

Prosjekt:

# Stråle og Somatikkbygg Kalnes

Tittel:

## Økonomiske analyser steg 1



01	Utarbeidet for konseptrapport steg 1		30.01.24	Marianne Wik		
Rev.	Beskrivelse		Rev. Dato	Utarbeidet av		
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
					<b>Side 1 av 12</b>	
Prosjekt:	Opphavskode:	Fag:	Dok.type:	Løpenr.:	Rev.nr.:	Utgiv.kode
<b>SSK</b>	<b>0000</b>	<b>Z</b>	<b>KB</b>	<b>0002</b>	<b>01</b>	<b>G</b>

## Innholdsfortegnelse

1	Driftsøkonomiske gevinster .....	3
2	Finansieringsforutsetninger .....	6
3	Økonomisk bæreevne .....	6
3.1	Økonomisk bæreevne prosjektnivå .....	7
3.2	Nåverdianalyse .....	8
3.3	Analyse av likviditetsstrøm .....	10
3.4	Økonomisk bæreevne foretaksnivå .....	10

## Figuroversikt

Figur 1	Pådragsprofilen i de ulike alternativene .....	8
Figur 2	Nåverdi prosjektnivå MNOK .....	9
Figur 3	Internrente prosjektnivå .....	9
Figur 4	Netto likviditetsstrøm prosjektnivå .....	10
Figur 5	Netto av driftskreditt og basisfordring .....	11
Figur 6	Netto av driftskreditt og basisfordring .....	12

## Tabelloversikt

Tabell 1	Alternativ 1 - Kun somatikkbygg .....	3
Tabell 2	Alternativ 2 Stråle- og somatikkbygg .....	4
Tabell 3	Alternativ 3A og 3B - Stråle- og somatikkbygg trinnvis utbygging .....	4
Tabell 4	Alternativ 1 .....	5
Tabell 5	Alternativ 2 .....	5
Tabell 6	Alternativ 3A og 3B .....	5
Tabell 7	Beregnet investeringskostnad for alternativ 1, 2, 3 og 3B .....	7

# 1 Driftsøkonomiske gevinster

Behovet for utvidelse kan deles i to hovedanliggender:

1. Etablere tilbud for strålebehandling ved SØ.
2. Utvide somatisk virksomhet for å ivareta dagens og fremtidens kapasitet.

Investeringer for kapasitetsutvidelse utgjør hoveddelen av investeringen.

Prosjektet har p.t. ikke kartlagt noen gevinster i form av reduserte behov for bemanning eller andre driftskostnader som en direkte følge av prosjektet. Videre kartlegging av mulige effekter vil skje gjennom konseptfase steg 2 og skisseprosjektet. Utvidelsen vil imidlertid gjøre at SØ kan ivareta befolkningsveksten og behovet for spesialisthelsetjenester i eget opptaksområde i tiden fremover. Alternativt vil manglende kapasitet kreve et stadig økende behov for kjøp av helsetjenester i andre helseforetak eller tilbud i privat regi.

Det er forutsatt at bemanning på døgnområdene ikke øker proporsjonalt med økningen i antall senger da det i dag er budsjettert med bemanning for å ivareta et forventet belegg på utover 100 % på flere døgnområder. Det forventes at deler av denne bemanningen kan overføres til nye døgnområder. Videre er det forutsatt at ikke alle tun tas i bruk ved ferdigstilling i 2030, men at bemanningsøkningen følger forventet aktivitetsvekst i årene fremover.

Det er i konseptfase steg 1 ikke lagt inn forutsetninger om at nye døgnområder vil være mer effektive bemanningsmessig. Dette vil utredes videre i konseptfase del 2 i forbindelse med utarbeidelse konsepter og skisser for nye døgnområder.

Ved utbygging av somatikkdelen påvirkes driftsøkonomien gjennom reduserte kostnader til kjøp av somatiske sengeplasser fra andre helseforetak, hovedsakelig Oslo universitetssykehus (OUS). For SØ vil effekten være økte kostnader til bl.a. bemanning og forbruksmateriell.

