



MINISTERUL MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE



GGs

Reziliență
Demografică

INFERTILITATEA ÎN CONTEXT DEMOGRAFIC ȘI AL SĂNĂȚĂII REPRODUCTIVE

CHIȘINĂU, 2022

Autoare:

VICTORIA CIUBOTARU, *Medic obstetrician-ginecolog, Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală, Institutul Mamei și Copilului*

REBECCA ROSENBERG, *Analistă de date, Avenir Health, United States*

KRISTIN BIETSCH, *Demografă senior, Avenir Health, United States*

EMILY SONNEVELDT, *Directoare Centrul M&E și Advocacy, Avenir Health, United States*

Această analiză face parte din [Programul de cercetare al Studiului Generații și Gen](#) lansat de către Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA Moldova), în noiembrie 2021 pentru analiza aprofundată a rezultatelor GGS și identificarea măsurilor de politici de consolidare a rezilienței demografice în Republica Moldova.

Programul Generații și Gen este implementat de către [Fondul Națiunilor Unite pentru Populație \(UNFPA Moldova\)](#), în parteneriat cu [Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova \(MMPS\)](#), [Biroul Național de Statistică](#), [Institutul Interdisciplinar de Demografie din Olanda \(NIDI\)](#). Desfășurarea programului este posibilă grație suportului financiar oferit de Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Fondului Parteneriatului pentru Dezvoltare India-ONU și UNFPA.

Analiza a fost elaborată în baza datelor [Studiul Generații și Gen \(GGS\)](#), care este primul și cel mai complex studiu demografic longitudinal, desfășurat până în prezent în peste 24 de țări și este parte a programului internațional coordonat de Comisia Economică a Națiunilor Unite pentru Europa (UNECE) și Institutul Interdisciplinar de Demografie din Olanda (NIDI).

Concluziile acestui studiu au menirea de a furniza factorilor de decizie din Republica Moldova date dezagregate despre schimbările demografice din Republica Moldova, astfel ca autoritățile să elaboreze politici demografice centrate pe oameni și ajustate la necesitățile reale ale acestora. Totodată, concluziile acestei analize vor fi utilizate de către autorități pentru a identifica măsuri de transformare a crizei demografice într-o oportunitate, pentru a susține dezvoltarea țării și a promova reziliența demografică în Moldova.

Pentru referințe: Republica Moldova – Studiul Generații și Gen (2020). Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Biroul Național de Statistică (eșantionul studiului), UNFPA Moldova, NIDI-GGP (partener și distribuitor).

Acest document a fost elaborat cu suportul Ministerului Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MMPS), Fondului ONU pentru Populație (UNFPA Moldova) și Institutului Interdisciplinar de Demografie din Olanda și nu prezintă în mod necesar punctul de vedere al UNFPA Moldova, MMPS, NIDI sau oricărei dintre organizațiile afiliate.

Cuprins:

Introducere	2
Analiza infertilității în baza datelor Studiului Generații și Gen	8
Caracteristici demografice ale eșantionului	8
Profilul demografic al persoanelor care declară probleme de infertilitate	13
Cauzele infertilității declarate de către populația Republicii Moldova	19
Rezultatele analizei de regresie	22
Studiu de caz a infertilității în cuplu tratată prin FIV în Republica Moldova	26
Metodologia studiului	26
Rezultatele analizei	26
Concluzii	33
Recomandări de politici	35

Introducere

Infertilitatea este o tulburare a sistemului reproductiv feminin sau masculin, definită prin incapacitatea unei femei de a concepe sau a unui bărbat de a induce o sarcină timp de un an fără utilizarea metodelor de contracepție¹. Infertilitatea trebuie tratată ca o afecțiune a cuplului, pentru că bărbații și femeile în egală măsură pot avea condiții care să cauzeze incapacitatea de concepere.

Problema infertilității afectează milioane de oameni de vârstă reproductivă din întreaga lume, având un impact negativ asupra familiilor, comunităților și statelor. Estimările sugerează că între 48 de milioane de cupluri și 186 de milioane de indivizi se confruntă cu infertilitatea la nivel global². La nivel mondial, 10-25% din toate cuplurile de vârstă reproductivă, suferă de infertilitate.³ Această situație este valabilă și pentru statele Europei de Est, fiind o provocare serioasă, în contextul fertilității scăzute și respectiv scăderii numărului populației.

Republica Moldova nu este o excepție în acest sens, iar în contextul schimbărilor demografice, emigrației și scăderii continuă a numărului populației, problema infertilității devine nu doar o problemă de sănătate publică, ci și o provocare demografică. Analizele elaborate recent în baza datelor Studiului Generației și Gen (GGG) atestă schimbări ale comportamentului reproductiv, caracterizate prin amânarea nașterii copilului pentru vârste mai mature. Odată cu înaintarea în vârstă, crește și probabilitatea cuplurilor de a suferi de maladii care afectează sistemul reproductiv, determinând incapacitatea de a concepe. Totodată, tendința de amânare a nașterii determină probabilități scăzute ale cuplurilor de a avea numărul dorit de copii. Aceste tendințe demografice contribuie la menținerea unei fertilități scăzute în Republica Moldova de 1,73 nașteri per femeie, care nu asigură înlocuirea generațiilor.

Din practica medicală, se cunoaște că fenomenul infertilității este în ascensiune în Republica Moldova, dar cât de mult, rămâne de văzut, pentru că, statisticile oficiale nu oferă date despre infertilitatea feminină și masculină, atât primară cât și secundară, inclusiv ca urmare a infecțiilor tractului genital. Conform informațiilor furnizate de Centrul de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală (CSRGM) din cadrul Institutului Mamei și Copilului (IMC) circa 20% din toate cuplurile de vârstă reproductivă din Republica Moldova, suferă de o formă sau alta de

¹ Legea Sănătății Reproducerii nr.138 din 15.06.2012, Capitolul I. DISPOZIȚII GENERALE, Articolul 2.Noțiuni principale.

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

³ Thoma, M., Fledderjohann, J., Cox, C., & Kantum Adageba, R. (2021). Biological and social aspects of human infertility: A global perspective. *Global Public Health*, <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.184>

infertilitate și pentru 2,5%, unica posibilitatea de a avea o sarcină și ulterior un copil este fertilizarea in vitro (FIV)⁴.

Pentru monitorizarea schimbărilor demografice, inclusiv la capitolul infertilitate, Guvernul Republicii Moldova a susținut implementarea “Programului Generație și Gen”. În cadrul acestui program, în 2020 a fost realizat cel mai comprehensiv studiu demografic, care acoperă parțial perioada pre- și post-Covid-19. GGS a colectat date și despre comportamentul reproductiv, intenția de a avea copii, utilizarea contracepției și nevoia nesatisfăcută de contracepție, probleme ce țin de afectarea fertilității în Republica Moldova etc.

Conform datelor GGS, circa 11 la sută dintre cuplurile de vârstă reproductivă din Republica Moldova declară că se confruntă cu problema incapacității de a concepe. Este de menționat că studiul nu atestă diferențe statistice semnificative privind infertilitatea raportată de către femei și bărbați. Ponderea femeilor care au declarat că întâmpină dificultăți în a concepe este de circa 12% și 10% bărbați declară incapacitatea de a induce o sarcină. Acest fapt demonstrează că infertilitatea nu este o afecțiune specifică doar femeilor. Limitarea capacității de a concepe înregistrează valori mai mari în mediul urban (13,4%) comparativ cu mediul rural (9,3%). Totodată, este de menționat că atât la bărbați cât și la femei, valoarea acestui indicator este mai mare în Chișinău comparativ cu celelalte teritorii ale țării.

Persoanele și cuplurile au dreptul de a decide numărul, perioada și intervalul între sarcini⁵. Infertilitatea poate anula realizarea drepturilor reproductive ale indivizilor, fiind provocată de anumiți factori declanșatori/patologii preexistente, în mod special a tractului genital. Deprinderile nocive din perioada adolescenței cum ar fi fumatul, consumul de băuturi alcoolice și alte substanțe, stresul psihoemoțional etc. au repercusiuni negative asupra funcției reproductive atât a femeilor cât și a bărbaților adulți. Căsătoriile târzii și în același timp inițierea precoce a relațiilor sexuale neprotejate, parteneri sexuali multipli, cunoștințe insuficiente despre metodele de contracepție și neutilizarea acestora, în mod special a celor de barieră expun la risc de infecții cu transmitere sexuală (ITS) care pot conduce la infertilitate. Acest comportamente derivă din lipsa de informare și educare a populației cu referire la comportamentele reproductive sigure promovate în cadrul familiei, instituțiilor de învățământ, societate în general. Subiectele referitoare la sănătatea sexuală și reproductivă rămân a fi considerate “tabu”. Este timpul ca societatea moldovenească să conștientizeze importanța măsurilor de informare și educare a populației în domeniul sănătății sexual-reproductive care are rolul de a preveni comportamentele sexuale riscante, în mod special printre adolescenți și tineri, care în final ar contribui la diminuarea incidenței infertilității în Republica Moldova.

⁴ Centrul Sănătatea Reproduserii și Genetica Medicală (CSRGM), 2012

⁵ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Totodată este de menționat că există și alți factori care ar cauza infertilitatea cum sunt bolile genetice, factorii imunologici, expunerea la diverși poluanți de mediu, factori chimici și fizici care pot acționa nefast asupra celulelor sexuale (ovule și spermatozoizi), conducând la scăderea numărului și calității acestora⁶.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în 25% infertilitatea are origine multifactorială iar în 10 la sută nu are o cauză clară ori aceasta rămâne a fi neidentificată⁷.

Infertilitatea reprezentând o problemă atât medicală, socială cât și demografică, de aceea trebuie abordată multidisciplinar, prin aplicarea măsurilor de prevenție, diagnostic și tratament a patologiilor care sunt precursorii infertilității. Infertilitatea are un impact social semnificativ asupra vieții cuplurilor, în special a femeilor, care pot deveni victime ale violenței domestice, trec prin experiența unui divorț, se confruntă cu stigmatizare din partea societății, stres psiho-emotional, depresie, anxietate și stimă de sine scăzută. Deși nu doar femeile se confruntă cu probleme legate de concepere, ele, de regulă, sunt adesea percepute ca fiind cele “vinovate”, indiferent dacă sunt sau nu infertile.

Actualele tendințe demografice concomitent cu obligativitatea respectării drepturilor omului la cel mai înalt standard posibil de sănătate fizică și mentală, inclusiv sănătate sexulă și reproductivă, dreptul de a decide liber numărul dorit de copii, perioada și intervalul dintre sarcini, determină Guvernului Republicii Moldova să întreprindă măsuri concrete în vederea susținerii cetățenilor în realizarea lor. În acest context, una din ariile prioritare pe care se axează serviciile de ocrotire a sănătății reproducerii, organizate și coordonate de Ministerul Sănătății este prevenirea, diagnosticul și tratamentul infertilității. Serviciile de diagnostic și tratament ale infertilității sunt oferite atât în sectorul public, cât și în cel privat. Mai mult decât atât, cuplurile au posibilitate să beneficieze de tratamentul infertilității prin aplicarea tehnicilor de reproducere umană asistată medical (RUAM)⁸.

Există situații, când persoanele/cuplurile nu pot să-și realizeze funcția reproductivă decât prin intermediul tehnologiilor RUAM și anume procedurii de fertilizarea in vitro (FIV) care oferă posibilitate cuplului să depășească problema infertilității, atunci, când alte modalități de a obține o sarcină pe cale naturală au eșuat. Tehnologiile RUAM sunt disponibile, la nivel global, mai bine de trei decenii, grație implementării acestora, mai mult de 5 milioane de copii s-au

⁶ Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, 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. doi: 10.1371/journal.pmed.1001356 [published Online First: 2012/12/29]

⁷ World Health Organization. (2020, September 14). Infertility. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

⁸ Legea Sănătății Reproducerii nr.138 din 15.06.2012, Capitolul II. SĂNĂTATEA REPRODUCERII, Articolul 4 Drepturile în domeniul sănătății reproducerii, p.3

născut în întreaga lume, inclusiv prin aplicarea procedurii FIV.⁹ Accesul cuplurilor infertile la RUAM, inclusiv FIV, variază mult de la un stat la altul. În mai multe țări cu venituri medii și mari, prestatorii de servicii de sănătate publică sau privată oferă acest gen de servicii, deși uneori listele lungi de așteptare și costurile exorbitante pot fi obstacole în accesarea acestora¹⁰. Guvernele unor state asigură acoperirea costurilor pentru procedura de FIV din sursele asigurărilor, existând mai multe modele, cu un spectru mai larg sau mai îngust de servicii de diagnostic, tratament și monitorizare pe parcursul sarcinii, pentru una sau mai multe proceduri FIV per cuplu.

