



Økonomiske analyser

Ny Regional sikkerhetsavdeling

Delrapport til konseptfasen

11. mai 2017
Versjon 1.0

Prosjektinformasjon

Prosjekt	Ny Regional sikkerhetsavdeling
Prosjektnummer	102991
Fase	Konseptfase
Prosjekteier	Helse Sør-Øst RHF
Prosjektdirektør	Dag Böhler
Prosjektleder	Rikard Tveiten
Utførende	Anders Minaberg, Helse Sør-Øst RHF Glenn Ruud, Oslo universitetssykehus HF Subhan Shafiq, Deloitte

Godkjenning

Versjon	Dato	Godkjent av	Kommentar
1.0	11.mai 2017	Lina Alfarrustad	

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Mandat for økonomiske analyser konseptfasen.....	4
1.3	Alternativer som er utredet i økonomiske analyser	5
2.	Oppsummering.....	6
2.1	Økonomisk bæreevne prosjektnivå.....	6
2.2	Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå.....	8
2.3	Sentrale forutsetninger i de økonomiske analysene.....	9
3.	Prosjektkostnad og finansieringsplan.....	11
3.1	Prosjektkostnad og usikkerhetsanalyse.....	11
3.2	Finansiering.....	12
4.	Driftsøkonomi og -gevinster	14
4.1	Overordnet om driftsgevinster	14
4.2	Estimerte driftsgevinster.....	16
5.	Bæreevne prosjektnivå.....	18
5.1	Økonomisk bæreevne.....	18
5.2	Nåverdianalyser	23
5.3	Sensitivitetsanalyser	24
6.	Bæreevne helseforetaksnivå	26
7.	Vedlegg.....	28
7.1	Generelt om økonomisk bæreevne og nåverdi	28

1. Innledning

Dette dokumentet er et tillegg til konseptfaserapporten for *Ny Regional sikkerhetsavdeling*, og dekker analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå. Delrapporten oppsummerer vurderinger av investeringskostnader, driftsøkonomiske effekter, bæreevne- og nåverdianalyser. Beregning av de driftsøkonomiske effektene av bygningstiltaket er gjennomført av Oslo universitetssykehus HF, basert på blant annet workshop hvor berørte klinikk- og avdelingsledere har vurdert hvordan nybygg og samlokalisering kan påvirke driftsøkonomien. Investerings-, bæreevne- og nåverdianalyser er gjennomført av arbeidsgruppen for økonomi.

Arbeidet er gjennomført i tråd med relevante veiledere¹ og overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

1.1 Bakgrunn

Idéfasen for *Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner* inngår som et delprosjekt i hovedprosjektet *OUS idéfase*. Idéfasen for delprosjektet er beskrevet i rapport *Framtidens OUS, Idéfase: Konkretisering etter høring*, versjon 1.0 datert 28.01.16 og i egen rapport *OUS Idéfase RSA med tilgrensende funksjoner*, versjon 0.9 datert 08.12.15.

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i møtet 16. juni 2016 (sak 53-2016) tilslutning til målbildet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF (OUS). Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles som tre sykehus med klar profil; et lokalsykehus på Aker, et regionsykehus på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

I styresak 53-2016 *Videreutvikling av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF følgende (vedtakspunkt 8):

8. *Idéfase regional sikkerhetsavdeling videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når tomtevalget er gjort. Prosjektet skal vurderes for trinnvis utvikling. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF. Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.*

1.2 Mandat for økonomiske analyser konseptfasen

Prosjektmandat for konseptfasen gir følgende føringer for de økonomiske analysene:

«De økonomiske beregningene fra idéfasen må videreutvikles i konseptfasen, jfr. styresak 053-2016 Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF – vedtakspunkt 10:

10. *Styret tar til etterretning at prosjektene vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF både i perioden før og etter bygging bedrer de økonomiske resultatene, og at det i konseptfasene utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og planer for gevinstuttak.*

¹ Helsedirektoratet, *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*, IS-1369, 2011; Finansdepartementet, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, *Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne – veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg*, 2010.

Det skal gjøres driftsøkonomiske konsekvensvurderinger av alternative driftsmodeller slik at prosjektavhengige gevinster kan identifiseres. Vurdering av bæreevne må skje både på prosjekt- og helseforetaksnivå.

Det skal etableres en gevinstrealiseringsplan på overordnet nivå hvor formål og mål for prosjektet beskrives, herunder både økonomiske gevinster og kvalitative effekter. Driftskonseptet til prosjektet må beskrives godt, inkludert en overordnet bemanningsplan. Videre må gevinstene beskrives på en slik måte at de kan følges opp og danne et reelt grunnlag for gevinstrealiseringen som skal bidra til økonomisk bæreevne. Dette må dokumenteres både på prosjekt- og foretaksnivå.

Arbeidet med gevinstrealisering og de driftsøkonomiske vurderingene må gjennomføres av ressurser fra Oslo universitetssykehus HF slik at tiltakene oppnår tilstrekkelig internt eierskap i sykehuset.

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne må øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket synliggjøres, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Denne vurderingen er naturlig å inkludere som del av økonomisk langtidspan 2018–2021 for Oslo universitetssykehus HF.»

Det utføres investeringsanalyser av hvert utredningsalternativ. Arbeidet gjennomføres på grunnlag av prosjektets øvrige utredningsresultater, herunder blant annet byggekostnadskalkyle og finansieringsplan, endringer i FDV- og leiekostnader, samt eventuelle IKT-investeringer som følge av alternativet.

1.3 Alternativer som er utredet i økonomiske analyser

Det er gjennomført økonomiske analyser av følgende alternativer:

Basisprogram: Samtidig etablering av RSA, KPS, LSA og PUA på Ila Syd

Etappevis utbygging: Etappevis etablering av RSA, KPS, LSA og PUA på Ila Syd

Etappevis utbygging - kun etappe 1: Etablering av kun RSA og KPS på Ila Syd

Basisprogrammet omfatter samtidig bygging av regionale og lokale funksjoner på Ila. Virksomhetsinnholdet i etappevis utbygging er lik innholdet i Basisprogrammet, men med etappevis bygging. For at utbyggingen reelt kan skje uavhengig av hverandre, organiseres etappene på følgende måte:

- **Etappe 1 – RSA og KPS:**
 - Regional sikkerhetsavdeling (RSA) – 32 døgnplasser
 - Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS)
- **Etappe 2 – PUA og LSA:**
 - Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) – 12 døgnplasser
 - Lokal sikkerhetspsykiatri (LSA) – 25 døgnplasser

Konseptfaserapporten inneholder en kvalitativ vurdering av å gjennomføre etappe 2 på enten Ila eller Aker.

Et 0-alternativ ville omfattet dagens løsning, med nødvendige investeringer for at alternativet skal kunne fungere frem til en definert tidshorison og være sammenlignbart med de øvrige alternativene. For RSA-prosjektet er utløsende årsak å erstatte uhensiktsmessig, dårlig og dels kondemnabel bygningsmasse, og det gjøres derfor kun delvise beregninger av et 0-alternativ. Det vises til konseptfaserapporten for nærmere beskrivelse. De økonomiske gevinstene som fremkommer i rapporten er estimert som differansen mot hvordan kostnadsutviklingen er beregnet å ville bli dersom nybyggtiltaket ikke gjennomføres (driftsmessig 0-alternativ).

2. Oppsummering

Et investeringsprosjekt eller helseforetak vil ha økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på finansieringen. Samtidig må prosjektets eventuelle behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt være innenfor helseforetakets og regionens handlingsrom. Analysene skal forbedre kvaliteten av beslutningsgrunnlaget og bidra til økt bevisstgjøring av driftsøkonomiske konsekvenser av investeringsprosjektet. De økonomiske beregningene inngår i den samlede vurderingen for gjennomføring av prosjektet, som ett av vurderingselementene sammen med helsefaglige, bygningstekniske og kvalitative vurderinger av alternativene.

Utredningen Oslo universitetssykehus HF har gjort av driftsøkonomiske effekter av investeringene har identifisert potensiale for vesentlig forbedret driftsøkonomi. Investeringsanalysene viser at alle tre alternativene har økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Blant alternativene som er analysert, vurderes Basisprogrammet å ha best bæreevne, samt høyest nåverdi og internrente. Dette hovedsakelig ved at økonomiske gevinster for både LSA og PUA realiseres på et tidligere tidspunkt enn ved etappevis utbygging, noe som gir høyere netto nåverdi.

Alternativet med gjennomføring av kun Etappe 1 (RSA og KPS) har også positiv bæreevne og netto nåverdi, men relativt lavest blant de tre utredningsalternativene. Dette som følge av at driftsøkonomiske gevinster for dette prosjektalternativet er mindre, som igjen følger av at det omfattes mindre virksomhet enn de andre utbyggingsalternativene. Internrenten for alternativet er fortsatt betydelig positiv.

Sensitivitetsanalyser viser at rangeringen av alternativene er relativt robust for endringer i overordnede forutsetninger som f.eks. lånerente og økonomisk levetid. Samtidig er bæreevnen til det enkelte alternativ sensitiv for endringer i spesielt kjernedriftsgevinster. Den økonomiske bæreevnen vil være avhengig av i hvor stor grad estimerte driftsgevinster realiseres. Med dagens lave rentenivå er det også risiko knyttet til en eventuell fremtidig renteøkning.

2.1 Økonomisk bæreevne prosjektnivå

Analyser av prosjektets økonomiske bæreevne (uten egenfinansiering) gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av finansieringsform.

Figur 1 oppsummerer resultatene fra bæreevneanalyser på prosjektnivå for de utvalgte alternativene. For at prosjektet skal ha bæreevne må den akkumulerte bæreevnen være positiv ved utgangen av økonomisk levetid. Gitt forutsetning om ca. 2,7 % lånerente (snitt av rentebane) og 33 års økonomisk levetid per etappe, har alle alternativene økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Basisprogrammet har best bæreevne, og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til Basisprogrammet er positiv selv ved endringer i overordnede forutsetninger knyttet til lånerente, driftsgevinster og økonomisk levetid.



Figur 1: Oppsummering av prosjektets økonomiske bæreevne per alternativ.

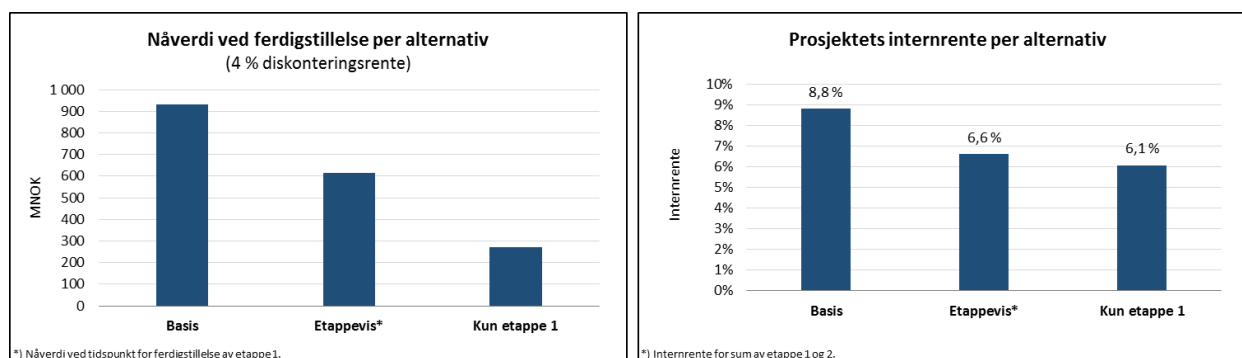
De økonomiske analysene er sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Endringer i estimerte kjernedriftsgevinster og lånerente gir størst påvirkning på økonomisk bæreevne over prosjektets levetid.

Prosjektets nåverdi

Nåverdianalysene legger til grunn økonomisk levetid på 33 år per etappe, og nåverditidspunktet er satt til tidspunkt for ferdigstillelse av prosjektet. For alternativet med etappevis utbygging er nåverditidspunktet satt til tidspunkt for ferdigstillelse av etappe 1. Netto nåverdi består av summen av investeringskostnadene og neddiskonterte årlige driftsgevinster som følge av investeringsprosjektet. Internrenten er den kalkulasjonsrenten som gir en netto nåverdi lik 0.

Gitt forutsetning om 4 % diskonteringsrente, har alle alternativene positiv netto nåverdi. Basisprogrammet har høyest netto nåverdi og internrente, og fremstår økonomisk som det beste alternativet.

