

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Diplomová práce**

**2021**

**Bc. Gabriela Lazárková**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Asistovaná reprodukce z pohledu cílových skupin**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Gabriela Lazárková

Studijní program: Veřejná a sociální politika

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2021

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 4. května 2021

Bc. Gabriela Lazárková

## **Bibliografický záznam**

LAZÁRKOVÁ, Gabriela. *Asistovaná reprodukce z pohledu cílových populací*. Praha, 2021. 117 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, Vedoucí diplomové práce PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

**Rozsah práce: 185 390 znaků včetně mezer**

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce si klade za cíl popsat policy design asistované reprodukce v České republice směrem ke dvěma sledovaným skupinám: 1) ženám podstupujícím daný zákrok, 2) poskytovatelům asistované reprodukce. Cílem je rovněž identifikovat rámování politiky asistované reprodukce v politickém diskurzu. Teoretickou oporou práce je teorie sociální konstrukce cílových populací od autorek Ingram a Schneider a analýza rámců dle Reina a Schöna. Mapována je především legislativa asistované reprodukce ve sledovaném období 2011–2021. Analytická část práce je založena na systematizujícím expertním šetření, dotazníkovém šetření a analýze stenografických záznamů. Ve výsledcích práce jsou formulovány benefity a zátěže plynoucí z legislativy, politická moc a sociální konstrukce ve vztahu k oběma sledovaným skupinám. Dále jsou identifikovány dva soutěžící politické rámce během projednávání novel zákona o specifických zdravotních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění.

## **Abstract**

This diploma thesis aims to describe policy design of assisted human reproduction in the Czech Republic in the frame of two examined groups: 1) women undergoing this procedure, 2) service providers. The goals are also to identify the policy framework of assisted human reproduction in the political environment. The theory background is supported by the theory of social construction of the target audience written by the authors Ingram and Schneider and the analysis of the framework by Rein and Schon. The legislation of assisted human reproduction is covered mostly in the period of 2011 – 2021. The analytical part of this work is based on systematic expert surveys, questionnaire surveys and analysis of stenographic records. The benefits and drawbacks arising from the legislations, political power and social constructions in relation to both examined groups are formulated in the paper's results. Furthermore, two competing policy frameworks are identified during the debate of amendments to the Act on Specific health Services and the Act on Public Health Insurance.

## **Klíčová slova**

asistovaná reprodukce, in vitro fertilizace, neplodnost, zákon o specifických zdravotních službách, zdravotní politika, design veřejných politik, teorie sociální konstrukce cílových populací

## **Keywords**

assisted reproduction, in vitro fertilization, infertility, specific health services law, health policy, policy design, theory of social construction of target populations

## **Title**

Assisted reproduction from the perspective of the target groups

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala především své vedoucí diplomové práce, paní PhDr. Karolíně Dobiášové, Ph.D., za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady, které projevila během společných konzultací. Velké poděkování patří rovněž všem osloveným expertům a respondentům, bez jejichž pomoci by tato práce nemohla vzniknout.

## OBSAH

1	ÚVOD .....	1
2	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU.....	2
	2.1 Neplodnost .....	2
	2.2 Asistovaná reprodukce .....	3
	2.2.1 Definice asistované reprodukce.....	3
	2.2.2 Úspěšnost a rizika asistované reprodukce .....	4
	2.3 Asistovaná reprodukce jako předmět veřejné politiky .....	5
3	VYMEZENÍ CÍLE A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	7
4	TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE.....	8
	4.1 Sociální konstrukce cílových populací.....	8
	4.2 Cílové populace.....	8
	4.3 Policy design .....	11
5	METODOLOGIE.....	13
	5.1 Výzkumný design.....	13
	5.2 Metody sběru a zdroje dat .....	14
	5.2.1 Expertní šetření.....	14
	5.2.2 Dotazníkové šetření s ženami .....	15
	5.2.3 Stenografické záznamy .....	16
	5.2.4 Dokumenty .....	18
	5.3 Analýza dat.....	18
	5.3.1 Tematická analýza .....	18
	5.3.2 Analýza rámců .....	19
	5.4 Etika, kvalita a limity výzkumu .....	20
	5.4.1 Etika výzkumu .....	20
	5.4.2 Kvalita a limity výzkumu .....	20
6	ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY CÍLOVÝCH POPULACÍ .....	22
	6.1 Cílová populace: ženy podstupující asistovanou reprodukci .....	22
	6.2 Cílová populace: poskytovatelé asistované reprodukce.....	25
7	POLICY DESIGN.....	27



7.1	Legislativní prvky policy designu .....	28
7.1.1	Zákon 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách.....	29
7.1.2	Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění .....	37
7.1.3	Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník .....	39
7.1.4	Další právní předpisy upravující asistovanou reprodukci .....	39
7.2	Institucionální uspořádání asistované reprodukce.....	40
7.2.1	Ministerstvo práce a sociálních věcí.....	41
7.2.2	Ministerstvo zdravotnictví.....	43
7.3	Financování asistované reprodukce .....	46
8	BENEFITY A ZÁTĚŽE CÍLOVÉ POPULACE .....	50
8.1	Ženy podstupující asistovanou reprodukci.....	50
8.1.1	Benefity .....	50
8.1.2	Zátěže.....	51
8.2	Poskytovatelé asistované reprodukce.....	52
8.2.1	Benefity .....	52
8.2.2	Zátěže.....	53
9	MOC CÍLOVÝCH POPULACÍ.....	55
9.1	Moc žen podstupující asistovanou reprodukci.....	55
9.2	Moc poskytovatelů asistované reprodukce .....	58
10	RÁMOVÁNÍ ASISTOVANÉ REPRODUKCE V POLITICKÉM DISKURZU..	60
10.1	Rámec A: Konzervativní .....	61
10.2	Rámec B: Liberální .....	64
11	DISKUZE VÝSLEDKŮ .....	66
11.1	Zařazení cílových populací do typologie SKCP .....	66
11.1.1	Ženy podstupující asistovanou reprodukci jako potřební, devianti i zvýhodnění.....	67
11.1.2	Poskytovatelé asistované reprodukce jako uzurpátoři.....	69
11.2	Návrh změny policy designu dle expertů v kontextu odborné literatury .....	70
11.2.1	Změna úhrady zákroku z veřejného zdravotního pojištění.....	71
11.2.2	Zpřístupnění zákroku širšímu okruhu žen .....	73

11.2.3 Omezení činnosti poskytovatelů asistované reprodukce .....	74
12 ZÁVĚR.....	79
ZDROJE.....	82
I. LITERATURA.....	82
II. LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY.....	89
Zákony .....	89
Důvodové zprávy .....	89
Stenografické záznamy .....	90
Pozměňovací návrhy .....	90
TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE .....	91
SEZNAM TABULEK .....	97
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	98
SEZNAM GRAFŮ .....	99
SEZNAM PŘÍLOH.....	100
PŘÍLOHY .....	101

## Seznam zkratk

AR	Asistovaná reprodukce
ČGPS ČLS JEP	Česká a gynekologická a porodnická společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
EmR	Cyklus přijetí (darovaného) embrya
ESHRE	Evropská společnost lidské reprodukce a embryologie
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
KET	Cyklus kryoembryotransfer
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZd	Ministerstvo zdravotnictví
NRAR	Národní registr asistované reprodukce
NRRZ	Národní registr reprodukčního zdraví
OHSS	Syndrom ovariální hyperstimulace
OoR	Cyklus přijetí (darovaného) oocytu
SKCP	Sociální konstrukce cílových populací
TET	Tubal embryo transfer
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZIFT	Zygote intrafallopian transfer

# 1 ÚVOD

V posledních čtyřech desetiletích významně vzrostla naděje na úspěch léčby neplodnosti, a to díky rozvoji asistované reprodukce (dále jen AR). V případech, kdy otěhotnění nelze dosáhnout přirozenou cestou, je možné využít metod lékařských věd a počít dítě na základě AR (Mach 2006; Roztočil, Bartoš 2011). První dítě AR bylo narozeno v roce 1978 a od té doby se AR stala svébytnou a rychle se rozvíjející částí medicíny překračující meze dosavadního chápání lidských reprodukčních schopností (Niederberg et al. 2018). AR však není ryze technickým řešením léčby neplodnosti, ale má významné implikace do oblasti sociální, etické i právní. Nastoluje nové typy vztahů příbuzenství, mateřství a otcovství (Russo, Denious 2005). AR má revoluční potenciál pro naše chápání toho, co je a co není v reprodukci přirozené a normální (Lie 2002).

Z důvodu komplexnosti problematiky AR není možné ponechat tuto část medicíny bez nastavení legislativních bariér (Pennings 2009). Praxe každého státu se celosvětově liší (ESHRE 2021). Na přelomu tisíciletí začala být nastavována restriktivnější pravidla toho, co je v rámci AR povoleno (Inhorn, Patrizio 2009). Za zásadní krok směrem k podpoře institucionalizace AR v českém prostředí je považován rok 2011, ve kterém vešel v platnost a následně v roce 2012 v účinnost nový zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (dále jen zákon o specifických zdravotních službách), který definuje současnou podobu AR v ČR. Důležitým zákonem je rovněž zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zákon o veřejném zdravotním pojištění). Oba zákony je v gesci Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZd).

AR se v důsledku legislativního vymezení stala kontroverzním tématem pro veřejně politické debaty. Tento trend je pozorovatelný nejen v České republice (dále jen ČR), ale rovněž v zahraničí (deLacey 1998, Slepíčková 2015). Mnozí autoři upozorňují na diskrepance výroků využívaných v daných politických diskurzích, které nejsou vedeny racionálně podloženými daty, nýbrž silně emocionálně zabarvenými názorovými východisky, jež do popředí staví ochranu společenských hodnot, které jsou domněle narušovány touto metodou (Franklin 1990, deLacey 1998, Bryld 2001).

Pro účely práce bude využita teorie sociální konstrukce cílových populací (dále jen SKCP) od autorek Ingram a Schneider.

## 2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V následující kapitole definuji základní pojmy týkající se AR a téma propojím s kontextem veřejné politiky.

### 2.1 Neplodnost

Předtím, než začnu popisovat samotnou AR, považuji za důležité objasnit hlubší kontext této metody. Neplodnost či nemožnost počít dítě přirozenou cestou je považována za jeden ze základních faktorů, které rozhodují o zákroku AR. V českém prostředí však chybí pojmosloví, které by rozlišovalo mezi jednotlivými případy neplodných žen. V zahraniční literatuře najdeme medicínské pojmy *sterility* a *infertility* a psychologické pojmy *childless* a *child free*, přičemž pojem *free* značí chtěný stav ženy bez dítěte, a naopak pojem *less* značí něco, co schází. V českém prostředí se vedle jednotného pojmu neplodnost začal rozšiřovat rovněž pojem „nedobrovolná bezdětnost“, který značí stav ženy, která si dítě přeje, ale z nějakého důvodu jí to není umožněno. Může se jednat jak o medicínské hledisko a poruchu plodnosti, tak rovněž stav například neúspěšné adopce či neexistence partnera (Konečná 2003: 15).

Neplodnost byla oficiálně uznána za nemoc v roce 1977 Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO) a tím došlo ke značnému progresu v rámci financování léčby za účasti státu či podpore výzkumu a vývoje (Konečná 2003: 16). Neplodnost definuje WHO dvěma způsoby, a to demograficky a klinicky. Dle klinické definice neplodnost značí onemocnění reprodukčního systému, kdy jedinec nemůže dosáhnout klinického těhotenství po 12 nebo více měsících pravidelného nechráněno styku (WHO 2009a). Dle demografické definice neplodnost znamená neschopnost osob v reprodukčním věku (15-49 let) otěhotnět nebo zůstat těhotná (WHO 2004). Dále můžeme definovat neplodnost primární (žena neotěhotněla nikdy) a sekundární (ženě se podařilo otěhotnět dříve, ale během posledních 12 měsíců nikoli) (Konečná 2003: 14). Neplodnost je považována za zásadní součást reprodukčního zdraví. Nemožnost počít dítě ovlivňuje ženy a muže na celém světě a může vést k depresím, diskriminaci či vyloučení jedince (Mascarenhas et al. 2012: 2). Mezi nejčastější příčiny neplodnosti u žen řadíme anovulaci, neprůchodnost vejcovodů, zvýšenou hladinu prolaktinu či změnu buněčné imunity proti spermiím a placentě. Neplodnost může pocházet rovněž ze strany muže, jehož sperma může obsahovat antispermatické protilátky, které nejsou schopny pohybu. Pokud nebyla zjištěna žádná příčina, hovoříme o tzv. idiopatické sterilitě (Mrázek 2003: 11–13).

## 2.2 Asistovaná reprodukce

V následující kapitole vymezím základní pojmy a souvislosti s touto metodou. Vzhledem k možné odborné komplikovanosti tématu považuji za důležité čtenáře seznámit se základními charakteristikami tohoto zákroku s cílem lepší čtenářské čtivosti a pochopení tématu.

### 2.2.1 Definice asistované reprodukce

Existuje několik metod, které lze za účelem AR využít. Dle WHO (2009: 1521) je AR definována jako „*Všechny procesy nebo léčebné postupy, které in vitro pracují s lidskými vajíčky a spermii nebo embryi s cílem dosažení těhotenství.*“ Do metod spadajících pod pojem AR jsou dle WHO (ibid.) řazeny následující postupy:

- *In vitro fertilizace* (dále jen IVF): tento postup značí metodu, při které dochází k mimotělnímu oplodnění. Probíhá v laboratorních podmínkách.
- *Gamete intrafallopian transfer* (dále jen GIFT): proces, při kterém dochází k přenesení pohlavních buněk do vejcovodu ženy. Tato metoda je nejvíce podobná přirozenému otěhotnění, jelikož ke splynutí pohlavních buněk dochází ve vejcovodu ženy.
- *Zygote intrafallopian transfer* (dále jen ZIFT): proces, při kterém jsou zygoty (oplozená vajíčka spermii) přeneseny do vejcovodu. Stejně jako IVF a na rozdíl od GIFT probíhá splynutí pohlavních buněk v laboratorních podmínkách.
- *Tubal embryo transfer* (dále jen TET): tato metoda je stejná jako v případě ZIFT pouze s tím rozdílem, že k přenosu oplodněných buněk v laboratorních podmínkách dochází později, tedy ve fázi, kdy lze buňky označit již za embryo.
- *Kryokonverzace gamet a embryí*: tato metoda spočívá v zamrazení gamet a embryí za účelem skladování a možného opětovného použití při rozmrazení.
- *Darování vajíček a embryí*: představuje proces, kdy žena daruje svá vajíčka pro další využití. Při darování embryí dochází k přenosu embrya, které nepochází od příjemce embrya či jeho partnera.
- *Náhradní mateřství*: značí metodu, kdy je embryo biologických rodičů vneseno do těla jiné ženy.

Dle WHO (ibid.) není do oficiálních metod AR zahrnuta intrauterinní inseminace (dále jen IUI). Při této metodě jsou mužské spermie vloženy do dělohy ženy v době ovulace, proces umělého oplodnění tak probíhá přímo v těle ženy. Tato metoda je méně komplikovaná, na druhou stranu však nemusí řešit některé důvody neplodnosti, tudíž úspěšnost této léčby není příliš vysoká (Konečná 2017: 109).

V ČR je AR definována dle zákona o specifických zdravotních službách jako „...*metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem umělého oplodnění ženy*“ (zákon č. 373/2011 Sb.).

### **2.2.2 Úspěšnost a rizika asistované reprodukce**

Úspěšnost AR ovlivňuje několik faktorů. Jedná se například o životní styl ženy (ESHRE 2010), typ neplodnosti (Ottosen et al. 2007) či kvalitu přenášeného embrya (Hunault et al. 2002). Za dva nejdůležitější můžeme považovat věk ženy a počet transferovaných embryí (ÚZIS 2019: 31).

Věk žen je považován za nejdůležitější faktor v rámci úspěšnosti léčby, a to především při metodě IVF (van Loenderslot et al. 2010, Scotland et al. 2011). Je dokázáno, že s rostoucím věkem se šance na úspěšnost AR výrazně snižuje (Drakopoulos 2020; Rob, Martan, Citterbart 2008; Rosenwaks, Davis, Danmario 1995). Dle výzkumů je největší šance na otěhotnění u AR u žen ve věku mladších 30 let, po 35. roku se šance na úspěch výrazně snižuje (Sharma et al. 2002). Kromě věku je důležitým faktorem počet přenášených embryí. Pro ženy je do 35. roku doporučováno zavádět jedno embryo. Pro ženy ve věku 37–39 let je efektivnější zavádět embrya dvě (Scotland et al. 2011). Dle studií však může být zavádění více embryí nebezpečné z důvodu možného vícečetného těhotenství, které s sebou nese mnohá rizika, například v podobě předčasného porodu a s ním spojený možný výskyt vrozené vývojové vady (Bhattacharya 2003, Mrázek 2003). V roce 1998 Česká a gynekologická a porodnická společnost Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČGPS ČLS JEP) doporučila přenášet do těla ženy maximálně tři embrya (Poláková 2010), přičemž běžnou praxí v roce 1997 v ČR bylo přenášení tří (ve 36 % případech) až čtyř embryí (ve 40 % případech). V souvislosti s transferem až čtyř embryí do těla ženy podstupující AR došlo v 90. letech ke zvýšení počtu vícečetných porodů, a to na 4:10 000 porodů. V roce 2000 vydala Evropská společnost lidské reprodukce a embryologie (dále jen ESHRE) vyjádření, že četnost dvoučetného těhotenství nad 25 % je nepřijatelná a tato hranice by se měla snížit na maximálně 10 %. Motto ESHRE proto znělo: „Mějte kolik dětí chcete, ale po jednom.“ (Niederberg et al. 2018: 205). V současné době se statisticky pohybuje narození trojčat 1:10 000 porodům (Kocourková, Burcin: 257–258). Vícečetná těhotenství jsou považována za závažnou zdravotní komplikaci AR (Hazekamp 2000). Ve většině evropských zemí je nastavené legislativní omezení maximálního počtu embryí, při jehož překročení dochází k sankcím (ESHRE 2021).

Za nejzávažnější zdravotní riziko během AR je považován syndrom ovariální hyperstimulace (dále jen OHSS). Ovariální stimulace je běžnou a nutnou součástí zákroku. Každá metoda AR je však založena na odlišné intenzitě stimulace na základě potřebného počtu oocytů (Trávník 2015: 123). V určitých případech může dojít k nadměrné reakci vaječníku na stimulační léky a dochází k OHSS. V dnešní době existují však účinné metody, jak tomuto syndromu ve valné většině předejít, a to především na základě transferu jednoho oocytu (Niederberger et al. 2018)

### **2.3 Asistovaná reprodukce jako předmět veřejné politiky**

Měl by se neplodností jedinců a metodami AR zabývat rovněž stát a nikoli pouze osoby, kterých se situace bezprostředně dotýká? Pro zodpovězení této otázky nejprve definujme, co je předmětem veřejné politiky a jakou roli v dané problematice sehrává stát. Předmětem veřejné politiky jsou veřejně politické problémy. Tyto problémy však musí splňovat určitá kritéria. Dle Hopp (2002: 308) je jako problematická vnímána normativní situace, určitý druh ideálu, který je v rozporu se současným či budoucím stavem. Veřejně politickým se problém stává tehdy, pokud ovlivňuje významnou část populace, není snadno řešitelný, můžeme ho analyzovat a můžeme s ním něco udělat díky veřejně politickým nástrojům (Veselý, Nekola 2007; Potůček 2016; Bardach 2012).

Všechna tato kritéria popisovaný jev splňuje. Neplodnost postihuje stále větší část české populace. Oficiální statistiky zaznamenávající počet neplodných párů sice v ČR neexistují, je však odhadováno, že s problémy se potýká až 15 % párů (Mrázek 2003, ČPZP nedatováno). O zvyšujícím se podílu žen, které mají problém otěhotnět, vypovídají i statistická čísla, která uvádějí, že narůstá množství žen vyhledávající při své cestě za vytouženým potomkem lékařskou pomoc (ÚZIS 2019). AR představuje jeden z nástrojů, kterým lze neplodnost řešit. Dle WHO je důležité vést politický dialog o tomto problému a celosvětově stanovit legální a právní nástroje za účelem dostupného zdravotního systému s cílem řešení neplodnosti. Zároveň však upozorňuje na nedostatečnou podporu a intervenci řešení neplodnosti ze strany států, kdy problematika neplodných párů často není prioritou v politikách reprodukčního zdraví (WHO 2002).

Reprodukční medicína v čele s AR představuje svébytný a rychle se rozvíjející obor. Jednotlivé metody však nemohou být ponechány pouhé samoregulaci a praxi jednotlivých lékařů. Jak uvádí Pennings na příkladu embryu transferu v americké společnosti, kdy i přes mnohá lékařská a celosvětově uznávaná doporučení ke snížení počtu přenášených embryí během IVF, dochází v americké společnosti stále k přenosu vícero embryí, což může mít prokazatelně špatný vliv



na zdraví ženy i nenarozeného dítěte. Samoregulace AR selhává a je třeba legislativně ukotvit a nastavit hranice pro jejich využívání (Pennings 2009: 17). Právní regulace AR má hlubší celospolečenské, etické, morální či dokonce náboženské hodnoty (Galton 2007, Fenton 2006, Hervey 1998). Většina právních předpisů upravující AR by měla vycházet ze základních morálních hodnot společnosti, nekomercializace lidského těla a reprodukce a zodpovědného rodičovství (Pennings 2009: 15). V souvislosti s právní regulací je rovněž nutné upozornit na rozdílné celospolečenské a zdravotní názory týkající se jednotlivých technologií AR, které je třeba na základě legislativy sjednotit (Galton 2007: 22).

Roli státu a veřejné politiky v této problematice lze tedy chápat jako roli regulátora, který formuje podmínky života zainteresovaných aktérů. Jako hlavní nástroj lze v tomto případě chápat právo, které stát tvoří a zároveň uplatňuje (Potůček 2016: 35–36). Nutno však podotknout, že rovněž ani legislativa nemůže být tvořena bez morálních hodnot a soudů. Politika tak vždy podléhá sociálním konstrukcím výkladu daného problému, a to rovněž v případě politiky AR (Berger, Luckman 1999; v případě politiky AR v zahraničí viz např. Pennings 2004 a v případě politiky AR v ČR viz např. Slepíčková 2015).

### **3 VYMEZENÍ CÍLE A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK**

Hlavní cílem této diplomové práce je popsat a vysvětlit policy design AR v ČR. Zjistit, jaké benefity a zátěže přináší policy design pro sledované cílové populace. Identifikovat, jak je v politickém diskurzu rámována politika ve vztahu k cílovým skupinám a následně tyto skupiny zařadit dle typologie cílových populací teorie SKCP. Sledovanými cílovými populacemi pro účely této práce jsou ženy podstupující AR a poskytovatelé AR.

Cíl diplomové práce je rozdělen do dílčích cílů a výzkumných otázek:

#### **1. Cílem je identifikovat prvky policy designu AR v ČR.**

*1.1 Jaké směrnice a zákony včetně pozměňovacích návrhů upravují AR v ČR? Jakým způsobem?*

*1.2 Přináší policy design nějaké benefity nebo zátěže pro ženy podstupující AR a pro poskytovatele AR? Pokud ano, jaké?*

*1.3 Jaká je politická moc žen podstupujících AR a poskytovatelů AR perspektivou SKCP při ovlivňování policy designu AR v ČR?*

*1.4 Mělo by dojít očima expertů ke změně policy designu? Pokud ano, k jakým změnám?*

#### **2. Cílem je identifikovat, jak je rámována politika ve vztahu k cílovým skupinám v politickém diskurzu.**

*2.1 Jaké je rámování politiky AR perspektivou SKCP v politickém diskurzu včetně sociální konstrukce žen podstupujících AR a poskytovatelů AR?*

#### **3. Cílem je zařadit sledované cílové skupiny dle modelu teorie SKCP.**

*3.1 Do které ze čtyř typologií cílových populací dle teorie SKCP můžeme zařadit ženy podstupující AR a do které poskytovatele AR?*

## 4 TEORETICKÉ UKOTVENÍ PRÁCE

V následující kapitole představím teoretické ukotvení práce. Za primární teoretický zdroj, o který se bude diplomová práce opírat, je teoretický rámec sociální konstrukce cílových populací (*social constructions of target populations*).

### 4.1 Sociální konstrukce cílových populací

Tato teorie byla vytvořena dvěma americkými autorkami, a to Helen Ingram a Anne Schneider v období 80.–90. let minulého století. SKCP vznikla za účelem objasnění otázky složitého vztahu veřejné politiky a demokratické vlády, na kterou nedokázaly odpovědět ostatní teoretické přístupy (Schneider, Ingram 1993: 344). Mezi typické otázky, které si SKCP klade, řadíme následující: *Čím to, že jsou některé politiky stále udržovány, a to i přes to, že nedosahují svých stanovených cílů? Jak je možné, že určité negativně konstruované skupiny jsou schopny získat pozitivní konstrukci a lepší zacházení od tvůrců politik, zatímco jiné ne?* (Ingram, Schneider, deLeon 2007: 93). Autorky vnímají sociální konstrukce cílových populací jako důležitý politický fenomén, kterému by měla být v rámci výzkumu věnována dostatečná pozornost (Schneider, Ingram 1993: 334).

Základní myšlenkou teorie je, že veřejné politiky řešící společenské problémy, jsou sociálně podmíněny a konstruovány. Do popředí zkoumání se tak vedle empiricky prokazatelných faktorů dostává prezentace (rámování) veřejně politického diskurzu a téma nastolování agend. Předmětem zkoumání se stávají příjemci navrhovaných politik společně s jejich celospolečenským obrazem (Schneider et al. 2014).

### 4.2 Cílové populace

*„Cílová populace představuje více či méně konkrétní skupinu lidí, jejichž chování nebo životní podmínky mají být ovlivňovány danou veřejnou politikou“* (Nekola, Hejzlarová, Kohoutek 2020: 16). Cílové populace jsou rozřazeny do čtyř základních skupin na zvýhodněné, uzurpátory, potřebné a devianty (Schneider, Ingram 1993; Schneider, Ingram 1997; Schneider, Ingram, deLeon 2014). Rozdělení typů cílových populací zobrazuje následující tabulka:

**Tabulka 1:** Sociální konstrukce a politická moc cílových populací

Sociální konstrukce			
Politická moc	Vysoká	Pozitivní ZVÝHODNĚNÍ (advantaged)	Negativní UZURPÁTOŘI (contenders)
	Nizká	POTŘEBNÍ (dependents)	DEVIANTI (deviants)

Zdroj: Schneider a Ingram 1993: 336 (vlastní zpracování)

*Zvýhodnění* disponují vysokou politickou mocí a rovněž sympatiemi v rámci společnosti z důvodu pozitivní sociální konstrukce. Mezi zvýhodněné řadíme osobnosti, které jsou celospolečensky uznávány a lidé si váží jejich práce. Typickým příkladem jsou vojáci, vědci, lékaři nebo podnikatelé. Zvýhodnění, jak už vypovídá z názvu skupiny, často lehce získají výhody v rámci veřejné politiky. Poskytování výhod této skupině přináší tvůrcům veřejných politik značný politický kapitál, jelikož je daná politika přijímána většinou společností kladně (Schneider, Ingram, deLeon 2014: 110; Pierce at al. 2014: 13).

*Uzурpátoři* přes svůj rovněž vysoký podíl politické moci, jsou vnímáni negativně. Jedná se například o velké korporace firem typu zbrojního průmyslu, výroby alkoholu a tabáku či banky a makléře. Této skupině jsou v rámci veřejné politiky připisovány výhody, které jsou však často skryté a na první pohled nečitelné. Tvůrci veřejných politik nechtějí otevřeně přiznat spolupráci s uzurpátory, neboť by se obávali, že jejich obraz v očích většinové společnosti by byl vnímán negativně (Schneider, Ingram 1993: 342; Schneider, Ingram, deLeon 2014: 111).

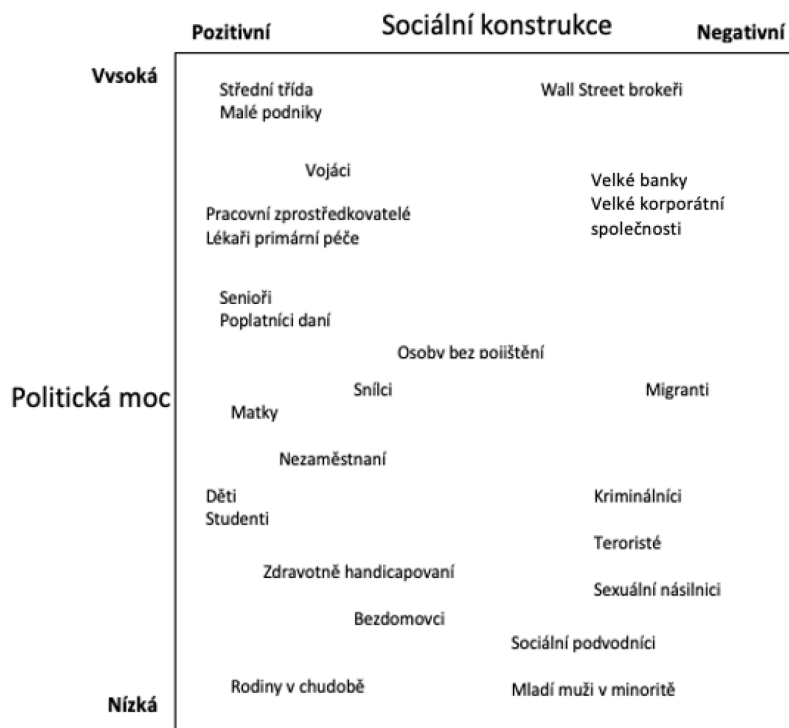
*Potřební* jsou konstruováni pozitivně, ačkoli nedisponují vysokým podílem politické moci. Typickým příkladem potřebných jsou matky s dětmi, studenti, bezdomovci, mentálně postižení či oběti katastrof. Programy podporující tyto osoby jsou prvními, které pocítí škrtů v době zpřísnění státního rozpočtu a zároveň posledními, kterým jsou v době prosperity poskytnuty výhody. Tvůrci politik tak na pomoc potřebných vynakládají pouze malé a nezbytně nutné finanční prostředky (Schneider, Ingram 1993: 337–338; Schneider, Ingram, deLeon 2014: 112).

*Devianti* jsou konstruováni negativně, jejich politická moc je rovněž nízká a inklinují tak k nepřiměřenému podílu sankcí a zátěží. Mezi typické představitele deviantů řadíme zločince, migranty, obchodníky s drogami nebo například teroristy. Počet politik stanovujících si cíle vůči této skupině v poslední době roste. Potrestání deviantů přináší tvůrcům politiky kapitál, a to z i toho důvodu, že veřejnost této skupině nepřeje nic dobrého a s potrestáním souhlasí.

V rámci společnosti v podstatě neexistují organizace, které by chtěly hájit práva této skupiny (Schneider, Ingram 1993: 337–338; Schneider, Ingram, deLeon 2014: 112).

Následující obrázek zobrazuje konkrétní příklady jednotlivých cílových populací ve společnosti.

**Obrázek 1:** Typologie cílových populací



Zdroj: Převzato od Schneider, Ingram, deLeon 2014: 111 (vlastní zpracování)

Sociální konstrukce mohou být dynamické a tendence vnímání určitých sociálních skupin se mohou v čase měnit. To, že je někdo považován za devianta tedy neznamená, že bude vnímán jako deviant i za několik dalších let. Negativní konstrukce se tak postupem času může přeměnit na konstrukci pozitivní a naopak. Je však nutno podotknout, že sociální konstrukce mohou v průběhu času zůstat zcela neměnné. Změny sociálních konstrukcí obecně závisí na rozdělování výhod mezi jednotlivé skupiny, na příležitostech, neočekávaných událostech a schopnostech těch, kdo s konstrukcemi manipulují. Konstrukce svou povahou slouží pro stále nerovnoměrnější alokaci benefitů a zátěží vládou (Schneider, Ingram 1993: 343; Pierce et al. 2014: 16).

### 4.3 Policy design

Využívání sociálních konstrukcí je spjato s jejich důsledkem na obsah veřejných politik (*policy design*). Tento pojem je ve veřejné politice uznávaný od 50. let minulého století, avšak do nedávné doby mu nebyla věnována příliš velká pozornost (Schneider, Sidney 2009: 104). V českém kontextu by šel tento pojem přeložit jako: „*Výsledná podoba veřejné politiky chápána jako výstup procesu vyjednávání a přesvědčování, ve kterém se skupiny aktérů reprezentující své různé zájmy snaží skrze své návrhy veřejně politických opatření o zlepšení podmínek života lidí*“ (Howlett, Lejano 2012 in Nekola, Hejzlarová, Kohoutek 2020: 9). Během zkoumání policy designu sledujeme, jaké dopady a důsledky má veřejná politika na společnost či na konkrétní cílové skupiny.

Policy design jednotlivých politik by měl v ideálním případě reflektovat veřejné problémy společnosti a zastupovat zájmy všech zasažených skupin (Schneider, Ingram 1993: 345). Tuto skutečnost však veřejné politiky často nereflektují a jsou vytvářeny na základě pozitivní nebo negativní konstrukce cílové populace, na kterou má být politika mířena. Sociální konstrukce cílových populací se stávají důležitými politickými prvky, jelikož jsou často využívány v rámci politických diskurzů a výsledných návrhů politiky. Tvůrci politik mohou s konstrukcemi manipulovat za účelem budování politického zisku. Tato manipulace může vést k odlišnému zacházení s cílovými skupinami (Ingram, Schneider, deLeon 2007: 94)

Policy design je složen z následujících prvků (Schneider, Ingram 1997 in Pierce et. al 2014: 6):

- cílové populace (*target populations*),
- definice cílů nebo problémů, které mají být vyřešeny (*definition of goals or problems to be solved*),
- pravidel (*rules*),
- zdůvodnění (*rationales*),
- předpokladů (*assumptions*),
- benefitů a zátěží (*benefits and burdens*),
- nástrojů (*tools*),
- implementačních struktur (*implementation structure*),
- sociálních konstrukcí (*target populations*).

