

DOKDY JE MOŽNÉ FERTILIZOVAT ŽENU? PARLAMENTNÍ DEBATA O ZÁKONNÉ ÚPRAVĚ ASISTOVANÉ REPRODUKCE¹ / LENKA SLEPIČKOVÁ

Until What Age Can a Woman Be Fertilized? A Debate on the Legislative Regulation of Assisted Reproduction in the Czech Parliament

Abstract: Assisted reproduction has shifted from being an experimental technique to becoming a part of mainstream reproduction medicine. It has become a common and increasingly prevalent method of procreation in the 21st century. The boundaries of what is and is not normal in reproduction (and therefore desired, in the foucauldian sense) are not determined by what is medically possible; rather, they are bound by the legislation, public demand, and ethical and religious norms. Effort to redefine the boundaries determined by the legislation governing assisted reproduction occurred in the Czech Republic between 2008 and 2011. This effort was part of the so-called reformation package, which also included the Act on specific medical services. The Act regulates the conditions under which assisted reproduction is available. One issue that turned out to be controversial was the age barriers for women receiving assisted reproduction. Age barriers together with the issue of availability of assisted reproduction for women without a partner had not been previously clearly defined in the legislation. The main purpose of the paper is to analyse the discussions that occurred in the Parliament when the Act was debated. The paper will focus particularly on the three following issues: how was nature and normality discussed in the context of assisted reproduction; how were these topics related to nature and to society; and how does the adopted Act reflect on the position of a woman as an actor of reproduction.

Key words: assisted reproduction, legislative gatekeeping in assisted reproduction, age norms for assisted reproduction, parliamentary debate analysis

Slepičková, Lenka. 2015. „Dokdy je možné fertilizovat ženu? Parlamentní debata o zákonné úpravě asistované reprodukce.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, Vol. 16, No. 2: 60–72, DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/12130028.2015.16.2.221>

Na počátku 21. století se z asistované reprodukce jako experimentální (a potenciálně riskantní) techniky stává stále běžnější a normální součástí mainstreamu reprodukční medicíny. Právo na léčbu asistovanou reprodukcí je považováno za součást reprodukčních práv. Asistovaná reprodukce však není ryze technickým řešením léčby neplodnosti, ale má významné implikace sociální, etické i právní. Nastoluje nové typy vztahů příbuzenství, mateřství a otcovství (Russo, Denious 2005), má revoluční potenciál pro naše chápání toho, co je a co není v reprodukci přirozené a normální, a jak se k sobě vztahuje příroda a kultura (Lie 2002). Techniky léčby neplodnosti také otevírají otázku po zásluhách – otázku, kdo a na čí náklady jich má právo využít. Sepětí asistované reprodukce s vědeckým pokrokem a nákladnými technologiemi, stejně jako její revoluční potenciál ve vztahu k příbuzenství, partnerství a rodičovství, vede ke snahám o její regulaci, na které se podílejí různé instituce a aktéři.

Mantinely toho, co je a co není v reprodukci a léčbě neplodnosti žádoucí a legitimní, tedy nenastavuje jen medicínská praxe a její možnosti, ale i zákony, etická nebo náboženská pravidla, pravidla pojišťoven pro úhradu jednotlivých procedur, ale i regule a praxe klinik, které se touto léčbou zabývají. S reprodukcí pomocí umělého oplodnění a jiných ART technik souvisejí nové hierarchie a nové podoby vyloučení, asistovaná reprodukce vytváří stratifikovanou

reprodukcí (Colen 1995), neboť ne všichni k ní mají stejný přístup. Mimo hranice toho, co je považováno za normální, a tedy žádoucí napodobit technikami umělého oplodnění, se dostávají různě definované kategorie technik, ale také pacientek a pacientů usilujících o rodičovství – ať už kvůli svému věku, partnerskému statusu nebo sexuální orientaci. Ti přitom své úsilí o rodičovství často vnímají právě jako snahu o to, být normálními a plnohodnotnými členy společnosti (Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990).

Nerovný přístup k léčbě neplodnosti a především skutečnost, že bariéry v přístupu nejsou rovnoměrně distribuovány napříč sociální strukturou, ale limitují zejména určité typy pacientů (Beckman, Harvey 2005; Bell 2014), jsou sociálními vědci a vědkyněmi kritizovány jako diskriminující a udržující medicínskou a státní moc nad reprodukcí obyvatel. Autoři a autorky upozorňují na diskrepance v nastavování a zdůvodňování limitů v přístupu k léčbě. Tematizují také skutečnost, že hlavním motivem těchto limitů není proklamované racionální využití veřejných zdrojů, ale především ochrana dominantních společenských hodnot, zejména „posvátnosti“ početí v rámci heterosexuálního manželského páru a ideálu nukleární rodiny jako nejlepšího prostředí pro výchovu dítěte (deLacey 1998; Paulson, Sauer 1994; Bryld 2001; Fenton 2006; Banh, Havemann, Phelps 2010).

V České republice je asistovaná reprodukce rychle se rozvíjejícím medicínským oborem² s dlouhou tradicí.³ Coby země s poměrně liberální legislativou a zároveň kvalitní a relativně levnou péčí je Česká republika oblíbeným cílem tzv. reprodukční turistiky (Whittaker, Speier 2010).⁴ Páry ze zahraničí vyhledávají především léčbu s použitím darovaných vajíček⁵, protože na rozdíl od České republiky nejsou procedury využívající buněk dárců v jiných evropských zemích (např. v Itálii) legální, případně k nim nejsou snadno dostupné dárky.

V průběhu let 2008–2011 se v České republice projevil pokus o redefinici legislativně stanovených hranic asistované reprodukce a o ustavení regulace některých dosud neregulovaných situací, a to prostřednictvím zákona o specifických zdravotních službách. Tento zákon, který byl součástí tzv. reformního balíčku zákonů o zdravotnictví, mimo jiné upravuje podmínky provádění výkonů asistované reprodukce.⁶ Nejdiskutovanějšími v souvislosti s návrhem zákona byla ve vztahu k asistované reprodukci dvě témata: zpřístupnění asistované reprodukce i pro ženy bez partnera (které bylo součástí prvního věcného záměru zákona z roku 2008) a stanovení maximální věkové hranice pro provádění umělého oplodnění, která do té doby zákonem určena nebyla.

Tento text se soustředí na analýzu debaty v Poslanecké sněmovně a Senátu Parlamentu ČR, tak jak probíhala v rámci tří čtení návrhu zákona v Poslanecké sněmovně a jednoho projednávání v Senátu v roce 2011. Zde opakovaně vyvolal diskusi návrh Ministerstva zdravotnictví na stanovení věkové hranice žen pro asistovanou reprodukci na 55 let (jako je tomu v USA). Diskutovalo se mj. o přirozenosti mateřství matek ve vyšším věku, o přirozeném řádu reprodukce a o snaze zákonodárců nezavádět do legislativního pořádku nic, co je „nenormální“ a „proti přírodě“. Nejvyšší věková hranice pro provedení asistované reprodukce byla nakonec stanovena na 49 let věku ženy. Pro umělé oplodnění hrazené pojišťovnami platí i nadále věková hranice 39 let a asistovaná reprodukce byla znovu definována jako zdravotnická služba určená výhradně párům složeným z muže a ženy. Zákon byl vyhlášen 8. 12. 2011 ve Sbírce zákonů v částce 131 pod číslem 373/2011 Sb.⁷

Analýza této debaty neusiluje o to, sledovat konkrétní posuny věkových norem nebo analyzovat jednotlivé stranické pozice, které by mohly stát v pozadí debaty vyslovovaných názorů. Liberální i konzervativní postoje k asistované reprodukci, jak dále uvidíme v analýze, se ne vždy překrývají s ideologickými východisky reprezentovaných politických stran. Poslanci nebo senátoři zastupující stejné politické uskupení mnohdy razí velmi odlišné názory a ve svých argumentacích odkazují spíše než k politickým zásadám a principům ke svému přesvědčení či osobním zkušenostem. Analýza se tedy soustředí především na způsoby argumentace, které jsou s vyslovovanými názory a postoji spojené. Zaměří se zejména na to, jakými způsoby je v diskusi k reprodukci vztahována příroda a přirozenost a jakým způsobem je v diskusi prezentována žena coby aktérka re-

produkce. Reprodukce je tím, co výrazně reguluje ženskou životní zkušenost, přičemž nejde jen o regulaci v rámci binárních kategorií (neprodukující se versus reprodukující se žena), ale i v rámci dalších norem a regulací, formálních či neformálních, které oddělují správné a nesprávné formy reprodukce a které jsou odrazem procesu, který v 19. století spoutal sexualitu (především ženskou) do rámce heterosexuální reprodukce a pod dohled medicíny a regulujících mechanismů společnosti (Foucault 1999; v současném českém prostředí např. Hašková, Zamykalová 2006). Legislativní vymezení věku pro přístup k asistované reprodukci a debata o něm je ukázkou toho, jak vzniká a je legitimizován určitý typ omezení reprodukce, který marginalizuje, nebo přímo patologizuje životní zkušenost konkrétní kategorie žen.

Jak ukazují analýzy podobných politických debat například z Velké Británie a Itálie (Fenton 2006) či Polska (Radkowska-Walkowicz 2014), jen málokdy se v diskusi jedná jen o reprodukční technologie. Toto téma je často prostředkem v rámci snahy politických aktérů stanovit národní „morální kód“ (Mayer 2000: 3 in Radkowska-Walkowicz 2014), národní identitu nebo vzorce správného genderového jednání (Radkowska-Walkowicz 2014). Diskuse o asistované reprodukci a jejích věkových hranicích je dokladem toho, že reprodukce jen zdánlivě patří výhradně do intimní sféry oblasti rodiny a partnerských vztahů. Naopak, stává se objektem výsostně politických bojů (Gal, Kligman 2000).

