

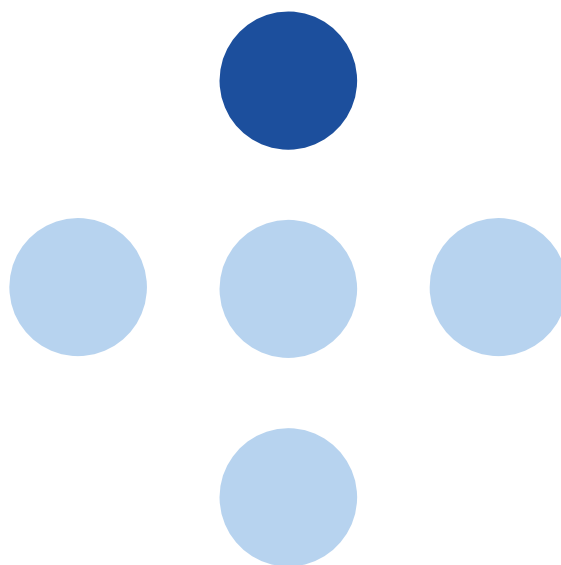


Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset 2025: Bæreevneanalyser

Internt notat om metodikk og
forutsetninger

16.11.2018, versjon 1.0



Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn og hensikt	3
1.2	Alternativer som er inkludert i dette arbeidet	4
2	Oppsummering	5
2.1	Hovedfunn og vurderinger	5
3	Forutsetninger for de økonomiske analysene	8
3.1	Forutsetninger planleggings- og byggeperioden	8
3.2	Forutsetninger for finansiering av prosjektet	11
3.2.1	<i>Fremmedkapital og byggelånsrenter</i>	11
3.2.2	<i>Egenfinansiering</i>	12
3.2.3	<i>Finansieringsplan</i>	12
3.3	Forutsetninger for driftsøkonomi	14
3.3.1	<i>Overordnet om driftsøkonomiske effekter</i>	14
3.3.2	<i>Somatikk – effektivisering bemanning og andre driftskostnader</i>	15
3.3.3	<i>Psykatri og rus – effektivisering bemanning</i>	16
3.3.4	<i>FDV-kostnader</i>	16
3.3.5	<i>Prehospitale tjenester og pasientreiser</i>	16
3.3.6	<i>Hjemhenting av gjestepasienter</i>	17
3.3.7	<i>Kapitalkompensasjon</i>	18
3.4	Øvrige forutsetninger	18
3.4.1	<i>Analyseperiode og økonomisk levetid</i>	18
3.4.2	<i>Regnskapsmessig effekt av avhending eiendom</i>	19
3.4.3	<i>Fremtidig reinvesteringsbehov</i>	19
3.4.4	<i>Ikke-byggnær IKT</i>	19
4	Resultater	20
4.1	Helseforetakets handlingsrom	20
4.2	Sensitivitetsanalyser	22

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt

Føringer for Helgelandssykehuset HF (Helgelandssykehuset, HSYK) sitt arbeid med prosjektinnramming er besluttet i Helgelandssykehusets styresak 14-2018 *Helgelandssykehuset 2025 - videreføring av tidligfasen*. Formålet med dette notatet er å presentere forutsetninger og funn fra overordnede analyser av helseforetakets bæreevne, gjennomført høsten 2018. For analysemodellen vises det til Excel-fil «2018-10-18_Masterfil - Bæreevneanalyser HSYK 2025_v1.0».

Arbeidet er gjennomført av økonomiavdelingen i Helgelandssykehuset. Fagavdelingen og avdeling for drift og eiendom har vært tett involvert. Deloitte¹ har støttet prosjektet med metodikk, modellbygging og analyser.

Gjennomføringen av et større investeringsprosjekt vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske situasjon. Økonomisk bæreevne handler om et helseforetaks evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser, herunder opprettholde god drift, over et investeringsprosjekts levetid. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*² (tidligfaseveilederen) legger følgende føringer for vurdering av et helseforetaks bæreevne:

- *Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering*
- *Likviditetsmessig har evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold*
- *Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at framtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes*
- *Eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom*

Formålet med de økonomiske analysene er blant annet å sannsynliggjøre at det er mulig å finansiere prosjektet i det planlagte tidsrommet og vurdere om helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket. Hovedfokuset på dette stadiet av planleggingsfasen har vært å vurdere handlingsrommet for investeringer i fremtidig sykehusstruktur. Dette medfører at analysene ikke kan benyttes til å rangere alternativer, men er i stedet en estimering av hvor stor investering som kan bæres gitt forutsetningene som er lagt til grunn for det enkelte alternativ. Om det er mulig å realisere alternativet innenfor det estimerte handlingsrommet må derimot vurderes mer konkret i videre faser.

Analysene skal forbedre kvaliteten av beslutningsgrunnlaget og bidra til økt bevisstgjøring av økonomiske konsekvenser av et investeringsprosjekt. I en prosjektinnramming er perspektivet overordnet, og dette vil også gjelde de økonomiske analysene. Metodikken for analysene er gjennomgående for alle faser i tidligfasen, men presisjonsnivået øker gradvis fram mot valg av fremtidig struktur og eventuell beslutning om gjennomføring. De økonomiske analysene inngår i den samlede vurderingen av et investeringsprosjektet, som ett av vurderingselementene sammen med f.eks. helsefaglige, kvalitative og bygningstekniske vurderinger.

¹ Deloitte ved Jan Erik Tveiten og Subhan Shafiq.

² Sykehusbygg HF, *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Sept/okt. 2017.

1.2 Alternativer som er inkludert i dette arbeidet

De økonomiske analysene har tatt utgangspunkt i føringer fra vedtak fattet av styret i Helgelandssykehuset og Helse Nord RHF. I møtet 31.08.2016, sak 62-2016 *Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre*, vedtok styret i Helgelandssykehuset å videreføre utredningen av 0-alternativet (dagens struktur) og alternativ med ett stort akuttisykehus med inntil tre DMS (benevnt alternativ 2a). I styremøtet 22.09.2016, sak 105-2016 *Helgelandssykehuset 2025 - utredning av alternativer*, endret styret i Helse Nord RHF dette til at tre alternativer skal legges til grunn for videre utredning:

0-alternativet: Videreføring av dagens sykehusstruktur

Alternativ 2b-1: Ett stort akuttisykehus i kombinasjon med ett akuttisykehus for indremedisin og inntil to DMS

Alternativ 2a: Ett stort akuttisykehus med inntil tre distriktsmedisinske sentre (DMS). Akuttisykehuset skal ha døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi

Alternativer for lokalisering ble fattet av styret i Helgelandssykehuset i sak 61-2016 *Idefasen Helgelandssykehuset 2025 - Kriterier for valg av lokalisering og tomt for sykehusbygg på Helgeland*, vedtakspunkt 2 og 3:

- 2) *Styret for Helgelandssykehuset vedtar, med bakgrunn i disse kriteriene, at det er de fire byene/tettstedene Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund som skal utredes videre som aktuell lokalisering for sykehusbygg, derav Brønnøysund som DMS og styret ber om en snarlig framlegging av en plan for realisering av et DMS i Brønnøysund.*
- 3) *Styret vedtar at Leirfjord sentrum og Hemnes sentrum utredes videre som aktuell lokalisering for sykehusbygg. I denne sammenheng vil kriteriene byutvikling og by- og tettstedsnært fravikes som kriterier.*

Fokuset for de økonomiske analysene har på dette stadiet vært effekter av ulike alternativer for fremtidig sykehusstruktur, dvs. antall akuttisykehus, uavhengig av lokasjon. Det har ikke foreligget tilstrekkelig informasjon til at det har vært hensiktsmessig å estimere konsekvenser av ulike lokasjoner eller endrede avstander, uten at det ville medført betydelig usikkerhet i estimatene. Antall mulige scenarioer vil i tillegg medføre et uhenktsmessig stort analysebehov. Effekter av lokalisering og avstander må vurderes nærmere i senere faser av arbeidet, når det foreligger mer informasjon om bl.a. funksjonsfordeling og antall distriktsmedisinsk senter (DMS).

