



# Bæreevneanalyser Helgelandssykehuset



# 2025

Presentasjon til styremøtet 28.11.2019 v1.0

# Agenda

---

Introduksjon

Oppdatert investerings- og bæreevneanalyser

Effekt av endringer i lånebetingelsene

Vedlegg

---



# Bæreevneanalyser fra mars 2019 er revidert på bakgrunn av oppdatert informasjon

I styremøtet 27.03.2019, sak 27-2019, ble styret presentert bæreevneanalyser som viste estimer for helseforetakets økonomiske bæreevne og en investeringsanalyse, gitt åtte alternativer for fremtidig sykehusstruktur. På bakgrunn av signaler fra styret ble også alternativer med Mosjøen som stort akutt sykehus vurdert og presentert på ledermøte 29.04.2019.

ÅF Advansia ble senere engasjert for å gjøre en vurdering av økonomiske parametere og beregningsmodell lagt til grunn for analysene. ÅF Advansia kommenterte enkelte forhold, men konkluderte med at forholdene ikke var av en slik størrelsesorden at analysenes konklusjoner endres vesentlig med hensyn til å skille mellom alternativene.

På bakgrunn av ressursgruppens rapport, høringsuttalelser og mandat fra Helse Nord RHF, er nå **totalt syv alternativer for fremtidig sykehusstruktur inkludert i analysene**. Under følger oversikt over endringer i alternativer siden styremøtet 27.03.2019, sak 27-2019:

- Alternativene med Mo i Rana og Sandnessjøen som stort akutt sykehus er videreført
- Alternativ med Mo i Rana og Sandnessjøen som hhv. stort og lite akutt sykehus, og motsatt, er videreført
- Alternativ med Mosjøen som stort akutt sykehus er inkludert
- Alternativ med stort akutt sykehus i Mo i Rana og akutt sykehus i Leirfjord er inkludert
- Alternativ som inkluderer «Aksen SSJ/MSJ» er tatt ut

# Bæreevneanalyser fra mars 2019 er revidert på bakgrunn av oppdatert informasjon (fortsetter)

Tidligere analyser er nå revidert:

- På bakgrunn av rapport fra ÅF Advansia er det gjort en **vurdering av behov for endring i forutsetninger** i bæreevne- og investeringsanalysene
- Det er beregnet overordnede estimater for **investeringskostnad for de to nye alternativene** 2a(4) med stort akutt sykehus i Mosjøen og 2b-1(6) med stort akutt sykehus i Mo i Rana og akutt sykehus i Leirfjord
- Tidligere estimater for **driftsøkonomiske effekter er oppdatert** der det foreligger ny/oppdatert informasjon. For en del områder er tidligere estimater videreført
- De syv alternativene er vurdert opp mot **tidligfaseveilederens krav til bæreevne**

*Analysene er sensitive for endringer i forutsetningene som er lagt til grunn. Det presiseres at i en prosjektinnrammingsfase er perspektivet overordnet, og det gjelder også de økonomiske analysene*

# Detaljerte beregninger av areal- og investeringsbehov per lokasjon er ikke mulig i en prosjektinnrammingsfase

- Foreløpige estimater indikerer at et fullstendig nybygg for ett stort akuttsykehus ved alternativ 2a vil alene kunne kreve omtrent 3 500 mnok, uavhengig av lokasjon, før avsetninger for usikkerhet og øvrig investeringsbehov i andre bygg, prehospitale tjenester, osv.
  - Bæreevneanalysen indikerer at et slikt investeringsnivå vil utfordre helseforetakets evne til å både finansiere investeringen og håndtere gjeldsforpliktelsene etter at investeringen er gjennomført
- Analysene indikerer at en kombinasjon med gjenbruk av eksisterende bygg og nybygg for deler av arealbehovet oftere gir investeringsestimater som er innenfor helseforetakets estimerte bæreevne
- Detaljerte, alternativskillende beregninger av areal- og investeringsbehov med kombinasjon av teknisk oppgradering, funksjonell ombygging til moderne standard og nybygg krever inngående vurderinger per lokasjon og tiltenkt sykehustype/funksjonsinnhold. Slike vurderinger gjøres i starten av konseptfasen

## Noen viktige presiseringer om metodikk og prosess

- Målet med prosjektinnrammingsfasen er blant annet å avklare og utrede hvilke alternativer for fremtidig sykehusstruktur som er «liv laga»\*. Økonomiske analyser inngår som ett av flere elementer i «liv laga»-vurderingen. Det presiseres at i en prosjektinnrammingsfase er perspektivet overordnet, og det gjelder også de økonomiske analysene
- Investeringsestimaterne bygger på Multiconsults kartlegging av byggenes tilstand fra 2011, 2014 og 2017, samt Utviklingsplanen 2014
- Deloitte har ikke vært i kontakt med noen av vertskapskommunene. Alle analyser bygger på eksisterende rapporter og offentlig tilgjengelig informasjon/vedtak
- Metodikk og fremgangsmåte følger krav og føringer i veiledere fra Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Sykehusbygg HF. Lånerenten er blant annet fastsatt av Finansdepartementet. Metodikk er gjennomgått med Helse Nord RHF
- Arbeidet bygger blant annet på tidligere erfaringer fra idefasen Sykehuset Innlandet HF, samt Sykehusbygg HF sin erfaring fra tilsvarende prosjekter
- På bakgrunn av rapport fra ÅF Advansia har Helgelandssykehuset HF, Sykehusbygg HF og Deloitte gjort en vurdering av behov for endring i forutsetninger i bæreevne- og investeringsanalysene

---

\*) *Relevant*: oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket. *Gjennomførbart*: kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom. *Levedyktig*: helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid. Kilde: Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, Sykehusbygg 2017

# Agenda

---

Introduksjon

Oppdatert investerings- og bæreevneanalyser

Effekt av endringer i lånebetingelsene

Vedlegg

---



# På bakgrunn av ressursgruppens rapport, høringsuttalelser og mandat fra Helse Nord RHF er det nå tatt utgangspunkt i totalt syv alternativer for fremtidig sykehusstruktur

Alternativ	Akuttsykehus (A)	Akuttsykehus med begrenset akutfunksjon (AB)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Psykisk helse og rus sykehusfunksjon
0-alternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund	Dagens lokasjoner videreføres

Alternativ	Stort akuttsykehus (SA)	Akuttsykehus (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Psykisk helse og rus sykehusfunksjon
2a (1)	Mo i Rana		Sandnessjøen Mosjøen Brønnøysund	Døgntilbud samlokaliseres ved SA
2a (2)	Sandnessjøen*		Mo i Rana Mosjøen Brønnøysund	
2a (4)	Mosjøen		Mo i Rana Sandnessjøen Brønnøysund	
2b-1 (1)	Mo i Rana**	Sandnessjøen	Mosjøen Brønnøysund	
2b-1 (2)	Sandnessjøen**	Mo i Rana	Mosjøen Brønnøysund	
2b-1 (6)***	Mo i Rana**	Leirfjord	Brønnøysund	

Det forutsettes at distriktpspsykiatriske sentre (DPS) opprettholdes slik de foreligger i dag

\*) Dersom fremtidig arealbehov blir større enn plass ved dagens tomt tillater eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg

\*\*\*) Merk at alternativet ikke oppfyller krav til stort akuttsykehus gitt i *Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*

\*\*\*) Akuttsykehuset på Leirfjord antas fullstendig nybygg på bar mark, og erstatter også DMS i Sandnessjøen/Mosjøen



# Spesifikke forutsetninger ved alternativ 2b-1(6) med stort akuttsykehus i Mo i Rana og akuttsykehus i Leirfjord

## Forutsetninger – funksjonsfordeling

- Forutsettes at akuttsykehuset i Leirfjord tilsvarer et akuttsykehus lik de øvrige 2b-1 alternativene, men inkluderer også tilleggsareal som følge av frafall av DMS i Sandnessjøen/Mosjøen
- Mo i Rana antas å være et stort akuttsykehus\* tilsvarende et stort akuttsykehus lik de øvrige 2b-1 alternativene
  - Sentralisert psykiatri og rus: plassering av PHV og rus sykehussenger legges til Mo i Rana

## Forutsetninger – areal og investering

Lokasjon	Type sykehusbygg*	Areal (kvm)
Mo i Rana	Stort akuttsykehus – somatikk*	23 000
Mo i Rana	Stort akuttsykehus – sentralisert psyk. & rus	6 000
<b>Mo i Rana</b>	<b>Sum stort akuttsykehus</b>	<b>29 000</b>
Leirfjord	Akuttsykehus – somatikk (inkl. psyk. & rus poliklinikk)	12 000
Leirfjord	Tillegg DMS-erstatning SSJ/MSJ	2 000
<b>Leirfjord</b>	<b>Sum akuttsykehus</b>	<b>14 000</b>

- Leirfjord antas å være et fullstendig nybygg på «bar mark». Etersom infrastruktur i liten grad er utbygget til denne type bygg i Leirfjord legges et påslag på tidligere estimerte rekkefølge-bestemmelser på 50 % (totalt 150 mnok)

\*) Merk at alternativet ikke oppfyller krav til stort akuttsykehus gitt i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Kilder: 1) Arealbehov basert på erfaringstall fra sykehusprosjekter og framskrevet kapasitetsbehov (Sykehusbygg HF)

# Foreløpige estimater indikerer at videreføring av eksisterende bygg gir lavere investeringskostnader enn utstrakt nybygging

## Estimert investeringskostnad pr. alternativ

Alternativ	MiR <sup>1</sup>	SSJ	MSJ	LeF	BrS <sup>2</sup>	Sum ekskl. BrS
0-alt.	190	400	140		150	730
2a (1)	1 565	85	35		150	1 685
2a (2) <sup>3</sup>	40	1 980 / 3 520	35		150	2 055 / 3 595
2a (4) <sup>4</sup>	40	85	2 545		150	2 670
2b-1 (1) <sup>5</sup>	965	230 / 1 200	35		150	1 230 / 2 200
2b-1 (2) <sup>3</sup>	125	1 280 / 2 820	35		150	1 440 / 2 980
2b-1 (6) <sup>4</sup>	865			1 550	150	2 415

	Stort akuttsykehus
	Akuttsykehus
	DMS

Investeringsestimater P50 i februar 2019-priser. Alle alternativ muliggjør sentralisering av sykehussenger psykisk helse og rus. Beløp i avrundet mnok

- 1) Det igangsatt 1 000 kvm nybygg i MiR som er planlagt ferdigstilt i 2021. Dersom disse arealene kan integreres i fremtidig stort akuttsykehus kan nybyggkostnader for MiR reduseres med ca. 100 mnok. Tilsvarende kan kostnader for teknisk oppgradering reduseres med ca. 10 mnok i alternativ 2b-1(2) med MiR som akuttsykehus
- 2) Nye areal- og kostnadsberegninger gir estimert investering tilsvarende ca. 150 mnok. Brønnøy kommune står for selve investeringen mot at HSYK inngår kostnadsdekkende leieavtale
- 3) Dersom fremtidig arealbehov blir større enn plass ved dagens tomt i SSJ eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Investeringskostnad for dette scenarioet er angitt etter skilletegn
- 4) Nytt alternativ inkludert etter styremøtet 27.03.2019, sak 27-2019
- 5) Alternativet er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Investeringskostnad for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

**Merk at alternativ med utstrakt videreføring og teknisk oppgradering av eksisterende bygg ikke gir like god funksjonalitet og fremtidig levetid som alternativ med betydelig nybygg. Dette gjelder i særlig grad 0-alternativet**

# Bæreevneanalyser utgjør det økonomiske beslutningsgrunnlaget for investeringsbeslutninger

Fra veilederen:

Gjennomføringen av et større investeringsprosjekt vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske situasjon. Formålet med de økonomiske beregningene er å:

- Sannsynliggjøre at det er mulig å finansiere prosjektet i det planlagte tidsrommet
- Dokumentere overfor beslutningstakere at helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket.
- Rangere prosjekialternativer for å sikre riktig prioritering av investeringsprosjekter

*Metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle faser i tidligfasen, men presisjonsnivået øker og risikoen synker, gradvis fram mot beslutning om gjennomføring*

# Oppdaterte estimater netto driftsgevinster

## – oppsummering per alternativ

	0-alt.	Alt. 2a(1)	Alt. 2a(2)	Alt. 2a(4)	Alt. 2b-1(1)	Alt. 2b-1(2)	Alt. 2b-1(6)*
Område	Dagens struktur	SA: MiR DMS: SSJ, MSJ, BrS	SA: SSJ DMS: MSJ, MiR, BrS	SA: MSJ DMS: SSJ, MiR, BrS	SA: MiR A: SSJ DMS: MSJ, BrS	SA: SSJ A: MiR DMS: MSJ, BrS	SA: MiR A: LeF DMS: BrS
Somatikk	20	75	75	75	45	45	45
PHV og rus	0	4	4	4	4	4	4
FDV-kostnader	0	11	11	11	10	10	12
Prehosp. og pasient-transport ambulanse	0	-21	-21	-14	-14	-14	-14
Prehosp. og pasient-transport km	0	-18	-15	-14	-10	-8	-8
Hjemhenting gjestepasienter	+	+	+	+	+	+	+
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+	+	+	+
<b>Netto driftsgevinster</b>	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>39</b>
Kapitalkompensasjon	15	34	41 / 70**	53	25 / 44***	29 / 60**	48
DMS Brønnøysund****	0	0	0	0	0	0	0
<b>Resultat dagens drift</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Merk at positivt fortegn indikerer nettogevinst. Dette er motsatt av tabell vist i tidligere styresak 86-2018

\*) Estimert driftsgevinster for Somatikk, PHV og rus, samt Prehosp. og pasienttransport for alt. 2b-1(6) er vurdert til å overordnet tilsvare alt. 2b-1(2)

\*\*) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet angitt etter skilletegn

\*\*\*) Alternativ 2b-1(1) er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

\*\*\*\*) Effekten for DMS Brønnøysund vist i tabellen er fra og med tiende driftsår. Det vises til styresak 87-2018

# Oppdaterte estimater netto driftsgevinster

## – oppsummering per alternativ

	0-alt.	Alt. 2a(1)	Alt. 2a(2)	Alt. 2a(4)	Alt. 2b-1(1)	Alt. 2b-1(2)	Alt. 2b-1(6)*
Område	Dagens struktur	SA: MiR DMS: SSJ, MSJ, BrS	SA: SSJ DMS: MSJ, MiR, BrS	SA: MSJ DMS: SSJ, MiR, BrS	SA: MiR A: SSJ DMS: MSJ, BrS	SA: SSJ A: MiR DMS: MSJ, BrS	SA: MiR A: LeF DMS: BrS
Somatikk	20	75	75	75	45	45	45
PHV og rus	0	4	4	4	4	4	4
FDV-kostnader	0	11	11	11	10	10	12
Prehosp. og pasient-transport ambulanse	0	-21	-21	-14	-14	-14	-14
Prehosp. og pasient-transport km	0	-18	-15	-14	-10	-8	-8
Hjemhenting gjestepasienter	+	+	+	+	+	+	+
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+	+	+	+
<b>Netto driftsgevinster</b>	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>39</b>
Kapitalkompensasjon	15	34	41 / 70**	53	25 / 44***	29 / 60**	48
DMS Brønnøysund****	0	0	0	0	0	0	0
<b>Resultat dagens drift</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Merk at positivt fortegn indikerer nettogevinst. Dette er motsatt av tabell vist i tidligere styresak 86-2018

\*) Estimert driftsgevinster for Somatikk, PHV og rus, samt Prehosp. og pasienttransport for alt. 2b-1(6) er vurdert til å overordnet tilsvare alt. 2b-1(2)

\*\*) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet angitt etter skilletegn

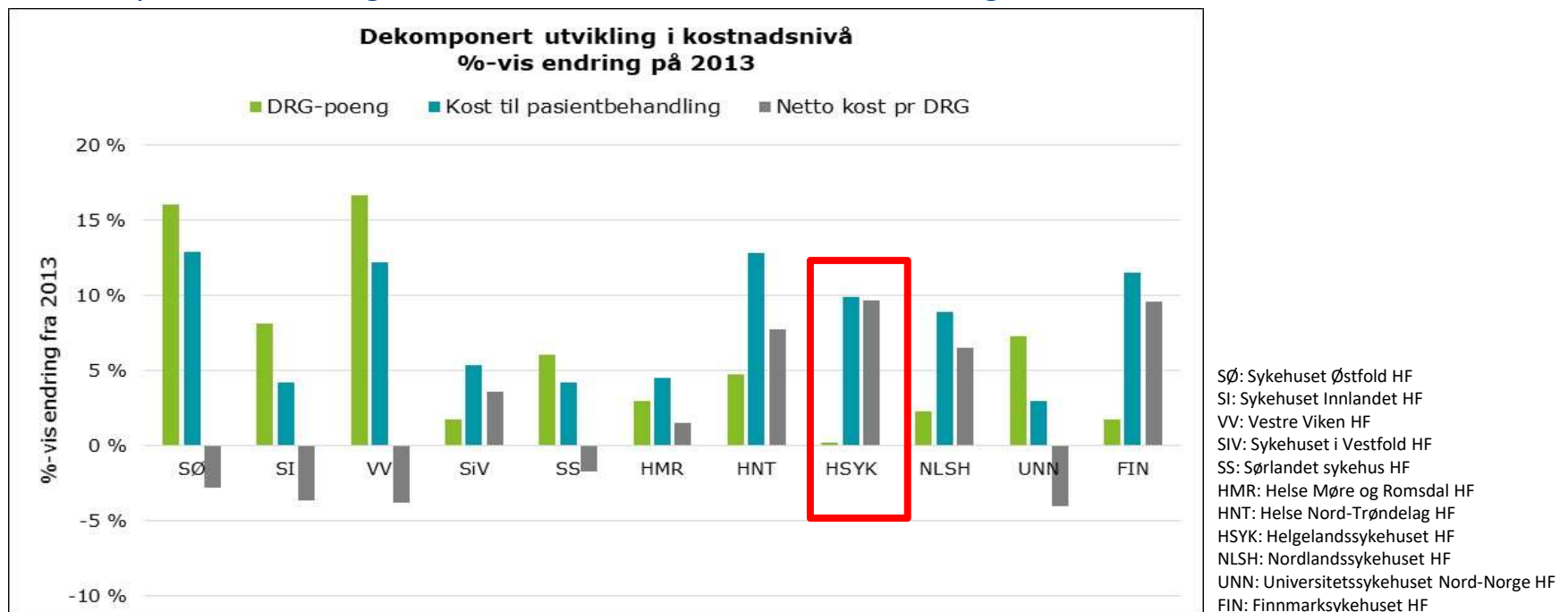
\*\*\*) Alternativ 2b-1(1) er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

\*\*\*\*) Effekten for DMS Brønnøysund vist i tabellen er fra og med tiende driftsår. Det vises til styresak 87-2018

## Somatikk - effektivisering bemanning

Dekomponering indikerer at økte kostnader til pasientbehandling forklarer hele utviklingen i kostnadsnivå for HSYK fra 2013 til 2017

Dekomponert utvikling i kostnadsnivå fra 2013 til 2017 – utvalgte HF:



Kilder: SAMDATA 2017 <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/1c6321e3-5a67-4a00-b174-c7bf7005466e?e=false&vo=viewonly>, hentet 19.09.2018

## Somatikk - effektivisering bemanning

Reversering av utviklingen fra 2013 gir en potensiell besparelse på 65 mnok

Estimerte effekter med utgangspunkt i lønnskostnad per DRG:

Scenario:	Besparelse i mnok	Nytt kostnadsnivå	Ny kost pr. DRG	Ny indeks
Kostnadsnivå reduseres 10 %-p	65	655 186	41 118	1,00
Kost.nivå reduseres til 1,05	34	686 990	43 114	1,05
Kost.nivå tilsvare VV	178	542 865	34 069	0,83
Kost.nivå tilsvare SI	174	546 512	34 298	0,84
Kost.nivå tilsvare HMR	71	649 786	40 779	0,99
Kost.nivå tilsvare HNT	69	651 714	40 900	1,00

# Somatikk - effektivisering andre driftskostnader

## Andre driftskostnader vil også kunne reduseres ved endret sykehusstruktur

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

### Estimerte netto driftsgevinster for somatikk blir dermed:

<i>Beløp i mnok</i>	<b>2a</b>	<b>2b-1</b>
Bemanning	-65	-40
Andre driftskostnader	-10	-5
<b>Sum</b>	<b>-75</b>	<b>-45</b>



# Oppdaterte estimater netto driftsgevinster

## – oppsummering per alternativ

	0-alt.	Alt. 2a(1)	Alt. 2a(2)	Alt. 2a(4)	Alt. 2b-1(1)	Alt. 2b-1(2)	Alt. 2b-1(6)*
Område	Dagens struktur	SA: MiR DMS: SSJ, MSJ, BrS	SA: SSJ DMS: MSJ, MiR, BrS	SA: MSJ DMS: SSJ, MiR, BrS	SA: MiR A: SSJ DMS: MSJ, BrS	SA: SSJ A: MiR DMS: MSJ, BrS	SA: MiR A: LeF DMS: BrS
Somatikk	20	75	75	75	45	45	45
PHV og rus	0	4	4	4	4	4	4
<b>FDV-kostnader</b>	0	11	11	11	10	10	12
Prehosp. og pasient-transport ambulanse	0	-21	-21	-14	-14	-14	-14
Prehosp. og pasient-transport km	0	-18	-15	-14	-10	-8	-8
Hjemhenting gjestepasienter	+	+	+	+	+	+	+
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+	+	+	+
<b>Netto driftsgevinster</b>	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>39</b>
Kapitalkompensasjon	15	34	41 / 70**	53	25 / 44***	29 / 60**	48
DMS Brønnøysund****	0	0	0	0	0	0	0
<b>Resultat dagens drift</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Merk at positivt fortegn indikerer nettogevinst. Dette er motsatt av tabell vist i tidligere styresak 86-2018

\*) Estimat driftsgevinster for Somatikk, PHV og rus, samt Prehosp. og pasienttransport for alt. 2b-1(6) er vurdert til å overordnet tilsvare alt. 2b-1(2)

\*\*) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet angitt etter skilletegn

\*\*\*) Alternativ 2b-1(1) er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

\*\*\*\*) Effekten for DMS Brønnøysund vist i tabellen er fra og med tiende driftsår. Det vises til styresak 87-2018

# FDV-kostnader

## - opprettholder samme sats ved teknisk oppgradering og nybygg

På bakgrunn av diskusjoner med driftsorganisasjonen i HSYK, Helse Nord RHF og Sykehusbygg HF beholdes FDV-sats lik ved teknisk oppgradering og nybygg

ÅF Advansia skriver i sin rapport at FDV-kostnadene mangler differensiering mellom nybygg og ved videreføring av eksisterende bygg. I diskusjoner med driftsorganisasjon i HSYK, Helse Nord RHF og Sykehusbygg HF blir det imidlertid påpekt at mange av kostnadselementene for FDV drives av spesifisert arealbehov, hvor kompakt sykehuset er, effektivitet hos driftspersonalet, aktivitetsnivå, mengde teknologi i bygget, etc. Grunnet betydelig usikkerhet videreføres tidligere FDV-sats, og det er i nåværende fase ikke skilt mellom FDV-sats for nybygg og nåværende bygg med teknisk oppgradering

Konto	Sats (kr/kvm)	Kommentar
Forvaltning	94	Beregnet kostnad 2018
Drift og vedlikehold	433	Beregnet kostnad 2018
Forsyning	250	Faktisk kostnad til el, vann, avløp, avfall
Renhold	350	Faktisk kostnad 2018
<b>Sum FDV-sats per kvm</b>	<b>1 127</b>	Benyttet FDV-sats

# Oppdaterte estimater netto driftsgevinster

## – oppsummering per alternativ

	0-alt.	Alt. 2a(1)	Alt. 2a(2)	Alt. 2a(4)	Alt. 2b-1(1)	Alt. 2b-1(2)	Alt. 2b-1(6)*
Område	Dagens struktur	SA: MiR DMS: SSJ, MSJ, BrS	SA: SSJ DMS: MSJ, MiR, BrS	SA: MSJ DMS: SSJ, MiR, BrS	SA: MiR A: SSJ DMS: MSJ, BrS	SA: SSJ A: MiR DMS: MSJ, BrS	SA: MiR A: LeF DMS: BrS
Somatikk	20	75	75	75	45	45	45
PHV og rus	0	4	4	4	4	4	4
FDV-kostnader	0	11	11	11	10	10	12
Prehosp. og pasient-transport ambulanse	0	-21	-21	-14	-14	-14	-14
Prehosp. og pasient-transport km	0	-18	-15	-14	-10	-8	-8
Hjemhenting gjestepasienter	+	+	+	+	+	+	+
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+	+	+	+
<b>Netto driftsgevinster</b>	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>54</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>39</b>
Kapitalkompensasjon	15	34	41 / 70**	53	25 / 44***	29 / 60**	48
DMS Brønnøysund****	0	0	0	0	0	0	0
<b>Resultat dagens drift</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

Merk at positivt fortegn indikerer nettogevinst. Dette er motsatt av tabell vist i tidligere styresak 86-2018

\*) Estimert driftsgevinster for Somatikk, PHV og rus, samt Prehosp. og pasienttransport for alt. 2b-1(6) er vurdert til å overordnet tilsvare alt. 2b-1(2)

\*\*) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet angitt etter skilletegn

\*\*\*) Alternativ 2b-1(1) er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Kapitalkompensasjon for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

\*\*\*\*) Effekten for DMS Brønnøysund vist i tabellen er fra og med tiende driftsår. Det vises til styresak 87-2018

# Prehospitale tjenester og pasienttransport – estimert effekt av økning i antall ambulanser

Helgelandssykehuset HF har gjort en foreløpig beregning av behovet for nye ambulanser ved de ulike alternativene:

	Alt. 2a	Alt. 2b-1
Antatt økning i antall ambulanser	3 / 2	2
Økning årlige driftskostnader (mnok)	21 / 14	14

- Alt. 2a: Økning i antall ambulanser estimert til 3 stk. I alt. 2a(4) med Mosjøen som stort akuttssykehus er behovet for økning imidlertid vurdert til 2 nye ambulanser
- Alt. 2b-1: Økning i antall ambulanser i alt. 2b-1(6) antatt tilsvarende som alt. 2b-1(2) med SSJ som stort akuttssykehus
- Driftsutgifter til en ambulanse i døgnberedskap med vakt på vaktrom er estimert til ca. 7 mnok årlig.



# Prehospitaler tjenester og pasienttransport – estimert effekt av endring årlig reiseavstand i km

Helgelandssykehuset HF har estimert effekter for endring i årlig reiseavstand i km og tilhørende driftsøkonomisk effekt for pasienter og pårørende

	2a (1)	2a (2)	2a (4)	2b-1(1)	2b-1(2)	2b-1(6)*
Antatt økning i 1000 km (avrundet)	7 300	5 800	5 600	4 100	3 400	3 400
Økning årlige driftskostnader (mnok)	18	15	14	10	8	8

\*) Antar at antall km i alt. 2b-1(6) tilsvarer alt. 2b-1(2) med SSJ som stort akuttsykehus

- Statens satser for kjøring ved pasientreiser 2,5 kr per km

	SA	A	DMS	
Alternativ	MiR	SSJ	MSJ	LeF
0-alt.				
2a (1)				
2a (2)				
2a (4)				
2b-1 (1)				
2b-1 (2)				
2b-1(6)				

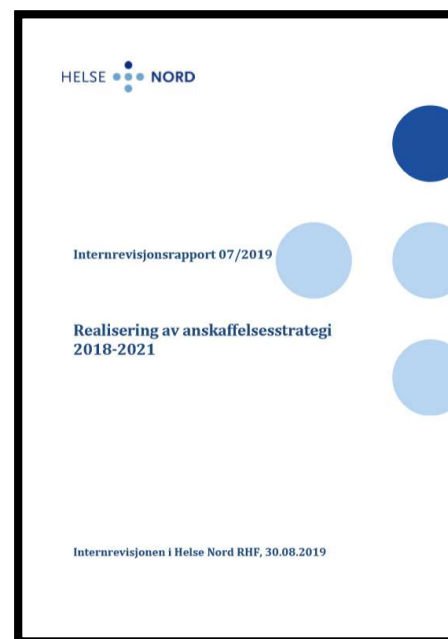
DMS Brønnøysund inkludert i alle alternativ

Kilde: Helgelandssykehuset HF ved prosjektdirektør for HSYK 2025-prosjektet

# Estimert bæreevne reduseres med ca. 250 mnok for alle alternativene som følge av reduserte besparelser i regionalt innkjøpsprosjekt

Det er igangsatt et regionalt prosjekt for reduksjon av innkjøpskostnader (jf. Helse Nord RHF styresak 35-2018). HSYK sin andel av målsettingen for besparelsen var i utgangspunktet ca. 50 mnok pr år

Det er tidligere benyttet et estimat der innkjøpsprosjektet gav en effekt på økonomisk bæreevne med 500 mnok (jf. HSYK styresak 27-2019). Som følge av internrevisjonsrapporten *Realisering av anskaffelsesstrategi 2018- 2021* har Helgelandssykehuset HF redusert målsetting for innkjøpsbesparelser. **Estimert effekt for bæreevnen er nå nedjustert til 250 mnok for alle alternativene**



*Det presiseres at det fremdeles er usikkerhet knyttet til realisering av besparelsene som følger av det regionale innkjøpsprosjektet*

# Bæreevnen er redusert for alle alternativene som følge av redusert effekt av besparelser fra regionalt innkjøpsprosjekt og økning driftskostnader for prehospital pasienttransport

	0-alt	Alt 2a (1)	Alt 2a (2)	Alt 2a (4)*	Alt 2b-1 (1)	Alt 2b-1 (2)	Alt 2b-1 (6)**
<b>Estimat total bæreevne (sak 27-2019)</b>	<b>2 200</b>	<b>3 200</b>	<b>3 200</b>	<b>3 200</b>	<b>2 700</b>	<b>2 700</b>	<b>2 700</b>
Effekt nedjustert besparelse regionalt prosjekt innkjøpskostnader	-250	-250	-250	-250	-250	-250	-250
Korrigert effekt av prehospital transport		-350	-300	-150***	-200	-150	-150
<b>Revidert estimat total bæreevne</b>	<b>1 950</b>	<b>2 600</b>	<b>2 650</b>	<b>2 800</b>	<b>2 250</b>	<b>2 300</b>	<b>2 300</b>

Beløp i mnok

\*) Dette alternativet var ikke beregnet i styresak 27-2019. Tilsvarende forutsetninger ved beregning av bæreevne som for 2a-alternativer er benyttet

\*\*) Dette alternativet var ikke beregnet i styresak 27-2019. Estimat driftsgevinster for Somatikk, PHV og rus, samt Prehosp. og pasienttransport for alt. 2b-1(6) er vurdert til å overordnet tilsvare alt. 2b-1(2)

\*\*\*) Nettoeffekt prehospital pasienttransport: Reduserte driftskostnader for alt 2a(4) sammenlignet med alt 2a(1) og 2a(2) på grunn av at behov for antall ambulanser er estimert til to stykk i alt. 2a(4) i motsetning til tre for de to øvrige. Økte driftskostnader som følge av økning årlig reiseavstand i km

SA A DMS

- 10 mnok i årlig fri likviditet utgjør ca. 150 mnok i bæreevne. For HSYK gir kapitalkompensasjon en tilleggseffekt på ca. 50 mnok, hvilket medfører at 10 mnok i fri likviditet vil totalt utgjøre ca. 200 mnok i bæreevne
- Reviderte estimater for total bæreevne er benyttet i videre analyser**

Alternativ	MiR	SSJ	MSJ	LeF
0-alt.				
2a (1)				
2a (2)				
2a (4)				
2b-1 (1)				
2b-1 (2)				
2b-1(6)				

DMS Brønnøysund inkludert i alle alternativ

# Overordnede forutsetninger for finansiering av prosjektet er tidligere forankret med Helse Nord RHF

## Finansieringsplan/rammebetingelser

Finansieringskilde	Forutsetninger	Vurderinger
Lån fra HOD	<b>Utgjør 70 % av investeringen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lånerente: 3,5 %</li> <li>▪ Serielån med 25 års nedbetalingstid</li> <li>▪ Byggelånsrenter legges til opprinnelig lånebeløp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rentebane holdt flat over hele levetiden</li> <li>➤ Høy risiko knyttet til fremtidige endringer i rentenivå</li> </ul>
Lån fra RHF	<b>Utgjør 10 % av investeringen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lagt til grunn samme lånebetingelser som lån fra HOD</li> </ul>	
Egenfinansiering	<b>Utgjør 20 % av investeringen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oppspart kontantbeholdning frem til byggestart</li> <li>▪ Overskuddslikviditet generert i løpet av byggeperioden</li> <li>▪ Salgsinntekt fra eventuell avhending av eiendom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ HSYK har i dag ca. 400 mnok</li> <li>➤ Forventet økt til ca. 460 mnok i perioden frem til forutsatt byggestart (år 2022)</li> </ul>



# «Liv laga»-vurderingen medfører konkrete krav til finansieringsevne og økonomisk bæreevne

## Vurdering av finansieringsevne

Krav om finansieringsevne medfører at helseforetaket må ha tilstrekkelig egenfinansiering til å kunne finansiere investeringen

For å ha tilstrekkelig egenfinansiering må *estimert finansieringsevne* overstige *finansieringskrav*. Estimert finansieringskrav tilsvarer 20 % av total investeringskostnad\*

## Vurdering av økonomisk bæreevne

Krav om økonomisk bæreevne medfører at helseforetaket må være i stand til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over prosjektets levetid. Dette innebærer blant annet at foretaket må kunne betjene lånet og samtidig sikre god og forsvarlig drift

For å ha økonomisk bæreevne må *estimert bæreevne* for alternativet overstige *estimert investeringskostnad*

*Merk at resterende finansierings- og bæreevne etter investering i bygg må være både positiv og tilstrekkelig for å ivareta eksempelvis investeringer i prehospitaltjenester og avsetninger for usikkerhet*

\*) Se overordnede forutsetninger for finansiering av prosjektet på forrige foil

# For enkelte alternativ er det usikkert om kravene til finansieringsevne og bæreevne vil kunne oppfylles

## Oppsummering økonomisk finansierungs- og bæreevne

Alt.	Vurdering av finansieringsevne			Vurdering av bæreevne		
	(1) Egenfinansieringskrav	(2) Estimert finansieringsevne	(2)-(1) Rest. finansieringsevne <sup>1</sup>	(3) Estimert investeringskostnad	(4) Estimert bæreevne	(4)-(3) Resterende bæreevne <sup>1</sup>
<b>0-alt.</b>	145	460	<b>315</b>	730	1 950	<b>1 220</b>
<b>2a (1)<sup>2</sup></b>	335	470	<b>135</b>	1 685	2 600	<b>915</b>
<b>2a (2)<sup>3</sup></b>	410 / 720	480 / 515	<b>70 / -205</b>	2 055 / 3 595	2 650	<b>595 / -945</b>
<b>2a (4)<sup>4</sup></b>	535	480	<b>-55</b>	2 670	2 800	<b>130</b>
<b>2b-1 (1)<sup>2,5</sup></b>	245 / 440	470 / 510	<b>225 / 70</b>	1 230 / 2 200	2 250	<b>1 020 / 50</b>
<b>2b-1 (2)<sup>2,3</sup></b>	290 / 595	480 / 515	<b>190 / -80</b>	1 440 / 2 980	2 300	<b>860 / -680</b>
<b>2b-1 (6)<sup>2</sup></b>	485	530	<b>45</b>	2 415	2 300	<b>-115</b>

Beløp i mnok. Alle alternativ muliggjør sentralisering av sykehussenger psykiatri og rus

1) Positivt sort tall: krav til finansierungs-/bæreevne er oppfylt. Negativt rødt tall: krav til finansierungs-/bæreevne er ikke oppfylt

2) Det igangsatt 1 000 kvm nybygg i MiR som er planlagt ferdigstilt i 2021. Dersom disse arealene kan integreres i fremtidig stort akuttsykehus kan nybyggkostnader for MiR reduseres med ca. 100 mnok. Tilsvarende kan kostnader for teknisk oppgradering reduseres med ca. 10 mnok i alternativ 2b-1(2) med MiR som akuttsykehus

3) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Tall for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

4) Dersom dagens bygg for psykisk helse og rus i Mosjøen videreføres vil egenfinansieringskravet reduseres som følge av lavere investeringskostnad. Derimot vil også estimert salgssinntekt for disse byggene falle bort

5) Alternativet er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Estimer for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

**Merk at alternativ med utstrakt videreføring og teknisk oppgradering av eksisterende bygg ikke gir like god funksjonalitet og fremtidig levetid som alternativ med betydelig nybygg. Dette gjelder i særlig grad 0-alternativet**

Alternativ	SA	A	DMS	MiR	SSJ	MSJ	LeF
0-alt.							
2a (1)							
2a (2)							
2a (4)							
2b-1 (1)							
2b-1 (2)							
2b-1(6)							

DMS Brønnøysund inkludert i alle alternativ

# Agenda

---

Introduksjon

Oppdatert investerings- og bæreevneanalyser

Effekt av endring i lånebetingelsene

Vedlegg



# Regjeringen varslet 25.04.2019 om endringer i lånebetingelsene til de regionale helseforetakene

Endringene vil kunne gi lavere likviditetsmessig belastning de første årene etter at utbygging er ferdigstilt, men kan gi redusert total bæreevne over levetiden på grunn av høyere totale rentekostnader

## Endringer i lånebetingelsene

Helse- og omsorgsdepartementet informerte i brev datert 25.04.2019 om følgende endringer i de regionale helseforetakenes lånebetingelser:

- 1) *Maksimal avdragstid endres fra 25 til 35 år. **Avdragstiden kan likevel ikke være lengre enn levetiden for investeringen***
- 2) *Helseforetakene har til nå bare hatt mulighet til å velge serielån. Dette endres slik at de nå også **kan velge annuitetslån***

Endringene vil gjelde for framtidige låneopptak, og for prosjekter som ikke er ferdigstilt

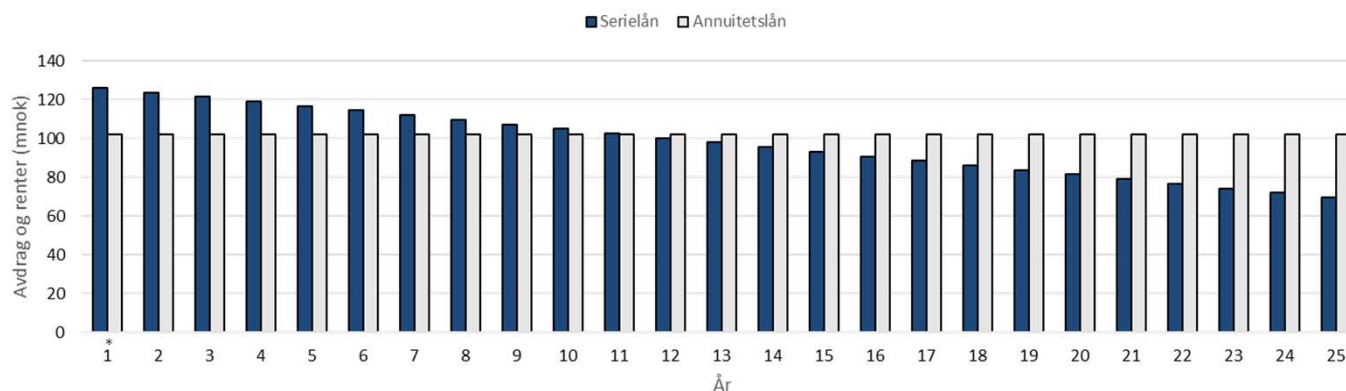
## Forventede effekter av endringer i lånebetingelsene

Effekt ved å øke avdragstid eller gå fra serie- til annuitetslån er **bedret likviditet de første driftsårene etter investeringen, men økte totale rentekostnader**

Erfaringstall indikerer at levetiden for somatiske sykehusbygg som oftest er ca. 27 år, mens bygg for psykisk helse og rus kan ha en levetid på ca. 35 år

# Annuitetslån gir lavere likviditetsmessig belastning de første årene, men økte rentekostnader gir imidlertid noe redusert bæreevne

Årlige utbetalinger av renter og avdrag for serie- og annuitetslån ved investeringsbeløp lik 2 000 mnok



Ved investeringsbeløp på 2 000 mnok vil utbetaling første driftsår ved annuitetslån være ca. 24 mnok lavere sammenlignet med seriellån

## Effekt på bæreevne av serie- vs. annuitetslån ved ulike investeringsbeløp

Investeringsbeløp	Akkumulerte rentekost. seriellån	Akkumulerte rentekost. annuitetslån	Økte akkumulerte rentekost. / Redusert bæreevne
1 000	385	435	50
1 500	575	650	75
2 000	765	870	105
2 500	955	1 085	130
3 000	1 150	1 305	155

Beløp i mnok, avrundede tall

- Forutsetninger:
- Rentesats 3,5 %
  - Antatt nedbetalingstid 25 år
  - En betalingstermin pr. år
  - Inkludert byggelånsrenter
  - Egenkapital: 20%
  - Låneandel HOD-lån: 70%
  - Låneandel RHF-lån: 10%

# Oppsummering økonomiske analyser prosjektinnramming

- Revidere estimater av bæreevne indikerer at alternativene 2a på det meste har en bæreevne på omtrent 2 800 mnok. Alternativene 2b-1 har en bæreevne på omtrent 2 300 mnok
- Estimerte investeringskostnader varierer fra ca. 730 mnok til ca. 3 600 mnok. Alternativ med videreføring av eksisterende bygg har lavest investeringsestimater, mens alternativ med størst andel nybygg har høyest investeringsestimater
- Foreløpige analyser viser at Helgelandssykehuset HF ikke har tilstrekkelig økonomisk bæreevne eller egenfinansiering til å bygge et stort akuttsykehus med fullt nybygg på ny tomt
- Analysene indikerer at foretaket trolig ikke vil ha tilstrekkelig egenfinansiering for alternativ 2a(4) med stort akuttsykehus i Mosjøen, grunnet behov for betydelig nybyggareal. Videre vil foretaket trolig ikke ha tilstrekkelig bæreevne for alternativ 2b-1(6) med stort akuttsykehus i Mo i Rana og et helt nytt akuttsykehus i Leirfjord
- Foruten 0-alternativet, kommer alternativ 2b-1(1) med utstrakt videreføring av eksisterende bygg best ut fra et rent økonomisk perspektiv. Deretter følger alternativene 2a(1), 2b-1(2) og 2a(2), der de to sistnevnte forutsetter utvidelse på eksisterende tomt
- Alternativet 2b-1(1) med helt nytt akuttsykehus i Sandnessjøen estimeres til å kreve investeringer så nært bæreevnen at det i begrenset grad ivaretar behov for usikkerhetsavsetninger og annet investeringsbehov
- Det påpekes imidlertid at det vil kunne være betydelig risiko knyttet til byggearbeid tett på eksisterende drift. Videre vil utstrakt videreføring og teknisk oppgradering av eksisterende bygg ikke nødvendigvis gi like god funksjonalitet og fremtidig levetid som alternativ med betydelig nybygg
- Analysene er sensitive for endringer i forutsetningene som er lagt til grunn. Det presiseres at i en prosjektinnrammingsfase er perspektivet overordnet, og det gjelder også de økonomiske analysene. Analysene må bearbeides videre i senere faser

# Agenda

---

Introduksjon

Oppdatert investerings- og bæreevneanalyser

Effekt av endring i lånebetingelsene

Vedlegg



# Kommentarer til enkelte overordnede forutsetninger

## Kommentarer til enkelte forutsetninger

### Kostnadsindeks

ÅF Advansia mener en kostnadsindeks tilsvarende 6 % bør benyttes ettersom sykehusbygg har høy grad av tekniske installasjoner som har hatt en sterkere prisutvikling enn bygg generelt. Ettersom endringen har svært liten innvirkning på resultatene i analysene benyttes fortsatt SSBs kostnadsindeks for boligbygg tilsvarende 5 % i analysene

### Klima og miljø

ÅF Advansia anbefaler at utbyggingsalternativenes påvirkning på klima og miljø bør bli nærmere gjennomgått og inkludert i beslutningsgrunnlaget i det videre utrednings- og prosjekteringsarbeidet. Slike vurderinger inngår ikke i de økonomiske analysene og er vurdert blant annet i Samfunnsanalysen

### MultiMap-priser

Multiconsult ble engasjert av ÅF Advansia for å kvalitetssikre riktig bruk av dataunderlaget knyttet til de tre rapportene fra Multiconsult som er benyttet i analyse av bæreevne ved Helgelandssykehuset. Multiconsult bekrefter at de *«står for metodikken multiMap, der eiendomsansvarlige ved Helgelandssykehuset har kartlagt teknisk tilstand med verktøyene som er utviklet av Multiconsult»*

ÅF Advansia påpeker at de beregnede kostnader for teknisk oppgradering til tilstandsgrad 1 (TG 1 - god tilstand) ikke innbefatter kostnader for funksjonelle tilpassinger (ombygginger) og standardheving i forhold til moderne standard. Areal og kostnader for teknisk oppgradering, ombygging og nybygging avhenger av mer nøyaktig dimensjonering av tilbudet og må kalkuleres mer presist i senere faser. I nåværende fase beholdes forutsetning om at nåværende bygg som videreføres oppgraderes til TG 1

### Lån

Annuitetslån er nå en mulighet ettersom Regjeringen 25.04.2019 varslet om endringer i lånebetingelsene til de regionale helseforetakene. I bæreevneanalysene beholdes antakelse om serielån, men det er vist effekt av annuitetslån.

Kilde: 1) ÅF Advansia (2019) *Prosjektinnramming HSYK 2025 Vurdering av økonomiske beregninger i bæreevneanalysen*. 2) Helse- og omsorgsdepartementet, *Endringer i lånebetingelsene til de regionale helseforetakene (deres ref. 19/1782)*. Brev datert 25.04.2019



# Estimering av investeringskostnader vil være sensitiv for endringer i forutsetningene som legges til grunn

## Forutsetning arealbehov og kvm-priser

Type sykehusbygg	Alt. 2a Areal (kvm)	Alt. 2b-1 Areal (kvm)
Stort akuttsykehus – somatikk	30 000	23 000
Stort akuttsykehus – sentralisert psyk. & rus	6 000	6 000
<i>Sum stort akuttsykehus</i>	<i>36 000</i>	<i>29 000</i>
Akuttsykehus (inkl. psyk. & rus poliklinikk)	–	12 000
DMS (inkl. psyk. & rus poliklinikk)	4 000	4 000

Nybyggpriser er erfaringstall fra tilsvarende prosjekter:

**Somatikk: 100 000 kr/kvm**

**Psykisk helse og rus: 70 000 kr/kvm**

**Kvm-priser for oppgradering (somatikk og psyk.) pr. lokasjon** er prisjusterte satser fra kartlegging av Multiconsult:

Lokasjon	Kvm-pris oppgradering feb 2019 (avrundet)
Mo i Rana	10 400
Sandnessjøen	20 900
Mosjøen	8 500

## Overordnede forutsetninger

- Stort akuttsykehus somatikk estimert med 200 kvm per døgn seng og 150 døgn senger. Dette er uten antakelse om hjemhenting av gjestepasienter
- Nåværende bygg som videreføres oppgraderes til TG 1. Areal og priser avhenger av lokasjon
- Arealbehov utover dagens areal dekkes av nybygg og utvidelser. Utvidelsesbehov avhenger av type sykehusbygg og lokasjon
- **Kartlegging av utvidelsesmuligheter ved SSJ har indikert at det er plass til ca. 31 000 kvm på dagens tomt. For alt. 2a (2) medfører dette at somatikk og psykisk helse og rus ikke nødvendigvis kan samlokaliseres på dagens tomt. For alt. 2b-1 (2) er arealbehovet tett opp til mulighetsrommet. Begge alternativene er beregnet med to scenarier/antakelser for SSJ: i) Utvidelse mulig på dagens tomt og ii) Ny tomt med nybygg**
- For ny tomt er det lagt til grunn overordnet estimat for tomtepris og kostnad rekkefølgebestemmelser. Tomtepris per kvm er uavhengig av lokasjon
- **I brev av 03.04.19 orienterer Alstahaug kommune om at nødvendige tilleggsarealer tilknyttet nåværende sykehus i SSJ kan stilles til rådighet. Tilsvarende opplysninger fremkommer i brev fra Vefsn kommune 05.04.19 om nåværende sykehus i MSJ**

# Oppsummering av driftsøkonomiske vurderinger og eventuelle endringer fra styresak 27-2019

Område	Vurdering av effekt på driftsøkonomi	Endring fra styresak 27-2019
<b>Somatikk - effektivisering bemanning og andre DK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-alt.: Generell effektivisering</li> <li>▪ Øvrige alt.: Positiv effekt som følge av effektivisering bemanning og andre driftskostnader (andre DK)</li> </ul>	Ingen endring i forutsetninger. Beregnet for nye alternativ
<b>PHV og rus - effektivisering bemanning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-alt.: Ingen effekt</li> <li>▪ Øvrige alt.: Positiv effekt som følge av samlokalisering for PHV døgn. Rus døgn er allerede i dag samlet og får dermed ingen effekt</li> </ul>	Ingen endring i forutsetninger. Beregnet for nye alternativ
<b>FDV-kostnader</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-alt.: Ingen effekt</li> <li>▪ Øvrige alt.: Antas netto positiv effekt pga. redusert areal</li> </ul>	Ingen endring i forutsetninger. Beregnet for nye alternativ
<b>Prehosp. og pasienttransport</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-alt.: Ingen effekt</li> <li>▪ Øvrige alt.: Negativ effekt pga. økning i antall ambulanse og økning i årlig reiseavstand i km for pasienter og pårørende</li> </ul>	Inkludert estimerte effekter for endring i årlig reiseavstand i km for pasienter og pårørende per alternativ
<b>Hjemhenting gjestepasienter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-alt.: Videreføring pågående arbeid + effekt pasientreisekostnader</li> <li>▪ Øvrige alt.: Kan forventes positiv effekt av reduserte pasientreisekostnader. Krevende å estimere på dette stadiet</li> </ul>	Ingen endring (dvs. ikke estimert)
<b>Akuttpsykiatrisk tilbud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-alt.: Ingen effekt</li> <li>▪ Øvrige alt.: Trolig positiv driftsøkonomisk effekt som følge av reduserte transportkostnader. Krevende å estimere på dette stadiet</li> </ul>	Ingen endring (dvs. ikke estimert)
<b>Kapitalkompensasjon</b>	20 mnok pr. mrd. investert. Maks 70 mnok/år. Antas 10 første årene	Ingen endring i forutsetninger. Beregnet for nye alternativ
<b>DMS Brønnøysund</b>	Estimert kostnadsøkning 9 mnok første driftsår. Nettoeffekt forventes 0 fra og med tiende driftsår, jf. styresak 87-2018	Ingen endring
<b>Resultat fra dagens drift</b>	Videreføring av vedtatt resultatkrav for alle alternativer	Ingen endring

# FDV-kostnader

## – beregnet for de nye alternativene

Det er estimert lavere FDV-kostnader ved endret fremtidig sykehusstruktur

Alternativ	Samlet areal (kvm)	FDV-kostnad (mnok)	Besparelse ift. 0-alt. (mnok)
<b>0-alt.</b>	54 000	61	-
<b>2a (1)</b>	44 000	50	<b>11</b>
<b>2a (2)*</b>	44 000	50	<b>11</b>
<b>2a (4)</b>	44 000	50	<b>11</b>
<b>2b-1 (1)*</b>	45 000	51	<b>10</b>
<b>2b-1 (2)*</b>	45 000	51	<b>10</b>
<b>2b-1 (6)</b>	43 000	48	<b>12</b>

\*) Samlet arealbehov er lik i begge scenarioer. Det gir samme estimater for FDV.

Samlet areal ekskl. DMS Brønnøysund for alle alternativene.

Alternativ	DMS			
	SA	A	DMS	
	MiR	SSJ	MSJ	LeF
0-alt.				
2a (1)				
2a (2)				
2a (4)				
2b-1 (1)				
2b-1 (2)				
2b-1(6)				

DMS Brønnøysund inkludert i alle alternativ

Konto	Sats (kr/kvm)	Kommentar
Forvaltning	94	Beregnet kostnad 2018
Drift og vedlikehold	433	Beregnet kostnad 2018
Forsyning	250	Faktisk kostnad til el, vann, avløp, avfall
Renhold	350	Faktisk kostnad 2018
<b>Sum FDV-sats per kvm</b>	<b>1 127</b>	Benyttet FDV-sats

Kilde: Satser for FDV-kostnader fra HSYK enhet for drift og eiendom

# Kapitalkompensasjon

## – beregnet i tillegg for de nye alternativene

### Ordning for kapitalkompensasjon i Helse Nord

Kort om ordningen	Forutsetninger
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det gis en årlig kapitalkompensasjon på 20 mnok per milliard investert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Grunnforutsetning om at kapitalkompensasjon gis i 10 år</li> <li>➤ Økonomiavdelingen i Helse Nord RHF har signalisert et øvre tak på 70 mnok i årlig kompensasjon til HSYK</li> </ul>

Alternativ	Investering ekskl. BrS	Kapitalkompensasjon
<b>0-alt.</b>	730	<b>15</b>
<b>2a (1)</b>	1 685	<b>34</b>
<b>2a (2)*</b>	2 055 / 3 595	<b>41 / 70</b>
<b>2a (4)</b>	2 670	<b>53</b>
<b>2b-1 (1)**</b>	1 230 / 2 200	<b>25 / 44</b>
<b>2b-1 (2)*</b>	1 440 / 2 980	<b>29 / 60</b>
<b>2b-1 (6)</b>	2 415	<b>48</b>

Beløp i mnok

\*) Dersom fremtidig arealbehov blir større enn plass ved dagens tomt i SSJ eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Investeringskostnad og tilhørende kapitalkompensasjon for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

\*\*\*) Alternativet er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Investeringskostnad og tilhørende kapitalkompensasjon for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

Alternativ	SA A DMS			
	MiR	SSJ	MSJ	LeF
0-alt.				
2a (1)				
2a (2)				
2a (4)				
2b-1 (1)				
2b-1 (2)				
2b-1(6)				

DMS Brønnøysund inkludert i alle alternativ