
HSYK 2025

Kommentarer vedrørende Bæreevneanalyser presentert av Deloitte i styremøte 27.3.19

Utarbeidet av



03.04.19

Innledning

I styremøte den 27.03.2019 ble en revidert utgave av bærekraftsanalysen presentert for styret i Helgelandssykehuset (Hsyk). Analysen ble presentert av Deloitte etter oppdrag fra administrasjonen i Hsyk. I forkant av en slik analyse har man visse forventninger om resultat basert på de ulike lokasjonene som er aktuelle. Når disse forventningene ikke blir innfridd, får man ett ønske om å finne ut hvorfor. I bærekraftanalysen er det en presentasjon av tall uten at man beskriver hvordan disse er fremkommet.

Siden tallene ikke er som forventet har vi gått gjennom de ulike områdene i rapporten og kommet med innspill på disse. Når beregningene som ligger til grunn ikke er presentert, mister man muligheten til å analysere tallene og komme med konkrete innspill. Heldigvis kjøres det parallelle prosesser i andre helseforetak som gir mulighet til å foreta noen analyser. Sykehuset innlandet er ca fire ganger større i folkemengde og har åtte institusjoner (6 somatiske og 2 psykiatri/rus). De faller ned på en modell med Ett stort akuttssykehus, plassert geografisk i sentrum (utenfor bysentra) samt to mindre akuttssykehus (Tynset og Gjøvik/Lillehammer/Elverum). Hamar og Gjøvik/Lillehammer/Elverum blir lagt ned. Dette vil si at mange av de momentene i Hsyk er like de man finner i innlandet. Vi vil derfor benytte endel tallmaterieell fra Sykehuset Innlandet. Likedan har det i Hsyk vært gjennomført en utviklingsplan fra 17.10.2014 fra OEC, som gir flere gode momenter om man har ett ønske om å foreta en objektiv prosess.

Overordnede Analyser

Før detaljgjennomgangen vil vi se på en overordnet vurdering av prosjektene Sykehuset innlandet og Hsyk. Fra sykehuset Innlandets rapport om økonomiske analyser finner man følgende overordnede tall :

Tabell 3: Oppsummering av økonomisk bæreevne for de utvalgte alternativene med hhv. helseforetaks- og prosjektperspektiv, og samling eller ikke samling av sentralsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og rus. Beløpene er akkumulert bæreevne inkludert rente på negativ nettolikviditet, gitt 2,4 % lånerente og 27 år økonomisk levetid. Fet skrift angir hovedscenario. Beløp i mill. kroner, avrundinger forekommer

Perspektiv og scenario	0-alt.	1A	1C	2B	2C	3B	3D
Økonomisk bæreevne med helseforetaksperspektiv (med egenfinansiering)							
Bæreevne gitt samling sentralsykehusfunksjoner psyk. og rus	–	6 990	5 580	4 610	3 520	3 660	2 300
Bæreevne uten samling sentralsykehusfunksjoner psyk. og rus	1 480	6 430	5 110	3 380	2 120	2 230	710
Økonomisk bæreevne med prosjektperspektiv (uten egenfinansiering)							
Bæreevne gitt samling sentralsykehusfunksjoner psyk. og rus	–	1 210	-210	-400	-2 710	-1 510	-4 260
Bæreevne uten samling sentralsykehusfunksjoner psyk. og rus	-4 060	890	-360	-2 070	-4 390	-3 380	-5 930

Note: Bæreevne for hovedscenario er vist med fet skrift, og er identisk med bæreevnen i tabell 2.

(Økonomiske analyser av Sykehuset Innlandets idfase, 04.11.2016. Side 7)

I denne tabellen representerer alternativ 1A (Moelv), det samme som alternativ 2a(3), f.eks Holandsvika. De andre modellene er avarter av 2 og 3 akuttsykehus, med bruk av eksisterende bygningsmasse. Oversikt er tatt inn som vedlegg bakerst i notatet.

Dette er utdrag fra samme rapport fra Hsyk.

