



Økonomiske analyser

Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF

Delrapport til konseptfase, steg 1

5. august 2022
Versjon 1.0

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	3
1.1	Alternativene utredes i økonomiske analyser	3
2.	Oppsummering.....	4
2.1	Sentrale forutsetninger for de økonomiske analysene	4
2.2	Økonomisk bæreevne prosjektnivå.....	6
2.3	Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå.....	9
2.4	DPS døgnplasser og rehabilitering / habilitering Ottestad	11
3.	Prosjektkostnad og finansieringsforutsetninger	13
3.1	Investeringsestimater.....	13
3.2	Byggeperiode og pådragsprofil	15
3.3	Forutsetninger for finansiering.....	15
4.	Driftsgevinster og andre driftsøkonomiske effekter.....	17
4.1	Overordnet om driftsgevinster	17
4.2	Overordnede forutsetninger for driftsøkonomi.....	17
4.3	Driftsgevinster	17
4.4	Øvrige driftsøkonomiske effekter og periodisering	19
4.5	Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift	20
5.	Bæreevne prosjektnivå.....	21
5.1	Økonomisk bæreevne – innledning	21
5.2	Sensitivitetsanalyser på prosjektnivå	26
6.	Bæreevne helseforetaksnivå	28
6.1	Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå.....	28
6.2	Sensitivitetsanalyser på helseforetaksnivå	29
7.	Bæreevne helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst	33
8.	Vedlegg økonomisk bæreevne.....	35
8.1	Om beregning av økonomisk bæreevne.....	35
8.2	Økonomisk bæreevne på prosjektnivå	35
8.3	Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå.....	36

1. Innledning

Denne delrapporten er et vedlegg til konseptrapport steg 1 for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, og dekker analyser av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå samt på regionalt nivå. Delrapporten beskriver investeringskostnader, finansiering, driftsøkonomiske effekter og analyser av økonomisk bæreevne.

Beregningen av de driftsøkonomiske effektene er gjennomført av Sykehuset Innlandet HF, basert på fagmiljøenes vurdering av hvordan nybygg og samlokalisering vil påvirke blant annet den fremtidige bemanningen ved helseforetaket. Investeringsestimater og analyser av økonomisk bæreevne er utredet av prosjektet.

Med bakgrunn i styrevedtaket i sak 058-2021 *Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF* i Helse Sør-Øst RHF 28. mai 2021 og foretaksmøtets tilslutning til dette vedtaket i møte 15. juni 2021, ble prosjektmandatet for konseptfasen for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF gitt av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF den 12. oktober 2021. Denne delrapporten omhandler de økonomiske effektene av alternativene som beskrevet i mandatet, og som er konkretisert gjennom arbeidet i steg 1 av konseptfasen.

1.1 Alternativene utredes i økonomiske analyser

Delrapport økonomi for steg 1 av konseptfasen utreder følgende alternativer:

- Null-pluss alternativet
- Mjøssykehus-alternativet

De driftsøkonomiske gevinstene er estimert som differansen mot hvordan kostnadsutviklingen er forventet å ville bli dersom nybyggtiltaket ikke gjennomføres (driftsøkonomisk nullalternativ). Det driftsøkonomiske nullalternativet må forstås som en ren framskrivning av dagens driftskostnader, hensyntatt endringer i aktivitet. For dette prosjektet vurderes nullalternativet som et ikke gjennomførbart alternativ på grunn av tilstanden til deler av dagens bygningsmasse. Det er derfor etablert et null-pluss alternativ med et erstatningssykehus for sykehuset i Hamar. Null-pluss alternativet vurderes som det reelle alternativet til Mjøssykehus-alternativet.

Bakgrunnen for at det rene driftsøkonomiske nullalternativet legges til grunn som referansealternativ er at de økonomiske effektene/analysene skal forstås som endringer mot dagens driftsøkonomiske situasjon. Hvis et nullplussalternativ legges til grunn som referansealternativ er det ikke mulig å fortolke resultatene av analysene mot dagens situasjon, og analyse av økonomisk bæreevne ved utbyggingsalternativet ville ha inkludert effekter som ikke vil realiseres dersom prosjektet besluttes.

2. Oppsummering

2.1 Sentrale forutsetninger for de økonomiske analysene

2.1.1 Investeringsestimater – nybygg

Investeringsestimatene for henholdsvis Mjøssykehuset og erstatningssykehuset, som ligger til grunn for de økonomiske analysene i denne rapporten, framgår av Tabell 1. Total investering for byggeri, utstyr og ikke-byggnær IKT (O-IKT) er estimert til 12,1 milliarder kroner for Mjøssykehuset og 4,6 milliarder kroner for erstatningssykehuset. I tillegg kommer tomtekostnader og kostnader til luftambulansebase. For luftambulansebasen er det foreløpig lagt til grunn en investering på 60 millioner kroner for begge alternativene basert på utredningen i konkretiseringsfasen.

Investeringsestimater (tall i MNOK)	Mjøssykehuset	Erstatningssykehus Hamar
Investeringsestimat bygg og utstyr	11 279	4 284
Investeringsestimat O-IKT	772	293
Totale nybygginvesteringer	12 051	4 577

Tabell 1 Estimert investeringskostnad for nybygg, inkludert ikke-byggnær IKT. Uten tomtekostnad. Beløp i millioner juni 2022-kroner

Estimatene er basert på oppdatert aktivitetsframskriving, som sammen med dimensjonerende faktorer og arealnormer gir et estimat på netto funksjonsareal for nybyggene. Videre er det lagt til grunn en brutto/nettofaktor på 2,4 og en kostnad per kvadratmeter på 94 400 kroner for estimatet knyttet til bygg og utstyr. Kostnaden per kvadratmeter er basert på en indeksjustering av forprosjektkalkylen for Nytt sykehus i Drammen, og inkluderer således ikke effekten av den ekstraordinære markedssituasjonen som følge av blant annet covid 19 og krigen i Ukraina utover endringer i indeks. For ikke-byggnær IKT er det lagt til grunn en kostnad per kvadratmeter på 6 460 kroner basert på erfaringstall fra tilsvarende prosjekter i Helse Sør-Øst.

Kostnadsestimatene vil detaljeres i form av en basiskalkyle med tilhørende usikkerhetsanalyse for valgt hovedalternativ i steg 2 av konseptfasen.

2.1.2 Investeringsestimater – gjenværende bygg i alternativene

Alternativene medfører vesentlige forskjeller i areal i gjenværende bygg. Mjøssykehus-alternativet medfører videreføring av aktivitet på Lillehammer, Elverum og Tynset som i dag har et totalt areal på om lag 127 000 kvadratmeter (brutto). Null-pluss alternativet medfører videreføring av aktivitet på lokasjoner med totalt ca. 267 000 kvadratmeter (brutto). Over tid vil valg av hovedalternativ derfor utløse forskjeller i investeringer i gjenværende bygg, og prosjektet har derfor utarbeidet investeringsestimater for dette med bistand fra Norconsult.

Tabell 2 oppsummerer disse estimatene fordelt på teknisk oppgradering og rehabilitering per alternativ og lokasjon. Totalt over tid estimeres Mjøssykehuset å medføre investeringer i gjenværende bygg på 4,4 milliarder kroner og null-pluss alternativet å medføre investeringer over tid i gjenværende bygg på 8,7 milliarder kroner. I tillegg kommer vedlikeholdskostnader som er hensyntatt i de driftsøkonomiske vurderingene til Sykehuset Innlandet HF.

Investeringsestimater (tall i MNOK)	Mjøssykehus-struktur		Null-pluss struktur	
	Teknisk oppgradering	Rehabilitering	Teknisk oppgradering	Rehabilitering
Lillehammer	289	1 914	297	1 964
Gjøvik	-	-	186	1 593
Elverum	183	1 512	189	1 566
Tynset	68	432	68	432
Rehab Follebu, Gjøvik, Ottestad	-	-	85	449
Hab Lillehammer og Sanderud	-	-	23	121
Sanderud	-	-	223	649
Reinsvoll	-	-	110	742
Totale investeringer i øvrig struktur	540	3 859	1 182	7 518

Tabell 2 Estimert investeringskostnad for gjenværende bygg. Beløp i millioner 2022-kroner

Estimatene tar utgangspunkt i mandatet for konseptfasen, og skal representere et minimum av investeringer for å opprettholde forsvarlig drift og ivareta framtidig kapasitetsbehov. Videre skal null-pluss alternativet ha en levetid som er tilsvarende andre alternativer som utredes. I dette er det lagt til grunn at de videreførte byggene skal ha samme levetid som nybyggene, dvs. at det ligger et 2060-perspektiv i vurderingene av nødvendige investeringer over tid.

2.1.3 Driftsøkonomiske gevinster

Utredningen av driftsøkonomiske effekter av alternativene er gjennomført av Sykehuset Innlandet HF, og dokumentert i *Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur* av 30. juni. Sykehuset Innlandet HF, med involvering fra berørte enheter og fagmiljøer, har vurdert hvordan byggeprosjektet og samlokaliseringen vil påvirke driften. Utredningen omfatter kjernedriftsgevinster som følge av samlokalisering av kliniske funksjoner og støttefunksjoner samt effekten av nye og mer effektive bygg. Videre inngår effekter på kostnader for drift av den totale bygningsmassen, kostnader til ikke-byggnær-IKT og ekstraordinære engangskostnader i form av organisasjonsutviklingsprosess og flyttekostnader. De estimerte driftsgevinstene er forankret i foretaksledelsen ved Sykehuset Innlandet HF.

Tabell 3 viser periodisering av kjernedriftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter for Mjøssykehusalternativet. Kjernedriftsgevinstene stabiliserer seg på 370 millioner kroner per år fra forutsatt fullt gevinstuttak fra 2032. Øvrige driftsøkonomiske effekter inkluderer ulempekostnader (organisasjonsutviklingsprosess (OU-prosess), flyttekostnader mm.), kostnader til ikke-byggnær IKT (belastes helseforetaket via tjenestepreis fra Sykehuspartner HF), netto sparte vedlikeholdskostnader i gjenværende bygg samt generelle kvalitetsforbedringer er forutsatt stabilisert fra 2040 og ut analyseperioden.

Mjøssykehusalternativet	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	...	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Klinisk personell somatikk	0	0	0	0	0	64	141	177	215	...	215	215	215	215	215	215
Klinisk personell psyk/TSB	0	0	0	0	0	16	32	45	55	...	55	55	55	55	55	55
Medisinsk service og støtte	0	0	0	0	0	9	18	25	30	...	30	30	30	30	30	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser	0	0	0	0	0	-10	-21	-29	-35	...	-35	-35	-35	-35	-35	-35
FDV	0	0	0	0	0	15	15	15	15	...	15	15	15	15	15	15
Øvrige service og støttefunksjoner	0	0	0	0	0	22	44	62	75	...	75	75	75	75	75	75
Andre driftseffekter (leie)	0	0	0	0	0	4	9	12	15	...	15	15	15	15	15	15
Sum estimerte nettogevinster	0	0	0	0	0	120	238	306	370	...	370	370	370	370	370	370
Vedlikehold frem til 2040	15	20	25	25	20	20	20	20	20	...	20	20	20	20	0	0
Ulempekostnader	-45	-55	-65	-75	-90	-105	-50	0	0	...	0	0	0	0	0	0
Ikke byggnær-IKT	0	0	0	0	0	-96	-96	-96	-96	...	0	0	0	0	0	0
Sum estimerte nettogevinster og øvrige økonomiske forhold	-30	-35	-40	-50	-70	-61	112	230	294	...	294	390	390	390	370	370

Tabell 3 Periodisert gevinstoversikt for Mjøssykehusalternativet (tall i millioner 2022-kroner)

Tabell 4 viser periodisering av kjernedriftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter for null-pluss alternativet. Kjernedriftsgevinstene stabiliserer seg på 25 millioner kroner per år, forutsatt fullt gevinstuttak fra 2032. I henhold til mandatets beskrivelse av null-pluss alternativet er det kun hensyntatt driftsmessige endringer for dagens sykehus på Hamar og Elverum. Når det gjelder rehabilitering over tid av gjenværende bygningsmasse er dette forutsatt å ikke inneha vesentlige gevinstutløsende faktorer, jamfør forutsetningen som ligger til grunn for investeringsestimaten. Øvrige driftsøkonomiske effekter inkluderer ulempekostnader (OU-prosess, flyttekostnader mm.) og kostnader til ikke-byggnær IKT (belastes helseforetaket via tjenestepriis fra Sykehuspartner HF).

Null-pluss alternativet	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	...	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Klinisk personell somatikk	0	0	0	0	0	9	17	25	30	...	30	30	30	30	30	30
Klinisk personell psyk/TSB	0	0	0	0	0	1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Medisinsk service og støtte	0	0	0	0	0	1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Prehospitaltjenester og pasientreiser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0
FDV	0	0	0	0	0	-30	-30	-30	-30	...	-30	-30	-30	-30	-30	-30
Øvrige service og støttefunksjoner	0	0	0	0	0	3	6	8	10	...	10	10	10	10	10	10
Andre driftseffekter (leie)	0	0	0	0	0	1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Sum estimerte nettogevinster	0	0	0	0	0	-14	1	15	25	...	25	25	25	25	25	25
Vedlikehold frem til 2040	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0
Ulempekostnader	-30	-35	-40	-50	-65	-80	-30	0	0	...	0	0	0	0	0	0
Ikke byggnær-IKT	0	0	0	0	0	-37	-37	-37	-37	...	-37	0	0	0	0	0
Sum estimerte nettogevinster og øvrige økonomiske forhold	-30	-35	-40	-50	-65	-131	-66	-21	-12	...	-12	25	25	25	25	25

Tabell 4 Periodisert gevinstoversikt for null-pluss alternativet (tall i millioner 2022-kroner)

Virksomheten som omfattes av prosjektet genererer allerede i dag en prosjektuavhengig fri kontantstrøm. En andel av prosjektuavhengig fri kontantstrøm for Sykehuset Innlandet HF kan benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser generert av prosjektet, og innregnes i analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. En andel av prosjektuavhengig fri kontantstrøm legges til driftsgevinstene i analysene av økonomisk bæreevne på prosjektnivå.

En direkte konsekvens av valg av hovedalternativ er at virksomhet flyttes fra eide eiendommer på henholdsvis Hamar i null-pluss alternativet og fra Hamar, Gjøvik, Sanderud og Reinsvoll i Mjøsøykehus-alternativet. Dette muliggjør salg av disse eiendommene. Estimerte salgsverdier er hensyntatt ved å vise analyser av økonomisk bæreevne både med og uten effekt fra planlagte salg. Salgsverdiene er ikke av slik karakter at de er utslagsgivende for valget.

2.1.4 Finansieringsforutsetning

I analysene av økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå er nybyggprosjektet, inkl. ikke-byggnær IKT og tomtekostnader, forutsatt finansiert ved 70 % lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Egenfinansieringen til Sykehuset Innlandet HF er forutsatt dekket ved trekk på den regionale lånemodellen (basisfordring).

I henhold til mandatet er investeringer i luftambulansbase, OU-prosess og flytting, reinvesteringer og vedlikehold av gjenværende bygg, utstyr og ambulanser forutsatt finansiert av Sykehuset Innlandet HF.

