

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-12-15

HSN 2016-4789

Handläggare:
Britt Arrelöv

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2017-01-31

Ersättning till ägg- och spermiedonatorer

Ärendebeskrivning

Styrelsen för Sveriges kommuner och landsting (SKL) har beslutat att rekommendera landstingen att tillämpa ett enhetligt förslag om ersättningssystem och ersättningsnivåer för ägg- och spermiedonation.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-12-15
Meddelande från styrelsen- Ersättning ägg och spermiedonatorer

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att föreslagen rekommendation om ersättningssystem och ersättningsnivåer ska följas inom Stockholms läns landsting

Förvaltningens motivering till förslaget

Styrelsen för Sveriges kommuner och landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 november 2016 beslutat rekommendera landsting och regioner att tillämpa ett enhetligt system för ersättning i samband med ägg- och spermiedonation. Utgångspunkt för rekommendationen är att ersättningsnivåerna ska vara enhetliga, att donation ska vara altruistisk och att donatorn ska få kostnadstäckning men inte bli överkompenserad.

Förslaget innebär följande ersättningsnivåer:

Ersättning för äggdonation 5600 kronor/tillfälle (12,6% av prisbasbelopp)

Ersättning för spermiedonation 550 kronor/tillfälle (1,24% av prisbasbelopp).

Beloppen kopplas till prisbasbelopp och räknas om årligen. Om donatorn har kostnader som överstiger schablon kan ersättning efter individuell prövning utökas.

Ekonomiska konsekvenser

De föreslagna schablonersättningarna utgör en ökning av dagens ersättningsnivå i Stockholm, som är 4000 kronor vid äggdonation och 400 kronor vid spermiedonation.

Antalet svenska donatorer behöver öka då behovet av donerade könsceller för tredjepartsdonation är större än tillgången. Ändrade regler med utökad målgrupp för insemination och krav på självförsörjning ökar behovet ytterligare. Idag köper fertilitetskliniker spermier från Danmark till en hög kostnad. Med en ökad frekvens donationer i länet bedöms kostnaderna totalt sett bli lägre.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Inga.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård
Förslagen baseras på schabloniserad bedömning av kostnadstäckning. Enskilda donatorer kan kompenseras för högre kostnader som långa resvägar, högre löneavdrag etc. Individuell ersättning baserad på belagda kostnader ger den mest korrekta ersättningen. Risk för under- respektive överkompensation elimineras. En schablonbaserad ersättning föreslås dock eftersom antalet donatorer är relativt stort. Den administrativa insatsen bedöms bli alltför omfattande vid en ren individuell ersättning baserad på redovisade kostnader.

Äggdonation innebär förutom att individen får avsätta tid för kontroller och provtagning även kroppslig påverkan på grund av hormoninjektioner och operativt ingrepp samt icke ersatt tid i hemmet för tillgänglighet. Ersättning för sveda och värk eller bunden tid i hemmet som inte innebär inkomstbortfall är inte förenligt med EU:s resolution, svensk lagstiftning eller Socialstyrelsens föreskrifter gällande altruistisk donation. Schablonersättningen bedöms vara könsneutral då spermadonation kan upprepas vid upp till 10 tillfällen.

Miljökonsekvenser
Inga

Barbro Naroskyin
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Johan Bratt
Avdelningschef

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Meddelande från styrelsen - Ersättning ägg- och spermiedonatorer

Ärendenr: 16/03156

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 november 2016 beslutat rekommendera landsting och regioner

att- tillämpa förslaget om ersättningssystem samt föreslagna ersättningsnivåer för ägg- och spermiedonatorer

Förslag:

Ersättning för äggdonation 5 600 kr/tillfälle (12,6 % av prisbasbelopp)

Ersättning för spermiedonation 550 kr/tillfälle (1,24 % av prisbasbelopp)

Beloppen kopplas till prisbasbelopp och räknas om årligen

Har donatorn kostnader som överstiger schablon kan ersättning efter individuell prövning ökas för att även täcka dessa extra kostnader

Bakgrund

SKL:s kongress beslutade hösten 2015 att ersättningsnivåerna för ägg- och spermiedonatorer skulle ses över och att en enhetlig ersättningsnivå i landet skulle föreslås. Ersättningen för ägg- och spermiedonatorer är i dag schabloniserad och varierar, för äggdonatorer mellan 2 500 – 11 100 kronor och för spermiedonatorer mellan 300 – 650 kronor, per tillfälle.

Donation ska vara altruistisk och en korrekt ersättningsnivå ska innebära kostnadstäckning för donatorn men utan att överkompensera. Donation ska enligt svensk lagstiftning och Europarådets konvention från 1997 vara altruistisk och inte ersättas utöver faktiska kostnader.

Ett ersättningssystem där faktiska kostnader kompenseras för ger naturligtvis den korrekta nivå men ett sådant system anses vara alltför administrativt krävande varför en schablonersättning ändå förordas trots risk för under- respektive överkompensation. En internationell jämförelse samt en kartläggning av svenska donatorers kostnader, i samband med donation, har gjorts som grund för förslaget.

Vissa individer har kostnader utöver schablonen bl.a. beroende på långa resvägar, varför förslaget på ersättningsnivå och ersättningssystem även vill göra det möjligt att kompensera donatorn utöver schablon mot uppvisande av dokumentation.



