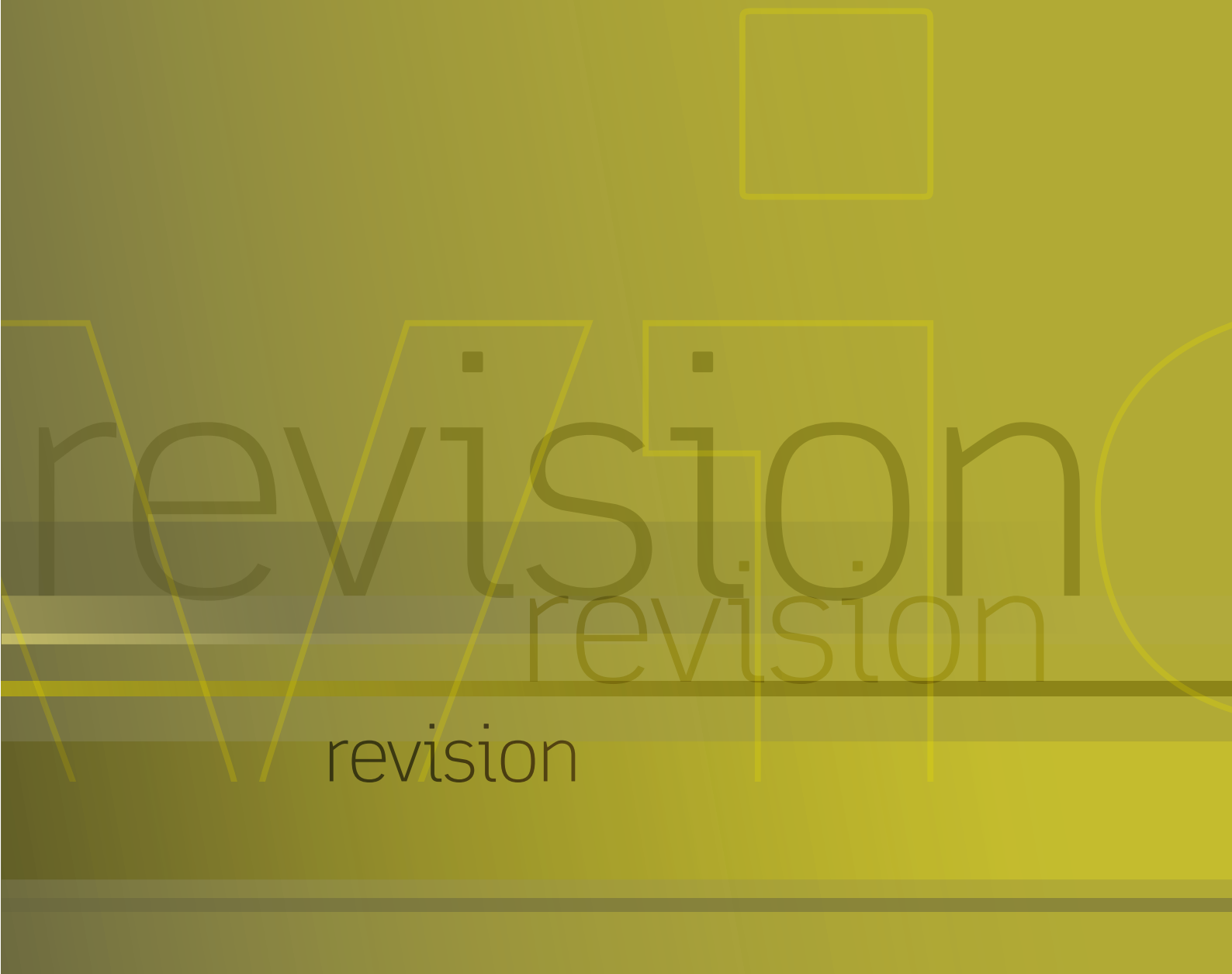




Beretning til Statsrevisorerne om sygehusbyggerier II

Oktober
2013



Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	3
	A. Baggrund	3
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	6
III.	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfølgning på regionernes arbejde med effektivisering	8
	A. Rammer for at opgøre effektivisering.....	8
	B. Kriterier for opfølgning	12
	C. Lånepuljen til energieffektiviseringer.....	14
IV.	Regionernes fokus på effektiviseringsmålene	17
	A. Hovedområder for effektiviseringer.....	18
	B. Planer til at underbygge effektiviseringsmålene	20
	C. Forudsætninger for effektiviseringer	24
	D. Arbejdet med effektiviseringer	29
	E. Regionernes opfølgning.....	32
	Bilag 1. Kvalitetsfundsbyggerierne i beretningen	34
	Bilag 2. Oversigt over hovedområder og fordeling af effektiviseringsmål	35
	Bilag 3. Rigsrevisionens spørgeskema til regionerne	46
	Bilag 4. Ordliste	50

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag: oktober 2011 -

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes fokus på, at driften i regionernes nye sygehusbyggerier, som har fået endeligt tilsagn om tilskud fra Kvalitetsfonden, bliver effektiviseret. De undersøgte projekter skal effektivisere for ca. 1,5 mia. kr. årligt. Rigsrevisionen har igangsat undersøgelsen på eget initiativ i oktober 2012.

2. Formålet med investeringerne i de nye sygehuse er at få en ny sygehusstruktur, som vil give en bedre kvalitet i behandlingen af patienterne, da opgaverne bliver samlet på færre enheder, så specialiseringen og resurserne bliver udnyttet optimalt.

3. Tidspunktet for undersøgelsen er valgt, fordi det er 5 år siden, at "Aftale om regionernes økonomi for 2008" mellem regeringen og regionerne fastlagde, at regionerne i tilknytning til de nye sygehusbyggerier skulle effektivisere den kommende drift. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har derfor i en længere periode haft mulighed for at konkretisere initiativerne til effektiviseringer. Det er i den forbindelse centralt, at regionerne har et klart overblik over, hvor, hvordan og i hvilket omfang der skal ske effektiviseringer. I modsat fald er der en høj risiko for, at målet om effektiviseringer erstattes med besparelser, som vil kunne forringe behandlingskvaliteten og bygningernes funktionalitet.

4. Det er en udfordrende og kompleks opgave for regionerne at styre og planlægge sygehusvirksomhed, fordi regionerne bl.a. skal forholde sig til fremtidige behandlingsbehov og teknologier, der i sagens natur til dels er ukendte. Grundlaget for planlægningen af de nye sygehusbyggerier har derfor en naturlig iboende usikkerhed. Derfor er det vigtigt, at regionerne i de tidlige faser af byggerierne foretager systematiske analyser af, hvordan effektiviseringen af driften bliver realiseret. Særligt regionernes beslutninger om dimensionering og design i byggeriernes indledende faser har betydning for totaløkonomien og dermed for den efterfølgende driftsøkonomi og mulighederne for effektiviseringer. Det er derfor afgørende, at de valg, regionerne træffer indledningsvist, foretages på et så oplyst og veldokumenteret grundlag som muligt, så regionerne i byggeprocessen kan håndtere de naturlige risici, der er forbundet med at indfri målene om effektivisering.

5. Indtil videre har 14 ud af 16 projekter fået endeligt tilsagn om tilskud fra Kvalitetsfonden. Med tilsagnene fik projekterne pålagt et effektiviseringskrav, som de skal realisere i år 1 efter ibrugtagning. Effektiviseringskravet ligger ud over det løbende generelle produktivetskrav.

6. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne i de tidlige faser af byggerierne har tilstrækkeligt fokus på at sikre, at driften af de nye sygehuse indfrier målene om effektivisering. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fastlagt klare rammer for, hvordan regionerne skal opføre effektiviseringerne, og hvordan ministeriet og regionerne skal følge op?
- Har regionerne tilstrækkeligt fokus på effektiviseringsmålene i projekternes tidlige faser?

*Med et **endeligt tilsagn** om tilskud godkendes projektplanen med en række betingelser. Betingelserne er fx, at der er fastsat et krav til effektivisering, og at regionerne overholder totalrammen og anvender de nødvendige midler til it og apparatur.*

***Kvalitetsfonden** blev etableret som led i den daværende regerings kvalitetsreform fra 2007. Af fondens midler skal 25,5 mia. kr. bruges til statslig medfinansiering af investeringer i ny sygehusstruktur.*

*Det **generelle produktivetskrav** består i, at sygehusene skal levere en højere aktivitet i form af fx flere behandlinger, uden at sygehusene får øget finansiering. De generelle produktivetskrav indgår i de årlige aftaler mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi og har i flere år været på 2 % om året.*

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Rigsrevisionen finder, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne i de tidlige faser af sygehusbyggerierne ikke har haft tilstrækkeligt fokus på at sikre, at driften af de nye sygehuse indfrier målene om effektivisering.

De undersøgte projekter skal samlet effektivisere driften for ca. 1,5 mia. kr. årligt. Kravet om effektivisering er et tilsagnskrav. Hvert enkelt sygehusbyggeri, som har fået tilskud fra Kvalitetsfonden, fik fastlagt et konkret mål om effektivisering. Det giver både Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne et godt grundlag for at styre området. Fokus på effektiviseringer er vigtigt allerede i de tidlige faser af et byggeri, da der bliver truffet beslutninger, som har betydning for driften i det færdige byggeri og dermed muligheden for at indfri tilsagnsbetingelsen.

Rigsrevisionen finder, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse på et tidligere tidspunkt end i maj 2013 burde have udarbejdet et koncept, som konkretiserer, hvordan ministeriet vil følge op, og som tydeliggør rammerne for at opgøre effektiviseringerne. Ministeriet har dermed ikke tilstrækkeligt tidligt fastlagt kriterierne for, hvordan og hvornår ministeriet vil følge op, og hvordan effektiviseringerne skal opgøres. Ved tidligt at fastlægge et koncept ville det blive klart for regionerne, hvilke krav der stilles til at dokumentere effektiviseringerne, og samtidig ville det blive synliggjort, at fokus på effektiviseringer er vigtigt.

Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at det er ugennemsigtigt, hvordan regionerne mere konkret vil realisere effektiviseringerne. Arbejdet med effektiviseringerne er en dynamisk proces, hvor der løbende i byggeriets faser skal træffes beslutninger. Det er derfor vigtigt, at projekterne kan dokumentere grundlaget for centrale valg i projekterne. Projekterne er i forskellige faser, men Rigsrevisionen kan konstatere, at flere projekter er langt i byggeriet, uden at regionerne har kunnet redegøre for, på hvilket grundlag centrale beslutninger er truffet. Herudover er regionerne først nu begyndt at udarbejde planer for, hvornår der skal foreligge analyser og beregninger, som kan underbygge forventningerne til effektiviseringerne. Desuden mangler regionerne generelt oplysninger (fx antal ansatte), som kan understøtte, at de beslutninger, der bliver truffet om dimensionering og design, kan underbygge, at driften i de færdige byggerier bliver effektiv. Rigsrevisionen finder derfor, at der er en høj risiko for, at regionerne har truffet valg i de tidlige faser, som kan gøre det sværere at realisere effektiviseringerne.

Regionerne har oplyst, at der ikke er risiko for, at effektiviseringerne ikke bliver realiseret, idet alle regioner i givet fald vil reducere de enkelte projekters driftsramme med det fastlagte effektiviseringskrav. Rigsrevisionen finder det derfor afgørende, at regionerne forstærker deres fokus på at gennemføre reelle effektiviseringer, som gør det muligt for regionerne at foretage styringsbevidste til- og fravalg inden for projekternes rammer. Hvis regionerne derimod blot gennemfører effektiviseringerne som generelle besparelser, vil det være udtryk for en ureflekteret økonomistyring, som kan resultere i tilfældige og utilsigtede virkninger. Det vil ikke alene betyde en høj risiko for, at behandlingskvaliteten og/eller bygningernes funktionalitet bliver forringet, men vil også være i uoverensstemmelse med tilsagnsbetingelserne.

II. Indledning

A. Baggrund

7. Denne beretning handler om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes fokus på, at driften i de færdige sygehusbyggerier bliver effektiv.

8. Rigsrevisionen har tidligere i beretning nr. 3/2011 undersøgt sygehusbyggerier med tilskud fra Kvalitetsfonden. Rigsrevisionen undersøgte, hvordan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne havde forberedt byggerierne. I undersøgelsen anbefalede Rigsrevisionen, at regionerne fra de tidlige stadier af projekterne foretog systematiske analyser af, hvordan tilsagnsbetingelsen om effektivisering af driften af de nye sygehuse bliver indfriet.

9. Regeringen nedsatte i 2007 et ekspertpanel, der skulle vurdere regionernes ansøgninger om tilskud. Ekspertpanelet indstillede herefter til regeringen, hvilke projekter der skulle støttes, og hvilke tilsagnsbetingelser der skulle være knyttet til de enkelte projekter. Én af tilsagnsbetingelserne var, at projekterne skulle arbejde med effektiviseringer af driften. Ekspertpanelet fastlagde derfor med indstillingen et effektiviseringskrav, som det enkelte projekt skal realisere i år 1 efter ibrugtagning. Formelt er det regeringen, der giver tilsagn om tilskud fra Kvalitetsfonden. I praksis er det Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet, der sagsbehandler ansøgningerne, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der på regeringens vegne giver tilsagnene.

Ekspertpanelet skal vurdere konkrete sygehusprojekter og indstille til regeringen, hvilke projekter der kan få tilskud fra Kvalitetsfonden.

10. I denne undersøgelse ser Rigsrevisionen derfor på, hvordan regionerne arbejder med de effektiviseringskrav, som hvert projekt skal realisere i år 1 efter ibrugtagning. Effektiviseringsgevinsten vil indgå som finansieringsbidrag af ny sygehusaktivitet og indgår dermed ikke i finansieringen af byggeriet.

11. Beslutningen om at bygge nye sygehuse blev truffet som led i den daværende regerings kvalitetsreform fra 2007. De sygehuse, regionerne begyndte at planlægge i 2007, vil være klar i perioden 2015-2022. Sygehusbyggerierne strækker sig dermed over mange år, og i den periode kan behovene ændre sig. Det er således svært at vurdere, hvordan behandlingsbehovet, teknologien mv. udvikler sig. Det er ikke en nem opgave at realisere effektiviseringsgevinster, da der også på dette område kan ske en udvikling af fx teknologien, der gør det muligt at opnå løsninger, som ikke kunne forudses, da beslutningerne skulle træffes.

12. Sygehusbyggerierne gennemløber flere faser, og allerede i de tidlige faser af et byggeri bliver der truffet beslutninger, som har betydning for driften i det færdige byggeri. Det er derfor vigtigt, at projekterne tidligt har fokus på, hvordan de vil indfri tilsagnsbetingelsen om at effektivisere driften, da der ellers er risiko for, at driften i de færdige byggerier ikke bliver så effektiv som forventet. Dermed risikerer regionerne, at de for at kunne opfylde effektiviseringskravet må gennemføre besparelser, som kan få betydning for bygningernes funktionalitet og/eller behandlingskvalitet.

Et forandringsprojekt er en strategisk og målrettet ændring af de fysiske og organisatoriske enheder.

Krav til projekterne

13. Der er i undersøgelsesperioden givet endeligt tilsagn til 11 ud af 16 projekter. 3 projekter har først fået endeligt tilsagn i løbet af foråret 2013, og 2 projekter har fået et foreløbigt tilsagn. Disse 5 projekter indgår derfor ikke i undersøgelsen.

14. Den nye sygehusstruktur betyder, at nogle hospitalsfunktioner samles på færre, fagligt mere bæredygtige enheder end i dag, hvilket giver nye muligheder for at tilrettelægge arbejdet. Regeringens ekspertpanel forudsætter derfor, at de fleste projekter er forandringsprojekter. Det indebærer, at regionerne får nye muligheder for at tilrettelægge arbejdet, udnytte kapaciteten, forbedre patientforløbet og via bedre logistik, ny teknologi mv. løse opgaverne mere effektivt og udnytte resurserne bedre. De elementer, der ifølge ekspertpanelet indgår i et forandringsprojekt, er vist i boks 1.

BOKS 1. ELEMENTER I ET FORANDRINGSPROJEKT

- Nye muligheder for arbejdstilrettelæggelse, kapacitetsudnyttelse og patientforløb samt logistik.
- Mere effektiv opgaveløsning og resurseanvendelse via bedre logistik, ny teknologi mv., der ligger ud over de almindelige løbende produktivetsforbedringer i sygehusvæsenet.
- Bedre resurseanvendelse, der gælder for såvel personalesiden som øvrig drift, herunder via moderne og energieffektive løsninger.

15. Selv om regeringens ekspertpanel forudsætter, at projekterne er forandringsprojekter, vil det ikke nødvendigvis være en én til én-sammenhæng mellem effektivitet og forandringsprojekt. Alene det, at specialer og behandlingstilbud bliver samlet på færre enheder, vil i sig selv gøre det muligt at effektivisere. Derudover vil der også være påvirkninger udefra, som vil kunne give effektiviseringer, fx en ny behandlingsmetode, og som dermed ikke har afsæt i, at det er et forandringsprojekt.

Barmarksbyggerier er en betegnelse for byggerier, der opføres på grunde, som ikke tidligere har været bebyggede.

16. Projekterne, som indgår i undersøgelsen, er meget forskellige og spænder fra tilbygninger til barmarksbyggerier og fra somatiske til psykiatriske sygehuse. Mulighederne for at effektivisere driften er derfor også forskellige. De projekter, som opføres på barmark, fx Nyt Universitetshospital i Odense (OUH), har de største frihedsgrader til at tænke nyt og innovativt, mens de projekter, som bygger til, fx Det Ny Righospital, har mere begrænsede muligheder. Ekspertpanelet tog også hensyn til dette, da panelet fastlagde effektiviseringskravene, og barmarksbyggerierne fik derfor pålagt de højeste effektiviseringskrav.

Effektiviseringskravene, som projekterne har fået pålagt, er vist i tabel 1.

Tabel 1. Projekternes effektiviseringskrav (2012-priser)

Region Hovedstaden:		
Nyt Hospital Herlev	114 mio. kr.	4,0 %
Det Nye Rigshospital	69 mio. kr.	5,0 %
Ny Retspsykiatri Sct. Hans	19 mio. kr.	5,5 %
Region Midtjylland:		
Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU)	467 mio. kr.	8,0 %
Regionshospitalet Viborg	94 mio. kr.	6,0 %
Region Nordjylland:		
Nyt Aalborg Universitetshospital	163 mio. kr.	6,0 %
Region Sjælland:		
Gennemførelsen af Psykiatrihus Slagelse (GAPS)	12 mio. kr.	4,0 %
Ny Fælles Akutmodtagelse på Slagelse Sygehus	0 kr.	0,0 %
Region Syddanmark:		
Nyt Universitetshospital i Odense (OUH)	357 mio. kr.	8,0 %
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	106 mio. kr.	7,0 %
Kolding Sygehus	78 mio. kr.	6,0 %
I alt	1.479 mio. kr.	-

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Det fremgår af tabel 1, at projekterne samlet skal effektivisere for ca. 1,5 mia. kr. årligt. Ny Fælles Akutmodtagelse på Slagelse Sygehus har ikke et effektiviseringskrav. For de andre projekter varierer kravene fra 12 mio. kr. (4 %) for GAPS til 467 mio. kr. (8 %) for DNU.

17. Hvert projekt har i ansøgningen til Kvalitetsfonden og i forbindelse med dialogen med regeringens ekspertpanel og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse identificeret mulige fremtidige effektiviseringsgevinster, som opstår ved, at afdelinger – eller hele hospitaler – flytter i nye bygninger.

Overordnede rammer for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes arbejde

18. De overordnede rammer for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses og regionernes arbejde er fastlagt dels i de politiske aftaler om regionernes økonomi, der årligt indgås mellem regeringen og Danske Regioner, dels i reglerne om tilskudsforvaltning, som fremgår af Moderniseringsstyrelsens "Vejledning om effektiv tilskudsforvaltning" fra juni 2011.

De overordnede politiske rammer for investeringer i ny sygehusstruktur er blevet drøftet og efterfølgende fastlagt i økonomiaftalerne mellem regeringen og Danske Regioner.

De overordnede administrative rammer fastsatte Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2011 i et administrationsgrundlag, der blev opdateret i maj 2013. I 2012 udarbejdede ministeriet "Regnskabsinstruks til behandling af tilskud fra Kvalitetsfonden til sygehusbyggeri", som også blev opdateret i maj 2013. Instruksen indeholder de krav, som ministeriet stiller til regionernes regnskab og rapportering i forbindelse med de kvalitetsfondsstøttede byggerier.

Administrationsgrundlaget
er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses administrative retningslinjer for, hvordan ministeriet fører tilsyn med anvendelsen af de statslige tilskud til sygehusbyggerierne.

