

حقوق تطبیقی کاهش جنین

محمد راسخ*^۱، شیرین برومند^۲

تاریخ دریافت: 98/10/28

تاریخ پذیرش: 99/9/4

تاریخ انتشار: 99/12/4

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

روش‌های نوین درمان ناباروری، در کنار نتایج دلخواه، گاه، پیامدهایی نامطلوب نیز در پی دارند. بارداری چندقلویی، یکی از آن پیامدهاست که سلامت مادر و حیات جنین را در معرض خطر قرار می‌دهد. کاهش جنین، به معنای حذف یک یا چند جنین، به منظور حفظ بارداری و نیز، برخی اقدامات پیشگیرانه، مانند انتقال تعداد کمتر جنین به رحم مادر در هر دوره‌ی لقاح خارج رحمی، از راهکارهای مقابله با این پیامد نامطلوب است. در برخی نظام‌های حقوقی، ضمن اجازه‌ی کاهش جنین، مقرراتی دقیق درباره‌ی تعداد جنین‌های انتقالی وضع شده‌اند. در ایران، در نبود مقررات، دستورالعمل یا قوانین هماهنگ در این حوزه، مطالعه‌ی حقوقی تطبیقی کاهش جنین در کشورهایی که سابقه‌ای در مواجهه‌ی حقوقی با این موضوع دارند، پیش روی قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران حوزه‌ی درمان، افقی را آشکار خواهد کرد تا رویکردی مناسب برای این مسأله اتخاذ کنند. به نظر می‌رسد جواز کاهش جنین، مقررات محدودکننده‌ی تعداد جنین‌های انتقالی و پوشش بیمه‌ای مناسب، بیانگر نظام مطلوب حقوقی در زمینه‌ی کاهش جنین باشند.

واژگان کلیدی: بارداری‌های چندقلویی، پوشش بیمه‌ای، تعداد انتقال جنین، کاهش جنین

1. استاد حقوق و فلسفه، گروه حقوق عمومی و حقوق اقتصادی، دانشکده‌ی حقوق، دانشگاه شهیدبهشتی و مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده‌ی فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی - ابن‌سینا، تهران، ایران.

2. دکتری حقوق عمومی، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده‌ی فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی - ابن‌سینا، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، اوین، دانشگاه شهیدبهشتی، پژوهشگاه ابن‌سینا، تلفن: ۲۹۹۰۳۰۴۷، Email: m-rasekh@sbu.ac.ir

مقدمه

مفهوم و علل کاهش جنین

برای تشریح مسأله‌ی کاهش جنین و مفهوم آن، باید گامی به عقب برداشت و از علل ایجاد آن سخن گفت. بارداری چندقلویی^۱ یکی از پیامدهای استفاده از روش‌های نوین درمان ناباروری است که تهدیدی جدی برای سلامت مادر و جنین به شمار می‌آید. افزون‌برآن، حاملگی چندقلویی، مشکلات مختلف مالی، اقتصادی، روحی، روانی و اجتماعی برای زوجین در پی می‌آورد و در مجموع، به‌مثابه‌ی یک بارداری پرخطر و پرعارضه در نظر گرفته می‌شود که هدف مطلوب از روش‌های درمانی کمک‌باروری نیست (۱). بسیاری از پزشکان بر این باورند که تعداد جنین‌هایی که در هر دوره‌ی درمان «آی‌وی‌اف»^۲ یا همان لقاح خارج رحمی، به رحم مادر منتقل می‌شوند، احتمال باروری را افزایش می‌دهند. از دیگر سو، هرچه این تعداد بیشتر باشد، احتمال وقوع بارداری چندقلویی نیز، بیشتر می‌شود؛ از این‌رو، در مواجهه با این مسأله، کاهش جنین^۳ که حذف یک یا چند جنین در بارداری چندقلویی است، با هدف افزایش احتمال بقای جنین‌های باقی‌مانده و کاهش مرگ‌ومیر نوزادی و حفظ سلامت مادر، معمولاً، در سه‌ماهه‌ی اول یا ابتدای ماه چهارم بارداری انجام می‌شود (۲). پرسش اصلی این است که نظام‌های مختلف حقوقی، چگونه با مسأله‌ی بارداری چندقلویی و کاهش جنین روبه‌رو شده‌اند. اولین گروه از پاسخ‌ها، پیرامون جواز یا ممنوعیت کاهش جنین است که راهکاری مربوط به مرحله‌ی پس از بارداری چندقلویی است؛ اما مسأله‌ی کاهش جنین، به این مرحله ختم نمی‌شود و برخی رویکردهای حقوقی، مرحله‌ی پیش از بارداری را به منظور پیشگیری از بارداری

چندقلویی و کاهش جنین در نظر گرفته‌اند. هدف اصلی در این مقطع، کاهش بارداری چندقلویی حاصل از لقاح خارج رحمی است. در این مرحله، دو نوع تدبیر حقوقی شکل گرفته است: نخست، قوانین و سیاست‌هایی هستند که عموماً، درخصوص تعداد جنین‌های انتقالی، تعیین تکلیف می‌کنند. از اقداماتی که برای جلوگیری از بارداری چندقلویی انجام می‌شود، کاهش تعداد جنین‌های انتقالی به رحم مادر است که اگر با سیاست‌های حمایت مالی و پوشش بیمه‌ای مطلوب برای زوجین همراه باشد، روشی اثرگذار برای مقابله با این نوع بارداری است؛ دوم، سیاست‌های مالی و بیمه‌ای‌اند که برای کاهش نگرانی‌های زوجین دریافت‌کننده‌ی درمان آی‌وی‌اف تدوین شده‌اند. چنان‌که پیش‌تر اشاره شد، یکی از دلایل تمایل زوجین به انتقال تعداد بیشتر جنین، نگرانی از شکست درمان، اتلاف هزینه‌ها و اجتناب از واردشدن به دوره‌ی دیگر از درمان لقاح خارج رحمی است که بار مالی مضاعفی را بر آنان تحمیل می‌کند. بر این اساس، بررسی قوانین و مقررات مربوط به پوشش بیمه‌ای زوجین نابارور، در این زمینه، اهمیتی بسزا دارد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد مسأله‌ی کاهش جنین را باید با رویکردی کل‌گرا بررسی کرد. با توجه به این موضوع، محوریت نگاه حقوقی در پژوهش پیش رو، ما را از نگاه به واقعیاتی که مسأله‌ی کاهش جنین متأثر از آن‌هاست، بی‌نیاز نمی‌کند (۳). بر این مبنا، بررسی حقوقی تطبیقی کاهش جنین، افزون بر مطالعه‌ی اخلاقی موضوع که پیش‌تر انجام شده است (۴)، به شکل‌گیری نگاهی جامع درباره‌ی بهترین راهکار تنظیم حقوقی می‌انجامد و بستر نظری مناسبی برای ورود قانون‌گذار ایران به این حوزه فراهم می‌آورد. اگرچه فقدان قانون و مقرر در این حوزه بر اهمیت این پژوهش می‌افزاید، دشواری‌هایی نیز، در مقایسه‌ی تطبیقی حقوقی، پیش روی ما قرار می‌دهد.

