



Innst. 338 S

(2012–2013)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:54 S (2012–2013)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Jan Tore Sanner om bedre helsebygg

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om at det utarbeides en nasjonal plan for bedre helsebygg, som sikrer bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehuses eiendommer. Planen må inneholde følgende:

1. En vurdering av behovet for vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer for spesialisthelsetjenestens eiendommer.
2. En langsiktig, nasjonal plan for finansiering av vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer.
3. En justering av dagens finansieringsregelverk som innebærer at 70 pst. av kostnadene ved større nyinvesteringer kan lånefinansieres.
4. En plan for etablering av noen offentlig-private samarbeidsprosjekter (OPS) for sykehusbygg, som sikrer raskere realisering av nybygg og bedre vedlikehold av eiendommene.
5. Etablering av en egen organisasjon for helsebygg, som skal sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusbygg, slik at disse blir mer funksjonelle og moderne.»

Forslagsstillerne framholder at gode, funksjonelle og moderne sykehusbygg er viktig for å gi pasientene et godt helsetilbud og for å sikre at ansatte har gode arbeidsforhold.

Det vises til undersøkelser som konkluderer med at det er et stort behov for vedlikehold, oppgradering og fornyelse av dagens sykehusbygg i Norge.

Det vises videre til at Riksrevisjonen har påpekt at bare 5 av 23 helseforetak har besluttet både mål og langsiktig plan for bygningsmassen, og at 9 helseforetak verken har besluttet mål eller utarbeidet langsiktige planer for bygningsmassen.

Forslagsstillerne mener at vedlikeholdsetterslepet, de store investeringsbehovene framover og de store variasjonene mellom helseforetakene når det gjelder forvaltningen av helsebygg, tilsier at det må utarbeides en nasjonal plan for modernisering av sykehusbygg. De mener at eiendomsforvaltningen må bidra til mer effektiv bruk av ressursene i helse-tjenesten, og at det må være et mål å sikre at verdiene av eiendommene økes snarere enn at de forfaller og forringes.

Dagens investeringsregler innebærer at helseforetakene som hovedregel må finansiere 50 prosent av byggekostnadene ved større investeringsprosjekter over egen drift, mens det resterende beløpet kan lånefinansieres. Forslagsstillerne mener at lånerammen bør økes til 70 prosent.

Det vises til at i Sverige, Danmark og Storbritannia brukes offentlig-privat samarbeid (OPS) i større grad enn i Norge for å realisere store investeringer og fornyelse av utstyr i helsesektoren. Slik forslagsstillerne ser det, bør det etableres prosjekter med offentlig-privat samarbeid for sykehusbygg også i Norge. De mener at dette vil føre til at planlagte sykehus kan bygges raskere, blant annet fordi likviditetsbelastningen fordeles over en lengre periode.

Forslagsstillerne mener det vil være hensiktsmessig å bygge opp færre, men sterkere fagmiljøer på nybygg og forvaltning av sykehusbygg og eiendom. De mener også det vil være hensiktsmessig å bygge opp en permanent organisasjon der det finnes høy

kompetanse på sykehusbygg, og som sikrer erfaringsoverføring mellom de ulike utbyggingsprosjektene.

Det vises til at enkelte helseforetak har etablert egne organisasjoner for forvaltning av bygg. Slik forslagsstillerne ser det, kan etablering av et eget eieendomsselskap for helsebygg bidra til en bedre drift og ivaretagelse av bygningsmassen.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Håkon Haugli, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Thor Lillehovde, Wenche Olsen og Heidi Ørnlo, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønnaas Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Line Henriette Hjemdal, er enig med forslagsstillerne i at gode, funksjonelle og moderne sykehusbygg er viktig for å gi pasientene et godt helsetilbud og for å sikre at ansatte har gode arbeidsforhold. Komiteen viser til at befolkningsvekst, flere eldre samt utvikling i medisinsk teknologi medfører økt behov for god planlegging for å sikre gode, funksjonelle og moderne sykehusbygg. Kapasitetsutfordringer og korridorpasienter er uheldig for pasientsikkerheten. Bygninger og tekniske løsninger må sikre trygg og effektiv pasientbehandling, slik at framtidens helseutfordringer kan løses.