Figur 2 oppsummerer netto nåverdi og internrente for de utvalgte alternativene.



Figur 2: Netto nåverdi ved ferdigstillelse (ekskl. avhending eiendom) og internrente per alternativ.

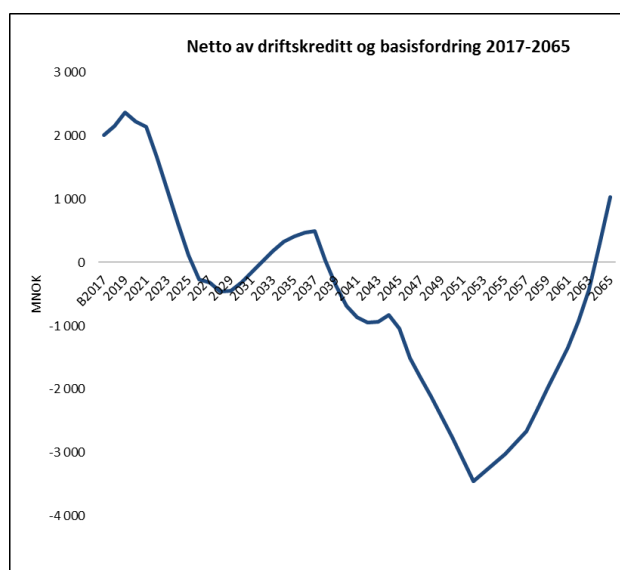
2.2 Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering og øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Vurderingen er gjennomført som del av økonomisk langtidsplan 2018–2021 for Oslo universitetssykehus HF, hvor alternativet med etappevis utbygging i 2 etapper er innarbeidet. Den økonomiske bæreevnen på helseforetaksnivå er sensitiv for hvilken driftseffektivisering sykehuset oppnår i planleggingsperioden.

Det utføres planarbeid for flere store investeringsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF, f.eks. nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og fremtidig sykehusstruktur ved Aker og Gaustad. Ved gjennomføring av store investeringer kan periodisering for de ulike prosjektene kunne ha innvirkning på helseforetakets totale bæreevne. Disse prosjektene er også innarbeidet i den økonomiske langtidsplanen for helseforetaket. Investeringsprosjektene vil belaste resultatregnskapet med en økning i avskrivings- og rentekostnader, og likviditeten vil bl.a. belastes med økning i avdragsbetalinger.

Figur 3 viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring gitt investeringsplanene ved Oslo universitetssykehus HF. Dersom netto likviditet i grafen er negativ i en periode, har sykehuset et behov for tilsvarende lån av likviditet fra morselskapet Helse Sør-Øst RHF.

Analysene indikerer at Oslo universitetssykehus HF vil ha likviditetsmessig bæreevne til å gjennomføre RSA-prosjektet. Reduksjon i netto av driftskreditt og basisfordring etter 2037 knytter seg til ordinære driftsinvesteringer og reinvesteringer som helseforetaket foreløpig har budsjettet. Forutsatt helseforetakets økonomiske langtidsplan, vil helseforetaket ikke ha behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF i tilknytning til RSA-prosjektet.



Figur 3: Utvikling netto av driftskreditt og basisfordring i perioden 2017–2065.

2.3 Sentrale forutsetninger i de økonomiske analysene

2.3.1 Prosjektkostnad

Tabell 1 viser sum prosjektkostnad som er lagt til grunn for analysene. Investeringskostnader er beregnet i faste priser per januar 2017. Byggelånsrenter er ikke inkludert i framstillingen.

Tabell 1: Estimert prosjektkostnad (P50 inkl. tomt og mva.) per alternativ. Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis	Etappevis	Kun etappe 1
Tomt og opparb. tomt	50	50	50
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155	1 211	826
Ikke-byggnær IKT*	61	61	36
Sum prosjektkostnad	1 266	1 322	912

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepriis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som drifts-kostnad for HF i analysene.

Kostnadene for ikke-byggnær IKT er foreløpige estimater basert på overordnet plan IKT (O-IKT), og må bearbeides i videre arbeid.

Dersom det besluttes gjennomføring av alternativet med kun etappe 1 (RSA og KPS) er det ventet at byggekostnaden kan reduseres noe sammenlignet med kalkylen, som følge av senere optimalisering av tiltaket samt bortfall av tilrettelegging for senere utbygginger. Dette er ikke innarbeidet i analysene.

2.3.2 Driftsgevinster

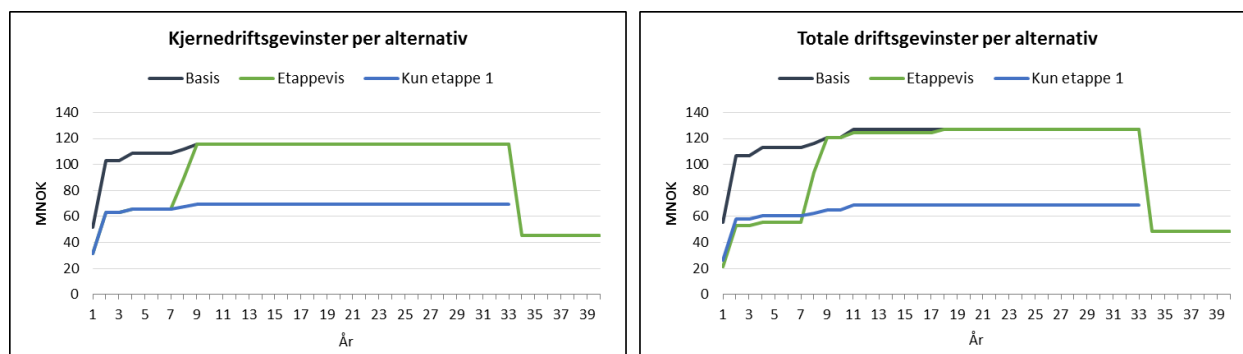
Beregning av de driftsøkonomiske effektene av investeringsalternativene er gjennomført av Oslo universitetssykehus HF, basert på bl.a. workshop hvor berørte klinikk- og avdelingsledere vurderte hvordan nybyggalternativene vil påvirke driften. For en nærmere detaljering av disse gevinstene vises det til notatet *Nytt bygg RSA med tilgrensede funksjoner* av 11. mai 2017 fra Oslo universitetssykehus HF, hvor det er oppsummert vurderinger av bemanningsbehov og driftsøkonomiske effekter.

Kjernerdriftsgevinster består i hovedsak av nettoeffekter for lønns- og driftskostnader for kliniske/pasientbehandlende funksjoner og sikkerhet. Totale driftsgevinster inkluderer i tillegg netto kostnadsendring for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV), samt kostnader i forbindelse med ikke-byggnær IKT og allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift. For etappevis utbygging er det også lagt inn kostnader forbundet med utsettelse av etappe 2.

Virksomheten som omfattes av prosjektet genererer allerede i dag en prosjektuavhengig fri kontantstrøm. Driftsgevinstene for nybyggprosjektene er estimert som endringer fra videreføring av dagens drift, og kommer i tillegg til denne underliggende (prosjektuavhengige) kontantstrømmen. Prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift kan også benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser generert av prosjektet. Det er lagt til grunn at likviditeten videreføres etter at investeringsprosjektet er realisert.

Det er ikke utarbeidet selvstendige estimater av flyttekostnader eller kostnader knyttet til OU-prosess og mottaksprosjekt for noen av alternativene. Disse effektene er indirekte tatt hensyn til ved at det er lagt inn redusert effekt av estimerte driftsgevinster første driftsår. Full effekt av estimerte driftsgevinster er lagt inn fra og med andre driftsår. Fagmiljøet vurderer det som sannsynlig at driften kan tilpasses relativt raskt da man flytter inn i et selvstendig, nytt bygg på ny tomt.

Over prosjektenes økonomiske levetid, er Basisprogrammet estimert til å gi høyest totale driftsgevinster. Bygging av alternativet kun Etappe 1 på Ila Syd er estimert til å gi lavest driftsgevinster blant alternativene da det ikke medfører nybygging for LSA/PUA.



Figur 4: Oppsummering av årlige netto kjernedriftsgevinster og årlige totale driftsgevinster per alternativ.

2.3.3 Finansieringsplan

Tabell 2 viser en sammenstilling av prosjektkostnaden og fordeling av finansiering på hhv. låne- og egenfinansiering. Det presiseres at endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.

Gjennomføring av prosjektet kan gjøre det mulig å selge eiendommer på Dikemark. I tabellen nedenfor er egenfinansiering vist som bruk av basisfordring, men når et salg av Dikemark gjennomføres vil det motregnes bruk av regional basisfordring.

Tabell 2: Sammenstilling av investeringskostnad (P50 inkl. tomt og mva.) og fordeling av finansiering på låne- og egenfinansiering. Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis		Etappevis		Kun etappe 1	
Investering	MNOK		MNOK		MNOK	
Tomt og opparb. tomt	50		50		50	
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155		1 211		826	
Ikke-byggnær IKT*	61		61		36	
Sum prosjektkostnad	1 266		1 322		912	
Finansiering	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Lån HOD	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Lån HSØ	-	-	-	-	-	-
Sum lånefinansiering	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Avhending eiendom	-	-	-	-	-	-
Basisfordring mot HSØ	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sparing av overskudd	-	-	-	-	-	-
Sum egenfinansiering	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sum finansiering	1 266	100 %	1 322	100 %	912	100 %

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepriis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad for HF i analysene.

3. Prosjektkostnad og finansieringsplan

3.1 Prosjektkostnad og usikkerhetsanalyse

Tabell 3 viser estimert sum prosjektkostnad for alternativene som er vurdert. Byggelånsrenter er ikke inkludert i framstillingen.

Investeringskostnader er beregnet i faste priser per januar 2017. Dette medfører at det ikke er innarbeidet fremtidig inflasjon. Prisstigning i planleggings- og byggeperioden vil komme i tillegg.

Tabell 3: Estimert prosjektkostnad (P50 inkl. tomt og mva.) per alternativ. Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis	Etappevis	Kun etappe 1
Tomt og opparb. tomt	50	50	50
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155	1 211	826
Ikke-byggnær IKT*	61	61	36
Sum prosjektkostnad	1 266	1 322	912

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepriis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som drifts-kostnad for HF i analysene.

Dersom det besluttes gjennomføring av alternativet med kun etappe 1 (RSA og KPS) er det ventet at byggekostnaden kan reduseres noe sammenlignet med kalkylen, som følge av senere optimalisering av tiltaket samt bortfall av tilrettelegging for senere utbygginger. Dette er ikke innarbeidet i analysene på nåværende tidspunkt.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyser av prosjektkostnaden, og beregnet en kalkyle på P50- og P85-nivå for de ulike alternativene. Prosjektkostnaden P50 danner grunnlag for økonomiske analyser av bæreevne, og reflekterer forventede tillegg. P85-estimatene inkluderer reserve for ekstraordinære forhold.

Tabell 4: Usikkerhetsanalyser per alternativ (inkl. mva.). Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis	Etappevis	Kun etappe 1
Basisestimat	1 112	1 142	784
Forventede tillegg	43	68	42
% av basis	3,9 %	6,0 %	5,4 %
Prosjektkostnad P50	1 155	1 211	826
Reserve	187	198	139
% av P50	16,2 %	16,4 %	16,8 %
Kostnadsramme P85	1 342	1 409	965

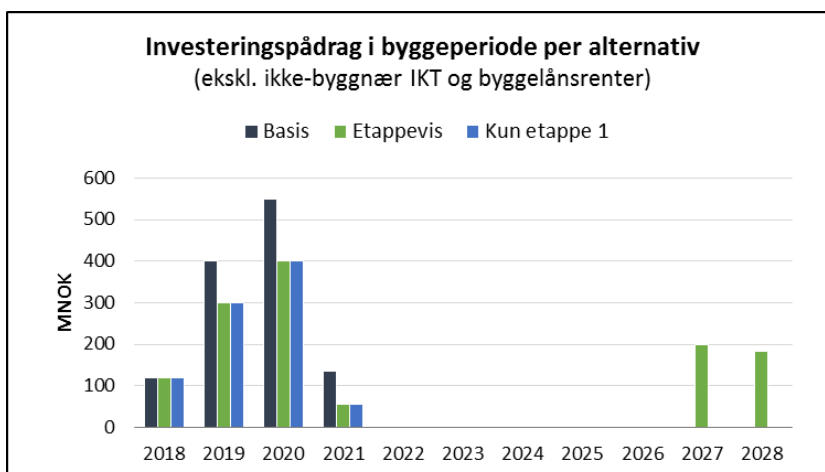
Note: Kostnader til erverv og opparbeidelse av tomt og ikke-byggnær IKT er ikke medtatt.

