

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 29.11.2013
Sakhandsamar: **Ivar Eriksen**
Saka gjeld: **Rapport om etablering av eit helseføretak for sjukehusplanlegging**

Arkivsak
2013/132
Styresak 150/13 B

Styremøte 19.12. 2013

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Vest RHF vil ovanfor Helse- og omsorgsdepartementet tilrå at dersom det blir gjort vedtak om å etablere eit helseføretak for sjukehusplanlegging, må det gjennomførast ytterlegare utgreiingar særleg på områda organisering, oppgåver og ansvar, bemanning og gevinstar.
2. Inntil eit eventuelt helseføretak er etablert vil styret tilrå at RHF-a vidareførar utvikling av det interregionale eigedomsforum som blei etablert ved årsskiftet 2012/2013, med dei oppgåver som går fram av rapporten side 9 – 10.

Oppsummering

Ei prosjektgruppe med deltakarar frå kvar helseregion samt to representantar frå dei konserntillitsvalde har levert ein rapport om etablering av eit eige helseføretak for sjukehusplanlegging.

Administrerande direktør er av den vurdering at rapporten ikkje gir eit godt grunnlag for oppretting av eit eige helseføretak for sjukehusplanlegging og meiner primært at rapporten burde vore sendt tilbake til prosjektgruppa for vidare arbeid.

Administrerande direktør vil ikkje tilrå at det på det noverande tidspunkt blir etablert eit felleseigd selskap innanfor egedomsområdet. I staden bør ein fokusere på å få satt i drift og vidareutvikle det interregionale egedomsforum som blei etablert ved årsskiftet 2012/2013 og som ein per dato har sett få resultat av. Organisering og drift etter modell får Nasjonal IKT kan vere ein aktuell tilnærming, og spørsmålet om å etablere verksemda som ein eigen juridisk eining vil kunne kome som eit resultat av ei gradvis utvikling.

Fakta

Bakgrunn

I føretaksmøta med dei regionale helseføretaka 30. januar 2013, blei det gjort vedtak om å gi dei regionale helseføretaka i oppdrag å "... utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF."

I føretaksprotokollen heiter det at det skal utgreiast:

"..... etablering av et nasjonalt helseforetak for planlegging, utvikling og drift av sykehusbygg. Kunnskap om forvaltning og drift er en forutsetning for å kunne planlegge gode nye sykehusbygg. Et nytt nasjonalt foretak skal bistå i kunnskapsoverføring mellom helseforetak, i utvikling og forvaltning av eiendomsmassen og planlegging av byggeprosjekter. Foretaket skal videre ha ansvar for å utarbeide og vedlikeholde metoder og verktøy for strategisk analyse på området. Utredningen skal bygge på eksisterende samarbeid innen eiendomsområdet. Etablering av foretaket skal ikke endre etablerte eier- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eiendommene. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet. Departementet skal delta som observatør. Utredningen skal være ferdigstilt innen 1. oktober 2013."

For å gjennomføre utgreiinga etablerte RHF AD-møte 18. mars 2013 ei prosjektgruppe med to deltakarar frå kvar region samt to representantar frå dei konserntillitsvalde. Prosjektgruppa har vore leia av Helse Sør-Aust RHF.

Prosjektet hadde i utgangspunktet frist til 1. oktober 2013 med å ferdigstille rapport for oversending til Helse- og omsorgsdepartementet. Fristen blei i september forlenga fram til 20. desember 2013.

Hovudaktivitetar/tenester for eit eventuelt føretak

I rapporten blir det peika på desse områda som aktuelle med tanke på etablering av eit føretak for planlegging og utvikling av eigedomar:

- Aktiviteter for felles nytte i spesialisthelsetenesta som etablerer standardar, løysingar, system og hjelpemiddel som alle helseføretak vil ha nytte av, jf. kapittel 4 i rapporten.
- Tenester som er retta mot enkeltprosjekt i helseføretaka for å sikre overføring av kunnskap mellom prosjekter, jf. kapittel 5 i rapporten,
 - o dels ved å tilføre og hente kunnskap til og frå dei byggeprosjekt som blir gjennomførte (pkt. 5.1)
 - o dels ved å kunne tilby meir prosjekttretta tenester – det vil seie at føretaket kan delta med spisskompetanse eller avlaste kapasitet direkte inn i det enkelte prosjekt (pkt. 5.2)

Overføring av kunnskap

Rapporten tilrår at etablering av eit føretak for sjukehusplanlegging bør skje ved at føretaket blir tilført ressursar for å utføre ein del generelle og felles aktivitetar innanfor standardisering, tilrettelegging for benchmarking, kunnskapsformidling med vidare. Dette gjeld både i planleggings- og driftsfasen av sjukehusprosjekt. Desse aktivitetane er føreslått finansiert via ein basisfinansiering, tilført av oppdragsgivarane (eigarane av føretaket).

