

Notat til Helgelandssykehuset HF

Dato: 15. juni 2019

Til: Helgelandssykehuset HF v/ administrerende direktør

Fra: Deloitte AS v/ prosjektansvarlig partner Jan Erik Tveiten

Emne Presiseringer knyttet til økonomiske analyser for HSYK 2025

Formål

Det vises til prosjektet Helgelandssykehuset 2025 (HSYK 2025) der Deloitte har bistått Helgelandssykehuset med økonomiske bæreevneanalyser for fremtidig sykehusstruktur. Undertegnede har også i to styremøter samt sist i helseforetakets ledergruppe på møte i Mosjøen gjennomgått materialet, forutsetninger materialet bygger på, samt viktige premisser vi har lagt til grunn for arbeidet. I etterkant av presentasjonen av de økonomiske analyser har Helgelandssykehuset mottatt kommentarer og vurderinger av analysene fra ulike interessenter. Deloitte har merket seg at enkelte av tilbakemeldingene er av en karakter som gjør at vi finner det naturlig å kommentere disse.

Befolkningen i Helgelandssykehuset har krav på at den offentlige debatten som føres om fremtidig sykehusstruktur tar utgangspunkt i saklige og faktabaserte argumenter, og at de ulike aktørene er bevisst sitt ansvar for å bidra til å øke befolkningens forståelse av prosessen som foregår. Dessverre merker vi oss at tendensen heller drar i retning av forvirring og spredning av feilaktige påstander. Deloitte ser seg nå nødt til å tilbakevise hovedmomenter vi ser går igjen i flere kommentarer til de økonomiske analysene.

Formålet med dette notatet er å presisere de faktiske forhold som ligger til grunn for metodevalgene, påpeke faktiske feil i tilbakemeldinger som er kommet og tydeliggjøre tilfeller der det fremlegges påstander som ikke har belegg i økonomisk teori eller praksis. Vi håper dette vil kunne bidra til en saklig og faktabasert diskusjon.

1. Lånerente

Den forenklete antakelsen om 3,5 % lånerente gjennom analyseperioden bygger på budsjettføringer fra Helse Nord RHF, som igjen bygger på føringer på departement. Dette er en grunnleggende forutsetning som Helgelandssykehuset og Deloitte som rådgiver må forholde seg til. Deloitte finner også en slik forutsetning som et rimelig anslag gitt det som på nåværende tidspunkt er kjent informasjon om langsiktige renter i markedet og renteprogner.

I statsbudsjettet for 2018 ble rentemodellen for helseforetaket endret. Endringen medførte at nye prosjekter som bevilges lån fra 2018 vil få en rente som var om lag 1 % høyere i forhold til tidligere prosjekter. I noen sammenhenger ser vi at enkelte aktører velger å sammenligne renten benyttet i analysene for Helgelandssykehuset mot prosjekter som følger tidligere rentemodell. Sammenligningen blir urimelig, og gir lite mening som argument for å redusere lånerenten benyttet for Helgelandssykehuset.

Videre er det fremmet påstander om at benyttet rente på 3,5 % er høyere enn dagens rente på ca. 1,87 %, og dermed utgjør et høy rente-scenario. Gitt dagens lave rentenivå, markedets forventninger og prognoser

fra Norges Bank, vil det å legge dagens rentenivå til grunn for analyser så langt frem i tid være en svært tvilsom forutsetning.

Etablert praksis er at det metodisk mest korrekte er å benytte rentebaner som dekker så mye som mulig av analyseperioden, så langt disse er mulig å observere i markedet. Grunnlaget er at disse vil være de beste objektive estimatene for fremtidig utvikling i lånerenter da disse dannes på grunnlag av markedets rådende forventninger til fremtiden. Per dags dato er faste renter for 20 år det nærmeste man kan komme analyseperioden for Helgelandssykehuset. Gjeldende basisrente for faste renter over 20 år er på ca. 3,665 % (fastsatt juni 2019, jf. publiserte renter fra Finanstilsynet). Dette utgjør ca. 3,17 % etter fastsatt fratrukk på 0,50 prosentpoeng for helseforetak. I januar var basisrente for faste renter for 20 år på 3,808 %, eller om lag 3,31 % etter fratrukket. Disse estimatene indikerer at fremtidig rente vil være betydelig høyere enn dagens rentenivå.