În Republica Moldova, până în 2012, statul deținea monopolul asupra serviciilor din domeniul RUAM. Odată cu aprobarea Legii sănătății reproducerii 138/2012, serviciile RUAM pot fi acordate atât de instituțiile medicale publice, cât și de cele private, acreditate sau licențiate pentru acest gen de activitate¹¹. În același timp, este de menționat că din anul 2012, procedura FIV se efectuează doar în sectorul privat.

Este cunoscut faptul că nu toate persoanele/cuplurile au venituri care le-ar permite să achite costurile procedurii FIV. În acest sens, statul a venit cu suport, oferind oportunitate cuplurilor în care ambii parteneri sunt asigurați medical și corespund criteriilor medicale stabilite de Ministerul Sănătății să beneficieze de o procedură FIV în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM) în limitele mijloacelor financiare disponibile, conform actelor normative aprobate de Guvern¹².

În anul 2017, prin Ordinul Ministerului Sănătății a fost aprobat Regulamentului cu privire la modul de organizare a prestării serviciilor RUAM din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM)¹³. În primul an, după emiterea ordinului, Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) a contractat, trei instituții medicale private pentru prestarea serviciilor FIV. Este vorba despre SRL “Medpharmconsult”, ÎCS “Health Forever International” SRL (Spitalul Internațional “Medpark”) și Societatea Comercială “Repromed”, care au depus ofertele pentru acordarea unor astfel de servicii în cadrul AOAM. Pentru o procedură FIV a fost alocată suma de 31 729 lei¹⁴ care nu include costurile pentru medicamentele administrate de

⁹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

¹⁰ Morshed-Behbahani, B., Lamyian, M., Joulaei, H., Hossein Rashidi, B., & Montazeri, A., (2020). Infertility policy analysis: A comparative study of selected lower middle- middle- and high-income countries. *Globalization and Health*, 16(104). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00617-9>

¹¹ Legea Sănătății Reproducerii nr.138 din 15.06.2012, Capitolul III Modalitățile de aplicare a tehnologiilor de asistare medicală a reproducerii umane, Articolul 9 (3).

¹² Legea Sănătății Reproducerii nr.138 din 15.06.2012, Capitolul IV Asigurarea drepturilor în domeniul sănătății reproducerii, Articolul 20(3)

¹³ Ordinul MS nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordare serviciilor de Reproducere umană asistată”

¹⁴ www.cnam.md

beneficiari în condiții de ambulator¹⁵. Din anul 2017 și până în 2022, instituțiile nominalizate și alte instituții au fost contractate pentru a oferi procedura FIV, cuplurilor infertile, asigurate. Suma alocată de CNAM pentru o procedură, acoperă circa 40 la sută din costul real al FIV, iar pentru anul 2022 și mai puțin, în contextul creșterii marcante a ratei inflației¹⁶. Chiar și în condițiile în care statul acordă acest suport financiar, există persoane/cupluri care nu-și pot permite achitarea altor circa 60% din costul procedurii FIV, inclusiv costul medicamentelor, astfel, fiind privați de posibilitatea de a fi părinți.

În acest context, este esențial ca legile și politicile care reglementează aplicarea RUAM să servească bază solidă pentru asigurarea accesului universal, fără discriminare pe anumite criterii și pentru a proteja și promova drepturile omului. Odată ce politicile de fertilitate sunt puse în aplicare, este extrem de important să se asigure că implementarea lor este monitorizată și calitatea serviciilor oferite populației este îmbunătățită în mod continuu¹⁷.

În același timp, este important de menționat că inițiativa legislativă de contractare de către CNAM a procedurii FIV și implementarea acesteia din anul 2017 este lăudabilă, totodată, existând și rezerve în acest sens, în mod special, pentru un stat care nu ocupă un loc de frunte în funcție de PIB-ul pe cap de locuitor¹⁸.

O nouă inițiativă legislativă a fost înaintată în 11 iulie 2022 cu privire la Proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (Legea ocrotirii sănătății 411/1995; Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane 42/2008 și în cea mai mare măsură a Legea privind Sănătatea Reproducerii 138/2012)¹⁹. A apărut necesitatea modificării acestor acte normative deoarece cadrul legal actual în vigoare s-a dovedit a avea unele lacune, limitări, iar unele activități, proceduri realizate de facto, nu sunt reglementate și se află într-o zonă gri, cum ar fi de exemplu transferul interinstitucional sau transfrontalier de celule reproductive și embrioni. În acest context, un grup de deputați împreună cu reprezentanți ai Ministerului Sănătății, Agenției de Transplant, Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Centru de politici și analiză în sănătate, precum și specialiști notorii din domeniul sănătății reproductive au analizat deficiențele existente, precum și opiniile/doleanțele parvenite de la cetățeni în cadrul audierilor publice și au propus modificările care vin să ajusteze legislația națională la prevederile internaționale.

¹⁵ Hotărârea Guvernului nr.1020 din 29.12.2011 "Cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare" Publicat: 13.01.2012 ÎN Monitorul Oficial Nr.7-12 Art.25, Modificat HG 256 din 13.10.21, MO 249-253/15.10.21 art.504; în vigoare 15.10.21

¹⁶ https://www.bnm.md/files/RI_noiembrie_2022.pdf

¹⁷ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

¹⁸ <https://www.imf.org/en/Countries/MDA#>, <https://www.worldbank.org/en/country/moldova>

¹⁹ <https://www.parlament.md/ProcesulLegislativ/Proiectedeactelegislative/tabid/61/LegislativId/6113/language/ro-RO/Default.aspx>

Grație modificărilor propuse în legislație, persoanele vor putea dona și păstra celulele și țesuturile reproductive proprii pentru a beneficia de acestea mai târziu dacă suferă de o boală sau condiții de sănătate ce le pune în pericol capacitatea de a concepe un copil în viitor, de exemplu, fac tratamente care afectează semnificativ capacitatea reproductivă (ex. cure de chimioterapie sau radioterapie în patologia oncologică).

Pornind de la ideea că într-o lume deschisă, există posibilitatea de a circula și de a beneficia de servicii în diferite țări, prezentul proiect de lege oferă posibilitate persoanelor/cuplurilor să-și importe autorizat propriile celule și țesuturi în Republica Moldova sau să efectueze transferul interinstitucional sau transfrontalier autorizat pentru a beneficia de aceste servicii în instituția selectată de beneficiari. În general, proiectul propus de Lege include circa 75 articole noi, completări, modificări care vin să asigure o disponibilitate și accesibilitate mai bună a serviciilor de RUAM, stimulând oferirea celor mai moderne tratamente și tehnologii, garantând securitatea, confidențialitatea și calitatea actului medical.

În această ordine de idei vine și inițiativa lansată recent de Direcției generală asistență medicală și socială, conform căreia municipalitatea și-a propus să susțină financiar 100 de cupluri și femei solitare din Chișinău în efectuarea procedurii FIV. Potrivit proiectului, banii vor fi alocați cuplurilor infertile fără copii și femeilor solitare, cu venituri modeste, care au viză de reședință în Chișinău. Autoritățile locale argumentează inițiativa prin faptul că tot mai multe cupluri din Republica Moldova sunt infertile, iar sprijinul acordat va spori natalitatea și va întineri populația în municipiul Chișinău. Documentul a fost expus pentru consultări publice și urmează să fie aprobat de Consiliul Municipal Chișinău²⁰.

Nu în ultimul rând, este important de menționat că trebuie luate în considerare în mod primordial și setate în cadrul național de politici, măsurile de prevenire a infertilității care sunt cele mai eficiente din punct de vedere a costurilor. Acest postulat fiind valabil în toate cazurile și în mod special, în condițiile unei țări care face parte din grupul statelor cu venituri medii pe cap de locuitor, cum este Republica Moldova²¹.

²⁰ <https://moldova.europalibera.org/a/de-cupluri-infertile-din-chi%83u-vor-putea-face-gratuit-procedura-de-fertilizarea-in-vitro-/32133327.html?fbclid=IwAR0H95pr4NWfxnUdd3Hk61hQmrg1wpNI98ngR8zaiZbUIYr7wXeGbHewxig>

²¹ <https://www.worldbank.org/en/country/moldova>

Analiza infertilității în baza datelor Studiului Generații și Gen

În prezent, nu există cercetări privind impactul real pe termen scurt și lung al determinantilor, prevenirii și tratamentului infertilității asupra tendințelor demografice din Moldova. Problemele legate de infertilitate și tendințele demografice au fost identificate ca fiind una dintre prioritățile UNFPA, iar o analiză statistică pe această temă va permite UNFPA să înțeleagă mai bine povara infertilității ca o problemă majoră de sănătate publică, cauzele infertilității și în ce măsură infertilitatea ar trebui să fie un factor de preocupare pentru factorii de decizie politică. Analiza contribuie la înțelegerea fenomenului de infertilitate în Moldova, având în vedere lipsa de cercetări și analize anterioare pe această temă în țară.

Caracteristici demografice ale eșantionului

Această analiză începe cu statistici sumare, inclusiv caracteristici demografice, starea familială, fertilitatea și fertilitatea dorită.

Tabelul 1 rezumă caracteristicile demografice ale populației intervievate²², inclusiv sexul, vârsta, mediul de reședință, studiile, tipul de angajare și venitul gospodăriei. Peste jumătate din populația intervievată este de sex feminin (52,3%). Peste o treime din populație are peste 49 de ani, iar cea mai mică grupă de vârstă este cea de 15-19 ani (6,1%). Cea mai mare parte a populației are cel puțin studii medii, iar aproximativ 16% au obținut o diplomă de licență sau mai mult. Peste o treime din populația intervievată este angajată în câmpul muncii, 19,2% sunt pensionari și 12,3% sunt șomeri. Peste jumătate din populația intervievată are un venit net pe gospodărie între 1.000 și 10.000 de lei. Mai puțin de 7% au un venit net pe gospodărie mai mic de 1.000 de lei, iar puțin peste 20% au un venit net pe gospodărie mai mare de 30.000 de lei.

Tabelul 1. Caracteristici demografice (N=10.036)

	N	%
Sex		
Masculin	4.792	47,8
Feminin	5.244	52,3
Vârsta		
15-19	615	6,1
20-24	732	7,3
25-29	1001	10,0
30-34	1270	12,7
35-39	1081	10,8
40-44	916	9,1
45-49	793	7,9
>49	3627	36,1
Mediu de reședință		
Rural	6.345	63,2
Urban	3.691	36,8
Studii		
Fără studii/Educație timpurie	57	0,6
Primare	277	2,8
Secundare	2852	28,4

²²Toate analizele sunt prezentate cu ponderi ale sondajului.

Generale/liceale	1690	16,8
Profesionale	1979	19,7
Colegii specializate/tehnice	1559	15,5
Universitare/Licență	1387	13,8
Masterat	211	2,1
Doctorale/Post-doctorale	25	0,3
Angajarea în câmpul muncii		
În școală/formare	673	6,7
Angajat(ă)	3645	36,3
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	1259	12,5
Șomer(ă)	1237	12,3
Pensionar(ă)	1924	19,2
Serviciul militar/civic	5	0,1
Concediul pentru creșterea copilului	648	6,5
Cu dizabilități	441	4,4
Altele	187	1,9
Nu știu	8	0,1
Nici un răspuns	9	0,1
Venitul net al gospodăriei		
<1.000 lei	611	6,8
1.000-10.000 lei	4562	50,5
10.000-20.000 lei	1336	14,8
20.000-30.000 lei	669	7,4
>30.000 lei	1851	20,5

Tabelul 2 rezumă variabilele referitoare la starea familială. Aproximativ două treimi din populația interviuată are un partener, aproximativ 87,2% dintre aceștia locuind împreună cu partenerul lor și 80,4% fiind căsătoriți. Cea mai mare parte a populației interviuate a făcut sex pentru prima dată între 15 și 19 ani (61,6%), urmată de vârstele de 20-24 de ani (21,2%). Puțin sub două treimi din populație este activă sexual (63,1%) și a întreținut relații sexuale în ultimele patru săptămâni.

