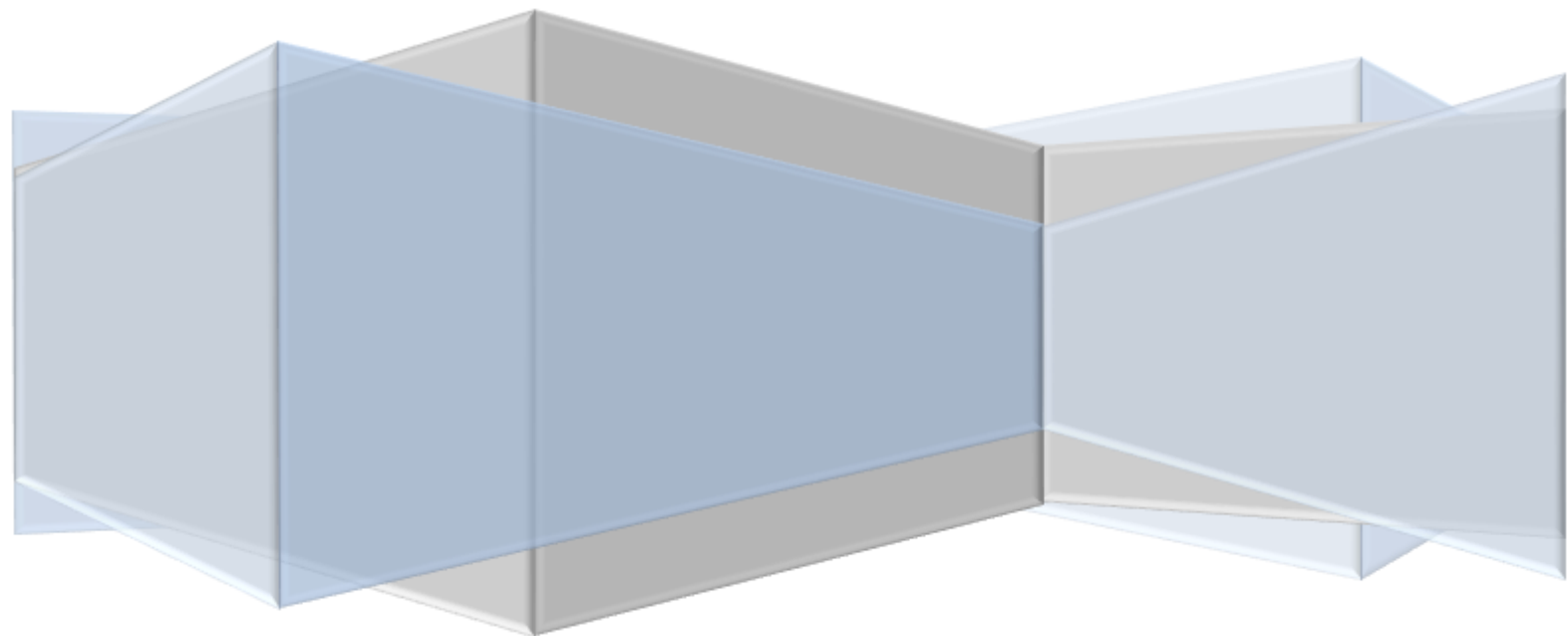


PROSEDYRE FOR BESLUTNING OG GJENNOMFØRING AV INVESTERINGSPROSJEKT

Vedtatt av styret i Helse Vest RHF 20.04.22



INNHold

1. Overordnet beslutnings- og styringssystem	1
2. Formål med prosedyren	1
3. Forankring i utviklingsplanen	2
4. Finansiering og budsjettering	3
4.1 Økonomisk langtidsplan	3
4.2 Årsbudsjett	4
5. Faser og beslutningspunkter for investeringsprosjekter	4
5.1 Tidligfaseplanlegging	4
Prosjektinnramming	5
Konseptfasen	6
Forprosjektfase	6
5.2 Gjennomføringsfase	7
5.3 Evaluering av sykehusbyggprosjekter	7
6. Krav til beslutningsunderlag og styring	8
6.1 Forankring i overordnede mål og planer	9
6.2 Alternativvurderinger	9
6.3 Konseptuell/bygningsmessig fleksibilitet	9
6.4 Usikkerhet/avsetning for uforutsette kostnader	9
6.5 Økonomisk bæreevne	10
6.6 Ekstern kvalitetssikring	11
6.7 Prosjektstyring og styringsmål	11
6.8 Organisasjonsutvikling og teknologi	11
7. Fullmaksstruktur for beslutning om investeringsprosjekter	12
8. Fullmakter, økonomistyring og rapportering i gjennomføringsfasen	13
8.1 Fullmaksstruktur for gjennomføringsfasen	13
8.2 Rapportering til styret i helseforetakene	14
8.3 Rapportering til Helse Vest RHF	15

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring og omfang	Godkjent av
1.0.			

1. OVERORDNET BESLUTNINGS- OG STYRINGSSYSTEM

Helseforetaksmodellen legger til grunn at de regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i helseforetakene. Helse Vest RHF har fullmakt til å beslutte igangsetting og gjennomføring av investeringsprosjekter innen sitt ansvarsområde.

