

Lovforslag nr. L 151. Fremsat den 26. januar 2006 af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen)

Forslag

til

Lov om ændring af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v.

(Omfanget af behandling på de regionale sygehuse, vurdering af forældreuegnethed, lempelse af ægdonationsreglerne og forlængelse af opbevaringstiden for nedfrosne æg)

§ 1

I lov nr. 460 af 10. juni 1997 om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v., som senest ændret ved lov nr. 240 af 5. april 2004, foretages følgende ændringer:

1. Efter § 1 indsættes:

»Kapitel 1 a

Tilbud om behandling med kunstig befrugtning på de regionale sygehuse

§ 1 a. Regionsrådene må på deres sygehuse kun yde behandling med kunstig befrugtning til par, der ikke har fælles børn, jf. dog stk. 2 og § 7, stk. 3.

Stk. 2. Til par, som har fået et barn ved kunstig befrugtning, og som efter endt behandling fortsat har nedfrosne æg, kan regionsrådene på deres sygehuse inden for den frist, der er nævnt i § 15, stk. 1, tilbyde at opsætte æg med henblik på, at parret kan få flere børn.«

2. Efter § 6 indsættes:

»§ 6 a. Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, vurderer, at der er åbenbar tvivl om et pars evne til at drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen afvise behandling med kunstig befrugtning.

Stk. 2. Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, finder, at der

er begrundet tvivl om et pars evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen med parrets samtykke inddrage anden sagkundskab i vurderingen af forældreuegnethed, inden behandling iværksættes. Ved manglende samtykke skal lægen afvise at indlede behandling med kunstig befrugtning.

Stk. 3. Afviser en læge at indlede behandling med kunstig befrugtning på grund af forhold omhandlet i stk. 1 og stk. 2, kan sagen indbringes for Ankestyrelsen senest 4 uger efter lægens afgørelse.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bestemmelserne i stk. 1 - 3.«

3. I § 14 ophæves *stk. 1*, og *stk. 2* bliver herefter *stk. 1*.

4. I § 15, *stk. 1*, ændres »2 år« til: »5 år«.

5. I § 29, *stk. 1*, ændres »§§ 2-16« til: »§§ 2-6, §§ 7-16«.

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 2007.

Stk. 2. § 15, *stk. 1*, i lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. som ændret ved denne lovs § 1, nr. 4, træder dog i kraft dagen efter offentliggørelse i Lovtidende og finder tillige anvendelse på de ved lovens ikrafttræden udtagne og nedfrosne æg.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland,
men kan ved kongelig anordning sættes i kraft

for Færøerne med de afvigelser, som de særlige
færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Lovforslagets indhold

Der foreslås følgende ændringer:

- Behandlingstilbuddet med kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen begrænses gennem en bestemmelse om, at der ikke må være fælles børn. Dette svarer til den hidtidige praksis. Hvis der efter fødslen af et barn er overskydende nedfrosne æg, kan parret dog tilbydes ægoplægning inden for den foreslåede opbevaringstid på 5 år.
- Bemyndigelse til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastlægge kriterier for afgrænsning af forældreegnet som kan danne grundlag for afvisning af behandling med kunstig befrugtning ud fra en konkret vurdering.
- Tilladelse til at kvinder kan donere æg, uden at de selv er i behandling med kunstig befrugtning.
- Den maksimale opbevaringstid for nedfrosne æg ændres fra 2 år til 5 år.

Regeringen har i forbindelse med revisionen af loven drøftet spørgsmålet om, hvilke grupper der skal have tilbudt behandling med kunstig befrugtning samt foretaget en vurdering af donoranonymiteten.

Hvem skal have adgang til et behandlingstilbud.

I dag tilbydes behandling med kunstig befrugtning ved en læges medvirken til heteroseksuelle par. Enlige kvinder og lesbiske kan ikke behandles af en læge med henblik på at opnå en graviditet ved kunstig befrugtning.

Dette spørgsmål har været overvejet mange gange og repræsenterer for nogle et kontroversielt område både i relation til en sammenhængende lovgivning, til diskriminationsaspekter og til barnets tarv.

Regeringen har ikke fremsat forslag til ændring på dette punkt, men har valgt med henblik på Folketingets forhandlinger at udarbejde et notat om problemstillingen, som kan danne grundlag for en debat. Regeringen vil derfor samtidig med fremsættelsen af lovforslaget sende notatet til alle folketingsmedlem-

mer. Når der er taget stilling til, hvilket folketingsudvalg der skal forestå udvalgsbehandlingen af lovforslaget, vil notatet ligeledes blive sendt til udvalget.

Loven foreslås at træde i kraft den 1. januar 2007. Bestemmelsen om forlængelse af den maksimale nedfrysningstid for menneskelige æg i forslagens nr. 4 foreslås dog at træde i kraft dagen efter offentliggørelse i Lovtidende.

Donoranonymitet.

Efter lovgivningen om kunstig befrugtning skal der være fuldkommen anonymitet både for sæddonor og ægdonor.

Donoranonymitet betyder, at hverken parret eller barnet får oplysninger om donors identitet, ligesom donor heller ikke får oplysninger om parret og barnet.

Ved afvejningen af, om anonymiteten skal ophæves eller ej, skal hensynet til donor, til parret, til barnet og til de overordnede samfundsmæssige hensyn vægtes i forhold til hinanden.