Förslaget gör det möjligt att ge en ersättning som täcker kostnaderna för de flesta donatorerna utan att öka den administrativa bördan. Ett fåtal donatorer behöver ersättning utöver schablon och dessa hanteras då i särskild ordning.

Rekommendationen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande



Förslag Ersättning ägg- och spermiedonation

Inledning

SKLs kongress beslutade hösten 2015 att ersättningsnivåerna för ägg- och spermiedonatorer skulle ses över och en enhetlig ersättningsnivå i landet skulle föreslås. En arbetsgrupp bestående av Åsa Sandgren Åkerman (SKL), Jan Forslid (Ordförande Vävnadsrådet), Britt Friberg (Docent, Skånes universitetssjukhus) och Ann-Louise Gejervall (Verksamhetsutvecklare, Universitetslektor, Sahlgrenska sjukhuset Göteborg) har arbetat fram ett förslag. Gruppen har tagit del av tidigare arbeten som gjorts inom området nationellt och internationellt. Gruppen har haft löpande avstämningar med vävnadsområdesgruppen könsceller samt med verksamhetsföreträdare.

Uppdrag

Utreda och föreslå ersättningsnivå för ägg- och spermiedonation som kan utgöra en schabloniserad norm i alla landets regioner/landsting.

Syfte

Att hitta en ersättningsnivå som innebär att donatorn står skadeslös men inte gör en ekonomisk vinning. Donation ska vara altruistisk och ge en korrekt ersättningsnivå som innebär kostnadstäckning för donatorn vilket leder till att vården blir mer jämlik samtidigt som en lagstridig handel med mänskligt material undviks.

Mål

Att hitta en nationellt ensad ersättningsnivå som speglar relevant kostnadsläge och som uppfattas som rättvis och jämlik och säkrar altruism som grund för både ägg- och spermiedonatorer.

1. Problembeskrivning

Antalet behandlingar med donerade ägg och spermier ökar. Orsakerna till detta är flera. Till exempel ges personer som i barndom/ungdom eller som unga vuxna genomgått cancerbehandling, som medfört att könsceller påverkats, möjlighet till föräldraskap genom donation av ägg eller spermier. Utöver medicinska skäl behövs donerade spermier för ensamstående kvinnor och samkönade kvinnliga par som önskar få hjälp med assisterad befruktning. Sverige har brist på både ägg- och spermiedonatorer och det har under ett antal år diskuterats om ersättningen bör höjas. En alltför hög ersättning riskerar att strida mot Europarådets konvention från 1997 om mänskliga rättigheter och biomedicin som Sverige har undertecknat. Detta gäller även Europeiska unionens stadga och direktiv, liksom svensk lagstiftning som anger att



donationer av mänskliga organ, vävnader och celler ska vara altruistiska och inte ersättas utöver direkta kostnader/utlägg för donatorerna. Man kan dock se att ersättning i stort sett överallt (Sverige/EU) har schabloniserats, bland annat beroende på att en individbaserad ersättning kräver administrativa stora resurser.

I Vävnadsrådets enkät¹ 2015 ansåg 60 procent av kvinnorna i enkäten att ersättningsnivån för äggdonation var för låg. Det upplevs också problematiskt att ersättningsnivåerna skiljer sig i olika delar av landet. Donation är en gåva, därför är det viktigt att hitta rätt balans och finna en nivå som täcker donatorns kostnader men som inte innebär överkompensation. Det är varken etiskt/moraliskt försvarbart eller lagenligt att göra ekonomisk vinst på att sälja mänskliga vävnader.

Donation ska vara en altruistisk handling men donatorn ska hållas skadeslös, d.v.s. få ersättning för faktiska utlägg och förlorad arbetsinkomst. Då ersättningen är schabloniserad är det viktigt att utreda vad en rimlig ersättningsnivå innebär.

2. Organ och könscellsdonation

I diskussioner kring donation jämförs levande organdonation med könscellsdonation, d v s donation av ägg och spermier. En avgörande skillnad mellan organdonation och könscellsdonation är att organdonation ger möjlighet för en levande person att fortsätta leva medan könscellsdonation ger upphov till nytt liv. Bakgrunden till en persons ställningstagande till donation vid dessa skilda donationssyften kan antas vara olika.

Behandling, kirurgiskt ingrepp och efterkontroller vid levande organdonation är omfattande. Organdonation kan vanligtvis ske endast vid ett tillfälle. Vid organdonation från levande person sker detta vanligtvis till en känd mottagare, även om altruistisk donation till okända också förekommer. Donation av könsceller görs i flertalet fall till okänd mottagare. Däremot måste könscellsdonatorn vara införstådd med att barnet som föds efter donation, vid mogen ålder får, om hen önskar, uppgift om donatorns identitet och därmed kan komma att kontakta donatorn.