Tabelul 2. Starea familială (N=10.036)

	N	%
Respondentul are partener		
Da	6.656	66,3
Nu	3.363	33,5
Nici un răspuns	17	0,2
Locuiește cu partenerul (N=6.334)		
Da	5.526	87,2
Nu	806	12,7
Nici un răspuns	2	0,0
Căsătorit cu partenerul (N=6.334)		
Da	5.093	80,4
Nu	1.239	19,6
Nici un răspuns	2	0,0
Vârsta la primul raport sexual		
<10	62	0,6
10-14	223	2,2

15-19	6186	61,6
20-24	2125	21,2
25-29	279	2,8
30-34	37	0,4
>34	19	0,2
Nu știu	662	6,6
Nici un răspuns	443	4,4
Vârsta medie la primul raport sexual: 18,5		
Au avut relații sexuale în ultimele patru săptămâni		
Da	2.725	63,1
Nu	1.452	33,6
Nu știu	19	0,5
Nici un răspuns	120	2,8

Tabelul 3 sintetizează variabilele privind fertilitatea și fertilitatea dorită. Aceasta și toate analizele viitoare din acest raport, cu excepția cazului în care se specifică altfel, se limitează la populația interviuată de vârstă reproductivă, cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani. La nivelul eșantionului, numărul mediu ideal de copii este de 2,7. Aproape jumătate din populație intenționează să aibă un alt copil (cu siguranță – 35,9% sau probabil da – 21,7%), dar numai 38% intenționează să aibă un alt copil în următorii trei ani (cu siguranță – 16,4% sau probabil da – 21,6%).

Tabelul 3. Fertilitatea și fertilitatea dorită în rândul populației cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani (N=4.405)

	N	%
Numărul total de copii		
0	1.420	32,2
1	843	19,1
2	1.354	30,7
3	549	12,5
4	163	3,7
>4	77	1,8
Numărul total mediu de copii: 1,4		
Numărul ideal de copii		
0	20	0,5
1	217	4,9
2	1992	45,2
3	1480	33,6
4	372	8,5
>4	217	4,9
Nu știu	92	2,1
Nici un răspuns	10	0,2
N/D	4	0,1
Numărul mediu ideal de copii: 2,7		
Intenționează în genere să aibă un copil		

Cu siguranță nu	707	17,5
Probabil că nu	397	9,8
Nu cunosc	522	12,9
Probabil că da	875	21,7
Cu siguranță da	1452	35,9
Nu știu	73	1,8
Nici un răspuns	16	0,4
Intenționează să aibă un copil în următorii 3 ani		
Cu siguranță nu	1.055	26,1
Probabil că nu	621	15,4
Nu cunosc	711	17,6
Probabil că da	875	21,6
Cu siguranță da	662	16,4
Nu știu	99	2,4
Nici un răspuns	20	0,5

Tabelul 4 prezintă numărul mediu ideal de copii pentru persoanele din grupuri demografice specifice. În general, diferențele în ceea ce privește numărul mediu ideal de copii în funcție de diferite caracteristici demografice nu sunt mari. Numărul mediu ideal de copii este cel mai mic pentru grupa de vârstă cea mai tânără (2,4 copii) și cel mai mare pentru grupele de vârstă mijlocie (2,8 copii). Fertilitatea ideală este puțin mai mare în zonele rurale (2,7 copii) în comparație cu zonele urbane (2,5 copii). Fertilitatea ideală variază foarte puțin în funcție de nivelul de educație. Fertilitatea ideală este similară în cazul celor care sunt angajați (2,6 copii) și al celor care sunt șomeri (2,7 copii). Diferențele în ceea ce privește ocuparea forței de muncă se datorează cel mai probabil diferențelor de nivel de educație și de vârstă. De exemplu, fertilitatea ideală este cea mai mică în cazul celor care merg la școală sau urmează cursuri de instruire (2,4), fiind similară cu cea pentru grupa de vârstă cea mai tânără. Există puține diferențe în ceea ce privește numărul ideal de copii în funcție de venitul net al gospodăriei (de la 2,6 copii la 2,8 copii). Fertilitatea ideală este cea mai mică în cazul celor care aveau peste 30 de ani la primul raport sexual (2,3, deși dimensiunea eșantionului este mică). Nu este surprinzător faptul că numărul ideal de copii este asociat pozitiv cu numărul actual de copii – fertilitatea ideală este mai mare în cazul persoanelor cu mai mulți copii.

Tabelul 4. Fertilitatea dorită în funcție de caracteristicile demografice în rândul populației cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani (N=4.405)

	Numărul mediu ideal de copii
Sex	
Masculin	2,6
Feminin	2,7
Vârsta	
15-19	2,4
20-24	2,5
25-29	2,6
30-34	2,8
35-39	2,8

40-44	2,7
45-49	2,7
Mediu de reședință	
Rural	2,7
Urban	2,5
Studii	
Fără studii/Educație timpurie	2,5
Primare	2,6
Secundare	2,7
Generale/liceale	2,6
Profesionale	2,7
Colegii specializate/tehnice	2,5
Universitare/Licență	2,6
Masterat	2,7
Doctorale/Post-doctorale	2,3*
Angajarea în câmpul muncii	
În școală/formare	2,4
Angajat(ă)	2,6
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	2,9
Șomer(ă)	2,7
Pensionar(ă)	2,5*
Serviciul militar/civic	2,0*
Concediul pentru creșterea copilului	2,9
Cu dizabilități	2,4
Altele	2,7
Venitul net al gospodăriei	
<1.000 lei	2,7
1.000-10.000 lei	2,6
10.000-20.000 lei	2,6
20.000-30.000 lei	2,8
>30.000 lei	2,8
Vârsta la primul raport sexual	
>10	2,5
10-14	2,8
15-19	2,7
20-24	2,6
25-29	2,7
30-34	2,3*
>34	2,3*
Nu știu	2,5
Numărul total de copii	
0	2,4
1	2,3
2	2,6
3	3,3
4	3,9
>4	4,4

*Celule de dimensiuni mici, este posibil ca rezultatele să nu fie reprezentative

Profilul demografic al persoanelor care declară probleme de infertilitate

Pentru a examina problema infertilității, a fost utilizată variabila *fer04d*. Variabila în cadrul căreia respondentele au fost întrebate dacă au încercat vreodată să rămână însărcinate, dar nu au reușit să conceapă în decurs de 12 luni. Această variabilă este distorsionată de faptul că întrebarea a fost adresată tuturor respondenților, indiferent dacă au avut vreodată relații sexuale sau dacă sunt sau nu la risc de sarcină.

Tabelele 5a prezintă ponderea populației care a suferit de infertilitate. În general, 11,6% dintre respondentele cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani au încercat să rămână însărcinate, dar nu au reușit să conceapă în decurs de 12 luni. Femeile au avut o probabilitate mai mare de a raporta infertilitatea decât bărbații (12,9% față de 10,3%). Cei cu vârste cuprinse între 35 și 39 de ani și 40 și 44 de ani au raportat cele mai multe cazuri de infertilitate. Rezidenții din mediul urban au avut o probabilitate mai mare de a raporta infertilitatea decât cei din mediul rural. Persoanele cu studii superioare au raportat mai multe cazuri de infertilitate decât cele cu un nivel de educație mai scăzut, la fel ca și persoanele cu venituri mai mari. Cei care își doresc 4 sau mai mulți copii au raportat cele mai multe cazuri de infertilitate, ceea ce se potrivește cu faptul că își petrec mai mult timp din viață încercând să conceapă pentru a ajunge la dimensiunea dorită a familiei. Persoanele cu 1 copil au avut cea mai mare probabilitate de a raporta dificultăți de concepere.

Tabelele 5b prezintă caracteristicile demografice ale respondenților cu infertilitate. Sunt prezentate valorile *p* pentru testele *t* imediate și raportul dintre valorile pentru persoanele cu infertilitate și valorile pentru întreaga populație cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani. Aceste valori *p* indică dacă ponderea (sau media în cazul vârstei medii la primul raport sexual și al numărului mediu de copii) în rândul persoanelor cu infertilitate este diferită din punct de vedere statistic față de ponderea în rândul întregii populații cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani. Un rezultat statistic semnificativ indică faptul că valorile sunt diferite din punct de vedere statistic.

În acest sondaj, femeile raportează în mod disproporționat infertilitatea. Există o probabilitate mai mică ca persoanele care raportează infertilitatea să fie tinere (15-29 de ani), și o probabilitate mai mare ca acestea să aibă vârste mai mari de 30 de ani, ceea ce este în concordanță cu ideea că persoanele trebuie să încerce să conceapă pentru a fi clasificate ca infertile. Persoanele din mediile urbane au o probabilitate disproporționat mai mare de a raporta probleme legate de fertilitate în comparație cu întreaga populație. Este mai puțin probabil ca infertilitatea să fie raportată în rândul populației cu niveluri mai mici de studii (studii primare), și mai mare în rândul populației cu niveluri de studii mai înalte (studii de licență și masterat). Persoanele care au un loc de muncă sunt mai predispuse să raporteze infertilitatea, iar cele care sunt încadrate în școală/formare profesională sunt mai puțin predispuse să raporteze infertilitatea. Cei din grupul cu cele mai înalte niveluri de venituri (>30.000 de lei) sunt mai predispuși să raporteze infertilitate. Cei care au avut primul raport sexual la vârsta de

15-19 ani sau 20-24 de ani sunt mai predispuși să raporteze infertilitate. Nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic în ceea ce privește vârsta la primul raport sexual între persoanele care au raportat infertilitate (18,0) și populația totală cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani (17,8). Persoanele fără copii au fost mai puțin predispuse să raporteze infertilitatea, iar cele cu 1 copil au fost mai predispuse să raporteze infertilitatea. Nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic în ceea ce privește numărul de copii în viață între cei care au raportat infertilitate (1,4) și populația totală cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani (1,4).

Tabelul 5a. Procentul grupurilor demografice care s-au confruntat cu infertilitatea (au încercat să rămână însărcinate, dar nu a conceput timp de 12 luni)

	Întreaga populație cu vârste de 15-49 ani (N=4.125)			
	% Da	% Nu	% Nu cunosc	n
Total	11,6	88,1	0,3	4125
Sex				
Masculin	10,3	89,1	0,5	2109
Feminin	12,9	87,0	0,1	2016
Vârsta				
15-19	0,9	98,3	0,9	231
20-24	4,1	95,7	0,3	472
25-29	10,4	88,9	0,7	667
30-34	12,8	86,9	0,3	865
35-39	17,3	82,4	0,4	731
40-44	15,2	84,9	0,0	622
45-49	10,4	89,4	0,2	536
Mediu de reședință				
Rural	10,0	89,9	0,1	2432
Urban	13,9	85,4	0,7	1693
Studii				
Fără studii/Educație timpurie	5,4	84,5	10,1	17
Primare	8,9	91,2	0,0	86
Secundare	10,4	89,4	0,2	1242
Generale/liceale	9,4	90,2	0,4	663
Profesionale	13,3	86,7	0,0	751
Colegii specializate/tehnice	10,1	89,8	0,2	535
Universitare/Licență	13,9	85,5	0,6	691
Masterat	18,6	80,8	0,6	131
Doctorale/Post-doctorale	44,5	55,5	0,0	8
Angajarea în câmpul muncii				
În școală/formare	0,8	98,5	0,7	279
Angajat(ă)	12,9	86,8	0,4	1895
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	12,6	87,1	0,3	642
Șomer(ă)	10,2	89,6	0,3	636
Pensionar(ă)	29,0	71,0	0,0	17
Serviciul militar/civic	0,0	100,0	0,0	3
Concediul pentru creșterea copilului	12,2	87,8	0,0	441
Cu dizabilități	14,1	85,9	0,0	108
Altele	13,6	86,4	0,0	95
Nu știu	0,0	100,0	0,0	4

Venitul net al gospodăriei				
<1.000 lei	7,2	92,8	0,0	203
1.000-10.000 lei	10,7	88,9	0,4	1727
10.000-20.000 lei	10,8	89,2	0,0	493
20.000-30.000 lei	11,9	88,1	0,0	266
>30.000 lei	15,6	84,1	0,3	891
Vârsta la primul raport sexual				
<10	5,5	94,5	0,0	40
10-14	9,1	90,0	1,0	135
15-19	11,5	88,4	0,1	2979
20-24	14,2	85,6	0,2	579
25-29	15,5	84,5	0,0	69
30-34	0,0	91,9	8,1	10
>34	33,3	66,7	0,0	4
Nu știu	16,7	81,3	2,0	89
Nici un răspuns	5,7	92,1	2,2	221
Dimensiunea ideală a familiei				
0	6,3	93,7	0,0	14
1	10,7	88,8	0,5	197
2	10,2	89,4	0,4	1861
3	12,7	87,1	0,2	1396
4	12,1	87,9	0,0	357
>4	18,3	81,1	0,6	210
Nu știu	8,1	91,9	0,0	78
Nici un răspuns	8,2	78,5	13,4	10
Numărul total de copii				
0	10,9	88,4	0,7	1160
1	16,4	83,3	0,3	840
2	10,7	89,2	0,1	1343
3	9,7	90,3	0,0	543
4	7,7	92,3	0,0	163
>4	7,1	91,3	1,7	77

Tabelul 5b. Caracteristici demografice ale celor care se confruntă cu infertilitatea (au încercat să rămână însărcinate, dar nu a conceput timp de 12 luni)