Beslutning om investeringsprosjekter må skje med bakgrunn i generelle styringskrav som følger av helseforetaksloven, regnskapsloven, vedtekter, foretaksprotokoll, oppdragsdokument, samt ut fra en konkret vurdering og prioritering av enkeltprosjekter.

Helse Vest RHF har ansvar for at investeringsprosjekter som besluttes er forankret i overordnede mål og planer, har et finansielt grunnlag og at fremtidige kostnader som følge av investeringen kan håndteres innenfor påregnelige rammer. Det innebærer også ansvar for å sikre nødvendig kvalitet på planlegging og gjennomføring av investeringsprosjekter.

Helseforetakene må lære av hverandre og nyttiggjøre seg den erfaringen og kompetansen som ligger i de regionale helseforetakene sitt felleseide selskap Sykehusbygg HF. Helseforetakene skal bruke Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekt med en kostnadsramme over 500 mill. kr.

For alle investeringer med en forventet prosjektkostnad over 500 mill. kr skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK), og Helse Vest RHF skal bekrefte i eget beslutningspunkt at det er gjennomført tilfredsstillende kvalitetssikringstiltak før oppstart av forprosjekt.

For store prosjekter med en forventet prosjektkostnad over 500 mill. kr skal også konseptrapporten og KSK-rapporten, sammen med vurderingen fra Helse Vest RHF, legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet som en del av styringsdialogen.

Midler til investeringer ligger som en del av basisbevilgningen. For prosjekter med en forventet kostnad på over 500 mill. kr kan Stortinget bevilge likviditet i form av lån.

2. FORMÅL MED PROSEDYREN

Formålet med prosedyren er å:

- sikre et best mulig beslutningsunderlag for investeringsprosjekter
- sikre god gjennomføring av investeringsprosjekter innen de rammer som er satt

- regulere ansvarsforholdet mellom Helse Vest og helseforetakene i forbindelse med beslutning og gjennomføring av investeringsprosjekter

Prosedyren skal bl.a. bidra til:

- at investeringsprosjekter støtter opp under overordnede mål og planer og blir vurdert som beste løsning på en konkret problemstilling
- en god planprosess og et godt beslutningsunderlag i de ulike fasene i planlegging av investeringsprosjekt
- at prosjekter er bærekraftige og kan gjennomføres innenfor vedtatt økonomisk ramme og gi forventet effekt på driften
- at det blir gjort tilstrekkelig beregning av finansiell bærekraft for investeringsprosjekter isolert og samlet for foretaket over tid
- at prosjekter gjennomføres innenfor de rammer og fullmakter som er gitt

Prosedyren gjelder for alle prosjekter uavhengig av finansieringskilde og større kontraktsbindinger i form av OPS avtaler, finansiell leasing eller lignende.

3. FORANKRING I UTVIKLINGSPLANEN

Det er viktig at investeringsprosjekter har forankring i overordnede mål og planer for virksomheten. Alle helseforetak som driver pasientbehandling, har en utviklingsplan. Utviklingsplanen skal vise hvordan et helseforetak vil utvikle virksomheten for å møte fremtidig behov for tjenester.

Utviklingsplanen skal peke på ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak som er nødvendig for å møte fremtidens utfordringer. Utviklingsplanen rulleres hvert 4. år. Viktige innsatsfaktorer i en utviklingsplan er organisering, ledelse, samhandling, oppgavedeling, kompetanse, teknologi, utstyr og bygg.

Et bygningsmessig investeringsprosjekt kan være et av flere tiltak i utviklingsplanen for å møte fremtidig behov for tjenester. Et bygningsmessig tiltak kan være viktig for å øke tilgjengelig areal for virksomheten men ikke minst sikre virksomheten mer funksjonelle arealer som muliggjør mer effektiv tjenesteyting.

Som underlag for utviklingsplanen er det viktig at helseforetakene har løpende oversikt over status på bygningsmassen, både teknisk og funksjonelt. Foretaket skal ha dette nedfelt i en plan som også viser hvordan bygningsmassen/tomteområdet kan utvikles for å møte utfordringer og behov for tjenester.

4. FINANSIERING OG BUDSJETTERING

4.1 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN

Økonomisk langtidsplan (ØLP) er en 5-årig budsjettplan som rulleres hvert år. Alle investeringsplanene til helseforetakene skal synliggjøres i ØLP. Helseforetak med planer om store investeringsprosjekt skal som del av ØLP, utarbeide en planperiode på minimum 10 år for å synliggjøre de økonomiske og finansielle konsekvensene av investeringene.

Helseforetakene må i ØLP nærmere redegjøre for grunnlaget for planlagte investeringer. I den årlige rulleringen tar foretakene opp endringer i egne investeringsplaner samt endringer i forutsetningene og føringer fra styret og eier.

