UDK 618.177-089.888.11(4)
COBISS.SR-ID 259930380

ISSN 0350-2899. - God. 42, br. 4 (2017), str. 236-244.

KOMPARACIJA POLITIKA VANTELESNE OPLODNJE U SRBIJI I DRUGIM EVROPSKIM ZEMLJAMA

COMPARISON OF IN VITRO FERTILIZATION POLICY IN SERBIA AND OTHER EUROPEAN COUNTRIES

Artur Bjelica

MEDICINSKI FAKULTET, UNIVERZITET U NOVOM SADU, KLINIKA ZA GINEKOLOGIJU I AKUŠERSTVO,
KLINIČKI CENTAR VOJVODINE, NOVI SAD

Sažetak: Infertilitet predstavlja globalni problem koji pogađa sve brojnije parove u celom svetu. Kao jedan od najvažnijih načina borbe sa infertilitetom izdvaja se vantelesna oplodnja (in vitro fertilizacija - IVF). Rasprostranjenost i njena dostupnost variraju, a u velikoj meri zavise i od politike finansiranja ovih skupih procedura. Od prve uspešne vantelesne oplodnje do danas se postepeno nametala potreba za postavljanjem određenih zakonskih regulativa i normi, koje su se neprestano menjale. Paralelno se menjala i politika finansiranja postupaka vantelesne oplodnje. U Evropi, većina članica Evropske unije, osim Irske i Litvanije, ima određenu politiku finansiranja ili participiranja u troškovima asistiranog tehnološkog. Udeo varira od oko 90-100% u Belgiji, Francuskoj, Grčkoj, Holandiji i Sloveniji i od 20 do 30% u Rumuniji i Španiji. U SAD ne postoji odgovarajući federalni zakon, kao ni nadoknada troškova za IVF postupak. Situacija u Srbiji se po ovom pitanju dinamično menjala od 2006. godine, kada je započeto finansiranje IVF od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje. Godine 2006. RFZO je finansirao jedan pokušaj IVF kod žena životne dobi do 38 godina. Danas je aktuelno na snazi rešenje da RFZO finansira tri pokušaja IVF kod žena do 42 godine života. Rad predstavlja prikaz politika finansiranja vantelesne oplodnje u Srbiji i poređenje sa zemljama u Evropi.

Ključne reči: politika finansiranja, IVF, troškovi

Summary: Infertility represents a global problem which affects numerous couples all over the world. One of the most important ways of coping with infertility is in vitro fertilization (IVF). The spread and availability of IVF technology are to a great extent dependent on the policy of financing of its very costly procedures. From the first successful IVF to the present day there has existed an increasing need to introduce appropriate legislative measures and norms, which have been under constant changes. These changes have also been accompanied by changes in financing IVF procedures. In Europe, the majority of EU countries, with the exception of Ireland and Lithuania, have a defined policy of financing, i.e. participating in the costs of reproduction assisted technologies. The share varies from about 90-100% in Belgium, France, Greece, the Netherlands, and Slovenia, and from 30 to 30% in Romania and Spain. In the USA, there is neither a corresponding federal law nor participation in the costs of IVF procedures. The situation in Serbia in this respect has dynamically changed since 2006, the year when the Republic Fund for Health Insurance (RFHI) started to finance IVF. In 2006, the RFHI financed one trial for women aged to 38 years. Presently, the situation is that RFHI covers costs of three IVF trials for women to 42 years old. The article reviews the policy of IVF financing in Serbia and compares it with that in other European countries.

Key words: IVF policies, financing, costs

UVOD

Infertilitet predstavlja narastajući problem koji pogađa sve brojnije parove u celom svetu [1, 2]. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, infertilitet je bolest reproduktivnog

sistema koja se definiše kao izostanak postizanja kliničke trudnoće nakon 12 meseci, ili duže, regularnih nezaštićenih seksualnih odnosa [3]. Infertilitet predstavlja globalni i javni problem. Procena je da je više od 10% žena koje se nalaze

Adresa autora: Artur Bjelica, Klinika za ginekologiju i akušerstvo KCV, Branimira Ćosića 37, Novi Sad
E-mail: artur.bjelica@mf.uns.ac.rs
Rad primljen: 28.12.2017. Elektronska verzija objavljena: 27.03.2018.
www.tmg.org.rs

u stabilnim vezama dužim od 5 godina, a pokušavaju da ostvare trudnoću, pogođeno ovim problemom. Ukoliko se vremenski okvir smanji na dve godine, onda je ta brojka drastično veća jer se povećava 2,5 puta. Broj muškaraca sa infertilitetom ili nekom formom subfertiliteta nije poznat u potpunosti.

Od 1978. godine vantelesna oplodnja (IVF – in vitro fertilization) ulazi na velika vrata kao potencijalno spasonosno rešenje za brojne parove koji se bore sa infertilitetom [4]. Procenjuje se da je do sada rođeno preko 5 miliona dece uz pomoć tehnika asistiranе reprodukcije [5].

