



Innst. 42 S

(2011–2012)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:11 (2010–2011)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

Bygningsmassen til landets helseforetak, det vil si spesialisthelsetjenesten, er samlet verdsatt til 60 mrd. kroner pr. 31. desember 2009. Helseforetakene har i perioden 2003–2009 investert for over 40 mrd. kroner i bygningsmassen. 20 prosent av bygningsmassen er bygget etter år 2000.

Helseforetakenes bygningsmasse må være tilpasset kjernevirksomheten slik at den bygger opp under kvaliteten og effektiviteten i helseproduksjonen. Bygningene skal bidra til rasjonell og tilfredsstillende utøvelse av ansattes virksomhet. Dårlige bygningsmessige forhold kan ha negative konsekvenser ikke bare for produktiviteten, men også for ansattes helse og deres arbeids- og oppholdsmiljø.

De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning, samt eieransvar for underliggende helseforetak, som kan bestå av ett eller flere sykehus. Eiendomsmassen eies og forvaltes av helseforetakene. Helseforetakene har ansvaret for å foreta et systematisk periodisk vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, rehabilitering av bygningsmasse og bygge nytt. De regionale helseforetakene har ifølge vedtektene ansvaret for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Helse- og omsorgsdepartementet

eier de regionale helseforetakene og har det overordnede ansvaret for å ivareta nasjonale, helsepolitiske mål.

Det å ha relevant informasjon om eiendomsmassen er viktig for å sikre en rasjonell, kostnadseffektiv og formålseffektiv eiendomsforvaltning. Dette omfatter så vel informasjon om bygningenes tilstand som dokumentasjon knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygget. Dokument nr. 1 (2007–2008) viste at det er risiko for at vedlikehold av sykehusbygg nedprioriteres. Det viste videre at det i liten grad eksisterte planer eller retningslinjer for vedlikehold på regionalt nivå og varierende grad i det enkelte helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for å påse at helseforetakene har utviklet tilstrekkelige rutiner for prosjektstyring. Dette innebærer blant annet at anerkjente metoder for kvalitetssikring av byggeprosjekter benyttes. Samtidig har de regionale helseforetakene ansvar for nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser og gjennomføring av byggeprosjekter ut fra risiko og vesentlighet ved investeringsprosjektene. I de fleste prosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet.

Formålet med undersøkelsen har vært å vurdere om spesialisthelsetjenestens eiendomsmasse blir forvaltet og utviklet på en effektiv måte og i samsvar med overordnede føringer.

Følgende problemstillinger skal belyse formålet:

1. Hvordan er tilstanden på eiendomsmassen, og hvordan sikrer helseforetakene at eiendomsmassen vedlikeholdes på en systematisk måte?
2. I hvilken grad sikrer helseforetakene en målrettet utvikling av bygningsmassen, og hva er eventuelle begrensninger for effektiv arealutnyttelse?

3. I hvilken grad utarbeides det et tilfredsstillende beslutningsmateriale når det skal planlegges nye sykehusbygg?
4. I hvilken grad arbeider helseforetakene systematisk med gevinstrealisering, og i hvilken grad blir målene for gevinstrealisering nådd?
5. I hvilken grad sikrer de regionale helseforetakenes styring av helseforetakene en hensiktsmessig og effektiv eiendomsforvaltning?
6. Hvordan sikrer Helse- og omsorgsdepartementet at helseforetakene forvalter eiendommene på en hensiktsmessig og effektiv måte?

1.2 Gjennomføring av undersøkelsen

For å belyse tilstanden på bygningsmassen og hvordan helseforetakene sikrer et planmessig vedlikehold, samt en målrettet utvikling og effektiv arealutnyttelse av eiendomsmassen, ble det våren 2010 gjennomført en spørreundersøkelse til alle helseforetak med unntak av sykehusapotekene. Det er gjennomført dokumentanalyse og intervjuer. Dokumentet gjør nærmere rede for datainnhenting mv.

1.3 Oppsummering av funnene

1.3.1 *Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå*

Undersøkelsen viser at de fleste helseforetakene har utarbeidet vedlikeholdsplaner, og at det er en del arbeid i gang i helseregionene på bygg- og eiendomsområdet, blant annet for å skaffe til veie bedre informasjons- og plangrunnlag. Det er gjort noe arbeid med å angi mål for ønsket teknisk tilstand, og laget planer for å dekke inn det tekniske oppgraderingsbehovet i helseforetaket og helseregionen.

Den bokførte verdien av bygningsmassen har økt med 10 prosent i perioden 2003–2009. Økningen innebærer at det har tilkommet ny bygningsmasse med høyere verdi, men den bokførte verdien gir nødvendigvis ikke et helhetlig bilde av tilstandsutviklingen for bygningsmassen som sådan, da undersøkelsen viser at

- rundt 40 prosent av den totale bygningsmassen til helseforetakene har middels kraftige symptomer på dårlig tilstand, mens 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer, noe som innebærer at rundt halvparten av bygningsmassen til helseforetakene har symptomer på dårlig teknisk tilstand
- tre av fire helseregioner vurderer at en betydelig del av bygningsmassen har fått dårligere teknisk tilstand i perioden 2003–2010
- det tekniske oppgraderingsbehovet, som er beregnet for tre fjerdedeler av bygningsmassen, anslås av helseforetakene til å være 19 mrd. kroner

Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldes forverringen av byggenes tilstand nedprioritering av forebyggende vedlikehold. Flere peker på at forebyggende vedlikehold bevisst har vært nedprioritert fordi lokalene inngår i en investeringsplan og/eller at lokalene skal avhendes. I den grad vedlikehold nedprioriteres på grunn av framtidige investeringer, bør dette bygge på en vedtatt og forpliktende plan for utvikling av bygningsmassen.

Undersøkelsen viser videre at halvparten av helseforetakene brukte midler på skadeutbedringer i 2008 og 2009 på grunn av utsatt vedlikehold av bygningsmassen. Utsatt vedlikehold av helseforetakenes bygningsmasse får ikke nødvendigvis konsekvenser for behandlingsevne på kort sikt, men vil vise seg over tid. Hvis store deler av bygningsmassen får utvikle seg til et punkt hvor det framkommer betydelige følgeskader eller i ytterste konsekvens at reparasjoner og utbedringer ikke er noe reelt alternativ, er det en risiko for at kostnadene blir høyere enn om det hadde blitt foretatt vedlikehold på et tidligere tidspunkt.

