



Københavns Universitet

Diskussion om brugerbetaling for assisteret befrugtning

Schmidt, Lone; Ziebe, Søren

Published in:

Etik og prioritering i sundhedsvæsenet - hvorfor det er så svært

Publication date:

2013

Document version

Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

Schmidt, L., & Ziebe, S. (2013). Diskussion om brugerbetaling for assisteret befrugtning. I *Etik og prioritering i sundhedsvæsenet - hvorfor det er så svært* (s. 97-103). København: Det Ethiske Råd.



DET
ETISKE
RÅD

*Etik og prioritering
i sundhedsvæsenet
– hvorfor det er så svært*

KØBENHAVN 2013.



BRUGER- BETALING

”

Det er vores opfattelse, at den manglende anerkendelse af infertilitet som en reproduktiv, kronisk sygdom fører til en kategorisering af infertilitet som helt forskellig fra kroniske sygdomme andre steder i kroppen.

”

Diskussion om brugerbetaling for assisteret befrugtning



Lone Schmidt, lektor, dr.med., ph.d., Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
Søren Ziebe, klinikchef, dr.med., Fertilitetsklinikken, Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet

WHO er den organisation, der udarbejder de sygdomsklassifikationer, der anvendes globalt. WHO kategoriserer infertilitet (nedsat frugtbarhed) som en sygdom i det reproduktive system, og infertilitet defineres som udeblivende graviditet efter igennem mere end 1 år med regelmæssigt, ubeskyttet seksuelt samliv (1). I Danmark er mellem 16% og 26% af alle par, der har forsøgt at få børn, infertile (2). Omkring 3-6% af alle 45-årige kvinder er ufrivilligt barnløse pga. egen og/eller partners nedsatte frugtbarhed. Yderligere 4-6% har pga. infertilitet ikke været i stand til at få så mange børn, som de har forsøgt at få. Infertilitet er en kronisk sygdom, hvilket betyder, at det, undtagen i ganske enkelte tilfælde, ikke er muligt at helbrede infertilitet. Der eksisterer således fx ikke behandlinger, der kan gøre mænd med forringet sædkvalitet frugtbare igen, ligesom der ikke eksisterer behandlinger, der kan genetablere frugtbarheden hos kvinder, der har lukkede æggeledere.

Der er en lang række kendte medicinske årsager og risikofaktorer for infertilitet hos kvinder og mænd, foruden endnu ukendte faktorer. Det drejer sig for kvinder fx om endometriose (vævsklumper af livmoderslimhinde i bughulen), polycystisk ovariesyndrom (PCOS) med bl.a. forhøjet testosteron niveau og ændret insulinfølsomhed, seksuelt overført infektion med klamydia, reproduktionsskadende stoffer i arbejdsmiljøet og det omgivende miljø bl.a. pesticider og phatalater, arvelige sygdomme, kræftsygdom og behandling for kræftsygdomme. For mænd er årsagen til en forringet sædkvalitet oftest ikke kendt, men forskellige reproduktionsskadende stoffer i miljø og arbejdsmiljø er risikofaktorer, ligesom sygdomme som fåresyge i voksenalderen og testikkelkræft samt behandling for andre kræftformer medfører forringet eller helt ophævet frugtbarhed. Endvidere er stigende alder, overvægt og rygning risikofaktorer for nedsat frugtbarhed både blandt kvinder og mænd. Generelt har det i undersøgelser vist sig, at fertilitetspatienter på en lang række parametre *ikke* adskiller sig som gruppe fra gruppen af frugtbare par. Fertilitetspatienter har således samme socialgruppedeling som den øvrige befolkning. De påbegynder familiedannelsen i samme alder som de frugtbare, de har samme fordeling mht. normalvægt og overvægt, og en mindre andel af dem er rygere sammenholdt med jævnaldrende i den øvrige del af befolkningen.