2.2 Økonomisk bæreevne prosjektnivå

Et investeringsprosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på investeringen. Netto nåverdi må også være positiv. Samtidig må prosjektets eventuelle behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt være innenfor helseforetakets og regionens handlingsrom. Analysene skal forbedre kvaliteten av beslutningsgrunnlaget og bidra til økt bevisstgjøring av driftsøkonomiske konsekvenser av investeringsprosjektet. De økonomiske beregningene inngår i den samlede vurderingen for gjennomføring av

prosjektet, som ett av vurderingselementene sammen med helsefaglige, bygningstekniske og kvalitative vurderinger.

Analysen av prosjektets økonomiske bæreevne (uten egenfinansiering) gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av finansieringsform. De økonomiske analysene er sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Endringer i estimerte kjernedriftsgevinster, lånerente og endelig byggekostnad gir størst påvirkning på økonomisk bæreevne over prosjektets levetid.

Det er gjennomført analyser av økonomisk bæreevne på to nivåer. Det ordinære prosjektnivået sammenligner investeringen i nybygg mot relaterte driftsgevinster. Analysene på ordinært prosjektnivå vil være på sammenlignbart nivå med analysene som vil ligge til grunn for framtidige beslutningspunkt i prosjektet.

Siden valget som skal tas etter steg 1 av konseptfasen innebærer vesentlige forskjeller i arealer i gjenværende bygg i sykehusstrukturen er det også inkludert et utvidet prosjektnivå for analysene. Det utvidede prosjektnivået hensyntar estimerte konsekvenser for investeringer over tid i gjenværende bygg, og illustrerer effekten av de totale videreførte arealene som følger av valget. I oppsummeringen viser vi effekten på likviditetsstrøm med og uten lånefinansiering av øvrig investeringsstruktur på utvidet prosjektnivå. Det er analysene på utvidet prosjektnivå som gir mest egnet underlag for likeverdig sammenligning mellom alternativene.

2.2.1 Oppsummering av økonomisk bæreevne for alternativene

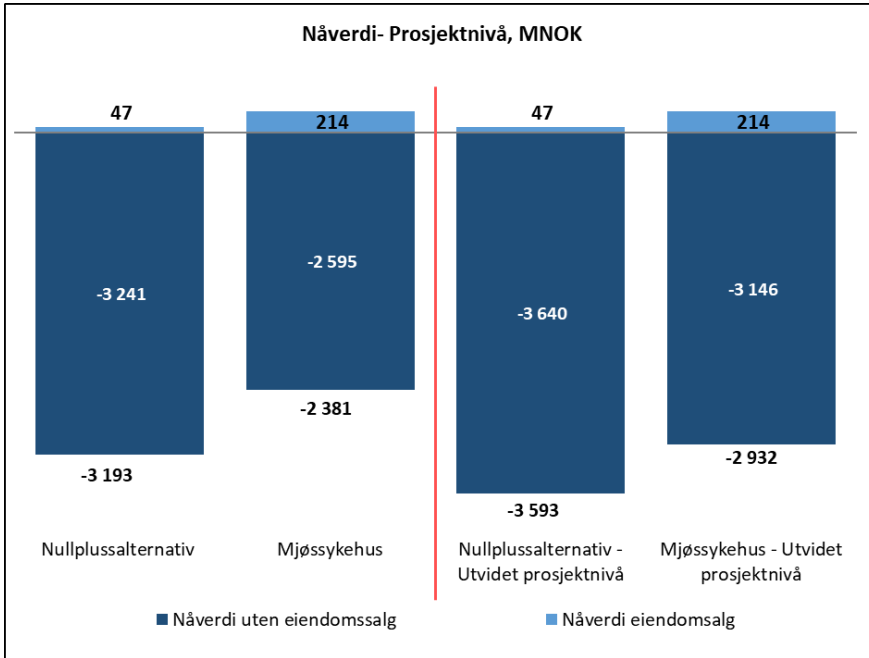
For at et prosjekt skal ha økonomisk bæreevne må likviditetsstrøm fra drift overstige avdrag og renter av finansieringen, uavhengig av finansieringsform. I tillegg må prosjektets nåverdi være lik eller større enn null. Figur 1 og Figur 2 oppsummerer resultatene fra bæreevneanalysene på prosjektnivå. Ingen av prosjektanalysene viser økonomisk bæreevne for begge disse kriteriene, men Mjøssykehus-alternativet viser en positiv akkumulert likviditetsstrøm over prosjektets definerte levetid.

Nåverdianalyse:

Figur 1 viser netto nåverdi for alternativene på ordinært prosjektnivå og utvidet prosjektnivå. Alle analysene viser negative nåverdier over prosjektets definerte levetid. På ordinært prosjektnivå har null-pluss alternativet en negativ nåverdi på 3,2 milliarder kroner (inkludert eiendomssalg) og Mjøssykehus-alternativet har en negativ nåverdi på 2,4 milliarder kroner (inkludert eiendomssalg).

For det utvidede prosjektnivået, som inkluderer investeringer i gjenværende bygg, viser null-pluss alternativet en negativ nåverdi på 3,6 milliarder kroner (inkludert eiendomssalg) og Mjøssykehus-alternativet en negativ nåverdi på 2,9 milliarder kroner (inkludert eiendomssalg).

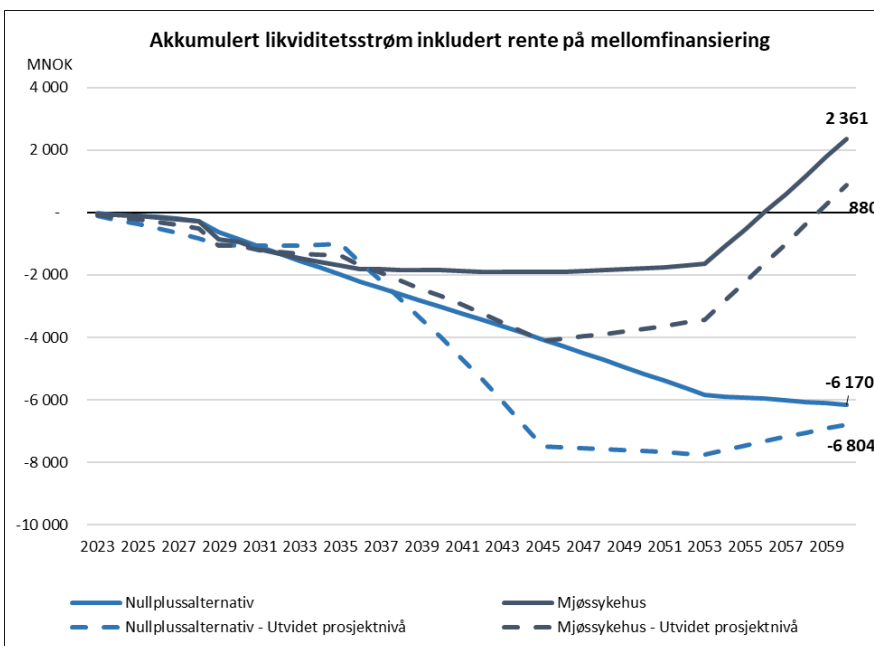
Den relative forskjellen mellom alternativene er om lag 0,8 milliarder kroner på ordinært prosjektnivå og 0,7 milliarder kroner på utvidet prosjektnivå. Dette til tross for at utvidet prosjektnivå for null-pluss alternativet inkluderer høyere investeringer i videreførte bygg enn utvidet prosjektnivå for Mjøssykehus-alternativet. Resultatet forklares av at null-pluss alternativet får allokert et større tillegg av prosjektuavhengig fri kontantstrøm på utvidet prosjektnivå sammenlignet med ordinært prosjektnivå (enn hva forskjellen i prosjektuavhengig fri kontantstrøm er for Mjøssykehus-alternativet på ordinært og utvidet prosjektnivå).



Figur 1: Oppsummering av nåverdianalyser på prosjektnivå, ordinært prosjektnivå til venstre og utvidet prosjektnivå til høyre

Analyse av likviditetsstrøm:

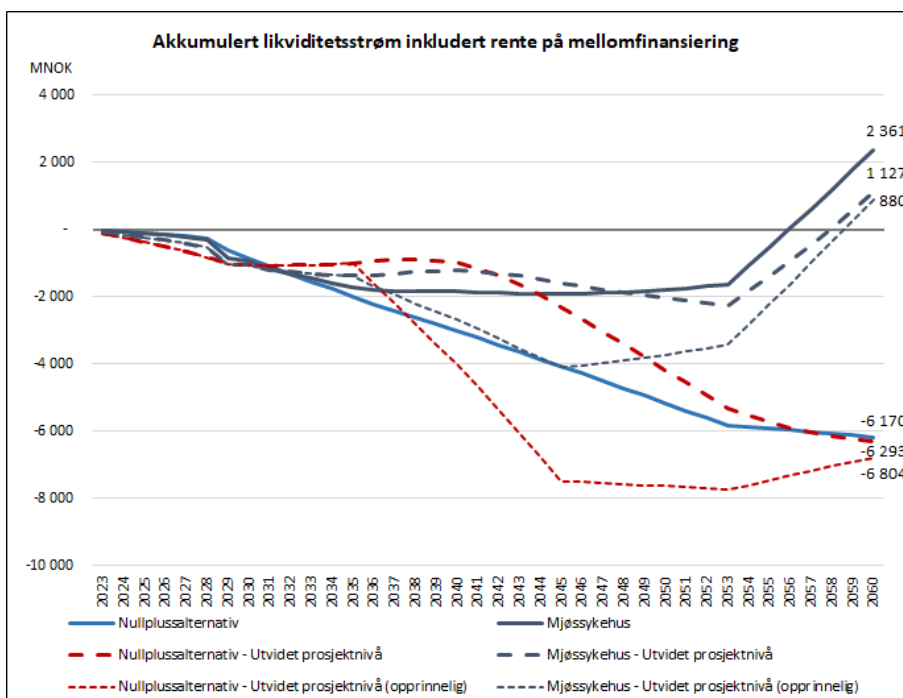
Figur 2 viser den akkumulerte likviditetsstrømmen over prosjektets definerte levetid. Mjøssykehus-alternativet viser en positiv akkumulert likviditetsstrøm på om lag 2,4 milliarder kroner på ordinært prosjektnivå og 0,9 milliarder kroner på utvidet prosjektnivå. Null-pluss alternativet viser en negativ akkumulert likviditetsstrøm på 6,2 milliarder kroner på ordinært prosjektnivå og en negativ akkumulert likviditetsstrøm på 6,8 milliarder kroner på utvidet prosjektnivå. Den relative forskjellen mellom alternativene er om lag 8,5 milliarder kroner på ordinært prosjektnivå og 7,7 milliarder kroner på utvidet prosjektnivå.



Figur 2 Oppsummering av analyser av likviditetsstrøm på prosjektnivå, ordinært prosjektnivå med heltrukken linje og utvidet prosjektnivå med stiplet linje

I beregningen av likviditetsstrømmen i alternativene fremkommer en betydelig relativ differanse, mens differansen mellom alternativene er liten i nåverdiberegningen. Dette skyldes at nåverdimetoden neddiskonterer kontantstrømmer, mens likviditetsstrøm akkumulerer kontantstrømmer og renter på mellomfinansiering. Nåverdiberegningene viser at det er relativt små forskjeller mellom alternativene. Dette kommer i stor grad av neddiskontering av investeringens kontantstrøm. Alternativ Mjøssykehus har større investeringer i starten, men henter også ut større gevinster som følge av prosjektet. I null-pluss alternativet er det ikke utredet store gevinster for erstatningssykehuset, men det er påfølgende høye investeringer i både nybygg og øvrig struktur. Metodisk er det gunstig at investeringer i form av rehabilitering tas lenger ut i perioden.

Det er i tillegg utarbeidet analyse på utvidet prosjektnivå hvor det også forutsettes lånefinansiering av rehabilitering i øvrig struktur. Figur 3 viser den akkumulerte likviditetsstrømmen over prosjektets definerte levetid gitt lånefinansiering av rehabilitering i øvrig struktur. Mjøssykehus-alternativet viser her en positiv akkumulert likviditetsstrøm på om lag 1,1 milliarder kroner på utvidet prosjektnivå, mens null-pluss alternativet viser en negativ akkumulert likviditetsstrøm på 6,3 milliarder kroner på utvidet prosjektnivå. En slik forutsetning gir en reduksjon av løpende likviditetsbelastning, da avdragene fordeles over lenger tid enn investeringspådraget, men hvor akkumulert likviditetsstrøm ved analyseperiodens slutt er sammenlignbar med en situasjon hvor rehabilitering av øvrig struktur finansieres ved egne midler.



Figur 3 Oppsummering av analyser av likviditetsstrøm på prosjektnivå, ordinært prosjektnivå med heltrukken linje, opprinnelig utvidet prosjektnivå med tynn stiplede linje og utvidet prosjektnivå med lånefinansiering med tykk stiplede linje

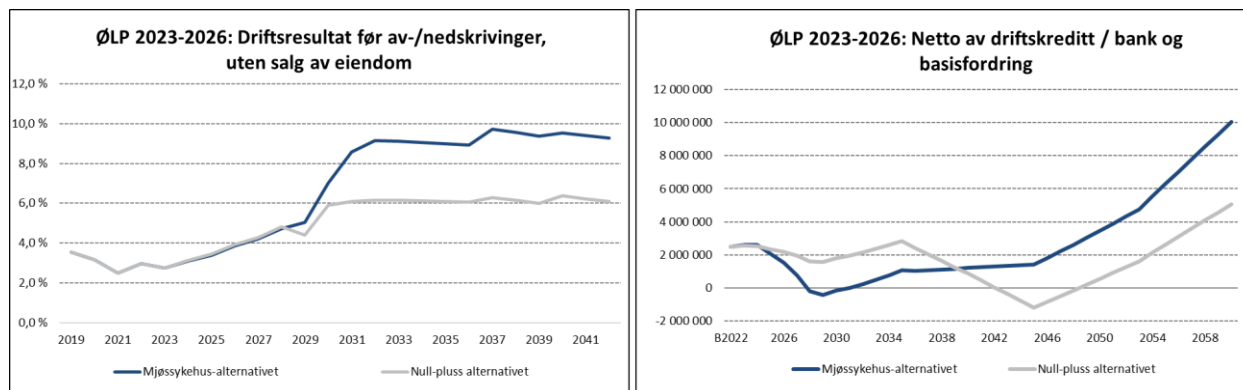
Gitt forutsetning om ca. 2,1% lånerente og 32 års økonomisk levetid, har ingen av alternativene økonomisk bæreevne på prosjektnivået med de forutsetninger som er lagt til grunn.

2.3 Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansieringen og øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Vurderingen er

gjennomført basert på helseforetakets egen prosjektoppdatering av økonomisk langtidsplan 2023–2026 for Sykehuset Innlandet HF av 30. juni 2022, hvor prosjektet er innarbeidet med oppdaterte investeringsanslag og gevinstestimer for de ulike valgene.

Øvrige investering- og rehabiliteringsbehov ved Sykehuset Innlandet HF er innarbeidet, slik de også var ved ordinær rullering av økonomisk langtidsplan for helseforetaket.