En vurdering af hensynet til donor viser indledningsvis, at donorkorpset ikke efterspørger en ændring af retstilstanden. Den aktuelle retstilstand med fuld donoranonymitet er begrundet i, at donor handler altruistisk og ikke har interesse i selv at stå som ophav til barnet. Der eksisterer ikke nogen selvstændig ret for en donor til at blive eller fortsætte med at være donor. Der krænes således ingen rettigheder. En ophævelse af donoranonymiteten vil ikke kunne få virkning for donorer, der efter de gældende regler har doneret anonymt.

Ved afvejningen skal parret, der modtager æg eller sæd inddrages. Landsforeningen af Ufrivilligt Barnløse har udtalt sig som modstander af ophævelse af donoranonymitet.

Et til forældrerollen knyttet spørgsmål er barnets muligheder for at få kendskab til sit genetiske ophav, idet der ikke er en garanti for, at forældrene fortæller dette. Manglende oplysningspligt inden for familiens rammer bør ikke erstattes af offentlig medvirken i form af automatisk oplysningspligt eller lignende.

Hensynet til barnet kan ikke blot anskues isoleret, men må medtænkes i den familiemæssige situation, som barnet skal leve i og de samlede livsvilkår, som familien er underkastet. Det vil kunne påvirke familiens samlede velfærd, at der på et tidspunkt kan opstå en situation, hvor en tredjeperson involveres i barnets liv.

Det kan videre påpeges, at der på andre måder kan etableres graviditet, der ikke resulterer i krav fra barnets side om at få kendskab til en biologisk far (utroskab i ægteskabet eller donorinsemination, hvor manden rent faktisk kan være den biologiske far, hvis parrets seksuelle samliv fortsætter under behandlingen). Endelig kan det anføres, at anonymiteten bevirker, at faderen/moderen bedre kan indtræde i og fastholde forældrerollen, når der ikke senere kan indtræde en biologisk far eller mor i billedet.

Ud over hensynene til de ovennævnte parter er der også hensyn, der vedrører de samfundsmæssige forhold. Ophævelse af donoranonymiteten må forventes at få konsekvenser for behandling med kunstig befrugtning i visse situationer, idet antallet af sæddonorere – i hvert fald i en overgangsfase - vil falde, hvilket vil medføre vanskeligheder med behandlingens gennemførelse, antallet af behandlinger med ICSI (mikroinsemination) vil øges, hvilket medfører ægudtagning og IVF-behandling og dermed udgør en mere kompliceret behandling, antal behandlinger i udlandet vil antagelig stige for at imødegå anonymitetskravets ophævelse, og en stor erhvervs-mæssigt drevet sædbank (Cryos) vil blive påvirket.

Efter en samlet vurdering finder regeringen det ikke hensigtsmæssigt at ophæve anonymiteten for æg- og sæddonorere.

2. Baggrund for lovforslaget.

I de senere år har den gældende regulering af behandling med kunstig befrugtning på nogle punkter givet anledning til debatter i befolkningen og blandt politikere.

Regeringens fremsatte den 17. marts 2004 et forslag om ændring af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. (fastsættelse af behandlingstilbud i det offentlige sygehusvæsen, vurdering af forældreegnethed, konkret anvendelse af præimplantationsdiagnostik og opbevaringstid for nedfrosne æg) (L187). Ved Folketingets behandling af lovforslaget blev dette delt, således at den særligt hastende del af forslaget om adgang til præimplantationsdiagnostik (§ 7, stk. 3 og 4) blev gjort til genstand for en særskilt behandling i Folketinget.

Dette lovforslag om anvendelse af præimplantationsdiagnostik blev vedtaget af Folketinget den 31. marts 2004 og trådte i kraft den 5. april 2004.

Siden ændringslovens vedtagelse har den resterende del af lovforslaget været drøftet med Folketingets partier, ligesom Det Etske Råd har afgivet en samlet udtalelse i foråret 2005.

Vedrørende Folketingets behandling af den gældende lov (lov nr. 460 af 10. juni 1997) henvises til: FF 1996-97: 244, 6350, 7804; A29; B 673, 1071.

Vedrørende ændring af loven om forskning på embryonale stamceller (lov nr. 427 af 10. juni 2003) henvises til: FF 2002-2003: 7609, 9816, 10030; A 6468; B 1393.

Vedrørende ændring af loven om anvendelse af præimplantationsdiagnostik i konkrete tilfælde henvises til: FF 2003-2004: 7418, 7864, 7928; A 6737; B 1222.

3. Terminologi

I forbindelse med forhandlingerne om og vedtagelse af den gældende lov i 1997 og ved senere drøftelser af loven har der fra nogle sider været fremført forskellige synspunkter på lovens terminologi.

I denne lov anvendes udtrykket 'det befrugtede æg' som en samlende betegnelse for konceptionsproduktet (resultatet af sammensmeltningen mellem ægcelle og sædcelle) i dets udvikling uden for en kvindes krop fra befrugtningøjeblikket til og med 14. dag (nedfrosset tilstand ikke medregnet). Denne terminologi har ved lovens administration hidtil vist sig velegnet og umisforståelig, såvel i forhold til de barnløse par, som i forhold til de sundhedspersoner lovgivningen retter sig imod.

