

Forslag
til

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

(Egenbetaling i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i det offentlige sundhedsvæsen og ændring af egenbetalingsgrænsen for visse lægemidler samt justering af regler om vurdering af forældreegnethed i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning)

§ 1

I lov nr. 460 af 10. juni 1997 om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 923 af 4. september 2006, foretages følgende ændringer:

1. § 6 a, stk. 2, affattes således:

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

§ 2

I sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, senest ændret ved lov nr. 706 af 25. juni 2010, foretages følgende ændringer:

1. I § 64, stk. 1, indsættes efter ”stk. 4.”: ”og stk. 5.”

2. I § 64 indsættes som stk. 5:

”Stk. 5. Regionsrådet yder ikke behandling efter stk. 1, eller tilskud efter stk. 2-3, til kunstig befrugtning, refertilisation eller sterilisation.”

3. § 81, stk. 1, affattes således:

”Sygehusbehandling efter bestemmelserne i afsnit VI, VII og VIII er vederlagsfri for patienten, jf. dog stk. 2-5.”

4. I § 81 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

”Stk. 2. Regionsrådet opkræver betaling for behandling med kunstig befrugtning og refertilisation samt sterilisation, jf. § 105, stk. 1. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om regionernes opkrævning, herunder betalingens størrelse.”

Stk. 2, 3 og 4 bliver herefter stk. 3, 4 og 5.

5. I § 146, stk. 1, 1. og 2. pkt. indsættes efter ”§§ 144, 145 eller 158 a.”: ”jf. dog § 146 a”.

6. Efter § 146 indsættes:

”§ 146 a. Tilskuddet til lægemidler omfattet af §§ 144 eller 145, der ordineres til behandling mod ufrivillig barnløshed, afhænger af personens samlede udgift hertil opgjort i tilskudspriser, jf. § 150, inden for en periode på 1 år, der regnes fra første indkøbsdato og beregnes i henhold til de i stk. 2 fastsatte beløbsgrænser og procentsatser. En ny periode indledes første gang, patienten køber lægemidler med tilskud til behandling mod ufrivillig barnløshed efter udløbet af den foregående periode.

Stk. 2. Der ydes ikke tilskud til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed, såfremt den samlede udgift er under 15.000 kr. inden for en periode på 1 år. Overstiger den samlede udgift inden for en periode på 1 år 15.000 kr., udgør tilskuddet 100 pct. af den del, som overstiger 15.000 kr.”

7. I § 147 indsættes som stk. 2:

”*Stk. 2.* Lægemidler, der ordineres til behandling mod ufrivillig barnløshed, er ikke omfattet af stk. 1.”

8. I § 149, *stk. 1*, indsættes efter ”§ 146, stk. 2 og 3,”: ”§ 146 a, stk. 2,” to steder.

9. I § 149 a indsættes efter ”§ 146, stk. 2 og 3,”: ”§ 146 a, stk. 2,”

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2011, dog jf. stk. 2.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af denne lovs § 2, nr. 5-9.

§ 4

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 hovedpunkter

I lyset af behovet for at prioritere de offentlige udgifter er regeringen og Dansk Folkeparti som led i aftalen om genopretning af dansk økonomi, maj 2010, enige om at indføre egenbetaling for behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen. Genopretningsplanen medfører, at der netto skal findes en offentlig mindredgift på 200 mio. kr. Det foreslås, at aftalen udmøntes ved:

- at der indføres egenbetaling for behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen
- at der indføres egenbetaling for refertilisationer i det offentlige sundhedsvæsen
- at der indføres egenbetaling for sterilisationer i det offentlige sundhedsvæsen
- at der indføres øget egenbetaling for lægemidler, som anvendes til behandling mod ufrivillig barnløshed

Samtidig foreslås det på baggrund af den senere tids debat om vurdering af forældreegnethed i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning, at den nuværende § 6 a i lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. justeres.

1.1. Vurdering af forældreegnethed

1.1.1. Gældende ret

Der har i den senere tid været debat om vurdering af forældreegnethed i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning. Det følger af den nugældende § 6 a, stk. 1, i lov om kunstig befrugtning, at hvis den ansvarlige læge vurderer, at der er åbenbar tvivl om et pars eller en

kvindes evne til at drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen afvise behandling med kunstig befrugtning.

Det er desuden fastsat i § 6 a, stk. 2, at den ansvarlige læge med parrets eller den enlige kvindes samtykke skal inddrage anden sagkundskab i vurderingen af forældreegnethed, inden behandling iværksættes, hvis lægen finder, at der er begrundet tvivl om et pars eller en enlig kvindes evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen. Med parrets eller den enlige kvindes samtykke kan den praktiserende læge eller sociale myndigheder således inddrages ved vurderingen af omsorgsevnen. Ved manglende samtykke skal lægen afvise at indlede behandling med kunstig befrugtning.

1.1.2. Overvejelser og lovforslag

På baggrund af den senere tids fokus på området foreslås der en mindre justering af § 6, stk. 2, således at den ansvarlige læge i tvivlstilfælde ud over at indhente udtalelser fra anden sagkundskab også skal inddrage en anden relevant læge i vurderingen af, hvorvidt parret eller kvinden evner at drage omsorg for et barn efter fødslen.

1.2. Egenbetaling i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen

1.2.1. Gældende ret

Efter de gældende regler i lov om kunstig befrugtning, jf. lovbekendtgørelse nr. 923 af 4. september 2006, må det offentlige sygehusvæsen yde behandling med kunstig befrugtning til par, der ikke har fælles børn, eller enlige kvinder, der ikke har børn, jf. lovens § 1 a, stk. 1.

Såfremt et par eller en enlig kvinde har fået et barn ved kunstig befrugtning og efter endt behandling fortsat har nedfrosne æg, kan det offentlige sygehusvæsen dog tilbyde opsætning af æg med henblik på, at parret eller kvinden kan få flere børn, jf. lovens § 1 a, stk. 2. Der tilbydes ikke herudover behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen med henblik på, at et par eller en enlig kvinde kan få flere børn.