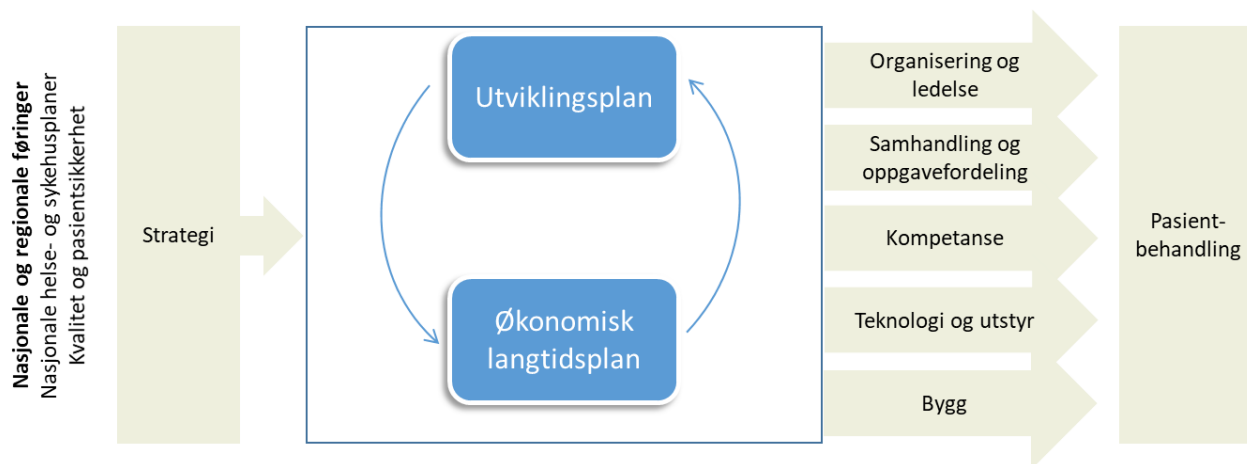
ØLP skal også vise hvordan helseforetaket kan håndtere investeringene innenfor den ressursrammen helseforetaket er forventet å ha i perioden. I tillegg skal det vise hvordan prosjektene er tenkt finansiert.

Helseforetakene skal i ØLP gi en nærmere omtale av de store investeringsprosjektene. Punkter som skal vektlegges er:

- formål og bakgrunn for investeringsprosjektene
- hvilke prioriteringer ligger til grunn for investeringsprosjektene
- hvordan vil investeringsprosjektene påvirke drift, bemanning, finansiering osv.
- hvilke type endringer som følger av investeringen, inkludert driftskonsekvenser

Nærmere beskrivelse av ØLP, inkludert prosess, forutsetninger og føringer, ligger i Helse Vest sin økonomihåndbok.

I figur 1 under er sammenhengen mellom overordnede nasjonale føringer, utviklingsplan og ØLP, samt de viktigste innsatsfaktorene grafisk fremstilt.



Figur 1 Oversikt over sammenheng mellom overordnede nasjonale føringer, utviklingsplan og økonomisk langtidsplan og de viktigste innsatsfaktorene.

4.2 ÅRSBUDSJETT

Midler til investeringer er en del av basisbevilgningen. Helseforetakene må styre og prioritere investeringer innenfor den likviditet de klarer å skape gjennom driften.

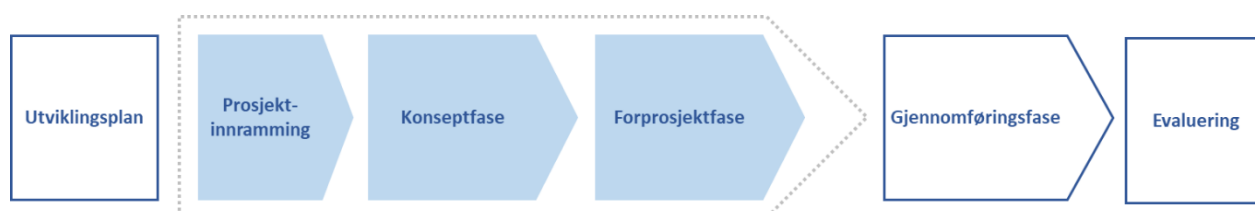
For investeringsprosjekt med kostnad over 500 mill. kr kan Helse Vest RHF søke om lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er gitt anledning til å lånefinansiere inntil 70 % av investeringen med nedbetalingstid på inntil 35 år. Det er Stortinget som vedtar lån til det enkelte prosjektet, og lånetildelingen blir gjort i statsbudsjettet.

Nærmere beskrivelse av den årlige budsjettprosessen ligger i Økonomihåndboka.

5. FASER OG BESLUTNINGSPUNKTER FOR INVESTERINGSPROSJEKTER

5.1 TIDLIGFASEPLANLEGGING

Et mulig byggeprosjekt, forankret i utviklingsplanen, må gjennom flere planfaser før det eventuelt blir besluttet gjennomført eller realisert.



Figur 2 Oversikt over de ulike fasene til et investeringsprosjekt

Det er her noen viktige sammenhenger som må særlig påaktes.

- De tidlige fasene legger grunnlag og premissene for de etterfølgende fasene.
- Innflytelse og påvirkningsmulighet er størst i de innledende fasene.