Povaha analytického materiálu a práce s ním

Analytický materiál tvořily stenografické přepisy jednání v Poslanecké sněmovně a parlamentu, které jsou dostupné na parlamentních webových stránkách. Jednalo se o přepisy ze čtyř jednání, tři v Poslanecké sněmovně a jednoho v Senátu. Během prvního čtení daného zákona v Poslanecké sněmovně (12. 7. 2011) se debata na věkové limity příliš nesoustředila.⁸ Jednalo se především o zákonu a motivech jeho předložení ze strany ministra (a odporu vůči němu ze strany opozice) obecněji. Během následujících dvou poslaneckých (30. 8. 2011 a 7. 9. 2011) a jednoho senátního čtení byla debata na asistovanou reprodukci zaměřena více – věkový limit byl, spolu s úpravou pravidel pro sterilizaci a anonymního dárčovství, uváděn jako kontroverzní součást zákona nejčastěji. Před schválením zákona v Poslanecké sněmovně, tedy při třetím čtení, bylo podáno několik pozměňovacích návrhů týkajících se věkového limitu: jediný návrh na zvýšení tohoto věku, konkrétně na 56 let, zvažoval podat poslanec Boris Šťastný (ODS), ale nakonec svůj návrh stáhl a nebylo o něm hlasováno. Jaroslav Plachý (ODS) navrhoval snížení limitu na 49 let a poslankyně Chalánková (TOP 09) a poslanec Antonín (ČSSD) na 49 let. V Senátu preferoval hranici 45 let senátor Jiří Čunek (KDU-ČSL) s tím, že tento návrh nepodá, protože předpokládá, že zákon schválen nebude.⁹ Senát skutečně zákon zamítl (přičemž důvody zamítnutí nejsou v oficiálních dokumentech obsaženy), ale Poslanecká sněmovna setrvala na původním návrhu zákona a 6. 11. 2011 jej schválila.

Postihnout komplexnější obraz mapující situaci kolem projednávání zákona nebo význam jeho analyzovaného aspektu, tedy věkových limitů asistované reprodukce, je obtížné, jsme-li odkázáni jen na retrospektivní pohled a na všeobecně dostupné zdroje. Dá se předpokládat, že spíše než v Poslanecké sněmovně či Senátu probíhá významná část jednání o zákonech ve vládních výborech, případně zcela mimo oficiální fórum. Není ani možné získat obraz o atmosféře či o přítomnosti nebo zapojení jednotlivých poslanců kromě toho, co nám tyto záznamy sdělují. To ale nemusí umenšovat význam oficiálních a veřejně dostupných záznamů, právě naopak, neboť ty poskytují voličům jediný přístupný a trvalý doklad o tom, jakým způsobem zákonodárný proces probíhal a jaký typ argumentace je na takto veřejném fóru obvyklý.¹⁰

Po zúžení záznamů na jednání, která se týkala konkrétních věkových limitů, zbylo pro detailnější analýzu 30 normostran stenografického zápisu. Analýza probíhala v souladu s induktivní logikou, tedy postupně, v průběhu opakovaného čtení, fragmentarizace a redukce dat a jejich již interpretačně zaměřeného opětovného propojování a hledání významových vzorců se zaměřovala na nejvýznamnější témata. Nešlo přitom čistě jen o obsahovou složku, ale také o způsoby vedení argumentace a prezentace jednotlivých stanovisek.

Co předcházelo projednávání zákona v Parlamentu ČR

S přípravou zákonů, které byly prezentovány jako tzv. reformní, začal v době svého působení na Ministerstvu zdravotnictví od roku 2007 ministr Tomáš Julínek (ODS). Tyto zákony byly součástí tzv. balíčku reformních zákonů.¹¹ Nově například stanovují, co je a co není v lékařské péči standardní péče nebo stanovují limit pro dojezd záchranné služby. K reformě, reprezentované tímto souborem zákonů, uvedl ministr ve svém tiskovém prohlášení v červnu roku 2008: „Za reformou si stojím. Je poctivě odpracovaná týmem špičkových expertů. Je zaměřena na budoucnost a vymaňuje je české zdravotnictví z bludů minulosti. Je moderní a plně v souladu s evropským vývojem v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Posiluje současnou míru solidarity. V jejím středu stojí svobodně se rozhodující pacient (...).“ (Ministerstvo zdravotnictví 2008) Ministr Leoš Heger (TOP 09), který výše uvedené zákony dovedl před projednávání v Parlamentu ČR, také zdůrazňuje pokrokovost nových zákonů a práva pacienta. K zákonu o specifických zdravotních službách uvádí ve všech oficiálních materiálech konkrétně toto: „Řeší problematiku eticky složitých oblastí medicíny, modernizuje legislativu v odvětvích, která prošla výraznými změnami, klade důraz na osobnostní integritu a důstojnost pacienta.“ (Informační centrum vlády 2015).

V období předcházejícím projednávání zákona ve sněmovně se do debaty o podobě zákona stanovujícího mimo jiné to, kdo může být léčen prostřednictvím asistované reprodukce, zapojila řada aktérů, kromě politiků také církevní organizace nebo novináři a publicisté. Diskusi vzbudil

především návrh zpřístupnění asistované reprodukce pro single ženy. Ostré reakce vyvolal komentář vedoucího zahraniční rubriky MfDNES Teodora Marjanoviče s titulkem „Jen zůstaň na ocet, dítě ti zařídí Julínek“, v němž návrh zákona označuje za „zrůdnost“ (Marjanovič 2007). Na svém blogu na něj kriticky reagovala současná ministryně práce a sociálních věcí za ČSSD Michaela Marksová-Tominová, která se naopak vyjádřila pro tento návrh (Marksová-Tominová 2007). Pro právo svobodných žen na umělé oplodnění se rovněž v této době opakovaně v různých vyjádřeních a rozhovorech vyslovil Radim Uzel (Uzel 2010). Co se týče jiných ustanovení, která zákon oslavuje, mediální diskuse nebyla tak živá.

Nakonec byl tento bod ze zákona vyjmut. Ministr Tomáš Julínek (ODS) upustil od svého úmyslu zpřístupnit asistovanou reprodukci svobodným ženám, jak informují média, na nátlak lidoveckých poslanců a České biskupské konference (Novinky, ČTK, Právo 2008). Lidovečtí politici tímto krokem podmiňovali podporu zákona při hlasování ve vládě (tam byl balíček zákonů schválen 9. 4. 2008).¹²

Kontroverzi, spojované s umělým oplodněním pro osamělé (či lesbické) ženy, se ministerstvo snažilo bránit mimo jiné důrazem na nutnou existenci zdravotních důvodů pro podstoupení zákroku. Mluvčí ministerstva, Tomáš Cikrt, v televizní reportáži k nesouhlasu církve s plány na zpřístupnění asistované reprodukce i samostatným ženám, uvedl: „Rozhodně to není zákon, který by umožňoval výrobu dětí jako na běžícím pásu třeba pro lesbické páry.“ (Česká televize, Události, 3. 4. 2008). Ministerstvo svůj úmysl zpřístupnit asistovanou reprodukci také svobodným ženám prezentovalo jako zrovnoprávnění pacientů: „Bude daná přesná definice zdravotní služby, která odstraňuje zdravotní problém. Nárok na tuto službu mají všichni. A neplodnost je zdravotní problém,“ uvedl mluvčí ministerstva, Tomáš Cikrt, ve svém vyjádření pro Deník (Deník 2007). Opět se zde objevuje diskurs „medicínské indikace“, který má být prevencí vůči kritice související s kontroverzním zpřístupněním asistované reprodukce i pro ženy bez heterosexuálního partnera. Zdůraznění „medicínské“, tedy léčebné role asistované reprodukce ji chrání před stigmatem experimentální procedury, která se může v rukou nezodpovědných vědců zvrátit v nástroj produkující patologie a rozšiřující deviace. Svou snahu liberalizovat zákon tak ministerstvo (explicitně) nespojovalo s právy patientek bez rozdílu sexuální orientace nebo vztahové situace na to, aby mohly využít asistovanou reprodukci.

Oba tábory odpůrců zpřístupnění asistované reprodukce single ženám argumentovaly právem dítěte na to, znát své rodiče. V prohlášení České biskupské konference, shrnujícím výhrady vůči zákonu, se uvádí, že: „Přijetí této úpravy by zásadně vyloučilo možnost otce podílet se na výchově dítěte. Navrhované řešení je zároveň v rozporu s úsilím o podporu existence úplné rodiny. Optimální předpoklad pro zdárný vývoj dítěte je totiž život s biologickými rodiči“ (Česká biskupská konference 2008). Tyto argumenty zdů-

razňují právo dítěte, a to na úplnou rodinu a na život s biologickými rodiči. Jedná se přitom o dvě odlišné skutečnosti, neboť vyloučení biologického otce (či matky nebo obou) z možnosti podílet se na výchově dítěte je součástí pomyslného kontraktu s dárci a příjemci u všech procedur využívajících dárcovských spermií, vajíček nebo embryí. Důraz na roli otce a úplnou rodinu je snahou o reprodukci ideálu nukleární rodiny, se kterým se jeví asistovaná reprodukce pro svobodné ženy v rozporu a který je stavěn nad práva individuálních žen – příjemkyň léčby.

Verze zákona projednávaná parlamentem roku 2011 a předložená tehdejšími ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem (TOP 09) už záměr zpřístupnit léčbu ženám mimo heterosexuální pár neobsahovala. Pozornost vzbudil především záměr stanovit horní věkový limit pro možnost podstoupit asistovanou reprodukci (dříve nic takového zákon nestanovoval). Součástí první verze návrhu zákona byl limit 55 let „za předpokladu přirozené plodnosti ženy“. Za přirozenou plodnost zde nebyla považována existence oplodněnischopných gamet v těle ženy (od vyššího věku žen už je možné IVF efektivně provádět jen s dárcovskými oocyty), ale schopnost ženského těla donosit plod.

