

# Helse Nordmøre og Romsdal HF

## Nye Molde sjukehus – når og hvordan?

*Forprosjekt – Er OPS et alternativ og  
en realistisk gjennomføringsmodell for  
Nye Molde sjukehus?*

Oslo 1.september 2005

## FORORD

Helsebygg Midt-Norge har engasjert Advokatfirmaet Schjødt AS til å gi en første vurdering av om OPS (Offentlig Privat Samarbeid) kan være en realistisk gjennomføringsmodell for utvikling, bygging og (bygningmessig) drift av Nye Molde sjukehus.

Oppdraget er løst gjennom et forprosjekt og er ment som en første sjekkliste av om OPS er en mulig løsning for gjennomføring av Nye Molde sjukehus. Forprosjektet gir ikke et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere *hvilken* gjennomføringsmodell som eventuelt vil være den beste for Nye Molde sjukehus.

Forprosjektet avklarer en del sentrale juridiske og politiske sider ved OPS som modell for Nye Molde sjukehus. Det gis også en vurdering av sentrale økonomiske problemstillinger. I tillegg vurderes de økonomiske konsekvensene ved OPS kontra "helseforetakmodellen" under stiliserte forutsetninger. Det presiseres at de økonomiske beregningene kun er en illustrasjon over pengestrømmen i ulike alternativer under svært grove og usikre forutsetninger. I en eventuell videre oppfølging av prosjektet er det nødvendig å bruke betydelig mer ressurser på vurdering og kvalitetssikringen av "input" i sammenlikningene.

I prosjektperioden har det vært gjennomført to arbeidsseminar med en ressursgruppe fra Helse Nordmøre og Romsdal HF/Helsebygg Midt-Norge.

Forprosjektet er gjennomført av Geir Frøholm, Schjødt, i samarbeid med Ingeborg Rasmussen, Vista Analyse AS. I tillegg har Trond Larsen og Hanne Camilla Zimmer hos Schjødt bidratt med innspill.

Vi benytter anledningen til å takke for samarbeidet og innsatsen i forbindelse med å skaffe dokumentasjon og svare på spørsmål i arbeidet med forprosjektet.

Geir Frøholm

Oslo 1.september 2005

---

## Innhold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>Innhold</b>	<b>3</b>
<b>I. Nye Molde sjukehus</b>	<b>5</b>
1. <b>Innledning</b>	<b>5</b>
1.1. Formål og problemstilling	6
1.2. Organisering av rapporten – en kort oppsummering	7
2. <b>Kort om OPS – hva og hvorfor?</b>	<b>8</b>
2.1. Ulike kontraktsformer	9
2.2. Transaksjonskostnader	9
2.3. Relevante argument for Nye Molde Sjukehus	11
<b>II. Rammebetingelser og handlingsrom</b>	<b>12</b>
3. <b>Handlingsrom: Oppsummering og anbefalinger</b>	<b>12</b>
4. <b>Politisk aksept – investeringsutfordring og usikre rammebetingelser</b>	<b>13</b>
4.1. Budsjettbetingelser	15
5. <b>Muligheten for annen finansiering</b>	<b>17</b>
6. <b>Kort om finansielle spørsmål og markedsbetingelser</b>	<b>19</b>
7. <b>Anskaffelsesregler</b>	<b>20</b>
8. <b>Beslutningskompetanse</b>	<b>22</b>
9. <b>Stortingsbehandling om avhending av fast eiendom og finansielle sider</b>	<b>24</b>
9.1. Stortingsbehandling av de økonomiske/finansielle sider	24
10. <b>Skatt og merverdiavgift ved utleie av sykehus</b>	<b>25</b>
10.1. Skatt	25
10.2. Merverdiavgift	27
10.3. Regnskap	30
<b>III. Økonomiske vurderinger</b>	<b>32</b>
11. <b>Økonomisk vurdering – Oppsummering</b>	<b>32</b>
12. <b>Riktig tidspunkt</b>	<b>33</b>

12.1.	Status – bygningsmasse og standard .....	33
12.2.	Beregning av Nåverdi for to investeringstidspunkt .....	33
<b>13.</b>	<b>Er OPS et realistisk alternativ? .....</b>	<b>36</b>
13.1.	Sammenlikning med offentlig finansiering .....	36
<b>14.</b>	<b>Referansealternativet - Helseforetaksmodellen .....</b>	<b>38</b>
<b>15.</b>	<b>OPS-alternativet .....</b>	<b>41</b>
<b>16.</b>	<b>Resultat sammenlikning .....</b>	<b>42</b>
16.1.	Konklusjon .....	46
<b>IV. Anbefalinger .....</b>		<b>47</b>
<b>17.</b>	<b>OPS er et realistisk og lønnsomt alternativ .....</b>	<b>47</b>
17.1.	Rekkefølge – forslag til framdriftsplan .....	47
17.2.	Pilotprosjekt – en mulighet? .....	48

# I. Nye Molde sjukehus

*Er OPS et alternativ og en realistisk gjennomføringsmodell for Nye Molde sjukehus?*

## 1. Innledning

Helse Midt-Norge RHF er ett av fem regionale helseforetak i Norge. De regionale helseforetakene eies av staten ved Helsedepartementet og får fastlagt sin økonomi over statsbudsjettet. Helse Nordmøre og Romsdal HF består av Kristiansund sykehus og Molde sjukehus samt distriktpsikiatriske sentre.

Styret i Helse Nordmøre og Romsdal HF har vedtatt at helseforetaket skal ha to sykehus, ett i Molde og ett i Kristiansund, og at Nye Molde sjukehus skal etableres på Hjelset. Helsebygg Midt-Norge er engasjert i planarbeidet. Som en del av planarbeidet skal det vurderes om OPS kan være en mulig og realistisk modell for Nye Molde sjukehus.

Dagens bygningsmasse under Molde sjukehus tilfredsstillende ikke kravene til et moderne effektivt sykehus. Bygningsmassen er umoderne og lite hensiktsmessige. Hovedbygningen er fra 1960 og tilfredsstillende ikke dagens krav til et funksjonelt sykehus. Det er gitt signaler om at et nytt sjukehus kan finansieres over offentlige budsjetter (dvs. innenfor Helse Midt-Norge sin investeringsramme) tidligst i 2015. Helse Midt-Norge prioriterer investeringskapital på sykehusbygning i Trondheim og har ventelig ikke kapasitet til ytterligere investeringer før 2015. Helse Nordmøre og Romsdal HF ønsker en tidligere realisering av Nye Molde sjukehus og vil i den forbindelse vurdere om et samarbeid med private aktører gjennom en OPS-modell er et realistisk og ønskelig alternativ.

Det er utredet en Samla Plan<sup>1</sup> for den fremtidige sykehusstrukturen for Helse Nordmøre og Romsdal HF. Nye Molde sjukehus inngår dermed i en større helhet der hensyn til behov, funksjonsdeling og forventet etterspørsel internt i regionen og innenfor Helse Midt-Norge sine ansvarsområder er ivaretatt. Risikoen ved å realisere Nye Molde sjukehus, tidligere enn det som er mulig med en offentlig investering, er derfor ubetydelig.

---

<sup>1</sup> Rapport – FDVU. Samla plan 03. Helse Nordmøre og Romsdal HF

## 1.1. Formål og problemstilling

Styret i Helse Midt-Norge RHF har i møte den 19. januar 2004 sluttet seg til foreslått løsning for fremtidig organisering av sykehustilbudet i Nordmøre og Romsdal og bedt om tilbakemelding fra helsedepartementet på planene. Helsedepartementet<sup>2</sup> peker i sitt svar på at *økonomiske realiteter bør være tungtveiende for Helse Midt-Norge RHF og det lokale helseforetaket ift. videre veivalg.* Det sies videre at det er særlig viktig at aktuelle prosjektideer raskt må *vrderes opp mot realistiske økonomiske rammer, og at det ikke må igangsettes omfattende prosesser og planleggingsarbeid for prosjekt som viser seg urealistisk eller ikke ønskelig å gjennomføre.*

Formålet med forprosjektet er å gi ledelsen i Helse Nordmøre og Romsdal HF et grunnlag for å vurdere om OPS er et realistisk alternativ, for derigjennom å kunne vurdere om det er forsvarlig å gå videre med ytterligere planarbeid og mer spesifiserte økonomiske analyser av mulige, alternative OPS-modeller.

Om prosjektet faktisk er ønskelig, og hvilken mulige OPS-modell som eventuelt er *mest* ønskelig krever ytterligere utredninger.

Forprosjektet skal i første rekke svare på følgende hovedspørsmål:

*Er en OPS modell, gitt politiske, rettslige og økonomiske rammebetingelser, et realistisk alternativ for Nye Molde sjukehus?*

### 1.1.1. Avgrensning

Prosjektet er et forprosjekt og er basert på eksisterende dokumentasjon.

Vurderingene som gjøres er på et overordnet nivå for å avklare om OPS er et realistisk alternativ. De økonomiske beregningene i forprosjektet viser to stiliserte løsninger basert på enkle forutsetninger. Beregningene er ment som en illustrasjon og må ikke forveksles med økonomiske overslag over de endelige kostnadene ved alternative løsninger.

Beregningene bygger i all hovedsak på informasjon fra Samla Plan 03.

### 1.1.2. Behov for videre utredning

Dersom det besluttes å gå videre med en vurdering av OPS, kreves det ytterligere utredninger både av rettslige, - og da i særdeleshet forhold knyttet til ulike kontrakter med vilkår og risikofordeling, samt konkrete vurderinger av grensen mot finansiell leasing.

Det må også gjøres spesifikke, økonomiske beregninger av kostnadene ved konkrete alternativer. I tillegg er det behov for et bedre empirisk grunnlag med tilhørende analyser for å vurdere bygningsmassens tilstand og funksjonalitets betydning for driftsøkonomiske forhold.

---

<sup>2</sup> Brev til Helse Midt-Norge RHF.18.06.2004

Spørsmål knyttet til organisatoriske forhold og håndtering av et eventuelt samarbeid med en privat aktør (eller konsortium) er ikke drøftet i forprosjektet. Hva som er den mest hensiktsmessig organisering for den offentlige partneren avhenger av hvilken OPS-modell som eventuelt velges, og hvordan risikofordelingen er håndtert. Dette er spørsmål som må behandles i en eventuell videre oppfølging som en del av forberedelsene til et OPS-samarbeid.

## **1.2. Organisering av rapporten – en kort oppsummering**

I kapittel 2 gis det en kort beskrivelse av hva OPS er, og hvilke momenter som antas å være mest relevante for realisering av Nye Molde Sjukehus. I rapportens del II, som består av kap. 3 til t.o.m. kap. 10 redegjøres det for en del politiske, rettslige og formelle sider ved OPS som kontraktsform for Nye Molde sjukehus. Det konkluderes med at OPS er et relevant og mulig alternativ. OPS er politisk akseptert. Formelle bindinger fra departementet legger begrensninger på OPS-modellens mulige utforminger, men handlingsrommet vurderes likevel som tilstrekkelig til å kunne realisere en hensiktsmessig løsning. I del III gjøres det noen foreløpige økonomiske beregninger basert på grove forutsetninger. Det konkluderes med at OPS er økonomisk gjennomførbart og at det er rasjonalt å realisere et nytt bygg tidligere enn det som kan forventes gjennom offentlige lån. I del IV gis det noen foreløpige anbefalinger basert på resultatene i forprosjektet.

Hver del starter med en oppsummering. Den utålmodige leser henvises til oppsummeringene som er gitt i kapittel 3 på side 12, kapittel 11 på side 32 og anbefalingene i del IV, side 47.

## 2. Kort om OPS – hva og hvorfor?

OPS står for Offentlig Privat Samarbeid og kommer fra den engelske betegnelsen *Public Private Partnership (PPP)*. Samarbeid mellom privat og offentlig sektor for å realisere investeringsprosjekt eller drift av tjenester under det offentliges ansvarsområder, har lange tradisjoner i Norge. Samarbeid mellom privat og offentlig sektor er med andre ord ikke noe nytt.

Det nyskapende med OPS slik det ofte defineres, er at det foretas en reell risikooverføring fra den offentlige til den private part. Risikoen skal fordeles til den parten som best kan påvirke og håndtere risikoen. Risikooverføringen er den sentrale mekanismen som bidrar til å løse ut potensielle gevinster i et OPS-prosjekt.

OPS er også en konkurranseform med lange, komplekse kontrakter sammenliknet med andre offentlige konkurranser.

OPS er en modell som brukes i flere land for å avlaste offentlige budsjetter, og for å få realisert velferdsgoder på et tidligere tidspunkt enn det som ville vært mulig med offentlig investering. Et mye brukt argument for bruk av OPS i store prosjekter, er at OPS-modellen gir bedre insentiver til en kostnadseffektiv prosjektgjennomføring innenfor planlagt budsjett og tidsramme. Det er også avgjørende at investeringene og eiendelene vedlikeholdes på en god måte gjennom investeringens livssyklus, for å sikre maksimal avkastning for eier og dermed større verdi for brukerne. Forutsigbarhet i kostnadene og levering til planlagt tid kan være selvstendige argumenter for OPS-modellen selv om andre gevinster ikke realiseres. Det er grunn til å understreke at OPS oftest, slik også her, kun gjelder bygningmassen, nærmere bestemt eierskap og drift av denne. Leveranse av medisinsk utstyr og tjenester, herunder sykehusfaglig drift, er **ikke** omfattet. Dette må eventuelt være gjenstand for særskilte grundige vurderinger.

En OPS-kontrakt har følgende karakteristika:

- En privat virksomhet gis et helhetsansvar for å levere en tjeneste i OPS.
- Privat sektor kan gis ansvar for å bære risikoen for kostnadsoverskridelser og høste gevinster av innsparinger ved OPS.
- Myndighetene har en klar og krevende bestillerrolle, ved at det må stilles krav til *hva* som skal leveres, ikke *hvordan* det skal leveres.
- Privat sektor kan gis ansvaret for å finansiere utbygging eller utvikling av tjenesten i OPS sammenheng.
- Betaling og finansiering trekkes ut over hele kontraktperioden eller livssyklusen til prosjektet



## 2.1. Ulike kontraktsformer

Det finnes en rekke ulike kontraktsformer innenfor det som betegnes som OPS. Det er som oftest et vesentlig investeringsselement i et OPS prosjekt. *Bygge-drive-overføre* (Build-Operate-Transfer) er den vanligste og opprinnelige OPS modellen. I denne modellen gis en privat aktør ansvar for å designe, utvikle, drive og vedlikeholde en bygning, mens brukeren (den offentlige parten) betaler for investeringen gjennom bygningens livsløp. Det finnes en rekke underformer av denne varianten, inkludert modeller med mer preg av leasing. Felles for *Bygge-drive-overføre* prosjekt og alle underformene, er at prosjektet drives helt og fullt av den private samarbeidsparten, som dermed har ansvaret for finansiering, design, utvikling og drift i kontraktsperioden. Etter kontraktperiodens utløp overføres fasiliteten vanligvis til det offentlige. Det er også eksempler på at fasiliteten forblir i privat sektors eie etter driftsperioden. Denne formen omtales i den internasjonale litteraturen som BOO (Build-Operate-Own).