Departementets nye rentemodell er knyttet direkte til renter i privatmarkedet for boliglån (snitt av rimeligste rentetilbud, såkalt basisrenten, fratrukket 0,50 prosentpoeng). En lånerente for Helgelandssykehuset på 3,5 % innebærer at de rimeligste boliglånsrentene i markedet ikke kan være høyere enn omtrent 4 %. I Pengepolitikk rapport av desember 2018 skrev Norges Bank at «*Renteprognosen tilsier en økning i boliglånsrenten fra 2,7 prosent i dag til 3,7 prosent i 2021*». Dette var siste foreliggende rapport da de økonomiske analysene ble utarbeidet. I samme rapport av mars 2019 (publisert omtrent samtidig som analysene ble gjennomgått i styret) ble prognosen for perioden frem til utgangen av 2022 oppdatert til «*Renteprognosen tilsier at boliglånsrenten øker fra 2,6 prosent i dag til rundt 3,5 prosent i løpet av prognoseperioden*». Slike prognoser vil alltid være beheftet med usikkerhet, men indikerer likevel at sentralbankens prognose tilsier en lånerente for helseforetak på om lag 3 % allerede i løpet av de nærmeste 2–4 årene.

Ovennevnte betraktninger indikerer at det rentenivået som er lagt til grunn i bærekraftanalysen ikke bare oppfyller overordnet myndighets forutsetninger for slike analyser, men også kan begrunnes i dagens observasjoner om fremtidige rentebaner. En samlet vurdering er dermed at en langsiktig lånerente på 3,5 % er rimelig, og vil være i tråd med et forsiktighetsprinsipp om å ikke benytte for ambisiøse anslag for lånerenter gitt foreliggende informasjon.

2. Økonomisk levetid og analyseperiode

Valgt levetid og analyseperiode bygger på praksis som benyttes i beregninger for helseforetak. Det vises for øvrig også til tilsvar fra Helse Nord RHF's økonomidirektør som underbygger valgt metode.

Begrepet Økonomisk levetid uttrykker den forventede økonomiske levetiden til et tiltak, og kan avvike fra den tekniske eller faktiske levetiden. For eksempel kan en bil ha en økonomisk levetid på 5 år, selv om den teknisk og faktisk kan driftes mye lenger enn dette. Tilsvarende gjelder sykehusbygg, som kan ha en betydelig lavere økonomisk levetid enn det bygget teknisk og faktisk kan være i bruk.

For et byggeprosjekt estimeres økonomisk levetid med utgangspunkt i kalkyler for investeringskostnader og tilhørende avskrivningstid for de ulike delkomponentene (f.eks. bygningskropp, ventilasjon, varme, sanitær, MTU, el-anlegg, IKT, mm.). Økonomisk levetid estimeres som vektet avskrivningstid. I praksis er dette mulig å estimere først når investeringskostnaden er relativt detaljert spesifisert på bygningstabell post 1–9 iht. NS3453. Dette er en standard for spesifisering av kostnader i et byggeprosjekt på ulike delkomponenter og følger en standardisert kontoplan. Prosjekt HSYK 2025 er for tidlig i planleggingen til å muliggjøre en slik spesifisering i nåværende fase.

Nasjonal regnskapshåndbok for helseforetak gir føringer for avskrivninger og økonomisk levetid for anleggsmidler. Det gis også estimater for vektning av delkomponenter dersom konkrete kalkyler ikke foreligger. Videre har teamet fra Deloitte hatt innsikt i og vært involvert i flere prosjekter der investeringskostnaden har vært tilstrekkelig spesifisert til å muliggjøre konkret estimering av økonomisk levetid. Føringer i Nasjonal regnskapshåndboks og teamets erfaring tilsier at somatiske sykehusbygg som

oftest har en økonomisk levetid på om lag 26–27 år. Dette er en allmenn kjent grunnforutsetning blant miljøer som gjør slike analyser for sykehusbyggprosjekter.

Videre har enkelte sammenlignet *økonomisk levetid* for den samlede investeringen (dvs. bygget og alle delelementer som MTU, IKT, utstyr og inventar) med *avskrivningstid* for kun bygg ved andre helseforetak (eksempelvis håndteres MTU-avskrivninger separat). Dette viser kun en sammenheng som alltid gjelder og er innlysende for de med regnskapsforståelse. Som tidligere nevnt estimeres økonomisk levetid som en vektning av avskrivningstiden for bygningskroppen, som har avskrivningstid opp mot 60 år, og andre komponenter som ventilasjon, varme og sanitær, MTU, el-anlegg, tele- og kommunikasjon osv. som har betydelig lavere avskrivningstid, ned mot 3 år og opp til 20 år. Dette vil alltid medføre at *økonomisk levetid* blir lavere enn *avskrivningstid* for bygget isolert og f.eks. høyere enn for MTU-utstyr isolert. En ukritisk sammenligning opp mot foretakenes årsregnskap blir heller ikke riktig med mindre det korrigeres for reinvesteringer, da disse forlenger total avskrivningstid.

