

Rigsrevisionen

Att. Claus Vejlø Thomsen og Tine Giøe Petersen



## **Høringssvar til Rigsrevisionens udkast til beretning om Sygehusbyggerier II**

Dato 22.08.2013

Jane Vestergaard Brandstrup

Tel. +45 78412016

Jane.brandstrup@stab.rm.dk

Region Midtjylland har den 1. august 2013 modtaget Rigsrevisionens udkast til beretning om Sygehusbyggerier II.

Side 1

Region Midtjylland sender hermed sit høringssvar til beretningsudkastet.

Høringssvaret består dels af nogle indledende generelle bemærkninger til udkastet og dels af konkrete kommentarer til udvalgte afsnit. Derudover henvises til det fælles høringssvar fra Danske Regioner på vegne af alle regionerne.

Såfremt høringssvaret giver anledning til spørgsmål, står Region Midtjylland naturligvis til rådighed.

Venlig hilsen

Ole Thomsen

Koncerndirektør, Region Midtjylland

# Region Midtjyllands hørings svar til Rigsrevisionens udkast til beretning om sygehusbyggerier II

## 1. Generelle bemærkninger

Region Midtjylland forholder sig overordnet set kritisk til Rigsrevisionens udkast til beretning om Sygehusbyggerier II. Dette bunder primært i metodevalget bag undersøgelsen samt i en forståelsesmæssig forskel i forhold til, hvornår man i en lang byggeproces vedrørende et hospital kan og bør låse sig fast i forhold til de fremtidige parametre.

Region Midtjylland kan også konstatere, at regionens hørings svar tidligere i processen, herunder det fremsendte materiale til dokumentation af hørings svarene, kun i mindre omfang afspejles i beretningsudkastet. Rigsrevisionens konklusioner fremstår i forlængelse heraf i mange tilfælde unuancerede.

Metoden og processen i undersøgelsen har således efter regionens mening ikke levet op til Rigsrevisionens tidligere undersøgelser.

Der henvises endvidere til det fælles hørings svar fra Danske Regioner på vegne af alle regionerne.

### 1.1 Metodevalg

Formålet med Rigsrevisionens undersøgelse er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne i de tidlige faser i projekterne har tilstrækkeligt fokus på at sikre, at driften i de færdige byggerier bliver effektiv. Herunder hvorvidt regionerne har dimensioneringsberegninger, budgetanalyser, organisationsbeskrivelser m.v., der underbygger forventningen til effektiviseringen.

Rigsrevisionen har i forlængelse heraf efterspurgt relevant materiale fra regionerne og derudover bedt regionerne besvare et spørgeskema med en række indikatorer, som Rigsrevisionen mener afspejler projekternes viden om før/efter situationen med hensyn til effektivisering.

I beretningsudkastet baserer Rigsrevisionen sine konklusioner på primært spørgeskemaet og i mindre grad på den øvrige dokumentation fra regionerne. Dette undrer Region Midtjylland, og det resulterer efter regionens opfattelse i nogle fejlagtige konklusioner i beretningsudkastet. Fremgangsmåden er især kritisabel, da spørgeskemaet og Rigsrevisionens fortolkning af skemaets svar har nogle væsentlige svagheder, som bliver uddybet nedenfor.

Region Midtjylland har tidligere i processen sendt materiale til Rigsrevisionen, som illustrerer den indgående viden, som haves om regionens kvalitetsfundsprojekter og som projekterne baserer effektiviseringsarbejdet på.

#### 1.1.1 Rigsrevisionens spørgeskema

Overordnet set mener Region Midtjylland ikke, at Rigsrevisionens indikatorer i spørgeskemaet kan anvendes som en målestok for hospitalernes kendskab til egen drift og dermed viden i forhold til effektiviseringer. Regionen mener, at mange af indikatorerne er irrelevante i den forbindelse. Region Midtjylland savner en argumentation fra Rigsrevisionen i forhold til den

forudsatte sammenhæng mellem Rigsrevisionens spørgsmål/indikatorer og projekternes viden om før/efter-situationen. Regionen henviser i stedet til det øvrige materiale, som Rigsrevisionen har modtaget, og som beskriver det materiale og det arbejde, som effektiviseringsarbejdet baserer sig på.