I konseptrapporten framgår en nærmere gjennomgang av kostnadskalkylen samt usikkerhetsanalysen.

3.1.1 Byggeperioder og pådragsprofil

Det er lagt til grunn oppstart av forprosjekt i 2018. For Basisprogrammet er det forutsatt en byggeperiode på 4 år (2018–2021). Ved etappevis utbygging er det forutsatt en byggetid på 4 år for etappe 1 (2018–2021). Etappe 2 forutsettes igangsatt 5 år etter at etappe 1 er ferdigstilt, og å ha en byggeperiode på 2 år (2027–2028). Dersom kun etappe 1 etableres på Ila forutsettes dette å ha tilsvarende byggeperiode som etappe 1 med etappevis utbygging, dvs. 2018–2021.

Figur 5 oppsummerer byggeperioder og investeringspådrag per alternativ.



Figur 5: Byggeperioder og investeringspådrag (P50 ekskl. ikke-byggner IKT og byggelånsrenter) per alternativ.

Byggeperiode og investeringspådrag per år vil bli mer spesifikt vurdert i senere faser for det valgte alternativet, med utgangspunkt i en konkretisert plan for gjennomføring.

3.2 Finansiering

3.2.1 Forutsetninger finansiering

Fremmedkapital og byggelånsrenter

Det er lagt til grunn at all fremmedkapital behandles som ordinært låneopptak. Rammebetingelsene for lån fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) medfører at lånefinansieringen håndteres som et serielån med 25 års nedbetalingstid fra nybygget tas i bruk.

Det er lagt til grunn en rentebane i tråd med forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2018–2021. Rentenivået er stigende fra ca. 1,4 % i 2018 til ca. 2,8 % i 2027 (og deretter uendret). Alternativ utvikling av lånerente er håndtert i sensitivitetsanalysen.

Det gjøres ingen nedbetaling av avdrag eller renter i byggeperioden. Lånefinansiering kommer først til betaling når prosjektet er tatt i bruk. Det er beregnet byggelånsrenter i byggeperioden til i overkant av 40 millioner kroner, som legges til lånefinansieringens hovedstol. Størrelsen på byggelånsrenter vil avhenge av kostnadspådraget i byggeperioden og i hvilken rekkefølge man benytter låne- og egenfinansiering.

I analyser av helseforetakets bæreevne, som inkluderer egenfinansiering, er det forutsatt at 70 % av investeringsbeløpet finansieres med låneopptak fra HOD. Dersom egenfinansieringen ikke er tilstrekkelig for å dekke resterende investeringsbeløp, er det lagt til grunn at det kan tas opp lån fra Helse Sør-Øst RHF. Det er forutsatt at eventuelt lån fra Helse Sør-Øst RHF vil ha samme betingelser som lån fra HOD.

Egenfinansiering

I analyser av helseforetakets bæreevne er det lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF kan bidra med egenfinansiering. Denne vil i hovedsak kunne bestå av tre komponenter:

- Basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF
- Oppspart positivt resultat i planleggings- og byggeperioden.
- Salgsinntekt fra eventuell avhending av eiendom

Inkludering av egenfinansiering medfører at rente- og avdragsbelastningen for helseforetaket reduseres.

Basisfordringen oppstår som følge av den etablerte finansieringsmodellen for foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har en regional lånemodell hvor det holdes tilbake likviditet fra helseforetakene til regionalt fellesprioriterte investeringer i bygge- og IKT-prosjekter. Låneforholdet er mellom det enkelte helseforetak og det regionale helseforetaket. Når et helseforetak skal investere i et regionalt prioritert byggeprosjekt, blir likviditeten tilbakebetalt og fordringen redusert. Et helseforetak kan også ha gjeld til Helse Sør-Øst RHF. Låneforholdet nedbetales gjennom årlig tilbakeholdt likviditet. Denne modellen muliggjør en raskere gjennomføring av regionalt fellesprioriterte investeringer.

3.2.2 Finansieringsplan

Tabell 5 viser en sammenstilling av prosjektkostnaden og fordeling av finansiering på hhv. låne- og egenfinansiering. Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.

Tabell 5: Sammenstilling av prosjektkostnad (P50 inkl. tomt og mva.) og fordeling av finansiering på låne- og egenfinansiering. Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis		Etappevis		Kun etappe 1	
	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Investering						
Tomt og opparb. tomt	50		50		50	
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155		1 211		826	
Ikke-byggnær IKT*	61		61		36	
Sum prosjektkostnad	1 266		1 322		912	
Finansiering						
Lån HOD	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Lån HSØ	-	-	-	-	-	-
Sum lånefinansiering	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Avhending eiendom	-	-	-	-	-	-
Basisfordring mot HSØ	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sparing av overskudd	-	-	-	-	-	-
Sum egenfinansiering	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sum finansiering	1 266	100 %	1 322	100 %	912	100 %

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepriis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad for HF i analysene.

4. Driftsøkonomi og -gevinster

4.1 Overordnet om driftsgevinster

Driftseffektene knyttet til investeringsprosjektet består i hovedsak av tre komponenter:

- Driftseffekter som følge av geografisk og faglig samling
- Driftseffekter som følge av nybygg/rehabilitering
- Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift

Driftsgevinster følger av (netto) positive effekter knyttet til samlokalisering og mer tilrettelagte arealer i nybygg eller rehabiliterte bygg. I tillegg kan samlokalisering/nybygg muliggjøre andre endringer som kan ha en positiv nettoeffekt, f.eks. bruk av ny teknologi. Det er gjennomført workshop med klinikk- og avdelingsledere fra Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA) for vurderinger av bemanningsbehov og øvrige driftseffekter av samlokalisering og nybygg. Basert på dette er det estimert netto driftsgevinster gitt alternativ og skissert konsept/løsning. For en nærmere detaljering av disse gevinstene vises det til notatet *Nytt bygg RSA med tilgrensende funksjoner* av 11. mai 2017 fra Oslo universitetssykehus HF, hvor det er oppsummert vurderinger av bemanningsbehov og driftsøkonomiske effekter.

Ved framskrivning av aktivitet og dimensjonering, er det forutsatt at bydel Alna er overført til Oslo sykehusområde fra 2020. Bydelene Grorud og Stovner er i beregningene forutsatt overført i 2030.

Oslo universitetssykehus HF har identifisert et behov i fremtiden for økt vakthold for regional sikkerhet. Dette behovet vil også gjelde et driftsmessig 0-alternativ, og den driftsøkonomiske effekten er i foreløpige analyser antatt å være lik i alle alternativene.

Effekt av nybygg

Foreløpige skisser av nytt bygg med plassering av ulike typer behandlingsrom for hver seksjon, personalbaser, seksjoners plassering i forhold til hverandre, håndtering av sikkerhetskrav mv. legger til rette for et lavere bemanningsbehov. Eksempler på dette er at man med nybygg slipper å transportere pasienter opp og ned trapper mellom etasjene, det er mer hensiktsmessig plassering av personalbaser mht. overvåking av pasientrom osv.

Samlokaliseringsgevinster

Det er tatt hensyn til muligheter for samarbeid mellom behandlerpersonell på tvers av seksjonene, personell knyttet til aktivitetssenter, samarbeid av kontorfaglige funksjoner og stillinger innenfor fagutvikling og forskning. Det er vurdert samlokaliseringsgevinster for personell knyttet til ikke-medisinske støttefunksjoner som vare-/lagerhåndtering, sikkerhet, matforsyning og kjøkken. Samling av funksjoner vil også kunne medføre mindre fellesareal, og følgelig lavere FDV-kostnader (FDV-effekten er definert utenfor kjernedriftsgevinster, men håndtert som del av totale driftseffekter).

Konsekvens av etappevis utbygging og kun etappe 1 på Ila Syd

Driftsmessig konsekvens av utbygging over to etapper medfører bl.a. behov for økt grunnbemanning for RSA og økte kostnader for LSA mht. økte kostnader for vaktberedskap. Sammenlignet med Basisprogrammet, vil utsettelse av etappe 2 også medføre investeringer og endringer i FDV-kostnader i perioden frem til LSA og PUA er ferdigstilt. Det vil også kunne påløpe nye ulempekostnader knyttet til

flytting, OU-prosess og mottaksprosjekt ved utsatt etappe 2. Ulempekostnader er håndtert ved at det er lagt inn redusert effekt av estimerte driftsgevinster første driftsår for etappe 2.

Ved etappevis utbygging er det i foreløpige analyser ikke lagt inn ulempekostnader knyttet til bygging av LSA og PUA (etappe 2) på Ila. Med ulempekostnader i byggeperioden menes f.eks. rokader, midlertidige lokaler/brakkjer, ekstra sikkerhet/vakthold og støy eller andre forstyrrende elementer som påvirker eksisterende drift. Eventuelle ulempekostnader knyttet til bygging av etappe 2 på Ila vil vurderes nærmere i senere faser.

For alternativet med kun etappe 1 på Ila, antas etappe 2 etablert sammen med øvrig psykisk helsevern og avhengighet i Oslo universitetssykehus HF, eksempelvis på Aker. Utbygging for kun RSA og KPS på Ila vil dermed medføre bortfall av samlokaliseringsevner for dette prosjektalternativet, men det kan gi samlokaliseringsevner for virksomheten som etableres på Aker. Effekter av eventuell samling av virksomhet på Aker inngår ikke i dette prosjektet.

Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift

Virksomheten som omfattes av prosjektet genererer allerede i dag en fri kontantstrøm, eksempelvis gjennom at inntekter (med tilhørende likviditet) dekker avskrivninger (ikke-betalbare kostnader). Driftsgevinstene for nybyggprosjektene er estimert som endringer fra videreføring av dagens drift, og kommer i tillegg til denne underliggende (prosjektuavhengige) kontantstrømmen. Prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift kan benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser generert av prosjektet. Hvor mye likviditet som kan allokere til prosjektet vil avhenge av virksomhetsinnholdet som omfattes, og dermed kunne variere mellom de ulike alternativene. Det er estimert at prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift utgjør ca. 7 mill. kroner årlig, hvorav 50–100 % kan allokere til å dekke prosjektets økonomiske forpliktelser, avhengig av alternativ. Det er lagt til grunn at likviditeten videreføres etter at investeringsprosjektet er realisert.

Tabell 6 illustrerer hvordan prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift er estimert og hvilke forutsetninger som er lagt til grunn for ulike variabler. Det vil i videre arbeid være behov for å oppdatere forutsetninger knyttet til bl.a. allokert overskuddsandel og reinvesteringsbehov etter ferdigstilling av prosjektet. Regional sikkerhetsavdeling er finansiert av helseregionen gjennom prinsipp om kostnadsdekning.

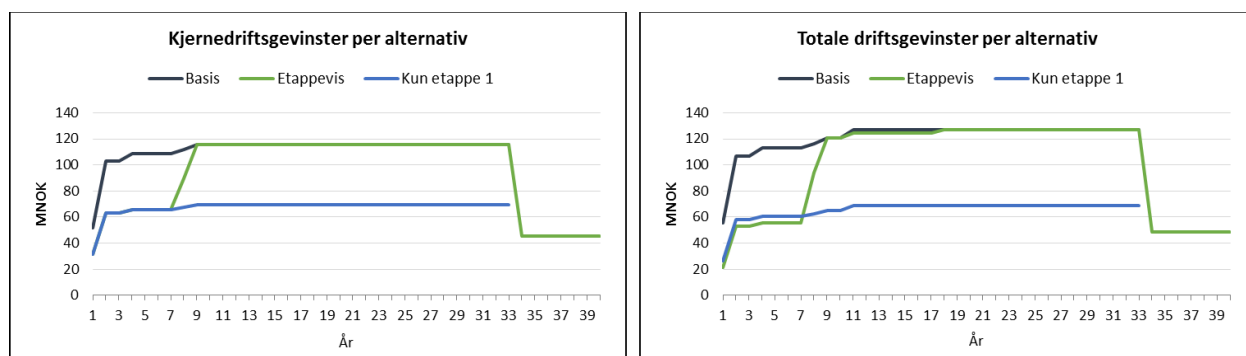
Tabell 6: Estimert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift. Beløp i 1000 kroner.

