Sykehusplaner for Oslo

Økonomiske betraktninger omkring planen for Nye Oslo universitetssykehus

Fortsatt utvikling av Ullevål sykehus er:

- 30 milliarder kroner billigere
- En raskere og bedre løsning for pasientene
- Åpner for at Aker blir lokalsykehus for hele Groruddalen
- Sikrer utnyttelse av funksjonelle sykehusbygg på Ullevål
- Gir god plass for fremtidens OUS på Ullevål
- Sikrer bedre økonomi i Helse Sør-Øst

Innhold

1. Sammendrag

2. Nye OUS

2.1 Finansiering av Nye OUS

2.2 Generelle og spesielle krav som stilles til helseforetaks økonomiske bæreevne

2.3 Stortingets behandling av lånesøknaden for Nye OUS i statsbudsjettet for 2020

2.4 Ekstern kvalitetssikring av de økonomiske beregningene for lånesøknaden

3. Hvorfor Belysningen av Ullevålalternativet er uriktig

3.1. Nærmere om Belysningen av Ullevålalternativet

3.2 Salg av Ullevåltomten

3.3. Nærmere om alternativet Parksykehuset

4. Rehabiliteringsbehov etter 2035 – en sammenlikning mellom Parksykehuset og Nye OUS

4.1 Hva betyr differansen i investeringskostnad mellom Nye OUS og Parksykehuset for muligheten til å tilby sykehustjenester til pasientene?

5. Sammenhengen mellom reguleringsrisiko, planlagt driftsmodell og forutsetninger for effektivitetsberegninger

5.1 Lånesøknaden forutsetter store effektivitetsgevinster

5.2 Sammenhengen mellom sykehusstruktur, reguleringsplan og ny driftsmodell

5.3 Reguleringsrisiko knyttet til Nye Rikshospitalet og Nye Aker

5.4 Hvilke bygningsmessige løsninger er mest egnet til å håndtere pandemier?

5.5 Politisk risiko knyttet til behandling av reguleringsplanen

6. Er det sannsynlig at OUS klarer å effektivisere driften før innflytting i nye sykehusbygg?

6.1 Økonomiske langtidsplan for perioden 2019 - 2062 (ØLP 2019-2062)

6.2 Budsjettmål for OUS reduseres når budsjettperioden nærmer seg

6.3 Effektivisering før innflytting i nye sykehusbygg

6.4 OUS' årsresultat og avvik fra HSØs standard for «god økonomisk drift»

6.4.1 Bemanning

6.4.2 Ekstraordinære poster

7. Er det sannsynlig at OUS klarer å effektivisere driften etter innflytting i nye sykehusbygg?

7.1 Annen usikkerhet knyttet til ny driftsmodell

8. Hvilken betydning har manglende intern involvering, forankring og eierskap til ny sykehusstruktur fra ansatte i OUS?

9. Hva kan det innebære for andre planlagte sykehusprosjekter i HSØ regionen dersom OUS ikke klarer å oppnå planlagt effektivisering?

9.1 Økonomisk usikkerhet knyttet til HSØs økonomiske bæreevne

9.2 Erfaringer fra oppnådd effektivitetsgevinst i nye sykehusbygg

10. Konklusjon

Sluttnoter

Referanseliste

Bio

STORTINGET INNVILGET I FJOR et lånetilsagn på 29,1 milliarder kroner til Nye Oslo Universitetssykehus (Nye OUS). I statsbudsjettet for i år søker Helse Sør-Øst om å bruke 102 millioner av vedtatt låneramme til forprosjektet. Den økonomiske risikoen knyttet til Nye OUS er betydelig høyere i dag enn det som er beskrevet i statsbudsjettet for 2020.

Helse Sør-Øst har trukket sitt forslag til reguleringsplan for Nye OUS på Rikshospitalet fordi Plan- og bygningsetaten i Oslo ikke kunne anbefale det. Sykehusprosjektet er nå under full omarbeidelse. Nå som ingen del av byggeplanene for Nye Rikshospitalet er fastlagt er det et godt tidspunkt til å ta «en pust i bakken» for å revurdere Nye OUS på fritt grunnlag, uavhengig av «målbildet».

Vi[1] har sammenlignet Nye OUS med et likeverdig alternativ som innebærer følgende:

- Ullevål sykehus fornyes som region-, akutt - og lokalsykehus
- Rikshospitalet opprettholdes frem til det er tid for rehabilitering og ombygging
- Det bygges lokalsykehus for hele Groruddalen på Aker

Vi har tatt utgangspunkt i hva som ble opplyst til Stortinget i statsbudsjettet[2] i fjor, HSØs «belysning» av Ullevålalternativet[3] og den alternative sykehusstrukturen i Parksykehuset[4]. Med unntak av estimert investeringsbehov mellom 2035 og 2045, er alle tall hentet fra HSØs offentlige dokumenter.

Vår analyse viser at investeringene er 30 milliarder kroner lavere dersom Oslo universitetssykehus videreutvikles på Ullevål istedenfor på Rikshospitalet og at Nye OUS, slik det planlegges, ikke er økonomisk bærekraftig. Det kan gå på bekostning av pasienttilbud og andre investeringsbehov i regionen.

Oslo 19. november 2020

Eilif Holte *Bjarne Jensen*
Per H. Christiansen *Tor I. Winsnes*

I denne analysen er følgende benevnelser bruk for alternativene:
Belysningen: Belysningen av Ullevålalternativet gjennomført av HSØ våren 2019
Parksykehuset: Alternativet utarbeidet av en uavhengig gruppe
Nye OUS: Nye Oslo Universitetssykehus slik det planlegges i dag av HSØ

1. Sammendrag

Bakgrunn:

Oslo Universitetssykehus (OUS) er Europas største sykehus og omfatter bl.a. Ullevål sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Gaustad sykehus og Aker sykehus. Nye OUS innebærer en omfattende utbygging av Rikshospitalet og Aker sykehus, nedleggelse av Ullevål sykehus og salg av tomten til boligbygging. Også Statens senter for epilepsi i Sandvika er planlagt solgt[5]. Sykehustilbudet på dagens Ullevål skal splittes mellom Nye Rikshospitalet og Nye Aker. Helse Sør-Øst (HSØ) er det regionale helseforetaket som eier helseforetaket OUS. HSØ er ansvarlig for lånesøknaden som ble godkjent av Stortinget i fjor og har nå ansvaret for utbyggingen.

Nye OUS innebærer den største omleggingen av sykehusstrukturen i Norge noensinne. Nye OUS vil påvirke helsetilbudet til mer enn halve Norges befolkning[6]. Beregnet totalkostnad for Nye OUS er ca. 50 milliarder kroner. Prosjektet finansieres gjennom: (1) lån fra staten, (2) lån fra HSØ, (3) en forutsetning om en stor effektiviseringsgevinst både før og etter innflytting i nye sykehusbygg og (4) salg av eiendom. Helseforetak kan bare beslutte utbygging av sykehus dersom de har økonomisk bærekraft, kravene fremgår av bl.a. Tidligfaseveilederen og er omtalt nedenfor i pkt. 2.2. Stortinget behandlet i 2019 lånesøknaden fra HSØ på 29,1 milliarder kroner for første fase av Nye OUS. I statsbudsjettet for 2021 søker HSØ om å bruke 102 millioner kroner av vedtatt låneramme til forprosjektet for Nye OUS.

Endringer i 2020 som påvirker de økonomiske beregningene som ble forelagt Stortinget Lånesøknaden fra HSØ ble fremmet for Stortinget uten at konseptplanene var forankret i en vedtatt reguleringsplan. Reguleringsspørsmålet er avgjørende for gjennomføringen av prosjektet og beregning av kostnadsrammen. Et hovedproblem er at bygningsmassen som planlegges på Nye Rikshospitalet er altfor stor for tomten[7]. Reguleringsrisikoen materialiserte seg i juni i år da det ble klart at Plan- og bygningsetaten i Oslo (PBE) ikke vil anbefale HSØs forslag til reguleringsplan. HSØ arbeider nå med store endringer i prosjektet, inkludert endringer i planlagt sykehusstruktur og driftsmodell, sammenliknet med det som ble presentert for Stortinget da lånesøknaden ble godkjent. Dette har negative konsekvenser for alle effektivitetsberegningene som er forutsatt i lånesøknaden. Nye OUS lar seg dermed ikke realisere slik HSØ ønsker og heller ikke i tråd med «målbildet» som ble fastlagt av statsråden i 2016.

Covid 19-pandemien illustrerer at smittevern må være et viktig element i planleggingen av et fremtidsrettet sykehus. Risiko- og sårbarhetsanalyser for Nye OUS har til nå ikke gjort vurderinger av hvilke bygningsmessige løsninger som er best egnet ved pandemier. Ullevål sykehus ble opprinnelig bygget som et epidemisykehus, og en fortsatt utnyttelse av den store tomten gjør det enklere å oppnå en lavere smitterisiko enn i en kompakt bebyggelse på Rikshospitalet. Et salg av Ullevåltomten vil være en irreversibel handling som fratar OUS en tomtereserve av stor strategisk betydning for senere utbygging, et behov som kan oppstå både av smittevernhensyn og oppgavevekst.

Uansett hvor nytt sykehus bygges, vil dagens bygninger på Rikshospitalet ha behov for rehabilitering og ombygging. Disse kostnadene, som påløper etter 2035, ble ikke omtalt i lånesøknaden til Stortinget. Dette er én av flere svakheter[8] ved beslutningsgrunnlaget fra 2019. I denne analysen er kostnader til fremtidige investeringer i OUS medtatt frem til 2045.

Vår analyse sammenlikner tall i den økonomiske langtidsplanen[9] som ble forelagt Stortinget i lånesøknaden med den nye økonomisk langtidsplan for perioden 2021 – 2024[10].

Konklusjon:

Vi mener at risikoen knyttet til OUS' økonomiske beregninger er betydelig økt det siste året. Økonomien i OUS er i dag ikke robust nok til å bære den store investeringen som prosjektet innebærer. Analysen av ØLP 2021 – 2024 viser at OUS i en årrekke ikke har maktet å nå egne måltall og at lånebevilgningen til Nye OUS var basert på sviktende estimater og beheftet med større risiko enn det som ble opplyst til Stortinget. De endringene som er gjort i prosjektet i løpet av det siste året får direkte betydning for planlagte effektiviseringsgevinster. Hvis prosjektet blir dyrere enn planlagt, må OUS enten redusere pasientbehandlingen eller HSØ må utsette andre planlagte byggeprosjekter i regionen.

Vår analyse viser at en sykehusstruktur med virksomhet på både Ullevål sykehus, Rikshospitalet og et nytt lokalsykehus for Groruddalen på Aker sykehus (jf. Parksykehuset), er en løsning som på lang sikt kan reduserer investeringene med 30 milliarder kroner i forhold til dagens planer. Denne løsningen vil også gi en mer effektiv sykehusdrift og et bedre pasienttilbud. I pkt. 3 viser vi at «belysningen» som HSØ gjorde av Ullevål-alternativet var basert på uriktige premisser, og at Ullevålalternativet er mer økonomisk bærekraftig enn HSØs planer for Nye OUS.

Det er alltid stor risiko for kostnadssprekk i store, komplekse byggeprosjekter. Eksempler fra utlandet viser at sykehusprosjekter som har hatt problemer under planleggingen har fått store påfølgende kostnadsoverskridelser i gjennomføringen, bl.a. Nya Karolinska i Stockholm. Også andre offentlige utbyggingsprosjekter har erfart at sluttkostnaden langt overstiger estimatene i planleggingsfasen.