Äggdonation

En äggdonationsprocess är en relativt omfattande och påfrestande process framförallt till följd av den hormonbehandling som donatorn måste genomgå. Innan en äggdonator godkänns för donation genomgår hon provtagning för infektionsscreening och kontroll av ”äggstockskapacitet”. Om dessa prover är invändningsfria genomgår donatorn läkarundersökning inklusive ultraljud av äggstockarna, besök hos

¹ Donation och ersättning – enkät till donatorer av ägg samt enkät till donatorer av spermier (2015)



sjuksköterska/barnmorska samt samtal med psykolog eller kurator för en psykosocial bedömning. Sex månader efter första infektionsscreeningen görs en ny screening. Under förutsättning att denna är invändningsfri kan äggdonationen utföras. Planeringen av hormonstimuleringen av äggstockarna för att lagom antal äggblåsor ska tillväxa görs av läkaren. Kvinnan injicerar själv läkemedel dagligen under 10-12 dagar. Hon kommer till kliniken för ultraljudskontroll vid 2-3 tillfällen. Detta för att se att äggblåsorna tillväxer så att så kallad äggplockning kan planeras. Vid dagen för äggdonation är kvinnan fastande när hon kommer till kliniken. Före operationen ges smärtstillande och lugnande mediciner. För att kunna aspirera innehållet i äggblåsorna förs en ultraljudsstav in i slidan. På staven finns en nål som med hjälp av ultraljud förs genom slidväggen in i äggblåsorna. Dessa töms genom att vätska sugts ut via nålen på ultraljudsstaven. Innehållet i äggblåsorna samlas och överlämnas till embryolog för fortsatt omhändertagande med kontroll i mikroskop för att identifiera äggen. Operationsdagen behöver kvinnan vila och kan ha besvär från underlivet.

Eftersom en behandlingsomgång inte kan planeras till exakta dagar, utan beror på hur kroppen reagerar på hormonerna måste kvinnan vara tillgänglig under behandlingsperioden och kan därmed inte planera in resor eller annan frånvaro. Det finns även en inte negligerbar risk för komplikationer i samband med behandlingen, med smärta, blödningar och överstimulering, samt trötthet och obehag under hormonstimuleringen.

Vid en internationell jämförelse antas födelsefrekvensen efter äggdonation i Sverige ofta kunna vara lägre än andra länders. Under 2014 donerades i Sverige 2 439 ägg från 150 kvinnor. År 2015 var siffrorna 1 784 ägg från 93 kvinnor. Siffrorna avser endast tredjepartsdonation, d.v.s. inte inom ett par. Det lägre reproduktionsutfallet i Sverige kan bero på den kvalitativa försämring av äggen som följer med högre ålder hos donatorerna. Några par har med sig en donator för s.k. korsdonation. Ibland kan detta innebära äggdonatorer av högre ålder, varvid både antal ägg och äggkvalitet kan minska. Detta leder i sin tur till att resultaten blir sämre och att fler behandlingar behöver utföras. Således är det viktigt att rekrytera äggdonatorer i lägre åldersintervall. En äggdonator medverkar sannolikt inte till barn i många familjer, men skulle det vara aktuellt, är begränsningen densamma som för spermiedonatorer, d.v.s. donatorn får medverka till barn i maximalt sex familjer.

Spermiedonation

Under 2014 donerades i Sverige 3 163 tillvaratagna strån med spermier från 229 män. År 2015 uppgick tillvaratagna strån till 2 156 från 224 män. Även här avses endast tredjepartsdonation. Donerade spermier kan användas antingen via insemination i livmodern, eller i samband med en IVF-behandling. Innan en spermiedonator godkänns för donation genomgår denne provtagning för infektionsscreening och analys av spermprov. Spermprov fryses och tinas för att kontrollera att spermprovet efter upptining visar ett resultat som kan leda till befruktning. Om denna



är invändningsfri, d.v.s. spermier klarar infrys-tining, genomgår donatorn läkarundersökning, besök hos sjuksköterska/barnmorska samt samtal med psykolog eller kurator. Spermier doneras ofta i serier om 10 – 15 ejakulat som lämnas och fryses ned under ett par månaders tid. Sex månader efter sista infrysning lämnar mannen ett nytt blodprov för infektionsscreening. Om detta prov är invändningsfritt kan hans frysta spermier användas för befruktning via insemination eller vid IVF. En spermadonator kan medverka till barn i maximalt sex familjer. Detta innebär att en donator kan medverka till ett eller flera barn som har samma genetiska mor i de sex familjer där donatorn tidigare medverkat till ett första barn.

3. Ersättningsnivåer i Sverige

Äggdonation

Ersättningen för äggdonation i Sverige ligger sedan 2003 som en schablonersättning mellan 2 500 -11 100 SEK, i snitt cirka 4 000 SEK. Denna schablonersättning har enligt resultatet i vävnadsrådets enkät av många bedömts inte motsvara donatorernas faktiska kostnader, och ersättningen har inte följt generellt ekonomiskt index.

Ersättningsnivåerna varierar också stort mellan olika regioner i Sverige. Jämfört med flera andra länder i Europa har Sverige en relativt låg ersättningsnivå för äggdonation.

Höjning av ersättningen i Region Skåne²

År 2012 tog Regionfullmäktige i Region Skåne beslutet att under två år på prov höja ersättningen till 25 procent av ett prisbasbelopp, dvs. cirka 11 100 SEK. Denna ersättningsnivå beräknades utifrån en simuleringsmodell där kostnaderna skattades till mellan 4 000 – 16 000 SEK per person för framför allt förlorad arbetsförtjänst och resor. Region Skåne har gjort en egen utvärdering av projektet. Effekten gav en kraftig ökning av antalet donatorer med över 100 procent (från 11 donatorer till 26).