Cilj rada je da se prikažu i uporede politike, zakonske regulative, finansiranje, tj. nadoknada troškova, i rezultati vantelesne oplodnje (IVF – in vitro fertilization) u Srbiji i pojedinim evropskim zemljama.

Pregled tehnika asistiranе reprodukcije

Ključna tehnika asistiranе reprodukcije je IVF tretman uz svoju podvarijantu ICSI (intracytoplasmatic sperm injection) metodu, rezervisanu za izuzetno loše nalaze spermograma partnera. Pored toga, u IVF procedure spada i tranfer odmrznutih embriona – FET (frozen embryo transfer) za razliku od „svežih“ embriona u klasičnom postupku IVF ili ICSI. Prednosti FET je to što se višak embriona iz postupka IVF zamrzava i nakon toga se u sukcesivnim ciklusima vrši njihov transfer, čime se postiže visoka kumulativna stopa procedure vantelesne oplodnje.

Dalje, u tehnologije asistiranе reprodukcije spada i zamrzavanje gameta – spermatozoida i jajnih ćelija, kao i preimplantacioni genetski skrining ili dijagnostika. PGS – preimplantacioni genetski skrining se sprovodi radi testiranje hromozomske ispravnosti embriona, dok se PGD – preimplantaciona genetska dijagnostika, izvodu u cilju provere na određene nasledne bolesti – npr. cističnu fibrozu. U domen tehnika i tehnologija koje se vezuju za asistiranu reprodukciju spada i donacija spermatozoda, jajnih ćelija, embriona, kao i surogat materinstvo.

U novije vreme dolazi do trenda zamrzavanja jajnih ćelija poznatim po nazivom social egg freezing. Zapravo, radi se o

zamrzavanju jajnih ćelija kod onih žena koje u datom momentu nemaju partnera ili ne žele u datom momentu trudnoću, a u značajnim su reproduktivnim godinama, sa pojavom tendencije opadanje fertilne sposobnosti [6].

Postavlja se pitanje da li sve ove tehnike asistiranе reprodukcije povećavaju fertilne kapacitete jedne države. Brojni su zagovornici tvrdnje da se tehnologijama asistiranе reprodukcije podiže nivo fertilnosti i da ima značaj u borbi sa negativnim trendovima prirodnog priraštaja sa kojima se suočavaju mnoge države, uključujući i Srbiju. Ipak, uspeh tehnologija asistiranе reprodukcije je ograničen, pogotovo u uznapredovalim godinama žene, tako da njihova primena ne može da vrati „biološki sat“ unazad, pa treba biti oprezan u tvrdnji da su tehnologije asistiranе reprodukcije u velikoj meri značajne u okviru kreiranja populacione politike [7].

Rasprostranjenost upotrebe vantelesne oplodnje

Prema broju izvedenih IVF postupaka na globalnom nivou, na osnovu raspoloživih podataka, Evropa je na prvom mestu sa 56%, na drugom mestu je Azija sa 23%, a zatim dolazi Severna Amerika sa 15% [8]. U samoj Evropi, procenat varira od države do države. Na vodećoj poziciji su: Danska, Belgija, Island, Švedska i Slovenija. U Danskoj, prema podacima objavljenim 2009. godine, stopa rađanja iz postupaka IVF učestvuje u ukupnoj stopi rađanja sa čak 4,2% [9]. Svakako, rasprostranjenost i dostupnost primene tehnologija asistiranе reprodukcije zavisi i od politike finansiranja ovih skupih procedura [10]. Pretpostavlja se da se upravo zbog različite politike finansiranja u Evropi izvodi 2,5 puta više postupaka vantelesne oplodnje nego u SAD [11].

Zakonska regulativa primene vantelesne oplodnje

Od prve uspešne vantelesne oplodnje do danas se postepeno nametala potreba za postavljanjem određenih zakonskih regulativa i normi. Zakonske legislative variraju od zemlje do zemlje i neprestano se menjaju. U Tabeli 1 je dat prikaz aktuelnih regulativa o dostupnosti vantelesne oplodnje u evropskim zemljama [12].

Tabela 1. Zakonske regulative o dostupnosti vantelesne oplodnje u Evropi
 Table 1. Legislation regarding availability of in vitro fertilization in Europe

Zemlja	Ograničenje u godinama	Isključivo medicinske indikacije	Isključivo parovi	Isključivo heteroseksualni
Austrija	Nema	Da	Da	Da
Belgija	Striktno <45	Ne	Ne	Ne
Danska	Striktno <45	Ne	Ne	Ne
Finska	Nema	Ne	Ne	Ne
Francuska	Bez jasnih granica (reproduktivni period)	Da	Da	Da
Nemačka	Nema	Da	Da	Da
Grčka	Striktno <50	Ne	Ne	Ne
Mađarska	Nema	Ne	Ne	Da
Italija	Bez jasnih granica (reproduktivni period)	Da	Da	Da
Holandija	Striktno <45	Da	Ne	Ne
Portugalija	Nema	Da	Da	Da
Španija	Nema	Ne	Ne	Ne
Švajcarska	Bez jasnih granica (reproduktivni period)	Da	Da	Da
Švedska	Bez jasnih granica (reproduktivni period)	Da	Da	Ne
Velika Britanija	Nema	Ne	Ne	Ne

