

Capitolul 2 – IMPLICAȚIILE MEDICINEI REPRODUCTIVE ASISTATE ASUPRA CREȘTERII DEMOGRAFICE

Chapter 2 – THE IMPLICATIONS OF ASSISTED REPRODUCTIVE MEDICINE ON DEMOGRAPHIC GROWTH

Inga CHISTRUGA-SÎNCHEVICI¹

Abstract

The research on the impact of assisted reproductive medicine on the demographic situation is particularly relevant in societies with unfavourable characteristics, including the Republic of Moldova, which is exacerbated by low fertility rates, demographic aging, and the growing depopulation phenomenon. The postponement of childbirth and the frequent spread of various sexually transmitted diseases further intensify the issue of infertility. Thus, the application of assisted reproductive medicine is becoming an increasingly present reality, being used both for treating biological infertility and for social reasons (lack of a partner etc.). The article reflects aspects regarding the specifics of applying assisted reproductive medicine in the Republic of Moldova, as well as the difficulties (financial, legal, ethical, psychological) in accessing these technologies. Special attention is given to the analysis of the legal framework in the Republic of Moldova compared to other European countries. Against the backdrop of the population's poor reproductive health, although the number of live births conceived through assisted reproductive medicine is low, an increase in birth rates can still be facilitated through the implementation of assisted reproductive medicine. In this context, demographic policies play an essential role in supporting infertile couples to benefit from assisted reproductive medicine services.

Keywords: infertility, assisted reproductive technologies

JEL: J08, J12, J13, J22, J23

Introducere

Infertilitatea este o condiție destabilizatoare pentru cupluri, care cauzează durere, rușine, izolare, stres și duce la o calitate scăzută a vieții. 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.

În prezent, problema infertilității, de la o problemă privată devine un factor cu implicații asupra evoluției demografice a societății. Cercetarea impactului medicinei reproductive asistate asupra situației demografice este actuală îndeosebi în societățile cu o caracteristică nefavorabilă, inclusiv Republica Moldova, care este agravată de nivelul scăzut de fertilitate, îmbătrânirea demografică și fenomenul de depopulare care ia proporții.

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 (Cauș, 2021). Conform datelor studiului Generații și Gen, circa 11 la sută dintre cuplurile de vârstă reproductivă din Republica Moldova declară că se confruntă cu problema incapacității de a concepe. 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

¹ Cercetător științific coordonator, dr., Institutul Național de Cercetări Economice al Academiei de Studii Economice din Moldova, Republica Moldova, i_sinchevici@yahoo.com

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 (Ciubotaru, 2022).

Răspândirea frecventă a diverselor patologii sexual-transmisibile accentuează problema infertilității. De asemenea, există o tendință de a amâna nașterea primului copil până la o vârstă mai înaintată, ceea ce este legată de schimbările de valori, acordându-se prioritate pentru carieră, familie, dragoste, autorealizare. În contextul creșterii nivelului de educație al femeilor și unei mai mari disponibilități de oportunități pentru femei pe piața muncii – copiii ridică problema „costurilor de oportunitate”.

Nivelurile scăzute de fertilitate înregistrate în țările cu venituri mari ar putea fi interpretate ca o consecință temporară a scăderii fertilității la vârste mai fragede, care în cele din urmă va fi recuperată mai târziu în viața reproductivă. Cu toate acestea, 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.

Infertilitatea, aspecte statistice

Potrivit datelor Biroului Național de Statistică, vârsta medie a mamei la prima naștere, în Republica Moldova în anul 2023, a constituit 25,3 ani. Femeile din mediul rural au născut la o vârstă mai tânără – 23,9 ani, comparativ cu cele din mediul urban – 27,3 ani. Distribuția nașcuților-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 nașcuți-vii). Creșterea vârstei la nașterea primului copil este, fără îndoială, legată de riscurile de deteriorare a sănătății reproductive și de apariția infertilității secundare (Bogomiagkova&Lomonosova, 2017). Fertilitatea scade odată cu vârsta atât la bărbați, cât și la femei, însă la sexul feminin influența vârstei asupra conceperii este mai pronunțată decât la cel masculin. 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. Astfel, dacă la 30 de ani șansa de a concepe spontan într-un ciclu este de 20%, la 40 de ani aceasta constituie 5% (Cauș, 2021).