Bariéry v přístupu k asistované reprodukci a jejich legitimizace

Specifičnost diagnózy neplodnosti a její léčby dává velký prostor pro neklinické a spíše sociálně než medicínsky zdůvodněné rozhodování ohledně kategorií pacientů, jimž bude léčba poskytnuta. Reprodukční technologie a jejich fungování totiž nesedí jednoduše do pozitivistického medicínského paradigmatu. Příčiny neplodnosti léčba obvykle nemění, ale obchází je, a jasná kauzální spojitost mezi klinicky definovanou poruchou plodnosti a způsobem jejího řešení v léčbě často chybí (Smajdor 2011). Prostřednictvím asistované reprodukce jsou „léčeny“ například i páry, u nichž se žádná příčina neplodnosti nenašla. Samotná lékařská definice neplodnosti coby neúspěchu v početí po 12 měsících pravidelného sexuálního styku je založena na absenci těhotenství jako následku heterosexuálního chování spíše než na popisu fyzických příčin neplodnosti (deLacey 1998).

Bariéry přístupu k asistované reprodukci fungují na několika úrovních a mají formální i neformální podobu. V první řadě se jedná o bariéry vycházející z právní úpravy této léčby (jedná se o tzv. legislativní gatekeeping). Zákon upravuje, které procedury (případně pro koho) jsou dostupné, a zákaz nebo nezahrnutí některých procedur do legislativy (v ČR například absence právní úpravy náhradního mateřství) tedy znamená omezení přístupu k nim. Další bariéry jsou vytvářeny pravidly zdravotních pojišťoven pro úhradu některých procedur. Léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce je nákladná a pro mnohé není bez úhrady pojišťovnou dostupná. Cena asistované reprodukce je tedy dalším faktorem, který brání v přístupu k ní (tzv. ekonomický gatekeeping). Další typ bariér vychází z pravidel a praxe zařízení, která léčbu poskytují. Mohou mít formální podobu

(zařízení stanovují kritéria pro uchazeče o léčbu, například z hlediska věku, diagnózy, psychické nebo fyzické kondice), ale také podobu neformální (lékaři mohou různými způsoby pacientům léčbu zpřístupnit nebo naopak odepřít). Sociální, kulturní a ekonomický kontext je v otázce přístupu k asistované reprodukci klíčový i mimo rámec formálních pravidel. Pro zahájení léčby a pro rozhodování se o jejím průběhu je totiž důležité mít rovněž kapitál v podobě informací. Ne všechny procedury (byť legislativně povolené a praktikované) mohou navíc být pro individuální klienty nebo pro společnost akceptovatelné či zproštěné stigma (Beckman, Harvey 2005).

Bariéry v přístupu k asistované reprodukci jsou legitimizovány různými argumenty (de Wert 1998). V případě regulací ze strany zdravotní pojišťovny se jedná o argument omezených zdrojů a sledování efektivity léčby (úhrada je tak často limitovaná věkem ženy, neboť ten tvoří důležitý faktor pro úspěšnost léčby). V případě omezení přístupu k asistované reprodukci určitým typům pacientů (ať už se jedná o homosexuální páry, single ženy nebo páry neprojevující dostatečnou fyzickou či mentální kondici nebo způsobilost k rodičovství) se argumentuje především zájmem nenarozeného dítěte nebo absencí medicínské příčiny neplodnosti (jako je tomu například u single žen). Využití medicíny pro jiné cíle než léčbu zdravotních problémů, například pro naplňování individuálních tužeb a aspirací, což jsou motivy, které jsou některým pacientům klinik pro léčbu neplodnosti připisovány, je vnímáno jako nepatřičné (Fischer, Sommerville 1998). Důležitým motivem pro odepření přístupu k asistované reprodukci určitým kategoriím žadatelů je „rizikovitost“ této léčby. Ta má dvě roviny, rovinu sociální, kdy se rizika vztahují k možné reprodukci rodinných modelů, které jsou vnímány jako nežádoucí nebo deviantní, a rovinu zdravotní, kdy se přihlíží k rizikům zdravotních komplikací pro matku či dítě (de Wert 1998). Odkaz na zájem dítěte vstupuje do argumentace podporující limity v přístupu k léčbě také v souvislosti s rizikem jeho předčasného osiření v případě, že se narodí starším rodičům (de Wert 1998; Banh, Havemann, Phelps 2010).

Argumenty o nutnosti medicínské indikace k léčbě, které používají odpůrci léčby pro homosexuální páry nebo single ženy, jsou problematické, protože i v léčbě heterosexuálních párů se sociální a medicínské příčiny léčby kombinují (deLacey 1998). Podle údajů o polovičním podílu mužských příčin neplodnosti na neplodnosti páru tvoří polovinu pacientek klinik asistované reprodukce plodné ženy, které léčbu podstupují kvůli diagnóze partnera. K léčbě mají oficiální přístup rovněž páry, které jsou plodné, ale jsou nositeli genetických nemocí, nebo páry, které trpí sexuálními poruchami, jež početí znemožňují (deLacey 1998).

Fenomén reprodukční turistiky jako reakce na legislativní či finanční omezení léčby v rámci jednotlivých států vede k dalšímu typu debat o omezení přístupu k asistované reprodukci, konkrétně k debatám o tom, zda je různé nastavení podmínek v blízkých, či dokonce sousedních zemích

nebo v zemích EU vůbec legitimní. Reprodukční turistika je také spojována s komercializací medicíny a s novými typy nerovností ve zdraví – jen pacienti vlastníci ekonomický a sociální kapitál dostatečný pro vycestování do zahraničí za léčbou se mohou „vykoupit“ z omezení, které jim nastavuje domovská země (Blyth, Farrand 2005).

Kdo, komu, co a proč stanovuje?

Vymezení debaty a jejích účastníků

Návrh zákona prezentovalo ministerstvo zákonodárcům při jeho projednávání v Poslanecké sněmovně a později v Senátu jako ustanovení, které chce řešit společenské souvislosti medicínské praxe. Z hlediska medicínského nebo technického se podle ministra v případě „umělé fertilizace“, jak toto téma označuje, jedná o problém, který je „dávno vyřešený“. Perspektiva zdravotnictví je podle jeho názoru nutně omezená a projednávání zákona v parlamentu reprezentuje „celospolečenskou diskusi.“ Medicínská praxe se totiž neustále vyvíjí a dochází k některým „absurditám“, které „jsou na hranici etiky a společenských diskusí“. Původní návrh věkového limitu (55 let) podle ministra zdravotnictví reprezentuje právě čistě medicínskou perspektivu – jedná se o věk, do kdy lze podle odborníků s velkou pravděpodobností donosit plod bez rizika pro zdraví matky nebo zdraví dítěte. Nicméně, jak uvedl ministr při představení zákona v Poslanecké sněmovně, „obecně se nepokládá za rozumné, aby byly oplodňovány umělým oplodněním ženy staršího věku“. Tento výrok naznačuje pozici, která ve stanovisku politické reprezentace k asistované reprodukci, jak uvidíme dále, převládá. Jedná se o vnímání ženy coby pasivní (a sociálně izolované) příjemkyně lékařských intervencí, neschopné nahlédnout na dopady vlastních rozhodnutí, včetně rozhodnutí o mateřství.

Zároveň „není žádným tajemstvím“, jak uvedl při své prezentaci zákona v parlamentu ministr, že existuje i komerční zájem na „této službě“ ze strany lékařských institucí. Proto „nelze naslouchat jenom lékařům, ale je třeba naslouchat celé společnosti.“ K podezření z neetičnosti jednání vědců schopných experimentovat s lidským materiálem a narušovat tak normalitu společnosti, což je klasický argument zdůvodňující nutnost regulovat vědecký pokrok politikou (Bryld 2001), tak vyjádření ministra přidává další argument. Poukázání na snahy lékařů využít medicínu ke komerčnímu zisku má přispět k ostrážitosti před výroky a jednáním lékařů. Lékaři jsou ministerským úvodem, ale také v rámci následující diskuse, prezentováni jako nebezpeční a nezodpovědní obchodníci, kteří nectí etiku. Politici jsou na druhé straně těmi, kdo mohou – coby reprezentanti společenské diskuse – jejich jednání nastolit pravidla a tím zabránit potenciálním nebezpečím.

Také poslanci vystupující v debatě zdůrazňují „etickou spornost“ otázek řešených zákonem a nutnost nastolení pravidel, která budou vyjadřovat společenský konsenzus a zahrnovat sociální rizika asistované reprodukce. Tím, kdo má tuto „společenskou debatu“ nebo „celospolečenskou

diskusi“ reprezentovat, jsou podle zákonodárců odborníci – poslanci, ministerští úředníci, právníci nebo vědci (tedy převážně muži, kteří dominují na všech výše uvedených pozicích), jak vyplynulo například z dotazu senátora Vladimíra Drymly (ČSSD) na autora návrhu věkového limitu.

Já bych se chtěl, pane ministře, zeptat (...) kdo navrhoval, jestli to byl poslanec, nebo nějaký ministerský úředník, nebo nějaký vědec, právě tu hranici 49 let, a především hlavně podle jakých kritérií. (Senátor Vladimír Dryml, ČSSD, 12. 10. 2011)

Ministr Heger také zdůvodňuje snahu stanovit horní věkový limit pro žadatelky o asistovanou reprodukci poukazem na to, že ženy o tuto léčbu žádají a stávají se takto matkami, „děje se to tak trochu pod pokličkou (...), ale jsou právníci, kteří říkají, že by to mělo být lépe ošetřeno“. Není to tedy ani tak praxe, která si legislativní úpravu žádá, ale odborníci, kteří považují neregulovatelnost reprodukčních intencí starších žen za nepřijatelnou. Také senátor Čunek poukazuje na nezbytnost regulace toho, co popisuje jako zasahování do přirozených jevů.

