

Til lovforslag nr. L 5. Tillægsbetænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 21. maj 1997

Tillægsbetænkning

over

Forslag til lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v.

Udvalget har, efter at lovforslaget ved 2. behandling blev henvist til fornyet udvalgsbehandling, behandlet dette i nogle møder og har herunder stillet spørgsmål til sundhedsministeren, som denne har besvaret dels skriftligt, dels i samråd. Nogle af udvalgets spørgsmål og sundhedsministerens svar herpå er optrykt som bilag til tillægsbetænkningen.

Endvidere har udvalget modtaget skriftlige og mundtlige henvendelser fra:

Andersen, Anders Nyboe, Rigshospitalets Fertilitetsklinik,
Dansk Kvindesamfund,
Dansk Sygeplejeråd,
De Samvirkende Invalideorganisationer,
Den Almindelige Danske Lægeforening,
Det Ethiske Råd,
Landsforeningen for Bøsser og Lesbiske,
Landsforeningen Ufrivilligt Barnløse,
Nielsen, Bente Holm, København,
Rose, Frits, Brønshøj og
Thomsen, Ulla Boysen, Charlottenlund.

Der er af sundhedsministeren og nogle mindretal stillet ændringsforslag, hvorom henvises til de ledsagende bemærkninger.

Et mindretal (Socialdemokratiets, Det Radikale Venstres og Centrum-Demokraternes medlemmer af udvalget) finder, at problemet vedrørende ikke-lægelige kriterier for adgangen til kunstig befrugtning har været debatteret indgående under udvalgsarbejdet og under Folketingets behandling af lovforslaget.

Den umiddelbare anledning hertil var, at to fertilitetslæger rejste spørgsmålet, om der bur-

de være andre kriterier for adgangen til kunstig befrugtning end de medicinske.

I sundhedsministerens besvarelse af 23. april 1997 af Sundhedsudvalgets spørgsmål nr. 34, jf. L 5 - bilag 86 og i besvarelsen af samrådsspørgsmål C-D, jf. L 5 - bilag 144, er der nærmere redegjort for, hvordan lægerne ifølge lægeloven har pligt og ret til at give patienten den behandling, der efter lægens opfattelse er den rigtige.

Det er endvidere understreget, at lægen skal foretage en nøje vurdering af kvindens samlede helbredstilstand, og på baggrund af denne vurdering har lægen pligt til at informere kvinden om den risiko, der i det konkrete tilfælde må antages at være forbundet med svangerskabet, fødslen og fosterets/barnets helbredstilstand. Hvor lægen vurderer, at der foreligger en øget helbredsmæssig risiko for mor og barn, bør lægen fraråde etablering af graviditet og afslå at medvirke til reproduktionsfremmende behandling.

Mindretallet finder i lighed med sundhedsministeren, jf. L 5 - bilag 139, at der forud for yderligere politisk stillingtagen til disse spørgsmål må ske en nærmere afdækning af problemets omfang og karakter.

Mindretallet kan derfor tilslutte sig, at sundhedsministeren allerede nu iværksætter en nærmere belysning heraf, samt at sundhedsministeren nøje vil følge området og herunder opfordre lægerne til at orientere Sundhedsstyrelsen, såfremt der måtte opstå situationer, hvor lægen anser ikke-lægelige faktorer for at udgøre et væsentligt problem i forhold til behandlingen med kunstig befrugtning.

Herefter indstiller et *mindretal* (Socialdemokratiets medlemmer af udvalget) lovforslaget til *vedtagelse* med de under nr. 3 og 7 stillede ændringsforslag. Herudover har Socialdemokratiets medlemmer af udvalget stillet og tiltrådt forskellige ændringsforslag.

Mindretallet ønsker i forbindelse med, at der er stillet ændringsforslag, hvorefter der foreslås indført hel eller delvis brugerbetaling for kunstig befrugtning, at bemærke følgende:

Socialdemokratiet må klart afvise sådanne forslag, idet indførelse af egenbetaling på dette behandlingsområde vil være et brud på det hidtil grundlæggende princip i den nuværende sygehuslovgivning, der sikrer alle borgere lige adgang til sygehusbehandling uanset økonomisk formåen.

Indførelse af brugerbetaling her vil således antaste hovednerven i sygehuslovens bestemmelse om vederlagsfri sygehusbehandling.