Vidare skal føretaket kunne tilføre og innhente kunnskap til byggeprosjekt som helseføretaka gjennomfører, ved at føretaket har personell med spisskompetanse som deltar på forskjellige måtar i prosjekta, avhengig av behov.

I rapporten blir det tilrådd at i alle prosjekt over ein viss storleik skal det nyttast personell frå føretaket, med eit minimumsomfang som er tilstrekkelig for tilfredsstillande og tovegs kunnskapsoverføring. Dette blir tilrådd som obligatorisk, men prosjektfinsiert og gjeldande for alle fasar i eit prosjekt. Vidare er det lagt opp til ein frivillig bruk av personell frå helseføretaket for bemanning av prosjekt. Dette er grunngjeve med at helseføretaka i varierende grad har eige personell for gjennomføring av prosjekt. På denne måten vil føretaket kunne vere involvert i prosjekt i varierende omfang, frå den obligatoriske minimumsløysinga til at det kan bemanne og ta fullt ansvar for heile prosjektet dersom det er ønskeleg.

I rapporten heiter det at den beste måten å overføre kunnskap (mellom prosjekt og føretak, og frå prosjekt til prosjekt), er ved at planleggingsføretaket har personell med spisskompetanse som kan inngå operativt i dei enkelte prosjekt. På denne måten vil desse spesialistane ikkje berre skaffe seg førstehands kunnskap, men dei vil også opparbeide seg realkompetanse gjennom å arbeide i prosjekta. Samtidig kan dei dele denne kunnskapen både internt i føretaket og ut mot andre prosjekt seinare slik at det ikkje bare er kunnskap som kan overførast mellom prosjekt, men også operativ kompetanse. Det blir derfor tilrådd at planleggingsføretaket i tillegg til å utvikle og forvalte relevant kunnskap, metodar og verktøy for alle fasar i livsløpet til ein eigedom, også tilbyr kompetent personell som kan arbeide direkte i enkeltprosjekt - i samsvar med det som er omtala i kapittel 5.2 i rapporten.

Bemanning og rekruttering

Det er gjort ein vurdering med omsyn til bemanning av føretaket. Denne konkluderer med at det må vere ein viss grunnbemanning for å utføre basisaktivitetane i føretaket (basisfinansierte), og at det må vere tilstrekkelig bemanning til å følgje alle pågåande prosjekt som fell inn under den obligatoriske deltakinga i prosjekt.

Sidan det er lagt opp til at det skal vere frivillig for helseføretaka å oppbemanne prosjekt utover den obligatoriske involveringa av planleggingsføretaket, vil tal tilsette i planleggingsføretaket knytt til frivillige tenester vere behovsstyrt. Det er likevel lagt opp til at det må vere ein kritisk mengde av tilsette i planleggingsføretaket slik at bemanninga er i stand til å yte etter pålegg og forventningar.

I rapporten blir det estimert ein storleik på bemanninga, men det blir også tilrådd at oppbemanning skal skje suksessivt og i forhold til etterspørsel.

Som eit utgangspunkt blir det i rapporten sagt at ein treng om lag 25 personar for å kunne utføre dei obligatoriske basisaktivitetane. Bemanning som skal følgje prosjekt på obligatorisk basis, blir stipulert til 5 – 10 personer som eit minimum. Ein vidare oppbemanning kan skje etter helseføretaka sin frivillige bruk av desse ressursane, og kan bli mykje høgare dersom desse ressursane blir erstatta av innleigd personell.

Nokre av aktivitetane som er tenkt lagt til føretaket tilseier at det blir rekruttert spisskompetanse som i dag ikkje er representert i helseføretaka, men for ein stor del er innleigd. Desse er i forslaget tenkt tilsett. Vidare er det lagt til grunn at personell som går over frå helseføretaka til det nye føretaket skal gjere det på frivillig basis, og med bakgrunn i planleggingsføretaket sitt behov for kapasitet. Det kan også vere at tilsette i helseføretak får tilsettingsforhold i det nye føretaket, men er geografisk knytt til det helseføretaket der vedkommande var tilsett. Overføring av personell til planleggingsføretaket er ikkje vurdert til å kome innanfor regelverket om verksemdoverdraging.