Já se domnívám, že kdy je vhodné pro ženu otěhotnět, doposud řešila příroda a nebyl s tím žádný problém. Jakmile člověk přichází a chce nahradit toto svým rozhodnutím, to, co doposud bylo řešeno přirozenou cestou, tak samozřejmě hranice stanovená být musí. (senátor Jiří Čunek, KDU-ČSL, 12. 10. 2011)

Předmětem debaty jsou přitom věkové limity týkající se výhradně žen. Kromě věkového limitu pro dárcovství nefigurují u mužů, jakkoli tvoří polovinu pacientů (tj. osob se sníženou plodností) klinik asistované reprodukce, žádné věkové hranice omezující právo na léčbu, a tedy rodičovství. Zájem či perspektiva žen jsou však v diskusi prezentovány minimálně. „Bezpečností pro ženu“ argumentuje právě ministerstvo při obhajobě stanovování limitu jako takového. Ženy jsou popisovány marginalizujícím způsobem: v debatě převážně figurují jako směšné a pošetilé postavy matek v babičkovském věku, které se „dožadují“, jak uvedla místopředsdkyně Senátu Alena Palečková (ODS), léčby asistovanou reprodukcí hluboko po menopauze.

Reprodukční záměry žen vyššího věku jsou popisovány jako jednání sociálně izolovaných žen. Žádný z mluvčích nezmiňuje partnera žen usilujících o rodičovství, a tedy budoucího otce, nikdo nepopisuje rozhodnutí o rodičovství jako věc páru, jakkoli je asistovaná reprodukce v zákoně definována jako služba poskytovaná výhradně heterosexuálním pářům a žena bez partnera (jakéhokoli věku) na ni proto nemá nárok. Z hlediska poslanců a senátorů je třeba mateřství žen dosažené pomocí asistované reprodukce limitovat z několika důvodů. Kromě toho, že je třeba tyto ženy chránit před zdravotními riziky pozdního mateřství, jak bylo uvedeno výše, také proto, že nejsou schopny dohléd-

nout na následky svého jednání a jsou nositelkami trendů, které jsou označovány jako rizikové nebo společensky nežádoucí.

Příliš nesouhlasím s tím, že některé ženy si berou příklad z biblické Sary, která když měla Izáka, tak jí bylo 80 let, podle Bible. Já si myslím, že tohle je příklad, který hovoří o zázraku. K těmto zázrakům my bychom se asi přibližovat neměli. (senátor Jiří Čunek, KDU-ČSL, 12. 10. 2011)

Sociálním rizikem pozdního mateřství je status „babičky-matky“, který je automaticky přisuzován těm, kdo se stanou matkami ve vyšším věku. „Babička“ pečující coby matka o malé dítě je směšnou postavou (debata o „babičkách“ má často ironizující podtón) a k výchově dítěte se jí nedostává kompetencí, sil, energie ani prostředků. Produkovat baby-matky je nežádoucí a narušuje to práva dítěte („dítě má právo na maminku, nikoli na babičku“). Jako ikony zkušenosti (či přesněji směšnosti) mateřství ve vyšším věku v debatě figurují události nebo životní etapy dětí, jako je puberta, maturitní ples nebo vysokoškolské studium.

Před časem jsme měli ministra Drábka u nás na klubu a ptali jsme se ho, co třeba by měla 60letá zdravotní sestra dělat těch deset let do důchodu, když už neuzvedne stokilového pacienta a neuvidí dobře na výpočetní techniku, a bylo nám řečeno, že se rekvatifikuje na něco jiného a najde si jinou práci. A v podstatě jsem tady našel vysvětlení v jednom bodu, kde se píše, že umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 55 let. Hle, ona může absolvovat umělé oplodnění a v podstatě může jít na mateřskou místo toho, aby se rekvatifikovala. A pak v 74 doprovodí své dítě na maturitní ples a bude se těšit na jeho další studijní výsledky. (poslanec Pavel Antonín, ČSSD, 12. 7. 2011)

Neumím si představit, jak žena ve věku 70 let vychovává své patnáctileté pubertální individuum. Stejně tak si neumím představit, jak žena ve věku 80 let platí vysokoškolské studium svého potomka. (poslanec Jaroslav Plachý, ODS, 30. 8. 2011)

Matkám, které se v určitém věku automaticky mění v „babičky“, péče o malé dítě nepřísluší – nejsou-li však těmito dětmi vnoučata. Patrně bezdětné žadatelky o asistovanou reprodukci jsou tak paradoxně volány k naplňování věkové adekvátní, tedy prarodičovské role.

Na druhé straně jsou tady názory, že už ten věk okolo 50 let není správný jako věk, kdy by měli lidé rodit děti, nebo ženy rodit děti, ale kdy by se měly starat spíše o svá vnoučata. (ministr zdravotnictví Leoš Heger při vystoupení v Senátu 12. 10. 2011)

Rétorika týkající se kompetencí k rodičovství je opačná, týkají-li se konkrétní věkové limity mužů. To je případ dár-

covství pohlavních buněk, u kterého zákon formuluje věkové limity pro dárce i dárkyně. Zatímco u žen je hranice 35 let týkající se dárkyně neproblematizovaná a „pochopitelná“, mužským (dárčovským) pohlavním buňkám se připisuje blahodárné zrání, související s nabýváním zkušeností. Přestože přínos dárce je ryze biologický a na výchově dítěte se jeho osobnost nepodílí, argumentuje se jeho zralostí a zkušeností, která může eventuálně vyvážit nevýhody související s vyšším věkem:

Nemyslím si, že někteří muži po čtyřicítce už by nebyli vhodnými dárci, naopak, už jsou dostatečně vyvinutí a zkušení, takže mi připadá, že nevím ten důvod ... (senátor Jaroslav Kubera, ODS, 12. 10. 2011)

Podobně se rétorika proměňuje v diskusi o jiném bodě zákona – o možnosti požádat o sterilizaci ve věku od 21 let. V této souvislosti je zdůrazňován společenský zájem, kterým je zajištění fyzické reprodukce obyvatelstva. Zatímco „umělé oplodňování“ babyček je nežádoucí, reprodukce obyvatel jiné věkové kategorie je v zájmu zachování populace vysoce žádoucí a jejímu omezování na základě svobodného rozhodnutí by měli zákonodárci zabránit:

Jsem přesvědčen, že mladý člověk ve věku 21 let nemá žádný objektivní důvod pro dobrovolnou sterilizaci. Myslím si, že vytvářet generaci sterilních v situaci, kdy národ stárne a vymírá, je velmi nezodpovědné. Vyměříme po meči či po přeslici, a to přece nechceme. (poslanec Jaroslav Plachý, ODS, 7. 9. 2011)

Takže v podstatě v jedenadvaceti se pacient může rozhodnout, že nebude plodit žádné potomky, a tím výrazně podpoříme politiku hodně dětí, které by zajišťovaly naši důchodovou reformu. (poslanec Pavel Antonín, ČSSD, 12. 7. 2011)

Apel na „zodpovědnost“ poslanců vůči společnosti nebo na význam jejich vůle (nechceme vyměřit po meči či po přeslici) vytváří představu, že ti občané, kteří zvažují sterilizaci, budou, pokud jim v jejich záměru poslanci zvýšením věkového limitu zabrání, přivádět na svět potomky a podílet se tak na odvrácení nepříznivé demografické situace.

Pronatalitní rétorika, která je v českém odborném i mediálním diskursu spojovaná především s hrozbou stárnutí a vymírání populace (Zamykalová 2006), se uplatňuje jen v konkrétním kontextu a nevylučuje se se snahami výrazně regulovat přístup k asistované reprodukci. Jak upozorňuje L. J. Beckham a S. M. Harvey (2005), právě pronatalitní společnosti jsou paradoxně často nejrestriktivnější, pokud jde o pravidla pro asistovanou reprodukci. R. A. Fenton (2006) připomíná událost z Itálie, kdy zároveň s právní úpravou asistované reprodukce v roce 2004, která zakazuje používání dárčovských buněk v asistované reprodukci a vylučuje tak z přístupu k léčbě neplodnosti širokou kategorii pacientů, vláda vyzvala obyvatele k tomu, aby uplat-

ňovali svůj nárok na finanční bonus při narození druhého a dalšího dítěte.

Hlasy, které zdůrazňují autonomii ženy v rozhodování o mateřství, jsou v celé debatě ojedinělé:

Brát právo rozhodnout se o tom, jestli žena bude nebo nebude matkou i po 49. roce, to bych raději místo zákona nechal na té matce. Ony dobře vědí, jaká ta rizika jsou nebo nejsou. (senátor Vladimír Dryml, ČSSD, 12. 10. 2011)

My přece nemáme žádné právo ženám diktovat, v jakém věku jsou ještě fertilní a v jakém věku ještě nejsou. (poslanec Boris Šťastný, ODS, 30. 8. 2011)

Úvahy o spornosti otcovství ve vyšším věku se v této diskusi, stejně jako ve veřejné či mediální debatě, neobjevují a muži v prarodičovském věku, kteří se stávají otci, nejsou konfrontováni se společenským tabu nebo stigmatem (Zamykalová 2003; Paulson, Sauer 1994; Banh, Havemann, Phelps 2010). Mateřství ve vyšším věku je naproti tomu považováno za společensky nepřijatelné, pošetilé a výrazně rizikové a ohrožující zájmy dítěte. Ikona „babičky“, jak jsou potenciální starší matky pojmenovávány, jen podtrhuje nepatřičnost mateřství ve vyšším věku („babičku“ si lze jen těžko představit jako rodičku a matku malého dítěte) a je ženám automaticky a bez ohledu na jejich rodinnou situaci připisována, jakkoli absurdně v souvislosti s (pravděpodobně) bezdětnými ženami, které prarodiči v biologickém smyslu ani být nemohou. Zatímco pečovatelské ženy v obvyklém věku „babiček“ je považováno za přirozenou součást řady kultur (Paulson, Sauer 1994), včetně naší (dětí, které ztratí rodiče, jsou obvykle soudně svěřovány do péče prarodičů), jejich mateřství je považováno za společensky nežádoucí. Reprodukční autonomie, partnerství či individuální situace těchto žen do debaty téměř nevstupuje. Jak upozorňují R. J. Paulson a M. V. Sauer (1994), mnohé žadatelky o asistovanou reprodukci přitom atakují věkové limity mimo jiné proto, že v době, kdy začaly svou neplodnost řešit, neexistoval přístup k takovým formám asistované reprodukce, které by jim k početí mohly pomoci – teoreticky tak mají větší šanci na mateřství než před 20 lety, byť byly v té době mladší (Paulson, Sauer 1994).