- Endringer/omprogrammering i byggefasen vil normalt pådra prosjektet ekstra kostnader.
- Erfaring viser at utilfredsstillende resultat ofte kan tilbakeføres til for lite vektlegging av de første fasene.
- Prosjektet må kunne avsluttes i alle faser før gjennomføringsfasen.

Tidligfasen omhandler de tre fasene som i figur 3 nedenfor er markert innenfor stiplede linje – prosjektinnramming, konseptfase og forprosjekt. De gule sirklene i figuren symboliserer beslutningspunktene.



Figur 3 Oversikt over tidligfasen i et investeringsprosjekt

Det er utarbeidet en egen veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekt (sist revidert sept./okt. 2017). Veilederen forvaltes av Sykehusbygg HF.

Formålet med veilederen er å bidra til en felles, effektiv og målrettet planprosess for byggeprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Veilederen beskriver hvordan tidligfasen i byggeprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres. Veilederen gir på et overordnet nivå retningslinjer for hva som bør inngå i de ulike fasene, hvilke analyser som bør gjennomføres, hvilke beslutningsdokumenter som skal utarbeides og hva som besluttes ved de enkelte beslutningspunktene.

Helseforetakene skal legge veilederen til grunn for planlegging av mulige investeringsprosjekter. Veilederen setter relativt omfattende krav til analyse og dokumentasjon i de ulike fasene i planleggingen. For mindre prosjekt må bruken av veilederen tilpasses prosjektets egenart og forventet omfang og kompleksitet. Under gis det en kort presentasjon av innholdet i de tre fasene.

PROSJEKTINNRAMMING

Med utgangspunkt i tiltak eller problemstillinger i utviklingsplanen tas det stilling til om det skal igangsettes planlegging av et byggeprosjekt hvor tidligfaseveilederen kommer til anvendelse.

Prosjektet må da innrammes ved at det lages et styringsdokument som på overordnet nivå beskriver hvordan tidligfasen skal gjennomføres. Innhold må defineres, avgrensninger gjøres og rammer og leveranser avklares med bakgrunn i utviklingsplanen. Hvor mye utredning som her må gjøres vil være avhengig av hvor konkret utviklingsplanen er på mulige løsninger.

Det må avklares hvilke alternativer som er aktuelle. De må være:

- relevante (gir svar på utviklingsretningen som er beskrevet i utviklingsplanen)
- gjennomførbare (kan gjennomføres finansielt, samfunnsmessig og teknisk)
- levedyktige (kan bæres økonomisk)

KONSEPTFASEN

Formålet med konseptfasen er å fremskaffe et faglig godt grunnlag for å velge alternativ (konsept). Det forutsetter en utfyllende innholdsmessig beskrivelse av den aktuelle virksomheten. Det må vises hvordan helseforetakets behov kan løses gjennom å identifisere, utvikle og utrede alternative konsepter (muligheter) i form av fysiske løsninger.

I første del av konseptfasen gjøres en slik alternativutredning. Alternativene utredes slik at de er reelt sammenlignbare.

I neste omgang gjøres det et valg av alternativ basert på de krav og mål som er satt for prosjektet. Dette alternativet utdypes i form av detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger.

Alle investeringsprosjekter over 50 mill. kr skal gjennomgå en slik konseptfase.

For prosjekter med forventet kostnad på over 500 mill. kr skal det gjennomføres en ekstern kvalitetssikring (KSK) av det valg som gjøres i konseptfasen.

I en slik ekstern kvalitetssikring skal det vurderes om de utredninger som er gjort er tilfredsstillende og om det valgte alternativet er det som best svarer ut de mål og krav som prosjektet skal oppfylle.

FORPROSJEKTFASE

På grunnlag av konseptrapporten og KSK-rapporten blir det besluttet om forprosjekt skal gjennomføres for det valgte alternativet.

Mål med forprosjektfasen er å bearbeide det valgte konseptet slik at endelig beslutning om iverksettelse kan tas. Forprosjektet må bli gjenstand for detaljprosjektering hvor

utforming av bygningsmessige løsninger konkretiseres som underlag for byggeprosessen.

Konseptet må detaljeres, innhold og løsninger kontrolleres, kalkyler kvalitetssikres og usikkerhetsanalyser oppdateres. Detaljprosjekteringen vil bidra til ytterligere kvalitetssikring av prosjektet.

Forprosjektrapporten skal gi grunnlag for å:

- godkjenne eventuelle endringer i konseptrapporten og konsekvenser av disse
- beslutte gjennomføring av investeringsprosjektet i HF/RHF
- velge entreprisform

Her vil valg av entreprisform ha betydning for grad av detaljering i forprosjektfasen og dermed grunnlaget for anbudsinnbydelse og konkurransegrunnlag.

Alle investeringsprosjekter er underlagt regelverket om offentlige anskaffelser og helseforetakene må i alle faser av prosjektet sjekke at de enkelte leveranser er i tråd med gjeldende regelverk.