Tillgången på ägg ökade kraftigt och köerna till assisterad befruktning minskade.

Donatorerna var i genomsnitt något äldre före höjningen, 33,1 år före i stället för 30,6 år efter, och kom något mer långväga ifrån efter höjningen, 45,5 km jämfört med 41,7 km. Donatorerna hade färre barn före höjningen, 0,43 jämfört med 1,12 efter höjningen av ersättning. Det var inte möjligt att jämföra utbildningsnivån mellan åren då denna uppgift inte fanns registrerad sedan tidigare. Av 65 donatorer angav 60 i enkäten altruistiska orsaker till donation, medan fem angav korsdonation som motiv. Region Skåne bedömer inte att det finns några tecken på att den höjda ersättningsnivån lett till något systematiskt utnyttjande.

² Uppföljning av ersättning till ägg- och spermiedonatorer; Alexander Dozet, Region Skåne, Koncernkontoret, 2015-05-25



Höjningen kritiserades då den ansågs bryta mot den lag och de internationella konventioner som förbjuder handel med mänskligt biologiskt material. I en artikel i Sydsvenskan, liksom i Smers rapport³ kritiseras även den uppföljning som Region Skåne gjort⁴. Smer uttrycker en oro att ersättningsmodellen innehåller tydliga tecken på handel och efterfrågar en ordentlig utredning.

Region Skåne har beslutat att tills vidare permanenta sin ersättning på 25 procent av ett prisbasbelopp till äggdonatorer.

Spermiedonation

Ersättningen till spermiedonatorer varierade under 2014 från 300 SEK till 650 SEK mellan olika regioner. En spermiedonator lämnar vanligen 10-15 ejakulat per donationsserie, dock finns en enskild och regional variation av antalet. Ersättningen kan därmed uppgå till omkring 3000 – 10 000 SEK per ”serie”.

³ Statens medicinetiska råd, Uttalande om schablonersättning vid äggdonation – etiska aspekter, 2016-02-23, Dnr S1985:A/2016/15

⁴ ”Vem skulle vilja säga att han eller hon skulle kunna tänka sig att bli donator bara det är tillräckligt bra betalt?” Mats Johansson docent och Nils-Eric Sahlin professor i medicinsk etik vid Medicinska fakulteten i Lund; Sydsvenskan.se 2015-06-11



4. Hur ser ersättningen ut i andra länder?

Tabell 1

Land	Prisnivåindex 2015 OECD = 100	Äggdonation (omräknat till SEK)	Äggdonation (omräknat till SEK efter index)	Spermiedonation (omräknat till SEK)	Spermiedonation (omräknat till SEK efter index)
Sverige (snitt)		4000	4840	300	363
Sverige (högsta)	121	11000	13310	650	787
Sverige (förslag)		5600	6776	550	666
Belgien (nedre)		4686	6373	507	690
Belgien (högsta)	136	18746	25495	1012	1376
Danmark (snitt)		3025	3751	377	467
Danmark (högsta)	124	11000	13640	754	935
Finland (snitt)		2343	2694	Endast rese- ersättning	N/A
Finland (högsta)	115	5624	6468		
Frankrike	102	Endast kostnader	N/A		
Norge	102	Ingen	N/A	Ingen	N/A
Spanien	83	8436	7002	424	352
UK	118	8919	10524	398	470

Tabellen utgör en sammanlagd bedömning av den delvis disparata publicerade information om ersättning som förekommer i olika länder och där nationell rekommendation inte alltid tillämpas utan lokala avvikelser hos enskilda sjukhus förekommer. Definitionen på ersättning och reell kostnadsersättning skiljer sig också.

Det finns studier⁵ som visar på att altruism är den primära anledningen till donation, även i länder med högre ersättning. Slutsatsen är att det generellt är altruistiska motiv som ligger bakom en könscellsdonation men att ekonomisk ersättning kan hjälpa till att övertyga enskilda personer att verkligen genomföra donationen.

Resultaten i studien från 11 europeiska länder visar att motiven till donation fördelar sig enligt nedan

- 48 % altruism
- 34 % altruism och ekonomisk ersättning i kombination
- 11 % enbart ekonomisk ersättning
- 5 % altruism och egen behandling
- 2 % behandling enbart

Studien visar på samband mellan hög utbildningsnivå och större andel altruistisk donation. Altruistiska donatorer var också äldre än de som donerade av ekonomiska skäl. Arbetslösa och studenter donerade i större utsträckning av ekonomiska skäl medan heltidsarbetande mer donerade av altruistiska skäl.