I Norge har en i de statelige veiprosjektene basert seg på en modell hvor den private part prosjekterer, bygger, finansierer og driver veien i det avtalte antall år (25 år). Dette innebærer at eierskapet forblir hos myndighetene. Her har en derfor en totalkontrakt som regulerer alle disse forhold (prosjektering, bygging, finansiering og drift).

For bygg, hvor eierskapet, er hos den private part benytter en tradisjonell leiekontrakt med funksjonsbeskrevne krav supplert med en avtale som gir rettigheter/plikter i byggeperioden (leietaker gis ”byggherre-rettigheter”), samt en etterfølgende drifts- og vedlikeholdsavtale for hele leieperioden. Tomten festes for det avtalte antall år fra leietaker. Dette er tradisjonelle kontrakter tilpasset varigheten og de særskilte behov. Da kan finansiering og sikkerhet baseres på ordinær pantelånskreditt. Her er en leasing-modell oftest anvendt dvs. at leasingselskapet står som utleier med underliggende avtaler med entreprenør og driver, gjerne entreprenøren som har totalforpliktelsen (dvs. entreprenøren som underkontraherer drift/vedlikehold) for å forenkle ansvar/styring for leietaker/bruker. Fordelen med denne modellen framfor et OPS-selskap er at leasingselskapet hefter med hele sin egenkapital. Hvor en velger et OPS-selskap (som kun har en oppgave dvs. å stå som kontraktsmotpart til leietaker) må en bygge opp sikkerheter/garantier fra dem som skal bygge og drive. En har allerede vunnet mye erfaring på begge modeller.

## 2.2. Transaksjonskostnader

OPS-kontrakter er en krevende konkurranseform beheftet med større transaksjonskostnader enn mer tradisjonelle gjennomføringsmodeller. Kostnadene knyttet til utarbeidelse av anbudsinnbydelse og inngåelse av kontrakt er vesentlig større ved OPS enn ved ordinære tilbud. Internasjonale erfaring for utbyggingsprosjekter etter en OPS-modell

tilsier at transaksjonskostnadene ligger rundt 1 % av den totale utbyggingssummen i tilfeller der man i utgangspunktet har erfaring med denne type transaksjoner.

Transaksjonskostnadene er normalt størst ved førstegangs anbudsutlysning i et land eller innen en sektor. Transaksjonskostnadene viser seg å være fallende over tid, i takt med økt erfaring med denne type anskaffelser. Fallende transaksjonskostnader er et argument for å definere pilotprosjekt med prosjektutviklingsstøtte dersom det er et ønske fra offentlig sektor å vinne erfaring med en OPS-modell innenfor en sektor.

I Storbriannia var for eksempel tiden fra første gangs utlysning til ferdig realisert bygg på i gjennomsnitt på fire år for sykehusbygg. Denne tiden er redusert. Erfaringer fra Norge i andre sektorer tyder på at transaksjonskostnadene er lavere og tidshorisonen kortere fra utlysning til ferdigstilling enn det som er observert internasjonalt. Dette kan muligens forklares med at Norge i utgangspunktet har en mer moderne og effektiv offentlig sektor med ”kortere” linjer på bestillersiden.

Bygging av sykehusbygg er uansett modell beheftet med betydelige transaksjonskostnader. Prosesser med brukere, dvs de som skal ”produsere” i sykehuset, planmyndigheter, arkitekter, forhandlinger med leverandører, mv. medfører utviklingskostnader. Ulike kontraktsformer, hel- eller delentriprise, åpne kontrakter, partneringkontrakter, er forbundet med ulike transaksjonskostnader og risiki.

Sykehusreformen har ført til en annen bestillerrolle og ansvarsfordeling enn den ”gamle” modellen der Statsbygg stod som regel stod som byggherre. Helseforetakene har derfor ikke noen ”tradisjonell” måte å organisere en utbygging på.

Etter sykehusreformen er det flere små og store byggeprosjekt i sykehussektoren som er satt i gang etter ulike modeller. St.Olav under Helse Midt-Norge RHF er ett eksempel. Det antas at det er mulig å hente inn opplysninger om erfaringer så langt om transaksjons- og utviklingskostnader ved ulike kontraktsformer innenfor bygg i sykehussektoren etter sykehusreformen. Dette vil være nyttig informasjon for å vurdere de samlede utviklings- og transaksjonskostnadene i forhold til en OPS-løsning. Det er også sannsynlig at det ligger konkret erfaring fra kontrakter, forhandlinger og samarbeid som kan bidra til å redusere transaksjonskostnadene ved en OPS-løsning dersom dette velges for Nye Molde Sjukehus.

Etter et pilot-prosjekt på sykehussektoren vil en ha vunnet erfaring som trolig innebærer langt lavere transaksjonskostnader i kommende liknende prosjekter. Dette er erfaringen fra de statelige veiprosjektene, samt de kommunale sykehjems- og skoleprosjektene.

### 2.3. Relevante argument for Nye Molde Sjukehus

I en vurdering av om OPS er et økonomisk realistisk og ønskelig alternativ for Nye Molde sjukehus mener vi følgende moment er de mest relevante:

- Tidligere realisering bidrar til å høste produktivitets- og kvalitetsgevinster. Nybygg kan gi større avkastning på investeringene enn midlertidige forbedringer på en bygningsmasse preget av betydelige vedlikeholdsetterslep og lite funksjonelle løsninger.
- Tidsaspektet er vesentlig for å styrke konkurransemessig forhold, både for å begrense pasientstrømmen ut av området og for å kompensere for ulempen lokale sykehus har i konkurransen om fagpersonell.
- Helse Nordmøre og Romsdal HF er ekstremt utsatt. Det er behov for et sykehus som kan avlaste St.Olav. Nærhet til pasientene er et vesentlig kvalitetsaspekt som krever konkurransedyktige lokalsykehus innenfor tildelte funksjoner og geografiske områder.
- OPS gir forutsigbare kostnader. Bygg drift og vedlikehold sees i sammenheng og gir incentiver til et kostnadseffektivt vedlikehold i henhold til fastsatte funksjons- og kvalitetskrav.
- Erfaringer fra OPS viser større sannsynlighet for ferdigstilling og innflytting til avtalt tid.
- OPS kan realisere andre gevinstpotensial i utviklingsfasen. Det ligger potensielle innovasjonsgevinster som den offentlige part kan få nytte av.
- Transaksjonskostnader og risikopremier er utfordringer som må løses og vurderes i forhold til en Helseforetakmodell. Disse kostnadene må vurderes i forhold til transaksjonskostnader og utviklingskostnader ved f. eks utbyggingen av St.Olav.

## II. Rammebetingelser og handlingsrom

*Politiske, rettslige, administrative og markedsmessige muligheter og krav for Nye Molde sjukehus som OPS-prosjekt*

### 3. Handlingsrom: Oppsummering og anbefalinger

Gjennomgangen i del II viser:

- *OPS er politisk akseptert. Med referanse til St.prp.nr.1 (2003-2004) kan det til og med tolkes som politisk ønskelig at OPS som modell testes i helsesektoren for å høste erfaringer med ordningen*
- *Vedtak om et OPS-prosjekt vil måtte tas av foretaksmøtet i helseforetaket. Saken vil også måtte forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket.*
- *Departementet har selv uttalt i budsjettproposisjonen at stortingsbehandling bør finne sted. Et særskilt bevilgningsvedtak i Stortinget er imidlertid ikke rettslig nødvendig.*
- *Det er mulig at spørsmålet om foretakenes egenkapital må avklares av hensyn til regnskapsreglene. Departementet har foreslått nye regnskapsregler i Ot.prp. nr. 56 (2004 – 2005) om endring i lov om helseforetak. Fastsettelsen synes følgelig å kreve lovendring. Det er vedtatt at Helseforetakene skal følge regnskapsloven. Det er videre gitt tillatelse til å gå med underskudd tilsvarende differansen mellom full og begrenset avskrivning. Differansen for HNR er i dag på 30 millioner kroner. Molde sjukehus er ferdig avskrevet i 2012.*
- *Dagens merverdiavgiftssystem er ikke fullt ut konkurransenøytralt. For sykehussektoren gjelder dette særlig ved anskaffelse av avgiftspliktig tjenester. Eksempelvis vil leie/leasing av utstyr (løsøre) normalt være mindre gunstig enn en tilsvarende lånefinansiering.*
- *Dersom det innføres en generell kompensasjonsordning for helseforetak vil dagens manglende konkurransenøytralitet fjernes.*

- *Helseforetakene skal følge regnskapslovens regler. Om og eventuelt hvilke konkurransemessige virkninger forskriften til helseforetaksloven § 43 kan ha for en privat utleier til helseforetak, er vi imidlertid ikke kjent med.*
- *En eventuell OPS-løsning må finansieres innenfor helseforetakets ordinære budsjetttrammer.*
- *Lån til de regionale helseforetakene bevilges hvert år av Stortinget. Departementet kan ikke avgi noen generell erklæring om at OPS-prosjekter ikke vil påvirke fordelingen av lånerammen<sup>3</sup>.*
- *Maksimal løpetid på offentlige lån er 20 år. Helseforetakene kan velge mellom flytende og fast rente. Renten fastsettes av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter.*
- *Lånerammen til Helse Midt-Norge er brukt opp og det kan ikke påregnes offentlige lån til realisering av Nye Molde sjukehus før tidligst i år 2015. Helseforetakene har ikke anledning til å inngå private lån.*
- *Markedsbetingelsen m.h.t. krav om antall tilbydere for å skape en reell konkurranse synes oppfylt. Foreløpige undersøkelser tyder på at rentekostnadene i det private markedet vil ligge 0,5 – 1 prosentpoeng høyere enn statens innlånskostnader. Dvs. 0,1 – 0,6 prosentpoeng høyere enn det helseforetakene belastes for offentlige lån.*
- *Helseforetakene har ikke anledning til å inngå avtaler med preg av finansiell leasing. En OPS-avtale må ta hensyn til denne presiseringen i utformingen. Dette krever sannsynligvis at den private parten må ta ansvaret for vedlikehold og deler av den tekniske driften av sjukehusbygget. Hvilket har vært tilfelle for de kommunale sykehjem og skoleprosjektene.*

#### **4. Politisk aksept – investeringsutfordring og usikre rammebetingelser**

OPS som en alternativ løsning på investeringsutfordringen innenfor helseforetakene er behandlet av Stortinget. Det synes ikke å være politiske hindringer for OPS som modell så lenge kostnadene ved denne type samarbeidsmodell ivaretas innenfor ordinære budsjetter og prioriteringer. Det er pekt på at realisering av mulige gevinstpotensialer ved bruk av OPS krever en betydelig kompetanse fra det offentliges side, men at det kan være gevinster å hente ved løsningen.

<sup>3</sup> Brev til Helse Øst RHF fra Helsedepartementet. 22.04.2004

Følgende er klippet fra St.prp.1 (2003-2004), pkt.1.5.3:

*OPS-samarbeid kan gi bedre løsninger enn det som ville følge av mer tradisjonelle framgangsmåter, men identifisering av aktuelle prosjekter og realisering av potensialet i prosjektene krever betydelig kompetanse fra det offentliges side.*

*Mulig samarbeid med private aktører etter OPS-modell er satt på dagsorden i Helsedepartementets dialog med de regionale helseforetakene om investeringsutfordringer. ....*

***Helsedepartementet mener at det ikke bør tas initiativ fra departementets side for å pålegge de regionale helseforetakene å gjennomføre OPS-prosjekter, men at det bør være åpent for at de regionale helseforetakene vurderer slike prosjekter<sup>4</sup>.***

Gevinstpotensialene det vises til er antagelig knyttet til det innovative aspektet som er identifisert OPS-modellen. I tillegg fremheves også gevinster ved at løsningene blir mer rasjonelle når bygging, drift og vedlikehold sees i sammenheng og plasseres på samme hånd.

For Helse Nordmøre og Romsdal HF er det vesentligste argumentet for et OPS-samarbeid i forbindelse med Nye Molde sjukehus, knyttet til mulighetene for realisering av ny bygningsmasse tidligere enn det som er mulig gjennom Helse Midt-Norge RHF sin låneramme. Dagens bygningsmasse er lite hensiktsmessig i forhold til kravene som stilles til moderne medisinsk behandling.

Usikkerheten om hva som skjer m.h.t bygningsmassen, flytting mv, er i seg selv en kostnad. Et forpliktende vedtak vil gi gevinster.

Knapphet på offentlige investeringsmidler avsatt til sykehusbygg, gjør at det som faktisk skal sammenliknes er *kostnadene ved å vente* på Nye Molde sjukehus til 2020 (ferdig innflyttingsklart) kontra kostnadene ved å realisere et nytt bygg i 2012 i samarbeid med private aktører. Dette innebærer at en OPS-løsning kan være ønskelig og økonomisk forsvarlig selv om en løsning med finansiering innenfor helseforetakets låneramme i dag hadde vist seg som enda mer lønnsom og ønskelig (dersom dette hadde vært et alternativ). Dersom det i tillegg utløses andre potensielle gevinster som ligger i OPS-modellen, må dette i tilfelle Nye Molde sjukehus, betraktes som tilleggsgevinster.

I praksis betyr dagens knapphet (fastsatte begrensninger), på offentlige investeringsmidler, kostnader i form av produktivitets- og kvalitetstap ved Molde sjukehus. Basert på en ren rasjonell bedriftsøkonomisk tilnærming er rett tidspunkt for realisering av nye Molde sjukehus når produktivitetstapet (p.g.a bygningsmessige forhold) ved den samlede virksomheten i eksisterende bygg, er større enn årlige merkostnader ved nybygg (årlig kostnader beregnet etter vanlig regnskapsprinsipper).

<sup>4</sup> Vår utheving

Dersom rasjonering av offentlige investeringsmidler medfører at nybygg ikke kan realiseres på et ”optimalt” tidspunkt, er det rasjonelt økonomisk å søke løsninger der private investeringsmidler inngår.

Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv kan det være en viss fare for at det samlet sett investeres for mye i sykehusbygg. Dette kan være noe av forklaringen bak begrensningene på helseforetakenes muligheter til låneopptak. Når det gjelder Nye Molde sjukehus ligger det grundige utredninger bak sykehusstrukturen innenfor Helse Nordmøre og Romsdal HF sitt ansvarsområde. Planene har fått tilslutning fra Helse Midt-Norge RHF. Planene går dermed inn i en større helhet der overordnede hensyn er ivaretatt.

Gitt at det skal være sykehus i Molde, med den funksjonsdelingen det er lagt opp til innenfor helseregionen, er det samfunnsøkonomisk rasjonelt at den samlede driften er så lønnsom som mulig. Under disse forutsetningene bør det ikke være noen vesentlige avvik mellom investeringsbeslutningen fra et bedrifts- og samfunnsøkonomisk perspektiv. Dersom det av ulike grunner er tvil i forhold til om det skal være et sykehus i Molde om 15-20 år, bør dette framkomme gjennom andre tiltak enn å legge restriksjoner på nyinvesteringer som er begrunnet i driftsøkonomiske hensyn.