Opprettelsen av et DMS i Brønnøysund ble behandlet av styret i Helgelandssykehuset i møtet 20.06.2018, og er nærmere beskrevet i styresak 50-2018 *Etablering av distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund*. Som en del av oppfølgingen av styresaken har det blitt gjennomført en økonomisk konsekvensanalyse for opprettelsen av DMS Brønnøysund. Denne ble presentert for styret i møtet 24.10.2018, sak 87-2018 *DMS Brønnøysund - Økonomisk konsekvensanalyse*. Relevante effekter for helseforetakets totaløkonomi er inkludert i analysene av helseforetakets bæreevne.

2 Oppsummering

2.1 Hovedfunn og vurderinger

Det er gjennomført overordnede analyser av helseforetakets bæreevne med utgangspunkt i de tre nevnte alternativene for fremtidig sykehusstruktur. Hovedfokuset for arbeidet har vært å vurdere handlingsrommet for investering i sykehusstruktur gitt tre, to eller ett akuttsykehus. Det er også utført sensitivitetsanalyser ved endring av enkelte sentrale forutsetninger. Analysene vurderer kun effekter for Helgelandssykehuset. Det skal ikke inkluderes samfunnsøkonomiske effekter eller effekter for regionen som helhet. Det regionale helseforetakets bæreevne må vurderes av Helse Nord RHF.

Analysene er gjennomført i tråd med metodiske føringer i tidligfaseveilederen og overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF. Analysene avviker noe fra tidligfaseveilederen i og med at investeringskostnader pt. ikke foreligger. Dette medfører at analysene ikke kan benyttes til å rangere investeringsalternativer, men er i stedet en estimering av hvor stor investering som kan bæres gitt forutsetningene som er lagt til grunn for det enkelte alternativ. Om det er mulig å realisere alternativet innenfor det estimerte handlingsrommet må derimot vurderes mer konkret i det videre arbeidet. Dette vil også gjøre det mulig å gjennomføre investeringsanalyser på prosjektnivå.

Det understrekes at i en prosjektinnrammingsfase er perspektivet overordnet, og dette gjelder også de økonomiske analysene. Analysene vurderer kun økonomiske konsekvenser for helseforetaket, og må komplementeres med f.eks. helsefaglige, kvalitets- og samfunnsmessige vurderinger av alternativene.

Handlingsrom og finansieringsplan

Tabell 1 oppsummerer det estimerte handlingsrommet per alternativ og implisert finansieringsplan. Foreløpige analyser indikerer at Helgelandssykehuset har handlingsrom for en investering på 1,7 mrd. kroner ved videreføring av dagens sykehusstruktur, 2,3 mrd. kroner med ett stort akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus for indremedisin og 3 mrd. kroner ved kun ett stort akuttsykehus.

Føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF medfører at Helgelandssykehuset kan få 80 % lånefinansiering. Øvrig finansiering må dekkes av egenfinansiering fra helseforetaket selv. Byggelånsrenter legges til lånet som Helgelandssykehuset påtar seg ved overtakelse av fremtidig sykehusstruktur.

Tabell 1: Estimert handlingsrom og implisert finansieringsplan per alternativ. Beløp i mnok.

	0-alt.	2b-1	2a
Sum investering	1 700	2 300	3 000
Lånefinansiering	1 360	1 840	2 400
Krav egenfinansiering	340	460	600
Sum finansiering	1 700	2 300	3 000
Byggelånsrenter	70	95	124

Estimater av handlingsrom for investeringer i fremtidig sykehusstruktur avhenger av estimerte driftsøkonomiske effekter. Disse er nærmere beskrevet i kapittel 3.3 *Forutsetninger for driftsøkonomi*. Driftsøkonomiske effekter er estimert på et overordnet perspektiv, og vil være sensitive for endringer i forutsetninger. I påfølgende faser må disse estimatene kvalitetssikres og konkretiseres på et mer detaljert nivå, både med hensyn til størrelse og periodisering.

Vesentlige forutsetninger og risikomomenter

Det er lagt til grunn en økonomisk levetid på 27 år og et rentenivå for lån på 3,5 %. Økonomisk levetid er basert på erfaringer fra andre investeringsprosjekter for sykehusbygg. Lånerente er basert på føringer fra Helse Nord RHF. Endringer i fremtidig lånerente utgjør et betydelig risikomoment, og er belyst i sensitivitetsanalyser.

Det er antatt at helseforetaket har tilstrekkelig egenfinansiering for hvert av alternativene. For alternativ 2a (ett stort akuttsykehus) vil egenfinansieringsbehovet på 600 mnok ikke kunne dekkes av oppsparte midler alene (ca. 460 mnok). Resterende egenfinansieringsbehov må dekkes via salgsinntekter fra avhending av eiendom og/eller overskuddslikviditet som genereres i løpet av byggeperioden. Der egenfinansiering er tenkt dekket ved salg av eiendom må det gjøres oppmerksom på periodiseringseffekter. Avhending av eiendom vil være mulig først *etter* at ny struktur er i drift (erfaringsmessig 1-3 år etter drift i ny struktur), og vil ikke kunne bidra med likviditet i selve byggeperioden. Forutsetningene lagt til grunn her krever dermed at helseforetaket, eller Helse Nord RHF, på andre måter kan stille med midler til å finansiere byggearbeidene i byggeperioden.

Elementer som ikke har latt seg estimere

Vurderingene presentert her må ses i sammenheng med elementer som ikke har latt seg estimere og/eller ikke er inkludert på nåværende tidspunkt. Enkelte av effektene har negativ effekt på bæreevne (pkt. 1 og 2), mens andre vil kunne styrke bæreevnen (pkt. 3 og 4):

- 1) Prehospitale tjenester og pasienttransport: Det har ikke vært mulig å beregne endringer i transportkostnader (prehospitale tjenester og pasientreiser) for de ulike alternativene. Dette skyldes at bl.a. lokasjon, antall enheter og funksjonsfordeling mellom sykehus og DMS er uavklart. Netto økte driftskostnader knyttet til prehospitale tjenester og pasientreiser vil medføre reduksjon i investeringsnivået som kan bæres. Styrking av prehospitale tjenester vil også kunne kreve dedikerte investeringsmidler, noe som vil kunne redusere investeringsevnen til andre formål som bygg, MTU, reinvesteringer, osv.
- 2) Kostnader OU- og mottaksprosjekt / ulempekostnader i byggeperiode / flyttekostnader: Kostnader knyttet til OU (organisasjonsutvikling) og mottaksprosjekt er ikke estimert på nåværende tidspunkt. Disse vil påløpe uavhengig av valgt alternativ, men størrelsen vil kunne avhenge av det enkelte alternativet. Dersom det velges et alternativ som medfører bygging ved eksisterende lokasjoner, kan det påløpe ulempekostnader i byggeperioden som svekker evnen til å spare midler i byggeperioden. Dersom det velges et alternativ som medfører flytting av aktivitet til annen lokasjon, vil det kunne påløpe flyttekostnader som svekker helseforetakets økonomi spesielt flytteåret. Alle disse

kostnadene er krevende å estimere på nåværende tidspunkt, men vil kunne ha en negativ effekt på bæreevnen.

- 3) Regionalt innkjøpsprosjekt: Det er igangsatt et regionalt prosjekt for reduksjon av innkjøpskostnader (jf. Helse Nord RHF styresak 35-2018). Det er signalisert at Helgelandssykehuset sin andel av målsettingen for besparelsen er på ca. 50 mnok. Det vurderes som enklere å realisere målsettingen ved én sykehusenhet sammenlignet med flere enheter. Isolert sett, vil dette kunne øke bæreevnen med ca. 800 mnok for alle alternativene.
- 4) Hjemhenting uten økt arealbehov: Dersom hjemhenting av pasienter kan oppnås uten betydelig økning i arealbehov, med tilhørende investeringskostnad, vil dette kunne frigjøre midler som kan benyttes til andre formål (både drift og investeringer).