Figur 4 Driftsresultatutvikling 2019-2041 (venstre), netto av driftskreditt og basisfordring i perioden 2022-2060 (høyre)

Figur 4 (venstre side) viser helseforetakets budsjetterte utvikling i driftsmargin (før avskrivninger og renter) for Mjøssykehus-alternativet og null-pluss alternativet. I begge alternativ er det forutsatt effektivisering i forkant av byggeprosjektene og frem til 2028. Fra 2029 øker driftsmarginen i begge alternativ, for Mjøssykehuset øker driftsmarginen til om lag 9,5 % og for null-pluss alternativet øker driftsmarginen til om lag 6,3 % ved utgangen av perioden. Differanse i driftsmargin skyldes høyere driftsgevinster i Mjøssykehus-alternativet.

Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien. Figur 4 (høyre side) viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av Mjøssykehuset og null-pluss alternativet.

I Mjøssykehus-alternativet er likviditetsbehovet størst i perioden 2024 til 2028 og det er behov for regional mellomfinansiering i perioden fra 2028 til 2031. For null-pluss alternativet er likviditetsbehovet mindre på kort og mellomlang sikt, men det er behov for mellomfinansiering i perioden 2043 til 2048 når øvrige sykehus skal oppgraderes for utvidet levetid. I begge alternativene re-etableres helseforetakets likviditet og investeringsevne i løpet av analyseperioden.

Oppdatert økonomisk langtidsplan fra Sykehuset Innlandet HF viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne for begge alternativene med de forutsetninger som er lagt til grunn. Selv om de samlede investeringene er høyere ved gjennomføring av Mjøssykehus-alternativet viser analysene at driftsgevinstene ved å gjennomføre alternativet gir helseforetaket en bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn ved å gjennomføre null-pluss alternativet. På den annen side vil gjennomføring av null-pluss alternativet binde mindre kapital i perioden frem til 2038 fordi erstatningssykehuset er mindre enn Mjøssykehuset. Ved null-pluss alternativet legger man også en større del av helseforetakets oppgraderingsbehov lenger ut i tid hvor det vil være større fleksibilitet til å tilpasse investeringene til framtidig tilstand på byggene, helseforetakets framtidige økonomiske situasjon og øvrige prioriteringer i helseforetaket.

2.4 DPS døgnplasser og rehabilitering / habilitering Ottestad

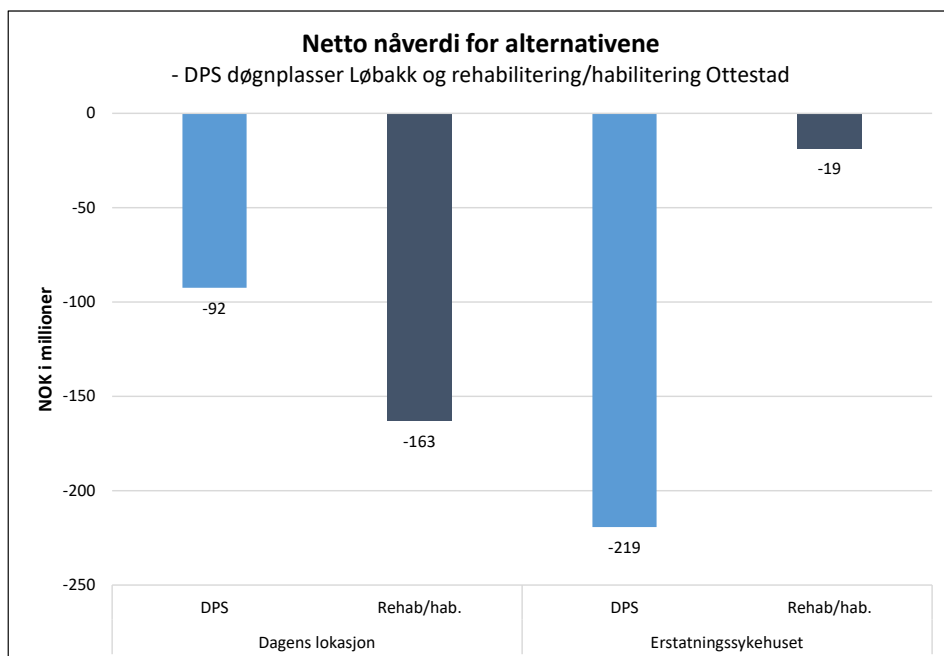
I styringsgruppesak 040-2022 ba styringsgruppen prosjektet om å synliggjøre nødvendig volumøkning og kostnad knyttet til at de 24 DPS eksterne døgnseengene på Løbakk foreslått lagt til erstatningssykehuset i null-pluss alternativet. Tilsvarende ble prosjektet bedt om å synliggjøre konsekvensene ved å ta inn rehabilitering / habilitering ved Ottestad i erstatningssykehuset. De økonomiske konsekvensene beskrives i dette delkapitlet av rapporten. Konsekvensene er holdt utenfor redegjørelser og analyser i rapporten for øvrig.

Prosjektet har anslått at DPS sengeplasser vil medføre en økning i netto funksjonsareal for erstatningssykehuset på 1 260 kvadratmeter og at rehabilitering / habilitering Ottestad vil medføre en økning i netto funksjonsareal på 530 kvadratmeter. Med tilsvarende forutsetninger for brutto/netto-faktor og kvadratmeterpris som er benyttet i øvrige analyser i delrapporten gir dette en anslått investering på 434 millioner kroner, inkl. ikke-byggnær IKT, hvorav 129 millioner kroner for rehabilitering / habilitering Ottestad og 305 millioner kroner for DPS døgnplasser.

Videre er det utarbeidet estimater for nødvendige investeringer over tid på eksisterende lokasjoner for tilsvarende levetid som nybygget (teknisk oppgradering og rehabilitering). Totalt utgjør dette 359 millioner kroner, fordelt på 130 millioner for Løbakk og 229 millioner kroner for Ottestad.

I *Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur* av 30. juni har Sykehuset Innlandet HF beskrevet de driftsøkonomiske effektene av å legge aktiviteten til erstatningssykehuset. Det anslås totalt 10 millioner kroner i driftsgevinster som følge av redusert behov for transport og følgepersonell, lavere FDV-kostnader samt nybyggeffekt, hvorav 7 millioner kroner er knyttet til rehabilitering / habilitering Ottestad og 3 millioner kroner er knyttet til DPS døgnplasser.

Dagens bruttoareal for disse to lokasjonene er totalt om lag 8 800 kvadratmeter sammenlignet med estimert 4 300 kvadratmeter i erstatningssykehuset, hvorav virksomheten for rehabilitering / habilitering Ottestad står for nesten all arealreduksjon. Reduksjonen i arealbehov er et resultat av oppdaterte arealberegninger fra Sykehusbygg HF sammenlignet med dagens kapasitet ved Ottestad. I tillegg inkluderer dagens arealer i Ottestad både gymsal, basseng, aktivitetsrom, store sengerom samt generelle arealer som vil kunne deles med andre funksjoner i erstatningssykehuset.



Figur 5 Netto nåverdi for hhv. dagens lokasjon og innplassering på erstatningssykehuset for DPS døgnplasser og rehabilitering / habilitering Ottestad. Tall i millioner 2022-kr.

Figur 5 viser en overordnet nåverdianalyse av de økonomiske effektene av å legge DPS-døgnseger Løbakk og rehabilitering / habilitering Ottestad til erstatningssykehuset eller opprettholde virksomheten ved dagens lokalisering. Fra et økonomisk perspektiv viser analysen at DPS døgnplasser kommer best ut ved fortsatt drift ved dagens lokalisering på Løbakk, mens rehabilitering / habilitering Ottestad kommer best ut ved å legges til erstatningssykehuset. Hoveddriveren for dette resultatet er en effektivisering av arealbruken for rehabilitering / habilitering ved innplassering på Mjøssykehuset med over 75%.

Det er ikke foretatt verdivurdering / takst av dagens lokaler på Løbakk og Ottestad. Analysen hensyntar derfor ikke estimerte salgsverdier for dagens bygg. Dersom salgsverdier hadde vært hensyntatt ville analysen av rehabilitering / habilitering Ottestad vist en større fordel for å lokalisere virksomheten til erstatningssykehuset, for Løbakk ville dette redusert forskjellen mellom dagens lokasjon og innplassering på Mjøssykehuset. Salgssummen for Løbakk ville måtte være betydelig (over 130 millioner kroner) for at konklusjonen skal endres fra et økonomisk perspektiv.

3. Prosjektkostnad og finansieringsforutsetninger

3.1 Investeringsestimater

Investeringsestimater som er relevante for valget som skal tas etter steg 1 av konseptfasen inkluderer både investeringer i nye bygg og investeringer som må påregnes over tid i gjenværende bygg i alternativene.

På dette stadiet i tidligfasen er investeringsestimaterne basert på nøkkeltall og erfaringer fra andre sykehusbyggprosjekter da det ikke foreligger et skisseprosjekt eller lignende som grunnlag for å kalkulere kostnaden for nybygg. Investeringsestimaterne for gjenværende bygg er estimert med bakgrunn i aktivitetsframskriving, erfaringstall og skjønsmessige vurderinger opp mot føringer i relevante veiledere. Norconsult har bistått prosjektet med vurderingen av nødvendige investeringer over tid i eksisterende bygningsmasse.

3.1.1 *Investeringsestimater – nybygg*

Tabell 5 gir en oversikt over investeringsestimaterne for henholdsvis Mjøssykehuset og erstatningssykehuset. Estimaterne inkluderer områdene bygg og medisinsk-teknisk utstyr, og ikke-byggnær IKT (O-IKT). Tomtekostnader kommer i tillegg.

Investeringsestimater (tall i MNOK)	Mjøssykehuset	Erstatningssykehus Hamar
Investeringsestimater bygg og utstyr	11 279	4 284
Investeringsestimater O-IKT	772	293
Totale nybygginvesteringer	12 051	4 577

Tabell 5: Estimerte investeringer i nybygg for hhv. Mjøssykehuset og erstatningssykehuset. Beløp i juni 2022-kr.

Kostnadsestimatene for nybyggene tar utgangspunkt i prosjektets hovedprogram som beskriver nødvendig netto funksjonsareal for å ivareta aktivitetsframskrivingen for de funksjonene og det opptaksområdet som nybyggene skal dekke. Videre er estimatene basert på like forutsetninger for alternativene:

- En brutto/netto faktor på 2,4 er lagt til grunn, jf. styringsgruppesak 030-2022
- Kvadratmeterprisen for byggeri og medisinsk-teknisk utstyr er foreløpig estimert til 94 400 kroner basert på en indeksjustert benchmark fra forprosjektkalkylen for Nytt sykehus i Drammen
- Ikke-byggnær IKT (O-IKT) er basert på erfaringstall fra Sykehusbygg HF for tilsvarende prosjekter i Helse Sør-Øst, foreløpig estimert til 6 460 kroner per kvadratmeter.

I hovedprogrammet fremgår Mjøssykehusets netto funksjonsareal til om lag 49 800 kvadratmeter. Dette gir et investeringsestimater for byggeri og MTU på 11,3 milliarder kroner og et estimat for investeringer i O-IKT på 0,8 milliarder kroner. Tilsvarende er netto funksjonsareal for erstatningssykehuset Hamar om lag 18 900 kvadratmeter, noe som gir et investeringsestimater på 4,3 milliarder kroner for byggeri og MTU og et estimat for investeringer i O-IKT på 0,3 milliarder kroner.

For begge alternativene er det lagt til grunn at det skal etableres en luftambulansbase med et investeringsestimater på om lag 60 millioner kroner. Dette investeringsanslaget ble etablert i konkretiseringsfasen, og vil måtte oppdateres i steg 2 av konseptfasen. Luftambulansbase eies og finansieres som regel av helseforetaket, men hvor kapitalkostnadene blir dekket ved utleie til basens driftsoperatør.

Investeringsestimater for tomt på Moskogen for Mjøssykehuset og tomt på Sanderud for erstatningssykehuset inkluderer eventuelle kostnader til tomteerverv og øvrige investeringskostnader i infrastruktur, grunnarbeider og fundamentering og forventede rekkefølgekrav utover hva som ligger til grunn i investeringsestimater for byggeriene. Investeringsestimaterne for tomt er inkludert i analysene av økonomisk bæreevne i denne delrapporten, men er ikke synliggjort separat.

3.1.2 *Investeringsestimater - gjenværende bygg i alternativene*

Med referanse til Finansdepartementets rundskriv R-109 beskriver mandatet at investeringene i gjenværende bygg skal være det minimum som skal til for en levetid tilsvarende nybygg-alternativet, at forsvarlig drift opprettholdes og fremtidig kapasitetsbehov ivaretas. Prosjektet har, via Sykehuset Innlandet HF, engasjert Norconsult til å bistå med disse vurderingene.

Vurderingene av nødvendige investeringer over tid i gjenværende aktiv bygningsmasse i de to alternativene tar utgangspunkt i framskrevet aktivitet for relevante funksjoner og opptaksområder per lokasjon. Med dette utgangspunktet er det beregnet nødvendig sykehusareal, støtteareal og inaktivt areal per lokasjon. Deretter er det vurdert investeringsbehov i form av teknisk oppgradering og rehabilitering, samt vedlikeholdskostnader.

Tabell 6 viser investeringer i gjenværende bygg for alternativene. Tabellen spesifiserer tekniske oppgraderinger (årene 2023-2032) og rehabilitering (årene 2036-2045) per lokasjon. Vedlikeholdskostnadene er inkludert i Sykehuset Innlandet HFs vurdering av driftsøkonomiske konsekvenser. For strukturen rundt Mjøssykehuset er det estimert å være behov for om lag 0,5 milliarder kroner til teknisk oppgradering og 3,9 milliarder kroner til rehabilitering, totalt 4,4 milliarder kroner. For gjenværende bygg i null-pluss alternativet er det estimert å være behov for om lag 1,2 milliarder kroner til teknisk oppgradering og 7,5 milliarder kroner til rehabilitering, totalt 8,7 milliarder kroner.

Investeringsestimater (tall i MNOK)	Mjøssykehus-struktur		Null-pluss struktur	
	Teknisk oppgradering	Rehabilitering	Teknisk oppgradering	Rehabilitering
Lillehammer	289	1 914	297	1 964
Gjøvik	-	-	186	1 593
Elverum	183	1 512	189	1 566
Tynset	68	432	68	432
Rehab Folløbu, Gjøvik, Ottestad	-	-	85	449
Hab Lillehammer og Sanderud	-	-	23	121
Sanderud	-	-	223	649
Reinsvoll	-	-	110	742
Totale investeringer i øvrig struktur	540	3 859	1 182	7 518

Tabell 6: Investeringer i øvrig sykehusstruktur for Mjøssykehus-alternativet og null-pluss alternativet. Beløp i juni 2022-kr.