19. Den politiske ramme for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionernes arbejde i undersøgelsesperioden udgøres af "Aftale om regionernes økonomi for 2012", hvor de administrative regler efterfølgende er fastsat i administrationsgrundlaget og i regnskabsinstruksen.

Det fremgik af "Aftale om regionernes økonomi for 2008", at realisering af effektiviseringsgevinster og opgørelse heraf i form af produktivitetsmål – forstået som effektiviseringer – skulle indgå som en central del i den årlige opfølgning af ændret sygehusstruktur. I "Aftale om regionernes økonomi for 2012" blev der ændret i kravene, så regionerne ikke længere skulle følge op årligt, fra byggerierne gik i gang, men *"der, hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant"*. Økonomiaftalerne for 2008 og 2012 fastlægger dermed, at både ministeriet og regionerne løbende skal følge op på effektiviseringerne.

B. Formål, afgrænsning og metode

20. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne i de tidlige faser af sygehusbyggerierne har tilstrækkeligt fokus på at sikre, at driften af de nye sygehuse indfrier målene om effektivisering. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fastlagt klare rammer for, hvordan regionerne skal opgøre effektiviseringerne, og hvordan ministeriet og regionerne skal følge op?
- Har regionerne tilstrækkeligt fokus på effektiviseringsmålene i projekternes tidlige faser?

21. Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte de 11 projekter, der har fået endeligt tilsagn i perioden juni 2010 - december 2012, og som har fået pålagt et effektiviseringskrav. Ét projekt – Ny Fælles Akutmodtagelse på Slagelse Sygehus – fik ikke pålagt et effektiviseringskrav og er derfor kun medtaget i begrænset omfang. Bilag 1 viser, hvor projekterne i undersøgelsen er placeret i Danmark.

Hvidovre Hospital, Nyt Hospital Nordsjælland og Det Nye Hospital i Vest, Gødstrup, fik først endeligt tilsagn i løbet af foråret 2013, og Bispebjerg Hospital og Køge Sygehus har fået et foreløbigt tilsagn, men forventer at søge om endeligt tilsagn i efteråret 2013. Projekterne indgår derfor ikke i undersøgelsen.

22. I undersøgelsen anvendes en række beløb, som er opgjort ved forskellige løn- og prisniveauer. Rigsrevisionen har omregnet de beløb, som er oplyst i forbindelse med det endelige tilsagn, så beløbene er opgjort i samme prisniveau. Rigsrevisionen har ikke omregnet regionernes egne opgørelser af effektiviseringer, jf. bilag 2. Det vil derfor ikke være muligt at sammenligne tallene.

23. Vi har modtaget ekstern bistand fra et konsulentfirma i vurderingen af, hvornår afgørende beslutninger bliver truffet, og hvilken viden de enkelte projekter har til at understøtte beslutningerne om effektiv drift.

Konsulentfirmaet har gennemgået anbefalinger fra dansk og udenlandsk litteratur for at vurdere, i hvilken fase af et byggeri der bliver taget afgørende beslutninger, som har betydning for totaløkonomien og dermed for den efterfølgende driftsøkonomi og mulighederne for effektiviseringer. Gennemgangen viste, at særligt beslutninger om dimensionering og design i de indledende faser har stor betydning for den efterfølgende driftsøkonomi og bør træffes på så oplyst et grundlag som muligt. Regionerne er enige i, at projekternes fysiske rammer generelt bliver låst fast, når projektforslaget foreligger.

Projektforslaget fastlægger de funktionelle og kvalitetsmæssige krav til byggeriet, hvor dimensionerings- og designvalg er afgørende parametre.

Vores undersøgelse af regionernes fokus på effektiviseringsmålene baserer sig hovedsageligt på en kvalitativ gennemgang, hvor vi har holdt møder med de 5 regioner og gennemgået et omfattende materiale fra hvert kvalitetsfondsprojekt. Materialet har omfattet styringsmanualer, risikologger, ansøgninger om tilsagn, tilsagnsbreve, sygehusplaner, psykiatriplaner, vejledninger, tidsplaner, change request-kataloger, koncepter mv.

Gennemgangen af materialet viste dog, at der var behov for at understøtte undersøgelsen med en kvantitativ analyse af regionernes viden. Vi har derfor i forlængelse heraf sammen med konsulentfirmaet udarbejdet et spørgeskema, jf. bilag 3. Spørgeskemaet belyser, hvilke oplysninger projekterne har om udgangspunktet og forventningerne til byggerierne, når de er færdige. Da det særligt er de organisatoriske effektiviseringer, hvor projekterne forventer at hente effektiviseringer, er spørgeskemaet målrettet mod projekternes viden om disse forhold. Vi har i behandlingen af regionernes svar på spørgeskemaet ikke sammenlignet inden for eller mellem regionale projekter. Vi har heller ikke foretaget benchmarking eller vurderet, om tallene har det rette niveau for udgangspunktet og forventningerne til byggerierne, når de er færdige. Regionerne blev bedt om at besvare spørgeskemaet ud fra den viden, de havde i april 2013, hvor det blev præciseret, at regionerne ikke skulle producere nyt materiale til os, men alene skulle svare på de konkrete effektiviseringsparametre, som de arbejder med.

Vores konklusioner i undersøgelsen baserer sig derfor både på den kvalitative og kvantitative analyse, men med hovedvægten lagt på den kvalitative analyse.

24. Vi har desuden holdt møder med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og gennemgået materiale, der omhandler ministeriets rammer for krav til effektivisering og planer for at følge op. Det drejer sig bl.a. om ministeriets administrationsgrundlag, regnskabsinstruks, sagsbehandlingsinstruks med tilknyttede skabeloner og tjeklister, kvartalsrapporter og materiale om lånepuljen til energiinvesteringer. Kvalitetsfondsmidlerne bliver givet som et statsligt tilskud. Det indebærer, at ministeriet skal tilrettelægge sit tilsyn med byggerierne i forhold til de krav, der gælder for tilskud. Vi har derfor i vores analyse af ministeriets arbejde taget udgangspunkt i Moderniseringsstyrelsens "Vejledning om effektiv tilskudsforvaltning". Desuden har vi i analysen taget udgangspunkt i "Aftale om regionernes økonomi for 2012", der sætter den politiske ramme for både ministeriets og regionernes arbejde med at følge op på effektiviseringsgevinster.

Vi har endvidere inddraget lånepuljen til energieffektiviseringer i undersøgelsen for at vurdere, hvordan der arbejdes med nye tiltag i forhold til de fastlagte effektiviseringskrav.

Endelig deltog vi i en studietur til Norge sammen med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne. Formålet var at se, hvordan et nyopført norsk sygehus arbejdede med effektivisering og fleksibilitet i byggeriet.

25. Beretningen har i udkast været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

26. Bilag 4 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfølgning på regionernes arbejde med effektivisering

Rigsrevisionen finder, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ikke tidligt har fastlagt klare rammer for, hvordan regionerne skal opgøre effektiviseringerne, og hvordan ministeriet og regionerne skal følge op. Rigsrevisionen kan konstatere, at ministeriet først i maj 2013 præciserede rammerne for at opgøre effektiviseringerne og fastlagde et koncept for, hvilke oplysninger regionerne skal udarbejde, så ministeriet har mulighed for at følge op. Rigsrevisionen kan desuden konstatere, at regionerne indtil da fandt det uklart, hvordan de skulle opgøre effektiviseringerne. Den manglende klarhed betød, at flere regioner påtænkte at opgøre effektiviseringer, som ikke ville være i overensstemmelse med de rammer, ministeriet nu har fastlagt. Det manglende koncept for opfølgning har desuden betydet, at ministeriet ikke i tilstrækkelig grad fulgte op på regionernes arbejde med at realisere effektiviseringer.

Regionerne fik i 2012 mulighed for at låne til energieffektiviseringer, som giver sygehusbyggerierne mulighed for at få et mere energirigtigt byggeri. Rigsrevisionen kan konstatere, at der med låneadgangen ikke er stillet yderligere krav til regionernes effektiviseringskrav. Rigsrevisionen anbefaler, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Økonomi- og Indenrigsministeriet tager stilling til, om det er hensigtsmæssigt, at projekter, der anvender låneadgangen, ikke får stillet yderligere krav til de effektiviseringsgevinster, som projekterne skal løfte. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har noteret sig anbefalingen og vil tage initiativ til at drøfte problemstillingen med Økonomi- og Indenrigsministeriet.

A. Rammer for at opgøre effektivisering

27. Rigsrevisionens undersøgelse af rammerne for at opgøre effektivisering har vist følgende:

- Der har ikke været tilstrækkelig klarhed i regionerne om, hvordan rammerne til at opgøre effektiviseringer skulle forstås. Det betød, at flere regioner har medtaget effektiviseringer fra før baselineåret og fra budgetområder, som ikke er en del af det fastlagte driftsbudget.
- Rigsrevisionen finder det positivt, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i "Regnskabsinstruks til behandling af tilskud fra Kvalitetsfonden til sygehusbyggeri" fra maj 2013 har præciseret rammerne og dermed fastlagt et klarere udgangspunkt for opgørelsen af effektiviseringerne.

Rammer for effektivisering

28. Klare rammer for, hvordan regionerne skal opgøre effektiviseringskravet, skal sikre, at regionerne ikke – i år 1 efter ibrugtagning – risikerer, at der opstår diskussion eller usikkerhed om, hvorvidt kravet er realiseret.

Da regeringens ekspertpanel behandlede projekternes ansøgninger om tilskud, vurderede panelet samtidig projekternes grundlag for at kunne effektivisere. Ekspertpanelet indstillede efterfølgende til regeringen, hvilket effektiviseringskrav projekterne skulle realisere. Alle projekter fik derfor ved endeligt tilsagn udmeldt et effektiviseringskrav i form af en konkret procentsats og et beløb, der er beregnet ud fra det driftsbudget for de matrikler og afdelinger, som vedrører kvalitetsfundsbyggeriet. Rigsrevisionen finder det positivt, at der for hvert enkelt projekt er opstillet et konkret mål om effektivisering.

Effektiviseringer før baselineåret

29. Effektiviseringsgevinster skal kunne henføres direkte til den kvalitetsfundsstøttede investering og til perioden efter det fastlagte baselineår. En oversigt over de fastlagte baselineår for de enkelte projekter er vist i tabel 2.

Baselineåret er det driftsbudgetår, som effektiviseringskravet i det endelige tilsagn er beregnet ud fra.

Tabel 2. Oversigt over de fastlagte baselineår for projekterne

Projekt	Baselineår
Herlev	Regnskab 2010
Rigshospitalet	Budget 2010
Sct. Hans	Budget 2011
DNU	Regnskab 2009
Viborg	Budget 2010
Aalborg	Regnskab 2010
GAPS	Regnskab 2010
OUH	Regnskab 2009
Aabenraa	Regnskab 2010
Kolding	Regnskab 2009

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Det fremgår af tabel 2, at baselineåret varierer for projekterne. Årsagen er, at baselineåret bliver fastlagt på det tidspunkt, hvor der er givet endeligt tilsagn.

30. Rigsrevisionens gennemgang viste, at Herlev og Rigshospitalet medtager effektiviseringer, der er realiseret før baselineåret, som er 2010.

For Herlev drejer det sig om 30 mio. kr., der fremkom ved, at flere afdelinger i perioden 2008-2010 blev lagt sammen på én matrikel og dermed gjorde det muligt at reducere i vagt- og ledelseslag. For Rigshospitalet drejer det sig om 11,5 mio. kr. som følge af, at en række udefunktioner blev tilknyttet Rigshospitalet i perioden 2008-2010, så det blev muligt at tilpasse normeringer og opgaveflytninger samt samle administrations- og uddannelsesopgaver.

Udefunktion betyder, at patienter bliver behandlet på et andet sted end hovedtjenestestedet.

Begge projekter havde i deres ansøgning om endeligt tilsagn oplyst om de realiserede effektiviseringer, og at de ville medtage disse i deres opgørelse af effektiviseringsgevinster. Det fremgår hverken af tilsagnsbrevet eller af ekspertpanelets notat om indstilling til regeringen, om projekterne må medtage effektiviseringer, der er realiseret før baselineåret. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har først i marts 2013, hvor ministeriet har behandlet Region Hovedstadens ansøgning for Hvidovre Hospital, præciseret over for regionen, at effektiviseringer skal være afledt direkte af investeringen og kunne henføres til tiltag, der er igangsat efter baselineåret.

For Herlev og Rigshospitalet betyder denne præcisering, at projekterne skal arbejde med at finde nye effektiviseringer, som kan erstatte dem, der er realiseret før baselineåret.

Driftsbudgettet, som effektiviseringer skal findes inden for

31. Alle projekter fik med det endelige tilsagn fastlagt et driftsbudget. Driftsbudgettet er fastlagt ud fra de driftsudgifter, som de afdelinger – eller hele hospitaler – der flytter i nye bygninger, havde ved tidspunktet for tilsagnet. Det fastlagte driftsbudget og de afdelinger, matrikler mv., som indgår i budgettet, er vist i tabel 3.

Tabel 3. Driftsbudgettet og de afdelinger, matrikler mv., som indgår i budgettet (2012-priser)

Projekt	Driftsbudget	Afdelinger, matrikler mv.
Herlev	2.877 mio. kr.	Driftsudgifter for Herlev Hospital.
Rigshospitalet	1.374 mio. kr.	Driftsudgifter for de funktioner, der samles i nybyggeriet. Omfatter hovedparten af HovedOrtoCentret, en del af Neurocentret og dele af radiologi.
Sct. Hans	346 mio. kr.	Driftsudgifter for Sct. Hans Hospital.
DNU	5.840 mio. kr.	Driftsudgifter for de matrikler, der skal indgå i DNU. Omfatter Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Århus Universitetshospital, Skejby.
Viborg	1.566 mio. kr.	Driftsudgifter for Regionshospitalet Viborg.
Aalborg	2.707 mio. kr.	Driftsudgifter for de funktioner, der samles i nybyggeriet. Omfatter udgifterne for det nuværende Aalborg Sygehus (nord- og sydmatrikel) med undtagelse af de aktiviteter, der bliver på sydmatriklen (medicinerhuset og Onkologibygningen).
GAPS	301 mio. kr.	Driftsudgifter for de funktioner, der samles i nybyggeriet. Omfatter matriklerne i Nykøbing Sjælland, Holbæk, Dianalund og Slagelse.
OUH	4.454 mio. kr.	Driftsudgifter for Odense Universitetshospital.
Aabenraa	1.503 mio. kr.	Driftsudgifter for de funktioner/matrikler, der samles i nybyggeriet. Omfatter Haderslev matrikel, Aabenraa matrikel og 80 % af Sønderborg matrikel.
Kolding	1.302 mio. kr.	Driftsudgifter for de matrikler, der skal indgå i det nybyggede hospital. Omfatter matrikler fra Fredericia og Kolding.

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Det fremgår af tabel 3, at GAPS har det mindste driftsbudget på 301 mio. kr., og at DNU med et driftsbudget på ca. 5,8 mia. kr. har det største. Det fremgår også af tabellen, at driftsbudgetterne for Herlev, Sct. Hans, Viborg og OUH omfatter hele sygehuset. For de resterende projekter omfatter driftsbudgettet alene de matrikler og afdelinger, der bliver samlet i det nye byggeri.

32. Rigsrevisionens gennemgang viste, at Aabenraa har medtaget effektiviseringer fra om-dannelsen af Tønder Sygehus til et daghospital, selv om Tønder Sygehus ikke er en del af de matrikler, der er omfattet af driftsbudgettet. Effektiviseringerne udgør knap 10 mio. kr. og er realiseret ved, at sengekapaciteten på Tønder Sygehus er reduceret og flyttet til Aaben-raa og Sønderborg.

Gennemgangen viste desuden, at Region Midtjylland i 2011 gennemførte en omfattende om-stillingsplan, der betød, at sygehusene i Viborg, Skive og Silkeborg samt Hammel Neuro-center fusionerede til en samlet hospitalsenhed med fælles ledelse og administration.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Viborg ikke kan inddrage denne effektivisering, da det fastlagte driftsbudget alene omfatter Viborg.

Rigsrevisionen finder, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse snarest bør tage stilling til, om Aabenraa og Viborg må medregne disse effektiviseringsgevinster.

33. Gennemgangen har endelig vist, at Aalborg i sin ansøgning om endeligt tilskud oplyste, at det samlede driftsbudget udgjorde 3.367 mio. kr. (2012-priser). Heraf skulle der fratræk-kes ca. 20 %, da budgettet også vedrørte driften af de matrikler, som ikke ville indgå i det nye sygehus. Dermed ville driftsbudgettet for de afdelinger og matrikler, der flytter ind i det nye sygehus, udgøre 2.707 mio. kr. (2012-priser). Da ekspertpanelet fastlagde tilsagnskra-vene om effektivisering, blev de fastlagt som en procentsats. Procentsatsen var fastlagt ud fra de muligheder, som projekterne har for at effektivisere. Aalborg fik fastlagt en procent-sats på 6 %, som betyder, at det konkrete effektiviseringsbeløb er på 163 mio. kr. (2012-pri-ser), svarende til 6 % af 2.707 mio. kr. (2012-priser).

Aalborg har efter det endelige tilsagn udvidet driftsbudgettet for kvalitetsfundsbyggeriet, så det nu udgør ca. 3.180 mio. kr. (2012-priser). Det betyder efter Rigsrevisionens opfattelse, at effektiviseringsbeløbet nu udgør 191 mio. kr., svarende til 6 % af 3.180 mio. kr.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at tilsagnsbetingelsen for Aalborg ligger fast, selv om driftsbudgettet er udvidet, efter at der er givet endeligt tilsagn. Ministeriet finder derfor, at Aalborg fortsat skal realisere en effektiviseringsgevinst på 163 mio. kr. (2012-pri-ser). Det betyder, at Aalborg dermed kun skal realisere en effektiviseringsgevinst svarende til ca. 4 %, hvilket ikke er i overensstemmelse med den procentsats, som ekspertpanelet fastsatte.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Aalborg skal realisere en effektivisering svarende til ca. 191 mio. kr., dvs. yderligere ca. 28 mio. kr. mere end oprindeligt. Hvis det ikke sker, vil ef-fektiviseringskravet for Aalborg være mindre end for tilsvarende projekter, og der vil dermed ikke være ligestilling mellem projekterne.

Rigsrevisionen finder ikke, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i den forbindelse ad-ministrerer effektiviseringskravet efter ekspertpanelets hensigt. Det er Rigsrevisionens op-fattelse, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet bør afklare forholdet med ekspertpanelet.

Effektiviseringer opgøres netto

34. Det effektiviseringsbeløb, der fremgår af tilsagnsbrevet, er et nettobeløb. Det betyder, at øgede udgifter i forbindelse med byggerierne ikke kan fratrækkes.

Rigsrevisionens gennemgang viste, at Rigshospitalet i ansøgningen om endeligt tilsagn op-lyste, at projektet ville fratrække merudgifter på 24,6 mio. kr. i forhold til bygningsdrift. Der-med ville den samlede forventede effektivisering udgøre 42,4 mio. kr. og ikke 67 mio. kr. som angivet af ekspertpanelet i det foreløbige tilsagn.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at ministeriet har præciseret dette over for regionen. Det fremgår således af tilsagnsbrevet, at "driftsudgifter til øget kapacitet ikke kan fratrækkes", hvilket ifølge ministeriet tydeligt fastsætter, at driftsudgifter ikke kan fratrækkes effektiviseringskravet.

35. Rigsrevisionens gennemgang viste samlet, at selv om der er fastlagt et effektiviseringskrav og et driftsbudget, er der eksempler på, at effektiviseringskravet dels er tolket som et bruttokrav, hvor øgede udgifter fratrækkes effektiviseringen, dels at effektiviseringer fra områder, der ikke indgår i driftsbudgettet, er medregnet. Derudover er der også eksempler på, at effektiviseringer foretaget før baselineåret er medregnet.

Rigsrevisionens gennemgang viste derudover, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ikke handlede på oplysningerne om, hvordan regionerne ville opgøre effektiviseringskravene, på trods af at ministeriet har oplyst, at ministeriet har en klar holdning til, at regionerne ikke må medtage effektiviseringer før baselineåret. Derimod vil det efter ministeriets opfattelse være op til en konkret vurdering, om regionerne kan medregne effektiviseringer, der fx er gennemført på budgetområder (fx afdelinger eller matrikler), som ikke er en del af driftsbudgettet.

Rigsrevisionen finder det uheldigt, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ikke så tidligt som muligt korrigerede regionerne, så de havde et ordentligt og klart grundlag for at efterleve rammerne for at opgøre effektiviseringsgevinsterne.

36. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i maj 2013 udarbejdet en opdateret regnskabsinstruks. I instruksen er det eksplicit blevet præciseret, at effektiviseringskravet er et nettokrav, og at effektiviseringer, der er realiseret før baselineåret, ikke kan medregnes.

Et baselinebudget er lig med det år, som budgettet er fastlagt i forhold til.