En OPS-modell må ivaretas innenfor ordinære budsjetter og prioriteringer. I snevreste forstand kan dette tolkes som at de økonomiske rammebetingelsene som gjelder for Molde sjukehus i dag skal videreføres. Dette innebærer i tilfelle at alle besparelser gjennom effektivitetsøkninger, samt økte inntekter knyttet til eventuelt flere pasienter, tilfaller Molde sjukehus. Disse gevinstene må da som et minimumskrav dekke merkostnadene knyttet til Nye Molde sjukehus.

Selv om betraktningene avgrenses til det som gjelder Molde sjukehus, er det en rekke problemstillinger knyttet til de langsiktige budsjettbetingelsene som kompliserer langtidsplanlegging i forhold til ”ordinære” budsjetter.

#### **4.1. Budsjettbetingelser**

Som det framgår av diskusjonen foran ligger det budsjettbetingelser knyttet til kravet om at et OPS-samarbeid må løses innenfor ordinære budsjetttrammer og prioriteringer. Hva dette betyr i et langsiktig perspektiv er uklart.

Følgende poster med betydning for budsjettbalansen er direkte knyttet til bygningsmassen og vil være forskjellig med nytt og gammalt bygg, samt tidspunkt for realisering av Nye Molde sjukehus:

- Årlige bygningskostnader (finansieringskostnader, drift og vedlikehold – eventuelt OPS-avtale med inkluderte tjenester)
- Antall m<sup>2</sup> nybygg

- Byggekostnader /m<sup>2</sup>

Videre vil bygningsmassens form, funksjonstilpasning, kvalitet, og størrelse har betydning for følgende sentrale forhold med påfølgende indirekte budsjettkonsekvenser:

- Gjennomsnittlig oppholdstid – effektivitet i behandlingsskjeden
- Antall ansatte i forhold til produksjonsnivå
- Antall pasienter – betydning for inntektene
- Arbeidskrafts-kompetansekostnader (turnover, rekruttering, innleie, sykefravær mv).

I utgangspunktet skulle sykehusreformen gi mer forutsigbare rammebetingelser og en større grad av delegert budsjettansvar der beslutningstakerne med utgangspunkt i kostnads- og inntektsbildet skulle gis muligheter til langsiktig planlegging. Dette er per i dag bare delvis realisert.

Selv om åpningsbalansen nå er fastsatt, er finansieringen er uklar. Helseforetakene er som nevnt gitt tillatelse til å gå med underskudd tilsvarende differansen mellom fulle og reduserte avskrivninger. Helseforetakene akkumulerer et underskudd som på ett eller annet tidspunkt må bli realisert.

I forhold til driftssiden synes inntektssystemet fremdeles å være under utprøving. Det har allerede vært flere justeringer av DRG-prisene. Den samlede ressurstilgangen til sykehusene er gjenstand for politiske drakamper, salderinger og kompromisser i forbindelse med årlige behandlinger av statsbudsjettet (og revidert statsbudsjett).

Dette betyr at det i dag er usikkerhet knyttet til hva de faktiske kostnadene ved dagens bygningsmasse er i forhold til hvordan dette skal regnskapsføres og hvilke avsetninger til framtidige investeringer som må gjøres i regnskapet. Det er også usikkerhet knyttet til i hvor stor grad avklaringer på dette punktet får betydning for den samlede budsjetttrammene det enkelte sykehus må forholde seg til.

Videre er det usikkerhet knyttet til inntektssystemet. Nye Molde sjukehus vil kunne øke sin konkurransekraft gjennom å bedre kvaliteten på tilbudet til lokalbefolkningen og på denne måten redusere pasientlekkasjen i fremtiden. Hvor stor merinntekt dette kan generere er usikkert når inntektssystemet er under stadig endringer.

Rammebetingelsene for langsiktig planlegging innenfor ”ordinære” budsjetttrammer er med andre ord svært utydelige, uavhengig av om det velges et OPS-samarbeid eller om dagens drifts videreføres innenfor eksisterende bygningsmasse inntil det regionale helseforetaket har



opparbeidet og frigjort en tilstrekkelig investeringsramme til å finansiere Nye Molde sjukehus.

Kortsiktig økonomisk planlegging med budsjetter for ett år av gangen gir neppe optimale økonomiske tilpasninger i en sektor der bygningskapital og annen realkapital (medisinsk utstyr) har stor betydning for inntekspotensialet og mulighetene for en effektiv produksjon.

## 5. Muligheten for annen finansiering

Investeringsrammene til de regionale helseforetakene fastsettes av Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet hvert år. Det gis i liten grad øremerkede midler. Basisbevilgingen (dvs. det ikke-aktivitetsavhengige tilskudd) forutsettes å dekke investeringer i gjenanskaffelser.

Statens plikt til å yte tilskudd til sykehusbygg iht spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 ble opphevet ved innføringen av foretaksmodellen, fordi det ikke ble ansett å nødvendig å lovfeste en slik plikt når staten selv skulle eie foretakene (jf begrunnelse i Ot.prp. nr 66 (2000 – 2001)).

Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i 2002 (St.prp. nr 59 (2001 – 2002)) ble det etablert en låneordning for de regionale helseforetakene. Begrunnelsen var knyttet til foretakenes stramme investeringsramme. Lånerammen ble fastsatt til 1 mrd, men er siden blitt økt. Da basisbevilgingen i liten grad tar høyde for særlige prosjekter, vil større investeringer måtte forutsettes dekket gjennom slike lån.

Vedtektene til Helse Midt-Norge fastsetter en låneramme på 4,7 mrd NOK, herunder 3,2 mrd NOK til investeringsformål, og 1,5 mrd NOK i driftskredittramme. Det følger videre av vedtektene at lån skal innvilges iht instruks for lån til investeringer i de regionale helseforetakene. Av instruksen følger at ”lån til de regionale helseforetakene bevilges hvert år av Stortinget”. Fordi helseforetakene ikke kan ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene, jf helseforetaksloven § 33, er den statlige lånerammen helseforetakenes eneste alternativ. Låneopptak i det private markedet er følgelig avskåret.

Det er opplyst at lånerammen fastsatt i Helse Midt-Norges vedtekter er oppbrukt. Uavhengig av hvilke rammer for investeringslån som måtte bli gitt i fremtidige budsjetterminer, vil ikke Helse Midt-Norge kunne få en større andel av avsatte midler, med mindre vedtektene endres.

Det er videre opplyst at Helse Nordmøre og Romsdal HF ikke kan vente tildeling av investeringsmidler til Nye Molde sjukehus fra sitt morforetak før *tidligst* i 2015. Vi legger til grunn at dette gjelder midler fra lånerammen.

Både offentlig finansiering og private låneopptak for finansiering av nytt sykehus synes derfor utelukket før den tid.

#### 5.1.1. Departementets forbud mot finansiell leasing

Helseforetakene kan ikke inngå avtaler om finansiell leasing med en privat part. Slike avtaler likestilles regnskapsmessig med låneavtaler, som helseforetakene altså ikke kan inngå.

Såkalt operasjonell leasing regnes derimot som vanlig tingsleie. Skillet mellom finansiell og operasjonell leasing for regnskapsmessige formål er beskrevet i Norsk regnskapsstandard for leieavtaler (NRS 14) (se også drøfting under 10.1.1). Klassifiseringen vurderes ut i fra hvorvidt det har funnet sted en overføring av økonomisk risiko og kontroll. Klassifisering av leieavtalen som finansiell eller operasjonell skjer på tidspunkt for avtaleinngåelsen. Leieavtalen *skal* iflg standarden pkt 27, regnskapsmessig behandles som en finansiell leieavtale hvis minst ett av følgende kriterier er til stede:

- Leietaker har rett til kjøp av eiendelen til en pris som forventes å være vesentlig lavere enn markedsverdi på det tidspunkt retten kan benyttes. På tidspunkt for inngåelse av leieavtalen er det derfor rimelig sikkert at leietaker vil kjøpe eiendelen.
- Estimert leieperiode går over det vesentligste av eiendelens økonomiske levetid.
- Nåverdien av estimerte leiebetalinger tilsvarer i hovedsak markedsverdien av eiendelen ved inngåelse av leieavtalen.
- Eiendelen er av så spesiell karakter at den, uten vesentlige endringer eller modifikasjoner, ikke kan brukes av andre enn leietaker.

I tillegg kan det legges vekt på andre indikatorer som at leietaker ved å si opp leieavtalen står ansvarlig for et eventuelt tap for utleier, om det vesentligste av gevinst og tap som følge av variasjoner i markedsverdien på eiendelen tilfaller leietaker, om leietaker etter utløpet av den opprinnelige avtalen har rett til å fornye denne for en tidsbegrenset periode, til en leie som ligger vesentlig under markedsleie for en tilsvarende eiendel, samt om det foreligger andre forhold som gjør det rimelig sikkert at leietaker vil overta leieobjektet i løpet av avtaleperioden eller senere.

Det synes klart at en OPS-kontrakt som i for sterk grad legger opp til å minimere OPS-partnerens risiko gjennom for eksempel uoppsigelighet og leiers rett til overtakelse, vil følgelig lett kunne bli klassifisert som en finansiell leieavtale. Det er neppe et hinder i seg selv at avtaleperioden er lang, da sykehusets levetid også må antas å være det. Det har også vært

vanlig å legge vekt på om utleieren skal forestå vedlikehold osv<sup>5</sup>. Det må antas at en utleier med utstrakte plikter også vil bli ansett for å ha beholdt utstrakt risiko og kontroll.

Sykehuset Innlandet HF besluttet i styremøte 16. november 2004 å inngå en leieavtale med Kongsvinger Sjukehusutvikling AS om privat finansiering av utbygging av sykehuset i Kongsvinger gjennom det som betegnes som en operasjonell leasing-avtale. I saksfremlegget til styremøtet er det uttalt at avtalen ikke er ”å anse som en normal OPS-avtale, men som en tilnærmet ordinær leiekontrakt”, og at en ekstern juridisk vurdering har konkludert med at leiekontrakten mest sannsynlig er å anse som en operasjonell leasingkontrakt. Vi har verken tilgang til leieavtalen eller vurderingen av den. Uttalelsene illustrerer likevel at det bør kunne la seg gjøre å finne en ordning som er økonomisk interessant uten at den blir å anse som finansiell leasing. (I Helse Vest har til sammenlikning en OPS-avtale med 25 års varighet etter ny vurdering av revisor blitt ansett som en finansiell leasingavtale.)

## 6. Kort om finansielle spørsmål og markedsbetingelser

Under punkt 5 omtales mulighetene for annen finansiering. Der vises det til *Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene*. Under forutsetning av at denne instruksen ikke endres, kan følgende betingelser knyttes til lånebevilgning fra Stortinget (se instruksen for nærmere presiseringer):

- Løpetiden beregnes som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene som det er tatt opp lån til. Maksimal løpetid kan dog ikke settes lengre enn 20 år.
- Helseforetakene kan velge mellom flytende rente eller fastrente med bindingstid på hhv. 3, 5 eller 10 år.
- Både for flytende rente og fastrente fastsettes rentesatsen av Finansdepartementet på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentpoeng.

I det private markedet finnes det flere alternative muligheter for finansiering, der lån gjennom bank og/eller finansieringsselskap er mest aktuelt. Den private parten i et OPS-samarbeid består ofte av et konsortium der flere selskaper deltar. Den private parten bidrar normalt med noe egenkapital, men vil som regel måtte lånefinansiere en større eller mindre del av investeringen.

---

<sup>5</sup> Se for eksempel Ot.prp. nr 39 (1977 – 1978) om pantelov, hvor det uttales at operating leasing er ”en avtale om tingsleie hvor utleieren har påtatt seg eller betinget seg å vedlikeholde utleiegjenstanden”.

Uavhengig av finansieringsmåte stilles det krav til avkastning på kapitalen. En avtale med et offentlig helseforetak vil fra den private part bli vurdert som en lavrisikoinvestering. En foreløpig sjekk i markedet tyder på at et OPS-investeringsprosjekt i størrelsesorden 1,8 mrd kr vil få et påslag på finanskostnadene på 0,5 – 1 prosentpoeng i forhold til statens innlånskostnader. Finanskostnadene for OPS-selskapet blir dermed 0,1 – 0,6 prosentpoeng høyere enn det helseforetaket ville fått gjennom lån fra staten, bevilget over Stortinget.

Det bør være tre (eller minst to) tilbydere i markedet for å sikre reell konkurranse om et OPS-prosjekt. Foreløpig sonderinger i markedet tyder på at dette kravet er oppfylt. Det antas at tilbyderne vil organiseres som et konsortium, eller egne OPS-selskaper med flere samarbeidende selskaper. Det er et begrenset antall selskaper på det norske markedet som er store nok til å stå som selvstendig tilbyder. Kontrakten vil være av en slik størrelse at det må forventes utenlandske tilbydere med erfaring fra helsebygg og OPS som samarbeidsform, i tillegg til aktører som allerede er i det norske markedet i dag.

Det vil måtte stilles vilkår om garantier fra den private parten. Dette kan begrense antall tilbydere noe. På tross av strenge garantikrav synes markedsbetingelsene for et OPS-samarbeid som innfridd.

## 7. Anskaffelsesregler

Regelverket for offentlige anskaffelser kommer til anvendelse på kontrakter som inngås av offentlige oppdragsgivere, også OPS-avtaler. Fra 1. januar 2006 innføres EUs nye anskaffelsesdirektiv (direktiv 2004/18/EF) i Norge. Vi legger til grunn at prosjektet neppe vil bli kunngjort i løpet av 2005, og det at det derfor er de nye reglene som vil være anvendelige på prosjektet. Norsk forskrift er ennå ikke vedtatt, men et utkast er sendt på høring. Grunnet plikten til å innføre direktivens bestemmelser, vil de materielle regler som er aktuelle her neppe avvike nevneverdig fra utkastet i endelig forskrift.

Anvendelsen av enkeltregler vil i noen grad kunne avhenge av hvilken kontraktsmodell man bestemmer seg for. I det følgende beskrives de overordnede spørsmål man vil måtte ta stilling til.

For det første kan det trolig konstateres at ingen av unntakene fra regelverkets anvendelsesområde kan antas å komme til anvendelse. Forskriftsutkastets § 1-4 (b) unntar kontrakter om *”ervert eller leie av jord, eksisterende bygninger eller annen fast eiendom”* fra regelverkets

anvendelsesområde. Bygninger som oppføres iht spesifikasjoner som er innrettet mot oppdragsgivers behov, vil ikke kunne oppfattes av unntaket.<sup>6</sup>

Visse OPS-prosjekter vil kunne anses som såkalte bygge- og anleggskonsesjoner, hvor leverandørens vederlag ”*enten utelukkende består i retten til å utnytte byggverket eller i en slik rett sammen med betaling*”, jf utkastet § 1-4(g). Konsesjonskontrakter er underlagt særlige regler. Dette forutsetter at leverandøren overtar en risiko for utnyttelsen av bygget, noe som neppe er tilfelle når det på forhånd er inngått avtale om utnyttelse med oppdragsgiver.

