

NOTAT

Til: Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – Konseptfasen steg 1

Fra: Sykehuset Innlandet HF

Dato: 30.06.2022, versjon 1.0

Sak: **Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur**

1. Bakgrunn

Foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF vedtok i møtet 15. juni 2021, sak 13, videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF. I Helse Sør-Øst RHF sitt styremøte 28. mai 2021, sak 058-2021, ble det vedtatt oppstart av konseptfasen med utgangspunkt i to alternativer for framtidig sykehusstruktur. Virksomhetsinnholdet i de to alternativene er bearbeidet av prosjektet i styringsgruppesakene 028-2022 *Virksomhetsinnhold i Mjøssykehuset* og 040-2022 *Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet*, og følgende er lagt til grunn som alternativer:

- **Null-pluss alternativet** med erstatningsbygg for sykehuset i Hamar. SI Elverum beholder akutt indremedisin og elektive funksjoner, mens øvrige funksjoner overføres til SI Hamar. Øvrige lokalisasjoner videreføres som i dag
- **Alternativet med et Mjøssykehus** med samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv. SI Lillehammer videreføres som et stort akuttsykehus. SI Elverum beholder akutt indremedisin og elektive funksjoner, mens øvrige funksjoner overføres til Mjøssykehuset. Pasienttilbudet på SI Gjøvik, SI Hamar, SI Sanderud, SI Reinsvoll, SI Solås, SI Granheim og SI Ottestad flyttes til Mjøssykehuset.

Begge alternativene forutsetter at SI Elverum beholder akutt indremedisin. I alternativet med Mjøssykehuset er det lagt opp til en styrking av de lokalmedisinske sentrene (LMS).

Formålet med dette arbeidsnotatet er å beskrive foreløpige estimater for driftsøkonomiske konsekvenser av framtidig sykehusstruktur. Notatet beskriver vesentlige drivere og avhengigheter, og oppsummerer estimerte effekter for Sykehuset Innlandet HF sin driftsøkonomi som følge av de to ovennevnte alternativene. Estimering av investeringskostnader, og selve nåverdi- og bæreevneanalysen, er beskrevet i egne notater. Dette notatet utgjør et underlag til økonomiske analyser i konseptfasens steg 1, og skal gi et tilstrekkelig grunnlag for å behandle en B3A-beslutning iht. tidligfaseveilederen (2017).

2. Prosess og involvering

Notatet er utarbeidet våren 2022. Arbeidet er utført av økonomiavdelingen i Sykehuset Innlandet HF med støtte fra innleid ressurs fra BearingPoint. Representanter fra finansavdelingen i Helse Sør-Øst RHF har vært tett involvert i prosessen.

Underlaget for de driftsøkonomiske vurderingene er basert på flere kilder. Tallgrunnlaget for dagens struktur er hentet fra Sykehuset Innlandet HF sine budsjett- og regnskapssystemer. Effekt av framtidig sykehusstruktur er vurdert basert på konkrete føringer gitt for virksomhetsinnhold. Arbeidsgruppen har hatt tett dialog med divisjonscontrollere, ledere og HR/GAT-rådgivere ved de ulike områdene som er analysert, og det er utarbeidet innspillnotater for flere av områdene. Der det har vært hensiktsmessig, er det benyttet erfaringstall fra sammenlignbare prosjekter i

regionen. Eksempler på dette er Sykehuset Østfold Kalnes, nytt sykehus i Drammen, konseptfasen for Aker og dialog med Sykehusbygg HF om generelle erfaringer. Sykehuset Innlandet HF har også hatt intern forankring av metodikk, fremgangsmåte og funn i ledermøter og styreseminar.

3. Oppsummering av hovedfunn

Nye analyser av driftsøkonomiske effekter for hovedvarianter av alternativene for framtidig sykehusstruktur indikerer at null-pluss alternativet har netto driftsgevinster på totalt 25 millioner kroner, mens alternativet med et Mjøssykehus har driftsgevinster på totalt 370 millioner kroner. Hovedforskjellen skyldes at Mjøssykehuset muliggjør vesentlig mer samlokalisering og dermed strukturelle tiltak innen somatikk, psykisk helsevern og TSB samt støttefunksjoner. Mjøssykehuset utgjør et større nybygg og innebærer at mer aktivitet flytter inn i vesentlig forbedrede funksjonelle arealer. Alternativet medfører også at totalarealet i helseforetaket reduseres og gir dermed en positiv nettoeffekt for FDV-kostnader.

Analysene tar hensyn til prisstigning fra tidligere arbeid. Det er også gjennomført nye gjennomganger innen samtlige av analyseområdene, og for de vesentligste effektene er analysene utført på et mer detaljert nivå. Det understrekes likevel at analysene fortsatt er beheftet med stor grad av usikkerhet og estimatene må verifiseres når skisser av framtidig sykehusstruktur utarbeides i steg 2 av konseptfasen og videreutvikles i senere faser.

Effektene i dette notatet tar kun høyde for direkte driftsøkonomiske effekter av framtidig sykehusstruktur. Det er ikke tatt høyde for endringer som vil tilkomme uavhengig av framtidig sykehusstruktur. Investeringskostnader og samlet økonomisk bæreevne er beskrevet i egne notater. De driftsøkonomiske analysene må ses i sammenheng med samlet investeringsbehov, bæreevne og kvalitative forskjeller mellom alternativene.

Det blir viktig i senere faser å ytterligere forankre forutsetninger for framtidig driftsmodell og gevinstplan med berørte avdelinger og stab/ledelse. Dette blir mulig å gjennomføre når det foreligger konkrete skisser av framtidige bygg og endelig retningsvalg for fremtidens sykehusstruktur er besluttet.

4. Driftsøkonomiske analyser

4.1. Metode og analyseområder

Den metodiske tilnærmingen bygger på tidligfaseveilederen og rammeverk beskrevet i regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser av investeringsprosjekter fra Helse Sør-Øst RHF (juni 2021). Metodikken er spisset inn mot prosjektmandatet for konseptfasen og B3A-beslutning.

Driftsøkonomiske effekter av et investeringsprosjekt estimeres som differansen i betalbare driftskostnader ved videreføring av dagens struktur/bygg versus det aktuelle alternativet. Det bemerkes at totalaktiviteten vil være lik i alle alternativene. Driftsøkonomiske effekter vil følge av i hovedsak to overordnede drivere:

- Driftseffekter som følge av faglig og geografisk samling og/eller desentralisering
- Driftseffekter som følge av bygningsmessige endringer (nybygg/oppgradering)

Effekter er estimert ved å vurdere konsekvenser av endringer i virksomhetsinnhold og bygg for spesifikke driftsområder. Det er i denne fasen prioritert å kartlegge områder som forventes å påvirkes i vesentlig grad. Kartleggingen er derfor ikke uttømmende for samtlige effekter av endret

sykehusstruktur, men vurderes å gi et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for en B3A-beslutning. Se Tabell 1 for oppsummering av områdene som er vurdert. Vurderingene er gjort i konseptfasens steg 1 og vil følgelig måtte oppdateres og komplementeres i senere faser.

