



Utredning av finansieringsmodeller for sykehusbygg

2022

AKADEMIKERNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: AKADEMIKERNE

RAPPORTNUMMER: R-1021993

RAPPORTENS TITTEL: Utredning av finansieringsmodeller for sykehusbygg

ANSVARLIG KONSULENT: Jonas Rusten Wang

KVALITETSSIKRET AV: Marit Brochmann

DATO: 24.9.2022

Sammendrag

Denne utredningen vurderer alternative finansieringsmodeller for investeringer i sykehusbygg.

Utredningen beskriver en rekke eksempler på sykehus bygget etter helseforetaksreformen i 2002. På bakgrunn av eksemplene, samt intervjuer og dokumentstudier, gjøres det en vurdering av utfordringer med dagens finansieringsmodell for investeringer i sykehusbygg.

Vår problemforståelse er at flere nyere sykehus bygges for små. I flere tilfeller har det skjedd vesentlige endringer i areal og funksjoner underveis i prosjektperioden, med konsekvenser for helsetjenestene, produktiviteten og de ansattes arbeidsmiljø. Betydelig effektivisering er nødvendig for at sykehusene som bygges nå skal være store nok i framtiden, og for at investeringskostnadene skal kunne bæres over tid. Samtidig er det en risiko for at den sterke prioriteringen av arealeffektivitet skal gå ut over evnen til å oppnå dette. Flere analyser viser også at den tekniske tilstanden til sykehusbyggene ikke er god nok, og at trenden er negativ.

Slik vi vurderer det er det to hovedårsaker til utfordringene som pekes på. Den første er at helseforetakene – i dagens system – har begrenset økonomisk handlingsrom til å prioritere langsiktig nok. Den andre er at mekanismene for å få fram kritisk informasjon om prosjektene og lære av erfaringer er for svake.

Utredningen vurderer seks ulike finansieringsmodeller. Vi vurderer at flere av modellene har potensial til å forbedre dagens finansieringsmodell, uten å svekke insentiver og ansvarfordeling i spesialisthelsetjenesten. De foreslåtte modellene er:

- utvidet lånetilgang, gjennom lengre løpetid på lånet og lavere egenkapitalkrav.
- nasjonal investeringsplan med tilleggsfinansiering, eller
- kvalitetsmidler, som innvilges basert på objektive kriterier.

Man kan også se for seg variasjoner eller kombinasjoner av disse. Modellene må vurderes nærmere, særlig ut fra en vurdering om hvor stor grad av politisk styring som er hensiktsmessig for sykehusprosjektene. I alle tilfeller anbefales det å få på plass flere mekanismer for å få fram kritisk informasjon om prosjektene og legge til rette for at det i større grad læres av tidligere erfaringer.

Innhold

1	Innledning.....	4
1.1	Mandat	4
1.2	Leseveiledning	4
1.3	Om arbeidet	5
1.4	Avgrensninger og forbehold.....	5
2	Beskrivelse av dagens system for sykehusinvesteringer.....	5
2.1	Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten	5
2.2	Sentrale prinsipper for sykehusfinansiering	6
2.3	Tidligfaseprosess for sykehusprosjekter.....	7
2.4	Medvirkning i tidligfasen.....	9
2.5	Tilgang til statlige lån.....	10
3	Problemforståelse	11
3.1	Flere nye sykehus har for liten kapasitet	12
3.2	Areal- og kvalitetsreduksjoner underveis i prosjektperioden med liten grad av medvirkning	16
3.3	Arealeffektivitet kan gå på bekostning av produktivitet og de ansattes arbeidsmiljø.....	17
3.4	Nye sykehus forutsetter høy grad av effektivisering	19
3.5	Er effektiviseringen som legges til grunn realistisk?	22
3.6	Tilstanden til bygningsmassen har blitt forverret.....	22
3.7	Høy prisvekst gir utfordringer	24
3.8	For lite hensyn til eksterne virkninger	25
3.9	Styrker ved dagens finansieringsmodell	25
3.10	Problemforståelse: oppsummering og drøfting av årsaker	26
4	Finansering av byggeprosjekter i UH-sektoren og sykehus i andre land	29
4.1	Finansiering av byggeprosjekter i UH-sektoren.....	29
4.2	Sykehusinvesteringer i andre land.....	35
5	Vurdering av alternative modeller.....	36
5.1	Kriterier for vurdering av de ulike modellene	37
5.2	Mulige modeller og justeringer.....	38
5.3	Andre mulige tiltak.....	44
5.4	Oppsummering: vurdering av modeller.....	45
6	Forutsetninger for vellykket gjennomføring	47
7	Referanser	48

1 Innledning

1.1 Mandat

Akademikerne har bedt Agenda Kaupang om å gjennomføre et utredningsprosjekt som vurderer alternative finansieringsmåter og rammebetingelser for investeringer sykehusbygg. I denne sammenheng ønsker Akademikerne også å få utredet en kombinert tilnærming der deler av investeringen gjøres som direkte bevilgning og deler følger dagens system.

Vurderingene skal ses i sammenheng med investeringer i universitetsbygg i Norge og sykehus i Danmark og Sverige.

Bakgrunnen for utredningen er at store investeringer i sykehusbygg – gjennom dagens finansieringsmodell – legger et stort press på sykehusets driftsøkonomi. Videre er det en opplevelse av at nye sykehus bygges for små, med for liten kapasitet og for trange arealer.

1.2 Leseveiledning

Utredningen følger stegene i utredningsinstruksen, med enkelte tilpasninger:

1. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
2. Hvilke tiltak er relevante?
3. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
4. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
5. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
6. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Kapittel 2 gir en beskrivelse av dagens system for finansiering av sykehusbygg.

Kapittel 3 gir en bred gjennomgang av vår problemforståelse: først vises det til en rekke eksempler på nyere sykehus, deretter gjøres det en tematisk gjennomgang av problemforståelse på ulike områder (effektivisering, bemanning og teknisk tilstand mv). Dette oppsummeres og drøftes avslutningsvis i kapittelet.

Kapittel 4 beskriver investeringer i universitetsbygg og sykehus i Danmark og Sverige, og drøfter overføringsverdi til norske sykehus.

Kapittel 5 presenterer mulige tiltak og modeller. Det presenteres først et sett med kriterier og så vurderes seks alternative modeller opp mot disse. Det anbefales ikke én bestemt modell, men det trekkes fram tre modeller som potensielt kan styrke dagens system.

Kapittel 6 påpeker noen andre forutsetninger som er de viktige for å lykkes med finansieringsmodellen.

1.3 Om arbeidet

Datainnsamlingen i prosjektet har bestått av dokumentstudier og intervjuer. Dokumenter vi har studert er tidligere utredninger og analyser, evalueringer og veiledere fra Sykehusbygg HF, samt innlegg og saker omtalt i mediene (for en oversikt, se kap. 7).

Det har blitt gjennomført 16 intervjuer, fordelt på fem tillitsvalgte, seks personer med leder- og/eller styreerfaring i spesialisthelsetjenesten, og fem andre fagpersoner med erfaring fra sykehusbygg eller andre statlige investeringsprosjekter. Alle fire helseregioner er representert blant informantene. Informantene har uttalt seg anonymt og svart ut fra egne vurderinger.

Arbeidet har blitt gjennomført i tidsperioden juni-september 2022.

1.4 Avgrensninger og forbehold

Formålet med denne utredningen er å vurdere finansieringsmodeller for investeringer i sykehusbygg.

Utgangspunktet for vurderingene er vår forståelse av utfordringer og styrker basert på den informasjonen vi har hatt tilgang til i prosjektet. Vi tar forbehold om at informasjonen vi har hatt tilgang til ikke nødvendigvis er dekkende eller representativ. Problemforståelsen som beskrives i kapittel 3 kan derfor *ikke* anses som en fullstendig analyse av kapasitet og dimensjonering av nyere norske sykehus, eller av de økonomiske prioriteringene til helseforetakene.

Den videre vurderingen av alternativer er avgrenset til investeringer i sykehusbygg, og vurderer ulike alternativer/justeringer *innenfor rammene* av dagens modell for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten.

2 Beskrivelse av dagens system for sykehusinvesteringer

Dette kapittelet gir en først en kort introduksjon om styring og organisering av spesialisthelsetjenesten. Deretter forklares sentrale prinsipper for finansiering av sykehus og sykehusbygg. Videre forklares kort prosessen for tidligfaseplanlegging av sykehus, og rammer for medvirkning. Til slutt beskriver vi de konkrete rammene for lån til investeringer, og endringer i disse etter helseforetaksreformen i 2002.

2.1 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Helseforetaksreformen i 2002 overførte eierskapet til sykehusene fra fylkeskommunene til staten. Reformen endret også tilknytningsform til foretak. Norge har i dag fire regionale helseforetak (tidl. fem), med 20 underliggende helseforetak som driver sykehus. I tillegg finnes det helseforetak som for sykehusapotek, IKT og innkjøp mv. De regionale helseforetakene eier også totalt fem selskaper i fellesskap, herunder Sykehusbygg HF.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 slår fast at: «Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.» Staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å ivareta sine plikter og fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene.

Staten styrer helseforetakene gjennom (NOU 2016: 25, 2016):

- *Lover* (fastsatt av Stortinget), forskrifter og andre myndighetskrav (f.eks. retningslinjer fra Helsedirektoratet)
- *Finansiering* av spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene får oppdragsbrev fra departementet sammen med tildeling av midler, som viderefører Stortingets samt departementets egne vilkår. Lånetilsagn til store investeringer i sykehusbygg vedtas av Stortinget.
- *Eierstyring*, som utøves gjennom oppnevning av styrer, fastsetting av vedtekter og vedtak i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene.
- *Planer*, som peker på de langsiktige rammene og ambisjonene, f.eks. Nasjonal helse og sykehusplan.

Styrene i helseregionene er statsrådens redskap for å utøve regjeringens helsepolitikk gjennom eierstyring. Foretaksmøtet med departementet (ved statsråden) er det øverste styringsorgan i de regionale helseforetakene. Foretaksmøtet har all myndighet i foretaket og kan instruere sykehuset i alle saker, og omgjøre styrets beslutninger. Formelt sett er det altså ikke begrensninger i departementets rett til å styre. Hvor detaljert departementet ønsker å styre de regionale helseforetakene som eier, er derfor et politisk spørsmål (NOU 2016: 25, 2016).

Når det gjelder investeringer i sykehusbygg har de regionale helseforetakene (RHF) har beslutningskompetanse til å prioritere og planlegge de ulike investeringsprosjektene i regionen, og igangsette enkeltprosjekter (jf. helseforetaksloven §2A). Men, som det blir forklart videre, vil både strukturelle endringer i sykehusstrukturen, nedleggelse av sykehus(funksjoner) og statlige lån (som er nødvendig for store investeringer) behandles politisk.

Ettersom sykehusene forvalter store samfunnsressurser er det lagt opp til en tettere styring enn det som er vanlig for mange andre statlige selskaper. Helseforetaksloven § 30 fastsetter at en del viktige saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene, men undergis politisk behandling og derfor avgjøres av departementet i foretaksmøte. Dette er saker som er av vesentlig og prinsipiell betydning. Eksempler på slike forhold som nevnes i loven er blant annet vedtak om nedleggelse av sykehus og omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen. § 30 har blant annet blitt brukt i «omorganisering av fødselsomsorgen i flere regioner, avvikling av sengeposten ved Sørlandet sykehus avdeling Farsund, [...] anmodning om at utviklingsplan for sykehusene i Møre og Romsdal bør drøfte alternativer med både ett og to sykehus, valg av lokalisering for nytt sykehus i Møre og Romsdal og avvikling av akutfunksjoner i Kragerø og på Rjukan.» (NOU 2016: 25, 2016, s. 37).

2.2 Sentrale prinsipper for sykehusfinansiering

Med tanke på investeringer i sykehusbygg betydde helseforetaksreformen to endringer: de nye helseforetakene ble selv ansvarlig for å skaffe finansielt grunnlag for investeringer, og at de måtte føre slitasje/verditap (avskrivning) og renter på lån som kostnader i sine regnskaper (Magnussen, 2016).

Formålet med endringen var å gjøre helseforetakene mer bevisste på kostnadene til kapital, og legge til rette balanserte vurderinger av forholdet mellom bruk av kapital og arbeidskraft. Dette skulle føre til økt effektivitet i sykehusene, samtidig som departementet fikk økt forutsigbarhet og kostnadskontroll (Magnussen, 2016).

Helseforetaksloven § 43 pålegger helseforetakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på samme måte som andre kostnader. Investeringer belaster regnskapet i hele investeringsens levetid gjennom avskrivningene (*periodiseringsprinsippet*). Det betyr at kostnaden til kapital (bygg, utstyr mv) avskrives over hele avskrivningsperioden. Dette er

annerledes enn *kontantprinsippet* som brukes i statlig forvaltning, hvor kostnaden belastes i den den oppstår¹. Merk at avskrivninger er ikke-betalbare kostnader.

De fire regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i egen region (sørge-for-ansvaret), og får finansiering fra staten for å understøtte dette ansvaret. Helseforetakene får inntektene sine fra to hovedkilder:

- 1) Basisbevilgning uavhengig av aktivitet utgjør den største delen av finansieringen. Denne fordeles etter en modell som hensyntar regionale forskjeller i behov for spesialisthelsetjenester (f.eks. demografi) og kostnader for å levere tjenester (f.eks. geografiske avstander).
- 2) Aktivitetsbaserte tilskudd som varierer ut fra hvor mange og hvilke aktiviteter helseforetakene utfører. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er det viktigste av de aktivitetsbaserte tilskuddene og bygger på hvor mange og hvilke pasienter som får behandling.

Helseforetakene får med andre ord ikke egne tilskudd til investeringer i bygg (eller utstyr) men må selv prioritere hvilke innsatsfaktorer (kapital, arbeidskraft mv) som gjør dem best i stand til å ivareta sørge-for-ansvaret innenfor de økonomiske rammene de er gitt².

Finansieringsmodellen for investeringer gir helseforetakene sterke incentiver til å effektivisere driften. Før investeringen skjer vil helseforetaket være avhengig av å spare opp egne midler for å ha tilstrekkelig egenkapital. Etter investeringen har skjedd vil helseforetaket måtte effektivisere så mye at de kan håndtere avskrivninger på den nye investeringen, samt renter og avdrag på lånene. Det er som regel forventninger om økt effektivitet i de nye byggene – siden disse kan understøtte mer effektive arbeidsprosesser og organisasjonsformer. Byggeprosjektene har som regel derfor parallelle organisasjonsutviklingsprosjekter (i regi av det aktuelle helseforetaket) som skal tilpasse organisasjonen til mer effektive arbeidsformer i det nye bygget.

2.3 Tidligfaseprosess for sykehusprosjekter

Dette avsnittet gir en kortfattet beskrivelse av tidligfaseprosessen for sykehusprosjekter. For en mer utdypende forklaring vises det til Sykehusbygg HFs veileder (2017).

De regionale helseforetakene må innpasse prosjektene innenfor helhetlige, faglige og økonomiske rammer, slik at framtidige kostnader kan håndteres når investeringen er ferdigstilt. Investeringsprosjekter skal være forankret i utviklings- og økonomiske langtidsplaner. Det betyr at investeringer som foreslås skal fremme de mål og strategier som er gjeldende på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå (Sykehusbygg HF, 2017).

¹ For en nærmere redegjørelse av bruk av regnskapsprinsippene for sykehusinvesteringer vises det til Magnussen (2016).

² Vi er ikke kjent med sykehusbyggprosjekter som har fått statlige tilskudd senere enn 2010, og som da gjaldt enkelte prosjekter som var planlagt og igangsatt under fylkeskommunalt eierskap og daværende tilskuddsmodell (Magnussen, 2016).



Figur 1: Illustrasjon av faser og beslutningspunkter fra nasjonale og regionale føringer til investeringsbeslutning. Kilde: Sykehusbygg HF

Oppstart av tidligfase gjøres på grunnlag av mandat fra prosjekteier. Godkjent mandat (beslutning B1) gir grunnlag for å starte arbeidet. Prosjektinnrammingen innebærer å lage et styringsdokument som beskriver rammebetingelser og hvordan prosjektet er definert og avgrenset. Styringsdokumentet besluttet (beslutning B2) og her skal blant annet lokalisering være avklart. Valg av tomt gjøres i neste fase. Både B1 og B2 følger beslutningsmekanismene i det regionale helseforetakets fullmaktstruktur (Sykehusbygg HF, 2017).

Konseptfase

Med utgangspunkt i styringsdokument og mandat for konseptfasen (prosjektinnramming) beskrives virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. Dette sammenfattes i et hovedprogram. Basert på hovedprogrammet blir det utviklet og utredet alternativer, som sammenlignes i en alternativvurdering. Deretter godkjennes hovedprogram og hovedalternativ og utdypes videre gjennom detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger. Konseptrapporten er gjenstand for ekstern kvalitetssikring (KSK) og disse dokumentene gir samlet føringer for forprosjektfasen, og er grunnlaget for eventuell lånesøknad til departementet (Sykehusbygg HF, 2017). Beslutning av konsept (beskrevet i konseptrapport og KSK) er beslutning B3 i Figur 1.

Ekstern kvalitetssikring

Ekstern kvalitetssikring (KSK) skal sikre at de utredninger som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivarett overordnede krav, og spesifikke krav til innhold og metode. Kvalitetssikringen utføres av ekstern rådgiver og i henhold til oppsatte kriterier (Sykehusbygg HF, 2017):

1. Er det samsvar med det virksomhetsstrategiske grunnlaget for investeringen formulert i utviklingsplanen og den framlagte konseptrapporten?
2. Er målhierarkiet konsistent, avklart og ikke for komplisert eller generelt til å være operasjonelt?
3. Er alternativene vurdert opp mot det regionale foretakets økonomiske og finansielle bæreevne til gjennomføring?
4. Er alternativene vurdert opp mot gevinster som ønskes realisert?
5. Er prosjektets lokalisering vurdert i forhold til regionale helseforetakets totale tilbud?
6. Hvordan forholder prosjektet seg til overordnede krav til ivaretagelse av indre og ytre miljø?
7. Hvordan kan planlagte bygg og infrastruktur påvirke uønskede hendelser innenfor pasientsikkerhet?

Forprosjektfase

Formålet med forprosjektfasen er å bearbeide konseptet slik at endelig beslutning om å iverksette bygging kan skje på riktig grunnlag. I forprosjektet blir konseptet bearbeidet og detaljert.

Hovedprogrammet og løsningene kontrolleres for å sikre at prosjektet kan realiseres. Kostnadskalkylene detaljeres, kvalitetssikres og oppdateres underveis i fasen. Forprosjektrapporten med vedlegg inneholder blant annet kostnadskalkyle med usikkerhetsanalyse, plan for gjennomføring fra til ferdigstilling og idriftsetting, og detaljerte beskrivelser av rom, utstyr mv. Forprosjektrapporten sammen med konseptrapporten gir grunnlag for å ta beslutning om å gjennomføre investeringsprosjektet, altså beslutning B4 i Figur 1 (Sykehusbygg HF, 2017).

2.4 Medvirkning i tidligfasen

Sykehusbyggs veileder for tidligfasen slår fast at ansattes kompetanse avgjørende for å kunne planlegge bygg som tilfredsstiller funksjonelle krav til god pasientbehandling. Det skrives videre at medvirkningsprosesser må inkludere brukerrepresentanter, ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste. Samtidig understrekes det at medvirkningen er rådgivende, og at det er viktig med tydelig mandat for alle som deltar i prosessene.

Arbeidsmiljøloven setter overordnede krav til medvirkning som vil være relevant i byggeprosjekter. I arbeidsmiljøloven § 4-1 oppstilles et krav om at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Arbeidsmiljøloven § 4-2 tredje ledd fastslår det at «Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø».