5.2 GJENNOMFØRINGSFASE

Forprosjektet danner grunnlag for beslutning av gjennomføring av det valgte investeringsprosjektet/utbyggingsprosjektet. Beslutningen om gjennomføring gjøres i samsvar med ansvarsfordeling mellom Helse Vest RHF og helseforetakene, jfr. pkt. 7.

Dersom investeringsprosjektet besluttes gjennomført har helseforetaket ansvar for gjennomføring av utbyggingen. Det betyr utarbeidelse av anskaffelsesdokumenter, utlysning og kontraktsinngåelse og styring og organisering av selve byggeprosessen innenfor de rammer som er satt for prosjektet.

Helseforetakene må ha kompetanse på ulike entreprisformer, anskaffelser og kontraktsinngåelse, eventuelt kjøpe dette. Helseforetakene må i neste omgang også ha kompetanse på styring og organisering av byggeprosesser, eventuelt kjøpe denne. Krav til økonomistyring og hvilke fullmakter som gjelder under gjennomføring av et investeringsprosjekt i et helseforetak er nærmere omtalt i pkt. 8.

5.3 EVALUERING AV SYKEHUSBYGGPROSJEKTER

Alle større ombygginger og tilbygg, rehabilitering og nye sykehusbyggprosjekter skal som hovedregel evalueres.

De regionale helseforetakene fikk i 2018 i oppdrag å utarbeide et grunnlag for evaluering av utbyggingsprosjekter. Det er på denne bakgrunn utarbeidet en egen veileder for evaluering av sykehusbyggprosjekter¹. Veilederen er inndelt i 7 trinn:

1. Hva skal evalueres
2. Hvordan skal evalueringen gjennomføres
3. Hvem skal evaluere
4. Hvilke metoder og data skal benyttes
5. Analyse av data
6. Rapportering og dokumentasjon av evalueringsresultatene
7. Kunnskapsdeling og læring

Hvert trinn har utfyllende spørsmål og forslag til innhold og omfang.

Formålet med veilederen er å bidra til systematisk evaluering av sykehusbyggprosjekter med læring og kunnskapsdeling som mål.

Veilederen kan nyttes både til å evaluere om:

- et byggeprosjekt er gjennomført i samsvar med de rammer og forutsetninger som lå til grunn og
- om bygget som tiltak har ønsket effekt på driften i tråd med mål som ble satt for prosjektet

Det er viktig at evalueringsarbeidet starter parallelt med tidligfaseplanleggingen. Det vil bl.a. kunne gi større oppmerksomhet på målene og forventede gevinster for utbyggingsprosjektet. Er disse tilstrekkelig presise, konkrete, entydige og målbare?

Helse Vest har ansvar for å bidra til gjensidig læring mellom helseforetakene.

6. KRAV TIL BESLUTNINGSUNDERLAG OG STYRING

Et investeringsprosjekt innbefatter ulike analyser og stiller krav til dokumentasjon, styring og kvalitetssikring. Dette fremgår som krav og beslutningspunkter i tidligfaseveilederen. Helse Vest vil likevel særskilt fremholde noen hovedpunkter.

¹ <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-Evaluering-sykehusbyggprosjekter.pdf>
Investeringsprosedyre Helse Vest

6.1 FORANKRING I OVERORDNEDE MÅL OG PLANER

Prosjektene skal være forankret i overordnede mål, gjeldende oppgave- og funksjonsfordeling både lokalt, regionalt og nasjonalt.

For det enkelte helseforetak er utviklingsplanen den sentrale forankringen.

Investeringsprosjekter som har konsekvenser for samhandling, kapasitet og pasientstrømmer og oppgave- og funksjonsfordeling i regionen skal vurderes i en regional plansammenheng, jfr. regional utviklingsplan.

6.2 ALTERNATIVVURDERINGER

I henhold til tidligfaseveilederen skal flere alternativer utredes, inkludert 0-alternativet, til samme nivå slik at de er reelt sammenlignbare. Nullalternativet representerer en videreføring av dagens drift og eksisterende bygløsninger med ordinært vedlikehold og nødvendige utskiftninger. Det blir en referanse for utbyggingsalternativene. Gode alternativvurderinger vil styrke tilliten til at det beste alternativet blir valgt.

Det er en viss fare for at valg av alternativ indirekte gjøres for tidlig i prosessen og at andre alternativer inkludert 0-alternativet ikke utredes tilstrekkelig. Det kan noen ganger være god grunn til dette fordi andre alternativer ikke fremstår som realistiske eller er åpenbart mindre attraktive. Det er likevel viktig å fremholde at gode alternativvurderinger vil styrke tilliten til at det beste alternativet blir valgt.

Når det gjelder 0-alternativet vil dette ofte ha kortere levetid enn andre alternativer. Nullalternativet vil slik sett ofte være et rent utsettelsesalternativ i påvente av en beslutning om en større investering. Hvis 0-alternativet med mindre kostnader kan opprettholdes over lenger tid vil det være et reelt referansealternativ.