Komiteen har merket seg at forslagsstillerne har referert til en rekke kilder som avdekker at det er store behov for vedlikehold, oppgradering og nybygg ved norske sykehus, og at det i stor grad mangler lokale, regionale og nasjonale strategier for bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten. Det påpekes at bedre forvaltning av sykehusenes bygg og eiendommer kan frigjøre midler til mer og bedre pasientbehandling gjennom mer rasjonell bruk av lokaler og mulighet for å ta i bruk nye og mer effektive behandlingstilbud. I dag har de regionale helseforetakene i henhold til helseforetaksloven et helhetlig ansvar for drift og investeringer.

Komiteen viser til at det foreslås at en nasjonal plan for helsebygg skal inneholde en vurdering av behov for vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer for spesialisthelsetjenestens eiendommer. Det foreslås også at nasjonal plan for nybygg skal inneholde en langsiktig nasjonal plan for finansiering av vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer. I innspill fra Legeforeningen vises det til at det i Danmark i 2007 ble

«...besluttet en samlet investeringsramme for sykehus på 42,7 mrd. kroner fra 2008 til 2011, hvorav 60 5 skulle finansieres av et nasjonalt kvalitetsfond, mens Danmarks fem regioner skulle bidra med resten. Formålet med investeringen var å øke kvaliteten og produktiviteten i sykehusene. Investeringsmidlene ble fordelt på 16 ulike sykehusprosjekter. De største prosjektene var bygging av nye sykehus (bl.a. tre nye universitetssykehus), mens de øvrige prosjektene omhandler modernisering, ombygging og utbygging av eksisterende sykehus. Ferdigstillings-tidspunktene strekker seg fra 2013 til 2020. Legeforeningen mener det er behov for en tilsvarende investeringspakke for sykehusbygg i Norge».

Legeforeningen mener investeringsplanen bør ha en ramme på til sammen 70 mrd. kroner over en tiårsperiode, der 10 mrd. kroner av disse går til investering i medisinsk-teknisk utstyr.

Komiteen merker seg at Legeforeningen i notat til helse- og omsorgskomiteen datert 29. april 2013 støtter at dagens finansieringsregelverk der 50 prosent av kostnadene ved større nyinvesteringer kan lånefinansieres, endres til at 70 prosent kan lånefinansieres, slik forslagsstillerne foreslår. Legeforeningen påpeker at det er en vesentlig utfordring at økt låneramme vil kunne bidra til større gjeldsbyrde, og at de regionale helseforetakene vil bli mer utsatt for rentesvingninger.

Komiteen viser til forslag om en plan for etablering av noen offentlig-private samarbeidsprosjekter (OPS) for sykehusbygg, som skal sikre raskere realisering av nybygg og bedre vedlikehold av eiendommene. OPS-prosjektene skal innpasses i en ansvarlig økonomisk ramme, ut fra en helsepolitisk prioritering av prosjektenes nødvendighet.

Komiteen viser til at det foreslås etablering av en egen organisasjon for helsebygg, som skal sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusbygg, slik at disse blir mer funksjonelle og moderne. Statsbygg og Forsvarsbygg er eiendomsselskap innenfor offentlig sektor. Komiteen merker seg at Legeforeningen støtter forslaget om en egen organisasjon for permanent kompetanse og erfaringslæring ved forvaltningen av sykehusbygg, men at Legeforeningen mener at nærmere organisasjonsform bør utredes grundig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er helt avgjørende for et godt helsevesen at vi har dyktig helsepersonell på alle områder, men vi er også helt avhengig av godt utstyr og en god funksjonell bygningsmasse. Flertallet vil minne om at det årlig overføres betydelige summer til de ulike helseregionene, og viser til at det fra 2008 har vært en betydelig vekst i helseforetakenes basisrammer til oppgradering av sykehusbygg og nytt medisinsk utstyr, samt

midler til avdrag på tidligere lån. Helseforetakenes styrer er gitt stor grad av frihet til investeringer i de tiltak styrene mener er mest nødvendige.

Flertallet vil bemerke at dagens regjering har fått orden på sykehusenes økonomi, og dette er en viktig forutsetning for at sykehusene kan levere gode og forutsigbare tjenester til hele landets befolkning. Alle regionale helseforetak utarbeider nå økonomiske langtidsplaner hvor det ligger inne konkrete planer for fremtidige investeringer. Som et eksempel vil flertallet peke på Helse Nord som har lagt en svært ambisiøs investeringsplan som for de fem neste årene viser planlagte investeringer for 7,35 mrd. kroner. Dette eksempelet viser at lokal beslutningsmyndighet gir gode lokale løsninger.