Vi mener at styrene i OUS og HSØ ikke har opptrådt aktsomt da de anbefalte Stortinget å bevilge et lån på 29,1 milliarder kroner uten å informere om at det er stor risiko for at prosjektet ikke lar seg realisere. Det er også uaktsomt å gå videre til forprosjekt og trekke ytterligere 102 millioner kroner på lånerammen i 2021. Risiko er knyttet til både reguleringen av Gaustadområdet og til økonomi. Styret i HSØ har tidligere vedtatt[11] at dersom utbyggingen av Rikshospitalet ikke kan gjennomføres skal andre tomtearealer i OUS utredes. Dette vedtaket fra 2017 er ikke blitt fulgt opp. Det er derfor oppsiktsvekkende at styrelederen i HSØ har uttalt at helseforetaket ikke har en «plan B». En økonomisk realitetsorientering tilsier en langsiktig analyse av likeverdige alternativer og gjennomføring av en risikoanalyse i samsvar med statens retningslinjer for kvalitetssikring og helseforetakenes egen veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Det er faglig uforsvarlig å starte forprosjektet uten en avklart reguleringsplan og uten å vurdere alternativ sykehusstruktur, driftsmodell og lokasjon. Hvis forprosjektet starter før dette er gjennomført kan det bli en stor politisk og økonomisk skandale.

2. Nye OUS

Befolkningen i Oslo vokser og flere blir eldre. Blant de eldste blir det flere tilfeller av kreft og sammensatte sykdommer. HSØ har et «sørge-for-ansvar»[12] og skal gi innbyggerne i helseregionen gode og likeverdige helsetjenester. HSØ skal sikre at OUS har kapasitet til å gi Oslos innbyggere et godt lokalsykehustilbud, levere regionale helsetjenester og tilby høyspesialiserte, landsdekkende funksjoner.

Ullevål sykehus er Norges største og viktigste akuttsykehus og bistår alle sykehus i regionen. Rikshospitalet gir et tilbud til pasienter fra hele landet innen mer avklarte og elektive tilstander. På Aker sykehus er det i dag begrenset aktivitet.

Planene for Nye OUS er i tråd med et «målbilde» vedtatt av helseminister Bent Høie i juni 2016[13] etter forslag fra HSØ. «Målbildet», består bl.a. av følgende elementer:

- Samling av regionfunksjonene sammen med et mindre lokalsykehus på Rikshospitalet
- Et stort lokalsykehus på Aker

I tillegg opprettholdes Radiumhospitalet som spesialsykehus. Målbildet bestemmer altså at regionsfunksjonene skal samles og hvor de ulike regions- og lokalsykehusfunksjonene skal lokaliseres. Målbildet er både en beslutning om ny sykehusstruktur og et valg av tomter.

Prosessen frem mot vedtak av målbildet er beskrevet i en juridisk utredning[14] som viste at målbildet ikke er sendt på høring. Det er heller ikke gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse som viser at den nye sykehusstrukturen i OUS gir en fornuftig virksomhetsfordeling og den beste lokaliseringen. Helseforetakenes egen «Tidligfaseveileder for sykehusbyggprosjekter» er heller ikke fulgt[15].

2.1 Finansiering av Nye OUS

Nye OUS finansieres gjennom: (1) lån fra staten, (2) lån fra HSØ, (3) en forutsetning om en stor effektiviseringsgevinst både før og etter innflytting i nye sykehus og (4) salg av eiendom.

Helseforetaksloven bestemmer at helseforetak bare kan ta opp lån dersom det er fastsatt i vedtektene[16]. Vedtektene[17] til HSØ fastsetter at HSØ kun kan ta opp lån gjennom stat-

lige lånebevilgninger og iht. «*Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetak*». Instruksen[18] fastsetter at investeringslån til de regionale helseforetakene bevilges av Stortinget. Dette er bakgrunnen for HSØs søknad 25. februar 2019 til Helse- og omsorgsdepartementet om lån til Nye OUS. Stortinget behandlet i 2019 lånesøknaden fra Helse- og omsorgsdepartementet på 29,1 milliarder kroner for første fase av Nye OUS.

HSØs egen finansstrategi[19] fastsetter at lån maksimalt kan være 70 % av samlet planlagt investeringskostnad[20], basert på godkjent konseptfaserapport med ekstern kvalitetssikring.

Helse- og omsorgsdepartementet søker om lånet i statsbudsjettet. Når det skal tilbakebetales, trekker departementet renter og avdrag på lån før de årlige bevilgningene overføres til helseforetakene. Det følger av finansieringsmodellen for helseforetakene at det ikke er rom for tilleggsbevilgninger direkte til det enkelte helseforetaket.

I statsbudsjettet for 2021 søker HSØ om å bruke 102 millioner kroner av vedtatt låneramme til forprosjektet for Nye OUS.

2.2 Generelle og spesielle krav som stilles til helseforetaks økonomiske bæreevne

HSØ har i sin finansstrategi pkt. 8.7 bestemt at:

> *«Foretaksgruppens krav til økonomisk bæreevne følger av etablerte veiledere, men med et forsterket fokus også på de likviditetsmessige konsekvensene av et investeringsprosjekt.*
>
> *Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:*
> - *Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null*
> - *Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av finansieringen.*

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektenes levetid. Det betyr at:

- *Likviditetsstrømmer fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger*
- *Foretaket har likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold*

- *Foretaket realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at fremtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes*
- *Og at eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionale handlingsrom*

Det meste sentrale ved investeringsanalysen er vurderingen av økonomiske effekter av byggeprosjektet, herunder netto driftsgevinster. Det må sannsynliggjøres at og redegjøres for hvordan netto driftsgevinster i forbindelse med byggeprosjektet kan realiseres. Som del av dette arbeidet skal det utarbeides en gevinstoversikt i konseptfasen (eventuelt plan for kostnadstilpasning) som beskriver de enkelte tiltak som samlet sett gir økonomisk bæreevne. Knyttet til innflytting og driftsoppstart i nytt bygg kan det påløpe engangskostnader, og den omtalte gevinstplanen skal inkludere samlede effekter, slik at vi oppnår god oversikt over prosjektets økonomiske konsekvenser og et grunnlag for utarbeidelse av konkrete gevinstrealiseringsplaner (eventuelt planer for kostnadstilpasning) i forprosjektet. Oppfølging av gevinstrealiseringsplanen vil følges opp som del av de økonomiske hovedprosessene økonomisk langtidsplan og budsjett.»

Tidligfaseveilederen er en revisjon av Helsedirektoratets tidligere veileder og innarbeider dyrekjøpte erfaringer ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Nye Rikshospitalet, St. Olavs hospital, Nye Akershus universitetssykehus og Østfoldsykehuset. Tidligfaseveilederen[21] skal sikre at større investeringsprosjekt kan gjennomføres på en god måte uten at det får konsekvenser for drift og pasienttilbud. På sammen måte som HSØs finansstrategi, setter den krav til økonomiske beregninger og at helseforetakets samlede økonomiske bæreevne vurderes før nybygging iverksettes.

Iht. Tidligfaseveilederens pkt. 9.1 er formålet med de økonomiske beregningene å:

- *Sannsynliggjøre at det er mulig å finansiere prosjektet i det planlagte tidsrommet*
- *Dokumentere overfor beslutningstakere at helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket*
- *Rangere prosjektalternativer for å sikre riktig prioritering av investeringsprosjekter*

Tidligfaseveilederen beskriver krav til økonomisk bæreevne tilnærmet likt kravene som er beskrevet i HSØs finansstrategi. Det fremgår av pkt. 9.2 at:

«Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektets levetid.
Det betyr i praksis at:

- *Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering*
- *Likviditetsmessig har evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold*
- *Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at framtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes*
- *Eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom»*

Det følger altså av vedtatte krav at HSØ må vise at det har 30 % egenkapital. HSØ stiller ikke tilsvarende krav til at OUS skal ha 30 % egenkapital for å få lån, bare at OUS har økonomisk bæreevne til å betale tilbake lånet. I sin lånesøknad «bruker» HSØ oppspart egenkapital fra de andre helseforetakene i regionen som grunnlag for beregning av egenkapital. Konsekvensen er at dersom OUS ikke klarer å effektivisere driften slik som forutsatt kan det få konsekvenser for HSØs evne til å finansiere andre byggeprosjekter i regionen, se pkt. 9 nedenfor.

Gjennomgangen i pkt. 7 og pkt. 9 viser at det er høy risiko for at hverken HSØ eller OUS vil ha økonomiske bæreevne til å tåle den store investeringen som Nye OUS innebærer.

2.3 Stortingets behandling av lånesøknaden for Nye OUS i statsbudsjettet for 2020

Stortinget behandlet lånesøknaden fra Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet[22] for 2020. I den forbindelse ble Stortinget informert om at samling av regionsfunksjonene er nødvendig for å oppnå økonomisk bærekraft[23] for Nye OUS. Fra statsbudsjettet hitsettes:

> *«Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har i sine investeringsanalyser vist at det er samling av de spesialiserte funksjonene (nasjonale og regionale behandlingstjenester) som gir prosjektet økonomisk bærekraft. Utbygging av Aker sykehus alene er ikke økonomisk bærekraftig. Siden det er langt mer ny bygningsmasse på Gaustad enn på Ullevål blir det samlet sett dyrere å bygge ut på Ullevål enn på Gaustad. Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst har et helhetlig ansvar for investeringer og drift, og må ta hensyn til prosjektets samlede kostnader.»*

Det er også konkretisert at samling av regionsfunksjonen skal skje på Rikshospitalet (Gaustad). Fra statsbudsjettet hitsettes[24]:

«De spesialiserte funksjonene skal samles i regionsykehuset på Gaustad. Regionsykehuset skal også være lokalsykehus for flere bydeler i Oslo. Samling av regionale og nasjonale behandlingsfunksjoner vil gi bedre samhandling, høyere kvalitet på behandlingen og bedre grunnlag for forskning og innovasjon. Kompetansen vil bli benyttet bedre ved en samling av de spesialiserte oppgavene, slik at veksten i behov for helsepersonell i Oslo blir lavere enn den ellers ville ha blitt. Dette kommer resten av regionen og landet til gode.

[…]

Det nye Oslo universitetssykehus handler ikke bare om bygninger. Det handler om å legge til rette for å utvikle tjenestene. Prosjektet gir nye medisinske og teknologiske muligheter. Nytt utstyr, moderne lokaler, nye organisatoriske og digitale løsninger vil komme både sykehuset og pasientene til gode.»

2.4 Ekstern kvalitetssikring av de økonomiske beregningene for lånesøknaden

Vedlagt lånesøknaden var bl.a. en kvalitetssikringsrapport (KSK) fra PWC og OUS' økonomiske langtidsplan for perioden 2019 – 2062.

OUS' kostnadsestimat ble kvalitetssikret av PWC[25]. I statsbudsjettet står det[26]:

«Prosjektet innebærer som øvrige investeringsprosjekter krav til framtidige driftseffektiviseringer. Ekstern kvalitetssikrer påpeker at Helse Sør-Øst har en robust samlet økonomisk bæreevne [vår understrekning].»

Dette er feil. I KSK gjennomgår ikke PWC HSØs «samlede økonomiske bæreevne» og konkluderer heller ikke med at den er «*robust*». PWC kvalitetssikring er av OUS' ØLP for perioden 2019 - 2062[27]. PWC konkluderer på s. 2[28] at:

«Vi vil imidlertid bemerke at det etter vår oppfatning er betydelig usikkerhet knyttet både til investeringskostnadene og de driftsøkonomiske gevinstene. Denne usikkerheten vil igjen kunne påvirke økonomisk og finansiell bæreevne for prosjektene. Det ligger også til grunn en betydelig effektivisering av driften ved OUS i perioden 2019-2027, samt gevinstrealisering fra andre prosjekter i OUS, for å sikre økonomisk bærekraft for prosjektene. Å realisere dette vil kreve mye av OUS i årene som kommer»

Videre beskriver PWC de økonomiske usikkerhetene nærmere på s. 24:

«Vi vil imidlertid påpeke at beregningene av driftsøkonomiske konsekvenser har en svakhet knyttet til sporbarhet i beregningene. [Vår understrekning.]

Når det gjelder dokumentasjonen av de driftsøkonomiske gevinstene er vår vurdering at det finnes mangler knyttet til sporbarhet som gjør det vanskelig å ettergå beregningene. For beregningene for virksomheten på Gaustad finnes det ingen forklaring på hvordan man har kommet fra antall årsverk til kostnader i beregningene. […] Det er også avvik mellom gevinstene som presenteres i rapporten som dokumenterer driftsøkonomiske gevinster og de driftsøkonomiske gevinstene som legges til grunn i analysene av økonomisk bærekraft.» [Vår understrekning.]

Det er altså ikke konsistens mellom PWCs påpekninger av risiko knyttet til OUS' økonomiske beregningene og opplysningen i statsbudsjettet om HSØs økonomi.

En sammenlikning av OUS' årsregnskap og styringsmål i pkt. 7 viser at driftsøkonomiske gevinster er svært usikre. I tillegg er den viktigste forutsetningen i PWCs usikkerhetsanalyse enda mer usikker enn PWC ga uttrykk for i 2018, jf. gjennomgangen av effektivitetsberegninger i pkt. 7 nedenfor.

I statsbudsjettet for 2020[29] ble det også redegjort for nødvendigheten av å selge Ullevåltomten. Fra statsbudsjettet hitsettes:

«Salg av Ullevåltomten er hensyntatt i vurderingen av den langsiktige bæreevnen til Oslo universitetssykehus».

Det fremgår av pkt. 3 nedenfor at det ble lagt føringer på Belysningen som gjorde at konklusjonen falt ut til fordel for Rikshospitalet.

3. Hvorfor Belysningen av Ullevålalternativet er uriktig

I statsbudsjettet argumenterer Helse- og omsorgsdepartementet med at det dyrere å lokalisere nye bygg på Ullevål fordi det er «*langt mer ny bygningsmasse på Gaustad*[30]». Dette er feil. Investeringskostnader for nye bygg er de samme uansett hvor de lokaliseres. HSØ har rett i at det er nesten dobbelt så mye nyere bygningsmasse på Rikshospitalet som på Ullevål, men dagens bygningsmasse på Rikshospitalet er ikke lengre ny og den må renoveres etter 2038. Et viktig premiss for beregning av hvor det er gunstig å bygge er å legge samme tidsperiode til grunn for sammenlikning av kostnader.

Gjennomgangen nedenfor sammenliknes Nye OUS med to andre løsninger:

- Belysningen
- Parksykehuset

I begge alternativene kan en samling av regionsfunksjonene realiseres ved bruk av Ullevål-tomten. Begge sykehusmodellene har lavere investeringskostnader enn Nye OUS.

3.1 Nærmere om Belysningen av Ullevålalternativet

I Belysningen konkluderer HSØ at merkostnaden ved Ullevålalternativet fremfor Nye OUS er ca. 14 milliarder kroner. Det er riktig når sammenlikningsgrunnlaget er frem til 2035. Men det følger av Tidligfaseveilederen[31] at økonomiske forpliktelser skal beregnes på grunnlag av investeringsprosjektets levetid. Nedbetalingstiden for lånet er 35 år og avskrivningstiden for bygg er 40 år. Følgelig burde sammenlikningsgrunnlaget i Belysningen vært 40 år.

I HSØs regnestykke inngår flytting av all virksomhet på Rikshospitalet til Ullevål sykehus i byggefase 1, til en kostnad beregnet av HSØ til 21 milliarder kroner. Utsettes derimot flyttingen av Rikshospitalet til et tidspunkt hvor dagens bygninger på Rikshospitalet likevel må rehabiliteres er «merkostnaden» snudd til en «innsparing» på 7 milliarder kroner[32]. «Belysningen» forutsetter også at virksomheten ved Nye Aker skal ha ansvar for seks bydeler, selv om den store tomten på Ullevål gir mulighet for en langt mer rasjonell fordeling av virksomhet mellom sykehusene. Ved å endre Nye Aker til et lokal-sykehus for de fire bydelene i Groruddalen, kan utbyggingsbehovet på Aker reduseres med 1/3. Behovet for tomtekjøp på Aker[33] for to milliarder kroner, vil da bortfalle. Iht.

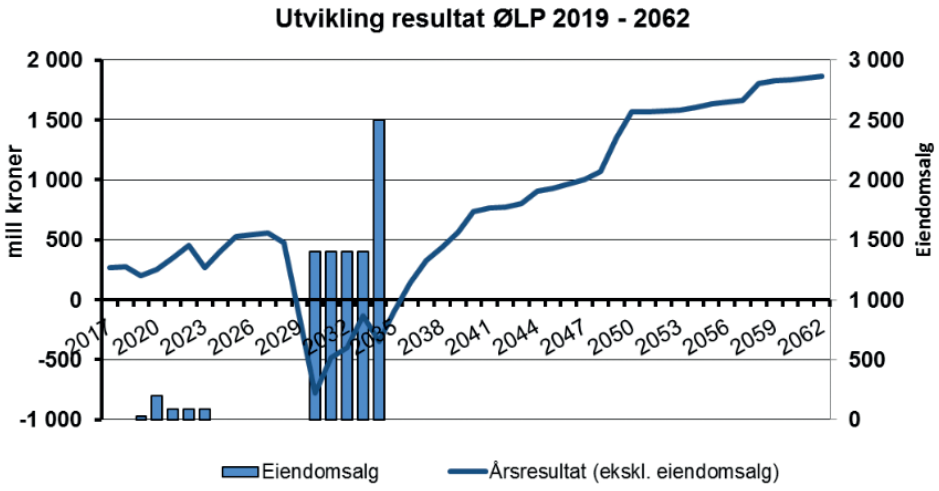
HSØs eget kostnadsestimat vil det derfor være en innsparing på minimum ni milliarder dersom dagens sykehusstruktur (med virksomhet på både Rikshospitalet og Ullevål sykehus) beholdes frem til 2045 samtidig som det bygges et lokalsykehus bare for Groruddalen på Aker.

Når kostnader for rehabilitering av dagens sykehusanlegg på Rikshospitalet (jf. pkt. 4 nedenfor) medtas i regnestykket blir Rikshospitalet (Gaustadalternativet) vesentlig dyrere i perioden 2035 – 2045.

3.2 Salg av Ullevåltomten

Det er salget av Ullevåltomten som gjør det nødvendig å presse inn et altfor stort bygningsvolum på de langt mindre tomtene på Rikshospitalet og Aker. Antatt salgsverdi av Ullevåltomten er 7 - 9 milliarder kroner[34], dvs. ca. 25 % av ett års driftsbudsjett i OUS.

Figuren[35] under illustrerer fremtidig utvikling av årsresultatet for OUS slik det ble lagt ved lånesøknaden. Figuren viser at salget av Ullevåltomten gir en kortvarig effekt på årsresultatene i en begrenset periode. På lang sikt har gevinsten liten betydning for OUS' økonomi. Figuren viser også at OUS forutsetter en meget stor resultatforbedring.



Ett annet argument for nedleggelse av Ullevål sykehus er at det er ett sykehus for mye i regionen. Samtidig viser framskrivinger av befolkningsveksten[36] at det etter realisering av Nye OUS i 2035 sannsynligvis vil mangle sykehuskapasitet til ca. 130 000 innbyggere[37]. Hvis Ullevåltomten er solgt vil det være behov for å kjøpe en tomt i Oslo-området til et nytt sykehus på 70 000 m2. Totalkostnaden for nytt sykehus og tomt er estimert til 10

milliarder kroner. Kostnaden ligger ikke inne i ØLP 2019 – 2062 og var ikke tatt med i grunnlaget for PWCs analyse av OUS' økonomiske bæreevne.

3.3 Nærmere om alternativet Parksykehuset

Parksykehuset er et forslag til en annen sykehusstruktur for Oslo enn den helseministeren fastsatte i «målbildet» i 2016. Parksykehuset innebærer fortsatt bruk av både Ullevål sykehus og Rikshospitalet frem til Rikshospitalet flytter til Ullevål i 2045. Full samling av regionfunksjonene (den ene delen av helseministerens «målbilde») vil da først kunne finne sted ca. 10 år senere enn i planen for Nye OUS.

I Parksykehuset er:

- Ullevål sykehus region- og akuttsykehus med lokalsykehusansvar for fem bydeler;
- Rikshospitalet et frittstående spesialsykehus for planlagt regional og nasjonal virksomhet i samarbeid med Radiumhospitalet; og
- Aker sykehus lokalsykehus bare for Groruddalens fire bydeler (i motsetning til seks bydeler i Nye OUS og hvor sykehuset også skal ha noe regionansvar). Sykehuset kan bygges på tomten som HSØ allerede eier.

Løsningen som skisseres i Parksykehuset kan betraktes som et nullpluss alternativ, dvs. et alternativ som iht. statens kvalitetssikringskrav[38] burde vært utredet som et sammenlikningsgrunnlag for «målbildet». I pkt. 4 Alternativer for sammenligning fremgår at:

> *«For nullalternativet innebærer optimalisering å opprettholde akseptabel ytelse over resterende levetid med så små kostnader som mulig. Sammenligningsgrunnlaget skal være et alternativ som både er realistisk og relevant i forhold til det formål som prosjektet retter seg mot. Den eksisterende konseptløsningen skal da være optimalisert både i forhold dagens situasjon og i forhold til forventede endringer i de ytre rammebetingelser som påvirker lønnsomheten av dagens løsning. Alternativet må være et alternativ beslutningstakeren har mulighet til å velge.»*

Det nullalternativet som OUS har utarbeidet er ikke optimalisert slik Finansdepartementas veileder forutsette; det tilfredsstiller ikke kravet om at «*Alternativet må være et alternativ beslutningstakeren har mulighet til å velge*».

Parksykehuset er dimensjonert så stort at det dekker all befolkningsvekst frem til 2045,

og har tomtereserver for videre utbygging også etter 2045. I dette alternativet er det derfor ikke behov for bygging av et nytt lokalsykehus i Oslo.

De nye sykehusbyggene på Ullevål og et mindre sykehusanlegg på Aker som Park-sykehuset skisserer og kan realiseres like raskt som planene til HSØ.

4. Rehabiliteringsbehov etter 2035 – en sammenlikning mellom Parksykehuset og Nye OUS

Bygningsmassen på Rikshospitalet sto ferdig i år 2000 og er på ca. 200.000 m2 og må rehabiliteres etter 2035. Lånesøknaden[39] beskriver ikke nødvendige rehabiliteringsbehov som påløper på Rikshospitalet etter 2035, til tross for at det er i denne perioden at rehabilitering og ombygningskostnader for Rikshospitalet med full styrke materialiserer seg. Som påpekt overfor var investeringskostnader i Belysningen av Ullevålalternativet bare beregnet frem til 2035, jf. redegjørelsen overfor.

Nedenfor er beregningen av rehabiliteringskostnader for Nye OUS forlenget i 10 år, frem til 2045 og sammenliknet med Parksykehuset.

Totale investeringskostnader er:

- Nye OUS kr. 82.0 milliarder
- Parksykehuset kr. 52,8 milliarder

Investeringsbehov og tall er direkte sammenliknbare og basert på HSØs eget tallgrunnlag[40] for perioden 2022 til 2045. Innsparingen ved å bygge Parksykehuset fremfor Nye OUS er estimert til ca. 30 milliarder kroner. Dette viser at Ullevålalternativet er vesentlig billigere enn Nye OUS. Nytt sykehus på Aker er med i alle alternativene.

HSØ estimerer 98.000 kroner[41] per m2 som nybyggskostnad, rehabiliteringskostnad anslås som 70 % av nybyggkostnad. I tillegg kommer rokadekostnad, estimert til 30 % av nybyggskostnad.

Tabellen viser 13,7 milliarder kroner til rehabilitering og 5,9 milliarder kroner til rokadekostnader[42] for Rikshospitalet.

Ved bygging av Parksykehuset må nyere bygg på Ullevål også rehabiliteres etter 2035, det samlede arealet der er i overkant av100.000 m2. Rehabiliteringen på Ullevål er rimeligere fordi antall m2 som skal rehabiliteres i 2035 er færre enn på Rikshospitalet. Rokadekostnadene blir også vesentlig lavere fordi Ullevåltomten er så stor at det i større grad enn på Rikshospitalet er mulig å rehabilitere bygningene uten å forstyrre driften ved sykehuset. Estimerte rehabiliteringskostnader på Ullevål for alternativet Parksykehuset er 6,8 milliarder kroner og 2 milliarder kroner i rokadekostnad.

Restverdi for Rikshospitalet i 2045 er estimert til 3 milliarder[43].

