

Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021–2022) Rapport



Revisjonen er gjennomført i henhold til

- lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd
- instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 5 andre ledd
- INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- Riksrevisjonens faglige retningslinjer for selskapskontroll
- Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon

Forsidebilde: National cancer institute/Unsplash

ISBN-978-82-8229-527-7

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Mål og problemstillinger	7
1.3	Revisjonskriterier	7
1.4	Undersøkellesmetoder	8
2	Tilstanden til helseforetakenes bygg	9
2.1	Oppsummering	9
2.2	Den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg i 2020	10
2.3	Utviklingen av den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg	16
2.4	Bygningsmassen i helseforetakene har et stort oppgraderingsbehov	22
3	Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr	26
3.1	Oppsummering	26
3.2	Tilstanden til MTU-parken i 2020	27
3.3	Utvikling i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr.....	36
3.4	Havariinvesteringer	39
4	Utviklingen i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010	41
4.1	Oppsummering	41
4.2	Helseforetakenes investeringer etter 2010	42
4.3	Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader etter 2010	46
5	Helseforetakenes styring av investeringer	49
5.1	Oppsummering	49
5.2	Om helseforetakene når investeringsnivået i langtidsplanene.....	50
5.3	Om helseforetakene når planlagte økonomiske resultater	58
5.4	Helseforetakenes rutiner for å utarbeide investeringsplaner	62
5.5	Sammenhengen mellom vedlikeholdsbudsjettet og vedlikeholdskostnader for bygg	66
5.6	Helseforetakenes mål og overordnede planer for bygg og medisinsk-teknisk utstyr.....	68
5.7	Styringsinformasjon om bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene	71
5.8	Planlagt investeringsnivå i årene framover	74
6	Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer	80
6.1	Oppsummering	80
6.2	Ansvar, roller og styringsmodell	81
6.3	Krav stilt til de regionale helseforetakene i foretaksmøter	83
6.4	Økonomiske virkemidler	85
6.5	Planer og budsjettarbeid	88
6.6	De regionale helseforetakenes oppfølging av bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene..	91
7	Vurderinger	95

7.1	Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr.....	95
7.2	Mange helseforetak når ikke planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner	97
7.3	Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer	98
7.4	De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte	100
7.5	Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagt investeringsnivå har blitt realisert i mange helseforetak.....	102
7.6	Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås.....	102
8	Referanseliste	104
	Vedlegg 1: Revisjonskriterier	106
	Vedlegg 2: Metodisk tilnærming og gjennomføring	112

Tabelloversikt

Tabell 1	Samlet teknisk tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2012, 2016 og 2020	17
Tabell 2	Utviklingen i samlet tilstand på helseforetakenes lokasjoner fra 2012 til 2020, i antall	22
Tabell 3	Samlet vedlikeholdsetterslep og årlig behov per m ² i helseregionene, i kroner	23
Tabell 4	COCIR-standardene	31
Tabell 5	Krav knyttet til investeringer, planlegging og bygg i foretaksmøter i årene 2012–2020.....	84

Figuroversikt

Figur 1	Samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2020	11
Figur 2	Andel av bygningsmassen med henholdsvis dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand, prosentvis.....	12
Figur 3	Samlet tilstandsgrad på lokasjoner som har somatiske sykehus i 2020	15
Figur 4	Utviklingen av tilstandsgraden på helseforetakenes bygg fra 2012 til 2020	18
Figur 5	Utvikling i samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg, 2012–2020	20
Figur 6	Oppgraderingsbehov per m ² per år de neste ti årene, i kroner	23
Figur 7	Gjennomsnittlig alder på MTU per helseforetak i 2020	27
Figur 8	Gjennomsnittsalderen til sykehusenes MTU-park i 2020.....	29
Figur 9	MTU-parken i helseforetakene etter aldersgruppe i 2020.....	31
Figur 10	Andelen av MTU-parken i helseforetakene som har overskredet den økonomiske levetiden i 2020, i prosent	32
Figur 11	Gjennomsnittsalderen til ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst i 2020	33
Figur 12	Forskjeller i gjennomsnittsalderen per MTU-kategori mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2020	34
Figur 13	Utviklingen i gjennomsnittsalderen til MTU-parken fra 2015 til 2020 per helseforetak	36
Figur 14	Utviklingen i andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, fra 2015 til 2020	38
Figur 15	Andelen av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i 2019 som skyldes havari, i prosent	39
Figur 16	Investeringer i helseforetakene fra 2010 til 2019, i millioner kroner.....	42
Figur 17	Verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene i 2010 og 2019, i millioner kroner.....	44
Figur 18	Verdien på helseforetakenes bygg i 2010 og 2019, i millioner kroner	45
Figur 19	Verdien på medisinsk-teknisk utstyr i 2010 og 2019, i millioner kroner	46

Figur 20 Utviklingen i driftskostnader, lønnskostnader og avskrivninger fra 2010 til 2019, i millioner kroner.	47
Figur 21 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde det planlagte investeringsnivået, i prosent	52
Figur 22 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå for perioden 2016–2019, i millioner kroner	53
Figur 23 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i bygg for perioden 2016–2019, i millioner kroner	54
Figur 24 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i MTU for perioden 2016–2019, i millioner kroner	55
Figur 25 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd planlagt investeringsnivå på kort og lang sikt, i prosent.....	57
Figur 26 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde de planlagte økonomiske resultatene, i prosent	59
Figur 27 Planlagt resultat i den økonomiske langtidsplanen og oppnådd resultat for perioden 2016–2019, i millioner kroner	60
Figur 28 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd de planlagte økonomiske resultatene på kort og lang sikt, i prosent	61
Figur 29 Andelen år i perioden 2010–2019 der helseforetak budsjetterte med lavere vedlikeholdskostnader enn det som ble brukt på vedlikehold året før, i prosent.....	67
Figur 30 Faktiske overskudd i perioden 2016–2019 og planlagte overskudd i perioden 2021–2024, i tusen kroner	78

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Oversikt over helseforetak	7
Faktaboks 2 Systemet med tilstandsgrader	13
Faktaboks 3 Forhold som påvirker tilstandsgraden.....	21
Faktaboks 4 OUS' beskrivelse av mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park	30
Faktaboks 5 RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst.....	35
Faktaboks 6 Økonomiske langtidsplaner.....	51
Faktaboks 7 Sammenhengen mellom den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet	58
Faktaboks 8 Prosessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan og et årsbudsjett i helseforetakene....	63
Faktaboks 9 Forskjellen mellom vedlikehold og investeringer	66
Faktaboks 10 Utviklingsplaner.....	70
Faktaboks 11 Prosjekter over 500 millioner kroner under gjennomføring og planlegging 2021–2024	76
Faktaboks 12 State of the Nation – Norges tilstand 2021	77
Faktaboks 13 Årlig melding	90
Faktaboks 14 Regional rammeavtale for intensivrespiratorer i Helse Sør-Øst	94

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Da helseforetaksreformen ble innført i 2002, var foretaksorganiseringen blant annet begrunnet med at det i det tidligere systemet var for lite bevissthet rundt innsatsfaktoren kapital, både knyttet til bygninger og utstyr.¹ Bygninger og medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er sentrale innsatsfaktorer for helseforetakene for å for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet og god ressursutnyttelse. Investeringer i slike innsatsfaktorer er dessuten nødvendig for å klare omstillingene som er påkrevd framover.

Medisinsk-teknisk utstyr er instrumenter, apparater og hjelpemidler som brukes i forbindelse med forebygging, diagnostisering, behandling eller rehabilitering. Dette omfatter en mengde ulike typer utstyr, for eksempel respiratorer, laboratorieutstyr, kirurgiske instrumenter og røntgenutstyr.

Omtrent 60 prosent av investeringene i spesialisthelsetjenesten går til bygg, og 15 prosent går til medisinsk-teknisk utstyr og maskiner. Det resterende går til investeringer i IKT, transportmidler og annet.² Denne undersøkelsen omfatter investeringer i helseforetakene som utfører pasientbehandling. Det vil si at de regionale helseforetakene, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene ikke er inkludert.

I Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019*, påpeker helse- og omsorgskomiteen at omstillingstakten må økes sammenlignet med tidligere år for å sikre en bærekraftig utvikling. Utviklingen i folketallet og alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus. I tillegg gir nye behandlingsmetoder endrede arealbehov.

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* vises det til SSBs anslag om at en årsverksvekst på 35 prosent fram mot 2035 innebærer at helse- og omsorgstjenesten vil legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken, for å dekke framskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. Det vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressursene på. Det framheves derfor at det er behov for å vri ressursveksten fra personell, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet. I planen legges det vekt på at det er særlig viktig å gjennomføre arbeidskraft-besparende teknologiske endringer, og at spesialisthelsetjenesten i planleggingsarbeidet sitt må ha særlig oppmerksomhet på teknologiens mulighet til å redusere behovet for økt bemanning.

Det var indikasjoner på at investeringsnivået i helseforetakene er for lavt, og at mange helseforetak ikke investerer tilstrekkelig til å opprettholde standarden på bygg og utstyr:

- Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene viste at rundt halvparten av bygningsmassen hadde dårlig teknisk tilstand.³ I innstillingen til denne undersøkelsen uttalte komiteens flertall at en betydelig del av bygningsmassen hadde for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstille kravene, og at det var behov for omfattende oppgraderinger, i og med at deler av bygningsmassen var lite egnet for driften.⁴
- Senere kartlegginger viser en svak forbedring av den tekniske tilstanden til byggene mellom 2014 og 2017.⁵
- En kartlegging av utvalgte typer utstyr ved landets sykehus i 2014 viste behov for prioritering av utstyrs-investeringer. Samtidig var det utfordringer knyttet til å prioritere mellom utskifting og nyinvesteringer.⁶

¹ Ot. prp. nr 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*.

² Kilde: SSB. Gjennomsnitt 2010–2019.

³ Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*.

⁴ Innst. 42 S (2011–2012).

⁵ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

⁶ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.142.

Når helseforetakene planlegger framover, tar de høyde for økte investeringer. Samlet sett planlegger helseregionene investeringer for nærmere 76 milliarder kroner i perioden 2020–2023. Til sammenligning ble det ifølge departementet investert for om lag 36 milliarder kroner i perioden 2016–2019. Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 må sykehusenes investeringsplaner framover ses i lys av dagens tilstandsgrad på bygningsmassen, at arealbehovene endres med nye behandlingsformer, og at det må legges til rette for ny medisinsk teknologi og digitale løsninger.⁷

I foretakenes langtidsplaner er planlagte overskudd i perioden 2020–2023 på om lag det samme nivået som det ble planlagt for i perioden 2016–2019. De samlede driftskostnadene i helseforetakene, hvorav lønn utgjør den største andelen, har imidlertid økt mer enn kapitalkostnadene over de siste ti årene.⁸

Helse- og omsorgsdepartementet har som overordnet myndighet og som eier av de regionale helseforetakene det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester, og at de helsepolitiske målene nås. Dette innebærer blant annet å legge til rette for at nødvendig infrastruktur er på plass i form av tekniske hjelpemidler, utstyr og lokaler.

De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet ved at bevilgninger til investeringer ikke er øremerket. Dette innebærer at foretakene har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng, og at investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold må prioriteres opp mot annen drift.

De fire regionale helseforetakene eier helseforetakene i sin region. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF eier fire helseforetak hver. Helse Midt-Norge RHF eier tre helseforetak, mens Helse Sør-Øst RHF eier ni helseforetak (se faktaboks 1 for en oversikt over helseforetakene).⁹ De fleste helseforetakene utfører pasientbehandling på flere lokasjoner. Dette kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus eller distriktpsikiatriske sentre.

Helseforetakene fordeler selv midlene de har blitt tildelt mellom egen drift og investeringer, og de må prioritere investeringene sine innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for investeringer. Motsatt gir overskudd i driften et økt handlingsrom. Helseforetakene har mulighet til ta opp statlige lån til investeringer over 500 millioner kroner på inntil 70 prosent av prosjekt-kostnadene. Dette er avhengig av regionale prioriteringer. Helseforetakene har også mulighet til å søke om regionale lån til noen typer investeringer.

⁷ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

⁸ Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper. Kapitalkostnader er målt som årlige avskrivninger, det vil si det årlige verdifallet til eiendelene til helseforetakene.

⁹ Dette omfatter kun helseforetak som driver sykehus. I tillegg har de regionale helseforetakene organisert ulike infrastrukturtenester i helseforetak som de enten eier hver for seg eller i fellesskap. Dette gjelder blant annet sykehusapotek og IKT-tjenester.

Faktaboks 1 Oversikt over helseforetak

Regionale helseforetak	Helseforetak	Kortnavn for helseforetak
Helse Midt-Norge RHF	Helse Møre og Romsdal HF	Møre og Romsdal
	Helse Nord-Trøndelag HF	Nord-Trøndelag
	St. Olavs hospital HF	St. Olav
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	Finnmark
	Helgelandssykehuset HF	Helgeland
	Nordlandssykehuset HF	Nordland
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	UNN
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF	Ahus
	Oslo universitetssykehus HF	OUS
	Sunnaas sykehus HF	Sunnaas
	Sykehuset i Vestfold HF	Vestfold
	Sykehuset Innlandet HF	Innlandet
	Sykehuset Telemark HF	Telemark
	Sykehuset Østfold HF	Østfold
	Sørlandet sykehus HF	Sørlandet
	Vestre Viken HF	Vestre Viken
Helse Vest RHF	Helse Bergen HF	Bergen
	Helse Fonna HF	Fonna
	Helse Førde HF	Førde
	Helse Stavanger HF	Stavanger

1.2 Mål og problemstillinger

Målet er å undersøke om spesialisthelsetjenesten legger til rette for effektiv drift og god pasientbehandling gjennom investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og bygg.

Målet belyses gjennom følgende problemstillinger:

1. Har investeringene i helseforetakene bidratt til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr?
2. Hvordan styrer helseforetakene for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?
3. Hvordan legger de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet til rette for at helseforetakene kan prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse på de kravene, normene og standardene som er relevante på området for den aktuelle forvaltningsrevisjonen, og er sammen med faktabeskrivelsen grunnlaget for Riksrevisjonens vurderinger. Følgende sentrale kilder til kriterier ligger til grunn for undersøkelsen:

- *lov om helseforetak m.m.* og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* og Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* og Innst. 206 S (2015–2016)
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og Innst. 255 S (2019–2020)

- Faglige standarder for å vurdere tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr:
 - *NS 3424:2012 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring*
 - *Age Profile Medical Devices* – European Coordination Committee of the Radiological and Electromedical Industries (COCIR)

I innledningen til hvert kapittel blir aktuelle kriterier kort beskrevet. Fullstendige revisjonskriterier for undersøkelsen finnes i vedlegg 1.

1.4 Undersøkellesmetoder

Vi har undersøkt problemstillingene ved å analysere regnskapstall, dokumenter og data fra helseforetakenes registre for henholdsvis bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Videre har vi sendt brev med spørsmål til de regionale helseforetakene og helseforetakene og intervjuet de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Undersøkellesperioden er fra 2010. I analysene har vi brukt data for hvert enkelt år siden 2010 (eventuelt så langt tilbake som det eksisterer data), data på to tidspunkter (for eksempel 2015 og 2020) eller siste tilgjengelige data (for eksempel 2020). Datainnsamlingen har foregått i perioden fra august 2019 til desember 2020. Den metodiske tilnærmingen og gjennomføringen er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

2 Tilstanden til helseforetakenes bygg

Dette kapitlet gir en oversikt over hvordan den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg har utviklet seg etter 2012. Alle foretakene har vurdert og registrert tilstanden på byggene siden 2012.

Bygninger er sentrale innsatsfaktorer for helseforetakene for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet og god ressursutnyttelse. Investeringer i slike innsatsfaktorer er nødvendig også for å klare omstillingene som er påkrevd framover. Eiendommene representerer de største verdiene til helseforetakene. Spesialisthelsetjenestens bygningsmasse har et areal på anslagsvis 5 millioner m², til en regnskapsført verdi på ca. 73 milliarder kroner. Dette gjør spesialisthelsetjenesten til Norges største eiendomsforvalter.

Utvalgte revisjonskriterier¹⁰

- Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene har bygg som har en god teknisk tilstand.
- Norsk Standard NS 3424:2012 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* gir en metode for å fastsette den tekniske tilstanden til et bygg.

2.1 Oppsummering

Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen har utviklet seg negativt i 11 av de 20 helseforetakene fra 2012 til 2020. Helseforetakene tar nye bygg i bruk over tid, mens andre bygg tas ut av bruk. De fleste av disse elleve foretakene hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020. Enkelte helseforetak med en negativ utvikling hadde bygningsmasse med meget god teknisk tilstand rundt 2010 fordi de hadde investert i nye store sykehus. I årene etter at nye bygg tas i bruk vil tilstanden bli dårligere som følge av bruk, men den vil fortsatt kunne være tilfredsstillende.

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.

Helseforetakene utfører pasientbehandling ved flere lokasjoner. Lokasjoner kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og distriktpsikiatriske sentre. Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i nesten to av tre lokasjoner fra 2012 til 2020. Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. De fleste helseforetakene har både lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020, og der den har blitt forbedret. Et flertall av lokasjonene som hadde utilfredsstillende tilstand på bygningsmassen i 2012, hadde dette også i 2020.

Flere helseforetak har planer om å bygge nye sykehus de kommende årene. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Samtidig er det i flere helseforetak som skal bygge nye sykehus, usikkerhet rundt når de nye byggene skal stå klare, og det er i flere tilfeller ikke besluttet hvilke sykehus som skal tas ut av bruk. Uansett er det slik at et flertall av byggene i de 150 lokasjonene der tilstanden ble kartlagt i 2020, ikke skal erstattes av nye bygg.

¹⁰ Se vedlegg 1 «Revisjonskriterier» for utdypende informasjon.

Den samlede tekniske tilstanden varierer mellom helseforetakene i 2020. 9 av 20 foretak har en samlet teknisk tilstand på byggene som er *utilfredsstillende*. Den tekniske tilstanden varierer også mellom lokasjonene i foretakene. Mer enn 40 prosent av de 150 lokasjonene har en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020.

I alle de fire regionene er det minst ett helseforetak som har en samlet *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. I Helse Sør-Øst gjelder dette for hele fem av ni helseforetak. Som følge av vedtatte byggeprosjekter vil antakelig alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge oppnå en tilfredsstillende *samlet* tilstandsgrad i løpet av få år.

Det framgår av helseforetakenes kartlegging av den tekniske tilstanden til byggene i 2020 at det tekniske oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslepet) er beregnet til å være minst 48 milliarder kroner. Det betyr at det vil koste minst 48 milliarder kroner å tilbakeføre bygningsmassen til en *tilfredsstillende* teknisk tilstand. I tillegg til dette vil helseforetakene også kunne ha behov for å gjennomføre investeringer for å tilpasse eldre bygg til nye funksjonelle behov og moderne sykehusdrift.

2.2 Den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg i 2020

Undersøkelsen viser at

- den samlede tekniske tilstanden til byggene er *utilfredsstillende* i halvparten av helseforetakene
- det er stor variasjon i den tekniske tilstanden til de ulike lokasjonenes bygningsmasse innenfor hvert helseforetak

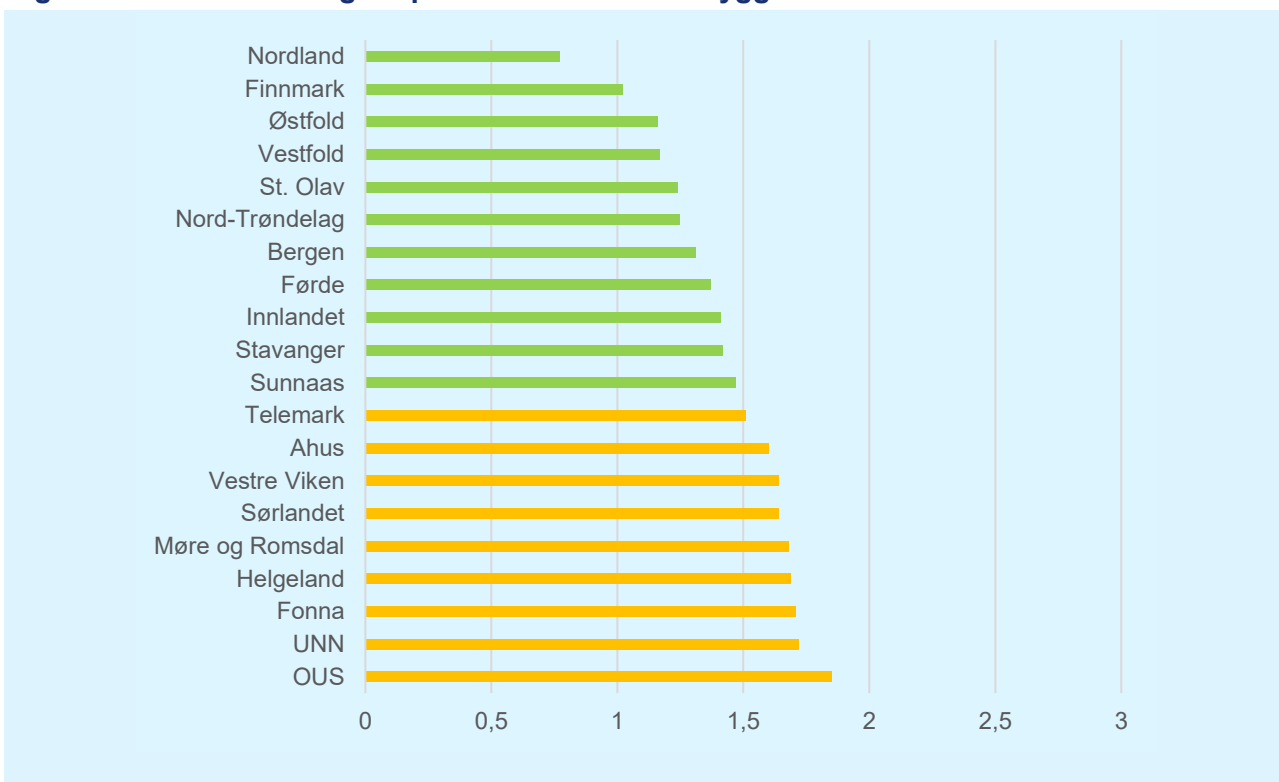
2.2.1 Den samlede tekniske tilstanden til byggene er utilfredsstillende i halvparten av helseforetakene

Samlet tilstandsgrad er det målet som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden til den samlede bygningsmassen til et helseforetak. Tilstandsgraden tar utgangspunkt i beregninger av den tekniske tilstanden til de enkelte byggene. I beregningen av samlet tilstand for hvert helseforetak vektet byggene etter areal. Faktaboks 2 gir informasjon om hvordan tilstandsgraden beregnes. Den tekniske tilstanden til henholdsvis et bygg, en lokasjon og et helseforetak fastsettes etter en skala:

Tilstandsgrad	Intervall	Klassifisering
Tilstandsgrad 0 (TG 0)	0–0,74	Meget god teknisk tilstand
Tilstandsgrad 1 (TG 1)	0,75–1,49	God / tilfredsstillende tilstand
Tilstandsgrad 2 (TG 2)	1,5–2,24	Utilfredsstillende tilstand
Tilstandsgrad 3 (TG 3)	2,25–3	Dårlig / meget dårlig tilstand

Figur 1 viser den samlede tilstandsgraden til helseforetakenes bygg i 2020. En tilstandsgrad som er lavere enn 1,5 vurderes som tilfredsstillende. Gjennomsnittet for alle foretakene sett under ett er 1,5. Grønne søyler i figuren markerer tilstandsgrad 1 (*tilfredsstillende* tilstand) og gule søyler tilstandsgrad 2 (*utilfredsstillende* tilstand). Ingen av helseforetakene har en samlet tilstandsgrad som er *meget god* eller *meget dårlig*.

Figur 1 Samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.

Figur 1 viser at det er en betydelig variasjon i samlet tilstandsgrad i 2020. Den varierer fra 0,77 for Nordland til 1,85 for OUS. Elleve helseforetak har en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på bygningsmassen i 2020 (dvs. lavere enn 1,5), mens det er ni helseforetak som har en *utilfredsstillende* teknisk tilstand (høyere enn 1,5).¹¹

Alle de fire regionale helseforetakene har minst ett helseforetak som har en *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. I Helse Sør-Øst har hele fem av ni helseforetak en *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. Som følge av vedtatte byggeprosjekter vil antakelig alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge oppnå en tilfredsstillende samlet tilstandsgrad i løpet av få år.

Sykehusbygg HF vurderte i utredning av verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten i 2018 at bygningsmassen til helseforetakene i 2017 hadde en samlet tilstandsgrad på omtrent 1,45.¹² Det ble framhevet at en samlet tilstandsgrad på 1,45 indikerer at en betydelig del av bygningsmassen har behov for vedlikehold eller oppgraderinger.¹³

I de nasjonale helse- og sykehusplanene er det vist til at målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstand bør være ca. 1,2. Dette er et mer ambisiøst mål enn det som er lagt til grunn i denne undersøkelsen. I 2020 har 16 av 20 helseforetak en samlet tilstandsgrad på bygningsmassen som er dårligere enn 1,2.¹⁴

Figur 2 viser for hvert helseforetak hvor stor del av bygningsmassen som har henholdsvis dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand i 2020.

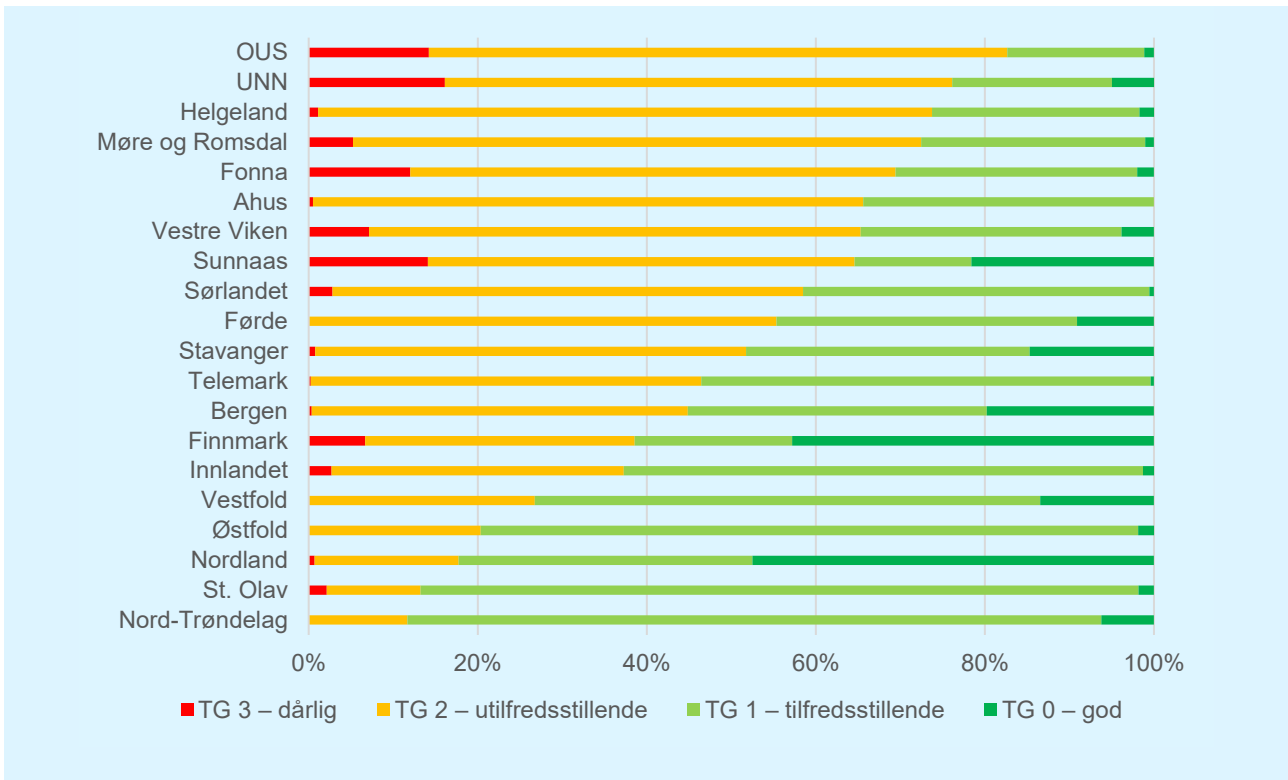
¹¹ I Fonna er Haugesund sykehus ikke kartlagt i 2020. Den tekniske tilstanden til bygningsmassen på denne lokasjonen var utilfredsstillende i 2016, så Fonnas bygningsmasse ville sannsynligvis hatt en utilfredsstillende teknisk tilstand dersom sykehuset i Haugesund hadde blitt kartlagt i 2020.

¹² Sykehusbygg HF er et felleseid helseforetak, noe som vil si at det er eid i fellesskap av de regionale helseforetakene.

¹³ Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, Sykehusbygg 2018, s. 3.

¹⁴ Unntakene er Finnmark, Nordland, Vestfold og Østfold.

Figur 2 Andel av bygningsmassen med henholdsvis dårlig, utilfredsstillende, tilfredsstillende og god tilstand, prosentvis



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet og sortert etter summen av tilstandsgrad 2 og 3. N = 20.

Figur 2 viser at det i fire helseforetak er mer enn 10 prosent av bygningsmassen som har en *dårlig* tilstand (tilstandsgrad 3). Videre viser figuren at det i elleve helseforetak er mer enn halvparten av bygningsmassen som har *utilfredsstillende* eller *dårlig* tilstand (tilstandsgrad 2 eller 3). OUS, UNN og Helgeland er de tre helseforetakene som har den høyeste andelen bygningsmasse med så dårlig kvalitet.

I noen få helseforetak har en relativt stor del av bygningsmassen meget god teknisk tilstand (tilstandsgrad 0). Flere av disse helseforetakene har de siste årene bygget nye sykehus eller gjennomført store rehabiliteringsprosjekter.

Faktaboks 2 Systemet med tilstandsgrader

Alle helseforetakene gjør tilstandsanalyser av sine bygg. Tilstandsgraden indikerer behovet for å bedre tilstanden på bygget og i hvilken grad det haster å gjennomføre tiltak.

I en tilstandsanalyse fastsettes det en teknisk tilstandsgrad (TG) på et bygg, der det brukes en skala fra 0 til 3. Tilstandsgraden fastsettes gjennom å kartlegge tilstanden til et antall komponenter innenfor hovedkategoriene i hver etasje – bygg, VVS, elkraft, tele og auto, andre installasjoner og utendørs – før det deretter beregnes et vektet gjennomsnitt for hele bygget.

Det er vanlig å beregne et samlet vektet gjennomsnitt for alle byggene på en lokasjon eller i et helseforetak. Beregningen av den samlede tilstandsgraden for alle byggene på en lokasjon eller i et helseforetak er arealvektet, det vil si at det tas hensyn til byggenes areal i gjennomsnittsberegningen.

Tilstandsgrad	Tilstand i forhold til referansenivået	Betydning/beskrivelse
TG 0	Ingen avvik	Tilstanden tilsvarer valgt referansenivå eller bedre. Det er ingen symptomer på avvik.
TG 1	Mindre eller moderat avvik	Byggverket eller bygningsdelen har normal slitasje og er vedlikeholdt.
TG 2	Vesentlig avvik	Byggverket eller delen er sterkt nedslitt eller har en vesentlig skade eller vesentlig redusert funksjon i forhold til referansenivået. Det er punktvis sterk slitasje og behov for lokale tiltak.
TG 3	Stort eller alvorlig avvik	Byggverket eller delen har total eller nært forestående funksjonssvikt.

Bygningskomponenter med TG 3 anses å måtte utbedres de neste 0–5 årene, mens komponenter med TG 2 anses å måtte vedlikeholdes innen de neste 5–10 årene. Ved gjennomsnittsberegninger uttrykkes tilstandsgraden med desimaler.

I Multiconsults rapporter avrundes og beskrives gjennomsnittlige tilstander på bygg, lokasjoner og helseforetak i fire kategorier:

Tilstandsgrad	Intervall	Betydning
TG 0	0–0,74	Meget god teknisk tilstand
TG 1	0,75–1,49	God / tilfredsstillende tilstand
TG 2	1,5–2,24	Utilfredsstillende tilstand
TG 3	2,25–3	Dårlig / meget dårlig tilstand

De første helseforetakene begynte å gjøre tilstandsanalyser før 2010, og alle foretakene gjør det i dag. Helse- og omsorgsdepartementet stilte i 2016 krav om at tilstandsanalyser skal gjøres hvert fjerde år. Alle foretakene gjennomførte tilstandsanalyser i 2020.

Dataprogrammet MultiMap brukes for å registrere analysene. Multiconsult har utviklet og drifter dette programmet for helseforetakene. Vi har innhentet data fra Multiconsult for tre tidspunkter (2012, 2016 og 2020).¹⁵ Det er gjennomført et ulikt antall tilstandsvurderinger i helseforetakene, og de gjør vurderingene med ulik hyppighet.

Systemet med tilstandsgrader er beskrevet i *Norsk Standard 3424:2012 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring*. Standarden er et verktøy til å få oversikt over tilstanden til et bygg eller deler av et bygg i forhold til et gitt referansenivå. Verktøyet gir også eventuelle tiltak som kan redusere eller lukke avvikene. Tilstandsanalyser kan dekke flere formål, blant annet kan det brukes i forbindelse med vedlikehold, utbedringer og langtidsbudsjettering.

Kilde: Norsk Standard 3424:2012 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* og Multiconsult

¹⁵ Fordi HF-ene gjør målinger på ulike tidspunkter, har vi brukt tilstandsvurderinger som er gjennomført nærmest disse årene.

2.2.2 Det er stor variasjon i den tekniske tilstanden til de ulike lokasjonenes bygningsmasse innenfor hvert helseforetak

En samlet teknisk tilstandsgrad til bygningsmassen til et helseforetak vil ikke synliggjøre variasjoner i tilstanden mellom helseforetakets lokasjoner. Eksempler på lokasjoner er somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, distriktpsikiatriske sentre og boliger. Alle helseforetakene, unntatt Sunnaas, har byggene sine fordelt på flere lokasjoner. Kartleggingen av den tekniske tilstanden i 2020 omfattet bygg ved 150 lokasjoner. 43 prosent av disse lokasjonene har en samlet *utilfredsstillende* tilstand.



Oversikt over teknisk tilstand ved OUS, lokasjon Ullevål i 2017. Byggene er fargelagt i henhold til tilstandsgrad. Kilde: Områdeplan BYGG ved OUS HF 2020–2023.

For å belyse om det er forskjeller i den tekniske tilstanden mellom lokasjoner med tilnærmet samme oppgaver, har vi analysert lokasjoner som har somatiske sykehus. Tilstanden til de omtrent 50 lokasjonene som har somatiske sykehus i 2020, er følgende:¹⁶

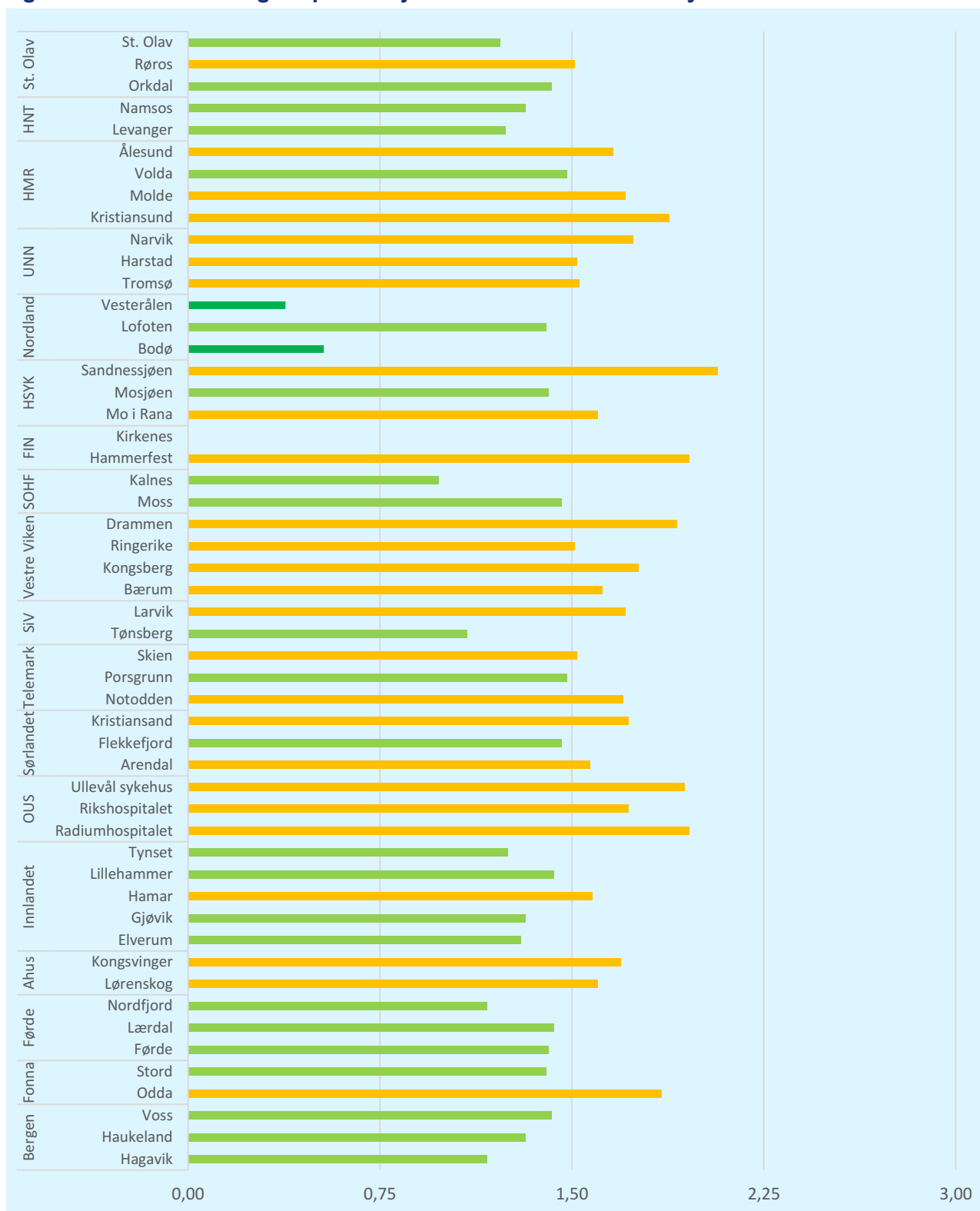
- 3 sykehus har en *meget god* teknisk tilstand.¹⁷
- 19 sykehus har en *tilfredsstillende* tilstand.
- 30 sykehus har en *utilfredsstillende* tilstand.
- Ingen sykehus har en *dårlig / meget dårlig* tilstand.

Kartleggingen av bygningsmassen i 2020 viser dermed at over halvparten av lokasjonene som utfører somatisk virksomhet, har en *utilfredsstillende* tilstand. Figur 3 viser at tilstanden til bygningsmassen kan variere mellom de somatiske sykehusene i samme helseforetak. En tilstandsgrad som er lavere enn 1,5 vurderes som *tilfredsstillende* (grønne søyler).

¹⁶ Disse lokasjonene kan også inkludere bygg som har andre formål enn somatisk behandling.

¹⁷ Sykehusene i Bodø, Vesterålen og Kalnes.

Figur 3 Samlet tilstandsgrad på lokasjoner som har somatiske sykehus i 2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. Figuren omfatter 18 helseforetak.¹⁸

Figur 3 viser at det er i alt fem helseforetak der alle sykehusene har en *tilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen (grønne søyler).¹⁹ I like mange helseforetak har alle sykehusene en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen (gule søyler).²⁰ Blant disse er det tre universitetssykehus.

¹⁸ Sunnaas og Stavanger inngår ikke.

¹⁹ Nord-Trøndelag, Bergen, Førde, Østfold og Nordland.

²⁰ Ahus, Finnmark, OUS, Vestre Viken og UNN.

Ni helseforetak har sykehus som er i forskjellige tilstandsgrupper i 2020. Det er naturlig at tilstanden til bygningsmassen vil variere mellom sykehusene i et helseforetak på grunn av ulike byggeperioder og prioriteringsrekkefølger.

Figur 3 viser også at den tekniske tilstanden på sykehusene varierer mellom de fire helseregionene. I Helse Vest er det flere sykehus med en *tilfredsstillende* teknisk tilstand enn med en *utilfredsstillende* tilstand. I Helse Sør-Øst er det motsatt. I de to andre helseregionene er det omtrent like mange sykehus i hver kategori.

2.3 Utviklingen av den tekniske tilstanden til helseforetakenes bygg

Vi har kartlagt hvordan den tekniske tilstanden til helseforetakenes samlede bygningsmasse har utviklet seg fra 2012 til 2020.

Undersøkelsen viser

- at like mange helseforetak har en *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene i 2020 som i 2012
- at den samlede tilstanden på bygningsmassen har utviklet seg negativt i et flertall av helseforetakene fra 2012 til 2020
- at den samlede tilstanden til byggene som ble brukt i 2012, er forverret i 2020 i de fleste helseforetakene
- at den samlede tilstanden til bygningsmassen har utviklet seg negativt på et flertall av helseforetakenes lokasjoner i perioden 2012–2020

2.3.1 Like mange helseforetak har en utilfredsstillende teknisk tilstand på byggene i 2020 som i 2012

Tabell 1 viser den samlede tekniske tilstanden til helseforetakenes bygningsmasse i 2012, 2016 og 2020. Grønne felt i tabellen viser at et helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *tilfredsstillende* (tilstandsgrad 1). Gule felt viser at helseforetaket har en samlet tilstand på byggene som er *utilfredsstillende* (tilstandsgrad 2). Ingen helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *meget god* (tilstandsgrad 0) eller *meget dårlig* (tilstandsgrad 3) i tilstandsvurderingene disse tre årene.

Tabell 1 Samlet teknisk tilstandsgrad på helseforetakenes bygg i 2012, 2016 og 2020

Helseforetak	2012	2016	2020
Innlandet	1,33	1,38	1,41
Nordland	1,39	0,87	0,77
Nord-Trøndelag	1,30	1,31	1,25
St. Olav	1,21	1,16	1,24
Stavanger	1,40	1,41	1,42
Vestfold	0,91	0,98	1,17
Finnmark	1,34	1,75	1,02
Bergen	1,58	1,36	1,31
Førde	1,52	1,38	1,37
Sunnaas	1,76	1,40	1,40
Østfold	1,53	1,07	1,16
Telemark	1,11	1,23	1,51
Vestre Viken	1,44	1,74	1,64
Helgeland	1,48	1,79	1,69
Sørlandet	1,28	1,53	1,64
Ahus	1,50	1,44	1,60
Fonna	1,94	1,82	1,71
Møre og Romsdal	1,52	1,92	1,68
OUS	1,65	1,78	1,85
UNN	1,74	1,58	1,72

Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.

Det framgår av tabellen

- at sju helseforetak har en samlet tilstand på byggene som er *tilfredsstillende* både i 2012 og i 2020
- at fire helseforetak som hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse i 2012, hadde en *tilfredsstillende* tilstand i 2020
- at fire helseforetak som hadde en *tilfredsstillende* bygningsmasse i 2012, hadde en *utilfredsstillende* tilstand i 2020 ²¹
- at fem helseforetak har en tilstand på byggene som er *utilfredsstillende* både i 2012 og i 2020 ²²

Tabell 1 viser at alle helseregionene i alle de tre årene har minst ett helseforetak som har en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen.

2.3.2 Den samlede tilstanden på bygningsmassen har utviklet seg negativt i et flertall av helseforetakene fra 2012 til 2020

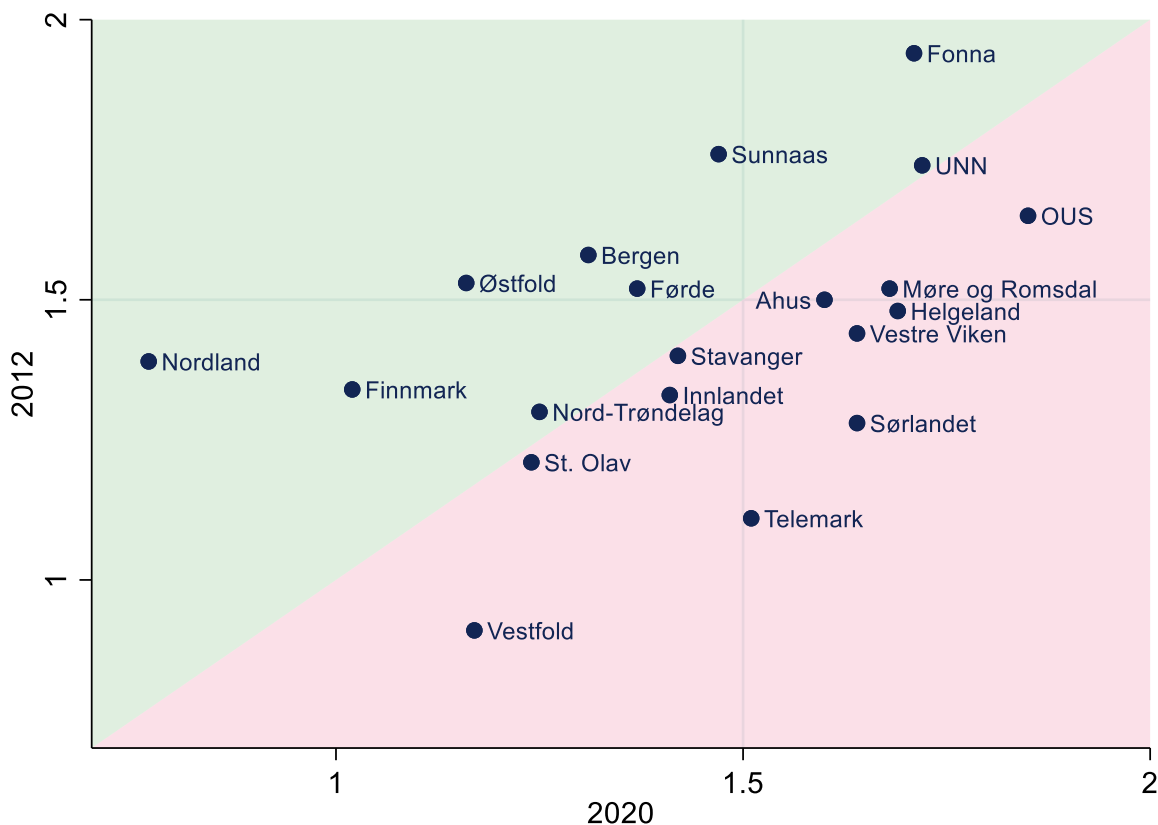
Mange av helseforetakene har hatt en relativt stor endring i den samlede tilstandsgraden uten at hovedtilstanden har endret kategori, jf. tabell 1. Figur 4 viser hvorvidt helseforetakene har hatt en positiv eller negativ utvikling i den samlede tilstandsgraden fra 2012 til 2020.

Den horisontale akse i figuren viser tilstandsgraden i 2020, mens den vertikale akse viser tilstandsgraden i 2012. Helseforetakene i det røde feltet i figuren har en samlet tilstand på byggene som ble forverret fra 2012 til 2020, mens den ble forbedret i helseforetakene i det grønne feltet.

²¹ Sykehuset i Kristiansand inngikk ikke i tilstandskartleggingen til Sørlandet i 2012.

²² Haugesund sykehus inngikk ikke i kartleggingen til Fonna i 2020.

Figur 4 Utviklingen av tilstandsgraden på helseforetakenes bygg fra 2012 til 2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet. N = 20.

Figur 4 viser at i 11 helseforetak ble den samlede tilstanden på bygningsmassen forverret fra 2012 til 2020, mens den ble forbedret i ni helseforetak. Utviklingen av den samlede tilstanden på byggene fra 2012 til 2020 er ulik i de fire regionene. Den samlede tilstanden på byggene er *forverret* i

- ett av fire helseforetak i Helse Nord
- to av tre helseforetak i Helse Midt-Norge
- ett av fire helseforetak i Helse Vest ²³
- sju av ni helseforetak i Helse Sør-Øst

Figuren viser samtidig at endringen var liten i fire av de elleve helseforetakene hvor tilstanden ble forverret.²⁴ Tre av disse helseforetakene hadde en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene både i 2012 og 2020, jf. tabell 1.²⁵

I de sju resterende av de elleve helseforetakene, der den teknisk tilstanden i større grad ble forverret, gikk fire av foretakene fra å ha en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene i 2012 til å ha en *utilfredsstillende* tilstand i 2020.²⁶ To helseforetak hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse allerede i 2012.²⁷ Det siste foretaket, Vestfold, hadde en *tilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene både i 2012 og 2020.

Det er flere forklaringer på den negative utviklingen i bygningsmassen siden 2012. Noen helseforetak med negativ utvikling hadde en bygningsmasse med god teknisk tilstand i 2012 fordi de hadde investert i nye store sykehus. De første årene vil slike nybygg få en dårligere teknisk tilstand, men tilstanden vil fortsatt være tilfredsstillende. Videre har flere helseforetak planer om å bygge nye sykehus. Når det er gjort et

²³ Dataene for Fonna inkluderer ikke Haugesund sykehus.

²⁴ Liten endring vil her si 0,1 eller mindre.

²⁵ St. Olav, Innlandet og Stavanger.

²⁶ Telemark, Sørlandet, Vestre Viken og Helgeland.

²⁷ OUS og Møre og Romsdal.

vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum.