6.3 KONSEPTUELL/BYGNINGSMESSIG FLEKSIBILITET

Et normalt vedlikeholdt bygg vil ha en lang levetid. Medisinsk praksis og drift vil imidlertid endre seg i byggets levetid. Bygget vil således kunne tape funksjonalitet i forhold til de oppgaver som skal ivaretas i bygget.

Det må derfor være et sentralt moment i planleggingen å også vurdere tilrettelegging for en viss bygningsmessig fleksibilitet slik at bygget kan romme en utvikling av driften, nye funksjoner osv. og eventuelt ombygges til nye krav i fremtiden uten omfattende kostnader.

6.4 USIKKERHET/AVSETNING FOR UFORUTSETTE KOSTNADER

I de tidlige fasene av et prosjekt vil det være stor grad av usikkerhet knyttet til kostnadene. Kostnadsoverslag vil være basert på antagelser med ulikt presisjonsnivå, normtall og ulike estimater. Forutsetninger og usikkerhet knyttet til kostnadsoverslagene må fremgå av usikkerhetsanalysen.

Når anbud er antatt og kontrakter inngått skal kostnadsrammen for prosjektet være fastlagt. Det vil imidlertid kunne påløpe uforutsette kostnader som må møtes på to måter:

- Det må i prosjektet være utarbeidet en oversikt over mulige kostnadsreducerende tiltak.
- Det må foretas en avsetning i byggebudsjettet for uforutsette forhold.

Uforutsette kostnader kan påløpe som følge av at andre og bedre løsninger fremkommer, nye myndighetskrav som må oppfylles og endringer i priser i markedet for bygg.

For å ta høyde for denne type endringer må det i hvert prosjekt foretas en avsetning for uforutsette kostnader. Størrelsen på avsetningen må dimensjoneres slik at den sammenholdt med mulige kostnadsreducerende tiltak, er tilstrekkelig til at prosjektbudsjettet kan utgjøre et reelt styringsinstrument. Usikkerhetsavsetningen skal ikke brukes til programutvidelser.

6.5 ØKONOMISK BÆREEVNE

Målet for et større investeringsprosjekt er å legge til rette for bedre pasientbehandling og mer effektiv drift. Helseforetaket må som del av planleggingen:

- dokumentere hvilke effekter et mulig investeringsprosjekt har på framtidige driftskostnader,
- dokumentere hvilke gevinster investeringsprosjektet forventes å gi,
- dokumentere hvordan gevinster og effekter planlegges tatt ut,
- vise at det har finansiell evne og likviditet til å dekke investeringskostnaden og
- vise foretakets evne til å bære framtidige driftskostnader

Helseforetaket må vise at de har evne til å bære prosjektet, både driftsøkonomisk og likviditetsmessig over byggets levetid og vise hvordan det inngår i helseforetakets samlede økonomi og investeringsplaner.

Vurdering av lønnsomhet bør utføres med investeringsanalyser basert på nåverdi. Det er en forutsetning at denne gir et positivt bidrag til virksomheten. Alternativt skal det synliggjøres hvordan helseforetaket dekker inn negativ nåverdi med kontantstrøm fra andre deler av virksomheten. Risikoen i prosjektene vurderes kritisk og analysen skal ta hensyn til dette i form av diskonteringsrente og tilstrekkelig risikomargin.

Hvordan planlagte gevinster og effekter skal tas ut bør konkretiseres bl.a. i en organisasjonsutviklingsplan som viser hvordan driften må endres for å realisere mål og forventede gevinster.

Foretakets samlede økonomiske og finansielle bærekraft skal synliggjøres i form av en kontantstrømanalyse etter samme mal som ligger til grunn for økonomisk langtidsplan (jfr. mal i økonomihåndboka).

6.6 EKSTERN KVALITETSSIKRING

For store prosjekter med en forventet kostnad på over 500 mill. kr skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring. Grunnlaget vil være de utredninger som er gjennomført i konseptfasen med underliggende delutredninger.

En slik kvalitetssikring vil være en viktig sjekk på hvorvidt det beste alternativet er valgt. Det må da sikres at underlaget for en slik kvalitetssikring er godt. Det må være lett å se en klar sammenheng mellom tiltaket (investeringsprosjektet), mål og overordnede planer som ligger til grunn og forventet effekt av tiltaket. Vurderinger som er gjort og grunnlaget de hviler på må være åpent og lett tilgjengelig.

6.7 PROSJEKTSTYRING OG STYRINGSMÅL

Til styring av byggeprosjektet skal det anvendes anerkjent styringsverktøy som sikrer at prosjektet realiseres i tråd med forutsetningene, kostnadsramme, med god kostnadskontroll og fremdrift i tråd med plan. Krav til organisering og styring av prosjektet må sees i forhold til prosjektets størrelse og hvilken fase prosjektet befinner seg i. Det må likevel stilles tilstrekkelig kompetanse og prosjektpersonell til disposisjon for gjennomføring av prosjekter.

Ved beslutning om et investeringsprosjekt skal det settes en ytre kostnadsramme med avsetning for usikkerhet og uforutsette kostnader som prosjektet skal realiseres innenfor. En slik kostnadsramme vil vanligvis være basert på en P85 kalkyle, dvs at det er 85 % sannsynlighet for at prosjektet lar seg realisere innen denne kostnadsrammen.

