

Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og gevinstrealisering i investeringsprosjekter

19. juni 2025
Versjon 1.3

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	3
1.1	Formål og bakgrunn	3
1.2	Relevante veiledere	3
1.3	Begrepsavklaring og forkortelser.....	4
2.	Analyser i tidligfasen.....	6
2.1	Rammeverk for økonomisk bæreevne.....	6
2.2	Estimering og vurdering av driftsøkonomiske effekter.....	9
2.3	Eksempler på resultater/leveranser	29
3.	Realisering av driftsøkonomiske effekter	38
3.1	Introduksjon	38
3.2	Gevinstrealiseringsmetodikk	38
3.3	Dokumentasjonskrav.....	38
3.4	Retningslinjer og presiseringer.....	44
3.5	Praktisk tilnærming til gevinstrealiseringsfasen	45
3.6	Sjekkliste for realisering av driftsøkonomiske effekter	49
4.	Vedlegg	50
4.1	Vurderingsnivå og -kriterier for økonomisk bæreevne.....	50
4.2	Eksempel på oppsett for gevinstrealiseringsplan.....	54
4.3	Eksempel på oppdatering av nullpunktsmåling for driftsøkonomiske effekter.....	54

1. Innledning

1.1 Formål og bakgrunn

Formålet med dette dokumentet er å beskrive de regionale retningslinjene for økonomiske analyser i tidligfase med særlig vekt på driftsøkonomiske analyser, vurdering av økonomisk bæreevne for investeringsprosjekter i tidligfasen og realisering av driftsøkonomiske effekter i etterkant av ferdigstillelse av byggeprosjektene. Retningslinjene gjelder for alle helseforetak under Helse Sør-Øst RHF.

Retningslinjene er relevante for investeringer i sykehusbyggprosjekter (tidligfasen), og legger særlig vekt på vurderinger som inngår i investeringsanalysen. Investeringer i sykehusbygg innebærer betydelig risiko for og påvirkning på helseforetakets økonomi og drift. Det må følgelig etterstrebes detaljerte og gjennomarbeidede analyser av økonomiske effekter for å understøtte informerte valg. Prinsippene som ligger til grunn for sykehusbyggprosjekter kan og bør også legges til grunn ved vurdering av investeringer på andre områder. Økonomiske analyser av investeringsprosjekter skal forbedre kvaliteten på beslutningsgrunnlaget og bidra til økt bevisstgjøring av driftsøkonomiske konsekvenser som følge av prosjektene. Økonomiske vurderinger inngår i den samlede vurderingen av et prosjekt, som ett av flere elementer sammen med bl.a. helsefaglige, bygningstekniske og kvalitative (eksempelvis regionale og nasjonale strategier, føringer og styringsmål) vurderinger av prosjektet. Beslutningstakerne kan velge å gjennomføre et prosjekt selv om prosjektet isolert sett ikke har økonomisk bæreevne. I slike tilfeller vil det være helseforetakets samlede økonomi som må bære investeringens konsekvenser, og vil kunne være en begrensende faktor.

Denne retningslinjen fastsetter krav og anbefalinger for realisering av driftsøkonomiske effekter av sykehusbyggprosjekter. Den skal gi klare beskrivelser og konkrete oppfølgingsrutiner for de estimerte driftsøkonomiske effektene fra tidligfasens forprosjekt, med mål om å understøtte gevinstrealiseringen. Retningslinjene skal bidra til læring for estimering av driftsøkonomiske effekter og gevinstrealisering i fremtidige investeringsprosjekter.

Dette dokumentet gir en praktisk tilnærming til analyser av driftsøkonomiske effekter i tidligfasen, og en beskrivelse og konkretisering av forhold som Helse Sør-Øst RHF, utover innhold i eksisterende veiledere, vil vektlegge ved vurdering av investeringsprosjekter. Det gis en kort introduksjon til økonomiske analyser av investeringsprosjekter (økonomisk bæreevne, nåverdi osv.), men det sentrale vil være arbeid med estimering og vurdering av driftsøkonomiske effekter (likviditetseffekter). Det legges også vekt på dokumentasjonskrav for oppfølging av driftsøkonomiske effekter.

1.2 Relevante veiledere

Følgende veiledere legges til grunn for investeringsprosjekter i spesialisthelsetjenesten:

- 1) *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, jf. styresak 135-2023

Det ses også hen til øvrige relevante veiledere:

- 2) *Veileder nr. 8. Nullalternativet – kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjekteralternativ*. Finansdepartementet, v1.1, 28. april 2010
- 3) *Rundskriv R 109/21: Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*. Finansdepartementet, 25. juni 2021
- 4) *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*. Direktoratet for økonomistyring, oktober 2014

5) *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst*, jf. Styresak 107-2020

Veilederne skal bidra til en effektiv og målrettet planprosess. Formålet er bedre og mer effektive sykehustjenester gjennom bedre kvalitet i vurdering av investeringsprosjekter.

1.3 Begrepsavklaring og forkortelser

Følgende begreper og forkortelser er nyttige å være kjent med:

Begrep	Forklaring
Tidligfasen	Tidligfasen er en fellesbetegnelse på de faser eller trinn som må gjennomføres for å avklare om et identifisert problem eller behov helt eller delvis skal løses ved å gjennomføre et tiltak som omfatter bygningsmessige investeringer. I tidligfasen inngår en beslutningsprosess som skal sørge for at det gjøres valg mellom alternative løsninger basert på kvalitetssikret kunnskap om konsekvenser av valgene. Tidligfasen består av fasene (i kronologisk rekkefølge): Prosjektinnramming, konseptfase (steg 1 og steg 2) og forprosjektfase. Se <i>Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter</i> for mer.
Gevinstoversikt	En gevinstoversikt gir en oversikt over sentrale, potensielle gevinster av et prosjekt og sentrale forutsetninger for at disse gevinstene skal kunne realiseres. Gevinstoversikten brukes først og fremst for at virksomhetsledelsen skal få en enkel oversikt over de gevinstene som tiltaket er forventet å gi, slik at virksomhetsledelsen lettere kan ta stilling til om tiltaket skal settes i gang.
Gevinstrealiseringsplan	En gevinstrealiseringsplan skal være en operativ handlingsplan for virksomhetsledelsen til bruk i oppfølgingen av prosjektet og dets resultater. Det hender at gevinstoversikten forveksles med gevinstrealiseringsplanen. Gevinstrealiseringsplanen er mer operativ, det vil si at den i tillegg gir informasjon om når og hvordan linjeorganisasjonen faktisk skal gjennomføre tiltak for å realisere gevinstene.
Kontantstrøm	Henviser til inn- og utbetalinger i en bestemt tidsperiode, og sier noe om likviditet / forklarer likviditetsendringer.
Likviditet	Et begrep som benyttes til å beskrive virksomhetens betalingsevne. God likviditet vil si at virksomheten har god evne til å innfri sine betalingsforpliktelser.
Avskrivning	Planmessig kostnadsføring av verdifall på et varig anleggsmiddel / den periodiske allokeringen av en investeringsutgift. Avskrivning er en ikke-betalbar kostnad (dvs. medfører ikke noen utbetaling eller likviditetsendring).
Nedskrivning	Kostnadsføring av uforutsett varig verdifall av eiendeler eller anleggsmidler. Nedskrivning er en ikke-betalbar kostnad (dvs. medfører ikke noen utbetaling eller likviditetsendring).
Betalbare driftskostnader	Driftskostnader som medfører utbetalinger.
Netto driftsgevinster	Forskjell mellom betalbare driftskostnader og -inntekter mellom nullalternativet og utredningsalternativet.
EBITDA	Resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger (earnings before interest, tax, depreciation and amortization). Tilsvarende driftsresultat før av- og nedskrivninger.
FDVU	Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygg. Forvaltning omfatter alle oppgaver knyttet til ledelse, planlegging og administrasjon av en eiendom. Dette inkluderer administrative oppgaver som kjøp og salg av eiendom, utleie av bygg og lokaler, husleieadministrasjon, utarbeiding av forsikringsavtaler, økonomisk planlegging og styring, personalledelse, ansvar for helse, miljø og sikkerhet (HMS) og andre forhold som er regulert gjennom lover og forskrifter mm. Drift omfatter alle oppgaver og rutiner som er nødvendige for at bygg og tekniske installasjoner skal fungere som planlagt, både funksjonelt, teknisk og økonomisk. Dette omfatter bl.a. betjening og ettersyn av bygningsdeler og installasjoner, vannforsyning, energibruk og innneklima, renhold og renovasjon, vakt og sikring. Vedlikehold omfatter oppgaver knyttet til opprettholdelse av bygninger og tekniske installasjoner på et fastsatt kvalitetsnivå for å kunne bruke bygget til tiltenkt formål. Utskiftninger av bygningsdeler med kortere levetid enn resten av bygget defineres som vedlikehold.

	Utvikling omfatter arbeid som fører til oppgradering eller utvikling av et bygg, det vil si at den øker sin verdi gjennom tilpasning til nye krav fra brukere og myndigheter. Dette bidrar til å forlenge byggets tekniske, funksjonelle og økonomiske levetid.
Ikke-byggnær IKT	Utvikling av/arbeid med IKT- applikasjoner/tjenester som funksjonell drift av virksomhet i nye bygg er avhengig av. Eksempler på ikke-byggnær IKT er tjenestemigrering/sanering, testmiljø og systemintegrasjon, tilpasningsprosjekter for å sikre at leveranser/løsninger fungerer som avtalt/på riktig måte, og driftsforberedelser og driftstjenester i prosjektperioden.
Gevinst	Gevinst er den målbare fordelen eller verdiøkningen som oppstår som følge av et prosjekt eller tiltak, og som bidrar til oppnåelse av organisasjonens strategiske mål.
Gevinstkart	Et gevinstkart er en visuell fremstilling av de gevinstene prosjektet skal gi. Det er en oppstilling av sammenhengen mellom de ulike gevinstene som forventes, og forutsetninger som må oppfylles for at gevinstene skal bli realisert. Gevinstkartet er dermed basert på gevinstoversikten.
Gevinstrealisering	Gevinstrealisering er prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikke-forventede gevinster av et prosjekt.
Driftsøkonomisk effekt	Driftsøkonomisk effekt refererer til de økonomiske konsekvensene som direkte påvirker resultatet som følge av et tiltak eller prosjekt. Disse effektene kan være både positive, som gevinster og økte inntekter, eller negative, som kostnader og tap.
Nullpunktsmåling	Nullpunktsmåling i gevinstrealisering er en måling av tilstanden før effektene av investeringsprosjektet påvirker helseforetakets drift og økonomi.

2. Analyser i tidligfasen

2.1 Rammeverk for økonomisk bæreevne

2.1.1 Introduksjon

Knapphet av tilgjengelig kapital og behov for god ressursbruk medfører at det stilles økonomiske krav til investeringsprosjekter. Minimumskrav for investeringsprosjekter bygger på et grunnprinsipp om at verdien av investert kapital ikke forringes. Dette vil opprettholde kapasitet til forsvarlig drift og fremtidige investeringer i etterfølgende investeringssykluser. Prinsipper om god formuesforvaltning og ressursstyring bygger på en erkjennelse av at alle ressurser i spesialisthelsetjenesten har en alternativ anvendelse, og bør benyttes på en mest mulig hensiktsmessig måte.

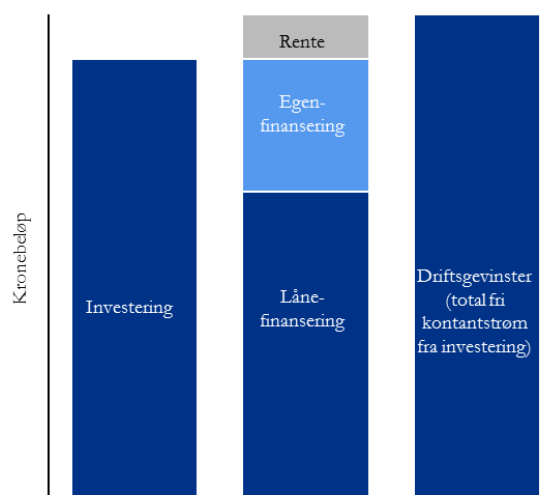
Helse Sør-Øst RHF's økonomiske krav til investeringsprosjekter er at de skal kunne skape tilstrekkelige økonomiske driftsgevinster til å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører, inklusive behov for reinvesteringer.

Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null, og
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger finansieringskostnader og avdrag (i sum for lån og egenfinansiering).

Analysen av økonomisk bæreevne over et prosjekts økonomiske levetid sammenligner forventede driftsgevinster opp mot avdrag og renter på kapital som finansierer prosjektet (forpliktelsene). Prosjektets netto likviditetsstrøm og netto nåverdi er i prinsippet to sider av samme sak. Begge metodene sammenligner fremtidige driftsgevinster opp mot investeringskostnaden / finansieringsbehovet.

Figur 1 illustrerer vurderingen av økonomisk bæreevne over et prosjekts økonomiske levetid som sammenhengen mellom investering, finansiering og driftsgevinster. Et investeringsprosjekt 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 økonomiske handlingsrom. Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå er sentral i den endelige vurderingen av et investeringsprosjekt.



Figur 1: Økonomisk bæreevne som sammenhengen mellom investering, finansiering og driftsgevinster.

2.1.2 Kort om grunnlag til økonomiske analyser

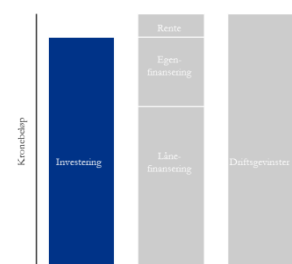
Analysen av økonomisk bæreevne på *prosjektnivå* skal inkludere investeringskostnader for og driftseffekter av selve investeringsprosjektet. Formålet er å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot finansieringsbeløp inkludert rente (se **Feil! Fant ikke referansekilden.**). I analysen av bæreevne på helseforetaksnivå vurderes økonomisk utvikling for helseforetakets samlede virksomhet, gitt at investeringsprosjektet

gjennomføres. Dette vil med andre ord være en framskriving av totaløkonomien i helseforetaket, og inkluderer bl.a. bruk av egenfinansiering til investeringsprosjektet, øvrig investerings- og vedlikeholdsbehov og driftsøkonomi for øvrig virksomhet. Denne vurderingen skal gjennomføres med utgangspunkt i økonomisk langtidsplan (ØLP) for helseforetaket, oppdatert med forutsetninger for prosjektet og eventuelt øvrig vedtatte prosjekter med over 100 millioner kroner i planlagte investeringer. I tillegg skal det gjennomføres en vurdering av økonomisk bæreevne på foretaksgruppenivå. For mer om vurderingsnivå og -kriterier vises det til vedlegg 4.1.

I det videre gis en overordnet beskrivelse av grunnlag for investeringsprosjektet.

Investeringskostnad

Utgangspunktet for en investeringsanalyse er et tiltak med tilhørende investeringskostnad. Investeringskostnaden vil ofte bestå av en byggekost- og utstyrs kalkyle, kostnader knyttet til ervervelse og opparbeidelse av tomt, kostnader til ikke-bygg nær IKT og eventuelle andre investeringskostnader. Det gjennomføres usikkerhetsanalyser av investeringskostnaden, og beregnes en kalkyle på P50-nivå. Estimert på P50-nivå (også kalt styringsramme eller forventet kostnad) inkluderer påslag for usikkerhet i kostnadselementer og hendelsesusikkerhet, og danner grunnlag for økonomiske analyser av bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå. Helseforetakene må også kunne vise bæreevne med investeringskostnad lik kostnadsramme (P85-estimat), som inkluderer prosjektets usikkerhetsavsetning, ved å innarbeide det i prosjekt-ØLP. Helseforetaket skal først utarbeide en ordinær prosjekt-ØLP i excel basert på styringsrammen (P50-estimat). Deretter skal det kopieres opp en versjon som benytter kostnadsrammen (P85-estimat), hvor finansieringsforutsetningene tilpasses i henhold til gjeldende rammer og retningslinjer for finansiering. Alle andre forutsetninger skal holdes uendret.

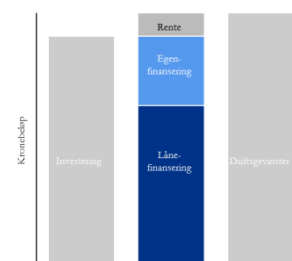


Finansieringsplan

Ved vurderingen av prosjektets forpliktelser tas det utgangspunkt i følgende finansieringskilder:

- Fremmedkapital (lån) og rentekostnader
- Mellomfinansieringsbehov og tilhørende rentekostnader

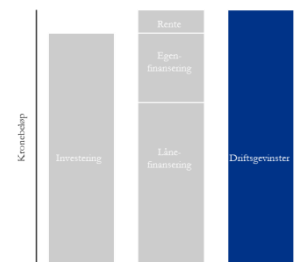
Ved analyser på prosjektnivå forutsettes det at investeringskostnaden i sin helhet dekkes med rentebærende lån og må betjenes. Ved analyser på helseforetaksnivå utarbeides finansieringsplan som også inkluderer helseforetakets egenfinansiering. Det kan forutsettes ekstern lånefinansiering opptil 90% av styringsramme (P50-estimat). Ved investeringskostnader opptil og utover kostnadsramme (P85-estimat) vil helseforetakene måtte planlegge med å benytte egenfinansiering som oppspart likviditet eller lån via den interne lånemodellen (basisfordring). Eventuelt mellomfinansieringsbehov vil forekomme dersom et års avdrag og renter er høyere enn det årets estimerte frie kontantstrøm (driftsgevinster). Dette er spesielt aktuelt de første driftsårene etter ferdigstillelse av prosjektet, og vil kunne medføre en ytterligere rentekostnad.



Driftsgevinster

Beregning av driftsøkonomiske effekter av et prosjekt er en avgjørende del av investeringsanalysen. Helseforetaket har ansvar for vurdering og estimering av driftsøkonomiske effekter. Helse Sør-Øst RHF *kan* fra konseptfasen være prosjekteier, men helseforetaket vil også i disse tilfeller ha ansvar for identifisering og vurdering av slike gevinster, og realiseringen av driftsøkonomiske effekter.

Det må sannsynliggjøres at, og redegjøres for hvordan, netto driftsgevinster i forbindelse med investeringsprosjektet kan realiseres. Avhengig av hvilken fase prosjektet er i, skal det gjennomføres analyser av gevinstbehov, utarbeides gevinstoversikt og/eller gevinstrealiseringsplan.



2.2 Estimering og vurdering av driftsøkonomiske effekter

2.2.1 Faser

Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter spesifiserer hvilke beslutningsgrunnlag som skal foreligge etter hvert steg i tidligfasen:

Faser og steg	Oppstart av tidligfase	Prosjektinnramming	Konseptfase steg 1	Konseptfase steg 2	Forprosjekt
	<i>Klar for oppstart av tidligfase?</i>	<i>Rammer og forutsetninger på plass?</i>	<i>Beste alternativ?</i>	<i>Riktig prosjekt?</i>	<i>Klar for gjennomføring?</i>
Hva skal besluttes?	B1	B2	B3A	B3	B4
	Mandat for oppstart av tidligfase	Styringsdokument	Hovedprogram	Valg av Konsept	Investering
		Kriterier for valg av alternativ	Foreløpig valg av hovedalternativ	Oppdatert styringsdokument	Mandat for detaljprosjektering og gjennomføring
		Kriterier for valg av tomt. Nedvalg av tomter som utredes videre	Valg av tomt (senest ved B3A)	Oppdatert hovedprogram (ved behov)	Oppdatert styringsdokument
		Mandat (oppdateres ved behov)	Oppdatert styringsdokument		
Beslutningsunderlag:					
Ekstern kvalitetssikring			KSK-notat ved parallell kvalitetssikring	KSK-rapport (krav)	KSF-rapport (ved behov)
Sammendrag (maks 2-3 sider)		Forslag til kriterier for valg av alternativ	Sammendrag av alternativutredning	Sammendrag av konseptrapport	Sammendrag av forprosjektrapport
Mandat		Forslag til oppdatert mandat (ved behov)	Forslag til oppdatert mandat (ved behov)	Forslag til oppdatert mandat (ved behov)	Forslag til mandat for detaljprosjektering og gjennomføring
Styringsdokument		Forslag til Styringsdokument	Forslag til oppdatert Styringsdokument	Forslag til oppdatert Styringsdokument	Forslag til oppdatert Styringsdokument
Investeringsanalyser		Investeringsestimater	Oppdatert investeringsestimater	Basiskalkyle med ekstern usikkerhetsanalyse	Oppdatert basiskalkyle og usikkerhetsanalyse
Analyse av økonomisk bæreevne		Analyse av økonomisk bæreevne på prosjekt og helseforetaksnivå etter veilederens metodikk	Oppdatert analyse av økonomisk bæreevne	Oppdatert analyse av økonomisk bæreevne	Oppdatert analyse av økonomisk bæreevne
Økonomisk langtidsplan (ØLP)		Oppdatert økonomisk langtidsplan	Oppdatert økonomisk langtidsplan	Komplett ØLP-beregning med utvidet analyseperiode	Oppdatert ØLP-beregning
Finansieringsplan		Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan	Oppdatert Finansieringsplan
Dokumentasjon av gevinster		Overordnet gevinstoversikt	Oppdatert overordnet gevinstoversikt	Gevinstoversikt, spesifisert på minimum klinikknivå (eller hensiktsmessig nivå basert på prosjektets omfang)	Komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktsmålinger og fordeling av internt ansvar for videre oppfølging
Andre trykte eller utrykte vedlegg		Tomteanalyse (ved behov)	Konseptrapport (underlag B3A) med hovedprogram som vedlegg,	Komplett konseptrapport (underlag B3)	Forprosjektrapport med vedlegg Planprogram, konsekvensutredning (KU), regulering (der det er krav om det)

Figur 2: Beslutningspunkter og krav til beslutningsgrunnlag i tidligfasen. Kilde: Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, 2024.