Izvor: prilagođeno prema [12]

U Srbiji je 2009. godine donet zakon o biomedicinski potpomogutoj oplodnji (BMPO) koji je revidiran, i sada je na snazi zakon koji je donet 2017. godine, objavljen u „Službenom glasniku RS“, br. 40/2017 [13]. Prema odrednicama ovog zakona, pravo obavljanja BMPO postupaka imaju:

- a) zdravstvene ustanove, odnosno delovi zdravstvene ustanove, iz Plana mreže zdravstvenih ustanova koji donosi Vlada RS Uredbom o planu zdravstvenih mreža;

- b) zdravstvene ustanove osnovane u privatnoj svojini koje ispunjavaju uslove definisane zakonom.

Zakon dozvoljava i definiše donaciju spermatozoida i jajnih ćelija, a ne dozvoljava surogat materinstvo. Podzakonska akta koja regulišu promenu zakona iz 2017. godine su u postupku izrade.

U Tabeli 2. je dat prikaz zakonskih regulativa koje se odnose na doniranje gameta i embriona u Evropi. Uočava se da zakonske odrednice variraju od zemlje do zemlje.

Tabela 2. Zakonske regulative doniranja gameta i embriona u Evropi
 Table 2. Legislation regarding donation of gametes and embryos in Europe

Zemlja	Donacija gameta	Donacija embriona	Anonimnost donora
Austrija	Ne	Ne	-
Belgija	Da	Da	Da
Danska	Da	Ne	Da
Finska	Da	Da	Ne

Francuska	Da	Da	Da
Nemačka	Samo spermatozoidi	Ne	Ne
Grčka	Da	Da	Da
Italija	Ne	Ne	-
Holandija	Da	Da	Ne
Portugalija	Da	Da	Da
Španija	Da	Da	Da
Švedska	Da	Ne	Ne
Velika Britanija	Da	Da	Ne

Izvor: prilagođeno prema [14]

Politika finansiranja vantelesne oplodnje

Da li je tretman infertiliteta u fokusu zdravstvenog sistema jedne zemlje? Odgovor na ovo pitanje leži u stepenu ekonomskog razvoja pojedine države/regiona. U visoko razvijenim zemljama tretman infertiliteta izbija na vodeće pozicije po značaju u okviru organizacije zdravstvenog sistema [15]. Nije neobičajeno ni stanovište mnogih žena koje tretman infertiliteta stavljaju na prvo mesto, čak i ispred tretmana nekih vrlo ozbiljnih oboljenja koja mogu ozbiljno da naruše njihovo zdravlje. Takve težnje su prepoznate od zdravstvenog sistema i upravo one su glavni insentiv za uključivanje vantelesne oplodnje u domen javnog finansiranja. U zemljama u razvoju tretman infertiliteta nije prioritet, već je naglasak stavljen na bolju organizaciju primarne zdravstvene zaštite. U tim zemljama akcenat se stavlja na aktivnosti koje teže da spreče narušavanje reproduktivnog potencijala stanovnika [16]. Međutim, u svim zemljama postoje izraženi pronatalitetni trendovi koji često iniciraju osnivanje pronatalitetnih društava i organizacija jer je u većini kultura imati dete veoma cenjeno, roditeljstvo je kulturno obligatorno, dok je pojava da je par bez dece socijalno neprihvatljiv. Sigurno je da sva ta socio-kulturološki društveni stavovi, pojedinačno a i udruženo kroz organizacije, utiču na pokušaj uključivanja vantelesne oplodnje u javno finansiranje, bez obzira na stepen ekonomskog razvoja.

Stopa primene vantelesne oplodnje u svakoj pojedinoj zemlji zavisi od jedne jedine ključne determinante – stepena individualnog učešća u troškovima. Zemlje koje daju veliko učešće u troškovima vantelesne oplodnje, čime je individualno ulaganje smanjeno, imaju najveće stope upotrebe procedura vantelesne oplodnje. I pored toga što vantelesna oplodnja spada u skupe procedure, ekonomski aspekti vantelesne oplodnje u okvirima nacionalnog izdvajanja za zdravstvo, čak i ako se radi o visokom procentu

učešća u postupku vantelesne oplodnje, ipak, predstavljaju male izdatke. Troškovi koji su značajni a vezuju se za vantelesnu oplodnju, proističu ne iz cene samog postupka vantelesne oplodnje već iz kasnijih izdataka koji proističu iz održavanja višeplođnih trudnoća i postnatalne nege prevremeno rođene dece. Iako su troškovi vantelesne oplodnje visoki za pojedinca, odnosno, par, oni su krajnje dostupni za državni plan, naročito u industrijski razvijenim zemljama, što daje osnov za politiku finansijke nadoknade za troškove vantelesne oplodnje [17]. Kao faktor za ograničenje naknadnih troškova koji nastaju tokom trudnoće i porođaja neke zemlje su uvele obligatorni transfer jednog embriona po postupku (tzv. single embryo transfer), čime se izbegavaju višeplođne trudnoće [18].