*Cílovými populacemi* jsou označováni příjemci veřejných politik. Tyto veřejné politiky mají obvykle stanovené *cíle* či *problémy*, které by měly řešit. Policy design se musí řídit podle předem stanovených *pravidel*, tedy platné legislativy, která stanovuje pomyslné hrací pole. Při debatách o jednotlivých politikách mohou být využívány implicitní nebo explicitní *zdůvodnění* či *předpoklady*, které odkazují na kauzální logiku politiky, kapacitu lidí a organizací. Mezi

cílové populace jsou rozloženy benefity a zátěže plynoucí z politik (Schneider, Sidney 2009: 104–105). Důležitým prvkem policy designu jsou *nástroje*, které zajišťují naplňování cílů jednotlivých politik. V rámci veřejné politiky rozlišujeme různé typologie nástrojů<sup>1</sup>. Schneider a Ingram nabízí dělení nástrojů na: autorita, stimuly a sankce, přesvědčování, učení a budování kapacit (Schneider, Ingram 1997: 93–96). Nekola, Kohoutek a Hejzlarová (2020: 22) tuto typologii dále rozšiřují o nástroj poskytování služby. Navržený policy design musí být zasazen do příslušné *implementační struktury*, kterou lze chápat jako celistvý plán implementace (Schneider, Sidney 2009: 104–105). Cílová populace následně na základě *sociální konstrukce*, která může být pozitivní nebo negativní, a na základě míry politické moci, získá v policy designu *přínosy nebo zátěže*. Politická moc cílové skupiny je měřena například rozsahem politických zdrojů, kterými skupina disponuje, její velikostí, bohatstvím či mírou mobilizace (Schneider, Ingram, deLeon 2007: 101). Naopak to, zdali je nějaká skupina konstruována pozitivně nebo negativně, je dáno historií, kulturou dané země, společenským kontextem či například médií. V posledních letech začíná narůstat význam politických diskusí na tvorbu sociálních konstrukcí. Pozitivně konstruované skupiny jsou často označovány za „čestné, inteligentní či záslužné“, naopak u negativně konstruovaných skupin se můžeme setkat s přívsky „hloupé, nepoctivé či sobecké“ (Schneider, Ingram 1993: 335).

Výsledný policy design primárně ovlivňuje cílovou skupinu, na kterou je mířený. Má však ve svém důsledku i širší společenský kontext. Prostřednictvím nově vytvořených pravidel formuje rovněž instituce v dané zemi či veřejné mínění (Schneider, Ingram, deLeon 2007: 97).

---

<sup>1</sup> V rámci veřejné politiky existuje několik typologií. Mezi nejčastěji využívané řadíme například typologie od autorů Hood (1986), Peters (1999), Bardach (2012), Potůček (2016) a další.

## 5 METODOLOGIE

V následující kapitole vymezím metodologické ukotvení práce včetně definování výzkumného designu, určení zdrojů dat, metod jejich analýzy a zhodnocení etiky a kvality daného výzkumu.

### 5.1 Výzkumný design

Diplomová práce obecně vychází z kvalitativního přístupu. Tento typ výzkumné strategie byl zvolen z následujících důvodů: Cílem práce je identifikace a vysvětlení určitého jevu. Podstata výzkumu je silně vázána na kontext výzkumného procesu a vychází spíše z induktivního uvažování. Výzkum není spjat se snahou o zobecnění daného problému, záměrem je spíše pochopení individuálních situací. Data, která jsou v práci využita, jsou považována za kvalitativní zdroje dat a rovněž nelze opomenout, že analýza a interpretace dat jsou do určité míry subjektivní a potenciálně zkreslené výzkumníkem. Tyto náležitosti jsou obecně spjaty s kvalitativním přístupem, na rozdíl od přístupu kvantitativního (Veselý 2011; Švaříček, Šedřová 2014; Hendl 2016). Podstatou kvalitativního přístupu je porozumění určitému jevu. *„Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“* (Švaříček, Šedřová 2014: 24).

Z pohledu výzkumného designu je práce případovou studií. Charakteristické pro případovou studii je zkoumání určitého jevu v celé své komplexnosti, za využití velkého množství relevantních a dostupných typů zdrojů dat. Badatelovou snahou je zkoumání jevu ve svém přirozeném prostředí s cílem zachycení unikátních vlastností jevu a porozumění problematiky jako celku (ibid.: 98). Tento typ designu se obecně zaměřuje na konkrétní jedince, události, instituce či procesy v daném časovém úseku (Veselý, Nekola 2007: 152). Případovou studií je tato diplomová práce z důvodu zaměření na konkrétní skupinu (ženy podstupující AR a poskytovatele AR) a vymezení konkrétního časového úseku (léta 2011–2021). Tento typ výzkumného designu se nabízí rovněž pro témata, jež jsou málo probádaná a na první pohled pro badatele těžko srozumitelná (ibid.: 152). Téma AR této charakteristice z mého pohledu odpovídá. Ač tématu AR začíná být v sociální a zdravotní akademické sféře věnována čím dál větší pozornost, považuji toto téma z pohledu veřejné politiky v rámci ČR za poměrně neprobádané. V rámci vydaných publikací na toto téma dominuje v celosvětovém měřítku především USA, Velká Británie, Francie, Čína a Itálie. V těchto státech se vydává v průměru okolo 1000 publikací ročně, zatímco v ČR jen asi 100 publikací (García et al. 2020: 73). Při podrobném hledání jsem v českých zdrojích nenašla žádnou práci, jež by analyzovala AR z pohledu teorie SKCP.



## 5.2 Metody sběru a zdroje dat

Zdroje dat můžeme obecně dělit na primární a sekundární (Blaikie 2000 in Veselý 2011: 51). Za primární data jsou považovány rozhovory s experty, dotazníkové šetření s ženami podstupujícími AR a stenografické záznamy z Poslanecké sněmovny. Za sekundární data jsou považovány dokumenty, ze kterých bylo čerpáno.

### 5.2.1 Expertní šetření

Pro účely diplomové práce byl využit rozhovor, který je považován za jeden z nejčastějších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček, Šedřová 2014: 159). Konkrétně se jednalo o rozhovor s experty na základě tzv. systematizujícího expertního šetření. Tento postup se vyznačuje získáním podrobných informací a znalostí experta z praxe. Poskytnuté informace slouží tazateli pro lepší pochopení problému. Vymezení experta obecně závisí na několika faktorech. Expertem je někdo, kdo je ve své oblasti uznán za odborníka, disponuje příslušnými znalostmi o problému (Bogner, Littig, Menz. 2009). Tito experti byli osloveni na základě své dlouholeté odborné a praktické zkušenosti z oblasti AR, a to jak ve sféře občanské, sociální tak i zdravotní. Pro účely práce byl využit typ expertního šetření, jež se zaměřuje na subjektivní postoj a vlastní názor experta na danou problematiku (ibid.). Rozhovor byl veden na základě tzv. polostrukturovaného rozhovoru, který se vyznačuje sadou předem připravených témat a otázek, které však nemusí být zodpovězeny ve stanoveném pořadí (Reichel 2009: 111). Před zahájením rozhovorů jsem si připravila jeho scénář (viz příloha 1), dle které byl rozhovor veden. Expertní šetření bylo provedeno s pěti experty. Expertka\_1 byla oslovena na základě facebookové skupiny, na kterou jsem napsala dotaz týkající se poskytnutí informací na dané téma. Expertka\_1 se mi sama ozvala s nabídkou uskutečnění rozhovoru. Ostatní experti byli dotázáni skrze e-mailové adresy. Vzhledem k nepříznivé epidemiologické situaci proběhly rozhovory v online prostředí, a to skrze platformu Skype nebo Zoom.

Následující tabulka zobrazuje seznam dotázaných expertů a konkrétní údaje o rozhovorech.

**Tabulka 2:** Seznam dotázaných expertů

Expert	Oblast/zaměření experta	Poznámka	Datum provedení
Expertka_1	Zakladatelka internetové platformy „Dvě čárky“	Délka rozhovoru 25 min.	12. 2. 2021
Expertka_2	Vědkyně z oblasti reprodukční medicíny	Délka rozhovoru 43 min.	25. 2. 2021
Expertka_3	Vědkyně z oblasti reprodukční medicíny, psycholožka, členka bioetické komise Rady Evropy,	Délka rozhovoru 63 min.	1. 3. 2021

	bývala členka Komise pro reprodukční medicínu		
<i>Expertka_4</i>	Odborník na zdravotní politiku a bývalý ředitel české zdravotní pojišťovny	Expert byl dotázán písemnou formou pro doplnění informací. Nebyl podroben otázkám ze šablony expertního rozhovoru, odpověděl pouze na doplňující otázky ohledně financování AR z veřejného zdravotního pojištění.	8. 3. 2021
<i>Expertka_5</i>	Odbornice na veřejné zdravotnictví a medicínské právo. Členka etické komise Ministerstva zdravotnictví ČR (MZd)	Délka rozhovoru 42 min.	7. 4. 2021

Zdroj: vlastní zpracování

Každý z oslovených expertů dokázal diplomové práci poskytnout jiný úhel pohledu na sledovanou problematiku, a to na základě svého expertního zaměření. *Expertka\_1* je zakladatelkou občanského hnutí spojující ženy, které mají problémy s otěhotněním. Smyslem internetové platformy<sup>2</sup> je podpůrná činnost v oblasti porozumění, poskytnutí informací a praktických rad v rámci umělého oplodnění. Tato expertka mi zprostředkovala názor velké části žen, jež AR podstoupily případně podstoupit chtějí. Druhá oslovená respondentka poskytla cenné informace z vědeckého hlediska. Ve svých výzkumných činnostech se zabývala reprodukční medicínou nejen z pohledu pacientek a lékařů, ale zároveň i z pohledu politického. Pro *expertku\_3* je téma AR hlavním vědeckým tématem. Expertku rovněž považuji za relevantní, jelikož byla schopna poskytnout vhled do institucionálního ukotvení AR jak v ČR (jako bývala členka Komise pro reprodukční medicínu MZd), tak i v zahraničí (jako členka bioetické komise Rady Evropy). *Expert\_4* byl osloven pro objasnění financování AR z veřejného zdravotního pojištění, které může být pro nezasvěcenou osobu velmi netransparentní. *Expertka\_5* byla dotázána z důvodu svého expertního zaměření na medicínské právo, které je v rámci popisu policy designu považováno za klíčové. Poskytla rovněž pohled na agendu AR v působnosti MZd (jako členka Etické komise).

### 5.2.2 *Dotazníkové šetření s ženami*

Další dotázanou skupinou byly ženy, které podstoupily jednu ze sledovaných metod AR (cyklus IVF, cyklus kryoembryotranfer, cyklus přijetí darovaného oocytu, cyklus přijetí darovaného embrya) ve sledovaném období, tedy 2011–2021. Dotazníkové šetření s ženami podstupujícími AR bylo možné uskutečnit díky *expertce\_1*, jež mi nabídla pomoc v podobě možného oslovení

<sup>2</sup> <https://dvecarky.cz/>

skupiny žen za účelem získání odpovědí. Danými kontakty disponuje díky sociální platformě, kterou provozuje.

Jako metoda sběru dat byl v tomto případě využit dotazník s otevřenými odpověďmi (Hendl 2016: 190). Tento typ metody byl zvolen z důvodu citlivosti tématu, kdy pro oslovené respondentky bylo příjemnější své odpovědi napsat, než je osobně sdělit v rámci rozhovoru. Ke zvolení dotazníku s otevřenými odpověďmi, jakožto nejlepší varianty pro oslovení žen, jsem dospěla rovněž na základě požadavku expertky\_1, která mi sdělila, že ženy si nepřejí být dotazovány osobně či v online prostředí. Po pečlivé přípravě jsem vytvořila dotazník, čítající celkem 17 otázek (viz příloha 2). Tento dotazník jsem poskytla expertce\_1, která jej následně rozeslala mezi 10 žen. Po vyplnění všech dotazníků byly odpovědi předány zpět expertce\_1, která následně písemné odpovědi předala mně. K výběru žen došlo metodou úsudku, nikoli však mým úsudkem, ale úsudkem oslovené expertky. Mým jediným požadavkem byla nutnost podstoupení jedné z vybraných metod AR ve sledovaném období, tedy v letech 2011–2021.

**Tabulka 3:** Seznam dotázaných žen skrze dotazník

<b>Respondentka</b>	<b>Rok provedení cyklu</b>	<b>Věk ženy</b>
<i>Respondentka_1</i>	2020	34
<i>Respondentka_2</i>	2013, 2019, 2020	23, 29, 30
<i>Respondentka_3</i>	březen 2019, listopad 2019, 2020	31
<i>Respondentka_4</i>	2020	36
<i>Respondentka_5</i>	2018, únor 2020, říjen 2020	34, 35, 36
<i>Respondentka_6</i>	2021	38
<i>Respondentka_7</i>	2017, 2020, 2021	29, 32
<i>Respondentka_8</i>	2015, 2016, 2018	29, 30, 32
<i>Respondentka_9</i>	2019, 2020, 2021	27, 30, 31
<i>Respondentka_10</i>	2018, 2019	37

Zdroj: vlastní zpracování

### 5.2.3 Stenografické záznamy

Pro účely práce byly využity rovněž stenografické záznamy z jednání Poslanecké sněmovny a Senátu ČR. Tato data poslouží k definování sociální konstrukce cílových populací v politickém diskurzu (viz kapitola 10).

Pro výběr dat jsem si položila otázku, které zákony a související stenografické záznamy do analýzy zahrnout. Pro analýzu byl vybrán zákon o specifických zdravotních službách (373/2011 Sb.), který je považován za klíčový z pohledu legislativního nastavení AR. Druhým zákonem byl zákon o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.), který rovněž úzce specifikuje podmínky poskytování AR v ČR. Oba zmíněné zákony ovlivňují jak ženy podstupující AR, tak poskytovatele AR. Pro výběr daných zákonů jsem se rozhodla rovněž na základě doporučení od oslovených expertů. Dále existují zákony, které stanovují technické parametry činnosti

poskytovatelů AR (viz kapitola 7.1.4). Vzhledem k zaměření a omezenému rozsahu diplomové práce jsem se rozhodla tyto zákony do analýzy nezahrnout, a to z toho důvodu, že tyto zákony se nevztahují na ženy podstupující AR, jakožto na primárně sledovanou cílovou populaci v této diplomové práci. Rovněž v těchto zákonech nedošlo ve sledovaném období k takovým změnám, které by poskytovatele a následně i ženy mohly výraznějším způsobem ovlivnit. V neposlední řadě jsem ve stenografických záznamech politických debat ke schvalování novelizace těchto zákonů nenašla konstrukci jak poskytovatelů, tak žen podstupujících AR. Politické debaty v rámci jednotlivých čtení v Poslanecké sněmovně byly vedeny pouze nad formálními požadavky výkonu činnosti AR. Pro zahrnutí do analýzy musely stenografické záznamy debat k novelizaci zákonů o specifických zdravotních službách a o veřejném zdravotním pojištění splňovat následující podmínky:

- ⇒ Záznam musel pocházet ze sledovaného období, tedy z roku 2011–2021.
- ⇒ Novela či související pozměňovací návrh zákona se musel týkat oblasti AR.
- ⇒ Novela musela projít alespoň 1. čtením, aby byl k dispozici stenografický záznam.

Následující tabulka zobrazuje vybrané stenografické záznamy, které splnily výše uvedené požadavky. Tyto záznamy jsem kompletně přečetla, ne všechny však obsahovaly konstrukci alespoň jedné sledované skupiny i přes to, že se projednávání týkalo oblastí AR. Poslední sloupec tabulky zobrazuje ty stenografické záznamy, jež byly vybrány do finální analýzy rámců (viz kapitola 10).

**Tabulka 4:** Sledované stenografické záznamy

	Poslanecká sněmovna			Senát	Zmínka o jedné ze sledovaných cílových populací <sup>3</sup>
	1. čtení	2. čtení	3. čtení		
<b>Zákon o specifických zdravotních službách</b>					
<i>sněmovní tisk 407</i>	proběhlo	proběhlo	proběhlo	proběhlo	ANO
<i>sněmovní tisk 874</i>	Proběhlo	proběhlo	proběhlo	proběhlo	ANO
<b>Zákon o veřejném zdravotním</b>					
<i>sněmovní tisk 409</i>	proběhlo	proběhlo	proběhlo	proběhlo	NE
<i>sněmovní tisk 386</i>	proběhlo	proběhlo	proběhlo	proběhlo	NE
<i>sněmovní tisk 992</i>	proběhlo	proběhlo, (není zahrnuto do analýzy) <sup>4</sup>	X	X	NE

Zdroj: vlastní zpracování

<sup>3</sup> Při projednávání všech tří novel zákona o veřejném zdravotním pojištění se poslanci ani senátoři k oběma sledovaným populacím či k tématu AR nevyjádřili. Tyto záznamy do analýzy rámců tedy nebyly zahrnuty.

<sup>4</sup> Druhé čtení sněmovního tisku 992 proběhlo 21. 4. 2021. Vzhledem k tomu, že stenografický zápis tohoto jednání byl zveřejněn jeden týden před termínem odevzdání diplomové práce (4. 5. 2021), nebylo druhé čtení novely zákona do práce již zahrnuto. Analýza sledovaných dokumentů byla ukončena zhruba v polovině dubna 2021.

Ve sledovaném období bylo navrženo rovněž několik novel, které se však v legislativním procesu projednávání návrhů zákonů nedostaly do 1. čtení. V tomto případě k daným návrhům nevznikl stenografický záznam a návrhy zákonů taktéž nemohly být zařazeny do analýzy sociálních konstrukcí v politickém diskurzu. Všechny legislativní návrhy, včetně těchto zmíněných, jsou popsány níže (viz tabulka 7 a 8).

#### **5.2.4 Dokumenty**

Pro účely práce byly využity rovněž dokumenty typu odborných studií a článků, dokumentů z oblasti veřejné správy (např. dokumenty jednotlivých ministerstev), statistik (např. statistiky ÚZIS) či veřejně politických studií a sekundární výzkumná data v podobě již proběhlých výzkumů na dané téma. Za důležitý zdroj informací je považována rovněž legislativa týkající se AR, která sloužila především pro popis policy designu a pro určení sociální konstrukce v politickém diskurzu. Jednalo se jak o samotné zákony, návrhy zákonů, směrnice či vyhlášky, tak rovněž o novely, pozměňovací návrhy či důvodové zprávy.

Pro jejich nalezení byla využita metoda vyhledávání dokumentů, jež spočívá v důkladném vyhledávání dokumentů, jež se zabývají zkoumaným problémem (Veselý, Nekola 2007: 160). Vyhledávání dokumentů bylo ztíženo pandemickou situací, kvůli které jsem musela spoléhat ve valné většině případů na online zdroje. Tyto jsem získávala především z online zdrojů Univerzity Karlovy (Portál elektronických a informačních zdrojů UK) a to jak z e-časopisů, tak z e-knih. Významným zdrojem informací pro mě byly vědecké časopisy, jako například *Social science & medicine*, *Journal of health care law & policy* či *Journal of Law, Medicine & Ethics*. Pro vyhledávání odborných zdrojů jsem nejčastěji využívala online portály jako *Elsevier ScienceDirect*, *Web of Science*, *Scopus*, *EBSCOhost* či *Google Scholar* a rovněž digitální knihovny, které byly zpřístupněny vysokoškolským studentům během nouzového stavu. Čerpala jsem především z databáze Moravské zemské knihovny či Národní knihovny ČR.

### **5.3 Analýza dat**

Důležitou součástí zpracování a interpretace dat je jejich samotná analýza (Hendl 2016).

#### **5.3.1 Tematická analýza**

Pro analýzu rozhovorů s experty a dotazníků s otevřenými odpověďmi byla využita tematická analýza za pomoci tzv. tematického kódování (Hendl 2016; Švaříček, Šedřová 2014). „*Tematické kódování se hodí především v případě, kdy je cílem výzkumu popsat, jak jsou*

*sociálně distribuovány různé pohledy na určitý jev“* (Hendl 2016: 229). Pro tématickou analýzu je charakteristické, že před samotnou analýzou nemáme dopředu stanovená témata a kategorie, které hledáme. Tato témata se objevují až v průběhu samotné analýzy. Nahrávky rozhovorů jsem si přepsala, následně je četla a hledala v nich společné kódy. Tyto kódy jsem se snažila spojit do společných tematických oblastí. Na závěr došlo ke kontrole, zdali nějaký kód nemůže být přiřazen ještě k nějakému tématu či zcela vyřazen. V analýze mi pomáhal předem stanovený scénář rozhovoru, ve kterém byly tematické oblasti zobrazeny a v získaných datech jsem se tak mohla lépe orientovat.

### **5.3.2 Analýza rámců**

Stenografické záznamy byly analyzovány na základě tzv. analýzy rámců. Aplikovaný přístup k analýze rámců nabízí mnoho autorů (např. Entman 1993; Snow, Benford 1988; Tversky, Kahneman 1981). Pro účely této diplomové práce byl využit přístup autorů Reina a Schöne (Rein, Schön 1994; Rein, Schön 1996; Laws, Rein 2003). Autoři využívají rámování jako analytický nástroj, který začal být široce využíván při výzkumu problematických situací ve veřejné politice, které byly považovány za neřešitelné (Rein, Schön 1996: 93). Rámování může probíhat na individuální, mezilidské i veřejné úrovni. Všechny tři úrovně se navzájem ovlivňují (ibid.: 158). Autoři rozlišují dva typy rámců, a to rámeček rétorický a rámeček akční (ibid.: 90–91). Vzhledem k tomu, že pro účely diplomové práce byly při analýze rámců využity stenografické záznamy z Poslanecké sněmovny, byl zvolen rámeček rétorický. Ten vzniká z relevantních politických textů, které sehrávají důležitou roli v politickém diskurzu, jehož součástí je debata, přesvědčování nebo ospravedlňování. Mezi typické dokumenty, ve kterých můžeme obecně rétorické rámce hledat, řadíme vyjádření politických aktérů při projednávání legislativy, předpisů, projevy a memoranda (ibid.: 93).

Postup analýzy vycházel z nabízeného postupu (ibid.: 96) a byl následovný:

- ⇒ Otevřené kódování: nasbíraný materiál v psané podobě jsem přečetla, identifikovala jsem jednotlivé kódy a přiřadila jsem k nim příslušný text, a to na základě barevného označení, kdy každý kód měl svou barvu.
- ⇒ Nacházení spojitostí: následně jsem mezi určenými kódy hledala spojitosti a vytvářela jsem z nich společné kategorie, případně podkategorie.
- ⇒ Určování rámců: dále byly v kategoriích identifikovány rámce.
- ⇒ Kontrola: v další fázi jsem zkontrolovala, zdali se přiřazené kódy opravdu vztahují k přiřazenému rámcu.
- ⇒ Popis rámce: v poslední fázi došlo k pojmenování jednotlivých rámců a jejich popsání.

⇒ Identifikace sponzorů: rámce nejsou nikdy interpretovány samy sebou, ale někým. Sponzoři jednotlivých rámců rozvíjejí své příběhy a argumentují ve prospěch svých interpretací.

## **5.4 Etika, kvalita a limity výzkumu**

V následující kapitole popíši kritéria, na základě kterých jsem se snažila udržet dostatečnou kvalitu a etické zásady diplomové práce.

### **5.4.1 Etika výzkumu**

Každá vědecká práce by měla splňovat etické aspekty (Reichel 2009, Hendl 2016). Za zásadní etickou otázku považuji ochranu dotázaných respondentů z pohledu možného ohrožení či poškození zkoumaného jedince (Reichel 2009: 177). V rámci skupiny expertů došlo ke sdělení informovaného souhlasu (ústní formou), zdali můžu rozhovor nahrávat a následně využít dané odpovědi k výzkumným účelům diplomové práce. Dotázaným respondentům jsem slíbila, že materiál nebude jakkoli zneužit. Zároveň jsem se zeptala, zdali chtějí být za účelem ochrany svých osobních údajů anonymizováni. Expertům byla rovněž nabídnuta možnost zaslání hotové diplomové práce, a to za účelem možného ověření nezneužití získaných informací. Tento krok je rovněž považován za etickou dimenzi výzkumu (Švaříček, Šed'ová 2014: 49). Všichni oslovení experti souhlasili a práce jim bude po oficiálním odevzdání zaslána na emailové adresy. Z pohledu dotázaných žen podstupujících AR skrze dotazníky došlo k zajištění ochrany osobních údajů a anonymity na základě zajištění komunikace skrze expertku\_1. Já, jakožto výzkumník, jsem nepřišla s ženami do žádného kontaktu, tudíž nemohlo dojít ke zneužití poskytnutých informací. Dotázaným ženám byl rovněž do dotazníku vložen průvodní text, jenž sliboval jejich anonymitu (viz příloha 2), která byla rovněž splněna.

### **5.4.2 Kvalita a limity výzkumu**

Zhodnocení kvality je jeden z důležitých prvků výzkumu. Určování kvality výzkumu není tak snadné jako u výzkumu kvantitativního, u kterého existují jasná a poměrně jednoduše prokazatelná kritéria. Kvalitativnímu výzkumu je často vytýkána jeho přílišná subjektivita (Švaříček, Šed'ová 2014: 28). I přesto však existuje několik kritérií, dle kterých lze kvalitu výzkumu ohodnotit.

V rámci důvěryhodnosti byla využita triangulace dat. „*K evidenci teorie se použije více zdrojů informací, více metod sběru dat a různí tazatelé*“ (Hendl 2016: 363). Tento krok jsem splnila ve využití široké škály jak primárních, tak sekundárních dat. Stejně tak jsem obsáhla poměrně

širokou paletu metod sběru dat, a to jak rozhovorů, tak dotazníků a v neposlední řadě byly využity i stenografické záznamy.

Dalším možným krokem zajištění kvality je důvěryhodnost výzkumu (Švaříček, Šed'ová 2014: 34). Toto kritérium bylo naplněno například využitím přímých citací (ibid.: 35), jež jsou považovány za účelem pravdivosti a autentičnosti výzkumu. Zároveň jsem se však snažila předejít jejich zbytečnému nadužívání a přímé citace jsem interpretovala rovněž svými slovy. Důvěryhodnost výzkumu jsem se snažila dodržet rovněž na základě častých konzultací a probírání aktuálních výsledků s vedoucí mé práce tak, aby nedošlo k přílišnému odchýlení se od tématu na úkor kvality práce.

Za další prvek kvality můžeme považovat přenositelnost neboli externí validitu. Výzkumník musí svá zjištění interpretovat takovým způsobem, aby byla pro ostatní výzkumníky zobecnitelná a tím bylo umožněno přenesení zjištění na jiný případ (Hendl 2016: 363). Přenositelnosti lze dosáhnout reflexí subjektivity (Švaříček, Šed'ová 2014: 36). Je zcela na místě uznat, že práce do značné míry podléhá mému osobnímu vhladu do dané problematiky. Subjektivita se mohla projevit především ve výběru dotázaných expertů. Po celou dobu psaní práce jsem se však snažila odhlédnout od osobních názorů a do práce je nepromítat.

Z hlediska možných limitů práce je dále potřeba zmínit omezení výzkumu pouze do online prostředí, a to vzhledem k již zmiňované situaci s COVID-19, ve které nebylo možné osobní setkání s respondenty a čerpání literatury z knihoven. Za limit výzkumu považuji rovněž oslovení pouze jedné ze dvou sledovaných skupin. Bohužel se mně nepodařilo získat odpovědi od poskytovatelů AR, a to jak z důvodu časové vytíženosti, tak rovněž vzhledem k citlivosti tématu. Jsem si proto vědoma toho, že hlas poskytovatelů AR není v této práci dostatečně zastoupen.



## 6 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY CÍLOVÝCH POPULACÍ

V následující kapitole vymezím dvě cílové populace, na které se v rámci diplomové práce zaměřuji. Primární skupinou jsou ženy, které podstupují AR. Druhou skupinou jsou poskytovatelé AR. Dvě cílové populace jsem zvolila z důvodu lepšího pochopení problému. Ženy a poskytovatelé směřují ke stejnému výsledku, a to provedení zákroku AR. Každá skupina však sleduje jiné cíle a disponuje jinými prostředky. Ženy jsou klientkami center poskytující AR. Díky těmto ženám získávají poskytovatelé center finanční prostředky na základě úhrad od samotných žen a od zdravotních pojišťoven. Na druhou stranu poskytovatelé představují pro ženy naději, jak počít dítě. Z tohoto důvodu jsou ženy ochotny vynaložit nemalé finanční prostředky za účelem otěhotnění. Považuji za důležité sledovat vztah mezi oběma skupinami a na základě typologie cílových populací teorie SKCP určit, jaká je jejich sociální konstrukce, zdali disponují politickou mocí a jaké benefity a zátěže jim přináší nastavený policy design (Nekola, Hejzlarová, Kohoutek 2020: 16).

### 6.1 Cílová populace: ženy podstupující asistovanou reprodukci

Pro účely diplomové práce definuji následující cílovou populaci na základě platné legislativy v ČR stanovující podmínky pro umělé oplodnění. Dle zákona o specifických zdravotních službách je jednou z metod umělého oplodnění „...přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy“ (zákon č. 373/2011 Sb.). Pro umělé oplodnění mohou být použita „...vajíčka získaná od této ženy, spermie získaná od muže, který s ženou podstupuje léčbu neplodnosti či zárodečné buňky darované jinou osobou (tzv. anonymní dárce)“ (ibid.). Pro bližší specifikaci metod v rámci AR vycházím ze statistik Národního registru asistované reprodukce (dále jen NRAR), který definuje platné metody, které může žena podstupující AR v rámci mimotělního, tedy umělého oplodnění podstoupit (ÚZIS 2019: 6). Mezi tyto metody jsou řazeny:

- **Cyklus IVF:** jedná se o mimotělní oplodnění, které je provedeno na základě přidání spermií k vajíčku nebo vpíchnutím spermie do vajíčka mimo tělo ženy (dále jen ISCI).
- **Cyklus kryoembryotransfer** (dále jen KET): jedná se o mimotělní oplodnění embrya, které bylo rozmrazeno z předcházejícího cyklu IVF.
- **Cyklus přijetí (darovaného) oocytu** (dále jen OoR): jedná se o umělé oplodnění, které je provedeno s darovaným embryem, přičemž toto embryo náleží neplodnému páru, který o jejich vytvoření požádal. Zárodečné buňky pro vznik embrya mohly být

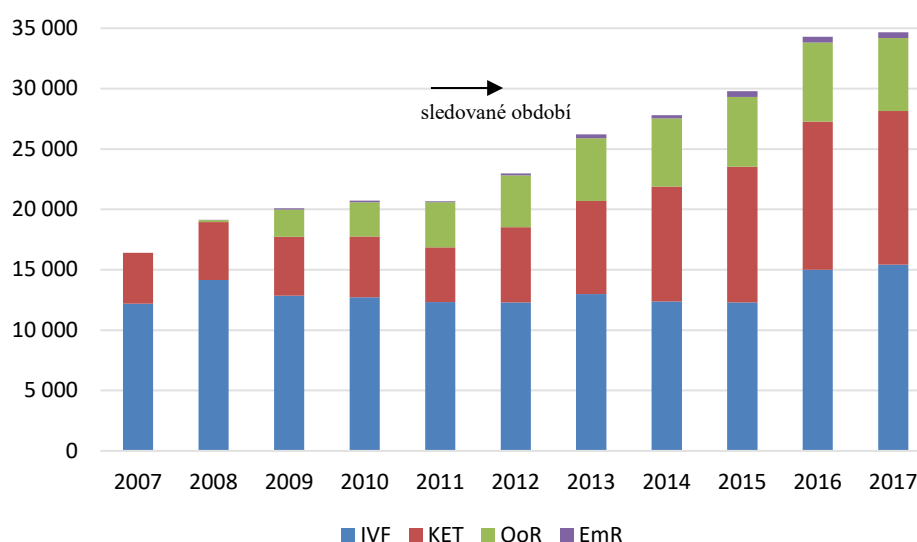
vytvořeny z vlastních zárodečných buněk páru, darovaných spermií či vajíček od anonymních dárců, či obojí.

- **Cyklus přijetí (darovaného) embrya** (dále jen EmR): jedná se o cyklus, kdy neplodný pár přijme embryo, které bylo původně v cyklu jiného neplodného páru, který se rozhodl embryo nepoužít a darovat jej jinému neplodnému páru.

Cílovou populaci žen definuji jako všechny ženy, které podstupují jednu z metod mimotělního oplodnění (IVF, KET, OoR, EmR) za účelem početí dítěte na základě postupů, které umožňuje platná legislativa v ČR.

V rámci definice cílové populace se nebudu zaměřovat na metodu umělé inseminace (dále jen IUI), kterou rovněž zákon o specifických zdravotních službách definuje v rámci AR. Tuto metodu do možných postupů AR nezahrnuje ani WHO (2009) a rovněž ani NRAR v ČR. Počet žen podstupujících sledované postupy AR je dohledatelný na základě počtu zaslaných cyklů do tohoto registru:

**Graf 1:** Počet cyklů zaslaných do NRAR v letech 2007–2017 v ČR



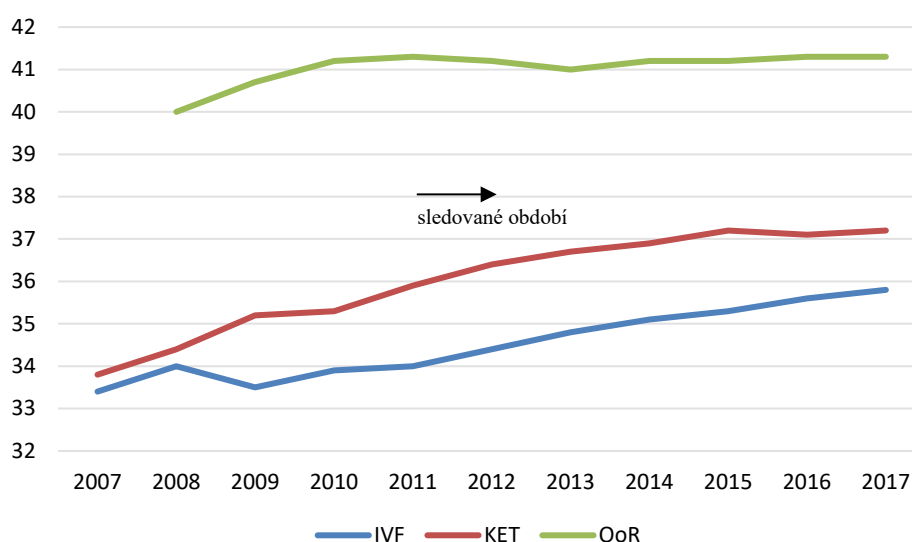
Zdroj: ÚZIS 2019 (vlastní zpracování), Pozn: v roce 2008 a 2009 se cykly OoR a EmR vykazovaly jako cykly IVF. Reálné počty těchto cyklů jsou pozorovatelné od roku 2009.

