

NOTAT

UNNTATT OFFENTLIGHET

Til Alstahaug kommune v/administrasjonssjef Børge Toft

Fra Advokatfirmaet Haavind v/advokatene Håkon Bleken og Kristine Fremstad Moen

Dato 17. juni 2019

Ansvarlig advokat Håkon Bleken, partner (H) – Møterett Høyesterett

TRANSPARENS OG SAKSBEHANDLING I FORBINDELSE MED PROSESSEN FOR NY SYKEHUSSTRUKTUR PÅ HELGELAND

1. INNLEDNING

Vi har blitt forelagt en power point-presentasjon kalt Bæreevneanalyser Helgelandssykehuset (Bæreevneanalysen) og kommentarer til Bæreevneanalysen utarbeidet av MON (Mosjøen og omegn næringssselskap KF) 6. juni 2019. Bæreevneanalysen er utarbeidet av Deloitte og ble presentert i styremøte ved Helgelandssykehuset 27. mars 2019. Det fremgår ikke av pp-presentasjonen at det er produsert av en ekstern rådgiver, men det fremstår som et internt dokument for Helgelandssykehuset. Det er uryddig hvis analysen er utarbeidet av Deloitte. Det er mulig at forfatter egentlig er en intern prosjektgruppe hvor Deloitte sitter inne som rådgiver?

På bakgrunn av ovennevnte dokumentasjon er vi bedt om å foreta en vurdering av Bæreevneanalysen sett opp mot forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Vi har ikke forutsetninger for å etterprøve de vurderinger som er gjort av MON, og våre standpunkter er derfor basert på at de vurderinger, beregninger mv som er gjort i MON's kommentarer til Bæreevneanalysen, er riktige.

Når det gjelder saksbehandlingsreglene bemerkes at overholdelse av disse først og fremst kommer på spissen ved vurdering av om et forvaltningsvedtak er ugyldig. Vurderingen skjer altså post vedtak. I vår sak foreligger foreløpig ingen vedtak vi er forelagt til vurdering.

Dette betyr naturligvis ikke at ikke saksbehandlingsreglene er like viktige på det nåværende stadium ettersom det nettopp er brudd på disse som vil være grunnlaget for et eventuelt forvaltningsvedtaks gyldighet når vedtaket er fattet. Saksbehandlingsreglene har sin største betydning under sakens forberedelse før vedtak. Det er da de må overholdes for å unngå ressurskrevende, forsinkende og kostnadsdrivende prosesser i ettertid som følge av tvist og uenighet. Ved vanskelige politiske prosesser og vedtak, som her, vil det alltid være uenighet. Et

5668969.1

sentralt formål med dette notatet er derfor å forebygge saksbehandlingsfeil og komme med forslag til hvordan en forbedret prosess kan gjennomføres fremover – og på denne måten hindre risiko for kritikk og i verste fall ugyldige vedtak.

I punkt 2 følger en kort oppsummering av våre funn og i punkt 3 og 4 en nærmere redegjørelse for samme.

2. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Vi redegjør nærmere for våre standpunkter til de overordnede økonomiske elementer i analysen nedenfor.

Forvaltningsrettslig stilles en rekke saksbehandlingskrav knyttet til forberedelsen av forvaltningsvedtak som også gjelder for helseforetak. Vi vil særlig fremheve følgende: en generell og omfattende plikt til korrekt opplysning av saken før vedtak, forbud mot vilkårlige avgjørelser, krav om at korrekt faktum legges til grunn respekt for at kompetent organ reelt sett fatter beslutning. Dersom en eller flere av disse prinsippene ikke respekteres, vil det kun lede til at vedtak blir ugyldige, jfr. Forvaltningsloven § 41

Ut fra de opplysninger vi har mottatt er vår vurdering av prosessen frem mot presentasjonen av Bæreevneanalysen den 27. mars 2019 ikke i tilstrekkelig grad respekterer nevnte forvaltningsrettslige regler og prinsipper. Prosessen er ikke transparent og på en uheldig måte unnlater presentasjonen for styret å klargjøre i tilstrekkelig grad og konkret hvilke forutsetninger som gjøres, hvilke andre forutsetninger som kan tenkes som realistiske og hvordan slike endrede forutsetninger eventuelt vil kunne påvirke konklusjonene.