Ambisjonen for teknisk oppgradering er å holde bygg og tekniske anlegg unna tilstandsgrad 3 (TG3) og sørge for at bygningsdeler og tekniske anlegg har tilfredsstillende teknisk tilstand og oppfyller krav til lover, forskrifter og personsikkerhet. Det er tatt høyde for oppgradering av bygningsdeler som i dag er registrert som TG2 og som på grunn av anleggstype forventes å ligge på TG3 innen få år. Ved teknisk oppgradering oppfylles kravet i henhold til gjeldende standard ved etablering av bygningselementet eller gjeldene minimumsstandarder i forhold til for eksempel arbeidsmiljø og medisinske krav.

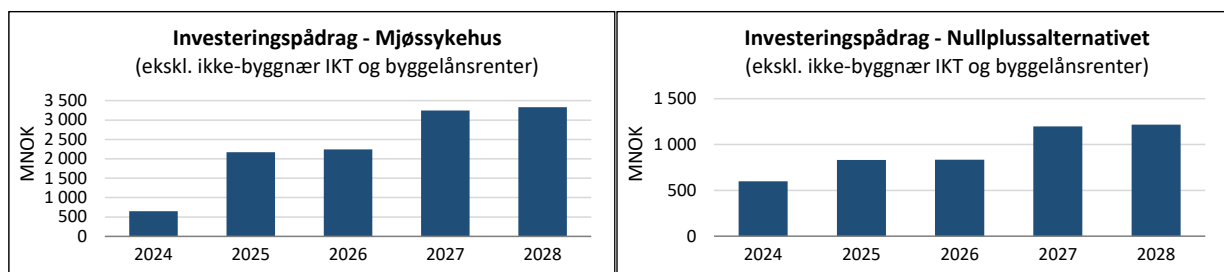
Rehabilitering av utdatert bygningsmasse medfører komplette nye tekniske anlegg i ombygde arealer og nødvendige bygningsmessige tiltak. Teoretisk bygges arealene opp igjen med samme planløsning som i dag, men innenfor de økonomiske rammene en slik ombygging gir vil det være naturlig å tenke at man i praksis justerer planløsninger noe innenfor de samme budsjetttrammene. Det forutsettes at rehabiliterte areal oppfyller teknisk og miljømessig krav i henhold til minimumskravet i teknisk forskrift (TEK17).

Rehabilitering for utvidet levetid omfatter bygningsmasse som i løpet av perioden 2022-2040 vil bli regnet som utdatert bygningsmasse. Dette er bygningsmasse som når en alder på ca. 60 år eller hvor det ikke er foretatt større ombygginger de siste 60 år.

3.2 Byggeperiode og pådragsprofil

I analysene av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå er det forutsatt en byggeperiode på 5 år (2024–2028). Det betyr at nytt Mjøssykehus forutsettes ferdigstilt i 2028 med ibruktakelse fra 2029. Figur 6 oppsummerer byggeperioder og investeringspådrag for Mjøssykehuset og erstatningssykehuset, og inkluderer kostnader knyttet til forprosjektet som er tillagt 2024 i figurene. For illustrasjon av strukturalternativenes effekt på den regionale bæreevnen i kapittel 7 er det lagt til grunn en byggeperiode fra 2025 fram til og med 2029 (ref. pådragsprofil som lå til grunn i styresak 068-2022 Økonomisk langtidspan 2023-2026).

Byggeperiode og pådragsprofil vil detaljeres i videre utredning av framdriftsplan i steg 2 av konseptfasen.



Figur 6: Byggeperioder og investeringspådrag for nytt Mjøssykehus og null-pluss alternativet med erstatningssykehus (ekskl. ikke-byggnær IKT og byggelånsrenter).

3.3 Forutsetninger for finansiering

Tabell 7 oppsummerer forutsetningene som ligger til grunn for finansiering av prosjektet. Samlet sett er det forutsatt at investeringen finansieres med ca. 70 % lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Egenfinansieringen til Sykehuset Innlandet HF er forutsatt dekket med trekk på helseforetakets basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF. Det er forutsatt 25 års avdragstid på investeringslånet.

Beløp i mill. kroner	Nullplussalternativ		Mjøssykehus	
Investering	MNOK		MNOK	
Investeringsestimat nybygg	4 284		11 279	
Ikke-byggnær IKT*	293		772	
Sum prosjektkostnad	4 577		12 051	
Finansiering	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Lån HOD	3 204	70 %	8 436	70 %
Sum lånefinansiering	3 204	70 %	8 436	70 %
Basisfordring mot HSØ	1 373	30 %	3 615	30 %
Sum egenfinansiering	1 373	30 %	3 615	30 %
Sum finansiering	4 577	100 %	12 051	100 %

Tabell 7 Sammenstilling av investeringskostnad og fordeling av finansiering på låne- og egenfinansiering. Beløp i millioner juni 2022-kroner. *) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepreis fra Sykehuspartner. Behandles som driftskostnad i analysene.

Sykehuset Innlandet HFs budsjetterte basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF per 31.12.2022 er 2 144 millioner kroner, og denne er estimert å øke til 2 479 millioner kroner per utgangen av 2028. For Mjøssykehus-alternativet vil dermed helseforetakets innskudd i den interne lånemodellen finansiere om lag 2/3 av Sykehuset Innlandets egenfinansiering, og de resterende om lag 1,1 milliarder kronene vil finansieres med lånt basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF. For null-pluss alternativet vil Sykehuset Innlandet HFs innskudd i den regionale lånemodellen finansiere hele egenfinansieringen på om lag 1,4 milliarder kroner.

I henhold til mandatet er investeringer i luftambulansbase, OU-prosess og flytting, reinvesteringer og vedlikehold av gjenværende bygg, utstyr og ambulanser forutsatt finansiert av Sykehuset Innlandet HF.

3.3.1 **Fremmedkapital og byggelånsrenter**

I analysen på prosjektnivå er det lagt til grunn at all fremmedkapital behandles som ordinært låneopptak. I revidert nasjonalbudsjett 2019 ble det besluttet at avdragstiden på byggelån kan økes fra 25 år til maksimalt 35 år, men uansett ikke lenger enn prosjektets levetid. I analysene er det forutsatt 25 år avdragstid etter en foreløpig vurdering. Prosjektet estimeres å ha en levetid på 32 år basert på vektet avskrivningstid for sammenlignbare prosjekter.

Det er lagt til grunn en flytende rentebane i tråd med forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2023-2026. Rentenivået antas å ligge på 2,1 % i fra 2023 og deretter antatt uendret ut analyseperioden. Det er også gjort sensitivitetsanalyser basert på blant annet endringer i lånerente (se delkapittel 5.2 *Sensitivitetsanalyser på prosjektnivå*).

Det foretas ingen nedbetaling av lån eller renter i byggeperioden og lånefinansieringen kommer først til betaling ved konvertering av lånet etter ibruktagelse. Det er beregnet byggelånsrenter i byggeperioden som legges til lånefinansieringens hovedstol. Størrelsen på byggelånsrenter vil avhenge av periodiseringen av kostnadspådraget i byggeperioden, rentenivået og fordelingen mellom låne- og egenfinansiering i byggeperioden.

4. Driftsgevinster og andre driftsøkonomiske effekter

4.1 Overordnet om driftsgevinster

Driftseffektene knyttet til investeringsprosjekter består i hovedsak av tre komponenter:

- Driftseffekter som følge av geografisk og faglig samling
- Driftseffekter som følge av nye bygg
- Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift

Driftsgevinster følger av netto positive økonomiske effekter knyttet til samlokalisering av fagområder og bedre tilrettelagte arealer i nybygg. I tillegg vil samlokalisering/nybygg muliggjøre andre endringer som har en positiv nettoeffekt, for eksempel bruk av ny teknologi.

Den driftsøkonomiske utredningen er gjennomført av Sykehuset Innlandet HF. Arbeidsgruppen har hatt tett dialog med divisjonscontrollere, ledere og HR/GAT-rådgivere ved de ulike områdene som er analysert, og det er utarbeidet innspillnotater fra fagmiljøene for flere av områdene. Der det har vært hensiktsmessig, er det benyttet erfaringstall fra sammenlignbare prosjekter. I medvirkning ligger også et ansvar for informasjon til alle ansatte, involvering av brukerne og forankring i linjeorganisasjonen inkludert tillitsvalgte og verneombudstjenesten. Gevinstutredningen er forankret i foretaksledelsen i Sykehuset Innlandet HF.

4.2 Overordnede forutsetninger for driftsøkonomi

Beregningene legger til grunn at nytt sykehus ferdigstilles i 2028, og at driftsgevinstene realiseres gradvis fra ibruktage i 2029 til full gevinstrealisering fra 2032. Driftsgevinstene er beregnet som differansen mellom det driftsøkonomiske nullalternativet, definert som en videreføring av dagens kostnadsnivå justert for aktivitetsendringer, og utbyggingsalternativene i et 2040-perspektiv.

4.3 Driftsgevinster

Nedenstående omtale er basert på gevinstnotatet fra Sykehuset Innlandet HF. Notatet redegjør for helseforetakets vurdering av netto driftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter i alternativene. For en nærmere omtale av forutsetninger og vurderinger vises det til *Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur* av 30. juni.

Sykehuset Innlandet HF driver i dag somatisk virksomhet ved fem sykehus lokalisert på Hamar, Elverum, Gjøvik, Lillehammer og Tynset, hvorav Tynset i hovedsak er uberørt av valget. Sykehusbasert psykisk helsevern drives i dag ved Sanderud og Reinsvoll. Mjøssykehuset vil samle spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og dermed muliggjøre samlokalisering og strukturelle tiltak innen alle disse fagområdene. Mjøssykehuset utgjør et stort nybygg og innebærer at mye av aktiviteten flytter inn i vesentlig forbedrede funksjonelle arealer. Alternativet medfører også at totalarealet i helseforetaket reduseres og gir dermed en positiv nettoeffekt for FDV-kostnader.

I null-pluss alternativet beholdes dagens sykehusstruktur innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For dagens sykehus i Hamar bygges et erstatningssykehus hvor det legges til grunn en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Hamar og Elverum. Alternativet innebærer noe gevinster som følge av samling, samt gevinster som følge av at dagens sykehusbygg i Hamar blir erstattet med nybygg. Dagens sykehusbygg i Hamar er trangt og har lavest brutto/netto-faktor i helseforetaket.

De årlige netto kjernedriftsgevinstene, som er beskrevet av Sykehuset Innlandet HF, er oppsummert i Tabell 8. Årlige kjernedriftsgevinster i null-pluss alternativet er vurdert til 25 millioner kroner og årlige kjernedriftsgevinster i Mjøssykehus-alternativet er vurdert til 370 millioner kroner. I henhold til mandatets beskrivelse av null-pluss alternativet er det kun hensyntatt driftsmessige endringer for dagens sykehus på Hamar og Elverum. Når det gjelder rehabilitering over tid av gjenværende bygningsmasse er dette forutsatt å ikke inneha vesentlige gevinstutløsende faktorer, jamfør forutsetningen som ligger til grunn for investeringsestimaten.

For øvrige driftsøkonomiske effekter, se påfølgende delkapittel.

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (NOK i millioner)		
Hovedområde	Null-pluss alternativet	Mjøssykehus-alternativet
Klinisk personell somatikk	30	215
Kliniskpersonell psyk / TSB	5	55
Medisinsk service- og støttefunksjoner	5	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser	0	-35
Øvrige service- og støttefunksjoner	10	75
FDV	-30	15
Andre driftseffekter	5	15
Sum estimerte nettogevinster	25	370
<i>Andel av SIHF betalbare driftskostnader B20.</i>	<i>0,28 %</i>	<i>4,16 %</i>

Tabell 8: Estimerte årlige kjernedriftsgevinster i et 2040-perspektiv per alternativ. Beløp avrundet til nærmeste x5 eller x0 millioner kroner. Kilde: Gevinstnotat fra Sykehuset Innlandet HF

Forskjellen i gevinstnivå mellom alternativene ligger i stor grad på klinisk personell somatikk, klinisk personell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt øvrige service- og støttefunksjoner.

Driftsgevinstene for klinisk personell somatikk i Mjøssykehuset er drevet av reduksjon i parallell beredskapskapasitet, spesielt på kveld/natt og helger, og samling av døgnenheter. For null-pluss alternativet er det antatt at overføring av akuttkirurgi fra Elverum til Hamar i stor grad kan ivaretas uten vesentlig økt bemanning ved Hamar. For begge alternativene legges det til grunn en viss nybyggeffekt fra bedre pasientlogistikk og -forløp, nærhet mellom funksjoner, bedre utforming av arealer og nye teknologiske løsninger.

For psykisk helsevern og TSB innebærer Mjøssykehus-alternativet en samling av sykehusbaserte funksjoner og døgnenhet for spiseforstyrrelser som i dag er tilknyttet DPS Gjøvik, mens null-pluss alternativet innebærer en videreføring av dagens struktur.

Med øvrige service- og støttefunksjoner menes stab, kjøkken/matforsyning, transport, vareforsyning og portører, servicetorg og merkantilt tilsatte. For Mjøssykehuset er driverne for driftsgevinstene i hovedsak knyttet til samling av merkantilt personell og skrankefunksjon i poliklinikkene og en reduksjon i antall postkjøkken.

Driftsgevinster fra forvaltning drift og vedlikehold er for Mjøssykehuset drevet av avhending av lokaler i ny struktur. Erfaringsmessig er det noe høyere kvadratmeterpris på FDV for nybygg, men netto effekten av å bygge nytt sett mot avhending av arealer gir kostnadsbesparelser. For null-pluss alternativet tilkommer det økte kostnader knyttet til FDV av arealer. I hovedsak er det drevet av at det skal bygges nytt, men mye av resterende bygningsmasse består.

4.4 Øvrige driftsøkonomiske effekter og periodisering

Tabell 9 og Tabell 10 viser en detaljert oversikt over totale driftsgevinster og øvrige økonomiske effekter som er lagt til grunn for hhv. Mjøssykehus-alternativet og null-pluss alternativet. Tabellene framstiller periodiseringen av kjernedriftsgevinstene, som presentert i forrige delkapittel, samt øvrige driftsøkonomiske effekter.

Mjøssykehus-alternativet	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	...	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Klinisk personell somatikk	0	0	0	0	0	64	141	177	215	...	215	215	215	215	215	215
Klinisk personell psyk/TSB	0	0	0	0	0	16	32	45	55	...	55	55	55	55	55	55
Medisinsk service og støtte	0	0	0	0	0	9	18	25	30	...	30	30	30	30	30	30
Prehospitale tjenester og pasientreiser	0	0	0	0	0	-10	-21	-29	-35	...	-35	-35	-35	-35	-35	-35
FDV	0	0	0	0	0	15	15	15	15	...	15	15	15	15	15	15
Øvrige service og støttefunksjoner	0	0	0	0	0	22	44	62	75	...	75	75	75	75	75	75
Andre driftseffekter (leie)	0	0	0	0	0	4	9	12	15	...	15	15	15	15	15	15
Sum estimerte nettogevinster	0	0	0	0	0	120	238	306	370	...	370	370	370	370	370	370
Vedlikehold frem til 2040	15	20	25	25	20	20	20	20	20	...	20	20	20	20	0	0
Ulempekostnader	-45	-55	-65	-75	-90	-105	-50	0	0	...	0	0	0	0	0	0
Ikke bygnær-IKT	0	0	0	0	0	-96	-96	-96	-96	...	-96	0	0	0	0	0
Sum estimerte nettogevinster og øvrige økonomiske forhold	-30	-35	-40	-50	-70	-61	112	230	294	...	294	390	390	390	370	370

Tabell 9: Totale driftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter for Mjøssykehuset, periodisert (tall i millioner kroner). Kilde: Gevinstnotat fra Sykehuset Innlandet HF

Utover kjernedriftsgevinstene for Mjøssykehuset, presentert i kapittel 4.3, inkluderer øvrige driftsøkonomiske effekter ulempekostnader (OU-prosess, flyttekostnader mm.), kostnader til ikke-bygnær IKT (belastes helseforetaket via tjenestepriis fra Sykehuspartner HF) og netto sparte vedlikeholdskostnader i gjenværende bygg.

