

Investeringer i spesialist- helsetjenesten i Norge

Bygg
Medisinskteknisk utstyr
Kompetanse

Juni 2013



Forord

Et tilpasset nivå på tilgjengelige bygg, medisinskteknisk utstyr (MTU) og kompetanse er nødvendige forutsetninger for kvaliteten og effektiviteten i spesialisthelsetjenesten.

Denne rapporten gjennomgår spørsmål knyttet til investeringsnivået for disse områdene innen spesialisthelsetjenesten, og dekker følgende temaer:

1. Historisk investeringsnivå og framtidige investeringsplaner
2. Sykehusbygg: Tilstand og investeringer
3. Medisinskteknisk utstyr: Tilstand og investeringer
4. Kompetanse: Ressursbruk og systematikk.

IKT er også et viktig felt som helseforetakene har valgt å prioritere framover, med samlede investeringer på nesten 10 mrd. kr. i perioden 2013-2017. IKT har ikke vært tema for denne gjennomgangen, men inngår i de samlede investeringsoversiktene.

Spørsmål knyttet til driftsutgiftene og driftseffektiviteten er heller ikke dekket. Naturlig nok bør investeringsnivå og investeringenes effektivitet sees i lys av den løpende drift og hvilken effekt et positivt samspill kan gi på kvaliteten av tjenestene, effektiviteten i tjenestene og de kort- og langsiktige økonomiske effektene.

Rapporten er en oppfølging av en rapport med samme navn utarbeidet i 2010. Den rapporten inkluderte også en gjennomgang av IKT-området og et antall internasjonale sammenligninger. Herværende rapport går mer i dybden innen områdene bygg, medisinskteknisk utstyr og kompetanse.

2010-rapporten ga grunnlag for en positiv dialog i sektoren rundt investeringsområdet og de sentrale prioritetene, herunder rundt behovet for en økt satsning på IKT.

Både 2010-rapporten og denne rapporten er utarbeidet av McKinsey & Company, Norge. 2013-rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Den norske legeforening. Fra McKinseys side har det vært en forutsetning for oppdraget og arbeidet at vi kunne stå fritt når det gjelder utarbeidelse av rapport og konklusjoner på en måte som vi anser er faglig begrunnet. Siktemålet har vært å etablere en objektiv og uavhengig, faglig begrunnet, faktabasert og hovedsakelig tallbasert rapport.

Rapportens fokus har vært å analysere og kartlegge dagens tilstand og framtidige planer og behov. En vurdering av strategien eller av eventuelle endringer i ledelses- og styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten for å forbedre eller kompensere på utfordringene har vært utenfor rammene av arbeidet. På et antall områder er det ønskelig med nærmere analyser for mer spesifikt å anslå det optimale investeringsnivå. Disse områdene er særskilt omtalt på angjeldende sted i rapporten.

Arbeidet er gjennomført i perioden mars-mai 2013. McKinsey har stått for valg av metode, gjennomføring av analyser og utarbeidelse av rapporten. Utredningen baserer seg på offentlig tilgjengelig data og dokumenter, og er kvalitetssikret gjennom supplerende intervjuer med nøkkelpersoner innenfor ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Et antall spesifikke situasjoner («cases») er også vurdert. Legeforeningen har bistått med innsamling av datagrunnlaget og tilrettelegging av intervjuer.

McKinsey er ansvarlig for rapportens vurderinger, som verken kan tillegges Legeforeningen eller intervjuobjektene.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	1
1 Historisk investeringsnivå og investeringsplaner	5
1.1 Historiske investeringer i spesialisthelsetjenesten	5
1.2 Historiske investeringer per helseforetak	7
1.3 Gjeldsutvikling i helseforetakene	8
1.4 Planlagte investeringer	11
1.5 Historiske og planlagte årsresultat i helseforetakene	13
1.6 Kapitalintensitet	15
2 Sykehusbygg	18
2.1 Utvikling i bygningsmassen	18
2.2 Metoder for å estimere investeringsbehov	21
2.3 Forvaltning av sykehusbyggene	30
3 Medisinskteknisk utstyr	32
3.1 Medisinskteknisk utstyr i helseforetakene	32
3.2 Planlagte investeringer i medisinskteknisk utstyr	35
3.3 Behov for medisinsk teknisk utstyr	36
3.4 Metoder for å beregne investeringsbehov	37
4 Kompetanse	41
4.1 Ressursinnsats	41
4.2 Kompetanseutvikling	44
4.3 Ledelse i spesialisthelsetjenesten	46
Kildehenvisning	49
Litteratur	49
Intervju	51

Sammendrag

Utredningen retter søkelyset mot de samlede investeringer i helseforetakene og med dypere analyser innen områdene sykehusbygg og medisinskteknisk utstyr (MTU), samt kompetanse. Rapporten har således sett på nesten 90% av helseforetakenes varige driftsmidler (Figur 1). Nedenfor er et sammendrag av de viktigste observasjonene.

1 Historisk investeringsnivå og investeringsplaner

Nivået av samlede investeringer i spesialisthelsetjenesten har falt fra årene 2004-2009 til årene 2009-2012. I 2007 var de totale investeringene på 10,0 mrd.kr. (indeksjusterte 2012-kroner, 8,7 mrd.kr. i 2007-kroner), og de falt jevnt til 5,4 mrd.kr. (indeksjusterte 2012-kroner) i 2011, før de økte til 7,1 mrd.kr. i 2012. Reduksjonen skjedde dels idet et antall særskilte investeringsprogram/bygg ble ferdigstilt, og før bedre driftsresultat ga grunnlag for igjen å øke investeringene.

Fra 2007 til 2012 er sysselsatt kapital i bygg og medisinskteknisk utstyr omtrent uendret, og fallende om en tar hensyn til prisutvikling i samme periode. 75% av helseforetakene (HF) har hatt nedgang i investert kapital i bygninger siden 2007, 40% i både bygg og medisinskteknisk utstyr.

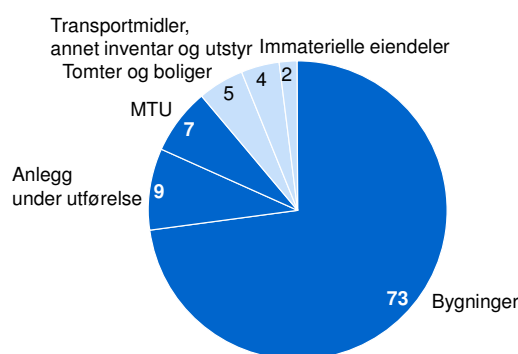
Samtidig har den totale gjelden i helseforetakene økt fra 47 mrd.kr. i 2007 til 55 mrd.kr. i 2012. Etter en sterkt økende gjeldsgrad fra 2002 til 2007 er den holdt stabilt fram til 2012.

De kommende fem årene planlegges investeringene igjen å øke, men noe under nivået i 2004-2009. Fra 2013-17 planlegger de regionale helseforetakene (RHF-ene) med årlige investeringer på mellom 8,2 til 9,4 mrd.kr. Dette forutsetter dog vesentlig økte driftsoverskudd, især i Helse Sør-Øst. Ved å summere planer for de regionale helseforetakene ser en at økningen i investeringer overstiger hva som kan finansieres over driften, hvilket antas i langtidsbudsjettene å kreve nye låneopptak.

Også med denne økningen fortsetter likevel trenden fra siste 10 år med stadig lavere investeringer i forhold til inntekten, hvilket er ulikt de fleste virksomheter i Norge. Kapitalintensiteten har falt markant. De fleste andre sektorer bruker mer

Figur 1: Helseforetakenes varige driftsmidler

2012, Prosent (Total = 75,9 mrd. kr.)



KILDE: RHF-enes årsrapporter, 2012

kapitalutstyr for å forsterke produktiviteten og kvaliteten, og har en tilsvarende økning i samme periode. Kun 2 av 22 helseforetak har hatt en utvikling i kapitalintensiteten på linje med samfunnet for øvrig.

Høy inntektsvekst og tiltak for effektiv kapitalbruk reduserer kapitalintensiteten (ved ellers uendrede forhold). Høy inntektsvekst og overføring av nye oppgaver med begrenset medfølgende kapital kan således forklare noe av den relative nedgangen, mens det er begrensede holdepunkter for at (den positive) effektiviseringen i kapitalbruken har vært større enn i andre sektorer.

Basert på helseforetakenes langtidsplaner vil kapitalintensiteten reduseres ytterligere. Dette skyldes blant annet en høy inntektsvekst sammenlignet med mange andre sektorer, samt lang tid for å utvikle investeringsprosjektene. Likevel reiser dette spørsmål om utgiftene til investeringer er tilstrekkelig tilpasset.

Driftsresultatene i helseforetakene er betydelig forsterket siste 6 år, fra et samlet underskudd på 1,9 mrd.kr. i 2006 til et overskudd på 1,7 mrd.kr. i 2012. Helseforetakene er altså på vei mot en økonomisk situasjon med økt driftsoverskudd. Videre forbedring vil således tilrettelegge for økt framtidig investeringsevne, og med prioriteter og gjennomføringsplaner basert på beslutninger i de enkelte helseforetakene/regionale helseforetakene.

Helse Sør-Øst og Helse Nord har budsjettet med vesentlig høyere investeringer enn hva som kan bæres av kontantstrømmen i 2012. For Helse Sør-Øst betyr det at driften må forbedres for å finansiere investeringene, mens Helse Nord har tilgjengelig likviditet/låneramme. Helse Midt har forestående investeringer (utover 2017) og planlegger å øke likviditeten gjennom overskudd i driften. Helse Vest planlegger ingen større endringer i denne perioden.

2 Sykehusbygg: Tilstand og investeringer

Den tekniske tilstanden til det gjennomsnittlige norske sykehusbygg er dårligere i 2012 enn i 2007, og over halvparten av bygningsmassen har et teknisk oppgraderingsbehov. Bokført verdi av bygningene har økt svakt (i løpende kroner), men korrigert for økte byggekostnader (4,6% årlig i Norge siste 33 år) er det en reell reduksjon. Økte verdier er drevet av nye sykehus ved Akershus universitetssykehus (Ahus) og St. Olavs Hospital, mens verdien er redusert for 15 helseforetak.

Fra 2003 til 2010 økte helseforetakenes areal med 11%. Denne arealøkningen har skjedd til tross for at antall liggedøgn ble redusert med 12 % fra 2006 til 2011. En nærmere undersøkelse av arealfordelingen i noen enkeltsykehus viser at ca. 2/3 er ikke-klinisk areal.

Tre ulike beregningsmetoder peker mot et investeringsbehov de neste 10 årene i bygg på vel 65 mrd.kr., mens helseforetakenes langtidsplaner indikerer et investeringsrom på 48-54 mrd.kr. Optimalt investeringsnivå for sykehusbygg vil således være knyttet til ambisjonsnivået i forhold til restruktureringer og konsolidering av sykehusstrukturen, ref. Sykehuset i Østfold.

Med en ambisiøs restrukturering som i Danmark, vil således omfanget av optimale investeringer øke. Dette indikerer et gap på i størrelse minst 11-17 mrd.kr.

Helseforetakene eier og forvalter i sum den største og en av de mest komplekse bygningsmassene i Norge. Bygningsmassen utgjør totalt 4,7 mill. kvm, sammenliknet med 4,2 og 2,7 mill. kvm i henholdsvis Forsvarsbygg og Statsbygg. Bygningene i helseforetakene forvaltes i stor grad desentralisert og med ulike system for vedlikehold, utvikling/avvikling og avhending.

Uavhengig av investeringsnivå må det etableres en systematikk og delt beste praksis på utvikling, gjennomføring og oppfølging av sykehusbygg, med beslutninger basert på en samlet vurdering av pasientkvalitet og driftsøkonomiske fordeler. I tillegg synes det som den etablerte praksis og metodikk har ledet til svært høye kostnader per kvadratmeter sett i forhold til hva som er tilfelle ellers i Norden, også etter korrigeringer for særnorske kostnadsforhold.

3 Medisinteknisk utstyr: Tilstand og investeringer

Gammelt medisinskteknisk utstyr (MTU) akkumuleres i sykehusene. Nå er 1/3 av alt utstyret over 10 år gammelt. 18 av 20 helseforetak har etterslep i MTU-porteføljen. Å erstatte etterslepet vil alene koste om lag 3-5 mrd.kr.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene, men totalt har bokført verdi for MTU-beholdningen økt 1% per år i perioden 2007-2012. Korrigert for alminnelige prisveksten (med en KPI-endring på 1,8% per år siste 10 år) er det en reell reduksjon på 1% per år.

Helseforetakene planlegger å øke investeringer i medisinskteknisk utstyr til 7,5 mrd.kr. over de neste 5 årene. Det vil redusere alderen i dagens maskinpark. Dersom investeringsnivået framskrives i en tiårsperiode, svarer det til 14-16 mrd.kr. Det vil være 2-4 mrd. kr. for lite til å fornye eksisterende utstyrspark innen dagens avskrivningstider.

I forhold til takten i den teknologiske utviklingen, skiftes kritisk medisinskteknisk utstyr ut nær halvparten så ofte som befolkningens private forbrukerelektronikk med samme rate for teknisk ytelsesforbedring. Nyere medisinskteknisk utstyr vil bedre diagnostikken og i mange tilfeller være mer driftseffektivt. Dersom man legger til grunn en standardheving, med 8 år som akseptabel gjennomsnittlig

levetid, gir det et investeringsbehov på 21-27 mrd.kr. mot om lag 18 mrd.kr. i dagens rammer.

4 Kompetanse: Ressursbruk og systematikk

Helsesektoren er kjennetegnet av høy kompetanse i pasientbehandlingen, og faglige retningslinjer, beste praksis, behandling og teknologi endres relativt raskt. Tilstrekkelig ressursbruk og høy kvalitet i kompetanseutviklingen er dermed svært viktig. Kompetanse nevnes ofte i styringsdokumenter som strategisk viktig, men overordnet finnes det lite oppfølging og få mål på kvalitet og ressursinnsats. Bortsett fra noen helseforetak var det begrenset respons og lite data og informasjon som ble gjort tilgjengelig fra helseforetakene.

Direkte kostnader til kompetanseutvikling utgjorde i 2012 545 mill.kr., 0,46% av de totale inntektene. Det er relativt stor variasjon mellom helseforetakene, fra 0,69 til 0,23% av inntekten. Det er i perioden 2006 til 2011 en økning på 4% årlig, altså rundt 2% over prisstigningen.

Det er viktig å understreke at det er knyttet betydelige indirekte kostnader til kompetanseutvikling, og de direkte kostnadene inneholder trolig et sted mellom 10-20% av totale kostnader knyttet til kompetanseutvikling. De indirekte kostnadene er knyttet til ansattes tidsbruk/lønn, prosjekter, permisjoner, med mer.

Fra 1. januar 2012 betaler ikke legemiddelindustrien/utstyrsleverandører lenger for kurs og konferanser for leger. Etter en gjennomgang av relevante styringsdokumenter er det ikke funnet indikasjoner på at dette bortfallet er kompensert for i helseforetakene eller i de regionale helseforetakene. I en spørreundersøkelse foretatt av Legeforeningen til medlemmene oppgir nesten halvparten (47,3%) av respondentene at de har vært på færre kurs/konferanser i 2012 enn i tidligere år, 3,9% oppgir at de var på flere.

Vi ser konturene av mer systematikk i arbeidet med kompetanse. Helse Vest har iverksatt et omfattende arbeid med sikte på å måle ressursinnsatsen innen kompetanse. Regionen har også utviklet et godt verktøy (Kompetanseportalen) som gir oversikt over og systematiserer kompetanseutviklingen.

Overordnet for spesialisthelsetjenesten er likevel hovedkonklusjonen at presisjonsgraden er relativt lav når det gjelder hvilke konkrete resultater man ønsker å oppnå, hvilke lærdommer som kan hentes fra beste praksis i andre kompetanseintensive virksomheter i rask utvikling, hvilke ressurser som skal settes inn og hvordan kompetanseutviklingen skal gjennomføres. Eiers oppfølging innen kompetanse framstår også som lite sofistisert.

□ □ □

1 Historisk investeringsnivå og investeringsplaner

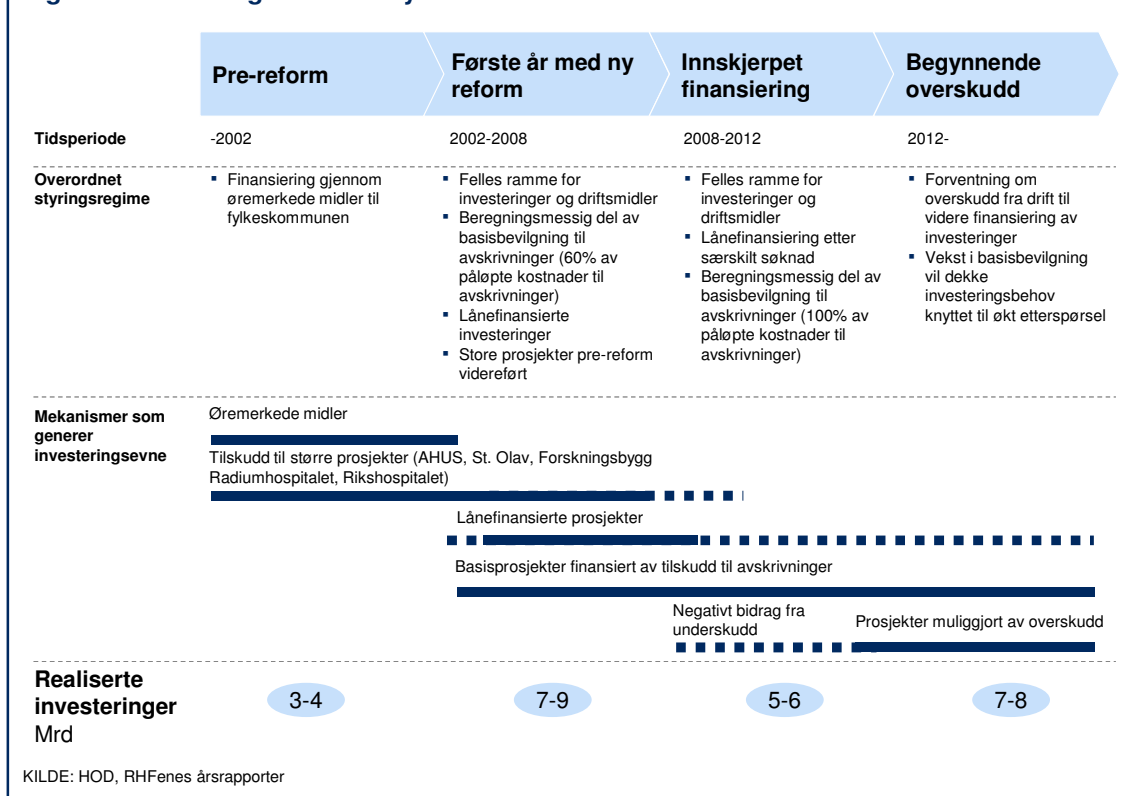
I dette kapitlet gjennomgås det overordnede bildet av investeringsnivået og investeringsplanene. Det danner derfor grunnlag for den mer spesifikke gjennomgang av områdene bygg, medisinskteknisk utstyr og kompetanse.

1.1 HISTORISKE INVESTERINGER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Etter sykehusreformen i 2002 økte investeringene i spesialisthelsetjenesten fram til 2007. Dette ble understøttet av ekstraordinære tilskudd til større prosjekter, økt lånefinansiering og økte basisbevilgninger. I 2008 ble basisbevilgningen til avskrivninger også økt fra 60% til 100%. Fra perioden 2004-2008 til 2009-2012 falt nivået av samlede investeringer i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for de ulike fasene er beskrevet nærmere i den forrige investeringsrapporten. Figur 2 skisserer trendene overordnet.

I dagens modell er det forutsatt at helseforetakene over tid skaper et overskudd og muligheter for låneopptak som kan styre investeringsnivå, der beslutninger og avveininger mellom drift og investeringer ligger lokalt og regionalt. Overskudds- og likviditetssituasjonen er bedret de siste år og har bidratt til noe økt investeringsnivå, og det framgår at helseforetakene venter å forsterke denne utviklingen i langtidsbudsjettene fram til 2017.