Faktori značajni za politiku finansiranja vantelesne oplodnje

Regulatorna politika i politika finansiranja u domenu vantelesne oplodnje se bazira na legalnim odrednicama i sigurnosti procedura BMPO, ali se, ipak, u osnovi najvećim delom oslanja na dva domena – troškovi vantelesne oplodnje i analizu troškovi – efikasnost ili troškovi – korisnost [9].

Troškovi – efikasnost vantelesne oplodnje zavisi od četiri faktora: 1) pretpostavljena ili postignuta stopa uspeha; 2) životna dob žene; 3) multiple trudnoće; 4) troškovi tretmana [19, 20]. Međutim, postoje i drugi, skriveni, troškovi koje nosi vantelesna oplodnja. Ukoliko je trudnoća rezultovala prevremenim porođajem, prematurno novorođenče kao i novorođenče sa niskom porođajnom masom, zahtevaju i češće hospitalizacije tokom odrastanja. Takođe, ukoliko je pokušaj vantelesne oplodnje bio neuspešan, parovi će možda imati potrebu za psihološkim intervencijama, čija bi cena bila još jedan faktor u proceni troškovi – efikasnost. Iz

ovakve situacije nameće se potreba za alternativnim premisama koje će činiti okosnicu politike finansiranja vantelesne oplodnje, a koje će u potpunosti uključivati i socijalna, politička, etička i filozofska razmatranja.

Mladovsky i Sorenson [9] daju pet mogućih „opravdanja“ vezanih za finansiranje vantelesne oplodnje uz podrobno obrazloženje svake od njih, a to su:

- 1) Vantelesna oplodnja treba da bude finansirana od strane države jer je infertilitet bolest, odnosno, medicinsko stanje. Zamerka ovakvom viđenju je da je definicija infertiliteta daleko od jasne odrednice. Termin infertilitet podrazumeva veliki dijapazon stanja i poremećaja. I sama dužina redovnih seksualnih odnosa bez postizanja trudnoće, tj. granica nakon koje se postavlja dijagnoza infertiliteta nije jasno određena. U kliničkim istraživanjima ona iznosi jednu godinu, dok se u epidemiološkim studijama za granicu uzimaju dve godine. Opravdanje za prvi stav mnogi vide u tome što će do 70% parova ostvariti trudnoću do isteka prve godine, kao i u tome što je to u skladu sa trendom postizanja što ranijeg postavljanja dijagnoze i promptnog NAPOMENA: NEJASNA REČ započinjanja tretmana. Ova vremenska determinanta otvara problem u donošenju politike finansiranja vantelesne oplodnje – koje je to vreme kada je potrebno započeti sa finansiranim tretmanom vantelesne oplodnje. Ne treba zaboraviti ni činjenicu da odgađanjem IVF postupka može da se smanji i šansa za uspeh, zbog ženinih godina.
- 2) Vantelesna oplodnju je potrebno finansirati zbog toga što je to medicinska potreba. Zagovornici ovog stava ističu potrebu para da ima dete i da je to stanje koje obezbeđuje kvalitetan i zdrav život, kao i odsustvo bilo kog drugog oboljenja i stanja. S druge strane, postoje i mišljenja da je vantelesna oplodnja i želja da se ima dete stvar izbora, a ne esencijalna potreba [21].
- 3) Finansiranje vantelesne oplodnje je potrebno jer to proizilazi iz ljudskih prava. Prema pojedinim mišljenjima, pravo na vantelesnu oplodnju proizilazi

iz ljudskih prava, tj. iz prava na zdravlje koje podrazumeva najviše standarde fizičkog i mentalnog zdravlja. Drugi argument je da je prema povelji Ujedinjenih nacija iz 1948. godine utvrđeno da svako ima pravo na potomstvo.

- 4) Potreba za finansiranjem proističe iz činjenice da su zdravstvene nejednakosti neprihvatljive. Prema ovakvom tumačenju neprihvatljivo je da vantelesna oplodnja ne bude dostupna svima, i to je razlog da bude finansirana od strane države.
- 5) Vantelesna oplodnja treba da bude finansirana jer se time podiže stopa fertiliteta jedne države i tako smanjuje starenje nacije. S obzirom na to da se mnoge države suočavaju sa starenjem nacije, nameće se i potreba da se i vantelesna oplodnja uključi u pronatalitetnu politiku. Protivnici ovakvog stava za argument navode da vantelesna oplodnja nudi vrlo malo povećanje ukupne stope fertiliteta.