Det skal gjennomføres økonomiske analyser i fasene for utviklingsplan, prosjektinnramming, konseptfase steg 1 og steg 2, og for forprosjekt. I forbindelse med utviklingsplanen skal det utarbeides overordnet beregning av gevinstbehov og effektiviseringskrav. Ved prosjektinnramming skal det foreligge en overordnet gevinstoversikt. I konseptfasens steg 1 skal det gjøres driftsøkonomiske analyser som grunnlag for nedvalg av alternativer, samt at helseforetaket må kunne vise til økonomisk bæreevne for valgt alternativ. Spesifisert gevinstoversikt (ned på minimum klinikknivå) skal utarbeides som del av konseptfase steg 2. I forprosjektfasen kreves komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktmålinger og fordeling av ansvar internt i helseforetaket for videre oppfølging av gevinstrealiseringen. Merk at det forventes at presisjonsnivået øker og at usikkerhet i estimatene synker gradvis frem mot endelig beslutning om gjennomføring (beslutningspunkt 4 i forprosjektfasen).

2.2.2 Krav til økonomisk beslutningsgrunnlag i de ulike fasene

I det videre presenteres krav til økonomiske analyser for de ulike fasene i tidligfaseplanleggingen. I de to innledende fasene, utviklingsplan og prosjektinnramming, vil perspektivet være overordnet og følgelig vil ofte metodene som benyttes i stor grad basere seg på erfaringer fra tilsvarende prosjekter eller prosenttenkning. Det forventes likevel at det utføres kontrollberegninger for å teste realisme i estimatene. Fra og med konseptfasen stilles det strengere krav til konkrete vurderinger for det spesifikke tiltaket og mer detaljerte beregninger. Generelle og overordnede betraktninger vil som hovedregel ikke lenger være tilstrekkelig.

Utviklingsplan: Overordnet gevinstbehov

Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer, og skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. I forbindelse med utviklingsplanen skal det utarbeides økonomiske investeringsanalyser med beregning av gevinstbehov og effektiviseringskrav på overordnet nivå. Dette betyr at det skal beregnes hvor store driftsgevinster som kreves for at prosjektet skal ha økonomisk bæreevne, gitt estimert investeringskostnad. Det må også vurderes om det er realistisk at investeringen kan gjennomføres, og hvordan den kan finansieres.

I denne fasen er perspektivet overordnet. Det sentrale vil være en beskrivelse og vurdering av om det er realistisk at virksomheten klarer å møte de økonomiske konsekvensene av investeringsprosjektet (for mer om prosjektavgrensning vises det til delkapittel 0). Dette innebærer at det skal vurderes om investeringen har økonomisk bæreevne på prosjektnivå, samt helseforetaksnivå.

Prosjektinnramming: Overordnet gevinstoversikt

Det første steget i prosjektets tidligfaseutredning vil være å definere mål, forutsetninger og rammer for både prosessen og tiltaket. Tiltaket skal presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak, både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring. Prosjektet bør videre gi føringer og avgrensninger på hvilke alternativer som ønskes utredet i form av tomter, virksomhetsalternativer og bygg/løsningsalternativer.

I denne fasen skal det utarbeides en overordnet gevinstoversikt for hvert alternativ basert på identifisert potensial for driftsøkonomiske effekter. Fokuset skifter fra å estimere hva som er *behovet* til å estimere hva som er *mulig*. Forventede gevinster skal fordeles på relevante kostnadstyper som for eksempel klinisk personell, administrativt personell, medisinske støttetjenester, FDV (se **Feil! Fant ikke referanseilden.** for flere eksempler). Alle analysene skal være mer detaljert enn i utviklingsplanen, og være oppdatert i tråd med ny informasjon siden forrige økonomiske analyse. Formålet er estimering av netto driftsgevinster (fri kontantstrøm fra prosjektet).

I forbindelse med gevinstoversikten skal det gjøres en vurdering av realisme (sannsynliggjøre at og redegjøre for realisering) og utarbeides oppdatert bemanningsframskriving. Det vil også være viktig å få fram eventuelle ulikheter i forventet, framtidig driftsøkonomi mellom utredningsalternativene.

Det skal i tillegg utarbeides investeringsestimater og analyse av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå, samt finansieringsplan.

Konseptfasen steg 1 (B3A): Overordnet alternativvurdering

Her godkjennes hovedprogram og hovedalternativ som grunnlag for utdyping i form av detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger. I evalueringsarbeidet som ligger til grunn for nedvalget fra eksempelvis tre til ett hovedalternativ skal økonomiske forhold inngå som ett av evalueringsområdene. Typiske kriterier å evaluere driftsøkonomi etter vil være hvor godt alternativene legger til rette for best mulig driftsøkonomi gjennom: nærhet og avhengighet til funksjoner, funksjonell og effektiv person- og vareflyt, fleksibilitet og senere vekst. I tillegg skal det gjøres konkrete vurderinger av økonomiske risikoforhold og bæreevne.

Konseptfasen steg 2 (B3): Spesifisert gevinstoversikt

Formålet med konseptfasen er å utrede og framskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene med tiltaket. Antall alternativer er redusert i denne fasen, og det utarbeides skisser, modeller og mer detaljerte beskrivelser av alternativene. Disse skal legges til grunn for bl.a. driftsøkonomiske analyser. Konseptfaseutredningen er dokumentasjonsgrunnlaget som benyttes til å søke finansiering til prosjektet, eksempelvis lån fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Konseptfaseutredningen skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KSK) for prosjekter med forventet kostnad over 500 millioner kroner.

I konseptfasens steg 2 skal det utarbeides en spesifisert gevinstoversikt. Denne skal som et minimum være på klinikknivå. Fokuset skifter fra hva som er *mulig* til en oversikt over hva som *skal realiseres*. Det stilles krav til konkrete vurderinger av driftsøkonomiske effekter gitt foreslått konsept/løsning og foreliggende skisser. Eksempelvis at det utarbeides bemanningsframskrivninger for skissert driftskonsept for å estimere effekter for bemanningskostnader. Generelle og overordnede betraktninger vil som hovedregel ikke lenger være tilstrekkelig.

Det skal utarbeides utfyllende beskrivelser av gevinstoversikt, der helseforetaket sannsynliggjør og redegjør for hvordan gevinster kan realiseres, redegjør for viktige forutsetninger, avhengigheter og eventuelle forbehold. Det skal utarbeides oppdaterte bemanningsframskrivninger på minimum klinikknivå, disse skal gjøres på stillingsnivå (f.eks. leger, sykepleiere, annet helsepersonell, driftspersonell, ledelse). I konseptfasen skal det utformes en oppdatert økonomisk langtidsplan for å vise effektene på helseforetakets bæreevne.

Driftsøkonomiske vurderinger i konseptfasen krever høy modenhet av prosjektet, og at involverte parter evner å visualisere og tenke driftsmodell basert på bygningsskissene som foreligger. Gode analyser i konseptfasen avhenger av tett dialog med og involvering av berørte driftsmiljøer. Fag- og økonomimiljøene vil ha god innsikt i dagens situasjon, og kan se muligheter og utfordringer som er spesifikke for tiltaket som vurderes. De vil også kunne bidra med å nyansere mulig effekt av ulike alternativer. Helseforetaket har ansvaret for å sikre hensiktsmessig grad av involvering og forankring av estimerte effekter. Dette gjelder også når Helse Sør-Øst RHF eier prosjektet. Gjennom de ordinære styringsprosessene kan dette kravet også medføre oppfølging gjennom årlige Oppdrag og bestillingsdokumenter. Gode analyser avhenger også av at teamet som gjennomfører økonomiske analyser involveres i utredningsgruppen.

Forprosjekt: Komplette gevinstrealiseringsplan

I forprosjektfasen er antall alternativer redusert til ett. Formålet med forprosjektfasen er å bearbeide det valgte konseptet til et nivå slik at endelig beslutning om iverksettelse kan tas. I denne fasen skal det utarbeides komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktmålinger, og disse må være godt forankret i berørte avdelinger/klinikker og helseforetakets ledelse. Grunnlaget fra konseptfasen skal oppdateres med eventuell ny og mer detaljert informasjon. Tiltakene må oppdateres til dagens kostnadsnivåer, slik at utgangspunktet for alle analyser er tidfestet og gyldig. Det skal utarbeides detaljert oversikt over estimerte driftsøkonomiske effekter, beskrivelser av hvordan de økonomiske gevinstene skal realiseres (inkl. viktige forutsetninger, avhengigheter og ev. forbehold), hvem som er ansvarlig for realisering og hvordan dette skal følges opp av helseforetakets ledelse.

Nullpunktmåling gjennomføres, slik at man måler tilstanden (kostnadsnivå pr enhet, mv.) på et gitt tidspunkt før tiltaket (prosjektet) starter, innenfor de områdene der man forventer gevinster som følge av tiltaket. Senere skal nullpunktmålingen sammenliknes med tilstanden etter at tiltaket har blitt implementert og har fått virke en stund, for å måle hva effekten av tiltaket har vært.

Gevinstrealiseringsplanen skal være tilstrekkelig gjennomarbeidet til at den kan legges til grunn i helseforetakets videre arbeid og forberedelser til å oppnå de målene som er satt for investeringsprosjektet, herunder økonomiske krav for å kunne håndtere prosjektkostnadene. Prosjektet skal inkluderes i ØLP og årlige budsjetter, og der vil man se endring i driftskostnader, basert på denne planen. Mange prosjekter vil også utløse behov for en egen organisasjonsutviklingsprosess (OU). Det skal etableres egen endringslogg for gevinstrealiseringsplanene som fører oversikt over alle prinsipielle endringer gjort etter forprosjektet.

Avklaring lokalisering og valg av tomt

Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2024) omtaler prosess for avklaring lokalisering. Lokalisering handler om å definere et avgrenset geografisk område for byggeprosjektet. Lokaliseringen kan gi ulike betingelser for driften av virksomheten og/eller ulike konsekvenser for interessenter. Det forutsettes at lokalisering som følge av endret sykehusstruktur avklares i arbeidet med utviklingsplanen.

Lokalisering skal være avklart før oppstart av konseptfasen, mens tomt innenfor den lokalisasjon som er valgt, skal være avklart innen oppstart av steg 2 i konseptfasen.

Bæreevneanalysene av de ulike alternativene skal fange opp eventuelle forskjeller i driftsgevinster og investeringer som oppstår som følge av valg av tomt.

2.2.3 Prosess og organisasjonsutvikling

Involvering og forankring

Helseforetaket som skal ta i bruk investeringsprosjektet er ansvarlig for å gjennomføre utredningen av de driftsøkonomiske effektene av eget investeringsprosjekt. Slike vurderinger er krevende, og det må disponeres tilstrekkelig med tid og ressurser til at dette arbeidet kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte. Helseforetaket har også ansvar for å sikre nødvendig grad av intern involvering og forankring hos ledelsen, klinikker, tillitsvalgte og vernetjenesten. Som en del av dette kan det være hensiktsmessig å gjennomføre relevante risikovurderinger og/eller sårbarhetsanalyser, enten ved at dette tas inn i helseforetakets ordinære prosesser for risiko og sårbarhetsanalyser (ROS), eller ved egne vurderinger i forbindelse med utredningen.

Flere prosjekter har hatt god erfaring med å organisere arbeidssamlinger (workshops) med ledere og medarbeidere fra berørte klinikker og avdelinger. Deltakere, formål og innhold for arbeidssamlingene vil

kunne avhenge av fase. I konseptfasen vil samlingene som omhandler driftsøkonomiske effekter som hovedregel gjennomføres i steg 2 på grunnlag av bl.a. etablerte skisseprosjekter. Driftsøkonomiske vurderinger skal også gjøres som del av konseptfasens steg 1, som underlag for nedvalg av alternativer samt sikre økonomisk bæreevne. Medarbeidere som til daglig jobber i berørte enheter og har praktisk driftserfaring, gjerne ledelses- og budsjettansvar, bør involveres.

Erfaring tilsier at kontinuitet kan være en utfordring i planleggingen av store prosjekter. Planprosessen tar lang tid, og det kan gå år mellom hver fase i prosjektet. Det eierskap og engasjement som skapes i en fase kan være krevende å bygge videre på i neste fase når forutsetninger endres underveis og nye personer involveres. Vurderinger som gjøres og ledelsesmessig eierskap og forankring skal dokumenteres, slik at risikoene knyttet til manglende kontinuitet reduseres.

Kort om organisasjonsutvikling (OU-prosess)

Større byggeprosjekter i helseforetak utløser ofte behov for virksomhetsutvikling (OU), med tilhørende driftsmessige og økonomiske konsekvenser. Endringer i pasientflyt, oppgavefordeling og organisasjonsstruktur påvirker fremtidig kapasitetsbehov, ressursbruk og kostnadsnivå.

De overordnede konseptene for fremtidig drift i bygget besluttet gjennom tidligfasen, og organisasjonen må deretter forholde seg til gitte rammer og føringer. Disse operasjonelle konseptene – ofte motivert av krav til effektivisering – kan medføre betydelige kostnadsendringer knyttet til omstilling, kompetanseheving, nye samhandlingsformer og logistiske løsninger og må inngå i helseforetakets totale vurdering av prosjektets bæreevne. Følgelig er det et stort behov for en godt planlagt og strukturert organisasjonsutviklingsprosess (OU-prosess), slik at konseptene og løsningene er i samsvar på tvers av kliniske enheter og i tråd med en helhetstenkning.

Det anbefales at helseforetaket integrerer OU-relaterte tiltak og kostnader som en del av de driftsøkonomiske analysene i tidligfasen, herunder:

- Overgangs- og implementeringskostnader
- Økte driftskostnader i innkjøringsfasen
- Investering i opplæring, utstyr og prosessutvikling
- Potensielle gevinster fra effektivisert drift (gevinstrealisering)

Formålet er at en gjennom dette finner de beste løsningene for framtidsrettet pasientbehandling og gode arbeidsmåter. I tillegg skal det ivareta tidlig planlegging og konkrete planer for innflytting, opplæring og utprøving.

OU-prosessen bør organiseres som en strategisk del av prosjektets gjennomføringsplan, med tydelig kobling til økonomisk langtidsplanlegging og bæreevnevurderinger på helseforetaksnivå.

2.2.4 Metodevalg

En egenskap ved tidligfasens oppbygging er at de ulike fasene og stegene bygger på forutgående faser. En konsekvens av dette er at beslutningsgrunnlag fra en tidligere fase videreføres som utgangspunkt for senere faser. Erfaringsmessig kan metodevalg, struktur og prosess i en tidlig fase bli førende for strukturering av og arbeid med driftsøkonomiske effekter i senere faser. Gjennomgang av planleggingsrapporter for sykehusprosjekter indikerer at det i hovedsak tas utgangspunkt i to fremgangsmåter. **Feil! Fant ikke referanseilden.** gir en kort beskrivelse av metodene samt fordeler og ulemper.

Metode	Beskrivelse, fordeler og ulemper
Ovenfra og ned («top-down»)	Overordnet vurdering av effektiviseringspotensial for hele helseforetaket eller stor enhet (f.eks. klinikk eller divisjon). Estimert potensial baseres ofte på erfaring fra andre tilsvarende prosjekter, og uttrykkes som prosentvis effektivisering fra dagens driftskostnader eller driftsinntekter («resultatkrav»). Estimerte effekter fordeles «nedover» for å kartlegge konsekvenser for mindre enheter. <i>Fordeler:</i> ▪ Kan være relativ enkel og lite tidkrevende. Ikke nødvendigvis avhengig av detaljerte skisser og tiltaksplaner ▪ Muliggjør en overordnet vurdering av realisme, og utviklingen for helseforetaket/enheten som helhet <i>Ulemper:</i> ▪ Ikke anbefalt for konseptfase eller forprosjektfase ▪ Krevende å knytte estimert potensial/effekt til konkrete kilder og kvalitetssikre estimater (jf. kravet om å sannsynliggjøre at og redegjøre for hvordan gevinster kan realiseres) ▪ Kan ha begrenset/lite gjenbruksverdi i senere faser med høyere detaljkrav ▪ Forutsetter at erfaringsgrunnlaget er sammenlignbart med det aktuelle prosjektet. I praksis er det krevende å finne (mange nok) sammenlignbare prosjekter
Nedenfra og opp («bottom-up»)	Konkrete vurderinger av effektiviseringspotensial for enkeltområder (f.eks. sykepleiebemanning på sengepost, vaktordning for leger, bemanning akuttmodtak, operasjonsteam osv.). Estimert potensial baseres på vurdering av det spesifikke forslaget til konsept/løsning og eksisterende løsning. Estimerte effekter summeres «oppover» for å kartlegge konsekvenser for hele enheten eller helseforetaket. <i>Fordeler:</i> ▪ Enklere å knytte estimert potensial/effekt til konkrete kilder og kvalitetssikre estimater ▪ Muliggjør spesifikke vurderinger av realisme, og konsekvenser for spesifikke pasienttilbud ▪ Sporbarhet og ofte høy gjenbruksverdi i senere faser <i>Ulemper:</i> ▪ Kan være komplisert og tidkrevende. Avhengig av relativt detaljerte eller tydelige tiltaksplaner ▪ For store prosjekter vil gode vurderinger ofte kreve involvering av mange enkeltpersoner fra ulike miljøer

Tabell 1: Oppsummering av de to vanligste metodevalgene ved estimering av driftsøkonomiske effekter.

Det anbefales et bevisst forhold til hvilken fremgangsmåte som benyttes for estimering av driftsøkonomiske effekter. Hvilken metode som er mest hensiktsmessig vil kunne avhenge av hvilken fase planprosessen befinner seg i og detaljgraden av tiltaksbeskrivelser som allerede måtte foreligge (f.eks. skisser/tegninger, aktivitets- og kapasitetsframskrivninger osv.).

I praksis ser man også at ovenfra og ned-metoden ofte fører til at fag- og økonomimiljøene involveres i for liten grad tidlig i prosessen. Senere involvering og forankring kan da føre til større revideringer av tidligere økonomisk beslutningsgrunnlag, uten at endringene kan spores til endringer i konsept/løsning. Dette er ikke ønskelig. Helse Sør-Øst RHF vil i utgangspunktet legge til grunn bruk av nedenfra og opp-metoden, særlig for driftsområder der man forventer betydelige driftsøkonomiske effekter.

I en tidlig fase (utviklingsplan eller prosjekttinnramming) kan en hensiktsmessig middelvei være å benytte ovenfra og ned-metoden for å estimere totalt gevinstpotensial, men benytte nedenfra og opp-metoden for utvalgte driftsområder der man forventer betydelige effekter for å kontrollere og understøtte totalen. Fra konseptfasen må driftsøkonomiske vurderinger være basert på konkrete vurderinger (nedenfra og opp).

2.2.5 Fokusområder

Et investeringsprosjekt vil kunne medføre endringer i eksempelvis bemanningskostnader, kostnader for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV), leiekostnader, pasienttransport mv. Et av de første stegene ved estimering av driftsøkonomiske effekter vil være å identifisere alle driftsområder som påvirkes av et tiltak.

Feil! Fant ikke referanseilden. viser et eksempel på liste over områder som forventes å bli påvirket av et prosjekt og inndeling i underliggende områder. Hensiktsmessig omfang, inndeling og detaljgrad vil avhenge av det konkrete prosjektet, men det er viktig at listen dekker alle områder som påvirkes av prosjektet, og at inndelingen definerer og avgrenser områdene slik at samme effekt ikke telles flere ganger.

En slik oversikt kan danne utgangspunkt for diskusjon med relevante fag- og økonomimiljøer for en innledende vurdering av hvor man forventer størst muligheter og effekter, som del av å planlegge eget arbeid med utredningen. Videre arbeid kan deretter kartlegge de viktigste områdene nøye (nedenfra og opp-metoden), mens områder med mindre effekter kan, avhengig av fase i planprosessen, vurderes mer overordnet.

Hovedområde	Eksempel på inndeling/avgrensning
Klinisk personell somatikk	- Sykepleiebemanning på somatiske sengeposter, poliklinikk, pasienthotell - Sykepleiebemanning akuttinntak, operasjonsteam, intensivenhet - Legebemanning vaktordninger for somatiske tilbud - Øvrig klinisk personell somatikk (f.eks. helsefagarbeidere, terapeuter)
Klinisk personell psykisk helsevern og rus	- Sykepleiebemanning på sengeposter, poliklinikk - Sykepleiebemanning mottak, skjermingsenheter - Psykolog-/spesialistbemanning ifm. vaktordninger - Øvrig klinisk personell psyk og rus (f.eks. assistenter, terapeuter, vernepleiere)
Medisinske støttetjenester	- Bemanning billeddiagnostikk - Bemanning lab og prøvetaking - Drift- og vedlikeholdskostnader MTU (inkl. serviceavtaler med leverandører)
Øvrige service- og støttefunksjoner	- Portører, sengevask - Kjøkkentjeneste, matforsyning, kantinedrift - Innkjøp, varetransport og -forsyning - Servicetorg, merkantilt personell til skrankefunksjoner
Pasienttransport	- Prehospitale tjenester - Pasientreiser (rekvirerte reiser, helsebuss/helsekspress, refusjonsreiser)
FDV (jf. definisjon i kap. 1.3)	- Renhold, vaktmestertjeneste, vakt og sikring - Eiendomsadministrasjon, forsikringer - Drift og vedlikehold av bygg og tekniske installasjoner

Tabell 2: Områder som typisk påvirkes av investeringsprosjekter i sykehusbygg, og eksempel på inndeling (ikke uttømmende).

2.2.6 Nullalternativet

Utgangspunktet for vurdering av driftsøkonomiske effekter er et nullalternativ. Driftsøkonomiske gevinster/ulempes estimeres som differansen i driftsøkonomi mellom nullalternativet og det aktuelle investeringsprosjektet. For å sikre at effektene estimeres på en korrekt måte, stilles det krav til nullalternativet.