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) publiserte en statusrapport om tilstanden til offentlige bygg i 2021.²⁸ RIF vurderer at tilstanden til dagens helsebygg i spesialisthelsetjenesten er den samme som i 2015. Rapporten konkluderer med at investeringstakten og endringene de siste fem årene samlet sett viser en vedvarende negativ trend med et lavere planlagt investeringsnivå enn hva behovet tilsier. Den negative trenden skal riktignok være noe redusert på grunn av marginale utbedringer i bygningsmassens tekniske tilstand.

Rapporten fra RIF viser også at andelen bygninger med en *svært dårlig* tilstand og store tekniske oppgraderingsbehov har blitt redusert.²⁹ Andelen bygninger med en *utilfredsstillende* standard og behov for korrigerende tiltak har imidlertid økt. Ifølge RIF tyder dette på at mye av vedlikeholdsmidlene som er brukt på helsebygg, har gått til «brannslukking» og utbedring av akutte tiltak framfor verdibevarende vedlikehold og oppgraderinger. En økning av andelen bygninger med en *tilfredsstillende* standard skyldes delvis at nye arealer er tilført den totale bygningsmassen.

2.3.3 Den samlede tilstanden til byggene som ble brukt i 2012, er forverret i 2020 i de fleste helseforetakene

Tilstandsvurderingene som ble gjennomført i 2012, 2016 og 2020, viser et øyeblikksbilde av den samlede tilstanden til bygningsmassen på disse tidspunktene. Siden helseforetakene har tatt i bruk nye bygg og solgt andre, er det ikke den samme bygningsmassen som ble tilstandsvurdert på disse tidspunktene. Vi har derfor undersøkt utviklingen i tilstanden til de byggene som har blitt vurdert alle de tre årene. Det vil si at bygg som er tatt ut av bruk, eller som er nye i perioden, ikke inngår i analysen, noe som gir en indikator på helseforetakenes evne til å vedlikeholde og oppgradere eksisterende bygninger.

Figur 5 viser utviklingen i den samlede tilstandsgraden siden 2012 for

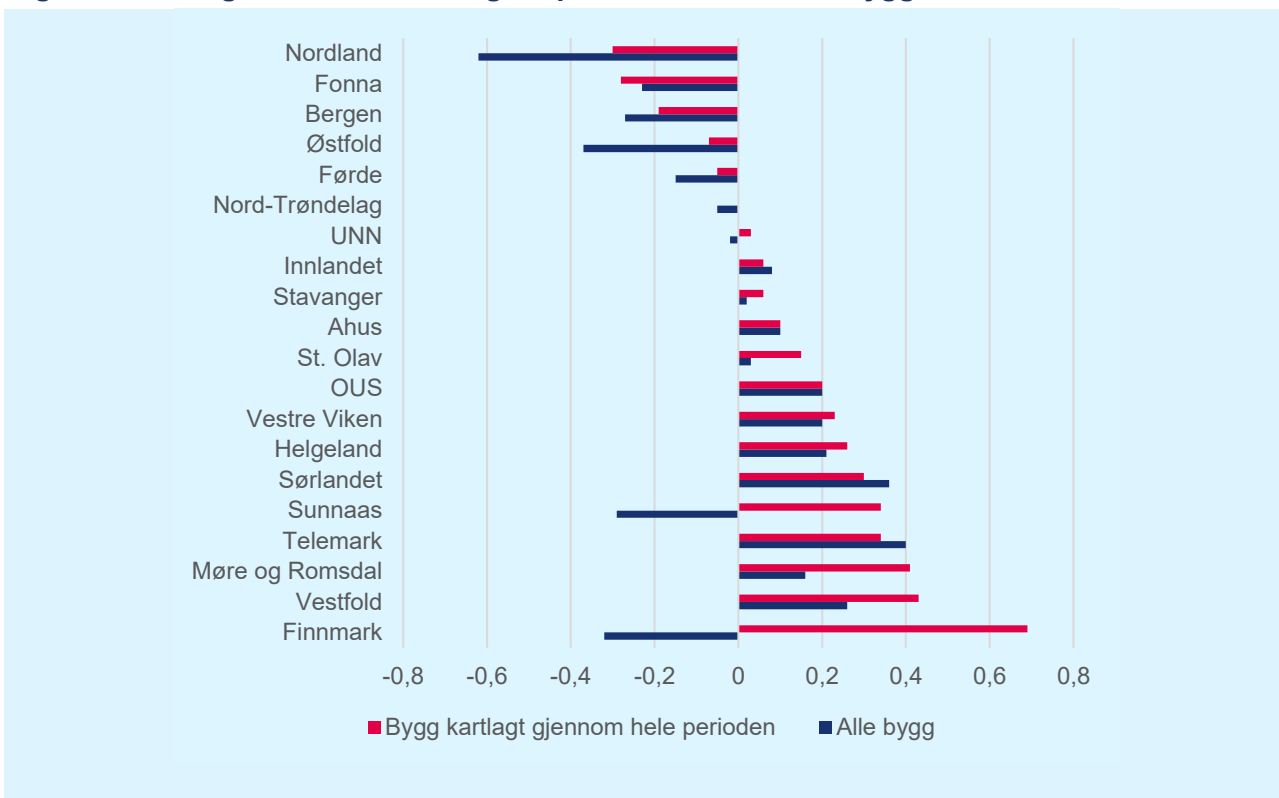
- bygg som har blitt tilstandsvurdert både i 2012, 2016 og 2020, altså bygningsmassen som var i bruk på alle målepunktene (markert i rødt)
- alle bygg som ble kartlagt enten i 2012 eller 2020 (markert i blått), noe som tilsvarende informasjonen i figur 4

En reduksjon i tilstandsgraden fra 2012 til 2020 betyr at tilstanden til bygningsmassen har blitt bedre (søylene er til venstre for 0 i figuren). Tilsvarende vises det en negativ utvikling i tilstandsgraden til høyre for 0 i figuren.

²⁸ *State of the Nation – Norges tilstand 2021*, Rådgivende Ingeniørers Forening (2021). Rapporten bruker datagrunnlag fra Multiconsult.

²⁹ RIF bruker en noe annen metode for tilstandsklassifisering av bygg; undersøkelsen er derfor ikke direkte sammenlignbar.

Figur 5 Utvikling i samlet tilstandsgrad på helseforetakenes bygg, 2012–2020



Kilde: Multiconsult. Areal- og kostnadsvektet og sortert etter bygg som er kartlagt både i 2012 og 2020. N = 20.

Figur 5 viser at 14 av helseforetakene hadde en *negativ* utvikling i den samlede tilstanden på byggene som de også eide i 2012. I seks helseforetak var tilstanden på byggene som de eide i 2012, *lik eller bedre* i 2020. Dette viser at alderen på byggene i seg selv ikke tilsier at tilstanden blir dårligere. Godt vedlikehold og oppgradering kan hindre at tilstanden på bygg forverres.

Videre viser figur 5 at tilnærmet alle helseforetakene som hadde en negativ utvikling i samlet tilstand på bygningsmassen fra 2012 til 2020, også har fått en forverret tilstand på byggene de eide i 2012. Dette betyr at manglende vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygningsmasse er en viktig forklaring på utviklingen.

Det er enkelte unntak fra den negative utviklingen i den samlede tilstanden på byggene. Bygningsmassen til Sunnaas og Finnmark hadde en betydelig bedre tilstand i 2020 enn i 2012, noe som kan forklares med nybygg etter 2012. Samtidig har tilstanden til de eksisterende byggene som ble tilstandsvurdert i 2012, blitt forverret. Dette gjelder også for UNN, men ved dette helseforetaket er endringene ikke så store som ved de to andre foretakene.

Faktaboks 3 Forhold som påvirker tilstandsgraden

Nye bygg

Nye bygg som er tatt i bruk, vil forbedre den samlede tilstandsgraden til lokasjonen og helseforetakets bygg. De ulike byggene blir arealvektet ved fastsettelse av den samlede tilstandsgraden til et foretaks bygningsmasse. Et stort nytt bygg vil dermed veie tyngre enn mindre bygg, og fordi et nytt bygg vil ha en god tilstand, vil det til dels skjule dårlig tilstand i foretakets øvrige bygg.

Bygg som er i bruk

Tilstanden til bygg vil bli dårligere over tid som følge av alder og slitasje. Noen av bygningskomponentene har kortere levetid og vil forfalle raskere enn andre komponenter, og må dermed vedlikeholdes eller skiftes ut tidligere.

Godt vedlikehold kan redusere verdiforringelsen, men kan ikke stanse den. Forbedringer av tilstandsgraden skjer gjennom større rehabiliteringer og utskiftinger (investeringer). Gamle bygg kan derfor også ha en *tilfredsstillende* tilstandsgrad. Bygg som er like gamle, kan altså ha en forskjellig tilstandsgrad avhengig av hvordan de har blitt vedlikeholdt og om det har blitt gjennomført oppgraderinger.

Bygg som skal tas ut av bruk

Bygg som det er vedtatt skal tas ut av bruk, selges eller rives, vil ofte ikke bli vedlikeholdt utover det strengt nødvendige. Et helseforetak vil derfor kunne tillate at slike bygg utvikler en dårligere tilstand fram mot for eksempel salg. Dette vil kunne påvirke den samlede tilstandsgraden til helseforetakets bygningsmasse. Når et stort, gammelt bygg erstattes med et nytt bygg, vil lokasjonens eller helseforetakets samlede tilstandsgrad påvirkes både av at et gammelt bygg med en dårligere tilstand utgår, og at et nytt bygg med en god tilstand kommer inn i beregningen.

2.3.4 Den samlede tilstanden til bygningsmassen har utviklet seg negativt på et flertall av helseforetakenes lokasjoner i perioden 2012–2020

Alle helseforetakene, unntatt Sunnaas, har bygningsmassen sin fordelt på flere lokasjoner. Vi har undersøkt hvor mange av lokasjonene som har en bygningsmasse som har fått henholdsvis forbedret og forverret tilstandsgrad i perioden.

Kartleggingen av tilstanden i 2020 omfattet 150 lokasjoner. 132 av disse ble kartlagt også i 2012, og 61 prosent av disse har en dårligere samlet tilstand på bygningsmassen i 2020 enn i 2012. Enda flere av lokasjonene har fått forverret tilstand hvis vi bare inkluderer bygg som var i bruk i 2012. 42 prosent av helseforetakenes lokasjoner som ble kartlagt både i 2012 og 2020 har en utilfredsstillende tilstand på bygningsmassen i 2020.

Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden til den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. I tre helseforetak har den samlede tilstanden på samtlige lokasjoner blitt *forverret* fra 2012 til 2020. De andre helseforetakene har både lokasjoner der tilstanden på byggene har blitt forverret fra 2012 til 2020, og der den har blitt forbedret. Om tilstanden på helseforetakenes bygg utelukkende måles på aggregert nivå, kan det altså skjule en ulik utvikling mellom lokasjonene innad i helseforetaket.

Tabell 2 Utviklingen i samlet tilstand på helseforetakenes lokasjoner fra 2012 til 2020, i antall

	2020 – tilfredsstillende	2020 – utilfredsstillende	Sum
2012 – tilfredsstillende	58	22	80
2012 – utilfredsstillende	19	33	52
Sum	77	55	

Kilde: Multiconsult

Tabell 2 viser at 33 av de 52 lokasjonene som hadde en samlet utilfredsstillende tilstand i 2012, fortsatt hadde dette i 2020 (63 prosent). 58 av de 80 lokasjonene som hadde en samlet tilfredsstillende tilstand i 2012, hadde fortsatt dette i 2020. Omtrent hver fjerde lokasjon som hadde tilfredsstillende tilstand i 2012, hadde fått en utilfredsstillende tilstand i 2020.

2.4 Bygningsmassen i helseforetakene har et stort oppgraderingsbehov

Teknisk oppgraderingsbehov defineres her som den innsats som kreves for å heve den tekniske kvaliteten til tilstandsgrad 1, det vil si at tilstanden på bygningsmassen skal være *tilfredsstillende*. Det anses at komponenter med tilstandsgrad 3 må utbedres innen de neste fem årene, mens komponenter med tilstandsgrad 2 må utbedres innen de neste 5–10 årene.³⁰

Med utgangspunkt i kartleggingen av den tekniske tilstanden til byggene i 2020 er oppgraderingsbehovet beregnet til å koste minst 48 milliarder kroner for alle byggene som ble vurdert, og allerede i løpet av de neste fem årene bør det gjennomføres oppgraderinger for 29 milliarder kroner. I de regionale helseforetakenes felles utredning *Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten* fra 2018 kommenteres vedlikeholdsetterslepet slik:

«Vedlikeholdsetterslepet bokføres ikke, så den fulle kostnaden ved drift av sykehusene vises ikke i helseforetakenes regnskaper. I de fleste helseforetakene blir heller ikke avskrivningene som eiendommene genererer øremerket til vedlikehold/reinvesteringer. Dette har gitt helseforetakene en økonomisk fleksibilitet som har blitt brukt til andre oppgaver.

Utsatt vedlikehold medfører gjerne unødvendig høye driftskostnader på kort sikt, og økt investeringsbehov som konsekvens av tekniske følgeskader på lengre sikt. Dette pådratte vedlikeholdsetterslepet medfører derfor løpende økte kostnader og betydelige økonomiske tap.»

Tabell 2 viser vedlikeholdsetterslepet (oppgraderingsbehovet) i kroner for alle byggene som ble kartlagt i 2020. Fordi de fire regionale helseforetakene ikke eier like mye areal, viser tabellen også oppgraderingsbehovet per kvadratmeter som hvert foretak eier.

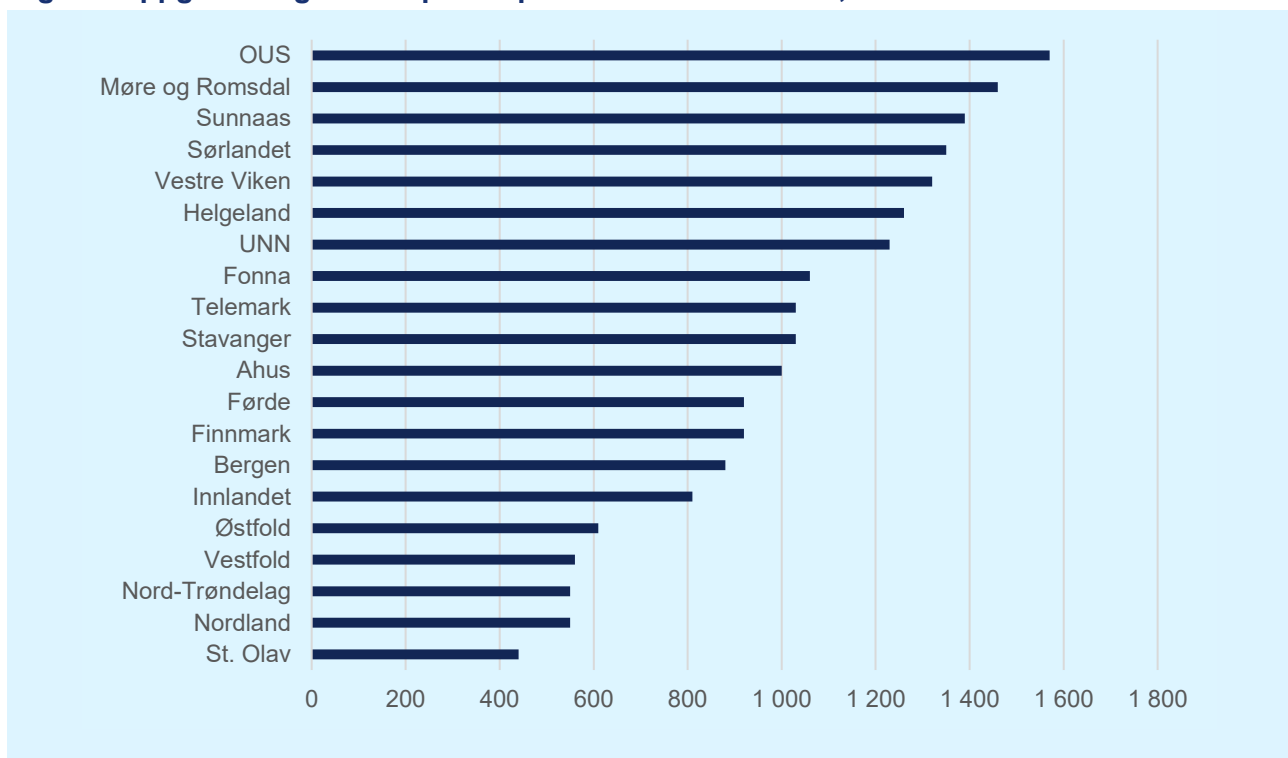
³⁰ Kilde: Multiconsult.

Tabell 3 Samlet vedlikeholdsetterslep og årlig behov per m² i helseregionene, i kroner

	Vedlikeholdsetterslep	Årlig behov per m ²
Helse Midt-Norge	4 909 400 000	780
Helse Nord	5 497 900 000	1 000
Helse Sør-Øst	30 664 500 000	1 200
Helse Vest	6 790 500 000	930
Sum	47 862 300 000	

Kilde: Multiconsult

Tabell 3 viser at vedlikeholdsetterslepet varierer mellom de fire regionene.³¹ Vedlikeholdsetterslepet i Helse Sør-Øst utgjør 64 prosent av det samlede vedlikeholdsetterslepet. Figur 7 viser det samlede oppgraderingsbehovet per m² for hvert helseforetak.

Figur 6 Oppgraderingsbehov per m² per år de neste ti årene, i kroner

Kilde: Multiconsult. N = 20.

Figur 6 viser at det beregnede oppgraderingsbehovet i et tiårsperspektiv varierer fra 440 til 1570 kroner per m² per år.³²

De regionale helseforetakenes utredning av verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i 2018 viser til at omfanget av årlig vedlikehold har variert over tid og mellom de ulike helseforetakene, men at det er et generelt trekk at omfanget har vært for lite til å bevare verdien til bygningsmassen. Utredningen viser til at det for en typisk bygningsmasse i et helseforetak er nødvendig med et anslått årlig vedlikehold på 250–350

³¹ Sykehuset i Haugesund er ikke kartlagt, og vedlikeholdsetterslepet i Helse Vest er derfor noe undervurdert.

³² Sykehuset i Haugesund er ikke inkludert i Helse Fonna.

kroner per m² for å opprettholde den gjeldende tilstanden og unngå at vedlikeholdsetterslepet øker ytterligere.

I utredningen ble det innhentet informasjon som viser at det er svært stor variasjon i helseforetakenes årlige innsats til vedlikehold; den varierer fra 50 til om lag 270 kroner per m². Utredningen peker på at noe av variasjonen kan forklares med ulike rapportering og uklare skiller mellom hva som er definert som henholdsvis drift, vedlikehold og oppgradering.³³

Vedlikehold av bygningsmassen påvirkes også av planer om å utfase gamle bygg. Flere helseforetak har planer om nybygg som skal erstatte gamle bygg de nærmeste årene. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det rimelig at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Når de planlagte byggene erstatter bygg som har en dårlig teknisk tilstand, vil vedlikeholdsetterslepet bli redusert i årene framover.

Samtidig er det få store byggeprosjekter som er planlagt ferdigstilt i løpet av de nærmeste fem årene.³⁴ Flere helseforetak arbeider med planer om å bygge nye sykehus som vil stå ferdig lenger fram i tid. Det kan i flere av disse tilfellene argumenteres for at vedlikeholdet kan reduseres i bygg som skal fases ut. I flere foretak er det likevel usikkerhet rundt når de nye byggene skal stå klare, og det er i flere tilfeller ikke besluttet hvilke bygg eller lokasjoner som da skal tas ut av bruk.³⁵ For disse foretakene kan det få uheldige konsekvenser om vedlikeholdet reduseres allerede nå. Uansett er det slik at et flertall av byggene på de 150 lokasjonene der tilstanden ble kartlagt i 2020, ikke skal erstattes av nye bygg.



Bygging av nytt sykehus på Ullandhaug i Stavanger. Foto: Mikal Haga, Kruse Smith.

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) har i rapporten sin i 2021 også beregnet det tekniske vedlikeholdsetterslepet på helsebygg.³⁶ RIF konkluderer med at etterslepet er nærmest uendret siden 2015, og at det har blitt prioritert akutte tiltak og brannslukking de siste årene. Tilstanden er vurdert til å være lik som i en tilsvarende utredning fra 2015 og innebærer et betydelig vedlikeholdsetterslep og behov for ekstraordinære

³³ Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, Sykehusbygg 2018, s.3.

³⁴ Helseforetak som har startet opp byggeprosesser der eksisterende sykehus skal fases ut er sykehuset i Drammen (Vestre Viken) og sykehuset i Narvik (UNN). Det er ikke avklart om sykehusene i Molde og Kristiansund (Møre og Romsdal) skal fases ut de nærmeste fem årene.

³⁵ Dette gjelder blant annet Ullevål sykehus (OUS) og sykehusene i Innlandet.

³⁶ *State of the Nation – Norges tilstand 2021*, Rådgivende ingeniørers forening (2021).

midler utover verdibevarende eller periodisk vedlikehold. RIF estimerer at det tekniske oppgraderingsbehovet tilsvarer 40–55 milliarder kroner.

Et bygg kan ha behov for investeringer selv om det er godt vedlikeholdt og har en god tilstandsgrad. Det kan være behov for å tilpasse bygget til nye funksjonelle behov og moderne sykehusdrift. Eldre bygg kan imidlertid være vanskelige eller kostbare å tilpasse til moderne bruksbehov. Spørsmålet om et bygg er egnet til å bli tilpasset nye funksjoner og bruksmåter, kan vurderes gjennom å fastsette byggets tilpasningsdyktighet og egnethet. Med *bygningmessig tilpasningsdyktighet* menes de egenskapene som bygget har med hensyn til

- å kunne endre planløsning (fleksibilitet)
- å kunne endre bruken til en annen funksjon (generalitet)
- å kunne utvides (elastisitet)

Egnethet beskriver bygningers brukskvalitet, som dreier seg om hvordan bygninger kan hjelpe organisasjoner til å gjennomføre tjenestene sine på en optimal måte. Byggets egnethet dreier seg blant annet om planløsning, rominndeling, rommenes utforming og nærhet til andre funksjoner. I de regionale helseforetakenes felles rapport om verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten vises det til eksempler på faktorer som kan gjøre at et bygg ikke lenger er egnet:

- nye behandlingsformer
- nye organisasjonsformer
- endrede kapasitetsbehov
- lovkrav
- ny teknologi

Det beregnede tekniske oppgraderingsbehovet tar ikke hensyn til helseforetakenes behov for investeringer for å tilpasse byggene til nye behov. Verken tilstandsgraden eller et eventuelt vedlikeholdsetterslep viser hvorvidt et bygg er egnet for de som bruker det i dag, eller de som skal bruke det i årene framover. I undersøkelsen oppgir bare halvparten av helseforetakene at de har begynt å registrere tilpasningsdyktighet og egnethet.

I et langsiktig perspektiv skal det bygges mange nye sykehus. I planleggingen av disse byggene må det tas hensyn til at pasientbehandlingen vil skje på nye måter. Nye bygg kan utformes slik at lokalene kan tilpasses endrede behov. Det er imidlertid også behov for å tilpasse sykehusbygg som ikke skal fases ut. Et flertall av byggene på de 150 lokasjonene i helseforetakene skal ikke fases ut.

Departementet viser til at mange bygg med dårlig teknisk tilstandsgrad ikke kan bli funksjonelle og moderne sykehus, selv om det brukes mye ressurser på å bedre tilstanden. Slike bygg vil enten måtte erstattes eller gjennomgå store moderniseringer. I slike tilfeller prioriterer ofte helseforetakene å holde vedlikeholdet på et minimum til de kan erstatte bygningsmassen.

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) påpeker i rapporten sin fra 2021 at det tekniske oppgraderingsbehovet ikke omfatter utviklings- eller ombyggingsbehov for å bedre byggenes egnethet for bruk. Sett opp mot økte krav og forventninger til nye løsninger innenfor helsesektoren er det samlede investeringsbehovet som er knyttet til ombyggingsbehov og nye arealer, derfor mye større enn det tallfestede tekniske oppgraderingsbehovet.

3 Tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) er instrumenter, apparater og hjelpemidler som brukes i forbindelse med å forebygge, diagnostisere, behandle eller rehabilitere. Slikt utstyr er en viktig innsatsfaktor for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud av god kvalitet. Verdien til helseforetakenes MTU tilsvarte 7,4 milliarder kroner ved utgangen av 2019 og utgjorde omtrent 20 prosent av de samlede investeringene i helseforetakene.³⁷ Kapitlet viser status og utviklingen i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene, med vekt på de siste fem årene.

Utvalgte revisjonskriterier

- Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at befolkningen skal få likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Videre skal helsetjenestene som tilbys, være forsvarlige. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene har moderne utstyr og hjelpemidler som sikrer dette.
- Faglige anbefalinger (COCIR-standarden) tilsier at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.
- I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* blir det framhevet at det er et behov for å vri ressursinnsatsen fra personell, som er en knapphetsressurs, til investeringer i teknologi (inkludert medisinsk-teknisk utstyr) og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet.

3.1 Oppsummering

Det er vanlig å måle tilstanden til MTU-parken gjennom alderen på utstyret. Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt fra 2015 til 2020 i et flertall av helseforetakene. Det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen mellom foretakene.

Et helseforetak består av flere sykehus. Gjennomsnittsalderen til MTU-parken har også økt fra 2015 til 2020 i et flertall av de 40 undersøkte sykehusene. I mange helseforetak er det også store forskjeller i gjennomsnittsalderen mellom sykehusene.

I et flertall av helseforetakene økte også andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år fra 2015 til 2020. Undersøkelsen viser at flertallet av helseforetakene har en MTU-park i 2020 der minst 30 prosent av utstyret er eldre enn ti år. Blant disse finner vi samtlige universitetssykehus. Bransjeorganisasjonen COCIR sin faglige anbefaling er at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.

Det finnes ulike typer medisinsk-teknisk utstyr. Noen kategorier medisinsk-teknisk utstyr kan ha en teknisk levetid som er lengre enn ti år uten at dette innebærer et dårligere behandlingstilbud. Helse Sør-Øst RHF er det eneste regionale helseforetaket som har oversikt over alderen på ulike utstyrskategorier. Deres oversikt viser at gjennomsnittsalderen økte i de fleste kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr fra 2015 til 2020. I Helse Sør-Øst er det store forskjeller mellom helseforetakene i gjennomsnittsalderen innenfor de samme kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr. Enkelte helseforetak i regionen har gammelt utstyr i alle kategoriene.

En eldre utstyrspark utfordrer en sikker og stabil drift. En konsekvens av dette er omfanget av havari-investeringer. Dette er investeringer som gjennomføres fordi nedslitt utstyr bryter sammen. Undersøkelsen

³⁷ Bokført verdi per 31.12.2019, data fra helseforetakenes årsregnskaper og SSB.

indikerer at i mange helseforetak har andelen havariinvesteringer økt fra 2015 til 2020. Slike investeringer utgjør minst 20 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i omtrent halvparten av helseforetakene i 2020. Et stort omfang av havariinvesteringer vil kunne begrense helseforetakenes muligheter til å gjennomføre mer langsiktige og strategiske investeringer i utstyr, som møter den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen.

3.2 Tilstanden til MTU-parken i 2020

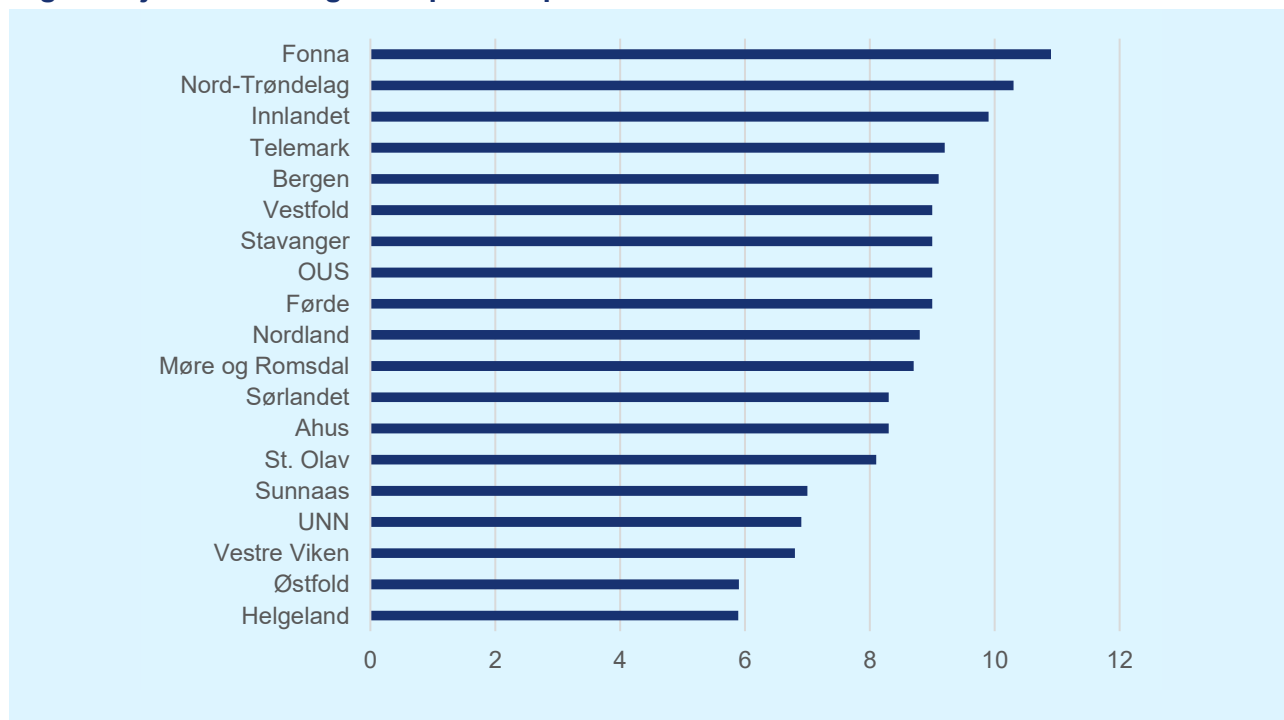
Undersøkelsen viser

- at det er stor variasjon i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom helseforetakene og mellom sykehusene i helseforetakene
- at mer enn 30 prosent av enhetene i MTU-parken er eldre enn ti år i flertallet av helseforetakene
- at mer enn 30 prosent av det medisinsk-tekniske utstyret som er i bruk, har passert den økonomiske levetiden i flertallet av helseforetakene ³⁸
- at det er store forskjeller mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr innenfor samme kategori

3.2.1 Det er stor variasjon i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom helseforetakene og mellom sykehusene i helseforetakene

Gjennomsnittsalderen på MTU-parken kan gi en indikasjon på utstyrets kvalitet, og økt gjennomsnittsalder over tid er et faresignal for utstyrs parkens tilstand.³⁹

Figur 7 Gjennomsnittlig alder på MTU per helseforetak i 2020



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 19.⁴⁰

³⁸ Varige driftsmidler avskrives regnskapsmessig over den forventede levetiden for å fordele kostnaden over tiden investeringen er i bruk. Den økonomiske levetiden er den forventede tiden det er lønnsomt å bruke eiendelen før den skiftes ut. Når levetiden er passert står eiendelen med 0 i bokført verdi.

³⁹ Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018–2021.

⁴⁰ Finnmark har ikke levert data.

Figur 7 viser at den gjennomsnittlige alderen på MTU-parken varierer fra under seks til over ti år. Utstyret er nær dobbelt så gammelt i de to helseforetakene med høyest gjennomsnittsalder som i de to foretakene med lavest gjennomsnittsalder.

Videre viser figuren at den gjennomsnittlige alderen på MTU-parken varierer mellom helseforetakene i den enkelte helseregion:

- I Helse Nord varierer alderen fra under seks år i Helgeland til omtrent ni år i Nordland.
- I Helse Midt-Norge varierer alderen fra omtrent åtte år i St. Olav til mer enn ti år i Nord-Trøndelag.⁴¹
- I Helse Vest varierer alderen fra omtrent ni år i Førde til nesten elleve år i Fonna.
- I Helse Sør-Øst varierer alderen fra under seks år i Østfold til nesten ti år i Innlandet.

Disse forskjellene i alderen på MTU-parken mellom helseforetakene må tolkes med noe varsomhet. Noe av forskjellen kan blant annet ha følgende forklaringer:

- Det er ulik praksis for og kvalitet på registreringene i utstysregisteret.⁴²
- Det er variasjoner i kategorier av utstyr som brukes i pasientbehandlingen, på grunn av funksjonsfordeling mellom helseforetakene. Funksjonsfordeling betyr at en oppgave (diagnostikk, behandling eller oppfølging) fordeles til noen sykehus og ikke til andre.
- Når et nytt sykehus tas i bruk, blir det anskaffet mye nytt medisinsk-teknisk utstyr. I årene før sykehuset tas i bruk, blir investeringer ofte utsatt.



Mange typer medisinsk-teknisk utstyr brukes i sykehusene. Foto: Scandinavian StockPhoto/tyler olson.

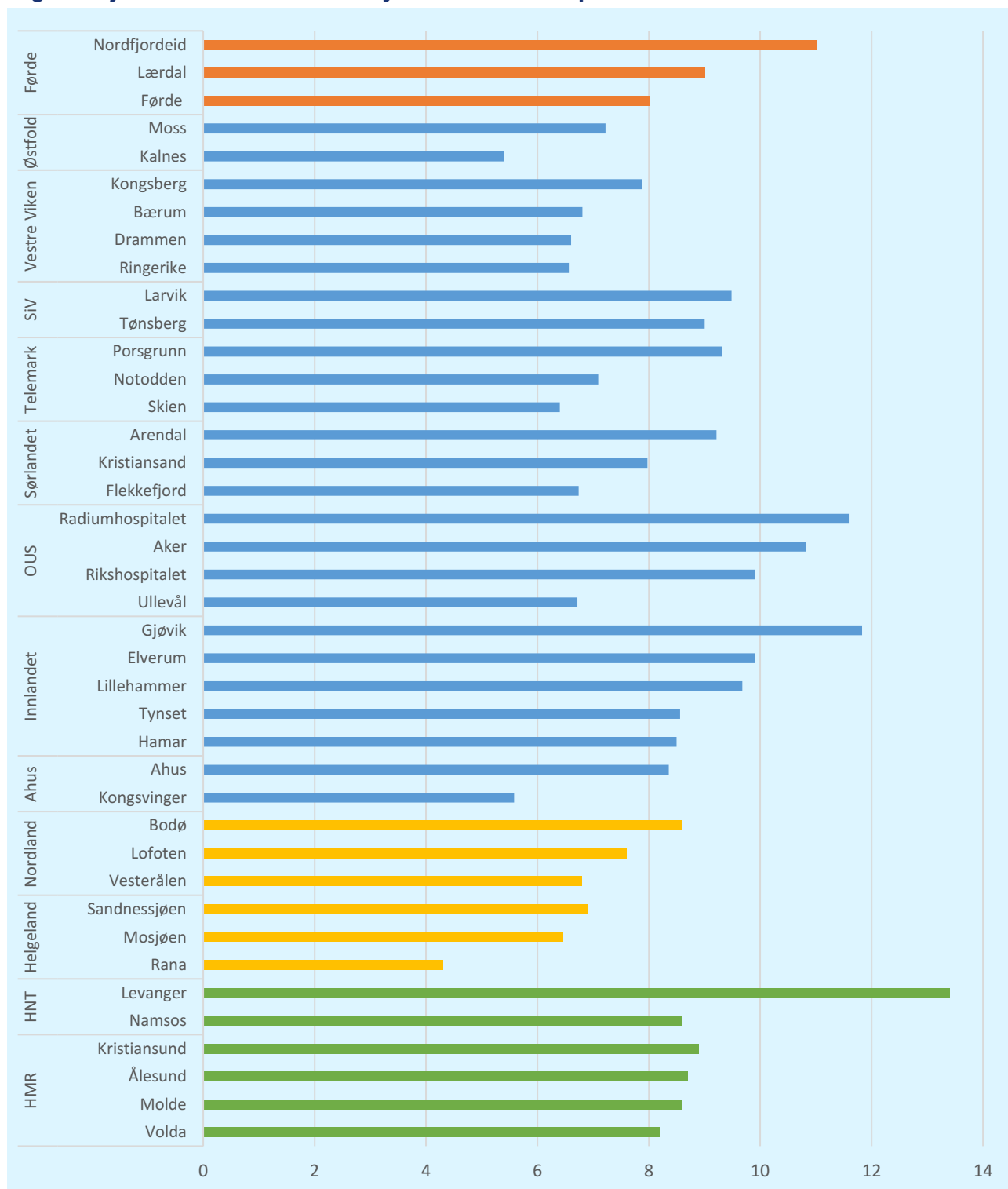
⁴¹Helse Nord-Trøndelag har, etter at rapporten ble offentliggjort, oversendt nye beregninger av alderen til foretakets medisinsk-tekniske utstyr som viser lavere gjennomsnittsalder enn det som framkommer i dette kapitlet. Analysene i kapitlet er ikke justert i tråd med de nye opplysningene.

⁴² Eksempler på dette er ulike rutiner for hvilket utstyr som blir registrert; om alt utstyr som kasseres, blir registrert som kassert; om utstyr som finansieres fra andre kilder enn helseforetaket selv (fond, gaver, forskning), blir registrert.

Det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom sykehusene, også innenfor samme helseforetak

I de fleste helseforetakene skjer pasientbehandlingen ved flere sykehus. Vi har undersøkt om det er variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom sykehusene i 13 helseforetak.⁴³ Figur 8 viser sykehusene i hvert helseforetak, og fargene på søylene marker hvilken helseregion de tilhører.

Figur 8 Gjennomsnittsalderen til sykehusenes MTU-park i 2020



Kilde: Helseforetakene og RKMTU

⁴³ Bergen, Fonna, St. Olav, Finnmark og UNN har ikke levert data for sine sykehus. Stavanger og Sunnaas har begge kun en lokasjon.

Figur 8 viser at gjennomsnittsalderen på MTU-parken varierer mellom sykehusene, og at den kan variere betydelig mellom sykehus innenfor samme helseforetak. Innlandet, Nord-Trøndelag og OUS er noen eksempler på helseforetak som har variasjon i gjennomsnittsalderen på utstyret ved sykehusene:

- I Innlandet varierer gjennomsnittsalderen fra drøyt åtte år på Tynset og Hamar til nesten tolv år på Gjøvik.
- I OUS varierer gjennomsnittsalderen fra omtrent seks og et halvt år på Ullevål til nesten tolv år på Radiumhospitalet.
- I Nord-Trøndelag varierer gjennomsnittsalderen fra omtrent åtte og et halvt år i Namsos til mer enn tretten år i Levanger.

Faktaboks 4 OUS' beskrivelse av mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park

OUS gir i områdeplanen sin for MTU for perioden 2018–2021 en oversikt over hvilke konsekvenser en aldrende utstyrspark kan få for pasientene og økonomien.

Mulige konsekvenser for pasientene er

- at det blir økt ventetid – økt feilfrekvens kombinert med lengre reparasjonstid gir mer nedetid
- at de ikke får beste behandling – mange nye medisinske prosedyrer krever oppdatert utstyr
- at de får dårligere diagnostisering – nyere utstyr har høyere oppløsning, nøyaktighet og sensitivitet
- at de får større belastning – nyere utstyr reduserer belastningen med hensyn til stråledoser og behandlingstid– noe som medfører mindre omfattende inngrep
- at det blir økt risiko for avbrudd i behandlingen – noe som er et resultat av økt feilfrekvens
- at pasientsikkerheten blir dårligere

Mulige konsekvenser for økonomien er

- at det blir reduserte muligheter for strategiske og planlagte innkjøp – innkjøp som gjøres på grunn av sammenbrudd av kritisk utstyr gir liten tid til saksbehandling, og det resulterer ofte i kostbare og suboptimale løsninger
- at drifts- og vedlikeholdsbudsjettet må økes – noe som er et resultat av økt feilfrekvens kombinert med lengre reparasjonstid, mangel på reservedeler og dyrere servicekontrakter på gammelt utstyr
- at inntjeningen blir lavere – produksjonen hemmes av økt nedetid
- at det blir mindre muligheter for effektivisering – nye effektive og ressursbesparende metoder kan ikke tas i bruk på grunn av utstyrsmangel
- at det blir en mindre effektiv bruk av personalet og øvrige ressurser – personalet må vente på at utstyr repareres, eller bruker mye tid på utstyr som ikke virker

Kilde: Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018–2021

3.2.2 Mer enn 30 prosent av enhetene i MTU-parken er eldre enn ti år i flertallet av helseforetakene

Ovenfor har vi brukt gjennomsnittlig alder som et mål på tilstanden til en MTU-park. En annen måte å måle tilstanden på er å ta utgangspunkt i hvor stor andel av MTU-parken som faller inn under ulike aldersgrupper. En gruppering som er relativt utbredt, er COCIR-standard, jf. tabell 3.⁴⁴

⁴⁴ COCIR (European Coordination Committee of the Radiological and Electromedical Industries) er en organisasjon som representerer den medisinske teknologibransjen i Europa.

Tabell 4 COCIR-standarden

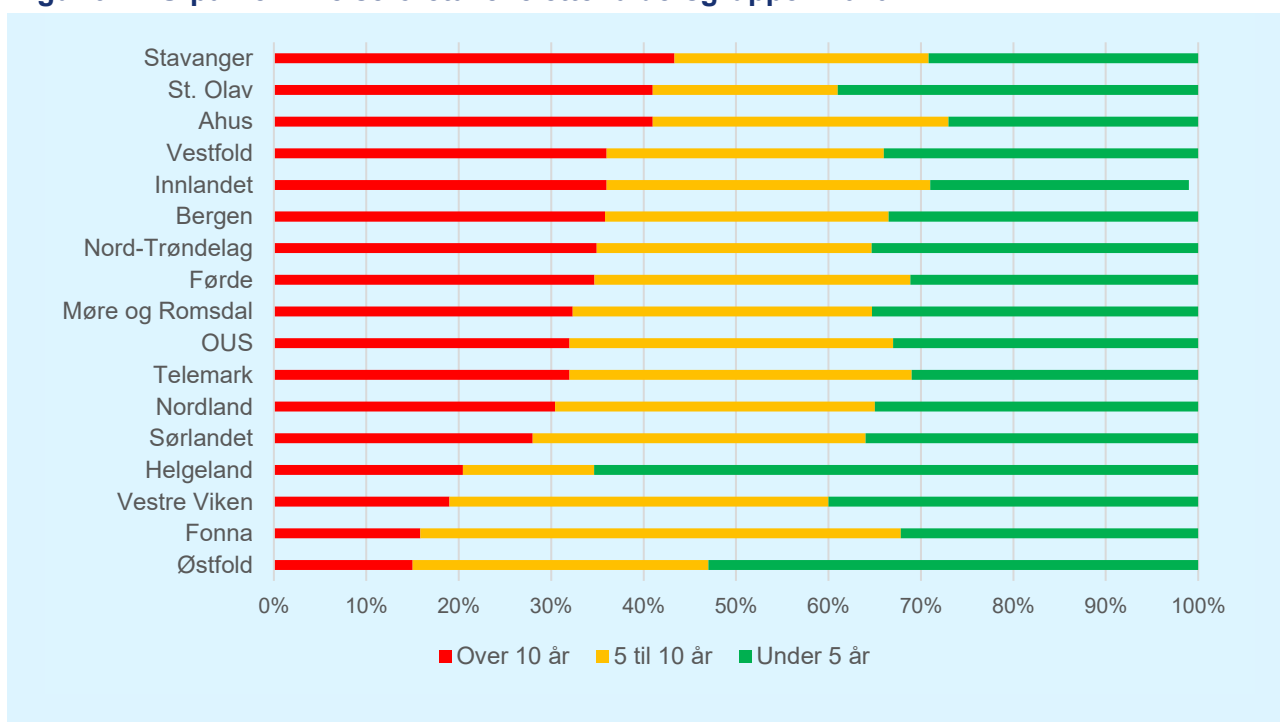
Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under fem år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom fem og ti år	Utstyret er fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Over ti år	Utstyret bør skiftes ut	Maks 10 %

Standarden er en anbefaling, og forskjellige typer utstyr har ulike levetider. Noen kategorier utstyr har en levetid som er kortere enn ti år, mens andre kategorier kan ha en levetid som er lengre enn ti år. En del typer utstyr kan derfor være eldre enn ti år uten at det innebærer et dårligere behandlingstilbud. Standarden anbefaler imidlertid at det skal finnes en plan for utskiftning av utstyr som er eldre enn ti år.

Data fra helseforetakene viser at MTU-parken samlet sett fordeler seg slik med hensyn til alder:

- 36 prosent av utstyret er under fem år gammelt
- 33 prosent av utstyret er mellom fem og ti år gammelt
- 31 prosent av utstyret er over ti år gammelt

Det er stor variasjon mellom helseforetakene, jf. figur 9.

Figur 9 MTU-parken i helseforetakene etter aldersgruppe i 2020

Kilde: Helseforetakene og RKMTU. Sortert etter andel i aldersgruppa over 10 år. N = 17.⁴⁵

Figur 9 viser at minst 15 prosent av MTU-parken er eldre enn ti år i alle helseforetakene. Andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, varierer fra 15 prosent i Østfold til over 40 prosent i Stavanger, Ahus og St. Olav. I tolv helseforetak er mer enn 30 prosent av MTU-parken eldre enn ti år, og blant disse finner vi alle universitetssykehusene.

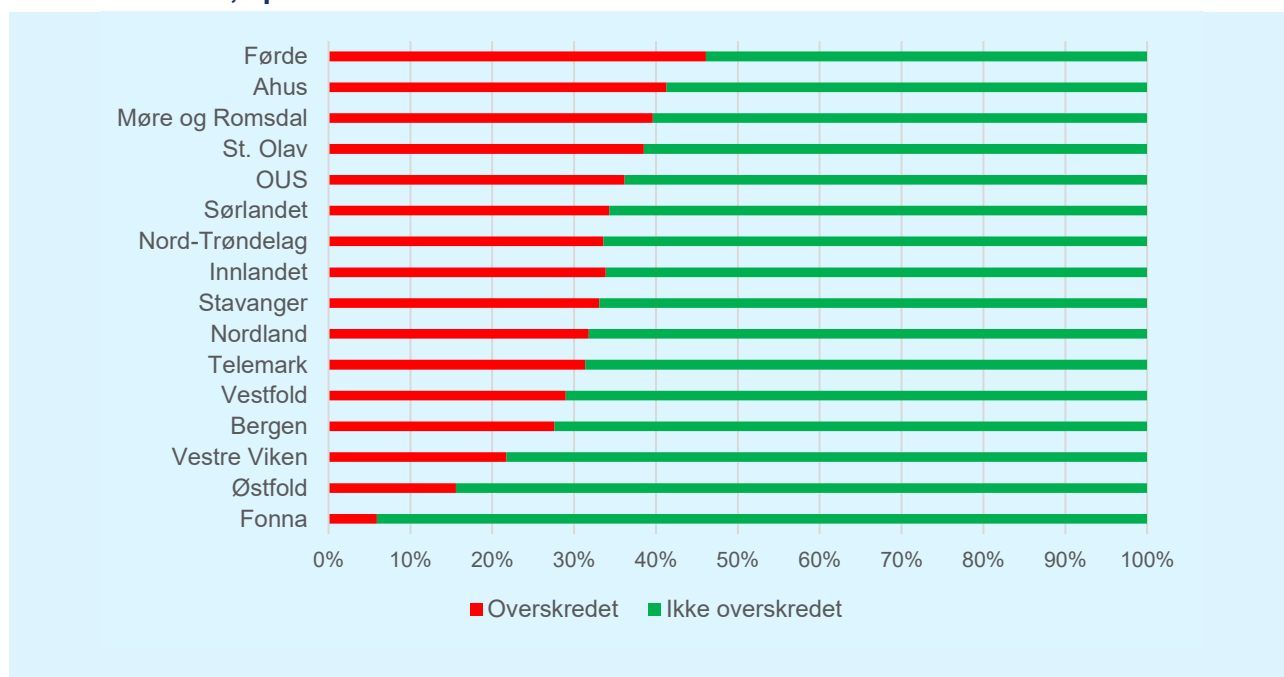
⁴⁵ Med unntak av UNN og Finnmark har alle helseforetakene oversendt en oversikt etter COCIR-standarden. Det finnes imidlertid ikke data for Sunnaas.

COCIR-standarden anbefaler at minst 60 prosent av utstyret skal være under fem år. Figur 9 viser at det er tilnærmet ingen av helseforetakene som tilfredsstillende denne anbefalingen. Østfold og Helgeland skiller seg ut ved at en stor andel av MTU-parken er under fem år. Situasjonen i Østfold kan ha sammenheng med at det ble tatt i bruk et nytt bygg i 2014, og at det i den forbindelse ble investert i mye nytt utstyr. I alle de andre helseforetakene utgjør andelen av MTU-parken som er under fem år, mellom 27 og 40 prosent.

3.2.3 Mer enn 30 prosent av det medisinsk-tekniske utstyret som er i bruk, har passert den økonomiske levetiden i flertallet av helseforetakene

Noen typer medisinsk-teknisk utstyr kan ha en teknisk levetid som er lengre enn ti år. Utstyr kan dermed være eldre enn ti år uten at dette innebærer et dårligere behandlingstilbud. Vi har derfor også undersøkt hvor stor del av MTU-parken som har overskredet den økonomiske levetiden, som tar hensyn til at forskjellige typer utstyr har ulik forventet teknisk levetid.⁴⁶ Den økonomiske levetiden er overskredet når utstyret er ferdig avskrevet i helseforetakenes regnskaper, og verdien er satt til null. Avskrivningstiden er forskjellig for ulike typer MTU.

