



13-01-2009

Sag nr. 07/1791

Dokumentnr. 1566/09

Christina Carlsen

Tel. 3529 8221

E-mail: cca@regioner.dk

Danske Regioners bemærkninger til de anvendte forudsætninger i ekspertpanelets screeningsrapport

Ekspertpanelet vedr. sygehusinvesteringer fremlagde den 27. november 2008 rapporten: ”Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering”. I rapporten afgiver ekspertpanelet indstilling til regeringen om, hvilke projekter regeringen bør prioritere ved udmøntning af de første 15 mia. kr. fra Kvalitetsfonden.

Et meget væsentligt kapitel i screeningsrapporten vedrører ekspertpanelets dimensioneringsprincipper, herunder antagelser vedr. fremskrivning, kapacitetsudnyttelse, belægningsprocent, udnyttelsesgrader, arealstandarder, brutto/nettofaktor, og projektøkonomi, som panelet lægger til grund for tilpasning af regionernes projekter. Ekspertpanelet har i forhold til alle disse parametre anvendt en mere restriktiv tilgang end regionerne. Med udgangspunkt i et overordnet argument om anlæggelse af et forsigtighedsprincip ved dimensioneringen og en satsning på fleksibelt byggeri, foretages der på alle parametre en nedjustering i forhold til det af regionerne oplyste dimensioneringsgrundlag.

På baggrund af drøftelser med regionerne, har Danske Regioner følgende bemærkninger til screeningsrapportens kapitel 4:

Fremskrivning

Ekspertpanelet fastlægger en dimensionering med en generel forventet stigning i den ambulante aktivitet på ca. 50 pct. og en generel forventet reduktion i antal senge på ca. 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020.

I ”*Rapport med forslag til fælles forudsætninger i Regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter*” udarbejdet for Danske Regioner, henvises der til Folkesundhedsrapporten fra 2007, der viser, at den registrerede ambulante aktivitet på de danske sygehuse er øget med ca. 100 pct. i løbet af de seneste 10 år. En del af stigningen skyldes omlægning fra stationær til ambulant aktivitet, og en del skyldes omlægning af registreringspraksis for deldøgnspatienter.

Der henvises i rapporten til tal fra Statens Institut for Folkesundhed der ved en lineær fremskrivning af demografi og sygelighed viser en vækst i ambulante forløb på 80 pct. i perioden 2005 til 2029, ligesom Sundhedsstyrelsens ratetal indikerer en årlig vækst på ca. 5 pct. for perioden 1997 til 2004. Endelig skal det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i den igangværende specialplanlægning anbefaler, at man fremskriver med den historiske udvikling.

I rapporten udarbejdet for Danske Regioner, foreslås med udgangspunkt i en række fælles forudsætninger ved fremskrivning af den ambulante aktivitet en fremskrivning på årligt 5 pct. for perioden 2007 til 2018, idet der ikke er tegn på, at den teknologiske og behandlingsmæssige udvikling vil afvige fra den historiske udvikling. Det anbefales videre, at forudsætningerne ikke sættes for lavt, og at kapaciteten kan imødekomme en stigning i størrelsesordenen 75-100 pct. i et 15-20 årligt perspektiv. Regionerne har alle - i et eller andet omfang - taget afsæt i Danske Regioners rapport, korrigeret for regionale forhold - såsom særlige demografiske udfordringer, sundhedstilstand m.v.

Danske Regioner har følgende bemærkninger i forhold til panelets fremskrivning af den ambulante aktivitet på 50 pct. for perioden 2007 til 2020:

- En undervurdering af den ambulante vækst kan føre til, at nogle sygehusprojekter – når de tages i brug om 10 år – allerede er underdimensionerede. Panelets forudsætning om en 50 pct. vækst skaber en risiko for, at den ambulante kapacitet bliver en flaskehals med deraf følgende vanskeligheder med at realisere konverteringen af indlagte patienter til ambulante.
- Der henvises til, at en realvækst betragtning, som tilsiger et behov ud over demografien på grund af epidemiologiske forhold - såsom længere levetid med kroniske sygdomme, øget efterspørgsel m.v. - erfaringsmæssigt er relevant, jfr. bl.a. Folkesundhedsrapporten og norske Sintef.

- Der er ikke i tilstrækkeligt omfang taget højde for specifikke regionale forhold, hvilket i nogle regioner kan betyde en underdimensionering af byggeprojekterne.
- Der opfordres til, at der længere henne i projekteringsfaserne bliver mulighed for at lave ændringer i fremskrivningerne, såfremt den faktiske udvikling bliver anderledes end forudsat af panelet.

Reduktion i antal senge

Ekspertpanelet forudsætter et fald i antal senge på ca. 20 pct. i perioden fra 2007 til 2020.