Et nullalternativ skal ta utgangspunkt i dagens driftsmodell og lokalisering, krav til lovlig drift og inkludere tiltak som er i gang og/eller har fått bevilgning. Nullalternativet innebærer bl.a. framskriving av driftsøkonomien med utgangspunkt i framskrevet aktivitets- og kapasitetsbehov. Den eksisterende konseptløsningen skal være optimalisert både med hensyn til dagens situasjon og til kjente endringer i ytre rammebetingelser som påvirker prosjektet. Eksempelvis vil dette innebære at nullalternativet må inneholde investeringer som er nødvendig for å ivareta forventet aktivitetsvekst ut over eksisterende kapasitet. Fremtidig behovstilfredsstillelse skal ikke bli dårligere enn på beslutningstidspunktet, og nullalternativet skal være et alternativ beslutningstakeren har mulighet til å velge, ved at det både er realistisk og relevant i forhold til det formål som tiltaket retter seg mot.

I enkelte tilfeller vil det ikke foreligge et realistisk gjennomførbart nullalternativ (f.eks. at eksisterende bygningsmasse, tomt og/eller lokasjon ikke tilfredsstiller nye myndighetskrav). Også i disse tilfellene skal nullalternativet utredes for å ha et sammenligningsgrunnlag. Dette skal som et minimum være et driftsmessig nullalternativ, der driftsøkonomien framskrives i tråd med ovennevnte føringer. I slike tilfeller vil nullalternativet være et rent referansealternativ, for å muliggjøre estimering av driftsøkonomiske effekter. Ved opprettelse av et helt nytt tilbud kan investeringsanalysene basere seg på en nedenfra og opp-vurdering av driftsøkonomien for det nye tilbudet og sammenlignes mot driftsøkonomien i dagens tilbud til målgruppen.

Hvis nullalternativet ikke er gjennomførbart, eller har svært kort levetid, og det etableres et alternativ med enten vesentlige investeringer, strukturelle endringer eller nye driftsmodeller, skal alternativet benevnes *nullplussalternativ* for å tydelig markere at dette ikke er en ren videreføring av eksisterende drift. I en slik situasjon er nullplussalternativet det alternativet som med minst mulig endring fra dagens situasjon (et «minimumsalternativ») kan vurderes som et reelt, gjennomførbart alternativ (i henhold til krav beskrevet i Rundskriv R-109/21). Ved bruk av et nullplussalternativ skal det rene nullalternativet likevel beholdes som et referansealternativ som benyttes til å beregne driftsøkonomiske konsekvenser for øvrige alternativ. Årsaken til at det rene nullalternativet alltid skal legges til grunn som referansealternativ er at de økonomiske effektene/analysene skal forstås som endringer mot dagens driftsøkonomiske situasjon.

2.2.7 Overordnet om beregning av driftsgevinster

Driftsøkonomiske effekter av investeringsprosjektet estimeres som differansen i betalbare driftskostnader for nullalternativet og det aktuelle investeringsprosjektet. Beregningen skal kun ta hensyn til kontantstrømeeffekter. Det er viktig at ikke-betalbare kostnader, som f.eks. avskrivninger, holdes utenfor estimering av driftseffekter. Finansresultatet (renteinntekter og rentekostnader) skal også holdes utenfor (håndteres separat i andre beregninger og må ikke telles dobbelt).

Driftsøkonomiske effekter knyttet til et investeringsprosjekt vil i hovedsak bestå av to komponenter:

- Driftseffekter som følge av geografisk og faglig samling
- Driftseffekter som følge av nybygg/oppgradering

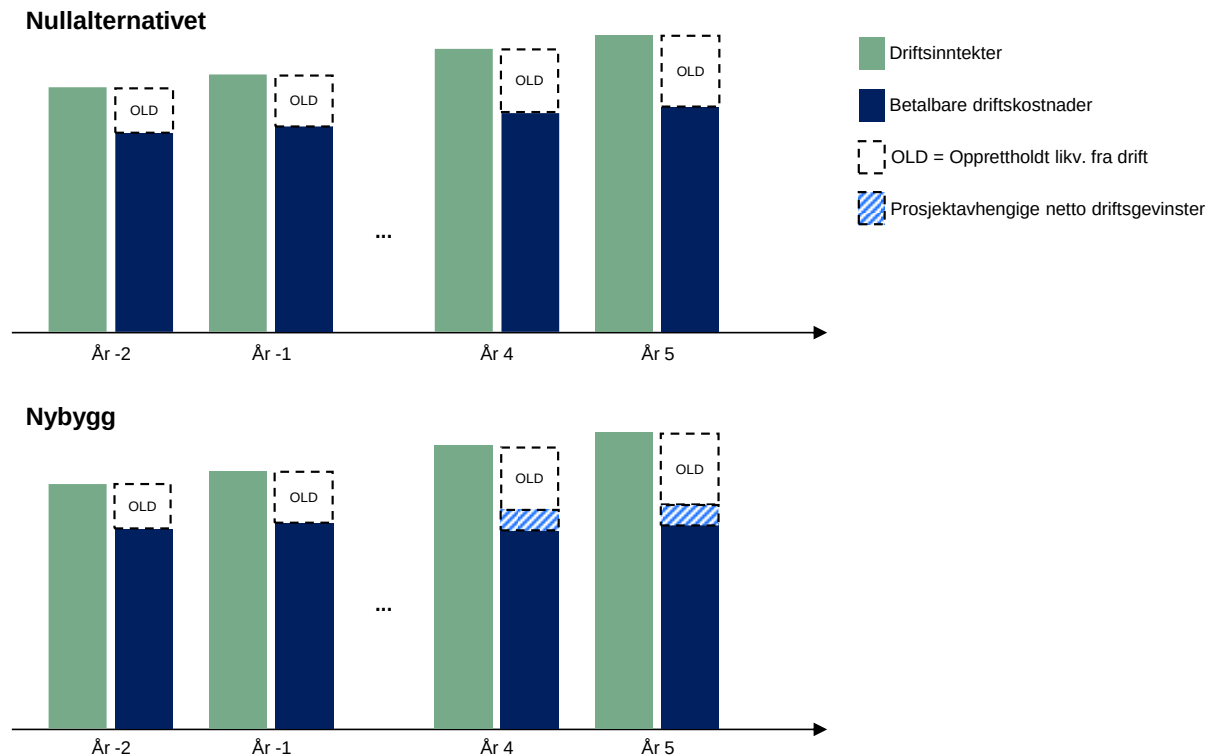
Driftseffekter av et prosjekt kan være både positive (f.eks. reduserte bemanningskostnader) og negative (f.eks. økte kostnader til prehospitale tjenester). Driftsgevinster følger av netto positive effekter knyttet til f.eks. samlokalisering av funksjoner og mer tilrettelagte arealer i nybygg eller oppgraderte bygg. I tillegg kan

samløkalisering/nybygg muliggjøre andre endringer som kan ha en positiv nettoeffekt, f.eks. bruk av ny teknologi. Det forventes et bevisst forhold til årsaken(e) til en gevinst og hva som er avgjørende for realiseringen. Eksempelvis om det er nybygget som muliggjør lavere bemanningskostnader eller om samløkalisering/skalafordeler er den avgjørende faktoren? Er det samløkaliseringen i seg selv eller at det muliggjør påfølgende endringer i arbeidsfordeling/-oppgaver og rutiner/prosesser som er avgjørende for å realisere økonomiske gevinster? Det må kunne gjøres rede for slike sammenhenger og eventuelle avhengigheter.

Framskrivninger av økonomiske effekter langt frem i tid vil være beheftet med betydelig grad av usikkerhet. Som en forenkling benyttes ofte framskrivninger for eksempelvis de 10–15 nærmeste årene, og nivået for siste framskrevne år holdes uendret ut levetiden. Det er avgjørende at framskrivingsperioden er tilstrekkelig langt frem i tid til å dekke perioden det forventes å ta før man oppnår stabil drift etter ferdigstillelse (minst 3–5 driftsår). Framskrivninger skal gjøres på årlig basis. Dette er spesielt viktig for korrekte analyser av oppstartsfasen for drift (jf. ulempekostnader, OU-prosess og mottaksprosjekt).

Virksomheten som omfattes av prosjektet vil allerede i dagens drift skape en kontantstrøm. Denne underliggende, prosjektuavhengige kontantstrømmen kommer i tillegg til de beregnede driftseffektene fra investeringsprosjektet, og kan benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser skapt av prosjektet. Prosjektets andel av helseforetaket prosjektuavhengige kontantstrøm skal derfor også inkluderes i analyser av prosjektets bæreevne.

figur 3 illustrerer skillet mellom (prosjektuavhengig) opprettholdt likviditet fra drift og prosjektavhengige driftseffekter. I figuren er driftsinntekter og betalbare driftskostnader framskrevet for nullalternativet og et alternativ med nybygg. Differansen mellom driftsinntekter og betalbare driftskostnader tilsvarer driftsresultat for av- og nedskrivninger, og for nullalternativet er denne benevnt opprettholdt likviditet fra drift (forkortet OLD, se mer om dette i kapittel 2.2.8). I framskrivningen for nybyggalternativet er de to første årene (hhv. år -2 og -1) identisk med nullalternativet. Driftsinntektene er også identisk med nullalternativet, men betalbare driftskostnader er lavere som følge av antatte netto driftsgevinster med nybygg. For nybyggalternativet vil differansen mellom driftsinntektene og betalbare driftskostnader bestå av to komponenter: i) opprettholdt likviditet fra drift og ii) nybyggets driftsøkonomiske effekter. For nullalternativet vil opprettholdt likviditet fra drift ses opp mot nullalternativets investeringskostnad, mens for nybyggalternativet vil summen av opprettholdt likviditet fra drift og alternativets netto driftsgevinster ses opp mot nybyggalternativets investeringskostnad.



Figur 3: Illustrasjon på skillet mellom opprettholdt likviditet fra drift og prosjektavhengige driftsøkonomiske effekter.

2.2.8 Retningslinjer og presiseringer for utredningsarbeidet

Prosjektavgrensning

Det er avgjørende at analyser av driftsøkonomiske effekter og prosjektets bæreevne baserer seg på effekter som skyldes det aktuelle prosjektet. Erfaringsvis vil det kunne være krevende å isolere effekter til det som har med prosjektet å gjøre, og holde effekter som skyldes andre årsaker utenfor. Som nevnt innledningsvis, er formålet med analysene bl.a. å bidra til økt bevisstgjøring av driftsøkonomiske konsekvenser av prosjekter. For at dette skal være mulig må det etterstrebes å isolere effekter av prosjektet/alternativene etter beste evne.

På generelt grunnlag skal et prosjekt defineres som et engangstiltak for å oppnå et klart formulert mål innenfor en gitt tidsfrist og en gitt kostnadsramme. Et større prosjekt kan bestå av flere delprosjekter som er gjensidig avhengige med tanke på å oppnå målformuleringen som er knyttet til prosjektet. Det kan skilles mellom direkte og indirekte avhengigheter:

- Direkte avhengigheter kjennetegnes ved at dette er delprosjekter som må gjennomføres for å kunne oppnå funksjonelle og driftsmessige krav i henhold til målformuleringen. Eksempel på dette er samling av funksjoner ved ett eksisterende sykehus, som utløser direkte behov for nybygg og funksjonelle og tekniske oppgraderinger av (deler av) eksisterende bygningsmasse
- En indirekte avhengighet er eksempelvis oppgraderingsbehov i deler av bygningsmassen ved eksisterende sykehus som ikke berøres av prosjektets målformulering. Et annet eksempel er investeringsbehov i fraflyttede lokaler som ikke skal benyttes videre

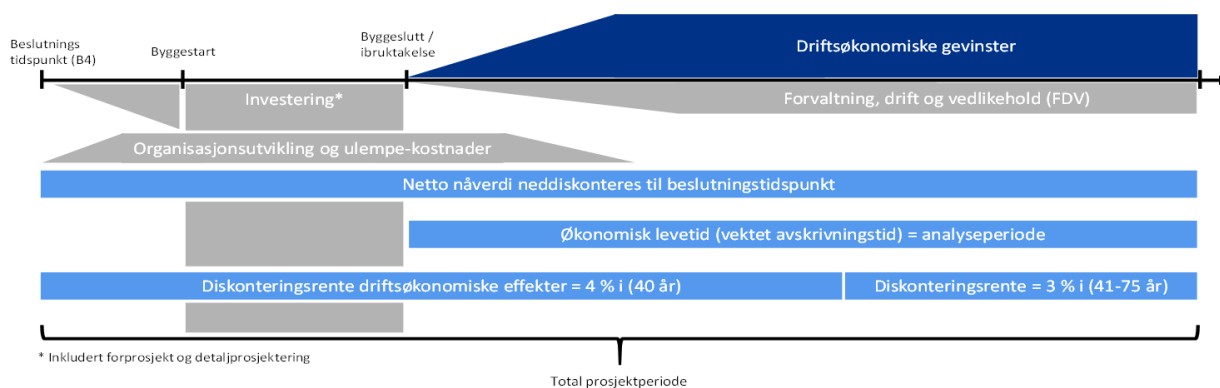
I Helse Sør-Øst skal prosjekter defineres med de investeringstiltak som kun inkluderer direkte avhengigheter for at målformuleringen kan oppnås og settes i funksjonell drift. Prosjektene kan avgrens ytterligere ved at følgende ikke skal inkluderes:

- Funksjonelle oppgraderinger i bygningsmassen som ikke er direkte konsekvenser av prosjektets måloppnåelse
- Løpende, verdibevarende vedlikehold før og etter prosjektet
- Finansieringskostnader

Anskaffelse og opparbeidelse av tomt, samt ikke-byggnær IKT, er en direkte avhengighet til prosjektet og skal normalt inkluderes. For øvrig vises det til Helse Sør-Øst RHF styresak 093-2009 *Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde i forhold til prioritering av investeringer i Helse Sør-Øst* for mer om prosjektavgrensning og regional finansiering av prosjekter.

Komponentene i driftsøkonomiske analyser på prosjektnivå

De driftsøkonomiske analysene som utføres i forbindelse med investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst består av en rekke komponenter som danner grunnlaget for analyse av lønnsomhet i prosjektene. Figur 4 beskriver sammensetningen av disse komponentene og gir et overblikk over metoden som benyttes. I de følgende avsnitt beskrives Helse Sør-Østs metodiske tilnærming til analyser av nåverdi.



Figur 4: Illustrasjon av komponentene i driftsøkonomiske analyser og metodiske tilnærminger

Økonomisk levetid og analyseperiode

Analyseperioden i de driftsøkonomiske analysene definerer perioden fra investeringen tas i bruk og antall år med gevinstuttak fra prosjektet. Denne perioden settes lik prosjektets økonomiske levetid, tiden det vil ta før det må antas å være behov for større reinvesteringer for å sikre videre drift (dvs. nytt investeringsprosjekt). Gjennom prosjektets levetid vil det i realiteten være behov for å gjøre reinvesteringer i de enkelte bygningskomponentene etter hvert som teknisk levetid for disse utløper. Som en forenkling estimeres økonomisk levetid med utgangspunkt i kalkulerte investeringskostnader og tilhørende avskrivningstid for de ulike delkomponentene i investeringsprosjektet (f.eks. bygningskropp, MTU, el-anlegg, IKT, osv.). Den økonomiske levetiden settes altså lik vektet avskrivningstid. Denne beregnes særskilt for hvert enkelt prosjekt, men er erfaringsmessig et sted mellom 25–40 år.

Beregning av vektet avskrivningstid

Ved beregning av vektet avskrivningstid kreves det minimum en investeringskalkyle på 1-siffer kontonivå. Denne må spesifisere alle delkomponenter i investeringen med tilhørende levetid/avskrivningstid. Levetiden vurderes av den part som har utarbeidet kalkylen. Vektet avskrivningstid beregnes så på bakgrunn av denne vurderingen. Beregnet vektet avskrivningstid har stor påvirkning på resultatene av prosjektanalysene. Det er derfor viktig at denne beregningen gjøres på et nøyaktig og detaljert grunnlag. Figur 5 illustrerer et regneeksempel for beregning av vektet avskrivningstid.

	Investeringskalkyle	Nybygg	Økonomisk levetid	Andel av investering *)	Aldersvekt
#	Konto	Mill. kr	ÅR	%	ÅR
01	Felleskostnader	90	Fordeles ut		
02	Bygning	350	60	44 %	27
03	VVS-installasjoner	60	20	8 %	2
04	Elkraft	80	20	10 %	2
05	Tele og automatisering	130	10	16 %	2
06	Andre installasjoner	10	20	1 %	0
	SUM 01-06 HUSKOSTNAD	720			
07	Utendørs	30	Fordeles ut		
	SUM 01-07 ENTREPRISEKOSTNAD	750			
08	Generelle kostnader	110	Fordeles ut		
	SUM 01-08 BYGGEKOSTNAD	860			
09	Spesielle kostnader - MTU	160	11	20 %	2
10	Mva	215	Fordeles ut		
	SUM 01-10 BASISKOSTNAD	1 235			
	SUM AVSKRIBBARE ELEMENTER	790		100 %	
	*) Kun avskrivbare elementer		Vektet avskrivningstid		34

Figur 5: Eksempel på beregning av vektet avskrivningstid

Beregning av prosjektets nåverdi

Prosjektets netto nåverdi beregnes som summen av prosjektets diskonterte kontantstrøm fra driftsøkonomiske effekter og diskontert periodisert investering. Tidspunktet for måling av nåverdi er ved endelig beslutning om hvorvidt investeringen skal gjennomføres. I byggeprosjekter i Helse Sør-Øst vil dette være etter endt forprosjektfase ved beslutningspunkt B4¹.

Kalkulasjonsrenten for driftsøkonomiske effekter følger finansdepartementets retningslinjer og rundskriv R-109/21. Det legges til grunn en reell kalkulasjonsrente som settes til 4 % de første 40 årene, 3 % fra år 41 til år 75 og 2 % fra og med år 76. Kalkulasjonsrenten i R-109 er satt med utgangspunkt i en risikofri realrente på 2,5 % og et risikotillegg på 1,5 %. Beregning av rentestrukturen skal gjelde fra beslutningstidspunktet.

Kalkulasjonsrentene skal som hovedregel baseres på kalkulasjonsrenter i henhold til overnevnte prinsipper. Dette for å sikre robusthet over tid og sammenlignbarhet mellom ulike prosjekter. Det skal likevel gjøres konkrete vurderinger i hvert prosjekt om kalkulasjonsrentene representerer et riktig avkastningskrav for prosjektet. Finansdepartementets anbefalte kalkulasjonsrente på 4 % er for samfunnsøkonomiske analyser som også benyttes til vurdering av nytteverdier fra blant annet økte leveår, miljø og reisetider. Analyser av økonomisk bæreevne i Helse Sør-Øst inkluderer normalt kun foretaksøkonomiske effekter. Til sammenligning er det forutsatt en langsiktig realavkastning i Statens Pensjonsfond utland på 3 %. Prosjektets nåverdi ved ulike kalkulasjonsrenter skal vises ved bruk av sensitivitetsanalyser.

Internrente beregnes på den faktiske likviditetsstrømmen før diskontering med samme analyseperiode som for nåverdien.

Restverdier

Som hovedregel skal ikke restverdier inkluderes ved beregning av netto nåverdi. Det følger av veileder i samfunnsøkonomisk analyse at «man skal beregne en restverdi dersom analyseperioden settes kortere enn tiltakets levetid»². I investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst settes analyseperioden for prosjektet lik den vektete levetiden for

¹ Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Sykehusbygg HF, sist godkjent 2024

² <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utnedninger/Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf>

investeringskomponentene i prosjektet, og det forutsettes derfor at det i gjennomsnitt ikke vil være restverdier ved analyseperiodens slutt. Det må imidlertid gjøres konkrete vurderinger med hensyn til restverdier for det enkelte prosjekt. Hvis det for eksempel inngår investeringskomponenter som har vesentlig lenger levetid enn øvrige investeringsobjekter (for eksempel ved erverv av ny tomtegrunn) skal det oppgis nåverdi ved de ulike alternativene med og uten restverdier.

Salgsmidler

Eiendomssalg (eller andre vesentlige salg av anleggsmidler) som oppstår som en direkte konsekvens av prosjektet skal ikke inkluderes ved beregning av prosjektets kontantstrøm/nåverdi. I de tilfeller hvor eiendomssalg er en vesentlig forskjell mellom de ulike alternativene bør det opplyses om det. Når det legges til grunn salgsmidler skal det oppgis kilder for verdivurderingen og en omtale av usikkerhet knyttet til salgsverdien.

Merk at når prosjekt legges inn i økonomisk langtidsplan for vurdering av helseforetakets økonomiske bæreevne skal salgsmidler holdes utenfor de driftsøkonomiske effektene fra prosjektet og hensyntas som salg av anleggsmidler i henhold til malverk for økonomisk langtidsplan.

Prisnivåer

Ved gjennomføring av driftsøkonomiske analyser skal prisnivået i investeringskalkyler og driftsøkonomiske effekter være det samme. Det vil ofte være prisdatoen som er benyttet i gjeldende ØLP som er førende. Dette innebærer at kostnader og inntekter ofte må prisjusteres før analysene kan gjennomføres. Prisjustering av de ulike komponentene i analysen skal gjøres basert på aktuell prisindeks. Dette innebærer blant annet at gevinster oppstått som følge av besparelser i lønnskostnader skal prisjusteres med lønnsveksten. Videre følger byggekostkalkylen prisveksten i byggekostnadsindeksen. Ved prisjustering av byggekostnad benytter Helse Sør-Øst et vektet snitt av SSBs *byggekostnadsindeks for bustadblokk*, etter arbeidstype³. Tabell 3 under viser Helse Sør-Østs fastsatte vektorer for beregning av prisjustering etter denne indeksen.

Vektor	Bygg	MTU
Bygg	54 %	28 %
VV	24 %	6 %
Elektro	22 %	66 %

Tabell 3: Helse Sør-Østs fastsatte vektorer for beregning av prisjustert byggekostnad.