Există două tipuri majore de infertilitate din punct de vedere medical: infertilitatea primară și secundară. Infertilitatea secundară este cea mai comună formă de infertilitate feminină la nivel global, adesea din cauza infecțiilor tractului reproductiv. 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 (Keane et al., 2017).

Dorința naturală de a avea copii este comună oricărei persoane. Totodată, copiii sunt foarte importanți în cultura populației Republicii Moldova, deoarece o familie fără copii este adesea văzută ca incompletă. Infertilitatea reprezintă o experiență în măsură mai mare deprimantă pentru femei decât pentru bărbați, din cauza presiunii asupra acestora atât din partea familiei, cât și a societății. În societatea noastră cuplurile care se confruntă cu infertilitatea sunt stigmatizate negativ de cei din jur. Îndeosebi, există 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.

În situația în care nu se poate concepe, purta și naște un copil în mod natural, tehnologiile de reproducere asistată sunt un instrument care permite bărbaților și femeilor să-și realizeze

dreptul reproductiv și să devină 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.).

Reproducerea umană asistată medical nu vindecă, ci doar oferă o „porțiță” de ocolire a problemelor respective și atingerea scopului prin alte mijloace. Astfel, ea nu reprezintă o terapie, ci un serviciu medical (Cauș, 2021).

Tehnologiile de reproducere asistată oferă posibilitatea de a deveni părinți pentru cuplurile care se confruntă cu problema infertilității, cea mai populară fiind fertilizarea in vitro. În conformitate cu cadrul legal al Republicii Moldova fertilizarea in vitro cu transferul intrauterin al embrionilor reprezintă o metodă de bază în tratamentul infertilității. 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, 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. Vârsta-limită pentru efectuarea fertilizării in vitro cu oocitele proprii este de 45 de ani, iar pentru folosirea oocitelor donate – de 50 de ani. Pentru obținerea de embrioni prin aplicarea tehnologiei de fertilizare in vitro pot fi folosiți: a) gameții (oocitele și spermatozoizii) proprii ai cuplului căsătorit sau ai cuplului aflat în concubinaj, care a solicitat, de comun acord, aplicarea fertilizării in vitro; b) sperma proprie a cuplului căsătorit sau a cuplului aflat în concubinaj și oocitele donate; c) oocitele proprii ale cuplului căsătorit sau ale cuplului aflat în concubinaj și sperma donată (în cazul femeilor solitare – numai sperma de la un donator anonim); d) oocitele donate și spermatozoizii donați (Legea Nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii).

Deși, tehnologiile de reproducere asistată devin din ce în ce mai răspândite în Republica Moldova, predomină o serie de dificultăți (financiare, juridice, etice, psihologice) în accesarea acestor tehnologii de către cupluri.

Toate centrele care efectuează proceduri de reproducere medical asistată sunt din mediul privat, ceea ce complică accesul la aceste servicii pentru grupurile de populație cu venituri mici. În funcție de tipul de tehnologie de reproducere asistată, costul serviciilor variază de la 29000 la 71.000 de lei pentru o procedură. Aceasta nu include costul examinării suplimentare. Este important de menționat că câștigul salarial mediu lunar brut, lei în Republica Moldova în 2023 a fost de 12 209,2 lei (circa 620 euro), conform datelor Biroului Național de Statistică.

Bariere

Costurile medicale reprezintă cea mai importantă barieră, chiar și pentru persoanele cu venituri mari. În țara noastră, tratamentul problemelor de infertilitate este facilitat parțial de stat și doar pentru un număr restrâns de pacienți. Astfel, cele mai multe cupluri, singure suportă costurile ridicate din cauza perioadei îndelungate de examinare a dosarelor. Unele persoane pentru a achita costul tratamentelor și a procedurilor medicale recurg la comercializarea unor bunuri valoroase sau la accesarea unor credite/împrumuturi. Acest lucru denotă că categoriile de populație care dețin un standard economic mai înalt sunt mai avantajate decât cei care sunt vulnerabili din punct de vedere economic. În această ordine de idei, evidențiem că un studiu din Finlanda a constatat că 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 (Klemetti et al., 2007).

Cuplurile infertile din Republica Moldova întâmpină obstacole în obținerea tratamentului medical și din perspectiva locației instituțiilor care oferă astfel de servicii. Astfel, o altă barieră

ține de faptul că toate clinicile care oferă servicii de reproducere medicală asistată se află în municipiul Chișinău, ceea ce îngreunează accesul pacienților aflați la distanțe mari de capitală.