I rapporten er det sagt at ei auke av tal tilsette samanlikna med korleis det er i dag, vil måtte sjåast i samanheng med ein reduksjon i kjøpte eksterne tenester. Det er lagt til grunn at kostnadene ved eit

planleggingsføretak knytt til generelle og felles aktiviteter, blir rammefinansiert frå eigarane av føretaket. Alle prosjektrelaterte tenester skal bli belasta prosjekta som i dag.

Gevinstar

Med omsyn til gevinstante ved oppretting av eit føretak for sjukehusplanlegging peiker rapporten i første rekke på gjenbruk av løysingar, standardisering, bruk av felles verktøy og system, unngå dobbelt arbeid, reduksjon i kjøp av eksterne tenester, eigarskap til eigne data og løysingar, lettare tilgang på beste praksis, samt målretta utviklings- og forskingsoppdrag.

I tillegg er det peikt på at føretaket vil ha dei beste føresetnader for å planlegge og bygge effektive sjukehusbygg, og bruke erfaringane frå dei beste bygga for å leggje til rette for ei meir effektiv kjerneverksemd.

Risiko

I rapporten er det sagt at risikoen ved å opprette eit helseføretak for sjukehusplanlegging først og fremst er knytta til om føretaket relativt raskt kan bli bemanna opp til ein viss minimumskapasitet, og om føretaket svarar opp etterspørsel både på basisoppgåver og tenesteyting på førespurnad får helseføretaka.

Vidare heiter det at det også vil knytte seg ein risiko til om helseføretaka vil etterspørje tenester frå planleggingsføretaket, utover det minimumskravet som er satt for å sikre gjensidig erfaringsoverføring.

Det er i rapporten peika på at dei risiki som er omtala kan reduserast ved at dei regionale helseføretaka tildeler planleggingsføretaket oppgåver, og at helseføretaka får pålegg om å etterspørje tenester.

Organisasjonsform

Det er utgreia to ulike organisasjonsformer. Det eine alternativet er eit helseføretak (HF), organisert etter tilsvarende modell som til dømes Helsetjenestens driftsorganisasjon, HDO, som blei etablert etter våren 2013. Dette er eit tradisjonelt føretak med eige styre, der tilsette sin medbestemmelse blir ivareteke på vanleg måte, med styremedlemer valde av og blant dei tilsette i selskapet.

Det andre alternativet er eit prosjektprogram, der summen av ulike enkeltprosjekter til saman iverksetter ein overordna strategi. Dette vil i praksis innebere ein vidareføring av gjeldande samarbeid i Interregionalt Eiendomsforum. Det er i rapporten uttala at alternativet med eit prosjektprogram vil medføre utdelte styringsstrukturer og eit unødig omfattande avtaleverk, og det blir derfor ikkje tilrådd av prosjektgruppa.

Prosjektgruppa sine overordna konklusjonar og tilrådingar

I rapporten blir det gjort tilråding om at det blir etablert eit planleggingsføretak, organisert som eit helseføretak (HF) i samsvar med helseføretakslova, eigd i fellesskap av dei fire regionale helseføretaka, og med en desentral organisasjonsmodell. Planleggingsføretaket skal ha eit aktivitetsomfang og tenestetilbod som omtalt i punktane 4.1, 5.1 og 5.2 i rapporten.

Dissenser i prosjektgruppa

Rapporten beskriver etablering av eit helseføretak med et omfang på aktiviteter og tenester som prosjektgruppa kunne vere samde om.

Prosjektgruppa har likevel hatt ulikt syn på om føretaket sine tenester skulle vere obligatoriske å bruke, og kor omfattande desse tenestene skulle vere. Prosjektgruppa var delt i synet på om ein bør gå lenger i retning av ein samordning innanfor eigedomsverksemda i spesialisthelsetenesta enn det rapporten legg opp til.

Representantane frå *Helse Midt-Noreg* og *Helse Sør-Aust* var av den oppfatning at dersom det skal etablerast eit helseføretak for planlegging av utvikling av sjukehus, så bør alle prosjekt over ein viss storleik (eventuelt andre kriterier) bli bemanna frå føretaket, og føretaket må kunne ta fullt byggherreansvar i gjennomføringsfasen av prosjekt. Det var ein føresetnad at dette skulle vere ein obligatorisk teneste.