بررسی قوانین و مقررات در موضوعات پیش‌گفته، یعنی

1. Multiple Pregnancy
2. In-Vitro Fertilization (IVF)
3. Fetal Reduction

متفاوت‌اند و از اهداف و مبانی بسیار متفاوت این دو موضوع غفلت میکنند. به‌طور معمول، در یک نظام حقوقی، جهت‌گیری‌های قانونی در هر یک از این موضوعات، با یکدیگر هماهنگ‌اند؛ برای نمونه، نظام‌هایی که به ممنوعیت کلی کاهش جنین حکم داده‌اند، قوانین و مقرراتی نیز در راستای کاهش بارداری چندقلویی و پوشش بیمه‌ای مناسب فراهم آورده‌اند. پس از بررسی نظام‌های حقوقی مختلف، کوشش می‌کنیم تحلیلی از رویکرد مطلوب در تنظیم حقوقی کاهش جنین ارائه دهیم.

حدود جواز کاهش جنین

مقررات حقوقی به کاهش جنین، از جواز مطلق تا ممنوعیت کامل را در بر می‌گیرند. در میانه‌ی این طیف، نظام‌هایی حقوقی قرار دارند که با شروط و محدودیت‌هایی، کاهش جنین را مجاز می‌شمرند؛ بنابراین، می‌توان از سه گروه مقررات حقوقی در این میان سخن گفت: جواز مطلق، وضع قیود و شرایط و ممنوعیت مطلق.

جواز مطلق

جواز، در برخی موارد، به‌صراحت، ذکر شده است و در مواردی، با قرائن به دست می‌آید؛ برای نمونه، در سوئد، کاهش جنین، به‌شکل مطلق و صریح، مجاز اعلام شده است. در مصر، جواز کاهش جنین، صریحاً، اعلام نشده است؛ اما رواج آن در رویه‌ی عملی و عدم مخالفت قانونی ظاهر شده است (۵)؛ همچنین، مطابق دستورالعمل «سارت»^۱ در آمریکا، چنانچه چند جنین در رحم مادر لانه‌گزینی کنند، بیماران می‌توانند با تصمیم و انتخاب خود، اقدام به کاهش جنین کنند (۶).

وضع قیود و شرایط

شماری زیاد از نظام‌های حقوقی، کاهش جنین را با

جواز یا ممنوعیت کاهش جنین و راهکارهای پیشگیرانه‌ی مربوط که به‌نوبه‌ی خود، در دو محور محدودیت تعداد جنین‌ها و سیاست‌های بیمه‌ای بررسی می‌شوند، دیدی جامع در باب نظام حقوقی کاهش جنین در اختیار ما می‌گذارد. بر این اساس، به منظور بررسی تطبیقی کاهش جنین، نظام‌های حقوقی برخی کشورها، در قاره‌های اروپا، آمریکا، اقیانوسیه، آسیا و آفریقا، در سه محور «جواز یا ممنوعیت کاهش جنین»، «تدابیر حقوقی در باب تعداد جنین‌های انتقالی» و «مقررات مربوط به بیمه‌ی درمان ناباروری» بررسی شده‌اند. در مطالعه‌ی نظام حقوقی کشورها، افزون بر حوزه‌ی جغرافیایی، میزان پیشرفته، جامع و کامل بودن مقررات مربوط به کاهش جنین و همچنین، ابداعاتی که در تنظیم حقوقی این موضوع داشته‌اند، مدنظر بوده است. بر این اساس، از آنجاکه نظام حقوقی ایران، تاکنون، رهیافتی شایان توجه به مسأله‌ی کاهش جنین پیش نهناده است، به جای بررسی این نظام زیر عنوانی مستقل، در هر قسمت، به فراخور مواضع اتخاذشده در قوانین، رویه‌ها و مقررات، از نظام حقوقی کشور بحث کرده‌ایم. افزون‌براین، ذکر این نکته ضروری است که به دو دلیل، وجه فقهی موضوع، در این پژوهش، به میان آورده نشده است: ۱. تحلیل فقهی، از جهات عدیده، مستقل از حقوق است و مبانی و روش و اهداف متمایز خود را دارد؛ از این‌رو، بررسی فقهی هر موضوع، نیازمند پژوهشی مستقل و مقاله‌ای مجزا خواهد بود؛ ۲. به سبب جدید بودن مسأله‌ی کاهش جنین (و هم‌زمانی ظهور آن با درمان‌های کمک‌باروری)، رویکردهای فقهی در این موضوع به مسأله‌ی سقط جنین پرداخته‌اند که سخن‌گفتن از آن‌ها با دو اشکال روبروست. نخست آنکه با بسیاری از مقالات و پژوهش‌های انجام‌شده به زبان فارسی هم‌پوشانی پیدا می‌کند و موجب تکرار ممل خواهد بود. دوم، این نوشته‌ها دچار خلط مفهومی میان سقط و کاهش جنین هستند که هم از حیث موضوع‌شناسی و هم از لحاظ حکم‌شناسی با هم

1. Society for Assisted Reproductive Technology (SART)

از خطر تولد فرزند برای مادر در حالت عادی باشد؛ همچنین، کاهش جنین از دوقلو به یک‌قلو، در شرایطی که ادامه‌ی بارداری خطری بسیار زیاد را برای زندگی یا سلامت مادر در پی آورد، در مدت‌زمان خاص، مجاز است. این قید زمانی در ایالت استرالیای شمالی^۴ تا هفته‌ی چهارده بارداری و در ایالت استرالیای جنوبی^۵ تا هفته‌ی ۲۸ بارداری است (۹). در ایالت استرالیای غربی^۶، شرایط اندکی سخت‌گیرانه‌تر است و کاهش جنین تا هفته‌ی بیستم بارداری مجاز است. بعد از مدت یادشده نیز، کاهش جنین از دوقلو به یک‌قلو امکان‌پذیر است؛ به شرط آنکه دو پزشک تأیید کنند که سلامت مادر در خطر جدی است (۱۰). به‌طور کلی، هرچند در استرالیا رویه‌ی واحد حقوقی در باب کاهش جنین اعلام نشده است، می‌توان گفت به‌رغم تفاوت‌های جزئی در قوانین ایالات، آن‌ها از منطقی واحد پیروی می‌کنند.

مطابق قوانین ژاپن، کاهش جنین، زیر عنوان سقط جای نمی‌گیرد؛ با این حال، اگر کاهش جنین در بارداری چهارقلویی یا بیشتر و در موارد استثنائی، در بارداری سه‌قلویی، برای حفظ جان مادر و فرزند ضروری باشد، مجاز است. انتخاب جنین نباید بر اساس دلایل ژنتیک یا جنسیت باشد و پیش از آن باید در خصوص احتمال ازدست‌دادن همه‌ی جنین‌ها به پدر و مادر توضیح داده و از آن‌ها رضایت آگاهانه اخذ شود (۱۱). در ایران، قوانین اختصاصی در باب کاهش جنین وجود ندارند و فقط قوانین و مقرراتی در خصوص سقط جنین در دسترس‌اند (۱۲). بر اساس تبصره‌ی ماده‌ی ۷۱۸ قانون مجازات اسلامی، با سقط‌کردن جنینی که بقای آن برای حفظ حیات مادر خطر دارد، دیه ثابت نمی‌شود. ماده‌ی ۶۲۳ قانون تعزیرات نیز، همسو با این تبصره، مجازات‌های مربوط به سقط جنین را در شرایطی که این اقدام به منظور حفظ حیات