Nærmere regulering av retten til medbestemmelse og medvirkning er definert i hovedavtalene mellom helseforetakene (Spekter) og arbeidstakerorganisasjonene (f.eks. LO, Unio og Akademikerne). I det videre omtales noen av punktene fra hovedavtalen mellom Spekter og Akademikerne (2022-25)³:

§ 28 beskriver målet med Del 2 kapittel 7 i avtalen som omhandler informasjon, samarbeid og medbestemmelse. Partene er her «enige om at forholdet mellom ledelsen og ansatte skal være basert på dialog, tillit og gjensidig respekt mellom partene på alle nivåer.»

§ 29 viser til at det er en «felles plikt for ledelsen, de ansatte og deres tillitsvalgte, å ta initiativ til og aktivt støtte opp om og medvirke til samarbeid.» Blant annet må forholdene legges til rette slik at den enkelte ansatte, eventuelt gjennom deres tillitsvalgte, kan få reell innflytelse på virksomhetens arbeid med blant annet å øke effektiviteten og redusere kostnadene. Det fastslås også at det «ved etablering av arbeids-, prosjekt- og styringsgrupper innen virksomheten, som ikke er en del av den etablerte faste organisasjonen, bør berørte ansatte sikres reell innflytelse.» Sistnevnte kan være særlig relevant i byggeprosjekter siden det her ofte opprettes egne prosjektorganisasjoner og prosjektstyrer.

§ 31 viser til at virksomhetens ledelse skal så tidlig som mulig gi relevant informasjon og drøfte med de tillitsvalgte «omlegginger av viktighet for arbeidstakerne og deres arbeidsforhold, herunder viktige endringer i driftsopplegg og metoder». De tillitsvalgte skal gis mulighet for å fremme sine synspunkter. Dersom virksomhetens ledelse ikke kan ta hensyn til tillitsvalgtes innvendinger skal dette begrunnes. Det skal føres en protokoll fra drøftelsene som undertegnes av de lokale partene.

³ Det understrekes at denne har mange likheter med hovedavtaler Spekter har inngått med de andre forbundene. For en mer detaljert gjennomgang av de ulike hovedavtalene med forskjeller og likheter vises det til Spekters sammenstilling av disse (2022).

§ 34 fastslår at tillitsvalgte skal kunne gis innsyn i regnskaper og forhold som berører virksomhetens «økonomiske situasjon i den grad de tillitsvalgte har bruk for slik informasjon for å ivareta medlemmenes interesser». Det er nærliggende å gå ut fra at dette for eksempel kan gjelde for gevinstrealiseringsplaner som brukes for å forsvare den økonomiske bæreevnen ved sykehusbyggprosjekter.

I tillegg til det som er regulert i arbeidsmiljøloven og hovedavtalen(e) har ofte de respektive helseforetakene egne retningslinjer, veiledninger og prinsipper for medvirkning i prosjekter.

Hvordan medvirkning skal ivaretas i hvert enkelt prosjekt er som regel omtalt i prosjektdokumentene (konseptrapport mv). Det vil her kunne variere hvordan medvirkningen operasjonaliseres ut fra hvordan prosjektet som sådan er organisert og andre vurderinger som gjøres lokalt. Lokale vurderinger og operasjonaliseringer skal allikevel ikke føre til svakere medvirkning enn hva som er beskrevet i Arbeidsmiljølov og Hovedavtale.

2.5 Tilgang til statlige lån

Styringssystemet innebærer at de regionale helseforetakene må ha økonomisk handlingsrom og likviditet til å håndtere investeringen. Når bygget er ferdigstilt, skal helseforetakene håndtere kostnadene innenfor kjente inntektsrammer. Dette følger av krav til økonomisk bæreevne. Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av finansieringen, uavhengig av finansieringsform

Analysene av økonomisk bæreevne legger til grunn en økonomisk levetid på investeringen som tilsvarer den vektete avskrivningstiden på de ulike komponentene (byggningskropp, MTU, el-anlegg, IKT mv.). Vi er kjent med at den beregnede levetiden som brukes ved større prosjekter ofte er i størrelsesorden 30-35 år.

Helseforetakene har mulighet til å få statlige lån for investeringer over 500 mill. kr. Lån innvilges etter gjennomført konseptfase. Grunnlaget for lånesøknaden er konseptrapporten og kvalitetssikringen av denne (KSK). Helseforetakene har ikke mulighet for å ta opp private lån⁴.

Vilkårene for lån er som følger:

Tema	Verdi	Forklaring og endringer siden 2002
Krav til egenkapital	30 %	Prosjektet må vise til at minst 30 % av investeringer kan dekkes ved hjelp av egenkapital, altså er maksimal låneandel 70 %. Det er åpnet for å RHF kan stille opp med likviditet på vegne av HF og som da inngår i egenkapitalen. Kravet til egenkapital var tidligere 50 %.
Avdragstid	35 år	Lånet må betales ned over maksimalt 35 år. Maksimal avdragstid ble økt fra 25 år i 2019 for å gi helseforetakene økt fleksibilitet og handlingsrom ⁵ .

⁴ De har anledning til å inngang avtaler om finansielle leieavtaler på f.eks. utstyr og MTU. Dersom beløper over 100 mill. kr. må det legges fram på foretaksmøtet (Riksrevisjonen 2021, s. 8).

⁵ Se pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet 25.4.2019:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2019ny/regjeringen-bedrer-lanebetingelsene-for-sykehus/id2642671/>

Lånerente	Basis minus 0,5 pst	Rentevilkår følger markedsrente og øvrige lån i staten. Rentevilkår ble endret i 2018 for å samsvare med markedsrente (Helse og omsorgsdepartementet, 2017-2018). Dette tilsvarer en økning på ca. 1 prosentpoeng.
Nedbetaling	Serie eller annuitet	Det ble åpnet for annuitetslån i 2019, tidligere var kun serielån mulig.

3 Problemforståelse

Dette kapittelet går gjennom vår forståelse av utfordringer knyttet til dagens system for sykehusfinansiering.

Innledningsvis presenteres det en rekke eksempler på nyere norske sykehus, både de som oppleves som underdimensjonert, og de som ikke gjør det. Deretter går kapitlet gjennom en rekke sentrale temaer, herunder:

- ▶ arealreduksjoner i planleggingsfasen,
- ▶ forutsatt effektivisering,
- ▶ arbeidskraftproduktivitet og arbeidsvilkår,
- ▶ teknisk tilstand på sykehusbyggene
- ▶ prisvekst, og
- ▶ eksterne virkninger

Opplevde styrker ved dagens finansieringsmodell beskrives, før det gjøres en drøfting av problemforståelse og mulige årsaker.

Problemforståelsen er basert på kvalitative intervjuer og dokumentgjennomgang. Som beskrevet innledningsvis må ikke dette forstås som en fullverdig analyse av dimensjoneringen av norske sykehus, eller av helseforetakenes økonomiske prioriteringer.

Det er ulike oppfatninger om sykehusene som bygges i dag er store og gode nok, og perspektivene varierer blant annet ut fra hvilken rolle man har og hvilket sykehus man referer til. Lokale variasjoner er store, og varierer blant annet etter hvilken helseregion det gjelder, hvordan demografien i opptaksområdet ser ut, og spesifikke lokale forhold.

Sykehusene som ferdigstilles og evalueres i dag er også et resultat av planleggingsprosesser som fant sted for flere år siden. Sykehusene skal møte et framtidig og voksende behov, og med utvikling i hvordan behovet kan dekkes (behandlingsmetoder, teknologi mv). Det vil derfor ta tid før det er mulig å konkludere rundt dimensjoneringen og hensiktsmessigheten til sykehusene som bygges.

Det er også verdt å understreke at de kapasitetsutfordringer som oppleves ved nye, norske sykehus ikke nødvendigvis alltid kan forklares ut fra finansieringsmodellen. Planlegging av sykehus er komplisert og resultatet påvirkes av en rekke faktorer (prosjektstyring, løsningsvalg, behovsendringer mv.).

3.1 Flere nye sykehus har for liten kapasitet

Det er vår forståelse at flere av sykehusene som har blitt bygget etter helseforetaksreformen har hatt for liten kapasitet.

Dette kapittelet går gjennom en rekke nyere sykehusprosjekter (åpnet etter 2010), som enten har blitt evaluert av Sykehusbygg HF eller hvor kapasitet har vært tematisert på andre måter. Vi har også inkludert prosjekter hvor kapasitet (så vidt vi kjenner til) *ikke* har blitt problematisert (f.eks. utbygging av Haukeland sykehus i 2016). Vi tar forbehold om at dette ikke er en uttømmende oversikt over sykehusprosjekter. Utvalget sykehus som presenteres her er primært fra Helse Sør-Øst og Helse Nord, siden det er der de fleste store investeringsprosjekter har vært det siste tiåret.

Innholdet i dette kapitelet må derfor forstås som observasjoner basert på rapporter og utsagn om nyere sykehus. De påfølgende kapitlene vil drøfte mulige forklaringer nærmere. Sykehusene er sortert etter (planlagt) åpningsår, angitt i parentes.

Akershus universitetssykehus (2011)

Det siste bygget ved Ahus ble åpnet i 2011. Planleggingen hadde lang forhistorie, og prosjektet ble pålagt å redusere kostnadene underveis. Ahus ble dimensjonert med det som vises til som høy utnyttelsesgrad, med 10 timers åpningstid i poliklinikk, og 90 % belegg på senger (ikke 85 % som er dagens standard). Opptaksområdet til sykehuset ble økt underveis: først Grorud og Stovner i 2004, senere Follo og bydel Alna. Sykehuset var beregnet og dimensjonert til å dekke en befolkning på 340.000 i 2015. Allerede ved åpning i 2011 hadde sykehuset ansvaret for 470.000 innbyggere, som senere har steget til nærmere 600.000 i 2020 (Clements, 2019).

En analyse gjennomført av Helse Sør-Øst i 2015 stadfester at Ahus har store og økende kapasitetsutfordringer – med beregnet 139 senger for lite i 2030 etter omstilling (Helse Sør-Øst, 2015).

Nordlandssykehuset, Vesterålen (2014)

Nordlandssykehuset (NSLH) Vesterålen sto ferdig i 2014, og ble evaluert av Sykehusbygg HF høsten 2017. Sykehusbygg oppsummerer evalueringen av kapasitet med at det er god kapasitet på døgnplasser (senger), mens det var kapasitetsutfordringer i poliklinikk. Sykehusbygg påpeker i evalueringen at poliklinikk-kapasitet avhenger av effektiv åpningstid, og at 6 timer som lagt til grunn i tabellen under, kan være ambisiøst pga. bemanningssituasjon (Sykehusbygg HF, 2018, s. 17).

Tabell 1: Utdrag fra Sykehusbyggs evaluering av NSLH Vesterålen. Dagens kapasitet, beregnet kapasitet 2016, og framskrevet aktivitet til 2035.

Kapasitet	Dagens kapasitet	2016	2035
Senger	79	47	54
Generelle poliklinikkrom	15	15	19
Dialyseplasser	10	8	10
Kjemoterapi plasser + støttebehandling	5+0	4+1	5+1
Operasjonsrom (dag- og døgnkirurgi)	4	4	4

Sykehuset Østfold Kalnes (2015)

Sykehuset Østfold Kalnes ble åpnet i 2015. De aller fleste informanter i denne undersøkelsen – både blant tillitsvalgte og ledere i helseforetakene – peker på Sykehuset Østfold som et eksempel på et sykehus som ble for lite.

Sykehusbygg HF gjennomførte en evaluering av sykehuset Kalnes som ble publisert 26. mars 2020. Det er flere forhold i evalueringsrapporten som peker på at sykehuset er dimensjonert for lite.

I spørreundersøkelsen til de ansatte «kom det fram at flere av de laveste scorene berører kapasitet. Figur 4.4. i hovedrapporten (kapittel 4) viser at 79 prosent av ansatte som deltok i undersøkelsen, mente at de har ikke de rommene de trenger, 71 prosent mente at de har ikke tilstrekkelig plass i arbeidsstasjonene og 68 prosent mente at det er ikke tilstrekkelig plass til utstyr og forbruksvarer. Dybdeevalueringen av driftskonsepter og løsninger (funksjonsområder) fant også at det er kapasitetsutfordringer og mangel på ulike typer rom, arealer og/eller arbeidsplasser (kapittel 5 til 13 i hovedrapporten).» (Sykehusbygg HF, 2020b, s. 11). Rapporten trekker fram en rekke områder hvor kapasitet og plassmangel problematiseres, blant annet innen somatisk døgnområder, poliklinikk og akuttmottak.

Det finnes et stort antall innlegg i mediene som beskriver kapasitetsproblemene ved sykehuset Østfold, et eksempel under (Rime & Utne, 2020):

Begreper som «dovenn» og «fortetningspasienter» er blitt vanlig i sykehuskorridorene. Førstnevnte er korridorpasienter som må låne toalettet til en pasient som har fått enerom. «Fortetningspasienter» er de som må ligge to sammen på et enerom.

Temaer som er gjennomgående er trange arealer, for få rom og senger, og for få rom til de ansatte. Det vises til negative konsekvenser for pasienter og ansatte, og utfordringer med sykefravær og effektiv drift.

Helse Bergen, utbygging Haukeland (2016)

Helse Bergen HF bygger ut et nytt barne- og ungdomssykehus på Haukeland. Første trinn sto ferdig i 2016, mens andre trinn har planlagt innflytting høsten 2023.

Flere av intervjuene gjort som del av denne undersøkelsen viser til at Bergen har hatt mulighet til å investere trinnvis, og erstatte bygg på eksisterende tomt. Dette har gjort finansieringen av utbyggingen enklere, og sykehuset har unngått noen av problemene som har vært med andre sykehusprosjekter.

Nye Kirkenes sykehus (2018)

Nye Kirkenes sykehus ble offisielt åpnet i 2018. Sykehuset måtte gjøre en rekke reduksjoner i funksjon og areal i løpet av prosessen for å redusere kostnadene til prosjektet.

Det har vært en rekke reaksjoner fra ansatte etter at sykehuset åpnet, som følge av plassmangel og uhensiktsmessige løsninger. Sykehuset hadde ved åpning en rekke dokumenterte feil og mangler, og i likhet med Sykehuset Østfold måtte de nye enkeltrommene svært ofte brukes som dobbeltrom (NRK, 2019). I en kronikk i Overlegen trekker tillitsvalgt Tone Hagerup fram en rekke kapasitetsmangler ved det nye sykehuset (Hagerup, 2019):

«Kirurgisk 5-dagerstun har i praksis vært driftet som 7-dagerstun siden åpningen. [...] Ikke nok lagerrom i sengetunene, og ingen lagringsplass for ekstra senger, som dermed blir stående i korridoren. [...]

Sengetunene er bygget uten fellesarealer for pasienten, ingen sittegrupper, ingen samtalerom, ingen pauserom for personalet. [...]

Det er ingen pauserom/fellesareal for leger. Vi må booke oss inn på møterom for morgenmøte og lunsjpauser. Kantine er felles med pasienter, pårørende og andre besøkende, og er i samme rom som vestibyle uten vegger eller dører.»

Sykehusbyggs evaluering (Sykehusbygg HF, 2021) inneholder en spørreundersøkelse til de ansatte. Samlet sett ligger gjennomsnittet av svarene litt under middelveien (3, på en skala 1-5). Mange av svarene som har mest negative tilbakemeldinger er knyttet til tilgang på ulike typer rom og areal, hvor snittet er rundt 2.

Tabell 2: Utvalgte spørsmål fra Sykehusbyggs evaluering av Nye Kirkenes sykehus, spørreundersøkelse til ansatte.

Påstand	Vurdering (1-5, 5 best)
«Vi har tilstrekkelig antall rom»	2,0
«Vi har tilstrekkelig med samtalerom»	1,9
«Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling»	2,2
«Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling»	2,2

Når det gjelder dimensjoneringen er det flere funn i evalueringsrapport som ser ut til å underbygge at denne er presset allerede nå, både for somatiske døgnområder (Sykehusbygg HF, 2021, s. 101):

«Framskrivningen viser at med middels utnyttingsgrad blir det behov for 60 senger framover i tid, og 62 senger dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen. Dette viser at dersom disse 56 sengene videreføres framover i tid, vil det bli kapasitetsproblemer dersom ikke sengeantall eller utnyttingsgrader økes. Det understrekes at denne beregningen er gjort under forutsetning av at alle spesialiteter kan benytte alle senger. I praksis er det ikke slik ved sykehuset i dag [...]»

Og for poliklinikk (Sykehusbygg HF, 2021, s. 102):

«For polikliniske konsultasjoner i somatisk sektor er kapasiteten på 19 rom allerede overskredet i 2019 dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes. [...] Dette betyr at en videreføring av kapasitet på 19 rom ikke er bærekraftig uten at utnyttingsgraden økes.»

Videre pekes det på at det vil være behov for økt kapasitet til både dialyse og kjemoterapi /infusjoner for å møte framskrevet behov.

Vedlegg til kapittel 9 i rapporten sammenstiller antall planlagte kontorplasser med antall plasser i bruk. Samtlige fagområder har flere plasser i bruk enn det som er tegnet inn, altså mindre areal per person enn forutsatt. Avviket er størst for fagområdet «legekontor og andre fagområder» der 37 plasser på tegningen brukes som 65 plasser (Sykehusbygg HF, 2021, s. 322).

Universitetssykehuset i Nord-Norge: pasienthotell, A-fløy og PET-senter (2018)

UNN har gjennomført flere utbygginger/ombygginger knyttet til eksisterende sykehus: nytt pasienthotell ble tatt i bruk i 2015, mens nye A-fløy og PET-senter sto ferdig juni 2018. Sykehusbygg publiserte i 2022 en evaluering av disse prosjektene. Sammenligner man utsagnene under med tilsvarende undersøkelser gjort på Sykehuset Østfold⁶ og Nye Kirkenes framstår svarene her som mer positive, med et gjennomsnitt rundt middelveien.

Påstand	Vurdering (1-5, 5 best)
«Vi har tilstrekkelig antall rom»	3,1

⁶ Evalueringen av Sykehuset Østfold har andre spørsmålsformuleringer og annen skala (1-6) og kan derfor ikke sammenlignes direkte.

«Vi har tilstrekkelig med samtalerom»	2,8
«Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling»	2,6
«Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling»	3,1

Nordlandssykehuset, Bodø (2020)

Det nye sykehuset i Bodø ble ferdigstilt i 2020. I et innlegg fra foretakstillitsvalgt Frida Andræ i 2022 trekkes det fram en rekke eksempler på kapasitetsutfordringer på nye sykehuset (Andræ, 2022):

«Noen sjeldne romstyper er samtalerom, pauserom og spiserom for personellet. Her må man være kreativ. Boder og kott tas i bruk. [...]

Kontorsituasjonen for mange leger i Bodø er ikke tilfredsstillende. Det er bygget kontorer, men ikke tilstrekkelig mange. Hovedsakelig er det cellekontorer dimensjonert til 1 person som nå brukes av 2-3. Det er også noen eksempler på kontorer som også er poliklinikkrom og brukes som kontorplass av flere leger. Da kan man ikke bruke sin kontorplass når kollegaen har poliklinikk. [...]

Kombinasjonen av små poliklinikker, mangel på pauserom og generell mangel på kontorer er utfordrende.»

Sykehuset i Vestfold, akuttsenter (2021)

Det nye akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold åpnet november 2021. Allerede i januar 2022 sendte Legeforeningen ved sykehuset en bekymringsmelding om pasientsikkerheten ved det akuttsenteret.