Realprisjustering

Analysene skal gjennomføres i faste priser i tråd med øvrige forutsetninger i økonomisk langtidsplan. Det vil si at prisene (gevinster og kostnader) ikke skal justeres for forventet fremtidig inflasjon. Jamfør Rundskriv R-109/21 fra Finansdepartementet skal det som hovedregel ikke gjennomføres realprisjusteringer (det vil si at vi forventer at alle priser vokser med samme rate). Hvis det gjennomføres realprisjusteringer skal dette være basert på et teoretisk og empirisk grunnlag, og det skal tydelig fremkomme av analysen hvilke prislelementer som er realprisjustert. Hvis det foreligger risiko knyttet til forventet realprisutvikling skal dette beskrives som en del av dokumentasjonsunderlaget. I forbindelse med økonomisk langtidsplan gjør Helse Sør-Øst RHF vurderinger av om hvorvidt det er grunnlag for overordnede realprisjusteringer for hvert enkelt års prosess.

Renteforutsetningene i bæreevneanalysene baserer seg på rentekurven innarbeidet i siste gjeldende økonomiske langtidsplan. Den rentekurven er nominell de første årene, og settes deretter basert på langsiktig

³ SSB: Tabell: 08655: Byggekostnadsindeks for bustadblokk, etter arbeidstype (2015=100)

reell likevektsrente. Etter at investeringen er ferdigstilt vil fremtidig inflasjon redusere betalingsbyrden fra lånet, dette innebærer at bæreevneanalysene i faste kroner fremskriver økonomien på den konservative siden.

Aktivitetsframskriving (vs. dimensjonering)

Behovet for sykehustjenester vil for alle praktiske formål være en ytre faktor som ikke kan sies å påvirkes av hvilket alternativ som velges. Framskrevet aktivitet skal derfor være identisk for alle alternativene som analyseres.

Aktivitetsframskrivingen danner utgangspunkt for dimensjoneringen av prosjektet, og foreligger ofte tidlig i planprosessen. Aktivitetsutviklingen som legges til grunn for driftsøkonomiske framskrivinger må være i samsvar med dimensjoneringsgrunnlaget. Forutsetninger for aktivitetsframskriving og dimensjonering er nærmere beskrevet i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* (styresak 148-2020 i Helse Sør-Øst RHF) og i *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* (styresak 134-2022 i Helse Sør-Øst RHF).

Det gjøres oppmerksom på skillet mellom dimensjoneringsgrunnlaget (antall sengeplasser bygget har kapasitet til / fysiske senger) og framskrevet aktivitet det enkelte år (senger i drift, dvs. «bemannede senger»). For driftsøkonomien vil sistnevnte være relevant. Et nybygg vil ofte være overdimensjonert i starten av levetiden (dvs. kapasitet høyere enn aktivitet), som følge av forventet fremtidig aktivitetsvekst. Ukritisk bruk av sengekapasitet / fysiske senger som måltall kan medføre overvurdering av driftsøkonomiske effekter, og at bemanningsframskrivinger ikke er i samsvar med forventet aktivitet/sengebehov det enkelte år.

Inntektseffekter

Som beskrevet over skal aktivitet være identisk for alternativene i analysen. Videre skal det heller ikke legges til grunn ulike inntekter mellom alternativene som analyseres. Inntektene som legges til grunn i kontantstrømsframskriving skal samsvare med den forventede pasienttilstrømming som følger av aktivitetsframskrivingen. Det skal tas høyde for endringer i variable inntekter (ISF, refusjoner, osv.) og aktivitetsmidler (inngår i basisrammefinansiering / «faste» inntekter). Også her må det skilles mellom forventet pasienttilstrømming det enkelte år og det som er benyttet som dimensjoneringsgrunnlag for bygget (forventet årlig aktivitet vs. byggets kapasitet).

Bemanningsframskrivinger i konsept- og forprosjektfasen

I arbeid med bemanningsframskriving og vurdering av fremtidig personellbehov, henvises det til Nasjonal Bemanningsmodell⁴.

I konsept- og forprosjektfasen skal bemanningsframskrivinger ta utgangspunkt i konkrete vurderinger for berørte pasienttilbud. Dette innebærer at det eksempelvis utarbeides bemanningsframskrivinger for turnus, vaktordninger, akuttmottak, operasjonsteam mv. basert på skisser av nybygg og virksomhetsinnhold som utarbeides i konseptfasen. Det skal tas hensyn til momenter som nybyggets plassering i forhold til eventuelle eksisterende bygg som skal bestå, funksjonenes plassering i forhold til hverandre, løsning for sengerom, utforming av poliklinikk/dagtilbud, avstander/etasjeskiller, osv.

Det vises også til tidligere anbefalinger om involvering av ledere og medarbeidere fra berørte klinikker og avdelinger, og ledelsesmessig forankring.

⁴ Se for eksempel *Sluttrapport – Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell*. Helse Vest RHF, versjon 1, mai 2015.

Bemanningsframskrivninger i tidlige faser, utviklingsplan og prosjektinnramming

I arbeid med utviklingsplanen benyttes også Nasjonal bemanningsmodell for framskrivning av endringer i bemanningsbehov ut fra sammensetning av ansatte, forventet aktivitetsendring, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer. Disse bemanningsframskrivningene er viktige underlag for å vurdere realisme i behov for gevinster og effektivisering. I prosjektinnrammingen skal effekter fra bemanningsendringer anslås for bruk i overordnede gevinstoversikter, og vurderes både i kroner og årsverk. Vurderinger av bemanningsutvikling skal baseres på antall årsverk, og ikke antall ansatte. Det anbefales å utarbeide oversikter over bemanningsutvikling ned på stillingsnivå, spesielt for klinisk personell. Fra konseptfasen og videre i planprosessen vil dette være påkrevd. Bemanningsframskrivningen, jf. punkt 3.6.10, skal være avstemt med dagens bemanning, konsistent med framtidig aktivitetsbehov og reflektere de forventede driftseffekter.

Det er helseforetaket som har best informasjon om sammenhengen mellom dagens drift, ny driftsmodell og bygningsmessige tiltak, og ansvaret for bemanningsframskrivninger tilligger således helseforetaket. Metoden kan variere avhengig av informasjonsgrunnlaget og hva prosjektet skal omfatte, og det er å forvente at anslagene skiller seg fra hverandre i ulike prosjekter i ulike helseforetak.

Nedenfor vises et eksempel på hvordan bemanningsframskrivningene kan anvendes og konkretiseres i forbindelse med et byggeprosjekt. Dette er et illustrativt eksempel, og helseforetaket er ansvarlig for at forutsetningene og metoden tilpasses lokale forhold. Eksempelet tar utgangspunkt i at det vanligvis er hensiktsmessig å skille mellom ulike stillingskategorier, og å benytte data om dagens og framskrevet aktivitet. Aktiviteten bør kunne spesifiseres på antall døgnopphold, antall liggedager, antall dagbehandlinger eller antall polikliniske konsultasjoner. I eksempelet benyttes dagens aktivitet for å beregne «vektede opphold» og «vektede liggedager». Beregningen gjenspeiler at inneliggende pasienter, polikliniske pasienter og pasienter til dagbehandling har ulike behov for legeressurser og øvrig klinisk personell. Som en forutsetning legges det til grunn at vektede opphold kan settes i relasjon til legeårsverk, mens vektede liggedager kan settes i relasjon til årsverk for øvrig klinisk personell. I det enkelte prosjekt kan det være andre oppdelinger mellom stillingskategorier som er relevante, ut fra helseforetakets egne vurderinger.

Eksempelet illustreres ved tabellene nedenfor. Vektet aktivitet beregnes ved å multiplisere aktivitet med tilhørende vekt. «Vektede opphold» per legeårsverk gir en «produktivitetssats» for legeårsverk. Tilsvarende vil «vektede liggedager» per øvrige kliniske årsverk gi en «produktivitetssats» for øvrige kliniske årsverk. Deretter kalkuleres framskrevet aktivitet til vektede opphold/liggedager på tilsvarende måte. Vektet framskrevet aktivitet delt på produktivitetssatsene per årsverk-type gir estimert framtidig bemanningsbehov (omfattet av prosjektet). I eksempelet nedenfor er det for illustrasjonsformål lagt inn effektiviseringskrav/-potensial på 3 % ved estimering av framtidig bemanningsbehov. Helseforetaket må gjøre egne vurderinger av dette.

I. ESTIMERING AV DAGENS VEKTET AKTIVITET OG "PRODUKTIVITET" PER ÅRSVERK

Somatisk aktivitet	Dagens aktivitet	Vektfaktorer		Vektete opphold (aktivitet * vekt opphold)	Vektete liggedager (aktivitet * vekt liggedager)
		Vekt opphold	Vekt liggedager		
Antall døgnopphold	50 000	1,00	0,00	50 000	0
Antall liggedager	200 000	0,00	1,00	0	200 000
Antall dagbehandlinger	30 000	0,33	2,00	9 900	60 000
Antall polikliniske konsultasjoner	350 000	0,08	0,50	28 000	175 000
Sum vektete opphold/liggedager				87 900	435 000
Bemanning	Dagens årsverk	Sum vektete opphold	Sum vektete liggedager	Opphold per legeårsverk, produktivitetssats = (sum vektete opphold / dagens legeårsverk)	Liggedager per øvrig årsverk, produktivitetssats = (sum vektete liggedager / dagens årsverk øvrig klinisk)
Legeårsverk, somatikk	700	87 900	-	125,6	-
Øvrige kliniske årsverk, somatikk	2 800	-	435 000	-	155,4

II. ESTIMERING AV FRAMSKREVET VEKTEDE OPPHOLD/LIGGEDAGER

Somatisk aktivitet	Framskrevet aktivitet	Vektfaktorer		Vektete opphold (aktivitet * vekt opphold)	Vektete liggedager (aktivitet * vekt liggedager)
		Vekt opphold	Vekt liggedager		
Antall døgnopphold	70 000	1,00	0,00	70 000	0
Antall liggedager	220 000	0,00	1,00	0	220 000
Antall dagbehandlinger	50 000	0,33	2,00	16 500	100 000
Antall polikliniske konsultasjoner	400 000	0,08	0,50	32 000	200 000
Sum vektete opphold/liggedager				118 500	520 000

III. ESTIMERING AV FRAMTIDIG BEMANNINGSBEHOV (gitt effektiviseringskrav på 3 %)

	Framskrevet vektet aktivitet	Produktivitetssats legeårsverk	Produktivitetssats øvrigt årsverk	Effektiviseringskrav	Framtidig bemanning (vektet fram. aktivitet / (prod. * (1+eff.krav)))
Legeårsverk, somatikk	118 500	125,6	-	3,0 %	916
Øvrige kliniske årsverk, somatikk	520 000	-	155,4	3,0 %	3 250

Figur 6: Illustrasjon av estimering av vektete opphold og liggedager, nøkkeltall for dagens produktivitet per type årsverk og deretter framtidig bemanningsbehov. Alle tall er fiktive, og kun for illustrasjonsformål.

Framskrevet årsverk beregnes ved å dividere framskrevet sum vektete opphold/liggedager på dagens beregnede produktivitetssats per type årsverk. Ved å korrigere produktivitetssatsen for effektiviseringskrav/-potensial beregnes framskriving for klinisk personell per alternativ. I tabell 4 oppsummeres resultatene ved bruk av ulike effektiviseringskrav/-potensial. Eksempelen forutsetter et effektiviseringskrav på 3 % for nullalternativet, og beregningen sammenfaller med det som er vist i figur 6. Alle gule celler i figur 6 skal konkret vurderes av helseforetaket og tilpasses det enkelte prosjekt. For alternativ 1 og 2 er det antatt høyere forbedringspotensial som følge av f.eks. nybygg eller faglig og geografisk samling.

Årsverksframskriving	Dagens bemanning	Prod.sats	Eff.krav/- potensial	Korrigert prod.sats (prod.sats * (1+eff.))	Framskrevet årsverk* (vektet fram. akt. / korr. prod.)	
Nullalternativet						
Somatiske legeårsverk	700	125,6	3 %	129,3	916	
Somatiske øvrige kliniske årsverk	2 800	155,4	3 %	160,0	3 250	
Alternativ 1						
Somatiske legeårsverk	700	125,6	10 %	138,1	858	Driftseffekt fra 0-alt. -58
Somatiske øvrige kliniske årsverk	2 800	155,4	10 %	170,9	3 043	-207
Alternativ 2						
Somatiske legeårsverk	700	125,6	8 %	135,6	874	Driftseffekt fra 0-alt. -42
Somatiske øvrige kliniske årsverk	2 800	155,4	8 %	167,8	3 099	-150

*) For alle alternativer: vektet framskrevet opphold: 118 500; vektet framskrevet liggedager: 520 000

Tabell 4: Illustrasjon av årsverksframskriving

Eksempelen er forenklet for å illustrere fremgangsmåten. I praksis kan fremgangsmåten benyttes for å framskrive årsverk for flere kliniske stillingstyper, være på klinikknivå, årlig basis osv. så lenge

aktivitetsframskrivingen er tilstrekkelig detaljert. Differansen i årsverk fra nullalternativet kan multipliseres med kostnad per årsverk⁵ for å estimere effekt i kroner.

Eksempelet tar hensyn til at framskrivingen for kliniske årsverk skal være i tråd med aktivitetsframskrivingen, samtidig tar vektene høyde for at inneliggende pasienter, polikliniske pasienter og pasienter til dagbehandling har ulikt behov for legeressurser og øvrig klinisk personell. Eksempelet ivaretar også mulige effektiviseringskrav og holder effekter av investeringsprosjektet adskilt. Vektene kan være krevende å beregne. I eksempelet er det benyttet vektorer fra tidligere prosjekter som omfattet hele sykehus/helseforetak, og for klinisk bemanning innen somatiske sykehustjenester. Disse vektene vil ikke nødvendigvis være hensiktsmessig å bruke for mindre og/eller spesialiserte enheter (f.eks. enkeltavdeling eller høyspesialisert behandling), psykisk helsevern og rusbehandling eller ikke-klinisk personell. Vektene vil også kunne påvirkes av lokale forhold (organisering, funksjonsfordeling, osv.) og endres over tid. Helseforetaket vil vanligvis ha tilgang til informasjon for å vurdere det enkelte prosjekt.

Metoden beskrevet her er tilpasset framskriving av kliniske årsverk innen somatikken. I tillegg til klinisk personell, vil det også være nødvendig å vurdere framtidig behov for øvrig driftspersonell og ledelse og administrasjon.

Driftseffekter som følge av prosjektet vs. annen effektivisering

Investeringsanalyser skal kun inkludere driftsøkonomiske effekter som følger (direkte) av prosjektet. Dette vil som oftest knytte seg til effekter av nybygg/oppgradert bygg (med de muligheter det gir) og/eller geografisk samlokalisering av funksjoner. Allerede vedtatt effektivisering, som f.eks. resultatkrav, skal inkluderes i nullalternativet, og kan ikke tilskrives investeringsprosjektet. Dette er viktig for å unngå dobbelttelling av effekter. Tilsvarende vil også kunne gjelde gevinster knyttet til å ta i bruk ny teknologi eller andre forbedringer som kan realiseres også uten ombygging eller nybygg. Det kan være krevende å identifisere gevinster som knyttes kun til nytt bygg og utforming av arealer, og skille disse fra gevinster som vil kunne realiseres selv om man ikke bygger nytt, men tydelige og detaljerte redegjørelser av kilder til driftsgevinster vil være med på å redusere sannsynligheten for dobbelttelling/feilallokering.

Ulempekostnader, OU-prosess og mottaksprosjekt

Det forventes ulempekostnader dersom prosjektet involverer byggarbeider ved enheter med eksisterende drift. Dette vil kunne bestå av kostnader knyttet til rokader, midlertidige driftsløsninger, ekstra bemanning, tilpasninger pga. støy mv. Det vil også kunne påløpe flyttekostnader ved innflytting i nybygg, og det kan ta tid før ny driftsmodell er optimalisert. Slike effekter kan være krevende å estimere i en tidlig fase, og håndteres ofte ved at det legges inn sjablongmessige estimater, gjerne basert på erfaring fra lignende prosjekter. I konsept- og forprosjekt skal det utarbeides spesifikke estimater og vurderinger av slike effekter.

Det må også påregnes effekter knyttet til OU-prosess og mottaksprosjekt når drift skal overta nybygget. Det kan f.eks. være behov for fristillelse av ressurser fra driftsmiljøene til bl.a. testing og opplæring. Dette vil også være med på å begrense mulighetsrommet for uttak av driftsgevinster tidlig i levetiden.

Merk at slike kostnader skal inkluderes i analysene av økonomisk bæreevne selv om de ikke er en del av investeringskalkylen og finansieres av over helseforetakets ordinære budsjetter.

⁵ Satsen skal inkludere arbeidsgiveravgift, pensjon, sosiale kostnader og ev. forsikringer. Erfaringsmessig vil en sats på 1,4–1,5 kunne dekke slike tillegg til selve lønnskostnaden, men det anbefales å bruke faktiske erfaringstall for den berørte virksomheten.

Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

FDVU-kostnader henviser til kostnader knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygg og tekniske installasjoner. Begrepet dekker både bemanningskostnader og kostnader til varer, utstyr og materiell. I analyser på prosjektnivå benyttes analyseperiode tilsvarende vektet avskrivningstid på investeringene. Utviklingskostnader skal derfor holdes utenfor analyser på prosjektnivå. Utviklingskostnader skal likevel inkluderes i analyser på helseforetaksnivå (ØLP), da de representerer betalbare kostnader for helseforetaket. For nullalternativet estimeres FDV-kostnader vanligvis av helseforetaket selv. FDV-kostnader for nybyggalternativ estimeres vanligvis av eksterne rådgivere som del av investeringskalkylene/livssyklusanalysene (LCC-analyser). Analyser av livssyklus-kostnader skal legges til grunn når prosjektet velger tekniske løsninger, materialer, fasader og lignende hvor det må gjøres en avveining mellom investeringen og de driftsøkonomiske effektene. Driftsøkonomiske effekter vil fremkomme som differansen i FDV-kostnader mellom nullalternativet og investeringsalternativene.

Det er viktig å være bevisst på at FDV dekker områder som f.eks. renhold og vaktmestertjeneste, og eventuelle effekter for disse områdene må ikke telles flere ganger. Analyseressurser må derfor være bevisst på om FDV er inkludert i framskrivninger av virksomhetens driftsøkonomi og årsverk, eller ikke.

Ikke-byggnær IKT

I økonomisk langtidsplan og bæreevneanalyser på helseforetaksnivå håndteres investeringskostnader for ikke-byggnær IKT som en driftskostnad for helseforetaket. Dette skyldes at investeringen foretas av Helse Sør-Øst RHF, mens helseforetaket betaler for investeringen gjennom den årlige tjenestepreisen fra Sykehuspartner HF. Driftskostnaden kan estimeres ved at investeringskostnaden for ikke-byggnær IKT fordeles likt over avskrivningstiden på om lag 8 år, men kan variere noe mellom hvert tilfelle.

I bæreevneanalyser på prosjektnivå skal ikke-byggnær IKT håndteres som en investering, inkludert byggelånsrenter.

Opprettholdt likviditet fra drift

Virksomheten som omfattes av prosjektet vil allerede i dagens drift skape en positiv kontantstrøm, eksempelvis gjennom at inntekter (med tilhørende likviditet) dekker avskrivninger (ikke-betalbare kostnader). Denne underliggende, prosjektuavhengige kontantstrømmen kommer i tillegg til de beregnede driftsgevinstene fra investeringsprosjektet. Opprettholdt likviditet fra drift kan benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser skapt av prosjektet. Hvor mye likviditet som kan allokere til prosjektet vil avhenge av virksomhetsinnholdet som omfattes, og dermed variere mellom ulike alternativer. Det er kun opprettholdt likviditet fra drift fra virksomheten som berøres av prosjektet som skal inkluderes i prosjektanalysen. Opprettholdt kontantstrøm fra drift skal tilegnes kontantstrømmen fra det året prosjektet er ferdigstilt og gevinstene fra prosjektet realiseres.

Opprettholdt likviditet fra drift skal bygge på gjeldende økonomisk langtidsplan (ØLP) for helseforetaket, og analyseperioden skal tilsvare prosjektets økonomiske levetid.

Metodisk tilnærming

Tilnærmingen bygger på den totale ØLP for helseforetaket. EBITDA justeres for prosjektspesifikke effekter og ekstraordinære poster (for eksempel salgsmidler). Fri kontantstrøm fra virksomheten allokere til prosjektet basert på den eller de berørte klinikkens relative andel av virksomheten. Dette nøkkeltallet skal fortrinnsvis baseres på fremtidig bemanning.

Tabell 5 nedenfor viser et eksempel på estimering av oppretthold likviditet fra drift. Rad 1–4 hentes fra driftsregnskap/-budsjett for prosjektperioden. Rad 6 justerer ut alle resultateffekter som er direkte knytte til det aktuelle prosjektet og andre ekstraordinære effekter. Disse effektene er allerede innregnet i budsjettert ordinært resultat og må derfor justeres ut i beregningen av prosjektuavhengig likviditet fra drift. Rad 7 gir justert/normalisert EBITDA, som tilsvarer en kontantstrøm fra resultatposter. Deler av denne kontantstrømmen kan være «bundet» til betaling av eksisterende forpliktelser, for eksempel avdrag på eksisterende langsiktig gjeld, og korrigeres for i rad 8. Denne gjelden må betjenes og likviditeten vil ikke være tilgjengelig for å betjene fremtidige forpliktelser skapt av investeringsprosjektet. Rad 9-10 justerer for andre forpliktelser som foreligger i tilknytning til ordinær drift. Det vil bl.a. være behov for reinvesteringer i bygg og utstyr, og det kan forekomme endringer i arbeidskapital og avdrag på eksisterende leasingavtaler må betales. Gjenværende kontantstrøm kan betraktes som likviditet fra dagens drift som kan benyttes til å dekke avdrag og renter på den forespeilede investeringen. Rad 13 benyttes til å allokere fri kontantstrøm til prosjektet basert på den berørte virksomhetens andel av helseforetakets virksomhet.