Regeringen finder det mest hensigtsmæssigt at bevare lovens terminologi, som ikke har givet anledning til lovtekniske problemer eller tvivl om lovens sigte.

Det bemærkes, at undertitlen på den i 2003 foretagne ændring i lov nr. 427 af 10. juni 2003 omtaler »embryonale stamceller«. Denne betegnelse er begrundet i forhistorien, hvor lovgivningsinitiativet stammede fra genteknologiudvalgets rapport »Fremtidens bioteknologier – muligheder og risici«. I selve lovteksten er den gældende terminologi imidlertid bevaret uændret.

4. De enkelte ændringsforslag

4.1. Behandling på de regionale sygehuse

Ud over de regler i adgangen til behandling med kunstig befrugtning, der følger af loven om kunstig befrugtning, har der i en årrække – også inden lovens

ikrafttræden i 1997 – været etableret en stort set fælles praksis for adgangen til IVF-behandling (in vitro fertilisation) i det offentlige sygehusvæsen.

Kriterierne er følgende:

- medicinsk indikation for behandlingen.
- Kvinden må ikke være fyldt 37 år, når hun sættes på venteliste til behandling, og behandlingen afsluttes, når hun fylder 40 år.
- Parret har levet i et fast parforhold med hinanden igennem mindst 3 år
- Der må ikke være fælles børn.

Derudover har det været praksis i det offentlige sygehusvæsen, at der kun blev tilbudt 3 gennemførte IVF-behandling. Oplægning af optøede, befrugtede æg medregnedes ikke. Hvis graviditeten blev opnået, men ikke førte til fødsel af et levende barn (abort, graviditet uden for livmoderen eller dødfødsel), blev der tilbudt en ekstra behandling.

Privatklinikkerne har ikke tilsvarende begrænsninger.

Når der er født et barn, anses parret ikke længere som ufrivilligt barnløst efter loven.

Denne kendsgerning har også afspejlet sig i det offentlige sygehusvæsen, der i praksis har underlagt behandlingen ovennævnte begrænsninger. Afhængigt af de helt konkrete forhold, herunder af sundhedsfaglig art, vil et par ikke kunne forudsætte, at en behandling påbegyndes eller fortsætter, når der er født et barn.

Serviceniveauet i det offentlige sygehusvæsen er i øvrigt – som nævnt – at et par kan få opsat et æg, selv om de har et barn, hvis der er tale om et overskydende æg fra en tidligere fertilitetsbehandling. Der er ikke her tale om barnløshed, men om par, der allerede har ét barn.

Det serviceniveau, som amterne har fastlagt i dag, bør ikke ændres til skade for de personer, der ved lovens ikrafttræden påbegynder eller er midt i en behandling med kunstig befrugtning. Det skønnes imidlertid hensigtsmæssigt at regulere, hvor mange behandlinger der gives i det offentlige sygehusvæsen dels af samfundsøkonomiske grunde, dels af lighedsmæssige grunde.

På den ene side har udviklingen vist, at der ikke længere er enighed i det offentlige sygehusvæsen om at fastholde disse kriterier, hvorfor der ikke er ensartede regler for behandling med kunstig befrugtning i landet. Der er for eksempel nogle få amter, der giver behandling med kunstig befrugtning med henblik på, at parret kan få barn nummer to, uanset at der ikke findes overskydende æg fra behandling med kunstig befrugtning.

Det er regeringens opfattelse, at der bør være ensartede regler på området for behandling i det offentlige sygehusvæsen med kunstig befrugtning.

Det foreslås derfor at indsætte en bestemmelse i lovgivningen om, at der ikke i det offentlige sygehusvæsen kan tilbydes behandling med kunstig befrugtning, når parret har fået et barn, og der ikke findes overskydende æg fra fertilitetsbehandlingen. Dette vil typisk sige, at der inden for 5-års fristen kan gives behandling til det antal børn, der kan fødes inden for perioden ved anvendelse af allerede nedfrosne æg, men at der ikke efter udløbet af nedfrysningstiden for æg skal kunne påbegyndes et nyt behandlingsforløb.

Med det skitserede behandlingstilbud i det offentlige sygehusvæsen er der ikke etableret et krav om, at et par skal have tilbudt behandling, indtil der er født et barn.

Det er regeringens opfattelse, at behandling med kunstig befrugtning skal tage højde for ressourcer og prioriteringer i sygehusvæsenet. De gennem en årrække accepterede vilkår repræsenterer efter regeringens opfattelse en god rettesnor for indsatsen i det offentlige sygehusvæsen i forhold til barnløshedsbehandling.

4.2. Fastsættelse af kriterier for afgrænsning af forældreuegnethed

Der har gennem årene især fra lægeligt hold været fokuseret på spørgsmålet om nødvendigheden af som betingelse for adgang til behandling med kunstig befrugtning at vurdere, om et kommende forældrepar var i stand til at tilgodese barnets tarv.

Der har især været henvist til to tilfælde opstået inden vedtagelsen af loven om kunstig befrugtning i 1997, hvor børn undfanget ved kunstig befrugtning, måtte tvangs fjernes efter fødslen. I forbindelse med drøftelserne om lovrevisionen i 2000 drøftedes sagen på ny uden at der var flere konkrete tilfælde. På baggrund af drøftelsen udsendte ministeriet den 28. september 2000 en cirkulæreskrivelse til alle fertilitetsklinikker, der kunne tage højde for nogle af de vanskeligheder, der kunne opstå i forbindelse med lægens vurdering af forældreuegnethed.