Kontrakten vil derfor måtte kunngjøres etter reglene for kontrakter over EØS-terskelverdiene.

Helseforetaket vil trolig kunne velge mellom flere *prosedyrer*. Valg av prosedyre må fremgå av kunngjøringen. Det er alltid adgang til å velge åpen eller begrenset anbudskonkurranse. Det særlige behovet for fleksibilitet og dialog ved kompliserte prosjekter som OPS, kan imidlertid også åpne for andre fremgangsmåter:

For det første kan oppdragsgiver benytte **konkurranse med forhandling etter forutgående kunngjøring** hvor ”*vare, tjenestens eller bygge- og anleggskontraktens art eller tilknyttede risiko ikke tillater samlet prisfastsettelse på forhånd*” (utkastet § 13-3(b), eller ”*ved tjenestekontrakter hvor tjenestene som skal leveres er av en slik art at det ikke i tilstrekkelig grad kan fastsettes så nøyaktige spesifikasjoner, at valg av det beste tilbud kan skje etter reglene for åpen eller begrenset anbudskonkurranse*” (utkastet § 13-3(c)). Oppdragsgiver må i så fall selv utarbeide konkurransegrunnlaget ved hjelp av tekniske spesifikasjoner eller ytelses- og funksjonskrav, eller en kombinasjon av dette. Forhandlingene kan gjelde alle sider ved tilbudene, men den nye forskriften stiller flere krav til gjennomføringen av forhandlingene enn det som tidligere var påkrevd.

For det andre innføres i det nye direktivet prosedyreformen ”**konkurransepreget dialog**”. Prosedyren skal kunne anvendes ved ”*tildeling av særlig komplekse kontrakter*”, dvs en kontrakt hvor oppdragsgiver ”*enten ikke er i stand til objektivt å presisere tekniske vilkår, som kan oppfylle deres behov eller formål, eller ikke er i stand til objektivt å presisere de rettslige eller finansielle forhold i forbindelse med prosjektet*”. Prosedyren er en nyskapning i det nye direktivet. Det er forutsatt at prosedyren vil være aktuell bl.a ved OPS-prosjekter.

---

<sup>6</sup> I Kommissjonens veileder til (det nåværende) bygge- og anleggsdirektivet uttales at ”*direktivet ikke omfatter et rent kjøp af en allerede bestående ejendom, med mindre den pågældende ejendom er blevet opført for at opfylde et bestemt behov fastlagt af den ordregivende myndighed, som på forhånd har forpligtet sig til at købe ejendommen efter dens færdigstilling. [...] Tilsvarende er simpel leje af en ejendom, som ikke har nogen forbindelse med en bygge eller købskontrakt, ikke omfattet af direktivet.*”

Prosedyren innebærer i korthet at oppdragsgiver etter prekvalifiseringen av leverandørene innleder en dialog med de kvalifiserte leverandører. Formålet skal være å identifisere og fastslå hvordan oppdragsgivers behov best kan oppfylles. Dialogen kan foregå i flere faser, og fortsetter til oppdragsgiver har funnet den eller de løsninger som kan oppfylle oppdragsgivers behov. Deretter avgir deltakerne endelig tilbud. Det er åpnet for at leverandørene også etter avgivelse av tilbud kan "presisere visse aspekter ved tilbudet eller bekrefte forpliktelser som er gitt i tilbudet" (utkastet § 18-9(4)). Det dreier seg imidlertid ikke om regulære forhandlinger; "vesentlige endringer av tilbudet eller konkurransegrunnlaget" kan ikke forekomme.

Prosedyren åpner i langt større grad enn andre prosedyrer for dialog om selve konkurransegrunnlaget, men er til gjengjeld krevende. Det vil også kunne oppstå spørsmål om godtgjørelse til deltakende leverandører.

## 8. Beslutningskompetanse

Foretaksstrukturen i spesialisthelsetjenesten ble etablert ved lov av 15. juni 2001 nr 93. Loven hjemler opprettelse av helseforetak ved kongen i statsråd (§ 8), og de regionale helseforetaks organisering av utøvende virksomhet som helseforetak (§ 9). De regionale helseforetak og helseforetakene "*har selv rettigheter og plikter, er selv part i avtaler med private og offentlige myndigheter og har partsstilling overfor domstoler og andre myndigheter*", jf § 6. Inngåelse av en OPS-avtale er i utgangspunktet en vanlig privatrettslig avtale som inngås av det organ som etter kreve beslutning fra det organ som har myndighet til å inngå avtaler på foretakets vegne. Iht helseforetaksloven § 39 er det *styret* som representerer foretaket utad og tegner dets firma; representasjonsretten kan delegeres til styremedlem eller daglig leder, jf annet ledd. Også daglig leder har fullmakt til å representere foretaket utad, men bare i saker som faller inn under den daglige ledelse iht § 37. Denne omfatter ikke "*saker som etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning*". Avtalekompetansen for den type avtaleforhold det her er tale om, hører derfor klart under styret.

Selve beslutningen må antakelig tas av departementet i foretaksmøtet. Iht helseforetaksloven § 30 er det *foretaksmøtet* i regionalt helseforetak som treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsetninger eller oppgaver.<sup>7</sup> Deltakelse i et OPS av dette omfang må nokså klart anses som et forhold av vesentlig betydning: Det vil binde opp foretakets inntekter i 15 år fremover og det er politisk kontroversielt. Også bygging av sykehus i seg selv vil antakelig måtte anses som et vesentlig forhold: Det er rimelig at det forutsettes politisk kontroll med hvor nye sykehus bygges.

<sup>7</sup> I forarbeidene (Ot.prp. nr 66 (2000 – 2001)) nevnes bl a "*deltagelse i omfattende samarbeidsvirksomhet som vil påføre foretaket omfattende ansvar, avtaler med tredjemann som får vesentlig betydning for foretaket eller andre større omlegginger av driften*" som eksempler på saker av vesentlig betydning.

I Helse Midt-Norges vedtekter er det fastsatt at vedtak om ”deltakelse i omfattende samarbeid eller vesentlige endringer i dette” skal treffes av foretaksmøtet. Videre er Helse Midt-Norge i foretaksmøtet pålagt å forelegge større investeringer for departementet. I protokollen fra foretaksmøte i det regionale helseforetaket 13. januar 2005, legges til grunn at:

*”For store prosjekter må det unngås at det settes i gang omfattende prosesser og planleggingsarbeid som det senere viser seg urealistisk eller ikke ønskelig å gjennomføre av økonomiske eller helsefaglige grunner [...] Etter gjennomført konseptfase (jf. nevnte brev av 31. desember 2002) for prosjekter som overstiger 1000 mill. kroner skal resultatene fra denne og det regionale helseforetakets vurderinger legges fram for departementet.”*

Spørsmålet er imidlertid om det også vil kreves stortingsbeslutning. Helseforetaksloven foreskriver eksplisitt stortingsbehandling ved salg av sykehusvirksomhet, jf § 32. I forarbeidene fremgår at det med sykehusvirksomhet menes ”sykehus i drift” og at ”Bestemmelsen regulerer salg av den delen av sykehuset som har kliniske funksjoner samt medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner”. Dersom en OPS-avtale vil innebære at kliniske funksjoner overtas av den private part, vil bestemmelsen følgelig kunne komme til anvendelse slik at et krav om stortingsbeslutning følger direkte av helseforetaksloven.

For øvrig følger intet krav om stortingsbehandling direkte av helseforetaksloven. Derimot omtales bruk av OPS i helsesektoren i St.prp.nr1 (2003 – 2004) (statsbudsjettet), Helsedepartementets fagproposisjon, pkt 1.5.3. Om beslutningskompetansen uttales:

*Når slikt samarbeid vurderes i forbindelse med investeringer i helseforetak, må det stilles meget store krav til grundig forarbeid, kompetanse, kontraktsutforming og – oppfølging. Mulige framtidige prosjekter etter denne type samarbeidsmodell må ivaretas innenfor ordinære budsjetter og prioriteringer. Gitt eventuelle prosjekters langsiktige bindinger og de risikofaktorer dette kan medføre, bør samarbeid skje innenfor kontrollerte former og ikke ut over rammer Stortinget er kjent med.*

Også ved sosialkomiteens behandling av proposisjonen (Budsjett-innst. S. Nr 11 – 2003 – 2004) er OPS omtalt, men noen forutsetning om Stortingsbeslutning nevnes ikke.<sup>8</sup> OPS synes heller ikke å være omtalt i

<sup>8</sup> Sosialkomiteens flertall, Høyre, KrF og FrP, uttaler: *Etter flertallets syn vil det også i Norge være aktuelt å prøve ut nye former for samarbeid mellom offentlige og private for å se om man gjennom et slikt samspill kan senke investeringskostnadene innen norskspesialisthelsetjeneste. Mulige samtidige prosjekter etter denne type samarbeidsmodell må ivaretas innen Budsjett-innst. S. nr. 11 – 2003-2004 87for ordinære*

budsjettbehandlingen i selve Stortinget. Uttalelsene i proposisjonen og budsjettinnstillingen utgjør uansett ikke rettslig bindende *vedtak*, og noen instruks til Regjeringen om at spørsmålet skal forelegges Stortinget, kan derfor ikke sees å foreligge.<sup>9</sup>

Uavhengig av eventuelle instruks i tilknytning til denne konkrete saken, kan det spørres om Regjeringen er forpliktet til å forelegge spørsmålet for Stortinget på grunnlag av de konstitusjonelle regler som gjelder forholdet mellom Stortinget og Regjeringen. At Stortinget *kan* instruere Regjeringen mht utøvelsen av myndighet i foretaksmøtet, innebærer imidlertid ikke i seg selv noen plikt for Regjeringen til å forelegge bestemte spørsmål for Stortinget så lenge instruksjonsmyndigheten ikke er utøvd.

## 9. Stortingsbehandling om avhending av fast eiendom og finansielle sider

Grunnlovens § 19 forutsetter stortingsbeslutning ved avhendelse av statseiendom, slik at det i utgangspunktet vil kreve stortingsbeslutning for avhendelse av fast eiendom (tomt) til OPS-partneren. I helseforetaksloven § 31 gis imidlertid foretaksmøtet kompetanse til å pantsette eller avhende fast eiendom. Det fremgår av forarbeidene at bestemmelsen innebærer et generelt forhåndssamtykke til slik avhending fra Stortingets side.

### 9.1. Stortingsbehandling av de økonomiske/finansielle sider

En OPS-avtale vil legge beslag på helseforetakenes inntekter i mange år fremover, og det kan derfor synes naturlig å stille krav om stortingsbehandling av den økonomiske dekningen. Det følger av Stortingets bevilgningsmyndighet etter Grunnloven § 75 d at Regjeringen ikke kan pådra staten økonomiske forpliktelser uten at de nødvendige midler er bevilget eller det finnes hjemmel for at midler vi bli bevilget<sup>10</sup>. Også langvarige kontrakter som avhenger av bevilgninger i fremtidige terminer, krever slik hjemmel. Av Stortingets bevilgningsreglement § 9 følger at et vedtak om ”*startbevilgning til et bestemt anlegg, bygg eller særlig innretning, gir fullmakt til å slutte de nødvendige kontrakter utover den gitte bevilgning innenfor rammen av det oppgitte kostnadsoverslag*”, men et bevilgningsvedtak i første hånd er uansett påkrevd. Helseforetakene

---

*budsjetter og prioriteringer. F l e r t a l l e t er kjent med at også andre departementer drøfter denne type aktivt samarbeid med næringslivet, og at det dermed bør være grunnlag for et departementalt samarbeid for å vinne erfaringer.*

<sup>9</sup> Eckhoff/Smith, Forvaltningsrett, 7. utgave, s 121: ”Utgangspunktet er utvilsomt at det må foreligge et formelt vedtak for at Regjeringen (og den øvrige forvaltning) skal bli rettslig bundet. Utsagn i en komitéinnstilling er ikke nok – selv om den er enstemmig og ikke blir imøtegått fra noe hold under debatten i Stortinget. Heller ikke uttalelser under debatten binder, selv om de ikke blir motsagt.”

<sup>10</sup> Jf. Castberg, Norges statsforfatning, tredje utgave 1964, bind II, s 89, hvor det uttales at det ikke er ”*tvilsomt at grunnlovens § 75 d medfører en statsrettslig forpliktelse for kongen til ikke å slutte bindende avtale om utbetaling av statsmidler, med mindre en stortingsbeslutning kan sies å inneholde hjemmel til å slutte en slik avtale.*” Tilsvarende Andenæs, Statsforfatningen i Norge, 8. utg, s 232, og Eckhoff/Smith, Forvaltningsrett, 7. utg, s 160



er imidlertid organisert som egne rettssubjekter, og inngår ikke i statens bevilgningssystem<sup>11</sup>. Selv om en beslutning om avtaleinngåelse treffes av departementet i foretaksmøtet, er det dermed ikke *staten*, men foretaket, som formelt forpliktes, og som skal dekke utgiftene gjennom bevilgede midler. Statens ansvar for foretakets forpliktelser iht § 7 er, som det fremgår av bestemmelsen, subsidiært. Kravet om hjemmel i bevilgningsvedtak i Stortinget gjelder derfor ikke for helseforetakene<sup>12</sup>.

## 10. Skatt og merverdiavgift ved utleie av sykehus

I det følgende redegjøres for enkelte spørsmål knyttet til skatt og merverdiavgift der et privat foretak leier ut sykehus, bygninger, anlegg og eventuelt utstyr, til helseforetak.

Vi vil også kort omtale enkelte regnskapsmessige forhold.

### 10.1. Skatt

Regionale helseforetak og helseforetak som definert i lov av 15. juni 2001 nr. 93 er unntatt fra skatteplikten<sup>13</sup>.

Privat utleier av bygg, anlegg og utstyr til helseforetak er ikke omfattet av det ovennevnte skattefritaket. I det følgende gjennomgås enkelte skattemessige forhold relatert til denne type virksomhet.

Skatteloven bygger på et inntektsbegrep avgrenset til årets resultat. Ved anskaffelse av betydelige og varige driftsmidler foreligger aktiveringsplikt<sup>14</sup>. For anleggsgjenstander, eksempelvis bygninger, anlegg og utstyr, gis fradrag for den oppofrelse som består i at anleggsgjenstander slites og eldes. Avskrivninger representerer i prinsippet en fordeling av skattemessige fradrag av anskaffelseskostnaden over driftsmidlets/eiendommens beregnede levetid. Skatteloven har egne regler om avskrivning. Avskrivningssystemet for fysiske gjenstander bygger på saldoavskrivning<sup>15</sup>, det vil si opprinnelig kostpris minus foretatte avskrivninger tidligere år.

