

Analyse av bæreevne for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

Oppdatering av bæreevneanalyse av
15.6.2016 for SNR

10. november 2017

Rapporten er utarbeidet av EY på vegne av Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal.



Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	3
2	Innledning.....	4
3	Metodikk	5
4	Sentrale forutsetninger.....	6
4.1	Sentrale forutsetninger endret fra rapport av 15.6.2016	6
4.2	Andre sentrale forutsetninger.....	8
5	Driftsøkonomiske konsekvenser	9
5.1	Effekter av sammenslåing – klinisk personell	9
5.2	Driftskostnader i nytt sykehus.....	11
6	Investeringskostnad	13
7	Finansiering	14
8	Økonomisk bæreevne for investeringen.....	17
8.1	Økonomisk bæreevne på prosjektnivå	17
8.2	Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå.....	19
8.3	Kostnadsreducerende tiltak i perioden før og etter innflytting	19
8.4	Analyse av bæreevne etter renter og avdrag	23
8.5	Bæreevne etter renter og avskrivninger	24
8.6	Oppsummering	24
9	Økonomisk bæreevne på regionalt helseforetaksnivå	25
10	Nåverdianalyse.....	28
11	Usikkerhet	28
11.1	Positiv usikkerhet	29
12	Sensitivitetsanalyse.....	31
12.1	Inntektsvekst.....	31
12.2	Marginalkostnadsøkning	32
12.3	Rentenivå	33
12.4	Effektivisering før innflytting i nytt sykehus (2018-2021)	33
12.5	Effektivisering i årene etter innflytting i nytt sykehus (2022-2032)	35
12.6	Effekter av sammenslåing.....	35
12.7	P85 kostnadsnivå	36
12.8	Økte pukkelkostnader.....	37
12.9	Oppsummering	37
13	Scenarioanalyse	38

13.1	Scenario A.....	38
13.2	Scenario B.....	40
13.3	Scenario C.....	41
14	Drøfting	43
14.1	Endring i bæreevne fra rapport av 15.6.2016.....	43
14.2	Foretakets bæreevne for SNR	43
15	Konklusjon.....	45
16	Referanseliste.....	46
17	Vedlegg 1 – Driftsøkonomiske konsekvenser i nytt sykehus.....	47
17.1	Effekter av sammenslåing.....	47
18	Grafer til sensitivitetsanalyse frem til år 2050.....	53
18.1	Graf til kapittel 12.1 Inntektsvekst	53
18.2	Graf til kapittel 12.2 Marginalkostnadsøkning	53
18.3	Graf til kapittel 12.3 Rentenivå	54
18.4	Graf til kapittel 12.4 Effektivisering før innflytting i nytt sykehus (2018-2021)	54
18.5	Graf til kapittel 12.5 Effektivisering i årene etter innflytting i nytt sykehus (2022-2032).....	55
18.6	Graf til kapittel 12.6 Effekter av sammenslåing.....	55
18.7	Graf til kapittel 12.7 P85 kostnadsnivå	56
18.8	Graf til kapittel 12.8 Økte pukkelkostnader.....	56

1 Sammendrag

Denne rapporten er en oppdatering av bæreevnerapporten av dato 15.6.2016 som ble utarbeidet i forbindelse med konseptfasen for utredning av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR). Endrede forutsetninger fra rapport av 15.6.2016 er synliggjort i eget kapittel.

Rapporten oppsummerer analyser av den økonomiske bæreevnen for prosjektet og drøfter i hvilken grad Helse Møre og Romsdal HF (HMR) har likviditet og driftsøkonomi til å realisere prosjektet. Sammen med budsjetter, investeringskalkyler og analyser, danner denne rapporten grunnlaget for det som omhandler økonomisk bæreevne og økonomiske konsekvenser av prosjektet.

Helse Midt-Norge RHF (HMN) og HMR sitt langtidsbudsjett (LTB) er brukt som utgangspunkt for analysen. Tidshorizonten i rapporten kan deles inn i tre faser basert på dette: Den første seksårsperioden i LTB går fra 2018-2023. Den utvidede tidshorizonten i LTB går fra 2024-2033. For å dekke levetiden til SNR er det lagt til en tredje tidsperiode fra 2034-2050. Forutsetningene som er lagt til grunn i denne rapporten er i stor grad basert på føringer og forutsetninger fra HMN og HMR. Det er forutsatt at prosjektet ikke utløser vesentlige endringer i inntektene til HMR.

I konseptfasen ble fire alternativer utredet, i tillegg til 0-alternativet. Rapport av 15.6.2016 tok for seg alternativet med nytt akuttsykehus på Hjelset og distriktmedisinsk senter (DMS) i Kristiansund lokalisert i eksisterende sykehus med hovedombygging av arealet som skal disponeres, og sammenlignet det med 0-alternativet. Det er nå vedtatt at det er dette investeringsalternativet som skal realiseres. 0-alternativet er derfor tatt ut av denne rapporten.

Bæreevneanalysen i denne rapporten viser om prosjektet kan gjennomføres innenfor helseforetakets økonomiske rammer, hensyntatt øvrig drift. Overordnet viser analysene at HMR har bæreevne for SNR, gitt de forutsetningene som er lagt til grunn. Prosjektet har ikke bæreevne isolert sett, det vil si at kostnadene ved prosjektet isolert sett er større enn de gevinstene det genererer. Dette er normalt for denne type investering som gjerne gjennomføres grunnet andre hensyn enn den bæreevnen prosjektet i seg selv genererer. LTB for HMN lagt frem i juni viser at det regionale helseforetaket har bæreevne for prosjektet. Oppdatert analyse fra denne rapporten vil inngå i en ny vurdering av økonomisk bæreevne for Helse Midt-Norge samlet som fremmes for styret i HMN RHF ultimo 2017.

Det er gjennomført sensitivitets- og scenarioanalyser av bæreevnen. Disse viser at bæreevnen for prosjektet er spesielt sensitiv for forutsetningene knyttet til fremtidig inntektsutvikling, samt for budsjetterte kostnadstiltak i helseforetaket som ikke er spesielt knyttet til SNR. Det er avgjørende å oppnå budsjetterte kostnadstiltak i perioden frem til ferdigstilling av sykehuset for at HMR skal sikre ordinær drift og andre investeringsbehov. Realisering av planlagte effektiviseringstiltak i alle helseforetak er en viktig forutsetning for Helse Midt-Norges evne til å bære planlagte investeringer.

HMR var i en anstrengt økonomisk situasjon i juni 2016 da opprinnelig rapport ble utarbeidet. Denne situasjonen har ytterligere forverret seg frem til november 2017. Foretaket har ikke klart å realisere de vedtatte besparelsene som lå til grunn i bæreevneanalysen for årene 2016 og 2017, og bæreevnen for prosjektet er derfor svakere enn den var i 2016. Det er avgjørende for foretakets bæreevne at vedtatt budsjett med hertil vedtatte kostnadskutt og effektiviseringer realiseres. Samtidig er nytt SNR avgjørende for at foretaket skal realisere de besparelsene som er planlagt i tiden etter innflytting.

2 Innledning

Styret for Helse Midt-Norge RHF sluttet seg i sak 89/16 i styremøte 8.12.16 til fremlagte Konseptfase for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), med valg av alternativ 2A i tråd med tilrådning fra et enstemmig styre i Helse Møre og Romsdal HF. Dette konseptvalget innebærer utbygging av felles akuttsykehus på Hjelset og en ombygging av eksisterende sykehus i Kristiansund til et distriktmedisinsk senter (DMS) som også skal inneholde dagkirurgi.

Investeringskostnaden for SNR brukt i denne analysen er 4 256¹ MNOK i januar 2017-kroner på nivå P50². Inkludert utviklingsplan på 205 MNOK er investeringen 4 461 MNOK. Investeringskostnaden er basert på usikkerhetsanalyse datert 12. oktober 2017, prisjustert til januar 2017. Totalt investeringsnivå i gjeldende LTB inkludert utviklingsplan er 4 426 MNOK, 35 MNOK lavere enn i denne rapporten. Endringen skyldes oppdaterte estimater fra prosjektet, hvor også periodiseringen av investeringen er forskjøvet. Innflytting er i siste estimat satt til september 2022.

På regionalt nivå er det tatt høyde for en investeringskostnad tilsvarende 4 900 MNOK³ for P85⁴ inkludert utviklingsplan. Investeringen er i sin helhet finansiert av regionale lånemidler, hvor 70 % er lån fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD) og 30 % er regional likviditet.

Hensikten med å beregne økonomisk bæreevne for SNR er å vurdere hvorvidt prosjektet kan gjennomføres innenfor helseforetakets og det regionale helseforetakets økonomiske rammer. Analysen viser at HMR har bæreevne for å realisere SNR. LTB for HMN i juni 2017 viser at HMN har bæreevne for prosjektet. Det vil si at helseforetaket og det regionale helseforetaket klarer å bære prosjektet innenfor sine økonomiske rammer uten at realiseringen av prosjektet går ut over annen drift og investeringer. Den oppdaterte analysen fra denne rapporten vil inngå i en ny vurdering av økonomisk bæreevne for Helse Midt-Norge som legges frem ultimo 2017. Prosjektet har isolert sett ikke bæreevne, da de økonomiske gevinstene ved prosjektet er lavere enn kostnadene ved det.

Rapporten er bygget opp slik at den, sammen med budsjetter, analyser og investeringskalkyler, samt HMN sine egne bæreevneanalyser for regionen, dekker kravene til utredning og oppstilling av de økonomiske konsekvensene knyttet til prosjektet i konseptfasen. Rapporten bygger på kravene i Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Sykehusbygg HF, 2017). Videre bygger rapporten også på Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg (HOD et al, utkast 2010)⁵, heretter omtalt som veileder for økonomisk bæreevne.

Veileder for økonomisk bæreevne legger vekt på de regnskapsmessige konsekvensene. I denne rapporten synliggjøres også de likviditetsmessige konsekvensene av prosjektet. Begrunnelsen er at det er de økonomiske rammebetingelsene for virksomheten vurdert opp mot kontantstrømmen som prosjektet generer, som avgjør hvorvidt HMR og HMN er i stand til å opprettholde daglig drift og samtidig gjennomføre andre nødvendige investeringer i prosjektets levetid. Analysene er hovedsakelig bygget rundt HMR og HMN sitt LTB, samtaler med nøkkelpersonell i HMR og prosjektorganisasjonen, samt kalkyler og analyser utarbeidet av SNR-prosjektet.

¹ 4 130 MNOK i desember 2015-kroner prisjustert med SSB-indeks for boligblokker til januar 2017-kroner i denne rapporten

² P50 = antatt 50 % sannsynlighet for at kostnaden blir lik eller lavere enn gitt beløp

³ Styresak 52-17 Langtidsplan og –budsjett 2018-2032 HMN

⁴ P85 = antatt 85 % sannsynlighet for at kostnaden blir lik eller lavere enn gitt beløp

⁵ <http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-beregning-av-samlet-økonomisk-konsekvens-av-investeringsprosjekter-i-helsebygg.pdf>

3 Metodikk

Et prosjekt eller et helseforetak har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på finansieringen, uavhengig av finansieringsform. Kort sagt om prosjektet eller foretaket har midler nok til å gjennomføre investeringen.

I analysen av økonomisk bæreevne må det gjøres vurderinger knyttet til om helseforetaket og det regionale helseforetaket på et hvert tidspunkt har likviditet til å betjene renter og avdrag, samt andre kostnader som prosjektet utløser, i tillegg til å håndtere all annen drift og øvrige planlagte investeringer. Det er ikke bare den samlede eller gjennomsnittlige bæreevnen som er relevant, men også bæreevnen per enkelt år i investeringsens levetid. Når økonomiske konsekvenser inntreffer i tid er derfor relevant.

Bæreevne på prosjekt, HF- og RHF-nivå

Den økonomiske bæreevnen dokumenteres på prosjektnivå, helseforetaksnivå og på regionalt helseforetaksnivå fordi prosjektet kan ha forskjellige innvirkninger på enhetene.

På prosjektnivå har prosjektet bæreevne dersom generert fri kontantstrøm over prosjektets levetid er større enn finansieringskostnadene for prosjektet.

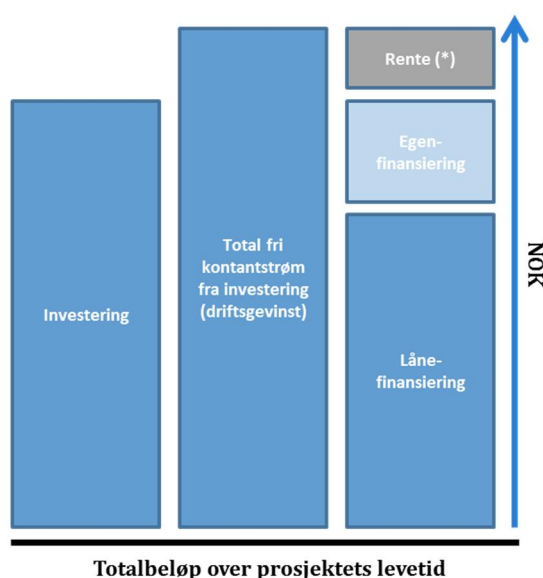
Det er imidlertid ikke nødvendigvis nok at prosjektet isolert sett har bæreevne om det fører til at helseforetaket ikke har nok likvide midler til å håndtere den øvrige driften av foretaket. Det samme argumentet er gjeldende på RHF-nivå: Det regionale helseforetaket har forpliktelser til de øvrige helseforetakene i regionen og for felleseide foretak som også har investeringsbehov som skal dekkes.

Metodikk for å beregne økonomisk bæreevne

Økonomisk bæreevne beregnes for hvert enkelt år og samlet for prosjektets levetid. Prosjektets økonomiske levetid er satt til 27 år. Dette er antatt gjennomsnittlig avskrivningstid for den totale investeringen. Dette inkluderer råbygget, andre bygningsmessige installasjoner med en kortere levetid enn dette, slik som elektriske installasjoner, samt MTU, inventar og lignende. 27 års planhorisont for levetiden er normal praksis fra andre liknende utredninger.

Langtidsbudsjettering

HMN gjennomfører årlig langtidsbudsjettering der foretakene budsjetterer resultat, investeringer, finansiering og kontantstrøm i en periode på seks år frem i tid. Ved store investeringer er budsjettperioden på ytterligere ti år. Langtidsbudsjetteringsprosessen gjennomføres parallelt med analysen av økonomisk bæreevne. Som en del av denne analysen er derfor investeringskostnad og driftsøkonomiske konsekvenser ved SNR-prosjektet tatt inn i HMR sitt langtidsbudsjett, som igjen er



*Rente på lånefinansiering og alternativkostnad på egenfinansiering

Figur 3.1: Sammenhengen mellom investeringskostnad, fri kontantstrøm fra investeringen og finansieringskostnad.

tatt inn i HMN sitt langtidsbudsjett. Dette svarer opp kravet i veileder for økonomisk bæreevne om at «Bæreevnen beskrives for prosjektet spesielt og for foretaket som helhet ved at prosjektet settes inn i det samlede driftsbildet til helseforetaket, hensyntatt den samlede porteføljen av prosjekter som ønskes gjennomført». Prosjektets bæreevne er analysert over hele prosjektets levetid ved å utvide budsjetteringsperioden frem til 2050. Dette dekker prosjektets antatte levetid, som er satt til gjennomsnittlig avskrivningstid for sykehuset tilsvarende 27 år forutsatt ferdigstilling i 2022.

Den første seksårsperioden inneholder årlige budsjetter for resultat, investeringer, finansiering og kontantstrøm. I den påfølgende tiårsperioden gjøres det forutsetninger om forventet aktivitets- og inntektsvekst, med dertil økning i kostnadsnivå. I den siste perioden fra 2034-2050 er tallene fra perioden mellom 2024 og 2033 i stor grad ekstrapolert. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 8.

4 Sentrale forutsetninger

Denne oppdaterte rapporten reflekterer at endelig valg av alternativ er fattet. Oppdaterte investeringsanslag for prosjektet er innarbeidet. I tillegg er oppdatert LTB for HMR lagt til grunn. Relevante analyser fra rapport av 15.6.2016 der forutsetninger ikke er endret er tatt med i denne rapporten for å sikre fullstendighet.

Gjeldende økonomisk langtidsbudsjett for HMR og HMN ligger til grunn for bæreevneanalysen. Sentrale forutsetninger i langtidsbudsjettet er grunnlaget for analysen av bæreevnen. Under beskrives de viktigste forutsetningene som er lagt til grunn, samt sentrale forutsetninger som er endret fra rapporten av 15.6.2016.

4.1 Sentrale forutsetninger endret fra rapport av 15.6.2016

Sentrale forutsetninger og faktorer endret fra rapport av 15.6.2016
Alternativer: I forrige rapport ble fire utbyggingsalternativer i tillegg til 0-alternativet beskrevet. Det er nå besluttet å gå videre med alternativ 2A, og det er derfor kun det vedtatte tiltaksalternativet som er beskrevet i denne rapporten.
Investeringskostnad SNR: Investeringskostnad på nivå P50 i januar 2017-kroner er nå 4 256 MNOK, eksklusive 205 MNOK til utviklingsplan knytte til bygningsmessige tiltak. På foretaksnivå inkluderer investeringskostnaden 205 MNOK til bygningsmessig vedlikehold til andre lokasjoner, omtalt som utviklingsplanen.
Kjøkkenløsning: I denne rapporten er kostnadsbesparelser knyttet til ny kjøkkenløsning for SNR innarbeidet med 5,4 MNOK i årlig besparelse.
LTB: LTB for perioden 2017-2032 er erstattet med LTB for perioden 2018-2033. I nytt LTB har det skjedd en rekke mindre endringer i nivåer for blant annet inntekter, kostnader, renter, investeringer og kontantstrøm. De mest sentrale er spesifikt kommentert i rapporten.
Estimatendringer i 2017: Fra opprinnelig budsjett og styrebehandlet LTB er følgende endringer lagt inn per september 2017: - Per september 2017 ligger HMR resultatmessig bak budsjett. Resultatestimater for 2017 er derfor nedjustert fra -75 MNOK lagt til grunn i LTB, til -111 MNOK som er gjeldende estimat per september 2017. - Investeringsnivået i 2017 er nedjustert med 50 MNOK knyttet til bygg og MTU. Det er ikke lagt til

<p>grunn at investeringer skal tas inn igjen i senere år. Endringen i resultat fra -75 MNOK til -111 MNOK skal tas igjen i 2018, men resultat i 2018 er ikke endret i denne analysen.</p> <p>2017 danner grunnlag for fremskrivning av flere regnskaps- og investeringslinjer i LTB. Justering av resultat og investeringsnivå for 2017 er ikke lagt inn på en slik måte at det endrer fremskrivningen til senere år. På regnskapslinjer det er budsjettert med besparelser fra 2017 til 2018, fører dette isolert sett til en kraftigere reduksjon fra 2017 til 2018 enn budsjettert.</p> <ul style="list-style-type: none">- Driftskredittrammen er økt til 324 MNOK fra 175 MNOK.- Det er lagt inn investeringer på 255 MNOK i perioden 2018-2020 knyttet til skader i fasade ved Ålesund sykehus. Investeringen er i denne analysen forutsatt lånefinansiert fra HMN. Første fase knyttet til reparasjon av fasade (85 MNOK) er styrebehandlet 09.11.2017, og øvrige midler vil bli vurdert i sammenheng med LTB for HMR og HMN.
<p>Vekst basisramme: Anslag for inntektsvekst i basisramme i perioden 2024-2033 er endret fra 1,2 % til 1,0 %.</p>
<p>Inntektsvekst ISF-inntekt og polikliniske inntekter: Anslag for inntektsvekst for ISF og polikliniske inntekter i perioden 2024-2033 er endret fra 1,5 % til 1,2 %.</p>
<p>Prisnivå: Tall er i januar 2017-kroner mot desember 2015-kroner i forrige rapport. Der tallgrunnlaget ikke er oppdatert siden forrige rapport er tallene justert med indeks fra SSB fra lønns- og prisnivå desember 2015 til januar 2017 med følgende indeks:</p> <ul style="list-style-type: none">- Lønnskostnader: SSB - Prisindeks lønn for helse og sosiale tjenester: 103,2 %⁶- Investeringskostnad: SSB - Byggjekostnadsindeks for bustader (bustadblokker): 103,1 %⁷- Andre kostnader: SSB - KPI: 103,4 %⁸
<p>Rentenivå: I forslag til statsbudsjett for 2018 (Prop. 1 S) er det foreslått innført en ny lånemodell for helseforetakene. I denne modellen er renteforutsetningene for nye lån til helseforetakene økt med cirka 1 %-poeng sammenlignet med eksisterende modell. Dette er tatt høyde for.</p>
<p>Besparelser knyttet til tiltak før innflytting: Rapporten av 15.6.2016 la til grunn besparelser knyttet til tiltak i perioden før innflytting, med akkumulerte effekter fra og med 2016. Foretaket har ikke realisert det fulle potensialet i disse besparelsene. Akkumulerte effekter av besparelser som ikke er oppnådd i 2016 er ikke medregnet i foretakets resultat i årene fra og med 2017. Reduksjonen i resultat i 2017 fra -75 MNOK til -112 MNOK er forutsatt tatt igjen i 2018.</p>
<p>Økonomisk bæreevne på regionalt nivå (Helse Midt-Norge RHF): Per november 2017 arbeides det med å beregne økonomiske konsekvenser av flere regionale investeringsprosjekter, herunder SNR og Helseplattformen. Det er på tidspunktet for utarbeidelsen av denne rapporten knyttet usikkerhet til resultatet av disse analysene, og det er derfor ikke utarbeidet egne analyser av den samlede bæreevnen til HMN hensyntatt oppdateringer knyttet til denne rapporten For LTB vedtatt juni 2017 har HMN bæreevne for SNR.</p>
<p>Ferdigstilling av SNR: I forrige rapport og i gjeldende LTB var SNR forutsatt ferdigstilt i 2021. På bakgrunn av endrede estimater fra prosjektet er periodiseringen av investeringskostnadene i denne rapporten endret. Overtagelse og godkjenning av bygget er forventet 30.06.2022 og forventet driftsstart i nytt bygg er planlagt 1.9.2022.</p>

Endring av LTB fra 2016 til 2017

For rapport i 2016 lå LTB for perioden 2017-2032 til grunn, mens det i denne rapporten er tatt

⁶ <https://www.ssb.no/statistikkbanken> - Tabell: 07219: Lønnsindekser, etter næring (SN2007)

⁷ <https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/statistikker/bkibol>

⁸ <https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/statistikker/kpi>

utgangspunkt i LTB for perioden 2018-2033. I oppdatert LTB er det lagt til grunn et lavere kostnadsnivå enn i forrige LTB. Dette gjør utslag på bæreevnen. Resultatet for 2032 ble i LTB 2017-2032 estimert til 758 MNOK, mens det i LTB for 2018-2033 er estimert til 845 MNOK. Endringen er på 87 MNOK. Ved fremskrivning av budsjett frem til år 2050 får dette utslag for bæreevnen.

4.2 Andre sentrale forutsetninger

Investeringsnivå

SNR er i HMR sitt langtidsbudsjett for 2018-2033 budsjettet med en total investering i perioden 2017-2022 på 4 426 MNOK januar 2017-kroner for P50⁹. På regionalt nivå er det tatt høyde for en investeringskostnad tilsvarende 4 900 MNOK for P85¹⁰. Investeringsrammen til SNR inkluderer 205 MNOK til utviklingsplan knyttet til bygningsmessige tiltak. Investeringskostnaden som er brukt i denne rapporten er basert på usikkerhetsanalyse datert 12. oktober 2017, prisjustert til 2017, med en total investering på om lag 4 461 MNOK for P50 inkludert utviklingsplanen.

Inntekts- og aktivitetsnivå

Det er lagt til grunn at SNR ikke vil føre til endringer i inntektsnivået eller aktivitetsnivået til HMR. Sykehuset skal ivareta de samme funksjonene og ha ansvaret for det samme befolkningsgrunnlaget som Molde og Kristiansund sykehus har i dag. Eventuelle endringer i randsonen mot Trøndelag er forutsatt uendret. Tall fra 2014-2015 viser små endringer i pasientflyten målt i DRG-poeng. Framskrivninger i LTB på inntekt- og aktivitetsnivå påvirkes derfor ikke av prosjektet.

LTB strekker seg frem til 2033, mens analysen av bæreevne går frem til 2050. Forutsetninger knyttet til aktivitets- og inntektsvekst i perioden etter 2033 vil være usikre. På bakgrunn av dette er det i perioden etter 2033 antatt nullvekst på inntekts- og kostnadssiden for HMR. Formålet med dette er å unngå at usikkerhet knyttet til disse forutsetningene skal gi store utslag på analysen.