Sundhedsministeren har i anledning af debatten besluttet at iværksætte et udredningsarbejde, der nærmere skal belyse spørgsmålet om brugerbetaling for behandling af ufrivillig barnløshed i det offentlige sygehusvæsen, hvilket Socialdemokratiet kan tilslutte sig.

Udredningsarbejdet afsluttes ved årsskiftet 1997/98.

Et *andet mindretal* (Venstres medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de under nr. 9-12 stillede ændringsforslag. Det bemærkes, at et af Venstres medlemmer af udvalget herudover har tiltrådt forskellige ændringsforslag.

Et *tredje mindretal* (Det Konservative Folkepartis medlemmer af udvalget) indstiller lovforslaget til *vedtagelse* med de under nr. 3, 4, 5, 6 og 8-12 stillede ændringsforslag.

Et *fjerde mindretal* (Socialistisk Folkepartis medlemmer af udvalget) vil redegøre for sin stilling til lovforslaget og de stillede ændringsforslag ved 3. behandling. Det bemærkes, at Socialistisk Folkepartis medlemmer af udvalget har stillet og tiltrådt forskellige ændringsforslag.

Et *femte mindretal* (Det Radikale Venstres medlem af udvalget) vil redegøre for sin stilling til lovforslaget og de stillede ændringsforslag ved 3. behandling.

Et *sjette mindretal* (Fremskridtspartiets medlem af udvalget) vil redegøre for sin stilling til lovforslaget og de stillede ændringsforslag ved 3. behandling. Mindretallet vil dog stemme for de under nr. 9-12 stillede ændringsforslag.

Et *syvende mindretal* (Centrum-Demokraternes medlem af udvalget) vil redegøre for sin stilling til lovforslaget og de stillede ændringsforslag ved 3. behandling.

Mindretallet bemærker, at Centrum-Demokraterne er indforstået med, at der ikke indføres brugerbetaling for kunstig befrugtning på nuværende tidspunkt, da de problemer, der er forbundet hermed, ikke er tilstrækkeligt belyst.

Centrum-Demokraterne understreger imidlertid ønsket om, at spørgsmålet tages op i forbindelse med bestræbelserne på i videst muligt omfang at harmonisere regler og krav i forbindelse med henholdsvis kunstig befrugtning og adoption.

Et *ottende mindretal* (Dansk Folkepartis medlem af udvalget) vil redegøre for sin stilling til lovforslaget og de stillede ændringsforslag ved 3. behandling. Mindretallet vil dog stemme for de under nr. 9-12 stillede ændringsforslag.

Ændringsforslag

Til § 3

Af et *mindretal* (Lone Møller (S), Jytte Witrock (S) og Kjeld Rahbæk Møller (SF)):

1) Efter »Kunstig befrugtning« indsættes: », hvor befrugtning etableres uden for kvindens krop,«.

Af et *mindretal* (Margrete Auken (SF)):

2) Efter stk. 1 indsættes som nyt stykke:

»Stk. 2. Kvinder, som ikke er gift og som ikke lever sammen med en mand i et ægte-skabslignende forhold, kan dog tilbydes kunstig befrugtning med sæd fra en donor, hvis identitet er kendt.«

Af *sundhedsministeren*, tiltrådt af et *flertal* (S, KF og Jørgen Winther (V)):

Tillægsbet. o. lovf. vedr. kunstig befrugtning m.v.

Til § 14

3) *Stk. 2* affattes således:

»*Stk. 2.* Kunstig befrugtning med et æg doneret af en anden kvinde må ikke finde sted, hvis den donerende kvindes identitet på forhånd er kendt af det modtagende par, ligesom det modtagende par ikke på forhånd må bestemme donors identitet.«

Af et *mindretal* (Hanne Andersen (S)), tiltrådt af et *mindretal* (KF og SF):

Til § 15

4) Efter stk. 1 indsættes som nyt stykke:

»*Stk. 2.* Befrugtede æg, der opbevares, må dog kun anvendes til at opnå én graviditet med fødsel af et eller flere levendefødte børn.«

Stk. 2 og 3 bliver herefter stk. 3 og 4.

Af *sundhedsministeren*, tiltrådt af et *mindretal* (KF, Hanne Andersen (S), Holger Graversen (S), Tove Lindbo Larsen (S) og Jørgen Winther (V)):

Til § 22

5) *Stk. 1* affattes således:

»Før behandling med kunstig befrugtning indledes, skal der indhentes skriftligt samtykke til behandlingen fra kvinden og dennes ægtefælle eller partner. Den behandlende læge skal påse, at samtykket fortsat er gyldigt, når behandlingen påbegyndes.«

Til § 23

6) Ordene »en kvinde eller« udgår.