Som nævnt er helbredende behandling af infertilitet, bortset fra i ganske få tilfælde, ikke mulig. I stedet behandles følgerne af sygdommen infertilitet – her barnløsheden. I Danmark tilbydes fertilitetsbehandling både i det offentlige sundhedsvæsen og ved private fertilitetsklinikker, hvor patienterne selv betaler for behandlingen. Ved de offentlige fertilitetsklinikker er målet, at flest mulige patienter bliver forældre inden for

de begrænsede økonomiske ressourcer, der er til rådighed. Dette betyder, at tilbuddet om fertilitetsbehandling ved offentlige klinikker ofte må begrænses af ikke-medicinske årsager. Som eksempler kan nævnes, at behandling udelukkende tilbydes, når kvinden er under 40 år, og at par ikke må have et fælles barn i forvejen. Hvis det drejer sig om en enlig kvinde i behandling, må hun ikke være mor i forvejen. Endelig er der en øvre grænse for det antal behandlingsforsøg, der tilbydes på de offentlige klinikker – også for par, hvor det kunne være medicinsk indiceret at fortsætte behandling. På private fertilitetsklinikker tilbydes behandling til kvinder under 45 år og til par/kvinder med et barn i forvejen, og man kan købe det antal behandlinger, man har råd til. Samlet set betyder dette, at godt halvdelen af fertilitetsbehandlingerne i Danmark foregår i det offentlige sundhedsvæsen, og at den resterende del, som er selvbetalt af patienterne, foregår på private fertilitetsklinikker. Omkring 8-10% af alle nyfødte i Danmark er et resultat af en eller anden form for assisteret befrugtning (3).

En opfølgingsundersøgelse blandt 1338 par, der var påbegyndt fertilitetsbehandling 5 år tidligere, viste, at blandt kvinder, yngre end 35 år ved påbegyndelse af behandlingen, havde 75% opnået mindst et levendefødt barn. For de kvinder, der var 35 år eller ældre, da de påbegyndte behandlingen, havde 52% født mindst et barn. Derudover havde 6% adopteret mindst et barn (4).

Igennem mange år har der med jævne mellemrum været diskussioner om brugerbetaling eller ej inden for det reproduktive område. Som oftest er det assisteret befrugtning, der har været diskuteret. Men også områder som sterilisation, fødselsforberedelse, svangreomsorg og provokeret abort har været genstand for diskussioner om det offentlige ressourceforbrug og beslutninger om enten brugerbetaling (sterilisation og assisteret befrugtning) eller kraftig reduktion af tilbuddet (fødselsforberedelse og svangreomsorg). Som eksempel på ønsker om brugerbetaling mere generelt på det reproduktive område kan nævnes, at det fremgår af Dansk Folkepartis Ungdoms sundhedspolitiske program, at de mener, der skal indføres brugerbetaling "ved tredje og efterfølgende abort(er), ved tredje og efterfølgende forsøg på kunstig befrugtning, sterilisation og re-sterilisation" (5), ligesom brugerbetaling på abort har været diskuteret i Grønland.

I det følgende gives et overblik over argumenterne igennem de seneste 10-15 år i de offentlige diskussioner om brugerbetaling for assisteret befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen. Overblikket over argumenterne er tematiseret i forhold til 1) samfundet og brugerbetaling; 2) infertilitet - sygdom eller et problem; 3) assisteret befrugtning og adoption; og 4) heteroseksuelle par versus enlige kvinder og lesbiske par.

Samfundet og brugerbetaling for assisteret befrugtning i det offentlige sundhedsvæsen

I år 2000 forlangte det Konservative Folkeparti i forbindelse med den kommende finanslov, at betalingsstrukturen i det danske sundhedsvæsen blev kulegravet, fordi den eksisterende brugerbetaling var historisk og præget af tilfældigheder. På daværende tidspunkt var det ikke hensigten at spare penge eller indføre mere brugerbetaling. I debatten blev assisteret befrugtning nævnt som et potentielt område, hvor man kunne indføre brugerbetaling. Folketinget stemte om brugerbetaling på dette område, men pga det indførte skattestop trak Venstre sit eget forslag om brugerbetaling for assisteret befrugtning tilbage. I 2002 udtalte Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, at han ikke havde "nogen planer om at indføre brugerbetaling for barn nummer ét" (6). Men i 2003, da et af sundhedsminister Lars Løkke Rasmussens rådgivende ekspertudvalg afgav