Fără finanțare publică, cuplurile ar putea fi nevoite să aștepte mai mult pentru a primi tratament, acumulând resurse financiare pentru a plăti tratamentul. Având în vedere că vârsta este crucială pentru succes, o perioadă extinsă de așteptare va diminua succesul tratamentului (Keane et al., 2017). Conform ordinului Ministerului Sănătății nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordare serviciilor de Reproducere umană asistată”, Compania Națională de Asigurări în Medicină din Republica Moldova acoperă parțial procedura de fertilizare in vitro fără costul medicamentelor în condiții de ambulator. De asemenea există Program municipal pentru reproducere umană asistată, în conformitate cu care, cuantumul suportului financiar pentru reproducerea umană asistată medical nu va depăși 60,0 mii lei per cuplu, pentru acoperirea parțială a cheltuielilor necesare efectuării procedurii FIV. Acest suport pentru reproducere umană asistată medical urmează să fie acordat cuplurilor infertile, cu domiciliu permanent al femeii (viza de reședință) în mun. Chișinău. Finanțarea Programului municipal este asigurată din sursele bugetului municipal și include accesul la servicii de reproducere umană asistată a cel puțin 100 cupluri din municipiul Chișinău. Potrivit informațiilor prezentate în mass-media, în urma acestui program, anul trecut, 33 de cupluri din Chișinău au beneficiat de una din cele 100 de proceduri de fertilizare in vitro acoperite de bugetul municipal dintre care 19 femei au rămas însărcinate. Alte 40 de FIV au fost făcute prin programul național, din 60 disponibile. Din 2017 până în 2023, prin programul național au fost efectuate 316 de proceduri de FIV, pentru care s-au alocat puțin peste 10 milioane de lei.

Pe parcursul ultimilor ani numărul solicitărilor din partea pacienților/cuplurilor pentru a beneficia de suport este redus. Din cauza restricțiilor existente și a faptului că nu se achită întreaga sumă, multe cupluri nu solicită suportul din partea autorităților. O altă cauză a neaccesării suportului din partea statului este lipsa de informare și mediatizare a acestor oportunități. Astfel, mulți pacienți, cupluri care se confruntă cu problema conceperii unui copil din start se adresează la clinicile care oferă servicii de reproducere umană asistată. Destul de redus este numărul celor care apelează la medicul de familie și care-i informează despre posibilitatea de a beneficia de sprijin financiar prin intermediul poliței de asigurare medicală sau în cazul în care sunt din capitală prin intermediul Programului municipal pentru reproducere umană asistată. În plus, statul acoperă doar costul unei singure proceduri și în multe cazuri, e nevoie de mai multe înșămânțări artificiale. Ținând cont de faptul că rata de succes a acestor proceduri este în jur de 20% per ciclu se impune extinderea programului de finanțare pentru mai multe proceduri.

În plan internațional, numărul de cicluri finanțate prin serviciul public de sănătate variază, de la un ciclu în Ucraina la un număr nelimitat de cicluri în patru țări (Australia, Republica Cehă, Estonia și Israel). Limită între patru și șase cicluri este în: Austria, Belgia, Croația, Franța, Ungaria, Luxemburg și Slovenia; limită de trei cicluri: Bulgaria, Danemarca, Finlanda, Germania, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia și Marea Britanie; limită de două cicluri: Noua Zeelandă, Scoția (trei cicluri în viitorul apropiat), Serbia și Muntenegru, și Slovacia. Numărul de cicluri pe care fiecare sistem de sănătate este autorizat să le finanțeze cu fonduri publice pare să fie legat de prioritatea acordată infertilității ca problemă și, separat, de alte priorități de sănătate care concurează pentru aceleași fonduri (Keane et al., 2021).

În aceeași ordine de idei este necesar de subliniat că criteriile specificate în ordinul Ministerului Sănătății nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordare serviciilor de Reproducere umană asistată” sunt rigide și mulți pacienți nu sunt eligibili. Criteriile medicale pentru a beneficia de procedura de fertilizare in vitro sunt: primare (factorul tubar al infertilității, 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 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 cuplul care va întruni una din criteriile primare și toate criteriile complementare.

În unele țări cadrul legal prevede anumite criterii de vârstă și pentru bărbați. Șase țări (Franța, Islanda, Suedia, Austria, Germania, 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 (Keane et al., 2021).