Figur 10 Andelen av MTU-parken i helseforetakene som har overskredet den økonomiske levetiden i 2020, i prosent



Kilde: Helseforetakene. N = 16.⁴⁷

Figur 10 viser at andelen av MTU-parken som hadde overskredet den økonomiske levetiden ved utgangen av 2019, men som fortsatt var i bruk, varierer mye mellom helseforetakene. I de fleste foretakene er denne andelen 30 prosent eller mer. Tre av foretakene som har høyest andel, er universitetssykehus.

Basert på informasjon fra helseforetakene vil mer enn halvparten av MTU-parken som var i bruk i 2020, ha overskredet den økonomiske levetiden innen fem år (det vil si innen 31.12.24). Dette indikerer at mange helseforetak har behov for å erstatte en stor del av MTU-parken de neste årene. I fire av helseforetakene vil mer enn 70 prosent av MTU-parken som var i bruk i 2020, ha passert den økonomiske levetiden innen de neste fem årene.

⁴⁶ Denne indikatoren fanger kun opp investeringer. Det innebærer at den ikke inkluderer den delen av MTU-parken som omfatter innkjøp av enheter med så lav anskaffelsesverdi at de ikke blir definert som investeringer.

⁴⁷ Det finnes ikke data for Helgeland, UNN, Sunnaas og Finnmark.

3.2.4 Det er store forskjeller mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr innenfor samme kategori

Forskjellige kategorier av medisinsk-teknisk utstyr kan ha ulik forventet levetid. For å kunne gjennomføre en systematisk planlegging og prioritering av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr bør helseforetakene derfor ha en form for kategorisering i hovedgrupper, slik at de kan få en oversikt over status og utvikling i MTU-parkens tilstand.

Det har tidligere ikke eksistert noen kategorisering av MTU-parken utover noen svært overordnede avskrivningsklasser (SHD-klasser). MTU-parken kan også klassifiseres i svært detaljerte utstyrsgupper (NKKN, som består av flere enn 2000 typer utstyr), men en slik kategorisering gir begrenset styringsmessig nytte.

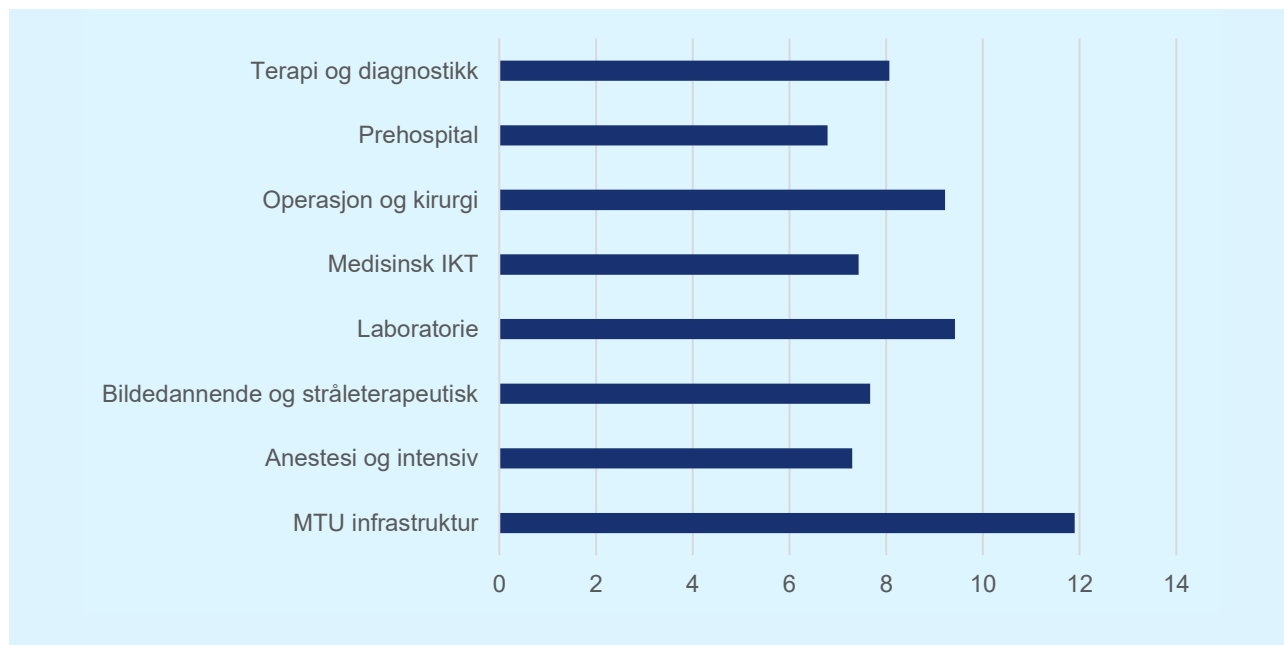
For å kunne framskaffe rapporter om alderen på ulike utstyrsgupper på en enkel måte bør utstyret være kategorisert i utstyrsregisteret. Helseforetakene i tre av helseregionene har imidlertid ikke noen felles metode for å kategorisere MTU-parken i regionen. Da er det heller ikke mulig å sammenligne status og utvikling i ulike utstyrskategorier mellom helseforetakene i disse helseregionene. To av helseforetakene i de tre regionene svarer at de ikke har kategorisert MTU i grupper i utstyrsregisteret. Tre helseforetak har kategorisert utstyret etter SHD-grupperingen. Fem helseforetak har kategorisert utstyret på andre måter.

Helse Sør-Øst RHF har opprettet et eget analysemiljø for medisinsk-teknisk utstyr i regionen: Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst (RKMTU), se faktaboks 5. RKMTU har kategorisert MTU-parken etter ulike formål, blant annet:

- *Innkjøpsgrupper* er kategorier av utstyret som har synergier med hensyn til håndtering eller kompetanse, for eksempel ved at de har fellestrekk i innkjøpsstrategien.
- Innenfor hver innkjøpsgruppe er det utviklet flere *anbudspakker*. Dette er produkter som kan håndteres gjennom en anbudsforespørsel.

Gjennomsnittsalderen på ulike utstyrskategorier kan dermed sammenlignes mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst. Figur 11 viser gjennomsnittsalderen per innkjøpsgruppe.

Figur 11 Gjennomsnittsalderen til ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst i 2020



Kilde: RKMTU

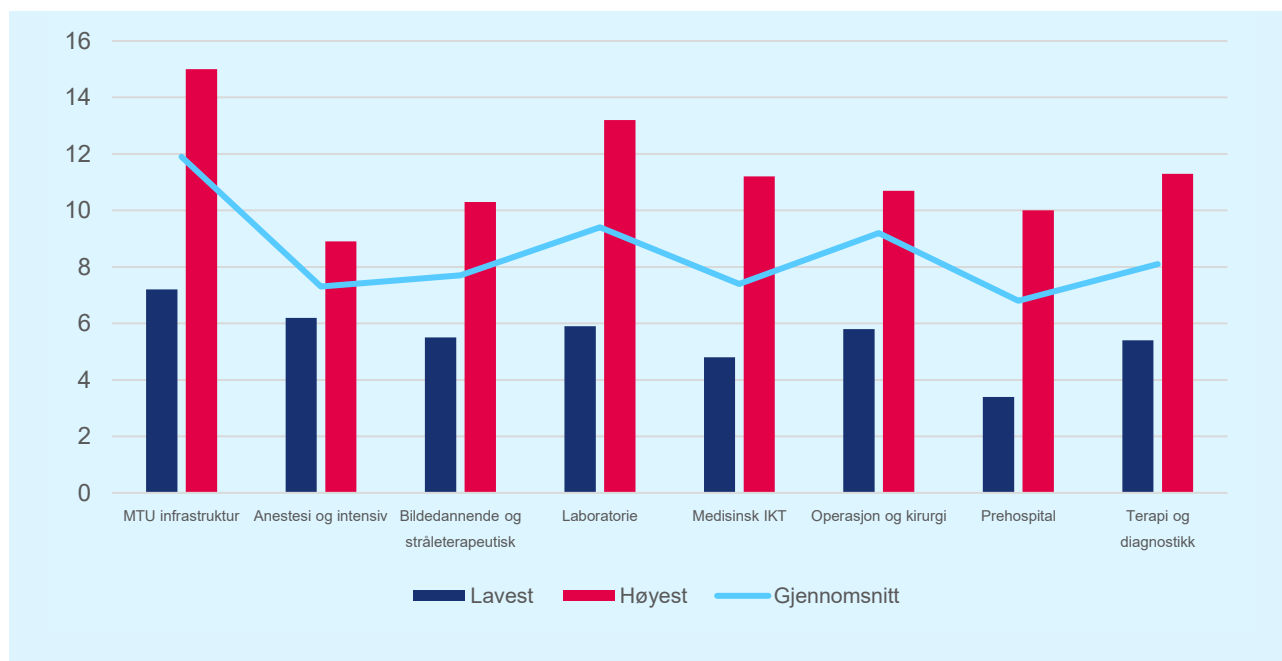
Figur 11 viser gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr i ulike kategorier i helseforetakene i Helse Sør-Øst. Gjennomsnittsalderen varierer fra nesten sju år i innkjøpsgruppa «prehospital» til nær tolv år i gruppa «MTU infrastruktur».

Innkjøpsgruppa «anestesi og intensiv» er den klart største målt i antall enheter (35 prosent av alle). Innkjøpsgruppa «billedannende og stråleterapeutisk» er den klart største når det tas hensyn til verdien på enhetene (omtrent 37 prosent av samlet verdi).

Helseforetakenes fordeling av MTU-parken mellom de åtte innkjøpsgruppene kan ha stor betydning for beregningen av uvektet gjennomsnittsalder. For eksempel har OUS en høy gjennomsnittsalder på «billedannende og stråleterapeutisk». Helseforetaket har imidlertid en relativt lav gjennomsnittsalder på sin totale MTU-park fordi gjennomsnittsalderen på «anestesi og intensiv» er lav. Dette er et eksempel på at det er viktig for helseforetakene å ha informasjon om alderen på utstyr i ulike kategorier når de planlegger og prioriterer investeringer i medisinsk-teknisk utstyr.

Vi har undersøkt om det er store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder gjennomsnittsalderen på medisinsk-teknisk utstyr innenfor samme kategori.

Figur 12 Forskjeller i gjennomsnittsalderen per MTU-kategori mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2020



Kilde: RKMTU

Figur 12 viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder gjennomsnittsalderen i alle de åtte innkjøpsgruppene. For eksempel varierer gjennomsnittsalderen til «anestesi og intensiv», der variasjonen er minst, fra omtrent seks år i Vestre Viken, OUS og Østfold til omtrent ni år i Innlandet.

De fleste helseforetakene har en lav gjennomsnittsalder i noen av innkjøpsgruppene og samtidig en relativt høy gjennomsnittsalder i andre grupper. Enkelte helseforetak, for eksempel Innlandet, har en høy gjennomsnittsalder i de fleste av innkjøpsgruppene, mens andre helseforetak, for eksempel Østfold og Vestre Viken, har en lav gjennomsnittsalder i de fleste av innkjøpsgruppene.

Utbruddet av koronapandemien viste betydningen av å god oversikt over MTU-parken. I arbeidet med pandemien ga RKMTU informasjon til Helse Sør-Øst RHF og foretakene gjennom analyser og rapporter. I februar 2020, helt i begynnelsen av pandemien, var det behov for å kartlegge intensivkapasiteten og tilgjengelig intensivutstyr. Med bakgrunn i en analyse av respiratorer og annet intensivutstyr fra RKMTU i

2018 fikk Helse Sør-Øst RHF raskt informasjon om kapasiteten i regionen og en oversikt over behov for anskaffelser av intensivutstyr til pandemiberedskapen (se nærmere om RKMTU i faktaboks 5).

Faktaboks 5 RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst

Formålet med RKMTU er å få bedre innsikt i, og legge til rette for bedre regional samordning og koordineringen av, anskaffelser av MTU. Dette innebærer å dokumentere utviklingstrekk for utstyrs-kategoriene, utfordringer ved dagens situasjon og strategiske veivalg, og at mulighetene for helseforetakene i Helse Sør-Øst når det gjelder anskaffelse, drift og forvaltning av MTU blir kartlagt.

Senteret er operativt ansvarlig for regionale MTU-anskaffelser i Helse Sør-Øst, og en sentral oppgave er å identifisere MTU som er egnet for anskaffelse på regionalt nivå, og gjennomføre anskaffelsene i samarbeid med de regionale produktrådene.

RKMTU innhenter data fra utstyrsregistrene til alle helseforetakene i regionen og utarbeider analyser. Senteret kan dermed levere detaljerte og oppdaterte rapporter og prognoser og har utviklet analyser som gir detaljert og oppdatert informasjon om tilstanden til MTU-parken i regionen.

RKMTU leverte blant annet en rapport om respiratorer i helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2017. Formålet med rapporten var blant annet å beskrive dagens respiratorpark ved helseforetakene i Helse Sør-Øst og regionen som helhet, for å avdekke felles utfordringer og muligheter på tvers av helseforetakene. Funnene ville danne et underlag for prioriterings-/fordelingsdiskusjonene for MTU-investeringene ved det enkelte helseforetak. Rapporten ville også identifisere hvilke faktorer som nødvendiggjorde utskiftning av respiratorer, herunder hvilke teknologiske og økonomiske faktorer som driver utskiftningsbehovet, og identifisere muligheten for hensiktsmessig standardisering av respiratorparken per helseforetak.

I rapporten gir RKMTU en detaljert oversikt over respiratorparken i regionen – modeller, antall, geografisk plassering og alder (snittalder per foretak). Videre inneholder rapporten en analyse av når utstyret vil nå sin tekniske og økonomiske levetid, og en beskrivelse av reanskaffelsesbehovet og kostnader i forbindelse med dette. Rapporten presenterer også variasjoner mellom helseforetakene og en faglig vurdering av ny og gammel teknologi.

I rapporten konkluderer RKMTU med at det antakelig vil være et betydelig gevinstpotensial i å gjennomføre en samlet regional anskaffelse av respiratorer. På bakgrunn av den foreslåtte utstyrs-typens egenskaper antar senteret at hoveddelen av de kvantitative gevinstene er knyttet til lavere innkjøpspriser og lavere administrasjonskostnader ved anskaffelser. RKMTU forventer i tillegg at det vil være betydelige kvantitative gevinster ved å inngå en regional avtale. Disse gevinstene er knyttet til

- frigjøring av klinisk tid til pasientbehandling
- frigjøring av tid i serviceavdelingen
- standardisering av opplæring og sertifisering for både klinisk- og servicepersonell

I rapporten framhever RKMTU at en standardisert respiratorpark støtter helseregionens mål om å tilby likeverdig pasientbehandling, og anbefaler at det inngås en regional avtale om respiratorer med en eller flere leverandører.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF og RKMTU

3.3 Utvikling i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr

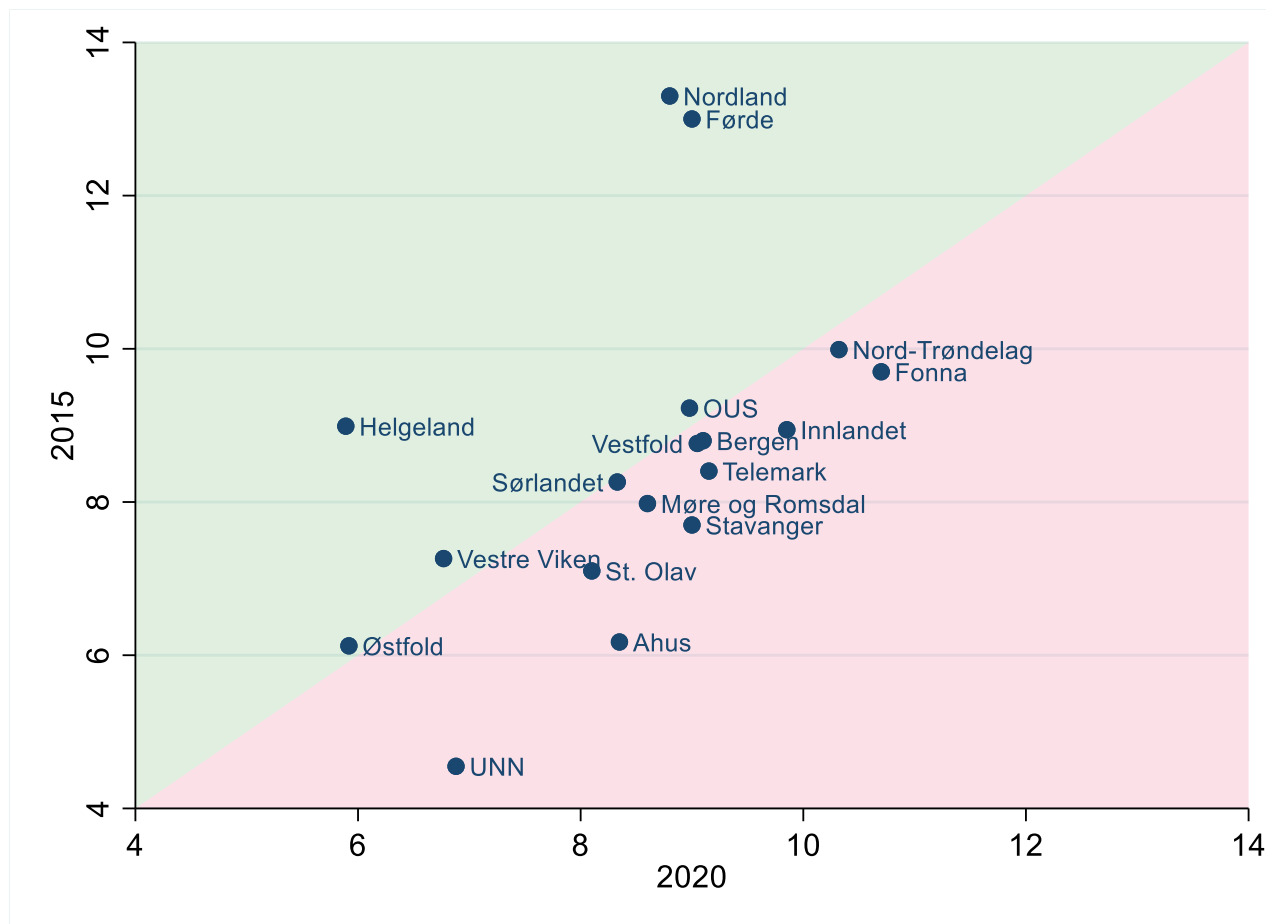
Undersøkelsen viser

- at gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av helseforetakene og sykehusene etter 2015
- at andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, har økt etter 2015 i flertallet av helseforetakene
- at gjennomsnittsalderen økte i seks av åtte kategorier av medisinsk-teknisk utstyr fra 2015 til 2020 i helseforetakene i Helse Sør-Øst

3.3.1 Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av helseforetakene og sykehusene

Vi har undersøkt utviklingen i gjennomsnittsalderen på MTU-parken over tid. Figur 13 gir en framstilling av utviklingen siden 2015. Den horisontale aksene i figuren viser gjennomsnittsalderen i 2020, mens den vertikale aksene viser gjennomsnittsalderen i 2015. Når det gjelder helseforetakene i det røde feltet i figuren, økte gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret fra 2015 til 2020, mens den ble redusert i helseforetakene i det grønne feltet.

Figur 13 Utviklingen i gjennomsnittsalderen til MTU-parken fra 2015 til 2020 per helseforetak



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 18.⁴⁸

⁴⁸ Det finnes ikke data for Sunnaas og Finnmark.

Figur 13 viser at den gjennomsnittlige alderen på MTU-parken økte fra 2015 til 2020 i tolv helseforetak, mens den ble redusert i seks foretak. Gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte dermed i to av tre helseforetak fra 2015 til 2020. I fem foretak økte gjennomsnittsalderen med ett år eller mer.⁴⁹

Videre viser figur 13 at gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte med mindre enn ett år i seks av de tolv helseforetakene der alderen økte fra 2015 til 2020.⁵⁰ Samtlige av disse seks helseforetakene hadde en MTU-park der 28 prosent eller mer av utstyret var eldre enn ti år i 2015. Dette er i seg selv en indikasjon på at gjennomsnittsalderen på utstyret heller burde ha blitt redusert fram mot 2020, jf. COCIR-standardene.

De to helseforetakene med høyest alder på MTU-parken i 2015, Nordland og Førde, hadde en lavere alder i 2020. Sju av de ti helseforetakene med høyest gjennomsnittsalder på MTU-parken i 2020 hadde en høyere gjennomsnittsalder i 2020 enn i 2015.⁵¹

Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av sykehusene fra 2015 til 2020

Analysene viser at gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte fra 2015 til 2020 ved 23 sykehus, mens den ble redusert ved 17 sykehus.

I tre helseforetak har alderen på MTU-parken blitt redusert ved alle sykehusene fra 2015 til 2020.⁵² I tre andre helseforetak har alderen derimot økt ved alle sykehusene.⁵³ I de resterende helseforetakene har sykehusene hatt forskjellig utvikling.

3.3.2 I flertallet av helseforetakene har andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, økt

Andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, økte fra omtrent 28 prosent i 2015 til 31 prosent i 2020. Utviklingen har imidlertid ikke være den samme i alle helseforetakene, slik figur 14 gir en framstilling av.

Den horisontale akse i figur 14 viser andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år i 2020, mens den vertikale akse viser andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år i 2015. Når det gjelder helseforetakene i det røde feltet i figuren, økte andelen av det medisinsk-teknisk utstyret som er eldre enn ti år, fra 2015 til 2020, mens andelen ble redusert i foretakene i det grønne feltet.

⁴⁹ UNN, Ahus, Stavanger, Fonna og St. Olav.

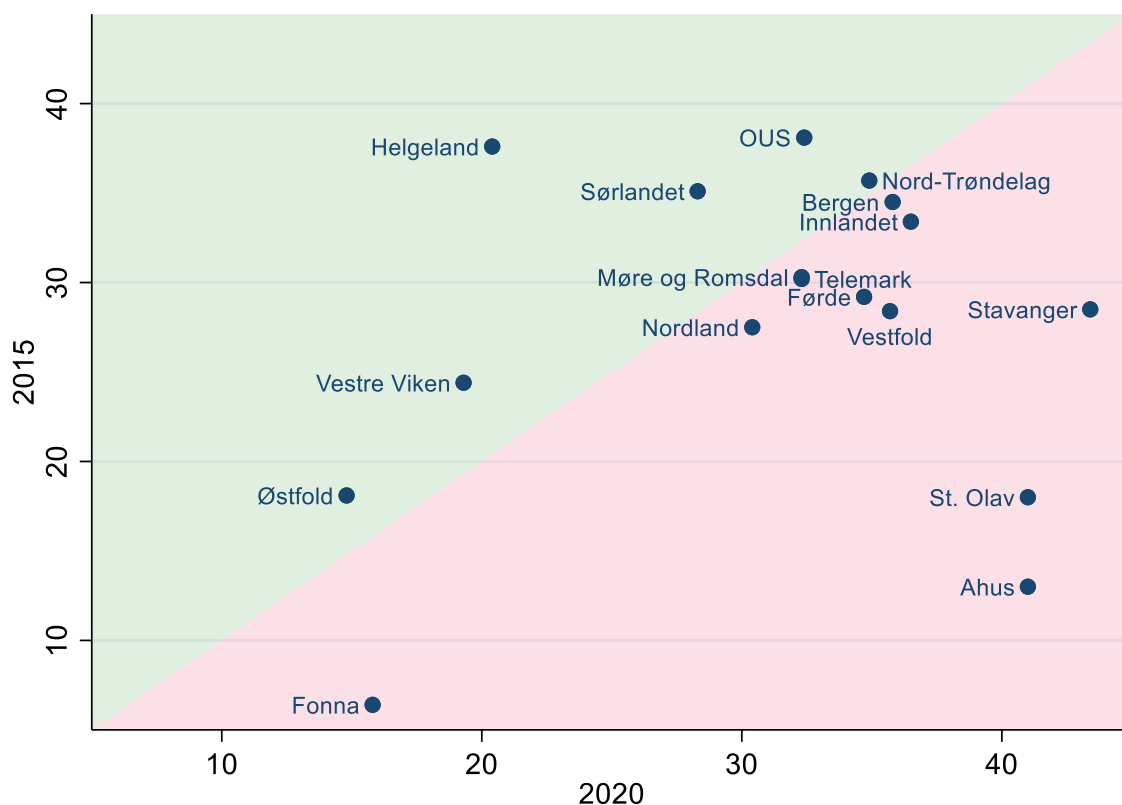
⁵⁰ Sørlandet, Vestfold, Telemark, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal og Bergen.

⁵¹ Unntakene er OUS, Førde og Nordland.

⁵² Førde, Helgeland og Nordland.

⁵³ Ahus, Vestfold og Møre og Romsdal.

Figur 14 Utviklingen i andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år, fra 2015 til 2020



Kilde: Helseforetakene og RKMTU. N = 17.⁵⁴

Figur 14 viser at ti helseforetak har hatt en negativ utvikling, altså at en større andel av MTU-parken er eldre enn ti år i 2020 enn i 2015. Det framgår at enkelte av disse, for eksempel Stavanger, Ahus og St. Olav, har hatt en tydelig negativ utvikling. Alle de tre helseforetakene er universitetssykehus.

Stavanger skal om få år ta i bruk et nytt sykehus. Dette kan være en forklaring på at foretaket har investert mindre i MTU i årene etter 2016. Både Ahus og St. Olav tok i bruk nye store sykehus rundt 2010. Det må antas at gjennomsnittsalderen på MTU-parken da var lav, men senere investeringer har ikke vært store nok til å unngå at en betydelig andel av MTU-parken har blitt eldre enn ti år.

I fem av de ti helseforetakene som har hatt en negativ utvikling, økte andelen av MTU-parken som er over ti år, relativt lite.⁵⁵ Samtlige av disse fem hadde en MTU-park i 2015 der 28 prosent eller mer var eldre enn ti år, og det var derfor indikasjoner på at disse hadde behov for å redusere andelen eldre utstyr. De seks helseforetakene som er i det grønne feltet i figuren, har hatt en positiv utvikling, det vil si at en lavere andel av MTU-parken er eldre enn ti år i 2020 enn i 2015.

3.3.3 For helseforetakene i Helse Sør-Øst økte gjennomsnittsalderen i seks av åtte kategorier av MTU fra 2015 til 2020

Undersøkelsen viser at gjennomsnittsalderen økte i seks av åtte kategorier av medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst fra 2015 til 2020. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseforetakene i regionen med hensyn til hvor mange av utstyrskategoriene som har økt i alder. Ahus og Innlandet skiller seg negativt ut ved at de har en økt gjennomsnittsalder i alle kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr. Vestre Viken, Østfold og OUS skiller seg positivt ut ved at gjennomsnittsalderen er redusert i et flertall av kategoriene.⁵⁶

⁵⁴ Det finnes ikke data for UNN, Sunnaas og Finnmark.

⁵⁵ Nordlandssykehuset, Innlandet, Møre og Romsdal, Telemark og Bergen.

⁵⁶ Når MTU-parken verdivektes, endrer bildet seg noe; i OUS får flere innkjøpsgrupper økt gjennomsnittsalder, mens færre grupper får økt alder i Vestfold.

Utenom Helse Sør-Øst har vi mottatt data fra seks helseforetak som viser utviklingen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr. Disse helseforetakene har imidlertid ikke kategorisert utstyret på den samme måten som Helse Sør-Øst. Helseforetakene innenfor samme helseregion gjør det heller ikke på den samme måten. Det er derfor ikke mulig å sammenligne status og utvikling med hensyn til gjennomsnittsalderen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr mellom disse helseforetakene.

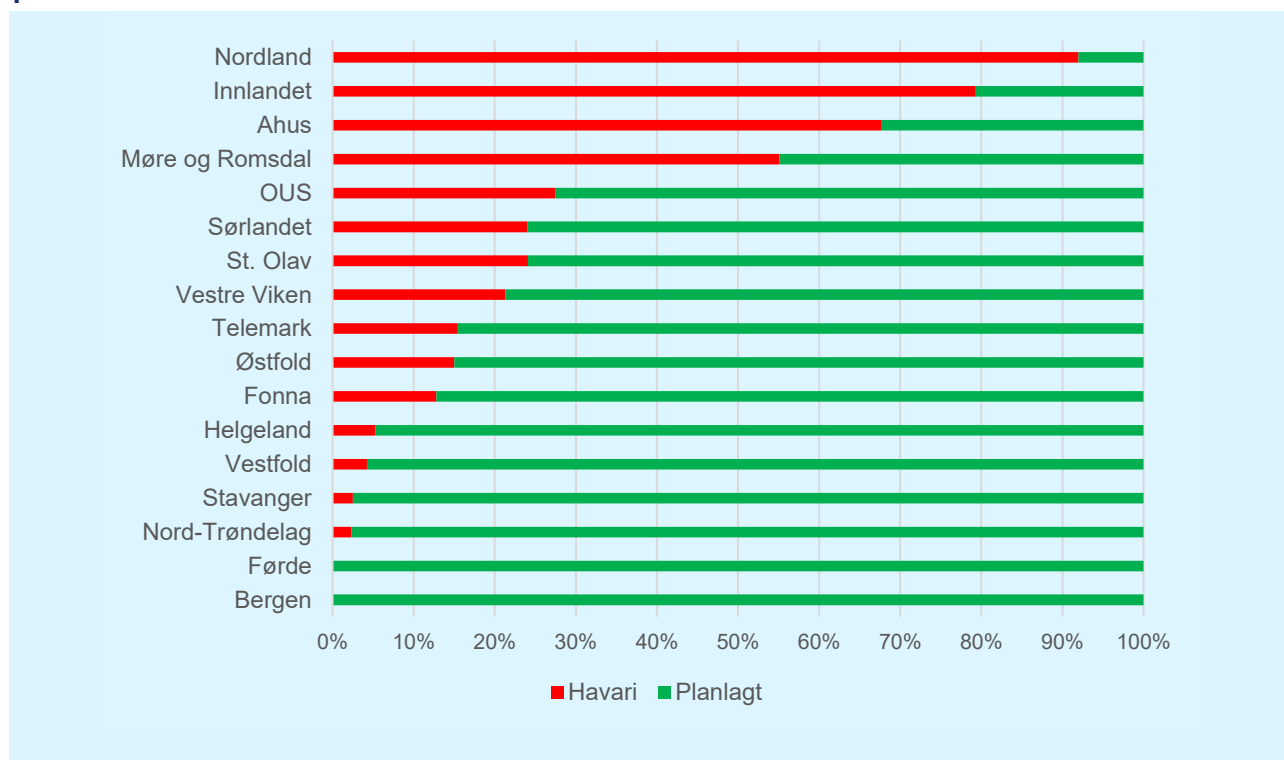
For det enkelte av disse helseforetakene er det imidlertid mulig å beregne utviklingen i gjennomsnittsalderen i ulike kategorier av medisinsk-teknisk utstyr. Hovedinntrykket er at gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt i flertallet av de største kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr også i helseforetakene i de tre andre helseregionene.

3.4 Havariinvesteringer

Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som blir gjennomført fordi nedslitt utstyr bryter sammen, kalles havariinvesteringer. Dette er anskaffelser som ikke inngår de årlige anskaffelsesplanene, men som må gjøres på kort varsel som følge av at utstyr havarerer.

Undersøkelsen viser at tilstanden til MTU-parken fører til at en relativt stor del av investeringene som gjøres i medisinsk-teknisk utstyr, er havariinvesteringer. I 2019 var i gjennomsnitt 25 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr havariinvesteringer.

Figur 15 Andelen av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i 2019 som skyldes havari, i prosent



Kilde: Helseforetakene. N = 17.⁵⁷

Figur 15 viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i omfanget av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som skyldes havari. Andelen havariinvesteringer er markert med rødt. Bare to helseforetak hadde ikke slike investeringer i 2019.

⁵⁷ 17 helseforetak har levert data som viser hvor stor andel av investeringene som var havariinvesteringer i 2019. Tre helseforetak har ikke data som viser denne informasjonen, eller den er for tidkrevende å framskaffe (UNN, Sunnaas og Finnmark).

I fire helseforetak var over 50 prosent av investeringene en følge av havari. I ytterligere fire foretak var over 20 prosent av investeringene havariinvesteringer. Mange av helseforetakene klarer ikke å skifte ut deler av MTU-parken før utstyret bryter sammen. Noe av variasjonen mellom helseforetakene kan skyldes ulik tolkning av begrepet havariinvesteringer.

Vi har undersøkt utviklingen i investeringer som skyldes havari, i 13 helseforetak.⁵⁸ Den gjennomsnittlige andelen havariinvesteringer i disse var omtrent 20 prosent i 2015, og andelen økte til omtrent 30 prosent i 2019.⁵⁹ Fordi det haster etter et havari, har helseforetakene ofte kort tid til å planlegge og gjennomføre anskaffelser. Dette kan gi både mer kostbare innkjøp og risiko for at innkjøpene ikke er i samsvar med helseforetakenes langsiktige planer.

Dokumentanalysene viser flere eksempler på helseforetak der en stor andel av investeringene er havariinvesteringer. Møre og Romsdal skriver for eksempel i sitt langtidsbudsjett for 2021–2031 at det i de siste årene i all hovedsak er investert i medisinsk-teknisk utstyr som erstatning for gammelt utstyr som har brutt sammen på grunn av tekniske feil som det ikke er mulig å reparere. Dette skyldes at det ikke er reservedeler tilgjengelig, eller at det er uforsvarlig kostbart å reparere utstyret. Det har vært lite rom for investeringer i nytt medisinsk-teknisk utstyr som møter den teknologiske og medisinskfaglige utviklingen.⁶⁰

⁵⁸ 13 helseforetak har oversendt en oversikt over hvor stor andel av investeringene som skyldtes havari i 2015.

⁵⁹ Den gjennomsnittlige andelen av investeringene som ble gjort etter havari i 2019, er omtrent 25 prosent når alle helseforetakene inkluderes. Dette skyldes at alle helseforetakene som bare leverte data for 2019, hadde en lavere andel havariinvesteringer enn gjennomsnittet.

⁶⁰ Styresak 60/20 – Langtidsbudsjettet 2021–2031.

4 Utviklingen i helseforetakenes investeringer og driftskostnader etter 2010

I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i helseforetakenes investeringer fra 2010 til 2019 og sammenligner denne med utviklingen i driftskostnader i samme periode.

Utvalgte revisjonskriterier

- Helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette betyr at foretakene må foreta nødvendige, lokale investeringer knyttet til vedlikehold og teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen innenfor sin tilgjengelige likviditet for å støtte opp om kjernevirksomheten.
- Styret og ledelsen i helseforetakene skal selv prioritere mellom drift og investeringer. Dette betyr at helseforetakene må prioritere investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og vedlikehold opp mot annen drift.
- Et mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av verdiene som ligger i investert kapital, og å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng.

4.1 Oppsummering

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet investerte helseregionene samlet for omtrent 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019.⁶¹ Dette inkluderer investeringer i de regionale helseforetakene, og alle datterselskapene som inkluderer helseforetak som driver pasientbehandling, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene. Den foreliggende undersøkelsen inkluderer bare investeringer i helseforetakene som driver pasientbehandling.

Det årlige investeringsnivået i helseforetakene har i gjennomsnitt ligget på omtrent 6,5 milliarder kroner i perioden 2010 til 2019. Av dette utgjør investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr henholdsvis 4,4 og 1,4 milliarder kroner. Investeringene har vært på et jevnt nivå etter 2012 målt i nominelle verdier. Unntaket er enkelte år der noen få helseforetak gjennomførte store investeringer i nye sykehusbygg eller store rehabiliteringer. I samme periode økte den bokførte verdien samlet sett på de varige driftsmidlene med omtrent 20 prosent. I omtrent halvparten av helseforetakene er imidlertid den samlede verdien lavere i 2019 enn i 2010. Disse foretakene har dermed ikke investert tilstrekkelig til å opprettholde verdien på de varige driftsmidlene.

Det samme gjelder for nesten halvparten av helseforetakene når det gjelder investeringer i bygg. I åtte helseforetak ble verdien på bygg redusert fra 2010 til 2019. I sju av disse helseforetakene ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forverret fra 2012 til 2019, mens den ble forbedret i ett helseforetak.⁶² I de elleve helseforetakene der verdien på bygg økte fra 2010 til 2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forbedret i sju av helseforetakene.⁶³

Verdien på det medisinsk-tekniske utstyret økte i de fleste (15) helseforetakene fra 2010 til 2020. To av helseforetakene der verdien på utstyret er lavere i 2020 enn i 2010 – Ahus og St. Olav – hadde høye investeringer i medisinsk-teknisk utstyr ettersom de tok i bruk nye bygg i henholdsvis 2008 og 2010. Senere investeringer har ikke vært store nok til å opprettholde verdien på utstyrsparken, og konsekvensen er at gjennomsnittsalderen har økt mye.

⁶¹ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

⁶² Nord-Trøndelag.

⁶³ Førde, Østfold, Finnmark, Nordland, UNN, Bergen og Fonna.

Helseforetakenes driftskostnader økte med 67 prosent i perioden i perioden 2010 til 2019. Det skyldes i hovedsak at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. I sammenheng med dette har det vært en stor økning i antall årsverk. Dette, kombinert med et relativt jevnt nivå på investeringene, har ført til at det er flere årsverk per investerte krone i helseforetakene i 2019 enn i 2010. Dette betyr at helseforetakene har blitt mindre kapitalintensive i denne perioden.

4.2 Helseforetakenes investeringer etter 2010

Undersøkelsen viser

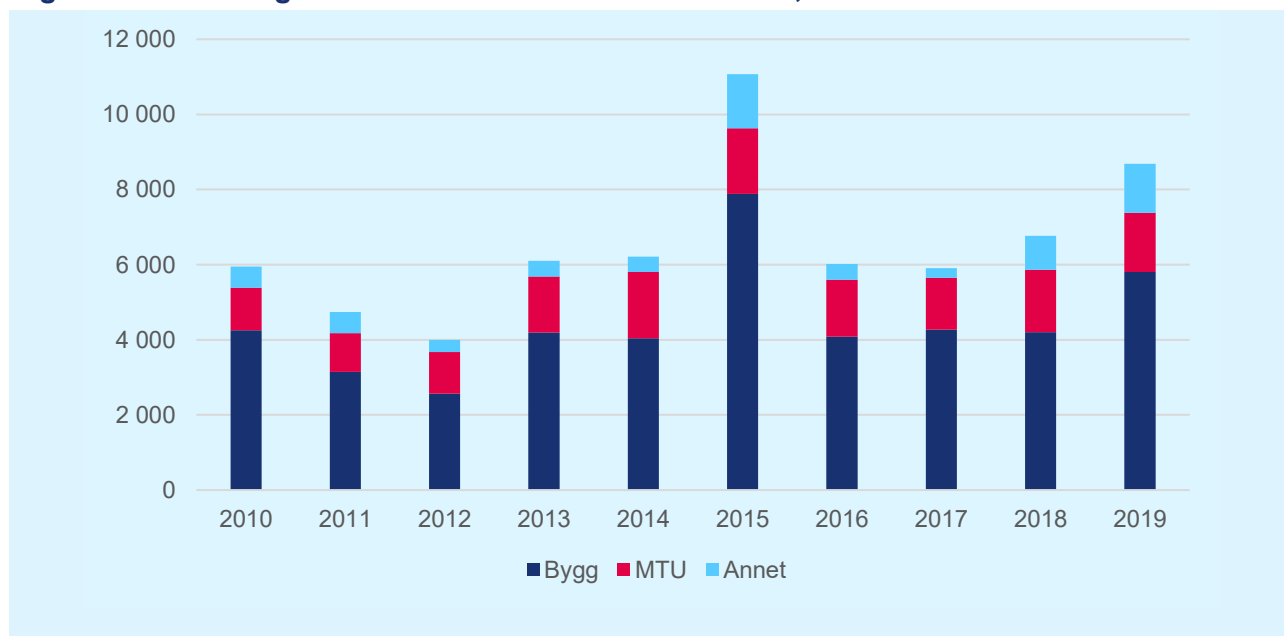
- at investeringsnivået har vært på et jevnt nivå i mange av årene etter 2012
- at verdien på varige driftsmidler er lavere i 2019 enn i 2010 i omtrent halvparten av helseforetakene
- at verdien på byggene er lavere i 2019 enn i 2010 i nesten halvparten av helseforetakene
- at utviklingen i verdien på medisinsk-teknisk utstyr varierer mellom helseforetakene

4.2.1 Investeringsnivået har vært på et jevnt nivå i mange av årene etter 2012

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet investerte helseregionene samlet for omtrent 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019.⁶⁴ Dette inkluderer investeringer i de regionale helseforetakene og alle datterselskapsapene som inkluderer helseforetak som driver pasientbehandling, sykehusapotekene og de regionale IKT-selskapene. Disse investeringene som gjøres innenfor foretaksgruppen gjennomføres for å understøtte god pasientbehandling.

Denne undersøkelsen inkluderer bare investeringer i helseforetakene som driver pasientbehandling. Disse helseforetakene investerte totalt for omtrent 64 milliarder kroner fra 2010 til 2019.⁶⁵ Figur 16 viser helseforetakenes investeringer i denne perioden. I gjennomsnitt har de årlige investeringene vært på omtrent 6,4 milliarder kroner.

Figur 16 Investeringer i helseforetakene fra 2010 til 2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. Investeringene er oppgitt i nominelle verdier.

⁶⁴ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

⁶⁵ Tilganger, inkludert tilgang til anlegg under utførelse som oppgitt i noten «Varige driftsmidler», er brukt som mål på investeringer.

Figur 16 viser at investeringene var like høye i 2017 som i 2013. Totale investeringer har vært på et relativt jevnt nivå etter 2012 med unntak av 2015 og 2019. Det høye investeringsnivået i 2015 skyldes investeringer i nytt sykehus i Østfold.⁶⁶ Det høye investeringsnivået i 2019 skyldes i hovedsak investeringer i bygg i fire ulike helseforetak.⁶⁷

Helseforetakene investerte samlet 44,5 milliarder kroner i bygg fra 2010 til 2019. Dette utgjør to tredeler av foretakenes totale investeringer i perioden.⁶⁸

Helseforetakene investerte samlet 14,4 milliarder kroner i medisinsk-teknisk utstyr fra 2010 til 2019. Dette utgjør 22 prosent av foretakenes totale investeringene i perioden.

Investeringene har variert mellom årene og var høyest i 2014 og 2015.⁶⁹ Etter 2015 var investeringene i medisinsk-teknisk utstyr lavere, før de igjen økte i 2018 og 2019. Det finnes ikke nøyaktige tall for investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for alle helseforetakene. Dette skyldes at det for noen helseforetak er vanskelig å splitte investeringer som er klassifisert som «anlegg under utførelse» (AUU) mellom bygg og MTU, og helseforetakene har derfor måttet gjøre estimater, som vi anser som rimelige.⁷⁰

4.2.2 Verdien på varige driftsmidler er lavere i 2019 enn i 2010 i omtrent halvparten av helseforetakene

Når helseforetakene investerer i varige driftsmidler (for eksempel bygninger, utstyr, transportmidler, inventar), øker verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene. Samtidig faller verdien på de varige driftsmidlene over tid på grunn av alder og slitasje, og verdien avskrives derfor over driftsmidlenes levetid. Dersom de nye investeringene er lavere enn verdifallet (avskrivningene) på de eksisterende varige driftsmidlene, faller den samlede verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene.⁷¹

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har årlige avskrivningskostnader i de fire helseregionene samlet i perioden 2010 til 2019 økt fra 5,5 til 6,9 milliarder kroner, det vil si med omtrent 25 prosent. I samme periode økte den totale bokførte verdien av varige driftsmidler med omtrent 25 prosent.

I denne undersøkelsen har vi sett på helseforetakene som utfører pasientbehandling. Mens det i perioden fra 2010 til 2019 samlet ble investert for omtrent 64 milliarder kroner i helseforetakene, var avskrivningene på omtrent 47 milliarder kroner. Denne forskjellen bidro til å øke verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene, fra 70,5 milliarder kroner i 2010 til 85,3 milliarder kroner i 2019 – det vil si en økning på omtrent 20 prosent (14,8 milliarder kroner). Det var imidlertid stor variasjon mellom helseforetakene i verdiutviklingen i denne perioden. Figur 17 viser utviklingen i den bokførte verdien av de varige driftsmidlene i helseforetakene.

⁶⁶ Det regionale helseforetaket var byggherre for prosjektet, slik at alt av investeringer var oppført som «anlegg under utførelse» i regnskapet til Helse Sør-Øst RHF helt til sykehuset var ferdig bygget. Hele investeringen ble overført til Sykehuset Østfold HF ved ferdigstillelse.

⁶⁷ Fonna, Bergen, Stavanger og Vestre Viken.

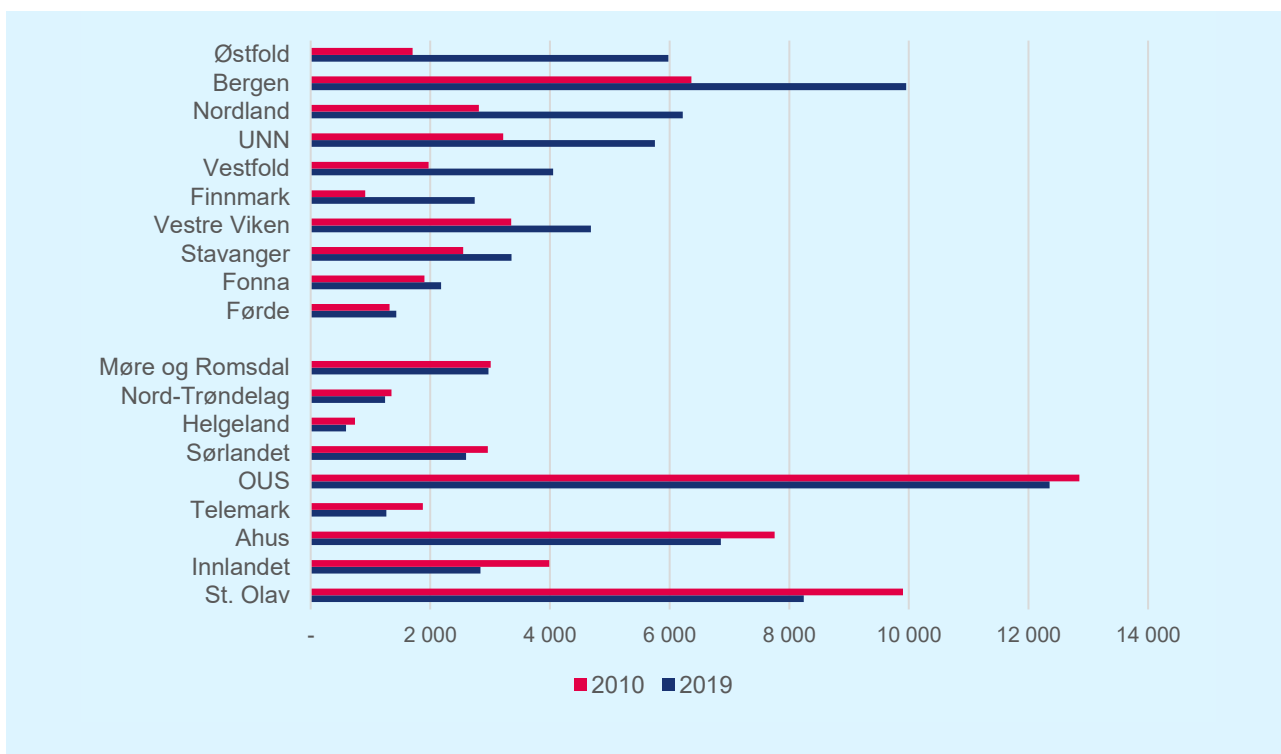
⁶⁸ Østfold i 2015. Bergen, Fonna, Stavanger og Vestfold i 2019.

⁶⁹ Vestre Viken, Bergen og Innlandet investerte mye i medisinsk-teknisk utstyr i 2014. Østfold investerte mye i 2015.

⁷⁰ Enkelte helseforetak har systemer som ikke gjør det mulig å kategorisere AUU, og det blir først kategorisert når utstyret/bygget tas i bruk. Disse foretakene har måttet gjøre estimater. De har enten gjort en prosentvis splitt basert på fordelingen mellom tilganger direkte til bygg og MTU, eller de har gjennomgått leverandørene og gjort en fordeling basert på foretakets kunnskap om hva disse leverer.

⁷¹ Verdi her og nedenfor viser til bokført verdi i balansene til helseforetakene.

Figur 17 Verdien på de varige driftsmidlene i helseforetakene i 2010 og 2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper. Driftsmidlene er oppgitt i nominelle verdier. N = 19.⁷²

Figur 17 viser at ni helseforetak har en lavere verdi på de varige driftsmidlene i 2019 enn i 2010.⁷³

Samlet sett økte verdien på de varige driftsmidlene med 14,8 milliarder kroner fra 2010 til 2019. I de ti helseforetakene der verdien økte, økte verdien på de varige driftsmidlene samlet med 20,3 milliarder kroner fra 2010 til 2019. I de ni andre helseforetakene ble verdien på de varige driftsmidlene samlet sett redusert med 5,5 milliarder kroner i den samme perioden.