	Întreaga populație cu vârste de 15-49 ani (N=4.125)		Cei care au raportat infertilitate (N=494)		Valoarea p
	n	%	n	%	
Sex					
Masculin	2.222	50,4	225	45,5	0,040**
Feminin	2.183	49,6	269	54,5	0,040**
Vârsta					
15-19	423	9,6	2 ^a	0,4	0,000***
20-24	503	11,4	20 ^a	4,0	0,000***
25-29	688	15,6	72	14,6	0,539
30-34	873	19,8	114	23,2	0,079*
35-39	743	16,9	131	26,5	0,000***
40-44	630	14,3	97	19,7	0,001***
45-49	545	12,4	58	11,7	0,645
Mediu de reședință					
Rural	2.616	59,4	251	50,8	0,000***
Urban	1.789	40,6	243	49,3	0,000***
Studii					

Fără studii/Educație timpurie	23	0,5	1a	0,2	0,285
Primare	109	2,5	9a	1,8	0,127
Secundare	1.379	31,3	137	27,7	0,045**
Generale/liceale	705	16,0	64	13,0	0,092*
Profesionale	771	17,5	101	20,5	0,065*
Colegii specializate/tehnice	565	12,8	55	11,1	0,418
Universitare/Licență	709	16,1	99	20,0	0,020**
Masterat	133	3,0	25a	5,1	0,012**
Doctorale/Post-doctorale	10a	0,2	3a	0,6	0,026**
Angajarea în câmpul muncii					
În școală/formare	460	10,5	2	0,5	0,000***
Angajat(ă)	1932	43,9	252	50,9	0,003***
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	664	15,1	84	17,0	0,267
Șomer(ă)	648	14,7	67	13,5	0,471
Pensionar(ă)	17	0,4	5	1,0	0,047**
Serviciul militar/civic	3	0,1	0	0,0	0,586
Concediul pentru creșterea copilului	444	10,1	56	11,2	0,425
Cu dizabilități	122	2,8	16	3,2	0,576
Altele	105	2,4	13	2,7	0,661
Nu știu	4	0,1	0	0,0	0,505
Venitul net al gospodăriei					
<1.000 lei	220	5,8	15 ^a	3,5	0,035**
1.000-10.000 lei	1845	48,6	190	43,7	0,039**
10.000-20.000 lei	531	14,0	55	12,6	0,391
20.000-30.000 lei	277	7,3	33	7,5	0,866
>30.000 lei	926	24,4	142	32,8	0,000***
Vârsta la primul raport sexual					
<10	40	0,9	2 ^a	0,5	0,304
10-14	135	3,1	13 ^a	2,6	0,539
15-19	2976	67,6	353	71,5	0,075*
20-24	578	13,1	85	17,2	0,012**
25-29	69	1,6	11 ^a	2,2	0,267
30-34	10	0,2	0 ^a	0,0	0,286
>34	4	0,1	1 ^a	0,2	0,281
Nu știu	373	8,5	15 ^a	3,1	0,000***
Nici un răspuns	220	5,0	13 ^a	2,6	0,020**
Vârsta medie la primul raport sexual	17,8	---	18,0	---	0,159
Numărul total de copii					
0	1420	32,2	130	26,3	0,008***
1	843	19,1	142	28,8	0,000***
2	1354	30,7	149	30,1	0,764
3	549	12,5	54	11,0	0,364
4	163	3,7	13 ^a	2,6	0,231
>4	77	1,8	6 ^a	1,1	0,320
Numărul mediu de copii	1,4	---	1,4	---	0,544

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,10

^a Celule de dimensiuni mici, este posibil ca rezultatele să nu fie reprezentative

În **tabelul 6** sunt prezentate numărul total mediu de copii și fertilitatea ideală în rândul diferitelor populații pentru a încerca să se determine dacă diferite grupuri sunt capabile să își atingă fertilitatea ideală și dacă infertilitatea pare să influențeze posibilitatea de a atinge fertilitatea ideală. Analizând populația totală și numărul total al populației care s-a confruntat

cu infertilitatea, persoanele care au raportat infertilitate au în medie același număr de copii ca și populația totală (1,4 copii). Există o mică diferență în ceea ce privește numărul ideal de copii (2,7 pentru populația totală și 2,9 pentru cei care s-au confruntat cu infertilitatea). Ambele grupuri au cu peste un copil mai puțin decât fertilitatea lor ideală, astfel încât infertilitatea nu pare să ducă la o diferență mai mare între fertilitatea reală și cea ideală. În rândul femeilor cu vârsta sub 40 de ani, numărul total de copii este același și în cazul celor care s-au confruntat cu infertilitate în comparație cu toate femeile sub 40 de ani (1,5). Fertilitatea ideală este ușor mai mare în rândul femeilor cu infertilitate (2,8) decât în rândul populației totale (2,7). Femeile cu vârste peste 40 de ani cu infertilitate au mai puțini copii (1,6) în comparație cu toate femeile de peste 40 de ani (2,3), iar ambele grupuri au același număr ideal de copii (2,8) - cea mai mare diferență dintre toate subgrupurile. În cele din urmă, bărbații care s-au confruntat cu dificultăți în a concepe au ceva mai puțini copii (1,2) decât populația totală de bărbați (1,5), iar fertilitatea ideală este mai mare în rândul grupului cu infertilitate (2,9) decât în rândul populației totale (2,7).

Tabelul 6. Numărul total mediu de copii și fertilitatea ideală în rândul diferitelor populații

	Numărul total mediu de copii	Numărul mediu ideal de copii
Populația totală cu vârste de 15-49 ani (n=4,405)	1,4	2,7
Populația totală care s-a confruntat cu infertilitate (n=494)	1,4	2,9
Femei <40 (n=1.880)	1,5	2,7
Femei <40 care s-au confruntat cu infertilitate (n=1.880)	1,5	2,8
Femei ≥40 (n=4.331)	2,3	2,8
Femei ≥40 care s-au confruntat cu infertilitate (n=116)	1,6	2,8
Bărbați cu vârste de 15-49 ani (n=3.825)	1,5	2,7
Bărbați care s-au confruntat cu infertilitate (n=163)	1,2	2,9

În **tabelul 7** sunt prezentate caracteristicile demografice ale persoanelor care au atins fertilitatea ideală (de exemplu, numărul total de copii este egal sau mai mare decât numărul ideal de copii) și ale celor care nu și-au atins fertilitatea ideală (de exemplu, numărul total de copii este mai mic decât numărul ideal de copii). Ca și în cazul tabelului 5, valorile p sunt prezentate pentru testele t imediate și raportul dintre valorile pentru persoanele care au atins sau depășit fertilitatea ideală și cele care nu au atins fertilitatea ideală. Un rezultat statistic semnificativ indică faptul că valorile sunt diferite din punct de vedere statistic. Majoritatea caracteristicilor sunt diferite între cele două grupuri. O pondere mai mare dintre persoanele care nu și-au atins fertilitatea ideală sunt de sex masculin, sunt mai tinere și locuiesc în mediul urban. O pondere mai mare de persoane care nu și-au atins nivelul ideal de fertilitate sunt încadrați în școală/formare profesională. O pondere mai mare de persoane care *au atins* sau au depășit fertilitatea ideală sunt angajate în câmpul muncii, casnice/îngrijirea familiei sau în concediu de îngrijire a copilului. În ceea ce privește venitul, persoanele care nu și-au atins fertilitatea ideală au o probabilitate mai mare de a se încadra în grupurile cu venituri mai mari

decât cele care și-au atins sau depășit fertilitatea ideală. Aceste rezultate par să indice faptul că multe persoane nu și-au atins fertilitatea ideală deoarece sunt mai tinere și, prin urmare, pot avea mai mulți copii în viitor și/sau au amânat sau au renunțat la nașterea copiilor pentru a avea o bunăstare mai mare.

Tabelul 7. Caracteristici demografice ale persoanelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani care au atins fertilitatea ideală în comparație cu cele care nu au atins fertilitatea ideală

	Au atins sau depășit fertilitatea ideală (N=1.532)		Nu au atins fertilitatea ideală (N=2.873)		valoarea p
	n	%	n	%	
Sex					
Masculin	571	37,3	1.618	56,3	0,000***
Feminin	961	62,7	1.255	43,7	0,000***
Vârsta					
15-19	4	0,2	395	13,8	0,000***
20-24	34	2,2	446	15,5	0,000***
25-29	153	10,0	521	18,2	0,000***
30-34	300	19,6	572	19,9	0,800
35-39	330	21,6	425	14,8	0,000***
40-44	376	24,6	279	9,7	0,000***
45-49	335	21,9	234	8,1	0,000***
Vârsta medie:	38,2	---	30,4	---	0,000***
Mediu de reședință					
Rural	984	64,2	1.644	57,2	0,000***
Urban	548	35,8	1.229	42,8	0,000***
Studii					
Fără studii/Educație timpurie	13	0,8	13	0,5	0,114
Primare	20	1,3	97	3,4	0,000***
Secundare	488	31,9	902	31,4	0,744
Generale/liceale	220	14,4	480	16,7	0,041**
Profesionale	313	20,5	463	16,1	0,000***
Colegii specializate/tehnice	222	14,5	335	11,7	0,008***
Universitare/Licență	222	14,5	477	16,6	0,072*
Masterat	30	2,0	99	3,4	0,006***
Doctorale/Post-doctorale	3	0,2	6	0,2	0,944
Angajarea în câmpul muncii					
În școală/formare	7	0,5	428	14,9	0,000***
Angajat(ă)	726	47,5	1.216	42,4	0,001***
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	297	19,4	379	13,2	0,000***
Șomer(ă)	232	15,2	418	14,6	0,600
Pensionar(ă)	10	0,6	8	0,3	0,077*
Serviciul militar/civic	0	0,0	3	0,1	0,241
Concediul pentru creșterea copilului	198	12,9	254	8,9	0,000***
Cu dizabilități	37	2,5	83	2,9	0,374
Altele	23	1,5	79	2,8	0,009***
Venitul net al gospodăriei					
<1.000 lei	89	6,5	132	5,4	0,184
1.000-10.000 lei	714	51,9	1.138	47,0	0,004***
10.000-20.000 lei	196	14,3	335	13,8	0,72
20.000-30.000 lei	85	6,2	189	7,8	0,057*
>30.000 lei	293	21,2	626	25,9	0,001***

Infertilitate					
Nu a avut probleme în conceperea unui copil	1396	92,1	2.247	86,1	0,000***
A avut probleme în conceperea unui copil	117	7,7	352	13,5	0,000***
Nu cunosc/Nici un răspuns	3	0,2	10	0,4	0,389

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,10

Tabelul 8 prezintă procentul diferitelor grupuri demografice care și-au atins sau au depășit nivelul de fertilitate. Comparând numărul total al populației din fiecare subgrup, am constatat că cea mai mare pondere de femei în vârstă de 40 de ani sau mai mult și-au atins sau depășit fertilitatea ideală, iar cea mai mică pondere a fost reprezentată de femeile mai tinere de 40 de ani. Comparând numărul total al populației și numărul persoanelor care raportează infertilitate în cadrul fiecărui subgrup, observăm că, în populația totală cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani, ponderea celor care au atins sau depășit fertilitatea ideală în rândul întregii populații este cu aproape 20 de puncte procentuale mai mare decât al celor care au întâmpinat probleme de concepere. În toate cele trei subgrupuri, persoanele cu infertilitate au mai puține șanse de a-și fi atins sau depășit fertilitatea ideală decât persoanele din subpopulațiile generale - diferența este de 30 de puncte procentuale pentru femeile cu vârsta de peste 40 de ani.

Tabelul 8. Procentul diferitelor populații care și-au atins sau au depășit fertilitatea ideală

	% a atins sau a depășit fertilitatea ideală
Populația totală cu vârste de 15-49 ani (n=10.036)	41,2
Numărul total al populației cu infertilitate (n=494)	21,6
Femei <40 (n=1.880)	30,5
Femei <40 cu infertilitate (n=215)	23,0
Femei ≥40 (n=4.331)	60,7
Femei ≥40 cu infertilitate (n=116)	29,6
Bărbați (n=3.825)	34,3
Bărbați cu infertilitate (n=163)	17,4

Cauzele infertilității declarate de către populația Republicii Moldova

În această secțiune sunt analizate cauzele infertilității și tratamentele administrate pentru a determina în ce măsură persoanele care au raportat infertilitate sunt în prezent diagnosticate și urmează un tratament. În cadrul sondajului a fost adresată o altă întrebare referitoare la infertilitate: „Unii oameni nu sunt capabili din punct de vedere fizic să aibă copii. Din câte știți, puteți fizic să aveți un copil/un alt copil? Persoanele care răspund că în mod cert sau probabil nu pot avea un alt copil sunt întrebat: „Ați fost diagnosticată cu vreo afecțiune care ar explica infertilitatea dvs.? Toți respondenții la sondaj sunt întrebați dacă au urmat un tratament. Mai jos sunt prezentate rezultatele privind cauzele de infertilitate declarate de către persoanele care au fost intervievate și tratamentele care au fost urmate. Rezultatele pot fi utilizate pentru elaborarea de îndrumări cu privire la tipurile de programe și stimulente care pot fi cele mai eficiente.