Modaliteti nadoknada troškova postupka vantelesne oplodnje

S obzirom na visoke cene troškova vantelesne oplodnje, značajano je pitanje finansiranja postupka. U Evropi većina članica Evropske unije, osim Irske i Litvanije, ima određenu politiku finansiranja ili participiranja u troškovima asistiranih tehnologija. Udeo varira od oko 90-100% u Belgiji, Francuskoj, Grčkoj, Holandiji i Sloveniji, i od 20 do 30% u Rumuniji i Španiji. U SAD ne postoji odgovarajući federalni zakon, kao ni nadoknada troškova za IVF postupak. Samo pojedine države imaju osiguravajuće kompanije koje pokrivaju deo troškova postupka vantelesne oplodnje, koji u SAD iznose u proseku 12.400 dolara po postupku, za razliku od prosečne cene u Evropi koja iznosi 4.000-5.000 eura [22].

U Evropi postoje dva modaliteta plaćanja troškova postupka vantelesne oplodnje, i to:

- direktno plaćanje korisnicima usluga;
- plaćanje direktno centrima gde se sprovode postupci vantelesne oplodnje i koji taj uplaćeni deo ukalkulišu u cenu koju iskazuju prema korisnicima usluga – infertilnom paru.

U Tabeli 3. je dat prikaz modela finansiranja postupaka vantelesne oplodnje u evropskim zemljama [23].

U pogledu dostupnosti vantelesne oplodnje u finansijskom smislu, iz gornje tabele uočava se razlika u stepenu (su)finansiranja, kao i velike varijacije u broju ciklusa koji su pokriveni politikom finansiranja. Potpuno

pokrće troškova podrazumeva 100% nadoknadu za barem jedan ciklus vantelesne oplodnje. To pravo se ostvaruje u nekim zemljama kako u domenu privatnog, tako i u domenu državnog zdravstvenog sistema.

Tabela 3. Finansiranje vantelesne oplodnje u Evropi
Table 3. Financing of in vitro fertilization in Europe

Zemlja	Pokrivenost troškova	Maksimalni broj postupaka	Limit godina žena	Samo medicinske indikacije
Austrija	Parcijalna	4	Striktno žene <40, muškarci <50	Da
Belgija	U celini	6	Striktno <40	Da
Danska	Parcijalna	3	Striktno <40	Ne
Finska	Parcijalna	Varira	Nema	Ne
Francuska	U celini	4	Striktno <43	Da
Nemačka	Parcijalna	3	Striktno žene <40, muškarci <50	Da
Grčka	Parcijalna	Varira	Striktno <50	Da
Italija	Parcijalna	Varira	Bez jasnih ograničenja	Da
Holandija	U celini	3	Striktno <45	Da
Portugalija	Parcijalna	Varira	Nema	Da
Španija	Parcijalna	3	Bez jasnih ograničenja	Da
Švedska	U celini	Varira	Bez jasnih ograničenja	Da
Velika Britanija	Parcijalna	Varira	Striktno <40	Da

Izvor: Prilagođeno prema [23]

Politika parcijalnog finansiranja vantelesne oplodnje podrazumeva slično učešće u finansiranju kao i za druga zdravstvena stanja. I u ovom pogledu se beleže znatne varijacije u odnosu na dostupnost kao i nivo pokrća troškova vantelesne oplodnje. Parcijalno finansiranje zavisi od lista čekanja i upliva posebnih organizacija socijalne sigurnosti ukoliko postoje u datoj zemlji. Takođe, u pojedinim državama beleže se i regionalne razlike u stepenu sufinansiranja, npr. u Italiji i Španiji.

Pored toga, značajan faktor u okviru politike finansiranja vantelesne oplodnje je broj ciklusa koji se finansiraju. Zakonska regulativa u zemljama kao što su Italija, Velika Britanija, Švedska i Finska ne ograničava broj ciklusa, već se odluka o maksimalnom broju (su)finansiranih

ciklusa bazira na lokalnim ili regionalnim uređenjima, stanju socijalnog fonda, kao u Grčkoj ili, pak, na individualnim procenama lekara specijalista za vantelesne oplodnje, što se primenjuje u Portugaliji. Belgija pruža odličnu finansijsku podršku u vidu pokrivenosti troškova do 6 (šest) ciklusa, ali uz ograničenje na transfer jednog embriona po ciklusu radi izbegavanja multiplih trudnoća. U Francuskoj su pokrivena četiri ciklusa vantelesne oplodnje, a ukoliko se ostvare trudnoća i porođaj, par ima pravo na ponovna četiri pokušaja vantelesne oplodnje za drugo dete.

Situacija u Srbiji se po pitanju starosne granice finansiranja vantelesne oplodnje i broja postupaka vantelesne oplodnje dinamično menjala od 2006. godine, kada je započeto finansiranja vantelesne oplodnje od strane

Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje (RFZO). Godine 2006. RFZO je finansirao jedan pokušaj vantelesne oplodnje kod žena životne dobi do 38 godina. Danas je aktuelno na snazi rešenje da RFZO finansira tri pokušaja vantelesne oplodnje kod žena do 42 godine života.