Af *sundhedsministeren*, tiltrådt af et *mindretal* (S og Jørgen Winther (V)):

Til § 26

7) Paragraffen affattes således:

»§ 26. Befrugtede menneskelige æg, der har været gjort til genstand for biomedicinsk forskning, herunder almindelig kvalitetssikrende forskning ved ægopsætning, må kun opsættes i en kvindes livmoder, hvis det befrugtede æg er genetisk uændret (umodificeret) og den forudgående forskning efter en faglig vurdering i øvrigt ikke må antages at have beskadiget ægget i dets videre udvikling.

Stk. 2. Forskningsprojekter efter § 24 skal godkendes i det videnskabetiske komitéssystem, der forud for eventuel godkendelse vurderer, om projekterne har det tilladte formål.«

Til § 28

Af *sundhedsministeren*, tiltrådt af et *mindretal* (KF, Hanne Andersen (S), Holger Graversen (S), Tove Lindbo Larsen (S) og Jørgen Winther (V)):

8) I *stk. 2, 1. pkt.*, udgår ordene »den kvinde eller«.

Af et *mindretal* (V, KF, FP og DF):

Til § 29

Principal:

9) Efter stk. 4 indsættes som nyt stykke:

»*Stk. 5. § 01* har virkning for behandling med kunstig befrugtning, som påbegyndes efter den 1. oktober 1997.«

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

Subsidiært:

10) Efter stk. 4 indsættes som nyt stykke:

»*Stk. 5. § 02* har virkning for behandling med kunstig befrugtning, som påbegyndes efter den 1. oktober 1997.«

Stk. 5 bliver herefter stk. 6.

Ny paragraf

Principal:

11) Efter § 30 indsættes som ny paragraf:

»§ 01. I lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995, som ændret ved lov nr. 1121 af 20. december 1995, foretages følgende ændring:

1. I § 5 indsættes efter stk. 6 som nye stykker:

»*Stk. 7.* Personer, som behandles med kunstig befrugtning ved en amtskommunes sygehusvæsen, afholder de udgifter, der er forbundet med behandlingen.

Stk. 8. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for beregning og betaling af de udgifter, som er nævnt i stk. 7.«

Stk. 7-13 bliver herefter stk. 9-15.«

Ny paragraf

Til nr. 3, 5, 6 og 8

Subsidiært:

12) Efter § 30 indsættes som ny paragraf:

»§ 02. I lov om sygehusvæsenet, jf. lovbe- kendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995, som ændret ved lov nr. 1121 af 20. december 1995, foretages følgende ændring:

1. I § 5 indsættes efter stk. 6 som nye stykker:

»Stk. 7. Personer, som behandles med kunstig befrugtning ved en amtskommunes sygehusvæsen, afholder 75 pct. af de udgifter, der er forbundet med behandlingen.

Stk. 8. Sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for beregning og betaling af de udgifter, som er nævnt i stk. 7.«

Stk. 7-13 bliver herefter stk. 9-15.«

Bemærkninger

Til nr. 1

Allerede i dag udføres insemination uden for lægeligt regi. Med ændringsforslaget sikres det, at alle kvinder kan vælge under hvilke former behandling med insemination skal foregå, herunder at det i så høj grad som muligt sikres, at kvinden og barnet kan beskyttes mod smitsomme sygdomme som f.eks. HIV-smitte. Det vil være urimeligt, hvis en læge forbydes at medvirke til insemination af enlige kvinder, når denne behandling samtidig kan udføres uden for lægeligt regi. Kvinderne bliver herved tvunget til at blive behandlet under væsentlig mere usikre forhold i hjemmet uden lægelig medvirken eller bliver tvunget til at tage til udlandet.

Til nr. 2

Uanset om § 3 opretholdes eller ej, må det fastslås, at der bør være en kendt far, når befrugtningen sker ved samfundets hjælp. Hvis der ikke er en social far, må den genetiske far være kendt af barnet.

Såvel FN's børnekonvention som Det Danske Center for Menneskerettigheder fastslår barnets ret til en far.

At donors identitet er kendt betyder kun, at faderen får andre forpligtelser over for barnet, end den anonyme donor har.

Ændringerne af § 14, stk. 2, § 22, stk. 1, § 23 og § 28, stk. 2, er alle konsekvensrettelser som følge af Folketingets vedtagelse af ændringsforslag nr. 29 ved 2. behandling den 29. april 1997.