Tabelul 9 conține o sinteză a variabilelor ce țin de problemele de concepere și infertilitate. O pondere de 9,3% din numărul total al persoanelor care au fost întrebate dacă sunt capabili din punct de vedere fizic să aibă un copil (persoane cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani) au declarat că, cu siguranță sau probabil nu sunt capabili să aibă un copil. În rândul femeilor sub vârsta de 40 de ani și al bărbaților, ponderea a fost mai mică, de 6,6% și, respectiv, 5,6%. Ponderea persoanelor care cu siguranță sau probabil nu pot avea un copil a fost cea mai mare în rândul femeilor cu vârsta de 40 de ani sau mai mult (30,9%). În toate subgrupurile, majoritatea persoanelor care au declarat că, probabil sau cu siguranță nu pot avea un copil, au spus că nu s-a găsit nicio cauză pentru infertilitatea lor. În ceea ce privește cauzele diagnosticate, „trompe blocate”, urmate îndeaproape de „fibroame uterine”, au fost cele mai frecvente cauze la nivelul întregii populații, al femeilor cu vârste sub 40 de ani și al femeilor cu vârste de 40 de ani și mai mult. „Număr mic de spermatozoizi/calitatea slabă a spermei” a fost cea mai frecventă cauză în rândul bărbaților. Majoritatea persoanelor care raportează infertilitate nu au făcut nimic pentru a-și trata infertilitatea (aproximativ 70% în toate subgrupurile). „Alt tratament medical”, „consultarea unui medic” și „administrarea de medicamente” au fost cele mai frecvente trei tratamente raportate în toate grupurile.

Aceste rezultate indică faptul că aproximativ 9,3% din totalul populației consideră că nu ar putea avea un copil/un alt copil, iar această convingere pare să fie mai răspândită în rândul femeilor din grupa de vârstă mai înaintată (40-49 de ani). Cele mai multe persoane care au avut dificultăți în a concepe sau care cred că nu pot avea un copil/un alt copil nu au administrat niciun tratament, ceea ce poate reflecta lipsa de acces/cunoștințe sau lipsa dorinței de a avea mai mulți copii. În ceea ce privește cauzele infertilității, majoritatea persoanelor raportează că nu a fost găsită nicio cauză, ceea ce ar putea reflecta faptul că persoanele în cauză nu au solicitat un tratament.

Aplicând factorii determinanți apropiați ai fertilității conform modelului lui Bongaart pentru femeile cu vârsta sub 40 de ani, în rândul femeilor care au declarat că nu pot avea un copil/un alt copil (6,6%), rata totală de fertilitate ar crește cu 7%, de la 1,26 până la 1,35.²³

În rândul persoanelor care au declarat că au încercat să conceapă timp de cel puțin 12 luni, subgrupul cel mai numeros care a raportat că nu a reușit să conceapă a fost cel al femeilor cu vârste de peste 40 de ani (14,5%), aproape jumătate din toate subgrupurile au declarat că nu au utilizat niciun tip de tratament pentru fertilitate. Aproximativ o pătrime dintre persoanele din fiecare grup au declarat că au consultat un medic, iar peste 10% au folosit medicamente.

Tabelul 9. Principalele cauze ale infertilității și tratamentele de fertilitate utilizate

	Populația totală cu vârste de 15-49 ani (N=4.146)	Femei <40 (N=1.793)	Femei ≥40 (N=746)	Bărbați (N=1.607)

²³ Estimările pentru rata totală de fertilitate și rata prevalenței contraceptivelor moderne au fost preluate de la Direcția pentru Populație a Organizației Națiunilor Unite (UNPD).

	n	%	n	%	n	%	n	%
A încercat să conceapă timp de 12 luni și nu a reușit								
Nu	3633	88,1	1.500	87,5	690	85,6	1.431	89,1
Da	478	11,6	210	12,3	116	14,5	166	10,3
Nu cunosc/Nici un răspuns	14	0,3	3	0,2	0	0,0	8	0,5
Din punct de vedere fizic poate avea un copil								
Cu certitudine sau probabil da	3.433	82,8	1.557	86,8	377	50,5	1.419	88,3
Cu certitudine sau probabil nu	384	9,3	118	6,6	230	30,9	90	5,6
Nu cunosc/Nici un răspuns	329	7,9	119	6,6	139	18,6	98	6,1
Principala cauză a infertilității (în rândul persoanelor care au declarat că nu pot avea un copil cu siguranță sau probabil)								
Endometrioza	13	2,9	5	3,7	9	3,8	1	0,8
Adeziuni	4	0,8	1	0,8	3	1,3	0	0,0
Trompe blocate	31	6,9	13	10,7	20	8,7	1	1,0
Sindromul ovarelor polichistice	6	1,3	0	0,0	7	3,0	0	0,0
Boala inflamatorie pelvină	10	2,2	3	2,3	7	3,1	1	0,8
Lipsa ovulației/ovulație neregulată	13	2,9	5	4,1	10	4,3	0	0,0
Număr mic de spermatozoizi/calitate slabă a spermei	8	1,8	1	0,7	1	0,5	5	4,8
Fibrom uterin	24	5,3	9	6,9	19	8,1	0	0,0
Nu a fost găsită nici o cauză	221	48,3	56	45,0	106	45,1	55	55,6
Nimic din cele menționate mai sus	127	27,7	32	25,8	52	22,2	37	37,2
Tratamentele de fertilitate utilizate (în rândul persoanelor care au declarat că nu vor putea avea un copil cu siguranță sau probabil)								
Tratament medicamentos	17	3,7	4	3,2	10	4,3	3	3,3
Metodă de urmărire a ovulației	5	1,0	3	2,5	2	0,9	0	0,0
Fertilizare in vitro/microfertilizare in vitro	2	0,4	1	0,8	1	0,5	0	0,0
Intervenție chirurgicală	1	0,2	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Inseminare artificială	1	0,2	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Consultarea unui medic	30	6,7	5	4,3	20	8,6	6	5,8
Alt tratament medical	34	7,5	8	6,3	17	7,3	9	9,0
Nimic	327	71,7	91	73,7	169	72,0	69	69,3
Nu știu	15	3,4	5	3,7	6	2,6	4	4,2
Nici un răspuns	24	5,3	5	3,9	9	3,8	8	8,5
Tratamente de fertilitate utilizate (în rândul persoanelor care au încercat să conceapă timp de 12 luni)								
Tratament medicamentos	62	12,8	34	15,7	12	10,7	18	11,2
Metodă de urmărire a ovulației	8	1,7	6	2,6	3	2,8	1	0,6
Fertilizare in vitro/microfertilizare in vitro	5	1,0	3	1,3	3	2,8	0	0,0
Intervenție chirurgicală	10	2,1	8	3,6	1	0,9	2	1,4
Inseminare artificială	2	0,3	1	0,4	1	0,9	0	0,0
Consultarea unui medic	127	26,0	54	25,0	24	21,4	46	28,7
Alt tratament medical	35	7,1	13	6,2	15	13,5	9	5,5
Nimic	224	45,9	94	43,8	51	45,3	77	47,9
Nu știu	4	0,9	2	0,9	1	0,9	1	0,8

Nici un răspuns	10	2,1	1	0,4	1	0,9	6	4,0
-----------------	----	-----	---	-----	---	-----	---	-----

Rezultatele analizei de regresie

Au fost efectuate regresii logistice bivariate și multivariate pentru a examina asocierea dintre infertilitate și diferite caracteristici demografice, precum și dintre faptul dacă un respondent și-a atins fertilitatea ideală și diferite caracteristici demografice.

În tabelul 15 sunt prezentate rezultatele regresii logistice bivariate ale infertilității și ale fiecărei caracteristici demografice (Modelul 1) și ale regresiei logistice multivariate (Modelul 2). Rezultatele sunt prezentate ca raporturi de probabilitate.

Regresii logistice bivariate și regresii multivariate între infertilitate și caracteristicile demografice

Modelul 1 din tabelul 15 prezintă asocierile bivariate dintre infertilitate (încercarea de a concepe timp de 12 luni fără a rămâne însărcinată) și mai multe caracteristici demografice, inclusiv sexul, vârsta, mediul de reședință, studiile, angajarea în câmpul muncii, venitul, vârsta la primul raport sexual, numărul ideal de copii și numărul total de copii în viață.

Modelul 2 prezintă toate caracteristicile în cadrul aceluiași model. Comparativ cu bărbații, femeile au o probabilitate de 1,28 de a raporta infertilitatea în modelul 1 și de 1,42 în modelul 2 (care controlează alte caracteristici). Vârsta este, de asemenea, asociată în mod semnificativ cu infertilitatea, fiecare an mai în vârstă contribuind la o creștere cu 3% a probabilității de raportare a infertilității (4% în cazul grupurilor de control). Comparativ cu mediul de reședință rural, respondenții din mediul urban au o probabilitate mai mare de a raporta infertilitatea (RP=1,47, IC [1,20;1,79]), cu rapoarte de probabilitate chiar mai mari în modelul 2. Referitor la nivelurile de studii, în comparație cu cei fără studii, cei cu un doctorat au probabilități mai mari de a raporta infertilitatea în ambele modele.

În comparație cu persoanele în școala/formare profesională, orice alt tip de angajare are o probabilitate mai mare de a raporta infertilitatea. Cu toate acestea, intervalele de confidență pentru aceste rapoarte de probabilitate sunt extrem de largi, iar rezultatele nu mai sunt semnificative din punct de vedere statistic (cu excepția pensionarilor și a altor persoane) atunci când s-a ținut cont de alte caracteristici demografice (cum ar fi vârsta și venitul) în modelul multivariat. Venitul net al gospodăriei prezintă o asociere cu probabilitățile de a raporta infertilitatea. Comparativ cu grupul cu cele mai mici venituri (<1.000 de lei), cei din grupul cu venituri de 20.000 de lei-30.000 de lei și cei din grupul cu venituri de >30.000 de lei au probabilități mai mari de a raporta infertilitatea în modelul 1, iar toate categoriile sunt statistic mai mari decât grupul cu cel mai mic venit în modelul 2. Fiecare an mai în vârstă pentru debutul sexual duce la o creștere cu 3% a șanselor de a raporta infertilitatea, dar această relație nu a mai fost semnificativă din punct de vedere statistic atunci când s-a ținut cont de alte caracteristici demografice în modelul multivariat. În cele din urmă, în relația bivariată și în

modelul multivariat, mai mulți copii sunt asociați cu probabilități mai mici de a întâmpina dificultăți de concepere.

Tabelul 15. Asocierea dintre infertilitate și caracteristicile demografice

	Modelul 1 (regresie logistică bivariată)	Modelul 2 (regresie logistică multivariată)
	Raport de probabilitate	Raport de probabilitate
Sex		
Masculin	Ref.	Ref.
Feminin	1,28**	1,42***
Vârsta	1,03***	1,04***
Mediu de reședință		
Rural	Ref.	Ref.
Urban	1,47***	1,61***
Studii		
Fără studii/Educație timpurie	Ref.	Ref.
Primare	1,51	1,85
Secundare	1,82	1,35
Generale/liceale	1,63	1,21
Profesionale	2,38	1,49
Colegii specializate/tehnice	1,75	1,17
Universitare/Licență	2,53	1,33
Masterat	3,59	1,31
Doctorale/Post-doctorale	12,5**	9,51*
Angajarea în câmpul muncii		
În școală/formare	Ref.	Ref.
Angajat(ă)	18,69***	0,68
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	18,31***	0,82
Șomer(ă)	14,3***	0,74
Pensionar(ă)	51,56***	3,06*
Serviciul militar/civic	---	---
Concediul pentru creșterea copilului	17,54***	0,85
Cu dizabilități	20,76***	0,74
Altele	19,82***	1***
Venitul net al gospodăriei		
<1.000 lei	Ref.	Ref.
1.000-10.000 lei	1,54	1,85**
10.000-20.000 lei	1,55	1,78*
20.000-30.000 lei	1,73*	1,86*
>30.000 lei	2,37***	2,58***
Vârsta la primul raport sexual	1,03*	1
Numărul ideal de copii	1,17***	1,34***
Numărul total de copii	0,92**	0,68***

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,10

Tabelul 16 prezintă rezultatele regresiiilor logistice bivariate ale fertilității ideale atinse/depășite și neatinse și ale fiecărei caracteristici demografice (Modelul 1) și ale regresiei logistice

multivariate ale fertilității ideale atinse/depășite și neatinse (Modelul 2). Variabila pentru fertilitatea ideală atinsă/depășită și neatinsă este o variabilă binară în care 1 este „neatinsă” (adică, numărul total de copii vii este mai mic decât numărul ideal de copii). Rezultatele din tabelul 16 arată, prin urmare, probabilitatea ca un respondent să nu-și fi atins fertilitatea ideală.