Na fyzickou zkušenost s životem ženy ve zralém věku apeluje jeden ze senátorů, když se pozastavuje nad nepřítomností senátorek.

Já jsem očekával aktivnější účast senátorek, které tady bohužel nejsou. Já jsem se jich chtěl zeptat, protože ony jsou ty, na rozdíl od nás trubců, které už stejně za chvíli nebudou ani potřebovat, protože se to naučí, udělat si to samy, ale myslím jsem, že senátorky se vyjádří k tomu, protože jsou to zralé ženy, jaký je ten správný věk, kdy by si ještě přály být uměle oplodněny. Ale protože tu nejsou, tak se jich zeptat nemohu. (senátor Jaroslav Kubera, ODS, 12. 10. 2011)

Hlas senátorek je označen jako cenný (být jen pro daný moment, protože svou aktuální nepřítomností jej ztrácí nevratně), a to nikoli jako hlas senátorek, odbornic reprezentujících po boku svých mužských kolegů společenskou debatu, ke které vyzýval ministerský apel při představení zákona, ale jako hlas žen majících zkušenost se zralým tělem. Senátor je vyzýván k tomu, aby uvedly, zda by si přály „být uměle oplodněny“, podsouvá jim tedy pasivní pozici tváří v tvář odborníkům, kteří toto oplodňování provádějí. Marginalizování jejich pozice ve výpovědi figuruje v souvislosti s hrozbou emancipovaných žen pro muže – může se stát, že ženy muže nebudou potřebovat, protože se naučí „udělat si to samy“, neboť „trubce“, jak označuje budoucí mužskou roli senátor, už nebudou potřebovat. Biologická reprodukce je v parlamentní debatě vnímána jako téma, které souvisí s mužskou mocí. Její případné zpřístupnění jen ženám je tedy něčím, co z mužů dělá bezmocné a marginalizované („trubce“), a ženám naopak dává moc, která má povahu hrozby. Strach a nervozita politiků snažících se zabránit „šileným“ vědcům v jejich eticky pochybných experimentech, kterou zmiňuje ve své analýze dánské politické debaty o asistované reprodukci M. Bryld (2001), se v českém parlamentu obrací jak vůči lékařům bažícím po zisku, tak vůči „zralým ženám“, které by si přály stát se matkami v libovolném věku.

Na výzvu senátora Kubery reagovala Soňa Paukrťová.

Já bych k tomu chtěla říci, že to je opravdu velice těžké posoudit. Protože jedna věc je porodit zdravé dítě, a druhá věc je doprovodit dítě do jeho aktivity a dospělosti. A je samozřejmě velký rozdíl mezi ženami. Některé se cítí být mladé ještě v 70 letech, a některé již dospívají do babičkovského věku, když jim je 61 let. Kdybych měla říci svůj vlastní názor, tak mně připadá těch 49 let, ta hranice stanovená správně. Nebo 50 let. Nikoli s ohledem na to, že by starší žena nemohla porodit zdravé dítě, ale protože by měla to dítě přivést k dospělosti a vychovat jej. (Soňa Paukrťová, Strana pro otevřenou společnost, 12. 10. 2011)

Na počátku svého příspěvku se citovaná senátorka zmiňuje o dvou argumentech, které nebyly v projevech jejích kolegů a kolegyn příliš časté – že nastavení limitního věku je obtížné a že individuální situace žen může být velmi odlišná a je těžké ji paušálně posuzovat. V závěru se ale připojuje k argumentaci svých předchůdců týkající se práva dítěte na matku, která jej přivede k dospělosti a vychová jej. Unikátnost jejího hlasu, která tkví v poukázání na obtíž a nejednoznačnost věkových limitů, nakonec zaniká přihlášením se k argumentaci, která již při projednávání zákona opakovaně zazněla.

Reprezentují poslanci přírodu, nebo společnost?

S přirozeností se v debatách o hranicích neplodnosti nebo definování plodnosti jako nemoci zachází různě. Jak ukazuje L. Zamykalová (2003), přirozenost může v různých

kontextech znamenat nezasahování, tělo samotné, tradici (nukleární rodinu) či heterosexuálnost. V kontextu debat o regulaci asistované reprodukce reprezentuje přirozenost to, co zasluhuje společenskou ochranu, co je svým způsobem „nevinné“ a vystavené radikálním zásahům (a demoničké moci) ze strany šílených vědců nebo „nepřirozených“ matek, jakými jsou například single ženy nebo ženy lesbické orientace (Bryld 2001).

Argument přírody a (ne)přirozenosti mateřství, dosaženého v určitém věku (a určitým způsobem), prochází celou analyzovanou debatou, byť byla ministrem uvozena především jako debata o sociálních souvislostech této medicínské oblasti. Ochrana přirozenosti slouží jako silná legitimizace striktního věkového limitu. Apel na „návrat k přírodě“, „návrat k přirozenému řádu“ nebo k řešení, které je „blíže přírodě“, je tak argumentem podporujícím větší regulaci asistované reprodukce ze strany státu. V následující citaci je tento argument ještě zesílen odkazem ke komerčnímu zájmu lékařů, čímž je posílen dojem hrozby vyplývající z přjetí horního věkového limitu.

Dámy a pánové, návrh 55 let věku jde proti přírodě. Nicméně kráčí vstříc organizacím, které asistovanou reprodukci provádějí. Proto vás vyzývám, abychom se vrátili zpět k přírodě a abychom se vrátili zpět k právům dítěte na maminku. (poslanec Jaroslav Plachý, ODS, 30. 8. 2011)

Řešení, které je „proti přírodě“, je spojováno s komerčními zájmy lékařů. Umožnit asistovanou reprodukci ve vyšším věku je „sociálním inženýrstvím“. Naopak řešení, které „proti přírodě“ není, znamená něco tak prostého, přirozeného a nekontroverzního, jako je zajištění „maminky“ dítěti.

„Příroda“ může legitimizovat asistovanou reprodukci ve vyšším věku jenom v případě, má-li podobu dlouholeté touhy po dítěti. Ta je s přírodou v souladu a podobně, jako je používána k legitimizaci případné nepřirozenosti procedur, které jsou k jejímu naplnění používány (Lie 2002; Stanworth 1987), zde může ospravedlnit i vyšší věkový limit pro zpřístupnění léčby jako takové.

Na druhé straně proti tomu ovšem stojí stanovisko touhy mít děti, kdy skutečně někdy může dojít k případu, že se to nedaří, nedaří, až dosáhne žena vysokého věku, a přesto by to dítě chtěla. (senátor Jaroslav Kubera, ODS, 12. 10. 2011)

V citaci vystupuje do popředí individuální zájem ženy, která po dítěti dlouhodobě touží. Pomoci jí může medicína a jsou to poslanci, kteří mají v rukou moc umožnit jí naplnění touhy po mateřství zmírněním věkových restrikcí. Asistovaná reprodukce je v tomto kontextu popisována jako adekvátní řešení zoufalé touhy ženy. Tato dyáda – odborníci (obvykle lékaři, ale v případě analyzované debaty jsou jimi zákonodárci), kteří mají v ruce klíč k řešení, a zoufalá žena, vedená přirozeným mateřským instinktem, je v mediální

i odborné prezentaci asistované reprodukce obvyklá. „Přirozená“ touha po dítěti, která legitimizuje využití asistované reprodukce, je však podle S. de Lacey (1998) připisována jen určité skupině žen – a to žen žijících v heterosexuálním partnerství, případně žen adekvátního věku. Touha po rodičovství u žen, které vypadávají z kategorie legitimních příjemkyň asistované reprodukce, je naopak viděna jako naivní, sobecká a společensky nežádoucí, ne-li nebezpečná (de Lacey 1998). Podobně je tomu i v analyzované debatě týkající se žen, které dosud neregulovaně „atakovaly“, jak uvedla místopředsdkyně Senátu, centra asistované reprodukce i ve zralém věku, kde se často domohly léčby, díky níž počaly a porodily dítě (Alena Palečková, ODS, 12. 10. 2011).

Odlišné zacházení s argumentem přírody a přirozenosti, které naopak odmítá regulaci asistované reprodukce státem, nabídl poslanec Boris Šťastný (spolu s návrhem zvýšit věkový limit oproti původnímu návrhu na 56 let).¹³ Příroda zde vystupuje jako strážkyně vlastních norem, do kterých nepřísluší státu zasahovat:

Asistovanou reprodukci stát umožňuje neplodné ženě, resp. neplodnému páru, nahradit standardní způsob reprodukce. To znamená, že jestliže stát žádným způsobem nereguluje, v jakém věku ženy se smí tato reprodukovat, a já jsem rád, že tomu tak není, že žádný zákon této země neříká, v jakém věku žena může, nebo nemůže mít dítě přirozenou cestou, já jsem sám za sebe stoprocentně a bytostně přesvědčen o tom, že stát nemá ani žádné právo diktovat a určovat, v kolika letech tuto věc substituujeme lékařskou pomocí. (poslanec Boris Šťastný, ODS, 30. 8. 2011)

Na rozdíl od svých kolegů se tak spíše než k paternalistickému přístupu, tedy přístupu vnímajícímu asistovanou reprodukci a její limity jako záležitost, kterou má spravovat stát (viz Zoláková 2011), přiklání k přístupu liberálnímu. Neargumentuje však právem ženy na rozhodování o vlastní reprodukci, ale „přirozenou“ hranicí lidské fertility. Zásahy asistované reprodukce nejsou s touto přirozeností v rozporu, neboť fungují jako imitace (zde doslova „substituce“) přirozených dějů, což je argument, který asistovanou reprodukci provází od jejích počátků (Zamykalová 2003).