Helseforetakene må ha ambisjoner om å realisere alle større prosjekt til en lavere kostnad. Det uttrykkes ved at det settes et styringsmål for prosjektet som er lavere enn kostnadsrammen, f.eks. tilsvarende en kalkyle på P50.

For investeringsprosjekt hvor helseforetaket er prosjekteier og har fullt økonomisk ansvar som følge av styrevedtak, skal årlig prisjustering av den gjenstående delen av kostnadsrammen til prosjektet være oppad begrenset til prisjustering lik statsbudsjettets deflator.

6.8 ORGANISASJONSUTVIKLING OG TEKNOLOGI

Nye bygg skal understøtte den ønskede utviklingsretning som er beskrevet i utviklingsplanen. En framtidig endring i f.eks. organisering og ledelse, samhandling og oppgavefordeling, vil igjen ha konsekvenser for nye pasientforløp, arbeidsprosesser og organisasjonsformer, som igjen vil gi krav til byggene.

Dette vil kreve at helseforetaket tidlig etablerer et organisasjonsutviklingsprosjekt som gis et helhetlig ansvar for å forberede driftsorganisasjonen på å ta det nye bygget i bruk.

Ideelt sett bør dette gjøres i forbindelse med prosjektinnrammingen og utarbeidelse av styringsdokument og mandat for konseptfasen.

Verdiskaping er utbytte av den virksomhet som foregår i bygget. Virksomheten endres hurtigere og hurtigere i form av blant annet nye organisasjonsformer, arbeidsmetoder og IKT. I dette bildet blir tilpasningsdyktige bygninger stadig viktigere. Er de ikke tilpasningsdyktige, så blir også verdiskaping dårligere.

Forutsetninger og avhengigheter knyttet til teknologi bør avklares i en tidlig fase.

7. FULLMAKTSSTRUKTUR FOR BESLUTNING OM INVESTERINGSPROSJEKTER

Det blir stilt høye krav til kvalitetssikring og prioritering av prosjektene i de ulike fasene. Helse Vest RHF vil ha et særlig ansvar for samordning og overordnet oppfølging av større investeringsprosjekter bl.a. gjennom å sikre:

- at prosjektene inngår i overordnede planer og prioriteringer knyttet til oppgave- og funksjonsfordeling i regionen
- at kostnadene kan forsvares ut fra prosjektets formål, forventede inntektsrammer og samlet gjeldsbelastning for helseforetaksgruppen

Helse Vest RHF har også ansvar for oppfølging overfor Helse- og omsorgsdepartementet gjennom foreleggelse av større enkeltprosjekter.

Styret i det enkelte helseforetak har ansvar for beslutning og gjennomføring av det enkelte prosjekt innenfor den fullmaktsstrukturen som er beskrevet under og i pkt. 8. Det skal i alle faser tas stilling til om prosjektet skal videreføres/gjennomføres, bearbeides eller avsluttes.

Dersom prosjektet ligger innenfor de delegerte fullmaktene til helseforetakene, men har konsekvens for funksjons- og oppgavefordeling, har helseforetaket et eget ansvar for å melde prosjektet inn til Helse Vest RHF slik at samordning/vurdering regionalt kan sikres.

For større prosjekter skal det etableres en styringsdialog mellom helseforetaket og Helse Vest RHF allerede i forbindelse med idèfasen.

Fullmaktsstrukturen oppsummeres som følger:

- 1) Prosjekt/kontrakter under 50 mill. kr
Det enkelte HF har selv ansvar og myndighet til å beslutte gjennomføring av prosjekt.
- 2) Prosjekt/kontrakter over 50 mill. kr

Prosjekt/kontrakter over 50 mill. kr skal forelegges styret til Helse Vest RHF til godkjenning etter gjennomført forprosjekt. Helseforetaket skal ta initiativ til å etablere styringsdialog mellom HF og RHF før oppstart av forprosjektet.

3) Prosjekt/kontrakter over 100 mill. kr

Prosjekt/kontrakter over 100 mill. kr skal fremlegges styret i Helse Vest RHF til godkjenning både etter gjennomført konseptfase og etter forprosjekt. Helseforetaket skal ta initiativ til å etablere styringsdialog mellom HF og RHF før oppstart av konseptfasen.

4) Prosjekt/kontrakter over 500 mill. kr

Prosjekt/kontrakter over 500 mill. kr skal fremlegges styret i Helse Vest RHF til godkjenning etter prosjektinnramming, konseptfase og forprosjekt. I tillegg skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK). Denne skal bekreftes gjennomført. Helseforetaket skal ta initiativ til å etablere styringsdialog mellom HF og RHF i forbindelse med prosjektinnramming.

Helse Vest RHF skal forelegge prosjekter over 500 mill. kr for departementet etter gjennomført konseptfase og før forprosjekt.