Derudover er der en række metodiske problemer i undersøgelsen. Eksempelvis kan nævnes:

*Nogle af spørgsmålene giver ikke mening*

Nogle af Rigsrevisionens spørgsmål kan ikke besvares, da de ikke giver mening i forhold til virkeligheden ude på hospitalerne. Disse forhold er der gjort opmærksom på i materialet, som regionen tidligere har indsendt til Rigsrevisionen. Region Midtjylland mener ikke, at Rigsrevisionen har taget tilstrækkelig hensyn til disse kommentarer forbundet med manglende besvarelser af spørgsmålene. Det er regionens opfattelse at Rigsrevisionen har taget den manglende besvarelse som et udtryk for manglende viden.

Eksempelvis spørges der til data fra 2009 vedrørende en fælles akutmodtagelse på DNU. På daværende tidspunkt havde hospitalet ikke en fælles akutmodtagelse, så disse spørgsmål kan ikke besvares. Region Midtjylland vil påpege, at selvom Rigsrevisionens spørgsmål ikke kan besvares, har regionen en indgående viden om akutområdet. Et andet eksempel er spørgsmålene vedrørende den organisatoriske opdeling på hospitalerne og de tilhørende årsværk. Her er det heller ikke muligt at give et retvisende svar på spørgsmålene, idet hospitalerne er organiseret anderledes, end Rigsrevisionens kategorisering lægger op til. Men igen vil regionen påpege, at det ikke er et udtryk for manglende viden på hospitalerne.

*Alle indikatorer vægtes lige højt*

Det giver anledning til undren, at alle indikatorer bliver vægtet lige højt i Rigsrevisionens evaluering. Eksempelvis tæller opgørelsen over antallet af analyser/prøver ved fremmede laboratorier reelt som 3 besvarelser (akut, planlagt og total) i Rigsrevisionens analyse af hospitalernes viden om egen drift, mens viden om antal senge kun tæller 1. Med andre ord betyder Rigsrevisionens opgørelsesmetode i praksis, at det er tre gange så vigtigt at vide noget om antallet af analyser/prøver ved fremmede laboratorier, som at vide noget om antallet af senge på hospitalet. Denne anvendelse af datamaterialet underminerer validiteten af Rigsrevisionens konklusioner.

### **1.1.2 Fokus på effektiviseringskravet i Region Midtjylland**

Både i Viborg og DNU har effektiviseringsarbejdet været tænkt ind helt fra starten.

Hvis man tager DNU som eksempel, indgik kravet om effektiviseringer i bedømmelsen og valget af den gennemgående rådgiver.

For at sikre en opdateret klinisk viden i byggeriet blev der nedsat en lang række arbejdsgrupper, såvel tværgående som afdelingsbaserede. Hensigten hermed var at klæde den samlede byggeorganisation på til at tage de rigtige beslutninger i byggeriet.

Samtidig kørte en omfattende brugerproces. I forbindelse med de mange brugergruppemøder blev der ligeledes indsamlet mulige effektiviseringsemner fremkommet under møderne – disse blev samlet i "Det Dynamiske Dokument", som er sendt til Rigsrevisionen i forbindelse med forundersøgelsen, og som der også henvises til i materialet af 8. februar 2013 og 15. marts 2013.

På baggrund af ovenstående indsatser og vidensindsamling blev der udarbejdet 22 koncepter for den fremtidige funktionalitet og drift af det kommende hospital. Eksempler på disse er: Koncept for akutcenter, Koncept for standard sengeafsnit, Koncept for ambulante funktioner, Logistiksystemer og Forsyningssikkerhed.

I drøftelserne vedrørende koncepterne indgik løbende en økonomisk vurdering, såvel af anlægsudgifter (bl.a. hvilke funktioner skal prioriteres inden for arealrammen) såvel som driftsudgifter (hvilken indretning skaber den bedste funktionalitet). Udgangspunktet har således været en totaløkonomisk tankegang i beslutningsprocessen.