Danske Regioner skal bemærke følgende i relation til panelets antagelse om en reduktion i antal senge på 20 pct.:

- Faldet i antal senge, som ekspertpanelet forudsætter i de kommende år, begrundes i den historiske udvikling, hvor en del stationær behandling er konverteret til ambulante behandling, ligesom der er sket en effektivisering af indlæggelsesforløbene. Det påpeges, at denne effektivisering bl.a. skyldes, at nogle efterundersøgelser i ambulatoriet har erstattet indlæggelsesdage. For at kunne matche faldet i senge, må kapaciteten i ambulatoriet udvides svarende til den historiske udvikling, hvilket netop var anbefalingen i Danske Regioners rapport.
- Der er en anerkendelse af, at det på landsplan formentlig er korrekt at operere med et fald i antal senge. Der skal dog tages højde for regionale forskelle, som afspejler udgangssituationen, de lokale demografiske forhold samt den fremtidige sygehusstruktur.
- Det vurderes ikke som realistisk at opnå en samlet reduktion af sengebehovet på 20 pct. Eksempelvis påpeger Region Syddanmark, at man i den forløbne årrække har gennemført betydelige omlægninger, herunder etablering af akutte medicinske modtageafsnit, børnemodtagelse og udbygning af samme-dags-kirurgiske funktioner – som på flere områder har medført en stor reduktion af liggetiden. Hvis man skal nå en samlet reduktion i sengebehovet på 20 pct., vil det betyde at den gennemsnitlige liggetid skal reduceres med yderligere 35 pct. frem til 2020 i forhold til de foregående år.

- Der opfordres til, at der længere henne i projekteringsfaserne bliver mulighed for at lave ændringer i fremskrivningerne, såfremt den faktiske udvikling bliver anderledes end forudsat af panelet.

Arealstandarder (enestuer)

Ekspertpanelet finder, at der bør fastlægges en arealstandard for enestuer på 33-35 m².

I rapporten "*Analyse af "standardniveauet" for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri*" udarbejdet for Danske Regioner af arkitektfirmaet C.F. Møller, peges der på en arealstandard for enestuer på 40 m². Denne arealstandard sikrer, at arbejdsmiljøregler og myndighedskrav kan imødekommes og tager højde for forventningen om mere plejetunge patienter i fremtiden.

Regionerne udtrykker overordnet bekymring for, at ekspertpanelets anbefaling til arealstandard vil have en række uheldige konsekvenser i forhold til fleksibilitet, herunder at man på forhånd dimensionerer for småt og derved ikke fremtidssikrer byggerierne.

- Der skal i dimensioneringen af enestuer tages højde for, at sengestuerne i fremtiden vil skulle anvendes til særdeles plejekrævende patienter med lav mobilitet, herunder terminalpatienter, særligt observationskrævende patienter, store og tunge patienter, samt tilbud om overnatning til pårørende ved svært og/eller langvarigt syge patienter. Dette forudsætter ofte mere udstyr og mere personale på stuerne.
- Ekspertpanelets anbefaling til arealstandard for enestuer og en eventuelt differentieret tilpasning af sengene til individuelt tilpassede sengeafsnit, vil kunne medføre et fleksibilitetstab. Det er med andre ord kortsigtet at bygge små enestuer, da det vil være både vanskeligt og omkostningskrævende at udvide driftslokalernes størrelse efterfølgende.
- Selvom højere arealstandarder – alt andet lige – umiddelbart vil resultere i en højere anlægsøkonomi, gælder dette ikke nødvendigvis i forhold til totaløkonomien, idet der med enestuer af en fornuftig størrelse vil kunne spares areal til undersøgelses- og samtalerum, decentrale terapirum, rum til pårørendeovernatning m.v. Besparingspotentialet på øvrige funktioner indgår da også i regionernes dimensionering.

- Ekspertpanelet henviser til de norske sygehuse, hvorfor det først og fremmest skal understreges, at arbejdsmiljøregler er vejledende i Norge, mens de i Danmark er bindende. Det bør derfor afklares, hvorvidt danske arbejdsmiljøkrav og øvrige myndighedskrav kan overholdes inden for den arealstandard, der anbefales af ekspertpanelet.
- I forhold til Norge kan det bemærkes, at man i forbindelse med Ahus i Oslo havde sat en arealramme for enestuer på knap 30 m². Selvom ønsket var at lave enestuer, var det – selv efter norske forhold – ikke muligt at indrette enestuer. Personalefaciliteterne blev meget små, ligesom der ikke blev plads til møde/konference- og uddannelseslokale. Man endte med andre ord med et byggeri, der ved ibrugtagning faktisk var utidssvarende.

Brutto/nettofaktor

Ekspertpanelet finder, at en brutto/nettofaktor på 2,0 for nybyggeri i somatikken er passende, mens en brutto/nettofaktor på 1,8 anbefales for psykiatrien, idet panelet henviser til, at der her vil være et væsentligt mindre behov for teknik m.v.

I rapporten; *”Analyse af ”standardniveauet” for fælles regionale arealstandarder for sygehusbyggeri”* udarbejdet for Danske Regioner af arkitektfirmaet C.F. Møller, peges der på en brutto/nettofaktor på 2,1, hvilket begrundes i analyser af en række nyere sygehusprojekter og teknikarealreservens store betydning for fleksibilitet og fremtidssikring af sygehusbyggeriet.

Der er ikke i Skandinavien realiseret/gennemført nyere sygehusbyggerier med en faktisk brutto/nettofaktor på 2,0. Dette illustreres af følgende eksempler:

- I forhold til Nye Ahus i Oslo var brutto/nettofaktor på 1,97 i dimensioneringsfasen. Ved færdiggørelse af byggeriet var brutto/nettofaktoren vokset til 2,17.
- Sct. Olav i Trondheim, fase 1 og 2, er gennemført med en brutto/nettofaktor på henholdsvis 2,19 og 2,06.
- I forhold til det nye Rikshospital i Oslo opereres der med en brutto/nettofaktor på 2,49.

Kapacitetsudnyttelse

Side 6

Ekspertpanelet foreslår, at effektiviteten i ambulatorier øges til 245 dage med en effektiv udnyttelse på 7 timer pr. dag.

Regionerne har anvendt den fremskrivningsmodel der anbefales i ”*Rapport med forslag til fælles forudsætninger i Regionernes fremskrivningsmodeller for sygehusprojekter*”, som er udarbejdet til Danske Regioner af en arbejdsgruppe bestående af rådgivere for regionerne. I denne fremskrivningsmodel opereres der med, at alle ambulatoriumrum udnyttes ca. 75 pct. af åbningstiden, hvilket med en åbningstid på 8 timer betyder, at den effektive patienttid vil være på 6 timer pr. åbningsdag 220 dage om året. Øvrig tid er tid mellem konsultationer og lægetid uden patient m.v.

Forslaget i Danske Regioners rapport indebærer reelt en meget stram planlægning, idet driften i et ambulatorium eller en operationsstue forudsætter, at der mellem de enkelte patienter altid vil være en skiftetid, som varierer fra ambulatorium til operationsstuer. Endvidere bliver kapaciteten sat ned over en længere ferieperiode i sommertiden, op til højtider m.v., når personalet afvikler deres ferie. Derudover skal der tages højde for frokostpauser, hvilket betyder at ambulatorium lukker på skift, ligesom der foregår uddannelsesaktiviteter, kongresser, mødevirksomhed m.v. som betyder, at den effektive udnyttelsestid i ambulatorierne må tilpasses hertil.

Danske Regioner skal bemærke følgende:

- Panelets forslag om en udvidelse af ”åbningstiden” til 245/7 svarer reelt til, at der skal være fuld aktivitet stort set samtlige hverdage hele året rundt. Regionerne peger på, at det erfaringsmæssigt er vanskeligt at opretholde fuld drift i ferieperioder, både i forhold til personalet og patienterne, som ofte ønsker at få behandlingerne udskudt.
- Sundhedspersonalet er en knap ressource og en længere daglig driftstid kan betyde endnu større rekrutteringsproblemer på området end der er i forvejen.
- Den udvidede åbningstid kan betyde øgede driftsudgifter, idet personalet skal have ekstra betaling for forskudt arbejde og idet den udvidede åbningstid vil have en afsmittende virkning på en række andre funktioner på sygehuset, som tilsvarende skal udvide åbningstiden.

- Regionerne peger på, at ekspertpanelet i sin vurdering af kapacitetsudnyttelsen mangler at medtænke væsentlige faktorer - såsom arbejdstilrettelæggelse, deltid, manglende lyst til overarbejde, og de aktuelle og fremtidige rekrutteringsproblemer. I praksis er disse faktorer afgørende og determinerende for regionernes muligheder for at leve op til panelets forudsætninger for kapacitetsudnyttelsen.

Fleksibilitet

Ekspertpanelet gør gældende, at den generelle usikkerhed om fremtidens behandlingsformer og sygehusstruktur tilsiger tilbageholdenhed i dimensioneringen, og at der i stedet skal satses på fleksibelt byggeri.

I relation hertil kan man tale om fleksibilitet i byggeriet og fleksibilitet i forhold til den fremtidige planlægning og organisering. Fleksibilitet i byggeriet kan i denne sammenhæng kort betegnes som muligheden for hurtigt og billigt at kunne ændre indretning og funktion i rum, såfremt udviklingen tilsiger en ændring heraf. Fleksibilitet i forhold til den fremtidige planlægning og organisering, relaterer sig eksempelvis til muligheden for på sigt at rumme nedlæggelse af andre sygehuse, matrikler og/eller afdelinger.