Mecanisme de finanțare publică a tehnologiilor medicinei reproductive asistate sunt atestate în mai multe țări europene. În Regatul Unit, Belgia, Franța, Slovacia, Slovenia și Spania (doar pentru femeile sub 40 de ani) se oferă „finanțare publică completă prin serviciile de sănătate” pentru cupluri sau persoane eligibile; în acest context, acoperirea completă este definită ca fiind mai mult de 81% din costul unui ciclu de inseminare intrauterină și/sau fertilizare in vitro sau injecție intracitoplasmatică de spermatozoizi. Nouăsprezece țări (Austria, Bulgaria, Croația, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Finlanda, Germania, Grecia, Ungaria, Islanda, Italia, Letonia, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania (pentru femeile peste 40 de ani), Suedia și Turcia) oferă finanțare publică parțială prin planul național de sănătate, iar restul costurilor sunt suportate de indivizi; acoperirea parțială în acest context este definită ca fiind mai puțin de 81% din costul unui ciclu de inseminare intrauterină și/sau fertilizare in vitro sau injecție intracitoplasmatică de spermatozoizi. În afara Europei, Israel și Noua Zeelandă oferă acoperire completă prin serviciile lor naționale de sănătate, în timp ce Australia oferă finanțare parțială. Canada oferă un credit fiscal pentru contribuabili pentru a accesa tehnologiile de reproducere asistată. Programul de reproducere asistată finanțat public a fost anulat în noiembrie 2015, după o evaluare a rezultatelor sale. Japonia oferă o subvenție bazată pe venit, care este acordată în funcție de nevoile financiare ale solicitantului. Tehnologiile de reproducere asistată sunt costisitoare, iar în țările în care fertilizarea in vitro nu este susținută de o formă de finanțare publică, accesibilitatea depinde de capacitatea pacientului de a plăti. În Franța, unde costurile fertilizării in vitro sunt aproape complet acoperite de resursele publice, utilizarea fertilizării in vitro 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 (Keane et al., 2021).

Mai multe femei care se adresează centrelor specializate în medicina reproductivă asistată sunt de vârstă reproductivă târzie și de multe ori din această cauză nu se ajunge la rezultatul dorit. Stabilirea unei limite de vârstă superioare pentru accesarea finanțării publice pentru medicina reproductivă asistată este susținută de dovezi clinice care arată scăderea semnificativă a fecundabilității cu vârsta și costurile asociate cu tratamentele ineficiente.

În cazul fertilizării in vitro, apar dispute și în legătură cu procedura de selecție a embrionilor pentru transferul în cavitatea uterină care este complicată și controversată, la fel ca și stabilirea criteriilor de selecție: care deviații ale embrionului sunt acceptabile și care oferă dreptul de a refuza transferul unui anumit embrion.

Mulți pacienți se informează despre tehnologiile de reproducere medicală asistată doar 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, sfaturi care pot conține informații inexacte. În

același timp rețelele de socializare pot contribui la dezinformare și pot fi în detrimentul cunoștințelor corecte despre sănătate.

Siguranța tratamentului este o garanție a calității medicinei moderne. FIV, la fel ca orice alt tip de terapie, poate provoca efecte secundare negative. Există două tipuri de complicații clinice care apar în timpul tratamentului infertilității cu ajutorul tehnologiilor de reproducere asistată. În primul rând, există riscuri generale care sunt prezente în orice procedură invazivă: hemoragie și complicații infecțioase. În al doilea rând, riscurile sunt legate de tratamentul în sine, în special de stimularea controlată a ovarelor, care poate duce la dezvoltarea sindromului de hiperstimulare ovariană, frecvența dezvoltării formei severe variază de la 2% până la aproape 9% (Paskar et al., 2020).

Sarcina multiplă de asemenea este un efect nedorit al medicinei reproductive asistate. Din cauza riscurilor serioase de complicații pentru mamă și copil, precum și a costurilor ridicate asociate cu evoluția sarcinii, sarcina multiplă este considerată cea mai importantă complicație a fertilizării in vitro. 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, în absența restricțiilor din cadrul legislativ, medicii reproductologi tind să se abată de la strategia de transfer al unui singur embrion pentru a răspunde dorințelor pacienților. Astfel, cuplurile infertile preferă sarcina multiplă, dar totodată ei subestimează riscul acesteia, printre care nașterea prematură. Acest aspect impune necesitatea informării ample și cuprinzătoare a cuplurilor despre potențialele efecte negative.