Det drejer sig antagelig ikke om mange tilfælde årligt, men når disse opstår, kan det være vanskeligt at håndtere den konkrete situation efter den gældende lovgivning.

Af cirkulæreskrivelsen fremgår, at den for fertilitetsbehandlingen ansvarlige læge bør afvise at indlede behandling i situationer, hvor der efter lægens vurdering er åbenbar tvivl om, at et par kan drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen.

Hvis en sådan tvivl er begrundet i andre forhold end rent helbredsmæssige, eller hvor parrets manglende evne til at drage omsorg for et barn ikke er ganske åbenbar, bør lægen inddrage anden relevant sagkundskab. Dette kan være parrets praktiserende læge eller sociale myndigheder. Disse instanser kan alene inddrages med parrets samtykke.

Der har siden 1997 været enkelte henvendelser om problemstillingen til Sundhedsstyrelsen og til ministeriet, men ikke egentlige indberetninger til styrelsen om tilfælde, hvor en løsning ikke har kunnet nås. Det må derfor antages, at de fleste af disse tilfælde har fundet deres løsning gennem dialog mellem lægen og det pågældende par.

For ganske kort tid siden kom problemstillingen i fokus gennem en sag, som blev omtalt i medierne.

Princippet om, at læger kan og skal vurdere åbenbar forældreuegnethed, inden behandling med kunstig befrugtning sættes i værk, skal efter regeringens opfattelse nu lovfæstes.

Ud fra et samfundsmæssigt aspekt bør det sikres, at samfundet gennem behandlingstilbud med kunstig befrugtning ikke medvirker til, at der fødes børn, hvis opvækstbetingelser på forhånd vurderes at være meget tvivlsomme.

Det er regeringens opfattelse, at lægen skal foretage en vurdering af det pågældende par med hensyn til evnen til at tage vare på et barn efter fødslen.

På den anden side bør der som udgangspunkt ikke opstilles strenge krav til et kommende forældreskab, der etableres via kunstig befrugtning. Regeringen finder derfor ikke, at de meget omfattende prøvninger, der finder sted ved adoption og ved tvangsfjernelse af børn umiddelbart bør finde anvendelse. Det bør tilstræbes, at den kunstige befrugtning har en så stor tilnærmelse til den naturlige reproduktion som muligt.

Det foreslås derfor at fastlægge regler for vurdering af et forældrepar i den konkrete situation, inden de tilbydes behandling med kunstig befrugtning.

Som eksempler på forhold, der kan give anledning til overvejelser fra lægens side, kan nævnes det behandlingssøgende pars misbrug af stoffer eller alkohol.

Narkotika- eller alkoholmisbrug hos kvinden vil som altovervejende hovedregel bevirke, at en læge ikke vil indlede kunstig befrugtning, så længe hun ikke opfylder almindelige helbredsmæssige betingelser. Dette kan allerede finde sted i medfør af Sundhedsstyrelsens gældende vejledning af 30. september 1997. Der må derfor af hensyn til en kommende graviditet ske afvænnning, inden behandling af kvinden påbegyndes.

Et tilsvarende misbrug hos manden kan eventuelt få samme virkning. Hvis situationen hos manden er af alvorlig karakter, der åbenbart kan føre til problemer i forbindelse med barnets opvækst, vil det være relevant at stille som betingelse, at der skal indledes afvænnning af manden inden behandling iværksættes. En sådan situation vil falde ind under den nye bestemmelse om »forældreuegnethed«.

Hvis et behandlingssøgende pars forhold eksempelvis deres mentale tilstand åbenbart vil kunne bevirke, at barnet ikke efter fødslen vil få den nødvendige omsorg, skal lægen afvise at behandle parret.

Hvis parret kunne få børn ved naturligforplantning, kunne der efter barnets fødsel blive behov for at iværksætte støtteforanstaltninger for at sikre varetagelse af barnets tarv. I forbindelse med kunstig befrugtning er det samfundet, der medvirker til, at barnet fødes, og det vil være naturligt i denne sammenhæng at se på, om et kommende barn allerede umiddelbart efter fødslen skal have ekstraordinær støtte eller eventuelt skal anbringes uden for hjemmet.

Et andet eksempel på, at et behandlingssøgende pars forhold ikke giver et eventuelt kommende barn tilstrækkeligt trygge kår, er de tilfælde, hvor parret eller den ene af de kommende forældre allerede har et eller flere børn, der ikke bor hjemme på grund af forholdene i familien, eksempelvis ved tvangsfjernelse eller ved andre forhold, der medfører en risiko for barnets vantrivsel.

Som forhold, der efter regeringens opfattelse ikke skal kunne danne grundlag for afslag, kan nævnes parrets økonomiske eller boligmæssige forhold. Et barn, der fødes efter naturlige forplantning, må acceptere de mange forskellige måder en familie kan fungere på, og der kan ikke i den forbindelse stilles krav om eksempelvis gode økonomiske forhold.