<sup>11</sup> Jf helseforetaksloven § 6, og merknader til bestemmelsen i Ot.prp. nr 66 (2000 – 2001)

<sup>12</sup> Av Finansdepartementets veileder til statlig budsjettarbeid fremgår at de særlige regler om krav til bevilgning for statens forretningsdrift i Stortingets bevilgningsreglement § 6 fremgår at statlig virksomhet organisert i egne rettssubjekter ikke omfattes av disse reglene: ”Disse bestemmelsene gjelder de såkalte forvaltningsbedriftene som føres opp i statsbudsjettet under kapittelserien 2445-2490 Statens forretningsdrift. Dessuten gjelder de for statens direkte økonomiske engasjement i petroleumsvirksomheten (SDØE), som får utgifter og inntekter bevilget under kap.5440, jf. paragrafens siste ledd. Statlige bedrifter organisert som egne rettssubjekter (statsaksjeselskaper, statsforetak eller selskaper organisert etter særskilt lov), tas som nevnt i pkt. 4.4 ikke inn på statsbudsjettet med selskapets brutto inntekter og utgifter. Men betalinger fra statskassen til selskapet eller omvendt tas med (f.eks. kapitalinnskudd, driftstilskudd, avskrivninger, utbytte, renter o l)”

<sup>13</sup> Skatteloven § 2-30 nr. 1 bokstav g nr. 7

<sup>14</sup> Skatteloven § 14-40 første ledd

<sup>15</sup> Skatteloven § 6-10, jf. § 14-40 flg.

Følgende tabell gir en oversikt over enkelte saldogrupper og avskrivningssatser

Saldogruppe	Avskrivnings sats
a (kontormaskiner,)	30 pst.
d (personbiler, maskiner, inventar mv.)	20 pst.
h (bygg og anlegg, hoteller mv.)	4(8) pst.

Tabell 10-1 Enkelte saldogrupper og avskrivningssatser

Sykehusbygninger inngår i saldogruppe h. Generelt gjelder at den faktiske bruk er avgjørende for hvilke avskrivningsgruppe en eiendom tilhører.

### 10.1.1. Leasing

Leasing som er en spesiell form for leie, hvor finansieringsmomentet er fremtredende.

Både bygninger, anlegg og utstyr kan leases. Regnskapsmessig er det vanlig å skille mellom finansiell og operasjonell leasing. Skattemessig anses begge leasingformene i utgangspunktet som leieavtaler, men det må foretas en konkret vurdering av realiteten bak en leasingavtale. Dersom leaser anses som eier i leasingperioden, behandles forholdet som et kjøp på avbetaling.

#### Finansiell leasing

Det karakteristiske ved finansiell leasing er at det er et finansieringsselskap eller eventuelt en annen som etter leasers (leiers) ønske og spesifikasjoner kjøper og betaler leasingobjektet, hvorpå det leases til brukeren for en lengre periode. Minimum leasingperiode er ofte kortere enn gjenstandens økonomiske levetid. Helseforetakene har ikke anledning til å inngå avtaler med finansiell leasing (jf avsnitt 5.1.1)

#### Operasjonell leasing

Operasjonell leasing er forskjellig fra finansiell leasing ved at leiekontrakten oftest er kortsiktig eller kan sies opp med kort varsel. Utleier påtar seg vanligvis vedlikehold og forestår levering av reserveutstyr. Utleier er gjerne produsent eller forhandler av utstyr, for eksempel maskiner. Helseforetakene har anledning til å inngå avtaler med operasjonell leasing. Grensegangen mellom operasjonell og finansiell leasing kan være uklar i forhold til bygg. Dersom Helse Nordmøre og Romsdal HF velger en OPS-modell med innslag av leasing for Nye Molde sjukehus, er det derfor vesentlig med en grundig grenseoppgang over hvilke type avtaler og avgrensninger helseforetakene faktisk er gitt anledning til (jf drøfting under avsnitt 5.1.1).

#### Hvem anses som skattemessig eier av leasingobjektet

I leasingavtalen vil den som leaser ut objektet formelt fremstå som eier av den leasede gjenstand i leasingperioden.

Skattemessig vil det avgjørende være hvem som privatrettslig skal anses som eier av leasinggjenstanden i leasingperioden. Dette må vurderes konkret, hvor det blant annet legges vekt på partenes rettigheter, plikter og risiko etter avtalen i forhold til leasinggjenstandens markedsverdi ved utløpet av leasingperioden og avtalens innhold for øvrig.

Vi gjør oppmerksom på at det kan være forskjell mellom den regnskapsmessige og den skattemessige behandlingen, fordi eiendomsbegrepet i regnskapsretten har et annet innhold enn det skatterettslige/privatrettslige begrepet.

Dersom leaseren etter avtalen blir eier av gjenstanden ved leasingperiodens utløp, anses han som eier også i leasingperioden. Det samme gjelder dersom leaseren etter avtalen både har rett og plikt til å kjøpe gjenstanden til fastsatt pris etter en viss tid.

Har gjenstanden en ikke utbetydelig markedsverdi ved utløpet av leasingperioden, og leaseren har plikt til å kjøpe gjenstanden til omsetningsverdi ved utløpet av perioden, vil leaseren ikke bli ansett som eier i leasingperioden.

Har leaseren etter avtalen rett, men ikke plikt, til å kjøpe gjenstanden ved leasingperiodens utløp, vil dette ikke i seg selv medføre at leaseren anses som eier i leasingperioden. Er det avtalt en så gunstig pris at det er altoverveiende sannsynlig at leaseren vil overta gjenstanden etter utløpet av leieperioden, vil imidlertid leaseren likevel anses som eier i leasingperioden.

Når bortleaseren anses som eier vil:

- verdien av den leasede gjenstand formuesbeskattes hos bortleaseren;
- leasingleien vil være skattepliktig inntekt hos bortleaser på samme måte som vanlig leieinntekt;
- eventuell avskrivning av leasingobjektet foretas hos bortleaser
- leasingleien klassifiseres som/er fradragsberettiget som vanlige leiekostnader hos leaser

## **10.2. Merverdiavgift**

Merverdiavgiftsloven inneholder ikke et korresponderende generelt fritak fra merverdiavgift for helseforetak, slik som skatteloven § 2-30.

Ved Merverdiavgiftsreformen 2001 ble det innført generell merverdiavgift på tjenester.

Dette innebærer at alle tjenester som kan omsettes er avgiftspliktige, med mindre tjenesten er særskilt unntatt i loven. Et slikt unntak er blant annet gjort for helse- og helserelevante tjenester i merverdiavgiftsloven § 5 b første ledd nr. 1.

Et av hovedprinsippene bak merverdiavgiftssystemet er at det skal være en nøytral form for forbruksbeskatning. Merverdiavgiften oppkreves i alle omsetningsledd i avgiftskjeden, men retten til å fradragføre merverdiavgift på anskaffelser fører til at merverdiavgiften ikke blir belastet de avgiftspliktige virksomhetene i kjeden. Merverdiavgiften blir endelig innbetalt til staten først når ytelsen skjer til et ledd hvor mottaker ikke er avgiftspliktig og dermed ikke har mulighet for å gjøre fradrag for merverdiavgiften på anskaffelsene. Foruten privatpersoner er dette tjenesteytere som ikke omfattes av merverdiavgiftsplikten, for eksempel virksomheter som produserer helsetjenester, herunder helseforetak. For denne type virksomheter er merverdiavgiften en kostnad.

#### **10.2.1. Forholdet til produsenter av helsetjenester**

Helsetjenester er unntatt fra merverdiavgiftsplikt. Virksomheter som produserer helsetjenester, eksempelvis helseforetakene, har dermed ikke fradragrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i virksomheten.

##### **Utleie/leasing av bygninger og anlegg**

Utleie av bygninger og anlegg er unntatt fra den generelle merverdiavgiftsplikten<sup>16</sup>. Det påløper således ikke merverdiavgift ved leie/leasing av bygning og anlegg.

For å likestille avgiftspliktige virksomheter som velger å leie lokaler med virksomheter som eier lokalene foreligger det adgang for utleier å søke om frivillig registrering<sup>17</sup> der bygningen eller anlegget er til bruk i virksomhet som er registrert etter merverdiavgiftsloven.

Dersom det innføres regler om kompensasjon for merverdiavgift for helseforetak (omtalt foran) er det grunn til å anta at det åpnes for frivillig registrering av utleier av bygg og anlegg til bruk for helseforetak<sup>18</sup>.

##### **Utleie/leasing av utstyr**

Utleie av utstyr er omfattet av den generelle merverdiavgiftsplikten.

Dagens merverdiavgiftssystem, før en eventuell kompensasjonsordning innføres, vil normalt føre til en merkostnad for helseforetaket ved leie/leasing av utstyr sammenlignet med lånefinansiering.

#### **10.2.2. Konkurransesvridninger i merverdiavgiftssystemet**

Merverdiavgiften gir helseforetakene motiv til å produsere støttetjenester som renhold vask og vedlikehold mv. med egne ansatte (uten merverdiavgift) framfor å kjøpe tjenesten fra private underleverandører (med merverdiavgift). Dette fører til en konkurranseulempe for private underleverandører sammenlignet med egenproduksjon av tjenester i helseforetakene.

<sup>16</sup> Merverdiavgiftsloven § 5 a første ledd

<sup>17</sup> Forskrift 06.06.2001 nr. 573 (nr. 117)

<sup>18</sup> Kompensasjonsordningen for kommuner og fylkeskommuner åpner for dette

Denne problemstillingen gjelder i prinsippet alle virksomheter som er utenfor merverdiavgiftsområdet, herunder også kommunal og statlig forvaltning. Med virkning fra 1. januar 2004<sup>19</sup> ble det innført en generell ordning med merverdiavgiftkompensasjon for kommunesektoren.

Regjeringen har tidligere varslet at den ville komme tilbake med forslag til en ordning som nøytraliserer merverdiavgiften for statsforvaltningen fra 2006. I Revidert nasjonalbudsjett 2003 er det blant annet uttalt følgende:

*”Finansdepartementet har lagt til grunn at en ordning som nøytraliserer merverdiavgiften for statsforvaltningen, i utgangspunktet bør begrenses til ordinære forvaltningsorganer som rapporterer til statsregnskapet. Dermed vil bl.a. ikke helseforetak omfattes. De helseforetakene som tidligere var kommunale og fylkeskommunale, var omfattet av den eksisterende kompensasjonsordningen for kommuner og fylkeskommuner. [...] Finansdepartementet vil derfor vurdere en særordning for helseforetakene.”*

### **10.2.3. Kompensasjon for merverdiavgift**

Siden 1995 har det eksistert en begrenset ordning med kompensasjon for merverdiavgift for kommuner og fylkeskommuner. Ordningen ble betydelig utvidet fra 1. januar 2004. Da spesialisthelsetjenesten ble overtatt av staten fra 1. januar 2002, falt helseforetakene som tidligere var fylkeskommunale, ut av den daværende kompensasjonsordningen for kommuner og fylkeskommuner. Helseforetakene får dermed ikke lenger kompensasjon for merverdiavgift. Dette virker fordyrende for private tilbydere av avgiftspliktige tjenester. Regjeringen<sup>20</sup> anser det som ønskelig at private aktører kan konkurrere på like vilkår i forhold til merverdiavgiften, og uttaler at man tar sikte på å innføre en ordning med kompensasjon for merverdiavgift for helseforetakene. Av stortingsmeldingen fremgår det at utformingen av en slik ordning må vurderes nærmere.

En generell kompensasjonsordning for all merverdiavgift for helseforetak kan ifølge foreløpige beregninger, jf. stortingsmeldingen, redusere helseforetakenes årlige merverdiavgiftskostnader med drøyt 3 mrd. kroner. Anslaget er imidlertid usikkert. Ordningen forutsettes å være provenynøytral for staten, på samme måte som kompensasjonsordningen for kommuner og fylkeskommuner, og det vil måtte vurderes hvordan beløpet skal trekkes inn igjen ved reduksjon i overføringene til helseforetakene.

#### **Rekkevidden av en kompensasjonsordning**

Innføring av kompensasjon for merverdiavgift for helseforetak gjør at merverdiavgiften blir nøytral i forholdet mellom helseforetakenes innkjøp av tjenester fra andre og produksjon internt. Innføringen av en

<sup>19</sup> Lov om kompensasjon av merverdiavgift – 12.12.2003 nr. 108

<sup>20</sup> St. meld. nr. 2 (2003-2004) – Revidert nasjonalbudsjett 2004

kompensasjonsordning for helseforetak kan imidlertid skape nye konkurransevridninger i forhold til private produsenter. Det fremgår av stortingsmeldingen at Finansdepartementet har mottatt henvendelser fra enkelte private produsenter av helsetjenester som advarer mot å innføre en kompensasjonsordning for helseforetakene. Det pekes der på at en kompensasjonsordning vil skape en uheldig konkurransesituasjon for private produsenter av helsetjenester.

Finansdepartement vil derfor måtte vurdere nærmere om en ordning for helseforetakene også bør omfatte private og ideelle virksomheter<sup>21</sup> som produserer tilsvarende helsetjenester som helseforetakene. Det må i så fall være en forutsetning at også slike virksomheter kan trekkes i overføringer på tilsvarende måte som statlige helseforetak.

Det vil også måtte vurderes om en kompensasjonsordning skal gjøres generell for all merverdiavgift på innkjøp for helseforetakene, eller om ordningen skal begrenses, for eksempel til kun å omfatte merverdiavgift på enkelte tjenester hvor det er særlig aktuelt med private underleverandører. Konkurransflatene kan også endre seg over tid, og det kan gjøre at en begrenset ordning ikke blir robust. Departementet viser til at en generell ordning vil være enklere å administrere enn en begrenset ordning, siden den gjelder alle avgiftsbelagte anskaffelser. En begrenset ordning vil blant annet innebære at det må lages administrative rutiner som gjør at en kan skille kompensasjonsberettigede anskaffelser fra de øvrige anskaffelsene som ikke er kompensasjonsberettiget.

### 10.3. Regnskap

Etter helseforetaksloven § 43 gjelder regnskapslovens bestemmelser for regionale helseforetak og helseforetak.

Regnskapsføringen av bygninger, anlegg og utstyr i årsregnskapene for de regionale helseforetakene for 2003, har ikke vært i samsvar med disse forutsetningene<sup>22</sup>. Dette er et resultat av regnskapsmessige vurderinger i helseforetakene.

#### Regnskapsloven

Etter regnskapsloven<sup>23</sup>, skal regnskapspliktige for hvert regnskapsår utarbeide årsregnskap og årsberetning i samsvar med bestemmelsene i regnskapsloven<sup>24</sup>.

Transaksjoner skal regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet<sup>25</sup> (transaksjonsprinsippet). Transaksjonsprinsippet skal legges til grunn for overføringen av sykehusene mv. til de regionale helseforetakene ved gjennomføringen av sykehusreformen.

<sup>21</sup> Tilsvarende er gjort for private produsenter av kommunale og fylkeskommunale tilbud/tjenester, eksempelvis undervisningstjenester

<sup>22</sup> Se Ot.prp. nr. 56 (2204-2005)

<sup>23</sup> Lov om årsregnskap mv. – 17.06.1998 nr. 56

<sup>24</sup> Regnskapsloven § 3-1

<sup>25</sup> Regnskapslovens § 4-1 første ledd

Etter § 5-1 om klassifisering av eiendeler, er anleggsmidler eiendeler bestemt til varig eie eller bruk. Andre eiendeler er omløpsmidler. Etter § 5-3 skal anleggsmidler vurderes til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset økonomisk levetid, skal avskrives etter en fornuftig avskrivningsplan. Anleggsmidler skal nedskrives til virkelig verdi ved verdifall som forventes ikke å være forbigående. Nedskrivningen skal reverseres i den utstrekning grunnlaget for nedskrivning ikke lenger er til stede.