Alle lånefinansierte prosjekter skal behandles og godkjennes i henhold til føringer gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Alle alternative finansieringsmåter som for eksempel OPS-avtaler, eller finansielle og operasjonell leieavtaler er å betrakte som lånefinansiering og skal godkjennes av styret i Helse Vest RHF.

Helse Vest RHF har tillatelse til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på opptil 100 mill. kr per avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må godkjennes av foretaksmøtet. Dersom denne formen for finansiering skulle være aktuell, må helseforetaket søke Helse Vest RHF om lov til å inngå slik avtale. Finansiell leieavtale skal godkjennes av styret i Helse Vest RHF.

8. FULLMAKTER, ØKONOMISTYRING OG RAPPORTERING I GJENNOMFØRINGSFASEN

8.1 FULLMAKTSSTRUKTUR FOR GJENNOMFØRINGSFASEN

Det enkelte helseforetak har ansvar for gjennomføring av investeringsprosjekt som er godkjent i tråd med fullmaktstrukturen i pkt. 7. Helseforetaket må ha nødvendig kompetanse eller hente inn dette, ha aktuelle styringsverktøy for prosjektgjennomføring og etablere en prosjektorganisasjon med ansvar og fullmakter som sikrer at prosjektet gjennomføres med god kostnadskontroll innenfor de rammene og styringsmål som er satt.

Det er i styresak 40/18 vedtatt følgende fullmakter knyttet til økonomistyringen:

- 1. I gjennomføringsfasen av utbyggingsprosjekt skal alle kontraktar over NOK 300 millionar leggast fram for styret i helseføretaket for godkjenning før kontrakt blir signert.*
- 2. Styret i helseføretaka skal ved oppstart av gjennomføringsfasen for det enkelte prosjekt ta konkret stilling til om den overordna fullmaktsgrensa skal bli sett lågare enn NOK 300 millionar, og gjennom vedtak i det enkelte prosjekt fastsette endeleg fullmaktsgrense for administrerande direktør.*
- 3. Prosjektdirektør kan ikkje bli gitt fullmakt som overstig NOK 50 millionar.*
- 4. Ved oppstart av gjennomføringsfasen skal styret i helseføretaket ta konkret stilling til entrepriser- og kontraktstrategi og få seg forelagt plan for løpande rapportering til styret.*
- 5. For det enkelte utbyggingsprosjekt må det avklarast med Helse Vest RHF kva undervegs rapportering og sluttrapportering det skal vera til eigar.*

Helseforetakene må dokumentere hvilke fullmakter som er gitt i hvert prosjekt og sikre at disse er i samsvar med punktene ovenfor.

Helseforetakene må tilsvarende i store byggeprosjekt utarbeide og holde ved like skriftlige prosedyrer for de oppgavene og kontrollene som blir gjennomført for å vurdere og håndtere økonomisk usikkerhet.

Usikkerhetsanalyser må nyttes underveis i gjennomføringen, eventuelt må det dokumenteres hvorfor dette ikke anses nødvendig.

8.2 RAPPORTERING TIL STYRET I HELSEFORETAKENE

Ved oppstart av gjennomføringsfasen skal styret i helseforetakene ta konkret stilling til entrepriser- og kontraktsstrategi og få forelagt en plan for jevnlig rapportering til styret som minimum skal inneholde følgende, jf. styresak 040/18 «Fullmakter i byggeprosjekt»:

- Kort status om arbeidet
- Omtale av avvik og korrigerende tiltak ved eventuelle avvik i forhold til budsjett, fremdriftsplan eller kvalitet
- Oppdatert sluttprognose for fasen og totalprosjektet
- Spesielle problemer og tiltak
- Brukermedvirkning, status og samarbeid
- HMS
- Informasjonsarbeid

- Hovedaktiviteter neste periode

8.3 RAPPORTERING TIL HELSE VEST RHF

For det enkelte investeringsprosjekt må det avklares omfang og format på underveis- og sluttrapportering til Helse Vest RHF.

Alle investeringsprosjekter med en total kostnadsramme på over 500 mill. kr skal fra og med godkjent oppstart av gjennomføringsfase rapportere per tertial til Helse Vest RHF. Rapporteringen inngår i rapporteringsstrukturen for virksomhetsrapportering og er innarbeidet i den årlige rapporteringsplanen og malen for virksomhetsrapportering som årlig blir oppdatert og publisert i Helse Vest sin økonomihåndbok.

Formålet med rapporteringen er å gjøre rede for status i byggeprosjektene i Helse Vest, med særlig fokus på risikoområder og eventuelle avvik og korrigerende tiltak. For å sikre en felles tilnærming til innholdet skal rapporteringen som et minimum inneholde følgende:

- kort status om arbeidet
- omtale av avvik og korrigerende tiltak ved eventuelle avvik i forhold til budsjett, fremdriftsplaner eller kvalitet
- oppdatert sluttprognose for fasen og totalprosjektet
- spesielle problem og tiltak

Helse Vest RHF kan også på selvstendig grunnlag definere ytterligere innhold i rapporteringen ut ifra hva Helse Vest RHF vurderer som nødvendig i det enkelte prosjekt.