تحمیل شرایط و قیود پذیرفته‌اند. در برخی نظام‌های حقوقی، این شرایط ساده‌ترند و تشخیص موارد تخصصی به پزشکان واگذار شده است. در مقابل، در برخی کشورها، قوانین و مقرراتی سخت‌گیرانه‌تر وجود دارند که کاهش جنین را مشروط به قیودی بیشتر کرده‌اند. رایج‌ترین قید بر جواز کاهش جنین، پیشگیری از «آسیب به مادر» است. در انگلستان، برای نمونه، کاهش جنین، با هدف جلوگیری از خطراتی که سلامت مادر را تهدید می‌کنند، مجاز است. این جواز، مواردی را که چنین خطری متوجه یکی (یا بیشتر) از جنین‌ها باشد، در بر نمی‌گیرد و منحصر به مواردی است که جان و سلامت مادر در معرض خطر است (۷). این رویکرد، کاملاً، با نظام حقوقی کاهش جنین در ایالات متحده آمریکا متفاوت است که در ادامه، به آن خواهیم پرداخت (۶). در استرالیا، رویه‌ی واحد و متحدالشکل وجود ندارد و مقررات مربوط به کاهش جنین، از طریق دستورالعمل‌ها بیان شده‌اند. در برخی ایالت‌های این کشور^۱، کاهش جنین از لحاظ حقوقی در حکم سقط جنین انگاشته شده است. جزئیات قواعد مربوط به سقط جنین در ایالت‌های مختلف استرالیا متفاوت است؛ اما به‌طور کلی، در این ایالات کاهش جنین تنها زمانی قانونی است که ادامه‌ی بارداری، سلامت جسمی یا روحی مادر را به خطر اندازد (۸). باری، از نظر برخی حقوق‌دانان، همسان پنداشتن سقط جنین^۲ با کاهش جنین اشتباه است؛ چراکه هدف از سقط جنین، خاتمه‌دادن به بارداری است؛ حال آنکه، هدف از کاهش جنین، حفظ بارداری است و اگر کاهش جنین با موفقیت صورت گیرد، مادر، باردار باقی می‌ماند (۸). در همه‌ی ایالات این کشور، کاهش جنین برای کاستن از خطرات مربوط به سلامتی مادر، قانونی است؛ هرچند در ایالت‌هایی، مانند کوئینزلند و نیوساوت‌ولز، این خطر باید جدی^۳ و بیش

1. Queensland, New South Wales, South Australia, Northern territory and Western Australia
2. Abortion
3. Serious Danger

4. Northern Australia
5. Southern Australia
6. Western Australia

انتقال جنین در هر شرایط و برای همه، تعیین کرده‌اند. شناخته‌شده‌ترین نظام‌های حقوقی در این گروه، نظام‌هایی هستند که «سیاست انتقال یک جنین»^۲ را الزام می‌کنند.

- گروهی دیگر از کشورها، اقدام به تقسیم‌بندی گروه‌های مختلف مادران، بر مبنای شرایط سنی، بالینی و سابقه‌ی درمانی آن‌ها کرده و بر آن مبنای تعداد مجاز جنین‌ها را مشخص ساخته‌اند.

- در نهایت، گروهی از نظام‌های حقوقی، تشخیص تعداد جنین‌های انتقال‌پذیر را به پزشک و مراکز درمانی محول کرده‌اند و به این ترتیب، در خصوص تعداد جنین‌های مجاز انتقالی دستور دقیق ندارند.

گروه نخست: تعداد مشخص جنین‌های انتقالی

پیشروترین نظام حقوقی در دسته‌ی اول، انگلستان است. در سال ۲۰۰۷، کمیته‌ای برای بررسی وضعیت چندقلوایی ناشی از لقاح خارج از رحم در انگلستان تشکیل شد و بر اساس گزارش این کمیته^۳، سیاستی با عنوان سیاست «انتقال یک جنین» اتخاذ شد و بر آن اساس، مقرر شد که اولاً، در سال ۲۰۰۹، ضریب بارداری چندقلویی برای هر مرکز درمان نباید از ۲۴ درصد تجاوز کند؛ ثانیاً، هدف بلندمدت این سیاست، کاهش مرحله‌به‌مرحله‌ی رقم یادشده به ۱۰ درصد، در هر مرکز درمانی، اعلام شد. مراکز درمان ملزم شدند اقدامات درمانی خود را با تدابیر مربوط به کاهش جنین هماهنگ کنند و از محدودیت‌های پیش‌گفته تجاوز نکنند (۶).

2. Single Embryo Transfer Policy or SET Policy

3. در آن گزارش آمده بود که از هر چهار آی‌وی‌اف در انگلستان، یکی به حاملگی چندقلویی می‌انجامد که این تعداد، ده برابر رقم مورد انتظار در تولید مثل طبیعی است. در این گزارش، همچنین، درباره‌ی وضعیت سلامت مادرانی که به سبب آی‌وی‌اف بارداری چندقلویی را تجربه می‌کنند، اظهار نگرانی شده است و با توجه به فشارهای جسمی و روانی بر جنین مادرانی بیان شده که بارداری چندقلویی نمی‌تواند نتیجه‌ی مطلوب و مورد انتظار از آی‌وی‌اف باشد.

مادر انجام شده باشد، مستثنا کرده است. به نظر می‌رسد این تبصره بر مبنای قاعده‌ی لاضرر، موجه شده است؛ هرچند این قاعده، به‌خودی‌خود، نمی‌تواند ملاکی برای انتخاب میان جنین‌ها به دست دهد (۱۲).

ممنوعیت مطلق

در برخی نظام‌های حقوقی، کاهش جنین، مطلقاً، مجاز نیست. نظام حقوقی آرژانتین، از جمله‌ی آن‌هاست. در اروگوئه نیز، با آنکه هیچ قانونی، به‌طور صریح، حکم به ممنوعیت کاهش انتخابی جنین نداده است، این عمل انجام نمی‌شود (۱۳). این امر که در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین جاری است، ممکن است به دلیل فرهنگ دینی مردم در آنجا باشد؛ همچنین، بر اساس قانون مربوط به «شرایط و ضوابط خدمات کمک‌باروری»^۱ سنگاپور، کاهش جنین ممنوع است (۱۴).

تدابیر حقوقی درباره‌ی تعداد جنین‌های انتقالی

کاهش تعداد جنین‌هایی که در هر دوره‌ی آی‌وی‌اف به رحم مادر منتقل می‌شوند، یکی از روش‌های شناخته‌شده‌ی کاهش بارداری چندقلویی است و مطالعه‌ی آن از این جهت اهمیت دارد که همواره، یکی از راهکارهای مهم برای مواجهه با چالش‌های اخلاقی کاهش جنین، اتخاذ سیاست‌هایی درباره‌ی تعداد جنین‌های انتقالی است؛ همچنین، بررسی اجرای مرحله‌به‌مرحله و ملاحظات نظام‌های حقوقی درمان در کشورهای مختلف، به‌ویژه آن دسته که در مهار بارداری‌های چندقلویی موفق بوده‌اند می‌تواند راهنمایی مؤثر برای قانون‌گذار داخلی باشد. نظام‌های حقوقی در این موضوع مواضعی متفاوت را اتخاذ کرده‌اند. در نگاهی کلی، می‌توان نظام‌های حقوقی در این زمینه را به سه دسته تقسیم کرد:

- دسته‌ای از نظام‌های حقوقی، عددی مشخص را برای

1. "Licensing Terms and Conditions on Assisted Reproduction Services"

برای انتقال به رحم مادر، بنابه تشخیص پزشک/مرکز درمان، دو تا سه جنین است (۱۸). در ژاپن، به طور کلی، تعداد مجاز انتقال جنین به رحم مادر سه عدد است؛ هرچند بنا به کیفیت جنین، سن مادر و سایر شرایطی که تشخیص آن بر عهده‌ی پزشک معالج است، تعداد جنین‌ها ممکن است بیش از این مقدار نیز باشد (۱۸).