Endvidere må der ikke meddeles afslag på grund af forældrenes race, religion, etniske tilhørsforhold m.v. Det er barnets tarv, der er udgangspunktet, og vurderingen skal derfor altid være konkret baseret på det pågældende behandlingssøgende pars forhold.

Hvis der efter lægens vurdering er åbenbar tvivl om, at et par, der henvender sig med anmodning om behandling med kunstig befrugtning, kan drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen afvise at behandle.

Hvis der ikke er tale om åbenbar tvivl, men lægen har en begrundet mistanke om, at forældreparret ikke vil kunne drage omsorg for barnet, skal lægen inddrage anden relevant sagkundskab. Dette kan være parrets praktiserende læge eller sociale myndigheder. Med parrets samtykke kan disse instanser inddrages

ved vurderingen af omsorgsevnen. Hvis parret ikke samtykker, skal lægen afvise at indlede behandling.

Hvis en læge herefter nægter at indlede behandling med kunstig befrugtning på grundlag af tvivl om parrets forældreegnhed, kan afgørelsen inden 4 uger efter meddelelsen til parret påklages til Ankestyrelsen.

Det er den læge, der giver afslag på behandling, der skal vejlede parret om klagemuligheden.

I forbindelse med fastsættelse af de nærmere regler om forældreegnhedsvurderingen vil de sagsbehandlingsregler, der skal finde sted ved Ankestyrelsens behandling af denne type sager, blive fastsat i samarbejde med Socialministeriet.

Der forventes kun få sager, der påklages til Ankestyrelsen, idet niveauet for det samlede antal afslag – højt regnet - ikke ventes at overstige 10 om året, og alle forventeligt ikke vil påklage en negativ afgørelse.

4.3 Ægdonation

Efter den gældende lovs § 14, stk. 1, må en kvinde kun donere æg til anden kvinde, så denne kan blive gravid, hvis kvinden selv er i behandling med kunstig befrugtning.

Baggrunden for denne bestemmelse er, at man ikke har ønsket at udsætte raske kvinder, der ikke selv var i behandling, for de ulemper, som en ægdonation kunne have.

Der er for tiden lang ventetid for kvinder, der har behov for en ægdonation for at blive gravide.

I 2004 donerede omkring 65 kvinder, der selv var i fertilitetsbehandling æg til andre kvinder med henblik på, at disse skulle opnå graviditet. Fra hver kvinde fik man i gennemsnit 2 æg, der var egnede til ægoplægning. Med disse æg var det muligt at behandle omkring 45 kvinder med gennemsnitligt 2 oplægninger.

Denne behandlingskapacitet har været stort set uændret siden 1994. De i perioden voksende ventetider viser et stigende udækket behov på trods af, at flere kvinder årligt skønnes at vælge behandling ved udenlandske klinikker.

Hvis et par i dag ønsker ægdonation, sættes de som udgangspunkt på en venteliste for ægdonation. Generelt er der i øjeblikket en tendens til, at det offentlige sygehusvæsen stopper disse tilbud på grund af lange ventetider, da det nødvendige antal æg ikke er til stede. Nogle steder i privat regi er tilbuddet om behandling med ægdonation også stoppet.

Der er nu over 15 års internationale erfaringer med ægdonation, og behandlingerne er blevet forbedret gennem årene.

Med de nye behandlingsmetoder er behandlingstiden halveret og overstimulationsrisikoen er også hal-

veret, således at ægdonation ikke indebærer de samme risici som tidligere.

Hvis ægdonation bliver tilladt for alle kvinder, vil Sundhedsstyrelsen i givet fald fastsætte krav i vejledningen, eksempelvis at der i tilfælde, hvor den doneerende kvinde ikke selv skal opnå graviditet, anvendes en speciel lav hormondosis.

På denne baggrund foreslås det, at der nu åbnes op for at give tilladelse til ægdonation for kvinder, der ikke selv er i behandling med kunstig befrugtning.

Der tilstræbes en parallelitet mellem ægdonation og sæddonation, således at der også ved udvælgelse af ægdonor alene kan tages højde for vægt, hudfarve, hårfarve og øjenfarve, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. september 1997.

4.4 Ændring af nedfrysningstidens længde

Ved fremsættelsen i 1997 i Folketinget af det første forslag til lov om kunstig befrugtning m.v. indeholdt forslaget en maksimal opbevaringsfrist for frosne æg på 1 år med mulighed for dispensation. Dispensationsadgangen skulle begrundes i en lægelig vurdering af den fysiske og psykiske belastning af kvinden i forbindelse med en eventuel ny hormonstimulering og ægudtagning. Derudover kunne helbredsmæssige forhold hos kvinden eller manden medføre, at ægopsætning inden for 1-års fristen ikke ville være lægeligt forsvarlig.

Baggrunden for dette forslag var således ikke, at nedfrysningstidens længde skulle sikre mulighed for at få flere børn, men var fastsat af hensyn til en igangværende behandling.

Drøftelserne i Folketinget førte imidlertid til, at den maksimale opbevaringstid for æg blev fastsat til 2 år uden adgang til dispensation.

Udviklingen har vist, at spørgsmålet, der således allerede for flere år siden har været bragt på bane, har forårsaget mange henvendelser såvel til Sundhedsstyrelsen som til ministeriet med anmodning om dispensation. Disse dispensationsansøgninger har i de seneste år for den største dels vedkommende drejet sig om mulighederne for at få barn nummer 2.