I omtrent halvparten av helseforetakene har investeringene vært lavere enn avskrivningene i perioden 2010–2019, og verdien på de varige driftsmidlene er dermed redusert. For at verdien på helseforetakenes eien-deler (i kroner) skal opprettholdes, må de årlige investeringene over tid være på nivå med de årlige avskrivningene.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Helse Nord er den regionen med relativt størst økning i verdien på bygg og utstyr etter 2010. Helse Vest har hatt den største økningen fra 2018. I denne regionen gjennomfører nå alle helseforetakene større utbyggingsprosjekter. Helse Midt-Norge har hatt en negativ utvikling de siste seks årene, men denne regionen gjennomførte store investeringer før 2010, og har først nå igangsatt nye større prosjekter. Helse Sør-Øst hatt den laveste relative økningen, men denne regionen har nå omfattende oppgraderingsplaner.⁷⁴

⁷² Sunnaas inngår ikke.

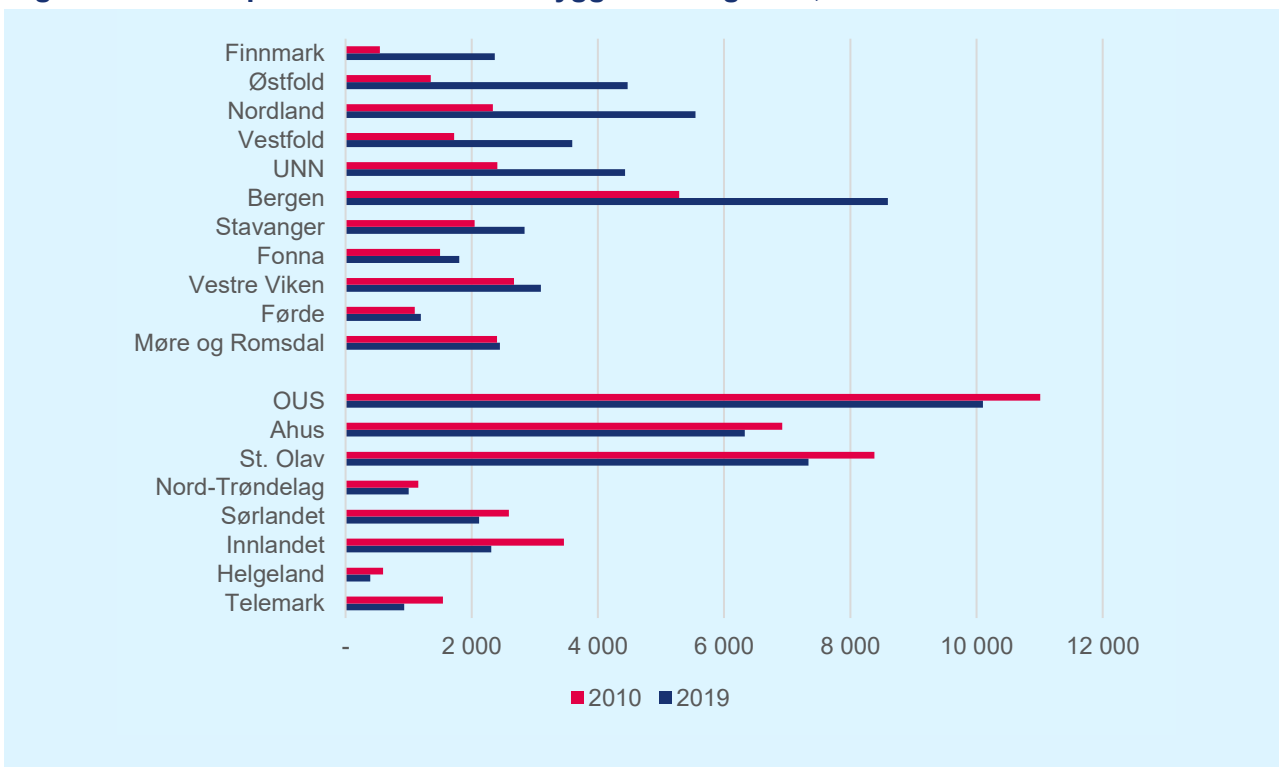
⁷³ Dette omfatter alle de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge.

⁷⁴ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 31.08.21.

4.2.3 Verdien på byggene er lavere i 2019 enn i 2010 i nesten halvparten av helseforetakene

Verdien på byggene i helseforetakene økte samlet fra omtrent 59 milliarder kroner i 2010 til 71 milliarder kroner i 2019; det tilsvarer en økning på 20 prosent. Det er imidlertid store forskjeller i utviklingen i bokført verdi mellom helseforetakene.

Figur 18 Verdien på helseforetakenes bygg i 2010 og 2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. Anlegg under utførelse er inkludert. Verdiene er nominelle. N = 19.⁷⁵

Figur 18 viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i utviklingen i verdien på bygg fra 2010 til 2019. I elleve helseforetak økte verdien på bygg i denne perioden.

Åtte helseforetak har en lavere nominell verdi på byggene i 2019 enn i 2010. Dersom vi tar hensyn til prisstigningen etter 2010, har ytterligere fire helseforetak en reell nedgang i verdien på byggene. Dette skyldes at mange helseforetak i denne perioden verken har bygget nye sykehus eller gjennomført store rehabiliteringer av byggene.

I de elleve helseforetakene der verdien på bygg økte fra 2010 til 2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forbedret i sju av helseforetakene.⁷⁶

I åtte helseforetak ble verdien på bygg redusert fra 2010 til 2019. I sju av disse helseforetakene ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forverret fra 2012 til 2019, mens den ble bedret i ett helseforetak.⁷⁷

4.2.4 Utviklingen i verdien på medisinsk-teknisk utstyr varierer mellom helseforetakene

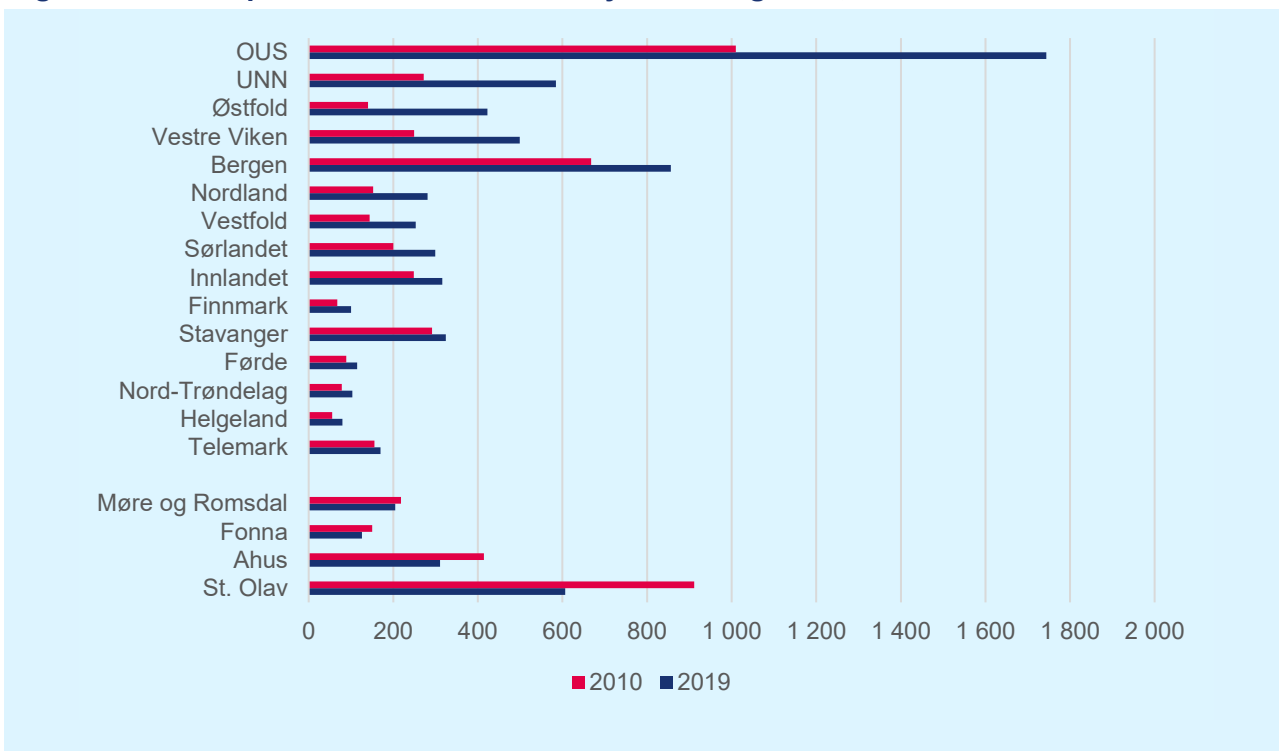
Verdien på det medisinsk-teknisk utstyret i helseforetakene økte samlet fra 5,5 milliarder kroner i 2010 til 7,4 milliarder kroner i 2019; det tilsvarer en økning på 34 prosent. Dette tilsier at investeringene i medisinsk-teknisk utstyr samlet sett har vært høyere enn avskrivningene i perioden. Figur 19 viser utviklingen i verdien på det medisinsk-teknisk utstyret i helseforetakene etter 2010.

⁷⁵ Sunnaas inngår ikke i oversikten.

⁷⁶ Førde, Østfold, Finnmark, Nordland, UNN, Bergen og Fonna.

⁷⁷ Nord-Trøndelag.

Figur 19 Verdien på medisinsk-teknisk utstyr i 2010 og 2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. Verdiene er nominelle. N = 19.⁷⁸

Figur 19 viser at verdien på det medisinsk-tekniske utstyret økte i de fleste (15) helseforetakene fra 2010 til 2019. Verdien på utstyret økte mye i Østfold, UNN, Vestre Viken, OUS og Bergen. Et kjennetegn ved de tre førstnevnte helseforetakene er at de har en relativt lav gjennomsnittsalder på MTU-parken i 2019. Østfold investerte i mye nytt medisinsk-teknisk utstyr i forbindelse med at et nytt sykehus ble tatt i bruk i 2015, noe som bidro til en stor økning i verdien på utstyrsparken.

Videre viser figur 19 at verdien er redusert i fire helseforetak. Dette betyr at investeringene i medisinsk-teknisk utstyr ikke har vært tilstrekkelige til å opprettholde verdien på utstyrsparken. To av disse foretakene – Ahus og St. Olav – gjorde store investeringer i medisinsk-teknisk utstyr da de tok i bruk nye bygg i henholdsvis 2008 og 2010, men senere investeringer har ikke vært store nok til å opprettholde verdien på utstyrsparken.

Gjennomsnittsalderen på MTU-parken i disse to helseforetakene økte fra

- 6,2 år i 2015 til 8,3 år i 2019 i Ahus
- 7,1 år i 2015 til 8,1 år i 2019 i St. Olav

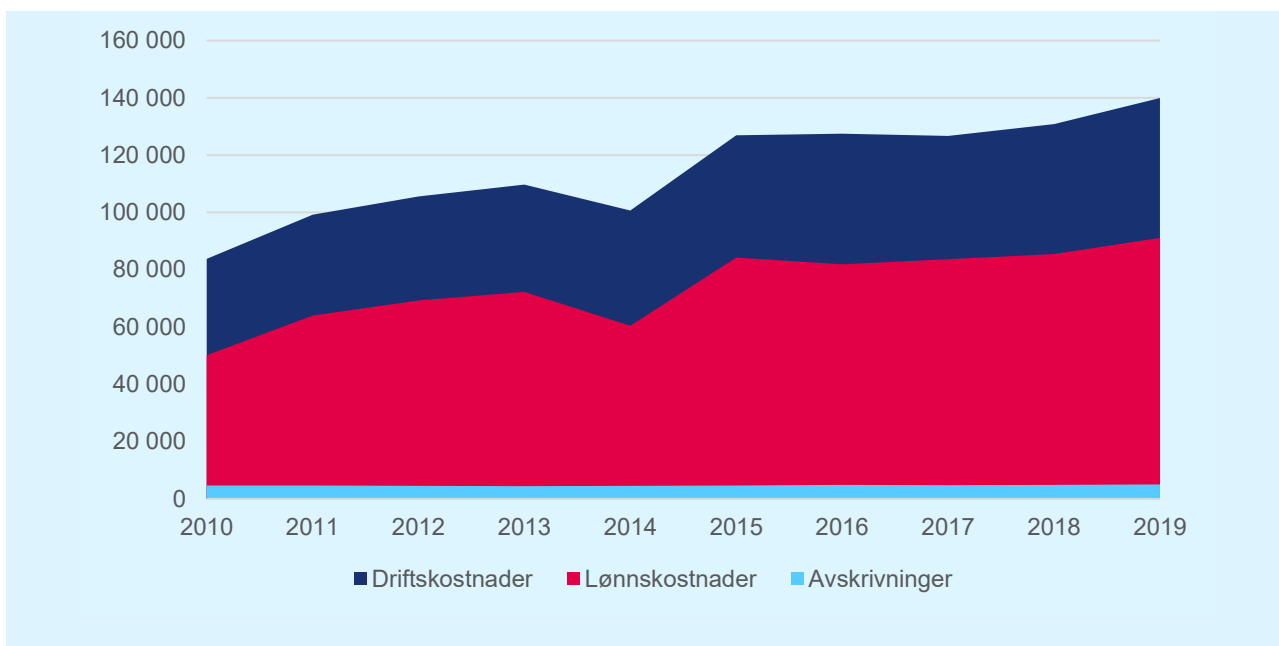
Undersøkelsen viser at i begge disse universitetssykehusene er mer enn 30 prosent av utstyret mer enn ti år gammelt.

4.3 Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader etter 2010

Driftskostnader er kostnader til den daglige driften, blant annet varer, lønn, husleie og vedlikehold. I tillegg defineres de årlige avskrivningene (verdifallet) av de varige driftsmidlene som driftskostnader. Undersøkelsen viser at avskrivningenes andel av driftskostnadene har blitt mindre i helseforetakene etter 2010.

⁷⁸ Sunnaas inngår ikke i oversikten.

Figur 20 Utviklingen i driftskostnader, lønnskostnader og avskrivninger fra 2010 til 2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakenes årsregnskaper

Figur 20 viser utviklingen i helseforetakenes samlede driftskostnader, lønnskostnader og avskrivninger etter 2010. Helseforetakenes samlede driftskostnader økte fra 84 milliarder kroner i 2010 til omtrent 140 milliarder kroner i 2019. Dette tilsvarer en vekst på 67 prosent.

Samlet aktivitet for døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner var betydelig høyere i 2019 enn i 2010. I denne perioden har det vært en vekst på 70 prosent i polikliniske konsultasjoner. Samtidig har antallet liggedøgn gått noe ned.⁷⁹ Dreining av ressurser fra døgn- og dagopphold til polikliniske konsultasjoner er en ønsket utvikling.

Den sterke veksten i driftskostnader skyldes i hovedsak at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. I sammenheng med dette har det vært en stor økning i antall årsverk. Vekst i lønnskostnader (82 prosent) er den viktigste forklaringen på veksten i driftskostnader i perioden. Lønnskostnadenes andel av de samlede driftkostnadene var 60 prosent i 2010, og i 2019 hadde den økt til 65 prosent.

En sterk vekst i antall årsverk forklarer mye av økningen i lønnskostnadene. Antallet årsverk har økt med 19 prosent etter 2010. I denne perioden har antallet legeårsverk økt med 44 prosent, og antallet sykepleierårsverk har økt med 18 prosent. Alle helseforetakene, med ett unntak, har hatt en vekst i antall årsverk.⁸⁰

Avskrivningskostnadene på varige driftsmidler økte fra omtrent 4,7 til 5,1 milliarder kroner fra 2010 til 2019. Dette tilsvarer en vekst på ni prosent, som er en langt lavere prosentvis vekst enn i de samlede driftskostnadene (67 prosent).

Avskrivningskostnadene har over tid utgjort en stadig mindre del av de totale driftskostnadene.⁸¹ Avskrivningene utgjorde 5,6 prosent av de samlede driftskostnadene i 2010, og denne andelen var redusert til 3,6 prosent i 2019. I tolkningen av veksten må man være oppmerksom på at avskrivningene oppgis i historisk kost, mens andre driftskostnader oppgis i løpende kroner.

⁷⁹ Kilde: SSB.

⁸⁰ Innlandet har hatt en reduksjon i samlet antall årsverk fordi Kongsvinger sykehus ble overført til Ahus i denne perioden. Veksten i årsverk varierer mellom helseforetakene. Seks helseforetak har en lavere vekst enn 10 prosent: Finnmark, OUS, Sunnaas, Telemark, Fonna og Førde.

⁸¹ Helseforetakenes årsregnskaper i perioden 2010–2019.

Dette viser at at helseforetakene relativt sett brukte mer av sine økonomiske ressurser på arbeidskraft enn på varige driftsmidler, blant annet bygg og medisinsk-teknisk utstyr, i 2019 enn i 2010. Dette innebærer at det er flere årsverk per investerte krone i 2019 enn i 2010⁸², og helseforetakene har dermed blitt mindre kapitalintensive i perioden. Unntaket er Østfold, der avskrivningene utgjør en større andel av driftskostnadene i 2019 enn i 2020. Dette skylds investeringer i et nytt sykehus i denne perioden.

⁸² Basert på en beregning av forholdet mellom årsverk og bokført verdi på anleggsmidler.

5 Helseforetakenes styring av investeringer

Dette kapitlet beskriver hvordan helseforetakene styrer for å sikre nødvendige investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

Utvalgte revisjonskriterier

- Forvaltningen av helseforetaket hører under styret. Dette innebærer blant annet å fastsette budsjetter og planer for foretakets virksomhet og å holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Budsjettet som vedtas skal være realistisk.
- Helseforetakene har et ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng. Det innebærer å prioritere investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold mot annen drift.
- Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene. Den som har det overordnede ansvaret skal sørge for at det etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og utføre oppgavene.

5.1 Oppsummering

Styret og ledelsen i helseforetakene skal selv prioritere mellom drift og investeringer. I den økonomiske langtidsplanen gjøres det langsiktige prioriteringer mellom drift og investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. I tillegg gjøres det prioriteringer mellom investeringer til ulike formål, som for eksempel bygg, medisinsk-teknisk utstyr og andre innsatsfaktorer.

De fleste helseforetakene har utarbeidet økonomiske langtidsplaner for hvert av årene fra 2010 til 2020. Planene gjelder for minst fire år, og oppdateres årlig. De vedtas av styrene i helseforetakene om våren og gir premisser for utarbeidelse av neste års investeringsbudsjett.

Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. Enkelte helseforetak har klart det i samtlige økonomiske langtidsplaner, men et flertall av helseforetakene har store utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået. Dette gjelder både for investeringer totalt og investeringer i henholdsvis bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Undersøkelsen indikerer at det er en sammenheng mellom hvorvidt helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene og utviklingen i tilstanden på bygg og alderen på medisinsk-teknisk utstyr. Blant helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene og gjennomsnittsalderen til MTU-parken forverret i flertallet av dem. Samtidig ble tilstanden på bygningsmassen forbedret og gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret redusert i flertallet av helseforetakene som nådde planlagt investeringsnivå i perioden.

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet. Undersøkelsen viser at helseforetak som ikke nådde målene for investeringer og økonomisk resultat i de økonomiske langtidsplanene for 2019–2022, heller ikke nådde målene i årsbudsjettet for 2019. Dette viser at mange helseforetak bør kunne planlegge bedre.

Helseforetak som ofte nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, gjorde det også for hele planperioden. Samtidig viser undersøkelsen at helseforetak som

sjelden nådde det planlagte investeringsnivået i en langtidsplans første år, heller ikke nådde det planlagte nivået i hele planperioden.

For å nå planlagt investeringsnivå, er det viktig å nå de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til om de når de planlagte resultatene i langtidsplanene. De fleste helseforetakene som hadde problemer med å nå planlagt resultat i langtidsplanens første år, nådde heller ikke det planlagte resultatet for planperioden som helhet.

Prosessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan varierer. Mens helseforetakene har klare rutiner for utarbeiding av årsbudsjetter, har mange i begrenset grad skriftlige prosedyrer for organisering av arbeidet med økonomisk langtidsplan. Vestfold er det helseforetaket som i flest år etter 2010 både har nådd det planlagte investeringsnivået og det økonomiske resultatet både i det første året av planen og i hele planperioden. Vestfold skiller seg fra mange andre helseforetak ved at det både starter budsjettprosessen og prioriteringsarbeidet tidligere enn andre, og at det har langsiktige prioriteringsplaner for investeringer.

Mange helseforetak vedtar urealistisk lavt vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet. Det er vanlig praksis i mange foretak å planlegge med lavere vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet enn det som ble brukt året før. Dette gjaldt også de første årene etter kartleggingen av den tekniske tilstanden til byggene i 2016. Dette kan være en viktig grunn til at mange helseforetak har hatt kostnadsoverskridelser på vedlikehold av bygg i driftsregnskapet i årene etter 2010.

Mål og strategier er et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner. Når det gjelder bygg, er det kun Helse Sør-Øst som har en regional strategi. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har satt konkrete mål for bygg i sin region. Omtrent halvparten av helseforetakene har overordnede planer for eiendommer. Et fåtall helseforetak har mål for tilstanden på byggene. Svært få har mål og overordnede planer for tilstanden på og utviklingen av MTU-parken.

Nær alle helseforetakene har fått utarbeidet detaljerte analyser av byggene sine de siste årene. En gjennomgang av styresaker viser at fem av foretakene har forelagt disse rapportene som egne saker for styrene sine. Alle styrene har imidlertid fått noe informasjon basert på disse rapportene. I mange helseforetak har styrene også blitt informert om vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen, men få styrer får en grundig oversikt over tilstanden til MTU-parken.

5.2 Om helseforetakene når investeringsnivået i langtidsplanene

Undersøkelsen viser

- at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de når det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene
- at mange av helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanenes første år, heller ikke gjorde det i resten av planperioden

Faktaboks 6 Økonomiske langtidsplaner

Den økonomiske langtidsplanen er et sentralt styringsinstrument for helseforetakene. Planen er ikke et budsjett, men en langsiktig plan som oppdateres årlig. Formålet med å utarbeide økonomiske langtidsplaner kan blant annet være

- å vise utviklingen med hensyn til driftsmessige forhold i et flerårig perspektiv
- å vurdere helseforetakets utfordringer og økonomiske situasjon
- å legge til rette for en helhetlig vurdering av foretakets økonomiske bæreevne med hensyn til investeringer i et lengre perspektiv (økonomisk bæreevne innebærer at det på et lokalt og regionalt nivå prioriteres ressurser til rasjonell og effektiv drift med god kvalitet samt investeringer som legger til rette for dette)
- å vise hvilke forventninger og krav eieren og samfunnet har til hvordan tilbudet skal oppfylles
- å gi forutsigbarhet for strategiske planleggingsprosesser
- å få et viktig styringsmessig verktøy for ledere og styret i helseforetaket
- å gi premisser for utarbeidelsen av neste års budsjett

I de økonomiske langtidsplanene gjøres det prioriteringer blant annet mellom

- personell og kompetanse
- bygg
- medisinsk-teknisk utstyr
- IKT og annen viktig infrastruktur

Den økonomiske langtidsplanen rulleres årlig, slik at det første år i planperioden legger premisser for utarbeidelsen av neste års budsjett. Prosessen med å utvikle økonomiske langtidsplaner i det enkelte helseforetak er delvis styrt av fristene som de regionale helseforetakene setter for utarbeidelsen av planen for det kommende året. De regionale helseforetakene kan også stille krav til innholdet i planene.

I april sender helseforetakene et forslag til en økonomisk langtidsplan til de regionale helseforetakene. Hensikten med dette er kvalitetssikring og dialog. Den økonomiske langtidsplanen behandles i de fleste helseforetakenes styre i mai, og styrene i de regionale helseforetakene behandler da den langsiktige planen for hele regionen i juni.

Planen skal gi en samlet framstilling av helseforetakets økonomiske bæreevne for investeringer. Helseforetakenes økonomiske planer skal inkludere investeringsplanene minst fire år fram i tid.

Kilde: De regionale helseforetakene

5.2.1 Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de når det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene

Vi har undersøkt om helseforetakene har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010.⁸³ Planene oppdateres årlig og viser planlagte investeringer minst fire år fram i tid. Helseforetakene som begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner i 2010, har derfor utarbeidet totalt ni økonomiske langtidsplaner mellom 2010 og 2018.

I analysene har vi sammenlignet det samlede planlagte investeringsnivået i planperioden med de samlede faktiske investeringene i samme periode. For eksempel har vi for langtidsplanen utarbeidet i 2015 summert planlagt investeringsnivå for de fire årene 2016–2019, og sammenlignet dette med faktisk investeringsnivå for den samme perioden.

I alle analysene av investeringer i dette kapitlet regner vi 90 prosent måloppnåelse som oppnådd mål. Dette innebærer at små negative avvik mellom planlagt og oppnådd investeringsnivå defineres som måloppnåelse.

⁸³ Flere helseforetak har en lengre planleggingshorisont enn fire år. I undersøkelsen har vi kun inkludert de fire første årene.

I den økonomiske langtidsplanen gjøres det langsiktige prioriteringer mellom drift og investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. I tillegg gjøres det prioriteringer mellom investeringer til ulike formål, for eksempel bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer.

Samtidig må det understrekes at det vil være usikkerhet knyttet til planforutsetningene. Når foretakene legger langtidsplaner, må de forutse både inntekter og kostnader i en fireårsperiode, og krav stilt i oppdragsdokumenter og foretaksmøter kan påvirke forutsetningene for å realisere planer. De planlagte investeringene i de økonomiske langtidsplanene, som ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring, er blant annet avhengig av at planlagte framtidige økonomiske resultater oppnås.

Figur 21 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde det planlagte investeringsnivået, i prosent



Kilde: Helseforetakene. Oppnådd investeringsnivå innebærer minst 90 prosent oppnåelse av planen. Antall planer i parentes. N = 20.

Figur 21 viser at fire helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i samtlige økonomiske langtidsplaner etter 2010. Seks andre helseforetak nådde det planlagte nivået i flere enn halvparten av planene.

Et flertall av helseforetakene har imidlertid utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene. Ni helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i færre enn halvparten av langtidsplanene. To helseforetak nådde ikke det planlagte investeringsnivået i noen av langtidsplanene.

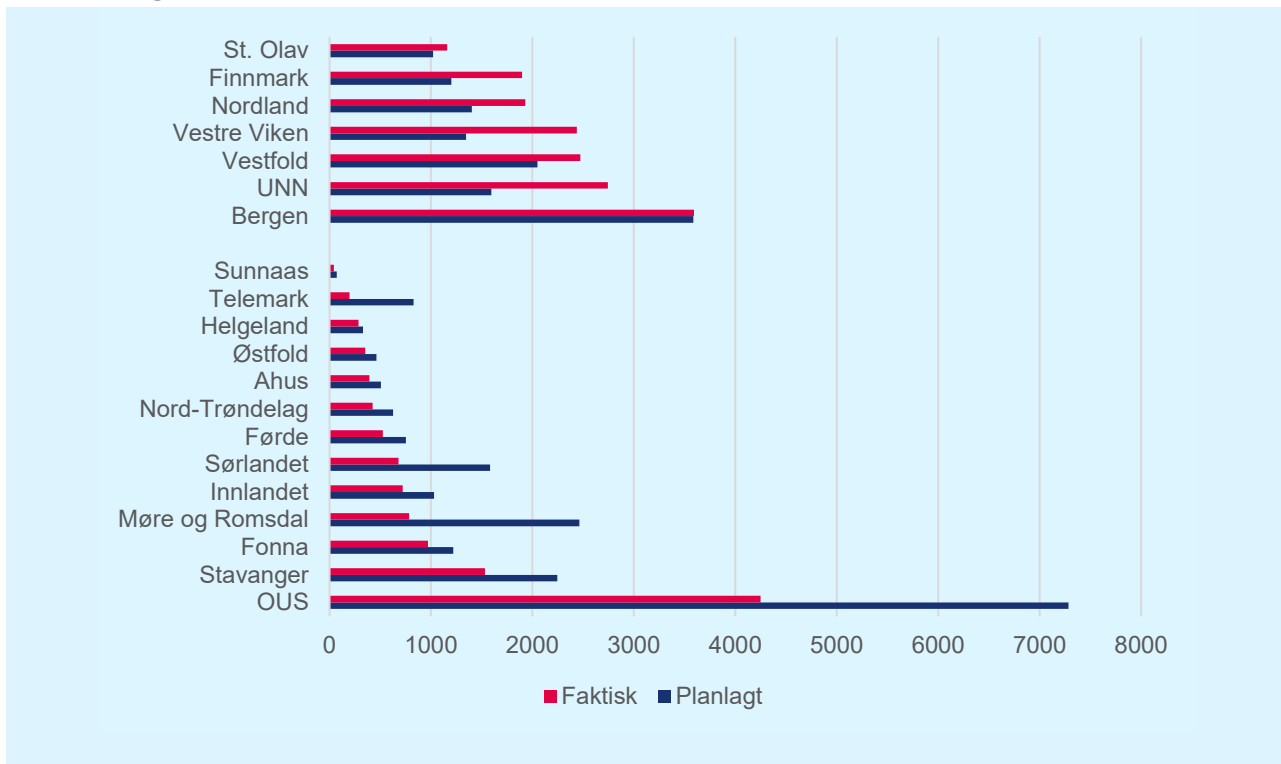
Alle helseforetakene i Helse Vest utarbeidet økonomiske langtidsplaner fra 2010. De fleste helseforetakene i Helse Sør-Øst begynte med dette i planene for 2011, mens to av foretakene i Helse Midt-Norge ikke startet med en slik praksis før i 2015. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider langsiktige investeringsplaner, men ikke egne økonomiske langtidsplaner.⁸⁴

Med utgangspunkt i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner for årene 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom faktiske og planlagte investeringer. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet var den samlede differansen i de regionale helseforetakene mellom planlagt og oppnådd

⁸⁴ I analysene våre inngår data til og med 2019 i de økonomiske langtidsplanene fra henholdsvis 2016, 2017 og 2018. Analysene inneholder derfor kun data for henholdsvis tre, to og ett år fra disse planene.

investeringsnivå i perioden på ti prosent. Våre beregninger, som kun omfatter helseforetakene som utfører pasientbehandling, viser at det totalt ble investert 13 prosent mindre enn planlagt i perioden, men avvikene varierte mellom helseforetakene.⁸⁵ Figur 22 viser avvik mellom oppnådd og planlagt investeringsnivå i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019.

Figur 22 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå for perioden 2016–2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Totalt tretten av helseforetakene investerte mindre enn planlagt i perioden. For tolv helseforetak var det negative avviket på over 20 prosent, og for fem av disse var avviket på over 40 prosent. Det er store forskjeller mellom helseregionene i perioden:

- Helseforetakene i Helse Sør-Øst investerte omtrent 25 prosent mindre enn planlagt.
- Helseforetakene i Helse Midt-Norge investerte omtrent 40 prosent mindre enn planlagt.
- Helseforetakene i Helse Vest investerte omtrent 15 prosent mindre enn planlagt.
- Helseforetakene i Helse Nord investerte omtrent 50 prosent mer enn planlagt.

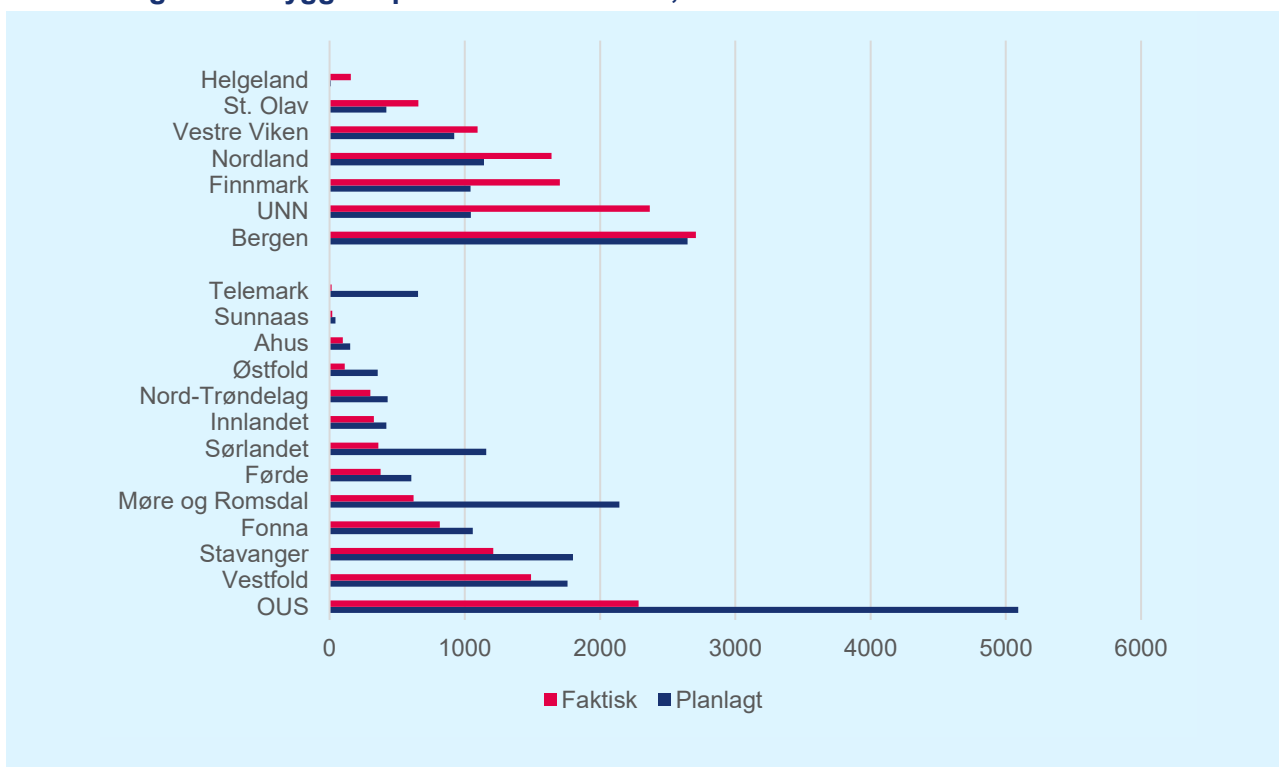
Flertallet har utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået for bygg

Et flertall av helseforetakene har utfordringer med å nå det planlagte investeringsnivået for bygg. Ni helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået i færre enn halvparten av langtidsplanene etter 2010. Seks av helseforetakene nådde det ikke i noen eller kun i én av planene etter 2010.

Med utgangspunkt i de økonomiske langtidsplanene for 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom faktiske og planlagte investeringer i bygg. Totalt ble det investert 20 prosent mindre enn planlagt i perioden, men avvikene varierer mellom helseforetakene.

⁸⁵ Differansen skyldes i hovedsak at investeringer i IKT skjer i RHF-et eller i egne selskap.

Figur 23 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i bygg for perioden 2016–2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 23 viser avvik mellom oppnådd og planlagt investeringsnivå i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019. Totalt 13 helseforetak investerte mindre enn planlagt i bygg i perioden. For seks av disse helseforetakene var det negative avviket på over 50 prosent.

Blant helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i langtidsplanen for 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forverret i åtte av tretten helseforetak. Blant helseforetakene som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen for 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene forbedret i fire av sju helseforetak.

Det er forskjeller mellom helseregionene. Alle helseforetakene i Helse Nord investerte mer i bygg enn de hadde planlagt i perioden. Ett av helseforetakene i Helse Midt-Norge og ett i Helse Vest nådde det planlagte investeringsnivået.⁸⁶ Kun ett av helseforetakene i Helse Sør-Øst gjorde det samme.⁸⁷

Helseforetakene oppgir per brev flere årsaker til at det har vært lavere investeringsnivå i bygg enn det som var planlagt i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019:

- Nedjustering av planlagt investeringsnivå i årsbudsjettene på grunn av lavere økonomisk resultat enn planlagt.
- Investeringsprosjekter er blitt utsatt. Helseforetakene oppgir flere grunner til utsettelse, som begrenset prosjektkapasitet, eller utsatt oppstart av regionalt styrte prosjekter helseforetaket.
- Noen av investeringene i planene ble reklassifisert som driftskostnader

Økte investeringsrammer som følge av kostnadsoverskridelser er en grunn til at investeringene er høyere enn planlagt i enkelte foretak. Nordland viser til at differansen mellom planlagte og faktiske investeringer i hovedsak skyldes budsjettoverskridelser på 300 millioner kroner.

⁸⁶ Bergen og St. Olav.

⁸⁷ Vestre Viken.

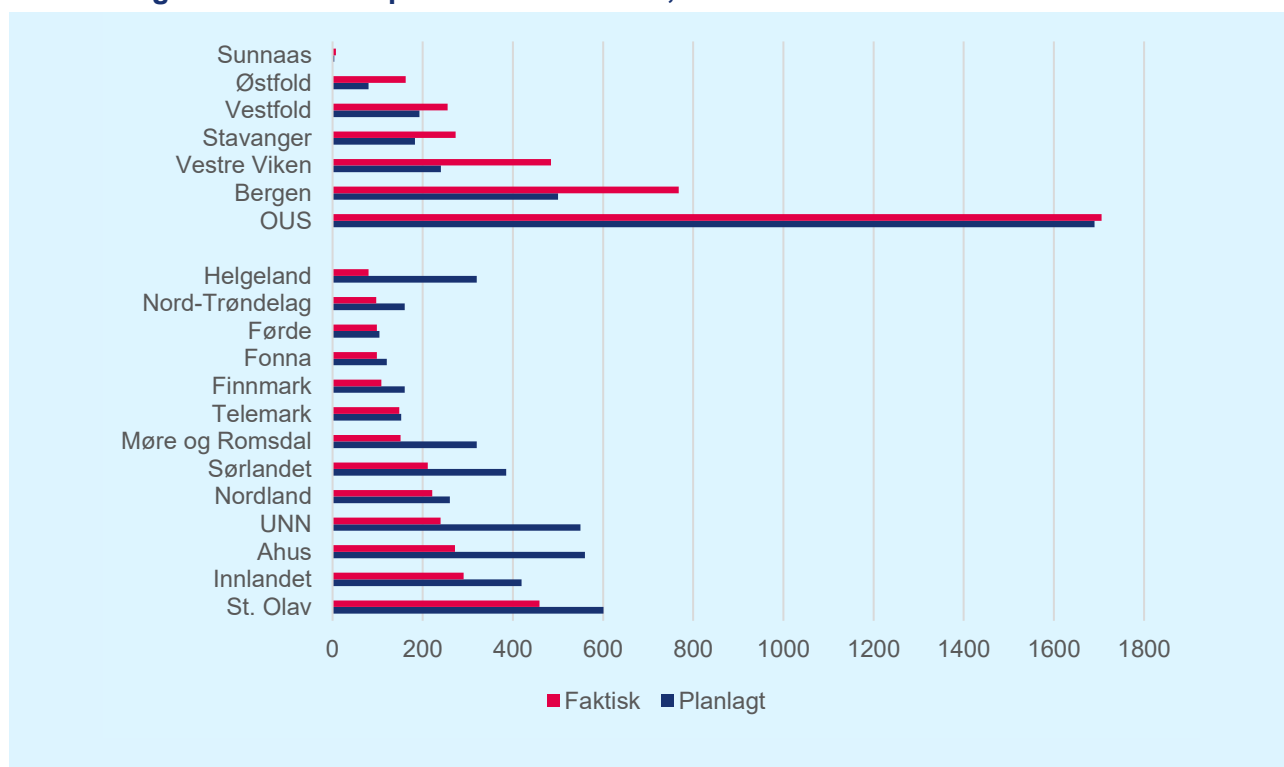
Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring av store investeringsprosjekter, men synliggjør en investeringsplan som forutsetter tilslutning fra det regionale helseforetaket, som ivaretar prioriteringer på regionnivå.

Flertallet har utfordringer med å nå investeringsplanene for medisinsk-teknisk utstyr

12 av de 20 helseforetakene nådde det planlagte investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr i færre enn halvparten av sine langtidsplaner etter 2010.

Med utgangspunkt i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom oppnådde og planlagte investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. Det ble investert totalt 12 prosent mindre enn planlagt i perioden, men avvikene varierte mellom helseforetakene.

Figur 24 Planlagt investeringsnivå i den økonomiske langtidsplanen og faktisk investeringsnivå i MTU for perioden 2016–2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 24 viser avvik mellom oppnådde og planlagte investeringer i langtidsplanen som dekker perioden 2016–2019. Totalt tretten av helseforetakene investerte mindre enn planlagt i perioden, og for ni av disse helseforetakene var det negative avviket på over 20 prosent.

Blant helseforetakene som ikke nådde det planlagte investeringsnivået i langtidsplanen for 2016–2019, økte gjennomsnittsalderen på MTU-parken i ni av tretten helseforetak. Sju av disse var blant de åtte helseforetakene der gjennomsnittsalderen på MTU-parken økte mest fra 2015 til 2020, jf. kapittel 3.

Blant helseforetakene som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen for 2016–2019, økte gjennomsnittsalderen på MTU-parken i tre av sju helseforetak. I to av disse helseforetakene økte gjennomsnittsalderen med bare 0,3 år.

I sju helseforetak var gjennomsnittsalderen på MTU-parken i 2020 lik eller lavere enn hva den var i 2015, jf. kapittel 3. Blant disse helseforetakene var det tre helseforetak som nådde de planlagte investeringene i

medisinsk-teknisk utstyr.⁸⁸ Blant de åtte helseforetakene der gjennomsnittsalderen økte mest, var det bare ett helseforetak som nådde de planlagte investeringene i langtidsplanen.⁸⁹

Det er forskjeller mellom helseregionene. Alle helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge investerte mindre enn de hadde planlagt for. Halvparten av helseforetakene i de to andre regionene nådde de planlagte investeringene.

Årsaken flest helseforetak oppgir til lavere investeringer enn planlagt i medisinsk-teknisk utstyr i økonomisk langtidsplan for 2016–2019 er lavere økonomisk resultat enn planlagt. I tillegg nevner enkelte foretak forsinkelser på grunn av tidkrevende innkjøpsprosesser eller forsinkelser i regionale investeringer som inkluderer medisinsk-teknisk utstyr.

Et av helseforetakene viser til at investeringsmidler som ikke er øremerket gjennom lån eller tilskudd, er avhengig av resultatene fra driften og generering av likviditet. Ved underskudd har ikke foretaket generert nødvendig likviditet for å gjennomføre planlagte investeringer. Investeringer i medisinsk-teknisk utstyr har dermed vært begrenset til å erstatte gammelt utstyr som har brutt sammen, og utstyr som ikke oppfyller gjeldende krav til funksjonalitet eller kvalitet. Manglende investeringer i medisinsk-teknisk utstyr førte til økt alder på MTU-parken i perioden 2016–2019.

Planer gjenspeiler ikke alltid behovet for investeringer. I forslaget fra et prioriteringsutvalg i et helseforetak med hensyn til prioriteringer av investeringer for 2019, framgår det følgende:

*«Investeringsrammen til MTU er betydelig høyere i 2019 sammenlignet med tidligere år. Likevel er innmeldte investeringsbehov langt høyere enn rammen. Divisjonene har vært restriktive med å melde behov fra avdelingene i deres prioriterte liste til investeringer 2019. Det skyldes i stor grad at vi har de siste årene erfart at det er begrensede investeringsmidler. Investeringsutvalget er klar over at det er et behov for flere utskiftninger enn det som er meldt.»*⁹⁰

5.2.2 Mange av helseforetakene som ikke nådde planlagt investeringsnivå i de økonomiske langtidsplanenes første år, gjorde det heller ikke i resten av planperioden

De økonomiske langtidsplanene oppdateres og vedtas av styret i mai måned. Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet.

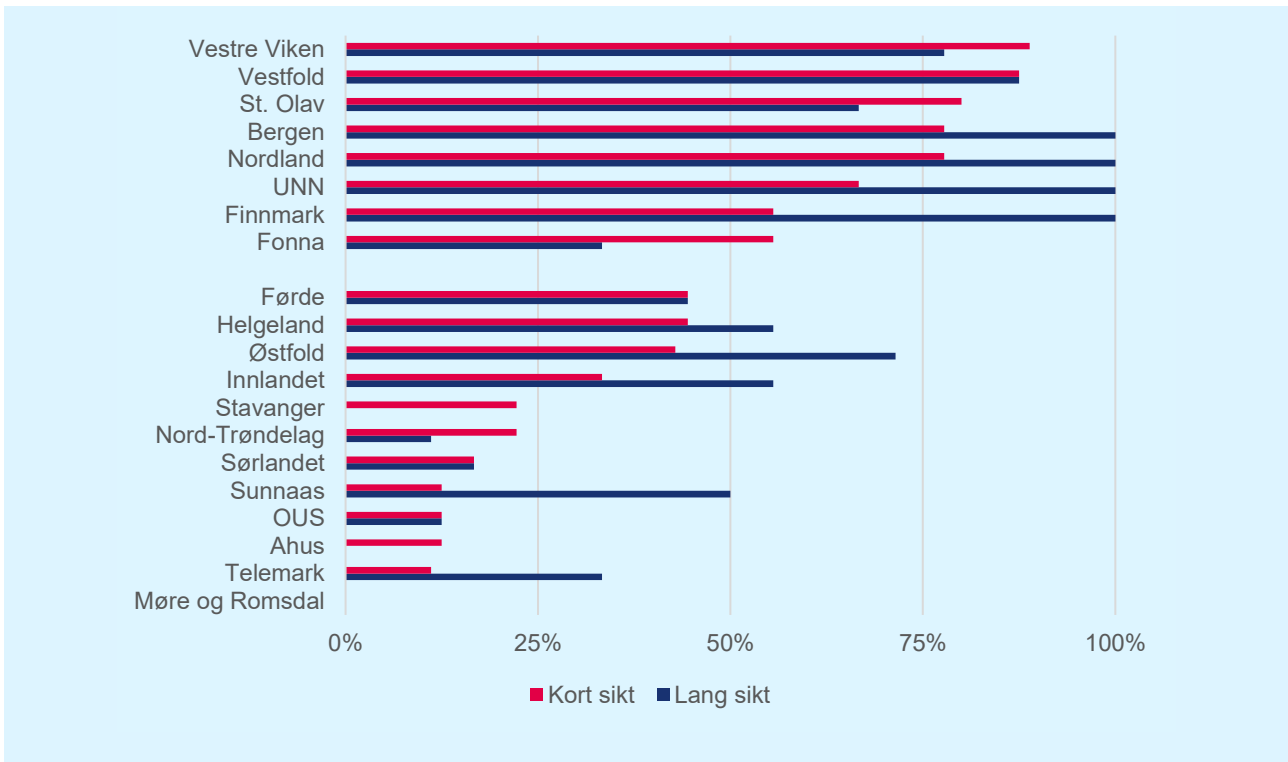
Vi har undersøkt om de helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, var de samme helseforetakene som oftest nådde det planlagte investeringsnivået for hele planperioden. Figur 25 viser i hvor stor andel av de økonomiske langtidsplanene hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået, henholdsvis for det første året i planen og hele planperioden.

⁸⁸ Vestre Viken, OUS og Østfold.

⁸⁹ Stavanger.

⁹⁰ Ahus, Forslag til prioritering av investeringer for 2019, s.12.

Figur 25 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd planlagt investeringsnivå på kort og lang sikt, i prosent



Kilde: Helseforetakene. Oppnådd investeringsnivå innebærer minst 90 prosent oppnåelse av planen. Figuren er sortert etter oppnåelse på kort sikt. N = 20.

Figur 25 indikerer at helseforetakene som budsjetterer realistisk på kort sikt, også har en evne til å nå det planlagte investeringsnivå på lang sikt.

Åtte helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået for det første året i minst halvparten av langtidsplanene sine. Sju av disse helseforetakene var også blant de som flest ganger nådde investeringsnivået som var planlagt for hele planperioden.

Tolv helseforetak nådde det planlagte investeringsnivået for det første året i færre enn halvparten av langtidsplanene sine. Kun tre av disse nådde investeringsnivået for hele perioden i mer enn halvparten av planene sine.

Vi har også undersøkt om helseforetakene som nådde det planlagte investeringsnivået for henholdsvis medisinsk-teknisk utstyr og bygg i det første året av langtidsplanene, også nådde det planlagte investeringsnivået for hele perioden. Analysen viser

- at de fem helseforetakene som i flest planer nådde det planlagte investeringsnivået i medisinsk-teknisk utstyr i det første året av langtidsplanene, også var de fem som i flest planer nådde investeringsnivået som var planlagt for hele perioden
- at åtte av de ti helseforetakene som flest ganger nådde det planlagte investeringsnivået i bygg i det første året av langtidsplanene, også var blant de ti helseforetakene som i flest planer nådde investeringsnivået som var planlagt for hele perioden

Dette viser at helseforetakene som når det planlagte investeringsnivået på kort sikt, også når det på lang sikt. Dette gjelder både for investeringer samlet sett, investeringer i bygg og investeringer i medisinsk-teknisk utstyr.

Vi har også undersøkt om årsbudsjettene for investeringer for 2019 er forskjellige fra planlagte investeringer i de økonomiske langtidsplanene som ble vedtatt et halvt år før. Dersom det budsjetteres med lavere

investeringer i årsbudsjettet, kan dette forklare deler eller hele avviket mellom planlagte og oppnådde investeringer i det første året av langtidsplanen.