Selv om de fleste helseforetakene nå har utarbeidet vedlikeholdsplaner, framgår det av undersøkelsen at det i perioden 2008–2010 har vært dårlig samsvar mellom den årlige vedlikeholdsplanen og hva de eiendomsansvarlige anser som det reelle behovet for vedlikehold. I tillegg til dette klarer helseforetakene i liten grad å gjennomføre de planlagte tiltakene i vedlikeholdsplanen.

I 2009 hadde tre av fire helseregioner for første gang et positivt årsresultat. Selv med den bedrede økonomiske situasjonen i helseforetakene er det grunn til å stille spørsmål ved om det er behov for ytterligere tiltak som sikrer et mer stabilt og langsiktig vedlikeholds nivå. For å understreke betydningen av et visst vedlikeholds nivå for helseforetakene har eksempelvis Helse Midt-Norge RHF stilt krav i form av et normtall for vedlikeholds nivå.

Relevant informasjon om eiendomsmassen er viktig for å sikre en rasjonell, kostnadseffektiv og formåls effektiv eiendomsforvaltning. En fjerdedel av helseforetakene har ikke regnskapsinformasjon om hva som hvert år faktisk blir brukt på vedlikehold. Kun tre helseforetak har registrert vedlikeholdskostnadene etter Norsk Standard, utarbeidet nøkkeltall for hele bygningsmassen for 2009 og brukt nøkkeltallene som grunnlag for sammenligning med andre helseforetak. Seks helseforetak fører vedlikeholdskostnadene på en slik måte at det er mulig å sammenligne deres kostnader med tidligere års kostnader, mens 12 helseforetak ikke gjør dette. Dette innebærer et potensial for en mer effektiv eiendomsforvaltning gjennom økt bruk av nøkkeltall for sentrale deler av eiendomsforvaltningen.

1.3.2 *Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling*

Undersøkelsen viser at helseforetakenes samlede areal har økt med 11 prosent i perioden 2003–2010. Fram til i dag har det ikke vært tilgjengelige arealdata ved det enkelte sykehus for å kunne sammenligne arealeffektivitet over tid og mellom sykehus. Det er imidlertid under implementering et nasjonalt klassifikasjonssystem for sykehusareal, som skal synliggjøre funksjoner og areal i forhold til produksjon. Fem helseforetak har allerede registrert sine areal etter dette systemet, mens resten av helseforetakene planlegger å ha registrert sine areal innen 2012.

Undersøkelsen viser at litt under 20 prosent av helseforetakenes areal har dårlig funksjonalitet vurdert ut fra kjernevirksomhetens behov. Videre framkommer det at litt under 30 prosent av helseforetakenes areal har dårlig tilpasningsdyktighet. Dette gjør det utfordrende å sikre effektiv arealbruk og drift i bygningsmassen. På lengre sikt gir dette helseforetakene utfordringer til å imøtekomme endrede krav til behandlingstilbudet.

God eiendomsforvaltning forutsetter et rasjonelt system for planlegging og styring, og en målrettet utvikling av bygningsmassens kvaliteter. 5 av 23 helseforetak har besluttet både mål og langsiktig plan for bygningsmassen. Ni helseforetak har verken besluttet mål eller utarbeidet langsiktige planer for bygningsmassen. Ansattes behov for funksjonelle og driftseffektive bygninger er et viktig element for å sikre en god ressursutnyttelse. Helseforetakene har kun kartlagt halvparten av den totale bygningsmassen når det gjelder langsiktige arealbehov. Når verken relevant informasjon eller langsiktige planer foreligger, er det en risiko for at potensialet i bygningsmassen ikke blir tilstrekkelig utnyttet. Konsekvensen kan da bli at bygningsmassen ikke blir tilstrekkelig tilpasset nye krav og endrede forutsetninger i behandlingstilbudet.

1.3.3 *Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg*

Departementets føringer knyttet til tidligfaseplanlegging av investeringsprosjekter framgår av brev til de regionale helseforetakene i 2002 og 2004. Det stilles krav om en utredningsmessig mellomfase som kalles konseptfasen, der det foretas en vurdering av alternative investeringer med begrunnelse for valgt alternativ. For ytterligere å sikre at de riktige og realistiske byggeprosjektene igangsettes, ble det i 2006 utviklet en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Hensikten er å bidra til en effektiv og målrettet planlegging av sykehusutbygginger og å styrke kvaliteten i planprosessen. Det ble fra Helse- og omsorgsdepartementets side lagt vekt på at de regionale helseforetakene skulle framstå med minst like godt kvali-

tets- og styringsopplegg for byggeprosjekter som Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter legger til grunn.

På følgende områder kan det synes som om veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter ikke i tilstrekkelig grad møter de krav som bør stilles til konseptrapporter, som skal beskrive løsninger, økonomi og finansiering for ulike utbyggingsalternativer:

- Overordnet forankring, effektmål og resultatmål er lite omtalt i veilederen. Når de overordnede mål og rammer mangler eller ikke avklares i konseptfasen, vil det være risiko for at det blir lagt for stor vekt på detaljer, og at det blir tatt for liten hensyn til utvikling og implementering av nasjonale og regionale målsettinger og strategier. Grunnlaget for å finne reelle alternativer vil også bli vanskeligere. Videre vil manglende resultatmål gjøre det vanskelig å vurdere forskjellige konsepter opp mot hverandre.
- Veilederen anbefaler at de ulike alternativene skal evalueres i konseptfasen. Konseptrapporten skal gi en beskrivelse av vurderte alternativer. Det er imidlertid den valgte løsningen det skal fokuseres på. Det synes derfor som om veilederen ikke legger opp til at konseptrapportene skal inneholde en fullverdig alternativanalyse der alternativene utredes til samme detaljeringsgrad. Dette innebærer en risiko for at vurderingen av alternativene ikke blir reell, og at det foretrukne alternativet i for stor grad blir vektlagt.

