

Notat

Dato: 21. februar 2020

Til: Helse Stavanger HF v/prosjektleder SUS2023 Kari Gro Johanson

Fra: Deloitte AS

Emne Helse Stavanger HFs bestilling av en forenklet kvalitetssikring med en evaluering av de økonomiske beregninger i forprosjektet for utvidelse av E-bygget og en gjennomgang av den oppdaterte HFP 2.0 etter konseptfasen.

Innhold

1	Bakgrunn	3
2	Endring av lånebetingelser for regionale helseforetak	4
3	Kvalitetssikring av rapport fra konseptfasen	5
3.1	Dimensjonering i forhold til fremtidig behov	5
3.2	Økonomiske gevinster som en konsekvens av investeringene	8
4	Om forprosjektrapport for ferdigstillelse av E-bygget	8
4.1	Resultat av forprosjektet	9
4.2	Fokus i Deloitte sine vurderinger	9
5	Økonomiske beregninger i forprosjektrapport	10
5.1	Forutsetninger	10
5.2	Investeringskostnader	11
5.3	Finansieringskostnader	11
5.4	Avskrivninger	13
5.5	Ulempekostnader/driftskostnader (personell og logistikk)	14
5.6	Drift i eksterne leide lokaler	15
5.7	Kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold	16
5.8	Investeringsbehov på Våland	17
6	Øvrige elementer som burde/kunne vært belyst	17
6.1	Flyttekostnader og avhendingskostnader	17
6.2	Tomtesalg	18
6.3	Tilskudd fra Helse Vest RHF	19
7	Konklusjon	19

Vedlegg: Bærekraftsanalyse for utvidelse av byggetrinn med ferdigstillelse av E-bygget

1 Bakgrunn

Helse Stavanger HF er i gang med første byggetrinn (BT1) i etablering av det nye universitetssykehuset på Ullandhaug. Planleggingen av prosjektet kalt: SUS2023, ble gjennomført i henhold til «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter». I forbindelse med denne gjennomføringen var Deloitte ansvarlig for den eksterne kvalitetssikringen av konseptfaserapporten for et fullt utbygd universitetssykehus på Ullandhaug.

I forprosjektet for første byggetrinn i prosjekt SUS2023 ble det vurdert at halvparten av det avanserte behandlingsbygget, det såkalte E-bygget, måtte utsettes til senere byggetrinn fordi det ikke var tilstrekkelig økonomisk bærekraft til å dekke finansieringskostnadene til hele bygget.

Helse Stavanger HF har imidlertid vært tydelig på at det er ønskelig å fullføre alle byggetrinn så snart det lar seg realisere økonomisk, med en målsetning om å flytte den resterende delen av somatikken fra Våland til nytt sykehus på Ullandhaug innen 2030.

I brev datert 25.04.2019 med referanse 19/1782 informerte Helse og omsorgsdepartementet om endringer i de regionale helseforetakenes lånebetingelser. På denne bakgrunn ble det igangsatt et forprosjekt hvor det ble redegjort for tre mulige alternativer for en fullføring av BT1 og behandlingsbygget (bygg E) med ferdigstilling og innflytting i 2024.

De nye planene som altså inneholder en fullføring av E-bygget i tillegg til BT1, er godkjent av styrene i Helse Stavanger HF og Helse Vest RHF. Tilleggsinvesteringen forutsetter imidlertid 70 % finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementets side. Som tillegg til lånesøknaden har departementet derfor bedt om en ekstern kvalitetssikring av de utvidede planene for SUS2023. Dette er imidlertid ikke nedfelt som krav i ovennevnte «Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter», da det der kun er krav om ekstern kvalitetssikring etter fullført konseptfase (B3-punktet i veilederen).

Deloitte som i 2015 gjorde den eksterne kvalitetssikringen av konseptfaserapporten, er av Helse Stavanger bedt om å gjøre denne forenklete kvalitetssikring og se nærmere på de nye forutsetningene som er lagt til grunn for planene om å ferdigstille BT1 og hele E-bygget innen 2024. Gjennomgangen har hatt hovedfokus på følgende tema:

- 1) Gjennomgang av Helse Stavangers nye, økonomiske beregninger som ligger i forprosjektrapporten til utvidelsen av E-bygget, og at Deloitte gir en tilbakemelding mht. deres vurdering av realismen i disse, og hva vi kan effektivisere ved å gjennomføre utvidelsen av bygg E
- 2) Gjennomgang av oppdatert HFP, versjon 2.0, hvor SUS2023 har oppdatert HFP med de anbefalingene som kom fra KSK.

Deloittes arbeid er gjennomført i perioden 8. januar til 21. februar 2020. Helse Stavanger har bidratt med ønsket underlagsmateriale og er også gitt anledning til å

gjennomlese notatutkastet for å kunne påpeke eventuelle faktafeil og misforståelser. De vurderinger som gjøres i dette notat står helt og fullt for Deloitte's regning.

2 Endring av lånebetingelser for regionale helseforetak

I brev datert 25.04.2019 med referanse 19/1782 informerte Helse og omsorgsdepartementet om endringer i de regionale helseforetakenes lånebetingelser:

1. Avdragstid på lån settes likt vektet levetid, men maksimalt 35 år
2. Det gis mulighet til å velge mellom annuitetslån og serielån.

Endringene gjelder for framtidige låneopptak, og for lån knyttet til prosjekter som ikke er ferdigstilt. Prosjekt SUS2023 oppfyller kravene for å benytte seg av de nye lånebetingelsene ved at prosjektet er pågående.