Byggetrinn / aktivitet:	*Nye OUS*		*Belysningen*		*Parksykehuset*	
	Mdr kr	*År*	*Mdr kr*	*År*	*Mdr kr*	*År*
Aker kjøpe tomt	2	2028	2	2028		
Aker 6 bydeler	12	2028	12	2028		
Aker Psykiatri og Rus	3	2028	3	2028	3	2025
Aker byggelånsrenter	2,1		2,1		1	
Aker 4 bydeler					7	2025
Gaustad Trinn I	12,9	2029				
Gaustad byggelånsrenter	2					
Gaustad Trinn II	13,5	2034				
Gaustad byggelånsrenter	2					
Ullevål - Sør Trinn I Klargjøring			11,2	2025		
Ullevål - Sør Trinn I Flytte RH			17,7	2038		
Byggelånsrenter			2,9			
Ullevål - Parksykehuset					11,4	2028
Byggelånsrenter					1,1	
SUM	*49,4*		*50,8*		*23,6*	
Manglende sykehuskapasitet	7	2045	7	2045		
Kjøp av tomt	3	2045				
Gaustad - rokade	1	2022				
Salgsinntekter Ullevål	-7				-2	
Flytte RH til Ullevål-tomta					17,7	2045
Byggelånsrenter					1,8	
Rehabilitere RH	13,7	2045				
Rokade ved rehabilitering av RH	5,9	2045				
Byggelånsrenter	2					
Rehabilitere Ullevål					6,8	2045
Rokade ved rehabilitering					2	2045
Byggelånsrenter					1	2045
Restverdi RH i 2045			-3		-3	
	25,6		*4*		*24,2*	
TOTALT Investeringsbehov	75		54,8		47,8	
Uten tomtesalg:	*82*		*57,8*		*52,8*	

Tall i kr. mill.

Lånegjeld og kapitalkostnader er vesentlig høyere for Nye OUS enn for Parksykehuset. Differansen mellom Parksykehuset og Nye OUS gir en besparelse på 30 milliarder[44] kroner og utgjør ca. 1,2 milliarder kroner mindre i årlige kapitalkostnader for Parksykehus-alternativet.

Oversikten nedenfor viser estimerte kostnader[45] for Nye OUS frem mot 2045 dersom Nye OUS gjennomføres.

Nye OUS				Estimert
	2019	**2035**	**2040**	**2045**
Driftsinntekter (DI)	23 320	30 937	32 446	34 610
Lønnskostnader	15 751	19 491	20 427	20 407
Andre driftskostnader	6 406	8 009	8 269	9 329
Driftsresultat (EBITDA)	1 163	3 437	3 750	4 875
Avskrivninger	937	2 380	2 208	3 230
Netto Finanskostnad	-5	1 152	808	1 169
SUM Kapitalkostnad	932	3 532	3 016	4 400
Årsresultat (ekskl eiendomssalg)	231	-95	733	475
Nøkkeltall:				
Lønnskostnader som % av DI	68 %	63 %	63 %	59 %
Driftsresultat (EBITDA) som % av DI	5 %	11 %	12 %	14 %
Kapitalkostnader som % av DI	4 %	11 %	9 %	13 %
Langsiktig gjeld	3 295	28 668	20 095	29 068

Tall i mill. kr. og hentet fra ØLP 2019-2062

Avskrivningstid for bygg er satt til 40 år og avskrivningstid for medisinsk utstyr er åtte år. I snitt er en avskrivningstid på 25 år lagt til grunn for regnestykket.

Kapitalkostnad for Nye OUS (som prosent av driftsinntektene) øker fra 4 % til 13 % i 2045. Lønnskostnaden synker fra 68 % i 2019 til 59 % i 2045, noe som tilsvarer en nedbemanning på 13 % i forhold til de tjenestene som skal utføres. Tabellen viser også at i 2040 er årsresultatet kun 2,2 % av driftsinntektene (i 2019 var det 0,9 %) og dermed lavere enn HSØs egen standard for «god økonomisk drift[46]». Samtidig står OUS overfor store rehabiliteringsbehov som krever nye investeringer. Tallene viser at realisering av Nye OUS slik det er planlagt i dag, vil føre til et sterkt press på driftsøkonomien til OUS i 2045.

Nedenfor vises samme tall for alternativet Parksykehuset[47], kun justert for de reduserte investeringer som dette alternativet innebærer.

Parksykehuset	*ØLP 2019-2062*	*Fremskrevet*	*Estimert*
	2019	**2035**	**2045**
Driftsinntekter (DI)	23 320	30 937	34 610
Lønnskostnader	15 751	17 680	20 889
Andre driftskostnader	6 406	8 836	8 994
Driftsresultat (EBITDA)	1 163	4 421	4 728
Avskrivninger	937	1 880	2 848
Netto Finanskostnad	-5	739	997
SUM Kapitalkostnad	932	2 618	3 846
Årsresultat (ekskl eiendomssalg)	231	1 803	882
Nøkkeltall:			
Lønnskostnader som % av DI	68 %	57 %	60 %
Driftsresultat (EBITDA) som % av DI	5 %	14 %	14 %
Kapitalkostnader som % av DI	4 %	8 %	11 %
Langsiktig gjeld	3 295	13 299	24 934

Tall i mill. kr.

I dette alternativet øker kapitalkostnaden som prosent av driftsinntektene til 8 % i 2035 samtidig som årsresultatet er positivt (5,8 % av driftsinntektene). Lavere kapitalkostnad gir rom for høyere lønnsutgifter dvs. økt pasienttilbud. I tillegg er HSØs krav til *«god økonomisk drift»* mer enn tilfredsstilt, noe som gir OUS økt handlefrihet for investeringer inn mot 2045.

Det fremgår av statsbudsjettet at «*Utbygging av Aker sykehus alene er ikke økonomisk bærekraftig*[48]» Sammenlikningen av investeringskostnader mellom alternativene viser at Parksykehuset (inkludert nytt sykehus på Aker) er et betydelig rimeligere alternativ enn Nye OUS.

4.1 Hva betyr differansen i investeringskostnad mellom Nye OUS og Parksykehuset for muligheten til å tilby sykehustjenester til pasientene?

Som nevnt ovenfor gir differansen mellom Parksykehuset og Nye OUS en besparelse på 30 milliarder kroner[49] og utgjør ca. 1,2 milliarder mindre i årlige kapitalkostnader for Parksykehusalternativet.

Denne besparelsen kan brukes til pasienttilbud i opptaksområdet. Et enkelt regnestykke

illustrere dette: En inneliggende pasient i 2020 koster i snitt 91 616 kroner[50] iht. Helsedirektoratets prisliste for 2020. Åtte avdelinger med 24 bemannede senger, liggetid på fem døgn pr. pasient og en beleggsprosent på 90 % gir et tilbud til 12 800 inneliggende pasienter pr. år med en total behandlingskostnad på 1,2 milliarder kroner. Forholdstallet mellom inneliggende- og dag/polikliniske pasienter ved OUS er 1:9 i 2019. Regnestykket viser at innsparingen i alternativet også kan gi 115 200 flere pasienter et dag/poliklinisk tilbud pr. år uten tilleggskostnader.

5. Sammenhengen mellom reguleringsrisiko, planlagt driftsmodell og forutsetninger for effektivitetsberegninger

5.1 Lånesøknaden forutsetter store effektivitetsgevinster

Beslutningsgrunnlaget styret i HSØ støttet seg til da det vedtok å søke om lån viste at OUS' forutsetninger for økonomisk bærekraft ikke var særlig robuste. Det følger av saksfremlegget s. 5 at:

> *«Bæreevnen i prosjektet er sensitivt for endringer i forutsetninger. Analyser i konseptrapporten viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne dersom ett av følgende fire scenarier oppstår:*
> *– 87% eller mindre av identifiserte prosjektgevinster på 1,2 milliarder kroner oppnås*
> *– Byggeprosjektets sluttkostnad skulle bli 2,5 milliarder kroner dyrere*
> *– 87% eller mindre av den generelle effektiviseringen på om lag 800 millioner kroner (før byggeprosjektene) oppnås»*

På s.12 og 13 redegjøres for betydningen av å få godkjent en reguleringsplan, og nødvendigheten av å vurdere konsekvensene for driftsmodellen av endringer og tilpasninger:

> *«Utbyggingsløsningen for planalternativ 1a er løsningen som ligger i skisseprosjektet og som ut fra sykehusfaglige, funksjonelle og økonomiske hensyn er vurdert som den klart beste løsningen. Det er derfor viktig å vurdere konsekvensene dersom reguleringsplanprosessen skulle lede til større endringer eller tilpasninger av skisseprosjektet.»*
>
> *[…]*
>
> *«Planalternativ 2 vil gi store økonomiske og fremdriftsmessige konsekvenser og vil ikke muliggjøre etablering av et sammenhengende anlegg med gode funksjonelle forbindelser.»*

5.2 Sammenhengen mellom sykehusstruktur, reguleringsplan og ny driftsmodell

«Målbildet» bestemmer at regionsfunksjonene skal samles på Rikshospitalet og forutsetter en reguleringsplan som skal godkjennes av Oslo kommune. Stortinget ble informert om reguleringsrisikoen i fjorårets statsbudsjett[51], hvor det står:

«Regulering av de aktuelle tomtene har vært et sentralt tema. Utviklingen av reguleringsplan for Aker og Gaustad følger opptrukne retningslinjer fra Oslo kommune. Det er oppgitt at det er god dialog med Oslo kommune som reguleringsmyndighet og vernemyndighetene og det pågår tilpasninger av prosjektet. Det er verifisert at det også er plass til en etappe 2 på Gaustadtomten. [Vår understrekning]»

Realiteten er at HSØs plan for Nye OUS er uforenlig med plan- og bygningsloven, Oslos overordnede planverk og kulturminneloven. Allerede i november 2018[52] informerte PBE at det var «svært høy» reguleringsrisiko på Rikshospitalet[53].

5.3 Reguleringsrisiko knyttet til Nye Rikshospitalet og Nye Aker

29. mai i år informerte Plan- og bygningsetaten i Oslo (PBE) om at de ikke anbefaler reguleringsplanene (Planalternativ 1a) for Rikshospitalet som HSØ hadde utarbeidet; arealbruken, høyder og volumer var for store. HSØ valgte 1. juni å trekke forslaget fra offentlig høring for å gå i dialog med PBE om et revidert forslag i den hensikt å komme frem til en reguleringsplan som etaten kunne anbefale[54].

Hovedårsaken til at planen er problematisk er at det ikke finnes tomtereserve i og rundt Rikshospitalet hvor det er mulig å utvide sykehuset. Gaustad sykehus er totalfredet og kommuneplanen tillater ikke bygging og anlegg i parkdrag og turveien langs Sognsvannsbekken.

Innvendingene fra PBE og Riksantikvaren er blitt systematisk ignorert av HSØ. I tre år har HSØ foreslått å omregulere turveier, nedbygge parkdrag og sette opp høyhus som bryter med verneinteressene og kommuneplanen. Ingen av risikoelementene som PBE pekte på i november 2018 var redusert i forslaget som HSØ ville legge ut til offentlig høring i juni. Gjennomgang av dialogmøter mellom PBE og HSØ viser at HSØ gjentatte ganger har argumentert med at de er bundet av «målbildet» fra 2016 som sier at regionfunksjonene skal samles på Rikshospitalet[55] og at de derfor må utnytte mer av tomten enn det PBE vil tillate.

Etter at PBE ikke ville anbefale HSØs forslag til reguleringsplan, har HSØ utarbeidet en ny skisse som holder seg nesten under kommunens allmenne begrensning av byggehøyden og unna Sognsvannsbekken[56]. HSØs nye forslag viser en sykehusmodell som er vesentlig endret i forhold til hva som ble forelagt Stortinget som grunnlag for effektivitetsberegninger.

I det siste forslaget (som likner på planalternativ 2) er skissen at:

- Regionfunksjonene ikke kan bli samlet på Rikshospitalet, flere funksjoner må flyttes til Aker;
- Nye Rikshospitalet bygges ikke som et kompakt og sammenhengende sykehus. Det blir 3 - 4 adskilte felt med svake tverrforbindelser og dårlig intern logistikk, noe som kan medføre høyere driftskostnader og lavere effektivitet[57];
- HSØ har frafalt å bygge ned mot Sognsvannsbekken og planlegger istedenfor et nytt bygg som medfører at deler av Universitetets Domus Medica rives. HSØ vil bli belastet med kostnadene ved å bygge et erstatningsbygg for Universitetet, dette er tilleggskostnader i størrelsesorden en milliard kroner.

Det siste skisseforslaget for Nye Rikshospitalet bryter både med «målbildet» og de konseptplanene som lå til grunn for lånesøknaden til Stortinget. Forslaget påvirker driftsmodellen for det nye sykehuset og endrer virksomhetsfordelingen i hele Nye OUS. Nå planlegges sykehuset fordelt på tre adskilte områder med en kulvert som eneste forbindelse. Gaustadområdet faller bratt ned mot Ring 3, hvor nivåforskjellen mellom P-hustomten og dagens Rikshospital er ca. 9 meter. Høydeforskjellen må løses mekanisk med for eksempel heis og det blir vanskelig å etablere effektive forbindelser mellom behandlingsenhetene. Den interne logistikken blir svekket når korridorforbindelsene brytes opp av bilveier og trikkelinjer. Det får betydning for muligheten til å nå effektivitetsmålene som lånesøknaden forutsetter.

Forslaget til reguleringsplan for Nye Aker sykehus er heller ikke anbefalt av PBE pga. byggehøyder og kulturminnevern. Likevel er muligheten for en justert versjon etaten kan anbefale til stede. Problemet til HSØ er at tomten de eier på Aker er for liten til det planlagte sykehuset. HSØ har derfor satt av to milliarder kroner til oppkjøp av nabotomtene ned mot ring 3 og Sinsenkrysset. Blir derimot Nye Aker nedskalert fra dagens planer til å bli lokalsykehus bare for Groruddalens fire bydeler, kan byggevolumet reduseres med 1/3. Da vil også tomtebehovet reduseres og to milliarder kroner være spart.

5.4 Hvilke bygningsmessige løsninger er mest egnet til å håndtere pandemier?

Til nå er det heller ikke gjennomført en vurdering for Nye OUS om hvilke bygningsmessige løsninger som er mest egnet til å håndtere kommende pandemier[58], det er kun gjort betraktninger om mulige avbøtende tiltak for å begrense smitte i høye og kompakte bygninger.

5.5 Politisk risiko knyttet til behandling av reguleringsplanen

Den nye sykehusstrukturen for Nye OUS er knyttet til størrelsen og utformingen av bygningsmassen på Rikshospitalet, som igjen er avhengig av reguleringsplanen. I statsbudsjettet[59] er det redegjort for politisk dialog knyttet til reguleringsplanen:

> *«I høringsrunden til idéfasen for Oslo universitetssykehus i 2014 pekte Oslo kommune på Aker som et alternativ til Ullevål som lokalisering av lokalsykehuset. I januar 2016 anbefalte byrådet i Oslo den utbyggingsmodellen som senere samme år ble vedtatt av helseministeren i foretaksmøte med utbygging på Aker, Gaustad og Radiumhospitalet. Også i 2018 støttet Oslo kommune den utbyggingsløsningen som nå foreligger i sitt høringssvar til regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst.»*

Redegjørelsen i statsbudsjettet er misvisende. For det første kommer det ikke klart frem at høringsrunden i 2014 gjaldt et helt annet prosjekt, nemlig Campus Oslo. Campus Oslo var en omfattende plan for utbygging av sykehus, universitet og forskning som strakk seg over Ring 3 og ned mot Blindern. Den forutsatte at Ringveien skulle legges i tunnel og ble forkastet i 2014. For det andre fremgår det ikke at OUS tidligere hadde formidlet til Oslo kommune at et nytt sykehus på Aker bare var aktuelt dersom Ullevål samtidig ble nedlagt. For det tredje var «anbefalingen» i 2016 fra byrådet i Oslo knyttet til en løsning med nye sykehusbygg som lokk over Ringveien, en løsning som det heller ikke var mulig å gjennomføre. I tillegg kommer at byrådet ble forelagt skisser som viste lokk over Ringveien og avga sin uttalelse før det ble gjort oppmerksom på at det ikke var mulig å bygge lokk over Ringveien[60]. Til slutt, i sitt høringssvar[61] i 2018 til HSØs regionale utviklingsplan la Oslo kommune helseministerens «målbilde» til grunn, men stilte «spørsmålstegn ved premissene» for målbildet. «Anbefaling» og «støtten» fra byrådet kan altså ikke brukes som argument for Nye OUS slik det planlegges i dag. Fremstillingen i statsbudsjettet er misvisende.

Risikoen for at Oslo kommune ikke vil godkjenne en reguleringsplan som dekker behovene til HSØ, er høyere i dag enn da Stortinget behandlet lånesøknaden. Etter kommunevalget i 2019 er det stor politisk motstand i bystyret mot planene HSØ har for utbyggingen av Nye OUS. En effektiv driftsmodell for Nye OUS er avhengig av at reguleringsplanen gir rom for en funksjonell bygningsstruktur med god intern logistikk.

Nye Rikshospitalet lar seg sannsynligvis heller ikke realisere med statlig regulering[62].

6. Er det sannsynlig at OUS klarer å effektivisere driften før innflytting i nye sykehusbygg?

Årlige bevilgninger til helseforetak skal dekke vedlikehold, nybygg og helsetjenester til pasientene. I tillegg til driftsutgifter skal de årlige bevilgningene til helseforetakene dekke renter og avdrag. Helseforetakets årlige overskudd (resultat) er grunnlaget for hvor mye et helseforetak kan investere. Helseforetak balanserer altså to økonomiske hensyn innenfor samme budsjett: dagens drift og fremtidige investeringer.

Et positivt resultat i flere år gjør det forsvarlig å ta opp lån for å investere i nye sykehusbygg. Nedenfor gjennomgås årsresultater for OUS og lånesøknadens forutsetninger for gevinstrealisering.

6.1 Økonomiske langtidsplan for perioden 2019 - 2062 (ØLP 2019-2062)

Lånesøknaden forutsetter at OUS' overskudd mer enn tidobles mot slutten av planperioden; i ØLP 2019 – 2062 er det fastsatt årsresultater for fremtiden for å demonstrere at helseforetaket har økonomisk evne til å bære investeringene.

En forutsetning for OUS' mulighet til å betjene lånet er at OUS klarer å nå de effektivitetsgevinster[63] de selv har estimert og gjennom det forbedrer årsresultatet[64] før innflytting. Deretter må effektiviseringen fortsette etter innflytting.

HSØ bestemte i 2015 at kommunal standard for «god økonomisk drift» gjelder for helseoretakene, og at underliggende helseforetak skal oppnå årsresultater som minst er 2,5 % av driftsinntektene[65]. Gjennom å sette krav pålegger HSØ underliggende helseforetak å spare til fremtidige investeringer.

I ØLP 2019-2062 omtales risikoreduserzende tiltak og gevinster slik[66]:

«Resultatrisikoen for perioden 2029-2035 vil særlig være knyttet til å realisere driftsgevinster så tidlig som mulig og i samsvar med planlagt innfasing. Tidlig oppstart av arbeidet med å planlegge virksomhetsmodeller for god drift i nye bygg vil være en forutsetning for å lykkes.»

Iht. HSØs styringsmodell er (inneværende) årsresultat det mest sentrale bidraget for

neste års investeringsbudsjett. Gjennomgangen nedenfor viser at effektiviserings-potensialet estimert i lånesøknaden ikke er realistisk og at det er svært høy sannsynlighet for at OUS ikke vil nå sine egne mål.

6.2 Budsjettmål for OUS reduseres når budsjettperioden nærmer seg

OUS har ikke innfridd egne planlagte besparelser de siste årene. Oversikten nedenfor viser planlagt årsresultat for OUS i årene 2016 – 2025[67], Oversikten demonstrerer at OUS fastsetter svært optimistiske budsjettmål for fremtiden, og at budsjettmålet nedjusteres når budsjettåret nærmer seg. De skraverte tallene viser styringsmål for driftsåret.

	ØLP	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ØLP 2016-2019	2015	175	300	450	600	600					
ØLP 2017-2020	2016		300	450	600	600	600				
ØLP 2018-2021	2017			250	300	350	400	400			
ØLP 2019-2022	2018				175	100	150	250	350		
ØLP 2020-2023	2019					200	250	350	450	535	
ØLP 2021-2024	2020						250	350	450	535	478

Tall i kr. mill.

6.3 Effektivisering før innflytting i nye sykehusbygg

Noen forhold av betydning for OUS' driftsresultat er redegjort for nedenfor.

6.4 OUS' årsresultat og avvik fra HSØs standard for «god økonomisk drift»

Oversikten nedenfor sammenlikner standardens krav med de faktiske årsresultatene som OUS har oppnådd i perioden 2015 – 2020[68]. Den viser at OUS hvert år har hatt store avvik og ikke på noe tidspunkt klart å drive iht. «god økonomisk drift». Oversikten synliggjør at det er avvik på 50 % mellom de krav som HSØ setter til driften av alle underliggende helseforetak og resultatene i OUS de siste årene. Hverken OUS eller HSØ har redegjort for hvorfor OUS ikke må følge samme krav som andre underliggende helseforetak i HSØ.

	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	SUM
2,5% av driftsinntektene som styringsmål	549	547	572	585	613	647	3 513
Årsresultat	111	301	268	374	376	0	1 430
Avvik fra "god" økonomisk drift	-438	-246	-304	-211	-237	-647	- 2 083

Tall i kr. mill.

Oversikten avslører også at OUS i lang tid ikke har hatt midler til å investere i nytt utstyr. Samtidig var det medisintekniske utstyret nedslitt med flere sammenbrudd på viktig utstyr. OUS har fått tilgang til nytt utstyr gjennom en meget kostbar leasingordning som belaster driftsbudsjettet løpende[69].

6.4.1 Bemanning

Bemanning utgjør den største kostnaden i sykehusenes budsjetter, og er den kostnaden som påvirker OUS' resultater mest.

Før nye bygg på Nye Aker og Nye Rikshospitalet tas i bruk (dvs. perioden 2019 – 2028) planlegger OUS at arbeidsproduktiviteten i eksisterende bygg skal økes med 10,8 %, eller i gjennomsnitt 1,1 % årlig. I tabellen nedenfor er all lønnsutbetaling omregnet til årsverk. Oversikten[70] nedenfor viser planlagt og realisert bemanning i OUS for perioden 2015 – 2019[71] og at OUS hvert år har hatt større bemanning enn budsjettert.

Snitt brutto Årsverk	***2015***	***2016***	***2017***	***2018***	***2019***
Budsjett	17 996	18 111	18 557	18 944	19 268
Regnskap	18 435	18 622	19 000	19 246	19 548
Avvik	439	511	443	302	280
Avvik i % av budsjett	2,4 %	2,8 %	2,4 %	1,6 %	1,5 %

Tall i kr. mill.

Innleie er holdt utenfor; det innebærer at forbruket av lønnsmidler i realiteten er langt høyere. Tallene i tabellen viser at forutsetningen om økt arbeidsproduktivitet i OUS før innflytting i nye bygg er urealistisk. Det fremgår at OUS gang på gang planlegger med økt aktivitet og vekst i bemanningen og at til tross for at bemanningskostnader hvert år budsjetteres høyere enn fjoråret, er behovet for bemanning enda større. Kostnader til bemanning er systematisk høyere enn budsjettert kun måneder i forveien. OUS synes heller ikke å innarbeide tidligere års erfaringer, jf. avvik fra forrige års budsjett.

6.4.2 Ekstraordinære poster

OUS' økonomi har de siste årene vært påvirket av mange ekstraordinære inntekter. Med ekstraordinære inntekter menes forhold som ikke har tilknytning til driften av sykehuset og forhold som ikke er budsjettert. I mange år har slike forhold ført til at årsresultatene fremstår som bedre enn OUS' eget styringsmål. Tabellen nedenfor viser avvik mellom budsjett og oppnådd resultat i perioden 2015 – 2019[72].

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	SUM
Resultat, inkl. ekstraordinære inntekter	111	301	268	374	376	0	1 430
Styringsmål	175	225	250	175	200	250	1 275
Avvik fra budsjett	-64	76	18	199	176	-250	155

Tall i kr. mill.

I årsregnskapene fremgår de ekstraordinære inntektene. Nedenfor er årsregnskapene korrigert for disse, det gjør det mulig å analysere i hvilken grad OUS faktisk har greid å effektivisere driften uten ekstraordinære inntekter. Tabellen synliggjør at omtrent 50 % av årsresultatet hvert år skyldes ekstraordinære inntekter og at OUS i svært liten grad har klart å effektivisere driften.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	SUM
Resultat, inkl. ekstraordinære inntekter	111	301	268	374	376	0	1 430
Ekstraordinære poster	123	89	140	170	210	-	732
Resultat etter ekstraordinære poster	-12	212	128	204	166	0	698

Tall i kr. mill.

Oversikten viser at årsresultat av ordinære drift er langt under styringsmålet på 2,5 % og vesentlig svakere enn budsjett når det korrigeres for ekstraordinære poster; altså at årsresultatene fremstår som bedre enn de er. I 2015 justerte OUS ned budsjettmålet for 2016 med 75 millioner kroner, fra 300 millioner kroner til 225 millioner kroner. Endelig årsresultatet ble 301 millioner kroner, men var påvirket av reduserte pensjonskostnader og en ekstraordinær nedskrivning av bygg ved Radiumhospitalet; begge ekstraordinære inntekter. Årsresultatet for 2016 ble derfor høyere enn det ellers ville vært. I 2018 ble årsresultatet for OUS påvirket av to ekstraordinære inntekter som til sammen utgjorde 170 millioner kroner. Dette var gjestepasientoppgjør[73] for laboratorie- og radiologiske undersøkelser (LAB/RAD) på 100 millioner kroner og inntektsføring av fond ved Inven2 på 70 millioner kroner. Ekstraordinære inntekter er også bokført i 2019 med inntektsføring av 40 millioner kroner fra Inven2 og 90 millioner kroner fra ikke-planlagte laboratorieinntekter.

Videre har årsresultatene til OUS de siste fem årene vært påvirket av gevinst ved salg av eiendom med til sammen 356 millioner kroner. I 2015 var inntektene fra eiendomssalg 123 millioner kroner; i 2016 var de 14 millioner kroner, i 2017 på 140 millioner kroner og 79,6 millioner kroner i 2019.

7. Er det sannsynlig at OUS klarer å effektivisere driften etter innflytting i nye sykehusbygg?

OUS budsjetterer med at årsresultatet før avskrivninger og finans (EBITDA) skal øke fra 1.163 millioner kroner i 2019 til 3.437 millioner kroner i 2035. Oversikten nedenfor viser hvor det skal oppnås[74].

Nye OUS	*Data fra ØLP 2019-2062;*			
	2019	**2028**	**2035**	**2040**
Driftsinntekter (DI)	23 320	25 932	30 937	32 446
Lønnskostnader	15 751	16 640	19 491	20 427
Andre driftskostnader	6 406	6 580	8 009	8 269
Driftsresultat (EBITDA)	1 163	2 712	3 437	3 750
Avskrivninger	937	2 022	2 380	2 208
Netto Finanskostnad	-5	217	1 152	808
SUM Kapitalkostnad	932	2 239	3 532	3 016
Årsresultat (ekskl eiendomssalg)	231	473	-95	733
Nøkkeltall:				
Lønnskostnader som % av DI	68 %	64 %	63 %	63 %
Driftsresultat (EBITDA) som % av DI	5 %	10 %	11 %	12 %
Kapitalkostnader som % av DI	4 %	9 %	11 %	9 %
Langsiktig gjeld	3 295	18 551	28 668	20 095

Tall i mill. kr.

OUS' budsjetter viser at når både etappe 1 og 2 er fullført, er det forutsatt at driftsresultatet skal øke med mer enn 2,3 milliarder kroner i forhold til dagens situasjon[75]. Denne effektiviseringen, sammen med de anslåtte gevinstene ved å ta i bruk nye bygg på Rikshospitalet og Aker, er den økonomiske forutsetningen for å kunne betjene økningen i de årlige kapitalkostnadene på 2,5 milliard kroner.

Analysen viser at OUS allerede i dag har store problemer med å effektivisere driften og at det er meget stor sannsynlighet for ikke å kunne innfri ambisjonene om effektivisering i Nye OUS.

7.1 Annen usikkerhet knyttet til ny driftsmodell

HSØ planlegger å splitte akuttfunksjonene som i dag er på Ullevål sykehus mellom Nye Aker og Nye Rikshospitalet. På Rikshospitalet vil en sammenslåing av lands- og regionsfunksjoner med akuttmedisin og traumeberedskap ha betydning for den elektive virksomheten[76].

Erfaringer fra andre sykehus viser at sammenslåing av elektiv og akuttkirurgi innebærer stor risiko for at driften ved Rikshospitalet blir mindre effektiv enn i dag. Erfaringstall viser at effektiviteten øker når planlagt, høyspesialisert behandling skjermes fra akuttvirksomhet, dvs. slik fordelingen er mellom Ullevål sykehus og Rikshospitalet i dag. Den mest effektive løsningen er derfor ansett å være det motsatte av hva HSØ planlegger, dvs. den samme løsningen som er foreslått i Parksykehuset. Forskning[77] bekrefter også at driften ved store sykehus, med de løsningene som HSØ planlegger, vil medføre økte kostnader.

I tillegg til usikkerheten knyttet til valgt driftsmodell kommer risikoen for at reguleringsplanen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet ikke vil gi mulighet til å realisere en bygningsløsning som kan gi den effektiviseringen en ny driftsmodell forutsetter, jf. pkt. 5.3.

8. Hvilken betydning har manglende intern involvering, forankring og eierskap til ny sykehusstruktur fra ansatte i OUS?

I statsbudsjettet[78] for 2020 ble det feilaktig redegjort for stemmegivning i OUS og HSØ styrene. Fra statsbudsjettet hitsettes:

> «*Samtidig har styret i Helse Sør-Øst tidligere gjort enstemmig vedtak om rammene for utviklingen som planene bygger på.*»

En gjennomgang av referater fra styremøter i OUS og HSØ viser at med to unntak[79] er alle vedtak om Nye OUS truffet mot ansatterepresentantenes stemmer.

Det er åpenbart at støtte fra de ansatte er avgjørende for å lykkes med den effektivisering og resultatforbedring som Nye OUS krever. Også statsbudsjettet[80] for 2020 omtaler nødvendigheten av godt samarbeid for å lykkes. Fra statsbudsjettet hitsettes:

> «*Prosjektet går nå inn i forprosjekteringsfasen og skal detaljplanlegges. Samtidig skal det gjennomføres en omfattende organisasjonsutvikling. Dette vil kreve mye av ansatte og ledelse. Det er viktig at fagmiljøene bidrar og lyttes til i arbeidet med å utvikle nye Oslo universitetssykehus. Dette skal bli et godt sykehus for pasienter og brukere, og en god arbeidsplass for ansatte. Det må legges opp til bred medvirkning og dialog mellom pasienter, brukere, pårørende, ansatte og ledelsen ved sykehuset, slik at man sammen kan utvikle gode løsninger og arbeidsmetoder før de nye byggene tas i bruk.*»

Alle faggrupper og tillitsvalgte for 20 000 ansatte undertegnet 12. oktober 2020 en protokoll[81] som oppsummerer flere av innvendingene mot overgang til forprosjektet. Protokollen er underskrevet av alle organisasjonene ved OUS og peker på at prosjektet ikke bør gå videre til forprosjektfase før det foreligger en helhetlig plan for Nye OUS.

De tillitsvalgte peker på at det hverken foreligger et endelig gjennomarbeidet forslag til fordeling av virksomheten mellom lokalitetene eller modeller for drift. De fastslår at det ikke er mulig å gi en samlet vurdering av driftsøkonomiske effekter og bærekraftsanalyser da det ikke er fremlagt et oppdatert grunnlag med overslag over samlet økt investeringsbehov. De påpeker at det planlegges en vekst i antall sengeplasser på 12 % mens oppgaveveksten i regionen kan være på mellom 40 - 50 %. De viser til rapporter, utarbeidet etter at lånerammen ble innvilget av Stortinget, hvor det fremgår at helt

vesentlige forhold fortsatt ikke er avklart og at det er usikkert om de overordnede løsningene for Nye Rikshospitalet og Nye Aker vil være gjennomførbare.

Protokollen synliggjør at det ikke er intern involvering, forankring og eierskap til planene for Nye OUS blant ansatte i OUS og at forutsetningen i statsbudsjettet om at fagmiljøene skal «lyttes til» ikke er oppfylt.

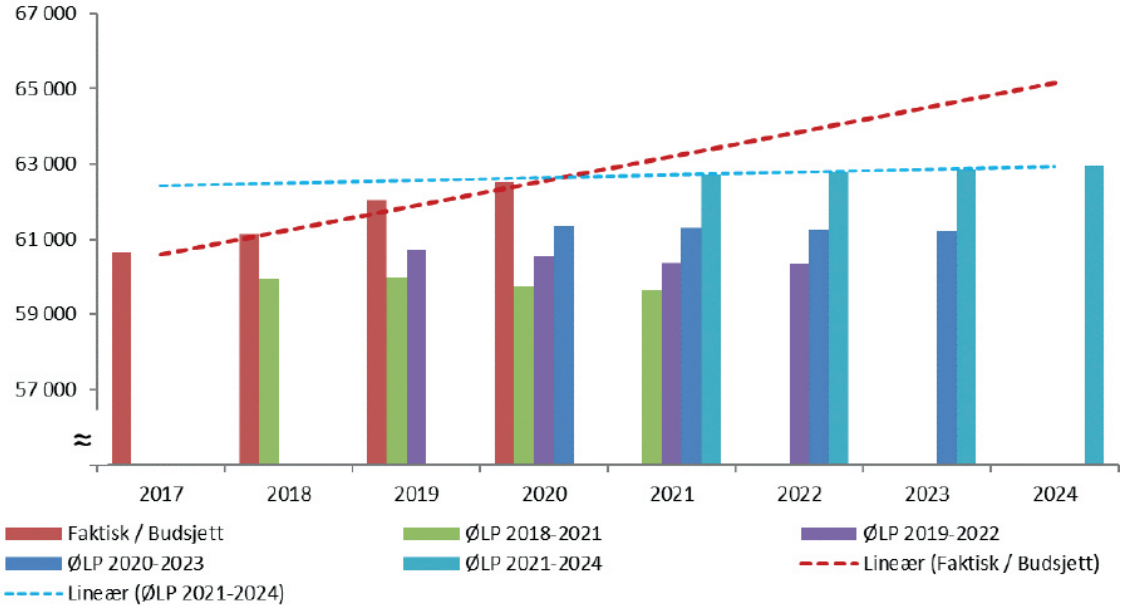
9. Hva kan det innebære for andre planlagte sykehusprosjekter i HSØ regionen dersom OUS ikke klarer å oppnå planlagt effektivisering?

9.1 Økonomisk usikkerhet knyttet til HSØs økonomiske bæreevne

Samlet prosjektkostnad for Nye OUS er ca. 50 milliarder kroner. Ettersom HSØ bare kan søke om lån for 70 % av samlet estimert investeringskostnad kreves en egenkapital på ca. 15 milliarder kroner for gjennomføring av hele prosjektet. OUS har i dag omlag 3 milliarder kroner i egenkapital[82]. Mesteparten av egenkapitalen som HSØ har lagt til grunn for lånesøknadene er altså spart opp av de andre sykehusene i HSØ regionen. Det følger av dette at hvis OUS ikke innfrir driftsgevinstene i fremtiden, vil det være en risiko for at andre byggeprosjekter i HSØ regionen blir utsatt.

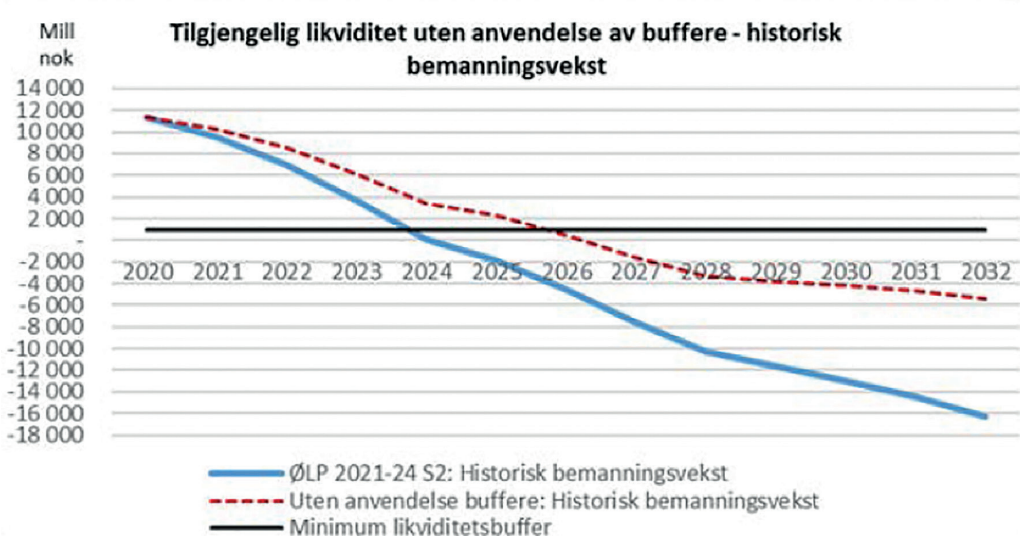
Gjennomgang av HSØs økonomiske prognoser i ØLP synliggjør omfanget av økonomisk risiko. ØLP for perioden 2021-2024[83] ble vedtatt i HSØs styremøte 25. juni i år, også den forutsetter redusert årlig bemanningsvekst. At bemanningsveksten skal reduseres for neste år har vært vedtatt av HSØ styret hvert år de siste tre årene, uten effekt. Gjennomgangen nedenfor viser at heller ikke HSØ har klart å redusere bemanningsveksten.

Tallene under viser antall årsverk for hele HSØ, hvor den røde linjen viser utviklingen dersom bemanningsveksten fortsetter.



Figuren[84] viser et mønster. HSØ planlegger hvert år for nær nullvekst, men erfarer likevel sterk vekst[85]. I saksframlegget til styremøtet 25. juni 2020 har HSØ simulert effekten av en videreføring av historisk snitt for bemanningsveksten. Det er påfallende at HSØ ikke forklarer hva som skal gjøres annerledes i fremtiden.

Konsekvensen for årsresultat og likviditet illustreres[86] nedenfor, og viser at HSØ vil få negativ likviditet fra 2024.



HSØ illustrerer i figuren[87] nedenfor konsekvensene dette kan få for HSØs årsresultat dersom bemanningen forsetter å følge kurven for historisk snitt for bemanning.

Det er åpenbart at HSØ står overfor en meget stor utfordring. Hvordan helseforetaket skal balansere økt aktivitet med nær nullvekst i bemanningen er ikke beskrevet hverken i HSØs ØLP 2019 – 2024 eller i OUS' ØLP 2019 – 2062. Det fremstår som sannsynlig at bemanningsvekst vil bli videreført og at HSØ fra 2024 kan få negativ likviditet.

9.2 Erfaringer fra oppnådd effektivitetsgevinst i nye sykehusbygg

Erfaringer fra andre tilsvarende sykehusprosjekter viser at effektivitetsgevinstene ved nye sykehusanlegg stort sett blir feilberegnet, som ved Nya Karolinska i Stockholm. Her førte overgangen til drift i nye bygg til økte kostnader i forhold til hva som ble planlagt ved byggestart. To endringer ble gjennomført samtidig: innflytting i nye bygg og endring av driftsmodellen. Etter innflytningen i 2016 har driften ved Nya Karolinska gått med 2,5 milliarder svenske kroner i underskudd. 500 ansatte ved sykehuset ble sagt opp i 2019. Overgangen til drift i nye sykehusbygg har medført økte kostnader i forhold hva som ble planlagt da prosjektet ble besluttet åtte år tidligere (i 2008). Dette illustrerer stor risiko knyttet til å ta i bruk nye sykehusbygg og samtidig legge om driftsmodellen.

Sykehuset Østfold ble dimensjonert for lite. Arealet og kapasiteten er ikke tilstrekkelig for dagens behov samtidig som oppgaveveksten er økende. Det er fastslått av HSØ i en nylig utgitt rapport[88]. Dagens Medisin[89] har fulgt opp rapporten og gått igjennom fire sykehusprosjekter (Akershus Universitetssykehus, Østfoldsykehuset, Nye Drammen sykehus og Nye Hammerfest sykehus). Disse har samlet blitt kuttet med 5,2 milliarder kroner og 72 211 m2 fra behovene ble identifisert og frem til endelig prosjekt. Dette fører til at prosjektene bygges innenfor den vedtatte økonomiske rammen, men at sykehusene blir for små til å være driftseffektive.

Nye OUS innebærer en reduksjon av sykehussenger i forhold til befolkningsveksten i regionen. Det vil medføre at kommunene får et større økonomisk ansvar for å ta vare på pasientene. I OUS' utviklingsplan 2035 beskriver OUS at en forutsetning for den planlagte effektiviseringen er at ca. 150 000 liggedøgn skal behandles årlig utenfor sykehus[90]. I HSØs utviklingsplan 2035[91] er dette beskrevet som «*samarbeid om de som trenger det mest*».

10. Konklusjon

Vi har sammenlignet kostnadene knyttet til Nye OUS med Parksykehuset. Parksykehuset er en løsning som på lang sikt reduserer investeringskostnadene med ca. 30 milliarder kroner i forhold til HSØs planer.

Etter at lånesøknaden ble behandlet er risikobildet for Nye OUS forverret:

- **Reguleringsrisikoen er mye større enn opplyst til Stortinget**
    - Det er overveiende sannsynlig at forutsetninger for ny driftsmodell i OUS ikke vil la seg realisere

- **OUS' økonomi har ikke økonomisk bæreevne for investeringene i Nye OUS**
    - Rehabiliterings- og ombygningskostnader av Rikshospitalet etter 2035 vil påvirke OUS' økonomiske bæreevne, de var ikke del av kvalitetssikringen
    - Forutsetningen om økt arbeidsproduktivitet før innflytting i nye bygg er urealistisk. Sannsynligheten for ytterligere økt arbeidsproduktivitet etter innflytting er svært liten, særlig fordi det er svært uklart hvordan den nye sykehusmodellen blir og om ny driftsmodell i det hele tatt lar seg realisere.
    - At OUS systematisk ikke klarer å holde sine opprinnelige budsjettmål, men nedjusterer dem like før perioden, bekrefter at det er stor risiko for at effektivitetsberegningene som ble forelagt Stortinget ikke er reelle
    - Årsresultatene for OUS de siste fem årene er påvirket av mange ekstraordinære inntekter, bl.a. eiendomssalg
    - Etter å ha bygget Nye OUS vil helseforetaket ha tidoblet sin langsiktige gjeld, fra 3 milliarder til vel 30 milliarder. Når OUS starter nedbetalingen av lånet, øker kapitalkostnadene fra ca. 4,3 % i dag til 11 % av driftsinntektene. Økningen i gjeld er uforsvarlig.

- **HSØ har ikke sørget for å utrede et likeverdig alternativ til Nye OUS slik retningslinjene for kvalitetssikring tilsier. Forutsetningene for Belysningen av Ullevålalternativet var oppkonstruerte og villedende**

Vår konklusjon er at alternativet Parksykehuset vil gi mer effektiv sykehusdrift og et bedre pasienttilbud. Vi mener det er uforsvarlig å starte forprosjektfasen slik prosjektet står i dag.

Sluttnoter

Kap. 1. Sammendrag

1. Denne vurderingen er utarbeidet på eget initiativ og uten at vi har blitt engasjert. Arbeidet er utført ubetalt. Ingen av forfatterne har bindinger til noen parter. Tor Ingolf Winsnes og Per H. Christiansen er styremedlemmer i foreningen Redd Ullevål sykehus.

2. Økonomisk langtidsplan 2019 – 2062 Konseptfase Aker – Gaustad datert 21.11.2018

3. Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad datert 28.05.2019

4. Sykehus i Oslo. Et bærekraftig alternativ

5. Jf. PWC KSK 19.11.18 s. 34 og ØLP 2019-2062 s. 9

6. 2/3 deler av pasientene som behandles i OUS er hjemmehørende utenfor Oslo og hoveddelen er lands- og regionssykehuspasienter

7. Reguleringsplanen, som skal vedtas av Oslo kommune, bestemmer hvor stort og høyt Nye OUS kan bygges

8. Det er også fremmet juridiske innvendinger rettet mot målbildet og at dette ikke er utredet iht. hverken Utredningsinstruksen eller Tidligfaseveilederen, jf. Juridisk utredning *https://www.legeforeningen.no/forzeningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/Juridisk-vurdering-av-beslutningsgrunnlag-for-nye-Oslo-Universitetssykehus/*.

9. ØLP 2019 – 2062

10. ØLP 2021 – 2024 ble vedtatt av HSØ styret 25. juni 2020

11. Vedtaket lyder: «Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringsalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HFs tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko» jf. protokoll fra styremøtet i HSØ (sak072/2017) *https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/-%20Godkjent%20protokoll%20styrem%C3%B8te%2015%20%20juni%202017.pdf*

Kap 2. Nye OUS

12. § 1 siste ledd lyder: «Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.» jf. *https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven*

13. Jf. Foretaksmøte 24. juni 2016

14. Jf. Juridisk utredning

15. Jf. Juridisk utredning

16. Jf. Helseforetakslovens § 33, 1 ledd se *https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93#KAPITTEL_4*

17. Jf. Vedtektenes §§ 8 og 12 se *https://www.regjeringen.no/contentassets/fd164ee393264425aa054ce8ff-637caf/vedtekter-for-helse-sor-ost-rhf-sist-endret-14012020.pdf*

18. Jf. *https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sor-ost/vedlegg-1-2-laneinstruks-pr-des-04.pdf*

19. Jf. HSØs finansstrategi pkt. 8.4 se *https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFile?entityId=140084*

20. Basert på kostnadsramme P85

21. Tidligfaseveilederen pkt. 9

22. Prop. 1 S fra HOD (2019 – 2020) s. 127

23. Tilsvarende argumentasjon er brukt overfor PBE i dialogmøte, jf. PBE sak 201705683.

24. Jf.. Prop. 1 S HOD (2020 – 2020) s. 128

25. Jf. PWC KSK s. 2

26. Jf. Prop. 1 S HOD (2019 – 2020) s. 127

27. ØLP 2019-2062 ble utarbeidet som del av konseptfasen for Aker – Gaustad og er vedlagt lånesøknadene til Stortinget.

28. Jf. PWC KSK s. 2.

29. Prop. 1 S HOD s. 129

Kap 3. Hvorfor belysningen av Ullevålalternativet er uriktig

30. Prop. 1 S HOD s. 127

31. Pkt. 9.2, sitert i sin helhet overfor

32. Det innebærer å beholde dagens sykehusstruktur (med virksomhet både på Rikshospitalet og Ullevål sykehus) frem til 2045

33. For å realisere planen for Nye Aker sykehus, må HSØ kjøpe private naboeiendommer ned mot Ring 3 for nærmere 2 milliarder kroner

34. Det er også en reguleringsrisiko knyttet til omregulering av Ullevåltomten til boliger som ikke er avklart.

35. Hentet fra ØLP 2019 – 2062 s. 16

36. Jf. Statistisk Sentralbyrå befolkningsframskrivinger se *https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde*

37. Jf. Parksykehuset s. 6 og s. 28 fremkommer at det vil mangle sykehus til 130 000 omkring 2035 – 2038

38. Finansdepartementas veileder om nullalternativet jf. *https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1263838555/Veileder%20nr%208%20Nullalternativet.pdf*

Kap. 4. Rehabiliteringsbehov etter 2035 – en sammenlikning mellom Parksykehuset og Nye OUS

39. ØLP 2019 – 2062 ligger til grunn for lånesøknaden og som ble kvalitetssikret av PWC

40. Tallene er hentet fra ØLP 2019-2062, HSØs «Belysning» (2019) og Parksykehuset (2018). Også tallene brukt i Parksykehuset er hentet fra HSØs tallgrunnlag

41. Det fremgår av alle HSØs kalkyler, jf. «Belysningen»

42. Byggelånsrente er satt til 10 %

43. Jf. Belysningen s. 52

44. 25 års avdragstid er lagt til grunn

45. Tallene er hentet fra ØLP 2019-2062

46. Helseforetakene i HSØ skal drives iht. «god økonomisk drift» jf. pkt. 7.3 nedenfor

47. Tallene for 2045 er også hentet fra ØLP 2019 – 2062

48. Jfr. Prop. 1 S HOD (2019 2020) s. 127

49. Avskrivningstid på 25 år

50. Jf. Helsedirektoratets prisliste for 2020 *https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF-regelverket%202020.pdf/_/attachment/inline/0a14f8c6-2443-4c22-97ce-df83d54ff27e:97c7d54f408ce454ebd38caa957d3e4e8c40a7b0/ISF-regelverket%202020.pdf*

Kap 5. Sammenhengen mellom reguleringsrisiko, planlagt driftsmodell og forutsetninger for effektivitetsberegninger

51. Jf. Prop. 1 S HOD (2019-2020) s.127

52. Jf. Brev datert 28. november 2018 fra PBE som oppsummerer innvendingene til HSØs forslag til reguleringsplan jf. *https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2018141428&fileid=8205711*

53. Enda tidligere hadde OUS' egen kvalitets sikrer OPAK og Metier advart mot reguleringsrisikoen på Gaustad jf. *https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20id%C3%A9fasen%2020161102.pdf*

54. Etaten ville normalt ha lagt ut de alternative forslagene HSØ tidligere har utarbeidet (2a og b) for å imøtekomme innvendingene til PBE/Riksantikvaren, eventuelt med en anbefaling. HSØ hadde imidlertid trukket begge alternativene fra videre saksbehandling i mars, følgelig hadde ikke PBE noe alternativt reguleringsforslag å anbefale til høringen.

55. Dialogmøte mellom PBE og HSØ i sak 2017/04683 jf. *https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/casedet.asp?direct=Y&mode=&caseno=201704683*

56. Nå skal bare halvparten av Domus medica (DM) rives og erstattes. Universitetsbygningen skal plasseres sammen med en stor del av sykehuset (33 000 m2) der parkeringshuset ligger mot Ring 3. Endringen kan koste HSØ én milliard ekstra, og forsinke OUS med et par år. Det må også bygges tettere og høyere rett foran Gaustad sykehus, noe Riksantikvaren sannsynligvis ikke vil godkjenne.

57. En av grunnene til «avsporingen» kan være at HSØ har skiftet ut prosjekteringsgruppen før konsept- og reguleringsfasen er avsluttet, med det resultat at planforslag og strukturløsninger som ble forkastet våren 2018, blir lansert på nytt.

58. Bl.a. har Covid-19 pandemien vist at det er behov for parkeringsplass når ansatte ikke bør/kan bruke offentlig transportmiddel til arbeid. Grøntanlegg på Ullevål er siden mars gjort om til parkeringsplasser. På Nye Rikshospitalet planlegges derimot parkeringshuset revet og ikke erstattet.

59. Prop. 1 S (2019 – 2020) HOD s. 129

60. Statens Veivesen opplyste 19. januar at lokk over Ringveien var er en løsning som ikke var gjennomførbar jf. Statens Veivesens brev datert 19. januar 2016. Brevet fra Statens Veivesen er sendt to dager før byrådet avga sin uttalelse.

61. Jf. *https://docplayer.me/104782644-Oslo-kommune-byradsavdeling-for-eldre-helse-og-arbeid.html*

62. Verneinteressene i området er så sterke at de vanskelig kan overprøves samtidig som en tilpasset utbygging vil gi et så upraktisk sykehus at det ikke vil oppnås noen effektivisering

Kap 6. Er det sannsynlig at OUS klarer å effektivisere driften før innflytting i nye sykehusbygg?

63. Effektiviseringsplanene møter også faglig motstand fra personale på sykehusene

64. Ekstern kvalitetskontroll har og funnet betydelig usikkerhet knyttet til gevinstestimatene PWC KSK datert 19. november 2018 s. 24

65. I denne sammenhengen er det interessant å bemerke at sykehusdrift er langt mer kapitalintensivt enn kommunal virksomhet slik at årsresultatene burde være mye høyere enn 2,5 %.

66. Jf. ØLP 2019 – 2062 beskriver også planen for arbeidet med gevinstrealiseringsplaner og nødvendig intern involvering i eierskap:

> «Under pekes bare på noen utvalgte tiltaksområder som vurderes å kunne gi effekter for å redusere risiko og understøtte planlagt resultatutvikling for perioden 2029 -2035:
>
> Utarbeide gevinstrealiseringsplaner med grunnlag fra gevinstestimater i konseptfasen. Gevinstrealiseringsplaner må utarbeides og løpende oppdateres til dagens kostnadsnivåer og realiteter, slik at utgangspunktet for alle analyser er tidfestet og gyldige. Dette arbeidet vil allerede påbegynne i forprosjektfasen. Det må utarbeides detaljerte oversikter over estimerte driftsøkonomiske effekter, beskrivelser av hvordan de økonomiske gevinstene skal realiseres (inkl. viktige forutsetninger, avhengigheter og ev. forbehold), hvem som er ansvarlig for realisering og hvordan dette skal følges opp av helseforetakets ledelse.
>
> Sikre nødvendig grad av intern involvering og forankring hos ledelsen, klinikker, tillitsvalgte og vernetjenesten i planlegging av gevinstrealiseringsplaner.
>
> Sikre eierskap og engasjement i alle fasene som skal gjennomføres før nye bygg tas i bruk gjennom god dokumentasjon av vurderinger som gjøres og ledelsesmessig eierskap og forankring vil kunne være med på å redusere risikoene knyttet til forpliktelsen til å ta ut gevinster som er planlagt i nye bygg.»

67. Tabellen er utarbeidet på grunnlag av vedtatte ØLPer for perioden

68. Budsjettert årsresultat for 2020 er 250 millioner kroner, prognosen for 2020 pr. september er null

69. Leasingkostnadene i 2019 var 1,5 milliard

70. Tall fra ØLP 2019 – 2062

71. OUS administrasjonen rapporterer tall og driftsresultater på hvert styremøte. Tallene i tabellen over er hentet fra rapportering per november (årets siste styremøte) for 2015 – 2019

72. Tallene er hentet fra OUS' årsregnskaper for perioden

Kap 7. Er det sannsynlig at OUS klarer å effektivisere driften etter innflytting i nye sykehusbygg?

73. Før 2018 var gjestepasientoppgjøret ført i HSØs regnskaper, men ble overført fra HSØ til OUS mot slutten av 2018

74. Tallene er hentet fra ØLP 2019 – 2062

75. Jf. ØLP (2019-2062) side 11

76. Ullevål sykehus er Norges største og viktigste akuttsykehus og bistår alle lokalsykehus i regionen. Rikshospitalet gir tilbud til pasienter fra hele landet innen avklarte og elektive tilstander, dvs. det er et sykehus som gjennomfører planlagte inngrep og innleggelser.

Kap 8. Hvilken betydning har manglende intern involvering, forankring og eierskap til ny sykehusstruktur fra ansatte i OUS?

77. Jf. http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf

78. Jf. Prop. 1 S s. 127-128

79. Det første er vedtakelsen av målbildet sak 28/2016 og deretter vedtakelsen av at andre alternative tomter skal utredes i sak 72/2017

80. Jf. Prop. 1 S HOD s. 128

81. Jf. https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/nye-oslo-universitetssykehus-protokolltilforsel-fra-fagforeningene/

Kap 9. Hva kan det innebære for andre planlagte sykehusprosjekter i HSØ regionen dersom OUS ikke klarer å oppnå planlagt effektivisering?

82. OUS' regnskap viser egenkapital i HSØ på 4,8 milliarder kroner, men OUS har også gjeld til HSØ, jf. HSØ styremøte 25. juni 2020 s. 35 *https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2020/0625/060-2020%20%20Økonomisk%20langtidsplan%202021-2024.pdf*

83. Behandlet i HSØs styremøte 25. juni 2020

84. Grafen er klippet fra HSØs styrepapirene til møtet 25. juni 2020

85. Bemanningen følger veksten i aktiviteten

86. Grafen er klippet fra HSØs styrepapirene til møtet 25. juni 2020

87. Ref. HSØs styremøte 25. juni 2020

88. Jf. Rapport er utarbeidet av HSØ og ble behandlet i styremøte 25. juni 2020 *https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/0625/064-2020%20Vedlegg%20-%20Sluttrapport%20%20-%20Evaluering%20av%20nytt%20%C3%B8stfoldsykehus.pdf*

89. Jf. https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/10/22/fire-sykehusprosjekter-kuttet-med-5-milliarder/

90. Jf. OUS Utviklingsplan 2035 s. 48 jf. *https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nyheter/Documents/Utviklingsplan%20Oslo%20universitetssykehus%202035-vedtatt-styre.pdf*

91. Jf. HSØs Utviklingsplan *https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20versjon.pdf*

Referanseliste:

Belysningen av Ullevålalternativet

Belysningen av Ullevålalternativet. Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad datert 28.05.2019 jf. *https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklings-prosjekter/OUS/Aker%20Gaustad/Rapport%20om%20Ullev%C3%A5l%20Mai%202019.pdf*

Juridisk utredning

https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/Juridisk-vurdering-av-beslutningsgrunnlag-for-nye-Oslo-Universitetssykehus/ og helsemessige innvendinger mot HSØs sykehusplaner for Oslo.

Parksykehuset

Sykehus i Oslo Et bærekraftig alternativ jf. *https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d7d57f69ad54785b645e9a1c46f1635/temahefte_ullevaal_2019_enkeltsider.pdf*

Prop.1 S HOD (2019–2020)

Prop.1 S HOD (2019–2020) for budsjettåret 2020
Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631
https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671560/

Tidligfaseveilederen

Tidligfaseveilederen (Sykehusbyggs veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter)
https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf

PWC KSK

Ekstern kvalitetssikring KSK. Videreutvikling av Aker og Gaustad. Sluttrapport, versjon 1.0 datert 19. november 2018 *https://helse-sorost.hn.nhn.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/OUS/Aker%20Gaustad/Konseptutredning%20Aker%20og%20Gaustad/Rapport%20-%20KSK%20OUS%20-%20Versjon%201.0.pdf*

Økonomisk langtidsplan 2019 – 2062

Økonomisk langtidsplan 2019 – 2062 Konseptfase Aker – Gaustad datert 21.11.2018, jf. *https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8te%202018-12-06/Styrem%C3%B8te%202018-12-06%20Styresak%202018-77-04%20%C3%98LP%202019-2062%20Konseptfase%20Aker-%20Gaustad.pdf*

Om forfatterne

Denne vurderingen er utarbeidet på eget initiativ og uten å ha blitt engasjert. Arbeidet er utført ubetalt. Ingen av forfatterne har bindinger til noen parter. Tor I. Winsnes og Per H. Christiansen er styremedlemmer i foreningen Redd Ullevål sykehus.

EILIF HOLTE er MScETH og har bred erfaring fra styring og kvalitetssikring av store statlige prosjekter. Han var prosjekt-ansvarlig for bygging av Oslo Spektrum og Nye Bislet Stadion og har i tillegg markert seg som kritiker av offentlige byggherrer med mangelfull kostnadskultur.

BJARNE JENSEN er samfunnsøkonom og professor emeritus i offentlig økonomi. Han har forsket på økonomi, finansiering og organisering i kommune og helsesektoren vært rådmann i Kristi-ansund og Bergen, administrerende direktør i Kommunekreditt Norge og ansatt i Finansdepartementet og Sosialdepartementet.

PER H. CHRISTIANSEN er siviløkonom og statsviter, medlem av Høyre og var leder for bydelsutvalget for Nordre Aker 2015 – 2019. Han ble engasjert i sykehusplanene for Oslo fordi Rikshospitalet ligger i bydel Nordre Aker.

TOR I. WINSNES er sivilarkitekt mnal med bred bakgrunn fra sykehusplanlegging. Han har arbeidet for Oslosykehusene siden 1980-tallet og har god kunnskap om sykehusenes eiendommer og utviklingsmuligheter.