I undersøkelsen er det foretatt en systematisk gjennomgang av ni konseptrapporter, som har et samlet anslått investeringsbeløp på 12,3 mrd. kroner, herav fem nybygg på ny tomt for til sammen 10 mrd. kroner.

Veilederen for tidligfaseplanlegging har bidratt til å etablere et felles system for tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter i helseforetakene. Den gir derfor et godt grunnlag for en systematisk og oversiktlig beslutningsprosess. Alle de undersøkte konseptrapportene har lagt veilederen til grunn for planleggingen. Ifølge veileder for tidligfaseplanlegging skal det i konseptfasen gjennomføres analyser av investeringsbehovet og de driftsøkonomiske konsekvensene ved de alternative løsningsforslagene. Det stilles krav om at det som et minimum skal utredes to alternativer i tillegg til et nullalternativ. Nullalternativet er situasjonen i dag og videre utvikling som kan forventes uten endring i offentlige tiltak på det aktuelle området, det vil si dagens situasjon med eventuelle nødvendige oppgraderinger.

Undersøkelsen viser at det faktiske valget av utbyggingsalternativ i stor grad skjer før utredningene og analysene av de alternative løsningsforsla-

gene i konseptfasen foreligger. I noen tilfeller foretas valget før idéfasen, hvor løsningsalternativene skal identifiseres. Dessuten blir bredden i alternative løsninger i stor grad innsnevret ved de overordnede føringene som gis fra styret i det regionale helseforetaket eller fra styret i helseforetaket ved inngangen til idéfasen eller konseptfasen. Dette gjelder blant annet for de to største investeringsprosjektene (Nytt Østfoldsykehus og Nye Molde sjukehus). Dette gir en risiko for at andre reelle alternativer blir valgt bort før analysene blir foretatt, og at de alternative løsningsforslagene en står igjen med til konseptfasen, i stor grad blir varianter over samme løsning.

Konseptrapportene gir heller ikke en tilstrekkelig vurdering av de alternativene som er brakt inn i konseptfasen. Ingen av rapportene inneholder en fullstendig analyse av både et nullalternativ og to fullverdige alternativer. De driftsøkonomiske analysene er med unntak av for to konseptrapporter kun foretatt for det ene foretrukne alternativet. For de to konseptrapportene som har analyser for andre varianter enn det foretrukne alternativet, er begge disse to varianter over samme nybygg-løsning.

Det er dessuten betydelige svakheter i de driftsøkonomiske analysene som ligger til grunn for de foretrukne investeringsalternativene i flere av prosjektene. Dette medfører usikkerhet knyttet til hvorvidt foretakene vil kunne betjene investeringen og håndtere de driftsøkonomiske konsekvensene. Det går i liten grad fram av konseptrapportene hvilke vurderinger som ligger til grunn for analysene som tallmaterialet bygger på. Videre inneholder ingen av rapportene risikovurderinger, der det også redegjøres for eventuelle risikoreduserende aktiviteter og kontrolltiltak.

For sju av prosjektene kalkuleres det med til dels betydelige driftsbesparelser på personalområdet. Ofte forutsettes det at størstedelen av driftsbesparelsene tas ut ved ferdigstillelse av bygget, deretter at besparelsene skal øke de første årene i drift. Helseforetakene har i liten grad sannsynliggjort denne forutsetningen. Flere av rapportene omtaler at driftsbesparelsene vil medføre organisatoriske utfordringer og omstillinger for de ansatte. Det kalkuleres ikke med at dette vil medføre økte kostnader, blant annet når det gjelder utvikling av behandlingslinjer og kompetanse. Ingen av helseforetakene har beregnet at nybyggene vil medføre økte IKT-kostnader i forhold til dagens nivå i sine respektive konseptrapporter.

I flere av rapportene planlegges det med en betydelig reduksjon i antall liggedager for utskrivningsklare pasienter. I konseptrapporten for Nye Molde sjukehus står det at det nye sykehuset planlegges uten sengekapasitet for utskrivningsklare pasienter. Selv om det ikke går fram av konseptrapporten, bekrefter også Sykehuset Østfold HF at det planlegges med det

samme i sitt utbyggingsprosjekt. Helse Nordlandssykehuset HF (Nordlandssykehuset Vesterålen) kalkulerer med en reduksjon på 75 prosent av utskrivningsklare pasienter i nytt bygg. Primærhelsetjenesten – den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene – som skal ta imot utskrivningsklare pasienter, blir derfor sentral for å sikre at prosjektenes mål nås.

Tre av helseforetakene har lagt inn inntektsøkninger som følge av økt pasientbehandling og dermed økte aktivitetsbaserte inntekter. For Nye Molde sjukehus og Nytt Østfoldsykehus er det lagt inn en forventet inntektsøkning, som etter noen års drift skal dekke inn rundt halvparten av den resultatforbedringen som skal bære byggets årlige merkostnader.

Manglende bredde i analysen av alternativer i tidligfaseplanleggingen, svakheter i de driftsøkonomiske analysene og manglende risikovurderinger i konseptrapportene gjør at det kan stilles spørsmål ved om de regionale helseforetakene i tilstrekkelig grad har vurdert om investeringsprosjektene er basert på et realistisk grunnlag.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i sine kommentarer av 6. mai 2011 til rapporten at Riksrevisjonen har lagt til grunn prinsipper i Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av konseptvalg. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet følger ikke investeringsprosjekter i helseforetakene den ansvars- og beslutningsstruktur samt finansieringsopplegg som følges i generelle statlige prosjekter. Videre vises det til at krav til konseptfasen følger av departementets styringssystem, og ikke veilederen for tidligfaseplanlegging. Det anføres også at flere av prosjektene startet planprosessen før foretaksreformen, og at Riksrevisjonens gjennomgang av siste versjon av den enkelte konseptrapport derfor blir misvisende.