Regresii logistice bivariate între fertilitatea ideală neatinsă și caracteristicile demografice

Modelul 1 din tabelul 16 prezintă asocierile bivariate dintre fertilitatea ideală neîndepelinită (numărul total de copii în viață este mai mic decât numărul ideal de copii) și mai multe caracteristici demografice, inclusiv experiența cu dificultăți de concepere, sexul, vârsta, mediul de reședință, studiile, angajarea în câmpul muncii, venitul și vârsta la primul raport sexual. Rețineți că numărul ideal de copii și numărul total de copii nu au fost incluse în aceste regresii deoarece au fost utilizate pentru a construi variabila de rezultat. În comparație cu cei care nu au raportat infertilitate, cei care au declarat că nu au reușit să conceapă după 12 luni de încercări au avut o probabilitate mai înaltă de a nu-și fi atins fertilitatea ideală (RP=1,87, IC [1,49; 2,36]). Femeile au avut probabilități mai mici decât bărbații de a nu-și îndeplini fertilitatea ideală, iar fiecare an de vârstă reduce probabilitatea ca o persoană să nu-și fi atins fertilitatea ideală (persoanele în vârstă au probabilități mai înalte de a avea numărul ideal de copii). În comparație cu rezidenții din mediul rural, rezidenții din mediul urban au avut probabilități cu 34% mai mari de a nu atinge nivelul ideal de fertilitate, dar această relație nu a mai fost semnificativă atunci când s-a ținut cont de alte caracteristici demografice. În comparație cu respondenții fără studii, probabilitățile de a nu atinge nivelul ideal de fertilitate au fost mai mari în rândul celor cu studii primare, generale/liceale, universitare/de licență sau de masterat, deși intervalele de confidență au fost destul de largi. În comparație cu cei încadrați în școală/formare profesională, toate celelalte tipuri de angajări în câmpul muncii au avut probabilități mai mici de a nu fi atins nivelul ideal de fertilitate. În comparație cu grupul cu cele mai mici venituri (<1.000 de lei), cei din grupurile cu venituri superioare (20.000 de lei - 30.000 de lei și >30.000 de lei) au avut probabilități mai mari de a nu-și fi atins fertilitatea ideală. În cele din urmă, fiecare an mai în vârstă pentru debutul sexual a contribuit la o scădere cu 6% a probabilității de a nu fi atins fertilitatea ideală, dar această relație nu a mai fost semnificativă din punct de vedere statistic atunci când s-a ținut cont de alte caracteristici demografice.

Regresii logistice multivariate între cazurile în care fertilitatea ideală nu a fost atinsă și caracteristicile demografice

Modelul 2 din tabelul 16 prezintă asocierea dintre faptul că nu s-a atins fertilitatea ideală și toate caracteristicile demografice din modelul 1. După ce s-a ținut cont de alte caracteristici demografice, relația dintre faptul că nu s-a atins fertilitatea ideală și problemele de concepere a fost mai mare decât în modelul 1. Femeile au avut șanse mai mici de a nu atinge fertilitatea ideală în comparație cu bărbații (RP=0,43, IC [0,36; 0,52]). La fel ca în Modelul 1, vârsta din Modelul 2 a fost asociată în mod semnificativ cu atingerea dimensiunii ideale a familiei - persoanele mai tinere au o probabilitate mai mică de a-și fi atins dimensiunea ideală a familiei

decât persoanele mai în vârstă. Mediul de reședință, studii primare și generale/liceale nu au mai fost semnificative după ce s-a ținut cont de alte caracteristici demografice. În comparație cu respondenții fără studii, cei cu studii universitare/de licență sau de masterat au avut probabilități mai înalte de a nu fi atins nivelul ideal de fertilitate, dar, din nou, intervalele de confidență pentru aceste rezultate au fost largi. După ce s-a ținut cont de alte caracteristici demografice, tipul de angajare în câmpul muncii a fost în continuare asociat în mod semnificativ din punct de vedere statistic cu faptul că nu s-a atins fertilitatea ideală. În comparație cu cei încadrați în școală/formare profesională, toate celelalte tipuri de angajări în câmpul muncii, cu excepția persoanelor cu dizabilități, au avut probabilități mai mici de a nu fi atins nivelul ideal de fertilitate. În comparație cu grupul cu cele mai mici venituri (<1.000 de lei), cei din grupurile cu venituri superioare (20.000 de lei - 30.000 de lei și >30.000 de lei) au avut probabilități mai mari de a nu-și fi atins fertilitatea ideală.

Tabelul 16. Asocierea dintre fertilitatea ideală neatinsă și caracteristicile demografice

	Modelul 1 (regresie logistică bivariată)	Modelul 2 (regresie logistică multivariată)
	Raport de probabilitate	Raport de probabilitate
Infertilitate		
Nu a avut probleme în conceperea unui copil	Ref.	Ref.
A avut probleme în conceperea unui copil	1,87***	2,80***
Sex		
Masculin	Ref.	Ref.
Feminin	0,46***	0,43***
Vârsta	0,90***	0,90***
Mediu de reședință		
Rural	Ref.	Ref.
Urban	1,34***	1,02
Studii		
Fără studii/Educație timpurie	Ref.	Ref.
Primare	4,79***	1,94
Secundare	1,81	1,93
Generale/liceale	2,14*	2,50
Profesionale	1,45	2,01
Colegii specializate/tehnice	1,48	1,86
Universitare/Licență	2,10*	3,18*
Masterat	3,23**	4,70**
Doctorale/Post-doctorale	1,75	1,94
Angajarea în câmpul muncii		
În școală/formare	Ref.	Ref.
Angajat(ă)	0,03***	0,16***
Casnic(ă)/îngrijirea familiei	0,02***	0,16***
Șomer(ă)	0,03***	0,18***
Pensionar(ă)	0,01***	0,10***
Serviciul militar/civic	---	1,00***
Concediul pentru creșterea copilului	0,02***	0,10***
Cu dizabilități	0,04***	0,48
Altele	0,05***	0,29**
Venitul net al gospodăriei		
<1.000 lei	Ref.	Ref.
1.000-10.000 lei	1,08	0,96

10.000-20.000 lei	1,16	1,01
20.000-30.000 lei	1,51**	1,70**
>30.000 lei	1,45**	1,45*
Vârsta la primul raport sexual	0,94***	1,02

***p<0,01 **p<0,05 *p<0,10

Studiu de caz a infertilității în cuplu tratată prin FIV în Republica Moldova

Metodologia studiului

Studiul de caz a fost realizat pentru a furniza informații calitative aprofundate despre cuplurile care se confruntă cu problema infertilității, cauzele și factorii predispozanți. Astfel, s-a analizat documentația medicală prezentată în dosarele depuse de către cuplurile infertile din Republica Moldova, la Comisia de evaluare a cuplurilor asigurate (în continuare Comisia). Această Comisie își desfășoară activitatea la Centrul de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală (CSRGM) din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMC) și evaluează dosarele cuplurilor care au depus pentru a beneficia de FIV, costurile careia au fost parțial acoperite de CNAM, în conformitate cu actele legislative și normative în vigoare²⁴. Totodată, în cercetare s-a pornit de la prezumția că nu există un profil demografic al beneficiarilor/cuplurilor care se confruntă cu problema infertilității. Astfel, în baza informației inclusă în documentație, a fost studiat profilul demografic al cuplurilor infertile și cauzele infertilității.

Unul din obiectivele studiului de caz a fost analiza factorilor demografici și sociali disponibili în documentația medicală, care ar permite înțelegerea necesității intervențiilor de politici de prevenire, diagnostic și tratament pentru a susține grupurile de populație care se confruntă cu problema infertilității, inclusiv grupurile vulnerabile cu acces limitat la servicii.

Din numărul total de dosare depuse pe parcursul ultimilor cinci ani (aa.2017-2021), 244 au întrunit toate condițiile stipulate în actele normative ale Ministerului Sănătății. Aceste cupluri au fost direcționate, în funcție de alegerea pe care au făcut-o, către instituțiile prestatoare de FIV (Clinica de fertilitate Repromed, Spitalul multidisciplinar Medpark, Clinica TerraMed și Clinica New Med Life), contractate de CNAM.

Adițional la analiza documentară, s-au realizat interviuri individuale cu cele 244 cupluri. Aceste interviuri au avut loc în cadrul ședințelor Comisiei. Astfel, au fost intervievate în total 488 de bărbați și femei care se confruntă cu infertilitatea în cuplu. Interviurile aprofundate au scos în evidență factorii de risc care au predispus la apariția infertilității.

Rezultatele analizei

²⁴ Ordinul MS nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordare serviciilor de Reproducere umană asistată”

În perioada de 5 ani (2017-2021), 244 de cupluri asigurate au beneficiat de procedura FIV, costurile căreia au fost parțial acoperite de CNAM. În același timp, cuplurile acoperă o parte semnificativă a costurilor legate de serviciile de diagnostic de laborator, serviciile de andrologie și procurarea medicamentelor. Procedura FIV finanțată din FAOAM poate fi solicitată doar de cuplurile care dețin poliță de asigurare. Pentru a beneficia de o asemenea procedură, solicitanții urmează să se adreseze la medicul de familie, pentru a efectua gratuit investigații și consultații medicale, inclusiv la medicul obstetrician-ginecolog²⁵.

Medicul de familie și medicul obstetrician-ginecolog completează și semnează biletul de trimitere la Comisie iar solicitanții depun personal dosarele. Dosarul trebuie să conțină biletul de trimitere a cuplului către Comisie, cererea și acordul cuplului, copiile buletinelor de identitate și copiile polițelor de asigurare medicală²⁶.

Conform Regulamentul cu privire la prestarea serviciilor RUAM în cadrul AOAM, indicațiile medicale pentru a beneficia de procedura FIV sunt grupate în felul următor:

- primare (factorul tubar al infertilității, cum ar fi absența trompelor uterine sau obstrucția tubară, în lipsa efectului de la tratamentul laparoscopic repetat; factorul endocrin, cum ar fi anovulația și polichistoza ovariană în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani; endometrioza documentată, în lipsa efectului de la tratamentul specific pe parcursul a doi ani; infertilitate de altă etiologie, dacă tratamentele convenționale nu au dat rezultat pe parcursul a 5 ani);
- complementare (uterul fără patologii, cum ar fi anomalii congenitale, sinechii, miom uterin submucos, sau interstițial; rezerva ovariană în limitele normale și valorile hormonului antimulerian > 1,1 ng/ml; indicele masei corporale cu valoarea ≥ 20 și ≤ 25 ; formula spermei în limitele normei; lipsa maladiilor extragenitale, stabilite în anexa nr.4 la prezentul Regulament).

Eligibili pentru a beneficia de o procedură FIV în cadrul AOAM sunt cuplurile care întrunesc una din indicațiile primare și toate indicațiile complementare.²⁷

Reieșind din scopul analizei și necesității de a identifica profilul demografic al cuplurilor, pentru a veni cu recomandări de politici în domeniul prevenirii, diagnosticului și tratamentului, țintite pe anumite grupuri de populație, datele au fost dezagregate pe grupuri de vârstă și medii de reședință.