Ifølge det vedtagne ændringsforslag – nu lovforslagets § 3 – må kunstig befrugtning kun tilbydes kvinder, som er gift, eller som lever sammen med en mand i et ægteskabslignende forhold. Herefter vil kunstig befrugtning af bl.a. enlige kvinder ikke kunne ske.

Ordlyden i de ovenfor ændrede bestemmelser svarer nu til denne nye betingelse for adgang til kunstig befrugtning.

Til nr. 4

Med stk. 1 sikres, at en kvinde så vidt muligt ikke skal igennem flere hormonbehandlinger. Med ændringsforslaget forhindres par i at benytte de samtidigt befrugtede og nedfrosne æg til at opnå mere end én graviditet, forudsat at denne resulterer i fødsel af et levendefødt barn, eventuelt flere børn, når der er tale om tvillinger eller trillinger m.v.

Par, der opnår et hurtigt resultat af kunstig befrugtning, vil således ikke inden 2-årsfristen kunne påbegynde en yderligere behandling med kunstig befrugtning med de tidligere nedfrosne og befrugtede æg. Begrænsningen til et barn (eller eventuelle tvillinger m.v.) ved anvendelse af de samtidigt nedfrosne æg gælder også, hvor de nedfrosne æg måtte blive overført til behandling i en privat fertilitetsklinik.

Der er således ved den foreslåede ændring af bestemmelsen alene taget stilling til, hvor mange fuldførte graviditeter med fødsel af et levende barn/børn, der må foretages på baggrund af én ægudtagning.

Til nr. 7

Med bestemmelsen sikres det, at adgangen til at foretage forskning, herunder almindelig kvalitetssikrende forskning ved ægopsætning, kan fortsætte. Samtidig understreges, at anvendte æg skal være genetisk umodificerede, og at forskning på området skal godkendes af det videnskabetiske komitéssystem.

Den ved 2. behandling vedtagne formulering har efter Sundhedsstyrelsens vurdering fået den juridiske konsekvens, at det ikke vil være muligt at udvikle og sikre behandlingskvali-

teten generelt i form af en videnskabeligt kontrolleret opfølgning af behandlingen.

Som eksempel på sådanne kontrollerede forskningsprojekter kan nævnes en systematisk vurdering blandt flere kvinder af, hvordan æg udvikler sig i livmoderen efter, at de har ligget i forskellig næringssubstrat. Et andet eksempel er den systematiske vurdering af, hvordan æg udvikler sig, når implantationen i livmoderen sker efter henholdsvis 36 og 48 timer.

Hovedformålet med bestemmelsen er at sikre, at børn, der fødes efter kunstig befrugtning, bliver sunde og raske og ikke adskiller sig fra de børn, der fødes efter sædvanlig befrugtning ved samleje mellem en mand og en kvinde.

Det forhold, at det befrugtede æg før oplægning har været genstand for biomedicinsk forskning, må ikke på nogen måde betyde, at der sker ændringer af egenskaber eller arvemasse hos det kommende barn.

Med bestemmelsen understreges det i lovteksten, at det forbud imod genetisk modifikation, der er nedfældet i lovforslagets § 2, tillige gælder ved æg, der skal opsættes som led i et forskningsprojekt.

Forskning med diagnostiske og behandlingsmæssige mål, jf. § 24, herunder forbedring af selve in vitro-befrugtningsteknikken i graviditetsfremkaldende øjemed, må kun ske, såfremt æggets udtagning og øvrige håndtering hviler på et forsvarligt grundlag. Herunder forudsættes, at fremgangsmåden efter en nøje faglig vurdering ikke må antages at beskadige ægget med konsekvenser for dets udvikling. Dette følger tillige af lægelovens almindelige ansvarsbestemmelser og af godkendelsen fra de videnskabetiske komiteer, der omfatter al biomedicinsk forskning og dermed også kunstig befrugtning m.v.

For at understrege den yderligere sikring af forsøgsprojekter på området, der ligger i, at projekter altid skal forelægges det videnskabetiske komitéssystem til godkendelse og kontrol af det lovlige formål, er der som nyt stk. 2 indsat en særlig bestemmelse herom.

Det fremgår af komitéloven, at ethvert biomedicinsk forskningsprojekt skal anmeldes til den regionale videnskabetiske komité. Forskningsprojektet må ikke iværksættes, før end der foreligger en videnskabetisk bedømmelse og tilladelse fra komiteen hertil.