#### **Helseforetaksloven § 43**

I høringsinstansen, slik de er oppsummert i proposisjonens punkt 6, er blant annet følgende uttalt:

*”Den norske lægeforening er svært kritisk til departementets forslag og mener forslaget til forskrift ikke er basert på realistisk gjenkjøpsverdi og ordinære bedriftsøkonomiske modeller. Den norske Revisorforening vil sterkt fraråde å gå videre med forslagene. Foreningen mener forslagene innebærer et så vesentlig avvik fra regnskapslovens alminnelige bestemmelser at foretak som følger forskriften, etter deres syn, ikke kan avlegge regnskap i tråd med god regnskapsskikk. Foreningen mener at forslaget til forskrift innebærer at avskrivningskostnadene blir 1/3 for lave i forhold til hva som er den virkelige kapitalkostnaden.*

Forholdet til regnskapsloven er omtalt av departementet i punkt 7.1. Det fremgår der følgende:

*”Det hevdes at opplegget for verdsetting som foreslås i forskriften, ikke er i tråd med regnskapsloven, blant annet fordi avskrivningsgrunnlaget justeres i forhold til det historiske investeringsnivå som har vært i spesialisthelsetjenesten på 1990-tallet og det nivå som er lagt til grunn i St.prp. nr. 1 (2003-2004). Helse Øst RHF påpeker imidlertid at ”På lang sikt vil avskrivninger etter regnskapsloven og etter forskriften bli de samme. Forskjellen vil reduseres etter hvert som åpningsbalansen avskrives”.*

Det fremgår av proposisjonen at det for departementet er en premiss at helseforetakene fortsatt skal følge regnskapslovens bestemmelser, og at forskriftsutkastets virkeområde er begrenset til foretakenes tingsinnskudd ved etableringen.

# III. Økonomiske vurderinger

## *Råd til å vente?*

### 11. Økonomisk vurdering – Oppsummering

- *Nåverdiberegninger viser at det er lønnsomt å realisere Nye Molde sjukehus så raskt som mulig.*
- *OPS er et realistisk økonomisk alternativ. Antatt årlige kostnader for bygg, inkludert drift, vedlikehold og vask antas å ligge på 130-150 millioner 2005-kr (avhengig av kontraktsform, organisering, funksjonsløsning, rest-verdi ved kontraktsslutt, kvalitet, størrelse mv)*
- *Potensielle "OPS-gevinster" eller eventuelle andre gevinster ved andre organiseringsformer (pasienthotell, utleie og samarbeid med andre aktører på tilgrensende tjenesteområder mv) er ikke vurdert.*
- *Det er påvist potensielle driftsgevinster i størrelsesorden 33 – 42 millioner kr på sjukehusets kjernevirksomhet (basert på vurderinger i Samle Plan 03). Det antas at ytterligere produktivitetsgevinster kan realiseres.*
- *I forhold til dagens budsjett frigis 46 millioner i avskrivninger.*
- *Sammenlikning med en Helseforetaksmodell med realisering i 2018 viser at OPS-løsninger med realisering i 2008 er mest lønnsomt. Forklaringen ligger i besparelser i forhold til kortsiktige investeringer som er påkrevd for å kunne opprettholde en forsvarlig drift til 2020. Inkluderes driftskonsekvenser øker gevinsten ved tidligere realisering.*
- *Fortsatt drift i eksisterende bygg krever betydelige investeringer som i et langsiktig perspektiv vil gi lav avkastning sammenliknet med investeringer i et nytt bygg.*

*Beregningene er usikre. Endelige beregninger må bygge på bedre dokumentasjon og konkretisering av utbyggingsalternativ med funksjonskrav, kvalitet og størrelse.*



## 12. Riktig tidspunkt

### 12.1. Status – bygningsmasse og standard

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal i prinsippet gjøre løpende avveinger mellom investeringer og drift. Investeringer i nye bygg bør begrunnes i driftsøkonomiske hensyn.

Dagens sjukehus i Molde er påvist å være i dårlig forfatning (jf utredninger i forbindelse med Samla Plan).

*Molde sjukehus på Lundavang er trangt og tungdrevent og har til dels primitive teknisk anlegg*

*De fleste sengepostene har ikke den nødvendige standard for tilfredsstillende pasienthensyn og kravet til arbeidsforhold*

*(Samla plan side 28 av 66).*

Det synes rimelig udiskutabelt at Molde sjukehus i dag har produktivitetstap som kan tilskrives bygningsmassen. Økt produktivitet kan i prinsippet oppnås på to måter, - enten ved å øke behandlingsvolumet med samme antall ansatte eller opprettholde samme behandlingsvolum med færre ansatte. Det er rimelig å anta at Molde sjukehus i dag har pasientlekkasje og redusert produksjonsvolum som kan tilskrives bygningsmassen. Dokumentasjon i forbindelse med Samla Plan 03 viser at det er rimelig å anta at funksjonaliteten i dagens bygg påvirker effektiviteten.

Undersøkelser av pasientens tilfredshet med Molde sjukehus viser at brukerne ikke er tilfreds med de fysiske forholdene. Det er derfor rimelig å anta at Molde sjukehus i dag har pasientlekkasje som kan begrunnes i bygningsmassen. Med en økende pasientbevissthet vil Molde sjukehus svekke konkurransekraften ytterligere med påfølgende økning i pasientlekkasje gitt samme innsats for øvrig. Bedre tilrettelegging av arbeidsplassene kombinert med bedre muligheter for en effektiv logistikk i behandlingen vil kunne redusere liggetid og øke pasientgjennomstrømmingen.

Et tungdrevent sjukehus med til dels primitive teknisk anlegg uten den nødvendige standard for å tilfredsstille krav til arbeidsforhold, bidrar også til å redusere sjukehus attraktivitet som arbeidsplass. Dette gjelder både i forhold til å holde på kompetanse og kanskje spesielt i forhold til nyrekruttering. I praksis betyr dette mer bruk av innleid arbeidskraft og kostnader knyttet til rekruttering og til å beholde eksisterende kompetanse.

### 12.2. Beregning av Nåverdi for to investeringstidspunkt

For å få et bilde av om det er økonomisk ønskelig å investere i nytt sjukehus i Molde nå (med ferdigstilling i 2012), framfor å vente på finansieringen gjennom den offentlige investeringsrammen (2018 med

ferdigstilling i 2020), har vi foretatt en enkel nåverdiberegning av to investeringstidspunkt basert på grove forutsetninger.

I nåverdiberegningen er det tatt hensyn til salgsinntekter ved salg av eiendomsmasse, planlagte støtteinvesteringer, dagens FDV-kostnader og antatt behov for FDV-kostnader i nytt og gammalt bygg. Salg av eiendom er forutsatt realisert i samme år som byggene tas i bruk. Det realiseres en noe større salgsverdi i OPS-løsningen fordi det forutsettes at all eiendom selges.

Det er påvist et stort vedlikeholdsetterslep. Dagens FDV-kostnader gir dermed ikke et realistisk bilde over faktisk behov for å opprettholde bygningsmassen på et rimelig nivå. Det er derfor lagt et tillegg på ordinære FDV-kostnader i dagens bygg som tilsvarer beregninger fra Holte<sup>26</sup> i forhold til antatt behov i alternativet med videreføring i dagens bygg.

Tilstandsregistreringen i Rapport – FDVU, Samla plan 03, viser et stort innslag av ”rød” standard (bl.a sengeromsløsningen på Lundavang). Det er påvist en rekke mangler, bl.a må sanitærsystem med rørsystem skiftes, innvendig arealer på rehabiliteres, vinduer må skiftes, mv. Det er derfor rimelig å forutsette et behov for støtteinvesteringer i tillegg til ordinære FDV-kostnader.

Forutsetningene om støtteinvesteringer tar utgangspunkt i beregningene fra Samla Plan 03. Tallgrunnlaget i Samla Plan – 03, er basert på en systematisk tilstandsanalyse. Tallgrunnlaget tar utgangspunkt i metoden som benyttes i Norge ved statlig overtakelse. Tallene må betraktes som godt fundamenterte. Sykehushotellet er forutsatt solgt uoppusset. De øvrige byggene er forutsatt inkludert i et 15-års driftsperspektiv i eksisterende bygg. Dersom det kommer beslutning om ferdigstilt nybygg i 2012 er det forutsatt at opprustingen av dagens sengeposter ikke iverksettes.

Med dette utgangspunkt forutsettes det følgende nødvendige ”mer” støtteinvesteringer dersom driften i eksisterende bygg skal opprettholdes til 2020.

---

<sup>26</sup> Helse Midt-Norge opererer med høyere kostnader enn Holte. Holte er valgt i forutsetningene for å vise et antatt nedre behov.

	mill kr 2005
Opprustning Lundavang	328 411
fratrekk sykehushotell	11 616
Fratrkk Poliklinikk	30 200
<b>Sum investeringer Lundavang</b>	<b>286 595</b>
	mill kr 2005
Opprustning Hjelset	227,57
Fratrekk A-sentral	55,705
Fratrekk 95% av B-sentral	60
Fratrekk A-pavlijong	19,82
Fratrekk B-Pavlijong	34,379
<b>Sum investeringer Hjelset</b>	<b>57,666</b>

Tabell 12-1 Opprustningsinvesteringer ved drift til 2020

Fratrekkene i tabellen er investeringer som antas nødvendige i begge alternativene. Disse investeringene har vi derfor sett bort fra i sammenlikningen. I sammenlikningene har vi avrundet nødvendige opprustningsinvesteringer ved fortsatt drift til 340 millioner kroner. I beregningene har vi faset investeringskostnadene inn i like porsjoner i perioden 2008-2112.

I OPS-alternativet har vi, i tillegg til vedtatte investeringer, forutsatt et behov for løpende støtteinvesteringer på 2 millioner årlig i perioden 2006-2012.

*Nettonåverdien av kostnadene er med en kalkulasjonsrente på 3,5% omtrent den samme ved investering i 2012 og 2020.*

*Dersom driftskonsekvensene inkluderes økes gevinstsiden med en nåverdi på 280 millioner kroner gitt forutsetningene som er drøftet og skissert under 16.2.*

Enkle følsomhetsanalyser viser at konklusjonen er rimelig robust.

Selv om tallene er beheftet med usikkerhet, viser følsomhetsvurderingene at *det koster å vente til 2020 med realisering av Nye Molde sjukehus*. Det ligger ikke innenfor forprosjektets mandat å gjøre en nytte-kostnadsanalyse der prosjektet vurderes opp mot et alternativ uten nybygg. Behovet for, eller nyttesiden ved å erstatte eksisterende bygningsmasse under Molde sjukehus, synes tilstrekkelig begrunnet uten en fullstendig nytte-kostnadsanalyse<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> En fullstendig nytte-kostnadsanalyse i tråd med Finansdepartementets veileder eller krav i utredningsinstruksen kan være nødvendig for senere behandling i departementet og/eller Stortinget. Selv om organiseringen med Helseforetak gjør at den statlige utredningsinstruksen ikke gjelder for sykehusbygg, bør det vurderes om en slik utredning kan være en hensiktsmessig måte å fremstille saken på for å sammenfatte virkningene av ulike alternativer. Det antas at en slik analyse kan bygge på resultatene fra pågående konsekvensutredning samt en konkretisering av alternativene som faktisk skal vurderes dersom det besluttes å gå videre med en OPS-vurdering.

***Beregningene viser at det er økonomisk rasjonelt å realisere Nye Molde sjukehus tidligere enn det som er mulig innenfor Helse Midt-Norge sin investeringsramme.***

Neste spørsmål blir dermed om OPS er et økonomisk realistisk alternativ.

### 13. Er OPS et realistisk alternativ?

For at OPS i en eller annen form skal være et realistisk alternativ kreves følgende forutsetninger oppfylt:

- Avtalen må ligge innenfor de juridiske og formelle kravene som er satt til OPS i sykehussektoren (jf del II).
- OPS-løsningen må kunne gjennomføres innenfor ordinære budsjetterammer
- OPS bør ikke gi merkostnader i forhold til offentlig investering (i dette tilfelle vil det si realisering av Nye Molde sjukehus i 2020).

#### 13.1. Sammenlikning med offentlig finansiering

For å vurdere om realisering av Nye Molde sjukehus gjennom en OPS-modell i 2012 kontra å vente på offentlig finansiering med realisering i 2020 er beheftet med merkostnader, har vi foretatt en enkel sammenlikning mellom alternative løsninger. Sammenlikningene konsentrerer seg om *forskjellen* mellom alternativene basert på grove forutsetninger. Formålet med sammenlikningene er å gi en systematisk framstilling av kostnadsstrømmen ved ulike alternative gjennomføringsmodeller for realisering av Nye Molde sykehus. Beregningene er ikke egnet for budsjettering og har på dette nivået ingen ambisjon om gi det fulle og hele kostnadsbildet.

Problemstillinger knyttet til avskrivning og restverdi er i denne omgang holdt utenom. Lån og bygningsmasse skal balanseføres, og verdien av investeringen skal avskrives.

Vi har ikke grunnlag for å vurdere avskrivningskostnader, samt verdi av egen eiendom ved en offentlig finansiering i forhold til økonomiske status på det tidspunktet en eventuell OPS-avtale løper ut. En OPS avtale kan ha mange utforminger m.h.t mulighetene for overtagelse av bygningsmassen ved utløp av kontrakten<sup>28</sup>. Sluttavtalens utforming, samt grad av sikkerhet og risikofordelig mellom partene har innvirkning på nivået på de løpende kostnadene. Det ble vist foran at det er økonomisk rasjonelt å realisere et nytt bygg så tidlig som mulig. Selv ved høyere finanskostnader (0,1-0,6% høyere enn ved offentlig lån) viser denne konklusjonen seg å være robust.

<sup>28</sup> Utformingen må ikke være slik at avtalen blir vurdert som finansiell lease. Inkludering av bygningsmessig drift og vedlikehold er derfor muligens påkrevd.

Det er derfor ikke lagt vekt å få fram forskjeller i balansen på det tidspunktet en OPS-avtale utløper.

I en videre oppfølging bør det gjøres en vurdering av den økonomiske balansen ved kontraktsutløp sammenliknet med en løsning der helseforetaket investerer og eier bygget selv. Uavhengig av løsningsvalg, vil det være nødvendig å gjøre avsetninger som sikrer helseforetakets økonomisk handlefrihet til å velge den mest driftsøkonomiske løsningen etter OPS-avtalen går ut. Om dette sikres best gjennom høy leie og ”gratis” overtagelse, eller lav leie med muligheter til å bygge opp egenkapital for derigjennom å stå friere i valg mellom innløsning/kjøp av bygg kontra en fortsatt OPS-avtale (eventuelt med ny partner i samme eller annet bygg) er usikkert.