For å ivareta forventet aktivitetsvekst i de ulike alternativene er det forutsatt følgende bemanningsvekst i de ulike alternativene:

Tabell 1 Alternativ 1 - Kun somatikkbygg

Årsverk	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Sum
Sykepleier	0	0	0	0	0	121	0	0	0	0	36	0	0	0	0	23	181
Lege	5	5	5	5	5	32	5	5	5	5	13	5	5	5	5	9	125
Merkantilt	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8
Annet	5	4	0	0	0	21	17	4	0	4	12	0	0	4	5	12	89
Risikomargin	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	18
Sum årsverk	11	9	5	5	5	186	23	9	5	9	68	5	5	9	11	52	420

Beregnet behov for bemanning tar utgangspunkt i gjeldende framskrivningsmodell som angir behov for aktivitetsnivå knyttet til døgn, dag og poliklinisk aktivitet. Behovet for sykepleiere er beregnet med en faktor per seng basert på dagens drift. I beregningen er det forutsatt at det på de sengeområder som har en bemanningsplan basert på et høyere belegg enn fremtidens

forutsetning på 85 % belegg kan overføres til nye døgnområder. Videre er det forutsatt at ikke alle tun tas i bruk, men tilpasses forventet aktivitetsvekst. Tilsvarende beregningsmetode er benyttet for å beregne behov for legeressurser. I tillegg forutsettes det behov for økte legeressurser til dag- og poliklinisk aktivitet. Merkantile ressurser i oversikten gjelder bemanning på nye døgnområder.

Kategorien annet består av ressurser innen operasjon, laboratoriemedisin, bildediagnostikk og FM-tjenester. I tillegg er det lagt til en reserve på 18 årsverk i beregningen.

Tabell 2 Alternativ 2 Stråle- og somatikkbygg

Årsverk	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Sum
Sykepleier	0	0	0	0	0	124	0	0	0	0	36	0	0	0	0	23	184
Lege	5	5	5	5	5	32	5	5	5	5	13	5	5	5	5	9	125
Merkantilt	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8
Annet	5	4	27	0	0	21	17	4	0	4	12	0	0	4	5	12	116
Risikomargin	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	18
<b>Sum årsverk</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>190</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>68</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>450</b>

Beregnet bemanningsbehov i alternativet for stråle- og somatikkbygg er tilsvarende som for somatikkbygg, men i tillegg er det lagt inn behov for 27 stråleterapeuter og bemanning til ytterligere 2 senger. Det er forutsatt en opplæringstid på 3 år i forkant av oppstart at stråletilbudet.

Tabell 3 Alternativ 3A og 3B - Stråle- og somatikkbygg trinnvis utbygging

Årsverk	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Sum
Sykepleier	0	0	0	0	0	121	0	3	0	0	36	0	0	0	0	23	184
Lege	5	5	5	5	5	32	5	6	5	5	13	5	5	5	5	9	125
Merkantilt	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8
Annet	5	4	0	0	27	21	17	4	0	4	12	0	0	4	5	12	116
Risikomargin	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	18
<b>Sum årsverk</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>186</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>68</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>450</b>

Bemanningsbehov i alternativ 3A og 3B er tilsvarende alternativ 2 men med en forskyvning i behov for stråleterapeuter og 2 senger knyttet til beregnet behov for sengekapasitet til pasienter som har fått stråle behandling forskjøvet i tid. Sengekapasiteten på 2 er beregnet basert på dagens forbruk av døgnkapasitet i OUS da disse pasientene får sin behandling der i dag.

Alle alternativene har lagt til grunn at økte FDV-kostnader vil være 1 350 kroner per kvm. for nye arealer.

Etablering av strålebehandling vil påvirke driftsøkonomien gjennom reduserte kostnader til kjøp av tjenesten fra andre helseforetak, hovedsakelig Oslo universitetssykehus (OUS). For SØ vil effekten være økte kostnader til bl.a. bemanning og forbruksmateriell. Etableringen vil videre gi økte ISF-inntekter.

Det er foreløpig forutsatt at dette vil være driftsøkonomisk nøytralt etter at tilbudet er etablert og det er dermed ikke lagt inn forutsetninger om gevinster eller økte kostnader knyttet til

tilbudet i beregningene. I en 3-årsperiode i forkant vil det imidlertid påløpe økte kostnader for utdanning av stråleterapeuter.