Mangel på undersøkelsesrom trekkes fram som et av hovedproblemene (i tillegg til grunnbemanning). Tillitsvalgte viser til at det nye konseptet legger til grunn at pasientene maksimalt skal ha én time inne på undersøkelsesrommet i akuttmottaket. Til Dagens medisin (Dagens medisin, 2022) forteller foretakstillitsvalgt Andreas Aass-Engstrøm at forutsatt undersøkelsestid:

«er mye kortere enn tidligere og mye kortere enn alle andre akuttmottak i Norge. Det er ikke i nærheten av å være realistisk. Få rom og for liten bemanning blir en flaskehals. Vår situasjon illustrerer et generelt problem; at sykehus bygges for små.»

Foretakstillitsvalgt Ellen Holtan Folkestad sier videre at:

«det ikke er bygget store nok rom for venting og observasjon av pasienter fordi det i planen ikke skulle være nødvendig. Når det er slik som nå så kolliderer systemet.»

Nye Hammerfest sykehus (2025)

Nye Hammerfest er under bygging og planlagt åpnet i 2025. Bekymring for arealmangel ved sykehus har allerede vært diskutert en rekke ganger. De største diskusjonene har vært knyttet til byggets fjerde etasje, som har blitt redusert underveis i planleggingen.

En kontorgruppe ble etablert av ledelsen ved Finnmarkssykehuset, en gruppe bestående av fem avdelingsledere og to tillitsvalgte ved sykehuset. Kontorgruppas rapport ble lagt fram på styremøte i Helse Nord HF 27. mai 2020. Kontorgruppa konkluderte med at det ville mangle 89 kontorer i det nye sykehuset. Videre ble det vist til at det var for få hvilerom til legene som var på vakt (Kontorgruppe Nye Hammerfest Sykehus, 2020). I tilsvaret fra konstituert administrerende direktør i Finnmarkssykehuset vises det til at Finnmarkssykehusets kontorprinsipper er annerledes enn

forutsetningene som er lagt til grunn i kontogruppas rapport med tanke på hvilke roller som skal ha hvilke typer kontorer (Dagens medisin, 2020).

Andre sykehus under planlegging eller bygging

Det planlegges og/eller bygges sykehus i alle fire helseregioner. For en oversikt vises det til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (2019, s. 164)⁷. Vi er kjent med at det har vært diskusjoner rundt dimensjonering og framtidige kapitalkostnader ved flere av disse prosjektene, men har ikke vurdert dette i denne utredningen.

3.2 Areal- og kvalitetsreduksjoner underveis i prosjektperioden med liten grad av medvirkning

Vår forståelse er at sykehusprosjektene i flere tilfeller har kuttet arealer og funksjoner underveis i prosjektperioden. Kuttene har skjedd i høyt tempo og med liten grad av medvirkning. Konsekvenser av slike kutt er i liten grad vurdert underveis.

Flere informanter trekker fram at sykehusprosjektene ofte må gjennomføre kutt i arealer og funksjoner underveis i prosessen. Prosjektene får vedtatt lånerammer basert på kostnadsestimatene i konseptrapporten. Det betyr at nye kostnader som avdekkes i den mer detaljerte forprosjektfasen – ikke har finansiering – med mindre helseforetaket selv (eller det regionale helseforetaket) har tilgjengelig likviditet.

Av de overnevnte eksemplene er vi kjent med at dette har blitt gjort på Ahus, Sykehus Østfold, og Nye Kirkenes.

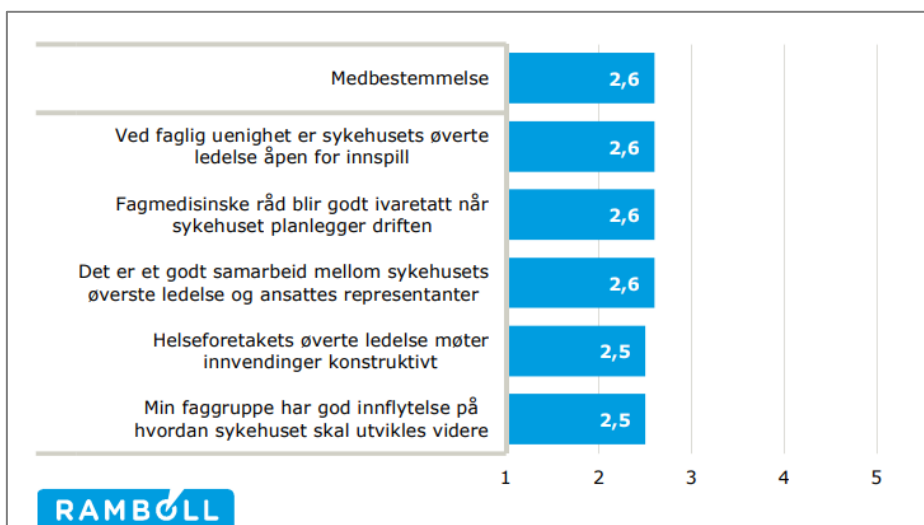
En kartlegging av beslutningsprosessen (Agenda Kaupang, 2021) viser at sykehuset ble kuttet i flere omganger. Først fikk det opprinnelige konseptet fra 2007 redusert 12 % av arealet for at det skulle kunne realiseres innenfor helseforetakets økonomiske bæreevne. Selv om kvalitetssikringen av konseptet gjennomført av Sintef i 2009 var kritisk til dimensjoneringen av sykehuset, ble det likevel gjennomført ytterligere store arealreduksjoner i forprosjektfasen, gjennom et «optimaliseringsprosjekt» i 2010. Styremøtet i Helse Sør-Øst september 2010 slo fast at det var lite rom for alternative vurderinger og omkamper før ferdigstilling av forprosjektet. Mange av prosessene for ansattmedvirkning skjedde imidlertid høsten 2010. Dermed kan det se ut som valgene i stor grad var tatt før medvirkningen startet.

For Nye Kirkenes vedtas forprosjektet i 2013 med et addendum som beskriver en rekke kostnadsreduserende tiltak bestående av ulike arealreduksjoner og tekniske tiltak. Gjennom tiltakene ble beregnet kostnadsramme redusert fra ca. 1,8 til 1,4 mrd. kr. (Helse Finnmark, 2013). I Sykehusbyggs evalueringsrapport av Nye Kirkenes sykehus vises det til at medvirkningen endret seg i kuttprosessene som ble gjennomført i forprosjektet. Informantene i Sykehusbyggs evaluering fortalte at medvirkning både fra de ansatte og ledelse var fraværende, og at de ikke ble informert om hvilke endringer eller kutt som var besluttet. Det var dermed heller ikke mulighet til å vurdere konsekvenser av endringer på grunn av tidspress og økonomi. Det vises blant annet til følgende sitat fra en fokusgruppedeltager (Sykehusbygg HF, 2021, s. 325):

«Ledelsen gjorde så godt de kunne [...] Og, så er det de som sitter med prosjektet som kanskje, som maser på at sånn og sånn, og penger og penger, og tid og tid. Og så har de ikke de riktige forutsetningene til å si hva som kanskje kan kuttes, hva som bør endres på, fordi de jobber fra toppen uten å ha innsyn i klinisk hverdag.»

⁷ Det tas forbehold om endringer i prosjektene som er angitt her.

Opplevelse av manglende medvirkning og medbestemmelse ser ut til å være et generelt problem, som ikke bare gjelder i byggeprosjekter. I en spørreundersøkelse til 5.800 sykehusleger scorer ulike spørsmål knyttet til medvirkning og medbestemmelse lavest, ref. Figur 2 (Rambøll, 2018).



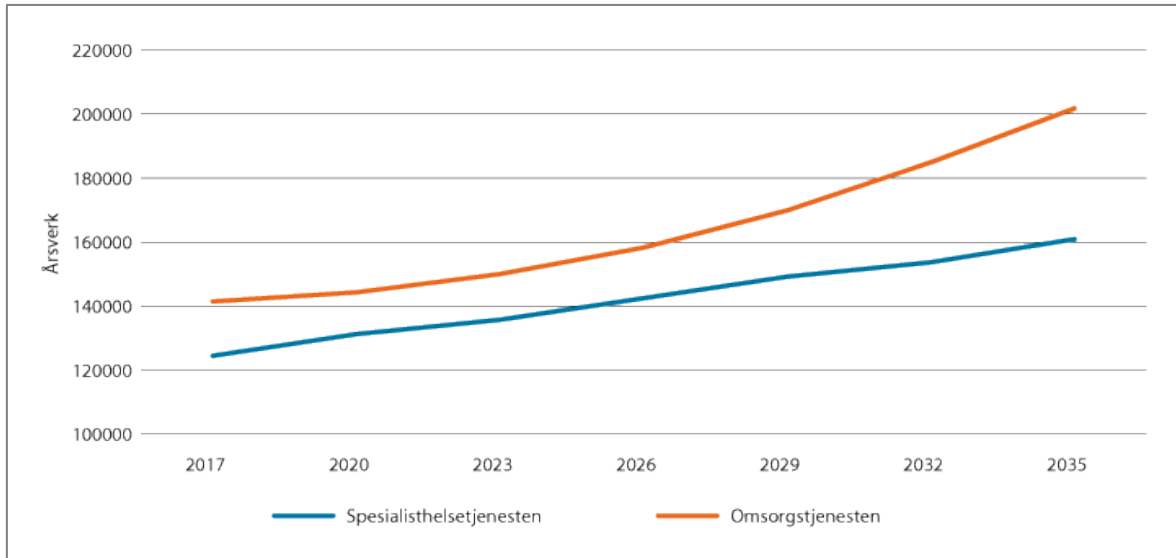
Figur 2: Utdrag fra resultater fra spørreundersøkelse til sykehusleger. 1 = helt uenig, 5 = helt enig. Kilde: Rambøll 2018

3.3 Arealeffektivitet kan gå på bekostning av produktivitet og de ansattes arbeidsmiljø

Det er en risiko for at vektleggingen av arealeffektivitet – både i den forutsatte framskrivingsmodellen⁸ og underveis i prosjektgjennomføringen – går på bekostning av produktiviteten. Arealbesparende tiltak på bekostning av ansattes arbeidsforhold kan gå utover sykefravær og evne til å rekruttere og beholde arbeidskraft.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 pekes det på SSBs anslag om at en årsverksvekst på 35 prosent fram mot 2035 innebærer at helse- og omsorgstjenesten (inkl. kommuner) vil legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken, for å dekke framskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. Veksten er sterk både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, jf. Figur 3. Allerede i 2022 er det velkjent at mange helseforetak og kommuner opplever akutt mangel på kvalifisert helsepersonell.

⁸ Se neste delkapittel for en beskrivelse av denne.



Figur 3: Fremskrevet behov for årsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunale omsorgstjenester til 2035. SSBs referansebane. Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Forhold mellom kapital og arbeidskraft

På grunn av framtidens knapphet på arbeidskraft er det derfor et mål om å vri ressursinnsats fra kvalifisert personell til investeringer som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet.⁹

Flere av informantene i denne undersøkelsen har pekt på at nye sykehus med for lite areal gjør det krevende å oppnå økt produktivitet. Noen eksempler som har blitt trukket fram er (ikke uttømmende):

- ▶ Mangel på senger gjør det krevende å oppnå målet om at pasienten skal bruke kort tid på akuttmottaket.
- ▶ Mangel på lagerrom kan føre til utstyr blir lagret på uegnede steder hvor det står i veien pasient- og vareflyt, eller langt unna der det skal brukes.
- ▶ Tilpasning av arbeidsprosesser etter når det er ledig kontorplasser, kan bety at enkelte pasienter blir liggende til dagen etter, siden det administrative arbeidet forskyves.

Det vises også til eksempler fra gamle sykehus (med større areal) og private sykehus der det er mulig å oppnå høyere produktivitet per helsearbeider, fordi det alltid er nok rom tilgjengelig.

Det er utenfor denne utredningen å vurdere hva som er den optimale sammensetningen av kapital (her: bygg) og arbeidskraft. Det bør imidlertid være grunn til å spørre om nye sykehus, som i stor grad vektlegger arealeffektivitet, samtidig vil være i stand til å oppnå den økte produktivitet som forutsettes i framskrivingsmodellens anslag for effektivisering.

Arealreduksjoner går utover ansatte

Flere nyere sykehusbygg, omtalt i kapittel 3.1, har eksempler på at arealer til de ansatte kuttes¹⁰. Dette gjelder blant annet kontorer, hvilerom, pauserom, garderober og kantinearealer. Selv om det er forståelig at kliniske arealer prioriteres høyest, bør det fremdeles stilles spørsmål ved hvor langsiktig det er å gjennomføre store reduksjoner av arealene de ansatte bruker.

⁹ Selv om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 i sin målformulering (s. 9) kun viser til investeringer i teknologi og kompetanse, er det ingen grunn til at samme logikk ikke også skal gjelde for bygg. Riksrevisjonen legger også denne tolkningen til grunn i sin undersøkelse fra 2021.

¹⁰ Se f.eks. omtale av Sykehuset Østfold, Nye Kirkenes, Nordlandssykehuset Bodø eller Nye Hammerfest.

Det framtidige behovet for arbeidskraft gjør at spesialisthelsetjenesten vil være avhengig av å beholde og rekruttere arbeidskraft – i konkurranse med kommuner, private helseleverandører, og andre aktører i offentlig og privat sektor. Det vil også være behov for å ha et lavt sykefravær¹¹, redusere turnover og sørge for at de ansatte står lengre i arbeid før de går av med pensjon. Det vil være naturlig å gå ut fra at løsninger som reduserer ansattes arbeidsforhold og trivsel gjør det vanskeligere å oppnå dette.

3.4 Nye sykehus forutsetter høy grad av effektivisering

Alle nyere sykehusprosjekter legger til grunn betydelig effektivisering gjennom RHFenes framskrivningsmodell for aktivitet og kapasitet. Effektivisering i tråd med modellen er en forutsetning for at nye sykehus skal bli store nok, men det er usikkerhet om effektivitetsvurderingene er tilstrekkelig realistiske.

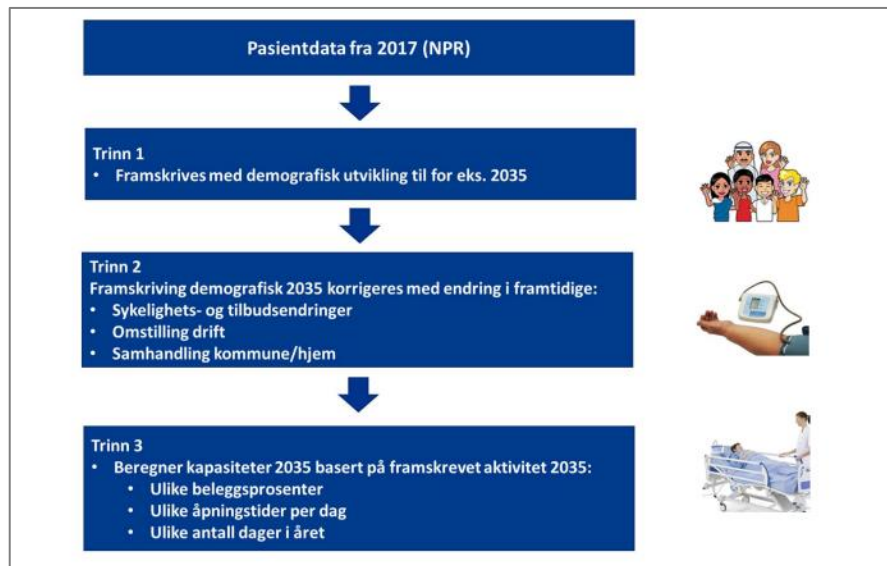
Nasjonal helseplan (2007-2010) la til grunn at det skulle utvikles «*bedre metoder for framskriving av behov og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer, som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi*» (St.prop nr 1 (2006-2007)). Gjeldende veileder til framskrivningsmodellen er fra 2020, og dekker somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (Sykehusbygg HF, 2020a). Dagens modell er ikke veldig ulik tidligere modeller, noe som vil si at logikken er ganske tilsvarende for prosjekter som ble gjennomført før dagens veileder ble utarbeidet¹².

Overordnet logikk i modellen

Modellen tar utgangspunkt i visse målbare størrelser (liggedøgn, konsultasjoner, behandlinger mv.) i det siste relevante referanseåret, og bryter dette ned på demografiske parametere slik som alder, kjønn og bosted. I trinn 1 framskrives befolkningen (SSBs prognoser) fram ca. 20 år (til f.eks. 2040), og dette vektes mot dagens forbruksrater.

¹¹ Ved Sykehuset Østfold – hvor underdimensjonering av sykehuset er godt dokumentert – trekkes dette fram som en forklaring til det høye sykefraværet ved sykehuset (Dagsavisen, 2021).

¹² Dette arbeidet ble først ivarettatt av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) som var eid av de fire regionale helseforetakene, og hvor SINTEF hadde sekretariatsansvar. Ved etableringen av Sykehusbygg HF i 2014 ble ansvaret for å utvikle modellen overført til Sykehusbygg. RHFene har brukt modellen for å gjøre framskrivinger, både knyttet til utviklingsplaner og til konkrete bygge- og ombyggingsprosjekter. Modellen har blitt videreutviklet underveis i samarbeid med RHFer, Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet.



Figur 4: Trinnene i framskrivingsmodellen. Kilde: Sykehusbygg HF (2020)

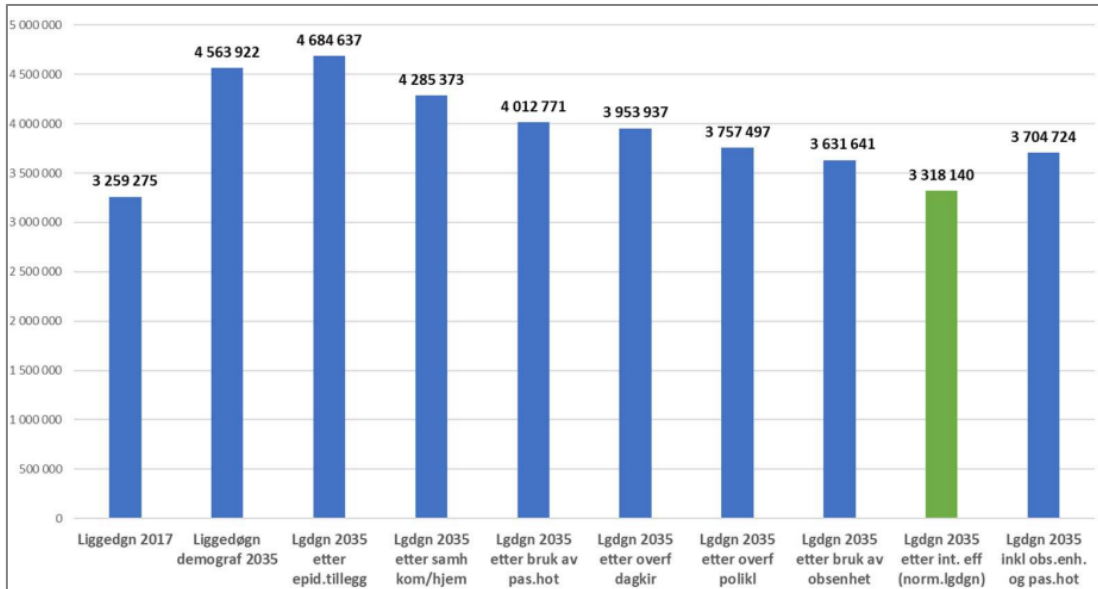
I trinn 2 «korrigeres den demografiske framskrivningen med endringsfaktorer knyttet til utvikling i sykkelighet og medisinsk tilbud, samt diverse omstillinger i dagens drift som er skjønnsmessig fastsatt. Faktorene omtales som standardfaktorene i modellen og gir faste årlige prosentvise endringer over tid i en tidsperiode» (Sykehusbygg HF, 2020a).