Závěr

Na jedné straně je asistovaná reprodukce (jako součást reprodukčních technologií) vnímána jako nástroj rozšiřující reprodukční volbu, protože dodává větší kontrolu nad vlastním zdravím a životem a umožňuje početí i těm, pro které by bez medicínské pomoci možné nebylo (Beckman, Harvey 2005; Malson, Swann 2003).¹⁴ Na druhou stranu je schopnost asistované reprodukce radikálně narušit to, co bylo dosud vnímáno jako normální a přirozené, zdrojem obav a snah o regulaci (Bryld 2001). Analyzovaná debata je jedním z mnoha příkladů toho, jak mohou reprodukční technologie fungovat jako nástroj, který reprodukčním právům žen vystavuje pevné mantinely legitimizované od-

kazy ke společenskému zájmu či přirozenosti. Namísto zplnomocnění ženy ještě více spoutává s biologickým tělem, jehož „přirozené“ limity zvýznamňuje, kvantifikuje a vykládá jako rizika, o jejichž přijatelnosti a nepřijatelnosti rozhoduje někdo jiný, než je samotná žena usilující o mateřství.

Analyzovaná debata vyniká svou ironičností a absencí racionálních argumentů. Poslanci mají suplovat společenskou diskusi, ale leitmotivem jejich sdělení je skutečnost, že jejich postoje se zakládají na individuálním a často emoční nebo ironií podbarveném názoru. Opakující se obraty, jako je „jsem hluboce/bytostně přesvědčen“, „jsem znepokojen“, nedávají prostor racionální argumentaci a odrážejí určitou neuralgičnost tématu, kterému je třeba čelit expresivně, a nikoli věcně. Nezaznívá potřeba dalších informací (například o tom, kolik žen v určitém věku se v ČR v období „bez limitu“ pro asistovanou reprodukci stává matkami) a na opozitní názor volající po větší liberálnosti se reaguje odkazem ke snaze lékařů zajistit si větší finanční zisk.

Předpoklad primární orientace lékařů na finanční zisk je specifickým rysem české diskuse o limitech asistované reprodukce, který odráží svébytnost této oblasti medicíny v českém prostředí, otevřené komerčnímu fungování. Řada klinik poskytujících asistovanou reprodukci funguje na podnikatelské bázi, některé z nich se otevřeně orientují na zahraniční klientelu nebo formulují různé marketingové akce, aby zatraktivnily své ceníky. V rámci české medicíny není výrazná finanční spoluúčast pacientů na léčbě obvyklá a jen málokde dostává tolik prostoru jako v léčbě neplodnosti. V důsledku zacházení s delikátní a individuálně i sociálně významnou životní tranzicí, jako je ta k rodičovství, a zároveň v důsledku neproniknutelnosti a nelineárnosti léčby, která je spíš obcházením příčin neplodnosti, je léčba neplodnosti ideálním prostorem pro byznys v medicíně. Nahrává tomu také jen omezená štedrost zdravotních pojišťoven, neboť i přes deklarovanou úhradu čtyř cyklů IVF v praxi téměř neexistuje pár, který by i při využití hrazeného cyklu několik tisíc korun nedoplácel, a to za kvalitnější léky nebo jejich pohodlnější aplikaci či doplňující procedury. „Ziskuchtivý lékař“, který nectí etické hranice, v debatě o asistované reprodukci nahrazuje archetypální postavu „šíleného vědce“, který je natolik odtržen od sociálních dopadů svých objevů, že jeho úsilí musí být nastoleny hranice, a který stál na straně nepřítelů v prvních debatách o limitech asistované reprodukce ve světě (Bryld 2001)¹⁵. Po boku příliš svévolných, či naopak velmi zoufalých žen se tak stává postavou, která nemůže jednat samostatně a potřebuje racionální hranice, které nastoluje „společenská diskuse“ vedená poslanci a senátory.

Dalším rysem české debaty je její pronatalistický tón, neboť se časově i místně protíná s debatami, které mají punc rozhodování o blahobytu následujících generací, jako je například diskuse o důchodové reformě. Vymírání českého národa a ekonomické dopady nízké porodnosti po roce 1989 jsou tématem, které je stereotypně spojováno s životním

stylem a životními volbami (především) českých žen, kterým se přisuzuje sobectví, orientace na materiální požitky a honba za pohodlným životem, jež může mít pro biologickou existenci českého národa fatální důsledky (Zamykalová 2006). Individuální reprodukce je tak propojena se zájmem státu, který posvěcuje její žádoucí a nežádoucí podobu pomocí kategorií „příliš starý“ nebo „příliš mladý“ na rozhodování o vlastním rodičovství.

V diskusi se pracuje se stereotypním obrazem ženy, která usiluje o mateřství ve vyšším věku a získává status nepřirozené matky. Tato žena není aktérkou vlastní reprodukce, ale pasivním objektem v rukou lékařů, kteří ji „fertilizují“, a také poslanců, kteří jejímú úsilí o rodičovství, pro společnost, dítě i pro ni samotnou nebezpečnému, stanovují hranice. Hranice týkající se individuální reprodukce mají podobu paušálních limitů, které nezahrnují pestrost životních biografií ani fyzického nastavení. Jsou legitimizovány „péčí“ o její zdraví nebo o blaho nenarozeného dítěte, přičemž se předpokládá, že za určitých okolností, například s rizikem „staré matky“, je v nejlepším zájmu dítěte na svět nepřijít.

Případná autonomie žen v rozhodování o mateřství představuje riziko pro svrchovanost dohledu, jehož vykonavatelem je medicína, podřízená vůli a zájmu společnosti a státu (Foucault 1999). Tato žena v diskusi vystupuje jako sociálně izolovaná a neschopná nahlédnout na následky svých voleb. S partnerstvím se v jejím případě nepočítá, reprodukční intence nejsou jako záležitost páru posuzovány. To je paradoxní vzhledem k nezbytnosti partnera k provedení asistované reprodukce a také k důrazu na nezbytnost mužské nebo otcovské figury pro výchovu dítěte, který byl oficiálním důvodem pro to, aby bylo zamezeno zpřístupnění asistované reprodukce pro single ženy. Žena překračující věkový limit pro asistovanou reprodukci je tak v podobné pozici jako žena lesbické orientace – oběma k naplnění ideálu rodičovství chybí spásná mužská/otcovská figura, která garantuje normalitu, přirozenost a řád tváří v tvář nezodpovědnosti svéhlavých žen (Bryld 2001). Těhotenství ve vyšším věku je vnímáno jako výraz ženského egoismu a konzumentského přístupu k dětem, jako jedna z emancipačních snah žen, které ohrožují mužské pozice (Paulson, Sauer 1994). V pozadí pohledu na ženu žádající o asistovanou reprodukci ve vyšším věku je pravděpodobně předpoklad předchozího odkládání mateřství, které je spojováno s kariérami a konzumentskými aspiracemi žen a které implikuje představu sexuality nespoutané reprodukčními intencemi, jež je v případě žen něčím, co podléhá mocné sociální kontrole.

Kategorie přirozenosti vystupuje jako argument podporující legitimitu „ochrany“ dětí, společnosti, mužů a především samotných žen, kterým se nepřisuzují individuální zájmy, svoboda a volba, ale předpokládá se, že nejsou schopny nahlédnout na následky svého rozhodnutí. Tam, kde je přirozený řád věcí ohrožen, musí nastoupit autority a jejich přesvědčení a názory. V analyzované debatě se

naproti tomu, na rozdíl od jiných států, neobjevuje příliš odkazů k náboženským tradicím – ty do diskuse vstoupily v podobě výrazného odporu proti zpřístupnění léčby svobodným ženám ještě před projednáváním zákona v parlamentu¹⁶. Zájem o zachování „přirozenosti“ je tedy klíčovým motivem, který zákonodárce v diskusi rétoricky a bez ohledu na stranickou příslušnost spojuje. Poslanci, kteří, jak bylo avizováno na začátku debat, mají reprezentovat hledisko sociálních souvislostí medicínské praxe, vystupují zejména jako strážci přirozeného řádu. Argument přirozenosti je mocnou legitimizací společenského statu quo (Bourdieu 2000), v tomto případě podřízenosti reprodukčních záměrů žen stanoveným limitům. Apel k přirozenosti se tak stává apelem k větší státní regulaci reprodukce. Jak uvádí M. Bryld (2001: 300), „nic není tak mocným impulsem k probuzení biologického esencialismu jako „nepřirozené mateřství“. Analyzovaná debata ukázala, že „nepřirozeným mateřstvím“ je mateřství bez limitu, kterému je připisována pošestilost nebo bezohlednost vzhledem k zájmům dítěte nebo společnosti.

Regulace přístupu k asistované reprodukci a její konkrétní příklad v podobě diskuse o věkových limitech je ukázkou toho, jakým způsobem funguje reprodukce, především v ženském životě, jako výrazný disciplinační mechanismus. Jen určitý typ reprodukce, a to reprodukce ve správném věku a v rámci heterosexuálního svazku, si zasluhuje „posvěcení“ mocných coby žádoucí a legitimní. Argumentace ochranou žen, dětí a celé společnosti před zdravotními riziky pozdního mateřství je příkladem pastýřské moci státu (Foucault 1999), který nám vštěpuje to, že jakákoli omezení jsou zejména v našem zájmu a že jeho zástupci jsou mnohem lépe než samotní budoucí rodiče schopni nahlédnout na rizika, dopady a společenský význam individuálních rozhodnutí. Absence věčných argumentů v této debatě kontrastuje s tím, jak výrazný dopad pro individuální životy a identitu má zabránění v přístupu k reprodukci. Vzniká tak paradoxní situace – na jedné straně je biologické mateřství klíčovou složkou života a identity žen, je tím, čím je žena souzena a poměřována (Malson, Swann 2003), na straně druhé je určitým kategoriím žen přístup k této identitě upírán. Jsou to ty kategorie žen, které se provinily vůči normativnímu ideálu ženství, neboť nenaplnily svůj „biologický osud“ předepsaným způsobem a ve správný čas, tak jak jim coby příslušnicím homogenní kategorie předepisuje dohled medicíny i společenský zájem, reprezentovaný (převážně) muži v mocenských pozicích. V odmítání takových žen či ve strachu z nich se projevuje mimo jiné negativní vnímání a společenské odmítání postmenopauzálních žen (Fischer, Sommerville 1998; Gannon 1994), stereotypní image žen bezdětných jako smutných, zoufalých, šílených nebo sobeckých, a také opozice vůči těm ženám, které jsou natolik pošestilé, že chtějí o reprodukci rozhodovat samy, mimo rámec omezení sexuality na reprodukční a heteropatriarchálně definovanou normu buržoazní rodiny (Foucault 1999), a bez posvěcení mužů poslanců.