⁵ Pennings et al 2014, Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries; Human reproduction, Vol. 29: No 5, pp 1076-1089, 2014



Ersättningsnivåerna varierade i de olika länderna. Det kan vara svårt att jämföra ersättningsnivåerna då man i olika länder har olika system för ersättning och ersätter olika saker. Frankrike är det enda land som enbart ersätter faktiska utgifter. Frankrike är också det enda land där 100 procent donerar av altruistiska skäl. Frankrike har dock ett lågt antal äggdonatorer. Finland har ett system där man lägger på en ersättning med 250 Euro utöver de faktiska utgifterna. Man har där behållit en stor del av de altruistiska donatorerna. Det verkar finnas en koppling mellan andelen altruistiska donatorer och ersättningsnivån utöver faktiska kostnader. Högre ersättning ger lägre nivå av altruism. Motivationen varierade med den ekonomiska ersättningsnivån. Artikelförfattarna för ett vidare resonemang om att individen inte drivs enbart av ett motiv utan att alternativen kan vara flera. Motivet kan vara altruism men en ekonomisk ersättning kan underlätta att göra verklighet av sin önskan att hjälpa andra.

På senare år har flera länder med stora donationsprogram infört en nationellt reglerad, relativt hög ersättning. I Storbritannien genomförde HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) 2012 en fast ersättning på 750£ per äggdonationscykel, och 35£ per spermadonation. I Spanien och Nederländerna rekommenderas en fast summa om 900 Euro för en äggdonationscykel, medan andra länder som Frankrike endast ersätter belagda kostnader.

Den begränsade tillgången på donerade ägg och spermier och de till följd långa köerna för behandling i Sverige kan resultera i att par söker sig utomlands för behandling. En behandling med donerade ägg kan ha en kö på upp till närmare två år på vissa kliniker. För donerade spermier ligger köerna på ett halvt år upp till ett år. Med ny lagstiftning som medger ensamstående kvinnor att behandlas med assisterad befruktning uppstår ett ökat behov av spermier och väntetiderna kan därför förväntas bli ännu längre.

5. Kan man ha olika ersättningsmodeller för ägg- respektive spermiedonation?

Jämlik ersättning, vad innebär det?⁶

Jämlik vård

Jämlik vård är själva kärnan i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som beskriver att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

⁶ Jämlik vård – rapport ISBN 978-91-7585-335-2 SKL 2016-07-06



I regeringens strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016 beskrivs jämlik vård på följande sätt:

Att vården ska vara jämlik innebär att den ska vara likvärdig och anpassad efter var och en efter behov, det vill säga att den ska ges på lika villkor utan diskriminering. Att det finns vissa typer av skillnader i vården är också naturligt för att åstadkomma en utveckling av effektivitet, kvalitet och resultat i vården. Det är när skillnaderna är omotiverade eller funnits över omotiverat lång tid som det är angeläget att vidta insatser för att vården ska bli mer jämlik. Diskriminering är aldrig acceptabelt.

En beskrivning av jämlik vård beskrivs i en rapport från Myndigheten för Vårdanalys; En mer jämlik vård är möjlig (2014)

Faktorer som bland annat kön, etnicitet, sexuell läggning och socioekonomiska förhållanden ska inte påverka vilken vård och behandling man får som patient. På samma sätt ska inte heller var man bor i landet påverka vilken vård man får. Detta är utgångspunkter som de flesta skriver under på och som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen genom målet om vård på lika villkor.”

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Utifrån resonemang om jämlik och jämställd vård, där även donation betraktas som en vårdåtgärd i Hälso- och sjukvårdslagens mening, bör ersättningsmodellerna för könscellsdonation, d.v.s. ägg- respektive spermiedonation bygga på samma modell och vara lika i hela landet. Det ska inte spela någon roll vem du är eller var du bor, ersättningen ska bygga på samma principer. Ersättningen ska täcka donatorns utlägg, d.v.s. donatorn ska stå skadeslös

6. Schablon eller ersättning mot faktisk kostnad – fördelar/nackdelar

Statens medicin-etiska råd (Smer) har i en skrivelse 2016-02-17⁷ uttalat sig om schablonersättning vid äggdonation utifrån etiska aspekter. Smer anser att schablonersättning vid äggdonation är problematiskt dels utifrån etiska aspekter men även utifrån internationella regelverk som är avsedda att motverka handel med biologiskt material. Detta då schablonersättning innebär att vissa kommer att bli överkompenserade och andra underkompenserade. Det är samma argument som man för i donationsutredningen (SOU 2015:84) gällande ersättning till levande

⁷ Uttalande om schablonersättning vid äggdonation – etiska aspekter; Statens Medicin-etiska råd.2016-02-17 Dnr S1985:A/2016/15



organdonatorer. Smer anser mot den bakgrunden att ersättning till äggdonatorer bör vara individuell och att ersättning bör utgå för faktiska kostnader samt inkomstbortfall. Detta enligt principen att donatorn ska hållas skadeslös. Brist på äggdonatorer kan inte vara ett skäl till att höja ersättningen

Smer anser inte att den ökade administration som individuell ersättning innebär väger upp de risker en schablonersättningsmodell kan innebära.

Smer tar inte specifikt upp frågan om spermadonatorer, men deras argumentation avser både organ, vävnader och celler från levande donatorer.