Null-pluss alternativet	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	...	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Klinisk personell somatikk	0	0	0	0	0	9	17	25	30	...	30	30	30	30	30	30
Klinisk personell psyk/TSB	0	0	0	0	0	1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Medisinsk service og støtte	0	0	0	0	0	1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Prehospitale tjenester og pasientreiser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0
FDV	0	0	0	0	0	-30	-30	-30	-30	...	-30	-30	-30	-30	-30	-30
Øvrige service og støttefunksjoner	0	0	0	0	0	3	6	8	10	...	10	10	10	10	10	10
Andre driftseffekter (leie)	0	0	0	0	0	1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Sum estimerte nettogevinster	0	0	0	0	0	-14	1	15	25	...	25	25	25	25	25	25
Vedlikehold frem til 2040	0	0	0	0	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0	0	0
Ulempekostnader	-30	-35	-40	-50	-65	-80	-30	0	0	...	0	0	0	0	0	0
Ikke bygnær-IKT	0	0	0	0	0	-37	-37	-37	-37	...	-37	0	0	0	0	0
Sum estimerte nettogevinster og øvrige økonomiske forhold	-30	-35	-40	-50	-65	-131	-66	-21	-12	...	-12	25	25	25	25	25

Tabell 10: Totale driftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter for null-pluss alternativet, periodisert (tall i millioner kroner). Kilde: Gevinstnotat fra Sykehuset Innlandet HF

Utover kjernedriftsgevinstene for null-pluss alternativet, presentert i kapittel 4.3, inkluderer øvrige driftsøkonomiske effekter ulempekostnader (organisasjonsutviklingsprosess, flyttekostnader mm.) og kostnader til ikke-bygnær IKT (belastes helseforetaket via tjenestepriis fra Sykehuspartner HF).

Totale driftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter er forutsatt uendret fra 2041 og gjennom den resterende analyseperioden fram til 2060.

For en nærmere detaljering vises det til *Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur* av 30. juni fra Sykehuset Innlandet HF.

4.5 Allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift

Virksomheten som omfattes av prosjektet genererer allerede i dag en fri kontantstrøm gjennom positive resultater og at inntekter med tilhørende likviditet også dekker avskrivningene, som er ikke-betalbare kostnader. Den etablerte metodikken i Helse Sør-Øst for prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift tar utgangspunkt i helseforetakets økonomiske langtidsplan. Basert på økonomisk langtidsplan estimeres helseforetakets frie kontantstrøm, og prosjektet tilordnes en andel av denne basert på andel årsverk som omfattes av prosjektet. Denne andelen av helseforetakets frie kontantstrøm inkluderes i analysene av økonomiske bærekraft på prosjektnivå.

Tabell 11 viser hvordan prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift er estimert og hvilke forutsetninger som er lagt til grunn for Mjøssykehuset og erstatningssykehuset. Tabellen er basert på oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026 for Sykehuset Innlandet HF. Fri kontantstrøm fra drift allokeres til prosjektet fra det året bygget tas i bruk (2029) og ut analyseperioden. Samlet for helseforetaket er fri kontantstrøm fra drift beregnet til 368 millioner kroner i 2029 når prosjektet er ferdigstilt og 473 millioner kroner i 2040. Fri kontantstrøm fra drift for helseforetaket totalt sett er lik i begge alternativ, men på prosjektnivå er det lagt til grunn at en større andel av ansatte blir berørt av Mjøssykehuset og det estimeres derfor en større andel fri kontantstrøm til Mjøssykehuset (62 %) enn til erstatningssykehuset (20 %). På utvidet prosjektnivå legges det til grunn at omfanget av berørte ansatte er det samme i begge alternativ (88 %) og fri kontantstrøm er derfor lik for begge alternativ.

Beløp i MNOK	2024	2025	2026	...	2029	...	2040
Budsjettert ordinært resultat (ekskl. salg AM)	120	152	182	...	-411	...	486
+ Av-/nedskrivninger (ekskl. nybygg)	230	225	224	...	695	...	471
- Inntektsføring av investeringstilskudd	13	13	13	...	13	...	1
- Netto finansresultat	60	54	36	...	-217	...	-67
= EBITDA (ekskl. salg AM)	277	309	358	...	489	...	1 023
- Normalisering (prosjektavhengige kostnader)	-30	-35	-40	...	-61	...	370
= Normalisert EBITDA	307	344	398	...	549	...	653
- Avdrag og renter eksisterende lang.gjeld	18	8	9	...	8	...	0
- Avdrag finansiell leasing	29	27	33	...	32	...	27
- Reinvesteringsbehov	176	154	154	...	128	...	143
- Endring arbeidskapital	11	11	12	...	13	...	10
= Fri kontantstrøm fra drift	74	143	191	...	368	...	473
<i>Mjøssykehus</i>	46	89	119	...	229	...	294
<i>Øvrig berørt struktur</i>	19	37	49	...	95	...	123
<i>Øvrig uberørt struktur</i>	9	17	23	...	44	...	57
<i>Erstatningssykehus</i>	15	29	38	...	74	...	95
<i>Øvrig berørt struktur</i>	50	97	130	...	250	...	322
<i>Øvrig uberørt struktur</i>	9	17	23	...	44	...	57

Tabell 11: Estimert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift (millioner 2022-kroner)

5. Bæreevne prosjektnivå

5.1 Økonomisk bæreevne – innledning

I dette kapittelet vises resultater fra analyser av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Analyser av økonomisk bæreevne på prosjektnivå vil indikere om prosjektet klarer å opprettholde verdien av investert kapital gjennom genererte driftsgevinster. Prosjektet vil ha økonomisk bæreevne dersom prosjektet har positiv nåverdi, og dersom summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke renter og avdrag på det totale investeringsbeløpet. Denne tilnærmingen gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av prosjektets finansieringsform. I praksis baseres beregningene på en antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån, hvor summen av avdrag og renter på det antatte lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente.

Det er gjennomført analyser av økonomisk bæreevne på ordinært prosjektnivå. Ettersom valget som skal tas etter steg 1 av konseptfasen innebærer vesentlige forskjeller i areal i gjenværende bygg i sykehusstrukturen er det derfor også inkludert et utvidet prosjektnivå for analysene.

Det utvidede prosjektnivået hensyntar estimerte konsekvenser for investeringer over tid i gjenværende bygg i alternativene, og vil derfor være det mest relevante for beslutningen om valg av hovedalternativ. Analysene på ordinært prosjektnivå inkluderes likevel i delrapporten da denne analysen vil være på sammenlignbart nivå med analysene som vil ligge til grunn for framtidige beslutningspunkt i prosjektet.

Analysene av økonomisk bæreevne tar utgangspunkt i følgende grunnforutsetninger:

- Økonomisk levetid: 32 år
- Nedbetalingstid lån: 25 år
- Rentesats: 2,1 - 2,2 % (snitt 2,1 %)
- Inkludere byggelånsrenter: Ja
- Rente på mellomfinansiering: Ja
- Diskonteringsrente for nåverdi: 4 %
- Nåverditidspunkt: 01.01.2023
- Inkludere restverdier: Nei
- Salgsmidler: analysene vises med og uten midler fra eiendomssalg

Økonomisk levetid er foreløpig antatt å være 32 år basert på sammenlignbare prosjekter, og tar utgangspunkt i vektet avskrivningstid for de ulike delkomponentene i disse prosjektene (bygningsskropp, MTU, el-anlegg, IKT mm.). Den økonomiske levetiden tilsvare vektet avskrivningstid, og er et estimat for tiden det vil ta før det må antas å være behov for større reinvesteringer. Det er ikke lagt til grunn restverdier i analysene, men heller ikke effekten av reinvesteringer i bygningsmessige komponenter med kortere levetid enn økonomisk levetid. Disse effektene forutsettes dermed å ville ha oppveid hverandre hvis inkludert i analysen.

Analysene er gjennomført i faste 2022-kroner. Dette betyr at det ikke er innarbeidet fremtidig inflasjon. Analysene er gjennomført i tråd med relevante veiledere¹ og overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

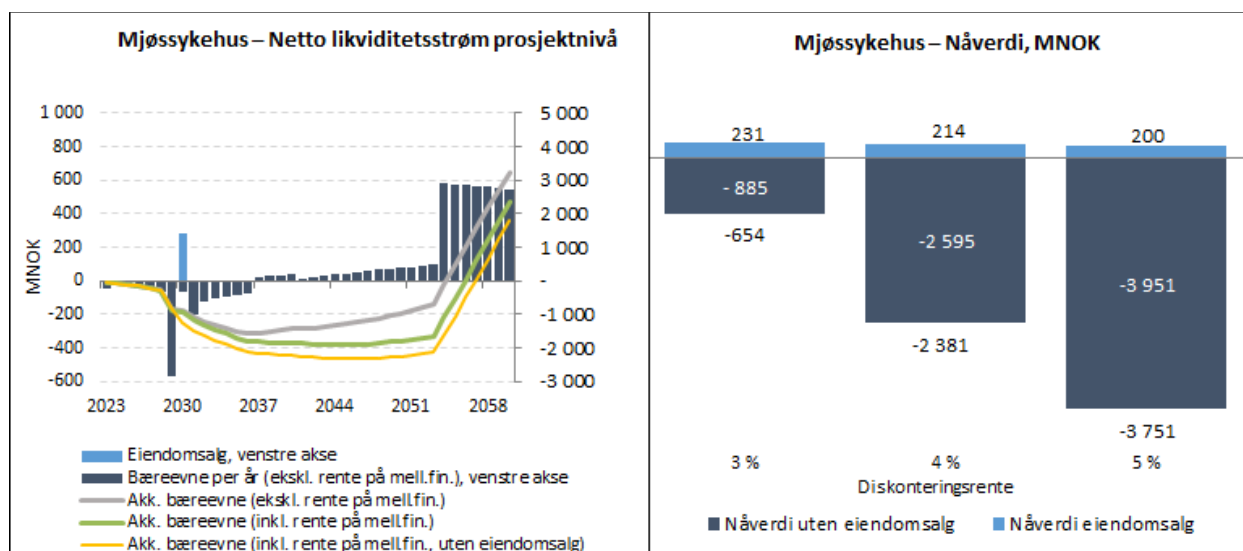
¹ Sykehusbygg HF, Veileder for tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter, 2017; Finansdepartementet, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, *Sykehusprosjekters økonomiske bæreevne – veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg*, 2010; Helse Sør-Øst RHF, Driftsøkonomiske effekter i tidligfasen, 2018.

5.1.1 Økonomisk bæreevne for Mjøssykehuset, ordinært prosjektnivå

Det er lagt til grunn et investeringsbehov for nybygg på 11,3 milliarder kroner, ekskludert tomtekostnader, og 770 millioner kroner i ikke-byggnær IKT. Totale driftsgevinster og øvrige økonomiske effekter stiger fra -35 millioner kroner i 2025, som en følge av ulempekostnader i forkant av ibruktagelse, til 370 millioner kroner i året fra 2041.

Prosjektet viser en netto negativ nåverdi på 2,4 milliarder kroner, inkludert eiendomssalg, ved en diskonteringsrente på 4% for driftsøkonomiske effekter. Ved diskonteringsrente på 3% for driftsøkonomiske effekter er netto nåverdi negativ med 0,7 milliarder kroner.

Prosjektet vil føre til en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 2,4 milliarder kroner i 2060, inklusive eiendomssalg og renter på mellomfinansiering. Prosjektet vil ha et mellomfinansieringsbehov i perioden fram til år 2056. På det mest negative punktet i 2044 vil mellomfinansieringsbehovet beløpe seg til 1,9 milliarder kroner.



Figur 7: Økonomisk bæreevne for investeringsprosjektet nytt Mjøssykehus (tall i millioner kroner)

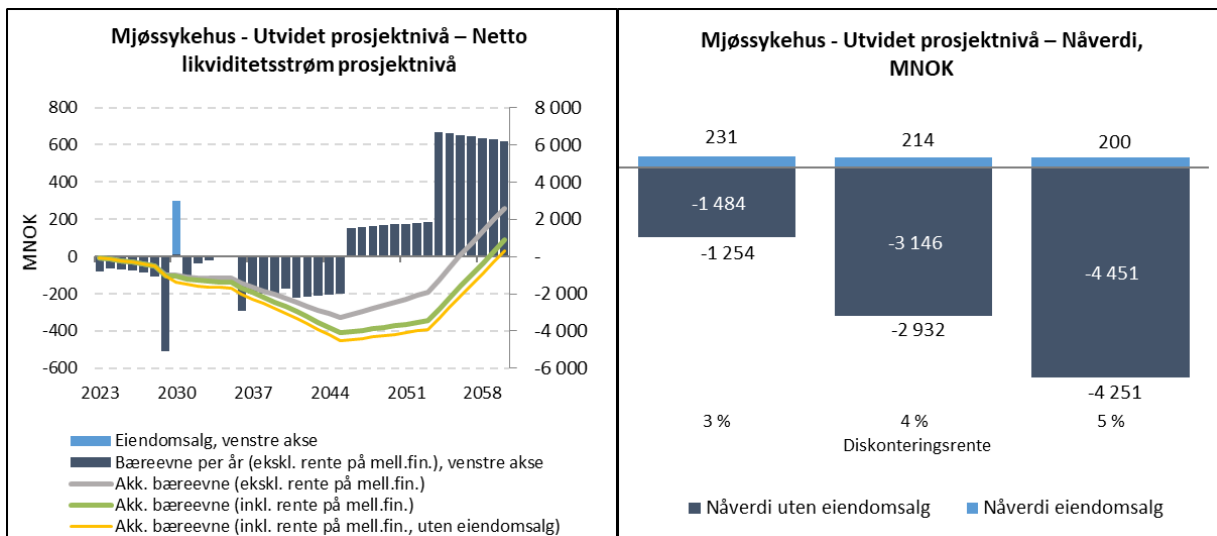
Analysen viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne med de forutsetningene som er lagt til grunn.

5.1.2 Økonomisk bæreevne for Mjøssykehuset, utvidet prosjektnivå

I tillegg til investeringsestimaterne for Mjøssykehuset, er det inkludert 3,9 milliarder kroner i estimert investeringsomfang for teknisk oppgraderinger og rehabilitering over tid i gjenværende bygg på utvidet prosjektnivå. Investeringsomfang for Tynset holdes utenfor analysen på prosjektnivå. Prosjektuavhengig fri kontantstrøm er derfor allokert en høyere andel til det utvidede prosjektnivået for å reflektere andel ansatte på berørte lokasjoner.