I beregningene har vi kun sett på forskjellen i driftsøkonomiske konsekvenser mellom de to alternativene, samt kostnader knyttet til avdrag (renter og avdrag) sammenliknet med årlige kostnader med en tenkt OPS-avtale.

På tross av en rekke usikkerhetsmoment mener vi at sammenlikningen gir en rimelig illustrasjon over forskjellen mellom en offentlig finansiering i med innflytting i 2020, og en OPS-løsning med innflytting i 2012.

Ved en oppfølging av prosjektet må forutsetningene spesifiseres nærmere og kvalitetssikres.

#### **Generelle forutsetninger:**

- Totale byggekostnader (realpris) er den samme uavhengig av når det bygges. (byggekostindeks og eiendomspriser følger ikke konsumprisindeksen. I eventuell oppfølging av forprosjektet bør det justeres for forskjell mellom konsumprisindeks og byggekostnadsindeks).
- Størrelse og standard på bygget som bygges er den samme, uavhengig av når det bygges (med en liten justering i forhold til at en senere realisering selvfølgelig bygges til gjeldene krav og standarder)
- Rentedifferansen mellom private lån og offentlige lån (finansiering gjennom helseforetakets låne/investeringsramme) beregnes med 0,1 % og 0,6 % prosentpoeng, (hovedalternativet 0,6 prosentpoeng differanse). (Helseforetakene gis et påslag på 0,4 % på statens innlånskostnader, jf Kap, 6).
- Alle kostnader og inntekter regnes i løpende priser
- Byggekostnad for alle alternativene er 1,8 mrd kr (2005-kr), indeksreguleres for forventet prisvekst.

- Det forutsettes at det bygges 45 000 m<sup>2</sup>.
- Eventuelle forskjeller i løsninger som følge av kontraktsform beregnes ikke.
- Teknologisk medisinsk utstyr er det samme uavhengig av når det bygges nytt sykehus. Denne forutsetningen er lite realistisk. Det er grunn til å anta det er en nær sammenheng mellom en del kapitalkrevende teknologisk/medisinsk utstyr og nybygg. Forutsetningene behandles heller ikke helt konsistent i beregningene.
- Molde sjukehus inngår i markedsområdet under Helse Nordmøre og Romsdal HF. Funksjonsdeling og markedsområder forutsettes uavhengig av når Nye Molde sjukehus realiseres.
- Det geografiske markedsområdet er det samme gjennom hele perioden.
- Pasientene får en økende bevissthet omkring retten til valg. Pasientene blir gradvis mer mobile m.h.t valg av behandlingssted.
- Det blir en økende konkurranse om nøkkelpersonell innen helsesektoren.

#### 14. Referansealternativet - Helseforetaksmodellen

Referansealternativet (Helseforetaksmodellen) er fortsatt drift i eksisterende bygninger fram til Nye Molde sjukehus realiseres gjennom helseforetakets investeringsramme. Det forutsettes at hele bevilgningen gis som lån i år 2018 og at Nye Molde sjukehus er ferdig innflyttingsklart i 2020.

Løpetiden er satt til det maksimale i hht gjeldende låneinstruks, dvs 20 år. Første avdrag forfaller i 2018. Molde sjukehus er ferdig avskrevet i 2012. Dette innebærer at det frigjøres 46 millioner i året, noe som igjen gir muligheter til å spare opp egenkapital og dermed redusere behovet for låneopptak i 2018. Det er forutsatt at HNR har en egenkapital på 350 millioner i 2018 og derfor ikke har behov for å låne hele investeringsbeløpet.

I det videre gis det en gjennomgang av forutsetningene for beregningene.

##### **Forvaltning, drift og vedlikehold**

Kostnadene knyttet til bygg (forvaltning, drift, vedlikehold og nødvendige driftsinvesteringer for å holde krav til forsvarlig drift) tar utgangspunkt i regnskapstall for 2002, 2003 og 2004, samt vedtatt ekstraordinært vedlikehold/støtteinvesteringer.

Følgende tabell gir en oversikt over ordinære FDV-kostnader for perioden 2002-2004.

	Areal	FDV kr/m2		
SJUKEHUS	Formålsbygg m2	2002	2003	2004
LUNDAVANG (Somatikk)	31120	641	640	620
HJELSET (Psykiatri)	23146	702	671	680
<b>FDV HNR</b>		<b>667</b>	<b>653</b>	<b>646</b>

Tabell 14-1: Ordinære FDV-kostnader perioden 2002-2004, inkludert renhold. Kr/m2

De samlede gjennomsnittskostnadene til ordinære årlige FDV kostnader forutsettes med utgangspunkt i tabellen over til: 35,6 millioner kroner. I sammenlikningen er disse forutsatt konstante fram til innflytting i nytt bygg uavhengig av løsnings (indeksreguleres for forventet inflasjon).

Analyser fra Helsebygg Midt-Norge anbefaler et FDV tall på 904 kr/m2 per år. Holte har beregnet at FDV-utgiftene bør ligge på 809 kr/m2 per år, mens det i hovedfunksjonsprogrammet (Samla Plan 2002) ble operert med 850 kr/m<sup>2</sup>. Tallene viser at HNR ligger langt under verdiene til både Helsebygg og Holte. Dette tyder på at HNR nedprioriterer drift og vedlikehold av byggene sine<sup>29</sup>. Resultatene fra Medivis rapport bekrefter at det er et betydelig vedlikeholdsetterslep på bygningsmassen tilhørende Molde sjukehus.

Dersom driften i eksisterende bygg skal videreføres til 2020, er det rimelig å anta at FDV-kostnadene som et minimum må opp på det nivået Holte har beregnet som rimelige FDV-kostnader i perioden 2006-2017. Deretter kan det være rimelig at FDV-kostnadene kan reduseres til samme nivå som perioden 2002-2004 de siste tre årene før innflytting i nytt bygg. Dette gir et tillegg på 8,3 millioner kr per år for perioden 2006-2017 (med Helsebygg sine beregninger økes tillegget til 13,5 millioner kr).

Tillegget for perioden 2006-2017 begrunnes i etterslep for foregående perioder og det faktum at bygningene er gamle og derfor har behov for et høyere vedlikehold for å holde fram til 2020. Reduksjonen de siste tre årene begrunnes i at det antas at en del vedlikehold kan kuttes når det går mot slutten av bygningenes levetid som sjukehus.

#### Planlagte og antatte støtteinvesteringer

Videre drift av eksisterende bygningsmasser fram til 2020 vil kreve en del støtteinvesteringer for å muliggjøre en tilfredsstillende pasientbehandling i tråd med HNM sine vedtekter og mål. I styresak 06/04 bestemte styret at det skulle arbeides mot følgende investeringsplan videre:

<sup>29</sup> Referanse; svar fra HNR ved Bjarte Koppen, datert 25.06.05.

Tiltak	Ramme	Antatt Gjennomføring
Opprusting sengeposter somatikk Lundavang	15,3 mill	Ferdig sommeren 2005
Opprusting kjøkken Lundavang	4,5 mill	Ferdig sommeren 2005
Rehabilitering av B-paviljongen Hjelset	36,7 mill	*2006
Oppussing A-paviljongen Hjelset	22,6 mill	*2007
Flytting psykiatrisk sengepost	2,5 mill	*2007
Ombygging poliklinikker Lundavang	30,2 mill	*2008

Tabell 14-2 Planlagt investeringsplan

\* Tidspunkt for investeringene er ikke fastsatt. Antatt investeringstidspunkt for andelen av investeringene som forutsettes nødvendige i begge alternativene.

Tiltakene på Lundavang er å betrakte som strakstiltak for å gjøre situasjonen levelig i et kortsiktig perspektiv (10 år). Tiltakene på Hjelset med full opprusting av paviljongene var tenkt i et mer langsiktig perspektiv der opprustingen er trinn 1 i flyttingen av Molde sjukehus til Hjelset.

Av tiltakene er det kun de to første som er finansiert. Gjennomføringstidspunktene av de fire siste er ikke besluttet. Deler av investeringene antas å være uavhengig av når nytt sykehusbygg realiseres.

I den samme styresaken er det i tillegg nevnt to tiltak til som ligger som en del av den videre planen med å flytte Molde sjukehus til Hjelset. Disse tiltakene ble ikke lagt inn i vedtaket.

Tiltak	Ramme
Bygging av nytt psykiatribygg	78 mill
Opprusting A-sentralen, flytting av adm	55,7 mill

Tabell 14-3 Vurderte tiltak som del av flytting til Hjelset

Disse tiltakene blir lite trolig gjennomført dersom en annen lokalisering enn Hjelset blir valgt. I sammenlikningen med en OPS-modell er ikke investeringene i tabellen over inkludert i noen av alternativene.

Det er tidligere anbefalt at teknisk nivå for sjukehuset skal opp på ”grønn” standard. I Samla Plan 03 er det redegjort for investeringskostnadene som kreves for å få sykehuset opp til denne standarden (jf Tabell 12-1). Med ferdigstilling av nytt bygg i 2012 antas det at investeringsbehovet er betydelig mindre.

Med utgangspunkt i tilstandsvurderinger og FDVU-analyser gjengitt i Samla Plan 03, forutsettes det at differansen i investeringskostnadene i eksisterende bygg med realisering i hhv 2012 og 2020 er på 340 millioner kroner. Tabell 12-2 viser hvilke uttrekk fra kalkylene i Samla Plan som er forutsatt nødvendige med uansett bygg.

Eventuelle forskjeller i utviklings- og transaksjonskostnader er ikke vurdert. Kostnadene ligger i prinsippet som en del av investeringskostnadene. Dersom det viser seg at disse kostnadene avviker mellom modellene vil dette få betydning for enten den samlede investeringsrammen eller for antall m<sup>2</sup> som kan realiseres innenfor



investeringsrammen. Dette krever nærmere vurderinger med utgangspunkt i spesifiserte kontraktsformer og innhenting av erfaringstall fra nybygging i sykehussektoren etter sykehusreformen (jf drøfting under 2.2).

## 15. OPS-alternativet

OPS-alternativet er i forprosjektet svært enkelt beskrevet. Det er ikke vurdert eventuelle effekter ved risikooverføring og hvilke typer risikoer det kan være hensiktsmessig å overlate til den private parten. Overføring av risiko, samt mulighetene til å se bygg, drift og vedlikehold i sammenheng, er en av de sentrale driverne som kan bidra til at OPS-løsninger kan bli mer lønnsomme enn mer tradisjonelle gjennomføringsmodeller.

Erfaringer tyder også på at en privat utbygger er mer kostnadsbevisst gjennom hele produktutviklingen og dermed finner fram til enklere løsninger, med høyere arealeffektivitet, dvs færre m<sup>2</sup> med samme produksjonsnivå. Det er ingen dokumenterte erfaringer som tyder på at det er en direkte sammenheng mellom høye byggekostnader og lave FDV-kostnader så lenge byggekostnadene ligger over et visst nivå. Dyre bygningsmessige løsninger og materialvalg kan tvert i mot også være mer kostnadskrevende å vedlikeholde. Graden av fleksibilitet er heller ikke proporsjonal med byggekostnadene.

I forprosjektet har vi forutsatt at det inngås en kontrakt der den private parten leverer et sjukehusbygg, inkludert bygningsmessig drift (inkludert vask) og vedlikehold. Sjukehuset er utformet på grunnlag av en funksjonsbeskrivelse, og det er funksjonsbeskrivelsen som er grunnlaget for samarbeidet gjennom hele kontrakten. Videre er det forutsatt at HNR betaler et fast årlig beløp, hvor den delen som er knyttet FDV-kostnader er indeksregulert. Kontrakten har en varighet på 25 år. Det er gjort beregninger der det er forutsatt at sjukehuset overføres kostnadsfritt til HNR ved kontraktens utløp, og under forutsetning av at det gjenstår en restverdi som HNR eventuelt må utløse dersom sykehuset ønskes overtatt ved kontraktens utløp. I disse beregningene er det lagt til grunn at leiekostnadene ligger innenfor 80% av samlede investeringskostnader. Dette kravet er i tråd med en forenklet tolkning av kravet om operasjonell leasing.

Det er forutsatt at HNR selger sine eiendommer i 2012. Bygningene er da ferdig avskrevet. I beregningene er salgssummen satt inn som egenkapital som går til fratrekk på investeringssummen. Dette er en forenkling. HNR kan selv velge om salgssinntektene skal brukes på ordinær drift, investering i utstyr eller som egenkapital i et eventuelt OPS-selskap dersom HNR ønsker å delta på eiersiden. Dersom salgssinntektene overføres til det ordinære driftsbudsjettet, vil de årlige OPS-kostnadene bli noe høyere. Samtidig er driftsbudsjettet tilført salgssinntekter.

Gevinstpotensialet for den private parten ligger i mulighetene til å skape mer rasjonelle løsninger, og dermed også skape gevinster for både seg selv og den offentlige parten.

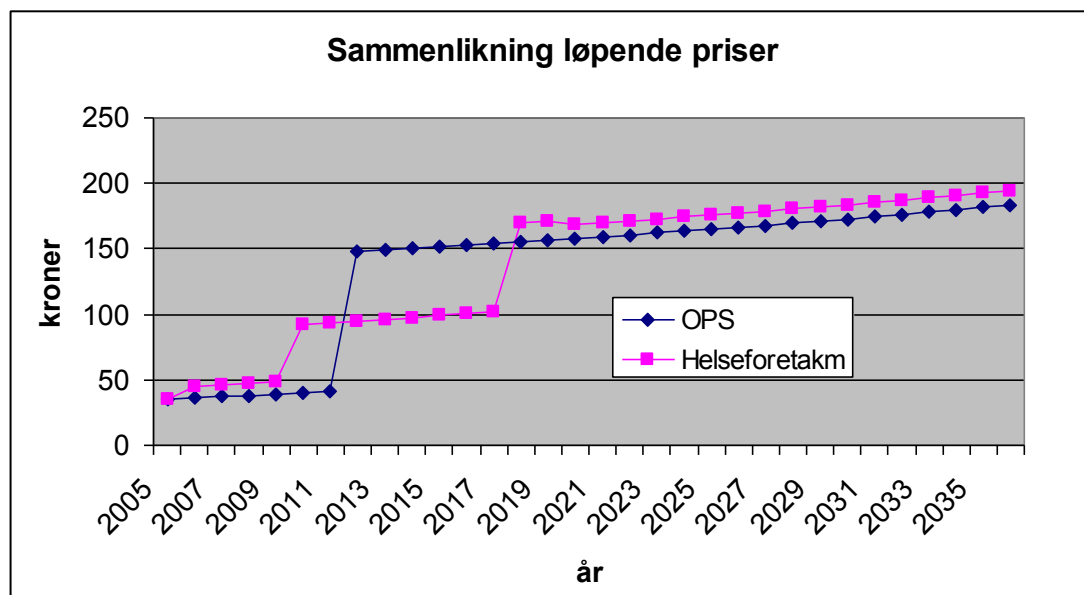
Forutsetningene er oppsummert i følgende tabell:

<b>OPS-modellen</b>	<b>Mill kr.</b>
Salg av eiendom, 2012	164,0
Investeringskostnad	1 800,0
Antall m2	45 000,0
Stipulert FDV-kostnader per år	36,4
<b>Privat andel av inv.kost</b>	<b>1 336,0</b>
	<b>Annet</b>
Kontraktvarighet, antall år	25,0
Inflasjon	2,5 %
rente lav differanse offentlig	5,1 %
rente høy høy differanse offentlig	5,6 %
FDV kost per m2	809,0
Rente offentlig lån gjennom Helse Midt-Norge	5%
Avtaleinngåelse	2008
Innflytting 1.januar	2012
Kontraktutløp, 1.januar	2037

Tabell 15-1 Grunnforutsetninger OPS-modell

## 16. Resultat sammenlikning

Basert på forutsetningene over kan det settes opp følgende sammenlikning (i løpende priser) mellom Helseforetaksmodellen og en OPS-løsning.