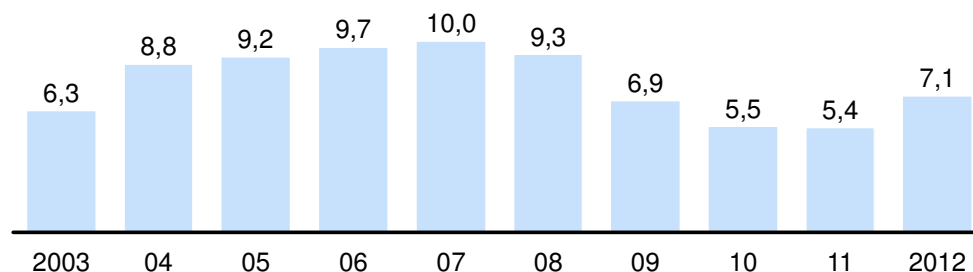
Figur 2: Investeringer i norsk sykehussektor – fire faser



I 2007 var de totale investeringene på 8,7 mrd.kr. (svarer til 10,0 mrd.kr. i indeksjusterte 2012 kroner). Etter 2007 falt de samlede investeringene jevnt ned til 5,4 mrd.kr. (indeksjusterte 2012-kroner) i 2011, før de økte til 7,1 mrd.kr. i 2012 (Figur 3). Reduksjonen er hovedsakelig knyttet til en nedgang i investeringer i bygg. Det er ikke igangsatt nye større sykehusbygg etter St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus, før igangsettelsen av Sykehuset Østfold.

Figur 3: Investeringer 2003 - 2012

NOK milliarder, inflasjonsjusterte 2012-kroner²

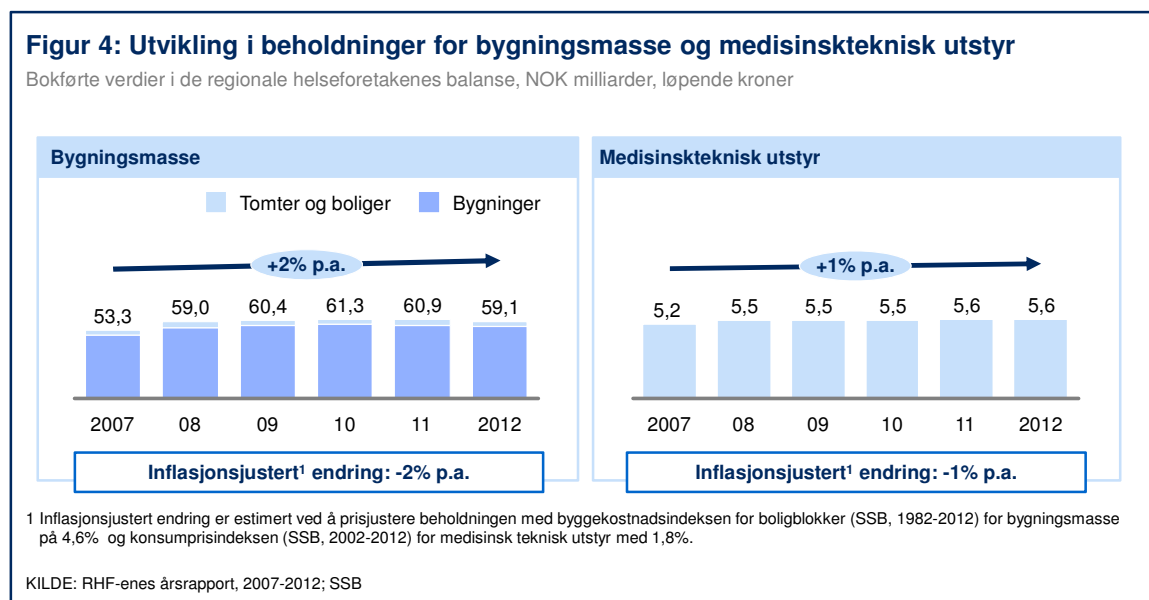


1 Utbetalinger til kjøp av driftsmidler. Investeringer i immaterielle eiendeler er ikke inkludert.

2 Investeringer i bygningsmasse prisjustert med SSBs byggekostnadsindeks for boligblokker. Andre investeringer prisjustert med SSBs KPI.

KILDE: RHF-enes årsrapporter; SSB

Fra 2007 til 2008 økte de bokførte verdiene i bygg og medisinskteknisk utstyr med totalt 6 mrd.kr. grunnet ferdigstilling av St. Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus. Fra 2008 har foretakene investert på nivå med avskrivningene. Bokførte verdier i bygg og medisinskteknisk utstyr har dermed økt noe i hele perioden, men er reelt fallende 1-2% om en tar hensyn til prisutviklingen i samme periode (Figur 4).



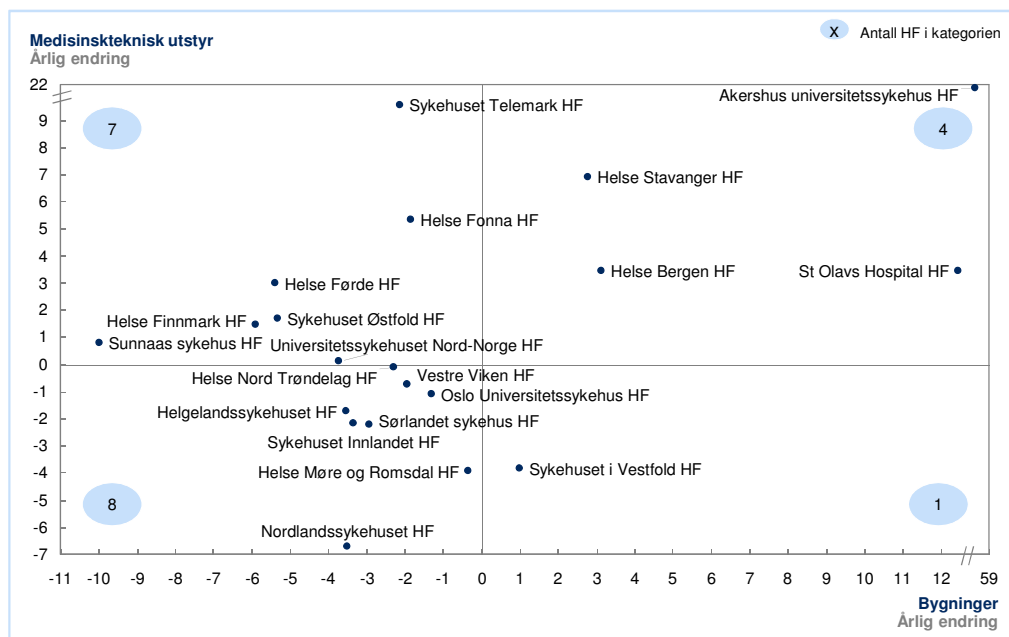
1.2 HISTORISKE INVESTERINGER PER HELSEFORETAK

For de ulike helseforetakene varierer utviklingen for bygg og medisinskteknisk utstyr mye, men med en overveiende negativ utvikling innen bygg der 15 av 20 helseforetak har hatt nedgang i verdien av bygningsmassen. Utviklingen innen medisinskteknisk utstyr er mer balansert, men 8 av 20 helseforetak har hatt nedgang i både bygg og utstyr.

Noen helseforetak har dog hatt en betydelig økning i begge størrelsene. Dette kan indikere en «skippertakstilnærming» der de fleste helseforetak tærer på eksisterende bygg og medisinskteknisk utstyr, mens bokført verdi både for bygg og medisinskteknisk utstyr trappes opp når nye bygg ferdigstilles. Figur 5 viser utvikling av bokført verdi av bygg og medisinskteknisk utstyr for helseforetakene.

Figur 5: Sammenheng mellom vekst i bygningsmasse og i medisinskteknisk utstyr

Årlig endring bokført verdi 2007-2012, prosent



Note: Inkluderer ikke Psykiatrien i Vestfold

KILDE: SSB; Helseforetakenes årsrapporter, 2012

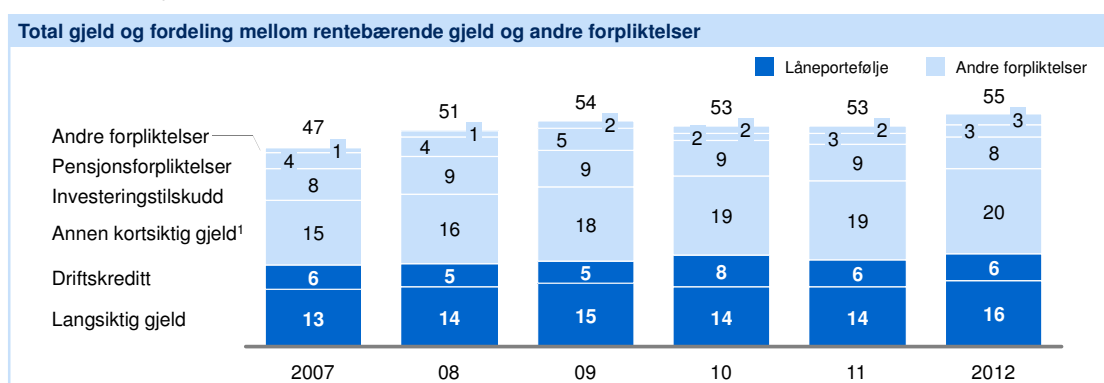
1.3 GJELDSUTVIKLING I HELSEFORETAKENE

I sum for perioden 2007-2012 er både investeringene og kapitalintensiteten redusert. Likevel har den totale gjelden i helseforetakene økt fra 47 mrd.kr. i 2007 til 55 mrd.kr. i 2012. Av den totale gjelden på 55 mrd.kr. utgjør rentebærende gjeld 22 mrd.kr. i 2012, omtrent 20% av årlige inntekter (Figur 6).

Ut fra en ren foretaksøkonomisk vurdering er ikke nivået på 20% høyt i seg selv. En endring i lånerenten vil bety en økt rentekostnad på 220 mill.kr. per prosentpoeng. Mye av den rentebærende gjelden er imidlertid knyttet til faste renter, slik at eventuelle rentendringer vil ha liten betydning i det korte bildet.

Figur 6: Gjeld i helseforetakene

NOK milliarder, løpende kroner



1 Annen kortsiktig gjeld består hovedsakelig av påløpte feriepenger, leverandørgjeld og andre forpliktelser som ikke er rentebærende
 2 I realiteten vil en stor andel av lånene ha fast rente, f.eks. har Helse Sør-Øst en fastrenteandel på sin nåværende låneportefølje på tilnærmet 100%

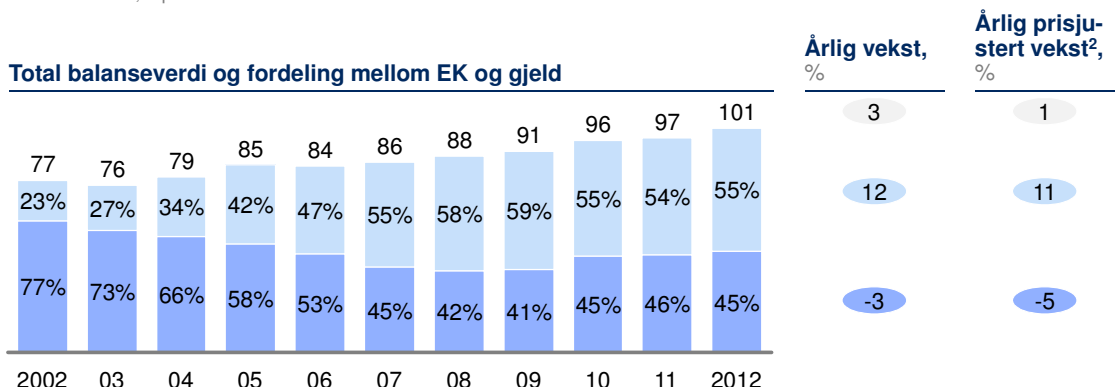
KILDE: Grunnlagstall til SAMDATA spesialisthelsetjenesten, 2011; RHF-enes årsrapporter, 2012

Forsvarligheten av en gjeldsøkning, som medfører økte kapitalkostnader, må derfor primært vurderes i forhold til formålet med og effekten av tiltakene som nødvendigjorde gjeldsoptaket. Med klare positive effekter på driftsøkonomi og robusthet vil et gjeldsoptak være mer bærekraftig.

Etter en periode med økende gjeldsgrad fra 2002 til 2007 er den holdt stabilt på rundt 45% til 2012 (Figur 7). Noe av opptrappingen kan sees i lys at det var svært lite gjeld i åpningsbalansene etter sykehusreformen.

Figur 7: Utvikling av balansen til helseforetakene

NOK milliarder, løpende kroner

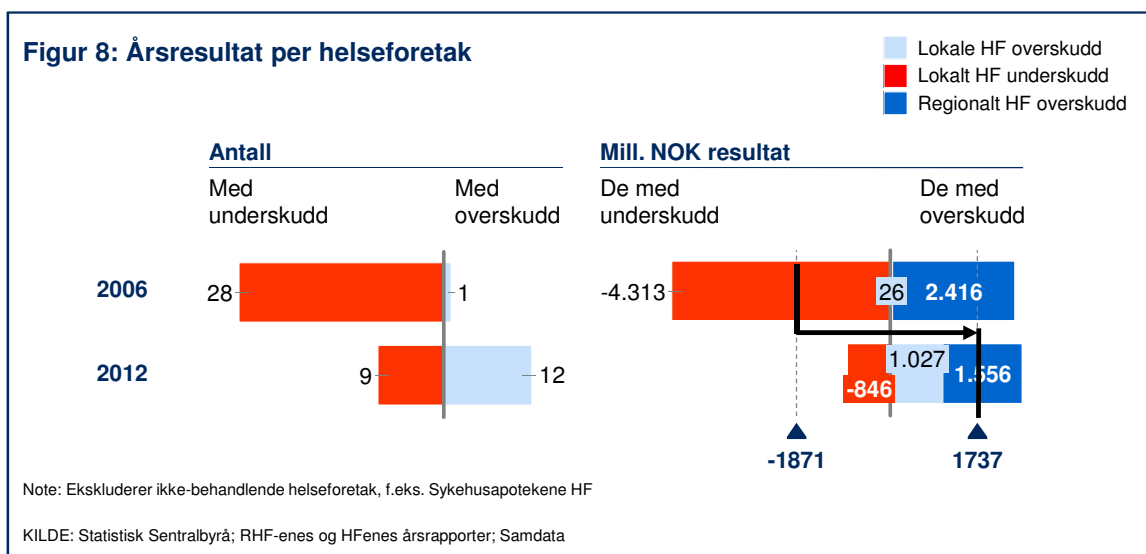


1 Gjeld inkluderer Langsiktig gjeld, driftskreditt, annen kortsiktig gjeld, investeringstilskudd, pensjonsforpliktelser og andre forpliktelser
 2 Justert ved bruk av SSB sin konsumprisindeks

KILDE: Grunnlagstall til SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011; Balansen til foretaksgruppen oppgitt av RHFene

Driften i helseforetakene er nå i bedret økonomisk balanse. I 2006 var det bare ett av 29 helseforetak som hadde et positivt årsresultat. I 2012 er det 12 av 21.

Helseforetakene har gått fra et samlet underskudd på 1,9 mrd.kr. i 2006 til et overskudd på 1,7 mrd.kr. i 2012 (Figur 8).



Helseforetakene er altså på vei mot en økonomisk situasjon med økte driftsoverskudd. Videre forbedring vil dermed tilrettelegge for økt framtidig investeringsevne, og med prioriteter og gjennomføringsplaner basert på beslutninger i de enkelte helseforetakene/regionale helseforetakene.

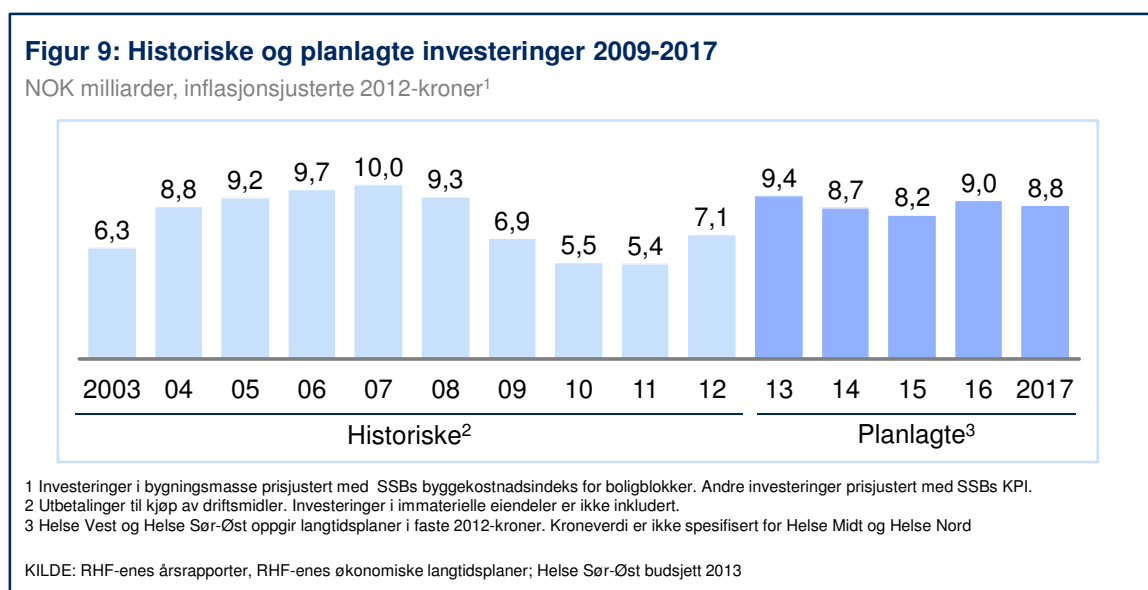
Vi har vurdert om helseforetakenes overskudd i driften i noen grad kan skyldes at investeringene i samme periode har gått ned. Det er imidlertid ikke holdepunkter for at det har hatt en stor betydning. Rent teknisk blir kostnaden forbundet med investeringer realisert i driftsbudsjettet form av avskrivninger (gjennomsnittlig 10% på medisinskteknisk utstyr og 3-4% på bygg av investeringsbeløpet). Dermed er kostnadsbeparelse (og forbedringen av driftsresultatet) ved reduserte investeringer begrenset i det korte bildet (noen år), og selv relativt små positive effekter på overskuddet av bedre drift som følge av en investering vil oppveie avskrivningseffekten. I Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene fra 2010 angis at vedlikehold av bygninger har vært for lavt. Dette kan på kort sikt gi et forbedret driftsresultat, men det er vanskelig å kvantifisere hvor stor effekten av optimerte vedlikeholdskostnader vil være.

De årlige avskrivningene har også holdt seg relativt stabilt på rundt 5 mrd.kr. i perioden 2006-2012.

1.4 PLANLAGTE INVESTERINGER

Perioden fra 2007 kan oppsummeres med reduserte investeringer (fra et historisk høyt nivå), indeksjustert reduksjon i verdier innen bygg og medisinskteknisk utstyr, økt gjeld, men også økt overskudd fra driften.

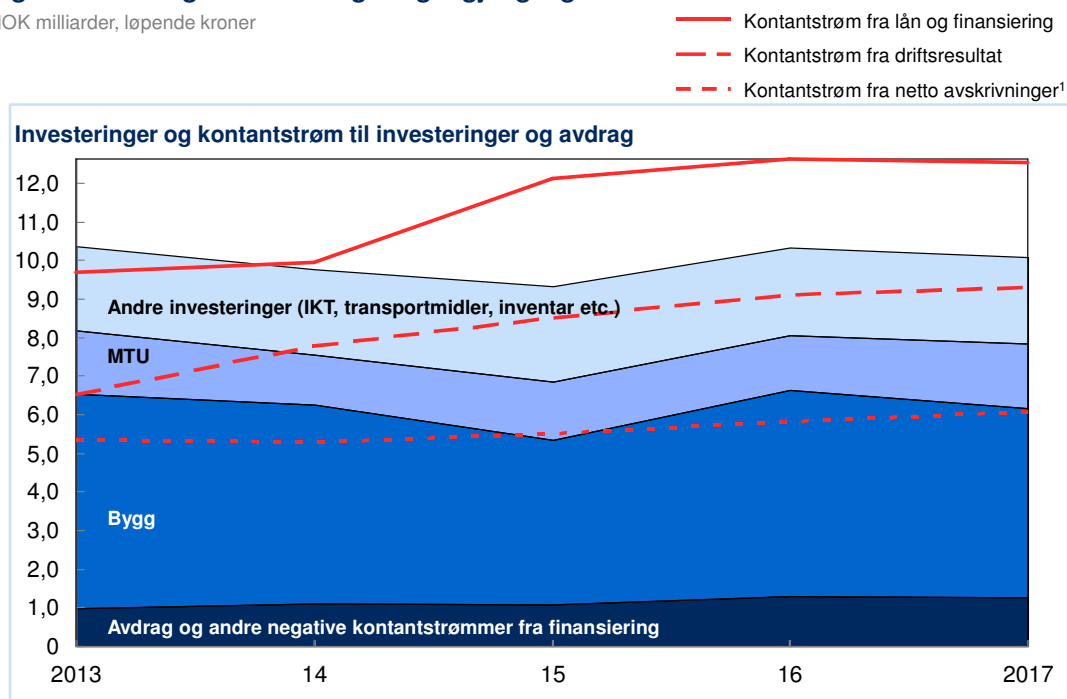
I langtidsplanene for de regionale helseforetakene i 2013-17 er det planlagt en økning i de årlige investeringene til mellom 8,2 og 9,4 mrd.kr., se Figur 9.