Flertallet tør minne om at i perioden 2002–2005 opparbeidet sykehusene et samlet korrigeret underskudd på mer enn 6 mrd. kroner. Noe av forklaringen på dette underskuddet begrunnes med at det ikke var budsjettert med aktivitetsvekst. I denne perioden fikk heller ikke sykehusene bevilget tilstrekkelige midler til å gjenskaffe bygg og medisinsk utstyr. Med et årlig underskudd på om lag 2 mrd. kroner førte dette til at det ble et underskudd for perioden 2002–2005 på om lag 12 mrd. kroner.

Flertallet mener med disse eksemplene å vise at ansvaret for investerings- og driftsmidler fortsatt skal ligge til det enkelte helseforetak og dets styre.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil peke på at perioden 2002 til 2005 ble ansett å være en implementeringsperiode for en stor og omfattende ansvarsreform, der staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Disse medlemmer vil understreke at reformen ble vedtatt av Stoltenberg I-regjeringen, men at det var Bondevik II-regjeringen som fikk ansvar for innføringen. Disse medlemmer vil peke på at det på gjennomføringstidspunktet var mye som fortsatt var uavklart. Blant annet gjaldt dette investeringsregimet, herunder avskrivningssatser og åpningsbalanse. Disse medlemmer vil minne om at det var bred politisk enighet om at dette skulle gradvis implementeres i løpet av disse årene. Finansieringen av driften baserte seg på historiske tall fra den gang fylkeskommunene hadde ansvaret og det ikke var etablert objektive kriterier for fordeling av driftsmidlene mellom helseforetakene. Disse medlemmer viser til at Bondevik II-regjeringen derfor fikk nedsatt Hagen-utvalget og siden fremmet den første stortingsmeldingen om et enhetlig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Ordningen ble implementert i 2004. Disse medlemmer minner om at det, av disse nevnte årsaker, var tverrpolitisk enighet i Stortinget om at helseforetakene i

denne perioden kunne gå med underskudd. Disse medlemmer mener rigide resultatkrav i disse årene ville fått dramatiske konsekvenser for enkeltpasienter og for spesialisthelsetjenesten i enkelte områder. Disse medlemmer vil minne om at det blant annet var et krav fra Arbeiderpartiet, i forbindelse med forhandlingene om budsjettet for 2003, at helseforetakene skulle kunne gå med underskudd. Disse medlemmer mener derfor at regjeringspartienes merknad om helseforetakenes økonomi i perioden 2002 til 2005 må basere seg på manglende kunnskap om denne perioden og må kunne karakteriseres som historieløs.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, forstår forslagsstillerens forslag om å etablere en egen organisasjon som skal sikre raskere fornyelse av sykehus og forbedre vedlikeholdet av eksisterende helsebygg dithen at de ønsker å bygge opp en ny enhet tilsvarende Statsbygg. Dette er i så tilfelle flertallet uenig i, og flertallet er redd en slik modell vil medføre fare for ytterligere byråkratisering.

Flertallet vil minne om at det for tiden er en utredning på gang for etablering av et nasjonalt foretak for sykehusplanlegging, men flertallet mener fortsatt at selve ansvaret for utbygging og vedlikehold skal ligge i helseforetakene.

Flertallet vil bemerke at bygging av store, komplekse sykehus medfører store utfordringer både under planlegging, ved oppføring av bygg og ikke minst i økonomistyring gjennom byggeprosessen. Flertallet tror det ved oppføring av store sykehusbygg vil være mye å tjene på en målrettet erfaringsutveksling på tvers av de regionale helseforetak, slik at neste byggetrinn i en region kan bygge på de gode erfaringene fra siste byggetrinn i en annen region.