Nedfrysningstidens længde indebærer ikke forhold, der vil få betydning for et kommende barn, idet der med de frister, der arbejdes med, ikke sundhedsfagligt kan påvises skader på et kommende barn.

Nedfrosne æg er underkastet andre bestemmelser i lovgivningen end opbevaringstidens længde. Der findes eksempelvis krav om destruktion i tilfælde af dødsfald eller skilsmisse, regler om donation til anden kvinde, bestemmelser om samtykke ved donation til forskning etc.

For at sikre overholdelse af disse bestemmelser er det regeringens opfattelse, at der fortsat skal være en maksimal opbevaringstid for nedfrosne æg. Det foreslås derfor, at menneskelige æg maksimalt skal kunne opbevares i 5 år efter udtagningen.

5. Høring

Regeringens oprindelige lovforslag blev udsendt i høring i marts 2004 hos en række myndigheder og organisationer. Den særligt hastende del af lovforslaget om adgang til præimplantationsdiagnostik (§ 7, stk. 3 og 4) blev gjort til genstand for en særskilt behandling i Folketinget og vedtaget den 31. marts 2004 med ikrafttræden den 5. april 2004.

Ved 1. behandlingen af det resterende lovforslag L 187 i Folketinget den 21. april 2004 var der enighed om, at regeringen skulle indgå i yderligere drøftelser med de politiske partier.

De elementer, der nu indgår i lovforslaget, har efter regeringens opfattelse en sådan karakter, at de repræsenterer velkendte synspunkter og holdninger. Lovforslaget har derfor ikke været udsendt i høring.

6. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige m.v.

For amterne, herunder Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Kommune vil bestemmelsen om, at der i det offentlige sygehusvæsen kan oplægges allerede nedfrosne æg inden for den foreslåede opbevaringstid på 5 år med henblik på, at parret kan få flere børn, ikke medføre en forøgelse af økonomiske byrder, idet der allerede i dag ydes behandling med oplægning af æg, såfremt der findes nedfrosne. For så vidt angår de amtskommuner, der har givet tilladelse til behandling med henblik på, at par kan få barn nummer to – ud over oplægning af allerede nedfrosne æg – vil bestemmelsen repræsentere en mindreudgift.

Bestemmelsen om, at der kan afvises behandling med kunstig befrugtning, og muligheden for at klage over en sådan afgørelse til Ankestyrelsen, betyder merudgifter for staten. Det skønnes, at omfanget af sådanne sager vil være meget beskedent, og ikke udgøre over 10 pr. år. Det skønnes at udgifterne hertil for Ankestyrelsen vil udgøre maksimalt ca. 0,05 mio. kr.

For så vidt angår den lempeligere adgang til ægdonation, vil der kunne påregnes øgede udgifter som følge af ægdonation.

I 2004 donerede omkring 65 kvinder, der selv var i fertilitetsbehandling, æg til andre kvinder med henblik på, at disse skulle opnå graviditet. Fra hver kvinde fik man i gennemsnit 2 æg, der var egnede til ægoplægning. Dette muliggjorde behandling af omkring 45 kvinder, som i gennemsnit fik knap to behandlinger hver.

Det vides ikke, hvor mange kvinder, der ikke selv er i fertilitetsbehandling, der vil være villige til at donere æg. I det følgende er lagt til grund, at der vil ske en fordobling af antallet af donationer, dvs. 65 ekstra donationer pr. år. Udgifterne pr. behandling (ægudtagning inkl. undersøgelser og medicinomkostninger til hormonel forberedelse) udgør ca. 15.500 kr., hvilket svarer til en meromkostning på knapt 1,0 mio. kr.

Med dobbelt så mange donationer vil der også kunne behandles dobbelt så mange som i dag. Det betyder, at yderligere omkring 45 kvinder kan blive behandlet (under forudsætning af at de i gennemsnit modtager to behandlinger hver), dvs. i alt yderligere 90 behandlinger. Prisen for en behandling med ægoplægning inkl. medicinudgifter til hormonel forberedelse udgør ca. 8.000 kr., hvilket svarer til en meromkostning på godt 0,7 mio. kr.

De samlede årlige meromkostninger skønnes på baggrund af ovenstående at udgøre i alt ca. 1,7 mio. kr., heraf vil det offentlige skulle afholde godt 1,1 mio. kr., idet det forventes, at ca. 2/3 af behandlingerne vil foregå i offentligt regi og ca. 1/3 af behandlingerne i privat regi.

De samlede merudgifter ved en fordobling af behandlingskapaciteten – som skønnes nødvendig, hvis en normalisering af ventetiden på behandling skal opnås – vil skulle afholdes inden for Indenrigs- og Sundhedsministeriets ramme.

Omkostningerne ved opbevaring af nedfrosne æg er så lille, at en meromkostning inden for de i forslaget fastsatte rammer ikke vil belaste det offentlige sygehusvæsen.

For det private *erhvervs*liv vurderes det, at de private fertilitetsklinikker næppe vil få yderligere henvendelser om behandling, da det offentlige sygehusvæsen som hovedregel kun har ydet behandling til at få ét barn.

Lovforslaget har ingen *miljømæssige* konsekvenser og indeholder ingen *EU-retlige* aspekter.