Regjeringen opplyser om at endringene i lånebetingelser sikter mot å legge bedre til rette for nye investeringer i sykehusbygg gjennom at sykehusene nå kan bruke lenger tid på å nedbetale lån til staten. Før endringen i lånebetingelsene var maksimal avdragstid for lån lik vektet levetid, men maksimalt 25 år, og det var kun adgang til å velge serielån.

En lenger avdragstid og valg av annuitetslån vil enkeltvis, og summert, lette likviditetsbelastningen i den første perioden etter låneopptak. Dette ved at de periodiske finansieringskostnadene i begynnelsen av nedbetalingsperioden vil være lavere. Alt annet likt, så vil utnyttelse av de nye lånebetingelsene øke den økonomiske bæreevnen til det nye universitetssykehuset i Stavanger på kort sikt.

Regjeringen bruker det nye sykehuset i Stavanger som et eksempel på et byggeprosjekt som kan styrke sin økonomiske bæreevne gjennom å benytte seg av de nye betingelsene. I eksempelet anslår de at bæreevnen til det nye sykehuset vil økes med kr 50 millioner årlig som følge av lengre avdragstid og omlag kr 100 millioner årlig hvis de velge å benytte et annuitetslån¹.

Deloitte's vurdering:

Det er viktig å presisere at de nye lånebetingelsene ikke representerer en gunstigere økonomisk finansiering. Tvert imot, en lenger avdragstid og valg av annuitetslån vil enkeltvis, og summert, øke finansieringskostnadene for prosjektet som helhet. Dette på bakgrunn av at man ved begge metoder utsetter nedbetaling (avdrag) av lånesummen slik at rentekostnadene over låneperioden øker. Den økte økonomiske bæreevnen som muliggjør realisering av E-bygget skyldes kun endringene i låneordningen. Ved å benytte seg av de nye lånebetingelsene vil man

¹ Se link: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-bedrer-lanebetingelsene-for-sykehus/id2642671/>

kunne realisere E-bygget, men man vil ha reduserte midler til å foreta investeringer på lengre sikt.

Deloitte får opplyst at helseforetaket og dets styre er godt kjent med dette forholdet. Deloitte er likevel av den oppfatning at forholdet burde vært beskrevet i de foreliggende plandokumenter.

3 Kvalitetssikring av rapport fra konseptfasen

Kvalitetssikringsrapporten fra kvalitetssikringen av Helse Stavangers konseptfase for sykehusutbygging (KSK-rapporten) konkluderer med at konseptfaserapporten har tatt for seg de påkrevde tema og problemstillinger og i all hovedsak gjort dette på en god måte.

Videre konkluderes det med: «I tillegg er flere av kvalitetssikrers bemerkninger om enten manglende bredde eller kvalitet i konseptrapporten av en mindre kritisk karakter, og vil uten større utfordringer kunne tas med som innspill til forprosjektfasen. Det er imidlertid to forhold som potensielt kan påvirke hvordan de utredede alternativene fremstår. Dette gjelder at det er en vesentlig risiko for at det fremtidige behovet for funksjoner og areal er overdimensjonert, og at det er betydelig usikkerhet knyttet til de økonomiske forutsetningene for investeringene».

Mandatet for denne gjennomgangen som nå skal gjøres, legger opp til at det skal vurderes i hvilken grad disse to punktene er fulgt opp i det videre planarbeidet. Vurderingene fremgår av delkapitlene nedenfor.

3.1 Dimensjonering i forhold til fremtidig behov

På bakgrunn av blant annet kvalitetssikres kommentarer til konseptfaserapporten valgte Helse Stavanger å utarbeide et nytt hovedfunksjonsprogram ved innledningen av forprosjektfasen. Arbeidet ble ledet og utført av Sykehusbygg HF. Flere av kvalitetssikres kommentarer er hensyntatt og har gitt grunnlag for kapasitetsreduksjoner og at samlet bruttoareal for et fullstendig utbygd universitetssykehus er redusert til under 200.000 kvadratmeter. Dette til tross for at dimensjoneringsåret er endret fra 2025 til 2030, dvs at kapasiteten i det nye sykehuset er beregnet til å skulle dekke behovet for spesialisthelsetjenester i 2030, altså inkludert befolkningsveksten fra 2025 til 2030. Temaene nedenfor gir imidlertid fortsatt grunnlag for kommentarer.

Tidshorisont for dimensjoneringen

Det er i tråd med Deloitte's anbefaling i KSK-rapporten at tidshorisonten for dimensjoneringen er utvidet fra 2025 til 2030; dette for å unngå at kapasiteten i sykehuset skulle bli for liten allerede kort tid etter innflyttingen i 2023/2024.

Denne utvidelse av tidshorisonen innebærer imidlertid at sykehuset vil ha overkapasitet ved innflytting i 2024 i forhold til de dimensjonerende forutsetninger som er lagt inn i planene for å dekke behovet i 2030. Deloitte vurdering er at det er særs viktig å være bevisst på dette forholdet, slik at aktiviteten ved innflyttingen i 2024 ikke får mulighet til å utbre seg til å ta i bruk arealer som er tilpasset en langt større aktivitet i 2030. Dersom dette skulle skje, vil det medføre nye driftskostnader som ikke er forutsatt. All erfaring tilsier dessuten at det vil bli svært vanskelig å endre denne arealdisponeringen når aktivitetsveksten frem mot 2030 viser seg.

Dialogen med Helse Stavanger gir et klart inntrykk av at foretaket er meget bevisst på disse forholdene, men Deloitte savner likevel at problemstillingen er skriftliggjort i de foreliggende plandokumenter.