Trinn 3 beregner det framtidige kapasitetsbehovet i sykehuset (eller sykehusområdet) basert på framskrevet behov. Helseforetaket velger her selv hvilken utnyttelsesgrad de mener er realistisk for eget sykehus (f.eks. åpningstider). Det er primært områder knyttet til utredning og behandling som er dekket – og dette gjør det mulig å beregne kapasitetsbehov for senger, ulike daghandlingsplasser og antall undersøkelses- og behandlingsrom for poliklinikk, samt operasjonsrom. Andre arealer i sykehuset må beregnes på andre måter, og ligger utenfor modellen (Sykehusbygg HF, 2020a)¹³.

Betydelig effektivisering er nødvendig for at nye sykehus skal ha nok kapasitet

Det er liten tvil om at demografiske endringer isolert sett vil øke behovet for spesialisthelsetjenester i årene framover, og dette er også en sentral forutsetning i framskrivingsmodellen. Figur 5 illustrerer effekten demografien har på somatiske liggedøgn for hele Norge, med en økning fra ca. 3,3 mill. i 2017 til ca. 4,6 mill. i 2035 (første til andre søyle). Endringer i sykkelighet og medisinsk tilbud (f.eks. flere mulige behandlinger) trekker beregningen ytterligere opp (tredje søyle).

¹³ Sykehusbygg HF opplyser i intervju om at det er om lag halvparten av sykehusets netto funksjonsareal som dekkes av framskrivningen.



Figur 5: Trinnsvis framskriving av antall liggedøgn fra 2017 til 2035 somatisk sektor, hele befolkningen. Kilde: Sykehusbygg HF, 2020

Deretter legges det til grunn en rekke kvalitative endringsfaktorer som i praksis er ulike former for effektivisering (fjerde til niende søyle), som da reduserer det beregnede behovet (for senger, i dette eksempelet). Endringsfaktorene består av (for somatiske liggedøgn):

- ▶ Økt samhandling med kommune og hjem
- ▶ Bruk av pasienthotell
- ▶ Overføring av døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk
- ▶ Bruk av observasjonsenhet
- ▶ Intern effektivisering

Det er vanskelig å si om målene om framtidig effektivisering er rimelige og realistiske. I intervjuene gjort som del av denne kartleggingen er meningene delte. Sykehusbygg HF skriver i veilederen at endringsfaktorene i modellen ble fastsatt som del av en første versjon, og «nok er moden for revidering» (Sykehusbygg HF, 2020a, s. 10). Det pekes på et utviklingsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst som skulle vurdere disse faktorene på nytt.

Det framstår imidlertid som klart at forutsetningen om effektivisering ligger til grunn for alle nyere sykehusprosjekter, siden dette er en modell alle helseforetak er forventet å bruke. Med andre ord vil kapasiteten til sykehusene som bygges i dag være for lav dersom anslagene om effektivisering i modellen ikke lar seg gjennomføre.

Effektivisering er også nødvendig for den økonomiske bæreevnen til prosjektene

Som nevnt i forrige delkapittel er det nødvendig med en betydelig effektivisering for at nye sykehus skal ha kapasitet nok til å dekke det økte behovet som kommer i framtiden. Tilsvarende er det også nødvendig med effektivisering for å forsvare den økonomiske bæreevnen til prosjektene.

I tillegg til de forutsatte innsparingene trekkes det også fram i intervjuene at medisinsk-teknisk utstyr (MTU) ofte flyttes fra investeringsbudsjettet (for nytt sykehus) til driftsbudsjettet. Det kan føre til at det ikke investeres nok i slikt utstyr, eller at det vil legges et ytterligere press på driftsøkonomien (når utstyret senere må kjøpes over driftsbudsjettet).

3.5 Er effektiviseringen som legges til grunn realistisk?

De foregående kapitlene har pekt på at:

1. Det gjøres ofte betydelig arealreduksjoner underveis i prosjektene, med liten grad av medvirkning fra de ansatte.
2. Det sterke fokuset på arealeffektivitet kan gå utover både produktiviteten i sykehuset og gjøre bemanningssituasjonen enda mer krevende.
3. Høy grad av effektivisering er nødvendig både for at A) sykehusene skal være store nok til å håndtere behovet, og B) at den økonomiske bæreevnen til investeringen skal kunne forsvares.

Samlet sett tegner dette et bilde av stor *risiko* for at målene om økt effektivitet ikke nås (punkt 1 og 2), kombinert med alvorlig *konsekvens* dersom de ikke nås (punkt 3).

Magnussen (2016, s.86) gir en rekke eksempler på sykehusprosjekter som er motivert ut fra en forventning om betydelig framtidig effektivisering av driften. Magnussen (2016, s.87) skriver at det bør stilles spørsmål til realismen til en del av anslagene som legges til grunn. Grunnen til det er at når etterslepet er så stort som det er, vil mye av kostnadene «bare» være knyttet til å heve kvaliteten på bygningsmassen, og ikke nødvendigvis gi mer kostnadseffektiv drift.

Riksrevisjonen peker i sin undersøkelse fra 2021 på at «de økonomiske langtidsplanene til de regionale helseforetakene for 2021–2024 forutsetter at omstillings- og effektiviseringstiltak gjennomføres, og beskriver samtidig betydelig risiko for at omstillingstiltakene ikke gir de forventede resultatene».

Agenda Kaupangs (2021) analyse av beslutningsprosessen for Sykehuset Østfold pekte også på at sykehuset i planleggingen hadde flere runder med stadig mer optimistiske forutsetninger knyttet til framtidig effektivisering, uten at problematisert opp mot kutt i arealer og funksjoner.

Også i nyere prosjekter har realismen ved framtidige effektiviseringsplaner blitt problematisert. Senest i august 2022 sendte foretakstillitsvalgte ved OUS fra elleve ulike forbund et felles brev til styret der de uttrykte «bekymring for særdeles høy risiko i prosjektene for videreutvikling av Oslo Universitetssykehus» (Brev fra foretakstillitsvalgte ved OUS, 2022).

3.6 Tilstanden til bygningsmassen har blitt forverret

Undersøkelser fra Riksrevisjonen og Rådgivende ingeniørers forening – begge fra 2021 – viser til at den fysiske tilstanden til norske sykehus ikke er god nok, og at trenden er negativ.

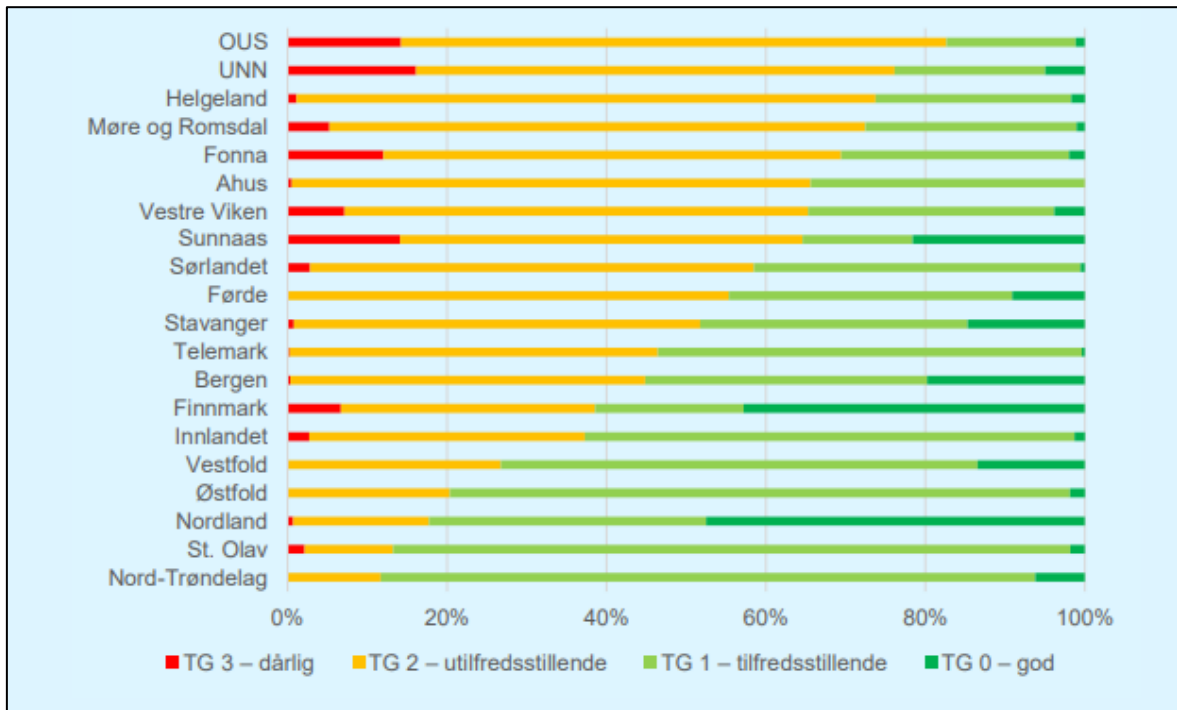
Riksrevisjonen undersøkte i 2021 tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene. Dette ble gjort ved å analysere regnskapstall, dokumenter og data fra helseforetakenes registre for henholdsvis bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og undersøkelsesperioden var 2010-2020. En av problemstillingene som undersøkelsen skulle belyse var om «investeringene i helseforetakene bidratt til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr?» (Riksrevisjonen, 2021).

Undersøkelsen til Riksrevisjonen konkluderer med at investeringene ikke har vært tilstrekkelige, og viser til at:

- Tilstanden til bygningsmassen har blitt forverret siden 2012 i et flertall av helseforetakene.

- Tilstanden til bygningsmassen er utilfredsstillende i nær halvparten av helseforetakene i 2020. Kun 4 av 20 helseforetak har en tilstand som er i tråd med målet i nasjonal helse- og sykehusplan.

Videre skriver Riksrevisjonen at når det «kun tas utgangspunkt i byggene som var i bruk i både 2012 og 2020, var den samlede tekniske tilstanden lik eller bedre i seks helseforetak, mens den ble forverret i 14 foretak. Dette indikerer at manglende vedlikehold og oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse er en årsak til forverringen av samlet teknisk tilstandsgrad i mange foretak» (Riksrevisjonen, 2021, s. 9)



Figur 6: Multiconsult - andel av bygningsmassen med hhv. dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand, prosentvis. Kilde: Riksrevisjonen 2021, s.12

State of the nation 2021¹⁴ – utgitt av Rådgivende ingeniørers forening – tegner et likeartet bilde av tilstanden. I rapporten pekes det på at (Rådgivende Ingeniørers Forening, 2021):

- Den fysiske tilstanden på sykehusbyggene er vurdert til karakter 3 (av 5), med et estimert oppgraderingsbehov på 40-55 milliarder.
- Vurderingene viser at vedlikeholdsetterslepet nærmest er uendret siden State of the Nation 2015, og vedlikeholdsinnsatsen har de siste årene vært fokusert på akutte tiltak og brannslukking.
- Samtidig viser utviklingen et økende oppgraderingsbehov som følge av endringer i krav og forventninger til løsninger og funksjoner i helsesektoren. Planlagte investeringsmidler er imidlertid betydelig lavere enn investeringsbehovene, både for vedlikehold og oppgradering det neste tiåret.

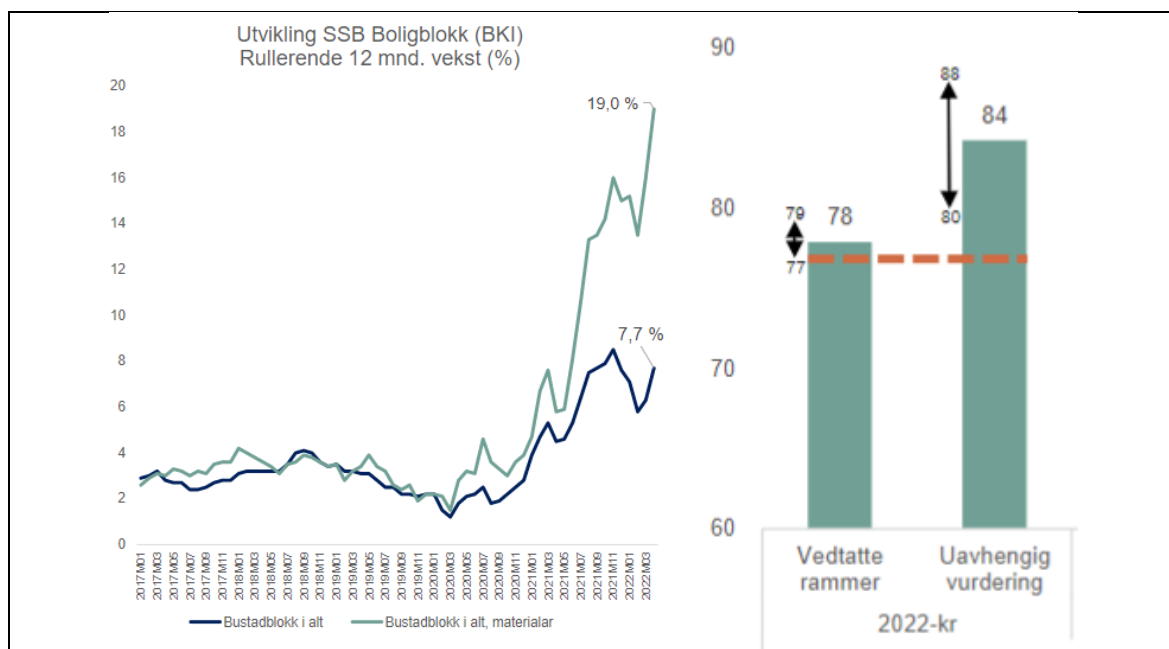
¹⁴ State of the nation er jevnlig gjennomgang av tilstanden på offentlige bygg som publiseres av Rådgivende ingeniørers forening. 2021-rapporten ble gjennomført med bistand fra NTNU, TØI og NMBU.

Rapporten anbefaler videre at styringsmodellen for eiendomsmassen i helseforetakene vurderes, slik at det kan sikres økt vedlikehold som må skjermes for salderingsmuligheter. Videre «må investering for oppgraderings- og utviklingsbehov, samt nyinvesteringer, sikres gjennom forutsigbar ressurstilgang» (Rådgivende Ingeniørers Forening, 2021, s. 32).

3.7 Høy prisvekst gir utfordringer

Store prisøkninger i 2022 vil gi ytterligere utfordringer med å modernisere bygningsmassen. Det er sannsynlig at flere byggeprosjekter utsettes.

Prisveksten har vært høy i 2022, og særlig innen varer og tjenester som påvirker kostnaden til investeringer i sykehusbygg. Dette skyldes blant annet ettervirkninger fra koronapandemien og krigen i Ukraina. Metier OEC og Prognosesenteret beskriver i sin analyse til Helse Sør-Øst byggekostnadene som ekstraordinære. Dette betyr i praksis at de vedtatte rammene for investeringsprosjektene ikke vil være tilstrekkelige til å dekke de forventede investeringskostnadene, jf. Figur 7 (Metier OEC og Prognosesenteret, 2022).



Figur 7: Til venstre: Utvikling i indeks SSB boligblokk. Rullerende 12 mnd vekst i prosent. Til høyre: sammenligning av resultatene for utbyggingsprosjekter fra Metiers analyse med underlag fra Helse Sør-Øst justert til juli 2022-kr med sykehusindeksen. Kilde: Metier OEC og Prognosesenteret (2022)

I Helse Sør-Øst RHF alene viser nye beregninger i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2023-2026 at de prioriterte prosjektene har en antatt kostnadsvekst på om lag 4,6 milliarder kroner ut over kompensert lønns- og prisvekst. På bakgrunn av det har Helse Sør-Øst RHF revurdert oppstartstidspunkt og framdrift på alle de regionale byggeprosjektene, noe som sannsynligvis vil bety utsettelse av en rekke prosjekter, herunder Sykehus Innlandet, Akuttbygg Kristiansand mv (Helse Sør-Øst, 2022).

Det bemerkes at denne problemstillingen ikke er unik for sykehusene. Prisveksten har hatt tilsvarende effekt på investeringsprosjekter innen UH-sektoren, samferdselssektoren mv.

3.8 For lite hensyn til eksterne virkninger

Sykehusenes investeringsplaner ser ut primært ut til å vurderes opp helseforetakets økonomiske bæreevne og helsefaglige vurderinger. Dette kan medføre at eksterne virkninger for resten av samfunnet nedprioriteres.

Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Sykehusbygg HF, 2017) er tydelig på at samfunnseffekter skal vurderes i både utviklingsplaner og prosjekter, og dette er omtalt i varierende grad i de ulike beslutningsdokumentene.

Enkelte informanter har likevel trukket fram at sykehusenes investeringsbeslutninger i for liten grad fanger opp samfunnsøkonomiske virkninger og har et for smalt mål bilde. Særlig er dette relevant når lokalisering av sykehuset skal velges. Eksempler som har blitt trukket fram er:

- ▶ Miljømessige konsekvenser av valgt lokalisering
- ▶ Behov for transporttjenester (kollektivtransport mv)
- ▶ Reisetid og -kostnader for pårørende, pasienter og ansatte
- ▶ Risiko for overbelastning av kommunehelsetjenesten
- ▶ Hensyn til byutvikling
- ▶ Estetiske hensyn

En informant uttaler følgende:

«Sykehusene må betale for tomteknadene, men ikke transportsystemet. Når et sykehusbyggprosjekt tar en gevinst ved plassere et bygg f.eks. på Kalnes, så øker det andre etaters kostnader; det brukes titalls millioner på kollektivtjenester som langt overstiger Kalnes-prosjektets sparte tomteknadene ved å ikke legge det i Sarpsborg»

En kartlegging av statlige virksomheters lokalisering gjort av Transportøkonomisk institutt i 2016 vurderte nærmere effektene av lokalisering, og brukte blant annet det nye sykehuset i Stavanger som case. Nåværende sentrumsnære lokalisering (Våland) ble sammenlignet med planlagt lokalisering (Ullandhaug), sistnevnte om lag 20 minutters kollektivavstand utenfor Stavanger. Kartleggingen antyder at de statlige planretningslinjene (for samordnet bolig-, areal- og transportkartlegging) ble tillagt liten vekt, og at både Stavanger kommune, Statsforvalteren og Statens vegvesen anbefalte sentrumsnær lokalisering. Studien viser til at helsefaglige og økonomiske hensyn, samt nærhet til utdanningsinstitusjoner var mest utslagsgivende for beslutningen som ble tatt (Tennøy, et al., 2016).

Studien beregner transportrelaterte klimagassutslipp for sykehusene i Stavanger (nevnt over) og Østfold. Differansen i utslipp fra reiser og varetransport ble estimert til hhv. 330 000 og 230 000 kg CO₂-ekv/år, for begge sykehus 11 % høyere i det valgte ikke-sentrumsnære alternativet (Tennøy, et al., 2016).

3.9 Styrker ved dagens finansieringsmodell

På tross av utfordringene identifisert i de foregående avsnittene trekkes det fram styrker ved dagens finansieringsmodell.

Mange av informantene i kartleggingen peker på at dagens finansieringsmodell har flere styrker. Sammenlignet med situasjonen før helseforetaksreformen (2002) har helseforetakene økt sin bevissthet rundt investeringer i kapital, og arbeider mer systematisk med å fornye bygningsmassen. NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* (Kvinnsland-utvalget) ser ut til å støtte dette utsagnet: det vises til at de balanseførte bygningsverdiene økte fra 67 i 2003 til 86 mrd. kr. i 2015 (NOU 2016: 25, 2016, s. 61).