rapport om reformer og ændringer i sundhedsvæsenets struktur, finansiering og styring, var konklusionen, at den stramme samfundsøkonomi gjorde det nødvendigt at finansiere flere sundhedsydelser via brugerbetaling. I 2010 besluttede den daværende regering sammen med Dansk Folkeparti, som en del af Genopretningsplanen fra 1. januar 2011, at indføre brugerbetaling også i det offentlige sundhedsvæsen på assisteret befrugtning og sterilisation. Denne beslutning brød med Sundhedslovens princip om "let og lige adgang" til behandling ved landets offentlige sygehuse, da ikke alle vil have lige mulighed for at selv at betale og dermed ikke længere lige adgang til behandlinger ved landets offentlige sygehuse. Fra 1. januar 2012 ophævede den nuværende regering brugerbetalingen på assisteret befrugtning i det offentlige sygehusvæsen. Ifølge beregninger, baseret på nationale tal for antallet af udførte fertilitetsbehandlinger i det offentlige og private sundhedsvæsen i perioden 2009-2011, medførte brugerbetalingen for offentlig fertilitetsbehandling i år 2011 et markant fald i behandlinger svarende til 868 færre fødte børn (7). Landets offentlige fertilitetsklinikker rapporterede i 2012, efter ophævelsen af brugerbetalingen, om et mærkbart stigende antal patienter. De endelige behandlingsantal for 2012 er i skrivende stund (februar 2013) endnu ikke rapporteret. For det offentlige sundhedsvæsen betød brugerbetalingen i 2011 en dertil svarende besparelse i direkte behandlingsudgifter.

De samfundsmæssige argumenter for brugerbetaling for assisteret befrugtning er, at disse behandlinger ikke er et kerneområde i sundhedsvæsenet. Et af de argumenter, nogle medlemmer af Det Ethiske Råd har fremført, er, at der "ikke kan fremføres tvingende etiske argumenter for nogen af finansieringsmåderne, da behandlingen med kunstig befrugtning ligger i en gråzone mellem, hvad det offentlige bør betale, og hvad den enkelte selv må finansiere" (8, s. 19). Andre i Rådet argumenterede for, at det hverken er muligt eller ønskeligt, at samfundet afhjælper alle de problemer, mennesker støder ind i gennem livet, og at der ikke bør udbydes "kunstig befrugtning som behandlingsmulighed i det offentlige sundhedsvæsen, når der er venteliste til behandling for alvorlige sygdomme" (8, s. 18). Blandt andre argumenter fremført i den offentlige debat er, at mennesker med behov for assisteret befrugtning nok skal være i stand til at finde pengene selv, hvis de virkelig ønsker sig et barn; at der i forvejen er andre områder belagt med brugerbetaling inden for sundhedsvæsenet; og at en stram samfundsøkonomi gør det nødvendigt at indføre yderligere brugerbetaling for udvalgte sundhedsydelser. De samfundsmæssige argumenter imod brugerbetaling for assisteret befrugtning er, at vi i Danmark igennem mere end 30 år har fået færre børn end svarende til opretholdelse af befolkningens antal, og dermed har vi i samfundet en ubalance mellem personer, der er ældre end 65 år og yngre personer. Der argumenteres for, at vi som samfund har brug for, at alle de mennesker, der ønsker sig børn, får mulighed for at få dem. Endvidere argumenteres imod brugerbetaling i det offentlige sundhedsvæsen med, at brugerbetaling vil medføre social ulighed i muligheden for at blive forældre; at de offentlige sundhedsudgifter til assisteret befrugtning er forsvindende små i forhold til den gennemsnitlige nettoindtægt til samfundsøkonomien over et livsforløb fra hvert født individ; at brugerbetaling vil medføre genindførelse af forældede behandlingsmetoder med lav succesrate (disse var ikke belagt med brugerbetaling) og dermed uhensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer; at brugerbetaling vil medføre, at flere patienter insisterer på flerfoldsgraviditeter og dermed øget risiko for for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, indlæggelse på neonatal afsnit, øget risiko for handicap og dermed samlet øgede samfundsudgifter per fødte barn; at brugerbetaling vil medføre, at færre patienter vil deltage i forskningen inden for området, hvorfor den høje kvalitet af fertilitetsbehandlingerne ikke vil kunne opretholdes og videreudvikles.

Infertilitet – sygdom eller et problem?