Figur 10 gir oversikt over planlagte investeringer per område og kontantstrøm. Planlagte investeringer utgjør totalt nesten 50 mrd.kr. inkludert 5,6 mrd.kr. i avdrag på lån.

Figur 10: Planlagte investeringer og tilgjengelig kontantstrøm 2013-2017

NOK milliarder, løpende kroner



¹ Netto avskrivninger er lik avskrivninger minus inntektsført investeringstilskudd

KILDE: RHF-enes økonomiske langtidsplaner; Helse Sør-Øst budsjett 2013

Kontantstrøm fra driften og avskrivninger er planlagt å utgjøre 41,1 mrd. kr., som er 8,9 mrd. lavere enn de planlagte investeringene.

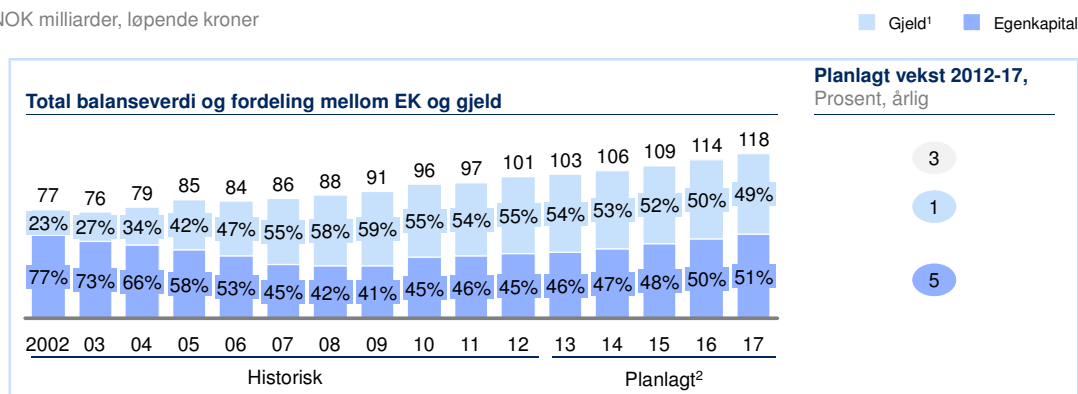
Den planlagte forbedringen i driftsresultatet er ikke nok til å finansiere de økte investeringene. I langtidsbudsjettene er det budsjettert med nye låneopptak på 13,6 mrd. kr. slik at utestående lån vil øke med 8,0 mrd. kr. etter betaling av avdrag. Rentebærende gjeld vil dermed øke fra 22 til 30 mrd.kr. i 2017. Driftsresultatet er planlagt å øke til 3,3 mrd. kr. i 2016. Planlagt låneopptak er større enn behovet ved investeringene, så likviditetsreservene vil således øke med 6,9 mrd. kr. i perioden.

Større prosjekter som er inkludert i disse planene, er utbygginger som Sykehuset i Østfold, Nordlandssykehuset Bodø, UNN Tromsø (A-fløy) og Vesterålen sykehus. Eksempler på prosjekter som ikke er inkludert, er fellessykehus i Sykehuset Innlandet og Molde/Kristiansund. Langtidsbudsjettene inkluderer heller ikke *spesifikke rammer* for mulige prosjekter som fellessykehus i Vestre Viken, Campus Oslo og Sykehuset Sørlandet.

Basert på langtidsplanene vil gjeldsgraden reduseres noe. Beregningen antar uendret nivå på annen kortsiktig gjeld, driftskreditt, andre forpliktelser og pensjonsforpliktelser med mindre annet er spesifisert. Reduksjonen i investeringstilskudd er antatt å følge samme nivå som fra 2011 til 2012.

Figur 11: Planlagt utvikling av balansen til helseforetakene

NOK milliarder, løpende kroner



Planlagt vekst 2012-17,
Prosent, årlig

- 3
- 1
- 5

1 Gjeld inkluderer Langsiktig gjeld, driftskreditt, annen kortsiktig gjeld, investeringstilskudd, pensjonsforpliktelser og andre forpliktelser
2 Planlagt balanse er basert på langtidsplanene. Det er antatt ingen endring i nivået på annen kortsiktig gjeld, driftskreditt, andre forpliktelser og pensjonsforpliktelser med mindre annet er spesifisert. Reduksjonen i investeringstilskudd er antatt å følge samme nivå som fra 2011 til 2012. Totalkapitalen er regnet ut basert på opparbeidet likviditet i perioden pluss netto investeringer.

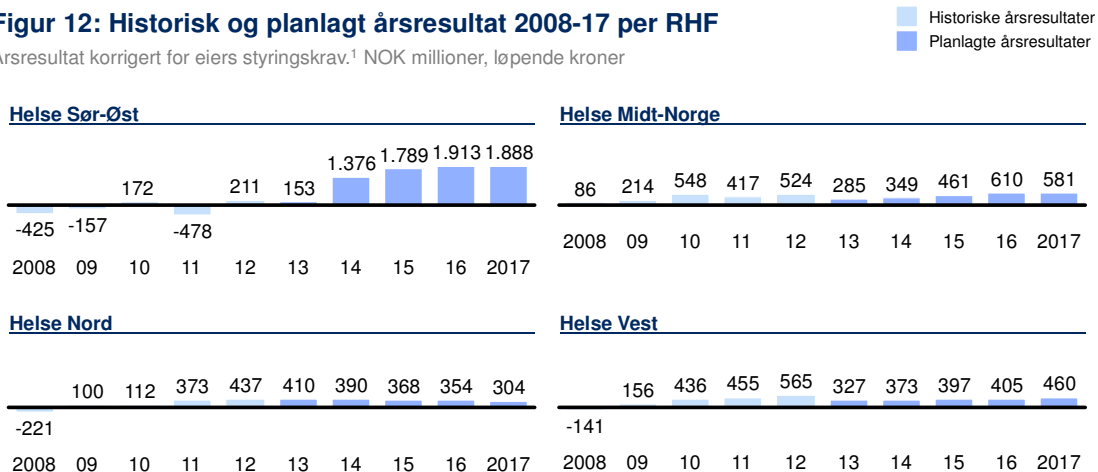
KILDE: Grunnlagstall til SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011; Balansen til foretaksgruppen oppgitt av RHF-ene; RHF-enes langtidsplaner

1.5 HISTORISKE OG PLANLAGTE ÅRSRESULTAT I HELSEFORETAKENE

Foretakene planlegger ytterligere forbedring av årsresultatet fra 1,7 mrd.kr. i 2012 til 2,5 mrd.kr. i 2014 og 3,3 mrd.kr. i 2016. Det er hovedsakelig Helse Sør-Øst som planlegger forbedring av resultatet, med en betydelig bedring allerede i budsjettet for 2013. Etter langtidsplanen ble utarbeidet i 2012 er forventet årsresultat for 2013 nedjustert fra 500 mill.kr. til rundt 150 mill.kr.

Figur 12: Historisk og planlagt årsresultat 2008-17 per RHF

Årsresultat korrigert for eiers styringskrav.¹ NOK millioner, løpende kroner



1 Korrigert for økte pensjonskostnader som ble untatt fra de regionale helseforetakenes styringskrav. Korrigeringen gjelder årene 2008 og 2010.

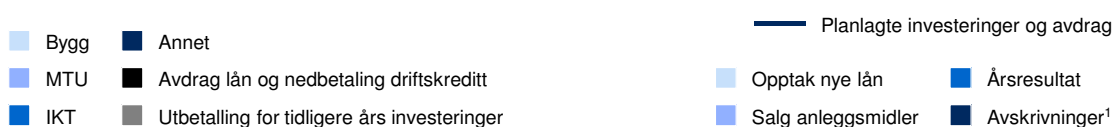
KILDE: RHF-enes årsrapporter, RHF-enes økonomiske langtidsplaner; HSØ budsjett 2013

Helse Sør-Øst og Helse Nord har i langtidsbudsjettet lagt inn vesentlig høyere investeringer enn hva som kan bæres av en kontantstrøm som i 2012. For Helse

Sør-Øst betyr det at driften må forbedres for å finansiere investeringene, mens Helse Nord har tilgjengelig likviditet/låneramme. Helse Midt har forestående investeringer (utover 2017) og planlegger å øke likviditeten gjennom overskudd i driften. Helse Vest planlegger ingen større endringer i denne perioden. Oversikt over langtidsbudsjettene per regionale helseforetak er angitt i Figur 13 (NB ulik skala).

Figur 13: RHF-enes økonomiske langtidsplaner 2013-2017

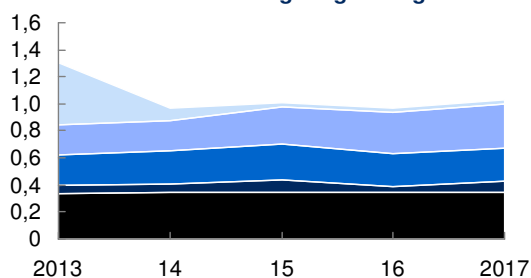
NOK milliarder, løpende kroner



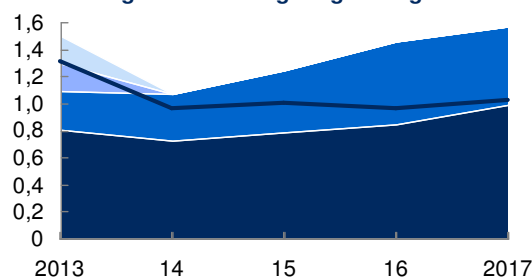
¹ Korrigeret for inntekter fra investeringstilskudd. For Helse vest inkluderer det likviditet fra forrige år

Helse Midt-Norge

Kontantstrøm til investeringer og avdrag



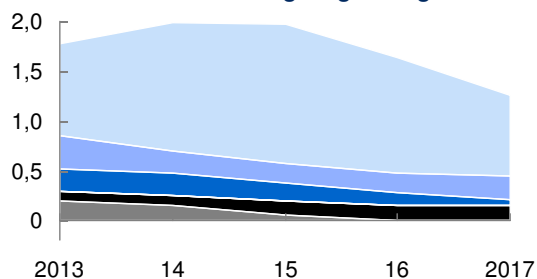
Finansiering av investeringer og avdrag



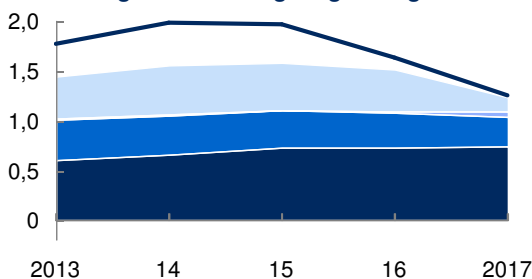
KILDE: Helse Midt økonomisk langtidsplan 2012

Helse Nord

Kontantstrøm til investeringer og avdrag



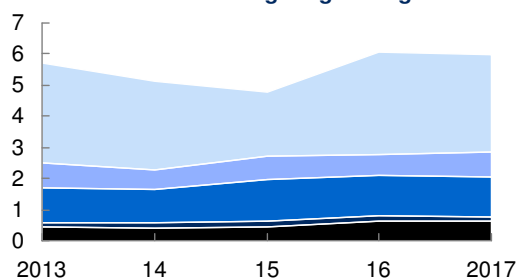
Finansiering av investeringer og avdrag



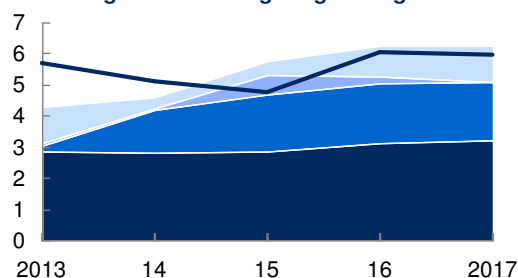
KILDE: Helse Nord økonomisk langtidsplan 2012

Helse Sør-Øst

Kontantstrøm til investeringer og avdrag



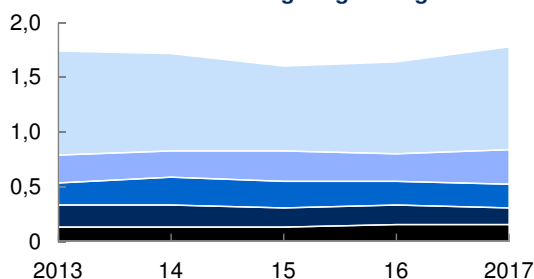
Finansiering av investeringer og avdrag



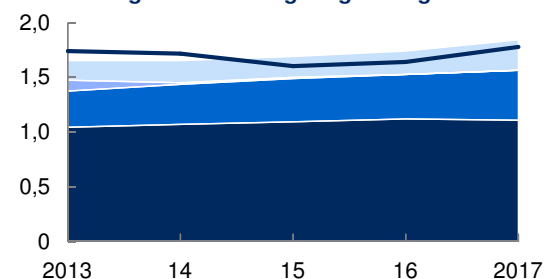
KILDE: Helse Sør-Øst budsjett 2013 og økonomisk langtidspan 2012

Helse Vest

Kontantstrøm til investeringer og avdrag



Finansiering av investeringer og avdrag



KILDE: Helse Vest økonomisk langtidspan, 2012

1.6 KAPITALINTENSITET

I forrige rapport «Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge» fra 2011 ble det påpekt at kapitalintensiteten (eiendeler/inntekt) i helsesektoren var blant de laveste i Norge. Arbeidskraft har høy kostnad i Norge, og generelt sett vil det derfor være ønskelig med en økning i kapitalintensitet, selv om helse og sykehus naturlig vil ha behov for mange hender.

Andre sektorer på Oslo Børs bruker mer kapitalutstyr for å forsterke produktiviteten og kvaliteten, og har en økning i kapitalintensiteten på om lag 6% årlig. Helseforetakene har valgt å redusere kapitalintensiteten ytterligere med 4% årlig.

Det er bare St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal som i perioden 2008-2011 økte kapitalintensiteten på linje med samfunnet forøvrig. Øvrige 20 helseforetak har enten redusert eller nærmest uendret kapitalintensitet. Situasjonen for Akershus universitetssykehus er spesiell, siden pasientene og inntektene ble overført etter at bygget ble ferdigstilt.

Figur 14: Kapitalintensiteten for spesialisthelsetjenesten og andre virksomheter

Forholdet mellom sysselsatt kapital og virksomhetenes inntekter; Virksomheter på Oslo Børs¹

Sektorer på Oslo Børs og RHF-ene	Eiendeler/inntekt		Årlig vekst, %
	Ratio, 2004-06 ¹	Ratio, 2010-12 ²	
Finansinstitusjoner	// 11,08	// 19,02	9
Energi	0,93	1,36	7
Legemiddelprodusenter-/bioteknologi	1,95	2,85	7
Metall-/kjemikalieprodusenter	1,13	1,30	2
Industri	1,27	1,38	1
Diverse produsenter forbruksvarer	1,31	1,41	1
IT	1,13	1,13	0
RHFene	1,16	0,89	-4
Total	2,53	3,59	6

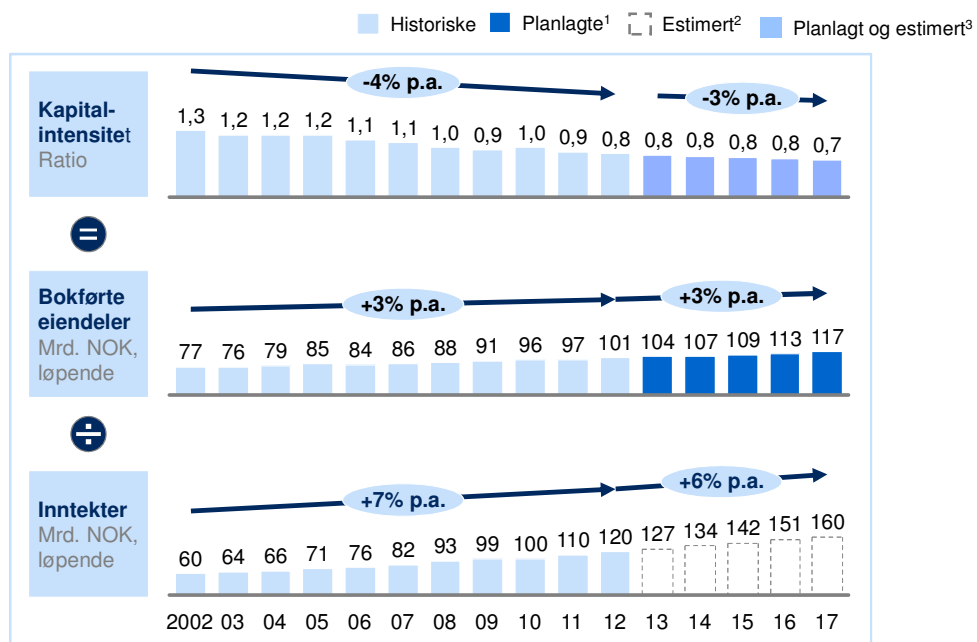
- Årlig vekst i eiendeler og inntekter har vært henholdsvis 3% og 7%
- Økte inntekter har blitt brukt på drift i stedet for investeringer

¹ Prinsippene for kategorisering og beregning av eiendeler kan variere mellom sektorene
² 3-års gjennomsnitt, inkluderer bare data som er fullt tilgjengelig for hele tidsperioden

KILDE: Bloomberg, RHF-enes årsrapporter

Selv om helseforetakene planlegger å øke investeringsnivået de neste fem årene, gir ikke langtidsplanene et taktskifte i eiendeler (bokførte verdier), men fortsetter med en økning på 3% årlig. Det er lite sannsynlig at inntektsøkningen vil være lavere enn det. Dersom en legger inntektsøkningen i perioden 2009-12 på 6% årlig til grunn, vil kapitalintensiteten svekkes ytterligere med 3% årlig (Figur 15).

Figur 15: Utvikling i kapitalintensitet basert på RHF-enes langtidspaner



1 Planlagte bokførte eiendeler er estimert fra RHF-enes langtidspaner. Planlagte inntekter er ekstrapolert ved bruk av estimert årlig vekst i inntekter 2007-2012.

2 Estimert basert på årlig endring i inntekter i perioden 2009-2012.

3 Kalkulert basert på planlagte bokførte verdier og estimerte inntekter

KILDE: RHF-enes langtidspaner; SSB; RHF-enes årsrapporter

En historisk inntektsøkning på 7 % synes høyt. Det må bemerkes at inntektsøkningen utgjør mer enn tilførselen av «friske midler»/«frie midler» til helseforetakene. Inkludert i denne økningen for 2005-2009 ligger eksempelvis:

- Overførsel av oppgaver som rehabilitering og opptrening, Modum Bad/Olafia-klinikken til Helse Sør-Øst
- Overføring av kostnader som pasientskadeerstatning, kjøp av tjenester hos private lab- og røntgeninstitutter, TNF-hemmere, økt finansieringsansvar for pasienttransport, finansiering av MS-behandling, pandemtilskudd og tjenestepensjon
- Kompensasjon for lønns- og prisvekst.

2 Sykehusbygg

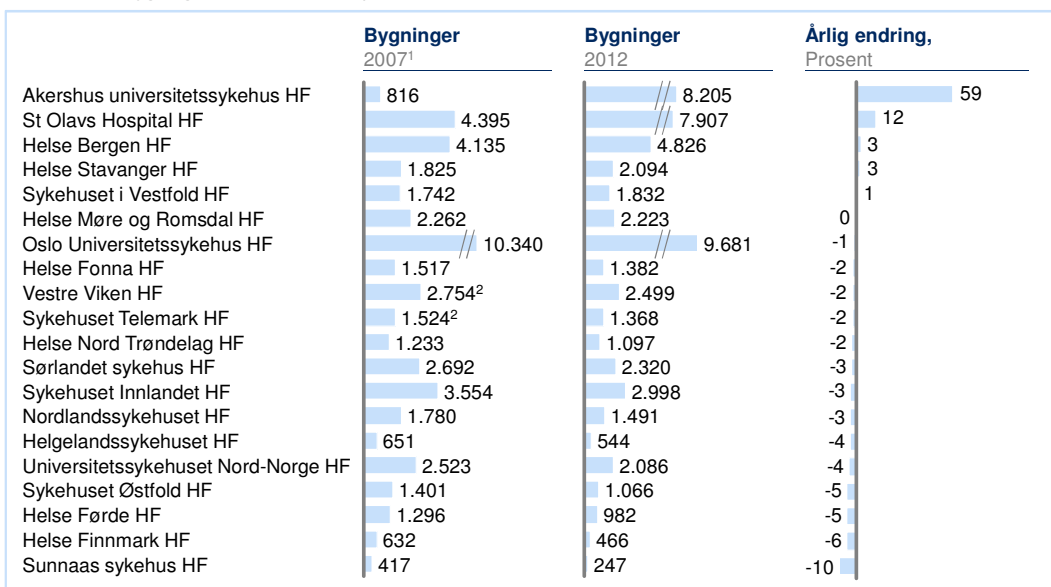
Historisk og i langtidsplanene utgjør investeringer i bygg over halvparten av investeringene i spesialisthelsetjenesten. Etter sykehusreformen i 2002 økte investeringene i sykehusbygg jevnt fram til 2007, hvor det ble investert ca. 6,5 mrd. kr. I etterkant er investeringsnivået redusert, ned til 1,5 mrd. kr. i 2012 (alt i løpende kroner).