	Positive konsekvenser/mindreudgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og amtskommuner	Ingen	1,2 mio. kr.
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og amtskommuner	Ingen	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Forslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter	

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Tilbud om behandling på de regionale sygehuse

Med bestemmelsen fastslås det, at der på de regionale sygehuse kun skal ydes behandling til, at et par kan få ét fællesbarn. Hvis et par ønsker indledt behandling med henblik på at få flere børn, kan dette ske i det private regi mod betaling. Dette gælder dog ikke i de tilfælde, hvor Sundhedsstyrelsen giver tilladelse til anvendelse af præimplantationsdiagnostik i særlige tilfælde, jf. ændring i lov nr. 240 af 5. april 2004.

Med bestemmelsen i stk. 2, er der mulighed for at fortsætte den hidtidige praksis på de offentlige sygehuse, hvorefter par, der har nedfrosne æg efter fødsel af det første barn, kan få foretaget ægoplægning.

De regionale sygehuse anvendes i denne sammenhæng i overensstemmelse med bestemmelserne i Sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005.

Dette betyder, at det er de myndigheder, der omtales i ovennævnte lov, der er omfattet af bestemmelsen i loven om kunstig befrugtning.

Endvidere er det også i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning den mulighed, at et regionsråd kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af opgaver på dette område. Dette forudsætter dog, at bestemmelserne i loven om kunstig befrugtning overholdes.

Det bemærkes, at behandling med kunstig befrugtning, der finder sted i overensstemmelse med bestemmelserne i forslaget nr. 1, er underkastet de bestem-

melser om vederlagsfri behandling, som er gældende i henhold til Sundhedsloven.

Til nr. 2.

Kriterier for afgrænsning af forældreegnethed

Med bemyndigelsen til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte kriterier for afgrænsning af forældreegnethed vil der blive indført en »nødbremse« i tilfælde, hvor dette er nødvendigt. Samtidig kan der fastsættes regler, der ikke medfører omfattende vurderinger.

Det skønnes vigtigt, at opnåelse af forældreskab gennem kunstig befrugtning ligger så nær op af det naturlige forældreskab som muligt.

Af retssikkerhedsmæssige grunde er det nødvendigt med en klageinstans, der kan vurdere, om en læges afslag på behandling bygger på et fornuftigt skøn. Det foreslås, at Ankestyrelsen påtager sig denne opgave. De nærmere regler for sagsbehandlingen vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren i samarbejde med Socialministeriet.

Til nr. 3.

Ægdonation

Med bestemmelsens ophævelse gives der adgang til at kvinder, der ikke selv er i fertilitetsbehandling, kan donere æg.

De nærmere regler vil blive fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren ved ændring af den gældende bekendtgørelse om kunstig befrugtning (bekendtgørelse nr. 728 af 17. september 1997). Endvidere vil Sundhedsstyrelsen fastsætte vejledende retningslinjer af sundhedsfaglig art.

Til nr. 4

Nedfrysningstidens længde

Fastlæggelse af en maksimal opbevaringsfrist på 5 år er en absolut frist, hvortil der ikke er knyttet nogen dispensationsadgang.

Det bemærkes, at overflytning af æg mellem behandlingssteder eller donation til forskningsformål ikke bevirker forlængelse af opbevaringstidens længde.

Bestemmelsen medfører ikke ændringer i de øvrige regler, der er gældende for befrugtede og ubefrugtede æg i medfør af loven og bekendtgørelsen.

I den gældende lov er såvel befrugtede som ubefrugtede æg omfattet af bestemmelserne. For ubefrugtede ægs vedkommende gør der sig ikke det samme beskyttelseshensyn gældende, som for de befrugtede æg. Destruktion af ubefrugtede æg er således ikke et etisk dilemma, som påkalder sig særlige vanskeligheder. Med den eksisterende teknik nedfryses ubefrugtede æg ikke. Når disse alligevel er medtaget i lovgivningen, skyldes det hensynet til ikke pludselig at stå i en situation, hvor loven ikke tager stilling til håndteringen, for eksempel i forbindelse med destruktion ved dødsfald.

Til nr. 5.

Det er ikke hensigtsmæssigt at strafsanktionere bestemmelsen om en læges mulighed for at nægte behandling i tilfælde, hvor lægen er i tvivl om, hvorvidt et par vil kunne drage omsorg for et barn efter fødslen.

Til § 2

Det foreslås at loven træder i kraft den 1. januar 2007.

Forslaget om forlængelse af nedfrysningstidens længde fra 2 til 5 år medfører en for borgerne mere gunstig retstilstand. Når lovforslaget først er vedtaget, skønnes det rigtigst at lade de lempeligere regler træde i kraft straks.

Lovforslaget medfører, at de kvinder, der på tidspunktet for lovens ikrafttræden allerede har fået nedfrosset æg, får mulighed for at have disse nedfrosset i sammenlagt 5 år iberegnet den allerede forløbne periode.

Det vil være nødvendigt at foretage ændringer i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 728 af 17. september 1997 om kunstig befrugtning og i Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. september 1997 om kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling.

Det forudsættes, at regler, der vedrører nedfrysningstidens længde, snarest efter loven ikrafttræden vil blive bragt i overensstemmelse med de vedtagne lovændringer.