3 Forutsetninger for de økonomiske analysene

3.1 Forutsetninger planleggings- og byggeperioden

For planleggings- og byggeperioden er det tatt utgangspunkt i tall fra styresak 23-2018 *Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering investeringsplan - Oppdatert bæreevneanalyse*. For enkelte elementer er tidligere estimater korrigert.

Driftsresultat før avskrivninger

Inntekter benyttet i bæreevneanalysen fra sak 23-2018 er lagt til grunn og tall for siste år er videreført i hele analyseperioden. Driftskostnader ekskl. avskrivninger fra tidligere bæreevneanalyse er også videreført uten endringer. Kapitalkompensasjon er håndtert i egen rad (rad 62 i arkfanen for det enkelte alternativ) – det vises til delkapittel 3.3.7 *Kapitalkompensasjon*.

Fra 2021 er det lagt inn estimert nettoeffekt for helseforetaket av opprettelse av DMS Brønnøysund (rad 87 i arkfanen for det enkelte alternativ). Det vises til egen leveranse for økonomisk konsekvensanalyse for DMS Brønnøysund for mer informasjon om beregning av effekten.

Investeringsplan 2018–2026

Det er benyttet en revidert investeringsplan, for investeringer utenom HSYK 2025, i perioden 2018–2026. Underlaget er mottatt fra HSYK v/ økonomiavdelingen, og er basert på seneste estimater for investeringer i MTU, bygg og renovasjon operasjon MiR.

For DMS Brønnøysund er det lagt til grunn at investeringsbehovet på 12 mnok i 2020 er inkludert i investeringsplan for MTU-investeringer (jf. styresak 23-2018). Gjenværende investeringer for DMS Brønnøysund på ca. 12 mnok er antatt gjennomført i 2025³.

Tabell 2 oppsummerer investeringsplanen som er lagt til grunn. Denne er lik for alle alternativ.

Tabell 2: Investeringsplan lagt til grunn for perioden 2018–2026. Alle beløp i mnok.

KONTANTSTRØM (mnok)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Kontantstrøm fra investeringsaktiviteter									
MTU-investeringer	-50,0	-30,0	-30,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
Investeringsplan bygg	-33,4	-18,0	-12,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	0,0	0,0
Renovasjon operasjon MiR	0,0	0,0	-105,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Investeringer DMS Brønnøysund								-11,9	

Avskrivninger for investeringsplan 2018–2026

Avskrivningene er oppdatert i tråd med endret investeringsplan for perioden 2018–2026. Det vises til regneark *2018-10-16_Investeringsplan 2018-2025 med avskrivninger_v1.0* for detaljert oversikt over beregning av disse avskrivningene.

For alternativene 2b-1 og 2a er antakelsen om forskuttet avskrivning for nye investeringer i bygg

³ Sum investeringsbehov på ca. 24 mnok fra HPU (27.04.2016). Kostnadsoverslag kun spesialisthelsetjenesten, s. 8.

oppretholdt, slik at disse er ferdig avskrevet ila. 2025 (jf. styresak 23-2018). Estimatenes er kun oppdatert som følge av oppdaterte investeringsestimater og periodisering. For 0-alternativet er det derimot lagt til grunn vanlig avskrivningsprofil også for disse investeringene. Dette følger av at ingen av byggene avhendes i 0-alternativet, og det regnskapsmessige holdepunktet for forskuttert avhending ikke lenger vil være gyldig. Forutsetningene for forskuttert avskrivning er nærmere omtalt i et eget notat.

Investeringer og avskrivninger HSYK 2025

For investeringer i HSYK 2025 er det tatt utgangspunkt i samme investeringspådrag (prosentvis fordeling av investeringskostnaden over byggeårene) som i bæreevneanalysen fra styresak 23-2018, men kronebeløpene varierer med utgangspunkt i estimatet for bæreevne. I samme styresak er byggeperioden satt til 2022–2025, med følgende pådragsprofil:

Tabell 3: Investeringspådrag i byggeperioden for prosjektet HSYK 2025. Kilde: HSYK økonomi. Underlag for bæreevneanalyser i styresak 23.2018 (excel-fil «Bæreevne vår 2018», fane «Større prosjekter», rad 4)

	2022	2023	2024	2025
Investeringspådrag	11,4 %	20,0 %	20,0 %	48,6 %

Avskrivninger for HSYK 2025 er estimert med utgangspunkt i antatt fordeling av investeringskostnaden på hhv. tomt, bygg, MTU, IKT og annet med tilhørende avskrivningstider. Dette har vært nødvendig for å sikre at periodiseringseffekten av avskrivninger blir mest mulig korrekt. Fordelingen på de ulike delkomponentene er basert på erfaringstall fra andre prosjekter, og er vist i Tabell 4. Avskrivningene er antatt å påløpe fra første driftsår (2026). Disse forutsetningene er like for alle alternativene.

Tabell 4: Antatt fordeling av investering i HSYK 2025 og tilhørende avskrivningstid for ulike komponenter.

Fordeling inv. og avskr.tid	Fordeling inv.	Avskr.tid (år)
Tomt inkl. opparbeidelse	0 %	0
Bygg	70 %	35
MTU	20 %	10
IKT	10 %	7
Annet	0 %	7

Driftsmessige engangskostnader i byggeperioden (2022–2025)

Det er på nåværende tidspunkt ikke lagt inn estimater for driftsmessige engangskostnader i byggeperioden. Om disse vil slå inn, og størrelsen på effektene, vil avhenge av i hvor stor grad eksisterende bygg skal videreføres. Ved en eventuell bygging tett på eksisterende drift vil det påløpe ulempekostnader forbundet med f.eks. rokader, midlertidige lokaler/brakkjer og andre forstyrrelser for drift (støv, støy, begrensninger for aktivitet, ol). Eventuelle ulempekostnader knyttet til bygging tett på eksisterende drift må vurderes i senere

faser (avhengig av om scenario med bruk av eksisterende sykehus videreføres).

Dersom fremtidig sykehusstruktur i stor grad baserer seg på ny(e) tomt(er) eller flytting av aktivitet til annen lokasjon, vil det i stedet kunne påløpe kostnader forbundet med flytting av utstyr, personell og eventuelt pasienter. Dette er heller ikke lagt inn på nåværende tidspunkt, men må vurderes nærmere i senere faser (avhengig av om scenario med ny tomt eller samling videreføres).

Erfaringsmessig vil det også kunne påløpe kostnader knyttet til OU-prosjekt (organisasjonsutvikling) og mottaksprosjekt når prosjektet overtas av helseforetaket. Dette er også krevende å estimere på nåværende tidspunkt, og må vurderes nærmere i senere faser.

Analysemodellen er satt opp til at slike effekter enkelt kan legges inn for det enkelte alternativ og vil flyte inn i regnskap og kontantstrømeffekter:

Tabell 5: Utklipp av område i analysemodellen der driftseffekter i byggeperioden, og eventuelt tiltak for å forbedre resultatet, kan legges inn. Tabellen er plassert i rad 126-136 i fanene for det enkelte alternativ.

TILTAK FOR Å SPARE MIDLER TIL EGENFINANSIERING / DRIFTSEFFEKTER I BYGGEPERIODE								
Beløp i mnok (obs! positiv fortegn betyr besparelse)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
xx								
xx								
xx								
xx								
xx								
xx								
OU-prosjekt før fremtidig struktur								
Ulempekostnader i byggeperiode								
Sum tiltak		0	0	0	0	0	0	0

3.2 Forutsetninger for finansiering av prosjektet

3.2.1 Fremmedkapital og byggelånsrenter

Det er lagt til grunn at all fremmedkapital behandles som ordinært låneopptak. Rammebetingelsene for lån fra Helse- og omsorgsdepartementet medfører at lånefinansieringen håndteres som et serielån med 25 års nedbetalingstid fra fremtidig sykehusstruktur er i bruk.

