

UDKAST

Forslag

til

Lov om ændring af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v.

(Fertilitetsbehandling til andet barn og lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse)

§ 1

I lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 902 af 23. august 2019, som ændret ved § 1 i lov nr. 129 af 30. januar 2021 og lov nr. 1780 af 28. december 2023, foretages følgende ændringer:

1. *§ 1 a, stk. 1*, affattes således:

»Regionsrådene må på deres sygehuse yde behandling med assisteret reproduktion til første og andet barn til enlige kvinder. For par må der ydes behandling til første og andet fælles barn.«

2. I *§ 1 a* indsættes efter *stk. 1* som nyt stykke:

»*Stk. 2*. Uanset *stk. 1* må regionsrådene på deres sygehuse yde behandling med assisteret reproduktion efter *stk. 3* og *§ 7, stk. 1 og 3*.«

Stk. 2 bliver herefter *stk. 3*.

3. I *§ 5* indsættes som *stk. 2*:

»*Stk. 2*. Kravet om sundhedsfaglig begrundelse i *stk. 1* finder ikke anvendelse, hvor ægcellen er doneret af partneren til den kvinde, der skal føde barnet.«

§ 2

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. december 2024, jf. dog *stk. 2*.

Stk. 2. *§ 1, nr. 2*, træder i kraft den 1. januar 2025.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning helt eller delvis sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger. Lovens bestemmelser kan endvidere sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

UDKAST

UDKAST

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Lovforslagets hovedpunkter
 - 2.1. Fertilitetsbehandling til andet barn
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.1.3. Den foreslåede ordning
 - 2.2. Lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser
 - 2.2.3. Den foreslåede ordning
3. Ligestillingsmæssige konsekvenser
4. Konsekvenser for FN's verdensmål
5. Regionale konsekvenser, herunder landdistrikter
6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige
7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
8. Administrative konsekvenser for borgerne
9. Klimamæssige konsekvenser
10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser
11. Forholdet til EU-retten

12. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

13. Sammenfattende skema

1. Indledning

Lovforslaget indeholder to elementer, dels et forslag om offentlig finansiering af fertilitetsbehandling til andet barn, dels et forslag om lovgivning af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse på private fertilitetsklinikker mod egenbetaling.

Regeringen præsenterede i januar 2024 et forslag om at tilbyde fertilitetsbehandling til andet barn på de regionale sygehuse.

Formålet med forslaget er at udvide det offentlige serviceniveau således, at de regionale sygehuse fremover kan tilbyde enlige kvinder og par fertilitetsbehandling til både første og andet barn. Forslaget antages desuden at bidrage til, at der fødes flere børn i Danmark.

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Danmarksdemokraterne, Enhedslisten, Radikale Venstre og Alternativet har den 30. januar 2024 indgået aftale om lovgivning af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse.

Det fremgår af aftalen, at det fremover skal være muligt for par bestående af to kvinder, at få fertilitetsbehandling med henblik på, at den ene kvinde kan donere æg til sin partner, hvorefter denne kan bære graviditeten og føde barnet (partnerægdonation), uden at der er en sundhedsfaglig begrundelse for behandlingen.

Nedsat fertilitet er en udbredt sygdom, og op mod en fjerdedel af barnløse, som ønsker at få børn, har svært ved at blive gravide. Sundhedsstyrelsen vurderer, at infertilitet i ca. en tredjedel af tilfældene tilskrives kvindelige faktorer, den anden tredjedel kan tilskrives mandlige faktorer, og den sidste tredjedel er en kombination af kvindelige og mandlige faktorer eller uidentificerbare årsager. Sundhedsstyrelsens undersøgelser viser en stabil nedsat sædkvalitet hos 35 pct. af danske mænd siden 1996.

Denne udvikling udgør en demografisk udfordring, og har samtidig store menneskelige konsekvenser for de berørte enlige kvinder og par. Det er en udfordring, som regeringen ønsker at gøre noget ved.

Med første del af lovforslaget ønsker regeringen at hjælpe enlige og par, som ønsker at få et barn nummer to i deres familie, men som har fertilitetsudfordringer. Med offentlig finansiering af fertilitetsbehandling er formålet, at skabe bedre og mere lige adgang til fertilitetsbehandling, så flere kan skabe den familie, som de ønsker, også dem, som ikke har råd til selv at betale for fertilitetsbehandling til andet barn.

Anden del af lovforslaget bygger på en bred politisk aftale, og har til formål at styrke adgangen til fertilitetsbehandling for regnbuefamilier, ved at lovliggøre partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse. Med denne lovændring vil det være muligt for par bestående af to kvinder, at den ene kvinde kan donere sine æg til sin partner, som herefter vil bære graviditeten og føde barnet. Denne behandling vil efter lovændringen kunne tilbydes på private fertilitetsklinikker mod egenbetaling.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Fertilitetsbehandling til andet barn

2.1.1. Gældende ret

Det fremgår af § 1 a, stk. 1, i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. (herefter lov om assisteret reproduktion), jf. lovbekendtgørelse nr. 902 af 23. august 2019, at regionsrådene på deres sygehuse kun kan yde behandling med assisteret reproduktion (fertilitetsbehandling) til enlige kvinder, der ikke har børn, og til par, der ikke har fælles børn.

§ 1 a blev indsat i loven i 2007, jf. lov nr. 535 af 8. juni 2006, med henblik på at regulere, hvor mange behandlinger der kan ydes på de regionale sygehuse, dels af samfundsøkonomiske grunde, dels af lighedsmæssige grunde.

Hensigten med bestemmelsen var at sikre ensartede regler på området for fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse, og at behandlingstilbuddet skal tage højde for ressourcer og prioriteringer i det offentlige sundhedsvæsen.

I det fremsatte lovforslag, jf. Folketingstidende [2005-06], tillæg A, side 4595, blev det foreslået, at regionsrådene fremover skulle kunne yde fertilitetsbehandling til par, der ikke havde fælles børn. Denne bestemmelse stemte overens med hidtidig praksis, hvorefter fertilitetsbehandling kun kunne tilbydes til heteroseksuelle par, om end der ikke tidligere havde været fastsat lovbestemte begrænsninger for antallet af børn pr. par, der kunne tilbydes behandling til.

UDKAST

På baggrund af udvalgsbehandlingen af lovforslaget blev der fremsat et ændringsforslag til § 1 a, stk. 1, jf. Folketingstidende [2005-06], tillæg B, side 1308, hvori der blev foreslået en konsekvensændring af bestemmelsen med henblik på at præcisere, at også enlige kvinder, som ikke har børn, på samme måde som par, herunder par bestående af to kvinder, der ikke har fælles børn, skal have adgang til fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse. Formålet hermed var, at give adgang til fertilitetsbehandling til kvinder uanset deres civiltilstand og seksuelle orientering.

Bestemmelsen medfører, at enlige kvinder, der allerede har ét barn, og par, der allerede har ét fælles barn, som udgangspunkt ikke kan få tilbudt fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse til barn nummer to.

Det er imidlertid muligt at få offentlig finansiering til fertilitetsbehandling til mere end ét barn, hvis der er tale om inseminationsbehandling (IUI-behandling).

Begrænsningen i § 1 a, stk. 1, hvorefter der kun kan tilbydes fertilitetsbehandling til enlige kvinder, der ikke har børn, eller til par, der har ikke har fælles børn, er i praksis blevet fortolket således, at en enig kvinde, der allerede har et barn, herunder et adoptivbarn, ikke vil kunne tilbydes fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse. For et par, herunder et registreret partnerskab eller et ægteskab, som har et barn sammen, eller hvor den ene part har et barn, og hvor den anden part har adopteret barnet, vil der ikke kunne tilbydes fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse. For et par, hvor den ene part har et barn, men hvor den anden part ikke har adopteret barnet, og for par bestående af to kvinder, der lever sammen uden at have indgået registreret partnerskab eller ægteskab, vil den kvinde, der ikke har et barn, kunne modtage fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse.

Som undtagelse til § 1 a, stk. 1, gælder det efter bestemmelsens stk. 2, at hvis den enlige kvinde eller parret efter endt behandling fortsat har nedfrosne æg, kan regionsrådene på deres sygehuse tilbyde at opsætte æg med henblik på, at den enlige kvinde eller parret kan få flere børn.

Det følger desuden af § 7, stk. 1 og 3, at der kan foretages genetisk undersøgelse af et befrugtet æg, hvor der er en kendt og væsentlig øget risiko for, at barnet får en alvorlig sygdom, samt at Styrelsen for Patientsikkerhed efter udredning og sundhedsfaglig vurdering i konkrete tilfælde kan meddele tilladelse til anvendelse af præimplantationsdiagnostik ved assisteret reproduktion, hvor tungtvejende hensyn til behandling af et barn med livstruende

sygdom i denne familie taler herfor. Muligheden for genetiske undersøgelser og anvendelse af præimplantationsdiagnostik er således ikke afgrænset til den enlige kvinde eller parrets første barn.

Efter § 6 gælder det, at assisteret reproduktion ikke må finde sted i tilfælde, hvor den kvinde, der skal føde barnet, er ældre end 45 år. Inden for denne aldersgrænse har regionerne fastsat et serviceniveau for behandling, som medfører, at en kvinde ikke tilbydes behandling på de regionale sygehuse, efter hun er fyldt 41 år.

Ydermere gælder det efter §§ 6 a og 6 b, at hvis den behandlende sundhedsperson vurderer, at der er tvivl om en enlig kvindes eller et pars evne til at drage fornøden omsorg for et barn efter fødslen, skal sundhedspersonen med den enlige kvindes eller parrets samtykke indsende oplysninger til regionsrådet med anmodning om, at regionsrådet træffer afgørelse om, hvorvidt der kan iværksættes behandling med assisteret reproduktion. Ved manglende samtykke fra den enlige kvinde eller parret til videregivelse af oplysninger til regionsrådet skal sundhedspersonen afvise at indlede behandling med assisteret reproduktion.

2.1.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Regeringen præsenterede i januar 2024 et forslag om, at der fremover skal kunne tilbydes fertilitetsbehandling til andet barn på de regionale sygehuse. Formålet med forslaget er, at flere enlige og par fremover skal kunne få hjælp til at danne den familie, som de ønsker.

Fertilitetsudfordringer er et problem i Danmark. Der fødes færre børn end tidligere, enlige og par får børn senere i livet end tidligere, hvilket giver fertilitetsudfordringer.

Efter gældende ret har fertilitetsbehandling til andet barn ikke kunne tilbydes på de regionale sygehuse, og er derfor alene muligt mod egen betaling på private fertilitetsklinikker.

Formålet med forslaget om at give vederlagsfri fertilitetsbehandling til barn nummer to er, at gøre det muligt for flere enlige kvinder og par, at få barn nummer to uden krav om egenbetaling.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at tilbuddet om offentlig finansiering af fertilitetsbehandling til andet barn fortsat skal bero på en sundhedsfaglig vurdering. Dette indebærer at, den ansvarlige sundhedsperson kan afvise at indlede fertilitetsbehandling, hvis behandlingen vurderes udsigtsløs,

eller hvis behandlingen vurderes at ville udsætte kvinden for en øget helbredsmæssig risiko.

I forbindelse med implementeringen af det offentlige tilbud om fertilitetsbehandling til andet barn, har regeringen og Danske Regioner indgået aftale 18. juni 2024 om hjælp til andet barn, hvoraf det fremgår, at regionerne vil anvende kapacitet på de private fertilitetsklinikker til at udvide det offentlige serviceniveau til fertilitetsbehandling til andet barn. Der vil samtidig være mulighed for at anvende sundhedsvæsenets samlede kapacitet for hurtigst muligt at tilbyde fertilitetsbehandling til andet barn til enlige kvinder og par.

Regionerne forpligtes til at anvende kapacitet på de private fertilitetsklinikker, som led i nedbringelse af ventetid, og som et længerevarende supplement til opbygningen af tilbuddet om hjælp til andet barn, jf. udmøntningsaftale om hjælp til andet barn, indgået mellem regeringen og Danske Regioner.

Allerede i dag er der kapacitetsudfordringer på visse af de regionale sygehuses fertilitetsafdelinger, og særligt de regioner, der har de største kapacitetsudfordringer og længste ventetider, forpligtes til at anvende den private kapacitet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at forslaget vil kunne bidrage til, at flere enlige kvinder og par, som ønsker fertilitetsbehandling med henblik på at få andet barn, vil få mulighed herfor, idet behandlingen ikke længere vil være betinget af deres evne til, at betale for behandlingen på private fertilitetsklinikker.

2.1.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at regionsrådene på deres sygehuse må yde behandling med assisteret reproduktion til første og andet barn til enlige kvinder. For par må der ydes behandling til første og andet fælles barn.

Forslaget skal ses i sammenhæng med regeringens øvrige tiltag på fertilitetsområdet, herunder finansiering af flere forsøg til reagensglasbehandling (IVF/ICSI-behandling) til første barn. Per 1. oktober 2024 er regionernes serviceniveau fastsat således, at der tilbydes op til seks forsøg med både reagensglas- og inseminationsbehandling (IVF-/ICSI-/IUI-behandling) til første barn. Disse to tiltag tilsammen medfører således, at enlige kvinder og par kan tilbydes op til seks forsøg til første barn, og op til tre forsøg til andet barn.

UDKAST

Med den foreslåede ordning vil det gælde, at enlige kvinder, som allerede har ét barn, og par, som allerede har ét fælles barn, fremover vil kunne tilbydes fertilitetsbehandling på regionale sygehuse, med henblik på at få andet barn.

Tilbud om fertilitetsbehandling vil fortsat skulle baseres på en sundhedsfaglig vurdering under inddragelse af hensyn til potentielle helbredsmæssige risici for den gravide, samt den reelle chance for, at der kan etableres en graviditet ved fertilitetsbehandlingen.

Efter den foreslåede ordning vil fertilitetsbehandling således kunne tilbydes til enlige kvinder, der har op til ét barn, og par, der har op til ét fælles barn, med de begrænsninger, der gælder efter lovens kapitel 2, jf. §§ 2-11.

Med den foreslåede ordning vil det fortsat være muligt for enlige kvinder og par, som har fået et barn ved brug af fertilitetsbehandling, og som efter endt behandling fortsat har nedfrosne æg, på regionale sygehuse at få opsat et æg med henblik på, at den enlige eller parret kan få flere børn.

Det vil også fortsat være muligt for enlige kvinder og par, efter § 7, stk. 1, at få foretaget en genetisk undersøgelse af et befrugtet æg, hvor der er kendt og væsentligt øge risiko for, at barnet vil få en alvorlig arvelig sygdom. Tilsvarende vil det fortsat gælde efter § 7, stk. 3, at Styrelsen for Patientsikkerhed efter udredning og sundhedsfaglig vurdering kan give tilladelse til præimplantationsdiagnostik ved assisteret reproduktion, hvor tungtvejende hensyn til behandling af et barn med en livstruende sygdom i denne familie taler herfor.

Ydermere vil det fortsat være muligt for enlige kvinder og par at få inseminationsbehandling (IUI-behandling) til mere end ét barn.

Forslaget ændrer ikke ved muligheden for at få fertilitetsbehandling på private fertilitetsklinikker mod egenbetaling.

2.2. Lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse

2.2.1. Gældende ret

Det fremgår af § 5 i lov om assisteret reproduktion, at hvis ægcellen ikke stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, og sæden ikke stammer fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet, og enten sæden eller ægcellen er doneret i ikkeanonym form.

UDKAST

§ 5 blev indsat i loven i 2018, jf. lov nr. 1688 af 26. december 2017, og medførte, at det absolutte forbud mod anvendelse af både donoræg og donorsæd (dobbeltdonation) blev ophævet. Lovændringen skete på baggrund af, at regeringen ønskede at gøre sundhedsvæsenet mere tidssvarende med den faglige udvikling og normerne i samfundet.

Lovforslagets formål var at sikre mulighed for, at de enlige kvinder og par, der har brug for behandling med assisteret reproduktion, har mulighed for at modtage den nødvendige behandling, også selv om det indebærer brug af både donoræg og donorsæd.

Med ændringen af § 5 blev der oplyst to betingelser for dobbeltdonation, henholdsvis at fertilitetsbehandlingen skal være sundhedsfagligt begrundet, og at mindst én donor skal være ikkeanonym.

Det fremgår af bemærkningerne til § 5, jf. Folketingstidende [2017-18], tillæg A, L 60, at benyttelse af dobbeltdonation i behandling med assisteret reproduktion kun skal tillades, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse for behandlingen. Dette krav blev fastsat af hensyn til ægdonoren og recipienten (kvinden i behandling, der modtager ægcellen med henblik på at opnå graviditet) henset til de helbredsmæssige risici, der er forbundet med ægdonation.

Det fremgår videre af bemærkningerne, at brug af dobbeltdonation kan være sundhedsfagligt begrundet, hvis eksempelvis den kvinde i et forhold bestående af to kvinder, der skal bære barnet, ikke har befrugtningsdygtige æg. Derimod vil det efter gældende ret ikke være muligt for en kvinde, som er i et forhold med en anden kvinde, at donere æg til sin partner, alene begrundet i et ønske om, at begge parter i forholdet skal føle sig biologisk knyttet til barnet.

Det gældende krav om, at mindst én donor skal være ikkeanonym, er fastsat af hensyn til, at barnet som minimum bør have delvist kendskab til genetiske ophav, og dermed være genetisk beslægtet med mindst én af de kommende forældre.

På nuværende tidspunkt eksisterer begrebet ”partnerægdonation” ikke i lov om assisteret reproduktion. Partnerægdonation falder ind under begrebet dobbeltdonation i lovens § 5, idet der her er tale om, at både æg- og sædcelle doneres til den kvinde, som skal bære graviditeten og føde barnet.

På baggrund af ovennævnte krav til dobbeltdonation er det efter den gældende bestemmelse ikke muligt at yde fertilitetsbehandling i form af partnerægdonation, alene begrundet i et ønske om, at begge parter i forholdet kan tage del i graviditeten. Behandling med assisteret reproduktion, som indebærer dobbeltdonation, kan således efter gældende ret alene ske, hvis kvinden, der skal bære graviditeten og føde barnet, ikke selv har befrugtningsdygtige æg.

2.2.2. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser

Med Aftale om ophævelse af forbud mod partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse af 30. januar 2024 blev regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Danmarksdemokraterne, Enhedslisten, Radikale Venstre og Alternativet enige om at lovgøre partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse. Formålet med aftalen er at styrke adgangen til fertilitetsbehandling til regnbuefamilier, og derigennem at gøre det lettere for par bestående af to kvinder at skabe den familie, som de drømmer om.

I henhold til aftalen skal behandlingen udelukkende kunne tilbydes på private fertilitetsklinikker mod egen betaling. Dette er af hensyn til at prioritere det offentlige sundhedsvæsens ressourcer til behandling, der sker med sundhedsfaglig begrundelse.

Med lovforslaget vil det blive muligt for par bestående af to kvinder at få fertilitetsbehandling med henblik på, at den ene kvinde kan donere æg til sin partner, således at denne kan bære graviditeten og føde barnet, uden at der er en sundhedsfaglig begrundelse herfor.

Forslaget fremsættes med henblik på at anerkende, at der i dag findes mange forskellige familiemønstre, og at begge parter i et par bestående af to kvinder kan have et ønske om at tage del i graviditeten.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at det nuværende forbud mod partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse ikke er tidssvarende, da der i dag findes mange forskellige familiemønstre.

Lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse vil muliggøre mere selvbestemmelse og bedre mulighed for familiedannelse for par bestående af to kvinder.

Det gældende forbud mod dobbeltdonation uden sundhedsfaglig begrundelse er fastsat med henblik på at sikre, at barnet er genetisk beslægtet med

mindst én af forældrene, og af hensyn til, at graviditet ved brug af ægdonation indebærer større helbredsmæssige risici end graviditet ved brug af egne æg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder, at den medicinske udvikling samt befolkningens kendskab til fertilitetsbehandling, herunder de helbredsmæssige risici der er forbundet med at modtage fertilitetsbehandling, er mere udbredt i dag end tidligere.

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering, at behandling med partnerægdonation vil kræve sundhedsfaglig rådgivning i lighed med andre typer af fertilitetsbehandling. På baggrund af lovændringen vil relevante faglige retningslinjer og vejledningsmateriale således skulle opdateres, således at par, som modtager behandling med partnerægdonation, vil blive vejledt om de helbredsmæssige risici, der er forbundet med behandlingen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet lægger desuden vægt på, at det gældende krav om, at mindst én donor skal være ikkeanonym, fortsat vil være opfyldt med forslaget. Behandling med partnerægdonation medfører, at barnet som udgangspunkt vil få minimum delvist kendskab til dets genetiske ophav, idet barnet vil være genetisk beslægtet til dets ene mor (den kvinde, som donerer sit æg), mens det vil blive født af dets anden mor (den kvinde, som modtager det donerede æg). Dermed er udgangspunktet, at barnet vil blive opfostret af sin biologiske mor og den kvinde, som har båret graviditeten og født barnet.

2.2.3. Den foreslåede ordning

Det foreslås, at kravet om sundhedsfaglig begrundelse for behandling med dobbeltdonation i § 5 i lov om assisteret reproduktion ikke skal finde anvendelse, hvor ægcellen er doneret af partneren til den kvinde, der skal føde barnet.

Med den foreslåede ordning vil det være muligt for par bestående af to kvinder at modtage fertilitetsbehandling med henblik på, at den ene kvinde kan donere æg til sin partner, således at denne kan bære graviditeten og føde barnet, uden at der er en sundhedsfaglig begrundelse herfor.

Efter den foreslåede ordning vil fertilitetsbehandling med partnerægdonation således kunne tilbydes til par bestående af to kvinder, med de begrænsninger, der gælder efter lovens kapitel 2, jf. §§ 2-4 og §§ 6-11.

Med den foreslåede ordning vil den kvinde, som donerer sit æg til sin kvindelige partner, blive ligestillet med en mand, som i et heteroseksuelt parforhold donerer sin sæd til sin kvindelige partner.

Det foreslås, at partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse fremover kan tilbydes på private fertilitetsklinikker mod egen betaling. Dette er af hensyn til at prioritere det offentlige sundhedsvæsens ressourcer til behandling, der primært er sygdomsbetinget.

Forslaget ændrer ikke ved muligheden for at få fertilitetsbehandling med dobbeltdonation med sundhedsfaglig begrundelse på de regionale sygehuse.

Det vil fortsat være den behandlende sundhedsperson, der er ansvarlig for at vurdere, om behandlingen er sundhedsfagligt begrundet.

3. Ligestillingsmæssige konsekvenser

Lovforslaget vurderes at have positive ligestillingsmæssige konsekvenser, idet der med forslaget vil ske en styrkelse af kvinders reproduktive rettigheder.

Derudover vurderes det, at forslaget om lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse vil styrke adgangen til fertilitetsbehandling til regnbuefamilier bestående af to kvinder.

4. Konsekvenser for FN's verdensmål

Lovforslaget vurderes at understøtte FN's verdensmål 5 om ligestilling af køn. Således vurderes lovforslaget at have positive konsekvenser i forhold til FN's delmål 5.6 om, at der skal sikres universel adgang til seksuel og reproduktiv sundhed og reproduktive rettigheder i overensstemmelse med handlingsprogrammet fra den Internationale Konference om Befolkning og Udvikling samt Beijing-handlingsplanen og slutdokumenterne fra opfølgingskonferencerne.

5. Regionale konsekvenser, herunder landdistrikter

Lovforslagets § 1, nr. 1, vedrørende fertilitetsbehandling til andet barn vurderes at medføre regionale konsekvenser.

Der er i dag ventetid på fertilitetsbehandling på de regionale sygehuse. I nogle regioner er der længere ventetid end i andre regioner. Henset til, at forslaget vil medføre et udvidet behandlingstilbud på de regionale sygehuse, kan det medføre yderligere kapacitetsudfordringer for de regioner, der inden lovens ikrafttræden har lange ventetider på fertilitetsbehandling.

Med henblik på at mindske kapacitetsudfordringer har regeringen og Danske Regioner den 18. juni 2024 indgået udmøntningsaftale om hjælp til andet barn, der forpligter regionerne til at anvende privat kapacitet i form af private fertilitetsklinikker for at nedbringe ventetiderne på fertilitetsbehandling og som et længerevarende supplement til opbygningen af tilbuddet om fertilitetsbehandling til andet barn.

Det følger ligeledes af aftale indgået mellem regeringen og Danske Regioner, at de regioner, der har de største kapacitetsudfordringer og de længste ventetider, forpligtes til at anvende den private kapacitet i størst omfang.

Lovforslagets § 1, nr. 3, vedrørende lovliggørelse af partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse vurderes ikke at medføre regionale konsekvenser eller konsekvenser for landdistrikter henset til, at behandlingen udelukkende skal kunne tilbydes på private fertilitetsklinikker mod egen betaling.

6. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Lovforslagets § 1, nr. 1, vurderes at medføre økonomiske konsekvenser for det offentlige, idet det fremover skal være muligt at få fertilitetsbehandling til andet barn på de regionale sygehuse. Med den samlede aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2025 afsættes der midler i 2024 og 150 mio. kr. årligt fra januar 2025 og frem til at tilbyde fertilitetsbehandling til andet barn. Heri indgår, at borgerne vil have ret til medicintilskud i forbindelse med fertilitetsbehandling efter sundhedslovens almindelige regler om medicintilskud.

Lovforslagets § 1, nr. 1, vurderes at have implementeringsmæssige konsekvenser for det offentlige, da de regionale sygehuse skal udvide deres tilbud om, hvornår der tilbydes behandling. Herudover vurderes det at have implementeringsmæssige konsekvenser i forhold til eksisterende kapacitetsudfordringer og udvidelse af tilbud.

Lovforslagets § 1, nr. 3, vurderes ikke at medføre økonomiske konsekvenser for det offentlige, idet partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse ikke vil indgå i det offentlige serviceniveau for fertilitetsbehandling, og alene vil blive muligt mod egen betaling på private fertilitetsklinikker. Ved ægdonation får borgerne imidlertid hormonbehandling, hvilket i dag delvist finansieres af det offentlige som tilskud til medicin. Ved køb af tilskudsbe-

rettiget medicin til brug for fertilitetsbehandling på private fertilitetsklinikker vil patienterne fortsat have ret til medicintilskud efter sundhedslovens almindelige regler om medicintilskud og regler udstedt i medfør heraf.

Lovforslagets § 1, nr. 3, vurderes ikke at have implementeringsmæssige konsekvenser for det offentlige.

Principperne for digitaliseringsklar lovgivning har ikke relevans for lovforslaget.

7. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Lovforslagets § 1, nr. 1, forventes at have negative administrative konsekvenser for de private fertilitetsklinikker, da det forventes, at flere patienter, som i dag får hjælp i det private, vil anvende det nye tilbud på de regionale sygehuse i forbindelse med mulighed for vederlagsfri behandling.

Regionerne vil dog indgå aftaler om at anvende den private kapacitet som led i nedbringelse af ventetid og som et længerevarende supplement til opbygningen af tilbuddet om hjælp til andet barn. Allerede i dag er der visse steder i landet kapacitetsudfordringer, og særligt de regioner, der har de største kapacitetsudfordringer og længste ventetider, vil anvende den private kapacitet i størst omfang.

Der etableres en fællesregional ramme for et udbud, som de enkelte regioner kan tilpasse efter regionale behov. Det regionale udbud forventes etableret og igangsat sideløbende med ikrafttrædelsen af tilbuddet om hjælp til andet barn, dvs. 1. december 2024. Den enkelte region er ansvarlig for at tilpasse aftalerne til lokale forhold for at tilgodese patienternes behov. Dermed indgår den private kapacitet som et samarbejdssygehus. I udbudsaftalerne skal det sikres, at tilbuddet fra private fertilitetsklinikker efterlever krav om økonomi, behandlingskvalitet og geografi i overensstemmelse med den enkelte regions behov. Regionerne skal udbyde 1000 IVF- og dertilhørende FER-behandlinger, der skal varetages af private leverandører.

Lovforslagets § 1, nr. 3, vurderes at have positive økonomiske konsekvenser for private fertilitetsklinikker i form af en stigning i indtægter som følge af en lovliggørelse af partnerægdonation uden en sundhedsfaglig begrundelse.

8. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

9. Klimamæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen klimamæssige konsekvenser.

UDKAST

10. Miljø- og naturmæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljø- eller naturmæssige konsekvenser.

11. Forholdet til EU-retten

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

12. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden fra den 5. juli 2024 til den 22. august 2024 været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Danske Regioner, Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, KL, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd, Danske Bioanalytikere, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Kristelig Lægeforening, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Praktiserende Lægers Organisation, Yngre Læger, Danske Patienter, Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, Manderådets Udvalg for Familieret, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, PCO Foreningen, Sundhed Danmark, Center for Etik og Ret, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Fertilitetsselskab, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Institut for Menneskerettigheder, Kirkens Korshær, KVINFO, Landsforeningen Børn og Forældre, LGBT+ Danmark, Nationalt Center for Etik, Patienterstatningen.

13. Sammenfattende skema

| | Positive konsekvenser/mindre-udgifter (hvis ja, angiv omfang/Hvis nej, anfør »Ingen«) | Negative konsekvenser/merudgifter (hvis ja, angiv omfang/Hvis nej, anfør »Ingen«) |
|--|---|---|
| Økonomiske konsekvenser for stat, kommuner og regioner | Ingen | Lovforslagets § 1, nr. 1, skønnes at medføre merudgift på 150 mio. kr. årligt fra 2025 for regionerne i form af øgede udgifter til fertilitetsbehandling. Lovforslagets § 1, nr. 3, skønnes at have en mindre merudgift i form af medicintilskud |