Når vi sammenligner investeringene i årsbudsjettet i 2019 med langtidsplanen, viser analysen at planlagte investeringer var høyere i årsbudsjettet enn i økonomisk langtidsplan i fem helseforetak,⁹¹ lavere i seks⁹² og like i tre helseforetak.⁹³

Hovedbildet med hensyn til om helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene, endrer seg likevel ikke. I åtte av ni helseforetak der investeringene var lavere enn det som ble planlagt for det første året av den økonomiske langtidsplanen, var investeringene også lavere enn det som ble planlagt i årsbudsjettet.

Faktaboks 7 Sammenhengen mellom den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir helseforetaket en økonomisk ramme som gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet, som behandles i styret i desember. De planlagte investeringene i årsbudsjettet kan bli endret i forhold til de planlagte investeringene i det første året i de økonomiske langtidsplanene. Dette kan blant annet skyldes

- at det er endringer i rammebetingelsene som gis i de årlige statsbudsjettene
- at det er endringer i den økonomiske situasjonen i det enkelte helseforetak
- at det er utsettelse i oppstarten av et investeringsprosjekt

5.3 Om helseforetakene når planlagte økonomiske resultater

Undersøkelsen viser

- at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de nådde de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene
- at mange av helseforetakene som ikke nådde det planlagte resultatet i de økonomiske langtidsplanenes første år, heller ikke gjorde det i resten av planperioden

5.3.1 Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de nådde de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene

Helseforetakene finansierer investeringene sine blant annet gjennom den delen av basisrammen som skal dekke ikke-betalbare kostnader og gjennom salg av eiendom. Gitt driftsmessig balanse kan disse midlene nyttes til nyinvesteringer, avdrag på lån, eller sparing til framtidige investeringer. Underskudd på driften reduserer handlingsrommet for nye investeringer. Motsatt gir overskudd i driften økt handlingsrom for nyinvesteringer. Det er også mulig å søke om regionale lån til noen typer investeringer. Selv om enkelte helseforetak fortsatt går med underskudd, har de fleste helseforetakene forbedret økonomien sin og går med overskudd.

For å øke tilgjengelige midler til investeringer, er helseforetakene avhengige av å gå med økonomisk overskudd. Helseforetak som ikke når de planlagte økonomiske resultatene sine, vil derfor kunne bli nødt til å redusere eller utsette planlagte investeringer. Vi har undersøkt om helseforetakene nådde de planlagte økonomiske resultatene i hver av de økonomiske langtidsplanene etter 2010.⁹⁴

⁹¹ Ahus, Innlandet, Telemark, Bergen og Stavanger.

⁹² OUS, Vestre Viken, Sørlandet, Førde, Møre og Romsdal, og Nord-Trøndelag.

⁹³ Data mangler for de andre helseforetakene.

⁹⁴ Både planlagt og realisert overskudd i 2014 er utelatt fra beregningene.

I hver av planperiodene etter 2010 nådde halvparten eller færre av helseforetakene de planlagte økonomiske resultatene i de økonomiske langtidsplanene. I gjennomsnitt nådde omtrent 40 prosent av helseforetakene det planlagte økonomiske resultatet (overskuddet) i langtidsplanene.

Det er imidlertid forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder avvik mellom oppnådde og planlagte økonomiske resultater i fireårsperiodene etter 2010. Figur 26 viser i hvor stor andel av planene hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte resultatet de fire nærmeste årene. Antall planer for hvert helseforetak varierer i figuren.⁹⁵

Figur 26 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene nådde de planlagte økonomiske resultatene, i prosent



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 26 viser at det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de nådde de planlagte økonomiske resultatene. Seks helseforetak skiller seg ut ved at de nådde de planlagte resultatene i minst halvparten av langtidsplanene.⁹⁶ To helseforetak nådde de planlagte resultatene i samtlige av langtidsplanene etter 2010.

Mange helseforetak har imidlertid problemer med å nå de planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene. 14 helseforetak nådde de planlagte resultatene i under halvparten av langtidsplanene etter 2010. Fire nådde ikke resultatene i noen av planene.

I figur 26 defineres måloppnåelse som at helseforetakene når 100 prosent av det planlagte økonomiske resultatet, men hovedbildet endrer seg ikke når vi undersøker om minst 90 prosent av det planlagte økonomiske resultatet er nådd.

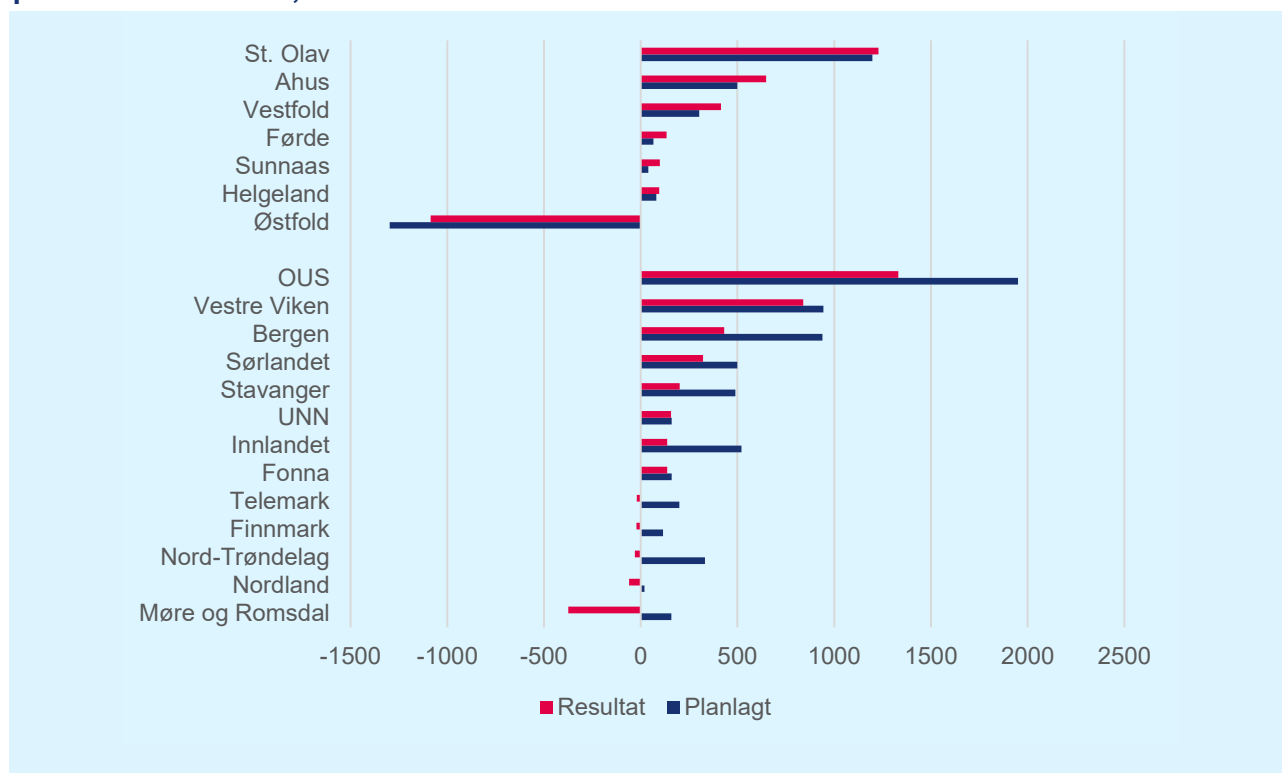
⁹⁵ Helseforetakene begynte på ulike tidspunkter (mellom 2010 og 2015) å utarbeide økonomiske langtids-/investeringsplaner og har derfor ikke utarbeidet like mange rapporter siden 2010.

⁹⁶ Vestfold, St. Olav, Helgeland, Førde, Ahus og Sunnaas.

Departementet presiserer at de regionale helseforetakene over tid har hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at det i vurderingen av resultatutviklingen i helseforetakene må tas hensyn til at det planlegges med til dels omfattende resultatbuffer hos det regionale foretaket.⁹⁷ De regionale helseforetakene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. Departementet påpeker videre at de regionale helseforetakene realiserte et betydelig høyere resultat enn planlagt i økonomisk langtidsplan for 2016–2019. De opparbeidet dermed et større handlingsrom for investeringer enn det som ble lagt til grunn i 2015.

Med utgangspunkt i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 har vi undersøkt nærmere hvor stort avvik det er mellom de planlagte og de oppnådde økonomiske resultatene. Våre beregninger, som kun omfatter helseforetakene som utfører pasientbehandling, viser betydelige forskjeller mellom foretakene, jf. figur 27.

Figur 27 Planlagt resultat i den økonomiske langtidsplanen og oppnådd resultat for perioden 2016–2019, i millioner kroner



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 27 viser at sju helseforetak oppnådde et bedre resultat enn planlagt i perioden 2016–2019, mens 13 foretak ikke nådde resultatmålene. Videre viser figuren at flere av disse helseforetakene var langt fra målet. Sju helseforetak hadde et avvik på mer enn 200 millioner kroner hver.

Seks helseforetak hadde et samlet negativt økonomisk resultat i perioden 2016–2019.⁹⁸ Fem av disse hadde et dårligere resultat enn planlagt.⁹⁹

Helseforetakene oppgir per brev flere årsaker til at de planlagte økonomiske resultatene ikke ble nådd i langtidsplanen for perioden 2016–2019:

- krav til effektivisering som ikke er oppnådd
- høyere aktivitet der merkostnadene ble større enn merinntektene
- kostnadsøkninger på enkelte kostnadskomponenter, som for eksempel lønn og medikamenter

⁹⁷ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

⁹⁸ Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Finnmark, Nordland, Telemark og Østfold.

⁹⁹ Østfold hadde et lavere negativt resultat enn planlagt.

Flere helseforetak har derfor nedskalert planlagte økonomiske resultater i årsbudsjettene.

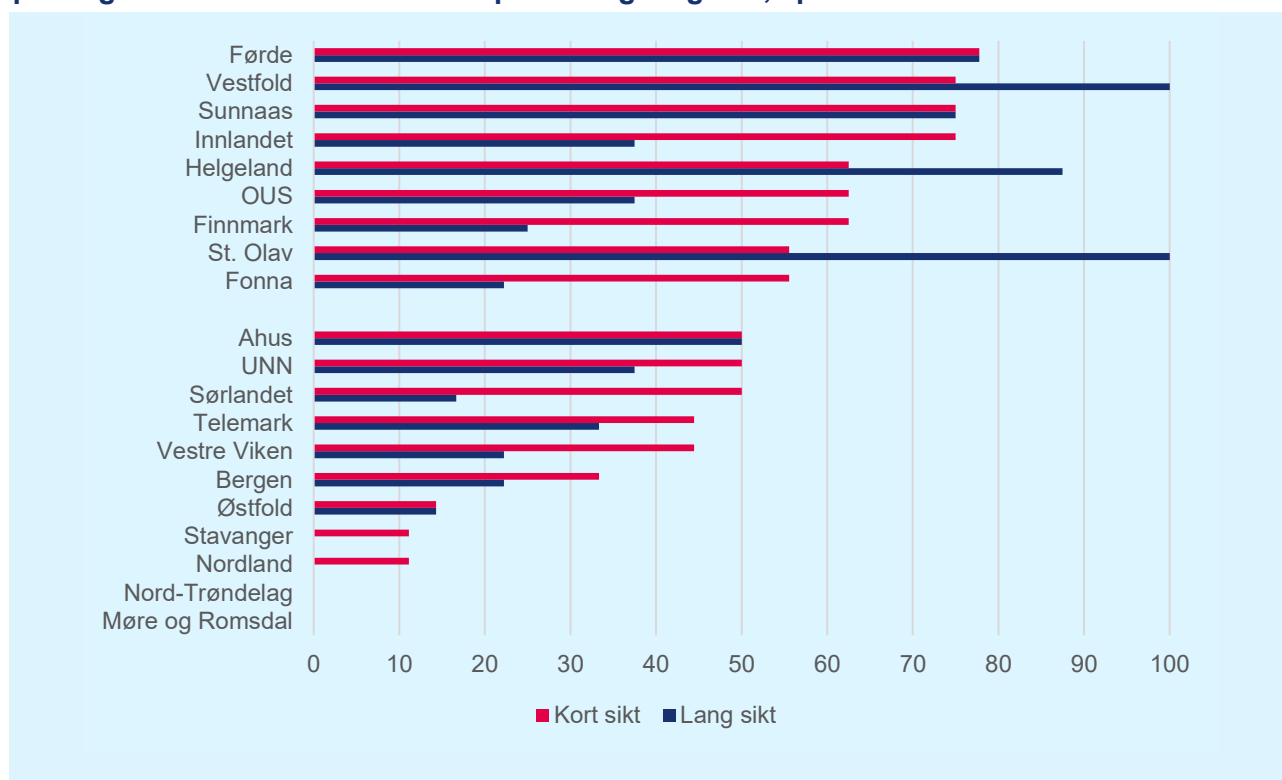
Det er ingen klar sammenheng med hensyn til om helseforetakene når det planlagte økonomiske resultatet i langtidsplanen, og om de når det planlagte investeringsnivået. Dette skyldes blant annet at store investeringer kan finansieres av statlige eller regionale lån, og da er helseforetaket mindre avhengig av å nå økonomiske resultater for å gjennomføre investeringene. Dersom et foretak har tilgjengelig likviditet, kan investeringer også gjennomføres på kort sikt selv om overskuddet er mindre enn planlagt. På lengre sikt vil et mindre overskudd enn planlagt likevel påvirke helseforetakenes evne til å gjennomføre investeringer som finansieres av helseforetakene selv.

5.3.2 Mange av helseforetakene som ikke nådde planlagt resultat i de økonomiske langtidsplanenes første år, gjorde det heller ikke i resten av planperioden

De planlagte økonomiske resultatene i langtidsplanene forutsetter ofte effektiviseringstiltak. Undersøkelsen viser at mange helseforetak har utfordringer med å nå de planlagte resultatene i langtidsplanene. Dette indikerer at styrene i helseforetakene ofte vedtar for optimistiske planer. Planer og budsjetter bør imidlertid være så realistiske som mulig.

Det første året i langtidsplanene skal legge premissene for utarbeidelsen av årsbudsjettet. Vi har derfor undersøkt i hvilken grad helseforetakene har nådd de planlagte resultatene i det første året av langtidsplanene fra 2010. De økonomiske langtidsplanene oppdateres hvert år.¹⁰⁰ Figur 28 viser i hvor stor andel av de økonomiske langtidsplanene hvert enkelt helseforetak nådde det planlagte resultatet, henholdsvis for det første året i planen (kort sikt) og hele planperioden (lang sikt).

Figur 28 Andelen økonomiske langtidsplaner etter 2010 der helseforetakene har nådd de planlagte økonomiske resultatene på kort og lang sikt, i prosent



¹⁰⁰ Helseforetakene har utarbeidet maksimalt ni langtidsplaner i perioden fra 2010 til 2018.

Kilde: Helseforetakene. Oppnådd økonomisk resultat innebærer 100 prosent oppnåelse av budsjettet. N = 20.

Figur 28 indikerer at helseforetakene som har en realistisk planlegging på kort sikt, også har en evne til å nå planlagte resultater på lang sikt.

Videre viser figuren at mange helseforetak har store utfordringer med å nå de planlagte resultatene det første året i langtidsplanene. Elleve helseforetak når i halvparten eller færre av planene det planlagte økonomiske resultatet for det første året av planen, og få av disse nådde de planlagte resultatene sine for resten av planperioden.

Ni helseforetak nådde i flere enn halvparten av langtidsplanene det planlagte resultatet for det første året av planen, og sju av disse var også blant de som oftest nådde resultatene sine for hele planperioden.¹⁰¹

Årsbudsjettene vedtas av styrene i helseforetakene i desember. De planlagte økonomiske resultatene i årsbudsjettene kan derfor avvike fra de planlagte resultatene for det første året i de økonomiske langtidsplanene. Vi har undersøkt om det budsjetterte resultatet i årsbudsjettene for 2019 avviker fra det som var planlagt i den økonomiske langtidsplanen som ble vedtatt av styret et halvt år tidligere. Når vi sammenligner det planlagte resultatet i årsbudsjettet med det første året i langtidsplanen, var det høyere i ett helseforetak, lavere i fire og likt i ti helseforetak.

De helseforetakene som ikke nådde det planlagte økonomiske resultatet for første året i langtidsplanen, nådde heller ikke det budsjetterte resultatet i årsbudsjettet. Hovedbildet med hensyn til om helseforetakene når det planlagte resultatet i langtidsplanene, endrer seg således ikke.

5.4 Helseforetakenes rutiner for å utarbeide investeringsplaner

Undersøkelsen viser

- at prosessen med å utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter kan bli bedre i mange av helseforetakene
- at planleggingen av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr kan bli bedre i mange av helseforetakene

5.4.1 Prosessen med utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter kan bli bedre i mange av helseforetakene

Helseforetakene har planer og budsjettbrev for de årlige budsjettprosessene. De fleste helseforetakene har konkretisert budsjettprosessen i en budsjettkalender som blant annet viser frister for når ulike oppgaver skal gjennomføres, og hvilke aktører som er involvert og ansvarlig for de ulike oppgavene.¹⁰²

Flere helseforetak peker likevel på at prosedyrene er uklare, utdaterte eller ikke tilstrekkelig knyttet til foretakets strategi. Flere helseforetak viser til at nye prosedyrer er under utvikling, og opplyser at dette blant annet er viktig for å sikre at helseforetakene prioriterer nok tid til å planlegge og gjennomføre budsjettprosessen, noe som skal sikre bred involvering og eierskap hos alle budsjettansvarlige.¹⁰³

Den økonomiske langtidsplanen er et sentralt verktøy for lederne og styrene i helseforetakene, og gir premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet for kommende år (se faktaboks 6 om økonomiske langtidsplaner).¹⁰⁴ Mange helseforetak har imidlertid ikke utarbeidet egne prosedyrer for utarbeidelse av den økonomiske langtidsplanen på samme måte som for årsbudsjettet. Kartleggingen vår viser at sju helseforetak ikke kan dokumentere prosedyrer eller framdriftsplaner for utarbeidelse av langtidsbudsjettet.¹⁰⁵ Flere

¹⁰¹ Kun Ahus har bedre måloppnåelse på lang sikt enn disse sju.

¹⁰² Disse aktørene inkluderer blant annet økonomidirektør, controller, ledere for klinikk, fagforening, direktør.

¹⁰³ Helgeland, UNN, Nord-Trøndelag og Ahus.

¹⁰⁴ Helseforetakene i Helse Nord utarbeider ikke egne økonomiske langtidsplaner, men flerårige investeringsplaner.

¹⁰⁵ Fonna, Nord-Trøndelag, St. Olav, Finnmark, Helgeland, UNN og Sørlandet.

av disse helseforetakene viser til at kravene som er gitt i budsjettbrev fra det regionale helseforetaket, er den eneste prosedyren for å utarbeide den økonomiske langtidsplanen.

Helseforetakene oppdaterer den økonomiske langtidsplanen sin hvert år. Budsjettprosessen i helseforetakene er delvis styrt av fristene som de regionale helseforetakene setter i budsjettskrivene. Disse skrivene omfatter krav til innholdet i planen som skal utarbeides, og altså tidsfrister for leveransene, men ikke rutiner for hvordan helseforetaket skal utarbeide langtidsplanene.

Faktaboks 8 viser en vanlig prosess for å utarbeide en økonomisk langtidsplan og et årsbudsjett. Dokumentanalysen viser imidlertid at helseforetakene har noe ulike budsjettprosesser.

Faktaboks 8 Prosessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan og et årsbudsjett i helseforetakene

Februar	<ul style="list-style-type: none"> Styret legger premisser og føringer for den økonomiske langtidsplanen. Det første budsjettskrivet med forutsetninger og rammer sendes ut til klinikkene.
Mars	<ul style="list-style-type: none"> Klinikkene oversender innspill til oppdateringer av den økonomiske langtidsplanen til ledelsen. Det er dialog mellom ledelsen og klinikkene om innspillene til den økonomiske langtidsplanen. Det er strategi- og budsjettmøter i ledergrupper.
April	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket oversender et utkast til økonomisk langtidsplan til det regionale helseforetaket for kvalitetssikring og dialog.
Mai	<ul style="list-style-type: none"> Den økonomisk langtidsplanen behandles i helseforetakets styre.
Juni	<ul style="list-style-type: none"> Det regionale helseforetaket vedtar regional økonomisk langtidsplan. Denne legger premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet for det neste året. Premissene for effektiviseringskravene sendes fra ledelsen til klinikkene.
August	<ul style="list-style-type: none"> Klinikkene starter opp arbeidet med å nå effektiviseringskravene (noen helseforetak starter før).
September	<ul style="list-style-type: none"> Klinikkene arbeider i dialog med økonomiavdelingene med å utarbeide utkast til driftsbudsjettet, inkludert aktivitetsbudsjett.
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket får informasjon om eventuelle endringer som følge av Prop. 1 S. Klinikkene prioriterer investeringer innenfor den økonomiske rammen.
November	<ul style="list-style-type: none"> Budsjettet blir ferdigstilt, inkludert investeringsbudsjettet.
Desember	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket leverer det ferdige årsbudsjettet til det regionale helseforetaket. Årsbudsjettet for neste år behandles av styret i helseforetaket.

Kilde: Helseforetakene

Vestfold er det helseforetaket som i flest økonomiske langtidsplaner etter 2010 har nådd det planlagte investeringsnivået både for det første året av planen og hele planperioden. Vestfold skiller seg fra mange andre helseforetak på flere måter:

- Helseforetaket starter budsjettprosessen flere måneder tidligere enn det som ellers er vanlig.
- Klinikkene må prioritere investeringer tidligere enn de fleste andre helseforetak (tidlig i september).
- Klinikkene må prioritere investeringer over flere år i prosessen med å utarbeide årsbudsjettet. På den måten legges det opp til at klinikkene allerede i den ordinære budsjettprosessen planlegger investeringer i et lengre og mer strategisk perspektiv. I mange andre helseforetak er det vanlig at klinikkene i budsjettprosessen bare prioriterer investeringer ett år fram i tid.

Vestfold mener at de prioriteringene klinikkene gjør med hensyn til investeringer i den ordinære budsjettprosessen, gir et tilstrekkelig grunnlag for staben til å utarbeide den økonomiske langtidsplanen på våren uten at det er behov for at klinikkene må oppdatere prioriteringene sine. I mange andre helseforetak blir klinikkene involvert i prioriteringene av investeringene i den økonomiske langtidsplanen først måneden før den oversendes til det regionale helseforetaket.

I Vestfold starter budsjettprosessen i det siste ledermøtet i desember, noe som er ett år før budsjettet vedtas (møtet i desember 2019 for budsjettet for 2021). Det arbeides deretter med strategiske prioriteringer fram til månedsskiftet mars/april, og da får klinikkene tildelt budsjetttrammene sine.

Klinikkene i Vestfold skal allerede i begynnelsen av september prioritere investeringer for neste års budsjett. I de fleste helseforetakene skjer denne prioriteringen senere på høsten, og i enkelte helseforetak vedtas investeringsbudsjettet først flere måneder inn i budsjettåret. Vestfold begrunner rutinene sine med at en tidlig prioritering av investeringer øker muligheten for at de vedtatte investeringene blir gjennomført i budsjettåret. Det fører også til at effekten av investeringens formål kommer tidligere enn om planleggingen av investeringen ble startet helt på slutten av året eller i selve budsjettåret.

Omstillinger i sykehus krever ofte omfattende og tidkrevende prosesser. Vestfold starter også tidligere enn andre helseforetak med å identifisere og gjennomføre nødvendige endringstiltak ved klinikkene. Helseforetaket mener at det er en fordel med å starte med denne oppgaven allerede i april fordi effekten av tiltakene da kommer tidligere. Dette øker muligheten for å nå det planlagte overskuddet, noe som i neste omgang gir en økt evne til å nå det planlagte investeringsnivået.

Den økonomiske langtidsplanen legger premisser for utarbeidelsen av årsbudsjettet. Derfor får klinikkene i mange helseforetak informasjon om den økonomiske rammen først i juni måned. I praksis betyr dette at klinikker i mange helseforetak først etter sommerferien starter med å identifisere og planlegge nødvendige effektiviseringstiltak for å nå det planlagte økonomiske resultatet i neste års budsjett. Dette øker risikoen både for at tilstrekkelige effektiviseringstiltak ikke identifiseres, eller at effektene ikke kommer tidsnok.

5.4.2 Planleggingen av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr kan bli bedre i mange av helseforetakene

For å belyse nærmere hvordan investeringer planlegges, har vi kartlagt hvordan dette gjøres for medisinsk-teknisk utstyr. Dokumentanalysen viser at noen helseforetak ikke har noen form for prosedyrer.¹⁰⁶ Et flertall av helseforetakene har imidlertid utarbeidet prosedyrer som omfatter hele eller deler av prosessen fra å kartlegge behov til å prioritere investeringer. Det er imidlertid stor variasjon i kvaliteten på prosedyrene.¹⁰⁷ Vi har ikke undersøkt hvordan anskaffelser gjennomføres.

Det er vanlig at det er klinikkledelsens oppgave å gi innspill til prioriteringer mellom investeringer. Klinikkleneren gjennomgår listen over investeringer som ikke ble prioritert i fjor, og forslag fra fagavdelinger på bakgrunn av en analyse/inspeksjon av det medisinsk-tekniske utstyret. I helseforetakene er det vanlig at klinikkene melder investeringsbehovene sine til fagenheten som har ansvaret for medisinsk-teknisk utstyr. Klinikkene registrerer informasjon om investeringsforslagene i en mal. Kravene til informasjon i disse malene varierer noe mellom helseforetakene.

Flere helseforetak har utviklet prioriteringskriterier til hjelp for klinikkene når de skal prioritere. Vestre Viken har denne rekkefølgen over prioriteringskriterier for medisinsk-teknisk utstyr:

1. myndighetskrav og lovpålagte forskrifter
2. avsetning til eventuelt havari / nødvendige erstatningskjøp
3. teknisk tilstand / nødvendig for sikker og stabil drift
4. funksjonelle og strategiske behov samt innovative ideer

¹⁰⁶ Fonna, Møre og Romsdal og UNN.

¹⁰⁷ Vestre Viken, Telemark og OUS er helseforetak som har prosedyrer som gir en god beskrivelse av prosessen.

Dokumentanalysen viser at denne prioriteringsrekkefølgen også gjelder i flere andre helseforetak. Dette fører til en risiko for at investeringer basert på funksjonelle og strategiske behov kan bli nedprioritert når den økonomiske rammen ikke strekker til. Noen foretak gjør en vurdering av investeringsforslaget opp mot foretakets strategi når prioriteringene skal gjøres.

Et flertall av helseforetakene har et eget prioriteringsutvalg for medisinsk-teknisk utstyr. Prioriteringsutvalgets formål er blant annet å være et rådgivende organ for direktøren ved å gi en innstilling til rangering av investeringene. Sammensetningen av et slikt prioriteringsutvalg blir derfor viktig. Aktører som vanligvis er med i et slikt utvalg, er økonomidirektøren, lederen for fagområdet medisinsk-teknisk utstyr, lederen for eiendom og representanter for klinikker. Det vanligste er at prioriteringsutvalget møtes fra to til fire ganger i året, og at de i et møte på høsten lager en samlet innstilling over helseforetakets prioriteringer for hele året.

Prioriteringsutvalget må ta utgangspunkt i innspill fra klinikkene og fagmiljøet som har ansvaret for det bestemte investeringsområdet. Videre må innspill koordineres med andre fagområder (bygg, MTU, IKT osv.) og være samordnet med overordnede føringer fra foretaksledelsen. I mange av helseforetakene blir det avsatt en egen ramme for uforutsette hendelser eller havari, enten samlet eller for hvert fagområde. De fleste helseforetakene planlegger med en buffer til havariinvesteringer på mellom 10 og 30 prosent av det planlagte investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr.¹⁰⁸

Ledelsen i helseforetakene gir overordnede rammer for investeringer innenfor hvert fagområde i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.¹⁰⁹ Dersom det er et gap mellom investeringsbehovet og tilgjengelige investeringsmidler, er det følgelig behov for å kunne gjøre best mulige prioriteringer. Dersom investeringsrammen oppfattes som for liten, kan det hende at ikke alle behov blir meldt inn, og foretaket vil ikke få en fullstendig oversikt over de faktiske behovene. For eksempel skriver St. Olav følgende i 2018:

«Siden det i de siste årene har vært stor avstand mellom det som meldes inn som behov og det som faktisk bevilges, er det ikke alle klinikker som velger å bruke tid på å lage komplette lister. Det er likevel kun en mindre del av utstyret som anses som viktig å anskaffe, som faktisk kan innvilges innenfor dagens rammer. Tilbakemeldingen fra klinikkene er at det investeres for lite i MTU, og at det på enkelte områder kan få konsekvenser for driften.»¹¹⁰

På bakgrunn av prosessen som er beskrevet ovenfor, vil administrerende direktør framlegge et forslag til investeringsbudsjett for styret, som vedtar det årlige investeringsbudsjettet.

Det er stor forskjell mellom helseforetakene med hensyn til når på året fagavdelingene og klinikkene drøfter prioriteringer av medisinsk-teknisk utstyr. I de fleste helseforetakene starter denne prosessen først etter sommeren, og Vestfold skiller seg ut ved å starte denne prosessen tidligere. I dette helseforetaket utarbeider fagenheten for medisinsk-teknisk utstyr en *årsmelding* for medisinsk-teknisk utstyr i begynnelsen av året. Hensikten med årsmeldingen er å gi sykehusets ledelse og den enkelte klinikk en mer helhetlig oversikt over statusen på MTU-parken og å komme med innspill til eventuelle forbedringstiltak for å håndtere medisinsk-teknisk utstyr. I årsmeldingen gis det en generell vurdering av tilstanden ved hver klinikk og statistikk over utviklingen med hensyn til antall enheter og alder. Det gis også anbefalinger om medisinsk-teknisk utstyr som *må* eller *bør* skiftes ut. Vi har ikke mottatt noen tilsvarende oversikt fra andre helseforetak.

I Vestfold brukes årsmeldingen som grunnlag for klinikkens strategiske vurderinger fram mot april. I dette helseforetaket er man langt tidligere ferdig med å prioritere investeringer i medisinsk-teknisk utstyr enn i andre foretak. Utkastet til klinikkens prioriteringer er klart i starten av september; på denne tiden har flere andre helseforetak nettopp startet prioriteringsprosessen. Senere oppstart gir risiko for at helseforetaket ikke får gjennomført investeringene, eller at det ikke får en helårseffekt av investeringene i budsjettåret.

¹⁰⁸ Bergen og Fonna opplyser at de ikke planlegger med buffer til havari i budsjetter.

¹⁰⁹ Blant annet bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

¹¹⁰ Styresak 20/18 - Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital

Vestfold nådde det planlagte investeringsnivået for medisinsk-teknisk utstyr i samtlige økonomiske langtidsplaner etter 2010, og er også det helseforetaket som oftest nådde det planlagte investeringsnivået for det første året av langtidsplanen. Vestfold oppnådde også de planlagte økonomiske resultatene i samtlige langtidsplaner etter 2010.

5.5 Sammenhengen mellom vedlikeholdsbudsjettet og vedlikeholdskostnader for bygg

Dette kapitlet beskriver hvordan helseforetakene har budsjettert vedlikehold i driftsbudsjettet, og hvor mye de faktisk har brukt.¹¹¹

Dersom den tekniske tilstanden til et bygg skal opprettholdes over tid, er det avgjørende at det gjennomføres investeringer knyttet til rehabilitering og utskiftning av komponenter. Disse er definert som investeringer og framkommer i investeringsbudsjettet.

Utviklingen av den tekniske tilstanden til byggene er imidlertid også avhengig av løpende vedlikehold. Disse kostnadene inngår i helseforetakenes driftsbudsjetter. Dersom vedlikehold prioriteres i driftsbudsjettet, kan det redusere investeringsbehovet eller bidra til å utsette behovet for vedlikeholdsinvesteringer. Helseforetakene brukte i driftsregnskapet i 2019 omtrent 1 milliard kroner på vedlikehold av bygg.

Undersøkelsen viser

- at mange helseforetak vedtar urealistisk lavt vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet
- at mange helseforetak brukte mindre på vedlikehold av bygg i årene 2015–2019 enn i 2010–2014

Faktaboks 9 Forskjellen mellom vedlikehold og investeringer

Vedlikehold: Normalt vedlikehold og reparasjoner kostnadsføres løpende, og klassifiseres som driftskostnader.

Investeringer: Nytt utstyr og bygg, og fornyelser og påkostninger som øker verdien på driftsmidlene, eller vesentlig forlenger gjenværende levetid, klassifiseres som investeringer.

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

5.5.1 Mange helseforetak vedtar urealistisk lavt vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet

I de 19 helseforetakene vi har data fra, var det planlagt å bruke totalt 840 millioner kroner på vedlikehold av bygg i 2019.¹¹² De faktiske vedlikeholdskostnadene ble 960 millioner kroner, det vil si en budsjett-overskridelse på 14 prosent.

Analysen vår av helseforetakenes budsjett og regnskapstall for perioden 2010 til 2019 viser at et flertall av helseforetakene hvert eneste år har brukt mer på vedlikehold av bygg enn hva som var planlagt i budsjettet som ble vedtatt av styret. Omfanget av kostnadsoverskridelsene varierer imidlertid mellom helseforetakene. Med unntak av tre helseforetak brukte foretakene i flere enn halvparten av årene mer på vedlikehold av bygg enn det som var planlagt i budsjettet.¹¹³ Dette gjelder samtlige år for fire helseforetak. Helseforetakene synes derfor gjennomgående å være urealistiske i planleggingen av vedlikeholdsbudsjettet.

¹¹¹ Vi har data fra 13 helseforetak for både faktiske og budsjetterte vedlikeholdskostnader i hele perioden fra 2010 til 2019.

¹¹² Data mangler fra UNN.

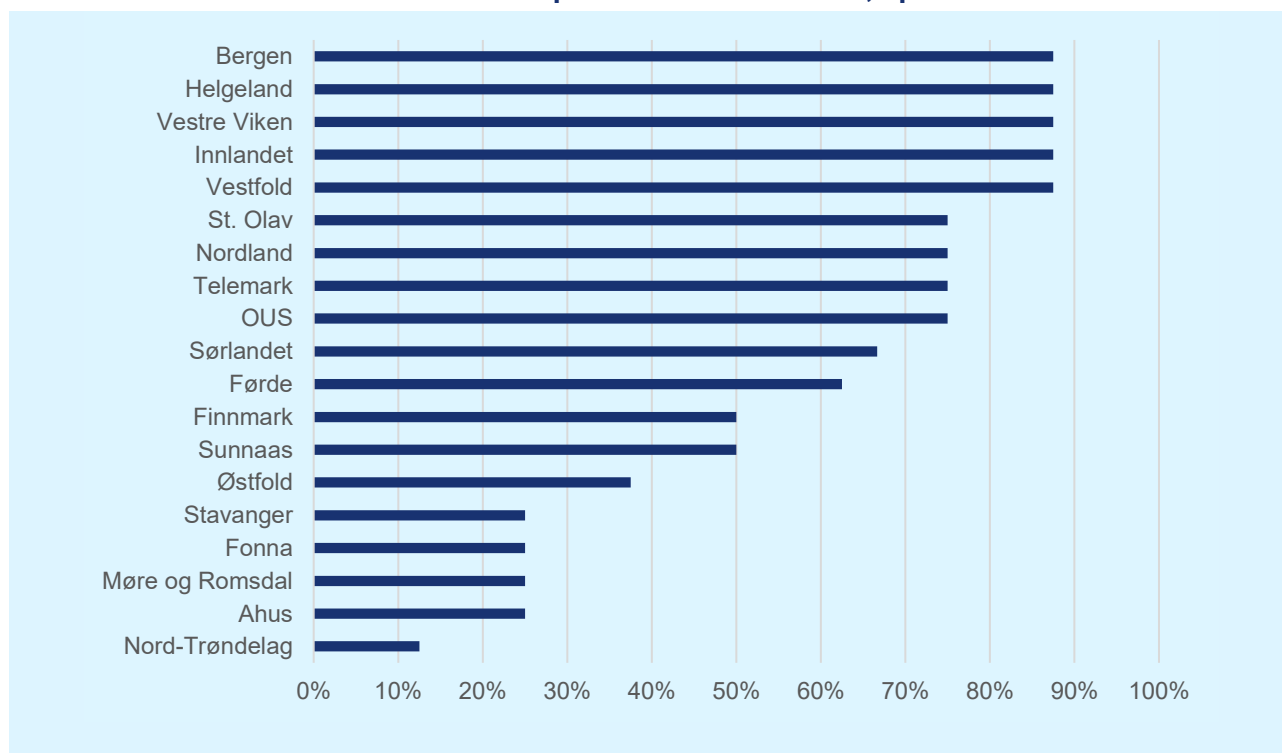
¹¹³ Fonna, Stavanger og Nordland.

I 2016 ble den tekniske tilstanden til byggene i samtlige helseforetak kartlagt, og mange hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen. Vi har undersøkt helseforetakenes budsjetter for vedlikehold av bygg de etterfølgende tre årene.

I mange helseforetak ble ikke vedlikehold av bygg prioritert i driftsbudsjettet for årene 2017, 2018 og 2019. I alle disse tre årene budsjetterte minst halvparten av helseforetakene med mindre vedlikehold av bygg i driftsbudsjettet enn det som ble brukt på vedlikehold året før. Dette gjelder også for de helseforetakene som hadde en *utilfredsstillende* bygningsmasse i 2016. I planleggingen av vedlikeholdsbudsjettet for neste år har ledelsen og styret kunnskap om hva helseforetaket har brukt på vedlikehold tidligere år og store deler av innværende år.

Med bakgrunn i disse analysene har vi undersøkt om det i hele perioden fra 2010 til 2019 har vært en vanlig praksis å vedta et lavere vedlikeholdsbudsjett for bygg enn hva som ble brukt året før. Figur 29 viser hvor stor andel av driftsbudsjettene etter 2010 der planlagte vedlikeholdskostnader for bygg neste år (år $x + 1$) var lavere enn det som ble brukt på vedlikehold året før (år $x - 1$). Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom helseforetakene.

Figur 29 Andelen år i perioden 2010–2019 der helseforetak budsjetterte med lavere vedlikeholdskostnader enn det som ble brukt på vedlikehold året før, i prosent



Kilde: Helseforetakene. N = 19.¹¹⁴

Figur 29 viser at elleve helseforetak i mer enn halvparten av årene etter 2010 planla med et lavere vedlikehold i budsjettet for neste år (år $x + 1$) enn det som ble brukt på vedlikehold året før (år $x - 1$).

Dette viser at vedlikeholdskostnadene til bygg i årene etter 2010 har vært underbudsjettert i de fleste helseforetakene. Det kan være flere grunner til at de har budsjettert lite realistisk i årsbudsjettene med hensyn til vedlikehold. En mulig forklaring kan være at vedlikehold taper i prioriteringsprosessen mot andre formål i driftsbudsjettet. Nedprioritering av vedlikehold kan riktignok øke det økonomiske resultatet på kort sikt, men det får negative økonomiske konsekvenser på lang sikt.

¹¹⁴ UNN inngår ikke i oversikten.

5.5.2 Mange helseforetak brukte mindre på vedlikehold av bygg i årene 2015–2019 enn i 2010–2014

De samlede faktiske driftskostnadene til vedlikehold av bygg økte med 60 prosent fra 605 millioner kroner i 2010 til 960 millioner kroner i 2019. Det var imidlertid variasjon mellom helseforetakene. Det kan variere noe fra år til år med hensyn til hvor mye et helseforetak bruker på vedlikehold av bygg. Vi har derfor undersøkt om helseforetakene samlet sett brukte mer på vedlikehold av bygg i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).

Analysen av regnskapsdataene viser at helseforetakene samlet sett brukte 21 prosent mer på vedlikehold i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).¹¹⁵ De hadde imidlertid ulik utvikling fra første periode til andre periode:

- Seks helseforetak brukte mindre på vedlikehold i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).¹¹⁶
- To andre helseforetak brukte henholdsvis tre og tolv prosent mer på vedlikehold i andre periode enn i første periode.¹¹⁷

Dersom vi tar høyde for prisstigningen i perioden, brukte disse åtte helseforetakene reelt sett mindre på vedlikehold av bygg i de fem årene etter 2015 (2015–2019) enn i de fem årene før (2010–2014).

Vi viste i figur 4 at et flertall av helseforetakene har fått en forverret tilstand på byggene som de eide i 2012. Seks av de åtte helseforetakene som har hatt en lav eller negativ vekst i vedlikeholdskostnader til bygg i driftsbudsjettet de siste fem årene, har også hatt en negativ utvikling i den tekniske tilstanden på byggene etter 2012.¹¹⁸

Det er imidlertid også eksempler på foretak som har hatt en betydelig vekst i vedlikeholdskostnader til bygg i driftsbudsjettet de siste fem årene, men som likevel har fått forverret teknisk tilstand på bygningsmassen i den samme perioden.¹¹⁹ For at den tekniske tilstanden på byggene skal kunne opprettholdes, kreves det også at det gjøres investeringer i eksisterende bygg.

5.6 Helseforetakenes mål og overordnede planer for bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Undersøkelsen viser

- at få helseforetak utenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har mål for tilstanden på bygningsmassen og vedlikehold
- at mange helseforetak ikke har overordnede planer for eiendommer og vedlikehold
- at få helseforetak har mål og overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

5.6.1 Få helseforetak utenfor Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har mål for tilstanden på bygningsmassen og vedlikehold

Helse Sør-Øst RHF har gitt føringer til sine helseforetak om å unngå tilstandsgrad 3, prioritere å utbedre tilstandsgrad 2 og 3, og at det skal brukes minimum 250 kroner per m² per år på vedlikehold over byggenes levetid. Disse helseforetakene må også rapportere hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold og utskiftning per m² per år. Helse Midt-Norge ga i 2020 sin helseforetak i oppdrag å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner, med sikte på å eliminere tilstandsgrad 3 og redusere tilstandsgrad 2.

¹¹⁵ 18 helseforetak. Data mangler for UNN og Sørlandet.

¹¹⁶ Finnmark, Nordland, Helgeland, St. Olav og Innlandet.

¹¹⁷ Vestfold og OUS.

¹¹⁸ Helgeland, St. Olav, Innlandet, Stavanger, Telemark og Vestfold.

¹¹⁹ Møre og Romsdal, Vestre Viken, OUS og Ahus.

Flertallet av helseforetakene i de andre regionene har ikke oversendt informasjon om at de har mål for tilstand eller vedlikehold på helseforetakets eiendommer.

5.6.2 Mange helseforetak har ikke overordnede planer for eiendommer og vedlikehold

Vi har per brev bedt helseforetakene om å oversende deres gjeldende overordnede eiendoms-/vedlikeholdsstrategi eller tilsvarende.¹²⁰ Åtte av helseforetakene har oversendt en overordnet plan for eiendommer og/eller vedlikehold.¹²¹ Fire av planene er en plan for bygningsmassen, som inkluderer analyser av byggenes tilstand.¹²²

Disse planene inneholder også i noen grad informasjon om vedlikeholdsbehov. Et eksempel er Telemarks utviklingsplan for bygningsmassen, som ble utarbeidet i forbindelse med helseforetakets utviklingsplan. Planen inneholder en gjennomgang av

- teknisk tilstand
- vedlikeholdsbehov
- egnethet og tilpasningsdyktighet
- strategi for utvikling av eiendomsmassen
- kapasitetsbehov og manglende kapasitet
- investeringsbehov

Et annet eksempel er Førdes overordnede utviklingsplan for bygningsmassen i perioden 2015–2030. Den tar for seg hvert bygg og gjennomgår både tilstandsgrad, tilpasningsdyktighet og oppgraderingsbehov, i tillegg til at den har en plan for utvikling av byggene. Planen gjennomgår dessuten sammenhengen mellom byggene og utviklingen i virksomheten, blant annet vridningen mot dagkirurgi og poliklinikk.

I tillegg til at åtte helseforetak har en overordnet plan for vedlikehold eller eiendommer, har Vestre Viken en overordnet eiendomsstrategi. Denne bygger på Helse Sør-Øst RHF's eiendomsstrategi og tar for seg ti overordnede mål. Eiendomsstrategien nevner noen overordnede tiltak for å nå målene, for eksempel å ferdigstille arealbruksplaner og å ha oppdaterte avhendingsplaner og vedlikeholdsplaner. Selv om vi ikke har mottatt overordnede planer fra flere enn åtte helseforetak, kan andre foretak ha mer operative planer.

¹²⁰ Overordnet plan viser til en samlet langsiktig plan for vedlikehold av foretakets bygningsmasse, til forskjell fra vedlikeholdsplaner for enkeltbygg.

¹²¹ Telemark, Førde, UNN, OUS, Helgeland, Ahus, St. Olav og Vestre Viken.

¹²² OUS, Telemark, Førde og UNN.

Faktaboks 10 Utviklingsplaner

Helseforetakene ble i 2016 pålagt å lage en utviklingsplan, og de fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram mot 2035.

Ifølge *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* skal utviklingsplanen være en plan for hvordan foretaket vil utvikle virksomheten for å møte det framtidige behovet for helsetjenester. Planen skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Formålet er å skape «pasientens helsetjeneste» gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer, riktige bygg og riktig utstyr. I veilederen blir helseforetakene anbefalt

- å beskrive nå-situasjonen for bygg og teknologi og utstyr
- å presentere gjennomsnittsalder for MTU i tillegg til fornyingsplaner, utfordringer og muligheter
- å presentere blant annet teknisk tilstand, egnethet og tilpasningsdyktighet for byggene
- å beskrive mål og eventuelle tiltak for bygg og teknologi og utstyr

I veilederen framkommer det også at helseforetakene må vurdere behovet for mer detaljerte planer innen noen områder, blant annet bygg, og teknologi og utstyr.

Kilde: Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

5.6.3 Få helseforetak har mål og overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr¹²³

Det er få helseforetak som har satt mål for utstyrsparken sin. To foretak har imidlertid satt konkrete mål. Vestre Viken bruker COCIR-standarden som mål, mens Sykehuset Østfold har et mål om at gjennomsnittsalderen på utstyret ikke skal overstige 7,4 år.¹²⁴ I tillegg beskriver enkelte foretak generelle mål, for eksempel

- at utskiftning så langt det er mulig skal skje i tråd med den regnskapsmessige avskrivningstiden
- at investeringsnivået skal være tilstrekkelig til å redusere alderen på utstyret
- at nivået på det årlige MTU-budsjettet minimum skal tilsvare nivået på årlige avskrivninger av MTU i tillegg til årlige leasingkostnader

Helseforetakene har ikke egne overordnede planer for medisinsk-teknisk utstyr, men ett foretak (OUS) har en egen områdeplan for MTU. Utover dette er helseforetakenes planer begrenset til det som står i utviklingsplanen og den økonomiske langtidsplanen; noe som ofte er overordnet og begrenset til et par avsnitt.

I oktober 2019 presenterte OUS områdeplanen sin for MTU i perioden 2020–2023 for styret. Planen beskriver blant annet

- historisk utvikling i alder og investeringer
- sammenligning av alder med andre sykehus i utlandet
- konsekvenser av en eldre utstyrspark, for pasienter, brukere og økonomien
- prioriteringer i neste fireårsperiode
- mulig utvikling i gjennomsnittsalderen på MTU med forskjellig investeringsnivå

Helseforetaket ønsker å flytte oppmerksomheten fra det årlige investeringsbeløpet som er nødvendig for å senke gjennomsnittsalderen på utstyret, til hvilket utstyr som må skiftes ut, og når. Planen inneholder en oversikt over det eksisterende utstyret fordelt på forskjellige kategorier, hvilket utstyr som bør skiftes ut, og hva som ligger til grunn for prioriteringene. I planen blir det imidlertid påpekt at det «er med de gitte forutsetninger for investeringer i MTU, vanskelig å gjennomføre en slik utskiftingsplan». Helseforetaket regner derfor med at det må avsettes mer penger til sammenbrudd i årene som kommer.

¹²³ Helseforetakene er bedt om å oversende helseforetakets gjeldende overordnede eiendoms-/vedlikeholdsstrategi eller tilsvarende og den gjeldende overordnede planen/strategien for MTU, dersom den finnes.

¹²⁴ Se tabell 4 om COCIR.

5.7 Styringsinformasjon om bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene

I kapittel 2 så vi at det er store variasjoner mellom lokasjonene i de fleste helseforetakene, både når det gjelder tilstanden til byggene og utviklingen i tilstanden. I kapittel 3 fant vi at det er stor variasjon i alderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU) mellom helseforetakene og mellom sykehusene.

Dette kapitlet beskriver hvilken informasjon helseforetakene har om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og hvilken informasjon styrene i helseforetakene får om dette. Vi har kartlagt dokumenter som gir en oversikt over den samlede bygningsmassen til helseforetakene – ikke informasjon som framlegges som en del av planlegging og gjennomføring av enkeltstående byggeprosjekter.

Undersøkelsen viser

- at helseforetakene har god kunnskap om tilstanden til byggene sine, men at det varierer hvor mye informasjon styrene får
- at styrene i helseforetakene innhenter begrenset informasjon om MTU

5.7.1 Helseforetakene har god kunnskap om tilstanden til byggene sine, men det varierer hvor mye informasjon styrene får

Helseforetakene har detaljerte registre med informasjon om tilstanden til byggene sine

Helseforetakene har registre over sine eiendommer og bygg. Disse registrene er nødvendige for den løpende driften og vedlikeholdet. Datasystemet MultiMap brukes i driftssammenheng for å registrere tilstandsgraden og andre tekniske opplysninger om bygg. Data fra registrene kan brukes til å produsere styringsinformasjon i form av oversikter og analyser som inngår i planlegging og oppfølging.

