

Notat vedrørende etablering av nasjonalt helseforetak for samordning innen eiendomsområdet

(Sykehusbygg HF)

Vedlegg til saksfremlegg

Innhold

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Innledning | 3 |
| 2. | Oppgaver og dimensjonering | 4 |
| 2.1. | Utvikling og vedlikehold/oppdatering av felles standarder, retningslinjer og veiledere | 5 |
| 2.2. | Forvalte og drifte felles databaser | 9 |
| 2.3. | Fagutredning, fagutvikling, metodeutvikling, verktøyutvikling og maler | 10 |
| 2.4. | Prosjektevaluering og læringsprosesser | 13 |
| 2.5. | Koordinering av arbeidet med myndighetskontakt | 14 |
| 2.6. | Tjenester – prosjektfinansierte | 15 |
| 2.7. | Administrative oppgaver | 16 |
| 2.8. | Avsluttende og oppsummerende vedr. ressursbehov fellesoppgaver og administrative oppgaver . | 17 |
| 2.9. | Sykehusbygg HF's oppdrag ved byggeprosjekter | 17 |
| 3. | Organisering | 19 |
| 4. | Driftsfinansiering | 20 |
| 5. | Kapitalisering | 22 |
| 6. | Eierandeler..... | 23 |
| 7. | Videre arbeid | 23 |

1. Innledning

Denne rapporten har sitt utgangspunkt i foretaksmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de fire regionale helseforetakene 07.01.2014, der de regionale helseforetakene fikk i oppdrag å etablere et nasjonalt helseforetak for samordning av eiendomsområdet.

Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøtet i januar 2013 og omtale i Prop. 1 S (2013-2014) vedrørende utredning av muligheter for å ta ut gevinster av bedre samordning på tvers av regionene for arbeidet med sykehusbygg, IKT og innkjøp.

Departementet ønsker bedre samordning av eiendomsvirksomheten innenfor spesialisthelsetjenesten og ba om at de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, etablerer et felles eid helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet i løpet av 2014. Selskapet skal ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer, samt rådgivning og byggherrefunksjoner ved gjennomføring av investeringsprosjekter. Selskapet skal ha en desentralisert organisasjonsmodell med hovedkontor i Trondheim.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene etablere et felles eid helseforetak for samordning av eiendomsområdet i løpet av 2014.

Det interregionale AD-møtet behandlet Det interregionale AD-møtet behandlet den 17.03.2014 prosjektoppdraget og nedsatte en styringsgruppe med følgende representanter:

- Jan Eirik Thoresen, ass. eierstyringsdirektør Helse Midt-Norge RHF, leder
- Hilde Rolandsen, eierdirektør Helse Nord RHF
- Atle Brynstad, konserndirektør Helse Sør-Øst RHF
- Ivar Eriksen, eigardirektør Helse Vest RHF
- Helga Daae, underdirektør eieravdelingen HOD
- Svein Øverland, konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst RHF
- Ellen Marie Wøhni, konserntillitsvalgt Helse Midt-Norge RHF
- John Olav Berdahl, hovedverneombud Helse Midt-Norge RHF

og en arbeidsgruppe med følgende representanter:

- Nils Arne Bjordal, eiendomssjef Helse Midt-Norge RHF, leder
- Ann-Margrethe M. Langbakk, juridisk direktør Helse Sør-Øst RHF
- Steinar Frydenlund, dir. bygg og eiendom, Helse Sør-Øst RHF
- Erik Arne Hansen, regnskapsleder Helse Nord RHF
- Per Karlsen, økonomi og finansdirektør Helse Vest RHF

Ernst&Young v/Partner Willy Eidissen er engasjert som rådgiver og fasilitator.

Saken har vært forelagt det interregionale AD-møtet 3 ganger, styringsgruppen har avholdt 4 møter og arbeidsgruppen 7 møter.

2. Oppgaver og dimensjonering

Sykehusbygg HFs virksomhet vil omfatte to hovedkategorier av oppgaver; fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som det nye foretaket løpende skal ivareta for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra et eller flere RHF/HF.

I *Utredningen av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging* er det foretatt en vurdering av hvilke «fellesoppgaver» som bør ivaretas av foretaket og ressursbehovet forbundet med dette.

Oppsummert viser gjennomgangen at det på noe sikt er anslått et behov for i størrelsesorden 25 årsverk, for å ivareta disse aktivitetene. Det forventes at Sykehusbygg HF bygges gradvis opp i løpet av det første driftsåret til å ha en basisbemanning til å ivareta fellesoppgaver og administrasjon på omkring 18-22 årsverk (15-17 til fellesoppgaver og 3-5 til administrasjon). Til sammenligning legges det ned ca. 16 årsverk per i dag samlet i de fire foretaksgruppene til å ivareta fellesoppgaver som fra 2015 skal ivaretas av Sykehusbygg HF. I løpet av 3-4 år kan det forventes at antall årsverk til å ivareta fellesoppgaver vil øke til 26-30 årsverk, samt at nødvendige ressurser til å ivareta administrasjon vil øke til 6-8 årsverk. I tillegg til ressurser som skal ivareta fellesoppgaver og administrasjon kommer ressurser i henhold til konkrete prosjekter og byggeoppgaver som tilføres foretaket fra et eller flere RHF/HF.

Etter etableringsåret planlegges det at foretaket bemannes opp og utvikles balansert slik at økning av ressursinnsats til fellesoppgaver og administrasjon følger oppbyggingen av aktivitet i forbindelse med byggeprosjekter.

I de fire regionale helseforetakene vil det måtte være noen som ivaretar bestillerfunksjonen, og som følger opp leveranser fra Sykehusbygg HF. Det enkelte regionale helseforetak avklarer og dimensjonerer denne funksjonen etter eget behov.

Arbeidsgruppen har foretatt en nærmere vurdering av fellesoppgavene herunder dagens ressursbruk, prioritering og ressursbehovet på kort og lengere sikt hvor oppgavene er kategoriser i følgende hovedområder:

- **Utvikling og vedlikehold/oppdatering av felles standarder, retningslinjer og veiledere**
 - Kontrakt og innkjøpsregler
 - Kvalitetssystemer
 - Prosjektstøtte, herunder arkivsystemer, byggeweb, prosjekteringsverktøy
 - Ajourhold og ivaretagelse av kompetansenettverkets veiledere og standarder
- **Forvalte og drifte felles databaser**
- **Fagutredning, fagutvikling, metodeutvikling, verktøyutvikling og maler**
 - BIM
 - Energi og miljø
 - Fremskrivningsmodell
 - Kulturminne
- **Prosjekterevaluering og læringsprosesser**

- Kompetanseoppbygging prosjektledelse – «prosjektlederskole»
- Kompetanseoverføring mellom prosjekt – følgeevaluering og etterevaluering
- Benchmarking drift, LCC-analyser
- **Koordinering av arbeidet med myndighetskontakt**

Arbeidsgruppen har også drøftet hvilke prosjektfinansierte oppgaver Sykehusbygg HF skal ivareta og hvilke administrative oppgaver og ressurser foretaket må ha for å ivareta tillagte oppgaver.

Nedenfor følger nærmere beskrivelser og vurderinger for hvert av disse områdene.

2.1. Utvikling og vedlikehold/oppdatering av felles standarder, retningslinjer og veiledere

Det er behov for standardisering innenfor eiendomsområdet for å få bedre oversikt, gjøre gode sammenlikninger/benchmarking, bedre prioriteringer, samt for å understøtte standardiseringen av kliniske prosedyrer og pasientforløp.

Videre vil standarder, systemer, verktøy/hjelpemidler og veiledere være til nytte for alle helseforetak innenfor prosjekt- og driftsområdet. Eksempel på dette er arbeid på generelt nivå i forhold til forvaltningsplaner, kulturminnevern, kjøp/salg/innleie/utleie.

Arbeid med standardisering innenfor prosjekt- og driftsområdet, f. eks standardisering knyttet til BIM, miljø og energi etc. innebærer bl.a. å samle inn og oppdatere eksempler på praksis/beste praksis og gjøre dette tilgjengelig, for eksempel ved vurdering av husleiemodeller, vedlikeholdsplaner etc.

I det etterfølgende skal kommenteres enkelte oppgaver/arbeidsområder:

- Kontrakt og innkjøpsregler
- Kvalitetssystemer
- Prosjektstøtte, herunder arkivsystemer, byggeweb, prosjekteringsverktøy
- Ajourhold og ivaretagelse av kompetansenettverkets veiledere og standarder

Kontrakt og innkjøpsregler

En vesentlig del av oppgavene knyttet til planlegging og gjennomføring av byggeoppgaver og dels fellesoppgaver må baseres på kjøp av tjenester. Kjøp av tjenester stiller krav til kompetanse og er tid- og ressurskrevende. Bestiller må kunne utarbeide kravspesifikasjon, foreta en faglig evaluering av tilbudene og gjennomføre anbudskonkurranse på en tilfredsstillende måte.

I forbindelse med større byggeoppgaver er det behov for egne innkjøpsansvarlige. Til eksempel kan nevnes at en ved utbyggingen av St. Olavs Hospital på det meste hadde 10 personer som arbeidet med innkjøp/anskaffelser i tillegg 4 personer i en egen kontraktavdeling som også deltok i innkjøpsprosessen (en hadde totalt flere tusen avtaler). I tillegg bisto fagansvarlige med kravspesifikasjon og evaluering av tilbud.

Systematikk knyttet til gjennomføring av innkjøp i store prosjekt har overføringsverdi. Det har vært og det kan være aktuelt å gjennomføre felles innkjøp for foretaksgruppen evt. felles rammeavtaler og det forutsettes at HINAS ivaretar dette. I dag mangler en oversikt over avtalestrukturen, hvilke avtaler som er inngått på foretaksnivå/regionalt foretaksnivå og hvilke rammeavtaler på foretaksnivå/regionalt foretaksnivå en kan gjøre avrop på. Det er behov for en ressurs som kan sikre en bedre samordning av dette arbeidet og som kan bistå HINAS med kravspesifikasjon og evaluering av tilbud innenfor eiendomsområdet.

Det forutsettes at prosjektorganisasjoner som skal ivareta større byggeprosjekt har nødvendig innkjøpskompetanse. Det må vurderes nærmere om/i hvilken grad denne kompetansen skal sentraliseres i det nasjonale helseforetaket eller ivaretas av de respektive prosjekteierne/helseforetakene.

Ressursbehov

En har i dag flere ansatte i HSØ og HMN som ivaretar innkjøp innenfor bygg og eiendomsområdet for foretaksgruppen og herunder sørger for standardisering av kontrakter og innkjøpsregler.

Konservativt vurdert anslås ressursbruken i dag til 1 årsverk mht. standardisering.

Det foreslås at en i Sykehusbygg HF avsetter 1 årsverk for å ivareta standardisering av kontrakter og innkjøpsregler og samordning av innkjøp innenfor eiendomsområdet.

Kvalitetssystemer

I forbindelse med gjennomføring av store (og små) byggetiltak er det nødvendig å etablere kvalitetssystem for å ivareta styring av økonomi, fremdrift og kvalitet. I tillegg til kjøp av styringssystem utarbeides i de store prosjektene egenutviklede administrative styringssystem.

Disse kvalitetssystemene kommer i tillegg til de kvalitetssystemene som er etablert for den generelle virksomheten i HFene.

Som eksempel på egenutviklede styringsdokumenter kan nevnes at Helsebygg Midt-Norges styringssystem inneholder rundt 250 dokumenter inndelt i følgende kapitler:

- a) ledelse
- b) administrasjon
- c) prosjektstyring
- d) utvikling
- e) utbygging
- f) hms/ks
- g) personal
- h) informasjon
- i) arbeidsplassen vår
- j) beredskapsplan

Dokumentene kan være styringsdokumenter (eks. utbyggingsavtaler, mandat, vedtak), funksjonsbeskrivelser (eks stillingsbeskrivelser), prosedyrer (eks. HMS-koordinering), veiledninger (eks varsling alvorlig ulykke), skjema (eks. sjekklister, reiseregninger) og maler (eks overtakelsesprotokoll).

Bruk av kvalitetssystemene har betydelig overføringsverdi og gjenbruk som kan bidra til effektivisering og besparelser. Det bør være en prioritert oppgave å utvikle/standardisere styringsdokumentene i Selskapet.

Ressursbehov

Som eksempel på ressursbruk i store byggeprosjekt kan nevnes at Helsebygg Midt-Norge hadde i 7-8 år en egen kvalitetssikringsavdeling med 4 ansatte som utviklet og forvaltet styrende dokumenter i prosjekt St. Olavs Hospital.

Konservativt vurdert benyttes i dag 2 årsverk i HSØ og HMN til ajourhold/utvikling av styringssystemene.

Det er foreslått at en avsetter 2 årsverk i Sykehusbygg HF til ajourhold/utvikling av styringssystemene.

I tillegg vil det være behov for ressurser i de større byggeprosjektene for styring av økonomi, fremdrift og kvalitet samt forvaltning av de administrative styringssystemene.

Prosjektstøtte, herunder arkivsystemer, byggeweb, prosjekteringsverktøy

Alle prosjekt etablerer en form for prosjektstøtte innenfor flere områder. I dag er det ingen samordning av hvordan støtten gis eller hvilke systemer som benyttes.

En rekke leverandører benyttes for leveranse av systemer, det være seg innen prosjekteringsverktøy (DAK-systemer), prosjektstyringsverktøy og lignende.

Normalt benyttes også arkivsystemer for tegninger og dokumenter, enten basert på byggeweb eller tradisjonelle integrerte arkivsystemer (Proarc e.l).

Det vil kunne oppnås effektivisering og besparelsen ved å samordne bruk av slike systemer. Dette vil også kunne lette gjenbruk og utveksling av dokumenter.

Et ensartet system for innlegging og overføring av input til FDV-systemer ville også være ressursbesparende og effektiv i driftssammenheng.

Ressursbehov

I dag er dette dekket gjennom direkte prosjektansettelser, uten krav til samordning. For å få til dette, bør det avsettes minimum 1 årsverk i Sykehusbygg HF for samordning av prosjektstøtten.

Ajourhold og ivaretagelse av kompetansenettverkets veiledere og standarder

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging har en styringsgruppen bestående av representanter fra de regionale helseforetakene, repr. fra Helsedirektoratet og repr. fra HOD (observatør) og med følgende mandat:

«Styringsgruppa skal arbeide for at det utvikles gode metoder og verktøy for planlegging og utvikling av bygg og infrastruktur, slik at sykehusanleggene bidrar til en kvalitetsmessig god og effektiv helsetjeneste med lave investerings- og driftskostnader.

For øvrig skal styringsgruppa:

- være et forum for samarbeid mellom direktoratet og de regionale helseforetakene, gjennom å tilby møteplasser og å bidra til faglig utvikling.
- prioritere og gjennomføre prosjekter innenfor de budsjetter som tilskuddene gir grunnlag for.
- bidra til å bygge opp erfaringsbasert kunnskap og være et faglig referansemiljø for planlegging og utvikling av sykehusanlegg gjennom å dokumentere, overføre og formidle relevant og oppdatert kunnskap og informasjon om viktige aspekter ved utvikling og planlegging av sykehus.
- utvikle verktøy for planlegging, utbygging og forvaltning for å utnytte samlede ressurser effektivt.
- legge til rette for samhandling mellom de regionale foretakene, innen området eiendomsforvaltning.
- bidra til utvikling av kunnskapsdatabaser, planleggingsverktøy og retningslinjer for planlegging og evaluering av helseinstitusjoner, som hever den faglige kvaliteten på planlegging og beslutningsgrunnlaget, og som bidrar til at prosjekter lar seg sammenligne.
- utvikle og vedlikeholde et faglig nettverk for organisasjoner og personer som arbeider med planlegging og utvikling, gjennom presentasjoner på webportalen www.sykehusplan.no og gjennom arbeidsseminarer og faglige konferanser
- bidra til utvikling av nasjonalt og internasjonalt samarbeid om forskning, utvikling og dokumentasjon på områder som styringsgruppa finner relevante.»

Det forutsettes at Kompetansenettverket nedlegges etter at Sykehusbygg HF er etablert og at oppgavene videreføres av dette.

I regi av kompetansenettverket er det utarbeidet veiledere for Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, Veileder for hovedfunksjonsprogram og Veileder for hovedprogram utstyr samt Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekt i helsebygg.

Videre har kompetansenettverket hatt ansvaret for etableringen av Klassifikasjonssystemet for sykehusbygg og utviklingen av ny Fremskrivningsmodell.

P.t. arbeider Kompetansenettverket med nytt prosjekt vedr evaluering av sykehusprosjekt og revisjon av Tidligfaseplanleggings-veilederen. Kompetansenettverkets styringsgruppe har tidligere drøftet behovet for en veileder for Overordnet teknisk program, men besluttet at dette bør være en oppgave for det nasjonale helseforetaket.

Det må tas stilling til om Sykehusbygg HF skal videreføre alle oppgaver som i dag ivaretas av Kompetansenettverket og vurderes om det er enkelte oppgaver som kan ivaretas på en bedre måte.

Ressursbehov

Det er i dag avsatt ca. 2,0 mill. kr til dekning av kostnadene forbundet med arbeidet i Kompetansenettverket for sykehusplanlegging hvorav 1,6 mill. kr finansieres av HelseDirektoratet og det resterende av de regionale helseforetakene. Midlene går til lønning av sekretariatet, drift av sykehusportalen.no og kjøp av tjenester.

Anslagsvis representerer dette 2 årsverk hvorav 0,5 årsverk er knyttet til drift av sykehusportalen.no.

Det må tas opp med HelseDirektoratet/HOD om midler som tidligere er avsatt til kompetansenettverket, kan overføres til Sykehusbygg HF.

Det foreslås at en i Sykehusbygg HF avsetter 2 årsverk for å ivareta de oppgaver som kompetansenettverket har ivaretatt.

Deler av dette arbeidet – videreføring av sykehusportalen.no/etablering og drift av webside for Sykehusbygg HF må sees i sammenheng og vil kreve en ekstra ressursinnsats ved etableringen av foretaket.

2.2. Forvalte og drifte felles databaser

Det er i dag i regi av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging etablert en kostnadsdatabase. Videre har HOD bedt om at en overtar SKE (Statens kulturhistoriske eiendommers) database knyttet til utarbeidelse av landsverneplanen (foretaksmøtet januar 2009) og at en etablerer en nasjonal database for arealklassifiseringen – klassifikasjonssystemet (foretaksmøtet januar 2012).

Etablering av felles databaser har vært et fokusområde i samarbeidet mellom de regionale helseforetakene, og arbeidet har i stor grad vært utført av eksterne konsulenter. Etter hvert går man nå over i en fase der videreutvikling, bruk, vedlikehold og ordinær drift av disse databasene får et større fokus. Det er uheldig at helsesektoren ikke har eierskap til virksomhetsdata i egen virksomhet. Denne typen arbeid er i kjerneområdet for foretakets virksomhet, og bør derfor gjøres av dette, fremfor å kjøpes fra eksterne konsulenter.

Sykehusbygg HF må avklare spørsmål om databaser med dagens eiere og forvaltere.

Ressursbehov

En benytter i dag ca. 1,5 årsverk til kjøp av tjenester forbundet med disse databasene.

Det er viktig/nødvendig å avsette en ressurs som har oversikt over de ulike databasene og kan bidra til å utvikle felles databaser samt legge til rette for rapportering og tolkning av data. Ved etableringen av Selskapet foreslås det at en avsetter en tilsvarende ressurs – 1,5 årsverk. På sikt vurderes behovet til 4 årsverk.

2.3. Fagutredning, fagutvikling, metodeutvikling, verktøyutvikling og maler

Sykehusbygg HF gir muligheter for å utvikle og forvalte relevant kompetanse på et nivå som det hverken er hensiktsmessig eller mulig at alle helseforetak i landet håndterer i egen regi.

Det bør tas sikte på systematisk samarbeid og kompetanseutvikling i alle faser av et investeringsprosjekt herunder systematisk læring knyttet til utviklingsplan og tidligfaseprosjekter.

Sykehusbygg HF kan også være sektorens «tanksmie» i eiendomsrelaterte spørsmål, og bør kunne initiere/gjennomføre forskning/utviklingsprosjekter med generell eller prinsipiell karakter, og ikke nødvendigvis knyttes til gjennomføring av enkeltprosjekter.

Arbeidet med utvikling på fagområder innen eiendom gjennomføres i dag både av innleide konsulenter og av internt ansatte, men uten at kunnskapen er samlet, koordinert og delt i særlig grad. For å få til dette, legges det til grunn at kompetansen på noen av planleggingsforetakets kjerneområder bør samles og vedlikeholdes i foretaket. Dette gjelder i første rekke følgende fagfelt, og med tilhørende ressursbehov:

- BIM (systemansvarlig, FDVU, opplæring)
- Energi og miljø (bygg og miljø)
- Fremskrivningsmodell
- Kulturminne

BIM (Bygningsinformasjonsmodellering)

I rapporten «Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene» som de regionale helseforetakene utarbeidet i 2012 er det gjort grundig rede for BIM. Det påpekes her at innføringen av BIM vil være et meget godt hjelpemiddel for planlegging av bygg og gjennomføring av byggeprosessen. Grunnen til dette er at BIM-modellen er en avansert database hvor all informasjon kan lagres og brukes, blant annet til simulering av byggets logistikk og pasientflyt, hvor utformingens innvirkning på behandlingsskapasitet i fremtiden kan utprøves og dokumenteres og visualiseres i en helt annen grad enn hva som er mulig med tradisjonell prosjektering. Dersom det legges til rette for dette vil BIM også være et nyttig verktøy i forbindelse med forvaltning, drift og vedlikehold av bygg.

I ovennevnte rapport blir det pekt på følgende fordeler med et interregionalt samarbeid:

- Felles database over generiske objekter som kan brukes i forbindelse med sykehusplanlegging.
- Felles database over funksjonelle og tekniske løsninger som er planlagt og brukt ved sykehusutbygginger

- Felles database over alle produkter som er benyttet i sykehusenes BIM-prosjekter, med alt fra større moduler til den minste enhet. All relevant FDV-dokumentasjon kobles til objektene i dette registeret.
- Felles krav til objektenes informasjonsinnhold i BIM
- Felles BIM-serverløsninger
- Felles FDV-programmer basert på åpen BIM

Ressursbehov:

BIM er fundamentalt i dagens byggebransje. Det er i dag et begrenset miljø i spesialisthelsetjenesten som arbeider med BIM som metode/verktøy, anslagsvis 4 personer i HSØ og HMN.

Ressursbehovet i Sykehusbygg HF for å ivareta metodeutviklingen/verktøyet og opplæring er anslått til 4 – 5 personer.

Disse vil også kunne ha oppgaver knyttet til gjennomføring av byggeprosjekt.

Energi og miljø (bygg og miljø)

I det interregionale miljø og klimaprojektet ble det i 2012 utarbeidet et eget delprosjekt vedr bygg og miljø.

I rapporten gjør en rede for en rekke områder som bør tas hensyn til i planlegging, bygging og drift av sykehus:

- Klimagassutslipp
- Energibruk
- Materialbruk
- Rive- og byggavfall

Videre pekes på nødvendigheten av miljøkompetanse og miljøledelse og verktøy og metoder for miljøvurderinger.

Det pekes i rapporten på at det er en avgjørende forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal oppfylle sine miljøambisjoner innen bygg og eiendom at miljøkompetansen heves internt i helseforetakene og at erfaringsutveksling mellom helseforetakene og regionene sikres.

Sykehusbygg HF kan ha en rolle i den sammenheng, ved å bidra til at miljøkompetansen heves i helseforetakene, utvikle veiledere mht. materialbruk og veiledere for miljøriktig energibruk i nybygg og ved ombygging, veiledere for avfallshåndtering i byggeprosjekt med mer, bistå helseforetakene i forbindelse med bruk av verktøy (utarbeidelse av miljøplaner, gjennomføring av miljøklassifisering, utarbeidelse av klimaregnskap og bruk av LCC som miljøverktøy).

Ressursbehov

Det foreslås at en avsetter 1 årsverk ved etablering av Sykehusbygg HF og øker dette til 2 årsverk.

Fremskrivningsmodell

Kompetansenettverket for sykehusplanlegging har tatt initiativ til etablering av en ny fremskrivningsmodell for aktivitets og kapasitetsbehov til erstatning for «Sintef-modellen».

Modellen er under oppdatering med bakgrunn i arbeider i HSØ og versjon 2.0 vil bli presentert i en egen rapport når HSØ-prosjektet er avsluttet september 2014. I rapporten vil det bli lagt vekt på drøfte hvilke krav en slik modell vil stille til drift og vedlikehold, herunder tilgang til data og tilrettelegging og bruk av data.

Ressursbehov

En vil ha nærmere kjennskap til ressursbehov knyttet til videre utvikling, drift og opplæring i bruk av modellen samt gjennomføring av analyser basert på modellen i løpet av høsten 2014.

Det foreslås avsatt 1 årsverk i Sykehusbygg HF i løpet av de nærmeste årene.

Kulturminne

All statlig virksomhet har utarbeidet en «landsverneplan» for sin eiendomsmasse.

For fredede og bevaringsverdige objekter skal det utarbeides forvaltningsplaner.

Forvaltningsplaner for fredede objekter skal forelegges Riksantikvaren og bevaringsverdige objekter som er medtatt i landsverneplanen, men ikke fredet regional/kommunal kulturminnemyndighet.

Bygningsmessige tiltak på de nevnte objektene skal forelegges de respektive for behandling.

Kulturminnearbeidet krever særlig kompetanse og det er av stor viktighet for å få en smidig og minst mulig tidkrevende behandling hos Riksantikvaren, regionale/kommunale kulturminnemyndigheter at saken er best mulig forberedt – at den holder kvalitative mål og er godt nok belyst.

De regionale helseforetakene har vært enighet om at en skal avsette en felles ressurs som kan bistå helseforetakene i forbindelse med saksbehandlingen og ivareta generell kompetanseutvikling i helseforetakene.

Ressursbehov:

Ressursbehovet er tidligere vurdert til 2-3 årsverk, jfr notatet "Behov for og organiseringen av særskilt kulturminnekompetanse i helsesektoren" dat. 11.07.2008 som ble forelagt AD-møtet i mai 2009. En har p.t. 1 stilling og det er under vurdering å øke ressursinnsatsen på dette området til 2 stillinger. Helsesektoren har en betydelig eiendomsmasse som er underlagt vern. Dette er bygg som er i aktiv bruk og tidsødende saksbehandling i forbindelse med godkjenning av tiltak kan innebære driftsulemper og merkostnader. På sikt antas det at det vil være behov for ytterligere 1 stilling.

2.4. Prosjektevaluering og læringsprosesser

I der følgende skal en gjøre rede for ulike tiltak som kan være aktuelt å iverksette med sikte på kunnskapsoverføring:

- Kompetansebygging prosjektledelse – «prosjektlederskole»
- Kunnskapsoverføring mellom prosjekt – følgeevaluering og etterevaluering
- Benschmarking drift, LCC-analyser (Levekostnadsanalyser)

Kompetansebygging prosjektledelse – «prosjektlederskole»

Prosjektledelse er et eget fag og en bør vurdere om en skal etablere en «prosjektlederskole» på tilsvarende måte som i Forsvarsbygg. Forsvarsbyggs prosjektlederskole kan tas i flere nettbaserte moduler og gir deltakeren sertifisering og 30 studiepoeng. Dessuten kjører Forsvarsbygg kontinuerlig interne kurs i forhold til aktuelle standarder og lover en må forholde seg til. Forsvarsbygg sponser i tillegg ingeniørstudier, mastergrader, doktorgrader og forskningsprosjekter.

En prosjektlederskole kan bidra til kompetanseheving i egen organisasjon, standardisering og effektivisering av virksomhetsutøvelsen og bidra til kulturbygging i organisasjonen.

Ressursbehov

Det er foreslått at en avsetter 1 årsverk til å lede arbeidet med kompetanseoppbygging i Sykehusbygg HF. I tillegg forutsettes det at ansatte med prosjektoppgaver bistår i dette arbeidet.

Kunnskapsoverføring mellom prosjekt – følgeevaluering og etterevaluering

Det bør legges til rette for systematisk innhenting av erfaringer og kontinuerlig tilegning av ny kunnskap innen bygg og eiendom herunder

- erfaringsoverføring gjennom obligatoriske involvering i enkeltprosjekter
- følgeevaluering av spesielle prosjekter og prosesser som det gir generell nytte å følge
- etterevaluering av prosjekter for å lære fra disse etter at de er slutført, herunder evaluering av både selve prosjektgjennomføringen og evaluering av byggene i en ordinær driftssituasjon.

Ressursbehov

Det er tidligere foreslått (jfr. Utredningen av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging) at foretaket som et minimum skal ha en representant som deltar i alle prosjekt over en viss størrelse med sikte på kunnskapsoverføring. I prosjekt som helt eller delvis er tillagt Sykehusbygg HF vil dette automatisk være ivaretatt.

Når det gjelder evalueringsmetodikk er dette også tatt opp av kompetansenettverket som prosjekt.

Det vurderes å være behov for 2 årsverk for å koordinere, systematisere og følge opp følgeevalueringer.

Etterevaluering av prosjekter er forventet å kreve 1 årsverk.

I tillegg må det avsettes ressurser til gjennomføring av evaluering. Det må vurderes nærmere om evaluering skal gjennomføres med bruk av egne ressurser eller ved kjøp av tjenester. Det forutsettes at gjennomføring av evaluering prosjektfinansieres.

Benchmarking drift, LCC-analyser

Det er viktig å systematisere kunnskapen om bruk og drift av bygg. Dette kan bidra til bedre planlegging av nybygg. LCC-analyser (levetidskostnads-analyser) vil være en viktig del av beslutningsunderlaget i forbindelse med planlegging av nybygg.

Ressursbehov

Det vurderes å være behov for 1 årsverk i Sykehusbygg HF for å ivareta benchmarking og forestå veiledning mht gjennomføring av LCC-analyser.

2.5. Koordinering av arbeidet med myndighetskontakt

Der de regionale helseforetakene finner det hensiktsmessig bør Sykehusbygg HF kunne ivareta kontakt og koordinert oppfølging på vegne av de fire regionale helseforetakene mot ulike myndighetsorganer, som for eksempel Riksantikvaren, i generelle og prinsipielle spørsmål som krever samordning utover den enkelte helseregion. Der Sykehusbygg HF ikke blir tillagt ansvar kan foretaket forberede saker og utrede etter bestilling.

Helseforetakene blir ofte utfordret til å delta i ulike prosjektrelaterte oppgaver sammen med andre offentlige, og særlig statlige virksomheter. P.t. deltar repr. i de regionale helseforetakene/helseforetakene i følgende nasjonale bransjeorganisasjoner:

- Prosjekt Norge (NTNU m.fl)
- Bygg21 (Dir. for byggkvalitet)
- Lean Construction Norge

- Building Smart Norge
- BAE 2015 (NTNU m.fl)

Sykehusbygg HF vil ikke beslutte noe på vegne av enkelte helseforetak eller hele spesialisthelsetjenesten, men være en rådgivende og samordnende funksjon, som kan fremme spesialisthelsetjenestens interesser samlet. Dette kan bidra til bedre resultater enn om spesialisthelsetjenesten opptrådte sporadisk uten å bruke en samlet påvirkningskraft.

Ressursbehov

Dette arbeidsområdet forutsettes ivaretatt av ledelse og kommunikasjonsansvarlig i stab og krever i utgangspunktet ikke egne ressurser.

2.6. Tjenester – prosjektfinansierte

I tillegg til fellesoppgavene kan det være aktuelt å be Sykehusbygg HF om følgende:

- Bistand, rådgivning, strategiske analyser herunder av prosjekteffektivitet og utredningsoppdrag, i hovedsak knyttet mot utviklingsplaner og tidligfase.
- Bistand i gjennomføringsfasen av byggeprosjekt, herunder uttesting og overlevering
- Bistand i forbindelse med forvaltningsplaner, kulturminnevern, kjøp/salg/innleie/utleie, forsikring, energi, miljø, brannvern, vedlikeholdsplaner, etc.
- Fremskrivningsmodell, analyse og kapasitetsberegning
- Diverse utredningsoppdrag etter bestilling fra de regionale helseforetakene

Dette er tjenester som bidrar til:

- bedre analyser som grunnlag for framtidige beslutninger
- effektivisere planleggings- og utviklingsarbeid, og som fremmer kvalitet og gjenbruk av løsninger.
- profesjonalisering av prosjektledelse og utøvelse av byggherrerollen
- at spisskompetanse utvikles og er disponible for alle helseforetak

Ressursbehov

Dette er oppgaver som alternativt må ivaretas av det enkelte helseforetak ved bruk av egne ressurser eller kjøp av tjenester.

Ved å tillegge Sykehusbygg HF disse oppgavene vil en kunne redusere kjøp av eksterne tjenester og bygge/utvikle kompetanse i den felles eide organisasjonen som en ikke klarer å bygge opp i det enkelte helseforetak/regionale helseforetak med kvalitative og økonomiske gevinster til følge.

Ressursbehovet vil være avhengig av hvor store og mange oppgaver foretaket blir tillagt. Foretaket må løpende vurdere hvor stor grunnbemanning oppgavene gir grunnlag for og i hvilket omfang en skal basere seg på underleveranser/kjøp av tjenester.

2.7. Administrative oppgaver

Det er behov for å etablere en ledelse med stabsfunksjoner tilpasset foretakets størrelse og karakter.

Følgende oppgaver må ivaretas:

- ledelse
- økonomistyring
- personalledelse/HR
- kommunikasjon herunder drift av portal/webseite
- IKT

I tillegg til de nevnte bør vurderes om en i stab også skal ha egen juridisk kompetanse.

Bygg og eiendomsområdet er regulert gjennom et omfattende lov og forskriftsverk som er i løpende endring. I forbindelse med gjennomføring og slutføring av byggesaker oppstår gjerne konflikter som krever juridisk avklaring. Det er en utfordring å holde seg ajour mht endringer i lov og forskriftsverk samt standarder som forutsettes fulgt og det benyttes i betydelig grad kjøpte tjenester. Det bør vurderes om en ville være tjent med å ha en egen ressurs i Sykehusbygg HF for å ivareta ajourhold og som kan bistå i forbindelse med konfliktvurdering og -løsning.

Det bør også vurderes om det skal ansettes egen/egne personer som kan ivareta de viktigste kundene – kundekontakt - eller om dette skal ivaretas av adm. dir. øk.dir./kontorsjef.

Ressursbehov

Det ville vært en fordel om leder/adm. dir. snarest kom på plass slik at vedkommende kan forestå organiseringen og rekrutteringen av ledelsen i stab. Dernest må personell som kan utvikle organisasjonen, økonomi- og styringssystemene, kommunikasjon/informasjon og rekruttering av ansatt på plass.

Dette innebærer at det trolig er behov for 3-5 personer i ledelse/stab ved etableringen.

Ledelsen må vurderes hvilke tjenester som mest hensiktsmessig kan kjøpes av helseforetak/regionale helseforetak eller i et eksternt marked.

2.8. Avsluttende og oppsummerende vedr. ressursbehov fellesoppgaver og administrative oppgaver

I forbindelse med *Utredning av etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging* ble det foretatt en kartlegging av kompetansen i spesialisthelsetjenesten, blant de som har arbeidsoppgaver som er vurdert som relevante i forhold til et nytt helseforetak. Samlet sett utgjør dette 231 personer av de 1600 - 1700 personene som er tilsatt i til eiendomsrelaterte oppgaver (renholdspersonell kommer i tillegg). Vedlagt følger en oversikt over helseforetakenes ressursbruk p.t. knyttet til det som er definert som fellesoppgaver i Sykehusbygg HF. Som her fremgår, medgår p.t. 16 årsverk til oppgaver som vil inngå i Sykehusbygg HF som fellesoppgaver. Kostnadene ved fellesoppgaver i dag vises også i et eget vedlegg.

En rekke av fellesoppgavene har direkte og indirekte betydning for gjennomføring av byggetiltak; bl.a. standardisering og utvikling av styringsverktøy.

Når det gjelder ressursbehovet knyttet til «fellesoppgaver» vil dette helt eller delvis bli dekket av ansatte i Sykehusbygg HF som også hadde oppgaver knyttet til prosjektfinansierte tjenester. For øvrig forutsettes det som i dag at RHF/HF stiller ressurser til disposisjon i forbindelse med utredninger gjennom deltakelse i arbeidsgrupper/prosjektstyringsgrupper.

Prioritering av oppgaver og ressursbruk i forbindelse med fellesoppgaver, herunder medvirkning fra helseforetak og kjøp av tjenester vil være til løpende vurdering i styret/ledelsen av Sykehusbygg HF.

Ved etablering av Sykehusbygg HF er det nødvendig at en som et minimum avsetter nødvendige ressurser til å ivareta de ulike virksomhetsområdene. Som her fremgår, er det behov for minimum 16 årsverk for å ivareta fellesoppgaver i etableringsfasen.

I tillegg er det nødvendig å avsette ressurser for å ivareta administrative oppgaver/stabsoppgaver – minimum 5 personer. Den fremtidige ledelsen må vurdere om personell med ansvar for stabs- og «fellesoppgaver» skal sitte samlet eller om det er mer hensiktsmessig at de sitter tilknyttet etablerte miljø i de ulike helseforetakene.

I løpet av 3-4 år kan det forventes at antall årsverk til å ivareta fellesoppgaver vil øke til 26-30 årsverk (se vedlegg), samt at nødvendige ressurser til å ivareta administrasjon vil øke til 6-8 årsverk.

2.9. Sykehusbygg HF's oppdrag ved byggeprosjekter

Spesialisthelsetjenesten i Norge forvalter ca. 4,9 mill. kvm bygningsmasse, og er dermed landets største statlige eiendomsbesitter. Bygningsmassens tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehov er godt dokumentert, og ble i en FOU rapport i 2008 beregnet til ca. 20-25 mrd. kroner. Den samme rapporten dokumenterer også at en betydelig andel av bygningene ikke er egnet for dagens sykehusdrift, og at en stor andel også vil være vanskelig å tilpasse fremtidens behov for lokaler. I tillegg til det tekniske oppgraderingsbehovet kommer dermed et omfattende behov for transformasjon av bygningsmassen for å tilpasse lokalene til fremtidig helsetjenestetilbud. Transformasjon innebærer både omdisponering av arealer, ombygging, riving og nybygging i tilknytning til eksisterende sykehuslokasjoner.

Bare de siste 10 årene har det vært betydelig aktivitet med sykehusbygging. Omfanget av HODs lån til sykehusbygging har siden helsereformen i 2002 årlig vært i størrelsesorden 2 mrd. kroner. Dette innebærer at det hvert år de siste 12 årene i gjennomsnitt har vært investert omkring 4 mrd. kroner i sykehusbygg. I tillegg kommer mindre prosjekter og aktivitet som ikke er finansiert ved HOD lån.

I rapporten State of the Nation 21 ble det presentert et samlet behov for investeringer i bygg og eiendom i spesialisthelsetjenesten på ca. 230 mrd. for perioden 2010-2050. I en rapport Helse Midt-Norge fikk utarbeidet av Multiconsult og Ernst & Young i 2012 sannsynliggjøres det et investeringsbehov til sykehusbygg og eiendom på ca. 125 mrd. kroner i perioden 2013-2030. Dette tilsvarer et gjennomsnittsnivå på 6,5-7,5 mrd. kroner pr år.

Innen de fire helseregionene er det konkrete planer for fremtidige byggeprosjekter de kommende årene. Noen av disse er nær forestående med klare investeringsrammer, mens andre er lenger frem i tid med både usikre rammer og uavklart tidspunkt for byggestart.

Ovenstående indikerer at det vil være et betydelig «marked» for Sykehusbygg HF fremover, og det kan synes som det kan bli en utfordring å ha tilstrekkelig tilgang til personell til å gjennomføre alle disse prosjektene.

Basert på historiske erfaringer er det utarbeidet et estimat på i hvilket omfang det vil være behov for ressurser (type roller/oppgaver som Selskapet bør kunne levere) i byggeprosjekter av ulik størrelse:

| Type prosjekt | Størrelse (mrd.) | År | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------|------------------|--------------|-----|-----|---------|---------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----|
| Små | 0,5 - 2 | Fase | Idé | Idé | Konsept | Konsept | Forprosj | Bygging | Bygging | Bygging | Bygging | | | |
| | | Ressursbehov | 3-4 | 3-4 | 5-7 | 7-9 | 5-8 | 10-20 | 20-40 | 15-30 | 5-10 | | | |
| Mellomstore | 3-6 | Fase | Idé | Idé | Konsept | Konsept | Forprosj | Bygging | Bygging | Bygging | Bygging | Bygging | | |
| | | Ressursbehov | 5-7 | 5-7 | 7-9 | 9-11 | 8-12 | 25-35 | 40-50 | 40-50 | 25-35 | 5-15 | | |
| Store | 7-10 | Fase | Idé | Idé | Konsept | Konsept | Forprosj | Bygging | Bygging | Bygging | Bygging | Bygging | Bygging | |
| | | Ressursbehov | 7-9 | 7-9 | 10-12 | 12-14 | 14-18 | 35-45 | 55-65 | 60-80 | 60-80 | 35-45 | 25-35 | |

I praksis vil behovet variere betydelig mellom prosjekter ut fra type prosjekt, kompleksitet, kontraktsmodeller m.m. Som det fremkommer er utviklingsfasen ikke tatt med i oversikten. Dette skyldes at gjennomføring av denne fasen varierer betydelig både i tid og omfang. Ressurser til denne fasen kommer således i tillegg.

Bemanningen i Sykehusbygg HF bør bygges opp over tid i tråd med at foretaket tildeles oppdrag. Helse Midt-Norge RHF har et vedtak om å engasjere det nasjonale helseforetaket til å ivareta alle de oppgavene som Helsebygg Midt-Norge per i dag ivaretar i denne helseregionen. Per i dag ivaretas disse oppgavene med en bemanning på 15-16 årsverk. Hvor mange årsverk Sykehusbygg HF over tid bør ha for å kunne levere ressurser til de ulike byggeprosjektene vil være avhengig av det samlede investeringsnivået for sykehusbygg samt fordelingen av oppdrag mellom Sykehusbygg HF og private aktører.

Det vil fortsatt være viktig å ha et marked for private aktører som et supplement til Sykehusbygg HFs ressurser, spesielt i perioder med mange pågående parallelle prosjekter hvor det er behov for å leie inn ressurser fra private for å ta toppene med høyt ressursbehov.

Erfaringsdata fra Helsebygg Midt-Norge viser at et investeringsbeløp per ansatt per år på 15-20 mill. kroner i en slik virksomhet kan være et godt utgangspunkt for å dimensjonere bemanning. Dersom det forutsettes at Sykehusbygg HF over tid skal ivareta oppgaver for et investeringsnivå på 4 mrd. (tilsvarende 60-70% av totalt investeringsnivå i sykehusbygg i Norge) og en ansatt

kan dekke 20 mill., gir dette en bemanning på ca. 200 årsverk til byggeprosjekter. En analyse basert på mer konkrete planer for byggeprosjekter de kommende årene gir et tilsvarende bilde.

Ut fra ovenstående er det tydelig at det vil være stor byggeaktivitet innen sykehusbygg de kommende årene. Det vil være viktig for Sykehusbygg HF at oppgavene foretaket tar på seg står i forhold til den kapasitet, bemanning og kompetanse foretaket knytter til seg.

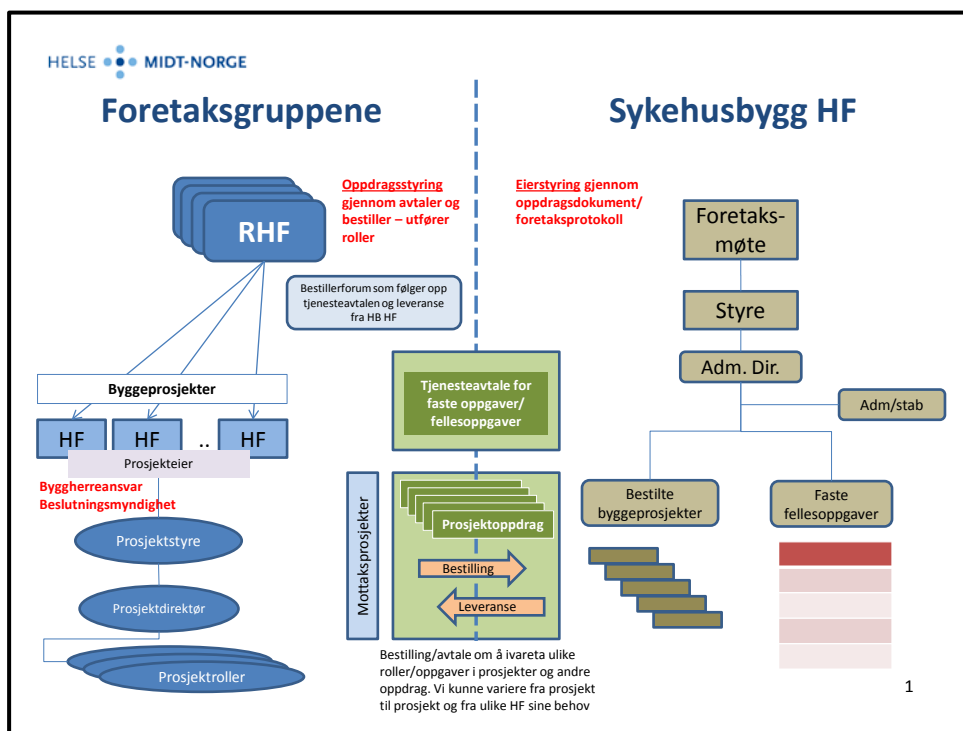
Uavhengig av denne teoretiske tilnærmingen så blir det viktig at Sykehusbygg HF er aktiv i startfasen med å være ute i helseforetakene for å synliggjøre hvilke oppdrag/oppgaver de kan ivareta.

Oppbygging av antall ansatte og kapasitet i Sykehusbygg HF bør gjennomføres i tilknytning tildeling av oppdrag med byggeprosjekter slik at foretakets aktivitet i hovedsak vil være byggeprosjekter med ivaretagelse av fellesoppgaver som en mindre del av virksomheten. For å sikre at Sykehusbygg HF kommer i gang med oppdrag tilknyttet byggeprosjekter må eierne legge til rette for at foretaket får oppdrag. I denne forbindelse må det tas hensyn til at det er ulike styringsmodeller i de fire helseregionene hvor det i Helse Nord og Helse Vest er en mer desentral beslutningsmodell tilknyttet byggeprosjekter enn det er i Helse Midt-Norge og i Helse Sør-Øst hvor de regionale helseforetakene har en mer sentral rolle i slike beslutningsprosesser.

3. Organisering

Ved etablering av Sykehusbygg HF må forholdet mellom dette og RHF/HF avklares. Dette gjelder både fellesoppgaver som sykehusbygg HF skal ivareta for de fire eierorganisasjonene og oppgaver tilknyttet byggeprosjekter.

Nedenfor følger en skisse som illustrerer foreslått prinsipp og konsept.



Nedenfor gis en kort utdypende forklaring til skissen.

Merk at den interne organiseringen av Sykehusbygg HF her kun er satt opp for illustrasjonsformål. Denne vil måtte endelig defineres og etableres av foretakets administrerende direktør og styre når disse er på plass.

Overordnet om forholdet mellom RHF og Sykehusbygg HF

De fire RHF ene vil være eiere av Sykehusbygg HF samtidig som de er foretakets kunder. Forholdet mellom RHFene og Sykehusbygg HF reguleres på tre måter:

1. Eierstyring utøves gjennom styrerepresentasjon og foretaksmøte hvor det legges frem et årlig oppdragsdokument
2. Bruk av Sykehusbygg HF til å utføre fellesoppgaver reguleres gjennom en tjenesteavtale som følges opp av et oppnevnt «Bestillerforum» med bestillere innen eiendomsområdet fra de fire RHFene
3. Kjøp av tjenester fra Sykehusbygg HF i forbindelse med byggeprosjekter i RHF/HF gjennom inngående av avtaler prosjektoppdrag

Nærmere om byggeprosjekter

De enkelte HF (evt. RHF) vil fortsatt være byggeiere, og ha byggherreansvar og beslutningsmyndighet i byggeprosjekter. Byggherren kan kjøpe tjenester fra Sykehusbygg HF til å ivareta alle eller deler av oppgavene og rollene som må ivaretas i planleggingen og gjennomføringen av byggeprosjektet. Dette avtales konkret for hvert enkelt prosjekt.

Desentral modell

Det er i tilknytning til beslutningen om å etablere Sykehusbygg HF lagt til grunn at det skal organiseres etter en desentralisert modell. Dette innebærer at Sykehusbygg HF vil kunne ha ansatte med arbeidssted på ulike steder.

Det vil over tid være stor variasjon i hvor i landet det pågår sykehusbygging. Ved større byggeprosjekter vil det være naturlig at det etableres lokale prosjektorganisasjoner på stedet. Personell som skal jobbe med byggeprosjekter vil måtte påregne å være tilstede på den lokasjonen hvor det bygges store deler av arbeidstiden.

Sykehusbygg HF vil basert på dette måtte etablere en infrastruktur og rutiner/prosesser som sikrer en god og hensiktsmessig drift basert på at det har en distribuert organisasjon med flere fysiske lokasjoner. Rene administrative funksjoner vil det være naturlig at lokaliseres til Sykehusbygg HF's hovedkontor i Trondheim.

4. Driftsfinansiering

Sykehusbygg HF vil ha løpende driftskostnader basert på aktiviteten i foretaket. Hovedaktivitetene vil være ivaretagelse av de fellesoppgavene som Sykehusbygg HF skal utføre iht. tjenesteavtale med kundene (RHFene), prosjektaktiviteter basert på oppdrag fra HF i forbindelse med byggeprosjekter eller andre prosjekter, samt administrative aktiviteter. Den

aller vesentligste delen av kostnadene vil være lønn og tilknyttede kostnader tilknyttet Sykehusbygg HF's ansatte. I tillegg vil det være andre kostnader som husleie, utstyrskostnader, innkjøpte tjenester og diverse driftskostnader.

Driften i foretaket kan enten finansieres gjennom rammetilskudd fra eierne, tjenestebaserte priser eller en kombinasjon av disse. Finansieringen av de ulike hovedaktivitetene som beskrevet ovenfor må kunne være ulike dersom det er hensiktsmessig, hvor det vil være mer naturlig å rammefinansiere fellesoppgaver og administrative oppgaver enn prosjektaktiviteter.

I utredningen vedørende etableringen av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging er det lagt til grunn at kostnadene knyttet til generelle og felles aktiviteter, rammefinansieres via de fire regionale helseforetakene, mens prosjektrettede tjenester som foretaket leverer til det enkelte prosjekt må finansieres fullt ut av bestiller (dvs. helseforetakene, evt. de regionale helseforetakene).

Som utgangspunkt er det ønskelig at Sykehusbygg HF i så stor grad som mulig over tid er finansiert gjennom en tjenestepricing slik at det er de som benytter tjenestene som betaler for disse. For at dette skal kunne fungere godt må det utvikles hensiktsmessige prinsipper og en «tjenestekatalog» hvor aktuelle tjenester og priser er fastsatt. Dette krevet også at det er etablert systemer og rutiner for oppfølging av leveranser og fakturering av disse.

I en oppstartsfase anses det som hensiktsmessig å rammefinansiere alle aktiviteter bortsett fra kontraktsfestede oppdrag med konkrete byggeprosjekter hvor det inngås avtaler mellom HF som byggherre og Sykehusbygg HF som leverandør av definerte tjenester/roller. Dette vil gi Sykehusbygg HF mulighet til å etablere seg og å bygge opp prosesser, systemer og strukturer som må være på plass før en mer tjenestebasert pricing kan benyttes.

Basert på forventet oppbyggingstakt og bemanning i 2015, samt en forutsetning om at oppbemanningen vil foregå gradvis igjennom 2015, er et grovt anslag på kostnadsnivå for 2015 for Sykehusbygg HF:

- Kostnader forbundet med fellesoppgaver: 15-20 mill. kroner
- Administrative kostnader: 8-10 mill. kroner
- Prosjektbaserte kostnader: Avhengig av tilførsel av prosjekter fra eierne

Anslått kostnadsnivå på *kostnader forbundet med fellesoppgaver* forutsetter ca. 12 årsverk i gjennomsnitt første året med en gradvis tilsetning. I tillegg til lønn til ansatte kommer kostnader ved innleie av ressurser, innkjøpte tjenester, husleie og diverse øvrige administrative kostnader.

Anslått kostnadsnivå til *administrative kostnader* forutsetter ca. 4 årsverk i gjennomsnitt første året med en gradvis tilsetning, evt. kjøp av tjenester tilsvarende dette ressursomfanget. I tillegg kommer øvrige innkjøpte tjenester, husleie, regnskapsføring, revisjon og diverse øvrige administrative kostnader.

I de enkelte postene er det medtatt både lønn og andre kostnader som f.eks. kjøp av tjenester, husleie, andre driftskostnader etc.).

I tillegg til ovenstående kommer eventuelle kostnader knyttet til at Sykehusbygg HF overtar ansvaret for kontrakter med eksterne hvor det følger med finansiering. For eventuelle slike kontrakter forutsettes det at også finansieringen følger med en evt. betalingsforpliktelse.

Gitt en gradvis oppbygging av helseforetaket som beskrevet i vedlegg vedrørende ressursbruk og behov fellesoppgaver anslås kostnadsnivået til fellesoppgaver og administrasjon for perioden 2015 til 2017 å bli:

(tall i MILL kroner):

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Kostnader til Fellesoppgaver | 15-20 | 20-30 | 30-40 |
| Administrasjonskostnader | 8-10 | 10-12 | 12-15 |
| Totalt | 23-30 | 30-42 | 42-55 |

Som det fremkommer øker usikkerheten lenger fremover i tid da oppbyggingstakten vil avhenge av omfanget av byggeoppdrag som helseforetaket skal levere.

Kostnader til fellesoppgaver foreslås finansiert med 40% fra HSØ og 20% fra hvert av de tre øvrige RHFene. Administrative kostnader foreslås finansiert med 25% av hvert av de fire RHFene. Prosjektbaserte kostnader finansieres av den som bestiller prosjektleveransene.

Det må utarbeides et mer konkret budsjett for Sykehusbygg HF som legges til grunn for hva som skal gis i rammetilskudd for 2015.

5. Kapitalisering

Ved stiftelse av Sykehusbygg HF skal det besluttes og innbetales/overføres en innskuddskapital. Innskuddskapitalen kan enten skytes inn som et kontant pengeinnskudd, eller det kan skytes inn verdier i form av eiendeler i Sykehusbygg HF. Ved etablering av Sykehusbygg HF anses det som hensiktsmessig at det etableres ved kontantinnskudd og ikke ved bruk av tingsinnskudd. Dette som følge av at det ikke er vesentlige verdier å skyte inn i selskapet. Eventuelle eiendeler som skal overtas av Sykehusbygg HF fra et eller flere RHF kan kjøpes ut ved bruk av innskutte kontanter.

Hvor stor innskuddskapitalen i et foretak/selskap bør være vil i normalt avhenge av:

- Virksomhetens størrelse
- Hvilken risiko foretaket/selskapet tar
- Behov for bufferkapital
- Behov for å gjøre investeringer ved stiftelsen/etableringskostnader
- Behov for arbeidskapital (ved ubalanse mellom innbetalinger og utbetalinger til/fra virksomheten, ved behov for innledende forskuddsbetalinger, ved en evt. forretningsmodell med etterskuddsvis innbetalinger fra kunder m.m.). Dette avhenger således av driftsfinansieringen og betalingsstrømmene tilknyttet denne.
- Muligheter for lånefinansiering
- Muligheter for å benytte seg av garantier fra eiere eller andre

Dette foretaket vil få mange ansatte, men aktiviteten vil også kunne svinge noe mellom perioder avhengig av byggeaktivitet. Sykehusbygg HF vil ikke ha stor forretningsmessig risiko da det ikke skal ha byggherreansvaret for de prosjektene det engasjeres til å levere tjenester til. I henhold til helseforetaksloven kan virksomheten ikke gå konkurs.

Dersom det velges en modell hvor private aktører leies inn i byggeprosjekter gjennom at disse inngår avtale med Sykehusbygg HF og blir underleverandør til dette kan risikoen for Sykehusbygg HF øke og det samme gjelder behovet for arbeidskapital.

Med utgangspunkt i Sykehusbygg HF's risiko, størrelse og drift foreslås det at Sykehusbygg HF etableres med en innskuddskapital på kr 5,0 mill. Denne dekkes av eierne etter eierbrøk.

6. Eierandeler

Det må fastsettes hvor store eierandeler hvert av de fire RHFene skal ha i Sykehusbygg HF. Ved tidligere etableringer har følgende eierfordeling blitt benyttet:

| | HSØ | HV | HMN | HN |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| Nasjonal IKT | 25% | 25% | 25% | 25% |
| Pasientreiser | 40% | 20% | 20% | 20% |
| HDO | 40% | 20% | 20% | 20% |
| HNL | 40% | 20% | 20% | 20% |
| HINAS | 40% | 20% | 20% | 20% |

Ved fastsettelse av eierandeler kan det legges vekt på ulike forhold, for eksempel:

- I hvilken grad er nytte og bruk av Sykehusbygg HF sammenfallende med de fire foretaksgruppens størrelse
- I hvilken grad kommer Sykehusbygg HF's fellesoppgaver de ulike RHF ene til nytte
- Hvilken byggeaktivitet forventes i de fire helseregionene i årene som kommer
- I hvilken grad er det ønskelig med likeverdig styrerepresentasjon og påvirkningsgrad mellom de fire RHF ene

For Sykehusbygg HF vil det ikke være foretaksgruppens størrelse som er hoveddriveren for nytte og bruk av foretaket. De ulike regionenes byggeaktiviteter i de kommende årene vil være en mer relevant indikator, og denne aktiviteten vil variere noe over tid både innen regionene og mellom regionene.

Basert på at Sykehusbygg HF's aktivitetsnivå og leveranser ikke naturlig følger av foretaksgruppens øvrige aktivitet foreslås en lik fordeling med 25% eierskap til hver av de fire RHF ene.

7. Videre arbeid

Nedenfor er det satt opp en foreløpig grov plan for aktiviteter som vil måtte ivaretas og iverksettes etter stiftelsen av Sykehusbygg HF. Denne vil måtte følges opp og kompletteres av fungerende administrerende direktør og foretakets styre etter stiftelsen.

Det presiseres at det er kritisk at Sykehusbygg HF får rekruttert tilstrekkelig med kvalifisert personell til å ivareta fellesoppgaver og for å kunne gjennomføre byggeprosjekter. Dette må det derfor legges spesielt vekt på etter etableringen.

| Område | Aktivitet | Status |
|--|---|--------|
| Foretaksregistrering | Utarbeide stiftelsesprotokoll fra stiftelsesmøtet | |
| | Villighetserklæring fra styremedlemmer | |
| | Villighetserklæring fra revisor | |
| | Erklæring om innbetaling av innskuddskapital | |
| | Utarbeide åpningsbalanse (regnskap) | |
| | Foretaksregistrering – registermelding med vedlegg | |
| | Registrering i Arbeidstakerregister | |
| Finansiering / MVA | Utdypende beskrivelse av driftsfinansieringsmodell | |
| | Avklare mva/skatt – innhente forhåndsuttalelse | |
| Anskaffelse og etablering tjenester | Beslutte leverandør av økonomitjenester / systemer | |
| | Kartlegge behov for tjenestekjøp /anskaffelser | |
| | Vurdere hvilke eksisterende avtaler som kan benyttes | |
| | Beslutte leverandør av lønn- og personaltjenester/systemer (behov og anskaffelse /etablering) | |
| | Anskaffelse av banktjenester | |
| | Anskaffelse av revisor | |
| | IKT innmelding til IKT leverandør (regnsk. system m.v.) | |
| | Inngå avtale om regnskapsføring og evt. andre innkjøpte tjenester med verts RHF og evt. andre | |
| | Etablering av arkiv, sak og journaltjenester / systemer | |
| Etablere funksjoner | Lokaler (behov og anskaffelse) | |
| | Kontor / IT utstyr (behov og anskaffelse) | |
| | Etablere arbeidsmiljøutvalg og HMS-funksjonen | |
| | Retningslinjer for internkontroll | |
| | Funksjon for andre anskaffelser | |
| | Andre administrative funksjoner (behov og anskaffelse / etablering) | |
| Etablere eksterne avtaler | Forsikring | |
| | Pensjon (KLP) | |
| | Arbeidsgiverorganisasjon innmelding Specter | |
| Prosess og roller | Prosesser for administrasjon / drift | |
| | Rollebeskrivelse / stillingsbeskrivelse | |
| Styring og SLA | Etablere styringsmodell (ekstern og intern) | |
| | Strategiarbeid og utarbeide forretnings-/virksomhetsplan | |
| | Utarbeide maler for prosjektoppdrag (kontrakter m.v.) | |
| | Opprette Bestillerforum og lage retningslinjer for dette | |
| | Utarbeide tjenesteavtale for faste oppgaver | |
| Ansettelser og rekruttering | Igangsette rekrutteringsprosess / Anskaffe rekrutteringsbyrå | |
| | Avklare prosess for rekruttering av ressurser internt fra foretaksgruppene | |
| | Rekruttering av ansatte | |
| | Rekruttering og ansettelse av AD | |
| Annet | Avklare evt. konsekvenser for RHF og HF som følge av overføring av oppgaver til nytt HF | |
| | Avklare konsekvenser for ansatte som i dag utfører oppgaver som overføres nytt HF | |
| | Etablere bestillerfunksjoner i RHFene. | |