Ovenstående omfattende arbejde resulterede i "Helhedsplan 2010", som fastlægger de grundlæggende principper for udførelsen af Det Nye Universitetshospital, herunder kliniske, tekniske, medico-tekniske og bygningsmæssige konceptvalg, de overordnede aktivitets-, kapacitets- og arealbehov og en konkretisering af disse i form af skitseprojekt, anlægsoverslag og gennemførelsesplan.

Den yderligere konkretisering af effektiviseringsarbejdet startede så småt med Aarhus Universitetshospitals (AUH) gennemførelse af en såkaldt patientinventering, dvs. en konkret gennemgang af alle indlagte patienter på et givet tidspunkt.

Inventeringsrapporterne viser, at der er et potentiale for sengereduktioner svarende til de ca. 200 senge som er en vigtig del af forudsætningerne fra ekspertudvalget. Samtidig anviser rapporten de konkrete indsatsområder og tiltag som er nødvendige for at skabe forudsætningerne herfor. Dette har været en væsentlig baggrund for effektiviseringsarbejdet.

I foråret 2012 arbejdede en gruppe bestående af AUH's planlægningsafdeling og Projektafdelingen for DNU i samspil med hospitalsledelsen for AUH på at identificere områder, hvori det er muligt at effektivisere driften. Udgangspunktet for tilgangen har naturligvis været det arbejde, som er beskrevet ovenfor, herunder patientinventeringen, de konceptuelle rapporter og "Det Dynamiske Dokument". Udgangspunktet har også været, at AUH på én samlet matrikel vil have mulighed for at kunne samle specialerne tværfagligt og dermed i langt højere grad vil kunne tilbyde hurtigere og mere effektiv behandling.

Effektiviseringen har således hele tiden været tænkt ind i byggeriet – i placeringen, i indretningen, i bestykningen (apparatur), i logistikken mv, som alt sammen giver mulighed hurtigere udredning, behandling og udskrivning og dermed færre senge og vagthold på sengeafdelinger, laboratorier, billeddiagnostik mv.

I august 2012 blev der nedsat fem effektiviseringsgrupper inden for fem faglige områder med henblik på, at de skulle beskrive, hvorledes effektiviseringskravet kan konkretiseres. De fem grupper bestod af:

- Senge, ambulatorium og Akut-gruppen
- Laboratorie, billeddiagnostik og teknologi
- OP, Dagkirurgi og skopi
- Logistik og forsyning
- Samling af AUH

Arbejdet i de fem effektiviseringsgrupper blev i efteråret 2012 afsluttet med, at grupperne i december 2012 afleverede i alt 52 effektiviseringsforslag.

Efter en gennemgang er de 52 forslag nu blevet reduceret til 42 tiltag. De 42 forslag er beskrevet både hvad angår indhold, økonomi, effekt på andre områder samt risici. Der forventes en implementeringsplan for disse tiltag i september 2013. Implementeringsplanen vil for hvert tiltag blandt andet indeholde en ansvarlig, en tidsplan, milepæle og en angivelse af hvordan, der følges op på tiltaget.

## **1.2 Fastlæggelse af fremtidige parametre**

Kvalitetsfondsprojekterne strækker sig over mange år. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at projekterne tidligt i byggeriets faser skal have underbyggede forventninger til aktivitet, bemanning m.v., når projektet står færdigt. Region Midtjylland mener, at dette er en forsimplet tilgang til virkeligheden.

Sundhedsvæsenet er i evig bevægelse mod mere effektive behandlinger (ikke altid økonomisk mere effektive), som konstant stiller krav til flere eller færre driftsmidler, senge, ambulatorier, personaler m.v., samt en ikke mindst fleksibel bygningsmasse. Sygdomme, som for to år siden krævede indlæggelse, bliver nu ambulantly behandlet, og personer, der tidligere skulle gå til ambulantly kontrol, klarer sig nu med fjernmonitorering via mobilnettet.

Udviklingen i nye behandlingsmetoder og tilgange til sygdomme på såvel nationalt som internationalt plan sætter derfor i meget stor grad dagsordenen for det danske hospitalsvæsen og dermed også måden at drive og effektivisere hospitalerne på.