Offentliggjorte dokumenter (bl.a. analysemodellen i Excel og medfølgende notat) viser tydelig at den forenklete fordelingen av investeringskostnad på ulike komponenter er gjort utelukkende med det formål å nettopp få en mer korrekt periodisering av fremtidige avskrivningskostnader og dermed utvikling i regnskapsresultat.

3. Avskrivningstid og lønnsomhet

Vi har sett at det er hevdet at valg av avskrivningstid favoriserer lønnsomheten til enkelte type prosjekter og påvirker økonomisk bæreevne. Påstanden har ikke støtte i økonomisk teori eller metode. Betragtningene nedenfor kan for de som ikke kjenner dette temaet litt inngående fremstå som noe økonomiteknisk, men siden dette temaet har kommet opp velger vi likevel å kommentere dette

Et prosjekts økonomiske lønnsomhet vurderes ut fra netto nåverdi. Netto nåverdi er helt upåvirket av og har ingenting med avskrivninger, og dermed avskrivningstid, å gjøre.

Økonomisk bæreevne krever likviditetsmessig evne til å opprettholde virksomhetsnivået og gjennomføre reinvesteringer og vedlikehold. Likviditeten, eller kontantbeholdningen, er helt upåvirket av avskrivninger. Det er også dette kriteriet som har vært førende for å estimere handlingsrommet for investeringer for Helgelandssykehuset.

Årsresultatet påvirkes av avskrivninger. Selv om utvikling i årsresultat er beregnet, har denne ikke vært avgjørende for estimert handlingsrom eller alternativskillende analyser.

4. Sammenligninger mot andre helseforetak, spesielt Sykehuset Innlandet HF

Vi har også merket oss at det i noen sammenhenger gjøres sammenligninger mot Sykehuset Innlandets økonomiske analyser av idéfasen. Det kan være hensiktsmessig å nevne at Sykehuset Innlandet fikk bistand fra de samme hovedressursene fra Deloitte som har bistått Helgelandssykehuset. Delrapport om økonomiske analyser for Sykehuset Innlandet ble utarbeidet i tett samarbeid med medarbeidere fra Deloitte. Teamet har derfor inngående kunnskap om arbeidet som er gjort for Sykehuset Innlandet, og vurderingene som lå til grunn for disse analysene.

Analysene for Sykehuset Innlandet ble utarbeidet høsten 2016. Budsjettforutsetning fra Helse Sør-Øst RHF på den tiden var en rentesats på 2,4 %. Styret i Sykehuset Innlandet vedtok framtidig målbylde, der bl.a. disse analysene var del av underlaget, i oktober 2017. Ny rentemodell ble ikke offentliggjort før i starten av desember 2017. I forbindelse med lanseringen av ny rentemodell analyserte Helse Sør-Øst RHF at endringen økte rentevilkårene med om lag 1 %, noe som ville medført at forutsetningen for Sykehuset Innlandet, alt annet likt, øker til 3,4 %. Dette er for alle praktiske formål lik forutsetningen for Helgelandssykehuset. I løpet av høsten 2018 gjorde en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Helse Sør-Øst RHF og

Sykehuset Innlandet en ny gjennomgang av bl.a. de økonomiske analysene. Vedtaket til Helse Sør-Øst RHF i januar 2019 bygger på denne gruppens arbeid.

Det er i enkelte tilfeller gjort direkte sammenligninger mellom estimater i en oppsummeringstabell for Helgelandssykehuset og en oppsummeringstabell for Sykehuset Innlandet. Tabellene viser to helt ulike variabler fra ulike analyser. Tabellen for Sykehuset Innlandet viser estimert kontantbeholdning ved utgangen av økonomisk levetid. Noe forenklet og folkelig, kan dette illustreres som pengebeløpet en person vil ha i sin bankkonto den dagen de har nedbetalt sitt boliglån. Estimaten for Helgelandssykehuset er differansen mellom estimert investeringskostnad og estimert handlingsrom (benevnt resterende bæreevne i tabellen). Dette kan forenklet illustreres som forskjellen mellom det en person betaler for en bolig og finansieringsbeviset fra banken. Hvorfor disse størrelsene skal kunne sammenlignes, og hva differansen i så fall reflekterer, er svært uklart selv for erfarne økonomer. Tabellene reflekterer helt ulike variabler, på forskjellige tidspunkter i analyseperioden, og for helseforetak som avviker betydelig i økonomisk størrelse. Sammenligningen blir rett og slett helt tilfeldig, uforståelig og er for alle praktiske formål ikke av relevans.