Alle helseforetakene bruker MultiMap, og de fleste har registrert nær 100 prosent av byggene sine i dette systemet. Foretakene ble i 2016 pålagt å oppdatere tilstandsopplysningene i byggregisteret hvert fjerde år, og foretakene gjennomførte den siste oppdateringen i 2020. Enkelte foretak har også begynt å kartlegge og registrere tilpasningsdyktighet og funksjonsnivå, jf. kapittel 2.4.

Alle helseforetakene gjennomfører tilstandsvurderinger

Nesten alle helseforetakene har siden 2015 fått utarbeidet detaljerte rapporter om tilstanden og oppgraderingsbehovet for byggene i helseforetaket. Disse rapportene inneholder

- en vurdering av den samlede tekniske tilstandsgraden per lokasjon og hovedkomponent¹²⁵
- det tekniske oppgraderingsbehovet fordelt på lokasjon og hovedkomponent
- det samlede oppgraderingsbehovet per lokasjon og per m²
- utviklingen over tid i andelen tilstandsgrad 1, 2 og 3 på komponentnivå

UNNs rapport inkluderer i tillegg en vurdering av tilpasningsdyktighet og såkalt levedyktighet.¹²⁶

Helseforetakene bruker i ulik grad analyser av byggenes tilstand i sentrale styringsdokumenter

Rapportene fra Multiconsult gir helseforetakene en god oversikt over byggenes tilstand og oppgraderingsbehov, i tillegg til variasjoner mellom foretakenes lokasjoner. Helseforetakene benytter informasjonen fra kartleggingene i varierende grad i andre typer rapportering, som utviklingsplaner, økonomiske langtidspaner, budsjetter og årlige meldinger.

¹²⁵ Hovedkomponentene er bygning, VVS, elkraft, tele og auto, andre installasjoner og utendørs.

¹²⁶ «Levedyktighet» brukes om sammenhengen mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet.

Det varierer mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får om tilstanden til foretakenes bygg

Styrene får informasjon om bygg i forbindelse med planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetakene med hensyn til hva slags informasjon styrene innhenter om den samlede bygningsmassens tilstand og behov for investeringer, oppgraderinger og vedlikehold.

I 2016 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at alle helseforetakene skulle kartlegge tilstanden til byggene sine. I en gjennomgang av styresaker for perioden 2016–2018 har vi funnet ut at fem helseforetak har presentert kartleggingen av byggenes tilstand som en egen sak overfor for styret sitt.¹²⁷ Fire av disse styrene tok rapporten til orientering. Styret ved St. Olav fattet et vedtak om at det «fremlegges en egen sak om overordnet mål og vedlikeholdsstrategi for eiendommene, og at det legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjett».¹²⁸ Mange av helseforetakene som har størst etterslep og dårligst tilstand på byggene sine, synes ikke å ha lagt fram rapporten fra Multiconsult for styret sitt.¹²⁹

Helseforetakenes styrer behandler blant annet *utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner, årsbudsjetter, månedsrapporteringer og årlige meldinger*. Det varierer imidlertid mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får i disse dokumentene om tilstanden til byggene. Noen styrer får i tillegg informasjon om bygg i andre dokumenter, som områdeplaner, bygningsmessige utviklingsplaner eller i egne styresaker.

En gjennomgang av utvalgte dokumenter¹³⁰ fra perioden 2015–2018 viser at selv om de fleste styrene har fått noe informasjon om resultatene fra tilstandsvurderingene i et eller flere av disse dokumentene, er det stor variasjon mellom helseforetakene og mellom helseregionene med hensyn til hvor mye informasjon styrene får om tilstand, etterslep og behov:

- Bare halvparten av helseforetakene presenterer for styret sitt data og analyser av vedlikeholdsetterslepet og hvilke konsekvenser dette får for bygningsmassen.
- De fleste helseforetakene utarbeidet i 2018 en utviklingsplan fram til 2035. De fleste av disse inneholder noe informasjon om nåsituasjonen for bygningsmassen på et overordnet nivå, og mange refererer til tilstandsgradsvurderinger og sier noe generelt om etterslep. Det er derimot nesten ingen av utviklingsplanene som inneholder informasjon om planer for byggene.¹³¹
- Foretakene i Helse Sør-Øst presenterer i vedlegg til den økonomiske langtidsplanen beregninger av hvor mye de bruker, og hvor mye de planlegger å bruke på vedlikehold per m².

Noen helseforetak har informert styret om at de har utfordringer knyttet til dårlig tilstand på byggene, betydelige vedlikeholdsetterslep og investeringsbehov, og at budsjetttrammene ikke er tilstrekkelige til å innhente vedlikeholdsetterslepet, for eksempel:

- OUS informerer i utviklingsplanen sin om at det er stor slitasje og mangelfullt vedlikehold, og at det er et stort behov for utskiftninger og oppgraderinger. Foretaket trekker i tertialvise risikovurderinger fram utfordringer med både plass og byggstandard.
- Sunnaas påpeker i risikovurdering at flere av byggene ikke oppfyller kvalitetskrav til forsvarlig pasientdrift, og at pasientdrift i byggene må avvikles dersom ikke disse erstattes. Mange pasienter vil få et dårligere tilbud.¹³²
- Møre og Romsdal informerer i sin økonomiske langtidsplan for 2020–2030 om at det er et stort vedlikeholdsetterslep på bygg, og at planlagte investeringer vil ta inn deler av det nødvendige vedlikeholdet. Planen viser til at rapport om tilstandsvurdering av bygningsmassen angir at behovet er fire ganger så stort som planlagte investeringer. I utviklingsplanen påpekes det at helseforetaket ikke har kunnet

¹²⁷ Nord-Trøndelag, St. Olav, Stavanger og Vestfold har presentert Multiconsultrapporter for styret, enten som egne styresaker eller som en del av administrerende direktørs orientering. Helse Fonna har lagt ved en kartlegging de har utført selv.

¹²⁸ Styresak 21/18 Status bygningsmessig vedlikehold – registrert teknisk tilstand.

¹²⁹ For eksempel Møre og Romsdal, Vestre Viken, Helgeland, Sørlandet og Sunnaas.

¹³⁰ Økonomiske langtidsplaner 2021–2024, utviklingsplaner, årlig melding 2019, strategier, planer og egne styresaker for perioden 2015–2018 som omhandler tilstanden til bygg.

¹³¹ Med unntak av St. Olav, Ahus og Telemark.

¹³² Sak 4819 2019-09-24 Ledelsens gjennomgåelse 1. tertial 2019: Risikobilde

investere som planlagt grunnet den negative økonomiske utviklingen, og de har satt på vent investeringer både i bygg og MTU i 2017.

- Stavanger informerer i langtidsbudsjettet for 2020–2029 om at byggene har et betydelig vedlikeholds- etterslep. Fram til 2030 er det ifølge foretaket kun budsjettert for mindre rehabiliteringsprosjekter.
- St. Olav viser i langtidsbudsjett for 2020–2024 til at oppgraderingsbehovet for bygg ikke kan dekkes innenfor budsjetttrammene selv om det er lagt inn en økning. Ifølge helseforetaket har det ikke vært mulig å etablere et økonomisk handlingsrom for å sikre tilstrekkelige investeringer i utstyr og bygg, og dette vil medføre en svekkelse av kvaliteten og tilstanden på bygg.
- Sørlandet informerte styret i en egen styresak om et akkumulert vedlikeholdsetterslep på ca. 2,1 milliarder kroner, som øker med ca. 35 millioner kroner per år.¹³³ Om de tar hensyn til behovet for tilpasninger i bygningsmassen, kan det være behov for investeringer på 4–5 milliarder kroner de neste 5–10 årene.

5.7.2 Styrene i helseforetakene får i begrenset grad informasjon om medisinsk-teknisk utstyr

Kapittel 3 viste at det er store variasjoner mellom sykehusene i helseforetakene med hensyn til alderen og utvikling i alderen på medisinsk-teknisk utstyr (MTU).

Helseforetakene har detaljerte registre med informasjon om det medisinsk-tekniske utstyret

Alle helseforetakene har registre over det medisinsk-tekniske utstyret. Registerne inneholder en rekke opplysninger om utstyret, bl.a. alder og innkjøpspris. En del av foretakene har kategorisert utstyret i grupper, noe som gjør det mulig å hente ut mer detaljerte oversikter. En slik kategorisering kan være nyttig siden det er stor variasjon mellom ulike typer medisinsk-teknisk utstyr.

Det varierer mellom helseforetakene hvor mye informasjon styrene får om tilstanden til sitt medisinsk-teknisk utstyr

For å kartlegge hvilken oversikt helseforetakene har over tilstanden og alderen på MTU, har vi gjennomgått dokumenter som omtaler behov og tilstand med hensyn til MTU, og som har blitt behandlet av helseforetakenes styre i perioden 2018–2020. Dette omfatter *utviklingsplaner, økonomiske langtidsplaner, årlige budsjetter og årlige meldinger*.¹³⁴ I tillegg har noen helseforetak presentert egne saker for styret om tilstanden til MTU-parken.¹³⁵

En gjennomgang av disse dokumentene viser at 13 av styrene får informasjon om MTU i sine helseforetak, men det er stor variasjon når det gjelder omfanget av informasjonen. Mange får bare overordnet informasjon i investeringsbudsjettene om alderen og hvor mye som skal investeres. Andre får presentert mer detaljert informasjon om tilstanden og alderen fordelt på kategorier. Noen foretak informerer også om utfordringer med gammelt utstyr og konsekvensene av at foretaket ikke klarer å investere nok.

Generelt rapporterer helseforetakene i Helse Nord og Helse Vest lite til styrene om tilstanden eller gjennomsnittsalderen på MTU-parken. Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge informerer i større grad om alder, utgått levetid, utvikling, etterslep og behov. Det er imidlertid få helseforetak som har beregnet størrelsen på etterslepet for MTU, og kun halvparten av utviklingsplanene sier noe om nå-situasjonen for MTU-parken.

I Helse Sør-Øst har Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i MTU i Helse Sør-Øst (RKMTU) utarbeidet ulike detaljerte analyser av utvikling, behov og prognoser for MTU-parken i foretakene.¹³⁶ Foretakene i Helse Sør-Øst må i et vedlegg til den økonomiske langtidsplanen oppgi mer

¹³³ Sak 057-2019 Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus.

¹³⁴ Utviklingsplaner, årlig melding for 2019, økonomiske langtidsplaner for 2020–2023 og årlig budsjett (investeringsbudsjett) for 2019.

¹³⁵ St. Olav: Sak 20/18 Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital – status, Sørlandet: Sak 057/2019: Investeringsbehov ved Sørlandet sykehus HF, Stavanger: Administrerende direktørs orientering til styret nr. 7/2019 pkt. 1 – Status for MTU i Helse Stavanger og gjennomsnittlig levetid.

¹³⁶ Se faktaboks 5 om RKMTU.

detaljert informasjon om aldersfordelingen på det medisinsk-tekniske utstyret. Her skal de også informere om det nødvendige investeringsnivået sammenlignet med det budsjetterte og utviklingen i gjennomsnittsalder. Dette vedlegget presenteres imidlertid ikke for styret i helseforetakene.

En del helseforetak beskriver en utfordrende situasjon for foretakets MTU-park, for eksempel at den er gammel, at en betydelig del av utstyret har passert sin økonomiske levetid, og at de har et stort investeringsbehov. Flere informerer også om at det planlagte investeringsnivået innenfor tilgjengelige budsjetttrammer ikke er tilstrekkelig til å innhente vedlikeholdsetterlepet eller redusere alderen på utstyret. Dette er noen eksempler:

- UNN skriver i sin virksomhetsplan for 2019 at de «er i en økonomisk situasjon hvor en må unnlate å erstatte kassasjoner til utstyret faktisk bryter sammen. Den økonomiske situasjonen gjør at en ikke kan være i forkant å bestille utstyr når det foreligger en kassasjon, men må akseptere økt ventetid for berørte pasientgrupper, med fare for pasientflukt, til nyanskaffelser er på plass».
- St. Olav informerte styret om status for MTU i en egen styresak 2018, og der påpekte de at snittalderen har økt siden 2009.¹³⁷ Det var planlagt å gjennomføre større, regionale flåteanskaffelser, men innenfor dagens rammer er det ikke rom for slike investeringer fordi midlene stort sett benyttes til å dekke det mest kritiske. Det gjøres en del hasteanskaffelser som medfører risiko for feilkjøp og dårligere pris. Styret ber i vedtaket sitt om at investeringsbehov legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjettet.
- OUS informerte i sin økonomiske langtidsplan for 2021–2024 om at gjennomsnittsalderen på MTU-parken vil øke, og at konsekvensene er en dårligere utstyrspark hvor det må forventes hyppigere havarier, økt nedetid på utstyret, økt frekvens i reparasjoner og høyere vedlikeholdskostnader. Den begrensede investeringstakten kan føre til at foretaket ikke klarer å redusere andelen sammenbruddsanskaffelser til fordel for planlagte anskaffelser. Sammenbruddsanskaffelser er kostbare og ineffektive, og kan gjøre det vanskeligere for klinikkene å nå produksjonsmålene sine. Dette fører til økt risiko for pasientskader, manglende behandling og lengre ventetid.
- Innlandet oppgir i sin økonomiske langtidsplan for 2020–2023 at deler av MTU-parken er svært gammel, og at økende alder fører til hyppigere driftsstans og økte kostnader til drift og vedlikehold. På grunn av stadig større MTU-kompleksitet og mer komplekse IKT-komponenter og integrasjoner er levetiden til utstyret kortere enn tidligere. Om ikke hele utstyret må skiftes ut, kreves det ofte omfattende oppgraderinger i levetiden.
- I den økonomiske langtidsplanen til Telemark for 2020–2023 påpekes det at det budsjetterte nivået for investeringer i MTU ikke vil være tilstrekkelig for å komme innenfor faglige anbefalinger på MTU-området. Andel anskaffelser som gjennomføres som følge av sammenbrudd i eksisterende utstyr har økt de siste årene.
- I Møre og Romsdal sin økonomiske langtidsplan for 2020–2030 påpekes det at helseforetaket i all hovedsak har gjort erstatningsinvesteringer de siste årene, og at investeringsnivået i planperioden til en viss grad vil sikre utviklingsperspektivet, men at det ikke vil dekke totalbehovet for nyinvesteringer.

5.8 Planlagt investeringsnivå i årene framover

Undersøkelsen viser

- at det planlegges med et høyt investeringsnivå i helseforetakene i perioden 2021–2024
- at det i mange helseforetak er risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2021–2024

¹³⁷ Styresak 20/18 – Medisinsk-teknisk utstyr ved St. Olavs hospital.

5.8.1 Det planlegges med et høyt investeringsnivå i helseforetakene i perioden 2021–2024

I *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* ble det planlagt med omtrent 40 milliarder kroner i investeringer; omtrent 24 milliarder kroner var tiltenkt bygg, og 6 milliarder kroner medisinsk-teknisk utstyr (MTU).¹³⁸ Det framgikk av planen at det ble forutsatt effektivisering og god økonomisk kontroll i helseforetakene, og at eventuelle budsjettoverskridelser ville medføre utsettelse av investeringer og et redusert handlingsrom.

Analysen vår viser at flertallet av helseforetakene ikke nådde det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene for årene 2016–2019 med hensyn til totale investeringer, bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

I *Nasjonal helse- sykehusplan (2020–2023)* planlegges det med 76 milliarder kroner i investeringer, og av dette er det planlagt omtrent 58 milliarder kroner til bygg og 5,5 milliarder kroner til MTU.¹³⁹ Økningen gjelder i hovedsak bygningsmessige investeringer som har en kostnad på over 500 millioner kroner. Faktaboks 11 gir en oversikt over de regionale helseforetakenes investeringsprosjekter med en kostnad på over 500 millioner kroner som er under *gjennomføring* eller vil være under *planlegging* i perioden 2021–2024.

¹³⁸ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.141.

¹³⁹ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.163.

Faktaboks 11 Prosjekter over 500 millioner kroner under gjennomføring og planlegging 2021–2024

	Beløp	Prosjekter under gjennomføring	Prosjekter under planlegging
Helse Sør-Øst	48,4 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> – vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus – Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold – nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus – nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken – nytt klinikkbygg og protonanlegg ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus – første trinn i utvikling av nye Aker og Nye Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus 	<ul style="list-style-type: none"> – ny regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus – utbygging ved Sykehuset Telemark, Skien, inkludert stråleterapi – nytt bygg for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus – videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset) – stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus
Helse Vest	18,2 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> – byggetrinn 2 av nytt barne- og ungdomssykehus ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen – oppgradering og modernisering ved Helse Førde – oppgradering av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus – nytt sykehus i Stavanger – rehabilitering og nybygg ved Haugesund sjukehus i Helse Fonna – protonbygg ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen 	<ul style="list-style-type: none"> – Slutføring av byggetrinn 1 ved Stavangerutbyggingen ved gjennomføring av E-bygget – ombygging av sentralblokken ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen – et byggetrinn til ved Helse Fonna
Helse Midt-Norge	10,5 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> – nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal – Helseplattformen 	<ul style="list-style-type: none"> – senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital
Helse Nord	8,4 milliarder kroner	<ul style="list-style-type: none"> – ferdigstilling av nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset, Bodø – nytt sykehus i Narvik ved Universitetssykehuset Nord-Norge – nytt sykehus i Hammerfest ved Finnmarkssykehuset 	<ul style="list-style-type: none"> – utvikling av Helgelandssykehuset

Kilde: Prop. 1 S (2020–2021)

De planlagte investeringene i nye sykehusbygg vil gi moderne bygg med høy standard, og vil gjøre det mulig å utfase eldre bygg med lav standard og store vedlikeholdsetterslep. Det kan forventes at sykehus som er under gjennomføring tas i bruk innen 2024, mens nye sykehus som er under planlegging, ikke vil bli ferdigstilt innen 2024. Gamle sykehus som helt eller delvis skal erstattes av nye bygg innen 2024, er blant annet sykehusene i Hammerfest, Narvik, Molde, Kristiansund, Stavanger og Drammen.

Flertallet av de 150 lokasjonene i helseforetakene vil imidlertid ikke berøres av de store investeringsprosjektene. Helseforetakene må derfor sørge for å opprettholde tilstanden på bygningsmassen i disse lokasjonene gjennom ordinært vedlikehold og oppgraderinger.

Departementet viser til at helseforetakene har omfattende investeringsplaner de kommende årene. Med planlagte nybygg, avhending av eldre bygg i henhold til planer, og økt vedlikehold er det forventet at tilstandsgraden vil utvikle seg positivt frem mot 2030. Helse Sør-Øst RHF har blant annet utarbeidet en framskrivning som viser forventet positiv utvikling i tilstandsgrad for sine bygg. Denne analysen forutsetter at

ny bygningsmasse fastsettes til tilstandsgrad 0 eller 1, og uendret tilstandsgrad fra 2020 på øvrig bygningsmasse.¹⁴⁰

Faktaboks 12 State of the Nation – Norges tilstand 2021

Rådgivende ingeniørers forening (RIF) viser i rapporten sin i 2021 til at planlagte investeringsmidler er betydelig lavere enn det behovet for vedlikehold og oppgradering tilsier, og at mesteparten av investeringene i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er knyttet til bygningsmessige investeringer over 500 millioner kroner.

I tillegg er det planlagt å bruke 13,3 milliarder kroner på «øvrige bygningsmessige investeringer». RIF mener at dette ikke er ikke tilstrekkelig for å kunne påvirke vedlikeholdsetterslepet i stor grad ettersom behovet for ombygging og oppgradering kommer i tillegg til det anslåtte vedlikeholdsetterslepet på 40–55 milliarder kroner. Det kreves minst ca. 1,8 milliarder kroner i året for å kunne holde tilstanden stabil slik at ytterligere etterslep ikke akkumuleres.

RIF konkluderer derfor med at sektoren har store hindringer med hensyn til muligheten for å oppfylle krav og behov innen 2030, og at tilstanden til helseforetakenes bygg vil utvikle seg negativt. RIF viser til at helsebygg huser samfunnskritiske funksjoner, og at samfunnet ikke kan risikere at byggene settes ut av funksjon som følge av ekstremvær, naturkatastrofer, pandemier og terror.

RIF anbefaler at det iverksettes umiddelbare tiltak for å øke byggenes robusthet, eller at det lages en god beredskapsplan for hvordan katastrofesituasjoner skal håndteres. Det er også et potensial for mer effektiv sambruk av arealer på tvers av kommune og stat. RIF anbefaler i tillegg at det blir vurdert en ny styringsmodell for eiendomsmassen i helseforetakene som sikrer økt vedlikehold og skjermer for salderingsmuligheter. Videre uttaler de at levetidskostnadene bør synliggjøres, og at det bør foretas avskrivninger som følge av verdiutvikling på investeringene.

Kilde: *State of the Nation – Norges tilstand 2021*, Rådgivende ingeniørers forening

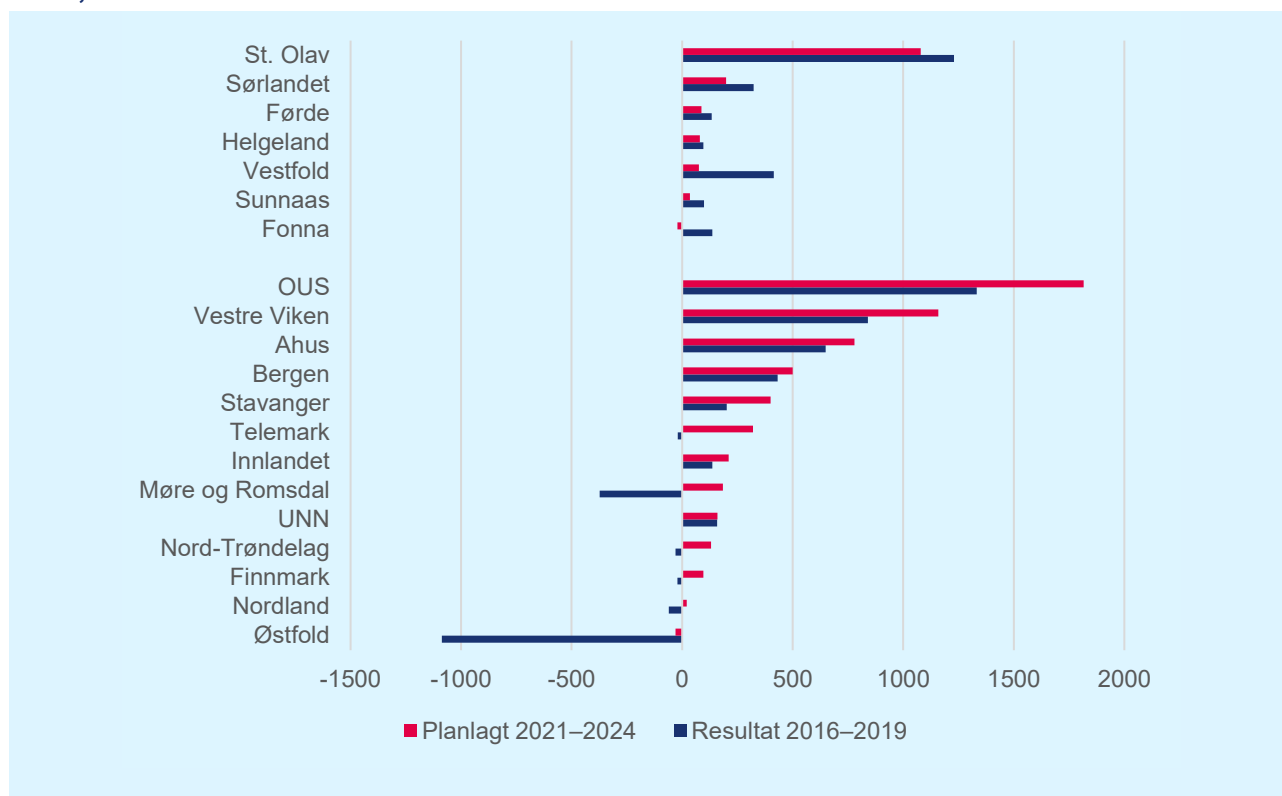
5.8.2 I mange helseforetak er det risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024

De planlagte overskuddene til helseforetakene for årene 2021–2024 er samlet sett på omtrent samme nivå som planlagt for perioden 2016–2019. Det er imidlertid en betydelig variasjon mellom helseforetakene i den inneværende perioden; omtrent halvparten planlegger med et bedre eller tilnærmet likt økonomisk resultat sammenlignet med det som var planlagt for perioden 2016–2019, mens de øvrige planlegger med et lavere resultat.

Samtidig viser undersøkelsen at 13 helseforetak ikke nådde det planlagte økonomiske resultatet i årene 2016–2019. Dette betyr at mange helseforetak må bedre det økonomiske resultatet for å oppnå de planlagte målene i 2021–2024.

¹⁴⁰ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

Figur 30 Faktiske overskudd i perioden 2016–2019 og planlagte overskudd i perioden 2021–2024, i tusen kroner



Kilde: Helseforetakene. N = 20.

Figur 30 viser at 13 helseforetak planlegger med et bedre resultat i nåværende periode (2021–2024) enn de oppnådde i forrige periode (2016–2019), og flere av disse planlegger med en betydelig resultatforbedring. Sju foretak planlegger med et lavere overskudd enn de oppnådde i forrige periode.¹⁴¹

Risiko og forutsetninger i den økonomiske langtidsplanen for 2021– 2024

De fleste helseforetakene omtaler forutsetninger for å nå målene i den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024 og risiko knyttet til dette. Følgende forhold nevnes av flere:

Aktivitetskrav og bemanningsøkning

Det er en risiko for at eierkrav om økt aktivitet vil gjøre det svært krevende å unngå økt bemanning og dermed økte lønnskostnader. Dersom forutsetningen om en svært begrenset vekst i lønnskostnadene ikke holder, vil dette gjøre det vanskelig å gjennomføre investeringsplanen.

For eksempel vurderer St. Olav at det er en stor risiko for ikke å lykkes med å øke aktiviteten med 1 prosent årlig uten å øke lønnskostnadene. Sykehuset Østfold opplyser at det er behov for økt bemanning på flere områder i helseforetaket for å kunne ivareta et økt aktivitetsnivå, men at det er en betydelig økonomisk risiko knyttet til dette. Dersom planen ikke opprettholdes, vil det ikke være mulig å gjennomføre nødvendige investeringer som på sikt skal gi sykehuset økt kapasitet.

Ambisiøse krav og mål

Det er en risiko for ikke å nå resultatmålet fordi det er satt for høyt. Østfold, Møre og Romsdal og Telemark er blant helseforetakene som forutsetter betydelig resultatforbedring:

- Østfold hadde et samlet underskudd på 1,1 milliard kroner i årene 2016–2019, men planlegger å gå i balanse i årene 2021–2024. I behandlingen av den økonomiske langtidsplanen forutsatte styret at

¹⁴¹ St. Olav, Vestfold, Sørlandet, Fonna, Førde, Sunnaas og Helgeland planlegger med et lavere overskudd.

administrerende direktør, gjennom arbeidet med budsjettet for 2021, konkretiserer tiltak for å opprettholde den planlagte resultatutviklingen og synliggjør konsekvensene for kvaliteten og pasientsikkerheten om helseforetaket ikke lykkes med dette.

- Møre og Romsdal hadde et samlet underskudd på 374 millioner kroner i årene 2016–2019, mens det har planlagt 184 millioner kroner i positivt resultat i årene 2021–2024.
- Telemark hadde et samlet underskudd på 20 millioner kroner i årene 2016–2019, mens det planlegger å oppnå 320 millioner kroner i positivt resultat i årene 2021–2024. Dette er et nedjustert mål sammenlignet med den økonomiske langtidsplanen for årene 2020–2023.

Planer som dette forutsetter en betydelig effektivisering av driften. Enkelte foretak mener imidlertid at effektiviseringskravet er svært krevende, og påpeker at det er en risiko for at man ikke klarer å nå målene for omstilling, effektivisering og kostnadsreduksjoner.

- Sørlandet vurderte at det var en svært høy risiko for at foretaket ikke ville klare å nå sitt budsjetterte mål i 2020, når de tok i betraktning de budsjetterte tiltakene både med hensyn til aktivitet og kostnadsreduksjoner utover året. Også i det planlagte langtidsbudsjettet er det en betydelig gjennomføringsrisiko, spesielt innenfor somatikk, hvor om lag 11 prosent produktivitetsforbedring er lagt til grunn. Også Telemark opplyser at det er risiko knyttet til resultatmålene.
- Nord-Trøndelag framhever at det er behov for en større sikkerhetsmargin, og at denne må skapes gjennom krav til omstilling utover de 202 millioner kronene som ligger i budsjettene for perioden 2020–2023. Den administrerende direktøren mener at kravet til omstilling allerede er strukket svært langt, og at en ytterligere økning ikke er forsvarlig. Videre påpeker foretaket at forutsetningene som er lagt til grunn for langtidsbudsjettet, gir et resultat og en likviditet som viser at foretaket vil ha behov for nye omstillings tiltak utover det som er vedtatt for perioden 2020–2021.

Disse eksemplene indikerer en tydelig risiko for ikke å nå det planlagte investeringsnivået som følge av at det er planlagt med ambisiøse forbedringer. Selv et mindre negativt avvik fra resultatmålet kan gi en krevende likviditetssituasjon.

Konsekvenser av planene

Når helseforetakene legger fram planer og budsjetter for styret, er det en del som rapporterer om konsekvensene av disse og sin egen økonomiske situasjon. De påpeker da at det kreves effektiviserings tiltak, produktivitetsvekst og tilstrekkelige overskudd for å nå investeringsmålene, og at det vil bli krevende eller umulig å nå investeringsplanene dersom dette ikke skjer. Ifølge flere helseforetak er det en høy risiko for at de ikke klarer å gjennomføre nødvendige omstillinger, og flere indikerer at budsjettene er for små til å snu den negative utviklingen og oppfylle krav: MTU-parken vil stadig bli eldre, det regionale kravet (i Helse Sør-Øst) om å bruke minst 250 kroner per m² til vedlikehold av bygg vil ikke bli oppfylt, og vedlikeholdsetterslepet vil ikke bli redusert.¹⁴²

- Ifølge Telemarks økonomiske langtidsplan for 2020–2023 er det budsjetterte nivået for investeringer i og vedlikehold av bygningsmassen i perioden ikke tilstrekkelig til å ivareta den i tråd med den vedtatte regionale strategien for eiendomsområdet. Vedlikeholdsetterslepet vil øke i planperioden, og flere enkeltelementer vil komme i tilstandsklasse 3.
- I saksframlegget til St. Olavs langtidsbudsjett for 2019–2030 blir det konstatert at det ikke har vært mulig å etablere et økonomisk handlingsrom for å sikre tilstrekkelige investeringer i utstyr og bygninger, og at dette vil medføre en svekkelse av kvaliteten og tilstanden.

¹⁴² OUS, Innlandet, St. Olav, Sørlandet, Østfold og Nord-Trøndelag.

6 Departementets og de regionale helseforetakenes styring av investeringer

Dette kapitlet beskriver hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene (RHF-ene) styrer og følger opp investeringer og tilstanden til bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene.

Utvalgte revisjonskriterier

- Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ansvaret innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle plikten sin til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen.
- Helse- og omsorgsdepartementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet, blant annet om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkårene som er satt for tildeling av bevilgninger.
- De regionale helseforetakene har et såkalt sørge for-ansvar for regionen sin, og for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med nasjonale føringer. De skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng.
- De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene de eier. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.
- Som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak skal de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetakene utarbeide utviklingsplaner. De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner, og det anbefales å gi en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområdene og den strategiske retningen.

6.1 Oppsummering

Styringsmodellen for investeringer i helseforetakene bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå. Helseforetakene er gitt ansvar for sine egne bygg og sitt eget utstyr. Helseforetakene fordeler selv tildelte midler mellom drift og investeringer, og de må prioritere investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Samtidig har de regionale helseforetakene (RHF) et overordnet ansvar for at tilstanden til byggene i helseforetakene er god nok til at foretakene kan ivareta sørge for-ansvaret.

For investeringer over 500 millioner kroner kan helseforetakene søke om statlig lån som dekker inntil 70 prosent av kostnadsrammen. RHF-ene har over tid hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at de har dermed opparbeidet seg omfattende resultatbuffer. RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter.

RHF-ene legger i sin oppfølging av helseforetakene vekt på å legge til rette for at helseforetakene sikres en stabil og langsiktig økonomi. RHF-ene følger opp at foretakene har forutsetninger for å bære planlagte investeringer. Departementet mener at det skal være en høy terskel for å gripe inn i RHF-enes prioriteringer av investeringsprosjekter.

RHF-ene ble etter tilstandsvurderingene i 2016 godt kjent med at den tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i mange helseforetak og lokasjoner fra 2012 til 2016. De regionale helseforetakene var også kjent med at det var store vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen i 2016.

Departementet har fått god kunnskap om den tekniske tilstanden til bygningsmassen, oppgraderingsbehov og vedlikeholdsetterslep, som følge av tilstandskartleggingene som har vært gjennomført siden 2012. Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr, har ikke departementet tilsvarende oversikt. Departementet mener at dette hører inn under RHF-enes ansvar. Med unntak av Helse Sør-Øst RHF, innhenter RHF-ene begrenset informasjon om tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene.

Helseforetakenes utkast til økonomiske langtidsplaner blir sendt til RHF-ene for dialog og kvalitetssikring, og RHF-ene opplyser at de ikke motsetter seg ambisiøse budsjetter når analysene viser at helseforetakene kan bære kostnadene. De økonomiske langtidsplanene til RHF-ene forutsetter at omstillings- og effektiviserings-tiltak gjennomføres, og beskriver samtidig betydelig risiko for at omstillingstiltakene ikke gir de forventede resultatene.

Departementet er kjent med at de økonomiske langtidsplanene i mange helseforetak bygger på ambisiøse forutsetninger. Over flere år har departementet fått informasjon gjennom RHF-enes økonomiske langtidsplaner om risiko ved og forutsetninger som legges til grunn for helseforetakenes planer. Planene slår ofte fast at investeringsplaner kanskje må utsettes eller nedjusteres dersom resultatmålene ikke nås.

Departementet har over flere år også stilt krav som berører investeringer til RHF-ene i foretaksmøter. Dette gjelder ulike tiltak for å sikre bedre ivaretagelse av bygg, styrke det strategiske planarbeidet og å sikre mer realistisk budsjettering. Senest i 2018 og 2019 stilte departementet krav til RHF-ene om å utrede mål for tilstandsgrad på bygg og internhusleieordning.

Utviklingsplanen er en overordnet strategi for virksomheten. Langsiktige satsinger som krever investeringer, skal framkomme i utviklingsplanen og innarbeides og prioriteres i den økonomiske langtidsplanen. Analysen vår av utviklingsplanene for perioden 2018–2035 viser at disse gir begrenset informasjon om tilstanden til helseforetakenes bygg og MTU. De gir heller ikke et tydelig bilde av fremtiden.

Et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner er at regionene har fastsatt mål og strategier, og at de har kartlagt statusen til bygningsmassen. Det varierer om RHF-ene har mål og strategier for byggene sine. Mål og strategier brukes i begrenset grad av RHF-ene for å gi en retning eller føringer for tilstanden til og utviklingen av MTU. RHF-enes innsats er primært rettet mot å samordne anskaffelser og standardisere utstyret i egen region.

6.2 Ansvar, roller og styringsmodell

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har gjennom sitt sørge for-ansvar et helhetlig ansvar for investeringer og drift i helseforetakene i regionen sin, blant annet for å gjøre prioriteringer og fastsette budsjetter for regionen. Gjennom sørge for-ansvaret har RHF-ene også ansvar for å ha tilstrekkelig oversikt over alle innsatsfaktorene i pasientbehandlingen og for å følge med på alle områdene av helseforetakenes drift.

RHF-ene presiserer i intervjuene at deres ansvar knyttet til helseforetakenes økonomiske langtidsplaner omfatter

- den samlede likviditeten til foretaksgruppa; likviditeten som blir stilt til disposisjon gjør det mulig for helseforetakene å drive forsvarlig og investere tilstrekkelig – og dermed gjennomføre oppdraget sitt
- å gi stabile rammebetingelser ved å kontrollere risiko og sørge for en forutsigbar og stabil økonomisk kurs; RHF-ets finansieringsmodell skal sørge for at det er økonomisk grunnlag for å kunne håndtere foretakenes investeringer over tid

- å ta beslutninger om å gjennomføre store regionale prosjekter og bistå foretakene økonomisk gjennom lån eller tilskudd til disse store investeringene

I denne operasjonaliseringen av ansvaret sitt legger RHF-ene vekt på å legge til rette for at helseforetakene sikres en stabil og langsiktig økonomi. Det innebærer at foretakene skal ha forutsetninger for å bære planlagte investeringer. RHF-enes oppfølging av sørge for-ansvaret og målet om likeverdige helsetjenester finner dermed sted innenfor disse rammene.

Helseforetakene har selv ansvar for sine egne bygg og sitt eget utstyr. Styrene i helseforetakene er gitt et overordnet ansvar for å forvalte bygningsmassen. Det medfører at helseforetakene er ansvarlige for å identifisere behov for investeringer.

Styringsmodellen for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som de blir fulgt opp og styrt på et overordnet nivå.¹⁴³ Departementet vurderer at styringsmodellen generelt fungerer godt, og har tillit til prioriteringene som blir gjort av RHF-ene. Departementet viser til at det investeres mer nå enn noen gang før, selv om ikke alle prioriterte investeringer kan gjennomføres samtidig.¹⁴⁴

Innenfor styringsmodellen kan departementet sette eierkrav (i foretaksmøter), krav knyttet til bevilgningen (oppdragsdokumenter) og krav i medhold av lover og forskrifter. Sammen med disse kravene utgjør bevilgningene fra staten, inkludert lån, rammebetingelsene for helseforetakene. Disse virkemidlene brukes av staten for å legge til rette for nasjonal og regional styring av ressursbruken for å nå politiske mål og sikre at RHF-ene ivaretar sørge for-ansvaret sitt.

Helseforetakenes muligheter til å investere henger tett sammen med den økonomiske resultatutviklingen, og departementet har derfor lagt stor vekt på økonomioppfølging. Ifølge departementet gir finansieringsmodellen insentiver til å innrette driften effektivt og muligheter til å prioritere mellom drift og investeringer. Etter departementets syn forklarer ikke egenskapene ved selve styringsmodellen den manglende realiseringen av investeringsplaner og helseforetakenes ønsker.

God kontroll med egen økonomi er viktig for å kunne foreta gode prioriteringer mellom drift og investeringsprosjekter. Økte bevilgninger ville økt foretakenes handlingsrom både for drift og investeringer. Tilsvarende ville adgang til å lånefinansiere en større del av investeringene kunne ført til at foretakene investerte mer og tidligere.

Det skal ifølge departementet være en høy terskel for at det griper inn i RHF-enes ansvar for å sikre nødvendige investeringer. Dersom departementet hadde vurdert at RHF-ene ikke gjorde en god nok innsats i arbeidet med å prioritere mellom drift og investeringer, ville det ha vært grunnlag for å stille krav på området. Om RHF-ene følger opp som de skal, setter departementet færre styringskrav enn det ellers ville ha gjort.

Rapporteringen fra RHF-ene om blant annet oppfølgingen av departementets oppdrag og krav skjer gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, månedlig rapportering (av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet) og oppfølgingsmøter. Departementet holder seg i tillegg orientert om styresakene til RHF-ene og informasjonen som følger disse, blant annet virksomhetsrapporter, utviklingsplaner og økonomiske langtidsplaner. Departementet får også informasjon gjennom utredninger, som for eksempel NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* og NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

Etter kravet som ble stilt til RHF-ene i 2016 om å oppdatere tilstandsvurderingene av bygningsmassen hvert fjerde år, får departementet nå regelmessig informasjon fra RHF-ene om den tekniske tilstanden på

¹⁴³ Prop 1 S (2019–2020), s. 310.

¹⁴⁴ Intervju med Helse- og omsorgsdepartementet. Følgende avsnitt er basert på samme kilde.

bygningssmassen. Departementet opplyser i intervju at det ikke henter inn særskilte data om medisinsk-teknisk utstyr, fordi dette er informasjon på et detaljert nivå som det ikke har behov for i styringen sin. Selv om departementet ikke har bedt om jevnlig oversikter over tilstand på utstyr, ble det likevel gjennomført en kartlegging av utvalgte utstyrsgupper som en del av nasjonal helse- og sykehusplan for 2016–2019.

RHF-ene får informasjon fra helseforetakene sine gjennom rapporter (årlig melding og månedlige rapporter), planer (for eksempel økonomiske langtidsplaner) og møter. Innholdet i rapporteringen RHF-ene mottar om bygg og medisinsk-teknisk utstyr, er omtalt i kapittel 5.

6.3 Krav stilt til de regionale helseforetakene i foretaksmøter

Departementet har i en rekke foretaksmøter stilt krav til de regionale helseforetakene som berører investeringer. En gjennomgang av kravene stilt siden 2012 viser at disse er rettet mot

- at foretakene skal sikre vedlikehold av bygg og realistisk budsjettering
- at foretakene og departementet skal få bedre styringsinformasjon om bygg
- at foretakene skal utarbeide langsiktige planer

Tabell 5 Krav knyttet til investeringer, planlegging og bygg i foretaksmøter i årene 2012–2020

Årlig De regionale helseforetakene får årlig krav om å innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop.1 S, foretaksmøtet og oppdragsdokumentet, slik at sørge for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

2012 Det regionale helseforetaket ble bedt om å sikre realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen, både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjettingen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomhetene i foretaksgruppen.

De regionale helseforetakene ble også bedt om å avsette nødvendige midler til vedlikehold av bygg, i tillegg til å stille krav i helseforetakenes styringsdokumenter knyttet til oppnåelse av minimumstilstand for bygg. Det regionale helseforetakene ble bedt om å sørge for at hvert helseforetak i økonomisk langtidsplan inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.

2016 De regionale helseforetakene ble bedt om å kartlegg tilstandsgraden for sykehusbygg, og å oppdatere kartleggingen hvert fjerde år.

I tillegg fikk alle helseforetak krav om å utarbeide utviklingsplaner. Forut for dette fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet. I veilederen til dette oppdraget ble det spesifisert at bygg og medisinsk-teknisk utstyr skulle inngå i redegjørelser for status og utviklingstrekk.

2018 De regionale helseforetakene fikk oppdrag om i fellesskap å utrede hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg, og en internhusleieordning innenfor det enkelte helseforetak med sikte på å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene.

Helseregionene ble bedt om i fellesskap å utarbeide et grunnlag for evaluering av utbyggingsprosjekter. Arbeidet skulle gjøres i samarbeid med Sykehusbygg HF, ledes av Helse Vest RHF og ferdigstilles i løpet av 2018.

2019 Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med å legge til rette for en husleieordning.

De regionale helseforetakene ble bedt om å vurdere om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden for sykehusenes bygningsmasse, og hva dette eventuelt bør være. Dette kravet kom i forlengelsen av det tidligere kravet om å etablere verktøy for å fastsette tilstandsgraden på sykehusbygg og kravet om at tilstandsgraden skal kartlegges og oppdateres hvert fjerde år.

2020 Det skulle utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022.

De regionale helseforetakene skulle revidere veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i *nasjonal helse- og sykehusplan*.

Kilde: Protokoller fra foretaksmøter

Utredningen NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* diskuterer innføring av internhusleieordning og organisering av eiendomsforvaltningen i egne selskaper.¹⁴⁵ Flertallet i utvalget gikk inn for å etablere en husleieordning og etablere egne eiendomsenheter på regionalt eller nasjonalt nivå. I begrunnelsen ble det lagt spesiell vekt på behovet for å sikre et tilstrekkelig vedlikehold og profesjonalisering av forvaltningen.

Departementet fulgte opp tilrådingen om å innføre husleieordninger i 2018 ved å be RHF-ene om å utrede dette. Tilrådingen om å organisere eiendomsforvaltningen i egne selskaper ble imidlertid ikke fulgt.

¹⁴⁵ NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 4.

Departementet begrunnet dette med at en etablering av nasjonale eller regionale eiendomsselskap ikke vil støtte opp om en utvikling mot større handlefrihet for de lokale helseforetakene.¹⁴⁶

6.4 Økonomiske virkemidler

6.4.1 Fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene

RHF-enes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet ved at bevilgningene overføres som rammetilskudd og ikke øremerkede tilskudd. Finansieringen skjer over statsbudsjettet gjennom *basisbevilgningen* og *innsatsstyrt finansiering*. Basisbevilgningen skal dekke både drifts- og investeringskostnader.

Bevilgningene til RHF-ene utgjorde 178,7 milliarder kroner i saldert budsjett for 2021. Av dette utgjorde basisbevilgningene om lag 110 milliarder kroner (ca. 60 prosent).¹⁴⁷ Basisbevilgningene fordeles etter en inntektsfordelingsmodell som skal ta hensyn til ulikheter mellom regionene med hensyn til driftskostnader og behovet for helsetjenester.

RHF-ene viderefører basisbevilgningen de får til helseforetakene. Med utgangspunkt i den nasjonale modellen har hvert enkelt regionalt helseforetak utarbeidet en egen inntektsfordelingsmodell for basisbevilgningen i helseregionen sin. Den regionale fordelingsmodellen avgjør fordelingen av den største delen av helseforetakenes inntekter. Den er derfor et viktig virkemiddel for å oppfylle målet om likeverdige tjenester mellom helseforetakene i regionen. Dersom fordelingsmodellen ikke reflekterer godt nok helseforetakenes inntekts- og kostnadssituasjoner, vil den bidra til å skape ulike forutsetninger for å kunne gjennomføre investeringer i de ulike foretakene.

Den innsatsstyrte finansieringen (ISF) til RHF-ene avhenger av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling i regionen. RHF-ene viderefører inntekter fra ISF til helseforetakene.

I utredningen NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten* ble det foreslått å igangsette et snarlig arbeid med å oppdatere modellen for fordeling av basisbevilgningen.¹⁴⁸ Forrige gang inntektsystemet ble revidert, var i 2009. Regjeringen nedsatte i 2018 et utvalg som skulle vurdere den nasjonale inntektsfordelingsmodellen til de regionale helseforetakene, og i 2019 la utvalget fram et forslag til en ny nasjonal modell.¹⁴⁹ Også RHF-ene har satt i gang arbeider med oppdatere sine egne regionale inntektsfordelingsmodeller.

6.4.2 Finansieringsordninger for investeringer

Helseforetakene er ikke gitt adgang til å ta opp lån i det private markedet. De kan kun ta opp lån fra eieren sin – altså det regionale helseforetaket. Det regionale helseforetaket på sin side kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger.

Statlig låneordning

Lån til store investeringsprosjekter gis over statsbudsjettet. De regionale helseforetakene får årlig bevilget en samlet sum som skal lånes ut til investeringer over 500 millioner kroner.¹⁵⁰ Låneordningen administreres av Helse- og omsorgsdepartementet, som behandler RHF-enes lånesøknader i forbindelse med de årlige statsbudsjettene. RHF-ene kan søke om inntil 70 prosent låneandel av kostnadsrammen.

¹⁴⁶ Prop. 1 S (2017–2018), s. 296.

¹⁴⁷ Prop. 1 S (2020–2021), s. 28.

¹⁴⁸ NOU 2016: 25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, s. 214.

¹⁴⁹ NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.

¹⁵⁰ Prop. 1 S (2020–2021), s.142. I 2019 ble det bevilget 5,2 milliarder kroner i investeringslån.

Departementets forutsetning for å kunne fremme søknad om lån i budsjettinnspillet er at RHF-et har levert en styregodkjent konseptrapport for prosjektet det søkes lån til, inkludert en ekstern kvalitetssikring. RHF-et har ansvaret for å sikre at investeringsprosjektet kan håndteres innenfor helseregionens økonomiske bæreevne.¹⁵¹

Grensen for prosjekter som skal legges fram for departementet, ble satt ned i 2011 fra 1 milliard til 500 millioner kroner.¹⁵² Departementet gjorde dette for å harmonisere grensen for kvalitetssikring av større investeringer i RHF-ene med terskelverdiene som var satt for ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten.

I 2018 ble det åpnet for at store IKT-prosjekter (over 500 millioner kroner) delvis kan lånefinansieres, for å understøtte en raskere digitalisering av helsetjenesten og generell måloppnåelse på IKT-området.¹⁵³ Videre ble lånebetingelsene for de regionale helseforetakene endret i 2020 ved at avdragstiden for lån ble forlenget fra 25 til maksimalt 35 år.¹⁵⁴

Regionale finansieringsordninger

De regionale helseforetakene har over tid hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og har opparbeidet omfattende resultatbuffer. RHF-ene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. Helseforetakene kan også søke RHF-et om lån for å dekke hele eller deler av egenandelen ved store lån.

Skal helseforetakene gjennomføre større investeringer må det skaffes økonomisk rom ved overskudd i driften. Ifølge departementet forutsetter kravet om egenfinansiering av store investeringer betydelig effektivisering av driften. Når helseforetakene planlegger med store investeringer, og tilsvarende økte utgifter til egenandel, renter og avdrag, må dette prioriteres på bekostning av annen drift og mindre investeringer.¹⁵⁵

Mindre investeringer må helseforetakene fullt ut finansiere selv. Investeringene til helseforetakene finansieres gjennom positive resultater, salg av eiendom og likviditet som følger inntekten som skal dekke avskrivninger.¹⁵⁶ Tilgjengelig likviditet er avgjørende for at helseforetakene skal kunne investere. Samtidig må helseforetak som ikke når overskuddsmålene sine, normalt redusere de planlagte investeringene. Selv helseforetak som har likviditet til å gjennomføre planlagte investeringer, kan måtte redusere investeringsomfanget for å forsøke å nå overskuddsmålet.