Driftsøkonomi knyttet til de ulike alternativene er beregnet basert ovennevnte elementer og tabellene under viser konsekvenser på de ulike innteks- og kostnadsarter i alternativene:

Tabell 4 Alternativ 1

Art	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Sum	
01-Basisramme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
02-Kvalitetsbasert finansiering	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
03-ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-	-	-	-	-	-	-	-97 922	-97 922	-	-	-	-57 863	-	-	-	-	-	-17 834	-291 541
04-ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	-	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-97 247	
06-ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
07-ISF-refusjon pasientadministrerte legemiddel, H-reseptor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
08-Usikrningstilgjøre pasienter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
09-Gjesteopasienter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10-Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11-Polikliniske inntekter	-	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-37 481	
13-Andre øremerkede tilskudd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
14-Andre driftsinntekter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Sum inntekter</b>	<b>0</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-105 847</b>	<b>-105 847</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-65 788</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-45 759</b>	<b>-426 268</b>	
15-Kjøp av offentlige helsetjenester	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
16-Kjøp av private helsetjenester	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
17-Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	-	2 472	2 472	2 472	2 472	2 472	2 472	5 401	26 622	5 478	5 516	5 556	26 778	5 635	5 675	5 715	5 755	26 979	139 941	
18-Innleidd arbeidskraft	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
19-Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	-	32 599	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32 599	
20-Lønn til fast ansatte	-	-	10 778	9 695	6 088	6 088	6 088	155 892	21 600	9 695	6 088	9 695	58 743	6 088	6 088	9 695	10 778	45 107	378 205	
21-Overtid og ekstratillegg	-	-	580	522	328	328	328	8 390	1 162	522	328	522	3 161	328	328	522	580	2 428	20 354	
22-Pensjon inkl arbeidsvegving	-	-	2 032	1 828	1 148	1 148	1 148	29 385	4 072	1 828	1 148	1 828	11 073	1 148	1 148	1 828	2 032	8 502	71 200	
23-Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-	-	-825	-742	-466	-466	-466	-11 937	-1 654	-742	-466	-466	-4 498	-466	-466	-742	-825	-3 454	-28 961	
24-Annenn lønn	-	-	1 776	1 598	1 003	1 003	1 003	25 691	3 560	1 598	1 003	1 598	9 681	1 003	1 598	1 776	1 776	7 434	62 328	
25-Avskrninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
27-Andre driftskostnader	-	-	430	387	243	243	243	46 522	862	387	243	387	2 345	243	243	387	430	1 800	55 306	
<b>Sum kostnader</b>	<b>0</b>	<b>35 071</b>	<b>17 242</b>	<b>15 759</b>	<b>10 815</b>	<b>10 815</b>	<b>10 815</b>	<b>259 343</b>	<b>56 225</b>	<b>18 765</b>	<b>13 859</b>	<b>18 843</b>	<b>107 283</b>	<b>13 978</b>	<b>14 018</b>	<b>19 002</b>	<b>20 526</b>	<b>88 796</b>	<b>731 152</b>	
<b>Netto</b>	<b>0</b>	<b>27 146</b>	<b>9 317</b>	<b>7 834</b>	<b>2 890</b>	<b>2 890</b>	<b>2 890</b>	<b>153 496</b>	<b>-69 623</b>	<b>10 840</b>	<b>5 934</b>	<b>10 917</b>	<b>41 494</b>	<b>6 052</b>	<b>6 092</b>	<b>11 077</b>	<b>12 601</b>	<b>43 037</b>	<b>304 884</b>	