Ud over de i loven fastsatte regler om adgang til behandling med kunstig befrugtning er der i regionerne praksis for, at parret eller den enlige kvinde i forbindelse med fertilitetsbehandling kan blive tilbudt op til tre behandlinger med udtagne og befrugtede æg (IVF/ICSI-behandlinger). Det bemærkes, at IVF står for In Vitro Fertilisation (reagensglasbefrugtning) og ICSI står for Intra Cytoplasmatisk Sperm Injektion (microinsemination).

Hos praktiserende speciallæger foretages der også behandling med kunstig befrugtning (inseminationer) i et vist omfang. Overenskomsten om speciallægehjælp mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) fastsætter vilkårene for vederlagsfri ydelser i speciallægepraksis i medfør af sundhedslovens § 64.

I henhold til overenskomsten har alment praktiserende læger, der praktiserer i henhold til sundhedslovens § 60, mulighed for at henvise til vederlagsfri undersøgelse og behandling hos praktiserende speciallæger, og kan herunder henvise til fertilitetsydelser hos praktiserende speciallæger i gynækologi og obstetrik.

Der er som udgangspunkt ikke egenbetaling for fertilitetsydelser for patienter i sikringsgruppe 1. Såfremt en gruppe 1-sikret møder til behandling hos en praktiserende speciallæge uden henvisning, sker behandlingen dog for sikredes egen regning. For patienter i sikringsgruppe 2 yder regionsrådet tilskud til fertilitetsydelser med samme beløb, som afholdes for tilsvarende ydelser til patienter i sikringsgruppe 1.

1.2.2 Overvejelser og lovforslag

I lyset af behovet for at prioritere de offentlige udgifter er regeringen og Dansk Folkeparti som led i aftalen om genopretning af dansk økonomi, maj 2010, enige om at indføre egenbetaling for behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen.

Det foreslås derfor, at regionerne opkræver betaling for behandling med kunstig befrugtning til enlige kvinder, der ikke har børn, og par, der ikke har fælles børn. Det offentlige sygehusvæsen kan således ikke yde behandling med henblik på mere end ét barn, dog jf. § 1, stk. 2, i lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. Ændringen vil således medføre, at behandlingssøgende par eller enlige kvinder skal betale et gebyr pr. behandlingsforsøg. De behandlingssøgende par eller enlige kvinder har naturligvis også mulighed for at modtage behandling på private klinikker mod egenbetaling. Regeringen og Dansk Folkeparti er imidlertid enige om at fastholde muligheden for at blive behandlet på de offentlige sygehuse, blandt andet for at sikre, at der fortsat sker faglig udvikling, uddannelse og forskning på området.

Indførelse af egenbetaling i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen indebærer ikke ændringer vedrørende regionernes behandlingsniveau, d.v.s. tilbud om 3 gennemførte IVF-behandlinger i forbindelse med barnløshed. Da det nuværende behandlingsniveau fastholdes, ventes udmøntningen ikke at medføre forskydninger mellem de offentlige og private fertilitetsklinikker.

Den foreslåede egenbetaling pr. behandlingsforsøg indebærer, at der ikke indføres egenbetaling for forundersøgelser, udredning og diagnostik. Egenbetalingen sætter først ind, når kunstig befrugtning (behandlingsforsøget) er besluttet. Dette medfører bl.a., at patienter, som i forbindelse med udredning af infertilitet, får konstateret anden sygdom, f.eks. kræft, og som derfor må afbryde et udredningsforløb, ikke skal betale for forløbet og diagnosticeringen.

Da der er stor forskel på omkostningerne ved en IVF-behandling, evt. også en ICSI-behandling, og en mere simpel insemination, vil der blive sondret prismæssigt mellem behandlingerne. For så vidt angår IVF/ICSI, vil der desuden blive sondret mellem, om behandlingen foretages med friske eller optøede æg, idet omkostningerne for behandling med friske og frosne æg er ganske forskellige.

Gebyrerne for en IVF/ICSI-behandling fastsættes således, at der betales pr. behandlingsforsøg – første forsøg med IVF/ICSI vil koste 5.000 kr. Det næste forsøg vil ligeledes koste 5.000 kr. (evt. 3.000 kr., såfremt der er tale om oplægning af optøede æg) etc. Hertil kommer eventuelle udgifter til køb af donorsæd. Omkostninger til køb af donorsæd skal faktureres særskilt til patienten.

Gebyrerne for behandling med insemination fastsættes således, at der betales pr. behandlingsforsøg efter gældende ambulante besøgstakst (DAGS-takst) – et forsøg med insemination vil således koste 1.271 kr. Hertil kommer eventuelle udgifter til køb af donorsæd. Omkostninger til køb af donorsæd skal faktureres særskilt til patienten.

Det foreslås, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om regionernes opkrævning af betaling, herunder at ministeren fastsætter betalingens størrelse.

For så vidt angår behandling med kunstig befrugtning i speciallægepraksis, er det regeringens opfattelse, at man i forlængelse af aftalen om genopretning af dansk økonomi bør ensarte tilbuddet om kunstig befrugtning i hele det offentlige sundhedsvæsen. Med lovforslaget foreslås det således, at regionsrådene ikke tilbyder vederlagsfri behandling med kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i speciallægepraksis, jf. 105, stk. 1. Når disse behandlinger tages ud af speciallægeoverenskomsten som konsekvens af ændringerne af § 64, stk. 1 og 5, indebæ-

rer det, at speciallægerne selv kan fastsætte størrelsen af de honorarer, som speciallægerne vil opkræve fra patienterne.

1.3. Egenbetaling for refertilisation og sterilisation i det offentlige sundhedsvæsen

1.3.1. Gældende ret

Det offentlige sundhedsvæsen tilbyder på nuværende tidspunkt vederlagsfrie sterilisationer, jf. sundhedslovens §§ 64 og 81 samt sundhedslovens kapitel 30, og vederlagsfrie refertilisationer, jf. sundhedslovens § 64 og § 81.