Kort oppsummert er det vesentlig at analysen ser ut til å bruke forutsetninger som er avvikende sett i forhold til Finansdepartementets rundskriv R-109/14 «Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv» (Rundskrivet) og praksis fra andre helseforetak. Konsekvensene er et misvisende bilde av kostnadene, som igjen resulterer i en svakere bæreevne enn riktig for et nytt sykehus sammenlignet med rehabilitering av et eksisterende.

Bæreevneanalysen skiller ikke klart mellom konsekvensene av rehabilitering av gammelt bygg kontra oppføring av nytt bygg, og modellene for opprustning hensyntar derved ikke vesentlige større FDV-kostnader for gammelt bygg kontra nytt bygg i analyseperioden. Dette gir et skjevt og uriktig bilde av kostnadene til ulempe for et alternativ med nytt bygg.

Bæreevneanalysen peker ikke på at det i en vurdering av alternativer til det såkalte 0-alternativet må vurderes potensialet for å utvide eksisterende bebyggelse med erverv og opparbeiding av nye tomtearealer slik Rundskrivet foreskriver at skal gjøres. Dersom det ikke skjer burde man konkret ha opplyst om slike muligheter eller gjort klart at de må utredes. I bæreevnepresentasjonen for styret er det lagt til grunn at tilleggsarealer utenfor eksisterende

bygningssmasse kun er mulig i Mo i Rana. Dette gir et misvisende bilde av mulighetspotensialet. Både Alstahaug og Vefsn kommuner har klargjort i etterkant av presentasjonen at relevante tomtearealer kan stilles til disposisjon.

Prehospitaltjenester er et svært viktig moment for å skille alternativene fra hverandre, og dette er ikke inkludert i analysen. Bæreevneanalysen nevner kun antall ambulanser det er behov for ved de ulike alternativene, og den vurderingen som gjøres i denne forbindelse er feilaktig og misvisende.

Statistisk liv er heller ikke redegjort for. Disse kalkulerte kostnadene er høyere for mindre sentrale lokasjoner.

Det kan hevdes at man foreløpig befinner seg på et meget tidlig stadium av en utredningsprosess og at Bæreevneanalysen er av helt foreløpig og overordnet karakter. Det er likevel påfallende på hvor mange punkter det er mulig å påvise skjevheter som ser ut til å peke mot en av de konkurrerende lokasjonene som den beste.

Samtidig gir Bæreevneanalysen allerede på dette tidspunktet klare føringer med konsekvenser for veien videre. I Oppsummeringen heter det at «(f)or alternativ med ny tomt og nybygg er det usikkert om kravene til finansieringsevne og bæreevne vil kunne oppfylles. Dette innebærer betydelig økonomisk og finansiell risiko for Helgelandsykehuset HF». Man peker klart i retning av et alternativ basert på eksisterende bebyggelse og dette vil kunne være avgjørende for hvor det store akuttsykehuset plasseres.

Bæreevneanalysen uttaler med referanse til Tidligfaseveilederen at «kun alternativer som er liv laga» kan videreføres. Tidligfasevurderingen kan altså lett bli avgjørende, noe som taler sterkt for at alle relevante momenter må komme med riktig vekt allerede på nåværende tidspunkt. En utredningshistorikk som gir inntrykk av en form for «bias» i den ene eller andre retning er derfor svært uheldig.

Uavhengig av eventuell ugyldighet vil systematiske feil og mangler ved Bæreevneanalysen, som utgjør en sentral del av grunnlaget for Helseforetakets beslutning, være ødeleggende for både involverte aktørers og allmennhetens nødvendige tillit til Helgelandsykehuset og prosessen. Dette er forhold som tilsier at Bæreevneanalysen bør kvalitetssikres av andre enn Deloitte. Ut fra viktigheten av tidligfasevurderingene er det all grunn til å bruke betydelige ressurser på det nåværende stadium for slik, så langt råd er, å forankre en fremtidig beslutning hos alle brukerne av ny sykehusstruktur på Helgeland.