Helse Vest og *Helse Nord* var ikkje samde i dette, men støtta at føretaket må ha tilstrekkelig bemanning til å kunne utføre basisaktivitetar og kunnskapsoverføring mellom prosjekt, og med tilstrekkelig kapasitet

til å kunne utføre obligatoriske oppgaver på ein god måte. Eventuell bemanning utover dette må vere behovsstyrt inn mot dei helseføretak som vel å nytte seg av føretaket i sine prosjekt.

Med omsyn til aktivitetsomfang, frivilligheit og organisasjonsform, hadde *konserntillitsvald Svein Øverland* følgjande syn på rapporten sine konklusjonar:

Planleggingsforetaket bør være et mindre miljø for analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt rådgivning - uten byggherrefunksjonen. Oppgavene begrenses til oppgaver som man er enig om å gjøre felles og som rammefinansieres.

Vedrørende grad av frivillighet for bruk av foretakets tjenester anføres at spørsmålet om frivillighet ikke er relevant da det forutsettes at oppgavene begrenser seg til fellesoppgaver man er enige om; jfr. punktet over om aktivitetsomfang.

Vedrørende valg av organisasjonsform anføres at sykehusbygg er svært teknisk komplekse formålsbygg hvor både utvikling, vedlikehold og drift må skje i egenregi og må ligge under en helhetlig lokal ledelse og eierskap. I denne utredningen oppfattes at man overdriver gevinster ved en relativt stor organisasjon som egen juridisk enhet og overdriver ulemper ved prosjektprogram.

Ad organisasjonsform:

Primært støttes prosjektprogram/ kompetansesenter i samarbeid mellom regionene jfr. enstemmig rapport fra 2012. Sekundært støttes et HF med oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt rådgivning - ikke byggherrefunksjon, men med en betydelig mer nøktern bemanning enn skissert i utredningen.

Kommentarar

Administrerende direktør er av den vurdering at den føreliggande rapporten ikkje gir eit godt grunnlag for oppretting av eit eige helseføretak for sjukehusplanlegging og meiner primært at rapporten burde vore sendt tilbake til prosjektgruppa for vidare arbeid. I møte med dei administrerende direktørane i dei regionale helseføretaka 18. november 2013 tok Helse Vest RHF til ordet for ei slik førebels konklusjon. Helse Sør-Aust RHF og Helse Midt-Noreg RHF var ikkje samde i dette, og dei har vald å tilrå ovanfor sine respektive styre at rapporten blir oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet som svar på det oppdrag som blei gitt i føretaksmøtet i januar 2013. Helse Nord RHF slutta seg til Helse Vest sitt standpunkt.

Utgangspunktet for at Helse Vest og Helse Nord føreslo at rapporten skulle sendast tilbake, og at rapporten ikkje bør overleverast til departementet slik den no ligg føre er følgjande:

1) Organisering som nettverk

Det er ikkje gjennomarbeidd godt nok kva resultat ein kan oppnå ved organisering av nettverksmodell.

Nasjonal IKT har vore organisert som nettverk frå starten i 2002/2003 og fram til i dag. Resultata er gode, og ein opplever at det har vore nyttig å gå via denne fasen før etablering av ein juridisk eining.

Det interregionale eigeomsforum som blei etablert ved årsskiftet 2012/2013, har til no levert svært lite, og har mangla struktur. Med betre leiing og struktur burde dette nettverket kunne levere heilt andre resultat.

2) Oppgaver og ansvar for eit HF

Det er ein klar premiss i føretaksprotokollen at etablering av eit planleggingsføretak ikkje skal endre etablerte eigar- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eigeomane. Dei oppgåvene som er omtala i kapittel 4.1 og som gjeld aktivitetar for felles nytte på eigeomsområdet, utfordrar ikkje denne premissen og framstår som oppgåver regionane med fordel skal samarbeide om. Dersom ein gjer vedtak om at det skal vere obligatorisk for helseføretaka å nytte tenester levert frå planleggingsføretaket/nettverket relatert til konkrete utbyggingsprosjekt, så utfordrar ein imidlertid ansvarssituasjonen. Det er administrerende direktør si vurdering at rapporten på dette punkt er uklar, og den burde vore gjennomarbeidd på ny for å rydde vekk tvil i forhold til denne problemstillinga. Det same gjeld også oppgåva omtala

i kapittel 4.1 pkt 5 der føretaket er tenkt å ha ein direkte rolle mot ulike myndigheitsorgan. Det vil vere problematisk.