Til § 3

Loven om kunstig befrugtning gælder ikke for Færøerne eller Grønland.

For Færøernes vedkommende kan loven – helt eller delvist – sættes i kraft ved kongelig anordning med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

For Grønlands vedkommende er kompetencen til at fastsætte regler på sundhedsområdet overgået til hjemmestyrets myndigheder.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov*Gældende formulering**Lovforslaget*

1. 1. Efter kapitel 1 indsættes:

»Kapitel 1 a

Tilbud om behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen

§ 1 a. Regionsrådene må på deres sygehuse kun yde behandling med kunstig befrugtning til par, såfremt der ikke er fælles børn, jf. dog stk. 2 og § 7, stk. 3.

Stk. 2. Til par, som har fået et barn ved kunstig befrugtning, og hvor der efter endt behandling fortsat er nedfrosne æg, kan regionsrådene inden for den frist, der er nævnt i § 15, stk. 1, tilbyde at opsætte æg på deres sygehuse med henblik på, at parret kan få flere børn.«

2. Efter § 6 indsættes:

»§ 6 a. Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, vurderer, at der er åbenbar tvivl om et pars evne til at drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen afvise behandling med kunstig befrugtning.

Stk. 2. Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, finder, at der er begrundet tvivl om et pars evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen med parrets samtykke inddrage anden sagkundskab i vurderingen af forældreegnethed, inden behandling iværksættes. Ved manglende samtykke skal lægen afvise behandling.

Stk. 3. Afviser en læge at indlede behandling med kunstig befrugtning på grund af forhold omhandlet i stk. 1 og stk. 2, kan sagen indbringes for Ankestyrelsen senest 4 uger efter, at afgørelsen er meddelt parret.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bestemmelserne i stk. 1 - 3.«

Gældende formulering

§ 14. Donation af æg med det formål at opnå graviditet hos en anden kvinde må kun finde sted, hvor æggene udtages som led i in vitro-behandling af den donerende kvinde.

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.

§ 15. Befrugtede og ubefrugtede menneskelige æg kan opbevares i op til 2 år, hvorefter æggene skal destrueres.

§ 29. Medmindre højere straf er forskyldt efter den øvrige lovgivning, straffes den, der overtræder §§ 2-16, § 18, § 19, § 21, stk. 1, og §§ 22-28, med bøde eller hæfte.

Lovforslaget

3. I § 14 ophæves stk. 1, og stk. 2 bliver herefter stk. 1.

4. § 15, *stk. 1*, ændres »2 år« til: »5 år«.

5. I § 29, *stk. 1*, ændres »§§ 2-16« til: »§§ 2-6 og §§ 7-16«.

Til lovforslag nr. L 151. Skriftlig fremsættelse (26. januar 2006)

Indrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Herved tillader jeg mig for Folketinget at fremsætte:

Forslag til lov om ændring af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. (Omfanget af behandling på de regionale sygehuse, vurdering af forældreegnethed, lempelse af ægdonationsreglerne og forlængelse af opbevaringstiden for nedfrosne æg).

(Lovforslag nr. L 151).

Lovforslaget indeholder regler om det offentlige behandlingstilbud på de regionale sygehuse. Det foreslås, at sygehusene yder behandling, hvis der ikke er fælles børn. Dette svarer til den hidtidige praksis. Der kan dog tilbydes behandling, hvis parret efter fødsel af et barn fortsat har nedfrosne æg. I dette tilfælde kan der tilbydes ægoplægning inden for de tidsmæssige rammer for opbevaringstiden, der nu foreslås fastsat til maksimalt 5 år.

Endvidere indeholder forslaget en lempelse af ægdonationsreglerne, således at også kvinder, der ikke selv er i fertilitetsbehandling, får mulighed for at donere æg. Dermed får vi en parallelitet med sæddonation. Jeg skal for god ordens skyld bemærke, at Sundhedsstyrelsen i tilknyt-

ning til denne lempelse skal udarbejde nogle sundhedsfaglige retningslinjer.

Endelig indeholder loven en bestemmelse om, at der skal fastsættes kriterier for afgrænsning af forældreegnethed.

I dag tilbydes behandling med kunstig befrugtning ved en læges medvirken til heteroseksuelle par. Enlige kvinder og lesbiske par kan ikke behandles af en læge med henblik på at opnå en graviditet ved kunstig befrugtning.

Dette spørgsmål har været overvejet mange gange og repræsenterer for nogle et kontroversielt område både i relation til en sammenhængende lovgivning, til diskriminationsaspekter og til barnets tarv.

Regeringen har ikke fremsat forslag til ændring på dette punkt, men har valgt med henblik på Folketingets forhandlinger at udarbejde et notat om problemstillingen og dens mange facetter, som kan danne grundlag for en debat. Regeringen har derfor samtidig med fremsættelsen af lovforslaget tilsendt alle folketingsmedlemmer et notat om spørgsmålet indeholdende de forskellige aspekter af sagen. Når der er taget stilling til, hvilket folketingsudvalg der skal forestå udvalgsbehandlingen af lovforslaget, vil notatet ligeledes blive tilsendt dette.

Idet jeg i øvrigt henviser til lovforslaget med tilhørende bemærkninger, tillader jeg mig at anbefale forslaget til Folketingets velvillige behandling.