

Jeg agter på den baggrund ikke at tage særlige initiativer i anledning af oplysninger om forholdet mellem danske og udenlandske priser på konkrete lægemidler.

### Spm. nr. S 2218

Til sundhedsministeren (6/5 97) af:

**Jan Kørpe Christensen (FP):**

»Vil ministeren tage initiativ til, at behandlingskapaciteten på hjerteområdet sættes i vejret, således at dødeligheden for hjerte-kar-sygdomme kan komme ned på et acceptabelt plan svarende til andre landes niveau?«

### Begrundelse

En ny europæisk opgørelse viser, at Danmark ligger under lande som Grækenland og Litauen, når det gælder forundersøgelser af hjertets kransårer. Af Ritzaus Bureau den 5. maj 1997 fremgår det, at ministeren er enig i, at vi skal højere op. Planen er ifølge Hjerteforeningen forældet, allerede før den er udarbejdet. De måltal, som hjerteplanen tilstræber at nå op på i år 2000, svarer til det niveau, som størstedelen af de vesteuropæiske lande lå på i 1995. Problemet er desuden, at planen ikke tager højde for, at kapaciteten til stadighed øges i de øvrige lande. Ligeledes tager planen heller ikke hensyn til, at dødeligheden for hjerte-kar-sygdomme er væsentlig højere i Danmark end i andre europæiske lande. Det er derfor spørgerens opfattelse, at der straks må tages initiativ til at øge behandlingskapaciteten på hjerteområdet.

### Svar (14/5 97)

**Sundhedsministeren (Birte Weiss):**

Hjerte-kar-sygdomme kan behandles med medicin eller revaskulariserende behandling (operation). For visse svært syge patienter kan revaskulariserende behandling medføre livsforlængelse, mens revaskulariserende behandling for andre typer patienter medfører væsentlig bedre og mere effektiv symptomlindring end medicinsk behandling.

Der består ikke nogen entydig sammenhæng mellem størrelsen af den samlede hjertedødelig-

hed og aktivitetsniveauet vedrørende revaskularisering. Det er påvist, at revaskulariseringsaktiviteten kun har en meget beskedent indflydelse på størrelsen af den samlede hjertedødelighed.

Der er siden 1992 foretaget en målrettet og hurtig udbygning af den hjertekirurgiske og hjertemedicinske kapacitet. Udbygningen er kommet et meget langt stykke ad vejen, og der behandles nu ca. 70% flere, end da hjerteplanen blev iværksat. Dette betyder blandt andet, at 51% af de revaskulariserende behandlinger i 1996 blev udført akut eller inden for en ventetid på 4 uger.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at man med den hidtidige udbygning principielt nu kan behandle højrisikopatienter inden for en acceptabel tidshorisont. Behovet for yderligere udbygning omhandler således i væsentligt omfang nu muligheden for en mere effektiv symptomlindring og dermed en bedre livskvalitet for patienter med angina pectoris.

Med hensyn til europæiske sammenligninger skal jeg gøre opmærksom på, at det er antallet af udførte behandlinger, der er relevant at sammenligne med. Her ligger Danmark i 1995 på niveau med Storbritannien og Irland – og væsentligt over niveauet i Grækenland og de østeuropæiske lande, hvoraf Litauen har en af de laveste revaskulariseringsrater.

Udbygningen i henhold til hjerteplanen fra 1993 blev overvåget af en følgegruppe i Sundhedsstyrelsen. Man konstaterede i efteråret 1996, at der var behov for en yderligere udbygning. På denne baggrund indgik regeringen en aftale med amterne og H:S om ekstraordinær aktivitet i 1997. Samtidig nedsatte Sundhedsstyrelsen en teknisk faglig arbejdsgruppe, der skulle vurdere udviklingen og det fremtidige behov på området. Det er udvalgets vurdering, at udviklingen i forekomst og efterspørgsel betyder, at der må påregnes et yderligere behov for udbygning af den revaskulariserende behandling i de kommende år.

Der skal ikke være tvivl om, at regeringen fortsat vil arbejde for, at hjertepatienter får et fagligt og kvalitetsmæssigt godt behandlingstilbud.

Jeg vil i øvrigt tilføje, at gennem de sidste 15 år er dødeligheden i Danmark faldet med ca. 2% årligt. Fald i den samlede hjertedødelighed opnås hovedsageligt via en forebyggende indsats. Det er således afgørende, at den forebyg-