1.3.4 *Utfordringer ved gevinstrealiseringsarbeidet*

Undersøkelsen viser at for to av de tre undersøkte prosjektene, Nye Ahus og akuttavdelingen MOBA ved Stavanger Universitetssjukehus, er det utarbeidet planer for å sikre gevinstrealisering. Planen for Nye Ahus var flerårig og ble etablert innenfor rammen av en større omorganiseringsprosess. Ved Stavanger Universitetssjukehus ble det utarbeidet en ettårig plan som omfattet en effektivisering av pasientflyten. St. Olavs Hospital har ikke utarbeidet en egen plan knyttet til gevinstrealiseringskravet, men har planlagt og dimensjonert sykehuset for å effektivisere pasient- og støtteprosesser.

Både ved Nye Ahus og Stavanger Universitetssjukehus ble det planlagt at gevinstene skal få full effekt relativt raskt, mens det ved St. Olavs Hospital ble lagt opp til et gradvis uttak over en årrekke. Ved nye Ahus var det forventet at kostnadsreduserende

tiltak skulle ha full effekt fra dagen da bygget ble tatt over høsten 2008, mens det for gevinster knyttet til økt aktivitet ble planlagt med full effekt i 2011. Når det gjelder MOBA v/ Stavanger Universitetssjuehus, var det stilt krav om at kostnadene til prosjektet skulle tas innenfor foretakets driftsrammer ved at kostnadsøkningen skulle dekkes gjennom å realisere gevinster. Dette innebar at gevinstuttaket måtte skje raskt etter ferdigstillelse. Ved St. Olavs Hospital er det stilt krav om gradvis uttak av gevinster fra og med ferdigstillelse av første byggetrinn i 2006. Full effekt forventes først etter ferdigstillelse av andre byggetrinn i 2014.

Undersøkelsen viser videre at for Nye Ahus og Stavanger Universitetssjuehus er kravene som er stilt til gevinstrealisering, ikke innfridd. For det tredje prosjektet, St. Olavs Hospital, er det ikke mulig å isolere effekten av tiltakene for gevinstrealisering. Ved Nye Ahus og Stavanger Universitetssjuehus viser undersøkelsen i tillegg svikt i forankringen i organisasjonen ved at det ikke har vært enighet om tiltakene i planfasen eller implementeringen av tiltakene i driftsfasen. Ingen av prosjektene planla for øvrig en særskilt rapportering etter ferdigstillelse for å følge opp at gevinstrealiseringsmålene blir nådd.

God forankring både blant ledere og blant medarbeidere bidrar til å sikre gevinstrealisering, også når det gjelder en felles forståelse av beregningsgrunnlaget for gevinstuttaket. Dette er særlig viktig for å redusere sårbarheten og risikoen for at målene ikke nås ved implementering. Det er videre nødvendig at foretakene, gjennom både plan og oppfølging/rapportering, kan isolere effekter av enkeltstående gevinstrealiseringstiltak. Dette er nødvendig for å kunne måle status og framdrift for gevinstrealiseringen, samt å skille ut effekten av tiltakene med tanke på om de faktisk er implementert og fungerer etter intensjonen. Det er også sentralt å følge opp gevinstrealisering både i planperioden og i drifts-/oppstartsfasen. Når gevinstrealisering er lagt som premiss for investeringen, vil manglende prioritering av gevinstrealisering ha konsekvenser for helseforetakets driftsøkonomiske balanse og evne til å håndtere merkostnader i ny driftsfasen.

1.4 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonen er kjent med at Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter ikke gjelder for de regionale helseforetakene, og er også innforstått med at investeringsprosjekter i helseforetakene ikke har samme ansvars- og beslutningsstruktur samt finansieringsopplegg som i generelle statlige prosjekter. Men etter Riksrevisjonens oppfatning bygger Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av statlige byggeprosjekter og veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehuspro-

sjekter på de samme overordnede allmenne prinsippene for konseptvalg.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at krav til konseptfasen følger av departementets styringssystem, og ikke veilederen for tidligfaseplanlegging. Riksrevisjonen kan ikke se det skulle være noen motsetning mellom styringssystemet og veilederen. Ifølge veilederen bygger denne på departementets styringssystem.

Riksrevisjonen vil peke på at konseptfasen med tilhørende krav ble valgt ut som en sentral del av undersøkelsen, fordi den er et viktig beslutningspunkt som både ifølge styringssystemet og veilederen skal gi et kvalifisert beslutningsgrunnlag for å velge det best egnede utbyggingsalternativet. Det er på dette beslutningstidspunktet at det bestemmes om prosjektet skal føres videre i et forprosjekt, som i prinsippet er en beslutning om å starte full prosjektering.

Undersøkelsen viser at dagens praksis, og dermed også beslutningsgrunnlaget, ikke er i samsvar med de allmenne krav som med rimelighet må kunne stilles til konseptvalget ved investeringer i sykehusbygg. Dette gjelder blant annet at beslutningsgrunnlaget skal bygge på et realistisk og tilstrekkelig bredt nok grunnlag. Riksrevisjonen vil særlig peke på at det regionale helseforetaket har et ansvar for nødvendig kvalitet på beslutningsprosesser for investeringsprosjekter, og at Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å påse og sikre at dette blir ivaretatt.

I de fleste prosjekter vil det ligge forventninger om realisering av gevinster etter at prosjektet er avsluttet. Undersøkelsen viser at for to av de tre undersøkte prosjektene, Ahus og Stavanger, har forankringen av tiltakene for gevinstrealisering sviktet i ulike deler av prosessen. Kravene til gevinstrealisering er ikke nådd. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved realismen i helseforetakenes planlegging, og om det i tilstrekkelig grad er tatt høyde for utfordringer knyttet til omorganisering og endringer som ligger til grunn for gevinstrealiseringstiltakene. Riksrevisjonen stiller også spørsmål ved om det planlagte tidspunktet for gevinstuttak i de to prosjektene er realistisk.

Riksrevisjonen vil peke på at helseforetakenes planlegging og oppfølging av tiltak for gevinstrealisering, også etter ferdigstillelse, er nødvendig for å kunne måle og isolere effekten. Gevinstrealisering er en del av arbeidet med å håndtere merkostnader ved nybygg og å oppnå økonomisk balanse. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig å kunne dokumentere og etterprøve gevinstrealiseringens bidrag i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse.