Det er et centralt argument i debatten om brugerbetaling, at infertilitet ikke er en sygdom. Det Ethiske Råd beskriver, at ufrivillig barnløshed "i mange tilfælde kan udgøre en stor belastning for de involverede parter" (8, s. 15). Andre steder i rapporten omtales ufrivillig barnløshed som "stort problem" (8, fx s.17). I den offentlige debat omtales infertilitet ofte som et "luksusproblem", og som et problem, de infertile selv er skyld i. Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd har argumenteret for, at det offentlige sundhedsvæsen kun bør tage sig af ufrivillig barnløshed "i den udstrækning, den er et resultat af sygdom eller medfødte handicaps. I dette tilfælde bør det offentlige stille behandlingsmuligheder til rådighed, som sigter mod at (*gen*)etablere den manglende funktionsduelighed på det reproduktive område, således at en naturlig forplantning eventuelt muliggøres" (8, s. 18).

Argumenterne imod brugerbetaling går ud på, at det er et faktum, at infertilitet er kategoriseret som en reproduktiv sygdom af WHO. Endvidere, at der ikke eksisterer behandlinger, der kan (*gen*)etablere menneskers frugtbarhed. At vi i Danmark har valgt, at det offentlige sundhedsvæsen tilbyder vederlagsfrie ydelser inden for hele det reproduktive felt - fødsler, aborter, sterilisationer (undtagen i 2011) samt præventionsrådgivning. Der argumenteres således for, at det er besynderligt, at netop de reproduktivt syge skal pålægges brugerbetaling i det offentlige sundhedsvæsen, men ikke de reproduktivt raske som fx de fødende.

Assisteret befrugtning eller adoption?

I 2010 blev der her i landet født 6790 børn efter assisteret befrugtning (3). Samme år søgte 606 par om godkendelse til at adoptere, og der blev i alt adopteret 419 børn til Danmark (9).

I forbindelse med debatterne om brugerbetaling for assisteret befrugtning har der også fra politisk side været et ønske om i højere grad at styre de barnløses håndtering af deres reproduktive sygdom. I 2003 udtalte Charlotte Dyremose (K), at der skulle være brugerbetaling fra første fertilitetsbehandling, og at beløbet skulle anvendes til at nedsætte prisen for adoption. Dansk Folkeparti foreslog, at man fjernede retten til det tredje fertilitetsbehandlingsforsøg i det offentlige sygehusvæsen, og de dermed sparede midler skulle bidrage til at øge det offentlige tilskud til adoption (10). I 2010 anførte Henriette Kjær (K), at brugerbetaling for assisteret befrugtning er en borgerlig mærkesag, og når man betaler for adoption, kan man også betale for fertilitetsbehandling (11). Der blev i interviewene ikke viderebragt uddybende argumenter for, hvorfor brugerbetaling for kunstig befrugtning blev betragtet som en borgerlig mærkesag. Senere har Hans Andersen (V), næstformand i Folketingets Sundhedsudvalg, udtalt, at da brugerbetalingen "blev indført, var den et led i genopretningen af den offentlige økonomi. Men vi synes ikke, at der er brug for mere brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen, og den vil derfor ikke komme igen" (12). Det Ethiske Råd har i 2001, på Sundhedsministerens anmodning, taget stilling til, om udgifter til kunstig befrugtning og adoption bør udjævnes (8, s. 19-20). Argumenter for en udjævning af udgifterne var, at adoption ud fra "en etisk betragtning er en god måde at få børn på, fordi et forældreløst og som oftest dårligt stillet barn derved gavnes" (8, s. 20), og at det fremmer de barnløses selvbestemmelse i forhold til måden at stifte familie på. Sammenfattende fandt Det Ethiske Råd ikke de etiske argumenter tvingende i en sådan grad, at de kunne danne udgangspunkt for en anbefaling om, at udjævning af udgifterne burde finde sted (8, s. 21).