Det er i rapporten peika på nokre risiki ved ein etablering av eit helseføretak for sjukehusplanlegging. Det er mellom anna peika på om ein evnar å bemanna opp føretaket relativt raskt til ein viss minimumskapasitet, og om føretaket vil evne å svare opp etterspørsel både på basisoppgåver og tenesteyting på førespurnad frå helseføretaka. Det er i rapporten sagt at risiko kan reduserast ved at dei regionale helseføretaka gir planleggingsføretaket oppgåver, og at helseføretaka får pålegg om å etterspørje tenester. Igjen er det grunn til å peike på at ei slik tilnærming vil utfordre ansvarsforholdet på same måte som nemnt ovanfor.

3) Organisering - bemanning

Rapporten sine vurderingar knytt til bemanning burde det også ha vore arbeidd vidare med. Sjølv om det er sagt at oppbemanning av føretaket skal skje suksessivt, er vurderinga at dei anslaga som er gitt er høge. Det er vanskeleg å sjå for seg korleis ein skal argumentere for og forsvare ei så massiv oppbygging relatert til eiedomsområdet utan at det klårare kjem fram at dette vil gi vesentlege gevinstar. Administrerende direktør vil i denne samanheng understreke at rapporten er svak med omsyn til spørsmålet om gevinstar, og den burde hatt ei mykje tydelegare omtale av aktuelle gevinstar og korleis ein tenkar å realisere desse.

Med omsyn til bemanning er det også vanskeleg å sjå for seg kor desse skal rekrutterast og om ei modell der dei tilsette er geografisk fordelt slik det er omtala i rapporten er hensiktsmessig. Også på dette punkt er rapporten mangelfull og utydeleg. Slik administrerende direktør vurderer det er det få tilsette innanfor bygg- og eiedomsområdet i Helse Vest, om nokre i det heile, som helseføretaka kan avsjå til eit slikt føretak. Oppbygging av føretaket vil for Helse Vest derfor innebære ei vesentleg oppbemanning. Skal ein gjere det må det vere openbart at dette er knytt opp mot vesentlege gevinstar.

Etter Helse Vest og Helse Nord sitt syn, vil det vere svært krevjande å basere seg på ein desentral organisering, med tilsette plassert rundt på ulike sjukehus/helseføretak. Dersom desse skulle ivareta fortløpande driftsoppgåver kunne dette fungert, men truleg ikkje relatert til enkeltprosjekt knytt til utbygging av sjukehus.

Oppsummert ønsker både Helse Vest og Helse Nord ein grundigare gjennomgang av mellom anna problemstillingane over, før ein konkluderer i forhold til organisasjonsform.

Konklusjon

Administrerende direktør finn det uheldig og lite egna til å utvikle ei verksemd i fellesskap og på tvers av regionane, når det er sprik mellom regionane i synet på korleis verksemda skal byggjast opp og kva oppgåver det skal ha. Når dei regionale helseføretaka blir bedt om å gi ei tilrådinga til Helse- og omsorgsdepartementet, må ein sjå til at det blir utarbeidd ei tilråding alle kan samlast om. Det er ikkje situasjonen i denne saka.

Med bakgrunn i det som går fram av saka vil administrerende direktør tilrå at styret ikkje sluttar seg til rapporten. Administrerende direktør vil ikkje tilrå at det no blir etablert eit felleseigd selskap innanfor eiedomsområdet. I staden bør ein fokusere på å få satt i drift og vidareutvikle det interregionale eiedomsforum som blei etablert ved årsskiftet 2012/2013, jf. omtale i rapporten side 9 – 10, og som ein per dato har sett få resultat av. Forumet sine oppgåver skulle vere å løyse felles utfordringar, formidle erfaringar frå store byggeprosjekt, ta i bruk nyvinningar som er utarbeidd gjennom forskingsprosjekt samt etablere og drifte felles databasar. Organisering av dette nettverket etter modell får Nasjonal IKT kan her vere ein aktuell tilnærming, og spørsmålet om å etablere verksemda som ein eigen juridisk eining vil kunne kome som eit resultat av ei gradvis utvikling.

For det tilfelle at det skulle bli gjort vedtak om etablering av ei juridisk eining no, vil administrerende direktør tilrå at det blir gjort ei ny gjennomgang av kva oppgåver som skal leggjast til føretaket.

Vedlegg:

Rapport – «Utredning av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging.