



Notat til Statsrevisorerne om  
tilrettelæggelsen af en større  
undersøgelse af regionernes  
sygehusbyggeri

September  
2010

revision

revision

revision

**Tilrettelæggelsen af en større undersøgelse af regionernes sygehusbyggeri**

13. september 2010

RN A604/10

**I. Indledning**

1. Jeg oplyste i mit notat til Statsrevisorerne om benchmarking af regionerne på udvalgte områder, at jeg forventer, at Rigsrevisionen over en længere årrække udarbejder flere beretninger om regionernes sygehusbyggerier, og jeg derfor gerne vil sikre mig en god dialog med Statsrevisorerne, som afstemmer forventningerne til undersøgelses temaer og tidsmæssige placering i forhold til byggeprocessen.

De nye sygehusbyggerier udgør en af de største anlægsinvesteringer i Danmark nogensinde og omfatter en række meget store og komplekse byggeprojekter. Der er en række risici og udfordringer forbundet med investeringerne, og det er nødvendigt, at regionerne både har et strategisk og operationelt fokus på at håndtere disse risici.

2. Jeg redegør i dette notat for, hvordan jeg vil tilrettelægge den første undersøgelse af regionernes sygehusbyggerier. Rigsrevisionen har i forbindelse med udarbejdelsen af notatet taget kontakt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner med henblik på at drøfte Rigsrevisionens kommende undersøgelser inden for området.

**II. Rammerne for sygehusinvesteringerne****Regeringens ekspertpanel**

3. Regeringen og Danske Regioner blev i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2008 enige om, at der var behov for strukturændringer i sygehusvæsenet og heraf følgende investeringer i fysiske tilpasninger mv. for at realisere målsætningen om et tidsvarende og bæredygtigt sygehusvæsen, der samler den specialiserede behandling på færre sygehuse.

Regeringen og Danske Regioner aftalte endvidere at nedsætte et ekspertpanel, som skulle vurdere regionernes konkrete sygehusplaner og forslag til anlægsprojekter i forhold til en række principper for sygehusplanerne og fremtidens sygehusinvesteringer, som blev fastlagt i aftalen om regionernes økonomi for 2008.

Principperne omfatter følgende områder:

- *kvalitet*, herunder bl.a. at Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger bør efterleves, og at den præhospital indsats skal udvikles i takt med samlingen af sygehusenes opgaver
- *finansiering*, herunder at provener ved frasalg af eksisterende sygehusmatrikler, lån mv. skal indgå i regionernes finansiering af sygehusbyggerierne

- *personalemæssige resurser og øget produktivitet*, herunder bl.a. at regionerne i deres planlægning af den nye sygehusstruktur skal indarbejde nogle overordnede mål for produktivetsforbedringer og driftsøkonomiske gevinster samt medtænke forbedrede interne arbejdsgange
- *opfølgning på investeringer*, herunder opstilling af mål for produktivetsgevinster, kvalitet, kapacitetsudnyttelse mv.

4. Regeringens ekspertpanel operationaliserede principperne i nogle vurderingskriterier for henholdsvis sygehusplanerne og anlægsprojekterne. Panelets samlede prioritering af det enkelte investeringsprojekt er et resultat af en sammenvejning af vurderingen af regionens sygehusplan og projektvurderingen.

Ekspertpanelet vurderede regionernes sygehusplaner ud fra følgende kriterier:

- samling af funktioner og specialer på færre enheder
- efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet
- den præhospital indsats
- sammenhæng til andre regioner.

Regionernes enkelte anlægsprojekter blev vurderet ud fra følgende kriterier:

- projektets rolle i en ny sygehusstruktur, såvel regionalt som for landet som helhed
- mulige alternativer
- behovsfremskrivning, kapacitetsudnyttelse, arealbehov og økonomi
- produktivets- og driftsforbedringer.

5. Ekspertpanelet skulle på baggrund af sin vurdering indstille til regeringen, om regionernes større strukturelle anlægsprojekter lever op til principperne for en moderne sygehusstruktur og understøtter en sammenhængende sygehusstruktur. Panelet skulle ligeledes indstille en samlet investeringsramme for den enkelte region. Herefter skulle regeringen tage stilling til udmøntningen og finansieringen af de prioriterede projekter.

I november 2008 offentliggjorde ekspertpanelet rapporten "Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering", der indeholdt panelets indstillinger til regeringen om de samlede investeringsrammer for hver region fordelt på de projekter, som panelet prioriterede. For hver region indstillede panelet ligeledes til regeringen, at der blev fastlagt en række forudsætninger for et endeligt tilsagn om midler fra en kvalitetsfond.