Undersøkelsen viser at rundt halvparten av den totale bygningsmassen har symptomer på dårlig til-

stand, og at tre av fire helseregioner mener at det har vært en negativ utvikling av teknisk tilstand for en betydelig del av bygningsmassen. Riksrevisjonen er kjent med at det er gjort en del arbeid med å angi mål for ønsket teknisk tilstand, og laget planer for å dekke inn det tekniske oppgraderingsbehovet i helseforetakene. Det framgår av undersøkelsen at det fortsatt er utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå. Riksrevisjonen mener at det fortsatt er behov for tiltak som sikrer et mer stabilt og planmessig vedlikeholds nivå. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det være hensiktsmessig at helseforetakene definerer et basisnivå for årlig vedlikehold, som tar utgangspunkt i normtall eller mål for teknisk tilstand.

Videre synes det også å være et behov for mer systematisk planlegging og informasjonsinnhenting, også når det gjelder hva som faktisk blir brukt på vedlikehold. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det være et potensial for effektivisering av eiendomsforvaltningen gjennom økt bruk av nøkkeltall for sammenligning mellom helseforetakene.

1.5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 20. juni 2011 svart:

«Ett av formålene med helseforetaksreformen var å gi de regionale helseforetakene et helhetlig ansvar for investeringer og drift. Midler til investeringer inngår som en del av basisbevilgningen. Styret har et helhetlig ansvar for både investeringer og direkte pasientrettet behandling. Innenfor de økonomiske rammer som Stortinget årlig vedtar, må styret foreta nødvendige prioriteringer mellom disse formålene. Det har i perioden 2002–2009 vært en gjennomsnittlig årlig investeringsaktivitet på 6,9 mrd. kroner. Gjennomsnittlig investeringsnivå i fylkeskommunal regi på 1990-tallet utgjorde cirka 3 mrd. kroner. I perioden 2005–2009 har investeringsaktiviteten vært høyere, med et gjennomsnittsnivå på 7,8 mrd. kroner årlig. Dette høye nivået kommer blant annet av at helseforetakene fikk en årlig rammeøkning på 1,67 mrd. kroner til investeringer f.o.m. 2008.

Utfordringer knyttet til bygningsmassens tilstands- og vedlikeholds nivå

Riksrevisjonen skriver at den bokførte verdien av bygningsmassen har økt med 10 prosent i perioden 2003–2009, men skriver videre at den bokførte verdien ikke nødvendigvis gir et helhetlig bilde av tilstandsutviklingen som sådan. Det nevnes i denne forbindelse at 40 prosent av bygningsmassen har midtels kraftige symptomer på dårlig tilstand mens 10 prosent av den totale bygningsmassen har kraftige symptomer på dårlig tilstand.

Helseforetakene overtok bygg og utstyr i 2002 til en verdi av 66 mrd. kroner. Ved utgangen av 2009 hadde verdien steget med 13 mrd. kroner, til 79 mrd. kroner. Verdien av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr har økt betydelig i perioden etter sykehus-

reformen. Nye bygg avskrives i dag med i underkant av 4 pst. årlig som tilsvarer en gjennomsnittlig nedskrivningstid på 26 år. Bygningskropp er anslått å ha 60 år levetid, mens ulike deler av tekniske installasjoner, ventilasjon m.v. har 20 års levetid. Dette innebærer at deler av bygningsmassen på ethvert tidspunkt vil være i ulik bygningsmessig tilstand. I tillegg vil det være en vurdering om bygningsmasse som planlegges erstattet gjennom nybygg skal vedlikeholdes i samme grad som annen bygningsmasse.

Fram til 2008 ble de regionale helseforetakene gjennom sine bevilgninger kun satt i stand til å gjenanskaffe og vedlikeholde om lag 60 prosent av den samlede verdien av sykehusbygg og utstyr. Mye er dermed nytt, men alt kan ikke utbedres samtidig. Helseforetakene har omfattende investeringsplaner som innebærer flere nye moderne sykehusbygg i tiden som kommer.

Behov for målrettet arealutnyttelse og arealutvikling

Riksrevisjonens undersøkelse baseres i stor grad på en spørreundersøkelse som ble sendt til helseforetakene, med unntak av sykehusapotekene. Spørreskjema ble sendt til leder for eiendomsansvarlig enhet i helseforetakene. Departementet mener det er uheldig at Riksrevisjonen ikke innhenter informasjon og vurderinger fra ledelsen ved helseforetakene, som har det helhetlige ansvaret i henhold til regelverk og plandokumenter, men fra organisasjonsledd som har et avgrenset fagansvar. Departementet har ikke grunnlag for å gjennomgå vurderingene som er foretatt i undersøkelsen. Riksrevisjonen skriver at ni helseforetak verken har besluttet mål eller utarbeidet langsiktige planer for bygningsmassen, og det framkommer i hovedanalyserapporten at Helse Sunnmøre er ett av disse helseforetakene. I Ålesund sykehus hvor ny barneavdeling nylig ble formelt åpnet, ble departementet gjort kjent med at barneavdelingen var planlagt med bakgrunn i overordnet utviklingsplan for sykehuset som ble ferdig i 2007. Denne utviklingsplanen gjør rede for den fremtidige plassering av funksjoner og fremtidig behov for areal med utgangspunkt i en aktivitets- og kapasitetsprognose for perioden 2005–2025.

Mangelfullt beslutningsgrunnlag for investeringer i sykehusbygg

Riksrevisjonen har gjennomgått ni ulike konseptrapporter og skriver at reelle løsningsforslag blir innsnevret og valgt bort for konseptrapporten utarbeides. De peker videre på at konseptfasen med tilhørende krav ble valgt ut som en sentral del av undersøkelsen, fordi dette er et viktig beslutningspunkt som ifølge styringssystemet skal gi et kvalifisert beslutningsgrunnlag for å velge det best egnede utbyggingsalternativet.