1.3.2. Overvejelser og lovforslag

Sterilisation kan anvendes som alternativ til andre præventionsmidler, der er forbundet med egenbetaling, f.eks. p-piller. Udgangspunktet for reglerne om sterilisation i sundhedsloven er, at enhver person over 25 år uden tilladelse kan blive steriliseret, jf. sundhedslovens § 105, stk. 1. Det foreslås, at der indføres egenbetaling for personer, som bliver steriliseret efter denne bestemmelse, på de offentlige sygehuse. Egenbetalingen vil således omfatte habile personer over 25 år.

Personer, som ifølge sundhedsloven skal indhente en tilladelse forinden sterilisation, vil ikke blive omfattet af egenbetalingen. Det drejer sig bl.a. om personer, som på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid, er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, jf. §§ 105, stk. 2, og 110. Endvidere vil personer, som er omfattet af sundhedslovens § 111 ej heller skulle betale for sterilisation i det offentlige sygehusvæsen.

Fritaget for egenbetaling vil desuden være personer, som i medfør af sundhedslovens § 106, kan blive steriliseret uden særlig tilladelse, hvis det er nødvendigt at forebygge svangerskab for at afværge fare for liv eller for alvorlig og varig forringelse af kvindens legemlige eller sjælelige helbred, og denne fare udelukkende eller ganske overvejende er lægefagligt begrundet.

Det foreslås desuden, at der indføres egenbetaling i forbindelse med refertilisation. Det bemærkes, at der kun foretages et særdeles begrænset antal refertilisationer.

Om egenbetaling for refertilisation og sterilisation skal det bemærkes, at betalingens størrelse vil blive fastsat i en bekendtgørelse. Betalingens størrelse vil svare til de nuværende ambulante takster (DAGS takster). For så vidt angår sterilisation i sygehusvæsenet er taksten ca. 7.300 kr. for mænd, mens taksten for kvinder er ca. 10.550 kr. For refertilisation i sygehusvæsenet er taksten i alt 5.982 kr.

1.4. Øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed

1.4.1. Gældende ret

Lægemidler, der ordineres til behandling mod ufrivillig barnløshed, er i dag omfattet af de almindelige regler om tilskud til lægemidler i sundhedslovens afsnit X.

Der ydes efter de gældende regler tilskud til lægemidler, som af Lægemiddelstyrelsen er meddelt generelt tilskud. Herudover ydes der generelt klausuleret tilskud betinget af, at lægemidlet er ordineret på recept til behandling af bestemte sygdomme eller persongrupper. Uanset, at lægemidlet ikke er meddelt tilskud, kan Lægemiddelstyrelsen i særlige tilfælde bestemme, at der skal ydes tilskud til køb af et lægemiddel (enkelttilskud). Kriterierne for bevilling af medicintilskud fremgår af medicintilskudsbekendtgørelsen.

Størrelsen af borgerens tilskud afhænger af borgerens samlede udgift til medicin med tilskud opgjort i tilskudspriser, jf. lovens § 150, som personen har købt inden for en periode på 1 år, der

regnes for første indkøbsdato (tilskudsperiode). En ny tilskudsperiode starter første gang borgeren køber lægemidler med tilskud efter udløbet af den foregående tilskudsperiode.

Hvert år ændres grænserne (beløbsgrænserne) – med satsreguleringsprocenten – for, hvor meget borgerne selv skal betale for medicin, og hvor meget regionerne betaler.

Jo større udgifter, borgeren har til tilskudsberettiget medicin, jo mere får borgeren i tilskud inden for en periode på ét år (tilskudsperioden). Derudover afhænger tilskuddets størrelse også af, om borgeren er under eller over 18 år ved starten af tilskudsperioden.

Sammenhængen mellem tilskuddets størrelse og den samlede årlige udgift til tilskudsberettiget medicin, før tilskuddet er trukket fra, ses af nedenstående tabel 1, der anvender de fra 1. januar 2010 gældende beløbsgrænser:

Tabel 1– Samlet årlig udgift pr. person til tilskudsberettigede lægemidler før tilskud er trukket fra	Tilskud til personer over 18 år, pct.	Tilskud til personer under 18 år, pct.
0-850 kr.	0	60
850-1.385 kr.	50	60
1.385-2.990 kr.	75	75
Over 2.990 kr.	85	85
Grænse for kronikertilskud (skal søges af lægen)		
Voksne: Over 16.131 kr. (egenbetaling = 3490 kr.)	100	
Børn og unge under 18 år: Over 19.888 kr. (egenbetaling= 3490 kr.)		100

En lang række af de lægemidler, der er godkendt og anvendes til behandling mod barnløshed, har i dag generelt tilskud og indgår således automatisk i opgørelsen af den årlige samlede udgift til tilskudsberettigede lægemidler. Borgerens tilskud beregnes i henhold til ovennævnte procent-satser og beløbsgrænser.

Som det fremgår af ovennævnte tabel, er der mulighed for at få 100 pct. i tilskud til tilskudsberettigede lægemidler, når den samlede årlige udgift overstiger 16.131 kr. (for voksne) (kronikertilskud). Kronikertilskud bevilges i medfør af sundhedslovens § 147 af Lægemiddelstyrelsen efter ansøgning fra den behandlende læge til personer med et stort, varigt og fagligt veldokumenteret behov for lægemidler. Der ydes efter denne bestemmelse i dag 100 pct. i tilskud til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed til personer med kronikerbevilling. Cirka 6.000 kvinder i medicinsk behandling mod ufrivillig barnløshed havde en kronikerbevilling i 2009.

1.4.2. Overvejelser og lovforslag

I lyset af behovet for at prioritere de offentlige udgifter foreslås det, at der indføres øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed.

Det foreslås derfor, at der indføres en egenbetalingsgrænse per person på 15.000 kr. årligt for lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed. Overstiger borgerens udgift til disse lægemidler 15.000 kr. årligt opgjort i tilskudspriser (2011-niveau), ydes 100 pct. i tilskud til den del, der overstiger 15.000 kr. Samtidig bortfalder muligheden for at få en kronikerbevilling til brug for køb af lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed.

Der ændres alene i størrelsen af det medicintilskud, borgeren har ret til efter loven. De grundlæggende principper for opgørelse og beregning af medicintilskud – herunder til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed – ændres ikke.

Der ydes fortsat alene tilskud til disse lægemidler, såfremt lægemidlerne har generelt tilskud eller generelt klausuleret tilskud rettet mod behandling mod ufrivillig barnløshed, eller hvis borgeren har fået enkelttilskud til køb af lægemidlet i medfør af de almindelige regler herom. I

opgørelsen af borgerens saldo indgår lægemidlernes tilskudspris, og tilskuddet ydes til lægemidlernes tilskudspris efter de almindelige regler herom. Der kan bevilges forhøjet tilskud til lægemidlerne efter de gældende regler herom.

Det forudsættes, at der med ændringer i Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister (CTR), Medicinpriser og apotekernes IT-systemer etableres mulighed for at beregne tilskud efter samme principper, som i dag gælder for alle tilskudsberettigede lægemidler. Der vil blive oprettet en parallel saldo (CTR-B) i CTR til opgørelse og beregning af tilskuddet til disse lægemidler på baggrund af indberetninger fra apoteket om borgerens køb af disse lægemidler med henblik på, at tilskuddet kan ydes i ekspeditionsøjeblikket. Ved køb af receptordinerede lægemidler, ordineret til behandling mod ufrivillig barnløshed, skal kunden have udleveret en kassebon, hvoraf fremgår oplysninger om borgerens saldo i CTR-B, slutdato for tilskudsperioden i CTR-B etc., således som det i dag er tilfældet ved køb af tilskudsberettigede lægemidler på apoteket. Det forudsættes, at receptbekendtgørelsens regler herom justeres i overensstemmelse hermed.

2. De økonomiske konsekvenser for det offentlige

Som følge af regeringens aftale med Dansk Folkeparti om genopretning af dansk økonomi, maj 2010, skal der netto findes en offentlig mindredgift på 200 mio. kr. Den konkrete udmøntning af aftalen giver et beregnet provenu, jf. nedenstående tabel 2.

Behandling	Sektor	Provenu (mio. kr.)
Sterilisation	Sygehus	50,0
	Speciallæge	6,3
Refertilisation	Sygehus	0,3
Medicin ved loft på kr. 15.000/år	Apotek	98,5
Kunstig befrugtning IVF/ICSI (friske æg)	Sygehus	29,3
Kunstig befrugtning IVF/ICSI (optøede æg)	Sygehus	3,5
Insemination med egen sæd	Sygehus	3
Insemination med donor sæd	Sygehus	1,4
Insemination	Speciallæge	14,4
I alt		206,7

Forslaget medfører merudgifter for staten til udvikling og drift af de nødvendige IT-mæssige tilpasninger i Lægemiddelstyrelsens Lægemiddeloplysningssystem (LOS) og Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister (CTR). Dette forventes at medføre udviklingsomkostninger for i alt ca. 3 mio. kr., samt ca. 600.000 kr. til årlig drift. Forslaget medfører desuden merudgifter for staten til udvikling og drift af de nødvendige IT-mæssige tilpasninger i apotekersystemerne.

Herudover er der merudgifter for staten i forbindelse med oplysningsvirksomhed om regelændringerne til borgere, læger, apotekere. Dette forventes at medføre udgifter for ca. 1.5 mio. kr.

3. De administrative konsekvenser for det offentlige

Det forventes, at forslaget vil medføre mindre administrative konsekvenser for regionerne i forbindelse med opkrævning af betaling.

4. De økonomiske konsekvenser for erhvervslivet m.v.

I det omfang lovforslaget resulterer i faldende efterspørgsel på området vedr. behandling med kunstig befrugtning, kan forslaget have økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. I det omfang lovforslaget resulterer i en ændret eller reduceret efterspørgsel efter medicin til behandling mod barnløshed, kan det have økonomiske konsekvenser for lægemiddelvirksomheder.

5. De administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Forslaget har ingen administrative konsekvenser for erhvervslivet.

6. De administrative konsekvenser for borgerne

Forslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

7. De miljømæssige konsekvenser

Forslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

8. Forholdet EU-retten

Rådets direktiv 89/105/EØF af 21. december 1988 om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler til mennesker og disse lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger fastlægger regler for proceduren for et lægemiddels inddragelse i de nationale sygesikringsordninger. Det fremgår af direktivets artikel 11, 2. pkt., at medlemsstaterne straks skal underrette kommissionen om ændringer i reglerne vedrørende lægemidlernes inddragelse under de nationale sygesikringsordninger m.v. Regeringen har i overensstemmelse hermed til hensigt at notificere Kommissionen om de foreslåede ændringer. Det er regeringens opfattelse, at den øgede egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed, der fastlægges med lovforslaget, er forenelig med bestemmelserne i direktivet.

Forslaget indeholder derudover ingen EU-retlige aspekter.

9. Hørte myndigheder og organisationer

[AFVENTER]

10. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/merudgifter
Økonomiske konsekvenser for det offentlige	200 mio. kr. mindreudgift	Omkostninger i forbindelse med udbygningen af Lægemiddelstyrelsens centrale tilskudsregister.
Administrative konsekvenser for det offentlige	Ingen	Mindre administrative konsekvenser for regionerne i forbindelse med opkrævning af betaling.
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	I det omfang lovforslaget resulterer i faldende efterspørgsel på området vedr. behandling med kunstig befrugtning, kan forslaget have økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. I det omfang lovforslaget resulterer i en ændret eller reduceret efterspørgsel efter medicin til behandling mod barnløshed, kan det have økonomiske konsekvenser for lægemiddelvirksomheder.

Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	Der henvises til punkt 8 vedr. Rådets direktiv 89/105/EØF af 21. december 1988 om gennemsigtighed i prisbestemmelserne for lægemidler til mennesker og disse lægemidlers inddragelse under de nationale sygesikringsordninger	

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1 (§ 6 a, stk. 2 – vurdering af forældreegnet)

Der har i den senere tid været opmærksomhed omkring de gældende regler for vurdering af forældreegnet i forbindelse med kunstig befrugtning.

Det følger § 6 a, stk. 1, i lovbekendtgørelse nr. 923 af 4. september 2006 om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling mv., at den ansvarlige læge skal afvise behandling med kunstig befrugtning, hvis lægen vurderer, at der er åbenbar tvivl om et pars eller en enlig kvindes evne til at drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen.

Det er desuden fastsat i § 6 a, stk. 2, at den ansvarlige læge med parrets eller den enlige kvindes samtykke skal inddrage anden sagkundskab i vurderingen af forældreegnet, inden behandling iværksættes, hvis lægen finder at der er begrundet tvivl om et pars eller en enlig kvindes evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen. Med parrets eller den enlige kvindes samtykke kan den praktiserende læge eller sociale myndigheder således inddrages ved vurderingen af omsorgsevnen. Ved manglende samtykke skal lægen afvise at indlede behandling med kunstig befrugtning.

Formålet med i 2006 at lovfæste princippet om, at lægen vurderer forældrenes uegnet, var at sikre, at samfundet ikke gennem behandlingstilbud med kunstig befrugtning medvirker til, at der fødes børn, hvis opvækstbetingelser på forhånd vurderes at være meget tvivlsomme. Det er i forarbejderne fra lovændringen i 2006 tilkendegivet, at der som udgangspunkt ikke bør opstilles strenge krav til et kommende forældreskab, der etableres via kunstig befrugtning, hvorfor de meget omfattende prøvninger, der finder sted ved adoption og ved tvangsfjernelse af børn, ikke bør finde anvendelse. Det er således tilstræbt, at den kunstige befrugtning har en så stor tilnærmelse til den naturlige reproduktion som muligt.

Med dette udgangspunkt foreslås det, at den nugældende § 6 a, stk. 2, udvides, således at den ansvarlige læge i tvivlssituationer skal inddrage en anden relevant læge, eksempelvis en psykiater, i vurderingen af forældreegnet – ud over inddragelse af anden sagkundskab. Ændringen tilsigter, at der er i lægefagligt regi foretages en grundigere vurdering af parrets eller den enlige kvindes evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen.

Til § 2

Til nr. 1-2 (§ 64 – indførelse af egenbetaling vedr. kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i speciallægeregi)

De foreslåede ændringer medfører, at regionsrådene ikke kan yde behandling med kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation, som udføres af praktiserende speciallæger eller af speciallæger, der ikke har overenskomst med regionerne, jf. sundhedslovens § 64, stk. 1, eller § 64, stk. 2-3.

Området vil således udgå af overenskomsten om speciallægehjælp mellem Regionernes Løn- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS), der fastsætter vilkårene for vederlagsfri ydelser i speciallægepraksis i medfør af sundhedslovens § 64.

Til nr. 3-4 (§ 81 – indførelse af egen betaling for kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i sygehusvæsenet)

Som led i aftalen om genopretning af dansk økonomi, maj 2010, er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at indføre egenbetaling i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning.

De foreslåede ændringer indebærer, at regionsrådene opkræver betaling for behandling med kunstig befrugtning og refertilisation samt sterilisation på sygehusene, jf. § 105, stk. 1.

Det bemærkes, at definitionen af kunstig befrugtning fremgår af § 1 i lov nr. 460 af 10. juni 1997 om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 923 af 4. september 2006. Der er således tale om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning mv., der foretages af en læge eller under en læges ansvar, hvor graviditet hos en kvinde søges etableret på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand.

Regionsrådene skal således opkræve betaling for behandling med kunstig befrugtning til enlige kvinder, der ikke har børn, og par, der ikke har fælles børn. Regionsrådene vil desuden skulle opkræve betaling for behandling af en enlig kvinde eller et par, som har fået et barn ved kunstig befrugtning, og som efter endt behandling fortsat har nedfrosne æg, og som får opsat æg med henblik på, at den enlige kvinde eller parret kan få flere børn.

Ændringen vil medføre, at behandlingssøgende par eller enlige kvinder skal betale et gebyr pr. behandlingsforsøg. De behandlingssøgende par eller enlige kvinder har naturligvis også mulighed for at modtage behandling på private klinikker mod egenbetaling. Regeringen og Dansk Folkeparti er imidlertid enige om at fastholde muligheden for at blive behandlet på de offentlige sygehuse, blandt andet for at sikre, at der fortsat sker faglig udvikling, uddannelse og forskning på området.

Den foreslåede egenbetaling pr. behandlingsforsøg indebærer, at der ikke indføres egenbetaling for forundersøgelser, udredning og diagnostik. Egenbetalingen sætter først ind, når kunstig befrugtning (behandlingsforsøget) er besluttet. Det medfører bl.a., at patienter, som i forbindelse med udredning af infertilitet, får konstateret anden sygdom, f.eks. kræft, og som derfor må afbryde et udredningsforløb, ikke skal betale for forløbet og diagnosticeringen.

Da der er stor forskel på omkostningerne ved en IVF-behandling, evt. også en IVF-behandling kombineret med ICSI, og en mere simpel insemination, vil der blive sondret prismæssigt mellem behandlingerne. For så vidt angår IVF/ICSI, vil der desuden blive sondret mellem, om behandlingen foretages med friske eller optøede æg, idet omkostningerne for behandling med friske og frosne æg er ganske forskellige.