گروه دوم: تقسیم‌بندی بر مبنای شرایط بالینی

با وجود تعیین تعداد دقیق جنین‌ها در کشورهایی که نام برده شد، در عمل، توجه به شرایط بالینی و مشخصات بیمار، در هر مورد خاص، ضروری است؛ از این رو، حتی در قوانین کشورهای هم‌چون انگلستان، سوئد و ژاپن که عددی مشخص را برای تعداد جنین‌های انتقالی مشخص کرده‌اند، امکان پذیرش موارد استثنائی، در نظر گرفته شده است. این امر برخی نظام‌های حقوقی را بر آن داشته که به طبقه‌بندی گروه‌های مختلف مادران و تعیین تعداد جنین‌های مجاز انتقالی به رحم آنان، اقدام کنند؛ برای نمونه، در بلژیک، تعداد جنین‌های مجاز برای انتقال، به تفکیک و بادقت، در قوانین مشخص شده است که نمونه‌ای بسیار خوب به نظر می‌آید. به موجب قانونی که از سال ۲۰۰۳ لازم‌الاجرا شد، انتقال یک جنین با پوشش بیمه برای همه‌ی زنان زیر ۳۶ سال، در اولین دوره‌ی درمان آی‌وی‌اف، الزامی شد. در دوره‌ی دوم درمان آی‌وی‌اف، بسته به کیفیت جنین، انتقال یک یا دو جنین مجاز است و در مراحل بعدی، انتقال دو جنین، بدون هیچ قید و شرطی، مجاز است. در خصوص زنان بین ۳۶ تا ۳۹ سال، امکان انتقال دو یا سه جنین، بدون هیچ قید و شرطی، وجود دارد و محدودیتی در تعداد جنین قابل انتقال برای زنان بالای ۳۹ سال وجود ندارد (۱۷).

از جمله‌ی مهم‌ترین کشورها، هم، از حیث روش تنظیم‌گری حقوقی و هم، از حیث دستورالعمل‌های تعداد جنین‌های انتقالی، ایالات متحده آمریکا است که تا اندازه‌ای زیاد، منحصر به فرد است. در این کشور، دخالت قانونی (فدرال

فرایند هماهنگ‌شدن با این سیاست، با انعطاف‌هایی نیز، همراه بود و مراکز درمانی به تشخیص خود می‌توانستند در مواردی خاص، بیش از یک جنین به رحم مادر منتقل کنند؛ هرچند این موارد باید با ذکر دلایل، شرح داده شوند و مرکز درمانی، بیمار را به طور کامل، از خطرات بارداری چندقلویی آگاه کند؛ همچنین، در صورتی که نیاز به انتقال سه یا چهار جنین باشد، مرکز موظف است گزارش‌های درمانی و خلاصه‌ای از روند انجام آی‌وی‌اف را نگهداری کند (۱۵). به طور کلی، رویکرد قانونی انگلستان درباره‌ی کاهش جنین، به سمت محدود کردن تعداد جنین‌های انتقالی به یک عدد بوده است، مگر آنکه در مواردی، مرکز درمانی بتواند انتقال بیش از یک جنین را با توجه به وضعیت بیمار توجیه کند. امروزه، سیاست «انتقال یک جنین» در نظام حقوقی بسیاری از کشورهای دیگر نیز، اجرا می‌شود. سوئد از جمله‌ی این کشورهاست که آمار دقیق در زمینه‌ی کاهش بارداری چندقلویی ارائه می‌کند. در سال ۲۰۰۳، قوانین آی‌وی‌اف سوئد اصلاح شدند و سیاست انتقال یک جنین در این کشور، در قالب دستورالعملی سراسری، لازم‌الاجرا شد (۱۶). بر اساس این دستورالعمل، به طور معمول، باید فقط یک جنین به رحم مادر انتقال داده شود، مگر در شرایطی که امکان بارداری چندقلویی بسیار پایین باشد؛ همچنین، به پزشکان و مراکز درمانی اجازه داده شد تا به تشخیص خود و بنابر شرایط، در هر مورد، تصمیم‌گیری کنند؛ با این حال، سیاست انتقال تک‌جنینی درباره‌ی زنان زیر ۳۸ سال اجبار و الزام می‌شود (۱۶). سیاست انتقال یک جنین در سوئد نیز، ثمربخش بوده است و در سال ۲۰۰۴، تنها، ۵٫۶ درصد از درمان‌های آی‌وی‌اف به بارداری دوقلو یا چندقلو انجامید که این آمار در مقایسه با نرخ ۳۵ درصد آمریکا در همان سال، نشان از موفقیت اعمال این سیاست در سوئد دارد (۱۷). در جمهوری چک، آلمان، لیتوانی، اسلوانی، اسپانیا و سوئیس، بدون تصریح به شرطی خاص، حداکثر، انتقال سه جنین مجاز است. بر اساس قوانین دانمارک نیز، تعداد مجاز

ممکن است چندقلو باردار شوند، تا سه جنین و برای دیگران در این بازه‌ی سنی، چهار جنین را می‌توان انتقال داد. برای بیماران بالای چهل سال نیز، نباید بیش از پنج جنین را منتقل کرد (۱۹)؛ همچنین، اسرم به مراکز درمان توصیه کرده است که در تصمیم‌گیری درباره‌ی هر بیمار، شرایط خاص او را در نظر بگیرند؛ برای نمونه، وجود سابقه‌ی دو آی‌وی‌اف ناموفق یا بیشتر، در سنجش تعداد جنین‌های انتقالی مؤثر است (۶). با آنکه به‌طور معمول، ضمانت اجرایی چنین دستورالعمل‌هایی، در مقایسه با قوانین، ضعیف است، در عمل، مراکز درمان در آمریکا برای حفظ موقعیت خود در بازار رقابت، از آن‌ها پیروی می‌کرده و از این‌رو، موفقیتی چشمگیر در کاهش حاملگی چندقلویی حاصل از آی‌وی‌اف در این کشور به دست آمده است (۶). در استرالیا نیز، همانند ایالات متحده‌ی آمریکا، با وجود آنکه بیشتر دستورالعمل‌هایی که برای راهنمایی مراکز درمانی و پزشکان ابلاغ شده‌اند، قدرت الزام قوانین متحدالشکل سراسری را ندارند، عموماً، در مراکز درمانی، ملاک عمل قرار می‌گیرند که بر اساس آن‌ها، محدودیت حداکثر دو جنین برای زنان زیر چهل سال وجود دارد؛ با این حال، به توصیه‌ی «کمیته‌ی صدور جواز استفاده از فناوری‌های تولید مثل»^۹ در استرالیا، بهتر است در زنان زیر ۳۵ سال، به شرط تازه و باکیفیت بودن جنین، فقط یک جنین منتقل شود (۱۵).