Flertallet er også uenig i forslaget om å utarbeide en plan for etablering av offentlig-privat samarbeid (OPS) for sykehusbygg da erfaringene fra både England og Sverige tilsier at bruk av OPS-kontrakter innenfor denne sektoren blir langt mer kostbart enn ved en tradisjonell utbyggingsmodell. Flertallet tør vise til utbyggingen av Nye Karolinska som nå omtales som en skandale. Ifølge en rapport utarbeidet og publisert av den konservative tanke-mien, Timbro, konkluderes det med at Nye Karolinska har endt opp med en langt høyere kostnad enn alternativene. Flertallet har merket seg at dette ifølge rapporten skyldes kortsiktighet, kjepphestridning og politisk ønsketenkning. I rapporten uttrykkes det helt klart at OPS egner seg dårlig for komplekse, dynamiske virksomheter som sykehus. Dette er også helt i tråd med flertallets oppfatning som mener det er fullt mulig å bygge sykehus i

offentlig regi i samarbeid med private entreprenører minst like raskt og kostnadseffektivt som med OPS.

Flertallet er også betenkt over et system der det offentlige skal forplikte seg til å stå som leietaker og innkjøper av vedlikeholdstjenester uten muligheter til nye anbudsrunder i kontraktsperioder som kan strekke seg over tidsperioder på 30 til 50 år.

Flertallet foreslår at representantforslaget vedlegges protokollen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti tar avstand fra de påstander som fremsettes når det gjelder byggingen av nytt universitetssykehus i Stockholm, Nye Karolinska Solna. Disse medlemmer viser til at prosjektet er den historisk største investering som er foretatt i Stockholms läns landstings historie. Stockholmsregionen får gjennom dette OPS-prosjektet et helt nytt, høyspesialisert sykehus bygget til avtalt pris og avtalt tid. Disse medlemmer viser til at for Stockholm var behovet for et nytt universitetssykehus tydelig, med enorm vekst i innbyggertall og stort behov for oppgradering av bygningsmasse for å kunne tilby god medisinsk behandling. Disse medlemmer viser til at for Stockholms läns landsting var de fremste begrunnelsene for valg av OPS-løsning trygghet for leveranse, tid og kostnad, og disse medlemmer vil minne om at også sosialdemokratene i landstinget støttet denne utbyggingsmetoden. Disse medlemmer er kjent med at det flere ganger i byggeperioden har oppstått forsinkelser, men dette er utbyggers risiko, og dette har utbyggerne tatt inn igjen. Disse medlemmer peker også på at de private skal drifte det byggetekniske og innstå for vedlikeholdet ved det toppmoderne sykehuset i flere år. Dermed blir en eventuell sammenlikning mellom verdien av OPS-kontrakten og en ren byggekostnad uriktig. Disse medlemmer vil understreke at byggingen av Nye Karolinska Solna har vist at det kan være et poeng å sikre at de som er flinke til bygging og drift av bygg, driver med det, mens de som er best på å drive spesialisert og høykompetent pasientbehandling og ledelse av sykehuspersonale, driver med det.

Disse medlemmer mener gode, funksjonelle og moderne sykehusbygg er viktig for å gi pasientene et godt helsetilbud og for å sikre at ansatte har gode arbeidsforhold. Disse medlemmer viser til at Multiconsult i 2007 kartla bygningsmassen i helseforetakene og estimerte et totalt utbedringsbehov på 55 mrd. kroner. Disse medlemmer mener at nye løsninger som bidrar til bedre helsebygg, vil gi et bedre helsetilbud og bedre arbeidsforhold. Disse medlemmer mener videre at bedre forvaltning av sykehusenes bygg og eiendommer vil frigjøre midler til mer og bedre pasientbehandling gjennom mer

rasjonell bruk av lokaler og mulighet for å ta i bruk nye og mer effektive behandlingstilbud. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om at det i forbindelse med en mer operativ nasjonal helse- og sykehusplan utarbeides en del som omhandler bedre helsebygg. Denne må sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusenes eiendommer. Planen må inneholde følgende:

1. En vurdering av behovet for vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer for spesialisthelsetjenestens eiendommer.
2. En langsiktig, nasjonal plan for finansiering av vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer.
3. En justering av dagens finansieringsregelverk som innebærer at 70 prosent av kostnadene ved større nyinvesteringer kan lånefinansieres.
4. Etablering av en egen organisasjon for helsebygg, som skal sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusbygg, slik at disse blir mer funksjonelle og moderne.»