Det er kun tatt høyde for effekter som er en direkte konsekvens av prosjektet, enten som følge av samlokalisering eller som en effekt av drift i nye/rehabiliterede sykehusbygg. Effekt i kronebeløp er estimert som differansen mellom 2040-framskrevet lønns- og driftskostnad gitt forutsatte endringer i sykehusstruktur/bygg og 2040-framskrevet lønns- og driftskostnad gitt dagens struktur/bygg (baseline). Baseline tar høyde for aktivitetsframskrivingen, og derav et økt framtidig bemanningsbehov, med utgangspunkt i videreføring av dagens produktivitet. Det bemerkes at driftsgevinster knyttet til årsverk følger av en lavere økning i framtidig bemanningsbehov sammenlignet med baseline, og ikke en reduksjon fra dagens bemanningsnivå.

Driftsgevinstene er beregnet ut fra et overordnet perspektiv og er sensitive for endringer av forutsetningene som er lagt til grunn.

Tabell 1: Områder som er kartlagt i vurderingen av driftsøkonomiske effekter ved endret framtidig sykehusstruktur.

Hovedområde	Fokusområder for kartlegging
Klinisk personell somatikk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legebemanning vaktordninger, inkl. vridning dagtid uten økt bemanning ▪ Sykepleiebemannning akuttmottak, operasjonsteam og intensivenhet ▪ Samling kvinneklinikk/føde, barn, habilitering og rehabilitering
Klinisk personell psykisk helsevern og rus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bemanning sengeposter, følgepersonell og stab/ledelse ▪ Psykolog-/spesialistbemanning vaktordninger
Medisinske støttetjenester	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bemanning biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin samt medisinskteknisk, inkl. vaktordninger ▪ Utstyrskostnader, inkl. leverandøravtaler ▪ Transportkostnad prøver
Prehospitaltjenester og pasienttransport	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prehospitaltjenester (ambulans ebiler og syketransportbiler) ▪ Pasientreiser (rekvirerte reiser, helsebuss/helsekspress, refusjonsreiser)
Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eiendomsforvaltning, forsikringer ▪ Drift og vedlikehold av bygg og tekniske installasjoner ▪ Renhold
Øvrige service- og støttefunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stab (HR, økonomi, helsefag og kommunikasjon) ▪ Portører ▪ Kjøkkentjeneste, matforsyning, kantinedrift ▪ Innkjøp, varetransport og -forsyning ▪ Servicetorg, merkantilt personell til skrankefunksjoner, helsesekretærer
Andre driftseffekter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leiekostnader

4.2. Analyser per alternativ

Netto driftsgevinster for framtidig sykehusstruktur er estimert basert på konkrete føringer gitt for virksomhetsinnholdet i de to alternativene. Tynset sykehus er forutsatt videreført som i dag, og er holdt utenfor analysene. I konseptfasens steg 1 er perspektivet fortsatt overordnet, og dette gjelder også de driftsøkonomiske analysene.

Tabell 2 viser estimerte årlige driftsøkonomiske nettogevinster i år 2040 for hovedalternativene. Positivt tall indikerer reduksjon av årlige driftskostnader (netto driftsgevinst) og negativt tall indikerer økning av årlige driftskostnader (netto kostnadsøkning). Sum estimerte nettogevinster

for null-pluss alternativet og alternativet med Mjøssykehuset innebærer en effektivisering på henholdsvis 0,28 prosent og 4,16 prosent av Sykehuset Innlandet HF sine budsjetterte betalbare driftskostnader i 2022 på ca. 8,9 mrd. kroner. Beløpet er korrigert for koronaeffekter. Effektiviseringsmuligheter innen klinisk personell somatikk utgjør den største driveren for både totale driftsgevinster og forskjeller mellom alternativene.

Tabell 2: Estimerte årlige netto driftsgevinster i 2040 per alternativ for framtidig sykehusstruktur. Beløp avrundet til nærmeste x5 eller x0 millioner kroner.

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (MNOK)		
Hovedområde	Null-pluss alternativet	Alt. m. Mjøssykehuset
Klinisk personell somatikk	30	215
Klinisk personell psyk/TSB	5	55
Medisinsk service- og støttefunksjoner	5	30
Prehospitale tjenester og pasientreiser	-	-35
FDV	-30	15
Øvrige service- og støttefunksjoner	10	75
Andre driftseffekter	5	15
Sum estimerte nettogevinster	25	370
<i>Andel av SIHF betalbare driftskostnader B2022</i>	<i>0,28 %</i>	<i>4,16 %</i>

4.2.1. Klinisk personell somatikk

Effektiviseringsmulighetene for klinisk personell i de somatiske tjenestene vil i stor grad være drevet av reduksjon i parallell beredskapskapasitet, spesielt på kveld/natt og helger, og samling av døgnenheter. Dette gjelder i hovedsak for alternativet med Mjøssykehuset. Videre kan nybygg og ombygging av eksisterende bygg tilrettelegge for mer effektive bygningsmessige- og funksjonelle løsninger som gir mer effektiv logistikk og drift.

Det er gjennomført en ny kartlegging av dagens kostnader til vaktlønn leger per vaktlinje og bemanningskostnader for operasjonsteam, akuttmottak, intensivenheter, habilitering og rehabilitering, fødeavdelinger og andre aktuelle sengeposter. Disse kostnadene er sammenlignet med estimater for framtidig vaktlønn leger per vaktlinje og bemanningskostnader for nevnte funksjoner gitt føringer for framtidige vaktlinjer og virksomhetsinnhold. Det vises til notat «*Vaktlinjer – medisinske fagområder*» datert 23. juni 2022 for mer om framtidige vaktordninger.

For alternativet med Mjøssykehuset utgjør netto driftsgevinster for somatikk totalt om lag 215 millioner kroner. Tabell 3 oppsummerer fordelingen av beløpet på ulike drivere.

Tabell 3: Fordeling av driftsgevinster for klinisk personell somatikk i alternativet med Mjøssykehuset. Avrundet, millioner kroner.