UDKAST

| | | |
|--|---|---|
| | | på hormonbehandling for regionerne. |
| Implementeringskonsekvenser for stat, kommuner og regioner | Ingen | Lovforslagets § 1, nr. 1, skønnes at have implementeringskonsekvenser for regionerne i form af øget behov for personale ressourcer, indkøb m.v. Lovforslagets § 1, nr. 3, har ikke negative implementeringskonsekvenser for stat, kommuner eller regioner. |
| Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet | Lovforslagets § 1, nr. 1, skønnes ikke at have positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. Lovforslagets § 1, nr. 3, vurderes at have positive økonomiske konsekvenser for erhvervslivet i form af stigninger i indtægter på private fertilitetsklinikker. | Lovforslagets § 1, nr. 1, skønnes at have negative konsekvenser for erhvervslivet i form af patienter, som vil flytte til det offentlige. Lovforslagets § 1, nr. 3, har ikke negative økonomiske konsekvenser for erhvervslivet. |
| Administrative konsekvenser for erhvervslivet | Ingen | Ingen |
| Administrative konsekvenser for borgerne | Ingen | Ingen |
| Klimamæssige konsekvenser | Ingen | Ingen |
| Miljø- og naturmæssige konsekvenser | Ingen | Ingen |
| Forholdet til EU-retten | Lovforslaget indeholder ingen EU-retlige aspekter. | |
| Er i strid med de fem principper for implementering af erhvervsrettet EU-regulering/ Går videre end minimumskrav i EU-regulering (sæt X) | Ja | Nej X |

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det følger af § 1 a, stk. 1, i lov om assisteret reproduktion, at regionsrådene på deres sygehuse kun må yde behandling med assisteret reproduktion til enlige kvinder, der ikke har børn, og par, der ikke har fælles børn, jf. dog stk. 2 og § 7, stk. 1 og 3.

Det foreslås, at § 1 a, stk. 1, nyaffattes.

Det foreslås med nyaffattelsen af § 1 a, stk. 1, at regionsrådene på deres sygehuse må yde behandling med assisteret reproduktion til første og andet barn til enlige kvinder. For par må der ydes behandling til første og andet fælles barn.

Forslaget vil indebære, at enlige kvinder, som har ét barn, og par, som har ét fælles barn, vil få mulighed for offentlig finansieret assisteret reproduktion (fertiliseringsbehandling) til andet barn.

Med den foreslåede ordning vil det således blive muligt for enlige kvinder og par at få fertiliseringsbehandling til andet barn på de regionale sygehuse.

Med adgangen til fertiliseringsbehandling til både første og andet barn for enlige kvinder videreføres gældende ret således, at enlige kvinder, som enten ikke har børn, eller som har ét barn, herunder et adoptivbarn, med forslaget vil kunne tilbydes fertiliseringsbehandling på de regionale sygehuse.

Med adgangen til fertiliseringsbehandling til både første og andet fælles barn for par videreføres gældende ret således, at par, herunder et registreret partnerskab eller et ægteskab, som enten ikke har fælles børn, eller som har ét fælles barn, herunder hvor den ene part har adopteret den anden parts barn, vil kunne tilbydes fertiliseringsbehandling på de regionale sygehuse.

De begrænsninger i adgangen til fertiliseringsbehandling, der gælder efter lovens kapitel 2, jf. §§ 2-11, vil fortsat finde anvendelse.

Der henvises i øvrigt til beskrivelsen af gældende ret i pkt. 2.1.1.

UDKAST

Til nr. 2

Det følger af § 1 a, stk. 1, i lov om assisteret reproduktion, at regionsrådene på deres sygehuse kun må yde behandling med assisteret reproduktion til enlige kvinder, der ikke har børn, og par, der ikke har fælles børn, jf. dog stk. 2 og § 7, stk. 1 og 3.

Det foreslås, at der i § 1 a efter stk. 1 indsættes et nyt stykke.

Det foreslås med indsættelse af et nyt stykke i § 1 a efter stk. 1, at uanset stk. 1 må regionsrådene på deres sygehuse yde behandling med assisteret reproduktion efter stk. 3 og § 7, stk. 1 og 3.

Der er udelukkende tale om en rykning af lovteknisk karakter, således at det tydeligt fremgår, at der efter nyaffattelsen af § 1 a, stk. 1, hvorefter der kan ydes fertilitetsbehandling til første og andet barn til enlige kvinder og par, fortsat gælder de samme undtagelser til stk. 1, som hidtil. Bestemmelsen svarer således til sidste led i gældende § 1 a, stk. 1.

Som en konsekvens af ovenstående bliver § 1 a, stk. 2 herefter til § 1 a, stk. 3.

Med den foreslåede ordning vil det fortsat gælde, at hvis den enlige kvinde eller parret 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 den enlige kvinde eller parret kan få flere børn.

Med den foreslåede ordning vil det fortsat være muligt efter lovens § 7, stk. 1, at foretage genetisk undersøgelse af et befrugtet æg, når der er en kendt og væsentlig øget risiko for, at barnet vil få en alvorlig sygdom, uagtet hvor mange børn den enlige kvinde eller parret har i forvejen.

Det vil også fortsat gælde efter lovens § 7, stk. 3, at Styrelsen for Patient-sikkerhed efter udredning og sundhedsfaglig vurdering i konkrete tilfælde kan meddele tilladelse til anvendelse af præimplantationsdiagnostik ved assisteret reproduktion, hvor tungtvejende hensyn til behandling af et barn med livstruende sygdom i denne familie taler herfor, uagtet hvor mange børn den enlige kvinde eller parret har i forvejen.