Literatura

- Banh, D., Havemann, D. L., Phelps, J. Y. 2010. „Reproduction Beyond Menopause: How Old is Too Old for Assisted Reproductive Technology?“ *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, Vol. 27, No. 7: 365–370.
- Beckman, L. J., Harvey, S. M. 2005. „Current Reproductive Technologies: Increased Access and Choice?“ *The Journal of Social Issues*, Vol. 61, No. 1: 1–20.
- Bell, A. V. 2014. „Diagnostic Diversity: The Role of Social Class in Diagnostic Experiences of Infertility.“ *Sociology of Health & Illness*, Vol. 36, No. 4: 516–530.
- Blyth, E., Farrand, A. 2005. „Reproductive Tourism a Price Worth Paying for Reproductive Autonomy?“ *Critical Social Policy*, Vol. 25, No. 1: 91–114.
- Bourdieu, P. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha: Karolinum.
- Bryld, M. 2001. „The Infertility Clinic and the Birth of the Lesbian the Political Debate on Assisted Reproduction in Denmark.“ *European Journal of Women's Studies*, Vol. 8, No. 3: 299–312.
- Colen, S. 1995. „Like a Mother to Them': Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York.“ Pp. 78–102 in Ginsberg, F. D., Rapp, R. (eds.). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Česká biskupská konference 2008. *Stanovisko České biskupské konference k návrhu věcného záměru zákona o specifických zdravotních službách*. 2. dubna 2008.
- Česká televize 2008. „Události.“ 3. 4. 2008.
- deLacey, S. 1998. „Assisted Reproduction: Who Qualifies?“ *Collegian*, Vol. 5, No. 4: 28–36.
- Denik.cz. 2007. „Pro umělé oplodnění musí svobodné ženy podvádět.“ [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/z_domova/umele_oplodneni20071105.html>.
- De Wert, G. 1998. „The Menopause. Playground for Reproductive Technology? Some Ethical Reflections.“ Pp. 221–237 in Haris, J., Holm, S. (eds.). *The Future of Human Reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Fenton, R. A. 2006. „Catholic Doctrine Versus Women's Rights: The New Italian Law on Assisted Reproduction.“ *Medical Law Review*, Vol. 14, No. 1: 73–107.
- Fischer, F., Sommerville, A. 1998. „To Everything There is a Season? Are There Medical Grounds for Refusing Infertility Treatment to Older Women?“ Pp. 203–220 in Haris, J., Holm, S. (eds.). *The Future of Human Reproduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Foucault M. 1999. *Dějiny sexuality I. Vůle k vědění*. Praha: Hermann & synové.
- Gal, S., Kligman, G. (eds.). 2000. *Reproducing Gender: Politics, Publics, and Everyday Life after Socialism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Gannon, L. 1994. „Sexuality and Menopause.“ Pp. 100–124 in Choi, P. Y. L., Nicolson, P. (eds.). *Female Sexuality: Psychology, Biology and Social Context*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

- Hašková, H., Zamykalová, L. 2006. „Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?“ *Biograf*, roč. 40–41: 130.
- Idnes.cz. 2008. „Lidovecký návrh: Potrat jen s podpisem otce.“ [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/lidovecky-navrh-potrat-jen-s-podpisem-otce-f2g/domaci.aspx?c=A080409_213146_domaci_dp>.
- Informační centrum vlády 2015. „Odborně o reformě.“ [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/odborne-o-reforme/>>.
- Lidovky.cz. 2008. „Julínkův zákon nepustíme.“ Rozhovor s Jiřím Čunkem 8. 11. 2008. [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.lidovky.cz/julinkuv-zakon-nepustime-09c-zpravy.domov.aspx?c=A081108_094642_ln_rozhovory_ter#utm_source=clanek.lidovky&utm_medium=text&utm_campaign=a-souviselici.clanky.clicks>.
- Lidovky.cz. 2008. „Lidovci vytáhli proti Julínkovi.“ [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.lidovky.cz/lidovci-vytahli-proti-julinkovi-d4c/zpravy-domov.aspx?c=A081108_103400_ln_domov_ter>.
- Lie, M. 2002. „Science as Father? Sex and Gender in the Age of Reproductive Technologies.“ *European Journal of Women's Studies*, Vol. 9, No. 4: 381–399.
- Lorber, J. 1989. „Choice, Gift or Patriarchal Bargain: Women's Consent to in Vitro Fertilization in Male Infertility.“ *Hypatia*, Vol. 4, No. 3: 23–36.
- Malson, H., Swann, C. 2003. „Re-producing 'Woman's' Body: Reflections on the (Dis) Place (ments) of 'Reproduction' for (Post) Modern Women.“ *Journal of Gender Studies*, Vol. 12, No. 3: 191–201.
- Mayer, T. (ed.). 2000. *Gender Ironies of Nationalism: Sexing the Nation*. London: Routledge.
- Marjanovič, T. 2007. „Jen zůstaň na ocet, dítě ti zařídí Julínek.“ [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/jen-zustan-na-ocet-dite-ti-zaridi-julinek-ffx/domaci.aspx?c=A071029_204651_nazory_zra>.
- Marksová-Tominová, M. 2007. „Umělé oplodnění osamělých žen? No konečně!“ *Aktuálně.cz*. [online]. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://blog.aktualne.cz/blogy/michaela-marksova-tominova.php?itemid=1950>>.
- Ministerstvo zdravotnictví. 2008. „Ministr pokračuje v přípravě reformy, o zákonech povede otevřenou diskusi.“ Tisková zpráva z tiskové konference ministra zdravotnictví 19. června 2008. [online]. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-pokracuje-v-priprave-reformy-o-zakonech-povede-otevrenou-diskuzi_1100_870_1.html>.
- Novinky, ČTK, Právo 2008. „Julínek asi vyhoví lidovcům a zdravotnické zákony upraví.“ [online]. *Novinky.cz*. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/domaci/154038-julinek-asi-vyhovi-lidovcum-a-zdravotnicke-zakony-upravi.html>>.
- Paulson, R. J., Sauer, M. V. 1994. „Pregnancies in Post-menopausal Women Oocyte Donation to Women of Advanced Reproductive Age: 'How Old is Too Old?'“ *Human Reproduction*, Vol. 9, No. 4: 571–572.
- Radkowska-Walkowicz, M. 2014. „Frozen Children and Despairing Embryos in the 'New' Post-communist State: Debate on IVF in the Context of Poland's Transition.“ *European Journal of Women's Studies*, 1350506814542881.
- Russo, N. F., Denious, J. E. 2005. „Controlling Birth: Science, Politics, and Public Policy.“ *Journal of Social Issues*, Vol. 61, No. 1: 181–191.
- Sandelowski, M., Holditch-Davis, D., Harris, B. G. 1990. „Living the Life: Explanations of Infertility.“ *Sociology of Health & Illness*, Vol. 12, No. 2: 195–215.
- Smajdor, A. 2011. „The Ethics of IVF over 40.“ *Maturitas*, Vol. 69, No. 1: 37–40.
- Stanworth, M. 1987. *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Stehlíková, D. 2011. „Která žena smí být matkou?“ [online]. *Aktuálně.cz*. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://blog.aktualne.cz/blogy/dzamil-a-stehlikova.php?itemid=14633>>.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky 2013. *Asistovaná reprodukce 2012*. Praha: ÚZIS.
- Uzel, R. 2010. „Svobodné ženy a lesbičky nemají v Česku na umělé oplodnění nárok.“ [online]. *Novinky.cz*. [cit. 31. 1. 2015]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/189601-radim-uzel-svobodne-zeny-a-lesbicky-nemaji-v-cesku-na-umele-oplodneni-narok.html>>.
- Whiteford, L. M., Gonzalez, L. 1995. „Stigma: the Hidden Burden of Infertility.“ *Social Science and Medicine*, Vol. 40, No. 1: 27–36.
- Whittaker, A., Speier, A. 2010. „'Cycling Overseas': Care, Commodification, and Stratification in Cross-border Reproductive Travel.“ *Medical Anthropology*, Vol. 29, No. 4: 363–383.
- Zamykalová, L. 2006. „Mediální reflexe bezdětnosti v české společnosti mezi lety 1994–2004.“ Pp. 95–144 in Hašková, H. (ed.). *Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*. Sociologické studie / Sociological Studies 06:4. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Zamykalová, L. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci? Ustavování hranic neplodnosti.“ *Biograf*, roč. 31: 26–50.
- Zoláková, Z. 2011. „Asistovaná reprodukcia v slovenskom právnom poriadku.“ *Časopis zdravotníckeho práva a bioetiky*, roč. 1, č. 2: 39–54.

Poznámky

1 Tato stať vznikla v rámci projektu podpořeného Grantovou agenturou České republiky „Porody, asistovaná reprodukce a zacházení s embryi. Sociologická analýza současné reprodukční medicíny v ČR.“ (GAP404/11/0621).

2 Podle údajů Národního registru asistované reprodukce (ÚZIS 2013) v roce 2012 provozovalo činnost 39 center asistované reprodukce. V těchto centrech bylo ve stejném roce zahájeno 27 353 cyklů asistované reprodukce (AR), z toho 19 106 cyklů ženám s českým občanstvím, oproti

roku 2011 se počet cyklů zvýšil o více než 11 %. V evropském srovnání se Česká republika řadí k zemím s vyšším než průměrným počtem cyklů AR na jeden tisíc žen fertilního věku po bok Finska, Slovinska, Norska a Švédska. Aktuálnější data bohužel nebyla na počátku roku 2015 dostupná.

3 V roce 1982 byla v tehdejším Československu poprvé použita metoda GIFT (Gamete Intra-Fallopian Transfer). Při této metodě se oplodnění uskutečňuje uvnitř těla ženy poté, co jsou do vejcovodu zavedeny ženské i mužské pohlavní buňky. V roce 1984 byla poprvé použita metoda IVF (in vitro fertilization), při níž oplodnění probíhá mimo tělo.

4 V České republice jsou povoleny i ty procedury asistované reprodukce, které využívají dárcovských buněk (spermii, vajíček i embryí), provádí se zde preimplantační diagnostika i kryokonzervace embryí. Omezení v přístupu k asistované reprodukci se vztahuje k věku pacientek a také k párům, které léčbu podstupují. Zdravotní pojišťovny hradí tři cykly ženám do 39 let a v případě, že v prvních dvou cyklech bylo přeneseno pouze jedno embryo, přispívají zdravotní pojišťovny rovněž na čtvrtý cyklus. Horní hranice pro pojišťovnou nehranzený pokus nebyla do roku 2012 stanovena. Léčbu neplodnosti mohou oficiálně podstoupit jen stabilní heterosexuální páry. Legislativně upraveno v České republice není náhradní mateřství, které se realizuje jako sled právních a lékařských procedur – práva jednotlivých stran však nejsou v tomto procesu vymahatelná, neboť podle českých zákonů je matkou dítěte žena, která jej porodila, bez ohledu na genetický vztah dítěte k dalším osobám.

5 Takové cykly tvořily 43,7 % ze všech cyklů provedených pacientkám z ciziny (ÚZIS 2013).

6 Zákon upravuje ale i další lékařské zákroky, jako je sterilizace nebo umělé přerušení těhotenství.

7 Vláda (jednalo se o vládu předsedy Petra Nečase, která působila od 13. 7. 2010 do 10. 7. 2013 a v níž byla zastoupena ODS, TOP 09 a Věci veřejné v poměru křesel 6:5:4) předložila Sněmovně návrh zákona 30. 6. 2011. Čtení v Poslanecké sněmovně proběhlo 12. 7. 2011, 30. 8. 2011, 7. 9. 2011; projednání v Senátu se uskutečnilo 12. 10. 2011. Prezident Václav Klaus zákon podepsal 22. 11. 2011.

8 Nicméně ani v dalších čteních se do diskuse nezapojovalo příliš mnoho zákonodárců – všichni zapojení do diskuse figurují alespoň jednou citací v následující analýze. Poslankyně Soňa Marková (KSČM) při prvním čtení zákona, dne 12. 7. 2011, nedostatečnou diskusi v parlamentu kritizovala slovy: „Problém je v tom, že se tady, v Poslanecké sněmovně, v podstatě nediskutuje. Tady je to spíše monolog ze strany opozičních poslanců a poslankyň (...), podívejte se na prořídle lavice poslanců a poslankyň vládní koalice. Nezazněly tady kromě zpravodajů žádné další diskusní příspěvky. A diskuse typu „psi štěkají a karavana jde dál“ nejsou úplně to pravé, co by mělo zaznívat k takto důležitým zákonům.“

9 Byla to především KDU-ČSL, která měla k zákonu již v předchozích fázích nejvíc výhrad.

10 Za způsobem projednávání zákona se na svém blogu kriticky ohlédla Džamila Stehlíková (v té době už nepůsobila jako ministryně pro lidská práva za SZ, ani nebyla poslankyní či senátorkou a není zřejmé, zda byla u jednání osobně přítomna) v komentáři pod titulkem „Která žena smí být matkou?“ Věkové limity asistované reprodukce uvádí jako nejvýznamnější téma při projednávání zákona. „U mikrofonu se střídali v drtivé většině řečníci muži, a zaníceně se radili o tom, kdy ještě žena smí být matkou a kdy už nikoliv, a do jakého věku žena ještě může podstoupit umělé oplodnění. (...) Socioekonomická problematika stárnutí populace a klesající porodnosti ustoupila do pozadí před snahou udržet bohužel zákonodárným úsilím „přirozený“ řád věci.“ Džamila Stehlíková komentuje „dvojí standard“ pro cestu k rodičovství, kdy právo žádat o adopci mají i jednotlivci, ženy i muži, bez ohledu na sexuální orientaci, zatímco o asistovanou reprodukci požádat bez heterosexuálního svazku nelze. „Překážkou nejsou možnosti medicíny, ale předsudky v hlavách ministrů a zákonodárců, kteří se za sněmovním řečnickým pultem proměňují tu v genetiky, tu v porodníky, tu v pedagogy, jen aby oprášili morální zásady svých babiček a obhájili status quo zastaralé české legislativy“ (Stehlíková 2011).

11 Jedná se o tyto zákony: zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o zdravotnické záchranné službě a zákon o veřejném zdravotním pojištění.

12 Tento „ústupek“ straně KDU-ČSL je médiu prezentován jako jeden z mnoha, ke kterému byl ministr přinucen ve snaze zákon prosadit. Zpravodajský server iDNES uvedl, že lidovci si na koalici zákaz umělého oplodnění pro osamělé ženy „vynutili“ (iDNES 2008). Další kontroverze se týkaly především regulace potratů, po jejímž zpřísnění lidovci volali. Lidovecký odpor proti zákonu shrnuly zpravodajské servery například prostřednictvím titulků „Lidovci vytáhli proti Julínkovi“ (Lidovky.cz 2008) a „Julínkův zákon nepustíme“ (Lidovky.cz 2008).

13 Poslanec Boris Šťastný je sám lékař (a v době projednávání zákona byl předsedou Výboru pro zdravotnictví) a svým návrhem na zvýšení věkového limitu se tak vystavil riziku toho, že bude podezírán z podpory komerčních zájmů center asistované reprodukce.

14 Osvobozující potenciál asistované reprodukce je zpochybňován z různých důvodů. Mimo jiné také proto, že právě existence těchto technologií vytváří podle některých badatelů tlak na jejich využití a tím ještě více ženu spoutává s nevyhnutelností biologického mateřství, situuje ji pod medicínskou kontrolu a přispívá ke stigmatizaci těch, které biologickými matkami nejsou (Lorber 1989; Whiteford, Gonzales 1995). Za medikalizací ženského těla a jeho reprodukčních funkcí stojí kromě mocenských rovněž komerční zájmy těch, kdo z prodeje služeb a produktů biomedicíny profitují (Stanworth 1987).

15 R. A. Fenton (2006) popisuje, že během projednávání zákona, který upravuje mj. pravidla pro asistovanou repro-

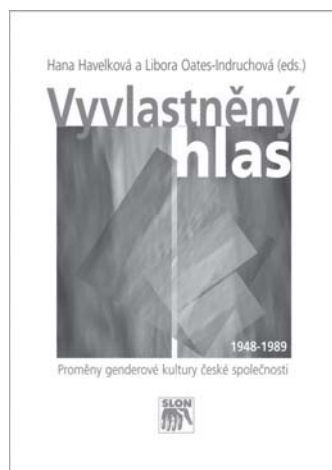
dukci v Anglii (Human embryology and fertilization act), byl tento zákon označován jako „Frankenstein report“.

16 Na silnou roli církve, které se po roce 1989 výrazně otevřel prostor pro to, aby mohla ovlivňovat politiku, v souvislosti se zákonnou úpravou IVF upozorňuje v Polsku Radkowska-Walkowicz (2014). IVF je zde odmítáno v paralele s potraty a popisováno jako tovární produkce lidí, mražení dětí, eugenika a nový holokaust. Zatímco na počátku 90. let byl tento odpor vůči asistované reprodukci zdůvodňován tím, že se jedná o socialistickou technologii, později se naopak IVF stala symbolem západních hodnot, „civilizace smrti“ a „morálního kolapsu“ západních společností, které se Polsko musí coby autonomní stát postavit (Radkowska-Walkowicz 2014).

Lenka Slepíková je socioložka, pracuje v Ústavu populačních studií na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. Dlouhodobě se věnuje tématům z oblasti sociologie medicíny a sociologie rodiny, především tranzici k rodičovství, nedobrovolné bezdětnosti a asistované reprodukci. V letech 2011–2014 se podílela na projektu podpořeném Grantovou agenturou ČR, který se zabýval sociologickou analýzou české reprodukční medicíny (GAČR P404-11-0621, řešitelka PhDr. Iva Šmídová, Ph.D.). V něm se zaměřila právě na oblast asistované reprodukce, konkrétně na způsoby nastavování hranic normality a žádoucnosti v procesu léčby neplodnosti, a to zákonodárci i lékařskými profesionály. Kontaktní e-mail: lenka.slepickova@gmail.com.

© Lenka Slepíková, 2015

© Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2015



Havelková, Hana, Oates-Indruchová, Libora (eds.). 2015. Vyvlastněný hlas. Proměny genderové kultury české společnosti 1948–1989. Praha: SLON.

Autorky a autoři této knihy mapují proměny genderové kultury české společnosti v letech 1948 až 1989. Tento proces zahrnoval vždy jak emancipační, tak tradicionalistické tendence. Autoři a autorky ukazují, jak celá řada aktérů – organizací, odborných komunit i jednotlivců – jednala tak, že spoluvytvářela genderovou kulturu státního socialismu po celé období jeho trvání, a to i přesto, že komunističtí ideologové vyvlastnili agendu českého předválečného ženského hnutí. Záleželo komunistické vládě na rovnoprávnosti žen, anebo je jen „nahnala do práce“? Podporovala KSČ ženské hnutí? Má genderově citlivé myšlení v české společnosti tradici nebo je takové přemýšlení až polistopadový „import ze Západu“? Co udělalo komunistické právo pro ženy a co proti nim? Měly československé spartakiády gender? Nakolik se česká věda zabývala genderovými otázkami již před listopadem 1989? Jaké představy o manželství nabízela čtenářstvu za socialismu populárně naučná literatura? Jak se žilo za socialismu neheterosexuálním lidem? Podařilo se českému filmu a literatuře překročit genderové stereotypy?