Argumenterne imod, at brugerbetaling for assisteret befrugtning skulle anvendes til at nedbringe prisen på adoption, var, at man ikke indenfor andre sygdomsgrupper beder de

syge selv finansiere andre former for løsninger. For eksempel beder man ikke nyresyge dialysepatienter om brugerbetaling for at reducere udgifterne til nyretransplantationer. Endvidere er argumentet, at fertilitetspatienter og adoptanter hovedsageligt omfatter den samme gruppe af mennesker. Det er således den samme gruppe, der først skal finansiere egen fertilitetsbehandling, og derefter vælger en andel af de behandlede, der ikke har opnået at få barn, at søge adoption. Brugerbetaling også på fertilitetsbehandling – udover den eksisterende på adoption – vil samlet medføre et meget stort beløb og dermed øget social ulighed i adgangen til at blive forældre blandt mennesker med nedsat frugtbarhed. Fertilitetsbehandling og adoption er ikke et enten/eller, men hyppigst et både-og, da kun ganske få heteroseksuelle par søger adoption uden forudgående at have afprøvet deres egen fertilitet. I stedet argumenteres modsat for at nedsætte brugerbetalingen på adoption uden at pålægge behandling med assisteret befrugtning brugerbetaling, således at den sociale ulighed i adgangen til adoption formindskes. Afsluttende må det understreges, at antallet af børn, der er tilgængelige til adoption, på ingen måde ville kunne dække behovet. Adoption er allerede med det nuværende niveau behæftet med betydelig ventetid.

Heteroseksuelle par versus enlige kvinder og lesbiske par

I loven om kunstig befrugtning fra 1997 blev det indført, at læger ikke måtte behandle enlige kvinder eller lesbiske par med assisteret befrugtning. Siden har det været diskuteret, om denne diskrimination i forhold til at modtage en ydelse i det offentlige sundhedsvæsen fortsat skulle opretholdes, da disse kvinder gerne måtte modtage fertilitetsbehandling udført af andre end læger. I 2007 blev loven revideret, og også læger fik nu tilladelse til at behandle enlige kvinder og lesbiske par med assisteret befrugtning. Ved de offentlige sygehuse blev der i 2011 udført 318 fertilitetsbehandlinger på enlige/ lesbiske kvinder, svarende til 6,2% af det samlede antal behandlinger (13).

Undervejs blev der argumenteret for, at enlige og lesbiske ikke var infertile, og de derfor selv skulle betale for fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen. Det Ethiske Råd har i den forbindelse tidligere udtrykt tre forskellige standpunkter: 1) at enlige kvinder og lesbiske kvinder i parforhold må tilbydes offentligt finansieret kunstig befrugtning, da "disse kvinders behov for at få børn og stifte familie kan være lige så store som infertile pars tilsvarende behov" (8., s. 27). 2) at enlige kvinder og kvinder i lesbiske parforhold, der er infertile i medicinsk forstand, "fortsat (bør) være berettiget til lægelig behandling med sigte på at (gen)etablere deres fertilitet" (8, s. 27). 3) at enlige kvinder og lesbiske kvinder i parforhold bør have mulighed for kunstig befrugtning, men da "kvindernes fysiologiske reproduktionsevne i disse situationer som oftest vil være ganske intakt, er det imidlertid ikke givet, at det bør være en offentlig opgave at finansiere behandlingen" (8, s. 26-27).

Efter man også i det offentlige sundhedsvæsen er begyndt at behandle enlige kvinder og lesbiske kvinder i parforhold, har det vist sig, at en ikke ubetydelig del af disse kvinder er infertile fx pga. endometriose og/eller tidligere underlivsinfektioner. En del af disse fertilitetspatienter har således nedsat frugtbarhed af medicinske grunde og har således behov for andre behandlinger end insemination med donorsæd.

Argumenterne imod brugerbetaling for enlige kvinder og lesbiske par er, at man ikke i det øvrige offentlige sundhedsvæsen diskriminerer i adgang til behandling i forhold til menneskers seksualitet og samlivsstatus. Denne forskelsbehandling bryder således med det helt grundlæggende princip om lige adgang til behandling i det offentlige sundhedsvæsen; et princip der betragtes som af væsentlig samfundsmæssig værdi. Der

argumenteres for, at det er et ønskeligt lighedsprincip, at der er adgang til en behandling i det offentlige sundhedsvæsen for de mennesker, der har brug for en specifik behandling, uanset om årsagen er nedsat frugtbarhed eller manglende mandlig partner. Yderligere argumenter er, at samfundet har brug for, at alle, der gerne vil have børn, får børn – vi får for få og ikke for mange børn. Desuden er der argumentet om, at der heller ikke for enlige og lesbiske par bør indføres social ulighed i adgang til fertilitetsbehandling i det offentlige sundhedsvæsen.