I donationsutredningen⁸ förs en diskussion om ersättning till levande organdonatorer. Principen är att donatorn ska hållas skadeslös. Ersättningsformerna ska inte utgöra ett hinder för donation. Donatorn ska inte heller behöva leva i en ekonomisk ovisshet eller ekonomisk svår situation under tiden behandling/utredning pågår. Man skriver vidare att schablonersättning skulle underlätta hanteringen avsevärt men att det inte är aktuellt. Med schablonersättning finns som tidigare nämnts risk för underkompensation men också överkompensation, vilket är oförenligt med kravet att donation ska bygga på frivillighet, vara en gåva och att det inte får finnas ekonomiska incitament för att donera. Inte ens misstanke om.

En individuell ersättning baserad på belagda kostnader ger så klart den mest korrekta ersättningen. Risk för såväl under- som överkompensation elimineras. I utredningen om organdonation SOU (2015:84) diskuteras ersättning till levande organdonatorer och utredningen tar ställning till att schablonersättning inte är lämplig just med anledning av detta. Samtidigt måste hänsyn tas till vad en individuell ersättning kräver i administration. Detta måste ställas mot hur stor omfattningen av befarad över- respektive underkompensation kan vara. När det gäller levande organdonatorer är utredningens bedömning att risken för över- respektive underkompensation är mycket stor då det handlar om ett stort ingrepp och en relativt lång sjukskrivningsperiod med sena icke helt förutsägbara konsekvenser för egen hälsa. När det gäller donation av könsceller är ingreppet mindre och i de flesta fall förekommer ingen sjukskrivning. Dessutom är antalet könscellsdonatorer betydligt större än fallet är vid levande organdonatorer. Den administrativa insatsen för individuell ersättning till könscellsdonatorer bedöms bli alltför omfattande varför en genomtänkt faktabaserad schablonmodell ändå förordas.

7. Vilka kostnader har en donator?

Spermiedonator

En spermiedonator lägger i snitt ner ca 3-4 timmar på en donation vid första tillfället. Detta besök omfattar genomgång av hälsodeklaration, spermaprov och samtal vid

⁸ SOU 2015:84, Organdonation – En livsviktig verksamhet



läkarbesök, psykologsamtal och samtal med sjuksköterska/barnmorska. Innan detta tillfälle har donatorn i allmänhet lämnat blodprover och spermavprov. Eventuellt tas ytterligare prover vid besöket. Det är detta besök som tar mest tid. Därefter när en donator lämnar spermavprov sker detta ofta vid flera tillfällen. Tidsåtgång och kostnad för en donator kan variera ganska stort. Skillnaden kan beskrivas genom att jämföra två exempel. En donator som är student och studerar eller bor i närheten av vårdinrättningen kan cykla till vårdinrättningen mellan två föreläsningar. I detta fall finns inga reskostnader och inte heller något inkomstbortfall. En annan donator är yrkesarbetare och bor 10 mil från vårdinrättningen där sperman ska lämnas. Donatorn tar ledigt från jobbet och åker tåg till vårdinrättningen. I detta fall finns både inkomstbortfall och resekostnader. I Västerbotten har man löst detta genom att erbjuda donatorerna en fast schablonsumma samtidigt som de som har långa resor får ersättning för dessa utöver schablonersättningen.

För att bedöma nivån på inkomstbortfall har stickprov från Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Skånes universitetssjukhus gjorts för att bedöma inkomstnivå. Stickprovskontrollen visar att spermadonatorerna består av en mix av studenter, yrkesarbetare med hög utbildningsnivå och yrkesarbetare med låg utbildningsnivå. Slutsatsen är att gruppen representerar ett snitt av inkomsten hos män i Sverige.

Medellön män 2014 enligt SCBs statistik

- statligt anställda 35 900 kr/mån
- Kommunanställda 28 400 kr/mån
- Landstingsanställda 41 600 kr/mån
- Privat arbetare 27 200 kr/mån
- Privat tjänsteman 42 600 kr/mån

Äggdonator

En äggdonator lägger i snitt ner ca 3-4 timmar på en donation vid första mottagningstillfället. Detta besök omfattar läkarbesök med ultraljudsundersökning, psykologsamtal, samtal med sjuksköterska/barnmorska med information om injektionsteknik för hormonsprutor och eventuell ytterligare provtagning. Provtagning med avseende på infektionsscreening och "äggstockskapacitet" är i de flesta fall utförd före första mottagningsbesöket.

Kvinnans äggstockar stimuleras med hormoninjektioner för att flera äggblåsor ska mogna. Dessa injektioner tar kvinnan själv. Cirka en vecka efter starten med hormonstimulering kontrolleras äggblåsornas tillväxt med ultraljudsundersökning. Ofta görs ytterligare en ultraljudskontroll för planering av dagen för ägguttag. Vid ägguttaget är kvinnan fastande och får lugnande och smärtstillande medicinering. Någon timma efter operationen kan hon återvända hem, men får inte köra bil. För ägguttag går det åt en dag. Efter operationen kan hon vara trött, ha buksmärta och



svullnad. Under förutsättning att dessa besvär successivt minskar behövs endast en ytterligare kontroll några veckor efter ingreppet.

Tidsåtgången för en äggdonator är i allmänhet tre halvdagar för kontrollerna före ägguttag samt en heldag för operation. Tidsåtgång för efterkontrollen är någon timme.