Fordeling av driftsgevinst somatikk - Mjøssykehusalternativet		
Driver	Estimert effekt (MNOK)	%
Vakttid og vridning dagarbeid	70	33 %
<i>hvorav redusert vaktkostnad</i>	45	
<i>hvorav vridning til dagarbeid</i>	25	
Operasjon, intensiv, akuttmottak	40	19 %
<i>hvorav operasjon</i>	15	
<i>hvorav intensiv</i>	15	
<i>hvorav akuttmottak</i>	10	
Samling hab/rehab, kvinne/barn	50	23 %
<i>hvorav hab/rehab</i>	10	
<i>hvorav fødetilbud</i>	10	
<i>hvorav barn</i>	30	
Forbedringer bygg	55	26 %
Sum klinisk personell somatikk	215	100 %

Reduksjon i vaktlønn for leger, og frigjøring av vakttid til mer dagarbeid, utgjør omtrent 33 prosent av driftsgevinst for klinisk personell somatikk for Mjøssykehuset. Hoveddelen av effekten skyldes reduksjon i parallelle vaktlag ved at SI Gjøvik og SI Hamar, samt noe aktivitet fra SI Lillehammer og SI Elverum, samles på Mjøssykehuset. Det ble i forbindelse med konkretisering av virksomhetsinnhold i 2020 også gjennomført en kartlegging av vaktordninger ved andre helseforetak i regionen som har lignende struktur som i alternativet med Mjøssykehuset / sykehus omtrent på størrelse med Mjøssykehuset. I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, la arbeidsgruppe fag da til grunn at dagens standard for vaktordninger i regionen skulle legges til grunn for utarbeidelse av vaktordninger for utredningsalternativene (se neste avsnitt for mer om faglig utvikling og seksjonerte vaktordninger). Helseforetakene som ble kartlagt inkluderte Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Østfold HF. Beparelse for vaktordninger er estimert ved å kartlegge vaktkostnad per fagområde i dagens struktur og se dette opp mot vaktkostnad per fagområde med et Mjøssykehus. Beparelse utgjør omtrent 45 millioner kroner. I tråd med notatet om vaktlinjer av 23. juni er det lagt til grunn at det ikke skal være mer enn én LIS 2 eller 3 i vakt samtidig innenfor noe fagområde på Mjøssykehuset. Internt i Sykehuset Innlandet er det stilt spørsmål ved om dette gir tilstrekkelig arbeidskapasitet på vakttid innenfor flere fagområder gitt Mjøssykehusets størrelse. Det er særlig pekt på kirurgiske fag, indremedisinske fag og radiologi, men også gynekologi/fødselshjelp og anestesilogi (inkludert intensivmedisin). En dublering eller annen styrking av vaktordningen innenfor noen av fagområdene vil kunne bli nødvendig på kvelden mens aktiviteten er høy, eventuelt også hele døgnet. Hvilke fagområder, på hvilken måte og i hvilket omfang en eventuell styrking av vaktlagene bør skje, må vurderes i seinere faser. En styrking av en eller flere vaktlinjer i Mjøssykehuset vil gi noe mindre driftsgevinster i dette alternativet enn det som ligger til grunn i beregningene. Det er ikke gjort konkrete beregninger av dette per i dag. Videre vil reduksjon av vakttid frigjøre legebemanninger som kan benyttes til andre formål. Det er fremskrevet betydelig økning innen dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Foruten redusert vaktkostnad, kan man utnytte frigjort vakttid til å øke kapasiteten innen dag og poliklinikk uten å måtte ansette tilsvarende nye årsverk. Effekten er estimert til ca. 25 millioner kroner.

Det har de senere årene vært en faglig utvikling i retning av seksjonerte vaktordninger, og dette forventes å forsterkes i årene framover. Sykehuset Innlandet har allerede i dag seksjonerte vaktordninger innenfor indremedisin for kardiologi og nefrologi, og disse er tenkt videreført i begge alternativene. Det vil i framtiden mest sannsynlig bli aktuelt å innføre seksjonerte

vaktordninger innenfor flere fagområder, eksempelvis innenfor gastroenterologi og lungemedisin. Erfaring indikerer at det er enklere å sikre rekruttering og effektiv drift av seksjonerte vaktordninger i store sykehus med et større samlet fagmiljø. Dette tyder på at økt bruk av seksjonerte vaktordninger i framtiden trolig vil være enklere og billigere å få til med et stort Mjøssykehus enn fordelt på mindre sykehus. Det foreligger ingen konkrete vedtak om ytterligere seksjonering av vaktordninger i helseforetaket nå. Det er følgelig ikke forutsatt ytterligere seksjonering for noen av alternativene, ref. føringer i notat *Vaktlinjer – medisinske fagområder* og tidligere nevnt arbeid i 2020. Sykehuset Innlandet HF tar høyde for kvalitetshevingstiltak og faglig utvikling i sin økonomiske langtidsplan (ØLP), uavhengig av alternativ, der blant annet vridning mot seksjonerte vaktordninger vil inngå.

Reduserte bemanningskostnader for operasjonsteam, intensivheter og akuttmottak utgjør om lag 19 prosent av nettogevinsten. For operasjonsteam er det gjort en kartlegging av vaktkostnader per team i dag, og det er forutsatt en reduksjon fra dagens fire operasjonsteam i vakt til tre operasjonsteam i vakt med ny struktur. Besparelsen utgjør i overkant av 15 millioner kroner, og forutsetter videreføring av ett operasjonsteam for SI Lillehammer og to team for Mjøssykehuset. For intensivheter er det utarbeidet en overordnet bemanningsplan gitt framtidig struktur, og det er identifisert potensial for reduksjon av ca. 10 årsverk og redusert variabel lønn. Besparelsen utgjør omtrent 15 millioner kroner. For akuttmottak utgjør besparelsen i underkant av 10 millioner kroner. Effekten følger av at akuttmottakene ved SI Gjøvik og SI Hamar samles i Mjøssykehuset. Det er forutsatt at akuttmottaket i Mjøssykehuset kan driftes like effektivt som dagens mest effektive, basert på nøkkeltall per årsverk og nøkkeltall for befolkning i opptaksområdet.

Redusert bemanningsbehov innenfor fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin samt rehabilitering utgjør om lag 23 prosent av driftsgevinsten. Sykehuset Innlandet HF har i dag høyere kostnader til fødsler enn landssnittet og de fleste foretakene i Helse Sør-Øst. Det er estimert en besparelse i overkant av 10 millioner kroner som følge av reduksjon i antall fødetilbud. Potensialet ved samling er estimert med utgangspunkt i bemanningsplaner for Drammen sykehus og sammenligning mot dagens totalbemanning for fødetilbud i Sykehuset Innlandet HF, korrigert for fremskrevet antall fødsler og en fødeavdeling på SI Lillehammer. For barne- og ungdomsmedisin er besparelsen ved samling estimert til ca. 30 millioner kroner. Effekten skyldes samling av dagens tilbud ved SI Lillehammer og SI Elverum, og at fremskrevet sengebehov tilsvarer dagens enhet ved SI Lillehammer. En samlokalisering vil derfor gi muligheter for vesentlig effektivisering. Rehabiliteringstilbudet er i dag fordelt på tre lokasjoner, mens det med endret struktur vil samles på Mjøssykehuset. Det er estimert en besparelse i underkant av 10 millioner kroner som følge av redusert klinisk bemanning og stab/ledelse.

