
Sykehusbygg og gevinstrealisering

INVITERT KOMMENTAR

ERIK MAGNUS SÆTHER

ems@osloeconomics.no

Erik Magnus Sæther er ph.d., samfunnsøkonom og helseøkonom og partner i Oslo Economics, et uavhengig medarbeidereid analysemiljø. Selskapet er ett av flere miljøer som har rammeavtale med Sykehusbygg om kvalitetssikring av sykehusutredninger. Sæther har medvirket i utredning og kvalitetssikring av ulike sykehusbyggprosjekter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FINN GJERULL RYGH

Finn Gjerull Rygh er samfunnsøkonom og direktør i Oslo Economics. Han har medvirket i utredning og kvalitetssikring av ulike sykehusbyggprosjekter. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når helsevesenet bygger, bør det i større grad være mål om effektivitetsgevinster

Oslo Economics har over tid bidratt til kvalitetssikring av en rekke byggeprosjekter i helseforetakene. En del av oppgaven er å vurdere hvordan det redegjøres for forventede driftseffekter, og hvordan disse bidrar til at byggeprosjektet blir økonomisk bærekraftig [\(1\)](#).

Vi ser at det i mange tilfeller er et svært begrenset omfang av forventede driftsbesparelser i prosjektene. Kostnadene knyttet til teknisk drift av bygningsmassen øker gjerne ved nybygg, og byggenes utforming legger ikke i vesentlig grad til rette for nye og mer effektive arbeidsmetoder. Begrunnelsene som gis for at prosjektene likevel bør gjennomføres, er blant annet at kvaliteten på behandlingen og pasientenes opplevelse styrkes, eller at de eksisterende bygningene ikke oppfyller dagens krav til helse, miljø og sikkerhet.

Slik sett er det ikke veldig overraskende at Hagen og Anthun, i studien som nå publiseres i Tidsskriftet, i liten grad finner reduserte kostnader i kjølvannet av sykehusenes byggeprosjekter (2). Nye sykehusbygg oppføres fordi de gir ønsket kvalitet i behandlingen, eller fordi de gamle byggene ikke fungerer etter hensikten.

Det er imidlertid ikke opplagt at det er rom for økt kvalitet i helsetilbudet fremover. Dette beskrives blant annet tydelig i Helsepersonellkommissjonens utredning fra 2023 (3). Også Riksrevisjonen har pekt på behovet for økt produktivitet, lav kapasitetsutnyttelsen i norske sykehus, manglende effektivisering gjennom digitalisering og manglende kostnadsstyring i teknologiske investeringsprosjekter (4–5). Manglende effektivisering etter realisering av nye sykehusbygg synes således å være en del av et større mønster, der helseforetakene sliter med å redusere kostnader gjennom omstilling. Samtidig viser vår kartlegging av tidstyver i sykehusene at det finnes en rekke bygningsmessige tiltak som kan bidra til økt effektivitet (6).

«Kostnadene vokser vesentlig mer enn effektiviteten, slik at kostnaden per DRG-poeng øker. En slik kostnads- og produktivitetsutvikling ville ikke vært mulig uten stadig økte statlige tilskudd»

Hva kan gjøres for å få en tettere kobling mellom byggeprosjekter og effektivitet? Vi økonomer begynner ofte med å vurdere om aktørenes insentiver er slik de bør være. Dagens modell gir allerede ledelsen i helseforetakene insentiver til å oppnå effektivisering, ettersom helseforetakene selv må finne midler til å betale for byggeprosjektene. Dersom prosjektene ikke gir reduksjon i andre driftskostnader, men bare medfører økte kostnader i form av renter, avskrivninger og kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold, må det kuttes andre steder, og det kan fort bety redusert aktivitet.

Samtidig er det gjerne slik at kriser i spesialisthelsetjenesten løses gjennom økte tilskudd fra staten. Som vi har vist i rapporten *Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten* har den gjennomsnittlige årlige inflasjonsjusterte kostnadsveksten i norske helseforetak vært 1,6 % i perioden 2013–22 (7). Kostnadene vokser vesentlig mer enn effektiviteten, slik at kostnaden per DRG-poeng øker. En slik kostnads- og produktivitetsutvikling ville ikke vært mulig uten stadig økte statlige tilskudd.