Gebyrerne for en IVF/ICSI-behandling fastsættes således, at der betales pr. behandlingsforsøg – første forsøg med IVF/ICSI vil således koste 5.000 kr. Det næste forsøg vil ligeledes koste

5.000 kr. (evt. 3.000 kr., såfremt der er tale om oplægning af optøede æg) etc. Hertil kommer eventuelle udgifter til køb af donorsæd. Omkostninger til køb af donorsæd skal faktureres særskilt til patienten.

Det bemærkes i øvrigt, at der ikke tilsigtes nogen ændringer i den nuværende praksis, hvor rekvision af sæd foretages af afdelingen på baggrund af lægens faglige vurdering i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om lægers anvendelse af kunstig befrugtning o.a. reproduktionsfremmende behandling, 2006.

Tabel 3 – Gebyrer i forbindelse med IVF/ICSI i sygehusvæsenet		
2010	Oplægning af friske æg (IVF/ICSI)	5.000
	Oplægning af optøede æg (IVF/ICSI)	3.000

Beløbet pris- og lønreguleres én gang om året og udmeldes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Som det fremgår af den foreslåede § 81, stk. 2, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om regionernes opkrævning, herunder betalingens størrelse.

Gebyrerne for behandling med insemination fastsættes således, at der betales pr. behandlingsforsøg efter gældende ambulante besøgstakst (DAGS-takst) – et forsøg med insemination vil således koste 1.271 kr. Hertil kommer eventuelle udgifter til køb af donorsæd. Omkostninger til køb af donorsæd skal faktureres særskilt til patienten.

Det bemærkes i øvrigt, at der ikke tilsigtes nogen ændringer i den nuværende praksis, hvor rekvision af sæd foretages af afdelingen på baggrund af lægens faglige vurdering i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om lægers anvendelse af kunstig befrugtning o.a. reproduktionsfremmende behandling, 2006.

Tabel 4 – Gebyrer i forbindelse med insemination i sygehusvæsenet		
2010	Insemination partnersæd	1.271
	Insemination donorsæd	1.271

Beløbet reguleres som følge af den årlige takstberegning og udmeldes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Som det fremgår af den foreslåede § 81, stk. 2, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om regionernes opkrævning, herunder betalingens størrelse.

Indførelse af egenbetaling i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning i det offentlige sygehusvæsen forudsættes ikke at ændre på regionernes behandlingsniveau, d.v.s. tilbud om 3 gennemførte IVF-behandlinger i forbindelse med barnløshed. Da det nuværende behandlingsniveau fastholdes, ventes udmøntningen ikke at medføre forskydninger mellem de offentlige og private fertilitetsklinikker.

For så vidt angår behandling med kunstig befrugtning i speciallægepraksis, er det regeringens opfattelse, at man i forlængelse af aftalen om genopretning af dansk økonomi bør ensarte tilbuddet om kunstig befrugtning i hele det offentlige sundhedsvæsen. Med lovforslaget foreslås det således, at regionsrådene ikke tilbyder vederlagsfri behandling med kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i speciallægepraksis, jf. 105, stk. 1. Når disse behandlinger tages ud af speciallægeoverenskomsten som konsekvens af ændringerne af § 64, stk. 1 og 5, indebærer det, at speciallægerne selv kan fastsætte størrelsen af de honorarer, som speciallægerne vil opkræve fra patienterne.

Som det fremgår af den foreslåede bestemmelse, indføres der desuden egenbetaling for sterilisation af habile personer over 25 år.

Personer, som ifølge sundhedsloven skal indhente en tilladelse forinden sterilisation, vil ikke blive omfattet af egenbetalingen, jf. sundhedslovens § 110 og 111. Det drejer sig om personer som på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, jf. sundhedslovens § 110. Det drejer sig desuden personer under 18 år, der ikke har indgået ægteskab, og hvor den pågældende er sindssyg eller hæmmet psykisk udviklet, eller findes det i øvrigt på grund af ansøgerens sjælelige tilstand, herunder svag begavelse, betænkeligt, at denne på egen hånd anmoder om sterilisation, jf. sundhedslovens § 111.

Endvidere vil egenbetalingen ikke omfatte de situationer, som fremgår af sundhedslovens § 106, hvoraf det følger, at en kvinde under 25 år kan blive steriliseret uden særlig tilladelse, hvis det er nødvendigt at forebygge svangerskab for at afværge fare for hendes liv eller for alvorlig og varig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred og denne fare er udelukkende eller ganske overvejende lægefagligt begrundet. Egenbetalingen vil således ej heller omfatte situationen, som er reguleret i § 106, stk. 2, hvorefter kvindens ægtefælle eller samlever under 25 år i stedet kan få tilladelse til sterilisation, jf. dog § 107, stk. 3, hvis betingelserne i § 106, stk. 1, er opfyldt.

Det foreslås endvidere, at der indføres egenbetaling i forbindelse med refertilisation. Det bemærkes, at der kun foretages et særdeles begrænset antal refertilisationer. Der er således ifølge Landspatientregistret ikke foretaget refertilisation på kvinder i 2007-2009.

Om egenbetaling for refertilisation og sterilisation skal det bemærkes, at betalingens størrelse vil blive fastsat i en bekendtgørelse. Betalingens størrelse vil svare til de nuværende ambulante takster (DAGS takster).

For så vidt angår sterilisation i sygehusvæsenet er taksten ca. 7.300 kr. for mænd, mens taksten for kvinder er ca. 10.550 kr. For refertilisation i sygehusvæsenet er taksten i alt 5.982 kr.

Beløbet reguleres som følge af den årlige takstberegning én gang om året og udmeldes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Som det fremgår af den foreslåede § 81, stk. 2, fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om regionernes opkrævning, herunder betalingens størrelse.

Til nr. 5 (§ 146, stk. 1 – øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed)

Med den foreslåede ændring undtages lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed fra beregningen af tilskud efter de gældende almindelige beløbsgrænser og procentsatser efter sundhedslovens § 146, stk. 2 og 3. Tilskuddets størrelse til borgerens køb af disse lægemidler foreslås reguleret i henhold til en ny bestemmelse i § 146 a.

Til nr. 6 (§ 146 a – øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed)

Med den foreslåede nye bestemmelse bliver tilskuddet til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed opgjort separat. På baggrund af indberetninger fra apoteket til en separat saldo (CTR-B) i CTR af borgerens køb af lægemidler til behandling mod barnløshed, beregnes borgerens tilskud til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed. Hvis den samlede udgift opgjort i tilskudspriser inden for en periode på 1 år til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed ikke overstiger 15.000 kr., ydes ikke tilskud. Overstiger den samlede udgift, opgjort i tilskudspriser inden for en periode på 1 år, 15.000 kr., udgør tilskuddet 100 pct. af den del, som overstiger 15.000 kr.

Til nr. 7 (§ 147, stk. 2 – øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed)

Ændringen medfører, at muligheden for at få en kronikerbevilling til brug for køb af lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed, bortfalder.

Til nr. 8 (§ 149 – øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed)

Det foreslås, at regulering for udbetaling af for lidt eller meget i tilskud til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed omfattes af den almindelige håndtering af udligningsbeløb efter sundhedslovens § 149.

Til nr. 9 (§ 149 a – øget egenbetaling på lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed)

Det foreslås, at beløbsgrænsen efter § 146 a, stk. 2, reguleres en gang årligt den 1. januar med satsreguleringsprocenten, jf. lov om en satsreguleringsprocent. Dette svarer til den regulering af beløbsgrænserne i § 146, stk. 2 og 3, der foretages i dag.

Til § 3

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 2011 som følge af regeringens og Dansk Folkepartis aftale om genopretning af dansk økonomi, maj 2010, jf. dog jf. § 3, stk. 2.

Det følger af den foreslåede bestemmelse i § 3, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af denne lovs § 2, nr. 5-9. Bestemmelserne forventes at blive sat i kraft snarest muligt i første halvdel af 2011. Bestemmelsen sættes først i kraft, når udbygningen af Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister er tilrettet.

Til § 4

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.

Bilag

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

Gældende formulering	Lovforslaget
<p>§ 6 a. Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, vurderer, at der er åbenbar tvivl om en enlig kvindes eller et pars evne til at drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen afvise behandling med kunstig befrugtning.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, finder, at der er begrundet tvivl om en enlig kvindes eller et pars evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen med den enlige kvindes eller parrets samtykke inddrage anden sagkundskab i vurderingen af forældreegnethed, inden behandling iværksættes. Ved manglende samtykke skal lægen afvise at indlede behandling med kunstig befrugtning.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Afviser en læge at indlede behandling med kunstig befrugtning på grund af forhold omhandlet i stk. 1 og 2, kan sagen indbringes for Ankestyrelsen senest 4 uger efter lægens afgørelse.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om bestemmelserne i stk. 1-3.</p>	<p style="text-align: center;">Forslag til</p> <p> Lov om ændring af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. og lov om ændring af sundhedsloven</p> <p>(Egenbetaling i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning, refertilisation og sterilisation i det offentlige sundhedsvæsen og ændring i medicintilskudssystemet samt justering af regler om vurdering af forældreegnethed i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning)</p> <p style="text-align: center;">§ 1</p> <p>I lov nr. 460 af 10. juni 1997 om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 923 af 4. september 2006, foretages følgende ændringer:</p> <p>1. § 6 a, stk. 2, affattes således: ”Stk. 2. Hvis den læge, der er ansvarlig for behandling med kunstig befrugtning, finder, at der er begrundet tvivl om en enlig kvindes eller et pars evne til at drage omsorg for et barn efter fødslen, skal lægen med den enlige kvindes eller parrets samtykke inddrage en anden læge samt anden sagkundskab i vurderingen af forældreegnethed, inden behandling iværksættes. Ved manglende samtykke skal lægen afvise at indlede behandling med kunstig befrugtning.”</p>

<p>§ 64. Regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge, jf. dog stk. 4.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionsrådet tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Ved behandling eller undersøgelse, der efter henvisning fra alment praktiserende læge ydes af en speciallæge, inden for hvis speciale der ikke findes en overenskomst med det offentlige, yder regionsrådet tilskud til delvis dækning af udgiften efter nærmere regler, der fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om henvisning til behandling efter stk. 1, herunder at kravet om henvisning til behandling hos praktiserende speciallæge kan fraviges i nærmere bestemt omfang. Endvidere kan ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætte nærmere regler om, at en praktiserende speciallæge kan henvisse til behandling hos en anden praktiserende speciallæge i nærmere bestemt omfang.</p> <p>§ 81. Sygehusbehandling efter bestemmelserne i afsnit VI, VII og VIII er vederlagsfri for patienten, jf. dog stk. 2-4.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Regionsrådet kan opkræve betaling af patienten for behandling efter § 80, stk. 2. Behandlingen kan dog ydes vederlagsfrit, når regionsrådet under de foreliggende omstændigheder skønner det rimeligt.</p> <p><i>Stk. 3.</i> Hvor særlige forhold taler herfor, kan indenrigs- og sundhedsministeren uanset reglerne i §§ 79 og 80, fastsætte nærmere regler om, at regionsrådene vederlagsfrit skal yde visse behandlinger, uanset hvor patienten bor.</p> <p><i>Stk. 4.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler, hvorefter der ydes personer, som midlertidigt opholder sig her i landet, vederlagsfri behandling ved det regionale sygehusvæsen.</p>	<p style="text-align: center;">§ 2</p> <p>I sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, senest ændret ved lov nr. 706 af 25. juni 2010, foretages følgende ændringer:</p> <p>1. I § 64, <i>stk. 1</i>, indsættes efter ”stk. 4.”: ”og stk. 5.”</p> <p>2. I § 64 indsættes som stk. 5: ”Stk. 5. Regionsrådet yder ikke behandling efter stk. 1, eller tilskud efter stk. 2-3, til kunstig befrugtning, refertilisation eller sterilisation.”</p> <p>3. § 81, <i>stk. 1</i>, affattes således: ”Sygehusbehandling efter bestemmelserne i afsnit VI, VII og VIII er vederlagsfri for patienten, jf. dog stk. 2-5.”</p> <p>4. I § 81 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke: ”Stk. 2. Regionsrådet opkræver betaling for behandling med kunstig befrugtning og refertilisation samt sterilisation, jf. § 105, stk. 1. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om regionernes opkrævning, herunder betalingens størrelse.” Stk. 2, 3, og 4 bliver herefter stk. 3, 4 og 5.</p>
--	--

§ 146. Tilskuddets størrelse afhænger af den samlede udgift opgjort i tilskudspriser, jf. § 150, til lægemidler med tilskud i henhold til §§ 144, 145 og 158 a, som personen har købt inden for en periode på 1 år, der regnes fra første indkøbsdato. En ny periode indledes første gang, patienten køber lægemidler med tilskud i henhold til §§ 144, 145 eller 158 a efter udløbet af den foregående periode.

Stk. 2. Overstiger den samlede udgift inden for en periode på 1 år ikke 800 kr., ydes ikke tilskud til personer over 18 år. Overstiger den samlede udgift inden for en periode på 1 år 800 kr., udgør tilskuddet til personer over 18 år

1) 50 pct. af den del, som overstiger 800 kr., men ikke 1.300 kr.,

2) 75 pct. af den del, som overstiger 1.300 kr., men ikke 2.800 kr., og

3) 85 pct. af den del, som overstiger 2.800 kr.

Stk. 3. Overstiger den samlede udgift inden for en periode på 1 år ikke 1.300 kr., udgør tilskuddet til personer under 18 år 60 pct.

Overstiger den samlede udgift inden for en periode på 1 år 1.300 kr., udgør tilskuddet til personer under 18 år

1) 75 pct. af den del, som overstiger 1.300 kr., men ikke 2.800 kr., og

2) 85 pct. af den del, som overstiger 2.800 kr.

Stk. 4. Fylder en person 18 år i en allerede indledt periode på 1 år, beregnes tilskud efter stk. 3, indtil denne periode udløber.

§ 147. Lægemedelstyrelsen kan bestemme, at for personer med et stort, varigt og fagligt veldokumenteret behov for lægemidler kan tilskuddet til køb af lægemidler med tilskud i henhold til §§ 144, 145 og 158 a udgøre 100 pct. af den del af den samlede egenbetaling opgjort i tilskudspriser, som udgør mere end 3.270 kr. årligt (kronikertilskud).

§ 149. Er der ved køb af lægemidler ydet et tilskud, som overstiger det, patienten efter regler i § 146, stk. 2 og 3, og §§ 147 og 148 var berettiget til, skal der reguleres herfor i forbindelse med patientens førstkommande køb af lægemidler med tilskud i henhold til §§ 144, 145 og 158 a. Reguleringen kan dog i helt særlige tilfælde udskydes til det næstfølgende køb af tilskudsberettigede lægemidler. Er der ved køb af lægemidler ydet et tilskud, som er mindre end det, patienten efter regler-

5. I § 146, stk. 1, 1. og 2. pkt. indsættes efter ”§§ 144, 145 eller 158 a,”: ”jf. dog § 146 a”.

6. Efter § 146 indsættes:

”§ 146 a. Tilskuddet til lægemidler omfattet af §§ 144 eller 145, der ordineres til behandling mod ufrivillig barnløshed, afhænger af persons samlede udgift hertil opgjort i tilskudspriser, jf. § 150, inden for en periode på 1 år, der regnes fra første indkøbsdato, og beregnes i henhold til de i stk. 2 fastsatte beløbsgrænser og procentsatser. En ny periode indledes første gang, patienten køber lægemidler med tilskud til behandling mod ufrivillig barnløshed efter udløbet af den foregående periode.
Stk. 2. Der ydes ikke tilskud til lægemidler til behandling mod ufrivillig barnløshed, såfremt den samlede udgift er under 15.000 kr. inden for en periode på 1 år. Overstiger den samlede udgift inden for en periode på 1 år 15.000 kr., udgør tilskuddet 100 pct. af den del, som overstiger 15.000 kr.”

7. I § 147 indsættes som stk. 2:

”*Stk. 2.* Lægemedler, der ordineres til behandling mod ufrivillig barnløshed, er ikke omfattet af stk. 1.”

8. I § 149, stk. 1, indsættes efter ”§ 146, stk. 2 og 3,”: ”§ 146 a, stk. 2,” to steder.

ne i § 146, stk. 2 og 3, og §§ 147 og 148 var berettiget til, reguleres der herfor i forbindelse med patientens førstkommande køb af lægemidler med tilskud.

Stk. 2. Ved patientens død bortfalder regionsrådets krav på regulering, mens krav mod regionsrådet skal fremsættes senest 1 år efter patientens død. Oplysninger om lægemiddelkøb, herunder oplysninger om udligningsbeløb m.v., slettes fra Lægemiddelstyrelsens Centrale Tilskudsregister, jf. § 156, 1 år efter patientens død.

§ 149 a. En gang årligt den 1. januar reguleres de beløb, der er nævnt i § 146, stk. 2 og 3, og § 147, med satsreguleringsprocenten, jf. lov om en satsreguleringsprocent.

Stk. 2. Beløbsgrænserne afrundes nedad til nærmeste hele kronebeløb, der kan deles med fem.

9. I § 149 a indsættes efter ”§ 146, stk. 2 og 3,”: ”§ 146 a, stk. 2,”

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2011, dog jf. stk. 2.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter tidspunktet for ikrafttræden af denne lovs § 2, nr. 5-9.

§ 4

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.