Det vil fortsat være op til en konkret vurdering fra ministeriet, om regionerne fx må inddrage effektiviseringer fra matrikler, der ikke indgår i det fastlagte baselinebudget.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at hvis ministeriet ikke tilstrækkeligt tidligt tager stilling til konkrete effektiviseringer, risikerer regionerne i værste fald at stå i en situation, hvor opnåede effektiviseringer ikke kan medregnes, og dermed kan regionerne ikke realisere effektiviseringskravet.

B. Kriterier for opfølgning

37. Rigsrevisionens undersøgelse af kriterierne for at følge op på effektiviseringerne har vist følgende:

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse havde indtil maj 2013 ikke opstillet kriterier for, hvordan og hvornår regionerne skal følge op på effektiviseringsgevinsterne. De manglende kriterier betød, at regionerne ikke afreporterede på effektiviseringerne, ligesom ministeriet ikke i sin sagsbehandling tog stilling til regionernes arbejde med effektiviseringerne.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opdaterede "Regnskabsinstruks til behandling af tilskud fra Kvalitetsfonden til sygehusbyggeri" i maj 2013 og fik i den forbindelse fastlagt et koncept for, hvordan ministeriet og regionerne vil følge op på effektiviseringerne.

38. Det fremgår i "Aftale om regionernes økonomi for 2012", at "regionerne skal følge op på de realiserede strukturændringer i forhold til produktivetsgevinster, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange og ambulant behandling der, hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant. Ved færdiggørelsen af de enkelte projekter udarbejder regionerne en evalueringsrapport i forhold til effektiviseringskrav samt bedre kapacitetsudnyttelse og bedre patientforløb mv., som også kan omfatte opfølgning på de projektspecifikke mål, som regionerne har opstillet for det enkelte projekt".

Generel opfølgning på sygehusbyggerierne

39. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i administrationsgrundlaget og i regnskabsinstruksen fastlagt krav til regionerne, der sikrer, at det er muligt for ministeriet at følge op.

40. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger op på sygehusbyggerierne gennem de standardrapporteringer, som regionerne udarbejder. Standardrapporteringerne består af kvartalsvise og årlige rapporteringer og af faserapporteringer ved centrale faseovergange.

41. Rapporteringerne skal give Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oplysninger om, hvorvidt projekterne forløber planmæssigt og realiserer de resultater, der ligger til grund for tilsagnet om tilskud fra Kvalitetsfonden – særligt med vægt på, at der inden for den økonomiske ramme kan etableres et tidssvarende og fuldt funktionsdygtigt sygehus.

Ministeriet har udarbejdet en tjekliste til ministeriets sagsbehandlere, der skal sikre, at kvartals- og årsrapporteringerne bliver gennemgået på en fyldestgørende og ensartet måde, og at der er gennemsigtighed i vurderingen af regionernes styring af projekterne. Ministeriet har også udarbejdet en skabelon for, hvilke forhold ministeriets sagsbehandlere skal gennemgå, når projekterne søger om udbetaling af kvalitetsfondsmidler.

Udbetaling af midler fra Kvalitetsfonden er betinget af, at regionerne afrapporterer tilfredsstillende.

Specifik opfølgning på effektiviseringskravet

42. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at ministeriet vil lægge vægt på, at effektiviseringsgevinster kan henføres til investeringen og til perioden efter baselineåret. Regionerne skal desuden kunne sandsynliggøre, at der er tale om effektiviseringer, som ligger ud over det generelle produktivitetskrav på sygehusområdet.

Rigsrevisionens gennemgang af tjeklisten for gennemgang af kvartalsrapporter viste, at det ikke er præciseret, hvordan effektiviseringer skal behandles, idet det fremgår, at emnet afventer, at ministeriet har fastlagt rammerne for orienteringer herom.

Rigsrevisionen har gennemgået kvartalsrapporter og "det tredje øjes" rapporter for de 2 projekter (DNU og Viborg), som i undersøgelsesperioden har udarbejdet disse. Gennemgangen viste, at revisor i kvartalsrapporterne påpeger, at begge projekter bør udarbejde en konkret plan for, hvordan projekterne arbejder med effektiviseringskravene. Desuden påpeger revisor i "det tredje øjes" rapport for Viborg, at effektiviseringer bør indgå i risikoarbejdet.

Gennemgangen af ministeriets behandling af kvartalsrapporter fra de 2 projekter viste, at på trods af, at revisor påpeger, at arbejdet med effektiviseringerne kan styrkes, blev effektiviseringer ikke behandlet, idet det afventer, at ministeriet fastlægger rammerne.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses rammer fra maj 2013

43. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse opdaterede i maj 2013 regnskabsinstruksen, hvor der bl.a. blev indarbejdet et koncept for, hvordan regionerne skal afrapportere på effektiviseringskravene og dermed, hvordan ministeriet vil følge op. Det fremgår af instruksen, at rapporteringskravet træder i kraft ved endeligt tilsagn og skal opdateres i forbindelse med relevante centrale faseovergange. Når projekterne har fået godkendt udbetalingsansøgning, skal der rapporteres om effektivisering ved centrale faseovergange og som minimum hvert 1½ år.

Ministeriet har oplyst, at det ikke har været hensigten at ensrette de regionale effektiviseringsplaner eller effektiviseringsmål, da byggerierne har forskellige forudsætninger. Ministeriet har derfor ikke lagt en fast ramme for regionernes arbejde med effektiviseringsgevinsterne andet end, at regionerne skal oplyse om de forventede effektiviseringsgevinster inden for 3 overordnede kategorier. Regionerne skal for hvert relevant indsatsområde under de 3 kategorier beskrive, hvilken strategi regionerne vil iværksætte for at realisere effektiviseringsgevinsterne.

"Det tredje øje" er en betegnelse for, at der bliver inddraget uvildige eksterne eksperter med særlig viden om styring af større byggeprojekter og med revisionsmæssige kompetencer.

Formålet med "det tredje øje" er, at regionerne får uvildige eksterne eksperter til at gennemgå projekterne i forhold til økonomi, tid, organisation, kvalitet og risikostyring.

44. Det fremgår af regnskabsinstruksen, at effektiviseringskravet er en del af tilsagnsbetingelserne, og arbejdet med effektiviseringsgevinsterne skal derfor indgå som en integreret del af projekternes risikostyringsarbejde. Risikostyringsarbejdet skal bl.a. afdække, hvor stor en risiko der er forbundet med såvel projektets samlede effektiviseringsarbejde som de centrale aktiviteter.

45. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at nogle effektiviseringer er sværere at dokumentere end andre. Fx er effektiviseringer fra arbejdsgange sværere at dokumentere end effektiviseringer fra el og varme. Det er derfor nødvendigt, at der bliver fastlagt en metode, som også på disse områder gør det muligt at dokumentere og efterprøve effektiviseringsgevinsterne. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses koncept til at følge op kunne blive styrket ved, at der stilles krav om, at regionerne skal fastlægge et baselinebudget for hvert enkelt hovedområde, hvilket ministeriets egen konsulent, Boston Consulting Group, også har påpeget.

46. Allerede i de tidlige faser af et byggeri bliver der truffet en række beslutninger om dimensionering og design, som har betydning for totaløkonomien og dermed for den efterfølgende driftsøkonomi og mulighederne for effektiviseringer. Det er derfor vigtigt, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse også tidligt fastlægger kriterierne for, hvordan og hvornår ministeriet vil følge op. Dermed bliver det klart for regionerne, hvilke krav der stilles til at dokumentere effektiviseringerne, og samtidig bliver det synliggjort, at fokus på effektiviseringer er vigtigt. Med "Aftale om regionernes økonomi for 2008" blev der fastlagt et krav om årlig opfølgning, som blev afløst af "Aftale om regionernes økonomi for 2012", hvor opfølgningen først finder sted *"der, hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant"*. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at tempoet for udrulning af et koncept til at følge op på regionernes arbejde med effektiviseringerne kunne have været hurtigere, fordi der i perioden mellem de 2 aftaler har været krav om årlig opfølgning.

47. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at grundlaget for opfølgning på effektiviseringsgevinster er udarbejdet i takt med fastlæggelsen af den politiske ramme for opfølgning og efterfølgende udmøntet i administrative forskrifter. Ministeriet peger i den forbindelse også på, at Rigsrevisionen i beretning nr. 3/2011 om sygehusbyggerier konkluderede, at ministeriet i administrationsgrundlaget havde tilrettelagt tilsynet med byggerierne tilfredsstillende.

Det fremgik dog af beretningen, at administrationsgrundlaget ikke konkretiserede, hvordan ministeriet ville føre tilsynet, men at det ville blive indarbejdet i regnskabs- og revisionsinstrukserne. En konkretisering af effektiviseringen burde efter Rigsrevisionens opfattelse have været udarbejdet tidligere end i maj 2013.

C. Lånepuljen til energieffektiviseringer

48. Rigsrevisionens undersøgelse af kriterier for adgang til lånepuljen til energieffektiviseringer har vist følgende:

- Der er fastlagt klare krav til at kunne få del i lånepuljen, idet projektet skal opnå klassificering som bygningsklasse 2020, og idet der er fastlagt en procentsats for, hvor meget regionen kan låne til det enkelte projekt.
- Rigsrevisionen anbefaler, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Økonomi- og Indenrigsministeriet tager stilling til, om det er hensigtsmæssigt, at projekter, der anvender låneadgangen, ikke får stillet yderligere krav til de effektiviseringsgevinster, som projekterne skal løfte. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har noteret sig anbefalingen og vil tage initiativ til at drøfte problemstillingen med Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Lånepuljen

49. I 2012 etablerede regeringen en lånepulje på ca. 1 mia. kr. til energieffektiviseringer i de sygehusbyggerier, der får tilskud fra Kvalitetsfonden. Hensigten med låneadgangen er at give byggerierne mulighed for at få et mere energirigtigt byggeri.

Det er Økonomi- og Indenrigsministeriet, der formelt set administrerer låneadgangen, men det sker i tæt samarbejde med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Projekterne kan maksimalt låne 2,3 % af totalrammen for det enkelte kvalitetsfundsprojekt. Fx vil DNU, der har en totalramme på 6,35 mia. kr., kunne låne ca. 146 mio. kr. til energieffektiviseringer. Låneadgangen er som udgangspunkt specifik pr. projekt, men kan i særlige tilfælde puljes inden for regionen. Ved at pulje midlerne får regionen mulighed for at bruge flere midler på et af regionens projekter frem for et andet, idet totalrammen for projektet bliver udvidet med mere end 2,3 %.

50. Det er en forudsætning for låneadgangen, at der ved den kommunale behandling kan opnås klassificering som bygningsklasse 2020. Hvis byggeriet ikke bliver klassificeret som bygningsklasse 2020, bortfalder låneadgangen. Lånerammen kan således ikke anvendes som reserve for byggeriet. I bygningsreglementet er der fastsat 2 frivillige energiklasser – energiklasse 2015 og bygningsklasse 2020 – jf. boks 2.

BOKS 2. ENERGIKLASSER

Det fremgår af bygningsreglementet, at det er muligt at opføre nybyggeri efter 2 frivillige lavenergiklasser. De 2 lavenergiklasser er energiklasse 2015 og bygningsklasse 2020, som vil blive standardkrav i henholdsvis 2015 og 2020. Bygningsklasse 2020 er en skærpelse af kravene for energiklasse 2015. I bygningsklasse 2020 skal bygningen bl.a. være mere tæt, og behovet for at tilføre energi i form af el, varme mv. skal være mindre end i energiklasse 2015. Fx må det årlige energiforbrug til opvarmning, køling, ventilation, varmt vand og belysning i en kontorbygning på 1.000 m² maksimalt være 25 kWh/m², hvis bygningen skal leve op til 2020-standard. Til sammenligning må forbruget i en tilsvarende bygning efter 2015-standard være 41 kWh/m² pr. år.

Krav til ansøgning

51. Økonomi- og Indenrigsministeriet har i juni 2012 oplyst regionerne om, hvilke krav der stilles, hvis regionerne ønsker at låne til energieffektiviseringer.

For de regioner, der ønsker at pulje projekterne, er der krav om, at regionerne konkret skal redegøre for, hvad der begrundet en merudgift ud over 2,3 % for at opnå bygningsklasse 2020. Forklaringerne kan være, at det fx i ét af regionens projekter ikke er muligt at ændre bygningsklassen, da man er for langt i projektet, at bygningsklasse 2020 kan realiseres med en mindre investering, eller at det er særligt dyrt at nå bygningsklasse 2020, og at man derfor ønsker at pulje midlerne, så de kan anvendes i et andet projekt.

52. Låneadgangen skal medvirke til, at projekterne bruger mindre energi og dermed effektiviserer energiforbruget. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at der med låneadgangen ikke bliver stillet yderligere krav til de effektiviseringsgevinster, som projekterne skal realisere. Hvis et projekt fx har fået pålagt et effektiviseringskrav på 6 %, skal projektet ikke effektivisere yderligere. Det betyder, at projektet kan tælle de effektiviseringer med, som projektet opnår ved at anvende midlerne fra lånepuljen, når regionen opgør, om effektiviseringskravet i tilsagnet er realiseret.

Ansøgninger

53. Region Midtjylland havde i undersøgelsesperioden søgt om adgang til lånepuljen for sine 3 projekter. Region Syddanmark har søgt for 2 af sine projekter. De andre regioner har tilkendegivet, at de også planlægger at søge.

Gennemgangen af Region Midtjyllands og Region Syddanmarks ansøgninger viste, at regionerne søger til de enkelte projekter og dermed ikke ønsker at pulje midlerne. Begge regioner begrundet det med, at projekterne er relativt langt i forhold til at opnå bygningsklasse 2020. Desuden vurderer Region Midtjylland, at Gødstrup kan opnå bygningsklasse 2020 inden for lånerammen på 2,3 %. Region Syddanmark har endnu ikke taget stilling til OUH.

IV. Regionernes fokus på effektiviseringsmålene

Rigsrevisionen finder det ikke tilfredsstillende, at regionerne i projekternes tidlige faser ikke har haft et tilstrækkeligt fokus på effektiviseringsmålene for de færdige byggerier. Dermed er der en høj risiko for, at effektiviseringerne ikke bliver realiseret. På nuværende tidspunkt har projekterne fordelt de forventede effektiviseringsgevinster på en række hovedområder, men det er på et meget overordnet niveau. Flere af regionerne har ikke fastsat et baselinebudget for hovedområderne, så det er muligt at foretage en sammenligning af før-situationen med efter-situationen. Rigsrevisionen finder, at arbejdet med effektiviseringsgevinsterne er en dynamisk proces, hvor der kan ske forskydninger mellem hovedområderne, eller hvor nye hovedområder kan komme til og dermed ændre baselinebudgettet. Der er derfor 2 formål med et baselinebudget. Dels har regionerne mulighed for løbende at følge udviklingen i bestræbelserne på at realisere effektiviseringerne. Dels er det en forudsætning for at kunne foretage en kvalificeret evaluering af, om den samlede effektivisering er realiseret som forudsat.

Rigsrevisionen finder, at det er en udfordrende opgave at få realiseret effektiviseringerne. Hvis regionerne ikke ønsker at skubbe en høj risiko foran sig, er det vigtigt, at regionerne er opmærksomme på, at de fysiske rammer i byggerierne generelt bliver låst fast efter programfasen. Projekterne bør derfor have taget grundlæggende stilling til dimensionering og design, som skal bidrage til effektivisering af den fremtidige drift inden udgangen af programfasen. Samtidig sker der løbende forandringer i sundhedsvæsenet, der kan påvirke arbejdet med effektiviseringer. Rigsrevisionen finder derfor, at projekterne bør have en plan for, hvordan de vil konkretisere og underbygge forventningerne til effektiviseringerne. Flere projekter var langt i byggeriet, før de begyndte at udarbejde planer for effektivisering, og kun få projekter har ved udgangen af programfasen kunnet underbygge og kvalificere forventningerne til effektiviseringerne. Selv om flere regioner har udarbejdet koncepter til at realisere effektiviseringer, er disse koncepter efter Rigsrevisionens vurdering på et overordnet niveau. Det er således ikke gennemsigtigt, hvordan koncepterne kan bidrage til at underbygge og kvalificere forventningerne til effektiviseringerne. Ingen af regionerne inddrager effektiviseringerne i deres arbejde med risikostyring, selv om det er en udfordring for alle projekter at skulle realisere effektiviseringerne og derfor bør være en integreret del af risikostyringen. Alle regioner har fokus på at bygge fleksibelt, så de nye sygehuse kan imødekomme fremtidige behandlingsbehov.

Hovedområder for effektivisering kan fx være vagtlag, logistik, it, sygefravær og vedligeholdelse.

I programfasen forbereder bygherren byggeriet på et overordnet niveau. Programfasen slutter med et projektforslag, som sætter de væsentligste ydre rammer i forhold til bl.a. dimensionerings- og designvalg.

A. Hovedområder for effektiviseringer

54. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes hovedområder for effektiviseringer har vist følgende:

- Flere projekter har på nuværende tidspunkt kun fordelt de forventede effektiviseringsgevinster på et meget overordnet niveau.
- Det væsentligste effektiviseringsområde for alle projekter er de organisatoriske effektiviseringer. Projekterne forventer således, at organisatoriske effektiviseringer som fx patientforløb, logistik, it og arbejdsgange vil udgøre 73 % af den samlede effektiviseringsgevinst. De bygningsrelaterede effektiviseringer som fx el, varme og vedligeholdelse vil udgøre 20 %, og de strukturelle effektiviseringer som fx samling af bygninger vil udgøre 3 %. De resterende 4 % er ikke-konkretiserede effektiviseringer.
- Flere projekter arbejder fortsat med meget store samlede kategorier, hvor flere tiltag til effektivisering er samlet, så det ikke er muligt at vurdere, hvor meget de enkelte tiltag skal bidrage med. De store samlede kategorier gør det efterfølgende vanskeligt at vurdere, om der er sket reelle effektiviseringer eller besparelser.

55. Alle projekter beskrev i ansøgningen til Kvalitetsfonden, hvilke hovedområder der skal bidrage til, at effektiviseringskravet bliver realiseret.

Rigsrevisionens gennemgang viste, at hvert projekt har fordelt de forventede effektiviseringsmål på hovedområder, men at der var en betydelig forskel i detaljeringsgraden, hvilket til dels kan tilskrives, at det var forskelligt, hvor langt projekterne var ved tidspunktet for ansøgning. Flere projekter har fx sat et overordnet måltal for et hovedområde, der omfatter flere tiltag. Desuden er det forskelligt, hvilke hovedområder projekterne forventer skal bidrage til at realisere effektiviseringer. Hovedområderne med tilhørende beløb fremgår af bilag 2.

56. Rigsrevisionen har inddelt effektiviseringsgevinsterne i en række kategorier af effektiviseringer for at vurdere, hvilke områder projekterne forventer skal bidrage til at realisere effektiviseringskravet. Rigsrevisionens inddeling følger Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses koncept for opfølgning på effektivisering fra maj 2013. Ministeriets kategorier er vist i boks 3.

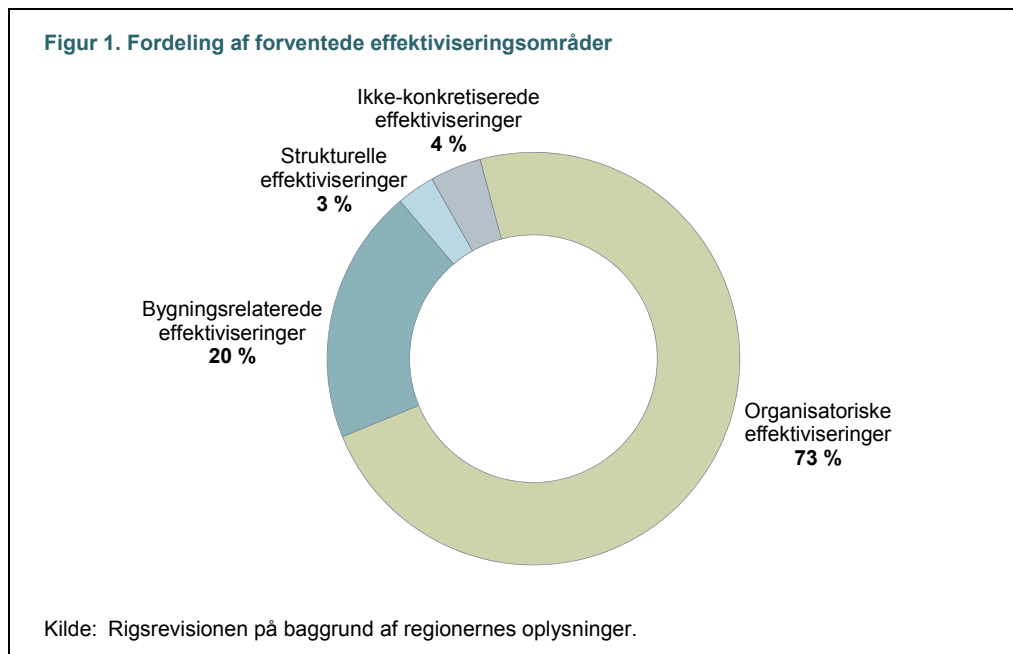
BOKS 3. KATEGORIER AF EFFEKTIVISERINGER

Organisatoriske effektiviseringer er de effektiviseringsgevinster, som kommer af, at bygningerne understøtter et reduceret sygefravær, bedre patientsikkerhed, optimeret logistik og nye it-systemer, centralisering af funktioner og fusioner samt optimerede patientforløb.