Figur 16-1 Sammenlikning OPS-alternativer og Helseforetakmodell

Figuren gir et bilde av løpende kostnader knyttet til investeringer, drift og vedlikehold ved en OPS-løsning realisert i 2012 og Helseforetakmodellen med låneopptak i 2018 og ferdigstilling av nytt bygg i 2020.

OPS-løsningen er beregnet med utgangspunkt i en rente på 5,6 %. I eksempelet i figuren er det ikke forutsatt fri overtakelse av sykehuset ved kontraktens utløp. På grunn av forbudet mot finansiell leasing antas det at overtagelse ved kontraktsutløp kan være problematisk.

Differansen mellom OPS-modellen og Helseforetakmodellen viser også hvilke produktivetsgevinster som kreves for å kunne realisere en OPS-løsning innenfor dagens budsjettamme. I forhold til dagens kostnader frigjøres 46 millioner (avskrivninger) i 2012. I tillegg må det hentes inn om lag 100 – 120 millioner gjennom effektivisering, økte inntekter fra pasientbehandlingen og/eller økte bevilgninger. Med investeringene som kreves for å kunne opprettholde drift i eksisterende bygningsmasse er differansen mellom OPS-løsningen og Helseforetakmodellen redusert til en merkostnad på i størrelseorden 50 millioner i perioden 2012 – 2018. Dette vurderes som et rimelig nivå å hente inn gjennom økt produktivitet.

### 16.1. Driftsøkonomiske muligheter

I følge Samla Plan 03 kan et mer funksjonelt bygg gi driftsgevinster. Driftsgevinstene kan beregnes med utgangspunkt i en forutsetning om at liggetiden blir redusert. Redusert liggetid gir to måter å hente ut gevinst på. Utgiftene kan reduseres ved å redusere sengetallet eller så kan inntektene økes gjennom å behandle flere pasienter. En rendyrking av de to alternativene gir hhv reduserte lønnskostnader på 33 millioner kroner eller økt inntjening på 42 millioner. For Nye Molde sjukehus antas det at en kombinasjon vil være aktuelt. De potensielle driftsgevinstene i Samla Plan

03 viser potensialet i dagens situasjon. Med sterkere konkurranse fra andre moderne sykehus og mer beviste pasienter som bruker sin rett til å velge, er det rimelig å anta at Molde sjukehus vil kunne miste inntekter i forhold til dagens situasjon dersom ikke bygningene oppdateres. Det er også rimelig å anta at kostnadene ved å rekruttere og holde på kompetanse vil øke fordi sjukehuset som arbeidsplass taper konkurransekraft i forhold til sykehus med moderne og mer funksjonelle arbeidsforhold. På denne bakgrunn er det rimelig å forvente at det med fortsatt drift i dagens lokaler kan være potensielle driftstap sammenliknet med dagens situasjon.

Usikkerheten knyttet til de driftsøkonomiske beregningene i Samla Plan 03 vurderes som stor. En gevinst i størrelseorden 33 – 42 millioner synes å være rimelig dokumentert som et nedre nivå på potensielle årlige driftsgevinster ved nytt bygg. Preferanser m.h.t valg av arbeidsplass er også godt dokumentert. Dette gir et rimelig grunnlag til å forutsette økende arbeids- og rekrutteringskostnader for å holde Molde sjukehus i gang i eksisterende bygningsmasse.

Rammene for dette forprosjektet har ikke gitt muligheter for å hente inn detaljerte data for vurdere de driftsøkonomiske konsekvensene ved å realisere Nye Molde sjukehus tidligere. Dette er en svakhet i og med at det nettopp er kvaliteten, effektiviteten og produktiviteten i selve pasientbehandlingen som er hovedbegrunnelsen for å realisere et nytt sykehus tidligere.

For å få et bilde av de driftsøkonomiske konsekvensen i forhold til de avgrensede bygningstekniske kostnadene ved ulike alternativer, har vi satt opp en tabell som skisserer mulige bygningsrelaterte merdriftskostnader ved realisering av nytt bygg i 2020 kontra 2012.

Tabellene kan sees i sammenheng med de årlige budsjettkostnadene ved å realisere ett nytt bygg. Dersom driftskonsekvenser inkluderes vil lønnsomheten ved en tidligere realisering øke.

årstall	Bygningsrel. Merdriftskost. Ref.alt 2005-kr		Bygningsrel. Merdriftskost OPS 2005-kr		differanse 2005 kr	Prisjustert driftsgevinster
	Prod.tap mill 2005 kr	Kompetanse/rekr	Prod.tap mill 2005 kr	Kompetanse/rekr		
2005	20	0,0	20	0,0	0,0	0
2006	22	0,8	22	0,8	0,0	0,0
2007	24	1,5	24	1,5	0,0	0,0
2008	26	2,3	26	1,5	0,8	0,8
2009	28	3,0	26	1	4,0	4,4
2010	30	3,8	26	1	6,8	7,6
2011	32	4,5	16	1	19,5	22,5
2012	34	5,3	8	1	30,3	35,8
2013	36	6,0	0		42,0	50,9
2014	38	6,8			44,8	55,6
2015	40	7,5			47,5	60,5
2016	40	7,5			47,5	62,0
2017	40	7,5			47,5	63,6
2018	40	5			45,0	61,7
2019	32	2,0			34,0	47,8
2020	24	1			25,0	36,0
2021	16	0,0			16,0	23,6
2022	8				8,0	12,1

Tabell 16-1 Investeringstidspunktets betydning for driftskostnader – en skisse

Tabellen over er basert på grove forutsetninger om antatte nettokostnader ved pasientlekkasje og effektivitetstap som kan knyttes til bygningsmassens funksjonalitet.

Forutsetningene om produktivitetsforbedringer knyttet til redusert pasientlekkasje og bedre utnyttelse av arbeidskraften er basert på konservative anslag. Det vises til beregninger i forbindelse med Samla Plan der det redegjøres for to måter å hente ut effektivitetsgevinster på. Beregningene viser at årlige innsparinger i lønn under forutsetninger om redusert sengekapasitet (som følge av redusert liggetid) kan være opp mot 33 millioner kroner årlig. Alternativt kan sengetallet opprettholdes og flere pasienter behandles. Under forutsetning av at 60 % av DRG inntektene er økt inntjening og resten går til merkostnader med ekstra pasienter, er det beregnet en potensiell økt inntjening på 42,3 millioner årlig. Forutsetningen i Tabell 10-1 kan med dette utgangspunkt sies å være en nedre grense for driftsøkonomiske merkostnader knyttet til bygningsmassen.

I en oppfølgende vurdering er det behov for å gå grundigere inn i de driftsøkonomiske konsekvensene med hensyn til produksjonsvolum og kostnader på enkeltområder, samt potensialet for økning i antall pasienter med tilhørende beregninger av netto inntjening per nye pasient. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide nøkkeltall basert på kostnad per pasient (eller DRG-poeng, eller andre måleenheter). Denne type nøkkeltall vil

også være hensiktsmessig i en vurdering av funksjonsbeskrivelse og organisering av sykehuset (pasienthotell mv).

Forutsetningene knyttet til kostnader for å sikre tilstrekkelig arbeidskraft m.h.t volum og kompetanse er basert på merkostnader ved å leie inn arbeidskraft. Det er et generelt trekk at personer med høyere utdanning har preferanser for urbane miljøer, fagmiljø og arbeidsmiljø. Et lite lokalsykehus i umoderne tungdrevne bygg vil måtte påregne merkostnader for å tiltrekke seg ønsket arbeidskraft. I beregningene er det forutsatt merkostnader til rekruttering av arbeidskraft med direkte sammenheng med bygningsmassen. I motsetning til produktivetsgevinstene er det antatt en mer momentan tilpasning på kompetansesiden, dvs at de bygningsrelaterte merkostnadene knyttet til rekruttering opphører etter første års drift i nye bygg.

## **16.2. Konklusjon**

Basert på stiliserte forutsetninger vurderes OPS-alternativet som et realistisk økonomisk alternativ.

Med utgangspunkt i utredninger gjennomført i forbindelse med Samla Plan 03 som bl.a redegjør for tilstanden ved eksisterende bygg med tilhørende utbedringsbehov og vurderinger av driftsøkonomiske effekter av nytt bygg, er det kanskje mer realistisk å spørre om Helse Nordmøre og Romsdal HF har råd til å vente, dersom det fortsatt skal være sjukehus i Molde.

Selv om det er behov for grundigere økonomiske beregninger basert på mer spesifisert og bedre kvalitetssikret datagrunnlag, viser følsomhetsberegninger at konklusjonen om at det uansett ”koster mer å vente”, seg å være robust.

### **16.2.1. Er tallene sikre?**

Resultatene i forprosjektet er usikre. Konklusjonene om at det er lønnsomt med tidligere realisering enn i 2020 er robuste.

Beregningene bygger på konservativ anslag. Med utgangspunkt i dagens rentemarked er rentene som er brukt i beregningene i overkant. Lavere rente ville gitt lavere kostnader.

Driftskonsekvensene ved er dårlig belagt. Dette er en svakhet ved både forprosjektet og tidligere utredninger. Driftskonsekvensene vil være den avgjørende faktoren i forhold til om Nye Molde sjukehus lar seg realisere innenfor dagens økonomiske rammebetingelser.

# IV. Anbefalinger

## *Et realistisk alternativ*

### **17. OPS er et realistisk og lønnsomt alternativ**

Gjennomgangen i forprosjektet viser at OPS er et mulig og økonomisk realistisk alternativ gitt de forutsetningene beregningene bygger på. Følsomhetsanalyser viser at konklusjonene om lønnsomhet er robuste. Kravet om å løse en OPS-modell innenfor ordinære budsjetter krever en noe nærmere avklaring, og det er behov for ytterligere beregninger med hensyn til driftsøkonomiske konsekvenser av et nytt sjukehusbygg. Spørsmålet handler kanskje om: *hvor store årlige kostnader kan Nye Molde sjukehus bruke på et nytt bygg – og hva slags løsning kan realiseres innenfor denne rammen?*

Kostnadene ved å vente på finansiering gjennom Helse Midt-Norge HF er høye framfor å realisere et bygg tidligere gjennom OPS.

Det anbefales derfor at det arbeides videre med en OPS-løsning og at framdriften i arbeidet forseres. Det bør vurderes om dokumentasjonen og forutsetningene i forprosjektet gir et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for videre veivalg, eller om det er behov for ytterligere spesifiserte beregninger basert på et grundigere datagrunnlag.

Det kan være behov for en grundigere og mer spesifikk vurdering av inntekspotensialet knyttet til økt pasientvolum og effektivitetsgevinster ved nytt bygg. Beregningene og den faktiske årlige balansen er følsomme m.h.t disse størrelsene.

Det er også behov for en nærmere vurdering av risikotyper, nivå og premie, ved ulike mulige modeller.

#### **17.1. Rækkefølge – forslag til framdriftsplan**

På bakgrunn av anbefalingen om at det arbeides videre med OPS fremsettes følgende forslag til videre framdriftsplan:

1. avklaring/beslutning av kompetent offentlig organ
2. Spesifiserte økonomiske beregninger (driftsøk konsekvenser)
3. beslutning om valg av prosedyre
4. kunngjøring
5. prekvalifisering

6. konkurransegrunnlag
7. anbudsvurdering
8. forhandlinger

Hvert av punktene krever ytterligere dokumentasjon og/eller utredninger.

## **17.2. Pilotprosjekt – en mulighet?**

Med utgangspunkt i det uttrykte politiske ønsket om å vinne erfaringer med OPS som gjennomføringsform i helsesektoren (og andre sektorer), usikkerhet knyttet til eventuelle uønskede vridninger mellom alternative løsninger, uklarheter i forhold til helseforetakenes egenkapitalsituasjon og departementets avgrensninger m.h.t hvilke OPS-løsninger som kan tillates, bør mulighetene for å bruke Nye Molde sjukehus som et pilotprosjekt innenfor sykehussektoren vurderes. Erfaringer fra Storbritannia, der OPS er et supplement til ”tradisjonell” finansiering i sykehussektoren, tyder på at eksistensen av alternative løsninger har positive virkninger også på den tradisjonelle gjennomføringsmåten (som fremdeles er den rådende i Storbritannia).

Det vises til veisektoren der det er satt i gang tre pilotprosjekt for å høste erfaringer med OPS som modell. Innenfor sykehussektoren er det til dels andre utfordringer. Organiseringen med regionale helseforetak med tilhørende finansiering gjør at investeringsutfordringene i sykehussektoren i liten grad kan sammenliknes med veisektoren. Systemet med en stor grad av innsatsstyrt finansiering kombinert med begrensninger i det enkelte regionale helseforetaks investerings/lånerammer, gjør at rasjonering med offentlige investeringsmidler kan bidra til suboptimale driftstilpasninger. Det bør derfor være av interesse å gjennomføre et pilotprosjekt der et OPS-samarbeid testes m.h.t løsningsvalg og hvilke langsiktige tilpasninger i vektleggingen mellom bygningsmessige kostnader knyttet til investering-drift-vedlikehold en løsning basert på samarbeid med private aktører faktisk gir. Inkludert i dette ligger en vurdering av de bygningsmessige kostnadenes totale andel av samlede driftskostnader, samt vurdering av eventuelle produktivitetseffekter.

Et sentralt moment ved sykehusreformen var at beslutninger om investeringer skulle gjøres med basis i økonomiske beregninger over hva helseforetaket var i stand til å bære. Styret og ledelsen skulle gis anledning til å gjøre løpende avveininger mellom investeringer og drift. Valg mellom ny teknologi, ombygginger, nybygg eller flere folk skulle delegeres til styre/ledelsesnivå. Gjennom å synliggjøre alle kostnader, kombinert med et stort innslag av innsatsstyrt finansiering, skulle dette gi rasjonelle økonomiske tilpasninger. Helse Nordmøre og Romsdal HF er i praksis rasjonert m.h.t investeringsmidler fordi helseforetaket tilhører det regionale helseforetaket som bygger ut et nytt Universitetssykehus. Styret/ledelsen har dermed ikke rom for å legge rasjonelle økonomiske vilkår til grunn for valg mellom investeringer i nye bygg eller



driftsrelaterte kostnader. OPS er en løsning som kan bøte på denne utfordringen.