در آسیا، قوانین کره‌ی جنوبی، از لحاظ طبقه‌بندی و تعیین دقیق جزئیات درباره‌ی تعداد جنین‌های انتقالی، شایان توجه است. تعداد این جنین‌ها به سه عامل سن مادر، شرایط روز انتقال و وجود شرایط مناسب پزشکی بستگی دارد. سن مادر در زمان انتقال، به دو دسته تقسیم شده است؛ درباره‌ی مادران با سن ۳۵ سال و کمتر که احتمال بارداری چندقلویی در آن‌ها

و ایالتی) در سازوکار مراکز درمانی محدود است و مراکز درمانی، تابع نهادهای تخصصی تنظیمی^۱ در حوزه‌ی پزشکی نظیر «سارت» و «اسرم»^۲ هستند (۶). در سطح فدرال، قانون خاص و مستقیم در این موضوع وجود ندارد؛ تنها قانون مرتبط با خدمات کمک‌باروری در این سطح، «قانون درصد موفقیت مراکز باروری و گواهی»^۳ (۱۹۹۲) است که در آن اشاره‌ای به تنظیم حقوقی کاهش جنین نشده است. در این قانون، صرفاً، مراکز درمانی (که حدود ۹۲ درصد آن‌ها در آمریکا عضو سارت هستند) مکلف شده‌اند سالانه، گزارشی را از اطلاعات مربوط به ضریب موفقیت خود در به‌ثمررساندن بارداری، به «مرکز نظارت و پیشگیری از بیماری»^۴ آمریکا که یکی از بازوهای اجرایی کلیدی در حوزه‌ی سلامت در این کشور است، ارائه کنند. جمع‌آوری اطلاعات در این خصوص، معمولاً، از طریق سارت انجام می‌شود (۶). در سال ۲۰۰۸، اسرم و سارت، دستورالعملی را در خصوص تعداد جنین‌های انتقالی، در اختیار مراکز درمانی زیر نظر خود قرار دادند که بر آن اساس، پزشک برای تصمیم‌گیری درباره‌ی تعداد جنین‌های انتقالی، باید بر مبنای سن بیمار، سوابق قبلی آی‌وی‌اف او، کیفیت جنین‌های انتقالی و قابلیت انجماد جنین‌های اضافی، تصمیم مقتضی را اتخاذ کند. مطابق این دستورالعمل، برای بیماران زیر ۳۵ سالی که احتمال بارداری چندقلویی در آن‌ها بیش از دیگران در بازه‌ی سنی مشابه است، یک جنین و برای سایر افراد در این سن، انتقال تا دو جنین مجاز است. برای زنان ۳۵ تا ۳۷ سال که احتمال بارداری چندقلویی در آن‌ها بیش از دیگران در بازه‌ی سنی مشابه است، تا دو جنین و برای دیگران در این بازه‌ی سنی تا سه جنین را می‌توان انتقال داد؛ همچنین، بیماران بین ۳۸ تا ۴۰ سال که بیش از دیگران

1. Regulatory Agencies
2. American Society for Reproductive Medicine (ASRM)
3. Fertility Clinic Success Rate and Certification Act
4. Center for Disease Control and Prevention (CDC)

5. Reproductive Technology Accreditation Committee (RTAC)

گروه سوم، تشخیص موردی بالینی

دسته‌ی سوم، چنان‌که پیش‌تر آمد، نظام‌هایی حقوقی هستند که تشخیص تعداد جنین‌های قابل انتقال را به پزشک و مراکز درمانی محول کرده‌اند و از این‌رو، در خصوص تعداد جنین‌های مجاز انتقالی، دستور دقیق ندارند. در این کشورها، گاه، می‌توان رویه‌ای تقریباً متحدالشکل را میان پزشکان و مراکز درمانی مشاهده کرد؛ برای نمونه، در اروگوئه، در نبود قانون یا دستورالعملی خاص درباره‌ی تعداد جنین‌هایی که می‌توان منتقل کرد، این تعداد مطابق رویه‌ی درمانی در کشور، در زنان ۳۴ سال و کمتر، تا دو عدد و در زنان بالای ۳۴ سال، حداکثر سه عدد است (۱۸). در نیوزلند، قانون درباره‌ی تعداد مجاز جنین‌های انتقالی به رحم مادر، ساکت است؛ با وجود این، در نظام درمان عمومی (دولتی) این کشور که حدود ۹۰ درصد زنان زیر ۳۵ سال را در بر می‌گیرد، سیاست «انتقال یک جنین» اجرا می‌شود. در مراکز خصوصی نیز، اجرای این سیاست تشویق می‌شود و در سال‌های اخیر، پذیرش داوطلبانه‌ی سیاست یادشده از سوی بیماران، افزایش یافته است. تبلیغات مثبت برای سیاست «انتقال یک جنین» در نیوزلند، تا آنجا موفق بوده است که حتی در سال‌های اخیر، زنان مسن‌تر، داوطلبانه، به این سیاست پایبندی نشان داده‌اند (۵)؛ حال آنکه، در این کشور هیچ قانونی اجرای این سیاست را الزامی نکرده است؛ از این‌رو، نظام حقوقی نیوزلند نمونه‌ای خوب از اجرای داوطلبانه‌ی هنجارهای عمومی پذیرفته‌شده در موضوع کاهش جنین است. این امر تا اندازه‌ای زیاد، به سبب پوشش بیمه‌ای خوب هزینه‌های درمانی در این کشور

7. لازم به توضیح است که در نیوزلند، افراد باید نام و مشخصات خود را در نظامی یکپارچه ثبت کنند که نشان می‌دهد هر فرد زیر پوشش درمانی چه نهادی قرار می‌گیرد. این نظام که در بسیاری کشورهای دیگر نیز، رایج است، در اصطلاح «نظام ثبت سلامت» یا Health Registry نام دارد. براساس آمارهای منتشرشده، بیش از ۹۰ درصد زنان زیر ۳۵ سال در نیوزلند، زیر پوشش مراکز درمانی دولتی هستند.

پایین‌تر است، حداکثر سه جنین و تعداد مجاز جنین انتقالی برای مادرانی در همین سن که احتمال بارداری چندقلویی در آن‌ها بالاتر است، دو عدد است؛ همچنین، درباره‌ی زنان در بازه‌ی سنی ۳۵ تا ۳۹ سال که احتمال بارداری چندقلویی در آن‌ها پایین است، چهار جنین و برای دیگران در این بازه‌ی سنی، سه جنین قابل انتقال است (۲۰). در آرژانتین، در هر دوره‌ی آی‌وی‌اف، برای زنان ۳۵ سال یا جوان‌تر که بدن آن‌ها به درمان پاسخی خوب داده است، تا دو جنین قابل انتقال است. این محدودیت در شرایطی اعمال می‌شود که جنین، کیفیتی مطلوب دارد. در غیر این صورت، با در نظر داشتن شرایط پزشکی و سن مادر، ممکن است جنین‌هایی بیشتر نیز، منتقل شوند (۱۸). قوانین سنگاپور نیز، از لحاظ شرایطی که برای زوجین و مراکز درمانی تعیین می‌کند، جالب توجه و تاحدودی متفاوت از سایر نظام‌های حقوقی هستند؛ رویکرد نظام حقوقی سنگاپور در موضوع کاهش جنین، بر اقدامات پیشگیرانه متمرکز است. در ماده‌ی ۵،۳۰ قانون «اجازه‌ی ضوابط و شرایط خدمات کمک‌باروری»^۶ در خصوص تعداد جنین‌های مجاز برای انتقال، آمده است که مراکز درمانی باید اطمینان حاصل کنند که در هر دوره‌ی درمان آی‌وی‌اف، بیشتر از دو جنین به رحم مادر منتقل نشود. این تعداد ممکن است در شرایطی، حداکثر، تا سه جنین افزایش یابد. برای تأمین این شرایط، اولاً، همه‌ی نوزادان حاصل از فرایند درمان آی‌وی‌اف، باید در بیمارستان‌هایی با کیفیت درجه‌سه و بهتر به دنیا بیایند و خدمات درمانی مناسب دریافت کنند؛ ثانیاً، سن مادر باید حداقل ۳۵ سال باشد و ثالثاً، بیمار باید حداقل دو دوره‌ی درمان ناموفق آی‌وی‌اف را پشت سر گذاشته باشد یا آنکه در نتیجه‌ی آن اقدامات، جنین‌هایی باکیفیت مطلوب، به دست نیامده باشد (۱۴).