Bygningsrelaterede effektiviseringer er de effektiviseringsgevinster, som kommer af, at bygningerne er billigere at vedligeholde og har et lavere energi- og vandforbrug samt fra besparelser på transportpersonale ved hjælp af automatisk transportsystem og mere kompakte sygehuse.

Strukturelle effektiviseringer er de effektiviseringsgevinster, som kommer fra nedlæggelse af sygehuse, herunder besparelse på bygningsudgifter (husleje mv.) fra enheder, som flytter til det nye sygehus.

57. I figur 1 er vist, hvordan effektiviseringerne fordeler sig på de 3 kategorier af effektiviseringer. Desuden er der en kategori for de effektiviseringsområder, som projekterne ikke har konkretiseret.



Det fremgår af figur 1, at projekterne forventer, at de organisatoriske effektiviseringer vil udgøre 73 %, de bygningsrelaterede effektiviseringer 20 %, de strukturelle effektiviseringer 3 %, mens 4 % af effektiviseringerne endnu ikke er konkretiseret.

Det fremgår uddybende af bilag 2, at der er stor forskel på, hvordan effektiviseringsmålene fordeler sig i de forskellige projekter. De organisatoriske effektiviseringer som fx patientforløb, logistik, it og arbejdsgange er vægtet højt i alle projekter. Især Rigshospitalet, DNU og Kolding forventer at hente næsten hele effektiviseringen inden for denne kategori. De bygningsrelaterede effektiviseringer som fx el, varme og vedligeholdelse er også vigtige faktorer, hvor især Aabenraa og Viborg forventer at hente en stor del af effektiviseringen. Kun få projekter forventer, at der vil kunne hentes effektiviseringsgevinster fra det strukturelle område, fx huslejebesparelser.

Flere projekter har fordelt de forventede effektiviseringer på et meget overordnet niveau. Rigshospitalet, DNU og OUH skiller sig ud, idet projekterne har betydelige effektiviseringer samlet under ét hovedområde. Rigshospitalet har fx oplyst, at de forventer at effektivisere 41 mio. kr. inden for arbejdsgange, it, interne transporter, sygefravær mv. DNU har fx oplyst, at de forventer at effektivisere 203 mio. kr. inden for "Senge, ambulatorier og akutområdet". OUH har fx oplyst, at de forventer at effektivisere 175 mio. kr. inden for ændret klinisk drift (booking, planlægning og arbejdsgange). Rigsrevisionen kan konstatere, at ingen af projekterne endnu har fordelt et beløb på tiltagene, så det er muligt at se, hvilke tiltag der er de væsentligste i forhold til at bidrage med mest til effektiviseringer.

B. Planer til at underbygge effektiviseringsmålene

58. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes planer til at underbygge effektiviseringsmålene har vist følgende:

- Regionerne er begyndt at udarbejde planer for, hvordan de vil understøtte forventningerne til effektiviseringerne af driften. Flere projekter var dog langt i byggeriet, før projekterne begyndte at udarbejde planerne.
- Region Hovedstaden har udarbejdet en vejledning for, hvordan forventningerne til effektiviseringerne af driften skal være dokumenteret. Ingen af regionens projekter har dog kunnet dokumentere de beslutninger, der er taget, og dermed, at vejledningen er anvendt.
- Regionerne bør ved udgangen af programfasen have taget grundlæggende stilling til dimensionerings- og designvalg, der skal bidrage til effektivisering af den fremtidige drift og dermed opnåelsen af effektiviseringsgevinsterne. Kun i få tilfælde har regionerne sikret sig dette. Dermed er der risiko for, at der bliver taget beslutninger, som fastlåser den fremtidige organisering, og som betyder, at det bliver sværere at realisere effektiviseringerne.

Plan

59. Rigsrevisionen har sammen med et konsulentfirma gennemgået anbefalinger fra dansk og udenlandsk litteratur for at afklare, i hvilke af byggeriets faser man bør lægge sig fast på dimensionerings- og designvalg, som skal bidrage til at realisere effektiviseringer. Det har betydning for, hvornår der skal være udarbejdet en plan for, hvordan effektiviseringskravene bliver realiseret.

En plan er væsentlig i forhold til at sikre, at beslutninger om effektiviseringer tages i rette tid, når der skal træffes afgørende beslutninger i byggeprojektet. En plan sikrer også, at projekterne bliver bevidste om, hvor i byggeriets faser der skal foreligge analyser og beregninger, som kan underbygge forventningerne til effektiviseringerne af driften.

60. Norge har i de senere år bygget og ombygget flere sygehuse. Det norske sundhedsministerium har udarbejdet en vejledning ("Sykehusprojekters økonomiske bæreevne" fra februar 2010), som ministeriet anbefaler, at projekterne følger. Vejledningen peger på, at det er vigtigt, at projekterne allerede tidligt skal kunne dokumentere forventede ændringer i driftsbudgettet før projektstart til fuld drift i det færdige byggeri. I forhold til effektiviseringer indebærer det, at projekterne skal afdække og dokumentere, om de ønskede tiltag kan få den ønskede effekt.

61. Rigsrevisionens gennemgang viste, at Region Hovedstaden har udarbejdet en vejledning til driftsoptimering i forbindelse med om- og nybygninger. Det fremgår af vejledningen, at projekterne skal gennemføre analyser, når de forbereder et byggeprojekt. Projekterne skal undersøge, hvordan om- og nybygningen kan understøtte en mere effektiv opgaveløsning og en bedre resurseanvendelse. Projekterne skal derfor – forud for en om- og nybygning og løbende – afveje og analysere, hvilke alternative muligheder der er, når projekterne afklarer det nærmere design af bygningen.

Rigsrevisionen har i gennemgangen af Region Hovedstadens projekter ikke kunnet finde dokumentation for, at projekterne har anvendt vejledningen. Ingen af projekterne har således dokumentation, der viser, hvilke analyser der er gennemført for at understøtte, at forventningerne til effektiviseringerne er underbygget.

Region Hovedstaden har oplyst, at alle regionens projekter har anvendt vejledningen. Vejledningen er tænkt som et hjælpemærktøj, hvor de relevante oplysninger indgår som led i byggeprojekternes udarbejdelse af projektplaner, og der er derfor ikke udarbejdet særskilt dokumentation for gennemgang af vejledningen.

Rigsrevisionen er opmærksom på, at vejledningen er et hjælpeværktøj til projekterne. Vejledningen fremhæver dog flere steder, at der skal udarbejdes analyser. Desuden fremgår det af notatet til vejledningen: *"Vejledningen skal føre til, at der opnås et veldokumenteret grundlag for beregningen af reelle driftsbespareser i forhold til de nuværende faktiske forhold. Det vil derfor være en fordel, hvis der på relevante områder foretages en registrering og analyse af de eksisterende logistikforhold og driftsforhold i øvrigt som grundlag for designet af de fremtidige forhold. Og efter registreringen af det færdige byggeri vil registreringen af de nuværende forhold betyde, at der på et klarere grundlag kan foretages en analyse og evaluering af, om de beregnede mål og ændringer er opnået"*.

Efter Rigsrevisionens opfattelse lægger vejledningen dermed op til, at der skal være dokumentation for de beslutninger, der er taget.

62. De andre regioner har oplyst, at de har taget udgangspunkt i de overordnede forudsætninger, som blev givet i forbindelse med det endelige tilsagn, og at forventningerne til effektiviseringsgevinsterne generelt hviler på måltal og erfaringer fra lignende byggeprojekter.

Rigsrevisionens møder med regionerne og gennemgang af regionernes materiale viste, at regionerne er begyndt at sætte initiativer i gang, der skal bidrage til at identificere en række tiltag under de forskellige hovedområder. Dette arbejde blev påbegyndt allerede ved projektkonkurrencen, og ved vurderingen af de indkomne forslag er der ifølge regionerne lagt stor vægt på driftseffektivitet som et kriterium. Desuden har regionerne nedsat en række brugergrupper, der har fået til opgave at identificere effektiviseringspotentialer med afsæt i en række konceptuelle rapporter/faglige koncepter, hospitalsplaner, psykiatriplaner mv., som har fokus på at skabe nye, effektive sygehuse. Gennemgangen af materialet viste dog, at arbejdet er på et overordnet niveau, hvor det ikke er gennemsigtigt, hvordan koncepterne mv. kan bidrage til at underbygge og kvalificere forventningerne til effektiviseringerne.

Regionerne har oplyst, at flere af projekterne er i en fase, hvor det ikke er meningsfuldt at efterspørge detaljerede opgørelser over forventede effektiviseringsgevinster og planerne for at indhøste disse. Det er regionernes opfattelse, at sundhedsvæsenet bl.a. er kendetegnet ved at være foranderligt, hvilket gør det meget svært at forudsige de præcise behov i fremtiden. Derfor vil det ikke give mening at udarbejde konkrete planer tidligt, men først ca. 3-5 år før indflytning for at være sikker på, at de nye sygehuse matcher fremtidens behandlingsbehov.

Det er efter Rigsrevisionens opfattelse ikke afgørende, at planerne er detaljerede, men de skal været udformet, så det bliver muligt for regionerne at styre efter dem.

DNU og Viborg var i undersøgelsesperioden de eneste projekter, som udarbejdede kvartalsrapporter, og som fik udarbejdet en vurdering af "det tredje øje". "Det tredje øje" for Viborg påpegede i kvartalsrapporten for 3. kvartal 2012 fra november 2012, at *"projektet allerede nu kan være mere konkret i planerne om, hvordan effektiviseringskravet forventes realiseret. Der kan udarbejdes en konkret plan for, hvordan effektiviseringspotentialer identificeres og ikke mindst realiseres"*.

63. Flere regioner har dog oplyst, at de er begyndt at udarbejde planer. Region Midtjylland forventer, at DNU og Viborg i september 2013 vil have udarbejdet planer for, hvordan effektiviseringstiltagene forventes implementeret. Planerne vil indeholde milepæle og angive, hvordan der følges op på tiltagene. Region Sjælland vil have udarbejdet en plan medio 2014. Region Nordjylland forventer at have planer klar ved udgangen af programfasen for de enkelte delprojekter, hvor den første plan vil foreligge medio 2014. Region Hovedstaden har i foråret 2013 udarbejdet et opfølgningskoncept, der skal dokumentere og opgøre de enkelte effektiviseringstiltag.

64. Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne ikke har udarbejdet planer for, hvordan de vil konkretisere og underbygge forventningerne til effektiviseringerne, men at regionerne nu har påbegyndt arbejdet. Flere projekter var langt i byggeriet, før de begyndte at udarbejde planerne.

Tidspunkt for beslutninger

65. Beslutninger om dimensionering og design i en byggesags indledende faser har stor betydning for totaløkonomien og for den efterfølgende driftsøkonomi og mulighederne for effektivisering. Dimensionering lægger rammen for, hvor stort byggeriet skal være og ikke mindst for antallet af rum. Design lægger rammen for fordelingen af de forskellige typer af rum, og hvordan de enkelte rum skal være indrettet. Dimensionering og design har dermed stor betydning for muligheden for at effektivisere. Hvis det fx planlægges at reducere eller øge antallet af medarbejdere på en afdeling, er det vigtigt, at det er overvejet, hvor mange rum der skal være, hvilke typer af rum der skal være, og hvordan rummene skal placeres, så effektiviseringsgevinsten kan realiseres.

KPMG anbefalede i en rapport til Danske Regioner – ”Økonomisk styring af større anlægsprojekter/sygehusbyggerier” fra oktober 2008 – at regionerne i byggeriets tidlige faser skal have hoved-/nøgletal på store dele af de forventede fremtidige driftsudgifter, og at de i forbindelse hermed skal bruge investeringskalkulationer, dvs. en beregning af anlægsomkostningerne og de forventede driftsudgifter. Dermed sikres det, at de valg, der træffes indledningsvist, sker på et så oplyst grundlag som muligt.

Byggherrevejledningen fra 2008
(revideret i 2010) gennemgår de regler, der gælder for opførelse af statsligt og regionalt byggeri, og indeholder derudover gode råd og erfaringer.

66. Bygningsstyrelsens byggherrevejledning er bygget op over en fasemodel og beskriver de faser, offentlige byggerier gennemløber fra initiativ til aflevering. Figur 2 viser byggeriets faser på et overordnet niveau, og hvornår dimensionerings- og designvalg bør træffes i forhold til effektiviseringerne.

Figur 2. Byggeriets faser og effektivisering



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Bygningsstyrelsens byggherrevejledning.

Det fremgår af figur 2, at byggeriets første fase er initiativfasen. I denne fase udarbejdes bl.a. et programoplæg, hvori der indgår totaløkonomiske overvejelser. I den efterfølgende fase – programfasen – udarbejder byggeorganisationen et projektforslag, hvor der bl.a. tages stilling til funktionelle og kvalitetsmæssige krav. Når projektforslaget er godkendt af bygherren, fastlåses byggeriet på en række væsentlige parametre.

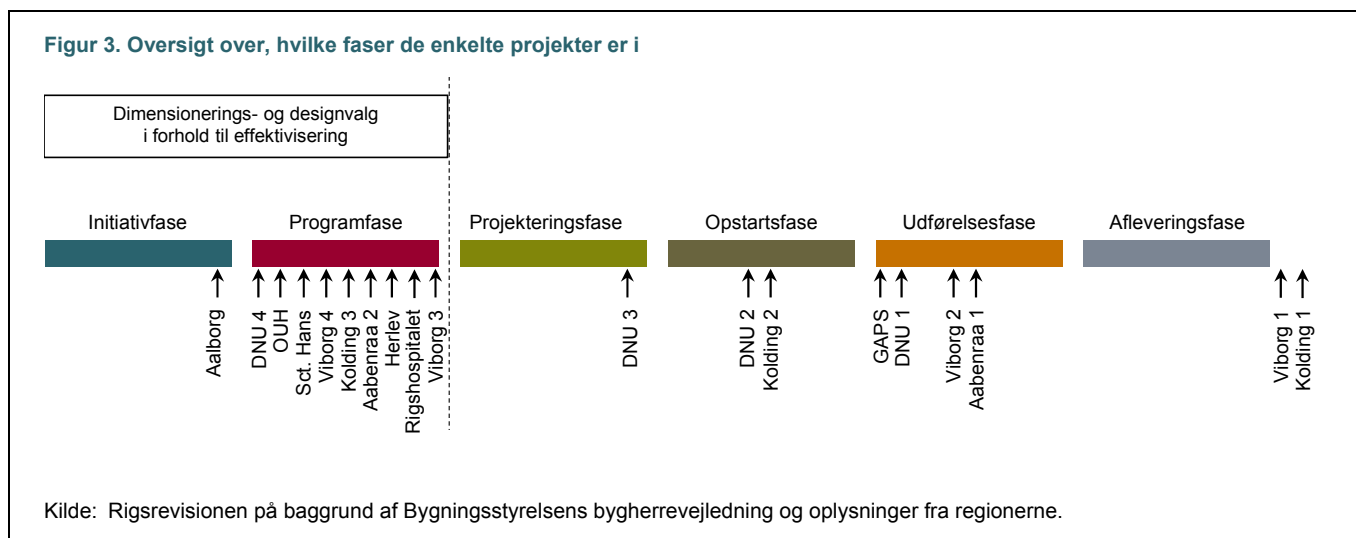
I projekteringsfasen træffer bygherren de endelige beslutninger om krav og ønsker til bl.a. byggeriets omfang, funktion, arkitektur, tid og økonomi i et byggeprogram. I opstartsfasen gennemføres bl.a. entrepriseudbud, og i udførelsesfasen opføres byggeriet. I afleveringsfasen udbedres fejl og mangler, og byggeriet afleveres til bygherren.

67. Beslutninger i forhold til dimensionering og design kan træffes i alle byggeriets faser, men jo længere henne i byggeriets faser, projekterne lægger sig fast på dimensionerings- og designvalg, som skal bidrage til effektiviseringerne, desto større risici skubber projekterne foran sig.

Fysikken, der bliver lagt fast ved udgangen af programfasen, sætter rammerne for og forpligter organisationen på, hvordan der skal arbejdes inden for disse rammer. I de efterfølgende faser skal der arbejdes med at få implementeret især de organisatoriske effektiviseringer. De organisatoriske effektiviseringer berører i vidt omfang, hvordan arbejdet fremover er tilrettelagt, og vil derfor kræve, at personalet er indstillet på disse forandringer. Derfor vil der også i de efterfølgende faser blive truffet en række beslutninger, der skal sikre, at effektiviseringerne realiseres.

Regionerne har oplyst, at de er enige i, at de afgørende valg bliver truffet i forbindelse med udarbejdelsen af projektforslaget i programfasen, idet det er på dette tidspunkt, at fysikken bliver lagt fast. Tidspunktet er vist med en stiplede linje i figur 2.

68. Figur 3 viser, hvilke faser de enkelte projekter er i.



Det fremgår af figur 3, at projektet Aalborg er i initiativfasen, og at projekterne OUH, Sct. Hans, Herlev og Rigshospitalet er i programfasen. Desuden er delprojekterne DNU 4, Viborg 4, Kolding 3, Aabenraa 2 og Viborg 3 i programfasen. Flere projekter og delprojekter nærmer sig afslutningen af programfasen, og det er derfor nødvendigt, at de arbejder med at sikre, at beslutninger taget i byggeriets indledende faser ikke gør det vanskeligt efterfølgende at realisere det fulde effektiviseringspotentiale.

De resterende projekter og delprojekter har passeret programfasen, og en række af disse er i opstarts- og udførelsesfasen uden at have konkretiseret de forventede effektiviseringsgevinster.

69. Regionerne har oplyst, at projekterne vil realisere effektiviseringerne, idet alle regioner i givet fald vil reducere de enkelte projekters driftsramme med det fastlagte effektiviseringskrav. Hvis regionerne blot gennemfører effektiviseringerne som generelle besparelser, er det Rigsrevisionens vurdering, at der vil være en høj risiko for, at behandlingskvaliteten og/eller bygningernes funktionalitet bliver forringet. Det er samtidig heller ikke i overensstemmelse med tilsagnsbetingelserne for tilskuddet.

C. Forudsætninger for effektiviseringer

70. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes forudsætninger for effektiviseringer har vist følgende:

- Projekterne kan på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang redegøre for de indikatorer, der har betydning for deres hovedområder for effektivisering. Dermed har regionerne ikke tilstrækkelige oplysninger, der kan understøtte forventningerne til den fremtidige drift og dermed sikre, at effektiviseringerne bliver realiseret.
- Projekterne forventer samlet at effektivisere ca. 1,5 mia. kr. årligt. Heraf udgør de organisatoriske effektiviseringer ca. 1,1 mia. kr. årligt.
- Flere af projekterne har afsluttet programfasen, uden at de har kunnet redegøre for de indikatorer, der kan dokumentere, at de har tilstrækkelige oplysninger om hovedområderne for effektivisering. Dermed er der risiko for, at der er truffet dimensionerings- og designvalg i de tidlige faser, som kan gøre det vanskeligt at realisere effektiviseringsgevinsterne.
- Rigsrevisionen anbefaler, at projekterne arbejder aktivt med at understøtte forventningerne til den fremtidige drift. Det bør ske i tæt samarbejde med driftsorganisationerne.
- Regionerne har fokus på, at projekterne bygger fleksibelt, så det er muligt at håndtere fremtidige ændringer i behandlingsbehovet. Et fleksibelt byggeri kan dog ikke løse de udfordringer, regionerne står over for, hvis regionerne ikke har arbejdet strategisk med effektiviseringerne.

Underbygning af forventning til effektivisering

71. For at vurdere regionernes strategiske arbejde med effektiviseringer og vurdere, hvor solidt regionerne har underbygget forventningen til effektiviseringerne, har Rigsrevisionen i samarbejde med et eksternt konsulentfirma, der arbejder med effektivisering og organisationsudvikling, udarbejdet et spørgeskema. Regionerne er i spørgeskemaet blevet bedt om at opgøre deres viden om den nuværende driftssituation og forventninger til de færdige byggerier inden for 8 parametre med 114 underliggende indikatorer. Spørgeskemaet fremgår af bilag 3. Regionerne blev bedt om at besvare spørgeskemaet ud fra den viden, de havde i april 2013, hvor det blev præciseret, at regionerne ikke skulle producere nyt materiale til Rigsrevisionen, men alene svare på de konkrete effektiviseringsparametre, de arbejder med.