I komiteens bedømmelse påses især, at de risici, der kan være forbundet med at gennem-

føre projektet, er nøje vurderet og hverken i sig selv eller i forhold til projektets forudselige fordele har et uforsvarligt omfang, og sundhedsministeren kan efter komitélovens § 8, stk. 2, fastsætte nærmere regler herom.

Endvidere fremgår det af komitéloven, at den videnskabetiske komité skal påse, at projekter udføres i overensstemmelse med den meddelte tilladelse.

Til nr. 9 og 11

Behandling med kunstig befrugtning er ikke en behandling, som det offentlige sygehusvæsen skal stille vederlagsfrit til rådighed. Der er ikke tale om sygdomsbehandling, men om, at nogle mennesker vælger at lade sig behandle, medens andre vælger behandling fra og enten forbliver barnløse eller eventuelt adopterer. Den samme valgsituation gør sig ikke gældende i forbindelse med sygdomsbehandling.

Det foreslås derfor i ændringsforslag nr. 11, at det par, som behandles med kunstig befrugtning ved det offentlige sygehusvæsen, selv afholder de udgifter, som er forbundet med behandlingen.

Det foreslås endvidere, at sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for beregning og betaling af disse udgifter. Hensigten hermed er, at der skal fastsættes ensartede beregningsregler, som afspejler de udgifter, som med rimelighed kan siges at medgå til behandlingen, og således, at effektiviteten på det enkelte sygehus også kan finde udtryk i prisen.

Der foreslås samtidig i nr. 9, at brugerbetaling har virkning for behandlingsforløb, som påbegyndes efter den 1. oktober 1997.

Til nr. 10 og 12

Det er forslagsstillernes hovedsynspunkt, at samtlige de udgifter, som med rimelighed kan siges at være forbundet med at blive behandlet med kunstig befrugtning, bør afholdes af det par, som behandles. Såfremt dette synspunkt ikke kan samle et flertal, foreslås som alternativ hertil, at det par, der behandles med kunstig befrugtning, selv afholder 75 pct. af de udgifter, som er forbundet med behandlingen. Der henvises iøvrigt til bemærkningerne vedrørende ændringsforslag nr. 11.

Det foreslås endvidere i nr. 10, at brugerbetaling har virkning for behandlingsforløb, som påbegyndes efter den 1. oktober 1997.

Tove Lindbo Larsen (S) nfm. Lone Møller (S) Hanne Andersen (S) Holger Graversen (S)

Jytte Wittrock (S) Margrete Auken (SF) Vibeke Peschardt (RV)

Kjeld Rahbæk Møller (SF) Addi Andersen (CD) Jørgen Winther (V)

Mariann Fischer Boel (V) Ester Larsen (V) fmd. Henriette Kjær (KF)

Agnete Laustsen (KF) Brian Mikkelsen (KF) Jan Køpke Christensen (FP)

Pia Kjærsgaard (DF)

Enhedslisten havde ikke medlemmer i udvalget.

Nogle af udvalgets spørgsmål til sundhedsministeren og dennes svar herpå

Spørgsmål 37:

Vil det ikke være nødvendigt for lægen at sikre sig overholdelse af § 3 ved gennem underskrift af den mandlige partner at sikre sig, at han er indforstået med at påtage sig faderskabet – og hvad deraf følger – for det barn som sættes i verden?

Svar:

Sikring af, at kravet i § 3 om at parterne, der søger om kunstig befrugtning, lever i ægteskab eller i et ægteskabslignende forhold, kan ske på flere måder.

Hvis parterne er gift, vil kontrol heraf nemt kunne udføres, og retsvirkningen for et barn født af kvinden vil i henhold til lov om børns retsstilling (børneloven) § 2 være, at det bliver anset som et barn af ægtemanden.

Hvis parterne er ugifte samlevende, vil der ikke i en behandlingssituation på samme måde kunne ske nogen automatisk kontrol af, hvorvidt f.eks. en fælles postadresse også dækker over et »ægteskabslignende«
forhold.

Man kunne derfor i forbindelse med, at der over for lægen afgives samtykke til behandling, stille som betingelse, at manden i et samlivsforhold tilkendegiver, at han vil anerkende faderskabet til det barn, der eventuelt bliver resultatet af behandlingen.