2.1 UTVIKLING I BYGNINGSMASSEN

Bokførte verdier av bygningene i helseforetakene har økt svakt (i løpende kroner), men korrigert for økte byggekostnader (4,6% årlig i Norge de siste 33 år) er det en reell reduksjon. Økte verdier er drevet av nye sykehus ved Akershus universitetssykehus (Ahus) og St. Olavs Hospital, mens verdien er redusert for 15 helseforetak.

Figur 16: Utvikling i bokført verdi av bygninger

Bokført verdi av bygninger, NOK millioner løpende kroner



¹ Korrigert for fusjoner innen hvert helseforetak, med unntak av Blefjell Sykehus HF. Blefjell Sykehus HF inngår likevel i totalen

² Inkluderer ikke Blefjell Sykehus HF som ble fusjonert med Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF i 2009

KILDE: SSB; Helseforetakenes årsrapporter, 2012

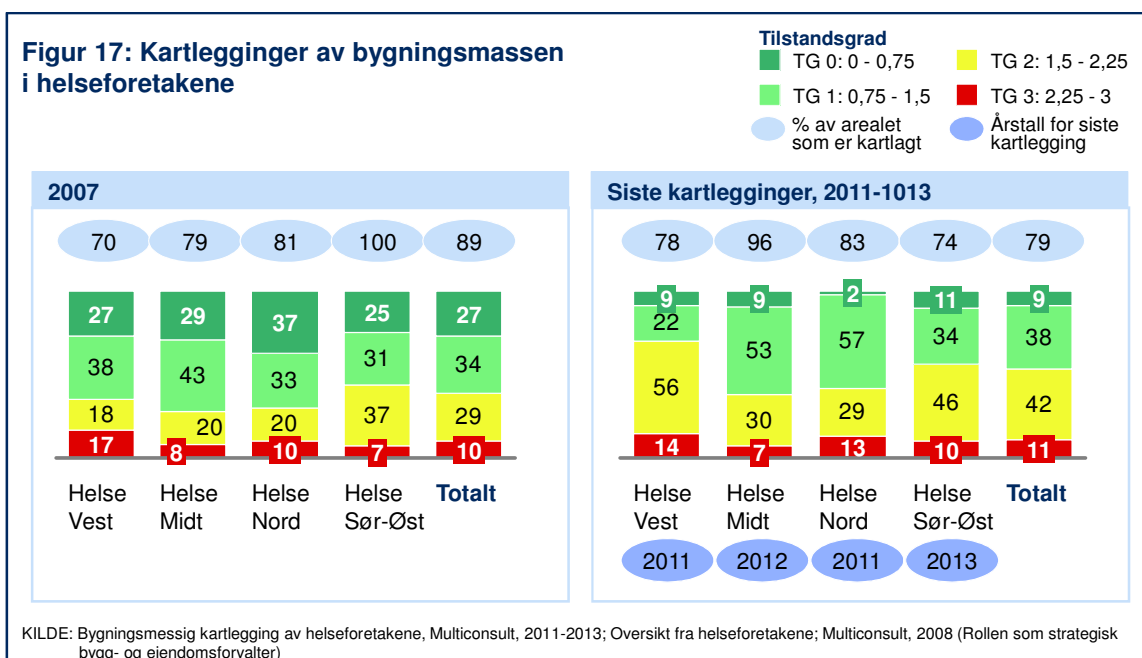
Bokførte verdier gir ikke en detaljert beskrivelse av tilstandsutviklingen for byggene. Helseforetakene har gjennomført tekniske evalueringer av den tekniske tilstanden til bygningsmassen. Beskrivelse av tilstandsgrader er gjengitt i Tabell 1 nedenfor (Kilde: Multiconsult)

Tabell 1

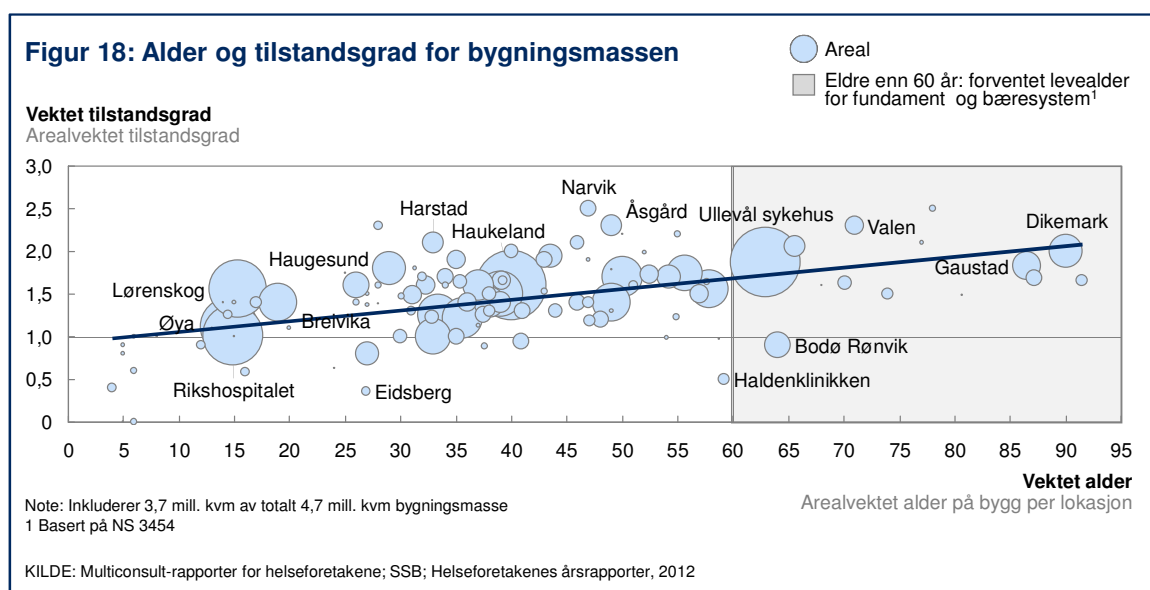
Tilstandsgrad	Symptomer	Kommentar
0	Ingen symptomer	Meget god standard uten feil og mangler. Kun ubetydelig slit og elde fra nybyggstandard
1	Svake symptomer	God, tilfredsstillende standard, hvor alle lover og forskrifter er ivaretatt. Noe slitasje og elde fra nybyggstandard
2	Middels kraftige symptomer	Et visst omfang av feil og mangler som krever teknisk utbedring og/eller avvik fra lover og forskrifter
3	Kraftige symptomer	Omfattende skader, feil og mangler. Mye slitasje. Betydelig behov for teknisk utbedring. Avvik fra lover og forskrifter.

- Tilstandsgrad 3 blir kategorisert som "Må-tiltak" som bør utføres innen 5 år
- Tilstandsgrad 2 blir kategorisert som "Bør-tiltak" som bør utføres innen 6-10 år
- En tilfredsstillende portefølje bør ha en vektet tilstandsgrad på 1 eller under og bør ikke inkludere bygg med tilstandsgrad 3

Kartleggingene i 2011-13 viser at 53% av bygningsmassen har en tilstand som ikke er tilfredsstillende og vil kreve tiltak på kort sikt eller straks (tilstandsgrad 2 eller 3). I en tilsvarende kartlegging i 2007 var det tilsvarende tallet 40%, hvilket indikerer en tydelig forringelse av bygningsmassen. Det er primært tilstandsgrad 2 som er økt og 0 som er redusert (Figur 17).

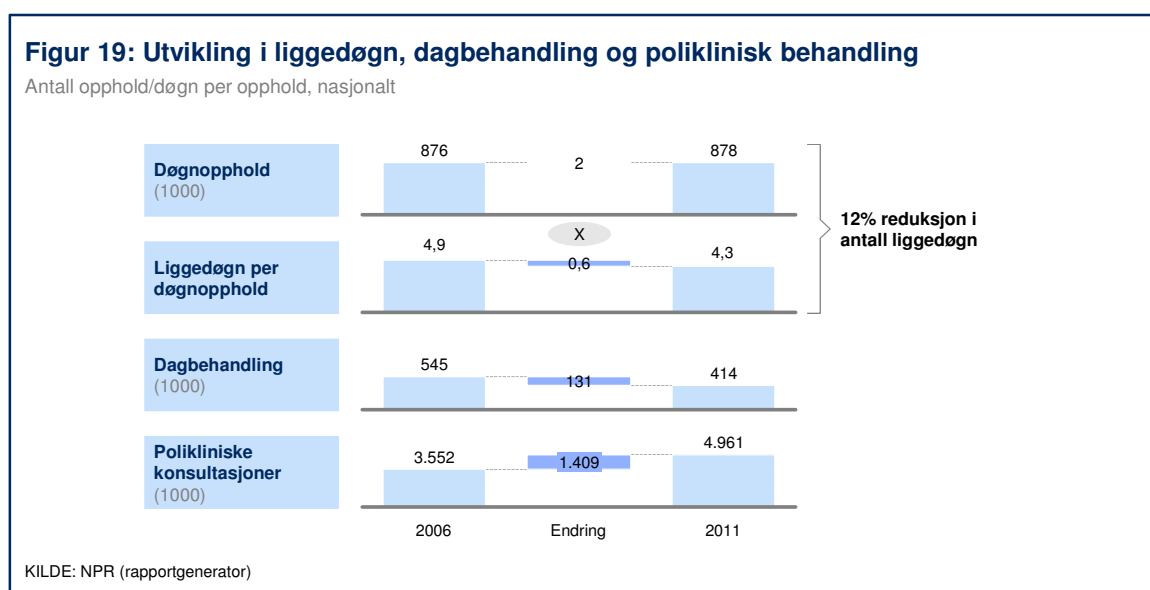


Sammensetningen av bygningsmassen varierer både i alder og tilstandsgrad (Figur 18).

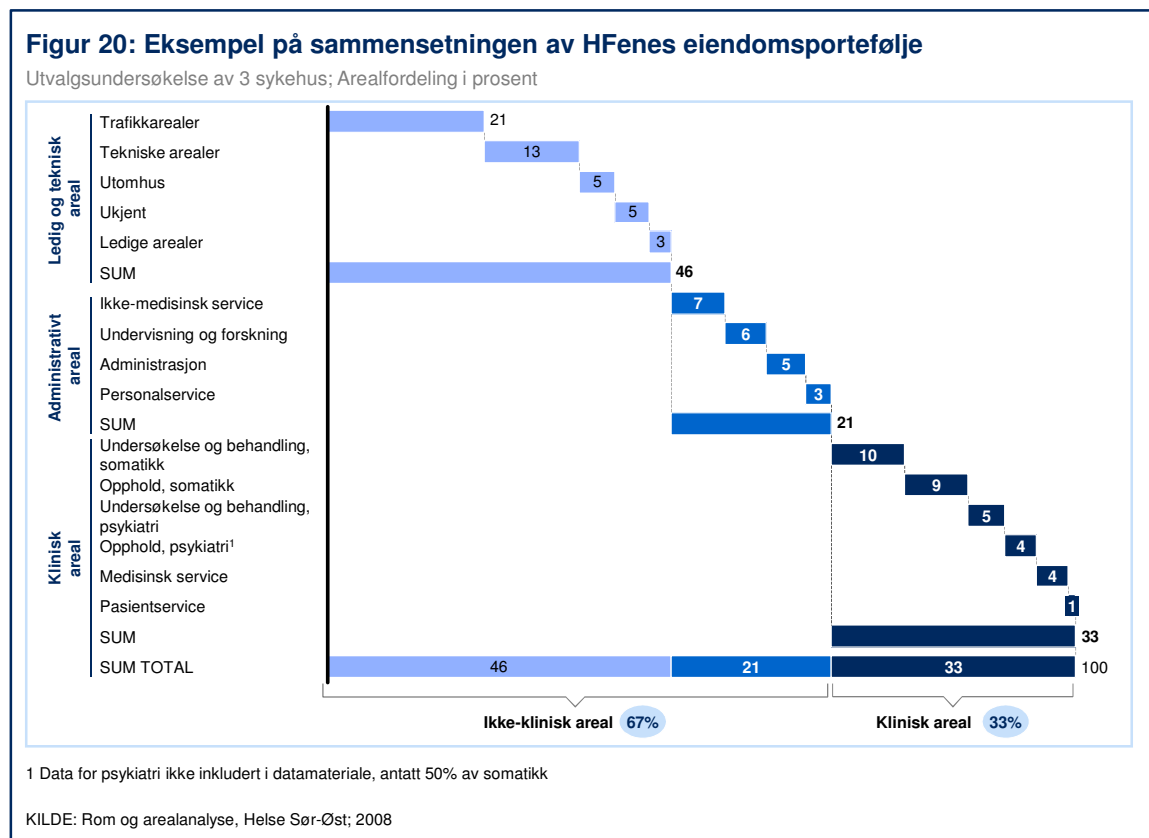


I Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene framkommer det at helseforetakenes areal er økt med 11% i perioden 2003-2010, fra 4,2 mill. kvm til 4,7 mill. kvm. Det oppgis at det bare avhendet 149 000 kvm areal i perioden, ca. 3%.

I perioden 2006-2011 ble imidlertid antall liggedøgn redusert med 12% (Figur 19). Med like mange innleggelser, noe reduksjon i dagbehandling, men økning i poliklinisk behandling skulle selve «behandlingsområdet» være omtrent uendret, mens sengearealet skulle kunne reduseres.



I en detaljert gjennomgang av arealer for tre sykehus i Helse Sør-Øst ser en at klinisk areal kun utgjør 33% av arealet. 8% av arealet var ukjent eller ledig (Figur 20).



2.2 METODER FOR Å ESTIMERE INVESTERINGSBEHOV

Det vil være ulike tilnærminger for å vurdere hva som er et nødvendig og fornuftig investeringsnivå de neste 10 årene. I dette arbeidet har vi beregnet behovet etter tre metoder. Det tas forbehold om at en fullstendig gjennomgang vil kreve spesifikke analyser for hvert helseforetak og kombinasjoner av disse. En slik gjennomgang faller utenfor rammen av denne rapporten.

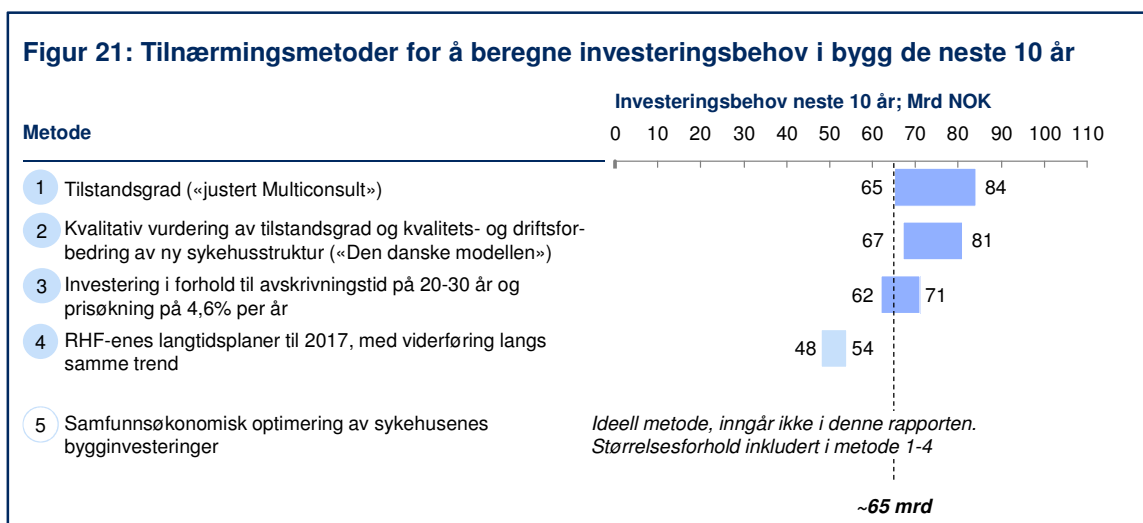
1. Basert på tilstandsgrad («justert Multiconsult»): Investeringsbehov anslått ut fra byggenes tekniske tilstandsgrad og antatt fordeling av utbedringstiltakene mellom nybygg og ombygging
2. Kvalitativ vurdering av tilstandsgrad og kvalitets- og effektivitetseffekter av en ny struktur («Den danske modellen»): Forenklet kategorisering av porteføljen av investeringsprosjekt, hvor dårlig tilstand/store kvalitets- og effektivitetseffekter av en ny rolle-/oppgavefordeling/struktur styrer prosjektutvelgelsen. Denne beregningen er utviklet for å illustrere effekten av den såkalte «danske» modellen anvendt på norske forhold

- Investeringer i forhold til avskrivningstid på 30-40 år og prisøkning på 4,7% per år: Kalkulert investeringsbehov ved å anta at areal er jevnt fordelt innenfor avskrivningstid med en historisk anskaffelseskostnad som øker med prisstigningen

Disse estimatene er sammenholdt med eksisterende ramme, antatt representert ved helseforetakenes langtidsplaner til 2017 etterfulgt av en videreføring langs samme trend, inkludert befolkningsøkning i neste 5-årsperiode.

Den ideelle metoden ville være å anslå investeringsrammen ved en samfunnsøkonomisk optimering av sykehusenes investeringer i bygg inkludert eventuelle effekter av en ny sykehusstruktur. Det ville kreve en gjennomgang – fortrinnsvis per region og med korreksjon for landsfunksjoner – av de enkelte prosjektalternativ ut fra driftsøkonomi, investeringskostnader og kvalitetsvurderinger.

Samlet sett peker de tre ulike beregningsmetodene mot et investeringsbehov de neste 10 årene i bygg på vel 65 mrd.kr. (Figur 21), mens helseforetakenes langtidsplaner indikerer et investeringsrom på 48-54 mrd.kr. Dette indikerer et gap mellom beregnet behov og planlagte investeringer i området 11-17 mrd.kr. Med en ambisiøs restrukturering som i Danmark, vil behovet øke.



Ut fra figuren er det et spenn i vurderingene, og det totale estimat er lagt i nedre del.

Årsaken er vår forutsetning om at en mer omfattende utbygging i Norge, vil medføre en lavere byggekostnad enn det historiske nivået som er lagt til grunn i estimatene. De historiske tall viser en svært høy kvadratmeterkostnad i Norge sammenliknet med Sverige og Danmark.

I den pågående sykehusutbyggingen i Danmark kan kostnadene være maksimalt 29.000 NOK per kvm i somatiske bygg og 22.000 NOK per kvm i psykiatri, begge inkludert utstyr (omregnet med vekslingskurs på 1,00).

I Sverige er mange opprørt over at «Nya Karolinska» vil koste 40.000 NOK per kvm. (46.000 SEK, omregnet med vekslingskurs på 0,88).

En oversikt over de siste gjennomførte og planlagte byggeprosjektene i Norge den siste tiden viser følgende kostnader:

- Sykehuset i Østfold, Kalnes: 57.900 kr per kvm (nybygg, 4,9 mrd.kr. for 84.845 kvm) eksklusivt utstyr.
- Vesterålen sykehus: 70.000 per kvm (1,05 mrd.kr. for 15.000 kvm. brutto areal). Dette inkluderer utstyr (typisk ~15% av kostnad), anslagsvis 60.000 per kvm i byggekostnad.
- UNN Tromsø A-fløy: 83.000 kr per kvm (1,43 mrd.kr for 12.905 kvm nybygg og 8.560 kvm ombygging, dersom man antar halv kostnad på ombygging). Dette inkluderer utstyr, som nok er relativt dyrt i dette bygget.
- Vestre Viken (Mulighetsanalyse Drammen sykehus): 87.000 kr per kvm (7,5 mrd.kr. for 86.000 kvm), anslagsvis 74.000 kr per kvm eksklusive utstyr
- Planlagt Distriktpsykiatrisk senter i Stavanger: 43.000 kr per kvm. (195 mill.kr for 4500 kvm)
- Akershus universitetssykehus: 53.000 per kvm netto for nybygg.

I det følgende gjennomgås de enkelte metodene.

Metode 1: «Justert Multiconsult»

Metoden baserer seg på en skjematisk oppstilling tilsvarende metoden som ble brukt i «Sluttrapport fra Delprosjekt 1 - Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter» (Multiconsult, 2008). Metoden er i denne rapporten videreutviklet til å ta for seg flere elementer samt at antagelsene er justert til å reflektere dagens byggekostnader. Metodens styrke er at den tar utgangspunkt i arealets tekniske tilstand. Dens mulige mangler er at den økonomiske verdi ut over hva som knyttes til tekniske forhold ikke beregnes, og at eksplisitte forutsetninger om at ikke alt areal videreføres ikke har vært lagt inn.

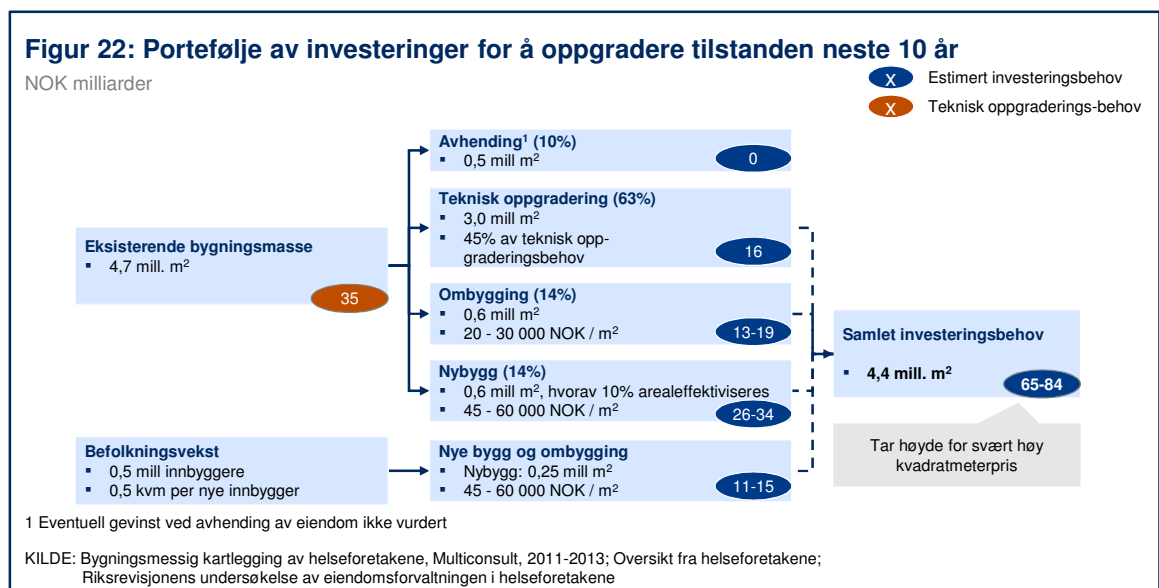
Følgende forutsetninger inngår derfor i Metode 1:

- **Sykehusareal:** 4,7 mill. kvm., basert på Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen 2010-11,
- **Avhending av areal/arealeffektivisering:** 10%. Basert på økning i sykehusareal og basert på indikasjoner om at vesentlig mengde areal står

ubrukt/ikke blir benyttet tilstrekkelig. Dette svarer også til det måltallet som har vært etablert for Helse Sør-Øst,

- **Teknisk oppgraderingsbehov:** Det er brukt oppdaterte estimater for teknisk oppgraderingsbehov. Det er antatt at 45 % av estimert oppgraderingsbehov vil bli realisert. Det resterende behovet er antatt dekket gjennom ombygging, nybygg eller avhending. Det er tatt utgangspunkt i samme andel som Multiconsult, fratrukket avhending,
- **Andel nybygg og ombygging:** 13,5% antatt i hver kategori, hvilket er basert på 15% / 15% splitt fra Multiconsult, fratrukket avhendinger på 10%. Tallene er underbygget av empiriske observasjoner av utviklingen av bygningsmassen i perioden 2002-2007 (Spørreundersøkelsen, Kampesæter, 2007) hvor det i 5-årsperioden ble utført 6 % nybygg, 4,5 % ombygging og 1,5 % påbygg/tilbygg i forhold til totalt bruttoareal,
- **Kvadratmeterpris nybygg:** 45-60.000 per kvm. Dette anslaget er oppdatert til å reflektere et mer realistisk nivå, se oversikt tidligere,
- **Arealeffektivisering nybygg:** 10%. Sykehuset Østfold reduserer arealet opptil 18%, avhengig av arealet som skal benyttes i Moss. Effektiviseringen lagt lavere da Østfold både er restrukturering og nybygg. Det har for øvrig vært overraskende krevende å få tall/oversikt fra sektoren på potensialet for en arealeffektivisering,
- **Befolkningsvekst:** 500.000 flere innbyggere om 10 år (SSB). Areal per innbygger i dag er 0,8 (etter arealreduksjonen), og marginaløkningen antas til 60-70% - altså 0,5 kvm per innbygger.

Resultatet er summert i Figur 22.



Metode 2: «Den danske modellen»

I Danmark er det opprettet et Kvalitetsfond for sykehusinvesteringer. Det er etablert med 25 mrd. danske kroner i statlig tilskudd og med ekstra finansiering fra regionene utgjør Kvalitetsfondet totalt 41,4 mrd. danske kroner. Dette er iverksatt på bakgrunn av en større strukturreform i 2006-7 der man gikk fra amt-struktur til 5 regioner, med vesentlige endringer i oppgavefordelingen mellom stat, regioner og kommuner.

For sykehusene var samling av funksjoner den overordnede målsetning for endringer i sykehusstrukturen. Formålet med Kvalitetsfondet er å:

- Investere i en ny sykehusstruktur for å øke kvaliteten,
- Samle sykehusenes funksjoner på færre enheter,
- Etablere større akuttmottak for å hurtigere utrede pasienter, og dermed raskere igangsette riktig behandling.

Dette initiativet muliggjør også felles prinsipper for økonomistyring og samarbeid innen innkjøp, byggeledelse og effektmåling. Det er nedsatt et ekspertpanel med fem medlemmer som skal vurdere regionenes søknader. Det er gitt foreløpig tilsagn om midler til 16 sykehusprosjekter, og per mai 2012 hadde ti byggeprosjekter fått endelig tilsagn.

Regionenes sykehusplaner blir vurdert basert på følgende kriterier:

- Samling av funksjoner på færre enheter
- Etterlevelse av "Sundhedsstyrelsens" anbefalinger på akuttområdet
- Kvalitet i prehospitale tjenester
- Sammenheng med planer for andre regioner

De enkelte byggeprosjekter blir vurdert av ekspertpanelet ut fra følgende kriterier:

- Prosjektets rolle i en ny sykehusstruktur, både regionalt og for landet som helhet
- Mulige alternativer
- Framskrivning av, kapasitetsutnyttelse, arealbehov og økonomi
- Produktivitets- og driftsforbedringer

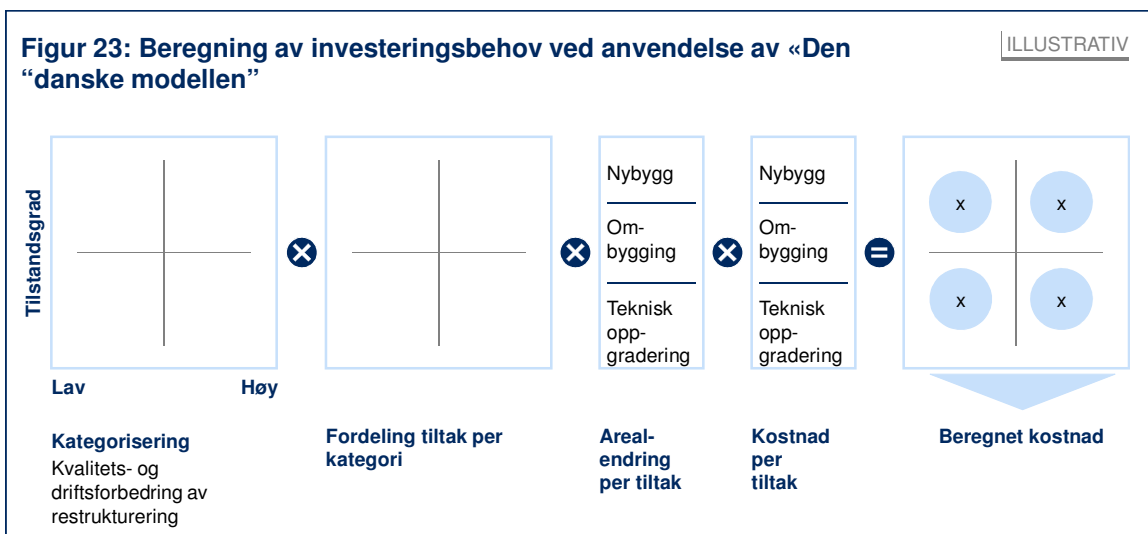
Tilnærmingen i Danmark gir tilsynelatende en større gjennomslagskraft og bedre styring og oppfølging underveis og etter utbygginger, og lavere utbyggingskostnader.

I sammenheng med opprettelse av Kvalitetsfondet utarbeidet i Region Hovedstaden minimalt og optimalt befolkningsunderlag for å sikre god kvalitet i de ulike medisinske spesialitetene. Tabell 2 viser resultatet for akutt, indremedisin og kirurgiske fag. Nærhet er en kvalitet, og siden Norge har en annen geografi kunne vurderingene blitt noe annerledes for Norge.

Tabell 2

Spesiale/Område:	Minimalt	Optimalt
Akuttbehandling		
Medisinsk eller kirurgisk skadestue/akutmodtagelse	200.000	300.000
Traumecenter niveau 1	1.600.000	1.600.000
Intern medicin		
Endokrinologi	300.000	400-500.000
Gastroenterologi	250.000	350-400.000
Kardiologi	175-200.000	250.000
Lungesygdomme	250.000	300-350.000
Infeksjonsmedisin	250.000	400.000
Geriatrici	100-150.000	200.000
Reumatologi	150.000	325.000
Nefrologi	350.000	350-650.000
Hæmatologi	250.000	400-500.000
Kirurgi		
Gastroenterologisk kirurgi	250.000	300-400.000
Karkirurgi	600.000	1.700.000
Plastikkirurgi	500-1.000.000	1.000.000
Thoraxkirurgi	1.600.000	2.400.000
Urologi	350.000	350-1.600.000
Mammakirurgi	250-350.000	500-800.000
Børnekirurgi	1.600.000	1.600.000
Ortopædisk kirurgi	200.000	300-375.000

Metode 2 anvender «Den danske modellen» illustrativt på den norske spesialisthelsetjenesten. Metoden vurderer ikke hvor stor grad av samling/samløkalisering som skal gjennomføres. Figur 23 gir en oversikt over tilnærmingen i Metode 2.

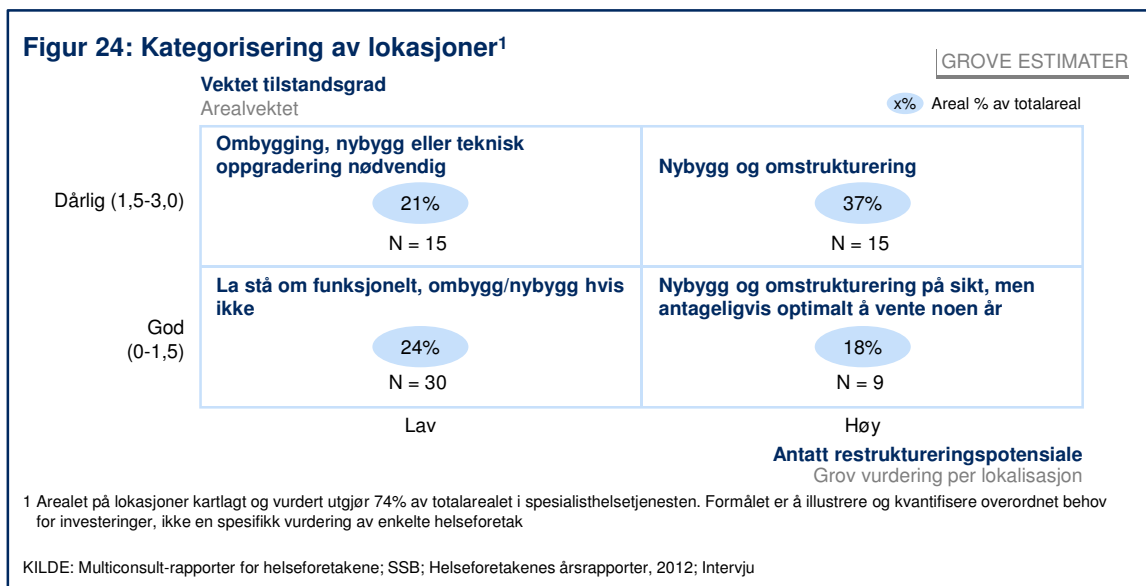


Startpunktet er en kategorisering av sykehusbyggene ut fra tilstandsgrad og antatt restruktureringspotensial. Eksempler på typiske områder med høyt potensial for restrukturering er Østfold og Innlandet.



Fordelingen av tiltak for bygningsmassen i de ulike kategoriene er beregnet basert på de faktiske tiltakene i de siste sykehusprosjektene i Norge. En viktig faktor i dette er realiseringsgraden i 10-årsperioden. Vektet for alle kategoriene er det en gjennomføringsgrad på 33%, noe som tilsier at hele porteføljen av sykehus vil være oppgradert, rehabilitert eller erstattet med nybygg innen 30 år.

I metoden antas det at bygninger med dårlig tilstandsgrad og høyt potensial for restrukturering gjennomføres i størst grad. Dette fordres at helseforetakene er i stand til å bli enig om hvor sykehusene skal ligge og hvilke funksjoner de skal ha.



Arealendringer og kostnad per kvadratmeter innen hver kategori er basert på erfaringer fra tidligere utbygginger, se Figur 26.

Figur 26: Beregnet arealendring og kostnad per tiltak

	<u>Arealendring</u>	<u>NOK / m²</u>
Nybygg og omstrukturering	-10%	45 - 60 000
Nybygg	10%	45 - 60 000
Ombygging	0%	20-30 000
Teknisk oppgradering	0%	~8 750 per vektet tilstandsgrad over 0,5

Ved metode 2 blir samlet investeringsnivå 67-81 mrd. kr. (Figur 27). Anslaget vil naturlig nok ha store utslag etter hvor mye som realiseres i 10-årsperioden. Det vil blant annet være avhengig av at man i helseforetakene blir enige om innhold i sykehusene, og hvor de skal lokaliseres.

Figur 27: Anslått investeringsbehov neste 10 år

GROVE ESTIMATER

Ombygging, nybygg eller teknisk oppgradering nødvendig		Nybygg og omstrukturering	
Nybygg	5-7	Nybygg	22-29
Ombygging	2-3	Ombygging	1-2
Teknisk oppgradering	10	Teknisk oppgradering	9
17-20		32-40	
67-81			
La stå om funksjonelt, ombygg/nybygg hvis ikke		Nybygg og omstrukturering på sikt, men antageligvis optimalt å vente noen år	
Nybygg	2	Nybygg	7-10
Ombygging	1	Ombygging	0-1
Teknisk oppgradering	5	Teknisk oppgradering	3
8		10-13	

KILDE: Multiconsult-rapporter for helseforetakene; SSB; Helseforetakenes årsrapporter, 2012

Denne metodens styrke er at den tar utgangspunkt i arealets tekniske tilstand, og anslår systemverdi, effekt av arealuttak og tilpassete tiltak. Den er basert på et antall (kalibrerte) forutsetninger, og en spesifikk gjennomgang av egnet struktur og byggeprogram i hvert helseforetak er utenfor rammen av denne rapporten.

Metode 3: Avskrivning og prisøkning

Metode 3 baserer seg på at man investerer tilsvarende avskrivningen. Det er antatt at antall kvadratmeter areal er jevnt fordelt over avskrivningsperioden. Det er brukt en avskrivningstid for bygningsmassen på 25-30 år (Helse- og omsorgsdepartementet anga i Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i 2010-11 at gjennomsnittet den gangen lå på 26 år).

På grunn av prisøkning i avskrivningstiden vil investeringsbehovet for å erstatte samme antall kvadratmeter areal være høyere enn avskrivningskostnaden.

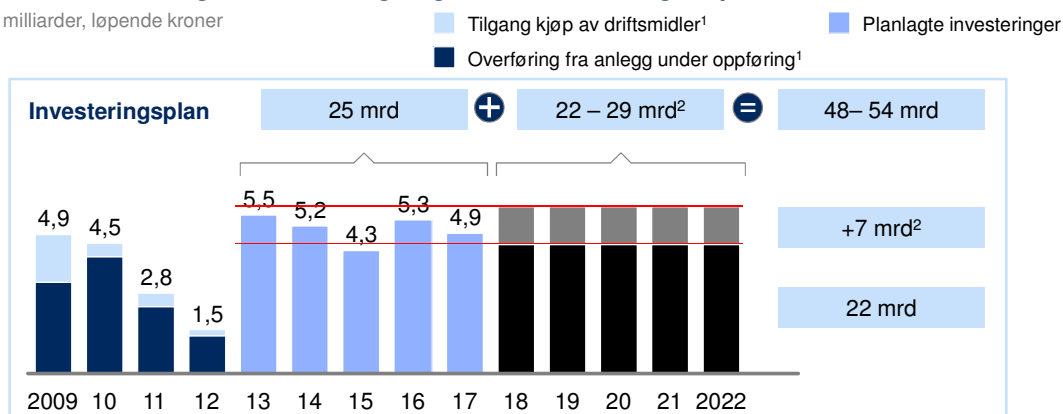
SSBs byggekostnadsindeks for boligblokker økte 4,6% årlig i perioden 1979-2012), og dette antas også å gjelde for sykehusbygg. Basert på dette vil investeringsbehovet bli 62-71 mrd. kr. i neste 10-års periode. Denne metoden tar ikke høyde for etterslep.

Metode 4: De regionale helseforetakenes langtidsplaner

De regionale helseforetakenes langtidsplaner strekker seg for de fleste fem år fram i tid. I metode 4 er langtidsplanene framskrevet i en 10-årsperiode med et spenn mellom høyeste og laveste nivå. Det gir et investeringsnivå på 48-54 mrd.kr., Figur 28.

Figur 28: Investeringer ved framregning av RHF-enes langtidspaner

NOK milliarder, løpende kroner



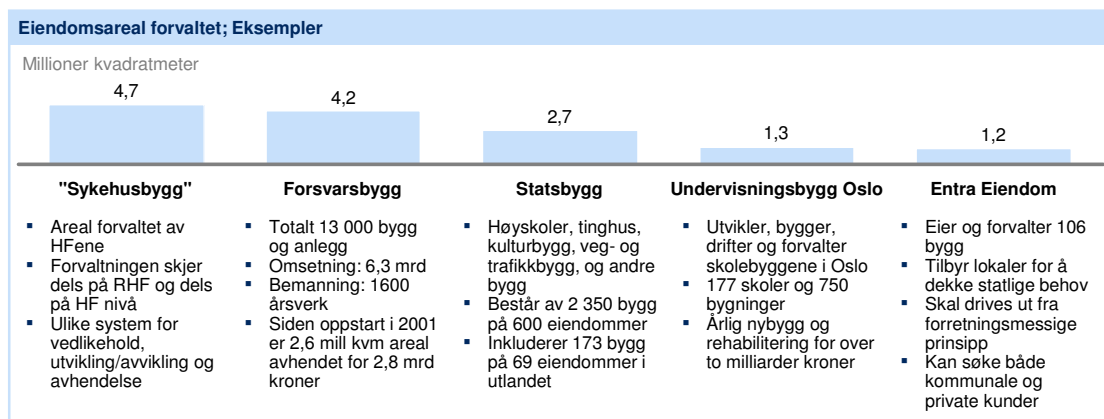
¹ Fra RHF-enes årsrapporter kan man ikke skille kategori for tilgang til anlegg under oppføring. Faktisk overføring fra anlegg under oppføring er derfor brukt, selv om det kontantstrømmen egentlig burde vært presentert for tidligere år. Differansen mellom overføringer og kontantstrøm utgjør 300 MNOK
² Antatt 5% økning i investeringsnivået for 2018-2022 sammenlignet med 2013-2017 som følge av befolkningsøkning

KILDE: RHF-enes årsrapporter, RHF-enes økonomiske langtidspaner

2.3 FORVALTNING AV SYKEHUSBYGGENE

Helseforetakene eier og forvalter den største og en av de mest komplekse bygningsmassene i Norge. Bygningsmassen er totalt 4,7 mill. kvm, sammenliknet med 4,2 og 2,7 mill. kvm i henholdsvis Forsvarsbygg og Statsbygg.

Figur 29: Areal forvaltet av spesialisthelsetjenesten og andre statlige/offentlige eiendomsforvaltere



KILDE: Statsbygg, Forsvarsbygg, Undervisningsbygg, Entra

Bygningene i helseforetakene forvaltes i stor grad desentralisert og med ulike systemer for vedlikehold, utvikling/avvikling og avhending.

Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene 2010-11 peker på stort forbedringspotensial i forvaltning av bygningsmassen. I undersøkelsen står det blant annet:

- Ved 20 av 23 helseforetak mener eiendomsansvarlig at nivået på dagens vedlikehold av bygninger fører til at det utvikler seg fordyrende følgeskader.
- 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.

Det har også vært begrenset med erfarings- og kompetanseoverføring mellom prosjektering og planlegging sykehusutbyggingene. Betydningen og effekten av dette illustreres ved at Byggetrinn 2 på St. Olavs Hospital gikk raskere og med lavere kostnader enn Byggetrinn 1.

De fleste regionale helseforetakene vil kun ha et fåtall større prosjekter under arbeid. Det reiser spørsmålet om hvordan en hensiktsmessig prosjektorganisering best kan etableres, inkludert arbeidet med konseptvalg, standarder og kravspesifikasjoner, kontraktstrategi, gjennomføringsstrategi og prosjekt- og byggeledelse.

Basert på informasjon fra Helsedirektoratet eksisterer det i dag heller ikke en modell eller beste praksis for å følge opp effekter og resultater fra nye sykehusbygg på nasjonalt nivå. Med så store investeringer som har så stor betydning for befolkningen er det kritisk med gjennomgående og systematisk oppfølging.

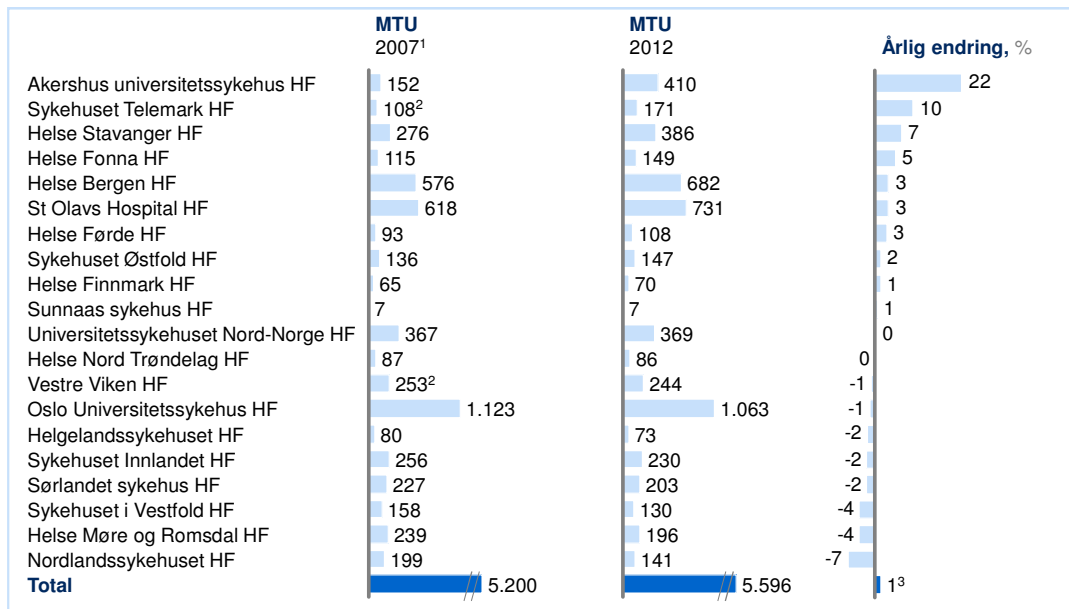
3 Medisinskteknisk utstyr

3.1 MEDISINSKTEKNISK UTSTYR I HELSEFORETAKENE

I forrige rapport «Investeringer i spesialisthelsetjenesten» fra 2011 ble det vist at Norge har vi høy tetthet av medisinskteknisk utstyr i et internasjonalt perspektiv. Dette er hovedsakelig drevet av et høyt antall sykehus, og samtidig lik dekningsgrad per sykehus. Verdien av medisinskteknisk utstyr i helseforetakene økte gjennomsnittlig 1% årlig i perioden 2007-2012, med en variasjon mellom helseforetakene, se Figur 30. Dette er under den generelle prisøkningen, så reelt sett er det en årlig nedgang på rundt 1%.

Figur 30: Utvikling i bokført verdi av medisinsk-teknisk utstyr

Bokført verdi av MTU, NOK millioner løpende kroner



¹ Korrigeret for fusjoner per helseforetak, med unntak av Blefjell Sykehus HF. Blefjell Sykehus HF inngår likevel i totalen

² Inkluderer ikke Blefjell Sykehus HF som ble fusjonert med Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF i 2009

³ Vektet gjennomsnitt

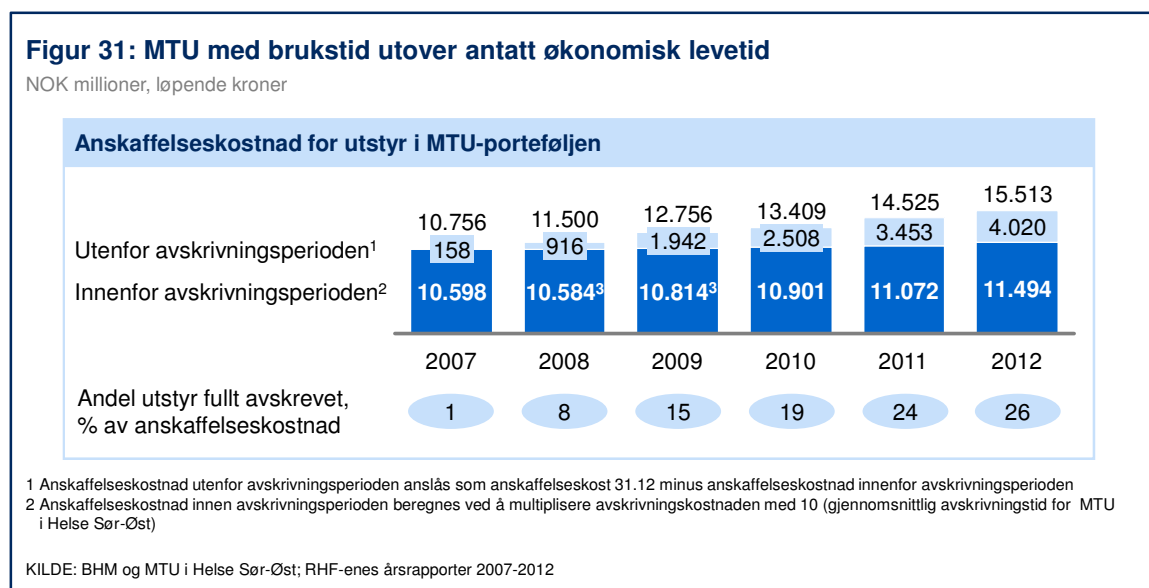
KILDE: SSB; Helseforetakenes årsrapporter, 2012

Blefjell Sykehus ble fusjonert inn i Vestre Viken og Sykehuset Telemark i 2009. Verdien av beholdningen inngår ikke i 2007-tallene, men i 2012-tallene. Det kan forklare at Sykehuset Telemark kommer høyt på listen.

Figuren ovenfor viser at den bokførte verdien på medisinskteknisk utstyr er relativt stabil. Det viser at helseforetakene har investert omtrent i takt med avskrivningene. Imidlertid er det en annen utvikling som er spesielt viktig å merke seg: Gammelt utstyr som er ferdig avskrevet brukes i økende grad i sykehusene.

Nå er mer enn 25% av verdien av MTU-porteføljen eldre enn den økonomiske levetiden, og denne utviklingen har gått raskt de siste årene.

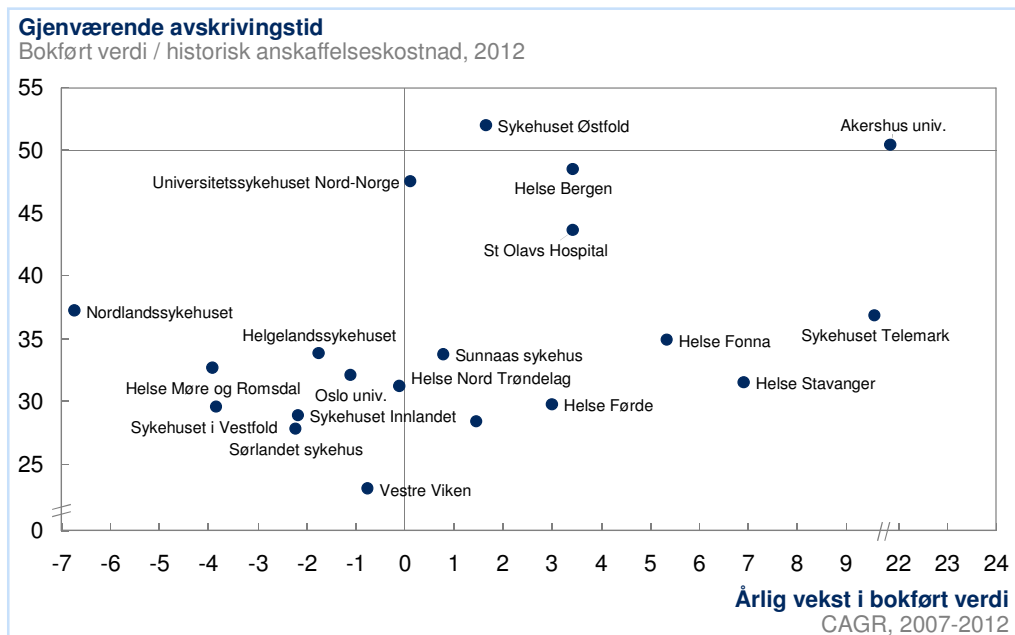
Basert på rapporten «Medisinsk teknologi i Helse Sør-Øst» fra 2011 ser man også at over 1/3 av utstyret er over 10 år. Ved å summere anskaffelseskostnadene for eksisterende MTU-portefølje og estimere verdien av utstyret som fremdeles avskrives, kan verdien av det ferdig avskrevne utstyret beregnes. Figur 31 viser at innkjøpskostnaden for det gamle utstyret i de norske sykehusene har vært sterkt økende siden 2007, og var 4 mrd.kr. i 2012.



Etterslepet innen medisinskteknisk utstyr er nokså gjennomgående. Siden gjennomsnittlig verdivektet avskrivningstid er 10 år, kan vi si at i en balansert portefølje vil bokført verdi være 50% av historisk anskaffelseskostnad. Figur 32 viser at 18 av 20 helseforetak har etterslep i MTU-porteføljen.

Figur 32: Utvikling i bokført verdi og gjenværende avskrivningstid for MTU

Prosent



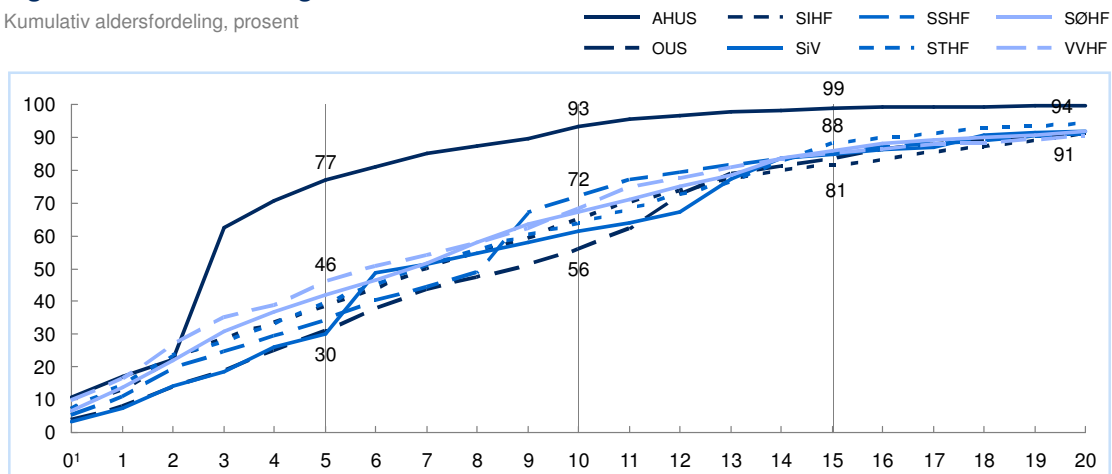
Note: Regnskapsprinsipper kan påvirke gjenværende økonomisk levetid, for eksempel avskrivningsreglene samt om utstyr kjøpt inneværende år blir avskrevet med et fullt år eller ikke.

KILDE: SSB; Helseforetakenes årsrapporter, 2012

Helse Sør-Øst gjennomførte i 2011 en detaljert kartlegging av alt medisinskteknisk utstyr i regionen. Det ga en god oversikt over utstyret, og vi har fått tilgang på deler av tallmaterialet. For Helse Sør-Øst var 36% av utstyret over 10 år gammelt. 15% var over 15 år. Ned på helseforetaksnivå ser vi at nesten halvparten (44%) av alt medisinskteknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus er eldre enn 10 år, se Figur 33. Industriforeningen The European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR) mener at minst 60 % av utstyret bør være 5 år eller nyere, under 30 % bør være i kategorien 6-10 år, og under 10 % bør være i kategorien over 10 år. Resultatene fra Helse Sør-Øst viser en eldre maskinpark enn det for alle sykehusene unntatt Akershus universitetssykehus.

Figur 33: Aldersfordeling av MTU for helseforetak i Helse Sør Øst

Kumulativ aldersfordeling, prosent



Note: Inkluderer ikke Sunnaas sykehus og Sykehusapotekene

1 Data er innhentet i mai 2011. Antall enheter kjøpt inn i 2011 er multiplisert med 12/5 for å normalisere data for ett år.

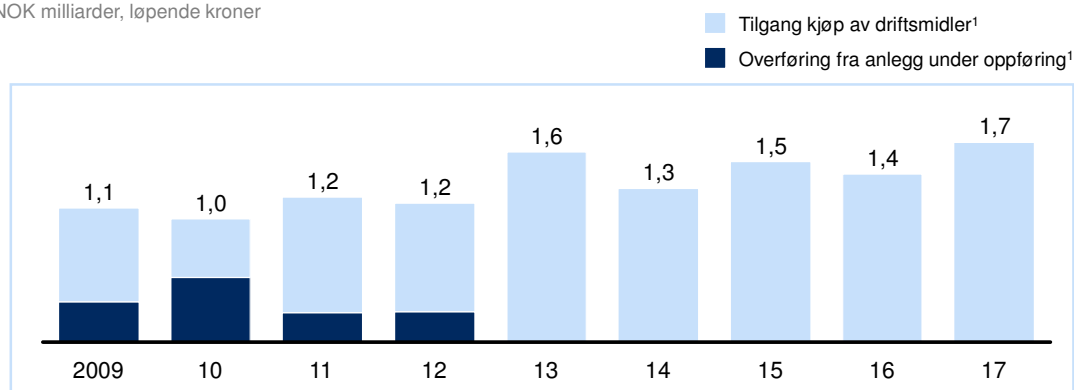
KILDE: Datasett fra rapporten "Medisinsk teknologi i Helse Sør-Øst", 2011

3.2 PLANLAGTE INVESTERINGER I MEDISINSKTEKNISK UTSTYR

Helseforetakene planlegger en økning i investeringer i medisinskteknisk utstyr til 7,5 mrd. kr. (1,3-1,7 mrd.kr. årlig) over de neste 5 årene (Figur 34). Gitt nåværende utskiftingstakt vil nåværende langtidsbudsjetter redusere alderen på utstyret, men mangler mellom 2-4 mrd. kr. for å komme innenfor dagens avskrivningstid, gitt ellers uendrede behov og kvalitetskrav.

Figur 34: Investeringer i MTU i RHF-enes langtidsplaner

NOK milliarder, løpende kroner



1 Fra RHF-enes årsrapporter kan man ikke skille kategori for tilgang til anlegg under oppføring. Faktisk overføring fra anlegg under oppføring er derfor brukt, selv om det kontantstrømmen egentlig burde vært presentert for tidligere år. Differansen mellom overføringer og kontantstrøm utgjør 300 MNOK

KILDE: RHF-enes årsrapporter, RHF-enes økonomiske langtidsplaner

Kartleggingen i Helse Sør-Øst ga en god forståelse av situasjonen. Et arbeid med å systematisere utstyrsporteføljen og tiltak for å bedre situasjonen er således

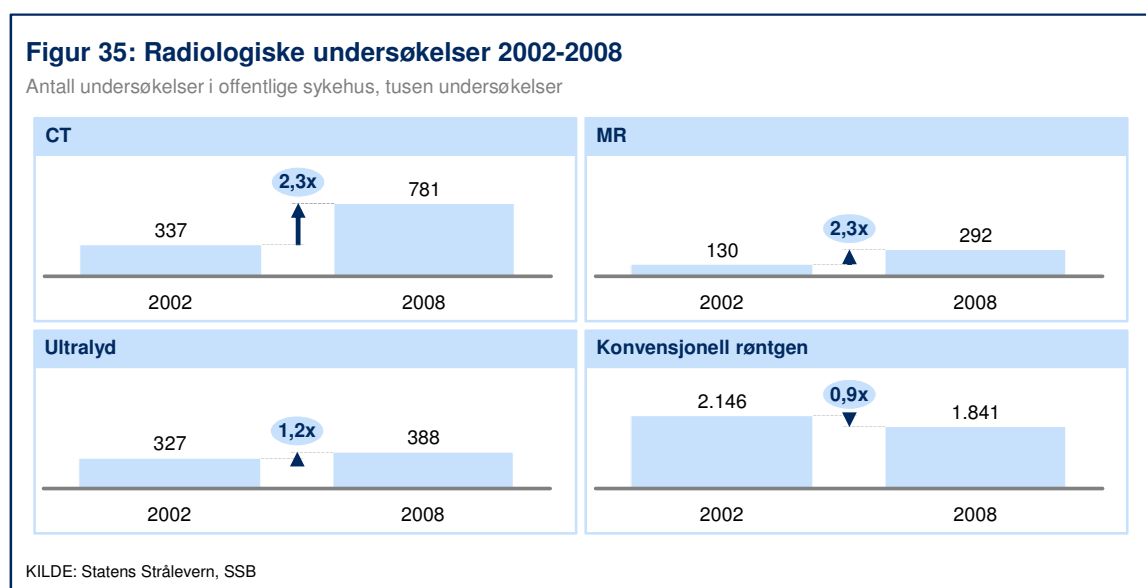
iverksatt. Blant annet er det ved Oslo universitetssykehus satt av 1 mrd.kr. over tre år for investeringer i medisinskteknisk utstyr. Dette er investeringer som ikke var inkludert i langtidsplanen, og dermed i tallene over.

På regionalt nivå arbeides det med prosjekter for å vurdere a) alternative finansieringsløsninger, b) innkjøpsprosessen og samordning i regionen (blant annet ble 28% av utstyret hasteinnkjøpt etter havari) og c) organisering av virksomheten (grensesnitt mot IKT og bedre samordning/samorganisering).

Forutsetningene for å ta tak i temaene rundt medisinskteknisk utstyr er dermed bedre enn tidligere.

3.3 BEHOV FOR MEDISINSK TEKNISK UTSTYR

På bakgrunn av utviklingen i medisinsk behandling er det grunn til å tro at behovet for utstyr relativt sett er økende, altså mer medisinskteknisk utstyr per pasient. Kikkhulls- og robotkirurgi, perkutane teknikker, flere og mer avanserte analyser og laboratorietester (molekylærbiologi, gensekvensering, diagnostikk med polymerasekjedereaksjon (PCR), osv.) er eksempler på det. Historisk utvikling av radiologiske undersøkelser er vist i Figur 35. Befolkningsøkningen i samme periode er 4,7%.



Økte ytelser og bruk ledsages dels av økte enhetskostnader, men samtidig leder den teknologiske utviklingen også til kostnadsreduksjoner.

Tiltak for å begrense behovet for medisinskteknisk utstyr på et sykehus er å øke utnyttelsesgraden. I hovedsak er det to tiltak som vil være viktig: 1) økt planlagt brukstid (typisk på store maskiner med elektiv virksomhet, eksempelvis CT og

laboratorieapparater) og 2) økt sambruk (typisk mobilt utstyr som kan brukes av flere der behovet vil variere, eksempelvis sprøytepumper).

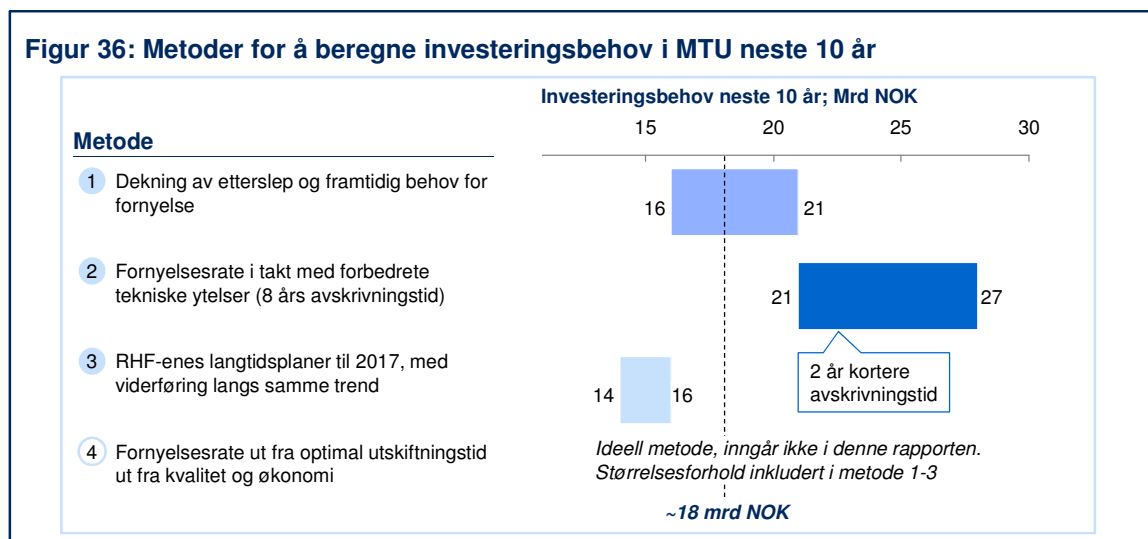
Det er sannsynligvis et potensial for 1) økt planlagt brukstid i spesialisthelsetjenesten, både i antall pasienter i eksisterende driftstid og ved utvidet driftstid. Det er verdt å merke seg at personalkostnader oftest er den største kostnaden ved en undersøkelse, ikke utstyrskostnaden. Dersom utvidelse medfører overtidsbetaling, kan effekten oppveies i forhold til å investere i en ny maskin.

For 2) økt sambruk er det sannsynligvis også et stort potensial. Det har vært gjennomført prosjekter der behovet for utstyr er blitt halvert gjennom å utarbeide en god oversikt over utstyret og fordele det etter behov internt på sykehuset.

Av større grep vil en restrukturering av sykehusene til færre og større sykehus gi lavere behov for medisinskteknisk utstyr, eller mulighet til en mer moderne utstyrspark.

3.4 METODER FOR Å BEREGNE INVESTERINGSBEHOV

For å beregne investeringsbehov i medisinskteknisk utstyr de neste 10 årene har vi brukt tre tilnærminger. Figur 36 viser estimerte investeringsbehov i hver av metodene. Metodene tar ikke høyde for trender som kan endre utstyrsbehovet. Eksempelvis kan utvikling i medisinsk behandling og ny dyr teknologi tenkes å øke behovet, mens restrukturering eller mer økt utnyttelse/deling av utstyr kan senke det.



Metode 1: Dekning av etterslep, investere avskrivningene

Metoden tar utgangspunkt i at dagens etterslep erstattes, samt at verdien av dagens maskinpark erstattes i 10-årsperioden. Etterslepet er estimert ved å se på den

historiske anskaffelseskostnaden på utstyr og sammenholdt det med verdien av det utstyret som fortsatt avskrives. Gjennomsnittlig verdivektet avskrivningstid er 10 år, og følgelig er regnskapsmessige avskrivninger multiplisert med 10. Differansen mellom historisk anskaffelseskostnad og avskrivninger multiplisert med 10 er definert som etterslep.

Vi antar at 80% av det estimerte etterslepet må erstattes. Noe av utstyret vil typisk være tatt vare på «for sikkerhets skyld», utgjøre reservedeler og lignende og skal derfor ikke erstattes. I tillegg er det antatt at 0-50% av etterslepet vil bli reinvestert i 10-årsperioden, for å få en balansert utstyrportefølje uten etterslep om 10 år.

Videre er det antatt en prisøkning på mellom 0-50% fra den historiske anskaffelseskostnaden for etterslepet. Øvre grense tar utgangspunkt i rapporten «Medisinsk teknologi i Helse Sør-Øst» hvor man fant en prisøkning på 50% i forhold til historisk anskaffelseskostnad for å gjenskaffe utstyr som var utenfor avskrivningsperioden.

I tillegg inkluderer estimatet en befolkningsøkning på 10% i 10-årsperioden, og at det gir et 10% økt behov for medisinskteknisk utstyr. Metode 1 gir et investeringsbehov på 16-21 mrd.kr.

Metode 2: Økt fornyingstakt

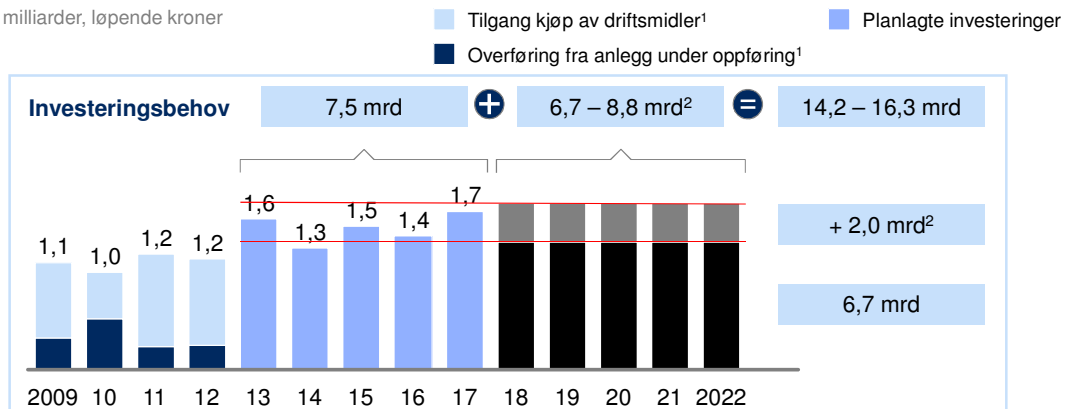
Metode 2 bygger på samme logikk som Metode 1, men inkluderer en standardheving på utstyret til en gjennomsnittlig avskrivningstid på 8 år. Dersom man legger til grunn en standardheving, med 8 år som forventet gjennomsnittlig levetid (mot dagens 10 år) gir det et investeringsbehov på 21-27 mrd.kr.

Metode 3: Framskrivning av langtidsplanene

Metode 3 framskriver langtidsplanene i helseforetakene og summerer seg til 14-16 mrd.kr., vist i Figur 37. Dette vil bedre situasjonen, men ikke være tilstrekkelig for å fornye utstyrsparken innen dagens avskrivningstider, og ved dagens behov for medisinskteknisk utstyr.

Figur 37: Investeringer ved framregning av RHF-enes langtidsplaner

NOK milliarder, løpende kroner



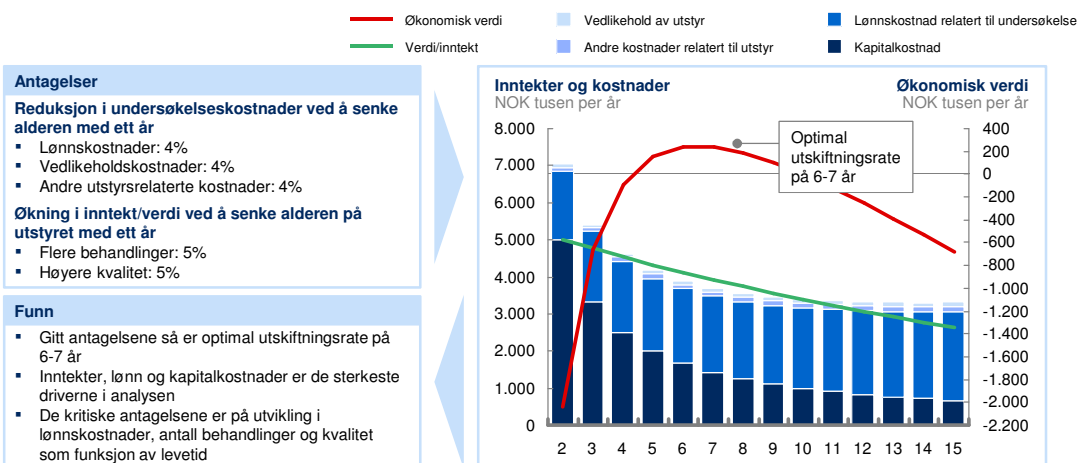
1 Fra RHF-enes årsrapporter kan man ikke skille kategori for tilgang til anlegg under oppføring. Faktisk overføring fra anlegg under oppføring er derfor brukt, selv om det kontantstrømmen egentlig burde vært presentert for tidligere år. Differansen mellom overføringer og kontantstrøm utgjør 300 MNOK
 2 Antatt 5% økning i investeringsnivået for 2018-2022 sammenlignet med 2013-2017 som følge av befolkningsøkning

KILDE: RHF-enes årsrapporter, RHF-enes økonomiske langtidsplaner; Helse Sør-Øst budsjett 2013

Metode 4: Samfunnsøkonomisk vurdering («business case»)

Metode 4 vil kreve mer detaljerte analyser for hver utstyrsguppe og inkludere mulige driftsforbedringer og økt kvalitet. Dette lå utenfor rammene av denne rapporten. Imidlertid vil det være den ideelle metoden for å avgjøre når slikt utstyr skal skiftes og den samlede investeringsrammen. Utgangspunktet for metoden er skissert i Figur 37.

Figur 38: Illustrativ metode for beregning av optimal utskiftningsrate

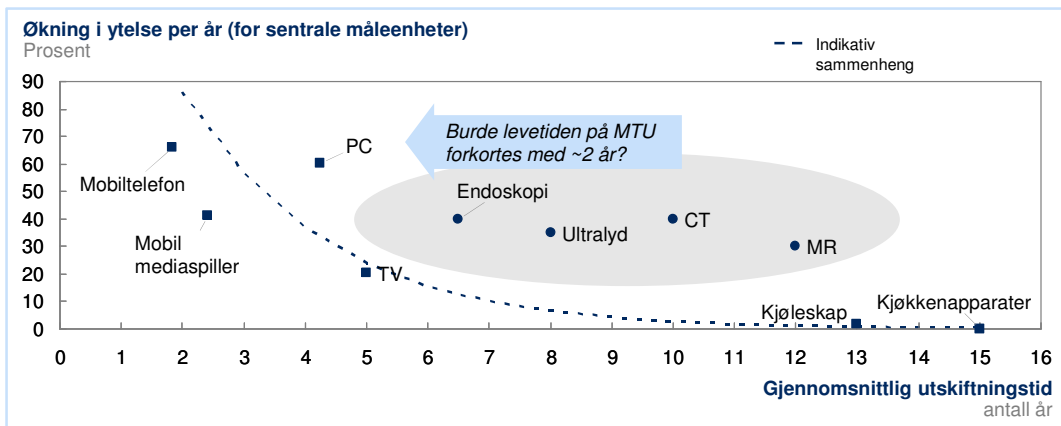


Utskiftningsakten er en viktig driver for investeringsbehovet. I forhold til takten i den teknologiske utviklingen, skiftes kritisk medisinsk teknisk utstyr ut nær halvparten så ofte som befolkningens private forbrukerelektronikk (Figur 39).

Betalingsvilligheten/-evnen som kommer til uttrykk i forbrukernes individuelle valg er dermed større enn villigheten/-evnen innen spesialisthelsetjenesten.

Figur 39: Indikativ sammenheng mellom årlig økning i ytelse og utskiftningsrate

INDIKATIV – IKKE
EKSakte VERDIER

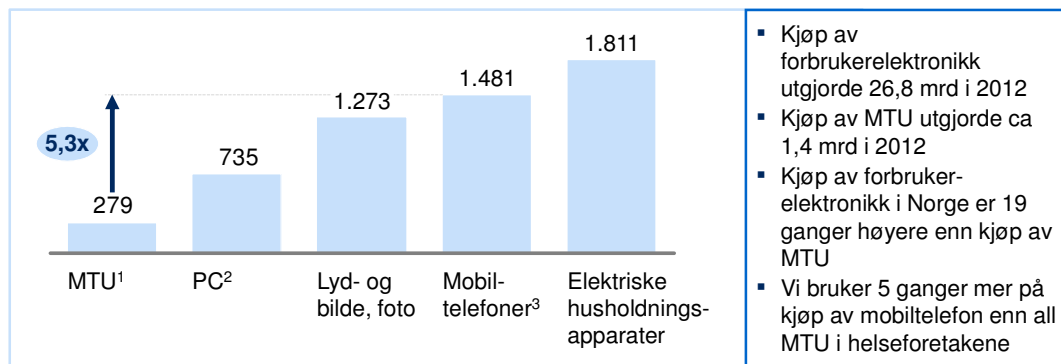


KILDE: Euromonitor; iSuppli; European Environment Agency; Apple; MacTracker; Ekspertintervju; Artikler

Tilsvarende bruker norske brukere årlig 5 ganger mer på innkjøp av mobiltelefon, enn på all innkjøp av medisinskteknisk utstyr i spesialisthelsetjenesten, og total kjøper vi forbrukerelektronikk for 19 ganger mer enn medisinskteknisk utstyr i spesialisthelsetjenesten (Figur 40). Nyere utstyr vil bedre diagnostikken og behandlingen og i mange tilfeller være mer driftseffektivt.

Figur 40: Investering i MTU og forbrukerelektronikk i Norge

NOK per innbygger, 2012



1 Antar at 17% av MTU under 100.000 kroner. Dette er lagt til investeringsbeløpet
2 Kun forbrukermarkedet, ikke bedrift
3 Markedsverdi for subsidier

KILDE: SSB; RHF-enes årsrapporter; Stiftelsen Forbrukerelektronikk

4 Kompetanse

Helsesektoren er kjennetegnet med høy kompetanse i pasientbehandlingen, og de faglige retningslinjer, beste praksis, behandling og teknologi endres relativt raskt. Tilstrekkelig ressursbruk og høy kvalitet og kravstillelse i kompetanseutviklingen er dermed svært viktig. Kompetanse nevnes ofte i styringsdokumenter som strategisk viktig.

Overordnet for spesialisthelsetjenesten er likevel hovedkonklusjonen at presisjonsgraden er relativt lav når det gjelder hvilke konkrete resultater man ønsker å oppnå, hvilke lærdommer som skal hentes fra beste praksis i andre kompetanseintensive virksomheter i rask utvikling, hvilke ressurser som skal settes inn og hvordan kompetanseutviklingen skal gjennomføres.

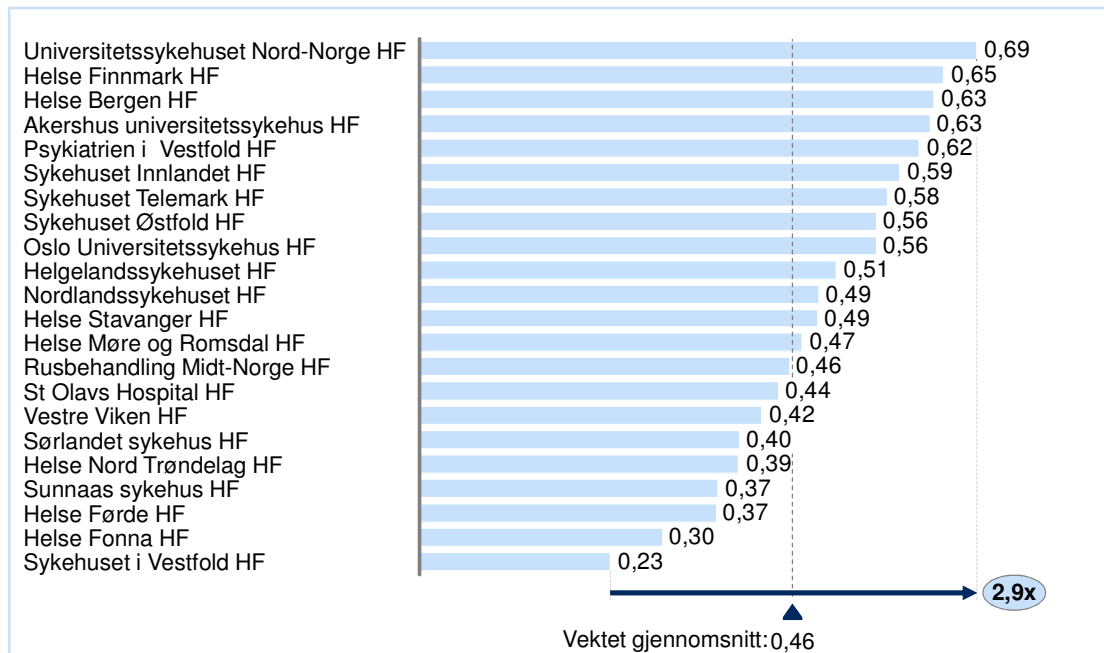
Samtidig ser vi konturene av mer systematikk i arbeidet med kompetanseutvikling. I én helseregion er verktøy for å kartlegge de ansattes kompetanse og følge opp plan for utvikling etablert. Initiativ for å beregne ressursinnsats er også iverksatt.

4.1 RESSUR SINNSATS

Ressursinnsatsen kan til en viss grad vurderes ut fra regnskapene. Anslagsvis vil direkte regnskapsførte utgifter utgjøre et sted mellom 10-20% av totale kostnader knyttet til kompetanseutvikling. For helseforetakene utgjør direkte regnskapsførte kostnader på 0,46% av inntekten, med en betydelig variasjon mellom helseforetakene, fra 0,69 til 0,23% av inntekten (Figur 41). Helseforetakene i Nord bruker mest med 0,61% i vektet snitt, mens Midt-Norge bruker minst med 0,44% i vektet snitt.

Figur 41: Kompetanserelaterte kostnader for ulike helseforetak

Direkte kostnader til kompetanseutvikling¹, prosent av samlede inntekter, 2011



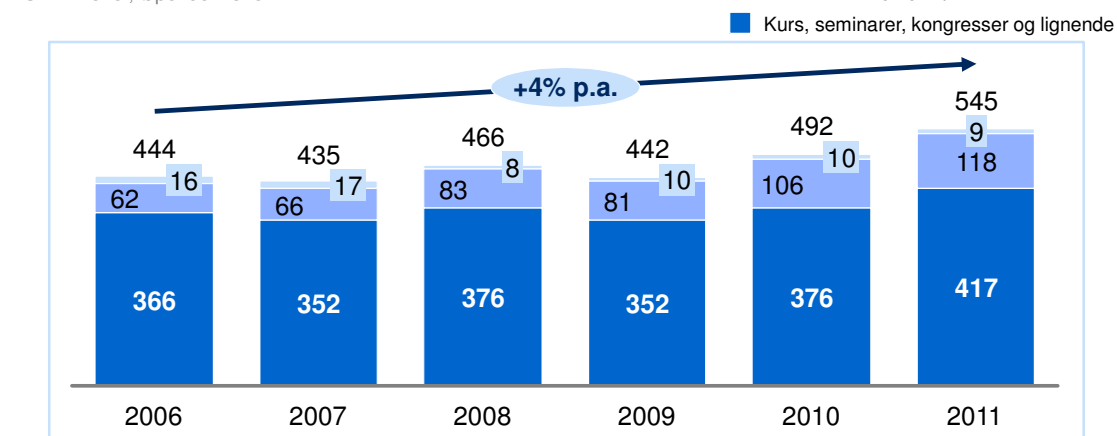
1 Poster i regnskapet som inngår: Kurs, seminarer, kongresser og lignende, Kurs- og undervisningsmateriell, Etterutdanning og stipend

KILDE: SSB

Direkte kostnader til kompetanseutvikling utgjorde i 2011 545 mill.kr. og i perioden 2006-2011 har det vært en årlig økning på 4%, ca. 2% over prisstigningen.

Figur 42: Regnskapsførte kompetanserelaterte kostnader

NOK millioner, løpende kroner



KILDE: SSB

Det er igjen viktig å understreke at det er knyttet betydelige indirekte kostnader til kompetanseutvikling, og de direkte kostnadene trolig inkluderer et sted mellom 10-20% av totale kostnader knyttet til kompetanseutvikling. De indirekte kostnadene er knyttet til ansattes tidsbruk/lønn, prosjekter, permisjoner, med mer.

Fra 1. januar 2012 betaler ikke legemiddelindustrien/utstysleverandører lenger for kurs og konferanser for leger. Regnskapene for 2012 med tilstrekkelig detaljeringsnivå blir ikke tilgjengelig før medio juni. Etter en gjennomgang av relevante styringsdokumenter er det ikke funnet indikasjoner på at dette bortfallet er kompensert for i helseforetakene eller i de regionale helseforetakene. Vi utelukker ikke at enkelte helseforetak/regionale helseforetak har iverksatt kompensierende tiltak, men ser ut fra utvalget gjennomgått få (om noen) tegn til dette.

Figur 43: Gjennomgang av styringsdokumenter etter bortfall av støtte fra legemiddelindustrien til kurs og konferanser

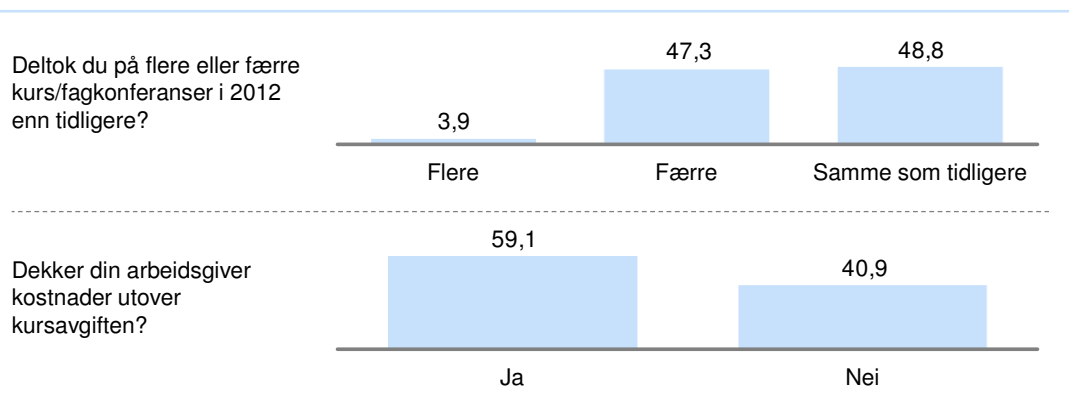
Dokument	Ikke nevnt	Nevnt	
		Ikke bevilget	Bevilget
▪ Statsbudsjett (1)			
▪ Oppdragsdokument 2013 og 2012 fra HOD til RHF-ene (8)			
▪ Økonomisk langtidspan eller budsjett 2012/13 (4)			
▪ Årsrapport 2012 RHF-ene (4)			
▪ Oppdragsdokument fra RHF-ene til HFene (4)			
▪ Årsrapport 2012 HFene (5)			

KILDE: Dokumenter angitt ovenfor, 2012

Legeforeningen har gjennomført en spørreundersøkelse blant et utvalg av sykehusansatte medlemmer. I spørreundersøkelsen oppgir nesten halvparten (47,3%) av respondentene at de har vært på færre kurs/konferanser i 2012 enn tidligere år. 3,9% oppgir at de har deltatt på flere (Figur 44).

Figur 44: Deltakelse på kurs/konferanser i 2012

Prosent



KILDE: Legeforeningen, Questback 2013 (863 respondenter)

Helse Vest har startet å måle ressursinnsatsen innen kompetanse mer systematisk. En fullstendig kartlegging av all medgått tid og ressursbruk vil kreve en detaljert rapportering fra ansatte, men med dagens registreringer oppgir regionen å bruke over 1 mrd.kr. i 2012 (fra intervju).

4.2 KOMPETANSEUTVIKLING

Kurs og konferanser er viktig for å holde seg faglig oppdatert. Det er også mange andre områder å fokusere på for å sikre god talentutvikling i en organisasjon, eksempelvis bevissthet rundt karrieremulighetene, formell opplæring, kompetanseplanlegging, coaching og veiledning. De spesifikke metodene må tilpasses spesialisthelsetjenestens rammer, behov, og utviklingen av kompetanse for pasientene og den enkelte medarbeider.

Typiske fokusområder for virksomheter på tvers av sektorer innen de 4 kategoriene nevnt over er:

Karrieremuligheter

- Organisasjonen har definert karriereveier, retningslinjer og prosesser for å oppmuntre til utvikling – med vekt på betydningen av innsats og prestasjoner (både innen fagstigen og ledelsesstigen)
- Det er bred kulturell støtte for å gi muligheter til ansatte
- Nåværende og aktuelle/interesserte framtidige ledere er systematisk plassert i krevende roller for å forsterke kompetanseutviklingen

Formell opplæring

- Ansatte i nøkkelroller får riktig opplæring til rett tid
- Utviklingsprogram er verdsatt og attraktive. Ledere i bedriften fungerer som kursholdere og som sponsorer for medarbeidere
- Opplæringsprogram evalueres kontinuerlig for å møte virksomhetens behov
- Innholdet i programmene er tidsaktuelle, med tilpassede læremetoder via flere kanaler

Kompetanseplanlegging

- Kompetansen og nøkkelstillinger blir jevnlig evaluert og oppdatert
- Talenter i organisasjonen identifiseres ved en gjennomgang av ledere på de to øverste nivåene, samt personer med høyt potensial på lavere nivåer (ledere og fagpersoner)
- En (halv)årlig evaluering for å vurdere utvikling hos nøkkeltalenter og for å oppdatere eller revidere deres utviklingsplan

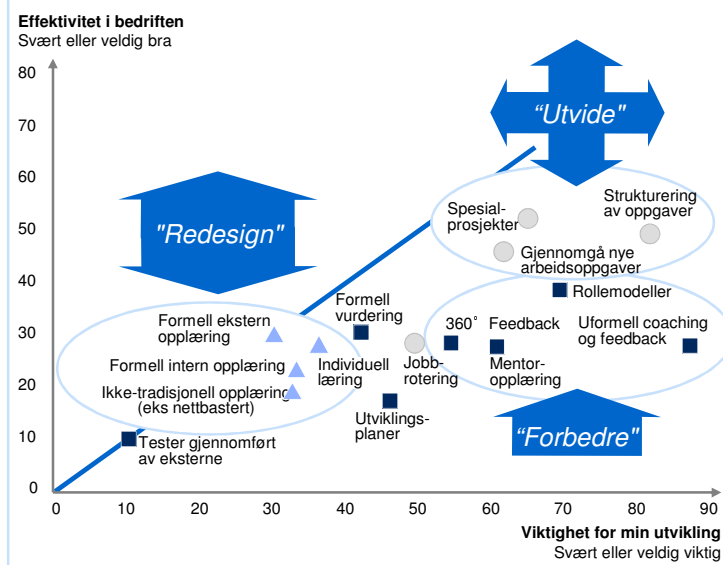
Coaching og veiledning

- Ledere blir evaluert på hvordan de utvikler og bruker tid på medarbeidere
- Ledere ser på utvikling av de ansatte som produktiv bruk av tid, og de bruker mer enn 25-40% av denne tiden på medarbeidere med stort utviklingspotensial
- Alle ansatte er mentor eller coach for hverandre (kolleger og veiledere)
- Gode veiledere blir satt pris på, og egenskapene blir dyrket videre i organisasjonen

Undersøkelser blant ledere viser at praktisk opplæring («on-the-job training») og coaching og veiledning oppleves som det viktigste for deres profesjonelle utvikling (Figur 45).

Figur 45: Lederes vurdering av egen kompetanseutvikling

Spørreundersøkelse, Relevans for opplæringsformat¹



- ▲ Formell opplæring
 - Praktisk opplæring
 - Coaching og veiledning
- Ledere foretrekker praktisk opplæring, og kunne tenke seg økt innsats på dette området
 - Opplæring fra mentorer og kollegaer blir vurdert like viktig – men de fleste bedrifter er ikke effektive på dette området
 - Formelle læringsmetoder er ikke ansett for å være hverken viktige for utvikling eller særlige effektive

1 Prosent av topp 200 ledere i 50 multinasjonale selskap

Kilde: McKinsey undersøkelse i multinasjonale selskap

Vi ser konturene av mer systematikk i arbeidet med kompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Helse Vest har eksempelvis gjennomført flere initiativ de siste årene. Spesielt er det utviklet Kompetanseportalen i samarbeid med software-utviklere og Innovasjon Norge. Portalen gir en svært god oversikt over kompetanse og utviklingsområder per medarbeider og muliggjør en systematisk oppfølging.

4.3 LEDELSE I SPESIALISTHELSETJENESTEN

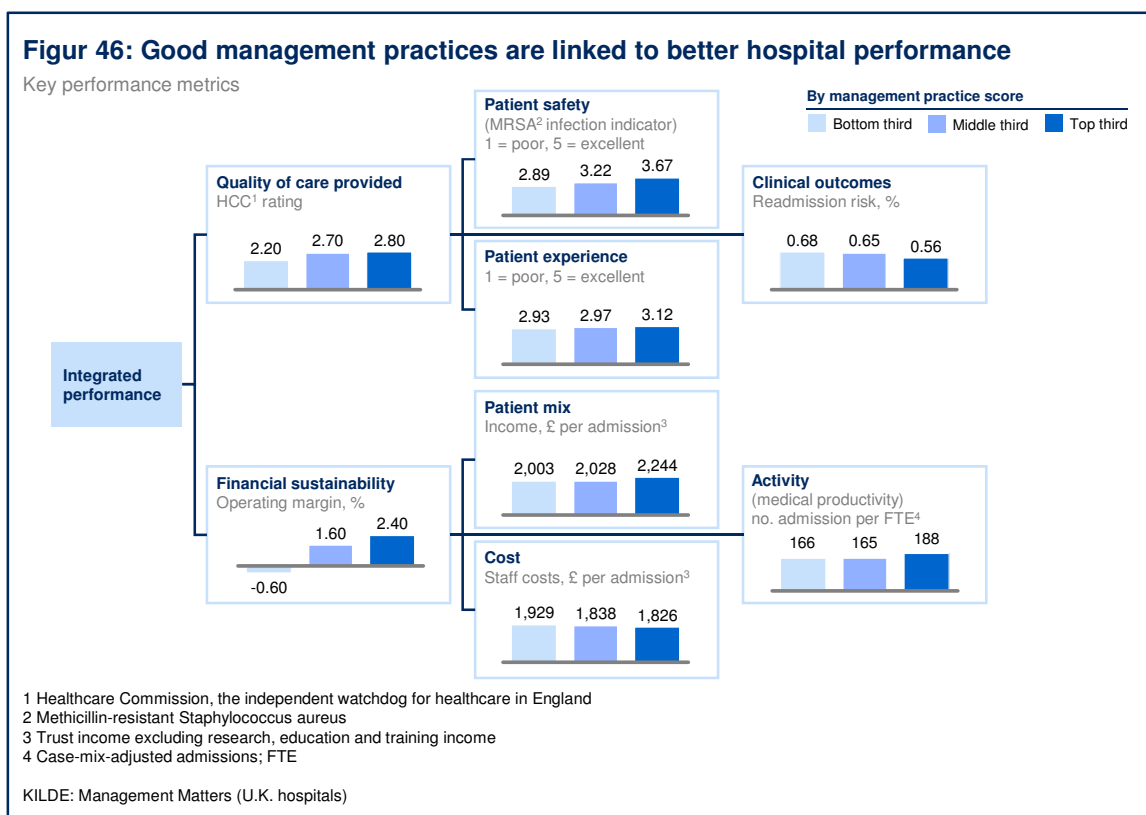
McKinsey & Company har i samarbeid med London School of Economics og universitetene Stanford og Harvard gjennomført forskning på ledelse i sykehus («Management Matters»). Prosjektet startet i 2001 med å utvikle et verktøy for å evaluere kvaliteten på ledelse og styring innen drift (operations management), resultater (performance management) og kompetanseutvikling (talent management) for bedrifter og sammenholdt det med oppnådde resultater.

I 2006 appliserte vi verktøyet på 104 sykehus i National Health Service (NHS) og 22 private sykehus i Storbritannia. I 2009 ble dette utvidet til 1194 sykehus i USA, Storbritannia, Canada, Sverige, Tyskland, Frankrike og Italia.

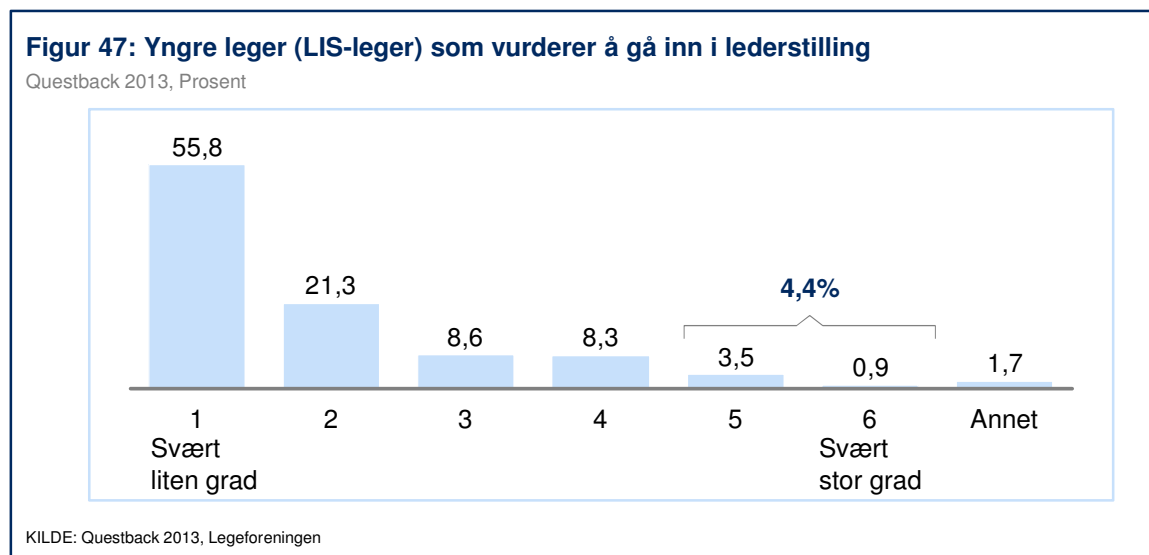
Alle sykehusene ble intervjuet av forskningsteamet for å skåre kvaliteten på ledelse og styring. Data på resultater innen pasientkvalitet, drift og økonomi ble også samlet inn. Resultatene innen ledelse og styring ble sammenstilt med resultater innen pasientkvalitet, drift og økonomistyring. Det ga mulighet for å se på korrelasjoner mellom områdene, og hovedkonklusjonene fra arbeidet er:

- God pasientkvalitet, høy produktivitet og god økonomistyring er tett knyttet til god ledelse
- Det er stor variasjon i kvaliteten i ledelsen internt i landene, hvilket indikerer gode muligheter for å forbedre sykehus med dårlige resultater
- Sykehus som skårer høyt har flyttet beslutninger nærmere pasientene og gir ledere på lavere nivå større beslutningsmyndighet
- Større sykehus skårer bedre på ledelse og styring enn mindre sykehus
- Sterk sammenheng mellom høye andel ledere med klinisk bakgrunn og bedre ledelse. I Storbritannia hvor undersøkelsen ble gjennomført i 2006 og 2009 så man også en sterk korrelasjon mellom en økning i andelen ledere med klinisk bakgrunn og forbedret ledelse og styring

Resultater på kvalitet og økonomistyring sammenholdt med ledelsespraksis er vist i Figur 46.



Dette understreker behovet for god ledelse, og at klinikere utvikler gode lederegenskaper. I Legeforeningens spørreundersøkelse ser det imidlertid ut til at yngre leger (LIS-leger) har liten interesse for å gå inn i lederstillinger, se Figur 47.



Det er viktig for medisinsk utvikling og god medisinsk behandling at mange leger ønsker en faglig karriere. Samtidig er det viktig med en balanse der mange også ønsker en karriere innen ledelse. Resultatet reiser spørsmålet om sistnevnte er godt nok ivaretatt blant leger. For spesialisthelsetjenesten framstår det som viktig å gjøre ledelse som karrierevei mer attraktiv framover. Basert på kommentarer i undersøkelsen virker det som det er potensial både ved å gjøre lederrollene mer interessante og utviklingsløpet mer spennende og lærerikt.

Kildehenvisning

LITTERATUR

Bloomberg. Totale salg og eiendeler for selskaper på Oslo Børs, 2004-2012.

Danske regioner. www.godtsykehusbyggeri.dk, 2013.

Den norske legeforening. Statistikk fra SERUS, 2002-2009.

Den norske legeforening. Questback undersøkelse for leger i spesialisthelsetjenesten, 2013.

Den norske legeforening. Spørreundersøkelse til helseforetakene: Kartlegging av investeringer og kostnader relatert til MTU og bygg i spesialisthelsetjenesten, 2013.

Den norske legeforening og Norsk Sykepleierforbund. Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge, 2011.

Entra Eiendom. Årsrapport, 2013.

Espicom. Word Medical Market Forecasts to 2017, 2012.

Forsvarsbygg. Årsrapport og "Virksomhetspresentasjon", 2013.

Helse Midt Norge. Forretningsmodeller for Helsebygg Midt Norge (rapport fra Ernst & Young og Multiconsult), 2012.

Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument til regionale helseforetak, 2012 og 2013.

Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjett (St.prp nr. 1), 2010-2012.

Helse Sør-Øst. Budsjettforslag, 2013.

Helse Sør-Øst RHF. Styresak nr 087-2012: Finansstrategi for Helse Sør-Øst, 2012.

"Helse Sør-Øst, ved SIKT. Medisinsk teknologi i Helse Sør-Øst: Hvordan anskaffe, bruke og ta vare på utstyret og informasjonen som det genererer, 2011."

Helsedirektoratet. Samdata spesialisthelsetjenesten 2011, 2012.

Helseforetak / Regionale helseforetak. Vedlegg til styresaker: Kartlegging av bygningsmasse ifm. strategisk og taktisk planlegging, 2011-2013.

Hjemmesider til helseforetakene Nordlandssykehuset, UNN, Vestre Viken, Helse Stavanger, Sykehuset Østfold, Akershus universitetssykehus. Byggekostnader og kvadratmeter, 2010.

Lokale helseforetak. Årsrapporter, 2010-2012.

Lokale helseforetak. Årlige meldinger, 2012.

McKinsey & Company, London School of Economics and Political Science. Management in Health Care: Why good practice really matters, 2009.

Multiconsult. Sluttrapport fra delprosjekt 1: Rollen som strategisk bygg- og eiendomsforvalter, 2008.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Doktorgradsavhandling fra Anne Kathrine Larssen. Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift., 2011.

OECD. Health Data, 2012.

Region Hovedstaden (DK). Hospitalsplan, 2009.

Regionale helseforetak. Årsrapporter, 2006-2012.

Regionale helseforetak. Oppdragsdokument til helseforetak, 2013.

Regionale helseforetak. Økonomisk langtidsplan/Investeringsrammer 2013-2017 (2013-2020 i Helse Nord), 2012.

Regionale helseforetak. Årlige meldinger, 2012.

Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene, 2010.

Rådgivende Ingeniørers Forening. State of the Nation, 2010.

Statens Strålevern. Radiologiske undersøkelser i Norge, 2008.

Statistisk Sentralbyrå. Balanse, etter kontogrupper og helseregion (07433), 2007-2011.

Statistisk Sentralbyrå. Detaljert uttrekk av regnskap på drift og balanse, 2006-2011.

Statistisk Sentralbyrå. Kostnader inkl. avskrivninger, etter kostnadstype og funksjon (06464), 2005-2011.

Statistisk Sentralbyrå. Inntekter, etter inntektstype og funksjon (03745), 2002-2011.

Statistisk Sentralbyrå. Investeringer i realkapital (03746), 2002-2011.

Statistisk Sentralbyrå. Konsumprisindeksen, 1979-2012.

Statistisk Sentralbyrå. Byggjekostnadsindeks for bustader, bustadblokker, 1979-2012.

Statsbygg. Årsrapport, 2013.

Stiftelsen Elektronikkbransjen. Omsetning i Norge, 2012.

Sykehuset Østfold. Styresak 90/10: Forprosjekt - nytt Østfoldssykehus, 2010.

The European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR). COCIR age profile, 2009.

Undervisningsbygg. Årsrapport, 2012.

Universitetet i Oslo, Mastergradoppgave av Øystein Jensen. Forvaltning av medisinsk-teknisk utstyr (MTU), 2010.

INTERVJU

Thomas Bagley, teknologidirektør, Helse Sør-Øst

Nils Arne Bjordal, eiendomssjef, Helse Midt

Atle Brynestad, konserndirektør, Helse Sør-Øst

Hilde Christiansen, personal- og organisasjonsdirektør, Helse Vest

Helga Daae, underdirektør, Eieravdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Marit Endresen, avdelingsdirektør, Helsedirektoratet

Are Forbord, avdelingsdirektør, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Hanne Gaaserød, økonomidirektør, Helse Sør-Øst

Ingeborg Hagerup-Jenssen, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Bente Hatling, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Øystein Jensen, virksomhetsleder, Oslo universitetssykehus

Steinar Martinsen, viseadministrerende direktør, Helse Sør-Øst

Cathrine Meland, ekspedisjonssjef, Spesialisthelsetjenesteavdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Hartvig Munthe-Kaas, prosjektdirektør, Leverandørforeningen for Helse-Norge (LFH)

Frode Myrvold, ekspedisjonssjef, Eieravdelingen, Helse- og omsorgsdepartementet

Bjørn Remen, direktør, Helsebygg

Heidi Merete Rudi, fung. assisterende direktør, Statens helsetilsyn