Z grafu je patrné, že počet žen podstupujících AR a s tím spojených jednotlivých cyklů se každým rokem zvyšuje. Během sledovaného období došlo přibližně ke zdvojnásobení všech těchto cyklů. Nejvíce stabilním cyklem je cyklus IVF, naopak nárůst cyklů lze pozorovat u metod KET a OoR. Nárůst KET je spojován se strategií single embryo transferu, kdy je

přeneseno pouze jedno embryo a ty další jsou zmrazena a opětovně použita při cyklu KET (ÚZIS 2019: 18).

Primárním faktorem, dle kterého bychom mohli ženy rozlišit, je průměrný věk ženy podstupující AR, který v posledních letech stoupá. Z posledních dat z roku 2017 vyplývá, že české ženy podstoupily cyklus IVF v průměru ve věku 35, 8, cyklus KET ve věku 37,2 a cyklus OoR ve věku 41, 3 (ibid.). Tato čísla rovněž kopírují trend vzrůstajícího průměrného věku žen při narození dítěte, který byl v roce 2017 na hodnotě 30, 0 let a v roce 2019 vyšplhal na 30, 2 let (ČSÚ 2021).

**Graf 2:** Průměrný věk ženy v ČR při zákroku IVF v letech 2007–2017



Zdroj: ÚZIS 2019 (vlastní zpracování), Pozn. Statistika NRAR zaznamenávají průměrný věk žen pouze u uvedených cyklů a nikoli i cyklu EmR, z tohoto důvodu není údaj průměrného věku pro tento cyklus vyznačen. Průměrný věk žen cyklu OoR je ve statistikách zaznamenáván až od roku 2008.

Vzestup průměrného zvyšujícího se věku je vysvětlován stále častějším podstupováním cyklů staršími pacientkami (nad 40 let). Cyklus IVF je často první volbou a nadějí, než se žena rozhodne léčbu neplodnosti ukončit či přestoupí na volbu přijetí darovaných vajíček. Vyšší průměrný věk žen z cyklů KET a OoR je logicky dán tím, že většinou následuje až jako volba po podstoupení cyklu IVF (ÚZIS 2019: 20). Tato čísla potvrzují rovněž zahraniční výzkumy, jež dokládají, že dochází ke zvyšování průměrného věku žen, které poprvé navštíví odbornou pomoc s problémem neplodnosti (Maheshwari, Hamilton, Bhattacharya 2008).

Úspěšnost AR se nejen v ČR se zvyšujícím věkem snižuje. Jak ukazuje následující tabulka, nejvyšší šance na otěhotnění mají ženy mladší 34 let, kdy se procento porodů z počtu těhotných pohybuje nad 60 %. Pokud se podíváme na procento porodů z počtu zahájených cyklů, pohybuje se tato hranice na procentní hranici 18, 7 % u IVF a 19,4 % u KET. Šance na

otěhotnění u věkové kategorie 40 + z celkového počtu zahájených cyklů je u IVF pouhých 3,4 % a u KET 8,6 %.

**Tabulka 5:** Počet a úspěšnost cyklů IVF a KET v roce 2017

	IVF			KET		
	-34	35–39	40+	-34	35–39	40+
<i>Věk ženy</i>						
<i>Počet zahájených cyklů IVF</i>	6435	5841	3150	5141	4163	4410
<i>Počet těhotenství</i>	1880	1209	245	1569	1169	896
<i>Počet porodů</i>	1201	607	106	996	665	381
<i>% porodů z těhotných</i>	63,9 %	55,4 %	43,3 %	63,5 %	56,9 %	42,5 %

Zdroj: ÚZIS 2019 (vlastní zpracování)

Heterogenitu cílové populace značí rovněž odlišná státní příslušnost žen podstupující AR v ČR. V posledních letech vzrůstá počet žen, které se do ČR vydávají za účelem podstoupení zákroku. Podíl cizinek ve sledovaném období narůstá u všech sledovaných cyklů. U IVF vzrostl podíl cizinek z 13, 8 % v roce 2001 na 26, 3 % v roce 2017. Podobný nárůst zaznamenává rovněž cyklus KET, kdy cizinky tvořily v roce 2017 40, 7 % z původních 29, 9 % v roce 2011. Zcela zásadní zastoupení cizinek můžeme sledovat u cyklu OoR, kdy procentní zastoupení cizinek se stabilně pohybuje na hranici 86 % (v roce 2017 86, 3 %). Tento trend je vysvětlován následovně: „Česko je cizinkami vyhledáváno jako zdroj darovaných vajíček, což je spojeno s tím, že uvedená léčba je v ČR zákonem povolena, s dostupností dárkyň v systému anonymního darování, s kvalitou léčby v ČR a intenzivním marketingem pracovišť asistované reprodukce. Trend se projevuje i na vzniku dalších pracovišť, který v roce 2017 opět vzrostl“ (ÚZIS 2019: 27).

## 6.2 Cílová populace: poskytovatelé asistované reprodukce

Další sledovanou cílovou populací jsou poskytovatelé AR. Dle zákona o specifických zdravotních službách jsou vymezeni následovně: „Léčbu metodami asistované reprodukce může provádět pouze poskytovatel, kterému bylo uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru reprodukční medicína nebo v případě umělého oplodnění podle § 3 odst. 3 písm. a) v oboru gynekologie a porodnictví“ (zákon č. 373/2011 Sb.). Jedná se o centra AR, které každoročně eviduje NRAR a definuje je jako „...zdravotnické pracoviště, provádějící léčbu

*asistovanou reprodukci*“ (ÚZIS 2019: 6). Pro účely diplomové práce bude tato cílová populace v textu dále označována jako poskytovatelé AR.

Cílovou populaci poskytovatelů, definuji jako všechny poskytovatele zdravotních služeb z oblasti reprodukční medicíny, gynekologie a porodnictví, kteří provádějí léčbu neplodnosti za pomoci AR a jsou evidováni v NRAR.

Dle registru počet poskytovatelů AR každoročně stoupá. Zatímco v roce 2007 v ČR byl počet registrovaných center odesílajících data do NRAR 26, o deset let později se počet těchto center téměř zdvojnásobil na číslo 43 center. Vzhledem k tomu, že poslední oficiální údaje NRAR pocházejí z roku 2017 lze předpokládat, že současný počet center bude ještě vyšší. Většina z poskytovatelů je v soukromém vlastnictví. Dle Státního ústavu pro kontrolu léčiv (2020) řadíme mezi veřejné kliniky provádějící AR pouze šest veřejných klinik. Jedná se o Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Fakultní nemocnici Motol, Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnici Plzeň, Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze a Ústav pro péči o matku a dítě.

## 7 POLICY DESIGN

Činnost poskytovatelů AR a možnosti žen podstupujících daný zákrok jsou v ČR regulovány. Existuje několik způsobů, jak je možné nastavit bariéry reprodukční medicíny, a to jak formální, tak neformální cestou. Stěžejní je legislativní úprava (tzv. legislativní gatekeeping), která stanovuje právní formou podobu AR na základě několika faktorů: pro koho je zákrok dostupný či jaká je maximální věková hranice AR. Opakem legislativní úpravy je, pokud právní úprava zcela chybí a není vymezena (v ČR není například legislativně uchopeno náhradní mateřství)<sup>5</sup>. Procedura se tak dostává do „šedé zóny“ a přístup k ní je osobám omezen či znemožněn (Císařová, Sovová 2015). Dalším možným způsobem je regulace ze strany zdravotních pojišťoven, které nastaví pravidla pro úhradu procedury. Vzhledem k tomu, že léčba neplodnosti může být pro řadu jedinců finančně nákladnou procedurou, kterou by si bez příspěvků od pojišťovny nemohli sami uhradit, dojde k „odfiltrování“ žadatelů (Slepičková 2015: 63).

Zásadní vliv na podobu AR mají dle dotázaných expertů rovněž další faktory. Za primární je obecně považováno společenské nastavení a trendy, jako je zvyšování průměrného věku prvoroďiček či odkládání věku mateřství (Expertka\_5). ČR je považována za zemi, jež je silně orientována na hodnoty podpory rodiny, a to i v případě medicínské pomoci. *„U nás se té medicíně a dětem ze zkumavky hrozně fandí. Neplodnost je u nás výrazně medikalizována. My hodně adorujeme lékaře, co dělají ty zázraky“* (Expertka\_2). Vliv má dále zahraniční a lidskoprávní agenda a mění se interpretace lidských práv, tedy kdo má nárok na dítě, kdo ne, či jak jsou vnímána práva dítěte (Expertka\_3). V popisu policy designu by rovněž neměl být opomíjen faktor přístupu dané země k neplodnosti, resp. nemožnosti počít dítě přirozenou cestou. Pokud je společensky neplodnost uznána za nemoc, jsou upevňována práva ženy či páru ve smyslu naplnění mateřství. *„Je to o tom, jak se společnost staví k té nemožnosti počít dítě přirozenou cestou. To je základní otázka, jestli je neplodnost nemoc, nebo bychom měli upřednostňovat to, aby děti, které jsou v té ústavní péči se dostaly do rodiny“* (Expertka\_5).

---

<sup>5</sup> Neexistence legislativy je z pohledu náhradního mateřství zásadním problémem (Expertka\_5). Může dojít ke sporům, kdy se například narodí dítě s handicapem, které rodiče odmítnou. Problémem může být rovněž případ, kdy náhradní matka nechce páru dítě předat, jelikož si k němu vytvoří citové pouto. Vzhledem k tomu, že z pohledu současné legislativy je matkou dítěte ta žena, která ho porodí, a to i přes to, že v případě náhradního mateřství nemusí být matkou biologickou, je toto téma velmi palčivé. Viz dokument *Duši neprodám* (Česká televize 2016).

## 7.1 Legislativní prvky policy designu

Legislativa představuje jeden ze základních prvků policy designu v rámci SKCP (Pierce et. al 2014: 6). Právní úprava reprodukční medicíny je zásadním tématem, a to jak z pohledu medicínského, společenského tak i například ekonomického. Ve výčtu legislativních předpisů týkajících se AR, nelze opomenout širší souvislost se základními lidskými právy uvedenými v Listině základních práv a svobod, která deklaruje, že každý jedinec má právo na život, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením a každý jedinec má rovněž právo na rodinný život a dostupnou zdravotní péči (zákon č. 162/1998 Sb.).

Právní regulace AR je v ČR poměrně fragmentována a neexistuje jednotná komplexní legislativní úprava. Následující tabulka zobrazuje současné legislativní nastavení a podmínky AR v ČR, vycházející z níže definovaných zákonů:

**Tabulka 6:** Přehled základních právních regulací AR v ČR

Parametr	Legislativní úprava
<i>Věkový limit AR v ČR</i>	Žena do dne 49. narozenin
<i>Věkový limit pro úhradu zdravotní pojišťovnou</i>	Žena do dne 39. narozenin
<i>Metoda AR hrazena zdravotní pojišťovnou</i>	IVF
<i>Počet cyklů hrazených zdravotní pojišťovnou</i>	Hrazeny 3 cykly ženám ve věku 22–39 let. Ženám ve věku 18–21 hrazeno v případě oboustranné neprůchodnosti obou vejcovodů. 4 cykly hrazeny za předpokladu, kdy během prvních dvou ze čtyř zákroků došlo k přenesení pouze jednoho embrya.
<i>Možnost IVF pro ženy bez partnera</i>	NE, IVF možné pouze pro „neplodný pár“
<i>Darování spermií</i>	ANO. Věk dárce 18–40 let. Není stanoven limit maximálního možného počtu darovaných spermií na jednoho muže.
<i>Darování vajíček</i>	ANO. Věk dárkyně 18–35 let. Není stanoven limit maximálního možného počtu darovaných vajíček na jednu ženu
<i>Zmražení zárodečných buněk</i>	ANO
<i>Anonymita mezi dárce a příjemcem</i>	ANO
<i>Možnost volby pohlaví u IVF</i>	NE, pouze v případě možného předejití geneticky podmíněným nemocem s vazbou na pohlaví

Zdroj: vlastní zpracování

Následující právní předpisy definují podobu AR v ČR ve vztahu k ženě, která chce zákrok podstoupit. Určují, jaké metody jsou v ČR možné, zdali je možné hradit zákrok z veřejného zdravotního pojištění, kdo může AR podstoupit atp. Rovněž stanovují pravidla pro poskytovatele AR, jež zdravotnickou službu nabízí, a to ve vztahu k ženě, jež zákrok podstupuje. Tyto právní předpisy jsou považovány za klíčové rovněž ze strany dotázaných expertů. Vedle této legislativy existují další právní předpisy určující technickou činnost poskytovatelům AR. Tyto předpisy jsou spíše formálního charakteru a neovlivňují ženy

podstupující AR za účelem početí dítěte. Vzhledem k výzkumnému zaměření diplomové práce nejsou tyto předpisy považovány za důležité a budou bez hlubší analýzy uvedeny ve speciální kapitole (viz kapitola 7.2.5).

### **7.1.1 Zákon 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách**

V období let 2008–2011 existovala v ČR dlouhotrvající snaha o legislativní uchopení AR a ustanovení hranic, které byly doposud mimo legislativní rámec. Zákon o specifických zdravotních službách vzešel z tzv. balíku reformních zákonů ve zdravotnictví<sup>6</sup> pod záštitou MZd v čele s tehdejším ministrem Leošem Hegerem. Současně navazuje na zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu, který byl zrušen 1. 2. 2012 a nahradil jej právě zákon o specifických zdravotních službách (373/2011 Sb.). Zákon o péči a zdraví lidu rovněž definoval AR, avšak určité aspekty nedefinoval vůbec či nespecificky. Maximální možná věková hranice ženy podstupující AR nebyla stanovena, zákon pouze definoval, že umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku. Naopak beze změny s nadcházejícím zákonem o specifických zdravotních službách zůstala například anonymita dárců, možnost podstoupení AR v případě neplodného páru či věková hranice dárců zárodečných buněk. Nový zákon si tak kladl za cíl stanovit právní předpisy, které doposud nebyly legislativou definovány či byla jejich podoba nevyhovující „*Dosavadní právní předpisy nedostatečně upravují poskytování některých druhů zdravotní péče, zejména z důvodu jejich velké zastaralosti. Přitom se jedná o zdravotní výkony, které výrazně zasahují do integrity lidského jedince a ve většině případů jsou nevratné*“ (Důvodová zpráva 2011: 55). Vláda zákon o specifických zdravotních službách předložila Poslanecké sněmovně v červnu roku 2011. Poté co zákon prošel jednotlivými čteními ho tehdejší prezident Václav Klaus podepsal 22. 11. 2011. Zákon byl následně 8. 12. 2011 vyhlášen ve Sbírce zákonů a bylo mu přiřazeno číslo 373/2011 Sb.

#### **Aktuální znění zákona**

Zákon o specifických zdravotních službách definuje AR v § 3–§ 11. Dle současného nastavení je možné provést umělé oplodnění ženě do 49. roku života, a to na základě písemné žádosti neplodného páru (ženy a muže), který se rozhodne podstoupit léčbu společně. Pár nemusí být sezdaný. K umělému oplodnění by mělo dle zákona dojít až v případě, kdy je málo

---

<sup>6</sup> Kromě zákona o specifických zdravotních službách do balíku řadíme dále zákon o zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě a změna zákona o veřejném zdravotním pojištění.



pravděpodobné, že žena otěhotní přirozenou cestou, či v případě, kdy léčba neplodnosti muže byla bez úspěchu. Pár si během zákroku nesmí volit pohlaví dítěte. K volbě pohlaví může dojít pouze v případě, že tato volba může předejít geneticky podmíněným nemocem s vazbou na pohlaví. Zákrok umělého oplodnění může vykonat poskytovatel z oblasti zdravotních služeb v oboru reprodukční medicíny či v oboru gynekologie a porodnictví. Poskytovatel je povinen podat neplodnému páru všechny informace ohledně metody, která bude využita, včetně možných zdravotních rizik a komplikací. Nevyužitá vzniklá embrya lze uchovat a využít při dalším pokusu příjemkyně, či se jich pár může vzdát ve prospěch výzkumu či likvidace (zákon č. 373/2011 Sb.)

Pro účely umělého oplodnění lze využít vajíčka a spermie daného páru, či darované zárodečné buňky od anonymního dárce. Anonymním dárce může být žena, která je ve věku 18–35 let a muž ve věku 18–40 let. Anonymním dárce nemůže být každá osoba. Zákaz darování mají například osoby, které vykonávají odnětí trest svobody, mají nařízenou izolaci či karanténní opatření, jsou hospitalizovány bez souhlasu, či mají omezenou svéprávnost. Stejná omezení platí rovněž pro příjemkyni darovaných zárodečných buněk. Dárce musí být zdravotně způsobilý, a to na základě lékařského vyšetření, jehož výsledky musí poskytovatel uchovávat 30 let od provedení umělého oplodnění. Neplodný pár či narozené dítě si o tyto údaje mohou zažádat na základě písemné žádosti. Poskytnutí informací se však netýká osobních údajů daného dárce a poskytovatel tak musí zachovat anonymitu mezi dárce a příjemci zárodečných buněk. Za odběr zárodečných buněk nevzniká anonymnímu dárce nárok na finanční odměnu, poskytovatel však může dárce na základě jeho žádosti poskytnout úhradu za účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložené výdaje. Maximální možná hranice této úhrady není stanovena. Stejně tak není nastaven maximální počet darování za život dárce (ibid.)

### **Navrhované změny zákona a jejich odůvodnění**

V následující kapitole vymezím navrhované změny zákona o specifických zdravotních službách včetně jejich cílů a odůvodnění změn. Tyto aspekty jsou chápány jako jedny ze základních prvků policy designu (Pierce et. al 2014: 6). V této části budu primárně vycházet z písemných návrhů novel zákona, jejich důvodových zpráv a písemných pozměňovacích návrhů. Odůvodnění, jež byla navrhovateli změn poskytnuta na plénu Poslanecké sněmovny během projednání jednotlivých návrhů (tedy v rámci 1. 2. nebo 3. čtení), nejsou v této části zahrnuta. Budou diskutována níže a podrobena analýze rámců (viz kapitola 10). Tento postup platí rovněž pro níže uvedený zákon o veřejném zdravotním pojištění.

Za dobu své existence zákon o specifických zdravotních službách zaznamenává celkem tři pokusy o novelizaci v oblasti AR § 3–§ 11 (viz tabulka 7). Pozměňovací návrhy na změnu AR byly podány rovněž při vzniku zákona v roce 2011. Každý z pozměňovacích návrhů sleduje jiné cíle.

Za nejvíce prosazovaný **cíl politiky AR v rámci navrhovaných změn lze považovat zajištění zdravotního bezpečí nejen žen, které AR podstupují, ale i plodu, jež se má narodit.** Zdravotní hledisko bylo nejvíce spojováno s parametrem věkové hranice pro podstoupení AR. Tento bod byl jedním z nejvíce diskutovaných při vzniku zákona během konzultací s odbornou veřejností a zainteresovanými subjekty při tvorbě zákona. Jednalo se o Sexuologickou společnost, Českou gynekologicko-porodnickou společnost či Společnost lékařské genetiky (Důvodová zpráva 2011). Postoje na zdravotní bezpečí se však napříč politickým spektrem lišily. Původní vládní návrh zákona z roku 2011 navrhoval věkovou hranici 55 let. *„Tato věková hranice odpovídá ve většině případů plodnému věku ženy a proběhlé těhotenství lze ještě podkládat za bezpečné jak pro ženu, tak pro plod“* (Důvodová zpráva 2011: 66). Pro část poslanců byla tato hranice a následně i uzákoněná hranice 49 let z hlediska zdravotních rizik nepřijatelná. Snížení věkové hranice požadovalo několik poslanců napříč politickými stranami včetně <sup>7</sup>Antonína a Chalánkové<sup>8</sup>, Hovorky<sup>9</sup> či Plachého<sup>10</sup>. Poslanec Hovorka v roce 2017 vyjádřil značnou obavu o bezpečí dítěte a ženy. *„Vajíčka časem stárnou a jejich kvalita s věkem ženy klesá. Čím je žena při početí starší, tím je větší riziko poškození plodu. U starší rodičky, zejména prvorodičky, je těhotenství rizikovější a porod může být těžší“* (Hovorka, Sněmovní tisk 874, 2017). Při debatách věkových hranic došlo rovněž k návrhu poslance Šťastného<sup>11</sup> na uzákonění 56 let. Tento návrh lze považovat pouze za provokativní směrem k navrhovatelům nižší věkové hranice.

Dalším pozorovatelným **cílem během novelizací byla snaha o zrovnoprávnění podmínek AR pro ženy bez partnera a homosexuální páry žen.** Jednalo by se o umožnění AR bez souhlasu partnera. Tento návrh byl zdůvodňován poslancem Adámkem<sup>12</sup> jako nutný zákrok směrem k potřebám společnosti a vyloučení rizikových cest těhotenství. *„Stávající úprava se*

---

<sup>7</sup> Poslanec za ČSSD, vzděláním lékař

<sup>8</sup> Poslankyně za TOP 09, vzděláním lékařka

<sup>9</sup> Poslanec za KDU-ČSL

<sup>10</sup> Poslanec za ODS

<sup>11</sup> Poslanec za ODS, vzděláním lékař, podnikatel ve zdravotnictví a „lobbista“

<sup>12</sup> Poslanec za ČSSD

jevila jako nedostatečná, neboť nereflektovala potřeby společnosti a v praxi docházelo k jejímu obcházení. Neprovdaná žena volila rizikový způsob otěhotnění, nebo byl souhlas muže jen účelovým prohlášením bez skutečného záměru podílet se na výchově dítěte“ (Adámek, Sněmovní tisk 874, 2016). Navrhovatel rovněž upozornil na částečnou diskriminaci žen homosexuální orientace. „Zda má žena partnera či její sexuální orientace, by neměly při umožnění umělého oplodnění hrát roli“ (Adámek, Sněmovní tisk 874, 2016). Téma zpřístupnění AR ženám homosexuální orientace je obecně považováno za kontroverzní a rozdělující politickou i společenskou sféru na dva tábory (Imaz 2017). Návrh poslance Adámka nakonec nebyl přijat.

Ve sledovaném období proběhlo rovněž několik návrhů, jež byly předkládány opakovaně, ale nikdy nebyly schváleny. **Hlavním cílem těchto návrhů bylo zrušení naprosté anonymity dárců zárodečných buněk a omezení využití darovaných buněk pro účely AR.** Za hlavní argument bylo považováno vyloučení biologického příbuzenství mezi dárcem a příjemkyní, které z důvodu anonymity dárců za současně stanovených podmínek nelze vyloučit. Ve sledovaném období došlo k několika snahám o prosazení daného cíle od stejné skupiny poslanců (Chalánková, Benda<sup>13</sup>, Plachý, Hovorka a další). V písemných návrzích daných poslanců je velmi zřetelný důraz na nutnost vyloučení patologických jevů společnosti, které mohou být anonymním dárcovstvím způsobeny. „Současná právní úprava tudíž neodpovídá eugenickým, genetickým a etickým zájmům společnosti na zdraví populace, zejména pokud jde o eliminaci umělého oplodnění ze zárodečných buněk biologicky příbuzných osob, sňatků mezi příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci“ (Důvodová zpráva 2012: 6). Dle Hovorky je společensky nepřijatelné považovat nejen neexistenci zjištění možné biologické linie mezi dárcem a příjemkyní, ale rovněž i nedostačující informovanost nad osobní minulostí dárce. „Obezřetnost je v tomto ohledu nutná proto, aby bylo zabráněno šíření patologických faktorů ve společnosti umělým lékařským zásahem“ (Hovorka, Sněmovní tisk 874, 2017). Poukazuje především na nutnou evidenci dárců z pohledu zdravotní způsobilosti, kriminální minulosti či závislosti na návykových látkách. Hovorka během návrhů zdůrazňuje zejména zajištění bezpečného zdravotního hlediska pro ženu a její plod. „Posouzení zdravotního stavu dárce/dárkyně zárodečných buněk a jejich příjemkyně je nutné proto, aby bylo minimalizováno riziko zdravotního postižení plodu...Anamnéza dárce je nutná i proto, aby příjemkyně

---

<sup>13</sup> Poslanec za ODS

*zárodečných buněk měla jistotu, že dárce je zdravý“ (Hovorka, Sněmovní tisk 874, 2017). Nástrojem pro dosažení stanoveného cíle by představovalo vytvoření oddělené evidence v rámci matričního úřadu, která by disponovala osobními údaji daného dárce a mohla tak vyloučit potenciální oplodnění osob v příbuzenském vztahu. Tento návrh úzce souvisí s **cílem zajištění práva dítěte znát svůj biologický původ**, čímž by zletilé osobě počaté umělým oplodněním vznikl nárok na zjištění svého druhého biologického rodiče na základě žádosti matričnímu úřadu. Nová povinnost by vznikala rovněž pro poskytovatele AR, kteří by museli od anonymních dárců nově zaznamenat jméno, bydliště, datum a místo narození, rodné číslo, státní občanství a místo trvalého bydliště. Tyto informace by museli uchovat po dobu 80 let a na základě žádosti je příslušnému matričnímu úřadu vydat. Dle navrhovatelů by rovněž mělo dojít k nastavení maximální hranice počtu darování spermií za život muže. Ze zárodečných buněk by mělo být vytvořeno maximálně osm či čtyři lidská embrya. Odůvodnění tohoto omezení opět souvisí se snahou o zabránění biologického příbuzenství. „*Je nutno zabránit plození velkého počtu biologických sourozenců, kteří o svém příbuzenství nevědí, v jednom regionu, protože se tím zvyšuje riziko nežádoucích příbuzenských (incestních) vztahů a současně riziko početí postižených dětí“ (Hovorka, Sněmovní tisk 874, 2017). Muž by mohl spermie darovat pouze u jednoho poskytovatele AR, kdy po oplodnění maximálního počtu embryí by byl muž vyřazen z evidence a jeho možnost darování by byla již zakázána. Při porušení tohoto nařízení by muži dle návrhů hrozila pokuta až 50 000 Kč (Důvodová zpráva 2012).**

**Dalším z cílů navrhovaných změn bylo zajištění zdravotního bezpečí dárkyň vajíček.** Darování v současné chvíli není v ČR regulováno ve smyslu maximálního možného počtu darovaných vajíček na ženu. Dle poslance Hovorky je potřeba zamezit finančnímu byznysu dárkyň na úkor jejich zdraví, a to na maximálně 12 odběrů za život ženy. „*...pro dárkyni je odběr vajíčka vždy spojen se značnou zdravotní zátěží... Je třeba zabránit tomu, aby ženy, často i velmi mladé, v tíživé finanční situaci, darovaly vajíčka opakovaně v nepřiměřeně krátkých intervalech kvůli finančnímu prospěchu“ (Hovorka, Sněmovní tisk 874, 2017). Hovorka rovněž ve své písemném návrhu poukazuje na porušování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, která zakazuje poskytování lidských buněk za finanční úplatu „...výše finanční odměny na reklamních panelech je označována za „úhradu výdajů spojených s darováním“. Toto ustanovení obcházeno nepřiměřeně vysokými náhradami nákladů pro dárce“ (Hovorka, Sněmovní tisk 874, 2017). Navrhovaná změna nebyla přijata. Téma darování vajíček v souvislosti s vyjádřením MZd bude dále diskutováno (viz kapitola 7.2.2).*

**Posledním sledovaným cílem byla harmonizace podmínek AR pro všechny poskytovatele.**

Jednalo se o specifikace oprávnění jednotlivých poskytovatelů AR. Nově vznikl nárok pro provádění umělého oplodnění poskytovatelům zdravotních služeb a služeb z oblasti gynekologie a porodnictví, kdy tuto činnost mohla poskytovat pouze zdravotní zařízení z oblasti reprodukční medicíny. *„Cílem je sjednotit situaci s faktickým stavem, kdy tyto poskytovatelé tento výkon provádějí“* (Důvodová zpráva 2016: 48). Tento návrh byl přijat.

Přehled všech navrhovaných změn týkající se zákona o zdravotních službách v oblasti AR zobrazuje následující tabulka:

**Tabulka 7: Zákon o specifických zdravotních službách**

Rok	Právní předpis	Navrhované změny	Navrhovatel	Stav projednání
2011	<i>zákon 373/2011 Sb. – návrh zákona (Sněmovní tisk 407)</i>	<u>Návrh zákona:</u> Vznik nového zákona, který legislativně vymezuje AR. Definiuje možné postupy umělého oplodnění. Definiuje možnost AR na základě žádosti páru. Stanovuje maximální věk ženy, do kterého je možné AR provést, a to na 55 let. Stanovuje maximální věk anonymních dárců. Vymezuje povinnou anonymitu dárců zárodečných buněk. Definiuje a vymezuje činnost poskytovatele AR.	Vládní návrh	Schváleno (neprošel bod týkající se věku pro AR 55 let)
		<u>Pozměňovací návrhy:</u>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Povolení umělého oplodnění ženám do 49. roku života</li> </ul>	Pavel Antonín, Jitka Chalánková	Schváleno
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Povolení umělého oplodnění ženám do 45. roku života</li> </ul>	Jaroslav Plachý	Zamítnuto
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Povolení umělého oplodnění ženám do 56. roku života</li> </ul>	Boris Šťastný	Zamítnuto
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umělé oplodnění na základě žádosti „neplodného páru“ nikoli pouze páru.</li> </ul>	Soňa Marková	Schváleno
2012	<i>Sněmovní tisk 713</i>	<u>Návrh novely zákona:</u> Návrh na zrušení naprosté anonymity dárců zárodečných buněk. Omezení darování zárodečných buněk. Vznik práva dítěte znát své biologické rodiče: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zavedení evidence dárců.</li> <li>▪ Možnost darovat spermie pouze u jednoho poskytovatele (v případě porušení pokuta 50 000 Kč)</li> <li>▪ Ze zárodečné buňky jednoho dárce může být vytvořeno pouze 8 lidských embryí, pak musí být vyřazen z registru.</li> <li>▪ Poskytovatel má povinnost poskytnout matričnímu úřadu osobní informace o dárci</li> <li>▪ Do knihy narození by bylo zapsáno, že dítě bylo počato umělým oplodněním.</li> </ul>	Jaroslav Plachý, Marek Benda, Jitka Chalánková	<p>Vláda: nezaujala stanovisko</p> <p>Výbor pro zdravotnictví: doporučuje neschválit</p> <p>Projednání tisku neproběhlo z důvodu ukončeného volebního období.</p>

Rok	Právní předpis	Navrhované změny	Navrhovatel	Stav projednání
2014	<i>Sněmovní tisk 371</i>	<u>Návrh novely zákona:</u> Stejně návrhy jako v případě předcházejícímu návrhu novely (sněmovní tisk 713). Dále: <ul style="list-style-type: none"> <li>Poskytovatel musí uchovat údaje o dárci zárodečných buněk 80 let.</li> </ul>	Jitka Chalánková, Marek Benda, Nina Nováková, Augustin K. Anderle Sylor, Vít Kaňkovský, Martin Komárek	Stanovisko vlády: nesouhlas  Projednání tisku neproběhlo z důvodu ukončeného volebního období.
2016 – 2017	<i>zákon č. 202/2017 Sb. (Sněmovní tisk 874)</i>	Specifikace oprávnění poskytovatelů AR a užší definice anonymních dárců <ul style="list-style-type: none"> <li>Léčbu AR může provádět i poskytovatel z oblasti gynekologie a porodnictví.</li> <li>Poskytovatel musí páru podat informaci o určování rodičovství dítěte (matkou dítěte je žena, která dítě porodila, otcem je muž, který se ženou AR podstoupil).</li> <li>Anonymní dárci nesmí být osoba v zařízení pro zajištění cizinců či osoba z azylového zařízení</li> </ul>	Vládní návrh	Schváleno
		<u>Pozměňovací návrhy:</u>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Poskytovatel AR by měl být pouze s oprávněním v oboru reprodukční medicíny, nikoli z oboru gynekologie nebo porodnictví</li> </ul>	Gabriela Pecková	Zamítnuto
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Zpřístupnění AR i neprovdaným ženám bez partnera.</li> </ul>	František Adámek	Zamítnuto
		Stejně návrhy, jako v případě sněmovních tisků 371 a 713.	Jitka Chalánková	Zamítnuto
		Stejně návrhy, jako v případě sněmovních tisků 371 a 713. Dále: <ul style="list-style-type: none"> <li>AR umožněna jen ženám do 45. roku života</li> <li>Zárodečné buňky od dárci lze využít k vytvoření maximálně 4 embryí</li> <li>Vajíčka mohou ženy darovat až po uplynutí 12 měsíců</li> <li>Anonymním dárcem nesmí být osoba, jež byla pravomocně odsouzena za majetkový nebo násilný trestný čin, trpí nevyléčitelnými chorobami, či byla závislá na návykových látkách</li> <li>Právní vymezení náhradního mateřství</li> </ul>	Ludvík Hovorka	Zamítnuto

Zdroj: Důvodové zprávy a pozměňovací návrhy k zákonu o specifických zdravotních službách (vlastní zpracování)

### 7.1.2 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Důležitým právním předpisem z hlediska financování zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění představuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon rovněž řadíme do tzv. balíků reformních zákonů.