En erklæring herom vil dog ikke automatisk medføre den virkning, at faderskabet er retligt bindende, idet endelig fastsættelse af faderskab til børn født uden for ægteskab kun kan ske, jf. børneloven, enten ved dom eller ved anerkendelse over for statsamtet, når graviditet er indtrådt.

Jeg vil gerne sikre, at der i det skriftlige samtykke, som kvindens partner skal give til kunstig befrugtning efter lovforslagets § 22, stk. 1, og i den information, der efter § 23 skal gives om de civilretlige virkninger, indgår en erklæring om, at den samlevende mand tilkendegiver at ville anerkende faderskabet til det barn, der eventuelt bliver resultatet af behandlingen.

Jeg kan oplyse, at Justitsministeriet har nedsat et udvalg, der for øjeblikket er ved at revidere børneloven. Det fremgår af bl.a. udvalgets kommissorium, at udvalget skal se på behovet for udtrykkelige regler om faderskab og moderskab til børn født efter sæd- og ægdonation.

Udvalget planlægger at afgive delbetænkning om faderskab og moderskab i forbindelse med kunstig befrugtning i efteråret 1997.

Jeg finder, at den i spørgsmålet foreslåede erklæring i forbindelse med samtykke til behandling om at ville påtage sig det eventuelle faderskab, er tilstrækkelig sikring af overholdelsen af betingelserne i § 3.

Spørgsmål 38:

Hvilke af de i lovforslaget anførte regler vil ikke gælde for en ikkelægefagligt bemandet klinik? Vil f.eks. ikkesundhedsfaglige personer, som ikke er autoriserede af Sundhedsstyrelsen, kunne retsforfølges ved overtrædelse af loven?

Svar:

Lovforslaget om kunstig befrugtning vedrører de behandlinger, der udføres af en læge eller på en læges ansvar. Lovforslaget sætter grænser for, hvad læger og forskere må bruge teknologien inden for kunstig befrugtning til.

Det fremgår af lægelovens § 24 og § 25 om kvaksalveri, at såfremt en person, der ikke har autorisation som læge, tager syge i kur og udsætter vedkommende derved helbred for påviselig fare eller foretager operative indgreb eller iværksætter hel eller delvis bedøvelse, straffes vedkommende med bøde eller hæfte, under skærpene omstændigheder med fængsel i op til 1 år.

Såfremt en klinik udfører kunstig befrugtning – ved ægudtagning – uden for en læges ansvar, vil dette høre ind under lægelovens kvaksalveribestemmelse, og klinikens personale ville kunne straffes herefter.

Såfremt en klinik uden for en læges ansvar inseminerer barnløse med donorsæd, vil dette imidlertid ikke falde ind under lægelovens kvaksalveribestemmelser, idet insemination er en enkel og ufarlig behandling, der let kan udføres uden lægelig medvirken.

Spørgsmål 41:

Ministeren bedes give en vurdering af de indlæg, der har været i pressen om ønsket om at indføre ikkelægelige kriterier som betingelse for at yde kunstig befrugtning.

Svar:

Som det fremgik af min besvarelse af spørgsmål nr. 34 har lægen pligt og ret til at lade patientens tilstand indgå i den samlede lægelige vurdering af behandlingsmulighederne i forhold til behandlingsresultatet, det vil sige graviditet, fødsel og barnets helbredsprognose.

I debatten om lovforslaget er der fra forskellig side rejst spørgsmål om, hvorvidt ikkelægelige kriterier burde indgå i betingelserne for at opnå ret til kunstig befrugtning.

Vi ved vel ikke i dag, i hvilket omfang lægerne i deres arbejde har haft vanskeligt ved at afgrænse og om nødvendigt afvise patienter efter lægens ovenfor nævnte behandlingskriterier.

Ud over de to fertilitetslæger fra henholdsvis Skejby og Brædstrup fertilitetsklinikker – der jo har efterlyst lovgivning om ikkelægelige kriterier og beskrevet mangelen herpå som et problem – har andre fertilitetslæger kommenteret debatten og ikke fundet, at der var tale om et væsentligt problem.

Spørgsmål 42:

Ministeren bedes ligeledes give en vurdering af, i hvilket omfang der måtte være behov for at indføre ikkelægelige kriterier for adgang til kunstig befrugtning.

Svar:

Som nævnt i besvarelsen af spørgsmål 41 ved vi ikke, i hvilket omfang lægerne har vanskeligt ved at afgrænse og om nødvendigt afvise patienter efter lægens behandlingskriterier.