Det ser ut til å være relativ enighet blant våre informanter om at bygningsmassen var i dårlig stand før helseforetaksreformen. Enkelte trekker fram at en del av problemene med sykehusbygging man så i perioden rett etter helseforetaksreformen skyldes en kombinasjon av store problemer med bygningsmassen kombinert med utilstrekkelige midler til å dekke alle behovene¹⁵. Dersom man skal legge denne forståelsen til er kapasitetsutfordringer observert ved tidlige sykehus som Ahus og Østfold heller en konsekvens av «innkjøringsproblemer» enn av finansieringsmodellen som sådan.

Basert på intervjuene i denne undersøkelsen ser det heller ikke ut til at finansieringsmodellen gir uheldige insentiver med tanke på balansen mellom nybygg og verdibevarende vedlikehold. Begge deler er investeringer i kapitalen som må finansieres på bekostning av drift, og hvis noe, ser det ut til at begge deler har blitt prioritert for lavt over tid.

Flere trekker også fram kostnadskontroll som en fordel med dagens modell. Siden helseforetakene fullt ut ansvarliggjøres for kostnader som påløper i alle faser av prosjektet, uten muligheter til å overføre kostnaden til noen andre, gis også dette oppmerksomhet.

Ansvareliggjøringen overfor departement og politisk ledelse gir også et handlingsrom for helseforetakene som kan gi en større grad av fleksibilitet enn virksomheter som får sine investeringer finansiert over statsbudsjettet. En informant, med erfaring fra investeringsprosjekter i flere statlige virksomheter, uttrykker følgende:

«Min mening og vurdering er at finansieringsmodellen for sykehusbygg i dag er bedre enn den modellen for eksempel Statens vegvesen har. Det er fordi byggeprosessene med kostnader finansiert over statsbudsjettet er ekstremt lang og det kan tas omkamper på ethvert tidspunkt.»

3.10 Problemforståelse: oppsummering og drøfting av årsaker

Det er krevende å gjøre overordnede konklusjoner når det gjelder kapasitet og arealer ved nyere norske sykehus. Utfordringene som trekkes fram kan være av ulik styrke og ha ulike årsaker, og det vil være ulike perspektiver knyttet til hva som er tilstrekkelig kapasitet¹⁶.

Observasjonene som er referert i til i dette kapittelet kan imidlertid oppsummeres som at:

- ▶ Flere av sykehusene som har blitt bygget etter helseforetaksreformen har for liten kapasitet. Dette kan gå utover både de ansatte og kvaliteten på helsetjenestene.
- ▶ Sykehusprosjektene må ofte kutte arealer og funksjoner underveis i prosjektperioden. Kuttene skjer gjerne i høyt tempo og med liten grad av medvirkning.
- ▶ Det er en risiko for at prioriteringen av arealeffektivitet går på bekostning av – og ikke styrker – arbeidskraftproduktivitet. Nedprioritering av arealer som ansatte bruker kan også gå utover sykefravær og framtidig evne til å beholde og tiltrekke tiltrengt arbeidskraft.
- ▶ Effektivisering i tråd med RHFenes framskrivningsmodell er en forutsetning for at nyere sykehus skal bli store nok i framtiden. Effektivisering er også nødvendig for å forsvare den økonomiske bæreevnen til prosjektene.
- ▶ Det er grunn til å stille spørsmål ved realismen i effektiviseringsplanene, og hvorvidt disse svekkes ved de sterke føringene for arealeffektivitet og ved arealreduksjoner underveis i

¹⁵ For en nærmere diskusjon om fastsettingen av helseforetakenes åpningsbalanse og verdsetting av bygninger vises det til Magnussen 2016.

¹⁶ For enkelte av prosjektene referert til i 3.1 ser ikke kapasitet og arealer ut til å ha blitt problematisert (f.eks. Haukeland i 2016 og UNN i 2018).

prosjektene. Planene er nødvendig for at A) sykehusene skal bli store nok og B) helseforetaket kan forsvare investeringen økonomisk over driftsbudsjettet.

- ▶ Den fysiske tilstanden til norske sykehus ikke er god nok, og trenden er negativ. Høy prisvekst vil gjøre det enda mer krevende å fornye bygningsmassen.
- ▶ Det tas for lite hensyn til samfunnsøkonomiske virkninger utenfor helseforetakene, f.eks. miljø og transportkostnader.

På tross av utfordringene identifisert over trekkes det fram flere styrker ved dagens finansieringsmodell, da den understøtter både ansvarliggjøring av helseforetakene og bevissthet rundt bruk av kapital. Man bør videre ikke automatisk legge til grunn at alle utfordringer skyldes finansieringsmodellen.

Videre drøfter vi to mulige årsaker til problemene identifisert over.

Helseforetakene har begrenset økonomisk handlingsrom til å prioritere langsiktig

Flere informanter har trukket fram at helseforetakene ofte har begrenset økonomisk handlingsrom til å gjøre nødvendige investeringer. Helseforetakene må forholde seg til de vedtatte inntektsrammene omtalt innledningsvis, og kan i liten grad påvirke størrelsen på inntektene. Videre må helseforetakene forholde seg til krav og føringer fra eier, og lovkrav knyttet til tjenestene. Store deler av sykehusenes driftskostnader er lønn, og kan dermed være krevende å påvirke.

Helseforetakene må gjøre harde prioriteringer innenfor rammene de har, og det er krevende å kutte i driftskostnader. En del av byggeprosjektene også er relativt store i forhold til sykehusenes driftsøkonomi. Det er en risiko for at konsekvenser som inntreffer først på lengre sikt blir enklest å prioritere bort.

Denne problematikken kan ytterligere forsterkes gjennom at byggene skal fylle et økende behov (som følge av demografi), hvilket vil si at deler av de negative konsekvensene (ved for liten kapasitet) først inntreffer om 10-20 år. Siden det er høy grad av usikkerhet rundt framtidige behov, behandlingsformer, bruk av teknologi mv, er det vanskelig etterprøve valgene som gjøres nå.

Videre er det et problem at kostnadsøkninger som inntreffer etter vedtatt konsept (som følge av ny informasjon) er ikke dekket av lånerammene, og må derfor dekkes av tilleggslikviditet. Det er gitt at denne likviditeten er tilgjengelig, og helseforetakene må derfor gjøre u hensiktsmessige kutt i prosjektene.

Dersom disse vurderingene er riktige vil det bety at helseforetakene i praksis skyver problemer foran seg i tid.

Svake mekanismer for å få fram kritisk informasjon og lære av erfaring

Den andre hovedårsaken, slik vi vurderer det, er at mekanismene for å få fram kritisk informasjon og lære av feil er for svake. Dette gjelder særlig når det gjelder å ivareta kvalitative hensyn. Med kvalitative hensyn mener vi blant annet at det er tilstrekkelig antall rom og arealer til å understøtte god pasientbehandling og forutsatt produktivitetsøkning, at lokalene legger til rette for at de ansatte har et godt arbeidsmiljø, og at samfunnsmessige hensyn ivaretas.

Flere forhold kan trekkes fram:

Ekstern kvalitetssikring (KSK) på kun konseptnivå

For sykehusprosjekter gjennomføres én ekstern kvalitetssikringen (KSK) i forbindelse med behandlingen av konseptet. Dette skiller seg fra regimet i statens prosjektmodell (som gjelder for andre investeringer i staten), som har to runder med kvalitetssikring: såkalt KS1 av konseptet, og

deretter KS2 av forprosjektet. Erfaringen fra en del av de nyere sykehusprosjektene har vært at det har skjedd vesentlige reduksjoner i areal og funksjon i forprosjektfasen. Disse endringene – og konsekvensen av dem – er i liten grad vurdert i prosjektdokumentene, og de inngår da heller ikke i noen form for ekstern kvalitetssikring. Videre kan det innvendes at KSK-rapportene i liten grad etterprøver kapasitetsberegningene som legges til grunn for sykehusplanene.

Ingen ekstern evaluering

Vi mener at det er positivt at Sykehusbygg har startet med grundige evalueringer av sykehusprosjekter, da dette er en viktig kilde til læring. Sykehusbygg HF er imidlertid eid av de fire helseregionene og har flere roller i de samme prosjektene – både gjennom å utvikle veiledere (bl.a. framskrivingsmodellen for kapasitet), og gjennom sin rolle i gjennomføringsfasen. Selv om det er flere fordeler med å gjøre interne evalueringer, kan det stilles spørsmål ved om Sykehusbygg har tilstrekkelig distanse til å være den eneste aktøren som bør evaluere sykehusbyggene.

Ansatte opplever for lite reell medvirkning

Det er gjennomgående både fra intervjuer og Sykehusbyggs evalueringsrapporter at medvirkningen av de ansatte ikke oppleves som reell. Videre pekes det på at saksdokumentene er kompliserte og tidskrevende å sette seg inn i, og at dette må kombineres med ordinær jobb på sykehuset og andre tillitsvalgtoppgaver. I noen tilfeller opplever ansatte å ikke få tilgang til sentrale dokumenter (se eksempel i Brev fra foretakstillitsvalgte ved OUS, 2022). Samlet sett betyr dette at de ansatte opplever at de har liten mulighet til å gjøre en reell etterprøving av om bygg blir stort eller bra nok.

Konsekvensen kan bli nedprioritering av kvalitet og utilstrekkelig styringsinformasjon

Konsekvensen av svake institusjonelle mekanismer kan fort være at det er disse områdene som prioriteres bort når helseforetakene må gjøre krevende prioriteringer. Det betyr også at kritisk informasjon ikke nødvendigvis blir kommunisert og forstått på alle (beslutnings)nivåer. I planleggingsprosessen kan dette for eksempel bety at det er mulig å operere med urealistiske forventninger om framtidig effektivisering. På politisk nivå kan mangelen på kritisk informasjon gjøre at det tar lang tid før det avdekkes behov for systemiske endringer (se eksempel fra Sykehuset Østfold i tekstboks).

Eksempel: Sykehuset Østfold

Prosessen før, under og etter byggingen av Sykehuset Østfold kan brukes som et eksempel på tiden det tar fra beslutninger at til at resultatet av beslutningene blir allment kjent og akseptert.

Det var godt dokumentert i de fleste saksdokumenter fra konsept- og forprosjektperioden (2008-2010) at sykehuset ville få for liten kapasitet. Den interne kvalitetssikringen (2009) – som lå som et uttrykt vedlegg til en styresak – påpekte også svært optimistiske forutsetninger og risiko for framtidig drift. Det ble i forprosjektet gjort ytterligere arealreduksjoner i prosjektet. Når sykehuset åpner i 2015 er det sterke reaksjoner fra ansatte ved sykehuset knyttet til både kapasitet og generell knapphet på areal (**Agenda Kaupang, 2021**).

Selv om situasjonen ved Sykehuset Østfold åpenbart var godt kjent blant mange, var det likevel ikke tilstrekkelig dokumentert til at det inngikk i kunnskapsgrunnlaget forrige gang finansiering av sykehusbygg var på den offentlige agendaen, ved Kvinnsland-utvalgets arbeid i 2016 (**NOU 2016: 25, 2016**). En av bakgrunnsrapportene til utvalget (**Ernst & Young, 2016**) skriver at «Sykehuset Østfold kalnes utmerket seg som et vellykket prosjekt, da det ble levert før tiden og til lavere kostnad enn investeringsrammen skulle tilsi.», mens NOUen ikke refererer til kapasitetsproblemene ved Sykehuset Østfold et eneste sted.

Først i 2020 er evalueringsrapporten av prosjektet klar og det erkjennes at sykehuset ikke er stort nok, 10-12 år etter at de kritiske valgene ble tatt.

4 Finansering av byggeprosjekter i UH-sektoren og sykehus i andre land

Dette kapittelet går gjennom hvordan store investeringer er finansiert og styrt i UH-sektoren, og for sykehus i Sverige og Danmark. Deretter diskuteres det overføringsverdi til norske sykehus.

4.1 Finansiering av byggeprosjekter i UH-sektoren

Universiteter og høyskoler (heretter UH-sektoren) har en annerledes finansieringsmodell enn sykehusene. Dette kapitlet forklarer først hvordan investeringsprosjekter i universitets- og høyskole er finansiert og organisert, og drøfter deretter erfaringer og overføringsverdi for sykehusene.

Forhold mellom Statsbygg og UH-sektoren

Statsbygg er en statlig forvaltningsbedrift underlagt Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD). Statsbygg er statens sentrale rådgiver i bygge- og eiendomssaker og byggherre, eiendomsforvalter og eiendomsutvikler. Eiendomsforvaltningen omfatter forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygninger og eiendommer som inngår i den statlige husleieordningen. Statsbyggs hovedområde er statlige formålsbygg, slik som universiteter og høyskoler, kulturbygg, fengsler og andre bygg som ikke leveres i markedet (f.eks. slik som ordinære kontorbygg). Totalt forvalter Statsbygg over 2000 eiendommer. Det er tre ulike finansieringsordninger som har vært praktisert for Statsbyggs prosjekter.

1 Ordinære byggeprosjekter

De byggene som Statsbygg skal forvalte etter ferdigstillelse, blir finansiert over statsbudsjettet (kap.2445). Ordinære byggeprosjekter fremmes for Stortinget med forslag til kostnadsramme for hvert enkelt prosjekt og mulighet for hel eller delvis husleiekompensasjon for brukeren. Kostnadsrammene for prosjektene blir beregnet med basis i gjennomført forprosjekt og fastsatt på et nivå som innebærer at man med 85 prosent sannsynlighet skal klare å holde dem (p-85).

2 Brukerfinansierte byggeprosjekter

Brukerfinansierte byggeprosjekter ble tidligere omtalt som *kurantprosjekter*. For disse prosjektene bevilges pengene også formelt over statsbudsjettet (kap. 2445), men investeringen blir dekket med økt husleie for brukeren innenfor brukerens eksisterende økonomiske ramme. Med andre ord skjer det en tilbakebetaling over tid som kan minne om finansieringsmodellen for sykehusbygg. Disse prosjektene blir behandlet etter forenklede prosedyrer i tråd med egen fullmakt fra Stortinget. Det er utarbeidet egne retningslinjer for brukerfinansierte byggeprosjekter.¹⁷

¹⁷ Retningslinjer for behandling av statlige byggeprosjekter der husleien dekkes innenfor gjeldende budsjettammer (*kurantprosjekter*) - regjeringen.no

3 Bygg som brukerne selv skal forvalte

Brukere som skal forvalte sine bygg selv, blir finansiert over kap. 530 Byggeprosjekter utenfor husleieordningen. Bevilgningene på kap. 530 gjelder altså byggeprosjekter hvor Statsbygg er byggherre, mens oppdragsgiverne har ansvaret for forvaltning, drift og vedlikehold av bygningene etter at de er ferdigstilt. I UH-sektoren forvalter noen av de store universitetene byggene selv¹⁸.

Husleieordningen

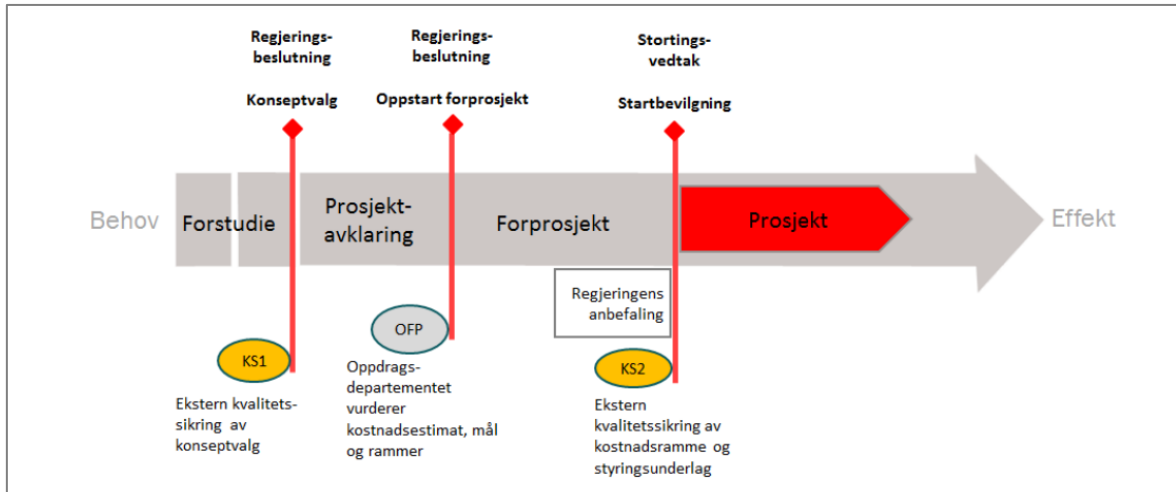
Husleieordningen i staten ble innført i 1992 og innebærer at Statsbygg inngår leieavtale med de enkelte statlige virksomhetene for de lokalene de disponerer. Et av formålene er å stimulere til en effektiv utnyttelse av eiendommene ved at virksomhetene kan tilpasse og prioritere sin bruk av lokaler opp mot andre behov. I tillegg skal ordningen bidra til at det settes av tilstrekkelig midler til drift og vedlikehold av eiendommene. Husleieordningen har slikt sett vært et viktig virkemiddel for å kunne vedlikeholde bygningene som inngår i ordningen på en forsvarlig måte.

Tidligfaseprosess for store investeringsprosjekter

De overordnede stegene i tidligfasen for store investeringsprosjekter (over 750 mill. kr) i staten (herunder universitetene) er relativt lik tidligfasen for sykehusprosjekter, se illustrasjon i Figur 8.

I det første steget – omtalt som forstudie – skal det gjennomføres en konseptvalgutredning (KVU). KVU-arbeidet inneholder blant annet behovsanalyse, strategidokument med samfunns- og effektmål og øvrige mål, kravdokument, mulighetsstudie og alternativanalyse med samfunnsøkonomisk analyse. KVU-arbeidet resulterer i et konseptvalg som er gjenstand for ekstern kvalitetssikring (KS1). Statsbygg har utarbeidet en veileder for samfunnsøkonomisk analyse som skal brukes i sine prosjekter. Denne operasjonaliserer de generelle kravene til samfunnsøkonomisk analyse til sine respektive byggeprosjekter. Den samfunnsøkonomiske analysen skal inkludere effekter for alle parter som berøres av prosjekter, både prissatte og ikke-prissatte virkninger. Blant annet skal kvalitet for brukerne og reisetid og -kostnader inkluderes i analysen. Levetiden som brukes i analysen er anbefalt til 60 år (etter bygget er ferdigstilt) for universitetsbygg. Det vil si at både kostnader og nytte må betraktes i et 60-årsperspektiv (Statsbygg, 2021).

¹⁸ Våren 2019 fikk regjeringen overlevert en områdegjennomgang av bygge- og eiendomspolitikken i statlig sivil sektor. Her var en av anbefalingene at forvaltningsansvaret for statens eiendommer overføres til Statsbygg. I juni 2020 besluttet Regjeringen Solberg å legge bort forslaget om å overføre forvaltningsansvaret for statens eiendommer ved NMBU, UiB, UiO, UiT og NTNU til Statsbygg. Kilde: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/pressemeldinger/2020/universitetene-beholder-ansvaret-for-forvaltning-av-bygg-og-eiendommer/id2703028/>



Figur 8: Faser for statlige byggeprosjekter innenfor KS-ordningen, med kontrollaktiviteter under og beslutningspunkter og -nivå over. Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017

Deretter kommer prosjektavklaringsfasen hvor oppdragsgivende departement (for UH-sektorens del Kunnskapsdepartementet) og Statsbygg, med bakgrunn i det valgte konseptet, skal etablere en felles oppfatning av prosjektets innhold, ambisjons- og kostnadsnivå. Blant annet er lokalisering og tomt, overordnet rom- og funksjonsprogram og miljøambisjon tema i denne fasen. Det er her oppdragsgivende departement som er ansvarlig for å få gjort nødvendige avklaringer med bruker (f.eks. et universitet) og Statsbygg, og vurdere eventuelle endringer. Statsbygg oppsummerer arbeidet i denne fasen i en såkalt OFP-rapport som er grunnlag for oppstart av forprosjekt (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2017).

