

Økonomiske analyser

Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Forprosjektrapport

Delrapport til forprosjektfase

12. oktober 2022
Versjon 1.0

Prosjektinformasjon

Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Prosjektnummer	ARH-0000-Z-AA-0008
Fase	Forprosjekt
Prosjekteier	Helse Sør-Øst RHF
Prosjektdirektør	Dag Bohler
Prosjektleder	Rikard Tveiten/Rune Reinaas og Per Bjørnar Børresen
Utførende	Anders Minaberg, Helse Sør-Øst RHF Atle Berg, Helse Sør-Øst RHF Håkon Omsted, Helse Sør-Øst RHF Knut Stensrød, Helse Sør-Øst RHF Ørjan Sandvik, Oslo universitetssykehus HF Stig Alve, Oslo universitetssykehus HF Brikt Erland Nersveen, Oslo universitetssykehus HF

Godkjenning

Versjon	Dato	Godkjent av	Kommentar
0.90	16.09.22	Anders Minaberg	Til KSF
1.00	12.10.22	Anders Minaberg	Oppdatert etter gjennomgang KSF og Oslo universitetssykehus HF: 1) Forklaring av tall i tabell 5. 2) Presisering av beregningsmetode til figur 11.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Prosjekter som er utredet i økonomiske analyser	4
2.	Oppsummering.....	5
2.1	Sentrale forutsetninger for de økonomiske analysene	6
2.2	Økonomisk bæreevne prosjektnivå.....	9
2.3	Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå.....	10
2.4	Økonomisk bæreevne helseforetaksgruppen	11
2.5	Endringer siden konseptfaserapporten	12
3.	Prosjektkostnad og finansieringsplan.....	15
3.1	Usikkerhetsanalyse byggekostnad.....	15
3.2	Byggeperiode og pådragsprofil	15
3.3	Forutsetninger for finansiering.....	16
4.	Driftsøkonomi og -gevinster	18
4.1	Overordnet om driftsgevinster	18
4.2	Overordnede forutsetninger for driftsøkonomi	18
4.3	Estimerte driftsgevinster og gevinstoversikt.....	19
4.4	Kjernedriftsgevinster	19
4.5	Varige driftsøkonomiske effekter.....	20
4.6	Midlertidige økonomiske effekter	22
4.7	Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift	23
5.	Bæreevne prosjektnivå.....	25
5.1	Økonomisk bæreevne - innledning.....	25
5.2	Sensitivitetsanalyser	29
6.	Bæreevne helseforetaksnivå	31
6.1	Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå	31
6.2	Sensitivitetsanalyser på helseforetaksnivå	32
7.	Bæreevne helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst	34
8.	Vedlegg økonomisk bæreevne.....	36
8.1	Om beregning av økonomisk bæreevne.....	36
8.2	Økonomisk bæreevne på prosjektnivå	36
8.3	Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå	37
9.	Øvrige vedlegg.....	39
9.1	Styresaksreferanser.....	39
9.2	Klinikkforkortelser.....	39

1. Innledning

Denne delrapporten er et vedlegg til *Forprosjektrapport for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, dokumentnummer ARH-0000-Z-AA-0008, og dekker analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt-, helseforetaks- og regionnivå. Delrapporten beskriver investeringskostnader, finansiering, driftsøkonomiske effekter og analyser av økonomisk bæreevne.

Prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF har oppdatert investeringskalkylene basert på forprosjektutredningen og Oslo universitetssykehus HF har oppdatert og utredet de driftsøkonomiske effektene. Oslo universitetssykehus HF har i tillegg oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026 som dokumenterer helseforetakets økonomiske bæreevne.

1.1 Bakgrunn

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016 ble videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF behandlet. Foretaksmøtet godkjente målbildet for Oslo universitetssykehus HF basert på styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF, behandlet den 16. juni 2016. Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles som tre sykehus; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Bakgrunn og prosjektutløsende behov, samt rammer for prosjektet er forankret i flere styresaker (se styresaksreferanser i vedlegg 9.1) i Oslo universitetssykehus HF og i Helse Sør-Øst RHF med tilhørende vedtak.

Denne delrapporten er utarbeidet med bakgrunn i styresak 124-2020 i Helse Sør-Øst RHF hvor styret godkjente oppstart av forprosjektet og mandatet for forprosjektfasen gitt av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF den 6. januar 2021.

1.2 Prosjekter som er utredet i økonomiske analyser

Delrapport økonomi viser en oppdatering av prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet:

- Nye Aker:
 - Nytt lokalsykehus på Aker (somatikk)
 - Samling av psykisk helsevern og avhengighet (TSB)
- Nye Rikshospitalet:
 - Samlet og komplett regionssykehus på Rikshospitalet med lokalsykehusfunksjoner

De driftsøkonomiske gevinstene er estimert som differansen mot hvordan kostnadsutviklingen er forventet å ville bli dersom nybyggtiltaket ikke gjennomføres (det driftsøkonomiske nullalternativet). Det driftsøkonomiske nullalternativet må forstås som en ren framskrivning av dagens driftskostnader, hensyntatt endringer i aktivitet. Bakgrunnen for at det rene driftsøkonomiske nullalternativet legges til grunn som referansealternativ er at de økonomiske effektene/analysene skal forstås som endringer mot dagens driftsøkonomiske situasjon.

2. Oppsummering

Nye Aker og Nye Rikshospitalet inngår i målbildet for nye Oslo universitetssykehus HF og skal etablere et komplett regionssykehus på Rikshospitalet med lokalsykehusfunksjoner, nytt lokalsykehus på Aker, og samling av psykisk helsevern og TSB på Aker. Prosjektene er hver for seg store i en nasjonal målestokk, og samlet utgjør de en vesentlig del av investeringsporteføljen til Helse Sør-Øst de neste årene. Totalt for begge prosjektene er det lagt til grunn en investering på 39 074 millioner kroner, inkludert ikke-byggnær IKT på 1 653 millioner kroner (juni 2022-kroner). I tillegg kommer tomteerverv som er medregnet i analysene av økonomisk bæreevne. Analysene av økonomisk bæreevne viser hvorvidt Oslo universitetssykehus HF som helseforetak, og Helse Sør-Øst som region, har økonomisk bæreevne til å gjennomføre prosjektene.

Analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå viser at prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet har positiv netto likviditetsstrøm. Ved en diskonteringsrente på 4 % har ikke prosjektene positiv netto nåverdi, men prosjektene har en positiv netto nåverdi ved 3 % diskonteringsrente. Prosjektene har dermed økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 3 %. Analysene av økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå og regionalt nivå viser at Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst fortsatt har økonomisk bæreevne til å gjennomføre prosjektene.

Sammenlignet med analysene av økonomisk bæreevne i konseptfasen har den akkumulerte likviditetsstrømmen fra prosjektet økt. Dette skyldes i hovedsak at rentebanen har blitt lavere, som reduserer kapitalkostnadene og bidrar til høyere netto likviditetsstrøm fra prosjektene. I tillegg har investeringen økt, hovedsakelig som følge av ekstraordinær vekst i byggekostnadene, samtidig som netto driftsøkonomiske gevinster er høyere. Over analyseperioden er den positive effekten fra driftsøkonomien høyere enn økningen i investeringen, som gir høyere netto likviditetsstrøm fra prosjektet.

Netto nåverdi påvirkes ikke av endret rentebane og beregner i tillegg nåverdien av en fremtidig kontantstrøm, og vekter derfor relativt sett økningen i investeringen høyere enn økningen i de langsiktige driftsøkonomiske effektene. Netto nåverdi er derfor redusert samtidig som netto likviditetsstrøm fra prosjektene har økt.

I forprosjektfasen har Oslo universitetssykehus HF gjennomført et omfattende arbeid for å identifisere gevinster og etablere en komplett gevinstrealiseringsplan for prosjektene. Arbeidet har vært gjennomført gjennom lederlinjen i helseforetaket med involvering av tillitsvalgte og verneombud. Alle klinikkene (16 klinikker) har levert hver sin gevinstrealiseringsplan. Hver klinikkleder har vært ansvarlig for utarbeidelse av klinikkens gevinstrealiseringsplaner, og de har inkludert avdelingsledere (80 avdelinger), tillitsvalgte og verneombud i arbeidet.

Gevinstrealiseringsplanen viser at 41 % av kjernedriftsgevinstene er knyttet til samlokalisering av funksjoner og fagmiljøer ved at antall lokalisasjoner reduseres fra dagens tre lokalisasjoner ved Ullevål, Aker og Rikshospitalet, til fremtidens to lokalisasjoner ved Aker og Rikshospitalet. Samlokalisering av funksjoner og fagmiljøer er dermed et bærende element for den økonomiske bæreevnen til både prosjektene isolert sett, og for helseforetakets økonomiske bæreevne.

Gevinstrealiseringsplanen for Nye Rikshospitalet viser at det forventes betydelige driftsøkonomiske gevinster ved å samlokalisere virksomhet og ta i bruk nye bygg på Rikshospitalet. Analysene av økonomiske bæreevne på prosjektnivå viser at prosjektet Nye Rikshospitalet har positiv likviditetsstrøm på om lag 11,7 milliarder, men en negativ nåverdi på om lag 3 milliarder ved en diskonteringsrente på 4 %. Med diskonteringsrente på 3 % har

prosjektet en positiv netto nåverdi på om lag 0,85 milliarder kroner. Prosjektet har dermed økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 3 %.

For Nye Aker er det i forprosjektfasen utarbeidet en komplett gevinstrealiseringsplan som bekrefter analysene fra konseptfasen. Det er fortsatt ikke identifisert tilstrekkelig med gevinster til at prosjektet har økonomisk bæreevne, og prosjektet har en netto likviditetsstrøm på 9,8 milliarder kroner og en negativ netto nåverdi ved en diskonteringsrente på 4 % på om lag 3,7 milliarder kroner. Ved en diskonteringsrente på 3 % er netto nåverdi svakt positiv med 0,1 milliarder kroner.

Tiltakene for samling av et komplett regionssykehus på Rikshospitalet med lokalsykehusfunksjoner, nytt lokalsykehus på Aker, og samling av psykisk helsevern og TSB på Aker forutsettes gjennomført i parallell. Tiltakene er derfor også vurdert som en helhet i de økonomiske analysene. Samlet sett er likviditetsstrømmen fra prosjektene på 21,5 milliarder kroner og netto nåverdi ved en diskonteringsrente på 4 % er negativ med 6,7 milliarder kroner. Ved en diskonteringsrente på 3 % er netto nåverdi positiv med om lag 1 milliard kroner.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en oppdatering av økonomisk langtidsplan 2023-2026, hvor gjennomføring av Nye Aker og Nye Rikshospitalet er innarbeidet med oppdaterte forutsetninger fra forprosjektfasen. Oslo universitetssykehus HF har i tillegg til de prosjekterelaterte gevinstene som er utredet, også lagt til grunn en generell økonomisk effektivisering i forkant av prosjektenes ferdigstillelse. Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med en økning i driftsmarginen før avskrivninger, fra om lag 5 % i 2022 til om lag 8 % i 2031, året før de tar i bruk de nye sykehusene. Når de nye byggene tas i bruk øker driftsmarginen videre til i overkant av 10 %. Oppdatert økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå.

Oslo universitetssykehus HF vil likevel ha behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF, og oppdatert økonomisk langtidsplan fra helseforetaket viser et behov for om lag 4,8 milliarder kroner i regionalt lån fra Helse Sør-Øst RHF. Til delfinansiering av prosjektene planlegges det i tillegg å benytte den langsiktige netto konserninterne fordringen på om lag 6,1 milliarder kroner som helseforetaket forventes å ha på det regionale helseforetaket ved ferdigstilt prosjekt.

Analysene viser at den økonomiske bæreevnen på både prosjekt- og helseforetaksnivå er sensitive for endringer i forutsetningene. Spesielt viser analysene at det stilles strenge krav til realisering av driftsøkonomiske gevinster i Oslo universitetssykehus HF. Bæreevnen i helseforetaket er avhengig av at både effektiviseringen i forkant og at gevinstrealiseringen i Nye Aker og Nye Rikshospitalet gjennomføres i henhold til de budsjetter, mål og ambisjoner som er satt av helseforetaket. I tillegg viser analysene at den økonomiske bæreevnen er sensitiv for endringer i de langsiktige rentene og investeringen.

2.1 Sentrale forutsetninger for de økonomiske analysene

2.1.1 P50-prosjektkostnad

Tabell 1 viser en oppsummering av basiskalkylen og P50-prosjektkostnad som er lagt til grunn for de økonomiske analysene. I tabellen er tallene gitt i både januar 2021-kroner (som er prisenivået basiskalkylen ble utarbeidet i) og i juni 2022-kroner (som er prisenivået for analysene av økonomisk bæreevne). Samlet sett viser usikkerhetsanalysen gjennomført i forprosjektet en P50-projektkostnad på 37 420 millioner 2022-kroner. I tillegg kommer kostnader for ikke-byggnær IKT på 1 653 millioner kroner.

Kalkyle - Prosjektkostnad	Aker		Rikshospitalet		Sum	
Prisnivå	Jan21	Jun22	Jan21	Jun22	Jan21	Jun22
Bygg	13 221	14 355	12 924	14 032	26 145	28 386
Funksjonsutstyr	1 220	1 310	1 555	1 669	2 775	2 979
Arealer til UiO	1 099	1 194	872	946	1 971	2 140
Basiskalkyle	15 540	16 858	15 351	16 647	30 891	33 505
Forventet tillegg	1 660	1 801	1 949	2 114	3 609	3 915
P50 - Prosjektkostnad	17 200	18 659	17 300	18 762	34 500	37 420
Ikke-byggnær IKT	762	815	783	838	1 544	1 653
P50 - Prosjektkostnad ink. ikke-byggnær IKT	17 962	19 474	18 083	19 600	36 045	39 074

Tabell 1: Basiskalkyle og prosjektkostnad, inkludert ikke-byggnær IKT, millioner januar 2021-kroner og juni 2022-kroner

Kostnadene for ikke-byggnær IKT er å betrakte som en øvre ramme for prosjektet. I forprosjektet er det etablert en IKT-plan som definerer hvilke leveranser som skal skje til prosjektene. Kostnader for universitetsarealer er vist i investeringsestimatene. Det forutsettes at disse arealene finansieres av universitets- og høyskolesektoren fullt ut gjennom etablering av leieavtaler, i tråd med omtale i statsbudsjettet. Det er lagt til grunn de samme prinsippene for kostnadsdekkende husleie som ved Livsvitenskapsbygget. Tabellen er eksklusive tomteervervskostnader, men det er tatt høyde for tomteervervskostnader i vurderingene av økonomisk bæreevne.