#### Aktuální znění zákona

Zákon o veřejném zdravotním pojištění udává podmínky hrazení zákroků AR v ČR z veřejného zdravotního pojištění. § 15 stanovuje, že v rámci pojištění může být AR hrazena ženě pouze ze předpokladu, že se bude jednat o metodu IVF, a to ženám od 22. roku do dne dosažení 39. roku života. Ženám ve věku 18–21 let je zákrok pojišťovnou uhrazen pouze v případě oboustranné neprůchodnosti vejcovodů. Hrazeny jsou celkem tři či čtyři cykly, a to v případě, kdy během prvních dvou cyklů došlo k přenesení pouze jednoho embrya (zákon č. 48/1997 Sb.).

#### Navrhované změny zákona a jejich odůvodnění

Ve sledovaném období byl zákon v oblasti AR novelizován celkem třikrát. První novela se týkala pouze formální úpravy terminologie možných poskytovatelů z oblasti gynekologie a porodnictví pro úhradu z pojištění. Původní vládní návrh obsahoval hrazení třech cyklů nezávislých na počtu přenesených embryí. Výbor pro zdravotnictví navrhl zvýšení hrazených cyklů na čtyři v případě, kdy během prvních třech cyklů došlo k přenesení pouze jednoho embrya. Tento návrh byl schválen a došlo tak k významnému navýšení hrazených cyklů (Důvodová zpráva 2011b).

Druhá novelizace (tzv. transparenční novela) z roku 2015 si kladla za **cíl kontrolu nad finančními toky z prostředků veřejného zdravotního pojištění**. V důvodové zprávě je konstatováno, že v důsledku nejasné definice docházelo k proplácení zákroků, které původně nebyly k úhradě zamýšleny. V rámci dosavadního nastavení byl uzákoněn 39. rok života ženy, nebylo však blíže specifikováno, zdali se jedná úhrada žen do 39. roku života (tedy 38 let plus 12 měsíců), nebo do 39. roku včetně (tedy 39 let plus 12 měsíců). Pojišťovny tak mohly zákrok hradit i ženám těsně před dosažením 40. narozenin. Transparenční novela stanovila věk pro úhradu do 39. narozenin ženy a to formulí „...do dne dosažení třicátého devátého roku věku“. Zákon rovněž původně stanovoval možné proplácení metod „umělého“ oplodnění. Tento termín však značí vícero metod oplodnění a hrazena by měla být pouze metoda IVF. Správným termínem, který musí být v zákoně využit, je termín mimotělní oplodnění. „*Umělé oplodnění je pojem nadřazený pojmu mimotělní oplodnění a původní znění ustanovení tak nesprávně regulovalo i výkony, u nichž regulace nebyla zamýšlena*“ (Důvodová zpráva 2015: 44).



Poslední připravovaná a doposud neprojednaná novela opět nastavuje věkové hranice žen. **Cílem této novely je zpřístupnění úhrad AR širší skupině žen.** Nová věková hranice by tak byla stanovena na 40 let. Dle důvodové zprávy navýšení věkové hranice přispěje k rovnosti mužů a žen z pohledu zvýšení dostupnosti služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (Důvodová zpráva 2020: 204). Novela reaguje na doporučení Koncepce rodinné politiky z roku 2017 a na konsensus navýšení věku v rámci odborné skupiny MZd (viz kapitoly 7.2.1 a 7.2.2) a na podmínky hrazení AR ve zbytku Evropy. „Zároveň je třeba uvést, že věk pro provedení IVF jako hrazeného z veřejného zdravotního pojištění je v České republice jeden z nejnižších v rámci EU“ (ibid.: 208). V rámci důvodové zprávy je konstatováno, že dojde k navýšení výdajů systému veřejného zdravotního pojištění v maximální výši 32 milionů korun. Tuto částku považuje MZd za přiměřenou. Všechny navrhované změny včetně pozměňovacích návrhů týkajících se zákona o veřejném zdravotním pojištění v oblasti AR zobrazuje následující tabulka:

**Tabulka 8:** Zákon o veřejném zdravotním pojištění

Rok	Právní předpis	Navrhované změny	Navrhovatel	Stav projednání
2011	<i>zákon č. 369/2011 Sb. (Sněmovní tisk 409)</i>	<u>Návrh novely zákona:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bližší specifikaci poskytovatele umělého oplodnění, kterým pro úhradu z pojištění musí být poskytovatel v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním.</li> </ul>	Vládní návrh	Schváleno
		<u>Pozměňovací návrhy:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Specifikace hrazení cyklů ze zdravotního pojištění nejvíce třikrát za život nebo čtyřikrát v případě, pokud u prvních dvou pokusů bylo přeneseno pouze jedno lidské embryo.</li> </ul>	Výbor pro zdravotnictví	Schváleno
2015	<i>zákon č. 200/2015 Sb. – tzv. transparentní novela (Sněmovní tisk 386)</i>	<u>Návrh novely zákona:</u> Dochází ke zpřesnění právní úpravy hrazení umělého oplodnění pojišťovnou: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Musí se jednat o metodu in vitro fertilizace (IVF).</li> <li>▪ Věková hranice 39 let, tedy do dne dosažení třicátého devátého věku.</li> </ul>	Vládní návrh	Schváleno

Rok	Právní předpis	Navrhované změny	Navrhovatel	Stav projednání
2020 – 2021	<i>Sněmovní tisk 992</i>	<u>Návrh novely zákona:</u> Posunutí věkové hranice věku ženy pro úhradu zákroku z veřejného zdravotního pojištění: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Věková hranice 40 let, tedy do dne dosažení čtyřicátého devátého věku.</li> </ul>	Vládní návrh	Projednáno v 2. čtení, další jednání očekáváno na jaře 2021.

Zdroj: Důvodové zprávy a pozměňovací návrhy k zákonu o veřejném zdravotním pojištění (vlastní zpracování)

### **7.1.3 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník**

Důležitý je dále zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen občanský zákoník), který právně upravuje oblast určování rodičovství. Tomuto zákonu předcházela zákon č. 94/1963 Sb. o rodině, jež byl zrušen k 1. 1. 2014. Ve sledovaném období, tedy od roku 2011–2013, byly podmínky pro určování rodičovství stejné jako doposud. Parametry AR jsou v občanském zákoníku definovány v § 778 a § 787. Vymezují, že otcem dítěte, které se narodilo svobodné matce, je ten muž, který dal k umělému oplodnění souhlas. Dále stanovuje, že otcovství nelze popřít u muže udávající souhlas k zákroku nebo manžela ženy podstupující umělé oplodnění mezi sto šedesátým dnem a třístým dnem od umělého oplodnění. Ve sledovaném období nedošlo v rámci zákona ke změnám upravující AR (zákon č. 89/2012 Sb.).

### **7.1.4 Další právní předpisy upravující asistovanou reprodukci**

Jak již bylo zmíněno, vedle uvedených právních rámců existují rovněž právní předpisy, které definují formální podobu činnosti poskytovatelů. Vzhledem k zaměření práce nebudou tyto právní předpisy podrobeny analýze navrhovaných změn a jejich odůvodnění. Považuji však za důležité jejich identifikaci.

Jedná se o zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů. Tento zákon je z pohledu AR v ČR důležitý v oblasti nastavení podmínek poskytovatelů AR pro manipulaci s lidskými tkáněmi a buňkami z pohledu darování, opatrování, vyšetřování a zajištění sledovatelnosti od dárce k příjemci a od příjemce k dárci a jejich dovoz ze třetích zemích (zákon č. 296/2008 Sb.). V roce 2011 byl zákon souběžně se vznikem zákona o specifických zdravotních službách novelizován za účelem slučitelnosti české legislativy z oblasti zajištění bezpečnosti a kvality zárodečných buněk s právem Evropské unie. Konkrétně se jedná o směrnice Evropského parlamentu a Rady a Komise 2004/23/ES, 2006/17/ES a směrnici 2006/86/ES.

Dalším zákonem stanovující podmínky činnosti poskytovatelů AR je zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách. Tento zákon upravuje podmínky

výzkumu a činnosti na lidských embryonálních kmenových buňkách a působnost příslušných orgánů v dané oblasti. V souvislosti s AR stanovuje zákon tzv. nadbytečné lidské embryo, které vznikne metodou mimotělního oplodnění. Zákon povoluje poskytovatelům AR provádět na těchto typech embryí výzkum. Zákon rovněž uvádí povinnost zajistit písemný souhlas od ženy či muže, od kterých bylo nadbytečné lidské embryo získáno, o dalším použití embrya (zákon č. 227/2006 Sb.).

Činnost poskytovatelů AR je ovlivněna rovněž směrnicemi, které stanovují formální zajištění jednotlivých center. Jedná se například o povinné vybavení či personální zajištění. Přehled všech aktuálních směrnic upravující činnost poskytovatelů AR ukazuje následující tabulka:

**Tabulka 9:** Přehled vyhlášek upravující činnosti poskytovatelů AR

Název vyhlášky upravující činnost poskytovatelů AR
vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely
vyhláška č. 422/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka
vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
vyhláška č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému
vyhláška č. 470/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění pozdějších předpisů
vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Zdroj: vlastní zpracování

## 7.2 Institucionální uspořádání asistované reprodukce

Při popisu legislativních prvků je třeba zmínit institucionální uspořádání politiky AR, a to z toho důvodu, abychom si dokázali lépe představit, na jaké úrovni daná politika probíhá, kteří aktéři se na tvorbě politiky podílejí a jak k AR přistupují. Z pohledu teorie SKCP hovoříme o tzv. **implementační struktuře**, která je rovněž považována za jeden z prvků policy designu (Pierce et al. 2014: 6). Implementační struktura je definována jako celý implementační plán včetně pravidel, zdrojů a nástrojů pro jejich dodržování (Schneider, Sidney 2009: 105). Pro bližší specifikaci struktury se můžeme podívat na vymezení pojmu v rámci veřejné politiky (Veselý, Nekola 2007: 314). Implementační struktura tak představuje alokační a administrativní jednotky, ve kterých dochází k implementaci dané politiky (Hjern a Porter 1981). Tyto jednotky nemusí být nutně na centrální úrovni státu, může se jednat například i o regionální neziskové nebo komerční organizace či organizace z řad samosprávy, které implementují politiku v co nejbližší úrovni příjemců dané politiky. Sledován bude rovněž přístup jednotlivých ministerstev k tématu AR ve sledovaném období. Jedná se o tzv. agendy představující veřejně politická

témata, která jsou diskutována politickými aktéry v příslušných institucionálních rámcích. Pro agendy je typická neustálá modifikace a rozličná politická naléhavost, která se mění na základě měnících se potřeb a zájmů jednotlivých aktérů (Potůček 2016: 62).

Institucionální ukotvení AR lze chápat ve dvou základních rovinách, a to na rovině zdravotní a sociální. Z pohledu zdravotního se jedná o agendu MZd při zajištění zdravotní služby, která je částečně financována z veřejného zdravotního pojištění. Z pohledu sociálního se jedná o kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) při události vzniku rodiny a případných překážek, jež v založení rodiny brání.

### **7.2.1 Ministerstvo práce a sociálních věcí**

AR se agendě dále jen MPSV poměrně dlouho dobu vyhýbala. Od roku 2015 lze pozorovat změnu, kdy AR začala být vnímána jako důležitá součást systému na podporu rodiny. Institucionální ukotvení AR přinesla Koncepce rodinné politiky roku 2017 (dále jen Koncepce 2017), která staví dostupnost AR za jeden z cílů této politiky především ve smyslu podpory porodnosti a podpory rodiny. Akcent podpory AR lze připisovat především **Odborné komisi pro rodinnou politiku** působící v letech 2015–2017, která vytvořila Koncepci 2017. První zmínka o AR dle oficiálních zápisů z jednání zazněla na půdě komise v roce 2015, kdy byly probírány první návrhy pro budoucí Koncepci 2017. Jako cíl AR je stanovena finanční dostupnost zákroku směrem k podpoře rodiny (MPSV 2017).

Současné nastavení AR považuje komise za bariéru, a to především z důvodu finanční nákladnosti, nedostatečné dostupnosti léčby a nedůstojných podmínek z pohledu ženy, která zákrok podstupuje. Byly kritizovány podmínky podstoupení AR pouze v případě neplodného páru, kdy v praxi není dále zkoumáno, zdali je dotyčný muž opravdu partnerem a tato povinnost se tak dle Koncepce 2017 stává pouze účelovou. V důsledku takového nastavení rovněž dochází k situacím, kdy ženy bez partnera podstupují nedůstojnou a rizikovou cestu k otěhotnění. Umožnění AR ženám bez partnera považovala komise za správné ve smyslu vyrovnání se ostatním evropským zemím (Belgie, Dánsko či Španělsko). Za nedůstojné bylo vnímáno rovněž nastavení úhrad v rámci veřejného zdravotního pojištění, kdy limitována je pouze žena a nikoli muž, přičemž není zjišťováno, zdali je problém neplodnosti ze strany ženy či muže (ibid.).

V rámci Koncepce 2017 byla navržena následující opatření (ibid.):

- 1. opatření:** Zavedení hrazené prevence zdravotními pojišťovnami (spolugesce MZd a MPSV).
- 2. opatření:** Zavedení osvětové kampaně na podporu prevence neplodnosti (spolugesce MZd a MPSV).

**3. opatření:** Vytvoření meziresortní pracovní skupiny zabývající se problematikou AR (spolugesce MZd a MPSV).

**4. opatření:** Zajištění kvalitní sexuální a rodinné výchova pro dívky a chlapce (gesce MŠMT). Konkrétní opatření dotýkající se AR byla uvedena v rámci 3. opatření. Prvním tématem pro meziresortní pracovní skupinu by mělo být zvýšení věkové hranice pro úhradu léčby z veřejného zdravotního pojištění, a to včetně navýšení počtu hrazených cyklů ze tří na čtyři pokusy na dítě, nikoli na ženu. V rámci zdravotního pojištění by mělo rovněž docházet k posouzení individuálních situací a zohlednění role partnera. Dle Koncepce 2017 by se meziresortní pracovní skupina měla rovněž zabývat úpravou souhlasu muže s cílem zpřístupnění AR rovněž ženám bez partnera. V neposlední řadě by mělo dojít ke kompletní úhradě IVF včetně medikace a vajíček (ibid.).

Agenda institucionální podpory AR v letech 2015–2017 silně rezonuje, a to především díky ministryni Michaele Marksové, za jejíž funkčního období byla založena Odborná komise pro rodinnou politiku a vznikla Koncepce 2017, které se problematiky AR dotýkají. Michala Marksová se do historie zapsala rovněž jako ministryně prosazující umožnění AR ženám bez partnera. Téma AR se v roce 2017 rovněž dostalo na každoroční Fórum rodinné politiky, které představuje odbornou platformu pro řešení aktuálních témat a otázek, jež by dle MPSV měly být řešeny. V rámci jednoho z workshopů byla řešena problematika dostupnosti AR vzhledem k reprodukčnímu stárnutí. Snahy o změnu podmínek AR za Marksové nebyly ve výsledku implementovány do současné podoby politiky AR. Poslanecký návrh umožňující AR ženám bez partnera byl v roce 2017 zamítnut a ostatní jmenované návrhy v rámci Koncepce zůstaly pouze v procesu jednání (viz následující kapitola 7.2.2). Agenda AR na MPSV od roku 2018 s novými ministry Jaroslavou Němcovou a Petrem Krčálem utichla. Současná ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová již podporu AR nějak více nezmiňuje, ač za Marksové byla ředitelkou odboru rodinné politiky a politiky stárnutí, pod jehož agendu spadala již zmiňovaná Odborná komise pro rodinnou politiku a Koncepce 2017. V rámci pořádání kulatého stolu v roce 2017 se při debatě nad připravenou Konceptí Jana Maláčová sama vyjádřila pro podporu umožnění AR ženám bez partnera. Sdělila, že ačkoliv existují i jiné cesty k pořízení dítěte, považuje legislativní vymezení této možnosti za bezpečné a důstojnější vzhledem k této skupině žen (MPSV 2016a). Aktualizovaná verze Koncepce rodinné politiky z roku 2019<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Tato verze nebyla doposud schválena.

konkrétní kroky směrem k nastavení podmínek AR v ČR již nezmiňuje, pouze upozorňuje na trend zvyšujícího se počtu narozených dětí AR (MPSV 2019).

Téma AR se ve sledovaném období vyskytlo rovněž v dalších strategických dokumentech MPSV. Z pohledu veřejné politiky je tento typ dokumentů chápán jako nástroj, jež může posloužit k inspiraci během tvorby a implementace určité politiky, definování jejich cílů a stanovování cest k jejich dosažení (Veselý, Nekola 2007: 53). AR se ve sledovaném období vyskytuje v následujících dokumentech:

**Tabulka 10:** Problematika AR ve strategických dokumentech MPSV

Název strategického dokumentu	Popis problematiky AR
<i>Výzkum veřejného mínění zaměřený na sladění pracovního a rodinného života a rovnost žen a mužů v oblasti rodinné politiky a trhu práce 2016</i>	Zjišťování využití AR rodinami jakožto opatření za účelem podpory rodiny. AR z 16 nabízených opatření hodnocena jako nejméně potencionálně využívaná.
<i>Koncepce rodinné politiky 2017</i> <i>Zpráva o rodině 2017</i>	Návrhy konkrétních změn a opatření v politice AR. Deskriptivní popis statistických údajů AR a související legislativy. AR vnímána jako nástroj k podpoře rodičovství.
<i>Zpráva o rodině 2020</i>	AR je stanovena jako cíl, jenž přispěje k podpoře porodnosti a demografického růstu populace.

Zdroj: MPSV 2016b, MPSV 2017, MPSV 2020, VÚPSV 2017, VÚPSV 2020 (vlastní zpracování)

### 7.2.2 Ministerstvo zdravotnictví

Za klíčového aktéra lze považovat MZd, pod jehož gesci spadají nejdůležitější zákony týkající se AR (zákon o specifických zdravotních službách, zákon o veřejném zdravotním pojištění) a další zákony a vyhlášky upravující AR. Téma zdraví a medicínského hlediska v souvislosti s AR v naší zemi silně rezonuje (Expertka\_2). Obecným cílem je zajištění dostupné zdravotní péče s důrazem na kvalitu služeb, zajištění zdraví pacientů a částečné úhrady AR z veřejného zdravotního pojištění. Institucionální podpora AR v rámci MZd je ve sledovaném období pozorovatelná v souvislosti s bývalým ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem. Za konkrétní krok podpory v době jeho působení lze označit například novelu, která navrhovala zvýšení věkové hranice pro úhradu zákroku z prostředků zdravotního pojištění či návrh na vytvoření registru dárkyň vajíček.

MZd přísluší dvě odborné komise, jež se zabývají otázkami AR. První z nich představuje **Etická komise**, která funguje od roku 2016 a řeší etické otázky související s poskytováním zdravotních služeb. Činnost komise vnímá expertka za nedostatečnou. „*Myslím si, že je tam celá řada etických i právních aspektů, které by měly být diskutovány v rámci této komise a pak by na to mělo být reagováno i do toho právního rámce. Ale neřeší se to*“ (Expertka\_5). Ve sledovaném období vydala komise dvě vyjádření, která se týkala AR. První stanovisko týkající

se postoje Etické komise k vypracované analýze neziskové organizace Adam<sup>15</sup> bylo vydáno v roce 2016. Tato analýza reaguje na již zmiňovaný návrh MPSV ministryně Marksové pro zpřístupnění AR ženám bez partnera. Analýza ministerstvu nedoporučuje návrh změny zákona přijmout, ačkoli připouští, že neexistují výzkumy, jež by prokazovaly negativní vliv na psychický vývoj dítěte vychovávaném homosexuálními páry. Hlavními důvody pro nevyjádření podpory jsou následující: Ženy bez partnera případně ženy homosexuální orientace nemají přístup k AR zakázaný, tudíž mohou zákrok podstoupit už nyní se souhlasem svého dárce. Kdyby došlo k tomuto umožnění, roli otce by musel přejímat stát, což je považováno za nepřijatelné. Pro oplodnění AR těmto ženám jsou potřebné darované gamety, které jsou z pohledu reprodukční medicíny považovány za neetické. Darování podporuje nedůstojné komerční chování center v podobě obchodu s částmi lidských těl (Adam 2016: 9). Komise vyjádřila podporu těmto argumentům, avšak konstatuje, že analýza bude muset být podrobena rozsáhlejší diskusi. „*Předseda etické komise Ministerstva zdravotnictví se plně ztotožňuje se všem argumenty v dokumentu uvedenými*“ (MZd 2016). Další vyjádření k otázce AR vydala komise o rok později v roce 2017, které se opět týkalo analýzy neziskové organizace Adam<sup>16</sup> (MZd 2017a). V této analýze byly navrženy následující možné změny (Adam 2015):

- zrušení maximální věkové hranice pro podstoupení AR,
- zákaz využití darovaných vajíček u žen starších 40 let,
- redukce dárcovství zárodečných buněk na minimum,
- změna kompenzací za dárcovství gamet (pouze částečně finanční, větší podíl v podobě ocenění společnosti za altruistický čin např. v podobě nabídky rekreačního pobytu),
- legislativní zákaz náhradního mateřství.

Etická komise navrhovaným opatřením vyjadřuje částečnou podporu. Souhlasí se zákazem využití darovaných buněk po 40. roku života ženy, avšak věkovou hranici 49 let pro možné podstoupení AR by nechala neměnnou. Rovněž vyjadřuje podporu současnému nastavení úhrad zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění ženy jak z pohledu věkového limitu, tak počtu hrazených cyklů. Vyhrazuje se proti legislativnímu zákazu náhradního mateřství, jehož současnou podobu považují za „nejméně špatnou“ jak komise sama ve stanovisku uvádí. Posledním diskutovaným bodem je komercializace AR, kterou komise považuje za

---

<sup>15</sup> Nezisková organizace Adam vypracovala pro Etickou komisi MZd analýzu regulace přístupu osamělých a homosexuálních osob k AR.

<sup>16</sup> Druhou analýza byla zpracována na téma analýzy regulace věkových limitů přístupu k AR a regulaci tzv. náhradního mateřství.

problematickou a nutnou podrobení širší společenské diskusi. “ *Problém komercializace metod asistované reprodukce by měl být povinným tématem ve vzdělávání pracovníků center asistované reprodukce* “ (MZd 2017a).

Druhou komisí je **Komise pro reprodukční medicínu**, která byla vytvořena v roce 2017 na základě doporučení Koncepce 2017 za účelem: „...*projednávání zásadních otázek v oblasti reprodukční medicíny v souladu se zdravotní politikou státu*“ (MZd 2020a). Činnost komise je opět považována za nedostatečnou (Expertka\_3, Expertka\_5). Komise za dobu své čtyřleté existence jednala pouze dvakrát. Při prvním jednání proběhlo projednávání navrhovaných opatření z již zmiňované Koncepce 2017. První bod se týkal navýšení věkové hranice pro úhradu cyklů na 43 let. Komise se k tomuto bodu postavila zamítavě s odůvodněním, že navrhovaná změna nemá v rámci komise odbornou podporu. Dalším bodem bylo navýšení počtu hrazených cyklů na celkem čtyři hrazené cykly, a to způsobem na čtyři hrazené pokusy k početí dítěte, nikoli čtyři pokusy celkem na ženu. K tomuto bodu se komise vyjádřila kladně ve spojitosti časného řešení neplodnosti „*Pokud by byla možnost mít dvě děti z IVF, motivovalo by to páry k včasnému řešení jejich neplodnosti*“ (MZd 2017b). Vznikl by tak nový model AR v ČR, kdy ženě by bylo dovolena IVF do 40 let, měla by hrazené celkem 4 cykly na dítě a za život by tak mohla podstoupit dva porody/početí na IVF. Celkem by tedy bylo hrazeno maximálně 8 cyklů IVF za život ženy. Třetím projednávaným bodem byla úhrada kompletní léčby při IVF. Komise v tomto bodu vyjádřila obavy z finanční nákladnosti opatření a neuvedla, jak tento bod bude dále zpracovávat. Jednalo se rovněž o zpřístupnění AR ženám bez partnera, a to na základě úpravy souhlasu muže, který je požadován. Komise, ač uznává nedostatečné zkoumání vztahu muže a ženy, další podporu tomuto opatření nevyjadřuje. Posledním projednávaným bodem bylo zahájení diskuse o roli mužů při AR tak, aby byl zákrok hrazen rovněž ze zdravotního pojištění muže. Komise argumentovala, že způsob úhrady ze zdravotního pojištění záleží na každém z poskytovatelů, jenž může údajně pro úhradu využívat rovněž zdravotní pojištění muže (ibid.). Zákon tuto možnost však nestanovuje (zákon č. 48/ 1997 Sb.).

Další jednání komise proběhlo v roce 2020 z důvodu interpelace poslankyně Olgy Richterové<sup>17</sup> z roku 2019 na tehdejšího ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha. Ta se týkala konkrétního případu úmrtí ženy po odběru vajíček v brněnském centru AR diskutovaném v širším kontextu umělého oplodnění a byznysu. Toto jednání přineslo několik otázek do diskuse, kterými by se

---

<sup>17</sup> Poslankyně za Pirátskou stranu



MZd mělo začít zabývat. Komise však nebyla ve všech otázkách konzistentní. Určité navrhované změny, týkající se ochrany zdraví žen podstupujících AR a dárců zárodečných buněk, by zásadním způsobem ovlivnily dosavadní legislativní nastavení. Olga Richterová namítá, že současné nastavení AR je ovlivněno vidinou finančního zisku, ať už z pohledu samotných klinik, či dárců zárodečných buněk. Stát by dle ní měl přistoupit k přísnější legislativě a regulaci určitých zákroků. Komise souhlasí s nutnou regulací darování zárodečných buněk jak u mužů, tak u žen. *„Komisi byl předložen návrh Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLKS JEP, že u muže odborná společnost vychází z doporučení zahraničních odborných společností, kdy se dárci vyřadí z registru, pokud dojde k oplodnění 10 rodin (dárce má dítě v 10 rodinách). U žen je limitace frekvence odběrů, odborná společnost doporučuje maximálně 6 odběrů za život ženy“* (MZd 2020b). Projednávána byla rovněž otázka maximální možné výše náhrad účelně a prokazatelně vynakládaných výdajů za darování zárodečných buněk, která v současné době není rovněž stanovena, neboť cenu úhrady si určuje každé centrum zvlášť. Komise uvádí, že MZd v současné době připravuje návrh pro zastropování hranice úhrad na 25 000 Kč, opět na základě doporučení ČGPS ČLS JEP (ibid.). Ke všem výše uvedeným návrhům je komisí vyjadřována podpora, avšak poměrně vágně bez uvedení dalšího postupu. Komise pouze uvádí, že všechny navrhované změny budou muset být podrobeny další odborné diskusi.

Dalším krokem MZd směrem k ukotvení AR lze chápat rovněž v oblasti zajištění statistických údajů o dané zdravotní službě. V ČR je dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování zřizován Národní registr reprodukčního zdraví (dále jen NRRZ). Registr je složen celkem z pěti modulů<sup>18</sup>, z nichž jeden modul se přímo zabývá AR. *„Získané informace umožňují hodnocení léčebných postupů a jsou využívány pro řízení a zkvalitňování péče o neplodné páry a pro realizaci státní politiky v oblasti asistované reprodukce a léčby sterility“* (ÚZIS nedatováno).

### **7.3 Financování asistované reprodukce**

V ČR je z veřejného zdravotního pojištění hrazen zákrok IVF, a to na základě právně stanovených podmínek. Obecně existují dva způsoby nastavení výše úhrad zdravotnickým zařízením za výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Dle zákona o veřejném

---

<sup>18</sup> Vedle AR je NRRZ složen z modulu novorozenců, potratů, rodiček a vrozených vad.

zdravotním pojištění může být výše ceny stanovena v tzv. dohodovacím řízení, které probíhá mezi zástupci zdravotních pojišťoven a mezi zástupci poskytovatelů zdravotních služeb. Navržené rámcové smlouvy jsou po dohodě zástupců předloženy MZd, které je posuzuje z hlediska veřejného zájmu a zajištění kvality služeb a dostupnosti péče. Pokud jsou rámcové smlouvy shledány MZd jako vhodné, dochází k jejich vydání v rámci vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (zákon č. 48/1997 Sb.). Může rovněž nastat situace, kdy nedojde ke vzájemné shodě se zástupci pojišťoven a MZd. V takovém případě dochází k interní dohodě mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními (Expert\_4). Zákon tuto situaci definuje velmi nespécificky, a to... „*Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví*“ (ibid.) Cena stanovená v rámci interní dohody není veřejně přístupná.

V praxi dochází rovněž k situaci, kdy stanovená cena v rámci dohodovacího řízení či interní dohody se může lišit od reálné konečné ceny, která je proplacena poskytovatelům zdravotních služeb. Odchylna od reálné ceny může být způsobena několika faktory, jako je například regulační omezení či procesy dohodovacího řízení. „*V současné době je většina úhrad v jiné cenové relaci, než je tomu, pokud bychom cenu stanovovali striktně podle sazebníku výkonů. Do ceny následně vstupují regulační omezení, a tak se potom velmi často stává, že výsledná cena neodpovídá ani sazebníku, ale nemusí odpovídat ani původní ceně z úhradové vyhlášky...Navíc je nutné ještě počítat s tím, že do toho procesu stanovení ceny vstupuje Dohodovací řízení, kdy se ZP s poskytovateli dohodují o ceně na další roční období a z toho pak vyplývají odchylky od ceny stanovené dle sazebníku, či od předchozího období*“ (Expert\_4). Ve výsledku tak může být vyplacená cena nižší, než bylo původně dohodnuto a zdravotnická zařízení tak za výkon hrazený z veřejného zdravotního pojištění dostanou méně peněz. Dle výpovědi experta ke snížení ceny u IVF nedochází, tudíž lze předpokládat, že dochází spíše k navýšení ceny či vyplacení domluvené ceny. *Nutné je si uvědomit, že v některých případech může být i cena nižší, než by odpovídala kalkulace ceny podle sazebníku. To se ale IVF netýká*“ (Expert\_4)

Pro zjištění jsem se podívala do jednotlivých úhradových vyhlášek a do sazebníků výkonů Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen VZP), jakožto jedné z největších pojišťoven u nás. Ve sledovaném období došlo k dohodě mezi poskytovateli AR, zástupci pojišťoven a MZd v roce 2020 a 2021, kdy byla cena AR promítnuta do vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše

úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. V letech 2011–2019 nedošlo k promítnutí AR do úhradové vyhlášky, tudíž lze předpokládat, že nedošlo ke shodě mezi zástupci a MZd. Stanovená cena v tomto období tedy odpovídá interní dohodě mezi poskytovateli AR a zdravotními pojišťovny. Následující tabulka zobrazuje vývoj ceny za jednotlivé zákroky týkající se AR ve sledovaném období.

**Tabulka 11:** Výše úhrady zákroků AR z veřejného zdravotního pojištění (v Kč) v letech 2011–2021

Typ úhrady/rok	2011–2018 sazebník výkonů	2019 sazebník výkonů	2020		2021	
			sazebník výkonů	vyhláška	sazebník výkonů	vyhláška
<i>IVF cyklus přerušovaný před odběrem oocytů</i>	990	1 247	1 247	1 347	1 247	1 372
<i>IVF cyklus s odběrem oocytů k in vitro fertilizaci bez přenosu embryí</i>	12 660	14 484	14 484	15 643	14 484	15 932
<i>Kompletní IVF cyklus s transferem embryí</i>	26 000	30 131	30 131	32 541	30 131	33 144
<i>Kompletní IVF cyklus s transferem pouze jednoho embrya</i>	26 000	30 131	30 131	32 541	30 131	33 144
<i>Použití darovaných oocytů při IVF cyklu</i>	není uvedeno	10 000	10 000	10 800	10 000	11 000
<i>Použití darovaných spermií při IVF cyklu</i>	není uvedeno	1 264	1 264	1 365	1 264	1 390

Zdroj: VZP, seznamy zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2011–2021 (vlastní zpracování)

Jak můžeme vidět z tabulky, cena jednotlivých zákroků v letech 2011–2018 stagnovala na stejné hodnotě. V roce 2019 došlo k valorizaci ceny společně s přidáním dvou nově hrazených zákroků ze strany VZP, a to za použití darovaných oocytů a spermií. Od tohoto roku došlo rovněž k valorizaci ceny, která se však promítla pouze v úhradové vyhlášce, nikoli sazebníku výkonů, tj. v oficiálním seznamu výkonů VZP. Ovšem i mírný nárůst ceny lze považovat za krok, který ukazuje na finanční podporu AR ze strany státu, jelikož ceny zákroků jiných segmentů zdravotní péče zůstávají neměnné i několik let, a tudíž jakákoli valorizace je považována za významnou. V roce 2021 došlo k navýšení úhrad do oblasti ambulantní gynekologické péče, pod kterou spadá rovněž AR o 150 mil Kč (MZd 2021).

Pro zjištění, kolik osob využije veřejného zdravotního pojištění za účelem úhrad AR, můžeme využít výroční zprávy jednotlivých pojišťoven. Pro ukázkou jsem opět vybrala VZP, u které využilo ve sledovaném období do roku 2019 (ročenka VZP vydány pouze do roku 2019) hrazených služeb AR v průměru 4860 pojištěnců ročně.

**Tabulka 12:** Počet pojištěnců a výše úhrad za AR u VZP

Rok	Počet ošetřených pojištěnců celkem (PAS i PLS)	Počet bodů na 1 ošetřeného pojištěnce	
		Segment ambulantní péče	Segment ústavní péče
2011	5413	24 694	25 094
2012	5271	25 066	21 266
2013	4980	25 438	26 490
2014	4798	25 827	25 976
2015	3769	25 748	
2016	4747	26 118	27 332
2017	4899	26 124	27 137
2018	4853	26 735	27 174
2019	5010	31 765	30 925

Zdroj: Ročenky VZP 2011-2019 (vlastní zpracování), Vysvětlivky: PAS: segment ambulantní péče, PLS: segment ústavní péče, Pozn. V roce 2015 uvedeny údaje pouze pro segment ambulantní péče.

Zvyšující se cenu AR lze pozorovat rovněž z výše uvedené tabulky, kdy jeden bod značí v průměru 1 Kč. V roce 2021 byl jeden bod pro segment gynekologie a porodnictví dle vyhlášky stanoven na 1,07 Kč (vyhláška 428/2020 Sb.) a pro rok 2020 byla hodnota bodu dle úhradové vyhlášky stanovena na 1,08 Kč (vyhláška č. 268/2019 Sb.). Vzhledem ke každoroční valorizaci ceny výkonu za jednoho pojištěnce, kterému byl poskytnut zákrok AR a k navýšení násobku ceny pro léta 2020 a 2021 lze očekávat finanční nárůst AR rovněž do budoucna.