3. RETTSLIGE UTGANGSPUNKTER

3.1 Krav til saksbehandlingen

3.1.1 Generelt – kravet til forsvarlig saksbehandling

Av helseforetaksloven § 5 første ledd fremgår at forvaltningsloven gjelder for helseforetakets virksomhet.

Hovedtyngden av reglene om forvaltningens saksbehandling følger av forvaltningsloven. Disse reglene suppleres av uskrevne krav til god forvaltningsskikk. Forvaltningsretten og det overordnede krav om god forvaltningsskikk omfatter en del grunnleggende prinsipper som må ligge til grunn for utøvelse av offentlig myndighet, herunder blant annet kravet om *forsvarlig saksbehandling*.

3.1.2 Plikt til å sørge for sakens opplysning

Et sentralt punkt ved saksbehandlingen er at denne skal bidra til fakta som kan være av betydning for å avgjøre saken blir klarlagt og riktig bedømt. Det følger blant annet av forvaltningsloven § 17 at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Forvaltningsloven § 17 første ledd slår fast at avgjørelsesorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Hvis en sak ikke er tilstrekkelig utredet og opplyst, kan vedtaket bli ugyldig. Man begrunner i så fall ofte ugyldigheten i at vedtaket er basert på «feil faktum», jfr. nedenfor i punkt 2.

3.1.3 Vilkårige avgjørelser

En avgjørelse er «vilkårlig» dersom de overveielser som ligger til grunn for avgjørelsen er mangelfulle eller fraværende. Det følger av rettspraksis at vilkårige avgjørelser kan føre til ugyldighet.

3.2 Kravet om korrekte fakta

Uavhengig av hensynet til saksbehandlingens kvalitet, må forvaltningen (Helseforetaket) også utøve sin kompetanse på grunnlag av korrekte fakta. Svikt i de faktiske premisser for vurderingene kan føre til ugyldighet, selv om resultatet i seg selv ligger innenfor grensene for hva foretaket kan bestemme.

Skjønnsmessige avgjørelser kan bygge på forutsigelser/prognoser om faktiske forhold, eksempelvis om den fremtidige utviklingen på et område eller om hvilke konsekvenser en avgjørelse vil kunne få. Dette vil også være tilfellet ved bæreevneanalyser, som beskriver den mest sannsynlige «virkeligheten» ved valg av ulike investeringsalternativer. Svakheter ved slike prognoser kan naturligvis ikke bedømmes på samme måte som fakta som i prinsippet var sanne eller falske da avgjørelsen ble truffet, og det er følgelig ikke tilstrekkelig til å kunne konstatere

feil at forutsigelsen senere har vist seg å slå feil. Dersom prognosen var ufullstendig eller på annen måte uforsvarlig ut fra den foretaket visste eller burde skaffet seg kunnskap om da avgjørelsen ble truffet, vil det imidlertid kunne foreligge feil i fakta som kan føre til ugyldighet.

3.3 Personell kompetansen til å treffe vedtak

Kompetent juridisk person til å forberede og fatte vedtak som gir innstilling om ny sykehusstruktur i Helgeland, er Helseforetaket Helgelandssykehuset HF (HSYK) til det regionale helseforetaket Helse Nord RHF. HSYK er opprettet av Helse Nord RHF i medhold av lov om Helseforetak (Helseforetaksloven § 9).

Det følger videre av Helseforetaksloven § 30 at vedtak av vesentlig betydning skal fattes av styret. Loven eksemplifiserer i 6 punkter hva som menes med vedtak som kan ha prinsipielle sider eller vesentlige samfunnsmessige virkninger:

1. Vedtak som kan endre virksomhetens karakter
2. Vedtak om nedleggelse av sykehus.
3. Omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen.
4. Omfattende endringer i tjenestetilbudet.
5. Vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen.
6. Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak.