Sundhedsvæsenet er derfor bl.a. kendetegnet ved, at det er meget svært at forudsige de præcise behov i fremtiden. Dette er også baggrunden for den valgte tilgang i f.eks. DNU-projektet, hvor man bl.a. arbejder ud fra en fleksibel indretning med standardstuer, der kan håndtere forskellige specialer, og også i forhold til arbejdet med effektiviseringer, hvor kravene løbende har været indtænkt i designet af DNU-projektet, men hvor konkretiseringen først påbegyndes "umiddelbart" (3-5 år) før indflytning. Der henvises til tidligere fremsendt materiale, til møder med Rigsrevisionen – herunder oplæg fra hospitalsdirektør Gert Sørensen fra AUH.

Region Midtjylland mener ikke, at Rigsrevisionens undersøgelsesmetode anerkender den betydelige usikkerhed, der ifølge Ekspertpanelet (se Revisionsnotat om Sygehusbyggerier II, punkt 42) og Rigsrevisionen selv (se udkast til beretning afsnit 48.) knytter sig til udviklingen i behandlingsbehovet. Hvis regionerne planlægger i henhold til Rigsrevisionens antagelser, hvor den fremtidige organisering og ressourceallokering fastlægges meget tidligt, er der betydelig risiko for at de nye hospitaler ikke matcher fremtidens behandlingsbehov. I stedet bør der

være fokus på, hvorvidt de konceptuelle valg og fleksibiliteten i projekterne understøtter fremtidens behandlingsbehov effektivt.

En anden risiko ved at fastlægge organisering og resourceallokering/normering for tidligt i processen er, at det skaber betydelig usikkerhed for den igangværende driftsorganisation, som skal fungere frem mod ibrugtagningen af de nye hospitaler. Aarhus Universitetshospital vil i perioden 2010-18 omsætte for mere end 50 mia. kr. samlet. Hvis de konkrete forandringer i organisation og bemanning ikke håndteres optimalt, er der betydelig risiko for tab af effektivitet og forringelse af patientbehandlingen frem til ibrugtagning. Da den betydelige usikkerhed i udviklingen i behandlingsbehovet løbende giver behov for at ændre fremtidig organisering og planlagte besparelser, skaber det unødvendig usikkerhed i driftsorganisationen, hvis organisering, normeringer, besparelser osv. fastlægges mange år før ibrugtagning.

## **2. Bemærkninger til konkrete afsnit i udkast til beretning**

Nedenfor angives Region Midtjyllands kommentarer til konkrete afsnit i beretningsudkastet.

Ad 10.

Effektiviseringer kan også fremkomme ved større aktivitet for de samme eller færre midler.

Ad 11.

Rigsrevisionen skriver, at risikoen bliver øget for ikke at kunne nå effektiviseringsmålene, hvis beslutninger bliver truffet sent, for ikke at have for mange bindinger. Region Midtjylland er af den opfattelse, at dette ikke nødvendigvis er tilfældet, da målene kan blive lettere at nå, fordi "sene" beslutninger giver større sandsynlighed for, at de nye hospitaler matcher fremtidens behandlingsbehov. Der henvises også til ovenstående afsnit 1.2.

Ad 12.

Region Midtjylland har haft fokus på effektiviseringskravet helt fra projekternes start. Der henvises i øvrigt til ovenstående afsnit 1.2

Ad 23.

Rigsrevisionen har fået ekstern bistand til at gennemgå dansk og udenlandsk litteratur. Hospitalsområdet er specielt i forhold til mange andre områder. Region Midtjylland har også søgt inspiration i litteraturen og på studierejser, men det er svært at finde eksakt dokumentation inden for netop hospitalsområdet. Region Midtjylland vil derfor gerne vide, hvilken dokumentation inden for hospitalsområdet, som det eksterne firma baserer sine anbefalinger på?

Rigsrevisionen kunne overveje at ændre formuleringen "ekstern ekspert" og i stedet skrive, at Rigsrevisionen har fået "ekstern bistand". Spørgsmålet er, om der findes "eksperter" på netop dette område, når der er tale om sundhedsvæsenet.

Region Midtjylland er ikke enig i, at spørgeskemaet belyser, hvilken viden projekterne har om udgangspunktet og forventningerne til byggerierne, når de er færdige. Der henvises til afsnit 1.1 ovenfor.