Tabell 5 Alternativ 2

Alternativ 2 - Stråle- og somatikkbygg	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Sum	
01-Basisramme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
02-Kvalitetsbasert finansiering	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
03-ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-	-	-	-	-	-	-	-100 148	-100 148	-	-	-	-57 863	-	-	-	-	-	-37 834	-295 992
04-ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	-	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-18 760	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-110 286	
06-ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
07-ISF-refusjon pasientadministrerte legemiddel, H-reseptor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
08-Usikrningstilgjøre pasienter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
09-Gjesteopasienter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
10-Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11-Polikliniske inntekter	-	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-2 205	-37 481	
13-Andre øremerkede tilskudd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
14-Andre driftsinntekter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Sum inntekter</b>	<b>0</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-121 112</b>	<b>-108 073</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-65 788</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-7 925</b>	<b>-45 759</b>	<b>-443 759</b>	
15-Kjøp av offentlige helsetjenester	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
16-Kjøp av private helsetjenester	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
17-Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	-	2 472	2 472	2 472	2 472	2 472	2 472	17 667	26 622	5 478	5 516	5 556	26 778	5 635	5 675	5 715	5 755	26 979	152 207	
18-Innleidd arbeidskraft	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
19-Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
20-Lønn til fast ansatte	-	-	10 778	9 695	30 439	6 088	6 088	158 643	21 600	9 695	6 088	9 695	58 743	6 088	6 088	9 695	10 778	45 107	405 306	
21-Overtid og ekstratillegg	-	-	580	522	1 638	328	328	8 398	1 162	522	328	522	3 161	328	328	522	580	2 428	21 813	
22-Pensjon inkl arbeidsvegving	-	-	2 032	1 828	5 738	1 148	1 148	29 903	4 072	1 828	1 148	1 828	11 073	1 148	1 148	1 828	2 032	8 502	76 399	
23-Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-	-	-825	-742	-2 311	-466	-466	-12 148	-1 654	-742	-466	-466	-4 498	-466	-466	-742	-825	-3 454	-31 036	
24-Annenn lønn	-	-	1 776	1 598	5 036	1 003	1 003	26 144	3 560	1 598	1 003	1 598	9 681	1 003	1 598	1 776	1 776	7 434	66 794	
25-Avskrninger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
27-Andre driftskostnader	-	-	430	387	1 215	243	243	51 835	862	387	243	387	2 345	243	243	387	430	1 800	61 680	
<b>Sum kostnader</b>	<b>0</b>	<b>2 472</b>	<b>17 242</b>	<b>15 759</b>	<b>44 187</b>	<b>10 815</b>	<b>10 815</b>	<b>280 582</b>	<b>56 225</b>	<b>18 765</b>	<b>13 859</b>	<b>18 843</b>	<b>107 283</b>	<b>13 978</b>	<b>14 018</b>	<b>19 002</b>	<b>20 526</b>	<b>88 796</b>	<b>753 164</b>	
<b>Netto</b>	<b>0</b>	<b>-5 453</b>	<b>9 317</b>	<b>7 834</b>	<b>30 262</b>	<b>2 890</b>	<b>2 890</b>	<b>159 470</b>	<b>-51 848</b>	<b>10 840</b>	<b>5 934</b>	<b>10 917</b>	<b>41 494</b>	<b>6 052</b>	<b>6 092</b>	<b>11 077</b>	<b>12 601</b>	<b>43 037</b>	<b>309 405</b>	

Tabell 6 Alternativ 3A og 3B

Alternativ 3 - Stråle- og somatikkbygg, trinnvis utbygging	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Sum	
01-Basisramme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
02-Kvalitetsbasert finansiering	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
03-ISF-refusjon dag- og døgnbehandling	-	-	-	-	-	-	-	-97 922	-97 922	-4 451	-	-	-57 863	-	-	-	-	-	-37 834	-295 992
04-ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet	-	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-18 760	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-5 720	-110 286	
06-ISF-refusjon poliklinisk PVH/TSB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
07-ISF-refusjon pasientadministrerte legemiddel, H-reseptor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
08-Usikrningstilgjøre pasienter	-	-	-																	

Beregnete inntekter og kostnader knyttet til sengene har også forskjellige innslagspunkter i alternativ 2 sammenlignet mot 3A og 3B. I alternativ 1 er alle kostnader og inntekter relatert til stråletilbud ekskludert.

I bærekraftanalysene på prosjektnivå er effekter i perioden frem til 2030 ikke inkludert i beregningene, unntatt opplæringsperiode for stråleterapeuter i alternativ 2 og 3. Alle økonomiske effekter i perioden 2024 til 2029 i alternativ 2 er imidlertid innarbeidet i Sykehusets økonomiske langtidsplan for 2024-2027 og er derfor inkludert i oversiktene over for å sikre sammenheng mellom i de økonomiske forutsetninger på kort sikt og i helseforetakets bæreevne.

## 2 Finansieringsforutsetninger

I analysene av økonomisk bæreevne på foretaksnivå er nybyggprosjektet, inkludert ikke-byggnær IKT, forutsatt finansiert ved 70 % lån fra Helse- og omsorgsdepartementet og trekk på den regionale lånemodellen (basisfordring) 30 %.

## 3 Økonomisk bæreevne

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

Helseforetakets bæreevne er vurdert med forutsetninger gitt i innspill til Økonomisk langtidsplan 2024-27 når det gjelder drift, investeringer og investeringer. Det er innarbeidet økning i investeringskalkyler for alternativene basert på Sykehusbyggs prosjekttestimat 2 per januar 2024. Det er i tillegg tatt inn økte FDV-kostnader som følge av økt areal.

Analyser 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 kjernegevinster, lånerente og endelig byggekostnad gir størst påvirkning på økonomisk bæreevne over prosjektets levetid.

Virksomheten som omfattes av prosjektet generer en prosjektuavhengig fri kontantstrøm. SØ kan benytte en andel av den prosjektuavhengige frie kontantstrømmen for til å dekke økonomiske forpliktelser generert av prosjektet, og innregnes i analysen av økonomisk

bæreevne på prosjektnivå. En andel av prosjektuavhengig fri kontantstrøm legges til driftsgevinstene i analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå.

### 3.1 Økonomisk bæreevne prosjektnivå

For prosjektets ulike alternativer er det beregnet ulike investeringsnivå og driftsøkonomiske effekter. Det ligger allikevel felles forutsetninger til grunn:

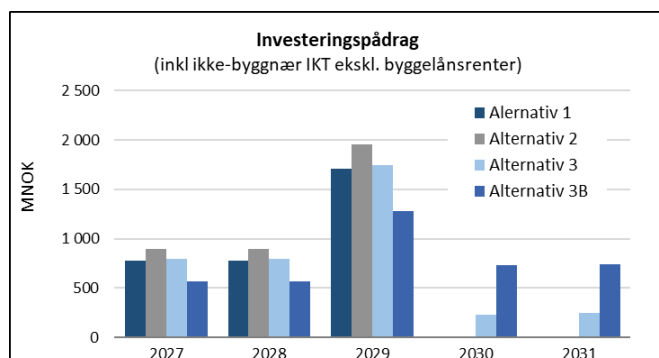
- Økonomisk levetid: 35 år
- For alternativ 3 og 3B vises effekten av trinnvis utbygging
- Nedbetalingstid lån: 25 år
- Rentebane: som for økonomisk langtidsplan 2024-2027.
- Byggelånsrenter er inkludert i bæreevneberegningene
- Diskonteringsrente for nåverdi: 4 prosent
- Nåverditidspunkt: 01.01.2024
- Det er ikke eiendomssalg eller restverdier i prosjektet
- Analysene er basert på august-2023-kroneverdi

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

Beregnet investeringskostnad for alternativ 1, 2, 3 og 3B er vist i tabellen nedenfor, for beregnet styringsramme (p50). Pådragsprofilen i alternativene er ulik, da alternativ 3 og 3B er satt opp med trinnvis utbygging, vist i figur.

Tabell 7 Beregnet investeringskostnad for alternativ 1, 2, 3 og 3B

Beløp i mill. kroner	Alternativ 1		Alternativ 2		Alternativ 3		Alternativ 3B	
<b>Investering</b>	MNOK		MNOK		MNOK		MNOK	
P50-vurdering byggekostkalkyl	3 123		3 583		3 654		3 715	
Ikke-bygg nær IKT*	150		165		165		165	
<b>Sum prosjektkostnad</b>	<b>3 273</b>		<b>3 748</b>		<b>3 819</b>		<b>3 880</b>	
<b>Finansiering</b>	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Lån HOD	2 291	70 %	2 624	70 %	2 673	70 %	2 716	70 %
Lån HSØ	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Sum lånefinansiering</b>	<b>2 291</b>	<b>70 %</b>	<b>2 624</b>	<b>70 %</b>	<b>2 673</b>	<b>70 %</b>	<b>2 716</b>	<b>70 %</b>
Egenfinansiering	-	-	-	-	-	-	-	-
Basisfordring mot HSØ	982	30 %	1 124	30 %	1 146	30 %	1 164	30 %
<b>Sum egenfinansiering</b>	<b>982</b>	<b>30 %</b>	<b>1 124</b>	<b>30 %</b>	<b>1 146</b>	<b>30 %</b>	<b>1 164</b>	<b>30 %</b>
<b>Sum finansiering</b>	<b>3 273</b>	<b>100 %</b>	<b>3 748</b>	<b>100 %</b>	<b>3 819</b>	<b>100 %</b>	<b>3 880</b>	<b>100 %</b>



Figur 1 Pådragsprofilen i de ulike alternativene

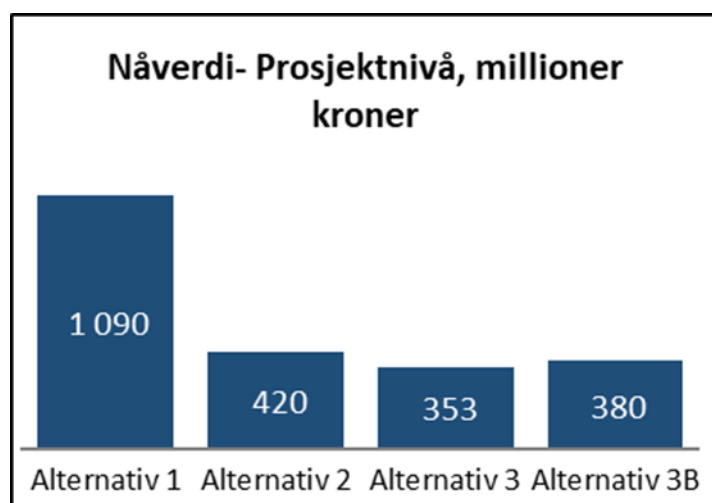
Konseptfasens Steg 1 (B3A-beslutning) er en prioritering mellom ulike mulige alternativer. Det er derfor ikke gjennomført alle usikkerhetsvurderinger, slik som usikkerhetsavsetning til P85-verdi, og sensitivtetsberegninger. Denne typen kalkyler vil fremlegges for B3-beslutningsgrunnlaget.