Vedtak om sykehusstruktur på Helgeland berøre åpenbart punktene 1-5 ovenfor. Det er derfor ikke tvilsomt at HSYKs styre har den personelle kompetanse i saken. Forvaltningsmessig betyr det at beslutningstaker må være styret. Styret bør ikke bare være sandpåstrøer for et resultat som i realiteten er avgjort av saksforbereder for styret. Det betyr ikke at ikke administrasjonen, vel og merke etter en saksforberedelse som tilfredsstillende forvaltningsmessige prinsipper og forvaltningslovens regler, kan lande på en konklusjon. Men det påhviler saksforbereder/administrasjonen å gi styret et best mulig grunnlag for å fatte et endelig vedtak.

Det betyr at administrasjonen må redegjøre for alle faktorer som kan tale mot den konklusjon som eventuelt anbefales, redegjøre for hvorfor man vekter hensynene slik man gjør og peke på alle relevante og saklige forhold som kan peke i retning av en annen konklusjon. Det vil for eksempel være i strid med ordlyden i og intensjonen med loven om saksforberedelsen «rigges» på en slik måte at styret i praksis ikke har noe valg. Det er naturligvis særlig graverende om dette gjøres bevisst og med det formål å «fjernstyre» styrets vedtak.

Det må samtidig understrekes at det neppe vil være grunnlag for å hevde at et forvaltningsvedtak som er fattet av et formelt kompetent organ (eksempelvis styret i HSYK) er ugyldig på grunn av manglende kompetanse fordi beslutningen «i realiteten» kan hevdes å være tatt av saksforberedende organer som har tilrettelagt saken på en slik måte at det kompetente organet ikke har noe fornuftig alternativ. Forvaltningsrettslig må et slikt vedtak

angripes langs de linjer som er beskrevet ovenfor i punkt 2.1 og 2.2. Samtidig vil slik saksbehandling stå i strid med intensjonen og den politiske viljen bak regler som legger den personelle kompetansen til et konkret organ.

3.4 Annet relevant regelverk

I tillegg til forvaltningslovens alminnelige saksbehandlingsregler gir Finansdepartementets Rundskriv R-109/14 «Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv» (Rundskrivet) viktige føringer for utarbeidelsen av Bæreevneanalysen. Sykehusbygg har også utarbeidet dokumentet «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter», som vil kunne ha relevans for måten analysen skal gjennomføres på.

3.5 Ugyldighet – forvaltningsloven § 41

3.5.1 Generelt

Forvaltningsloven § 41 sier at et vedtak kan være gyldig selv om det er begått en saksbehandlingsfeil, dersom det er grunn til å regne med at feilen ikke kan ha virket bestemmende på vedtakets innhold. Bestemmelsen medfører dermed ikke at alle vedtak som lider av en feil i saksbehandlingen, er ugyldige. Denne formuleringen er valgt med hensikt fordi lovgiver ønsket å gjøre det mulig å anse et vedtak som gyldig, selv om det er begått saksbehandlingsfeil som kan har innvirket på resultatet. At feilen kan ha virket inn på resultatet, er dermed et nødvendig vilkår for ugyldighet, men det vil altså ikke alltid være et tilstrekkelig vilkår. Det å opprettholde et vedtak hvor det foreligger en feil som kan har innvirket på resultatet vil ofte være relevant og rimelig i tilfeller hvor en ugyldighet vil være til skade for parten, og denne ikke kan bebreides for den feil som er begått.

Hvorvidt det er "*grunn til å regne med at feilen ikke kan ha virket bestemmende på vedtakets innhold*" avhenger av en konkret sannsynlighetsvurdering. Generelt kreves ikke overvekt av sannsynlighet for at feilen har hatt innvirkning på resultatet for å statuere ugyldighet. Det er nok at det er en ikke helt fjerntliggende mulighet for det. Vurderingen kan imidlertid variere ut fra feilens karakter og sakens art. Ved grovere feil og inngripende vedtaket skal det typisk mindre til før vedtaket anses ugyldig.