Beløp i 1000 kroner	2018	2019	2020	...	2025	...	2030
Budsjettet ordinært resultat	0	0	0	...	0	...	0
+ Av-/nedskrivninger (ekskl. nybygg)	1 665	1 665	1 665	...	1 665	...	1 665
- Finansresultat	0	0	0	...	0	...	0
+ Allokert overskuddsandel	5 509	5 509	5 509	...	5 509	...	5 509
= Beregnet EBITDA	7 175	7 175	7 175	...	7 175	...	7 175
- Avdrag eksisterende lang.gjeld	0	0	0	...	0	...	0
- Reinvesteringsbehov etter ferdigstilling	0	0	0	...	0	...	0
- Endring arbeidskapital	0	0	0	...	0	...	0
= Fri kontantstrøm fra drift	7 175	7 175	7 175	...	7 175	...	7 175

4.2 Estimerte driftsgevinster

Figur 6 oppsummerer årlige netto kjernedriftsgevinster og årlige totale driftsgevinster per alternativ over prosjektets økonomiske levetid. Totale driftsgevinster inkluderer, i tillegg til kjernedriftsgevinster, effekter for FDV, ikke-byggnær IKT og allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift. For etappevis utbygging er det bl.a. lagt inn investeringer forbundet med utsettelse av etappe 2.

For Basisprogrammet, og ved kun etappe 1 på Ila, er det i analysene forutsatt drift fra og med 2022 (år 1). Ved etappevis utbygging er det forutsatt at etappe 1 er i drift fra 2022, mens etappe 2 er antatt i drift fra og med 2029 (år 8). Hver etappe antas å ha en økonomisk levetid på 33 år (ut år 2054 for samlet utbygging / etappe 1; ut år 2061 for etappe 2).



Figur 6: Oppsummering av hhv. årlige kjernedriftsgevinster og årlige totale driftsgevinster per alternativ.

Tabell 7 på neste side viser en detaljert oversikt over driftseffektene som er lagt til grunn for de ulike investeringsalternativene. Det vil i neste faser måtte arbeides videre med gevinstrealiseringsplaner, basert på blant annet foreliggende gevinstoversikt.

Tabell 7: Estimerte driftsøkonomiske effekter som følge av investeringsalternativene. Beløp i mill. kroner.

Beløp i mill. kroner	2022	2023	2024	2025	...	2029	2030	...	2039
Basisprogram									
Allokert fri KS fra drift	7	7	7	7	...	7	7	...	7
Kjernerdriftsgevinster	52	103	103	109	...	112	116	...	116
FDV	3	3	3	3	...	3	4	...	4
Ikke-byggnær IKT*	-6	-6	-6	-6	...	-6	-6	...	-
Andre driftseffekter	-	-	-	-	...	-	-	...	-
Totale driftsgevinster Basisprogram	55	107	107	113	...	116	121	...	127
Etappevis utbygging									
Allokert fri KS fra drift	4	4	4	4	...	7	7	...	7
Kjernerdriftsgevinster	32	63	63	66	...	90	116	...	116
FDV	-5	-5	-5	-5	...	3	4	...	4
Ikke-byggnær IKT*	-4	-4	-4	-4	...	-6	-6	...	-
Utsettelse etappe 2 & reinv. etappe 1**	-5	-5	-5	-5	...	-	-	...	-
Andre driftseffekter	-	-	-	-	...	-	-	...	-
Totale driftsgevinster Etappevis utbygging	21	53	53	55	...	94	121	...	127
Kun etappe 1 på Ila									
Allokert fri KS fra drift	4	4	4	4	...	4	4	...	4
Kjernerdriftsgevinster	32	63	63	65	...	68	70	...	70
FDV	-5	-5	-5	-5	...	-5	-5	...	-5
Ikke-byggnær IKT*	-4	-4	-4	-4	...	-4	-4	...	-
Andre driftseffekter	-	-	-	-	...	-	-	...	-
Totale driftsgevinster Kun etappe 1 på Ila	26	58	58	60	...	62	65	...	69

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepris fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad fordelt på 10 første driftsår (per etappe) for HF i analysene. **) Kostnader forbundet med utsettelse av etappe 2, og reinvestering etappe 1 etter at etappens økonomiske levetid er over, men etappe 2 fortsatt er i drift (2055-2061).

Ledelsen ved Oslo universitetssykehus HF har satt som premiss for gjennomføring av nybyggprosjekter at klinisk virksomhet som skal flytte inn i nye bygg må oppnå betydelige resultatforbedringer. Klinikken skal utarbeide plan og forventet effekt av å flytte inn i nye bygg. Disse kravene vil bli omsatt i endrede budsjettammer for de involverte klinikker når virksomheten flytter inn i nye bygg.

Ledelsen ved helseforetaket vil følge opp detaljering av planene og målsettingene til resultatforbedring i dialog med lederlinjen/klinikkledere. Oppfølging av resultatoppnåelse vil inngå som del av administrerende direktørs løpende rapportering og oppfølging av klinikkens resultater, men også være særskilt spesifisert som egen tiltaksrapportering. Administrerende direktørs oppfølging er i 2017 basert på månedlig innrapportering av resultat- og tiltaksgjennomføring med påfølgende møte mellom klinikkleder og administrerende direktør. Hvert tertial gjennomføres utvidet oppfølging der administrerende direktør møter ledergruppen i den enkelte klinikk.

5. Bæreevne prosjektnivå

5.1 Økonomisk bæreevne

I dette kapitlet vises resultater fra analyser av økonomisk bæreevne og nåverdi på prosjektnivå. Analyser av økonomisk bæreevne på prosjektnivå vil indikere om prosjektet vil klare å opprettholde verdien av investert kapital gjennom genererte driftsgevinster. Prosjektet vil ha økonomisk bæreevne dersom summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke det totale investeringsbeløpet og rente på investeringsbeløpet. Denne tilnærmingen gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av prosjektets finansieringsform. I praksis baseres beregningene på en antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån, hvor summen av avdrag og renter på det antatte lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente.

På de neste sidene presenteres analyser av økonomisk bæreevne og nåverdi på prosjektnivå for de enkelte alternativene. Analysene tar utgangspunkt i følgende grunnforutsetninger:

- Økonomisk levetid: 33 år
- Nedbetalingstid lån: 25 år
- Rentesats: 1,4–2,8 % (snitt 2,7 %)
- Inkludere byggelånsrenter: Ja
- Rente på mellomfinansiering: Ja
- Diskonteringsrente for nåverdi: 4 %
- Inkludere restverdier: Nei

Effekt av endrede forutsetninger er beskrevet i delkapittel 5.3 *Sensitivitetsanalyser*.

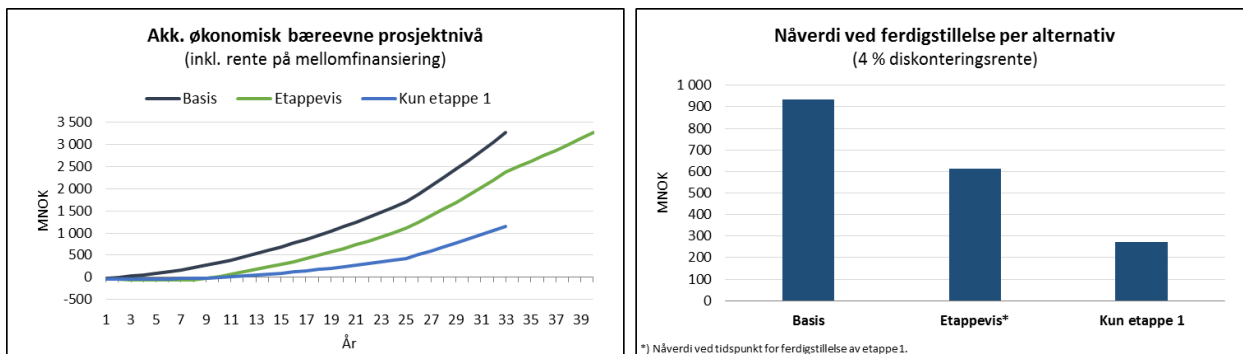
Økonomisk levetid er estimert med utgangspunkt i kalkulerte investeringskostnader og tilhørende avskrivningstid for de ulike delkomponentene i investeringsprosjektet (f.eks. bygningskropp, MTU, el-anlegg, IKT mm.). Den økonomiske levetiden tilsvarer vektet avskrivningstid, og er et estimat for tiden det vil ta før det må antas å være behov for større reinvesteringer.

Analysene er gjennomført i faste 2017-kroner. Dette medfører at det ikke er innarbeidet fremtidig inflasjon. Imidlertid er det innarbeidet en realvekst i inntekter knyttet til forventet gjennomført pasientbehandling, begrenset opp til byggenes dimensjonerte kapasitet i år 2030.

Det er ikke lagt til grunn restverdier for noen av alternativene. Det kan argumenteres for at f.eks. tomt og bygningskropp vil ha en restverdi, og at verdien vil variere mellom alternativene, men i de økonomiske analysene er restverdien satt lik null for samtlige alternativ.

Figur 7 oppsummerer prosjektets økonomiske bæreevne og nåverdi. Et prosjekt vil ha økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene overstiger avdrag og renter på finansieringen. Dette betyr at akkumulert bæreevne må være positiv ved utgangen av prosjektets levetid (dvs. slutt punktet må være over 0 for at et alternativ kan sies å ha bæreevne).

Gitt forutsetning om ca. 2,7 % lånerente (snitt av rentebane) og 33 års økonomisk levetid per etappe, har alle alternativene økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Basisprogrammet har høyest bæreevne, og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til Basisprogrammet er positiv selv ved endringer i overordnede forutsetninger knyttet til lånerente og økonomisk levetid. Basisprogrammet har også høyest nåverdi.



Figur 7: Oppsummering av prosjektets økonomiske bæreevne og netto nåverdi per alternativ.

5.1.1 Basisprogram (samtidig etablering)

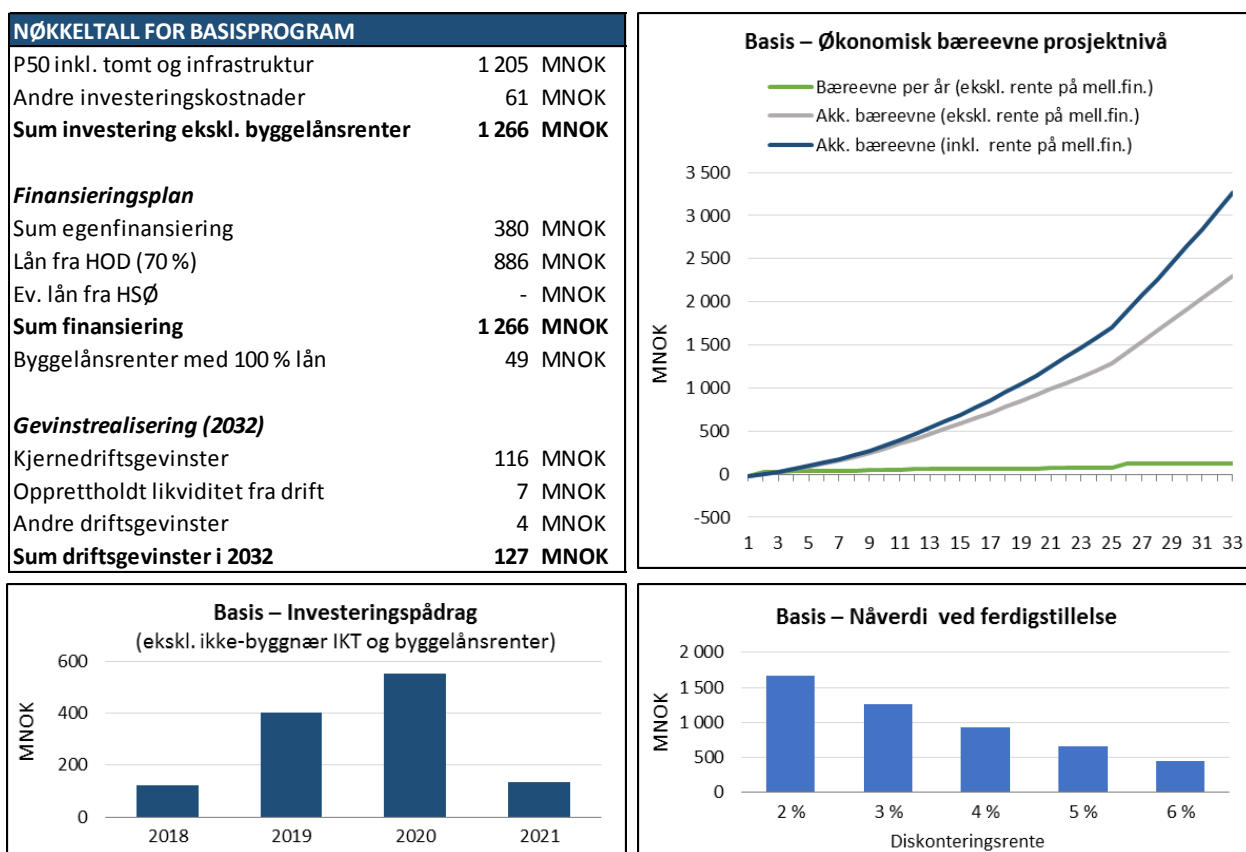
Basisprogrammet innebærer samtidig etablering av RSA, PUA, LSA og KPS på Ila Syd. Det er estimert et investeringsbehov på ca. 1 266 mill. kroner, og totale driftsgevinster utgjør opptil ca. 127 mill. kroner i året fra 2032.

Figur 8 oppsummerer analysen av økonomisk bæreevne for Basisprogrammet. Analysen sammenligner estimerte driftsgevinster mot estimert låneopptak. De tre kurvene i grafen viser:

- *Bæreevne per år*: forskjell mellom kontantstrøm fra lån og driftsgevinster for det enkelte år
- *Akk. bæreevne ekskl. rente på mell.fin.*: akkumulert bæreevne ekskl. rente på mellomfinansiering
- *Akk. bæreevne inkl. rente på mell.fin.*: alternativets akkumulerte bæreevne i levetiden

Analyser av prosjektets bæreevne legger til grunn antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån, hvor summen av avdrag og renter på det antatte lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente. Tabell med nøkkeltall for Basisprogrammet (øverst til venstre) viser også finansieringsplan som er lagt til grunn for vurdering av helseforetakets bæreevne (dvs. med egenfinansiering).

Grafen av prosjektets økonomiske bæreevne (øverst til høyre) viser at prosjektet har økonomisk bæreevne med de forutsetningene som er lagt til grunn. Basisprogrammet har positiv netto nåverdi med 4 % diskonteringsrente.



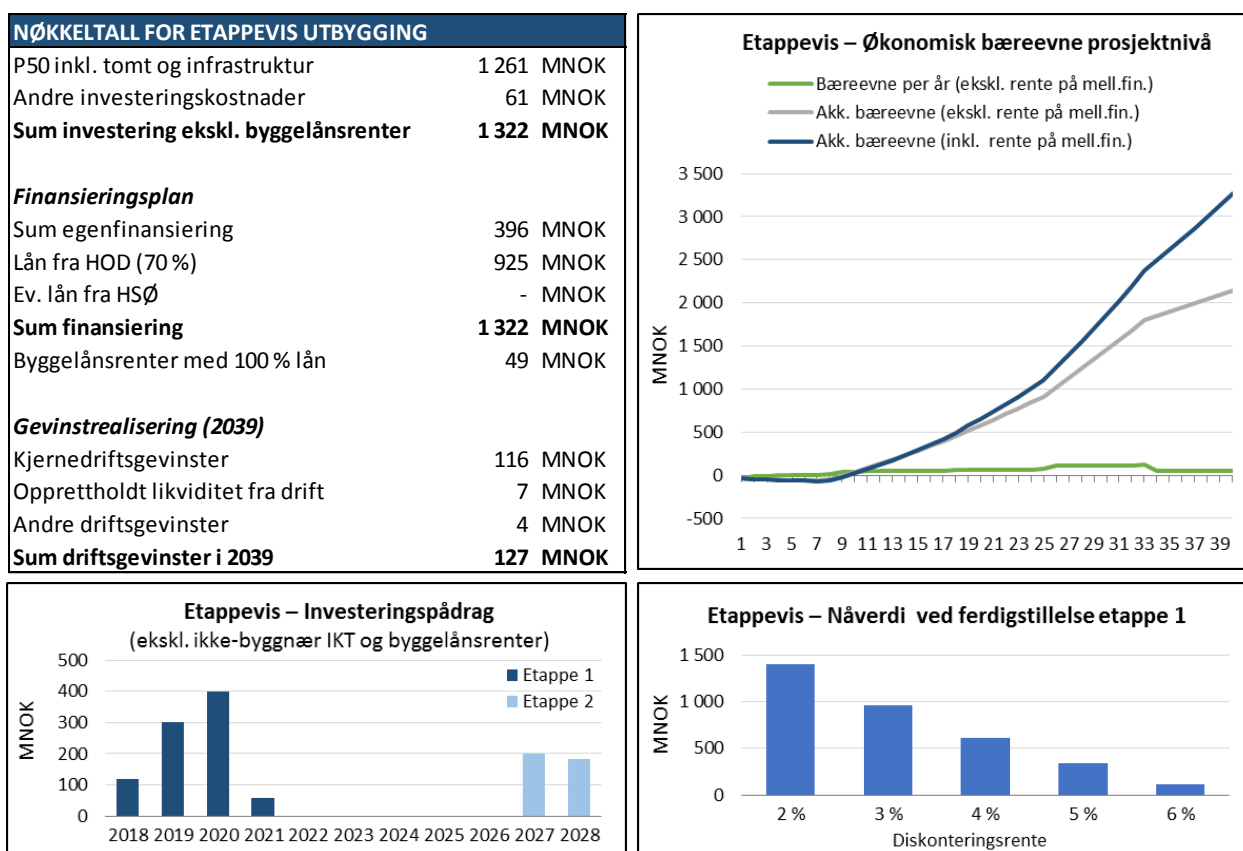
Figur 8: Økonomiske analyser av Basisprogrammet på prosjektnivå.

5.1.2 Etappevis utbygging på Ila Syd

Alternativet med etappevis utbygging innebærer etappevis etablering på Ila Syd. Etappe 1 vil bestå av RSA og KPS, mens etappe 2 består av LSA og PUA. Det er estimert et investeringsbehov på ca. 1 322 mill. kroner, og totale driftsgevinster utgjør opptil ca. 127 mill. kroner i året fra 2039. Utsatt gjennomføring av nybygg for LSA og PUA innebærer bl.a. at 5 mill. kroner årlig må benyttes i ekstraordinært vedlikehold i eksisterende lokaler. I modellen er dette lagt inn som en årlig ulempekostnad de aktuelle årene.

Figur 9 viser at alternativet har økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Alternativet har positiv netto nåverdi med 4 % diskonteringsrente.

Analyser av prosjektets bæreevne legger til grunn antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån. Tabell med nøkkeltall for etappevis utbygging viser også finansieringsplan som er lagt til grunn for vurdering av helseforetakets bæreevne (dvs. med egenfinansiering).



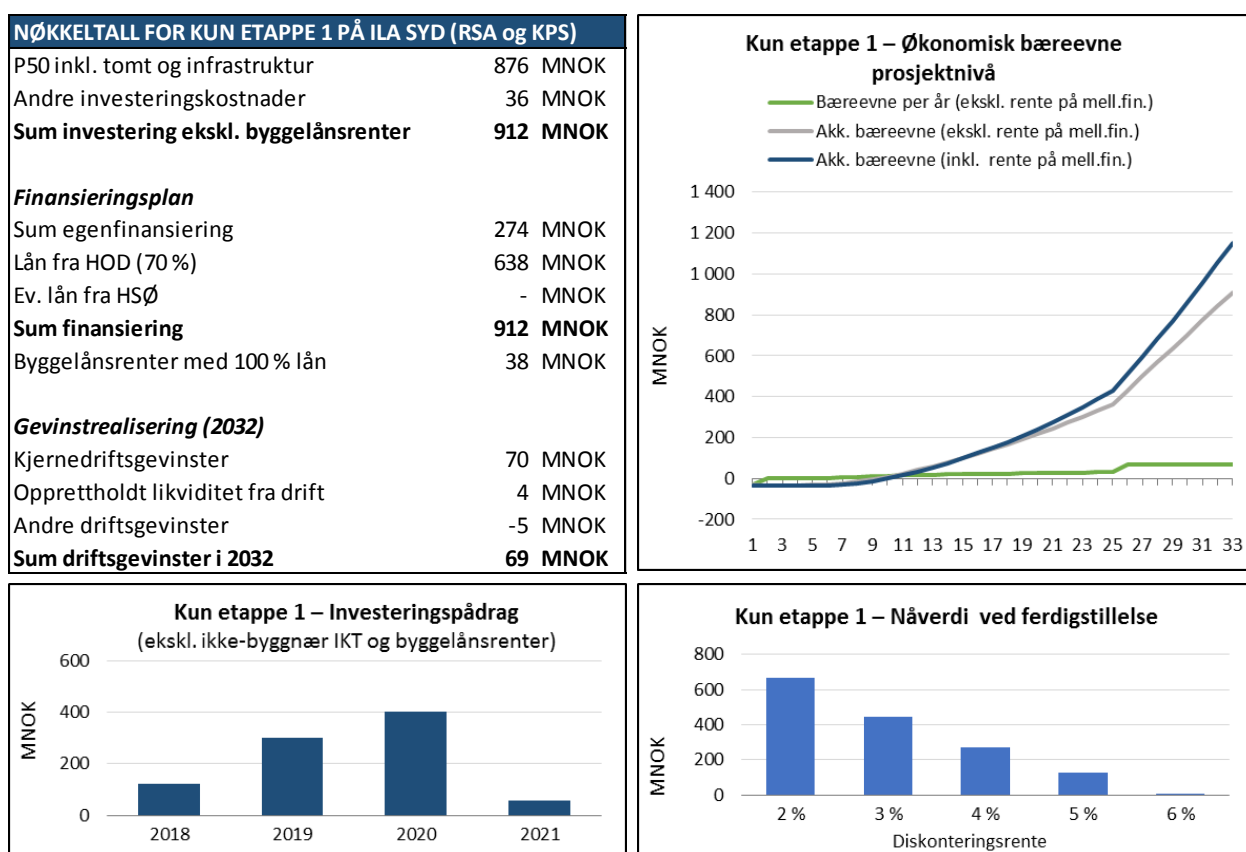
Figur 9: Økonomiske analyser av etappevis utbygging på Ila Syd på prosjektnivå.

5.1.3 Kun etappe 1 på Ila Syd

Alternativet innebærer at kun RSA og KPS (etappe 1) etableres på Ila syd. Det er estimert et investeringsbehov på ca. 912 mill. kroner, og totale driftsgevinster utgjør opptil 69 mill. kroner i året fra 2032. Dersom det skulle besluttes gjennomføring av alternativet med kun etappe 1 er det ventet at byggekostnaden kan reduseres noe sammenlignet med kalkylen, som følge av optimalisering av tiltaket samt bortfall av tilrettelegging for senere utbygginger. Dette er ikke innarbeidet i analysene på nåværende tidspunkt.

Figur 10 viser at alternativet har økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Alternativet har positiv netto nåverdi med 4 % diskonteringsrente.

Analyser av prosjektets bæreevne legger til grunn antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån. Tabell med nøkkeltall for alternativet med kun etappe 1 på Ila Syd viser også finansieringsplan som er lagt til grunn for vurdering av helseforetakets bæreevne (dvs. med egenfinansiering).



Figur 10: Økonomiske analyser av kun etappe 1 på Ila Syd på prosjektnivå.

5.2 Nåverdianalyser

Forutsetninger nåverdianalyser

Det er gjennomført analyser av nåverdi og internrente av de ulike alternativene.

Netto nåverdi består av summen av investeringsutgifter og neddiskonterte driftsgevinster over prosjektets økonomiske levetid, og illustrerer driftsøkonomisk lønnsomhet for prosjektet. Det vil være usikkerhet og risiko knyttet til estimer for fremtidige kontantstrømmer, og nåverdimetoden justerer for denne risikoen ved at fremtidige driftsgevinster nedjusteres med en diskonteringsrente. Nåverdiberegninger er bl.a. følsomme for diskonteringsrenten som benyttes og driftsgevinstenes periodisering (tidsprofil over levetiden).

Internrenten er den kalkulasjonsrenten som gir investeringsprosjektet en netto nåverdi lik 0.

Netto nåverdi og internrente gir en indikasjon på hva som økonomisk sett er det mest gunstige alternativet.

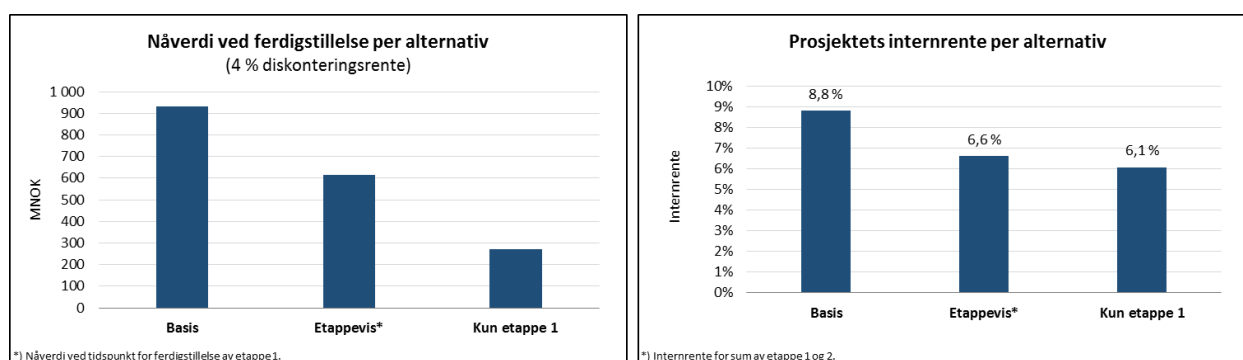
Følgende grunnforutsetninger er lagt til grunn for nåverdianalysene:

- Diskonteringsrente²: 4 %
- Nåverditidspunkt: 31.12.2021 (dvs. antatt tidspunkt for ferdigstillelse av prosjektet / etappe 1)
- Økonomisk levetid: 33 år per etappe
- Investeringskostnad: P50 inkl. tomt og mva.
- Inkludere restverdier: Nei

Resultater nåverdianalyser

Alle tre alternativene har positiv netto nåverdi med 4 % diskonteringsrente. Basisprogrammet har høyest netto nåverdi og internrente. Alternativet med kun etappe 1 på Ila har lavest netto nåverdi.

Figur 11 oppsummerer netto nåverdi ved ferdigstillelse og internrente per alternativ.



Figur 11: Netto nåverdi ved ferdigstillelse (ekskl. avhending eiendom) og internrente per alternativ.

² Finansdepartementet, Rundskriv R: Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv., 30.04.2014

5.3 Sensitivitetsanalyser

Det er gjennomført analyser av hvilken effekt endringer av overordnede forutsetninger vil ha på prosjektets økonomiske bæreevne for de utvalgte alternativene.

Det er gjennomført sensitivitetsanalyser gitt følgende endringer:

- *Kjernerdriftsgevinster*: $\pm 33\%$
- *Lånerente*: rentebane ± 1 prosentpoeng
- *Økonomisk levetid*: ± 3 år
- *Investeringskostnad*: P15 som nedre terskelverdi og P85 som øvre terskelverdi
- *Prosjektuavhengig fri kontantstrøm (KS) fra drift*: $\pm 33\%$

Reduksjon av egenfinansiering har kun effekt for økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå. Konsekvenser av endret egenfinansiering vil vurderes i senere faser.

Det er også gjennomført sensitivitetsanalyser av netto nåverdi med ulike diskonteringsrenter.

Sensitivitetsanalysen viser at bæreevnen er mest sensitiv for endringer i estimerte kjernerdriftsgevinster. En reduksjon av kjernerdriftsgevinster med en tredjedel medfører at bæreevnen til Basisprogrammet og Etappevis utbygging i 2 etapper reduseres med hhv. ca. 2 000 og 2 300 mill. kroner. For alternativet med kun etappe 1 på Ila medfører en reduksjon av kjernerdriftsgevinster med en tredjedel at alternativet ikke lenger har bæreevne. Kjernerdriftsgevinstene utgjør en betydelig andel av totale driftsgevinster, og en reduksjon i disse innebærer tap av betydelige gevinster hvert år (inkl. rente-effekten det medfører).

Sensitivitetsanalysen gir inntrykk av at endringer i lånerente gir relativt lite utslag på økonomisk bæreevne over prosjektets levetid. For Basisprogrammet og Etappevis utbygging i 2 etapper er effekten av endring i lånerente med ett prosentpoeng neglisjerbar. Dette skyldes at alternativene har så høy bæreevne med grunnforutsetningene, at økte rentekostnader på investeringen utlignes av økte renteinntekter på positiv akkumulert nettolikviditet. Denne effekten gjelder kun ved små avvik fra grunnforutsetningen. Dersom rentenivået øker med f.eks. tre prosentpoeng (fra et gjennomsnitt på ca. 2,7 % til 5,7 %) vil bæreevnen til Basisprogrammet reduseres med ca. 800 mill. kroner. For Etappevis utbygging og kun etappe 1 på Ila er effekten på ca. -1 500 mill. kroner. For kun etappe 1 på Ila vil dette innebære at alternativet ikke lenger har bæreevne.

Endring i økonomisk levetid medfører at prosjektet mister/får leveår med kun positiv likviditet fra driftsgevinster (lånet er nedbetalt etter 25 år). En reduksjon av prosjektets økonomiske levetid fra 33 til 30 år gir en negativ effekt på bæreevne for prosjektet isolert på ca. 630 mill. kroner for Basisprogram og Etappevis utbygging. Effekten er omtrent halvparten for kun etappe 1 på Ila (ca. 300 mill. kroner).

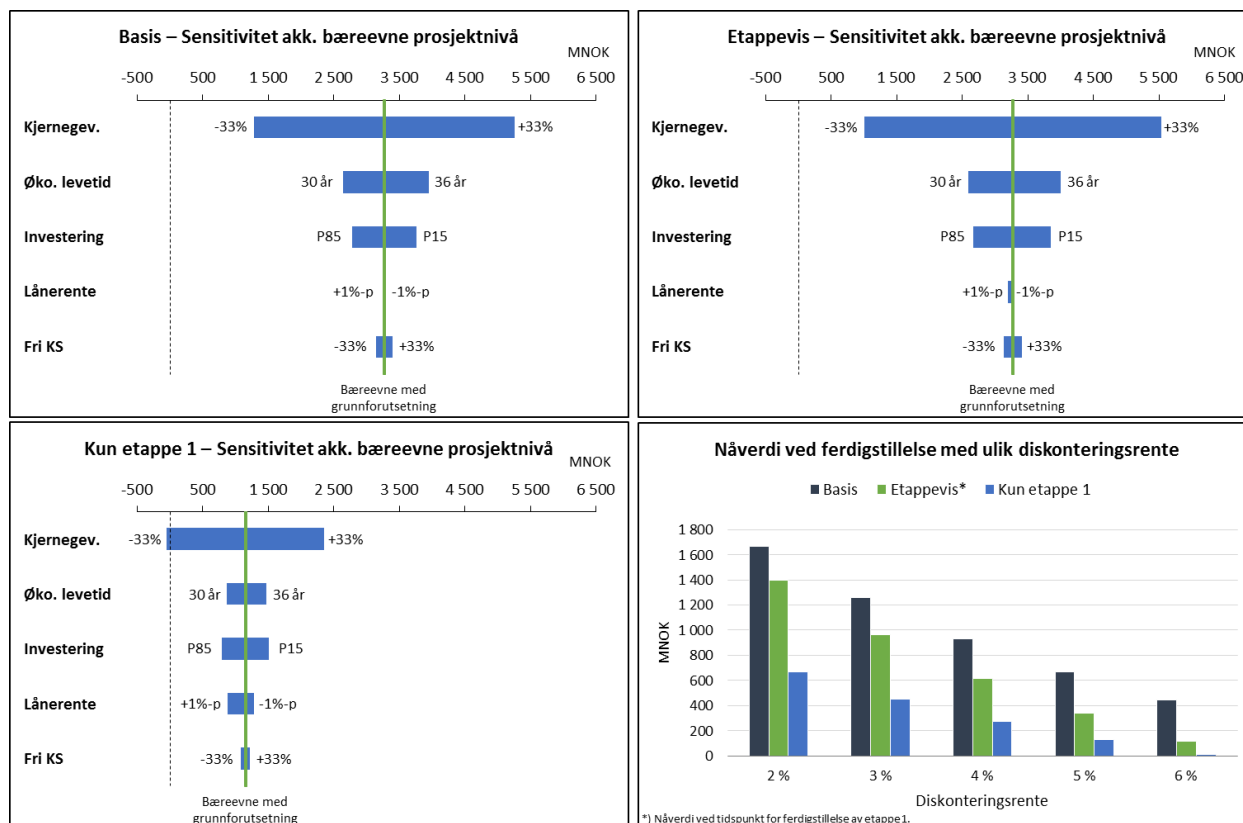
Endringer i investeringskostnad har grovt sett tilsvarende effekt som endringer i økonomisk levetid.

Disse effektene illustrerer analysenes sensitivitet knyttet til endringer i sentrale forutsetninger og estimater. I et eventuelt fremtidig forprosjekt vil det være naturlig med videre detaljering av forutsetningene som er lagt til grunn i denne fasen.

Figur 12 oppsummerer sensitivitetsanalysene som er gjennomført. Grafene med tornadodiagram per alternativ illustrerer akkumulert økonomisk bæreevne (inkl. rente på mellomfinansiering) ved utgangen av

økonomisk levetid. Grønn vertikal strek angir prosjektets bæreevne med grunnforutsetninger, dvs. lånerente på 2,7 % (snitt), 33 års økonomisk levetid, estimerte driftseffekter og investeringskostnad slik vist tidligere i dette dokumentet. Blå stolper angir spekteret dersom man legger til grunn angitte terskelverdier for de ulike variablene. Stiplet horisontal linje langs nullpunktet angir grenseverdi for når alternativene slutter å ha økonomisk bæreevne på prosjektnivå (får negativ akkumulert bæreevne).

Grafen nederst til høyre viser netto nåverdi ved ferdigstilling med ulik diskonteringsrente for de ulike alternativene.



Figur 12: Oppsummering av sensitivitetsanalyser av prosjektets bæreevne og netto nåverdi (ekskl. avhenging eiendom).

6. Bæreevne helseforetaksnivå

Hittil i delrapporten har vurderinger av økonomisk bæreevne og nåverdier hatt et fokus på likviditetsstrømmer og økonomiske endringer. Dette innebærer at analysene ikke tar hensyn til bl.a. resultatregnskapets konsekvenser (f.eks. avskrivninger).

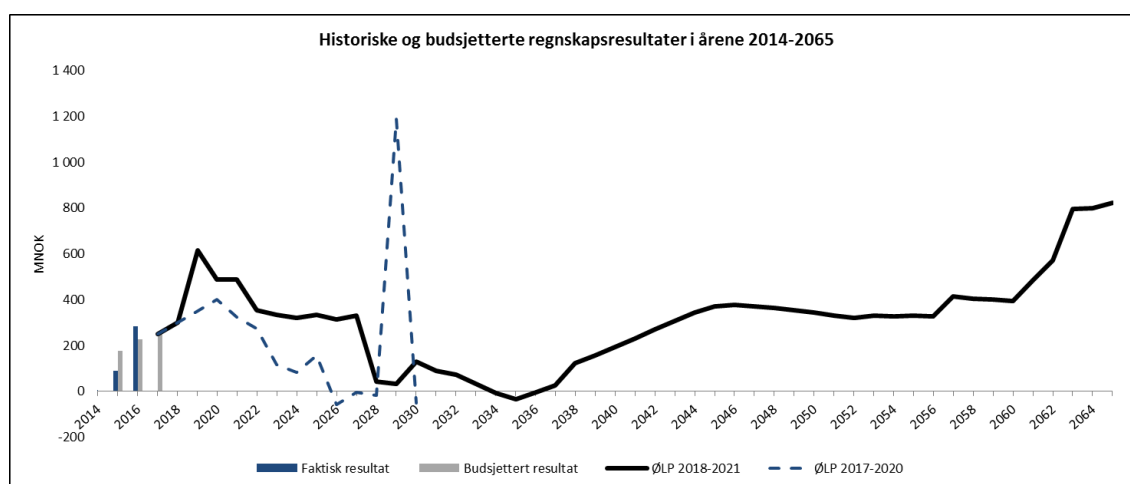
Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt. Det er derfor viktig å etablere et totalbilde av den økonomiske utviklingen for helseforetaket i prosessen med å vurdere konsekvensene av de ulike alternativene. Dette innebærer en framskrivning av kontantstrøm og regnskapsmessig resultat for prosjektet og helseforetaket som helhet, og ikke kun analyser av økonomiske endringer. Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering og øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster.

Vurderingen er gjennomført som del av økonomisk langtidsplan 2018–2021 for Oslo universitetssykehus HF, hvor alternativet med etappevis utbygging er innarbeidet. Siden dette alternativet har svakere bæreevne enn samlet utbygging, vil beslutning om gjennomføring av samlet utbygging relativt forbedre den økonomiske bæreevnen på helseforetaksnivå. Det utføres planarbeid for flere store investeringsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF, f.eks. nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og fremtidig sykehusstruktur ved Aker og Gaustad. Ved gjennomføring av store investeringer kan periodisering for de ulike prosjektene ha betydelig innvirkning på helseforetakets totale bæreevne. Disse prosjektene er derfor også innarbeidet i den økonomiske langtidsplanen.

Det presiseres at vurderinger av bæreevne på helseforetaksnivå og totaløkonomiske effekter er sensitive for finansieringsforutsetninger som er lagt til grunn, og øvrige investeringsprosjekter som planlegges i helseforetaket.

Resultatutvikling 2014–2065

Figur 13 viser historisk og budsjettert resultatutvikling ved Oslo universitetssykehus HF. Effekter av eventuelle eiendomssalg i perioden 2019–2022 er inkludert.



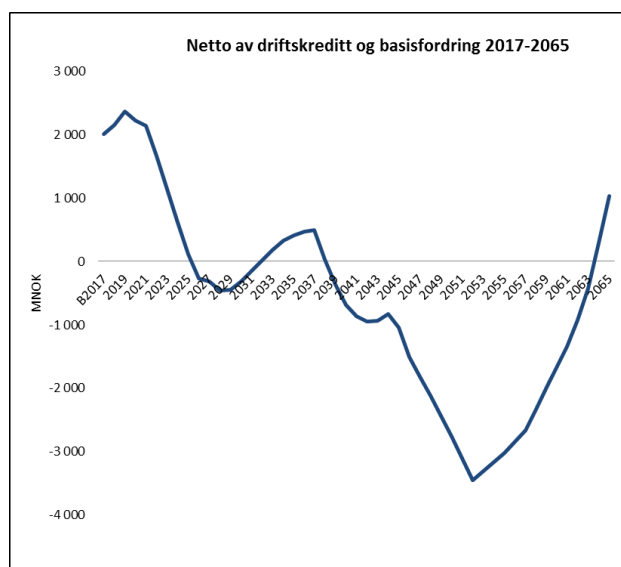
Figur 13: Historiske og budsjetterte regnskapsresultater for Oslo universitetssykehus HF, inkludert eiendomssalg.

Investeringsprosjektene som er inkludert vil belaste resultatregnskapet med en betydelig økning i avskrivings- og rentekostnader samt effekter av eiendomssalg. Langtidsplanen viser imidlertid at de gevinster og driftseffektiviseringer helseforetaket har lagt til grunn gir et regnskapsmessig resultat som samlet over planleggingsperioden er positivt. Driftsresultatet før avskrivninger øker fra 4,65 % i 2016 til om lag 7,72 % i 2030 (estimerte kjernedriftseffekter for RSA-prosjektet holdt uendret fra 2030).

Netto av driftskreditt og basisfordring 2017–2065

Figur 14 viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring gitt investeringsplanene ved Oslo universitetssykehus HF. Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og mellomværende mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivå, finansieringssammensetning og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien.

Analysene indikerer at Oslo universitetssykehus HF vil ha likviditetsmessig bæreevne til å gjennomføre RSA-prosjektet. Reduksjon i netto av driftskreditt og basisfordring etter 2037 knytter seg til ordinære driftsinvesteringer og reinvesteringer som helseforetaket har budsjettet.



Figur 14: Utvikling netto av driftskreditt og basisfordring i perioden 2017–2065.

Forutsatt helseforetakets økonomiske langtidsplan, vil helseforetaket ikke ha behov for vesentlig mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF knyttet til RSA-prosjektet.

7. Vedlegg

7.1 Generelt om økonomisk bæreevne og nåverdi

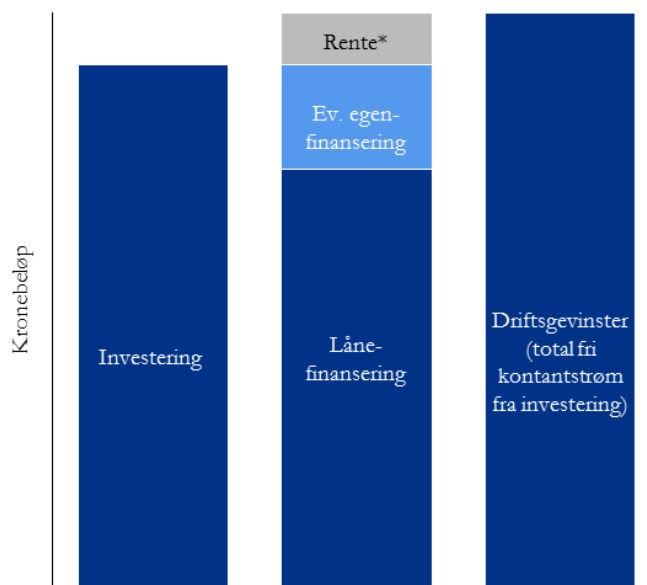
Analysen av økonomisk bæreevne forventes å kunne si noe om hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene et investeringsprosjekt medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Målsettingen er at analysene skal bidra til et godt beslutningsgrunnlag og økt bevisstgjøring av driftsmessige konsekvenser av større investeringsprosjekter. Slike analyser viser imidlertid kun økonomiske effekter, og må ses opp mot helsefaglige og kvalitetsmessige vurderinger for alternativene (ikke-prissatte effekter).

7.1.1 Økonomisk bæreevne; prosjekt- og helseforetaksnivå

Analysen av økonomisk bæreevne over et investeringsprosjekts økonomiske levetid har som mål å sammenligne forventede driftsgevinster opp mot avdrag og renter på kapital som finansierer prosjektet. Et investeringsprosjekt eller helseforetak vil ha økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på lånefinansieringen, samt at eventuelle behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets og regionens handlingsrom.

Figur 15 illustrerer vurderingen av økonomisk bæreevne over et prosjekts økonomiske levetid som sammenhengen mellom investering, finansiering og driftsgevinster.

Analysen av økonomisk bæreevne på prosjektnivå vil indikere om prosjektet vil klare å opprettholde verdien av investert kapital gjennom genererte driftsgevinster. Prosjektet vil ha økonomisk bæreevne dersom summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke det totale investeringsbeløpet og renter. Denne tilnærmingen gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av prosjektets finansieringsform. I praksis baseres beregningene på en antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån, hvor summen av avdrag og renter på det antatte lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente.



*) Uten egenfinansiering: rente beregnes på investeringsbeløp og ev. mellomfinansiering. Med egenfinansiering: rente beregnes på lånefinansiering og ev. mellomfinansiering

Figur 15: Illustrasjon av vurdering av økonomisk bæreevne over prosjektets økonomiske levetid.

I analysen av bæreevne på helseforetaksnivå vil foretakets egenfinansiering inkluderes slik at lånefinansieringen representerer faktisk lånebehov. Videre vil økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå omfatte økonomisk utvikling av foretakets samlede virksomhet. Det innebærer at investeringsprosjektet og tilhørende økonomiske konsekvenser ses i sammenheng med utviklingen i øvrig virksomhet. Økonomisk bæreevne i helseforetaksperspektiv er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt.

Beslutningstakere kan velge å gjennomføre et prosjekt selv om prosjektet isolert sett ikke har økonomisk bæreevne eller positiv netto nåverdi. Helseforetaket kan ha økonomisk bæreevne selv om investeringsprosjektet ikke har det. Konsekvensen av en slik beslutning kan være at verdien av investert kapital forringes slik at det i fremtiden blir lavere investeringskapasitet, og det kan medføre at det må stilles krav om positiv kontantstrøm fra øvrig virksomhet for å kunne finansiere prosjektets løpende låne- og driftsforpliktelser.

7.1.2 Nåverdianalyser

Det gjennomføres også nåverdianalyser av investeringsprosjektet. Nåverdimetoden benyttes for å vurdere om investeringen bør gjennomføres eller ikke ut i fra et økonomisk lønnsomhetsperspektiv. I denne delrapporten har analysene vurdert nåverdi i et driftsøkonomisk perspektiv. Det er ikke tatt hensyn til samfunnsøkonomiske effekter eller økt helsefaglig kvalitet (ikke-prissatte effekter). Analysene må følgelig vurderes opp mot samfunnsøkonomiske, helsefaglige og kvalitetsmessige vurderinger for de ulike alternativene.

Netto nåverdi består av summen av investeringsutgifter og neddiskonterte driftsgevinster over prosjektets økonomiske levetid, og illustrerer driftsøkonomisk lønnsomhet for prosjektet. Det vil være usikkerhet og risiko knyttet til estimater for fremtidige kontantstrømmer, og nåverdimetoden justerer for denne risikoen ved at fremtidige driftsgevinster nedjusteres med en diskonteringsrente. Nåverdiberegninger er bl.a. følsomme for diskonteringsrenten som benyttes og driftsgevinstenes periodisering (tidsprofil over levetiden).

I en forretningsmessig investeringsanalyse vil det kunne være økonomisk lønnsomt å gjennomføre et prosjekt med positiv netto nåverdi, mens prosjekter med negativ netto nåverdi vil forringe verdien av investert kapital. I et helsetjenesteperspektiv vil investeringene sjelden ha positive netto nåverdier, men så lenge tjenestene kan leveres på ulike måter, kan nåverdi gi en indikasjon på hva som økonomisk sett er det mest gunstige alternativet. Analysene gir grunnlag for å sammenligne alternativene basert på de prissatte kostnads- og nytteeffektene (dvs. de direkte økonomisk målbare effektene). I investeringsprosjekter i helsesektoren vil ikke nåverdien primært være et mål på om prosjektet har tilstrekkelig rentabilitet eller ikke, men hvilket alternativ som gir det beste utfallet basert på de estimerte effektene. Hvilket alternativ som har den minst negative / mest positive netto nåverdien er derfor nyttig informasjon.

Det utføres ikke nåverdianalyser på helseforetaksnivå. En nåverdianalyse av hele virksomheten vil i realiteten være en verddivurdering av hele helseforetaket, og gir ikke relevant beslutningsgrunnlag når det er investeringsprosjektet som skal vurderes.

Notat

Sentralbord: 02770

Sak: **Nytt bygg RSA med tilgrensede funksjoner**Dato: **11.5.2017**

Innledning og bakgrunn.

Med bakgrunn i prosjektmandatet for konseptfasen (jf. HSØ styresak 53-2016, vedtakspunkt 10) gjøres det i notatet rede for de økonomiske vurderingene som er gjort av de alternative driftsmodellene som er utredet i konseptfasen.

Det er i vurderingene lagt til grunn at et eventuelt nytt bygg ferdigstilles i 2022 og er i operativ drift fra 2023 for alternativ 1a. For alternativ 1b, etappevis utbygging, ferdigstilles RSA i 2022 og LS og PUA i 2027, med operativ drift i nytt bygg året etterpå. For alternativ 2 ferdigstilles nytt bygg for RSA i 2022, med operativ drift fra 2023. Overnevnte innslagstidspunkt for endringer i driftsøkonomien er avvikende ift de forutsetningene HSØ har i sine vurderinger. Kostnadmessige forskjeller på endringen vil derfor variere for noen av årene i rapportene fra OUS og HSØ. I akkumulerte rapporter er det ingen forskjell.

Driftsmessige forhold.

Forutsetninger

- Det er foretatt følgende forutsetninger i analysene:
 - Alt 1 a. Nytt bygg forutsettes ferdig 2022 med operative effekt på endringen fra 2023.
 - Alt 1 b. Nytt bygg RSA og KPS forutsettes ferdig 2022 med operativ effekt på endringene fra 2023. PUA og LS forutsettes ferdig 2027 med operativ effekt på endringene fra 2028.
 - Alt 2. Nytt bygg RSA og KPS forutsettes ferdig 2022 med operative effekt på endringene fra 2023.
 - Øvrige år i de enkelte alternativer forutsettes driftet i eksisterende bygningsmasse med nødvendige utvidelser for å ivareta drift i antall forutsatte sengeplasser.
- De økonomiske vurderingene baseres på antatt bemanningsbehov i turnus inkludert vakt samarbeid, pasientbehandling og diverse fellestjenester utfra de foreløpige skisser av nytt bygg med plassering av ulike typer behandlingsrom for hver seksjon, personalbaser, seksjoners plassering i forhold til hverandre, håndtering av sikkerhetskrav mm.
- Antatt behov for behandlerpersonell utfra alvorlighetsgrad av sykdom og behov for samfunnsvern, hensyntatt økt antall døgnplasser.
- Vurdert mulig samarbeid mellom behandlerpersonell på tvers av seksjonene.
- Vurdert samarbeid av kontorfaglige funksjoner på tvers av seksjonene.
- Vurderte stillinger innenfor fagutvikling og forskning, inkludert samarbeid mellom seksjonen.
- Vurdert behov for personell knyttet til aktivitetssenter.
- Vurdert behov for personell knyttet til støttefunksjon for matforsyning, kjøkken, transport og vakhold.
- Dagens organisering og gjennomføring av vakhold forutsettes videreført til og med 2022.
- Fra 2023 forutsettes at Oslo Sykehusservice overtar vakholds funksjon. Det er fra dette tidspunktet lagt inn øket bemanning som er forutsatt finansiert for alle alternativer.



Gevinster

- Nytt bygg medfører etablering av en vesentlig mer robust drift, både med hensyn til pasientbehandling og administrativ virksomhet.
- Nytt bygg medfører bedre ivaretagelse av oppgaver og ansvar av oppdragene til den enkelte seksjon, både med hensyn til pasientbehandling generelt, inkludert sikkerhet og sikkerhet i pasientbehandlingen, samt ivaretagelse av ansattes sikkerhet.
- Nytt bygg medfører totale redusert kostnader i forhold til videreføring av dagens drift i klinikk PHA. Ved full drift i 2030 vil nytt bygg årlig koste 115,5 mill. mindre enn fortsatt drift i eksisterende bygningsmasse med nødvendige utvidelser for å ivareta drift i antall forutsatte sengeplasser. Tilsvarende vil antall årsverk være 158 lavere. Reduksjonen kommer som en følge samlokaliseringer og bedre funksjonalitet i nytt bygg og gjelder alle stillingskategorier.
- Samtidig felles utbygging medfører positive samlokaliseringseffekter med utnyttelse av ressurser på tvers av seksjonene. Dette gjelder for alle områder innenfor turnus og legevaktordninger, pasient-behandling og aktivitetssenter, merkantile funksjoner, håndtering av ulike typer sikkerhet, samt øvrige fellesfunksjoner som matforsyning, kjøkken og renhold.
- Etappevis utbygging medfører en utsettelse av samlokaliseringseffekter og utbygging kun for RSA og KPS medfører et bortfall av overnevnte samlokaliseringseffekter.
- Kommentar til tabellene, driftskostnader og antall årsverk, nedenfor
 - Det er tatt med år med operativ effekt av innflytting i nytt bygg og der antall senger øker i henhold til forutsetningen.
 - Inkluderer Oslo sykehuservice mht fellesfunksjoner knyttet til sikkerhet og transport.

Driftskostnader		2 017	2 018	2 023	2 025	2 028	2 029	2 030
	Antall senger	52	52	63	65	65	67	69
Alt 0	Nåværende bygningsmasse	313 498	368 029	475 365	490 436	490 436	503 541	516 648
Alt 1a	Samtidig utbygging	313 498	368 029	372 377	381 954	381 954	391 532	401 109
Alt 1b	Etappevis utbygging	313 498	368 029	412 151	424 954	381 954	391 532	401 109
Alt 2	Kun RSA og KPS	313 498	368 029	412 151	424 954	424 954	435 904	446 853
	Alt 1a vs 0	0	0	-102 988	-108 482	-108 482	-112 009	-115 539
	Alt 1a vs 1b	0	0	-39 774	-43 000	0	0	0
	Alt 1a vs 2	0	0	-39 774	-43 000	-43 000	-44 372	-45 744

- Ved samtidig utbygging er det årlig 39,8 mill. kr lavere kostnader, enn ved etappevis utbygging for årene 2023 og 2024, og 43,0 mill. kr lavere kostnader for årene 2025, 2026 og 2027. Akkumulert er det 208,6 mill. kr lavere driftskostnader ved samtidig utbygging enn ved etappevis utbygging.
- Ved utbygging kun for RSA og KPS fortsetter den negative variansen mot alternativ 2 for årene 2028, 2029 og 2030.

Antall årsverk		2 017	2 018	2 023	2 025	2 028	2 029	2 030
	Antall senger	52	52	63	65	65	67	69
Alt 0	Nåværende bygningsmasse	339	398	511	525	525	539	553
Alt 1a	Samtidig utbygging	339	398	368	377	377	386	395
Alt 1b	Etappevis utbygging	339	398	424	435	377	386	395
Alt 2	Kun RSA og KPS	339	398	424	435	435	447	458
	Alt 1a vs 0	0	0	-143	-148	-148	-153	-158
	Alt 1a vs 1b	0	0	-56	-58	0	0	0
	Alt 1a vs 2	0	0	-56	-58	-58	-61	-63

- Ved samtidig utbygging er det årlig 56 færre årsverk, enn ved etappevis utbygging for årene 2023 og 2024, og 58 færre årsverk for årene 2025, 2026 og 2027. Akkumulert er det 286 færre årsverk.
- Ved utbygging kun for RSA og KPS fortsetter den negative variansen mot alternativ 2 for årene 2028, 2029 og 2030.

- Årsverksutvikling pr alternativ pr stillingskategori
 - Inkluderer årsverk fra Oslo sykehusservice mht fellesfunksjoner knyttet til sikkerhet og transport.
 - Kostnader og årsverk er de samme for år 2018 og 2022.

Alternativ 0	SUM						
Stillingskategori	2 017	2 018	2 023	2 025	2 028	2 029	2 030
Administrasjon og ledelse	34	34	34	34	34	34	34
Pasientrettede stillinger	58	58	57	57	57	57	57
Overleger	13	13	13	13	13	13	13
LIS-leger	4	4	4	4	4	4	4
Turnus leger	0	0	0	0	0	0	0
Psykologer	12	12	12	12	12	12	12
Spesialsykepleier	94	118	171	179	179	186	194
Sykepleier	30	40	48	49	49	50	51
Sosionom	1	0	0	0	0	0	0
Helsefagarbeider / hjelpepleier	85	112	148	153	153	158	163
Diagnostisk personell	0	0	0	0	0	0	0
Ambulansepersonell	0	0	0	0	0	0	0
Drifts / tekniske personell inkl OSS tall	5	5	21	21	21	21	21
Forskning	4	4	4	4	4	4	4
Sum årsverk	339	398	511	525	525	539	553

Alternativ 1A	SUM						
Stillingskategori	2 017	2 018	2 023	2 025	2 028	2 029	2 030
Administrasjon og ledelse inkl rådgivere	34	34	35	35	35	35	35
Pasientrettede stillinger fagrådgivere/aktivitetspersonell)	58	72	11	11	11	11	11
Overleger	13	14	12	12	12	12	12
LIS-leger	4	4	8	8	8	8	8
Turnus leger	0	0	0	0	0	0	0
Psykologer	12	13	13	13	13	13	13
Spesialsykepleier	94	112	106	109	109	112	115
Sykepleier	30	37	39	42	42	45	48
Sosionom	1	0	5	5	5	5	5
Helsefagarbeider / hjelpepleier	85	104	100	103	103	106	109
Diagnostisk personell	0	0	0	0	0	0	0
Ambulansepersonell	0	0	0	0	0	0	0
Drifts / tekniske personell inkl OSS tall	5	5	23	23	23	23	23
Forskning	4	4	17	17	17	17	17
Sum årsverk	339	398	368	377	377	386	395

Alternativ 1B	SUM						
Stillingskategori	2 017	2 018	2 023	2 025	2 028	2 029	2 030
Administrasjon og ledelse	34	34	28	28	35	35	35
Pasientrettede stillinger	58	58	27	27	11	11	11
Overleger	13	13	13	13	12	12	12
LIS-leger	4	4	9	9	8	8	8
Turnus leger	0	0	0	0	0	0	0
Psykologer	12	12	10	10	13	13	13
Spesialsykepleier	94	118	117	121	109	112	115
Sykepleier	30	40	55	57	42	45	48
Sosionom	1	0	2	2	5	5	5
Helsefagarbeider / hjelpepleier	85	111	125	130	103	106	109
Diagnostisk personell	0	0	0	0	0	0	0
Ambulansepersonell	0	0	0	0	0	0	0
Drifts / tekniske personell inkl OSS tall	5	5	21	21	23	23	23
Forskning	4	4	16	16	17	17	17
Sum årsverk	339	398	424	435	377	386	395

Alternativ 2	SUM						
	2 017	2 018	2 023	2 025	2 028	2 029	2 030
Stillingskategori							
Administrasjon og ledelse	34	34	28	28	28	28	28
Pasientrettede stillinger	58	62	27	27	27	27	27
Overleger	13	14	13	13	13	13	13
LIS-leger	4	4	9	9	9	9	9
Turnus leger	0	0	0	0	0	0	0
Psykologer	12	13	10	10	10	10	10
Spesialsykepleier	94	115	117	121	121	127	131
Sykepleier	30	39	55	57	57	58	60
Sosionom	1	0	2	2	2	2	2
Helsefagarbeider / hjelpepleier	85	109	125	130	130	136	140
Diagnostisk personell	0	0	0	0	0	0	0
Ambulansepersonell	0	0	0	0	0	0	0
Drifts / tekniske personell inkl OSS tall	5	5	21	21	21	21	21
Forskning	4	4	16	16	16	16	16
Sum årsverk	339	398	424	435	435	447	458

- Basert på den økonomiske analysen av driftskostnadene, er alternativ 1a - samtidig utbygging for alle funksjoner, klart å foretrekke.
- Klinikken vil forberede innflytting i nytt bygg og lage nødvendige planer for kunne oppnå de forventede gevinster og fordeler som nytt bygg med samtidig felles utbygging gir muligheter for. Det vil si utnyttelse av alle muligheter for å oppnå positive samlokaliseringseffekter på alle områder innenfor pasientbehandling og innenfor merkantile oppgaver og fellesfunksjoner. Se ovenfor.

Sykehusledelsens oppfølging av gevinstrealisering

For Oslo universitetssykehus HF er det som del av økonomisk langtidsplan vurdert et totalpotensial for resultatforbedring som følge av innflytting i nye bygg. Med de bygg som inngår i økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) er dette beregnet til 3 pst resultatforbedring av sykehusets samlede kostnader. Ved realisering av det totale målbildet for Oslo universitetssykehus HF med alle byggetrinn er det beregnet 3 ½ prosent resultatforbedring av sykehusets samlede kostnader.

Sykehusledelsen har satt som premis for gjennomføring av nybyggprosjekter at klinisk virksomhet som skal flytte inn i nye bygg må oppnå betydelige resultatforbedringer. Klinikken skal utarbeide plan og forventet effekt av å flytte inn i nye bygg. Disse kravene vil bli omsatt i endrede budsjetttrammer for de involverte klinikker når virksomheten flytter inn i nye bygg.

Sykehusledelsen vil følge opp detaljering av planene og målsettingene til resultatforbedring i dialog med lederlinjen/klinikkledere. Oppfølging av resultatoppnåelse vil inngå som del av administrerende direktørs løpende rapportering og oppfølging av klinikkenes resultater, men også være særskilt spesifisert som egen tiltaksrapportering. Administrerende direktørs oppfølging er i 2017 basert på månedlig innrapportering av resultat- og tiltaksgjennomføring med påfølgende møte mellom klinikkleder og administrerende direktør. Hvert tertial gjennomføres utvidet oppfølging der administrerende direktør møter ledergruppen i den enkelte klinikk.