Medellön kvinnor 2014 enligt SCBs statistik

- Statligt anställda 33 100 kr/mån
- Kommunanställda 26 900 kr/mån
- Landstingsanställda 31 800 kr/mån
- Privat arbetare 24 400 kr/mån
- Privat tjänsteman 34 700 kr/mån

Enligt vävnadsrådets enkät hade 60 % en lön understigande 25 tkr (många var deltidsarbetande). Kvinnorna är ofta äldre än männen som donerar då kvinnorna helst ska ha fött barn. Därför har de då också kommit en bit i sin karriär och kan därför ha högre medellöner än de manliga spermadonatorerna.

Enkät till donatorer⁹

Nationella vävnadsrådet lät under 2015 genom VOG könsceller genomföra en webbenkät till 63, respektive 56 faktiska donatorer av ägg och spermier rörande tidsåtgång, faktiska kostnader och ersättning. När det gäller kvinnor fanns en diskrepans mellan uppgivna faktiska kostnader, 5 169 SEK (medelvärde rensat för extrema avvikelser) och av donatorerna bedömd rimlig nivå, 8 793 SEK.

Diskrepansen kan sannolikt hänföras dels till den icke ersatta tid som låses i bostaden för tillgänglighet, men även till kompensation för sveda och värk. Totalt ansåg 60 % att en ersättning motsvarande 5 000 SEK var för låg trots att det motsvarar genomsnittet av de faktiska kostnaderna.

Bland män var uppfattningen att ersättningen var rimlig, 300-650 SEK. Det man främst önskade var förbättrade processer som gav god tillgänglighet för att donera. Med god tillgänglighet avsåg respondenterna generösa öppettider, fri parkering mm.

⁹ Donation och ersättning – enkät till donatorer av ägg samt enkät till donatorer av spermier



8. Ersättning till donator - rekommendation ¹⁰

Förslag ersättningsmodell

Enligt Europarådets konvention¹¹ från 1997 om mänskliga rättigheter och biomedicin, Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG¹², Lagen om genetisk integritet (SFS 2006:351) samt Socialstyrelsens föreskrifter¹³ (SOSFS 2009:30) ska donation av könsceller vara frivillig och donationen får inte kommersialiseras.

Enligt EU kommissionens resolution över frivillig obetald donation av vävnader och celler bör kompensation för donationer begränsas till ersättning för utgifter som hänförs till donationen t.ex. resekostnader, förlorade inkomster och sjukvårdskostnader.

En grundersättning för spermie- respektive äggdonation föreslås som en schablonersättning. I denna ersättning ingår ersättning för resor, parkering, barnvakt, icke ersatt inkomstbortfall, till följd av besök eller annan bundenhet. Schablonersättning ska vara på en nivå så den täcker de utlägg en donator kan ha men inte så hög att det skulle kunna uppfattas som ekonomisk kompensation. Har donatorn haft kostnader som överstiger schablonersättningen kan donatorn söka ersättning mot faktisk kostnad eller inkomstbortfall mot uppvisande av dokumentation som styrker omkostnaderna utöver schablon.

Förslag ersättningsnivå

Dagens schablonersättning för äggdonatorer ligger mellan 2 500- 11.100 SEK. Av donatorerna i vävnadsrådets enkät medverkade ungefär hälften i fler än ett donationstillfälle. Total ersättning blir därmed ca 3 750 -16 700 SEK.

Dagens schablonersättning för spermadonatorer är 300-650 SEK per tillfälle i en donationscykel som omfattar 10-15 prov vilket ger en samlad ersättning mellan ca 3 000 -9 750 SEK.

Ersättning äggdonation

Nationella vävnadsrådets enkät avseende könscellsdonation omfattade 63 kvinnor. Alla beräkningar utgör genomsnitt exklusive extrema avvikelser. Skillnaden mellan

¹⁰ Donation av könsceller från tredjepartsdonator – främjande av en enhetlig rekrytering och hantering inom Sverige; Nationell vävnadsdokumentation, Vävnadsrådet.se

¹¹ Europarådets konvention angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin

¹² Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter om donation och tillvaratagande av vävnader och celler SOSFS 2009:30



median och rensade genomsnittsvärden är försumbar. Total tidsförlust har beräknats till 19,6 timmar, där första donationstillfället tar mest tid i anspråk. Inkomstbortfall har angetts till 13,9 timmar och de egna utläggerna uppgick till 638 SEK i genomsnitt. Lönekostnaderna baserat på enkätsvaren har beräknats till lägst 144 SEK per timme och som mest 231 SEK per timme, vilket ger en ersättning som varierar mellan 1177 SEK till 2825 SEK och som högst 4531 SEK för inkomstbortfall beroende på inkomstnivå. Respondenterna i enkäten var en blandning mellan yrkesarbetande, studerande och arbetslösa. I beräkningen befanns att 40 procent av respondenterna hade en inkomstnivå mellan 25 000 SEK per månad och 40 000 SEK per månad. 54 procent låg på en inkomstnivå mellan 10 000 SEK per månad och 25 000 SEK per månad och resterande under 10 000 SEK per månad. De samlade kostnaden inklusive egna kostnadsutlägg hamnar därmed mellan 1815 SEK till 3462 SEK och som högst 5169 SEK. Som jämförelse anger kvinnorna som sin uppfattning att knappt 9 000 SEK (8793 SEK) vore en rimlig kostnadsersättning trots att detta inte styrks av de faktiska kostnaderna som uppgivits.