Derfor vil jeg i perioden frem til loven om kunstig befrugtning skal revideres i folketings-samlingen 1999-2000 følge problemstillingen op. Jeg vil bl.a. søge at få oplyst, i hvor stort omfang fertilitetsafdelingerne/-lægerne anser

ikkelægelige kriterier for adgangen til kunstig befrugtning som nødvendig.

I min redegørelse om lægernes oplevelse af problemets omfang vil jeg tillige vurdere, om de anbefalinger, som Justitsministeriets udvalg til revision af adoptionsloven fremkommer med, måtte give anledning til også at ændre betingelserne for adgang til kunstig befrugtning.

Til sidst vil jeg gentage, hvad jeg sagde under Folketingets 2. behandling af lovforslaget den 29. april 1997. Jeg mener, at der bør være grænser for, hvad et samfund kan stille kriterier op for, f.eks. i forbindelse med en vurdering af kommende forældre. Vi må hellere understrege lægens ansvar for behandlingen. Lægen skal informere, rådgive og vurdere, om behandlingen står mål med resultatet, og først og fremmest om der kommer et sundt barn ud af behandlingen.

Spørgsmål 45:

Vil ministeren uddybe sine bemærkninger under 2. behandling til den i ændringsforslag nr. 45 foreslåede affattelse af § 21, stk. 1 og 2?

Svar:

Ifølge ændringsforslag nr. 45 skulle § 21, stk. 1 og 2, i lovforslaget om kunstig befrugtning affattes således, at det af selve lovtæksten fremgår, at parret inden kunstig befrugtning skal have udleveret en informationspjece udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Det Ethiske Råd. Endvidere skulle det af stk. 1 fremgå, at pjecen skal indeholde oplysninger om behandlingen, herunder muligheden for at opnå resultater, risici forbundet med behandlingen, konsekvenser af æg- og sæddonation samt muligheden for adoption.

Stk. 2 skulle affattes således, at det af selve lovtæksten fremgår, at parret ved deres underskrift skal bekræfte, at de har modtaget og læst den i stk. 1 omtalte pjece.

Ændringsforslaget forkastedes ved 2. behandling i Folketinget.

Fra talerstolen gav jeg det tilsagn, at vi allerede i dag uden ny lovgivning kan leve op til ændringsforslagets intention.

Det fremgår således af lovforslagets § 21, at der skal indhentes skriftligt samtykke fra kvinden og kvindens partner forud for behandlingens iværksættelse.

Det fremgår tillige af bestemmelsen, at samtykket skal gives på baggrund af mundtlig og skriftlig information, og af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår det, at lægen har pligt til at lade sin information og vejledning omfattede muligheden for adoption.

Spørgsmål 54:

Ministeren bedes oplyse, om § 1 i lovforslaget kun omfatter IVF-behandling og behandling ved insemination.

Svar:

§ 1 i lovforslaget om kunstig befrugtning definerer lovforslagets anvendelsesområde. Det fremgår, at anvendelsesområdet er kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v., der foretages af en læge eller under en læges ansvar, hvor graviditet søges etableret på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand.

De enkelte kunstig befrugtning-metoder er ikke nærmere beskrevet i lovteksten, idet loven også forudsættes at vedrøre metoder, der ikke er kendte på nuværende tidspunkt, såfremt disse metoder har til formål at etablere graviditet og fødsel hos en kvinde på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand.

I bemærkningerne til § 1 gives følgende eksempler på eksisterende behandlingsmetoder til kunstig befrugtning: IVF-befrugtning (reagensglas), mikroinsemination samt alle former for insemination med ægtefælles eller doneret sæd.

Det betyder således, at loven om kunstig befrugtning vil gælde alle de forskellige teknikker til undersøgelse, diagnostik og behandling, der bruges, hvor graviditet hos en kvinde søges etableret på en anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand. Desuden omfatter lovens gyldighedsområde forskning og forsøgsvirksomhed på området.

Andre behandlinger mod ufrillig barnløshed, medicinske og kirurgiske, der retter sig direkte mod mandens eller kvindens evne til at få børn ved et samleje, f.eks. kirurgisk behandling af lukkede æggeledere, ligger uden for lovens område.

Spørgsmål 55:

Ministeren bedes oplyse, i hvor stort omfang der efter de seneste medicinske forskningsre-

sultater (nye, mere patientvenlige præparater), sker ambulantly forbehandling/hormonbehandling til IVF-behandling.

Svar:

Jeg har til brug for besvarelsen indhentet følgende udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som jeg kan henholde mig til:

»Ved IVF-behandling indgår som hovedregel en ca. 1 uge varende behandling med såkaldt gonadotrop hormon, som skal gives dagligt. Indtil for nylig anvendtes hormonet, som blev fremstillet fra urin. Dette hormonet skulle gives ved indsprøjtning i en muskel, og som følge heraf blev langt de fleste kvinder (skønsvist 85-90 pct.) behandlet ved dagligt fremmøde i IVF-klinikken, hvor indsprøjtningen blev givet.

Man er nu overgået til at anvende genteknologisk fremstillet gonadotrop hormon, som i teorien er sikrere for patienterne. Det genteknologisk fremstillede hormonet behøver ikke at indsprøjtes i en muskel, men kan gives som en indsprøjtning lige under huden (subkutant), hvilket kan sammenlignes med den måde, hvorpå sukkersygepatienter indsprøjter insulin. På grund af den enklere indgiftsmåde kan langt de fleste kvinder (skønsvist 80-90 pct.) selv udføre den daglige indsprøjtning efter fornøden instruktion. Herved undgås det daglige fremmøde.«

Spørgsmål 56:

Ministeren bedes oplyse, hvor stor egenudgiften er for den enkelte patient i forbindelse med ambulantly medicinsk behandling forud for IVF-behandling.

Svar:

I de tilfælde, hvor patienterne selv skal købe det hormonpræparat, som de typisk behandles med i forbindelse med IVF-behandling, udgør tilskuddet fra sygesikringen 75 pct. Den enkelte patient betaler således 25 pct. af medicinudgifterne. For patienten svarer det til en udgift på mellem ca. 2.500 kr. og 3.000 kr. Udgifterne varierer afhængig af, hvilken behandling der skal anvendes, og hvor meget medicin patienten skal have.

Spørgsmål 57:

Ministeren bedes oplyse, hvad den gennemsnitlige omkostning er for en IVF-behandling.

Svar:

Efter en rundspørge hos 3 af de offentlige fertilitetsklinikker har jeg fået oplyst, at omkostningerne på et typisk IVF-behandlingsforløb ligger omkring 18.000 kr. I dette indgår klinikernes takster for et fuldført IVF-behandlingsforløb samt amternes udgifter til hormonbehandling.

I de tilfælde, hvor der anvendes nedfrosne æg, og kvinden således ikke behøver at gennemgå hormonstimulation og ægudtagning, ligger omkostningerne på omkring 5.000 kr. Behandlingerne med nedfrosne æg udgør ca. 5-10 pct. af alle IVF-behandlinger.

Der har i forbindelse med behandlingen af dette lovforslag været fremsat ændringsforslag, hvorefter der indføres hel eller delvis brugerbetaling for kunstig befrugtning.

Jeg vil i den forbindelse gerne slå fast, at indførelse af egenbetaling på dette behandlingsområde vil være et brud på det hidtil grundlæggende princip i den nuværende sygehuslovgivning, der sikrer alle borgere lige adgang til sygehusbehandling uanset økonomisk formåen.

Jeg mener, at indførelse af brugerbetaling vil antaste selve hovednerven i sygehuslovens bestemmelse om vederlagsfri sygehusbehandling.

Derfor har jeg i anledning af debatten besluttet at iværksætte et udredningsarbejde, der nærmere skal belyse spørgsmålet om brugerbetaling for behandling af ufrivillig barnløshed i det offentlige sygehusvæsen.

Udredningsarbejdet skal afsluttes inden udgangen af 1997.

Spørgsmål 58:

Ministeren bedes oplyse, hvad det offentlige tilskud er til adoption.

Svar:

Civilretsdirektoratet har telefonisk oplyst over for ministeriet, at det par, der adopterer et barn fra et tredjeverdensland, har krav på et kommunalt adoptionstilskud, såfremt adoptionen er formidlet gennem en af disse tre adoptionsformidlingsorganisationer: Adoption-Center, Dan-adopt, Terres des Hommes.

Det kommunale adoptionstilskud, der udbetales med hjemmel i børnetilskudsloven, udgør for tiden 32.312 kr.

Civilretsdirektoratet har endvidere oplyst, at der i 1996 formidles 506 adoptioner i Danmark. Lægges dette tal til grund, androg de kommunale tilskud til adoptioner i 1996 i alt ca. 1.635.400 kr.