«Det hjelper lite å sette inn flere hender i produksjonen når det er bygninger og utstyr som skaper flaskehals, og sykehusstrukturen begrenser stordriftsfordelene»

Den samme rapporten viser at det er lønnskostnader som driver de samlede kostnadene oppover (7). Den gjennomsnittlige, inflasjonsjusterte årlige kostnadsveksten for lønn har vært 2,8 % i perioden 2013–22, mens avskrivningene, som kan ses på som et mål på kostnader knyttet til bygningsmasse og utstyr, har hatt en reell årlig nedgang på 0,5 % i samme periode. Dette kan være en av årsakene til at marginalkostnadene i sykehusene

ser ut til å ha økt, og vi har i rapporten anbefalt å kompensere for dette. Det hjelper lite å sette inn flere hender i produksjonen når det er bygninger og utstyr som skaper flaskehals, og sykehusstrukturen begrenser stordriftsfordelene (8).

Mye tyder på at det er behov for investeringer i bygninger og utstyr ved norske sykehus. Men premisset for slike investeringer må være at det bidrar til produktivitetsvekst. Dette kan antagelig bare oppnås gjennom stram økonomisk styring av sykehusene, kombinert med en kulturendring der oppmerksomhet og belønningsstrukturer vris fra å fokusere på økt kvalitet til økt effektivitet. Vi mener det er opplagt at det er mulig å effektivisere et helsevesen der antallet leger per innbygger har økt med 67 prosent fra 2001 til 2024 (9), og der det er 3,4 sykehussenger per 1 000 innbyggere, mens Sverige klarer seg med 2,0 (i 2021) (10). Vi tar til orde for økte investeringer, kombinert med tydelig styring, for å utløse reelle og varige effektiviseringsgevinster.

LITTERATUR

1. Sykehusbygg. Om veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. <https://kunnskapsbanken.sykehusbygg.no/hvordan-planlegge-og-bygge-sykehus/veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter/i/z8tc5/om-veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter> Lest 27.10.2025.
2. Hagen TP, Anthun KS. Sykehusenes kostnadsnivå før og etter investeringer i bygningsmassen. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0679. [CrossRef]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023:4: Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 1.11.2025.
4. Riksrevisjonen. Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Vedlegg 14 til Dokument 3:2 (2021–2022). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2021-2022/undersokelse-av-helseforetakenes-investeringer-i-bygg-og-medisinsk-teknisk-utstyr/> Lest 1.11.2025.
5. Riksrevisjonen. Dokument 3-6 (2023-2024). Utnyttelse av IT-systemer på Sykehus. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2023-2024/dok3-202324/dok3-202324-006/> Lest 1.11.2025.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo Economics. Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus, rapport 2025-29. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/effekten-av-a-fjerne-tidstyver-i-sykehus/id3103064/> Lest 1.11.2025.
7. Sæther EM, Anthun KS, Bilet AM et al. Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten. Oslo Economics (2024:18) - Analyse utarbeidet for

Helse- og omsorgsdepartementet. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/03/Marginalkostnader-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
Lest 1.11.2025.

8. Kittelsen SAC, Anthun KS, Bilet AM et al. Scale economies in somatic hospitals in Norway. *J Prod Anal* 2025; 64: 393–404. [CrossRef]

9. Statistisk sentralbyrå. 13953: Årsverk i spesialisthelsetjenesten, etter yrke, tjenesteområde og helseforetak 2015 - 2024.
<https://www.ssb.no/statbank/table/13953> Lest 1.11.2025.

10. OECD. Health at a glance 2023. Hospital beds.
https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/indicator-overview-country-dashboards-and-major-trends_d4962905.html#chapter-d1e843-3c7a7758e7 Lest 1.11.2025.

Publisert: 24. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0614
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.