Forprosjektfasen innebærer – i likhet med sykehusprosjekter – en mer detaljert beskrivelse av byggeprosjektet. Det føres underveis en logg over endringer som oppstår underveis i forprosjektet og konsekvenser av å gjøre / ikke gjøre endringen opp mot kostnader og mål for prosjektet. Oppdragsdepartementet beslutter om endringene skal innvilges eller avslås, og melder dette til Statsbygg som byggherre. Oppdragsdepartementet fremmer på bakgrunn av forprosjektet forslag om bevilgning. Beslutningsunderlaget skal være gjenstand for en ny ekstern kvalitetssikring kalt KS2 (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2017).

Regjeringen legger på bakgrunn av dette fram sin anbefaling for Stortinget, som vedtar prosjektet med bevilgning. Deretter kan prosjektet gjennomføres.

Det er KDD som koordinerer forslag fra departementene om bevilgninger til statlige byggeprosjekter. Dette gjelder bevilgninger både til oppstart av nye og videreføring av allerede igangsatte prosjekter. Når Stortinget har godkjent oppstart av et prosjekt til en gitt kostnadsramme, så innebærer dette også en sikkerhet for at Stortinget vil fullfinansiere prosjektet. I prosjekter der et departement eller en statlig virksomhet dekker den tilhørende husleien innen sine økonomiske rammer, dvs. såkalte brukerfinansierte prosjekter (tidligere kalt kurantprosjekter), kan Statsbygg starte opp prosjektene uten at disse forelegges Stortinget enkeltvis.

Finansdepartementet finansierer forskningsprogrammet Concept ved NTNU. Concept etter-evaluerer prosjektene som har fulgt statens prosjektmodell. De samler data om prosjektene, gjør empiriske analyser på dataene og arbeider med videreutvikling av relevante teorier og metoder.

Erfaringer fra byggeprosjekter i UH-sektoren

Byggeprosjekter i UH-sektoren har fått stor oppmerksomhet det siste året. Den generelle finanspolitiske situasjon og kunnskapsministerens markante politikk på området har gjort at mange av de planlagte prosjektene har vært tema både i mediene og statsbudsjettet. Til Aftenposten uttalte statsråd Ola Borten Moe at prisen på kunnskapsbyggene må ned. Han viste til at den nye veterinærhøgskolen i Ås måtte til Stortinget fem ganger underveis for å få økte bevilgninger, og at den endelige kvadratmeter prisen på 135.000 kr var vesentlig høyere enn for sykehusprosjekter som ifølge artikkelen lå på 80-100.000 kr. (Aftenposten, 2022)

Evaluering av utvalgte byggeprosjekter i UH-sektoren

Som nevnt i forrige delkapittel etterevaluerer Concept-programmet ved NTNU en rekke statlige investeringsprosjekter. En gjennomgang av de noen av investeringsprosjektene i UH-sektoren viser at:

- *Rehabiliteringen av Norges idrettshøyskole (NIH)* lå an til å få en sluttkostnad på 8 % over styringsrammen, men 4 % under kostnadsrammen (når evalueringen ble gjort). Ansatte og studenter uttaler at prosjektet i det alt vesentlige har innfridd forventningene til kvalitet (Whist, Welde , & Samset, 2022).
- Byggeprosjektet *Høgskolen i Bergen, Samlokalisering Kronstad* ble i all hovedsak gjennomført i henhold til resultatmålene for tid, kostnad og kvalitet. Sluttkostnaden ble 91 mill. 2009-kroner lavere enn prosjektets styringsramme. Evalueringsteamet finner klare tegn til bygget har ført til økt trivsel blant studenter og ansatte, og en styrking av høyskolen som regional aktør (Whist, Bukkestein, & Samset, 2020).
- *Nytt informatikkbygg ved UiO* ble om lag 2 år forsinket, sluttkostnaden 15 prosent høyere enn kostnadsrammen og etter åpning ble det avdekket en rekke feil som har medført merarbeid. Byggets måloppnåelse vurderes imidlertid som god, og for brukerne og for samfunnet har det vært et vellykket prosjekt (Welde, Whist, & Hjelmbrække, Etterevaluering av informatikkbygget ved Universitet i Oslo (IFI2), 2018).

I evalueringene gis det en score fra 1 til 6 (6=best) på seks utvalgte kriterier. For de tre overnevnte prosjektene

Tabell 3: Oversikt over evaluatorenes scoring av tre byggeprosjekter i UH-sektoren. Kilde: Concept-rapporter

Kriterium	Forklaring (for høyeste score, dvs. 5/6)	NIH 2022	HiB 2020	UiO 2018
Produktivitet	Sluttkostnad innenfor styringsrammen, tidsplan og med meget god kvalitet. Prosjektet kommer i tillegg godt ut på en referanse-sjekk.	3	5	2
Måloppnåelse	Svært god / overoppfyllelse av effektmålene, og der prosjektet fremstår som et treffsikkert virkemiddel for å realisere effektene.	4	4	5
Andre virkninger	Betydelig andre positive virkninger (ut over måloppnåelsen) og ingen eller bare marginale negative virkninger.	4	5	5
Relevans	Effekt- og samfunns mål er i samsvar med sentrale og høyt prioriterte behov. Tiltaket fører ikke til skjev-prioritering eller konflikter mellom sentrale interesse-grupper.	5	4	5
Levedyktighet	Det offentlige og sentrale interessenter har både vilje og evne til å videreføre de	4	6	3

	prosessene som prosjektet har gitt opphav til over hele levetiden.			
Samfunns- økonomisk effektivitet	Lønnsomme prosjekter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv (positiv netto nåverdi)	4	5	4

Man skal være varsom med å generalisere for mye på bakgrunn av kun tre prosjekter. Fellesnevneren for de tre prosjektene ser imidlertid ut til å være byggene gir positive effekter for de som skal bruke byggene (ansatte og studenter). Evaluatorene vurderer at byggene har gitt positive virkninger, både knyttet til de opprinnelige målene og andre virkninger.

Campus Ås med Veterinærinstituttet er en av casene i en gjennomgang fra 2015 som studerer kostnadsøkninger underveis i statlige prosjekter. Her ble det slått fast at kostnadene økte med 3 mrd. kr. - 138 prosent – fra KS1 til KS2. Det pekes blant annet på at andelen dyre arealer økte kraftig, samtidig som totalareal og tekniske kostnader økte (Ulstein, Wifstad, Seeberg, Hardersen, & Løken, 2015).

God tilstand og godt vedlikehold

State of the nation 2021 vurderer tilstanden på Statsbygg sin bygningsportefølje under kategorien «andre statlige bygg». Dersom man holder fengselsbygg utenfor, vurderes det at porteføljen som helhet (hvor universiteter og høyskoler utgjør en betydelig del) har en god tilstand. Det pekes på at det ikke er store vedlikeholdsetterslep, og kun normalt vedlikeholdsbehov. Det pekes på at «husleieordningen og vedtatt strategi om verdibevarende vedlikehold, har fungert i henhold til hensikten» (Rådgivende Ingeniørers Forening, 2021).

Rapporten legger til (s. 42) at for bygninger som er utenfor Statsbyggs husleieordning (hvilket er tilfelle for enkelte av universitetsbyggene) foreligger det et vedlikeholdsetterslep som krever ekstra investeringer.

Varslet gjennomgang av planene for byggeprosjekter i statlig sivil sektor

Finansiering av byggeprosjekter i statlig sivil sektor er en del av finanspolitikken, Den kan dermed være uforutsigbar blant annet på grunn av ytre omstendigheter, som press i den nasjonale økonomien eller krig. Dette illustreres av revidert nasjonalbudsjett for 2022 (Meld. St. 2 , 2021-2022).

I revidert nasjonalbudsjett for 2022 ble det varslet at regjeringen frem mot fremleggelse av statsbudsjettet for 2023 vil gjennomgå planene for byggeprosjekter i statlig sivil sektor. Det ble pekt på at investeringene har økt over flere år og nå er kommet opp på et høyt nivå. Det ble vist til at enkelte prosjekter er særlig store og kostbare, samtidig som samfunnsnyttene ofte er mindre enn kostnadene. Det ble videre vist til at investeringene må innrettes mer nøkternt fremover, også i lys av at handlingsrommet i finanspolitikken gjør det krevende å finansiere alle prosjektene som nå er under planlegging. Det ble også pekt på utfordringer med kostnadskontroll og kostnadsøkninger. I en situasjon med press i arbeidsmarkedet og kraftige prisøkninger på innsatsfaktorer, blant annet som følge av krigen i Ukraina, kan staten bidra til å avlaste presset i markedet ved å redusere egen aktivitet. Som et første skritt av en bredere gjennomgang varslet regjeringen at den vil regjeringen redusere omfanget av flere statlige byggeprosjekter.

Revidert nasjonalbudsjett for 2022 varslet kutt i en rekke konkrete prosjekter i UH-sektoren¹⁹:

¹⁹ Det har etter framleggingen av revidert nasjonalbudsjett 2022 vært kommunisert endringer i noen av disse avgjørelsene, men vi har ikke gått inn på dette i denne utredningen.

- Oppstart av Ocean Space Centre utsettes til senest 2025. Bevilgningen til formålet foreslås redusert med 405 mill. kroner.
- Prosjektet NTNU Campussamling skal avsluttes i sin nåværende form. Regjeringen vil utrede alternativer for en betydelig nedskalering av prosjektet, og foreslår å redusere bevilgningen til forprosjektet med 196 mill. kroner.
- Våren 2022 ble det klart at dagens planer for nytt Vikingtidsmuseum ved Universitetet i Oslo ikke kan realiseres innenfor kostnadsrammen. Nye prognoser per april 2022 tilsier at kostnadene ligger an til å bli om lag 1 mrd. kroner høyere enn vedtatt kostnadsramme. Regjeringen vil nå gjennomgå prosjektet med sikte på at det skal gjennomføres innenfor gjeldende kostnadsramme.

Kunnskapsdepartementet har også oppmerksomhet kostnadsstyrt prosjektutvikling i form av design-to-cost. I brev til Statsbygg desember 2020 vedrørende NTNU Campussamling skriver Kunnskapsdepartementet at det «ved gjennomføring skal anvendes en streng kostnadsstyrt prosjektutvikling i form av design-to-cost. Design-to-cost innebærer at de økonomiske rammene for prosjektet er absolutte, innenfor de økonomiske føringer som er gitt.»

Vurdering av overføringsverdi til investeringer i sykehusbygg

Det er mange ulikheter mellom hvordan investeringsprosjekter i sykehus- og UH-sektoren er finansiert, styrt og organisert. Det betyr at man ikke uten videre kan overføre enkelttiltak fra en sektor til en annen.

Vi gjør imidlertid følgende vurderinger:

- Basert på det begrensede utvalget vi har sett på i denne analysen, kan det se ut som byggeprosjektene i UH-sektoren jevnt over blir godt mottatt blant ansatte og studenter, og har god måloppnåelse. Vi tar forbehold om at dette ikke nødvendigvis er representativt for alle investeringer i bygg i UH-sektoren, men registrerer likevel at dette kan være en kontrast til sykehusene hvor de ansattes opplevelse ser ut til å være mer blandet, ref. kapittel 3.1.
- Statsbyggs byggeprosjekter (herunder prosjekter i UH-sektoren) ser ut til å ha mange mekanismer på plass for å ivareta kvalitative hensyn. Det kan her nevnes:
 - Strukturert bruk av samfunnsøkonomisk analyse gjør at det gjøres brede vurderinger tidlig i prosjektet der både prissatte og ikke-prissatte virkninger for alle aktører i samfunnet skal kartlegges.
 - Oppdragsgivende departement (Kunnskapsdepartementet) må forholde seg aktivt til foreslåtte endringer som oppstår i forprosjektfasen, gjennom systemet for endringslogg. Det kan tenkes at dette gir en økt politisk oppmerksomhet rundt konsekvensen av kostnadskutt.
 - Prosjektene gjennomgår to runder med kvalitetssikring (KS1 og KS2). Kvalitetssikring av kostnader er riktignok en sentral del av disse vurderingene, men dette må fortsatt vurderes opp mot målene til prosjektet.
- Statsbyggs prosjekter i UH-sektoren beregnes med en levetid på 60 år, mot 30-35 år for nye sykehus. En lengre levetid vil isolert sett forsvare en større og mer langsiktig investering, siden den estimerte nytten gjøres gjeldende for flere år. Vi tar forbehold om at vi ikke har vurdert om det grunnleggende forskjeller mellom universitetsbygg og sykehusbygg som rettferdiggjør den store forskjellen i beregnet levetid.
- Måten Statsbygg er organisert på, med husleieordning for (de fleste aktører i) UH-sektoren, vurderes å ha fungert godt for å redusere vedlikeholdsetterslep.

- Det ser ut til å være stor politisk oppmerksomhet om å redusere kostnader, både gjennom hvilke prosjekter som velges og gjennom økt søkelys på kostnadsstyring. En mulig tolkning kan være at ansvaret for å holde kostnadene nede i UH-sektoren flyttes et nivå opp, altså fra utdanningsinstitusjon til departement(er).
- Det har i flere tilfeller – særlig i den siste tiden – vist seg vanskelig å få finansiert planlagte byggeinvesteringer i UH-sektoren over statsbudsjettet.

Det er krevende å sammenligne kostnadsnivåer mellom sektorer direkte, siden det avhenger av en rekke lokale forhold samt byggenes egenart. Sammenligninger av kvadratmeterpriser bør derfor ikke gjøres uten en grundigere analyse av hvilke forhold som gjelder for hvert bygg. Det er imidlertid mange forhold i analysen over som tyder på at sykehusene har operert med strammere rammer til investeringer i bygg enn det som har vært gjeldende i f.eks. UH-sektoren.

4.2 Sykehusinvesteringer i andre land

Dette delkapittelet går forklarer kort systemet for sykehusfinansiering i Sverige og Danmark, og diskutere overføringsverdi til norske sykehus.

Sykehusinvesteringer i Sverige

Til forskjell fra Norge med det statlige ansvaret for sykehusfinansieringen via de fire regionale helseforetakene, ligger ansvaret for sykehusfinansieringen i Sverige regionalt hos landets 21 regioner. Disse har et oppgavespekter som omfatter mer enn helsetjenester. Sykehusene konkurrerer slik sett med andre store regionale prosjekter.

Regionenes inntektskilder består av egne utskrevne skatter, overføringer fra kommunene, samt overføringer fra staten gjennom et aktivitetsbasert inntektssystem. I gjennomsnitt finansieres om lag 70 % av regionenes kostnader av egne utskrevne skatter (NOU 2019:24, 2019).

Historisk har den svenske modellen for finansiering av sykehusbygg og ombygninger utgått fra det kliniske behovet, med funksjoner og areal, og deretter beskrevet nytten. Det er omdiskutert hvor gode nyttekalkylene som har ligget til grunn har vært vurdert opp mot kostnader (SOU 2020:15 , 2020). Regionene har historisk i begrenset grad definert hvor mye et sykehus skal koste, og også i begrenset grad definert rammene for kostnadsberegningen, noe som er omdiskutert side av praksis innenfor rammen av investeringsmodellen.

Nya Karolinska sykehus, som er et av de største nybyggprosjektene, er finansiert som et offentlig-privat samarbeid, og har vært omstridt (Magnussen, 2016).

Sykehusinvesteringer i Danmark

I Danmark har oppgavefordelingen i offentlig sektor - siden strukturreformen i 2007 - vært fordelt mellom staten, fem regioner og 98 kommuner. De danske regionene har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, både innen somatikk og psykisk helsevern. Regionene har også ansvaret for en rekke institusjoner for mennesker med særlige behov (sosiale tjenester, spesialpedagogikk mv), og for regional utvikling (utdanning, kultur, miljø og kollektivtransport mv).

Regionene kan ikke ilegge skatter, men får inntekter fra kommuner og stat. Regionene kan ikke overføre midler mellom de tre hovedområdene. Rammetilskuddet fra staten utgjør om lag 82 prosent av regionenes inntekter til helseformål, mens kommunal medfinansiering utgjør 17 prosent (NOU 2019:24, 2019).

Det ble i 2007 opprettet et «kvalitetsfond» for statlig medfinansiering av store sykehusinvesteringer. I alt har 16 danske sykehus fått støtte av kvalitetsfondet, med et samlet støttebeløp på 31 mrd.

danske kroner (2022-priser). Kvalitetsfondet finansierer om lag 60 prosent av byggekostnadene, mens regionene selv finansierer resten.²⁰

Kvalitetsfondmidlene ble delt ut på bakgrunn av en rekke vurderingskriterier, herunder:

- Samling av funksjoner og spesialområder på færre enheter
- Etterlevelse av Sundhetsstyrelsen anbefalinger på akuttområdet
- Prosjektets rolle i ny sykehusstruktur (regionalt og nasjonalt)
- Behovsfremskrivning, kapasitetsutnyttelse, arealbehov og økonomi
- Produktivitets- og driftsforbedringer

Det er i alle prosjekter et ufravikelig krav om at totalrammen overholdes, og at det settes av tilstrekkelige midler til IT og medisinsk-teknisk utstyr.

Vurderingen av de ulike prosjektene har blitt gjort av et uavhengig panel bestående av eksperter med kompetanse fra ulike fagområder.

Vurdering av overføringsverdi til norske sykehus

Når det gjelder den svenske modellen, har den etter vår vurdering lite overføringsverdi til norske forhold. Sykehusene finansieres av regioner, som kan prioritere mellom ulike sektorområder og kreve inn egen skatter.

Det er imidlertid noen forhold som kan være interessante å ta med seg fra den danske modellen. Staten har her valgt å gjøre en sterkere nasjonal prioritering av hvilke sykehus som skal satses på og ikke. Staten har fulgt opp disse prioriteringene med statlige investeringsmidler – som utgjør 60 prosent av investeringskostnadene – noe som har gjort regionene i stand til å gjennomføre en rekke store sykehusprosjekter. Staten stiller selv sterke krav til effektivisering for å motta midlene. Videre er det interessant at de har brukt et uavhengig ekspertpanel utenfor regionene til å gjøre prioriteringer og følge opp regionene.

5 Vurdering av alternative modeller

Dette kapittelet vurderer alternativer til dagens finansieringsmodell. Først beskrives det vurderingskriterier som vi har brukt i vår vurdering. Etter det beskrives seks alternative finansieringsmodeller som vurderes opp mot vurderingskriteriene:

0 – dagens modell (nullalternativet)

1A – dagens modell justert: eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg

1B – dagens modell justert: utvidet lånetilgang

2A – dagens modell pluss statlige tilskudd: nasjonal investeringsplan

2B – dagens modell pluss statlige tilskudd: kvalitetsmidler

²⁰ Basert på informasjon fra Sundhetsministeriets nettside:

<https://sum.dk/arbejdsomraader/sundhedsvaesenet/sygehusvaesenet/sygehusbyggerier/investering-i-ny-sygehusstruktur>

3 – investeringer i bygg bevilges over statsbudsjettet

Andre forslag til justeringer som har blitt trukket fram i intervjuer eller i offentlige dokumenter – men krever nærmere vurdering – presenteres også kort.

Avslutningsvis følger våre vurderinger av fordeler og ulemper ved de modellene vi vurderer som mest hensiktsmessig, og hvorvidt midler til investeringer vil komme i stedet for eller i tillegg til midler til drift.

5.1 Kriterier for vurdering av de ulike modellene

Dette kapittelet setter opp noen sentrale kriterier som de ulike modellene vurderes mot. Under gis en oversikt over kriterier, med forklaring og begrunnelse. Det første og andre kriteriet er relatert til det vi har identifisert som én hovedårsak til utfordringer i dagens situasjon: manglende økonomisk handlingsrom til å prioritere hhv. kvalitative gode løsninger og generell standard på bygningsmassen. Det tredje og fjerde kriteriet er relatert til det som oppleves som styrker i dagens modell: økonomisk ansvarliggjøring og (mindre grad av) avhengighet til prosesser rundt statsbudsjettet. Det femte kriteriet er relatert til det mekanismer for å få fram kritisk informasjon og lære av erfaringer. Det sjette kriteriet er relatert til eksterne virkninger utenfor foretaksstrukturen.

Kriterium	Forklaring
Kvalitet og medvirkning	Modellen bør legge opp til kvalitativt gode løsninger for ansatte og pasienter. Vi legger til grunn at dette oppnås gjennom gode og reelle medvirkningsprosesser. Modellene vurderes på om de gir tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til at kvalitet og medvirkning kan prioriteres i prosjektene. De vurderes også på om modellen har mekanismer for sørger for at kvalitet og medvirkning gis en større rolle i prosessen.
God eiendomsforvaltning	Modellen bør legge til rette for at bygningene ivaretas på en god måte, gjennom å redusere vedlikeholdsetterslep og fornye eiendomsmassen til moderne standard. Modellene vurderes ut fra om de gir tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til understøtter kontinuerlig vedlikehold og nødvendige investeringer. Modellene vurderes også ut fra om de legger til rette for en riktig balanse mellom vedlikehold og nybygg.
Ansvarlig økonomistyring	Modellen bør legge opp til forsvarlig ressursbruk og kostnadskontroll, noe som trekkes fram som en styrke ved dagens modell. Det kan blant annet oppnås gjennom balanserte insentiver der det modellen understøtter rasjonelle økonomisk valg. Modellene vurderes opp mot det finansielle ansvarsprinsipp: det forvaltningsnivået som har ansvar for å definere omfanget av en oppgave, bør også ha ansvar for å finansiere den.
Gjennomføringsevne	Vurderer hvorvidt modellen understøtter effektiv gjennomføring av prioriterte prosjekter. Dette vurderes her hvorvidt modellen gir flere administrative kontrollpunkter som kan øke tid- og ressursbruk for å få gjennomført prosjekter. Det vurderes også hvorvidt modellen er forutsigbar og understøtter langsiktig planlegging.
Etterprøvnbarhet og kontroll	Vurderer hvorvidt modellen har gode institusjonelle mekanismer for å få fram kritisk informasjon, oppnå læring, og sikre ansvarliggjøring. Kan oppnås gjennom ekstern kvalitetssikring, uavhengig evalueringer

	og mekanismer for å vurdere endringer som skjer underveis i prosjektene.
Samfunnsøkonomiske og nasjonale hensyn	Modellen hensyntar et bredere og mer samfunnsøkonomisk orientert målbilde. Dette betyr altså det tas hensyn til virkninger utenfor foretaksstrukturen. Det vurderes også om modellen kan hensynte nasjonale helsepolitiske prioriteringer.

Modellene gis en score på hvert kriterium. Scoren er skjønnsmessig fastsatt, og brukes kun for å synliggjøre vurderte fordeler og ulemper på en enkel måte.

++	+	(+)	+/-	0	(-)	÷	÷ ÷
Sterk positiv	Positiv	Mulig positiv	Positiv eller negativ	Som i dag	Mulig negativ	Negativ	Sterk negativ

5.2 Mulige modeller og justeringer

Dette kapittelet skisserer noen mulige alternative modeller for sykehusfinansiering og vurderer disse mot hverandre.

Finansieringsmodell	Forklaring
0 – dagens modell	Dagens modell. RHF prioriterer fritt innenfor egne rammer. Kan ta opp investeringslån fra staten iht. dagens vilkår.
1A – dagens modell justert: eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg	Eget selskap (f.eks. Sykehusbygg HF) tar risiko for planlegging og gjennomføring av nybygg, samt vedlikehold. HF betaler husleie. Alt finansieres innenfor foretaksmodellen, ingen endring i forhold mellom staten og helseforetakene.
1B – dagens modell justert: utvidet lånetilgang	Tiltak for å øke likviditet i dagens modell, f.eks.: - lavere egenkapitalkrav - lengre løpetid på lån - avdragsfrihet i en viss periode
2A – dagens modell pluss statlige tilskudd: nasjonal investeringsplan	Nasjonal investeringsplan med tilleggsfinansiering for prioriterte prosjekter.
2B – dagens modell pluss statlige tilskudd: kvalitetsmidler	Statlige tilleggsmidler som utløses basert på kriterier knyttet til kvalitative hensyn, f.eks. tilstrekkelig romareal, antall støtterom, kontorer, samfunnsøkonomisk gode areal- og transportløsninger mv.
3 – investeringer i bygg bevilges over statsbudsjettet	Investeringer i sykehusbygg finansieres over statsbudsjettet. Finansieringsansvar for vedlikehold og drift overdras til RHF etter bygging.

Videre beskrives de alternative modellene og vurderes opp mot kriteriene.

0 – dagens modell

Dagens modell er forklart i kapittel 2.

Som beskrevet innledningsvis og i problemforståelsen er styrken ved dagens modell at den ansvarliggjør helseforetakene og gir god kostnadskontroll for staten. Modellen skal i teorien gi en god balanse mellom investeringer og drift. Imidlertid kan det se ut som manglende økonomisk handlingsrom har gjort det krevende å prioritere langsiktige og kvalitativt gode nok løsninger i flere tilfeller. Det kan også se ut som investeringer i kapital – både nybygg og verdibevarende vedlikehold – har vært underprioritert.

Dagens modell scorer «0» på alle kriteriene, siden de øvrige modellene vurderes relativt til dagens modell.

1A – dagens modell justert: eier- og forvaltningsselskap for sykehusbygg

Ideen om et eget eiendomsselskap i helsesektoren har blitt tematisert tidligere (se f.eks. Ernst & Young, 2016; NOU 2016: 25, 2016), og vil ha paralleller til hvordan det er organisert i andre deler av staten gjennom Statsbygg.

En slik modell kan være innrettet gjennom at det opprettes et eget selskap internt i helseforetaksstrukturen (f.eks. med utgangspunkt i dagens Sykehusbygg HF). Eiendomsselskapet får ansvaret for bygge nye sykehus på bestilling fra helseforetakene, og senere drifte og vedlikeholde byggene. Helseforetakene betaler en kostnadsbasert husleie som skal dekke eiendomsselskapets bygge- og vedlikeholdskostnader, samt realavkastning og risikopremie. I vurderingen tar vi utgangspunkt i at modellen ikke innebærer endringer i ansvarsforhold og finansiering mellom staten og helseforetakene.

Eiendomsselskapet vil gjennom dette ta over store deler av risikoen, knyttet for eksempel til uforutsette hendelser i gjennomføringsfasen og finanskostnader. Selskapet vil også ha gjennom husleien sikre at det settes av tilstrekkelig midler til verdibevarende vedlikehold. Ernst & Young trekker i sin analyse (2016) fram at en slik modell blant annet vil kunne gi økt profesjonalisering av eiendomsforvaltningen, bedre porteføljestyling og prioritering, og større grad av arealeffektivisering.

Det er også mulig å se for seg varianter der det opprettes et eget statlig selskap *utenfor* helseforetaksstrukturen, eller at sykehusene innlemmes i Statsbyggs portefølje. Dette er imidlertid ikke vurdert her.

Vurdering:

Vi vurderer dette å være et omfattende organisatorisk tiltak, som krever stor grad av omstilling. Modellen vil kunne profesjonalisere eiendomsforvaltningen og sikre økt prioritering av vedlikehold. Samtidig vil det kunne øke transaksjonskostnadene. Dette vil kunne gå på bekostning av tilpasningsdyktighet over tid, medvirkning og nærhet til helsetjenestene. Samlet sett ser vi en risiko for at dette er et tiltak som skaper flere problemer enn det løser.

Kriterium	Vurdering	Score
Kvalitet og medvirkning	Modellen kan øke avstanden mellom eiendomsforvalter og helseforetak (inkludert fagkompetanse ved sykehusene), og dermed gi mindre fleksibilitet og økte transaksjonskostnader ved endringer. Flere forhold vil være avtalestyrt, noe som kan redusere mulighet for medvirkning.	÷

God eiendomsforvaltning	Modellen kan gi økt profesjonalisering siden eiendomsforvaltningen blir samlet til et større fagmiljø. Faste betalinger gjennom husleie vil gi økt prioritering av vedlikehold. Eiendomsselskapet kan ende opp i en monopolsituasjon, der helseforetakene har liten mulighet til å påvirke selskapets effektivitet og leveranser.	+
Ansvarlig økonomistyring	Modellen ansvarliggjør fortsatt helseforetakene for kapitalkostnader, og sikrer god kostnadskontroll for staten. Ingen endring fra dagens modell.	0
Gjennomføringsevne	Som i dag, modellen innebærer relativt sett lav avhengighet til statsbudsjettet, noe som vurderes som en fordel. Modellen forutsetter formelle avtaler mellom helseforetak og eiendomsselskap, med detaljert kravsetting. Sistnevnte kan gjøre store byggeprosjekter mer krevende.	(÷)
Etterprøvnbarhet og kontroll	Ingen endring fra dagens modell.	0
Samfunnsøkonomiske og nasjonale hensyn	Ingen endring fra dagens modell.	0

1B – dagens modell justert: utvidet tilgang til lån

Helseforetakenes tilgang til likviditet påvirkes av hvilke lånevilkår de får fra staten. Endringer i lånevilkår har blitt tematisert ved flere anledninger (se f.eks. Magnussen 2016, s. 91), og som beskrevet kapittel 2.5 har Helse- og omsorgsdepartementet gjort flere endringer de siste årene som har økt tilgangen på statlige lån.

I modellen forutsettes det at ansvarsforhold mellom staten og helseforetakene fortsetter som i dag, samtidig som det gjøres grep som har til hensikt å styrke helseforetakenes likviditet gjennom økt lånetilgang. Dette kan bestå av en eller flere av følgende endringer:

- **Lavere egenkapitalkrav for helseforetakene.** Dette betyr at en større andel av investeringskostnaden kan lånefinansieres. Dette vil senke terskelen for å sette i gang investeringsprosjekter siden beløpet som må spares opp reduseres (men større betalingsbelastning etter bygging).
- **Lengre løpetid på lån.** Gjennom å øke løpetiden på lånet vil det være mulig for helseforetakene å betjene høyere lån, alternativt ha lavere årlig belastning over driftsbudsjettet, siden kostnaden spres lengre ut i tid.
- **Avdragsfrihet.** Avdragsfrihet – antagelig mest aktuelt i begynnelsen av låneperioden – vil gjøre det enklere for å helseforetakene å betjene lånekostnadene i en omstillingsperiode før det eventuelt er hentet ut effektiviseringsgevinster i driften.

Alle tiltakene øker kreditten som staten yter til helseforetakene, siden det tar lengre tid før lånene er tilbakebetalt.

Vurdering:

Vi vurderer modellen/tiltaket som en relativt enkel justering, som i liten grad påvirker de grunnleggende ansvarsforholdene i spesialisthelsetjenesten. Gitt at utilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å prioritere langsiktig er den viktigste årsaken til dagens utfordringer, vil dette være et logisk tiltak.

Kriterium	Vurdering	Score
Kvalitet og medvirkning	Økt likviditet kan gjøre at svakt begrunnede arealreduksjoner i prosjektene unngås, og at løsninger i større grad tilpasses byggets levetid	+
God eiendomsforvaltning	Tiltaket vil i større grad muliggjøre investeringer som hever kvaliteten på bygningsmassen. Utvidet lånetilgang kan gå utover ikke-lånefinansiert aktivitet (vedlikehold), siden det blir lettere å låne penger til nybygg enn å bruke egne midler på vedlikehold. Siden midlene uansett må betales tilbake vurderes sistnevnte som et begrenset problem.	+
Ansvarlig økonomistyring	Helseforetakene vil fortsatt holdes ansvarlig for kostnader til investeringer. Tiltakene vil øke statens utestående lån til RHFene ²¹ . Det kan svekke insentiver til kostnadsreduksjon i drift noe, siden det ikke må spares opp like mye egenkapital.	(÷)
Gjennomføringsevne	Øker antallet prosjekter det blir mulig å gjennomføre, uten vesentlige administrative ulemper. Vil øke avhengighet til statsbudsjettet noe, siden lån blir høyere.	+
Etterprøvnbarhet og kontroll	Ingen endring fra dagens modell.	0
Samfunnsøkonomiske og nasjonale hensyn	Ingen endring fra dagens modell.	0

2A – dagens modell pluss tilskudd: nasjonal investeringsplan

En nasjonal investeringsplan for å dekke deler av kostnadene til prioriterte investeringer har også vært diskutert tidligere (se Magnussen 2016, s. 90).

En nasjonal investeringsplan kan gå ut på at store investeringsprosjekter som er politisk prioriterte gis ekstra statlige tilskudd, som da kommer i tillegg til helseforetakenes egenfinansiering og lån fra staten. Formålet med en slik modell vil være økt politisk styring av sykehusstrukturen og de store prosjektene, og økt tilgang på kapital for prioriterte prosjekter. Dette bygger på en problemforståelse av at det særlig er de store byggeprosjektene som er krevende å gjennomføre i dagens modell. Det legges til grunn at prioriteringene bygges på en eller annen form for ekspertvurdering (tilsvarende som ekspertpanelet i Danmark).

Ellers tar vi utgangspunkt i at finansieringsmodellen for sykehusinvesteringer består slik den er i dag.

Vurdering:

Vi vurderer modellen som egnet for å sikre gjennomføring av nasjonalt prioriterte prosjekter, gjennom økt tilgang til kapital. Modellen kan i prinsippet også gjøre det mulig å operere med et bredere målbilde, f.eks. ved at det politisk legges vekt på lokalisering som reduserer samfunnets transportbehov.

En politisk besluttet plan vil antagelig gi økt legitimitet til beslutninger. Det er derimot ikke gitt at en politisk besluttet plan samlet sett gir bedre og mer utnyttelse av investeringsmidlene. Det vil her

²¹ I prinsippet øker dette risikoen for mislighold av lån. Vi har ikke tatt det med i vurderingen fordi vi forutsetter at helseforetakene vil klare å håndtere de lånene de får innvilget. Risiko knyttet til helseforetaksmodellens langsiktige bærekraft er ikke vurdert her, men i et slikt perspektiv vil både store låneopptak og underinvestering i kapital øke risiko.

være avgjørende for modellen hvordan mekanismene for prioritering fungerer, og hvor politisk utvelgelsen av prosjektene blir. Dette drøftes nærmere i oppsummeringen til dette kapitelet.

Kriterium	Vurdering	Score
Kvalitet og medvirkning	Reduserer risiko for at store prosjekter blir for dominerende i forhold til driftsøkonomien. Kan gjennom ekstra statlige midler kanskje unngå uforholdsmessige reduksjoner underveis i prosjektperioden.	+
God eiendomsforvaltning	Tiltaket vil muliggjøre investeringer som hever kvaliteten på bygningsmassen. Investeringsmidler som tilskudd kan svekke insentiver til verdibevarende vedlikehold.	+ / ÷
Ansvarlig økonomistyring	Helseforetakene vil fortsatt holdes ansvarlig for kostnader til investeringer, men statlige investeringsmidler kan svekke insentiver til sparing noe. Det kan være krevende å avgrense finansieringsansvaret politisk.	(÷)
Gjennomføringsevne	Ekstra investeringsmidler gjøre at en del store prosjekter blir enklere å gjennomføre. Øker samtidig avhengighet til prosessen rundt statsbudsjettet, og staten vil ha en økt interesse i å styre/kontrollere bruk av midler, f.eks. gjennom økt rapportering eller bruk av statens prosjektmodell, noe som isolert sett øker planleggingsperioden.	+
Etterprøvnbarhet og kontroll	Bruk av midler fra statsbudsjettet vil øke statens interesse for å kvalitetssikre og evaluere hvordan de statlige midlene blir brukt. Dette vil kunne gi et bredere og mer dekkende kunnskapsgrunnlag, og kunne avdekke kritisk informasjon på et tidligere tidspunkt enn idag.	+
Samfunnsøkonomiske og nasjonale hensyn	Mulig å basere investeringsplan på bredere vurderinger, f.eks. knyttet til overordnede strategier for helsetjenesten, hensyn til miljøvennlig areal- og transportbruk mv. Det er imidlertid ikke gitt at politisk nivå vil prioritere prosjektene med høyest nytte.	+

2B – dagens modell pluss tilskudd: kvalitetsmidler

Modellen med kvalitetsmidler som foreslås her er inspirert av den danske ordningen med «kvalitetsfond», riktignok med andre typer føringer. Der de danske kriteriene først og fremst har vært knyttet til effektivitet foreslås det her en modell som skal gjøre det mulig å prioritere langsiktige kvalitative hensyn og bredere samfunnsvirksomheter. Hovedtrekkene i dagens finansieringsmodell består, men det vil i modellen gis statlige tilleggsmidler til sykehusinvesteringer basert på et sett med objektive kriterier. Kriteriene brukes mekanisk for alle prosjekter og er ikke gjenstand for politisk prioritering.

Kriteriene bør være knyttet til områder som oppleves som underprioriterte i dag. Det kan for eksempel være:

- **Miljø og klima:** minimering av transportbehov, bruk av varige materialer mv
- **Arealstandard, kapasitet og funksjoner:** tilfredsstillelse av minimum arealstandarder for ulike romtyper (sengerom, gangareal mv), tilstrekkelig antall lagerrom og støtterom, nok kapasitet i forhold til framskrevet behov osv.
- **Ansattes arbeidsforhold:** tilfredsstillelse av minimumsnivå knyttet til ansattes arbeidsforhold, slik som tilgang til kontorer, hvilerom, pauserom og garderober mv.

I likhet med den danske ordningen legges det til grunn at det er et uavhengig organ som vurderer om kravene er oppfylt. Vurderingen bør gjøres som del av eller etter forprosjektfasen for å unngå at det ikke gjøres reduksjoner i prosjektet etter at kvalitetsmidler er innvilget. Utarbeidelse av

objektive kriterier kan her gjøres i samarbeid mellom helseforetakenes fagmiljøer (f.eks. Sykehusbygg HF), arbeidstakerorganisasjoner og aktører som kan representere andre statlige og kommunale hensyn.

Vurdering:

Vi vurderer at modellen retter seg direkte mot det som identifiseres som problemer i dag: manglende økonomisk handlingsrom og svake institusjonelle mekanismer for å ivareta kvalitative hensyn. Modellen tar sikte på å kompensere for svakheter i dagens system uten å forringe den grunnleggende ansvarsfordelingen som følger av helseforetaksreformen.

Modellens egnethet vil avhenge av hvordan den operasjonaliseres: det kan være krevende å finne gode kriterier og mekanismer for å følge opp disse.

Kriterium	Vurdering	Score
Kvalitet og medvirkning	Reduserer muligheter til kortsiktige kutt i prosjektperioden, og styrker incentiver til løsninger som vurderes som langsiktige og faglig gode. Avhenger av at det settes gode og anvendelige kriterier som ikke gir uheldige strategiske tilpasninger.	+
God eiendomsforvaltning	Tiltaket kan brukes til å prioritere løsninger som forlenger byggets levetid. Større arealer gir samtidig økt vedlikeholdsbehov.	+/-
Ansvarlig økonomistyring	Som i dag vil helseforetakene fortsatt holdes ansvarlig for kostnader til investeringer. Fastsatte kvalitetsmidler vil baseres på objektive kriterier, og dermed avgrense mot at staten må dekke uforutsette kostnader.	0
Gjennomføringsevne	Kan være krevende å lage gode kriterier og dokumentere/kontrollere at disse er tilfredsstillende. Prosess med å vurdere og kontrollere om kriterier er oppfylt kan øke gjennomføringstid for prosjektene noe.	÷
Etterprøvbarehet og kontroll	Uavhengig kontroll av om kriteriene er oppfylt etter forprosjektfasen vil øke etterprøvbareheten og få frem kritisk informasjon om prosjektene på et tidlig stadium.	+
Samfunnsøkonomiske og nasjonale hensyn	Mulig å knytte kriterier til bredere vurderinger, f.eks. knyttet til areal/transport.	+

3 – bevilgning over statsbudsjettet

Modell 3 innebærer det mest radikale bruddet med dagens modell. Dette betyr at et større beløp (tilsvarende f.eks. avskrivingskostnader på kapital) må trekkes ut fra helseforetakenes ordinære inntektsrammer. Deretter må det opprettes et system for å politisk prioritere ulike sykehusprosjekter mot hverandre, og bevilges midler til de høyest prioriterte investeringsprosjektene.

Videre må det gjøres avgrensninger av hvilke typer prosjekter og kostnader (nybygg, ombygginger, utstyr mv) som skal dekkes av staten, og hva som fortsatt skal være helseforetakenes ansvar. I praksis vil derfor en slik modell måtte følges opp med en rekke organisatoriske krav og tiltak for å tydeliggjøre ansvarsforhold mellom staten og helseforetakene når det gjelder sykehusbyggene. En modell der sykehusene i sin helhet finansieres over statsbudsjettet vil antagelig gjøre det mer aktuelt å vurdere et eget eiendomsselskap for sykehusbygg, eller innlemme sykehusene i Statsbyggs portefølje (se modell 1A).

Vurdering:

Vi vurderer at modellen er relativt drastisk og lite realistisk. Finansiering av sykehusinvesteringer direkte over statsbudsjettet vil skape en rekke nye grenseflater det vil være nødvendig å regulere.

Kriterium	Vurdering	Score
Kvalitet og medvirkning	Mindre sannsynlig med store reduksjoner i prosjektperioden. Økt ansvarliggjøring av staten ved gjennomføring av prosjektene.	+
God eiendomsforvaltning	Svake incentiver til verdibevarende vedlikehold. Risiko for kostnadsovervelting og uklart ansvar mellom helseforetak og staten.	÷÷
Ansvarlig økonomistyring	Helseforetakene vil miste incentiver til effektivisering. Mindre kostnadskontroll for staten. Risiko for at kostnader undervurderes for å få prosjekt vedtatt.	÷÷
Gjennomføringsevne	Avhengighet av midler over statsbudsjettet kan gjøre det krevende å få prioritert prosjekter. Risiko for at prosjekter stopper opp dersom det ikke har nok finansiering. Økte krav til dokumentasjon og kontroll.	÷
Etterprøvnbarhet og kontroll	Bruk av midler fra statsbudsjettet vil øke statens interesse for å kvalitetssikre og evaluere hvordan de statlige midlene blir brukt. Dette vil etter vår vurdering kunne gi et bredere og mer dekkende kunnskapsgrunnlag.	+
Samfunnsøkonomiske og nasjonale hensyn	Økt rom for politiske prioriteringer. Naturlig å bruke vanlige prinsipper for samfunnsøkonomisk analyse i vurdering av prosjektene, som gir et bredere målbilde. Det er imidlertid ikke gitt at politisk nivå vil prioritere prosjektene med høyest samfunnsøkonomisk lønnsomhet ²² .	+ / ÷

5.3 Andre mulige tiltak

Tabellen under oppsummerer kort andre forslag til justeringer/endringer i dagens modell som har kommet opp underveis i datainnsamlingen, med en kort kommentar knyttet til tiltaket. Noen av disse kan være gode tiltak, men krever nærmere vurdering.

Tiltak	Forklaring	Kommentar
Risikofond	Tilleggsmidler/avsetning for å ivareta særskilt kostnadsøkning/inflasjon. For eksempel en egen pott som følger f.eks. BKI boligblokk (indeks for priser innen bygg).	Spesifikk for dagens situasjon. Kan svekke prissignaler ved inflasjon, og dermed være makroøkonomisk lite ønskelig.
Ad-hoc tilleggfinansiering	Mulighet for tilskudd, politisk vurdering fra sak til sak.	Vanskelig å prioritere politisk og avgrense når et prosjekt skal få støtte og ikke. Svekker ansvarliggjøring i modellen.
Avvikle bruk av regnskapsloven	Overgang til kontant- eller anordningsprinsipp. Ikke periodisering av kapitalkostnad.	Vår oppfatning at dagens regnskapsmodell er en forutsetning for at gjeldende modell skal fungere, ettersom det synliggjør kapitalkostnad og krav til sparing. I praksis tilbake til bevilgningsmodell (dvs. alternativ 3 i denne utredningen). Se ellers omtale i Magnussen (2016).

²² Eksempelvis viser en analyse av norske samferdselsprosjekter at samfunnsøkonomisk lønnsomhet har ingen signifikant påvirkning på valg av prosjekter som tas med i den nasjonale transportplanen (Concept rapport nr 33, 2013).

Lavere lånerenter	Lån fra staten med lavere rente.	Staten økte i 2018 lånerente for å samsvare med øvrige rentebetingelser i staten. En justering tilbake vil favorisere belånte prosjekter over egenfinansiert aktivitet.
Private låneopptak	Gi mulighet for at RHF kan ta private lån i markedet.	Vil øke likviditet, men gå på bekostning av statens kontroll med samlet ressursbruk. Høyere finanskostnad enn ved lån i staten.
Offentlig-privat samarbeid	Offentlig-privat samarbeid av større bygg.	Åpnet for dette på mindre investeringer, f.eks. innen utstyr. Dårlige erfaringer fra Sverige (Karolinska). Se ellers omtale i Magnussen (2016).
KS2	Ny kvalitetssikring etter forprosjekt for å unngå for store endringer fra vedtatt konsept.	Kan være fornuftig for å få en uavhengig vurdering av endringer som gjøres i forprosjekt, siden dette har vært et problem i flere prosjekter. Det vil innføre et nytt administrativt prosess-steg som kan svekke gjennomføringsevne, uten å øke helseforetakenes økonomiske handlingsrom.
Internhusleie	Avdelinger i HF betaler husleie til intern eiendomsenhet per m ² . Insentiv til å spare areal, og sikrer midler til vedlikehold. For øvrig godt drøftet i NOU 2016:25.	Praktiseres ulikt mellom helseregioner i dag. Vi antar derfor at dette er modeller som er tilgjengelige for alle regionale helseforetak dersom de ser det hensiktsmessig. Vi har i analysen primært vurdert modeller som er knyttet til relasjonen mellom staten og helseforetakene.
HF kan benytte i p85 i prosjekter.	Helseforetak kan benytte opp til p85 (ikke p50) i byggeprosjekter, for å unngå reduksjoner i forprosjektfase.	

5.4 Oppsummering: vurdering av modeller

Vår vurdering er at man bør søke modeller som reduserer noe av den økonomiske belastningen helseforetakene får ved store investeringer. Dette kan gjøres på flere måter, og avhenger av hvor stor grad av politisk styring og ansvarliggjøring som vurderes som hensiktsmessig.

Vi vurderer at det er gode grunner – både teoretisk og basert på erfaringer – til at staten skal kunne bidra med tilleggsmidler til investeringer. Teoretisk kan dette forsvares ut fra at staten har mulighet til å anlegge et bredere og mer langsiktig målbilde enn det et helseforetak har. Der investeringsbeslutninger i UH-sektoren i prinsippet skal vurderes opp mot *alle* samfunnsvirkninger i et 60-årsperspektiv, vurderes investeringsbeslutninger i sykehusbygg opp mot helseforetakets *interne* virkninger i vektet avskrivningsperiode (30-35 år).²³ Videre tar staten en rekke beslutninger som påvirker hvilke kostnader helseforetakene ender opp med å få (f.eks. knyttet til sykehusstruktur), og man kan argumentere for at ekstrakostnadene ved slike beslutninger burde synliggjøres for staten.

De praktiske erfaringene, oppsummert i kapittel 3, kan også indikere at helseforetakene har manglende økonomisk handlingsrom. Dette kan i noen tilfeller bety at det gjøres uhensiktsmessige

²³ Som nevnt tidligere har vi ikke vurdert om det er grunnleggende forhold ved sykehusbygg kontra universitetsbygg som forsvarende så ulike levetidsbetraktninger.

beslutninger med tanke på dimensjonering og utforming av sykehus, og at foretakene påtar seg effektiviseringskrav som ikke er gjennomførbare.

I utforming av alternative modeller reiser dette noen krevende spørsmål. Det første er *hvordan* eventuelle tilleggsmidler til investeringer best kan gis til helseforetakene. Det andre er hvorvidt disse midlene skal komme *i tillegg til* eller *trekkes fra* sykehusenes øvrige rammer.

Når det gjelder *hvordan* slike tilleggsmidler til investeringer er det ulike alternativer, med hver sine styrker og svakheter. Modell 1B (utvidet lånetilgang), 2A (investeringsplan) og 2B (kvalitetsmidler) illustrerer noen måter å gjøre dette på, og man kan også tenke seg andre lignende løsninger eller kombinasjoner av de overnevnte.

En investeringsplan vil øke den politiske styringen, og gi mulighet for økt grad av politisk prioritering. Dette vil kunne øke det politiske eierskapet til prosjektene, og dermed gjøre det mer krevende å gjøre reduksjoner f.eks. i forprosjektfasen. Samtidig er man da avhengig av at man oppnår en politisk prioritering av prosjekter som er basert som helsefaglige og samfunnsøkonomiske vurderinger. Dette kan gjøres slik i Danmark, der et ekspertpanel har vært sentralt i å prioritere prosjekter.

Det er imidlertid en risiko for at prosjektene som får midler er de som av ulike grunner får mest politisk oppmerksomhet, og ikke de som gir størst nytte for helsetjenesten. En illustrasjon på dette kan være Nasjonal transportplan, der det hevdes at vegprosjektene i liten grad prioriteres ut fra hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt (Welde, Eliasson, Odeck, & Börjesson, 2013). En politisk prioritering av investeringsprosjekter kan gjøre at sykehus som er gode til å drive effektivt og prioritere vedlikehold kommer dårligere ut. Dersom investeringene må prioriteres over statsbudsjettet er det naturlig nok også en risiko for at investeringsprosjekter i sykehusbygg prioriteres *ned* til fordel for andre formål.

En mer mekanisk kriteriebasert tilskuddsordning (kvalitetsmidler) vil på den annen side avgrense den politiske styringen, men fortsatt øke handlingsrommet for store investeringer. Det stiller imidlertid store krav til at det er riktige kriterier som settes og at disse lar anvende på en god måte. En slik modell legger i mindre grad opp til politiske prioriteringer av struktur og lokalisering, og lar dette i større grad være helseforetakenes ansvar. Den politiske ansvarliggjøringen for hvert enkelt prosjekt vil da bli svakere.

Det andre spørsmålet – om midlene skal komme *i tillegg til* eller *trekkes fra* sykehusenes øvrige rammer – er også krevende.

En del av de tidligere diskusjonene rundt finansieringsmodell for investeringer (se f.eks. Magnusson 2016) har hatt som utgangspunkt at totalbeløpet spesialisthelsetjenesten har til rådighet er gitt, og at en finansieringsmodell for investeringer kan betraktes som et nullsumspill der enhver ekstra krone til investering er én mindre krone til drift. Vår tolkning av dagens situasjon er at investeringer i bygg har blitt underprioritert, siden langsiktige konsekvenser ved investeringer taper i konkurranse mot umiddelbare konsekvenser i drift.

I modeller som sikrer et visst investeringsnivå i bygg vil imidlertid det antagelig avdekkes om det er realistisk og ønskelig å redusere et tilsvarende beløp gjennom driften. Hvis ikke, vil man politisk måtte beslutte å øke midlene til spesialisthelsetjenesten, eller ta beslutninger som reduserer kostnader på andre måter.

6 Forutsetninger for vellykket gjennomføring

En godt utformet finansieringsmodell vil ideelt sett understøtte rasjonelle prioriteringer mellom ulike formål, herunder investeringer i sykehusbygg. En god finansieringsmodell er imidlertid ikke nok for å sikre gode sykehus for fremtiden.

En god finansieringsmodell kan bidra til at det oppnås en god balanse mellom ulike prioriteringer, både mellom investeringer i kapital kontra drift, og i vedlikehold kontra nybygg. En finansieringsmodell kan også oppmuntre til å arbeide målrettet med å øke produktiviteten i sykehusene uten at det går utover tjenestene eller de ansatte. Finansieringsmodellen bør også være innrettet på en slik måte at ikke helseforetakene blir presset til å kortsiktige valg. Likevel er finansieringsmodellen – etter vår vurdering – kun én av mange forhold som påvirker det endelige resultatet.

Uavhengig av hvordan midlene fordeles gjennom finansieringsmodellen må det finnes være nok økonomisk handlingsrom totalt sett til å ha både forsvarlig drift og tilstrekkelig med investeringer i byggene.

Videre vil det være viktig med en høy grad av medvirkning fra den ansatte med helsefaglige kompetansen for å sikre at byggene er godt tilpasset tjenestene som skal leveres i bygget. Det vil i den sammenheng være avgjørende med en høy grad av tillitt mellom de ulike aktørene og fagområdene som er involvert i prosessen.

Avslutningsvis bør man også erkjenne at sykehus er svært komplekse bygg, som skal planlegges basert på forutsetninger som ligger langt fram i tid, noe som samlet sett gir en høy grad av usikkerhet. Dette betyr at det må arbeides systematisk med å kartlegge og håndtere risiko i prosjektene. I den sammenheng er det avgjørende at forutsetningene er transparente og at det er gode mekanismer for å fange opp og bearbeide kritisk informasjon. Byggene bør planlegges med en høy grad av fleksibilitet, og kunne tilpasses ulike scenarier for hvordan fremtiden vil se ut.

7 Referanser

- Aftenposten. (2022, 1 22). Vil svindyre bygg til livs: – Prisen må ned.
- Agenda Kaupang. (2021). *Kartlegging av beslutningsprosessen knyttet til nytt østfoldsykehus*. På oppdrag for Norsk overlegeforening.
- Andræ, F. (2022). Nordlandssykehuset. *Overlegen 2-2022*.
- Brev fra foretakstillitsvalgte ved OUS. (2022, 8 31). Til styret i Oslo Universitetssykehus. Bekymring for særdeles høy risiko i prosjektene for videreutvikling av Oslo.
- Clements, S. (2019). Historien om A-hus (del 1). *Overlegen 1-2019*.
- Dagens medisin. (2020, 8 21). Ansatte: – Nye Hammerfest sykehus mangler 89 rom.
- Dagens medisin. (2022, 2 17). Leger om nytt akuttsenter: – Uforsvarlig.
- Dagsavisen. (2021, 12 1). Slår alarm om arbeidsforholdene på Sykehuset Østfold.
- Ernst & Young. (2016). *Eierskap og forvaltning av sykehusbygg. Oppsummering av analyser og dokumentasjon vedrørende sykehusbygg*.
- Hagerup, T. (2019). Nye Kirkenes sykehus – nytt, men for lite. *Overlegen 3-2019*.
- Helse Finnmark. (2013). *Forprosjekt Nye Kirkenes sykehus - Addendum 21.11.2013*.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Prop. 1 S*.
- Helse Sør-Øst. (2015). *Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder*.
- Helse Sør-Øst. (2022, 6 22). Justerer planen for nye sykehusbygg.
- Kommunal og moderniseringdepartementet. (2017). *Styring av store statlige byggeprosjekter i tidligfase. Veileder for oppdragsgivende departement*.
- Kontorgruppe Nye Hammerfest Sykehus. (2020). *Rapport: kontormangel Nye Hammerfest Sykehus*.
- Magnussen, J. (2016). Bruk av regnskapsloven i helseforetakene. Drift, investeringer og overskudd. I J. Magnussen, K. Vrangbæk, P. Martinussen, & J. Frich, *Mellom politikk og administrasjon. Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. Rapport til Den norske legeforening.
- Meld. St. 2 . (2021-2022). *Revidert nasjonalbudsjett 2022*.
- Metier OEC og Prognosesenteret. (2022). *Markeds- og risikoanalyse investeringsportefølje 2022*. For Helse Sør-Øst RHF.
- NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*.
- NOU 2019:24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak, kap 5*.
- NRK. (2019, 12 6). Nær 1000 feil på nytt sykehus: – En varslet katastrofe.

- Rambøll. (2018). *Spørreundersøkelse - sykehuslegers arbeidsforhold 2018*. På oppdrag for Den norske legeforening.
- Riksrevisjonen. (2021). *Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr*. Del av Dokument 3:2 (2021–2022).
- Rime, A.-K., & Utne, K. (2020, 6 26). Norske sykehus bygges for små. *Kronikk*. Aftenposten. Hentet fra Aftenposten .
- Rådgivende Ingeniørers Forening. (2021). *State of the Nation 2021*.
- SOU 2020:15 . (2020). *Strukturförändring och investering i hälso- og sjukvården*.
- Spekter. (2022). *Hovedavtaler i Spekter. Sammenstilling av hovedavtalene inngått med: LO og YS, SAN, Unio og Akademikerne. 1.1.2022-31.12.2025*.
- St.prop nr 1 (2006-2007). (u.d.). *Nasjonal helseplan 2007-2010*.
- Statsbygg. (2021). *Veileder for samfunnsøkonomiske analyser i statlige byggeprosjekter*.
- Sykehusbygg HF. (2017). *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.
- Sykehusbygg HF. (2018). *Evaluering av Nordlandssykehuset Vesterålen*.
- Sykehusbygg HF. (2020a). *Beskrivelse av RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet*.
- Sykehusbygg HF. (2020b). *Sammendrag: Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes*.
- Sykehusbygg HF. (2021). *Evaluering Nye Kirkenes sykehus*.
- Tennøy, A., Knapskog, M., Gundersen, F., Hagen, O., Skartland, E.-G., & Øksenholt, K. (2016). *Statlig lokalisering – hvor og hvorfor?* Transportøkonomisk institutt.
- Ulstein, H., Wifstad, K., Seeberg, A. R., Hardersen, R., & Løken, A. (2015). *Kostnadsutvikling mellom KS1 og KS2 i byggeprosjekter*. Menon-publikasjon Nr 38/2015. Menon, DNV GL og ÅF Advansia.
- Welde, M., Eliasson, J., Odeck, J., & Börjesson, M. (2013). *Planprosesser, beregningsverktøy og bruk av nytte-kostnadsanalyser i vegsektor. En sammenligning av praksis i Norge og Sverige*. Concept rapport nr. 33.
- Welde, M., Whist, E., & Hjelmekke, H. (2018). *Etterevaluering av informatikkbygget ved Universitet i Oslo (IFI2)*.
- Whist, E., Bukkestein, I., & Samset, K. (2020). *Etterevaluering av byggeprosjektet Høgskolen i Bergen samlokalisering på Kronstad. Evalueringsrapport*. NTNU og Multiconsult.
- Whist, E., Welde, M., & Samset, K. (2022). *Etterevaluering av prosjektet Rehabilitering av Norges idrettshøgskole. Evalueringsrapport*. NTNU.