Det at saken ikke er tilstrekkelig opplyst (jf. forvaltningsloven § 17 første ledd) er en feil som ofte kan tenkes å ha virket inn på resultatet. Det sier seg selv at hvis et vedtak er gjort på bakgrunn av mangelfulle eller uriktige opplysninger, kan det være at resultatet ikke blir det samme som hvis alle (korrekte) opplysninger var til stede ved avgjørelsen. Det er i juridisk litteratur lagt til grunn at et vedtak til skade for en part vil bli ugyldig hvis det er rimelig grunn til å anta at den mangelfulle utredningen har virket inn på resultatet.

Det er sikker rett at ugyldighetsregelen ikke bare kommer til anvendelse ved brudd på forvaltningslovens saksbehandlingsregler, men også i tilfelle av brudd på eventuelle forvaltningsrettslige prinsipper som eksempelvis kravet om korrekte fakta.

3.5.2 Bæreevneanalysens betydning for Helseforetakets beslutning

Bæreevneanalysens vurderinger og beregninger utgjør viktige ledd i utredningen og saksforberedelsen, og analysen til derfor representere et sentralt grunnlag for Helseforetakets beslutning. Hvis det foreligger feil eller mangler ved en så viktig del av beslutningsgrunnlaget synes det klart at dette potensielt vil kunne virke bestemmende på Helseforetakets avgjørelse. Hvis det ikke gjøres grep for å avhjelpe eventuelle feil og mangler ved analysen vil dette derfor i ytterste konsekvens kunne medføre at det endelige vedtaket blir ugyldig.

Økonomiske hensyn vil regelmessig være svært tungtveiende for resultatet i denne typen prosjekter som Helgeland står overfor, jfr veilederen som uttaler at bæreevneanalyser utgjør det økonomiske grunnlaget for investeringsbeslutninger. HSYK må ha økonomisk bæreevne til å tåle de investeringene som er nødvendige for det alternativ som velges. En riktig vurdering av den økonomiske risikoen i så måte kan derfor lett bli helt avgjørende for hvilket alternativ som vinner frem.

4. VURDERING AV BÆREEVNEANALYSEN

4.1 Innledning

Samlet sett tenderer bæreevneanalysen ganske sterkt mot å anbefale ett stort sykehus på Helgeland, lokalisert til Mo i Rana.

Kommentaren til bæreevneanalysen omhandler både de overordnede elementer i analysen og de konkrete vurderingene som er foretatt i de ulike modellene. Vi vil nedenfor se nærmere på de overordnede elementer, opp mot forvaltningslovens krav til forsvarlig saksbehandling basert på den kritikk som er fremkommet mot bæreevneanalysen i notat av 6. juni fra MON.

4.1.1 Analyseperioden (levetid)

Av Finansdepartementets rundskriv R – 109/14 (Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv) fremkommer i punkt 6.3 om analyseperiode og levetid at:

«En samfunnsøkonomisk analyse skal så langt som mulig fange opp alle relevante virkninger av tiltaket i hele dets levetid.

Levetiden som benyttes i analysen av investeringsprosjekter må reflektere den perioden tiltaket som analyseres faktisk vil være i bruk eller yte samfunnstjeneste. For tiltak som tar form av tjenester eller regulering, må en vurdere hvor langt inn i fremtiden tiltaket vil ha vesentlige virkninger. Levetiden må derfor drøftes for hvert enkelte tiltak, eller i veiledere for sektorer der det gjennomføres mange

tilsvarende tiltak. For å bidra til at tiltak i en sektor kan sammenlignes skal det legges vekt på en helhetlig tilnærming.

- *Som hovedprinsipp skal analyseperioden være så nær levetiden som praktisk mulig.»*

Dette betyr at levetiden som benyttes i Bæreevneanalysen etter Rundskrivet skal reflektere levetiden til sykehuset (dvs. aktiva, først og fremst bygningsmassen).