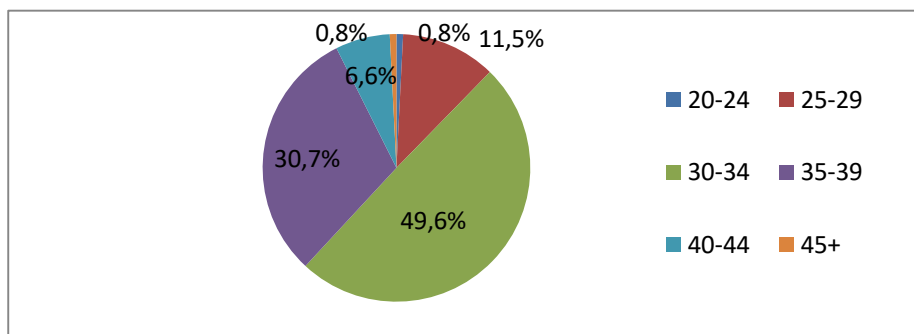
²⁵ <http://cnam.md/?&page=46&news=647>

²⁶ Ordinul Ministerului Sănătății din 27.03.2017 Cu privire la unele măsuri de facilitare a implementării prevederilor Ordinului nr.149 din 23 februarie 2017, „Cu privire la acordare serviciilor de reproducere umană asistată”

²⁷ Ordinul MS nr.149 din 23 februarie 2017 „Cu privire la acordare serviciilor de Reproducere umană asistată” Regulamentul cu privire la prestarea serviciilor de reproducere umană asistată medical în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

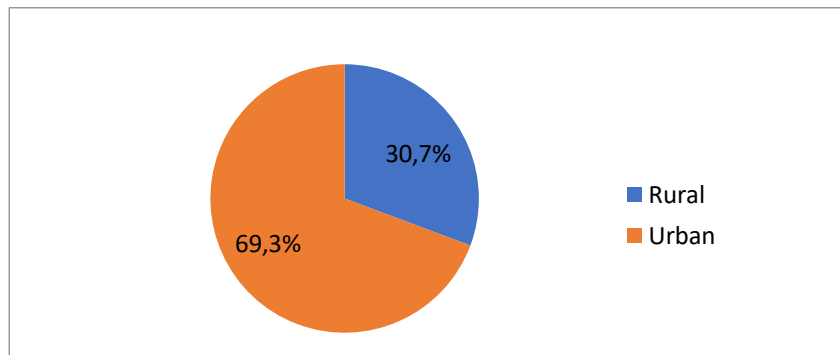
Vârsta femeilor din cuplurile care au beneficiat de procedura FIV pe parcursul perioadei de 5 ani (2017-2021) este cuprinsă între 24 și 45 ani. Cel mai numeros grup de femei fiind cel de 30-34 ani (49,6%) urmat de grupul 35-39 ani (30,7%) și cele de 25-29 ani (11,5%). Circa 80 la sută din cuplurile care au recurs la procedura FIV, din sursele CNAM în perioada anilor 2017-2022, au vârsta cuprinsă între 30 și 39 ani (Fig.1). Aceste date se explică prin faptul că anterior procedurii FIV cuplurile mai în vârstă, pe parcursul anilor, au recurs la numeroase tratamente medicamentoase și chirurgicale care nu s-au soldat cu succes. Prin urmare, odată cu înaintarea în vârstă, crește probabilitatea folosirii procedurii FIV, în același timp, este important de ținut cont de faptul că succesul procedurii scade progresiv după 35 ani.

Figura 1. Ponderea grupurilor de femei care au beneficiat de procedura FIV în perioada 2017-2021, după vârstă



Tendință cuplurilor infertile din mediul urban de a se adresa la specialiști și de a beneficia de servicii specializate de diagnostic și tratament a infertilității este net superioară comparativ cu cei din mediul rural. Această constatare este valabilă și pentru procedura FIV, din sursele CNAM în perioada 2017-2021. Conform rezultatelor studiului, mai mult de 2/3 cupluri sunt din mediul urban (Fig. 2).

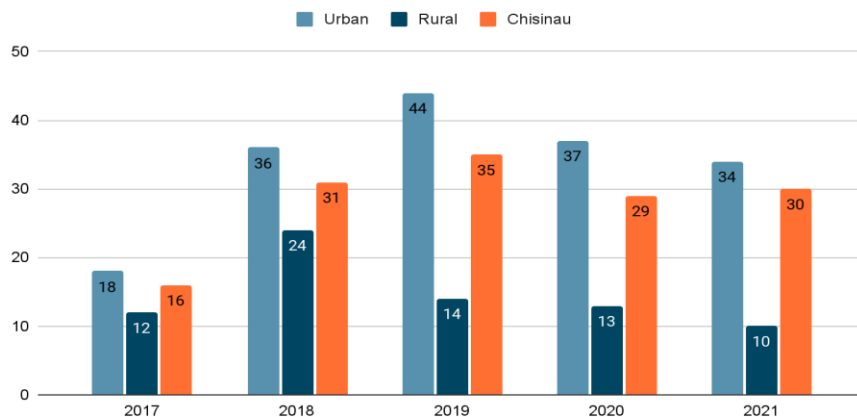
Figura 2. Ponderea cuplurilor infertile care au beneficiat de procedura FIV în perioada 2017-2021, după mediul de reședință



Dintre cuplurile cu mediul de reședință urban, 83,4%, sunt din Municipiul Chișinău (Figura 3). Acest fapt atestă un nivel scăzut de informare a populației din mediul rural despre

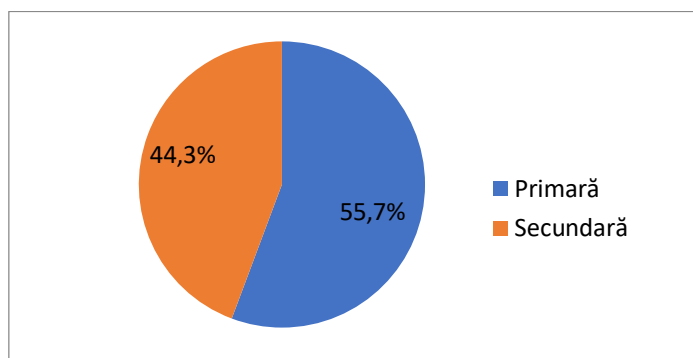
oportunitățile existente oferite de către stat, inclusiv posibilitatea unor tratamente de reproducere umană asistată medical. Totodată, populația din mediul rural este mai vulnerabilă și din perspectivă economică, având venituri mai mici și imposibilitatea de a acoperi costurile pentru medicamente, investigații și cheltuieli adiționale. În concluzie, populația din mediul rural poate fi considerată un grup vulnerabil care necesită o atenție sporită din partea autorităților.

Figura 3. Distribuția cuplurilor infertile care au beneficiat de procedura FIV în perioada 2017-2021, după mediu de reședință



În dependență de faptul dacă infertilitatea a fost sau nu precedată de o sarcină, aceasta se clasifică în primară sau secundară. Infertilitatea primară presupune că persoană nu a avut nicio sarcină pe parcursul perioadei reproductive, iar cea secundară – anterior a fost obținută cel puțin o sarcină. Analizând momentul apariției infertilității, am constatat că din numărul total de cupluri care au beneficiat de FIV, 55,7%, au fost cu infertilitate primară și 44,3% cu infertilitate secundară (Fig.4).

Figura 4. Infertilitatea primară și secundară în cuplurile care au beneficiat de FIV, în perioada 2017-2021



Analiza cauzelor ce au condus la infertilitatea în cuplu, care a necesitat aplicarea tehnologiilor RUAM și anume FIV, a permis evidențierea celor mai frecvent întâlnite cauze și ierarhizarea acestora.

Infertilitatea feminină poate fi cauzată de o multitudine de factori, unul dintre care fiind factorul tubar. Pentru aceste cupluri, FIV este unica soluție de a obține o sarcină și rezultatele de regulă sunt cele scontate. În structura cauzelor infertilității identificate în prezenta analiză, mai mult de jumătate (54,7%) a revenit factorului tubar (obstrucție tubară sau chiar absența trompelor uterine, în unele cazuri bilateral, în rezultatul infecțiilor tractului genital, inclusiv ITS, suportate pe parcursul vieții și a sarcinilor extrauterine). Acest fapt denotă necesitatea unor măsuri de prevenire orientate spre creșterea nivelului de informare și educare a populației pentru a adopta comportamente sexuale sigure. Măsurile de prevenire sunt mai eficiente din perspectiva costurilor comparativ cu tratamentul infertilității, inclusiv prin metoda FIV și asigură adresabilitatea populației atunci când problema nu este foarte avansată.

O altă cauză a infertilității este endometrioza. Endometrioza este o patologie complicată, etiologia careia nu este cunoscută definitiv, existând mai multe ipoteze în acest sens. Un lucru este cert, că acționează nefast asupra sănătății sexuale și reproductive a femeii de la menarhă până la menopauză, conducând la afectarea funcției reproductive prin implicarea uterului, ovarelor cu diminuarea rezervei acestora, organelor adiacente și dezvoltarea unui proces aderențial exprimat în bazinul mic din cauza unei reacții inflamatorii cronice, creând astfel obstacole serioase în survenirea unei sarcini. La nivelul global circa 10% (190 milioane) femei de vârstă reproductivă suferă de endometrioză²⁸, această situație fiind valabilă și pentru spațiul european. Se estimează că 10-15% dintre femeile europene cu vârsta cuprinsă între 15 și 45 de ani suferă de această boală, unele dintre care rămân cu dorință neîmplinită de a avea copii²⁹. În cazurile când tratamentele medicamentoase și/sau chirurgicale nu se soldează cu succes, se recurge la FIV. În structura cauzelor infertilității în cuplu, identificate în această analiză, endometriozei, îi revine locul patru, cu 11,9%, iar în structura infertilității feminine - locul doi, după factorul tubar.

Alte tulburări uterine care pot fi de natură inflamatorie, congenitale (ex. anomaliile de dezvoltare a uterului) sau tumori (cum ar fi miomul uterin); dereglări ale funcției ovariene cum ar fi sindromul ovarelor polichistice (SOP); tulburări ale sistemului endocrin care provoacă dezechilibre hormonale și ca rezultat conduc la apariția problemelor de fertilitate, în unele cazuri, pot fi soluționate doar prin intermediul FIV, fiind anticipate, de tratamente medicamentoase și/sau chirurgicale.

În prezentul studiu, 9,6% cupluri au fost identificate cu alte cauze ale infertilității (SOP, anomalii de dezvoltare a organelor genitale etc.) care deși au fost corijate anterior nu s-a soldat cu obținerea unei sarcini pe cale naturală și astfel, s-a decis de a recurge la FIV.

Infertilitatea de origine masculină ocupă locul doi în acest clasament (15,8%) fiind cauzată de o serie de factori, cum ar fi obstrucția tractului reproductiv cu provocarea disfuncționalității în

²⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>

²⁹ <https://euroendometriosis.com/about/endometriosis/>

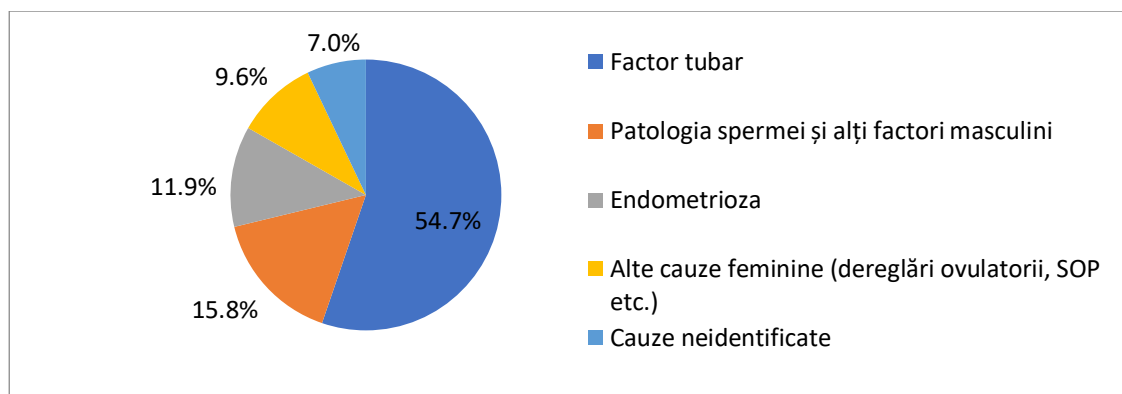
ejecția materialului seminal. Acest blocaj poate apărea în tuburile care transportă materialul seminal (cum ar fi canalele ejaculatoare și veziculele seminale). Blocajele sunt de obicei cauzate de leziuni sau infecții ale tractului genital, inclusiv ITS. Este de menționat și tulburările hormonale care duc la anomalii ale hormonilor produși de glanda pituitară, hipotalamus și testicule. Din cauza varicocelului sau a tratamentelor medicale care afectează celulele producătoare de spermatozoizi (cum ar fi chimioterapia) la pacienții cu maladii oncologice, se constată incapacitatea testiculară de a produce spermatozoizi. Condițiile sau situațiile care provoacă calitatea anormală a spermei (oligospermie, azospermie), defecte ale formei morfologice a spermatozoidelor (teratospermie) și mobilitate scăzută a acestora (astenozoospermie) afectează capacitatea barbatilor de a induce o sarcină.

Există situații când infertilitatea este cauzată de o asociere dintre 2 și mai mulți factori care acționează concomitent și amplifică efectul negativ, cum ar fi absența trompelor uterine și dereglările ovulatorii ori endometrioza, alte combinații de factori. Mai mult decât atât, în unele cupluri ambii parteneri au probleme în a concepe ori a induce o sarcină cu prevalarea unui sau altui factor. Rolul definitoriu în selectarea metodei de tratament FIV aparține cauzelor identificate și prezentate în Figura 5.