Prosjektet viser en netto negativ nåverdi på 2,9 milliarder kroner, inkludert eiendomssalg, ved en diskonteringsrente på 4% for driftsøkonomiske effekter. Ved diskonteringsrente på 3% for driftsøkonomiske effekter er netto nåverdi negativ med 1,3 milliarder kroner.

Prosjektet vil føre til en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 1 milliard kroner i 2060, inklusive eiendomssalg og renter på mellomfinansiering. Prosjektet vil ha et mellomfinansieringsbehov i perioden fram til år 2059. På det mest negative punktet i 2045 vil mellomfinansieringsbehovet beløpe seg til 4,0 milliarder kroner.



Figur 8: Økonomisk bæreevne for investeringsprosjektet nytt Mjøssykehus (tall i millioner kroner)

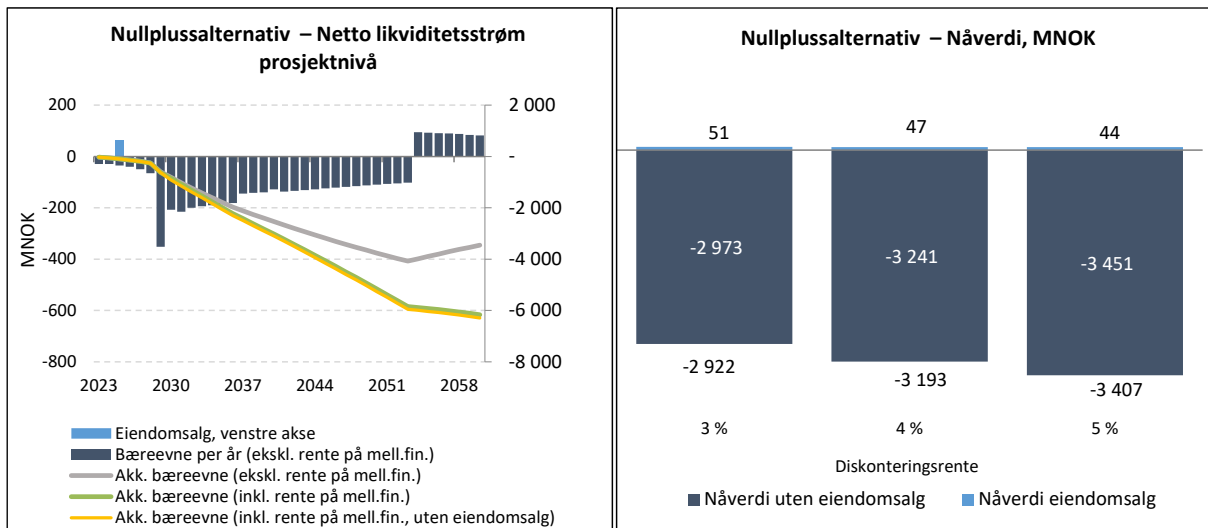
Analysen viser at det ikke er økonomisk bæreevne på prosjektnivå med de forutsetningene som er lagt til grunn.

5.1.3 Økonomisk bæreevne for null-pluss alternativet, ordinært prosjektnivå

Det er lagt til grunn et investeringsbehov for nybygg på 4,3 milliarder kroner (eksklusive tomteknader) og 290 millioner kroner i ikke-byggnær IKT. Totale driftsgevinster og øvrige økonomiske effekter stiger fra -35 millioner kroner i 2025, som en følge av ulempekostnader i forkant av ibruktagelse, til 25 millioner kroner i året fra 2041.

Prosjektet viser en netto negativ nåverdi på 3,2 milliarder kroner, inkludert eiendomssalg, ved en diskonteringsrente på 4% for driftsøkonomiske effekter. Ved diskonteringsrente på 3% for driftsøkonomiske effekter er netto nåverdi negativ med 2,9 milliarder kroner.

Prosjektet vil føre til en negativ akkumulert likviditetsstrøm på 6,2 milliarder kroner i 2060, inklusive eiendomssalg og renter på mellomfinansiering. Prosjektet vil ha et mellomfinansieringsbehov i hele perioden.



Figur 9: Økonomisk bæreevne for investeringsprosjektet i null-pluss alternativet med erstatningssykehus for Hamar (tall i millioner kroner)

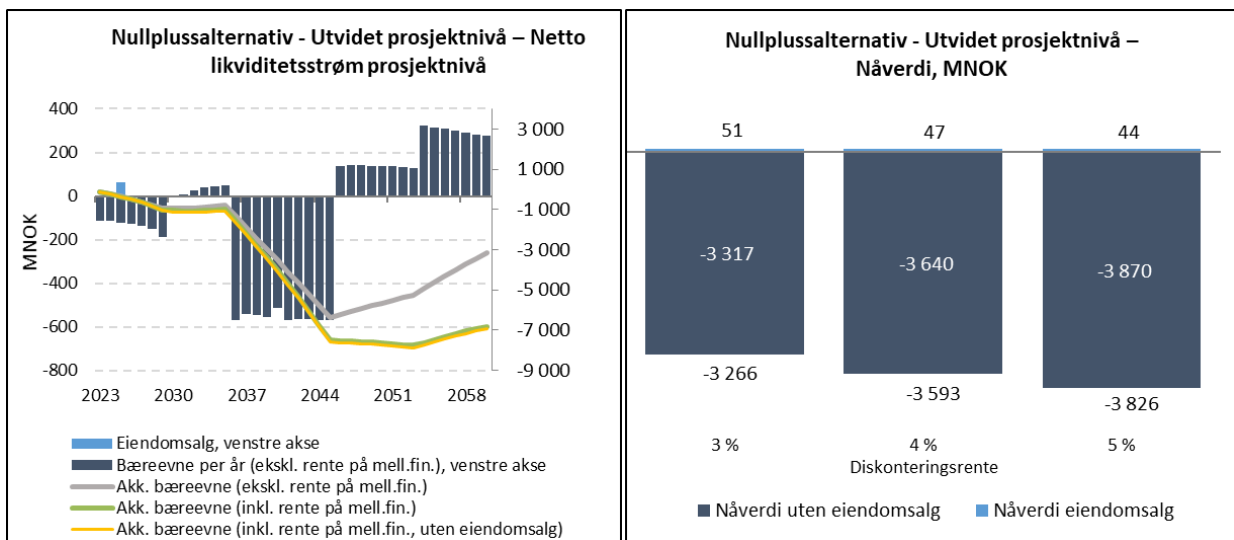
Analysen viser at det ikke er økonomisk bæreevne på prosjektnivå med de forutsetningene som er lagt til grunn.

5.1.4 Økonomisk bæreevne for null-pluss alternativet, utvidet prosjektnivå

I tillegg til investeringsestimaterne for erstatningssykehuset, er det inkludert 8,2 milliarder kroner over tid i estimert investeringsomfang for teknisk oppgraderinger og rehabilitering i gjenværende bygg på utvidet prosjektnivå. Investeringsomfang for Tynset holdes utenfor analysen på prosjektnivå. Prosjektuavhengig fri kontantstrøm er derfor allokert en høyere andel til det utvidede prosjektnivået for å reflektere andel ansatte på berørte lokasjoner.

Prosjektet viser en netto negativ nåverdi på 3,6 milliarder kroner, inkludert eiendomssalg, ved en diskonteringsrente på 4% for driftsøkonomiske effekter. Ved diskonteringsrente på 3% for driftsøkonomiske effekter er netto nåverdi negativ med 3,3 milliarder kroner.

Prosjektet vil føre til en negativ akkumulert likviditetsstrøm på 6,8 milliarder kroner i 2060, inklusive eiendomssalg og renter på mellomfinansiering. Prosjektet vil ha et mellomfinansieringsbehov i hele analyseperioden, og på det mest negative punktet i 2053 vil mellomfinansieringsbehovet beløpe seg til 7,8 milliarder kroner.



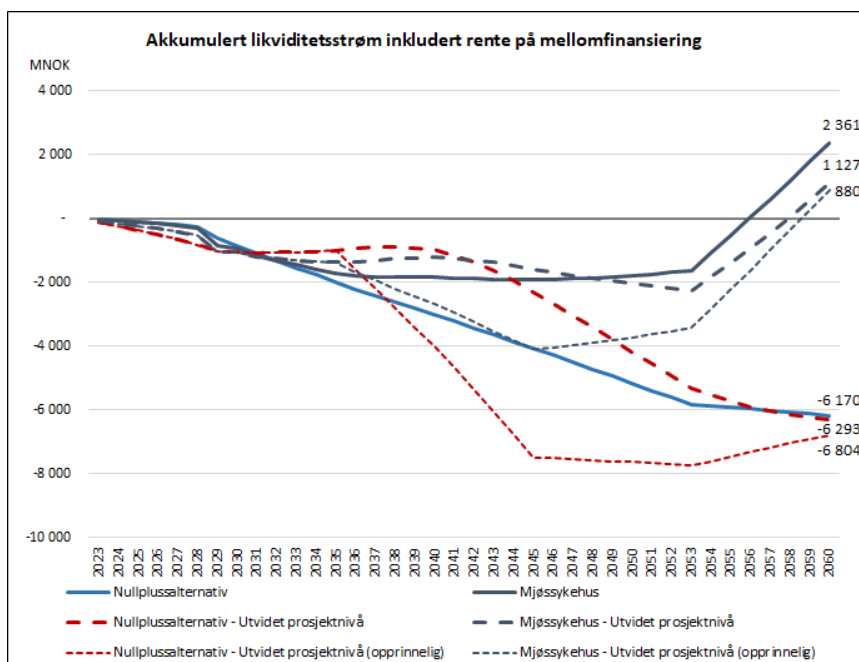
Figur 10: Økonomisk bæreevne for investeringsprosjektet i null-pluss alternativet med erstatningssykehus for Hamar (tall i millioner kroner)

Analysen viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne med de forutsetningene som er lagt til grunn.

5.1.5 Effekt på utvidet prosjektnivå med forutsetning om lånefinansiering på investeringer i rehabilitering i øvrig struktur

I foregående delkapitler forutsetter analysene på utvidet prosjektnivå egenfinansiering av investeringene i øvrig struktur. Dette delkapitlet viser effekten på likviditetsstrømmene dersom rehabilitering i øvrig struktur lånefinansieres. Øvrige forutsetninger lagt til grunn er like som ovenstående analyser, med unntak av låneopptak hvor det er satt til 20 år avdragstid. Lån er forutsatt kapitalisert årlig slik at det ikke opparbeides byggelånsrenter.

Effekten på likviditetsstrømmene er vist i Figur 10. De fin-stiplede linjene viser likviditetsstrømmen gitt egenfinansiering av investeringer i øvrig struktur, mens de grov-stiplede linjene viser likviditetsstrømmen gitt lånefinansiering av investeringer i øvrig struktur. Figuren viser at lånefinansiering skyver likviditetsbelastningen ut i tid og medfører lavere øvrig mellomfinansieringsbehov i analyseperioden, men at akkumulert likviditetsstrøm ved analyseperiodens slutt er sammenlignbar uavhengig av finansieringsform.



Figur 11 Sammenligning av analyser av likviditetsstrøm på prosjektnivå, ordinært prosjektnivå med heltrukket linje, utvidet prosjektnivå med tykk stiplede linje, utvidet prosjektnivå med lånefinansiering tynn stiplede linje

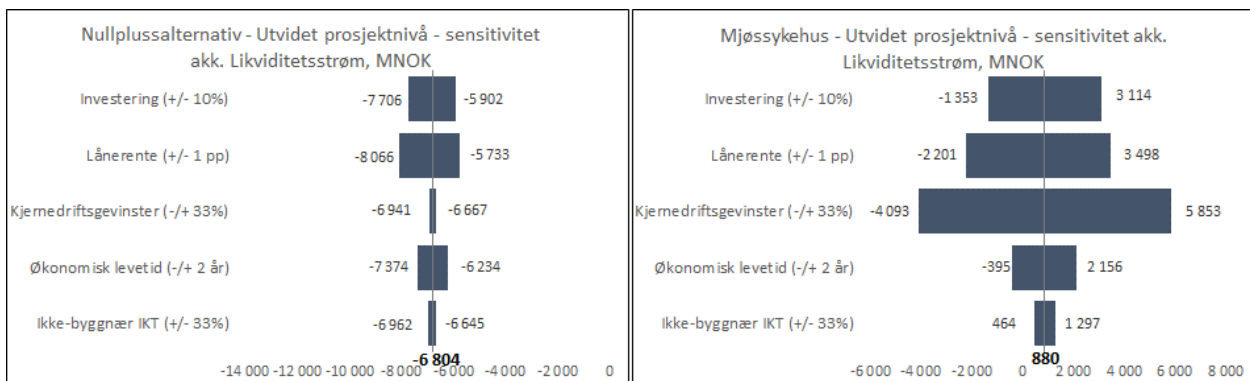
Mjøssykehuset på utvidet prosjektnivå med lånefinansiering av rehabilitering i øvrig struktur vil oppnå en positiv akkumulert likviditetsstrøm på 1,1 milliarder kroner i 2060, inklusive eiendomssalg og renter på mellomfinansiering. Null-pluss alternativet på utvidet prosjektnivå med lånefinansiering av rehabilitering i øvrig struktur vil føre til en negativ akkumulert likviditetsstrøm på 6,3 milliarder kroner i 2060, inklusive eiendomssalg og renter på mellomfinansiering.

5.2 Sensitivitetsanalyser på prosjektnivå

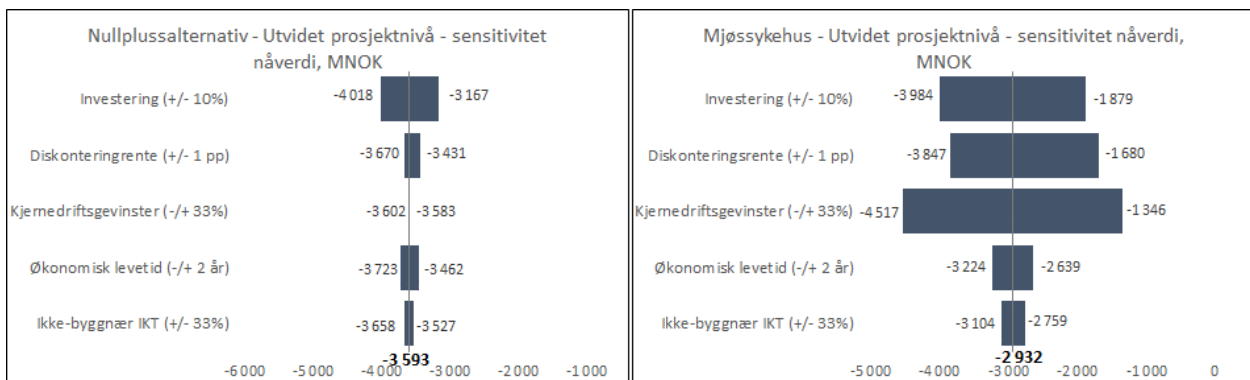
Det er gjennomført analyser av hvilken effekt endringer av overordnede forutsetninger vil ha på prosjektets økonomiske bæreevne ved å analysere følgende endringer:

- *Driftsgevinster:* $\pm 33\%$
- *Investeringskostnad:* $\pm 10\%$
- *Lånerente:* rentebane ± 1 prosentpoeng
- *Økonomisk levetid:* ± 2 år
- *Diskonteringsrente nåverdi* ± 1 prosentpoeng

Figur 12 og Figur 13 oppsummerer sensitivitetsanalysene som er gjennomført for alternativene. Figurene viser hvordan et positivt og negativt scenario gir utslag på henholdsvis akkumulert likviditetsstrøm og netto nåverdi for prosjektene. Alle scenariene er beregnet med utgangspunktet i grunnforutsetningene i analysene som er vist ved den grå vertikale streken i grafene. De blå horisontale stolpene viser utfallsrommet for henholdsvis akkumulert likviditetsstrøm og netto nåverdi for hvert scenario, gitt parameterne i scenariet (for eksempel endring lånerente på pluss/minus 1 %-poeng).