De regionale helseforetakene har noe forskjellige finansieringsordninger for investeringer. I Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge holder RHF-et tilbake midler ved den årlige fordelingen av basistilskuddet til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF holder tilbake et beløp som tilsvarer avskrivninger,¹⁵⁷ mens Helse Midt-Norge RHF holder igjen et beløp etter vurdering av behov.¹⁵⁸ Dette skaper en intern låneordning mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

I *Helse Midt-Norge* benyttes de tilbakeholdte midlene til å dekke egenandelen i store statlig finansierte prosjekter over 500 millioner kroner og i mindre prosjekter på 50–500 millioner kroner, etter søknad fra helseforetakene.

I *Helse Sør-Øst* benyttes den tilbakeholdte likviditeten til prioriterte prosjekter, hovedsakelig nybygg over 100 millioner kroner, og til lokale investeringer, som medisinsk-teknisk utstyr og mindre investeringer i bygg. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg en regional investeringsbuffer på ca. 200 millioner kroner per år, som

¹⁵¹ E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet 18.06.2021.

¹⁵² Foretaksmøtet 31.01.2011, punkt 5.3.

¹⁵³ Foretaksmøtet 16.01.2018, punkt 3.5.2.

¹⁵⁴ Foretaksmøtet 14.01.2020, punkt 3.7.2.

¹⁵⁵ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 01.09.21.

¹⁵⁶ Basisrammen er inntekt som skal dekke foretakenes kostnader. Den inkluderer ikke-betalbare kostnader, for eksempel avskrivninger. Midlene kan også benyttes til investeringer.

¹⁵⁷ Ca. 3,5 milliarder kroner årlig.

¹⁵⁸ De siste årene er det holdt igjen 15 millioner kroner årlig.

benyttes om det dukker opp nye behov i budsjettperioden, eller om eksisterende prosjekter trenger mer midler enn planlagt.

Helse Nord RHF holder også igjen noe av basisrammen til omfordeling og har dessuten en tettere kontroll med investeringene til helseforetakene enn de andre RHF-ene ved at det er RHF-et som setter investeringsrammen til helseforetakene. Videre er det RHF-et som beslutter fordelingen mellom store byggeprosjekter og øvrige investeringer (for eksempel MTU og ambulanser). I tillegg skal alle investeringene i helseforetakene på over 20 millioner kroner godkjennes av RHF-et. Dette gir Helse Nord RHF mer kontroll over likviditeten til helseforetakene sine enn de andre RHF-ene. I likhet med de andre regionale helseforetakene gir Helse Nord RHF lån til investeringer i bygg på over 500 millioner kroner i helseforetakene.

Helse Vest RHF skiller seg ut ved at det fordeler hele basisrammen til helseforetakene og gir foretakene en større del av ansvaret for investeringer. Helseforetakene kan i tillegg søke om lån fra RHF-et til påkrevde mindre bygningsmessige investeringer på mellom 25 og 500 millioner kroner. Dette finansieres av det regionale helseforetakets overskudd.

6.4.3 Andre økonomiske virkemidler

I 2015 åpnet departementet for at RHF-ene kan inngå finansielle leieavtaler (leasing) med en kontraktsverdi på inntil 100 millioner kroner per avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må legges fram for foretaksmøtet.¹⁵⁹ Departementet opplyser i intervjuet at denne ordningen hovedsakelig ble innført for å gi helseforetakene bedre muligheter til å leie lokaler.

Tre av regionene benytter seg av muligheten til å inngå leasing-avtaler. Helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge bruker finansiell leasing for å få tilgang på MTU og lokaler. I Helse Nord er det kun UNN som benytter seg av finansiell leasing, utelukkende for å leie lokaler. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at regionen ikke har hatt behov for å benytte seg av finansiell leasing.

Helseforetakene som gjennomfører store investeringer, har økte kostnader i etterkant av disse. To av regionene har økonomiske ordninger for å bistå helseforetak i slike situasjoner:

- I Helse Nord får helseforetakene inntektsstøtte i form av en kapitalkompensasjon i etterkant av store investeringer for å kunne håndtere de økte kostnadene. Dette utgjør ca. 10 millioner kroner årlig per 500 millioner kroner investert og fordeles gradvis til helseforetakene når avskrivningene fra de store byggeprosjektene belaster regnskapene.¹⁶⁰ RHF-et setter også et lavere overskuddskrav for helseforetak som har gjennomført større investeringer.
- I Helse Sør-Øst har helseforetak fått ekstra inntektsstøtte ved noen anledninger, der det har vært behov for det.¹⁶¹ Denne støtten finansieres fra RHF-ets resultatbuffer.¹⁶²

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* framhever regjeringen at det er behov for at finansieringsordningene raskere tilpasser seg nye og effektive måter å tilby tjenester på.¹⁶³ Dersom finansieringen oppleves som et hinder for nødvendig omstilling, kan det over tid føre til at pasientene får en oppstykket tjeneste, at pasienter legges inn på sykehus unødvendig, og at det benyttes utdatert teknologi i pasientbehandlingen. I verste fall kan det føre til en svært lite bærekraftig tjeneste på sikt. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes, eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.

¹⁵⁹ Foretaksmøtet 07.01.2015, sak 4. En finansiell leieavtale er en leieavtale som overfører det vesentligste av økonomisk risiko og kontroll til helseforetaket.

¹⁶⁰ Plan for Helse Nord 2019–2022.

¹⁶¹ Intervju med Helse Sør-Øst RHF.

¹⁶² Bufferen er på 600 millioner kroner og benyttes til uforutsette forhold eller spares til senere investeringer. Ekstra inntektsstøtte tas fra resultatbufferen.

¹⁶³ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, s.153.

- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten

Disse endringene er ikke rettet mot investeringer, men hvordan aktiviteten finansieres. Analysene i kapittel 5 viser at mange helseforetak har utfordringer med å oppnå de planlagte investeringsnivåene i langtidsplanene, og en overordnet ambisjon med sykehusplanen er å vri ressursinnsatsen fra drift til investeringer. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* drøfter imidlertid ikke mulige justeringer i finansieringsordningene som kan bidra til at planlagte investeringer i helseforetakene i større grad gjennomføres.

6.5 Planer og budsjettarbeid

Gjennom innføringen av økonomiske langtidsplaner og departementets pålegg om å utarbeide utviklingsplaner har plansystemet til helseforetakene blitt styrket over tid ved at foretakene nå har langsiktige planer som skal være integrert med hverandre. Økonomiske langtidsplaner (ØLP) omfatter investeringsplaner og gjelder for minst fire år fram i tid. Utviklingsplanene, som ble utarbeidet første gang i 2018, er en overordnet strategi for virksomheten og har en horisont på 15 år. Økonomiske langtidsplaner, som oppdateres hvert år, skal starte med en vurdering av virksomheten, og denne skal baseres på utviklingsplanen.¹⁶⁴ RHF-ene begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner fra 2010 av.

6.5.1 De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner

Helse- og omsorgsdepartementets føringer for økonomiske langtidsplaner

Departementet har ikke utarbeidet retningslinjer for økonomiske langtidsplaner eller gjennomført evalueringer av hvordan planene fungerer. Departementet viser i intervjuet til at ØLP først og fremst er et planverktøy for RHF-ene og helseforetakene, og at planene i størst mulig grad skal sikre RHF-ene stabile og forutsigbare rammebetingelser. Samtidig påpeker departementet at planlegging under usikkerhet er normaltilstanden, og at RHF-ene planlegger med den beste kunnskapen de har om framtidige rammebetingelser.

Departementet stilte krav i foretaksmøtet i 2012 om at RHF-ene skulle sikre at budsjetteringen i hele foretaksgruppa var realistisk.

De regionale helseforetakenes arbeid med langtidsplanene

Helseregionene har like framdriftsplaner for å utarbeide budsjetter:

- Helseforetakene oversender utkast til langtidsbudsjettene sine i april til RHF-et for dialog og kvalitets-sikring. Langtidsbudsjettene fungerer også som innspill til den regionale ØLP-en.
- Styrene i helseforetakene vedtar sine langtidsbudsjetter i mai.
- Styrene i de regionale helseforetakene vedtar sine langtidsbudsjetter i juni.¹⁶⁵
- Helseforetakenes årsbudsjetter utarbeides på høsten og vedtas i perioden desember–februar. De fleste regionale helseforetakene sender ut ett eller flere budsjettskriv underveis som gir føringer og forutsetninger for helseforetakenes budsjetter.

Helse Nord RHF har en sterkere styring av helseforetakenes investeringer enn de øvrige RHF-ene. RHF-et stiller resultatkrav til foretakene, men tillater at de setter egne resultatkrav som er høyere enn RHF-ets. Ved fastsettelsen av resultatkravet vurderer RHF-et om det totalt sett er nok likviditet til driften, og om resultatkravet er høyt nok.

¹⁶⁴ Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, s. 3.

¹⁶⁵ Helseforetakene i Helse Nord utarbeider imidlertid ikke egne langtidsbudsjetter, men oversender innspill til det regionale langtidsbudsjettet.

Når det gjelder helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, analyserer RHF-ene foretakenes forutsetninger for å kunne bære framtidige kostnader ved å vurdere planene opp mot foretakenes bæreevne og likviditets-situasjon. Samtidig går det fram i intervjuene at RHF-ene ikke motsetter seg ambisiøse budsjetter når analysene viser at helseforetaket kan bære kostnadene.

I RHF-enes økonomiske langtidsplaner for 2021–2024 framhever imidlertid tre av RHF-ene nødvendigheten av at helseforetakene planlegger realistisk eller legger realistiske forutsetninger for utviklingen av inntekter og kostnader til grunn for planene.

Styringsinformasjon til departementet

RHF-enes økonomiske langtidsplaner er en sentral informasjonskilde for departementet, som bruker data fra disse dokumentene som grunnlag for egne planer, blant annet nasjonale helse- og sykehusplaner. De nasjonale helse- og sykehusplanene gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.¹⁶⁶

Departementet opplyser i intervjuet at ØLP på både RHF- og helseforetaksnivå er et viktig verktøy og virkemiddel for å drive virksomhetsplanlegging, blant annet av større investeringer. Departementet vurderer at kvaliteten på de økonomiske langtidsplanene har utviklet seg positivt over tid, og har god erfaring med å bruke dem for å vurdere handlingsrommet for større investeringer i RHF-ene. Departementet påpeker også at ønskede investeringer i helseforetakene ikke alltid prioriteres i de regionale helseforetakene, og at forutsetningene for planlegging påvirkes av ettårsprinsippet for statsbudsjettet.¹⁶⁷

Avvik mellom investeringer i ØLP og faktiske investeringer i helseforetakene kan ifølge departementet ha ulike forklaringer:

- Helseforetakene legger inn buffere i planene for å ha handlingsrom og for å forsikre seg om at de har nok likviditet.
- Det vil være usikkerhet knyttet til planforutsetningene. Når foretakene legger langtidsplaner, må de forutsette både inntekter og kostnader i en fireårsperiode, og krav stilt i oppdragsdokumenter og foretaksmøter kan påvirke forutsetningene for å realisere planer.

De regionale helseforetakenes rapportering til departementet om risikoen for ikke å nå det planlagte investeringsnivået

RHF-ene informerer primært om tilstanden til bygg og medisinsk-teknisk utstyr gjennom de økonomiske langtidsplanene. Her presenterer de også vurderinger av risiko og forutsetninger for budsjettplanene. Vi har gjort en nærmere analyse av RHF-enes økonomiske langtidsplan for henholdsvis perioden 2016–2019 og 2021–2024.

I planene for begge periodene påpeker RHF-ene at det er betydelig risiko knyttet til investeringsplanene, og at det ligger krevende forutsetninger til grunn. I føringene og forutsetningene fra de regionale helseforetakene blir nødvendigheten av effektivisering og realistiske planer framhevet. RHF-ene omtaler i stor grad de samme forutsetningene og risikoene i 2020 som i 2015. Følgende forhold trekkes fram av foretakene i begge langtidsplanene:

- **Forutsetninger om måloppnåelse:** Det er helt nødvendig å realisere de planlagte resultatene. Manglende oppnåelse av økonomiske mål og resultatkrav gir en risiko for at foretaksgruppa vil få likviditetsproblemer, eller at helseforetakene må utsette investeringer. Det er samtidig lite handlingsrom og små muligheter for endringer i forutsetningene.
- **En krevende likviditetssituasjon:** Helseforetakene vil med de planlagte målene komme i en krevende likviditetssituasjon. De er avhengige av å nå resultat- og effektiviseringsmålene for å nå investeringsmålene og for å kunne håndtere kommende kostnader.

¹⁶⁶ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.158.

¹⁶⁷ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet 21.09.21.

- **Risiko knyttet til effektivisering, omstilling og kostnadsreduksjoner:** Helseforetakenes mål om eller pålagte krav om effektivisering og kostnadsreduksjoner er forutsetninger for å kunne gjennomføre planlagte investeringer. Dette utgjør samtidig en betydelig risiko for ikke å nå investeringsmålene. Helse Sør-Øst RHF framhever særskilt i begge planene at det er nødvendig å redusere lønnskostnadene.
- **Vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen og for lavt nivå på vedlikehold og oppgraderinger:** Det er et betydelig vedlikeholdsetterslep, og det planlagte vedlikeholdsnivået for bygg er for lavt. Det planlagte investeringsnivået for MTU er også for lavt.

I planene til Helse Vest RHF blir helseforetakene i tillegg pålagt å planlegge med et resultat som er tilstrekkelig til å ivareta det planlagte investeringsnivået: «Det er heilt nødvendig at resultatet i alle helseforetaka i Helse Vest blir løfta til eit nivå som er tilstrekkeleg for å handtere dei framtidige driftsmessige konsekvensane av store investeringar.»¹⁶⁸ Analysen vår indikerer at det kan være en konflikt mellom ambisiøse planer og nødvendigheten av å nå disse på den ene siden, og krav om realistisk planlegging på den andre.

En gjennomgang av de regionale helseforetakenes årlige meldinger (for 2020) og virksomhetsrapporter (for høsten 2020) viser at det også her er rapportert om avvik i planene:

- RHF-enes styrer behandler virksomhetsrapporter (statusrapporter) månedlig, der statusen for resultater og investeringer og avvik i budsjettplaner omtales. Alle RHF-ene gir i disse rapportene informasjon om statusen for investeringsbudsjettene på helseforetaksnivå, og to av RHF-ene gir i tillegg informasjon om årsaker til avvik i planene.
- Alle RHF-ene har i 2020 investert for mindre enn hva det var budsjettet for, og et av foretakene har gitt en forklaring til avviket: Helse Midt-Norge RHF opplyser at det lavere forbruket skyldes lavere kostnader enn planlagt for Helseplattformen og det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal.¹⁶⁹ To av RHF-ene har gitt nærmere informasjon om investeringer i form av en oversikt over budsjetterte og faktiske investeringer i bygg, MTU, IKT og annet uten å opplyse om årsaker til avvikene. Ett RHF har ikke gitt noen utdypende informasjon.

Faktaboks 13 Årlig melding

I årlig melding, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars hvert år, redegjør RHF-ene for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak for foregående år. RHF-ene utarbeider meldingen etter en felles mal og rapporterer det oppnådde resultatet for foretaksgruppene opp mot resultatkravene.

De regionale helseforetakenes årlige melding til departementet skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år. Plandelen skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens framtidige drift innenfor de rammebetingelsene som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Plandelen skal vise behovet for å utvikle og endre tjenestene og driften av virksomheten, og den skal også inneholde styrets vurdering av ressursbruken de nærmeste årene, inkludert forslag til finansiering. Dette innebærer å vise behovet for investeringer. I den årlige meldingen for 2020 viser de regionale helseforetakene til den regionale utviklingsplanen for omtale av dette.

Kilde: Vedtekter for de regionale helseforetakene

6.5.2 Utviklingsplaner

I 2016 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en utviklingsplan. Dette skulle være en overordnet plan og et grunnlag for å gjennomføre endringer og utviklingstiltak; det kan ikke gjennomføres

¹⁶⁸ Økonomisk langtidspan 2021–2025, s. 6.

¹⁶⁹ Helseplattformen er et prosjekt for å innføre ny felles journalløsning i midtnorske sykehus og kommuner.

vesentlige tiltak før en slik utviklingsplan er på plass og vedtatt i tråd med gjeldende beslutningsprosedyrer. Utviklingsplanen er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier og skal gi et bilde av utviklingen til helseforetakets virksomhet og bygninger.¹⁷⁰

Foretakene fikk også i oppgave å utarbeide en veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner, og denne ble ferdigstilt i 2016 (se faktaboks 10 for nærmere omtale). I veilederen anbefales det å ha egne kapitler om nå-situasjonen (tilstanden) og framtiden for både bygg og teknologi. De regionale utviklingsplanene skal gi en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområdene og den strategiske retningen. Utviklingsplanene er derfor også en kilde til informasjon for departementet.

I 2018 utarbeidet de regionale helseforetakene utviklingsplaner for perioden 2018–2035. Disse gir imidlertid begrenset informasjon om nå-tilstanden og framtiden til helseforetakenes bygg og MTU; på dette området har RHF-ene i begrenset grad fulgt anbefalingene i veilederen. Departementet opplyser i intervjuet at det varierte hvor detaljerte og konkrete planene var. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har gitt svært begrenset informasjon om tilstanden og behovet for bygg og MTU i sine utviklingsplaner.

I januar 2020 ba foretaksmøtet om at det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022, og at arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. RHF-ene ble også bedt om å revidere veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i nasjonal helse- og sykehusplan.

6.6 De regionale helseforetakenes oppfølging av bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene

6.6.1 Regionale mål, overordnede planer og virkemiddelbruk for bygg

Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har konkrete målsettinger for bygg som er rettet mot vedlikehold og forventninger til standarden på bygg. Helse Sør-Øst RHF har satt følgende mål for vedlikehold av bygg:

- Helseforetakene skal sette av midler til både løpende og ekstraordinært vedlikehold. I gjennomsnitt skal det løpende vedlikeholdet over tid utgjøre ca. 250 kroner/m² per år for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold.¹⁷¹
- Vedlikeholdsplanene skal være tilstandsbaserte og skal som et minimum utarbeides for områder som har delkomponenter med tilstandsgrad 2 eller 3. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme, verken på delkomponentnivå eller aggregert nivå.¹⁷²

I oppdragsbrevet i 2020 ga Helse Midt-Norge RHF foretakene i oppdrag å utarbeide tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner med sikte på å eliminere tilstandsgrad 3 (dårlig tilstand) og redusere tilstandsgrad 2 (utilfredsstillende tilstand) i byggene. Disse planene skal korrespondere med et tilstrekkelig budsjett for oppgradering.¹⁷³ Helse Midt-Norge RHF har ikke stilt krav om rapportering på disse målene.

Helse Nord RHF har i utviklingsplanen sin angitt overordnede målsettinger for bygningsmassen, som er generelle og ikke knyttet til tilstandsgrader slik som i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Både Helse Nord RHF og Helse Vest RHF viser til departementets krav i 2018 om å utrede målsettinger for bygningsmassen og det pågående arbeidet med dette. Helse Vest RHF opplyser i intervjuet at RHF-ets ansvar for helseforetakenes bygg handler om å gi rettferdige rammevilkår og å stille resultatkrav. Etter RHF-ets vurdering er dette det beste virkemiddelet for at helseforetakene skal kunne ha muligheter til å gjøre helhetlige prioriteringer på området.

¹⁷⁰ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.139.

¹⁷¹ Budsjettskriv nr. 3 for økonomisk langtidsplan 2021–2024, s. 2.

¹⁷² Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (13.09.18), s. 7.

¹⁷³ Styringskrav og rammer 2020 St. Olavs hospital HF, s. 24.

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF's *Delstrategi for eiendomsvirksomheten*, som ble vedtatt i 2018, har ikke RHF-ene egne strategier for bygg. Helse Sør-Østs strategi slår blant annet fast at helseforetakene skal etablere langsiktige drifts- og vedlikeholdsplaner basert på tilstandsovervåking, levesykluskostnader per bygg og krav i styringsparametere knyttet til en teknisk minimumstilstand. I strategien slås det også fast

- at foretakene i den økonomiske langtidsplanen skal utarbeide en plan for å forbedre minimumstilstanden for bygg, og at midlene til årlig vedlikehold av sykehusbygg skal budsjetteres i samsvar med etablerte standarder
- at vedlikeholdsplanene skal føre til en forpliktende oppgradering av bygningsmassen til en tilstand som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk¹⁷⁴

Selv om Helse Midt-Norge RHF ikke har en strategi for bygg, er det fastslått i *Reglement for bygge- og eiendomsvirksomheten i Helse Midt-Norge* at foretaksstyrene skal sørge for at det utarbeides langsiktige planer for vedlikehold med sikte på å opprettholde eller forbedre bygningenes tilstandsgrad, og at det skal avsettes nødvendige midler i årsbudsjettet.

Med unntak av Helse Vest RHF har alle RHF-ene pålagt helseforetakene i regionen sin å utarbeide egne tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for byggene.

Alle de regionale helseforetakene deltar i oppdraget som ble gitt av departementet i 2018 om å utrede bedre verdibevarende vedlikehold og en internhusleieordning. Formålet var å få en mer effektiv arealutnyttelse og verdibevaring av sykehusbyggene. Dette arbeidet ble videreført gjennom et nytt oppdrag i 2019. RHF-ene ble da bedt om å vurdere om det bør fastsettes et felles mål for tilstandsgraden på sykehusenes bygningsmasse, og hva dette eventuelt bør være. Arbeidsgruppa leverte en avsluttende utredning i juni 2021.

Alle RHF-ene har fulgt opp departementets krav fra 2016 om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgraden ved norske sykehus, og at tilstandsgraden for sykehusbygg skulle kartlegges i 2016 og deretter oppdateres hvert fjerde år.¹⁷⁵ Siden 2016 har de aller fleste helseforetakene fått gjennomført analyser av den kartlagte bygningsmassen sin.¹⁷⁶ Disse rapportene gir en bred og detaljert oversikt over tilstanden til foretakenes bygg og lokasjoner, og mange helseforetak videresender dem til RHF-et.

Alle de regionale helseforetakene opplyser i intervjuene at MultiMap-rapportene brukes for å få oversikt over utviklingen. I 2017 la Helse Midt-Norge RHF fram en regional samlerapport for styret, mens Helse Vest RHF presenterte rapportene sine fra kartleggingen for helseforetakene. Styret i Helse Sør-Øst RHF får overordnet informasjon fra MultiMap-analyser i forbindelse med konkrete byggesaker og i annen rapportering (økonomisk langtidsplan og regional utviklingsplan). I Helse Nord RHF framlegges tilstandsrapporter for styret.

Sammenlignet med de andre regionale helseforetakene får Helse Sør-Øst RHF noe mer informasjon om helseforetakenes bygg ved at RHF-et har pålagt foretakene i regionen å benytte et malverk i forbindelse med den økonomiske langtidsplanen, og dette malverket inneholder blant annet informasjon om investeringer i bygg.¹⁷⁷ Her framkommer det detaljerte data om innspill til vedlikeholdsbudsjettet og beregninger av hva dette utgjør per m².

Analyser av helseforetakene i Helse Sør-Østs rapportering viser at hva som er planlagt å bruke på vedlikehold varierer mellom 98 og 730 kroner per m² i perioden 2020–2023.¹⁷⁸ Helseforetakene i de øvrige regionene rapporterer ikke den årlige planlagte eller faktiske vedlikeholdskostnaden per m², verken i den økonomiske langtidsplanen eller andre rapporter.

¹⁷⁴ Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst (13.09.18), s. 7.

¹⁷⁵ Se faktaboks 2 for forklaring av tilstandsgrad.

¹⁷⁶ De fleste analysene er gjennomført av Multiconsult. Alle helseforetakene unntatt Innlandet, Sunnaas og Fonna har fått utarbeidet rapporter.

¹⁷⁷ Dette pålegget berører også medisinsk-teknisk utstyr. Se omtale i punkt 6.6.2.

¹⁷⁸ Det finnes ikke data for OUS og Ahus.

6.6.2 Regionale mål, overordnede planer og virkemiddelbruk for medisinsk-teknisk utstyr

Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr (MTU) i helseforetakene, brukes mål og strategier i begrenset grad for å gi en retning for utvikling og samordning. Ingen av RHF-ene har særskilte målsettinger for MTU om for eksempel gjennomsnittsalder. Helse Midt-Norge RHF opplyser imidlertid i utviklingsplanen sin at snittalderen på MTU i regionen er åtte år, og indikerer et langsiktig mål om en snittalder på fem år.¹⁷⁹

Helse Sør-Øst vedtok i 2020 en regional delstrategi for teknologiområdet. Helse Vest RHF vedtok i 2018 en teknologiplan for perioden 2019–2023 og er det eneste regionale helseforetaket som har en egen plan for MTU. Tidligere har Helse Vest RHF operert med rene IKT-strategier, men den nye teknologiplanen inneholder også planer for MTU. RHF-et vurderer dette som viktig fordi teknologiene som understøtter de ulike områdene i virksomhetene, smelter sammen i stadig større grad.

RHF-ene har valgt litt ulike tilnærminger til hvordan de overvåker og følger opp regionens MTU-park, men det har ikke blitt behandlet egne rapporter om MTU i RHF-enes styrer utover informasjonen som gis i budsjettsaker. I budsjett dokumenter er det vanlig å oppgi snittalder og overordnede vurderinger av behov.

Helse Sør-Øst RHF skiller seg ut ved ha bedre oversikt over MTU-parken enn de andre RHF-ene. RHF-et opplyser at det følger opp MTU gjennom aldersoversikter og helseforetakenes investeringsplaner. Foretakene i Helse Sør-Øst benytter et malverk i forbindelse med ØLP som blant annet inneholder et regneark med informasjon om investeringer i MTU. Regnearket viser også planlagt utrangering, gjennomsnittlig alder på foretakets MTU, aldersfordeling av foretakets MTU og andre opplysninger. Det viser også en prognose for utviklingen i gjennomsnittsalder de kommende årene.

RHF-ene har i ulik grad inngått regionale anskaffelsesavtaler for MTU (antallet varierer fra 1 til 15). I tillegg har to av regionene – Helse Sør-Øst og Helse Midt – etablert regionale funksjoner for å samordne anskaffelser og analysere utstyrsparkens standard og behov.

Helse Sør-Øst RHF opprettet en egen enhet i 2015, Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst (RKMTU), for å samordne anskaffelser av MTU i regionen og standardisere og redusere kostnader (se faktaboks 5 om RKMTU). Opprettelsen av dette kompetansesenteret har bidratt til at Helse Sør-Øst RHF har langt bedre oversikt over MTU-parken enn andre helseregioner. Dette ble viktig blant annet i forbindelse med innkjøpet av respiratorer i 2020; ved utbruddet av koronapandemien hadde RKMTU en beredskapsfunksjon som følge av senterets oversikt over utstyr. Det var i stand til raskt å framskaffe en oversikt over respiratorparken til alle sykehusene i Helse Sør-Øst (se faktaboks 14).

Helse Midt-Norge RHF opplyser i intervjuet at det legger vekt på å tilrettelegge for helseforetakenes investeringer i MTU gjennom å samordne i form av standardisering og regionale avtaler:

- RHF-et opprettet stillingen regional MTU-koordinator i 2019. Stillingen skal planlegge og koordinere anskaffelser og forvalte MTU ved sykehusene i Midt-Norge. MTU-koordinatoren vil ha en viktig rolle i arbeidet med å standardisere og øke verdien av både eksisterende og nytt medisinsk-teknisk utstyr. Arbeidet er en sentral del av forberedelsene til innføringen av Helseplattformen og digitaliseringsarbeidet i Helse Midt-Norge.
- For tiden pågår det regionale prosjektet Regional standardisering av anskaffelse og forvaltning av MTU. Prosjektets to overordnede målsettinger er å øke den regionale standardiseringen av MTU gjennom samordnede innkjøp og å regionalisere oppgaver og funksjoner ved de medisinsk-tekniske avdelingene og funksjonene.

¹⁷⁹ Regional utviklingsplan 2019–2022 (2035), Helse Midt-Norge RHF, s. 24.

- I oppdragsbrevene i 2020 ba RHF-et foretakene om å bidra til å samordne og standardisere MTU. Foretakene ble også bedt om å samarbeide med hverandre og Sykehusinnkjøp HF for å utarbeide langsiktige planer for innkjøp av MTU for at regionen skal få en felles tilnærming på dette området.

Helse Nord RHF opplyser i intervjuet at det er helseforetakenes ansvar å undersøke tilstanden til utstyret ettersom det er de som skal bruke midlene sine til å investere tilstrekkelig i MTU. RHF-et gjør ikke så mye for å styre dette, men har i oppdragsbrevet de senere årene likevel gitt foretakene i oppgave å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser av MTU, med tilhørende handlingsplaner.

Helse Vest RHF påpeker i intervjuet at det ligger i sørge for-ansvaret at RHF-et må sikre at MTU-parken i regionen er tilpasset behovet. RHF-et følger opp MTU gjennom de sakene som framlegges i helseforetakenes styrer. I tillegg får RHF-et informasjon gjennom omtaler av MTU i helseforetakenes økonomiske langtidspaner. I den regionale teknologiplanen sin opplyser RHF-et at det er arbeidet mye med å standardisere medisinsk utstyr.¹⁸⁰

Faktaboks 14 Regional rammeavtale for intensivrespiratorer i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har opprettet Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst, jf. faktaboks 5. Senteret har som hovedfunksjon å tilrettelegge for bedre samordning og koordinering av anskaffelser av MTU mellom helseforetakene.

En viktig oppgave for en anskaffelsesfunksjon er å levere gevinster gjennom effektive avtaleinngåelser og god avtaleoppfølging. Med utgangspunkt i inngåelsen av den regionale rammeavtalen for intensivrespiratorer i 2018 oppnådde helseforetakene i regionen flere gevinster:

- **Økonomi:** Den strukturerte og helhetlige anskaffelsesprosessen basert på behovsdefinering på tvers av alle foretakene i regionen gjorde det mulig for Helse Sør-Øst å oppnå en prisgevinst på 49 prosent i forhold til det regionen tidligere hadde betalt for intensivrespiratorer. Per juni 2021 har dette gitt en besparelse på 55 millioner kroner for regionen.
- **Teknologi:** Analyse- og anskaffelsesfasen medførte at anskaffelsen tiltrakk seg nye leverandører som kunne tilby et teknologisk løft som har forbedret pasientbehandlingen betydelig.
- **Planlagt utskiftning:** Den langsiktige planen for utskiftning ga forutsigbarhet og reduserte antall sammenbrudd og mengden saksbehandling. Rammeavtalen gjorde det mulig med en flåte-utskiftning av hele intensivrespiratorparken i flere helseforetak i regionen.
- **Beredskap:** Den standardiserte utstyrsparken på tvers av sykehus og helseforetak gjorde det mulig å utveksle personell til enheter hvor belastningen var høy. Avtalen var på plass da covid-19-pandemien brøt ut, og det medførte at Helse Sør-Øst ble prioritert i leveransene framfor regioner som ikke hadde en avtale.
- **Opplæring:** Det ble utarbeidet et felles e-læringsprogram for hele regionen som en del av en helhetlig leveranse. E-læringsprogrammet ble nasjonalt distribuert for å sikre respiratoropplæring av klinisk personell da covid-19 rammet Norge i mars 2020.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF og RKMTU

¹⁸⁰ Teknologiplan Helse Vest 2019–2023, s.10.

7 Vurderinger

7.1 Investeringene har ikke vært tilstrekkelige til å sikre en god nok tilstand på bygg og medisinsk-teknisk utstyr

Et av hovedformålene med *spesialisthelsetjenesteloven* er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet, og at helsetjenestene som tilbys skal være forsvarlige. God kvalitet i behandlingen avhenger av at helseforetakene har bygg som har en tilstrekkelig god teknisk tilstand, og moderne utstyr og hjelpemidler. For å sikre god ressursutnyttelse må bygningene være funksjonelle og driftseffektive.

7.1.1 Tilstanden til byggene har blitt forverret siden 2012 i et flertall av helseforetakene

I kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling til Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene fra 2011 pekte flertallet på at en betydelig del av bygningsmassen var i en for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstillende kravene den gangen og at det var et omfattende behov for bygningsmessig oppgradering.

Den foreliggende undersøkelsen viser at den tekniske tilstanden på den samlede bygningsmassen har utviklet seg negativt i 11 av 20 helseforetak fra 2012 til 2020. De fleste av disse elleve foretakene hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020. Enkelte helseforetak med en negativ utvikling hadde bygningsmasse med meget god teknisk tilstand rundt 2010 fordi de hadde investert i nye store sykehus. I årene etter at nye bygg tas i bruk vil tilstanden bli dårligere som følge av bruk, men den vil fortsatt kunne være tilfredsstillende.

Samlet tilstandsgrad er det målet som brukes for å beskrive den tekniske tilstanden på den samlede bygningsmassen til helseforetakene. Tilstandsgraden tar utgangspunkt i beregninger av den tekniske tilstanden til de enkelte byggene. I beregningen av samlet tilstandsgrad vektet de ulike byggene etter areal.

Over tid tar helseforetakene nye bygg i bruk, mens andre bygg tas ut av bruk. 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.

Alle helseforetakene har lokasjoner der tilstanden på den samlede bygningsmassen har blitt forverret fra 2012 til 2020. Den samlede tekniske tilstanden til bygningsmassen ble forverret i nesten to av tre lokasjoner fra 2012 til 2020. Lokasjoner kan blant annet være somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og distrikts-psykiatriske sentre.

For enkelte av de 150 lokasjonene kan manglende vedlikehold og oppgraderinger ha sammenheng med at helseforetaket har planer om å bygge nye sykehus. Når det er gjort et vedtak om nybygg, er det grunn til å anta at vedlikehold og oppgradering av byggene som skal utfases, reduseres til et minimum. Samtidig er det for flere av helseforetakene som skal bygge nye sykehus, usikkerhet rundt når nye bygg vil stå klare og hvilke eldre bygg som skal bli tas ut av bruk.

7.1.2 Tilstanden til den samlede bygningsmassen er *utilfredsstillende* i nær halvparten av helseforetakene i 2020

Den samlede tekniske tilstanden varierer mellom helseforetakene i 2020. Ni av 20 foretak har en samlet teknisk tilstand på byggene som er *utilfredsstillende*. Den tekniske tilstanden varierer også mellom lokasjonene i foretakene. Mer enn 40 prosent av de 150 lokasjonene har en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2020.

I alle de fire regionene er det minst ett helseforetak som har en samlet *utilfredsstillende* teknisk tilstand på byggene. I Helse Sør-Øst gjelder dette for hele fem av ni helseforetak. Som følge av vedtatte byggeprosjekter vil antakelig alle helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge oppnå en tilfredsstillende *samlet* tilstandsgrad i løpet av få år.

Det framgår av helseforetakenes kartlegging av den tekniske tilstanden til byggene i 2020 at det tekniske oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslepet) er beregnet til å være minst 48 milliarder kroner. Det betyr at det vil koste minst 48 milliarder kroner å tilbakeføre bygningsmassen til en *tilfredsstillende* teknisk tilstand. I tillegg til dette vil helseforetakene også kunne ha behov for å gjennomføre investeringer for å tilpasse eldre bygg til nye funksjonelle behov og moderne sykehusdrift.

Det store vedlikeholdsetterslepet innebærer i praksis at helseforetakene før eller senere må iverksette tiltak for å redusere dette. Stortinget pekte allerede i 2011 på at en betydelig del av bygningsmassen var i for dårlig teknisk tilstand til å tilfredsstille kravene som gjaldt den gang. Det var derfor grunn til å forvente at tilstanden til bygningsmassen ville bli forbedret i de påfølgende årene.

Etter vår vurdering er det uheldig at den tekniske tilstanden til bygningsmassen i et flertall av helseforetakene og deres lokasjoner ikke har blitt bedret over tid. Det svekker forutsetningene for å støtte opp om helseforetakenes kjerneoppgaver.

7.1.3 Tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret har blitt forverret over tid

Det er vanlig å måle tilstanden til MTU-parken gjennom alderen på utstyret. Gjennomsnittsalderen på MTU-parken har økt fra 2015 til 2020 i et flertall av helseforetakene. Det er store variasjoner i gjennomsnittsalderen på MTU-parken mellom foretakene.

De fleste helseforetakene består av flere sykehus. Gjennomsnittsalderen til MTU-parken har også økt fra 2015 til 2020 i et flertall av de 40 undersøkte sykehusene. I mange helseforetak er det også store forskjeller i gjennomsnittsalderen mellom sykehusene.

I et flertall av helseforetakene økte videre andelen av MTU-parken som er eldre enn ti år fra 2015 til 2020. Et flertall har en MTU-park i 2020 der minst 30 prosent av utstyret er eldre enn ti år. Blant disse finner vi samtlige universitetssykehus. Bransjeorganisasjonen COCIRs faglige anbefaling er at ikke mer enn 10 prosent av utstyret bør være mer enn ti år gammelt.

Det finnes ulike typer medisinsk-teknisk utstyr. Noen kategorier medisinsk-teknisk utstyr kan ha en teknisk levetid som er lengre enn ti år, uten at dette innebærer et dårligere behandlingstilbud. Helse Sør-Øst RHF er det eneste regionale helseforetaket som har oversikt over alderen på ulike utstyrskategorier. Deres oversikt viser at gjennomsnittsalderen økte i de fleste kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr fra 2015 til 2020. I Helse Sør-Øst er det store forskjeller mellom helseforetakene i gjennomsnittsalderen innenfor de samme kategoriene av medisinsk-teknisk utstyr. Enkelte helseforetak i regionen har gammelt utstyr i alle kategoriene.

Helseforetakene oppgir flere mulige konsekvenser av en aldrende MTU-park, som blant annet økt ventetid, dårligere diagnostisering og økt risiko for avbrudd i behandlingen. En konsekvens av en eldre utstyrspark er økt omfang av havariinvesteringer. Dette er investeringer som gjennomføres fordi nedslitt utstyr bryter sammen. Undersøkelsen indikerer at i mange helseforetak har andelen havariinvesteringer økt fra 2015 til 2020. Slike investeringer utgjør minst 20 prosent av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr i omtrent halvparten av helseforetakene i 2020.

Et stort omfang av havariinvesteringer vil kunne begrense helseforetakenes muligheter til å gjennomføre mer langsiktige og strategiske investeringer i medisinsk-teknisk utstyr som møter den teknologiske og medisinsk-faglige utviklingen.

En aldrende MTU-park svakere forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes mål om et likeverdig og forsvarlig tjenestetilbud, og god ressursbruk. Etter vår vurdering er det uheldig at investeringene i et flertall av helseforetakene ikke har vært tilstrekkelige til å hindre at MTU-parken er blitt eldre etter 2015.

7.1.4 Driftskostnadene har økt mer enn investeringer i mange helseforetak siden 2010

Ifølge departementet investerte helseregionene samlet for 83 milliarder kroner fra 2010 til 2019. Dette beløpet inkluderer også investeringer i de regionale IKT-selskapene, sykehusapotekene og andre investeringer i regional regi.

Det årlige investeringsnivået i helseforetakene som omfattes av denne undersøkelsen, har i gjennomsnitt ligget på omtrent 6,5 milliarder kroner i perioden 2010 til 2019. Av dette utgjør investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr henholdsvis 4,4 og 1,4 milliarder kroner. Investeringene har vært på et jevnt nivå etter 2012 målt i nominelle verdier. Unntaket er enkelte år der noen få helseforetak gjennomførte store investeringer i nye sykehusbygg eller store rehabiliteringer.

I samme periode økte (den bokførte) verdien på de varige driftsmidlene samlet sett med omtrent 20 prosent. I omtrent halvparten av helseforetakene er imidlertid den samlede verdien lavere i 2019 enn i 2010. Disse foretakene har dermed ikke investert tilstrekkelig til å opprettholde verdien på de varige driftsmidlene.

Helseforetakenes driftskostnader økte med 67 prosent i perioden i perioden 2010 til 2019. Det skyldes i hovedsak at det har vært en sterk vekst i aktivitet og tilførsel av nye oppgaver. I sammenheng med dette har det vært en stor økning i antall årsverk. Dette, kombinert med et relativt jevnt nivå på investeringene, har ført til at det er flere årsverk per investerte krone i helseforetakene i 2019 enn i 2010. Dette betyr at helseforetakene har blitt mindre kapitalintensive i perioden.

Helseforetakene har ansvaret for å ta vare på verdiene som ligger i investert kapital, og å gjøre nødvendige prioriteringer mellom drift og investeringer. Undersøkelsen viser at investeringene over tid ikke har vært tilstrekkelige til å hindre en negativ utvikling i tilstanden på bygningsmassen og det medisinsk-tekniske utstyret i et flertall av helseforetakene og lokasjonene. Etter vår vurdering tyder dette på at løpende drift i perioden etter 2010 har blitt prioritert på bekostning av investeringer i mange helseforetak.

7.2 Mange helseforetak når ikke planlagt investeringsnivå i sine økonomiske langtidsplaner

I den økonomiske langtidsplanen prioriterer helseforetakene mellom drift og investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. I tillegg gjøres det prioriteringer mellom investeringer til ulike formål, som for eksempel bygg, medisinsk-teknisk utstyr og andre innsatsfaktorer.

De fleste helseforetakene har utarbeidet økonomiske langtidsplaner for hvert av årene fra 2010 til 2020. Planene gjelder for minst fire år, og oppdateres årlig. De vedtas av styrene i helseforetakene på våren og gir premisser for utarbeidelsen av neste års investeringsbudsjett.

Det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til om de har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. Enkelte helseforetak har klart det i samtlige økonomiske langtidsplaner, men hovedbildet er likevel at et flertall har store utfordringer med å nå investeringsnivået de planlegger med. Dette gjelder både for investeringer totalt og for investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Styret og ledelsen i mange helseforetak har dermed planlagt med en annen utvikling i investeringer enn det som faktisk realiseres.

Helseforetakene oppgir ulike årsaker til lavere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr enn planlagt i økonomisk langtidsplan. Årsakene som nevnes av mange er

- lavere økonomisk resultat enn planlagt
- nedprioriteringer eller utsettelse av prosjekter eller anskaffelser. Dette kan skyldes interne forhold i helseforetaket eller beslutninger som tas av det regionale helseforetaket.

Undersøkelsen indikerer at det er en sammenheng mellom hvorvidt helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene og utviklingen i tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Blant helseforetakene som *ikke* nådde det planlagte investeringsnivået i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2016–2019, ble den samlede tekniske tilstanden på byggene og gjennomsnittsalderen til MTU-parken forverret i flertallet av dem. Samtidig ble tilstanden på bygningsmassen forbedret og gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret redusert i flertallet av helseforetakene som nådde planlagt investeringsnivå i perioden.

Den økonomiske langtidsplanen gir et uttrykk for helseforetakenes investeringsbehov i årene som kommer, selv om undersøkelsen viser at flere planlegger med lavere investeringer enn behovet tilsier, på grunn av økonomiske rammer. Store avvik mellom planlagte og faktiske investeringer viser etter vår vurdering at helseforetakene har problemer med å nå de investeringsmålene som de mener er nødvendig for å ivareta tjenestetilbudet innenfor sine økonomiske rammer.

7.3 Helseforetakene bruker ikke økonomiske langtidsplaner godt nok som et virkemiddel for planlegging og prioritering av investeringer

Planlegging og prioritering i et langsiktig perspektiv er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester, og både de regionale helseforetakene og helseforetakene har et ansvar for å planlegge virksomheten. God virksomhetsstyring innebærer at de må planlegge både i et årlig og et flerårig perspektiv for å sikre at fastsatte mål nås.

7.3.1 Styrene i helseforetakene vedtar ofte for optimistiske langtidsplaner

Undersøkelsen viser at god virksomhetsplanlegging har betydning for om helseforetakene når det planlagte investeringsnivået i langtidsplanene.

Investeringene som planlegges for det første året i langtidsplanen, gir premisser for utarbeidelsen av investeringsbudsjettet i det kommende årsbudsjettet. Undersøkelsen viser at helseforetak som ikke nådde målene for investeringer og økonomisk resultat det første året i sin økonomiske langtidsplan for 2019–2022, heller ikke nådde målene i årsbudsjettet for 2019.

Helseforetak som *ofte* nådde det planlagte investeringsnivået i det første året av de økonomiske langtidsplanene etter 2010, gjorde det også for hele planperioden. Samtidig viser undersøkelsen at helseforetak som *sjelden* nådde det planlagte investeringsnivået i en langtidsplans første år, heller ikke nådde det planlagte nivået i hele planperioden. Dette viser at mange helseforetak kan planlegge bedre.

For å nå planlagt investeringsnivå er det viktig å nå de *planlagte økonomiske resultatene* i langtidsplanene. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til om de oppnår de planlagte resultatene. Helseforetakene som *sjelden* nådde det planlagte resultatet i langtidsplanens første år, nådde heller ikke det planlagte resultatet for planperioden som helhet.

Proessen med å utarbeide en økonomisk langtidsplan varierer. Mens helseforetakene har klare rutiner for utarbeiding av årsbudsjetter, har mange i begrenset grad skriftlige prosedyrer for organisering av arbeidet med økonomisk langtidsplan. Vestfold er det helseforetaket som i flest år etter 2010 både har nådd det planlagte investeringsnivået og det økonomiske resultatet både i det første året av planen og i hele planperioden. Vestfold skiller seg fra mange andre helseforetak ved at det både starter budsjettprosessen og prioriteringsarbeidet tidligere enn andre, og ved at det har langsiktige prioriteringsplaner for investeringer.

Økonomisk langtidsplan er et viktig styringsvirkemiddel for helseforetakene for å planlegge og prioritere investeringer og gi forutsigbarhet i virksomhetsstyringen. Store avvik over flere år mellom planlagte og faktiske investeringer og mellom planlagt og faktisk økonomisk resultat i langtidsplanene, viser etter vår vurdering at styrene i helseforetakene ofte vedtar for optimistiske planer. Mange helseforetak bruker ikke de økonomiske langtidsplanene godt nok som et virkemiddel i styringen av foretaket.

7.3.2 De regionale helseforetakene har ikke gjort nok for at helseforetakene skal kunne planlegge realistisk

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i helse-regionen i sammenheng.

Helseforetakenes utkast til økonomiske langtidsplaner blir sendt til de regionale helseforetakene for dialog og kvalitetssikring. Alle de regionale helseforetakene analyserer foretakenes forutsetninger for å kunne bære framtidige kostnader ved de planlagte investeringene. De regionale helseforetakene opplyser at de ikke motsetter seg ambisiøse planer når analysene viser at helseforetakene kan bære kostnadene.

De regionale helseforetakene har over tid vært godt kjent med at mange helseforetak ikke har nådd investeringsmålene i de økonomiske langtidsplanene. Flere helseforetak opplyser i sine langtidsplaner for perioden 2016–2019 at det er en risiko for at de planlagte resultatene ikke vil oppnås, og at konsekvensene kan bli lavere investeringer enn planlagt. I den økonomiske langtidsplanen for 2021–2024 opplyser mange helseforetak om de samme risikoene.

De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakenes økonomiske langtidsplaner har primært vært knyttet til å vurdere finansiell bæreevne, samtidig som de over tid har vært godt kjent med at investeringsmålene ikke nås. Etter vår vurdering innebærer dette at oppfølgingen har vært for begrenset.

De regionale helseforetakene har i forbindelse med de økonomiske langtidsplanene for 2021–2024 presisert nødvendigheten av at helseforetakene planlegger realistisk, og framhevet at det er nødvendig å vurdere ambisjonsnivået i planene opp mot det reelle handlingsrommet. Vi mener at dette er forutsetninger for at den økonomiske langtidsplanen skal kunne fungere som styringsvirkemiddel for helseforetakene.

Departementet påpeker at helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan ikke innebærer en endelig beslutning om gjennomføring av store investeringsprosjekter, men synliggjør en investeringsplan som forutsetter godkjenning fra det regionale helseforetaket.

I de tilfellene der store planlagte investeringer ikke blir godkjent av det regionale helseforetaket, er det grunn til å anta at det kan være behov for å gjøre større omprioriteringer i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner. Etter vår vurdering er det derfor uheldig at regionale prioriteringer av store investeringer ikke avklares før helseforetakene vedtar sine økonomiske langtidsplaner. Slike avklaringer er viktige for at planen skal kunne gi styret og ledelsen forutsigbarhet i strategiske planleggingsprosesser.

7.3.3 De økonomiske langtidsplanene utarbeides i for liten grad i et strategisk perspektiv

Mål og strategier er et godt grunnlag for å kunne utarbeide langsiktige investeringsplaner. Når det gjelder bygg, er det kun Helse Sør-Øst som har en regional strategi. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har satt konkrete mål for bygg i sine regioner. Omtrent halvparten av helseforetakene har overordnede planer for eiendommer. Et fåtall helseforetak har mål for tilstanden på byggene.