Her legger Riksrevisjonen til grunn et annet utbyggingsregime i de regionale helseforetakene enn det som gjelder. Departementet har tidligere, både muntlig og skriftlig, redegjort for at investeringsprosjekter i helseforetakene ikke har samme ansvars- og beslutningsstruktur som i prosjekter i statlig regi. Valg av utbyggingsalternativ for helseforetakene gjøres i løpet av konseptfasen. Det vil si at den siste konseptrapporten skal gjengi de ulike alternativene, men at det er det valgte alternativet som skal utredes i full bredde i konseptrapporten. Riksrevisjonen har bl.a. gjennomgått konseptrapport i forbindelse med

nytt sykehus i Østfold. Konseptrapporten for dette prosjektet ble vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF den 17. juni 2009. Denne vedtatte konseptrapporten bygger på tidligere styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF fra den 18. desember 2008. Her godkjenner styret utbyggingsløsning for Sykehuset Østfold, med delt løsning mellom Kalnes og Moss.

Styret i Helse Sør-Øst sin håndtering av utbyggingssaken hvor alternativ velges før endelig konseptrapport utarbeides, er i samsvar med gjeldende styringssystem.

Departementet viser til at utbygging av nytt sykehus i Østfold har en lang historie, og planleggingen startet allerede på 1990-tallet i fylkeskommunal regi. Første vedtakspunkt knyttet til organisering og utbygging ble gjort i Østfold fylkesting i 1997, og det er senere foretatt mange utredninger og nye vedtak. Planlegging av større sykehusprosjekter tar tid. Når Riksrevisjonen baserer sine vurderinger på bakgrunn av siste versjon av konseptrapporten, blir resultatet misvisende.

Utfordringer ved gevinstrealiseringsarbeidet

Riksrevisjonen skriver at det er nødvendig å måle og isolere effekten av gevinst realisering etter ferdigstilling av prosjektene. Som tidligere nevnt, har de regionale helseforetakene ansvar for å planlegge nybyggprosjekter slik at de regionale helseforetakene kan håndtere eventuelle økte kostnader når bygget står ferdig. Det stilles videre årlige krav til de regionale helseforetakene om balanse i regnskapene. For å følge opp dette har departementet utarbeidet et omfattende rapporteringssystem for oppfølging av de regionale helseforetakenes regnskaper. De regionale helseforetakene benytter de samme rapportene i sin styring av helseforetakene.

Departementet er opptatt av at det ved planlegging av større prosjekter utarbeides gode analyser av driften i det nye bygget, inkl. organisering og driftsøkonomi. Sykehusene er dynamiske virksomheter. Forutsetninger for drifts- og behandlingsmetoder endres hele tiden. Det er derfor viktig å være opptatt av helheten og ikke av effekten av isolerte tiltak, som tidligere er vedtatt. Riksrevisjonen har i sin undersøkelse gjennomgått planer knyttet til gevinstrealisering ved bl.a. St. Olavs hospital og Nye Ahus. De endelige forutsetninger for igangsetting av begge disse prosjektene ble lagt i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2003–2004), det vil si høsten 2003. Begge prosjektene ble imidlertid påbegynt da fylkeskommunene hadde ansvaret for driften. Styrene både ved St. Olavs Hospital og ved Ahus har i ettertid besluttet nye tiltak, som i ulik grad er i samsvar med de opprinnelige planene for utbygging og driften i de nye sykehusene.»

1.6 Riksrevisjonens uttalelse

Undersøkelsen viser at rundt halvparten av den totale bygningsmassen har symptomer på dårlig tilstand, og tre av fire helseregioner mener at det har vært en negativ utvikling av teknisk tilstand for en betydelig del av bygningsmassen i perioden 2003–2010. Ifølge de eiendomsansvarlige i helseforetakene skyldes forverringen av byggenes tilstand nedprioritering av forebyggende vedlikehold.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det har vært en høy investeringsaktivitet etter at staten overtok sykehusene, og at deler av bygningsmassen på ethvert tidspunkt vil være i ulik bygningsmessig tilstand. Videre anføres det at det vil være en vurdering om bygningsmasse som planlegges erstattet gjennom nybygg, skal vedlikeholdes i samme grad som annen bygningsmasse. Riksrevisjonen er innforstått med dette, men når undersøkelsen viser ovennevnte resultater, antas det at det ikke foreligger planer for at hele denne delen av bygningsmassen skal erstattes med nybygg. I så fall vil det etter Riksrevisjonens vurdering på lengre sikt være dårlig økonomi generelt å kompensere for dårlig vedlikehold med å bygge nytt. I den grad vedlikehold nedprioriteres på grunn av framtidige investeringer, bør dette bygge på en vedtatt og forpliktende plan for utvikling av bygningsmassen.

Undersøkelsen viser at rundt halvparten av helseforetakene har langsiktige planer for bygningsmassen, og at helseforetakene totalt har kartlagt halvparten av den totale bygningsmassen når det gjelder langsiktige arealbehov. Riksrevisjonen peker på at god eiendomsforvaltning forutsetter et rasjonelt system for planlegging og styring, og en målrettet utvikling av bygningsmassens kvaliteter. Riksrevisjonen er kjent med at det er påbegynt en del arbeid med å utarbeide mål og planer for bygningsmassen. Riksrevisjonen understreker viktigheten av at helseforetakene utvikler bygningsmassen på en rasjonell og systematisk måte, og at de regionale helseforetakene ivaretar sitt samordningsansvar.

Undersøkelsen viser at litt under 20 prosent av helseforetakenes areal har dårlig funksjonalitet vurdert ut fra kjernevirksomhetens behov. Videre framkommer det at litt under 30 prosent av helseforetakenes areal har dårlig tilpasningsdyktighet. Helseforetakene har derfor utfordringer knyttet til areal som er lite tilpasset dagens drift, og areal som har lite utviklingspotensial på lengre sikt. Fram til i dag har det ikke vært tilgjengelige arealdata ved det enkelte sykehus for å kunne sammenligne arealeffektivitet over tid og mellom sykehus. Riksrevisjonen ser positivt på det nasjonale prosjektet med å klassifisere sykehusareal. Etter Riksrevisjonens vurdering er det et potensial for effektivisering av bygningsmassen ved å sammenligne arealfordeling i helseforetakene og måle areal mot produksjon, herunder også økt bruk av nøkkeltall for sammenligning mellom helseforetakene.