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. Introducerea unei politici naționale de transfer al unui singur embrion în Suedia a redus rata nașterilor gemelare după FIV cu 17%, fără a afecta rata generală a sarcinilor (Paskar et al., 2020). Finanțarea publică a tratamentelor de infertilitate poate contribui pozitiv la restricționarea numărului de embrioni transferați, îmbunătățind astfel siguranța clinică.

În context internațional șapte țări (Estonia, Germania, Grecia, Italia, Luxemburg, Portugalia și Slovacia) nu au specificat un număr maxim de embrioni care pot fi transferați într-un singur moment. Limitare la transferul unui singur embrion pentru femeile tinere se atestă în: Austria, Australia, Belgia, Israel, Noua Zeelandă, Norvegia, Suedia și Anglia; până la două embrioni transferați pentru femeile tinere în: Republica Cehă, Danemarca, Finlanda, Olanda, Rusia, Slovenia, Spania și Scoția; până la trei embrioni transferați: Bulgaria, Franța, Ungaria și Letonia. Țările care promovează transferul unui singur embrion pentru femeile în vârstă de treizeci și ceva de ani permit de obicei transferul a doi embrioni pentru femeile care au eșuat în încercările repetate și pentru femeile de peste 40 de ani (Keane et al., 2021).

O altă problemă care ține de medicina reproductivă asistată se referă la destinul oocitelor și al embrionilor rămași neutilizați, îndeosebi aspectul ce ține de crioconservare însă nu este desfășurat în cadrul legal, nefiind subliniată perioada de păstrare. 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.

Specialiștii în tratamentul infertilității trebuie să abordeze tehnologiile de reproducere asistată din două perspective: succesul și posibilele complicații. Controlul stimulării ovariene și reducerea numărului de embrioni transferați reprezintă o strategie corectă, care va permite minimizarea rezultatelor perinatale nefavorabile. Faptul că FIV este un tratament complex, care necesită resurse financiare și psihologice semnificative, subliniază și mai mult necesitatea aplicării unor abordări eficiente în tratamentul infertilității. De asemenea, în fața infertilității, cuplurile pe lângă servicii medicale profesionale mai au nevoie de sprijin emoțional și servicii psihosociale, iar cea mai bună strategie de adaptare la infertilitate este sprijinul partenerului și al celor apropiați.

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. Studiile anterioare au mai afirmat că 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 (Szalma&Djundeva, 2019). 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 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 (Keane et al., 2021).

Pe fondul sănătății reproductive precare a populației, deși numărul de născuți-vii concepuți prin intermediul medicinei reproductive este redus totuși sporirea natalității poate fi facilitată prin implementarea medicinei reproductive asistate. Anual în Republica Moldova sunt înregistrate în jur de o sută de nașteri printre femeile care au reușit să prindă o sarcină prin tehnologiile de fertilizare. Aceasta reprezintă 0,41% din ponderea nașterilor. Ultimele estimări indică faptul că, în majoritatea țărilor europene, o medie de 2,6% din nașteri sunt concepute prin medicina reproductivă asistată în fiecare an, în timp ce în Statele Unite reprezintă puțin mai puțin de 2% din nașteri (Lazzari, 2021).

Beneficiile directe ale tehnologiilor de reproducere asistată sunt creșterea șanselor pentru femeile singure și cupluri de a deveni părinți și creșterea ponderii populației tinere ca urmare a mai multor nașteri. Există unele proiecții economice, bazate pe calcule ale impozitelor pe întreaga durată de viață (pentru 80 de ani), care arată că costul copiilor concepuți prin fertilizare in vitro se amortizează în jurul vârstei de 40 de ani (comparativ cu 38-39 ani pentru copiii concepuți natural) și că finanțarea fertilizării in vitro de către stat reprezintă un bun raport cost-beneficiu (un beneficiu indirect) (Keane et al., 2021).

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 (Szalma&Djundeva, 2019). Medicina reproductivă asistată, în forma sa actuală nu poate compensa toate nașterile pierdute prin declinul natural al fertilității după vârsta de 35 de ani (Leridon, 2004). Astfel, în pofida contribuției tot mai mari la rata totală a natalității, medicina reproductivă asistată nu poate compensa pe deplin scăderea fecundității odată cu vârsta, deoarece eficacitatea tratamentelor scade rapid, de asemenea, odată cu vârsta femeilor. De exemplu, 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 este de la 65% până la 74% după trei tratamente complete, în timp ce este doar de la 18% până la 23% la vârsta de la 40 până la 44 de ani (Lazzari et al., 2021).