6. "Licensing Terms and Conditions on Assisted Reproduction Services"

قوانین و مقررات مربوط به پوشش بیمه‌ای نیز، می‌توان سه دسته‌ی عمده از کشورها را از هم تفکیک کرد. دسته‌ی اول، نظام‌هایی حقوقی هستند که زوجین را به شکل مطلق، زیر پوشش بیمه قرار می‌دهند؛ پوشش بیمه، در اینجا، اعم از بیمه‌های دولتی و خصوصی است. دسته‌ی دوم، نظام‌هایی حقوقی‌اند که پوشش‌های بیمه‌ای را با در نظر گرفتن محدودیت‌های متفاوت، به متقاضیان استفاده از خدمات درمان کمک‌باروری ارائه می‌دهند. دسته‌ی سوم، نظام‌هایی حقوقی‌اند که هیچ نوع پوشش بیمه‌ای، اعم از دولتی و خصوصی، به متقاضیان درمان‌های کمک‌باروری ارائه نمی‌دهند. در کنار این سه گروه عمده، باید به برخی نظام‌های حقوقی اشاره کرد که نوآوری‌هایی خاص در حوزه‌ی تأمین هزینه‌های روش‌های کمک‌باروری در پیش گرفته‌اند.

گروه نخست: پوشش بیمه‌ای مطلق

از شاخص‌ترین نظام‌های حقوقی در دسته‌ی اول، سوئد است. هزینه‌های درمان آی‌وی‌اف در این کشور، مانند فرانسه و هلند، به‌طور کامل، زیر پوشش بیمه‌ی سراسری ملی است که از سوی دولت، حمایت می‌شود (۲۴). به این ترتیب، سوئد با «جواز انجام کاهش جنین»، «سیاست انتقال یک جنین» و «پوشش کامل بیمه»، یکی از بهترین کشورها در حیطه‌ی قوانین مربوط به کاهش جنین و تشکیل نظام جامع و سازگار در این زمینه است.

گروه دوم: پوشش بیمه‌ای محدود

برخی نظام‌های حقوقی، درمان‌جویان را با قیود و شرایطی خاص، زیر پوشش بیمه‌ای قرار می‌دهند. در برخی نیز، تنها، بیمه‌های خصوصی به زوجین متقاضی درمان‌های کمک‌باروری، خدمات ارائه می‌دهند؛ برای نمونه، بیمه‌ی درمان آی‌وی‌اف در انگلستان محدودیت‌هایی دارد؛ با وجود امکان دسترسی آزاد به این درمان، فقط، زنان زیر چهل سال

است (۲۱). در اردن، با آنکه مانند بسیاری دیگر از کشورهای آفریقایی، قانون یا دستورالعملی خاص برای محدود کردن تعداد جنین‌های انتقالی به رحم مادر وجود ندارد، مطابق رویه‌ای هماهنگ و نانوشته، معمولاً، حداکثر دو جنین انتقال داده می‌شوند (۱۸).

در برخی دیگر از نظام‌های حقوقی که واجد قانونی خاص درباره‌ی تعداد مجاز جنین‌های قابل انتقال به رحم مادر نیستند، رویه‌ای هماهنگ را نمی‌توان در میان مراکز درمانی و پزشکان مشاهده کرد. این وضعیت را می‌توان بدترین حالت متصور در موضوع تعداد جنین‌های انتقالی دانست؛ چراکه منطقی مشخص در این زمینه در نظام حقوقی یافت نمی‌شود و از این رو، تحلیل آماری دقیقی که بتواند مبنای سیاست‌های پیشگیرانه از بارداری چندقلویی باشد، در عمل، دست‌نیافتنی است. نظام حقوقی ایران در این دسته جای می‌گیرد و این واقعیت، اهمیت مطالعه‌ی تطبیقی کاهش جنین را مهم‌تر و حساس‌تر می‌کند. در ایران، قانون، مقرر کرده یا دستورالعملی درباره‌ی تعداد جنین‌هایی که می‌توان در هر دوره‌ی آی‌وی‌اف به رحم مادر منتقل کرد، وجود ندارد و در هر مورد، بنابه سیاست مرکز درمان ناباروری و تشخیص پزشک، تعداد جنین‌های انتقالی تعیین می‌شود. گزارش‌های غیررسمی از برخی مراکز درمان ناباروری، حاکی از آن است که بنا به تشخیص پزشک، در هر دوره، بین یک تا سه جنین منتقل می‌شوند (۲۲). این آمار البته جنبه‌ی عمومی و کلی ندارد و در برخی مراکز، پنج جنین یا بیشتر نیز، منتقل می‌شوند (۲۳).

مقررات مربوط به بیمه‌ی درمان ناباروری

پوشش بیمه‌ای درمان‌های ناباروری، در کنار دو محور پیشین، نظام حقوقی کاهش جنین را شکل می‌دهد. این سه محور باید در هماهنگی با یکدیگر قرار گیرند تا بتوان کاهش جنین را به‌شکلی مطلوب، تنظیم قانونی کرد. در حوزه‌ی

و خصوصی، با شروطی خاص، ارائه می‌شود.

گروه سوم: فقدان پوشش بیمه‌ای

چنان‌که بیان شد، دسته‌ی سوم، کشورهایی هستند که هیچ نوع خدمات بیمه‌ای به زوجین نابارور ارائه نمی‌دهند. نباید فراموش کرد که ارائه‌ی خدمات بیمه‌ای در زمینه‌ی درمان ناباروری، وابسته به شرایطی گوناگون، از جمله شرایط اقتصادی و سیاست‌های جمعیتی، است. آرژانتین، اروگوئه، کره جنوبی، مصر، اردن، مراکش، تونس و بسیاری از دیگر کشورهای آسیایی و آفریقایی، هیچ نوع پوشش بیمه‌ای به درمان‌جویان ارائه نمی‌دهند (۲۴).

نظام‌های نوآور

نظام حقوقی آمریکا در زمره‌ی آن نظام‌هایی است که از حیث نوآوری در تأمین هزینه‌های درمان ناباروری، شایان توجه‌اند. بسیاری از مراکز درمانی در آمریکا، سیاست «ریسک مشترک» یا «تأمین هزینه»^۸ را اتخاذ کرده‌اند. بر این اساس، بیمار، مبلغی نسبتاً زیاد را پرداخت می‌کند. اگر فرایند درمانی، به تولید مثل موفق منتهی شود، مرکز درمان مالک مبلغ پرداختی خواهد شد، در غیر این صورت، حدود ۹۰ تا ۱۰۰ درصد هزینه به بیمار بازگردانده خواهد شد (۲۶). به‌رغم مطلوب بودن این سیاست برای بیماران، توجه به این نکته ضروری است که فرایند درمان ناباروری، حتی در صورت شکست، برای مراکز درمانی هزینه‌بردار است. در چنین سیاستی، دولت باید قادر باشد هزینه‌هایی را که مراکز درمانی در آی‌وی‌اف‌های ناموفق متقبل شده‌اند، جبران کند؛ همچنین، در استرالیا، برنامه‌ی کشوری سراسری برای پوشش بیمه‌ای درمان‌های ناباروری وجود دارد (۲۴). شرایط استفاده از حمایت‌های مالی و پوشش بیمه‌ای در ایالت‌های مختلف استرالیا متفاوت است. الگوهایی مختلف از حمایت مالی در

هستند که می‌توانند از پوشش بیمه‌ای استفاده کنند (۲۵). پوشش بیمه‌ای در فنلاند و دانمارک، مشروط به اثبات پزشکی ناباروری است و به این ترتیب، زوجینی که به هر دلیل، به‌جای بارداری طبیعی، سراغ درمان آی‌وی‌اف می‌روند، در این دو کشور، زیر پوشش بیمه‌ای قرار نمی‌گیرند. دیگر کشورهای اروپایی، مانند آلمان، اتریش و یونان، محدودیت‌های سنی برای والدین یا فقط مادر را شرط استفاده از بیمه در درمان آی‌وی‌اف در نظر گرفته‌اند. در این میان، سنگاپور، همچنان، متمایز است که به‌نوعی، ارائه‌ی خدمات کمک‌باروری به زوجین را منوط به حمایت‌های بیمه‌ای کرده است. قانون‌گذار سنگاپور مقرر کرده است که مراکز درمانی، به شرطی مجاز به ارائه‌ی خدمات کمک‌باروری به بیماران خود هستند (اعم از پدر و مادر شهروند این کشور و افراد خارجی که قصد به‌دنیا آوردن فرزند خود را در این کشور دارند) که ایشان بیمه‌های قانونی مورد تأیید را دارا باشند (۱۴).

در ایران، وضعیت مقررات لازم‌الاجرا در حوزه‌ی پوشش بیمه، بسیار مبهم است. به موجب ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی، باید به‌شکلی انجام شود که سهم افراد از هزینه‌های سلامت، به بیش از ۳۰ درصد آن‌ها افزایش نیابد. هرچند بند سه سیاست‌های کلی جمعیت، به موجب اصل ۱۱۰ قانون اساسی، پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط را در دستور کار قرار داده است، نهادهای اصلی کشور، مانند سازمان تأمین اجتماعی و بیمه‌ی سلامت، ناباروری را بیماری به‌شمار نمی‌آورند و زوجین نابارور را مشمول خدمات بیمه نمی‌دانند. به این ترتیب، پوشش بیمه‌ای درمان‌های ناباروری در کشور، به‌شکلی محدود و عمدتاً، از سوی بیمه‌های تکمیلی

8. Shared Risk or Refund Program

سیاست‌های جمعیتی دارد. در این برنامه‌ریزی، طبقه‌بندی سن و شرایط مادر، در تعیین تعداد مجاز جنین قابل انتقال، باید به‌دقت انجام شود. در این زمینه، بلژیک نمونه‌ای شاخص است که قانون‌گذار ایران می‌تواند به آن توجه جدی کند. دوم، در موضوع پوشش‌ها و حمایت‌های بیمه‌ای، در کشورهایی مانند ایران که با کمبود منابع مالی روبه‌رو هستند، می‌توان به کشورهای همچون بلژیک، آلمان، اتریش و یونان نگریست که حمایت‌های بیمه‌ای را محدود به بازه‌های سنی خاص برای والدین یا مادر کرده‌اند. این امر نیازمند طبقه‌بندی تخصصی بدون است که بدان اشاره شد. افزون‌براین، کمک به تقویت نهادهای خیریه، به‌شبه‌ای که در استرالیا رایج است، می‌تواند نمونه‌ای موفق برای جامعه‌ی ایران باشد.

سوم، باید به نقش اثرگذار نهادهای تخصصی تنظیم‌گر در این حوزه اشاره کرد. چنان‌که در خصوص نظام‌های حقوقی استرالیا و آمریکا توضیح داده شد، به نظر می‌رسد ماهیت دوگانه‌ی تخصصی‌تنظیمی این نهادها، در توفیق آن‌ها در اجرای سیاست‌هایشان اثرگذار بوده است. چنین نهادهایی تخصص لازم برای تنظیم موضوع را در اختیار دارند و در پرتو استقلال نسبی خود، می‌توانند این تخصص را به کار بگیرند و نظام حقوقی را به سمت کارآمدی بیشتر سوق دهند. چهارم، نقش مهم فرهنگ‌سازی در اجرای داوطلبانه‌ی سیاست‌های کاهش بارداری چندقلویی است؛ نیوزلند بهترین نمونه در این زمینه است که می‌توان به‌منزله‌ی الگویی شاخص به آن توجه کرد. باید در کنار ارائه‌ی خدمات، درمان‌جویان را با این واقعیت آشنا کرد که انتقال جنین‌ها به میزان زیاد، آن‌ها را الزاماً، به نتیجه‌ای مطلوب نخواهد رساند. این امر در درجه‌ی نخست مستلزم حضور مشاورانی آگاه از شرایط بالینی و روان‌شناختی درمان‌جویان در کنار آن‌ها و در وهله‌ی دوم، نیازمند آموزش‌هایی همگانی در این حوزه است.

سراسر این کشور مشاهده می‌شود که ترکیبی از کمک‌های مالی دولتی و خصوصی است؛ برای نمونه، در یکی از بیمارستان‌های سیدنی، واحدی اختصاصی برای تأمین هزینه‌های درمان ناباروری، با استفاده از بودجه‌ی دولتی و کمک‌های شخصی، شکل گرفته است. با آنکه بر اساس دستورالعمل‌های موجود، پوشش بیمه‌ای برای روش‌های کمک‌باوری، تقریباً، در سراسر استرالیا، فقط، بخشی از هزینه‌های درمانی را جبران می‌کند (۲۷)، به نظر می‌رسد این امر، در کنار نهادهای خیریه‌ی قوی، امکان مالی خوبی را برای زوجین متقاضی درمان فراهم می‌آورد.

نتیجه‌گیری

کاهش جنین، موضوعی میان‌رشته‌ای و دارای ابعاد مختلف حقوقی و اخلاقی است. بحث اخلاقی و حقوق تطبیقی کاهش جنین، با هم، زمینه‌ی فرهنگی و نوآوری حقوقی را در ایران فراهم می‌آورد. آنچه اهمیت دارد، توجه به این نکته است که محورهای حقوقی در مسأله‌ی کاهش جنین باید در هماهنگی با یکدیگر باشند. براین‌د این مطالعه‌ی تطبیقی، برای نظام حقوقی ایران، می‌تواند نکاتی چند باشد که هر یک می‌تواند راهگشای قانون‌گذار ایران باشد؛ نخست، باید توجه داشت که مقررات حقوقی در این زمینه، یعنی تعیین حدود کاهش بارداری چندقلویی، باید به اندازه‌ی کافی، در مقابل تشخیص تخصصی پزشکی منعطف باشند؛ برای نمونه، انگلستان، به‌طور مشخص، در سیاست کاهش گام‌به‌گام تعداد جنین‌های انتقالی، موفق بوده است. به این ترتیب، مطلوب است که قانون‌گذار ایران، نیل تدریجی به «نقطه‌ی مطلوب» را به‌دقت و تفصیل و واقع‌گرایانه، تدوین کند تا اساساً، این نقطه، دست‌یافتنی بشود و به جنگ واقعیات نرود. این امر مستلزم برنامه‌ریزی بلندمدتی است که از سویی، ریشه در داده‌های پزشکی و تخصصی و از سوی دیگر، پای در

در ایران، جلوگیری از عوارض و پیامدهای منفی بارداری چندقلویی برای مادر و جنین، مستلزم اتخاذ رویکردهایی حقوقی، هم، در سطح پیشگیری و هم، پس از وقوع این نوع بارداری است؛ از این رو، افزون بر جواز کاهش جنین در بارداری چندقلویی، بهترین روش، همانا، تهیهی دستورالعمل‌ها و مقرراتی است که محدودیت‌هایی متناسب با سن مادر، شرایط و کیفیت جنین، تعداد دوره‌های قبلی انجام آی‌وی‌اف و وضعیت حمایت بیمه‌ای، وضع کند.

بی‌گمان، اتخاذ سیاست‌های روشن، سازگار و واحد و به‌اندازه‌ی کافی منعطف در زمینه‌ی تعداد جنین‌های انتقالی، ضروری است. لازم است در فرایندی بلندمدت، با ایجاد پوشش‌های بیمه و در روندی گام‌به‌گام، به سوی سیاست انتقال یک جنین پیش رفت و در کنار جواز کاهش جنین که عملاً نیز در حال رواج است، از عوارض بارداری چندقلویی جلوگیری کرد.

منابع

- 1- Shiva M, ArabiPour A. Fetal Reduction in Multiple Pregnancies. In: [Seghte Darmani Va Kaheshe Janin Az Manzare Pezeshki, Feghhi, Hoghoughi va Akhlaghi]. Tehran: Samt; 2014. p. 274-94. [in Persian]
- 2- Ahmadi S, Akhouni M, Behjati Ardakani Z. Fetal Reduction in Multiple Pregnancies. Journal of Reproduction & Infertility. 2005; 6(4): 441-9. [in Persian]
- 3- Rasekh M. Third Legal Generation. In: Rasekh M. [Hagh va Maslahat: Maghalati Dar Falsafeye Hoghough, Falsafeye Hagh va Falsafeye Arzesh]. Tehran: Ney; 2014. p. 19-40. [in Persian]
- 4- Rasekh M, Domanloo F, AnsariPour S. Moral Evaluation of Fetal Reduction. Iranian Journal of Medical Education. 2019; 11(1): 316-28. [in Persian]
- 5- Fetal Reduction. Fertility & Sterility. 2007; 87(4): s44-6.
- 6- Stockage A. Regulating multiple birth pregnancies: comparing the United Kingdom's comprehensive regulatory scheme with the United States' progressive intimate decision-making approach. Michigan State Journal of International Law. 2010; 18(3): 570-3.
- 7- Grubb A. Principles of Medical Law. 1st Ed. London: Oxford University Press; 2004.
- 8- Davis C, Douglas H. Selective reduction of fetuses in multiple pregnancies and the law in Australia. Journal of Law and Medicine. 2014; 22(1): 155-73.
- 9- The Parliament of Western Australia (WA). Health Act 1911. 2008. <https://www.health.wa.gov.au/publications/documents/HealthAct1911.pdf> (Accessed on: 2018).
- 10- The Parliament of South Australia (SA). Criminal Law Consolidation Act 1935. 2003. <https://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/CRIMINAL%20LAW%20CONSOLIDATION%20ACT%201935/CURRENT/1935.2252.AUTH.PDF> (Accessed on: 2018).
- 11- Ministry of Health, Labour and Welfare. Reduction of Multifetal Pregnancies. Report on Ideal Reproductive Treatment Using Donor Sperms, Eggs and Embryos, appendix. 2000. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/other/councils/00/index.html> (Accessed on: 2018).
- 12- Mohammadi GH. The Criteria of Choosing in Fetal Reduction. In: [Seghte Darmani va Kaheshe Janin Az Manzare Pezeshki, Feghhi, Hoghoughi va Akhlaghi]. Tehran: Samt; 2014. p.341-53. [in Persian]
- 13- Khanijou S. Multifetal Pregnancy Reduction in Assisted Reproductive Technologies: A License to Kill? DePaul Journal of Health Care Law. 2005; 8(2): 403- 30.
- 14- Ministry of Health Singapore. Licensing Terms and Conditions on Assisted Reproduction Services. 2011. <https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/licensing-terms-and-conditions/licensing-terms-and-conditions-on-assisted-reproduction-services.pdf> (Accessed on: 2020).
- 15- Reproductive Technology Accreditation Committee. Code of Practice for Assisted Reproductive Technology Units. http://www.rtc.org.au/docs/RTAC_Code_of_practice_2010.pdf (Accessed on: 2018).
- 16- Karlstrom PO, Bergh C. Reducing the number of embryos transferred in Sweden-impact on delivery and multiple birth rates. Journal of Human Reproduction. 2007; 22(8); 2202-7.
- 17- Velikonja U. The costs of multiple gestations pregnancies in assisted reproduction. Harvard Journal of Law and Gender. 2009; 32(1): 463-504.
- 18- Number of embryos for transfer in ART. Fertility & Sterility. 2007; 87(4): s19- 22.
- 19- The Practice Committee of ASRM and the Practice Committee of SART. Criteria for number of embryos to transfer: A committee opinion. Fertility and Sterility.

- 2013; 99(1): 44-6.
- 20- Han E, Kim SK, Lee JR, Jee BC, Suh CS, Kim SH. Multiple pregnancy after single or multiple embryo transfer performed according to Korean guidelines. *Clin Exp Reprod Med.* 2015; 42(4): 169-74.
- 21- Connolly MP, Hoorens S. The costs and consequences of assisted reproductive technology: An economic perspective. *Human Reproduction Update.* 2010; 16(6): 603-13.
- 22- Sadeghi MR. [Payane Nabarvari (TV Show)]. https://www.aparat.com/v/SGnys/%D8%A F%D8%B1_%D8%B1%D9%88%D8%B4_IVF_%DA%86%D9%87_%D8%AA%D8%B9%D8%AF%D8%A7%D8%AF_%D8%AC%D9%86%DB%8C%D9%86_%D8%A8%D9%87%D8%AA%D8%B1_%D8%A7%D8%B3%D8%AA_%D8%A8%D9%87_%D8%B1%D8%AD%D9%85. (Accessed on: 2018).
- 23- Sohrabvand F. The Relationship Between Number of Transferred Embryos and Pregnancy Rate in ART Cycles. *Tehran University Medical Journal.* 2010; 67(2): 132-6. [in Persian]
- 24- Insurance Coverage. *Fertility & Sterility.* 2007; 87(4): s14-6.
- 25- Brigham BK. The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. *Human Reproduction.* 2013; 28(3): 666-75.
- 26- Financial “risk-sharing” or refund programs in assisted reproduction: An Ethics Committee opinion. *Fertility & Sterility.* 2016; 106(5): e8-11.
- 27- Gorton M. Review of assisted reproductive treatment: Consultation Paper. 2018. <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/perinatal-reproductive/assisted-reproduction/regulatory-review> (Accessed on: 2018).

Original Article

Fetal Reduction: A Comparative Legal Study

Mohamad Rasekh^{*1}, Shirin Boroomand²

¹Professor of Law and Philosophy, Shahid-Beheshti University, Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, ACECR, Tehran, Iran.

²PhD of Public Law, Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, ACECR, Tehran, Iran.

* Corresponding Author: m-rasekh@sbu.ac.ir

Abstract

Modern infertility treatment methods, along with favorable results, sometimes bring about unfavorable consequences. Multiple pregnancy is one of those consequences that puts the health of mother and life of fetus in danger. Fetal reduction, namely removing one or more fetuses with aim of preserving pregnancy and also certain preventive measures such as transfer of fewer fetuses into uterus of mother in each cycle of In Vitro Fertilizations (IVF), is one of solutions to tackle this unfavorable consequence. In a number of legal systems, along with a permission to conduct fetal reduction, precise provisions on the number of transferable fetuses are enacted. A comparative study of fetal reduction in countries in which there is an experience of legal encounter with this issue shall open a horizon for the legislator and policy makers in the field of health in Iran, where there is no consistent laws or regulations in this context, so that they adopt an appropriate approach to the problem. It seems that a fetal reduction permission, limiting regulations on the number of transferable fetuses, and proper insurance coverage embody an appropriate legal system in the context of fetal reduction.

Keywords: Multiple pregnancies, Insurance coverage, Number of transferable fetuses, Fetal reduction