I departementets svar vises det til at det i arbeidet med å sikre økonomisk balanse er viktig å være opptatt av helheten og ikke effekten av isolerte tiltak. Riksrevisjonen mener at gevinstrealiseringsarbeidet vil kunne ha stor betydning for økonomien i prosjektet, og viser blant annet til Ahus, der gevinstrealise-

ringen skulle dekke 20 prosent av investeringsbeløpet. Riksrevisjonen fastholder at det er viktig å kunne dokumentere og etterprøve gevinstrealiseringens bidrag i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er uheldig at Riksrevisjonen ikke innhenter informasjon og vurderinger fra ledelsen ved helseforetakene, som har det helhetlige ansvaret i henhold til regelverk og plandokumenter, men fra organisasjonsledd som har et avgrenset fagansvar. Riksrevisjonen bemerker at det må være rimelig å forvente at de eiendomsansvarlige har kjennskap til planer for bygningsmassen som så direkte berører deres fagområde. Hvis ikke dette er tilfellet, er det etter Riksrevisjonens vurdering grunn til å stille spørsmål ved statusen til disse planene. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler videre at Helse Sunnmøre har utarbeidet overordnet utviklingsplan for Ålesund sykehus, og at Riksrevisjonen til tross for dette konkluderer med at Helse Sunnmøre er et av foretakene som verken har mål eller planer. Til dette anføres at respondenten for Riksrevisjonen har vært hele foretaket og ikke det enkelte sykehus. Det vil derfor kunne være tilfeller der sykehus i foretaket har slike planer, men uten at det vil gjelde for hele helseforetaket. For øvrig har Helse Sunnmøre i spørreskjemaet og i intervju opplyst at utviklingen av mål og planer er under arbeid. Riksrevisjonen er kjent med at det forelå en utviklingsplan fra arkitektfirmaet C.F. Møller Arkitekter AS i 2007. Helseforetaket kunngjorde i en pressemelding i 2010 at arbeidet med denne planen ikke hadde blitt prioritert grunnet den økonomiske situasjonen i helseforetaket. Styret i helseforetaket sluttet seg til utviklingsplanen i 2010.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i sitt svar til at Riksrevisjonen legger til grunn et annet utbyggingsregime i de regionale helseforetakene enn det som gjelder. Riksrevisjonen kan ikke se at departementet kommer med nye argumenter for at det skulle stilles andre krav til konseptvalg i sykehusprosjekter enn for staten for øvrig. Departementet presiserer at valg av utbyggingsalternativ for helseforetakene gjøres i løpet av konseptfasen, og at det er det valgte alternativet som skal utredes i full bredde i konseptrapporten. Dette er fullt ut i samsvar med Riksrevisjonens beskrivelse, og som ifølge Riksrevisjonen innebærer en risiko for at vurderingen av alternativene ikke blir reell, og at det foretrukne alternativet i for stor grad blir vektlagt.

Riksrevisjonen ser positivt på at det er etablert et felles system for tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter i helseforetakene, som etter Riksrevisjonens vurdering bygger på de samme prinsippene som ligger til grunn for Finansdepartementets kvalitetssikring av konseptvalg i statlige byggeprosjekter. Undersøkelsen viser at beslutningsgrunnlaget for nye

sykehusbygg ikke er godt nok til å sikre at riktige og realistiske byggeprosjekter blir igangsatt. Det framgår at helseforetakene på et tidlig tidspunkt i tidligfaseplanleggingen ofte blir bundet opp til bestemte løsninger som begrenser handlingsrommet når det gjelder å søke alternative løsninger. Valg av investeringsprosjekt blir da gjort uten en systematisk identifisering og vurdering av alternativer. Det er også en svakhet at overordnede mål og rammer mangler eller ikke er tilstrekkelig avklart i forbindelse med tidligfaseplanleggingen. Riksrevisjonen vil understreke at sykehusutbygginger er store og faglig krevende investeringsprosjekter der tidligfaseplanleggingen legger klare premisser for hva som skjer videre i gjennomføringen av prosjektet og etter at det er ferdigstilt. Riksrevisjonen kan heller ikke se at den lange forhistorien for flere av prosjektene i seg selv rettferdiggjør et dårligere beslutningsgrunnlag når det gjelder vurdering av ulike utbyggingsalternativer og igangsetting av forprosjekt. Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at det er behov for et mer målrettet styrings- og kvalitetsopplegg for denne fasen. For øvrig viser Riksrevisjonen til Prop. 1 S (2010–2011) for Helse- og omsorgsdepartementet, der det framgår at de regionale helseforetakene fra og med 2011 underlegges en fireårig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptfaseutredninger, tilsvarende Finansdepartementets kvalitetssikringsordning.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Martin Kolberg og Marit Nybakk, fra Fremskrittspartiet, lederen Anders Anundsen, Ulf Erik Knudsen og Terje Halleland, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Hallgeir H. Langeland, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Kristelig Folkeparti, Geir Jørgen Bekkevold, og fra Venstre, Trine Skei Grande, viser til Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene (Dokument 3:11 (2010–2011)).

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at betydelige deler av bygningsmassen til helseforetakene er i for dårlig teknisk stand til å tilfredsstille dagens krav. Rundt halvparten av bygningsmassen har kraftige symptomer på dårlig tilstand. Undersøkelsen viser videre at det er et omfattende behov for bygningsmessig oppgradering da deler av bygningsmassen er lite egnet for dagens drift. 20 prosent av arealet har

dårlig funksjonalitet og er ikke tilpasset helseproduksjonen.

Flertallet mener det er svært uheldig at betydelige deler av sykehussektoren er preget av dårlig vedlikehold og vil fremheve at helseforetakenes bygningsmasse må være tilpasset helseproduksjonen slik at den bidrar til en rasjonell utøvelse av driften. Riksrevisjonens undersøkelse viser at tilstanden har blitt forverret de siste årene. Ifølge helseforetakene selv skyldes dette en nedprioritering av forebyggende vedlikehold.

Flertallet mener det er grunn til bekymring når det offentlige ikke ivaretar fellesskapets eierdommer ved at det drives et jevnt vedlikehold. Manglende regelmessig vedlikehold gjør ofte at istandsetting og det ekstraordinære vedlikeholdet blir stadig mer kostnadskrevende.

Flertallet mener det er viktig at statlige myndigheter er seg sitt ansvar bevisst og sørger for at vedlikeholdsansvaret kan bli tatt godt hånd om. Flertallet mener løsningen må være både strakstiltak og langsiktige tiltak. Det er dårlig samfunnsøkonomi å la eiendommene forfalle slik tilfeller er så langt.

Flertallet mener Riksrevisjonens rapport viser at det er behov for å få på plass en helhetlig finansieringsplan for vedlikehold og oppgraderinger av sykehusene. Det sier seg selv at verditapet blir større for hver dag det ventes med nødvendige investeringer. Samtidig mener flertallet det er viktig at de nødvendige investeringene ikke tas fra pasientbehandlingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg at Riksrevisjonen har undersøkt tilstands- og vedlikeholdsnivået for helseforetakenes bygningsmasse. Ut fra norsk standard for tilstandsanalyse av byggverk har halvparten av den totale bygningsmassen symptomer på dårlig teknisk tilstand. Flere helseforetak peker på at dette skyldes at lokalene inngår i en investeringsplan og/eller at lokalene skal avhendes. Disse medlemmer ser derfor positivt på at de fleste helseforetakene har utarbeidet vedlikeholdsplaner. En del arbeid er også i gang i helseregionene på bygg- og eiendomsområdet for å skaffe til veie bedre informasjons- og plangrunnlag. Disse medlemmer antar at dette arbeidet videreføres og at det gir resultater.

Departementet opplyser at helseforetakene overtok bygg og utstyr for 66 mrd. kroner da sykehusreformen ble innført, og at verdien frem til 2009 har steget med 13 mrd. kroner. Disse medlemmer oppfatter at det alltid vil være ulik tilstand på bygningsmassen, ettersom den ikke er oppført samtidig. Disse medlemmer forventer likevel at alle bygg i alle foretak til enhver tid er i slik stand at det aldri

vil gå ut over behandlingstilbudet. Revisjonen peker ikke på noen slike tilfeller. Derimot kommer det frem at det er behov for oppgradering, og disse medlemmer forventer at helseforetakenes arbeid med å utarbeide mål og planer for bygningsmassen, samt økonomiske prioriteringer innenfor hver region, vil gi flere positive resultater når det gjelder kontinuerlig vedlikehold.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at sykehussektorens trange økonomi forklarer noe av situasjonen. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet en rekke ganger har tatt til orde for at det også bør vurderes å slette deler av sykehusenes opparbeidede gjeld, i tillegg til å bevilge friske midler. Det er åpenbart at sykehusenes gjeldssituasjon er svært belastende.

Komiteen mener 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. Komiteen forventer at det nasjonale prosjektet som nå er satt i gang for å klassifisere sykehusareal vil bidra til effektivisering, ved at man gjennom sammenligning av arealfordeling og måling av areal opp mot produksjon, oppnår effektivisering. Komiteen forventer at prosjektet vil redusere andelen på 20 prosent av helseforetakenes areal som i dag oppgis å ha dårlig funksjonalitet. Riksrevisjonen viser til at fem foretak allerede har registrert sine areal etter dette systemet og at resten av helseforetakene planlegger å ha registrert sine areal innen 2012.

Komiteen viser til at departementet i brev til de regionale helseforetakene har gitt føringer for tidligfaseplanlegging av investeringsprosjekter. Det stilles krav til å gjennomføre en utredningsmessig mellomfase, konseptfasen, hvor alternative investeringer vurderes med en begrunnelse for valgte alternativ. I 2006 ble det utviklet en veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter for å bidra til effektiv og målrettet planlegging med styrket kvalitet i planprosessen. Komiteen tar med seg Riksrevisjonens funn om at veilederen har bidratt til å etablere et felles system for tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter. Riksrevisjonens funn viser også at alle de undersøkte konseptrapportene har lagt veilederen til grunn for planleggingen.

Komiteen merker seg at undersøkelsen viser at det faktiske valget av utbyggingsalternativ i stor grad skjer før utredningene og analysene av de alternative forslagene i konseptfasen foreligger. Undersøkelsen peker også på at det forekommer svakheter i de bedriftsøkonomiske analysene i noen prosjekter.

Departementet sier i sitt svar at ansvars- og beslutningsstrukturen for investeringsprosjekter i helseforetakene ikke er den samme som i prosjekter i statlig regi og viser til sine redegjørelser om dette. Komiteen merker seg denne formen for beslutning og mener at ulikheten består i at det i helseforetakene blir lagt frem flere konseptrapporter og i at beslutningen fattes etter den siste rapporten, hvor valgte alternativ blir lagt frem i full bredde. Komiteen ser at utbygging, lokalisering og valg av sykehusutbygginger er et fagfelt som ved hvert tilfelle har lang forhistorie, og det er flere interesser enn målbare bedriftsøkonomiske variabler som ligger til grunn for en beslutning. Likevel understreker komiteen viktigheten av at det utarbeides et presist beslutningsgrunnlag i slike prosesser. Komiteen imøteser derfor den fireårige prøveperioden med ekstern kvalitetssikring av konseptfaseutredninger i helseforetakene omtalt i Prop. 1 S (2010–2011) for Helse og omsorgsdepartementet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser også til at beslut-

ningsgrunnlaget for nye sykehusbygg ikke er godt nok til å sikre realistiske byggeprosjekter. Blant annet settes det urealistiske forventninger til mulige gevinstrealiseringer. Undersøkelsen stiller spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad er tatt høyde for utfordringer knyttet til omorganiseringer og endringer som ligger til grunn for gevinstrealiseringstiltakene.

Flertallet forventer at det legges til grunn realistiske planer når så store byggeprosjekter planlegges. Erfaringer viser at det tar tid før gevinstrealisering kan forventes og at disse først kan forventes etter at nytt bygg og ny organisering har fått gått seg til.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

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

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 8. november 2011

Anders Anundsen

leder

Jette F. Christensen

ordfører