Concluzii

În pofida obstacolelor existente în accesarea medicinei reproductive asistate de către pacienți, realizările tehnologiilor reproductive în medicină creează noi oportunități pentru depășirea problemei infertilității. În acest context politicile demografice au un rol esențial în susținerea cuplurilor infertile pentru a beneficia de serviciile medicinei reproductive asistate. De asemenea și politicile care vizează reducerea incompatibilității dintre rolul de muncă și cel de mamă (de exemplu, concediul de maternitate, îngrijire a copiilor, educație timpurie) sunt eficiente și conduc la nașterea copiilor la vârste mai tinere.

În concluzie, menționăm că implicațiile medicinei reproductive asistate asupra creșterii demografice sunt complexe, inclusiv fertilizarea in vitro joacă un rol semnificativ în influențarea structurii și dinamicii populației. În contexte de fertilitate scăzută și îmbătrânire demografică, aceste tehnologii oferă o oportunitate importantă pentru cuplurile care se confruntă cu infertilitatea, contribuind la creșterea numărului de nașteri și, prin urmare, la stabilizarea și potențiala creștere a populației.

Totuși, impactul medicinei reproductive asistate asupra creșterii demografice este influențat de o serie de factori, inclusiv accesul la tratamente, costurile asociate și reglementările specifice fiecărei țări. În timp ce finanțarea publică poate îmbunătăți accesul și reduce cheltuielile directe pentru pacienți, variabilitatea în criteriile de eligibilitate și limitele de vârstă pot influența efectele asupra creșterii demografice. De asemenea, aspecte precum costurile ridicate ale tratamentelor și reglementările diferite privind numărul de embrioni transferați pot afecta eficiența și accesibilitatea medicinei reproductive asistate. Este esențial ca deciziile legate de finanțarea și reglementarea medicinei reproductive asistate să fie bazate pe dovezi clinice și economice solide, dar și de considerente demografice și sociale. Investițiile în acest domeniu nu doar că pot contribui la abordarea problemelor de fertilitate, dar pot avea și un impact pozitiv asupra sustenabilității și creșterii populației, influențând în mod direct echilibrul demografic al societății. În acest context, abordarea integrată și bazată pe dovezi este crucială pentru maximizarea beneficiilor și minimizarea costurilor asociate cu tehnologiile de reproducere asistată.

Bibliografie

1. Bogomiagkova E.S., Lomonosova M.V. (2017), *Vspomogatel'nyye reproduktivnyye tekhnologii: k voprosu o novykh formakh sotsial'nogo neravenstva* [Assisted Reproductive Technologies: New Forms of Social Inequality?] *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 20(3): 180–198. (in Russian).
2. 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.
3. Ciubotaru V. (2022), *Infertilitatea în context demografic și al sănătății reproductive*. Chișinău.
4. Keane M., Long J., O’Nolan, G., Farragher L. (2017), *Assisted reproductive technologies: International approaches to public funding mechanisms and criteria. An evidence review*. Dublin. <https://assets.gov.ie/13367/791187172ae6499997a6b5146438b6a9.pdf>
5. Klemetti R., Gissler M., Sevon T., Hemminki E. (2007), *Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study*. BMC Health Serv Res, 7: 210.
6. Lazzari E., Gray E., Chambers G. (2021), The contribution of assisted reproductive technology to fertility rates and parity transition: An analysis of Australian data. <https://www.demographic-research.org/volumes/vol45/35/45-35.pdf>
7. Legea Nr. 138 din 15-06-2012 privind sănătatea reproducerii. Publicat: 28-09-2012 în Monitorul Oficial Nr. 205-207 art. 673
8. Leridon, H. (2004) Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. În *Human Reproduction* 19(7): 1548–1553.
9. Paskar S.S., Kalugina A.S., Tkachuk A.G. (2020), Trends in safe infertility treatment with assisted reproductive technologies. În *Journal of Obstetrics and Women’s Diseases*. 69(4):83-88. <https://doi.org/10.17816/JOWD69483-88>
10. Szalma, I., Djundeva, M. (2019), What shapes public attitudes towards assisted reproduction technologies in Europe? În *Demografia* 62(5): 45–75. doi:10.21543/ DEE.2019.2.