Figur 12: Oppsummering av utfall på sensitivitetsanalyser av prosjektets likviditetsstrøm på utvidet nivå basert på året 2060



Figur 13: Oppsummering av utfall på sensitivitetsanalyser av prosjektets nåverdberegning på utvidet nivå

Sensitivitetsanalysene viser at de to alternativene har ulik risikoprofil og påvirkes i ulik grad av endringer i de sentrale forutsetningene. Mjøssykehus-alternativet er mest sensitivt for endringer i kjernerdriftsgevinstene fordi det er forutsatt en relativt høye driftsøkonomiske gevinster. Null-pluss alternativet som ikke har så høye driftsgevinster er mest sensitiv for endringer i lånerenten. Analysene viser også at alternativene ikke har økonomisk bæreevne på prosjektnivå i noen av scenariene som er analysert. Null-plussalternativet har både negativ akkumulert likviditetsstrøm og negativ netto nåverdi i alle scenarier. Mjøssykehus-alternativet har positiv akkumulert likviditetsstrøm i de fleste scenariene, men negativ netto nåverdi i alle scenarier.

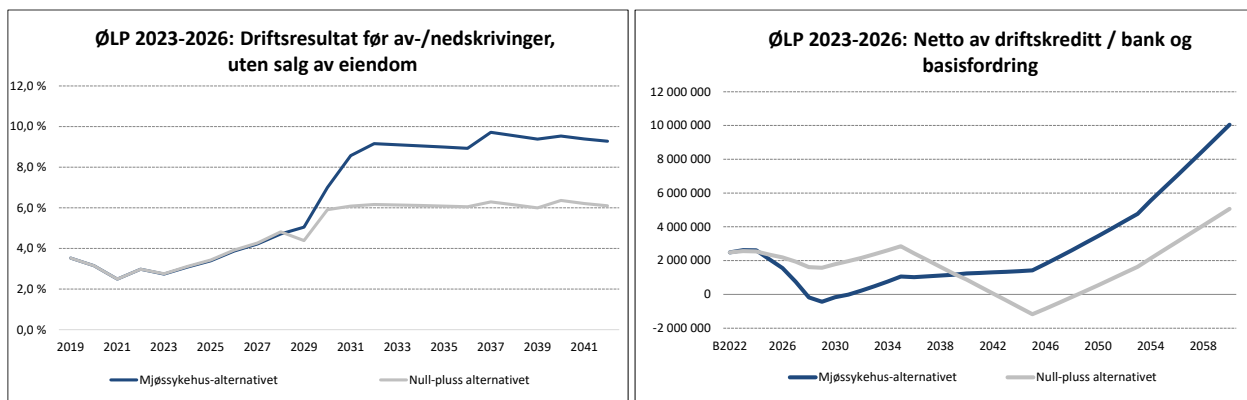
6. Bæreevne helseforetaksnivå

6.1 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

Hittil i delrapporten har vurderinger av økonomisk bæreevne og nåverdier hatt fokus på prosjektenes likviditetsstrømmer og økonomiske endringer. Dette innebærer at analysene ikke tar hensyn til bl.a. resultatregnskapets konsekvenser (f.eks. avskrivninger). Prosjektene må imidlertid også ses i sammenheng med helseforetakets øvrige investerings- og driftsøkonomiske planer. Dette gjøres ved å innarbeide prosjektene i helseforetakets økonomiske langtidsplan.

Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt. Det er viktig å etablere et totalbilde av den økonomiske utviklingen for helseforetaket i prosessen med å vurdere konsekvensene av de ulike alternativene. Dette innebærer en framskriving av kontantstrøm og regnskapsmessig resultat for helseforetaket som helhet, og ikke kun analyser av økonomiske endringer. Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering og øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster.

Figurene nedenfor viser utvikling i driftsresultat (før av-/nedskrivninger) og netto av driftskreditt og basisfordring for Mjøssykehuset og null-pluss alternativet.



Figur 14 Utvikling i driftsresultat 2019-2041 (venstre), samt utvikling i netto av driftskreditt og basisfordring 2022–2060 (høyre)

Figur 14 (venstre side) viser helseforetakets budsjetterte utvikling i driftsmargin (før avskrivninger og renter) for Mjøssykehuset og null-pluss alternativet. Sykehuset Innlandet HF har forutsatt effektivisering i forkant av byggeprosjektene og driftsmarginen går fra om lag 3 % i 2022 til 4,8 % i 2028 i begge alternativene. I 2029 forutsettes det at prosjektene er ferdigstilt og gevinstene fra prosjektet påvirker driftsmarginen. Jmfør kapittel 4 er det lagt til grunn høyere driftsgevinster i Mjøssykehuset enn i null-pluss alternativet. Ved Mjøssykehuset øker driftsmarginen til om lag 9,5 % og for null-pluss alternativet øker driftsmarginen til om lag 6,3 % i utgang av perioden.

Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien. Figur 14 (høyre side) viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av Mjøssykehuset og null-pluss alternativet. Dersom netto likviditet i grafen er negativ i en periode, har helseforetaket behov for tilsvarende lån av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF.

Ved gjennomføring av Mjøssykehuset er det store initielle investeringer i 2024 til 2028 som belaster likviditeten. I perioden fra 2028 til 2031 har Sykehuset Innlandet HF behov for mellomfinansiering. I 2029 er lånebehovet størst med om lag 430 millioner kroner. Når prosjektet er gjennomført realiseres driftsgevinstene og likviditeten i Sykehuset Innlandet HF re-etableres på samme nivå som før prosjektet i 2047.

Ved gjennomføring av null-pluss alternativet er de initielle investeringene lavere enn ved gjennomføring av Mjøssykehuset og helseforetaket har dermed ikke behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF på mellomlang sikt. Når erstatningssykehuset er ferdigstilt i 2028 er netto av driftskreditt og basisfordring positiv med om lag 1 600 millioner kroner. Fra 2036 må de eksisterende sykehusene oppgraderes (for utvidet levetid) og Sykehuset Innlandet HF har behov for mellomfinansiering i perioden 2043 til 2048. I 2045 er lånebehovet størst med om lag 1 180 millioner kroner. Når oppgraderingen er gjennomført stiger likviditeten igjen og re-etableres på samme nivå som før prosjektet i 2056.

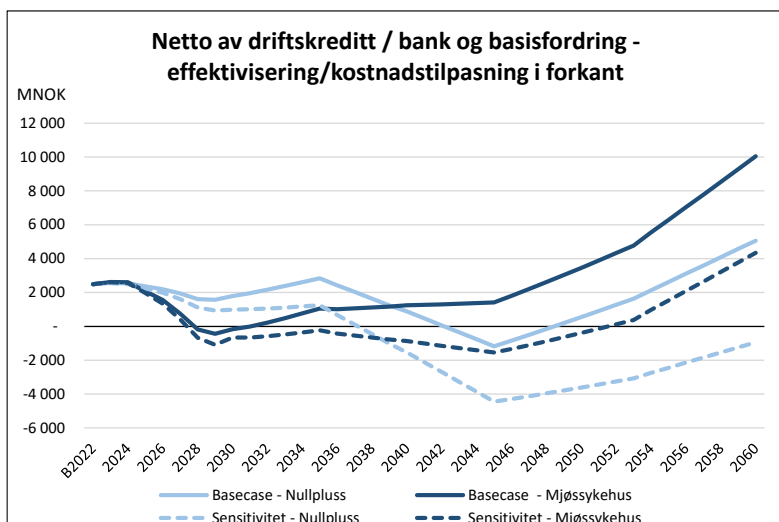
Oppdatert økonomiske langtidspan fra Sykehuset Innlandet HF viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne for begge prosjektene med de forutsetninger som er lagt til grunn. Selv om de samlede investeringene er høyere ved gjennomføring av Mjøssykehuset viser analysene at driftsgevinstene ved å gjennomføre Mjøssykehuset gir helseforetaket en bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn ved å gjennomføre null-pluss alternativet. På den annen side vil gjennomføring av null-pluss alternativet binde mindre kapital på kort og mellomlang sikt fordi erstatningssykehuset er mindre enn Mjøssykehuset. Ved null-pluss alternativet legger man også en større del av helseforetakets oppgraderingsbehov lenger ut i tid hvor det vil være større fleksibilitet til å tilpasse investeringene til fremtidig tilstand på byggene, helseforetakets fremtidige økonomiske situasjon og øvrige prioriteringer i helseforetaket.

6.2 Sensitivitetsanalyser på helseforetaksnivå

Alternativene viser begge en langsiktig økonomisk bæreevne under de forutsetningene som er lagt til grunn for effektivisering og kostnadstilpasning i forkant, gevinstrealisering og investeringer i nybygg og gjenværende bygningsmasse. De påfølgende delkapitlene viser sensitivitetsanalyser for helseforetakets bæreevne for alternativene ved endring av vesentlige drivere for driftsøkonomi og investeringer.

6.2.1 Effektivisering i drift og kostnadstilpasning i forkant

Sykehuset Innlandet HF planlegger for en effektivisering i drift og kostnadstilpasning i forkant. Over perioden fra 2023 til 2029 er driftsresultatmarginen før av- og nedskrivninger (EBITDA-marginen) forutsatt å vokse fra i underkant av 3% i 2023 til om lag 5% i 2028, iberegnet prosjekteffekter. Underliggende er det forutsatt en effektivisering og kostnadstilpasning i foretaket på totalt om lag 260 millioner kroner i perioden. Sensitivitetsanalysen i Figur 15 viser effekten på helseforetakets bæreevne dersom kun halvparten (50%) av denne effekten realiseres og forblir en varig effekt ut analyseperioden.

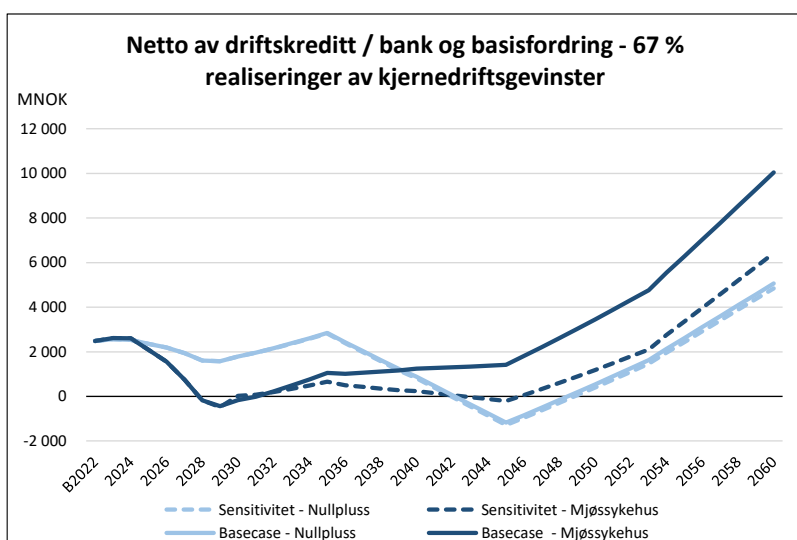


Figur 15 Sensitivitetsanalyse ift. grad av effektivisering og kostnadstilpasning i forkant.

Dersom halvparten av effektiviseringen og kostnadstilpasningen i forkant realiseres vil Mjøssykehus-alternativet fortsatt vise langsiktig økonomisk bæreevne, mens null-pluss alternativet ikke vil vise en langsiktig økonomisk bæreevne med de øvrige forutsetningene som er lagt til grunn.

6.2.2 *Gevinstrealisering fra prosjektet*

Kjernerdriftsgevinstene som er forutsatt i analysen av økonomisk bæreevne på helseforetaksnivået er 370 millioner i årlige gevinster for Mjøssykehus-alternativet og 25 millioner kroner i årlige gevinster for null-pluss alternativet. Sensitivitetsanalysen i Figur 16 viser effekten på helseforetakets bæreevne dersom to tredjedeler av kjernerdriftsgevinstene realiseres og forblir en varig effekt ut analyseperioden.

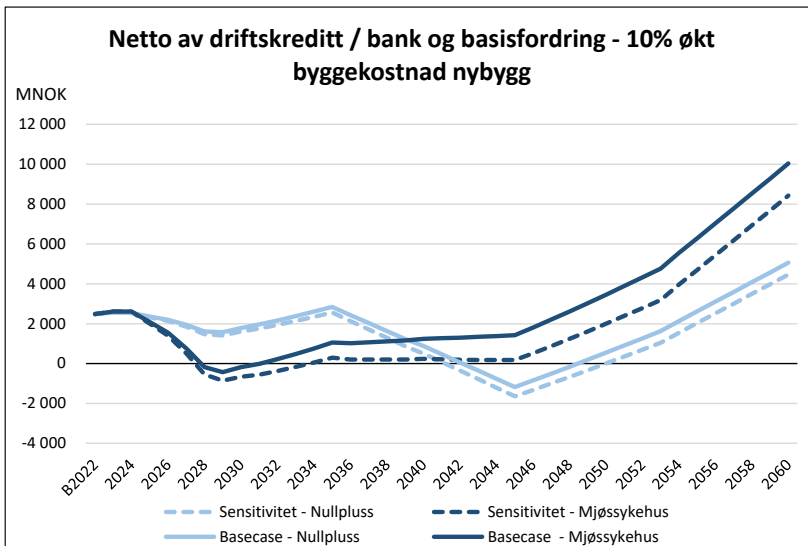


Figur 16 Sensitivitetsanalyse ift. grad gevinstrealisering av kjernerdriftsgevinstene i alternativene

Begge alternativene viser fortsatt økonomiske bæreevne ved en nedgang i driftsgevinster på 33% under de forutsetningene som er lagt til grunn.

6.2.3 **Investeringskostnader – nybygg**

Investeringsestimaterne for nybyggene har forutsatt en indeksjustert kvadratmeterpris på 94 400 kroner basert på forprosjektkalkylen for Nytt sykehus i Drammen (fra desember 2017). Denne hensyntar dermed kun delvis dagens markedssituasjon, med betydelige markedsmessige utslag på vesentlige innsatsfaktorer for et sykehusbygg. Figur 17 viser effekten på helseforetakets økonomiske bæreevne av en 10% økning i kvadratmeterprisen for byggeri og utstyr.