Basisår for framskrivningen

Konseptfaserapporten som ble avgitt i 2015 brukte 2012 som basisår for befolkningsprognoser og aktivitetsnivå. Deloitte påpekte i KSK-rapporten at nyere tall kunne vært brukt for å få sikrere prognoser for det fremtidige kapasitetsbehovet.

I forbindelse med revisjon av hovedfunksjonsprogrammet innledningsvis i forprosjektfasen ble nye befolkningsprognoser basert på 2014-tall vurdert. Det fremgikk da at befolkningen ble 1,8 prosent lavere i 2030 enn antydnet i det opprinnelige hovedfunksjonsprogrammet; det betyr fortsatt befolkningsvekst, dog lavere vekst enn tidligere antatt. Denne endringen ble vurdert som marginal, og prosjektet fant det ikke nødvendig å beregne kapasitet og areal på nytt på daværende tidspunkt.

I forbindelse med utarbeidelsen av dette notat har SUS2023 på oppdrag fra Deloitte, innhentet nye befolkningsprognoser fra SSB. Resultatet fremgår av tabellen nedenfor (de nye tallene finnes i kolonnen 2030 i 2018-tall, det vil si at prognosen for 2030 baserer seg på befolkningstall fra 2018):

År	Prognose 2030			Prognose 2040		
	2030 i 2018-tall	2030 i 2014-tall	Endring fra 2014-fremskr. til 2018-fremskr.	2040 i 2018-tall	2030 i 2014-tall	Endring fra 2014-fremskr. til 2018-fremskr.
0-17 år	84 588	101 837	-16,9 %	89 610	106 228	-15,6 %
18-49 år	167 465	187 994	-10,9 %	169 758	196 446	-13,6 %
50-66 år	77 701	79 461	-2,2 %	78 522	85 517	-8,2 %
67-79 år	42 981	42 106	2,1 %	50 766	50 010	1,5 %
80-89 år	16 876	16 299	3,5 %	23 611	22 168	6,5 %
90 år og eldre	3 021	2 770	9,1 %	5 845	5 234	11,7 %
Totalsum	392 632	430 467		418 112	465 603	

Som det fremgår vurderer SSB at befolkningsveksten fremover blir langt lavere enn forutsatt i det reviderte hovedfunksjonsprogrammet. Deloitte vurdering er imidlertid at dette spiller liten rolle for kapasiteten i det pågående byggeprosjektet siden den betydelig reduserte veksten kommer i aldersgrupper som ikke er de største forbrukerne av spesialisthelsetjenester, mens veksten blir noe større enn forutsatt i de aldersgrupper som tradisjonelt er storforbrukere av spesialisthelsetjenester. Deloitte vurdering er at SUS2023 må forberede interne omdisponering som hensyntar endringen i befolkningssammensetningen fremover.

Gjennomsnittlige liggetider

I KSK-rapporten ble det påpekt at SUS2023 var planlagt med lange gjennomsnittlige liggetider i forhold til andre sammenlignbare sykehusprosjekt. Framskrivningene er gjort etter standard metodikk, noe som innebærer at dagens praksis legges til grunn før framskrivningene. Siden SUS i dag har forholdsvis lange gjennomsnittlige liggetider (lenger enn for eksempel Helse Bergen, Akershus universitetssykehus og landsgjennomsnittet), vil dette også gjenspeiles i det fremtidige dimensjoneringsgrunnlaget.

SUS2023 planlegger med en gjennomsnittlig liggetid på 4,0 døgn, noe Deloitte fortsatt vurderer som en forholdsvis lang liggetid i 2030. Etter Deloitte vurdering gir dette SUS et godt utgangspunkt til å møte sesongsvingninger i aktiviteten og økte behov etter 2030 gjennom et fortsatt arbeid for reduksjon av liggetidene.

Kapasitetsutnyttelse

Både antall operasjonsstuer og rom til bildediagnostikk er planlagt ut fra at all aktivitet foregår på dagtid 230 dager pr år. I realiteten foregår både akutte operasjoner og bildediagnostikk også på kvelder, netter og helger. Det ligger med andre ord en reserve/fleksibilitet i de planlagte kapasiteter.

Etter Deloitte vurdering gir dette SUS et godt utgangspunkt til å møte svingninger i aktiviteten og økte behov etter 2030.

3.2 Økonomiske gevinster som en konsekvens av investeringene

Ved kvalitetssikring av konseptfaser rapporten ga Deloitte uttrykk for stor usikkerhet når det gjaldt realismen i de økonomiske gevinstene som ble lagt til grunn. I forprosjektrapporten er gevinster knyttet til mer effektiv og riktig personellbruk estimert til årlig kr 182 millioner (tabell 16). Dette er en meget krevende utfordring for et helseforetak som allerede er blant landets mest kostnadseffektive sett i forhold til sammenlignbare norske sykehus.

De potensielle gevinstene har blitt noe mer konkretisert fra konseptfaser rapporten til forprosjektrapporten, men fremstår fortsatt på et tematisk overordnet nivå. Det er lagt til grunn at organisasjonsutviklingsprosjektet som er igangsatt, skal meisle ut de helt konkrete tiltakene for relative bemanningsreduksjoner som skal medføre at foretaket fortsatt skal kunne levere god kvalitet, dog med betydelig lavere bemanningsfaktorer. Helseforetaket har de siste fem årene ikke klart å nå de årlige budsjettmålene; en historikk som heller ikke virker beroligende. Det skal dog tillegges at avvikene har vært ubetydelige de to siste årene.

Deloitte fastholder derfor vurderingen fra KSK-rapporten at det er betydelig usikkerhet knyttet til de økonomiske forutsetningene for investeringene. Vurderingen av de økonomiske forutsetningene påvirkes ikke nevneverdig ved fullføring av E-bygget.

4 Om forprosjektrapport for ferdigstillelse av E-bygget

På bakgrunn av endring i lånebetingelser ble det igangsatt et forprosjekt hvor det ble redegjort for tre mulige alternativer for en fullføring av BT1 og E-bygget med ferdigstillelse og innflytting 2024.

De ulike alternativene var:

Alternativ 1: Underetasjen (U1) innredet og tatt i bruk, 1.-3. etg. råbygg med nødvendig teknikk

Alternativ 2: Hele utvidelsen innredet og tatt i bruk

Alternativ 3: Hele utvidelsen innredet, men kun U1 og 2. etasje tatt i bruk

I tillegg til evaluering av alternativene over ble det også utarbeidet analyser med utsatt ferdigstillelse til 2030, samt utsettelse av E-bygget på ubestemt tid.

Ved beskrivelse av de tre alternativene er det tatt hensyn til helseforetakets prioriteringer og økonomisk langtidsplan (heretter kalt ØLP) når det gjelder rekkefølgen på hvilke funksjoner som bør flyttes. Prioriteringene er basert på at det skal legges til rette for:

- et komplett somatisk sykehus
- at avdelinger med tungt utstyr som skal skiftes ut i løpet av de neste 5 årene er prioritert
- at funksjonene som ligger i bygg med stort oppgraderingsbehov på Våland (innen 2023) er prioritert
- mulighet for å «tømme» enkeltbygg på Våland for å kunne selge (deler av) tomten samtidig som man drifter færre m² på Våland

4.1 Resultat av forprosjektet

Det har blitt vurdert at alternativ 2 er det beste alternativet for utbygging av E-bygget.

- Analysene i forprosjektet viser at det kun er alternativ 2 som har finansieringsgrunnlag til å dekke investeringsplanene i perioden
- Analysene i forprosjektet viser at det er mest økonomisk fordelaktig å gjennomføre utvidelsen av E-bygget i parallell med pågående byggeprosjekt
- Analysene i forprosjektet viser at det er mest økonomisk fordelaktig å samle flere somatiske tjenester på Ullandhaug

Basert på analysene som fremkommer i forprosjektet anbefalte administrerende direktør alternativ 2 i sin innstilling til styret i Helse Stavanger HF og videre anbefalinger til Helse Vest RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

4.2 Fokus i Deloitte sine vurderinger

Dette notatet vil gi en overordnet vurdering av realismen i de økonomiske beregningene og forventede driftsøkonomiske gevinster ved å fremskynde E-bygget til BT1 som beskrevet i «Forprosjektrapport BT 1, ferdigstillelse av bygg E»

Notatet vurderer de økonomiske størrelsene som påvirkes ved at BT1 utvides med ferdigstillelse av E-bygget og som fremgår av foretakets bærekraftsanalyse, se vedlegg.

Utvidelsen av investeringen påvirker primært følgende:

- Opptak av nye lån, rentekostnader og avdrag i ny nedbetalingsplan
- Avskrivninger
- Reduksjon av ulempekostnader
- Økte driftskostnader ved økt leiebehov
- Reduksjon av kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold
- Reduksjon i investeringer på Våland

I tillegg vil notatet beskrive Deloitte's oppfatning av svakheter i den økonomiske analysen. Dette vil omhandle økonomiske konsekvenser som vi mener er relevante for analysen, men som ikke er innregnet eller beskrevet.

Notatet vil ikke beskrive forutsetninger knyttet til investeringskostnader for byggeprosjektet og tilhørende utstyr eller andre analyser gjennomført i tidligere faser av SUS 2023. I vår vurderinger har vi forutsatt at disse vurderingene er korrekte og kvalitetssikret.

Notatet vil ikke vurdere forutsetninger og konklusjoner for:

- Investeringskostnader – Bygg med tilhørende utstyr
- Økonomisk Langtidsplan (ØLP) 2020-2029
- Usikkerhetsanalyse gjennomført av Dovre Group Consulting 5. desember 2019
- Arealberegninger – bygg og tomt på Ullandhaug og Våland

5 Økonomiske beregninger i forprosjektrapport

Dette notatet vil vurdere bærekraftsanalysen gjort i forprosjektrapport for BT1 med ferdigstillelse av E-bygget som beskrevet i alternativ 2. De øvrige alternativene (1 og 3) som omhandler delvis ferdigstillelse og innflytting er forkastet av oppdragsgiver, på bakgrunn av investeringsanalyser beskrevet over, og vil derfor ikke bli vurdert nærmere.

5.1 Forutsetninger

SUS2023 har lagt til grunn følgende forutsetninger i forprosjektrapport BT1, ferdigstillelse av bygg E:

- Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2020-2029
- Bærekraftberegningene viser forlenget periode til 2035
- Fra og med 2030 er kontantstrøm før endring pga E-bygget forutsatt konstant
- Fra og med 2030 er det lagt inn et generelt, ikke spesifisert investeringsbudsjett

- Lånefinansiering for 70% av prosjektkostnaden fra Helse- og omsorgsdepartementet, og opp til 30 % av prosjektkostnaden fra Helse Vest RHF
- Prosjektkostnaden og tilhørende lånefinansiering er periodisert flatt over fire år
- Gevinster fra tomtsalg er ikke inkludert
- Halvårseffekt kostnader og gevinster av E-bygg i 2024
- Kapitalkostnader som følge av E-bygget f.o.m 2025
- Det er ikke estimert særskilte kostnader i forbindelse med flytting ettersom alle alternativene krever flytting. Unntaket er for MTU som anskaffes i perioden fra 2019 fram til innflytting. Der er flyttekostnader inkludert i kontraktsprisen
- Alle økonomiske tall er i 2019 kroner

Forutsetninger som vi har kommentarer til, vil bli redegjort nærmere for i kapittel 5 og 6.

5.2 Investeringskostnader

I forprosjekt er det estimert en total investeringskostnad på kr 1 739 millioner for ferdigstillelse av den resterende delen av E-bygget, fordelt på investering i bygg, kr 1 316 millioner, og medisin-teknisk utstyr (MTU) og brukerutstyr, kr 423 millioner. I tillegg er det forutsatt at investeringer i MTU tilsvarende kr 283 millioner, som allerede er budsjettert som en del av den rullerende utskiftingsplanen i ØLP, skal fremskyndes til innflyttingen i 2024.

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, regnskapspost «BT1, Ferdigstille E-bygget (linje 34)».

Deloitte vurdering:

Som redegjort for i punkt 4.2 vil vårt notat ikke omhandle en vurdering av investeringskostnader relatert til ferdigstillelse av E-bygget eller øvrige investeringer i SUS2023.

Vi har forespurt helseforetaket om MTU og brukerutstyr som er en del av ØLP, vil påvirke prosjektets økonomi ved at investeringer budsjettert i kommende år antakelig må fremskyndes. Vi har fått bekreftet at dette forhold vil håndteres innenfor foretakets egne ordinære budsjetttrammer.

5.3 Finansieringskostnader

I bærekraftsanalysen er det lagt til grunn at investeringer knyttet til E-bygget tillegges opprinnelig lån for BT1, og at de nye lånebetingelsene benyttes for det totale lånebeløpet.

Det er lagt til grunn en avdragstid på 35 år og en årlig rente på 2,8 prosent. Investeringen skal finansieres med lån fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Vest RHF på henholdsvis kr 1 217 millioner og kr 500 millioner.

Ved å ferdigstille E-bygget er det estimert økte renter på kr 487 millioner og økte avdrag på kr 398 millioner frem til 2035.

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, regnskapsposter «Opptak av nye lån (linje 18)», «Endring rentekostnader (linje 10)» og «Avdrag lån E-bygget (linje 21)»

Deloitte's vurdering:

Avdragstid

I brev datert 25.04.2019 med referanse 19/1782 som omhandler endringer i lånebetingelse til de regionale helseforetakene, opplyses det om at avdragstid på lån skal settes lik vektet levetid, dog maksimalt 35 år. Begrepet levetid henviser til økonomisk levetid. Begrepet økonomisk levetid uttrykker den forventede økonomiske levetiden til et tiltak, og kan avvike fra den tekniske eller faktiske levetiden.

For et byggeprosjekt estimeres økonomisk levetid med utgangspunkt i kalkyler for investeringskostnader og tilhørende avskrivningstid for de ulike delkomponentene (f.eks. bygningskropp, ventilasjon, varme, sanitær, MTU, el-anlegg, IKT, mm.). Økonomisk levetid estimeres som vektet avskrivningstid. I praksis er dette mulig å estimere først når investeringskostnaden er relativt detaljert spesifisert på bygningstabell post 1–9 i henhold til NS3453. Dette er en standard for spesifisering av kostnader i et byggeprosjekt på ulike delkomponenter og følger en standardisert kontoplan. Tabellen under viser Helse Vest sine satser for økonomisk levetid per delkomponent.

Delkomponent	Antatt økonomisk levetid
01 - Felleskostnader	25
02 - Bygning	60
03 - VVS	25
04 - Elkraft	25
05 - Tele og automatisering	15
06 - Andre installasjoner	25
07 - Utendørs	40
Sum Entrepriisekostnader	
08 - Generelle kostnader	*40
09 - Spesielle kostnader	10
E-bygget; MTU, brukerstyr og inventar	10

**Beregnet som en vektet del av enterprisekostnadene (faktisk verdi av delkomponent (01-07) vektet med antatt økonomisk levetid*

Den økonomiske levetidsberegningen gjort av SUS2023 estimerer den økonomiske levetiden til E-bygget til å være 35,6 år. Beregningen spesifiserer de ulike delkomponenten etter bygningstabell post 1–9 i henhold til NS3453 og benytter økonomisk levetidssatser i tabellen over.

Helse Vest sine estimater på økonomisk levetid per delkomponent er noe lengre enn hva vi erfarer fra Helse Sør-Øst. Eksempler på delkomponenter hvor det er ulike estimerte levetider er VVS, elkraft, tele og automatisering og andre installasjoner hvor Helse Sør-Øst benytter 5 år kortere levetid.

Ved å bruke samme satser for økonomisk levetid som Helse Sør-Øst, estimerer vi at den økonomiske levetiden til SUS2023 vil reduseres med 2 år. Vi anslår at den reduserte levetiden vil påvirke lønnsomheten i analysen med anslagsvis 3 millioner årlig. Sett opp mot den totale lønnsomheten i analysen så anser vi avviket som uvesentlig.

Vår vurdering er derfor at beregnet økonomisk levetid for E-bygget virker å være realistisk.

Rente

Nedbetalingsplanen benytter seg av en årlig rentesats på 2,8 prosent. Denne rentesatsen er oppgitt av Helse Vest RHF. Etablert praksis er at det metodisk mest korrekte er å benytte rentebaner som dekker så mye som mulig av analyseperioden, så langt disse er mulig å observere i markedet. Grunnlaget er at disse vil være de beste objektive estimatene for fremtidig utvikling i lånerenter da disse dannes på grunnlag av markedets rådende forventninger til fremtiden. Per dags dato er faste renter for 20 år det nærmeste man kan komme analyseperioden for det nye sykehuset. Gjeldene basisrente for fast rente, 20 år er 3,343 prosent. Fra basisrenten gjøre det et fast fratrukk på 0,5 prosentpoeng for regionale helseforetak, som betyr at SUS2023 i realiteten har et fastrentetilbud på 2,843 prosent for 20 års avdragstid².

Vår vurdering er at rentenivået lagt til grunn i bærekraftsanalysen er realistisk basert på myndighetenes forutsetninger for slike analyser og dagens observasjoner om fremtidige rentebaner.

5.4 Avskrivninger

Ved å utvide BT1 med E-bygget er det estimerte økte avskrivninger på totalt kr 996 millioner frem til 2035. For årene 2025 til 2029 er det forutsatt at E-bygget skal avskrives lineært over 35 år og MTU over 8 år som gir årlige avskrivninger på kr 91 millioner. Etter nåværende ØLP periode som utgår i 2029, holdes totale avskrivninger

² Se link: <https://www.finanstilsynet.no/analyser-og-statistikk/basisrente-for-faste-renter/>

konstant frem til utløp av analysetiden i 2035. En tilsvarende forutsetning om uendret resultat er også lagt til grunn for perioden 2029-2035.

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, regnskapspost «Endring avskrivninger (linje 11)».

Deloitte's vurdering:

Helseforetaket har i sin analyse lagt til grunn en forenklet forutsetning om at bygg skal avskrives lineært over avdragstiden på lånet (35 år) og at MTU skal avskrives over 8 år. Videre er det forutsatt at MTU-investeringen som i utgangspunktet skulle vært ferdig avskrevet i 2032, avskrives med samme årlige beløp ut analyseperioden til 2035. (En slik forutsetning vil i tilfelle bygge på en reinvestering tilsvarende nåværende MTU-base).

Dette gjør at de totale avskrivninger i analysen fremstår som noe upresise for E-bygget. Det korrekte vil være å beregne avskrivninger etter økonomisk levetid for byggets ulike delkomponenter som beskrevet i avsnittet om *avdragstid*.

I våre samtaler med Helseforetaket ble det argumentert for at forutsetningen om å holde resultat og avskrivninger konstant fra 2029 til 2035 ikke vil påvirke lønnsomheten i prosjektet.

Gjennom å holde både avskrivninger og resultatet konstant, så vil størrelsen på avskrivninger ikke ha effekt på den finansielle bæreevnen til prosjektet. Dette på bakgrunn av at avskrivninger ikke har kontantstrømseffekt, og at en økning i avskrivninger vil ha en tilsvarende reduksjon i resultat (og omvendt).

På tross av at analysens hovedformål, å beregne finansiell bæreevne, ikke påvirkes, er informasjonen noe upresis.

Selv om Deloitte forstår helseforetakets begrunnelse for oppsettet, mener vi at avskrivningene blir noe upresise siden de ikke følger delkomponentenes oppbygging med tilhørende økonomisk levetid (avskrivningssats).

5.5 Ulempekostnader/drifstkostnader (personell og logistikk)

I opprinnelig plan for BT1 og ØLP, hvor fullføring av E-bygget er utsatt til senere byggetrinn, er det lagt inn en ulempekostnad på kr 16 millioner årlig. Denne ulempekostnaden var relatert til at sykehuset i perioden frem til ferdigstilling av E-bygget må drifte virksomheten på to lokasjoner. Estimerte kostnader inkluderer transportkostnader for ansatte og laboratorieprøver, økt bemanning røntgen og frikjøp ambulanse.

Ved å ferdigstille E-bygget i BT1 er det estimert at ulempekostnader på kr 16 millioner årlig, og kr 204 millioner frem til 2035, med å drifte flere steder enn i dag vil bli eliminert.

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, regnskapspost «Endring driftskostnader (personal og logistikk) (linje 7)»

Deloitte vurdering:

Vår vurdering er at eliminering av ulempekostnader knyttet til å drifte sykehusvirksomhet på to lokasjoner er realistisk.

5.6 Drift i eksterne leide lokaler

I dag er deler av virksomheten til sykehuset lokalisert i eksterne leide lokaler utenfor Våland. I opprinnelig plan for BT1 i ØLP er det forutsatt at store deler av denne virksomheten skal flytte tilbake til Våland i takt med at øvrige funksjoner overføres til det nye sykehuset på Ullandhaug.

Ved at ferdigstillelse av E-bygget fremskyndes og at flere funksjoner kan overføres raskere til det nye sykehuset, vil det kun være liten og spredt virksomhet igjen på Våland etter 2024. Det er derfor ønskelig at mest mulig areal frigjøres slik at tomteareal kan omreguleres og selges.

Skal dette kunne realiseres medfører det et økt behov for eksterne leide lokaler. Det er estimert en økt leiekostnad på kr 65 millioner årlig, og totalt kr 811 millioner for tidsperioden 2019 til 2035.

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, regnskapspost «Endring leiekostnader (linje 6)».

Deloitte vurdering:

Ved at E-bygget fremskyndes anses det rimelig at Helse Stavanger ønsker å frigjøre areal på Våland slik at attraktivt tomteareal kan omreguleres og selges.

Ved at analysen ikke inkludere salg av tomt eller potensiell salgsverdi er det vanskelig å sammenligne de økonomiske konsekvensene av (1) å videreføre drift og flytte tilbake administrative funksjoner til Våland, mot (2) å selge tomt og øke omfanget av drift i eksternt leide lokaler. I tillegg opplyses det ikke om tidshorizonten for behovet av leieareal, utover at det er gjeldende for hele analyseperioden (frem til 2035).

Vi har i vår undersøkelse ikke tatt stilling til om estimert behov for leiearealer eller benyttet kvadratmeterpris er rimelig. Dette på bakgrunn av at en slik jobb krever omfattende innsikt i de ulike funksjoners reelle arealbehov og leieprisnivåer i Stavanger. Dette vil være oppgaver som er tidkrevende og utenfor rammene for dette notatet.

Vår vurdering er at forprosjektrapporten burde på en bedre måte beskrive at motivasjonen for å frigjøre areal på Våland er å legge til rette for salg av tomten. I tillegg burde det fremvises en sammenligning av alternativ 1 og 2, som beskrevet over, hvor salg av tomt også er inkludert for å vise de reelle økonomiske gevinstene ved å prioritere tomtesalg fremfor å flytte virksomhet tilbake til Våland.

5.7 Kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold

Ved å fremskynde E-bygget forutsetter analysen at arealet på Våland frigjøres ved at funksjoner som ikke skal overføres til det nye sykehuset på Ullandhaug flytter til eksternt leide lokaler. Dette medfører at majoriteten av bygningsmassen på Våland vil bli stående tom. Det er estimert en besparelse på FDV på kr 100 millioner årlig og en total besparelse på kr 1099 millioner frem til 2035.

Det er estimert en årlig FDV-kostnad på kr 26 millioner årlig og total kostnad på kr 299 millioner³ frem til 2035 for det det nye E-bygget på Ullandhaug.

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, regnskapsposter «Endring FDV Våland (linje 9)» og «Endring FDV E-bygget (linje 8)».

Deloitte's vurdering:

Det antas rimelig at det foreligger en FDV-besparelse i analyseperioden ved å sammenligne nødvendig FDV-behov for bygningsmassen på Våland og Ullandhaug. Den somatiske virksomheten på Våland er spredt utover flere mindre bygg med høye vedlikeholdskostnader, mens virksomheten vil samles i et nytt og moderne bygg på Ullandhaug som vil ha et lavere vedlikeholdsbehov.

I analysen benyttes det en kvadratmeterpris på kr 1305 per m² (gitt av rådgiver Cowi) for E-bygget på Ullandhaug, og for areal på Våland er det benyttet et estimat på kr 1361 per m². Vår erfaring fra andre tilsvarende byggeprosjekter er at dette estimatet er realistisk.

Vi har i vår undersøkelse ikke tatt stilling til om benyttet areal i estimering av FDV-kostnader er reelt. Dette på bakgrunn av at et slik arbeid vil være tidskrevende og utenfor rammene for dette notatet.

Vår vurdering er at en besparelse knyttet til FDV-kostnader ved å fremskynde E-bygget virker realistisk.

³ I denne analyse har vi avdekket en formelfeil ved at underetasje 1 og 2 ikke er medregnet i estimatet for FDV-kostnader for Ullandhaug. Ved å medregne disse to etasjene blir totale FDV-kostnader kr 368 millioner.

5.8 Investeringsbehov på Våland

Ved å ferdigstille E-bygget vil man eliminere behovet for å investere i ombygging og tilpasning av bygg på Våland i forbindelse med innstallering av nytt utstyr som beskrevet i økonomisk langtidsplan (ØLP). Totalt investeringsbehov på Våland er estimert til å reduseres med kr 144 millioner.

Reduserte investeringer er estimert til:

- utskifting av strålemaskiner og PET-maskiner på kr 11 millioner
- ombygging og tilpasning av bygg på kr 40,3 millioner
- ombygging/utskifting relatert til MTU på kr 117 millioner

I forbindelse med frigjøring av areal er det nødvendig å erstatte den gamle varmesentralen. Den økte investeringer er estimert til:

- erstatning av eksisterende varmesentral på kr 24 millioner

Se bærekraftsanalyse i vedlegg, og regnskapspost «Reduserte investeringer sfl av E-bygget (linje 35)».

Deloittes vurdering:

Det antas rimelig at man eliminerer behovet for å gjøre tilpasninger på bygg på Våland ved at relatert virksomhet flyttes til Ullandhaug før behovet for utskifting av utstyr inntreffer. I tillegg vil man redusere eventuelle flyttekostnader av utstyr som er planlagt anskaffet til Våland som senere skulle flyttes til Ullandhaug.

Vi har i vår undersøkelse ikke tatt stilling til om størrelsene på reduksjon av investeringskostnader er rimelige eller ikke. Dette på bakgrunn av at et slik arbeid vil være tidskrevende og utenfor rammene for dette notatet

Vår vurdering er at en besparelse knyttet til investeringer på Våland ved å fremskynde E-bygget virker realistisk.

6 Øvrige elementer som burde/kunne vært belyst

6.1 Flyttekostnader og avhendingskostnader

I analysen er ikke kostnader forbundet med å overføre virksomhet fra Våland til Ullandhaug beskrevet eller tallfestet. Flyttekostnader vil være relatert til flytting av fysisk utstyr, overføring av organisasjon/virksomhet, driftsøkonomiske

konsekvenser i flytteperioden og avhending av utstyr som ikke skal overføres til nytt sykehus.

Vi har i dialog med helseforetaket blitt opplyst om:

- Det foreligger et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU-prosjekt) med et budsjett på kr 132 millioner som skal dekke opplæring, prøvedrift nye konsepter, klinisk ibruktagelse og koordinering
- Ved innkjøp av MTU etter 2019 skal anskaffelsespris inkludere et estimat på flyttekostnader
- Sanering og andre kostnader relatert til fraflytting fra Våland skal vurderes opp mot gevinster fra salg av tomt
- Basert på sammenligning med Sykehuset Østfold mangler foretaket en estimert flyttekostnad på minimum kr 15 millioner
- I tillegg bør det budsjetteres for kostnader knyttet til dobbeldrift og beredskap i flytteprosessen

Vår vurdering er at bærekraftsanalysen burde innregnet et estimat for flyttekostnader.

6.2 Tomtesalg

Dagens sykehus på Våland er lokalisert i et sentrumsnært og attraktivt område i Stavanger. Ved å fremskynde E-bygget, er det beskrevet i forprosjektrapporten at det vil arbeides med å frigjøre tomteareal på Våland for salg. Inntekter fra et eventuelt salg av hele, eller deler, av dagens sykehusareal på Våland er ikke innregnet i bærekraftsanalysen.

Ved å ikke innregne tomtosalget i analysen undervurderer man de økonomiske gevinstene ved å flytte sykehusvirksomheten fra Våland til Ullandhaug. Analysen inkluderer en betydelig ekstra leiekostnadene ved at man har beregnet å ta i bruk eksterne lokaler for å frigjøre areal på Våland. I dette regnestykket tar man kun med kostnadssiden for å frigjøre tomten for salg, og ikke inntektssiden fra et faktisk tomtosalg.

Videre i analysen estimerer man en betydelig reduksjon i FDV-kostnader på Våland ved at virksomhet flyttes til Ullandhaug. Da hadde det vært naturlig at man innregnet tomtosalg som er økonomisk gevinst på lik linje som reduserte FDV kostnader.

Ved å realisere tomteverdier vil man øke lønnsomhet i analysen og styrke egenkapital til sykehuset. Dette vil redusere usikkerheten knyttet til finansieringen av E-bygget betydelig.

Vår vurdering er at bærekraftsanalysen burde innregnet inntekter fra salg av relevant areal på Våland.

6.3 Tilskudd fra Helse Vest RHF

Analysen forutsetter en lånefinansiering på 70 % (kr 1 217 millioner) fra Helse- og omsorgsdepartementet og 30 % (kr 500 millioner) fra Helse Vest RHF.

I styresak 129/19 i Helse Vest RHF opplyses det om at de sikter mot å gi et kapitalinnskudd på kr 2 milliarder til helseforetakene i regionen i år 2023-2025, hvorav kr 572 millioner er tiltenkt Helse Stavanger. Kapitalinnskuddet forutsetter at forutsetningene beskrevet i ØLP blir innfridd, og at midlene benyttes til å nedbetale gjeld. I tillegg opplyses det om at i perioden frem mot år 2029 skal det gjøre en ny vurdering om RHF'et skal gi ytterligere kapitalinnskudd for å forbedre likviditeten til helseforetakene.

Ved å innregne tilskuddet fra Helse Vest RHF vil man øke lønnsomhet i analysen og styrke egenkapital til sykehuset. Dette vil redusere usikkerheten knyttet til å finansieringen av E-bygget betydelig.

Vår vurdering er at bærekraftsanalysen burde hensyntatt kapitalinnskudd fra Helse Vest RHF i den grad helseforetaket mener det er overveiende sannsynlig at forutsetningene for kapitalinnskuddet innfris.

7 Konklusjon

Helse Stavanger er godt i gang med byggingen av nytt universitetssykehus på Ullandhaug. Formålet med dette notatet er å vurdere om innspill fra KSK-rapporten har blitt ivaretatt i det påfølgende planarbeidet samt å vurdere om endringer i de regionale helseforetakenes lånebetingelser gir foretaket kraft til å bære en utvidet investering for å kunne fullføre E-blokken på Ullandhaug.

Deloitte finner at flere av forholdene som ble påpekt i KSK-rapporten nå er godt ivaretatt. Det nye sykehuset får en robust kapasitet som gir gode muligheter til å håndtere svingninger i aktiviteten og fremtidig økte behov også etter 2030. Det er imidlertid fortsatt usikkerhet knyttet til realismen i de ambisiøse økonomiske gevinstene som ligger som forutsetninger for investeringene.

I arbeidet med å vurdere realismen i de økonomiske beregningene og forventede driftsøkonomiske gevinstene ved å fremskynde ferdigstillelse av E-bygget har notatet beskrevet en rekke forhold som påvirker bærekraftsanalysen. De tallmessige konsekvensene av forholdene som beskrives er naturligvis ulike, og effekten av forholdene påvirker lønnsomheten både positivt og negativt.

En samlet effekt av ny finansieringsordning gjør det mulig å utvide BT1 med ferdigstillelse av E-bygget.

Økonomisk bæreevne vil også påvirkes positivt ved at salg av tomt/bygningsmasse på Våland og det bebudede kapitalinnskuddet på kr 572 millioner fra Helse Vest RHF tas hensyn til i beregningene.

Vedlegg 1:

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	sum	
1																			2019-
2																			2019-
3																			2019-
4																			2019-
5																			2019-
6																			2019-
7																			2019-
8																			2019-
9																			2019-
10																			2019-
11																			2019-
12																			2019-
13																			2019-
14																			2019-
15																			2019-
16																			2019-
17																			2019-
18																			2019-
19																			2019-
20																			2019-
21																			2019-
22																			2019-
23																			2019-
24																			2019-
25																			2019-
26																			2019-
27																			2019-
28																			2019-
29																			2019-
30																			2019-
31																			2019-
32																			2019-
33																			2019-
34																			2019-
35																			2019-
36																			2019-
37																			2019-
38																			2019-
39																			2019-