Velká část klientek a párů si musí léčbu neplodnosti, za předpokladu nesplněných podmínek pro úhradu AR z veřejného zdravotního pojištění, hradit ze svých vlastních finančních zdrojů. Cena za AR pro samoplátce se liší dle sazebníků jednotlivých center. Finanční nákladnost léčby pro samoplátce je blíže popsána níže (viz kapitola 9.1)

## 8 BENEFITY A ZÁTĚŽE CÍLOVÉ POPULACE

V následující kapitole vymezím benefity a zátěže plynoucí z legislativního nastavení pro obě skupiny. Benefity a zátěže jsou považovány za jeden z klíčových prvků policy designu dle teorie SKCP (Pierce et. al 2014: 6). Při určování benefitů a zátěží vycházím primárně z výpovědí dotázaných žen a expertů.

### 8.1 Ženy podstupující asistovanou reprodukci

Nemožnost mít dítě je velmi psychicky náročnou situací a ženy jsou často ochotny obětovat takřka cokoli za úspěšnou cestou k dítěti (Expertka\_3). V tomto smyslu je třeba chápat možnost podstoupení zákroku za zcela klíčovou a primární, při které mohou ženy narážet na níže zmíněné benefity či zátěže. *„Už vůbec možnost využití umělého oplodnění je úžasná! IVF jsme podstupovali s partnerem rovné dva roky a musím říct, že nás to dost sblížilo. Je to dost velký nátlak, který když pár ustojí, je i do budoucna schopný zvládnout překážky a těžší situace“* (Respondentka\_5)

#### 8.1.1 Benefity

Benefity plynoucí z nastaveného policy designu lze obecně vnímat z pohledu umožnění jednotlivých zákroků AR, které jsou medicínsky na dobré úrovni (Expertka\_2). Politiku reprodukční medicíny lze v ČR považovat za poměrně benevolentní vůči jiným evropským státům *„Ten systém, i když věřím, že ho pacientky kritizují, tak věřím, že ve srovnání s okolními státy je ještě velmi velkorysý“* (Expertka\_3) Za přínosné lze považovat obecně možnost úhrady zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dle WHO (2020) pomoc ze strany státu a léčba neplodnosti ze zdravotního pojištění nemusí být samozřejmostí (WHO 2020). Tento bod považují za benefitující i část oslovených respondentek (Respondentka\_6, \_10) *„Současné nastavení není špatné. Dokážu si klidně představit situaci, kdy vše hradíme zcela sami a na IVF mají tím pádem jen bohatí“* (Respondentka č. 10). Respondentky rovněž z právního hlediska uvádějí za výhodné, že pro podstoupení zákroku nemusí být pár sezdán (Respondentka\_2, \_4) či že může využít darovaných vajíček (Respondentka\_9). Na otázku, jaké výhody přináší legislativa ženám podstupující AR, odpovídá dotázaná expertka totožně: *„Přípustnost dárcovských buněk, protože může být ta úprava postavena na tom, že je možno provést AR, ale za využití vlastních buněk... Máme ten nesezdaný pár, není tam ta striktní podmínka manželství“* (Expertka\_5). Možnost využití dárcovských buněk není v mnoha evropských státech dovoleno (ESHRE 2021).

### 8.1.2 Zátěže

Ač je česká legislativa AR považována za vstřícnou, existuje několik aspektů, které jsou dotázanými ženami a odborníky považovány za limitující. Mezi zátěže plynoucí z nastaveného policy designu můžeme zařadit věkové omezení pro ženy podstupující AR, které před přijetím zákona o specifických zdravotních službách v roce 2011 nebylo vůbec stanoveno. „*Možná by bylo úplně ideální ten věkový limit nemít a posuzovat ty příklady individuálně, na základě nějakého zvážení stavu i té situace...Myslím si, že je fajn, že prošlo 49 a že to není třeba 45. Je zajímavé, že před tím ten věk upravovaný nebyl, takže je otázka, jestli je dobře, že se nějaký limit fixuje vůbec v zákoně*“ (Expertka\_2). Jako omezující je rovněž vnímání selekce žen, jež mohou zákrok podstoupit (Expertka\_2). Jedná se především o neumožnění AR ženám bez partnera či ženám homosexuální orientace.

Další omezení přístupu k AR plyne dle expertů (Expertka\_1, \_2, \_3) a dotázaných žen z věkového limitu a stanovené hranice placených cyklů pro úhradu zákroku pojišťovnou. Ženy v důsledku životních, sociálních či zdravotních komplikací odkládají léčbu neplodnosti a následně se ocitají v časové tísní tak, aby stihly financování léčby do 39. roku života. Individuální přístup a zohlednění životní situace by si přála většina dotázaných žen (Respondentka\_3, \_4, \_5, \_6, \_7, \_8, \_9, \_10) „*Ne každý má bohužel to štěstí, že mu vyjde hned 1. IVF... Na první pohled to vypadá, že 4 cykly stačit musí, ale realita bývá mnohdy jiná. Ano, můžeme jít do dalšího IVF jako samoplátci, samozřejmě. Zaplatíme to. Ale ne každý má to štěstí, že si to může dovolit finančně*“ (Respondentka\_9). „*Nepatřím mezi ženy, co by odkládaly mateřství kvůli čemukoliv a stejně jsem se do centra reprodukční medicíny dostala až v 37 letech, prostě se to tak v životě sešlo, před třicítkou nemoc několik let, potom rozpad dlouhodobého vztahu, pak hledání nového partnera, pak to chvíli samozřejmě zkoušíte přirozenou cestou ...a je to*“ (Respondentka\_10). V souvislosti s pojištěním je hovořeno rovněž o diskriminaci žen, kdy chyba neplodnosti může být často na straně partnera, avšak mužský element není v rámci pojištění vůbec zohledňován (Respondentka\_2, \_4, \_6, \_8, \_9, \_10). „*Vnímám to jako velký problém. Žena má 4 pokusy IVF. I když není problém na straně ženy, tak se každé IVF odečítá z jejího pojištění. Takže za celý život žena může vyčerpat na pojišťovnu 4 pokusy IVF. Kdežto muž, pokud vymění partnerku, tak s novou ženou může čerpat další pokusy IVF*“ (Respondentka\_2). Jako problematická je obecně vnímána i finanční zátěž a nedostatečné hrazení zákroku (Expertka\_1, \_2). IVF je hrazeno pouze částečně a ženy musí během zákroku doplácet za další suplementy v podobě prášků a hormonální léčby, které jsou pro úspěšnost léčby nezbytné. „*Úplně bych opravila debatu o hrazení z pojištění, protože tak to víme, že to*

*není, že ti lidi hodně doplácí. Je to nějaká částečná úhrada, nebo příspěvek až v mnoha případech“* (Expertka\_2). Větší příspěvek na podpůrné léky by přivítaly respondentky (Respondentka\_2, \_3, \_7, \_8, \_9, \_10) „*Mělo by to být mnohem levnější. Podle mě by se každý jednotlivý pár měl posuzovat jinak. Když žena potřebuje víc hormonů, tak by je měla pojišťovna proplatit“* (Respondentka\_3).

Za nedostatek současného nastavení je považována rovněž neexistence podpůrné služby, která by v této nelehké situaci ženám pomáhala. Ženy často neví, na koho se obracet a chybí jim odborná a dostupná pomoc (Respondentka\_1, \_7, \_8, \_10). „*Nejen, že žena prochází náročnějšími vyšetřeními, ale ještě bych nabídla hrazenou pomoc třeba psychologů, jelikož je na ženu vyvíjen daleko větší tlak (nejen sociální ale také zdravotní)“* (Respondentka\_8). Z výpovědi respondentek vyplývá, že celý zákrok je pro ženy extrémně náročný a z hlediska sladění pracovního života s léčbou velmi komplikovaný (Respondentka\_2, \_3, \_6) „*Mnoho žen se během stimulace dostává do pracovní neschopnosti, ať na chvíli tak, někdo i na dlouhou dobu. Po roce PN jste nucena jít před komisi, aby posoudili, proč jste dlouho doma a pokud vás pošlou zpět do práce tak zase musíte odpracovat 180 dní abyste měla nárok na další PN. Takže mnoho žen musí svou snahu o potomka odsunout, aby tuto nezbytnou dobu zase strávili v práci. Je to takový nucený odpočinek, mezi stimulacemi na IVF“* (Respondentka\_3). Nesnáze, nemožnost si o problému s někým promluvit, nedařící se početí provázejí rovněž psychické problémy, které jsou všemi oslovenými ženami považovány za klíčové. „*Velkým problémem je tabuizace tohoto tématu a následně pocit ženy, že selhala a nemůže normálně počít“* (Expertka\_1). Na nedostatečnou podpůrnou pomoc neplodným pářům je upozorňováno rovněž ve Stanovisku Etické komise MZd, dle které by měla být každému neplodnému páru ze zákona stanovena odborná pomoc včetně psychoterapeutické podpory (MZd 2017b).

## **8.2 Poskytovatelé asistované reprodukce**

Mezi vnímáním benefitů a zátěží může být u obou skupin často tenká hranice, kdy obě skupiny mohou určitý aspekt považovat za profitující či naopak. Benefity a zátěže plynoucí z legislativy pro poskytovatele jsou hůře specifikovatelné.

### **8.2.1 Benefity**

Oslovení experti považují českou legislativu rovněž za velmi vstřícnou, a to především z hlediska umožnění široké škály zákroků, jež mohou být pacientům nabízeny. Primárně se tak jedná o zajištění takových podmínek, jež mohou generovat poskytovatelům finanční zisky (Expertka\_1, \_2, \_3, \_5) „*Myslím si, že na straně těch poskytovatelů je tam víc motivací ve smyslu*

*toho poskytovat tyto služby, protože jsou velmi lukrativní“ (Expertka\_5). Podmínky AR v ČR umožňují několik zákroků, jež mohou být považovány za výdělečné a zároveň kontroverzní z pohledu reprodukční medicíny. Prvním z nich je možnost využití darovaných buněk (Expertka\_2, \_3, \_5), kdy tato metoda je v mnohých evropských zemích zakázána (ESHRE 2021). Data ukazují, že darované zárodečné buňky jsou využívány zejména zahraniční klientelou (ÚZIS 2019: 27). „Vím, že se hodně zaměřují na tu zahraniční klientelu, tak je otázka, kdo komu dává vydělat, ale nedovedu to takhle vyhodnotit“ (Expertka\_2). Dalším prvkem vstřícné legislativy vůči poskytovatelům je vnímán v souvislosti s povinnou anonymitou dárců, neexistencí registru dárců omezující maximální možný počet darovaných zárodečných buněk a s nezastropovanou úhradou účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených nákladů (Expertka\_2, \_3\_5). Pokud neexistují výše zmíněné mantinely, činnost poskytovatelů AR se stává obsírnější a nabídka možných služeb se rozšiřuje. „Je to i pro ně (pozn. pro poskytovatele) velmi zajímavé, že nejsou zalimitováni dárci tím počtem, nejsou v žádném registru...Tím, že není registr, provázanost, tak i ti dárci mohou rotovat. Pak nejsou příliš svázání ani úhradou za to darování. Ano, zákon říká „nesmí to být komerční cena“, ale úhrada diskomfortu účelně, prokazatelně, vynaložených nákladů, ale když se podíváme na Google tak už i za vajíčka 75 000 Kč“ (Expertka\_5).*

### **8.2.2 Zátěže**

Zátěže poskytovatelů jsou na základě výpovědi dotázaných expertů a jednotlivých prvků policy designu poměrně těžko identifikovatelné. Expertka\_3 poukazuje na nedostatečnou úhradu zákroků AR v rámci veřejného zdravotního pojištění. „Byla diskuse o tom, že je inflace a že ty ceny jsou dražší a platby od pojišťoven jsou pořád na té stejné úrovni, jako byly před 10 lety, vím, že se tam o to musí navýšit. Chápu kliniky, že když oni mají ty materiály stále dražší a dražší a ty úhrady od pojišťoven neodpovídají té inflaci“ (Expertka\_3). Nastavená legislativa může omezovat poskytovatele administrativně. „Co zatěžuje kliniky asi nedovedu říct, nějaká administrativa atd“ (Expertka\_2). Avšak administrativní, technické a personální podmínky považuje Expertka\_5 za zcela běžné, jako pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb. Výpovědi dotázaných expertů ukazují, že současné legislativní nastavení poskytovatelům AR nepřináší značná omezení. „Já, když nad tím tak přemyslím, tak si myslím, že je tam víc těch pobídek proč tohle dělat, než nějakých překážek. Nevnímám tam žádnou překážku, která by byla neúměrná nebo sporná k tomu výkonu“ (Expertka\_5). Skupina žen podstupující AR je očima expertů legislativními podmínkami více zatížena.



Zmíněné benefity a zátěže žen podstupujících AR a poskytovatelů AR budou podrobněji diskutovány dále (viz kapitola 11.2).

## 9 MOC CÍLOVÝCH POPULACÍ

Moc cílových populací je jeden z dalších prvků policy designu (Pierce et. al 2014: 6). Odkazuje na rozsah politických zdrojů. Tato moc je pozorovatelná na základě několika základních prvků: velikosti a jednoty cílové populace, míry mobility, vzdělanostní úrovně, bohatství cílové populace, či zdali disponuje populace kontakty na volené zástupce a veřejné činitele (Ingram, Schneider, deLeon 2014: 109–110). Vzhledem k tomu, že ne každý ukazatel je možné v důsledku neexistence zdrojů či netransparentnosti údajů určit, vymezím pouze některé možné sledovatelné prvky moci dle SKCP. Budu vycházet především ze sekundárních dat, expertních rozhovorů a z dotazníků se ženami podstupujícími AR.

### 9.1 Moc žen podstupující asistovanou reprodukci

Velikost cílové populace byla popsána již dříve (viz kapitola 3). Skupinu lze považovat za neustále se zvětšující, nikoli však homogenní. Ženy můžeme rozlišit například dle věku, partnerského statusu, sexuální orientace či národnosti. V rámci takové skupiny tak mohou vznikat podskupiny, u kterých lze předpokládat orientaci na jiné cíle a zájmy v rámci změny legislativy. Dokumentujme to na příkladu nejednotnosti povolení AR single ženám bez partnera. Několik dotázaných žen s umožněním souhlasilo, avšak část vyjádřila svůj nesouhlas. *„Hradit IVF svobodným ženám bych asi neschválila, pokud žena chce, určitě si najde cestu i za podmínek, které jsou teď dané“* (Respondentka\_3). Názory oslovených respondentek se liší například i v pohledu na stanovení výše věku pro úhradu pojišťovnou. *„Pohled na tuto věc je samozřejmě dost individuální, ale dle mého názoru jsou věkové hranice nastaveny dost vysoko. Jsem mladá, je možné, že názor časem změní, ale já sama bych si dítě děle jak v 35 letech již nepořizovala“* (Respondentka\_9). Kdežto další respondentka by si přála tuto hranici navýšit *„Hranice 39 let mi přijde jako diskutabilní, pokud je z pohledu pojišťoven a center možné stimulovat a řešit za vlastní do 49 let, tak moc nerozumím hranici 39...rozdíl 10 let je opravdu velký“* (Respondentka\_6).

Další sledovanou kategorií v oblasti určení moci je bohatství žen podstupující AR. Vzhledem k heterogenitě skupiny a neexistenci jednotné databáze na základě statistických údajů není možné tento údaj s přesností zjistit. Při určení bohatství žen můžeme vycházet pouze z odhadů. Dotázaných žen jsem se zeptala, kolik finančních prostředků vynaložily na léčbu v rámci AR z vlastních finančních rezerv. Výdaje vynaložené za léčbu se u dotázaných žen pohybují v rozmezí od 12 do 500 000 tisíc Kč.

**Tabulka 13:** Cenová relace AR u dotázaných žen

Respondentka	Počet provedených cyklů	Hrazená cena z osobních výdajů (v tis. Kč)	Typ poskytovatele	Je tato cena přiměřená?
<i>Respondentka_1</i>	1	19	soukromý	ano
<i>Respondentka_2</i>	3	30, 60, 115	soukromý	ano
<i>Respondentka_3</i>	3	celkem 130	soukromý	ne
<i>Respondentka_4</i>	1	30	soukromý	ano
<i>Respondentka_5</i>	3	celkem 104	soukromý	neodpověděla
<i>Respondentka_6</i>	1	12	státní	ano
<i>Respondentka_7</i>	3	15, 15, 6	státní	ano
<i>Respondentka_8</i>	3	28, 48, 45	státní i soukromé	neodpověděla
<i>Respondentka_9</i>	3	celkem 500	soukromé	ne
<i>Respondentka_10</i>	2	celkem 50	soukromé	ne

Zdroj: vlastní zpracování

Léčba neplodnosti je obecně považována za velmi finančně nákladnou záležitost, a to jak u nás (Slepičková 2014), tak v zahraničí (Niederberger et al. 2018, Drakopoulos et al. 2020). Za klíčový faktor v rámci financování je považována nejistota léčby. Zatímco v jiných pacienty hrazených medicínských oborech, například v oblasti estetické medicíny, jsou úspěchy jednotlivých zákroků téměř jisté, u AR panuje velká nejistota a strach z neúspěchu. Poskytovatelé nemohou ženám potýkajícími se s neplodností zaručit úspěšnost léčby, a tak při podstoupení zákroků nezbyvá ženám nic jiného, než vynaložit nemalé finanční prostředky a doufat v úspěch léčby. Jak se ukazuje, nad možností neúspěchu léčby spojenou se ztrátou investovaných peněz, převažuje obrovská touha po dítěti a odhodlání pokračovat v pokusech i nadále (Slepičková 2014: 89). Z pohledu moci v rámci SKCP lze tedy pouze odhadovat, že ženy disponují určitými finančními prostředky, díky kterým mohou uhradit relativně drahou zdravotní službu. Nelze však jednoduše rozlišit, zdali jsou ženy bohaté či chudé.

Dalším možným ukazatelem moci lze považovat schopnost populace kontaktovat a řešit určitý problém s volenými zástupci či veřejnými činiteli. Dotázané ženy se necítí být zastoupeny a mít podporu politiků. (Respondentka\_1, \_3, \_6, \_8, \_9, \_10). „Už několikrát jsem kontaktovala příslušné ministerstvo, aby došlo k změně věkové hranice, také změnu legislativy v náhradním mateřství, hrazení IVF úkonů a podobně. Žádná odezva nikdy nepřišla a samozřejmě k žádným změnám nedochází“ (Respondentka\_8). Část respondentek (Respondentka\_2, \_3) poukazuje na nedostatečnou podporu v rámci harmonizace léčby a práce. „Bohužel podpora od státu není téměř žádná. Mnoho žen se během stimulace dostává do pracovní neschopnosti, ať na chvíli tak někdo i na dlouhou dobu. Bohužel vyžít ze sociálních dávek je velmi těžké, natož když z toho máte ještě šetřit peníze na další cyklus“ (Respondentka\_3). Na nedostatečnou podporu žen v rámci AR ze strany státu rovněž upozorňuje výzkum Slepičkové (2014: 79): „Politickými

*stranami deklarovaná podpora rodiny je podle účastnic a účastníků výzkumu zaměřená výhradně na rodinu již vzniklou, nepomáhá však nijak tomu, aby všichni, kdo si to přejí, rodinu mohli založit.“ Za významnou část podpory lze považovat ukotvení AR v Koncepti 2017, jakožto nástroj k podpoře rodiny (viz kapitola 7.2.1). Stanovené cíle Konceptce 2017 však do dnešního dne nebyly naplněny, je tedy otázkou, do jaké míry disponují ženy politickou mocí za účelem změny politiky.*

V roce 2014 došlo k podání podnětu na adresu veřejného ombudsmana na téma nedostatečné podpory a diskriminace žen podstupující AR. Dle zákona č. 349/1999 Sb. o veřejném ochránci práv může jakákoli fyzická či právnická osoba s podezřením na porušování těchto práv ombudsmanovi zaslat písemný podnět ohledně své stížnosti (zákon č. 349/1999 Sb.). V roce 2014 byl podán podnět v otázce věkové diskriminace v oblasti hrazení umělého oplodnění z veřejného zdravotního pojištění. Podatelka kladla otázku, proč je hrazení péče podmíněno věkem a nikoli zdravotním stavem ženy a proč jsou pojištěním limitovány pouze ženy a nikoli i muži. Tehdejší ombudsmanka Šabatová vyjádřila, že k dané věci se na ni obrátilo vícero žen, a proto oslovila MZd a tehdejšího ministra zdravotnictví, aby se k dané věci vyjádřili. Ombudsmanka nepovažuje podnět za diskriminační, ač přiznává, že by mělo docházet k posuzování individuálních situací ženy. Zároveň však na základě vyjádření ministerstva konstatuje, že veřejné zdravotní pojištění není neomezené a musí být stanoveny nějaké limity. Nalezení jiného objektivního kritéria, než je věk, je pro ministerstvo dle výpovědi velmi obtížné. Ve vyjádření je rovněž konstatováno, že náklady ze zdravotního pojištění v oblasti umělého oplodnění jsou obzvláště vysoké. *„Uvítala bych proto, kdyby jednání s Ministerstvem zdravotnictví, do jehož gesce tato problematika spadá, o otázce případného prolomení věkové hranice na základě individuálního posouzení lékaře vedla k přehodnocení právní úpravy v tomto smyslu a došlo by k legislativnímu zakotvení možnosti určitých výjimek. Nicméně nutným předpokladem toho je předchozí debata (odborně-zdravotnická i právní) na půdě ministerstva, které mi přislíbilo vyžádat si k věci odborné stanovisko“* (Šabatová 2014). Diskriminace žen na úkor mužů dle jejího vyjádření není na místě, jelikož těhotenství má objektivně dopady na zdravotní stav ženy, nikoli muže. *„...muž není v tomto případě vhodným komparátorem, byť jeho věk jistě také hraje z hlediska zvýšení šance na úspěšné oplodnění svou roli“* (Šabatová 2014).

## 9.2 Moc poskytovatelů asistované reprodukce

Velikost cílové populace poskytovatelů se rovněž jako v případě žen každoročně zvyšuje. Skupinu lze považovat za poměrně homogenní ve smyslu právní subjektivity, kdy většina center je v soukromém vlastnictví (viz kapitola 3). Politická moc poskytovatelů AR je však obecně velmi nejasná a na základě dostupných údajů těžce identifikovatelná. Souvislost politické moci lze chápat z pohledu spojitosti poskytovatelů a veřejných činitelů, jež mohou měnit podmínky a financování AR. S ohledem na politickou moc nelze opomenout provázanost poskytovatelů reprodukční medicíny a současného premiéra Andreje Babiše, který dle dostupných údajů vlastní v rámci svěřenských holdingů okolo 40 % všech tuzemských klinik (iROZHLAS 2017). Konkrétně by se mělo jednat o holding Hartenberg Capital, jenž poskytuje FutureLife, jeden z největších poskytovatelů AR v Evropě. Z oficiálních stránek FutureLife vyplývá, že tato firma v současné chvíli vlastní 15 klinik v ČR a několik dalších klinik v rámci Evropy. Nekonsolidovaný roční obrat toho poskytovatele je dle webových stránek 120 mil. € (FutureLife 2021). Další kliniky AR ve vlastnictví Andreje Babiše nejsou na základě dostupných zdrojů dohledatelné.

Některá tuzemská média dlouhodobě upozorňují na střet zájmů Andreje Babiše.<sup>19</sup> Ten je způsoben prosazováním benevolentnější politiky AR, která nahrává vyšším finančním příjmům center. *„Myslím si, že moc dobře věděl, proč je kupuje, problémy s plodností rostou, lidé jsou ochotní platit i za tu naději“* (Expertka\_1). Dle zákona č. 159/ 2006 Sb. o střetu zájmů je za střet zájmů považována událost, kdy veřejný funkcionář prosazuje své vlastní zájmy ve výkonu funkce na úkor zájmů veřejných, a to mimo jiné za účelem získání majetkového nebo jiného prospěchu. Do jaké míry ovlivňuje premiér Babiš politiku AR ve svůj prospěch je otázkou. Za střet zájmů mohla být považována například snaha o zvýšení věkové hranice pro ženy podstupující AR a umožnění zákroku single ženám. Dotázaní experti „byznysový“ aspekt připouští (Expertka\_1, 2, 5). *„Samozřejmě od nás to může být spekulace si to domýšlet, ale to co je nepopsatelným faktem, který to dosvědčuje, je to, že odborná medicínská data hovoří proto, že se stoupajícím věkem ženy klesá úspěšnost toho zákroku. Přesto, že ty data tady jsou, tak ten trend jde proti tomu“* (Expertka\_5). Expertka\_2 však konstatuje, že benevolentní

---

<sup>19</sup> V mediálním prostoru můžeme najít desítky článků, které o možném střetu zájmů informují. Například iROZHLASv roce 2017 vydal článek *Babiš rozšiřuje svůj byznys s umělým oplodněním a chystá se na pražskou burzu*. Seznam Zprávy v roce 2019 zase vydal článek s názvem *Další nákup „Babišova“ fondu. Získal podíly v dalších reprodukčních klinikách*.

pravidla AR mohou plynout rovněž z celospolečenské poptávky. „*Asi to byznys je, ale ty proudy a debaty jsou mnohem dlouhodobější, než je vlastnění klinik premiérem... Za benevolentnější legislativu mluví i demografky a tak dále i odborníci... Úplně jednoznačně bych to nespáděla na něho*“ (Expertka\_2). Střet zájmů premiéra může být spatřován rovněž v neexistenci regulace zákroků, které jsou považovány za nedůstojné a „byznysové“. Příkladem takového chování je možné využití darovaných zárodečných buněk, zejména vajíček, které je v mnoha evropských zemích, jako je Německo, Švýcarsko, Belgie, Nizozemí, Dánsko či Norsko, zakázané (ESHRE 2021). „*Nereguluje se to (pozn. darování vajíček), protože je to ekonomicky výhodné pro ty poskytovatele péče. Politicky byla malá vůle k přísnější regulaci... My ten lobbying nedokážeme určit, už je tu z dřívějšíka. Když se ukáže někde možný zdroj velkých peněz, tak se vždycky najdou ti, kteří si to nějak prolobbují. To není jen v asistované reprodukci, to je ve všem stejné*“ (Expertka\_3). Dotázaná expertka konstatuje, že možnost využívání darovaných vajíček je některými centry dokonce prosazováno na úkor jiných cest AR. „*Ještě bych jmenovala problematiku darovaných vajíček, která někde upřednostňují, i když by třeba byla možnost zkusit nějaké další věci*“ (Expertka\_1). Na možný zisk poskytovatelů AR ze státních finančních prostředků upozornila v českém politickém prostředí rovněž poslankyně Richterová v souvislosti s interpelací bývalého ministra zdravotnictví Vojtěcha. Dle jejích slov: „*...přímé náklady center asistované reprodukce polikají miliardy z veřejného zdravotního pojištění. O nepřímých nákladech odrážejících se na zdraví žen a na zdraví dětí počatých při procesu asistované reprodukce můžeme jen spekulovat, protože se nijak nevyhodnocují*“ (Richterová 2019).

## 10 RÁMOVÁNÍ ASISTOVANÉ REPRODUKCE V POLITICKÉM DISKURZU

V následující kapitole vymezím rámce vykreslující ženy a poskytovatele AR objevující se v politickém diskurzu ve sledovaném období. Interpretace v tomto prostředí mohou vést k odlišným pohledům na svět a vytváření více sociálních realit (Rein, Schön 1993: 147). Autoři teorie SKCP vnímají politický diskurz jako bohatý zdroj informací pro určování sociálních konstrukcí (Schneider, Ingram 1993). Vzhledem k tomu, že nastavení hranic AR nelze jednoduše vyřešit a rovněž neexistuje shoda na jejich utváření a interpretaci, lze využít analýzy rámců, která dokáže poskytnout návod na porozumění mezi rozličnými názory jednotlivých aktérů (Nekola, Hejzlarová, Kohoutek 2020: 59). Politickým diskurzem je obecně označováno prostředí interakcí mezi zájmovými skupinami, sociálními hnutími a institucemi, skrze které jsou problematické situace převedeny na veřejně politické problémy a agendy, díky kterým jsou přijímána rozhodnutí a opatření za účelem řešení daného problému (Rein, Schön 1993: 145). Autoři uvádí, že k rámování dochází především v jedné z částí procesu tvorby politiky, a to konkrétně ve fázi vymezení problému (*problem setting*) (Rein, Schön 1977). Během této fáze političtí aktéři vytváří rámce (*policy frames*), které jsou odhaleny během vyprávění a interpretace těchto aktérů. Autoři uvádí, že každý problém může být rámován různým způsobem a v důsledku rozdílného rámování dochází k politickým sporům. Stejně tak upozorňují na omezenost jednotlivých rámců, jelikož realita jakékoli politické situace je vždy složitější než realita popisována v individuálních interpretacích. Při formulaci jednotlivých problémů tak dochází k promítnutí hodnotových východisek politických aktérů do výsledné podoby politiky a formulace problému se může stát zavádějící a neobjektivní (Rein, Schön 1993: 148).

Téma reprodukční medicíny spojené s AR se v posledních letech dostalo do popředí politických debat, které si následně vysloužily mediální a společenskou pozornost široké veřejnosti (deLacey 1998: 28; Russo, Denious 2005: 182). AR úzce souvisí s mateřstvím, které bylo historicky konstruováno jako něco předem určeného a přirozeného. V souvislosti s neplodností žen a rozvojem AR začaly být vytvářeny dvě odlišné sociální konstrukce žen obecně, a to ženy plodné a ženy neplodné (Sandelowski 1990: 33). V českém prostředí je téma AR v politickém diskurzu debatováno především v souvislosti se zákonem o specifických zdravotních službách, který AR definuje.

Do analýzy rámců byly zahrnuty stenografické záznamy projednávání novel zákona o specifických zdravotních službách (Sněmovní tisky 407 a 874) v 1., 2. a 3. čtení na půdě

Poslanecké sněmovny a ve čtení v Senátu. Do analýzy tak bylo zahrnuto celkem osm stenografických záznamů (viz zdroje, II. legislativní dokumenty, stenografické záznamy). V těchto záznamech byly identifikovány celkem dva rámce.

## 10.1 Rámec A: Konzervativní

Prvním identifikovaným rámcem v politickém diskurzu je rámec konzervativní, jehož základní charakteristiky popisuje následující tabulka:

**Tabulka 14:** Základní vymezení konzervativního rámce

<b>Prvky policy designu</b>	<b>Popis</b>	
<b>Vnímání cílové populace</b>	<i>Ženy podstupující AR</i>	Dvojitá konstrukce: První skupina = Heterosexuální ženy ve věku 18–39 let. Pozitivní konstrukce: „Musíme tuto skupinu chránit.“  Druhá skupina = Ženy starší 39 let, ženy bez partnera a ženy homosexuální orientace. Negativní konstrukce: „Je to nepřírozené.“
	<i>Poskytovatelé AR</i>	Negativní konstrukce: „Poskytovatelům jde jen o byznys.“
<b>Definice problému a cílů politiky</b>	<i>Ženy podstupující AR</i>	Ochrana společenských hodnot a nukleární rodiny.
	<i>Poskytovatelé AR</i>	Omezení komerčního chování poskytovatelů AR.
<b>Nástroje politiky</b>	<i>Ženy podstupující AR</i>	Snížení věkové hranice žen pro podstoupení AR Omezení anonymního dárcovství.
	<i>Poskytovatelé AR</i>	Snížení věkové hranice žen pro podstoupení AR Omezení anonymního dárcovství.
<b>Přínosy a zátěže</b>	<i>Ženy podstupující AR</i>	Přináší zátěže především pro druhou skupinu žen.
	<i>Poskytovatelé AR</i>	Přináší jednoznačně zátěže.
<b>Odůvodnění politiky</b>	<i>Ženy podstupující AR</i>	Pro druhou skupinu žen: neetické, deviantní, proti přírodě. Ochrana práv dítěte
	<i>Poskytovatelé AR</i>	Nutno zamezit neetickému jednání jejich činnosti.
<b>Sponzoři rámce (poslanci a senátoři)</b>	TOP 09 a Starostové (J. Chalánková) ODS (M. Benda, J. Plachý, A. Palečková) KDU-ČSL (L. Hovorka, J. Čunek) SOS (S. Paukrťová)	

Zdroj: vlastní zpracování

Rámec A se obecně vyznačuje snahou o omezení současných podmínek AR. Nejvýraznějším akcentem rámce je dle sponzorů rámce snaha zabránění patologických jevů ve společnosti, které by mohly být způsobeny benevolentnější legislativou. Za nepřijatelné je považováno zpřístupnění AR ženám bez partnera, vyšší věková hranice pro ženy podstupující AR



a pokračování současného nastavení, které slibuje dárčům zárodečných buněk naprostou anonymitu.

Obě sledované cílové skupiny jsou konzervativním rámcem vnímány odlišně, přičemž u žen lze pozorovat vytvoření dílčích podskupin. První skupinou žen jsou ženy starší 49 (případně 45 let), které chtějí podstoupit AR. Tato skupina je vnímána negativně a sponzoři rámců automaticky tuto skupinu označují za nepříslušnou k výchově dítěte z pohledu jejich kompetencí, životního elánu a prostředků. Ženy jsou urážlivě nazývány babičkami, jejichž kompetence nejsou hodny naplnit řádnou výchovu dítěte. *„Jsem přesvědčen, že dítě má právo na maminku, nikoliv na babičku. Neumím si představit, jak žena ve věku 70 let vychovává své patnáctileté pubertální individuum“* (poslanec Plachý 2011). Patrný je především ironický podtón zesměšňování zralého rodiče, jenž bude své dítě doprovázet při důležitých životních etapách jako je puberta, maturitní ples či vysokoškolské studium jakožto babička, která dané situace nemůže již zvládnout. *„Hle, ona může absolvovat umělé oplodnění a v podstatě může jít na mateřskou místo toho, aby se rekvalifikovala. A pak v 74 doprovodí své dítě na maturitní ples a bude se těšit na jeho další studijní výsledky“* (poslanec Antonín 2011 SZS).