De ovennevnte effektene er i all hovedsak drevet av strukturelle endringer som følge av samling av funksjoner. Nybygg legger også til rette for bedre pasientlogistikk og -forløp, nærhet mellom funksjoner, bedre utforming av arealer og nye teknologiske løsninger. Det er forutsatt en effekt på 55 millioner kroner som følge av nybygg for aktiviteten som samles på Mjøssykehuset. Potensialet er estimert ved å isolere bemanning og driftskostnader som er tenkt overført til Mjøssykehuset, og legge til grunn en nybyggeffekt på denne delen av driftskostnadene. Antatt effekt er basert på estimer fra andre lignende prosjekter og overordnede rimelighetsvurderinger utover det som allerede er tatt hensyn til i tidligere nevnte drivere.

Samlet sett er de driftsøkonomiske effektene for klinisk personell innen somatiske tjenester vurdert basert på følgende drivere:

- Redusert antall parallelle vaktlinjer for leger

- Frigjort tid fra vakt kan vris til flere leger på dagtid som kan håndtere deler av framskrevet behov for økt poliklinikk og dagbehandling
- Samling av vaktordninger for henholdsvis operasjonsteam, intensiv og akuttmottak
- Ny utforming og større akuttmottak/observasjonsenhet/radiologitilgang i front medfører raskere avklaring av pasienter
- Samling av sengeposter rehabilitering Ottestad, Granheim og Solås
- Samling av drift av sengeposter og nyfødtintensiv innenfor barn og ungdom
- Reduksjon i antall steder med fødetilbud
- Total liggetid reduseres ved et samlet fagtilbud (unngå reise mellom ulike undersøkelser)
- Gjennomgående mer hensiktsmessig størrelse på sengeposter med 24-26 senger/enhet
- Nye lokaler for dagenheter vil kunne utnytte personalet mer effektivt (mer dagkirurgi i poliklinikkarealer og større arealer til dagkirurgi/dagbehandling)
- Sensorteknologi i nybygg kan redusere behovet for pleiebemannning
- Større enheter er mindre sårbare ved fravær og har mindre behov for innleie og får enklere ferieavvikling

For null-pluss alternativet er det estimert netto driftsgevinster på ca. 30 millioner kroner for klinisk personell somatikk. Endringer i vaktlinjer for leger som følge av at ortopedi fordeles mellom SI Elverum og SI Hamar gir isolert sett en økning i driftskostnader i underkant av 3 millioner kroner. Overføring av akutt kirurgi fra SI Elverum til SI Hamar er estimert til å gi en netto besparelse i overkant av 15 millioner kroner for operasjonsteam. Det er antatt at SI Hamar kan ivareta akutt kirurgi fra SI Elverum uten vesentlig økt bemanning for dagens operasjonsteam, mens SI Elverum kan gå over til hjemmevakt for operasjonsteam. Videre forventes det at et nybygg gir effektiviseringsmuligheter som følge av forbedret pasientlogistikk og mer tilrettelagte arealer. Dagens sykehusbygg i Hamar er trangt og har lavest brutto/netto-faktor i helseforetaket, samtidig som en del aktivitet fra SI Elverum også flyttes inn i det nye erstatningsbygget. Erstatningsbygget berører omtrent 20 prosent av årsverkene i helseforetaket. Det er foreløpig forutsatt et netto potensial på ca. 15 millioner kroner. Det er stor usikkerhet knyttet til besparelsen for operasjonsteam og nybyggeffekten for erstatningssykehuset for Hamar, og disse må verifiseres i videre faser av arbeidet.

Det er i denne fasen ikke lagt inn eventuelle endringer i driftskostnader som følge av styrking av LMS. Styrkingen vil medføre økt bemanningsbehov på LMS og dermed påvirke ambulering. Det er allerede i dag avtaler med behandlere som bor i nærheten av LMS og dermed ikke utløser ambuleringkostnader. Det antas at dette også vil være mulig å få til i framtiden, men det er krevende å estimere i hvor stor grad man vil lykkes med dette. Videre vil styrking av LMS medføre mindre reising for pasienter og dermed lavere pasientreisekostnader. Helseforetaket vil ved valg av alternativet med Mjøssykehuset legge opp til en hensiktsmessig bemanningsordning for LMS, og det er på nåværende tidspunkt krevende å vurdere nettoeffekten.

4.2.2. Klinisk personell psykisk helsevern / tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For psykisk helsevern og TSB innebærer alternativet med Mjøssykehuset 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. Estimerte driftsgevinster for klinisk personell utgjør om lag 55 millioner kroner i alternativet med Mjøssykehuset og 5 millioner kroner for null-pluss alternativet.

Divisjon Psykisk helsevern har vurdert bemanningsmessige konsekvenser av samlokalisering av døgndriften og mer hensiktsmessige størrelser på sengepostene i nybygg. Det er lav poliklinisk

aktivitet for disse funksjonene, og det er per i dag ikke estimert eventuelle effekter for denne aktiviteten. De driftsøkonomiske effektene er vurdert basert på følgende drivere:

- Samling av mottaksfunksjon på ett sted
- Gjennomgående mer hensiktsmessig størrelse på sengeposter med 10–12 senger/enhet
- Samkjøring av bemanning på natt, mer hensiktsmessig samlokalisering enn det er i dag, nærhet til «nabopost»
- Besparelse av ressurser som i dag brukes for å følge pasienter til somatiske enheter for undersøkelser og behandling
- Atriumløsning / balkonger ved skjermingsrom reduserer behovet for ekstrapersonell som må følge pasientene ut
- Skjermingsrom i flere enheter reduserer behovet for å flytte pasienter gjennom forløpet gitt variabelt behov for skjerming
- Andre sikkerhetsmessige løsninger, blant annet oversiktlige lokaler/ anti ligaturløsninger / trygge pasientrom
- Sensorteknologi i nybygg kan redusere behovet for å ha kontinuerlig «fastvakt»
- Mindre sårbarhet ved sykdom og dermed behov for mindre innleie

Med utgangspunkt i dagens pleie-/bemanningsfaktor er døgnene inndelt i fem grupper:

Tabell 4: Gruppering av dagens døgnene innen psykisk helsevern og TSB etter pleiefaktor.

Gruppe	Enhet	Pleie-/bemanningfaktor eksl. lege/psykolog, inkl. var.lønn og ledere	Gjennomsnittlig pleiefaktor per døgnplass
Gruppe 1 - Lav	Enhet for affektive lidelser Enhet for utredning, Alders TSB, Korttid TSB, Enhet for familie TSB, Enhet for gravide Avrusning	2,31-3,01	2,60
Gruppe 2 - Medium	Tidlig intervensjon Sanderud Enhet for utredning, TSB Enhet for spiseforstyrrelser	3,16-3,56	3,37
Gruppe 3 - Høy-1	Psykosebehandling og TIPS Subakutt behandling Reinsvoll Spesialisert døgn 1 Sanderud Spesialisert døgn 2 Sanderud Akutt Sanderud Sikkerhetspsykiatri Reinsvoll	3,73-4,83	4,10
Gruppe 4 - Høy-2	Ressursenhet for demens * Øyeblikkelig hjelp 1 Reinsvoll Øyeblikkelig hjelp 2 Reinsvoll Mottak Sanderud	4,99-6,76	5,47
Gruppe 5-1	BUP -akutt		4,10
Gruppe 5-2	BUP		3,37

* Ressursenhet for demens er inkludert ambulante Samaks stillinger, disse videreføres

For null-pluss alternativet er dagens ressurser/pleiefaktor framskrevet til 2040-aktivitet med fortsatt drift i eksisterende bygningsmasse. For alternativet med Mjøssykehuset er det gjort overordnede vurderinger av ressursbehov gitt samlokalisering i Mjøssykehuset. Uten konkrete skisser som viser hvordan postene vil bli plassert, er det tatt utgangspunkt i gjennomsnittsbetraktninger og overordnet inndeling i nye døgnposter. Tabell 5 viser framskrevet bemanningsbehov gitt alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet (dagens struktur). Det er størst potensial i gruppe 3 Høy, da denne gruppen har størst variasjon i pleie-/bemanningfaktor som følge av at postene er ulikt utformet i dagens bygg. Basert på framskrivningen er det estimert en lavere økning i framtidig bemanningsbehov på om lag 50 årsverk, og en besparelse på omtrent 45 millioner kroner.

Tabell 5: Estimert bemanning (årsverk) i 2040 gitt alternativet med Mjøssykehuset og ved videreføring av dagens drift for psykisk helsevern og TSB (null-pluss alternativet).

Fremskrevet bemanning psyk/TSB - årsverk i 2040					
Gruppe	Senger 2040	Pleiefaktor ny struktur*	Årsverk Mjøssykehuset	Årsverk dagens struktur	Diff. årsverk
Gruppe 1 Lav pleiefaktor	72	2,60	187	187	0
Gruppe 2 Medium pleiefaktor	50	3,37	169	176	-8
Gruppe 3 Høy-1 pleiefaktor	60	4,10	246	280	-34
Gruppe 4 Høy-2 Mottak/Alder, Ressursenhet	20	5,47	109	117	-8
Gruppe 5-1 BUP	7	4,10	29	26	2
Gruppe 5-2 BUP	10	3,37	34	38	-5
Totalt	219	-	774	826	-52

* Inkludert variabel lønn og leder, ekskludert psykolog/lege

I tillegg ser divisjonen et potensiale for å effektivisere stab/ledelse, samt samling av tilbud i forbindelse med recovery-aktivitet og annen aktivitet som i dag finnes på både SI Reinsvoll og SI Sanderud. Disse effektene utgjør en besparelse på ca. 5 millioner kroner. Akutt og psykose har i dag vaktlinjer på både SI Reinsvoll og SI Sanderud. En samordning av vaktlinje antas å gi ytterligere besparelse på om lag 5 millioner kroner. I sum utgjør dette en besparelse på om lag 55 millioner kroner for klinisk personell innenfor psykisk helsevern/TSB i alternativet med Mjøssykehuset.

For null-pluss alternativet vil dagens struktur og funksjonsfordeling videreføres. Det er derimot forutsatt vesentlige investeringer i dagens bygningsmasse. Det er lagt til grunn at investeringene vil gi muligheter for noe mer hensiktsmessige arealer, og dermed noe økt produktivitet sammenlignet med baseline. Da det ikke foreligger noen konkrete skisser for ombygging/rehabilitering av dagens arealer, er det foreløpig tatt utgangspunkt i et overordnet effektiviseringspotensial på om lag 5 millioner kroner. Estimert må verifiseres når det foreligger skisser i steg 2.

4.2.3. Medisinske service- og støttefunksjoner

Innenfor medisinske service- og støttefunksjoner er det estimert driftsøkonomiske effekter for områdene medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin samt medisinsktekniske avdelinger. For alternativet med Mjøssykehuset utgjør netto driftsgevinster for medisinske service- og støttefunksjoner totalt om lag 30 millioner kroner, hvorav omtrent 20 millioner kroner er innenfor medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin og 10 millioner kroner er innenfor medisinske tekniske avdelinger. Halvparten av effekten for medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin er knyttet til redusert totalbemanning på dagtid ved samling av dagens miljøer fra SI Gjøvik og SI Hamar, samt reduksjon fra to parallelle til én samlet vaktlinje i Mjøssykehuset. Dersom automasjonslaboratoriet flyttes til Mjøssykehuset, er det estimert gevinst på omtrent 5 millioner kroner knyttet til redusert vaktbehov på natt ved SI Elverum. Gjenværende besparelser på ca. 5 millioner kroner for biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin er effektivisering som følge av metodefellesskap, færre instrumenter/utstyr og redusert transport av prøver ved samling av aktivitet i Mjøssykehuset. Innenfor medisinske tekniske avdelinger vil samling av medisinskteknisk utstyr (MTU) medføre mindre duplisering av utstyr og høyere utnyttelsesgrad av MTU. Dette gir både lavere totale utstyrskostnader og effektiviseringspotensial for serviceavtaler. Det er per i dag lagt en beskjeden effekt for vaktordninger innenfor de medisinske tekniske avdelingene. Dette skyldes at det allerede i dag er felles vakt for henholdsvis Gjøvik–Lillehammer og Elverum–Hamar.

For null-pluss alternativet er det foreløpig lagt til grunn 5 millioner kroner i besparelse. Potensialet forutsetter forbedret logistikk og utstyr som følge av nybygg for Hamar, men estimatet må verifiseres i senere faser.

For bildediagnostikk er det per i dag, ikke identifisert muligheter for effektivisering innenfor radiografbemanningen. Dette området er foreløpig antatt å tilsvare baseline i begge alternativene.

4.2.4. Prehospitale tjenester og pasientreiser

For prehospitale tjenester vil Mjøssykehuset totalt sett øke behovet for ambulanser, selv om det blir lavere kostnader til blant annet interne ambulansetransporter. Prehospitale tjenester i Sykehuset Innlandet HF har estimert økt behov for 2 ambulansebiler og 1 syketransportbil for alternativet med Mjøssykehuset. Dette er estimert til å utgjøre 20 millioner kroner i økte driftskostnader. Det er gjort overordnede analyser av endring i pasientreiskostnader (rekvirerte reiser) med utgangspunkt i dagens reisemønster. Mjøssykehuset antas å medføre netto lengre reiseavstander for pasientene, selv om det også i dagens struktur er omfattende pasienttransport grunnet funksjonsfordelinger mellom sykehusene. En reduksjon i antall akuttsykehus vil kunne forenkle logistikkplanleggingen for rekvirerte reiser (taxi og helsebuss) og øke samkjøringsgraden, men de foreløpige analysene indikerer likevel netto økte kostnader. Det er estimert en kostnadsøkning på om lag 15 millioner kroner for pasientreiser.