Man kan opnå fleksibilitet og fremtidssikring på en række måder - eksempelvis ved – så vidt muligt – at standardisere rumstørrelser og opbygningsprincipper, således at fleksibiliteten til senere ændringer og tilpasninger fastholdes. Derudover kan man sikre fleksibilitet ved at fremtidssikre forsyninger, el, ventilation m.v., således at det er forholdsvis nemt og billigt at udvide kapaciteten.

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

- Med den økonomiske totalramme, reducere af arealer, og de kvadratmeterpriser der forudsættes af ekspertpanelet, levnes der ikke mulighed for at tage hensyn til den foreslåede fleksibilitet, idet den - jfr. eksemplerne ovenfor - jo netop forudsætter en investering, der ikke umiddelbart kan begrundes i den planlagte, første anvendelse af rummet.

- Ekspertpanelets forudsætning om, at man i enestuerne vil kunne behandle patienterne på stuen, og dermed spare behandlingsrum er fornuftig. Dette forudsætter imidlertid, at rummene er grundstykket på el og ventilation, og er dimensionerede til at kunne rumme udstyr, herunder mere udstyr end sædvanligvis.
- Den fleksibilitet som ekspertpanelet rimeligt anbefaler, forudsætter en større økonomisk ramme end det angivne, idet senere om- og tilbygningsprojekter vil være dyrere, samtidig med at de vil gribe ind i den daglige drift.
- Hvis der er en underdimensionering af byggerierne allerede fra ibrugtagning, vil man muligvis søge at løse dette ved på sigt at bygge supplerende tilbygninger. Udover de ovenfor nævnte faktorer, vil dette også indebære en reel risiko for at miste den logistiske sammenhæng i sygehuset. En sammenhæng som også panelet anerkender, er kritisk for den daglige drift og driftsøkonomien.
- Der kan således godt være fornuft i at bygge stort, og særligt i en situation, hvor panelet også forudsætter, at der skal nedlægges flere matrikler over en årrække. Det betragtes som yderst problematisk, at ekspertpanelet på den ene side forudsætter/kræver en række sygehuse nedlagt, men på den anden side beskærer de projekter/sygehuse, der i givet fald skulle kunne tage over fra de nedlagte sygehuse.

Økonomiske forudsætninger – pris for nybyggeri, om- og tilbygning samt modernisering

Ekspertpanelet forudsætter et prisniveau på samlet maksimalt 29.000 kr./m² (totalpris inklusiv apparatur) for byggeri af universitetshospitaler på bar mark/barmarkslignende projekter. For øvrige nybyggerier forudsætter panelet en pris på 27.000 kr./m² (totalpris inklusiv apparatur). For psykiatrien forudsætter panelet en pris på 22.000 kr./m². I forhold til ombygningsudgifterne vurderer panelet, at disse vil variere afhængigt af den konkrete sammensætning af ombygning og reovering, hvorfor panelet har foretaget en generel reduktion af de oplyste udgifter på 20 pct.

Regionerne har i processen oplyst forventede totaludgifter/kvadratmeterpriser, der i alt overvejende grad ligger over det panelet forudsætter.

I relation hertil skal følgende bemærkes:

Side 9

- Det anbefales, at der ved prissætning af fremtidige, ikke færdigt planlagte byggerier, anvendes overordnede overslagspriser, der kan rumme det manglende detail-kendskab til projekter, samt de ikke afdækkede risici.
- Det anføres, at det for flere regioner vil være vanskeligt at gennemføre moderne hospitalsbyggerier til de kvadratmeterpriser der anbefales af panelet, da der i fremtidens byggeri vil være betydelige højere krav til fleksibilitet, ny teknologi, bæredygtige løsninger og lave vedligeholdelsesomkostninger. Dette medfører en højere kvadratmeterpris, som tjenes hjem gennem driftsbesparelser.
- Der opfordres til, at man også i de tidlige stadier af byggeprojekterne prisfastsætter disse på en realistisk måde, således at der hverken sker en underkalkulation eller en overkalkulation. Dette er i øvrigt også i overensstemmelse med den af KPMG udarbejdede rapport for Danske Regioner om ” Økonomisk styring af større anlægsprojekter/sygehusbyggerier”, der bl.a. har til hensigt at sikre, at beslutningsgrundlaget indeholder en realistisk budgetlægning og risikoafdækning.
- Der opfordres til at lade en ekstern instans vurdere prisniveauet, hvorefter denne vurdering kan danne grundlag for den videre beslutning.