Afsluttende

Forfatterne er eksperter inden for infertilitet og fertilitetsbehandling, og vi har igennem 20 år deltaget i de offentlige debatter inden for området. Sammenfattende er det vores vurdering, at der er to grundlæggende faktuelle udgangspunkter, som af mange opfattes som diskussionspunkter og ikke som fakta: 1) at infertilitet er en reproduktiv kronisk sygdom, og 2) at sygdommen kun i sjældne tilfælde kan helbredes. Det er således for næsten alle infertile udelukkende følgerne af infertilitet, dvs. barnløsheden eller manglen på endnu en søskende, der kan behandles. Dermed deler infertilitet vilkår med andre kroniske sygdomme som fx diabetes, slidgigt, astma og kronisk obstruktiv lungesygdom, hvor behandlingerne heller ikke er kurative, men udelukkende afhjælper følgerne af sygdommen.

Vi finder det overraskende, at reproduktiv sygdom i diskussionerne ofte behandles som en helt særlig entitet. For eksempel er man almindeligvis ikke i tvivl om, at en person, hvis celler i bugspytkirtlen ikke er i stand til at producere insulin, har en sygdom (diabetes). Det er heller ikke almindeligt at argumentere for, at behandlingen af diabetikere i det offentlige sundhedsvæsen skal sigte mod at genetablere bugspytkirtlens funktion. I modsætning hertil vil en mand, hvis celler i testiklerne ikke producerer de sædceller, de skal, af mange ikke blive betragtet som havende en reproduktiv sygdom. I forlængelse heraf vil nogle endvidere mene, at behandlingen i det offentlige sundhedsvæsen af mænd med manglende sædceller udelukkende må foretages med henblik på at (gen)etablere produktionen af sædceller - hvilket som nævnt ikke er muligt.

Danskernes nedsatte evne til at få børn er så udbredt, at der er tale om en folkesygdom. Derfor finder vi det overraskende, hvor fraværende spørgsmålet om forebyggelse af infertilitet har været i hele diskussionen. Det er vores opfattelse, at den manglende anerkendelse af infertilitet som en reproduktiv, kronisk sygdom fører til en kategorisering af infertilitet som helt forskellig fra kroniske sygdomme andre steder i kroppen. Dette medfører, at der ofte argumenteres for brugerbetaling af assisteret befrugtning med anvendelse af en lang række argumenter, det ikke ville være gyldigt at overføre til andre kroniske sygdomme.

Afsluttende mener vi, det er væsentligt at fremhæve, at halvdelen af al fertilitetsbehandling i Danmark allerede er overvejende brugerfinansieret direkte qua behandlingerne ved de private fertilitetsklinikker, og at behandlingerne i det offentlige sygehusvæsen ofte ophører grundet ikke-medicinsk betingede økonomiske begrænsninger.

Referencer

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K et al. on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization

- (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. Human Reproduction 2009; 24:2683-2687.
2. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences [Disputats]. Lægeforeningens Forlag, 2006.
 3. Dansk Fertilitetsselskab, Årsrapporter fra 2005-2011. www.fertilitetsselskab.dk
 4. Pinborg A, Hougaard CO, Nyboe Andersen A, Molbo D, Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. Human Reproduction 2009;24:991-999.
 5. DF Ungdoms sundhedspolitiske program. www.df-ungdom.dk/politik/politisk-program/10-politik/51-sundhedspolitik. 13. februar 2013.
 6. Methling I, Steensbeck B. Opgør om kunstig befrugtning. Politiken, 2002.
 7. Dansk Fertilitetsselskab. www.fertilitetsselskab.dk. 14. marts 2012
 8. Det Ethiske Råd. Ethiske problemer vedrørende kunstig befrugtning. Del 1. Ret til børn? = Ret til hjælp til at få børn? København: Det Ethiske Råd, 2001.
 9. Adoptionsnævnet, 2010.
 10. Politiken, 27. juli 2003.
 11. Politiken, 29. maj 2010.
 12. Berlingske Tidende, 7. december 2012.
 13. Dansk Fertilitetsselskab, beregninger for 2011.