Parametrene og de tilhørende indikatorer er ikke en udtømmende liste. De er udvalgt for at give en indikation af, hvor langt projekterne er i forhold til at underbygge den viden, som projekterne har om den nuværende situation og forventningerne til driftssituationen, når projekterne er færdige.

På baggrund af spørgeskemaet har Rigsrevisionen udvalgt de indikatorer, som er relevante for projekternes hovedområder for effektivisering. Rigsrevisionen har herefter talt op, hvor mange af disse indikatorer projekterne har kunnet opgøre. Optællingen er foretaget dels for projekternes viden om den nuværende driftssituation, dels for forventningerne til den fremtidige aktivitet og organisering. Rigsrevisionen skal således understrege, at projekterne ikke er blevet målt på, om de kunne opgøre alle 114 indikatorer. Rigsrevisionen har i forbindelse med behandlingen af spørgeskemaets svar ikke sammenlignet inden for eller mellem regionale projekter eller foretaget benchmarking. Rigsrevisionen har heller ikke vurderet, om tallene har det rette niveau for udgangspunktet og forventningerne til byggerierne, når de er færdige.

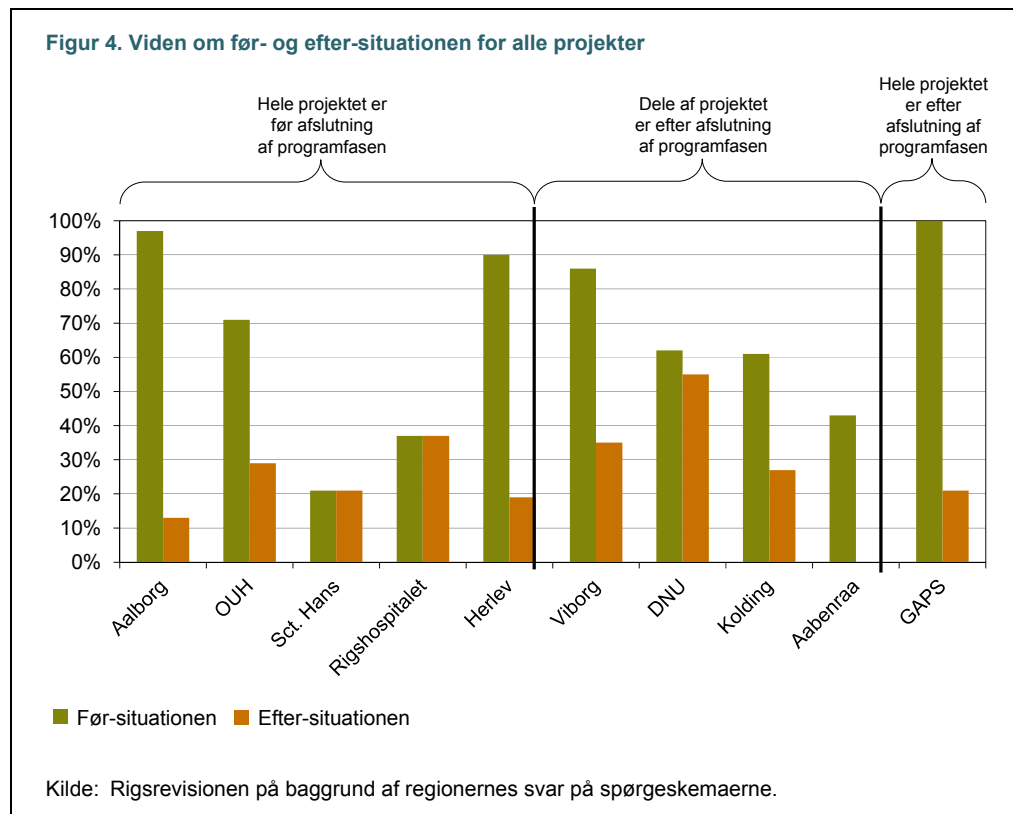
72. Rigsrevisionen har haft et særligt fokus på, hvordan regionerne har underbygget deres forventninger til de organisatoriske effektiviseringer. Årsagen er, at regionerne har oplyst, at de organisatoriske effektiviseringer er det væsentligste effektiviseringsområde. Derudover er de organisatoriske effektiviseringer efter Rigsrevisionens opfattelse også mere risikofyldte, da de typisk indebærer en anden måde at arbejde på, og hvor realiseringen af effektiviseringer afhænger af, om man formår at modne organisationen til at håndtere nye måder at arbejde på.

73. Rigsrevisionen har i analysen taget afsæt i de hovedområder, hvor projekterne forventer at hente de organisatoriske effektiviseringer, og sammenholdt disse med de oplysninger, som projekterne har givet om den nuværende driftssituation og forventningerne til aktiviteten, når projekterne er færdige. Det er Rigsrevisionens vurdering, at hvis et projekt fx forventer at finde effektiviseringer inden for hovedområdet "Akutafdeling", bør projektet kunne give grundlæggende oplysninger om fx antal indlæggelser i akutafdelingen og liggetid for akutindlagte patienter for både før- og efter-situationen.

74. Regionerne har oplyst, at regionerne ikke er enige i de valgte indikatorer. Efter regionernes opfattelse er den kausale sammenhæng mellem projekterne og effektivisering af den fremtidige drift i spørgeskemaet tvivlsom eller perifer. Desuden er det regionernes opfattelse, at et manglende svar ikke kan tages som udtryk for manglende viden i regionerne, men mere bør tages som udtryk for, at spørgeskemaets indikatorer ikke er i overensstemmelse med normal styringspraksis på sygehusområdet.

Rigsrevisionen har på et møde med regionerne oplyst om baggrunden for spørgeskemaet. Undersøgelsen viste, at der var behov for at få en kvantitativ analyse af regionernes arbejde. De valgte indikatorer er inspireret af de krav, som det norske sundhedsministerium stiller til dokumentation, når der skal bygges et nyt sygehus i Norge. Rigsrevisionens analyse af svarene i spørgeskemaerne er alene rettet mod de organisatoriske hovedområder for effektivisering, som regionerne selv har udpeget. Indikatorer, som ikke har nogen relevans for et projekts konkrete effektiviseringer, er således ikke talt med. Rigsrevisionen har opfordret regionerne til at oplyse og begrunde, om der er andre indikatorer i spørgeskemaet, som vil være mere relevante for deres hovedområde for effektivisering, eller som ikke bør tælles med. Kun 2 regioner benyttede sig af denne mulighed, og svarene er blevet indarbejdet i analysen.

75. I figur 4 er vist, i hvor stor udstrækning projekterne har kunnet redegøre for deres viden om før-situationen og forventninger til efter-situationen i relation til deres hovedområder for effektivisering.



Det fremgår generelt af figur 4, at Aalborg, Herlev, Viborg og GAPS i stort omfang har oplysninger om den nuværende driftssituation (grøn søjle), mens Sct. Hans og Rigshospitalet har få oplysninger. Det fremgår også af figuren, at Rigshospitalet, Viborg og DNU har flest oplysninger om forventninger til den fremtidige drift (orange søjle), mens Aalborg og Aabenraa har færrest.

Desuden fremgår det af figuren, at Aalborg, OUH, Sct. Hans, Rigshospitalet og Herlev ikke har afsluttet programfasen. Sct. Hans og Rigshospitalet har kun i begrænset omfang oplysninger om før- og efter-situationen, der kan understøtte forventningerne til effektiviseringerne. Ingen af projekterne har afsluttet programfasen og har derfor fortsat mulighed for at opbygge denne viden tidligt i projektet. Aalborg, OUH og Herlev har i stort omfang oplysninger om før-situationen for byggeriet, hvorimod projekterne endnu kun har begrænsede oplysninger om efter-situationen, der skal understøtte forventningerne til, at effektiviseringerne bliver realiseret. De 5 projekter har oplyst, at de samlet forventer at finde organisatoriske effektiviseringer for ca. 467 mio. kr. ud af et samlet effektiviseringsbeløb på ca. 708 mio. kr.

Viborg, DNU og Kolding har afsluttet programfasen for dele af projekterne og har i relativt stort omfang oplysninger om den nuværende driftssituation. Aabenraa har også afsluttet programfasen for væsentlige dele af byggeriet, men har relativt få oplysninger om den nuværende driftssituation. Alle projekter har desuden relativt begrænsede oplysninger om efter-situationen, som kan understøtte forventningerne til effektiviseringerne. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at projekterne snarest bør opbygge en viden, som yderligere kan understøtte byggeorganisationernes arbejde med dimensionerings- og designvalg. Projekterne forventer samlet at finde organisatoriske effektiviseringer for ca. 647 mio. kr. ud af et samlet effektiviseringsbeløb på ca. 770 mio. kr.

GAPS har afsluttet programfasen for hele projektet. Projektet har i stort omfang oplysninger om udgangspunktet for byggeriet, hvorimod forventningerne til den fremtidige drift er begrænsede. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at projektet snarest bør opbygge viden, som kan understøtte byggeorganisationens arbejde med dimensionerings- og designvalg. Projektet forventer samlet at finde organisatoriske effektiviseringer for ca. 8,5 mio. kr. ud af et samlet effektiviseringsbeløb på ca. 12,8 mio. kr.

76. Rigsrevisionen kan konstatere, at spørgeskemaet har vist, at alle 10 projekter på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang har oplysninger om forventningerne til driften af de fremtidige sygehuse.

Det er efter Rigsrevisionens opfattelse bekymrende, at flere projekter er langt i byggeriets faser, uden at projekterne kan dokumentere, at de har tilstrækkelige oplysninger om før- og efter-situationen, som kan underbygge de dimensionerings- og designvalg, der er truffet i projektet. Dermed er der risiko for, at der er truffet valg i de tidlige faser, som kan gøre det vanskeligt at realisere effektiviseringsgevinsterne. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at projekterne aktivt bør arbejde med at understøtte forventningerne til den fremtidige drift. Det bør ske i tæt samarbejde med driftsorganisationerne.

Regionerne har oplyst, at de ikke er enige i, at regionerne har begrænsede oplysninger om før- og efter-situationen. Tværtimod er det regionernes opfattelse, at der er stor viden om effektiviseringerne, og at sporene til at realisere effektiviseringerne er lagt i diverse psykiatriplaner, hospitalsplaner og koncepter samt gennem de nedsatte arbejdsgrupper.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det ikke er gennemsigtigt, hvordan koncepterne mv. kan bidrage til at underbygge og kvalificere forventningerne til effektiviseringerne. Hvis en region fx ønsker at effektivisere arbejdsgange, er det efter Rigsrevisionens vurdering væsentligt at kende udgangspunktet, og hvad regionen arbejder hen imod. Hvis regionen ikke kan redegøre for dette, har regionen efter Rigsrevisionens opfattelse ikke tilstrækkelig viden, der kan underbygge de dimensionerings- og designvalg, som er truffet i projektet.

Fleksibilitet i byggerierne

77. Ekspertpanelet har peget på den betydelige usikkerhed, der knytter sig til udviklingen i behandlingsbehovet om 15-20 år, hvor det er meget vanskeligt præcist at forudsige udviklingen i behandlingsformer, den teknologiske udvikling mv. Det har været centralt for ekspertpanelet, at regionerne ikke overdimensionerer byggeriet eller bygger for "låst" i forhold til funktioner, da det fordyrer både anlægs- og driftssiden. Projekterne bør i stedet lægge vægt på en fleksibel struktur/et fleksibelt byggeri, så ændringer i behov kan imødekommes. Det er derfor ekspertpanelets vurdering, at regionerne skal have fokus på 3 dimensioner for at sikre fleksibilitet i byggeriet, jf. boks 4.

BOKS 4. EKSPERTPANELET'S 3 DIMENSIONER FOR FLEKSIBILITET

Fleksibilitet: Det skal være muligt at ændre i indretningen af bygningen, vægge mv.

Generalitet: Der skal være brede anvendelsesmuligheder.

Elasticitet: Det skal være muligt at bygge ud eller omvendt at mindske bygningen.

78. Rigsrevisionens gennemgang viste, at alle projekter har oplyst, hvordan de vil arbejde med fleksibilitet i de 3 dimensioner, da de søgte om endeligt tilsagn. Desuden viste gennemgangen, at alle projekter i byggestyringen har lagt planer for og arbejder med tilgange, som skal sikre, at byggeriet fremstår fleksibelt, når det er færdigt. Eksempler på projekternes arbejde med fleksibilitet er vist i boks 5.

BOKS 5. EKSEMPLER PÅ PROJEKTERNES ARBEJDE MED FLEKSIBILITET

Kolding

Fleksibilitet

For at opnå størst mulig fleksibilitet vil nybyggeriet blive udført som "en søjle/dæk"-konstruktion med et minimum af faste vægge. Der vil samtidig blive anvendt et generelt modulsystem, som sikrer, at rummene kan proportioneres optimalt og få den nødvendige tilgang af dagslys – også i tilfælde af, at bygningsafsnit ændrer funktion med nye krav til rummenes størrelse og funktionalitet. Ved indskudte tekniketager og lodrette installationsskakte sikres det, at de enkelte bygningsafsnit kan ombygges eller opdateres uden at forstyrre driften i tilstødende arealer.

Generalitet

For at opnå størst mulig generalitet vil rummenes indretning blive standardiseret i videst muligt omfang.

Elasticitet

Ved at placere den nye sengebygning over de eksisterende hovedkorridorer sikres det, at sygehuset også efter den planlagte udbygning fortsat har gode muligheder for en fleksibel arealudvidelse ved jorden mod øst og vest. Det sikres samtidig, at den enkle logistik i bygningskomplekset bibeholdes.

Viborg

Fleksibilitet

Der projekteres med statiske konstruktioner, som muliggør, at afdelinger/afsnit kan ombygges i takt med ændrede behov. Det tilstræbes, at ombygninger kan foregå uden større indgriben i bærende konstruktioner og installationer. Ændringer i kommende brugsmønstre vil stille krav om, at det skal være muligt uden større bygningsmæssige ændringer at tilføje nye installationer og samtidig være muligt at renovere og udskifte installationer som led i den løbende vedligeholdelse.

Generalitet

Der projekteres med høj grad af multifunktionelle rum/standardrum, som kan anvendes til forskellige funktioner, fx at samme rumtype kan danne rammen om flere funktioner som ensengsstue, kontor, opholdsrum og ambulatorium uden eller med meget lidt ombygning. Standardisering af rumtyper muliggør ligeledes projektering med en større grad af præfabrikerede rum, herunder præfabrikerede toilet-/baderum.

Elasticitet

Der projekteres med bygningsstrukturer, som muliggør udvidelser uden større indgriben i eksisterende bygninger. Samtidig afsættes der et areal i bygningernes omgivelser til udvidelsesmuligheder. I den forbindelse har særligt bygningernes placering i forhold til intern og ekstern logistik stor betydning.

Et change request-katalog er et katalog, der lister, hvilke projektilpasninger der konkret kan gennemføres, hvis der fx opstår budgetproblemer.

79. Rigsrevisionens gennemgang viste også, at nogle regioner i deres change request-katalog har opstillet forslag til projektilpasninger, som vil reducere fleksibiliteten. Fx har Kolding i sit change request-katalog angivet, at en tilpasningsmulighed er, at tekniketagen udgår, hvilket betyder en forringelse af fleksibiliteten. Region Hovedstaden har oplyst, at en mulighed for besparelse for Herlev kan være at reducere fleksibiliteten i bygningerne.

80. Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne arbejder med fleksibilitet, men at fleksibiliteten måske reduceres, hvis regionerne skal gennemføre projektilpasninger for at overholde totalrammen.

Det er efter Rigsrevisionens opfattelse vigtigt at holde fokus på fleksibilitet, da det medvirker til at imødegå et ukendt fremtidigt behandlingsbehov og at fastholde effektiviseringerne. Et fleksibelt byggeri kan dog ikke løse de udfordringer, regionerne står over for, hvis de ikke har arbejdet strategisk med effektiviseringerne.

D. Arbejdet med effektiviseringer

81. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes arbejde med effektiviseringer har vist følgende:

- Ingen af regionernes projekter inddrager effektiviseringer i risikostyringen.
- Rigsrevisionen anbefaler, at regionerne integrerer arbejdet med effektiviseringer i risikostyringen, da det derved vil blive synligt, hvis der er udfordringer med at realisere effektiviseringerne.
- Regionerne har udarbejdet change request-kataloger, men der er stor forskel på, hvor mange oplysninger det enkelte projekt har givet om konsekvenserne af de enkelte change requests.

Samarbejde mellem byggeorganisation og driftsorganisation samt risikostyring

82. Det er vigtigt, at effektiviseringer bliver sat på dagsordenen, når der træffes væsentlige beslutninger, og at det løbende bliver udfordret, hvilken tilgang der er til at realisere potentialet, herunder hvilke analyser og beregninger der skal til. Dette kræver, at der bl.a. er en tæt dialog mellem byggeorganisationen og driftsorganisationen, så beslutninger om dimensionering og design er sammenhængende og gennemtænkte i forhold til den fremtidige drift og dermed også til de effektiviseringer, der skal realiseres.

83. Regionerne har på møder med Rigsrevisionen oplyst, at de er opmærksomme på nødvendigheden af, at byggeorganisationen og driftsorganisationen har et samlet fokus på effektiviseringer i det daglige arbejde. Derfor holdes der løbende møder mellem de 2 organisationer.

Regionernes svar på Rigsrevisionens spørgeskema viste dog, at kun få projekter besvarede helt almindelige forudsætninger som fx forventet udvikling i årsværk. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at det kan indikere, at den viden, som driftsorganisationerne har, ikke bliver anvendt tilstrækkeligt i byggeorganisationerne til at sikre en effektiv fremtidig drift.

Risikostyring

84. Alle projekter har i deres styringsmanual beskrevet, hvordan risikostyringen overordnet er tilrettelagt. Derudover har flere af projekterne udarbejdet en uddybende risikohåndbog eller risikostyringsmanual. Projekterne informerer om risici på 3 niveauer, jf. boks 6.

BOKS 6. INFORMATION OM RISICI

Detailniveau: Totalrådgiveren/bygherrerådgiveren og projektafdelingen drøfter hver måned den udarbejdede risikorapport.

Ledelsesniveau: Projektets ledelsesgruppe, fx direktionen eller styregruppen, drøfter hver måned risikorapporten.

Regionsråd: Projektet sender hvert kvartal risikorapporten til regionsrådet. Risikorapporten beskriver status for de væsentligste risici i projektet. Rapporten bliver også sendt til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Formålet med **risikostyring** er at minimere sandsynligheden for og konsekvensen af de risici, der kan få negativ indflydelse på en succesfuld gennemførelse af projektet.

En **styringsmanual** fastlægger bl.a. projekternes organisatoriske opbygning og ansvar og beskriver, hvordan centrale dele af byggeprocessen tilrettelægges og styres, herunder hvordan der løbende bliver fulgt op og rapporteret om fremdrift mv. Styringsmanualen bliver opdateret løbende.

85. Det fremgår af styringsmanualerne, at størrelsen af de enkelte risici afhænger af en kombination af sandsynligheden for, at risikoen indtræffer, og konsekvensen, hvis risikoen indtræffer. Konsekvensen bliver vurderet ud fra kriterierne tid, økonomi og kvalitet. Risikoen for, at der ikke bliver realiseret den ønskede effektiviseringsgevinst, når byggeriet er færdigt, indgår under kriteriet kvalitet.

Der er efter Rigsrevisionens opfattelse risici forbundet med, at effektiviseringer indgår som en delmængde under kriteriet kvalitet. For det første kan der være risiko for, at der ikke er den fornødne opmærksomhed på emnet. For det andet, at det ikke fremgår tilstrækkeligt tydeligt af rapporteringen, at en kvalitetsrisiko også har en betydning for et effektiviseringspotentiale. Dermed kan der være risiko for, at modtagerne af risikorapporten ikke er opmærksomme på konsekvenserne og derfor ikke får truffet de nødvendige beslutninger. Det er nødvendigt, at risici bliver formuleret, så teksten også er forståelig for personer, der ikke deltager i risikoarbejdet, men som skal vurdere risiciene og beslutte, hvilke tiltag der skal iværksættes. Det skal desuden fremgå klart og tydeligt, hvis projektet har valgt at skubbe risici foran sig eller på nogle parametre bevidst har valgt at arbejde med større risici.

I **risikologgen** opbevares alle oplysninger om risici, analyser, reaktioner og status.

86. Rigsrevisionens gennemgang af projekternes risikologger viste, at det ikke bliver fremhævet, om en risiko også får en betydning i forhold til at realisere effektiviseringskravet. Det bliver alene fremhævet, hvilken betydning en risiko har i forhold til økonomien, fx at der er risiko for øgede driftsudgifter. Gennemgangen viste enkelte eksempler på, hvor det positivt var fremhævet, om en risiko havde en betydning for effektivisering.

87. I boks 7 er vist eksempler, hvor det efter Rigsrevisionens opfattelse kunne have været hensigtsmæssigt, at der havde været fokus på effektivisering, og eksempler, hvor effektivisering fremhæves. Teksten under hvert eksempel er citater fra risikologgene og viser, hvor meget information der gives om de enkelte risici.

BOKS 7. EKSEMPLER PÅ, HVORDAN EFFEKTIVISERING HÅNTERES I RISIKOARBEJDET

Eksempler, hvor effektivisering ikke bliver fremhævet

OUH

"Der kan være en risiko ved IT-understøttelse af nyt OUH, da det er en ny måde at lave logistik på og der findes ikke kendte løsninger på nuværende niveau. Konsekvensen kan være at logistiksystemet ikke virker".

DNU

"Der kan være en risiko i forhold til overholdelse af budgetter i forbindelse med ombygning af eksisterende Skejby Sygehus. Konsekvensen kan være behov for at foretage prioriteringer og besparelser".

Eksempler, hvor effektivisering positivt bliver fremhævet

Viborg

"Der kan være en risiko for, at de påtænkte løsninger ikke indeholder en tilstrækkelig gennemarbejdning af forsynings- og kommunikationsløsninger med vurderinger af muligheder for ny teknik/ændret arbejdstilrettelæggelse. Hvis de mest effektive arbejdsgange ikke kan understøttes, kan konsekvensen være at den forventede effektivisering ikke opnås".

Aabenraa

"Det kan være en risiko for, at leveret udstyr ikke lever op til behovet. Konsekvens er, at det ikke har en betydning for økonomi og tidsplan, men det vil betyde noget for effektivisering, i form af effektiv behandling af patienter".

88. Gennemgangen viste desuden, at risici i forhold til de hovedområder, som er udpeget til at skulle drive effektiviseringen, ikke indgår i risikologgene. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionernes risikostyring vil blive styrket, hvis effektiviseringsområderne indgår i risikologgen, da det vil blive synligt, hvis der er udfordringer i arbejdet med effektiviseringer, og hvordan man vil arbejde med at håndtere risikoen. Derudover vil det også blive fremhævet, hvis områder, som er forudsætninger for at kunne indhøste de planlagte effektiviseringsgevinster, udgør en risiko.

Change requests

89. Én af tilsagnsbetingelserne er, at regionerne skal udarbejde en procedure for, hvordan regionerne vil håndtere change requests (ændringsønsker). Dette fremgår også af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses "Regnskabsinstruks til behandling af tilskud fra Kvalitetsfonden til sygehusbyggeri". I instruksen fremgår det, at regionerne skal opstille og beslutte et prioriteret change request-katalog over de umiddelbare projektilpasninger, som konkret gennemføres, hvis der opstår budgetproblemer, så den fastlagte investeringsramme overholdes. Hensigten med kataloget er at sikre, at der sammen med generelle reserver er tilstrækkelig robusthed til at håndtere de økonomiske risici i projektet.

Change request-kataloget skal foreligge, inden de statslige kvalitetsfondsmidler kan udbetales.

90. Rigsrevisionens gennemgang af projekternes change request-kataloger viste, at det er meget forskelligt, hvordan de enkelte projekter arbejder med change requests, og hvordan katalogerne er udformet. Katalogerne varierer fra meget summariske beskrivelser til tekst, der beskriver forventede økonomiske konsekvenser af en change request. For ingen af projekterne fremgår det dog, om forslag til projektilpasninger får en konsekvens for mulighederne for at effektivisere.

91. Det har siden 1. maj 2000 været obligatorisk at foretage totaløkonomiske vurderinger i forbindelse med gennemførelsen af statsligt støttede byggerier, jf. bekendtgørelse nr. 202 af 23. marts 2000 om kvalitetssikring af byggearbejder. Det betyder, at bygherrer for statsstøttede byggerier nu er ansvarlige for, at der gennemføres totaløkonomiske beregninger ved planlægning og gennemførelse af byggerierne.

I forbindelse med kvalitetsfundsbyggerierne er muligheden for at anvende totaløkonomiske beregninger begrænset af, at der er en fast ramme for hvert byggeri, som ikke må overskrides. Det betyder, at regionerne kun kan gennemføre løsninger, som er mulige inden for den tildelte totalramme.

Vigtigheden af, at der foretages totaløkonomiske beregninger, understreges af, at sygehusenes driftsudgifter udgør op til 80 % af bygningernes totaløkonomi. Når driftsudgifterne for et typisk sygehus er så høje, er det derfor vigtigt, at der allerede tidligt i anlægsprojektet er et skarpt fokus på de driftsmæssige konsekvenser af det færdige byggeri, og at sådanne betragtninger indgår i vurderingen af alternative løsningsmuligheder. Totaløkonomiske beregninger kan også anvendes i arbejdet med at udforme et change request-katalog.

Rigsrevisionens gennemgang viste, at flere regioner inddrager totaløkonomiske beregninger i arbejdet med byggerierne, men at det er meget forskelligt, hvor bredt og dybt arbejdet med dette har været. Det er dog uklart, om og hvordan regionerne fx har anvendt totaløkonomiske beregninger til at understøtte og kvalificere deres change request-katalog.

E. Regionernes opfølgning

92. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes opfølgning på effektiviseringsmålene har vist følgende:

- Regionernes projekter har fastlagt et overordnet baselinebudget, der er lig med driftsbudgettet, som effektiviseringskravet er beregnet ud fra.
- Flere af regionernes projekter har ikke etableret baselinebudgetter på fx hovedområder for effektivisering. En baselinemåling er nødvendig for at kunne sammenligne før- og efter-situationen.
- Region Hovedstaden har i marts 2013 udarbejdet en standardskabelon, der skal bruges til at dokumentere og opgøre de enkelte effektiviseringstiltag. Regionerne har besluttet at tage udgangspunkt i Region Hovedstadens standardskabelon.

Baselinebudget

93. Det fremgår af "Aftale om regionernes økonomi for 2012", at *"regionerne skal følge op på de realiserede strukturændringer i forhold til produktivetsgevinster, kapacitetsudnyttelse, forbedrede arbejdsgange og ambulant behandling der, hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant. Det fremgår videre, at der ved færdiggørelsen af de enkelte projekter udarbejdes en evalueringsrapport i forhold til effektiviseringskrav samt bedre kapacitetsudnyttelse og bedre patientforløb mv., som også kan omfatte opfølgning på de projektspecifikke mål, som regionerne har opstillet for det enkelte projekt"*.

94. Konsulentfirmaet Deloitte, der rådgav ekspertpanelet om sygehusinvesteringer i perioden 2010-2012, pegede på, at der ikke er praksis for at foretage baselinemålinger i regionerne, hvilket efter Deloitte's opfattelse er nødvendigt for at kunne foretage en kvalificeret vurdering af, om effektiviseringsgevinsterne er realiseret, ligesom det også er væsentligt i forhold til at etablere et grundlag for de evalueringer, der skal gennemføres ved afslutningen af de enkelte projekter.

95. Det er efter Rigsrevisionens opfattelse vigtigt at kunne følge op på effektiviseringsbestræbelserne. Dette vil kun give mening, hvis der bliver fastlagt et baselinebudget for effektiviseringerne på hovedområderne og de relevante tiltag under det enkelte hovedområde. Ved at fastlægge et baselinebudget bliver det muligt at sammenligne før- og efter-situationen, dvs. følge bevægelsen. Det er ikke intentionen, at projekterne ved at fastlægge et baselinebudget bliver låst fast på et beløb, som projekterne skal realisere. Arbejdet med effektiviseringsgevinsterne er en dynamisk og organisatorisk proces, hvor der kan ske ændringer undervejs. Baselinebudgettet skal derfor alene sikre, at projekterne kan følge bevægelsen i bestræbelserne på at effektivisere, så det er muligt at korrigere, hvis et område ikke vil kunne indfri forventningerne. Derudover er det en metode til, at regionerne kan evaluere, om effektiviseringerne er realiseret som forudsat.

96. Alle projekter fik fastlagt et overordnet baselinebudget, da de fik tilsagn om endeligt tilskud. Baselinebudgettet er lig med det driftsbudget for de matrikler og afdelinger, der vedrører kvalitetsfondsbyggeriet, og som effektiviseringskravet er beregnet ud fra.

Rigsrevisionens gennemgang af materiale for de enkelte projekter viste, at kun 4 projekter (Kolding, GAPS, DNU og Sct. Hans) har nedbrudt det overordnede driftsbudget og angivet et baselinebudget for deres hovedområder.

Regionerne har oplyst, at de generelt ikke har arbejdet med at etablere baselinebudgetter, og at de derfor vil skulle rekonstruere baselinebudgetter, hvis fx der bliver stillet krav om, at de skal kunne dokumentere effektiviseringerne i forhold til et baselinebudget. Regionerne har dog oplyst, at der vil være nogle områder som fx el og varme, hvor der forholdsvis nemt vil kunne etableres et baselinebudget, men at det er sværere på patientrelaterede effektiviseringspotentialer.

Metode til at følge op på effektiviseringsmålene

97. Region Hovedstaden har i marts 2013 udarbejdet et opfølgningskoncept, der skal bruges til at dokumentere og opgøre de enkelte effektiviseringstiltag.

Danske Regioner har oplyst, at de øvrige 4 regioner har besluttet at tage udgangspunkt i Region Hovedstadens opfølgningskoncept.

Rigsrevisionens gennemgang af opfølgningskonceptet viste, at der dels vil være fokus på, hvilke centrale aktiviteter projekterne iværksætter for at realisere gevinsterne, dels på en løbende opfølgning på, om effektiviseringsgevinsterne realiseres som forudsat. Materialet skal således betrygge regionen i, at projekterne arbejder med effektiviseringer. Materialet består af et oversigtsskema, hvor hovedområderne for effektiviseringer og det nominelle beløb for det samlede effektiviseringskrav fremgår, og et statusskema. I statusskemaet bliver hvert enkelt effektiviseringstiltag afrapporteret.

De enkelte effektiviseringstiltag er en nedbrydning af hovedområdet for effektivisering. Fx vil der kunne være et hovedområde benævnt "arbejdsgange", som kan nedbrydes i fx "klyngestruktur for senge, ambulatorier og operation", og som yderligere kan nedbrydes til reduceret tidsforbrug og tværgående patientforløb. Det er på denne sidste del af nedbrydningen, at der bliver afrapporteret. Det er forudsat, at sygehuset for hvert effektiviseringstiltag afrapporterer i et statusskema. Statusskemaet vil være grundstammen i opfølgningen, og kadencen for opfølgning vil være hvert kvartal.

98. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Hovedstadens skabelon er et godt udgangspunkt for at kunne følge op. Det vil dog styrke materialet, hvis der også blev fastlagt et baselinebudget for de enkelte hovedområder.

Tidsplan for regionernes opfølgning på effektiviseringsmål

99. Danske Regioner iværksatte i marts 2012 et arbejde, der skulle vurdere, hvordan arbejdet med at evaluere realiserede gevinster i forbindelse med byggerier mest hensigtsmæssigt kan tilrettelægges. Det var forventet, at der ville foreligge en rapport ved udgangen af 2012. Rapporten forelå i maj 2013. Rapporten peger på, at regionernes arbejde med effektiviseringerne skal følges tæt, så der kan ske gensidig videndeling, læring og samarbejde om centrale elementer i relation til effektiviseringsarbejdet. Desuden skal erfaringer med at konkretisere effektiviseringspotentialer samles og deles.

I "Aftale om regionernes økonomi for 2012" fremgår det, at *"regionerne skal følge op der, hvor projekterne er så fremskredne, at det er relevant"*. Ingen af regionerne har oplyst et konkret tidspunkt for opfølgning, men alene henvist til "Regnskabsinstruks til behandling af tilskud fra Kvalitetsfonden til sygehusbyggeri". Det fremgår af instruksen, at rapporteringskravet træder i kraft ved endeligt tilsagn og skal opdateres i forbindelse med relevante centrale faseovergange. Når projekterne har fået godkendt udbetalingsanmodning, skal der rapporteres om effektivisering ved centrale faseovergange og som minimum hvert 1½ år.

Rigsrevisionen, den 2. oktober 2013

Lone Strøm

/Claus Vejlsø Thomsen

Bilag 1. Kvalitetsfondsbyggerierne i beretningen

Kilde: Rigsrevisionen.

Bilag 2. Oversigt over hovedområder og fordeling af effektiviseringsmål

Sådan læses bilaget

1 Grundlæggende oplysninger om projektet, bl.a. hvornår projektet er færdigt, anlægsrammen og effektiviseringskravet.

2 Tabel 1 viser de hovedområder, hvorfra projektet forventer at finde effektiviseringerne, og hvor mange procent af de relevante indikatorer fra Rigsrevisionens spørgeskema, jf. bilag 3, projektet har opgjort i forhold til hovedområdet i henholdsvis før- og efter-situationen.

3 Figur 1 viser fordelingen af hovedområderne i forhold til den samlede effektivisering.

4 Figur 2 viser øverst hvert hovedområdes andel af de organisatoriske effektiviseringer. I bjælkerne "Før" og "Efter" fremgår det vægtede bidrag, hvor tallene viser, hvor mange procent af de relevante indikatorer fra Rigsrevisionens spørgeskema projektet har opgjort i forhold til hovedområdets andel af de organisatoriske effektiviseringer.

Eksempel på vægtede bidrag

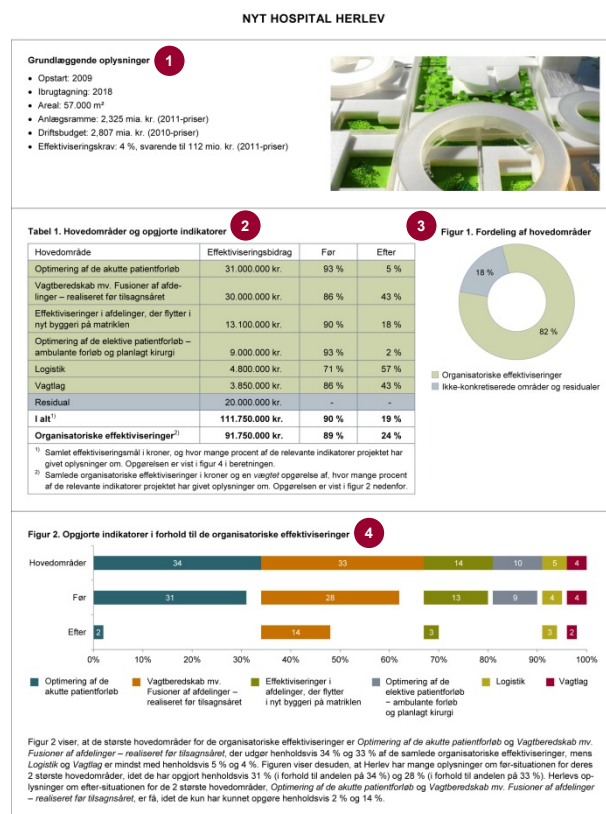
Projekt "Nyt Hospital Herlev" har oplyst, at hovedområdet *Optimering af de akutte patientforløb* forventes at bidrage med 34 % af de organisatoriske effektiviseringer. Projektet har opgjort 93 % af indikatorerne i før-situationen og 5 % i efter-situationen, jf. tabel 1. I forhold til hovedområdets vægtning har projektet således opgjort henholdsvis 31 % og 2 % af de organisatoriske effektiviseringer ud fra hovedområdet *Optimering af de akutte patientforløb*.

Formlen for det vægtede bidrag:

$$\text{Vægtet bidrag} = \frac{\text{Hovedområde}}{\text{Organisatoriske effektiviseringer}} * \text{Opgjorte indikatorer}$$

Eksempel på vægtet bidrag i før-situationen:

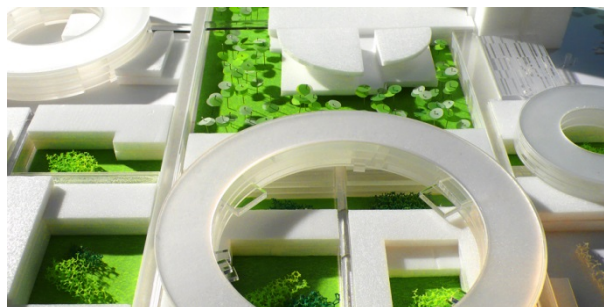
$$\text{Optimering af de akutte patientforløb} = \frac{31.000.000}{91.750.000} * 93 \% = 31 \%$$



NYT HOSPITAL HERLEV

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2009
- Ibrugtagning: 2018
- Areal: 57.000 m²
- Anlægsramme: 2,325 mia. kr. (2011-priser)
- Driftsbudget: 2,807 mia. kr. (2010-priser)
- Effektiviseringskrav: 4 %, svarende til 112 mio. kr. (2011-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Optimering af de akutte patientforløb	31.000.000 kr.	93 %	5 %
Vagtberedskab mv. Fusioner af afdelinger – realiseret før tilsagnsåret	30.000.000 kr.	86 %	43 %
Effektiviseringer i afdelinger, der flytter i nyt byggeri på matriklen	13.100.000 kr.	90 %	18 %
Optimering af de elektive patientforløb – ambulante forløb og planlagt kirurgi	9.000.000 kr.	93 %	2 %
Logistik	4.800.000 kr.	71 %	57 %
Vagtlag	3.850.000 kr.	86 %	43 %
Residual	20.000.000 kr.	-	-
I alt¹⁾	111.750.000 kr.	90 %	19 %
Organisatoriske effektiviseringer²⁾	91.750.000 kr.	89 %	24 %

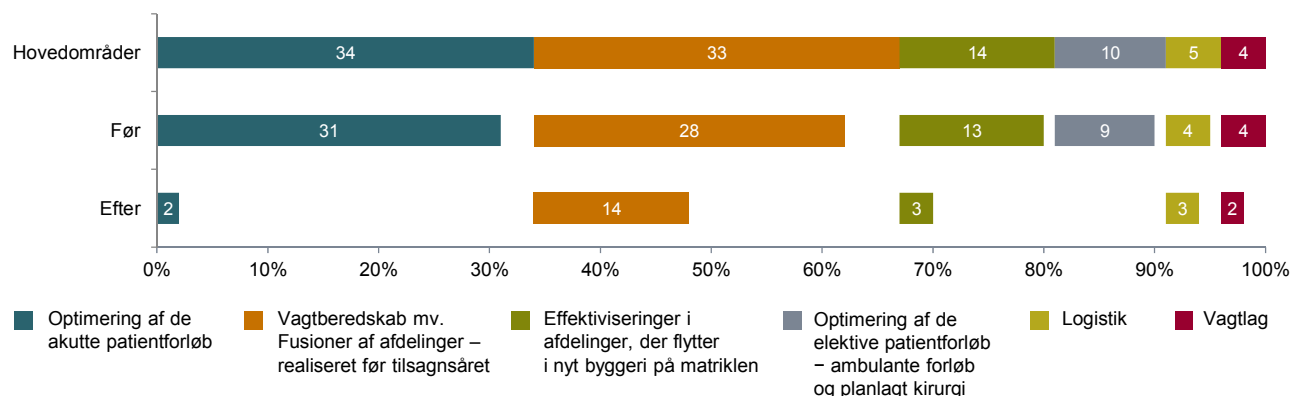
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at de største hovedområder for de organisatoriske effektiviseringer er *Optimering af de akutte patientforløb* og *Vagtberedskab mv. Fusioner af afdelinger – realiseret før tilsagnsåret*, der udgør henholdsvis 34 % og 33 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Logistik* og *Vagtlag* er mindst med henholdsvis 5 % og 4 %. Figuren viser desuden, at Herlev har mange oplysninger om før-situationen for deres 2 største hovedområder, idet de har opgjort henholdsvis 31 % (i forhold til andelen på 34 %) og 28 % (i forhold til andelen på 33 %). Herlevs oplysninger om efter-situationen for de 2 største hovedområder, *Optimering af de akutte patientforløb* og *Vagtberedskab mv. Fusioner af afdelinger – realiseret før tilsagnsåret*, er få, idet de kun har kunnet opgøre henholdsvis 2 % og 14 %.

DET NYE RIGSHOSPITAL

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2009
- Ibrugtagning: 2018
- Areal: 76.000 m²
- Anlægsramme: 1,872 mia. kr. (2010-priser)
- Driftsbudget: 1,34 mia. kr. (2010-priser)
- Effektiviseringskrav: 5 %, svarende til 67 mio. kr. (2010-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde		Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Arbejdsgange	Samlekategori	41.000.000 kr.	49 %	49 %
It ¹⁾			-	-
Interne transporter			100 %	100 %
Logistik			50 %	50 %
Sygefravær og personaleomsætning			100 %	100 %
Liggetid			69 %	69 %
Hospitalserhvervede infektioner			0 %	0 %
Fald på sygehuse			0 %	0 %
Bygningsvedligeholdelse, energi og miljø			-	-
Driftsoptimering, indflytning af udefunktioner		15.300.000 kr.	30 %	30 %
Driftsoptimering i øvrigt før indflytning		10.000.000 kr.	49 %	49 %
Reduktion i udgifter til klinik-/afdelingsledelser		1.500.000 kr.	0 %	0 %
I alt ²⁾		67.800.000 kr.	37 %	37 %
Organisatoriske effektiviseringer ³⁾		67.800.000 kr.	47 %	47 %

¹⁾ Ingen relevante indikatorer.

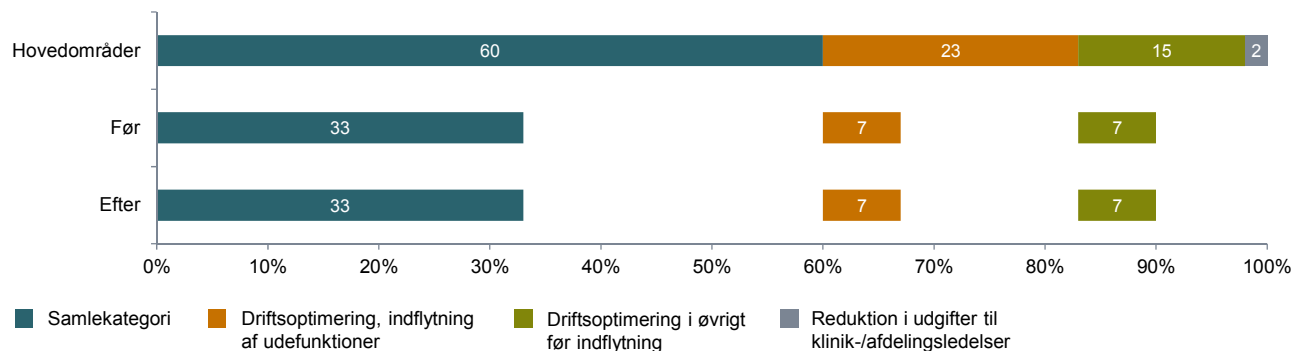
²⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

³⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at det største hovedområde for de organisatoriske effektiviseringer er en *Samlekategori*, der består af en række hovedområder, men hvor effektiviseringsbidraget ikke er nedbrudt yderligere. Området udgør 60 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Reduktion i udgifter til klinik-/afdelingsledelser* er mindst med 2 %. Figuren viser desuden, at Rigshospitalet har relativt få oplysninger om både før- og efter-situationen for deres største hovedområde, idet de kun har oplysninger om 33 % (i forhold til andelen på 60 %). Rigshospitalet har ikke givet oplysninger på det mindste område, som er *Reduktion i udgifter til klinik-/afdelingsledelser*, for før- og efter-situationen.

NY RETSPSYKIATRI SCT. HANS

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2009
- Ibrugtagning: 2017
- Areal: 25.000 m²
- Anlægsramme: 550 mio. kr. (2009-priser)
- Driftsbudget: 340 mio. kr. (2011-priser)
- Effektiviseringskrav: 5,5 %, svarende til 19 mio. kr. (2011-priser)



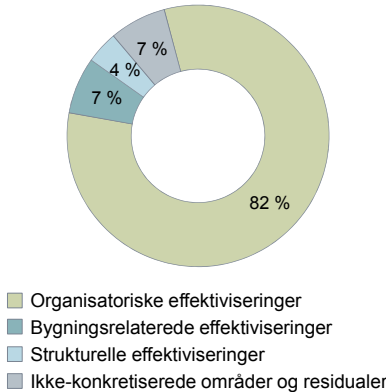
Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Driftsbesparelse (personale)	15.418.916 kr.	21 %	21 %
Energiforbrug til varme	1.100.000 kr.	-	-
Energiforbrug til el	200.000 kr.	-	-
Drift og vedligeholdelse	50.000 kr.	-	-
Reduktion i ejendomsskat	800.000 kr.	-	-
Øvrig reduktion	1.200.000 kr.	-	-
I alt ¹⁾	18.768.916 kr.	21 %	21 %
Organisatoriske effektiviseringer ²⁾	15.418.916 kr.	21 %	21 %

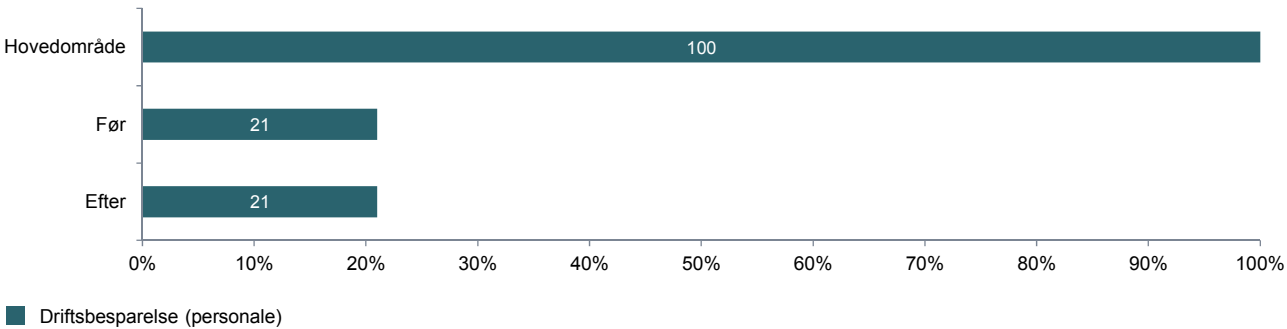
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at hovedområdet for de organisatoriske effektiviseringer er *Driftsbesparelse (personale)*. Figuren viser desuden, at Sct. Hans har få oplysninger om både før- og efter-situationen for hovedområdet, idet de kun har opgjort 21 % (i forhold til andelen på 100 %).

DET NYE UNIVERSITETSHOSPITAL I AARHUS (DNU)

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2012
- Ibrugtagning: 2018
- Areal: 254.000 m²
- Anlægsramme: 6,426 mia. kr. (2010-priser)
- Driftsbudget: 5,558 mia. kr. (2009-priser)
- Effektiviseringskrav: 8 %, svarende til 456 mio. kr. (2010-priser)



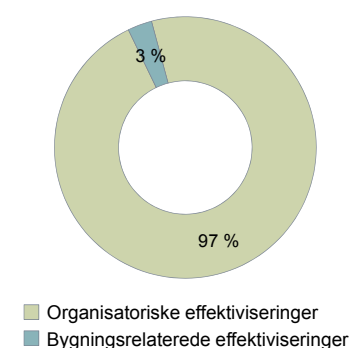
Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Senge, ambulatorier og akutområdet	203.000.000 kr.	54 %	58 %
Meraktivitet	182.000.000 kr.	66 %	51 %
Laboratorie og billeddiagnostik	38.000.000 kr.	71 %	29 %
Operations gange, dagkirurgi og anæstesi/intensiv	38.000.000 kr.	67 %	83 %
Samling af AUH (logistik, drift og vedligeholdelse)	14.000.000 kr.	-	-
I alt ¹⁾	475.000.000 kr.	62 %	55 %
Organisatoriske effektiviseringer ²⁾	461.000.000 kr.	61 %	54 %

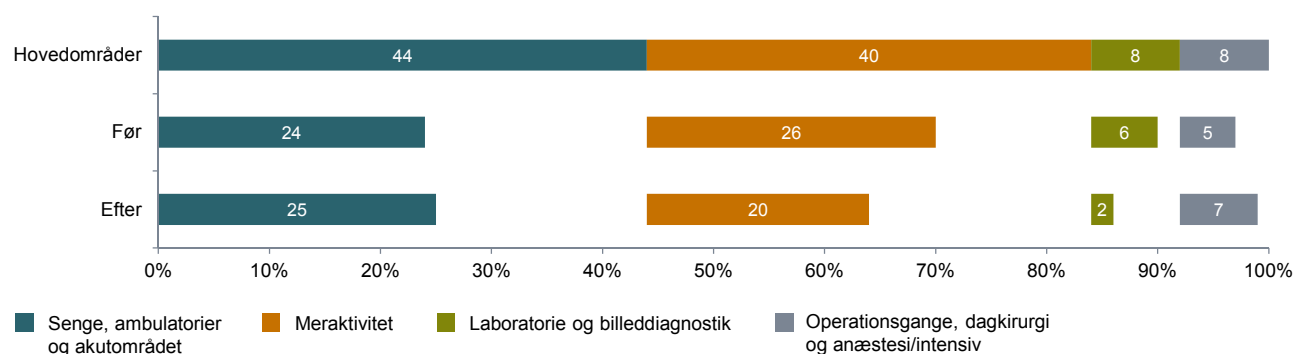
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at de største hovedområder for de organisatoriske effektiviseringer er *Senge, ambulatorier og akutområdet* og *Meraktivitet*, der udgør henholdsvis 44 % og 40 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Laboratorie og billeddiagnostik* og *Operations gange, dagkirurgi og anæstesi/intensiv* er mindst med 8 %. Figuren viser desuden, at DNU har relativt få oplysninger om før-situationen for deres 2 største hovedområder, idet de har opgjort henholdsvis 24 % (i forhold til andelen på 44 %) og 26 % (i forhold til andelen på 40 %). DNU's oplysninger om efter-situationen for de største hovedområder er få, idet de kun har opgjort oplysninger om henholdsvis 25 % og 20 %. For ét af de mindste hovedområder, *Operations gange, dagkirurgi og anæstesi/intensiv*, har DNU opgjort mange oplysninger om både før- og efter-situationen, idet de har opgjort henholdsvis 5 % og 7 % (i forhold til andelen på 8 %).

REGIONSHOSPITALET VIBORG

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2007
- Ibrugtagning: 2018
- Areal: 29.100 m²
- Anlægsramme: 1,164 mia. kr. (2010-priser)
- Driftsbudget: 1,528 mia. kr. (2010-priser)
- Effektiviseringskrav: 6 %, svarende til 92 mio. kr. (2010-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Sengeafsnit/patientinventering	20.000.000 kr.	75 %	71 %
Fælles	19.000.000 kr.	50 %	50 %
Anæstesi- og operationsafdelingen/intensiv	15.000.000 kr.	91 %	21 %
Serviceblok	10.000.000 kr.	93 %	0 %
Billeddiagnostik og ortopædkirurgi	5.000.000 kr.	100 %	67 %
Akutcenter	20.000.000 kr.	-	-
Forsyning, logistik og sporbarhed	15.000.000 kr.	-	-
VCR	3.000.000 kr.	-	-
Patologi (er realiseret)	1.000.000 kr.	-	-
I alt ¹⁾	108.000.000 kr.	86 %	35 %
Organisatoriske effektiviseringer ²⁾	69.000.000 kr.	76 %	45 %

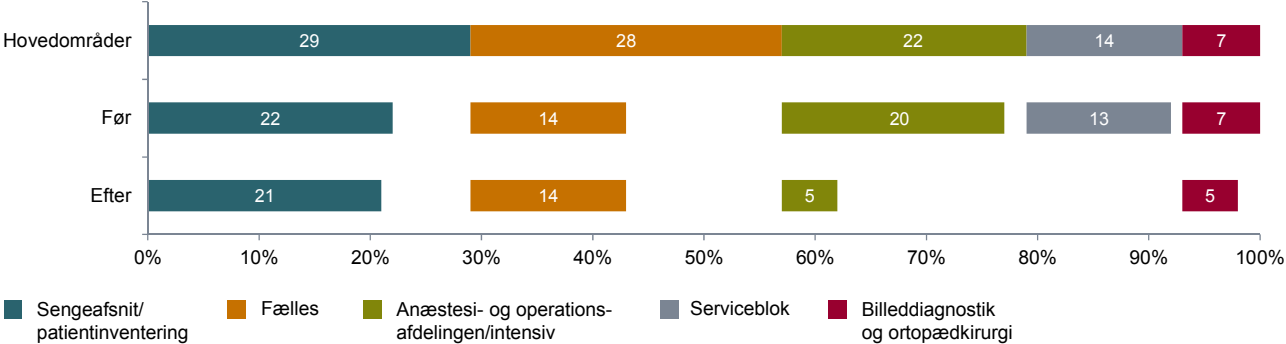
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at de største hovedområder for de organisatoriske effektiviseringer er *Sengeafsnit/patientinventering* og *Fælles*, der udgør henholdsvis 29 % og 28 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Billeddiagnostik og ortopædkirurgi* er mindst med 7 %. Figuren viser desuden, at Viborg har opgjort mange oplysninger om både før- og efter-situationen for hovedområdet *Sengeafsnit/patientinventering*, idet de har opgjort henholdsvis 22 % og 21 % (i forhold til andelen på 29 %). For det mindste hovedområde, *Billeddiagnostik og ortopædkirurgi*, har Viborg mange oplysninger om både før- og efter-situationen, idet de har opgjort henholdsvis 7 % og 5 % (i forhold til andelen på 7 %).

NYT AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2009
- Ibrugtagning: 2020
- Areal: 135.000 m²
- Anlægsramme: 4,236 mia. kr. (2011-priser)
- Driftsbudget: 2,641 mia. kr. (2010-priser)
- Effektiviseringskrav: 6 %, svarende til 160 mio. kr. (2011-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Bedre logistik, it og arbejdsgange	35.000.000 kr.	100 %	17 %
Sygefravær	11.000.000 kr.	100 %	100 %
Patientsikkerhed	8.000.000 kr.	92 %	0 %
Personaleomsætning ¹⁾	3.000.000 kr.	-	-
Liggetid ²⁾	-	81 %	63 %
Energi- og vandforbrug	18.000.000 kr.	-	-
Rengøring	18.000.000 kr.	-	-
Bygningsvedligeholdelse	14.000.000 kr.	-	-
Portørfunktion	10.000.000 kr.	-	-
Huslejesparelser	20.000.000 kr.	-	-
Andet	20.000.000 kr.	-	-
Residual	3.000.000 kr.	-	-
I alt³⁾	160.000.000 kr.	97 %	13 %
Organisatoriske effektiviseringer⁴⁾	54.000.000 kr.	99 %	31 %

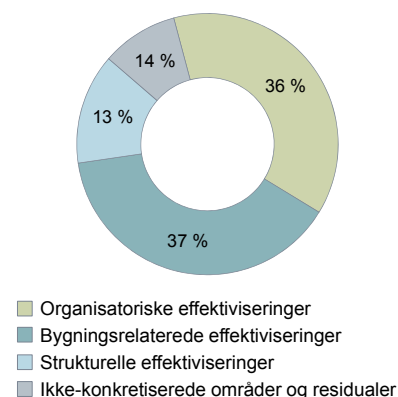
¹⁾ Ingen relevante indikatorer.

²⁾ Ikke medregnet på grund af manglende effektiviseringsbidrag.

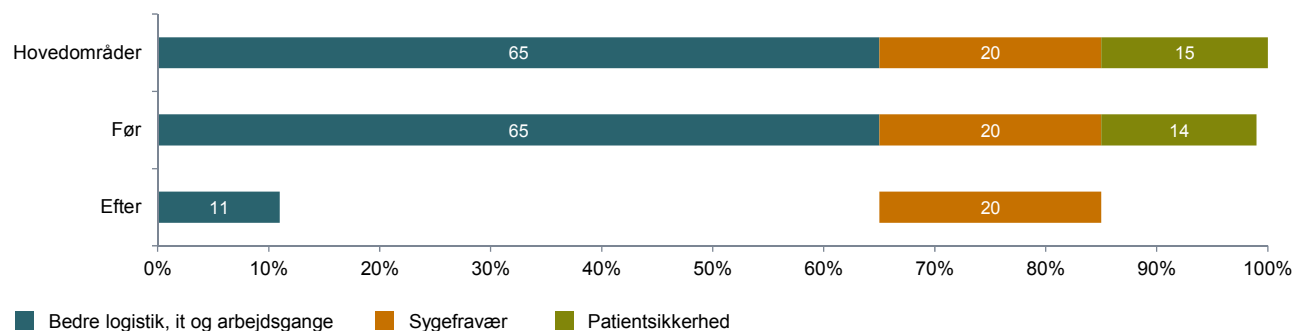
³⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

⁴⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer uden personaleomsætning i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at det største hovedområde for de organisatoriske effektiviseringer er *Bedre logistik, it og arbejdsgange*, der udgør 65 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Patientsikkerhed* er mindst med 15 %. Figuren viser desuden, at Aalborg har mange oplysninger om før-situationen for det største hovedområde, idet de har opgjort 65 % (i forhold til andelen på 65 %), mens Aalborg kun har få oplysninger om efter-situationen, idet de kun har oplysninger om 11 %. For det mindste hovedområde, *Patientsikkerhed*, er der ikke oplysninger om efter-situationen.

GENNEMFØRELSEN AF PSYKIATRIHUS SLAGELSE (GAPS)

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2009
- Ibrugtagning: 2015
- Areal: 44.000 m²
- Anlægsramme: 1,063 mia. kr. (2010-priser)
- Driftsbudget: 294 mio. kr. (2010-priser)
- Effektiviseringskrav: 4 %, svarende til 12 mio. kr. (2010-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde		Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Vagtberedskab, læger	Driftsbesparelse	3.200.000 kr.	100 %	21 %
Fællesfunktioner		2.600.000 kr.		
Vagtberedskab, plejepersonale		2.000.000 kr.		
Antal afsnitsledelser		500.000 kr.		
Ansvarshavende sygeplejerske		190.000 kr.		
Bygningsdrift		2.900.000 kr.	-	-
Rengøring		1.400.000 kr.	-	-
I alt ¹⁾		12.790.000 kr.	100 %	21 %
Organisatoriske effektiviseringer ²⁾		8.490.000 kr.	100 %	21 %

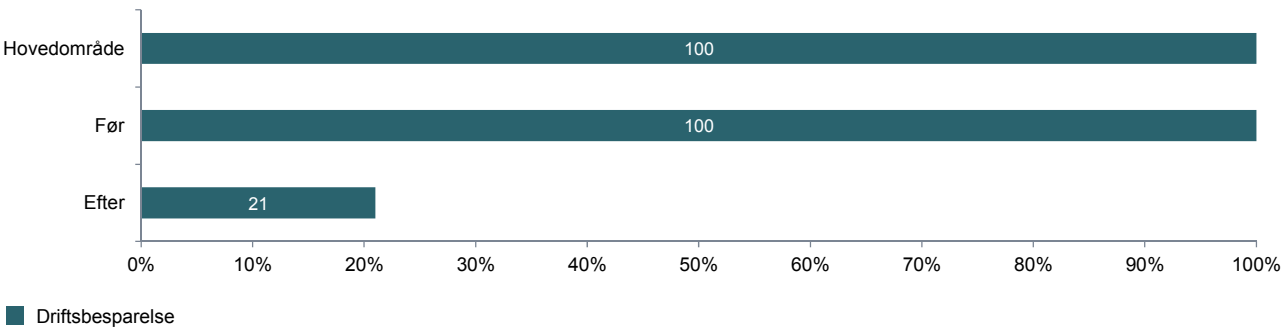
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at hovedområdet for de organisatoriske effektiviseringer er *Driftsbesparelse*. Hovedområdet er Rigsrevisionens sammenlægning af de 5 hovedområder, som GAPS arbejder med, jf. tabel 1. Figuren viser desuden, at GAPS har mange oplysninger om før-situationen, idet de har opgjort 100 %. GAPS har derimod få oplysninger om efter-situationen, idet de har opgjort 21 % (i forhold til andelen på 100 %).