Republička stručna komisija Ministarstva zdravlja za vantelesnu oplodnju i asistiranu

reprodukciju utvrdila je da je za uključivanje u program vantelesne oplodnje potrebna kumulativna ispunjenost sledećih indikacija (kriterijuma):

- supružnici, odnosno vanbračni partneri, kod kojih su iscrpljene druge mogućnosti lečenja neplodnosti;
- žene koje imaju neplodnost i pored odgovarajućeg lečenja;
- supružnici, odnosno vanbračni partneri, koji nemaju dece iz postojeće zajednice;
- žene do navršene 42 godine starosti u momentu dobijanja Potvrde o ispunjenosti uslova za postupak BMPO;
- očuvana funkcija jajnika;
- normalni indeks telesne mase (manji od 30);
- svi oblici subfertilnosti muškarca, uz postojanje živih ili morfološki ispravnih spermatozoida u ejakulatu.

Pravo na ostvarivanje programa vantelesne oplodnje imaju parovi koji ispunjavaju kriterijume, uz podnošenje validne medicinske dokumentacije. Ako osigurano lice – žena ispunjava sve uslove i poseduje sve potrebne medicinske nalaze za sebe i za partnera, izabrani lekar specijalista ginekologije i akušerstva izdaje uput za lekarsku komisiju filijale, radi izdavanja obrasca OLK-11 tj. Ocene prvostepene lekarske komisije u vezi sa vantelesnom oplodnjom, kojom se daje saglasnost za upućivanje na Komisiju za BMPO koja se obavlja u jednoj od ustanova iz Plana mreže zdravstvenih ustanova, a to su [24]:

- Institut za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centar Srbije, Beograd
- Ginekološko akušerska klinika „Narodni front“, Beograd;
- Klinika za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centar Vojvodine
- Klinika za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centar Niš, Niš
- Opšta bolnica, Valjevo

Cena lečenja neplodnosti IVF metodom u zdravstvenim ustanovama u Srbiji je utvrđena

po fazama. Prva faza je faza stimulacije i, ako je odgovor na stimulaciju odgovarajući, cena iznosi 162.411,00 dinara. Ukoliko odgovor na stimulaciju nije odgovarajući, cena iznosi 64.812,00 dinara. Druga faza je faza aspiracije jajnih ćelija i kultivacije embriona – cena za klasični IVF iznosi 41.231,00 dinara, a za ICSI metodu 49.658,00 dinara. Treća faza je faza embriotransfera i njena cena iznosi 9.278,00 dinara [25].

S obzirom na to da postojeći kapaciteti zdravstvenih ustanova iz Plana mreže [26] nisu bili dovoljni da zadovolje narastajuće potrebe svih osiguranih lica koja imaju pravo i potrebu za IVF, RFZO je uključio i privatni sektor u pružanje usluga vantelesne oplodnje. Na godišnjem nivou se sklapaju ugovori sa grupom ponuđača ove usluge iz privatnog sektora, po istoj ceni plaćanja kao i u državnom sektoru.

Treba navesti da i brojne lokalne samouprave iz svojih budžeta izdvajaju sredstva za finansiranje IVF, nezavisno od RFZO, čime se broj mogućih pokušaja povećava sa tri, na barem četiri. Gradovi koji izdvajaju sredstva za finansiranje pokušaja vantelesne oplodnje su: Beograd, Novi Sad, Niš, Kragujevac, Kruševac, Kraljevo, Prijepolje, Gornji Milanovac, Obrenovac, Svilajnac, Vranje, Pirot, Aleksinac, Čačak, Valjevo, Smederevska Palanka, Subotica, Sremska Mitrovica, Pančevo i Zrenjanin.

U Vojvodini postoji program u okviru Pokrajinskog sekretarijata za socijalnu politiku, demografiju i ravnopravnost polova koji obuhvata sufinansiranje troškova vantelesne oplodnje za drugo, treće i svako naredno dete. Program je započet 2014. godine u okviru Pokrajinskog sekretarijata za zdravstvo, socijalnu politiku i demografiju. Pravo na sufinansiranje troškova u iznosu od 200.000,00 dinara jednokratno može da ostvari porodica (parovi), bračni i vanbračni partneri koji imaju najmanje jedno živo zajedničko dete ili dete koje pripada jednom od partnera, kada pacijentkinja nema više od 44 godine starosti, i gde neplodni par ima prebivalište na teritoriji Autonomne pokrajine Vojvodine najmanje godinu dana od dana pozitivnog mišljenja Stručne komisije za BMPO Kliničkog centra Vojvodine u Novom Sadu [27].

