

sygehussektoren har været en medvirkende årsag til, at antallet af praktiserende læger ikke har kunnet øges. Efter de foreliggende prognoser vedrørende studentertallet ved universiteternes medicinske fakulteter i de kommende år synes der imidlertid — endog med en fortsættelse af sygehussektorens hidtidige vækst — at blive mulighed for en forøgelse af lægetilgangen til praksissektoren.

Med hensyn til fordelingen af det økonomiske ressourceforbrug mellem de to sektorer er det — så længe der ikke arbejdes med fælles budgetteringsrammer for sygehusvæsenet og praksissektoren under ét — ikke en nødvendig følge af en "for stærk" aktivitetsudvidelse inden for sygehusvæsenet, at der sker en formindskelse af de økonomiske ressourcer, der er til rådighed for den primære sundhedstjeneste.

Den ved loven om den offentlige sygesikring gennemførte reform, hvorefter sygesikringsopgaverne er henlagt til sygehuskommunerne, har tilvejebragt et forbedret grundlag for den samlede planlægning af de to sektorer, som må være den første forudsætning for en hensigtsmæssig ressourcefordeling.

#### *Spørgsmål 8:*

I hvilken grad har det mening at benytte udgiften pr. seng pr. dag som udtryk for omkostningerne ved sygehusfunktionen? Ville det f. eks. under hensyn til liggetidens variationer og ambulatoriefunktionen være mere rimeligt at udtrykke omkostningsbilledet med tal for udgifterne pr. behandlet patient? Hvad kan der i givet fald siges om disse omkostningers udvikling gennem de senere år?

#### *Svar:*

På grund af den stærke uddifferentiering af sygehusvæsenet, ambulatorievirk-somhedens øgede betydning og de betydelige driftsøkonomiske virkninger af liggetidsvariationer kan en fordeling af omkostningerne på senge, sengedage eller sygedage i dag kun i ringe grad betragtes som et anvendeligt udtryk for omkostningerne ved sygehusfunktion. F.eks. kan en forholdsvis høj udgift pr. seng, sengedag eller sygedag skyldes ineffektiv og u hensigtsmæssig sygehusfunktion, men også tværtimod dække over, at der gennem nedbringelse af liggetider og øget ambulatorisk virksomhed er behandlet et større antal patienter og på denne måde muligvis opnået et gunstigere forhold mellem ressourceforbrug og resultater.

Et omkostningsbillede udtrykt ved gennemsnitlig udgift pr. behandlet patient tager i større udstrækning hensyn til undersøgelses- og behandlingsaktiviteten, men har den væsentlige mangel, at den enkelte patient indgår med samme vægt, uanset om det drejer sig om en sygehusfunktion rettet mod lettere sygdomstilfælde eller med sigte på patienter med meget undersøgelses-, behandlings- og plejekrævende lidelser. Som udtryk for omkostningerne ved sygehusfunktion er det endnu intetsteds lykkedes at finde et mål, som i rimelig grad indbefatter en vurdering af forholdet mellem udgifter og resultater, og som muliggør direkte sammenligninger mellem udgifter ved sygehusafdelinger og sygehuse med forskellige funktioner inden for landets grænser, endsige direkte sammenligninger mellem forskellige landes sygehusudgifter.

I øvrigt bemærkes, at det ikke er teknisk muligt at give oplysninger om omkostningsudviklingen i relation til antallet af behandlede patienter på basis af den foreliggende statistik. Det ville kræve udførlige statistiske data om sygehusenes ambulatoriske virksomhed, indførelse af individbaseret patientregistreringssystem overalt i sygehusvæsenet samt, mere specielt, stillingtagen til, i hvilket omfang en patient skal tælle som ny patient, navnlig hvor patienten i årets løb får en eller flere serier af ambulante undersøgelser eller behandlinger.

Med disse forbehold kan oplyses, at den gennemsnitlige sygedagsudgift for landet som helhed i de seneste år har udviklet sig som vist nedenfor:

1968-69 . . . . .	204,48
1969-70 . . . . .	225,26
1970-71 . . . . .	262,27
1971-72 . . . . .	309,26