Komiteens medlemmer fra Høyre fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om at en plan for etablering av noen offentlig-private samarbeidsprosjekter (OPS) for sykehusbygg, som sikrer raskere realisering av nybygg og bedre vedlikehold av eiendommene, inngår som en del av en operativ, nasjonal helse- og sykehusplan.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er bekymret over det store vedlikeholdsetterslepet i norske helsebygg. Disse medlemmer mener det er behov for en langsiktig investerings- og vedlikeholdsplan for norske helsebygg. Disse medlemmer viser i den sammenheng til Innst. 11 S (2012–2013), der disse medlemmer foreslår en flerårig investeringsplan for bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Disse medlemmer mener det er nødvendig å lage et tydeligere skille mellom drift og investeringer i offentlige budsjetter. Dette gjelder også innenfor helsetjenesten. Disse medlemmer mener dagens situasjon i praksis medfører at pasientbehandlingen blir skadelidende for at sykehusene skal ha midler til å finansiere nye bygg eller vedlikehold. Alternativt blir forfallet på bygningsmassen enda større fordi sykehusene prioriterer pasientbehandling. Disse medlemmer mener dette i mange tilfeller medfører at man tar beslutninger som ikke er optimale. Disse medlemmer viser i den forbindelse til Helse Vest og Stavanger universitetssykehus som i disse dager er i planleggingsfasen for bygging av et nytt sykehus. Disse medlemmer peker på at det

er liten faglig uenighet om at et helt nytt sykehus ville vært det beste både for pasientene og også for å legge opp til en effektiv drift og pasientflyt på sykehuset. Disse medlemmer peker på at en slik løsning nærmest er umulig å finansiere innenfor dagens modell. Disse medlemmer ønsker derfor et tydeligere skille mellom midler til drift og investering samt en egen investeringsplan for sykehussektoren. Dette kan inngå som en del av nasjonal sykehusplan.

Disse medlemmer har ingen motforestillinger mot at helseforetakene velger å organisere sine utbygginger som OPS dersom man finner det hensiktsmessig. Disse medlemmer mener likevel ikke at OPS er et mål i seg selv. Disse medlemmer ønsker å legge til rette for at det er satt av tilstrekkelig handlingsrom til sykehusene til å gjennomføre nødvendige investeringer. Dette kan i mange tilfeller gjøres rimeligere gjennom direkte statlige bidrag til utbyggingen enn det en nedbetaling over mange år gjennom OPS kan bidra til.

Disse medlemmer mener det er nødvendig å åpne for at helseforetakene kan lånefinansiere en større andel av sine utbygginger enn i dag. Disse medlemmer understreker imidlertid at dette vil kreve større driftsbudsjetter til å dekke lånekostnadene dersom dette ikke skal gå ut over pasientbehandlingen. Disse medlemmer viser i den sammenheng til Innst. 11 S (2012–2013) der disse medlemmer foreslår betydelig større ramme til helseforetakene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti er ikke prinsipiell motstander av OPS-prosjekter, men er av den oppfatning at sykehusutbygginger stiller i en særstilling, og at OPS-prosjekter dermed ikke er å foretrekke. Det er stor grad av kompleksitet i sykehusutbygginger. Det utvikles stadig nye og innovative løsninger for å sikre trygg og effektiv pasientbehandling og gode arbeidsforhold for ansatte. Det er viktig å sikre kompetanseoverføring fra en utbygging til en annen, og dette medlem mener OPS-prosjekter for sykehusutbygginger vil svekke dette hensynet.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen om at det i forbindelse med en mer operativ nasjonal helse- og sykehusplan utarbeides en del som omhandler bedre helsebygg. Denne må sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusenes eiendommer. Planen må inneholde følgende:

1. En vurdering av behovet for vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer for spesialisthelsetjenestens eiendommer.
2. En langsiktig, nasjonal plan for finansiering av vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer.
3. En justering av dagens finansieringsregelverk som innebærer at 70 prosent av kostnadene ved større nyinvesteringer kan lånefinansieres.
4. Etablering av en egen organisasjon for helsebygg, som skal sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusbygg, slik at disse blir mer funksjonelle og moderne.

Forslag fra Høyre:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen om at en plan for etablering av noen offentlig-private samarbeidsprosjekter (OPS) for sykehusbygg, som sikrer raskere realisering av nybygg og bedre vedlikehold av eiendommene, inngår som en del av en operativ, nasjonal helse- og sykehusplan.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 8:54 S (2012–2013) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Jan Tore Sanner om bedre helsebygg – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 23. mai 2013

Bent Høie

leder

Line Henriette Hjemdal

ordfører

Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 15. mai 2013

Dokument 8:54 S (2012–2013) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie og Jan Tore Sanner om bedre helsebygg

Jeg viser til henvendelse av 19. april 2013 fra helse- og omsorgskomiteen vedrørende Dokument nr. 8:54 S (2012-2013) hvor representantene Bent Høie og Jan Tore Sanner fremmer følgende forslag:

Stortinget ber regjeringen om at det utarbeides en nasjonal plan for bedre helsebygg, som sikrer bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehuses eiendommer. Planen må inneholde følgende:

1. *En vurdering av behovet for vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer for spesialisthelsetjenestens eiendommer.*
2. *En langsiktig, nasjonal plan for finansiering av vedlikehold, oppgradering og nyinvesteringer.*
3. *En justering av dagens finansieringsregelverk som innebærer at 70 pst. av kostnadene ved større nyinvesteringer kan lånefinansieres.*
4. *En plan for etablering av noen offentlig-private samarbeidsprosjekter (OPS) for sykehusbygg, som sikrer raskere realisering av nybygg og bedre vedlikehold av eiendommene.*
5. *Etablering av en egen organisasjon for helsebygg, som skal sikre bedre vedlikehold og raskere fornyelse av sykehusbygg, slik at disse blir mer funksjonelle og moderne.*

Ett av flere viktige mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av de verdier som ligger i investert kapital, dvs. bygg og utstyr, samt å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng. Ansvaret er understøttet gjennom finansieringssystemet, hvor midler overføres som rammer og ikke som øremerkede tilskudd. Dette gjelder også investeringer.

Sykehusene overtok en varierende bygningsmasse i 2002. Ved inngangen til reformen lå det føringer om flere store sykehusutbygginger, bl.a. Ahus og St. Olavs Hospital, samt slutføring av investeringer knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse.

Samtidig innebar de økonomiske rammene for de regionale helseforetakene at bare to tredeler av bygningsmassen kunne gjenanskaffes, eller to av tre sykehus. I dette lå det et betydelig effektiviseringskrav.

Det var den rød-grønne regjeringen som fra og med 2008 fikk økt bevilgningsnivået til investeringer permanent med 1,67 mrd. kroner. Samlet bevilges det årlig om lag 5,5 mrd. kroner gjennom helseforetakenes basisrammer til oppgradering av sykehusbygg og nytt medisinsk-teknisk utstyr, samt avdrag på tidligere lån.

Vi har fått orden på sykehusenes økonomi. Det er en tydelig ansvarsdeling og økt oppmerksomhet på investeringer og nye utviklingsmuligheter. Alle de regionale helseforetakene utarbeider økonomiske langtidspaner hvor det ligger inne konkrete planer for framtidige investeringer. Planene er styrebehandlet, omforent og prioritert innad i regionen. Og investeringsplanene er ambisiøse. Helse Nord alene har f.eks. planlagt investeringer for 7,35 mrd. kroner de neste fem årene. Dette betyr i snitt 1,5 mrd. kroner årlig. Sammenlignet mot dagens avskrivningsnivå i Helse Nord på 600 mill. kroner, innebærer dette en formidabel oppbygging og fornying av bygg og utstyr i regionen. Tilsvarende ambisiøse planer er behandlet og styrevedtatt i Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Lokalt ansvar og lokal beslutningsmyndighet gir løsninger som passer lokale forhold, og gir incitament til og mulighet for å avveie bruk av de tildelte rammene på en best mulig måte. I alle regioner prioriteres et økt investeringsnivå. Dette er prioriteringer som vanskelig kunne vært gjort av departementet eller Stortinget, og jeg mener at mye taler for et mest mulig helhetlig lokalt og regionalt ansvar. En egen plan for investeringer gir heller ikke mer penger til investeringer. Økte rammer til sykehus er en prioriteringssak for Stortinget.

Forslagsstillerne mener at OPS og annen privat finansiering vil kunne være med på å finansiere prosjekter i sykehussektoren som gjør at prosessen går langt fortere enn hva man kan forvente med dagens investeringshastighet over statsbudsjetter. Den statlige låneordningen gir helseforetakene tilgang til lån til en lavere kostnad enn private utbyggere. For det første kan man ikke låne mer enn hva en har råd til – dette gjelder også OPS-prosjekter. Bruk av OPS-prosjekter har tidligere vært hyppig benyttet i andre europeiske land, bl.a. Storbritannia. En av hovedgrunnene var å redusere offentlig gjeld.