I statsbudsjettet for 2018 er det lagt til grunn en ny rentemodell for nye prosjekter som bevilges lån fra 2018. Bakgrunnen for endringen er bl.a. at helseforetakenes rentebetingelser i større grad skal tilpasses øvrige renter i markedet. Både faste og flytende renter skal beregnes med utgangspunkt i Basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Basisrenten beregnes på bakgrunn av rentebetingelser for boliglån i det norske privatmarkedet. Sammenlignet med tidligere rentemodell, gir dette en rentøkning på om lag 1 prosentpoeng for nye prosjekter som bevilges byggelån fra og med 2018. Basert på føringer fra Helse Nord RHF⁴ er det lagt til grunn en lånerente på 3,5 %. Som en forenkling er rentebanen holdt uendret i hele analyseperioden. Effekt av ny rentemodell og alternativ utvikling av lånerente er håndtert i sensitivitetsanalyser.

Det er lagt til grunn at 70 % av investeringsbeløpet finansieres med låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet. Videre har Helse Nord RHF signalisert at 10 % av investeringsbeløpet kan finansieres med lån fra det regionale helseforetaket. Det er lagt til grunn at lån fra Helse Nord RHF har samme betingelser som lån fra departementet. I sum medfører dette at 80 % av investeringsbeløpet finansieres med et byggelån. Det presiseres at endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Nord RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.

Det gjøres ingen nedbetaling av avdrag eller renter i byggeperioden. Byggelånet konverteres til et ordinært lån først når fremtidig sykehusstruktur tas i bruk av Helgelandssykehuset. Det skal beregnes byggelånsrenter i byggeperioden, som legges til lånefinansieringens hovedstol⁵. Størrelsen på byggelånsrenter vil avhenge av kostnadspådraget i byggeperioden og i hvilken rekkefølge man benytter låne- og egenfinansiering. I analysene er det forutsatt at forholdet mellom låne- og egenfinansiering er hhv. 80/20 for hvert av årene i byggeperioden.

Ved negativ kontantbeholdning det enkelte år er det lagt til grunn bruk av driftskreditt. I figurer er driftskredittrammen satt til 60 mnok, basert på dagens ramme, men det er ikke satt noen begrensning på dette i selve analysene. Det er lagt til grunn en rente på driftskreditt på 1,7 %, som beregnes på trukket kreditt. Rentenivået er basert på føringer fra Helse Nord RHF⁴.

⁴ Helse Nord RHF, *Budsjettbrev 1 - Plan 2019-2022, inkludert rullering av investeringsplan*. 05.03.2018.

⁵ Med hovedstol menes det opprinnelige lånebeløpet.

3.2.2 Egenfinansiering

Helgelandssykehuset må bidra med 20 % egenfinansiering. Denne vil i hovedsak kunne bestå av tre komponenter:

- Oppspart kontantbeholdning frem til byggestart
- Overskuddslikviditet generert i løpet av byggeperioden
- Salgsinntekt fra eventuell avhending av eiendom

Ved inngangen til 2018 hadde Helgelandssykehuset ca. 400 mnok i oppspart kontantbeholdning. Dette beløpet er forventet å øke til ca. 460 mnok i perioden frem til forutsatt byggestart (år 2022). Eventuell gjenværende egenfinansieringsbehov inn i byggeperioden vil måtte dekkes av overskuddslikviditet generert i løpet av byggeperioden.

Estimater for salgsinntekter ved eventuell avhending av eiendom er basert på eiendomsvurdering foretatt av Skifte Eiendom (datert 30. april 2014) i forbindelse med utviklingsplan 2014⁶. Salgsverdiene er satt til 55 mnok per eiendom, uavhengig av hvilken eiendom som avhendes. Estimater er basert på laveste estimat fra utviklingsplan 2014, korrigeret for et fratrekk på 10 mnok som følge av det antas å beholde areal til DMS-virksomhet. Estimaterne er ikke prisjustert. Det er tatt utgangspunkt i at avhending eventuelt kan skje året etter at fremtidig struktur er forutsatt å være i drift, dvs. i år 2027.

For 0-alternativet er det forutsatt at alle eiendommer beholdes. For alternativ 2b-1 (ett stort akuttsykehus og ett akuttsykehus for indremedisin) er det forutsatt at én av eiendommene kan avhendes, men at det beholdes noe areal for eventuell DMS-virksomhet. For alternativ 2a (ett stort akuttsykehus) er det forutsatt at to av dagens eiendommer kan avhendes, og at det tilsvarende beholdes noe areal for eventuell DMS-virksomhet ved begge eiendommene. Dersom det velges ny(e) tomt(er) for fremtidig sykehusstruktur kan flere av dagens eiendommer avhendes enn det som er forutsatt her, men det vil samtidig kunne påløpe kostnader knyttet til kjøp av og klargjøring av tomt. Nåværende forutsetninger er gjort utelukkende for å forenkle regnearbeidet og å begrense antall scenarier.

3.2.3 Finansieringsplan

Prinsippene for finansieringsplanen er identiske for alle alternativene, men beløpene og tilgjengelig egenfinansiering vil kunne variere. Tabell 6 viser finansieringsplan og byggelånsrenter for de tre alternativene.

Gitt 0-alternativets estimerte bæreevne på 1,7 mrd. kroner, vil det være behov for 340 mnok i egenfinansiering. Analysene indikerer at tilgjengelig kontantbeholdning frem til byggestart vil være høyere enn dette (458 mnok), og at egenfinansieringsbehovet dermed vil være dekket. For alternativ 2b-1 vil også sparte midler i stor grad kunne dekke hele egenfinansieringsbehovet.

For alternativ 2a er det estimert en bæreevne på 3 mrd. kroner, noe som krever 600 mnok i egenfinansiering. Dette vil kun dekkes delvis av 458 mnok i oppsparte midler og estimert salgsinntekt på 110 mnok. Resterende egenfinansieringsbehov på 32 mnok må dekkes av overskuddslikviditet generert av

⁶ Helgelandssykehuset HFs styresak 57/2017 Vedlegg 4 Rapport *Utviklingsplan*, datert 29.10.2014.

helseforetaket i løpet av byggeperioden (benevnt udekket egenfinansiering før byggestart).

Der egenfinansiering er tenkt dekket av salg av eiendom må det gjøres oppmerksom på periodiserings-effekter. Avhending av eiendommer vil være mulig først *etter* at ny struktur er i drift (erfaringsmessig 1-3 år etter drift i nytt bygg starter). Forutsetningene lagt til grunn her kan i praksis medføre at helseforetaket, eller Helse Nord RHF, på andre måter må stille med noe midler til å finansiere selve byggearbeidene.

Tabell 6: Oppsummering av finansieringsplan for de utvalgte alternativene.

	0-alt.	2b-1	2a
Investering	1 700	2 300	3 000
Lånefinansiering	1 360	1 840	2 400
Krav egenfinansiering	340	460	600
Sum finansiering	1 700	2 300	3 000
Byggelånsrenter	70	95	124
Andel lånefinansiering	80 %	80 %	80 %
Andel HOD-lån	70 %	70 %	70 %
Andel RHF-lån	10 %	10 %	10 %
Spesifisering av egenfinansiering	458	513	601
Sparte midler (UB 31.12.2021)	458	458	458
Avhending eiendom	0	55	110
Udekket EF før byggestart	0	0	32

3.3 Forutsetninger for driftsøkonomi

3.3.1 Overordnet om driftsøkonomiske effekter

Driftseffekter knyttet til et investeringsprosjekt kan i hovedsak inndeles i to kategorier:

- Driftseffekter som følge av geografisk og faglig samling
- Driftseffekter som følge av nybygg/rehabilitering

Tabell 7 gir en oppsummering av estimerte driftsøkonomiske effekter for de tre alternativene. Resultat fra dagens drift er holdt likt for alle alternativene. For de øvrige områdene vil effekten kunne variere mellom alternativene. Effekt av DMS Brønnøysund for helseforetaket som helhet er antatt å identisk i alle alternativene.

Tabell 7: Oppsummering av estimerte driftsøkonomiske effekter per alternativ. Negativ fortegn indikerer besparelse fra dagens nivå.

Område	0-alternativet (dagens struktur)	Alternativ 2a (1 SA + inntil 3 DMS)	Alternativ 2b-1 (1 SA + 1 A + inntil 2 DMS)
Resultat fra dagens drift	20 mnok (forventet resultatkrav)	20 mnok (forventet resultatkrav)	20 mnok (forventet resultatkrav)
Somatikk - effektivisering bemanning og andre driftskostnader	-20 mnok (generell effektivisering)	-75 mnok (bemanning og andre driftskostnader)	-45 mnok (bemanning og andre driftskostnader)
PHV og rus - effektivisering bemanning	Videreføring dagens nivå	Psyk: -4 mnok Rus: uendret	Psyk: -4 mnok Rus: uendret
FDV-kostnader	Videreføring dagens nivå	-7 mnok (estimat mindre arealbehov)	-3 mnok (estimat mindre arealbehov)
Prehosp. og pasienttransport	Videreføring dagens nivå	++ (høyere kost enn dagens nivå)	+ (høyere kost enn dagens nivå, men trolig lavere enn 2a)
Hjemhenting gjestepasienter	Videreføring pågående arbeid + effekt transport	Ved sengeutvidelse: må trolig driftes under 50-60 % av DRG for å gi positiv dekningsbidrag + effekt av transport	Ved sengeutvidelse: må trolig driftes under 50-60 % av DRG for å gi positiv dekningsbidrag + effekt av transport
Kapitalkompensasjon	20 mnok per mrd (antas i 10 år)	20 mnok per mrd (antas i 10 år)	20 mnok per mrd (antas i 10 år)
DMS Brønnøysund	9 / 0 mnok (hhv. 1. / 10. driftsår)	9 / 0 mnok (hhv. 1. / 10. driftsår)	9 / 0 mnok (hhv. 1. / 10. driftsår)
Netto estimerte driftseffekter (ekskl. resultat dagens drift)	-11 / -20 mnok	-77 / -86 mnok	-43 / -52 mnok

Driftsgevinstene er beregnet fra et overordnet perspektiv, og er sensitive for endringer i forutsetninger knyttet til både effektstørrelser og hvor raskt effektene kan tas ut. Eksempelvis vil det trolig kunne ta tid fra ferdigstilling og frem til fremtidig sykehusstruktur og driftsmodell er optimalisert. Som en forenklet tilnærming er det ikke lagt inn noen driftsgevinster det første driftsåret (2026). For kjernedrift somatikk og andre driftskostnader er effektene forutsatt å stige lineært fra andre til femte driftsår. Først i femte driftsår (dvs. i 2030) er estimatet oppnådd. For kjernedrift psykiatri og rus og FDV-kostnader er estimert effekt lagt inn i sin helhet fra andre driftsår (2027). I påfølgende faser må driftseffektene vurderes og konkretiseres på et mer detaljert nivå, både med hensyn til størrelser og periodisering.

Analysene er gjennomført i faste kroner. Dette medfører at det ikke er innarbeidet fremtidig inflasjon, og det er på nåværende tidspunkt heller ikke innarbeidet realvekst i inntekter og kostnader knyttet til forventet utvikling i aktivitetsnivå.

I de videre delkapitlene gis en beskrivelse for hvert av de utvalgte driftsøkonomiske områdene.

3.3.2 Somatikk – effektivisering bemanning og andre driftskostnader

Betydelige investeringer i bygningsmassen og eventuell faglig/geografisk samling av fagmiljøer og personell gir potensial for å realisere gevinster. Grad av samling vil eksempelvis påvirke antall vaktordninger for leger i de ulike alternativene. Endringer i antall akuttmottak og steder med kirurgisk beredskap, poliklinikk og sengeposter/pasienthotell vil påvirke behovet for sykepleiere og øvrig klinisk personell. Effektiviseringsmulighetene vil være drevet av reduksjon i parallell beredskapskapasitet som følge av samling. Denne effekten vil i stor grad være uavhengig av konkret lokasjon (dvs. hvor det samlede miljøet plasseres). Nybygg og/eller betydelig oppgradering/ombygging vil kunne muliggjøre bygningsmessige løsninger som er mer hensiktsmessige, og dermed også en mer effektiv driftsmodell.

Kjernevirksomhet

Ved estimering av potensial for effektivisering innen somatikken er det tatt utgangspunkt i nøkkeltall for kostnad per DRG for HSYK og et utvalg helseforetak⁷. Det er lagt vekt på at HSYK har hatt ca. 10 % vekst i kostnader per DRG i perioden 2013–2017. Dekomponering av utviklingen viser at aktiviteten, målt i antall DRG-poeng, har vært tilnærmet uendret over denne perioden. Utviklingen tilsier dermed økte kostnader til omtrent samme mengde pasientbehandling. Reversering av utviklingen fra 2013 gir en potensiell besparelse på 65 mnok. Estimater er basert på nøkkeltall for *lønnskostnader* per DRG. Dette estimatet er lagt til grunn for alternativ 2a.

For alternativ 2b-1 er estimatet nedjustert til 40 mnok, da potensialet antas å være noe mindre med to sykehus. Estimater på 40 mnok er basert på analyse av forskjeller i DRG-produktivitet mellom dagens sykehusenheter. Det antas at ved to sykehus bør disse kunne driftes minst like effektivt som det mest effektive i dag. Effekten er estimert til å utgjøre ca. 40 årsverk.

For 0-alternativet er det lagt til grunn 20 mnok i generell effektivisering. Dette er et overordnet estimat, og bygger på at det selv i 0-alternativet vil gjennomføres betydelige investeringer som bør gi potensial for mer effektiv drift.

Det vises til regnearkene *2018-10-03_Samdata somatikk_v1.0* og *2018-09-19_DRG-produktivitet dagens sykehus_v1.0* for mer detaljerte beregninger.

Det er i forbindelse med analysene utarbeidet oversikter over dagens vaktordninger og gjort overordnede vurderinger av effekt ved endret sykehusstruktur. Disse vurderingene bør detaljeres i videre arbeid, og kan da underbygge de overordnede estimatene for driftsøkonomiske effekter innen somatikk.

⁷ SAMDATA-statistikk 2017, <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/1c6321e3-5a67-4a00-b174-c7bf7005466e?e=false&vo=viewonly>. Majoriteten av datagrunnlaget ble hentet i september 2018.

Andre driftskostnader

Gjennomgang av historiske data viser at deler av kostnadsøkningen fra 2013 skyldes andre driftskostnader. Noe av denne utviklingen vil kunne reverseres ved endret fremtidig sykehusstruktur. Dette er foreløpig estimert til 10 mnok for alternativ 2a og 5 mnok for alternativ 2b-1.

3.3.3 Psykiatri og rus – effektivisering bemanning

For psykisk helsevern innebærer de utvalgte alternativene enten videreføring av drift ved dagens enheter eller samling av døgnerheter ved én lokasjon (alternativ 2a og 2b-1).

Det er i dag to døgnerheter innen psykiatrien, med hhv. 14 sengeplasser / 23 årsverk ved Mosjøen og 9 sengeplasser / 21 årsverk ved Mo i Rana. Ved alternativ 2a og 2b-1 vil disse enhetene kunne samles til én enhet. Det er lagt til grunn en potensiell reduksjon av 3–5 årsverk, estimert til en besparelse på 4 mnok for både 2a og 2b-1.

Innen rusbehandling er det allerede i dag kun én døgnerhet (Mo i Rana, 9 sengeplasser, 22 årsverk), som i stor grad vil videreføres slik den er (uavhengig av om den ev. flyttes). Bemanningen forventes derfor å i stor grad være uendret.

Det er på nåværende tidspunkt ikke beregnet effekt av eventuell opprettelse akuttpsykiatri i Helgeland.

3.3.4 FDV-kostnader

FDV-kostnader refererer til kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold. Disse kostnadene drives i stor grad av arealbehov i de ulike alternativene og FDV-satsen per kvm. FDV-satsene er basert på erfaringstall for Helgelandssykehuset og estimerer fra andre byggeprosjekter.

Det totale arealbehovet vil kunne reduseres ved reduksjon av antall lokasjoner. Da det ikke foreligger nye arealberegninger for de aktuelle alternativene, er det benyttet estimerer fra utviklingsplanen for 0-alternativet og 2a (ett stort akuttpsykehus). Arealbehov for alternativ 2b-1 (ett stort akuttpsykehus og ett akuttpsykehus for indremedisin) er satt som gjennomsnittet av de andre to alternativene.

3.3.5 Prehospitale tjenester og pasientreiser

Reduksjon av antall lokasjoner vil gi økte avstander og dermed økning i kostnader knyttet til prehospitale tjenester og pasientreiser. Lokalisering av fremtidig sykehusstruktur, herunder antall enheter og funksjonsfordeling både for sykehus og DMS er på dette tidspunktet ikke avklart. Dette gir stor usikkerhet ved estimering av konkret effekt for transportkostnader. Antall mulige scenarioer er også betydelig på nåværende tidspunkt. Det gis derfor heller en kvalitativ beskrivelse av effekter som bør vurderes og estimeres når det foreligger mer informasjon og antall scenarioer er redusert.

Det påpekes at styrking av prehospitale tjenester vil kunne kreve både økte driftskostnader og dedikerte investeringsmidler. Førstnevnte vil kunne redusere handlingsrommet, men sistnevnte medfører at deler av handlingsrommet må holdes av for prehospitale tjenester.

Prehospitale tjenester

Helgelandssykehuset har i dag 14 bilambulanser, med en estimert driftskostnad på ca. 7 mnok årlig per ambulanse. Økte avstander vil trolig kunne medføre økt oppdragstid for bilambulanse. Endret sykehusstruktur vil i liten grad påvirke responstid fra stasjon til pasient, men kan ha betydelig effekt på kjøretid til sykehus. Økt kjøretid til sykehus kan også medføre at prehospitale ressurser bruker mer tid hos pasient på hentested («stay & play»). Færre sykehus vil på den annen side kunne medføre reduksjon i interne ambulansetransporter, noe som vil ha en positiv effekt.

Totalt sett antas det at alternativ 2a og 2b-1 vil gi et økt behov for ambulanseressurser enn dagens situasjon. Alternativ 2a forventes å ha høyest behov, mens alternativ 2b-1 vil ha høyere behov enn 0-alternativet, men lavere enn med 2a.

For båt- og luftambulanse er det på nåværende tidspunkt antatt at endring i fremtidig sykehusstruktur ikke har vesentlig effekt på driftskostnader. Det anbefales derimot en ny vurdering når alternativene er konkretisert ytterligere.

Pasientreiser

En samling av sykehusstilbudene vil kunne medføre lengre reiseavstand for pasientene og økte pasientreisekostnader. En reduksjon i antall akuttsykehus vil på den andre siden også kunne forenkle logistikkplanleggingen for rekvirerte reiser og øke samkjøringsgraden.

Antall DMS, tilbudet i disse og lokalisering vil også kunne ha en effekt for pasientreisekostnader. Hensiktsmessig DMS-struktur vil kunne dempe noe av effekten av å samle sykehusstilbudene, ved at spesielt poliklinikk og enkelte dagtilbud (f.eks. cytostatika, dialyse, ol.) tilbys nærmere pasientens bosted.

Samlokalisering psykiatri og rus med somatikk

Samlokalisering av psykiatri og rus med somatiske enheter vil kunne redusere pasienttransportkostnader for pasienter som i dag transporteres mellom disse tilbudene. Transport av pasienter mellom slike enheter krever ofte følgepersonell, og behovet vil kunne reduseres ved en samlokalisering.

3.3.6 Hjemhenting av gjestepasienter

Driftsøkonomisk effekt av hjemhenting gjestepasienter vil i hovedsak være drevet av to ulike kilder. Den direkte effekten vil være bortfall av gjestepasientkostnader for disse pasientene. Dette må derimot ses i sammenheng med at det vil påløpe kostnader for Helgelandssykehuset å drifte et tilbud for disse pasientene. Videre vil hjemhenting av gjestepasienter kunne medføre kortere reiseavstander og dermed reduksjon i pasientreisekostnader. Erfaring fra Helgelandssykehuset har tidligere vært at bortfall av gjestepasientoppgjør og økte kostnader for å drifte et tilbud oppveier hverandre, men at reduserte pasientreisekostnader gir en positiv nettoeffekt.

I oppdatert framskriving, datert april 2016, er hjemhenting av gjestepasienter estimert til å utgjøre ca. 17 sykehussenger, 2 pasienthotellsenger og et betydelig volum innen dag- og poliklinisk behandling. Det skisserte kapasitetsbehovet vil kunne medføre økning i arealbehov med tilhørende investeringskostnad. Det

vil følgelig ikke være nok at den driftsøkonomiske effekten er positiv, den må også være tilstrekkelig til å dekke høyere investeringsbehov.

Forenklete beregninger av driftsøkonomisk effekt tilsier at Helgelandssykehuset bør drifte senger for disse pasientene for mindre enn 50-60 % av DRG-pris for at hjemhenting skal veie opp før økt investeringsbehov. Polikliniske og dagpasienter vil kunne gi positivt dekningsbidrag dersom Helgelandssykehusets driftskostnader er lavere enn 80 % av DRG-pris. Effekt av reduserte reisekostnader kommer i tillegg.

For pasientreisekostnader er det på nåværende tidspunkt ikke hensiktsmessig å beregne effekter som følge av at plassering og funksjonsfordeling for både sykehus og DMS er uavklart på nåværende tidspunkt. Det forventes at effekten er positiv, men den er krevende å tallfeste med usikkerhetene som foreligger på nåværende tidspunkt.

3.3.7 Kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF har en ordning for kapitalkompensasjon for helseforetak som gjennomfører store investeringsprosjekter. Konkret gis det en årlig kompensasjon på 20 mnok per milliard investert⁸. Kompensasjonen stammer fra midler som er tilbakeholdt i det regionale foretaket i form av positive resultater. Ordningen vil gi Helgelandssykehuset en kapitaltilførsel og bidra til å styrke helseforetakets resultat og kontantstrøm i driftsperioden.

Det er forutsatt at kapitalkompensasjon etter gjeldende ordning gis de 10 første driftsårene (fra 2026 til og med 2035) for alle alternativene. I nåværende analyser er det antatt at kapitalkompensasjonen faller bort i sin helhet etter disse 10 årene. Helse Nord RHF v/ økonomiavdelingen har signalisert at ved bortfall av ordningen vil midlene fordeles gjennom basisrammene.

3.4 Øvrige forutsetninger

3.4.1 Analyseperiode og økonomisk levetid

Analyseperioden starter fra 2018 og skal dekke både byggeperioden og investeringens økonomiske levetid. Økonomisk levetid estimeres med utgangspunkt i kalkulerte investeringskostnader og tilhørende avskrivningstid for de ulike delkomponentene i investeringsprosjektet (f.eks. bygningskropp, MTU, el-anlegg, IKT mm.). Den økonomiske levetiden tilsvarer vektet avskrivningstid, og er et estimat for tiden det vil ta før det må antas å være behov for nye store investeringer. Da det ikke foreligger kalkyler for investeringskostnader for de ulike alternativene, er det tatt utgangspunkt i en levetid på 27 år. Dette er basert på erfaring fra andre investeringsprosjekter for somatiske sykehusbygg.

⁸ Helse Nord RHF har signalisert et øvre tak på 70 mnok i årlig kapitalkompensasjon til Helgelandssykehuset, tilsvarende kompensasjon ved en investering på 3,5 mrd. kroner.

3.4.2 Regnskapsmessig effekt av avhending eiendom

Det er antatt at avhending av bygg skjer året etter fremtidig sykehusstruktur er i drift (dvs. i år 2027). Som en forenkling er det lagt til grunn at balanseverdi tilsvarer estimat for salgsverdi (55 mnok). En betydelig andel av åpningsbalansen ferdig avskrevet innen dette tidspunktet. For alternativene der det er aktuelt med avhending av eiendom, er det videre antatt at nye investeringer i bygg i perioden 2018–2025 får forskuttert avskrivning nettopp for å unngå store regnskapsmessige tap ved eventuell avhending. Som en forenkling er det da antatt at avhending gir hverken regnskapsmessig tap eller gevinst.

3.4.3 Fremtidig reinvesteringsbehov

For å få et riktig bilde av fremtidig bæreevne, må det tas hensyn til fremtidig reinvesteringsbehov i bl.a. anleggsmidler, MTU og maskiner, ambulanser, IKT, inventar osv. Dette vil påvirke både fremtidig kontantstrøm (via investeringskostnad) og årsresultater (via tilhørende avskrivninger).

Det er på nåværende tidspunkt lagt til grunn fremtidige reinvesteringskostnader for bygg, MTU og ambulanser. For ambulanser er det antatt at reinvesteringsbehovet slår inn fra andre driftsår i fremtidig sykehusstruktur (2027). For MTU antas reinvesteringsbehovet å slå inn fra fjerde driftsår (2029), mens det for bygg antas at reinvesteringer vil være nødvendig fra syvende driftsår (2032). For ambulanser er nivået holdt fast i alle år, mens det for MTU og bygg er antatt en opptrapping til et maksnivå som deretter videreføres.

Forutsetningene knyttet til periodisering er holdt likt for alle alternativene, men det er skilt mellom investeringsstørrelsene. Sistnevnte følger av at en samling vil kunne redusere behovet for reinvesteringer i bygg (lavere totalareal) og MTU (mindre duplisering av utstyrsenheter), mens det kan gi økt behov for investering i ambulanser (økt slitasje som følge av lengre reiseavstander). Tabell 8 viser benyttede estimater for fremtidig reinvesteringsbehov for de enkelte alternativene. Beløpene vist er maksimale beløp som videreføres etter at opptrappingen er gjennomført. Estimaten, herunder periodisering og opptrapping, er basert på overordnede vurderinger og må kvalitetssikres i videre faser.

Tabell 8: Estimater for maksimalt årlig reinvesteringsbehov per type og alternativ. Beløp i mnok.

	0-alt.	2b-1	2a
Bygg	20	15	10
MTU	40	35	30
Ambulanser	4	5	6
Sum årlige reinvesteringer (maks)	64	55	46

3.4.4 Ikke-byggnær IKT

Ikke-byggnær IKT (også benevnt overordnet IKT, O-IKT) henviser til IKT-arbeider som driftskonsept i et bygg er avhengig av, men som ikke inngår i byggeprosjektets kalkyler. Eksempler på ikke-byggnær IKT er prosjektledelse, tjenestemigrering/sanering, testmiljø og systemintegrasjon, driftsforberedelser og driftstjenester i prosjektperioden. Investeringskostnader til ikke-byggnær IKT dekkes av regional IKT-partner,

men faktureres helseforetakene via tjenestepriis og dermed løpende driftsregnskap.

Det er benyttet et overordnet estimat på 100 mnok for ikke-bygg nær IKT. Det er antatt at Helgelandssykehuset dekker denne investeringen som en økning i tjenestepriisen på 10 mnok de 10 første driftsårene. Disse forutsetningene er holdt likt for alle alternativene.

4 Resultater

4.1 Helseforetakets handlingsrom

I det følgende presenteres resultater fra analyser av helseforetakets handlingsrom for investeringer i fremtidig sykehusstruktur. Analysene tar utgangspunkt i følgende grunnforutsetninger:

- Økonomisk levetid: 27 år
- Nedbetalingstid lån: 25 år
- Rentesats lån: 3,5 %
- Inkludere byggelånsrenter: Ja
- Andel lånefinansiering: 80 %
- Andel egenfinansiering: 20 %
- Driftsgevinstene slår inn fra andre driftså. Driftsgevinster for somatikk har full effekt fra femte driftsår.
- Kapitalkompensasjon: 20 mnok per milliard, årlig 10 første driftsår
- Inkludere reinvesteringer og ikke-bygg nær IKT: Ja

Økonomisk bæreevne handler om et helseforetaks evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser, herunder opprettholde god drift, over et investeringsprosjekts levetid. Tidligfaseveilederen legger følgende føringer for vurdering av et helseforetaks bæreevne:

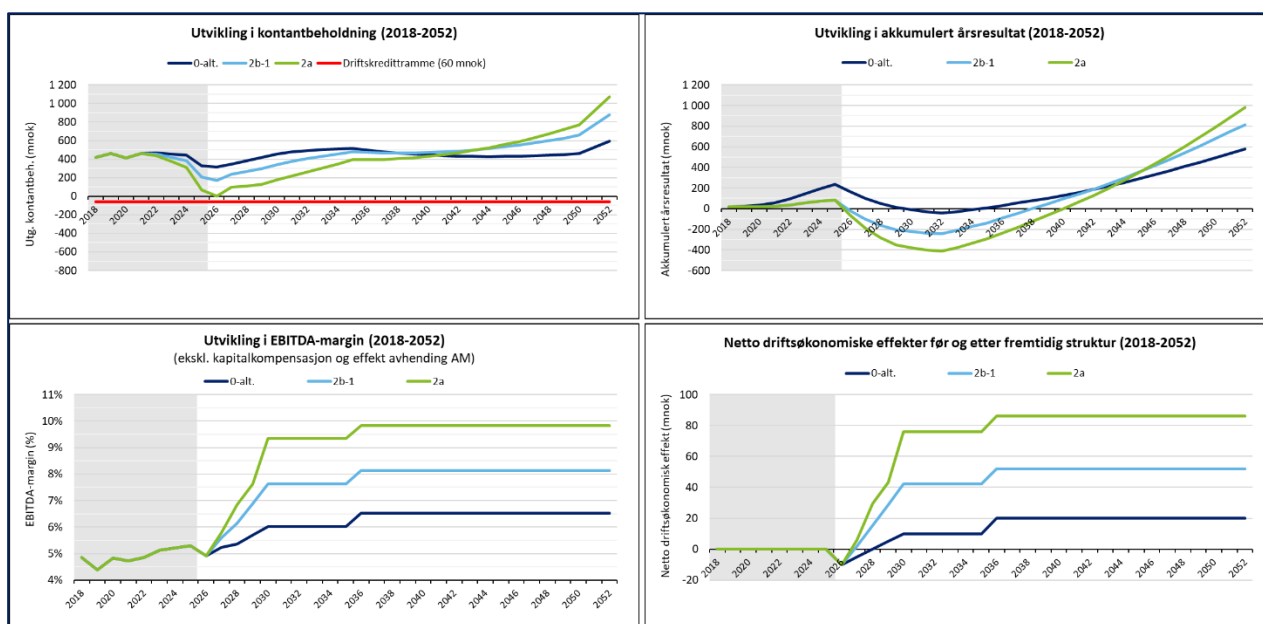
- *Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering*
- *Likviditetsmessig har evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold*
- *Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at framtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes*
- *Eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom*

Det påpekes at vurderingen av et helseforetaks bæreevne ikke er basert på ett enkelt måltall, men til en viss grad baseres på en skjønnsmessig totalvurdering av flere måltall. I det videre gi en oppsummering av forutsetninger, herunder handlingsrommet for investering, som er lagt til grunn og resultater fra analyser av helseforetakets bæreevne. For mer detaljert informasjon vises det til analysemodellen.

Tabell 9: Oppsummering av forutsetninger for byggeprosjekt. Beløp i mnok.

Oppsummering input	0-alt.	2b-1	2a
Sum investering	1 700	2 300	3 000
Lånefinansiering	1 360	1 840	2 400
Krav egenfinansiering	340	460	600
Sum finansiering	1 700	2 300	3 000
Byggelånsrenter	70	95	124
Andel lånefinansiering	80 %	80 %	80 %
Andel HOD-lån	70 %	70 %	70 %
Andel RHF-lån	10 %	10 %	10 %
Spesifisering av egenfinansiering	458	513	601
Sparte midler (UB 31.12.2021)	458	458	458
Avhending eiendom	0	55	110
Udekket EF før byggestart	0	0	32
Netto kjernedriftsgevinster 2036	20	49	79
Netto andre driftsgevinster 2036	0	3	7
Sum årlige driftsgevinster 2036	20	52	86

Merk at netto kjerne- og andre driftsgevinster henviser til effekt av fremtidig sykehusstruktur og er uten effekt av DMS Brønnøysund.



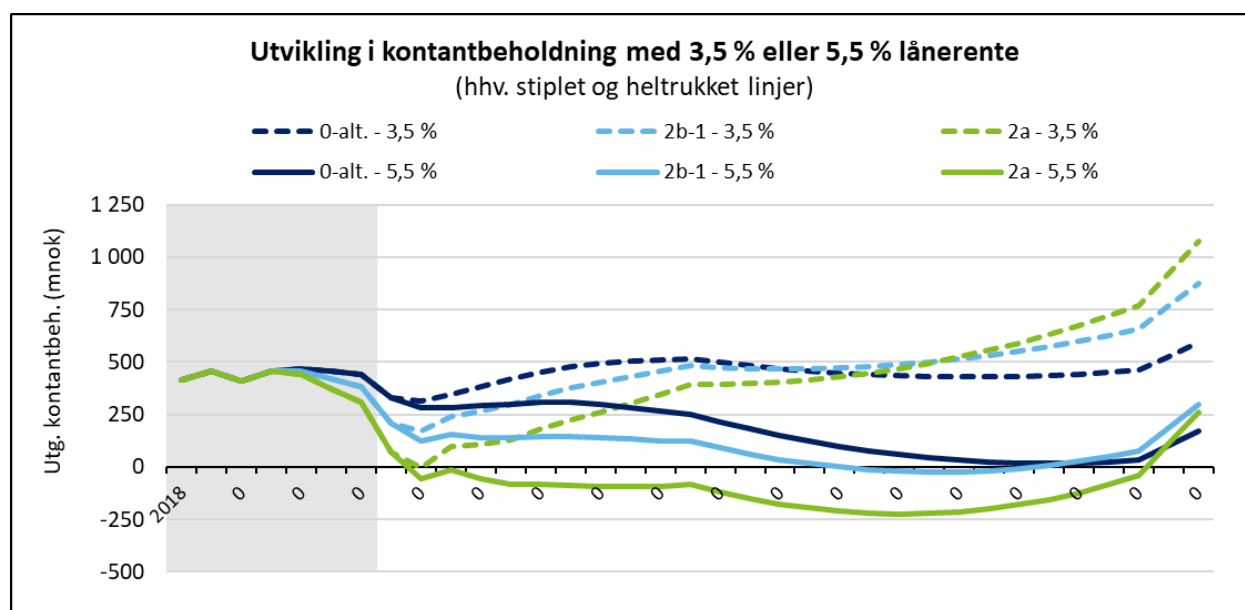
Figur 1: Resultater fra analyser av helseforetakets bæreevne. Øverst til venstre: likviditetsperspektiv. Øverst til høyre: regnskapsperspektiv. Nederst til venstre: driftsøkonomisk perspektiv for hele helseforetaket. Nederst til høyre: driftsøkonomisk perspektiv for kun investeringsprosjektet.

4.2 Sensitivitetsanalyser

I det videre presenteres sensitivitetsanalyser ved endrede forutsetninger for kapitalkompensasjon og lånerente. For å forenkle analysene er det fokusert på utviklingen i kontantbeholdningen. Det er også vist effekt av ny rentemodell for byggelån til helseforetak.

Høyere lånerente

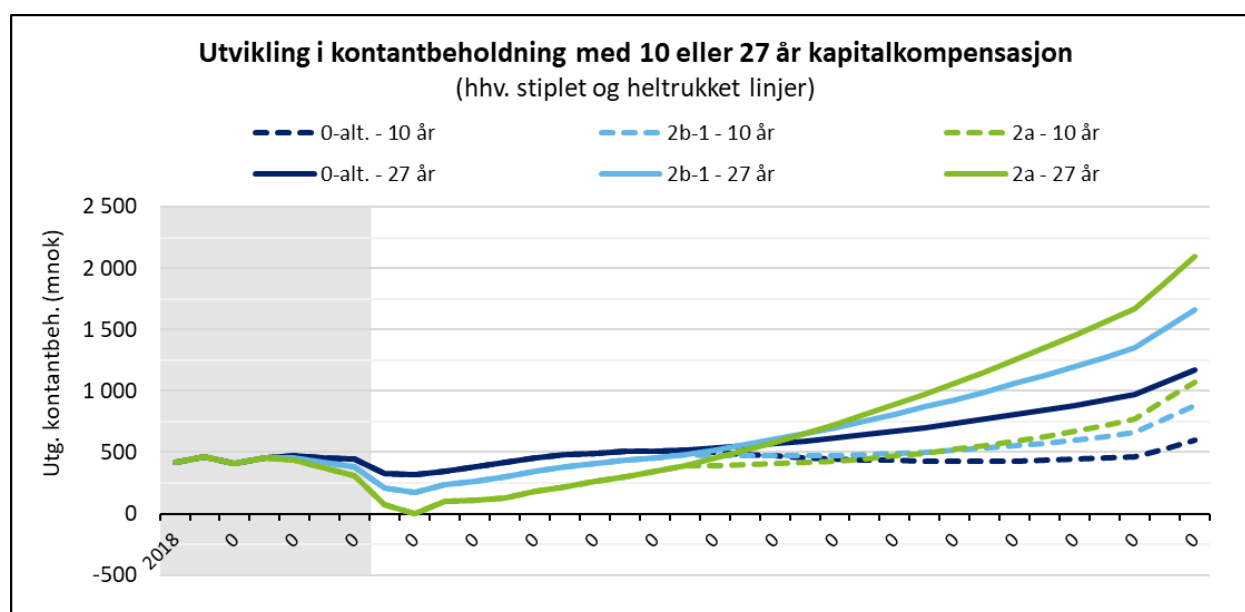
Figuren nedenfor viser effekt ved økning i lånerente fra 3,5 % til 5,5 %.



Figur 2: Sensitivitetsanalyse for endring i lånerente. Likviditetsperspektiv.

Varighet av kapitalkompensasjon

Figuren nedenfor viser effekt dersom kapitalkompensasjon gis i hele levetiden.



Figur 3: Sensitivitetsanalyse for forlenget varighet av kapitalkompensasjon. Likviditetsperspektiv.

Effekt av ny rentemodell

Tabellen nedenfor viser effekt av ny rentemodell for byggelån til helseforetak. Effekten består av høyere rentekostnader, som vil redusere kontantbeholdning og regnskapsresultatene tilsvarende (akkumulert over levetiden). Effekten i kroner vil variere med investeringskostnad og andel som lånefinansieres.

Tabell 10: Effekt av ny rentemodell. Beløp i mnok.

Tall i mnok	0-alt.	2b-1	2a
Investeringskost	1 700	2 300	3 000
Lånefinansiering	1 360	1 840	2 400
Rentekostnader ved:			
2,5 % lånerente	441	596	778
3,5 % lånerente	626	847	1 104
Effekt av rentedifferanse	-185	-251	-327