

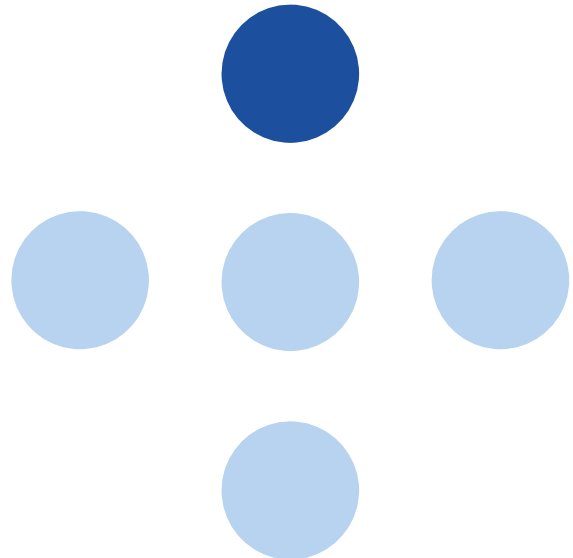


Helgelandssykehuset HF

# Bæreevneanalyser

Internt notat om metodikk og  
forutsetninger

18.06.2021, versjon 1.0



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>3</b>
1.1	Bakgrunn og hensikt	3
1.2	Alternativer vurdert i idéfasen	4
1.3	Alternativer som vurderes i konseptfase steg 0	5
<b>2</b>	<b>Oppsummering</b>	<b>7</b>
2.1	Hovedfunn fra idéfasen	7
2.2	Hovedfunn og vurderinger i konseptfase steg 0	8
<b>3</b>	<b>Forutsetninger for de økonomiske analysene</b>	<b>11</b>
3.1	Forutsetninger planleggings- og byggeperioden	11
3.2	Forutsetninger for finansiering av prosjektet	12
3.2.1	<i>Fremmedkapital og byggelånsrenter</i>	12
3.2.2	<i>Egenfinansiering</i>	13
3.2.3	<i>Finansieringsplan</i>	13
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>Basisramme</i>	16
3.3.5	<i>FDV-kostnader</i>	16
3.3.6	<i>Prehospitale tjenester og pasientreiser</i>	17
3.3.7	<i>Hjemhenting av gjestepasienter</i>	18
3.3.8	<i>Kapitalkompensasjon</i>	19
3.3.9	<i>Innkjøp</i>	19
3.3.10	<i>IKT/MTU</i>	19
3.4	Øvrige forutsetninger	19
3.4.1	<i>Analyseperiode og økonomisk levetid</i>	19
3.4.2	<i>Kapasitets- og arealbehov</i>	19
3.4.3	<i>Regnskapsmessig effekt av avhending eiendom</i>	20
3.4.4	<i>Fremtidig reinvesteringsbehov</i>	20
3.4.5	<i>Ikke-byggnær IKT</i>	21
3.4.6	<i>Logistikk og forsyningstjenester</i>	21
3.4.7	<i>Apotek</i>	21
<b>4</b>	<b>Resultater</b>	<b>22</b>
4.1	Helseforetakets handlingsrom	22

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og hensikt

I foretaksmøte med Helse Nord RHF den 27.01.2020, avgjorde helse- og omsorgsminister Bent Høie ny sykehusstruktur på Helgeland. Helseministeren sluttet seg til styret i Helse Nord RHF sin vedtatte løsning:

*Ett sykehus lokalisert på to steder; ett akuttisykehus i Mo i Rana og ett i akuttisykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres planene om et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akuttisykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus.*

Vedtaket om å endre fra tre til to somatiske sykehus gjør at dimensjoneringsgrunnlaget og analyser for økonomisk bærekraft må oppdateres før oppstart av konseptfasen iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* (Tidligfaseveilederen)<sup>1</sup>. Prosjektet Nye Helgelandssykehuset er nå i konseptfasens steg 0 - forberede konseptfase. Konseptfasen vil bestå av tre steg:

- Konseptfase steg 0: Forberede konseptfase
- Konseptfase steg 1: Hovedprogram og alternativvurdering
- Konseptfase steg 2: Utdyping av valgt hovedalternativ

Formålet med dette notatet er å presentere forutsetninger og funn fra overordnede analyser av helseforetakets bæreevne, gjennomført våren 2021. For analysemodellen er det utarbeidet en Excel-fil som gjøres tilgjengelig for økonomiavdelingen ved Helgelandssykehuset.

Arbeidet er gjennomført av økonomiavdelingen i Helgelandssykehuset. Fagavdelingen og avdeling for drift og eiendom har vært tett involvert. Deloitte<sup>2</sup> 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.

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*

<sup>1</sup> Sykehusbygg HF, *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Sept/okt. 2017

<sup>2</sup> Deloitte ved Jan Erik Tveiten, Jesper Kristiansen Høva og Helene Hompland Helgøy

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 investeringsprosjekt, som ett av vurderingselementene sammen med f.eks. helsefaglige, kvalitative og bygningstekniske vurderinger.

## 1.2 Alternativer vurdert i idéfasen

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 akuttsykehus 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 akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus for indremedisin og inntil to DMS

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

Alternativer for lokalisering ble fattet av styret i Helgelandssykehuset i sak 61-2016 *Idéfasen 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 akutt sykehus, 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 scenarier vil i tillegg medføre et uhensiktsmessig 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 distriktsmedisinske 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 distriktsmedisinske 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.

### 1.3 Alternativer som vurderes i konseptfase steg 0

Etter avsluttet idéfase er det arbeidet videre med fire konkrete alternativer:

**0-alternativ:** Videreføring av dagens sykehusstruktur, med teknisk oppgradering til TG1<sup>3</sup>

**0+ alternativ:** Videreføring av dagens sykehusstruktur, med teknisk oppgradering til TG1 samt ombygging for å gi funksjonell egnethet tilsvarende nybygg

**Alternativ 1:** Akutt sykehus i Sandnessjøen og Mo i Rana, DMS i Brønnøysund og noe spesialisthelsetjeneste i Mosjøen. Alternativet inkluderer nybygg (dvs. TG0<sup>4</sup>) ved Sandnessjøen og omegn

**Alternativ 2:** Akutt sykehus i Sandnessjøen og Mo i Rana, DMS i Brønnøysund og noe spesialisthelsetjeneste i Mosjøen. Alternativet inkluderer kombinasjon av eksisterende bygg (oppgradering til TG1) og påbygg (TG0) ved Sandnessjøen

I nåværende fase er det ikke besluttet plassering av eventuelt nytt sykehusbygg. Nytt sykehus vil plasseres på tomt i Sandnessjøen eller på Tovåsen i Leirfjord. Plassering av nytt sykehus vil ikke påvirke type aktivitet og virksomhetsnivå i Mosjøen. Virksomheten i Mo i Rana vil være relativt lik i alle alternativer. Beregning av oppgraderingsbehov blir lik i samtlige alternativer med unntak av 0-alternativet som kun innebærer opprustning til TG1. De fire alternativene er oppsummert i tabellen under.

---

<sup>3</sup> Tilstandsgrad 1, dvs. mindre eller moderate avvik i henhold til Norsk Standard 3600

<sup>4</sup> Tilstandsgrad 0, dvs. ingen avvik i henhold til Norsk Standard 3600

Alternativ	Akuttsykehus (A)	Akuttsykehus med begrenset akutfunksjon (AB)	Distriktmedisinsk senter (DMS)
0-alternativ	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
0+ alternativ	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
Alternativ	Akuttsykehus (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Spesialisthelsetjeneste
1, nybygg	Sandnessjøen* Mo i Rana	Brønnøysund	Mosjøen
2	Sandnessjøen** Mo i Rana	Brønnøysund	Mosjøen

Tabell 1: Alternativer som vurderes i konseptfase steg 0

## 2 Oppsummering

### 2.1 Hovedfunn fra idéfasen

Med bakgrunn i alternativer vurdert i idéfasen ble det utarbeidet overordnede analyser av helseforetakets bæreevne, med hovedfokus på å vurdere handlingsrommet for investering i sykehusstruktur gitt tre, to eller ett akutt sykehus.

#### Handlingsrom og finansieringsplan

Tabell 2 Tabell 1 oppsummerer det estimerte handlingsrommet per alternativ og implisert finansieringsplan. Analysene indikerte at Helgelandssykehuset har handlingsrom for en investering på 1 700 MNOK ved videreføring av dagens sykehusstruktur, 2 160 MNOK med ett stort akutt sykehus i kombinasjon med ett akutt sykehus for indremedisin og 2 665 MNOK ved kun ett stort akutt sykehus. Detaljert beskrivelse av alternativene gjenfinnes i tabell 3.

	0-alt.	2b-1	2a
<b>Estimert bæreevne</b>	<b>1 700</b>	<b>2 160</b>	<b>2 665</b>
Lånefinansiering	1 360	1 728	2 132
Krav egenfinansiering	340	432	533
<b>Sum finansiering</b>	<b>1 700</b>	<b>2 160</b>	<b>2 665</b>
Byggelånsrenter	70	89	110
<b>Andel lånefinansiering</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>
Andel HOD-lån	70 %	70 %	70 %
Andel RHF-lån	10 %	10 %	10 %
<b>Spesifisering av egenfinansiering</b>	<b>458</b>	<b>513</b>	<b>568</b>
Sparte midler (UB 31.12.2021)	458	458	458
Avhending eiendom	0	55	110
Udekket EF før byggestart	0	0	0

Tabell 2: Estimert handlingsrom og implisert finansieringsplan per alternativ. Beløp i MNOK

Gitt 0-alternativets estimerte bæreevne på 1 700 MNOK indikerte analysene at det var behov for 340 MNOK i egenfinansiering. Analysene indikerte at tilgjengelig kontantbeholdning frem til byggestart ville være høyere enn dette (458 MNOK), og at egenfinansieringsbehovet dermed ville være dekket. For alternativ 2b-1 ville også sparte midler i stor grad kunne dekke hele egenfinansieringsbehovet.

For alternativ 2a var det estimert en bæreevne på 2 665 MNOK, noe som ville kreve 533 MNOK i egenfinansiering. Dette ville kunne dekkes av 458 MNOK i oppsparte midler og estimert salgsinntekt på 110 MNOK.

Analysene indikerte at HSYK hadde bæreevne for gjennomføring av alternativ 0, 2b-1 gitt påbygg, samt 2a gitt påbygg. Beregningene konkluderte imidlertid med at investering i nybygg ikke ville la seg gjennomføre

innenfor det estimerte økonomiske handlingsrommet for alternativ 2b-1 og 2a.

Estimerte driftsøkonomiske effekter tilknyttet de ulike investeringsprosjektene er oppsummert i tabellen under. Estimaten er utarbeidet for syv alternativer, med hovedfordeling mellom 2a og 2b-1. Forskjellen mellom de ulike 2a- og 2b-1 alternativene er lokalisasjon av sykehus og DMS.

	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 pasienttransport ambulanse	0	-21	-21	-14	-14	-14	-14
Prehosp. og pasienttransport 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>

\*) 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 akuttpsykiatriske 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

Tabell 3: Netto driftsgevinster per alternativ

## 2.2 Hovedfunn og vurderinger i konseptfase steg 0

Det er gjennomført overordnede analyser av helseforetakets bæreevne med utgangspunkt i de fire nevnte alternativene for fremtidig sykehusstruktur. Hovedfokuset for arbeidet har vært å vurdere handlingsrommet for investering i sykehusstruktur gitt to akuttpsykiatriske plassert i Sandnessjøen og omegn, og Mo i Rana. 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. I så stor grad som mulig har man fulgt samme metodikk og lagt til grunn de samme forutsetningene som i idéfase. Analysene har ikke som mandat å rangere de ulike løsningene for ny sykehusstruktur, men er i stedet en estimering av hvor stor investering som kan bæres gitt forutsetningene som er lagt til grunn for det enkelte alternativ. Analysene vurderer kun



økonomiske konsekvenser for helseforetaket, og må komplementeres med f.eks. helsefaglige, kvalitets- og samfunnsmessige vurderinger av alternativene.

### Handlingsrom og finansieringsplan

Tabell 4 oppsummerer det estimerte handlingsrommet per alternativ og implisert finansieringsplan. Analysene indikerer at Helgelandssykehuset har handlingsrom for en investering på 1 650 MNOK ved videreføring av dagens sykehusstruktur uten ombygging, men med teknisk oppgradering til TG1 (0 alternativ). Årsaken til at handlingsrommet ligger på et noe lavere nivå enn nivået i idéfasen er at det i oppdatert analyse forutsettes at det ikke gis kapitalkompensasjon fra Helse Nord, samt noen mindre endringer i inntekts- og kostnadsestimatene. Begrunnelsen for at det ikke gis kapitalkompensasjon er at alternativ 0 ikke innebærer ombygging og/eller nybygg.

For 0+ alternativet indikerer analysene en estimert bæreevne på 2 750 MNOK. De driftsøkonomiske effektene er på samme nivå som i 0-alternativet. I 0+ alternativet forutsettes en årlig kapitalkompensasjon på 60 MNOK gjennom lånets nedbetalingstid, og er årsaken til at handlingsrommet i dette alternativet ligger høyere enn i 0-alternativet.

For alternativ 1, med nybygg i Sandnessjøen og omegn, er estimert bæreevne 3 700 MNOK. Dette skyldes større driftsøkonomiske gevinster ved sammenslåing av sykehus samt en høyere kapitalkompensasjon, 80 MNOK. Dersom kapitalkompensasjonen reduseres til 60 MNOK, som er nivået for 0+ alternativ og alternativ 2, vil bæreevnen reduseres til 3 350 MNOK.

Alternativ 2 med kombinasjonen av ombygging og opprustning av eksisterende bygg samt påbygg for sykehus i Sandnessjøen og omegn gir en bæreevne på 3 300 MNOK. Dette alternativet har driftsøkonomiske gevinster i tråd med alternativ 1. I alternativ 2 vil man imidlertid ikke få inntekt fra salg av eksisterende sykehustomt. Kapitalkompensasjonen i dette alternativet er 60 MNOK.

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.

	Alt. 0	Alt. 0+	Alt. 1	Alt. 2
<b>Estimert bæreevne</b>	<b>1 650</b>	<b>2 750</b>	<b>3 700</b>	<b>3 300</b>
Lånefinansiering	1 320	2 200	2 960	2 640
Krav egenfinansiering	330	550	740	660
<b>Sum finansiering</b>	<b>1 650</b>	<b>2 750</b>	<b>3 700</b>	<b>3 300</b>
Byggelånsrenter	58	97	131	117

Tabell 4: Estimert handlingsrom og implisert finansieringsplan per alternativ. Beløp i MNOK

Estimater av handlingsrom for investeringer i fremtidig sykehusstruktur avhenger i stor grad av estimerte driftsøkonomiske effekter. Disse er nærmere beskrevet i kapittel 3.3 *Forutsetninger for driftsøkonomi*. Driftsøkonomiske effekter er estimert i 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 3,0 %. 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.

Det er antatt at helseforetaket har tilstrekkelig egenfinansiering for hvert av alternativene, gitt at man holder seg innenfor rammen angitt i bæreevnen over. For alternativ 0+, 1 og 2 vil man ikke ha tilstrekkelig egenkapital ved byggestart. 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.

## 3 Forutsetninger for de økonomiske analysene

### 3.1 Forutsetninger planleggings- og byggeperioden

For planleggings- og byggeperioden er det tatt utgangspunkt i beløp fra styresak 31-2021 *Innspill til plan 2022-2025, inkludert rullering investeringsplan - Oppdatert bærekraftsanalyse*. For enkelte elementer er estimater korrigert.

#### Driftsresultat før avskrivninger

Inntekter benyttet i bæreevneanalysen fra sak 31-2021 er lagt til grunn og beløp for siste år er videreført i hele analyseperioden. Driftskostnader ekskl. avskrivninger fra bæreevneanalyse i sak 31-2021 er videreført med enkelte justeringer. Kapitalkompensasjon er håndtert i egen rad (rad 62 i arkfanen for det enkelte alternativ) – det vises til delkapittel 3.3.8 *Kapitalkompensasjon*.

Fra 2023 er det lagt inn estimert nettoeffekt for helseforetaket av opprettelse av DMS Brønnøysund (rad 90 i arkfanen for det enkelte alternativ).

#### Investeringer og avskrivninger Nye Helgelandssykehuset

For investeringer i Nye Helgelandssykehuset er det tatt utgangspunkt i samme investeringspådrag som i bæreevneanalysene utarbeidet i idéfasen, men kronebeløpene varierer med utgangspunkt i estimatet for bæreevne. Pådragsprofilen er illustrert i tabellen under:

	2024	2025	2026	2027
Investeringspådrag	11,4 %	20,0 %	20,0 %	48,6 %

Tabell 5: Investeringspådrag i byggeperioden

Avskrivninger for Nye Helgelandssykehuset 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 6. Avskrivningene er antatt å påløpe fra første driftsår (2026). Disse forutsetningene er like for alle alternativene.

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

Tabell 6: Antatt fordeling av investering og tilhørende avskrivningstid for ulike komponenter

### **Driftsmessige engangskostnader i byggeperioden (2024–2027)**

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 tomt 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.

## **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. Basert på føringer fra Helse Nord RHF er det lagt til grunn en byggelånsrente på 3 % og ordinær lånerente på 3 %.

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 hovedstol<sup>5</sup>. 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. 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 RHF.

---

<sup>5</sup> 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

Oppspart kontantbeholdning i 2021 er ca. 490 MNOK. Dette beløpet er forventet å øke til ca. 540 MNOK i perioden frem til forutsatt byggestart (år 2024). Merk at det i analysene er beregnet med kontantbeholdning på 581 MNOK i 2024 basert på beregninger med beløp fra styresak 31-2021. Eventuelt gjenværende egenfinansieringsbehov inn i byggeperioden vil måtte dekkes av overskuddslikviditet opparbeidet i løpet av byggeperioden.

Estimater for salgsinntekter ved eventuell avhending av eiendom er satt uendret fra idéfasen. Salgsverdien for sykehus Sandnessjøen er dermed satt til 55 MNOK. Dette vil kun være aktuelt i alternativ 1 med nybygg. Endringer fra idéfasen er at et boligbygg i Mosjøen kan avhendes og gi salgsinntekter på ytterligere 12 MNOK. Dette vil gjelde alternativ 1 og 2. Totalsum avhendet eiendom blir dermed 67 MNOK for alternativ 1, og 12 MNOK for alternativ 2. Det er tatt utgangspunkt i at avhending eventuelt kan skje året etter at fremtidig struktur er forutsatt å være i drift, dvs. i år 2029.

Tomtekostnad for nybygg i alternativ 1 er estimert til 60 MNOK. Kostnaden inkluderes i prisestimater fra Sykehusbygg og gjenfinnes derfor ikke eksplisitt i Deloitte sine beregninger.

### 3.2.3 Finansieringsplan

Prinsippene for finansieringsplanen er identiske for alle alternativene, men beløpene og tilgjengelig egenfinansiering vil variere. Tabell 7 viser finansieringsplan og byggelånsrenter for de ulike alternativene.

	Alt. 0	Alt. 0+	Alt. 1	Alt. 2
<b>Estimert bæreevne</b>	<b>1 650</b>	<b>2 750</b>	<b>3 700</b>	<b>3 300</b>
Lånefinansiering	1 320	2 200	2 960	2 640
Krav egenfinansiering	330	550	740	660
<b>Sum finansiering</b>	<b>1 650</b>	<b>2 750</b>	<b>3 700</b>	<b>3 300</b>
Byggelånsrenter	58	97	131	117
<b>Andel lånefinansiering</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>
Andel HOD-lån	70 %	70 %	70 %	70 %
Andel RHF-lån	10 %	10 %	10 %	10 %
<b>Spesifisering av egenfinansiering</b>	<b>581</b>	<b>581</b>	<b>636</b>	<b>581</b>
Sparte midler (UB 31.12.2023)	581	581	581	581
Avhending eiendom	0	0	67	12
Udekket EF før byggestart	0	0	0	0

Tabell 7: Oppsummering av finansieringsplan for de ulike alternativene

Gitt 0-alternativets estimerte bæreevne på 1 650 MNOK, vil det være behov for 330 MNOK i egenfinansiering. Analysene indikerer at tilgjengelig kontantbeholdning frem til byggestart vil være høyere enn dette (581 MNOK), og at egenfinansieringsbehovet dermed vil være dekket. For alternativ 0+, 1 og 2 vil også sparte midler i stor grad kunne dekke hele egenfinansieringsbehovet.

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.

### 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 8 gir en oppsummering av estimerte driftsøkonomiske effekter for de ulike 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 være identisk i alle alternativene.

Område	0-alt.	0+ alt.	Alt. 1, nybygg	Alt. 2
	Dagens struktur	Dagens struktur	A: SSJ, MiR DMS: BrS	A: SSJ, MiR DMS: BrS
Somatikk	20	20	50	50
PHV	2	2	2	2
Bortfall av kutt i basisramme	4,5	4,5	4,5	4,5
FDV-kostnader	0	0	2,8	4,3
Prehosp. og pasienttransport ambulanse	0	0	- 14,5	- 14,5
Pasienttransport, økt reisevei	0	0	- 5	- 5
Redusert pasienttransport, digitale konsultasjoner	3	3	6	6
Hjemhenting gjestepasienter	2	2	5	5
Innkjøp	10	10	10	10
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+
<b>Netto driftsgevinster</b>	<b>41,5</b>	<b>41,5</b>	<b>60,8</b>	<b>62,3</b>
Resultat dagens drift	20	20	20	20
Resultat uten kapitalkompensasjon	61,5	61,5	80,8	82,3
Kapitalkompensasjon*	0	60	80	60
Resultat med kapitalkompensasjon	61,5	121,5	160,8	142,3
DMS Brønnøysund				

Tabell 8: Oppsummering av estimerte driftsøkonomiske effekter per alternativ

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.

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

Gjennomgang av bemanningsplaner indikerer en mulig besparelse på 40 årsverk fordelt på sykepleiere, radiografer, laboratoriepersonell og leger i vakt som en konsekvens av bortfall av dublerede tjenester og sammenslåing. 40 årsverk fordeles som følger:

- Sykepleiere knyttet til sengepost, ca. 10 årsverk
- Sykepleiere knyttet til mottak og intensiv, ca. 15 årsverk
- Sykepleiere knyttet til operasjonsteam aften og natt, ca. 7 årsverk
- Radiografer, laboratoriepersonell og leger i vakt, ca. 8 årsverk

Det er lagt til grunn at 1 årsverk estimeres til ca. 1 MNOK. Estimater inkluderer innleie. Fremtidig sykehusstruktur vil gi besparelser i andre driftskostnader på 5 MNOK, samt generelle effektiviseringsgevinster som er grovt estimert til 5 MNOK. Sistnevnte estimat begrunnes i arbeidet belyst i HSYK Benchmarking utarbeidet av Deloitte i 2020. Bemanningsbesparelser og effektiviseringsgevinster gir totalt 50 MNOK i netto driftsgevinster i alternativ 1 og 2.

### 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 døgneheter ved én lokalisasjon (alternativ 1 og 2). I analysen foretatt i 2019 var det lagt til grunn en større grad av samordning av tjenestene innen psykisk helsevern. Dette var estimert til å gi besparelser i størrelsesorden 4 MNOK. Deler av denne samordningen er nå hentet ut, estimatet er derfor nedjustert til 2 MNOK.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har HSYK noe lavere poliklinisk produksjon enn landssnitt. En eventuell økt kapasitet, i form av økt aktivitet og bemanning vil påvirke bæreevnen. I styresak 31-2021 er endringen estimert til en gradvis økning til 8 MNOK per år frem mot 2028.

### 3.3.4 Basisramme

HSYK får i dag trekk i basisrammen fra Helse Nord på ca. 4,5 MNOK årlig grunnet høy poliklinisk virksomhet. Ved målsetting om å unngå trekk i basisramme er det nødvendig å redusere antall polikliniske konsultasjoner med 16%, tilsvarende 16-17 000 konsultasjoner (2018-tall). En eventuell kostnadsbesparelse i form av redusert pasientreisekostnad ved en slik nedskalering vil også gi en ytterligere styrket netto driftsgevinst. Se punkt 3.3.6 *Prehospitaltjenester og pasientreiser* for detaljert estimat.

### 3.3.5 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 estimater fra andre byggeprosjekter.

Det totale arealbehovet vil kunne reduseres ved reduksjon av antall lokalisasjoner. Det er ikke skilt mellom FDV-sats for nybygg og nåværende bygg med teknisk oppgradering. FDV-satsen er estimert til 1 150 kr per kvm.



Område	Sats (kr/kvm)
Eiendomsforvaltning	50
Eiendomsdrift	220
Vedlikehold og utskiftning	250
Utvikling, samt offentlig krav og pålegg	30
Forsyningskostnad	300
Renhold	300
<b>Sum FDV-sats per kvm</b>	<b>1 150</b>

Tabell 9: Spesifikasjon av FDV-sats per kvm

### 3.3.6 Prehospitale tjenester og pasientreiser

Reduksjon av antall lokalisasjoner vil gi økte avstander og dermed økning i kostnader knyttet til prehospitale tjenester og pasientreiser. 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 16 bilambulanser. 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. 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 1 og 2 vil gi et økt behov for ambulanseressurser sammenliknet med dagens situasjon. Foreløpige estimater tyder på økt behov av to ambulanser. Estimert årlig kostnad for to nyanskaffede ambulanser er 14,5 MNOK. Kostnaden inkluderer avskrivning, drift og stasjonsutgifter.

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.

Estimat på mertransportkostnader innebærer en del usikkerhetsmomenter som blant annet:

- Framtidig framskrivning av behov for undersøkelser, behandling og andel digitale konsultasjoner

- Hvilke fag som vil tilby poliklinikk i Mosjøen, som følge av at ulike pasientkategorier vil påvirke valg av transport
- Tilrettelegging av kollektivtransport i Nordland fylkeskommune
- Pasientenes valgfrihet av transportmiddel som følge av fritt behandlingsvalg
- Rekvirentenes bestillingspraksis for transportvalg
- Etablering, eventuelt nedleggelse av Helseekspress

Mertransportkostnadene avhenger av plasseringen av nytt hovedsykehus (Sandnessjøen eller Tovåsen), og inkluderer pasientreisekostnader som vil variere med grad av poliklinisk aktivitet i Mosjøen. Økt aktivitet ved DMS Brønnøysund vil redusere pasientreisekostnadene sammenlignet med dagens sykehusstruktur. Totale mertransportkostnader er illustrert i tabellen under.

Scenario	Hovedsykehus Sandnessjøen	Hovedsykehus Tovåsen
Økt reisekost fra Mosjøen	5	2
Redusert kostnad DMS Brønnøysund	-3,5	-3,5
Økt reisekost Sandnessjøen - Tovåsen		2
2 ambulanser	14,5	14,5
<b>Total merkostnad</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

Tabell 10: Tabellen viser endrede reisekostnader ved ny sykehusstruktur med 50% poliklinikk i Mosjøen. Beløp i MNOK

Andre faktorer som vil påvirke pasientreisekostnader er andel digitale polikliniske konsultasjoner. I Oppdragsdokument 2021 – fra Helse Nord RHF til helseforetakene er det signalisert et ønske om å øke andel polikliniske konsultasjoner til 15%. HSYK har i dag rundt 5% digitale konsultasjoner. Ved OUS har man allerede oppnådd målsetting om 15% med ambisjon om å øke andelen til 30%. Grunnet større geografiske avstander burde potensialet for digitaliserte konsultasjoner være minst like høyt i HSYK. Mer digitalisering gir mindre pasientreisekostnader. Besparelse knyttet til redusert pasienttransport estimeres grovt til 6 MNOK i alternativ 1 og 2, og 3 MNOK i alternativ 0 og 0+ som følge av at det vil være lettere å gjennomføre digitalisering i fornyet sykehusstruktur.

### 3.3.7 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. Det er satt en målsetting om at hjemhenting av gjestepasienter vil gi en besparelse på 5 MNOK.

### 3.3.8 Kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF har en ordning for kapitalkompensasjon for helseforetak som gjennomfører store investeringsprosjekter. Konkret gis det en kompensasjon pålydende 20 MNOK per år per milliard investert i nedbetalingstid 25 år. Kompensasjonsordningen innebærer at 50% av godkjent investering kompenseres.

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. Føringer fra Helse Nord RHF viser at HSYK vil motta 60 MNOK årlig for alternativ 0+ og 2, og 80 MNOK årlig i alternativ 1. Analysene indikerer at en økning i kapitalkompensasjon på 10 MNOK øker bæreevnen med omtrent 170 MNOK.

### 3.3.9 Innkjøp

Det pågår et regionalt prosjekt for reduksjon av innkjøpskostnader i Helse Nord. Det er signalisert at Helgelandssykehuset allerede har relativt gode innkjøpsavtaler og dermed ikke har like stort gevinstpotensiale som andre helseforetak. Gevinstpotensialet ved Helgelandssykehuset knyttes i hovedsak til medikamenter via avtaler og estimeres til 10 MNOK pr år. Dette vil kunne øke bæreevnen med ca. 170 MNOK for alle alternativene.

### 3.3.10 IKT/MTU

Kostnader relatert til IKT og MTU vil reduseres ved færre sykehus grunnet mindre dubleret virksomhet og mindre duplisering av utstyrsenheter. Dette vil påvirke bæreevnen positivt. Det er ikke gjennomført konkrete estimater på dette området.

## 3.4 Øvrige forutsetninger

### 3.4.1 Analyseperiode og økonomisk levetid

Analyseperioden starter fra 2021 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. Det er tatt utgangspunkt i en levetid på 27 år. Dette er basert på erfaring fra andre investeringsprosjekter for somatiske sykehusbygg.

### 3.4.2 Kapasitets- og arealbehov

Sykehusbygg har satt opp et foreløpig forslag til arealer i de ulike alternativene. Arealprogrammet er foreløpig ikke kvalitetssikret, og det foreligger dermed en usikkerhet knyttet til endelig arealfordeling. Tabellen under illustrerer oversikt over arealer i de ulike alternativene.

## Areal m2

	Alternativ 0 og 0+	Alternativ 1	Alternativ 2
Sandnessjøen	20 211	26 500	25 211
Mo i Rana	24 347	24 347	24 347
Mosjøen	17 322	2 600	2 600
Mosjøen PHV		6 000	6 000
<b>Totale arealer</b>	<b>61 880</b>	<b>59 447</b>	<b>58 158</b>

Tabell 11: Oversikt over arealer i de ulike alternativene. Arealene inkluderer apotek i Sandnessjøen og Mo i Rana

### 3.4.3 Regnskapsmessig effekt av avhending eiendom

Det er antatt at avhending av bygg skjer året etter fremtidig sykehusstruktur er i drift (dvs. i år 2029). Det er lagt til grunn at balanseverdi tilsvarer estimat for salgsverdi. En betydelig andel av åpningsbalansen er ferdig avskrevet innen dette tidspunktet. Som en forenkling er det antatt at avhending verken gir regnskapsmessig tap eller gevinst.

### 3.4.4 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). Bygg og anleggsmidler er antatt å få reinvesteringsbehov ved syvende driftsår i fremtidig sykehusstruktur (2034). For MTU og maskiner antas reinvesteringsbehovet å slå inn fra fjerde driftsår (2031), mens det for ambulanse med mer antas at reinvesteringer vil være nødvendig fra andre driftsår (2029). For ambulanser med mer er nivået holdt fast i alle år, mens det for bygg og anleggsmidler, samt MTU og maskiner 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 12 viser benyttede estimater for fremtidig reinvesteringsbehov for de ulike 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.

Fremtidige reinvesteringer	Alternativ 0 og 0+	Alternativ 1 og 2
Bygg og anleggsmidler	20	15
MTU og maskiner	40	35
Ambulanse, IKT, driftsløsøre, inventar, annet	4	5
<b>Sum årlige reinvesteringer</b>	<b>64</b>	<b>55</b>

Tabell 12: Estimater for maksimalt årlig reinvesteringsbehov per type og alternativ. Beløp i MNOK

### 3.4.5 Ikke-byggnær IKT

Ikke-byggnær 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 ikke utarbeidet estimater på kostnader tilknyttet ikke-byggnær IKT.

### 3.4.6 Logistikk og forsyningstjenester

Optimale logistikk-løsninger er et viktig virkemiddel for å oppnå målsettingen om driftsøkonomisk gevinst og for å oppnå en mer effektiv funksjonalitet. Forsyningskjedene på et sykehus består blant annet av forbruksvarer, legemidler, sterilt lager, mat, tøy, avfall, utstyr (herunder IKT, MTU, behandlingshjelpemidler), teknisk materiell (vedlikeholdsmateriell, gasser), laboratorieprøver, blod, senger og sengevaske. Det vil være lettere å oppnå besparelser tilknyttet logistikk og forsyningstjenester ved ny sykehusstruktur. Det er ikke gjennomført detaljerte beregninger på dette området i denne omgang.

### 3.4.7 Apotek

Sykehusapotekets hovedfunksjon er å forsyne sykehuset med legemidler, samt apotekutsalg for å betjene pasienter ved utskrivning med legemidler og utstyr, og nødvendig informasjon slik at de kan fortsette sin legemiddelbehandling når de skifter omsorgsnivå. Etablering av sykehusapotek bidrar til helhetlige pasientforløp, kvalitetssikring av legemiddellogistikk og legemiddelhåndtering. Tilberedning av legemidler i sykehusapotek bidrar til økt kvalitet i legemiddelhåndteringen og redusert belastning på sykepleiere. Det vil ved Nye Helgelandssykehuset etableres apotek på hvert sykehus. Sykehusapotek finansieres gjennom utleie og det forutsettes at etablering av sykehusapotek ikke vil påvirke bæreevnen. Byggekostnad for apotek er derfor utelatt fra investeringssummen i de alternativer hvor apotek skal bygges, dvs. alternativ 0+, 1 og 2.

## 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 %
- Inkludere byggelånsrenter: Ja
- Andel lånefinansiering: 80 %
- Andel egenfinansiering: 20 %
- Driftsgevinstene slår inn med full effekt fra første driftsår. Dette fordi en del av effektene kan realiseres før ny sykehusstruktur er klar
- Kapitalkompensasjon: 20 MNOK per milliard per år i nedbetalingstid 25 år
- Inkludere reinvesteringsbehov: 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:

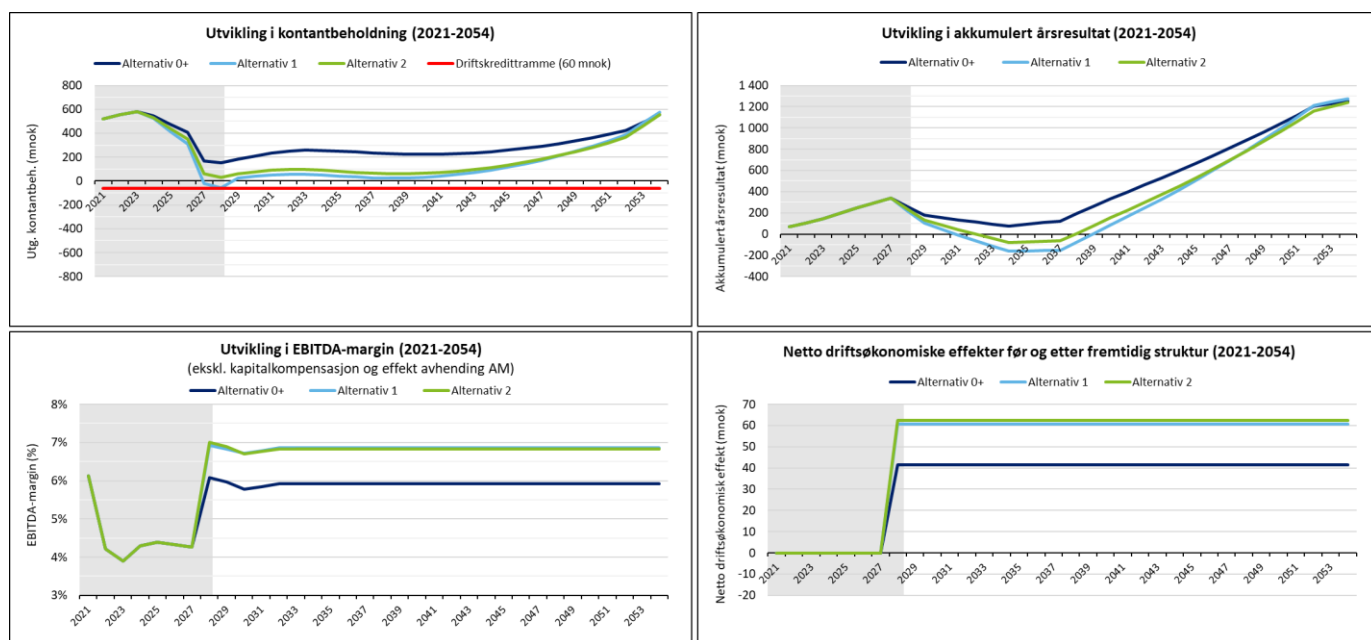
- *Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering*
- *Likviditetsmessig har evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold*
- *Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, 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.

	Alt. 0	Alt. 0+	Alt. 1	Alt. 2
<b>Estimert bæreevne</b>	<b>1 650</b>	<b>2 750</b>	<b>3 700</b>	<b>3 300</b>
Lånefinansiering	1 320	2 200	2 960	2 640
Krav egenfinansiering	330	550	740	660
<b>Sum finansiering</b>	<b>1 650</b>	<b>2 750</b>	<b>3 700</b>	<b>3 300</b>
Byggelånsrenter	58	97	131	117
<b>Andel lånefinansiering</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>	<b>80 %</b>
Andel HOD-lån	70 %	70 %	70 %	70 %
Andel RHF-lån	10 %	10 %	10 %	10 %
<b>Spesifisering av egenfinansiering</b>	<b>581</b>	<b>581</b>	<b>636</b>	<b>581</b>
Sparte midler (UB 31.12.2023)	581	581	581	581
Avhending eiendom	0	0	67	12
Udekket EF før byggestart	0	0	0	0
Netto kjernedriftsgevinster	22	22	52	52
Netto andre driftsgevinster	19,5	19,5	8,8	10,3
<b>Sum årlige driftsgevinster</b>	<b>41,5</b>	<b>41,5</b>	<b>60,8</b>	<b>62,3</b>

Tabell 13: Oppsummering av forutsetninger for byggeprosjekt. Beløp i MNOK

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.