Finansiering

Prosjektet er planlagt finansiert med 70 % lån fra HOD og 30 % egenkapital fra HMN. HMR låner 100 % av investeringskostnaden fra HMN. Finansiering er nærmere beskrevet i kapittel 7.

Alternativet

Det besluttede alternativet inkluderer bygging av ett nytt felles akutt sykehus på Hjelset og opprettelse av et distriktmedisinsk senter i Kristiansund inkludert dagkirurgi. Det distriktmedisinske senteret skal etableres i eksisterende lokaler for Kristiansund sykehus.

Nytt akuttsjukehus på Hjelset og distriktmedisinsk senter i Kristiansund		
Estimatets nøkkeltall	Desember 2015-kroner	Prisjustert til januar 2017-kroner
P50	4 130	4 256
Forventningsverdi	4 136	4 263
P85	4 533	4 672
Standardavvik	380 (9,2 %)	391 (9,2%)

Tabell 4.1: Venstre kolonne viser investeringskostnad hentet fra usikkerhetsanalysen datert 12. oktober 2017 i desember 2015-kroner. Tallene i kolonnen til høyre er prisjustert med SSB sin

⁹ P50 = antatt 50 % sannsynlighet for at kostnaden blir lik eller lavere enn gitt beløp

¹⁰ P85 = antatt 85 % sannsynlighet for at kostnaden blir lik eller lavere enn gitt beløp

prisindeks for byggekostnader (bustadblokker) med indeks 103,1 fra desember 2015 til januar 2017 (<https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/statistikker/bkibol>).

I bæreevneanalysen er estimatet for P50 lagt til grunn. Det er i bæreevneanalysen lagt til 10 MNOK i flyttekostnader, så total investeringskostnad er 4 266 MNOK. Alle tall i tabellen er eksklusive byggelånsrenter.

Gjennomføring av tiltak før innflytting

Det er for bæreevneanalysen lagt til grunn at foretaket realiserer de tiltakene og besparelsene som er vedtatt i perioden frem til innflytting, herunder ekstra tiltak vedtatt høsten 2017.

Pensjon

I 2018 vil deler av pensjonspremien for HMR bli betalt gjennom bruk av opparbeidede premiefond. Det kan bli likviditetsmessige konsekvenser for HMR knyttet til håndteringen av pensjon, men i bæreevneanalysen er det ikke innarbeidet slike da størrelsen og retningen av dette ikke er kjent. Det er forutsatt at effekter knyttet til pensjon ikke får konsekvenser for den totale bæreevnen for SNR.

5 Driftsøkonomiske konsekvenser

I dette kapitlet omtales endringer i bemanning som er spesifikt knyttet opp mot SNR-prosjektet og som er avhengig av sammenslåing av virksomhet i nytt sykehus for å realiseres.

I analysen av økonomisk bæreevne er det valgt en konservativ tilnærming til inkludering av effektiviseringseffekter knyttet til nytt sykehus. Sykehuset planlegges med nye teknologiske løsninger som vil ha en positiv økonomisk effekt. Disse effektene er ikke tatt med i de økonomiske beregningene da størrelsene på det nåværende tidspunkt er ukjente. Av samme årsak er det heller ikke kvantifisert effekter av å drifte i et nytt og mer moderne bygg.

Effekter som ikke er tatt med i den følgende analysen er blant annet effekter knyttet til implementering av Helseplattformen, mer effektive behandlingsformer og teknologisk utvikling, og planlagt ny logistikk-løsning. Dette er effekter som vil være mulig å realisere, og som representerer et positivt potensiale for prosjektet og foretaket. Disse effektene er beskrevet i kapittel 11.

Forutsetninger for øvrig knyttet til utvikling i lønnskostnader og effektiviseringstiltak på helseforetaksnivå er beskrevet i kapittel 8.2.

5.1 Effekter av sammenslåing – klinisk personell

Analyse for sammenslåingsgevinster knyttet til bemanning for klinisk personell ble utført våren 2016, og eventuelle endringer i forutsetninger knyttet til eksempelvis antall og kategori ansatte i de ulike avdelingene, lønnsnivå og lignende er ikke oppdatert i 2017. I bæreevneanalysen er tallgrunlaget inflasjonsjustert. Det opprinnelige delkapitlet knyttet til analysen er lagt som vedlegg i denne oppdaterte rapporten, mens hovedfunnene er gjengitt under.

Beregningene er basert på samtaler med klinikkene og sammenstilling av stillingsplaner for de områdene som har vaktordninger og minimumsbemanning knyttet til beredskap. Det er ikke beregnet sammenslåingsgevinster for områder og seksjoner der det ikke er drift ved begge sykehus i dag.

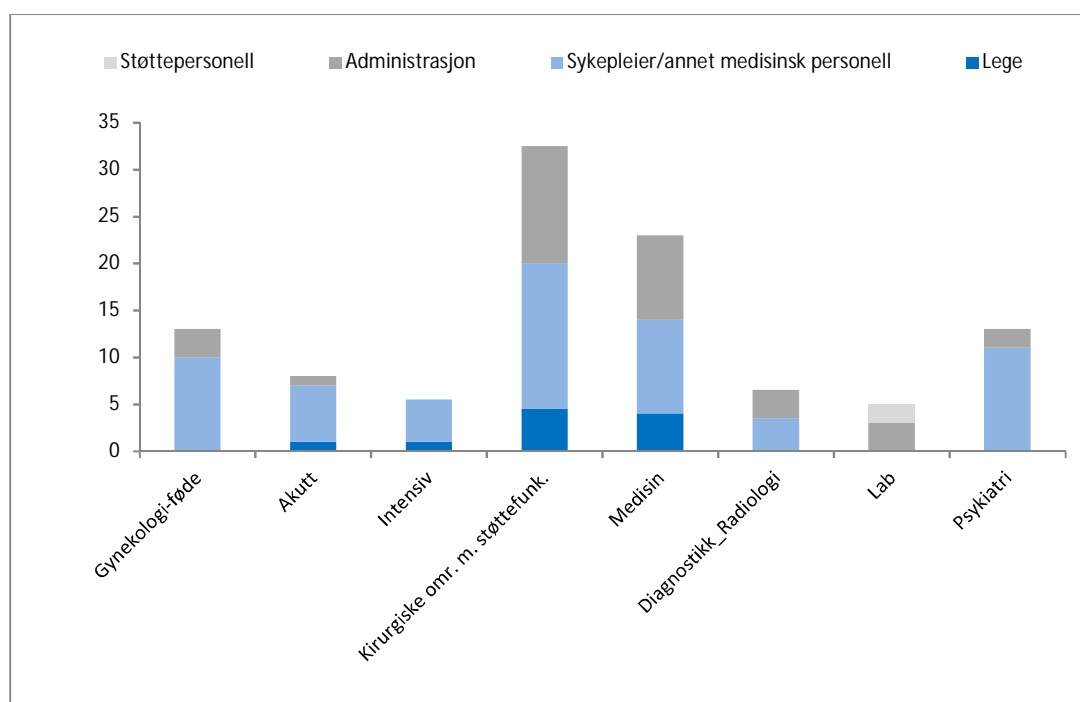
Tilnærmingen er forenklet fordi løsninger og organisering for SNR ikke er endelig satt. Analysene er tilpasset tilgjengelig informasjon og detaljnivået på analyser og planer som foreligger. Etter hvert som mer konkrete planløsninger og driftskonsepter besluttes vil analysene kunne detaljeres ytterligere. Analysene som ligger til grunn gir likevel et godt bilde av besparingspotensialet ut i fra forutsetningene som lå til grunn i konseptfasen.

Bemanningskostnader knyttet til området drift og eiendom er ikke inkludert under områdene som er analysert over fordi de er dekket av vurderinger knyttet til utvikling i FDVU-kostnader, se kapittel 5.2.

Sammenslåingsgevinster er beregnet og knyttet til årsverk basert på stillingsplaner for hvert område som er analysert. Antall årsverk redusert ved sammenslåing er deretter multiplisert med gjennomsnittlig årslønn for denne stillingen. Videre er tillegg i lønn inkludert basert på gjennomsnittlig bruk av overtid og andre tillegg for området. Det er deretter beregnet 40 % sosiale kostnader.

I opprinnelig analyse ble det ikke skilt mellom tiltaksalternativene i denne analysen. Modell for drift av eventuell dagkirurgi i Kristiansund var ikke endelig avklart på tidspunktet for analysen, men skissert modell tilsa ikke økt beredskap totalt sett. Eventuelle bemanningsmessige forskjeller mellom alternativene ble vurdert som små og det ble derfor ikke skilt på dem i den følgende analysen. Det er i 2017 ikke gjort nye vurderinger av dette.

Grafen under viser den beregnede reduksjonen i antall årsverk per område fordelt på stillingstypene listet over. Vi ser at det er kirurgiske områder med støttefunksjoner og medisin som har størst reduksjon i stillinger. Av stillingstyper er det sykepleier/annet medisinsk personell og administrasjon som har størst reduksjon.



Figur 5.1: Grafen viser beregnet reduksjon i årsverk per område fordelt på stillingstype.

Tabellen på neste side oppsummerer de årlige økonomiske effektene av reduksjonen i stillinger knyttet til sammenslåingen. Totalt er sammenslåingsgevinstene beregnet til cirka 101 MNOK eller cirka 8 % av lønnskostnadene ved Molde og Kristiansund sykehus i 2015.

Område	Fastlønn				Tillegg	Sosiale kostnader (40 %)	Lønnskost inkludert sosiale kostnader
	Leger	Sykepleiere /annet medisinsk personell	Admin-istrasjon	Annet støtte-personell	Tillegg totalt		
Gynekologi/føde	-	4 645 000	1 386 250	-	3 078 855	3 644 042	12 754 147
Akutt	720 000	2 555 207	575 333	-	1 766 722	2 246 905	7 864 167
Intensiv	720 000	2 061 901	-	-	1 276 404	1 623 322	5 681 627
Kirurgiske omr. med støttefunksjoner	2 876 700	6 793 366	6 279 500	-	7 418 517	9 347 233	32 715 316
Medisin	2 348 275	4 138 340	3 450 890	-	3 908 990	5 538 598	19 385 093
Diagnostikk/radiologi	-	1 419 366	1 304 042	-	1 076 960	1 520 147	5 320 515
Lab	-	-	1 319 500	852 660	462 962	1 054 049	3 689 172
Psykiatri	-	4 668 000	841 000	-	1 584 075	2 837 230	9 930 305
Sum	6 664 975	26 281 180	15 156 515	852 660	20 573 485	27 811 526	97 340 342

Tabell 5.1: Årlig reduksjon i lønnskostnader per stillingstype knyttet til sammenslåing. Tallene i tabellen er beregnet med grunnlag i lønnsnivå desember 2015, og er i rapporten indeksjustert til januar 2017. Dette gir en total reduksjon i lønnskostnader på cirka 101 MNOK.

5.2 Driftskostnader i nytt sykehus

Dagens driftskostnader vil påvirkes av sammenslåing av virksomhet i Molde og Kristiansund og innflytting i nytt sykehus.

Leiekostnader

Det vil bli et bortfall av leiekostnader på 1,1 MNOK årlig. Dette gjelder lokaliteter utenfor sykehus hvor behovet for disse lokalene faller bort ved bygging av SNR. Leieinntektene er forutsatt ikke endret. SNR kan tenkes å kunne ta en høyere kvadratmeterpris for ekstern utleie enn Molde og Kristiansund sykehus kan i dag. Reduksjon i ekstern leie i Kristiansund kan tenkes å trekke den totale leieinntekten ned. Nettoeffekten er usikker, men forutsatt å være null.

DMS i Kristiansund skal etableres i eksisterende Kristiansund sykehus. Ved ombygging vil deler av sykehusets arealer frigis. Det er ikke avgjort hvordan disse arealene vil disponeres, og hverken salgssum, vedlikeholdskostnader eller eventuelle utleieinntekter er tatt med i beregningen. I analysen er det lagt til grunn at nettoeffekten for HMR er nøytral eller positiv i form av inntekter fra salg av overflødige arealer i sykehuset eller utleie av frigjorte arealer med en inntekt som er tilsvarende eller høyere enn drifts- og vedlikeholdskostnadene knyttet til det utleide arealet.

Forvaltnings, drifts, vedlikeholds- og utviklingskostnader

Forvaltnings, drifts, vedlikeholds- og utviklingskostnader inkluderer alle kostnader knyttet til selve sykehusbygget og uteareal, og er beregnet av SNR-prosjektet. Endringer av driftskostnader som følge av prosjektet er beregnet ved å trekke fra kostnadene som i dag gjelder Molde og Kristiansund og deretter legge til de modellerte kostnadene for nytt sykehus.

Tabellen under viser dagens FDVU-kostnader (per 2015, indeksjustert til januar 2017), FDVU-kostnader knyttet til SNR og differansen mellom disse. I langtidsbudsjettet til HMR er dagens kostnader trukket ut ved ferdigstilling av SNR, og kostnader forbundet med SNR er lagt inn.

Årskostnader i dagens sykehus og SNR - positiv differanse er mindrekostnad med nytt sykehus

Kostnadsart etter NS3454	Dagens sykehus	SNR	Differanse
2 Forvaltingskostnader	1 457 517	3 280 731	-1 823 214
3 Driftskostnader	54 276 257	37 655 144	16 621 113
31 Løpende drift	6 243 548	8 762 907	-2 519 359
32 Renhold	23 646 921	14 600 186	9 046 736
33 Energi	19 297 679	7 653 883	11 643 796
34 Vann og avløp	2 399 529	2 087 738	311 791
35 Avfall	1 737 192	1 610 541	126 652
36 Vakt og sikring	951 388	1 746 896	-795 508
37 Utendørs		1 192 993	-1 192 993
4 og 5 Vedlikeholds- og utviklingskostnader	8 687 402	14 841 580	-6 154 178
Sum FDVU-kostnader	64 421 176	55 777 456	8 643 721

Tabell 5.2: FDVU-kostnadene for byggene for dagens sykehus i Molde og Kristiansund sammenlignet med SNR og effektiviseringsgevinstene knyttet til sammenslåing. Post 4 og 5 er slått sammen, da disse ikke er skilt mellom i regnskapet til HMR i dag. Tall i hele NOK.

Det kan være differanser mellom måten elementene i denne oppstillingen er ført i SNR og hvordan tallene for dagens sykehus er hentet ut. Oppstillingen kan derfor være upresis. For eksempel inngår kostnadene for post 37 – Utendørs – i andre poster i oppstillingen for dagens sykehus, og det er i dag ikke skilt på vedlikehold og utvikling i HMR. Totalen kan likevel sammenlignes mot dagens nivå. Totalt viser oppstillingen at de årlige FDVU-kostnadene synker med 8,6 MNOK i SNR sammenlignet med dagens kostnadsnivå. De største bidragsyterne til dette er renholds- og energikostnadene. Differansen i renholdskostnader er rimelighetsvurdert opp mot Ålesund sykehus. Her er kostnadene til renhold vesentlig lavere enn i Molde og Kristiansund i dag. Reduksjonen virker derfor rimelig. Energifkostnader vil også reduseres da SNR vil bygges etter dagens standarder og dermed vil være mer energieffektiv enn den eldre bygningsmassen i Molde og Kristiansund i dag.

Vedlikeholds- og utviklingskostnadene er de postene som øker mest med nytt sykehus. Dette har hovedsakelig to forklaringer. Det koster mer å opprettholde tilstandsgraden til et nytt bygg med høy tilstandsgrad og behov for teknisk komplisert vedlikehold sammenlignet med å opprettholde tilstandsgraden til dagens gamle bygningsmasse med lav tilstandsgrad og forholdsvis enklere tekniske installasjoner.

De estimerte kostnadene for SNR er basert på å holde bygningsmassen på et høyt nivå i hele levetiden. Vedlikeholdsnivået på dagens eiendomsmasse er lavere enn det nivået som trengs for å opprettholde bygningsmassens tilstand over tid, og dagens vedlikeholdskostnader gir derfor ikke et realistisk bilde på det reelle behovet for vedlikehold over tid.

Kjøkken- og matforsyningsfunksjon

Det er gjennomført en egen utredning av kjøkken- og matforsyningsfunksjonen for SNR der ny løsning for sentralisert kjøkken er foreslått. Denne løsningen er forventet å skape positive driftsgevinster sammenlignet med dagens løsning i Molde og Kristiansund. Det er estimert en effektivisering på cirka 10 årsverk, tilsvarende 5,4 MNOK årlig i reduserte lønnskostnader. Innarbeidet effekt gjelder kun Nordmøre og Romsdal, og ikke kjøkkenløsning for HMR totalt sett.

6 Investeringskostnad

Investeringskostnaden for sykehuset er beregnet av SNR-prosjektet. Total investeringskostnad er beskrevet i tabellen under. Tallene er hentet fra usikkerhetsanalysen datert 12. oktober 2017 basert på investeringskostnader på en-siffernivå. Alle tall i tabellen er eksklusive byggelånsrenter.

Nytt akuttstjukehus på Hjelset og distriktsmedisinsk senter i Kristiansund		
Estimatets nøkkeltall	Desember 2015-kroner	Prisjustert til januar 2017-kroner
P50	4 130	4 256
Forventningsverdi	4 136	4 263
P85	4 533	4 672
Standardavvik	380 (9,2 %)	391 (9,2%)

Tabell 6.1: Investeringskostnad per alternativ utredet i konseptfasen hentet fra usikkerhetsanalysen datert 12. oktober 2017. Tall i MNOK.

Investeringskostnaden inkluderer MTU, forutsatt en gjenbruksgrad på 25 % av brutto utstyrskostnad. For at denne gjenbruksgraden skal være realistisk er det nødvendig at det opprettholdes et høyt nok nivå på investeringer i dagens utstyrsark frem mot eventuell innflytting i nytt sykehus.

De totale investeringskostnadene er periodisert etter forventet kostnadspådrag i de enkelte årene, forutsatt byggestart i 2018 og ferdigstilling Hjelset i 2022 og Kristiansund i 2023.

Periodisering investering	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totalt
Pådrag per år i tusen kroner	111 000	271 000	784 000	1 144 000	1 282 000	637 000	37 000	4 266 000

Tabell 6.2: Viser periodiserte investeringskostnader etter estimat fra prosjektet per november 2017, basert på usikkerhetsanalyse av 12. oktober 2017, med tillegg for 10 MNOK i flyttekostnader. Tall i 1000 NOK, prisenivå januar 2017. Utviklingsplan ikke inkludert.

Tomtekostnader nytt sykehus

Helseforetaket eier tomten SNR skal bygges på, og det tilkommer derfor ikke kostnader for kjøp av tomt for sykehuset på Hjelset. Indirekte tomtekostnader som rivning av eksisterende bygninger og opparbeiding av tomt inngår i kalkylen.

I Kristiansund vil det ikke tilkomme kostnader for kjøp av tomt, da DMS skal etableres i eksisterende bygningsmasse tilhørende Kristiansund sykehus. Denne tomten eier HMR.

Kjøp og salg av annen eiendom

I forbindelse med byggingen av nytt sykehus vil deler av dagens eiendomsmasse bli overflødig. Distriktpsykiatriske sentre er forutsatt ikke solgt.

For Molde sykehus er det lagt til grunn salg av samtlige eiendommer knyttet til sykehuset ved bygging av SNR. Takst for salg av eiendommene knyttet til Molde sykehus har vist seg å inneholde feil knyttet til forutsetningene for salget som har betydning for verdifuldingen. Taksten er likevel lagt til grunn i bæreevneanalysen da det ikke foreligger oppdaterte prisestimater og feilen ikke er vurdert å ha vesentlig betydning for prosjektets bæreevne hverken totalt sett eller i det året salget skjer.

Deler av bygningsmassen i Kristiansund sykehus vil bli overflødig ved etablering av DMS i dagens Kristiansund sykehus. Det er ikke tatt beslutninger om hvordan den bygningsmassen som blir overflødig skal benyttes, og det er derfor i bæreevneanalysen tatt forutsetninger som er forbundet med usikkerhet. Valg av alternativ knyttet til dette vil ikke være vesentlig for prosjektets bæreevne

totalt sett. På grunn av usikkerheten knyttet til den fremtidige bruken av bygningsmassen som det ikke er behov for, er det ikke lagt inn salgsgevinster knyttet til denne. Det er heller ikke lagt inn eventuelle leieinntekter knyttet til utleie av overflødig bygningsmasse eller vedlikeholdskostnader knyttet til denne. Det er forutsatt at overflødig bygningsmasse vil være selvfinansierende i den forstand at leieinntekter vil dekke driftskostnadene knyttet til bygningsmassen. Kontor og utleieboliger i sentrum av Kristiansund er forutsatt solgt.

Det er ikke inkludert kostnader knyttet til avvikling av fraflyttet areal i analysen. Nivå på og behov for slike kostnader må utredes av prosjektet.

Pukkelkostnader

Sammenslåing av Molde og Kristiansund sykehus til ett sykehus på Hjelset vil sannsynligvis medføre kostnader ut over de 10 MNOK som er avsatt i direkte flyttekostnader. Innkjøring i nytt sykehusbygg med nye rutiner og systemer og samkjøring av to fagmiljøer tar tid. Det vil være nødvendig med en testperiode av nytt sykehus før innflytting, samt dobbel drift i en innkjøringsperiode. I tillegg vil ombygging av DMS i Kristiansund samtidig med at sykehuset er i normal drift kunne føre til ulempekostnader. Lønnskostnadene vil på bakgrunn av dette sannsynligvis være høyere enn normalt i perioden rundt innflytting. Andre kostnader kan også tenkes å øke. Kostnaden vil være en engangskostnad og vil sannsynligvis ikke påvirke den totale bæreevnen i vesentlig grad. Det er i bæreevneanalysen lagt inn 20 MNOK i pukkelkostnader i 2022 og 20 MNOK i 2023. Dette er et anslag, og det er viktig å utrede størrelsen på pukkelkostnadene i videre faser, samt å minimere disse ved å jobbe for å så tidlig som mulig komme inn i normal drift og realisere de identifiserte gevinstene knyttet til nytt sykehus. Effekter knyttet til bemanning i nytt sykehus er lagt inn med 30 % effekt i 2023 og 100 % effekt i 2024. I praksis er det en form for pukkelkostnad å redusere innfasingen av disse effektene med 70 % i 2023. Sensitiviteten av ulike nivåer på pukkelkostnader er vist i sensitivitetsanalysen.

7 Finansiering

Veilederen sier at «Finansieringsplanen skal vises for prosjektet isolert og for helseforetaket der prosjektet inngår som en del av helseforetakets samlede ansvar/prosjektportefølje.

Finansieringsplanen for helseforetaket skal vise hvilke likvide midler som må være tilgjengelige i prosjektperioden. Selv om det er dokumentert at prosjektet er bærekraftig, kan det være utfordrende å reise tilstrekkelig med likviditet i byggeperioden til at prosjektet kan starte opp.»

Finansieringsbehovet er tatt inn i de totale finansieringsplanene for HMR.

Sykehuset er planlagt finansiert med lån fra HOD (70 % av investeringen) og egenkapital (30 % av investeringen). Lånet fra HOD er planlagt gitt som et byggelån under byggeperioden som senere konverteres til et 25 års serielån når sykehuset er ferdigstilt. Egenkapitalbehovet dekkes av HMN gjennom tilgjengelig og tilbakeholdt likviditet fra foretakene i regionen. I praksis er det HMN som tar opp byggelånet på 70 % hos HOD, og senere låner ut 100 % av investeringsbeløpet til HMR. HMR forholder seg derfor til HMN som eneste långiver.

Salg av eiendom

Prosjektet vil tilføre foretaket likviditet gjennom salg av gammel bygningsmasse når denne ikke lenger er i bruk. Eiendommene er forutsatt solgt med likviditetseffekt i 2023. Salgssummen bedrer foretakets likviditet fra dette året.

Byggelånsrenter

Byggelånsrentene vil ikke betjenes i byggeperioden, men legges til saldoen på lånet. Disse rentene inngår ikke i finansieringsrammen fra HOD, og må derfor dekkes av internt lån fra HMN. Totalt sett låner derfor HMR mer enn 30 % av HMN. Finansieringsrammen for HMN til HOD er på P85 og HMN har tatt høyde for et investeringsnivå på P85 i sitt LTB. I HMR sin finansieringsramme fra HMN inngår 205 MNOK til utviklingsplan.

HMR har muligheten til å trekke likviditet på byggelånet i takt med behovet. Dette gjør at tilført likviditet fra lån vil tilsvare behovet for likviditet i byggeperioden. Periodiseringen av byggekostnadene kan avvike fra estimatet vist i tabellen, men dette vil ikke påvirke likviditetssituasjonen til foretaket i byggeperioden, fordi et eventuelt avvik vil tilsvares av en tilsvarende forskyvning i låneopptak. En vesentlig endring i periodiseringen vil likevel påvirke byggelånsrentene, og dermed både avdrag til senere betaling og avskrivningene. Det skal store avvik til før slike endringer får vesentlig påvirkning på HMR sin bæreevne. Rentesatsen for byggelånsrenter er den samme som ratesatsen for lånet i nedbetalingsperioden.

Rentenivå

Rentekostnaden som er lagt til grunn for byggelånsrenter, og senere rente på langsiktig lån, er basert på HMN sine forventninger om fremtidig rentenivå. Dette er igjen basert på prognoser for langsiktige renter fra større banker i Norge og renteprognoser fra Norges Bank. I forslag til Statsbudsjett for 2018 (Prop. 1 S) foreslås det å innføre ny rentemodell for prosjekter som får lån fra 2018. SNR rammes av endringen. Den nye rentemodellen vil generelt innebære at helseforetakenes rentevilkår økes med om lag ett prosentpoeng sammenlignet med dagens rentebetingelser. Endringen er ikke vedtatt, men i bæreevneanalysen er dette satt som en forutsetning, og renteestimatene fra HMN er økt med ett prosentpoeng. Dette øker rentekostnaden for lånet.

Bruk av realrente

I langtidsbudsjettet benyttes nominell rente. Veilederen legger til grunn at det skal benyttes realrente i beregningene fordi helseforetakene kompenseres for årlig lønns- og prisvekst. I bæreevneanalysen er derfor den nominelle renten i langtidsbudsjettet korrigert for en forutsatt prisvekst på 2 %. Norges Bank styrer mot et årlig inflasjonsmål på 2,5 %, men forventer at inflasjonen vil være noe svakere enn dette fremover¹¹. Det er derfor lagt til grunn 2 % prisvekst i bæreevneanalysen. Under er vist låneopptak både med nominelle og reelle renter.

Renteomfordeling i HMN

I HMN sin inntektsmodell omfordeles 30 % av rentekostnadene knyttet til investeringslån med samme nøkkel som foretaksgruppens nøkkel for inntektsfordeling. HMR sin nøkkel er 34,79 %. Dette betyr i praksis at HMR sine rentekostnader knyttet til SNR reduseres med 65,21 % av 30 %, tilsvarende totalt 19,56 %.

¹¹ http://static.norges-bank.no/contentassets/d62c89ee2f7f4078952658b3cf79757c/ppr_3_17.pdf?v=09/21/2017134014&ft=.pdf
Pengepolitisk rapport 3/17, se side 29 for prognose for fremtidig inflasjon

Byggelån med realrenter								
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totalt
Årlig investering inkl. utviklingsplan	117 000	284 000	822 000	1 199 000	1 344 000	667 000	39 000	4 472 000
Akkumulert investeringspådrag	117 000	401 000	1 223 000	2 422 000	3 766 000	4 433 000	4 472 000	4 472 000
Sats byggelånsrente	0,40 %	0,40 %	1,00 %	1,88 %	2,67 %	2,76 %	2,76 %	
Byggelånsrenter	471	1 047	8 158	34 397	83 783	116 671	537	245 063
Saldo inkl. byggelånsrenter	117 139	402 294	1 232 527	2 466 009	3 893 631	4 677 435	4 716 861	4 716 861
Andel lån fra HOD	81 900	280 700	856 100	1 695 400	2 636 200	3 103 100	3 130 400	3 130 400
Andel lån fra HMN	35 571	121 818	376 576	770 673	1 257 656	1 574 427	1 586 663	1 586 663
Totalt inkl. renter	117 471	402 518	1 232 676	2 466 073	3 893 856	4 677 527	4 717 063	4 717 063
Andel HOD	70 %	70 %	69 %	69 %	68 %	66 %	66 %	66 %
Andel HMN	30 %	30 %	31 %	31 %	32 %	34 %	34 %	34 %

Tabell 7.1: Opptak av byggelån og fordeling mellom lån til HOD og HMN hensyntatt byggelånsrenter, realrenter. I investeringskostnaden inngår midler til utviklingsplan. Deler av byggelånet konverteres i 2022. Byggelånsrenter i 2023 er derfor bare beregnet for investering i 2023. Tall i tusen kroner.

Byggelån med nominelle renter								
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Totalt
Årlig investering inkl. utviklingsplan	117 000	284 000	822 000	1 199 000	1 344 000	667 000	39 000	4 472 000
Akkumulert investeringspådrag	117 000	401 000	1 223 000	2 422 000	3 766 000	4 433 000	4 472 000	4 472 000
Sats byggelånsrente	2,40 %	2,40 %	3,00 %	3,88 %	4,67 %	4,76 %	4,76 %	
Byggelånsrenter	2 805	6 287	24 652	71 972	149 420	207 273	926	463 334
Saldo inkl. byggelånsrenter	119 805	410 092	1 256 744	2 527 715	4 021 135	4 895 408	4 932 529	4 932 529
Andel lån fra HOD	81 900	280 700	856 100	1 695 400	2 636 200	3 103 100	3 130 400	3 130 400
Andel lån fra HMN	37 905	129 392	400 644	832 315	1 384 935	1 792 308	1 804 934	1 804 934
Totalt inkl. renter	119 805	410 092	1 256 744	2 527 715	4 021 135	4 895 408	4 935 334	4 935 334
Andel HOD	68 %	68 %	68 %	67 %	66 %	63 %	63 %	63 %
Andel HMN	32 %	32 %	32 %	33 %	34 %	37 %	37 %	37 %

Tabell 7.2: Opptak av byggelån og fordeling mellom lån til HOD og HMN hensyntatt byggelånsrenter, nominelle renter. Deler av byggelånet konverteres i 2022. Byggelånsrenter i 2023 er derfor bare beregnet for investering i 2023. Tall i tusen kroner.

Tabellene over viser det årlige kostnadspådraget forutsatt ferdigstillelse på Hjelset i 2022 og i Kristiansund i 2023. Tabell 7.1 viser realrente, mens tabell 7.2 viser nominell rente. Total investeringskostnad er 4 472 MNOK. Dette inkluderer 205 MNOK knyttet til utviklingsplanen, samt 10 MNOK i flyttekostnader som ikke er inkludert i usikkerhetsanalysen eller i HMR sitt LTB. Låneopptak i 2023 er i sin helhet relatert til DMS i Kristiansund og er skilt ut i eget byggelån da innflytting i nytt sykehus skjer i september 2022. Byggelån for sykehuset på Hjelset og påløpte kostnader for DMS i Kristiansund frem til 2022 konverteres i 2022 og det betales avdrag på dette fra 2023. I tabellene over er dette slått sammen.

Med de forventede rentesatsene for byggelån og 25 års nedbetalingstid blir avdrag i 2023 187 MNOK og avdrag fra og med 2024 189 MNOK. Løpende renter kommer i tillegg.

HMR sin likviditetssituasjon tilsier at foretaket vil ha behov for økt driftskreditt fra HMN i byggeperioden, utover de økningene som er gitt i 2016 og så langt i 2017. Det forutsettes at HMN vil innvilge økte driftskredittrammer til HMR ved behov for å sikre foretakets likviditetssituasjon i byggeperioden.

8 Økonomisk bæreevne for investeringen

I dette kapittelet analyseres bæreevnen for SNR på prosjektnivå og på helseforetaksnivå.

8.1 Økonomisk bæreevne på prosjektnivå

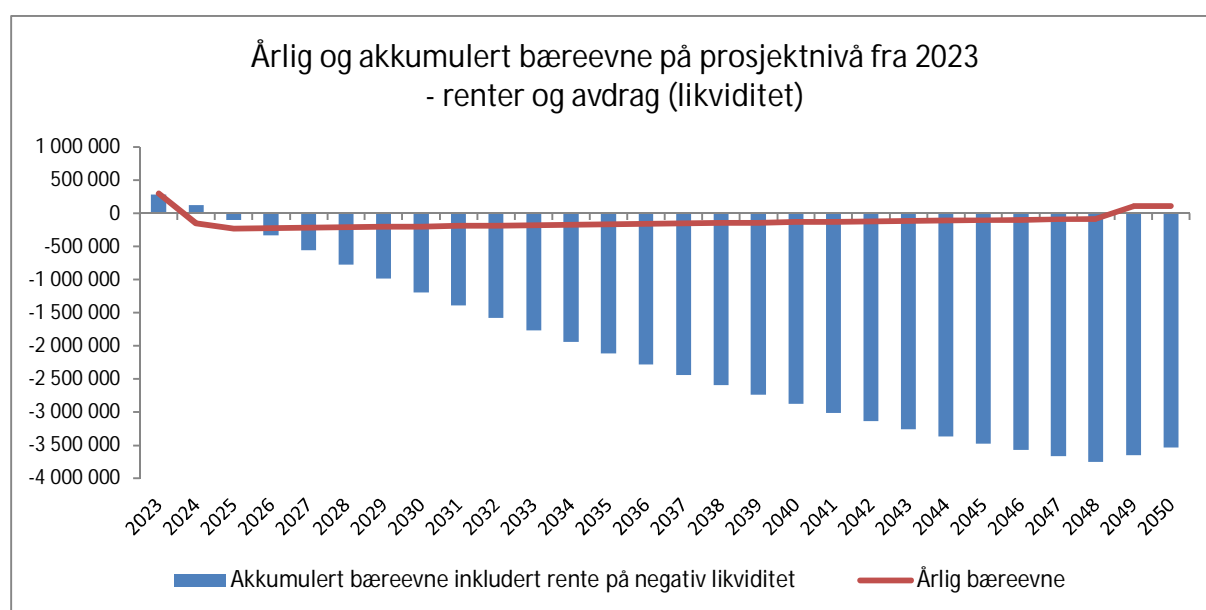
Prosjektet har bæreevne på prosjektnivå hvis besparelsene eller gevinstene ved å gjennomføre prosjektet i seg selv er store nok til å dekke investeringen og driften av prosjektet i dets levetid. For sykehusprosjekter er det sjelden tilfelle at de økonomiske gevinstene er større enn kostnadene. Det er oftest de ikke prissatte gevinstene som gjør at prosjektene totalt sett er lønnsomme for samfunnet.

For å beregne bæreevnen på prosjektnivå tas det utgangspunkt i investeringskostnadene knyttet til prosjektet, endringen i driftskostnader (FDVU-kostnader), leieinntekter- og kostnader, samt besparelser og gevinster utløst særskilt av prosjektet. For SNR er besparelser i stor grad knyttet til redusert bemanningsbehov ved å drifte ett kontra to sykehus som i dag.

På prosjektnivå forutsettes hele investeringen å være lånefinansiert. Bæreevnen på prosjektnivå analyseres på to forskjellige måter. Den første fokuserer på kontantstrøm og den andre fokuserer på resultateffekter. Ved utløpet av et prosjekts levetid vil sum resultat og sum kontantstrøm totalt sett være like. På gitt tidspunkt gjennom prosjektets levetid vil derimot dette være avvikende. Ulikhet oppstår blant annet når avdragsprofil på lånefinansiering avviker fra avskrivningsnivå eller når reinvesteringer gir direkte kontantutlegg mens det resultatmessig avskrives over tid. Dette kan ha store konsekvenser for finansieringen av prosjekter, noe som er en av årsakene til at det i analysen er lagt mest vekt på kontantstrømmen.

Bæreevne etter renter og avdrag

SNR vil ha økonomisk bæreevne dersom summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke det totale investeringsbeløpet og rentene på investeringsbeløpet.

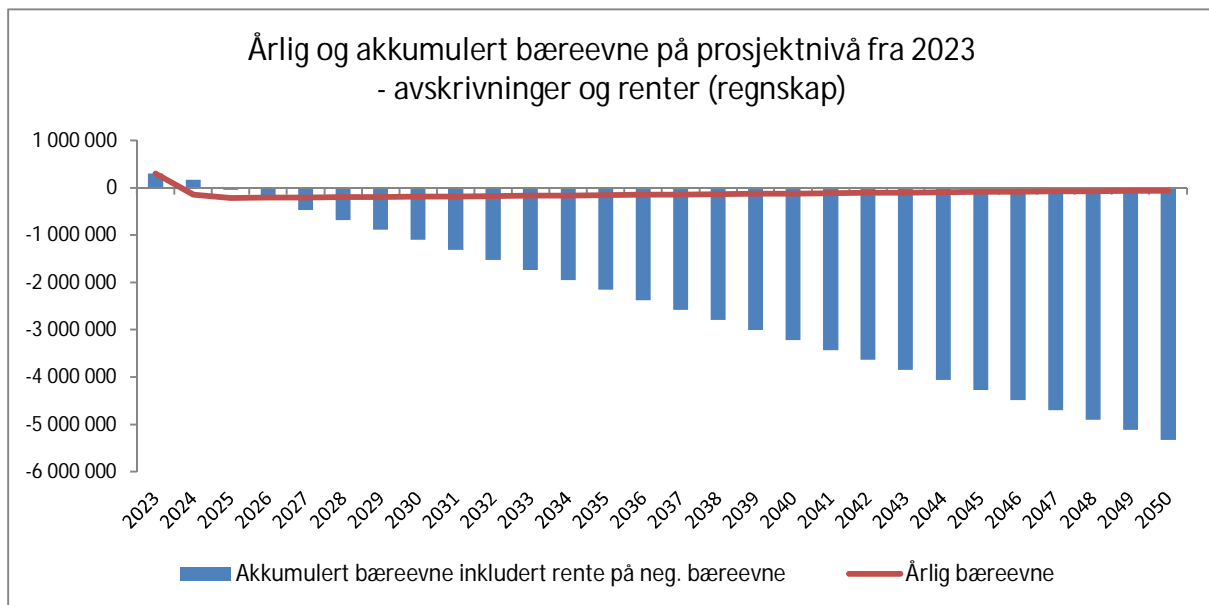


Figur 8.1: Årlig og akkumulert bæreevne på prosjektnivå fra 2023-2050 beregnet med renter og avdrag (likviditet).

Vi ser av grafen at bæreevnen er negativ i alle år fra 2024 til og med 2048, og at den akkumulerte bæreevnen er negativ i hele perioden.

Bæreevne etter renter og avskrivninger

SNR vil ha økonomisk bæreevne etter denne metoden dersom summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke avskrivningene og rentene på investeringsbeløpet. Dette er en mer regnskapsmessig tilnærming til bæreevne og tar ikke inn over seg de likviditetsmessige konsekvensene av prosjektet i samme grad som bæreevne etter renter og avdrag.



Figur 8.2: Årlig og akkumulert bæreevne på prosjektnivå fra 2023-2050 ved avskrivninger og renter.

Vi ser av grafen over at bæreevnen er negativ i alle år fra 2024 og frem til 2050, og at den akkumulerte bæreevnen er negativ.

Oppsummering

Basert på analysene har ikke SNR bæreevne på prosjektnivå, hverken når vi ser på den likviditetsmessige eller regnskapsmessige bæreevnen: de direkte driftsgevinstene knyttet til prosjektet er ikke store nok til å dekke finansieringen av sykehuset. Dette er ikke uventet for denne type investering som gjerne gjennomføres grunnet andre ikke-økonomiske hensyn heller enn grunnet den bæreevnen prosjektet i seg selv genererer.

8.2 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

For å beregne om prosjektet har bæreevne på helseforetaksnivå er de økonomiske konsekvensene av SNR lagt inn i HMR sitt langtidsbudsjett. Langtidsbudsjettet strekker seg i utgangspunktet seks år frem i tid, med et tillegg på ti år ved store investeringer. I dette tilfellet gir dette et langtidsbudsjett frem til 2033. SNR har en levetid utover dette, og langtidsbudsjettet er derfor fremskrevet til 2050.

Tidslinjen kan i grove trekk deles i tre perioder:

Tidslinje for bæreevneanalysen	
2018-2023	De første seks årene – opprinnelig langtidsbudsjett Her foreligger konkrete årsbudsjetter per regnskapslinje.
2024-2033	De neste ti årene – utvidet langtidsbudsjett ved store investeringer Ved store investeringer skal helseforetakene utvide langtidsbudsjettet sitt med ytterligere ti år. Her er årsbudsjettene basert på langsiktige trender og utviklingstrekk, og i mindre grad på konkrete årsbudsjetter.
2034-2050	Utvidelse av LTB grunnet prosjektet For å favne hele levetiden til prosjektet er langtidsbudsjettet utvidet frem til 2050. Dette er for inntekts- og kostnadssiden gjort ved å ta utgangspunkt i nivåene i det siste året av opprinnelig langtidsbudsjett og anta null inntekts- og kostnadsvekst i årene etter dette.

Forutsetningene knyttet til utvidelsen av LTB gir ikke et fullstendig korrekt bilde av helseforetakets fremtidige inntekter og kostnader, men er basert på en forutsetning om at det på sikt må være balanse mellom inntekter og kostnader. Det er utfordrende å konkretisere utviklingen langt frem i tid, og det finnes argumenter som både taler for en netto inntektsvekst og netto kostnadsvekst. Eksempelvis en aldrende og økende befolkning på den ene siden og økt effektivisering og ny teknologi på den andre siden. Over tid må inntektene stå i forhold til kostnadene i foretaket, og det er derfor lagt til grunn nullvekst for å forhindre at ulik vekst i inntekter og kostnader over tid fører til store akkumulerte utslag i analysene. Det er lite trolig at inntektene øker mer enn kostnadene på sikt, og det er heller ikke mulig å drifte over lang tid med en kostnadsbase som overgår inntektene.

8.3 Kostnadsreducerende tiltak i perioden før og etter innflytting

I dette avsnittet omtales besparelser i HMR som ikke er spesifikke for SNR, men som får effekt før nytt sykehus står ferdig, samtidig som det får effekt både for SNR og de andre sykehusene i regionen etter at nytt sykehus er ferdigstilt. Disse effektene er viktige da de får konsekvenser for bæreevnen for HMR og HMN.

Generelle tiltak før og etter innflytting

I langsiktig avtale om økonomi og omstilling mellom styret for Helse Midt-Noreg RHF og styret for Helse Møre og Romsdal HF datert 24.11.2014 ble styrene enige om at HMR har behov for en årlig gjennomsnittlig effektiviseringsforbedring på 1,8 % årlig, tilsvarende 80-90 MNOK. I foretaksmøtet for Helse Møre og Romsdal HF 12. februar 2015 i sak 6 «Avtale om naudsynt omstillingsprosess i foretaket i perioden 2015-2021» ble denne avtalen vedtatt, i tillegg til andre selvpålagte effektiviseringskrav som gir HMR et mål om 100 MNOK i årlige varige kostnadsreduksjoner i årene frem til og med 2021 (i analysen er dette indeksjustert til 103 MNOK).

Dette vil si at foretaket i 2016 skal effektivisere 100 MNOK fra 2015-nivå, i 2017 200 MNOK fra 2015-nivå, og i 2021 600 MNOK årlig sammenlignet med 2015-nivå. I bæreevneanalysen er disse tallene inflasjonsjustert til januar 2017-kroner.

De oppnådde effektiviseringsgevinstene skal være varige, og skal dermed opprettholdes på dette nivået. Det vil si at kostnadene skal reduseres med 600 MNOK sammenlignet med 2015 i alle etterfølgende år etter 2021, forutsatt

samme aktivitetsnivå. Foretaket vil ha en aktivitetsvekst i disse årene som bidrar til en vekst i kostnadene. I tillegg er det lagt inn en vekst for IKT og kostnadskrevenne legemidler.

Kostnadsreduksjonen knyttet til tiltakene kommer etter dette, det vil si at kostnadsbasen totalt sett ikke blir redusert med samme beløp som tiltakene utgjør, men at den uten tiltakene ville vært 600 MNOK høyere. Tiltakene er sentrale for å sikre økonomisk handlingsrom og rammer til å gjennomføre SNR-prosjektet.

For årene fra 2022-2032 er det budsjettert med en årlig effektivisering på 30 MNOK.

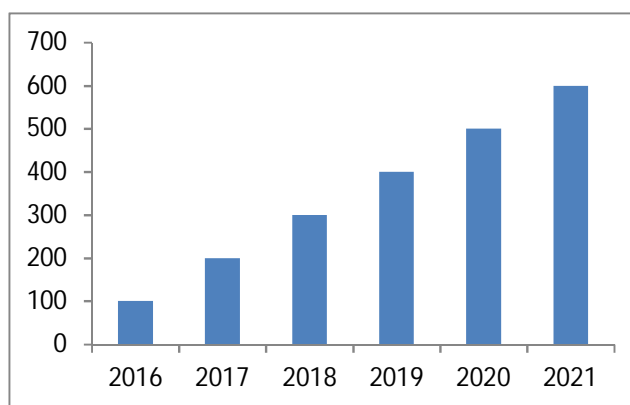
For å realisere de årlige besparelsene kreves det at konkrete kostnadsreducerende tiltak identifiseres og gjennomføres. For å lykkes med dette er det også behov for tett oppfølging av gevinstrealisering for å overvåke og sikre at effektene blir varige. Konsekvensene av ikke å oppnå de planlagte kostnadsreduksjonene vil være store, fordi dette er årlig gjentakende effekter som fra 2022 danner utgangspunktet for analysene frem til 2050.

I denne analysen er 100 MNOK indeksjustert til januar 2017-kroner, tilnærmet 103 MNOK årlig frem til 2021 og 30 MNOK i perioden 2022-2032 er indeksjustert til 31 MNOK.

Status per september 2017

HMR klarte ikke å realisere de budsjetterte kostnadsreduksjonene i 2016. Årsresultatet i 2016 ble estimert til -8 MNOK, men endte på -38 MNOK. Årsresultatet for 2017 var i LTB for 2017-2032 budsjettert til +14 MNOK, nedjustert til -75 MNOK i gjeldende budsjett for året. Estimert per september 2017 viser et negativt resultat på 111,1 MNOK. Ved fremskrivning av resultatene fra årets ni første måneder uten realisering av tiltak vil resultatet for 2017 ende på -144 MNOK. Dette viser at HMR har hatt utfordringer med å møte de forutsetningene som ble lagt til grunn i 2016. Det er derfor knyttet vesentlig usikkerhet til om foretaket er i stand til å nå kravene til besparelser som ligger til grunn for bæreevnen i denne rapporten.

HMR har utfordringer knyttet til å nå de økonomiske målsettingene i LTB for 2017 og 2018. I styresak 2017-63 – Status budsjett Helse Møre og Romsdal 2018 pekes det på et samlet behov for effektivisering i perioden september 2017 til desember 2018 på 219 MNOK, sett opp mot overforbruk ved utgangen av september 2017. Av dette er 100 MNOK knyttet til generell effektivisering lagt til grunn i LTB, 69 MNOK til et høyere driftsnivå i 2017 enn forutsatt i LTB (differansen mellom resultat for 2017 fremskrevet fra september 2017 uten realisering av tiltak på -



Figur 8.3: Årlig effektivisering i millioner kroner i HMR relativt til 2015-nivå.

144 MNOK og budsjettert resultat på -75 MNOK), og behov for en sentral buffer på 50 MNOK. Det er skissert tiltak for til sammen 115 MNOK. Det gjenstår dermed et behov for innsparinger uten tiltak på i overkant av 100 MNOK hvis man legger til grunn en effekt av identifiserte tiltak på 100 %, noe som er svært høyt.

I denne analysen er det lagt til grunn at foretaket skal realisere 100 MNOK i generell effektivisering i 2018, samt oppnå et resultat på -111 MNOK i 2017.

Nedtak av overforbruk/generell effektivisering med effekt i 2018	MNOK
Inntekter	22,0
Varekostnader	2,7
Andre driftskostnader	2,0
Innleie fra vikarbyrå	16,5
Variabel lønn	65,0
Faste stillinger	7,0
Sum tiltak	115,2

Tabell 8.1: Besparelser for HMR i 2017-2018. Tall i MNOK. Tall fra styresak 2017-63 – Status budsjett Helse Møre og Romsdal 2018.

I tillegg til ovenstående tiltak jobbes det med en utviklingsplan som skal sikre økonomisk bærekraft i perioden 2019-2022. Denne skal vedtas i februar 2018. Utviklingsplanen vil ta opp oppgave- og funksjonsdelingen i foretaket, samt utviklingstrender innen pasientbehov, medisinsk og teknologisk utvikling, kompetanse, samferdsel, og samarbeid med blant annet kommuner, andre helseforetak og universitets- og høyskolesektoren. Pågående OU-arbeid i foretaket og kontinuerlig forbedring vil også ligge sentralt i dette arbeidet. Foretaket skal gjennom utviklingsplanen synliggjøre både faglig, kompetansemessig og økonomisk bærekraft i et tidsperspektiv frem til 2030.

Et sentralt grunnlag for omstilling i perioden frem til innflytting er kontinuerlig forbedring. Forbedring av arbeidsprosesser og bedre pasientflyt er forventet å gi gevinster. HMR har i dag en rekke pågående forbedringsprosjekter i foretaket. Tiltak i perioden 2018-2022 utover dette er fremdeles ikke fullt ut identifisert. Det er også lagt til grunn en generell effektivisering etter innflytting og frem mot 2050 i langtidsbudsjettet. Dette er effekter som er forutsatt å være uavhengige av eventuell sammenslåing i nytt sykehus.

Marginalkostnadsbesparelser i årene etter innflytting

Helseforetaket budsjetterer med aktivitetsvekst. Vekstraten er basert på føringer og innspill fra HMN. En sentral forutsetning for aktivitetsvekst er at den skal skje til en lavere kostnad enn dagens aktivitet. Kravet tilsvarer en effektivisering av helsetjenestene slik at den marginale kostnadsveksten er på 90 % av aktivitetsveksten. Dette er lagt til grunn i HMR sitt langtidsbudsjett og for bæreevneanalysen. Ved aktivitetsøkning øker kostnadene knyttet til lønn og varekjøp med 90 % av inntektsveksten. Denne veksten er fordelt 60 % på lønn og 40 % på varekostnad.

Forutsetninger knyttet til inntekter

Det er lagt til grunn en inntektsvekst i helseforetaket i langtidsplanen basert på innspill fra HMN. For aktivitetsbaserte inntekter er veksten lagt til 1,2 % årlig i årene frem til 2033, med en høyere veksttakt for psykiatrien. For basisrammen er veksten basert på årlige budsjetter i perioden 2018-2023, og til 1,0 % i årene 2024-2033. I perioden etter 2033 er veksten satt lik 0.

Det er usikkerhet knyttet til forutsetningene om inntektsvekst i perioden 2024-2033. Dette er beskrevet i kapittel 11.

Bidrag til regional likviditet

Bidrag til regional likviditet er likviditet HMN holder tilbake fra helseforetakene for å dekke investeringer regionen skal gjøre sammen, eksempelvis IKT-investeringer. Bidrag til regional likviditet er satt av HMN i årene frem til 2033. Dette nivået er videreført i analysen frem til 2050. Det er usikkerhet knyttet til om nivået vil videreføres på dagens lave nivå i hele perioden.

Investeringer i bygg

HMR består i tillegg til Molde og Kristiansund sykehus av Ålesund sykehus, Volda sykehus og en rekke andre mindre enheter, herunder distriktpsykiatriske sentre. I langtidsbudsjettet er det frem til 2033 lagt inn en økning i vedlikehold klassifisert som investeringer ved de andre enhetene, herunder 200 MNOK i utviklingsplan som lånefinansieres sammen med SNR. Det er i tillegg lagt inn midler til oppgradering av sykehuset i Ålesund og Volda ved ferdigstilling av SNR. Etter 2033 vil det være behov for ytterligere oppgraderinger eller investeringer utover det som er lagt inn i langtidsbudsjettet, men behovene og tallstørrelsene her er usikre. På bakgrunn av dette er det ikke tatt inn ytterligere kostnader i langtidsbudsjettet. Den positive likviditeten i foretaket i dette tidsrommet viser likevel at det er rom for å gjennomføre disse tiltakene.

Det er i analysen lagt inn investeringer på 255 MNOK i perioden 2018-2020 knyttet til skader i fasade ved Ålesund sykehus. Investeringen er i denne analysen forutsatt lånefinansiert fra HMN. Første fase knyttet til reparasjon av fasade (85 MNOK) er styrebehandlet 09.11.2017, og øvrige midler vil bli vurdert i sammenheng med LTB for HMR og HMN.

Investeringer i MTU

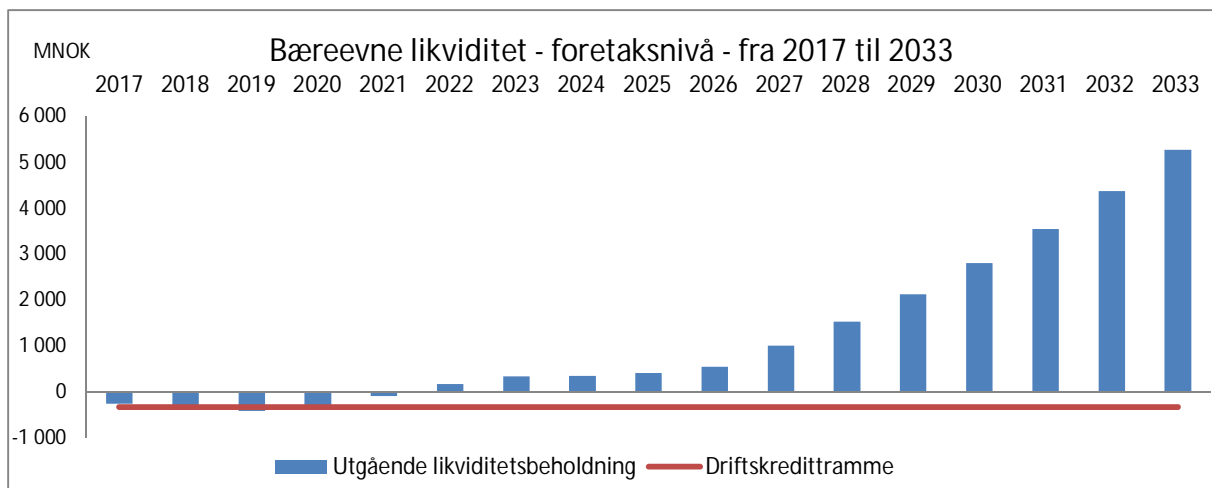
SNR blir planlagt med en gjenbruksgrad av MTU fra Molde og Kristiansund sykehus på 25 %. For å oppnå denne gjenbruksgraden kreves det reinvesteringer i MTU i tiden frem til innflytting som samsvarer med vilkåret om gjenbruk. HMR har i 2016 og 2017 redusert investeringer i MTU til et minimum for å redusere kostnader. For lave reinvesteringer i perioden frem til SNR står ferdig vil kreve investeringer i MTU ut over det nivået som nå er lagt til grunn. Dette er også identifisert som en risiko med høy sannsynlighet, lav styrbarhet og middels konsekvens i Konsekvensanalyse/ROS-analyse for Konseptfasen SNR, kapittel 3.3.2.¹²

¹² <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%202016-76%20-%20Vedlegg%2003%20-%20ROS-analyse%20Konseptfasen%20SNR.pdf>

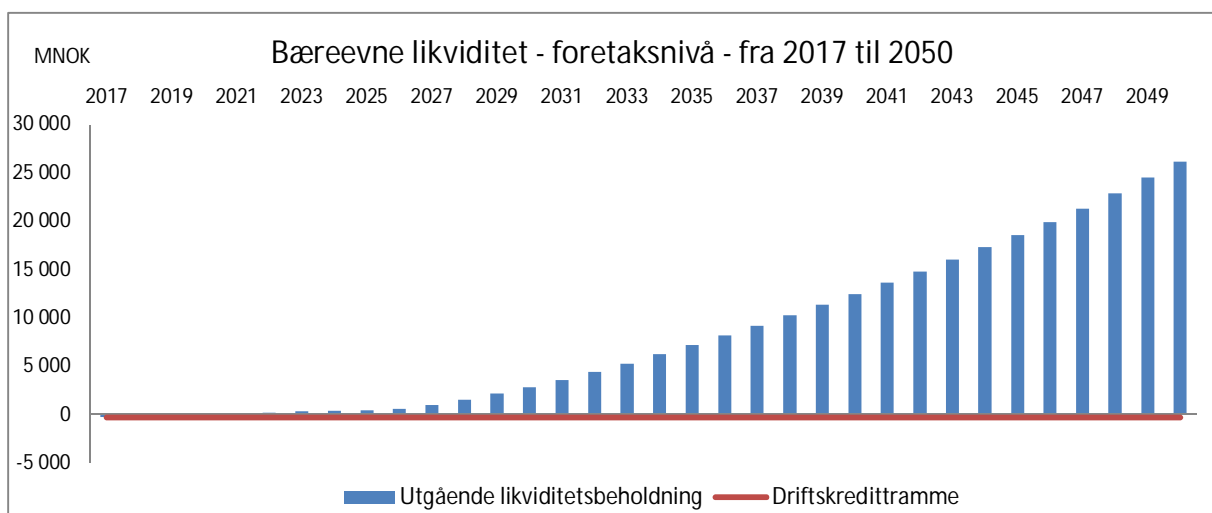
8.4 Analyse av bæreevne etter renter og avdrag

SNR vil ha økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå dersom foretaket som helhet klarer å bære prosjektet likviditetsmessig, samtidig som andre behov og forpliktelser i foretaket overholdes.

Grafen under viser at HMR har bæreevne til dette. Bæreevnen er svak de første årene, men stiger deretter jevnt utover i perioden. Dette er uavhengig av realiseringen av SNR. Bæreevnen er negativ frem til 2022, og mest negativ i 2019 med -407 MNOK. Dette medfører at foretaket er avhengig av tilsvarende nivå på driftskredittramme fra HMN, noe som er en økning fra dagens nivå.



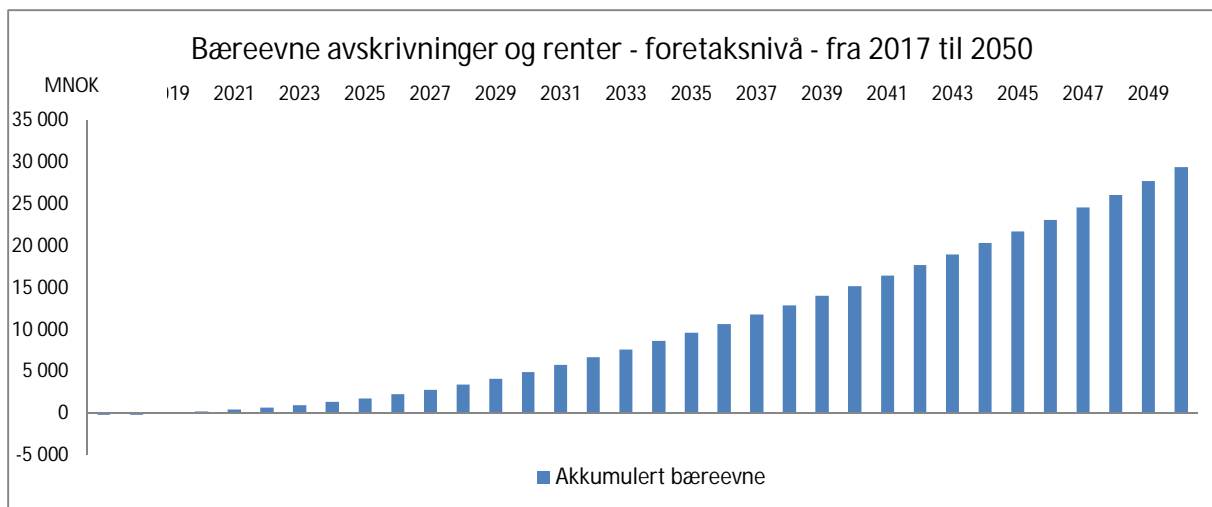
Figur 8.4: Årlig og akkumulert bæreevne på foretaksnivå fra 2017-2033 ved renter og avdrag.



Figur 8.5: Årlig og akkumulert bæreevne på foretaksnivå fra 2017-2050 ved renter og avdrag.

8.5 Bæreevne etter renter og avskrivninger

SNR vil ha økonomisk bæreevne etter denne metoden dersom foretaket som helhet klarer å bære avskrivningene og rentene på investeringen. Dette er en mer regnskapsmessig tilnærming til bæreevne og tar ikke inn over seg de likviditetsmessige konsekvensene av prosjektet i samme grad som bæreevne etter renter og avdrag.



Figur 8.6: Årlig og akkumulert bæreevne på foretaksnivå fra 2017-2050 ved renter og avskrivninger.

8.6 Oppsummering

Analysen viser at Helse Møre og Romsdal HF har evne til å bære prosjektet, samtidig som dette ikke fortrenger den daglige driften eller andre investeringsbehov i foretaket. Forutsetningen er at budsjetterte besparelser realiseres.

Vi ser at foretaket har likviditetsmessige utfordringer i tiden frem til sykehuset står ferdig, men dette skyldes ikke SNR-prosjektet isolert. Behov for driftskreditt forutsettes dekket av HMN RHF.

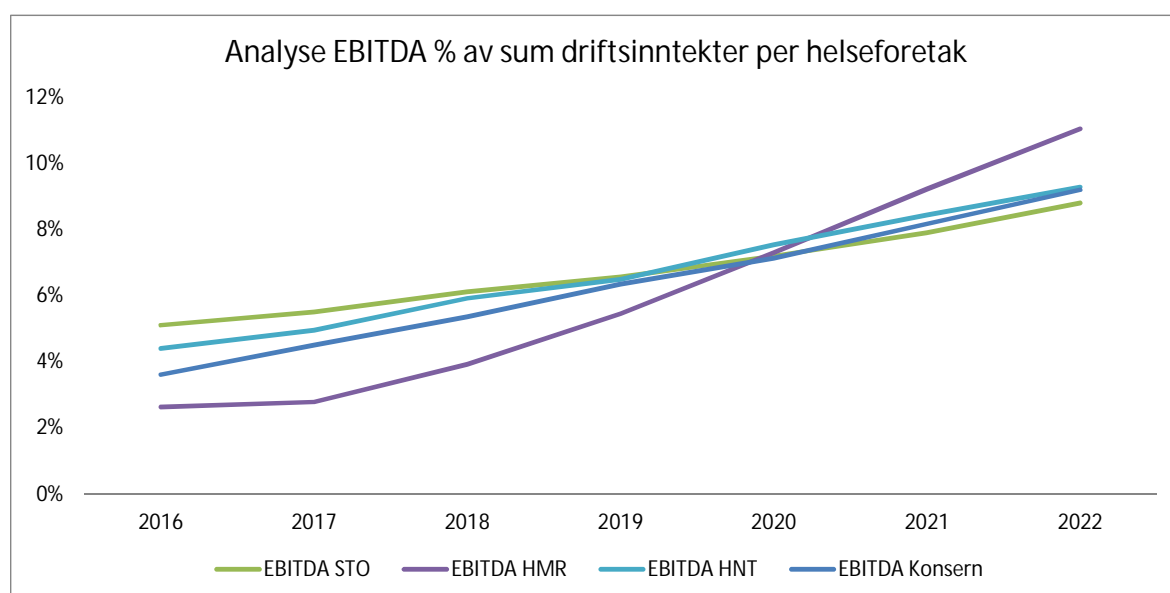
9 Økonomisk bæreevne på regionalt helseforetaksnivå

Helse Midt-Norge gjør årlig analyser knyttet til foretaksgruppens samlede økonomiske bærekraft gjennom årlig prosess med rullering av langtidsplan og – budsjett. Helse Midt-Norges finansstrategi angir tydelig at helseforetakene er ansvarlige for å styre total likviditet innen tildelte økonomiske rammer og krav. Dette innebærer ansvaret for en hensiktsmessig forvaltning av tildelte midler, herunder prioritering av midler mellom drift og investeringer.

Gjeldende langtidsplan og –budsjett knytter seg til perioden fra 2018 til og med 2023 og inneholder foretaksvise planer og budsjetter som gjenspeiler de prioriteringer som det enkelte foretak har gjort på drift og investering. Sammenstilling av dette og langtidsplaner for det regionale foretaket inklusive Hemit og Helseplattformen, danner samlet langtidsplan og – budsjett for foretaksgruppen og viser det totale utfordringsbildet. Det presiseres at videre omtale refererer til gjeldende langtidsbudsjett vedtatt i juni 2017 og at endring i forutsetningene etter dette ikke er hensyntatt.

Det er en forutsetning at ny aktivitet skal gjennomføres til en lavere kostnad.

Helseforetakenes planlagte utvikling i effektivisering fremkommer av utviklingen i EBITDA vist i figur 9.1 under, som i begynnelsen av perioden ligger på 4 %, og øker til 10 % mot slutten av langtidsbudsjettperioden.



Figur 9.1: Utvikling i EBITDA per helseforetak og for konsernet fra 2016-2022.

Helseforetakenes behov for resultat fremkommer som en konsekvens av planlagt nivå på drift og investering. Årlig resultat samlet for foretaksgruppen fremgår av tabell 9.1 under.

Årlig resultat (MNOK)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Helse Midt-Norge RHF	304	535	742	948	1 224	1 310

Tabell 9.1: Årlig resultat samlet for HMN i perioden 2017-2022 (tall i MNOK).

Investeringer i Helse Midt-Norge samlet

Helse Midt-Norge skal i løpet av perioden 2018-2023 gjennomføre to store regionale investeringsprosjekter; SNR og Helseplattformen. Helseplattformen er Helse Midt-Norge sitt program for å investere i et moderne system for pasientjournal som i større grad er bygd rundt pasientene.

Det skal gi økt kvalitet og pasientsikkerhet uansett hvilket nivå pasientene er i kontakt med i regionens helsetjeneste.

Økonomisk bæreevne

Gjeldende langtidsbudsjett vedtatt i juni 2017 viser at HMN har økonomisk evne til å bære SNR gitt de øvrige forutsetninger som da lå til grunn.

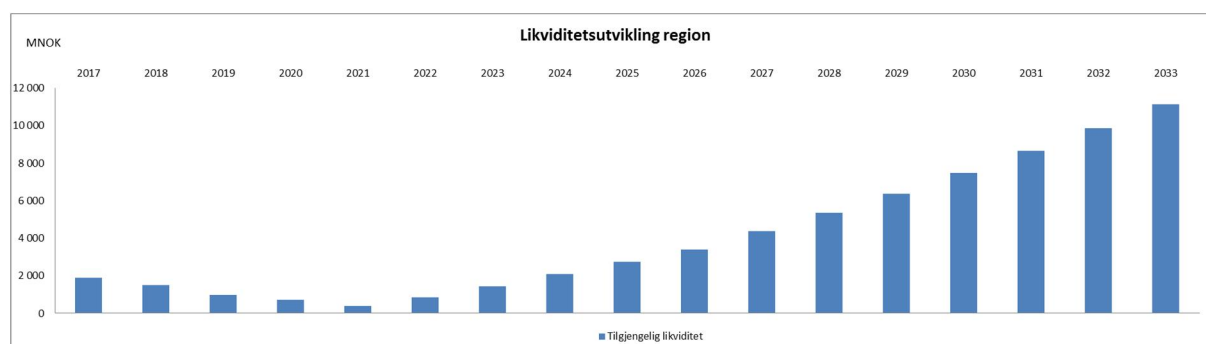
Finansieringen av regionale investeringer i IKT samt andel egenfinansiering til nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal er ivaretatt gjennom at det regionale foretaket årlig låner midler fra sykehusforetakene.

I behov for egenfinansiering til nytt sykehus er det på regionalt nivå lagt til grunn 70 % lånefinansiering og tatt høyde for en total kostnad tilsvarende P85 (4,9 mrd kr, i 2017-kroner). Helse Møre og Romsdal HF har i sitt langtidsbudsjett lagt til grunn P50 (4,3 mrd kr) som størrelse på investering i nytt sykehus. P50 er grunnlaget for utbetaling av byggelån til HMR, og det ligger en prosjektreserve på RHF tilsvarende differansen mellom P85 og P50. Det er i beregningene lagt til grunn at byggelån fra HOD trekkes opp i samme takt som investeringen i nytt sykehus. Faktisk gjennomføring av opptrekk vurderes på et senere tidspunkt og avhenger av likviditetssituasjonen i regionalt helseforetak.

Utvikling perioden 2017-2032

For å få frem konsekvensene av planlagte store investeringer er helseforetakene også bedt om å beskrive utfordringsbildet frem til 2032. Dette er i ulik grad gjennomført i det enkelte helseforetak. Det er derfor på overordnet nivå lagt inn forutsetninger knyttet til investeringsnivå og effektivisering hos enkelte foretak. Det er ikke lagt inn nye store regionale investeringer. Det er heller ikke lagt til grunn vekst i aktivitet og årlig generell effektivisering er satt lik 0.

Som det fremgår i avsnittet om likviditetsutvikling har foretakene lagt opp til store overskudd fra 2022. Når dette videreføres samtidig som investeringsnivået blir betydelig lavere, relatert til at de to store regionale investeringsprosjektene er ferdige, bygges det opp et betydelig likviditetsmessig handlingsrom. I figuren under er det lagt inn investeringer knyttet til oppgradering av bygningsmasse i Ålesund og Volda samt investeringer knyttet til utviklingsplan i Helse Nord-Trøndelag.



Figur 9.2: Samlet likviditetsutvikling i perioden 2017-2033.

Det ligger mange forutsetninger og mye usikkerhet knyttet til utvikling når vi kommer 10-15 år frem i tid. Figuren over viser et handlingsrom som på sikt kan muliggjøre det meste. Det er sannsynlig at faktisk handlingsrom etter år 2022 blir lavere og vesentlig mer nøkternt enn det som fremkommer i figuren over. Likevel er det realistisk å legge til grunn en positiv utvikling etter år 2022 gitt en

kontinuerlig forbedring og effektivisering av driften og at drift og investeringer skjer innenfor økonomisk handlingsrom i perioden 2018-2023.

Utviklingen i perioden 2034-2050

HMN sitt utvidede LTB løper frem til 2033, og det er etter dette ikke gjort økonomiske vurderinger knyttet til hverken investeringsnivå, inntekter eller kostnader. Basert på analysen frem til 2033 er det imidlertid sannsynlig at det er bæreevne for prosjektet på regionalt nivå også i perioden 2034-2050.

Risikovurdering

Helse Midt-Norge står foran store og krevende investeringsprosjekter i langtidsperioden. Dette medfører et press på likviditeten og stiller krav til at helseforetakene klarer å omstille driften til et lavere kostnadsnivå uten at dette går ut over kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse Midt-Norge er avhengig av at forutsetningen knyttet til planlagt effektivisering overholdes. Det er mest kritisk dersom man ikke klarer effektiviseringen første del av perioden da resultatet akkumulerer seg utover i perioden. Det vises til oppdatering av gjeldende langtidsbudsjett med endringer som har blitt kjent etter juni 2017 og som vil bli lagt frem for det regionale styret i desember 2017.

De to store regionale prosjektene representerer hver for seg betydelige strukturelle grep og organisasjonsutvikling de neste årene. Investeringene skal gi grunnlag for nødvendig omstilling og effektivisering for å sikre en bærekraftig utvikling av helsetjenesten i Midt-Norge.

10 Nåverdianalyse

Nåverdianalysen brukes i første omgang til å vurdere alternativer opp mot hverandre, og i mindre grad til å avgjøre om et prosjekt er gjennomførbart eller ikke. Veilederen stiller ikke krav om utarbeidelse av dette, men for å sammenligne prosjekter mot hverandre er den likevel et nyttig hjelpemiddel, og den er derfor inkludert her.

Det er ikke lagt inn restverdier i analysen da sykehuset er forutsatt å ikke ha økonomisk verdi etter at det er ferdig avskrevet.

Diskonteringsrenten er satt til 4 %, som skissert i veilederen, men konsekvensen ved 6 % og 3 % er også vist i tabellen under.

Analysen viser at prosjektet har negativ nåverdi. Dette skyldes at investeringskostnaden er høyere enn gevinstene knyttet til prosjektet.

		NNV
Høy diskonteringsfaktor	6 %	-2 185
Middels diskonteringsfaktor	4 %	-2 032
Lav diskonteringsfaktor	3 %	-1 891

Tabell 10.1 - Nåverdi ved ulike diskonteringsrenter. Tall i MNOK januar 2017-prisnivå.

11 Usikkerhet

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til å estimere effekter frem i tid. I dette kapittelet beskrives de faktorene det enten er knyttet mest usikkerhet til, eller der effekten av eventuell usikkerhet har størst påvirkning på prosjektets bæreevne. Videre beskrives forhold ved analysene som kan være usikre.

Isolere effekter av tiltak

Det kan være utfordringer knyttet til å isolere effekter av tiltak, og dermed være en risiko knyttet til å regne samme effektiviseringsgevinst eller kostnadsreduksjon flere ganger. Framskrivningen av bemanning for nytt sykehus er gjort med utgangspunkt i bemanningen i 2016, altså før planlagte kutt for 2016 og antatte kutt for 2017-2022 er effektivisert. Dette gir en risiko for at kuttene tiltenkt i nytt sykehus allerede er realisert før innflytting. Dette er forsøkt tatt hensyn til ved at de bemanningsreduksjonene som er lagt inn ved innflytting i nytt sykehus i det aller meste er bemanningsreduksjoner knyttet til funksjoner som i dag er duplisert ved Molde og Kristiansund sykehus, og som i SNR er samlet på ett sted. Likevel kan utviklingsplanen legge til rette for slike reduksjoner i vaktordninger og bemanning før samlokalisering i SNR. Slike reduksjoner før innflytting vil kunne redusere det identifiserte potensialet for reduksjoner i bemanning ved innflytting i SNR.

Det påpekes at det er den samme bemanningsbasen det kuttet i flere steder, og totaliteten av dette må ses opp mot de oppgavene som skal utføres.

Forutsetninger om fremtidig inntekts- og aktivitetsnivå

Det er knyttet usikkerhet til forutsetningene som er tatt for inntekts- og aktivitetsnivået for helseforetaket i årene frem til 2050. Endringer i disse forutsetningene har stor innvirkning på bæreevnen.

De siste årene har bevilgningene til spesialisthelsetjenesten økt. Det er flere faktorer som taler for økte inntekter også i årene fremover. En aldrende befolkning vil forbruke mer helsetjenester og befolkningen i Norge øker. Helsetjenesten står derfor overfor en aktivitetsvekst de neste tiårene. Likevel kan være behov for at noe av denne veksten må tas uten ytterligere tilførsel av midler. Statens inntekter er fallende, og kostnadene økende. I tillegg er det usikkerhet knyttet til den fremtidige arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I LTB og i bæreevneanalysen er det forutsatt at spesialisthelsetjenesten vil ha en aktivitetsvekst i årene fremover, og at fremtidig aktivitetsvekst vil kompenseres med økte inntekter, men konsekvensene av at bevilgningene ikke holder tritt med økningen i oppgaver er modellert i kapitlene om sensitivitet og scenarier.

I rapport av 15.6.2016 var vekst i ISF-inntekt og inntekter knytte til poliklinisk aktivitet estimert til 1,5 % i perioden 2023-2032 mens veksten i basisramme var satt til 1,2 % i samme periode. I denne rapporten er inntektsveksten for 2024-2033 nedjustert til henholdsvis 1,2 % for ISF og poliklinisk virksomhet og 1,0 % for basisramme. Endringene er gjort som følge av HMN sine nedjusterte anslag for inntektsveksten i årene fremover. Dette har store innvirkninger på bæreevnen.

Teknologisk utvikling utover investeringene i SNR

Den fremtidige teknologiske utviklingen vil kunne bidra til bedre og mer effektive behandlingsformer, men kan også føre til mer kostnadskrevenende behandling av sykdommer og lidelser det er vanskelig å behandle i dag. Virkningen for pasientene vil med all sannsynlighet være positiv, men den totale økonomiske effekten er det vanskelig å fastslå.

Fremskriving

Inntekts- og kostnadsnivåene i LTB er i stor grad basert på nivåene i 2017. Per september 2017 er årsestimatet for resultatet i 2017 nedjustert med cirka 36 MNOK. Nivåene for fremtidige år er ikke endret, men dette viser usikkerheten knyttet til estimatene. Å bruke de nedjusterte estimatene for 2017 som fremskrivningsgrunnlag ville ført til redusert bæreevne for SNR. Årene 2024-2050 baserer seg i stor grad på 2023 som basisår. Dette gjør de videre estimatene spesielt sensitive for nivået i 2023.

Økonomisk resultat – besparelser og kostnadstiltak

I rapport av 15.6.2016 ble det lagt til grunn flere kostnadsbesparende tiltak som skulle gjennomføres i 2016 og 2017. Årsresultatet i 2016 ble estimert til -8 MNOK, men endte på -38 MNOK. Årsresultatet for 2017 er budsjettert til 0 MNOK, men estimatet per september 2017 er et negativt resultat på 111,1 MNOK. Dette viser at HMR har utfordringer med å møte de forutsetningene som ble lagt til grunn i 2016. Det er derfor knyttet vesentlig usikkerhet til om foretaket er i stand til å nå kravene til besparelser som ligger til grunn for bæreevnen i denne rapporten.

11.1 Positiv usikkerhet

Det er identifisert potensielle besparelser til pågående og planlagte prosjekter og tiltak for SNR-prosjektet, HMR og HMN i årene fremover som ikke er lagt inn i analysene i denne rapporten, fordi besparelsene ikke er konkrete nok på dette tidspunktet. Dette er effekter som kan bedre bæreevnen i helseforetaket og det regionale helseforetaket. Deler av disse effektene kan tenkes å understøtte de generelle besparelsene som skal realiseres i årene etter innflytting i nytt sykehus. Under er de mest vesentlige tiltakene beskrevet.

Logistikk, ny teknologi og nye arbeidsformer i nytt sykehus

Logistikken i SNR vil bli bedre og mindre arbeidskrevende enn i dagens sykehus, og derigjennom frigjøre kapasitet. Automatisering og robotisering av manuelle arbeidsoppgaver er eksempler på dette. Likeledes vil SNR vil få nye teknologiske løsninger og nye arbeidsformer som både fører til bedre pasientbehandling og til bedre ressursutnyttelse.

Det er sannsynlig at et nytt sykehus muliggjør vesentlige økonomiske gevinster utover det som er tallfestet i denne rapporten. Effektene av slike tiltak er ikke tatt inn i analysen på dette stadiet, da de spesifikke løsningene ikke er utredet til et slikt detaljnivå at det er mulig å regne effekter av disse. Det er likevel sannsynlig at løsningene vil ha positive driftsøkonomiske effekter.

Helseplattformen for HMN

I HMN pågår et stort prosjekt for å utvikle et felles og enhetlig system for pasientjournal og pasientadministrasjon for hele helseregionen. Prosjektet kan komme til å innebære endringer i arbeidsprosesser og en annen arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten enn i dag. Prosjektet er kommet for kort i planleggingen til at effektene av disse eventuelle endringene kan tas inn i denne analysen. For HMR kan det tenkes at realiseringen av prosjektet kan ha vesentlige positive økonomiske effekter, men disse er ikke innregnet da de er vanskelige å kvantifisere og at det på nåværende tidspunkt er forbundet med usikkerhet.

12 Sensitivitetsanalyse

Hensikten med en sensitivitets- eller usikkerhetsanalyse er å undersøke hvor følsom eller robust bæreevnen i de analyserte tiltakene er for endringer i forutsetningene. Det er i sensitivitetsanalysen fokusert på faktorer som kan tenkes å redusere bæreevnen til foretaket, og ikke tatt med faktorer som trekker i motsatt retning. Dette er i henhold til veileder i samfunnsøkonomiske analyser¹³.

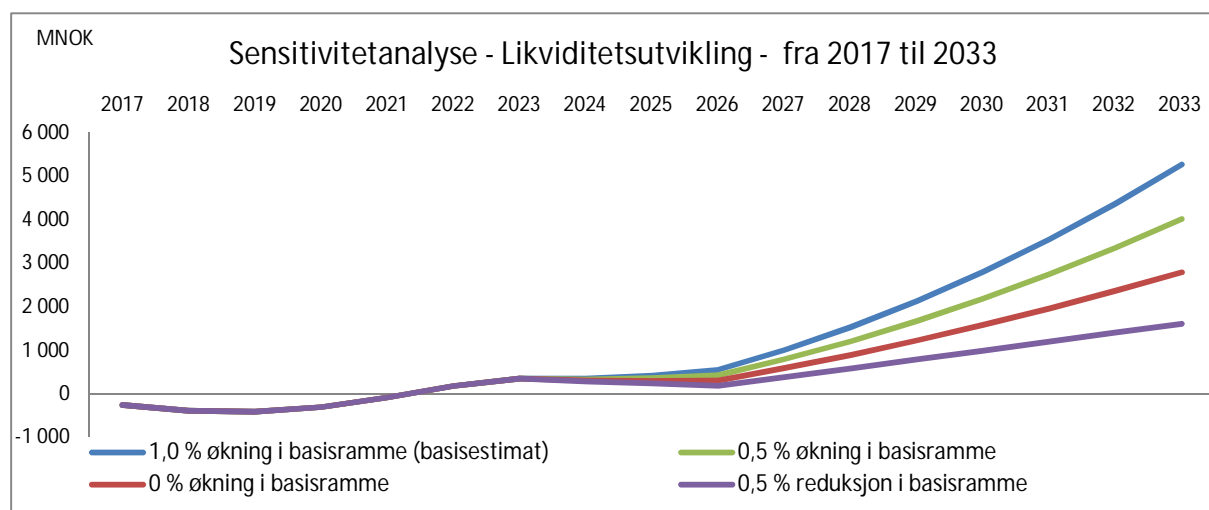
Analysene er foretatt for perioden frem til 2050, men fokuset ligger på perioden frem til år 2033, da det er denne som er mest kritisk for foretaket. Grafer som viser utviklingen frem til år 2050 er plassert i vedlegg.

12.1 Inntektsvekst

Foretaket har budsjettet med 1,0 % årlig generell økning i basisrammen i årene 2024-2033. Dette er basert på innspill fra HMN om forventet fremtidig inntekt. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til dette og vi ser her konsekvensen av at basisrammen vokser med henholdsvis 0,5 % og 0 % og har negativ vekst på 0,5 %. Økningen på 1,2 % i aktivitetsbaserte inntekter er forutsatt uendret.

Tabellen under viser den akkumulerte bæreevnen i år 2033 og 2050 for de fire modellerte nivåene. Figuren under viser i tillegg utviklingen i den akkumulerte bæreevnen i årene frem til år 2033.

Inntektsvekst basisramme 2024-2033	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
1,0 % økning i basisramme (basisestimat)	5 273 MNOK	26 165 MNOK
0,5 % økning i basisramme	4 016 MNOK	19 821 MNOK
0 % økning i basisramme	2 494 MNOK	13 728 MNOK
0,5 % reduksjon i basisramme	1 608 MNOK	7 876 MNOK



Figur 12.1: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for vekst i basisrammen.

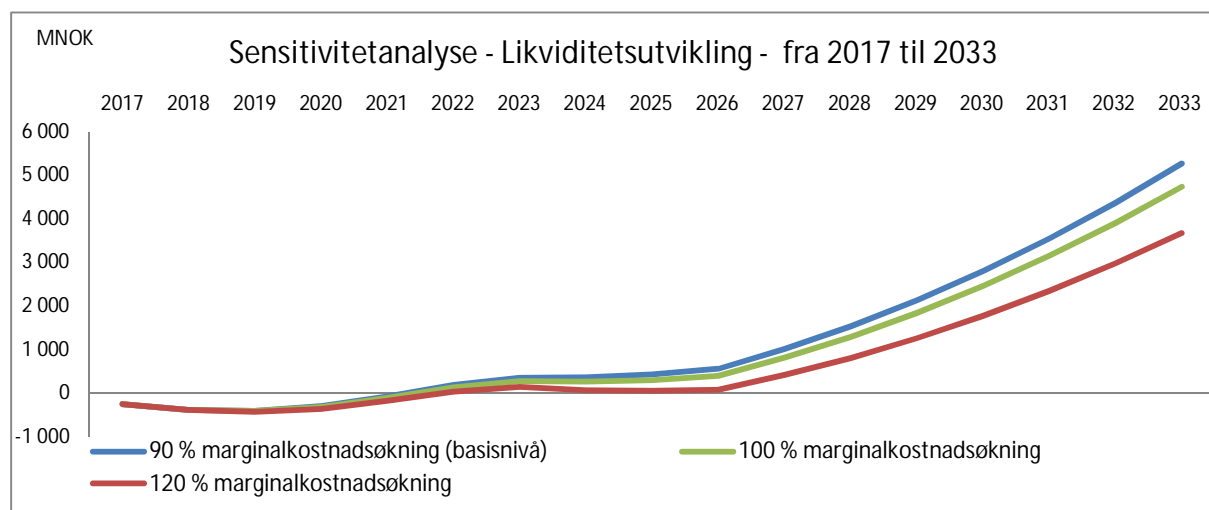
Grafen viser likviditetsutviklingen med de fire alternative utviklingene i basisrammevekst. Vi ser at veksten i basisrammen i årene 2024-2033 har mye å si for prosjektets bæreevne. En reduksjon også i aktivitetsbaserte inntekter vil ha en ytterligere innvirkning på bæreevnen.

¹³ Direktoratet for økonomistyring, 2014, Veileder i samfunnsøkonomiske analyser

12.2 Marginalkostnadsøkning

Foretaket budsjetterer med 90 % marginalkostnadsøkning på inntektsvekst som følge av aktivitetsøkning, beregnet på bakgrunn av inntektsveksten i basisramme psykiatri, ISF-inntekt og polikliniske inntekter, med påslag for at ordinær basisramme også inneholder et element av aktivitetsbevilgning. Vi har modellert med 100 % og 120 % marginalkostnadsøkning i perioden 2018-2033 og 2018-2050.

Marginalkostnadsøkning	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
90 % marginalkostnadsøkning (basisnivå)	5 273 MNOK	26 165 MNOK
100 % marginalkostnadsøkning	4 741 MNOK	24 214 MNOK
120 % marginalkostnadsøkning	3 676 MNOK	20 312 MNOK



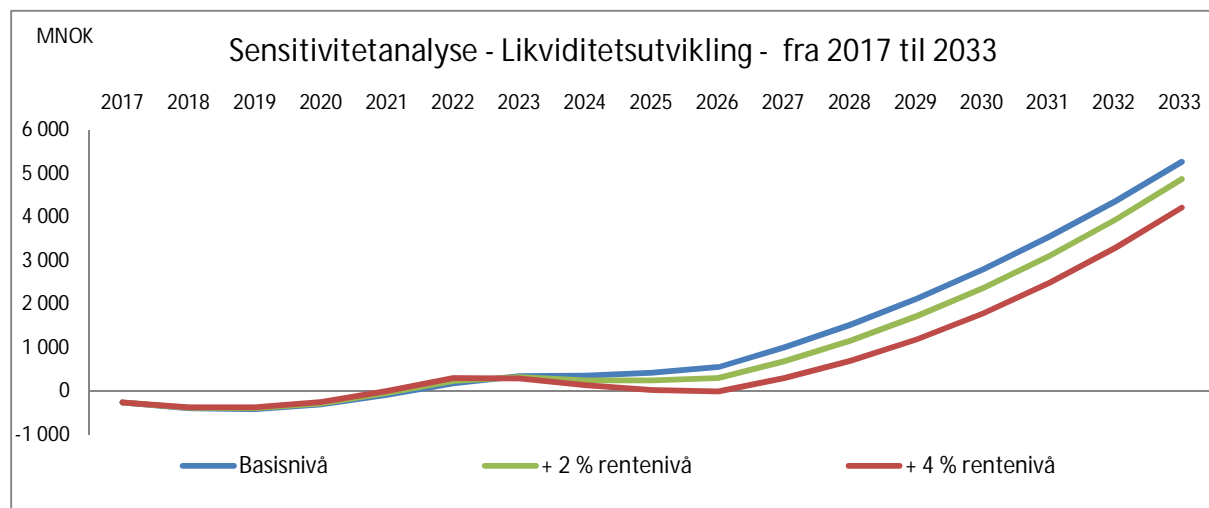
Figur 12.2: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for marginalkostnadsøkning knyttet til aktivitetsvekst.

Som vi ser har den marginale kostnadsøkningen effekt på bæreevnen, men prosjektet har fortsatt solid bæreevne selv med 120 % marginalkostnadsvekst.

12.3 Rentenivå

Foretaket har store rentekostnader for låneopptaket til SNR, og en endring i rentenivå vil ha effekter for foretaket.

Rentenivå	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
Basisnivå	5 273 MNOK	26 165 MNOK
+2 % rentenivå	4 876 MNOK	29 517 MNOK
+4 % rentenivå	4 221 MNOK	32 016 MNOK



Figur 12.3: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for rentenivået.

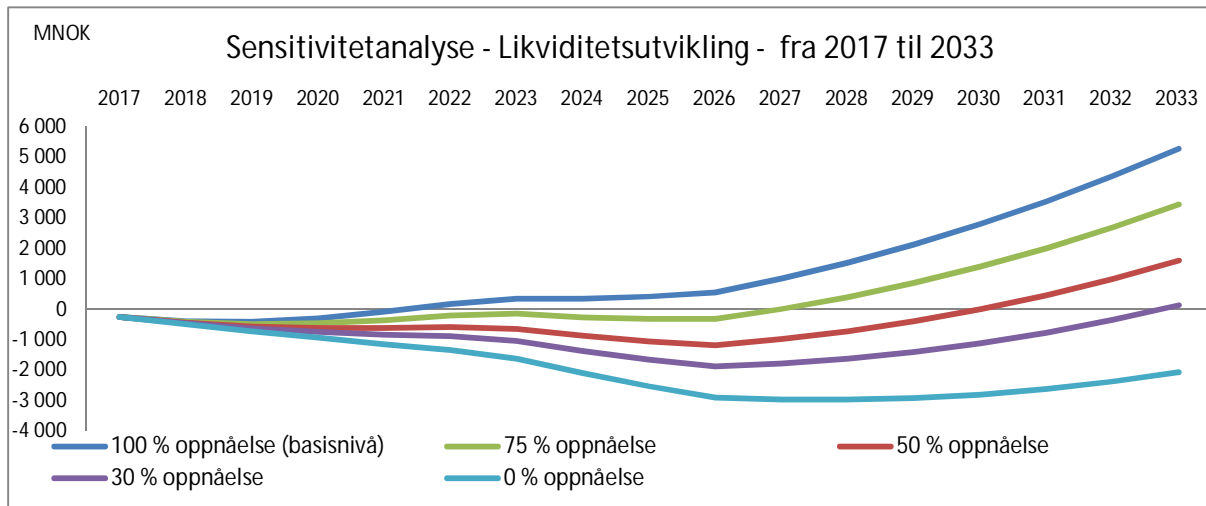
Vi ser at prosjektet ikke er spesielt sensitivt for renteendringer. Økt rente fører til bedre bæreevne totalt sett over perioden fordi foretaket akkumulerer store kontantoverskudd utover i perioden i basialternativet.

Den første tiårsperioden fører høyere renter til en lavere bæreevne. Ved +4 % rentenivå er bæreevnen negativ med 4 MNOK i 2026. Ved estimert basis rentenivå er bæreevnen positiv i alle år etter 2021.

12.4 Effektivisering før innflytting i nytt sykehus (2018-2021)

Dette gjelder årlige innsparinger på 103 MNOK i perioden 2018-2021, som omtalt i kapittel 8.3. Ekstra innsparinger som følge av tiltak i styresak 63/2017 er ikke regnet med her.

Effektivisering før innflytting	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
100 % oppnåelse - basisnivå	5 273 MNOK	26 165 MNOK
75 % oppnåelse	3 439 MNOK	21 339 MNOK
50 % oppnåelse	1 604 MNOK	16 513 MNOK
30 % oppnåelse	136 MNOK	12 652 MNOK
0 % oppnåelse	-2 065 MNOK	6 861 MNOK



Figur 12.4: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for oppnåelse av effektiviseringsgevinster før innflytting i nytt sykehus (perioden 2018-2021).

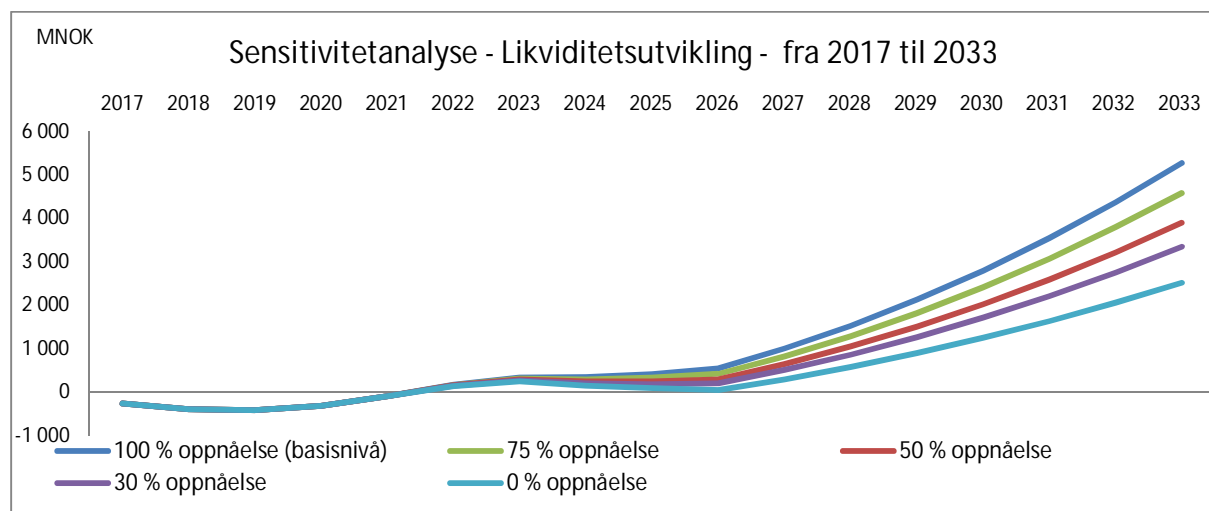
Som vi ser av figuren over har realiseringen av effektiviseringen før innflytting meget stor effekt. Prosjektet har bæreevne med 30 % realisering totalt sett, men har behov for tilførsel av likviditet i perioden før 2032. Med 75 % oppnåelse er bæreevnen negativ frem til år 2027. Med 50 % oppnåelse er bæreevnen negativ frem til 2030 og er negativ med 1 174 MNOK i 2026. Med 0 % oppnåelse har ikke HMR bæreevne før i år 2039.

I en situasjon med redusert oppnåelse av effektiviseringen før innflytting vil det være vanskelig å realisere SNR grunnet det store likviditetsbehovet foretaket vil ha i årene etter innflytting.

12.5 Effektivisering i årene etter innflytting i nytt sykehus (2022-2032)

Dette er årlig effektivisering på 31 MNOK omtalt i kapittel 8.3.

Effektivisering etter innflytting	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
100 % oppnåelse - basisnivå	5 273 MNOK	26 165 MNOK
75 % oppnåelse	4 585 MNOK	23 164 MNOK
50 % oppnåelse	3 897 MNOK	20 163 MNOK
30 % oppnåelse	3 347 MNOK	17 761 MNOK
0 % oppnåelse	2 521 MNOK	14 160 MNOK



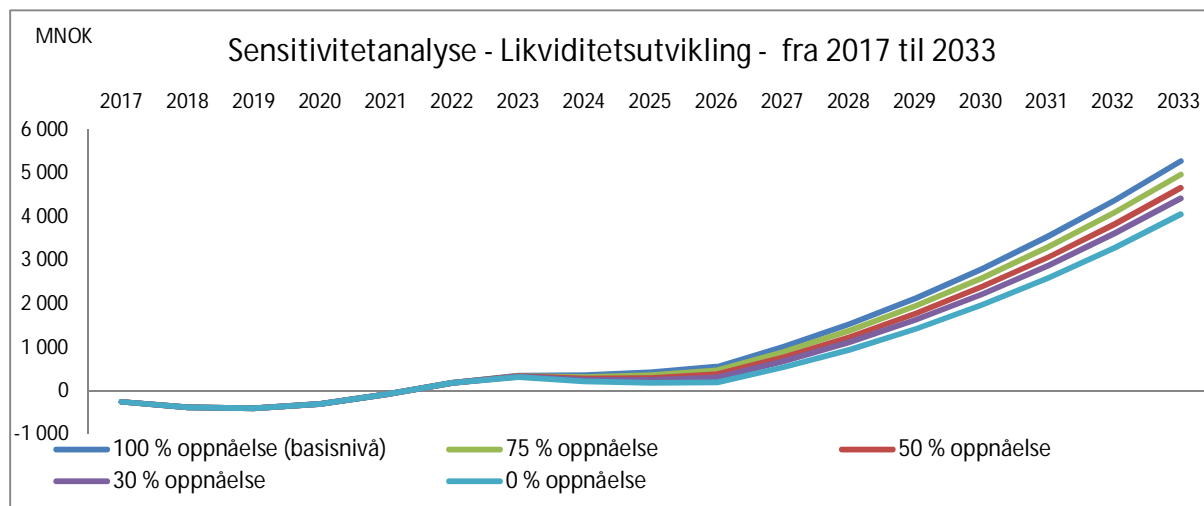
Figur 12.5: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for oppnåelse av effektiviseringsgevinster etter innflytting i nytt sykehus (perioden 2022-2032).

Vi ser at en reduksjon i effektivisering etter innflytting har mindre å si enn effektiviseringen i årene før SNR står ferdig. Dette skyldes at årlig besparelse i årene etter innflytting er 31 MNOK i motsetning til 103 MNOK i årene før sykehuset er bygget. I tillegg er det årene frem til innflytting som er mest kritiske økonomisk, sett opp mot foretakets LTB.

12.6 Effekter av sammenslåing

Gevinstene av å slå sammen Molde og Kristiansund sykehus er beregnet til cirka 101 MNOK i varig kostnadsreduksjon. Vi har beregnet konsekvensen av redusert oppnåelse av denne gevinsten.

Effektivisering av sammenslåing	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
100 % oppnåelse - basisnivå	5 273 MNOK	26 165 MNOK
75 % oppnåelse	4 969 MNOK	25 184 MNOK
50 % oppnåelse	4 664 MNOK	24 202 MNOK
30 % oppnåelse	4 420 MNOK	23 417 MNOK
0 % oppnåelse	4 055 MNOK	22 238 MNOK



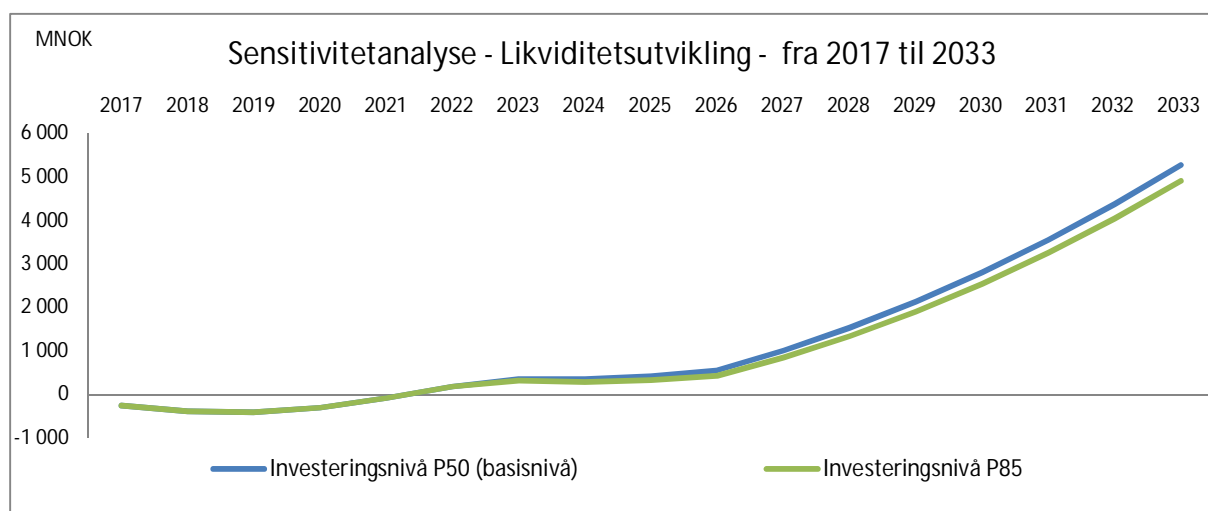
Figur 12.6: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for oppnåelse av sammenslåingsgevinster mellom Molde og Kristiansund sykehus.

Vi ser at realiseringsgraden for sammenslåingsgevinstene har lite å si for foretakets bæreevne for SNR. Dette skyldes at gevinsten ikke er gjentakende, i motsetning til effektiviseringstiltakene der det gjøres reduksjoner i kostnadsbasen hvert år i perioden tiltakene gjelder for.

12.7 P85 kostnadsnivå

HMN legger i sitt langtidsbudsjett til grunn P85 som kostnadsnivå, og tar således likviditetsmessig høyde for dette. En eventuell overskridelse må likevel dekkes av HMR, men det forutsettes at det økte investeringsnivået øker lånebeløpet og ikke må betales ut av HMR umiddelbart. Økningen fra P50 er på 423 MNOK. Grafen under viser konsekvensen for HMR av en investeringskostnad på P85.

Investeringsnivå	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
P50 - basisnivå	5 273 MNOK	26 165 MNOK
P85	4 910 MNOK	25 249 MNOK



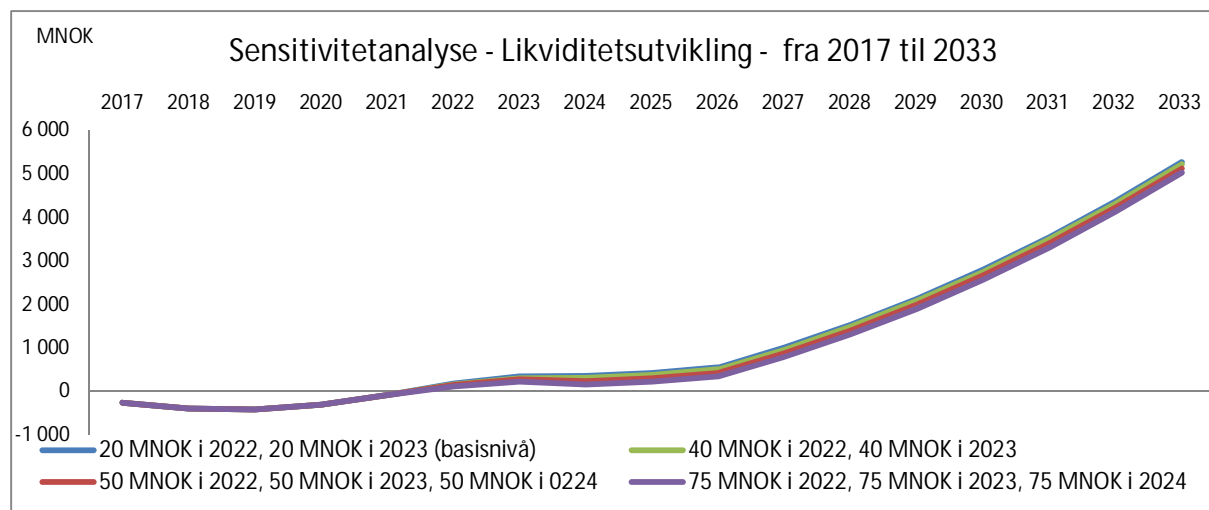
Figur 12.7: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved investeringsnivå på henholdsvis P50 og P85.

Analysen viser at HMR har bæreevne for et investeringsnivå på P85.

12.8 Økte pukkelkostnader

Det er lagt inn 20 MNOK i pukkelkostnader i henholdsvis år 2022 og i år 2023. Analysen viser konsekvensen av økte pukkelkostnader.

Pukkelkostnader	Bæreevne i 2033	Bæreevne i 2050
20 MNOK i 2022, 20 MNOK i 2023	5 273 MNOK	26 165 MNOK
40 MNOK i 2022, 40 MNOK i 2023	5 220 MNOK	26 092 MNOK
50 MNOK i 2022, 50 MNOK i 2023, 50 MNOK i 2024	5 128 MNOK	25 964 MNOK
75 MNOK i 2022, 75 MNOK i 2023, 75 MNOK i 2024	5 029 MNOK	25 827 MNOK



Figur 12.8: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for pukkelkostnader forbundet med innflytting.

Den totale bæreevnen blir lite påvirket av økte pukkelkostnader. HMR har likevel en lavere bæreevne i årene rett etter innflytting ved høye pukkelkostnader.

12.9 Oppsummering

Analysen viser at bæreevnen er mest sensitiv for realiseringen av de generelle kostnadsbesparelsene før innflytting og forutsetningene om fremtidig inntektsnivå. Disse faktorene er viktige for foretakets evne til å bære prosjektet.

13 Scenarioanalyse

For å fange opp situasjoner der flere av de analyserte faktorene i sensitivetsanalysene inntreffer samtidig er det gjennomført en scenarioanalyse. Noen av faktorene i sensitivetsanalysen kan være korrelerte med hverandre, det vil si at de er naturlig avhengige av hverandre og samvarierer. Eksempelvis kan det være sammenheng mellom de innsparingene man oppnår før og etter innflytting. I tillegg kan det oppstå situasjoner der flere av faktorene slår inn, selv om de ikke er direkte avhengige av hverandre¹⁴.

Faktorene analysert i scenarioanalysen er valgt ut på bakgrunn av de faktorene som har størst utslag i følsomhetsanalysen, samt de faktorene som er antatt å ha størst grad av samvariasjon.

13.1 Scenario A

Forutsetninger i scenario A

I dette scenarioet modelleres konsekvensene av redusert realisering av effektiviseringstiltak før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet.

Det skal i årene som kommer gjennomføres flere effektiviseringstiltak i HMR som i denne rapporten er delt opp i tiltak før SNR, tiltak etter SNR og sammenslåingsgevinster som følge av SNR. Samtidig er fremtidig aktivitetsvekst forutsatt gjennomført med en lavere marginalkostnad enn dagens aktivitet.

Selv om innsparingene som planlegges ikke nødvendigvis gjennomføres i de samme organisatoriske delene av HMR kan man tenke seg at disse har innvirkning på hverandre eller påvirkes av de samme faktorene. Eksempelvis vil flere typer innsparinger kunne påvirkes av aktivitetsveksten i foretaket, større organisatoriske endringer eller forsinkelser knyttet til SNR.

Samtidig kan det for hvert år man henter ut besparelser av den samme kostnadsbasen bli stadig mer krevende å hente ut ytterligere effektiviseringer. Etter hvert må man foreta større strukturelle grep for å klare å hente ut ytterligere effekter.

I dette scenarioet reduseres realiseringen av besparelsene til 75 % av besparelsene i basisalternativet i alle år, både før og etter innflytting.

Tiltak	2018-2021
Årlig mål	103 MNOK
Realiseringsgrad	75 %
Årlig realisering	77 MNOK

Tiltak	2022-2032
Årlig mål	31 MNOK
Realiseringsgrad	75 %
Årlig realisering	23 MNOK

Det å ha en marginalkostnadsøkning som er lavere enn aktivitetsøkningen tilsier at man oppnår stordriftsfordeler: neste pasient koster mindre enn den forrige. Dette er en rimelig forutsetning, men kombinert med store effektiviseringstiltak kan det være krevende å oppnå: Det er to forskjellige

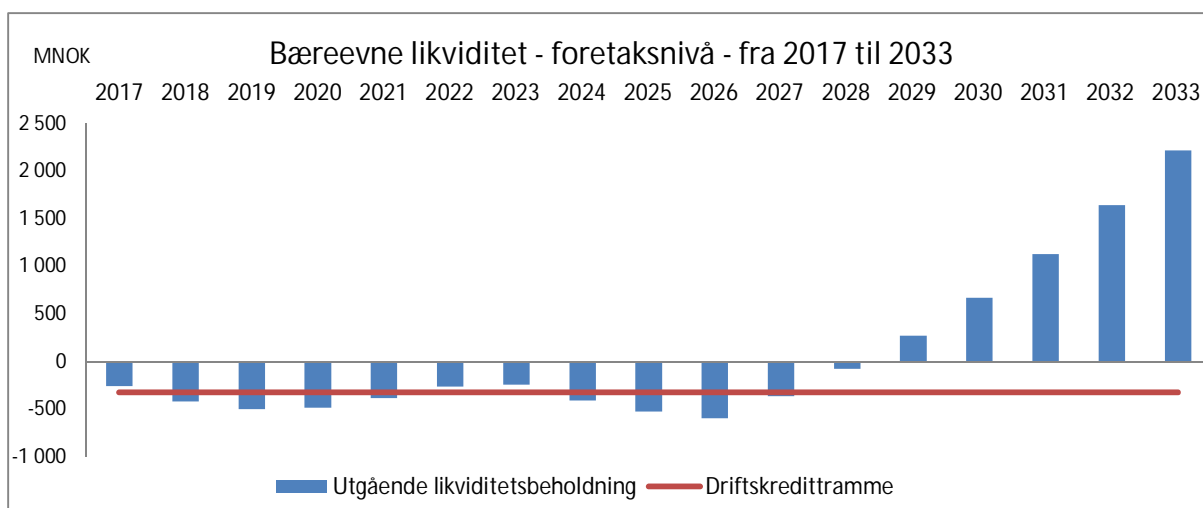
¹⁴ Direktoratet for økonomistyring, 2014, Veileder i samfunnsøkonomiske analyser

effekter, men den samme kostnadsbasen man justerer på og de samme menneskene som skal utføre en oppgave mer effektivt enn tidligere. I dette scenarioet settes realisert marginalkostnadsøkning til 100 % av aktivitetsveksten.

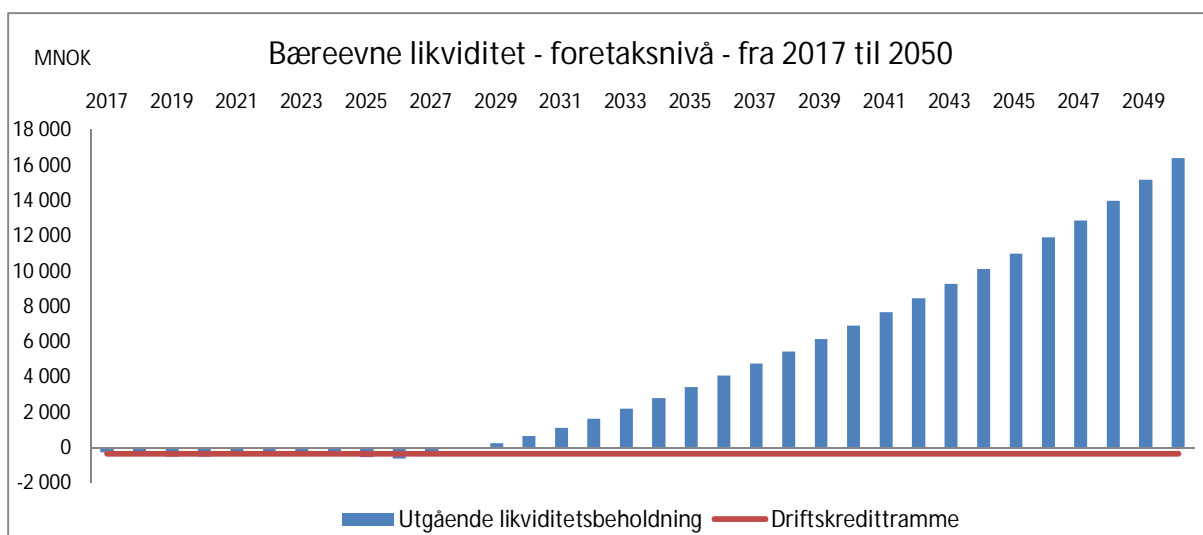
Marginalkostnadsøkning på økt aktivitet	2018-2033
Mål	90 %
Realisering	100 %

Effekter i scenario A

Vi ser at bæreevnen i scenarioet er negativ frem til år 2028. Det er spesielt perioden etter innflytting i nytt sykehus som har negativ bæreevne. I år 2026 er bæreevnen negativ med 595 MNOK. Dette vil være krevende å håndtere for HMR og HMN. Tilsvarende scenario i rapport fra 2016 viste positiv bæreevne fra år 2027 og laveste bæreevne var negativ med 402 MNOK.



Figur 13.1: Scenarioanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved forutsetninger om redusert oppnåelse av effektiviseringsgevinster før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet sammenlignet med det som er lagt til grunn i bæreevneanalysen. Viser perioden 2017 til 2033.



Figur 13.2: Scenarioanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved forutsetninger om redusert oppnåelse

av effektiviseringsgevinster før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet sammenlignet med det som er lagt til grunn i bæreevneanalysen. Viser perioden 2017 til 2050.

13.2 Scenario B

Forutsetninger i scenario B

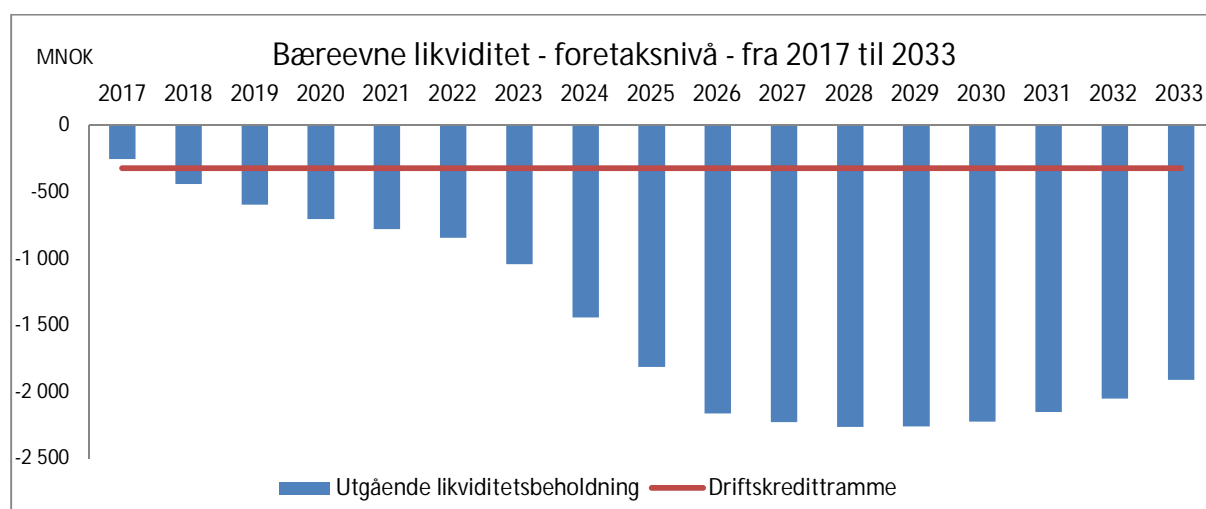
Scenario B bygger på tankegangen fra scenario A om at det blir mer og mer krevende å hente ut effekter. I scenario A var realiseringsgraden den samme i alle årene. I dette scenarioet forutsettes det at realiseringen av effektiviseringstiltakene reduseres jo lenger ut i perioden man kommer. I de første årene er realiseringsgraden høy, mens den synker etter hvert som de marginale gevinstene blir stadig mer krevende å identifisere og realisere.

Tiltak	2018	2019	2020	2021
Mål	103 MNOK	103 MNOK	103 MNOK	103 MNOK
Realisering	50 %	30 %	30 %	30 %
Realisering	52 MNOK	31 MNOK	31 MNOK	31 MNOK

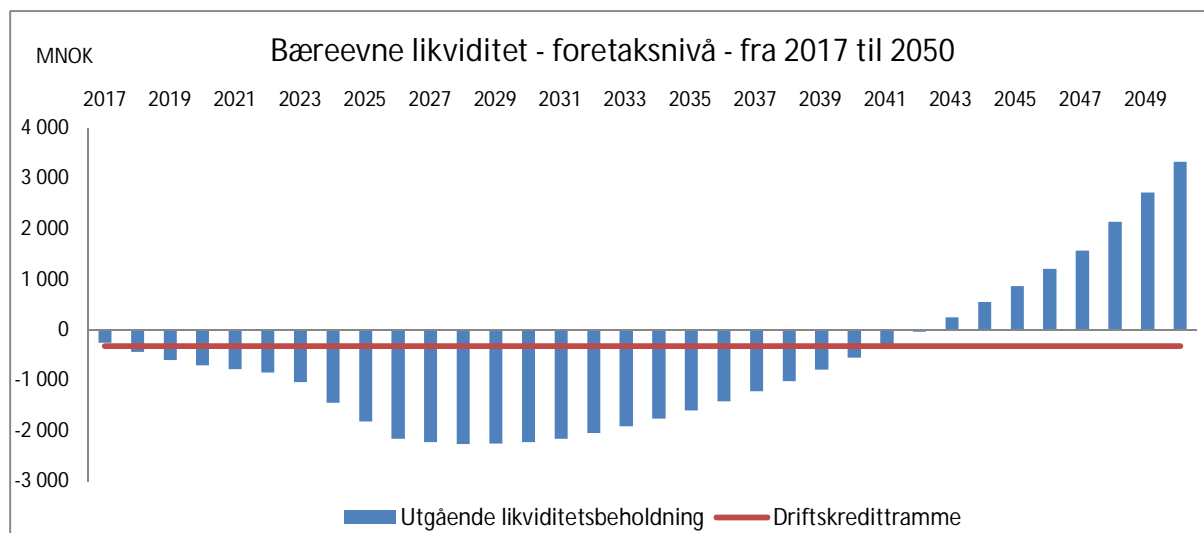
Tiltak	2022-2032
Mål	31 MNOK
Realiseringsgrad	30 %
Realisering	9 MNOK

Marginalkostnadsøkning på økt aktivitet	2018-2033
Mål	90 %
Realisering	100 %

Effekter i scenario B



Figur 13.3: Scenarioanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved forutsetninger om redusert oppnåelse av effektiviseringsgevinster før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet sammenlignet med det som er lagt til grunn i bæreevneanalysen. Viser perioden 2017-2033.



Figur 13.4: Scenarioanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved forutsetninger om redusert oppnåelse av effektiviseringsgevinster før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet sammenlignet med det som er lagt til grunn i bæreevneanalysen. Viser perioden 2017-2050.

I dette scenariet reduseres bæreevnen betraktelig, og er negativ i store deler av perioden. Selv om den akkumulerte bæreevnen er positiv i 2050 har foretaket behov for tilførsel av likviditet frem til 2043. Samtidig er investeringsbehovet i perioden etter 2032 ikke ivaretatt. Med den grad av realisering av tiltak og marginalkostnad på økt aktivitet som er forutsatt i dette scenarioet har foretaket ikke bæreevne for prosjektet.

13.3 Scenario C

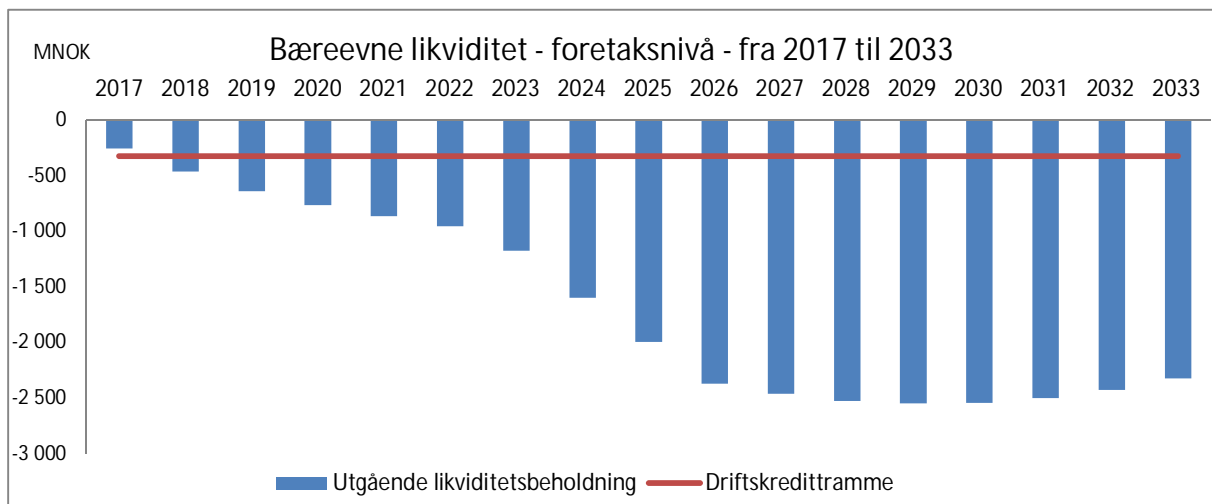
Dette scenarioet er basert på de samme resonnementene som i scenario A, men realiseringen av effektiviseringsgevinstene reduseres her til 30 % av gevinstene i basisalternativet i alle år, både før og etter innflytting. Alt annet holdes likt som i scenario A.

Tiltak	2018-2021
Årlig mål	103 MNOK
Realiseringsgrad	30 %
Årlig realisering	31 MNOK

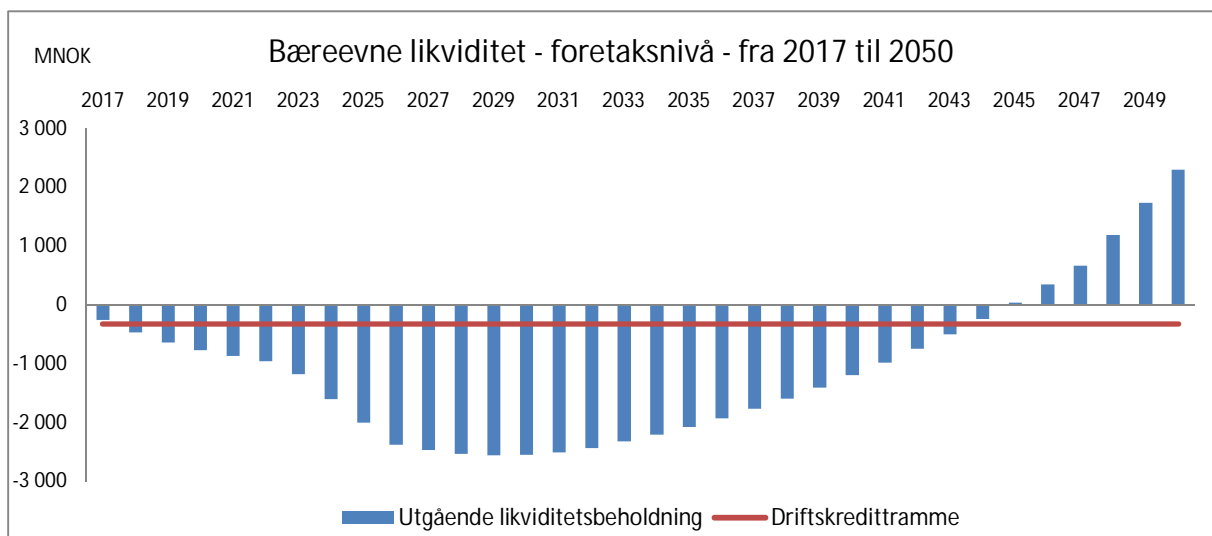
Tiltak	2022-2032
Årlig mål	31 MNOK
Realiseringsgrad	30 %
Årlig realisering	9 MNOK

Marginalkostnadsøkning på økt aktivitet	2018-2033
Mål	90 %
Realisering	100 %

Effekter i scenario C



Figur 13.5: Scenarioanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved forutsetninger om redusert oppnåelse av effektiviseringsgevinster før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet sammenlignet med det som er lagt til grunn i bæreevneanalysen. Viser perioden 2017-2033.



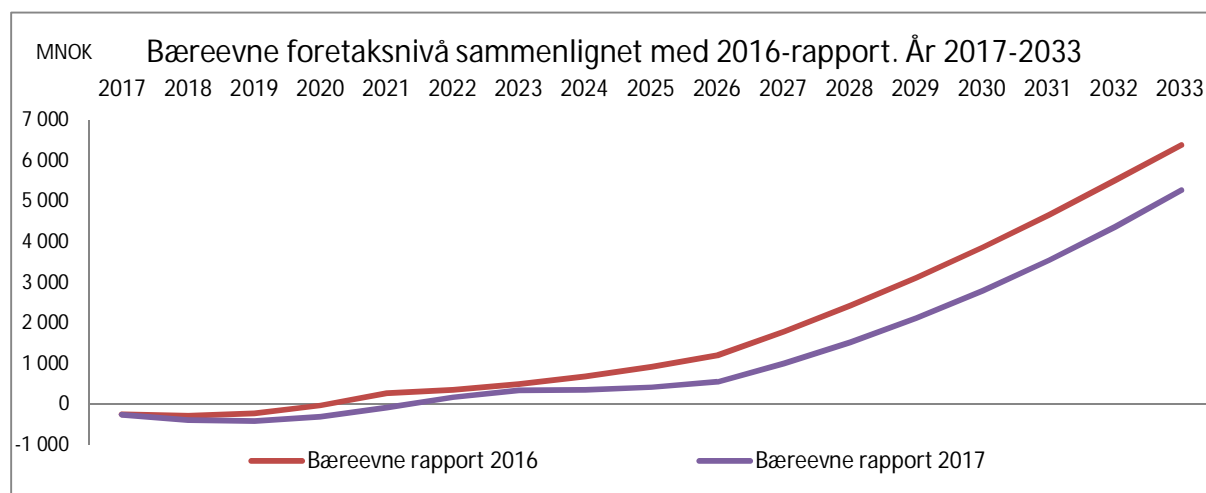
Figur 13.6: Scenarioanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved forutsetninger om redusert oppnåelse av effektiviseringsgevinster før og etter innflytting, samt økte marginalkostnader ved økt aktivitet sammenlignet med det som er lagt til grunn i bæreevneanalysen. Viser perioden 2017-2050.

I scenario C er bæreevnen negativ i alle år frem til 2045. Selv om den akkumulerte bæreevnen er positiv i 2050 har foretaket behov for tilførsel av likviditet frem til 2045. Samtidig er ikke investeringsbehovet i perioden etter 2032 ivaretatt. Med den grad av realisering av tiltak og marginalkostnad på økt aktivitet som er modellert i dette scenarioet har ikke foretaket bæreevne for prosjektet.

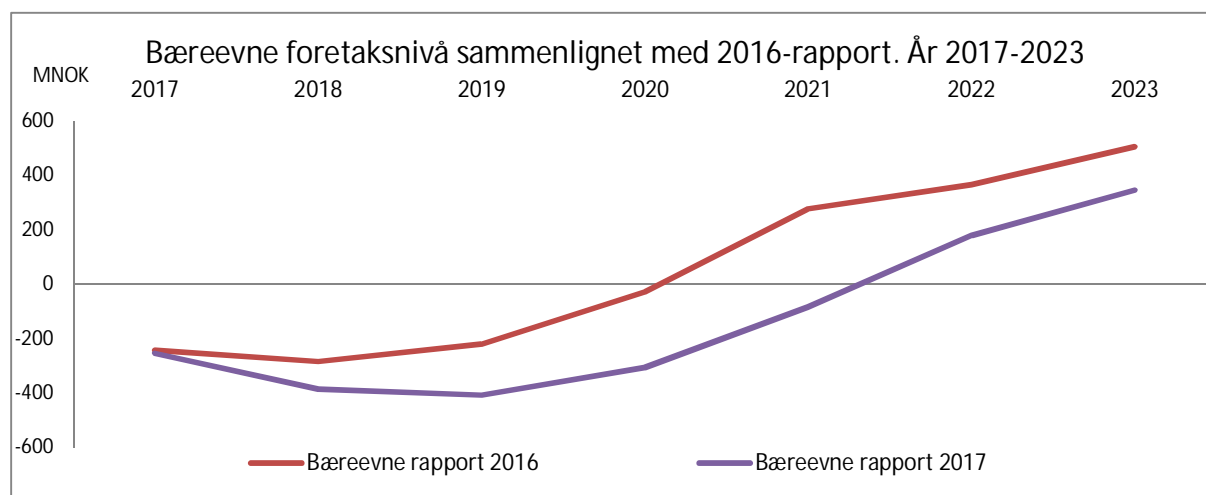
14 Drøfting

14.1 Endring i bæreevne fra rapport av 15.6.2016

Bæreevnen i årene frem til full drift i nytt sykehus er forverret fra 2016. Dette skyldes delvis at besparelser lagt til grunn i 2016 ikke er realisert. Resultatet av scenarioanalysene er svakere enn i rapporten fra 2016. Bæreevnen er lavest i 2019 med et likviditetsbehov på 410 MNOK.



Figur 14.1: Bæreevne for perioden 2017-2033 beregnet i 2016 og 2017 på helseforetaksnivå (HMR), basert på likviditet.



Figur 14.2: Bæreevne for perioden 2017-2023 beregnet i 2016 og 2017 på helseforetaksnivå (HMR), basert på likviditet.

14.2 Foretakets bæreevne for SNR

HMR har bæreevne for investeringen, men prosjektet har ikke bæreevne isolert sett.

Sensitivitetsanalysene viser at HMR har bæreevne for de fleste faktorene som er analysert, gitt økt driftskredittramme. De største utslagene i bæreevnen gir seg til kjenne ved reduksjoner i de effektiviseringsgevinstene som helseforetaket har budsjettert med, men som ikke er direkte knyttet til prosjektet. I tillegg er bæreevnen sensitiv for endringer i inntektsforutsetninger.

Sensitiviteten for effektiviseringsgevinstene vises tydelig i scenarioanalysen der reduserte effektiviseringsgevinster og økt marginalkostnad reduserer bæreevnen betraktelig.

Sensitivitets- og scenarioanalysene viser at forutsetningene som gjøres for fremtidig inntektsnivå er sentrale. En reduksjon i fremtidig inntektsvekst vil få store utslag for nivået på bæreevnen. I tillegg viser analysene at helseforetaket er avhengig av å realisere de effektiviseringstiltakene det er budsjettet med å gjennomføre før innflytting i nytt sykehus for å få bæreevne for SNR. Ved en svikt i realiseringen av effektiviseringstiltakene mister foretaket bæreevne for SNR.

Sensitivitets- og scenarioanalysene viser at helseforetakets bæreevne for SNR er mest sensitiv for faktorer utenfor prosjektet: Bæreevnen er mest sensitiv for generelle effektiviseringsgevinster i HMR og de generelle inntektsforutsetningene som ligger til grunn for HMR, og varierer i mindre grad med forskjeller i investeringskostnad og driftsøkonomiske konsekvenser mellom alternativene. HMR vil ha behov for tilførsel av likviditet frem til sykehuset står ferdig. Dette løses ved at foretaket får økt sin driftskredittramme, og forutsetter at foretaket realiserer de effektiviseringsgevinstene som er budsjettet.

Det er usikkerhet knyttet til å estimere økonomiske konsekvenser av et nytt sykehus og til å estimere konsekvenser av inntekter, kostnader, investeringsbehov og lignende for et helseforetak for flere tiår frem i tid. Små effekter i ett år blir fort betydelige når man aggregerer de over tid. Samtidig er utgangspunktet sentralt; flere av inntekts- og kostnadslinjene i regnskapet er ekstrapolert med utgangspunkt i år 2023. Da foretaket har budsjettet med et driftsmessig overskudd i år 2023 vil også alle senere år ha overskudd. Analysen er derfor sensitiv for resultatet i dette året.

Analysen kan fremstå med bedre bæreevne enn hva som vil være reelt da investeringsnivået etter 2032 er lavere enn hva behovet sannsynligvis vil være. Det er usikkerheter knyttet til å estimere et investeringsbehov så langt frem i tid, men det er sannsynlig at andre sykehus i regionen vil trenge oppgraderinger utover det investeringsnivået som er lagt inn i budsjettet.

15 Konklusjon

Analysen viser at HMR har bæreevne for SNR, gitt forutsetning om at foretaket realiserer de besparelsene som ligger til grunn i LTB. Helseforetaket har ikke bæreevne for prosjektet i årene frem til innflytting i nytt sykehus, men dette løses ved at HMN tilfører HMR ekstra likviditet gjennom økt driftskredittramme.

Prosjektet har ikke bæreevne på prosjektnivå. Dette er ikke uventet for denne type investering som gjerne gjennomføres grunnet andre ikke-økonomiske hensyn heller enn grunnet den bæreevnen prosjektet i seg selv genererer.

Sensitivitets- og scenarioanalysene viser at forutsetningene om effektivisering før og etter innflytting er avgjørende for at foretaket skal være i stand til å realisere SNR uten at dette går ut over den ordinære driften og andre investeringsbehov foretaket har. HMR har hatt utfordringer med å nå disse målene i 2016 og så langt i 2017. Videre viser analysene at forutsetningene om inntektsvekst i perioden frem til 2032 er viktig for nivået på bæreevnen.

På regionalt helseforetaksnivå er det avgjørende at både HMR og de andre foretakene i gruppen oppnår de effektiviseringene som er lagt til grunn i HMN sitt langtidsbudsjett.

HMR går i 2016, 2017 og 2018 med underskudd, og foretaket er i en anstrengt økonomisk situasjon. Foretaket jobber kontinuerlig med å sikre bæreevne for prosjektet, samtidig med å sørge for forsvarlig drift. Flere av de pågående omstillings- og organisasjonsendringene som planlegges er avhengig av nytt sykehus for å kunne realiseres. SNR er i så måte en forutsetning for å løse flere av de økonomiske utfordringene foretaket har.

I forprosjektfasen vil det være viktig å kvalitetssikre bæreevneanalysen etter hvert som tallgrunnlaget for investeringen og driften av sykehuset blir sikrere og man får et bedre inntrykk av realiseringsgraden av effektiviseringsgevinstene, samt inntektsrammene for foretaket i årene fremover. I tillegg blir fokuset på å oppnå de effektiviseringsgevinstene som ligger til grunn viktig for realiseringen av SNR.

16 Referanseliste

- Forslag til Hovedfunksjonsprogram SNR, revidert 15. februar 2016
- Sak 2016-15 Hovedfunksjonsprogram – Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), møtedato 9. mars 2016
- Overordnet teknisk program informasjons- og kommunikasjonsteknologi Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (OTP IKT), 5. april 2016
- NOT-LCC-XX-001 Årskostnadsanalyse og kostnader FDV, SNR – Årskostnadsanalyse og FDVU-kostnader, foreløpig notat 14. april 2016
- Sak 2016-04 – Oppfølging budsjett 2016, møtedato 27. januar 2016
- Sak 83-14 – Idefaserapport: Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal – SNR, Ver 1.0, 25. november 2014
- Sak 91-10 vedlegg A - Rapport nåsituasjon HNR HF – Teknisk tilstand, bygningsstruktur og egnethet i bruk, 2. juli 2010
- Sak 91-10 vedlegg E - Notat 02 - Ett og to sykehus – alternativet Investerings og LCC kostnader, 14. september 2010
- LTB HMR perioden 2018-2033
- Intern verdivurdering av sykehuseiendommer i Molde og Kristiansund, 20. april 2016
- Sak 52-17 Langtidsplan og –budsjett 2018-2023 HMN
- Sak 2017-27 – Langtidsbudsjett HMR 2018-2023 (33)
- Økonomisjefmøte 16.03.17 – LTB
- Sak 2017-63 – Status budsjett Helse Møre og Romsdal 2018

17 Vedlegg 1 – Driftsøkonomiske konsekvenser i nytt sykehus

17.1 Effekter av sammenslåing

Beregningene beskrevet under er basert på samtaler med klinikkene og sammenstilling av stillingsplaner for de områdene som har vaktordninger og minimumsbemanning knyttet til beredskap. Det er ikke beregnet sammenslåingsgevinster for områder og seksjoner der det ikke er drift ved begge sykehus i dag.

Tilnærmingen er forenklet fordi løsninger og organisering for SNR ikke er endelig satt. Analysene er tilpasset tilgjengelig informasjon og detaljnivået på analyser og planer som foreligger. Etter hvert som mer konkrete planløsninger og driftskonsepter besluttes vil analysene kunne detaljeres ytterligere. Analysene som ligger til grunn gir likevel et godt bilde av besparingspotensialet ut i fra dagens forutsetninger.

I analysen er bemanningen delt inn i stillingskategoriene lege, sykepleier/annet medisinsk personell, administrasjon og støttepersonell. Effektene per stillingstype er analysert og beskrevet for følgende områder:

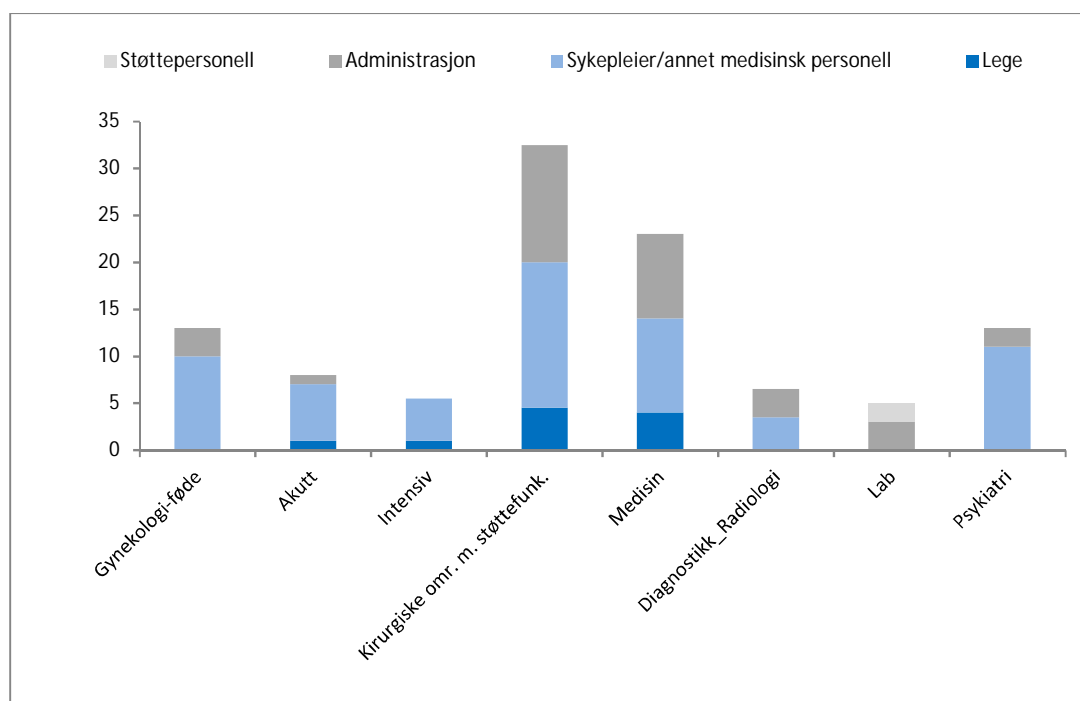
- Gynekologi og føde
- Akutt
- Intensiv
- Kirurgiske områder med støttefunksjoner
- Medisin
- Diagnostikk og radiologi
- Lab
- Psykiatri

Bemanningskostnader knyttet til området drift og eiendom er ikke inkludert under områdene som er analysert over fordi de er dekket av vurderinger knyttet til utvikling i FDVU-kostnader, se kapittel 5.2.

Sammenslåingsgevinster er beregnet og knyttet til årsverk basert på stillingsplaner for hvert område. Antall årsverk redusert ved sammenslåing er deretter multiplisert med gjennomsnittlig årslønn for denne stillingen. Videre er tillegg i lønn inkludert basert på gjennomsnittlig bruk av overtid og andre tillegg for området. Det er deretter beregnet 40 % sosiale kostnader.

Som beskrevet innledningsvis er det ikke skilt mellom tiltaksalternativene i denne analysen. Modell for drift av eventuell dagkirurgi i Kristiansund er ikke endelig avklart, men skissert modell tilsier ikke økt beredskap totalt sett. Eventuelle forskjeller mellom alternativene bemanningsmessig vurderes som små og det er derfor heller ikke skilt på dem i den følgende analysen.

Grafen under viser den beregnede reduksjonen i antall årsverk per område fordelt på stillingstypene listet over. Vi ser at det er kirurgiske områder med støttefunksjoner og medisin som har størst reduksjon i stillinger. Av stillingstyper er det sykepleier/annet medisinsk personell og administrasjon som har størst reduksjon.



Figur 17.1: Grafen viser beregnet reduksjon i årsverk per område fordelt på stillingstype.

Tabellen under oppsummerer de årlige økonomiske effektene av reduksjonen i stillinger knyttet til sammenslåingen. Totalt er sammenslåingsgevinstene beregnet til i overkant av 97 MNOK eller cirka 8 % av lønnskostnadene ved Molde og Kristiansund sykehus i 2015.

Område	Fastlønn				Tillegg	Sosiale kostnader (40 %)	Lønnskost inkludert sosiale kostnader
	Leger	Sykepleiere /annet medisinsk personell	Admin-istrasjon	Annet støtte-personell	Tillegg totalt		
Gynekologi/føde	-	4 645 000	1 386 250	-	3 078 855	3 644 042	12 754 147
Akutt	720 000	2 555 207	575 333	-	1 766 722	2 246 905	7 864 167
Intensiv	720 000	2 061 901	-	-	1 276 404	1 623 322	5 681 627
Kirurgiske omr. med støttefunksjoner	2 876 700	6 793 366	6 279 500	-	7 418 517	9 347 233	32 715 316
Medisin	2 348 275	4 138 340	3 450 890	-	3 908 990	5 538 598	19 385 093
Diagnostikk/radiologi	-	1 419 366	1 304 042	-	1 076 960	1 520 147	5 320 515
Lab	-	-	1 319 500	852 660	462 962	1 054 049	3 689 172
Psykiatri	-	4 668 000	841 000	-	1 584 075	2 837 230	9 930 305
Sum	6 664 975	26 281 180	15 156 515	852 660	20 573 485	27 811 526	97 340 342

Tabell 17.1: Årlig reduksjon i lønnskostnader per stillingstype knyttet til sammenslåing.

Betraktninger knyttet til hvert område er beskrevet i det følgende.

Gynekologi og føde

Gynekologi og føde er i dag organisert med virksomhet i tre seksjoner både i Kristiansund og Molde. Antall stillinger redusert og antall stillinger totalt i dag ved de to sykehusene samlet er gjengitt i tabellen under.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	0,0	9,5	0 %
Sykepleier/annet medisinsk personell	10,0	50,4	20 %
Administrasjon	3,0	11,1	27 %
Støttepersonell	0,0	0,0	IA
Totalt faste stillinger	13,0	71,0	18 %

Tabell 17.2: Antall stillinger for gynekologi og føde som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing.

Fødeavdelingene ved de to sykehusene er i dag relativt små og det er antatt at man ved en sammenslåing vil kunne redusere bemanningen med ti jordmorstillinger. Dette skyldes i hovedsak at det vil være mulig å samle vaktberedskapen på en lokasjon, samtidig som det vil være mulig å benytte en person i flere funksjoner når man blir samlokalisert. Ved å samle funksjonen på ett sykehus vil man også kunne redusere tre administrative årsverk da det ikke vil være behov for dobbel seksjonsledelse som i dag.

Akutt

Det er i dag akuttberedskap både ved Kristiansund og Molde sykehus. Samlet er det i dag 63,7 årsverk i seksjon for akuttmottak ved de to sykehusene. Stillingene er relativt jevnt fordelt mellom sykehusene.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	1,0	IA	IA
Sykepleier/annet medisinsk personell	6,0	60,7	10 %
Administrasjon	1,0	3,0	33 %
Støttepersonell	0,0	IA	IA
Totalt faste stillinger	8,0	63,7	13 %

Tabell 17.3: Antall stillinger for seksjon for akuttmottak som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing. Det er ingen leger ansatt i seksjonen, men det er leger som til daglig arbeider i seksjonen. Ved sammenslåing vil dette behovet reduseres med ett årsverk.

Ved en sammenslåing av sykehusene vil behovet for vaktlag reduseres fra to til ett. Dette vil kunne avlaste behov for ett legeårsverk i denne funksjonen. Mer effektive sengeposter vil også redusere behovet for antallet sykepleiere i funksjonen. Totalt er det beregnet en effektivisering på seks årsverk. Dette tilsvarer i underkant av 10 % av dagens bemanning. Videre er det sysselsatt tre årsverk som seksjonsleder i dag og det er forutsatt at man vil kunne spare et årsverk her ved sammenslåing.

Intensiv

Det er i dag seksjon for intensiv ved begge sykehusene. Totalt består seksjonene av 83,2 årsverk der 52 av disse er knyttet til seksjonen i Molde og 31,2 til Kristiansund.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	1,0	0,0	IA
Sykepleier/annet medisinsk personell	4,5	80,2	6 %
Administrasjon	0,0	3,0	0 %
Støttepersonell	0,0	0,0	IA
Totalt faste stillinger	5,5	83,2	7 %

Tabell 17.4: Antall stillinger for seksjon for intensiv som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing. Det er ingen leger ansatt i seksjonen, men det er leger som til daglig arbeider i seksjonen. Ved sammenslåing vil dette behovet reduseres med ett årsverk.

I analysen er det forutsatt at man ved sammenslåing vil kunne ha et vaktlag mindre. Selv om dette vaktlaget blir noe større betyr det at man kan redusere med ett legeårsverk. Reduksjon i antall vaktlag sammen med bedre samarbeid med andre fagområder og større sengeposter, vil også føre til effektivisering med tanke på overvåkning. Det er beregnet en reduksjon på 4,5 sykepleierstillinger, noe som vil si om lag 6 % av dagens årsverk.

Kirurgiske områder med støttefunksjoner

Kirurgiske områder med støttefunksjoner (og sengeposter) er det området det er beregnet høyest effektivisering for. Totalt var det et forbruk på 308,2 årsverk i de 12 avdelingene/seksjonene der sykehusene har overlappende virksomhet i dag.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	4,5	61,5	7 %
Sykepleier/annet medisinsk personell	15,5	194,1	8 %
Administrasjon	12,5	51,5	24 %
Støttepersonell	0,0	1,0	0
Totalt faste stillinger	32,5	308,1	11 %

Tabell 17.5: Antall stillinger for kirurgiske områder med støttefunksjoner som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing.

