

Det kan afslutningsvis oplyses, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med amterne vil tage initiativ til at samle oplysninger om de videnskabelige forsøg, som amterne henviser patienter til i udlandet. På denne måde skal det sikres, at der oparbejdes en bredt tilgængelig viden om henvisningspraksis.

Spm. nr. S 1684

Til sundhedsministeren (19/2 01) af:

Ester Larsen (V):

»Vil ministeren i forlængelse af svarene på spm. nr. S 1422 og S 1423 redegøre for udviklingen i de danske sundhedsudgifter ifølge OECD's opgørelsesmetode og for disses fordeling mellem sygehussektor, primærsektor og plejehjem?«

Svar (12/3 01)

Sundhedsministeren (Arne Rolighed):

Det kan efter OECD's internationale retningslinier for opgørelse af sundhedsudgifter oplyses, at de samlede danske sundhedsudgifter i 1999 udgjorde 101.431 mio. kr. Det svarer til 8,2 pct. af BNP.

Siden 1989 har realvæksten i de danske sundhedsudgifter været 23,8 pct. Opgjort i pct. af BNP var de danske sundhedsudgifter 8,6 pct. i 1989.

De danske sundhedsudgifter lader sig opdele på følgende vis.

I 1999 udgør sygehusudgifter 46 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Udgifter til individuelle sundhedstjenester (offentlig sygesikring m.v.) udgør 16 pct. Udgifter til behandling og omsorg af personer i eget hjem og på ældreinstitutioner udgør 18 pct.

De private husholdningers udgifter udgør 18 pct. af de samlede sundhedsudgifter og udgifter til central administration m.v. 1 pct. i 1999.

Det skal bemærkes, at internationale sammenligninger af sundhedsudgifter efter institutionelle kriterier bør foretages med varsomhed. Sådanne afgrænsninger vil være præget af nationalt betingede forhold vedrørende organiseringen af sundhedsvæsenet og ikke alene det funktionelle indhold i de ydede sundhedsydelser.

Spm. nr. S 1884

Til sundhedsministeren (2/3 01) af:

Ester Larsen (V):

»Vil ministeren redegøre for, om udtalelsen »den eneste undskyldning jeg kan se er, at den økonomiske styring er kommet til at køre lige hårdt nok«, ifølge B.T den 28. februar 2001 som svar på en pårørendes hårde kritik af Rigshospitalets behandling af en døende patient, er en erkendelse af, at regeringen har lagt for stramme økonomiske rammer for det danske sundhedsvæsen, eller om det skal forstås som en kritik af HS?«

Svar (12/3 01)

Sundhedsministeren (Arne Rolighed):

Som det fremgår af den efterfølgende linje i samme artikel, hvorfra det citat stammer, som spørgeren henviser til, ligger der bag min udtalelse en erkendelse af, at forholdene for vore kræftpatienter ikke på alle områder er tilfredsstillende. Dette er baggrunden for, at regeringen de senere år har taget en række initiativer, som skal forbedre forholdene.

Jeg har i artiklen allerede nævnt den kræftbehandlingsplan, som regeringen fremlagde i foråret 2000, og som over de kommende år bl.a. skal sikre en udvidelse af kapaciteten til diagnostik og behandling af kræft, indførelse af nye behandlingsformer, en forbedret rehabilitering efter endt behandling, mere forskning i kræftsygdomme, mere uddannelse til personalet på sygehuse samt en stærkere forebyggende indsats.

Et andet initiativ er loven fra juni 1999 om maksimale ventetider for visse livstruende sygdomme. Denne ordning bliver som bekendt fra 1. september 2001 udbygget således, at der kommer til at gælde mål om hurtig behandling for alle livstruende kræftsygdomme, bortset fra behandlinger som indebærer knoglemarvstransplantation. Herudover omfatter målene allerede visse former for iskæmisk hjertesygdom.

Initiativerne på kræftområdet ligger i forlængelse af en række øvrige systematiske og langsigtede tiltag, som samlet set har haft til formål at give det sundhedsvæsen, som regeringen overtog i 1993, et tiltrængt løft. Lad mig hér blot nævne 4-årsaftalen fra 1994 på bl.a. hjerteområdet, styrkelsen af psykiatrien og den 3-årige handlingsplan fra 1999 om bl.a. fortsat reduktion af ventetiderne og om øget kvalitet gennem f.eks. etablering af funktionsbærende enheder.