Analyseperioden/levetiden i Bæreevneanalysen er satt til 27 år, som er betydelig kortere enn levetiden til et nytt sykehuset. Det er ikke begrunnet nærmere hvorfor kravet etter Rundskrivet fravikes. Mer alvorlig er det kanskje at styret ikke fikk presentert avvikende forutsetninger i forbindelse med presentasjonen den 27. mars 2019.

En levetid på 27 år er heller ikke i samsvar med den levetid som er forutsatt i tilsvarende prosesser de andre helseforetakene, hvor det praktiseres en levetid på mellom 38 og 47 år basert på at et nybygg har en levetid på 60 år. Bæreevneanalysen legger til grunn at et nybygg har en levetid bare på 35 år uten at det er nærmere begrunnet. 60 år ville slik vi forstår det ført til en vektet levetid på 45 år. En utvidet avskrivningsperiode fra 27 til 45 år vil medføre en betydelig redusert årlig avskrivning med relativt sett større bæreevne for et alternativ med nytt sykehus kontra et alternativ med større utnyttelse av eksisterende (eldre og nedskrevne) bygg (Mo i Rana).

Analysen benytter en avskrivningspraksis som er i strid med Finansdepartementets rundskriv og praksis fra de andre helseforetakene. Det gis ved dette et misvisende bilde av investeringsnivået, som resulterer i en uriktig favorisering av lave investeringer (MIR) på bekostning av et nytt sykehus.

Forutsatt at styret ikke fikk underlagsmaterialet i forbindelse med bæreevneanalysen den 27. mars 2019 vil styret ikke noen forutsetning for å vurdere nærmere de tall og konklusjoner som presenteres. Slik vi forstår det har Deloitte's følgeskriv med vedlegg fremkommet først som en reaksjon på saksbehandlingen i forbindelse med bæreevne presentasjonen. Dette gir ikke inntrykk av en åpen og balansert presentasjon av alternativene, men av reparasjon i ettertid.

Alternativ levetid gammelt bygg

Bæreevneanalysen skiller ikke mellom rehabilitering av gammelt bygg og oppføring av nytt bygg, og modellene for opprustning hensyntar derved ikke vesentlige rehabiliteringskostnader for gammelt bygg i analyseperioden. Dette gir et skjevt og uriktig bilde av kostnadene til ulempe for et alternativ med nytt bygg.

4.1.2 Utskilling av tomteverdi

I følge alminnelig regnskapspraksis er ikke tomteverdi gjenstand for avskrivninger.

Modellen som benyttes i Bæreevneanalysen er tilpasset slik at tomteverdi kan skilles ut, men dette er ikke gjort. Dette kan (dersom og når tomtekostnader trekkes inn) bidra til at avskrivningen (bærekraften) feilaktig svekkes og det gis i så fall et uriktig bilde av bæreevnen til ulempe for et alternativ med nytt bygg. Til sammenligning kan nevnes byggingen av sykehuset Kalnes i Østfold i 2015. Tomteverdien utgjorde da 12 % av investeringen. Ved bruk av tilsvarende anslag i Bæreevneanalysen vil avskrivningskostnaden på en investering på 3,56 MRD NOK ved nytt bygg bli redusert med 15,8 MNOK pr år i analyseperioden.

4.1.3 Potensiale og tilleggsarealer

Et viktig spørsmål er hvilke muligheter det er innenfor eksisterende bygningsstruktur på sykehuslokasjonene for å skaffe tilstrekkelig antall kvm for et stort akuttsykehus. I tilknytning til dette er det naturligvis viktig å utrede om det kan skaffes tilleggsareal i andre bygg som er egnet eller tomt for nybygg.

I bæreevnepresentasjonen for styret er det lagt til grunn at tilleggsarealer utenfor eksisterende bygningsmasse kun er mulig i Mo i Rana. Dette gir et misvisende bilde av mulighetspotensialet fordi både Alstahaug og Vefsn kommuner har klargjort i etterkant av presentasjonen at relevante tomtearealer kan stilles til disposisjon. Presentasjonen for styret den 27. mars gir således et skjevt inntrykk. Forholdet er blitt trukket frem som eksempel på at utredningen av alternativer for lokalisering av stort akuttsykehus ikke skjer på en «nøytral» måte. Kritikken har naturlig nok avfødt kommentarer fra forfatterne av Bæreevneanalysen.