Færre vaktteam og relativt sett mindre beredskap som følge av større avdelinger og seksjoner fører til redusert behov for alle typer stillinger. Dagens sengeposter har en størrelse på mellom 17 og 21 senger. Dette anses å være for lavt til å få til en effektiv drift av sengepostene. Mer effektive og større sengeposter i nytt sykehus vil bidra til å redusere behov for sykepleiere på vakt og til overvåkning. Redusert behov for ledelse ved seksjonene som slås sammen i tillegg til mindre behov for skrankepersonale og sekretærer gir ytterligere rom for besparelser innen administrasjon.

Medisin

Det er sysselsatt 199,1 årsverk i seksjonene der det i dag er virksomhet ved begge sykehus. Disse er fordelt på fire seksjoner (ved begge sykehus) og tre sengeposter.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	4,0	69,0	6 %
Sykepleier/annet medisinsk personell	10,0	95,1	11 %
Administrasjon	9,0	35,0	26 %
Støttepersonell	0,0	0,0	IA
Totalt faste stillinger	23,0	199,1	12 %

Tabell 17.6: Antall stillinger for medisin som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing.

Ved sammenslåing vil man kunne redusere en person på vakt per dag i tillegg til at man kun trenger en overlege på vakt i stedet for to. Det vil også være mulighet for å utnytte potensiale for felles vakt for noen fagområder slik at man reduserer ytterligere en person på vakt samlet sett. Dagens sengeposter er små, spesielt i Molde. Ved å optimalisere størrelsen på sengepostene vil man kunne redusere ti sykepleierstillinger grunnet mer effektiv vakt og oppfølging. En relativt stor administrasjon vil også kunne reduseres ved sammenslåing. Både ledelse, helsesekretærer og skrankepersonale vil kunne reduseres ved sammenslåing av seksjonene.

Diagnostikk og radiologi

Leger er allerede samlet innenfor radiologi i dag i Molde og det er kun ordinær arbeidstid for leger i Kristiansund. Det er ansatt radiografer i seksjon for radiologi både i Molde og Kristiansund i tillegg til at det er egen kontorfunksjon ved hvert sykehus. Totalt er dagens bemanning på 81,7 årsverk inkludert leger ansatt ved Molde sykehus.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	0,0	19,4	0 %
Sykepleier/annet medisinsk personell	3,5	44,0	8 %
Administrasjon	3,0	15,3	20 %
Støttepersonell	0,0	3,0	0 %
Totalt faste stillinger	6,5	81,7	8 %

Tabell 17.7: Antall stillinger for diagnostikk og radiologi som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing.

Det er i dag to radiografer på vakt både i Molde og Kristiansund. Ved sammenslåing vil man kunne redusere to på dag og en på natt, som til sammen vil utgjøre cirka 3,5 årsverk. I tillegg vil man kunne redusere behovet for administrative stillinger ved en sammenslåing. Det vil heller ikke være behov for to seksjonsledere eller like mange helsesekretærer ved sammenslåing. Totalt er dette beregnet til 3 stillinger der det er overlapp i dag.

Lab

Innenfor lab-området er det kun seksjon for medisinsk biokjemi der det er virksomhet ved begge sykehusene i dag og det er kun denne seksjonen som er vurdert under. Totalt er det i seksjonene i dag et forbruk på 59,8 årsverk, herav 39,1 i Molde og 20,8 i Kristiansund.

Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	0,0	0,0	IA
Sykepleier/annet medisinsk personell	0,0	0,0	IA
Administrasjon	3,0	8,6	35 %
Støttepersonell	2,0	51,2	4 %
Totalt faste stillinger	5,0	59,8	8 %

Tabell 17.8: Antall stillinger for lab-området som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing.

Vaktberedskap for bioingeniører utgjør i dag to i Molde og én i Kristiansund. Ved sammenslåing kan denne reduseres med én. Dette vil bety et redusert behov på to til tre årsverk for bioingeniører (i tabellen over i kategori for støttepersonell). Det vil samtidig kun være behov for en seksjonsleder mot dagens to. Det vil også være redusert behov for helsesekretærer ved sammenslåing.

Økt nærhet mellom ulike laboratoriefunksjoner kan føre til bedre fleksibilitet og utnyttelse av personell og mindre transport. Dette kan føre til ytterligere sammenslåingsgevinster.

Psykiatri

Det er i dag sykehuspsykiatri på Hjelset i tillegg til en seksjon i Molde Sykehus. I tillegg er det distriktpsykiatriske sentere (DPS) i Kristiansund og Molde. Samling av sykehuspsykiatrien på en lokasjon og samlokalisering av psykiatri med somatikk vil bidra til sammenslåingsgevinster. Det er i dag 163 årsverk ved de psykiatriske avdelingene som er tenkt å inngå i SNR.

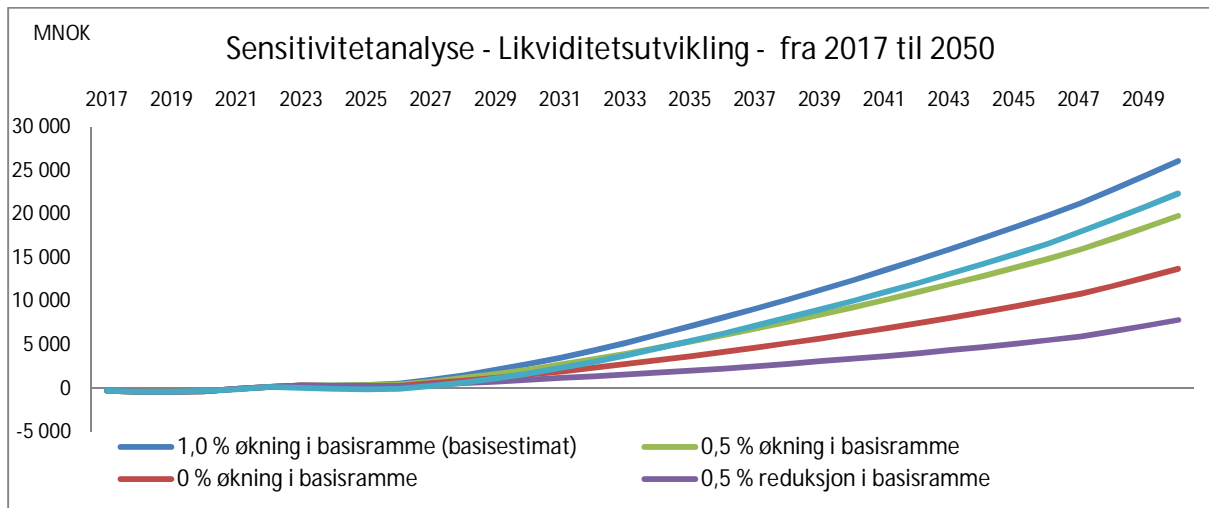
Faste stillinger	Stillinger redusert	Stillinger totalt	Stillinger andel av total
Lege	0,0	29,7	0 %
Sykepleier/annet medisinsk personell	11,0	105,7	10 %
Administrasjon	2,0	27,7	7 %
Støttepersonell	0,0	0,0	IA
Totalt faste stillinger	13,0	163,1	8 %

Tabell 17.9: Antall stillinger innen psykiatri som er forutsatt redusert som en følge av SNR og antall stillinger totalt ved sykehusene i Molde og Kristiansund før sammenslåing.

Det er knyttet en viss usikkerhet til bemanning og fremtidig organisering av psykiatrien i SNR og dermed også behov for vaktberedskap ved det nye sykehuset. En samlokalisering av avdelingene og samlokalisering av psykiatri med somatikk vil imidlertid uavhengig av dette gi rom for besparelser. Det brukes i dag mye tid på transport av pasienter mellom avdelinger og mellom psykiatrisk og somatisk behandling. Dette er tidkrevende og fører til økt risiko for feil og merarbeid. Slik transport må følges av helsepersonell og det vil derfor være et redusert behov for dette ved samlokalisering. Samling gir også økt fleksibilitet med tanke på opplæring, robusthet og ressursutnyttelse. Dette vil kunne gi utslag på behov for sykepleiere og administrasjon som beskrevet i tabellen over.

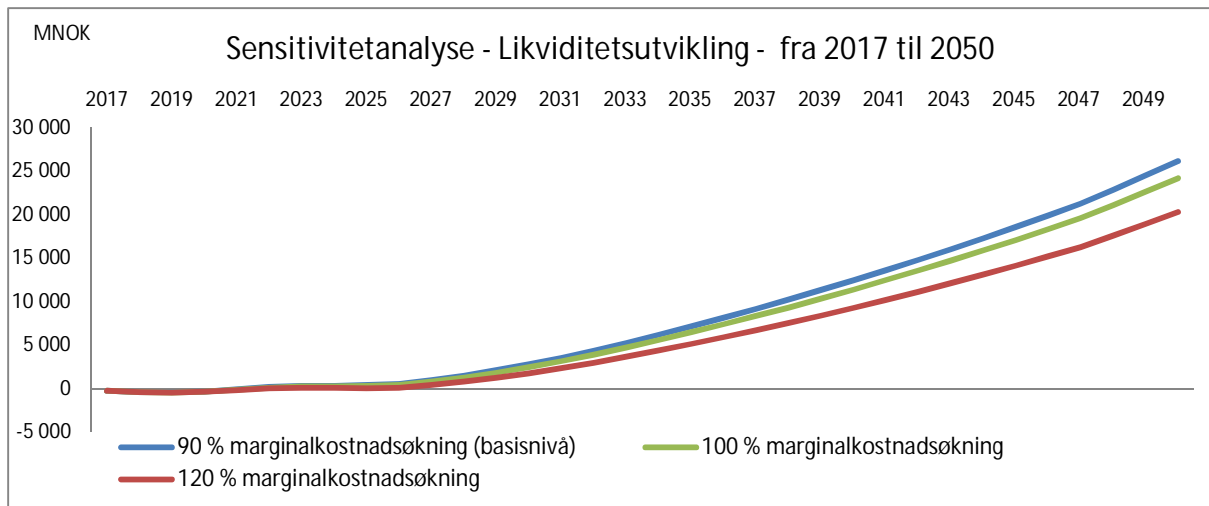
18 Grafer til sensitivitetsanalyse frem til år 2050

18.1 Graf til kapittel 12.1 Inntektsvekst



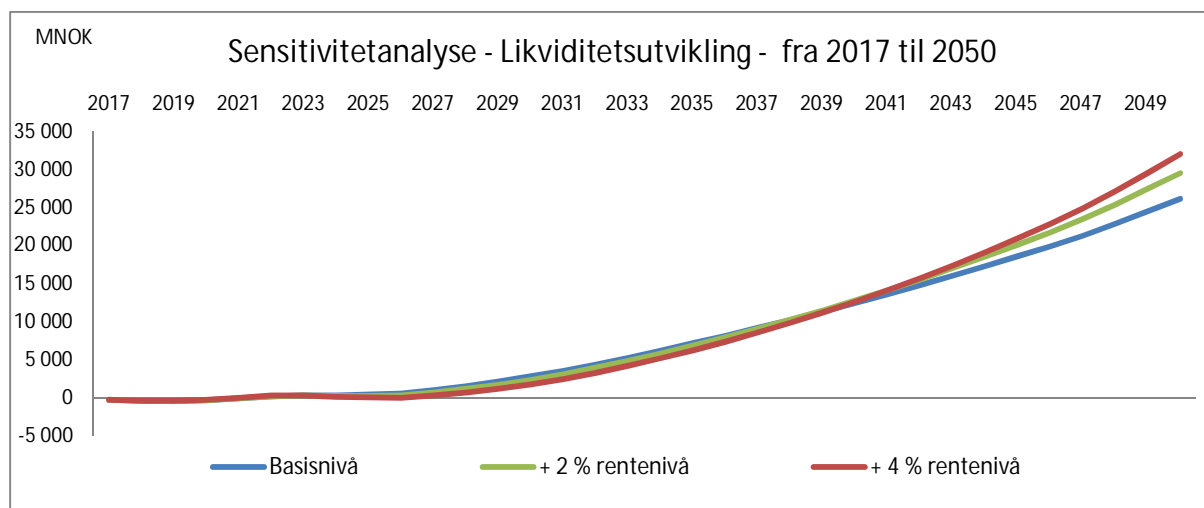
Figur 18.1: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for vekst i basisrammen.

18.2 Graf til kapittel 12.2 Marginalkostnadsøkning



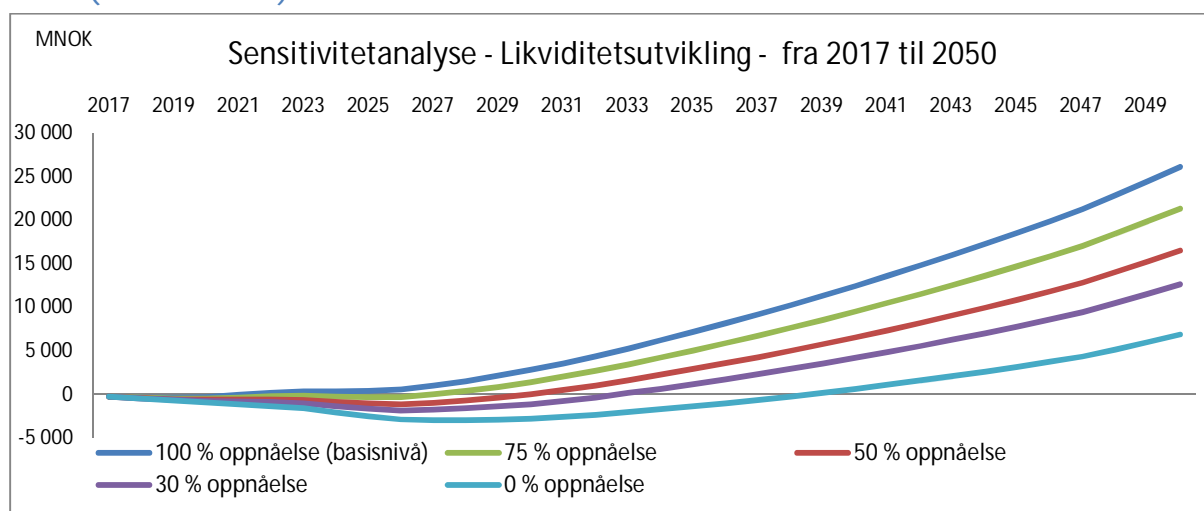
Figur 18.2: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for marginalkostnadsøkning knyttet til aktivitetsvekst.

18.3 Graf til kapittel 12.3 Rentenivå



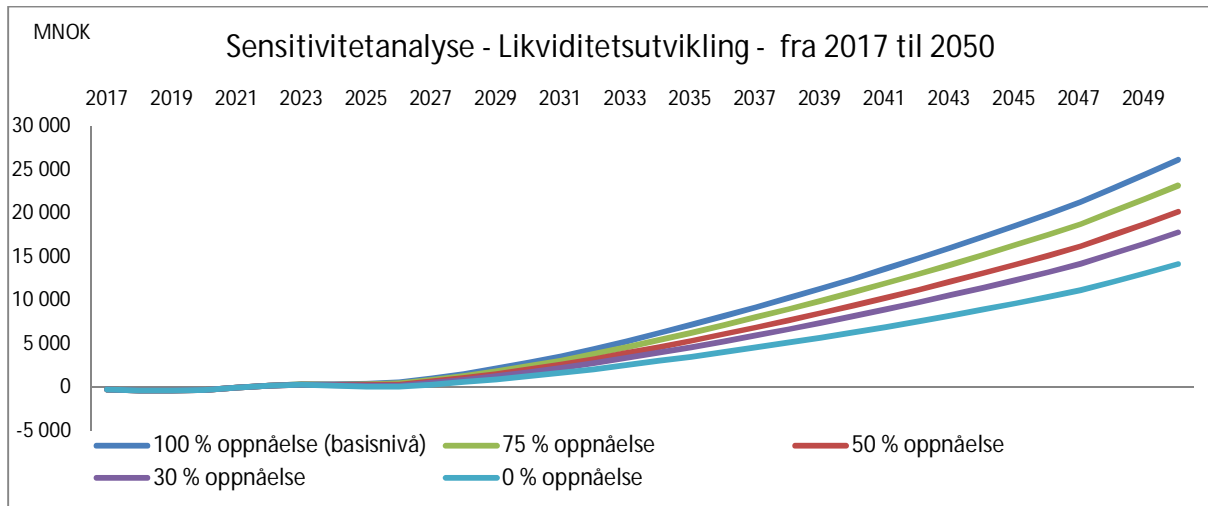
Figur 18.3: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for rentenivået.

18.4 Graf til kapittel 12.4 Effektivisering før innflytting i nytt sykehus (2018-2021)



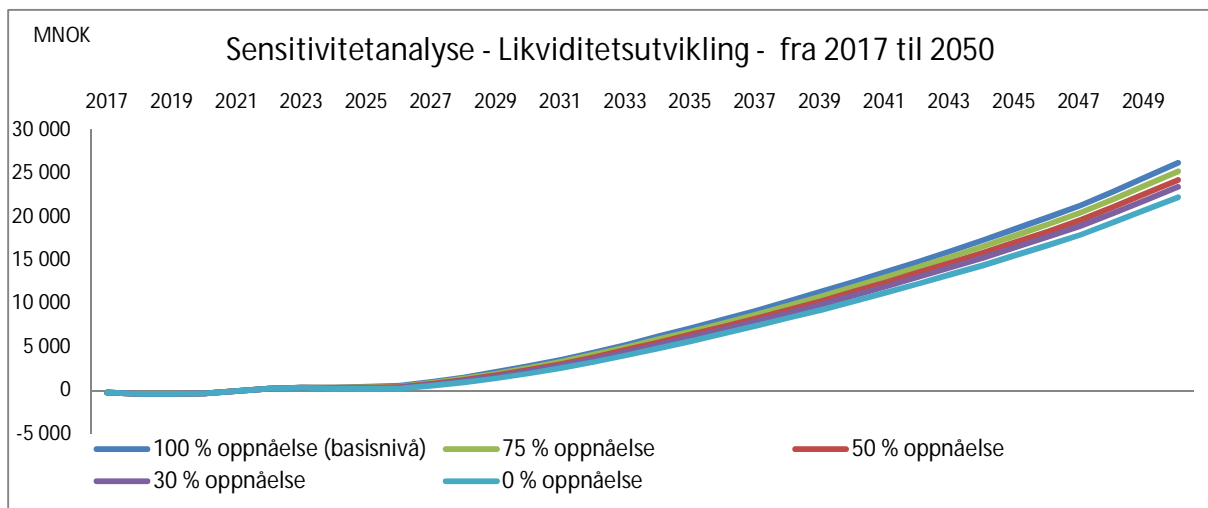
Figur 18.4: Sensitivitetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for oppnåelse av effektiviseringsgevinster før innflytting i nytt sykehus (perioden 2018-2021).

18.5 Graf til kapittel 12.5 Effektivisering i årene etter innflytting i nytt sykehus (2022-2032)



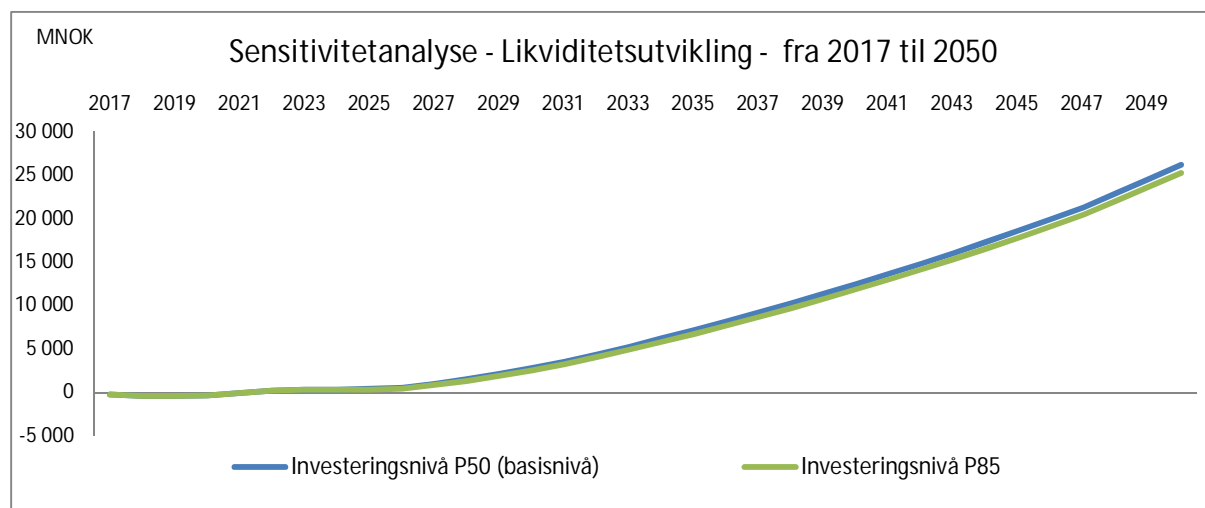
Figur 18.5: Sensitivetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for oppnåelse av effektiviseringsgevinster etter innflytting i nytt sykehus (perioden 2022-2032).

18.6 Graf til kapittel 12.6 Effekter av sammenslåing



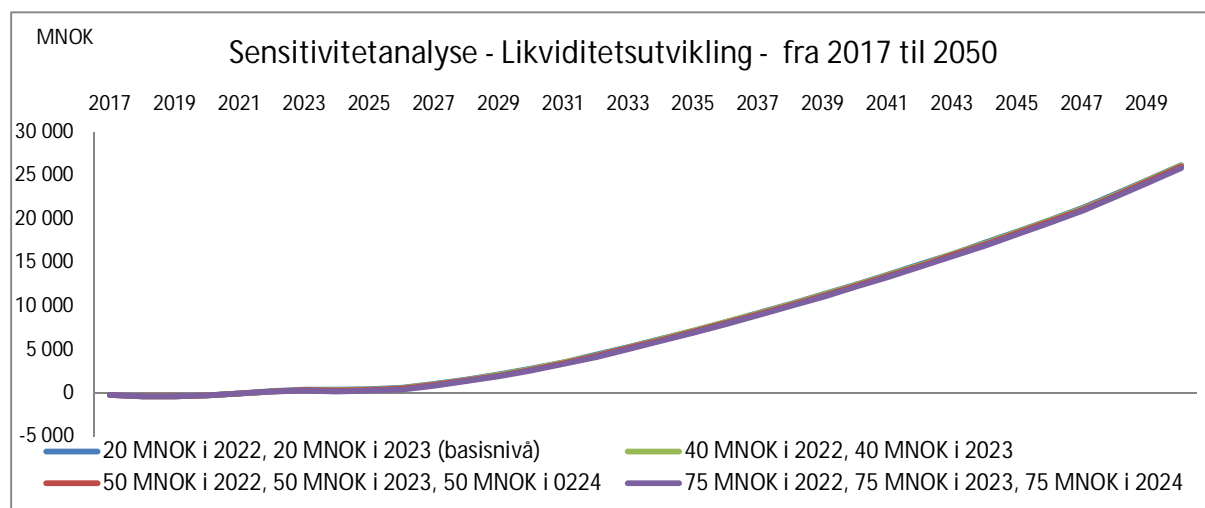
Figur 18.6: Sensitivetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for oppnåelse av sammenslåingsgevinster mellom Molde og Kristiansund sykehus.

18.7 Graf til kapittel 12.7 P85 kostnadsnivå



Figur 18.7: Sensitivetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved investeringsnivå på henholdsvis P50 og P85.

18.8 Graf til kapittel 12.8 Økte pukkelkostnader



Figur 18.8: Sensitivetsanalyse for likviditetsutviklingen i HMR ved ulike forutsetninger for pukkelkostnader forbundet med innflytting.

Om EY

EY er en ledende global aktør innen revisjon, skatt og avgift, transaksjoner og rådgivning. Gjennom kontinuerlig fokus på kvalitet bygger vi tillit i kapitalmarkedene og i økonomier over hele verden. Gjennom å utvikle gode ledere som forplikter seg til å levere det vi lover bidrar vi til å bygge et bedre arbeidsliv for våre ansatte, kunder og lokalsamfunn.

Ernst & Young AS inngår i det globale nettverket til Ernst & Young, og kan referere til en eller flere av medlemmene av Ernst & Young Global Limited, der hvert medlem er en egen juridisk enhet. Ernst og Young Global Limited er et britisk selskap med begrenset ansvar og leverer ingen tjenester til kunder. For mer informasjon, se www.ey.com/no

© 2017 Ernst & Young AS

All Rights Reserved