Ingen av de regionale helseforetakene har satt mål for MTU-parken. Helse Sør-Øst RHF har en strategi for teknologiområdet, og Helse Vest RHF har en teknologiplan som omfatter medisinsk-teknisk utstyr. De andre regionene har ikke strategier for medisinsk-teknisk utstyr. Svært få helseforetak har mål eller overordnede planer for MTU-parken. Et unntak er OUS, som har en områdeplan for medisinsk-teknisk utstyr som blant

annet inneholder prioriteringer av investeringer i planperioden og analyser av konsekvenser av ulike investeringsnivåer.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal utarbeide langsiktige utviklingsplaner som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak. Utviklingsplanene er et strategisk virkemiddel som skal gi en oversikt over nå-situasjonen, utfordringsområder og den strategiske retningen. Langsiktige satsinger som krever investeringer, bør framkomme i utviklingsplanen og innarbeides i den økonomiske langtidsplanen.

Kartlegginger av tilstanden på byggene i 2016 ga de regionale helseforetakene og helseforetakene forutsetninger for å gi en god beskrivelse i utviklingsplanen av statusen på den tekniske tilstanden. Som følge av kartlegginger av tilstanden på byggene i 2016, fikk de regionale helseforetakene og helseforetakene forutsetninger for å gi en god beskrivelse i utviklingsplanen av statusen på den tekniske tilstanden. Utviklingsplanene gir imidlertid i de fleste helseforetakene begrenset informasjon om både dette og strategien for framtiden. Det samme gjelder for medisinsk-teknisk utstyr. Videre er det nesten ingen av utviklingsplanene som inneholder planer for å forbedre tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

De økonomiske langtidsplanene skal utarbeides innenfor rammen av utviklingsplanen. Manglende mål og strategier gir et dårlig grunnlag for å utarbeide gode utviklingsplaner i tråd med intensjonen. Helseforetakene har dermed dårligere grunnlag og retning for langsiktig planlegging og prioritering av investeringer i de økonomiske langtidsplanene. Etter vår vurdering er dette uheldig siden investeringer forutsetter en langsiktig planleggingshorisont.

7.4 De regionale helseforetakene har ikke fulgt opp helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr på en god nok måte

De regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Videre skal de planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

God styring og oppfølging krever at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig styringsinformasjon til å vurdere om fastsatte mål og krav nås. Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.

7.4.1 Tre av de regionale helseforetakene har ikke god nok oversikt over tilstanden til MTU-parken i helseregionen

Med unntak av Helse Sør-Øst RHF innhenter de regionale helseforetakene begrenset informasjon om tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF opprettet i 2015 et kompetansesenter (RKMTU) for å bedre koordineringen av anskaffelser mellom helseforetakene i regionen. Som en del av denne oppgaven har RKMTU opprettet en database som inneholder informasjon om tilstanden til helseforetakenes medisinsk-tekniske utstyr. Foretakene i Helse Sør-Øst må også rapportere til det regionale helseforetaket på indikatorer knyttet til MTU-parken i forbindelse med den økonomiske langtidsplanleggingen.

Utbruddet av koronapandemien viste betydningen av å ha god oversikt over MTU-parken. Helse Sør-Øst var i stand til raskt å framskaffe en oversikt over respiratorparken til alle sykehusene i sin region.

De tre andre helseregionene har ikke tilsvarende oversikter som Helse Sør-Øst. I disse regionene er det dermed vanskelig å fange opp negativ utvikling i tilstanden og identifisere foretak som ikke i tilstrekkelig grad prioriterer investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i de økonomiske langtidsplanene. Ulike kategorier av utstyr

har forskjellig forventet levetid. Gjennomsnittsberegninger av alderen på MTU-parken i helseforetakene i disse tre regionene gir derfor ikke et dekkende bilde av tilstanden på utstyret.

Uten god nok oversikt er det vanskelig for de regionale helseforetakene å vurdere om forutsetningene for å ivareta sørge for-ansvaret og et likeverdig tilbud i regionen er tilstede. Helseforetakene må i hovedsak selv finansiere investeringer i medisinsk-teknisk utstyr. I helseforetak som sjelden når planlagte økonomiske resultater, er det etter vår vurdering en spesielt stor risiko for at investeringer i medisinsk-teknisk utstyr blir nedprioritert eller utsatt over lengre tid.

7.4.2 De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakenes bygg har vært for passiv

Departementet har over mange år stilt en rekke krav til de regionale helseforetakene for å sikre at bygningsmassen får nødvendig vedlikehold og en tilstrekkelig teknisk tilstand.

Departementet stilte allerede i 2012 krav om at det må sikres en minimumstilstand, og at det bør settes av nødvendige midler til *vedlikehold*. Dette ble fulgt opp spesielt av Helse Sør-Øst RHF, som har satt mål knyttet til tilstandsgrad og minimumsvedlikehold. I 2020 satte også Helse Midt-Norge RHF et mål knyttet til tilstandsgrad for sine bygg.

Departementet fulgte i 2018 og 2019 videre opp med å stille krav til de regionale helseforetakene om å utrede mål for tilstandsgrad på bygg og internhusleieordning. Få helseforetak hadde på det tidspunktet innført internhusleieordning eller et konkret mål for tilstandsgrad på bygningsmassen. En hensikt med internhusleieordning er å skjerme økonomiske midler til verdibevarende vedlikehold. De regionale helseforetakenes utredning ble ferdigstilt i juni 2021, men er ifølge departementet foreløpig ikke behandlet i de regionale helseforetakene.

Siden 2012 har alle helseforetakene kartlagt tilstanden til bygningsmassen sin, og de fleste har mottatt rapporter som gir en bred og detaljert oversikt over tilstanden til foretakets bygg og lokasjoner. Alle de regionale helseforetakene opplyser at de bruker disse rapportene for å følge utviklingen.

De regionale helseforetakene ble etter tilstandsvurderingene i 2016 godt kjent med at den tekniske tilstanden på bygningsmassen har blitt forverret i mange helseforetak og lokasjoner fra 2012 til 2016. De regionale helseforetakene var også kjent med at det var store vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen i 2016.

Kunnskap om den tekniske tilstanden i 2016 tilsa at det var grunn til å prioritere vedlikehold av bygg høyere. Undersøkelsen viser imidlertid at de fleste helseforetakene planla med lavere vedlikeholdskostnader på bygg i driftsbudsjettene for årene 2017, 2018 og 2019 enn det som ble brukt hvert av årene før. Dette gjaldt også helseforetak som hadde en *utilfredsstillende* tilstand på bygningsmassen i 2016.

Vedlikeholdet synes dermed å ha blitt nedprioritert av helseforetakene allerede i budsjettene til tross for krav fra departementet og at de regionale helseforetakene har vært godt kjent med utviklingen over tid. Oppgradering av bygningsmassen har heller ikke vært tilstrekkelig til å hindre en negativ utvikling i mange lokasjoner fram mot 2020.

Helseforetakene fordeler selv tildelte midler mellom drift og investeringer, og de må prioritere investeringer innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Samtidig har de regionale helseforetakene et overordnet ansvar for at tilstanden til byggene i helseforetakene er god nok til at foretakene kan ivareta sørge for-ansvaret.

Departementet har over mange år stilt en rekke krav til de regionale helseforetakene for å sikre en tilstrekkelig god teknisk tilstand på byggene. Samtidig har de regionale helseforetakene vært godt kjent med at den tekniske tilstanden på bygningsmassen har blitt forverret i mange av helseforetakene og lokasjonene.

Etter vår vurdering tyder dette på at de regionale helseforetakene har vært for passive, og at de selv burde ha tatt initiativ til å bruke sitt handlingsrom i oppfølgingen av helseforetakene.

7.5 Helse- og omsorgsdepartementet har stilt relevante krav, men dette har ikke vært tilstrekkelig til at planlagt investeringsnivå har blitt realisert i mange helseforetak

Departementet har et overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen sin. Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om de drives i samsvar med de krav som er stilt i foretaksmøter, og vilkårene som er satt for tildeling av bevilgninger.

Departementet har fått god kunnskap om den tekniske tilstanden til bygningsmassen, oppgraderingsbehov og vedlikeholdsetterslep. Når det gjelder medisinsk-teknisk utstyr, har ikke departementet tilsvarende oversikt. Departementet mener at dette hører inn under de regionale helseforetakenes ansvar.

Departementet er også kjent med at de økonomiske langtidsplanene i mange helseforetak bygger på ambisiøse forutsetninger. Over flere år har departementet fått informasjon gjennom de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner om risiko ved og forutsetninger som legges til grunn for helseforetakenes planer. Planene slår ofte fast at investeringsplaner kanskje må utsettes eller nedjusteres dersom resultatmålene ikke nås. Departementet påpeker at planlegging skjer under usikkerhet, og at de regionale helseforetakene bruker den beste kunnskapen de har om framtidige rammebetingelser, når de planlegger.

Helseforetakenes muligheter til å investere henger tett sammen med den økonomiske resultatutviklingen. Departementet har derfor hatt stor oppmerksomhet på økonomioppfølging. Ifølge departementet gir finansieringsmodellen insentiver til å innrette driften effektivt og muligheter til å prioritere mellom drift og investeringer.

Departementet har flere ganger funnet det nødvendig i foretaksmøter å stille krav som berører investeringer. Dette gjelder ulike tiltak for å sikre bedre ivaretagelse av bygg, styrke det strategiske planarbeidet og å sikre mer realistisk budsjettering. Etter vår vurdering er dette relevante krav som vil kunne bidra til å prioritere investeringer og ivareta kapitalverdier.

Samtidig viser undersøkelsen at mange helseforetak ikke når planlagte investeringsnivå og økonomiske mål i sine langtidsplaner, mange lokasjoner har fått dårligere tilstand på bygningsmassen, alderen på MTU-parken har økt, og helseforetakene har blitt mindre kapitalintensive siden 2010.

Planlagte investeringer forutsetter økonomisk kontroll og gjennomføring av effektiviseringstiltak. Helseforetak som ikke har god økonomisk kontroll, har ikke et tilstrekkelig handlingsrom til å gjennomføre de langsiktige prioriteringene som investeringer forutsetter. Når driftskostnadene har økt vesentlig mer enn investeringer i perioden etter 2010, tyder det på at departementet i sin overordnede styring har vektlagt krav til driften, som skal nås på kort sikt. Dette kan, etter vår mening, svekke foretakenes handlingsrom til å gjennomføre investeringer som forutsetter langsiktig planlegging.

7.6 Det er risiko for at målet i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer ikke nås

Helse- og omsorgskomiteen har påpekt at omstillingstakten må økes sammenlignet med tidligere år for å sikre en bærekraftig utvikling. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus. Endrede behandlingsmetoder medfører endrede arealbehov.

I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* er det planlagt med en sterk vekst i investeringer i helseforetakene sammenlignet med den foregående planen. Oppføring av nye sykehusbygg som erstatter gamle bygg, vil bedre den samlede tilstanden til bygningsmassen i helseforetakene det gjelder. Dette vil også bidra til å redusere den samlede gjennomsnittsalderen for det medisinsk-tekniske utstyret siden det anskaffes en stor andel nytt medisinsk-teknisk utstyr når det oppføres nye bygg.

Med planlagte nybygg, gamle bygg som fases ut og økt vedlikehold forventer departementet at *samlet* tilstandsgrad til helseforetakenes bygg vil utvikle seg positivt fram mot 2030. Det planlagte investeringsvolumet er imidlertid knyttet til et mindre antall større byggeprosjekter. Flertallet av byggene i helseforetakenes 150 lokasjoner blir ikke berørt av disse investeringene. En positiv utvikling i *samlet* tilstandsgrad for helseforetakenes bygg fram mot 2030 vil derfor ikke synliggjøre variasjonen i tilstand og hvordan helseforetakene ivaretar bygg og lokasjoner som ikke berøres av de større investeringene.

Departementet framhever at de regionale helseforetakene over tid har hatt betydelige regnskapsmessige overskudd, og at de dermed har opparbeidet seg omfattende resultatbuffer. De regionale helseforetakene har ordninger hvor det gis regionale midler (interne lån) til prioriterte prosjekter. For investeringer over 500 millioner kroner kan helseforetakene også søke om statlig lån som dekker inntil 70 prosent av kostnadsrammen.

Selv om større investeringer lånefinansieres, er effektivisering av driften og økonomiske prioriteringer i helseforetakene en forutsetning for å kunne dekke egenandelen og nedbetale lån gjennom årlige renter og avdrag. Dette kan gå på bekostning av annen drift og mindre investeringer. Mindre investeringer som helseforetakene fullt ut må finansiere selv, vil til sammenligning i større grad avhenge av god prioritering i de årlige budsjettene.

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. Det er derfor risiko for at etterslepet i investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og i bygg som ikke skal fases ut, ikke tas igjen.

Mange av de byggene som ikke skal fases ut, vil trolig også ha behov for tilpasninger til nye måter å gi pasientbehandling på. Et bygg kan derfor ha behov for investeringer selv om det har en god teknisk tilstand. Dette vil kunne øke helseforetakenes behov for investeringer, i tillegg til det eksisterende behovet for tekniske oppgraderinger som følge av vedlikeholdsetterslepet.

Departementet påpeker at mange bygg med dårlig teknisk tilstand ikke kan bli funksjonelle og moderne sykehus, selv om det brukes mye ressurser på å bedre tilstanden. Slike sykehus vil enten måtte erstattes eller gjennomgå store moderniseringer. I slike tilfeller prioriterer ofte helseforetakene, ifølge departementet, å holde vedlikeholdet på et minimum til de kan erstatte bygningsmassen. Etter vår mening innebærer dette en risiko for at mange bygg i dårlig teknisk tilstand og med dårlig funksjonalitet vil være i bruk i mange år framover.

I perioden fra 2010 til 2019 var det en sterk vekst i årsverk, samtidig med at investeringsnivået har vært relativt stabilt. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* vektlegger betydningen av å vri ressursinnsatsen fra personell til investeringer, blant annet i teknologi. Dette er avgjørende for å dempe det framtidige behovet for arbeidskraft, som er en knapphetsressurs.

Etter vår vurdering er det risiko for at disse ambisjonene ikke blir oppfylt i helseforetak og ved lokasjoner som ikke omfattes av de planlagte store byggeprosjektene. Departementet har et ansvar for å påse at de regionale helseforetakene følger med på at investeringer i eksisterende bygg og medisinsk-teknisk utstyr blir prioritert i disse helseforetakene. Dette er viktig for å tilrettelegge for et likeverdig helsetilbud og effektiv ressursbruk. Etter vår vurdering kan det få negative konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette.

8 Referanseliste

Lover, forskrifter og reglement

- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).*
- *lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).*
- *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
- *forskrift om håndtering av medisinsk utstyr.*
- *reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet).*
- *Vedtekter for Helse Sør-Øst 1. oktober 2017.*

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Prop. 1 S (2020–2021) *For budsjettåret 2021.* Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmeldinger

- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap.*
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).*
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.*

Innstillinger

- Innst. 42 S (2011–2012) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.*
- Innst. 206 S (2015–2016) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).*
- Innst. 255 S (2019–2020) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*

Veiledere og faglige standarder

- *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, 2016.*
- *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift,* Helsedirektoratet, 2018.
- *Veiledning til forskrift om håndtering av medisinsk utstyr,* Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2016.
- *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring,* Norsk Standard NS 3424:2012.
- *Livssykluskostnader for byggverk,* Norsk Standard NS 3454:2013.
- *Age Profile Medical Devices,* European Coordination Committee of the Radiological Electromedical Industries 2003.
- *Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i Helse Sør-Øst RHF,* Helse- og omsorgsdepartementet, 2008.

Rapporter og utredninger

- Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene.*
- *Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge,* Den norske legeförening, 2013.
- *Anskaffing og vedlikehold av medisinsk-teknisk utstyr (MTU),* Helse Vest RHF, 2014.
- *Norges tilstand 2015,* Rådgivende ingeniørers forening, 2015.
- *Mellom politikk og administrasjon – Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge,* Den norske legeförening, 2016.

- NOU (2016:25) *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*.
- *Eierskap og forvaltning av sykehusbygg*, EY, 2016.
- *Bruker vi for mye på helse?* Menon Economics, 2017.
- *Utredning: Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten*, Sykehusbygg, 2018.
- *Helsenæringens verdi 2019*, Menon Economics, 2019.
- *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*, NOU 2019: 24.
- *Kartlegging av bygningsmassen*, Multiconsult (rapporter til helseforetakene 2011–2019).
- *Utredning av felles husleieordning og felles mål for tilstandsgrad*, de regionale helseforetakene, 2021.

Vedlegg 1:

Revisjonskriterier

Overordnede mål og krav knyttet til investeringer i helseforetakene

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.¹⁸¹ Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige.¹⁸² Gammelt utstyr og foreldet bygningsmasse gir svakere forutsetninger for å støtte opp om helseforetakenes oppgaver. Det utledes fra dette at god kvalitet i behandlingen blant annet avhenger av at helseforetakene

- har bygg med en god teknisk tilstand
- har moderne utstyr og hjelpemidler

Et annet formål med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig.¹⁸³ Et mål med sykehusreformen var å legge til rette for en bedre ivaretagelse av verdiene som ligger i investert kapital, og å sikre en bedre ressursbruk ved at foretakene får ansvar for å se både drifts- og kapitalressursene i sammenheng.¹⁸⁴ Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper.

I Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, påpeker Helse- og omsorgskomiteen at omstillingstakten må økes sammenlignet med tidligere år for å sikre en bærekraftig utvikling. Utviklingen med hensyn til folketall, alderssammensetningen i befolkningen, sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planlegging av framtidens sykehus. Endrede behandlingsmetoder medfører også endrede arealbehov.

Dette er fulgt opp i *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, jf. Meld. St. 7 (2019–2020) og Innst. 255 S (2019–2020), som framhever at det er et behov for å vri ressursinnsatsen fra personell, som er en knapphetsressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere det framtidige arbeidskraftbehovet. I planen blir det påpekt at det er særlig viktig å gjennomføre arbeidskraftbesparende teknologiske endringer, og at spesialisthelsetjenesten i planleggingsarbeidet sitt må ha særlig oppmerksomhet på teknologiens mulighet til å redusere behovet for bemanningsvekst.

I Innst. 42 S (2011–2012)¹⁸⁵ påpeker kontroll- og konstitusjonskomiteen at det er svært viktig at helseforetakenes areal har god funksjonalitet vurdert ut fra virksomhetenes behov. Ansattes behov for funksjonelle og driftseffektive bygninger er et viktig element for å sikre god ressursutnyttelse. Flertallet mener at det er svært uheldig at betydelige deler av sykehussektoren er preget av dårlig vedlikehold, og framhever at helseforetakenes bygningsmasse må være tilpasset helseproduksjonen slik at den bidrar til en rasjonell utøvelse av driften.

Undersøkelsen legger den faglige standarden *NS 3424 – Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* til grunn for å vurdere tilstandsgraden på bygg. I standarden klassifiseres tilstanden på bygg etter følgende tilstandsgrader:

- Tilstandsgrad 0: meget god teknisk tilstand
- Tilstandsgrad 1: god/tilfredsstillende tilstand
- Tilstandsgrad 2: utilfredsstillende tilstand
- Tilstandsgrad 3: dårlig/meget dårlig tilstand

Tilstandsgradene angir hvor mye det haster å gjøre vedlikehold, der TG2 og TG3 tilsier et behov for vedlikeholdstiltak. Når det gjelder TG3, bør tiltak gjøres innen fem år, mens TG2 bør gjøres innen ti år.

¹⁸¹ Spesialisthelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1.

¹⁸² Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹⁸³ Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 4.

¹⁸⁴ Ot.prp. 66 (2000–2001) s. 57.

¹⁸⁵ Innstilling til Dokument 3:11 (2010–2011) *Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene*

I vurderingen av tilstanden på det medisinsk-tekniske utstyret har vi brukt en faglig anbefalt standard fra European Coordination Committee of the Radiological Electromedical Industries (COCIR).

Aldersgruppe	Beskrivelse	Anbefalt andel
Under 5 år	Utstyret er oppdatert	Minst 60 %
Mellom 5 og 10 år	Fortsatt egnet for bruk, men gjenanskaffelse må planlegges	Maks 30 %
Mer enn 10 år	Bør skiftes ut	Maks 10 %

Krav til de regionale helseforetakene og helseforetakene

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helse-regionen og skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.¹⁸⁶ De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen innenfor gitte økonomiske og styringsmessige rammer. Dette innebærer at de har et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng, og at de må prioritere investeringer i bygg, utstyr og vedlikehold opp mot annen drift.¹⁸⁷

Forvaltningen av de regionale helseforetakene og helseforetakene hører under styret. Dette innebærer at styret blant annet skal fastsette budsjetter og planer for foretakets virksomhet og holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling.¹⁸⁸ Styret har ansvaret for at de helsepolitiske målene nås på en mest mulig rasjonell måte innenfor rammen av de tilgjengelige ressursene, og at ressursene blir utnyttet mest mulig effektivt. Styret må derfor påse at foretakets midler disponeres innenfor rammen av de vedtatte budsjettene, slik at foretaket har tilstrekkelig utstyr og kvalifisert personell til å løse oppgavene det er pålagt.¹⁸⁹

De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet, der bevilgningen overføres som rammetilskudd, ikke som øremerkede tilskudd til enkeltprosjekter. De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter.

Helseforetakene må foreta nødvendige, lokale investeringer knyttet til vedlikehold og teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen, medisinsk-teknisk utstyr mv. innenfor den tilgjengelige likviditeten sin for å støtte opp om kjernevirksomheten. Helseforetakenes investeringer må tilpasses framtidige kjente inntektsrammer. Styringssystemet innebærer at de må ha et økonomisk handlingsrom og likviditet til å håndtere selve investeringen. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.¹⁹⁰

Helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp ordinære lån.¹⁹¹ Når det gjelder store prosjekter med en kostnadsramme over 500 millioner kroner, kan de regionale helseforetakene søke og ta opp lån fra staten. De har adgang til å låne inntil 70 prosent av de estimerte prosjektkostnadene.¹⁹²

¹⁸⁶ Helseforetaksloven § 2a.

¹⁸⁷ Meld. St. 7 *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s.161.

¹⁸⁸ Helseforetaksloven § 28.

¹⁸⁹ Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

¹⁹⁰ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

¹⁹¹ Helseforetaksloven § 33.

¹⁹² Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 136.

Krav til planprosesser

Planlegging og prioriteringer i et langsiktig perspektiv er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester.¹⁹³ De regionale helseforetakene skal årlig utarbeide en melding om virksomheten til departementet som skal vise hvordan kravene er fulgt opp. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og inneholde en plan for virksomheten for de kommende år.¹⁹⁴ Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens framtidige drift innenfor de rammebetingelsene som er gitt av staten som eier.¹⁹⁵ Planen skal dermed legge til rette for politisk styring av foretakets langsiktige utvikling.¹⁹⁶

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner som et grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak.¹⁹⁷ De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner, og de regionale helseforetakene blir anbefalt å gi en oversikt over nå-situasjonen i regionen, utfordringsområdene og den strategiske retningen.¹⁹⁸

Utviklingsplanen er et viktig grunnlag for å styre og samordne utviklingen av virksomheten og bygningsmassen, og den må ajourføres i takt med endringer i forutsetninger og overordnede planer og strategier. Vesentlige endringer og tiltak som ønskes gjennomført i et helseforetak, skal være forankret i en utviklingsplan og i regionenes overordnede planer.¹⁹⁹

Prioritering av ressurser og investeringer skjer gjennom økonomiske langtidsplaner, og disse skal bygge på utviklingsplanene.²⁰⁰ I den økonomiske langtidsplanen gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer, og det vurderes hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer. De økonomiske langtidsplanene legger premisser for årsbudsjettene.²⁰¹

God virksomhetsstyring som sikrer at fastsatte mål nås, innebærer å planlegge både for ett år og i et flerårig perspektiv. Budsjettet er et tallmessig uttrykk for planene og tiltakene som ledelsen og styret tar sikte på å gjennomføre for å nå bestemte mål i løpet av en periode, og er en viktig del av grunnlaget for å bestemme hva som skal prioriteres. Undersøkelsen legger til grunn at budsjettet bør være realistisk for å sikre god styring.²⁰²

Krav til et godt system for styring og kontroll i foretakene

Lov om helseforetak § 28 omhandler styrets oppgaver. I merknadene til § 28 framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer en betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.²⁰³

God styring og oppfølging innebærer at helseforetakene skal ha en internkontroll som bidrar til at de når fastsatte mål og resultatkrav. Internkontrollen skal bidra til at de bruker ressurser effektivt, at de driver virksomheten i samsvar med lover og regler, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag. Helseforetaksloven § 38 stiller krav om at det jevnlig skal rapporteres til styret om foretakets stilling med hensyn til vedtatte planer og budsjetter.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (helsetilsynsloven) pålegger de regionale helseforetakene og helseforetakene å ha et

¹⁹³ Meld. St. 7 (2019–2020), s. 162.

¹⁹⁴ Helseforetaksloven § 34.

¹⁹⁵ Vedtekter for Helse Sør-Øst, 1. oktober 2017 § 15.

¹⁹⁶ Ot.prp. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

¹⁹⁷ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 42.

¹⁹⁸ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* og *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*.

¹⁹⁹ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

²⁰⁰ Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

²⁰¹ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), s. 141, jf. Innst. 206 S (2015–2016).

²⁰² [Direktoratet for forvaltning og økonomistyring](#)

²⁰³ Ot.prp. nr.66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, s. 212.

internkontrollsystem og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.²⁰⁴

Det er den daglige lederen for det enkelte regionale helseforetaket og helseforetaket som har det overordnede ansvaret innenfor ansvarsområdet til foretaket sitt. Det er den daglige lederen for det regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret for at det etableres et styringssystem for de ulike helseforetakene. Samtidig har de daglige lederne ved de enkelte helseforetakene en selvstendig plikt til å sørge for at helseforetaket etablerer og gjennomfører et styringssystem.²⁰⁵

Formålet med *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* er å bidra til forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenesten etterleves.²⁰⁶ Den som har det overordnede ansvaret²⁰⁷ for virksomheten, det vil si den daglige lederen, skal sørge for at det etableres og gjennomføres en systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.²⁰⁸ Videre skal den daglige lederen ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering.²⁰⁹

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene.²¹⁰ Ifølge veilederen til forskriften skal den som har det overordnede ansvaret, sørge for at det etableres systemer for å innhente dette. Eksempler som nevnes, er oversikter over utstyr, bygninger og andre forhold som kan belyse omfanget av og innholdet i virksomhetens oppgaver.²¹¹ Ledelsen har også ansvar for å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres.²¹²

Krav til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 2.1. Statens overordnede ansvar innebærer at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle pliktene sine med hensyn til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen regionen sin.

Videre er staten ansvarlig for å fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene og for å gi de regionale helseforetakene rammebetingelser som gjør det mulig for dem å iverksette disse målsettingene. Statens ansvar begrenses imidlertid ikke til å legge til rette for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle forpliktelsene sine; staten har også et innholdsmessig ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller forpliktelsene sine av juridisk og konstitusjonell karakter.

Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lover, vedtekter, foretaksmøter og oppdragsdokumenter. *Helseforetaksloven* stiller imidlertid krav til at departementet som eier bare skal utøve eierstyringen i foretaksmøter. I foretaksmøtene skal det blant annet fastsettes økonomiske og organisatoriske krav og rammer for de regionale helseforetakene.²¹³ Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkår som er satt for å tildele bevilgninger.²¹⁴

²⁰⁴ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og Helsetilsynsloven § 5.

²⁰⁵ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620 (2017).

²⁰⁶ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 1.

²⁰⁷ Av *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2017) framgår det at det er den daglige lederen for det enkelte regionale helseforetaket og helseforetaket som har det overordnede ansvaret innenfor ansvarsområdet til foretaket sitt. Oppgavene i styringssystemet vil imidlertid ofte være delegert. Hvem som skal gjøre hva vil med andre ord variere etter hvilke oppgaver som er innenfor virksomhetens ansvarsområde, hvordan virksomheten er organisert, og hvordan oppgaver er delegert.

²⁰⁸ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

²⁰⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6a.

²¹⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

²¹¹ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 6b.

²¹² Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten § 8a.

²¹³ Lov om helseforetak § 16.

²¹⁴ Lov om helseforetak § 16a.

Virksomheter som har et overordnet ansvar for statsaksjeselskaper, statsforetak, særlovsselskaper eller andre selvstendige rettssubjekter som staten eier helt eller delvis, skal utarbeide skriftlige retningslinjer om hvordan styrings- og kontrollmyndigheten skal utøves overfor hvert enkelt selskap eller grupper av selskaper. Staten skal innenfor gjeldende lover og regler forvalte eierinteressene sine i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring, blant annet ved å legge vekt på at finansieringen er hensiktsmessig sett opp mot selskapets formål og eierskap, og at målene som er fastsatt for selskapet, oppnås. Styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer skal tilpasses statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet.²¹⁵

Det følger av retningslinjene for oppfølging av eierinteressene i de regionale helseforetakene at Helse- og omsorgsdepartementet skal sørge for at styrene i RHF-ene har etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.²¹⁶ Hovedelementene i retningslinjene er en målrettet, hensiktsmessig og effektiv drift, pålitelig intern og ekstern rapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. Styrings-systemene skal tilpasses risikoen for avvik og hvor vesentlige risikofaktorene er for virksomhetens mål.

Nasjonal helse- og sykehusplan skal være et nasjonalt rammeverk for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Planen vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de regionale helseforetakenes mål og eierkrav.²¹⁷ *Nasjonal helse- og sykehusplan* skal blant annet inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehusene.²¹⁸ Gjennom denne vil Stortinget få framlagt de overordnede nasjonale prioriteringene og kravene til tjenestenes kvalitet innenfor *hele* helsesektoren.²¹⁹

²¹⁵ Økonomireglementet for staten § 10.

²¹⁶ Retningslinjer for oppfølging av Helse- og omsorgsdepartementets eierinteresser i de regionale helseforetakene (2008).

²¹⁷ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 51.

²¹⁸ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, s. 158.

²¹⁹ Prop 120 L (2011–2012), kapittel 4.4.

Vedlegg 2:

Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å besvare problemstillingene har vi analysert regnskapstall, dokumenter og data fra registre over bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vi har i tillegg sendt brev med spørsmål til helseforetakene og de regionale helseforetakene, og vi har intervjuet de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet.

Undersøkellesperioden er fra 2010. I noen analyser har vi brukt data for alle årene siden 2010 (eller så langt tilbake som det eksisterer data), mens vi i andre analyser har sammenlignet data fra to eller flere tidspunkter (for eksempel 2015 og 2020). I andre analyser igjen har vi brukt siste tilgjengelige data (2019 eller 2020).

Budsjett- og regnskapstallene er ikke prisjustert. Ifølge byggekostnadsindeksen for boliger har det vært en prisvekst på 33 prosent fra 2010 til 2019. Effekten av prisutviklingen er omtalt i tilknytning til analyser der det er aktuelt. For medisinsk-teknisk utstyr finnes det ingen indeks. Prisene på ulike typer MTU har utviklet seg ulikt de senere årene, og noen typer utstyr har blitt billigere. Vi har derfor sett bort fra en eventuell prisutvikling på MTU i analysene, men vi har brukt konsumprisindeksen i enkelte kommentarer til analyser.

Vi har bedt helseforetakene og de regionale helseforetakene om å oversende ulike dokumenter og informasjon per brev. Det vil alltid være noe usikkerhet knyttet til om oversendt informasjon er fullstendig, og dermed om den gir et fullstendig bilde av det enkelte helseforetaket. Dette gjelder særskilt i uspesifiserte spørsmål, der vi for eksempel har bedt om å få oversendt eventuelle analyser, planer og rapporter som måtte være utarbeidet. Vi har i tillegg gjort tekstsøk i styremøtinnkallinger for å finne dokumenter som omhandler bygg og MTU.

Problemstilling 1 Har investeringene i helseforetakene bidratt til å opprettholde tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

Utviklingen i tilstanden til helseforetakenes bygg

Data om tilstanden til helseforetakenes bygg er hentet fra registrene deres over bygg. Alle helseforetakene bruker systemet *MultiMap*. Det er utviklet av Multiconsult, som selv drifter databasen, og som har levert data og analyser til undersøkelsen. Multiconsult har for øvrig bistått med faglige råd og kvalitetssikring i undersøkelsen.

For å undersøke utviklingen i tilstanden til helseforetakenes bygg har vi innhentet data og ferdige tilstandsanalyser fra Multiconsult for periodene 2011–2013 og 2016–2017 og for 2020. Det har derfor vært mulig å se på utviklingen over tid.²²⁰ I analysene har vi kalt de tre periodene for 2012 (analyser utført i 2011–2013), 2016 (analyser utført i 2016–2017) og 2020 (analyser utført i 2020).

Vi har vurdert tilstandsutviklingen for byggene opp mot fagstandarder. Tilstanden til et bygg fastsettes som en tilstandsgrad på en skala fra 0 til 3. Dette er i tråd med den faglige standarden NS 3424 *Tilstandsanalyse av byggverk – Innhold og gjennomføring* fra 2012, som er en etablert og anerkjent metode for tilstandsvurdering av bygninger.²²¹ Tilstandsgradsystemet er nærmere beskrevet i faktaboks 2. Helseforetakene har opplyst at mellom 76 og 99 prosent av byggene deres er registrert i byggregisteret. Helseforetakene utfører selv tilstandsvurderingene av byggene sine, men Multiconsult opplyser at variasjonene i registreringspraksisen sannsynligvis er svært små, og at de dermed ikke gir utslag i datagrunnlaget.

De fleste helseforetakene har bygg på ulike geografiske steder. Dette refereres til som «lokasjoner». En lokasjon kan blant annet være et somatisk eller psykiatrisk sykehus, et distriktspsykiatrisk senter eller boliger.

²²⁰ Noen i 2008 og alle i 2011–2013 og 2016–2017.

²²¹ NS 3424 setter krav til hvordan tilstandsanalyser skal gjennomføres, og hvordan tilstanden skal beskrives, vurderes og dokumenteres. Standarden er en av basisstandardene innenfor eiendomsforvaltning og er brukt ved kartlegging av bygg og bygningsporteføljer ved utvikling og salg, utarbeidelse av vedlikeholdsplaner og strategier for eiendomsutvikling.

Tilstanden på bygg, lokasjoner og helseforetak beregnes gjennom kostnads- og arealvektede gjennomsnitt. Det vil si at de samlede gjennomsnittsberegningene tar hensyn til at bygg har ulikt areal, og at ulike byggkomponenter har ulik verdi.

I tillegg til at tilstandsdataene er sammenlignet på forskjellige tidspunkter, har vi brukt to ulike datagrunnlag i analysene:

1. Alle bygg som ble tilstandsvurdert ved minst ett av målepunktene: Det vil si at bygg som ble tatt ut av bruk, og nye bruk som ble tatt i bruk i løpet av perioden, er tatt med i beregningsgrunnlaget
2. Kun bygg som ble tilstandsvurdert ved alle målepunktene: Det vil si at bygg som ble tatt ut av bruk, og nye bruk som ble tatt i bruk i løpet av perioden, er utelatt i beregningsgrunnlaget.

En stor del av foretakenes bygg er tilstandsvurdert ved alle målepunktene, men i mange foretak er mindre deler av bygningsmassen ikke vurdert, og i enkelte foretak er en betydelig del av bygningsmassen utelatt fra tilstandsvurderingen ved ett eller flere av målepunktene. Der dette er tilfelle, vil den samlede tilstandsvurderingen ikke være representativ for foretaket. I analysene der dette forekommer, opplyser vi om dette.

De kartlagte tilstandene brukes også til å tallfeste omfanget og utviklingen av vedlikeholdsetterslepet for bygg. Som en del av dataleveransen til Riksrevisjonen utarbeidet Multiconsult analyser av oppgraderingsbehovet på grunnlag av tilstandsgradkartleggingene. Her har de beregnet kostnadene ved å forbedre tilstanden på bygg som har tilstandsgrad 2 eller 3.

I enkelte analyser på lokasjonsnivå er datagrunnlaget begrenset til lokasjoner som har somatiske sykehus; vi har altså ekskludert de små lokasjonene. Formålet med disse analysene er å belyse om det er forskjeller i den tekniske tilstanden mellom lokasjoner med tilnærmet samme oppgaver. Det er ca. 50 lokasjoner som fungerer som somatiske sykehus.

Utviklingen i tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr

Helseforetakene har registre over medisinsk-teknisk utstyr og bruker alderen på utstyret som en indikator på tilstanden. For å belyse utviklingen i tilstanden til det medisinsk-tekniske utstyret i helseforetakene har vi innhentet beregninger av den gjennomsnittlige alderen på utstyret per 31.12.2014 og 31.12.2019. Disse tidspunktene defineres som henholdsvis 2015 og 2020 i analysene fordi de viser statusen ved inngangen til disse årene.

Vi har brukt gjennomsnittsalder for å beskrive utviklingen i tilstanden over tid og for å sammenligne helseforetakene. I en analyse av utstyret som er gruppert etter alder, har vi brukt COCIRs fagstandard, som gir en anbefaling om aldersfordeling med hensyn til medisinsk-teknisk utstyr.²²² I tillegg har vi innhentet data fra helseforetakenes anleggsregistre for å kartlegge hvor stor andel av utstyret som har passert sin økonomiske levetid.

Ettersom det er stor variasjon blant ulike typer av medisinsk-teknisk utstyr, som kan ha ulik levetid, har det vært et behov for å få mer detaljerte data om gjennomsnittsalderen enn et samlet gjennomsnitt for hele MTU-parken. Vi har innhentet informasjon om alder per utstyrskategori fra de helseforetakene som har delt inn utstyret i kategorier.

RKMTU har en database over MTU-data for alle foretakene i Helse Sør-Øst, se faktaboks 5.²²³ Alders- og kategoridataene for MTU i disse foretakene er derfor innhentet fra RKMTU, som har utarbeidet analyser for hele regionen. Foretak i denne regionen kan dermed sammenlignes med hverandre.

²²² COCIR - [European Coordination Committee of the Radiological Electromedical and Healthcare Industries](#).

²²³ RKMTU – Regionalt kompetansesenter for samordning av investeringer i medisinsk-teknisk utstyr i Helse Sør-Øst

MTU-data i helseforetakene i de øvrige regionene er innhentet direkte fra foretakene. Her har det ikke vært mulig å framskaffe sammenlignbare data om MTU på kategorinivå. De helseforetakene som kategoriserer utstyret, bruker ulike kategoriseringssystemer, slik at foretakene ikke kan sammenlignes med hverandre, men de kan sammenligne sitt eget utstyr over tid.

Vi har innhentet data fra helseforetakene om størrelsen på havaribudsjettene og hvor stor del av investeringene i medisinsk-teknisk utstyr som er havariinvesteringer. Vi har benyttet andelen havariinvesteringer som en indikator på tilstanden til medisinsk-teknisk utstyr. Det finnes ingen felles definisjon av hva en havarianskaffelse er, og de innhentede opplysningene indikerer at praksisen for å registrere dette varierer. Noe av forskjellene mellom helseforetakene kan derfor skyldes en ulik forståelse av dette begrepet.

Utviklingen i helseforetakenes driftskostnader og investeringer

For å undersøke utviklingen i helseforetakenes driftskostnader og investeringer siden 2010 har vi analysert helseforetakenes regnskaper. Nærmere bestemt har vi kartlagt helseforetakenes bokførte anleggsmidler og investeringer (tilganger) fra 2010 til 2019. Dette har vi gjort både for de samlede investeringene og investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Tilsvarende har vi kartlagt utviklingen i de samlede driftskostnadene i samme periode, inkludert kostnader til lønn, vedlikehold og avskrivninger. Disse kartleggingene har vi blant annet brukt til å undersøke om helseforetakene har blitt mer eller mindre kapitalintensive.

Vi har ikke brukt regnskapsdata for 2020 fordi helseforetakenes drift og økonomiske situasjonen i stor grad ble påvirket av koronapandemien.

For at tallene skal være sammenlignbare på tvers av helseforetak, har vi brukt totale eksterne tilganger i anleggsnotene som mål på totale investeringer. I anleggsnotene er eksterne tilganger fordelt på bygg, MTU, tomter og boliger, transportmidler, annet og anlegg under utførelse (AUU). Som mål på investeringer i bygg har vi brukt ekstern tilgang til bygg og den delen av AUU som gjelder bygg. Det tilsvarende har vi gjort for MTU. For mange helseforetak er alle tilganger til AUU relatert til bygg, mens enkelte ikke har noen investeringer under AUU. For noen er splitten mellom bygg og MTU ikke helt nøyaktig, noe som det er flere grunner til:

- Noen har MTU inkludert i bygginvesteringer og kan ikke skille disse.
- Noen helseforetak har datasystemer som ikke tillater å skille mellom bygg og MTU før investeringen tas i bruk.

Vi har derfor gjort estimater, og de aktuelle helseforetakene har bekreftet at disse er rimelige. Dataene for investeringer i MTU og bygg per år er derfor ikke helt nøyaktige for alle helseforetak, men det totale bildet for investeringer i bygg og MTU gir et rimelig bilde av situasjonen for alle helseforetakene.

Problemstilling 2 Hvordan styrer helseforetakene for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

Sammenhengen mellom planlagte og realiserte investeringer

Vi har undersøkt om helseforetakene har nådd det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene etter 2010. De økonomiske langtidsplanene oppdateres årlig og viser planlagte investeringer minst fire år fram i tid. Helseforetakene som begynte å utarbeide økonomiske langtidsplaner i 2010, har derfor utarbeidet ni økonomiske langtidsplaner mellom 2010 og 2018. Helseforetakene i Helse Nord utarbeider ikke egne økonomiske langtidsplaner, så her har vi tatt utgangspunkt i det regionale helseforetakets økonomiske langtidsplaner. I analysene våre inngår det data til og med 2019 fra de økonomiske langtidsplanene fra 2016, 2017 og 2018. Analysene inneholder derfor kun data for henholdsvis tre, to og ett år fra disse planene.

Data om det oppnådde investeringsnivået er hentet fra helseforetakenes årsregnskaper for perioden 2010–2019. I regnskapstallene for investeringer kan det forekomme systematiske skjevheter i noen helseforetak

fordi det er noe variasjon i regnskaps- og rapporteringspraksisen. Dette kan ha ført til noe høyere tall for bygg og noe lavere tall for MTU.

Vi har for hver økonomiske langtidsplan etter 2010 sammenlignet det planlagte investeringsnivået de fire første årene med det faktiske investeringsnivået som ble oppnådd disse årene.²²⁴ Beregningene har til formål å vise om helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte investeringsnivået i de økonomiske langtidsplanene har blitt bedre over tid, og om det er store forskjeller mellom helseforetakene med hensyn til dette. På samme måte har vi undersøkt helseforetakenes evne til å oppnå det planlagte økonomiske resultatet. Videre har vi sammenlignet det planlagte investeringsnivået i årsbudsjettet for 2019 med det planlagte investeringsnivået i det første året i den økonomiske langtidsplanen for perioden 2019–2022.

Vi har per brev bedt helseforetakene om å redegjøre for årsaker til avvik i den økonomiske langtidsplanen for 2016–2019 mellom planlagte og oppnådde investeringer og avvik mellom planlagte og oppnådde økonomiske resultater.

Vi har også innhentet informasjon om budsjetterte og faktiske vedlikeholdskostnader (driftskostnader) i årene fra 2010. Dette har vi gjort både for samlede vedlikeholdskostnader, vedlikeholdskostnader til bygg og vedlikeholdskostnader til MTU. Vi har brukt budsjetterte og regnskapsførte beløper knyttet til andre driftskostnader på konto 660, 661 og 662 (vedlikehold og service av bygg og MTU) for hvert av årene fra 2010 til 2019. Vi har gjennomført analyser for å belyse

- om helseforetakenes vedlikeholdsbudsjetter er realistiske
- i hvilken grad det er kostnadsoverskridelser i vedlikeholdsbudsjettene
- om vedlikeholdskostnadene har økt

Vi har sammenlignet størrelsen på neste års vedlikeholdsbudsjett med fjorårets faktiske vedlikeholdskostnader. Dette belyser om helseforetakene budsjetterer realistisk og tar hensyn til faktiske kostnader og behov når de lager budsjettene. Det er imidlertid noe usikkerhet med hensyn til dataene for vedlikeholdskostnader. Det kan være noe variasjon i hva helseforetakene klassifiserer som vedlikehold (kostnad), og hva som klassifiseres som en oppgradering (investering).

Helseforetakenes mål, langsiktige planer, virkemidler og rutiner

Dokumentasjon som beskriver rutiner og prosesser i arbeidet med å utarbeide økonomiske langtidsplaner og årsbudsjetter, har vi innhentet fra helseforetakene. Ytterligere data har vi innhentet gjennom spørsmål som vi har stilt per brev.

På grunnlag av de innhentede opplysningene har vi kartlagt prosesser rundt utarbeidelsen av den økonomiske langtidsplanen og årsbudsjettet i helseforetakene. Dette har vi gjort for

- å beskrive hva som er en vanlig planleggingsprosess i helseforetakene
- å identifisere helseforetak som har forutsigbare og gode planleggingsprosesser
- å gi en indikasjon på forbedringspotensialet i planleggingsprosessen til enkelte foretak

I tillegg har vi kartlagt risikoen og forutsetningene som er omtalt i langtidsplanene, og hvordan styrene i helseforetakene behandler disse sakene.

Strategier og planer for vedlikehold og utvikling og informasjon om blant annet målsettinger for tilstandsgrader og vedlikehold for bygg og MTU har vi innhentet gjennom brev til helseforetakene.

Dokumentasjon som beskriver rutiner og prosesser for arbeidet med investeringsplaner for MTU, har vi innhentet fra helseforetakene; vi har bedt om rutinebeskrivelser, maler som er brukt for å melde inn behov, eventuelle oversikter over behov og prioriteringsmetoder som er brukt i prioriteringsarbeidet. På grunnlag av

²²⁴ Mange helseforetak planlegger med en lengre tidshorison enn fire år, men vi har kun inkludert de fire første årene i beregningene.

de innhentede opplysningene har vi kartlagt hvordan helseforetakene utarbeider investeringsplaner for MTU. Vi har også bedt helseforetakene om å oversende eventuelle analyser som de har fått utarbeidet om tilstand og behov mv. for bygg og MTU.

Vi har bedt helseforetakene om å oversende den siste rapporteringen (per juli 2020) av tilstanden på bygg og MTU til styrene sine og det regionale helseforetaket.

For å kartlegge hvordan styrene har fulgt opp tilstandskartleggingen på bygningsmassen i 2016, som departementet påla dem å gjennomføre, har vi gjennomgått styresaker fra 2015 til 2018 som omhandler tilstanden på bygg i helseforetakene. Ved hjelp av tekstsøk har vi kunnet identifisere saker hvor dette enten har vært et eget hovedtema på et styremøte, eller en del av et annet tema. I tillegg har vi kartlagt hvilke vedtak styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene har gjort i disse sakene; vi har her kartlagt dokumenter som gir en oversikt over den samlede bygningsmassen til helseforetakene, og ikke informasjon som gis som en del av planlegging og gjennomføring av enkeltstående byggeprosjekter.

Vi har gjennomgått helseforetakenes investeringsbudsjetter for 2019 for å kartlegge om det er gitt informasjon til styrene om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr. I tillegg til styredokumenter har vi gjennomgått årlige meldinger (2019), økonomiske langtidsplaner (2015 og 2020), utviklingsplaner (2018) og tertial-/månedssrapporter (høst 2019) for å kartlegge om det inngår informasjon om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr og behov.

Det er alltid en risiko for at informasjon kan ha inngått i styresaker uten at dette er fanget opp gjennom tekstsøk.

Vi har per brev til helseforetakene bedt om redegjørelser for virkemidlene de bruker for å kunne prioritere investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Opplysninger om virkemidler har vi også kartlagt gjennom dokumentgjennomganger.

Problemstilling 3 Hvordan legger de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet til rette for at helseforetakene prioriterer investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr?

Vi har gjennomgått de regionale helseforetakenes oppdragsbrev til helseforetakene og eventuelle budsjett-skriv som RHF-ene har sendt ut i forbindelse med årsbudsjetter og økonomiske langtidsplaner for 2020 og 2021. Hensikten med dette var å kartlegge hvilke rammer, forutsetninger, mål og krav helseforetakene har for investeringer generelt, og spesifikt for investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i de siste tre årene.

Vi har per brev bedt de regionale helseforetakene om å opplyse om hva de mottar av informasjon fra sine egne helseforetak om tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og hvilken informasjon de har gitt til Helse- og omsorgsdepartementet på dette området.

I tillegg har vi kartlagt styrene i de regionale helseforetakenes behandling av saker som omhandler tilstand og behov på byggområdet i perioden 2015–2018. Dette har vi gjort gjennom søk i sakslister til styremøter. I tillegg har vi gjennomgått sentrale rapporteringsdokumenter: de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (2021–2024), utviklingsplaner (2018), årlige meldinger (2019) og virksomhetsrapporter (høst 2019).

Vi har gjennomført intervjuer med de fire regionale helseforetakene for å innhente supplerende informasjon. Vi har også undersøkt hvilke virkemidler de regionale helseforetakene benytter for å tilrettelegge og følge opp helseforetakenes investeringer og vedlikehold av bygg og MTU, og dette har vi fulgt opp i intervjuer med de regionale helseforetakene.

I intervjuet med Helse- og omsorgsdepartementet har vi bedt om en redegjørelse for ansvarsforhold, virkemiddelbruk, hvilken styringsinformasjon departementet innhenter som grunnlag for styring og oppfølging av arbeidet med investeringer i helseregionene, og hvordan de følger opp dette.

Videre har vi analysert departementets oppdragsdokumenter (mål og krav) til de regionale helseforetakene og foretaksmøteprotokoller for å kartlegge styringen som berører investeringer. Vi har også innhentet relevant informasjon fra de regionale helseforetakene om departementets styring per brev og intervjuer.