I referat ved Deloitte fra møte 23. april 2019 vises til at det for MIR var fattet vedtak om at tilleggsareal kunne stilles til disposisjon, og at det etter føring fra finansdepartementet og Veileder for Tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Tidligfaseveilederen) i utgangspunktet kun skal ta hensyn til tiltak som er vedtatt. Vi har sett gjennom Tidligfaseveilederen, og har ved vår gjennomgang ikke kunnet holde punkter i denne for et slikt utgangspunkt.

På forespørsel fra daglig leder i Mosjøen og omegn Næringssselskap KF om referansen til «føringen fra departementet» har Helgelandssykehuset vist til følgende formulering i Veileder nr 8 fra Finansdepartementet:

«Følgende skal ikke hensyntas i nullalternativet:

- *Tiltak eller prosjekter som er omtalt i over- siktsplaner (NTP, perspektivplaner) men som ikke er vedtatt av Stortinget og ikke har fått bevilgning.»*

HSYK opplyser videre at:

“Etablert tolkning er at man som hovedregel bruker samme prinsipp for alle tiltak uavhengig av hvilke offentlige nivå disse er relatert til. Prinsippet sikrer en form for ryddighet og felles tolkning på dette område”.

Så langt vi kan se følger det ikke av Veileder nr 8 eller andre relevante dokument at ikke vedtatte utvidelsesmuligheter skal settes ut av betraktning. Dette gjelder kun for nullalternativet, dvs. alternativet som innebærer videreføring av eksisterende tilstand. Om den samfunnsøkonomiske analysen av alternativer heter det i Rundskrivet:

«Nullalternativet er referansen som de øvrige tiltakene skal sammenlignes med. Nullalternativet representerer en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det er vedtatt politikk (...) som skal ligge til grunn for nullalternativet....

I en samfunnsøkonomisk analyse skal det identifiseres ulike tiltak som kan bidra til å løse problemet og som tilfredsstiller mål og krav. Innenfor det definerte mulighetsrommet skal en vurdere tiltak bredt, slik at flere realistiske alternativer blir vurdert»

Som det fremgår er det for nullalternativet at kun vedtatte planer skal hensyntas. Det følger uten videre av at nullalternativet er definert som videreføring av dagens situasjon.

Deretter skal imidlertid andre alternativer utredes, som for eksempel alternativene 2a og 2b-1 når det gjelder Helgelandssykehuset, og da skal «en vurdere tiltak bredt». Det ville gi liten mening å utrede andre alternativer med tidshorisont 2025 uten å trekke inn muligheten for tilleggsarealer i nærheten av der eksisterende sykehus befinner seg bare fordi de ikke er vedtatt i 2019.

Det problematiske med bæreevneanalysen er at den når det ikke gjøres, ikke klargjør overfor styret premisene for fremstillingen og peker mer konkret på muligheter som ikke er vurdert. Det blir nokså generelt og lite informativt for styret kun på helt overordnet og generelt nivå å bli orientert om det nokså selvsagte, nemlig at analysen «vil være sensitiv for endringer i forutsetningene som legges til grunn.»

I denne sammenheng vil vi ytterligere peke på at dersom slike skjevheter ikke bare skjer unntaksvis, så svekker det verdien av bæreevneanalysen. Styret (og andre interessenter) vil ikke lenger kunne stole på kvaliteten. Om dertil også kommer flere tilfeller av fremstillinger som fremstår misvisende om *ikke premisene gjøres klare samtidig med fremstillingen* (og ikke bare i ettertid etter at kritikk er fremkommet, jfr Deloitte's notat 24. mai 2019 s. 9), vil det skape mistillit

og inntrykk av en systematisk slagside. Dette er naturligvis svært uheldig og bør snarest tas tak i. Et typisk tiltak vil være å fremover involvere andre og generelt aksepterte kompetanseressurser og personer i tillegg til de som allerede har bidratt.