Diskusija na osnovu prikazanih podataka

U poređenju sa drugim zemljama, u Srbiji se stanje po pitanju vantelesne oplodnje

može okarakterisati kao vrlo povoljno. Postignuta je stopa od 100% pokrivenosti troškova vantelesne oplodnje od strane RFZO, što je dosta retko i u mnogo ekonomski snažnijim zemljama u Evropi. Sasvim je sigurno da je prepoznat društveni značaj problema infertiliteta i njegovog tretmana. U skladu sa tim, i politika finansiranja vantelesne oplodnje u Srbiji se konstantno i progresivno menjala od 2006. godine do danas. Evidentan je napredak kako u broju ciklusa koji u potpunosti finansirani od strane RFZO, tako i u pomeranju starosne granice za žene sa 38 na 40 i sada na 42 godine, što daje veće mogućnosti za uključivanje većeg broja parova. Pored toga, postignuto je da jedini faktor koji je u fokusu, a značajan je za uključivanje u finansirani pokušaj vantelesne oplodnje ne bude samo žena, već se sada stavlja u fokus i muškarac. Naime, raniji kriterijum je bio da žena nema dece, a sada se prihvata i mogućnost da muškarac nema dece sa ženom koja ima dete/decu iz prehodnog braka/veze, pa da taj par ostvari pravo na vantelesnu oplodnju finansiranu od strane RFZO. U Srbiji nije obavezno da je par u zvaničnoj vezi, tj. braku. Izjavom da su u partnerskim odnosima i da žele zajedničku decu, koju potpisuju oba partnera, ispunjeni su svi pravni uslovi za finansirani postupak RFZO.

Za dalje kreiranje politike finansiranja vantelesne oplodnje u Srbiji može da se uzme za primer Slovenija, koja je dostigla nivo koji spada u vodeće u Evropi. U Sloveniji, naime, potpuni pristup vantelesnoj oplodnji imaju svi infertilni parovi. Slovenačko zdravstveno osiguranje nudi vrlo fleksibilan i otvoren pristup vantelesnoj oplodnji. Ograničenja se ogledaju samo u životnoj dobi ženskog partnera – do 43 godine života, kao i u broju pokušaja koji je ograničen na 6 pokušaja do prvog porođaja i još 4 za ostvarivanje druge trudnoće. Osnov za ovakvu politiku finansiranja proizilazi iz činjenice razgraničenja uspešnih i neuspešnih ishoda postupaka vantelesne oplodnje. Naime, uočava se znatan pad uspeha ukoliko se postupak vantelesne oplodnje sprovodi kod žena nakon 43. godine života, dok se većim brojem pokušaja ostvaruje veća kumulativna stopa uspeha procedure [28].

Ovakva situacija u Sloveniji, a kojoj bi mogla da teži i Srbija, u skladu je sa odlukama

Evropskog parlamenta koji je pozvao svoje zemlje članice da obezbede univerzalni pristup tretmanima infertiliteta [29]. Evropsko udruženje za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) ističe da je politika finansiranja ima veoma značajan uticaj na primenu vantelesne oplodnje [29]. Na ovaj način, parovi se podstiču na ponovne pokušaje vantelesne oplodnje koji vode ka povećanju kumulativne stope porođaja, što je i krajnji cilj.

Pored toga, u većini zemalja Evrope postoji finansiranje zamrzavanja embriona iz stimuliranih ciklusa vantelesne oplodnje sa kasnijim transferom odmrznutih embriona, čime se dalje povećava kumulativna stopa trudnoća, odnosno porođaja. Sasvim sigurno se može reći da Srbija prati trendove, ne samo u okviru medicinske struke u pogledu vantelesne oplodnje primenom najsavremenijih tehnika uz visoko edukovani kadar, već i politikom finansiranja vantelesne oplodnje. Ograničavajući faktori za dalju ekspanziju politike finansiranja vantelesne oplodnje su svakako ekonomska situacija koja vlada u našoj zemlji. No, i pored toga, svedoci smo da i u ovom segmentu pratimo trendove i da postoji progresivni trend pomeranja ka većem broju finansiranih ciklusa vantelesne oplodnje i pomeranja starosne granice za žene, čime se ova usluga čini znatno dostupnijom.

ZAKLJUČAK

Analizom prethodno iznetih činjenica i poređenjem sa drugim zemljama može se zaključiti da je u Srbiji, po pitanju finansiranja vantelesne oplodnje, stanje zadovoljavajuće. Naime, RFZO pokriva troškove tri pokušaja ukoliko žena ima manje od 42 godine, a uz to ne postoje liste čekanja za ovu uslugu, što je postignuto uključivanjem privatnog sektora. Ovakva situacija, uz postojanje i finansiranja vantelesne oplodnje od strane pojedinih lokalnih samouprava je aktuelno i poboljšana. Ukoliko budžetske okolnosti dozvole, u daljem planiranju moglo bi se ići na veći broj ciklusa vantelesne oplodnje, kao i finansiranje zamrzavanja embriona i plaćanje usluga vantelesne oplodnje sa odmrznutim embrionima, što, za sada, nije obuhvaćeno planom RFZO.