NYT UNIVERSITETSHOSPITAL I ODENSE (OUH)

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2008
- Ibrugtagning: 2021
- Areal: 212.000 m²
- Anlægsramme: 6,375 mia. kr. (2010-priser)
- Driftsbudget: 4,239 mia. kr. (2009-priser)
- Effektiviseringskrav: 8 %, svarende til 348 mio. kr. (2010-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Ændret klinisk drift (booking, planlægning og arbejdsgange)	175.000.000 kr.	71 %	25 %
Logistik og it	60.000.000 kr.	71 %	71 %
Drift og vedligeholdelse af bygninger/ energiforbrug	90.000.000 kr.	-	-
Afledte ændringer	25.000.000 kr.	-	-
I alt¹⁾	350.000.000 kr.	71 %	29 %
Organisatoriske effektiviseringer²⁾	235.000.000 kr.	71 %	36 %

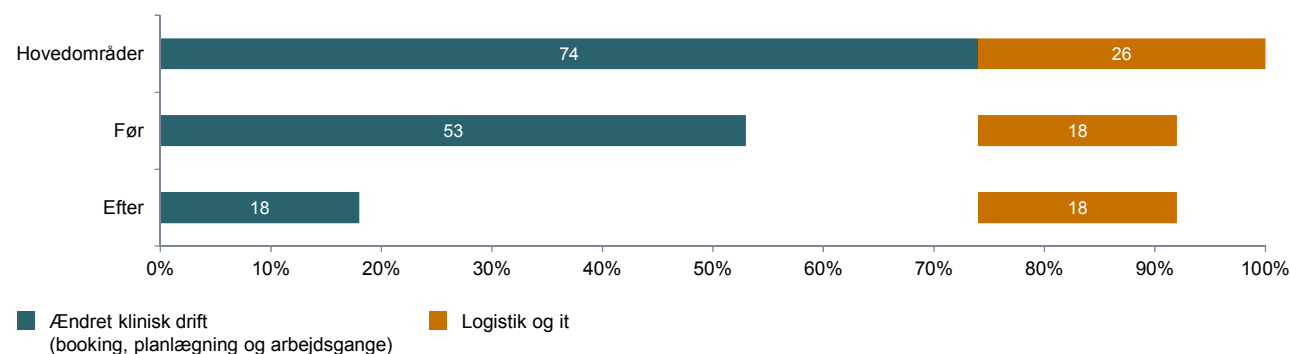
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at OUH har 2 hovedområder for de organisatoriske effektiviseringer, *Ændret klinisk drift (booking, planlægning og arbejdsgange)* og *Logistik og it*. De udgør henholdsvis 74 % og 26 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer. Figuren viser desuden, at OUH har relativt mange oplysninger om før-situationen for begge hovedområder, idet de har opgjort henholdsvis 53 % (i forhold til andelen på 74 %) og 18 % (i forhold til andelen på 26 %). OUH har kun få oplysninger om efter-situationen for hovedområdet *Ændret klinisk drift (booking, planlægning og arbejdsgange)*, idet de har opgjort 18 % (i forhold til andelen på 74 %). OUH har relativt mange oplysninger om efter-situationen for hovedområdet *Logistik og it*, idet OUH har opgjort 18 % (i forhold til andelen på 26 %).

SYGEHUS SØNDERJYLLAND, AABENRAA

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2010
- Ibrugtagning: 2020
- Areal: 70.000 m²
- Anlægsramme: 1,288 mia. kr. (2011-priser)
- Driftsbudget: 1,466 mia. kr. (2010-priser)
- Effektiviseringskrav: 7 %, svarende til 103 mio. kr. (2010-priser)



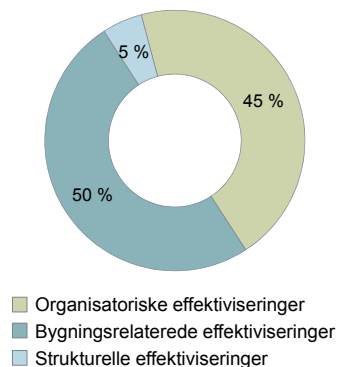
Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Løn	19.099.000 kr.	43 %	0 %
Allerede høstet effektivisering	17.254.000 kr.	43 %	0 %
Vagtberedskab og andre organisatoriske ændringer	11.700.000 kr.	43 %	0 %
Bespising	1.609.000 kr.	43 %	0 %
Energi og bygningsdrift	34.100.000 kr.	-	-
Forbrug	12.659.000 kr.	-	-
Rengøring	5.775.000 kr.	-	-
Udenomsarealer	1.306.000 kr.	-	-
Bygningsvedligeholdelse	1.256.000 kr.	-	-
Vedligeholdelse af installationer	800.000 kr.	-	-
Ejendomsværdiskat	2.337.000 kr.	-	-
Ejendomsskat	1.800.000 kr.	-	-
Forsikringer	990.000 kr.	-	-
I alt¹⁾	110.685.000 kr.	43 %	0 %
Organisatoriske effektiviseringer²⁾	49.662.000 kr.	42 %	0 %

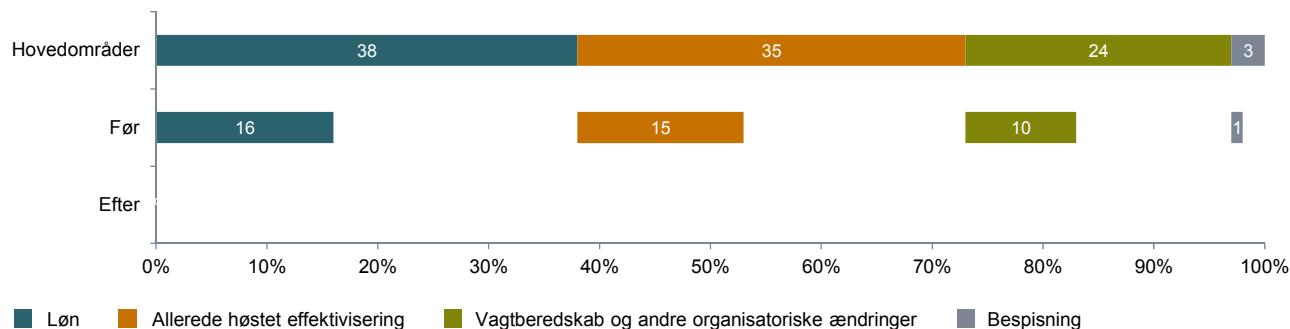
¹⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

²⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at de største hovedområder for de organisatoriske effektiviseringer er *Løn* og *Allerede høstet effektivisering*, der udgør henholdsvis 38 % og 35 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Bespising* er mindst med 3 %. Figuren viser desuden, at Aabenraa kun har få oplysninger om før-situationen for deres 2 største hovedområder, idet de har opgjort henholdsvis 16 % (i forhold til andelen på 38 %) og 15 % (i forhold til andelen på 35 %). Aabenraa har ikke oplysninger om efter-situationen for nogen af hovedområderne.

KOLDING SYGEHUS

Grundlæggende oplysninger

- Opstart: 2009
- Ibrugtagning: 2016
- Areal: 32.000 m²
- Anlægsramme: 911 mio. kr. (2010-priser)
- Driftsbudget: 1,239 mia. kr. (2009-priser)
- Effektiviseringskrav: 6 %, svarende til 76 mio. kr. (2010-priser)



Tabel 1. Hovedområder og opgjorte indikatorer

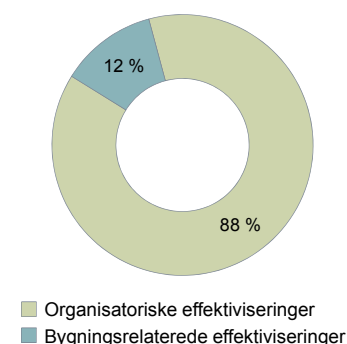
Hovedområde	Effektiviseringsbidrag	Før	Efter
Bygningsmassens betydning for liggetiden	28.000.000 kr.	100 %	0 %
Service-setup	14.000.000 kr.	64 %	26 %
Mere sundhed for pengene	11.000.000 kr.	73 %	13 %
Vagtlag	5.600.000 kr.	43 %	43 %
Sygefravær	4.800.000 kr.	41 %	41 %
Personaleomsætning	2.200.000 kr.	43 %	43 %
Patientsikkerhed	1.493.058 kr.	100 %	0 %
Arbejdsgange ¹⁾	-	62 %	26 %
Logistik internt i afdelingerne	3.700.000 kr.	-	-
Bygningsområdet – vedligeholdelse	3.090.000 kr.	-	-
Bygningsområdet – energi	2.400.000 kr.	-	-
I alt²⁾	76.283.058 kr.	61 %	27 %
Organisatoriske effektiviseringer³⁾	67.093.058 kr.	77 %	15 %

¹⁾ Ikke medregnet på grund af manglende effektiviseringsbidrag.

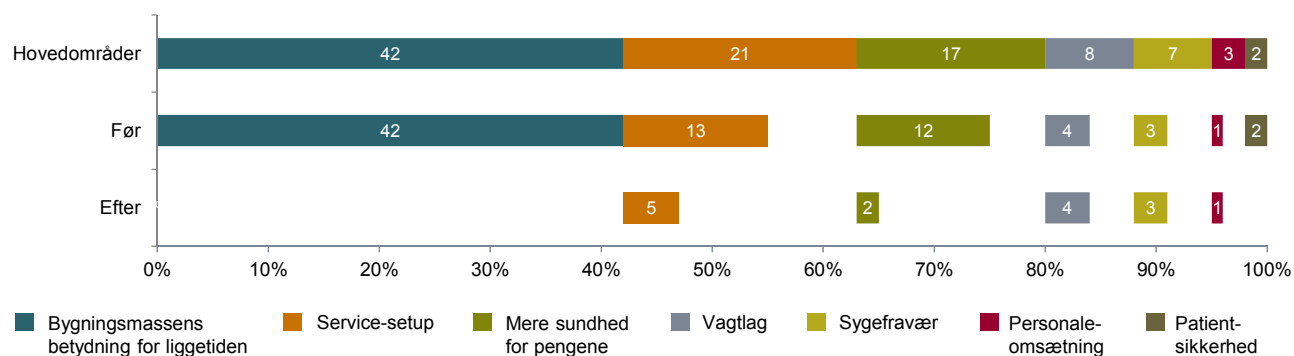
²⁾ Samlet effektiviseringsmål i kroner, og hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 4 i beretningen.

³⁾ Samlede organisatoriske effektiviseringer i kroner og en vægtet opgørelse af, hvor mange procent af de relevante indikatorer projektet har givet oplysninger om. Opgørelsen er vist i figur 2 nedenfor.

Figur 1. Fordeling af hovedområder



Figur 2. Opgjorte indikatorer i forhold til de organisatoriske effektiviseringer



Figur 2 viser, at de største hovedområder for de organisatoriske effektiviseringer er *Bygningsmassens betydning for liggetiden* og *Service-setup*, der udgør henholdsvis 42 % og 21 % af de samlede organisatoriske effektiviseringer, mens *Personaleomsætning* og *Patientsikkerhed* er mindst med henholdsvis 3 % og 2 %. Figuren viser desuden, at Kolding har mange oplysninger om før-situationen for deres 2 største hovedområder, idet de har oplysninger om henholdsvis 42 % (i forhold til andelen på 42 %) og 13 % (i forhold til andelen på 21 %). Kolding har ikke oplysninger om efter-situationen for det største hovedområde, *Bygningsmassens betydning for liggetiden*.

Bilag 3. Rigsrevisionens spørgeskema til regionerne

Tabel 1. Undersøgelse af dimensionering og effektivitet i planlagte sygehusbyggerier 2013

Parameter 1. Dimensionering	Før	Efter
A. Senge Somatik/Psykiatri (inkl. evt. observationssenge)		
B. Heraf antal ensengsstuer		
C. Senge – Intensiv		
D. Senge – Opvågning		
E. Senge – Patienthotel		
F. Dagpladser		
G. Ambulatorierum		
H. Operationslejer		
I. Undersøgelsesrum Radiologi		
J. Senge		
K. Operationslejer		
L. Ambulatorierum		
M. Diagnostiske rum		

Parameter 2. Aktivitet	Før	Efter
A. Afsluttede cpr. numre		
B. Indlæggelser i alt		
C. Indlæggelser op til 2 døgn		
D. Indlæggelser op til 3 døgn		
E. Indlæggelser over 3 døgn		
F. Sengedage		
G. Ambulante besøg		
H. Dagbehandlinger		
I. Operationer – stationær kirurgi		
J. Operationer – dagkirurgi		
K. Udlagte patienter		
L. Radiologiske undersøgelser total		
M. Scanninger total		
N. Analyser/prøver i egne laboratorier		
O. Analyser/prøver ved andre laboratorier		

Parameter 3. Produktivitet	Før	Efter
A. Antal ambulante besøg pr. lægeårsværk		
B. Antal ambulante besøg pr. plejeårsværk		
C. Antal ambulante besøg pr. sekretærårsværk		
D. Antal udskrivninger pr. lægeårsværk		
E. Antal udskrivninger pr. plejeårsværk		
F. Antal udskrivninger pr. sekretærårsværk		
G. Antal lægeårsværk pr. belagt seng		
H. Antal plejeårsværk pr. belagt seng		
I. Antal sekretærårsværk pr. belagt seng		
J. Antal afsluttede cpr. Numre pr. lægeårsværk		
K. Antal afsluttede cpr. Numre pr. plejeårsværk		
L. Antal afsluttede cpr. Numre pr. sekretærårsværk		
M. DRG-værdi pr. lægeårsværk (DKK)		
N. DRG-værdi pr. plejeårsværk (DKK)		
O. DRG-værdi pr. sekretærårsværk (DKK)		
P. Gennemsnitlig liggetid (dage)		
Q. Belægningsprocent senge (pct.)		
R. Sygefravær (pct.)		

Parameter 4. Fælles akutmodtagelse	Før	Efter
A. Totale antal indlæggelser i akutmodtagelse		
B. Andel akutte indlæggelser af totale antal indlæggelser (pct.)		
C. Andel akutte patienter som udskrives fra akutmodtagelsen (pct.)		
D. Gennemsnitlig liggetid for akutindlagte patienter i alt (dage)		
E. Gennemsnitlig liggetid for akutindlagte patienter i akutmodtagelsen (dage)		
F. Antal diagnostiske undersøgelser til akutte patienter (total)		
G. Antal genindlæggelser inden for 30 dage for patient udskrevet fra FAM		
H. Andel senge i akutmodtagelse i forhold til totale antal senge (pct.)		
I. Andel patienter udskrevet fra akutmodtagelse til kommunal foranstaltning (pct.)		
J. Belægningsprocent på senge i akutmodtagelse (pct.)		

Parameter 5. Aktivitet – kirurgi	Før	Efter
A. Antal operationer – stationær		
B. Antal operationer – dagkirurgi		
C. Antal åbningsdage pr. år for elektiv kirurgi		
D. Åbningstid for operationer pr. døgn i timer		
E. Antal minutter pr. operation (oplys gerne spænd fra-til) (fra patient på stuen til patient ud af stuen)		
F. Antal minutter knivtid pr. operationsleje stationær kirurgi (oplys gerne spænd fra-til)		
G. Antal minutter knivtid pr. operationsleje dagkirurgi (oplys gerne spænd fra-til)		
H. Andel operationer som gennemføres i dagtid (kl. 08-18) (pct.)		
I. Størrelse på operationsstuer til stationær kirurgi m ²		
J. Antal operationslejer stationær kirurgi		
K. Antal operationslejer dagkirurgi		
L. Størrelse på operationslejer til dagkirurgi m ²		

Parameter 6. Berørte funktioner	Antal organisatoriske enheder		Antal årsværk	
	Før	Efter	Før	Efter
A. Sengeafdelinger				
B. Patienthotel				
C. Akutmodtagelse				
D. Opvågning				
E. Intensiv				
F. Dagbehandling				
G. Ambulatorium				
H. Operation				
I. Radiologi				
J. Laboratoriefunktioner				
K. Anden diagnostik				
L. Administration				
M. Service- og logistik				
N. Andre funktioner				

Parameter 7. Antal utilsigtede hændelser fordelt på de 13 ICPS-hovedkategorier i de klassificerede hændelser	Før	Efter
A. Administrative processer		
B. Blod og blodkomponenter		
C. Bygninger og infrastruktur		
D. Gasser og luftarter		
E. Individ-team-organisation		
F. Infektion		
G. Kliniske processer		
H. Kommunikation og dokumentation		
I. Medicinering		
J. Medicinsk udstyr		
K. Patientuheld		
L. Selvskade og selvmord		
M. Anden utilsigtet hændelse		

Parameter 8. Effektivitet – afstand i antal meter mellem	Før	Efter
A. Operationsgang og intensive senge		
B. Operationsgang og opvågning		
C. FAM og radiologi		
D. FAM og laboratoriefaciliteter		
E. FAM og diagnostik i øvrigt		

Bilag 4. Ordliste

Administrationsgrundlag	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses administrative retningslinjer for, hvordan ministeriet fører tilsyn med anvendelsen af de statslige tilskud til sygehusbyggerierne.
Barmarkbyggerier	En betegnelse for byggerier, der opføres på grunde, som ikke tidligere har været bebyggede.
Baselinebudget	Er lig med det år, som budgettet er fastlagt i forhold til.
Baselineår	Det driftsbudgetår, som effektiviseringskravet i det endelige tilsagn er beregnet ud fra.
Bygherrevejledning	Bygherrevejledningen fra 2008 (revideret i 2010) gennemgår de regler, der gælder for opførelse af statsligt og regionalt byggeri, og indeholder derudover gode råd og erfaringer.
Bygningsklasse 2020	Bygningsklasse 2020 er en skærpelse af kravene for energiklasse 2015. I bygningsklasse 2020 skal bygningen bl.a. være mere tæt, og behovet for at tilføre energi i form af el, varme mv. skal være mindre end i energiklasse 2015.
Bygningsrelaterede effektiviseringer	De effektiviseringsgevinster, som kommer af, at bygningerne er billigere at vedligeholde, har et lavere energi- og vandforbrug samt fra besparelser på transportpersonale ved hjælp af automatisk transportsystem og mere kompakte sygehuse.
Change request-katalog	Et katalog, der lister, hvilke projektilpasninger der konkret kan gennemføres, hvis der fx opstår budgetproblemer.
"Det tredje øje"	En betegnelse for, at der bliver inddraget uvildige eksterne eksperter med særlig viden om styring af større byggeprojekter med revisionsmæssige kompetencer. Formålet med "det tredje øje" er, at regionerne får uvildige eksterne eksperter til at gennemgå projekterne i forhold til økonomi, tid, organisation, kvalitet og risikostyring.
Ekspertpanelet	Ekspertpanelet skal vurdere konkrete sygehusprojekter og indstille til regeringen, hvilke projekter der kan få tilskud fra Kvalitetsfonden.
Endeligt tilsagn	Med et endeligt tilsagn om tilskud godkendes projektplanen med en række betingelser. Betingelserne er fx, at der er fastsat et krav til effektivisering, og at regionerne overholder totalrammen og anvender de nødvendige midler til it og apparatur.
Fleksibilitet	Ekspertpanelet har 3 dimensioner for fleksibilitet. <i>Fleksibilitet:</i> Det skal være muligt at ændre i indretningen af bygningen, vægge mv. <i>Generalitet:</i> Der skal være brede anvendelsesmuligheder. <i>Elasticitet:</i> Det skal være muligt at bygge ud eller omvendt at mindske bygningen.
Forandringsprojekt	En strategisk og målrettet ændring af de fysiske og organisatoriske enheder.
Generelle produktivitetskrav	Består i, at sygehusene skal levere en højere aktivitet i form af fx flere behandlinger, uden at sygehusene får øget finansiering. De generelle produktivitetskrav indgår i de årlige aftaler mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi og har i flere år været på 2 % om året.
Hovedområder	Projekterne har fordelt effektiviseringerne på en række hovedområder, som fx kan være vagttag, logistik, it, sygefravær og vedligeholdelse.
Kvalitetsfonden	Fonden blev etableret som led i den daværende regerings kvalitetsreform fra 2007. Af fondens midler skal 25,5 mia. kr. bruges til statslig medfinansiering af investeringer i ny sygehusstruktur.
Organisatoriske effektiviseringer	De effektiviseringsgevinster, som kommer af, at bygningerne understøtter et reduceret sygefravær, bedre patientsikkerhed, optimeret logistik og nye it-systemer, centralisering af funktioner og fusioner samt optimerede patientforløb.

Programfase	I programfasen forbereder bygherren byggeriet på et overordnet niveau. Programfasen slutter med et projektforslag, som sætter de væsentligste ydre rammer i forhold til bl.a. dimensionerings- og designvalg.
Projektforslag	Projektforslaget fastlægger de funktionelle og kvalitetsmæssige krav til byggeriet, hvor dimensionerings- og designvalg er afgørende parametre.
Risikolog	Risikologgen opbevarer alle oplysninger om risici, analyser, reaktioner og status.
Risikostyring	Formålet med risikostyring er at minimere sandsynligheden for og konsekvensen af de risici, der kan få negativ indflydelse på en succesfuld gennemførelse af projektet.
Strukturelle effektiviseringer	De effektiviseringsgevinster, som kommer fra nedlæggelse af sygehusmatrikler, herunder besparelse på bygningsudgifter (husleje mv.) fra enheder, som flytter til det nye hospital.
Styringsmanual	En manual, der bl.a. fastlægger projekternes organisatoriske opbygning og ansvar og beskriver, hvordan centrale dele af byggeprocessen tilrettelægges og styres, herunder hvordan der løbende bliver fulgt op og rapporteret om fremdrift mv. Styringsmanualen bliver opdateret løbende.
Totaløkonomi	Totaløkonomi handler om at vælge den løsning, som samlet set bedst kan betale sig over hele bygningens levetid.
Udefunktion	Udefunktion betyder, at patienter bliver behandlet på et andet sted end hovedtjenestestedet.