4.1.4 Rentesats på lån

Rentesatsen benyttet i Bæreevneanalysen er betydelig høyere enn markedsrenten og rentesats benyttet ved Sykehuset Innlandet, uten at det er pekt på relevante forskjeller. Det er heller ikke redegjort for de forutsetninger som ligger til grunn for/begrunner rentesatsen, og det er derfor ikke mulig å ettergå de vurderinger som er gjort.

4.1.5 Restverdi på investering

Hvis investeringsperioden på nytt bygg økes til 45 år, jf ovenfor under punkt 3.1.1 er det ikke relevant å beregne restverdi på investering.

Ut fra forutsetningene i Bæreevneanalysen (med en analyseperiode på 27 år) blir det imidlertid feil og i strid med Rundskrivet punkt 6.4 å ikke foreta beregning av restverdi. Konsekvensen av dette er at en nyinvestering «går glipp» av en investeringsreduksjon i beregningen som skal reflekteres ved restverdien.

Feilen innebærer at alternativ som i hovedsak viderefører eksisterende bebyggelse med liten grad av nybygg fremstår som gunstigere enn de i virkeligheten er.

4.1.6 Statistisk liv

Statistisk liv er ikke hensyntatt, alternativt det opplyses ikke om hvorfor det ikke er hensyntatt. Det fremstår som kynisk å omregne menneskeliv i kroner og øre, men det er i realiteten det som daglig gjøres i styring ved at tiltak i samfunnet som innebærer økt risiko for tap av menneskeliv aksepteres. Man er enige om ikke å forby flytrafikk selv om fly fra tid til annen styrter osv. I en Bærekraftanalyse kan slike forhold kun direkte hensyntas ved at man operer med «statistisk liv» og setter en økonomisk verdi på det.

Av geografiske grunner vil sentral beliggende alternativer komme best ut forutsatt at det er en sammenheng mellom tid fra symptom til sykehusbehandling slik at desto kortere tid, desto større sjans for et heldig resultat. Det kan derfor fremstå som påfallende og lite tillitvekkende at dette momentet ikke er nevnt overhodet. I MON-rapporten er den årlige gevinsten for Mosjøen sammenlignet med Mo i Rana beregnet til 105 millioner kroner.

4.1.7 Prehospitale tjenester

I dokumentet fra Helgelandssykehuset «Pasienttransport på Helgeland, - akutte transporter og planlagte reiser» av 1. juni 2018 omtales tre tidligere rapporter som omhandler spørsmålet om lokalisering av sykehus på Helgeland. En masteroppgave fra UiN viste at sykehustransportkostnaden ved å velge MIR fremfor Mosjøen ga en merkostnad på opptil 91

MNOK i 1997, eller 30-40 prosent mer avhengig av hvilket alternativ som ble valgt. Ved KPI justering til 2018 tall får man 141,1 MNOK pr år. Dette er et svært viktig moment for å skille alternativene fra hverandre, men er likevel ikke inkludert i analysen.

Bæreevneanalysen nevner kun antall ambulanser som trengs ved de ulike alternativene, og denne vurderingen er feilaktig og direkte misvisende.

I tilknytning til ambulansedrift gir Bæreevneanalysen 21 MNOK i økte kostnader på alle alternativer i ettsykehusmodellen, uavhengig av lokalisering. Hvis man benytter tall fra tabell over ambulansebehov ved ulike lokasjoner fra prehospitalet ved Helgelandssykehuset HF, blir korrekte årstall mot 0-alternativet – 14MNOK for Vefsn, -21 MNOK for SSJ og -28 MNOK for MIR. Dette er en klar fordel ved lokalisering i MSJ, som ikke er hensyntatt i analysen.

Skjevheten i analysen slår på dette punkt ut til fordel for lokalisering i mindre sentrale strøk av en region.