

Antallet ufrivillig barnløse er stadig økende. Er det ønskelig med et offentlig tilbud om assistert befruktning?

## Assistert befruktning – hva skal staten betale?

Prioriteringsdebatten rundt assistert befruktning har skapt et stort engasjement siden midten av 1980-årene. Behandlingen har hatt lav prioritet, og Lønning-utvalgene konkluderte med at assistert befruktning ikke skulle prioriteres (1, 2). Frem til 2002 fikk parene tilbud om inntil tre fullførte behandlinger, der det meste av medisnutgiftene ble dekket av det offentlige. Fra 1.1. 2002 opphørte offentlige tilskudd til assistert befruktning. Dette medførte umiddelbart en dramatisk reduksjon i antall pasienter som søkte behandling (3), og etter et halvt år ble dagens ordning innført. Nå betaler pasientene inntil kr 15 000 i egenandel i medisnutgifter for inntil tre fullførte behandlinger samt kr 1 500 i egenandel til sykehuset per behandling. De polikliniske takstene per behandling ble samtidig justert ned, slik at inntektene til de offentlige klinikkene ble mindre.

Forekomsten av infertilitet øker i den industrialiserte del av verden (3). EU-parlamentet anmodet i 2008 «å sikre par en universal adgangsrett til behandling for ufrivillig barnløshet». I tråd med dette har man i Norge gått inn for at det skal være et offentlig tilbud i alle helseforetak.

Hanevik og medarbeidere viser i sin artikkel i dette nummer av Tidsskriftet at assistert befruktning er en effektiv behandling (4). Tallene fra Fertilitetsklinikken Sør viser at 63,8% av parene fikk barn i løpet av en tre års oppfølgingsperiode. Vi mener staten i dag bruker lite penger på behandling av ufrivillig barnløse. Våre beregninger viser at under 0,05% av det totale budsjettet til helseforetakene brukes til assistert befruktning. Pasientene dekker det meste av kostnadene til medisiner selv. Tall fra Fertilitetsklinikken Sør viser at 42% av parene fikk barn allerede etter første behandling. Dette innebærer at pasientene dekker 70% av utgiftene til medikamenter selv, fordi de får barn før maksimumsgrensen for medikamentutgifter på kr 15 000 nås.

Kravene til kvalitet, forsvarlighet og optimal behandling innen det offentlige helsevesenet øker stadig. En direkte konsekvens er kniving om ressursene. Det vil være galt å hevde at assistert befruktning er et prioritert felt i norsk helsevesen. Dersom nødvendige investeringskostnader ikke tas på alvor, vil den faglige kvaliteten i det offentlige ikke lenger være tilfredsstillende. Det er allerede et stort privat tilbud om assistert befruktning i Norge. Hvordan helsetilbudet skal fordeles mellom det offentlige og det private, bør diskuteres både faglig og politisk. I land der assistert befruktning kun gjøres privat, er det en vesentlig høyere forekomst av tvillinger, fordi man for å øke graviditetsraten setter mer enn ett egg tilbake per forsøk. Tvillinger fødes imidlertid ofte for tidlig og har dermed økt risiko for sykelighet og dødelighet sammenliknet med enkeltfødte. Utviklingen i Norge og Norden de siste ti årene har vært gunstig. Ved å sette tilbake bare ett befruktet egg hos de fleste har man oppnådd en ønsket reduksjon i tvillingforekomsten (5).

Enkelte har hevdet at regnestykker som er basert på at barn primært betraktes som investeringsobjekter (for foreldrene eller for samfunnet) virker meningsløse. Andre argumenterer nettopp for at barn er en ressurs og at den fremtidige borger vil betale sin «gjeld» tilbake. Om man velger å investere i assistert befruktning for at et barn skal kunne fødes, er det beregnet at samfunnet får igjen omtrent 8,5 ganger investeringen i løpet av barnets levetid (6).

Det har alltid vært en forutsetning at et offentlig helsetilbud i Norge skal være av god kvalitet. Innsatsstyrt finansiering (ISF) vil ulyser-

lig påvirke hvordan helseforetakene driver sin kliniske virksomhet og kan brukes til å fremme god klinisk praksis. Dette betinger imidlertid vilje til å endre systemet i henhold til faglige anbefalinger. ISF-ordningen for assistert befruktning var helt frem til 2010 slik at helseforetak som aktivt gikk inn for å redusere forekomsten av flerlingsvangerskap etter assistert befruktning ble økonomisk straffet. Dette til tross for at både fagmiljø og organer som Bioteknologinemnda argumenterte for å tilpasse ordningen til de faglige anbefalingene (7).

Behandling av barnløse krever individualisering. Ikke alle «skal ha» tre forsøk, da prognosene kan være for dårlige til at det er medisinsk riktig å fortsette behandlingen. Motsatt burde noen par tilbys flere statlig finansierte behandlinger utover de tre. Vi foreslår at dagens ordning erstattes slik at pasientene betaler en egenandel per gjennomført behandling. Det finnes etter vår vurdering ingen medisinsk begrunnelse for at infertilitetsbehandling skal ha en vesentlig høyere egenandel enn annen behandling. La oss revurdere den utbredte holdningen om at assistert befruktning koster for mye og åpne for at staten skal investere mer for å sikre et godt medisinsk og etisk tilbud innen det offentlige.

**Liv Bente Romundstad**

*libero@ntnu.no*

**Arne Sunde**

Fertilitetsseksjonen

Kvinneklinikken

St. Olavs hospital

Liv Bente Romundstad (f. 1968) er dr.med. og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun har arbeidet med assistert befruktning i ti år og er overlege ved Fertilitetsseksjonen, St. Olavs hospital, og postdoktor ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Har mottatt foredragshonorar fra MSD og Ferring.

Arne Sunde (f. 1950) er dr.ing. i molekylær endokrinologi. Han har arbeidet med assistert befruktning siden 1982 og er seksjonsleder ved Fertilitetsseksjonen, St. Olavs hospital. Sunde har vært leder av ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology).

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Har mottatt foredragshonorar fra MSD, Merck Serono og Ferring og eier aksjer i CellCura ASA.

### Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innenfor norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23.
2. Norges offentlige utredninger. Prioriteringer på ny. NOU 1997: 18.
3. Andersen AN, Goossens V, Gianaroli L et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2003. Results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod 2007; 22: 1513–25.
4. Hanevik HI, Kahn JA, Bergh A et al. Resultater etter assistert befruktning i en offentlig fertilitetsklinikk. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 947–51.
5. Romundstad LB. Number of embryos to transfer: better safe than sorry? Lancet 2012; 379: 497–8.
6. Connolly MP, Gallo F, Hoorens S et al. Assessing long-run economic benefits attributed to an IVF-conceived singleton based on projected lifetime net tax contributions in the UK. Hum Reprod 2009; 24: 626–32.
7. Bioteknologinemndas uttalelse om ISF-takster for assistert befruktninghttp. www.bion.no/filarkiv/2010/07/2007\_05\_19-brev\_til\_HOD\_om\_SET.pdf (19.4.2012).