Region Midtjylland er enig i, at de organisatoriske effektiviseringer er væsentlige i projekterne. Men at de organisatoriske effektiviseringer ligefrem skulle være "de mest risikofyldte" savner regionen dokumentation for. Hvilken dokumentation baserer Rigsrevisionen sin opfattelse på?

Ad 24.

Region Midtjylland deltog også i studieturen til Norge. Direkte adspurgt hvor meget, hospitalet havde effektiviseret på baggrund af de nye fysiske rammer, svarede repræsentanter fra hospitalet, at det er for kompliceret at opgøre. Og at det eneste, man kan sige om effektiviseringerne er, at nu bliver budgettet holdt, og det gjorde det ikke i de gamle rammer. Rigsrevisionen opfordres til at videregive de erfaringer, som hospitalet i Norge havde med opgørelse af effektiviseringer.

Ad 26.

Det er ikke korrekt, at DNU kun har fordelt de forventede effektiviseringsgevinster på et meget overordnet niveau. Jf. afsnit 1.1.2 ovenfor har DNU på nuværende tidspunkt nedbrudt hovedområderne i 42 konkrete tiltag, som er deltageret beskrevet inkl. økonomi og risikoanalyse. I september 2013 vil der foreligge en implementeringsplan for hvert tiltag, som blandt andet indeholder en ansvarlig, en tidsplan, milepæle og en angivelse af hvordan, der følges op på tiltaget.

Ad 29.

Rigsrevisionen skriver, at ingen af projekterne har fordelt et beløb på tiltagene, så det er muligt at se hvilke tiltag, der er de væsentligste. I forhold til DNU henvises til Ad 26.

Ad 30., dot 3

Region Midtjylland har arbejdet meget indgående med dimensionering og design helt fra projekternes start. Der henvises til afsnit 1.1.2 ovenfor.

Ad 31.

Det er væsentligt at bemærke, at regionerne først i april 2013 fik at vide fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, hvorledes regionerne skal afrapportere på effektiviseringskravene, og dermed hvordan ministeriet vil følge op. Indtil da har regionerne arbejdet uden centrale retningslinier. Denne information giver Rigsrevisionen i beretningens sidste afsnit (nr. 68). Informationen kunne med fordel bringes længere fremme i beretningen.

Rigsrevisionen henviser til Norske erfaringer. Region Midtjylland vil gerne have indsigt i Rigsrevisionens dokumentation fra Norge. Umiddelbart har det været svært for regionen selv at finde eksakt norsk dokumentation inden for området.

Ad 32.

Region Midtjylland vil gerne henlede opmærksomheden på, at projekterne stadig har mulighed for at foretage de registreringer og analyser af de eksisterende forhold, som Rigsrevisionen foreslår. De oprindelige fysiske rammer er jo stadig i brug. Og registreringen kan først finde sted, når regionerne har udvalgt de konkrete effektiviseringstiltag, der skal arbejdes med.

Ad 33.

Region Midtjyllands forventninger til effektiviseringsgevinsterne hviler på andet end måltal og erfaringer fra lignende byggerier. Især skal patientinventeringsrapporterne fremhæves som et væsentligt input til effektiviseringsarbejdet.

Region Midtjylland er uenig i Rigsrevisionens opfattelse af, at koncepter o.lign. er på et så overordnet niveau, at det ikke er gennemsigtigt, hvordan de kan bidrage til at underbygge og kvalificere forventningerne til effektiviseringerne. I koncepterne har der bl.a. været fokus på sammenhængende patientforløb, optimale patient- og personaleflow på hospitalet, antal økonomisk bæredygtige enheder, flytning af logistikopgaver fra klinisk personale til logistikpersonale, evidens vedr. enestuer m.v. Dermed har koncepterne netop haft fokus på, at byggeriet skal skabe et fundament for fremtidige effektive patientforløb, selvom det ikke har været muligt præcist at forudse, hvordan den fremtidige behandlingsteknologi vil udvikle sig.