Alt.	Vurdering av finansieringsevne			Vurdering av bæreevne		
	(1) Egen-finansierings-krav	(2) Estimert finansierings-evne	(2)-(1) Rest. finansierings-evne*	(3) Estimert investerings-kostnad	(4) Estimert bæreevne	(4)-(3) Resterende bæreevne*
0-alt.	145	460	315	730	2 200	1 470
2a (1)	315	470	155	1 585	3 200	1 615
2a (2)**	410 / 720	480 / 515	70 / -205	2 055 / 3 595	3 200	1 145 / -395
2a (3)	710	535	-175	3 560	3 200	-360
2b-1 (1)	210	470	260	1 050	2 700	1 650
2b-1 (2)**	285 / 595	480 / 515	195 / -80	1 420 / 2 980	2 700	1 280 / -280
2b-1 (3)	590	535	-55	2 945	2 700	-245
2b-1 (4)	415	530	115	2 065	2 700	635

(Presentasjon Deloitte styremøte Helgelandssykehuset 27.3.19. Side 47.)

Modell 2b-1 er avarter av 2 sykehusmodellen, mens 2a er ettsykehusmodellen. Det er kolonne resterende bæreevne som kan sammenstilles med tallene fra Innlandet.

Det tallene viser er følgende:

- I innlandet har ett nytt sykehusbygg på jomfruelig mark en bæreevne på 6 990 millioner (med egenfinansiering), mens det for Hsyk har minus 360 millioner, ett avvik på kr 7 350 millioner.

- Alternativet på Mo gir en bæreevne i Hsyk på 1 615 millioner, mens tilsvarende tall Innlandet (med egenfinansiering) gir verdier på 2 230-3 520, ett avvik på opptil 1.905 millioner. Med tilsvarende menes gjenbruk av gamle lokasjoner.

Det er åpenbart at man ikke har benyttet lik metodikk, eller forutsetninger i modellene. Ettsykehusmodellen er mellom 2-3 ganger mer bærekraftig i Innlandet enn de andre modellene, selv om man bygger nytt. I Hsyk er ett nytt sykehus ikke bærekraftig i det hele tatt og kommer ut med negative verdier.

Problemstillingen ved bygging av ett nytt sykehus i Innlandet og Hsyk identisk. Likevel kommer man ut med helt ulike resultat, som kun kan skyldes de økonomiske faktorene og forutsetningene man benytter i modellene. Bygging av ett stort sykehus i Innlandet, med en investering på 8,65 milliarder (Styrevedtak helse sørøst –jan2019), tilsvarer bygging av ett sykehus på Helgeland med ei ramme på 3,5 milliarder. Strukturen med gamle sykehus er lik, slik at med god grunn kan forvente tilsvarende forhold mellom tallene i de ulike rapportene. Dette er som man ser av tabellene ikke tilfellet.

Gjennomgang av de ulike delene av rapporten.

Utgangspunktet for videre gjennomgang er analysens egen fordeling. Vi vil forsøke å komme med sammenstillinger som er relevante til hvert enkelt punkt.

Oppdaterte estimater netto driftsgevinster – oppsummering per alternativ

Område	0-alt. Dagens struktur	Alternativ 2a			Alternativ 2b-1			
		SA: MiR DMS: SSJ, MSJ, BrS	SA: SSJ* DMS: MSJ, MiR, BrS	SA: «Aksen» DMS: MiR, BrS	SA: MiR. A: SSJ DMS: MSJ, BrS	SA: SSJ* A: MiR DMS: MSJ, BrS	SA: «Aksen» A: MiR DMS: BrS	SA: MiR A: «Aksen» DMS: BrS
Somatikk	20	75	75	75	45	45	45	45
PHV og rus	0	4	4	4	4	4	4	4
FDV-kostnader	0	11	11	16	10	10	15	15
Prehosp. og pasient-transport	0	-21	-21	-21	-14	-14	-14	-14
Hjemhenting gjestepasienter	+	+	+	+	+	+	+	+
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+	+	+	+	+
Netto driftsgevinster	20	69	69	74	45	45	50	50
Kapital-kompensasjon	15	32	41 / 70	70	21	28 / 60	59	41
DMS Brønnøysund**	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultat dagens drift	20	20	20	20	20	20	20	20

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

*) Dersom fremtidig arealbehov blir større enn plass ved dagens tomt i SSJ antas ny tomt og fullstendig nybygg. Ved ulikt estimat er tall for dette scenarioet angitt etter skilletegn
**) Effekten for DMS Brønnøysund vist i tabellen er fra og med tiende driftsår. Det vises til styresak 87-2018

(Presentasjon Deloitte styremøte Helgelandssykehuset 27.3.19. Side 41)