Der henvises i øvrigt til beskrivelsen af gældende ret i pkt. 2.1.1.

UDKAST

Til nr. 3

Det følger af § 5 i lov om assisteret reproduktion, at stammer ægcellen ikke fra den kvinde, der skal føde barnet, og stammer sæden ikke fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet, og enten sæden eller ægcellen er doneret i ikkeanonym form.

Det foreslås, at der i § 5 indsættes et stk. 2.

Det foreslås med indsættelsen af et *stk.* 2 i § 5, at kravet om sundhedsfaglig begrundelse i stk. 1 ikke finder anvendelse, hvor ægcellen er doneret af partneren til den kvinde, der skal føde barnet.

Med forslaget gives der mulighed for, at i par bestående af to kvinder, vil den ene kvinde kunne donere ægceller til hendes partner, som herefter vil bære graviditeten og føde barnet (partnerægdonation), også i de tilfælde, hvor der ikke er sundhedsfaglig begrundelse for behandlingen.

Med den foreslåede ordning vil det gældende krav i § 5, stk. 1, om at dobbeltdonation, hvor både æg- og sædcelle stammer fra en donor, skal være sundhedsfagligt begrundet, fortsat finde anvendelse. Det medfører heraf, at det fortsat ikke vil være muligt for en kvinde at få doneret både donoræg og donorsæd, hvis der ikke er en sundhedsfaglig begrundelse for behandlingen, medmindre der er tale om partnerægdonation.

Med den foreslåede ordning vil den kvinde, som donerer sit æg til sin kvindelige partner, blive ligestillet med en mand, som i et heteroseksuelt parforhold donerer sin sæd til sin kvindelige partner.

Det vil være den behandlende sundhedsperson, som er ansvarlig for at vurdere, om behandlingen er sundhedsfagligt begrundet.

Behandling med partnerægdonation uden sundhedsfaglig begrundelse vil udelukkende kunne tilbydes på private fertilitetsklinikker mod egen betaling, og vil derfor ikke indgå som en del af behandlingstilbuddet på de regionale sygehuse.

De begrænsninger i adgangen til fertilitetsbehandling, der gælder efter lovens kapitel 2, jf. §§ 2-4 og §§ 6-11, vil fortsat finde anvendelse.

Det bemærkes, at lovforslaget ikke ændrer ved, at behandling med assisteret reproduktion ikke må finde sted, når der foreligger en aftale mellem den kvinde, hvor graviditet søges etableret, og en anden om, at kvinden skal føde

UDKAST

et barn til denne (surrogatmoderskab), jf. § 13 i lov om assisteret reproduktion.

Der henvises i øvrigt til beskrivelsen af gældende ret i pkt. 2.2.1.

Til § 2

Det foreslås i *stk. 1*, at loven skal træde i kraft den 1. december 2024, jf. dog *stk. 2*.

Det foreslås i *stk. 2*, at lovens § 1, nr. 2, skal træde i kraft den 1. januar 2025.

Til § 3

Det følger af § 32 i lov om assisteret reproduktion, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men ved kongelig anordning kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Det foreslås derfor, at loven ikke skal gælde for Færøerne og Grønland, men at den ved kongelig anordning kan sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Det foreslås endvidere, at lovens bestemmelser kan sættes i kraft på forskellige tidspunkter.

Lovforslaget sammenholdt med gældende lov

| <i>Gældende formulering</i> | <i>Lovforslaget</i> |
|---|---|
| | § 1 |
| | I lov om assisteret reproduktion, jf. lovbekendtgørelse nr. 902 af 23. august 2019, som ændret ved lov nr. 1780 af 28. december 2023, foretages følgende ændringer: |
| <p>§ 1 a. Regionsrådene må på deres sygehuse kun yde behandling med assisteret reproduktion til enlige kvinder, der ikke har børn, og par, der ikke har fælles børn, jf. dog stk. 2 og § 7, stk. 1 og 3.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Til en enlig kvinde eller et par, som har fået et barn ved assisteret reproduktion, 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 den enlige kvinde eller parret kan få flere børn.</p> | <p>1. <i>§ 1 a, stk. 1</i>, affattes således: »Regionsrådene må på deres sygehuse yde behandling med assisteret reproduktion til første og andet barn til enlige kvinder. For par må der ydes behandling til første og andet fælles barn.«</p> <p>2. I <i>§ 1 a</i> indsættes efter stk. 1 som nyt stykke: »<i>Stk. 2.</i> Uanset stk. 1 må regionsrådene på deres sygehuse yde behandling med assisteret reproduktion efter stk. 3 og § 7, stk. 1 og 3.« Stk. 2 bliver herefter stk. 3.</p> |
| <p>§ 5. Stammer ægcellen ikke fra den kvinde, der skal føde barnet, og stammer sæden ikke fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet og enten sæden eller ægcellen er doneret i ikkeanonym form.</p> | <p>3. I § 5 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke: »<i>Stk. 2.</i> Kravet om sundhedsfaglig begrundelse i stk. 1 finder ikke anvendelse, hvor ægcellen er doneret af partneren til den kvinde, der skal føde barnet.«</p> |