I 2011 la det britiske underhuset v/Committee of Public Accounts fram to kritiske rapporter om erfaringer med bruk av Private Finance Initiativ (PFI). (Lessons for PFI in Housing and Hospital fra januar 2011 og Lessons from PFI and other projects fra juli

2011.) I den førstnevnte, som særskilt så på sykehussektoren, var konklusjonen at en ikke klart og entydig kunne rettferdiggjøre bruk av PFI sett i et «value for money» perspektiv. Committee of Public Accounts er tilnærmet lik den norske kontroll- og konstitusjonskomiteen.

I Sverige omtales nå utbygging av Nye Karolinska som en skandale. Den svenske konservative tanke-mien Timbro ved lege og forsker Anders Lundberg har publisert en rapport som konkluderer med at Nye Karolinska har endt opp med en langt høyere kostnad enn alternativene, som en følge av kortsiktighet, kjepphester og politisk ønsketenkning. Rapporten er likevel ikke negativ til OPS generelt sett, men det uttrykkes helt klart at OPS egner seg bedre for infrastrukturprosjekter, enn for komplekse, dynamiske virksomheter som sykehus.

Sykehus er komplekse og dynamiske virksomheter. Å inngå langsiktige avtaler på opptil 25 år knyttet til bruk og drift av lokaler hindrer fleksibilitet knyttet til utvikling av helsetjenesten.

Det hevdes at OPS skal gi mer kostnadseffektive tjenester sammenligne med den mer tradisjonelle måten å anskaffe og å drifte tjenester på. I teorien rundt OPS synes de viktigste faktorene å være:

- Bygging, drift og vedlikehold av fasilitetene sees i sammenheng. For eksempel kan økte investeringer i byggeperioden gi større besparelser i drift og vedlikehold.
- En betydelig frihet i forhold til at det spesifiseres hva som skal leveres og ikke hvordan.
- Riktig fordeling av risiko.
- For OPS-prosjekter som også omfatter arbeidsintensiv tjenesteyting, som omsorgsarbeid, er mye av besparelsene knyttet til i hvilken grad en effektivt bruker personalet. En viktig faktor er å være mer selektiv til hvilke arbeidsoppgaver som må løses av fagpersonell og hvilke som kan løses av medarbeider med mindre erfaring.

Jeg mener at alle disse faktorene kan håndteres og håndteres godt – innenfor dagens ordning. I tillegg må det legges til at når representantene foreslår en *nasjonal plan* for bedre sykehusbygg, så står det for en helt annen filosofi enn hva som ligger ved bruk av OPS.

Siden staten overtok eierskapet til sykehusene har det vært gitt statlige lån gjennom egen låneordning administrert av Helse- og omsorgsdepartementet. Låneordningen har gode rentevilkår som gir lavere rentekostnader enn tilsvarende private lån ville gitt. Fra 2002 til 2012 har det vært bevilget 20 mrd. kroner i lån over statsbudsjettet. Låneordningen og midler i basisrammen har ført til en høy investeringsaktivitet i sektoren. Etablert praksis tilsier at helseforetakene kan få inntil 50 prosent låneandel til

prosjektene. Helseforetakene har dermed store frihetsgrader når det gjelder investeringer. En økning av helseforetakenes låneandel er et budsjettspørsmål og må tas i de ordinære budsjetttrundene.

I foretaksmøter i januar fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg. Et nytt nasjonalt foretak skal bistå i kunnskapsoverføring mellom helseforetak, i utvikling og forvaltning av eiendomsmassen og planlegging av byggeprosjekter. Utredningen skal være ferdigstilt innen 1. oktober i år. Med den investerings-takten vi har i regionene, brukes det store beløp på å planlegge og utvikle sykehusbygg. Det bør i større grad bli slik at neste byggetrinn i én region, kan bygge på erfaringene fra siste byggetrinn i en annen region. Det finnes i dag et kompetansenettverk for sykehusplanlegging. I tillegg er det et utstrakt samarbeid mellom regionene. Men jeg mener at vi trenger et fastere og mer forpliktende samarbeid på området. Dette selskapet skal bygge opp et sterkere fagmiljø på forvaltning av sykehusbygg og eiendom og kan bidra til effektive planprosesser ved utprøving av ulike prosjektmodeller, innovasjon og utvikling for å sikre effektive sykehus og økt kvalitet.

Representantene fra Høyre mener det bør etableres egne eiendomsselskaper, og viser i denne sammenhengen til at St. Olavs eiendom er etablert som en egen resultatenheter for å ivareta eierskap og forvaltning av bygg og eiendom. Jeg mener at eierskapet til bygg og eiendom bør og skal ligge hos helseforetakene. Drift og investeringer henger nøye sammen, og helseforetakene må ha nødvendig fleksibilitet og handlingsrom i forhold til å utvikle sine egne bygg. Innenfor dagens modell gis det åpning for at helseforetakene kan organisere sin virksomhet på ulike måter, slik det for eksempel er gjort ved St. Olavs Hospital.

Mens kostnader knyttet til kapital er en relativt konstant størrelse, vil de årlige investeringene variere i takt med utbyggingsprosjektene som gjennomføres. Som representanten skriver lå investeringsnivået i 2011 på om lag 5,3 mrd. kroner. Dette innebar at verdien av helseforetakenes bygg og utstyr ble noe redusert dette året. Til sammenligning har helseforetakene for 2013 budsjettet med et investeringsnivå på 9,5 mrd. kroner.

Siden 2002 har det vært en gjennomsnittlig årlig investeringsaktivitet på om lag

7 mrd. kroner. Dette er mer enn dobbelt så mye som gjennomsnittlig investeringsaktivitet på 1990-tallet. I perioden 2005-2012 har investeringsaktiviteten vært høyere enn gjennomsnittet dette tiåret. Det høye investeringsnivået innebærer at verdien av bygg og medisinsk teknisk utstyr i norske sykehus har økt. Helseforetakene overtok bygg og utstyr i 2002 til en

verdi av 66 mrd. kroner. Ved utgangen av 2011 hadde dette steget til 79 mrd. kroner. Tallenes tale er helt klar. Verdiene av helseforetakenes eiendommer har økt. Helseforetakene har i perioden etter sykehusreformen økt verdien på sine sykehusbygg og medisinsk-tekniske utstyr. Vi har fått til flere moderne, oppgraderte og funksjonelle sykehus. Likevel er det fremdeles sykehus som trenger oppgradering og modernisering, noe helseforetakene har planer for.

Representantene er opptatt av rask gjennomføring av nye investeringsprosjekter. Den etablerte låneordningen innebærer at helseforetakene selv velger den utbyggingstakten som de ser mest hensiktsmessig og effektiv for sine prosjekter. De statlige lånemidlene utbetales i tråd med ønsket framdrift og likviditetsbehov i prosjektene. Samtidig er det ikke lagt til rette for at alle ønsker og planer kan gjennomføres samtidig. Her er det ikke tilgang på lån som er avgjørende. Utvikling av helsetjenesten både når det gjelder investeringer og drift, sikres gjennom gode rammevilkår og robust økonomi. Helseforetakene kan – på samme måte som private husholdninger – ikke ta opp større lån enn det de har mulighet for å betjene gjennom den økonomien de har. Det samme

gjelder OPS-prosjekter. For høy gjeld medfører at det blir for lite penger igjen til blant annet helsepersonell, medisiner og vedlikehold. Derfor har jeg fokus på fortsatt gode rammevilkår til helseforetakene og god styring på bruk av midlene som sikrer fortsatt god utvikling i spesialisthelsetjenesten. Videre er det slik at når de regionale helseforetakene skal bygge sykehus, er det ikke tilstrekkelig å være i økonomisk balanse når byggingen starter. De regionale helseforetakene må også utarbeide langtidsbudsjetter som viser at de har økonomisk ryggrad til å bære investeringen over tid, dvs. at framtidige renter, avdrag og avskrivninger må dekkes inn innenfor tilgjengelige rammer. Dette ansvaret har de regionale helseforetakene fram til nå håndtert på en helt utmerket måte i alle deler av landet. Helseforetaksmodellen har for første gang gitt oss kontroll over både drift og investeringer – noe som er helt avgjørende for at vi i framtida kan yte kvalitativt gode og likeverdige helsetjenester over hele landet. Hvor mye vi skal bruke på sykehus og investeringer er et bevilgningsspørsmål uansett hvilken modell eller finansieringsform som velges.