Videre har vi sett at det gjøres sammenligninger av driftsøkonomiske gevinster estimert for Sykehuset Innlandet mot estimater for Helgelandssykehuset. Sykehuset Innlandet har en økonomi og drift som er 4–5 ganger så stor som Helgelandssykehuset. Å gå fra dagens sykehusstruktur til samling i ett stort sykehus medfører både en vesentlig reduksjon i forventet kapasitetsbehov, og vil kunne gi grunnlag for potensielle stordriftsfordeler for bemanning i et stort akuttsykehus. Disse effektene vil kunne bli betydelig større for Sykehuset Innlandet gitt foretaket størrelse, enn ved ett samlet akuttsykehus for Helgelandssykehuset.

Helgelandssykehuset hadde i 2017 et driftsresultat før avskrivninger på ca. 95 mnok. Dette utgjør omtrent 5 % av driftsinntekter (såkalt EBITDA-margin). Å forbedre dette med 75 mnok, som er benyttet estimat for driftsøkonomisk potensial innen somatikk, øker marginen til i underkant av 9 %. I analyser for Sykehuset Innlandet utgjør EBITDA-marginen på det meste omtrent 9 % ved samling i ett stort akuttsykehus (oppdaterte analyser fra oktober 2017 og høsten 2018). Vi har sett at enkelte trekker frem at det kan være realistisk for Helgelandssykehuset med årlige forbedringer for lønnskostnader innen somatikk på 150–200 mnok. Dette vil i så fall medføre driftsresultat før avskrivninger på ca. 245–295 mnok, eller en andel av driftsinntekter på 13–15 %. For å sette dette i perspektiv, vil slike estimater innebære at Helgelandssykehuset ville blitt landets mest driftsøkonomisk effektive sykehus. Det er krevende å argumentere for hvordan slike anslag er realistiske for et foretak på størrelse med Helgelandssykehuset.

Det er videre argumentert for at metodevalget burde tatt utgangspunkt i utarbeidelse av konkrete vaktplaner og bemanningskrav. På et generelt grunnlag støtter Deloitte at en slik metode i utgangspunktet er å foretrekke. Metoden krever imidlertid at utredningene er tilstrekkelig bearbeidet og man har kommet et stykke i planleggingsfasen. Det er uklart hvordan utarbeidelse av vaktplaner vil gi noe mer treffsikkerhet når hverken antall lokasjoner og funksjonsfordeling er avklart på nåværende tidspunkt. Det ble i løpet av høsten 2018 gjort en konkret vurdering av om metoden kunne la seg gjennomføre. Vurderingen ble at slike analyser ville vært beheftet med så stor grad av usikkerhet at det ikke ville være formålstjenlig å basere analysene utelukkende på dette. Vurderingen ble gjort av Deloitte og økonomiavdelingen i Helgelandssykehuset. Temaet ble likevel presentert som del av arbeidet i fase 1 (jf. presentasjon i styresak 86/2018, s. 21 og 22) og det ble påpekt at estimater for vaktordninger vil kunne underbygge totalestimater for fremtidige driftsbesparelser og bør bearbeides videre i senere faser av arbeidet.

5. Prehospitale tjenester og pasienttransport

Et viktig element i vurderingen av fremtidig sykehusstruktur på Helgeland er innvirkning på og utforming av prehospitale tjenester og pasienttransport. I våre foreløpige beregninger er det kun for å eksemplifisere dette vist hvilken påvirkning antall ambulanser har på de økonomiske beregningene. Kostnad per ambulans er estimert av Helgelandssykehuset og harmonerer for øvrig med våre tidligere erfaringer. For å gjøre en nøyaktig beregning av kostnader ved prehospitale tjenester og pasienttransport må de bl.a. foreligge en relativt detaljert plan for hvilke funksjoner som skal utøves ved fremtidige sykehus og DMS. Her bør det også

vektlegges at funksjonsfordelingen vil kunne ta hensyn til prehospitaltjenester og det kan velges å legge vekt på å minimere negative konsekvenser for disse.

