greșite sau alte limitări sociale. Conștientizarea infertilității a fost definită ca înțelegerea reproducerii, fertilității, fecundabilității și a factorilor de risc individuali (vârsta avansată; factori de sănătate sexuală, cum ar fi infecțiile cu transmitere sexuală; și factori de stil de viață, precum fumatul și obezitatea) și factori de risc non-individuali (factori de mediu și de muncă), inclusiv conștientizarea factorilor sociali și culturali care afectează opțiunile de a îndeplini nevoile de planificare și construire a familiei” [1]. În Republica Moldova, situația este similară, deoarece numeroase cupluri nu apelează la aceste servicii din cauza unor factori similari. Astfel, în contextul Republicii Moldova, aceste aspecte trebuie abordate pentru a crește accesul și utilizarea serviciilor de tratament pentru infertilitate.

Tabelul 4. Proceduri medicale de reproducere asistată cu donare în cuplu/între parteneri în Republica Moldova

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numărul total de cupluri tratate care au avut cel puțin o intervenție a ciclului de tratament (IUI, FIV/ICSI) finalizată	1622	1195	1365	1306	1612	1798
Numărul de cupluri tratate la 1000000 de persoane	605	452	520	509	646	742
Numărul de cupluri tratate la 1000 de femei cu vârsta 15-49 de ani	2.58	1.95	2.26	2.21	2.83	3.25
Numărul de cupluri tratate prin IUI	136	154	132	135	185	175

Numărul de cupluri tratate prin IUI la 1000000 de persoane	50.7	58.23	50.26	52.60	74.22	72.26
Numărul de cupluri tratate prin IUI la 1000 de femei cu vârsta 15-49 de ani	0.21	0.25	0.21	0.22	0.32	0.31
Numărul de cupluri tratate prin FIV/ICSI	1486	1041	1233	1171	1427	1623
Numărul de cupluri tratate prin FIV/ICSI la 1000000 de persoane	554	393	469	457	572	670
Numărul de cupluri tratate prin FIV/ICSI la 1000 de femei cu vârsta 15-49 de ani	2.37	1.70	2.03	1.99	2.50	2.94
Numărul de transferuri de embrioni sau zigoți (proaspăt și congelat/crioconservare) după FIV/ICSI, indiferent de numărul de embrioni transferați	1515	1177	1523	1499	1646	1689
Numărul de transferuri de embrioni sau zigoți (proaspăt și congelat/crioconservare) după FIV/ICSI, indiferent de numărul de embrioni transferați la 1000000 de persoane	565	445	579	585	660	697
Numărul de transferuri de embrioni sau zigoți (proaspăt și congelat/crioconservare) după FIV/ICSI, indiferent de numărul de embrioni transferați la 1000 de femei cu vârsta 15-49 de ani	2.41	1.92	2.51	2.55	2.88	3.06

Sursa: Calculele sunt realizate de autori în baza datelor Agenției de Transplant.

Analiza și interpretarea datelor despre numărul de prelevări de oocite (proceduri de extragere în care a fost extras cel puțin un oocit) în perioada 2019-2024 în contextul donării în cuplu/între parteneri demonstrează o tendință clară de creștere semnificativă, indicând o dezvoltare și extindere a serviciilor de fertilizare asistată. Numărul de prelevări de oocite a crescut de la 1.350 în 2019 la 1.839 în 2024, reprezentând o creștere de aproximativ 36% în această perioadă (Tabelul 5.). Această tendință ascendentă sugerează, pe de parte, o consolidare a infrastructurii, și, pe de altă parte, o creștere a cererii sociale pentru aceste servicii.

Analiza datelor privind numărul de proceduri de crioconservare a ovocitelor după FIV/ICSI (indiferent de numărul de ovocite crioconservate) în perioada 2019-2024 indică o tendință de creștere, cu fluctuații anuale. Numărul de proceduri a crescut de la 9 în 2019 la 28 în 2024, adică aproape o triplare (Tabelul 5.). În concluzie, această dinamică sugerează o evoluție pozitivă și un trend favorabil pentru integrarea tehnologiei de crioprezervare în sistemul de sănătate reproductivă, cu potențiale beneficii pe termen lung pentru pacienți și pentru sistemul de sănătate în ansamblu.

Analiza și interpretarea datelor privind numărul de proceduri de crioconservare a spermei după FIV/ICSI în perioada 2019-2024 indică o tendință general ascendentă, cu fluctuații anuale. Numărul de proceduri de crioconservare a spermei a crescut de la 227 în 2019 la 330 în 2024, reprezentând o creștere de aproape 45% în această perioadă. În 2020, s-a observat o creștere relativ moderată față de 2019 (de la 227 la 291), influențată, probabil, de impactul pandemiei COVID-19, care a afectat și sistemul de sănătate și accesibilitatea serviciilor. În anii următori, creșterea a fost mai accentuată, până în 2023, când numărul a atins un maxim de 377, însă în 2024 s-a înregistrat o ușoară scădere (330) (Tabelul 5.).

Tabelul 5. Tendințe privind prelevarea și crioconservarea oocitelor, spermei și embrionilor în donarea în cuplu/între parteneri în perioada 2019-2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numărul de prelevări de oocite (proceduri de extragere în care a fost extras cel puțin un oocit)	1350	1113	1387	1206	1565	1839
Numărul de proceduri de crioconservare a ovocitelor după FIV/ICSI, indiferent de numărul de ovocite crioconservate	9	13	22	13	39	28
Numărul de proceduri de crioconservare a spermei după FIV/ICSI, indiferent de numărul de paiete crioconservate	227	291	319	325	377	330
Numărul de proceduri de crioconservare a embrionilor în timpul FIV/ICSI, indiferent de numărul de embrioni conservați	657	564	634	583	880	1101

Sursa: Agenția de Transplant.

Analiza și interpretarea datelor privind donatorii și colectările pentru spermă, oocite și embrioni/zigoți în perioada 2019-2024 evidențiază o tendință de creștere și evoluție în sistemul de donare în domeniul reproducerii asistate în Republica Moldova. Numărul donatorilor a rămas relativ constant între 2 și 7 în ultimii ani, ajungând la 6 în 2024 (Tabelul 6.).

Numărul de donatori de oocite a fluctuat, dar cu o tendință de creștere clară în ultimii ani, de la 14 în 2019 la 19 în 2024. În 2022 și 2023 s-a observat o creștere mai accentuată, cu 24 și, respectiv, 20 de donatori (Tabelul 6.).

Numărul de donări (de colectări) de spermă a crescut semnificativ de la 3 în 2019 la 40 în 2024, cu o explozie în ultimii doi ani, mai ales în 2024. Numărul donărilor de oocite a fluctuat similar cu cel al donatorilor de oocite, dar cu o tendință ușor ascendentă spre finalul perioadei. Privitor la numărul de embrioni/zigoți, datele indică doar anul 2019, cu un singur caz (Tabelul 6.).

Creșterea discretă poate indica o acceptare graduală și o stabilizare a programelor de donare de spermă, dar și limitări în cadrul recrutării sau în percepția publică față de procesele de donare.

Acest lucru este confirmat și de opiniile practicienilor în domeniu. Deși cadrul legal din Republica Moldova prevede că donarea de celule sexuale poate fi anonimă și neanonimă, prima dintre ele nu se realizează din cauza anumitor particularități care survin. Actul donării de celule reproductive este voluntar și neremunerat, dar în același timp implică o serie de cheltuieli. *"Până a dona celule reproductive, donatorii trebuie să efectueze o serie de consultații și investigații medicale care sunt costisitoare. Nimeni nu-și asumă aceste costuri, de aceea noi încă nu avem astfel de donatori, atâta timp cât nu există un mecanism foarte clar care să permită decontarea acestor costuri"* (medic reproductolog). *"Cazurile de donare de spermă sunt foarte reduse și neanonime,,.* Un alt expert a subliniat problema lipsei unui registru a donatorilor și al copiilor concepuți: *"Să nu se întâmple ca la maturitate unii copii, având de exemplu același tată, să se căsătorească"*. Plus la toate, mai lipsește aspectul ce ține de limitarea numărului de donări. Astfel, donatorii pot dona mai des decât este permis, iar excluderea celor cu boli genetice ereditare este dificilă. Fără registre, copiii născuți prin donare, în special cei care doresc să își cunoască originea, pot fi expuși la dificultăți în ceea ce privește dreptul la identitate.

În acest context este relevantă situația din Israel, în 2022, când Ministerul Sănătății a raportat primirea a 547 de ovule donate de la donatori aflați în străinătate; cu toate acestea, nu deține date despre numărul femeilor care au primit donații de la fiecare donator. Această lacună provine din practica în care ovulele extrase de la un donor pot fi atribuite mai multor pacienți, iar donatorii pot face donări de mai multe ori. Ca urmare, Ministerul Sănătății nu poate determina numărul de femei care solicită sprijin în Israel prin donarea de ovule din străinătate. Mai mult, baza de date națională nu cuprinde informații detaliate pe această temă [76].

Tabelul 6. Numărul donatorilor și donărilor de celule reproductive și embrioni/zigoți pentru anii 2019-2020-2021 în afara cuplului/non/parteneri

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numărul de donatori (cu donație efectivă) de spermă	2	2	5	4	7	6
Numărul de donatori (cu donație efectivă) de oocite	14	9	12	24	18	19
Numărul de donări (de colectări) de spermă indiferent de numărul de paiete	3	5	5	6	17	40
Numărul de donări (de colectări) de oocite indiferent de număr	14	9	12	29	20	20
Numărul de donări embrioni/zigoți	1	-	-	-	-	-

Sursa: Agenția de Transplant.

Analiza și interpretarea datelor privind prezervarea capacității de reproducere din motive sociale și medicale în perioada 2019-2024 evidențiază o tendință clară de creștere, în special în cazul crioconservării ovocitelor. În 2019 și 2020 nu au fost înregistrate proceduri de acest tip, în 2021 a fost înregistrată o procedură, în 2022 au crescut la 3, iar în 2023 și 2024 s-au înregistrat 14, respectiv 26 de proceduri (Tabelul 7.). Creșterea accentuată în crioconservarea ovocitelor indică o acceptare și conștientizare tot mai mare a beneficiilor pentru păstrarea fertilității, în special pentru motive sociale (ex. amânarea maternității pentru motive personale, sociale) sau medicale (ex. tratamente oncologice).

Tendința în ceea ce privește crioconservarea spermei indică o creștere treptată din 2019 până în 2024 - de la 1 la 9-12 proceduri anual (Tabelul 7.). Utilizarea tot mai frecventă a crioprezervării poate contribui la diminuarea presiunii sociale pentru a avea copii într-un anumit interval de timp și la sporirea libertății personale în planificarea familială. În același timp nu a fost înregistrată nici o persoană cu țesut ovarian recoltat sau țesut testicular în scopul prezervării capacității de reproducere. Numărul redus de cazuri de conservare a fertilității din motive medicale se explică prin lipsa conexiunii

între specialiștii din instituțiile care prestează servicii medicale de reproducere asistată și specialiștii care ar putea indica pacienților utilizarea tehnicilor de conservare a fertilității, precum sunt oncologii, reumatologii, ginecologii.

Cadrul legal prevede oportunitatea de crioprezervare de gameți și țesut gonadal reproductiv (țesut testicular, țesut ovarian) pentru conservarea fertilității. Deși această procedură este extrem de necesară în contextul actual când se amână nașterea copiilor dar și din cauza răspândirii alarmante a maladiilor oncologice, totuși nu este frecvent întâlnită. O explicație în acest sens ar fi costul acestui serviciu. *"La noi în clinică prețul crioconservării este de 25 de euro lunar, ceea ce nu este puțin"* (expert_medic reproductolog). Acest aspect încă o dată evidențiază probleme în ceea ce privește egalitatea și echitatea accesului la această procedură.

Crioconservarea materialului genetic și a țesuturilor reproductive oferă persoanelor, îndeosebi femeilor, opțiunea de a avea copii biologici mai târziu în viață, chiar dacă nu au un partener potrivit în momentul crioconservării. Companii mari precum Facebook și Apple au început recent să ofere congelarea ovocitelor ca beneficiu pentru angajatele lor [60].

Tabelul 7. Prezervarea capacității de reproducere din motive sociale și medicale

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numărul de proceduri de crioconservare a oocitelor	0	0	1	3	14	26
Numărul de proceduri de crioconservare a spermei	1	2	10	2	12	9

Sursa: Agenția de Transplant.

Numărul total de proceduri FIV a crescut de la 1.516 în 2019 la 1.537 în 2021, indicând o tendință de stabilizare sau ușoară creștere, după o scădere în 2020 (1.212). Din totalul procedurilor, 96-97% sunt contraplată. Respectiv, numărul de proceduri FIV din Fondul de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală este foarte redus, fiind de 59 în 2019 și 43 în 2024 (Tabelul 8.). Aceasta se întâmplă în pofida faptului că principala problemă identificată de experți dar și de pacienți în accesarea medicinei reproductive asistate este investiția financiară majoră necesară atât în etapa de diagnostic, cât și de tratament.

Tabelul 8. Numărul de proceduri FIV

	2019	2020	2021
Numărul total de proceduri FIV	1516	1212	1537
Numărul de proceduri FIV la 1000000 de persoane	565	459	585
Numărul de proceduri FIV la 1000 de femei cu vârsta 15-49 de ani	2.41	1.98	2.54
Numărul de proceduri FIV contraplată	1457	1163	1496
Numărul de proceduri FIV din Fondul de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală	59	49	41

Sursa: Agenția de Transplant.

Rata generală de succes FIV de aproximativ 43% indică un rezultat destul de bun, aliniat cu standardele internaționale pentru eficiența FIV. Rata de succes pentru procedurile FIV contraplatate (aproximativ 43%) este similară cu rata generală, confirmând consistența și eficiența tratamentului indiferent de forma de plată. Rata de succes mai mare (aproximativ 51%) pentru procedurile finanțate din Fondul de Asigurări Obligatorii în Medicină sugerează posibil utilizarea mai selectivă a acestor fonduri sau poate indica diferențe în criteriile de eligibilitate, selectând cazuri cu perspective mai favorabile (Tabelul 9.).

În Europa, în 2020, rata medie de sarcină per transfer de embrioni a fost de 33,2% după FIV, 33% după ICSI, 35,9% după transferul de embrioni congelați și 51,3% după donarea de ovocite (ESHRE, 2025).

Tabelul 9. Numărul procedurilor FIV și numărul sarcinilor survenite în anul 2021

Numărul total de proceduri FIV efectuate	1537
Numărul de proceduri FIV contraplată	1496
Numărul de proceduri FIV din Fondul de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală	41
Numărul total al sarcinilor survenite din FIV	665
Numărul total al sarcinilor survenite din FIV raportat la 1000 nașcuți vii	22,7
Numărul sarcinilor survenite din FIV contraplată	644

Numărul sarcinilor survenite din FIV din Fondul de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală	21
Rata de succes generală FIV (în %)	43.2
Rata de succes FIV contraplată (în %)	43.06
Rata de succes generală FIV din Fondul de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală	51.2

Sursa: Datele au fost oferite de Agenția de Transplant la solicitare.

Progresul incredibil al medicinei reproductive asistate nu a venit fără provocări. Deși eficacitatea acesteia a crescut semnificativ la nivel global, pentru toți pacienții care încep un ciclu de tratament mai puțin de 1 din 4 obține o naștere vie. Aceasta înseamnă că majoritatea pacienților, chiar și cei mai tineri, au nevoie de mai mult de un ciclu de tratament pentru a avea o naștere vie. În ultimii 10 ani rata de succes globală per ciclu nu a crescut. Mai mult, deși ratele de naștere multiplă au fost reduse semnificativ, acestea sunt încă mai mari decât rata nașterilor multiple naturale [1]. Astfel, numărul mediu este de 1,81 embrioni per transfer la nivel european, iar rata de naștere multiplă per transfer de embrioni a scăzut constant din 2000 - de la 26,9% la 11,1% în 2020 [26]. Prin urmare, este nevoie de noi progrese științifice, tehnologice și clinice pentru a crește numărul de nașteri vii per ciclu inițiat și per transfer de un singur embrion.

Comparativ cu tendințele internaționale, numărul de cicluri realizate în Republica Moldova rămâne mai scăzut, raportat la populație, decât în alte țări europene. Oricum, creșterea numărului de cupluri tratate per milion de locuitori indică o îmbunătățire semnificativă a accesului la aceste servicii, reflectând, probabil, atât extinderea infrastructurii specializate și consolidarea capacității clinice și tehnice a serviciilor medicale, cât și conștientizarea mai mare a populației cu privire la opțiunile de tratament. În paralel, creșterea modestă a numărului de proceduri de crioconservare a ovocitelor și spermei reflectă o tendință globală de preservare a fertilității din motive medicale și sociale, oferind pacienților flexibilitate în planificarea familială și protejând capacitatea reproductivă în contextul tratamentelor oncologice sau al amânării maternității. Totuși, accesul la aceste servicii rămâne inegal, în principal din cauza costurilor ridicate, a lipsei unui mecanism clar de decontare, a numărului limitat de donatori și a unor bariere sociale și culturale. Rata generală de succes FIV de aproximativ 43% este aliniată la standardele internaționale, ceea ce

sugerează că procedurile aplicate în Republica Moldova sunt eficiente și sigure. Totuși, asemenea altor țări, rata de naștere per ciclu rămâne sub 50%.

În concluzie, datele indică o dezvoltare progresivă și o consolidare a sistemului de sănătate reproductivă în Republica Moldova, cu tendințe de creștere a accesului, acceptării sociale și complexității serviciilor medicale de reproducere oferite. Cu toate acestea, există provocări semnificative legate de costuri, echitatea accesului, disponibilitatea donatorilor și informarea populației, care trebuie abordate pentru a asigura o implementare sustenabilă și eficientă a medicinei reproductive asistate.

8. OBSTACOLE ȘI PROVOCĂRI ÎN ACCESAREA MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATĂ

Datele privind factorii care ar putea influența decizia de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată relevă o ierarhie clară a motivațiilor și obstacolelor percepute, care reflectă atât dimensiuni raționale și medicale, cât și elemente emoționale, morale și culturale. Rezultatele confirmă rolul esențial al expertizei medicale în conturarea deciziilor reproductive: pentru 72,3% dintre respondenți, recomandările sau indicațiile medicilor ar avea o influență directă asupra deciziei de a utiliza noile tehnologii. Acest nivel ridicat de acord subliniază poziția de autoritate a profesioniștilor din domeniul sănătății în spațiul public și relevă gradul înalt de încredere pe care populația îl acordă instituției medicale în probleme cu impact major asupra vieții personale și familiale.

Experiențele pozitive ale altor persoane sau cupluri reprezintă, la rândul lor, un determinant semnificativ (70,1%), indicând faptul că decizia de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată este puternic condiționată și de mecanismele de validare socială (Figura 27.). Într-o societate unde contactul direct cu aceste tehnologii rămâne limitat, mărturiile de succes joacă un rol simbolic de confirmare, reducând percepția riscului și crescând încrederea în eficiența procedurilor.

La nivelul factorilor relaționali, opoziția partenerului de viață ar influența decizia în cazul a 67,7% dintre respondenți, ceea ce confirmă dimensiunea profund relațională a deciziilor reproductive. Aceasta reflectă nu doar normele culturale privind luarea deciziilor în cuplu, ci și faptul că procesele de fertilitate asistată sunt percepute ca experiențe partajate, cu implicații emoționale și economice comune. În același registru pragmatic, accesul la clinici medicale sau specialiști este invocat de 67,5% dintre respondenți drept factor determinant, evidențiind rolul infrastructurii de sănătate și al distribuției geografice a serviciilor în configurarea oportunităților reale de tratament (Figura 27.).

Un alt obstacol major rămâne a fi cel financiar: 66,4% dintre respondenți consideră costurile tratamentelor un element care le-ar influența decizia. Această proporție ridicată sugerează că dimensiunea economică a accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată continuă să constituie o barieră structurală importantă, care ar putea amplifica inegalitățile socioeconomice în domeniul sănătății reproductive. Frica de riscuri medicale pentru sănătatea femeii care urmează procedura (63,5%) și pentru copilul născut prin aceste

tehnologii (60,8%) exprimă persistența unui nivel considerabil de anxietate asociat cu intervențiile medicale asupra procesului natural de reproducere (Figura 27.). Această percepție a riscului medical, parțial alimentată de lipsa informațiilor validate științific, constituie o zonă de vulnerabilitate cognitivă, cu implicații directe asupra gradului de acceptare publică a acestor tehnologii.

La intersecția dintre dimensiunea morală și cea emoțională, îngrijorările privind selecția și distrugerea embrionilor (58,7%) și impactul emoțional negativ în cazul eșecului tratamentului (55,5%) conturează un tablou complex de dileme etice și afective ce pot descuraja utilizarea acestor tehnologii (Figura 27.). Aceste rezultate sugerează că, dincolo de constrângerile materiale și logistice, decizia de a apela la tehnologiile medicale de reproducere asistată implică un proces profund reflexiv, în care reprezentările morale și emoționale ocupă un loc central.

Totodată, insuficiența informațiilor despre tehnologiile medicale de reproducere asistată (50,4%) și lipsa de încredere în succesul procedurii (47,2%) indică deficiențe sistemice în comunicarea publică și în educația medicală a populației. Ponderea ridicată a celor care ezită să răspundă („îmi vine greu să răspund” – între 10% și 17%) arată incertitudine cognitivă și atitudinală, semnalând nevoia unor intervenții de informare bazate pe evidență, menite să reducă temerile și percepțiile eronate (Figura 27.).

Motivele religioase se dovedesc a fi cel mai puțin influent factor (24,0%), deși nu lipsit de relevanță pentru anumite segmente ale populației (Figura 27.). Acest rezultat indică o tendință generală de secularizare a deciziilor privind reproducerea asistată în care considerațiile de ordin medical, emoțional și economic prevalează asupra celor religioase.

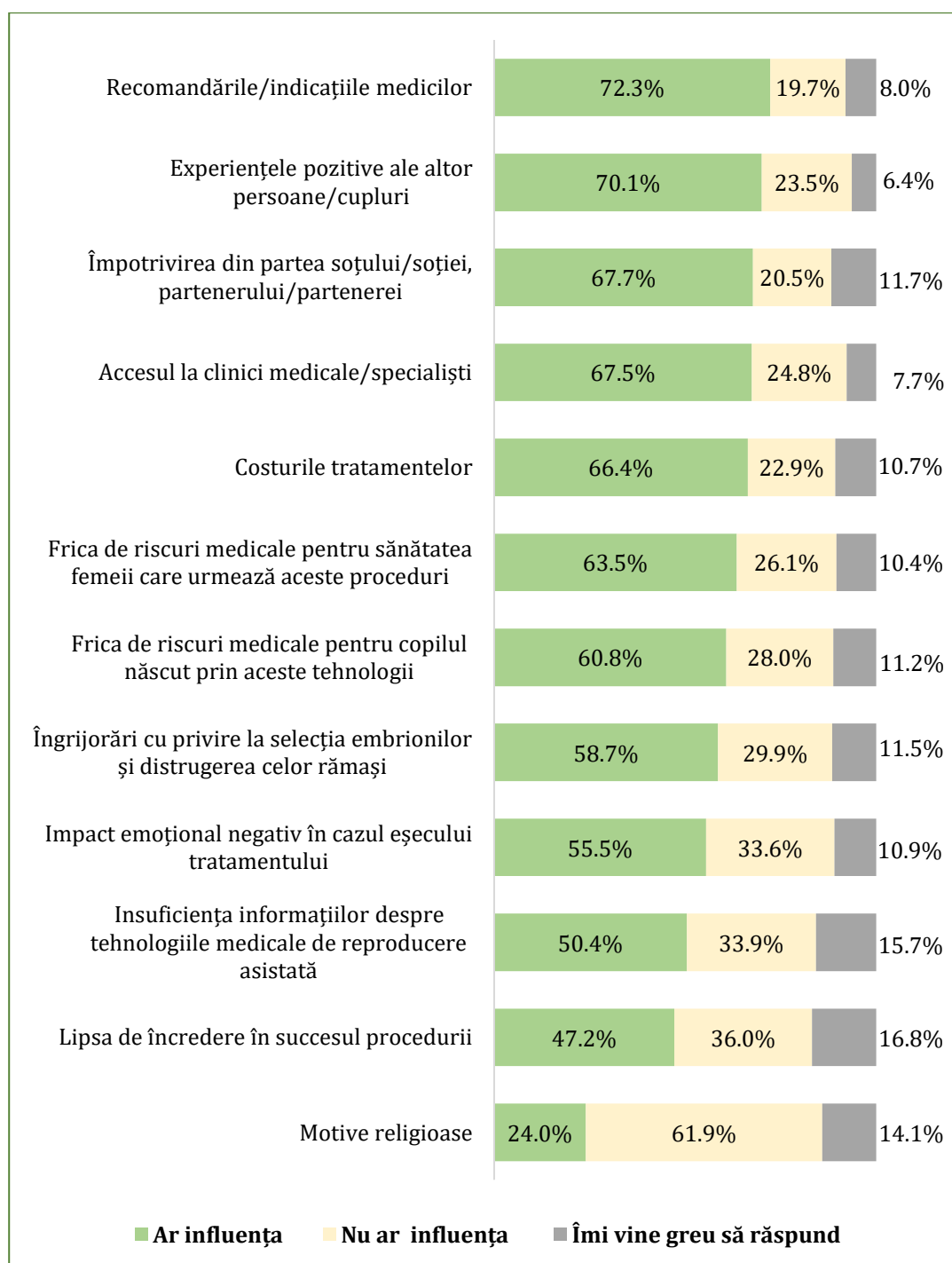


Figura 27. Repartizarea răspunsurilor la întrebarea dacă ar fi în situația să aibă nevoie să apeleze la tehnologiile medicale de reproducere asistată pentru a concepe un copil, care dintre următoarele motive i-ar putea influența decizia de a utiliza aceste tehnologii

La întrebarea: *Considerați că următoarele aspecte pot fi obstacole în utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată de către cuplurile/persoanele care se confruntă cu infertilitatea?*, cea mai puternică barieră identificată este de natură economică: 89,1% dintre respondenți consideră costurile tratamentelor drept un obstacol major pentru cuplurile care se confruntă cu astfel de probleme (Figura 28.). Această proporție ridicată indică faptul că prețul procedurilor de fertilizare in vitro sau al altor tehnologii similare rămâne prohibitiv pentru marea majoritate a populației. În contextul în care aceste servicii sunt preponderent oferite în regim privat, absența unor mecanisme de compensare sau de sprijin financiar din partea statului accentuează inegalitățile socioeconomice și reduce semnificativ accesibilitatea pentru cuplurile cu venituri medii sau mici.

Frica de riscuri medicale pentru femeia care urmează tratamentul (74,1%) și pentru copilul născut prin aceste tehnologii (70,1%) constituie următoarele două obstacole semnificative. Aceste temeri reflectă percepții de nesiguranță și incertitudine privind efectele procedurilor asupra sănătății, dar și un nivel insuficient de informare medicală în rândul populației. În același sens, insuficiența informațiilor despre tehnologiile medicale de reproducere asistată (65,6%) este ea însăși percepută ca o barieră importantă, ceea ce indică o deficiență structurală în comunicarea dintre sistemul medical și publicul larg. Lipsa campaniilor de educație medicală și a informării transparente favorizează menținerea miturilor și a concepțiilor greșite despre eficiența sau siguranța acestor tehnologii menționate de 60,5% dintre respondenți (Figura 28.).

Impactul emoțional negativ în cazul eșecului tratamentului (70,9%) se remarcă, de asemenea, ca o barieră semnificativă, sugerând că anxietatea legată de rezultatul procedurilor joacă un rol major în decizia de a începe sau de a continua un astfel de proces (Figura 28.). Aceasta reflectă o dimensiune psihologică adesea neglijată, dar esențială în înțelegerea comportamentului reproductiv asistat, a vulnerabilității emoționale, a sentimentului de epuizare și a temerii de eșec care pot afecta inclusiv cuplurile motivate să recurgă la tratamente.

Printre obstacolele de ordin logistic și instituțional, accesul la clinici medicale și specialiști (64,0%) și barierele legislative sau birocratice (53,3%) ocupă locuri importante (Figura 28.). Într-un context național unde centrele de fertilitate asistată sunt concentrate preponderent în capitală, diferențele teritoriale și lipsa unui cadru normativ clar și predictibil reduc capacitatea sistemului de a răspunde uniform nevoilor cuplurilor infertile.

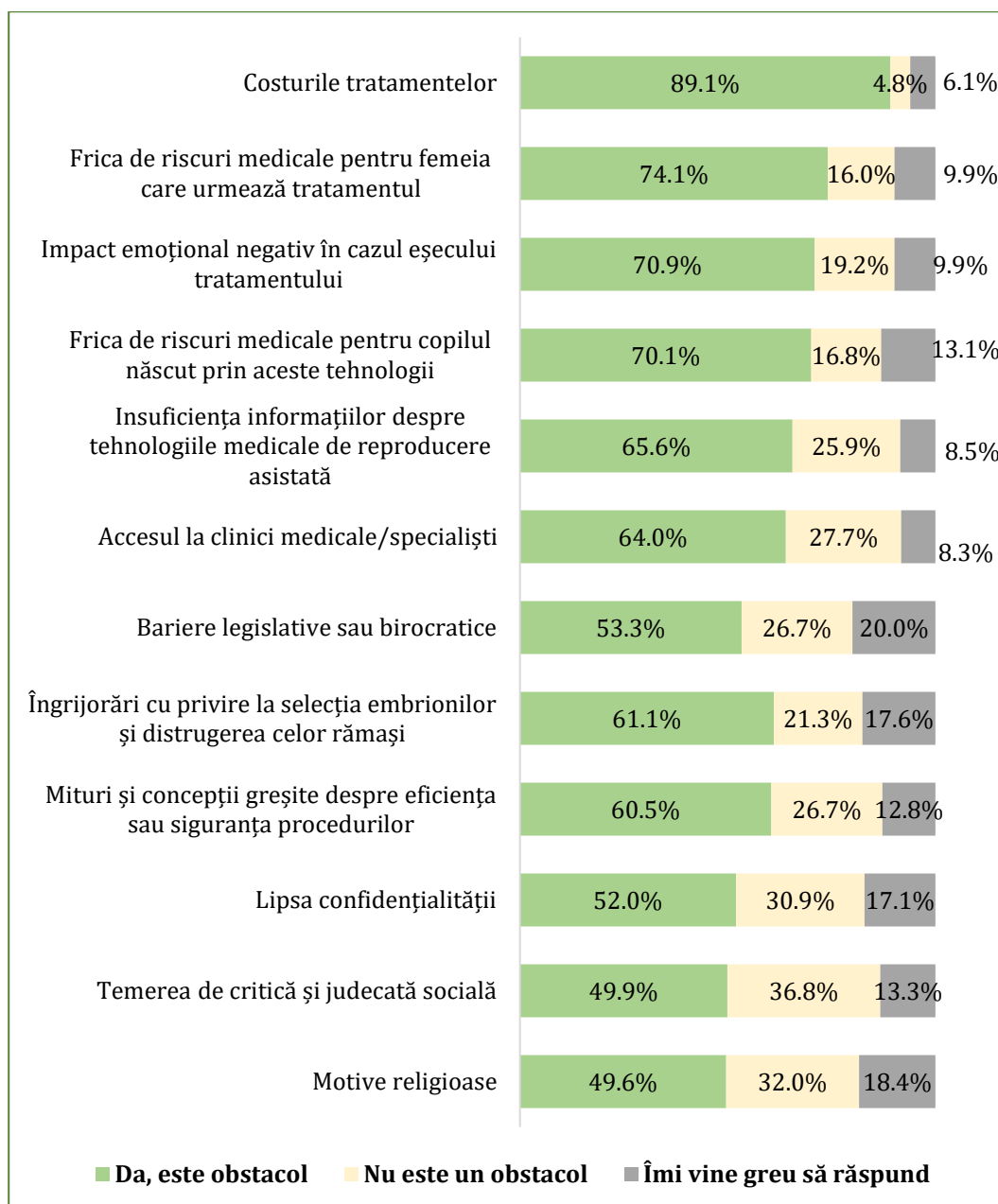


Figura 28. Aspectele care pot fi obstacole în utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată de către cuplurile/persoanele care se confruntă cu infertilitatea

De asemenea, se remarcă și prezența unui set de obstacole etice și socioculturale. Îngrijorările cu privire la selecția și distrugerea embrionilor (61,1%) indică existența unui conflict moral latent între valorile tradiționale și intervențiile tehnologice asupra procesului de reproducere. Această atitudine reflectă o componentă moral-religioasă și o anumită reticență în fața

dimensiunii bioetice a procedurilor. Lipsa confidențialității (52,0%) și teama de critică sau judecată socială (49,9%) relevă totodată persistența stigmatizării sociale asociate infertilității și utilizării tehnologiilor reproductive, ceea ce arată că, dincolo de obstacolele obiective, există și constrângeri simbolice și culturale care pot împiedica accesul la servicii (Figura 28.).

În mod similar, motivele religioase (49,6%) continuă să fie percepute ca o barieră pentru aproximativ jumătate dintre respondenți, deși nu atât de importantă decât alte obstacole (Figura 28.). Această barieră sugerează o anumită influență a cadrului valoric și confesional asupra atitudinilor față de reproducerea asistată, deși religia nu mai reprezintă un factor decisiv în comparație cu costurile sau riscurile medicale.

Analiza datelor cantitative relevă că obstacolele percepute în utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată sunt multidimensionale, implicând atât constrângeri materiale, cât și bariere psihologice, cognitive și normative. Structura răspunsurilor indică o asimetrică între dorința potențială de acces și posibilitatea reală de utilizare, determinată în principal de costuri, informare insuficientă, frici medicale și lipsă de sprijin instituțional. Această configurație confirmă nevoia de politici publice integrate, care să combine măsuri de sprijin financiar și extinderea accesului teritorial cu campanii de educație medicală și sensibilizare socială, menite să reducă stigmatizarea și să crească încrederea populației în siguranța și eficiența acestor tehnologii.

Studiul calitativ desfășurat de autori evidențiază de asemenea că principala problemă identificată atât de experți, cât și de pacientele care au urmat tratament medical de reproducere asistată în accesarea acestor servicii a fost cea cu referire la **investițiile financiare majore** necesare atât în etapa de diagnostic, cât și de tratament.

În funcție de tipul de tehnologie de reproducere asistată, costul serviciilor variază de la 29000 la 72.000 de lei pentru o procedură [58]. Aceasta nu include costul examinării suplimentare. Este important de menționat că, câștigul salarial mediu lunar brut, lei în Republica Moldova în 2024 a fost de 13 990 lei [9]. Astfel, costul unei singure proceduri de reproducere asistată reprezintă aproximativ de la 2 până la 5 ori câștigul salarial mediu lunar brut. Aceasta indică faptul că majoritatea cuplurilor nu își pot permite aceste tratamente fără economii semnificative sau sprijin financiar suplimentar. Având în vedere că procedura nu include toate examinările și investigațiile suplimentare necesare, costul total real poate fi mult mai mare. Comparativ cu salariul mediu, costul procedurilor sugerează necesitatea unei implicări mai active a statului prin subvenții, decontări sau programe de suport financiar,

pentru a asigura echitatea în accesul la tratamentele de fertilizare asistată. În lipsa acestora, decizia de a urma un tratament de fertilizare asistată poate fi amânată sau chiar abandonată, limitând astfel impactul potențial al tehnologiilor medicale de reproducere asupra creșterii natalității și sănătății reproductive a populației.

Nivelul ridicat al costurilor reprezintă un obstacol major chiar și pentru persoanele cu venituri relativ ridicate, evidențiind inegalitățile de acces la aceste servicii medicale specializate. *"Cel mai greu și presant a fost financiar, fiindcă mereu trebuia să găsești bani pentru următoarea procedură. Eu am cheltuit peste 26 mii euro"* (Pacienta_FIV). *"Tratamentul acesta nu este accesibil pentru fiecare, fiindcă prețurile sunt foarte mari. Eu nu cred că un muritor de rând trebuie să ia credit ca să facă un copil"* (Pacienta_FIV). *"Aceste proceduri, din păcate, sunt scumpe. Și o singură procedură nu îți garantează succesul final. Dacă ai un venit modest, nu știu dacă îți pot permite. Nu sunt accesibile absolut pentru fiecare, pentru că prețurile sunt foarte mari"* (Pacientă_FIV).

Această dificultate este amplificată de mai mulți factori. Toate intervențiile ce țin de medicina umană reproductivă asistată la etapa actuală sunt realizate în mediul privat. Respectiv, datorită acestui fapt, toți medicii reproductologi activează în acest sector. În consecință, cuplurile/persoanele infertile se adresează din start la aceștia fără a încerca să acceseze suport în cadrul serviciilor publice de sănătate. De notat, clinicile private pot avea scopuri comerciale și, din această cauză, nu oferă întotdeauna informații obiective sau complete despre opțiunile disponibile. De asemenea, pacienții sunt influențați să opteze pentru tratamente costisitoare, fără a înțelege pe deplin riscurile, beneficiile sau alternativele.

Totodată, pe parcursul ultimilor 4 ani prețul acestor servicii s-a dublat (de exemplu: prețul unei fertilizări vitro s-a majorat de la 2000 de euro până la 4000 de euro), ceea ce în opinia unor experți este nejustificat. Ținând cont de faptul că suntem o economie cu piață liberă, autoritățile statului nu au nici o pârghie pentru a verifica corectitudinea costului tratamentului. *"Nu există transparență și noi nu cunoaștem costurile reale ale acestor medicamente"* (Medic ginecolog). În opinia experților, acest preț s-a majorat preponderent datorită nivelului sporit de solicitare a acestor servicii. *"În acest domeniu, noi avem turism medical. Mulți străini vin și recurg la realizarea fertilizării in vitro în țara noastră. Această tendință s-a accentuat mai ales din 2022, când s-a început războiul din Ucraina și multe cupluri nu mai merg la Kiev pentru aceste proceduri"* (Expert în sănătatea reproductivă). În astfel de condiții pentru o mare parte din populație este dificil să acopere aceste cheltuieli semnificative,

mai ales că uneori sunt nevoiți să recurgă la mai multe proceduri până a ajunge să se nască copilul.

Conform unor studii științifice de profil, în analiza accesului la fertilizarea in vitro (FIV) pe criterii socioeconomice, femeile din grupurile socioeconomic mai ridicate au utilizat fertilizarea in vitro de două ori mai mult decât cele din grupurile inferioare, în fiecare grupă de vârstă și au cheltuit mai mulți bani din surse proprii [38]. Aceste femei își permit adesea să acopere costurile ridicate ale FIV din fonduri proprii, fapt ce subliniază o disparitate financiară și acces inegal la tratamentele de reproducere asistată.

Investițiile financiare majore fac ca accesul la tratamentele de reproducere asistată să fie limitat pentru majoritatea cuplurilor, favorizând în mod disproporționat persoanele cu venituri mai mari, care pot acoperi costurile din fonduri proprii. Vom sublinia, situația din Republica Moldova se aliniază observațiilor internaționale privind inegalitatea de acces la FIV.

O altă dificultate se referă la **lipsa/insuficiența serviciilor de consiliere și consultanță** în etapa de accesare a serviciilor medicale de reproducere asistată. Necesitatea unei consultanțe profunde este esențială pentru o înțelegere clară a procedurilor, riscurilor asociate și a șanselor reale de succes. Consilierea obținută îi ajută pe pacienți să ia decizii bine informate și conforme valorilor lor personale, mai ales că multe dintre ele sunt destul de complexe. *"Eu am făcut patru fertilizări in vitro în țara noastră și de fiecare dată schimbam clinica. Nici la una nu am fost informată suficient despre tot procesul. În mai multe cazuri eram privită doar ca un client care achită un sac de bani. Medicii nu reușesc să îmi acorde suficient timp la toate neclaritățile pe care le ai. Ultima procedură am realizat-o cu doi ani în urmă la Kiev, unde nivelul de abordare este total diferit. Mi s-a oferit un manager care discuta cu noi în limba română și ne răspundea la orice întrebare și la orice oră"* (Pacienta_FIV). Consultanța oferită pacienților îi ajută să-și gestioneze așteptările în ceea ce privește succesul tratamentelor de reproducere asistată și să-i pregătească pentru eventualele etape suplimentare de tratament.

Probleme psihologice precum anxietatea, lipsa de încredere în tratament și în dorința de a mai avea un copil au constituit o altă dificultate în procesul de urmare a tratamentelor medicale de reproducere asistată. *"Nu mai vedeam lumina de la capătul tunelului"* (Pacienta_FIV). *"Această problemă e frecventă la cei care urmează deja mai multe cicluri de tratament. Ei nu spun, dar ochii lor vorbesc despre aceasta, îi trădează"* (Medic reproductolog). Atitudinea psihologică influențează foarte mult rata de succes. *"Eu am avut doar o singură procedură FIV și a fost cu succes. Eu vă spun de ce alte femei nu rămân însărcinate,*

pentru că ele, când fac procedurile acestea, nu cred că o să rămână gravide. Gândul meu a fost unul pozitiv; dacă mă pornesc pe acest drum, gata, eu voi avea un copil. Psihologic, eu singură m-am pregătit. Trebuie să ai încredere și nici într-un moment nu a fost să-mi treacă prin cap că nu voi reuși. Așa și a fost!" (Pacientă_FIV).

Aceste manifestări psihologice pot fi interpretate în lumina literaturii de specialitate, care arată că tratamentele de reproducere asistată generează stres emoțional considerabil, influențând atât starea de bine a pacientelor, cât și deciziile ulterioare privind continuarea sau repetarea procedurilor. Lipsa de încredere în tratament poate reduce motivația pacientelor de a continua ciclurile necesare și poate afecta percepția lor asupra controlului asupra propriei fertilități. Aceste constatări subliniază necesitatea integrării suportului psihologic în cadrul serviciilor de reproducere asistată. Intervențiile psihologice, consilierea și sprijinul emoțional adaptate fiecărei paciente pot contribui la reducerea anxietății, la creșterea încrederii în proces și la ameliorarea experienței generale a tratamentului. În plus, aceste abordări sunt esențiale pentru îmbunătățirea rezultatelor pe termen lung, atât în ceea ce privește succesul medical al procedurilor, cât și sănătatea psihologică și calitatea vieții pacientelor.

Absența serviciilor de suport psihologic reprezintă o altă problemă identificată de pacientele care au urmat tratamente de reproducere asistată, dar și de către experții intervievați. Suportul psihologic este necesar pentru gestionarea stresului și anxietății, fiindcă adesea aceste intervenții sunt marcate de un impact emoțional profund din cauza incertitudinii succesului, îndeosebi atunci când sunt repetate și a presiunii de a deveni părinți. *"Eu la a patra sarcină pe care am efectuat-o prin FIV am pierdut copiii la 5 luni. I-am născut vii, i-am văzut cum plângeau, dar nu au supraviețuit, fiindcă aveau mai puțin de 500 grame. Vă imaginați prin ce durere am trecut? Eram singuri cu durerea noastră. Medicul a discutat cu noi doar 15 minute, fiindcă mai mult nu-i permite orarul. Ajutorul psihologic a lipsit cu desăvârșire"* (Pacientă FIV).

În prezent, instituțiile care prestează servicii de reproducere asistată nu oferă suport psihologic specializat cuplurilor afectate de infertilitate, ceea ce reprezintă o lacună în abordarea holistică a acestora. *"Cu procedurile astea ești stresat, te gândești dacă vei reuși sau nu. Așa, te simți permanent ca pe ace, te gândești dacă faci corect sau nu"* (Pacientă_FIV). *"Medicul meu mi-a zis că în Germania cuplul nu începe fertilizarea in vitro până nu trece consultația psihologului. Psihologul trebuie să vadă dacă cuplul e pregătit, dacă ambii parteneri doresc lucrul acesta. Dacă femeia e instabilă emoțional toată perioada*

va fi foarte greu, numai cu plâns, isterie și diverse reacții. Este foarte greu să duci greutatea asta când nu-ți reușește fertilizarea in vitro și dacă nu mai ai prieteni, părinți, frați în care să ai încredere și să poți discuta pe această temă ca să exteriorizezi gândurile tale, dorințele tale, fricile tale, poate într-o zi să apară o explozie și probleme psihice” (Pacientă_FIV).

Suportul psihologic ar putea să îi ajute pe pacienți să își gestioneze stările de durere, emoțiile în caz de eșec și să își dezvolte strategii eficiente pentru reducerea anxietății. Asemenea servicii sunt strict necesare, mai ales că unele cupluri nu sunt sprijinite de familia extinsă. *”Părinții îmi spuneau că nu voi reuși și doar voi cheltui bani. Respectiv, după prima fertilizare care a fost nereușită, am mai avut încă 12 și nu am mai spus la nimeni”* (Pacienta FIV).

Bariera de acces din cauza distanței mari și concentrării serviciilor de reproducere umană asistată doar în municipiul Chișinău reprezintă o problemă pentru unele cupluri din localitățile îndepărtate de capitala țării. Datorită specificului majorității serviciilor, pacienților li se cere adesea să se afle la clinică la momente specifice pentru investigație sau intervenție, ceea ce este necesar pentru succesul tratamentului. Astfel, unele cupluri aflate la distanțe mari de Chișinău sunt nevoite să suporte cheltuieli mai mari, inclusiv de transport, cazare, timpul plecat de la locul de muncă. Acest lucru duce la întârzieri în accesarea tratamentului și monitorizării, oboseală și presiune suplimentară pentru pacienți.

Aspectele religioase în accesarea medicinei reproductive asistate constituie dificultăți într-o măsură foarte redusă. Deși Republica Moldova este o țară cu o populație majoritar ortodoxă, iar tradițiile și credințele religioase au o influență considerabilă asupra valorilor sociale și culturale, atitudinile față de medicina reproductivă asistată au evoluat în timp, iar impactul religiei asupra accesului la aceste servicii este redus. *”Unele rude îmi ziceau că așa a făcut Dumnezeu ca eu să nu am copii. Pe mine aceasta nu mă influența. Eu le spuneam atunci că nici ele nu trebuie să apeleze la medic când le doare inima, capul, piciorul, fiindcă asta este de la Dumnezeu”* (Pacientă FIV). *”Eu sunt de părere că cineva acolo sus a permis evoluția în așa mod să ai șansa să obții ce-ți dorești, eu cred că asta nu contravine cu nici o convingere”* (Pacientă FIV). *”Dacă cineva vine și spune că religia nu permite fertilizarea in vitro, eu le zic că prin această metodă noi aducem pe lume mai mulți creștini”* (Medic reproductolog). Unii preoți nu se opun și chiar încurajează recurgerea la aceste tratamente, atâta timp cât prin intermediul lor se aduc copii pe lume. *”Părintele de la biserică m-a binecuvântat și mi-a indicat ce rugăciuni să citesc ca să reușească procedura FIV”* (Pacientă FIV). Deși aspectele religioase pot influența în mod subtil percepția și deciziile

cu privire la medicina reproductivă asistată în Republica Moldova, acestea constituie o barieră relativ minoră. Acceptarea din ce în ce mai mare a acestor tehnologii și sprijinul comunităților religioase pentru cuplurile infertile sugerează o tendință pozitivă spre accesibilitate și sprijin în utilizarea medicinei reproductive asistate.

Interviurile realizate cu experți în domeniul sănătății reproducerii au evidențiat **problema lipsei unor standarde, ghiduri, protocoale clinice naționale cu privire la medicina reproductivă medicală asistată.** *"Lipsește un ghid care să fie actualizat permanent, în care să fie clar menționat ce este un cuplu steril, infertil. Eu n-am văzut la noi așa ceva, unde foarte clar să fie scrise indicațiile. Noi trebuie să avem un standard foarte clar cu indicații, condiții, logistică pentru prelevare.... Adică trebuie să fie elaborat un standard tehnic ce conține procedurile, etapele, medicamentele. Elaborarea unui protocol unificat ar îmbunătăți transparența activității clinicelor de fertilizare în vitro. Aceasta înseamnă că activitatea lor trebuie să fie în conformitate strictă cu un standard de colectare și dările de seamă unificate cu o informație foarte largă despre evenimentele care au loc acolo. E nevoie ca cineva să lucreze, să facă acest document. Clinicile nu sunt interesate, fiindcă fiecare aplică un standard selectiv. Un grup de autori competenți să elaboreze aceste regulamente"* (Medic ginecolog). *"Clinicile aplică un standard selectiv, una face într-un fel, alta face altfel, a treia altfel. Este prioritar ca în medicină multe lucruri să fie foarte clar reglementate: procedurile, etapele, medicamentele"* (Medic ginecolog). *"Noi, în clinica noastră, ne conducem după unele protocoale internaționale, dar ar trebui să-l avem pe al nostru național adaptat"* (Medic reproductolog). *"Cunosc, încă nu există instrucțiuni clare pentru furnizori cu privire la modul de gestionare a unor aspecte importante în acest domeniu"* (Medic Ginecolog).

Lipsa unor standarde, ghiduri și protocoale clinice naționale pentru medicina reproductivă asistată are un impact major asupra calității și uniformității serviciilor de sănătate reproductive. Absența acestor reglementări poate duce la variații semnificative în practicile medicale între clinici și chiar între specialiști, ceea ce afectează predictibilitatea și calitatea îngrijirii oferite.

În contextul acestor dificultăți, pacientele/cuplurile intervin cu o serie de **strategii și practici** care de cele mai multe ori nu sunt cele mai oportune:

- **Tergiversarea apelării la serviciile de medicină reproductivă asistată** este o practică comună întâlnită în rândul cuplurilor care se confruntă cu probleme de fertilitate. *"După ce ne-am căsătorit, treceau ani, iar eu nu înțelegeam de ce noi nu reușim să concepem. Am mers la medic și pe la vreo 31 de ani, prima dată, mi s-a spus că pot să fiu gravidă doar prin fertilizare în vitro.*

Decizia de a face fertilizarea in vitro am luat-o mai târziu, abia la 36 de ani, la insistența soțului. Am reușit să nasc abia la 42 de ani” (Pacientă_FIV).

Insuficiența resurselor financiare a condus și la faptul ca unele paciente să întrerupă tratamentul și să-l reia cu întârziere, ceea ce contribuie la avansarea vârstei și pierderea timpului prețios în conceperea copilului. *”Am lăsat o perioadă mai lungă, fiindcă la moment nu aveam bani. Eu înțelegeam că dacă te duci la medici, nu poți face tratamentul pe datorie” (Pacienta_FIV).*

Un moment crucial în tratamentul infertilității asupra căruia nu se poate interveni este vârsta, de aceea momentul adresării este semnificativ și, din acest motiv, tratamentul cu tehnologiile de reproducere medical asistată trebuie să înceapă cât mai devreme, cât încă rezerva ovariană permite acest tratament. Cu toate acestea, barierele care survin în calea accesului la tratament pot împiedica acest lucru. Probabilitatea de a rămâne însărcinată prin intermediul tehnologiilor de reproducere medicală asistată este de aproximativ 27% pe ciclu după vârsta de 35 de ani și scade la 15% pe ciclu la vârsta de 40 de ani. Acest model este însoțit de rate crescute de avort spontan în rândul femeilor cu vârste de 35 de ani și peste [77]. Potrivit altui studiu, pentru femeile care încep tratamentul cu tehnologii medicale de reproducere asistată de la vârsta de 30 până la 34 de ani, șansa estimată de a naște vii este de 65% până la 74% după trei tratamente complete, în timp ce este doar de la 18% până la 23% la vârsta de 40 până la 44 de ani [43].

Această întârziere poate fi influențată de o serie de factori, inclusiv percepțiile sociale, temerile legate de tratament și costurile financiare implicate. Multe cupluri se tem de judecata socială și de stigma asociată cu infertilitatea și tratamentele de fertilitate. Incertitudinea legată de succesul tratamentelor, precum și temerile de efecte secundare sau complicații pot contribui la tergiversarea deciziei de a apela la aceste servicii. Cuplurile pot fi reticente să se angajeze într-un proces ce poate implica multiple tratamente și emoții intense. Tratamentul de fertilitate poate fi costisitor, iar multe cupluri se confruntă cu dificultăți financiare în a-și permite astfel de servicii. Educația insuficientă în domeniul fertilității poate duce la percepții greșite despre tratamentele disponibile și despre așteptările acestora. Tergiversarea apelării la serviciile de medicină reproductivă asistată poate avea o serie de efecte negative asupra cuplurilor care se confruntă cu probleme de fertilitate, precum amplificarea stresului emoțional și a anxietății, ducând la o stare de neliniște constantă. Un alt efect ține de reducerea șanselor de succes odată cu vârsta, în special la femei. A amâna apelarea la medicina reproductivă asistată poate însemna pierderea unor oportunități importante de tratament, ceea ce poate

afecta șansele de a avea copii. Tergiversarea poate conduce și la costuri mai mari pe termen lung. Așteptarea poate necesita tratamente mai complexe sau mai scumpe, deoarece problemele de fertilitate pot deveni mai severe în timp.

Îndeosebi situațiile de tergiversare s-au înregistrat din cauza dedicării față de muncă, carieră. Această tendință este adesea rezultatul unor factori socioeconomiци și culturali care modelează prioritățile personale și profesionale ale femeilor. Femeile pot simți presiunea de a excela în carieră, mai ales în medii de lucru competitive, unde succesul profesional este adesea evaluat în funcție de realizările individuale și contribuțiile la echipă.

- **Solicitarea serviciilor de reproducere medicală asistată de către femei ca urmare a inițiativei soțului sau partenerului.** Unele femei nu au apelat din start la medicina reproductivă asistată din cauza incertitudinii cu privire la reacția soțului/partenerului. Incertitudinea cu privire la modul în care partenerul ar putea reacționa la ideea de medicină reproductivă asistată poate duce la amânarea sau evitarea discuțiilor despre această opțiune. Unele cupluri pot să nu aibă un dialog deschis despre problemele de fertilitate sau despre opțiunile de tratament. Această lipsă de comunicare poate duce la speculații și îngrijorări în rândul femeilor, care se pot simți nesigure în ceea ce privește reacția partenerului la medicina reproductivă asistată. *"Eu, probabil, aveam o barieră ca să-i zic soțului că uite, hai să facem procedura aceasta. Când am văzut că el a venit cu inițiativa, mi s-a aprins dorința de a face fertilizarea in vitro"* (Pacientă_FIV).

- **Schimbarea centrelor de tratament care oferă servicii de reproducere medicală asistată** de către femei/cupluri din cauza eșecului perceput al tratamentului. Deși rata de succes după o procedură FIV este redusă, multe cupluri nu mai continuă tratamentul la același centru deoarece sunt influențați de alte opinii, fie că aud lucruri bune despre un alt centru sau rămân nemulțumiți de îngrijirea acordată. Aceasta se poate întâmpla din cauza că unele cupluri pot considera că eșecurile repetate indică o problemă fundamentală și se simt descurajați să continue cu același centru, în timp ce altele pot căuta alternative pentru a îmbunătăți șansele de succes. Uneori, femeile și cuplurile pot avea așteptări nerealiste cu privire la rezultatele tratamentului, bazându-se pe povești de succes sau pe informații despre altele care au avut experiențe pozitive. Când rezultatele lor nu se aliniază cu aceste așteptări, pot decide să caute un alt centru. Cuplurile pot fi influențate de recenzii ale altor pacienți care au avut experiențe pozitive la diferite centre, ceea ce poate crea o imagine mai favorabilă altor opțiuni, determinându-i să schimbe centrul pentru a beneficia de un tratament perceput ca fiind mai eficient.

Nemulțumirea față de serviciile oferite de un centru poate apărea din diverse motive, cum ar fi lipsa de comunicare, lipsa de empatie din partea personalului medical sau percepția că nevoile lor nu sunt satisfăcute. Această nemulțumire poate influența cuplurile să caute un alt centru, în speranța de a găsi o echipă medicală mai receptivă și dedicată. *"La un centru, doamna doctor m-a controlat și îndată mi-a întins lista... Poftim lista, iată contractul și du-te acolo și semnează. Iată cât costă și iată cum se plătește. Și de săptămâna viitoare venim și vă facem FIV. Fără ca să ne pună o diagnoză!!!"* (Pacientă_FIV). Actualmente, în Republica Moldova sunt 5 centre care oferă servicii de reproducere umană asistată, ceea ce sporește nivelul de accesibilitatea a acestora.

• **Obținerea tratamentelor din afara țării datorită tehnicilor și tratamentelor diferite.** De cele mai multe ori se apelează la clinicile din Kiev, Ucraina. *"Când mi-au scos trompele uterine și mi-au pus diagnoza că eu nu mai pot să am copii, noi am apelat la medicii din Ucraina, în care aveam mai multă încredere. Și apropo, foarte multă lume de la noi din țară se duce acolo. Atitudinea e una omenească!"* (Pacientă_FIV). *"Acolo, în Ucraina, medicii n-au început să facă fertilizare in vitro până nu au depistat care este problema. După ce au depistat problema și au pus o diagnoză, au mers la realizarea fertilizării in vitro. Nu știu dacă la noi ar fi procedat așa"* (Pacientă_FIV). *"În Ucraina au cerut mult mai multe investigații decât au cerut moldovenii noștri. Au cerut analizele sistemului imunitar, mamografia, a fost mult mai desfășurat în Kiev. Au cerut să vadă celulele astea, care răspund de imunitate, dacă sunt riscuri"* (Pacientă_FIV).

În concepția pacientelor intervievate clinicile din afara țării utilizează tehnici mai avansate și oferă soluții care se aliniază mai bine cu preferințele lor. Clinicile din Kiev au medici cu experiență vastă în domeniul reproduției asistate, care pot oferi tratamente personalizate bazate pe nevoile specifice ale pacientelor. Decizia de a accesa centre de reproducere umană asistată în afara țării este adesea rezultatul unei combinații de percepții legate de eșecul tratamentului, influențe sociale, nemulțumiri față de îngrijirea primită și căutarea unor opțiuni mai potrivite. Fiecare cuplu își dorește să aibă o experiență pozitivă în tratamentul de fertilitate, iar când aceasta nu este atinsă, căutarea unui centru în afara țării poate părea o soluție rezonabilă. Nu este exclus că unele paciente pot căuta tratamente în străinătate din dorința de a se simți mai confortabil și beneficiind de nivel de confidențialitate mai mare. Anonimitatea relativă poate fi atractivă pentru cei care doresc să păstreze experiența personală și medicală privată. Înțelegerea motivațiilor pacienților de a căuta tratament FIV în străinătate poate contribui la informarea

autorităților din domeniul sănătății publice și îmbunătăți calitatea și disponibilitatea serviciilor disponibile local, reducând astfel exodul medical.

Îndatorarea financiară pentru accesarea procedurilor de reproducere asistată. Unele cupluri recurg la împrumuturi bancare sau la alte forme de credit pentru a acoperi cheltuielile asociate procedurilor. Acest lucru poate genera un nivel ridicat de stres financiar și psihologic, deoarece cuplurile se îndatorează pe termen lung pentru a-și maximiza șansele de a obține o sarcină.

În concluzie, accesul la medicina reproductivă asistată în Republica Moldova este condiționat de o intersecție complexă de factori financiari, psihologici, logistici și socio-culturali. Abordarea acestor obstacole necesită o viziune holistică și politici integrate, care să permită nu doar utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere, ci și susținerea stării psihologice și a bunăstării pacientelor.

9. POLITICI INTERNAȚIONALE ȘI NAȚIONALE ÎN SUSȚINEREA POPULAȚIEI PENTRU ACCESAREA MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE

Tehnologiile medicale de reproducere asistată nu reprezintă doar un mijloc de atenuare a suferinței persoanelor care nu au copii, ci și un potențial instrument de politică publică pentru creșterea ratelor fertilității. Prin urmare, medicina reproductivă asistată suscită un interes substanțial din partea factorilor de decizie politică.

Deși serviciile de diagnostic și tratament medical de reproducere umană asistată sunt disponibile în toate țările europene, utilizarea acestora variază considerabil, indicând existența unor discrepanțe majore în echitatea accesului. De asemenea și politicile privind reproducerea medicală umană asistată variază semnificativ la nivel național și internațional, reflectând diferențe legislative, etice, culturale și religioase.

În ultimii ani, mai multe guverne au instituit reglementări cu privire la medicina reproductivă asistată în încercarea de a controla costurile și a maximiza în același timp rezultatele. Strategiile reglementative sunt concepute nu doar pentru a limita costurile, ci și pentru a asigura siguranța și eficiența tratamentelor. Aceste reglementări pot include stabilirea de protocoale clinice, monitorizarea clinicilor de fertilitate, definirea criteriilor de eligibilitate pentru tratamentele subvenționate și asigurarea transparenței costurilor. În general, politicile privind reproducerea medicală umană asistată sunt în continuă evoluție, cu diferențe notabile între state, dar cu o tendință clară de armonizare la standarde internaționale, accent pe drepturile omului și pe soluționarea dilemelor etice și sociale asociate acestor tehnologii moderne.

Toate țările care oferă fie finanțare parțială, fie totală pentru tehnologiile reproductive asistate stabilesc anumite criterii pentru acordarea acestei finanțări. Aceste criterii pot fi grupate în două mari categorii: clinice și sociale. Criteriile clinice includ: limitarea de vârstă a femeii (de obicei, o limită superioară de vârstă); necesitatea unui indicator medical (de exemplu, anumite afecțiuni sau probleme de fertilitate); restricții privind numărul de embrioni transferați; indicele de masă corporală (IMC); statutul actual de fumat sau consum de substanțe. Criteriile sociale includ: starea civilă sau maritală; numărul anterior de copii; protecția copilului și alte aspecte legate de drepturile și bunăstarea copilului. Cele mai frecvent utilizate criterii pentru accesul la tehnologiile reproductive asistate finanțate public sunt limita de vârstă și indicația medicală. Totuși, unele țări, analizând dovezile referitoare la creșterea ratei de succes a acestor tehnici, au inclus și alte criterii, precum IMC, fumatul

și promovarea transferului de un singur embrion pentru femeile aflate în primele decenii ale vieții de adult. Justificările pentru aceste criterii se bazează pe considerente de siguranță, rezultate de succes și eficiență din punctul de vedere al costurilor. Cu toate acestea, preocupările sociale, politice, demografice, schimbarea tendințelor și comportamentelor sociale sunt, de asemenea, factori importanți în deciziile legate de stabilirea acestor criterii [37].

Factorii care influențează reglementarea accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată se referă la: interesul pentru sănătate asociat cu siguranța, bunăstarea și protejarea sănătății individului; interesul economic legat de o abordare de tip piață (mai degrabă decât una medicală); interesul etic, distingându-se între intervenția statului în numele individului și cea în numele societății, astfel încât: „cu cât este perceput mai mare beneficiul unei proceduri medicale de reproducere asistată pentru un individ, cu atât mai puternică trebuie să fie justificarea interesului public (mai mare prejudiciul social anticipat) pentru a o constrânge”; interesul sociopolitic se referă la valorile societale care reflectă adesea o toleranță și permisivitate crescândă față de medicina reproductivă asistată [3].

Un pas important în reglementarea și promovarea drepturilor și responsabilităților în domeniul sănătății reproductive din **Republica Moldova** l-a avut adoptarea legii "Cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială" nr.185-XV din 24.05.2001. În această lege sunt stabilite unele norme sumare în ceea ce privește donarea celulelor sexuale, înșămânțarea artificială și fecundarea in vitro. În 2012 a fost adoptată o altă lege privind sănătatea reproducerii (Legea nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii). Unele modificări au fost operate în 2022, din cauza că Legea avea foarte multe limitări, intrând în vigoare din 01.01.2023. Articolul 9 din această lege prevede că persoanele au dreptul la tratamentul infertilității, inclusiv cu folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical. Serviciile de reproducere asistată medical pot fi acordate de către prestatorii de servicii medicale publici și/sau privați acreditați și autorizați în conformitate cu legislația. În Republica Moldova, cuplul reproductiv asistat medical care se află sau nu într-o căsătorie înregistrată în modul stabilit de lege are dreptul la folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical cu condiția acordului reciproc și a consimțământului informat, scris, semnat de către ambii soți sau parteneri. De asemenea, femeile solitare au dreptul la folosirea tehnologiilor de reproducere asistată medical cu utilizarea spermei unui donator în baza consimțământului informat, semnat de ele.

În Republica Moldova, în baza Ordinului Ministerului Sănătății nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordarea serviciilor de Reproducere umană asistată”, se reglementează modul de organizare a prestării serviciilor de reproducere umană asistată medical în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În conformitate cu acesta, cuplurile infertile pot beneficia de o procedură de fertilizare in vitro gratuită, în baza poliței de asigurare medicală. Potrivit regulamentului, familiile asigurate medical, care doresc să beneficieze de procedură, trebuie să se adreseze medicului de familie, care deschide un dosar și eliberează bilete de trimitere pentru efectuarea investigațiilor medicale. Ulterior, dosarul este evaluat și aprobat/suspendat.

De asemenea, există și Programul municipal pentru reproducerea umană asistată în municipiul Chișinău pentru anii 2023-2025. Conform acestui Program, cuantumul suportului financiar pentru reproducerea umană asistată medical nu va depăși 60,0 mii lei per cuplu, pentru acoperirea parțială a cheltuielilor necesare efectuării procedurii FIV. Acest suport pentru reproducere umană asistată medical urmează să fie acordat cuplurilor infertile, cu domiciliul permanent (viza de reședință) în mun. Chișinău. Finanțarea Programului municipal este asigurată din sursele bugetului municipal și include accesul la servicii de reproducere umană asistată a cel puțin 100 cupluri din municipiul Chișinău. Criteriile incluse în acest Program pentru a beneficia de finanțare se referă la: 1) vârsta femeii cuprinsă între 24 și 45 de ani; 2) indexul de masă corporală al femeii cuprinse între 18 și 30; 3) valoarea rezervei ovariene în limitele normale probată prin valoarea AMH > 1,1 ng/ml; 4) uterul fără patologii (anomalii congenitale, sinechii, miom submucos sau interstițial cu deformarea cavității uterine etc.); pacienta nu suferă de boli cronice, oncologice pentru care sarcina și nașterea pune în pericol sănătatea mamei și fătului.

Finanțarea Programului municipal este asigurată din sursele bugetului municipal și include accesul la servicii de reproducere umană asistată a cel puțin 100 cupluri din municipiul Chișinău. Durabilitatea și continuitatea acestui program este însă nesigură, din cauza că acesta a fost elaborat de autoritățile locale într-o perioadă electorală, fiind apreciată de unii experți drept *”modalitate de tragere a voturilor”* (Medic ginecolog).

Cadrul legal al Republicii Moldova prevede că pot beneficia de servicii de reproducere umană asistată atât cuplurile, cât și femeile solitare. În anumite țări există unele limite, restricționarea fiind explicată prin opinia publică larg acceptată, conform căreia copiii crescuți în familii cu doi părinți au un avantaj față de copiii care trăiesc cu un singur părinte. Copiii din familiile monoparentale se descurcă mai rău decât cei din gospodăriile cu doi părinți, din

cauza tensiunii financiare a gospodăriilor monoparentale, mai puțină implicare a părinților și mai puțină supraveghere a activităților în afara casei. De asemenea, acest aspect poate provoca schimbări în structura familială și asupra percepțiilor societății privind familia și parentalitatea, mai exact despre rolul partenerului în procesul de reproducere asistată și impactul asupra relațiilor de familie.

În **România** se derulează din anul 2022 "Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității". Acest Program este finanțat de la bugetul de stat, prin intermediul Ministerului Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale. În 2025, la fel ca în 2024, acest minister va putea demara procedurile prin care 10.000 de cupluri sau femei singure pot primi vouchere în valoare totală de 15.000 de lei ceea ce constituie 2940 euro (Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale al României, 2025). Sprijinul oferit este sub forma a două vouchere, unul de 5.000 de lei, este pentru cumpărarea medicamentelor necesare, iar celălalt, de 10.000 de lei, acoperă costurile procedurilor medicale. Programul se adresează cuplurilor și femeilor singure, cu vârsta între 20 și 45 de ani, care au fost diagnosticate de un medic specialist cu probleme de fertilitate ce le împiedică să aibă copii pe cale naturală. Acest diagnostic trebuie să confirme existența unei afecțiuni incompatibile cu reproducerea pe cale naturală, justificând astfel necesitatea intervenției medicale specializate. De asemenea, este necesară o recomandare medicală pentru procedura FIV, care să ateste faptul că această metodă de reproducere asistată este adecvată pentru situația particulară a solicitanților. Această recomandare trebuie să fie bazată pe o evaluare completă a stării de sănătate a pacienților și a cauzelor infertilității. Alte criterii de eligibilitate sunt: a) cei doi membri ai cuplului infertil (căsătoriți sau nu)/femeia infertilă să fie cetățeni români și să aibă domiciliul în România; b) cei doi membri ai cuplului infertil (căsătoriți sau nu)/femeia infertilă să aibă calitatea de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România; c) procedurile medicale de specialitate recomandate trebuie să se desfășoare într-o unitate medicală de pe teritoriul României, parteneră a programului, autorizată să desfășoare acest tip de activități. În conformitate cu Ordinul pentru modificarea anexei la Ordinul Ministrului Muncii și Solidarității Sociale și al Ministrului Familiei, Tineretului și Egalității de Șanse nr. 2.155/20.917/2022 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității în cadrul Programului, un beneficiar poate aplica și poate obține sprijinul financiar cu destinație specială

pentru maximum trei proceduri distincte în cursul unui an calendaristic, pe toată perioada desfășurării acestuia. Pe lângă finanțarea oferită, există costuri suplimentare care nu sunt acoperite de program: investigațiile preliminare (analizele și testele necesare înainte de începerea tratamentului); procedurile de crioconservare (stocarea ovocitelor, spermei sau embrionilor pentru utilizări viitoare); diagnosticul genetic preimplantator (testarea genetică a embrionilor pentru a detecta eventuale anomalii genetice).

Spania, deși este o țară cu o puternică tradiție catolică, care a interzis oficial tehnologiile contraceptive până în 1978, are unele dintre cele mai liberale reglementări privind reproducerea asistată din lume și este cel mai mare furnizor de FIV din Europa și al treilea la nivel mondial [3].

Autoritățile din Spania susțin accesul cuplurilor și persoanelor singure la medicina reproductivă asistată prin oferirea tratamentelor de fertilizare in vitro gratuit sau parțial gratuit, extinzând astfel accesul inclusiv pentru femeile singure și comunitatea LGBT. În majoritatea regiunilor, tratamentele de fertilitate sunt integrate în serviciile de sănătate publică. Sistemul național de sănătate din Spania acoperă până la trei cicluri de reproducere asistată pentru cuplurile fără copii, până la vârsta de 40 de ani pentru femei și 55 de ani pentru bărbați. Cu toate acestea, pacienții așteaptă în medie aproximativ un an pe listele de așteptare ale clinicilor publice, ceea ce poate întârzia soluționarea problemei, afecta negativ rezultatele tratamentului și genera neîncredere [4]. Legea privind reproducerea asistată din 2006 prevede foarte puține restricții – doar maternitatea surogat fiind interzisă.

Autoritățile spaniole sprijină activ accesul la medicina reproductivă asistată printr-un sistem de finanțare solid, reglementări clare și politici de informare, promovând un nivel ridicat de accesibilitate, siguranță și transparență pentru pacienți. Acesta reprezintă un model de bună practică în Europa, fiind susținut de dovezi științifice privind impactul pozitiv asupra sănătății și performanței tratamentelor.

Medicina reproductivă asistată din **Israel** este majoritar finanțată public, deși mai mult de 50% dintre intervenții sunt oferite de clinici private. Numărul de cicluri FIV per populație este cel mai mare din lume. În 2021, s-au efectuat 61000 de cicluri FIV (rata fiind de 3.5 cicluri/1.000 de locuitori cea mai ridicată de pe glob. Acest lucru este parțial datorită faptului că fondurile publice acoperă tratamentele pentru femeile până la vârsta de 45 de ani. Tot din acest motiv, pacientele mai mari de 40 de ani nu optează ușor pentru donarea de ovocite ca soluție și preferă să repete tratamentele (acest grup de vârstă reprezintă 40% din ciclurile FIV. Aceasta creează o presiune asupra clinicilor și

duce la rate de succes scăzute [3]. Astfel, experții israelieni susțin că repetarea ciclurilor de tratament la femeile în vârstă consumă fonduri publice care ar putea fi redirecționate către proceduri mai eficiente și constituie o povară pentru clinicile publice, care altfel ar putea răspunde mai bine cererii. Astfel, în Israel, dacă 4 cicluri nu au dus la implantarea embrionului sau 8 cicluri nu au dus la o sarcină, continuarea tratamentului va depinde de decizia Casei de Asigurări de Sănătate.

În 2023, cheltuielile pentru FIV au depășit 450 de milioane NIS (circa 120 milioane USD), reprezentând ~2% din bugetul național de sănătate. Deși în Israel numărul de FIV decontate din banii publici este nelimitat, se atestă mai multe probleme în oferirea de servicii în domeniul medicinei reproductive asistate, de exemplu numărul insuficient de specialiști. Embriologii reprezintă o componentă fundamentală în gestionarea unităților de fertilizare in vitro (FIV), realizând proceduri critice legate de toate etapele fertilizării, inclusiv identificarea ovulului și embrionilor în stadiile necesare. În 2018–2019, unitățile de FIV se confruntau cu un deficit important de 111 embriologi, ceea ce reprezintă o reducere cu 45% față de numărul de profesioniști necesari. În ciuda controalelor efectuate de Ministerul Sănătății în 2018–2019, care au indicat un deficit semnificativ de embriologi în laboratoarele de FIV, nu au fost adoptate măsuri la nivel național pentru a combate această situație [76].

În **Marea Britanie**, accesul la FIV este determinat de sistemul de asistență medicală primară, cu condiții diferite de acces la tratamentele finanțate public, iar în unele zone nu se oferă acest serviciu. Autoritatea pentru Fertilizarea Umană și Embriologie este organismul licențiat prin lege responsabil pentru aplicarea reglementărilor asociate cu tehnologiile de reproducere asistată.

Femeile sub 40 de ani pot beneficia de până la 3 cicluri FIV, dacă au încercat să rămână însărcinate prin act sexual neprotejat timp de cel puțin 2 ani sau au efectuat 12 cicluri de inseminare artificială fără succes. Femeile între 40 și 42 de ani pot primi 1 ciclu FIV, dacă nu au mai făcut tratament anterior, au o rezervă ovariană bună și au fost informate despre riscurile suplimentare legate de vârstă. Criteriile de eligibilitate suplimentare se referă la: nu trebuie să aibă copii și să îndeplinească anumite condiții legate de sănătate și stil de viață (să nu fumeze).

Din bugetul public se acoperă consultațiile, testele de diagnostic și procedurile FIV. Costurile pentru medicamente, ovule sau spermă donatoare și alte tratamente suplimentare pot să nu fie acoperite integral, fiind suportate

parțial sau total de pacient. Datorită limitărilor și listelor de așteptare, multe cupluri aleg tratamentul privat, care oferă acces mai rapid și servicii personalizate.

Austria dispune de un fond special în sistemul de sănătate care acoperă 70% din costurile FIV. Finanțarea publică a tratamentelor de fertilizare in vitro (FIV) este parțială și condiționată, iar accesul la aceste servicii implică anumite criterii medicale și administrative. Se oferă finanțare publică pentru FIV, însă aceasta acoperă doar o parte din costurile totale ale tratamentului. Costurile rămase sunt suportate de pacienți, ceea ce poate reprezenta o barieră semnificativă pentru unele cupluri. Pentru a beneficia de finanțare publică, este necesară existența unui diagnostic medical clar care să ateste infertilitatea. Diagnosticul și condițiile medicale trebuie să fie conforme cu reglementările naționale, iar accesul este limitat la persoanele care îndeplinesc aceste criterii.

În **Franța**, un ciclu de tratament constituie un ciclu stimulator proaspăt, iar orice transferuri ulterioare folosind embrioni congelați nu sunt luate în considerare în cele 4 cicluri acoperite. Mai mult, dacă tratamentul rezultă într-o naștere vie, „contorul” este resetat la 0, astfel încât pot fi acoperite încă 4 cicluri.

Franța oferă finanțare publică completă pentru procedurile FIV prin sistemul său de asigurări sociale care acoperă până la 6 cicluri de tratament pentru femeile cu vârsta până la 45 de ani. Costurile tratamentelor, inclusiv consultațiile, investigațiile, procedurile FIV și medicamentele aferente, sunt acoperite integral, fără co-plată pentru pacient. Sistemul este accesibil atât cuplurilor heterosexuale, cât și femeilor singure sau cuplurilor de același sex, reflectând o politică inclusivă privind drepturile reproductive. Eligibilitatea este stabilită în principal pe baza vârstei femeii (până la 43 de ani) și a diagnosticului medical de infertilitate. Finanțarea publică extinsă a FIV în Franța a condus la o creștere semnificativă a accesului la tratamente, reducând inegalitățile sociale și economice. Franța este recunoscută pentru un sistem eficient și echitabil, care combină accesul larg cu calitatea serviciilor medicale. Deși finanțarea este generoasă, există perioade de așteptare pentru accesul la tratamente în anumite regiuni, cauzate de cererea mare și capacitatea limitată a centrelor specializate. Respectiv, sistemul este în continuă adaptare pentru a răspunde nevoilor sociale și demografice, inclusiv prin extinderea accesului la grupuri mai diverse.

Franța are un cadru legislativ detaliat pentru diagnosticul preimplanțational. Astfel, Legea națională prevede că acest examen poate fi

efectuat doar de către un specialist în fertilitate cu certificare specială și numai pentru a evita transmiterea unei boli grave, incurabile [7].

Belgia are cel mai generos plan la nivel european, acoperind până la 6 cicluri, cu condiția ca tratamentele să fie în conformitate cu politica de transfer de embrioni unic pentru a reduce nașterile multiple [14]. Costurile procedurilor sunt acoperite în proporție foarte mare de asigurarea de sănătate publică, astfel încât contribuția directă a pacienților este minimă sau inexistentă. Programul include și proceduri conexe, precum injectiile intracitoplasmatiche de spermă și crioconservarea embrionilor. Beneficiarii sunt în general, cupluri heterosexuale infertile, cu vârsta femeii până în 43 de ani. Este necesară o evaluare medicală care să confirme diagnosticul de infertilitate și să justifice necesitatea tratamentului FIV. Sistemul belgian este considerat un model de bune practici în domeniul politicilor publice pentru fertilitate, însă necesită monitorizare continuă pentru a menține calitatea și sustenabilitatea.

Pentru a reduce numărul de sarcini multiple în urma fertilizării in vitro, Guvernul belgian a convenit să deconteze cheltuielile de laborator pentru șase cicluri de FIV până la vârsta de 42 de ani, în schimbul restricției numărului de embrioni transferați. Datele privind rezultatele reproducerii asistate, înainte și după introducerea acestei noi legislații, au fost analizate retrospectiv din perspectiva ratelor de implantare, sarcină unică și sarcină multiplă. După implementarea noii legi, procentul transferului de un singur embrion a crescut de la 14% la 49%. Rata de implantare a fost de 25,9%, respectiv 23%, în cele două perioade. Nu s-a înregistrat nicio diferență în rata generală de sarcină înainte și după această schimbare (36% versus 37%). Totuși, sarcinile gemelare au scăzut de la 19% la 3%. Aceste rezultate indică faptul că transferul electiv de un singur embrion reduce semnificativ rata sarcinilor gemelare, fără a afecta rata totală de sarcină [35].

În 2004, în **Italia**, Parlamentul a promulgat una dintre cele mai restrictive legislații privind reproducerea asistată din Europa, Legea italiană 40. Contextul care a dus la aceasta au fost diverse - exista un mediu comercial extrem de competitiv, cu puțină reglementare și supraveghere înainte de aprobarea legii; înainte de lege, judecătorii italieni erau frecvent chemați să decidă în cazuri de neacceptare a paternității după medicina reproductivă asistată, inseminare post-mortem, și maternitate de substituție. Lipsa unei legislații specifice pentru reglementarea acestor chestiuni delicate ducea adesea la decizii juridice diferite. Un aspect pozitiv reglementat de Lege se referă la un registru național al centrelor autorizate pentru tehnicile medicale de reproducere umană asistată și prevedea norme tehnice și de siguranță foarte

stricte pentru aceste centre. Registrul colectează date din majoritatea centrelor de fertilitate și monitorizează siguranța și eficacitatea procedurilor.

Însă această lege a limitat numărul de embrioni creați în cadrul fertilizării in vitro la maximum trei și a cerut ca toți embrionii viabili să fie transferați în uterul pacientei, astfel încât niciun embrion să nu fie stocat sau distrus, cu excepția cazului în care implantarea era temporar imposibilă din cauza problemelor de sănătate ale mamei. De asemenea, legea a interzis utilizarea diagnosticului genetic preimplantator și a restricționat accesul la tehnologiile de reproducere asistată doar pentru persoanele diagnosticate cu infertilitate.

Mulți pacienți, oameni de știință și membri ai publicului larg s-au opus acestei legi controversate. În 2005, a avut loc un referendum popular menit să abolească următoarele restricții ale Legii 40: maximum de 3 embrioni transferați într-un singur ciclu; absența diagnosticului genetic preimplantator; interdicția crioprezervării embrionilor; absența fertilizării heterologe. Referendumul a eșuat, deoarece nu a fost atins cvorumul necesar. Avocați pentru drepturile pacienților au contestat, de asemenea, legea în instanță și, în ianuarie 2008, Curtea Administrativă Regională a declarat neconstituțională interdicția privind utilizarea diagnosticului genetic preimplantator. Totuși, toți embrionii, indiferent dacă testul indica prezența sau absența unei boli genetice nedorite, trebuiau transferați în uterul femeii. În 2009, Curtea Constituțională a Italiei a declarat neconstituționale regulile care limitau crearea la trei embrioni și transferarea tuturor acestora [7].

Amendamentele adoptate de Curte, care au eliminat limita referitoare la numărul de ovocite injectabile și obligația de a transfera toți embrionii dezvoltați în același timp, au readus în prim-plan principiul tratamentului individualizat, care ar trebui să fie fundamentul unei practici medicale de calitate. În plus, aceste amendamente au avut un impact clinic semnificativ pozitiv asupra rezultatelor, precum o rată mai mare de sarcină clinică și o rată mai mică a sarcinilor multiple. Conștientizarea înțelegerii acestor modificări legislative și a șanselor mai bune de tratament ar trebui să determine reducerea migrației cuplurilor infertile din Italia către alte țări pentru tratamente de reproducere asistată. Amendamentele Curții au accentuat problema legală și tehnică legată de destinația embrionilor de rezervă abandonați, refuzând orice soluție posibilă. În Italia, în prezent, nu există o hotărâre stabilită privind destinul embrionilor abandonați, în afara păstrării permanente. Deși crioprezervarea embrionilor la stadiul de blastocist permite reducerea numărului de embrioni stocați, se speră ca problema embrionilor abandonați

să fie reglementată, prin stabilirea unor planuri și metode pentru donație, eliminare sau utilizare pentru cercetare [52].

Numai abrogarea interdicțiilor finale și adoptarea unor viziuni mai libere asupra acestor probleme controversate, dar esențiale, vor face ca Legea 40/2004 să devină ceea ce trebuia să fie de la început: o lege care stabilește „regulile de utilizare” ale medicinei reproductive asistate, și nu așa cum a fost până acum, o lege a interdicțiilor care limitează libertatea de a reproduce [63].

Finanțarea și accesul la FIV sunt gestionate la nivel regional, fiecare regiune italiană având autonomie în alocarea fondurilor și stabilirea criteriilor specifice de acces. Aceasta duce la variații semnificative în accesibilitate și numărul de cicluri finanțate între regiuni. Sistemul este caracterizat printr-o descentralizare pronunțată, ceea ce generează disparități regionale și provocări în asigurarea unui acces echitabil la tratamente.

În **Elveția**, finanțarea publică a fertilizării in vitro (FIV) este caracterizată printr-un sistem complex, în care tratamentele de reproducere asistată sunt parțial acoperite prin asigurările obligatorii de sănătate, dar accesul și nivelul de finanțare pot varia în funcție de canton și de condițiile specifice ale asiguratorilor. De regulă, finanțarea publică este disponibilă pentru cuplurile infertile căsătorite sau în uniuni stabile, cu limite de vârstă (de obicei până la 40-43 de ani pentru femei). Accesul femeilor singure sau al cuplurilor de același sex poate fi mai restricționat, în funcție de legislația cantonală.

Din ianuarie 2001, cadrul legal din Elveția era similar cu cel din Italia (Legea italiană 40). Diagnosticul preimplanțational era interzis, se puteau crea doar trei embrioni în timpul FIV, și toți trebuiau transferați. Ca și în cazul Italiei, ratele de succes ale tratamentelor de fertilitate au scăzut, iar frecvența sarcinilor multiple a crescut sub influența legii restrictive. Totuși, începând cu 2013, legislația elvețiană a fost modificată prin permiterea diagnosticului preimplanțational pentru boli ereditare grave, crearea până la opt embrioni (comparativ cu trei anterior) și posibilitatea crioprezervării embrionilor pentru a nu fi nevoie să se transfere toți embrionii viabili [7].

Germania cere 50% co-plată pentru FIV de la solicitanți. Până în 2003, până la patru cicluri de tratament erau complet acoperite de asigurarea socială. Din ianuarie 2004, se aplică Legea pentru modernizarea asigurării sociale. De atunci, doar 50% din costurile tratamentului pentru maximum trei cicluri sunt rambursate. Cercetările au arătat că reducerea finanțării publice a avut efecte imediate și catastrofale: reducerea la jumătate din plata pentru FIV a dus la o scădere de 53% în ciclurile FIV în anul următor. Aceasta evidențiază că accesul

financiar nu este pur o problemă de justiție, ci o componentă esențială a eficacității politicii demografice.

Pentru ca cuplurile să beneficieze de acoperire, trebuie să fie căsătoriți; femeile trebuie să aibă între 25 și 40 de ani, iar bărbații între 25 și 50 de ani”. Înainte de începerea tratamentului, cuplurile trebuie să participe la consiliere obligatorie privind aspectele medicale și psihiatrice ale medicinei reproductive asistate cu un medic care nu furnizează tratamentul. În general, asigurarea privată acoperă integral trei cicluri de tratament, conform principiului „costurile în funcție de cauză”, ceea ce implică ca, într-un cuplu, asigurarea persoanei considerate „responsabile” pentru problemele de fertilitate să acopere toate costurile [77].

În Germania, donarea de spermatozoizi, inclusiv utilizarea spermatozoizilor care nu provin de la partenerul sexual masculin al pacientei, este în general permisă. Singura cerință pentru utilizarea spermatozoizilor donați este o declarație de consimțământ scrisă din partea viitorilor părinți și a donatorului de spermatozoizi. Până în prezent, donatorul de spermă în Germania nu este pe deplin protejat împotriva revendicărilor legale care să-l oblige să ofere suport financiar și alte forme de sprijin pentru orice copii concepuți din donația sa. Legea pentru Îmbunătățirea Drepturilor Copilului din 2002 stipulează că paternitatea nu poate fi contestată de partenerul masculin sau de mamă dacă aceștia au fost de acord cu inseminarea artificială cu donator terț, dar numai de către copil, după ce acesta atinge majoratul. Aceasta oferă copiilor concepuți prin donare de spermă de la terți posibilitatea, ca adulți, de a avea acces la datele donatorului anterior și astfel să obțină cunoașterea completă a originii lor genetice.

Accesul la serviciile medicale de reproducere asistată este acordat tuturor cuplurilor căsătorite, dar, în situații excepționale, și cuplurilor heterosexuale care trăiesc în concubinaj. Motivația acestei restricții este faptul că bunăstarea copilului este cel mai bine asigurată în cadrul legăturilor legale ale căsătoriei.

În Germania, unele cupluri aleg să plătească personal pentru tratament sau să caute tratament în străinătate, probabil din cauza restricțiilor legale și a dificultăților de a obține acces rapid la tratament. Conform unei estimări, aproximativ 1000 de cupluri germane anual participă la „turism reproductiv” în țări cu reglementări mai puțin restrictive (cum ar fi Belgia, Republica Cehă și Spania) sau unde costurile pentru medicina reproductivă asistată sunt mai mici (precum Ungaria și Slovenia). De exemplu, donarea de ovule este interzisă în

Germania. Astfel, unele cupluri germane călătoresc în Republica Cehă sau în Spania pentru donare de ovule.

În **Cehia**, medicina reproductivă asistată a fost ușor accesibilă de la introducerea inițială a legislației privind rambursarea costurilor de către sistemul de asigurări de sănătate în 1997 (femeile erau eligibile pentru rambursarea costurilor până la trei cicluri de tratament de reproducere asistată până la vârsta de 39 de ani). În aprilie 2012, a fost introdusă o limită de vârstă de 50 de ani pentru accesul la tehnologiile medicale de reproducere asistată, în timp ce limita de 39 de ani pentru eligibilitatea la rambursarea costurilor a rămas neschimbată, iar numărul de cicluri rambursate a fost majorat la patru, cu condiția ca doar un singur embrion să fie transferat în fiecare dintre primele două cicluri. În 2022 a fost introdusă extinderea limitei de vârstă pentru rambursarea costurilor tratamentelor de reproducere asistată de la 39 la 40 de ani, iar impactul acestei modificări a fost observată încă din 2023 în legătură cu o creștere a contribuției tehnologiilor medicale de reproducere asistată la ratele de fertilitate la vârstele de 40 și 41 de ani [39].

Numărul clinicilor care oferă servicii medicale de reproducere asistată din Cehia raportat la populația țării se situează printre cele mai ridicate din Europa. Astfel, Cehia a devenit o destinație importantă pentru tratamente reproductiv transfrontaliere, datorită, în principal, legislației liberale, disponibilității donatorilor potriviți (și asigurării anonimatului) și calității și siguranței ridicate a tratamentului oferit. Proporția ciclurilor FIV primite de femeile non-cehe reprezintă 26% din total, 41% în cazul ciclurilor FET și până la 86% în cazul primirii de ovule [39].

Totuși, tehnologiile medicale de reproducere asistată nu sunt pe deplin disponibile pentru toate femeile din Cehia, deoarece femeile singure și cuplurile de același sex nu au acces direct la aceste tratamente. Astfel, femeile care solicită tratament medical de reproducere asistată trebuie să furnizeze consimțământul scris al partenerului masculin; totuși, acest lucru nu implică că trebuie să fie căsătorite sau să locuiască împreună. Mai mult, sistemul de asigurări de sănătate nu acoperă toate costurile, până la o treime din sumă fiind suportată de pacientă, deoarece unele medicamente și tratamente moderne nu sunt acoperite. În pofida gradului ridicat de accesibilitate la tehnologiile medicale de reproducere asistată, împreună cu calitatea și siguranța ridicată a tratamentului și costurile relativ mai scăzute, pentru tratamentele reproductiv există în continuare un potențial de creștere a accesibilității la aceste tehnologii pentru femeile cehe prin eliminarea sau extinderea limitei de vârstă stabilite pentru rambursarea costurilor de către sistemul de asigurări de sănătate. Mai

mult, dezbaterile privind extinderea accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată dincolo de cuplurile heterosexuale și dreptul femeilor singure de a solicita aceste tratamente a început recent să câștige amploare [39].

Tabelul 10. Aspecte privind finanțarea publică a fertilizării in vitro în Republica Moldova și diverse țări

Țara	Titlul Programului/Regulamentului	Suma acoperită (euro) sau în %	Numărul de fertilizări in vitro prevăzute	Vârsta admisă a femeii pentru FIV	Numărul de beneficiari preconizat
Republica Moldova	Ordinului Ministerului Sănătății nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordarea serviciilor de Reproducere umană asistată”	1600	1	Să aibă vârsta biologică necesară pentru a procrea	Este variabil de la an la an cu tendința de majorare (2023 – 60 și 2024 - 170).
	Programul municipal pentru reproducerea umană asistată	3000	1	24-45	100
România	Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității	2940	3	20-45	10000
Spania	Legea 14/2006 privind tehnicile de reproducere umană asistată	Finanțare generală completă până la vârsta de 40 de ani și finanțare parțială după această vârstă.	3	18- 40 de ani	Nu este o limită
Regatul Unit	Fertility problems:	Variabil	3 cicluri de FIV pentru	42 de ani	Nu este o limită.

	assessment and treatment Clinical guideline. 2013		femeile cu vârste între 23 și 39 de ani. 1 un ciclu pentru femeile între 40 și 42 de ani		
Belgia	Legea privind reproducerea umană asistată medical din 6 iulie 2007 (Loi relative à la procréation médicalement assistée)	100%	6	43 de ani	Nu este o limită
Franța	Legea bioeticii. Codul Sănătății Publice	100%	6	Până la 45	Nu este o limită
Germania	Sistemul de asigurări de sănătate obligatorii (Sozialgesetzbuch V)	Până la 50% din costul FIV	3	Până la 45 de ani	Nu este o limită
Israel	Legea Asigurărilor Naționale de sănătate din 1995	100%	Nelimitat	18-45	Nu este o limită
Austria	Legea Medicinei reproductive asistate din 1.07.1992 și Ordonanța Medicinei Reproductive	70%	4	Sub 40	Nu este o limită.
Italia	Legea nr. 40 privind reproducerea umană asistată din 19 februarie 2004 (Legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita)	Variază	1-3	Vârsta flexibilă	Nu este o limită

Elveția	Sistemul de asigurări obligatorii de sănătate	Parțial. Acoperirea exactă depinde de planul de asigurare și de cantonul de domiciliu al pacientului	Variabil	Nu se aplică	Nu este o limită
Cehia	Acoperire prin sistemul public de sănătate reglementată prin Actul nr. 48/1997	Nu există o sumă fixă	4	50	Nu este o limită

Tabelul 10. evidențiază că la nivel internațional se atestă o diversitate ridicată a modelelor de finanțare publică a fertilizării in vitro, atât în ceea ce privește suma acoperită, criteriile de eligibilitate, cât și numărul de cicluri finanțate. Această variație reflectă diferențe majore în politicile de sănătate publică, în prioritățile demografice și în capacitatea de finanțare a statelor. După nivelul de finanțare, diferențiem țări cu finanțare integrală (Belgia, Franța și Israel) și țări cu finanțare parțială sau limitată. După numărul de cicluri, diferențele sunt foarte mari între țări. La un pol fiind Israel cu un număr nelimitat și la celălalt pol: Republica Moldova cu un ciclu de tratament, și Italia în anumite cazuri. Limitele de vârstă, de asemenea, diferă considerabil și reflectă atât considerente medicale, cât și economice, dar oscilând între 18-50 de ani, evidențiindu-se că majoritatea țărilor cu finanțare robustă au în paralel și limite de vârstă bine definite, pentru a optimiza eficiența tratamentelor. Pentru multe țări occidentale, numărul de beneficiari nu este fixat prin programe, deoarece finanțarea este deschisă și depinde de cererea populației. Doar în România și în Republica Moldova este stabilit explicit numărul de beneficiari, ceea ce evidențiază decalajul între țările cu programe mature și țările în care finanțarea este încă limitată.

În unele țări, în cadrul evaluării pentru finanțarea publică a tehnologiilor de reproducere asistată, se ia în considerare viitorul bunăstării copilului, atestându-se criterii privind bunăstarea copilului înainte de fertilizare: Australia, Finlanda, Franța, Noua Zeelandă, Slovenia, Suedia și Anglia, în altele există criterii definitive privind bunăstarea copilului după naștere: Danemarca, Italia, Letonia.

În ultimele decenii, medicina reproductivă asistată a evoluat rapid, oferind soluții inovatoare pentru cuplurile care se confruntă cu infertilitatea. Cu toate acestea, acest avans tehnologic a generat și discuții intense cu privire la etica și reglementările necesare pentru a proteja sănătatea pacienților și a asigura practici responsabile. Un aspect esențial reglementat de legislația în domeniu se referă la **limitele privind numărul de embrioni care pot fi implantați simultan**, având ca scop atât reducerea riscurilor de sarcini multiple, cât și maximizarea șanselor de succes într-o procedură de fertilizare in vitro.

Majoritatea țărilor analizate impun limite privind numărul de embrioni implantați: 1-2. Cadrul legal din Republica Moldova prevede că numărul maxim de embrioni transferați este de până la 3 embrioni la femeile sub 35 de ani și până la 5 embrioni după 35 de ani. La femeile de vârstă sub 35 de ani, cu eșecuri ale FIV precedente, pot fi transferați intrauterin până la 5 embrioni.

Astfel, medicii reproductologi în mai multe situații implantează mai mult de un singur embrion pentru a răspunde dorințelor pacienților, ceea ce duce la apariția unei sarcini multiple, care poate afecta sănătatea mamei, dar și a copiilor. *"Mi s-au implantat 3 embrioni, dintre care toți 3 s-au prins. Noi n-am renunțat nici la unul din ei, dar...s-a întâmplat o tragedie că a crăpat uterul și un bebeluș a căzut în burtă! Și din acest motiv el a decedat, iar eu am născut de urgență, prematur. Doar datorită faptului că în acel moment mă aflam în spital, am fost salvată"* (Pacientă_FIV). În rezultat, unei sarcini cu mai mult de 2 embrioni medicii insistă asupra reducerii numărului lor, decizie care poate avea un impact emoțional semnificativ asupra părinților, deoarece este adesea văzută ca o alegere dificilă și dureroasă. *"Mie mi-au implantat 5 embrioni și s-au prins toți. Ulterior a trebuit ca trei să fie reduși. A fost foarte greu, dar înțelegem că în caz contrar riscam să-i pierd pe toți"* (Pacientă_FIV).

În prezent, Societatea Americană de Medicină Reproductivă recomandă transferul selectiv al unui singur embrion pentru majoritatea pacienților cu vârstă sub 35 de ani care au un prognostic favorabil. Experții intervievați consideră că ar putea să fie aplicată această condiție și în țara noastră, doar în situația în care tratamentele de infertilitate ar fi suportate în totalitate de sistemul de finanțare publică. Alți experți consideră că la moment nu ar trebui să fie introdusă această reglementare, din considerentul că ar trebui selectați embrionii după ce se realizează testarea preimplantațională. În acest context se atestă o serie de dificultăți: actualmente (în momentul realizării studiului) testarea preimplantațională se realizează în afara țării; din cauza situației menționate mai sus, ar rezulta ca medicii să lucreze doar cu material

genetic/embrioni înghețați; realizarea acestei proceduri (testarea preimplantațională) majorează costul serviciilor de reproducere umană asistată, care și așa sunt foarte mari.

Acest aspect ar trebui de reglementat mai detaliat în cadrul legal al Republicii Moldova, fiindcă sarcina multiplă presupune o serie de riscuri atât pentru mame, cât și pentru copii. Pentru mame, acestea includ: tulburări hipertensive, anemie, avort spontan, infecții urinare, intoleranță la glucoză, hemoragii antepartum, abrupție placentară, placenta praevia, travaliu și naștere prematură, necesitatea unei cezariene (cu toate riscurile aferente) și chiar risc de deces. Pentru nou-născuți, riscurile includ: prematuritate, greutate mică la naștere, anomalii congenitale și moarte neonatală. În plus, copiii proveniți din sarcini multiple sunt mai predispuși la probleme de sănătate și dezvoltare. Nu în ultimul rând, având în vedere că femeile suportă o mare parte a poverii îngrijirii copiilor, nașterile multiple pot afecta în mod considerabil bunăstarea femeilor, fizic, psihologic și economic. În plus față de impactul asupra sănătății, sarcinile multiple generează costuri semnificative pentru sistemul de sănătate, deoarece necesită îngrijire obstetricală și neonatală intensivă [20]. În general, costurile economice asociate sarcinilor multiple sunt mai ridicate decât cele ale nașterilor unice. Din perspectiva părinților/pacienților ei își doresc frecvent sarcină multiplă, fiindcă a avea gemeni poate fi perceput ca o strategie de economisire a banilor în contextul costurilor ridicate ale tratamentelor medicale de reproducere asistată și de atingere a numărului dorit de copii.

Un alt element esențial al cadrului legal privind reproducerea umană asistată îl reprezintă **stabilirea vârstei-limită a femeilor pentru efectuarea fertilizării in vitro**. Reglementarea acestui criteriu are un rol crucial atât din perspectivă medicală, cât și etică și demografică, deoarece vârsta reproductivă influențează direct succesul procedurilor, siguranța pacientei și eficiența utilizării resurselor publice. Cadrul legal al Republicii Moldova prevede că vârsta-limită a femeilor pentru efectuarea fertilizării in vitro cu oocitele proprii este de 45 de ani, iar pentru folosirea oocitelor donate – de 50 de ani. Deși ar putea surveni aspectul ce ține de îngrădirea accesului femeilor care depășesc aceste limite de vârstă, în opinia experților intervievați acestea nu sunt considerate *”stricte și sunt în corespundere cu limitele de vârstă în care o femeie este considerată fertilă”*, (Expert în sănătatea reproductivă).

În unele țări, cadrul legal prevede anumite criterii de vârstă și pentru bărbați. Șase țări (Franța, Islanda, Suedia, Austria, Germania și Spania) au criterii de vârstă pentru bărbații care accesează tehnologiile de reproducere

asistată finanțate public, dintre care trei țări (Austria, Germania și Islanda) au limita de vârstă ca fiind de 50 de ani sau mai mică [37].

Nașterea după 40 de ani, în special când este vorba despre primele nașteri, stârnește adesea o serie de preocupări și incertitudini. Există o stigmatizare socială asociată cu nașterea tardivă, multe persoane având preconcepții legate de abilitatea fizică și emoțională a mamelor de a se îngriji de copiii lor la o vârstă mai înaintată. Parentalitatea impune cerințe fizice și emoționale pe care părinții mai în vârstă ar putea avea dificultăți în a le îndeplini [40]. Însăși, unele mame intervievate au recunoscut că ar fi bine ca copiii să fie născuți la o vârstă mai tânără. *"Nu așteptați să ajungeți ca mine la 40. Totuși, copiii trebuie să fie născuți la timpul lor, ca să fim într-un pas cu ei. Și așa n-apar diferite boli, doar n-o să plângi că copilul e mic și tu ești bolnavă..."* (Pacientă_FIV).

Majoritatea experților consideră că femeile care-și doresc să devină mame la o vârstă mai înaintată nu ar trebui descurajate, fiindcă anume copiii sunt sensul pentru care trăiesc. Pentru multe femei, nașterea reprezintă o realizare profundă și o sursă de împlinire personală. Mai mult decât atât, sunt și o serie de beneficii ale nașterii după 40 de ani. Femeile care aleg să devină mame după 40 de ani aduc adesea o experiență de viață mai bogată și o maturitate emoțională care le poate ajuta să facă față provocărilor parentale. Aceasta se poate reflecta în abilități de îngrijire mai bine dezvoltate și în capacitatea de a oferi un mediu stabil pentru copii. Multe femei de această vârstă sunt mai stabile din punct de vedere financiar și pot oferi copiilor lor resurse mai bune, contribuind la creșterea unei generații sănătoase și fericite. Nașterea după 40 de ani este o alegere personală, care merită sprijin și înțelegere. Deși există provocări asociate, argumentele în favoarea acestei decizii sunt puternice. Experiența, stabilitatea și dorința de a avea copii ca sens al vieții sunt aspecte importante ce pot transforma nașterile tardive în momente de împlinire și bucurie.

Din perspectiva intereselor copiilor născuți din proceduri de fertilizare in vitro de părinți de vârstă avansată: pe de o parte, unii medici au menționat că atrag atenție acestui aspect, fiind conștienți că vârsta părinților poate influența bunăstarea și dezvoltarea copilului. *"Eu la paciente le spun să se gândească și să reflecte câți ani vor avea când copilul lor va ajunge la vârsta de 20 de ani. Mai mult decât atât, insist să fie consultați de psihiatru. Eu conștientizez că am o anumită responsabilitate față de copilul care se va naște"* (Medic-reproductolog). Pe de altă parte, cei mai mulți consideră că medicii nu au nici o implicație în ceea ce privește analiza evaluării influenței vârstei părinților asupra intereselor

copiilor și nu ar trebui să analizeze deciziile legate de viața personală și familială a pacienților. *"Medicul nu are de ce să fie preocupat de acest aspect, fiindcă este dreptul femeii de a avea copii, indiferent de vârstă"* (Medic ginecolog). Unele studii internaționale care au abordat acest aspect au evidențiat că, copiii ar prefera să aibă părinți mai tineri, motivele invocate fiind teama de pierdere prematură a părinților, dar și aspectele psihologice asupra relației părinte-copil [40]. Alte surse au demonstrat că, calitatea de părinte prin concepție asistată mai târziu în ciclul vieții reproductive nu este asociată cu un impact negativ asupra bunăstării copilului [11].

Un alt aspect care ține de medicina reproductivă asistată reglementat în cadrul legal se referă la **destinul oocitelor și al embrionilor rămași neutilizați**, mai ales aspectul ce ține de **crioconservare**. Analiza realizată evidențiază că nu există un model legislativ unic privind gestionarea oocitelor și embrionilor neutilizați, ci mai degrabă trei paradigme distincte. Modelul permisiv/liberal - Spania, Regatul Unit, Belgia sau Olanda - adoptă o abordare flexibilă, în care decizia privind embrionii neutilizați este în mare parte lăsată la latitudinea pacienților, în limitele unor principii etice. Aceste state permit în general: crioprezervarea pe termen lung, donarea embrionilor pentru alt cuplu, donarea pentru cercetare științifică, autorizarea distrugerii embrionilor, după o perioadă reglementată. Acest model privilegiază autonomia reproductivă și consideră embrionul ca un material biologic cu potențial de viață, dar nu ca persoană juridică. Modelul intermediar/precaut - Franța, Germania, Austria sau Danemarca - adoptă un cadru mai strict, impunând limite clare privind: durata crioprezervării (în general între 5 și 10 ani), destinațiile permise (cercetare doar în condiții stricte), drepturile de dispoziție asupra embrionilor. Statele din această categorie acordă embrionului un statut special de protecție, fără a-l recunoaște ca persoană, dar stabilind reguli ferme privind manipularea lui. Modelul restrictiv întâlnit în Italia (în forma inițială a Legii 40/2004) sau unele state din Europa Centrală și de Est au avut sau au încă restricții severe, precum: limitarea numărului de embrioni creați, interzicerea sau restricționarea severă a crioprezervării embrionilor, obligația transferului tuturor embrionilor creați, interdicția donării către alte cupluri.

Majoritatea țărilor stabilesc limite privind crioprezervarea oocitelor și embrionilor neutilizați între 5 și 10 ani, însă există variații importante: Marea Britanie – până la 55 ani, în anumite condiții; Franța – 5 ani, cu posibilitate de prelungire; Spania – fără limitare strictă prin lege, dar cu reguli medicale. Limita este legată de siguranță, costuri și responsabilitatea juridică pentru menținerea materialului genetic. Donarea embrionilor este permisă în majoritatea țărilor

vest-europene, dar cu diferențe: Marea Britanie și Spania au programe bine dezvoltate de donare, anonime sau semianonime; Franța permite donarea, dar într-un cadru etic foarte strict; Germania și Austria au restricții puternice; Italia a interzis mult timp donarea embrionilor, iar practica rămâne limitată. Utilizarea embrionilor în cercetare este permisă în Marea Britanie, Belgia, Suedia, Spania; parțial permisă în Franța, Danemarca și Olanda (cu autorizații speciale); interzisă sau foarte limitată în Germania, Austria, Italia și multe state din Est.

Deși cadrul legal din Republica Moldova a fost actualizat recent, aspectele ce țin de perioada minimă și cea maximă pentru care se admite congelarea embrionilor, soarta embrionilor înghețați atunci când cuplul a decedat, a divorțat nu sunt reflectate. Astfel, după programul de fertilizare in vitro, pacienții au dreptul să decidă: crioconservarea acestora pentru utilizarea ulterioară în proiectele proprii de reproducere asistată medical; refuzul utilizării ulterioare a acestora și, respectiv, distrugerea acestora; donarea acestora către un alt cuplu în vederea obținerii sarcinii. Majoritatea pacientelor nu au atras o atenție deosebită acestui aspect, reieșind faptul că au optat pentru distrugerea acestuia după obținerea sarcinii și respectiv nașterea copilului, de aceeași opinie fiind și medicii reproductologi.

Probleme privind păstrarea ovulelor și embrionilor ne revendicați se atestă și în Israel. Astfel, la nivelul lunii decembrie 2023, în ciuda recunoașterii făcută cu 15 ani în urmă de către Ministerul Sănătății cu privire la acumularea unor rezerve substanțiale de ovule și embrioni ne revendicați, nu au fost stabilite ghiduri definitive referitoare la decongelarea acestora, ceea ce a dus la nereglementarea procesului de decongelare. Ca rezultat, în întreaga țară, s-au acumulat ovule și embrioni în unități diferite, unele datând din anii 1980, în timp ce mulți pacienți au trecut de vârsta la care aceste ovule și embrioni mai sunt viabili sau au decedat. Datele individuale furnizate de șapte unități de FIV în adresarea către Curtea de Conturi indică faptul că între 10% și 25% dintre embrionii stocați au rămas în aceste facilități peste 20 de ani, în timp ce alte unități au raportat lipsa unor date detaliate [76].

În majoritatea țărilor se ia în calcul avertismentul privind „industrializarea” și „comercializarea” serviciilor de reproducere asistată. Amplificarea volumului de tratamente și creșterea numărului de centre privatizate pot duce la reducerea controlului riguros asupra procedurilor, materiei de laborator, condițiilor de depozitare și monitorizare a proceselor. Prin urmare, există un avertisment clar că este nevoie de politici și reglementări

ferme, care să asigure că tehnologiile medicale de reproducere asistată rămân în serviciul sănătății reproductive.

Fertility Europe, în colaborare cu Forumul Parlamentar European pentru Drepturile Sexuale și Reproductive, a dezvoltat „Atlasul Politicilor de Tratament al Fertilității din Europa 2024”, care este o hartă comparativă cuprinzătoare ce evaluează 49 de țări și teritorii, bazată pe accesul egal la tratamente de fertilitate sigure și eficiente. Cel mai mare punctaj l-a obținut Belgia, cu 89,5%, clasându-se pe prima poziție, și cel mai mic – Kosovo, cu 7,8%, poziționându-se pe ultima poziție. Republica Moldova s-a clasat pe poziția 36 cu un punctaj de 39,4%. Criteriile care definesc o țară favorabilă politicilor de tratament a fertilității se referă la: legislație (legi dedicate medicinei reproductive asistate pentru un acces stabil); gestionarea datelor (registre naționale pentru tratamentele de reproducere asistată și pentru donatori); acces incluziv (tratament și servicii pentru donatori disponibile tuturor celor care au nevoie); testare genetică (acces la testare genetică pentru embrioni); transparență (donare non-anonimă, cu identificarea donatorului dezvoltat copiilor); finanțare (finanțare completă a tratamentului pentru 4 proceduri IUI și 6 cicluri FIV/ICSI pe țară); servicii de suport (sprijin psihologic finanțat ca parte a tratamentelor de fertilitate); consultare (factorii de decizie consultă asociațiile pacienților cu privire la politici și modificări legislative); educație (programe de educație în domeniul fertilității organizate și finanțate de stat) [25]. Atlasul European al Politicilor de Tratament al Fertilității a relevat că dintre cele 43 țări europene studiate doar 12 ofereau până la șase cicluri complet finanțate de inseminare intrauterină (IUI) și doar trei țări ofereau până la șase cicluri complet finanțate de IVF/ICSI, în timp ce 35 ofereau finanțare parțială.

Astfel, deși Republica Moldova a întreprins o serie de progrese în ceea ce privește implementarea medicinei reproductive asistate, oricum o mare parte din aceste criterii nu se regăsesc sau nu sunt respectate. Există încă un vid legislativ semnificativ privind reglementarea detaliată a tehnologiilor de reproducere asistată medicală, ceea ce creează dificultăți în aplicarea eficientă și uniformă a acestor servicii. Lipsa protocoalelor naționale de realizare a acestei proceduri impune elaborarea acestora și aprobarea de către autorități. Lipsesc registrele naționale pentru medicină reproductivă asistată și pentru donatori, ceea ce limitează monitorizarea sistematică și evaluarea calității tratamentelor și a rezultatelor pe termen lung. Lipsa unui sistem centralizat, actualizat și transparent interferează cu promovarea îmbunătățirii continue a sistemului. În Republica Moldova, accesul la tratament este deseori birocratic,

costisitor, iar serviciile de donare (spermă, ovocite, embrioni) nu sunt încă suficient de dezvoltate. Testarea genetică se realizează în afara țării, iar costurile ridicate limitează foarte mult accesul. Astfel, în practică, nu toți pacienții au posibilitatea unei analize complete, ceea ce reduce rolul acestei tehnici în optimizarea rezultatelor. Aspectul ce ține de transparență privind donarea non-anonimă, cu identificarea donatorului dezvăluită copiilor la fel nu este clarificat, limitând dreptul copilului de a-și cunoaște originea genetică, în ciuda principiilor de transparență promovate la nivel internațional. Privitor la finanțare în Republica Moldova, serviciile medicale de reproducere asistată sunt parțial suportate de stat și doar la un număr redus de persoane, iar o mare parte din costuri (medicamente, investigații, tratamente, proceduri) sunt suportate de către pacienți. Finanțarea publică este limitată și inconsistentă, ceea ce face ca accesul echitabil să fie problematic, în special pentru grupurile vulnerabile. Serviciile de suport psihologic nu sunt incluse în pachetul de tratament și sunt disponibile doar într-un centru medical care oferă servicii medicale de reproducere asistată. Procesul de consultare a pacienților și a asociațiilor acestora în elaborarea și modificarea politicilor publice legate de medicina reproductivă asistată este slab dezvoltat. Programele de educație reproductivă organizate și finanțate de stat lipsesc, astfel reducând creșterea conștientizării populației asupra problemelor de fertilitate, precum și asupra opțiunilor de prevenire a infertilității sau de gestionare a acestora. Lipsa unor astfel de programe limitează capacitatea de a informa corect și complet societatea. De asemenea, acest deficit în educație contribuie la menținerea unor bariere culturale și sociale.

10. DIFICULTĂȚI ȘI PARTICULARITĂȚI ÎN OBTINEREA SUPORTULUI PUBLIC PENTRU REALIZAREA FIV

Cea mai populară tehnologie de reproducere medicală asistată este fertilizarea in vitro. Indicațiile principale pentru apelarea la fertilizarea in vitro sunt infertilitatea feminină și/sau masculină, când alte metode de tratament sunt imposibile sau fără de efect. La fertilizarea in vitro are acces orice cuplu și orice femeie solitară care suferă de infertilitate, dacă au luat o decizie informată de folosire a acestei metode. Pentru a recurge la fertilizarea in vitro, femeia și bărbatul trebuie să corespundă criteriilor medicale necesare privind starea de sănătate fizică și mentală.

Datele statistice prezentate de Agenția de Transplant și datele studiilor realizate relevă un număr redus de persoane care au solicitat suportul oferit prin intermediul asigurării obligatorii de sănătate. În 2023 au fost realizate doar 40 de FIV prin programul național, din 60 disponibile. *"Pentru anul 2024, Compania Națională de Asigurări în Medicină urma să acopere costul a 170 de proceduri, la moment (luna septembrie) doar la 35 de cupluri au fost aprobate dosarele pentru a beneficia de o fertilizare in vitro gratuită"* (Expert_sănătate reproductivă).

Conform datelor studiului cantitativ, a fost evidențiat un nivel redus de cunoaștere despre programele de suport a medicinei reproductive asistate, evidențiind și un deficit informațional major. Doar o cincime dintre respondenți declară că știu despre existența sprijinului financiar pentru fertilizarea in vitro oferit prin polița de asigurare medicală în Republica Moldova, iar ponderea celor care cunosc programele locale ale municipiului Chișinău este și mai mică. Marea majoritate nu are cunoștință de aceste mecanisme, iar aproximativ o zecime ezită să se pronunțe (Figura 29.). În contextul în care costurile sunt percepute drept principalul obstacol în utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată, nivelul redus de conștientizare a schemelor de compensare și cofinanțare amplifică inechitățile de acces, transformând o barieră financiară într-una sistemică.

Acest profil sugerează că politicile de sprijin existente au o vizibilitate limitată în rândul populației-țintă și că lanțul informațional dintre instituțiile publice, furnizorii de servicii și potențialii beneficiari este fragmentat. Lipsa de claritate privind eligibilitatea, procedurile de trimitere, documentația necesară, nivelul de acoperire și posibilele liste de așteptare reduce probabilitatea de aplicare chiar și în rândul cuplurilor motivate. În absența unor campanii de comunicare susținute, mesajele ajung preponderent prin canale informale, ceea

ce favorizează distribuții inegale ale cunoașterii în defavoarea mediilor cu capital informațional mai scăzut.

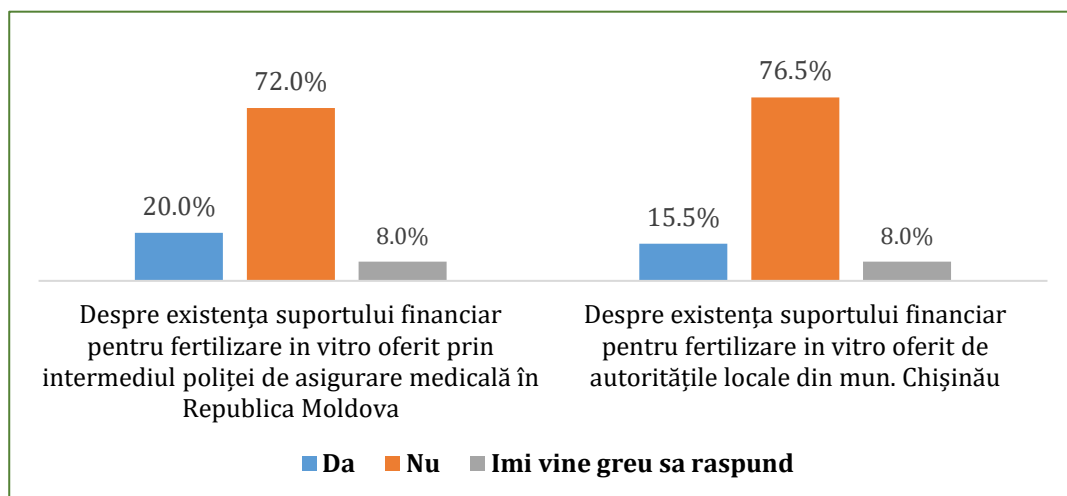


Figura 29. Cunoașterea programelor de suport destinate persoanelor/cuplurilor care au necesitate de a accesa tehnologiile medicale de reproducere asistată

Datele studiului calitativ evidențiază că o cauză a numărului redus de persoane care solicită suport pentru a beneficia de o procedură de fertilizare in vitro în baza asigurării obligatorii de sănătate este lipsa cunoștințelor/informațiilor despre această posibilitate, care nu este mediatizată în mass-media și pe care nici medicii de familie nu o promovează suficient în rândul cuplurilor/persoanelor care se confruntă cu această problemă. *"Eu am discutat cu mai multe paciente care sunt la noi la spital și au conceput prin fertilizare in vitro. Le-am întrebat dacă cunosc despre existența programului de susținere a statului. 80% au spus că nu știu"* (Medic ginecolog).

Este necesar de subliniat că, Compania Națională de Asigurări în Medicină din Republica Moldova acoperă parțial o procedura de fertilizare in vitro fără costul medicamentelor în condiții de ambulator. Tariful pentru o procedură de fertilizare in vitro achitat de stat constituie 31729 lei (aproximativ 1600 euro), această sumă fiind stabilită încă în 2017. Majoritatea experților califică acest aspect descurajator, fiindcă *"ceea ce se oferă nu acoperă la moment nici 50% din procedura FIV"*. Chiar și în condițiile în care statul acordă acest suport financiar, există persoane/cupluri care nu-și pot permite achitarea altor circa 50% din costul procedurii FIV, inclusiv costul medicamentelor. Acest aspect este extrem de important, mai ales că studiile internaționale au

evidențiat că în țările unde costurile fertilizării in vitro sunt aproape complet acoperite de resursele publice, utilizarea acestora nu diferă în funcție de poziția socioeconomică a femeilor. În țările în care contribuția din buzunar a pacientului a crescut la 50% din cost, cei cu venituri mai mici sunt mai puțin capabili să își permită tratamentul și, prin urmare, nu au acces la acesta [37].

Un alt motiv pentru care cuplurile pot evita să apeleze la fertilizarea in vitro (FIV) prin finanțare publică este legat de cerințele de eligibilitate, în special faptul că ambii parteneri trebuie să fie asigurați de stat. Republica Moldova este o țară cu un proces intens de migrație, în rezultat din cauza aflării unei perioade mari de timp în afara țării, multe persoane sunt neasigurate fiindcă nu o achiziționează. Munca neoficială de asemenea continuă să fie răspândită frecvent, ceea ce la fel contribuie la neasigurarea medicală a unora.

Unii nu recurg la acest suport din cauza obligativității de a perfecta dosarul de eligibilitate în baza indicațiilor medicului de familie. *"Există persoane care nu vor să se ducă la medicul de familie și să-i spună despre această problemă, mai ales la sat. Mulți medici de familie nici nu știu că pacienta a conceput prin fertilizare in vitro"* (Pacientă_FIV).

Analiza realizată a relevat că eligibilitatea, cerințele de diagnostic medical și limitele de vârstă sunt definite mai strict pentru FIV finanțat public, decât criteriile generale de eligibilitate, cu justificarea de a limita cheltuielile resurselor publice de sănătate la cei care au nevoie medicală demonstrată și șanse statistice mai mari de succes. Astfel, criteriile pentru a beneficia de o procedură de fertilizare in vitro în baza asigurării obligatorii de sănătate sunt apreciate a fi extrem de dure. În conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății nr.149 din 2017 „Cu privire la acordarea serviciilor de Reproducere umană asistată”, criteriile medicale pentru a beneficia de procedura de fertilizare in vitro sunt: primare (factorul tubar al inferertilității, cum ar fi absența trompelor uterine sau obstrucția tubară, în lipsa efectului de la tratamentul laparoscopic repetat; factorul endocrin, cum ar fi anovulația și polichistoza ovariană în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani; endometrioză documentată în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani; infertilitate de altă etiologie, dacă tratamentele convenționale nu au dat rezultat pe parcursul a 5 ani) și complementare (uterul fără patologie, cum ar fi anomalii congenitale, sinechii, miom submucos sau interstițial; rezerva ovariană în limitele normale și valorile hormonului antimulerian $>1,1\text{ ng/ml}$; indicele masei corporale ≥ 20 și ≤ 25 ; lipsa maladiilor extragenitale. Astfel, sunt eligibili pentru a beneficia de o procedură de fertilizare in vitro în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală cuplurile care vor care va întruni una din criteriile

primare și toate criteriile complementare. Majoritatea experților intervievați consideră că exigențele pentru accesarea procedurii de fertilizare in vitro prin asigurarea obligatorie de sănătate este excesiv de strictă. *"Regulamentul este tare greu, tare anevoios, tare mult se poate de simplificat"* (Medic ginecolog). *"Unele criterii sunt exagerate, îndeosebi cel cu privire la masa corporală. Noi ce ne așteptăm să recurgă la FIV doar balerinele?"* (Medic reproductolog).

Nu în ultimul rând, parcursul de obținere a unei FIV necesită un interval de timp extins. *"Oamenii aceștia au nevoie de cel puțin un an de zile ca să efectueze toate analizele și investigațiile cerute"* (Medic ginecolog). Același lucru fiind susținut și de către paciente. *"Dacă te pornești pe această cale de a beneficia din contul asigurării obligatorii, prin medic de familie, cu îndreptări, cu analize, durează foarte, foarte mult"* (Pacienta_FIV).

Generalizând, evidențiem multiple bariere ce limitează accesul cuplurilor și persoanelor la procedurile de fertilizare in vitro finanțate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Rezultatele pun în lumină atât obstacole sistemice, cât și elemente legate de informare, percepții sociale și constrângeri economice, conturând un tablou complex al factorilor care influențează utilizarea serviciilor de medicină reproductivă asistată. Așadar, programul actual, deși bine intenționat, nu reușește să reducă inegalitățile legate de acces, ceea ce reprezintă o problemă critică într-un stat cu venituri medii și cu niveluri ridicate de vulnerabilitate economică. Prin urmare, pentru a transforma programul într-un mecanism eficient și echitabil, este necesară o revizuire a cadrului normativ, actualizarea valorii acoperite de stat, simplificarea procedurilor administrative și consolidarea rolului medicilor de familie în informarea populației. Complementar, o campanie publică de comunicare ar facilita creșterea gradului de conștientizare și ar reduce stigmatizarea infertilității.

Gradul de acord privind acoperirea costurilor medicinei reproductive asistate de către stat. Rezultatele indică un sprijin social substanțial pentru implicarea statului în finanțarea medicinei reproductive asistate, reflectând percepția acestuia ca pe o componentă legitimă a politicilor publice de sănătate. În total, 66,1% dintre respondenți (31,7% „total de acord” și 34,4% „de acord”) consideră că statul ar trebui să suporte costurile tratamentelor de fertilitate pentru cuplurile care nu pot avea copii (Figura 30.). Această majoritate absolută demonstrează o înaltă acceptare a ideii că infertilitatea trebuie tratată nu doar ca o problemă individuală, ci ca una de interes public, care afectează direct indicatorii demografici și bunăstarea socială.

Proporția celor care adoptă o poziție neutră (21,6%) este semnificativă, sugerând o zonă de incertitudine sau de informare insuficientă privind mecanismele de finanțare existente și implicațiile bugetare ale extinderii acestor programe. Doar 1,9% dintre respondenți se declară în dezacord cu ideea de sprijin financiar de stat, ceea ce confirmă că opoziția socială față de astfel de măsuri este marginală. În același timp, 8,5% afirmă că le este dificil să se pronunțe, ceea ce poate indica fie necunoașterea subiectului, fie absența unei opinii formate în raport cu politicile publice din domeniu (Figura 30.).

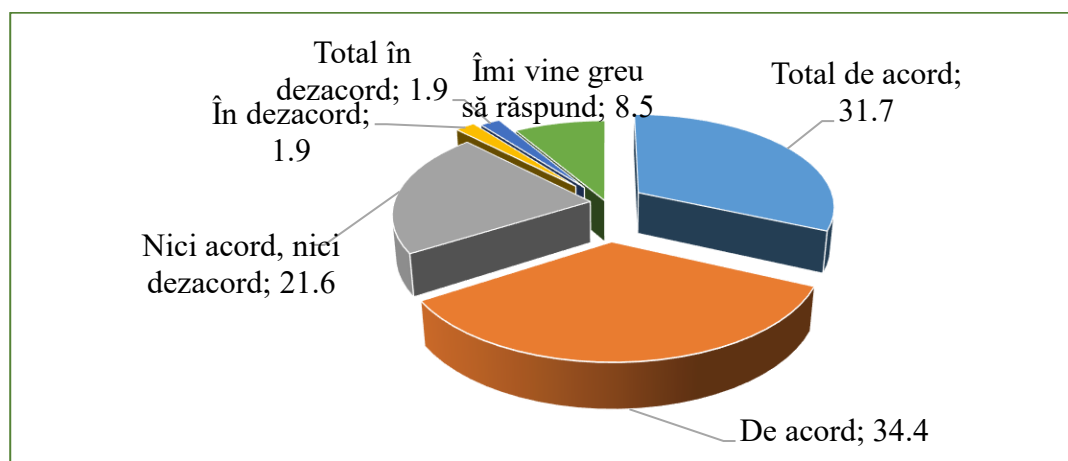


Figura 30. Susținerea faptului că, costul medicinei reproductive asistate pentru cuplurile care nu pot avea un copil trebuie suportat de stat

Distribuția răspunsurilor evidențiază un consens larg privind responsabilitatea statului de a asigura acces echitabil la tratamentele de fertilitate, în condițiile în care costurile sunt percepute de majoritatea populației drept principala barieră în utilizarea tehnologiilor medicale reproductive.

În continuarea întrebării anterioare privind percepțiile asupra rolului statului în finanțarea medicinei reproductive asistate, rezultatele următoarei întrebări aduc o perspectivă mai nuanțată asupra situațiilor concrete în care populația consideră legitim sprijinul public. Aceste date permit conturarea unei ierarhii de priorități și a unor criterii sociale implicite pentru alocarea resurselor publice în domeniul fertilizării in vitro (FIV).

Datele demonstrează că susținerea publică este cea mai puternică în cazurile în care infertilitatea este de natură medicală sau reprezintă o limitare obiectivă și scade semnificativ atunci când infertilitatea este asociată cu decizii

personale sau cu circumstanțe considerate mai puțin constrângătoare. Astfel, 55,2% dintre respondenți consideră că tratamentele FIV ar trebui finanțate exclusiv de stat atunci când fertilitatea a fost afectată de o boală sau de tratamente medicale, precum cele oncologice, iar încă 23,2% susțin o formulă mixtă de cofinanțare între stat și individ (Figura 31.). Această opțiune majoritară indică recunoașterea infertilității secundare ca situație de vulnerabilitate medicală, ce justifică intervenția publică pe criterii de echitate și solidaritate socială.

Un sprijin substanțial există și pentru cazurile în care se dorește conceperea primului copil, dar acest lucru nu este posibil natural: 46,4% dintre respondenți consideră că finanțarea trebuie asigurată integral de stat, iar 33,3% susțin o abordare de partajare a costurilor (Figura 31.). Aceste rezultate exprimă o percepție a „dreptului la primul copil” ca drept social fundamental, legitimând implicarea statului în susținerea cuplurilor infertile care se confruntă cu dificultăți primare de concepție.

În schimb, atunci când procedura vizează obținerea unui alt copil (pentru cuplurile care au deja copii), proporția celor care consideră că finanțarea ar trebui să revină exclusiv statului scade puternic la 18,7%, în timp ce 38,4% consideră că aceste costuri trebuie suportate integral de cuplu, iar 32% optează pentru o formulă mixtă (Figura 31.). Rezultatul evidențiază o diferențiere clară între situațiile percepute ca „nevoi fundamentale” și cele considerate „aspiraționale” sau legate de preferințe individuale.

Un profil similar se conturează și pentru cazurile în care decizia de a avea un copil este amânată până la o vârstă mai înaintată, unde doar 20,3% sprijină finanțarea exclusiv publică, iar 40% cred că aceasta trebuie asigurată de cuplu (Figura 31.). Această distribuție sugerează o responsabilizare mai accentuată a individului atunci când infertilitatea este asociată cu decizii de planificare a vieții, reflectând o normă socială implicită bazată pe ideea de control personal și responsabilitate față de propriile alegeri reproductive.

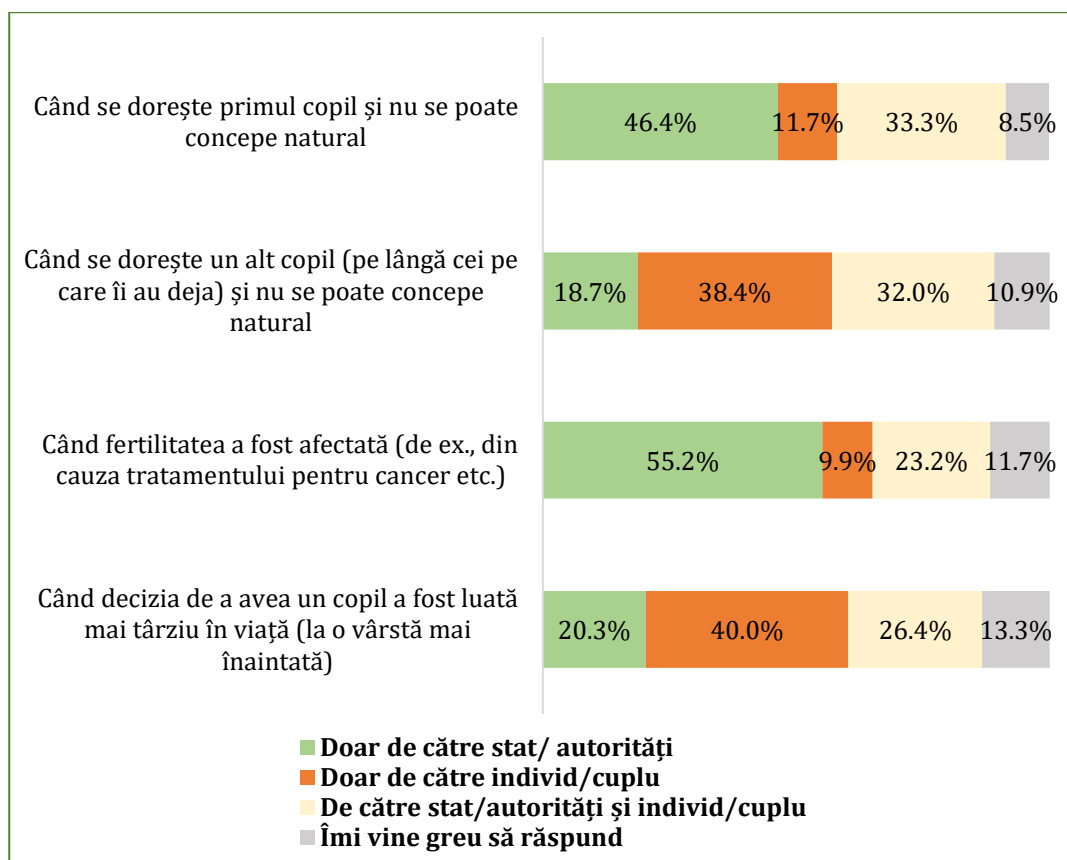


Figura 31. Situații în care procedura de fertilizare in vitro (FIV) ar trebui finanțată de către stat/autorități sau suportată de individ/cuplu

Rezultatele studiului indică o viziune stratificată a solidarității publice, în care susținerea statului este considerată legitimă și chiar necesară pentru cazurile medicale severe și pentru cuplurile fără copii, dar mai puțin justificată pentru situațiile generate de alegeri personale sau de circumstanțe de viață amânate. Această structură a opiniei publice oferă repere importante pentru elaborarea criteriilor de prioritizare în politicile de finanțare a reproducerii asistate, subliniind necesitatea unui cadru diferențiat de sprijin care să combine principiul echității medicale cu eficiența utilizării resurselor publice.

Măsuri pentru îmbunătățirea accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată. Rezultatele referitoare la măsurile percepute ca fiind necesare pentru îmbunătățirea accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată conturează un nivel foarte ridicat de sprijin public pentru extinderea și consolidarea infrastructurii de servicii în acest domeniu. Ele reflectă o înțelegere tot mai clară a faptului că infertilitatea reprezintă o

problemă de sănătate publică și nu doar o chestiune privată, iar soluționarea ei necesită intervenții sistemice, accesibile și echitabile.

Cea mai puternică susținere este exprimată pentru reducerea costurilor tratamentelor și serviciilor de reproducere asistată, susținută de 79,5% dintre respondenți, în timp ce doar 2,7% declară că nu ar susține o astfel de măsură (Figura 32.). Această opinie confirmă relevanța economică a barierei financiare deja identificate în secțiunile anterioare și subliniază așteptarea clară a populației ca statul să intervină pentru a diminua povara costurilor asupra cuplurilor infertile. În termeni de politici publice, acest consens indică necesitatea consolidării mecanismelor de compensare prin asigurările medicale sau prin programe de sprijin local, pentru a asigura un acces real și echitabil la tratamentele de fertilitate.

În același timp, 78,4% dintre respondenți susțin extinderea serviciilor de reproducere asistată în mai multe regiuni ale țării, ceea ce evidențiază o problemă structurală de distribuție geografică a serviciilor (Figura 32.). Concentrate preponderent în Chișinău, clinicile specializate sunt dificil accesibile pentru populația din raioanele rurale sau din regiunile mai puțin dezvoltate. Sprijinul larg pentru extinderea acestor servicii confirmă percepția publică asupra inegalităților teritoriale în accesul la îngrijirea reproductivă și legitimează dezvoltarea unui cadru național de planificare regională a infrastructurii medicale.

Un alt domeniu cu sprijin majoritar este informarea publică privind tehnologiile medicale de reproducere asistată și opțiunile de tratament – 77,6% dintre respondenți consideră necesare campanii de informare (Figura 32.). Această atitudine reflectă conștientizarea deficitului de cunoaștere și a circulației limitate a informației medicale verificate, observată și în alte secțiuni ale studiului. În acest sens, rezultatele sugerează că educația medicală și comunicarea publică pot avea un rol esențial în reducerea stigmatizării, corectarea percepțiilor eronate și creșterea încrederii în eficiența procedurilor.

Ușor mai scăzut, dar tot ridicat, este nivelul de susținere (73,6%) pentru furnizarea serviciilor de reproducere asistată în instituțiile medicale publice (Figura 32.). Acest rezultat semnalează dorința populației de a integra tehnologiile medicale de reproducere asistată în sistemul public de sănătate, pentru a le conferi accesibilitate, standardizare și control de calitate, dar și pentru a le disocia de percepția unor servicii „elitiste” rezervate doar celor cu resurse financiare ridicate.

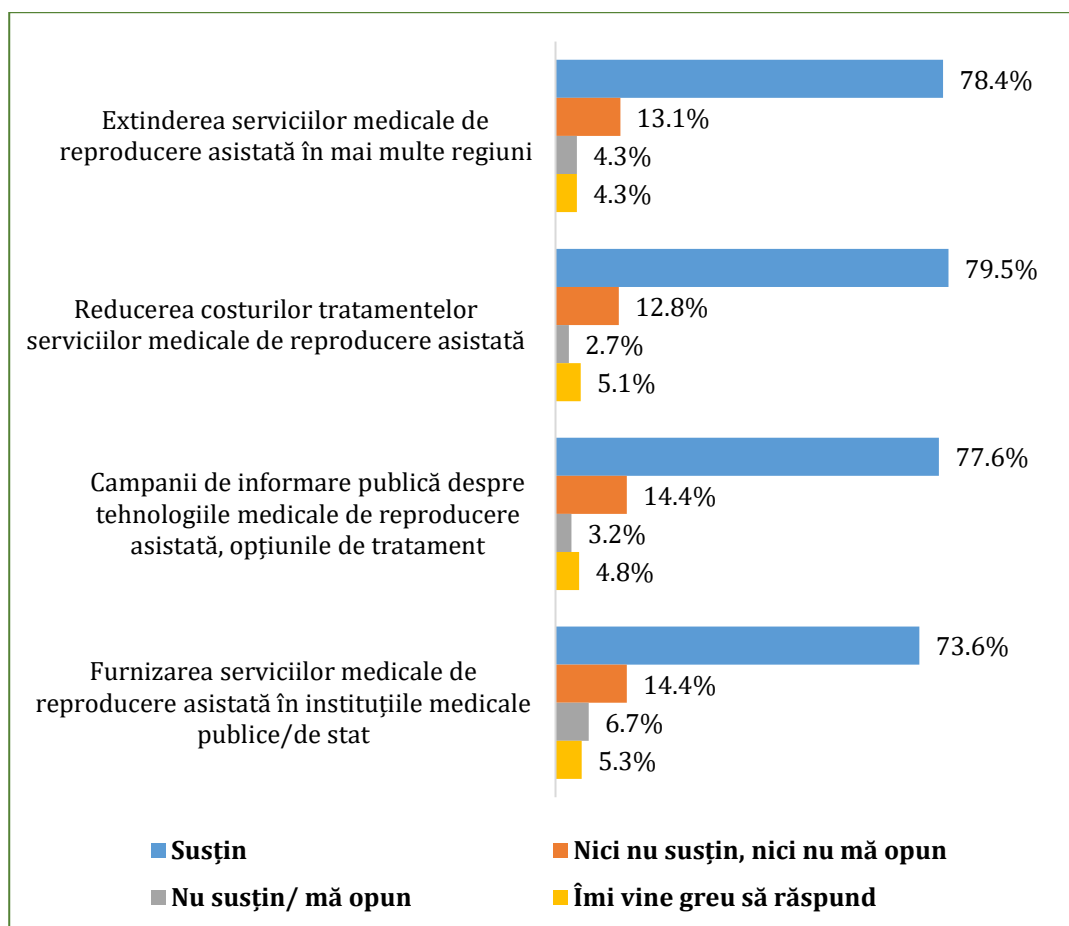


Figura 32. Susținerea aspectelor ce țin de îmbunătățirea accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată

În ansamblu, aceste rezultate evidențiază un consens societal semnificativ în favoarea extinderii accesului la medicina reproductivă asistată în toate dimensiunile sale: financiară, teritorială, informațională și instituțională. Populația exprimă o atitudine pronunțat proactivă și constructivă față de dezvoltarea acestui domeniu, confirmând astfel legitimitatea consolidării politicilor publice orientate spre susținerea cuplurilor infertile. Acest sprijin social consistent oferă o bază solidă pentru formularea unor intervenții naționale coordonate care să integreze reproducerea asistată în strategia generală de sănătate reproductivă și demografică a Republicii Moldova.

11. OPORTUNITĂȚILE MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE ÎN CREȘTEREA NATALITĂȚII

Aplicarea medicinei reproductive asistate constituie o realitate tot mai prezentă în peisajul demografic și medical contemporan, atât la nivel global, cât și în Republica Moldova. Extinderea utilizării acestor tehnologii reflectă transformări profunde în domeniul sănătății reproductive, marcate de schimbări biologice, sociale și comportamentale. Inițial concepute ca intervenții medicale pentru tratarea infertilității biologice, tehnologiile de reproducere asistată sunt tot mai des accesate și din motive sociale, inclusiv lipsa unui partener, amânarea voluntară a maternității pentru vârste mai înaintate, prioritizarea carierei sau a formării profesionale. Această dinamică este în concordanță cu tendințele europene și cele globale, unde tranziția spre modele reproductive tardive determină o creștere a incidenței infertilității și, implicit, a cererii pentru tratamente de fertilitate.

În Republica Moldova, contribuția medicinei reproductive asistate la sporirea natalității rămâne încă modestă, deși în creștere. În fiecare an sunt înregistrate aproximativ o sută de nașteri provenite din sarcini obținute prin medicina reproductivă asistată, ceea ce reprezintă circa 0,5% din totalul nașterilor (Figura 33). În raport cu media europeană, unde aproximativ 2,6% dintre nașteri sunt rezultatul tehnologiilor reproductive asistate [43], Republica Moldova se situează considerabil sub nivelul țărilor cu sisteme de sănătate dezvoltate și cu politici de sprijin financiar pentru FIV/ICSI.

Prin urmare, în contextul Republicii Moldova, medicina reproductivă asistată poate fi interpretată ca o resursă strategică cu potențial pronatalist, dar încă insuficient utilizată. Nivelul scăzut al ponderii nașterilor obținute prin tehnologii medicale de reproducere asistată – de cinci ori inferior mediei europene – reflectă o combinație de factori structurali: acces financiar limitat, capacitate instituțională redusă, lipsa unor politici de subvenționare sistematică, informare insuficientă a populației și persistența barierelor culturale privind reproducerea asistată. Astfel, dinamica actuală arată că, deși medicina reproductivă asistată devine treptat o parte integrantă a sistemului reproductiv al țării, potențialul său rămâne nevalorificat pe deplin.

Implementarea medicinei reproductive asistate poate contribui semnificativ la creșterea natalității, deoarece medicina reproductivă asistată explică 5-7% din creșterea fertilității și joacă rol critic în recuperarea fertilității la vârstă înaintată. Cu toate acestea, efectul global rămâne moderat (~5% din nașteri), deoarece aceste tratamente îndeplinesc mai mult funcția de

compensare a întârzierii primelor nașteri, decât generare de nașteri suplimentare pe termen lung. În cele din urmă, majoritatea nașterilor realizate prin tehnologiile medicale de reproducere asistată au loc în rândul cuplurilor care, fără intervenție medicală, nu ar fi reușit să aibă copii la vârste mai avansate.

Pentru Republica Moldova, oportunitatea de creștere a natalității prin medicina reproductivă asistată este substanțială, având în vedere că prevalența infertilității este de 11%. Rata ridicată a infertilității în Republica Moldova evidențiază necesitatea unor măsuri urgente și eficiente pentru a răspunde provocărilor demografice majore actuale.

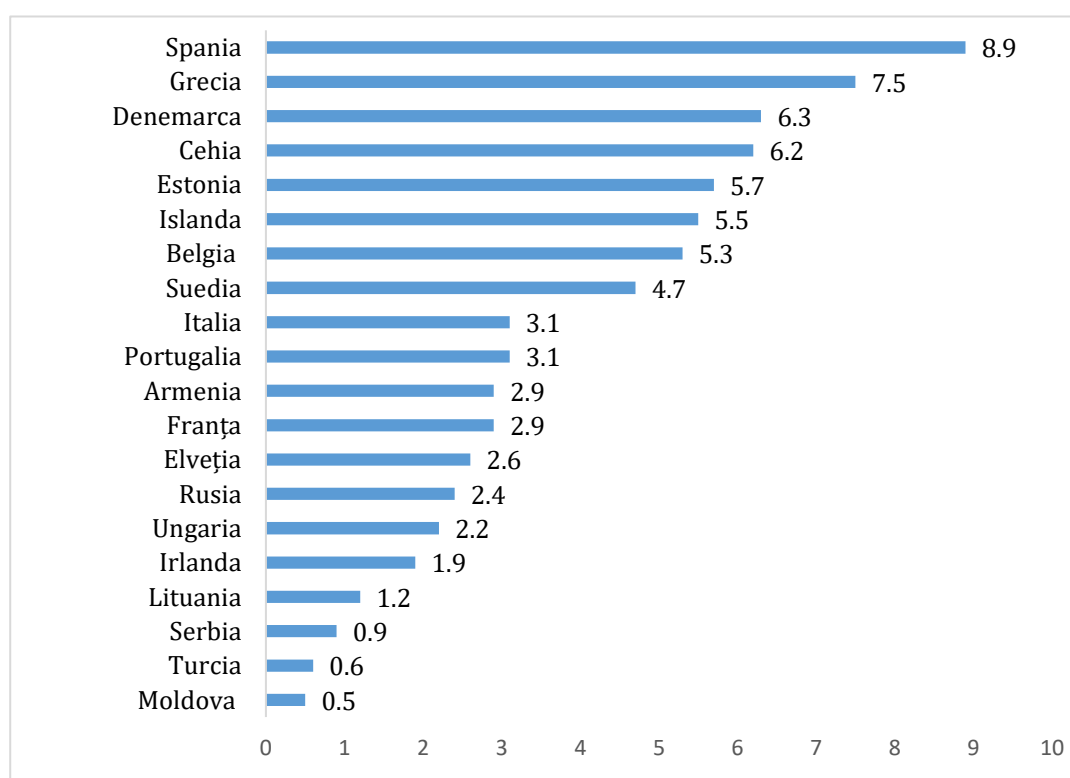


Figura 33. Ponderea copiilor născuți prin intermediul medicinei reproductive asistate în 2025

Sursa: [What share of births involve assisted reproductive technologies like IVF? - Our World in Data](#); Pentru Republica Moldova datele sunt oferite de experții intervievați în cadrul studiului.

Impactul demografic al medicinei reproductive asistate este major. Pe de o parte, contribuie la reducerea infertilității, creșterea numărului de nașteri și majorarea dimensiunii familiale. Pe de altă parte, tehnologiile de reproducere

asistată permit cuplurilor să întârzie nașterea până la o vârstă mai mare, ceea ce poate influența modelul demografic general prin creșterea vârstei medii a părinților. Medicina reproductivă asistată promovează discuții și educație cu privire la sănătatea reproductivă, ceea ce poate îmbunătăți îngrijirea sănătății femeilor și bărbaților. Acest lucru include monitorizarea sănătății reproductivă și intervenții terapeutice timpurii pentru afecțiuni care afectează fertilitatea.

Succesul medicinei reproductive asistate este profund dependent de vârstă, aceasta fiind o variabilă critică pentru politicile de fertilitate. Deși tehnologiile medicale de reproducere asistată reprezintă un instrument valoros în tratarea infertilității și au potențialul de a contribui la creșterea numărului de nașteri, acestea nu pot compensa integral declinul fertilității naturale și pierderile asociate amânării maternității la vârste înaintate. Limitele biologice, costurile ridicate, disponibilitatea inegală și eficacitatea variabilă în funcție de vârstă sunt factori care restrâng capacitatea medicinei reproductive asistate de a inversa tendințele demografice.

Unele constatări științifice menționează că pentru anumite țări europene utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată poate avea o relevanță demografică atunci când femeile se adresează mai devreme. Aceeași situație este valabilă și pentru Republica Moldova. Se sugerează că utilizarea acestora la o vârstă mai fragedă ar trebui să fie susținută, astfel încât să crească șansa femeilor de a-și atinge obiectivele reproductive, reducând în același timp riscul de infertilitate legat de vârstă și de apariția eșecului după aplicarea procedurilor medicale [41]. Astfel, există o interdependență între amânarea nașterii și utilizarea tehnologiilor de reproducere asistată, fiecare dintre acestea influențând-o pe cealaltă. Pe de o parte, amânarea nașterii este unul din principalele motive pentru utilizarea în creștere a tehnologiei de reproducere asistată și, pe de altă parte, utilizarea tehnologiilor emergente poate fi unul din factorii ce contribuie la creșterea vârstei femeilor la nașterea copiilor.

Prin urmare, din perspectiva demografică, nu este relevantă utilizarea tratamentelor de reproducere medicală asistată pentru a încuraja femeile să întârzie nașterea până la vârste foarte târzii [41]. Deși opțiunile tehnologice de medicină reproductivă pot ajuta într-o anumită măsură cu problemele de fertilitate legate de vârstă, ele nu pot compensa complet scăderea fertilității [73], deoarece eficacitatea tratamentelor scade rapid, odată cu vârsta femeilor. Medicina reproductivă asistată în forma sa actuală nu poate recupera toate nașterile pierdute prin declinul natural al fertilității după vârsta de 35 de ani. Leridon, pe baza modelelor de simulare pe calculator, a demonstrat că tehnologiile de reproducere asistată acoperă doar jumătate din nașterile

pierdute prin amânarea încercării de a rămâne însărcinată de la 30 la 35 de ani, și mai puțin de 30% dacă această amânare are loc de la 35 la 40 de ani. Cu toate acestea, studiile arată că mulți bărbați și femei cred că tratamentele de reproducere asistată pot restabili fertilitatea [45].

Deși dezvoltarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată a deschis noi posibilități pentru cuplurile și persoanele care se confruntă cu infertilitatea, șansa de a obține o naștere vie scade considerabil odată cu vârsta. În ansamblu, medicina reproductivă asistată are o capacitate limitată de a compensa efectele amânării nașterii la vârste mai înaintate [70]. Ratele de nașteri vii per transfer embrionar scad de la 41,3% pentru pacienții sub 35 de ani la sub 5-8% pentru pacienții peste 42 de ani [80]. Astfel, medicina reproductivă asistată nu poate compensa pe deplin scăderea fecundității odată cu vârsta, deoarece eficiența tratamentelor scade rapid, odată cu vârsta femeilor.

Eficacitatea medicinei reproductive asistate asupra stimulării natalității poate fi amplificată prin mediatizarea opțiunii de apelare la crioprezervarea ovocitelor, procedură nu prea cunoscută, ceea ce ar extinde potențialul reproductiv al femeilor odată cu înaintarea în vârstă și amânarea maternității. Relația biologică este importantă pentru multe persoane, sugerând că crioprezervarea ovocitelor poate fi mai acceptabilă decât alte metode de reproducere asistată care implică donatori. Un număr tot mai mare de femei din unele țări europene care își congelează ovocitele susțin această idee [44]. Crioprezervarea ovocitelor oferă femeilor flexibilitate în planificarea familială, permițându-le să amâne sarcina până la o vârstă mai matură, când pot fi mai stabile din punct de vedere emoțional și financiar. Această capabilitate de a amâna maternitatea poate ajuta la reducerea presiunilor sociale și la creșterea ratei de natalitate în rândul femeilor care, în mod normal, ar putea întâmpina dificultăți în conceperea naturală la o vârstă mai înaintată. Însă este esențial ca informațiile despre crioprezervarea ovocitelor să fie diseminate eficient, inclusiv educarea femeilor asupra avantajelor și limitărilor acestei metode. Femeile trebuie să fie conștiente nu doar de riscurile și costurile implicate, ci și de succesul potențial, pentru a lua decizii informate legate de planificarea familială. Astfel, crioprezervarea ovocitelor amplifică eficacitatea medicinei reproductive asistate în stimularea natalității, oferind femeilor mai mult control asupra timpului matern și extinzându-le potențialul reproductiv pe parcursul îmbătrânirii, or educația și accesibilitatea sunt cruciale pentru maximizarea beneficiilor acestei tehnologii emergente. Încurajarea populației de a alege

această opțiune ar putea fi stimulată prin crearea de programe care să faciliteze accesul la serviciile de crioconservare, inclusiv subvenții sau reduceri, asigurându-se un acces echitabil la aceste servicii.

Tehnologiile medicale de reproducere asistată pot avea o contribuție mai mare asupra natalității în condițiile unei situații economice favorabile. Creșterea economică poate amplifica veniturile disponibile ale indivizilor și, astfel, poate crește capacitatea de a finanța tratamentele serviciilor medicale de reproducere asistată care sunt costisitoare. Într-o economie în creștere, guvernele ar putea avea resurse financiare mai mari pentru a implementa subvenționarea tratamentelor medicale de reproducere asistată, crescând astfel accesibilitatea. Creșterea economică poate duce la investiții semnificative în infrastructura medicală, asigurând o distribuție mai largă a serviciilor și accesul facil de către categorii de populații diverse. Creșterea economică oferă o stabilitate financiară mai mare, încurajând cuplurile să ia decizii reproductive mai favorabile, incluzând accesarea tratamentelor de acest gen atunci când întâmpină probleme de fertilitate. Cuplurile pot fi mai înclinate să aibă copii atunci când percep o stabilitate economică pe termen lung, ceea ce poate stimula o creștere a natalității odată cu explorarea opțiunilor medicinei reproductive asistate.

Medicina reproductivă asistată poate avea un impact deosebit asupra natalității în situația în care și politicile demografice, familiale, cele de reconciliere ale vieții de familie cu cea profesională ar fi favorabile. Implementarea unor politici familiale eficiente pentru îngrijirea copiilor poate reduce stresul asociat cu creșterea lor și poate încuraja deciziile de a avea copii. Atunci când cuplurile simt că au sprijinul necesar pentru a-și crea o familie, sunt mai inclinate să caute opțiunile medicinei reproductive asistate în cazul când se confruntă cu probleme de fertilitate, știind că nu vor trebui să sacrifice carierele pentru a avea o familie. Mijloacele de muncă flexibile, cum ar fi programul de lucru adaptabil sau opțiunile de muncă de la domiciliu, permit părinților să gestioneze mai bine responsabilitățile familiale și cele profesionale. Această atenție asupra echilibrului dintre muncă și familie încurajează dorința de a avea copii și, implicit, utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată. Politicile favorabile pot încuraja un număr mai mare de cupluri să acceseze serviciile medicale de reproducere asistată, știind că au resursele și sprijinul necesar pentru a gestiona sarcina și viața de familie după tratamente. De asemenea, politicile care vizează reducerea incompatibilității dintre rolul de muncă și cel de mamă (de exemplu, concediul de maternitate, îngrijire a copiilor, serviciile de educație timpurie) sunt eficiente și duc la nașterea copiilor

la vârste mai tinere. În concluzie, medicina reproductivă asistată poate avea un impact decisiv asupra creșterii natalității în condițiile în care politicile familiale și cele de reconciliere a vieții de familie cu cea profesională sunt favorabile. Un efect mai mare l-ar avea și includerea măsurilor de susținere a populației în accesarea tehnologiilor medicale de reproducere asistate ca parte a politicii familiale, ceea ce presupune recunoașterea infertilității ca o problemă de sănătate publică semnificativă și, prin urmare, este esențială pentru protejarea și susținerea familiilor.

Există un potențial semnificativ pentru ca medicina reproductivă asistată să influențeze pozitiv ratele de fertilitate, dar acest lucru depinde de un sistem bine structurat de informare și suport, de sporirea nivelului de informare a populației cu referire la suportul oferit de autorități cuplurilor care au dificultăți de concepere pentru a beneficia de o procedură FIV gratuită. De asemenea, este esențial ca aceste informații să fie accesibile și ușor de înțeles, astfel încât toate persoanele să fie încurajate să solicite ajutor. Creșterea conștientizării privind aceste resurse poate duce la o utilizare crescută a acestei proceduri.

În Republica Moldova rolul medicinei reproductive asistate rămâne valorificat insuficient, cauza fiind costurile majore suportate de persoanele care se confruntă cu probleme de infertilitate. Acești factori financiari constituie una dintre cele mai puternice bariere în calea accesării și utilizării eficiente a tehnologiilor reproductive moderne. În aceste condiții, un potențial considerabil de extindere și eficientizare a utilizării tehnologiilor de reproducere asistată poate fi realizat prin diminuarea contribuției financiare din partea solicitanților și, concomitent, prin creșterea implicării și finanțării publice. Doar țările care au implementat mecanisme de finanțare care reduc la minimum cheltuielile directe ale pacienților au reușit să satisfacă cererea așteptată. O schimbare în politicile publice pentru a oferi mai mult sprijin financiar pentru FIV ar putea fi acceptabilă pentru populație, iar reducerea restricțiilor privind accesul ar putea duce la o utilizare crescută [28]. Consolidarea suportului statului nu doar că ar reduce inegalitățile de acces, ci ar contribui direct la creșterea șanselor de materializare a intențiilor reproductive ale populației și la valorificarea deplină a capacității demografice oferite de aceste tehnologii.

Un beneficiu principal asociat cu finanțarea publică pentru tratamentele infertilității este îmbunătățirea accesului la tratament prin reducerea plăților din buzunar; acest beneficiu poate încuraja pacienții cu probleme de fertilitate din grupurile socioeconomice inferioare să acceseze serviciile, în condițiile în

care, în prezent, femeile din grupurile socioeconomice superioare sunt proporțional mai predispuse să utilizeze aceste servicii.

Există și beneficii clinice ce pot fi obținute în urma oferii unui suport public mai mare pentru accesarea de către populație a tehnologiilor medicale de reproducere asistată. Astfel, mecanismele de finanțare ar trebui să maximizeze eficiența și echitatea accesului, reducând riscul potențial asociat nașterilor multiple. În unele țări, finanțarea publică este condiționată de pacienți și clinicieni, care sunt de acord să limiteze numărul de embrioni transferați într-un ciclu. Acolo unde s-a aplicat această măsură, a existat o reducere semnificativă a sarcinilor multiple fără a cauza o scădere a ratelor cumulative de sarcină, precum și economii semnificative estimate pentru sistemul public de sănătate.

Un exemplu elocvent de finanțare a acestor servicii medicale de reproducere asistate este modelul suedez, bazat pe trei principii etice: principiul demnității umane (al valorii egale, al drepturilor egale ale omului și al nediscriminării); principiul nevoilor și al solidarității (resursele ar trebui să fie alocate pacienților care au cele mai mari necesități. Nevoia este evaluată în funcție de gravitatea problemei de sănătate; potențiala îmbunătățire a sănătății care ar putea fi adusă de intervenția medicală; și raportul favorabil între beneficii și riscuri; principiul raportului cost-eficacitate (sistemul de sănătate are datoria de a-și utiliza resursele cât mai eficient posibil și ar trebui să existe un echilibru rezonabil între costurile și efectele unei intervenții. Acest principiu este subordonat celorlalte două principii. Raportul cost-eficacitate al FIV depinde în principal de trei factori: ratele de succes ale tratamentului; sarcinile multiple; și costul tratamentului [6].

Modelul suedez poate funcționa ca un exemplu de bună practică pentru alte țări, evidențiind importanța implementării unor politici de sănătate bazate pe principii etice solide. Prin adoptarea unui astfel de model, autoritățile pot contribui la creșterea natalității, sprijinind cuplurile infertile și având în vedere, în același timp, eficiența resurselor.

Finanțarea publică pentru tratamentele de fertilitate este văzută ca o investiție socială menită să stopeze scăderea ratei fertilității și să stimuleze creșterea populațiilor viitoare, a veniturilor totale din taxe (Keane, et. all., 2017) [37]. Astfel, investiția în tehnologiile medicale de reproducere asistată reprezintă o abordare strategică pentru a atenua declinul demografic. Tehnologiile de reproducere medical asistată sunt costisitoare din perspectiva pacientului, dar nu și din perspectiva societății. În ciuda costurilor, fiecare naștere vie generează o contribuție netă substanțială la impozite pe parcursul

vieții, întărind astfel importanța continuării investițiilor în tehnologiile medicale de reproducere asistată ca parte a unei politici de sănătate strategice. Studiile economice recente din Italia, Spania, Danemarca, Suedia și Australia demonstrează că investiția publică în medicina reproductivă asistată generează beneficii fiscale nete substanțiale. În Italia, modelul fiscal proiectează beneficii de 3,3 miliarde EUR pe viață pentru 16.300 nașteri vii, echivalent cu 203.856 EUR per nașteri vii [48]. Aceste beneficii se extind dincolo de pacienții individuali, contribuind la atenuarea provocărilor socioeconomice mai ample asociate cu ratele de fertilitate în scădere și îmbătrânirea populației.

Impactul tehnologiilor medicale de reproducere asistată asupra natalității depinde pe lângă vârsta femeilor care accesează procedurile, numărul ciclurilor finanțate, protocoalele privind transferul de embrioni (pentru reducerea riscurilor) și de calitatea centrelor medicale și strategiile de prevenire a infertilității. Calitatea centrelor medicale sunt un factor decisiv pentru eficacitate și încredere. Impactul acestora asupra natalității influențează prin tehnologiile utilizate, experiența embriologilor, indicatori de calitate, respectarea protocoalelor internaționale și naționale. Fără standardizare și acreditare riguroasă, impactul medicinei reproductive asistate asupra natalității rămâne fragmentat și imprevizibil. Strategiile de prevenire a infertilității sunt componentă ignorată, dar esențială fiindcă este *mai eficientă decât tratamentul*. Strategiile eficiente includ: prevenirea infecțiilor reproductive, diagnosticarea timpurie a tulburărilor hormonale, reducerea expunerii la toxine, educație privind vârsta optimă pentru concepție, tratamentul prompt al patologiilor ginecologice (endometrioză, fibroame), screening preconcepțional. Elementele menționate se interconectează, amplificând sau diminuând eficiența medicinei reproductive asistate ca instrument de creștere a natalității.

Succesul medicinei reproductive asistate ca instrument de creștere a natalității este asigurat atunci când: femeile accesează serviciile la vârste tinere, înainte ca fertilitatea să scadă; statul finanțează suficiente cicluri pentru a atinge rate cumulative de succes reale; protocoalele clinice promovează siguranța, în special prin transfer embrionar unic; centrele medicale sunt acreditate, monitorizate și dotate adecvat cu personal specializat; infertilitatea este prevenită activ. Prin urmare, reproducerea asistată poate contribui semnificativ la creșterea natalității, dacă este integrată într-un cadru coerent de politici publice, practici medicale standardizate și intervenții preventive, care împreună maximizează rezultate demografice și minimizează riscurile clinice și sociale.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Importanța studierii impactului medicinei reproductive asistate asupra natalității este deosebit de mare în societățile caracterizate prin fertilitate scăzută, îmbătrânire demografică și depopulare accentuată, precum este și Republica Moldova. Declinul demografic este o problemă complexă, care afectează echilibrul populației, piața muncii și sustenabilitatea sistemelor de pensii. Infertilitatea, cu o prevalență variabilă în rândul populației, reprezintă o barieră semnificativă în sporirea ratei de natalitate dorite.

În ultimii ani Republica Moldova înregistrează tendință de scădere a fertilității la vârste mai fragede, care se dorește a fi recuperată mai târziu în viața reproductivă. Însă, din perspectivă biologică, recuperarea nașterilor nu poate fi considerabilă, deoarece expunerea este transferată la vârste mai înaintate când probabilitatea de a naște este mai mică din cauza efectului negativ al vârstei asupra fecundității.

Implementarea medicinei reproductive asistate în Republica Moldova se află încă în proces de consolidare. Datele cu referire la implementarea medicinei reproductive asistate sunt incomplete, nesistematice, ascunzând dimensiunile reale ale numărului de tehnologii medicale de reproducere asistate realizate. Această situație are implicații importante asupra politicilor de sănătate publică și alocării resurselor necesare.

Serviciile medicale de reproducere asistată sunt oferite doar în instituții private, iar costurile ridicate limitează accesul populației, reprezentând principala barieră în accesarea acestor servicii în condițiile în care tratamentele sunt suportate parțial de stat și doar pentru un număr restrâns de pacienți. Majoritatea pacienților trebuie să își finanțeze individual tratamentele de infertilitate (medicamente, proceduri de laborator etc.), iar costul acestora este considerabil, mai ales pentru populațiile cu venituri medii și mici. Fără finanțare publică adecvată, medicina reproductivă asistată rămâne o tehnologie elitistă, cu impact redus asupra natalității, indiferent de prevalența infertilității.

Cunoștințele limitate despre posibilitatea de a beneficia de fertilizare *in vitro* prin asigurarea obligatorie de sănătate, precum și lipsa mediatizării acestor opțiuni, contribuie la subutilizarea resurselor disponibile oferite. Acestea duc la o scădere a cererii pentru serviciile medicale de reproducere asistată din partea persoanelor/cuplurilor care au nevoie de ele. Acest fenomen nu afectează numai cuplurile, ci și întregul sistem de sănătate, care pierde ocazia de a sprijini sănătatea reproductivă a populației.

Tergiversarea accesării tehnologiilor de reproducere medicală asistată, frecventă din cauza factorilor economici și socio-psihologici, este o practică frecvent întâlnită în rândul persoanelor cu probleme de concepere, ceea ce duce la reducerea șanselor de succes, a ferestrei de oportunitate pentru intervenții pe măsură ce vârsta femeilor crește.

Absența unor standarde naționale și a ghidurilor clare pentru medicina reproductivă asistată duce la inconsistențe în practicile medicale. Fără aceste reglementări, există variații semnificative între diferitele clinici și specialiști.

Insuficiența serviciilor de consiliere și consultanță, absența serviciilor de suport psihologic duc la o înțelegere limitată a procedurilor și riscurilor asociate, pacienții rămânând fără instrumentele necesare pentru a gestiona stresul în fața eșecurilor repetate.

În acest context propunem următoarele **recomandări**:

I. Măsurile integrate de prevenție a infertilității

Educație în domeniul sănătății reproductive, contracepției și prevenirii infecțiilor cu transmitere sexuală.

Educație publică sistematică privind deciziile reproductive responsabile, influența vârstei asupra fertilității.

Programe de screening privind identificarea și prevenirea infecțiilor sexuale, programe de screening ginecologic regulat.

Crearea unui registru național de date privind medicina reproductivă asistată, care ar permite colectarea sistematică a datelor cu referire la tehnologiile medicale de reproducere asistată, rezultatele acestora și profilurile pacienților.

Dezvoltarea protocoalelor standardizate privind tehnologiile medicale de reproducere asistată, care să asigure calitatea și siguranța tratamentelor, adaptate la condițiile locale, pentru a proteja pacienții și a optimiza rezultatele.

Măsurile de perfectare a cadrului legal: introducerea în cadrul legislativ a unor clarificări suplimentare privind donarea de gameți, numărul de donări, consimțământul informat, utilizarea embrionilor și protecția drepturilor copilului; revizuirea criteriilor medicale de rambursare FIV finanțată publică (IMC, rezerva ovariană); revizuirea aspectului cu privire la numărul de embrioni implantați din considerentul că sarcina multiplă prezintă riscuri semnificative atât pentru mamă, cât și pentru copii.

Introducerea registrelor destinate urmăririi donatorilor pentru a reduce riscul de consanguinitate și a limita numărul de copii concepuți din gameți ale aceluiași donator.

Sporirea finanțării publice pentru realizarea procedurilor FIV - majorarea cuantumului suportului oferit; majorarea numărului de proceduri FIV subvenționate public de la 1 la 3, fiindcă în multe cazuri e nevoie de mai multe și că rata de succes a acestor proceduri este în jur de 20% per ciclu; majorarea numărului de persoane/cupluri care să beneficieze de acest suport

Promovarea programelor de suport orientate spre oferirea de resurse financiare pentru persoanele/cuplurile care se confruntă cu probleme de infertilitate în urma tratamentelor medicale de reproducere asistată. Este necesară integrarea componentelor de informare și navigare a sistemului în infrastructura curentă de sănătate: comunicare proactivă prin medicii de familie și ginecologi, informare standardizată în centrele de reproducere asistată, ghiduri clare pe paginile CNAM și ale autorităților locale, precum și linii de sprijin pentru consiliere. Monitorizarea periodică a gradului de cunoaștere (indicatori de tip „awareness rate”), a volumului de solicitări și a distribuției teritoriale a beneficiarilor care ar permite calibrarea rapidă a programelor și reducerea decalajelor de acces.

Inițiative pentru accesibilizarea crioconservării ovulelor

Promovarea intensă a oportunităților de crioconservare a ovulelor pentru femei prin implementarea de campanii educaționale care să informeze femeile despre avantajele crioconservării ovulelor.

Includerea serviciului de crioconservare a ovulelor în programe de susținere, inclusiv subvenții sau reduceri.

Îmbunătățirea serviciilor de consiliere, suport psihologic

Informarea corectă și precisă a pacienților care iau în considerare apelarea la medicina reproductivă asistată, inclusiv despre riscurile privind sarcina multiplă, complicații obstetricale și potențialele efecte pe termen lung pentru a lua decizii conștiente.

Mediatizarea beneficiilor, riscurilor și limitelor reale ale tehnologiilor medicale de reproducere asistată către populația generală.

Includerea serviciilor psihosociale ca parte fundamentală a îngrijirii medicale de reproducere asistată.

Formarea personalului medical în comunicarea centrată pe pacient, consiliere și grijă culturală sensibilă pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor și rezultatele pacienților.

În ansamblu, este necesară o abordare integrată a reproducerii asistate, inclusiv prin susținere financiară, informare complexă, acces îmbunătățit la programe de sprijin psihologic, pentru a maximiza șansele de succes și satisfacția pacienților și de atingere a obiectivului de creștere a natalității.

BIBLIOGRAFIE

1. Adamson G.D., Zegers-Hochschild F.M., Dyer S.M. (2023). Global fertility care with assisted reproductive technology. În: *Fertility and Sterility*, Volume 120, Issue 3, Part 1, p. 473-482.
2. Adashi E.Y., Cohen J., Hamberger L., Jones H.W. Jr., de Kretser D.M., Lunenfeld B, Rosenwaks Z, Van Steirteghem A. (2000). Public perception on infertility and its treatment: an international survey. *The Bertarelli Foundation Scientific Board. Hum Reprod.* Feb;15(2):330-4. doi: 10.1093/humrep/15.2.330. PMID: 10655304.
3. Alon I., Guimón J., Urbanos-Garrido R. (2019). What to expect from assisted reproductive technologies? Experts' forecasts for the next two decades. *Technological Forecasting & Social Chang.* Volume 148. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.119722>
4. Alon I., Pinilla J. (2021). Assisted reproduction in Spain, outcome and socioeconomic determinants of access. *International Journal for Equity in Health*, 20:156 <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01438-x>
5. Areias J, Gato J, Moura-Ramos M. (2022). Motivations and Attitudes of Men Towards Sperm Donation: Whom to Donate and Why? *Sex Res Social Policy*. 19(1):147-158. doi: 10.1007/s13178-020-00531-0.
6. Asplund K. (2020). Use of *in vitro* fertilization-ethical issues. *Upsala journal of medical sciences*, 125(2), 192–199. <https://doi.org/10.1080/03009734.2019.1684405>
7. Bayefsky M. (2016). Comparative preimplantation genetic diagnosis policy in Europe and the USA and its implications for reproductive tourism. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, Volume 3, p 41-47.
8. Bergh, C., & Wennerholm, U. B. (2020). Long-term health of children conceived after assisted reproductive technology. *Upsala journal of medical sciences*, 125(2), 152–157. <https://doi.org/10.1080/03009734.2020.1729904>
9. Biroul Național de Statistică. *Câștigul salarial și costul forței de muncă*. https://statistica.gov.md/ro/statistic_indicator_details/2
10. Biroul Național de Statistică. *Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2023*. https://statistica.gov.md/ro/situatia-copiilor-in-republica-moldova-in-anul-2023-9578_61275.html

11. Boivin J., Harold, G.T., Hay, F. F., Bernadette, M. (2009) Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social Science & Medicine*, April, 2009 . DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.02.036
12. Bracewell-Milnes T, Holland J.C, Jones B.P, Saso S, Almeida P, Maclaran K., Norman-Taylor J., Nikolaou D., Shah N.M., Johnson M., Thum M.Y. (2021). Exploring the knowledge and attitudes of women of reproductive age from the general public towards egg donation and egg sharing: a UK-based study. *Human Reproduction*. 9;36(8):2189-2201.
13. Bracewell-Milnes T., Saso S., Bora S., Ismail A., Al-Memar M., Hamed A. H., Abdalla H., Thum M. (2016). Investigating Psychosocial Attitudes, Motivations and Experiences of Oocyte Donors, Recipients and Egg Sharers: A Systematic Review. *Human Reproduction Update*. 22(4):450-65. doi: 10.1093/humupd/dmw006.
14. Brigham K. B., Cadier B., Chevreul K. (2013). The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. *Human Reproduction*, Vol.28, No.3 pp. 666–675, 2013. doi:10.1093/humrep/des418.
15. Broeck V., Vandermeeren U., Vanderschueren M., Enzlin P., Demyttenaere D., D’Hooghe T. (2013). A Systematic Review of Sperm Donors: Demographic Characteristics, Attitudes, Motives and Experience of the Process of Sperm Donation. *Human Reproduction Update*, 19 (1), 37–51.
16. Cauș C., Cauș N. (2021) *Aspecte generale ale infertilității: Recomandare metodică*. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Chișinău: Medicina.
17. Chen X, Liang J, Yang Q, Huang J, Li L, Deng K. (2023) Age affects the association between socioeconomic status and infertility: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 23(1):675. doi: 10.1186/s12905-023-02680-x.
18. Ciubotaru, V. (2022) *Infertilitatea în context demografic și al sănătății reproductive*. Chișinău.
<https://moldova.unfpa.org/ro/publications/infertilitatea-%C3%AEn-context-demografic-%C8%99i-al-s%C4%83n%C4%83t%C4%83%C8%9Bii-reproductive>
19. Collura, B., Hayward, B., Modrzejewski, K. A., Mottla, G. L., Richter, K. S., & Catherino, A. B. (2024). Identifying Factors Associated with

- Discontinuation of Infertility Treatment Prior to Achieving Pregnancy: Results of a Nationwide Survey. *Journal of patient experience*, 11, 23743735241229380. <https://doi.org/10.1177/23743735241229380>
20. De Melo-martín I. (2009). Assisted Reproductive Technology in Spain: Considering Women's Interests. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 18 (3):228. 2009. DOI 10.1017/s0963180109090379
 21. De Lacey, S. (2005). Parent Identity and 'Virtual' Children: Why Patients Discard rather than Donate Unused Embryos. *Human Reproduction*, 20 (6), 1661–1669.
 22. De Lacey S. (2017). Death in the clinic: women's perceptions and experiences of discarding supernumerary IVF embryos. *Sociology of health & illness*, 39(3), 397–411. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12497>
 23. De Sutter P., Gerris J., Dhant M. (2008). Assisted reproductive technologies: how to minimize the risks and complications in developing countries? *ESHRE Monographs*, Volume 2008, Issue 1, Pages 73–76, <https://doi.org/10.1093/humrep/den160>
 24. Dobrovolskaia A. (2023) Preterm birth prediction in pregnant women over than 35 years. Observational analytical cohort study. *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova, Mold J Health Sci.* 10(2): pp. 16-20.
 25. European Parliament Forum for Sexual and Reproductive Rights. European Atlas of Fertility Treatment Policies reveals mixed picture across Europe. <https://www.epfweb.org/node/886>
 26. European Society of Human Reproduction and Embryology (2025). *ART fact sheet*, 2025.
 27. European citizens affected by infertility need your support in developing regulations that ensure easy, publicly funded, and timely access to evidence-based psychosocial care at any stage of their infertility journey. <https://fertilityeurope.eu/psychological-support-patients-recommendations/>
 28. Fauser B.C.J.M., Boivin J., Barri P.N., Tarlatzis B.C., Schmidt L., Levy-Toledano R. (2019). Beliefs, attitudes and funding of assisted reproductive technology: Public perception of over 6,000 respondents from 6 European countries. *PLoS ONE* 14(1): e0211150. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211150>

29. Fassino S., Pierò A., Boggio S., Piccioni V., Garzaro L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction Oxf Engl.* 17(11):2986–94. doi: 10.1093/humrep/17.11.2986.
30. Gagauz O. (coord). (2021). *Populația Republicii Moldova la treizeci de ani de independență: provocări principale și politici necesare*. Chișinău.
31. Gezinski L. B., Karandikar S., Carter J., & White, M. (2016). Exploring Motivations, Awareness of Side Effects, and Attitudes among Potential Egg Donors. *Health & Social Work*, 41(2), 75–83.
32. Gdańska P., Drozdowicz-Jastrzębska E., Grzechocińska B., Radziwon-Zaleska M., Węgrzyn P., & Wielgoś M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109–112. <https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0019>
33. Graham M. E., Jelin A., Hoon A. H., Jr, Wilms Floet A. M., Levey, E., & Graham E. M. (2023). Assisted reproductive technology: Short- and long-term outcomes. *Developmental medicine and child neurology*, 65(1), 38–49. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15332>
34. Godman K., Sanders M., Rosenberg K., Burton P. (2006). Potential Sperm Donors', Recipients' and Their Partners' Opinions towards the Release of Identifying Information in Western Australia. *Human Reproduction*, 22 (11), 3022–3026.
35. Gordts S., Campo R., Puttemans P., Brosens I., Valkenburg M., Norre J., Renier M., Coeman D. (2005). Belgian legislation and the effect of elective single embryo transfer on IVF outcome. *Reproductive BioMedicine Online*, Volume 10, Issue 4, 2005, p. 436-441.
36. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. (2015). *Human Reproduction Update*. 21(4):411-26. doi: 10.1093/humupd/dmv016. Epub 2015 Mar 22. PMID: 25801630.
37. Keane M., Long J., O’Nolan, G., Farragher L. (2017). *Assisted reproductive technologies: International approaches to public funding mechanisms and criteria. An evidence review.* 2017. Dublin. <https://assets.gov.ie/13367/791187172ae6499997a6b5146438b6a9.pdf>

38. Klemetti R., Gissler M., Sevón, T., & Hemminki E. (2007). Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study. *BMC health services research*, 7, 210. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-210>
39. Kocourková J., Šťastná A. & Burcin B. (2023). The influence of the increasing use of assisted reproduction technologies on the recent growth in fertility in Czechia. *Scientific Reports* 13, 10854. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37071-7>
40. Kocourkova J., Konecna H., Burcin B., Kucera T. (2015) How old is too old? A contribution to the discussion on age limits for assisted reproduction technique access. *Reproductive BioMedicine Online*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.01.017>
41. Kocourkova J., & Fait T. (2009). Can increased use of ART retrieve the Czech Republic from the low fertility trap? *Neuroendocrinol Lett*, 30(6), 739-748.
42. Kouklamani-Giannouli, A. E., Pratsoli E., Sergentanis T. N., & Tsitsika, A. K. (2025). Long-Term Health Outcomes of Children Born After In Vitro Fertilization (IVF): A Narrative Review. *Advances in experimental medicine and biology*, 1489, 501–506. https://doi.org/10.1007/978-3-032-03394-9_48
43. Lazzari E., Gray E., Chambers G. M. (2021) The contribution of assisted reproductive technology to fertility rates and parity transition: An analysis of Australian data. *Demographic Research*, 45 (35), 1081-1096. DOI: 10.4054/DemRes.2021.45.35
44. Lazzari E, Potančoková M, Sobotka T, Gray E, Chambers GM. (2023). Projecting the Contribution of Assisted Reproductive Technology to Completed Cohort Fertility. *Population Research and Policy Review*. 42(1):6. doi: 10.1007/s11113-023-09765-3.
45. Leridon H. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction*, 19(7), 1548- 1553.
46. Luke B., Brown M. B., Spector L. G., Missmer S. A., Leach, R. E., Williams, M., Koch, L., Smith, Y., Stern, J. E., Ball, G. D., & Schymura, M. J. (2015). Cancer in women after assisted reproductive technology. *Fertility and sterility*, 104(5), 1218–1226. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.07.1135>

47. Margan R., Margan M.-M., Fira-Mladinescu C., Putnoky S., Tuta-Sas I., Bagiu R., Popa Z.L., Bernad E., Ciuca I.M., Bratosin F. et al. (2022) Impact of Stress and Financials on Romanian Infertile Women Accessing Assisted Reproductive Treatment. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063256>
48. Marcellusi A., Scortichini M., Guarnotta G. et al. The economic benefit of implementing assisted reproductive technology within a national health system: insights from the Italian model. *Health Econ Rev* **15**, 76 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00672-1>
49. Ministerul Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova. (2022). *Raportul Studiului Generației și Gen*. Chișinău, 2022.
50. Mincheva M., Fraire-Zamora J. J., Sharma K., Liperis G., Ammar O. F., Kirkman-Brown J., Egeberg D. L., Veloso Martins M., Frith L., & Uraji J. (2025). To be or not to be a sperm donor: Global factors affecting sperm donation in the 21st century. *Human Reproduction*, 40(6), 1234–1240. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf073>
51. Mohr S. (2014). Beyond Motivation: On What It Means to Be a Sperm Donor in Denmark. *Anthropology & Medicine*, 21 (2), 162–173.
52. Molinelli A., Bonsignore A., Darreta V., Anserini P. (2012). Results and unsolved problems following the amendment to the Italian Law on assisted reproduction brought about by the Constitutional Court. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 163, Issue 1, p 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.03.006>
53. Moșin V., Eșanu A. (2013). Aspecte etice ale reproducerii umane asistate medical. *Buletin de perinatologie*. nr. 1(57), pp. 61-69.
54. Mosalanejad L, Parandavar N, Abdollahifard S. (2013). Barriers to infertility treatment: an integrated study. *Glob J Health Sci*. Nov 25;6(1):181-91. doi: 10.5539/gjhs.v6n1p181. PMID: 24373278; PMCID: PMC4825254.
55. Murray S. R., & Norman J. E. (2014). Multiple pregnancies following assisted reproductive technologies--a happy consequence or double trouble?. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 19(4), 222–227. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.03.001>

56. Nancarrow L., Fernando A., Hampton L., Murray C., Hapangama D.K., Tempest N. (2024) What Do the General Public Know about Infertility and Its Treatment?. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 14, 2116–2125.
57. Nachtigall R. D., Mac Dougall K., Harrington J., Duff J., Lee M., Becker G. (2009). How couples who have undergone in vitro fertilization decide what to do with surplus frozen embryos. *Fertility and sterility*, 92(6), 2094–2096. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.06.027>
58. Pachete Fertilizare In Vitro. <https://alternativaclinic.md/ivf-packages/>
59. Pennings G., de Mouzon J., Shenfield F., Ferraretti, A. P., Mardesic, T., Ruiz, A., & Goossens, V. (2014). Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human reproduction (Oxford, England)*, 29(5), 1076–1089. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu048>
60. Präg P., Mills M. C. (2017). Cultural determinants influence assisted reproduction usage in Europe more than economic and demographic factors. *Human Reproduction*, 32,11 (2305–2314), <https://doi.org/10.1093/humrep/dex298>
61. Provoost V., Van Rompuy F., & Pennings G. (2018). Non-donors' attitudes towards sperm donation and their willingness to donate. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 35(1), 107–118. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-1036-x>
62. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, et al. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*. 4(1):9. doi: 10.1186/1472-6874-4-9.
63. Riezzo I, Neri M, Bello S, Pomara C, Turillazzi E. (2016). Italian law on medically assisted reproduction: do women's autonomy and health matter? *BMC Women's Health*. Volume 16, Article number: 44.
64. Rosenberg R, Bietsch K, Sonneveldt E. (2022). Infertility in Moldova: evidence from the generations and gender survey. *Economy and Sociology*, 2, 34-51. <https://doi.org/10.36004/nier.es.2022.2-03>
65. Sarkar O., Sharma S. & Ghosh R. (2025). Cancer and IVF: assessing fertility preservation options and associated cancer risks. *Bulletin of the National Cancer Institute* 49, 72. <https://doi.org/10.1186/s42269-025-01368-6>

66. Shepherd L., Kardzhieva D., Bussey L., & Lovell B. (2018). The Role of Emotions in Predicting Sperm and Egg Donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 48 (4), 217–226.
67. Snow M., Vranich T. M., Perin J., Trent M. (2022). Estimates of infertility in the United States: 1995-2019. *Fertility and sterility*, 118 (3), 560–567. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.05.018>
68. Spaan M., et. all. (2021). Long-Term Risk of Ovarian Cancer and Borderline Tumors After Assisted Reproductive Technology. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(6), 699–709. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa163>
69. Statista. *Total fertility rate in Europe in 2024, by country*. <https://www.statista.com/statistics/612074/fertility-rates-in-european-countries/?srsltid=AfmBOoqYxT0VMLEHZkD3C8l3GVbUKFWkvZWVnV1rMz7tLjWqmpsQ1QI>
70. Suero C, Compans MC, Beaujouan E. (2025). Delayed transitions to adulthood and assisted reproduction: A study of educational differences in Spain. *Advances in life course research*, 64:100672. doi: 10.1016/j.alcr.2025.100672.
71. Sullivan-Pyke C. S., Senapati S., Mainigi M. A., & Barnhart, K. T. (2017). In Vitro fertilization and adverse obstetric and perinatal outcomes. *Seminars in perinatology*, 41(6), 345–353. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07>.
72. Szalma I., Bito T. (2021). Knowledge and attitudes about assisted reproductive technology: Findings from a Hungarian online survey. *Reproductive BioMedicine and Society Online*. 13, 75-84.
73. Szalma I., & Djundeva M. (2019) What shapes public attitudes towards assisted reproduction technologies in Europe? *Demográfia*, 62(5), 45-75. <https://doi.org/10.21543/ DEE.2019.2>
74. Symaniuk E., Polyakova I., Kvashnina E. (2020). Review of International Research on Ethical and Psychological Barriers to Reproductive Donation. *Changing Societies & Personalities*. vol 4, Nr 2. P. 205-219.
75. Taebi M, Kariman N, Montazeri A, Alavi Majd H. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *Int J Fertil Steril*. Jul;15(3):189-196. doi: 10.22074/IJFS.2021.139093.1039. Epub. Jun 22. PMID: 34155865; PMCID: PMC8233927.

76. The Ministry of Health Israel (2024). In Vitro Fertilization in Israel – Regulatory and Supervisory Aspects. <https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2024/IVF/2024-IVF-EN.pdf>
77. Trappe H. (2017). Assisted Reproductive Technologies in Germany: A Review of the Current Situation. *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*. Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany.
78. Turkgeldi E., Yagmur H., Seyhan A., Urman B., & Ata B. (2016). Short and long term outcomes of children conceived with assisted reproductive technology. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 207, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.10.010>
79. Vassard D, Lallemand C, Nyboe Andersen A, Macklon N, Schmidt L. (2016). A population-based survey on family intentions and fertility awareness in women and men in the United Kingdom and Denmark. *Upsala journal of medical sciences*, 121(4), 244–251. doi: 10.1080/03009734.2016.1194503.
80. Vitagliano A., Paffoni A., & Viganò P. (2023). Does maternal age affect assisted reproduction technology success rates after euploid embryo transfer? A systematic review and meta-analysis. *Fertility and sterility*, 120(2), 251–265. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.02.036>
81. World Health Organization (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
82. Yee S., Blyth E., Tsang A. (2011). Oocyte Donors' Experiences of Altruistic Known Donation: A Qualitative Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (4), 404–415.

Chestionar

Centrul de Cercetări Demografice al Academiei de Studii Economice din Moldova realizează studiul *"Percepții ale populației privind tehnologiile medicale reproductive asistate,* pentru a înțelege opiniile și atitudinile populației față de tehnologiile medicale reproductive asistate.

Tehnologiile medicale de reproducere asistată se referă la o serie de tehnici și tratamente medicale care ajută persoanele sau cuplurile care întâmpină dificultăți în a concepe copii în mod natural. În cadrul acestor tehnologii anumite etape ale concepției și dezvoltării timpurii a embrionului se realizează în afara organismului uman.

Acestea includ proceduri precum **fertilizarea in vitro (FIV)**, în care ovulele sunt fertilizate cu spermă în laborator și embrionii sunt apoi transferați în uterul femeii. Alt exemplu este **inseminarea artificială/intrauterină**, care constă în selectarea spermatozoizilor și injectarea lor direct în ovule. Un alt exemplu este **maternitatea surogat**, în cadrul căreia o femeie donatoare poartă sarcina pentru părinții genetici în cazul în care sănătatea sau alte probleme medicale împiedică sarcina și nașterea. **Congelarea/crioconservarea ovulelor/spermei** este un proces de înghețare și stocare a celulelor reproductive la temperaturi foarte scăzute, pentru a le păstra viabile și a le putea utiliza în viitor pentru fertilizare. Scopul principal al acestor tehnologii este de a da o șansă mai mare cuplurilor să aibă copii, atunci când există probleme de fertilitate sau de alt gen.

Acest chestionar conține unele întrebări sensibile și delicate ce vizează aspecte legate de fertilitate, sănătate reproductivă și opinii privind utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată. **Vă rugăm să răspundeți doar la întrebările la care vă simțiți confortabil. Aveți oricând posibilitatea să refuzați să răspundeți la anumite întrebări fără nicio consecință.**

Chestionarul este anonim și completarea lui durează doar 15-20 minute. Numele dumneavoastră nu este necesar și nimeni nu poate identifica răspunsurile individuale în acest studiu. Toate răspunsurile vor fi utilizate **exclusiv în scopuri de cercetare.**

La completarea acestui chestionar sunt rugate să participe persoanele cu vârsta de 20-50 de ani.

Vă mulțumim anticipat!

I Date socio-demografice

1. Vârsta: ____

2. Sex:

1. Feminin
2. Masculin

3. Care este mediul Dvs. de reședință?

1. Urban
2. Rural

4. Care este cel mai înalt nivel de educație pe care l-ați absolvit până în prezent?

1. Gimnazial (clasa IX)
2. Mediu de cultură generală/liceal (clasele X-XII)
3. Secundar profesional (școală profesională)
4. Mediu de specialitate (colegiu)
5. Superior universitar/licență (ciclul I)
6. Masterat, inclusiv rezidențiat (ciclul II)
7. Doctorat

5. Care este statutul civil al dvs.?

1. Necăsătorit/ă
2. Căsătorit/ă
3. În relație neînregistrată/concubinaj
4. Divorțat/ă
5. Altceva

6. Care este durata (numărul de ani) actualei căsătorii/parteneriatului în care vă aflați? ____

Persoanele care nu sunt nici într-o relație indică 0.

7. Care este statutul ocupațional al dvs.?

1. Angajat/ă
2. Liber profesionist(ă)

- 2. Șomer/ă
- 3. Student/ă
- 4. Casnic/ă
- 5. Altceva(vă rugăm să specificați): _____

8. Care este venitul lunar al familiei dvs.?

- 1. Sub 10000 lei
- 2. 10,001 - 20,000 lei
- 3. 20,001 - 30,000 lei
- 4. 30,001 - 40,000 lei
- 5. 40,001 - 50,000 lei
- 6. Peste 50,000 lei
- 7. Prefer să nu răspund

9. Indiferent dacă aparțineți sau nu unei religii, Dvs. vă considerați o persoană religioasă?

- 1. Sigur da
- 2. Mai degrabă da
- 3. Mai degrabă nu
- 4. Sigur nu

10. Participați la slujbe religioase (mergeți la biserică/lăcaș de cult)?

- 1. O dată pe săptămână sau mai des
- 2. Cam o dată pe lună
- 3. Doar la sărbătorile mari
- 4. Ocazional, la unele sărbători, evenimente din familie
- 5. Deloc

11. În afară de momentele în care participați la slujbe religioase, cât de des vă rugați?

- 1. În fiecare zi
- 2. De mai multe ori pe săptămână
- 3. O dată pe săptămână

4. Cel puțin o dată pe lună
5. Doar la sărbători religioase importante
6. Mai rar
7. Niciodată

II. Cunoștințe generale despre tehnologiile medicinei reproductive asistate

12. Vă rog să indicați despre care tehnologii ale medicinei reproductive asistate ați auzit/le cunoașteți înainte de a completa acest chestionar?

	Da	Nu	Nu sunt sigur/ă
1. Stimulare ovariană	1	2	3
2. Fertilizare in vitro	1	2	3
3. Inseminare artificială/Inseminare intrauterină	1	2	3
4. Donare de ovocite	1	2	3
5. Donare de spermă	1	2	3
6. Maternitate surrogat	1	2	3

13. De unde ați aflat despre aceste tehnologii ale medicinei reproductive asistate (puteți alege mai multe variante de răspuns)?

1. Medici
2. Internet și rețele sociale
3. Mass-media (TV, radio, ziare)
4. Prieteni/familie
5. Experiența personală
6. Altă sursă: _____
7. Nu cunosc despre aceste tehnologii ale medicinei reproductive asistate

14. Ați avut vreo experiență directă sau indirectă cu medicina reproductivă asistată (ex. fertilizare in vitro, inseminare artificială etc.)? Bifați toate variantele care vă corespund.

1. Nu am avut nicio experiență

2. Da, eu sau partenerul meu am urmat tratament medical de reproducere asistată
3. Ne-am gândit (eu sau partenerul) să apelăm la tratamente medicale de reproducere asistată, dar nu am început
4. Prieteni apropiați au folosit astfel de tratamente medicale de reproducere asistată
5. Membri ai familiei au folosit astfel de tratamente medicale de reproducere asistată
6. Cunosc persoane (ex. cunoștințe, colegi) care au apelat la astfel de tratamente medicale de reproducere asistată
7. Altceva

III. Aspecte privind comportamentul reproductiv și sănătatea reproductivă

15. Dvs. aveți copii?

1. Da
2. Nu

16. Câți copii aveți? __

17. Intenționați să (mai) nașteți/concepeți un copil în viitor?

1. Cu siguranță da
2. Probabil da
3. Nu sunt sigur(ă)
4. Probabil nu
5. Cu siguranță nu
6. Îmi vine greu să răspund

18. Câți copii, inclusiv pe cei care îi aveți, ați intenționat/intenționați să aveți? __

19. Câți copii, inclusiv pe cei care îi aveți, v-ați dorit/ați dori să-i aveți? __

20. Din câte cunoașteți, din punctul de vedere al sănătății fizice, Dvs. (mai) puteți avea copii pe cale naturală?

1. Da
2. Nu sunt sigur(ă)
3. Nu, fiindcă am unele dificultăți ce țin de sănătatea reproductivă
4. Nu, fiindcă am unele dificultăți de sănătate dar care nu sunt legate de sănătatea reproductivă
5. Îmi vine greu să răspund

21. Din câte cunoașteți, din punctul de vedere al sănătății fizice, partenerul(a) actual(ă) ar (mai) putea avea copii pe cale naturală dacă ar vrea?

1. Da
2. Nu sunt sigur(ă)
3. Nu, fiindcă are unele dificultăți ce țin de sănătatea reproductivă
4. Nu, fiindcă are unele dificultăți de sănătate dar care nu sunt legate de sănătatea reproductivă
5. Nu am partener/ă
6. Îmi vine greu să răspund

IV. Atitudini și percepții despre procedurile medicale de reproducere umană asistată

22. În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații ...	Total de acord	De acord	Nici acord, nici dezacord	În dezacord	Total în dezacord	Îmi vine greu să răspund
1. Persoanele/cuplurile ar trebui să accepte că nu pot avea copii drept voința lui Dumnezeu	1	2	3	4	5	6
2. Adoptia unui copil este o opțiune pentru persoanele/cuplurile care nu pot avea copii	1	2	3	4	5	6

3. Medicina reproductivă asistată încurajează amânarea apariției copiilor la o vârstă mai avansată	1	2	3	4	5	6
4. Medicina reproductivă asistată implică riscuri pentru sănătatea femeii	1	2	3	4	5	6
5. Copiii concepuți prin tehnologii medicale de reproducere asistată au mai multe probleme de sănătate pe termen lung decât copiii concepuți natural	1	2	3	4	5	6
6. Copiii concepuți prin tehnologii de reproducere asistată au sau vor dezvolta probleme de atașament față de părinți	1	2	3	4	5	6

23. În ce măsură sunteți de acord cu utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată în următoarele situații...	Complet în favoare a lor	Mai degrabă în favoarea lor	Nici împotrivă, nici în favoarea lor	Mai degrabă împotrivă	Complet împotrivă	Îmi vine greu să răspund
1. Când cuplul își dorește un copil, dar sănătatea nu permite concepția naturală	1	2	3	4	5	6
2. Când femeia/bărbatul își dorește un copil, dar sunt singuri, fără partener/ă	1	2	3	4	5	6
3. Când cuplul își dorește un copil, dar vârsta nu permite concepția naturală	1	2	3	4	5	6

24. Care ar fi atitudinea dvs. în următoarele situații ...	Cu siguranță , da	Probabil, da	Nu sunt sigur/ă	Probabil, nu	Cu siguranță , nu	Îmi vine greu să răspund
1. În cazul în care starea dvs. de sănătate nu v-ar permite să aveți copii pe cale naturală, ați fi dispus(ă) să apelați la tehnologii medicale de reproducere asistată	1	2	3	4	5	6
2. În cazul în care starea de sănătate a soțului/soției sau partenerului/partenerii dumneavoastră nu ar permite conceperea unui copil pe cale naturală, ați fi dispus(ă) să apelați la tehnologii medicale de reproducere asistată	1	2	3	4	5	6
3. În cazul în care o persoană/cuplu din preajma dvs. s-ar confrunta cu probleme de infertilitate i-ați încuraja să acceseze tehnologii de reproducere medicală asistată pentru concepție	1	2	3	4	5	6

25. Dacă ați fi în situația să aveți nevoie să apelați la tehnologiile medicale de reproducere asistată pentru a concepe un copil, care dintre următoarele motive v-ar putea influența decizia de a utiliza aceste tehnologii?	Ar influența	Nu ar influența	Îmi vine greu să răspund
1. Costurile tratamentelor	1	2	3
2. Recomandările/indicațiile medicilor	1	2	3
3. Lipsa de încredere în succesul procedurii	1	2	3
4. Experiențele pozitive ale altor persoane/cupluri	1	2	3
5. Insuficiența informațiilor despre tehnologiile medicale de reproducere asistată	1	2	3
6. Accesul la clinici medicale/specialiști	1	2	3
7. Împotrivirea din partea soțului/soției, partenerului/partenerei	1	2	3
8. Frica de riscuri medicale pentru sănătatea femeii care urmează aceste proceduri	1	2	3
9. Frica de riscuri medicale pentru copilul născut prin aceste tehnologii	1	2	3
10. Îngrijorări cu privire la selecția embrionilor și distrugerea celor rămași	1	2	3
11. Motive religioase	1	2	3
12. Impact emoțional negativ în cazul eșecului tratamentului	1	2	3
13. Altceva	1	2	3

26. Dacă ați fi în situația de a realiza fertilizare in vitro (FIV) pentru a avea un copil, ați fi dispus(ă) să plătiți pentru aceste servicii?

1. Da
2. Nu
3. Îmi vine greu să răspund

27. Dacă da, cât ați fi dispus să plătiți pentru a avea un copil prin fertilizare in vitro (FIV)? ____

28. Vă rugăm să indicați cât de mult susțineți următoarele afirmații cu privire la donare, selecție și alte practici legate de reproducerea medicală asistată	Susțin foarte mult	Susțin	Nici nu susțin, nici nu mă opun	Mă opun	Mă opun întru totul	Îmi vine greu să răspund
1. Susțin donarea de ovule/spermă pentru cuplurile infertile	1	2	3	4	5	6
2. Dacă aș avea probleme de infertilitate, aș accepta să primesc ovule/spermă de la altcineva pentru a obține o sarcină	1	2	3	4	5	6
3. Aș fi dispus(ă) să donez ovule/spermă pentru alte cupluri să obțină o sarcină	1	2	3	4	5	6
4. Este probabil ca o donatoare de ovule/un donator de spermă să regrete ulterior decizia	1	2	3	4	5	6
5. Susțin donarea de embrioni către cuplurile infertile	1	2	3	4	5	6

29. În opinia dumneavoastră, ce ar trebui să facă persoanele sau cuplurile care, în urma tratamentelor de reproducere asistată, au embrioni rămași neutilizați? (Vă rugăm să selectați o singură opțiune, pe care o considerați cea mai potrivită în cazul dvs.)

1. Să achite pentru păstrarea și pentru a-i utiliza mai târziu
2. Să decidă eliminarea lor
3. Să-i vândă contracost
4. Să încerce să uite de existența lor și să nu facă nimic
5. Să-i doneze unei clinici pentru cercetări medicale

6. Să-i doneze unei clinici pentru persoane necunoscute

7. Să-i doneze unor persoane care își doresc un copil, dar pe care să-i cunoască personal

8. Altceva (vă rugăm să specificați): _____

9. Nu știu / Îmi vine greu să răspund

30. În ce măsură sunteți de acord cu următoarele afirmații cu privire la maternitatea surogat?	Total de acord	De acord	Nici acord, nici dezacord	În dezacord	Total în dezacord	Îmi vine greu să răspund
1. Cuplurile infertile ar trebui să aibă posibilitatea de a apela la o mamă surogat	1	2	3	4	5	6
2. Dacă eu aș suferi sau partenerul/a de infertilitate, aș fi de acord cu maternitatea surogat pentru noi	1	2	3	4	5	6
3. Utilizarea maternității surogat din motive de confort sau comoditate, fără justificări medicale este acceptabilă	1	2	3	4	5	6
4. Maternitatea surogat nu trebuie legalizată în Republica Moldova fiindcă femeile sărace ar putea fi exploatate prin practicarea acesteia	1	2	3	4	5	6

31. Ați auzit despre congelarea/crioconservarea ovulelor/spermei pentru a fi utilizate mai târziu?

1. Da
2. Nu

32. Ați lua/ați fi luat în considerare congelarea/crioconservarea ovulelor/spermei?

1. Sigur da
2. Mai degrabă da
3. Mai degrabă nu
4. Sigur nu
5. Îmi vine greu să răspund

33. În ce măsură sunteți de acord cu congelarea/crioconservarea ovulelor de către femeii în următoarele situații?	Total de acord	De acord	Nici acord, nici dezacord	În dezacord	Total în dezacord	Îmi vine greu să răspund
1. În cazul în care femeia se confruntă cu probleme medicale (afecțiuni cronice, operații ginecologice, tratament pentru cancer) pentru a permite să aibă copii în viitor	1	2	3	4	5	6
2. În cazul în care femeia amână nașterea pentru mai târziu (nu are partener, motive legate de carieră) pentru a permite să aibă copii în viitor	1	2	3	4	5	6

34. Considerați că următoarele aspecte pot fi obstacole în utilizarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată de către cuplurile/persoanele care se confruntă cu infertilitatea?	Da, este obstacol	Nu este un obstacol	Îmi vine greu să răspund
1. Costurile tratamentelor	1	2	3
2. Insuficiența informațiilor despre tehnologiile medicale de reproducere asistată	1	2	3
3. Bariere legislative sau birocratice	1	2	3
4. Accesul la clinici medicale/specialiști	1	2	3
5. Motive religioase	1	2	3
6. Îngrijorări cu privire la selecția embrionilor și distrugerea celor rămăși	1	2	3
7. Lipsa confidențialității	1	2	3
8. Mituri și concepții greșite despre eficiența sau siguranța procedurilor	1	2	3
9. Frica de riscuri medicale pentru femeia care urmează tratamentul	1	2	3
10. Frica de riscuri medicale pentru copilul născut prin aceste tehnologii	1	2	3
11. Impact emoțional negativ în cazul eșecului tratamentului	1	2	3
12. Temerea de critică și judecată socială			
13. Altă barieră: _____	1	2	3

V. Suport în sprijinirea populației în accesarea medicinei reproductive asistate

35. Cunoașteți despre programele de suport destinate persoanelor/cuplurilor care au necesitate de a accesa tehnologiile medicale de reproducere asistată?	Da	Nu
1. Despre existența suportului financiar pentru fertilizare in vitro oferit prin intermediul poliției de asigurare medicală în Republica Moldova	1	2
2. Despre existența suportului financiar pentru fertilizare in vitro oferit de autoritățile locale din mun. Chișinău	1	2

36. În ce măsură sunteți de acord că, costul medicinei reproductive asistate pentru cuplurile care nu pot avea un copil ar trebui suportat de stat?

1. Total de acord
2. De acord
3. Nici acord, nici dezacord
4. În dezacord
5. Total în dezacord
6. Îmi vine greu să răspund

37. În ce situații credeți că procedura de fertilizare in vitro (FIV) ar trebui finanțată de către stat/autorități sau suportat de individ/cuplu?	Doar de către stat/autorități	Doar de către individ/cuplu	De către stat/autorități și individ/cuplu	Îmi vine greu să răspund
1. Când se dorește primul copil și nu se poate concepe natural	1	2	3	4
2. Când se dorește un alt copil (pe lângă cei pe care îi au deja) și nu se poate concepe natural	1	2	3	4
3. Când fertilitatea a fost afectată (de ex., din cauza tratamentului pentru cancer etc.)	1	2	3	4
4. Când decizia de a avea un copil a fost luată mai târziu în viață (la o vârstă mai înaintată)	1	2	3	4

38. În ce măsură susțineți următoarele aspecte ce țin de îmbunătățirea accesului la tehnologiile medicale de reproducere asistată?	Susțin complet	Susțin	Nici nu susțin, nici nu mă opun	Nu susțin	Mă opun complet	Îmi vine greu să răspund
1. Extinderea serviciilor medicale de reproducere asistată în mai multe regiuni	1	2	3	4	5	6
2. Reducerea costurilor tratamentelor serviciilor medicale de reproducere asistată	1	2	3	4	5	6
3. Campanii de informare publică despre tehnologiile medicale de reproducere asistată, opțiunile de tratament	1	2	3	4	5	6
4. Furnizarea serviciilor medicale de reproducere asistată în instituțiile medicale publice/de stat						
5. Altă propunere (vă rugăm să specificați):	1	2	3	4	5	6

39. Dacă aveți alte opinii sau informații referitoare la tehnologiile medicale de reproducere asistată pe care nu le-am menționat în întrebările anterioare și despre care doriți să le împărtășiți, vă rugăm să le specificați...

Vă multumim mult!

Ghid de interviu (experți)

INTRODUCERE

Care este amploarea fenomenului infertilității în Republica Moldova? Care sunt cauzele? Există anumite particularități pentru țara noastră? Cât de frecvent este întâlnită infertilitatea socială (din cauza lipsei partenerului, maternitatea întârziată)?

Care sunt cele mai relevante / credibile surse de informare despre numărul de persoane / cupluri care se confruntă cu aceste probleme?

APRECIEREA CADRULUI LEGAL

Cum credeți, ce impact a avut legea și strategiile privind reproducerea asistată asupra dezvoltării serviciilor în domeniului medicinei asistate? Vă rugăm să argumentați.

Ați sesizat anumite carențe sau neajunsuri din punctul de vedere al legislației? Ce anume, argumentați, Vă rog. Necesită careva modificări, îmbunătățiri?

APLICAREA TEHNOLOGIILOR DE REPRODUCERE ASISTATĂ MEDICAL (TRA/ART) ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Vorbiți, Vă rog, despre activitatea instituției în care activați? Ce servicii / tehnologii de medicină reproductivă asistate prestați? De cât timp? Cu ce dificultăți vă confrunțați?

Care tehnologii de reproducere asistată medical sunt cel mai frecvent aplicate în instituția Dvs.? Dar care sunt cele mai eficiente tehnologii de reproducere asistată medical?

Cum vă asigurați că pacienții sunt pe deplin informați despre opțiunile lor și rezultatele potențiale ale tehnologiilor de medicină reproductivă asistate?

Din experiența dvs., cum variază experiențele și rezultatele pacienților în funcție de anumiți factori demografici?

Cât de sigure sunt procedurile de reproducere asistată medical? Ce riscuri sunt posibile? Cât de frecvent se întâmplă?

Cât de actuale sunt întrebările legate de siguranța metodelor de reproducere asistată medical și de sănătatea copiilor viitori?

Vă rugăm să vorbim și despre alte aspecte legate de aplicarea tehnologiilor de reproducere asistată medical. În cazul oocitelor și al embrionilor rămași

neutilizați după programul de fertilizare in vitro, care este durata de crioconservare a oocitelor și al embrionilor rămași neutilizați?

Sarcina multiplă, cât este de frecventă? Cuplurile infertile preferă sarcina multiplă? Dar înțeleg riscul sarcinii multiple?

Numărul maxim de embrioni transferați este de până la 3 la femeile sub 35 de ani și până la 5 după 35 de ani. De asemenea la femeile sub 35 de ani cu eșecuri ale FIV precedente, pot fi transferați până la 5 embrioni. Cum apreciați această prevedere?

În multe țări europene, cadrul legal prevede implantarea doar a unui singur embrion pentru a evita sarcinile multiple? Ar fi necesar să se includă și în cadrul legal din Republica Moldova o asemenea prevedere?

Spuneți, Vă rog, servicii de consiliere psihologică, se acordă cuplurilor infertile? Celor care nu reușesc să aducă copii pe lume după aplicarea tehnologiilor medicale de reproducere asistată?

PORTRETUL PACIENȚILOR SERVICIILOR DE MEDICINĂ REPRODUCTIVĂ ASISTATE

Spuneți-ne ce categorii de persoane apelează, de regulă, la serviciile de medicină reproductivă asistate?

Ați putea contura anumite profiluri sociodemografice ale pacienților medicinei reproductivă (vârstă, mediu de reședință, nivel de instruire, situația conjugală etc.) care apelează la serviciile instituției Dvs.? Dar din punctul de vedere al statutului socioeconomic?

Cât de frecvent persoanele străine apelează la noi în țară pentru tratamente reproductivă?

Câți sunt cetățeni străini? Estimați, aproximativ, câți sunt băștinași și câți sunt stabiliți cu traiul în afara țării?

Cum ați evalua tendințele privind apelarea la aceste servicii? Numărul de persoane care apelează la servicii este în creștere sau nu? Cum explicați Dvs. aceste tendințe?

BARIERE PRIVIND ACCESAREA SERVICIILOR DE MEDICINĂ REPRODUCTIVĂ ASISTATE

În opinia Dvs., cât de informată este populația despre serviciile de medicină reproductivă asistate, disponibile în țara noastră? Cine credeți că sunt cei mai informați? Cine ar trebui să informeze potențialii beneficiari despre aceste servicii?

Considerați că accesul la serviciile de medicină reproductivă asistate este unul echitabil pentru diferite categorii de persoane din țara noastră? Vă rugăm să argumentați răspunsul?

În opinia Dvs., ce categorii de persoane, care ar avea nevoie, nu beneficiază de aceste servicii? Vă rugăm să vă referiți la persoanele, în special care nu au asigurare medicală sau nu dispun de mijloacele financiare necesare? Argumentați de ce?

Care ar fi alți factori / bariere care limitează apelarea la serviciile de medicină reproductivă asistată? Costul acestora? Cât de frecvente sunt prejudecățile culturale? Din motive etice/morale sau religioase, inclusiv influențate de poziția Bisericii? Vă rugăm să argumentați?

Cât de des se întâmplă ca persoanele să renunțe la tratament / proceduri (continuitatea procedurilor)? Vă rugăm să evidențiați cauzele.

Ați putea estima aproximativ ce procent dintre pacienți nu au putut continua tratamentul din cauza lipsei asigurării medicale? A mijloacelor financiare? Sau din alte cauze?

Cum se explică că la moment toate serviciile de reproducere umană asistată sunt oferite de centrele medicale din mediul privat? Poate constitui aceasta o barieră pentru cuplurile infertile din cauza taxelor percepute de acestea? Vă rugăm să argumentați răspunsul?

Există un dezechilibru între cererea și accesibilitatea tehnologiilor medicale de reproducere asistată?

SUPTUL AUTORITĂȚILOR ÎN SUSTINEREA CUPLURILOR INFERTILE

Potrivit Legii privind Sănătatea Reproduserii, cuplurile în care ambii parteneri sunt asigurați medical și corespund criteriilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății pot beneficia de o fertilizare in vitro în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în limitele mijloacelor financiare disponibile. Credeți că aceste prevederi sunt cunoscute de către potențiali beneficiari? Cum apreciați această măsură? Este suficientă? Ar trebui extins numărul de proceduri de fertilizare in vitro? Vă rugăm să argumentați.

Cum apreciați criteriile pe care cuplurile trebuie să le întrunească pentru a beneficia de această procedură? Vă rugăm să argumentați.

Cum apreciați relevanța Programului municipal pentru reproducere umană asistată?

În opinia Dvs., cum se explică că numărul de pacienți care beneficiază acest suport fie din partea municipalității sau CNAS este redus (în 2023 doar 33 de cupluri din Chișinău au beneficiat de una din cele 100 de proceduri de fertilizare in vitro acoperite de bugetul municipal. Alte 40 de FIV au fost făcute prin programul național, din 60 disponibile)?

MONITORIZAREA APLICĂRII MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE MEDICAL

În conformitate cu art. 19 al Legii privind Sănătatea Reproduserii, prestatorii de servicii medicale publice și/sau privați de nivel raional, municipal și național întocmesc anual rapoarte privind sănătatea reproducției, care sunt prezentate Ministerului Sănătății. Se realizează acest lucru de către instituția Dvs.? Sunt disponibile aceste date / rapoarte?

Prestatorii de servicii medicale publice și/sau privați, băncile de țesuturi și/sau de celule, precum și persoanele juridice care desfășoară activități de prelevare, transport și livrare de țesuturi și/sau de celule reproductive sunt obligate să prezinte rapoarte cu privire la activitățile de donare, prelevare, control, prelucrare, conservare, stocare, distribuire și utilizare la om a țesuturilor și celulelor reproductive, în modul stabilit de Ministerul Sănătății. Se realizează acest lucru? Sunt disponibile aceste date?

Instituția pe care o reprezentați dispune de o bază statistică/registru în care sunt colectate datele despre medicina reproductivă asistată? Sunt aceste date raportate?

Puteți să estimați, în baza datelor disponibile, aproximativ câte proceduri de aplicare a tehnologiilor de reproducere medicală asistată se realizează anual (pe tipuri de servicii) de către instituția Dvs.? Care este rata sarcinilor obținute? Care este rata nașterilor?

RECOMANDĂRI

În opinia Dvs., ce ar trebui de întreprins sau de schimbat pentru a spori accesul persoanelor la aceste servicii accesibile pentru diferite categorii de persoane? Ce sugestii aveți la îmbunătățirea cadrului legal, în special, ce ține de dezvoltarea serviciilor de medicină reproductivă asistată și asigurarea că sunt accesibile pentru diferite categorii de persoane / potențiali beneficiari?

Dacă v-ați putea gândi la unul sau două lucruri care ar trebui schimbate, care ar crește accesul pacientului la tehnologiile de medicină reproductivă asistată, care ar fi acestea?

Credeți că extinderea / sporirea accesului la servicii / tehnologii de medicină reproductivă asistată ar putea contribui la ameliorarea situației demografice a țării/ creșterea natalității?

Care sunt perspectivele medicinei reproductive asistate în Republica Moldova?

Ghid de interviu

(femei care au urmat tratamente de fertilizare in vitro)

Informații generale și demografice

Care este vârsta dumneavoastră?

Care este starea civilă și durata relației actuale?

Care este nivelul dumneavoastră de educație? a partenerului?

În ce domeniu lucrați?

Mediul de reședință?

Cum caracterizați veniturile dvs./familiei dvs.?

Experiența cu infertilitatea

Când ați început să vă confrunțați cu probleme de infertilitate? Cât timp v-ați confruntat cu problema infertilității (Durata)?

Care este cauza infertilității? Din start a fost o problemă medicală?

Cum evaluați starea de sănătate generală a dvs.? Ați avut întreruperi de sarcină?

Pierderi de sarcină?

Întotdeauna v-ați dorit copii? Nu ați avut mai devreme copii, din cauza lipsei partenerului/partenerei? Din cauza studiilor? Carierei?

Care a fost impactul infertilității asupra dvs. (dificultăți psihosociale, stima de sine scăzută, depresie, sentimente de rușine sau vinovăție, lipsa de comunicare cu prietenii și membrii familiei, pierderea interesului pentru interacțiunile sociale, precum și dificultăți la locul de muncă)?

Ați fost stigmatizată/discriminată din cauza imposibilității de a avea copii?

Care a fost impactul infertilității asupra relației de cuplu (lipsa de comunicare, probleme sexuale - scăderea satisfacției sexuale, iminența divorțului)?

Cum a fost afectat soțul/partenerul dvs.?

Ați avut sprijin din partea familiei și prietenilor în această perioadă?

Ați apelat la consiliere psihologică? Considerați că aceasta v-a fost de ajutor?

Ați discutat vreodată despre problemele de infertilitate cu alții? Dacă da, cum a fost primit acest subiect?

Vă imaginați căsătoria/familia fără copii? Ați luat în considerare găsirea unei „soluții” alternative pentru a ieși din situație, fără nașterea unui copil, cum ar fi: adopția, decizia de a rămâne fără copii și de a se concentra pe alte obiective de viață?

Cunoștințe și percepții despre TRA

Când ați aflat pentru prima dată despre tehnologiile de reproducere asistată (TRA)?

Cunoașteți despre faptul că cuplurile în care ambii parteneri sunt asigurați medical și corespund criteriilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății pot beneficia de o fertilizare in vitro în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în limitele mijloacelor financiare disponibile?

Cum ați decis că TRA este o soluție pentru dumneavoastră? Cum v-ați hotărât la realizarea procedurii? De către cine ați fost consiliată?

Ați fost inițial sceptică sau aveți convingeri culturale/religioase care v-au influențat decizia?

Cum a fost informarea primită de la medicii dumneavoastră? Vi s-au oferit suficiente informații pentru a lua o decizie în cunoștință de cauză?

Care a fost reacția partenerului dumneavoastră față de procesul TRA?

Experiența tratamentului

Cum ați ales clinica pentru tratamentele pentru reproducere asistată (medicul, prețul, posibilitatea de achitare în rate)?

Cum ați achitat pentru aceste servicii? Ați recurs la suportul oferit de stat?

Cum apreciați acest suport? Dacă nu, de ce?

Cât timp ați urmat tratamentele pentru reproducere asistată?

Cum ați resimțit procesul medical din punct de vedere fizic?

Cum a afectat tratamentul starea dumneavoastră emoțională și psihologică?

Ați întâmpinat dificultăți financiare sau ați beneficiat de asistență pentru a acoperi costurile tratamentului?

Cum v-a influențat tratamentul TRA? Cum ați făcut față stresului emoțional pe durata tratamentului?

Câte proceduri vi s-au realizat? Care a fost rezultatul tratamentului dumneavoastră (succes/eșec)? Câte au fost nereușite?

Câți embrioni vi s-au implantat? Ați avut sarcină multiplă? Ați informată despre riscurile acesteia?

Cum ați gestionat emoțional rezultatul tratamentului, fie că a fost pozitiv sau negativ?

Ce s-a întâmplat cu materialul genetic/embrionii care nu s-au utilizat? Cât timp vor fi păstrați materialul genetic și embrionii neutilizați?

Dacă tratamentul nu a avut succes, aveți planuri pentru alte încercări sau alte opțiuni (adoptie, încercări suplimentare TRA etc.)?

Ați refuzat de TRA? Din ce considerente – nesiguranță medicală, dificultăți financiare, pierderea timpului în încercări nereușite?

Ați avut sprijin din partea familiei și prietenilor în această perioadă?

Ați apelat la consiliere psihologică? Considerați că aceasta v-a fost de ajutor?

Opinia despre accesibilitatea TRA

Care au fost dificultățile cu care v-ați ciocnit în realizarea TRA?

Cum ați descrie accesibilitatea financiară a tratamentelor TRA?

Credeți că sunt suficiente resurse sau informații disponibile pentru cuplurile care trec prin infertilitate?

Ce părere aveți despre măsurile actuale privind TRA din Republica Moldova?

Considerați că aceste măsuri pentru soluționarea problemelor cuplurilor care se confruntă cu aceste probleme? Ce altceva ar fi necesar?

Credeți că este suficient acoperirea din contul asigurării obligatorii de asistență medicală a unei singure proceduri de fertilizare in vitro? Ce sugestii / recomandări aveți la acest aspect?

Experiența maternității după TRA

Cum a fost sarcina? Nașterea (la termen sau prematură; naturală sau prin cezariană)? Care este starea de sănătate a copilului?

Cum sunteți privită diferit că ați conceput sarcina prin intermediul medicinei reproductive asistate și nu natural?

Experiența legată de infertilitate, precum și experiențele emoționale din timpul tratamentelor de reproducere asistată v-au modelat, complicat parcursul dvs. și a partenerului dvs. către parentalitate (îndeplinirea rolurilor de părinți)?

Concluzii și reflecții

Ați avut nevoie de suport psihologic (în situație de infertilitate, de nereușită a fertilizării in vitro)? Unde ați căutat sprijin psihologic, moral? Ați beneficiat de suportul unui psiholog? V-ați abonat la forumuri online pentru a împărtăși experiențe și informații practice referitoare la tratamentele pentru infertilitate? Dacă ar fi să priviți înapoi, ați schimba ceva în abordarea dumneavoastră privind tratamentul infertilității?

Există ceva ce ați fi dorit să știți înainte de a începe tratamentele TRA?

Care este opinia dvs. despre maternitatea surogat? Ar trebui introdusă și în țara noastră?

Bun de tipar 01.12.2025
Coli editorial 9,55. Coli de autor 9,30. Coli de tipar 22,50.
Comanda nr. 64. Tirajul 10 ex.

Serviciul Editorial-Poligrafic
al Academiei de Studii Economice din Moldova Chişinău,
MD-2005, str. Bănulescu-Bodoni 59.
Tel.: 022-402-910