Der var 3 fælles forudsætninger for de 5 regioner. For det første, at der blev udarbejdet mere detaljerede projektbeskrivelser for de prioriterede projekter. For det andet, at der blev realiseret en besparelse på driften ud over de løbende produktivetsændringer i sygehusvæsenet. For det tredje, at der lå klare, detaljerede og realistiske planer for udviklingen af den præhospital indsats.

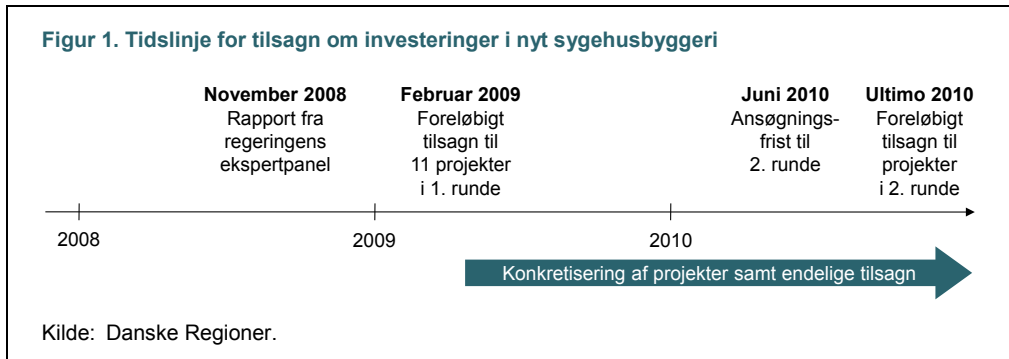
#### **Økonomisk ramme**

6. Regeringen har etableret en kvalitetsfond på i alt 50 mia. kr., hvoraf 25 mia. kr. er afsat til investeringer på sygehusområdet. Regionerne skal finde egenfinansiering på 15 mia. kr., hvorved regionerne kan iværksætte sygehusinvesteringer for ca. 40 mia. kr. i perioden 2010-2018.

De angivne investeringsrammer er totalrammer, som også inkluderer it, apparatur, inventar mv. Totalrammen består af 60 % statslig finansiering og 40 % regional egenfinansiering. Investeringsrammerne er tillige maksimalrammer for hvert sygehusprojekt, og regeringen har over for regionerne oplyst, at der ikke forudsættes senere tillægsbevillinger.

7. Ekspertpanelet afgav i sin rapport en indstilling til regeringen om, hvilke projekter regeringen i en 1. runde burde prioritere ved udmøntning af 15 mia. kr. fra kvalitetsfonden.

Regeringen tager i efteråret 2010 i en 2. runde stilling til tildeling af de resterende 10 mia. kr. fra kvalitetsfonden. Figur 1 viser den overordnede tidslinje for afgivelse af tilsagn i de 2 runder.



8. Regionerne havde frist til 1. juli 2010 med ansøgning til nye projekter. En række af disse projekter har været til førscreening hos ekspertpanelet. En førscreening indebærer, at projektet af ekspertpanelet vurderes til at være i overensstemmelse med principperne for tildeling af midler fra kvalitetsfonden. Flere projekter har fået positiv tilbagemelding i førscreeningen.

9. Regeringen har på baggrund af ekspertpanelets rapport i 1. runde givet et foreløbigt tilsagn til 11 projekter fordelt på de 5 regioner. Ud over de 15 mia. kr. fra kvalitetsfonden finansierer regionerne selv 10 mia. kr., så den samlede investeringsramme udgør 25 mia. kr. i 1. runde.

Regeringen har i juli 2010 givet et endeligt tilsagn til 2 af de 11 projekter og stillet krav om, at den økonomiske styring af projekterne understøttes af uvildige eksperter, som har erfaring med styring af større byggeprojekter. Den samlede investeringsramme for de 2 projekter udgør ca. 6,65 mia. kr. inkl. egenfinansiering på 40 %.