Effekten for reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør) er også vurdert, men den økonomiske effekten anses som både så marginal og så usikker at det ikke er lagt inn endringer i bruk av ordningen. Nettokostnader for enkeltoppgjør innenfor somatikken utgjør om lag 20–30 millioner kroner per år (grovt anslag). Dagens satser for egenandel og refusjon per km medfører at reiser under 56 km ikke gir økte kostnader for Sykehuset Innlandet HF (gitt en egenandel på 159 kr og dagens standardsats for refusjon pr km på 2,80 kr). Erfaring viser også at det er en relativ lav andel som søker refusjon for reiser uten rekvisisjon.

For null-pluss alternativet vil flytting av funksjoner fra SI Elverum til SI Hamar kunne medføre endring i reisemønster fra dagens situasjon. Det er derimot allerede i dag betydelig reisevirksomhet som følge av funksjonsfordelingen i helseforetaket. Samtidig foreligger det ikke statistikk for pasientreiser med informasjon om diagnosekoder. Overordnede vurderinger indikerer at selv om det blir endring i reisemønsteret, er det ikke gitt at det netto vil være vesentlige endringer i reisekostnader for dette alternativet. Det er følgelig ikke lagt inn noen forskjell fra baseline for null-pluss alternativet.

4.2.5. Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

FDV refererer til kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av bygningsmassen. Disse kostnadene drives i stor grad av areal i bruk, kostnad per kvm og intensitet av bruk. FDV-kostnaden er basert på erfaringstall for Sykehuset Innlandet HF og estimat for FDV-priser for nytt sykehus i Drammen og konseptfasen for Aker. Kvadratmeterprisen er prisjustert til 2022.

Det er benyttet ulik FDV-pris for nybygg og ved rehabilitering av dagens bygg, da nybygg erfaringsmessig har en noe høyere kvadratmeterpris. Høyere pris for nybygg skyldes både at nybygg ofte er mer teknikk-tunge samtidig som de har bedre arealutnyttelse. Begge disse effektene bidrar til å øke kostnaden per kvadratmeter. For alternativet med Mjøssykehuset er nettogevinsten på om lag 15 millioner kroner drevet av reduksjon i totalt arealbehov. Den positive effekten av redusert totalareal er vesentlig større enn den negative effekten av økt kvadratmeterpris for nybygg. For null-pluss alternativet er kostnadsøkningen på 30 millioner

kroner drevet av økning i totalareal. Økningen skyldes at erstatningssykehuset for Hamar blir vesentlig større enn dagens sykehus i Hamar. Samtidig gir rehabilitering/ombygging av øvrige bygg som videreføres vesentlig dårligere muligheter for rasjonalisering av areal. I de tilfellene der noe areal må videreføres, men ikke skal være i aktiv bruk, er det benyttet en lavere kvadratmeterpris enn for areal som skal brukes. Denne effekten er likevel ikke tilstrekkelig til å kompensere for økt FDV-kostnad for erstatningsbygget for Hamar. Sammenligningsgrunnlaget for alle alternativene er dagens arealer og kvadratmeterpriser.

4.2.6. Øvrige service- og støttefunksjoner

Med øvrige service- og støttefunksjoner menes stab, kjøkken/matforsyning, transport, vareforsyning og portører, servicetorg og merkantilt tilsatte. For alternativet med Mjøssykehuset er det estimert en nettogevinst på 75 millioner kroner, mens det for null-pluss alternativet er estimert en gevinst på 10 millioner kroner.

Tabell 6: Oppsummering av endring i årsverk og besparelse i forhold til baseline for hhv. alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet innen øvrige service- og støttefunksjoner.

ENDRINGER I ÅRSVERK I FORHOLD TIL BASELINE			ENDRINGER I MILL KR I FORHOLD TIL BASELINE		
Område	Mjøssykehuset	Null-pluss	Område	Mjøssykehuset	Null-pluss
Kjøkken/matforsyning	-30	-5	Kjøkken/matforsyning	20	3
Servicetorg	-16	0	Servicetorg	11	0
Transport/portører/forsyning	-10	-3	Transport/portører/forsyning	7	2
Innkjøp	-1	0	Innkjøp	1	0
Merkantil/skranke	-45	-10	Merkantil/skranke	30	5
Stab	-5	0	Stab	6	0
Reduserte årsverk	-107	-18	Reduserte kostnader	75	10

Den største effekten er knyttet til merkantil personell og skrankefunksjon i poliklinikkene. Samling på ett sted og nybygg gir muligheter for å samle poliklinisk virksomhet og dermed effektivisere skrankefunksjonen. Effekten er estimert til å utgjøre om lag 30 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset, og om lag 5 millioner kroner for null-pluss alternativet. Det er allerede i dag sentralisert produksjon av mat, men antall postkjøkken samt kostnader til matforsyning vil kunne reduseres med færre lokasjoner og et nybygg. Effekten er estimert til å utgjøre om lag 20 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset, og om lag 3 millioner kroner for null-pluss alternativet. For området transport, vareforsyning og portører er det beregnet effektiviseringspotensial på omtrent 7 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset og om lag 2 millioner kroner for null-pluss alternativet. Det forventes at lager og forsyningstjenesten kan få mer effektiv drift når en ser mot andre nye sykehusbygg, som er tilrettelagt for en bedre logistikk.

Bemanning i servicetorgene vil i stor grad påvirkes av antall sykehus. Tilsvarende vil gjelde ledelses- og stabsfunksjoner. For alternativet med Mjøssykehuset er det estimert et potensial på omtrent 17 millioner kroner for disse to områdene. For null-pluss alternativet vil antall sykehusenheter bestå, og det er ikke identifisert noen vesentlige effektiviseringsmuligheter innenfor disse to områdene.

4.2.7. Andre driftseffekter

Andre driftseffekter omfatter endringer i leiekostnader. For alternativet med Mjøssykehuset er det forutsatt netto spart leiekostnad på om lag 15 millioner kroner. De største besparelsene er knyttet til flytting av administrasjon- og servicesenteret i Brumunddal, kontorlokaler for senter for pasientreiser og skanningsentral på Moelv samt leide lokaler på Ottestad. Det er i tillegg

antatt økt leiekostnad ved dagens LMS som følge av oppjustering med 10 sengeplasser. Nettoeffekten er likevel spart leiekostnad. For null-pluss alternativet skyldes effekten i hovedsak reduksjon i leide lokaler i Elverum, da disse i stedet kan flytte inn i frigjort sykehusareal. Besparselsen utgjør i underkant av 5 millioner kroner.

4.3. Særskilte tema

4.3.1. Periodisering og andre effekter

Tabell 7 oppsummerer periodisering av estimerte driftsgevinster for kjernevirksomheten (ref. kapittel 4.2) og ovennevnte driftsøkonomiske effekter som vil avhenge av fremtidig sykehusstruktur. Alle beløp er differanse fra baseline (netto). For kjernedriftsgevinstene er det forutsatt en opptrappingsperiode på fire år før full effekt oppnås. Dette gjelder samtlige områder utenom FDV, som får full effekt fra første år med nybygg.

Det vil for begge alternativene påløpe engangskostnader knyttet organisasjonsutviklingsprosess (OU), mottaksprosjekt og flytting til nybygg. Disse kostnadene påløper hovedsakelig i forkant av og under byggeperioden samt ved innflytting i ny struktur. Det er tatt utgangspunkt i et erfaringsbasert estimat på ca. 75.000 kroner per ansatt for å dekke slike kostnader. Videre vil det ved omfattende byggearbeider tett på eksisterende drift forekomme ulempekostnader som følge av f.eks. behov for rokader, redusert drift, støy, ekstra renhold, osv. Slike ulempekostnader forventes å bli vesentlig større for null-pluss alternativet, da flere av dagens lokasjoner videreføres og må opprettholde drift samtidig med byggearbeider. Totalt er alternativavhengige (dvs. utover baseline) engangskostnader for OU, mottaksprosjekt, flytte- og ulempekostnader foreløpig estimert til å utgjøre om lag 330 millioner kroner for null-pluss alternativet og 485 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset. I vurderingen av økonomisk bæreevne er det benyttet bruttoestimer for disse pukkelkostnadene. Det er stor usikkerhet knyttet til ulempekostnadene ved byggearbeider tett på eksisterende drift, både beløp og periodisering. Dette vil gjelde særlig null-pluss alternativet, men også alternativet med Mjøssykehuset. Nåværende forutsetninger må bearbeides og verifiseres i senere faser av arbeidet.

Investeringsbehov i O-IKT (overordnet IKT / ikke-byggnær IKT) som følge av nybygg vil påvirke driftsøkonomien for Sykehuset Innlandet HF gjennom økte årlige tjenestepriser fra Sykehuspartner HF og mottakskostnader. Det er utarbeidet et overordnet anslag for O-IKT og effekten er inkludert i vurderingen av økonomisk bæreevne. Kvadratmeterprisen for O-IKT er estimert til 6.460 kr per kvadratmeter. Dette utgjør totalt 772 millioner kroner for Mjøssykehuset og 293 millioner kroner for erstatningssykehuset for Hamar. Kostnadsøkningen fordeles på 8 år i begge alternativer. Effekten er inkludert i vurderingen av økonomisk bæreevne.

Det må påregnes økte vedlikeholdskostnader i de tilfeller eksisterende bygg skal videreføres i fremtidig sykehusstruktur. Norconsult har estimert behov for totalt 1.330 millioner kroner i vedlikeholdskostnader for null-pluss alternativet mot omtrent 800 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset. Disse kostnadene tas over driftsbudsjettet og er i vurderingen av økonomisk bæreevne fordelt på perioden frem til 2040. For null-pluss alternativet vil disse kostnadene omtrentlig tilsvare baseline, og nettoeffekten i Tabell 7 er derfor vist som null. Etter realisering av fremtidig sykehusstruktur er forskjell i vedlikeholdskostnader er ivarettatt gjennom FDV-gevinster.

På lenger sikt er det ønskelig å ta høyde for generelle kvalitetsforbedringer og faglig utvikling, eksempelvis seksjonerte vaktordninger. I notatet fra Helse Sør-Øst datert 23.06.2022 er det ikke lagt opp til innføring av seksjonerte tilstedevakter i noen av sykehusene i de to modellene, men seksjonerte bakvakter i enkelte av hovedspesialitetene. Dette er lagt til grunn i Sykehuset

Innlandet sine beregninger av driftsgevinster som følge av endrede vaktlinjer. Flere forhold tilsier at det vil bli etablert mer seksjonerte vaktlinjer i disse fagene allerede før innflytting i nye sykehus. Kirurger og indremedisinere utdannes i lite omfang som generalister i ny LIS-utdanning og vil i stadig mindre grad kunne dekke andre fagområder enn sin egen spesialitet også på vakttid. Fagområdene blir i seg selv også stadig mer spesialiserte. Merkostnadene som følger av mer seksjonerte vaktlinjer vil bli større i null-pluss-alternativet enn i Mjøssykehuset, og følgelig påvirke forholdet mellom de beregnede driftsgevinstene i de to modellene i favør av Mjøssykehusmodellen. Det er i vurderingen av økonomisk bæreevne foreløpig lagt til grunn årlige kostnader på om lag 25 millioner kroner, uavhengig av framtidig sykehusstruktur. Da disse kostnadene er lik med baseline blir nettoeffekten i Tabell 7 vist som null. Det er stor usikkerhet knyttet til både nivået på disse kostnadene, og om endelig beslutning om virksomhetsinnhold og vaktlinjer vil kunne gi grunnlag for forskjell mellom alternativene. Disse estimatene må derfor bearbeides i videre faser.

Tabell 7: Periodisering av netto kjernedriftsgevinster og andre vesentlige driftsøkonomiske nettoeffekter av fremtidig sykehusstruktur for hhv. null-pluss alternativet og alternativet med Mjøssykehuset. Alle beløp er netto fra baseline. Positive tall angir reduserte kostnader eller besparelser, mens negative tall angir økte kostnader. Beløp i millioner kroner.

Null-pluss alternativet (MNOK)	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	...	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Kjernerdrift																
Klinisk personell somatikk						9	17	25	30	...	30	30	30	30	30	30
Klinisk personell psyk/TSB						1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Medisinsk service- og støttefunksjoner						1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
Prehospitaltjenester og pasientreiser						-	-	-	-	...	-	-	-	-	-	-
FDV						-30	-30	-30	-30	...	-30	-30	-30	-30	-30	-30
Øvrige service- og støttefunksjoner						3	6	8	10	...	10	10	10	10	10	10
Andre driftseffekter						1	3	4	5	...	5	5	5	5	5	5
SUM DRIFT	0	0	0	0	0	-14	1	15	25	...	25	25	25	25	25	25
Øvrige driftsøkonomiske effekter																
OU/mottak, ulempe, flytte	-30	-35	-40	-50	-65	-80	-30			...						
O-IKT						-37	-37	-37	-37	...	-37					
Vedlikehold frem til 2040*										Lik baseline**						
Generelle kvalitetsforb. (inkl. seksjonerte vaktord.)										...						Lik baseline**
SUM ØVRIGE	-30	-35	-40	-50	-65	-117	-67	-37	-37	...	-37	0	0	0	0	0
SUM NULL-PLUSS ALTERNATIVET	-30	-35	-40	-50	-65	-130	-66	-21	-12	...	-12	25	25	25	25	25

*) Estimer basert på beregninger fra Norconsult, ref. eget notat om investeringsestimater

**) Det er forutsatt midler til vedlikehold og generelle kvalitetsforbedringer i null-pluss alternativet (ref. beskrivelse før tabellen), men siden dette vil tilsvare baseline er nettoeffekten 0

Mjøssykehusalternativet (MNOK)	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	...	2036	2037	2038	2039	2040	2041
Kjernerdrift																
Klinisk personell somatikk						64	126	177	215	...	215	215	215	215	215	215
Klinisk personell psyk/TSB						16	32	45	55	...	55	55	55	55	55	55
Medisinsk service- og støttefunksjoner						9	18	25	30	...	30	30	30	30	30	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser						-10	-21	-29	-35	...	-35	-35	-35	-35	-35	-35
FDV						15	15	15	15	...	15	15	15	15	15	15
Øvrige service- og støttefunksjoner						22	44	62	75	...	75	75	75	75	75	75
Andre driftseffekter						4	9	12	15	...	15	15	15	15	15	15
SUM DRIFT	0	0	0	0	0	121	223	306	370	...	370	370	370	370	370	370
Øvrige driftsøkonomiske effekter																
OU/mottak, ulempe, flytte	-45	-55	-65	-75	-90	-105	-50			...						
O-IKT						-97	-97	-97	-97	...	-97					
Vedlikehold frem til 2040*	15	20	25	25	20	20	20	20	20	...	20	20	20	20		
Generelle kvalitetsforb. (inkl. seksjonerte vaktord.)										...						Lik baseline**
SUM ØVRIGE	-30	-35	-40	-50	-70	-182	-127	-77	-77	...	-77	20	20	20	0	0
SUM MJØSSYKEHUSALTERNATIVET	-30	-35	-40	-50	-70	-61	97	230	294	...	294	390	390	390	370	370

*) Estimer basert på beregninger fra Norconsult, ref. eget notat om investeringsestimater

**) Det er forutsatt midler til generelle kvalitetsforbedringer i alternativet med Mjøssykehuset (ref. beskrivelse før tabellen), men siden dette vil tilsvare baseline er nettoeffekten 0

Aktivitetsframskrivingen forutsetter videreføring av dagens pasientstrømmer knyttet til gjestepasienter som behandles ved Sykehuset Innlandet. Tilsvarende gjelder pasienter fra

foretakets opptaksområde som behandles ved andre helseforetak. Eventuelle endringer i gjestepasientstrømmer vil måtte vurderes nærmere i senere faser. Følgelig er det på nåværende tidspunkt heller ikke vurdert eventuell endring i driftsøkonomi som følge av dette.

Opprettholdt likviditet fra drift vil også være en del av de totale bæreevnevurderingene da det gjenspeiler foretakets inngangsfart inn i framtidig struktur. Estimerer for opprettholdt likviditet fra drift er inkludert i vurderingen av økonomisk bæreevne.

4.3.2. Varianter av null-pluss alternativet

For null-pluss alternativet er det også beskrevet et erstatningssykehus for Hamar med varianter der DPS-sengene på Løbakk og fysikalsk medisin og rehabilitering fra Ottestad kan inngå. Driftsøkonomiske effekter ved en flytting av disse to virksomhetene til erstatningssykehuset er også vurdert.

For DPS-sengene er det kartlagt en besparelse av ressurser som i dag brukes for å følge pasienter til somatiske enheter for undersøkelse og behandling til i underkant av 1 million kroner per år. I tillegg vil det være positive driftsøkonomiske effekter av nybygg. En nybyggeffekt i underkant av 2 prosent utgjør om lag 2 millioner kroner per år. Det vises til punkt 4.2.2 som beskriver driftsøkonomiske effekter for klinisk bemanning innen psykisk helsevern og TSB. Flytting av disse sengene til erstatningsbygget vil ha en ubetydelig effekt på FDV-gevinster.

Tilsvarende er undersøkt i Divisjon habilitering/rehabilitering ved å flytte driften på Ottestad til erstatningssykehuset for Hamar. Følgende effekter er spilt inn:

- Bortfall av pasienttransport mellom Ottestad og sykehusene på Hamar/Elverum
- Bortfall av transport av post, prøver etc. til og fra Ottestad
- Bortfall av dedikert skrankefunksjon på Ottestad
- Bortfall av tjenester fra eiendom- og internservice på Ottestad (primært FDV)

Ovennevnte er foreløpig estimert til å utgjøre om lag 1 million kroner i gevinster (ekskludert FDV). En nybyggeffekt på i underkant av 2 prosent utgjør om lag 3 millioner kroner per år for virksomheten på Ottestad sammenlignet med dagens drift. Utover personell, vil det være behov for vesentlig mindre areal ved å flytte virksomheten til erstatningssykehuset sammenlignet med dagens areal på Ottestad. FDV-effekten av dette er overordnet beregnet til å utgjøre om lag 3 millioner kroner per år i nettogevinst.

Tabell 8: Oppsummering av driftsøkonomiske gevinster dersom DPS-døgnsenger Løbakk og/eller rehabilitering Ottestad inkluderes i erstatningssykehus for Hamar. Beløp i millioner kroner.

Driftsgevinster - DPS-døgn Løbakk		Driftsgevinster - Rehabilitering Ottestad	
Område	MNOK	Område	MNOK
Følgepersonell	1	Transport & skrankefunksjon	1
Nybyggeffekt	2	Nybyggeffekt	3
FDV	0	FDV	3
Sum gevinst Løbakk	3	Sum gevinst Ottestad	7

Som en forenkling, antas det foreløpig at reduksjon i ulempekostnader knyttet til byggearbeider tett på eksisterende drift motvirkes av økning i OU og mottaksprosjekt dersom disse funksjonene inkluderes i erstatningssykehuset. Det er estimert om lag 6 millioner kroner i flyttekostander for Løbakk og 8 millioner kroner for Ottestad. Disse kostnadene vil være engangseffekter, og vil i et langsiktig perspektiv ha mindre betydning enn driftsgevinstene.

Overordnede vurderinger av driftsøkonomiske effekter må ses i sammenheng med forskjell i investeringskostnader forbundet med økt areal på erstatningsbygget og investeringskostnader ved videreføring av dagens bygg.

5. Referanser

Sykehusbygg HF. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Sept./Okt. 2017.

Helse Sør-Øst RHF, finansavdelingen. *Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter*. Versjon 1.1, datert 17. juni 2021.

6. Vedlegg

1. *Vaktlinjer – medisinske fagområder*, datert 23. juni 2022
2. *Internt arbeidsnotat 2: Vaktlinjer*, datert 25. mai 2020