2.1.2 Driftsgevinster

Beregningen av de driftsøkonomiske effektene er gjennomført av Oslo universitetssykehus HF og er basert på et omfattende arbeid i helseforetaket. Gevinstrealiseringsarbeidet med Nye Aker og Nye Rikshospitalet har vært gjennomført gjennom lederlinjen i helseforetaket med involvering av tillitsvalgte og verneombud i klinikkene. Alle klinikkene (16 klinikker) har levert hver sin gevinstrealiseringsplan. Hver klinikkleder har vært ansvarlig for utarbeidelse av klinikkens gevinstrealiseringsplaner, og de har inkludert avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud i arbeidet. Avdelingslederne har vært ansvarlig for avdelingenes innmeldte gevinster til klinikkens gevinstrealiseringsplaner. Samlet sett er det innmeldt gevinster fra 80 avdelinger. For en nærmere detaljering av gevinstene, metodikk og forutsetninger vises det til notatet «Nye Aker og Nye Rikshospitalet: Økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF». I denne rapporten er det lagt til grunn mottatt dokument fra Oslo universitetssykehus HF fra 9. september 2022.

Driftsgevinstene for prosjektene består i hovedsak av gevinster for kjernedriften, dvs. av netto endring i lønns- og driftskostnader som følge av nybygg og samlokalisering, sammenlignet med en framskrivning av dagens situasjon; null-alternativet. Totale driftsgevinster inkluderer i tillegg netto kostnadsendring til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV), andre driftsøkonomiske effekter, samt kostnader i forbindelse med ikke-byggnær IKT (fordeles som driftskostnad over 8 år).

I tillegg genererer virksomheten som omfattes av prosjektet allerede i dag en prosjektuavhengig fri kontantstrøm i Oslo universitetssykehus HF. En andel av denne kan benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser generert av prosjektet, og innregnes i analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Det er lagt til grunn at den økonomiske driftsmarginen i årene før ferdigstillelse opprettholdes også etter at investeringsprosjektet er realisert, slik at netto driftsgevinster kommer i tillegg til denne.

Tabell 2 viser en oversikt over de driftsøkonomiske effektene som er lagt til grunn i forprosjektet. Samlet er det lagt til grunn 1 574 millioner kroner i kjernedriftsgevinster og en netto varig effekt fra øvrige driftsøkonomiske effekter på 234 millioner kroner i år 2041 (som gradvis reduseres i analyseperioden).

Varige driftsøkonomiske effekter	2023	2024	2025-28	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	...	2041
Kjernerdriftsgevinster														
Gevinster nye bygg Nye Rikshospitalet							453	515	564	611	654	695	->	856
Gevinster nye bygg Nye Aker							542	579	605	627	646	662	->	718
Sum kjernerdriftsgevinster							995	1 095	1 169	1 238	1 301	1 357	->	1 574
Øvrige økonomiske effekter														
Økte FDV-kostnader							-62	-62	-62	-62	-62	-62	->	-62
Effekter av utvidet opptaksområde							189	189	189	189	189	189	->	189
Leieinntekter nyoppførte bygg (kapital) UIO							189	187	184	182	179	177	->	166
Leieinntekter nyoppførte bygg (FDV) UIO							32	32	32	32	32	32	->	32
Konsekvenser av kostnadstilpasninger				-36	-12	-12	-12	-12	-12	-12	-12	-12	->	-12
Økt kostnad driftskonseppter							-80	-80	-80	-80	-80	-80	->	-80
Sum øvrige økonomiske effekter	0	0	-36	-12	-12	-12	257	254	252	249	246	244	->	234
Sum driftsøkonomiske effekter	0	0	-36	-12	-12	-12	1 252	1 349	1 420	1 487	1 547	1 600	->	1 807

Tabell 2: Estimerte driftsøkonomiske effekter, millioner 2022-kroner

I tillegg er det beregnet midlertidige økonomiske effekter knyttet til Oslo universitetssykehus HF sitt mottaksprosjekt, ulempekostnader i driften, organisasjonsutvikling, samt kostnader knyttet til rokader og øvrige investeringer på om lag 2,7 milliarder kroner i perioden 2023 til 2036.

Midlertidige økonomiske effekter	2023	2024	2025-28	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Sum
Mottaksprosjekt, ulempekostnader og organisasjonsutvikling	-50	-62	-315	-84	-186	-260	-371	-30	-30	-30	-30	-1 448
Rokader og øvrige investeringseffekter for OUS	-303	-433	-85	-75	-50	-170	-153					-1 268
Sum midlertidige økonomiske effekter	-353	-494	-400	-159	-236	-430	-524	-30	-30	-30	-30	-2 716

Tabell 3: Midlertidige økonomiske effekter, millioner 2022-kroner

2.1.3 Finansieringsplan

Tabell 4 viser en sammenstilling av prosjektkostnaden og fordeling av finansiering på henholdsvis låne- og egenfinansiering. Byggelånsrenter fra lånt finansiering er ikke inkludert i framstillingen. Dette vil påløpe gjennom byggeperioden, og legges til det endelige lånet når det konverteres fra byggelån til avdragslån. Helseforetakets basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF er budsjettert til å være 6,1 milliarder kroner i 2031, basert på inngående verdi på 5,6 milliarder kroner og sparing av basisfordring innad i året 2031 på 0,6 milliarder kroner.

Finansieringsplan	Nye Rikshospitalet		Nye Aker Somatikk		Nye Aker PHA		Sum	
Investering	MNOK		MNOK		MNOK		MNOK	
P50-prosjektkostnad	17 695		12 756		4 709		35 160	
Universitetsarealer	1 067		1 194		-		2 261	
Ikke-byggnær IKT*	838		611		204		1 653	
Sum projektkostnad	19 600		14 561		4 913		39 074	
Finansiering	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Lån HOD	14 040	72 %	10 551	72 %	3 439	70 %	28 030	72 %
Lån HSØ	2 480	13 %	1 722	12 %	702	14 %	4 904	13 %
Sum lånefinansiering	16 520	84 %	12 273	84 %	4 141	84 %	32 934	84 %
Salg av anleggsmidler	-		-		-		-	
Overskudd	-		-		-		-	
Basisfordring mot HSØ	3 080	16 %	2 288	16 %	772	16 %	6 140	16 %
Sum egenfinansiering	3 080	16 %	2 288	16 %	772	16 %	6 140	16 %
Sum finansiering	19 600	100 %	14 561	100 %	4 913	100 %	39 074	100 %

Tabell 4: Finansieringsplan, millioner 2022-kroner

I tabellen er det lagt til grunn P50-projektkostnad, eksklusiv byggelånsrenter og tomteerverv. Finansieringssøknaden til Helse- og omsorgsdepartementet ble behandlet og godkjent i statsbudsjettet for 2020 og er basert på konseptfasens kostnadsramme (P85). Total låneandel for prosjektene overstiger 70 % på grunn av at universitetsarealer finansieres med 100 % lån.

2.2 Økonomisk bæreevne prosjektnivå

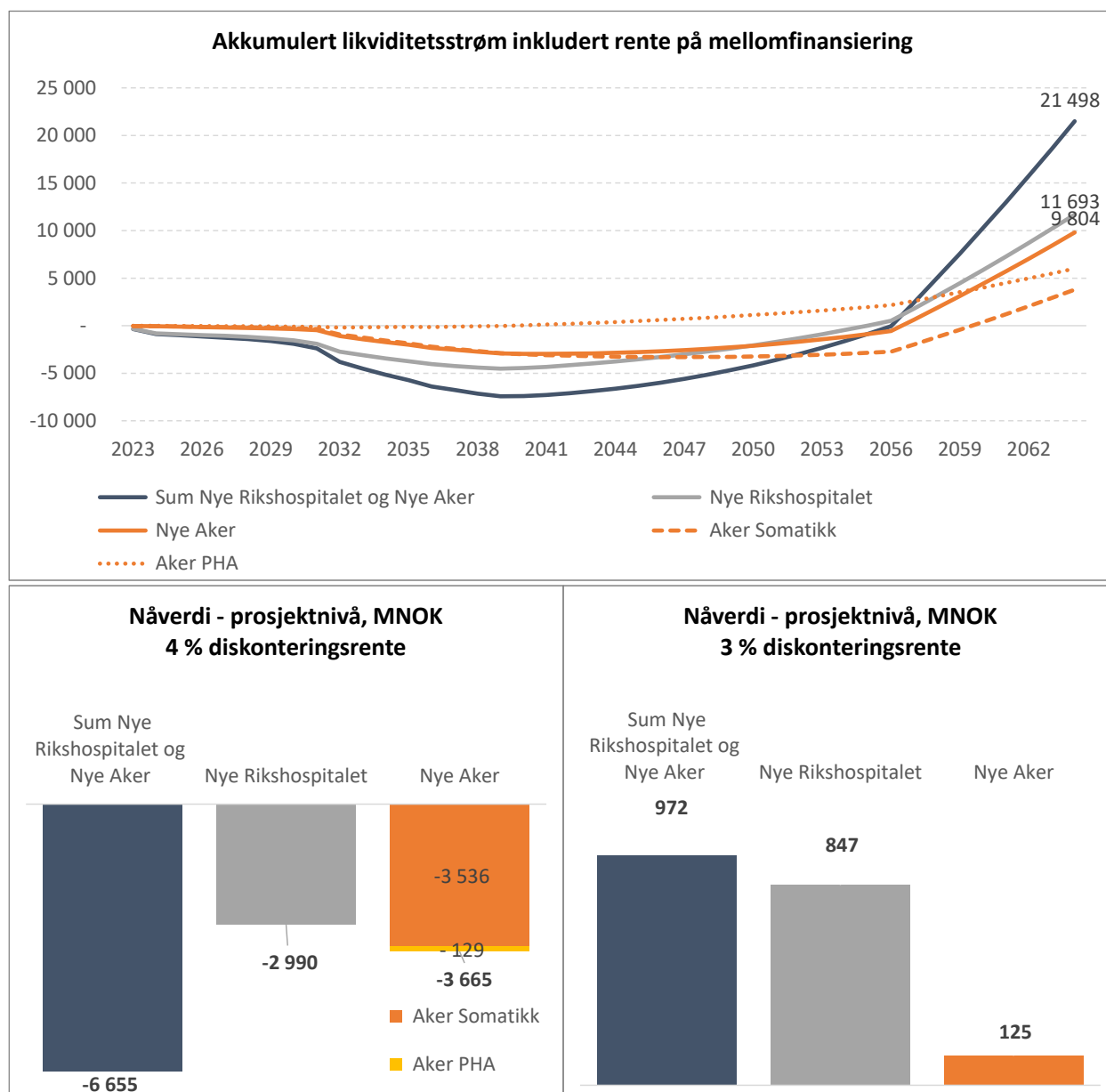
Et investeringsprosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på investeringen. Netto nåverdi må også være positiv med fire prosent diskonteringsrate. Samtidig må prosjektets eventuelle behov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

Analysen av prosjektets økonomiske bæreevne (uten egenfinansiering) gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av finansieringsform. De økonomiske analysene er sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Endringer i estimerte kjernedriftsgevinster, lånerente og endelig byggekostnad gir størst påvirkning på økonomisk bæreevne over prosjektets levetid.

Figur 1 oppsummerer analysene av økonomisk bæreevne for prosjektene. Den første figuren viser akkumulert likviditetseffekt på prosjektnivå sett opp mot nullalternativet som fremskriver dagens drift. Den nederste delen av figuren viser prosjektets nåverdi.

Analysen viser at prosjektene samlet sett har en positiv akkumulert likviditetsstrøm på om lag 21,5 milliarder kroner, hvorav om lag 11,7 milliarder er tilknyttet Nye Rikshospitalet, og 9,8 milliarder kroner er tilknyttet Nye Aker. På Nye Aker er om lag 6 milliarder kroner tilknyttet samling av psykisk helsevern og TSB, og 3,8 milliarder kroner tilknyttet somatikk.

Prosjektene samlet sett viser en negativ nåverdi på 6,7 milliarder kroner. Nye Rikshospitalet viser en negativ nåverdi på 3 milliarder kroner og Nye Aker viser en negativ nåverdi på 3,7 milliarder kroner, hvor 3,5 milliarder kroner er tilknyttet somatikk og 0,1 milliarder kroner er knyttet til psykisk helsevern og TSB. Ved 3 % diskonteringsrente har prosjektene samlet sett en netto nåverdi på om lag 1 milliard kroner, Nye Rikshospitalet har en netto nåverdi på 0,85 milliarder og Nye Aker har en netto nåverdi på 0,13 milliarder kroner.



Figur 1: Oppsummering av prosjektenes økonomiske bæreevne på prosjektnivå, millioner 2022-kroner

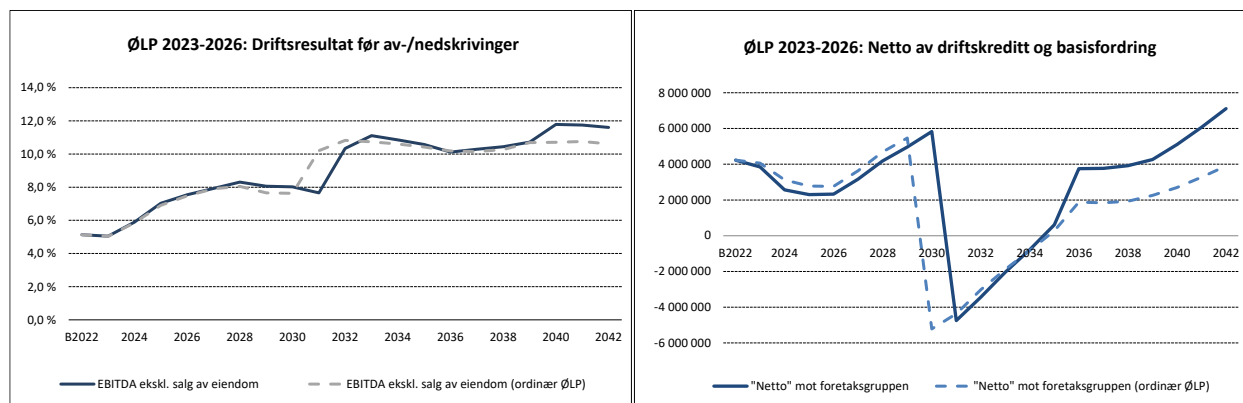
Samlet sett viser analysene at prosjektene ikke har økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 4 %, men at det er økonomisk bæreevne på prosjektnivået ved en diskonteringsrente på 3 %.

2.3 Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering og øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Vurderingen er gjennomført basert på helseforetakets egen oppdatering av økonomisk langtidsplan 2023–2026 for Oslo universitetssykehus HF, hvor Nye Aker og Nye Rikshospitalet er innarbeidet med oppdaterte investeringskalkyler og gevinstestimater.

Øvrige investeringsbehov og andre større investeringsprosjekter som er en del av målbildet for Oslo universitetssykehus HF er innarbeidet, slik de også var ved tidligere rullering av økonomisk langtidsplan for

helseforetaket. Helseforetaket har innarbeidet driftseffektivisering i årene før ferdigstillelse av byggeprosjektene på Aker og Rikshospitalet.



Figur 2: Utvikling i driftsresultat 2022–2042 (venstre), samt utvikling i netto av driftskreditt og basisfordring 2022–2042 (høyre)

Figur 2 (venstre side) viser helseforetakets budsjetterte utvikling i driftsmargin (før avskrivninger og renter). Oslo universitetssykehus HF planlegger med effektivisering i forkant av byggeprosjektene. Driftsmarginen går fra om lag 5 % i 2022 til om lag 8 % i 2031, året før de tar i bruk de nye sykehusene. I 2032 tas de nye byggene i bruk og gevinstene fra prosjektet øker driftsmarginen til i overkant av 10 %.

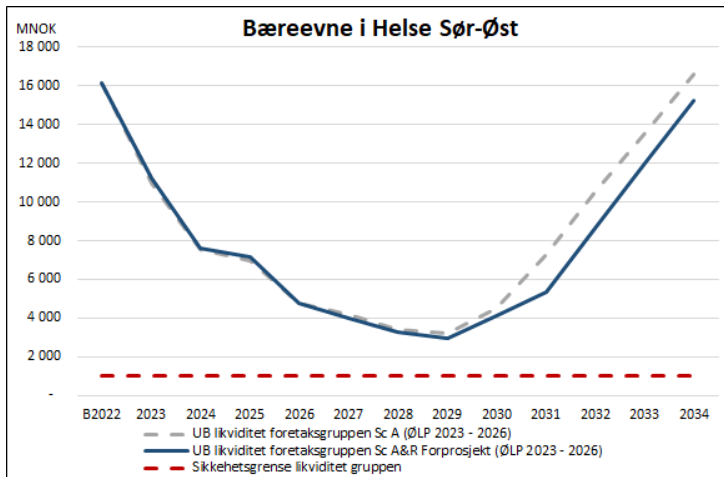
Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien. Figur 2 (høyre side) viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Dersom netto likviditet i grafen er negativ i en periode, har helseforetaket behov for tilsvarende lån av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.

Figuren viser at Oslo universitetssykehus HF forventes å ha spart om lag 6 milliarder kroner i netto av driftskreditt og basisfordring før byggene er ferdigstilt. I 2031 overføres byggene til helseforetaket som belastes i henhold til prosjektenes finansieringsplan. I perioden fra 2031 til 2034 har helseforetaket behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF. I 2031 er netto lånebehov størst med om lag 4,8 milliarder kroner. I perioden 2032 til 2036 er det forutsatt at Ullevål og Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika selges og dermed bidrar til at mellomfinansieringsperioden blir kort.

Oppdatert økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne for prosjektene, basert på forutsetningene som er lagt til grunn for analysene. Helseforetaket vil imidlertid ha behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

2.4 Økonomisk bæreevne helseforetaksgruppen

Basert på vedtatt regional økonomisk langtidsplan, jamfør sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*, har prosjektet gjennomført en oppdatering av den regionale økonomiske bæreevnen som reflekterer endringer i prosjektene gjennom forprosjektfasen. Effekten på regional økonomisk bæreevne vises i Figur 3.



Figur 3: Bæreevne på regionalt nivå oppdatert med forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Analysen som er gjennomført i forprosjektet tar utgangspunkt i foreliggende regionale økonomisk langtidsplan, men med en oppdatering av innspillet fra Oslo universitetssykehus HF. På tidspunktet for ferdigstilling av denne rapporten, har ikke oppdatert innspill vært styrebehandlet av Oslo universitetssykehus HF.

Sammenlignet med innspillet til økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF forut for sak 068-2022 har investeringskostnadene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet økt noe som følge av høyere forventet tillegg. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF flyttet delsalgene av Ullevål og salget av Sognsvannsveien med ett år som følge av at prosjektene ferdigstilles ett år senere. Samlet sett gir endringene fra forprosjektfasen noe lavere likviditet i foretaksgruppen fra 2031, men differansen mot sak 068-2022 lukker seg gradvis når periodiseringseffekten fra salgene er utjevnet. Perioden med lavest likviditet i foretaksgruppen (2027 til 2030), er i liten grad påvirket av endringene fra forprosjektfasen.

Med de felles prioriterte prosjektene som det nå er planlagt for er den regionale likviditeten gjennom hele analyseperioden fortsatt over sikkerhetsgrensen på 1 milliard kroner som ble forutsatt i sak 068-2022.

Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst oppdateres årlig, og ble sist vedtatt i sak 068-2022. Beregningene i dette avsnittet innebærer ikke en beslutning om oppdatering av regionens økonomiske langtidsplan, men inngår for å illustrere effekter.

2.5 Endringer siden konseptfaser rapporten

I denne rapporten benyttes oppdaterte vurderinger av forutsetningene, hovedsakelig investeringskostnader og driftsøkonomiske effekter basert på arbeidet som er gjennomført i forprosjektfasen. Tabell 5 oppsummerer de viktigste endringene i forprosjektfasen sammenlignet med konseptfasen. I tabellen er varige driftseffekter vist som gjennomsnitt over analyseperioden (33 år) for å belyse hvordan endringen påvirker økonomisk bæreevne. For eksempel er gjennomsnittlige kjernedriftsgevinster over analyseperioden 1 495 millioner kroner, selv om det stabile nivået er 1 574 millioner kroner (jamfør Tabell 2). Årsaken er at gevinstene er lavere de første årene og trekker ned gjennomsnittet over analyseperioden.

Oversikt over endringer på prosjektnivå	Konseptfasen, jamfør styresak 050-2019	Konseptfasen ink. tillegg sak 063-2020 og metodeendring	Konseptfasen ved sammenlignbart prisnivå	Forprosjektfasen
Forutsetninger				
ØLP-grunnlag	2020-2023	2020-2023	-	2023-2026
Langsiktig renteforutsetning (jfr ØLP)	2,9 %	2,9 %	-	2,1 %
Ferdigstillelsesår	2030	2030	-	2031
Avdragstid lån	25 år	25 år	-	25 år
Diskonteringsrente driftsøkonomi	4 %	4 %	-	4 %
Diskonteringsrente investering	2,6-3,7 %	2,5 %	-	2,5 %
Input	<i>Desember 2019-kroner</i>		<i>Sammenlignbart prisnivå i juni 2022-kroner</i>	
P50-prosjektkostnad	31 090	32 224	36 818	37 420
Ikke-bygg nær IKT	1 447	1 447	1 653	1 653
Kjernerdriftsgevinster (gjennomsnitt)	1 279	1 279	1 402	1 495
Øvrige driftsøkonomiske effekter (gjennomsnitt)	63	63	69	186
Fri KS fra drift (gjennomsnitt)	724	724	776	809
Resultater	<i>Desember 2019-kroner</i>		<i>Prisnivå i juni 2022-kroner</i>	
Netto likviditetsstrøm fra prosjektet	11 512	8 418	-	21 498
Netto nåverdi ved 4 % diskonteringsrente	-2 710	-5 543	-	-6 655
Netto nåverdi ved 3 % diskonteringsrente	3 780	947	-	972

Tabell 5: Oversikt over endringer i forutsetninger, nøkkeltall og resultater, millioner 2022-kroner

I konseptfaserapporten *Videreutvikling av Aker og Gaustad, Konseptrapport føde, barn og gynekologi*, ble det beregnet en negativ nåverdi på 2,7 milliarder kroner og en netto likviditetsstrøm fra prosjektet i 2063 på 11,5 milliarder kroner. I etterkant ble det besluttet i styresak 063-2020 i Helse Sør-Øst RHF at trykktank, høysmitteisolat og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Groruddalen skulle inkluderes i prosjektene med et investeringsestimat på 1,09 milliarder 2018-kroner.

Siden konseptfasen har Helse Sør-Øst justert metodikken for beregning av netto nåverdi. Tidligere ble investeringen diskontert med flytende rente, som på det tidspunktet gikk fra 2,6 % i 2020 til 3,7 % i 2030. For å etablere en metode som er mer robust for endring over tid diskonteres nå investeringen med en fast rente på 2,5 %, som tilsvarer risikofri rente i statens anbefalte diskonteringsrente. Den metodiske endringen medfører ingen endring i de faktiske forholdene i prosjektet, men påvirker netto nåverdi negativt når man sammenligner med konseptfasen.

Både inkluderingen av tilleggene for trykktank, høysmitteisolat og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Groruddalen, og den metodiske endringen, medfører isolert sett redusert økonomisk bæreevne, sammenlignet med forutsetningene som lå til grunn for konseptfasen og styresak 050-2019. Justert for disse forholdene er konseptfasens netto nåverdi og netto likviditetsstrøm fra prosjektet på henholdsvis -5,5 milliarder kroner og 8,4 milliarder kroner.

I forprosjektet er det utarbeidet oppdaterte investeringskalkyler og Oslo universitetssykehus HF har gjennomført nye og mer detaljerte vurderinger av både kjernerdriftsgevinster og øvrige økonomiske effekter. For prosjektene samlet sett er det beregnet en netto nåverdi på -6,7 milliarder og netto likviditetsstrøm fra prosjektet på 21,5 milliarder kroner i 2064.

Som likviditetsmålet viser har prosjektet målt ved kontantstrøm blitt bedre enn i konseptfasen. Dette skyldes delvis at den oppdaterte rentebanen er redusert sammenlignet med konseptfasen, men også netto bedre kontantstrøm fra de fundamentale forholdene i prosjektet (investeringer og driftsøkonomiske effekter).

Sammenlignet med konseptfasen har investeringene økt, først og fremst som følge av ekstraordinær prisvekst primært knyttet til pandemien og krigen i Ukraina. Ekstraordinær prisvekst i byggekostnadene, utover deflator, utgjør i overkant av 2 milliarder kroner sammenlignet med konseptfasen. I tillegg viser usikkerhetsanalysen i forprosjektfasen at forventet tillegg er om lag 0,6 milliarder høyere enn den prisjusterte rammen fra

konseptfasen. Samlet øker investeringen med om lag 3,9 milliarder kroner sammenlignet med konseptfasen, inkludert økte investeringer fra styresak 063-2020 med 1,1 milliarder kroner.

De driftsøkonomiske effektene er oppdatert av Oslo universitetssykehus HF i forprosjektfasen og viser at kjernedriftsgevinstene i gjennomsnitt over analyseperioden er på 1 495 million kroner i året. Dette er ved sammenlignbart prisnivå i gjennomsnitt om lag 90 millioner kroner høyere enn i konseptfasen. Oslo universitetssykehus HF har også lagt til grunn nye negative økonomiske effekter som kostnader forbundet med innføring av nye driftskonsepter, samt rokade og øvrige investeringer knyttet til realisering av prosjektene. I tillegg har øvrige driftsøkonomiske effekter fra konseptfasen blitt oppdatert, som inkluderer et positivt kontantstrømbidrag knyttet til økte leieinntekter fra Universitetet i Oslo, høyere kontantstrømbidrag fra økt opptaksområde, og lavere differanse i FDV-kostnader mellom prosjektet og nullalternativet. Samlet har kontantstrømbidraget fra driftsøkonomiske effekter økt med om lag 6,4 milliarder kroner i forprosjektfasen.

Samlet sett viser analysene at den underliggende kontantstrømmen fra investeringer og driftsøkonomiske effekter, ved sammenlignbare prisnivåer, har blitt om lag 2,5 milliarder kroner høyere enn i konseptfasen.

I tillegg påvirkes kapitalkostnadene i beregningene av både oppdatert rentebane og endringer i den underliggende kontantstrømmen. Høyere investeringer og periodiseringen av kontantstrømmen gir isolert sett høyere rentekostnader, samtidig som lavere rentebane gir lavere byggelånsrenter, lavere rentekostnader på serielånet og lavere rente på mellomfinansieringen. Netto reduseres kapitalkostnadene med om lag 6,9 milliarder sammenlignet med konseptfasen.

Selv om den underliggende kontantstrømmen i prosjektet er bedre enn i konseptfasen er netto nåverdi redusert sammenlignet med konseptfasen. Årsaken til dette er sammensatt, men skyldes i hovedsak at rentebanen ikke påvirker beregningen av netto nåverdi, samt forhold knyttet til periodisering av kontantstrømmen. I likviditetsmålet benyttes den flytende renten som et uttrykk for «kapitalkostnaden» ved at den akkumulerte kontantstrømmen fra prosjektet belastes/tilføres en rentekostnad/-inntekt som tilsvarer den flytende renten. Ved lik rente over tid tillegges det dermed samme økonomiske verdi av en kontantstrøm uavhengig av når den oppstår.

Ved beregning av netto nåverdi er diskonteringsrenten for driftsøkonomiske effekter 4 %, og kontantstrømmen diskonteres basert på når kontantstrømmen oppstår. Jo senere kontantstrømmen inntreffer jo mindre økonomisk nåverdi blir den tillagt. Siden de positive endringene i forprosjektfasen er varige driftsøkonomiske effekter som inntreffer i perioden 2032 til 2064, samtidig som de negative effektene fra økt investering skjer nærmere i tid, i perioden 2023 til 2031, så reduseres nåverdien sammenlignet med konseptfasen.

I tillegg benyttes det ulike diskonteringsrenter på investeringen (2,5 %) og de driftsøkonomiske effektene (4 %), som medfører at de negative effektene på investeringen vektet relativt sett høyere enn de positive driftsøkonomiske effektene. Sammenlignet med konseptfasen etter styresak 063-2020 og den metodiske endringen er netto nåverdi i forprosjektet redusert med om lag 1,1 milliarder kroner. Ved 3 % diskonteringsrente er netto nåverdi i forprosjektfasen om lag det samme som i konseptfasen (etter metodisk endring og vedtatte tillegg i styresak 063-2020).

3. Prosjektkostnad og finansieringsplan

3.1 Usikkerhetsanalyse byggekostnad

Gjennom forprosjektet har prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF beregnet en oppdatert basiskalkyle for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Basiskalkylen er basert på standard metodikk for byggeprosjekter og er basert på en kombinasjon av detaljerte mengder og enhetspriser, samt overordnede mengde- og prosentpåslag. Atkins Norge AS har bistått med gjennomføringen av en usikkerhetsanalyse per prosjekt som har dannet grunnlaget for prosjektenes P50- og P85-prosjektkostnad. For en nærmere detaljering av usikkerhetsanalysen, metodikk og forutsetninger vises det til dokumentene *Usikkerhetsanalyse Nye Aker* og *Usikkerhetsanalyse Nye Rikshospitalet*, datert 19. august 2022.

Tabell 6 oppsummerer basiskalkylen og P50-prosjektkostnad for prosjektene. Basiskalkylen og usikkerhetsanalysen er i utgangspunktet priset i januar 2021-kroner. I dette dokumentet er det i tråd med etablert metodikk benyttet samme prisnivå som benyttet i sist vedtatte økonomiske langtidsplan. Kalkylen er derfor prisjustert til juni 2022-kroner. I prisjusteringen er det lagt til grunn Helse Sør-Øst sin byggekostnadsindeks for prisjustering fra januar 2021 til desember 2021. Perioden desember 2021 til juni 2022 er prisjustert med 2,5 %, som er den samme forutsetningen som ble lagt til grunn i ordinær økonomisk langtidsplan. Planforutsetningen fra økonomisk langtidsplan er benyttet, og ikke faktisk prisutvikling i perioden, for å opprettholde et konsistent prisnivå i økonomisk langtidsplan og analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. I perioden desember 2021 til juni 2022 har faktisk prisutvikling vært 4,3 %.

Det er investeringskalkylens P50-prosjektkostnad, inkludert rammen for ikke-bygg nær IKT, som inngår i analysene av økonomisk bæreevne og som legges til grunn i Oslo universitetssykehus HF sin økonomiske langtidsplan. I 2022-kroner er det lagt til grunn en samlet P50-prosjektkostnad på 37 420 millioner kroner og en ramme for ikke-bygg nær IKT på 1 653 millioner kroner.

Kalkyle - Prosjektkostnad	Aker		Rikshospitalet		Sum	
Prisnivå	Jan21	Jun22	Jan21	Jun22	Jan21	Jun22
Bygg	13 221	14 355	12 924	14 032	26 145	28 386
Funksjonsutstyr	1 220	1 310	1 555	1 669	2 775	2 979
Arealer til UiO	1 099	1 194	872	946	1 971	2 140
Basiskalkyle	15 540	16 858	15 351	16 647	30 891	33 505
Forventet tillegg	1 660	1 801	1 949	2 114	3 609	3 915
P50 - Prosjektkostnad	17 200	18 659	17 300	18 762	34 500	37 420
Ikke-bygg nær IKT	762	815	783	838	1 544	1 653
P50 - Prosjektkostnad ink. ikke-bygg nær IKT	17 962	19 474	18 083	19 600	36 045	39 074

Tabell 6: Basiskalkyle og prosjektkostnad, inkludert ikke-bygg nær IKT, millioner januar 2021-kroner og juni 2022-kroner

Sammenlignet med konseptfasen prisjustert, inkludert styrevedtatte tillegg (jamfør styresak 063-2020), er den samlede basiskalkylen for de to prosjektene tilnærmet uendret. Kalkylen for Nye Aker har økt med om lag 200 millioner kroner og kalkylen for Nye Rikshospitalet er redusert med om lag 200 millioner kroner. På grunn av høyere forventet tillegg fra usikkerhetsanalysene har P50-prosjektkostnad samlet sett økt med om lag 600 millioner kroner sammenlignet med konseptfasen (om lag 500 millioner i januar 2021-kroner).

3.2 Byggeperiode og pådragsprofil

Byggeperiode og pådragsprofil er utarbeidet av prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF og er basert på oppdatert informasjon i forprosjektet. Investeringskalkylene inkluderer kostnader for gjennomføringen av forprosjektet som startet i januar 2021 og det er lagt til grunn at byggeprosjektene ferdigstilles i fjerde kvartal 2031. Figur 4 oppsummerer byggeperioden og investeringspådraget for prosjektene.



Figur 4: Byggeperiode og investeringspådrag per prosjekt, millioner 2022-kroner

Sammenlignet med forutsetningene som ble til grunn i konseptfasen har byggeperioden økt med ett år som følge av at forprosjektet og reguleringen har tatt lenger tid enn forutsatt i konseptfasen. Selve utbyggingsfasen fra grunnarbeidene starter til byggene er klare for ibruktakelse er forventet å ta omtrent like lang tid som forutsatt i konseptfasen (om lag 7,5 år).

3.3 Forutsetninger for finansiering

3.3.1 Fremmedkapital og byggelånsrenter

I analysen på prosjektnivå er det lagt til grunn at all fremmedkapital behandles som ordinært låneopptak. I revidert nasjonalbudsjett 2019 ble det besluttet at avdragstiden på byggelån kan økes fra 25 år til maksimalt 35 år, men uansett ikke lenger enn prosjektets levetid. I analysene er det forutsatt 25 års avdragstid basert på Oslo universitetssykehus HF sin økonomiske langtidsplan. Prosjektet estimeres å ha en levetid på 33 år basert på vektet avskrivningstid for prosjektkalkylene.

Det er lagt til grunn en flytende rentebane i tråd med forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2023-2026. Rentenivået antas å ligge på 2,1 % fra 2023 og deretter antatt uendret ut analyseperioden. Det er også gjort sensitivitetsanalyser basert på blant annet endringer i lånerente (se delkapittel 5.2).

Det foretas ingen nedbetaling av lån eller renter i byggeperioden og lånefinansieringen kommer først til betaling ved konvertering av lånet etter ibruktakelse. Det er beregnet byggelånsrenter i byggeperioden som legges til lånefinansieringens hovedstol. Størrelsen på byggelånsrenter avhenger av periodiseringen av kostnadspådraget i byggeperioden, rentenivået og fordelingen mellom låne- og egenfinansiering i byggeperioden.

I analyser av helseforetakets bæreevne, som inkluderer egenfinansiering, er det lagt til grunn at 70 % av investeringsbeløpet finansieres med låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet med tillegg for arealer til Universitetet i Oslo som finansieres med 100 % lån fra Helse- og omsorgsdepartementet, i tråd med den godkjente lånesøknaden for prosjektene.

3.3.2 Egenfinansiering

I analyser av helseforetakets bæreevne er det lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF kan bidra med egenfinansiering i form av forventet nivå på oppspart basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF har en regional lånemodell hvor det holdes tilbake likviditet fra helseforetakene til regionalt fellesprioriterte investeringer i bygge- og IKT-prosjekter. Låneforholdet er mellom det enkelte helseforetak og det regionale helseforetaket.

Når et helseforetak skal investere i et regionalt prioritert byggeprosjekt, blir likviditeten tilbakebetalt og fordringen redusert. Et helseforetak kan også ha gjeld til Helse Sør-Øst RHF. Låneforholdet nedbetales gjennom årlig tilbakeholdt likviditet. Denne modellen muliggjør en raskere gjennomføring av regionalt prioriterte investeringer.

4. Driftsøkonomi og -gevinster

4.1 Overordnet om driftsgevinster

Driftseffektene knyttet til investeringsprosjektet består i hovedsak av tre komponenter:

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

Driftsgevinster følger av netto positive økonomiske effekter knyttet til samlokalisering og bedre tilrettelagte arealer i nybygg eller rehabiliterte bygg. I tillegg kan samlokalisering/nybygg muliggjøre andre endringer som kan ha en positiv nettoeffekt, f.eks. bruk av ny teknologi.

Beregningen av de driftsøkonomiske effektene er gjennomført av Oslo universitetssykehus HF og er basert på et omfattende arbeid i helseforetaket. Gevinstrealiseringsarbeidet med Nye Aker og Nye Rikshospitalet har vært gjennomført gjennom lederlinjen i helseforetaket med involvering av tillitsvalgte og verneombud. Alle klinikkene (16 klinikker) i helseforetaket har levert hver sin gevinstrealiseringsplan. Hver klinikkleder har vært ansvarlig for å utarbeide klinikkens gevinstrealiseringsplaner, og de har inkludert avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud i arbeidet. Avdelingslederne har vært ansvarlig for avdelingens innmeldte gevinster til klinikkens gevinstrealiseringsplaner. Samlet sett er det innmeldt gevinster fra 80 avdelinger.

Oslo universitetssykehus HF sin prosjektorganisasjon (*Nye Oslo universitetssykehus*) har bidratt i gevinstarbeidet, blant annet med å utarbeide rapporten *Konkretisering av fagfordeling mellom Nye Aker og Nye Rikshospitalet*. I tillegg har prosjektorganisasjonen til Oslo universitetssykehus HF beskrevet hvilke konsepter (for eksempel farmasitun) som er lagt til grunn for drift i de nye sykehusbyggene. Fagfordelingsrapporten og konseptene har vært viktige forutsetninger for avdelingens utarbeidelse av gevinster.

Hele gevinstplanen som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus HF er dokumentert gjennom en datamodell, samt tilhørende beskrivelser, som samlet sett gir en komplett gevinstrealiseringsplan med beskrivelser av hvilke gevinster som skal realiseres, hvem som har ansvaret for å realisere gevinsten, tiltak som skal gjennomføres for å realisere gevinsten, samt risiko- og interessentanalyser.

For en nærmere detaljering av gevinstene, metodikk og forutsetninger vises det til notatet «*Nye Aker og Nye Rikshospitalet: Økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF*». I denne rapporten er det lagt til grunn mottatt dokument fra Oslo universitetssykehus HF fra 9. september 2022.

4.2 Overordnede forutsetninger for driftsøkonomi

Som en planleggingsforutsetning er det innenfor somatikken lagt til grunn at bydel Alna overføres til Oslo sykehusområde i 2032. Bydelene Grorud og Stovner er i beregningene forutsatt overført til Oslo sykehusområde i 2036. For psykisk helsevern og avhengighet er det lagt til grunn at Alna, Grorud og Stovner overføres samtidig i 2032.

Oslo universitetssykehus HF har årlige krav om forbedring av drift for å muliggjøre nødvendige investeringer. Vekst i lønns- og innleiekostnader skal derfor være lavere enn vekst i inntekter/aktivitet som følge av kravet til løpende driftsforbedringer. Framskrevet bemanning per avdeling i nullalternativet er beregnet ut fra framskrevet aktivitet per avdeling og tar høyde for allerede vedtatte effektiviseringskrav i tråd med helseforetakets økonomiske langtidspan.

Arbeidet med gevinstrealiseringsplanen i Oslo universitetssykehus HF har pågått over flere år og de har derfor lagt til grunn at prosjektet ferdigstilles i tråd med planleggingsforutsetningene fra konseptfasen med ferdigstillelse i 2030 og ibruktakelse av de nye byggene i 2031. I forprosjektet er gjennomføringsplanen til prosjektene oppdatert og det legges nå til grunn ferdigstillelse av byggeprosjektene i fjerde kvartal 2031 og ibruktakelse av de nye byggene i overgangen 2031/2032. I vurderingen av økonomisk bæreevne er det derfor lagt til grunn at de driftsøkonomiske effektene som er utredet av Oslo universitetssykehus HF forskyves med ett år, slik at gjennomføringsplanen for prosjektet og realiseringen av driftsøkonomiske effekter er avstemt.

4.3 Estimerte driftsgevinster og gevinstoversikt

Tabell 7 viser en oversikt over de driftsøkonomiske effektene som er lagt til grunn i forprosjektet. Samlet er det lagt til grunn 1 574 millioner kroner i kjernedriftsgevinster og en netto varig effekt fra øvrige driftsøkonomiske effekter på 234 millioner kroner i år 2041 (som gradvis reduseres i analyseperioden).

Varige driftsøkonomiske effekter	2023	2024	2025-28	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	...	2041
Kjernedriftsgevinster														
Gvinster nye bygg Nye Rikshospitalet							453	515	564	611	654	695	->	856
Gvinster nye bygg Nye Aker							542	579	605	627	646	662	->	718
Sum kjernedriftsgevinster							995	1 095	1 169	1 238	1 301	1 357	->	1 574
Øvrige økonomiske effekter														
Økte FDV-kostnader							-62	-62	-62	-62	-62	-62	->	-62
Effekter av utvidet opptaksområde							189	189	189	189	189	189	->	189
Leieinntekter nyoppførte bygg (kapital) UIO							189	187	184	182	179	177	->	166
Leieinntekter nyoppførte bygg (FDV) UIO							32	32	32	32	32	32	->	32
Konsekvenser av kostnadstilpasninger				-36	-12	-12	-12	-12	-12	-12	-12	-12	->	-12
Økt kostnad driftskonsepter							-80	-80	-80	-80	-80	-80	->	-80
Sum øvrige økonomiske effekter	0	0	-36	-12	-12	-12	257	254	252	249	246	244	->	234
Sum driftsøkonomiske effekter	0	0	-36	-12	-12	-12	1 252	1 349	1 420	1 487	1 547	1 600	->	1 807

Tabell 7: Estimerte driftsøkonomiske effekter som følge av investeringsprosjektene, millioner 2022-kroner

I tillegg er det beregnet midlertidige økonomiske effekter knyttet til Oslo universitetssykehus HF sitt mottaksprosjekt, ulempekostnader i driften, organisasjonsutvikling, samt kostnader knyttet til rokader og øvrige investeringer på om lag 2,7 milliarder kroner i perioden 2023 til 2036.

Midlertidige økonomiske effekter	2023	2024	2025-28	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Sum
Mottaksprosjekt, ulempekostnader og organisasjonsutvikling	-50	-62	-315	-84	-186	-260	-371	-30	-30	-30	-30	-1 448
Rokader og øvrige investerings effekter for OUS	-303	-433	-85	-75	-50	-170	-153					-1 268
Sum midlertidige økonomiske effekter	-353	-494	-400	-159	-236	-430	-524	-30	-30	-30	-30	-2 716

Tabell 8: Midlertidige økonomiske effekter, millioner 2022-kroner

4.4 Kjernedriftsgevinster

Kjernedriftsgevinster er gevinster utløst av prosjektet som påvirker kjernedriften i sykehuset for eksempel gjennom økt produktivitet, reduksjon av årsverk og reduserte varekostnader. Gjennom arbeidet med gevinstrealiseringsplanen er det samlet sett identifisert kjernedriftsgevinster for Nye Aker og Nye Rikshospitalet på 1 574 millioner kroner i året, hvorav det er identifisert 856 millioner kroner ved Nye Rikshospitalet og 718 millioner kroner ved Nye Aker.

I arbeidet med gevinstrealiseringsplanen har Oslo universitetssykehus HF kategorisert kjernedriftsgevinstene i gevinstområder som tilsvarer funksjonsområder i sykehuset. Tabell 9 viser en oversikt over hvordan kjernedriftsgevinstene fordeler seg mellom klinikker og ulike gevinstområder. Se vedlegg 9.2 for en beskrivelse av klinikkforkortelsene.

Gevinstområde/Klinikk	AKU	BAR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	DST	Sum
Administrasjon og ledelse	14	8	1	17	19	8	5	20	2	20	10	4		53			34	217
Akutfunksjoner	13																	13
Annet		7	1	1							5	9	157					179
Bilddiagnostikk								23										23
Ikke-medisinsk service	21												28			3		52
Intensiv	128	16								12								157
Laboratoriemedisin						27												27
Medsinsk service		4		2	1		2				5	2						15
Operasjon/postoperativ	77		16	21	12				12		13	26					29	207
Poliklinikk og dagbehandling	1	13	20	23	11		3		7	17	21	3		11			30	160
Prehospital															12			12
Sengepost		17	14	40	33		17		13	41	37	20		132			27	391
Vaktberedskap	11	2	3	11	7			6		2	5			6			67	120
Sum	265	66	56	115	83	34	27	49	35	93	96	63	185	202	12	3	187	1 574

Tabell 9: Kjernerdriftsgevinster per gevinstområde og klinikk, millioner 2022-kroner

Oslo universitetssykehus HF har i tillegg gjennomført en vurdering av om gevinstene utløses som følge av samlokalisering eller nybygg. I vurderingen har Oslo universitetssykehus HF lagt til grunn at samlokaliseringsgevinster er knyttet til at relativt like funksjoner (for eksempel sengeposter og poliklinikker) og/eller fagmiljøer (for eksempel barnemedisin) fysisk samles. I definisjonen av *samløkaliseringsgevinster* er også skala- og stordriftsfordeler inkludert, som for eksempel ved at overtakelse av nye bydelers integreres med eksisterende virksomhet. Gevinster knyttet til *nye bygg* innebærer ibruktakelse av nye bygningsmessige løsninger (for eksempel enerom), ny teknologi, nye logistikk-løsninger og nye konsepter.

Kategoriene *samløkalisering* og *nye bygg* er ikke gjensidig utelukkende definert i gevinstplanene og gevinstene kan være sammensatt av begge forhold samtidig. I vurderingen til Oslo universitetssykehus HF er gevinstene fordelt mellom kategoriene etter hvilken effekt som utøser gevinsten.

Gevinstrealiseringsplanen viser at 41 % av avdelingenes innmeldte gevinster er knyttet til samlokalisering av fagmiljøer og like funksjoner. Samlokalisering er dermed en vesentlig forutsetning for å sikre økonomisk bæreevne i prosjektene og skyldes at Oslo universitetssykehus HF reduserer antall lokalisasjoner fra tre (Aker, Ullevål og Rikshospitalet) til to lokalisasjoner (Aker og Rikshospitalet).

Sammenlignet med konseptfasen har kjernerdriftsgevinstene, prisjustert med deflator, i gjennomsnitt økt med om lag 90 millioner kroner i året. Gjennom forprosjektet har Oslo universitetssykehus HF utarbeidet en komplett gevinstrealiseringsplan med detaljerte gevinster på avdelingsnivå. Gevinstene kan derfor ikke sammenlignes direkte med gevinstestimaterne i konseptfasen som delvis var basert på mer overordnede analyser.

4.5 Varige driftsøkonomiske effekter

I tillegg til kjernerdriftsgevinstene er det identifisert øvrige driftsøkonomiske effekter som gir en varig effekt på driftsøkonomien i Oslo universitetssykehus HF.

Utvidet opptaksområde

Nye Aker og Nye Rikshospitalet er en del av et fremtidig målbilde for Oslo universitetssykehus HF som blant annet innebærer at de skal overta bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF. Dette innebærer at det må sikres tilstrekkelig kapasitet i Oslo universitetssykehus HF og Nye Aker skal være lokalsykehus for Alna (etappe 1) og senere Grorud og Stovner (etappe 2). For psykisk helsevern og avhengighet er det lagt til grunn at Nye Aker skal overta Alna, Grorud og Stovner i etappe 1.

Ved overføring av bydelene fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF vil det skje en overføring av basisinntekter mellom helseforetakene. I tillegg vil variable inntekter og kostnader flyttes

mellom helseforetakene i tråd med aktiviteten. Faste kostnader og kapitalkostnader vil på kort- og mellomlang sikt blir mindre påvirket av overføringen av bydelene.

Siden Oslo universitetssykehus HF allerede har innarbeidet de største kapitalkostnadene (bygg og utstyr) i investeringskalkylen for Nye Aker er det isolert sett forventet en positiv effekt på driftsresultatet for Oslo universitetssykehus HF ved å overta bydelene i Groruddalen. Oslo universitetssykehus HF har budsjettet med en positiv årlig effekt på driftsresultatet med 189 millioner kroner som følge av utvidet opptaksområde i etappe 1.

Vurderingen av effekten fra økt opptaksområde i konseptfasen bygde på kapitelementet i inntektsmodellen. I forprosjektfasen har det vært dialog mellom Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF knyttet til hva de reelle økonomiske effektene av utvidet opptaksområde vil medføre. Oslo universitetssykehus HF har beregnet at økte avskrivninger og rentekostnader knyttet til utvidet opptaksområde sin andel av nytt sykehusbygg på Aker utgjør om lag 189 millioner kroner, som er om lag 13 % av de totale finansieringskostnadene ved Nye Aker.

Sammenlignet med prisjustert konseptfase har gevinstene knyttet til utvidet opptaksområde økt med om lag 140 millioner i året.

Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

Et nybygg vil kunne medføre endringer i kostnader knyttet til forvaltning, teknisk drift og vedlikehold (FDV). FDV-gevinst består av differansen mellom estimerte FDV-kostnader med nybygg og estimerte FDV-kostnader for byggene som fraflyttes. FDV-kostnadene for nybygg er basert på beregninger (LCC-kalkyler) fra prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst og FDV-kostnadene for bygningsmassen som fraflyttes er basert på beregninger fra Oslo universitetssykehus HF. Analysene viser en negativ nettoeffekt over perioden knyttet til FDV-kostnader hovedsakelig som følge av at nybyggene har større areal enn det som fraflyttes. Totalt er det lagt til grunn en økning i FDV-kostnader på 62 millioner kroner i året.

Sammenlignet med prisjustert konseptfase er netto kostnadsendring på FDV redusert med i gjennomsnitt om lag 40 millioner kroner i året og skyldes nye og oppdaterte livssyklusanalyser i forprosjektfasen.

Leieinntekter fra Universitetet i Oslo (kapital- og FDV-leie)

Jamfør omtale i statsbudsjettet for 2018 skal det *«fastsettes en kostnadsdekkende husleie for universitetsarealene, som dekker forvaltning, drifts-, vedlikeholds- og kapitalkostnader»*. I beregningene er det lagt til grunn at Universitetet i Oslo betaler kostnadsdekkende husleie for sitt eksklusive areal, sin andel av fellesarealene (for eksempel kantine og pauserom), sin andel av ikke-byggnær IKT og kapitalleie for en andel av tomten. Det er lagt til grunn de samme prinsippene som ved Livsvitenskapsbygget hvor Oslo universitetssykehus HF skal leie arealer av Universitetet i Oslo. Kapitelementet er beregnet som et serielån med 25 års avdragstid for å speile Oslo universitetssykehus HF sine lånekostnader. Totale leieinntekter fra Universitetet i Oslo er beregnet til 221 millioner kroner i 2032 og avtakende etter hvert som rentekostnaden på serielånet blir lavere.

Sammenlignet med prisjustert konseptfase har leieinntekter fra Universitetet i Oslo i gjennomsnitt økt med om lag 25 millioner kroner årlig, hovedsakelig som følge av at det i forprosjektfasen er lagt til kostnadsdekkende leie for fellesarealer, tomt og Universitetet i Oslo sin andel av ikke-byggnær IKT. I konseptfasen var det kun de eksklusive arealene som inngikk i beregningen av kostnadsdekkende husleie.

Kostnadstilpasninger i forprosjektet

Gjennom forprosjektfasen har prosjektene vært gjenstand for større og mindre endringer i omfang, løsninger og programmert areal, både som følge av reguleringsprosessen, men også som følge av at det er innarbeidet anbefalte løsninger fra fagrapportene i Oslo universitetssykehus HF. Det er blant annet lagt til grunn at det ikke bygges produksjonskjøkken på Nye Rikshospitalet i etappe 1 og at det eksisterende produksjonskjøkkenet på Ullevål skal betjene hele Rikshospitalet. I tillegg skal det ikke bygges nytt sykehotell på Rikshospitalet i etappe 1. Endringene medfører økt behov for transport av mat og pasienter. I tillegg må produksjonskjøkkenet på Ullevål utvides for økt kapasitet. Samlet er det lagt inn 30 millioner kroner for å utvide produksjonskjøkkenet på Ullevål og 12 millioner i økte driftskostnader for transport av mat og pasienter.

Det er ikke besluttet endelige løsningene for produksjonskjøkken og sykehotell og det er derfor lagt til grunn økonomiske planforutsetninger for å sikre fullstendighet i analysene. Kostnadstilpasningene var ikke kjent i konseptfasen og den driftsøkonomiske effekten fra kostnadstilpasninger er derfor en ren endring sammenlignet med konseptfasen.

Nye driftskonsepter

Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet forslag til *konsepter* som beskriver nye måter å arbeide på i de nye sykehusene. Slike konsepter kan for eksempel være farmasitun, hjemmesykehus og bruk av automatisering og robotisering. De nye konseptene er lagt til grunn i arbeidet med gevinstrealiseringsplanen og er forventet å medføre gevinster for helseforetaket, men det er også knyttet driftskostnader til flere av konseptene. For eksempel vil farmasitun medføre et behov for flere farmasøyter og apotek teknikere. Oslo universitetssykehus HF har estimert at nye konsepter medfører økte driftskostnader på 80 millioner kroner i året.

Konseptene som skal ligge til grunn for driften i de nye sykehusene var ikke konkretisert i konseptfasen så kostnaden for de nye driftskonseptene er en ren økning sammenlignet med konseptfasen.

4.6 Midlertidige økonomiske effekter

I perioden 2023 til 2036 vil det oppstå midlertidige økonomiske effekter i Oslo universitetssykehus HF for å realisere byggeprosjektene, sikre god medvirkning og optimale løsninger, samt innflytting og ibruktakelse av de nye sykehusene.

Mottaksprosjekt, organisasjonsutvikling og ulempekostnader

Mottaksprosjekt og organisasjonsutvikling er knyttet til tiltak for å sikre en god innflytting og ibruktakelse av de nye sykehusene. Dette omfatter blant annet kostnader knyttet til flytting, opplæring av ansatte og medvirkning.

Ulempekostnader er knyttet til bygging tett på sykehus i drift som for eksempel vakthold, transport, og trafikkvakter. I tillegg vil det oppstå merkostnader ved at det fortsatt vil ligge igjen virksomhet på Ullevål i perioden fra 2032 til 2036. Samlet sett er det estimert kostnader til mottaksprosjekt, organisasjonsutvikling og ulempekostnader på 1 448 millioner kroner.

Sammenlignet med prisjustert konseptfase har kostnadene forbundet med mottaksprosjekt, organisasjonsutvikling og ulempekostnader økt med om lag 400 millioner kroner som følge av at det i forprosjektfasen er innhentet erfaringstall fra både Nye Rikshospitalet og Nytt sykehus i Østfold (Kalnes).

Rokader og øvrige investeringer

I tillegg til investeringene i prosjektets styringsramme må Oslo universitetssykehus HF gjennomføre aktiviteter som langsiktig finansieres over helseforetakets ordinære budsjetter. Dette omfatter blant annet å flytte ut

virksomhet fra bygg C1 på Rikshospitalet som skal rives i byggefasen og etablere enten midlertidige eller permanente løsninger for virksomheten som må ut fra C1 (*rokkedeprosjektet*).

I tillegg har det som en del av prosjektutviklingen blitt lagt til grunn at enkelte funksjoner flyttes mellom dagens Rikshospital og programmet for nybygg (omtalt som makeskifter). Hensikten er å samlokalisere eksisterende funksjoner med nye for å oppnå gode funksjonssammenhenger og understøtte effektive arbeidsprosesser i sykehuset. Selv om et makeskifte i utgangspunktet er arealmessig nøytralt har det i noen tilfeller medført at arealer i eksisterende Rikshospital må tilpasses et nytt behov og dermed også et investeringsbehov.

I konseptfasen var det ikke inkludert kostnader for rokkader og øvrige investeringer i prosjektanalysene så kostnaden er en ren økning sammenlignet med konseptfasen. I økonomisk langtidsplan, og vurderingen av helseforetakets økonomiske bæreevne, har investeringen vært innarbeidet de siste årene.

4.7 Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift

Virksomheten som omfattes av prosjektet genererer allerede i dag en fri kontantstrøm gjennom overskudd og at inntekter med tilhørende likviditet også dekker avskrivningene, som er ikke-betalbare kostnader. Den etablerte metodikken i Helse Sør-Øst for prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift tar utgangspunkt i helseforetakets økonomiske langtidsplan. Basert på økonomisk langtidsplan estimeres helseforetakets frie kontantstrøm, og prosjektet tilordnes en andel av denne basert på andel årsverk som omfattes av prosjektet. Denne andelen av helseforetakets frie kontantstrøm inkluderes i analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå.

Det er samlet for Oslo universitetssykehus HF estimert at prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift utgjør 1,1 milliarder kroner i 2028 og det er i denne analysen lagt til grunn at det prosjektuavhengige driftsresultatet (før avskrivninger og renter) er stabilt etter 2028 og kan videreføres på lang sikt, også etter at investeringsprosjektet er realisert. Øvrig investeringsbehov og kapitalforpliktelse er basert på helseforetakets oppdaterte økonomiske langtidsplan 2023-2026. I 2042 og utover er eksisterende gjeld nedbetalt og fri kontantstrøm er stabil med om lag 1,15 milliarder kroner i året.

Prosjektuavhengig fri kontantstrøm er allokert til prosjektene basert på forventet relativ andel årsverk på de nye lokalisasjonene på Aker og Rikshospitalet. Avdrag og renter på eksisterende langsiktig gjeld er allokert til hvert prosjekt dersom den eksisterende gjelden knytter seg til det aktuelle sykehuset.

Tabell 10 viser hvordan prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift er estimert og hvilke forutsetninger som er lagt til grunn. Tabellen er basert på data og forutsetninger fra oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026 mottatt fra Oslo universitetssykehus HF.

Fri kontantstrøm fra drift	2028	2029	...	2036	2037	...	2042
Budsjettet ordinært resultat (ekskl. salg AM)	958						
+ Av-/nedskrivninger (ekskl. nybygg)	1 281						
- Inntektsføring av investeringstilskudd	73						
- Netto finansresultat	-218						
= EBITDA (ekskl. salg AM)	2 383						
- Normalisering (prosjektavhengige kostnader)	209						
= Normalisert EBITDA	2 174	2 174	...	2 174	2 174	...	2 174
- Avdrag og renter eksisterende lang.gjeld	102	101	...	63	63	...	0
- Avdrag finansiell leasing	157	135	...	21	16	...	0
- Reinvesteringsbehov	746	798	...	934	976	...	985
- Endring arbeidskapital	38	37	...	156	45	...	47
= Fri kontantstrøm fra drift	1 132	1 104	...	1 000	1 074	...	1 142
<i>Aker soma</i>	230	225	...	196	211	...	227
<i>Aker psyk</i>	121	118	...	104	111	...	111
<i>Gaustad</i>	484	471	...	415	446	...	479

Tabell 10: Estimert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift, millioner 2022-kroner

Sammenlignet med prisjustert konseptfase har fri kontantstrøm fra drift i gjennomsnitt økt med om lag 30 millioner kroner i året. På grunn av periodisering er imidlertid den samlede effekten på økonomisk bæreevne relativt liten.

5. Bæreevne prosjektnivå

5.1 Økonomisk bæreevne - innledning

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

Analysene av økonomisk bæreevne tar utgangspunkt i følgende grunnforutsetninger:

- Kroneverdi: Juni 2022-kroner
- Økonomisk levetid: 33 år
- Nedbetalingstid lån: 25 år
- Rentesats: 2,1 - 2,2 % (snitt 2,1 %)
- Inkludere byggelånsrenter: Ja
- Rente på mellomfinansiering: Ja
- Diskonteringsrente for driftsgevinster: 4 %
- Diskonteringsrente for investeringer: 2,5 %
- Nåverditidspunkt: 01.01.2023
- Inkludere restverdier: Nei
- Salgsmidler: Nei (se omtale under)

Økonomisk levetid er estimert med utgangspunkt i kalkulerte investeringskostnader og tilhørende avskrivningstid for de ulike delkomponentene i investeringsprosjektet (f.eks. bygningskropp, MTU, el-anlegg, IKT mm.). Den økonomiske levetiden tilsvarer vektet avskrivningstid, og er et estimat for tiden det vil ta før det må antas å være behov for større reinvesteringer. Det er dermed ikke lagt til grunn restverdier i analysene. Dette innebærer også at utskiftningselementer er holdt utenfor analysene ved beregning av endring i FDV-kostnader og beregning av leie fra Universitetet i Oslo på prosjektnivå.

I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF, den 15. juni 2021, ble det vedtatt at Helse Sør-Øst RHF skal *avvente salg av sykehusomta på Ullevål til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus*. Det følger av vedtaket at et salg av hele eller deler av Ullevål ikke utløses som en konsekvens av å gjennomføre etappe 1 for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, og salgsverdien av Ullevål er derfor ikke inkludert som en effekt i analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. I økonomisk langtidsplan og vurderingen av helseforetakets økonomiske bæreevne, som også inkluderer helseforetakets øvrige finansierings- og investeringsaktiviteter, er salget av Ullevål inkludert som en planforutsetning i tråd med tidligere versjoner av økonomisk langtidsplan.

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

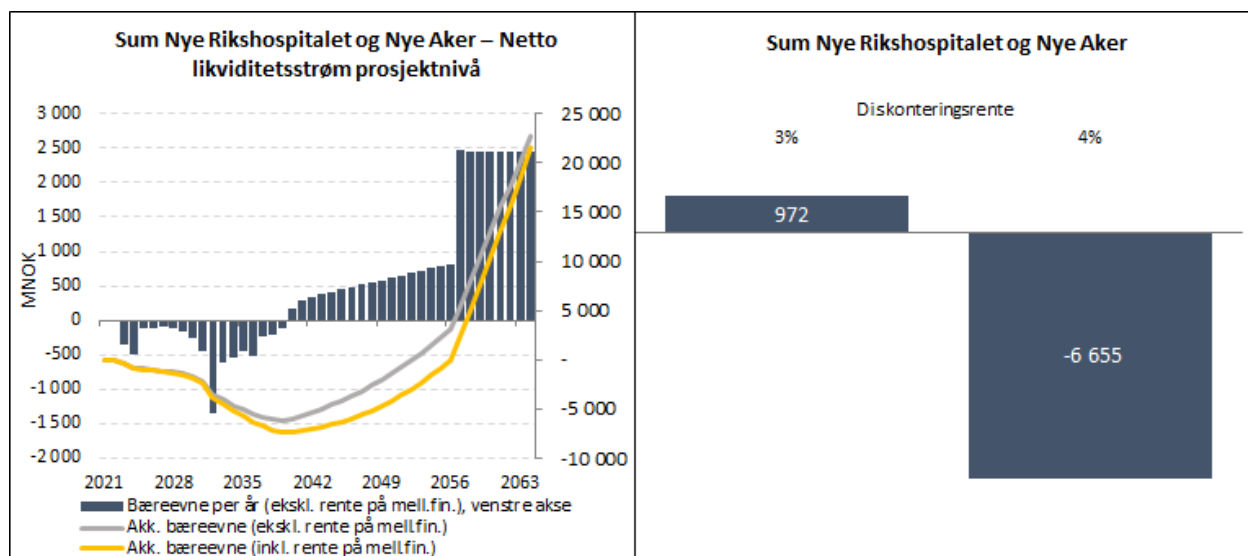
¹ Sykehusbygg HF, Veileder for tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter, 2017; Finansdepartementet, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, *Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne – veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg*, 2010; Helse Sør-Øst RHF, Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter, 2021.

5.1.1 Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Det er lagt til grunn et investeringsbehov for nybygg på 37,4 milliarder kroner, eksklusive tomtekostnader, og 1 653 millioner kroner i ikke-byggnær IKT. Totale driftsgevinster utgjør ca. 1,8 milliarder kroner i året fra 2041, hvorpå kjernedriftsgevinster er på et stabilt nivå.

Prosjektet viser en netto negativ nåverdi på 6,7 milliarder kroner ved en diskonteringsrente på 4 % for driftsøkonomiske effekter. Ved diskonteringsrente på 3 % er netto nåverdi positiv med om lag 1 milliard kroner.

Prosjektet vil føre til en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 21,5 milliarder kroner i 2064 inklusive renter på mellomfinansiering. Prosjektet vil ha et mellomfinansieringsbehov i perioden fram til år 2057. På det mest negative punktet i 2039 vil mellomfinansieringsbehovet beløpe seg til 7,4 milliarder kroner.



Figur 5: Økonomisk bæreevne på prosjektnivå ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet, millioner 2022-kroner

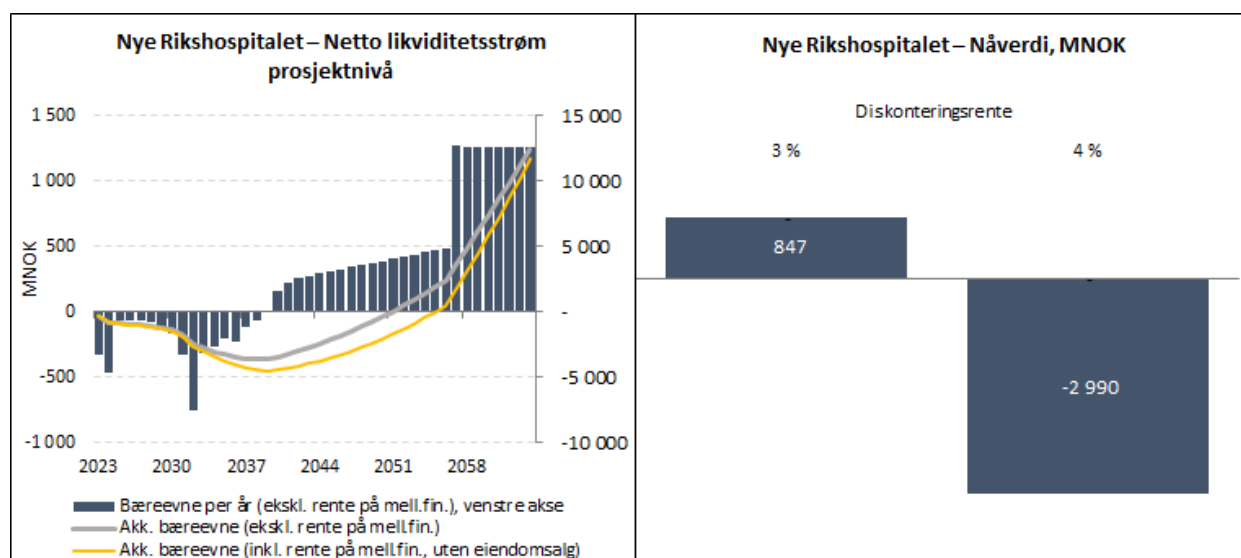
Analysen viser at prosjektene ikke har økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 4 %, men at det er økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 3 %.

5.1.2 Nye Rikshospitalet

Det er lagt til grunn et investeringsbehov for nybygg på 18,8 milliarder kroner og 838 millioner kroner i ikke-byggnær IKT. Totale driftsgevinster utgjør ca. 862 millioner kroner i året fra 2041, hvorpå kjernedriftsgevinster er på et stabilt nivå.

Nye Rikshospitalet viser en negativ netto nåverdi på 3 milliarder kroner ved en diskonteringsrente på 4 %. Ved diskonteringsrente på 3 % er netto nåverdi positiv med 0,85 milliarder kroner.

Prosjektet vil føre til en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 11,7 milliarder kroner i 2064 inklusive renter på mellomfinansiering.



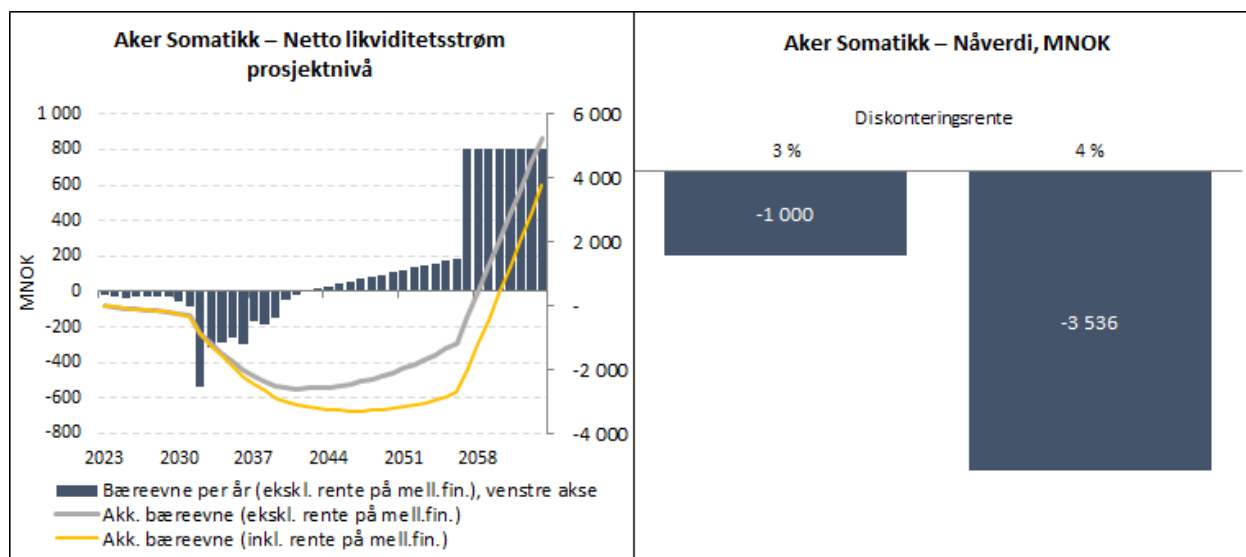
Figur 6: Økonomisk bæreevne på prosjektnivå ved Nye Rikshospitalet, millioner 2022-kroner

Analysen viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 4 %, men at det er økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 3 %.

5.1.3 Aker somatikk

Det er lagt til grunn et investeringsbehov for nybygg på 14 milliarder kroner, ekskludert tomteknader, og 611 millioner kroner i ikke-bygg nær IKT. Totale driftsgevinster utgjør ca. 643 millioner kroner i året fra 2041, hvorpå kjernedriftsgevinster er på stabilisert nivå.

Nye Aker somatikk viser en negativ netto nåverdi på om lag 3,5 milliarder kroner ved en diskonteringsrente på 4 %. Ved diskonteringsrente på 3 % er netto nåverdi negativ med 1 milliard kroner. Prosjektet vil føre til en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 3,8 milliarder kroner i 2064 inklusive renter på mellomfinansiering.



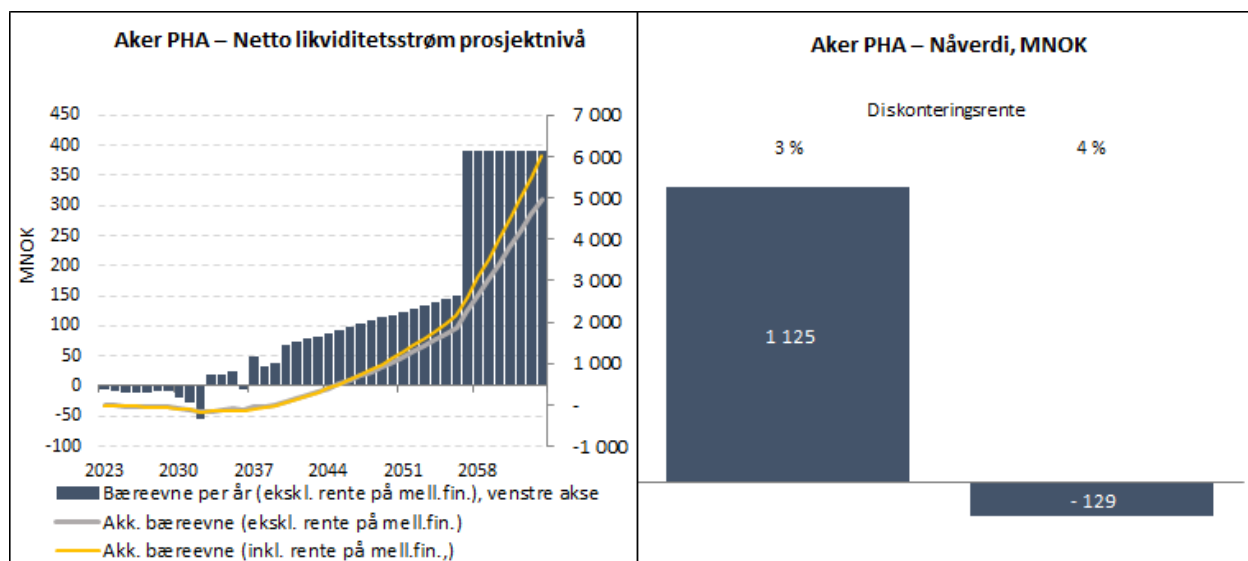
Figur 7: Økonomisk bæreevne på prosjektnivå ved Nye Aker somatikk, millioner 2022-kroner

Analysen viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne ved hverken 3 % eller 4 % diskonteringsrente.

5.1.4 Nye Aker psykisk helsevern og TSB

Det er lagt til grunn et investeringsbehov for nybygg på 4,7 milliarder kroner, ekskludert tomtekostnader, og 204 millioner kroner i ikke-byggnær IKT. Totale driftsgevinster utgjør ca. 302 millioner kroner i året fra 2041, hvorpå kjernedriftsgevinster er på stabilisert nivå.

Analysene viser at netto nåverdi for Nye Aker psykisk helsevern og TSB er negativ med 129 millioner kroner ved en diskonteringsrente på 4 %. Ved diskonteringsrente på 3 % er netto nåverdi positiv med 1,1 milliard kroner. Prosjektet vil føre til en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 6 milliarder kroner i 2064 inklusive renter på mellomfinansiering.



Figur 8: Økonomisk bæreevne på prosjektnivå ved Nye Aker PHA, millioner 2022-kroner

Analysen viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 4 %, men at det er økonomisk bæreevne ved en diskonteringsrente på 3 %.

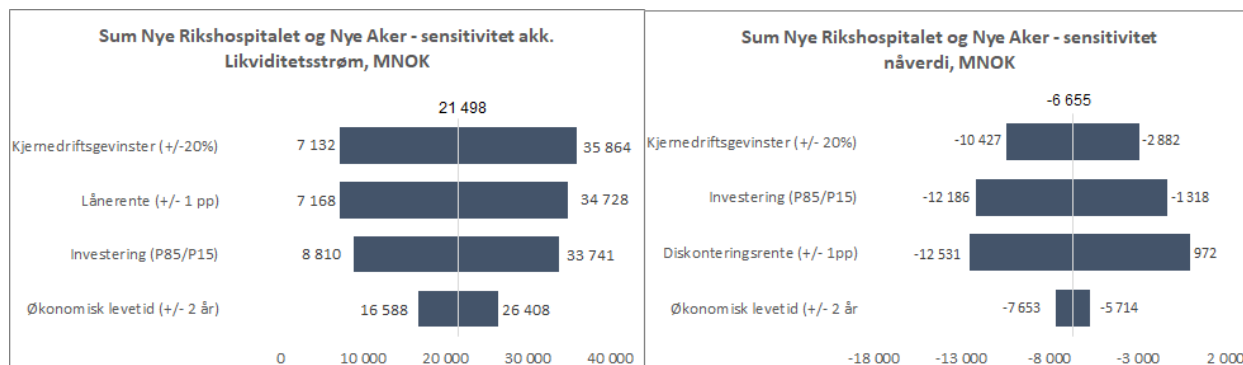
5.2 Sensitivitetsanalyser

Det er gjennomført analyser av hvilken effekt endringer av overordnede forutsetninger vil ha på det samlede prosjektets økonomiske bæreevne, ved å analysere følgende endringer:

- Kjernedriftsgevinster: $\pm 20 \%$
- Investeringskostnad: P15 som nedre terskelverdi og P85 som øvre terskelverdi
- Diskonteringsrente (nåverdi): ± 1 prosentpoeng
- Lånerente: rentebane (netto likviditetsstrøm): ± 1 prosentpoeng
- Økonomisk levetid: ± 2 år

Sensitivitetene for kjernedriftsgevinstene er vurdert med utgangspunkt i Oslo Universitetssykehus HF sine risikovurderinger i «Nye Aker og Nye Rikshospitalet: Økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF», hvor avdelingsledere og klinikkledere har gjennomført en risikovurdering av gevinstrealiseringsplanene, og identifisert risikoreduserende tiltak. Etter risikoreduserende tiltak klassifiserer Oslo Universitetssykehus HF om lag halvparten av gevinstene som gevinster med akseptabel risiko, og halvparten med «noe» risiko hvor det må vurderes ytterligere risikoreduserende tiltak.

Figur 9 oppsummerer sensitivitetsanalysene som er gjennomført for prosjektene. Figurene viser hvordan et positivt og negativt scenario gir utslag på henholdsvis akkumulert likviditetsstrøm og netto nåverdi for prosjektene. Alle scenariene er beregnet med utgangspunktet i grunnforutsetningene i analysene som er vist ved den grå vertikale streken i grafene. De blå horisontale stolpene viser utfallsrommet for henholdsvis akkumulert likviditetsstrøm og netto nåverdi for hvert scenario, gitt parameterne i scenariet (for eksempel endring lånerente på pluss/minus 1 %-poeng).



Figur 9: Oppsummering av sensitivitetsanalyser av prosjektets bæreevne og nåverdi ved 4 % diskonteringsrente

Sensitivitetsanalysene viser at prosjektenes økonomiske bæreevne er sensitiv for endringer i både investeringen og kjernedriftsgevinstene. I tillegg er likviditetsstrømmen fra prosjektene sensitiv for endringer i lånerenten og netto nåverdi sensitiv for endringer i diskonteringsrenten. Prosjektene har positiv likviditetsstrøm i alle scenarioene, mens netto nåverdi kun blir positiv ved 3 % diskonteringsrente.

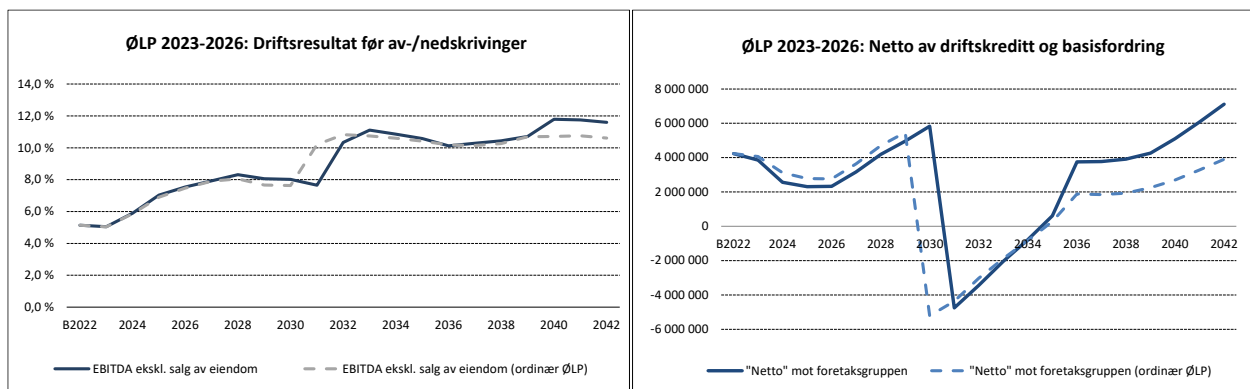
6. Bæreevne helseforetaksnivå

6.1 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

Hitil i delrapporten har vurderinger av økonomisk bæreevne og nåverdier hatt et fokus på prosjektenes kontantstrøm og økonomiske endringer. Dette innebærer at analysene ikke tar hensyn til bl.a. resultatregnskapets konsekvenser (f.eks. avskrivninger). Prosjektene må imidlertid også ses i sammenheng med helseforetakets øvrige investerings- og driftsøkonomiske planer. Dette gjøres ved å innarbeide prosjektene i helseforetakets økonomiske langtidsplan.

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

Figur 10 (venstre) viser helseforetakets budsjetterte utvikling i driftsmargin (før avskrivninger og renter). Oslo universitetssykehus HF har forutsatt effektivisering i forkant av byggeprosjektene og driftsmarginen går fra om lag 5 % i 2022 til om lag 8 % i 2031, året før de tar i bruk de nye sykehusene. I 2032 tas de nye byggene i bruk og gevinstene fra prosjektet øker driftsmarginen til i overkant av 10 %.



Figur 10: Utvikling i driftsresultat 2022-2042 (venstre), samt utvikling i netto av driftskreditt og basisfordring 2022-2042 (høyre)

Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien. Figur 10 (høyre side) viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Dersom netto likviditet i grafen er negativ i en periode, har helseforetaket behov for tilsvarende lån av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.

Figuren viser at Oslo universitetssykehus HF har spart opp om lag 6 milliarder kroner i netto av driftskreditt og basisfordring før byggene er ferdigstilt. I 2031 overføres byggene til helseforetaket som belastes i henhold til prosjektenes finansierungsplan. I perioden fra 2031 til 2034 har helseforetaket behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF. I 2031 er lånebehovet størst med om lag 4,8 milliarder kroner. I perioden 2032 til 2036 er det forutsatt at Ullevål og Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika selges, som bidrar til at mellomfinansierungsperioden blir kort.

Etter første etappe av Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil det fortsatt være pasientbehandling innen fagområdene øye, smerteklinikken og enkelte funksjoner knyttet til barn og stråleterapi på Ullevål, sammen med enkelte nødvendige medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner, administrasjon og ikke-klinikknær forskning. Det er gjennomført en oppdatert kartlegging av arealene som gjenstår etter den første etappen. Basert på kartleggingen er det vurdert at den økonomiske planforutsetningen for etappe 2 av Nye Aker og Nye Rikshospitalet i økonomisk langtidsplan opprettholdes som i ordinær økonomisk langtidsplan.

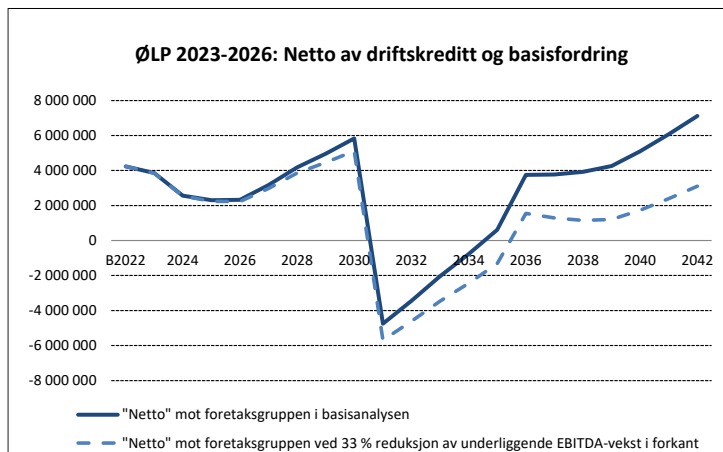
Oppdatert økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF viser at basert på de forutsetninger som er lagt til grunn så har helseforetaket økonomisk bæreevne for prosjektene. Helseforetaket vil imidlertid ha behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

6.2 Sensitivitetsanalyser på helseforetaksnivå

Oppdatert økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF viser økonomisk bæreevne under de forutsetningene som er lagt til grunn for effektivisering og kostnadstilpasning i forkant, gevinstrealisering og investeringer i nye bygg. De påfølgende delkapitlene viser sensitivitetsanalyser for helseforetakets økonomiske bæreevne ved endring av vesentlige drivere for driftsøkonomi og investeringer.

6.2.1 Effektivisering i drift og kostnadstilpasning i forkant

Oslo universitetssykehus HF planlegger for en effektivisering i drift og kostnadstilpasning i forkant av byggeprosjektene ved Aker og Rikshospitalet. Over perioden fra 2023 til 2031 er driftsresultatmarginen før av- og nedskrivninger (EBITDA-marginen) forutsatt å vokse fra om lag 5 % i 2023 til om lag 8 % i 2031. I økonomisk langtidsplan er det forutsatt en netto EBITDA-forbedring i foretaket på om lag 570 millioner kroner i perioden (ekskludert gevinster fra Nye Radiumhospitalet, Ny Sikkerhetspsykiatri og Livsvitenskapsbygget). Sensitivitetsanalysen i Figur 11 viser effekten på helseforetakets bæreevne dersom 33 % av effektiviseringen ikke realiseres og forblir en varig effekt ut analyseperioden.

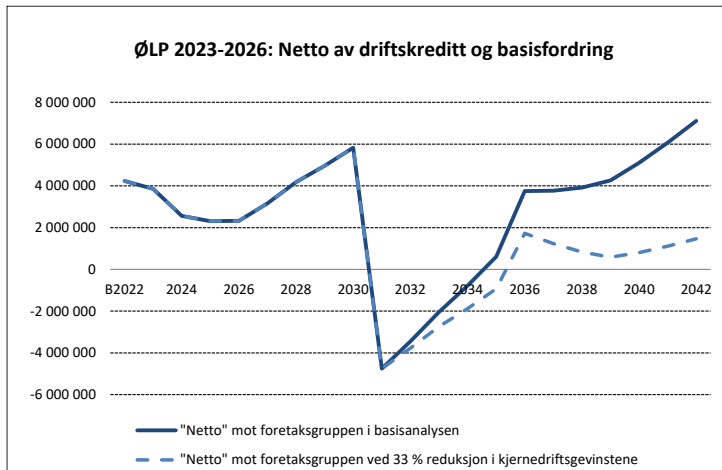


Figur 11: Sensitivitetsanalyse ved grad av effektivisering og kostnadstilpasning i forkant

Dersom 33 % av den budsjetterte EBITDA-forbedringen i forkant av Nye Aker og Nye Rikshospitalet ikke realiseres vil mellomfinansieringsbehovet øke, men likviditeten re-etableres i løpet av analyseperioden (2064) og Oslo universitetssykehus HF har fortsatt langsiktig økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå.

6.2.2 *Gevinstrealisering fra prosjektet*

Samlet sett er det lagt til grunn kjernedriftsgevinster på 1 574 millioner i årlige gevinster for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Sensitivitetsanalysen i Figur 12 viser effekten på helseforetakets bæreevne dersom kjernedriftsgevinstene reduseres med 33 % og forblir en varig effekt ut analyseperioden.

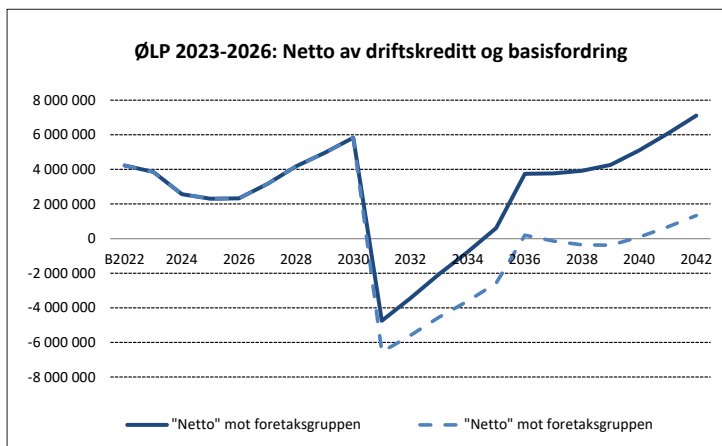


Figur 12: Sensitivitetsanalyse ved reduksjon av kjernedriftsgevinstene

Sensitivitetsanalysene viser at hvis de varige kjernedriftsgevinstene reduseres med 33 % hele analyseperioden så har ikke Oslo universitetssykehus HF økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå. For at helseforetaket skal ha økonomisk bæreevne må om lag 80 % av kjernedriftsgevinstene realiseres.

6.2.3 *Investeringskostnader*

I analysene av økonomisk bæreevne er det lagt til grunn at prosjektene gjennomføres i henhold til P50-prosjektkostnad, som medfører 50 % sannsynlighet for at prosjektene gjennomføres innenfor rammen. Sensitivitetsanalysen i Figur 13 viser effekten på helseforetakets bæreevne dersom prosjektene gjennomføres til P85-prosjektkostnad, som tilsvarer en økning i investeringen på om lag 16,5 %.

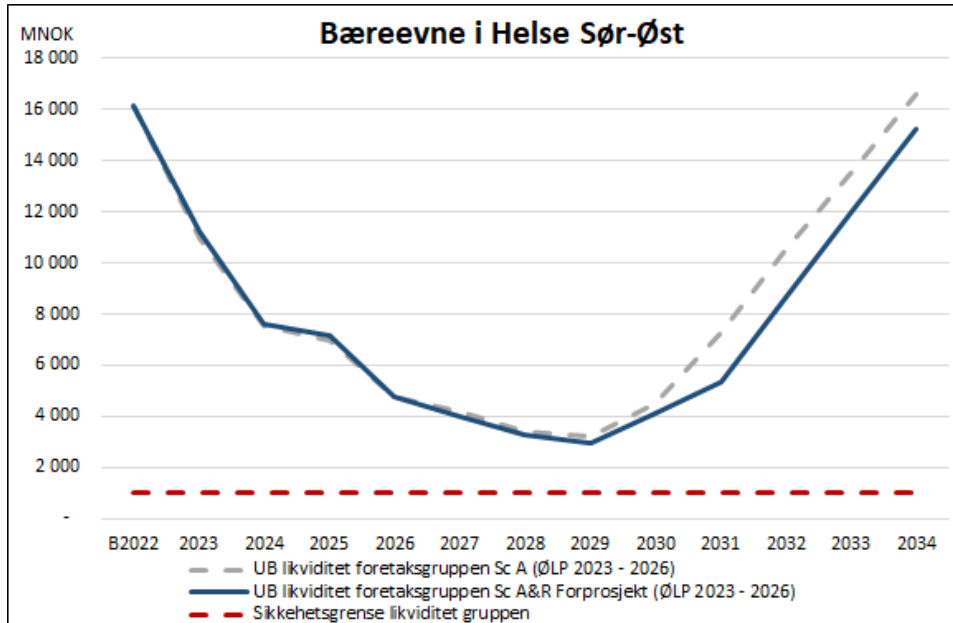


Figur 13: Sensitivitetsanalyse ved investering tilsvarende P85

Sensitivitetsanalysene viser at Oslo universitetssykehus HF på kort vil ha behov for økt mellomfinansiering hvis investeringen gjennomføres til P85-prosjektkostnad. Likviditeten re-etableres i løpet av analyseperioden (2064) og Oslo universitetssykehus HF har fortsatt langsiktig økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå.

7. Bæreevne helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst

Basert på vedtatt regional økonomisk langtidsplan, jamfør sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*, har prosjektet gjennomført en oppdatering av den regionale økonomiske bæreevnen som reflekterer endringer i prosjektet gjennom forprosjektfasen. Effekten på regional økonomisk bæreevne vises i Figur 14.



Figur 14: Bæreevne på regionalt nivå oppdatert med forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet

En investeringsportefølje av denne størrelsesorden påvirker den samlede økonomiutviklingen i Helse Sør-Øst. Et låneopptak i forbindelse med prosjektet gir fremtidige forpliktelser som kan medføre redusert økonomisk handlingsrom. Finansieringsplanen til Nye Aker og Nye Rikshospitalet innebærer uttak og opplåning av regionale midler, via den regionale låneordningen mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF.

I sitt innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 hadde Oslo universitetssykehus HF innarbeidet Nye Aker og Nye Rikshospitalet basert på forutsetninger fra konseptfasen med etterfølgende styresaker. Det var dermed tatt høyde for prosjektene i sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026* for Helse Sør-Øst. Det ble vist at foretaksgruppen hadde økonomisk handlingsrom for å planlegge de felles prioriterte investeringsprosjekter som var innarbeidet i saken.

Analysen som er gjennomført i forprosjektet tar utgangspunkt i foreliggende regionale økonomisk langtidsplan, men med en oppdatering av innspillet fra Oslo universitetssykehus HF. På tidspunktet for ferdigstilling av denne rapporten, har ikke oppdatert innspill vært styrebehandlet av Oslo universitetssykehus HF. Sammenlignet med innspillet forut for sak 068-2022 har investeringskostnadene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet økt noe som følge av høyere forventet tillegg. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF flyttet delsalgene av Ullevål og salget av Sognsvannsveien med ett år som følge av at prosjektet har ett år lenger gjennomføringstid. Samlet sett gir endringene fra forprosjektfasen noe lavere likviditet i foretaksgruppen fra 2031, men differansen mot sak 068-2022 lukker seg gradvis når periodiseringseffekten fra salgene er utjevnet. Perioden med lavest likviditet i foretaksgruppen (2027 til 2030), er i liten grad påvirket av endringene fra forprosjektfasen.

Med de felles prioriterte prosjektene som det nå er planlagt for er den regionale likviditeten gjennom hele analyseperioden fortsatt over sikkerhetsgrensen på 1 milliard kroner som ble forutsatt i sak 068-2022.

Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst oppdateres årlig, og ble sist vedtatt i sak 068-2022. Beregningene i dette avsnittet innebærer ikke en beslutning om oppdatering av regionens økonomiske langtidsplan, men inngår for å illustrere effekter.

8. Vedlegg økonomisk bæreevne

8.1 Om beregning av økonomisk bæreevne

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

8.2 Økonomisk bæreevne på prosjektnivå

Analysen av økonomisk bæreevne over et investeringsprosjekts økonomiske levetid har som mål å sammenligne forventede driftsgevinster opp mot avdrag og renter på kapital som finansierer prosjektet. Et investeringsprosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på lånefinansieringen samtidig som prosjektets nåverdi er lik eller større enn null.

Positiv likviditetsstrøm fra investeringen

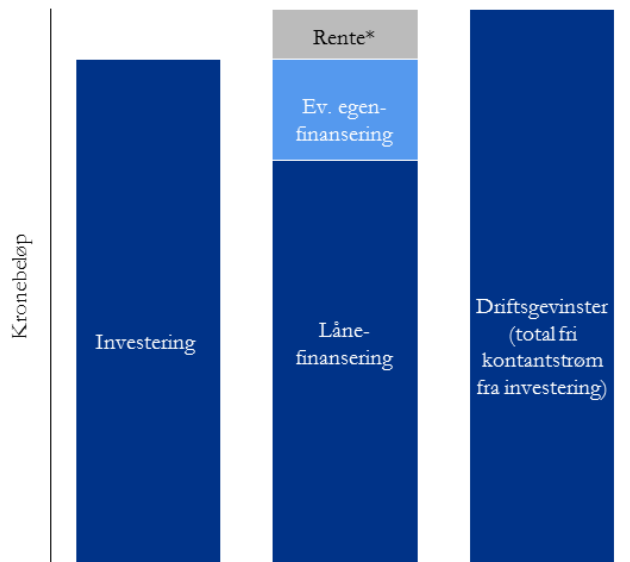
Figur 16 illustrerer vurderingen av økonomisk bæreevne over et prosjekts økonomiske levetid som sammenhengen mellom investering, finansiering og driftsgevinster.

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

Netto nåverdi

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

Netto nåverdi består av summen av investeringsutgifter og neddiskonterte driftsgevinster over prosjektets økonomiske levetid, og illustrerer driftsøkonomisk lønnsomhet for prosjektet. Det vil være usikkerhet og risiko knyttet til estimer for fremtidige kontantstrømmer, og nåverdimetoden justerer for denne risikoen ved at



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

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

fremtidige driftsgevinster nedjusteres med en diskonteringsrente. Nåverdiberegninger er bl.a. følsomme for diskonteringsrenten som benyttes og driftsgevinstenes periodisering (tidsprofil over levetiden).

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

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

8.3 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektenes levetid. I analyser av bæreevne på helseforetaksnivå vil foretakets egenfinansiering inkluderes slik at lånefinansieringen representerer faktisk lånebehov. Videre vil økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå omfatte økonomisk utvikling av foretakets samlede virksomhet. Det innebærer at investeringsprosjektet og tilhørende økonomiske konsekvenser ses i sammenheng med utviklingen i øvrig virksomhet. Økonomisk bæreevne i helseforetaksperspektiv er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt.

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

8.3.1 Betingelser for økonomisk bæreevne

Det fremkommer av finansstrategien i Helse Sør-Øst kapittel 8.7:

Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

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

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

- Likviditetsstrøm fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger
- Likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold

- Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at fremtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- Og at eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom

9. Øvrige vedlegg

9.1 Styresaksreferanser

Bakgrunn og prosjektutløsende behov, samt rammer for prosjektet er forankret i følgende styresaker i Oslo universitetssykehus HF og i Helse Sør-Øst RHF med tilhørende vedtak:

- Styresak 08-2016 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 28-2016 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 39/2017 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 77/2018 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 39/2019 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 55/2020 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 79/2020 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 072-2017 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 088-2017 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 006-2019 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 050-2019 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 063-2020 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 124-2020 i Helse Sør-Øst RHF

9.2 Klinikkforkortelser

Forkortelse	Definisjon
AKU	Akuttklinikken
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
KRE	Kreftklinikken
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
KVI	Kvinneklinikken
MED	Medisinsk klinikk
NVR	Nevroklipnikken
OPK	Ortopedisk klinikk
OSS	Oslo sykehuservice
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
PRE	Prehospital klinikk
TIK	Teknologi- og innovasjonsklinikken
DST	Direktørens stab