## 3.2 Nåverdianalyse

Figuren under viser nåverdi for alternativene på prosjektnivå. Alternativene er vurdert mot alternativ 0. I nullalternativet er det gjort en forutsetning om at all aktivitetsvekst fra og med 2030 skjer gjennom kjøp av gjestepasientplasser. Kostnadene er beregnet basert på en kostnad på 60 % ISF. Dvs. at for utførende helseforetak vil inntektene være tilsvarende 100 % ISF (40 % gjennom ordinær ISF og 60 % fakturering). Nivået på gjestepasientkostnader er basert på fremskrevet aktivitetsvekst til 2040 basert på ny framskrivningsmodell.

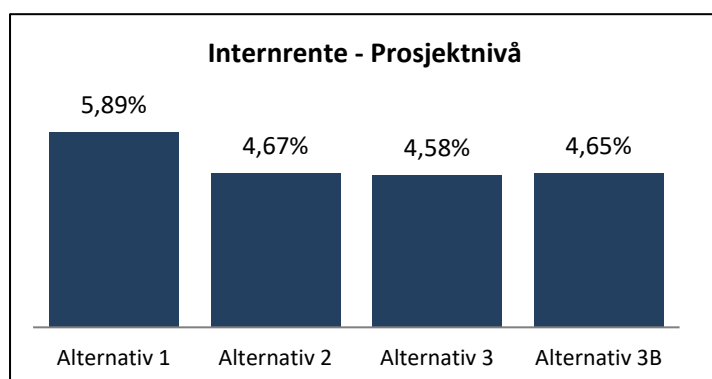
Alternativene viser positive nåverdier over prosjektets definerte levetid sett opp mot nullalternativet. For alternativ 1 som er kun somatikkbygg viser beregningen positiv nåverdi på 1,09 milliarder kroner mens alternativ 2, 3A og 3B (stråle- og somatikkbygg i ett og trinnvis utbygging) viser nåverdier på hhv. 0,42 milliarder kroner, 0,35 milliarder kroner og 0,38 milliarder kroner. Det er i beregningene av nåverdier lagt til grunn en diskonteringsrente på 4 %. Figur under viser den faktiske nåverdier på de ulike alternativene.





Figur 2 Nåverdi prosjektnivå MNOK

Internrente for alternativene viser tilsvarende som nåverdiberegningene at det er en margin for svakere driftsøkonomi eller økte investeringer for alle alternativene, se figur.



Figur 3 Internrente prosjektnivå

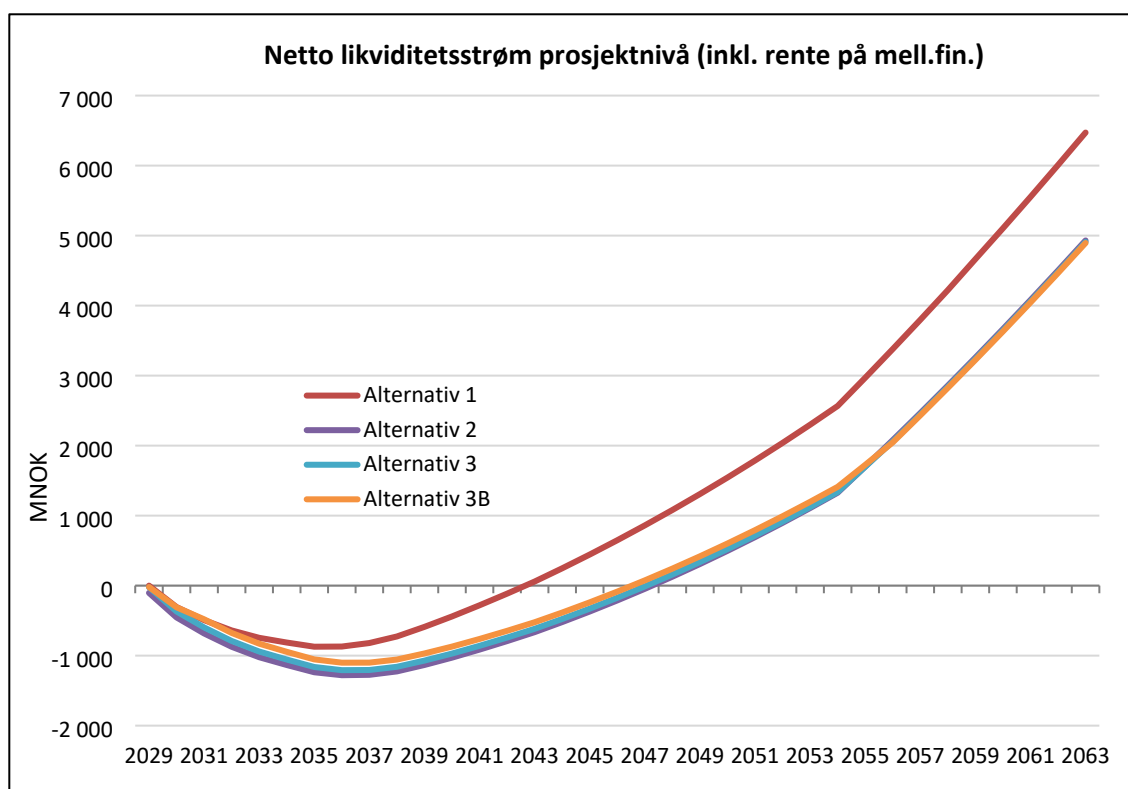
Hovedårsaken til at alternativ 1 kommer mer positivt ut en alternativ 2, 3A og 3B er at somatikkbygget vil kunne bidra til at helseforetaket kan ivareta fremtidig pasientvekst i eget opptaksområde uten å måtte kjøpe kapasitet av andre tilbydere, samtidig som at det er forutsatt i beregningene at stråletilbudet vil være nøytralt driftsøkonomisk når byggene tas i bruk. Dvs. bortfall av kostnader knyttet til dagens kjøp av tjenester vil dekke kostnader i fremtidig drift av tilbudet. Det vil imidlertid, i en periode på 3 år, påløpe kostnader til utdanning av stråleterapeuter som vil være enn oppstartskostnad som ikke dekkes inn.

I alternativ 1, 2, 3A og 3B er det i prosjektene tillagt en fri kontantstrøm på 8 % fra helseforetakets frie kontantstrøm. Andelen er vurdert lik i alle alternativene og er beregnet med bakgrunn i hvor stor andel gjestepasientkostnadene utgjør av helseforetakets totale kostnadsbilde for budsjett 2024.

### 3.3 Analyse av likviditetsstrøm

Figurer under viser den akkumulerte likviditetsstrømmen over prosjektets levetid målt mot nullalternativet. Alternativ 1 viser en akkumulert kontantstrøm på +6,944 milliarder kroner mens alternativ 2, 3 og 3B har en positive akkumulerte likviditetsstrømmer på hhv. +5,368 milliarder kroner, +4,909 milliarder kroner og +4,895 milliarder kroner.

Analysen viser at alle de 4 alternativene har bærekraft i analyseperioden med de forutsetningene som er lagt til grunn i beregningene sett opp mot nullalternativet.



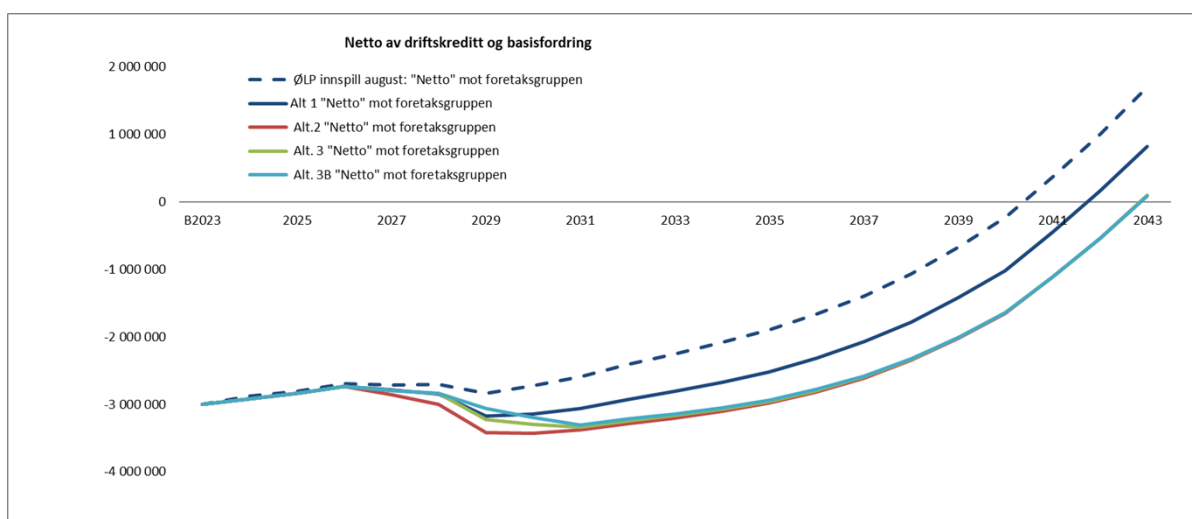
Figur 4 Netto likviditetsstrøm prosjektnivå

Bunnpunktet i kurvene viser behovet for økt mellomfinansiering sett opp mot nullalternativet. Alternativ 1 har lavest behov for mellomfinansiering, da investeringskostnaden er lavere enn de andre alternativene.

### 3.4 Økonomisk bæreevne foretaksnivå

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering, øvrige investeringsbehov og planer for helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Vurderingen er basert på helseforetakets egen prosjektoppdatering og langtidsplan 2024-27 med oppdaterte investeringskalkyler og økte FDV-kostnader som følge av økt areal. Øvrige investerings- og rehabiliteringsbehov ved SØ er innarbeidet, slik de er ved ordinær rullering av økonomisk langtidsplan for helseforetaket.

Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes gjennom netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektets konsekvenser for driftsøkonomien. SØ er i en situasjon med en netto gjeld mot Helse Sør-Øst RHF og en negativ saldo på til sammen 2,9 milliarder kroner. Figuren under viser fremskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av de ulike alternativene, sett opp mot styrebehandlet innspill til økonomisk langtidsplan 2024-2027. Investeringsestimatet har økt fra prosjektinnrammingens 2,06 milliarder kroner, og medfører økt mellomfinansieringsbehov.

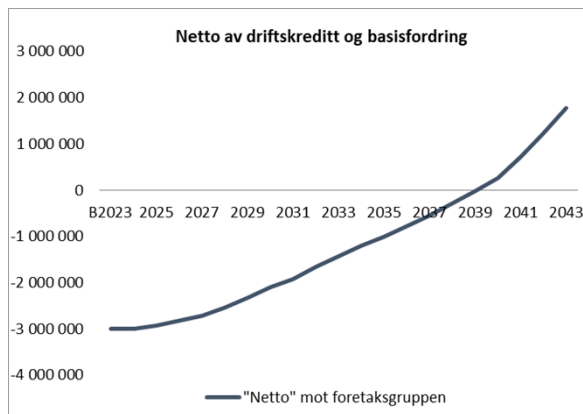


Figur 5 Netto av driftskreditt og basisfordring

Alle alternativene viser et behov for et økt mellomværende i en periode. Alternativ 2 vil ha det høyeste behovet, av alternativene, i perioden 2028-2042. Av alternativ 3A og 3B vil 3B ha lavest behov for mellomfinansiering.

Med alternativ 1 vil foretakets mellomværende av netto driftskreditt og basisfordring være positiv i 2042 mens det med alternativ 2, 3A og 3B vil være positiv i 2043.

I et nullalternativ uten arealutvidelser til somatikk og stråletilbud vil foretakets mellomværende være positivt i 2040. I dette alternativet vil fremtidige beregnede kostnader til gjestepasienter være høyere enn samlede finansieringskostnader for arealutvidelser. Det er i beregningene forutsatt at all vekst etter 2030 ville måtte skje gjennom kjøp av tjenester fra andre tilbydere og det er lagt til grunn et forsiktig anslag på 60 % ISF for alle kjøp. Forutsetninger for nivå på kjøp er basert på forventet aktivitetsvekst fra ny framskrivningsmodell til 2040. I perioden etter 2040 er den årlige veksten justert ned til 0,8 %. Ved en høyere årlig vekst vil perioden til et positivt mellomværende bli lengre.



Figur 6 Netto av driftskreditt og basisfordring

Økonomisk langtidsplan med oppdaterte investeringsestimater viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne for alle alternativene med de forutsetninger som er lagt til grunn og det er forholdsvis marginale forskjeller mellom de ulike alternativene. Ved valg av alternativ bør tilbudet til helseforetakets sørge for ansvar for pasienter med behov for et stråletilbud veie tungt sammen med eiers handlingsrom for å dekke behovet for mellomfinansiering.