6. Satser for kvadratmeterpriser ved nybygg og rehabilitering av nåværende bygningsmasse

Estimerte kostnader for nybygg av sykehus er oppgitt av Sykehusbygg og er satt til kr. 100.000 pr. kvadratmeter, mens rehabilitering av nåværende bygningsmasse bygger på analyser foretatt av Multiconsult. Deloitte har brukt disse forutsetningene uten å gjøre nærmere analyser av disse estimatene. Vi vil imidlertid poengtere at den markante differansen mellom kvadratmeterpris for nybygg og kvadratmeterpris for rehabilitering gjør at rehabilitering av nåværende bygningsmasse i mange sammenhenger vil være økonomisk å foretrekke.

Avsluttende kommentar.

Hensikten med dette notatet var å tydeliggjøre underbyggende betraktninger relatert til de beregninger som Helgelandssykehuset har foretatt sammen med Deloitte for å vurdere helseforetakets økonomiske bæreevne. Vi håper at notatet ytterligere tydeliggjør og forklarer noen av de vurderingene som er foretatt.

Vedlegg: Svar fra Helse Nord RHF's økonomidirektør relatert til økonomiske levetider

Fra: Hansen Erik Arne

Sendt: 6. juni 2019 15:54

Til: Monsen Jan-Petter <Jan-petter.Monsen@helse-nord.no>; Lyngved Tove Anita <Tove.Anita.Lyngved@helgelandssykehuset.no>

Emne: VS: Spørsmål om avskrivningstid

Til orientering

Erik Arne Hansen | Økonomidirektør
Helse Nord RHF | Økonomiseksjonen

Tlf: +47 480 06 069

[web](#) | [twitter](#) | [facebook](#)

Fra: Hansen Erik Arne

Sendt: torsdag 6. juni 2019 15:51

Til: Espen Isaksen <espen@mon.no>

Kopi: Rolandsen Hilde <Hilde.Rolandsen@helse-nord.no>

Emne: SV: Spørsmål om avskrivningstid

Hei

De detaljerte føringene for avskrivninger følger av nasjonal regnskapshåndbok (se vedlegg)

I Helse Nord har vi i tillegg gitt følgende føringer (har merket med gult siste setning som jeg antar det er bakgrunnen for svaret du fikk fra Bjørn Bech-Hansen):

1.1.1.1 3.4.3 Avskrivninger og økonomiske levetid for anleggsmidler

Det ble i forbindelse med sykehusreformen utarbeidet en verdsettelse av åpningsbalansene pr. 1.1.2002. Retningslinjer for valg av økonomisk levetid for de anleggsmidler et helseforetak vanligvis er i besittelse av fremkommer nedenfor. Hvis en har bedre informasjon om levetiden for et konkret anleggsmidler legges dette til grunn.

Overordnede retningslinjer for valg av økonomisk levetid:

Driftsmiddel	Type eiendel/driftsmiddel	Økonomisk levetid
Kjøpt programvare	Immaterielle eiendeler	5 år

Sykehusbygninger	Varige driftsmidler	Dekomponert inntil 60 år
Tomter	Varige driftsmidler	Avskrives ikke
Boliger, herunder personalboliger med tilhørende tomter	Varige driftsmidler	Avskrives ikke
MTU	Varige driftsmidler	4-12 år
IT- og kommunikasjonsutstyr	Varige driftsmidler	3-10 år
Biler og andre transportmidler	Varige driftsmidler	5-10 år
Inventar	Varige driftsmidler	10-15 år

For bygg skal det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor følgende ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. Ved kjøp av bygg hvor en ikke har bedre informasjon, kan følgende prosentvise fordeling av kostpris legges til grunn:

Bygningstyper	Somatiske sykehus, Spesial-sykehus, Sykehjem	Primærhelse, Kontor, Restaurant	Skole, Lab, Hotell	Garasje, Lager
Delanlegg				
Bygning	50	60	50	80
Ventilasjon	13	10	15	5
Varme/sanitær	13	10	10	5
Elkraft	12	10	10	10
Tele og automatisering	9	5	10	
Andre	3	5	5	

Installasjoner				
Sum	100	100	100	100

Følgende levetider skal legges til grunn for de ulike delanleggene:

Bygningstyper	Somatiske sykehus, Spesial-sykehus, Sykehjem	Andre bygninger
Delanlegg		
Bygning	60	60
Ventilasjon	20	30
Varme/sanitær	20	30
Elkraft	20	30
Tele og automatisering	10	20
Andre installasjoner	20	30

En forenklet beregning av fremtidige avskrivninger basert på disse forutsetningene gir om lag 26 år levetid for nye sykehus.

Det er følgelig ikke en instruks fra Helse Nord om at det skal brukes 26 år, men en enighet om at dette kan brukes til forenklete analyser

Tif: +47 480 06 069

[web](#) | [twitter](#) | [facebook](#)