10. Tabel 1 viser fordelingen af projekter og midler på regioner efter 1. runde.

**Tabel 1. Oversigt over tilsagn fordelt på sygehusprojekter i 1. runde (Mio. kr.)**

Region	Projekter	Foreløbigt tilsagn	Endeligt tilsagn	Tilsagn i alt
Nordjylland	Aalborg Sygehus	3.200		3.200
Midtjylland	Nyt universitetshospital i Århus		6.350	6.350
	Regionshospital Viborg	1.150		1.150
Syddanmark	Nyt universitetshospital i Odense	6.300		6.300
	Kolding Sygehus	900		900
Sjælland	Psykiatri i Slagelse	1.050		1.050
	Slagelse Sygehus		300	300
Hovedstaden	Rigshospitalet	1.850		1.850
	Herlev Hospital	2.250		2.250
	Hvidovre Hospital	1.450		1.450
	Sct. Hans Hospital	550		550
<b>I alt</b>		<b>18.700</b>	<b>6.650</b>	<b>25.350</b>

Kilde: Danske Regioner og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Tabel 1 viser, at der i 1. runde er givet foreløbigt tilsagn på 18,7 mia. kr., endeligt tilsagn på 6,65 mia. kr. og dermed et samlet tilsagn om en investeringsramme på 25,35 mia. kr. inkl. regional egenfinansiering.

### **Regionernes egenfinansiering**

11. Regionernes egenfinansiering skal primært komme fra regionernes ordinære anlægsrammer. Derudover kan egenfinansiering bestå af lån. Låneadgangen, som modsvarer et forventet fremtidigt salgsprovenu for nedlagte sygehusbygninger, må udgøre op til  $\frac{1}{3}$  af den samlede regionale egenfinansiering, svarende til 12,5 % af den samlede ramme inkl. regional egenfinansiering.

Den endelige finansiering af de konkrete projekter fastlægges i forbindelse med det endelige statslige tilsagn. Tilsagnet fastsætter den konkrete finansieringsprofil på baggrund af det forventede investeringsforløb for hvert projekt. Låneoptagelsen tilknyttes de år, hvor finansieringsbehovet er størst.

Regionen opretter en øremærket konto for hvert projekt, der får tilsagn. Midlerne fra kvalitetsfonden udbetales efter en fastlagt udbetalingsprofil i tilsagnet. Udbetalingen er betinget af, at regionen på kontoen har hensat den egenfinansiering, som er forudsat i tilsagnet.

12. Det er min opfattelse, at regeringens og Danske Regioners målsætning om at udvikle et tidssvarende og bæredygtigt sygehusvæsen, som skal realiseres ved omfattende investeringer i sygehusbyggeri i perioden 2010-2018, stiller høje krav til regionerne om såvel strategisk som operationel styring af investeringerne.

### **III. Regionernes tilgang til sygehusinvesteringerne**

#### **Om ekspertpanelets beregningsforudsætninger**

13. Regionerne indsendte i december 2008 til Danske Regioner et høringssvar til ekspertpanelets rapport. Danske Regioner udarbejdede på den baggrund et notat i januar 2009 med bemærkninger til rapporten.

14. Panelet havde på en række parametre nedjusteret det grundlag, som regionerne lagde til grund for beregningen af sygehusenes dimensionering. Nedjusteringen skete ud fra et forsigtighedsprincip og en satsning på fleksibelt byggeri.

15. Danske Regioners bemærkninger var derfor primært rettet mod ekspertpanelets metodiske tilgang til dimensioneringen af de fremtidige sygehuse, hvor panelet ifølge Danske Regioner var mere restriktivt end regionerne.

Regionernes egne beregninger byggede bl.a. på analyser, som Danske Regioner fik foretaget om fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter og standardniveauer for arealstandarder. Danske Regioner var på den baggrund uenige i nogle af de forudsætninger, som lå til grund for ekspertpanelets beregninger, og som havde betydning for panelets vurdering af regionernes projekter.

Det fremgår af notatet, at Danske Regioner er uenige med ekspertudvalget om følgende forudsætninger:

#### *Fremskrivning*

16. Ekspertpanelet forventer, at den ambulante behandling stiger ca. 50 %, mens antallet af senge kan reduceres med ca. 20 % i perioden 2007-2020. Det er imidlertid Danske Regioners opfattelse, at stigningen i ambulante behandling bliver ca. 5 % årligt fra 2007 til 2018. De påpeger, at en underdimensionering kan gøre den ambulante kapacitet til en flaskehals. Endvidere påpeger Danske Regioner, at en reduktion på 20 % i antallet af senge kræver, at den ambulante kapacitet udvides yderligere.

#### *Arealstandarder*

17. Ekspertpanelet finder, at der bør fastlægges en arealstandard for enestuer på 33-35 m<sup>2</sup>. Regionerne arbejder imidlertid med en standard på 40 m<sup>2</sup>, som ifølge regionerne sikrer, at arbejdsmiljøregler og myndighedskrav kan imødekommes, og tager højde for forventningen om mere plejetunge patienter i fremtiden. Regionerne udtrykker bekymring for, at den anbefalede arealstandard kan få uheldige konsekvenser i form af manglende fleksibilitet.

#### *Brutto-/nettofaktor*

18. Brutto-/nettofaktoren angiver forholdet mellem det samlede areal for en bygning (= brutto) og det indvendige areal af alle rum, bortset fra gange, trapper, elevatorer og teknikrum mv. (= netto).

Ekspertpanelet anbefaler en brutto-/nettofaktor på 2,0 for nybyggeri i somatikken og 1,8 for psykiatrien. Regionerne regner imidlertid med en brutto/nettofaktor på 2,1, som begrundes i analyser af en række nyere sygehusprojekter samt teknikreservens betydning for fleksibilitet og fremtidssikring af sygehusbyggeriet. Regionerne peger også på, at der ikke er gennemført nyere sygehusbyggerier med en brutto-/nettofaktor på 2,0 i Skandinavien.

#### *Kapacitetsudnyttelse*

19. Ekspertpanelet foreslår, at effektiviteten i ambulatoriet øges til 245 dage med en effektiv udnyttelse på 7 timer pr. dag. Regionerne baserer imidlertid beregningen på en effektiv patienttid på 6 timer pr. dag i 220 dage. Regionerne bemærker bl.a., at ekspertpanelet i sin vurdering ikke har medtænkt faktorer såsom arbejdstilrettelæggelse, deltid, manglende lyst til overarbejde, ferieperioder og rekrutteringsproblemer.

#### *Fleksibilitet*

20. Det er Danske Regioners opfattelse, at ekspertpanelets forudsætning om, at der skal satses på fleksibelt byggeri, undermineres af ekspertpanelets dimensioneringskriterier, som efter Danske Regioners opfattelse er stramme.

#### *Økonomiske forudsætninger*

21. Ekspertpanelet forudsætter et prisniveau på samlet maks. 29.000 kr./m<sup>2</sup> for byggeri af universitetshospitaler på barmark. For øvrige nybyggerier og tilbygninger forudsætter panelet en pris på maks. 27.000 kr./m<sup>2</sup> og for psykiatrien en pris på maks. 22.000 kr./m<sup>2</sup>. Panelet har derudover generelt reduceret udgifterne til ombygning med 20 %.

Regionernes forventninger til totaludgifter/kvadratmeterpriser ligger i alt overvejende grad over det, som panelet forudsætter, hvorfor Danske Regioner bl.a. opfordrer til at lade en eksternt instans vurdere prisniveauet.

#### **Regionernes overordnede styring af sygehusinvesteringerne**

22. Regionerne anerkender, at sygehusbyggerierne er komplekse byggeprojekter med mange forskellige interessenter involveret og forskellige behov, der skal imødekommes, hvilket kan besværliggøre beslutningsprocessen. Styringen af de enkelte sygehusprojekter er forbundet med en række risici, og for at sygehusprojekterne kan gennemføres med succes, er det bl.a. nødvendigt at have klare beslutningsstrukturer og forretningsgange, samt at der kan tiltrækkes medarbejdere med de rette kompetencer på de rette tidspunkter i processen.

Regionsdirektørerne besluttede derfor i februar 2008 at udarbejde et sæt fælles principper for økonomisk styring af større anlægsprojekter, dels på grund af sygehusprojekternes størrelse og kompleksitet, dels på grund af den formodede statslige og offentlige interesse for, hvordan projekterne skred frem.

KPMG udarbejdede for Danske Regioner i oktober 2008 rapporten "Økonomisk styring af større anlægsprojekter/sygehusbyggerier", som indeholdt de væsentligste principper inden for en række centrale områder, som fx byggeorganisation og økonomistyring.

Med udgangspunkt i anbefalingerne fra KPMG vedtog regionerne at følge 5 hovedprincipper for økonomisk styring af større anlægsprojekter. Principperne tager særligt sigte på at sikre, at der er en betryggende økonomistyring af projekterne, og at den politiske ledelse har løbende og tilstrækkelig indsigt i projekternes udvikling og økonomi.

De 5 hovedprincipper er:

- *Den politiske ledelse fastlægger de strategiske beslutninger og sikrer tilsyn med byggeriet*  
Den politiske ledelse (regionsrådet eller forretningsudvalget, i det omfang der delegeres hertil) fastlægger de strategiske beslutninger for det enkelte byggeri, herunder økonomi, visioner, strategiske målsætninger og succeskriterier. Den politiske ledelse følger løbende udviklingen i byggeriet og sikrer gennem styringsmanualer, at der følges systematisk op i forhold til byggeriets økonomi og fremdrift.
- *Udarbejdelse af en styringsmanual for hvert større anlægsprojekt*  
Der udarbejdes en styringsmanual for hvert større anlægsprojekt, som beskriver, hvordan de centrale dele af byggeprocessen tilrettelægges og styres, herunder den løbende økonomiopfølgning og -rapportering. Styringsmanualen udmønter overvågningsansvaret for den politiske ledelse, og der fastlægges pejlemærker for, hvordan og på hvilke tidspunkter der rapporteres til den politiske ledelse. Styringsmanualen godkendes i regionsrådet.
- *Etablering af en robust og beslutningsdygtig byggeorganisation*  
Der etableres en robust og beslutningsdygtig byggeorganisation, som i alle byggeprojekters faser kan matche de eksterne samarbejdspartnere, fx i forbindelse med kontraktindgåelsen og den løbende opfølgning på byggeriet. Organisationen kan etableres både decentralt som selvstændig byggeenhed og som et led i den eksisterende byggeforvaltning. Dele af den kan også varetages af eksterne leverandører.
- *Systematisk og klar risikostyring*  
Forud for hvert større byggeprojekt formuleres en klar risikopolitik, hvis indhold bygger på politisk vedtagne målsætninger og politikker, herunder hvordan centrale styringsparametre som tid, kvalitet og økonomi prioriteres. Risikopolitikken indgår som en central del af styringsmanualen, og der er en tæt sammenhæng mellem risikovurderingen og de opfølgingsprocedurer, som besluttes.
- *Uafhængig controlling*  
Der etableres en uafhængig controlling af hvert større byggeprojekt. Opgaven udføres uafhængigt af byggeorganisationen og kan enten placeres i en anden forvaltningsenhed eller hos en ekstern virksomhed.

23. Det er min opfattelse, at uenigheden mellem ekspertpanelet og Danske Regioner om beregningsforudsætningerne for sygehusinvesteringerne indebærer en væsentlig risiko for, at sygehusbyggerierne ikke gennemføres i forhold til den forventede tid, økonomi og/eller kvalitet.

#### **IV. Tilrettelæggelse af en undersøgelse**

24. Det er min opfattelse, at der både er strategiske og operationelle risici forbundet med regionernes sygehusbyggerier. Regionerne har ikke erfaringer med at styre så store og komplekse projekter, som de nye sygehusbyggerier er. Der er videre usikkerhed om, hvad de fremtidige sygehusbehov helt konkret er. Endvidere kan uenigheden om beregningsforudsætningerne resultere i, at der vælges projektløsninger, som ikke søges fremtidssikret. Der er herudover også usikkerhed om regionernes egenfinansiering, da den bl.a. afhænger af, om regionerne kan sælge grunde til den budgetterede pris.

Jeg agter derfor at sætte en undersøgelse i gang, der fokuserer på, om regionernes organisatoriske og økonomiske tilrettelæggelse af sygehusbyggerierne afspejler de risici, der knytter sig til byggeriernes kompleksitet.

Undersøgelsen vil bl.a. omfatte emner om fastsættelse af mål og strategier for regionernes byggerier, regionernes opbygning af en kompetent og beslutningsdygtig byggeorganisation, en sikker og rettidig økonomistyring samt systematisk risikostyring.

## **V. Afslutning**

25. Det er min opfattelse, at Rigsrevisionen vil kunne identificere væsentlige udfordringer og risici ved regionernes sygehusbyggerier og på baggrund af vurderinger af bedste praksis komme med anbefalinger, der kan bidrage til at effektivisere det fremtidige byggeforløb.

26. Jeg har i notatet skitseret en undersøgelse af regionernes organisering af sygehusbyggerierne. Hvis Statsrevisorerne er indforstået hermed, vil jeg sætte undersøgelsen i gang med det samme i overensstemmelse med det ovenfor skitserede.

Jeg vil afhængigt af undersøgelsens resultater, den løbende udvikling i sygehusbyggerierne og i dialog med Statsrevisorerne tage stilling til, hvilke yderligere undersøgelser Rigsrevisionen skal gennemføre inden for området.

27. Jeg skal for en god ordens skyld understrege, at der undervejs vil kunne ske ændringer i tilrettelæggelsen og afgrænsningen af undersøgelsen i forhold til det skitserede oplæg.

Henrik Otbo