Gruppens förslag är att man fastställer en schablon som hamnar nära det faktiska kostnadsutfallet, samtidigt som man öppnar för att styrkta kostnader överstigande denna schablon kan ersättas efter ensade prövningskriterier. Förslagsvis centraliseras denna hantering. Om förslaget i donationsutredningen¹⁴ om en bland vårdgivarna utsedd enhet med nationellt uppdrag att hantera ersättning till levande donatorer införs, skulle med fördel denna enhet även kunna hantera ersättningen till könsellsdonatorer som begär ersättning utöver schablon.

Med ett generöst synsätt baserat på högsta genomsnittsintervall av de uppgivna timkostnaderna föreslås schablonen 5600 SEK, 12,5 procent (avrundat) av prisbasbelopp 2016, vilket utgör en ökning av dagens nivå, men ändå inte uppenbart kan sägas utgöra överersättning. Ersättning för sveda och värk eller bunden tid i hemmet som inte medför inkomstbortfall är inte förenligt med EUs resolution, svensk lagstiftning eller Socialstyrelsens föreskrifter gällande altruistisk donation.

¹⁴ Organdonation – en livsviktig verksamhet SOU 2015:84



Ersättning spermadonation

Den faktiska tidsförlusten för män ligger i ungefärlig nivå med kvinnornas, 19,6 timmar med inkomstbortfall motsvarande 13,9 timmar. Beräkningen baseras på 10-15 besök om ca 1 timme vardera, förutom första besöket som tar längre tid. Egna utlägg är sannolikt lägre med tanke på att tidsåtgången är lägre, men med tanke på resekostnader och fler antal tillfällen kan halva summan av kvinnornas 638 SEK, ändå anses vara rimlig, d.v.s. 319 SEK.

När det gäller inkomst består även spermiedonatorerna av en blandning av yrkesarbetande, studenter och arbetsökande. Om ersättningen justeras för faktiska kostnader blir den samlade ersättningen per besök 319 SEK + 231 SEK (231 SEK motsvarar den högsta timkostnaden för faktisk inkomstförlust), vilket totalt innebär 550 SEK eller 5 500 SEK baserat på 10 besök vilket i stort kan sägas vara könsneutralt. Den beräknade ersättningen motsvarar 1,25 procent av prisbasbelopp 2016.

Förslag på ersättningsmodell

Som grund ersättning föreslås en schablonersättning till såväl ägg som spermiedonatorer. Om donatorn haft kostnader som överstiger dessa belopp kan ersättningen efter individuell prövning ökas för att även täcka dessa extra kostnader. I ersättningen ingår endast resekostnader inom regionen, såvitt inte särskilda skäl finns. Ersättningen betalas efter utförd donation inklusive att screeningprover 180 dagar efter donation inlämnats.

Äggdonation 5 600 SEK/donationstillfälle (12,6 % av prisbasbelopp)

Spermiedonation 550 kr/donationstillfälle (1,24 % av prisbasbelopp)

Ersättningen föreslås kopplas till prisbasbelopp och räknas om årligen.

Införande

Ersättningsmodellen föreslås träda i kraft så snart den formellt beslutad i varje enskilt landsting/region.

SKL bör göra en uppföljande studie av hur ersättningsnivåerna uppfattas, tre år efter införandet av modellen.

Underlag/referenser

Donation av könsceller från tredjepartsdonator – främjande av en enhetlig rekrytering och hantering inom Sverige (*Nationell vävnadsdokumentation*, www.vavnad.se, 2014)

Dozet Alexander, Uppföljning av ersättning till ägg- och spermiedonatorer, Region Skåne, Koncernkontoret 2015-05-25



Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler

Europarådets konvention, 1997, angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin

Johansson Mats, Sahlin Nils-Eric; 11 000 kronor för en äggdonation – oetiskt hög nivå?(*Läkartidningen nr 45 2013 volym 110*)

Johansson Mats m.fl ”Vem skulle vilja säga att han eller hon skulle kunna tänka sig att bli donator bara det är tillräckligt bra betalt?” (*Sydsvenskan 2015-06-10*)

Jämlik vård, SKL-rapport, ISBN 978-91-7585-335-2, 2016-07-06

Organdonation – en livsviktig verksamhet, · SOU 2015-:84

Pennings et al 2014, Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries; *Human reproduction*, Vol. 29: No 5, pp 1076-1089, 2014

Socialstyrelsens föreskrifter om donation och tillvaratagande av vävnader och celler, SOSFS 2009:30

Statens medicinetiska råd, Uttalande om schablonersättning vid äggdonation – etiska aspekter, 2016-02-23, Dnr S1985:A/2016/15

Vävnadsrådet (2015), Donation och ersättning – enkät till donatorer av ägg samt enkät till donatorer av spermier

Referenser

Larsson Christina, barnmorska i donationsteamet Reproduktionsmedicin Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Löwstedt Maria, donationsansvarig lab/embryolog, IVF-kliniken Umeå

Nilson Monica, Leg. Sjuksköterska/donationskoordinator, RMC Malmö