

## TALEPAPIR

*Det talte ord gælder*

<b>Tilhørerkreds:</b>	<b>Folketingets Sundhedsudvalg</b>
<b>Anledning:</b>	<b>Samrådsspørgsmål A-C vedr. L 45</b>
<b>Taletid:</b>	<b>Ca. 5 min.</b>
<b>Tid og sted:</b>	<b>8. december 2010, kl. 7.30.</b>
<b>Dok nr.:</b>	<b>376771</b>

**Samrådsspørgsmål A:** På baggrund af hidtidige erfaringer med fertilitetsbehandling bedes ministeren redegøre for, hvor mange ufrivilligt barnløse, ministeren vurderer, der årligt fra 1.januar 2011 vil få udgifter til

fertilitetsbehandling, der overstiger det såkaldte worst case scenarium, hvor ufrivilligt barnløse gennemfører 3 reagensglasbehandlinger inden for 1 år til 30.000 kr. inklusiv medicinudgifter, jf. Ritzau telegram, 07. november 2010, ”Gebyr kan ruinere barnløse”.

**Samrådsspørgsmål B:** På baggrund af hidtidige erfaringer med brugerbetaling bedes ministeren redegøre for, hvordan ministeren vil sikre, at kunstig befrugtning per 1. januar 2011 ikke kun bliver tilgængelig for den ufrivilligt barnløse cheføkonom, der er gift med chefkonsulenten, men også for politibetjenten, der er gift med en pædagog.

**Samrådsspørgsmål C:** Ritzau skriver den 7. november 2010 i telegrammet ”Gebyr kan ruinere barnløse”, at journalerne fra Århus Universitetshospital og Rigshospitalet viser, at ufrivilligt barnløse med de nye regler for kunstig befrugtning kommer til at betale flere penge for at blive gravide, end de 30.000 kr., som regeringen lægger op til i lovforslaget. Hvordan vil ministeren sikre, at lovforslaget om brugerbetaling for kunstig befrugtning ikke medfører færre fertilitetsbehandlinger og heraf færre fødte børn?

**Svar:** Jeg vil gerne besvare de tre spørgsmål under ét. Indledningsvis vil jeg dog gerne kort redegøre for det ændringsforslag, som jeg har oversendt. Det indeholder nemlig to vigtige ændringer af lovforslaget.

Den ene ændring flytter kompetencen til at træffe afgørelse om forældreegnethed fra den ansvarlige læge til statsforvaltningen. Det vil dog fortsat være den ansvarliges læges opgave at *identificere* de kvinder og par, hvor der kan være tvivl om forældreegnetheden.

Den anden ændring medfører, at personer, der som led i behandlingen med kunstig befrugtning, får foretaget genetisk undersøgelse af et befrugtet æg, hvor der er en kendt og væsentlig øget risiko for, at barnet får en alvorlig arvelig sygdom, kan få hjælp til mere end et barn i offentligt regi. Samtidig vil denne persongruppe ved bekendtgørelse blive undtaget for egenbetaling for behandlingsforsøgene.

Begge spørgsmål har været rejst i forbindelse med høringen over lovforslaget og i forbindelse med vores debatter. Jeg håber, at der vil være opbakning til begge ændringer.

Som det også er fremgået af debatten, kan et behandlingsforløb med kunstig befrugtning forløbe på mange måder med forskellige behandlingstyper og følgende forskellige længder i behandlingstider. De beregninger, som fremgår af pressemeddelelsens bilag, er ”*best og worst case* eksempler” opdelt på behandling med insemination og IVF-behandling (reagensglasbehandling). Som det også fremgår af pressemeddelelsens bilag kan der forekomme forløb, som er

både billigere og dyrere end beregningerne i pressemeddelelsen. Beregningerne illustrerer således det *årlige niveau* for de *enkelte* behandlingstyper.

Da behandlingsforløb med kunstig befrugtning planlægges individuelt efter et lægefagligt skøn og parrets ønsker, er det klart, at beregningerne er eksempler, der – i lighed med nogle af spørgsmålene til lovforslaget om beregninger af udgifter – vil variere afhængigt af det enkeltes pars behandlingssituation. Det vil derfor efter min opfattelse ikke være muligt at lave en meningsfyldt og retvisende vurdering af, hvor mange par der kan få udgifter over eller under 30.000 kr. *årligt*.

Jeg vil gerne understrege, at det ikke fremgår noget sted, at udgifterne vil kunne holdes på under 30.000 kr. i alt for *alle* behandlingssøgende. Men beregningerne i pressemeddelelsen viser, at niveauet for egenbetalingen sammen med det fastsatte loft sikrer, at udgifterne holdes på et rimeligt niveau. I den sammenhæng vil jeg også gerne understrege, at alle forundersøgelser, udredning og diagnostik fortsat vil være vederlagsfrit.

Om egenbetalingens størrelse er det min opfattelse, at behandling med kunstig befrugtning er en sundhedsydelse, som parrene selv har mulighed for at betale. Og som nævnt er det min opfattelse, at de faste priser for behandlingsforsøg og

loftet over medicinudgifterne er fastsat på et rimeligt niveau, som langt de fleste har mulighed for at betale.

Som jeg tidligere har oplyst, er det min forventning, at barnløse pars ønske om at få børn ikke vil ændre sig, uanset om behandling med kunstig befrugtning ydes vederlagsfrit eller ej. Det er derfor min forhåbning, at fødselstallet ikke vil falde væsentligt.