	1	2	3	...	10	...	30
1 Budsjettert ordinært resultat (ekskl. salg AM)	2 150	2 250	2 350	...	2 500	...	2 500
2 + Av-/nedskrivninger (ekskl. nybygg)	100	100	100	...	100	...	100
3 - Inntektsføring av investeringstilskudd	50	40	30	...	0	...	0
4 - Netto finansresultat	-150	-150	-150	...	-100	...	0
5 = EBITDA (ekskl. salg AM)	2 350	2 460	2 570	...	2 700	...	2 600
6 - Prosjektavhengige og ekstraordinære effekter	50	150	250	...	400	...	400
7 = Normalisert EBITDA	2 300	2 310	2 320	...	2 300	...	2 200
8 - Avdrag og renter eksisterende lang.gjeld	110	90	75	...	40	...	0
9 - Avdrag finansiell leasing	50	50	50	...	50	...	50
10 - Reinvesteringsbehov ordinær drift	20	20	20	...	20	...	20
11 - Endring arbeidskapital	50	50	50	...	50	...	50
12 = Opprettholdt likviditet fra drift	2 070	2 100	2 125	...	2 140	...	2 080
13 Allokert til prosjektet	1 035	1 050	1 063	...	1 070	...	1 040

Tabell 5: Illustrasjon på beregning av opprettholdt likviditet fra drift per driftsår.

Behandling ved flere etapper/ faser i prosjektet

Mulighet for trinnvis/etappevis utbygging skal vurderes. Hvis prosjektet bygges i flere etapper skal økonomisk bæreevne for hver enkelt etappe beregnes isolert, i tillegg til samlet bæreevne på prosjektnivå. Dette gir mulighet til å se på isolerte økonomiske effekter av etappene, og effekter ved tidsforskyving av deler av investeringene.

Risiko og usikkerhet

Nåverdi- og bæreevneanalyser skal redegjøre for prosjektets økonomiske risiko. Det benyttes to metoder for å synliggjøre risiko og usikkerhet i prosjektet:

- 1) Usikkerhetsanalyser som behandler inngangsverdiene (kostnadsestimer, gevinstestimer) som usikre
- 2) Scenario-/sensitivitetsanalyser som viser den økonomiske konsekvensen hvis et gitt scenario inntreffer

Usikkerhetsanalyser

Usikkerhetsanalyser behandler prosjektets inngangsverdier som usikre og er en sannsynlighetsbasert tilnærming til usikkerhet. Resultatet av usikkerhetsanalysene skal presenteres i form av sannsynlighetsverdier (p-verdier) for at et gitt utfall inntreffer. Som hovedregel skal det benyttes P15, P50 og P85. I henhold til veileder for tidligfase i sykehusbyggprosjekter skal det gjennomføres en usikkerhetsanalyse på

investeringskalkylen i både konsept- og forprosjektfasen. Det er prosjektorganisasjonen som er ansvarlig for at dette gjennomføres.

Scenario-/sensitivitetsanalyser

I scenario-/sensitivitetsanalyser vises økonomisk usikkerhet som en konsekvens av at en gitt hendelse oppstår. Som hovedregel skal det gjennomføres scenarioanalyser på de sentrale forutsetningene i prosjektet. Dette vil normalt være investeringskalkylen med punktene P15 og P85, gevinstuttak, sparing i forkant, levetid, lånerente (for netto likviditetsstrøm), diskonteringsrente (for nåverdi) og restverdi. Scenario-/sensitivitetsanalysene skal gjennomføres med utgangspunkt i analysens P50-estimater.

Sensitivitetsanalyser på driftsøkonomi skal gjennomføres sammen med de som er ansvarlig for gevinstene slik at det skapes en felles forståelse for risikoen knyttet til gevinstrealisering (for eksempel basert på metode for usikkerhetsanalyser). Dette inkluderer blant annet å gjennomføre arbeidsmøter hvor det identifiseres risikoer, tiltak og en plan for oppfølging av risikoene i gjennomførings- og gevinstrealiseringsfasen i prosjektet.

Prosjektstyring

Organisering og styring av prosjektet vil variere for de ulike prosjektene og være avhengig av blant annet fullmakter og hvem som er prosjekteier. Ved gjennomføring av investeringsprosjekter med Helse Sør-Øst RHF som prosjekteier vil økonomiavdelingen i Helse Sør-Øst RHF ha en aktiv rolle ved utarbeidelse av delrapport økonomi. Delrapport økonomi er et vedlegg til projektrapporten. I dette arbeidet kreves det input fra flere parter, en strukturert plan og tydelig kommunikasjon av leveranser og tidsfrister.

Tabell 6 viser en overordnet oversikt over ansvarlige parter og leveranser som kreves ved utarbeidelse av økonomisk innhold i utredningene. Flere av leveransene avhenger av hverandre og vil kreve klare tidsfrister. I prosjekter hvor helseforetaket selv er prosjekteier vil de samme prinsippene være gjeldende, men helseforetaket overtar da det hele ansvaret for den økonomiske utredningen, inkludert delrapport økonomi. I slike tilfeller legges prosjektet frem for Helse Sør-Øst RHF i tråd med gjeldende fullmaktgrenser.

Leveranser	Ansvarlig part	
	Helse Sør-Øst RHF	Helseforetaket
Prosjektmandat	x	
Gevinstberegninger og -notat (inkl. andre driftsøkonomiske effekter)		x
Investeringskalkyler og livssyklus kostnader (LCC)	x	x*
Oppdatering av ØLP inklusive prosjekteffekter		x
Delrapport økonomi	x	x*
Total projektrapport	x	x*
Styresak HF		x
Styresak RHF	x	
Lånesøknad HOD	x	

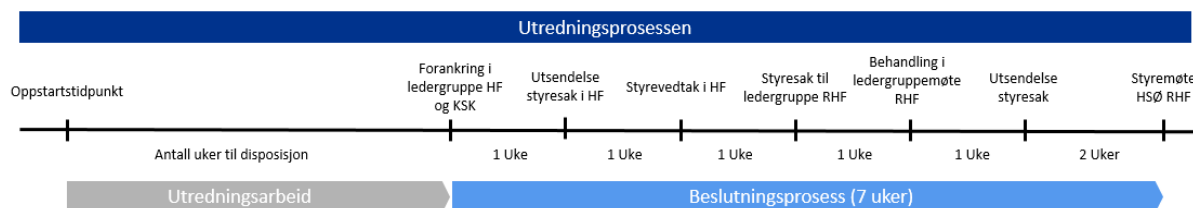
* Helseforetaket er ansvarlig i de prosjektene hvor helseforetaket er prosjekteier

Tabell 6: Leveranser i prosjektfasene, eksemplifisert for en konseptfaseutredning

Det er alltid helseforetaket som er ansvarlig for å utarbeide de driftsøkonomiske effektene i form av gevinstberegninger og andre driftsøkonomiske effekter, og sørge for at disse er forankret i organisasjonen, prosjektet, med tillitsvalgt, vernetjenesten og ved ledelsen i helseforetaket. Helseforetaket er også ansvarlig for å oppdatere sitt innspill til økonomisk langtidsplan, hvor konsekvensene av byggeprosjektet inngår.

Ved planlegging av prosjektutredningen må tas hensyn til beslutningsprosessene i Helse Sør-Øst. Tidslinjen under viser normale tidsestimater fra endelig projektrapport forankres i helseforetakets ledelse, til

styrebehandling inntreffer i Helse Sør-Øst RHF. Dette innebærer at prosjektrapporten som hovedregel må være ferdigstilt og kvalitetssikret minst syv uker før beslutningen skal fattes i styret.



Figur 7: Standard prosess for regional saksbehandling

2.3 Eksempler på resultater/leveranser

I dette kapittelet vises stiliserte eksempler på resultater fra analyser av driftsøkonomiske effekter. Resultatene fra analyser av driftsøkonomiske effekter vil inngå som underlag til investeringsanalyser (økonomisk bæreevne, netto nåverdi mm.). Enkelte tekstlige beskrivelser, funn og tabeller/graffer vil inngå i delrapporter som offentliggjøres (både i sin helhet eller utdrag).

Merk at i forbindelse med kvalitetssikring av analyser, kan ekstern kvalitetssikrer (KSK) og/eller Helse Sør-Øst RHF be om at helseforetaket også oversender filer med detaljert tallgrunnlag og mellomregninger.

2.3.1 Gevinstoversikt

En gevinstoversikt gir en oversikt over forventede gevinster av et prosjekt og sentrale forutsetninger for at disse gevinstene skal kunne realiseres. Gevinstoversikten brukes først og fremst for få en enkel oversikt over de gevinstene som tiltaket er forventet å gi. **Feil! Fant ikke referanseilden.** viser eksempel på en gevinstoversikt. Merk at noen områder har en gradvis opptrapping av effekter, f.eks. gevinster knyttet til klinisk personell, mens noen områder har gradvis nedtrapping av effekter, f.eks. ulempe- og flyttekostnader. Dette demonstrerer viktigheten av at effekter vises årlig, spesielt i oppstartsfasen. Tallene i tabellen er fiktive, men illustrer et viktig poeng om at det kan ta tid før realiseringen kommer opp på nivå med potensialet/målet.

Beløp i mill. kroner	1	2	3	4	5	6	...	11	12	...	30
Alternativ 1											
Klinisk personell somatikk	25	65	130	170	200	200	...	200	200	...	200
Klinisk personell psyk. og rus	2	5	8	10	10	50	...	50	50	...	50
Medisinske støttetjenester	7	20	33	40	40	40	...	40	40	...	40
Øvrige service- og støttefunksjoner	11	33	54	65	65	65	...	65	65	...	65
Prehosp. og pasienttransport	-5	-15	-25	-30	-30	-30	...	-30	-30	...	-30
FDV	6	18	29	35	35	35	...	35	35	...	35
Ikke-byggnær IKT*	-50	-50	-50	-50	-50	-50	...	-	-	...	-
Ulempe- og flyttekostnader	-20	-15	-5	-	-	-	...	-	-	...	-
OU-prosess	-10	-5	-5	-	-	-	...	-	-	...	-
Mottaksprosjekt	-10	-5	-	-	-	-	...	-	-	...	-
Øvrige driftseffekter (leie mv.)	10	10	10	10	10	10	...	10	10	...	10
Opprettholdt likv. fra drift	115	170	225	225	200	200	...	200	200	...	200
Totale driftsgevinster alt. 1	80	230	405	475	480	520	...	570	570	...	570
Alternativ 2											
Klinisk personell somatikk	10	40	80	100	140	150	...	150	150	...	150
Klinisk personell psyk. og rus	5	19	38	44	50	50	...	50	50	...	50
Medisinske støttetjenester	3	11	23	26	30	30	...	30	30	...	30
Øvrige service- og støttefunksjoner	5	19	38	44	50	50	...	50	50	...	50
Prehosp. og pasienttransport	-1	-4	-8	-9	-10	-10	...	-10	-10	...	-10
FDV	2	8	15	18	20	20	...	20	20	...	20
Ikke-byggnær IKT*	-40	-40	-40	-40	-40	-40	...	-	-	...	-
Ulempe- og flyttekostnader	-10	-5	-	-	-	-	...	-	-	...	-
OU-prosess	-10	-5	-5	-	-	-	...	-	-	...	-
Mottaksprosjekt	-10	-5	-	-	-	-	...	-	-	...	-
Øvrige driftseffekter (leie mv.)	-10	-10	-10	-10	-10	-10	...	-10	-10	...	-10
Opprettholdt likv. fra drift	115	170	225	225	200	200	...	200	200	...	200
Totale driftsgevinster alt. 2	59	198	355	398	430	440	...	480	480	...	480

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepris fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad fordelt på 10 første driftsår for HF i analysene.

Tabell 7: Illustrasjon på resultater fra analyse av driftsøkonomiske effekter av investeringsprosjekt i sykehusbygg.

2.3.2 Notat om fremgangsmåte, vurderinger og forutsetninger

Som en del av gevinstoversikten skal helseforetaket utarbeide et notat som oppsummerer fremgangsmåte for estimeringen (metodikk, prosess/involvering og ledelsens plan for oppfølging). Notatet skal også sannsynliggjøre og forklare hvordan gevinster skal realiseres, herunder redegjøre for viktige forutsetninger, avhengigheter og eventuelle forbehold for at gevinstene skal kunne realiseres. Detaljnivået i notatet vil kunne avhenge av fase i planprosessen.

2.3.3 Bemanningsframskriving

Sammen med gevinstoversikten skal det også leveres en bemanningsframskriving. I kapittel 2.2.8 presenteres en framskrivingsmodell som kan være hensiktsmessig når det er ønskelig å skille mellom legeårsverk og øvrig klinisk personell, men det i hovedsak foreligger overordnede beskrivelser av konsept og driftsmodell.

Tabellen nedenfor viser et eksempel på (oppsummert) bemanningsframskriving. Detaljnivået vil kunne avhenge av fase i planprosessen. Som en del av kvalitetssikringen vil det kunne undersøkes om effektiviseringen i årsverk er i tråd med gevinstoversikten, og at framskrevne (kliniske) årsverk er tilstrekkelig til å ivareta forventet fremtidig aktivitet.

Årsverksutvikling	1	2	3	4	5	...	11	12	...	30
Nullalternativet										
Leger	686	693	700	707	714	...	757	765	...	916
Sykepleiere	1 914	1 924	1 935	1 946	1 957	...	2 027	2 038	...	2 275
Øvrig klinisk personell	820	825	829	834	839	...	869	874	...	975
<i>Sum kliniske årsverk</i>	<i>3 420</i>	<i>3 442</i>	<i>3 465</i>	<i>3 487</i>	<i>3 510</i>	...	<i>3 652</i>	<i>3 677</i>	...	<i>4 166</i>
Øvrig driftspersonell	650	654	658	663	667	...	694	699	...	792
Adm. og ledelse	130	131	132	133	133	...	139	140	...	158
Sum årsverk 0-alt.	4 200	4 227	4 255	4 282	4 310	...	4 485	4 515	...	5 116
Alternativ 1										
Leger	681	675	670	670	668	...	709	716	...	858
Sykepleiere	1 898	1 887	1 855	1 834	1 833	...	1 898	1 909	...	2 130
Øvrig klinisk personell	813	809	795	786	786	...	813	818	...	913
<i>Sum kliniske årsverk</i>	<i>3 392</i>	<i>3 370</i>	<i>3 320</i>	<i>3 290</i>	<i>3 287</i>	...	<i>3 420</i>	<i>3 443</i>	...	<i>3 901</i>
Øvrig driftspersonell	635	631	622	616	615	...	640	644	...	730
Adm. og ledelse	110	109	108	107	107	...	111	112	...	126
Sum årsverk alt. 1	4 137	4 110	4 049	4 013	4 008	...	4 171	4 199	...	4 757
Alternativ 2										
Leger	683	681	681	681	681	...	722	729	...	874
Sykepleiere	1 908	1 904	1 883	1 883	1 867	...	1 933	1 944	...	2 169
Øvrig klinisk personell	818	816	807	807	800	...	828	833	...	930
<i>Sum kliniske årsverk</i>	<i>3 409</i>	<i>3 401</i>	<i>3 371</i>	<i>3 371</i>	<i>3 347</i>	...	<i>3 483</i>	<i>3 506</i>	...	<i>3 973</i>
Øvrig driftspersonell	635	634	624	618	618	...	643	647	...	733
Adm. og ledelse	110	110	109	109	108	...	112	113	...	128
Sum årsverk alt. 2	4 154	4 144	4 104	4 098	4 073	...	4 238	4 267	...	4 834
Endring fra nullalternativet										
Alternativ 1	-63	-117	-206	-270	-302	...	-314	-316	...	-358
Alternativ 2	-46	-83	-151	-184	-237	...	-247	-248	...	-281

Tabell 8: Illustrasjon på oppsummering av framskrevet bemanningsutvikling.

2.3.4 Gevinstrealiseringsplan og tilhørende vurderinger

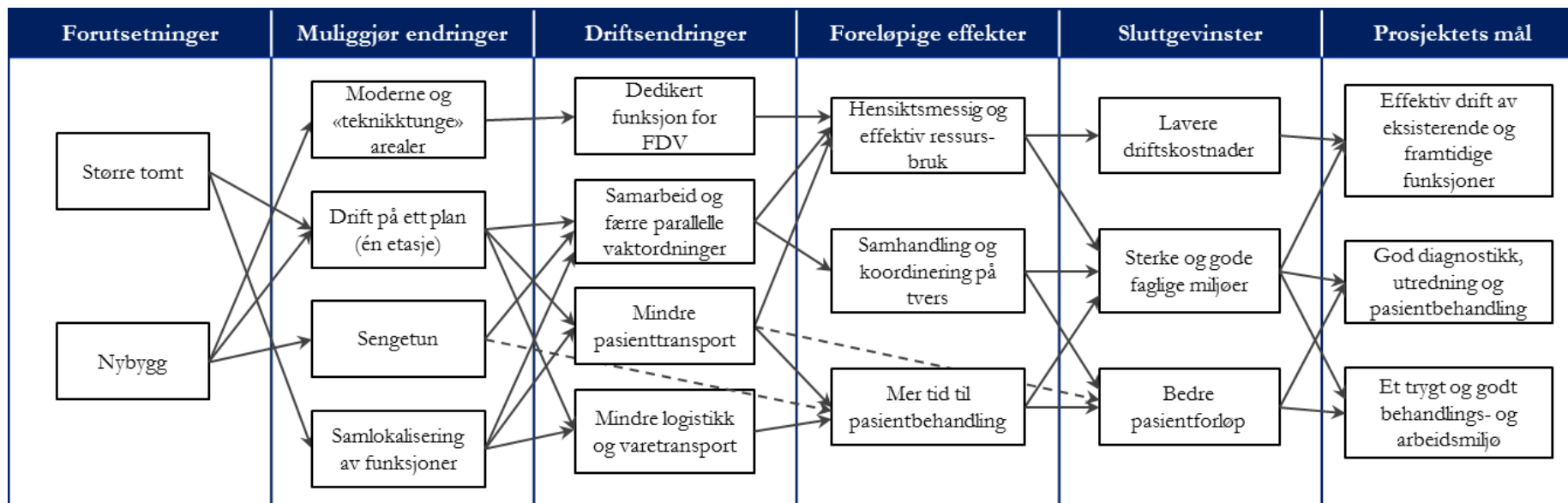
I forprosjektfasen skal det utarbeides komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktmålinger, og fordeling av internt ansvar i helseforetaket for videre oppfølging av gevinstrealisering. En gevinstrealiseringsplan er en operativ handlingsplan til bruk i oppfølgingen av prosjektet og dets resultater. **Feil! Fant ikke referansekilden.** **Feil! Fant ikke referansekilden.** viser et fiktivt eksempel på en forenklet oppsummering av en gevinstrealiseringsplan. Dette eksempelet setter søkelys på økonomiske gevinster, men oppsettet er like relevante for eksempelvis helsefaglige gevinster. En noe mer detaljert mal for oppsummering av gevinstrealiseringsplan er vist i vedlegg 4.2.

Gevinst <Beskrivelse av forventet gevinst>	Gevinstområde <Hvor gevinsten oppstår>	Rapportering <Tidspunkt og ansvar for rapportering>	Tiltak for å realisere <Identifiserte tiltak som må gjennomføres for å realisere gevinsten>	Risikofaktorer <Identifiserte risikofaktorer som kan hindre at gevinsten oppnås>	Risikoreduserende tiltak <Angi ev. vurderte tiltak og ev. ansvarlig for tiltak>
Reduksjon av legeårsverk i parallelle vaktordninger	Enhet A1 Enhet A2	Månedlig. Ola Nordmann, leder A12	- Opplæring i nye rutiner og felles arbeidsprosesser - Informere øvrig organisasjon om nye rutiner og kontaktinformasjon	- Opplæring tar lenger tid enn planlagt - Øvrig organisering følger ikke nye rutiner eller mangelfull kontaktinformasjon	- Tilstrekkelig tid til testing og opplæring i forkant av implementering - Besøke andre enheter og sikre mottak av korrekt kontaktinformasjon
Reduksjon av sykepleierårsverk i parallelle akuttmottak	Akuttmottak A Akuttmottak B	Månedlig. Kari Nordmann, leder AB	- Opplæring i nye rutiner og felles arbeidsprosesser - Testing av nytt MTU-utstyr og IKT-løsninger	- Opplæring tar lenger tid enn planlagt - IKT-løsninger fungerer ikke som forutsatt	- Tilstrekkelig tid til testing og opplæring i forkant av implementering - Ekstra IKT-personell tilgjengelig ved oppstart
Lavere drift- og vedlikeholdskostnader for MTU	Innkjøp og Teknisk drift	Kvartalsvis. Per Nordmann, driftsleder	- Nye serviceavtaler med leverandører - Nye rutiner for godkjenning av kjøp av servicetjenester utenfor avtale	- Avtaler ikke tilpasset eget behov - Nye avtaler brukes ikke (kjøp utenfor avtale) - For få leverandører leverer tilbud	- Tidlig dialog med fag- og driftsmiljø for å kartlegge krav og ønsker - Dialog med leverandørmarked for å kartlegge muligheter

Tabell 9: Illustrasjon på oppsummering av en gevinstrealiseringsplan.

Realiseringsplanen bygger videre på gevinstoversikten, men må bl.a. suppleres med **interessentanalyse**, kartlegging av **gevinstrealiseringstiltak** og **risikovurderinger**. De sistnevnte vurderingene gjør det mulig å utarbeide en operativ handlingsplan som øker sannsynlighet for at gevinstene realiseres. Som et ledd i dette arbeidet anbefales det også å utarbeide et **gevinstkart**, som er en visuell framstilling av forutsetningene for at gevinstene skal kunne realiseres, og hvordan disse gevinstene igjen skal bidra til å realisere prosjektets mål.

Figur 8 **Feil! Fant ikke referanseilden.** viser et fiktivt eksempel på et overordnet gevinstkart. Gevinstkartet gjør det mulig å se sammenhengene mellom ulike forutsetninger og endringer, samt forstå årsakene til eller viktige forutsetninger for at gevinster skal kunne realiseres. I mange tilfeller kan innsikten man får og dialogen man har i prosessen med å utarbeide et gevinstkart gi organisasjonen mer verdi enn selve gevinstkartet. Det er derfor viktig med involvering og forankring i denne fasen. I eksempelet nedenfor er også faglige og kvalitative effekter inkludert.



Figur 8: Illustrasjon på overordnet gevinstkart med både driftsøkonomiske, faglige og kvalitative effekter.

Det skal utarbeides et notat som beskriver gevinstrealiseringsplan for prosjektet. Nedenfor er det gitt et eksempel på innholdsfortegnelse for et slikt notat:

1. Prosjektets begrunnelse og overordnede mål
2. Gevinstansvarlig
3. Gevinster som ønskes oppnådd
 - 3.1. Prissatte gevinster
 - 3.1.1. Effekter av nybygg/oppgradering
 - 3.1.2. Effekter av samlokalisering
 - 3.1.3. Oppsummering av prissatte gevinster og periodisering
 - 3.2. Ikke-prissatte gevinster (faglig, kvalitet, osv.)
4. Tiltak for å sikre gevinster
 - 4.1. Organisatoriske tiltak
 - 4.2. Tiltak knyttet til systemer
 - 4.3. Tiltak rettet mot medarbeidere/brukere
 - 4.4. Ledelses- og styringsrettede tiltak
5. Gevinstrealiseringsplaner
6. Oppfølging og rapportering
7. Vedlegg:
 - 7.1. Interessentanalyse
 - 7.2. Gevinstkart
 - 7.3. Risiko- og sårbarhetsanalyse
 - 7.4. Endringslogg

For mer om gevinstrealiseringsplaner, eksempler og maler vises det til DFØ-veileder om gevinstrealisering eller f.eks. Difis Prosjektveiviser⁶. Spesialisthelsetjenesten er ikke pålagt å følge retningslinjene i disse nevnte veiledere, men innholdet kan benyttes til inspirasjon og rettleiding der det er hensiktsmessig.

2.3.5 Læringspunkter fra tidligere byggeprosjekter

Evaluerings av sykehusbyggprosjekter er en viktig kilde til læring og utvikling. I *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (2024) står følgende:

For at nye sykehusprosjekter skal kunne bidra til kunnskapsbasert og framtidsrettet utvikling av sykehus, er det nødvendig at prosjektene evalueres. (s. 16)

Det foreligger en tilhørende veileder *Evaluerings av sykehusbyggprosjekter* (2018). Her står det beskrevet om aktuelle evalueringer i kapittel 3:

- 3.1 Førevaluering
- 3.2 Evaluering av plan- og byggeprosess
- 3.3 Etterevaluering

Evaluerings av plan- og byggeprosess som skal gjennomføres etter ferdigstillelse av prosjektet. Dette arbeidet settes i gang av prosjekteier i samarbeid med prosjektledelse og mottakende helseforetak. Etterevaluering kan først skje når nytt sykehus har vært i drift 1-5 år. Dette er en evaluering som utføres etter av helseforetaket.

⁶ Se www.prosjektveiviseren.no. Maler kan finnes på www.prosjektveiviseren.no/2017/03/opdatert-forslag-til-nye-dokumentmaler.

Evalueringer av byggeprosjekter i Helse Sør-Øst indikerer flere strukturelle forbedringsområder som er avgjørende for planleggingen av driftsøkonomiske effekter. Sluttrapporten⁷ for byggingen av Kalnes Sykehus gir innsikt.

Gevinster fra nye bygg må kontinuerlig evalueres og oppdateres, og driftsmål må justeres i samsvar med endringer i rammebetingelser og finansiering.

2.3.6 Utfordringer og forslag til tiltak samt. overordnet sjekkliste

I det videre gis en kort oppsummering av potensielle utfordringer knyttet til arbeid med driftsøkonomiske vurderinger i tidligfasen, og forslag til tiltak som kan redusere utfordringene:

Utfordring	Mulige tiltak (ikke uttømmende)
Sikre kontinuitet i planleggingen av de store prosjektene (går over flere år, endringer i forutsetninger og nye personer)	▪ Ledelsesmessig eierskap og forankring ▪ God dokumentasjon av vurderinger som gjøres: <i>bruke nedenfra og opp-metoden, gevinstoversikter, notat om fremgangsmåte og forutsetninger mm.</i>
Krevende å få involvert fagpersoner i å tenke på driftsgevinster	▪ Inkludere vurdering av driftsøkonomiske effekter i mandat til samhandlingsgrupper ▪ Arbeidssamlinger om dagens kostnadsdrivere og fremtidige driftskonsepter med tilhørende effekter
Krevende å skille gevinster forårsaket av nybygg og utforming av arealer fra gevinster som vil kunne realiseres selv om man ikke bygger nytt	▪ Arbeidssamlinger om dagens kostnadsdrivere og fremtidige driftskonsepter med tilhørende effekter ▪ Redegjøre for hvilke tiltak som muliggjør gevinstene, f.eks. gevinstkart, med fokus på kritiske suksessfaktorer og avhengigheter (hva er avgjørende for realiseringen?)
Gevinster ikke knyttet til konkrete tiltak (ikke tydelig bilde av fremtidig driftskonsept eller hva man skal vurdere gevinsten opp mot)	▪ Definere tydelig et (driftsmessig) nullalternativ ▪ Arbeidssamlinger om fremtidige driftskonsepter med tilhørende effekter ▪ Sannsynliggjøre og redegjøre for hvordan gevinster skal oppnås (f.eks. gevinstkart)

Tabell 10: Utfordringer og forslag til tiltak

⁷ Se [Sluttrapport - Evaluering-av-nytt-ostfoldsykehus-HSØ-HSØ-HSØ-HSØ](#)

Nedenfor presenteres en overordnet sjekkliste for arbeidsgruppen som gjennomfører de driftsøkonomiske analysene:

Sjekkliste (fokus på driftsøkonomiske analyser):

- ☐ Kartlagt dagens økonomi for områdene som påvirkes av tiltaket?
- ☐ Kartlagt dagens bemanning og ressursbehov for områdene som påvirkes av tiltaket?
- ☐ Kartlagt dagens kostnadsdrivere?
- ☐ Tydelig og sammenlignbar beskrivelse av nullalternativet, som også er framskrevet på bakgrunn av fremtidig aktivitetsbehov? Inkludert allerede vedtatte tiltak/effektiviseringskrav?
- ☐ Sikret forståelse av implikasjonene av de ulike utredningsalternativene blant involverte ressurser? Kartlagt likheter og forskjeller mellom de ulike utredningsalternativene (fokus på ting som påvirker drift / kostnadsdrivere)?
- ☐ Involvert fagmiljøene i arbeidet? Workshop etter at utkast til skisser foreligger?
- ☐ Dokumentert fremgangsmåte samt viktige forutsetninger, avhengigheter og ev. usikkerhet knyttet til gevinstpotensial?
- ☐ Vurdert realisme i estimatene? Vurdert kritiske suksessfaktorer?
- ☐ Estimert ulempekostnader i byggeperiode, flyttekostnader, kostnader OU og mottaksprosjekt?
- ☐ *Dersom ovenfra og ned-metoden:* kontrollregnet på implikasjoner for underliggende enheter? Mulig å understøtte totalen med mer detaljert beregning for noen få områder det forventes store effekter? Overordnet vurdering av realisme mht. f.eks. bemanning vs. aktivitet?
- ☐ *Dersom nedenfra og opp-metoden:* vurdert totaleffekten for helseforetaket og overordnede nøkkeltall?
- ☐ Sammenlignet estimerte gevinster mot andre prosjekter? Benchmark mot eksisterende drift eller sammenlignbare sykehus som har gjennomført tilsvarende prosjekter? Beregnet nøkkeltall (kostnad per seng/pasient, driftsmarginer, osv.) gitt estimerte gevinster?
- ☐ Beregnet implisert bemanning gitt gevinstestimatene, og kontrollert mot aktivitetsframskrivningen?
- ☐ Ledelses- og/eller styrebehandlet gevinstoversikten/-realiseringsplanen?
- ☐ Utarbeidet plan for videre oppfølging?

3. Realisering av driftsøkonomiske effekter

3.1 Introduksjon

Dette kapitlet gir en innføring i realiseringsfasen av driftsøkonomiske effekter i byggeprosjekter, med utgangspunkt i erfaringer og krav i spesialisthelsetjenesten. Rammeverket og innsikten kan også være relevant for andre typer prosjekter.

I Helse Sør-Øst skal rammeverket *Gevinstrealisering* – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter, utarbeidet av Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ), benyttes som metode for å planlegge og følge opp gevinstrealisering.

Kapitlet beskriver hvordan helseforetaket skal dokumentere realiseringen av driftsøkonomiske effekter, målt opp mot det som ble utredet i tidligfasearbeidet. Det gir også innsikt i suksesskriterier for gjennomføring av den operative gevinstrealiseringsplanen som ble etablert i forprosjektet.

Den operative oppfølgingen skjer i det helseforetaket der gevinstene faktisk oppstår. I tillegg skal det rapporteres til det regionale helseforetaket for å sikre overordnet innsikt i økonomiske forhold av betydning for foretaksgruppens samlede ressursbruk.

3.2 Gevinstrealiseringsmetodikk

Gevinstrealiseringsprosessen er en metode for å planlegge og organisere for oppfølging og uthenting av gevinster i linjen.



Figur 9: De fire hovedtrinnene i gevinstrealiseringsprosessen

For å sikre gevinstrealisering, er det viktig å følge planen og ha gode oppfølgingsstrukturer. Alle involverte må være informert og motivert til å bidra. Dette øker sannsynligheten for at tiltakene blir gjennomført som planlagt og utfordringer håndteres effektivt.

Når gevinstene realiseres, er det viktig å måle og dokumentere dem med nullpunktsmålinger. Dette gir oversikt over oppnådde gevinster og om ytterligere gevinstrealiseringstiltak er nødvendig. Dokumentasjonen bidrar også til å lære av erfaringene og forbedre fremtidige prosjekter ved at empiri videreutvikles.

Kapittel 3.5 utdyper hvordan helseforetaket kan etablere strukturer i prosjekt- og linjeorganisasjonen for å sikre planlagte driftsøkonomiske effekter.

3.3 Dokumentasjonskrav

3.3.1 Realisering av driftsøkonomiske effekter

Som hovedregel skal alle betalbare driftskostnader og driftsgevinster som inngår i prosjektets bæreevneanalyse følges opp. Dette gjelder både varige driftseffekter og engangskostnader, og er illustrert i **Feil! Fant ikke referanse-kilden..**

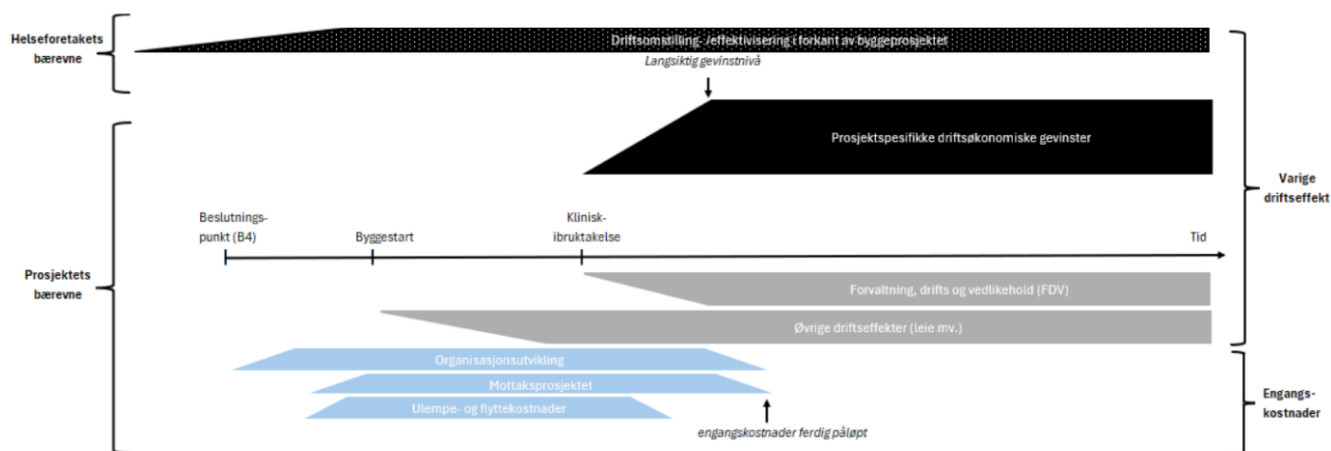
Varige driftseffekter er langsiktige økonomiske konsekvenser av byggeprosjektet. Disse inkluderer:

- Prosjektspesifikke driftsgevinster
- Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)
- Øvrige varige endringer i driften

I enkelte prosjekter gjennomføres omstillinger eller effektiviseringer i helseforetaket før bygget tas i bruk. Dette kan forbedre driften allerede før innflytting og dermed påvirke sammenligningsgrunnlaget (nullalternativet). Slike tiltak kan være helt, delvis eller ikke relatert til selve byggeprosjektet, for eksempel:

- Samlokalisering av enheter
- Redusert bruk av vikarer
- Mer effektivt innkjøp av medisiner

Hvis tiltakene overlapper med gevinstene fra byggeprosjektet, bør driftsmessige effekter rapporteres samlet. For omstilling/effektivisering som er uavhengige av byggeprosjektet, men som har betydelig innvirkning på helseforetakets økonomi og bæreevne, bør egen oppfølging vurderes.



Figur 10: Illustrasjon over driftsøkonomiske effekter som underlegges et oppfølgingsregime

Engangskostnader knyttet til organisasjonsutvikling, mottaksprosjekt og ulemper oppstår vanligvis etter forprosjektfasen. Kostnadene øker gradvis fram mot byggestart og reduseres gradvis fram til de opphører. Store rokader med egen prosjektorganisering samt. IKT-overføringer til Sykehuspartner HF, som tjenestepriser helseforetaket, håndteres særskilt. Oppfølgingen ivaretas gjennom styrings- og prosjektgrupper byggprosjektperioden. Øvrige engangskostnader følges opp i henhold til denne veilederen.

3.3.2 Oppdatering av gevinsttiltak

Effekter av tiltakene lagt til grunn i forprosjektet er usikre, forutsetninger kan endre seg, og helseforetaket bør jevnlig revaluere gevinstene. Modningsarbeid eller ny informasjon i gjennomføringsfasen, mottaksprosjektet

eller organisasjons-utviklingsprosessen kan medføre behov for revisjon av tiltak. Eksempler på årsaker til dette kan være:

- Tiltakets effekt er estimert for høyt eller lavt
- Tiltaket kan være vanskelig å gjennomføre som planlagt, noe som gir endrede effekter
- Det kan oppdages nye tiltak som er mulige å realisere utover de planlagte tiltakene

Alle tiltak skal innarbeides og holdes ajour i gevinstrealiseringsplanen. Oppdateringen av gevinsttiltak skal dokumenteres etter kravene i 3.4 og godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket bør involvere det regionale helseforetaket tidlig i oppdateringsarbeidet for metodeforankring.

Helseforetaket har ansvar for å ha en plan for gevinsttuttak slik at de planlagte netto driftsøkonomiske effektene fra byggeprosjektet opprettholdes på samme nivå, målt i kroner, som i forprosjektfasen.

3.3.1 Oppdatering av nullalternativ/nullpunktsmåling

Store byggeprosjekter i Helse Sør-Øst strekker seg over flere år, og forutsetningene fra forprosjektfasen kan endre seg. Det kan derfor være nødvendig å oppdatere beregningene for både nullalternativet og utbyggingsalternativet, slik at gevinstmålnivåene er sammenlignbare og basert på realistiske forutsetninger.

Ajourhold er viktig slik at tiltakene for gevinstrealisering forblir relevante og faglig forankret. Helseforetaket må se til at gevinstnivå for drift og aktivitet i det nye bygget minst opprettholdes, og gjerne forbedres, sammenlignet med forprosjektet. Dette skal baseres på faktisk drift fram mot bygget tas i bruk (ofte omtalt som «inngangsfart») og eventuelle strukturelle endringer i virksomheten.

Den oppdaterte beregningen skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF, og det anbefales at helseforetaket involverer det regionale helseforetaket tidlig i prosessen for metodisk forankring. Oppdaterte gevinsttiltak skal dokumenteres i henhold til kravene i kapittel 3.4.

Endringene i forutsetningene for gevinstberegning kan deles inn i to hovedkategorier. Den første er justering av nullpunktsmåling basert på faktisk situasjon i helseforetaket ved oppstart av gevinstrealiseringsfasen også kjent som den driftsøkonomiske inngangsfarten. Endringene kan f.eks. omfatte nivå og sammensetning av aktivitet, bemanning per seng, antall sengedøgn, oppgaveglidning blant ansatte eller endringer i kostnadsnivå.

Dersom det har påløpt mottaks- og ulempekostnader før oppdateringen, skal disse kostnadene korrigeres fra nullpunktet for å reflektere normal drift. Justeringene også innarbeides i framskrivningen av nullalternativet.

Den andre kategorien omhandler framskrivning og prognostisering av null- og nybyggalternativet. Nye forutsetninger kan oppstå fra endrede rammevilkår, som f.eks. reviderte regionale oppdragsdokumenter, justeringer i nasjonale modeller for inntektsfordeling, aktivitetsframskrivning eller bemanning. I tillegg kan endringer i pasientgrunnlaget, opptaksområder eller pasientbehandlingstilbud som påvirker aktivitetsnivået og dermed også de forventede økonomiske effektene av prosjektet.

Et typisk eksempel er at aktivitetsforutsetningene fra forprosjektet kan bli endret når bygget nærmer seg ferdigstillelse, utløst eksempelvis av nye/endrede pasientstrømmer. Slike endringer må inkluderes i oppdateringen av gevinstberegningen. Andre forhold som kan påvirke gevinstgrunnlaget er f.eks. endringer i

inntektsfordeling eller betingelser for gjestepasientoppgjør. For å sikre konsistens i vurderingene bør framskrivningen utføres med samme metodiske tilnærming som i forprosjektet.

Forsinket/forsert byggeprosjekt

Tidsforskyvning av driftsøkonomiske effektene som følge at forsinkelser eller forsering i byggeprosjektets tidsplan sammenliknet med forprosjektet skal inkluderes i oppdateringen. Både nullpunktet og framskrivningen av driftsøkonomi ved nytt bygg må harmoniseres på tid for at gevinster og driftseffekter skal beregnes konsistent.

Prisnivå

Ved oppdatering av nullpunktet skal prisnivået for gevinster justeres slik at de reflekterer de faktiske forholdene på framskrivningstidspunktet. Alle ledd i gevinstberegningene må være basert på de samme forutsetningene om prisnivå, herunder også framskrivningen av driften/aktiviteten berørt av utbyggingsalternativet.

Når bør oppdatering gjøres?

Oppdatering av nullpunktsmålingen bør gjennomføres så nært som mulig opp mot tidspunktet der helseforetaket gjennomfører driftstilpasninger med økonomiske konsekvenser, og før det nye bygget tas i bruk. Tidspunktet for oppdateringen må fastsettes med en balansert vurdering: På den ene siden bør driften på måletidspunktet være mest mulig upåvirket av byggeprosjektet. På den andre siden må tidspunktet være tilstrekkelig nært oppstarten av aktivitet i det nye bygget, slik at målingen gir et relevant og oppdatert sammenligningsgrunnlag.

Hvem oppdaterer?

Det er helseforetakets virksomhetsledelse som har det overordnede ansvaret for å oppdatere nullalternativet.

Det finnes flere miljøer som er godt egnet til å oppdatere nullpunktsmålingen. Ressursgruppen i helseforetaket som beregnet de driftsøkonomiske effektene i forprosjektet, er en av dem. I gjennomføringsfasen er mottaksprosjektet innrettet mot å gjøre linjeorganisasjonen i stand til å ta de nye arealene i bruk for gevinstrealisering, forvaltning og drift. Dette prosjektet kan derfor også være godt posisjonert for å utføre oppdateringen.

3.3.2 Oppstart og avslutning for oppfølging av driftsøkonomiske effekter

Rapportering av driftsøkonomiske effekter skal starte fra ferdigstilt forprosjektfase. De driftsøkonomiske effektene er gjennomarbeidet og detaljert ut i forprosjektet og skal benyttes som sammenligningsgrunnlag for måling av oppnådd gevinstrealisering.

Byggeprosjekter med forutsetninger om driftsomstilling og effektivisering som er uavhengig av byggeprosjektet skal fra og med vedtatt konseptfase ha oppfølging. Når forprosjektet er klart, vil det erstatte oppfølgingsgrunnlaget fra konseptfasen. Dersom driftsomstillingene og effektiviseringstiltakene har avhengigheter gevinster i byggeprosjekter oppfølgingen foregå samlet fra konseptfasen.

Det skal gjennomføres en sluttrapportering som oppsummerer realiseringen av driftsøkonomiske effekter i prosjektet. Dette kan enten inngå som en del av sluttevalueringen av byggeprosjektet, i tråd med *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, eller utformes som en egen rapport.

Sluttevalueringen gjennomføres normalt rundt tre år etter at nye sykehusarealer er tatt i bruk, og har som formål å vurdere hvordan klinisk og teknisk drift fungerer i praksis.

Dersom gevinstrealiseringen har nådd sitt fulle potensial før sluttevalueringen gjennomføres, skal det utarbeides en separat sluttrapport for gevinstrealiseringen. Gevinstrealiseringen anses å ha nådd sitt fulle potensial når alle engangskostnader er bokført, og de varige driftsgevinstene er realisert.

Det er avgjørende for prosjektets økonomiske bæreevne at netto driftsgevinster oppnås i tråd med forutsetningene fra forprosjektet. Krav til innhold i sluttrapporten fremgår av kapittel 3.5.7, og ansvar for utarbeidelse er beskrevet i kapittel 3.5.8. Rapporten skal oversendes til Helse Sør-Øst RHF.

3.3.3 Oppfølgingsnivå

Det regionale helseforetaket

I henhold til *Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst* skal virksomheten i foretaksgruppen planlegges, organiseres og gjennomføres på en måte som støtter måloppnåelse og effektiv ressursutnyttelse. Den økonomiske langtidsplanen er et sentralt styringsverktøy og skal bidra til å identifisere og håndtere risiko – herunder risiko knyttet til realisering av driftsøkonomiske effekter i byggeprosjekter.

Som del av planforutsetningene for innspill til den årlige økonomiske langtidsplanen, skal helseforetakene oppdatere både historiske og forventede driftsøkonomiske effekter fra relevante byggeprosjekter. Den vedtatte økonomiske langtidsplanen danner videre grunnlaget for utarbeidelsen av årlige budsjetter.

Rammeverket stiller også krav til prosesser for løpende evaluering og korrigerende av virksomheten. I hvert tertial leverer helseforetakene en utvidet rapportering på status for styringsmålene for inneværende år. Som en del av denne rapporteringen skal helseforetakene gi en oversikt over oppnådde driftsøkonomiske effekter gjennom budsjettåret. Dette skal skje på et hensiktsmessig aggregert nivå, hvor oppsettet brukt i gevinstoversikten fra forprosjektfasen vurderes som et egnet detaljeringsnivå.

Rapporteringen danner grunnlag for videre oppfølging i Helse Sør-Øst RHF.

Helseforetaksnivået

Helseforetakenes interne plan- og rapporteringsprosesser skal støtte opp om prosessene i det regionale helseforetaket beskrevet over. Helseforetakene må ha systemer for å måle driftsøkonomiske effektene beskrevet i gevinstrealiseringsplanen, FDV-kostnader fra LCC-analysen, samt kostnader knyttet til organisasjonsutvikling, mottaksprosjektet og andre driftskostnader ved byggeprosjektet. I prosjekter med driftsomstilling eller effektiviseringstiltak for å oppnå bæreevne, skal dette følges opp med samme målesystematikk på tiltaksnivå.

3.3.4 Måling av driftsøkonomiske effekter

Tre målemetoder benyttes for å måle og vurdere de driftsøkonomiske effektene. Målene gir innsikt i byggeprosjektets innvirkning på helseforetakets driftsøkonomi over tid.



Figur 11: Målemetoder for driftsøkonomisk effekter

Definisjoner av målemetoder

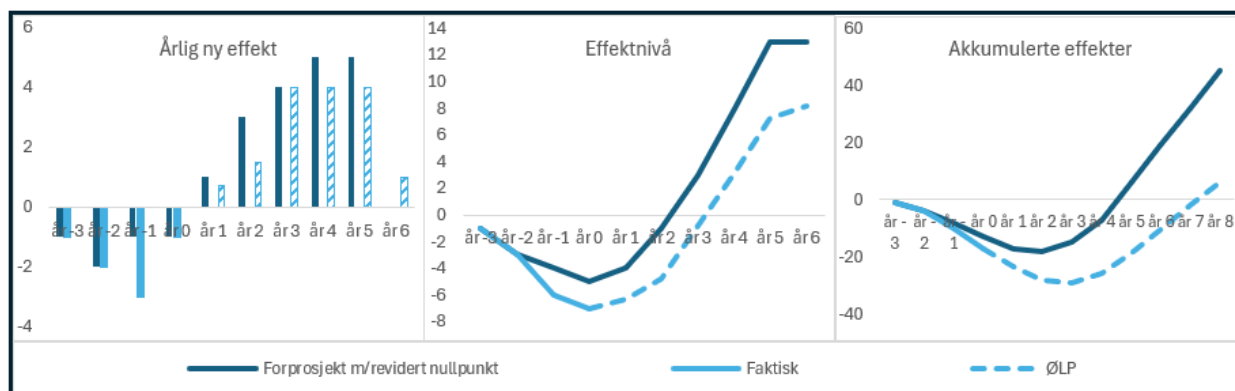
Årlig nye effekter - Årets realisering av driftsøkonomiske effekter dvs. nye effekter eller deffekter som materialiserer seg i det året. Kan måles som endringen fra fjorårets regnskap til årets regnskap.

Effektnivå - Samlede effekter som er utløst i løpet av et regnskapsår. Effektnivået viser hvor store effektene er på et gitt tidspunkt og kan måles fra prosjektets start som summen av tidligere årlige permanente effekter. Kroneeffektene av prosjektets varige driftseffekter kan settes i relasjon til helseforetakets driftsresultat.

Akkumulerte effekter - Akkumulerte effekter som er utløst siden prosjektets start, definert som summen av historiske effektnivå.

Helseforetaket bør bruke alle målemetodene på tiltak/kostnadsnivå for å forstå hvilke faktorer som driver avvik mellom realiserede og planlagte økonomiske effekter i langtidsplanen sammenlignet med forprosjektet.

Ved å sammenligne realiserede driftsøkonomiske effekter med de planlagte effektene fra forprosjektet, eventuelt justert for revidert nullpunkt og prisnivå, gir målemetodene innsikt i hvor godt byggeprosjektet oppnår sine økonomiske mål. Figuren illustreres hva som er oppnådd, hva som planlegges i den økonomiske langtidsplan, og hva som lå til grunn for forprosjektet, alt justert for revidert nullpunkt og prisnivå. År 0 er tidspunkt da bygget er tatt i bruk og er utgangsåret for framskrivningen



Figur 12 Eksempel for sammenlikning av driftsøkonomiske effekter i forprosjekt med realisert og gjeldende økonomisk langtidsplan

Sammenlikning av **årlig ny effekt** er et viktig verktøy for å vurdere hvor raskt varige driftseffekter realiseres. Dette gir innsikt i framdriften i gevinstrealiseringen og gjør det mulig å følge utviklingen år for år. Tidlig i prosjektfasen synliggjør **effektnivået** engangskostnader. Gevinster oppstår ofte gradvis, og når veksten avtar,

synliggjør effektivnivået forskjellen mellom de varige driftseffektene som byggeprosjektet faktisk leverer og de som ble forutsatt i planene. Dette måler godt utviklingen i prosjektets bæreevne/resultater sammenlignet med plan. **Akkumulerte effekter** viser hvordan prosjektet samlede økonomiske effekter står, sett i forhold til planen.

Helseforetaket skal i tillegg til detaljert oppfølging gjøre overordnede vurderinger av hvordan prosjektet påvirker driftsøkonomiske resultater. Driftseffektene innarbeides i den økonomiske langtidsplanen og sammenlignes med den prosjektspesifikke økonomiske langtidsplanen fra forprosjektet. Driftsresultat og -margin før avskrivninger og nedskrivninger (EBITDA) brukes som måltall for å vurdere måloppnåelse. Måltallet skal gi et sammenlignbart bilde av utviklingen i driftsøkonomiske resultater, uavhengig av endringer i prisnivå og aktivitetsomfang. Den nyeste økonomiske langtidsplanen skal inkludere oppdaterte tall for realiserte og framskrevne driftsøkonomiske effekter for å gi den relevant status på måloppnåelse.

3.4 Retningslinjer og presiseringer

Sporbarhet mellom gevinstplaner og rapportering

Ved å etablere klare sammenhenger mellom gevinsttiltak og rapportering av realisering, samt oppdatering av framtidig realisering av gevinster, oppnås god sporbarhet. Dette innebærer å etablere et system for å vedlikeholde tiltaksplaner, oppdatere framskrivninger av gevinstberegninger og rapportere gevinstoppnåelse til Helse Sør-Øst RHF.

Gevinster anbefales beregnet med en «bottom-up» tilnærming. Beregningene starter på operasjonelt nivå, hvor hvert gevinsttiltak vurderes og dokumenteres. Disse samles deretter opp og rapporteres på høyere nivåer, noe som sikrer at rapporteringen er basert på nøyaktige data fra operasjonelt nivå. Det kan være hensiktsmessig at beregningsmodellen tar utgangspunkt i forprosjektets arbeid med driftsgevinster. Det anbefales å etablere oppfølgingsverktøy, for eksempel i regneark, for kontinuerlig oppfølging av tiltak og rapportering. Dette bidrar til at gevinstplanlegging og rapportering er sammenhengende og transparente, noe som er avgjørende for pålitelig måling og dokumentasjon av gevinstoppnåelse.

Årlig beregning budsjetterte og realiserte driftsøkonomiske effekter

Årlige budsjetter skal i hovedsak ta utgangspunkt i nullpunktsmålingen og nullalternativet utarbeidet i forkant av at bygget ble tatt i bruk.

Realiserte gevinster skal ta utgangspunkt i faktiske kostnader og inntekter i regnskapet med den aktivitet, bemanning eller produktivitet helseforetaket har oppnådd. Gevinsten beregnes ved å trekke fra framskrivningen av nullalternativet for den aktuelle perioden.

Prisregulering av planlagte driftsøkonomiske effekter

De driftsøkonomiske effektene skal prisreguleres med helseforetakenes budsjettdeflator, uttrykt som årlig prisendring per kalenderår. Budsjettdeflator er indeks for den rene kostnadsutviklingen for spesialisthelsetjenesten, og er basert på pris- og lønnvekst. Sammensetningen er om lag 70% lønnsvekst og 30 % prisvekst for spesialisthelsetjenesten.

Endring av nullalternativ/nullpunktsmåling etter bygget er tatt i bruk

Det skal framlegges særskilte grunner til å gjøre endringer. Oppdateringsbehovet skal vurderes på forhold som har påvirkning på de opprinnelige forutsetningene som utløser betydelig endret nivå og/eller innfasing av

driftsøkonomiske effekter. Søknad om endring av nullpunktsmålinger/nullalternativ skal rettes Helse Sør-Øst RHF med dokumentasjon beskrevet under.

Dokumentasjon av endringer i gevinsttiltak og nullalternativ/nullpunktsmåling

Helseforetaket skal loggføre endringer i forutsetninger og beregninger av de driftsøkonomiske effektene i en overordnet logg. Denne loggen skal inneholde følgende informasjon:

- **Tidspunkt:** Når endringen fant sted
- **Overordnet beskrivelse av endring:** En kort beskrivelse av hva som ble endret
- **Effekt av endring:** Hvordan endringen påvirker de driftsøkonomiske effektene
- **Ansvarlig i helseforetaket:** Ansvarlig person for endringen av gevinst/nullalternativ/nullpunktsmåling i helseforetaket
- **Godkjenning Helse Sør-Øst RHF:** Av hvem og når er endringen godkjent av Helse Sør-Øst RHF

Endringene skal også beskrives mer detaljert slik det framgår av eksempelet i 4.3, oppdatering av nullpunktsmåling som følge av endrede aktivitetsforutsetninger siden forprosjektfasen.

Helseforetaket skal også oppbevare beregningsmodellen for de driftsøkonomiske effektene for hver endringsversjon.

3.5 Praktisk tilnærming til gevinstrealiseringsfasen

Gevinstrealiseringsfasen er avgjørende for at byggeprosjekter i helseforetak skal levere de forventede fordelene (verdi). Mottaksprosjektet spiller en viktig rolle ved å tilpasse bygget til helseforetakets behov. For å oppnå dette, er tidlig samarbeid med organisasjonsutviklingsprosjektet essensielt for å justere arbeidsmetoder og strukturer.

Virksomhetsledelsen har det overordnede ansvaret for denne prosessen, mens linjeorganisasjonen gjennomfører de nødvendige tiltakene. Regelmessig kontakt med gevinstansvarlige bidrar til forankring av gevinstene, og dokumentasjon av realiserte gevinster er avgjørende for evaluering og læring som kan benyttes i fremtidige prosjekter.

3.5.1 Mottaksprosjektet – en sentral forutsetning for gevinstrealisering

Mottaksprosjektet etableres for å understøtte at byggeprosjektets leveranser møter helseforetakets behov. Det går parallelt med byggeprosjektet og fastsetter premissene for byggets bruk og forvaltning, samtidig som det organiserer brukermedvirkningen for de ansatte.

Helseforetaket bør tidlig i gjennomføringsfasen starte forberedelsene til overgangen til bruk, noe som gir bedre samarbeid med byggeprosjektet. Det er viktig å planlegge hvordan det nye bygget skal brukes, inkludert arbeidsmetoder, plassering av ansatte, samarbeidsformer og nødvendige roller.

En grundig mottaksplan er avgjørende for at bygget skal støtte arbeidsprosessene, systemene og organisasjonen. Dette inkluderer opplæring av personell og testing av kritiske systemer. Byggeprosjektet er ansvarlig for testing av de tekniske systemene, mens helseforetaket må se til at det fungerer i praksis.

3.5.2 Organisasjonsutviklingsprosjektet ruster en organisasjon for gevinstrealisering

For å realisere gevinster må helseforetaket vurdere hvordan nye bygg påvirker organisasjonen. Dette krever ofte organisatoriske tilpasninger. Bygget må støtte fremtidig drift, og organisasjonen må være forberedt på å ta i bruk nye løsninger. Det er viktig å utforme en struktur som understøtter nye driftskonsepter og effektiv bruk av ressurser. Når strukturen er på plass, bør helseforetaket utarbeide planer for opplæring for en smidig overgang til drift i nytt bygg.

3.5.3 I perioden mellom tidligfase og til bygget tas i bruk

Helseforetaket kan i denne fasen etablere et eget prosjekt for å forbedre realisering av driftsøkonomiske effekter og gevinster for helseforetaket. Prosjektet bør startes for å ha mulighet til å samarbeide tett med organisasjonsutviklings- og mottaksprosjektet for å nyttiggjøre seg av de arbeidet gjort i disse prosjektene. Eksempel for roller, ansvar og prosjektorganisering for gevinstrealisering vises i 3.5.4.

3.5.4 Ansvar og roller i gevinstrealiseringsfasen

De fleste av rollebeskrivelsene her er basert på beskrivelsene i *Difis Prosjektveiviseren*, som igjen i stor grad bygger på prosjektmetoden Prince2. Det er viktig å huske at virksomhetsledelsen har det overordnede ansvaret for alle aktivitetene i gevinstrealiseringsprosessen. Samtidig er det hensiktsmessig at ledelsen delegerer ansvaret for den praktiske gjennomføringen av enkelte aktiviteter til andre roller ved å prosjektoorganisere ressurser i denne fasen. Egnede ansvarsfordeling vil kunne variere mellom virksomheter og prosjekter. Den fordelingen som er beskrevet her, kan fungere som et utgangspunkt.

Virksomhetsledelsen

Det er virksomhetsledelsen i helseforetaket sitt ansvar å sørge for gevinstrealisering, løpende evaluering av gevinstrealiseringsplan, beslutte videre gevinstrealiseringstiltak og godkjenne avsluttende rapportering av gevinstrealiseringsprosessen til Helse Sør-Øst RHF.

Linjeorganisasjonen

Linjeorganisasjonen – herunder klinikker, divisjoner, avdelinger og enheter – har ansvar for å gjennomføre tiltakene som er beskrevet i gevinstrealiseringsplanen og godkjent av virksomhetsledelsen. For effektiv gjennomføring er det avgjørende med god dialog mellom gevinstrealiseringsprosjektet og linjeorganisasjonen gjennom hele prosjektperioden, særlig i forbindelse med etablering, oppdatering og godkjenning av gevinstrealiseringsplanen.

Når prosjektet er avsluttet, har linjeorganisasjonen ansvar for å følge opp den videre implementeringen. Dette innebærer blant annet opplæring av ansatte i nye verktøy og rutiner, etablering og oppfølging av endrede arbeidsprosesser, samt bidrag til kontinuerlig forbedring basert på erfaringer fra praktisk bruk av nye løsninger.

Gevinstansvarlig

Som en hovedregel er det de gevinstansvarlige (i linjeorganisasjonen) som får ansvaret for gjennomføringen av gevinsttiltakene. Hvert gevinsttiltak bør tilordnes en gevinstansvarlig, enten i linjeorganisasjonen eller andre deler av virksomheten, avhengig av hvor gevinstene forventes å bli realisert. Den gevinstansvarlige bør representere en klinikk/avdeling/enhet som har nytte av gevinsten, og ha insentiver til å samarbeide med prosjektgruppen for gevinstrealisering. Den gevinstansvarlige bør også ha lederansvar og myndighet til å

iverksette tiltak eller endringer i sin gruppe. Virksomhetsledelsen bør utpeke de gevinstansvarlige allerede i konseptfase og eierskapet må forankres senest i forprosjektfasen.

Prosjekteier gevinstrealisering

Prosjekteieren har ansvar for at byggeprosjektets økonomiske konsekvenser og planlagte gevinster realiseres som forutsatt. Rollen besittes vanligvis av leder med relevant fag- og resultatansvar, avhengig av gevinstens innhold og mål. Prosjekteieren skal sørge for at alle driftseffekter realiseres i tråd med planen ved å klargjøre ansvar og myndighet, og styre etter anerkjent prosjektmetodikk. Ved behov oppnevnes og ledes en styringsgruppe for å følge opp fremdrift og resultater. Som prosjektets viktigste beslutningstaker skal prosjekteieren sørge for tett oppfølging og god overføring til drift og forvaltning gjennom hele prosjektets livssyklus.

Prosjektlederen

Prosjektlederen i gevinstrealiseringsfasen har ansvar for at helseforetaket leverer driftsøkonomiske effekter innenfor rammene definert av prosjekteieren. Dette inkluderer planlegging, delegasjon, overvåking av aktiviteter og fremdrift, samt styring av alle aspekter av prosjektet. Prosjektlederen skal motivere teamet og påse at prosjektet oppnår sine mål innenfor rammene av tid, kostnad, kvalitet, omfang, gevinster og usikkerhet.

Prosjektgruppen

Et prosjekt er en midlertidig organisasjon som er etablert for å bidra til å realisere det som var hensikten med arbeidet. En prosjektgruppe består av en prosjektleder og én eller flere prosjektmedarbeidere. Aktiviteter som prosjektet bør utføre;

- Vurdere oppdatering av nullpunktsmåling, dersom dette blir delegert til prosjektet
- sette opp gevinstkart
- oppdatere gevinstrealiseringsplanen
- måle realisering av driftsøkonomiske effekter
- koordinere arbeid med mottaksprosjekt/OU
- etablere eierskap til gevinstene hos de gevinstansvarlige
- ha jevnlig kontakt med de gevinstansvarlige

3.5.5 Om å gjennomføre tiltakene i gevinstrealiseringsplanen

Gevinstrealiseringsplanen er en operativ handlingsplan for virksomhetsledelsen og brukes av linjeorganisasjonen for å følge opp prosjektets resultater. Planen er sentral i gevinstrealiseringsprosessen og inkluderer aktiviteter som å etablere eierskap til gevinstene og jevnlig kontakt med gevinstansvarlige og andre interessenter.

Alle identifiserte gevinster, inkludert kvalitetsgevinster, bør følges opp for å bli realisert. Planen skal spesifisere nødvendige tiltak for å realisere gevinstene. Slike tiltak bør være gjennomført i byggeprosjektets gjennomføringsfase for å forberede linjeorganisasjonen til å ha drift i nytt bygg.

Planen inkluderer også løpende risikovurdering og risikoreduserende tiltak. Virksomhetsledelsen eller prosjekteier bør vurdere om disse tiltakene skal iverksettes.

3.5.6 Kontakt med de gevinstansvarlige og andre viktige interessenter

Hensikten med jevnlig kontakt med gevinstansvarlige og andre viktige interessenter er å underbygge forståelse og forankring av gevinstene, slik at de forplikter seg til endringene som prosjektet medfører. Denne kontakten er viktig for å:

- Påse at gevinstansvarlige kjenner til forventede gevinster og deres omfang.
- Oppnå enighet om nødvendige tiltak for å realisere gevinstene, som kompetanseheving og omorganisering.
- Øke motivasjon og eierskap til gevinstene hos gevinstansvarlige.

Det bør avtales en gjensidig forpliktende tidsplan for jevnlig kontakt mellom gevinstansvarlige, prosjektet og linjeorganisasjonen. Hyppigheten av kontakten avhenger av tidsperspektivet og typen gevinst, og dette skal fremgå av gevinstrealiseringsplanen.

Gevinstansvarlige representerer interessenter som oppnår gevinster fra prosjektet. Interessentanalysen identifiserer også andre berørte grupper, som bør følges opp for å skape forståelse for prosjektet. En grundig interessentanalyse inneholder informasjon om hvordan disse interessentene skal følges opp.

3.5.7 Innhold i avsluttende rapportert for gevinstrealisering

Rapporten som utarbeides kan være kortfattet og bør gi svar på følgende spørsmål:

- Ble gevinstrealiseringsplanen oppdatert underveis og overlevert til linjen som planlagt?
- Hva ble de faktiske gevinstene av prosjektet sammenliknet med de planlagte gevinstene?
- Hva er eventuelt årsakene til at ikke alle planlagte gevinster ble hentet ut?
- Var det forutsetninger som ble identifisert i gevinstrealiseringsplanen, som ikke ble oppfylt?
- Inntraff noen av risikofaktorene som ble identifisert i gevinstrealiseringsplanen?
- Var det andre årsaker som ikke var identifisert som risikofaktorer i gevinstrealiseringsplanen, som førte mindre gevinster enn antatt, eller at noen typer gevinster ikke ble realisert i det hele tatt?
- Ble noen gevinster større enn forutsatt i gevinstoversikten? Hvorfor ble de i så fall det?
- Dukket det opp ikke-forventede gevinster underveis? Hvordan ble disse håndtert?
- Hva ble de faktiske FDV og øvrige driftseffekter sammenliknet med planlagt?
- Hva er eventuelt årsakene til forskjeller i FDV og øvrige driftseffekter fra plan?
- Hva ble de faktiske engangskostnadene i prosjektet sammenliknet med de planlagte engangskostnadene? Herunder organisasjonsutviklingsprosjektet, mottaksprosjektet og ulempe- og flyttekostnader.
- Hva er eventuelt årsakene til forskjeller i engangskostnader fra plan?
- Har rolle- og ansvarsfordelingen i prosjekt- og linjeorganisasjonen fungert etter hensikten? Hva fungerte, og hva fungerte ikke?
- Oppsummering: Hvilken lærdom kan trekkes her? Hvilke erfaringer bør virksomhetsledelsen ta med seg til gevinstrealiseringsprosessen i neste prosjekt?