Este mai complicat de intervenit și de obținut rezultatul scontat, atunci, când ambii parteneri au probleme ce țin de realizarea funcției reproductive. Conform analizei, 1 din 10 cupluri care au recurs la FIV se confruntă cu situația când ambii parteneri au probleme de concepere.

În același timp, este de menționat că există situații, din varii motive obiective sau subiective, când originea infertilității rămâne a fi neidentificată. În prezenta analiză, din cele 244 de cupluri infertile care au fost referite în clinicile specializate pentru efectuarea procedurii de FIV, la 17 (7,0%) originea infertilității a rămas neidentificată (Fig. 5).

Figura 5. Structura cauzelor infertilității în cuplurile care au beneficiat de FIV în perioada 2017-2021



În efortul de a respecta drepturile persoanelor la tratamentul infertilității, inclusiv cu folosirea tehnologiilor de RUAM, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele

mijloacelor financiare disponibile, conform actelor normative aprobate de Guvern, 244 de cupluri infertile au beneficiat de FIV în perioada 2017-2022. Succesul procedurilor FIV efectuate, este prezentat în tabelul 17.

Tabelul 17. Rata de succes a procedurii FIV în perioada aa.2017-2022

Anul de referință	Nr. de cupluri	Sarcini obținute	Rata de succes a procedurii FIV (%)
2017	30	10	33,3
2018	60	30	50
2019	60	25	41,7
2020	50	18	36
Total	200	83	41,5
<i>*La momentul realizării studiului, datele pentru anul 2021 erau incomplete.</i>			

Cele mai bune rezultate au fost obținute în anul 2018, când rata de succes a constituit 50% (30 de sarcini), dintre care 16 s-au finalizat cu nașterea a 24 copii sănătoși (Tabelul 18).

Tabelul 18. Rezultatele procedurii FIV, a. 2018

Anul de referință	Nr.de cupluri	Sarcini obținute	Rata de succes (%)	Nașteri	Duplex	Triplex	Copii	Fetițe	Băieței
2018	60	30	50	16	4	2	24	15	8

Concluzii

Conform datelor GGS, circa 11 la sută dintre cuplurile de vârstă reproductivă din Republica Moldova declară că se confruntă cu problema incapacității de a concepe. Este de menționat că studiul nu atestă diferență statistică semnificativă privind infertilitatea raportată de către femei și bărbați. Ponderea femeilor care au declarat că întâmpină dificultăți în a concepe este de circa 12%, comparativ cu 10% bărbații care nu pot induce o sarcină. Acest fapt denotă că infertilitatea nu este o problemă eminentemente feminină.

Vârsta este asociată cu infertilitatea. Înaintarea în vârstă cu un an contribuie la o creștere cu circa 3% a probabilității de raportare a infertilității. Cei cu vârste cuprinse între 35 și 44 de ani au raportat cele mai multe cazuri de infertilitate. Rezidenții din mediul urban au avut o probabilitate mai mare de a raporta infertilitatea decât cei din mediul rural. Aceasta se datorează nivelului scăzut de informare a populației despre posibilitățile existente de diagnostic și tratament, accesului limitat la servicii specializate. Totodată, este de menționat prezența în societate a stereotipurilor de gen, care determină un nivel scăzut de acceptabilitate și adresabilitate la medic, în special a bărbaților de vârstă reproductivă care suferă de infertilitate.

Referitor la nivelul de studii, persoanele cu un doctorat au probabilități mai mari de a raporta infertilitatea comparativ cu persoanele cu nivel de educație mai scăzut. Venitul net al gospodăriei, deasemenea prezintă o asociere cu probabilitățile de a raporta infertilitatea. Comparativ cu grupul care are cele mai mici venituri (<1.000 de lei), cei din grupul cu venituri de 20.000 - 30.000 de lei și >30.000 de lei au probabilități mai mari de a raporta infertilitatea.

Conform GGS, cele mai multe persoane care au avut dificultăți în a concepe sau care cred că nu pot avea un copil/un alt copil nu au administrat niciun tratament, ceea ce demonstrează fie accesul limitat, informare și cunoștințe reduse sau lipsa dorinței de a avea mai mulți copii. În ceea ce privește cauzele infertilității, majoritatea persoanelor au raportat că nu a fost depistată nicio cauză.

Infertilitatea are un impact social semnificativ asupra vieții cuplurilor, în special a femeilor, care din acest motiv pot deveni victime ale violenței domestice, trec prin experiența unui divorț, se confruntă cu stigmatizare din partea societății, stres psiho-emotional, depresie, anxietate și stimă de sine scăzută. Deși nu doar femeile se confruntă cu probleme legate de concepere, ele, de regulă, sunt adesea percepute ca fiind cele "vinovate", indiferent dacă au sau nu probleme de infertilitate.

Cuplurile cu infertilitate ajung tardiv în instituțiile de asistență medicală specializată din varii motive, cum ar fi lipsa de informații/cunoștințe despre instituții și gama de servicii oferite; nereferirea de către prestatorii de servicii medicale în timpi optimi la nivelul de asistență medicală specializată, ierarhic superior; incapacitatea de plată a persoanelor/cuplurilor pentru deplasare către instituțiile medicale din afara localităților și serviciile de diagnostic și tratament

care de multe ori depășesc posibilitățile unei persoane cu venituri mici sau fără venituri și astfel se ratează perioada optimă în care aceștia ar putea beneficia de suportul necesar care le-ar oferi rezultatul scontat - nașterea unui copil dorit.

Există obstacole în accesarea serviciilor nu doar de ordin financiar, dar și legate de lipsa informației adecvate a cuplurilor referitor la serviciile disponibile de diagnostic și tratament a infertilității, inclusiv FIV, oferite de către instituțiile publice și private. Un argument în acest sens este că aproximativ de două ori mai puține cupluri din mediu rural (30,7%) comparativ cu cele din mediul urban (69,3%), s-au adresat pentru a beneficia de procedura FIV, acoperită parțial din sursele CNAM.

Calitatea serviciilor de diagnostic și tratament a infertilității depinde în mare măsură și de instruirea cadrelor. În acest sens, lipsa unui protocol clinic național care ar ghida prestatorii de servicii medicale (medici de familie, medici obstetricieni-ginecologi, andrologi etc.) în managementul cuplurilor cu infertilitate și referirea acestora către serviciile specializate de la nivelele ierarhic superioare este un impediment în oferirea asistenței medicale calitative cuplurilor infertile.

Marea majoritate a cuplurilor care au beneficiat de FIV din sursele CNAM în perioada 2017-2022 sunt în vârstă de 30-39 ani, mediul urban, în mare parte din Chișinău. Aceasta constatare vine să confirme odată în plus că persoanele/cuplurile din localitățile rurale se adresează mai rar către serviciile specializate și se confruntă cu mai multe obstacole în accesarea serviciilor de diagnostic și tratament a infertilității, inclusiv FIV.

Important de menționat că, chiar și în condițiile în care CNAM acordă un suport financiar de circa 40 la sută din costul procedurii FIV, există persoane/cupluri care nu-și pot permite achitarea altor circa 60%, inclusiv costul medicamentelor, astfel, fiind privați de posibilitatea de a fi părinți.

Serviciile de FIV (manipulare medicală în laborator a materialului genetic feminin și masculin în scopul fecundării artificiale a ovulelor și implantării acestora) sunt oferite doar în sectorul privat. Sectorul public nu este implicat în oferirea acestei game de servicii din motivul că, la moment, nu este competitiv în raport cu cel privat la capitolul înzestrarea cu echipamente și consumabile care ar face posibil oferirea serviciilor specializate de FIV cuplurilor infertile.

Există grupuri de populație, cu anumite afecțiuni medicale cum ar fi supraviețuitorii patologiilor oncologice, persoanele serodiscordante HIV care vor să devină părinți dar nu au posibilitate să-și realizeze dreptul de fi părinte din cauza lipsei în legislația în vigoare a unor prevederi referitor la aceste aspecte, astfel, inechitățile și disparitățile în accesul la serviciile de RUAM, inclusiv FIV îi afectează în mod direct.

Recomandări de politici

Pentru a cunoaște magnitudinea problemei infertilității în Republica Moldova este necesar să fie găsite mecanisme care ar facilita colectarea sistematică de date exacte și complete cu referire la acest fenomen, cu segregarea acestora (ex. infertilitatea masculină, feminină și mixtă; primară și secundară; pe cauze; în dependență de mediul de reședință etc.). Baza de date fiind necesară pentru argumentarea alocării resurselor și furnizarea de servicii.

Pentru a crește adresabilitatea populației de vârstă reproductivă la servicii specializate, inclusiv FIV este important ca femeile și bărbați de vârstă reproductivă să fie informați despre instituțiile și tipul serviciilor specializate de diagnostic și tratament disponibile în domeniul infertilității în cuplu atât de către prestatorii de servicii de sănătate cât și prin intermediul altor canale de comunicare cum ar fi mass-media, campaniile de informare și educare, inclusiv cu scop de combatere a stereotipurilor de gen, cu participare autorităților publice locale, instituțiilor de învățământ, societății civile etc.

Măsurile de prevenire sunt considerate cele mai relevante din punct de vedere a cost-eficienței, de aceea trebuie luate în considerare și setate în cadrul național de politici. Acest postulat fiind valabil în toate cazurile dar în mod special, în condițiile unei țări care face parte din grupul statelor cu venituri medii pe cap de locuitor, cum este Republica Moldova. În acest context, este timpul ca societatea moldovenească să conștientizeze importanța măsurilor de informare și educare a populației în domeniul sănătății sexual-reproductive care are rolul de a preveni comportamentele sexuale riscante, în mod special printre adolescenți și tineri, care în final ar contribui la diminuarea incidenței infertilității.

În scopul creșterii calității serviciilor oferite cuplurilor infertile este necesar de consolidat cunoștințele prestatorilor de servicii. Astfel, este o prioritate elaborarea Protocolului clinic național: „Managementul clinic al cazurilor de infertilitate în cuplu” (pentru medici de familie, medici obstetricieni-ginecologi, andrologi etc.) care ar include prevederi vizavi de prevenirea, diagnosticul și tratamentul infertilității feminine și masculine și referirea cuplurilor cu infertilitate în cadrul sistemului de sănătate, de la medicina de familie către serviciile specializate. Instruirea cadrelor medicale (medici de familie, medici obstetricieni-ginecologi, andrologi etc.) în baza Protocolului clinic național: „Managementul clinic al cazurilor de infertilitate în cuplu”.

Este esențial ca legile și politicile care reglementează RUAM, inclusiv FIV în Republica Moldova să servească bază solidă pentru asigurarea accesului universal, fără discriminare pe anumite criterii și pentru a proteja și promova drepturile omului. Odată ce politicile de fertilitate sunt puse în aplicare, este extrem de important să se asigure că implementarea lor este monitorizată și calitatea serviciilor oferite populației este îmbunătățită în mod continuu atât în sectorul public cât și cel privat.

În scopul creării unei alternative sectorului privat ar fi binevenit reabilitarea serviciilor FIV în sectorul public, prin înzestrarea instituțiilor cu echipamente și consumabile necesare pentru efectuarea procedurilor și instruirea cadrelor, la necesitate, inclusiv a specialiștilor în embriologie.

Colaborarea Ministerului Sănătății cu alte ministere, centre academice, organizații neguvernamentale (ONG), agenții din cadrul ONU și alți parteneri interesați, este importantă pentru a consolida angajamentul politic, disponibilitatea și capacitatea sistemului de sănătate de a furniza îngrijire adecvată persoanelor/cuplurilor cu infertilitate la nivel național.

Este important de a monitoriza și studia aprofundat fenomenul infertilității în vederea cunoașterii dinamicii, schimbărilor în timp și nevoilor specifice cuplurilor care se confruntă cu această problemă. Deși acum se cunoaște mult despre cauzele infertilității, totuși, rămân lacune de cercetare în ceea ce privește nevoile legate de fertilitate pentru grupurile subreprezentate în mod obișnuit în cercetarea fertilității, cum ar fi bărbații, persoanele care trăiesc cu HIV, persoanele care consumă droguri, lucrătorii sexului comercial, persoanele din cadrul comunității LGBT. Efectuarea studiilor ar scoate în evidență impactul fenomenului studiat asupra vieții oamenilor, a modului în care aceștia înțeleg provocările și modalitățile de a minimaliza obstacolele în accesarea serviciilor de diagnostic și tratament.



MINISTERUL MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE



GGGS

Chișinău, 2022