LITERATURA

1. World Health Organization. Infertility is a global public health issue, dostupno na <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective> (datum pristupa 02.12.2017.).
2. Cui W. Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Health Organ* 88: 881–2 doi:10.2471/BLT.10.011210.
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel S. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Hum Reprod* 2009; 24:2683–7.
4. Bjelica A, Nikolić S. Development and achievements of assisted reproductive technology. *Med Rev (Medicinski pregleđ)* 2015;68(9-10):353–7.
5. Adamson, G.D., Tabangin, M., Macaluso, M., & de Mouzon, J. (2013). The number of babies born globally after treatment with the assisted reproductive technologies (ART). *Fert Ster*, 100, S42.
6. Petropoulos A, Cattapan A, Baylis F, Leader A. Social egg freezing: risk, benefits and other considerations. *CMAJ* 2015;187(9):666–9.
7. Wyndham N, Patrizio P, Marin Figueira PG. A persistent misperception: Assisted reproductive technology can reverse the "aged biological clock, *Fert Ster* 2012; 97(5):1044–47.
8. Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, Adamson GD, de Mouzon J, Nygren KG, Sullivan E. (2014). International committee for monitoring assisted reproductive technology. World report on assisted reproductive technology, 2005. *Fert Ster*; 101, 366–78.
9. Mladovsky P, Sorenson C. Public financing of IVF: a review of policy rationales. *Health Care Anal* 2010;18:113–128.
10. Ishihara O, Adamson GD, Dyer S, de Mouzon J, Nygren KG, Sullivan EA, Zegers-Hochschild F, Mansour R. International committee for monitoring assisted reproductive technologies: world report on assisted reproductive technologies 2007. *Fert Ster* 2015;103(2):402–13.
11. Chambers GM, Sullivan EA, Ishihara O, Chapman MG, Adamson GD. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fert Ster* 2009;91(6):2281–94.
12. Berg Brigham K, Cadier B, Chevreul K. The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. *Hum Reprod* 2013;28(3):666–75.
13. Službeni glasnik RS, dostupno na: <http://www.slglasnik.com/> (datum pristupa 26.11.2017.).
14. Nelson MK, Hertz R, Kramer W. Gamete donor anonymity and limits on numbers of offspring: the views of three stakeholders. *J Law Biosci* 2016;3(1):39–67.
15. Aboulghar MA. The importance of fertility treatment in the developing world. *BJOG: Int J Obst Gyn* 2005;112:1174–117.
16. van Balen, F., Gerrits, T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Hum Reprod* 2001;16:215–219.
17. Ata B, Seli E. Economics of assisted reproductive technologies. *Current Opinion in Obst and Gyn* 2010;22(3):183–188.
18. Tobias T, Sharara FI, Franasiak JM, Heiser PW, Pinckney-Clark E (2016). Promoting the use of elective single embryo transfer in clinical practice. *Fert Res & Pract* 2016; 2:1. doi: 10.1186/s40738-016-0024-7. eCollection 2016
19. Sykes D, Henk JO, Palmer SJ, van Loon J. The cost/effectiveness of IVF in the UK: A comparison of three gonadotrophin treatments. *Hum Reprod* 2001;81(4):S4–S59.
20. Eijkemans MJ, Polinder S, Mulders AG, Laven JS, Habbema JD, Fauser BC. Individualized cost-effective conventional ovulation induction treatment in normogonadotrophic anovulatory infertility (WHO group 2). *Hum Reprod* 2005; 20(10):2830–7.
21. Warnock M. Making babies: is there a right to have children? New York: Oxford University Press; 2002.
22. ESHRE fact sheets 4 (2017). The funding of IVF treatment, dostupno na <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources.aspx> (datum pristupa 26.11.2017.).
23. Präg, P., Mills, M.C. (2017). Assisted Reproductive Technology in Europe. Usage and regulation in the context of cross-border reproductive care. In: Kreyenfeld, M., Konietzka, D. (Eds). *Childlessness in Europe Contexts, Causes, and Consequences*. New York: Springer, 2017.
24. Uputstvo BMPO (2017), dostupno na <http://rfzo.rs/download/vto/Uputstvo%20BMPO.pdf>.
25. Izveštaj RFZO – Lečenje neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplodjenja za 2014., dostupno na: <http://rfzo.rs/index.php/osiguranalica/vto> (datum pristupa 25.11.2017.).
26. Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova (2014). http://www.rfzo.rs/download/uredbe/Uredba_plan_mreze25022014.pdf (datum pristupa 02.12.2017.)
27. Pravilnik o bližim uslovima, kriterijumima, načinu i postupku ostvarivanja prava na sufinansiranje troškova za biomedicinski potpomognuto oplodjenje za svako drugo, treće i naredno dete, (2017), dostupno na: <http://www.socijalnapolitika.vojvodina.gov.rs/dokumenta> (datum pristupa 02.12.2017.)
28. Vrtacnik U, Vrtacnik Bokal E, Devjak R. Cumulative Delivery Rate after Providing Full Reimbursement In Vitro Fertilization Programme: A 6-Years Survey. *BioMed Res Intern* 2014.Vol 2014, Article ID 850478.
29. Strowitzki T. Good clinical treatment in assisted reproduction (ART): an ESHRE position paper. *Gynakol Endokrin* 2009; 7(1):39–44.
30. Pennings G de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 14: equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod* 2009;23(4):772–4.
- 31.