3.5.8 Hvem er ansvarlig for å rapportere resultatet av gevinstrealiseringsprosessen til Helse Sør-Øst RHF?

Virksomhetsledelsen har ansvaret for å bestille den avsluttende rapporteringen. Linjeorganisasjonen utformer normalt selve rapporten.

3.6 Sjekkliste for realisering av driftsøkonomiske effekter

Nedenfor presenteres en overordnet sjekkliste for helseforetaket som skal realisere og dokumentere driftsøkonomiske effekter.

Sjekkliste:

- ☐ **Klargjør ansvar** - Klargjør ansvar på tvers av organisasjonen, fra ledelse til prosjektgrupper, for oppfølging av driftsøkonomiske effekter.
- ☐ **Etablering av prosjektgruppe** - Har virksomhetsledelsen i helseforetaket etablert en prosjektgruppe med prosjektere for å følge opp gevinstrealisering og andre driftsøkonomiske effekter allerede i gjennomføringsfasen av byggeprosjektet?
- ☐ **Utnevnelse av prosjektleder** - Er det utpekt en prosjektleder som leder prosjektgruppen?
- ☐ **Samordning med andre prosjekter** - Har prosjektgruppen samordnet seg med organisasjonsutviklingsprosjektet og mottaksprosjektet?
- ☐ **Utarbeidelse av brukerplaner** - Utarbeid detaljerte planer for bruk av bygget, inkludert arbeidsmetoder og plassering av ansatte.
- ☐ **Opplæring og testing** - Gjennomfør opplæring av personell og testing av kritiske systemer.
- ☐ **Design av organisasjonsstruktur** - design organisasjonsstrukturen for å støtte nye driftskonsepter.
- ☐ **Gjennomgang av gevinsttiltak** - Har prosjektgruppen gjennomgått tilordningen av gevinstansvarlige for å sørge for at eierskapet er forankret?
- ☐ **Etablering av møtearena** - Har prosjektgruppen etablert møtearena for gevinstansvarlige
- ☐ **Tidsplan for kontakt** - Er det lagt en tidsplan for jevnlig kontakt mellom de gevinstansvarlige, prosjektet og linjeorganisasjonen?
- ☐ **Vurdering av nullpunkt** - Er det gjennomført en vurdering av behovet for å reberegne nullpunktsmåling/nullalternativet før innflytting i bygget? Har forutsetningene og beregningene blitt godkjent av Helse Sør-Øst RHF?
- ☐ **Revurdering av gevinsttiltak** - Har prosjektgruppen utført en vurdering av gevinsttiltakene fra forprosjektet? Forslås tiltakene endret, nye tiltak lagt til eller eksisterende tiltak fjernet? Er beregningene og forutsetningene godkjent av Helse Sør-Øst RHF?
- ☐ **Oppretting av logg** - Opprett en logg for eventuelle endringer i forutsetninger og beregninger av driftsøkonomiske effekter.
- ☐ **Rapporteringsregime** - Har prosjektgruppen etablert et rapporteringsregime for oppfølging av oppnådde gevinster/driftsøkonomiske effekter samt prognoser?
- ☐ **Sporbarhet i rapporteringen** - Sørg for at rapporteringen kobles til underliggende gevinsttiltak for god sporbarhet.
- ☐ **Oppfølgingsverktøy** - Etabler oppfølgingsverktøy (f.eks. i Excel) for kontinuerlig overvåking av tiltak og rapportering.
- ☐ **Måling og dokumentasjon** - Måler og dokumenterer prosjektgruppen regelmessige oppnådde gevinster sammenlignet med planen?
- ☐ **Undersøkelse av avvik** - Undersøker prosjektgruppen sammen med gevinstansvarlige avvik mellom forventede og realiserte gevinster?
- ☐ **Årlig gjennomgang** - Gjennomfør en årlig gjennomgang av realiserte og forventede gevinster for økonomisk langtidsplanlegging.
- ☐ **Budsjettering og rapportering** - Utfør årlig konsernbudsjettering og tertialvis rapportering av driftsøkonomiske effekter.
- ☐ **Justering av tiltak** - Juster tiltak basert på evalueringen av oppnådde resultater. Er endringene godkjent av Helse Sør-Øst RHF?
- ☐ **Avslutte gevinstrealisering** - når de driftsøkonomiske effektene har nådd planlagt potensial kan prosjektet avslutte rapportering og oppfølging.
- ☐ **Avsluttende rapport** - Er det utarbeidet en avsluttende rapport som besvarer nøkkelspørsmål om gevinstrealiseringsprosessen?

4. Vedlegg

4.1 Vurderingsnivå og -kriterier for økonomisk bæreevne

4.1.1 Vurderingsnivå

Gjennomføringen av et større investeringsprosjekt vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske situasjon. Formålet med de økonomiske beregningene er særlig å kunne rangere mellom prosjektoalternativene, vise at det er mulig å finansiere prosjektet, samt dokumentere at helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av prosjektet.

Analyser av økonomisk bæreevne skal gjennomføres både på prosjekt- og helseforetaksnivå. I tillegg skal det etter behov gjennomføres analyser av bæreevne for foretaksgruppen. Analyser på prosjektnivå muliggjør riktig prioritering av prosjekter. Herunder må det gjøres en vurdering og framskriving av hvordan driftsøkonomien påvirkes av investeringsprosjektet. Det skal også gjøres analyser på helseforetaksnivå, for å vurdere investeringsprosjektets konsekvenser for helseforetakets totaløkonomi, med tilhørende finansieringsplan. Denne metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle tidligfaser, men presisjonsnivået øker og risikoen synker gradvis frem mot beslutning om gjennomføring.

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 renter, samt at prosjektets netto nåverdi er lik eller større enn null. 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.

I analyser av bæreevne på **helseforetaksnivå** vil foretakets egenfinansiering inkluderes slik at lånefinansieringen representerer antatt 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. Denne vurderingen skal gjennomføres som en del av økonomisk langtidsplan (ØLP) for helseforetaket. Økonomisk bæreevne i helseforetaksperspektiv er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt.

Det skal i tillegg gjennomføres vurderinger av bæreevne på **foretaksgruppenivå**. Det er Helse Sør-Øst RHF som gjennomfører analyser av bæreevne på foretaksgruppenivå. Helse Sør-Øst RHF vurderer også om analysen av bæreevne på foretaksgruppenivå skal gjennomføres basert på siste gjeldende versjon av regional økonomisk langtidsplan eller om grunnlaget skal oppdateres. En slik vurdering vil baseres på prosjektets størrelse, hvor store endringene er siden forrige rullering og den regionale likviditetssituasjonen.

4.1.2 Vurderingskriterier

Foretaksgruppens krav til økonomisk bæreevne følger av etablerte veiledere, men med et forsterket fokus på de likviditetsmessige konsekvensene av et investeringsprosjekt. Se finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF for mer informasjon⁸.

Et *prosjekt* har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets økonomiske levetid når:

- 1) Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null
- 2) Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter på finansieringen, uavhengig av finansieringsform

På neste side vises eksempler på oppsummering av funn fra analyser av bæreevne.

Et *helseforetak* har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektets økonomiske levetid:

- 1) Likviditetsstrøm fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger
- 2) Likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold med byggekostnad i prosjektet opptil kostnadsramme (P85-estimat)
- 3) Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at fremtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- 4) Eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom

I praksis benyttes særlig helseforetakets fremskrevne utvikling av netto driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF til vurdering av helseforetakets bæreevne, som vist nederst til venstre i figur 11. Samtidig bør helseforetakets vise resultatutvikling for å understøtte positivt akkumulert resultatutvikling. Prosjektet må medføre en forbedring av likviditetsposisjon ved slutten av prosjektets levetid sammenlignet med dagens situasjon for at helseforetaket skal vise økonomisk bæreevne.

Beslutningstakere kan velge å gjennomføre et prosjekt selv om prosjektet isolert sett ikke har økonomisk bæreevne. 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. Manglende bæreevne kan også medføre resultat- og likviditetsmessige underskudd, som vil måtte tilbakebetales i senere perioder.

Formålet med bæreevneanalysene er vurderingen av økonomiske effekter av byggeprosjektet, herunder netto driftsgevinster. Det må sannsynliggjøres at og redegjøres for hvordan netto driftsgevinster i forbindelse med byggeprosjektet kan realiseres.

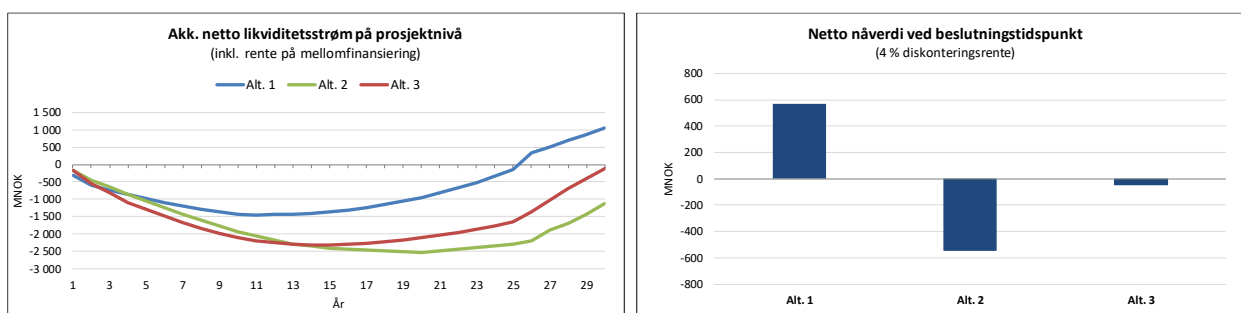
4.1.3 Eksempel på vurdering av prosjektets bæreevne

Analyser av prosjektets økonomiske bæreevne gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av 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 dette lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente.

Prosjektet vil ha økonomisk bæreevne dersom netto nåverdi er lik eller større enn null, og summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke det totale investeringsbeløpet og renter. Analysen skal gjennomføres med årlige sammenstillinger av avdrag og rentekostnader mot estimerte driftsgevinster (tilsvarende en forenklet kontantstrømoppstilling per år). Figur 13 viser et eksempel på funn fra analyse av prosjektets økonomiske bæreevne. For at prosjektet kan sies å ha bæreevne, må endepunktet på grafene for akkumulert netto likviditetsstrøm fra drift være positiv og netto nåverdi være lik eller større enn null. Dersom

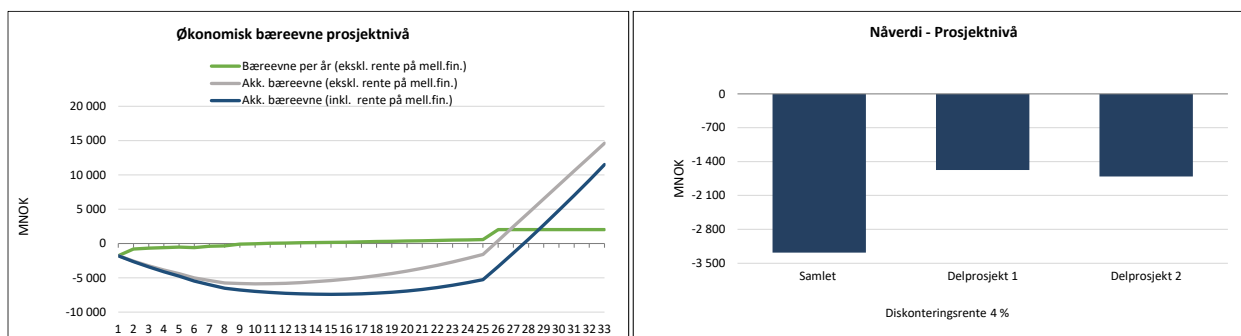
det er perioder med negativ netto likviditetsstrøm fra drift, må det vurderes om dette er håndterbart innenfor helseforetakets samlede økonomi. I figuren har alternativ 1 økonomisk bæreevne, mens alternativene 2 og 3 ikke har bæreevne på prosjektnivå.

Kurvene for prosjektets bæreevne illustrer også enkelte karakteristika ved bæreevneanalyser av store investeringsprosjekter. I starten av driftsperioden er det i eksempelet høye rentekostnader og lave driftsgevinster. Dette fører til negativ kontantstrøm det enkelte år, og behov for mellomfinansiering (med påfølgende rentekostnad på denne). Etter hvert som lånets rentekostnader reduseres og driftsgevinstene får full effekt, forbedres den akkumulerte likviditetsstrømmen. I år 25 er lånet nedbetalt og kurvene får noe brattere stigning. Figuren illustrerer også viktigheten av årlige framskrivinger. Alternativ 3 har totalt sett bedre bæreevne enn alternativ 2, men har likevel større negative effekter på helseforetakets likviditet de første 15 årene enn alternativ 2.



Figur 13: Illustrasjon på oppsummering av bæreevneanalyse på prosjektnivå før konseptfase steg 2

I konseptfase steg 2 er alternativene redusert til ett hovedalternativ og ett nullalternativ (som driftseffektene regnes ut på bakgrunn av). Bæreevneanalysene fremstilles derfor slik som vist i Figur 14, hvor fokuset er på økonomiske bæreevne med og uten rente på mellomfinansiering. Hvis prosjektet består av flere delprosjekter er det vanlig å vise bidrag til bæreevne/nåverdi fra de ulike delprosjektene slik det er illustrert i grafen til høyre.

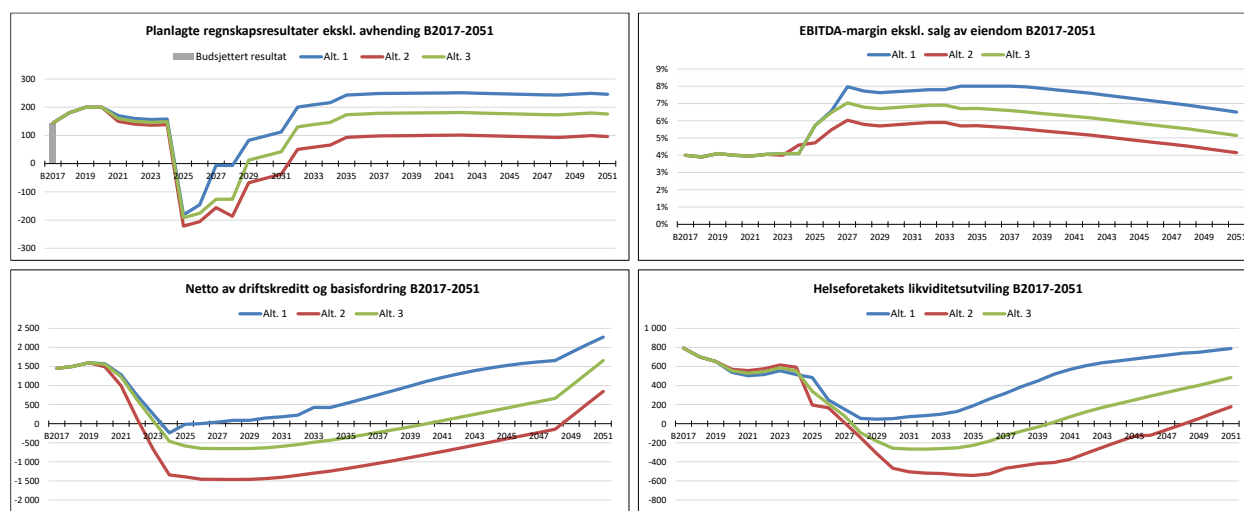


Figur 14: Illustrasjon på oppsummering av bæreevneanalyse på prosjektnivå i konseptfase steg 2

4.1.4 Eksempel på vurdering av helseforetakets bæreevne

Helseforetakets bæreevne vurderes i sammenheng med Økonomisk langtidsplan (ØLP) og består av en samlet vurdering av flere elementer (jf. vurderingskriteriene nevnt tidligere). Figur 15 viser et eksempel på resultater fra analyse av helseforetakets bæreevne (fiktive tall, utarbeidet for å illustrere hva som vurderes og typiske effekter som ofte går igjen). Analysen bør inkludere gjeldende økonomisk langtidsplan som referanse. Grafen øverst til venstre illustrerer resultatutviklingen per alternativ. I den hypotetiske byggeperioden går resultatet noe ned som følge av ulempekostnader og lavere renteinntekter som følge av bruk av egenfinansiering. Deretter får kurvene et fall når nybygget tas i bruk. Dette følger av rentekostnader på lånet, kostnader forbundet med flytting

og innkjøring i nytt bygg og at gevinstene ikke har begynt å realiseres. Ved avhending vil det også kunne forekomme effekter av regnskapsmessige tap ved avhending. I den påfølgende perioden reduseres rentekostnadene samtidig som gevinstene begynner å realiseres. Grafen øverst til høyre viser utviklingen i driftsresultat-marginen (EBITDA-margin). Kurvene er ment å illustrere at det kan ta noen år før driften effektiviseres på nivå med forventede gevinster, og at den på sikt trolig vil reduseres noe etter hvert som komponenter i nybygget slites og aktiviteten nærmer seg / overskrider byggets kapasitet. Grafene nederst i figuren illustrerer hhv. netto låneforhold mot det regionale helseforetaket og helseforetakets likviditetsutvikling. Dersom netto av driftskreditt og basisfordring er negativ i en periode, har helseforetaket et behov for tilsvarende lån av likviditet fra morselskapet. Vurderingen av et alternativ vil blant bestå av en vurdering av om det regionale helseforetaket har bæreevne for å låne ut denne likviditeten, og om kurvenes sluttpunkt er høyere eller lavere enn utgangspunktet (indikerer om fremtidig investeringsevne blir høyere eller lavere enn dagens).



Figur 15: Illustrasjon på oppsummering av bæreevneanalyse på helseforetaksnivå. Eksemplifisert.

4.2 Eksempel på oppsett for gevinstrealiseringsplan

Nedenfor vises eksempel på et oppsett for oppsummering av gevinstrealiseringsplan.

Indeks	Forutsetning /årsak	Gevinst	Gevinst-område	Effekt	Tidspunkt	Gevinst-ansvarlig	Tiltak for å realisere	Risiko-faktorer	Risikoreduserende tiltak	Indikator/ KPI	Målefrekvens
[Klinikk- Avdeling- Løpenummer]	[Beskriv årsaken til at gevinsten oppstår]	[Beskriv gevinsten som oppstår]	[Hvor gevinsten oppstår (Klinikk-avdeling)]	[Beskriv effekten som er knyttet til gevinsten]	[Tidsangivelse for når gevinsten realiseres]	[Rollen som er ansvarlig for at gevinsten blir realisert]	[Beskrivelse av hvilke tiltak som må gjennomføres for å realisere gevinsten]	[Identifiserte risikofaktorer som kan hindre at gevinsten oppnås]	[Beskriv eventuelle tiltak som kan redusere risiko]	[Beskriv hvilken enhet/KPI gevinsten skal måles i]	[Beskriv hvor ofte gevinsten skal måles/rapporteres]
Eksemplifisering:											
KL1-AVD2-1	Samlokalisering av funksjoner	Ved samlokalisering av funksjoner kan man redusere antall vaktlag i avdelingen	KL1-AVD2	Reduksjon i antall årsverk mot baseline: 5 sykepleiere 2 leger 1 øvrig klinisk personell	Innen utgang av 20xx	Avdelingsleder for avdeling 2	▪ Kartlegge dagens situasjon ▪ Vurdere behov ved ny lokalisering ▪ Sette opp ny turnus	Gevinstpotensialet er mindre enn forutsatt som følge av uklarhet knyttet til nytt bygg og nye arbeidsprosesser	Utarbeide opplæringsmateriale og avholde kurs/informere ansatte om nye rutiner før innflytting	Antall årsverk/Antall vaktlag	Kvartalsvis

Tabell 11: Oppsett for oppsummering av en gevinstrealiseringsplan

4.3 Eksempel på oppdatering av nullpunktsmåling for driftsøkonomiske effekter

De driftsøkonomiske effektene for byggeprosjektet er justert fra 2026 for å korrigere for at gjestepasientkjøpene ved tilstøtende helseforetak avsluttes tidligere enn forutsatt i forprosjektets beregning av driftsøkonomiske effekter, som følge av manglende kapasitet hos tilstøtende helseforetak. I forprosjekts oppsett for driftsøkonomiske effekter var det forutsatt at kjøp av gjestepasientdøgn først ble avviklet i forbindelse med overføring av pasientgrupper fra helseforetaket til tilstøtende helseforetak med virkning fra 2032. Helseforetaket planlegger derfor å redusere gjestepasientkjøpet fra 18 til om lag 5 senger når nytt somatisk bygg i tilstøtende helseforetak står ferdig utbygd i 2026. Dette påvirker driftsgevinstene ved at gjestepasientkostnadene bortfaller tidligere i perioden og bemanningsbehovet øker når behandlingstilbudet må ivaretas i egen regi. Den samlede økonomiske effekten er svakt positiv, fordi kostnadene per liggedøgn hos helseforetaket er lavere enn gjestepasientkostnaden helseforetaket betaler til tilstøtende helseforetak. Dette forbedrer prosjektets bæreevne sammenlignet med opprinnelig analyse. Tabellen under viser oppdaterte driftsgevinster i 2024-kr som er innarbeidet i den økonomiske langtidsplanen.

Driftsgevinster	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044
Årsverkseffekt - personellkostnader	0	-80	-75	-71	-67	-67	-67	28	34	40	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Gjestepasientkostnader	0	112	112	112	112	112	112	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Ekstern husleie	0	0	0	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
FDV	0	-20	-20	-20	-20	-20	-20	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14	-14
Ulempelokostnader	-3	-5	-3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre økonomiske effekter	0	-14	-14	-13	-13	-13	-13	-6	-6	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5
Netto driftsgevinster og andre økonomiske effekter	-3	-7	0	7	12	12	12	62	68	74	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81

Tabell 12: Oppsett for oppsummering av en gevinstrealiseringsplan