Další negativně vnímanou skupinou jsou ženy bez partnera, které by dle sponzorů konzervativního rámce neměly podstupovat AR. Jejich rozhodnutí je bagatelizováno ve smyslu neschopnosti zajištění dostatečných finančních prostředků pro budoucí dítě s odkazem na nemožnost vymáhání alimentů ze strany otce. Ženy se tak dle sponzorů rámců budou obracet na stát, který budou finančně využívat z důvodu své neuvážlivosti. *„Milá dámo, není tady žádný vyživovatel a musíš být připravena na to, že to dítě uživiš sama. Nebo jestli stejně tak, jako se stává v řadě jiných případech, zase přijde za státem a řekne: Milý státě, pořídila jsem si sice dítě, ale nemám k němu bohužel žádného tatínka, partnera ani nic podobného, tak chci od tebe, abys to zaplatil“* (poslanec Benda 2017). Odkazováno je rovněž na tradiční model rodiny, který by měl být dodržen a jeho porušení by znamenalo patologické formy společnosti pro budoucí generace. *„Pokud by tento pozměňovací návrh prošel, kdy je možné oplodňovat matky, vlastně matky samostatné bez otce, vlastně single matky, tak si myslím, že toto je úplně popření smyslu rodiny“* (poslanec Hovorka 2017).

Skupina poskytovatelů AR je mluvčími konzervativního rámce konstruována negativně. Nejčastějším zmiňovaným účelem činnosti poskytovatelů je finanční zisk center. Za „byznysové“ prvky je považován vyšší věk ženy, možnost úhrady AR z prostředků veřejného zdravotního pojištění, možnost využití datovaných buněk a anonymní dárcovství. Dle sponzorů rámce A nejednají centra za účelem pomoci neplodným párům, nýbrž pouze pod pohnutkou

finančního zisku, který je zajištěn v důsledku nedostatečné kontroly státu a benevolentní legislativy. Je konstatováno, že zdravotní pojišťovny a MZd jsou si této situace vědomi, avšak z neznámých důvodů tyto skutečnosti neřeší. *„Dosavadní mnoho let trvající snaha o skutečnou nápravu je mařena silnými zájmovými skupinami. Mezi gynekology v České republice je velmi dobře známa skutečnost, že za každou odeslanou pacientku IVF dostanou v soukromém centru slušnou provizi...vyúčtovávají provize odesílajícím lékařům za doporučení léčby na pracovišti pro léčbu neplodnosti. Majitelé center dávají odesílajícímu gynekologovi 3 tisíce za IVF cyklus, a pokud je to s PGD nebo s dárcovstvím vajíček, tak ještě více“* (poslanec Hovorka 2017).

Mluvčí rámce se přes všechna negativní vyjádření vůči určitým aspektům AR vyhrazují proti nařčení odpůrců zákroku umělého oplodnění jako takového, který vnímají přijatelný a žádoucí pro heterosexuální pár, nikoli však pro již výše zmíněné podskupiny (např. ženy zralého či ženy bez partnera). *„Veřejnost byla i mylně informována, že poslanci vystoupili proti umělému oplodnění. Naprosto ne, protože tento návrh, který se týká takzvané regulace anonymního dárcovství, vůbec neřeší a nepopírá možnost využívání umělého oplodnění například u zmíněných párů“* (poslankyně Chalánková 2017).

Mluvčí rámce A své postoje opírají o širokou škálu argumentů. Odkazováno je především na zahraniční zkušenost, která je chápána jako normální a morálně správná i v jiných státech Evropy, např. v Německu, Rakousku či Velké Británii *„Chtěla bych upozornit, že náš návrh není nijak výjimečný, že kopíruje skutečně legislativu z civilizovaných zemí, a proto jsem chtěla poslance a poslankyně požádat, abychom se nad tímto návrhem alespoň zamysleli“* (poslankyně Chalánková 2017). V diskusi citelně chybí tvrdá statistická data. Ta jsou využita pouze pro uvedení počtu darovaných zárodečných buněk a poměru zahraničních pacientů AR v ČR. Při odkazu na snížení věkového limitu není v diskusi zastoupen medicínský hlas, který by poukazoval na možné zdravotní komplikace ať už pro zralou ženu, která se rozhodla podstoupit AR, či pro samotné dítě. Odkazováno je opět na osobní přesvědčení. *„Příliš nesouhlasím s tím, že některé ženy si berou příklad z biblické Sárý, která když měla Izáka, tak jí bylo 80 let, podle Bible. Já si myslím, že tohle je příklad, který hovoří o zázraku“* (senátor Čunek 2011). V diskusích rovněž chybí zastoupení sociologických či psychologických dat upozorňující na možné nevýhody výchovy dítěte single rodičem, případně výchovu dítěte homosexuálním párem. Rétorika konzervativního rámce při zdůvodnění restrikcí, které by měly v oblasti AR nastat, je vysvětlována lidskoprávní agendou, avšak ne všechny zmíněné skupiny jsou vnímány rovnocenně. Odkazováno je především na práva dítěte, která jsou dle mluvčích silnější než práva rodičů. *„Právo na dítě nepatří mezi základní lidská práva, při veškeré citlivosti*

*a nešťastné situaci těch párů, které se nemohou svého dítěte dočkat. To je mi přesně jasné. Naopak dítě, které má právo na své rodiče, to mezi základní lidská práva skutečně patří“* (poslankyně Chalánková 2017). Argumentace rámce se nese v duchu subjektivních a emociálně zabarvených názorů spíše nežli objektivních informací. Sponzoři rámce využívají obraty typu „jsem přesvědčen, osobně se domnívám“ apod.

Symbolem konzervativního rámce vyskytujícím se ve všech promluvách se stává odkaz na tradiční hodnoty a důraz na přirozenost, jakožto hodnotu společnosti, která by měla být chráněna a jež je ohrožována jednotlivými praktikami AR. Stát by měl dle mluvčích rámce A svým zásahem přispět k celospolečenskému „návratu k přírodě“. *„Dámy a pánové, návrh 55 let věku jde proti přírodě. Nicméně kráčí vstříc organizacím, které asistovanou reprodukci provádějí. Proto vás vyzývám, abychom se vrátili zpět k přírodě a abychom se vrátili zpět k právům dítěte na maminku. Děkuji vám za podporu mého pozměňovacího návrhu“* (poslanec Plachý 2011).

## 10.2 Rámec B: Liberální

Druhým identifikovaným rámcem je rámec liberální:

**Tabulka 15:** Základní vymezení liberálního rámce

Prvky policy designu	Popis	
Vnímání cílové populace	<i>Ženy podstupující AR</i>	Pozitivní konstrukce: „Ženy jsou skupina, které bychom měl pomoci.“
	<i>Poskytovatelé AR</i>	Nevyjadřuje se.
Definice problému a cílů politiky	Stát nemůže zasahovat do reprodukce žen. Nepřihlížíme k životní situaci žen.	
Nástroje politiky	Zvýšení maximální věkové hranice pro podstoupení AR Zpřístupnění AR ženám bez partnera	
Přínosy a zátěže	Přínosy plynoucí pro ženy i poskytovatele AR	
Odůvodnění politiky	Ochrana práv rodičů. Demografické trendy.	
Sponzoři rámce	ČSSD (P. Antonín, J. Koskuba, V. Dryml) KDU-ČSL (I. Gabal) ODS (B. Svoboda, B. Šťastný, J. Kubera)	

Zdroj: vlastní zpracování

Liberální rámec je vyznačován podporou benevolentnějších aspektů AR. Jedná se především o prosazení vyššího věku ženám podstupujícím AR a umožnění zákroku ženám bez partnera. Základní myšlenkou tohoto rámce je ponechání svobodné volby jedince namísto státních zásahů a určování hranic v oblasti reprodukční medicíny. *„...stát nemá ani žádné právo diktovat a určovat, v kolika letech tuto věc substituujeme lékařskou pomocí“* (poslanec Šťastný 2011). Ženy jsou vnímány jako svébytné osoby, které jsou schopny samy zhodnotit svou životní

situaci ve smyslu zvládnutí početí potomka, a to jak po stránce fyzické, tak finanční. „*Ale brát právo rozhodnout se o tom, jestli žena bude nebo nebude matkou i po 49. roce, to bych raději místo zákona nechal na té matce. Ony dobře vědí, jaká ta rizika jsou nebo nejsou*“ (senátor Dryml 2011).

Využíváno je opět několik argumentačních strategií. Sponzoři rámce poukazují na těžkou životní situaci žen, které nemohou počít dítě přirozenou cestou. „*Jako lékař se čím dál častěji setkávám s mladými ženami, které mají jenom tu smůlu, že mají nemoc, která jim prostě vzhledem k morálce současné společnosti brání v tom najít si partnera. I tyto dívky jsou single. Tyto dívky jsou schopny porodit dítě...A u těchto žen je mi návrh kolegy Adámka docela lidský, lékařsky i morálně pochopitelný*“ (poslanec Koskuba 2017). Dále se v argumentech velmi často vyskytuje pronatalitní rétorika. Sponzoři rámce upozorňují na nepříznivou demografickou situaci v podobě stárnoucí populace a snižující se úhrnné plodnosti. Zpřístupnění AR je chápáno jako nástroj, který je schopen odvrátit vymírání populace. Individuální reprodukce se tak stává státním zájmem. Stát by měl veškerými dostupnými prostředky rození dětí podporovat, a to i ve formě AR bez omezení zákroku určitým skupinám. „*Je třeba se podívat na demografická data o vývoji plodnosti a porodnosti a na dlouhodobý výhled...Při vysokém průměrném věku narození prvního dítěte to často pro tyto ženy, které nenašly partnera, je jediné východisko jaksi životního optimismu nebo perspektivy. A je třeba to vnímat jako realitu...Chceme, aby ta společnost demograficky směřovala dopředu. Tak nemůžeme blokovat single matky a samostatné ženy, kterým se nepodaří najít partnera*“ (poslanec Gabal 2017). Svým oponentům naopak argumentují, že stát by neměl zasahovat do reprodukčních práv žen a že vyslovování stanovisek co je, či co není proti přírodě není v jejich odborné erudici. „*Oponenti namítají, že je to proti přírodě, že věk byl stanoven příliš vysoký. Jestli to je proti přírodě, to by bylo třeba si vyžádat stanovisko Greenpeace a Děti země, ti nejlépe vědí, co je nebo není proti přírodě*“ (senátor Kubera 2011).

Podobně jako v případě konzervativního rámce debata postrádá odborné podložení jednotlivých argumentů v podobě statistických údajů či názorů odborníků na danou problematiku. Chybí rovněž medicínský pohled na zdravotní komplikace spojené s těhotenstvím ve vyšším věku. Stejně jako v případě konzervativního rámce nejsou jednotlivé argumenty podloženy sociálními a psychologickými výzkumy poukazující na případná pozitiva výchovy dítěte single rodičem.

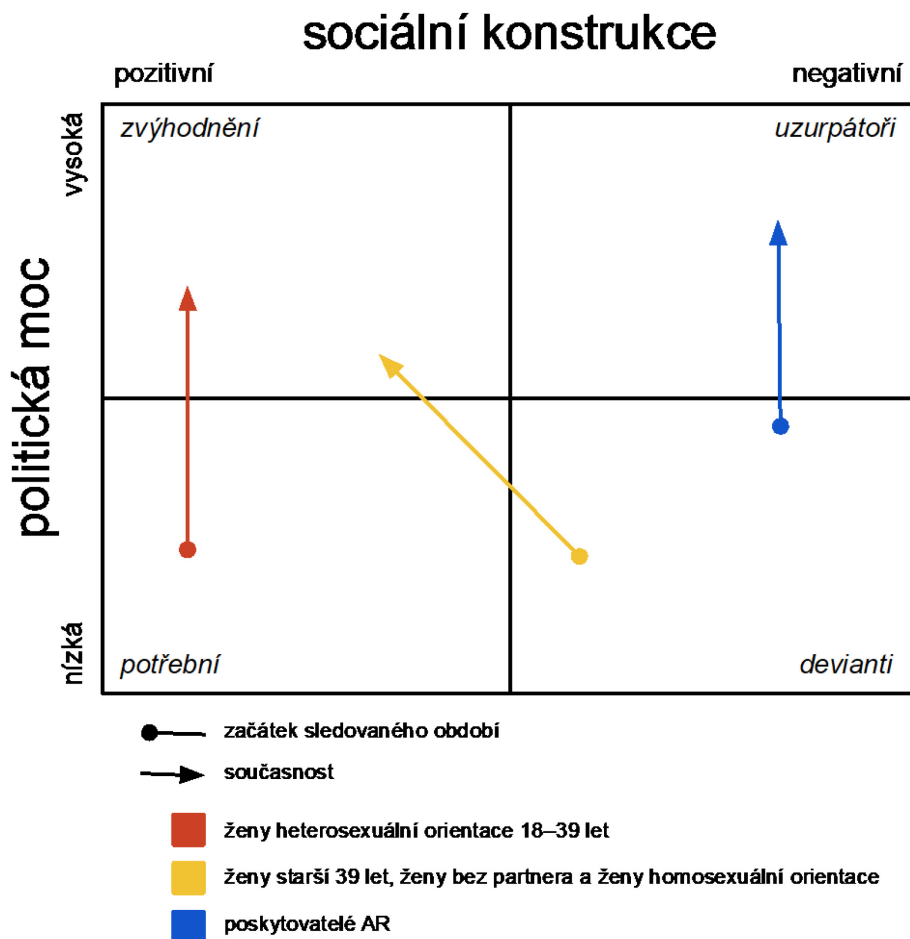
## 11 DISKUZE VÝSLEDKŮ

V následující kapitole zařadím sledované skupiny do typologie cílových populací dle SKCP a definuji navrhované změny policy designu AR dle expertů a v kontextu odborné literatury a ostatních zjištění této diplomové práce.

### 11.1 Zařazení cílových populací do typologie SKCP

Při zařazení sledovaných cílových populací dle typologie SKCP jsem vycházela z jednotlivých prvků policy designu, tedy především sociální konstrukce, politické moci a rozložení benefitů a zátěží ve sledovaném období. Během analýzy vznikly tři odlišné skupiny, a to z toho důvodu, že u žen podstupujících AR byly identifikovány dvě odlišné podskupiny, které se lišily zmiňovanými prvky policy designu. Následující graf zobrazuje pomyslné rozložení všech tří skupin na ose typologie SKCP a jejich vývoj mezi jednotlivými skupinami ve sledovaném období. Podrobné vysvětlení tohoto obrázku bude popsáno dále.

Obrázek 2: Grafické znázornění vývoje typologie sledovaných cílových populací



Zdroj: vlastní zpracování

### *11.1.1 Ženy podstupující asistovanou reprodukci jako potřební, devianti i zvýhodnění*

Zařazení žen podstupujících AR do jedné z typologií cílových populací SKCP považují za komplikované a nemožné z hlediska jednotného určení. Na základě zjištění se domnívám, že tuto skupinu lze rozdělit do dvou odlišných podskupin.

První identifikovanou podskupinou jsou **ženy heterosexuální orientace podstupující AR ve věku 18–39**, které chtějí podstoupit zákrok AR. Tato skupina je oběma analyzovanými rámci vnímána pozitivně. Tvůrci jednotlivých rámců ženám z této skupiny projevují lítost nad jejich nelehkou životní situací–nemožností počít dítě přirozenou cestou. Stát nabízí ženám pomoc v podobě možného hrazení zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění, které však není univerzální a je podmíněno věkovými a početními hranicemi. Skupina žen nedisponuje dostatečnou politickou mocí za prosazení svých zájmů a zlepšení své situace. Tyto charakteristiky korespondují s cílovou **populací potřebných**, pro kterou je typická pozitivní konstrukce a pocit lítosti z řad společnosti a politické garnitury. Tato skupina však nedisponuje dostatečnou politickou mocí na podporu svých zájmů. Existující benefity jsou nedostatečné a často těžce dosažitelné, kdy tvůrci politik nevynakládají prostředky na pomoc této skupině, pokud to není nezbytně nutné (Ingram, Schneider, deLeon 2007: 103).

Druhou identifikovanou podskupinou jsou **ženy starší 39 let, ženy bez partnera a ženy homosexuální orientace**, které chtějí podstoupit zákrok AR. U této skupiny převažují zátěže nad benefity. Omezení spočívá v nastaveném věkovém limitu pro podstoupení zákroku. Nevýhoda spočívá rovněž ve finanční nákladnosti léčby, kdy ženy nemají nárok na úhradu zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V případě žen bez partnera je primární zátěží neexistence zákonné cesty pro podstoupení AR. Politickou moc této skupiny žen nelze na základě zjištěných dat s přesností určit. Nutno však podotknout, že této skupině žen se dostalo veřejné podpory v souvislosti s Koncepcí 2017 v rámci MPSV, která prosazovala možnost podstoupení zákroku ženám bez partnera a navýšení věkových limitů pro úhradu zdravotní pojišťovnou. Pozitivně je tato skupina žen konstruována rovněž v liberálním rámci. V kontextu debat lze podstoupení AR touto skupinou však stále považovat za společensky nepřijatelné. Konzervativní rámec tuto skupinu žen zesměšňuje, považuje ji za nekompetentní k výchově dítěte s odkazem na společenská a medicínská rizika. Na obecné negativní vnímání žen bez partnera a žen homosexuální orientace toužících po dítěti poukazují rovněž další výzkumy (deLacey 1998; Fenton 2006; Banh, Havemann, Phelps 2010).

Tato skupina na základě mých zjištění ze čtyř typologií SKCP nejvíce odpovídá **cílové populaci na pomezí hranice mezi potřebnými a devianty**. Jako devianty tuto skupinu označují

v důsledku negativní konstrukce plynoucí nikoli z důvodu celospolečenského zavinění (jak je u deviantů zvykem), ale v důsledku osobních přesvědčení a hodnot těch, kteří tuto skupinu vnímají negativně. Dalším aspektem je převaha zátěží plynoucích z legislativního nastavení. Skupina však nedisponuje typickými znaky deviantů, které jsou spojovány s kriminální minulostí či dokonce výhrůzkami smrti dané skupině (Pierce et al. 2014: 15). Rovněž není pravdou, že by tato skupina neměla zcela žádné společenské či politické zastoupení, které je příznačné pro populaci deviantů (Schneider, Ingram 1993: 339). Proto jsou tyto ženy konstruovány taktéž pozitivně. Z toho důvodu lze skupinu vnímat částečně jako populaci potřebných, se kterou tvůrci politik soucítí, ale nedostává se jim dostatečné podpory (Ingram, Schneider, deLeon 2007: 103).

U obou identifikovaných podskupin lze pozorovat náznak možné změny sociální konstrukce ve prospěch obou skupin žen. Tato změna je vysvětlitelná dvěma faktory, které obě podskupiny posouvají na pomyslném poli cílových populací směrem k **populaci zvýhodněných**. Prvním a nejvíce významným faktorem je ambivalentní vztah mezi skupinou žen podstupujících AR a poskytovateli AR. Ve sledovaném období existuje očividná snaha o zasazení benefitů a benevolentnější politiky vůči ženám podstupujícím AR ve smyslu rozšíření okruhu pacientů, kteří mohou AR podstoupit, navýšení věkových limitů pro úhradu AR ze zdravotního pojištění, navýšení počtu hrazených cyklů či zachování možnosti využití darovaných vajíček. Tento vývoj však nemusí být primárně způsoben zvyšující se politickou mocí žen, nýbrž poměrně vysokou politickou mocí samotných poskytovatelů, kteří mohou těžit z nastavených benefitů primárně určených pro skupinu žen. Poskytovatele, které můžeme dle SKCP označit za uzurpátory, pomyslně táhnou populaci potřebných či deviantů směrem vzhůru, přičemž sami využívají výhody pro svůj „byznysový“ prospěch (viz kapitola 11.1.2).

Dalším faktorem je zvyšující se podíl emancipace pacientů. Tento trend je označován termínem *pacientské hnutí* (*patient empowerment*), který byl definován jako proces, kdy pacienti získávají větší kontrolu nad jejich zdravím (WHO 1998: 354). Dle tohoto konceptu pacienti rozumějí svým právům v oblasti zdravotnictví a ze strany poskytovatele zdravotního zařízení jsou jim poskytnuty relevantní a komplexní informace vysvětlující medicínský úkon jenž podstupují (WHO 2009b). Dle části dotázaných žen existuje nesoulad mezi požadovanými informacemi ze strany žen (resp. neplodného páru) jakožto pacientek, které se domáhají porozumění a empatii v nepříznivé životní situaci. Uvědomují si, že empatie a podání relevantních informací k provedení zákroku jsou pro zákrok AR nezbytné, avšak tomuto pochopení se jim z řad jednotlivých center nedostává. Je poukazováno na značné rozdíly léčby v přístupu

zdravotního personálu mezi jednotlivými centry (Respondentka\_2,\_3,\_6,\_7,\_9,\_10). „Arogantní chování lékařky a laborantů, pokud pacient nepřistoupil na jejich návrh. Osobní přístup nulový. Hodně klientů, tím pádem dlouhé čekání v čekárně“ (Respondentka\_2). *Patient empowerment* je pozorovatelný z pohledu vzniku platformy „Dvě čárky“, která si klade za cíl podporu těchto žen v oblasti informovanosti AR, které se jim nedostává od poskytovatelů AR.

### **11.1.2 Poskytovatelé asistované reprodukce jako uzurpátoři**

Na základě výsledků zjištění lze poskytovatele AR zařadit mezi **cílovou populaci uzurpátorů**. Své odůvodnění vysvětlím v následujících řádcích.

Skupina uzurpátorů je dle typologie cílových populací teorie SKCP charakterizována negativní sociální konstrukcí a vysokým podílem politické moci (Schneider, Ingram 1993: 335). Analýza rámců v politickém diskurzu ukázala negativní vnímání této skupiny, a to především z pohledu konzervativního rámce, ve kterém jsou centra vnímána jako „ziskuchtivá a neetická“ jednající pouze za účelem zisku bez zvážení zdravotních a sociálních rizik. Toto pojetí koresponduje s obecným popisem uzurpátorů, kteří jsou považováni jako nedůvěryhodná a morálně podezřelá skupinu (Ingram, Schneider, deLeon 2007: 102). Negativní konotace spojované s činností poskytovatelů AR jsou dle Slepíčkové (2015) pro české politické prostředí typické.

Dalším prvkem poukazujícím na odůvodněné zařazení poskytovatelů AR do skupiny uzurpátorů je nečitelnost nastaveného policy designu. Nejasný obraz politiky přinášející výhody pro danou skupinu je pro uzurpátory typický, kdy veřejné uznání zřetelných benefitů pro danou skupinu je pro tvůrce politik příliš riskantní (Ingram, Schneider, deLeon 2014: 112). Z analýzy benefitů a zátěží vyplynulo, že současné nastavení přináší této skupině řadu výhod, které jsou však na první pohled těžko identifikovatelné. Na benevolentní legislativu vůči této skupině poukazují rovněž dotázaní experti. Latenci výhod shledávám z následujícího důvodu: současná legislativa přináší výhody primárně pro neplodné páry a anonymní dárce, ze kterých však recipročně čerpají rovněž poskytovatelé. Ti díky benevolenci pravidel získávají širší paletu možností pro dosažení finančního zisku. Netransparentnost celé politiky je viditelná rovněž v oblasti financování zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Vysoký podíl politické moci lze přisuzovat lobbingu. Klíčovou postavu v politické podpoře sehrává současný premiér Andrej Babiš, který vlastní značnou část tuzemských klinik a částečně rovněž



nyní již bývalý poslanec Boris Šťastný, který je označován za lobbistu<sup>20</sup>. Fenomén lobbingu je rovněž považován za specifický znak uzurpátorů (Ingram, Schneider, deLeon 2007: 102). Dotázaní experti konstatují, že politická podpora činnosti poskytovatelů v ČR sice existuje, avšak sami nedokážou určit, kdo se v českém prostředí za tyto zájmy zasazuje. Nejasné je v tomto případě rovněž institucionální ukotvení AR. Odborné poradenské orgány MZd dlouhodobě upozorňují na nutnost provedení specifických kroků v oblasti omezení současně nastavených podmínek. Jedná se především o oblast dárcovství zárodečných buněk, které jsou využívány pro účely AR a o oblast nutného uzákonění náhradního mateřství. O těchto opatřeních je však pouze diskutováno a nedochází k implementaci či alespoň snaze o realizaci těchto kroků (viz kapitola 7.2.2)

Leitmotivem celé diskuse nad danou skupinou se stává „byznysový“ prvek spojený s komerční zdravotní sférou. Weible et al. poukazují na přeměnu skupiny orientující se na zisk (pozn. označováno názvem *business*), která byla v roce 1984 celospolečensky vnímána jako skupina deviantů. Postupem času se tato skupina v důsledků lobbingu, ekonomických zisků a benevolentních pravidel začala na pomyslné ose typologie cílových populací přesouvat právě do skupiny uzurpátorů, ve které dodnes figuruje (Weible, Siddiki, Pierce 2011: 507). Nutno však podotknout, že poskytovatelé AR, případně obecně komerční poskytovatelé zdravotních služeb, nebyli v dosavadních výzkumech využívající teorii SKCP nikdy identifikováni jako skupina uzurpátorů (Pierce et al. 2014: 16). Téma komercializace zdravotních služeb tudíž považují za hodné dalšího výzkumu.

## **11.2 Návrh změny policy designu dle expertů v kontextu odborné literatury**

V otázce změny současného policy designu AR v ČR nejsou dotázaní experti jednotní. Domnívám se, že výsledky této diplomové práce ukázaly, že téma AR nejen v českém prostředí je velmi komplexním problémem, jehož implikace přesahuje medicínské hledisko směrem k otázkám právním, etickým a v neposlední řadě společenským. Návrhy změn nelze binárně členit na ty „dobré a špatné“. V následující kapitole uvedu všechny možné kroky, které by měly

---

<sup>20</sup> Navrhovatel benevolentnější legislativy AR, Boris Šťastný, v roce 2020 před senátními a krajskými volbami například daroval hnutí ANO 100 tisíc korun (Novinky.cz 2020).

být dle dotázaných expertů<sup>21</sup> do politiky AR implementovány. Výpověďmi expertů rezonuje snaha o větší individualizaci léčebného procesu a zohlednění životní situace daných párů případně samotných žen. Celkem byly identifikovány tři základní okruhy možných změn, které zobrazuje následující tabulka:

**Tabulka 16:** Navrhované změny policy designu AR

Oblast změny policy designu	Konkrétní návrh	Expert, který změnu navrhuje
Změna úhrady AR z prostředků veřejného zdravotního pojištění	Zvýšení věkové hranice pro úhradu zákroku	Expertka_1, 2_3
	Navýšení počtu hrazených cyklů	Expertka_2
	Hrazení metody ISCI	Expertka_1, 2
	Ukončení hrazení AR z veřejného zdravotního pojištění	Expertka_5
Rozšíření přístupu AR širší skupině pacientů	Zpřístupnění AR ženám bez partnera	Expertka_2
	Zpřístupnění AR ženám homosexuální orientace	Expertka_2
Omezení činnosti poskytovatelů AR	Omezení dárcovských buněk	Expertka_3
	Stanovení maximální výše účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů souvisejících s darováním vajíček	Expertka_3, 5
	Regulace nabízených metod	Expertka_1, 5

Zdroj: vlastní zpracování

### 11.2.1 Změna úhrady zákroku z veřejného zdravotního pojištění

Prvním okruhem návrhů je změna v oblasti financování zákroku z veřejného zdravotního pojištění. Navrhováno je zvýšení věkové hranice alespoň o jeden rok, tedy na 40 let (Expertka\_1, 2, 3). Paralelně by dle expertů mohl vzniknout nový systém úhrad s nárokem na další hrazené cykly po narození prvního dítěte metodou AR (Expertka\_2, 3). Upozorňováno je taktéž na nutno reformu v oblasti způsobu úhrad z nemocenského pojištění muže a to v případě, pokud příčina neplodnosti není na straně ženy (Expertka\_1, 2.). *Žena je omezena počtem cyklů bez závislosti na tom, zda je problém u ní. Tedy, i pokud je hlavním faktorem „male factor“ a žena je v pořádku, stejně je to účtováno jí“* (Expertka\_1). Dalším navrhovaným bodem týkajícím se úhrad zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění je rozšíření balíčku metod, jež budou hrazeny a to především na metodu ISCI, kdy v současné době je hrazena pouze metoda IVF (Expertka\_1, 2). *„Druhá věc je, že si pacienti hradí málo to ICSI. Je to*

<sup>21</sup> Pro tuto kapitolu budou využity odpovědi všech expertů kromě experta\_4, jehož výpovědi sloužily pouze pro objasnění financování zákroku v rámci veřejného zdravotního pojištění. Tento expert nebyl podroben otázkám pro možné návrhy změn policy designu.

*metody, kterou využívá 75 % - 85 % párů, které vstupují do toho procesu. Tam by to chtělo určitě formu podívat se na to v praxi, jak to tedy je...“ (Expertka\_2). „Možná zvážit úhradu oplodňovací metody ICSI, která se používá velmi často. Nebo celkově více tyto věci individualizovat. Tam, kde je jasné, že to bez toho nepůjde“ (Expertka\_1). Těmto návrhům oponuje expertka\_5, která navrhuje výrazné omezení či úplné zrušení úhrady zákroku AR z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Svůj postoj odůvodňuje dvěma faktory. Prvním důvodem je obecné pohlížení na neplodnost, jež expertka nepovažuje za nemoc, jejíž léčba v podobě AR by měla být financována ze státních rezerv. Dalším důvodem je existence jiných metod, které by mohly naplnit rodičovské potřeby párů potýkajících se s problémy s početím. „Úplně se neztotožňuji s tím, že neplodnost, nemožnost počít je nemoc, v mém pojetí. Já jsem přesvědčená, že pokud chce někdo uspokojit tu touhu po dítěti, tak ty možnosti jsou i jiné např. adopce, děti, které nemají rodinné zázemí, a my vytváříme další potomky“ (Expertka\_5).*

Financování AR z prostředků veřejného zdravotního pojištění je obecně spojováno s otázkou, zdali se jedná o privilegium či právo (Kawwas, Penzias, Adashi 2020). V odborné literatuře je poukazováno na několik faktorů, jež by při úvahách financování AR z prostředků veřejného zdravotního pojištění měly být zváženy. Prvním ukazatelem je procentní úspěšnost otěhotnění. Šance na otěhotnění u žen podstupujících IVF v ČR byla již diskutována (viz kapitola 6.1). Zahraniční data ukazují, že procentní šance na úspěch otěhotnění se pohybují na hranici 3–4 % (ESHRE 2019, Aflatoonian et al. 2011). Jako neoptimálnější věk pro početí zdravého dítěte bez větších zdravotních rizik pro ženy dítě je považováno věkové rozmezí 18–30 let. Jako pomyslná hranice pro obtížné početí je považován 40. rok života ženy. Je uváděno, že po 40. roku života už musí být pro oplodnění metodami AR ve valné většině případu využita darovaná vajíčka (Živný 2007). Dle některých autorů může mít nižší úspěšnost léčby negativní dopad na státní rozpočet. (Maheshwari, et al. 2010). Další autoři však poukazují na to, že možné vyšší finanční náklady státu by neměly být překážkou pro pomoc neplodným párům měly by být odstraněny (Nachtigall et al. 2012, Schmidt 2007). Veřejné financování IVF je považováno za důležitý krok směrem ke zrovnoprávnění podmínek jednotlivých společenských skupin z pohledu zpřístupnění řešení léčby objektivní neplodnosti nízkopříjmovým rodinám a menšinovým populacím, jež by si úhradu poměrně finančně nákladného zákroku jakožto samoplátci nemohli dovolit (Hornstein 2018, Niederberg et al. 2018). Změna politiky a zpřístupnění bezplatného zákroku širšímu okruhu žen může mít rovněž pozitivní vliv na podporu v oblasti jejich vzdělávání a snižování gender pay gapu mezi muži a ženami na trhu práce v důsledku možného kariérního rozvoje (Abramowitz 2014; Gershoni, Low 2021).

Hrazení AR v rámci veřejného zdravotního pojištění je nejen v Evropě běžnou praxí. V otázce počtu hrazených cyklů lze legislativní nastavení ČR považovat za obdobné s ostatními evropskými státy.<sup>22</sup> Každá země se liší počtem hrazených cyklů a maximální možnou věkovou hranicí ženy či muže. Stanovená maximální věková hranice je v ČR oproti ostatním evropským státům poměrně striktní.<sup>23</sup> Ve sledovaném období je za nejvýraznější posun podpory pozorován současná doposud neprojednaná novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která by přinesla další hrazený rok navíc.

### **11.2.2 Zpřístupnění zákroku širšímu okruhu žen**

Další oblastí je **zpřístupnění AR ženám bez partnera a rovněž ženám homosexuální orientace**, na kterou poukazuje expertka\_2. Zpřístupnění je dáváno do souvislosti s objektivním problémem neplodnosti. *„Pokud ČR řekne, že fandí každému narozenému dítěti, tak by se mělo řešit, jak zpřístupnit tuhle věc...pokud žena, která má objektivně problém s plodností, který je zdravotní, tak mi přijde nespravedlivé, že by se nemohla domoci léčby a že její partnerský status by měl být na překážku léčbě“* (Expertka\_2). S tímto krokem nesouhlasí zbytek dotázaných expertů. Obě uvedené skupiny odkazují na nutný společenský konsensus, který by měl zpřístupnění AR single osobám předcházet, avšak v obou podáních je chápán odlišně. Zatímco expertka\_2 poukazuje na částečnou podporu ve společnosti, ostatní oslovení experti se domnívají, že společenské hodnoty jsou postaveny na právu znát své rodiče a stát by v tomto případě neměl upírat dítěti tuto možnost (Expertka\_1, 3, 5). *„Myslím, že by neměla být dětem automaticky upírána možnost mít otce, ačkoli věřím, že téměř vše a kvalitně single ženy zajistit mohou“* (Expertka\_1).

Mezi nejčastější explicitně vyjádřené argumenty pro omezení AR této skupině jsou uváděny potřeby dítěte. Argumentací zní, že pouze jeden rodič nemůže naplnit základní potřeby nukleární rodiny, kde dítě vychová muž a žena (deLacey 1998: 33). DeLacey (ibid.: 35) tento postup považuje za diskriminační, jelikož výhoda výchovy dítěte nukleární rodinou oproti single rodičovství je zahalena lékařskými nejasnostmi, nepravdivými argumenty

---

<sup>22</sup> V evropském kontextu je úhrada 3–4 cyklů v porovnání s ostatními státy poměrně běžný. 3–4 cykly hradí například rovněž Německo, Polsko či Nizozemí. Pouze 2 cykly hradí například Litva. Mezi země, které hradí cykly neomezeně řadíme například Norsko, (ESHRE 2021).

<sup>23</sup> Nižší věkovou hranici v EU má pouze Litva (38 let), stejnou věkovou hranici disponuje například Německo, avšak ve většině ostatních států je hranice stanovena nad 40 let (např. Belgie 43, Chorvatsko 42, Francie 43, Maďarsko 45, Polsko 40, Itálie 46 let (ESHRE 2021).

a nepodloženými důkazy. Veřejná odbornost upozorňuje na nesoulad v rámci nastavování jednotlivých hranic reprodukční medicíny, kdy diskuse nad tímto tématem nejsou vedeny racionálně podloženými závěry, ale spíše ochranou společenských hodnot a ideálem nukleární rodiny pro výchovu dítěte (deLacey 1998; Sandelowski 1990; Fenton 2006; Bahn, Havemann, Phelps 2010). V evropských státech je umožnění ženám bez partnera běžnou praxí a z pohledu ostatních států tak lze českou praxi považovat za poměrně restriktivní.<sup>24</sup> Tato metoda je u českých žen homosexuální orientace z pohledu variant, jak mít dítě velmi populární a využívaná.<sup>25</sup> Snaha o zpřístupnění AR daným podskupinám žen byla ve sledovatelném období pozorovatelná jednou, a to v rámci navrhovaného pozměňovacího návrhu novely zákona o specifických zdravotních službách v roce 2017, který však byl zamítnut. Zpřístupnění tohoto návrhu nelze posuzovat na základě tvrdých dat, jež by jednoznačně prokazovala negativní vliv na výchovu dítěte jedním rodičem nebo ženským homosexuálním párem. Spíše by měl být zohledněn kontext celospolečenského nastavení, který však v současné době dle dotázaných expertů na daný návrh není připraven (Expertka\_3,\_5). „Pokud jsou země, které kladou důraz na to, že dítě má právo být počato do rodiny a znát své rodiče, tak to by mělo být v našem pojetí zachováno, aby to byl pár“ (Expertka\_5).

### **11.2.3 Omezení činnosti poskytovatelů asistované reprodukce**

Posledním navrhovaným okruhem změn je omezení stávající činnosti poskytovatelů AR, a to v několika oblastech. Prvním z nich je **omezení dárcovských buněk**, tedy tzv. *third-party reproduction*, využívající se pro účely umělého oplodnění, a to pouze pro případy, které jsou objektivně definovány jako nemoc (Expertka\_3). Součástí tohoto návrhu je zpřísnění podmínek pro dárce těchto buněk, a to stanovením maximální hranice účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených nákladů (Expertka\_3,\_5) a snížením maximální věkové hranice pro dárce (Expertka\_3). Experti uvádějí, že možné využití darovaných buněk nenaplňuje základní předpoklady AR, tedy pomoc neplodným párům, podporuje „byznysově“ chování poskytovatelů AR, nastoluje složité etické otázky určování rodičovství a v neposlední řadě

---

<sup>24</sup> AR ženám bez partnera je umožněna ve 12 státech EU a ženským párům homosexuální orientace je AR umožněno ve 13 státech EU. Umožnění AR pouze pro heterosexuální páry je stejně jako v ČR například v Lotyšsku, Polsku, Francii, Itálii či Slovensku. (ESHRE 2021).

<sup>25</sup> U českých žen homosexuální orientace se v posledních letech vyskytuje trend tzv. sdílené lesbické mateřství (*shared lesbian motherhood*), což znamená, že vajíčko jedné ženy z páru je oplodněno za pomoci IVF a následně je toto oplodněné embryo zavedeno do dělohy druhé ženy. Tento trend lze dle odborníků mezi lesbickými páry očekávat i do budoucna (Turcan et al.2020: 8, Bodri et al. 2018).

způsobuje možné zdravotní komplikace dárkyním vajíček. „Měly by se hradit opravdu jen vynaložené náklady...Pro mě dárčovství je trošku někde jinde než to, že mi nahradí něco, co mi bylo nepříjemného nebo jsem někde čekala...Takže já bych výrazně snížila potřebu darovaných vajíček tím, že bych omezila věk, a to ten stát může udělat, že to omezí jen na osoby, které mají trvalé bydliště v tom státě, to udělat může no a pak by toho bylo potřeba hodně málo.“ (Expertka\_3).

Data ukazují, že v ČR možnost darovaných buněk není využívána českými páry, nýbrž převážně cizinkami. Zatímco dárkyněmi jsou ve většině případů ženy s trvalým pobytem v ČR (99 % dárkyň), příjemkyněmi darovaných vajíček jsou v drtivé většině cizinky (v letech 2010–2017 v průměru 86 % příjemkyň). Dle posledních statistik za rok 2017 podstoupilo cyklus přijetí vajíčka 828 českých žen a 5229 žen ze zahraničí, poměr cizinek tak tvořil 86,3 % z celkového OoR cyklu (ÚZIS 2019: 27). Silné zastoupení cizinek lze vysvětlit legislativou okolních států, která darovaná vajíčka pro účely AR zakazuje. Zahraniční klientelu v ČR však tvoří pouze Evropanky, ale rovněž Američanky (Wilson 2016, Speier 2015). V souvislosti s rostoucí zahraniční klientelou je hovořeno o tzv. **reprodukčním turismu**, označovaném rovněž jako *medical tourism* nebo *fertility tourism* (Pennings 2002, Pennings 2004, Bayefsky 2016). Jedná se o situaci, kdy jednotlivci či pár cestuje napříč zeměmi se záměrem získání lékařské pomoci v podobě AR, případně v rámci dárčovství embrya či vajíček (Inhorn, Patrizio 2009: 904). Tento trend je spatřován zhruba od přelomu tisíciletí, kdy došlo v několika západoevropských zemích k poměrně silným restrikcím v rámci reprodukční medicíny. Například Německo, Velká Británie či Itálie přijaly přísné právní předpisy zakazující dárčovství a využívání darovaných zárodečných buněk pro účely AR. Tyto restrikce způsobily reprodukční cestování v masivním měřítku do zemí jako je Španělsko, či do zemí bývalého východního bloku, a tedy i do ČR (ibid.: 905). ČR začala být vyhledávanou destinací i z důvodu špičkové kvality nabízených služeb a benevolentní legislativy. Praha byla dokonce v minulosti označena za světové město reprodukce (Shenfield et al. 2010).

Dalším pozorovatelným trendem, na který je v rámci debat o nutném omezení činnosti poskytovatelů AR poukazováno, je **komercializace zdravotních služeb**<sup>26</sup> (Lupton 1997), jejíž

---

<sup>26</sup> Tento fenomén nemá jednotné pojmenování a může být vnímán z různých dimenzí. Pro komercializaci zdravotních služeb jsou využívány rovněž termíny proletarizace (pozice lékařů v kapitalistickém světě), deprofesionalizace medicíny (pacienti se stávají konzumenty zdravotní péče) či korporatizace (lékaři mají stále menší podíl profesionalit (Lupton 1997, Pescosolido, Tuch a Martin 2001).

trend je v oblasti reprodukční medicíny vnímán jako jeden z nejvíce viditelných a rostoucích (Schurr 2018; Lindheim, Christianson, Sanfilippo 2021). Nárůst reprodukční medicíny je pozorovatelný přibližně od roku 2005. Do této doby převažovala centra veřejná, která byla součástí nemocničních gynekologických klinik věnující nejen samotné léčbě neplodnosti, ale rovněž širšímu klinickému výzkumu a rozvoji oboru reprodukční medicíny. Po celosvětovém úspěchu metod AR začala centra od zmiňovaného roku přecházet do soukromé sféry za pomoci finančních investorů (Machač, Mardešič 2019). Lékařské služby se tak staly komoditou na trhu, která podléhá konkurenci, nabídce a poptávce (Logan et al. in Lupton 1997: 373). Převaha soukromých center je patrná rovněž v českém prostředí (ÚZIS 2019). Jak upozorňuje expertka, nemusí komercializace nutně znamenat ohrožení kvality nabízených metod AR. „*Efektivně léčit a dělat byznys se nevyklučuje*“ (Expertka\_2). Tato situace je vnímána jako problematická tehdy, pokud dochází ke komercializaci samotného lidského těla, porušování etických a morálních zásad společnosti a ohrožování zdraví pacientek (Pennings 2009).

Nezdravé tržní prostředí je pozorovatelné rovněž u nás, a to z několika důvodů. Prvním je již zmiňovaná velmi benevolentní legislativa v oblasti tzv. *third party reproduction*. První snaha o omezení dané oblasti byla v českém prostředí zaznamenána v roce 2011 v rámci pozměňovacího návrhu zákona o specifických zdravotních službách. V následujících letech bylo o omezení debatováno jak na půdě Poslanecké sněmovny při projednávání dalších pozměňovacích návrhů, tak i v rámci stanovisek odborných komisí při MZd. Jeden z konkrétních podnětů Etické komise MZd navrhoval zákaz využívání darovaných gamet pro ženy starší 40 let. Dle dostupných údajů by v důsledku tohoto opatření došlo k razantnímu snížení počtu daných žen, a to z důvodu průměrného věku žen využívajících tuto metodu, který ve sledovaném období neklesl pod hranici 41 let (ÚZIS 2019). Další navrhované změny, včetně vytvoření registru dárců a zastropování hranic účelně vynaložených nákladů za vajíčka žen, nebyly přes veškerá doporučení za 10 let sledovaného období realizovány do platného opatření. ČR je jednou z mála zemí, která jakkoli nereguluje dárcovství vajíček. V evropské kontextu je

---

běžné alespoň částečné omezení maximálního možného počtu darovaných vajíček, případně úplný zákaz využívání darovaných vajíček pro účely AR (ESHRE 2021).<sup>27</sup>

Na nutnou regulaci v oblasti činnosti poskytovatelů je upozorňováno rovněž v souvislosti s nabízenými metodami. První bod možné změny by se měl týkat změny přístupu jednotlivých center, která dle expertek nedostatečně řeší příčiny mužské neplodnosti a ihned přistupují k metodě IVF, která však pro řadu párů není nezbytná (Expertka\_2, \_5). „*Kliniky tlačí páry k něčemu, o čem se taky často vypráví, kdy tu jejich situaci vyličí často jako beznadějnou a tlačí je do věcí, které by podstupovat nemusely, nebo když mají tendenci léčit páry, které se vyléčí nakonec samy, jen to chce čas třeba někdy a zásadní problém nemají*“ (Expertka\_2). „*Mnohdy to není způsobené ani nemocí, ale stačilo by jen něco málo z medicíny na straně toho muže, což by bylo prokazatelně i levnější, ale není motivace na straně těch poskytovatelů, protože tím by přišli o ten pár*“ (Expertka\_5). Téma, kolik provést inseminačních cyklů u neplodných párů před přistoupením k IVF, je v politice AR zásadní otázkou (Duffy, Farquhar 2020).

Dalším bodem je nabízení **nadstandardních metod**, jež by potenciálně měly zvýšit šanci na úspěšnost celého zákroku. „*Spousta těchto metod není ověřená, že za to pacientky hradí strašná peníze, a přitom to žádnou šanci nezvýší... Diskuse je o tom, že tyhle marketingové metody do toho nepatří*“ (Expertka\_3). Expertka\_1 tuto skutečnost dokládá reálnou zkušeností žen, jimž v českém prostředí byly nabídnuty neověřené léčebné postupy. „*Problematika se může odrážet třeba u nabízení darovaných vajíček, embryoglu (které se studiemi neprokázalo jako účinné, ale většina lidí ho pro jistotu zaplatí) nebo genetiky embryí bez indikace*“ (Expertka\_1). Odborníci tento jev opět vysvětlují nezdravou komercializací, kdy se lékař dostává do kontroverzní situace. Balancuje na pomezí mezi zdravotním zájmem pacienta a finančním zájmem instituce, pro kterou pracuje. Vzniká tak poměrně paradoxní situace, kdy požadavky pacientů předpokládají altruistické jednání a profesionalitu vykonávaných služeb od lékařů, kteří sledují tržní principy (Lupton 2003, Pennings 2009). Machač a Mardešič (2019: 246) rovněž upozorňují na zvyšující se podíl nově nabízených nadstandardních metod slibující zvýšení úspěšnosti léčebného procesu, které však nejsou založeny na validních a medicínsky podložených výsledcích. Pacientům jsou tak za nemalé finančně vynaložené náklady slibovány

---

<sup>27</sup> Další zemí, ve které neexistuje jakákoli regulace third party reproduction, je Belgie a Chorvatsko. Ve většině ostatních zemích, jako je Rakousko, Polsko, Slovensko, Francii, Estonsko, Španělsko, Litva, Řecko a další, existuje alespoň částečná regulace. Úplný zákaz platí například v Německu, Nizozemí, Norsku či Švýcarsku (ESHRE 2021).



výsledky, jež nemohou být zaručeny. Tento trend je dle autorů pozorovatelný ve všech vyspělých státech Evropy, Ameriky a Austrálie. Ne všechny státy však disponují účinnými mechanismy, které by chránily pacienty před možnými zdravotními a rovněž finančními riziky spojenými s využíváním nadstandardních metod. Na komerční chování s neosobním přístupem upozornilo rovněž část oslovených žen (Respondentka\_1,\_2,\_3). *„Zázemí bylo hrozné, v čekárně spousta lidí a občas nebylo ani kam se usadit. Plno cizinců, kteří měli vždy přednost...Lékař říká všem ženám to stejné. Vše řeší pouze koordinátorky, s lékařem není možný žádný kontakt, ani telefonicky, kromě úvodní konzultace“* (Respondentka\_3).

## 12 ZÁVĚR

V rámci této diplomové práce byly stanoveny tři výzkumné cíle: 1) identifikovat prvky policy designu AR v ČR, 2) identifikovat rámování politiky ve vztahu k cílovým skupinám v politickém diskurzu, 3) zařadit sledované cílové skupiny dle modelu teorie SKCP. Sledovanými cílovými skupinami byly ženy podstupující AR a poskytovatelé AR.

První cíl přinesl odpověď na tři výzkumné otázky zaměřující se na legislativu, identifikaci benefitů a zátěží, politickou moc a návrhy možných legislativních změn. Za stěžejní zákon určující současnou podobu AR v ČR lze považovat zákon o specifických zdravotních službách (373/2011 Sb.). Důležitou legislativou je rovněž zákon o veřejném zdravotní pojištění, jenž stanovuje podmínky úhrady zákroku AR z veřejného zdravotního pojištění (48/1997 Sb.). Tyto zákony a další identifikovaná legislativa přináší oběma sledovaným skupinám řadu benefitů i zátěží. Za benefitující prvek pro ženy podstupující AR v ČR je považována především možnost úhrady zákroku z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dále skutečnost, že neplodný pár nemusí být sezdán a může využít dárcovské buňky. Ač je česká legislativa AR považována za poměrně benevolentní, existuje zde rovněž řada restrikcí. Ty jsou chápány především ve věkovém limitu pro podstoupení zákroku AR, jeho úhrady z veřejných zdrojů a omezeném počtu cyklů hrazených ze zdravotního pojištění. Jako zátěž je taktéž považováno neumožnění zákroku AR ženám bez partnera a ženám homosexuální orientace. Benefity a zátěže pro poskytovatele AR částečně korespondují s těmi již výše uvedenými, kdy poskytovatelé AR disponují poměrně širokou paletou možných metod, které rozšiřují nabídku o placené služby. Jedná se primárně o možnost využití darovaných zárodečných buněk a anonymní dárcovství. Výraznější zátěže, kromě běžných administrativních činností, nebyly pro poskytovatele AR identifikovány. České prostředí je tak chápáno jako motivující k provozu této činnosti. Dalším sledovaným aspektem byla politická moc obou skupin při ovlivňování podoby policy designu AR v ČR. Kapacitu žen podstupujících AR za účelem možné změny politiky nelze považovat za výraznou. Poskytovatelé AR na rozdíl od žen disponují poměrně vysokým podílem politické moci, který je způsoben lobbingem politických aktérů za benevolentní pravidla AR. Poslední výzkumná otázka prvního cíle se zaměřovala na identifikaci změny policy designu AR, na jejíž podobě neexistuje u dotázaných expertů jednoznačná shoda. Navrženy byly tři oblasti změn týkajících se úpravy úhrady AR z prostředků veřejného zdravotního pojištění, zpřístupnění AR širšímu okruhu žen a omezení činnosti poskytovatelů AR.

Druhý výzkumný cíl se zaměřoval na identifikaci rámování politiky AR, a to opět k oběma sledovaným skupinám. V důsledku rozličného konstruování skupiny žen v politickém diskurzu došlo k vytvoření tří odlišných podskupin: a) ženy heterosexuální orientace podstupující AR ve věku 18–39, b) ženy bez partnera a ženy homosexuální orientace podstupující AR ve věku starším 39 let, c) poskytovatelé AR. AR představuje dlouhodobě kontroverzní téma, u kterého lze předpokládat silnou polarizaci názorových proudů. Analýza politického diskurzu AR v ČR v období 2011–2021 toho byla příkladem. První rámec A (konzervativní) se vyznačuje prosazováním restriktivnější legislativy směrem k poskytovatelům AR a druhé skupině žen<sup>28</sup>. Nejvýraznějším narativem tohoto rámce je nutné zamezení finanční ziskuchtivosti center AR a ochrana společenských a tradičních hodnot, kdy podstoupení zákroku druhou skupinou žen je považováno za nepřijatelné a nepřirozené. Opoziční rámec B (liberální) naopak prosazuje benevolentnější pravidla směrem k ženám podstupujícím AR, a to v otázce věkových limitů a zpřístupnění AR širšímu okruhu žen. Hlavní argumentační linie tohoto rámce se nese v duchu potřebné podpory narození každého dítěte z důvodu nepříznivého demografického trendu. Druhá skupina žen by dle mluvčích rámce B neměla být v důsledku svého věku či orientace diskriminována, ale naopak podporována. Z navrhovaných změn tohoto rámce mohou čerpat výhody rovněž poskytovatelé AR, které však mluvčí rámce B explicitně nezmiňují.

Posledním cílem práce bylo zařadit sledované cílové skupiny do typologie cílových populací teorie SKCP. Na základě identifikovaných prvků policy designu AR v ČR a na základě politického diskurzu lze první skupinu žen zařadit na pomezí potřebných a zvýhodněných. Naopak druhou skupinu žen lze identifikovat na rozhraní deviantů a potřebných. Obě tyto skupiny jsou posouvány na pomyslném poli cílových populací směrem vzhůru ke skupině potřebných, a to v důsledku vysokého podílu politické moci poskytovatelů AR, které lze označit za uzurpátory.

Téma AR představuje komplexní a poměrně neprobádanou problematiku, kterou považuji za vhodný předmět dalšího výzkumu. Díky teorii SKCP mi bylo umožněno pochopit souvislost mezi obsahem zdravotní politiky AR v ČR (policy design) a jejím dopadem na ženy podstupující AR a poskytovatele AR (cílové populace). Zajímavé by mohlo být podrobněji prozkoumat „businessové“ aspekty léčby neplodnosti a jejich vliv na zdraví žen podstupujících AR, budoucího dítěte a dárce zárodečných buněk. Dále by bylo rovněž zajímavé důkladně

---

<sup>28</sup> Ženy bez partnera a ženy homosexuální orientace podstupující zákrok AR ve věku 39 let a více.

identifikovat související podíl politické moci poskytovatelů AR na ovlivňování platné legislativy AR v ČR, a to například v porovnání se zahraničím.

## ZDROJE

### I. LITERATURA

ABRAMOWITZ, Joelle. Turning back the ticking clock: the effect of increased affordability of assisted reproductive technology on women's marriage timing. *Journal of Population Economics*, 2014, 27.2: 603-633.

Adam. *Analýza regulace přístupu osamělých a homosexuálních osob k asistované reprodukci* (online). 2016. cit. 27. 4. 2021). Dostupné z: <http://adamcr.cz/stanoviska/>

Adam. *Analýza regulace věkových limitů přístupu k asistované reprodukci a regulace tzv. náhradního mateřství* (online). 2015. cit. 27. 4. 2021). Dostupné z: <http://adamcr.cz/stanoviska/>

AFLATOONIAN, Abbas, et al. Outcome of assisted reproductive technology in women aged 40 years and older. *Iranian journal of reproductive medicine*, 2011, 9.4: 281.

BANH, David; HAVEMANN, Dara L.; PHELPS, John Y. Reproduction beyond menopause: how old is too old for assisted reproductive technology?. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 2010, 27.7: 365-370.

BARDACH, Eugene. *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving / Eugene Bardach*. 2012. ISBN 9781608718429.

BAYEFSKY, Michelle J. Comparative preimplantation genetic diagnosis policy in Europe and the USA and its implications for reproductive tourism. *Reproductive biomedicine & society online*, 2016, 3: 41-47.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. 1999.

BERGMANN, Sven. Reproductive agency and projects: Germans searching for egg donation in Spain and the Czech Republic. *Reproductive BioMedicine Online*, 2011, 23.5: 600-608.

BHATTACHARYA, Siladitya. Effective use of assisted reproduction. *Human Fertility*, 2003, 6.sup2: S60-S62

BODRI, D., et al. Shared motherhood IVF: high delivery rates in a large study of treatments for lesbian couples using partner-donated eggs. *Reproductive biomedicine online*, 2018, 36.2: 130-136.

BOGNER, Alexander; LITTIG, Beate; MENZ, Wolfgang (ed.). *Interviewing experts*. Springer, 2009

BRYLD, Mette. The infertility clinic and the birth of the lesbian: The political debate on assisted reproduction in Denmark. *European Journal of women's studies*, 2001, 8.3: 299-312.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar; SOVOVÁ, Olga. Náhradní mateřství v právní praxi. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2015, 5.2: 13-24.

CVVM. *Sňatek– podmínka pro umělé oplodnění?* (online). 2014. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: [https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a1254/f9/100357s\\_OV40602.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a1254/f9/100357s_OV40602.pdf)

Česká televize. *Duši neprodám* (online). 2016. (cit. 3.2. 2021). Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10656265220-dusi-neprodam/>

ČPZP. *Muži a neplodnost* (online). nedatováno. (cit. 1. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/1445-0-muzi-a-neplodnost.html>

ČSÚ. *Obyvatelstvo – roční časové řady* (online). 2021. (cit. 6. 2. 2021). Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_hu](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu)

- DELACEY, Sheryf. Assisted reproduction: who qualifies?. *Collegian*, 1998, 5.4: 28-36
- DRAKOPOULOS, P., et al. IVF in women of 43 years and older: a 20 years' experience. *Reproductive BioMedicine Online*, 2020.
- DUFFY, James MN; FARQUHAR, Cindy. TOP TEN RESEARCH PRIORITIES FOR MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION. *Fertility and Sterility*, 2020, 114.3: e166.
- ENTMAN, Robert M. Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of communication*, 1993, 43.4: 51-58.
- ESHRE. *Country map* (online). 2021. (cit. 20. 3. 2021). Dostupné z: <https://cm.eshre.eu/cmCountryMap/home/index/2020>
- ESHRE. *European pregnancy rates from IVF to ISCI appear to have reached a peak* (online). 2019. (cit. 26. 4. 2021). Dostupné z: <https://www.eshre.eu/Annual-Meeting/Vienna-2019/Media/2019-Press-releases/EIM>
- ESHRE. Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction. *Human reproduction*, 2010, 25.3: 578-583.
- FENTON, Rachel Anne. Catholic doctrine versus women's rights: The new Italian law on assisted reproduction. *Medical Law Review*, 2006, 14.1: 73-107.
- FRANKLIN, Sarah. *Deconstructing 'desperateness': The social construction of infertility in popular representations of new reproductive technologies*. In: *The new reproductive technologies*. Palgrave Macmillan, London, 1990. p. 200-229.
- FutureLife. *Společnost FutureLife* (online). 2021. (cit. 21. 3. 2021). Dostupné z: <https://www.futurelife.cz/cz/futurelife/>
- GALTON, David J. Ethics or legislation for the regulation of assisted reproduction technology?. *Reproductive BioMedicine Online*, 2007, 14: 19-23.
- GARCÍA, Désirée, et al. Mapping research in assisted reproduction worldwide. *Reproductive BioMedicine Online*, 2020, 40.1: 71-81.
- GERSHONI, Naomi; LOW, Corinne. The power of time: The impact of free IVF on women's human capital investments. *European Economic Review*, 2021, 133: 103645.
- HAZEKAMP, J., et al. Avoiding multiple pregnancies in ART: consideration of new strategies. *Human Reproduction*, 2000, 15.6: 1217-1219.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016.
- HERVEY, Tamara K. Buy baby: the European Union and regulation of human reproduction. *Oxford Journal of Legal Studies*, 1998, 18.2: 207-233.
- HOOD, Christopher. *The tools of government*. Chatham, NJ: Chatham House, 1986.
- HOPPE, Robert. Cultures of public policy problems. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2002, 4.3: 305-326.
- HORNSTEIN, Mark D. Is insurance coverage for in vitro fertilization a good thing?. *Fertility and sterility*, 2018, 109.4: 619.
- HUNAUULT, Claudine C., et al. A prediction model for selecting patients undergoing in vitro fertilization for elective single embryo transfer. *Fertility and sterility*, 2002, 77.4: 725-732.

IMAZ, Elixabete. Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2017, 4: 5-12.

INGRAM, Helen, Anne SCHNEIDER a Peter DELEON. *Social Construction and Policy Design* in SABATIER, Paul. *Theories of the Policy Process*. 2nd ed. Boulder: Westview Press, 2007, s. 93-126. ISBN 0-8133-4359-3.

INGRAM, Helen; SCHNEIDER, Anne L.; DELEON, Peter. Social construction and policy design. *Theories of the policy process*, 2007, 2: 93-126.

INHORN, Marcia C.; PATRIZIO, Pasquale. Rethinking reproductive “tourism” as reproductive “exile”. *Fertility and sterility*, 2009, 92.3: 904-906.

iROZHLAS. *Babiš rozšiřuje svůj byznys s umělým oplodněním a chystá se na pražskou burzu* (online). 2017. (cit. 21. 3. 2021). Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-z-domova/babis-rozsiruje-svuj-byznys-s-umelym-oplodnenim-a-chysta-se-na-prazskou-burzu\\_9904180750\\_ph](https://www.irozhlas.cz/zpravy-z-domova/babis-rozsiruje-svuj-byznys-s-umelym-oplodnenim-a-chysta-se-na-prazskou-burzu_9904180750_ph)

KAWWASS, Jennifer F.; PENZIAS, Alan S.; ADASHI, Eli Y. Fertility—a human right worthy of mandated insurance coverage: the evolution, limitations, and future of access to care. *Fertility and sterility*, 2020.

KOCOURKOVÁ, J., BURCIN, B. Demografická specifika asistované reprodukce v České republice v evropském kontextu. 2012. *Demografie*, 54, s. 250–263.

KONEČNÁ, Hana. 2003. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd.1. Praha: Academia. 318 s. ISBN 80-200-1055-6

LAWS, David; REIN, Martin. Reframing practice. *Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society*, 2003, 172-206.

LIE, Merete. Science as father? Sex and gender in the age of reproductive technologies. *European Journal of Women's Studies*, 2002, 9.4: 381-399.

LINDHEIM, Steven R.; CHRISTIANSON, Mindy S.; SANFILIPPO, Joseph. The need for business in reproductive medicine. *Fertility and sterility*, 2021, 115.1: 4-6.

LUPTON, Deborah. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social science & medicine*, 1997, 45.3: 373-381.

LUPTON, Deborah. *Medicine as culture: illness, disease and the body*. 3rd ed. Los Angeles: London: SAGE, 2012. ISBN 9781446254530.

MAHESHWARI, Abha, et al. Direct health services costs of providing assisted reproduction services in older women. *Fertility and sterility*, 2010, 93.2: 527-536.

MAHESHWARI, Abha; HAMILTON, Mark; BHATTACHARYA, Siladitya. Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human reproduction*, 2008, 23.3: 538-542.

MACH, Jan. *Medicína a právo*. V Praze: C.H. Beck, 2006. Beckova edice ABC. ISBN 80-7179-810-x.

MACHAČ, Š.MARDEŠIČ, T. *IVF – medicína nebo bussiness?* *Gynekologie a porodnictví*, 2019. 3(4) 245–249.

MASCARENHAS, Maya N., et al. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 2012, 9.12: e1001356.

MPSV. *Aktualizována Koncepce rodinné politiky verze 29. května 2019* (online). 2019. (cit. 9. 3. 2021). Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Aktualizovana%CC%81-Koncepce-rodinne%CC%81-politiky-2019.pdf>

- MPSV. *Koncepce rodinné politiky 2017* (online). 2017. (cit. 3. 3. 2021). Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Koncepce\\_rodinne\\_politiky.pdf/5d1efd93-3932-e2df-2da3-da30d5fa8253](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Koncepce_rodinne_politiky.pdf/5d1efd93-3932-e2df-2da3-da30d5fa8253).
- MPSV. Odborná komise pro rodinnou politiku 2015–2017. *Zápis kulatý stůl 27. 5. 2016* (online). 2016a. (cit. 12. 4. 2021). Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/zapisy-z-jednani>
- MPSV. *Výzkum veřejného mínění zaměřený na sladění pracovního a rodinného života a rovnost žen a mužů v oblasti rodinné politiky a trhu práce* (online). 2016b. (cit. 3. 3. 2021). Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/TACR\\_zprava\\_sladovani.pdf/432db929-6f1a-f1d7-e5d0-e2f6eb2b7676](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/TACR_zprava_sladovani.pdf/432db929-6f1a-f1d7-e5d0-e2f6eb2b7676)
- MRÁZEK, Milan. *Umělé oplodnění*. V Praze: Triton, 2003. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-413-6.
- MZd. *Dohodovací řízení o úhradách na rok 2021 skončilo uzavřením 12 dohod* (online). 2021. (cit. 22. 3. 2021). Dostupné z: [https://staryweb.mzcr.cz/dokumenty/dohodovaci-rizeni-o-uhradach-na-rok-2021-skoncilo-uzavrenim-12-dohod\\_19449\\_1.html](https://staryweb.mzcr.cz/dokumenty/dohodovaci-rizeni-o-uhradach-na-rok-2021-skoncilo-uzavrenim-12-dohod_19449_1.html)
- MZd. *Komise pro reprodukční medicínu* (online). 2020a. (cit. 22. 2. 2021). Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/32>
- MZd. Komise pro reprodukční medicínu. *18. 10. 2017 – zápis z jednání* (online). 2017b. (cit. 22. 2. 2021). Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/32>
- MZd. Komise pro reprodukční medicínu. *26. 2. 2020 – zápis z jednání* (online). 2020b. (cit. 24. 2. 2021). Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/32>
- MZd. *Stanovisko Etické komise k analýze společnosti Adam Česká republika, z.s. ze dne 25. července 2016* (online). 2016. (cit. 27. 4. 2021). Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/1>
- MZd. *Stanovisko Etické komise ministerstva zdravotnictví k některým otázkám asistované reprodukce*. (online). 2017a (cit. 26. 4. 2021). Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/workGroup/1>
- NACHTIGALL, Robert D., et al. Expensive but worth it: older parents' attitudes and opinions about the costs and insurance coverage for in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 2012, 97.1: 82-87.
- NEKOLA, Martin, Eva HEJZLAROVÁ a Jan KOHOUTEK. *Česká veřejná politika optikou teorie sociální konstrukce cílových populací*. Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4557-5.
- NIEDERBERGER, Craig, et al. Forty years of IVF. *Fertility and Sterility*, 2018, 110.2: 185-324. e5.
- Novinky.cz. *Exposlanec ODS Šťastný poslal ANO 100 tisíc* (online). 2017. (cit. 1. 5. 2021). Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/exposlanec-ods-stastny-poslal-ano-100-tisic-40342154>
- OTTOSEN, Lars DM, et al. Pregnancy prediction models and eSET criteria for IVF patients—do we need more information?. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 2007, 24.1: 29-36.
- PENNINGS, Guido. International evolution of legislation and guidelines in medically assisted reproduction. *Reproductive biomedicine online*, 2009, 18: S15-S18.
- PENNINGS, Guido. Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Human reproduction*, 2004, 19.12: 2689-2694.
- PENNINGS, Guido. Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of medical ethics*, 2002, 28.6: 337-341.
- PESCOSOLIDO, Bernice A.; TUCH, Steven A.; MARTIN, Jack K. The profession of medicine and the public: examining Americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the 'health care crisis' to the era of health care reform. *Journal of Health and Social Behavior*, 2001, 1-16.



PETERS, B. Guy. *American public policy: Promise and performance*. Chappaqua (NY): Chatham House / Seven Rivers, 1999.

PIERCE, Jonathan J., et al. Social construction and policy design: A review of past applications. *Policy Studies Journal*, 2014, 42.1: 1-29.

POLÁKOVÁ, M. 2010. Elektivní single embryo transfer. *Praktická gynekologie*, 2010(3), s. 128–132.

POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2016. ISBN 9788074005916

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

REIN, Martin; SCHÖN, Donald. Frame reflection: Solving intractable policy disputes. 1994.

REIN, Martin; SCHÖN, Donald. Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and policy*, 1996, 9.1: 85-104.

REIN, Martin; SCHON, Donald. Problem setting in policy research. *Using social research in public policy making*, 1977, 11: 235.

RICHTEROVÁ, Olga. *Interpelace poslankyně Olgy Richterové na ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha ve věci úmrtí ženy po darování vajíček pro potřeby umělého oplodnění a ve věci souvisejícího byznysu*. (online). 10. 12. 2019. (cit. 12. 3. 2021). Dostupné z: <https://www.google.com/search?q=interpelace+883+richterov%C3%A1&oq=interpelace+883+richterov%C3%A1&aqs=chrome..69i57.6125j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-501-7.

ROSENWAKS, Zev; DAVIS, Owen K.; DAMARIO, Mark A. The role of maternal age in assisted reproduction. *Human Reproduction*, 1995, 10.suppl\_1: 165-173.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

RUSSO, Nancy Felipe; DENIOUS, Jean E. Controlling birth: Science, politics, and public policy. *Journal of Social Issues*, 2005, 61.1: 181-191.

SANDELOWSKI, Margarete. Fault lines: Infertility and imperiled sisterhood. *Feminist Studies*, 1990, 16.1: 33-51.

SCOTLAND, G. S. – McLernon, D. – Kurinczuk, J. J. et al. 2011. Minimising twins in in vitro fertilisation: a modelling study assessing the cost, consequences and cost-utility of elective single versus double embryo transfer over a 20-year time horizon. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(9), s. 1073–1083.

Seznam Zprávy. *Další nákup „Babišova“ fondu. Ziskal podíly v dalších reprodukčních klinikách* (online). 2019. (cit. 21. 3. 2021). Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/dalsi-nakup-babisova-fondu-ziskal-podily-v-dalsich-reprodukcnich-klinikach-80868>

SHARMA, Vinay; ALLGAR, Victoria; RAJKHOWA, M. Factors influencing the cumulative conception rate and discontinuation of in vitro fertilization treatment for infertility. *Fertility and sterility*, 2002, 78.1: 40-46.

SHENFIELD, Françoise, et al. Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 2010, 256: 1361-1368.

SCHMIDT, Lucie. Effects of infertility insurance mandates on fertility. *Journal of health economics*, 2007, 26.3: 431-446.

SCHNEIDER, Anne a Helen INGRAM. *Policy Design for Democracy*. University Press of Kansas, 1997. ISBN 0-7006-0844-3.

SCHNEIDER, Anne; INGRAM, Helen. Social construction of target populations: Implications for politics and policy. *American political science review*, 1993, 334-347.

SCHNEIDER, Anne L.; INGRAM, Helen; DELEON, Peter. Democratic policy design: Social construction of target populations. *Theories of the policy process*, 2014, 3: 105-149.

SCHNEIDER, Anne, Helen INGRAM a Peter DELEON. *Democratic Policy Design: Social Construction of Target Population* in SABATIER, Paul a Christopher WEIBLE. *Theories of the policy process*. 3rd ed. 2014, s. 105-149. ISBN 978-0-8133-4926-8.

SCHNEIDER, Anne; SIDNEY, Mara. What is next for policy design and social construction theory? 1. *Policy Studies Journal*, 2009, 37.1: 103-119.

SCHURR, Carolin. The baby business booms: Economic geographies of assisted reproduction. *Geography Compass*, 2018, 12.8: e12395.

SLEPIČKOVÁ, Lenka, et al. Dokdy je možné fertilizovat ženu? Parlamentní debata o zákonné úpravě asistované reprodukce. *Gender rovné příležitosti výzkum*, 2015, 16.02: 60-72.

SLEPIČKOVÁ, Lenka; ŠMÍDOVÁ, Iva. Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny. *Data a výzkum-SDA Info*, 2014, 8.1: 63-95.

SNOW, David A.; BENFORD, Robert D. Ideology, Frame Resonance, and Participant Mobilization. S. 197-217. *Bert Klendermans; Hanspeter Kriesi; Sidney Tarrow*, 1988

SPEIER, Amy. Czech Hosts Creating " a Real Home Away from Home" for North American Fertility Travellers. *Anthropologica*, 2015, 27-39.

Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Přehled držitelů povolení činnosti v oblasti lidských tkání a buněk* (online). 2020. (cit. 24. 1. 2021). Dostupné z: <https://www.sukl.cz/prehled-drzitelu-povoleni-cinnosti-v-oblasti-lidskych-tkani>

ŠABATOVÁ, Anna. *Vyjádření stanovisek ombudsmána* (online). 2014. (cit. 5. 3. 2021). Dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4366>.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TRÁVNÍK, Pavel. Moderní tendence ve stimulaci ovarií. *Prakt lékáren*, 2015, 11.4: 123-125.

TURCAN, Pavel, et al. Desire for Parenthood and Associated Trends in Czech Lesbian Women. *Sexual Medicine*, 2020.

TVERSKY, Amos; KAHNEMAN, Daniel. The framing of decisions and the psychology of choice. *science*, 1981, 211.4481: 453-458.

ÚZIS. *Asistovaná reprodukce v České republice 2017* (online). 2019. (cit. 29. 12. 2020). Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-reprodukcnihozdravi--modul-asistovane-reprodukce#publikace>

ÚZIS. *NRRZ – Modul asistované reprodukce (AR)* (online). nedatováno. (cit. 26. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-reprodukcnihozdravi--modul-asistovane-reprodukce>

VALC, Jakub. Asistovaná reprodukce a její vliv na právní status (nad) počatého embrya či dospívajícího dítěte. Assisted reproduction and the impact on legal status of the human embryo. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2017, 7.3: 18-38.

VAN LOENDERSLOOT, L. L., et al. Predictive factors in in vitro fertilization (IVF): a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, 2010, 16.6: 577-589.

VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin, ed. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-75-5.

VESELÝ, Arnošt. Veřejněpolitický a „klasický“ sociálněvědní výzkum: podobnosti a odlišnosti. *Současné metodologické otázky veřejné politiky*, 2011, 1: 12-63.

VÚPSV, v. v. i. *Zpráva o rodině 2017* (online). 2017. (cit. 1. 3. 2021). Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Zprava\\_o\\_rodine\\_2017.pdf/9c2b6076-0398-f23c-e517-d63e57d6b2e5](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Zprava_o_rodine_2017.pdf/9c2b6076-0398-f23c-e517-d63e57d6b2e5)

VÚPSV, v. v. i. *Zpráva o rodině 2020* (online). 2020. (cit. 1. 3. 2021). Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Zpr%C3%A1va+o+rodin%C4%9B+2020.pdf/c3bdc63d-9c95-497d-bded-6a15e9890abd>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2011. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/ostatni/790-zdravotni-vykony.pdf>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2012. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/ostatni/ciselnik-vykony-verze-831-platna-od-1-1-2012.pdf>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2013. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/ostatni/vykony-900-pdf.pdf>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2014. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/ostatni/vykony-970.pdf>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2015. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/ostatni/vykony-01022-na-web.pdf>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2016. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: <https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/ostatni/vykony-1071.pdf>

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2017. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony\\_01141\\_externi.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony_01141_externi.pdf)

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2018. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony\\_01160\\_externi.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony_01160_externi.pdf)

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2019. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony\\_01198.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony_01198.pdf)

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2020. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony\\_01225.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony_01225.pdf)

VZP. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (online). 2021. (cit. 4. 3. 2021). Dostupné z: [https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony\\_01272.pdf](https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/vykony_01272.pdf)

WEIBLE, Christopher M.; SIDDIKI, Saba N.; PIERCE, Jonathan J. Foes to friends: Changing contexts and changing intergroup perceptions. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2011, 13.5: 499-525.

WHO. *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization; 1998. 13.4: 349-364.

WHO. *DHS Comparative reports. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries* (online). 2004. cit. (26.10. 2020). Dostupné z: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf?ua=1>

WHO. *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009* (online). 2009a. cit. (29.11. 2020). Dostupné z: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology2.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1)

WHO. *Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge : clean care is safer care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Patient Safety, 2009b. ISBN 978-92-4-159790-6.

WILSON, Tracie L. Unravelling orders in a borderless Europe? Cross-border reproductive care and the paradoxes of assisted reproductive technology policy in Germany and Poland. *Reproductive biomedicine & society online*, 2016, 3: 48-59.

ŽIVNÝ, Jaroslav. *Gynekologie a porodnictví: testy. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-246-1322-2.

## II. LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY

### ZÁKONY

Vyhláška č. 268/2019 Sb. vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020

Vyhláška č. 428/2020 Sb. vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021

Zákon č. 162/1998 Sb. Ústavní zákon, kterým se mění Listina základních práv a svobod

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 296/2008 Sb., o lidských tkáních a buňkách usnesení předsednictva České republiky

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

### DŮVODOVÉ ZPRÁVY

Důvodová zpráva. 2011a. *Sněmovní tisk 407*. Důvodová zpráva k návrhu zákona o specifických zdravotních službách (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2011. (2. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=407&CT1=0>

Důvodová zpráva. 2011b. *Sněmovní tisk 409*. Důvodová zpráva k zákonu, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2011. (15. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/tisky.sqw?O=6&T=409>

Důvodová zpráva. 2012. *Sněmovní tisk 713*. Důvodová zpráva k návrhu zákona o specifických zdravotních službách (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2012. (15. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=713&CT1=0>

Důvodová zpráva. 2015. *Sněmovní tisk 386*. Důvodová zpráva k zákonu, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2015. (8. 3. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=386&CT1=0>

Důvodová zpráva. 2016. *Sněmovní tisk 874*. Důvodová zpráva k návrhu zákona o specifických zdravotních službách (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2016. (4. 1. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/historie.sqw?o=7&t=874&snzp=1>

Důvodová zpráva. 2020. *Sněmovní tisk 992*. Důvodová zpráva k zákonu, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2020. (2. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=8&t=992>

## STENOGRAFICKÉ ZÁZNAMY

PS PČR, 2011a. *Stenografický zápis 20. schůze* (online). 12. 6. 2011. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/020schuz/20-1.html#q48>

PS PČR, 2011b. *Stenografický zápis 22. schůze* (online). 30. 8. 2011. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/022schuz/22-1.html#q67>

PS PČR, 2011c. *Stenografický zápis 22. schůze* (online). 7. 9. 2011. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/022schuz/22-5.html#q329>

PS PČR, 2011d. *Stenografický zápis 12. schůze* (online). 12. 10. 2011. Parlament České republiky, Senát. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=8&IS=4650&D=12.10.2011#b11966>

PS PČR, 2016. *Stenografický zápis 49. schůze* (online). 9. 9. 2016. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/2013ps/stenprot/049schuz/49-4.html#q582>

PS PČR, 2017a. *Stenografický zápis 55. schůze* (online). 24. 2. 2017. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/2013ps/stenprot/055schuz/55-4.html#q490>

PS PČR, 2017b. *Stenografický zápis 56. schůze* (online). 26. 4. 2017. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/eknih/2013ps/stenprot/056schuz/56-8.html#q867>

PS PČR, 2017c. *Stenografický zápis 7. schůze* (online). 8. 6. 2017. Parlament České republiky, Senát. (4. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=11&IS=5885&D=08.06.2017#b17888>

## POZMĚŇOVACÍ NÁVRHY

František Adámek. 2016. *Sněmovní tisk 874*. Pozměňovací návrh k vládnímu návrhu zákona (sněmovní tisk č. 874), kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2016. (15. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=874>

Ludvík Hovorka. 2017. *Sněmovní tisk 874*. Pozměňovací návrh poslance Ing. Ludvíka Hovorky k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon o specifických zdravotních službách (online). Poslanecká sněmovna parlamentu ČR, 2017. (10. 2. 2021). Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=7&t=874>

## **TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Jméno studenta/studentky:** Bc. Gabriela Lazárková

**Název v jazyce práce:** Vývoj asistované reprodukce v České republice

**Název v anglickém jazyce:** Development of assisted reproduction in the Czech Republic

**Klíčová slova:** asistovaná reprodukce, umělé oplodnění, neplodnost, zdravotní politika, historický institucionalismus

**Klíčová slova anglicky:** assisted reproduction, artificial insemination, infertility, health policy, historical institutionalism

**Akademický rok vypsání:** 2019/2020

**Jazyk práce:** Český

**Typ práce:** Diplomová práce

**Ústav:** Katedra veřejné a sociální politiky

**Vedoucí / školitel:** PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

**Obor práce:** Veřejná a sociální politika

### **Teze diplomové práce (výzkumný projekt):**

#### **A. vymezení výzkumného problému**

V posledních letech přibývá žen, které se snaží počít dítě, ale jsou neúspěšné. Tyto ženy se setkávají s problémem neplodnosti, která je ať už z pohledu zdravotního či sociálního vnímána jako zásadní problém narušující základní hodnotu instituce rodiny. Současná medicína může díky zásadnímu vývoji nabídnout neplodným ženám řešení. Za jednu z těchto praktik můžeme považovat metodu umělého oplodnění, která slouží k léčbě neplodnosti. Česká republika jako další státy umožňuje neplodným ženám podstoupení umělého oplodnění. Metodu umělého oplodnění můžeme rozdělit na dva základní typy, a to *intrauterinní seminaci* (IUI), při které jsou mužské spermie vloženy do dělohy ženy, či *in vitro fertilizace s transferem embrya* (IVF), při které dochází ke spojení spermií a vajíček v laboratorních podmínkách mimo tělo matky, na rozdíl od IUI. V této práci se zaměřím na metodu IVF, a to z toho důvodu, že je častěji využívána. IVF neboli asistovaná reprodukce je jednou ze základních metod mimotělního oplodnění za vzniku tzv. „dětí ze zkumavky“ (Slepičková 2014). Tato metoda má v České republice poměrně dlouholetou tradici, kdy první asistovaná reprodukce proběhla na českém území v roce 1982 v Brně (Konečná 2003).

Informace o asistované reprodukci v České republice každoročně zaznamenává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Dle záznamu ÚZIS se v České republice v roce 2017 nacházelo celkem 43 registrovaných center IVF, povětšinou soukromého charakteru. Počty klinik každoročně rapidně přibývají, tudíž lze konstatovat, že se jedná o žádanou službu (ÚZIS 2019). Pro evidenci žen, u kterých byl zahájen proces IVF, existuje Národní registr asistované reprodukce (NRAR). V roce 2017 IVF podstoupily IVF nejvíce čteně ženy mladší 34 let (6437 žen) následně ženy ve věku 35–39 let (5841 žen). Nejmenší zastoupení čítají ženy ve věku starších 40 let (3150 žen). Průměrným věkem při zahájení IVF je 35, 8 (ÚZIS 2019). Zdali IVF proběhne úspěšně či nikoli záleží na několika faktorech. Jedná se především o věk ženy, počet transferovaných embryí. Za největší rizika IVF je považováno možnost ovariálního hyperstimulačního syndromu a možnost vícečetného těhotenství (Konečná 2017: 112)

Česká legislativa umožňuje asistovanou reprodukci na základě zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Asistovanou reprodukci rozumíme „*Metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem umělého oplodnění ženy.*“ (Zákon č. 373/2011 Sb.). Poslední novelizace z roku 2017 přinesla řadu změn a v řadách žen nemožných otěhotnět zanechala mnohé pochybnosti a nenaplněná očekávání.

## **B. Cíle diplomové práce**

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak se vyvíjela politika asistované reprodukce v České republice od roku 2011 do současnosti a zhodnocení dané politiky a jejích dopadů na cílovou skupinu pohledem expertů.

## **C. Výzkumné otázky**

- Jak se měnil legislativní rámec asistované reprodukce v České republice od roku 2011 až po současnost?
- Které události byly pro legislativu asistované reprodukce klíčové?
- Jaké hlavní změny zákon o specifických zdravotních službách přinesl (Zákon č. 373/2011 Sb.)?
- Kteří aktéři se na poli zdravotní politiky ve vztahu k asistované reprodukci vyskytují a jakou hrají roli?
- Jaké jsou důsledky změn legislativy asistované reprodukce pro ženy trpící neplodností?
- K jakým případným změnám by mělo v rámci legislativy očima expertů dojít?

## D. Teoretická východiska

Diplomová práce bude podepřena následujícími koncepty a teoriemi:

Primárním východiskem práce bude koncept reprodukční autonomie, který v sobě zahrnuje jak koncept reprodukční svobody a koncept reprodukční autonomie. **Reprodukční svoboda** umožňuje každému jedinci rozhodovat o možnosti, zdali bude mít dítě či nikoli a to na základě svého vlastního vnímání života a identity. Stát by do těchto osobních voleb jednotlivce neměl jakýmkoli způsobem zasahovat (Herring 2011). **Koncept reprodukční autonomie** na druhé straně hovoří o tom, že stejně tak, jako má jedince právo na přerušování těhotenství, tak by rovněž měl mít právo na možnost dítě počít, a to i za předpokladu, že je to z jakéhokoli důvodu nemožné provést přirozenou cestou – v takovém případě by měli mít jedinci nárok na pomoc ze strany státu (Robertson 1996). Touto pomocí je myšleno umožnit legální podstoupení asistované reprodukce.

Z pohledu teoretického se bude práce opírat o **teorii historického institucionalismu**, která slouží ke studiu politiky a společenských změn zohledňující čas a historii dané politiky. Důležitou roli v politickém procesu sehraávají především instituce, které jsou vnímány jako vytvořená omezení, formující mezilidské vztahy (North, 1990 dle Sanders, 2006). Jednání aktérů tak může být ovlivněno institucemi a rovněž mohou ovlivňovat jejich cíle či zájmy. V rámci společnosti jsou tak vytvářeny pravidla, které navzájem interagují mezi tvůrci a příjemci těchto pravidel. Historický kontext při tvorbě jednotlivých pravidel – institucí má optikou této teorie svou nezastupitelnou funkci, jelikož je spjat se seskupením aktérů a jejich schopností prosadit a přijmout daná pravidla napříč celou společností (Thelen, Steinmo, 1992).

Teorie historického institucionalismu je pro vysvětlení zdravotní politiky vhodná z toho důvodu, že nastavené asistované reprodukce je v českém kontextu poměrně stabilní a legislativně dochází spíše ke drobným změnám. Optika této teorie si pokládá otázku, proč jsou některé politiky odolné vůči změnám a vychází z předpokladu, že politická rozhodnutí mohou být pochopeny pouze tehdy, pokud je brán v potaz historický a institucionální kontext (Immergut 1998). Důležitým termínem teorie je termín „path dependency“, jinými slovy závislost na předchozích vzorech, díky kterému je možné vysvětlit stabilitu určité politiky. Teorie připouští, že k razantnějším změnám politiky může dojít na základě kritických momentů, ve kterých mají političtí aktéři moc změnit dosavadní politiku na základě své moci (Pierson 2000). Díky této teorii bude práce schopná vysvětlit legislativu asistované reprodukce v čase společně s vysvětlením zásadních změn, které legislativa přinesla.

## E. Výzkumný plán



Diplomová práce bude zpracována za pomoci kvalitativní metodologie. Kvalitativní metodologie na rozdíl od kvantitativní klade důraz na jednotlivce, hledá příčinné souvislosti a dokáže dobře reagovat na kontext výzkumu (Hendl 2016: 48), díky tomu budu schopná lépe porozumět problematice asistované reprodukce.

Práce se bude opírat jak o sekundární, tak primární data. Sekundární data budou tvořit odborné články, monografie, veřejně politické dokumenty, strategické dokumenty, stenografické záznamy Poslanecké sněmovny České republiky, Zákon č. 373/2011 Sb. a další tematické zákony či novely týkající se asistované reprodukce, výroční zprávy pojišťoven, statistiky Ústavu zdravotních informací a statistik ČR a další.

Primární data budou tvořit expertní rozhovory s odborníky z oblasti zdravotnictví. Za experty jsou považovány osoby, které zastupují instituci, ve které pracují a disponují širokým spektrem informací, znalostí a kompetencí k dané problematice. Pro analýzu bude využito systematizující expertní šetření, na základě kterého dochází k systematickému vyhledávání informací. Metoda rovněž napomůže hlubšímu porozumění problematice a bude možná komparace získaných dat (Bogner, Littig, Menz 2009). Je předpokládáno uskutečnění zhruba deseti rozhovorů. Práci bych rovněž doplnila o několik rozhovorů s ženami, které podstoupily umělé oplodnění, a to z důvodu doplnění celého kontextu a možného poukázání na rozdíly v praxi. Jednalo by se zhruba o 5 polostrukturovaných rozhovorů.

Data budou analyzována na základě tematické analýzy dokumentů a rozhovorů (Švaříček, Šedřová 2007: 139).

## **F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat**

- BOGNER, A, B. LITTIG, W. MENZ (eds.). *Interviewing Experts*. New York: Palgrave Macmillan, 2009. ISBN 978-1-349-30575-9
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016.
- HERRING, Jonathan. *Medical law*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2011
- HREŠANOVÁ, Ema. Reprodukční turismus do České republiky. *Gender a Výzkum* (online). 2018, **19**(1), 130-135 (cit. 2019-30-12). ISSN 25706578.
- IMMERGUT, E. M. 1998. *The theoretical core of the new institutionalism*. *Polit Soc*, 26: 5-34.
- KONEČNÁ, Hana. 2003. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd.1. Praha: Academia. 318 s. ISBN 80-200-1055-6

- KONEČNÁ, Hana. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Praha: Mladá fronta, 2017. Medical services. ISBN 978-80-204-4652-7.
- MPSV. 2017. „*Koncepce rodinné politiky*“. (online). (cit. 2019-29-11). Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Koncepce\\_rodinne\\_politiky.pdf/5d1efd93-3932-e2df-2da3-da30d5fa8253](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Koncepce_rodinne_politiky.pdf/5d1efd93-3932-e2df-2da3-da30d5fa8253)
- OCHRANA, František etl al., *Strategické řízení ve veřejné správě a přístupy k tvorbě politik*. Matfyzpress, Praha, 2010.
- PIERSON, P. 2000. *Increasing returns, path dependence and the study of politics*. American Political Science Review, 94(2): 251-67.
- ROBERTSON, John A. 1996. *Children of Choice*. Princeton: Princeton University Press.
- ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 9788024721033.
- SANDERS, E. 2006. Historical Institutionalism. In RHODES, R. A. W., BINDER, S. A., ROCKMAN, B. A. *Oxford Handbook of Political Institutions*. Oxford: Oxford University Press, p. 39–56.
- SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Diagnóza neplodnost: sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Masarykovou univerzitou, 2014. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-140-4.
- ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- THELEN, Kathleen a Sven STEINMO, 1992. *Historical institutionalism in comparative politics*. In *Structuring politics: Historical institutionalism in comparative politics*. Edited by Sven Steinmo, Kathleen Thelen and Frank Longstreth. Cambridge: Cambridge University Press, s. 1-32.
- ÚZIS. 2019. *Asistovaná reprodukce 2017*. (online). (cit. 2019-30-11). Dostupné z: <file:///C:/Users/admin/Downloads/asistreprodukce2017.pdf>
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

G. Předběžná náplň práce v anglickém jazyce

This thesis will deal with the legislative development of assisted reproduction in the Czech Republic. The purpose is to map the conditions of medical intervention as set by legislation. This topic will be discussed through interviews with experts in the field of health policy to better understand the conditions of assisted reproduction in the Czech Republic.

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka 1:</b> Sociální konstrukce a politická moc cílových populací .....	9
<b>Tabulka 2:</b> Seznam dotázaných expertů .....	14
<b>Tabulka 3:</b> Seznam dotázaných žen skrze dotazník .....	16
<b>Tabulka 4:</b> Sledované stenografické záznamy .....	17
<b>Tabulka 5:</b> Počet a úspěšnost cyklů IVF a KET v roce 2017 .....	25
<b>Tabulka 6:</b> Přehled základních právních regulací AR v ČR.....	28
<b>Tabulka 7:</b> Zákon o specifických zdravotních službách .....	35
<b>Tabulka 8:</b> Zákon o veřejném zdravotním pojištění .....	38
<b>Tabulka 9:</b> Přehled vyhlášek upravující činnosti poskytovatelů AR.....	40
<b>Tabulka 10:</b> Problematika AR ve strategických dokumentech MPSV .....	43
<b>Tabulka 11:</b> Výše úhrady zákroků AR z veřejného zdravotního pojištění (v Kč) v letech 2011–2021 .....	48
<b>Tabulka 12:</b> Počet pojištěnců a výše úhrad za AR u VZP .....	49
<b>Tabulka 13:</b> Cenová relace AR u dotázaných žen .....	56
<b>Tabulka 14:</b> Základní vymezení konzervativního rámce.....	61
<b>Tabulka 15:</b> Základní vymezení liberálního rámce .....	64
<b>Tabulka 16:</b> Navrhované změny policy designu AR.....	71

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

**Obrázek 1:** Typologie cílových populací..... 10

**Obrázek 2:** Grafické znázornění vývoje typologie sledovaných cílových populací..... 66

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf 1:** Počet cyklů zaslaných do NRAR v letech 2007–2017 v ČR..... 23

**Graf 2:** Průměrný věk ženy v ČR při zákroku IVF v letech 2007–2017..... 24

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>Příloha 1:</b> Scénář rozhovoru experti .....	101
<b>Příloha 2:</b> Strukturovaný dotazník pro ženy podstupující asistovanou reprodukci .....	104

## PŘÍLOHY

Příloha 1: Scénář rozhovoru experti

Oblast	Otázky
Úvod	<p><i>Prosím, na začátek sdělte, jakým způsobem se Vás problematika asistované reprodukce v ČR dotýká.</i></p> <p><b>1. V jaké oblasti se asistované reprodukci věnujete?</b></p> <p><i>1.1. Jak dlouho?</i></p> <p><b>2. Co ovlivňuje současnou podobu asistované reprodukce v ČR kromě legislativy, kterou můžeme považovat za klíčovou?</b></p>
Legislativa	<p><b>3. Jaké zákony, směrnice či vyhlášky ovlivňují podobu asistované reprodukce v ČR?</b></p> <p><i>3.1 Jak hodnotíte tuto legislativu?</i></p>
Pozměňovací návrhy legislativy	<p><i>Často zmiňovaným parametrem, který je diskutován v jednotlivých novelách, je věk ženy podstupující asistovanou reprodukci (návrhy na 55, 56, 45 let např.). Z pohledu možného provedení je věk stanoven na 49 let.</i></p> <p><b>4. Souhlasíte se současnou věkovou hranicí? Pokud ne, uveďte proč, a jak by se legislativa měla změnit.</b></p> <p><i>Dle zákona je asistovaná reprodukce hrazena pojišťovnou do 39. narozenin ženy a musí se jednat pouze o metodu IVF.</i></p> <p><b>5. Souhlasíte se současným nastavením? Pokud ne, uveďte proč, a jak by se legislativa měla změnit.</b></p> <p><i>Dalším sporným a často řešeným bodem asistované reprodukce je možnost podstoupení zákroku single ženám či lesbičkám. Současné podmínky to nedovolují.</i></p> <p><b>6. Souhlasíte se současným nastavením? Pokud ne, uveďte proč, a jak by se legislativa měla změnit.</b></p>



	<p><i>V rámci jednotlivých novel se objevil rovněž návrh na zrušení anonymity dárců zárodečných buněk. Byl tak debatován požadavek na právo znát své biologické rodiče.</i></p> <p><b>7. Jak vnímáte tento návrh?</b></p>
<p>Cílová populace: ženy</p>	<p><b>8. Považujete současná legislativní pravidla pro ženy podstupující asistovanou reprodukci za benevolentní či nikoli?</b></p> <p><u>8.1</u> Mají ženy podstupující asistovanou reprodukci dle Vašeho názoru politickou podporu?</p> <p><b>9. Existují nějaká zdravotní či sociální rizika pro ženy podstupující asistovanou reprodukci?</b></p> <p><i>Vladimír Kubíček, předseda české andrologické společnosti, upozorňuje, že centra asistované reprodukce neřeší mužskou neplodnost, ale ihned přistupují k umělému oplodnění ženy.</i></p> <p><b>10. Souhlasíte s tímto tvrzením? Myslíte si, že by měl stát nastavit jasná pravidla tak, aby bylo IVF až posledním možným řešením?</b></p> <p><b>11. Jaké benefity přináší ženám současné nastavení politiky?</b></p> <p><b>12. Jaké zátěže přináší ženám současné nastavení politiky?</b></p>
<p>Cílová populace: poskytovatelé</p>	<p><b>13. Jakou roli v politice asistované reprodukce sehrávají centra asistované reprodukce?</b></p> <p><u>13. 1</u> Mají politickou podporu ve své činnosti?</p> <p><i>Premiér Andrej Babiš vlastní značnou část tuzemských klinik v rámci svých svěřeneckých holdingů. Zároveň jeho vláda překládá a navrhuje zvýšení věku žen, které mohou IVF podstoupit, což znamená více klientek a více úhrad za jednotlivé zákroky.</i></p>

	<p><b><u>14.</u> Nepovažujete tento krok za střet zájmů?</b></p> <p><i>V roce 2018 zemřela v Brně žena po darování vajíček. Odborná komise pro reprodukční medicínu při Ministerstvu zdravotnictví navrhuje, že muž by měl být vyřazen z registru po 10 darování (dárce má dítě v 10 rodinách), u žen je odbornou společností doporučováno max. 6 odběrů za život ženy. V současné chvíli není v ČR stanoven maximální možný počet darovaných buněk a to jak u mužů, tak u žen.</i></p> <p><b><u>15.</u> Považujete současné podmínky za příliš benevolentní?</b></p> <p><b><u>15.1</u> Mělo by dojít ke zpřísnění?</b></p> <p><i>V současné chvíli není zastropovaná finanční odměna za darování zárodečných buněk. Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS JEP navrhuje zastropovat tuto částku na 25 000,-. Ministerstvo zdravotnictví argumentuje, že s tímto krokem souhlasí, ale neví, do kterého právního předpisu by zastropování účelně vynaložených nákladů bylo vloženo.</i></p> <p><b><u>16.</u> Mělo by dle Vás dojít k tomuto kroku?</b></p> <p><b><u>17.</u> Existují ještě nějaké benefity či naopak zátěže, které přináší nastavená politika poskytovatelům asistované reprodukce?</b></p>
Závěrečné zhodnocení	<p><b><u>18.</u> Existují ještě nějaké další parametry, které by se dle Vašeho názoru měly v současném nastavení změnit?</b></p> <p><b><u>19.</u> Reflektuje současné legislativní nastavení asistované reprodukce spíše zájmy žen či center, která asistovanou reprodukci provádějí?</b></p> <p><b><u>20.</u> Jak vnímáte současné nastavení asistované reprodukce v ČR v porovnání s ostatními evropskými státy?</b></p> <p><b><u>21.</u> Dokážete posoudit, jak jsou konstruovány ženy a poskytovatelé v politických debatách? Jsou vnímání spíše kladně nebo záporně?</b></p>
Závěr	<p><b><u>22.</u> Existuje ještě něco, co je dle Vašeho názoru důležité zmínit?</b></p>

**Příloha 2:** Strukturovaný dotazník pro ženy podstupující asistovanou reprodukci

Vážená respondentko,

obracím se na Vás s prosbou spolupráce při psaní diplomové práce na téma asistované reprodukce v České republice. Zodpovězení následujících otázek mi pomůže zmapovat situaci této problematiky.

Pokud možno, odpověďte, prosím upřímně a pravdivě na všechny položené otázky. V rámci práce budete anonymizovány, slibuji Vám tedy, že Vaše odpovědi nebudou spojeny s Vaším jménem. Vyplnění dotazníku zabere zhruba 15 minut.

**Moc Vám děkuji za Vaši ochotu dotazník vyplnit.**

**Asistovaná reprodukce: dotazník pro ženy podstupující asistovanou reprodukci**

1. V jakém roce jste podstoupila asistovanou reprodukci?

.....  
.....  
.....

2. Kolik let Vám při podstoupení zákroku bylo?

.....  
.....  
.....

3. Uveďte prosím, o jaký typ asistované reprodukce se jednalo (*např. IVF s vlastním, nebo darovaným vajíčkem, KET...*)

.....  
.....  
.....

4. Orientačně prosím uveďte, na kolik Vás léčba finančně vyšla.

.....  
.....  
.....

5. Podstupovala jste zákrok ve státním nebo soukromém centru? Vnímáte mezi jednotlivými centry rozdíl?

.....  
.....  
.....

6. Podstoupili jste s partnerem před zahájením léčby i jiné zákroky či vyšetření? Nebo došlo ihned k přistoupení k IVF?

.....  
.....  
.....

7. Prosím, popište přístup centra, ve kterém jste zákrok podstoupila (*např. přístup lékařů, srozumitelnost informací, rady, osobní přístup a jiné*).

.....  
.....  
.....

8. Považujete současná legislativní pravidla pro ženy podstupující asistovanou reprodukci za benevolentní či nikoli? Popište své důvody.

.....  
.....  
.....

9. Dle současného nastavení je asistovaná reprodukce povolena ženám do 49. roku života a hrazena pojišťovnou do 39. roku života. Souhlasíte s tímto nastavením, nebo by se dle Vašeho názoru měly tyto hranice změnit? Pokud ano, proč? Pokud ne, proč?

.....  
.....  
.....

10. Jak vnímáte skutečnost, že ženy jsou hrazenými zákroky pojišťovnou limitovány, ale muži nikoli?

.....  
.....  
.....

11. Považujete hrazení jednotlivých zákroků v rámci veřejného zdravotního pojištění za srozumitelné? Od koho jste byla informována, na co máte či nemáte nárok v rámci proplacení?

.....  
.....  
.....

12. Změnila byste ještě nějaký parametr, který stanovuje současná legislativa vůči asistované reprodukci (*např. věk ženy, možnost IVF single ženám, hrazení 3 – 4 cyklů, hrazení pouze IVF, možnost využít darovaných vajíček a jiné*)?

.....  
.....  
.....

13. Pokud byste měla jmenovat všechny zátěže (*ať už zdravotné, ekonomické, sociální a jiné*), se kterými jste se setkala během podstoupení zákroku, jaké by to byly?

.....  
.....  
.....

14. Co považujete za benefity, pokud nějaké, z pohledu současného nastavení pro ženy podstupující asistovanou reprodukci?

.....  
.....  
.....

15. Považujete sebe a ostatní ženy podstupující asistovanou reprodukci za skupinu, které se dostává podpory státu a politiků?

.....  
.....  
.....

16. Pokud byste měla vybrat alespoň 3 věci, které by se měly obecně změnit ve vztahu k Vám, jakožto ženám podstupující asistovanou reprodukci, jaké by to byly?

.....  
.....  
.....

17. Chcete na závěr dodat ještě něco důležitého?

.....  
.....  
.....

Konec dotazníku, děkuji za Váš čas!