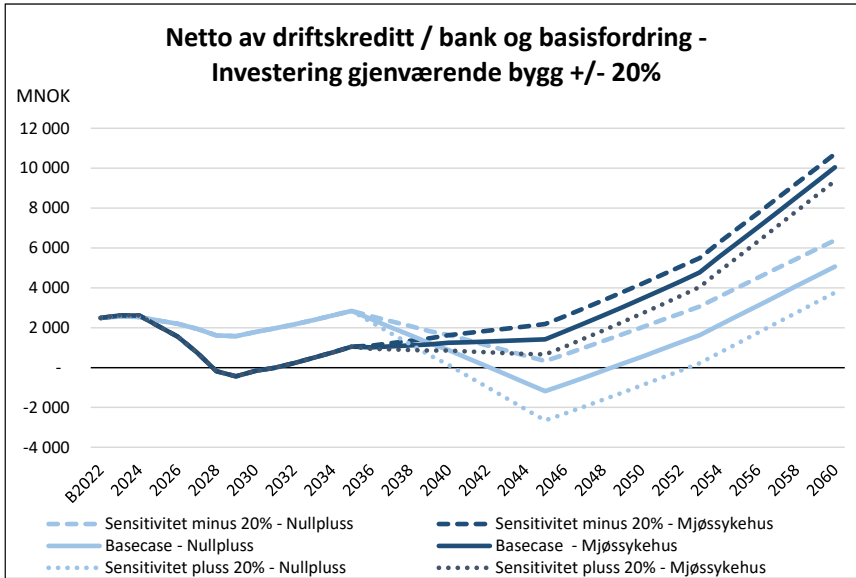
Figur 17 Sensitivitetsanalyse ift. nybyggkostnad for alternativene

Begge alternativene viser fortsatt økonomiske bæreevne ved en økning i byggekostnad under øvrige forutsetningene som er lagt til grunn.

6.2.4 **Investeringskostnader – gjenværende bygg i alternativene**

Investeringsestimaterne for teknisk oppgradering og rehabilitering av arealer over tid i gjenværende bygg i alternativene, som ligger til grunn for analysen av økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå, er totalt 8,7 milliarder kroner for null-pluss alternativet og 4,4 milliarder kroner for Mjøssykehus-alternativet. Kvadratmeterprisen som er lagt til grunn for estimatene for rehabilitering er om lag 45 000 for sykehusarealer og 21 000 per kvadratmeter for sekundærearer.

Figur 18 viser en sensitivitetsanalyse for økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå ved å legge +/- 20% av det foreliggende estimatet for teknisk oppgradering og rehabilitering til grunn.

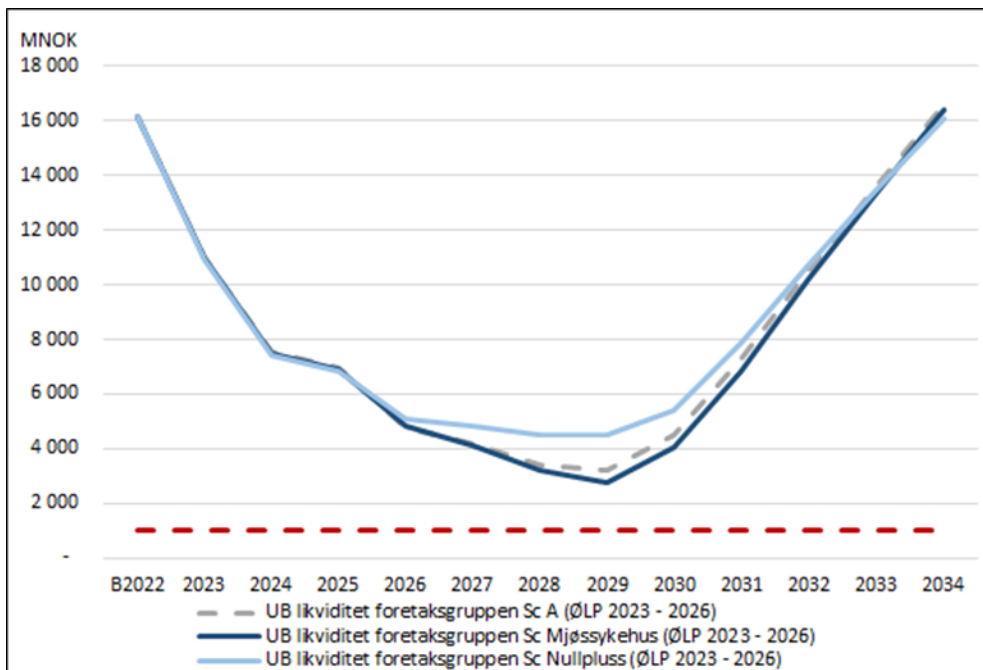


Figur 18 Sensitivetsanalyse ift. investeringer over tid i gjenværende bygg (+/- 20% av estimat for teknisk oppgradering og rehabilitering)

Effekten er størst for null-pluss alternativet, som inkluderer den største andelen av videreførte arealer i sykehusstrukturen. Ved en endring på +/- 20% for investeringene og med tilsvarende periodisering av investeringene som i hovedanalysen («basecase»), endres slutt punktet på likviditetskurven seg med +/- 32% for null-pluss alternativet. Tilsvarende effekt for Mjøssykehus-alternativet er +/- 7%. Analysen hensyntar ikke eventuell effekt på alternativenes levetid.

7. Bæreevne helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst

Basert på vedtatt regional økonomiske langtidspanen, jamfør sak 068-2022 *Økonomisk langtidspan 2023-2026*, har prosjektet gjennomført en oppdatering av den regionale økonomiske bæreevnen som reflekterer endringer i prosjektet gjennom konseptfasens steg 1. Alternativenes effekt på regional økonomisk bæreevne vises i Figur 19.



Figur 19 Bæreevne på regionalt nivå med innarbeidet alternativ for Mjøssykehus og null-pluss alternativet.

En investeringsportefølje av denne størrelsesorden påvirker den samlede økonomiutviklingen i Helse Sør-Øst. Et låneopptak i forbindelse med prosjektet gir fremtidige forpliktelser som kan medføre redusert økonomisk handlingsrom. Finansieringsplanen til prosjektene i Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF innebærer uttak og opplåning av regionale midler, via den regionale låneordningen mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF.

I sitt innspill til økonomisk langtidspan 2023-2026 hadde Sykehuset Innlandet HF innarbeidet Mjøssykehusalternativ. Det var dermed tatt høyde for Mjøssykehuset i sak 068-2022 *Økonomisk langtidspan 2023-2026* for Helse Sør-Øst. Det ble vist at foretaksgruppen hadde økonomisk handlingsrom for å planlegge de felles prioriterte investeringsprosjekter som var innarbeidet i saken.

Analysen som er gjennomført nå i konseptfasen steg 1 tar utgangspunkt i foreliggende regionale økonomisk langtidspan, men med en oppdatering av innspillet fra Sykehuset Innlandet HF. På tidspunktet for ferdigstilling av denne rapporten, har ikke oppdatert innspill vært styrebehandlet av Sykehuset Innlandet HF. Sammenlignet med innspillet forut for sak 068-2022 har Sykehuset Innlandet HF økt investeringskostnadene i tråd med nye kostnadsestimater i konseptfasens steg 1. Byggeperiode er forutsatt fra 2025 frem til 2029. I tillegg har Sykehuset Innlandet HF innarbeidet de prosjektgevinster som har blitt utredet i steg 1 av konseptfasen.

Investeringer i nybygg er av større omfang for alternativet med Mjøssykehus enn i null-pluss alternativet. Behovet for uttak og lån av regionale investeringsmidler til finansiering av alternativene i Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF vil derfor variere. Oppdatert alternativ for Mjøssykehus gir et nytt minimumspunkt på 2,7 milliarder kroner i år 2029, mot 3,2 milliarder kroner i vedtatt regional økonomisk langtidsplan 2023-2026. Null-pluss alternativet vil nå minimumspunkt på 4,5 milliarder kroner i år 2029.

Med de felles prioriterte prosjektene som det nå er planlagt for er den regionale likviditeten gjennom hele analyseperioden fortsatt over sikkerhetsgrensen på 1 milliard kroner som ble forutsatt i sak 068-2022, for begge alternativ.

Dersom den videre behandlingen av konseptfasen og prosjektgjennomføringen i Helse Sør-Øst RHF tilsier behov for tiltak for å ivareta det regionale handlingsrommet, vil slike tiltak måtte inngå i videre saks- og styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF. Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst oppdateres årlig, og ble sist vedtatt i sak 068-2022. Beregningene i dette avsnittet innebærer ikke en beslutning om oppdatering av regionens økonomiske langtidsplan, men inngår for å illustrere effekter.

8. Vedlegg økonomisk bæreevne

8.1 Om beregning av økonomisk bæreevne

Analysen av økonomisk bæreevne forventes å kunne si noe om hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene et investeringsprosjekt medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Analysene skal bidra til et godt beslutningsgrunnlag og økt bevisstgjøring av driftsmessige konsekvenser av større investeringsprosjekter. Slike analyser viser imidlertid kun økonomiske/prissatte effekter, og må ses opp mot helsefaglige og kvalitetsmessige vurderinger for alternativene (ikke-prissatte effekter).

8.2 Økonomisk bæreevne på prosjektnivå

Analysen av økonomisk bæreevne over et investeringsprosjekts økonomiske levetid har som mål å sammenligne forventede driftsgevinster opp mot avdrag og renter på kapital som finansierer prosjektet. Et investeringsprosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på lånefinansieringen samtidig som prosjektets nåverdi er lik eller større enn null.

Positiv likviditetsstrøm fra investeringen

Figur 20 illustrerer vurderingen av økonomisk bæreevne over et prosjekts økonomiske levetid som sammenhengen mellom investering, finansiering og driftsgevinster.

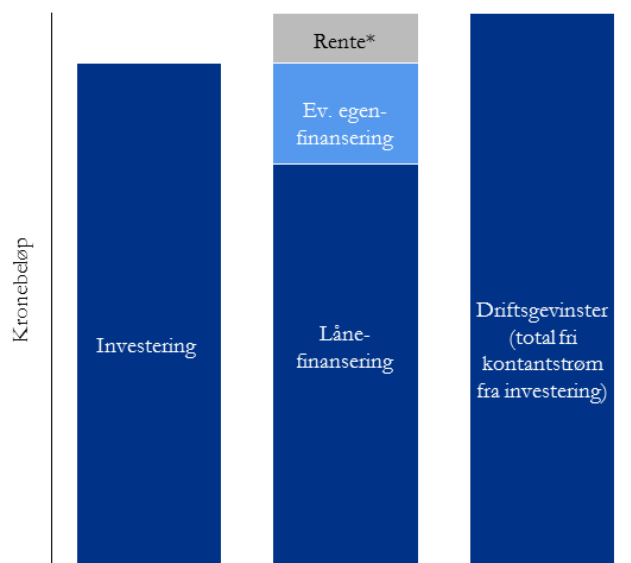
Analysen av økonomisk bæreevne på prosjektnivå vil indikere om prosjektet vil klare å opprettholde verdien av investert kapital gjennom genererte driftsgevinster. Denne tilnærmingen gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av prosjektets finansieringsform. I praksis baseres beregningene på en antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån, hvor summen av avdrag og renter på det antatte lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente.

Netto nåverdi

Nåverdimetoden benyttes for å vurdere om investeringen bør gjennomføres eller ikke ut i fra et økonomisk lønnsomhetsperspektiv. I denne delrapporten har analysene vurdert nåverdi i et driftsøkonomisk perspektiv. Det er ikke tatt hensyn til samfunnsøkonomiske effekter eller økt helsefaglig kvalitet (ikke-prissatte effekter). Analysene må følgelig vurderes opp mot samfunnsøkonomiske, helsefaglige og kvalitetsmessige vurderinger for de ulike alternativene.

Netto nåverdi består av summen av investeringsutgifter og neddiskonterte driftsgevinster over prosjektets økonomiske levetid, og illustrerer driftsøkonomisk lønnsomhet for prosjektet. Det vil være usikkerhet og risiko knyttet til estimater for fremtidige kontantstrømmer, og nåverdimetoden justerer for denne risikoen ved at fremtidige driftsgevinster nedjusteres med en diskonteringsrente. Nåverdiberegninger er bl.a. følsomme for diskonteringsrenten som benyttes og driftsgevinsternes periodisering (tidsprofil over levetiden).

I en forretningsmessig investeringsanalyse vil det kunne være økonomisk lønnsomt å gjennomføre et prosjekt med positiv netto nåverdi, mens prosjekter med negativ netto nåverdi vil forringe verdien av investert kapital. I et



*) Uten egenfinansiering: rente beregnes på investeringsbeløp og ev. mellomfinansiering. Med egenfinansiering: rente beregnes på lånefinansiering og ev. mellomfinansiering

Figur 20: Illustrasjon av vurdering av økonomisk bæreevne over prosjektets økonomiske levetid.

helsetjenesteperspektiv vil investeringene sjelden ha positive netto nåverdier, men nåverdi kan gi en indikasjon på hva som økonomisk sett er det mest gunstige alternativet. Analysene gir grunnlag for å sammenligne alternativene basert på de prissatte kostnads- og nytteeffektene (dvs. de direkte økonomisk målbare effektene). I investeringsprosjekter i helsesektoren vil ikke nåverdien primært være et mål på om prosjektet har tilstrekkelig rentabilitet eller ikke, men hvilket alternativ som gir det beste utfallet basert på de estimerte effektene. Hvilket alternativ som har den minst negative / mest positive netto nåverdien er derfor nyttig informasjon.

Det utføres ikke nåverdianalyser på helseforetaksnivå. En nåverdianalyse av hele virksomheten vil i realiteten være en verddivurdering av hele helseforetaket, og gir ikke relevant beslutningsgrunnlag når det er investeringsprosjektet som skal vurderes.

8.3 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektens levetid. I analyser av bæreevne på helseforetaksnivå vil foretakets egenfinansiering inkluderes slik at lånefinansieringen representerer faktisk lånebehov. Videre vil økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå omfatte økonomisk utvikling av foretakets samlede virksomhet. Det innebærer at investeringsprosjektet og tilhørende økonomiske konsekvenser ses i sammenheng med utviklingen i øvrig virksomhet. Økonomisk bæreevne i helseforetaksperspektiv er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt.

Beslutningstakere kan velge å gjennomføre et prosjekt selv om prosjektet isolert sett ikke har økonomisk bæreevne eller positiv netto nåverdi. Helseforetaket kan ha økonomisk bæreevne selv om investeringsprosjektet ikke har det. Konsekvensen av en slik beslutning kan være at verdien av investert kapital forringes slik at det i fremtiden blir lavere investeringskapasitet, og det kan medføre at det må stilles krav om positiv kontantstrøm fra øvrig virksomhet for å kunne finansiere prosjektets løpende låne- og driftsforpliktelser.

Betingelser for økonomisk bæreevne

Det fremkommer av finansstrategien i Helse Sør-Øst kapittel 8.7:

Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av finansieringen, uavhengig av finansieringsform

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektens levetid

- Likviditetsstrøm fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger
- Likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at fremtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- Og at eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom