



Bæreevneanalyser Helgelandssykehuset



2025

Presentasjon i styremøtet
Onsdag, 27. mars 2019

Agenda

Oppsummering fra styremøtet 24.10.2018, sak 86-2018

Foreløpig investeringsestimer

Fornytt bæreevneanalyse

Vedlegg:

- Overordnede aktivitetsforutsetninger
- Finansieringsplan
- Driftsøkonomiske effekter



Agenda

Oppsummering fra styremøtet 24.10.2018, sak 86-2018

Foreløpig investeringsestimer

Fornytt bæreevneanalyse

Vedlegg:

- Overordnede aktivitetsforutsetninger
- Finansieringsplan
- Driftsøkonomiske effekter



Det ble tatt utgangspunkt i tre overordnede alternativer for Helgelandssykehuset 2025, uavhengig av konkret lokasjon

Alternativene som utredes:

0-alternativet: Videreføring av dagens sykehusstruktur

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

Alternativ 2b-1: Stort akuttsykehus med alle funksjoner pluss ett akuttsykehus for indremedisin. *Inntil* to DMS.

Prosjektet omfatter også psykisk helsevern og rus

Det er vedtatt DMS i Brønnøysund for alle alternativene



Bæreevneanalyser utgjør det økonomiske beslutningsgrunnlaget for investeringsbeslutninger

Fra veilederen:

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

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

Metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle faser i tidligfasen, men presisjonsnivået øker og risikoen synker, gradvis fram mot beslutning om gjennomføring (B4)

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

Finansieringsplan/rammebetingelser

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

Fokusområder driftsøkonomi

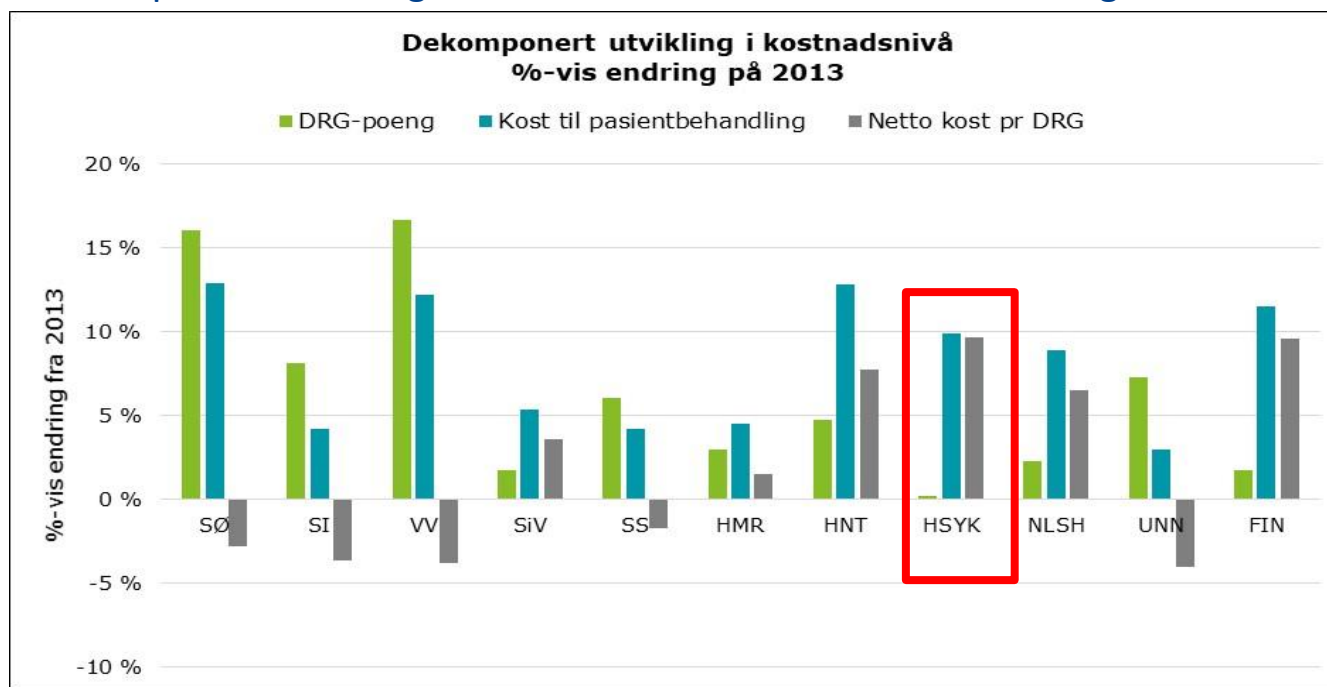
– oppsummering per alternativ

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

Somatikk - effektivisering bemanning

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

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



Somatikk - effektivisering bemanning

For å unngå dobbeltelling av effekter som estimeres separat (f.eks. FDV) er det ønskelig å rendyrke indikatoren til lønnskostnad per DRG

SAMDATA's kostnad per DRG (2017):

Kostnadstall i 1.000 nok (2017-kr)	Sum kost til indikator (3 + 4)	DRG-poeng	Kost pr DRG	Kostnads-indikator
HSYK	995 668	15 934	62 486	1,19
VV	4 676 189	106 218	44 024	0,84
SI	4 645 102	101 979	45 550	0,87
HMR	3 390 461	64 107	52 887	1,01
HNT	1 820 904	32 582	55 887	1,07
Alle	76 660 150	1 461 816	52 442	1,00

Lønnskostnader per DRG (2017) – egen beregning:

2017-kroner	Lønnskost til indikator (i 1.000 kr)	DRG-poeng	Lønnskost pr DRG	Relativ indikator	Lønn pr DRG som andel av kost pr DRG
HSYK	720 614	15 934	45 224	1,10	72 %
VV	3 618 760	106 218	34 069	0,83	77 %
SI	3 497 673	101 979	34 298	0,84	75 %
HMR	2 614 252	64 107	40 779	0,99	77 %
HNT	1 332 595	32 582	40 900	1,00	73 %
Landet	60 023 631	1 461 816	41 061	1,00	78 %

Somatikk - effektivisering bemanning

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

Estimerte effekter med utgangspunkt i lønnskostnad per DRG:

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

Somatikk - effektivisering bemanning

DRG-produktivitet indikerer forskjeller mellom dagens sykehus

DRG-produktivitet ved dagens sykehus:

2017	DRG-aktivitet	Årsverk (omr. med og kir)	Leger	Sykepleiere	Annet personell	Drg.aktivitet pr. årsverk omr med og kir
MiR	6 957	384	68	174	142	18,12
MSJ	2 978	181	37	85	59	16,45
SSJ	5 494	326	69	138	119	16,85
Sum	15 429	891	174	397	320	17,32

Dersom produktivitet var lik MiR ved alle sykehus:

	DRG-akt.	Dagens årsverk	Årsverk dersom prod. lik MiR	Potensial besparelse årsverk
MiR	6 957	384	384	0
MSJ	2 978	181	164	17
SSJ	5 494	326	303	23
Sum	15 429	891	852	39

PHV og rus - effektivisering bemanning

For psykisk helsevern og rus innebærer de utvalgte alternativene enten en samling av sykehusfunksjonene i alternativ 2a og alternativ 2b-1 eller videre drift ved dagens enheter

Effektivisering bemanning:

- Innen PHV er det lagt til grunn **en effekt på 3-5 årsverk** ved samling av dagens to døgnavdelinger. Dette er estimert til å utgjøre **4 mnok**
- Døgnavdeling rus vil i stor grad videreføres slik det er i dag da det allerede er samlet og antas derfor uendret bemanning

Det er ikke beregnet effekt av eventuell opprettelse akuttpsykiatri i HSYK

Resultatene indikerer evne til å bære en investering på ca. 3 mrd. ved ett stort akuttpsykehus. Nivået blir lavere med de andre alternativene grunnet lavere forventede driftsgevinster

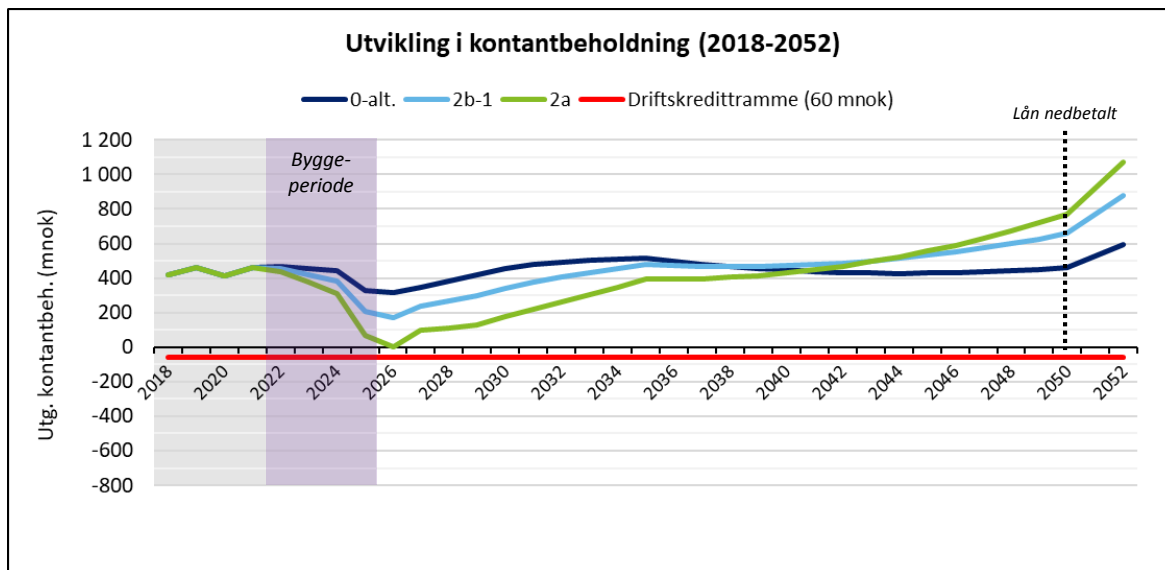
Investering, finansieringsplan og bæreevne (likviditetsperspektiv)

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

0-alternativet: dagens sykehusstruktur

Alternativ 2b-1: Stort akuttpsykehus pluss ett akuttpsykehus for indremedisin. Inntil to DMS.

Alternativ 2a: Stort akuttpsykehus med inntil tre DMS



- Estimat for investering som kan bæres avviker mellom alternativene grunnet variasjon i estimerte driftsgevinster
- Estimert investering som kan bæres må ses i sammenheng med forventet fremtidig renteøkning
- Kapitalkompensasjon forutsatt i 10 år

Byggeperiode: 2022-2025 (egenfinansiering trekkes løpende i byggeperioden). Lån nedbetalt etter 25 år (2050).

Vurderingene må ses i sammenheng med elementer som ikke har latt seg estimere / ikke er inkludert på nåværende tidspunkt

Elementer med negativ effekt for bæreevne

Prehospitale tjenester og pasienttransport

- Netto økte driftskostnader knyttet til prehospitale tjenester og pasientreiser vil medføre reduksjon i investeringsnivået som kan bæres
- Styrking av prehospitale tjenester vil også kunne kreve dedikerte investeringsmidler. I så fall vil det redusere investeringsevnen til andre formål som bygg, MTU, reinvesteringer, osv.

Elementer med positiv effekt for bæreevne

Regionalt innkjøpsprosjekt

- Det er igangsatt et regionalt prosjekt for reduksjon av innkjøpskostnader (jf. Helse Nord RHF styresak 35-2018). HSYK sin andel av målsettingen for besparelsen er på ca. 50 mnok. Isolert sett, vil dette kunne øke bæreevnen med ca. 800 mnok for alle alternativene

Hjemhenting uten økt arealbehov

- Dersom hjemhenting av pasienter kan oppnås uten betydelig økning i arealbehov, med tilhørende investeringskostnad, vil dette kunne frigjøre midler som kan benyttes til andre formål (både drift og investeringer)

Agenda

Oppsummering fra styremøtet 24.10.2018, sak 86-2018

Foreløpig investeringsestimer

Fornytt bæreevneanalyse

Vedlegg:

- Overordnede aktivitetsforutsetninger
- Finansieringsplan
- Driftsøkonomiske effekter



Det er tatt utgangspunkt i totalt 8 alternativer for fremtidig sykehusstruktur

På bakgrunn av prosess frem til nå er følgende alternativer drøftet

Alternativ	Stort akutt sykehus (SA)	Akutt sykehus for indremedisin (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Psykisk helsevern og rus sykehusfunksjon	Akutt psykiatri
0-alternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund	Dagens lokasjoner videreføres	Dagens tilbud videreføres
2a (1)	Mo i Rana		Sandnessjøen Mosjøen Brønnøysund	Døgntilbud samlokaliseres ved SA	Nytt tilbud opprettes ved HSYK. Lokaliseres ved SA
2a (2)	Sandnessjøen		Mosjøen Mo i Rana Brønnøysund		
2a (3)	«Aksen Sandnessjøen Mosjøen»		Brønnøysund		
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen Brønnøysund	Døgntilbud samlokaliseres ved SA	Nytt tilbud opprettes ved HSYK. Lokaliseres ved SA
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen Brønnøysund		
2b-1 (3)	«Aksen Sandnessjøen Mosjøen»	Mo i Rana	Brønnøysund		
2b-1 (4)	Mo i Rana	«Aksen Sandnessjøen Mosjøen»	Brønnøysund		

Estimering av investeringskostnader bygger på sykehusenes tidligere kartlagte tekniske tilstand og tilpasningsdyktighet

Teknisk tilstand

Teknisk tilstand er et mål på tilstanden til ulike deler av bygget/eiendommen. Eksempler er bygningskroppen, VVS, elkraft, tele/automatikk, osv.

Tilpasningsdyktighet

Bygningsmessig tilpasningsdyktighet er et mål på om bygget har egenskaper som gjør det mulig å:

- endre planløsning (fleksibilitet)
- endre bruk til annen funksjon (generalitet)
- utvide (elastisitet)

Estimatene tar utgangspunkt i Multiconsults analyser og er foreløpige estimater utarbeidet av Helgelandssykehuset

Samlet tilstandsgrad 2017

Oppsummering fra Multiconsults kartlegging (2017)

Lokasjon	Samlet VTTG	Bygning VTTG	VVS VTTG	Elkraft VTTG	Tele og auto V... ▼	Andre inst. VTTG	Utendørs VTTG
Mosjøen	1,5	1,3	1,5	1,6	1,3	2,0	2,2
Sandnessjøen	2,2	2,0	2,6	2,6	1,3	2,6	2,0
Brønnøysund	1,2	1,0	1,9	1,0	1,0	1,0	1,0
Mo i Rana	1,7	1,7	1,8	1,9	1,0	1,1	1,2
Total	1,8	1,7	2,0	2,0	1,2	2,1	1,8

Lokasjon	Tilstandsgrad – sykehusbygg isolert (somatikk)
Mosjøen	1,8
Sandnessjøen	2,2
Mo i Rana	1,6

Tilpasningsdyktighet

Oppsummering fra Multiconsults kartlegging (2011)

Tabell 4-3 Samlet vektet grad av fleksibilitet, generalitet og elastisitet

Lokasjon	Vektet fleksibilitet	Vektet generalitet	Vektet elastisitet
Brønnøysund	1,1	1,4	1,5
Mo i Rana	1,3	1,3	1,4
Mosjøen	1,4	1,6	1,8
Sandnessjøen	1,3	1,2	2,0
Samlet	1,3	1,3	1,7

Fra tabell 4-3 ser en at det ikke er store forskjeller mellom lokasjonene, med unntak av Mosjøen som kommer noe dårligere ut enn de andre. Alle lokasjonene har vektet fleksibilitet og generalitet på mellom 1,1 og 1,6. Dette tyder på at det gjennomgående er gode muligheter for å endre planløsning eller å bygge om til en annen funksjon. Byggene som trekker snittet ned er hovedsakelig bygg som benyttes til psykiatri på Mosjøen og Mo i Rana, samt Byggningsdel 4 og 5 ved lokasjon Sandnessjøen. I disse byggene er det begrensede muligheter for både å endre planløsning og bygge om til en annen funksjon. Ved alle lokasjonene, spesielt Mosjøen og Sandnessjøen, er det begrensede muligheter for å bygge til eller på den eksisterende bygningsmassen.

Kombinasjonen av teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet gir uttrykk for et byggs utviklingspotensial

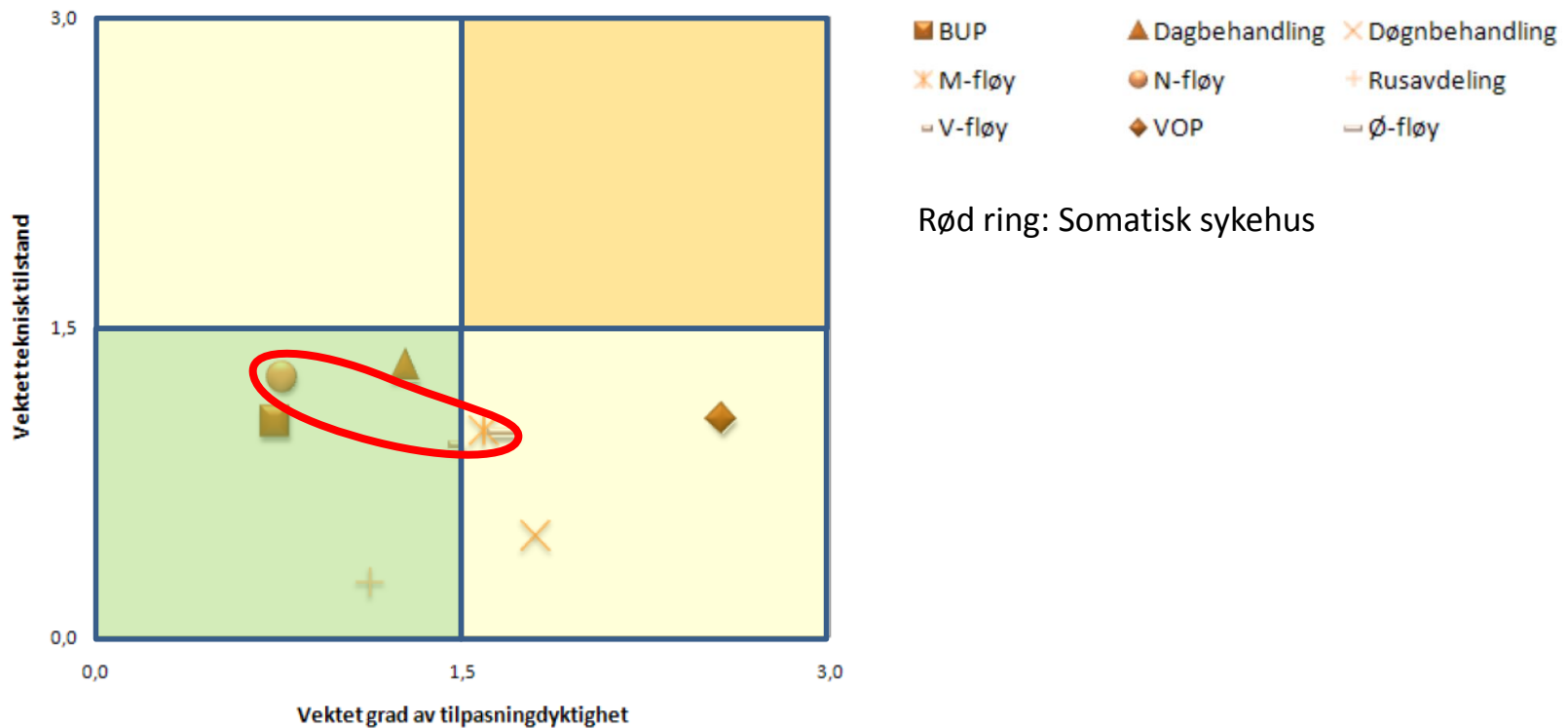
Sammenheng mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet

God teknisk tilstand?	NEI	Bør satses på. Tekniske utbedringer bør sees i sammenheng med evt. ombyggingsbehov.	Begrenset levedyktighet. Tekniske oppgraderinger kan bli kortsiktige. Ombygginger lite aktuelt.
	JA	Bør satses på. Normalt verdibevarende vedlikehold.	Begrenset levedyktighet. Vedlikeholdsinnsetts bør vurderes i lys av tidshorisont for dagens virksomhet. (Fremtidige endringsmuligheter begrenset)
		JA	NEI

God tilpasningsdyktighet?

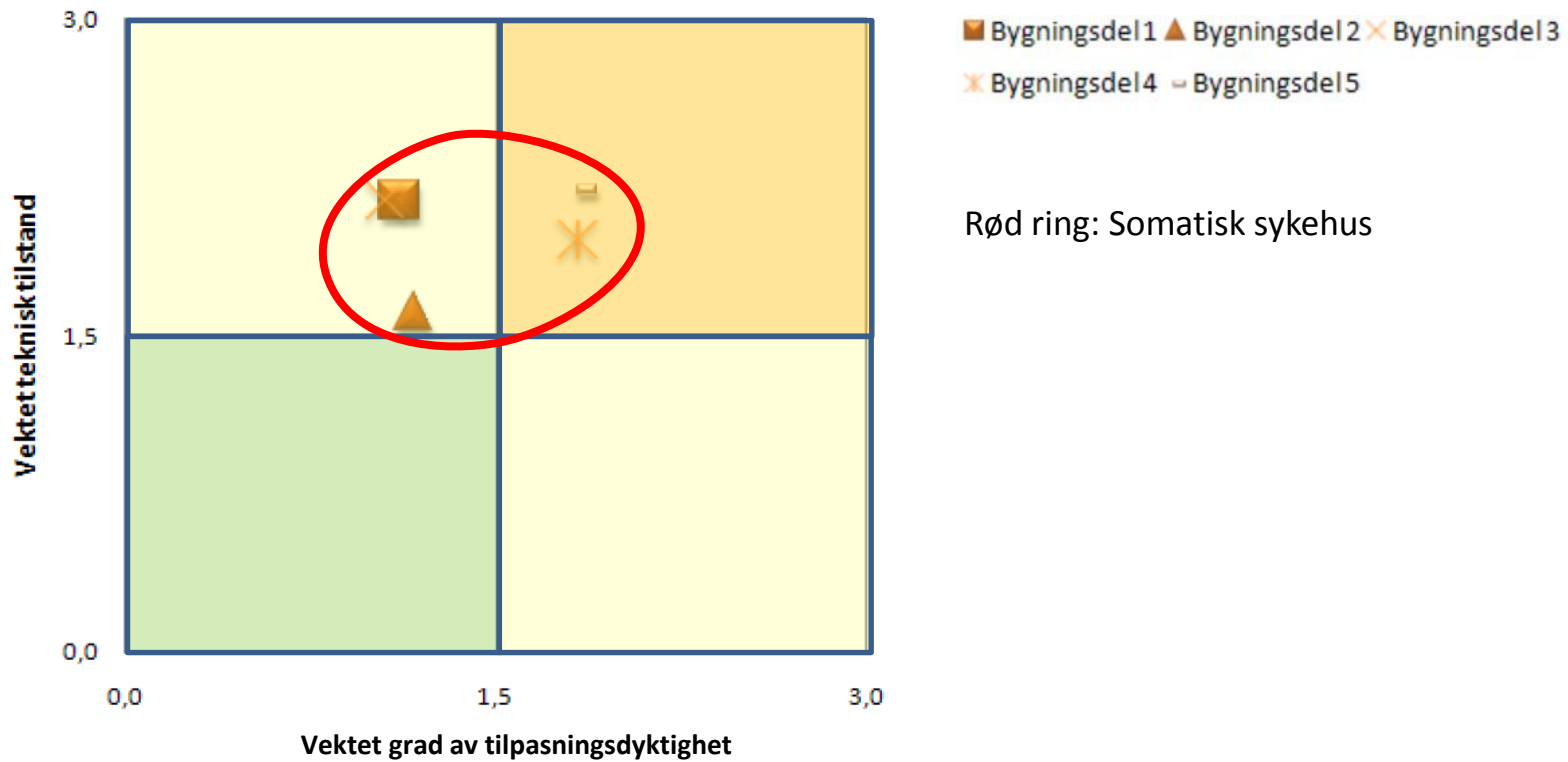
Mo i Rana

Vurdering av kombinasjon teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet



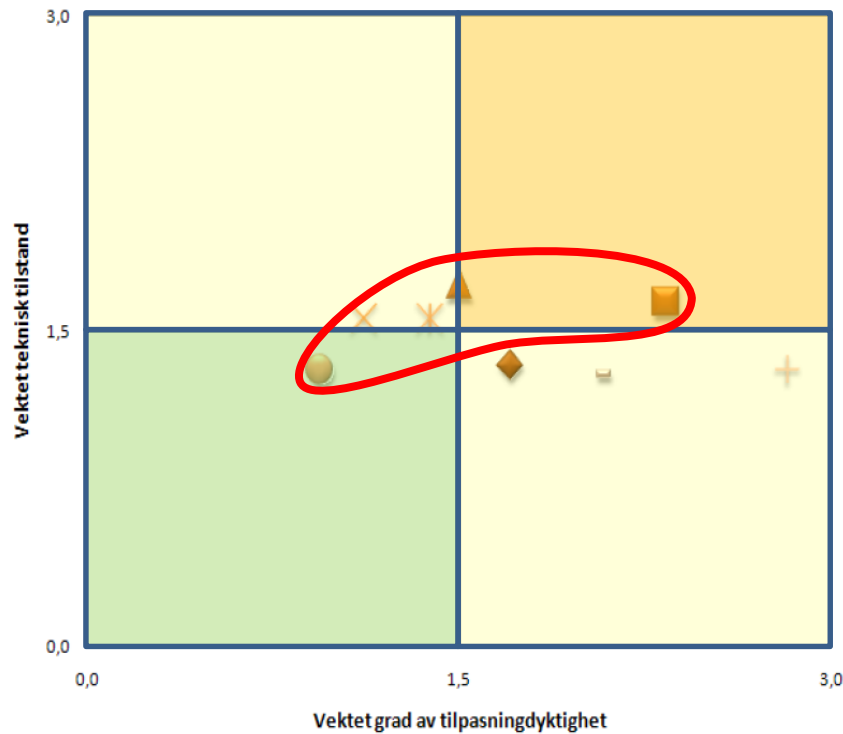
Sandnessjøen

Vurdering av kombinasjon teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet



Mosjøen

Vurdering av kombinasjon teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet



- A-fløy
- ▲ B-fløy
- × C-fløy
- × D-fløy
- F-fløy
- ◊ Familieavdeling - Psykiatrisk
- ◻ Hovedbygg GML - Psykiatrisk
- ◆ Sengeavdeling - Psykiatrisk

Rød ring: Somatisk sykehus

Investeringsestimaterne vil være sensitive for endringer i forutsetningene som er lagt til grunn

Foreløpige overordnede forutsetninger

- Nåværende bygg som videreføres oppgraderes til TG 1
- Arealbehov utover dagens areal antas dekket ved nybygg
- Brakkene ved SSJ og MSJ forutsettes revet ved alle alternativer
- Ved MiR/MSJ som akuttsykehus antas dagens sykehusareal som tilstrekkelig for å dekke fremtidig behov, inkludert psykiatri poliklinikk. Ved SSJ som akuttsykehus videreføres dagens psykiatriareal i tillegg til dagens sykehusareal
- Ved MiR/SSJ/MSJ som DMS antas, som en forenkling, at halvparten av dagens areal dekker fremtidig behov

Forutsetning arealbehov og kvm-priser

Nytt sentralisert sykehus

- Arealbehov 30 000 m²
- Kostnad nybygging 100 000 kr/m²

Sentralisert psykiatri

- Arealbehov 6 000 m²
- Kostnad nybygging 70 000 kr/m²

Må diskutere endret forutsetning med Bjørn.
Markering i rødt er forslag basert på aktivitetstall

Vi mangler kilder fra Multiconsult 2011 og 2017, disse fås bra Bjørn.

Husk: Kilder og forutsetninger må tas QA av ved siste versjon av tallene

Oppsummering av foreløpige investeringsestim

■ Stort akuttpsykehus
 ■ Akuttpsykehus
 ■ DMS

Alternativ	MiR	SSJ	MSJ	«Aksen SSJ MSJ»	BrS*	Sum ekskl. BrS
0-alt.	195	380	150		140	725
2a (1)	1 465	340	80		140	1 885
2a (2)**	210	2 155 (4 275)	80		140	2445 (4565)
2a (3)	210			4 390	140	4600
2b-1 (1)	?	340	80		140	
2b-1 (2)**	210	?	80		140	
2b-1 (3)	210			?	140	
2b-1 (4)	?			?	140	

Investeringsestimater i januar 2019-priser. Beløp i MNOK, avrundet til nærmeste 5 MNOK

**) Brønnøy kommune står for selve investeringen på 140 MNOK mot at HSYK inngår kostnadsdekkende leieavtale*

****) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt antas fullstendig nybygg. Nybyggpris angitt i parentes*

*****) Det er igangsatt et regionalt prosjekt for reduksjon av innkjøpskostnader (jf. Helse Nord RHF styresak 35-2018). Ved estimert bæreevne er det antatt et forsiktig estimat tilsvarende 500 MNOK i økt bæreevne.*

0-alternativet: dagens sykehusstruktur

Alternativ 2a: Stort akuttpsykehus med inntil tre DMS

Alternativ 2b-1: Stort akuttpsykehus pluss ett akuttpsykehus for indremedisin. Inntil to DMS

Diskusjon rundt forutsetning

Er forskjell mellom akuttpsykehus og DMS 1/2 av Akuttpsykehus for eksempel?

Er forskjell i areal mellom DMS og akuttpsykehus for oss relativt lik aktivitet ved utarbeidelse av forutsetninger ved utarbeidelse av forutsetninger eller forutsette at ved akuttpsykehus ved Mosjøen ettersom dette er vår antakelse ved aktivitets

Det burde vel være relativt lik aktivitet ved akuttpsykehusene?

Alternativ forutsetning (til akuttpsykehuset tilsvarende 0-alt MSJ):

- SSJ ved alt.0 stort akuttpsykehus
- MIR ved 0-alt stort akuttpsykehus areal

Nybyggalternativene er estimert til å ha investeringskostnader høyere enn bæreevnen

Alternativ	MiR	SSJ	MSJ	«Aksen SSJ MSJ»	BrS*	Sum ekskl. BrS	Estimert bæreevne***
0-alt.	195	380	150		140	725	✓ 2 200
2a (1)	1 465	340	80		140	1 885	✓ 3 500
2a (2)**	210	2 155 (4 275)	80		140	2445 (4565)	! 3 500
2a (3)	210			4 390	140	4600	✗ 3 500
2b-1 (1)		340	80		140		2 800
2b-1 (2)**	210		80		140		2 800
2b-1 (3)	210				140		2 800
2b-1 (4)					140		2 800

Investeringsestimater i januar 2019-priser. Beløp i MNOK, avrundet til nærmeste 5 MNOK

*) Brønnøy kommune står for selve investeringen på 140 MNOK mot at HSYK inngår kostnadsdekkende leieavtale

***) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt antas fullstendig nybygg. Nybyggpris angitt i parentes

****) Det er igangsatt et regionalt prosjekt for reduksjon av innkjøpskostnader (jf. Helse Nord RHF styresak 35-2018). Ved estimert bæreevne er det antatt et forsiktig estimat tilsvarende 500 MNOK i økt bæreevne.

0-alternativet: dagens sykehusstruktur

Alternativ 2a: Stort akuttssykehus med inntil tre DMS

Alternativ 2b-1: Stort akuttssykehus pluss ett akuttssykehus for indremedisin. Inntil to DMS

Overordnet oppsummering /under arbeid

Alternativ	(1) Estimert investeringskost	(2) Egenfinansieringskrav (20 % av 1)	(3) Handlingsrom (bæreevne)	(4) Estimert tilgjengelig egenfinansiering	Levedyktig? (dvs. om $3 >= 1$)	Gjennomførbart? (dvs. om $4 >= 2$)	Liv Laga?
0-alt.	700	140	1 800	460	Ja	Ja	Ja
2a (1)	2 500	500	3 500	560	Ja	Ja	Ja
Aksen	4 500	900	3 500	600	Nei	Nei	Nei
xxx	3 500	700	3 500	600	Ja	Nei	Nei

Agenda

Oppsummering fra styremøtet 24.10.2018, sak 86-2018

Foreløpig investeringsestimer

Fornytt bæreevneanalyse

Vedlegg:

- Overordnede aktivitetsforutsetninger
- Finansieringsplan
- Driftsøkonomiske effekter



Driftsøkonomiske vurderinger og endringer 2018

Husk at ambulanse reduserer bæreeve og må inkluderes i beregning

Hjemhenting: tar noen forutsetninger

Akutt: renskrive

Område	Vurdering av effekt på driftsøkonomi	Endring fra styresak 86-2018
Resultat fra dagens drift	Videreføring av vedtatt resultatkrav for alle alternativer	Ingen endring
Somatikk - effektivisering bemanning og andre DK	<ul style="list-style-type: none"> • 0-alt.: Generell effektivisering • Øvrige alt.: Estimat effektivisering bemanning og andre driftskostnader 	Ingen endring
PHV og rus - effektivisering bemanning	<ul style="list-style-type: none"> • 0-alt.: Ingen effekt • Øvrige alt.: Samlokaliseringsgevinst for psyk 	Ingen endring
FDV-kostnader	<ul style="list-style-type: none"> • 0-alt.: Ingen effekt • Øvrige alt.: Effekt av endret arealbehov 	XXX
Prehosp. og pasienttransport	<ul style="list-style-type: none"> • 0-alt.: Ingen effekt • Øvrige alt.: Økning i antall ambulanser 	Økt kostnad med 21 MNOK for alt. 2a og 14 MNOK for alt. 2b-1 for å drifte hhv. 3 og 2 ambulanser
Hjemhenting gjestepasienter?	<ul style="list-style-type: none"> • 0-alt.: Videreføring pågående arbeid + effekt transport • Øvrige alt.: XXX 	XXX
Kapitalkompensasjon	20 MNOK pr. MRD investert (antas i 10 år). Maks 70 MNOK/år	Prinsipp uendret. Estimert kompensasjon per alternativ gitt alternativets investeringskostnad
DMS Brønnøysund	Antatt kostnadsøkning på 9 MNOK første driftsår. Kostnadsøkningen reduseres til 0 fra og med tiende driftsår	Ingen endring
Akuttpsykiatrisk tilbud	<ul style="list-style-type: none"> • 0-alt.: Ingen effekt • Øvrige alt.: forventer lite inv.kostn, trolig positiv driftsøkonomisk effekt som følge av blant annet reduserte transportkostnader. Ikke alternativtskillende 	Ikke vurdert tidligere. XXX

Fokusområder driftsøkonomi

– oppsummering per alternativ

- FDV: Oppdatere etter mottatt info fra Bjørn
 - Hjemhenting – beregning her?
 - Kapitalkomp: beregne separat for hvert alternativ når inv. er beregnet og forutsetninger bestemt
 - Alle nye linjer/info: ny slides: FDV, prehosp., hjemhenting, vise beregning kapitalkompensasjon
- Legge inn fotnoter der det blir aktuelt

	0-alt.	Alternativ 2a			Alternativ 2b-1			
Område	Dagens struktur	SA: MiR DMS: SSJ, MSJ, BrS	SA: SSJ DMS: MSJ, MiR, BrS	SA: «Aksen» DMS: BrS	SA: MiR. A: SSJ DMS: MSJ, BrS	SA: SSJ. A: MiR DMS: MSJ, BrS	SA: «Aksen». A: MiR DMS: SSJ, BrS	SA: MiR. A: «Aksen» DMS: SSJ, BrS
Resultat dagens drift	20	20	20	20	20	20	20	20
Somatikk	-20	-75	-75	-75	-45	-45	-45	-45
PHV og rus	-	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4
FDV-kostnader	-	?	?	?	?	?	?	?
Prehosp. og pasient-transport	-	21	21	21	14	14	14	14
Hjemhenting gjestepasienter	+	?	?	?	?	?	?	?
Kapital-kompensasjon	?	?	?	?	?	?	?	?
DMS Brønnøysund	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0	9/0
Akuttpsykiatrisk tilbud	-	?	?	?	?	?	?	?
Netto (ekskl. resultat dagens drift)	?	?	?	?	?	?	?	?

Det er tatt utgangspunkt i totalt 8 alternativer for fremtidig sykehusstruktur

På bakgrunn av prosess frem til nå er følgende alternativer drøftet

Alternativ	Stort akutt sykehus (SA)	Akutt sykehus for indremedisin (A)	Distriktmedisinsk senter (DMS)	Psykisk helsevern og rus sykehusfunksjon	Akutt psykiatri
0-alternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund	Dagens lokasjoner videreføres	Dagens tilbud videreføres
2a (1)	Mo i Rana		Sandnessjøen Mosjøen Brønnøysund	Døgntilbud samlokaliseres ved SA	Nytt tilbud opprettes ved HSYK. Lokaliseres ved SA
2a (2)	Sandnessjøen		Mosjøen Mo i Rana Brønnøysund		
2a (3)	«Aksen Sandnessjøen Mosjøen»		Brønnøysund		
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen Brønnøysund	Døgntilbud samlokaliseres ved SA	Nytt tilbud opprettes ved HSYK. Lokaliseres ved SA
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen Brønnøysund		
2b-1 (3)	«Aksen Sandnessjøen Mosjøen»	Mo i Rana	Brønnøysund		
2b-1 (4)	Mo i Rana	«Aksen Sandnessjøen Mosjøen»	Brønnøysund		

Hjemhenting gjestepasienter

Driftsøkonomisk effekt av hjemhenting gjestepasienter vil i hovedsak være drevet av to ulike kilder

Netto av gjestepasientkostnad og egen drift

I oppdatert framskriving er hjemhenting av gjestepasienter estimert til utgjøre ca. 17 senger (ekskl. 2 pasienthotellsenger) og et betydelig volum dag- og poliklinisk behandling

- Aktiviteten er for stor til å kunne sies å tas «på marginalen» og kan påvirke arealbehov

Reduserte pasientreisekostnader

Hjemhenting vil kunne medføre kortere reiseavstander for mange av pasientene. Dette vil gi positiv effekt på pasientreiserefusjoner

Hjemhenting medfører økt arealbehov med tilhørende investeringskostnad. Det er ikke nok at driftsøkonomisk effekt er positiv – den bør også være tilstrekkelig til å dekke høyere investering

Hjemhenting gjestepasienter

Effekt av hjemhenting må være tilstrekkelig til å kunne bære tilhørende investering
– forenklet illustrasjon

Investeringskost

Antatt ca. 150 kvm per seng (inkluderer arealbehov for dag og poliklinisk behandling, operasjon, osv.):

17 senger \approx 2.550 kvm

Med en kvm-pris på 70.000 kr blir
investeringskostnad:

17 senger \approx 180 mnok

Det kreves ca. 10 mnok i årlig fri likviditet for å bære en investering på 180 mnok

Driftsøkonomisk effekt

17 senger impliserer reduserte gjestepasientkostnader på rundt 35 mnok (grovt estimert)

35 – 10 = 25 mnok til å drifte senger for disse pasientene -> må klare å drifte for mindre enn 50-60 % DRG

Polikliniske pasienter/dagpasienter vil ved en slik beregning gi positivt dekningsbidrag dersom kostnadene er lavere enn 80 % DRG

Effekter av reduserte pasientreisekostnader vil kunne bidra positivt

Agenda

Oppsummering fra styremøtet 24.10.2018, sak 86-2018

Foreløpig investeringsestimer

Fornytt bæreevneanalyse

Vedlegg:

- Overordnede aktivitetsforutsetninger
- Finansieringsplan
- Driftsøkonomiske effekter



Oversikt over kilder benyttet ved aktivitetsfordeling

- Aktivitetstallene er framskrevet aktivitet til 2030

Framskrivning for somatikk:

Sykehusbygg HF, *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF*, 2. utgave med ny framskrivning for somatisk sektor fra 2015 til 2030 og 2035. 12.01.2018

Framskrivning for føde:

Sykehusbygg HF, *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning Helgelandssykehuset HF samlet*. Mars 2016

Framskrivning DMS Brønnøysund:

Sykehusbygg HF, *DMS Sør Helgeland - Konseptrapport 31. mai 2016*. Versjon datert 22.06.2016

For framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern er dagens kapasitet videreført:

Arbeidsgruppe 5, psykisk helse rus, *Vurdering av muligheten for etablering av akuttpsykiatrisk post i Helgelandssykehuset*. *Dato?*

Aktivitet fordelt pr. alternativ

Alt. 0

		SA/A			DMS				Sum	Sum sykehus
		MiR	SSJ	«Aksen SSJ MSJ»	MiR	SSJ	MSJ	BrS		
0-alt.	Soma døgn senger	68	62	24				8	162	154
	Soma dag senger	8	12	9				6	35	29
	Soma poli. rom	13	10	12				7	42	35
	Soma operasjon døgn	2	2	1				-	5	5
	Soma operasjon dag	1	1	2				-	4	4
	PHV sykehus senger	9	-	14				-	23	23
	Rus sykehus senger	9	-	-				-	9	9
	Akuttpsykiatri senger	-	-	-				-	-	-

Overordnede forutsetninger for aktivitetsfordeling ved endret sykehusstruktur

- DMS Brønnøysund tilsvarer tidligere framskriving og er holdt konstant i alle alternativ

Følgende er antatt for øvrige DMS

- Forutsatt 5 intermedieersenger pr. DMS
- Forutsatt at DMS i MiR og SSJ har fødestue. Antatt 2 fødestuer pr. DMS.
- Somatikk dag: 4 dialyseplasser og 2 cytostatika pr. DMS
- Somatikk poliklinikk: tilsvarende 80% av framskrevet 2030-aktivitet

Følgende er antatt for akutt sykehus (A)

- Somatikk senger: Lagt til grunn 2030-aktivitet ved MSJ som utgangspunkt for aktivitet ved et akutt sykehus. Forutsatt at akutt sykehus i MiR eller SSJ i tillegg har fødestue med 2 plasser.
- Somatikk dag: 4 dialyseplasser og 2 cytostatika. I tillegg kommer øvrig framskrevet dagbehandling for MSJ.
- Somatikk poliklinikk og operasjon: Lagt til grunn 2030-aktivitet ved MSJ som utgangspunkt for aktivitet ved et akutt sykehus.

Følgende antatt for stort akutt sykehus (SA) ved alternativ 2a

- Somatikk senger er sum av 2030-aktivitet ved sykehusene fratrukket 1 seng pr. DMS med fødestue
- Somatikk dag: 4 dialyseplasser og 2 cytostatika. I tillegg kommer sum av øvrig framskrevet dagbehandling ved sykehusene.
- Somatikk poliklinikk: Sum av framskrevet poliklinisk behandling fratrukket aktivitet som antas gjenværende ved DMS
- Antatt at all operasjon døgn og dag fordeles til stort akutt sykehus
- Antatt at PHV og rus sykehussenger samles ved stort akutt sykehus

Følgende antatt for stort akutt sykehus (SA) ved alternativ 2b-1

- Somatikk senger er sum av 2030-aktivitet ved sykehusene fratrukket 1 seng pr. DMS/akutt sykehus med fødestue og fratrukket aktivitet ved akutt sykehus
- Somatikk dag: 4 dialyseplasser og 2 cytostatika. I tillegg kommer sum av øvrig framskrevet dagbehandling ved sykehusene korrigert for aktivitet ved akutt sykehus
- Somatikk poliklinikk: Sum av framskrevet poliklinisk behandling fratrukket aktivitet som antas gjenværende ved DMS og akutt sykehus
- Antatt at all operasjon tilsvarer sum av 2030-aktivitet fratrukket aktivitet ved akutt sykehus
- Antatt at PHV og rus sykehussenger samles ved stort akutt sykehus

Flere av forutsetningene som er lagt til grunn i aktivitetsfordelingen er ikke endelig avklart. Estimaten er sensitive for endrede forutsetninger. Estimaten er framskrevde tall som alltid vil være beheftet med usikkerhet.

Aktivitet fordelt pr. alternativ

Alt. 2b-1

		SA/A			DMS				Sum	Sum
		MiR	SSJ	«Aksen SSJ MSJ»	MiR	SSJ	MSJ	BrS		
MiR (SA)	Soma døgn senger	152				7	5	8	172	152
	Soma dag senger	17				6	6	6	35	17
	Soma poli. rom	17				8	10	7	42	17
	Soma operasjon døgn	5				-	-	-	5	5
	Soma operasjon dag	4				-	-	-	4	4
	PHV sykehus senger	23				-	-	-	23	23
	Rus sykehus senger	9				-	-	-	9	9
	Akuttpsykiatri senger	6				-	-	-	6	6
SSJ (SA)	Soma døgn senger		152		7		5	8	172	152
	Soma dag senger		17		6		6	6	35	17
	Soma poli. rom		14		11		10	7	42	14
	Soma operasjon døgn		5		-		-	-	5	5
	Soma operasjon dag		4		-		-	-	4	4
	PHV sykehus senger		23		-		-	-	23	23
	Rus sykehus senger		9		-		-	-	9	9
	Akuttpsykiatri senger		6		-		-	-	6	6
«Aksen SSJ MSJ» (SA)	Soma døgn senger			153				8	161	153
	Soma dag senger			17				6	23	17
	Soma poli. rom			35				7	42	35
	Soma operasjon døgn			5				-	5	5
	Soma operasjon dag			4				-	4	4
	PHV sykehus senger			23				-	23	23
	Rus sykehus senger			9				-	9	9
	Akuttpsykiatri senger			6				-	6	6

Aktivitet fordelt pr. alternativ

Alt. 2b-1

		SA/A			DMS				Sum	Sum
		MiR	SSJ	«Aksen SSJ MSJ»	MiR	SSJ	MSJ	BrS		
MiR (SA) SSJ (A)	Soma døgnseger	126	26				5	8	165	152
	Soma dag seger	14	9				6	6	35	23
	Soma poli. rom	13	12				10	7	42	25
	Soma operasjon døgn	4	1				-	-	5	5
	Soma operasjon dag	2	2				-	-	4	4
	PHV sykehus seger	23	-				-	-	23	23
	Rus sykehus seger	9	-				-	-	9	9
	Akuttpsykiatri seger	6	-				-	-	6	6
SSJ (SA) MiR (A)	Soma døgnseger	26	126				5	8	165	152
	Soma dag seger	9	14				6	6	35	23
	Soma poli. rom	12	13				10	7	42	25
	Soma operasjon døgn	1	4				-	-	5	5
	Soma operasjon dag	2	2				-	-	4	4
	PHV sykehus seger	-	23				-	-	23	23
	Rus sykehus seger	-	9				-	-	9	9
	Akuttpsykiatri seger	-	6				-	-	6	6

Aktivitet fordelt pr. alternativ

Alt. 2b-1

	SA/A			DMS				Sum	Sum
	MiR	SSJ	«Aksen SSJ MSJ»	MiR	SSJ	MSJ	BrS		
"Aksen SSJ MSJ" (SA) MiR (A)	Soma døgnseger	26		126			8	160	152
	Soma dag seger	9		14			6	29	23
	Soma poli. rom	12		23			7	42	35
	Soma operasjon døgn	1		4			-	5	5
	Soma operasjon dag	2		2			-	4	4
	PHV sykehus seger	-		23			-	23	23
	Rus sykehus seger	-		9			-	9	9
	Akuttpsykiatri seger	-		6			-	6	6
MiR (SA) "Aksen SSJ MSJ" (A)	Soma døgnseger	126		26			8	160	152
	Soma dag seger	14		9			6	29	23
	Soma poli. rom	23		12			7	42	35
	Soma operasjon døgn	4		1			-	5	5
	Soma operasjon dag	3		1			-	4	4
	PHV sykehus seger	23		-			-	23	23
	Rus sykehus seger	9		-			-	9	9
	Akuttpsykiatri seger	6		-			-	6	6

Antas at aktivitet somatikk/poliklinikk på DMS vil utgjøre 80% av fremskrevet 2030-aktivitet

Somatikk/poliklinikk (rom)

	MiR	SSJ	MSJ
100 % fremskrevet 2030-ativitet	13	10	12
80 % av framskrevet 2030-aktivitet ved DMS	11	8	10

Sykehusbasert PHV - Voksne

Dato kilde?

Akuttpsykiatri - Skal vi da ikke anta ytterligere økning, se rød tekst.

Dersom antar trenger økning mht til pasienter fra nordland:

Basert på at antall liggedøgn er 3768 og utnyttelsesgrad på 85 % utgjør dette ca. 12 sengeplasser. Behovet inkluderer det som i dag ivaretas av de 6 akutt/krisesengene, ref. PHV Voksne i tabellen over, og gir dermed et behov for 6 stk. Merk at dette er minimum, da alternativ beregning gir behov for 8 sengeplasser.

For framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern er dagens kapasitet videreført

PHV-Voksne senger

	MiR	MSJ	Sum
Døgn sengeplasser	7	10	17
Krise/akutt sengeplasser	2	4	6
Sum sengeplasser	9	14	23

Rus

Rus	
	MiR
Døgnssenger	9

Det legges til grunn at disse 23+9 sengene lokaliseres i tilknytning til stort akuttpsykehus uavhengig av plassering.

Det antas at antall krise/akutt sengeplasser er tilstrekkelig også ved økt aktivitet knyttet til akuttpsykiatri