Somatikk:

På dette området beskriver analysen driftsgevinster på 75 mill. Dette er inklusive 20. mill. som ligger som forventet resultatkrav, slik at besparelsen på dette området ligger på 55 millioner mellom ett og tre sykehus. Det er foretatt en litt merkelig sammenstilling av DRG-produktivitet mellom Mo og de andre enhetene. Vi har problemer med å forstå relevansen her, da problemstillingen er å fremskaffe tall for effektiviseringen av ett helt nytt sykehus, med 2-3 ganger pasientgrunnet på Mo. I denne sammenhengen er historisk DRG poeng for Mo i 2013 helt uten relevans. Uansett kommer man frem til en besparelse på 39 personer, eller 4,3 % på området medisin og kirurgi. Dette vil si at med en besparelse på 39 årsverk, gir dette en verdi pr.årsverk på 1,41 mill. Ett anslag på 1,41 mill pr årsverk kan være greit om dette også hensyntar kostnader knyttet til ytelsepensjon.

I modell 2a (3) er det forutsatt at man bare skal ha DMS i BRS og Mo. Man får altså ett mindre DMS. Dette er ikke hensyntatt i bærekraftsanalysen. Skal man tallfeste dette kan man se på budsjettallene for Alta, som er ett normalt DMS, som kan tilsvare den størrelsen ett nedbygd sykehus får. Alta har ett budsjett på 30.mill. kr, noe som kan brukes på ett fornuftig anslag i denne analysen.

I utviklingsplanen for Helgelandssykehuset fra 2014 er denne problemstillingen analysert ordentlig, ned til vaktplaner og bemanningskrav. På side 131 finner man forskjellene på deler av aktiviteten, som er sensitiv for i forhold til valg av modell. Av denne kommer det frem følgende tabeller, som viser presisjonsnivået på rapporten :

Alternativ 1 2025	Årsverk	Alternativ 3 2025	Årsverk
Stillingegruppe		Stillingegruppe	
Overleger	111,0	Overleger	84,0
Leger i spesialisering	36,0	Leger i spesialisering	36,0
Turnusleger	26,0	Turnusleger	20,0
Spesialsykepleiere/Jordmor	151,0	Spesialsykepleiere/Jordmor	105,0
Sykepleier	113,0	Sykepleier	113,0
Helsetfagarbeider	42,0	Helsetfagarbeider	39,0
Biingeniør	39,0	Biingeniør	31,0
Radiograf	31,0	Radiograf	29,0
Total	553,0	Total	459,0

(Helgelandssykehusets utviklingsplan 2014. Side 131)

Alternativ 1 er fremskriving av nåværende modell, mens alternativ 3 er ettsykehusmodellen. Denne viser en reduksjon av antall ansatte på 94 årsverk, utelukkende ved valg av ettsykehusmodell. Dette gjelder kun utvalgte deler av sykehusdriften. Ser man på konklusjonene i rapporten, beskrives en reduksjon på hele 110 årsverk. Dette til tross for at man beregner en pasientvekst på 19 %. Dette fremkommer i tabellen under.

Tabell 16: Bemanningsutviklingen for de tre alternativene

Bemanning 2012 & 2025	Leger	Øvrige	I alt	Bemannings- endring i %	Pasient- vekst i %
2012	132	888	1 020		
Alternativ 1, 2025	177	924	1 101	8%	14%
Alternativ 2, 2025	172	930	1 102	8%	19%
Alternativ 3, 2025	142	849	991	-3%	19%

Tabellen viser at alternativ 3 er det mest bemanningseffektive alternativet, idet det er en bemanningsreduksjon på 3 % til å vareta en pasientvekst på 19 %.

(Helgelandssykehusets utviklingsplan 2014. Side 34)

På side 33 i Utviklingsplanen beskrives en ikke tallfestet økning utover dette, som også bør hensyntas. Her står følgende:

«Bemanningsreduksjonen i alternativ 3 kan være større, i det det ikke er beregnet effekt av sentralisering av renhold, teknisk/medisin-teknisk-service, merkantile funksjoner etc.»

Om man likevel er forsiktig og holder disse utenom bør derfor det korrekte tallet for besparelsene på punktet Somatikk ikke være 50 mill, men 110 årsverk * 1,41 mill = 155,1 mill. Da benytter vi kr/årsverk lik det som er i rapporten fra Deloitte. Tar man hensyn til andre ansatte blir dette tallet noe høyere. Dette burde også vært hensyntatt i bærekraftsanalysen. Vi mener derfor at punktet Somatikk i tabellen bør endres fra 75 til 205 mill p.a. (155 + 20+30) Somatikk+ effektivisering+dms, for modell 2a(3).

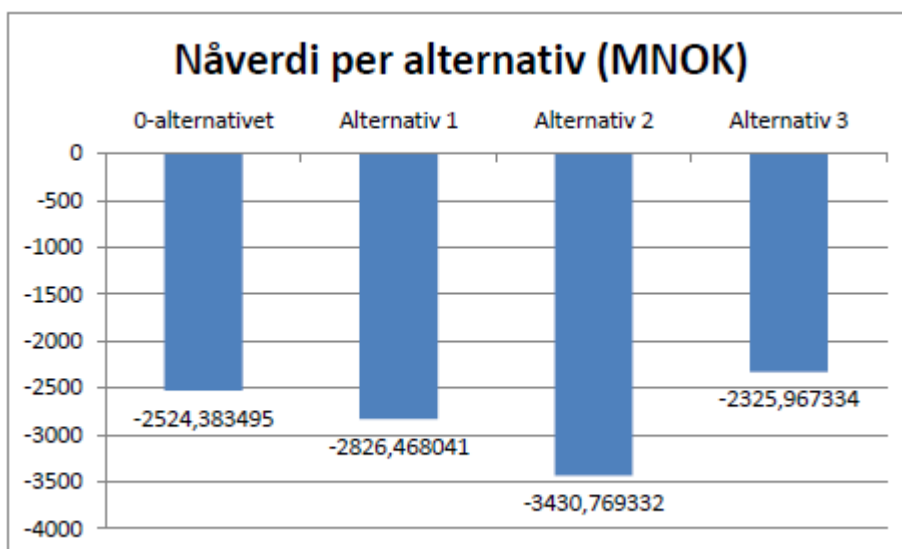
PHV og Rus:

Disse tallene er i rapporten anslått til 4 mill. Da denne delen av rapporten er av begrenset betydning mht bærekraft, blir det ikke foretatt noe arbeid her.

FDV-Kostnader

I bærekraftanalysen er det foretatt justeringer i forhold til tidligere rapport, ved at gevinsten i forhold til tidligere rapporter er justert opp noe. Gevinstene i forhold til 0-alternativet ligger i størrelsesorden 10-16 mill. Det som virker påfallende her er at drift og vedlikeholdsgevinsten virker tilnærmet lik på ett nytt sykehus, kontra 2-3 gamle sykehus. Metodikken i analysen gir ett nytt sykehus 5 mill i besparelse i forhold SSJ og Mo, men dette skyldes utelukkende mindre arealer. Det faktum at man får ett nytt bygg, kontra ett gammelt er ikke hensyntatt, siden FDV satsen er lik i de ulike alternativene. Dette er en forutsetning som må være urimelig.

Ser man i utviklingsplanen til Hsyk fra 2014 er ikke dette situasjonen. På side 5, under punktet FDVU kostnader, finner man denne tabellen hvor ett nytt sykehus er alternativ 3:



Figur 2: Nåverdier i millioner kroner per alternativ.

(Helgelandssykehusets utviklingsplan 2014. Side 5)

Av denne tabellen kan man se at å «flikke» på gamle sykehus er betydelig mindre lønnsomt enn å bygge nytt. Siden de økonomiske faktorene som omhandler nåverdiene ikke er opplyst om, er det ikke mulig å bryte denne tabellen ned til årsverdier. Det man derimot kan si er at forskjellen mellom de ulike alternativene, burde vært betydelig større.

Dette bekreftes av sammendraget som omhandler alternativ tre, hvor det følger at :

«I alternativ 3 (Nytt Helgelandssykehus) bygges ett nytt samlet sykehus på Helgeland med faglig samling og helhetlige pasientforløp på ett sted. Alternativet er sannsynligvis det alternativet som har de beste forutsetninger for lykkes med å sikre et stabilt og rekrutterende fagmiljø i fremtiden. Alternativet gjennomføres uten å forstyrre eksisterende drift i byggeperioden. Man kan på enkleste og billigste måte tilpasse det nye bygget til dagens tekniske og miljømessige krav – og man bygger optimalt for moderne og fremtidig sykehusdrift. Krav til samhandling med kommunene vil også måtte etableres i dette alternativet. Alternativet er gunstig driftsmessig og noe rimeligere

investeringskostnad enn alternativ 2. Dette alternativet gir den beste forvaltningen av helseressursene og svarer best opp mot resultatmålet for sykehusutvikling. Lønnskostnader er lavere enn for alternativ 1, med behov for færre stillinger. Totaløkonomisk er dette alternativet det gunstigste og har sammen med alternativ 2 best bærekraft.»

Bærekraftanalysen er også på dette punktet overfladisk, og har ikke tatt inn over seg at det er betydelige forskjeller i å drifte ett nytt bygg kontra ett eller flere gamle.

Siden vi ikke har grunnlag for å fastsette ett beløp, velger vi å unnlate dette. Det er likevel åpenbart at dette bør inn i rapporten, siden man vil ha gevinster ved å bygge nytt på forvaltning, drift og vedlikehold. (FDV).

Prehosp. og pasient transport

Dette punktet må være det som er dårligst bearbeidet av samtlige i bærekraftsanalysen, og samtidig det som skiller alternativene mest. En stor svakhet i arbeidet til Deloitte er at det finnes mange analyser på området som kunne vært brukt. Det eneste momentet analysen hensyntar er antallet ambulanser som trengs ved de ulike alternativene. Dette utgjør bare en bagatellmessig side av problemstillingen. Når denne til alt overmål er gal, så blir ikke situasjonen noe særlig bedre. Rapporten gir 21. mill i økte kostnader på alle alternativene i ettsykehusmodellen uavhengig av lokalisering. Alle kostnadene er knyttet til ambulansedrift.

Prehospitale tjenester ved Hsyk har laget denne tabellen over ambulansebehov ved ulike lokaliteter. Denne viser følgende tall.

4.6.2 Forskjeller i behov for beredskap

I tabell 19 er behov for ambulanser i de forskjellige alternativene forsøkt anslått. Anslagene er basert på skjønn og relatert til beregnede avstander og antallet pasienter som transporteres på de forskjellige strekningene. Behovet for båt vil ikke endres ved ny sykehusstruktur.

Alt. lokalisering	Amb SSJ	Amb MiR	Amb MSJ	Amb BNN	Sum
Dagens	3	4	3	4	14
Rana	4	4	4	6	18
Rana/Namsos	4	4	4	6	18
Hemnes	4	4	4	6	18
Alstahaug	3	6	4	4	17
Vefsn	3	5	3	5	16
Leirfjord	3	6	4	4	17

Tabell 19 Ambulansebehov ved forskjellige lokaliseringer av stort akutt sykehus. Amb SSJ/MiR/MSJ/BNN angir de fire ambulansesoneene på Helgeland. Antall ambulanser oppført under alternativet «Dagens» er i henhold til ny ambulanseplan.

Tabellen viser hvilket behov det vil være for ambulanserbiler dersom sykehusstrukturen endres. Alle modeller vil gi en økning i behovet for ambulanserbiler, men den minst gunstige vil kreve to biler mer enn den gunstigste modellen. Driftsutgifter til en ambulanse i døgnerberedskap med vakt på vaktrom er ca. 7 mill årlig.

(Paisenttransport på Helgeland-akutte transporter og planlagte reiser. Enhet for prehospitale tjenester på Helgelandssykehuset 01.06.18. Side 36)

Dette tilsier at korrekte årstall mot 0-alternativet, om man kun ser på ambulansedrift blir -14 mill for Vefsn (aksen), -21 mill for SSj og -28 mill for MIR. Dette er en klar favorisering av MSJ/Holandsvika. Dette er ikke hensyntatt i rapporten og viser nok engang at rapporten ikke er objektiv.

Dette er likevel bare en liten del av problemstillingen. Transportkostnadene til sykehuset består av mye mer enn ambulansedrift.

I dokumentet fra Helgelandssykehuset «Pasienttransport på Helgeland, - akutte transporter og planlagte reiser av 1.06.2018» omtaler 3 tidligere rapporter som omhandler spørsmål om lokalisering av sykehus på Helgeland. Fra denne rapporten hentes følgende:

2.3.2 Optimal lokalisering av hovedsykehuset på Helgeland. Masteroppgave, UiN. 1997
Oppgaven analyserer forskjeller i kostnader knyttet til alle typer pasienttransport, basert på transportøkonomiske metoder. Forfatterne påviser store forskjeller for de tre alternativene Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana og konkluderer med at Mosjøen på pasienttransport kan være 30-40 % billigere enn de andre alternativene.

2.3.3 Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord. Helse Nord, 2003

Rapporten fokuserer spesielt på samordning av de kirurgiske tjenestene i landsdelen. Den konkluderer for Helgeland med at Mosjøen er best egnet dersom kirurgien på Helgeland skal samles på ett sted: «Dersom man ønsker én institusjon med akuttberedskap er Vefsn den mest sentrale dersom man kun legger demografiske forhold og transportavstander til grunn, Sandnessjøen nest best og Rana den minst gunstige plasseringen.»

Masteroppgaven fra UiN viste at syketransportkostnaden ved å velge Mo foran Mosjøen ga en merkostnad på opptil 91 millioner i 1997, eller 30 – 40 % mer avhengig av hvilket alternativ som ble valgt. Om man KPI justerer dette til 2018 tall får man 141,1 mill kr.pr år. Dette er ikke medtatt i bærekraftsanalysen og er meget viktig for å skille alternativene fra hverandre. SSJ kommer omtrent midt i mellom MIR og MSJ og vil få en økning i kostnadene med på ca 70.mill I forhold til MSJ. Setter man MSJ = 0 vil en korrekt merkostnad ved de ulike lokasjonene inkl ambulansedrift til dette :

Lokasjon	Ambulanse	Gjestepasient	SUM	Bærekraftanalyse
MIR	-28	-141	-169	-21
SSJ	-21	-70	-91	-21
MSJ	-14	0	-14	-21

Tallene fra UiN må selvfølgelig kvalitetssikres, men dette gir ett betydelig bedre bilde over hva de ulike alternativene koster og hvor gal bærekraftsanalysen er. For ordens skyld må vi opplyse at dette er årstall.

Hjemhenting pasienter / Akuttpsykiatrisk tilbud

Disse punktene slås sammen siden bærekraftsanalysen ikke har tallfestet disse. Hjemhenting av pasienter kan være komplisert å verdsette. Hsyk har likevel i utviklingsplanen foretatt en del vurderinger rundt problemstillingen.

Tabell 6: Gjestepasienter - potensiale for tilbakeføring av pasienter

Hoveddiagnosegruppe	Potensial for hjemtaking i	Potensial for hjemtaking			
		Døgnopphold	Liggedager	Poliklinikk	Dag
Sykdom i nervesystem	15%	57	257	1	5
Øyesykdom	40%	28	78	566	73
Øre/nese/halssykdommer	40%	75	212	915	39
Sykdom i åndedrettsorgan	70%	137	762	915	16
Sykdom i sirkulasjonsorgan	70%	442	2 101	308	220
Sykdom i fordøyelsesorgan	70%	173	1 042	325	43
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	70%	62	270	525	0
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	90%	430	1 963	135	130
Sykdom i hud og underhud	50%			1 127	
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	0%	0	0	0	0
Nyre- og urinveissykdom	15%	31	120	114	17
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	15%	11	58	59	4
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	70%	52	243	1 093	43
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	70%	97	629	438	5
Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden	0%	0	0	0	0
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	0%	0	0	0	0
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulst	0%	0	0	0	0
Infeksiøse og parasittære sykdommer	0%	0	0	0	0
Psykiske lidelser og rusproblemer	0%	0	0	0	0
Skade, forgiftning etc.	0%	0	0	0	0
Forbrenninger	0%	0	0	0	0
Faktorer som påvirker helsetilst - annen kontakt	0%	0	0	0	0
Signifikant multitraume	0%	0	0	0	0
Sykdommer i bryst	0%	0	0	0	0
Utenom hoveddiagnosegruppene	0%	0	0	0	0
Totalt		1 595	7 734	6 520	594
Senger 85 %			25		

(Helgelandsykehusets utviklingsplan 2014. Side 27)

Utviklingsplanen er tydelig på at potensiale for hvor stor andel som kan behandles varierer med modell. Dette vil si at ett felles sykehus vil i betydelig større grad øke volumet på pasientbehandlinger, enn 0-alternativet. Dette bør derfor inn som ett moment i analysen. Likedan bør akuttpsykiatriisk tilbud inn. Her skisseres det en positiv effekt uten å tallfeste dette

Konklusjon.

I presentasjonen fra Deloitte på side 43, blir styret oppfordret om å stenge døren for alternativer «som ikke er liv laga» og henviser til tidligfaseveilederen. Administrasjonen har utelukket alternativer og laget modeller som er så lite transparente at de ikke kan etterprøves.

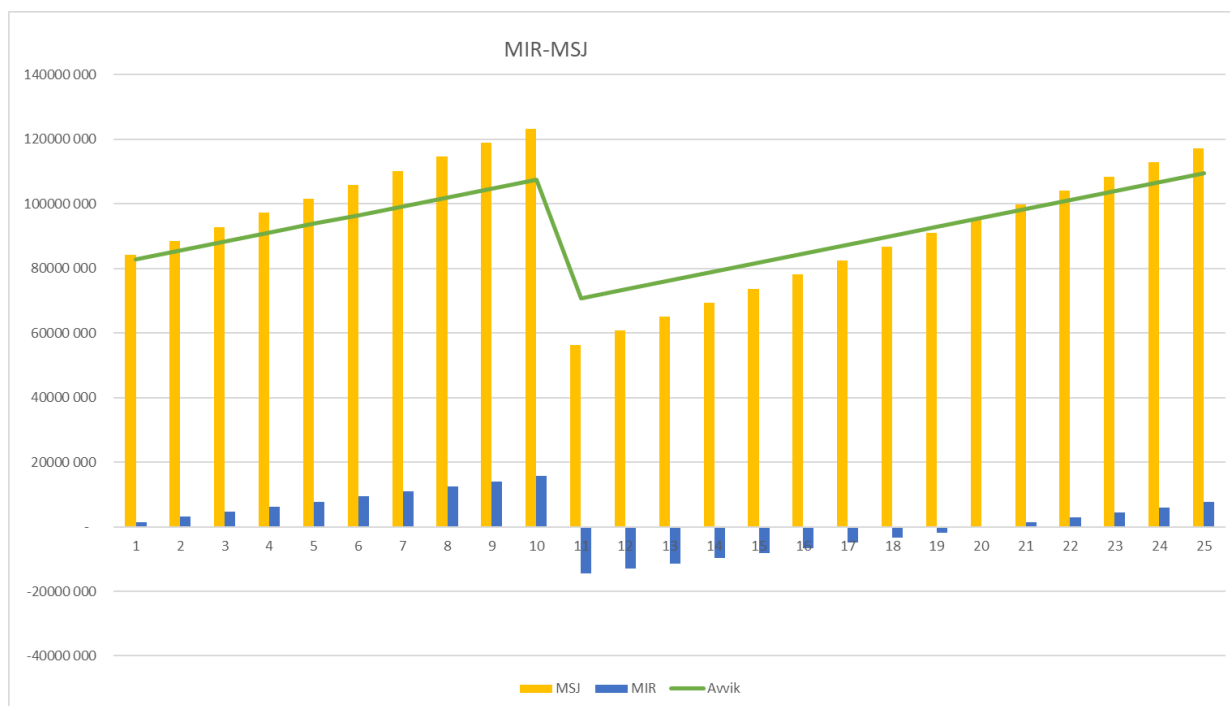
Man har gjennom bruk av analyser forsøkt å utelukke alternativer for sykehusdrift som ved Kalnes, Hjelset og Moelv er vedtatt, siden de samme alternativene har vist at dette er mest lønnsomt og pasientvennlig. Alle disse etableringene erstatter gamle enheter og det er ikke noe som skulle tilsi at den samme logikken skulle gjelde for Helgeland. Gjennom denne analysen av bærekraftanalysen presentert i styremøtet 27.3.19 av Deloitte viser vi at tallgrunnlaget er gitt for å gi et ønsket resultat.

Grafer/tabeller

Forutsetninger

Tekst	MSJ	MIR
Rentesats	3,500 %	3,50 %
Nedbetaling	25	25
10 års fastrente HSYK egenfinansiering (20 %)	460 000 000	460 000 000
Lån RHF (10 %)	253 000 000	-
Lån Helsedep. (70 %)	2 847 000 000	1 125 000 000
Avdrag p.a.	124 000 000	45 000 000
Salgsinntekt eiendommer (2014)	-	-
Kostnadsramme bygg (inkl salg bygg)	3 560 000 000	1 585 000 000
Kapitalkompensasjon (2 % p.a. i 10 År)	71 200 000	31 700 000
Somatikk Besparelse p.a.	175 000 000	175 000 000
PHV og Rus, effektivisering p.a	4 000 000	4 000 000
FDV-Kostnader p.a.	16 000 000	11 000 000
Ett mindre DMS (Alta)	30 000 000	-
DMS Brønnøy (Ikke relevant)	-	-
Hjemhenting pasienter ?	-	-
Økt pasienttransport ?	- 14 000 000	- 141 000 000
Andel Tomt/Grunninvestering (12 %)	427 200 000	190 200 000
Nedskrivningstid (År)	35	35
Inflasjon (just.besparelse)	3,00 %	3,00 %

Bærekraft



Kontantstrømmer

Resultat År	MSJ	MIR	Avvik
1	84 191 429	1 473 571	82 717 857
2	88 531 429	3 048 571	85 482 857
3	92 871 429	4 623 571	88 247 857
4	97 211 429	6 198 571	91 012 857
5	101 551 429	7 773 571	93 777 857
6	105 891 429	9 348 571	96 542 857
7	110 231 429	10 923 571	99 307 857
8	114 571 429	12 498 571	102 072 857
9	118 911 429	14 073 571	104 837 857
10	123 251 429	15 648 571	107 602 857
11	56 391 429 -	14 476 429	70 867 857
12	60 731 429 -	12 901 429	73 632 857
13	65 071 429 -	11 326 429	76 397 857
14	69 411 429 -	9 751 429	79 162 857
15	73 751 429 -	8 176 429	81 927 857
16	78 091 429 -	6 601 429	84 692 857
17	82 431 429 -	5 026 429	87 457 857
18	86 771 429 -	3 451 429	90 222 857
19	91 111 429 -	1 876 429	92 987 857
20	95 451 429 -	301 429	95 752 857
21	99 791 429	1 273 571	98 517 857
22	104 131 429	2 848 571	101 282 857
23	108 471 429	4 423 571	104 047 857
24	112 811 429	5 998 571	106 812 857
25	117 151 429	7 573 571	109 577 857
26	211 000 000	9 148 571	201 851 429

Vedlegg

Sykehuset Innlandet HF

Økonomiske analyser av Sykehuset Innlandets idéfase – delrapport til Idéfase fremtidig sykehusstruktur

Tabell 1: Oppsummering av alternativene som er utvalgt for økonomiske analyser

Utredningsmodeller	Stort akuttssykehus med akuttkirurgi	Akuttssykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi	Akuttssykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi	Sykehus uten akuttfunksjoner	Psykisk helsevern og rus sentralsykehusfunksjonene (hovedscenario)
Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1A	Mjøsbrua	SI Tynset*	SI Kongsvinger	LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1C	Mjøsbrua	SI Elverum SI Tynset*	SI Kongsvinger	SI Hamar SI Lillehammer SI Gjøvik LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
Fremtidig modell med to store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 2B	<u>SI Lillehammer</u> SI Elverum SI Kongsvinger	SI Tynset*	SI Gjøvik	SI Hamar LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
Fremtidig modell med to store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 2C	<u>SI Sanderud</u> SI Gjøvik	SI Tynset*	SI Lillehammer SI Kongsvinger	SI Elverum LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
Fremtidig modell med tre store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 3B	<u>SI Gjøvik</u> SI Elverum SI Lillehammer SI Kongsvinger	SI Tynset*		SI Hamar LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
Fremtidig modell med tre store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 3D	<u>SI Sanderud</u> SI Lillehammer SI Gjøvik	SI Tynset*		SI Elverum SI Kongsvinger LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
Nullalternativet	SI Lillehammer SI Gjøvik SI Elverum**** SI Hamar SI Kongsvinger	SI Tynset*		LMS** DPS m. akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud

*) For SI Tynset gjelder presiseringen i Nasjonal helse- og sykehusplan om at sykehuset beholder akuttkirurgi³.

***) Det er i dag to LMS, ett i Nord-Gudbrandsdal og ett i Valdres. Det planlegges i tillegg et LMS i Hadelandsregionen.

****) Det er i dag totalt fem DPS-er, fordelt på 13 geografiske steder.

*****) Elverum står i kolonnen for store akuttssykehus, men har ikke akutt gastrokirurgi.