Rigsrevisionen skriver, at regionerne mangler at udforme planer for, hvordan de vil konkretisere og underbygge forventningerne til effektiviseringerne. Rigsrevisionen skal i den forbindelse være opmærksom på, hvilken fase effektiviseringsarbejdet er i. Regionerne har behov for at kende detaljerne i de enkelte tiltag, før det giver mening at udforme disse planer.

Rigsrevisionen henviser til "Det tredje øje" i forbindelse med DNU og Viborg. Det bør præciseres, at vurderingen fra "Det tredje øje" omhandler projektet i Viborg.

Rigsrevisionen skriver, at effektiviseringsforslagene på DNU kun er overordnet beskrevet i den til formålet udarbejdede skabelon. Dette er Region Midtjylland uenig i. Skabelonerne indeholder detaljerede informationer om hvert enkelt effektiviseringstiltag.

Rigsrevisionen skriver videre, at "Først i september vil der være en plan for hvordan effektiviseringstiltagene forventes implementeret". Igen vil Region Midtjylland henvise til, at der ikke kan udarbejdes implementeringsplaner, før man kender tiltagene i detaljer. Det gør man nu, og derfor er planerne undervejs. Og jf. ovenstående afsnit 1.2 mener regionen, at konkretiseringen af tiltagene er sket på et fornuftigt tidspunkt i forhold til byggeprocessens varighed.

Ad 34.

Region Midtjylland har truffet sine valg på et oplyst grundlag. Som nævnt i afsnit 1.1 mener regionen ikke, at Rigsrevisionens indikatorer kan anvendes til at afklare dette spørgsmål, men det kan måles på den øvrige dokumentation, som regionen har sendt til rigsrevisionen.

Ad 35.

Region Midtjylland har helt fra initiativfasen arbejdet med effektiviseringskravet via bl.a. udvikling af koncepter for en effektiv drift. Der er tale om et meget omfattende arbejde.

Ad 37.

Figur 3 er misvisende hvad angår projektet i Viborg. Dette har regionen også tidligere gjort Rigsrevisionen opmærksom på.

For det første er Viborg 3 placeret forkert i figuren. Delprojektet er i *Programfasen* (og ikke i *Projekteringsfasen*).



For det andet bør Rigsrevisionens konklusioner vedrørende projektet i Viborg afspejle, at de to klart største delprojekter, Akutcenter og Ombygning, er i *programfasen*. Disse to delprojekter udgør samlet set 74% af anlægssummen og udgør således den væsentligste del af byggeprojektet. Programfasen er afsluttet for fase 0-projekterne, hvor effektiviseringsgevinsten er høstet ift. patologi, og for P-huset, som ikke kan generere en effektiviseringsgevinst, samt for VCR.

Ad 38.

Regionerne arbejder seriøst med effektiviseringskravet. Dette har Rigsrevisionen modtaget meget dokumentation for. Man har ingen intentioner om "blot" at gennemføre effektiviseringerne som generelle besparelser.

Ad 39.

Dot 1: Det er ikke korrekt, at Region Midtjyllands projekter på nuværende tidspunkt kun har en begrænset viden, der kan understøtte forventningerne til den fremtidige drift. Se ovenstående afsnit 1.1.

Dot 3: Regionerne har ad flere omgange argumenteret over for Rigsrevisionen, at Rigsrevisionens spørgeskema ikke er anvendeligt til at drage de konklusioner, som Rigsrevisionen gør. Se ovenstående afsnit 1.1.1.

Dot 5: Region Midtjylland vil mene, at regionerne har *stor* fokus på at bygge fleksibelt. Og på ingen måde er der tale om, at fleksibilitet står i stedet for det strategiske arbejde. Men fleksibiliteten skal være med til at understøtte fremtidens ukendte behandlingsbehov. Der henvises til ovenstående afsnit 1.1.2. og afsnit 1.2.

Ad 40.

Region Midtjylland anerkender ikke, at Rigsrevisionens spørgeskema kan bruges til at konkludere på "regionernes strategiske arbejde med effektiviseringer....og hvor solidt regionerne har underbygget forventningen til effektivisering". Se ovenstående afsnit 1.1.1.

Rigsrevisionen anfører, at det eksterne konsulentfirma har "speciale i effektivisering". Der henvises til ad 23.

Ad 41.

Det er helt naturligt, at størstedelen af effektiviseringerne skal findes inden for de organisatoriske effektiviseringer. Hovedparten af hospitalernes driftsudgifter er lønkroner.

Rigsrevisionen anfører, at de organisatoriske effektiviseringer er de mest risikofyldte. Hvilken dokumentation baserer Rigsrevisionen sin opfattelse på?

Ad 42.

Rigsrevisionen kan ikke forvente, at projekterne kan svare på spørgsmål vedrørende en akutafdeling i referenceåret, hvis hospitalerne på dette tidspunkt ikke havde en akutafdeling. Det er f.eks. tilfældet for DNU.

Ad 43.

Figur 4 (Samme kommentarer knytter sig til bilag 2, figur 2)

Regionshospitalet Viborg er placeret forkert i figur 4. Det er ikke korrekt, at væsentlige dele af projektet er efter programfasen. Der henvises til ad 37. Denne fejl går igen i teksten til figuren.

I forhold til såvel DNU-projektet som Viborg projektet har det ikke været muligt for projekterne at genskabe resultaterne i Bilag 2, figur 2 – og således også i ad 43, figur 4.

DNU-projektet kommer ikke frem til det samme antal af relevante indikatorer (dvs. teoretisk mulige indikatorer, der kan besvares) og heller ikke til det samme antal opgjorte indikatorer (dvs. hvor mange indikatorer, der faktisk er svaret på), som Rigsrevisionen.

Hospitalsenhed Midt kan genskabe det samme antal relevante indikatorer, men ikke det samme antal opgjorte indikatorer.

I nedenstående tabel har såvel DNU- som Viborg projektet søgt at anskueliggøre, hvorledes indikatorerne rettelig skulle have fordelt sig. I tabellen er anført henholdsvis de relevante og de i beretningen opgjorte indikatorer.

Region Midtjylland	Relevante indikatorer			Opgjorte indikatorer			
	Parametre/ indikatorer	Før	Efter	Før	Efter	% før	% efter
<b>Viborg</b>							
Sengeafsnit/patientinventering	1,2	58	58	39*	20	67	34
Billeddiagnostik og ortopædkirurgi	2LM, 6I	8	8	4*	2	50	25
Anæstesi- og operationsafdelingen/intensiv	2,3,6	91	91	74*	10	81	11
Serviceblok	6	28	28	26*	0	93	0
Fælles	6M	2	2	2*	0	100	0
<b>AUH</b>							
Senge ambulatorier og akutområdet	1,2,4,6	96	96	55*	39	57	40
Meraktivitet	1,2,3,4,5,6	126	126	84*	49	66	38
Laboratorie og billeddiagnostik	2L,M,N,O+ 6I,J,K	18	18	6*	4	33	22
Operations gange, dagkirurgi og anæstesi/intensiv	5	12	12	11*	10	91	83
Samling af AUH – logistik, drift og vedligehold							

\*I sammenligningen af opgjorte indikatorer er der ikke korrigeret i henhold til de kommentarer som DNU projektet har anført omkring indikatorerne herunder kommentarerne om FAM, organisering af klinikken, vægtning af indikatorer osv. Det gør sig også gældende for HE Midt, at de steder, hvor der er lavet en note og kommenteret på indikatoren, ikke er talt med i antallet af besvarede indikatorer.

### *Kategoriseringen*

I beretningens bilag 2, vedr. Regionshospitalet Viborg, er området 'fælles' anført som bygningsrelaterede effektiviseringer. Fællesområdet bør være anført som organisatoriske effektiviseringer. Effektiviseringer indenfor fællesområdet vedrører blandt andet reduktion af tjenestekørsel, reduktion af lejeudgifterne og samling af hjælpemiddelområdet. Der gøres igen opmærksom på, at der kan være flere kategorier af effektiviseringer knyttet til det enkelte effektiviseringsområde.

#### Ad 44.

Rigsrevisionen skriver, at de kan konstatere, at alle 10 projekter på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang kan opgøre forventningerne til driften i de fremtidige hospitaler. Og Rigsrevisionen udtrykker samtidig bekymring herved. Under henvisning til de øvrige kommentarer i nærværende hørings svar vil Region Midtjylland henlede opmærksomheden på, at årsagen til, at projekterne arbejder på samme måde, kan skyldes, at projekterne har et indgående kendskab til hospitalsvæsenet og de specielle udfordringer, der ligger her. Og at man ikke kan sammenligne et langstrakt hospitalsbyggeri til en forholdsvis ukendt fremtid med et traditionelt byggeri. Regionerne er vant til at gebærde sig inden for dette område, og projektorganisationerne arbejder tæt sammen med driftsorganisationerne i forhold til at tage de rette beslutninger på rette tid.

#### Ad 48.

Der er ikke tvivl om, at regionerne prioriterer fleksibilitet meget højt – også i forbindelse med projekttilpasninger.

Region Midtjylland noterer med tilfredshed, at Rigsrevisionen anerkender, at fleksibilitet er vigtig, "...da det medvirker til at imødegå et ukendt fremtidigt behandlingsbehov og medvirker til at fastholde effektiviseringerne". Der henvises i øvrigt til Ad 39, dot 5.

Rigsrevisionen skal være opmærksom på, at fleksibilitet også har den fordel, at hospitalerne får færre mindre ombygningsprojekter, hvilket reducerer driftsomkostningerne og derved hjælper i forhold til indhentning af effektiviseringskravet.

#### Ad 50.

Effektiviseringer er i høj grad på dagsordenen, når der træffes væsentlige beslutninger i Region Midtjyllands kvalitetsfondsprojekter. Således er driftsorganisationen med til at træffe alle væsentlige beslutninger i projekterne, og DNU og Viborg kan dokumentere totaløkonomiske analyser, koncepter, indgående brugerinvolvering m.m.

#### Ad 51.

Rigsrevisionen skriver, at "kun få projekter besvarede helt almindelige forudsætninger såsom forventet udvikling i årsværk". Regionerne har flere gange gjort Rigsrevisionen opmærksom på, at spørgsmålene ikke kan besvares, da Rigsrevisionens kategorisering ikke stemmer overens med den reelle organisering på hospitalerne. De konklusioner, som Rigsrevisionen drager i dette afsnit er derfor ikke valide. Se også ovenstående afsnit 1.1.1. Derudover kan det tilføjes, at hospitalerne styrer ud fra budgetterne og ikke ud fra normeringer.

I forhold til den fremtidige situation er der yderligere det forhold, at regionerne ikke kan forudsige, hvorledes den fremtidige bemanning vil fordele sig, idet ingen kan forudsige de fremtidige behandlingsformer. Eksempelvis kan robotteknologien ændre bemanningen.

Rigsrevisionen skriver, at der er indikationer på, at hverken drifts- eller byggeorganisationen har et samlet fokus på effektiviseringer i det daglige arbejde. Region Midtjylland må stærkt opponere mod denne påstand. Hospitalerne har et konstant fokus på driften og produktiviteten og udviser årligt produktivitetstigninger på 2-4%.

Punkt 53.

Det er væsentligt, at konsekvenser i forhold til effektivisering indgår i risikostyringen. Rigsrevisionens forslag om at gøre effektivisering til et særskilt punkt er imidlertid ikke hensigtsmæssigt, da det vil komplicere risikostyringen unødigt. Der er en risiko for, at fokus flyttes væk fra styringen af anlægsøkonomien. Effektivisering bør derfor fortsat indgå i vurderingen af kvalitet.

Ad 60.

Det er ikke korrekt, at regionerne ikke har etableret baselinebudgetter på f.eks. hovedområder. Som Rigsrevisionen skriver i afsnit 64, har 4 projekter etableret baselines, herunder DNU

Ad 68.

Se ad 31.

### **3. Svar på Rigsrevisionens spørgsmål i høringsbrevet**

I forhold til om oplysningerne i beretningens bilag 2 er korrekte, henvises til ovenstående ad 43. Derudover kan tilføjes, at DNU planlægger at bygge 254.000 kvadratmeter.

I forhold til det relevante tidspunkt for opfølgning, vil regionen henvise til de retningslinier, som er udstukket fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og dermed afsnit nr. 68 i Rigsrevisionens udkast til beretning.