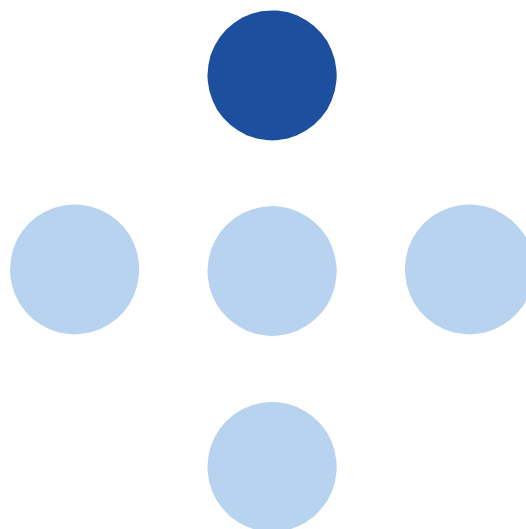


Helgelandssykehuset HF

# DMS Brønnøysund: Økonomisk konsekvensanalyse

Internt notat om metodikk og  
forutsetninger

16.11.2018, versjon 1.0



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Bakgrunn og hensikt</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Oppsummering</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Forutsetninger for de økonomiske analysene</b> .....	<b>4</b>
3.1	Klassifisering av leieavtalen .....	4
3.2	Overordnet om fremgangsmåte og metodikk .....	5
3.3	Aktivitetsgrunnlag .....	6
3.4	Driftsinntekter .....	7
3.4.1	<i>ISF-inntekter</i> .....	7
3.4.2	<i>Egenandeler og pasientbetalinger</i> .....	7
3.4.3	<i>Leieinntekt avtalespesialist Øye</i> .....	8
3.5	Driftskostnader .....	8
3.5.1	<i>Leiekostnader</i> .....	8
3.5.2	<i>FDV-kostnader</i> .....	8
3.5.3	<i>Lønnskostnader</i> .....	8
3.5.4	<i>Varekostnader</i> .....	9
3.5.5	<i>Bolig og reise, legeårsverk</i> .....	9
3.5.6	<i>Andre driftskostnader</i> .....	9
3.6	Effekt eksisterende tilbud i Brønnøysund .....	10
3.7	Effekt øvrig virksomhet i Helgelandssykehuset .....	10
3.8	Bortfall av gjestepasientoppgjør .....	11
3.9	Reduserte pasientreiserefusjoner .....	11
3.10	Øvrige forutsetninger .....	11
<b>4</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>13</b>

# 1 Bakgrunn og hensikt

Styret i Helgelandssykehuset HF (Helgelandssykehuset, HSYK) vedtok i møtet 20. juni 2018, sak 50-2018 *Etablering av distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund*, å realisere et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund. Styret ba i samme sak om en oppdatert økonomisk konsekvensanalyse (vedtakspunkt 4).

Den økonomiske konsekvensanalysen ble presentert for styret i møtet 24. oktober 2018, sak 87-2018 *DMS Brønnøysund - Økonomisk konsekvensanalyse*. Styresaken beskriver de mest vesentlige økonomiske konsekvensene av å opprette et mer omfattende behandlingstilbud for pasienter fra Sør-Helgeland i Brønnøysund.

Arbeidet har vært ledet av Rachel Berg (enhetsdirektør Sandnessjøen og prosjektleder DMS Brønnøysund) med støtte fra Svein Arne Monsen (områdesjef akutt og kirurgi, Sandnessjøen). Deloitte ved Jan Erik Tveiten og Subhan Shafiq har bistått med støtte knyttet til fremgangsmåte, modellbygging og analyser. Dette dokumentet beskriver fremgangsmåten og forutsetningene som er lagt til grunn for analysene. For analysemodellen vises det til Excel-fil «2018-10-18\_Master - Analysemodell DMS Br.Sund\_v1.1».

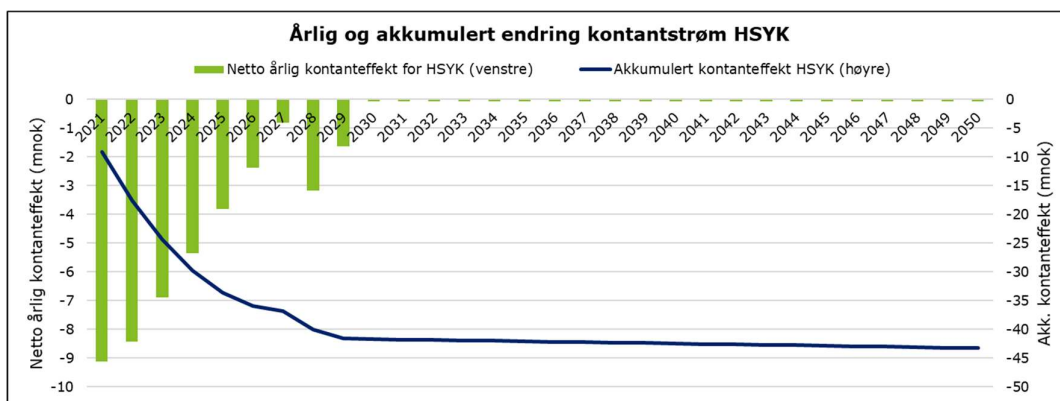
## 2 Oppsummering

Det understrekes at flere av estimatene er beheftet med usikkerhet og vil måtte bearbeides i videre faser av prosjektet. Dette er i størst grad knyttet til forutsetningene som er lagt til grunn om bemanning/driftsmodell og opptrapping av aktivitet. Det er tatt utgangspunkt i en gradvis opptrapping (lineært) fra oppstart (år 2021) og frem til 2030. Vellykket rekruttering av nødvendig personell vil ha en betydelig effekt for både økonomi, hvor raskt aktiviteten øker og kvalitet i tilbudet. Disse forutsetningene vil ved behov måtte oppdateres i videre fremdrift av prosjektet, og kan påvirke vurderinger og funn presentert her. Det bør blant annet arbeides med å innhente konkrete erfaringer fra andre DMS i Helse Nord og eventuelt i andre regioner.

Analysen tar utgangspunkt i dagens sykehusstruktur. Ved en eventuell endring av fremtidig sykehusstruktur vil effektene kunne bli annerledes enn det som er lagt til grunn her. Dette gjelder spesielt effekt for enheter i Helgelandssykehuset som gir fra seg aktivitet.

De fremskrevne aktivitetstallene for 2030 innebærer at DMS-et henter hjem 80 % av pasienter fra Sør-Helgeland som i dag får et poliklinisk tilbud ved andre enheter i Helgelandssykehuset, samt at pasienter som i dag får et poliklinisk tilbud ved Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset hjemhentes med hhv. 80 og 50 %.

Gitt forutsetningene som er lagt til grunn, indikerer den økonomiske konsekvensanalysen et negativt resultat for DMS Brønnøysund. For helseforetaket som helhet er effekten negativ i opptrappingsperioden frem til 2030. Når aktiviteten stabiliseres på 2030-nivå, indikerer analysene at endringer i inntekter og kostnader balanseres ut og effekten er tilnærmet null. Ulik effekt for DMS-et isolert og helseforetaket som helhet skyldes bl.a. at effekt av bortfall gjestepasientkostnader og reduserte pasientreiserefusjoner er lagt på helseforetaksnivå. Figur 1 viser årlig (stolpe) og akkumulert (linje) effekt på helseforetakets kontantstrøm og dermed bæreevne. Aktiviteten øker gradvis fra oppstart og frem til 2030. Fra 2030 og videre er aktivitetsnivået holdt stabilt, og tilsvarer aktiviteten lagt til grunn for dimensjoneringen av bygget.



Figur 1: Oppsummering økonomisk konsekvensanalyse for helseforetaket som helhet ved opprettelse av DMS Brønnøysund. Likviditetsperspektiv.

### 3 Forutsetninger for de økonomiske analysene

#### 3.1 Klassifisering av leieavtalen

Brønnøy kommune er eier av bygget og vil ivareta prosjektledelsen av byggeprosessen.

Helgelandssykehuset blir leietaker i det nye bygget. I styresak 50-2018 er det beskrevet at utbyggingen forutsetter en lang, kostnadsdekkende leieavtale med Helgelandssykehuset. I kostnadsberegningen fra Brønnøy kommune (per september 2018) er det vist til at Helgelandssykehuset er forventet å leie 85 % av byggets areal. Nåverdien av leieavtalen er estimert til i underkant av 140 mnok<sup>1</sup> (3,1 % rente, 50 år).

Regnskapsmessig behandling av leieavtaler avhenger av om avtalen klassifiseres som en operasjonell eller finansiell leieavtale. Klassifiseringen er en regnskapsmessig vurdering som er regulert i Regnskapsloven, herunder Norsk Regnskapsstandard (NRS) 14:

*Dersom det vesentligste av økonomisk risiko og kontroll knyttet til det underliggende leieobjekt er gått over på leietaker klassifiseres avtalen som finansiell og tilhørende eiendeler og forpliktelser skal balanseføres.*

Finansielle leieavtaler balanseføres og avskrives slik at foretaket får tilnærmet samme regnskapsføring som om eiendelene i stedet ble kjøpt direkte og finansiert med lån. Operasjonelle leieavtaler balanseføres ikke, og leiebetalingene kostnadsføres gjennom leieperioden.

Videre skiller dagens fullmaktstrukturer mellom operasjonelle og finansielle leieavtaler. I foretaksmøtet i Helse Nord RHF 7. januar 2015, sak 4 *Endringer i vedtektene*, ble vedtektene endret slik at de regionale helseforetakene kan inngå finansielle leieavtaler. Konkret ble § 12 *Låneopptak* endret til<sup>2</sup>:

*Helse Nord RHF kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger. Helse Nord RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet. [...]*

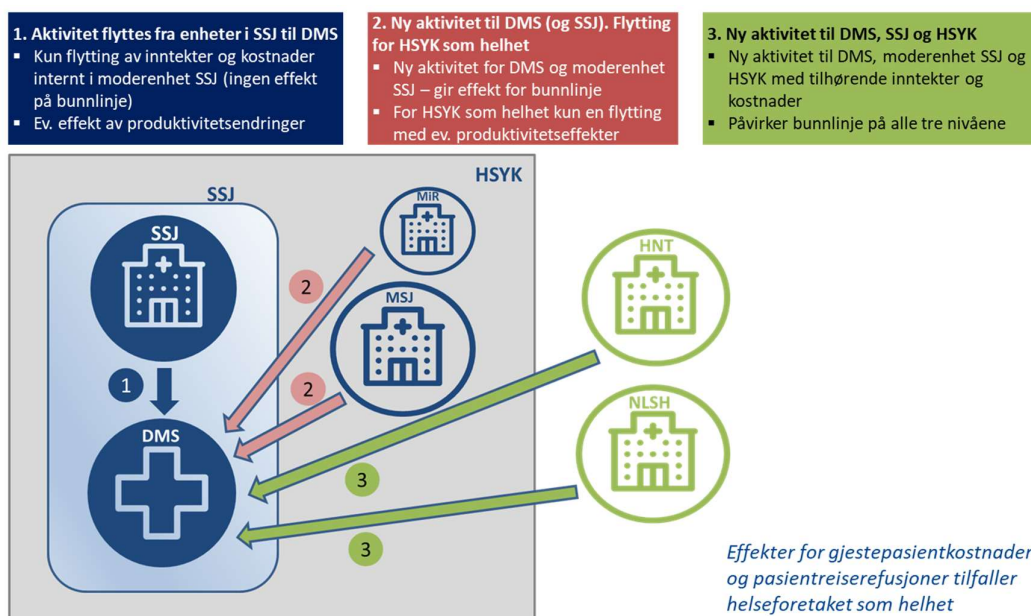
<sup>1</sup> DMS Sør-Helgeland - Kostnadsberegning, datert 17.09.2018. Mottatt per e-post fra Bjørn Bech-Hanssen 20.19.

<sup>2</sup> Protokoll fra foretaksmøte Helse Nord RHF. Krav og ramme m.v. for 2015. Foretaksmøte 7. januar 2015. Sak 4 *Endringer i vedtektene*.

Det foreligger ikke på nåværende tidspunkt noen vurdering av hvordan den skisserte leieavtalen skal klassifiseres. Helgelandssykehuset anbefales å konsultere revisor for å vurdere klassifisering av avtalen, herunder vurdere fullmakt til å inngå en finansiell avtale av skissert verdi. Som en forenkling er det i analysene lagt til grunn at leiebetalingene kostnadsføres tilsvarende en operasjonell leieavtale. Endret klassifisering vil ikke ha likviditetseffekter.

### 3.2 Overordnet om fremgangsmåte og metodikk

Formålet med analysene har vært å vurdere økonomiske konsekvenser av å etablere et DMS i Brønnøysund. Mye av aktiviteten foregår i dag ved andre enheter i Helgelandssykehuset, og er slik sett kun en flytting av tilbud/behandling. Flytting av inntekter og kostnader mellom organisatoriske enheter gir i seg selv ingen økonomisk endring, men kan gi andre effekter som f.eks. økt totalbemanning eller reduserte reiserefusjoner. Disse effektene vil kunne slå ulikt inn på de ulike organisatoriske enhetene og nivåene. Figur 2 illustrerer hvordan ulike pasientstrømmer gir ulike effekter for de ulike organisatoriske nivåene i Helgelandssykehuset.



Figur 2: Illustrasjon effekt av ulike pasientstrømmer for de ulike enhetene/nivåene.

Fokuset for dette arbeidet har vært nettoendringer for DMS-virksomheten i Brønnøysund og nettoendring for helseforetaket som helhet. Den overordnede fremgangsmåten er illustrert i Tabell 1. Nettoendring for helseforetaket som helhet er inkludert i analyser av økonomisk bæreevne (eget arbeidet for prosjekt Helgelandssykehuset 2025).

Tabell 1: Overordnet fremgangsmåte for økonomisk konsekvensanalyse DMS Brønnøysund.

$\Delta$ Driftsinntekter
– $\Delta$ Driftskostnader
<b>= <math>\Delta</math> Nettoeffekt DMS</b>
$\pm$ Effekt eksisterende tilbud Br.S.
$\pm$ Effekt øvrig virksomhet HSYK
$\pm$ Effekt øvrig virksomhet MSJ og MiR
+ Bortfall gjestepasientoppgjør
+ Reduserte pasientreiserefusjoner
<b>= Nettoeffekt for HSYK</b>

I det videre gis en kort oppsummering av aktivitetsforutsetningene som er lagt til grunn, og deretter en gjennomgang av de ulike effektene som er estimert og inkludert i analysen.

### 3.3 Aktivitetsgrunnlag

Tabell 2 viser aktivitetsgrunnlaget som er lagt til grunn ved beregning av inntekts- og kostnadseffekter. Da hensikten er å vurdere endringer fra dagens situasjon, er målet å kartlegge den nye aktiviteten, med tilhørende inntekter og kostnader, som vil foregå i Brønnøysund.

De fremskrevne aktivitetstallene for 2030 innebærer at DMS-et behandler 80 % av pasienter fra Sør-Helgeland som i dag får et tilbud i andre enheter i Helgelandssykehuset, samt hjemhenting av 80 % og 50 % av pasienter fra hhv. Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset. Aktivitetsnivået er omtrent tilsvarende dimensjoneringsgrunnlaget for bygget. Mindre avvik skyldes oppdaterte vurderinger for dagbehandlingene og bildediagnostikk, og noe omgrupperinger av HDG-ene.

Det er tatt utgangspunkt i en gradvis opptrapping av aktivitet fra oppstart og fram til 2030. For pasientgruppene merket med gul uthevingsfarge er det gjort vurderinger av aktivitetsnivå som kan være realistisk å oppnå i 2021. For gruppene merket med grå uthevingsfarge er det antatt at aktivitet i 2021 tilsvarer aktiviteten i 2017. Opptrappingen er antatt lineær fra 2022 til 2030.

Merk at øye foreløpig er tenkt ivaretatt av avtalespesialist, og vil dermed ikke gi direkte inntekter eller kostnader for DMS-et. Disse 2.000 konsultasjonene er derfor holdt utenfor kolonnene for ny aktivitet i 2021 og 2030. For bildediagnostikk er det benyttet et lavere volum enn det som fremkommer av framskriving fra Sykehusbygg HF. Framskrivning fra Sykehusbygg HF mistenkes å inkludere aktivitet som ikke vil være aktuelt å håndtere i et DMS. Det er startet dialog for å undersøke dette nærmere, og aktivitetsforutsetningene for bildediagnostikk vil kunne bli oppdatert i en senere fase.

Tabell 2: Totalaktivitet ved DMS for de aktuelle kommunene (2021 og 2030) samt estimering av ny aktivitet (2021 og 2030).

Polikliniske konsultasjoner per HDG	2021		2030		2017-akt. Br.sund omgruppert		2021		2030	
	Antall	Antall	Antall	DRG	Antall NY	Antall NY	Antall NY	Antall NY		
2 Øyesykdommer	0	2 000		0	0	0	0	0		
3 Øre-, nese- og hals sykdommer (inkl. 7010)	500	1 649		7	0	493	1 642			
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	800	821	800	18	0	0	21			
Generell indremedisin (4,6,7,10,11,12,16,17,18,23,30 og 40)	1 000	2 025	141	5	859	1 884				
Generell kirurgi (5,6,7 og 12,16,17,18,23,30 og 40)	250	675	126	5	124	549				
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	250	1 325	39	1	211	1 286				
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	600	1 139	591	14	9	548				
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	300	414	218	8	82	196				
1 Sykdommer i nervesystemet	46	765	46	2	0	719				
9 Sykdommer i hud og underhud	54	863	54	2	0	809				
15 Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	56	88	56	2	0	32				
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	9	64	9	1	0	55				
21 Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer,	2	39	2	0	0	37				
22 Forbrenninger	0	0	0	0	0	0				
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	0	1	0	0	0	1				
<b>Delsum</b>	<b>3 867</b>	<b>11 868</b>	<b>2 089</b>	<b>59</b>	<b>1 778</b>	<b>7 779</b>				
Bilediagnostikk	2 000	3 000	0		2 000	3 000				
Kreftpoliklinikk - Cytostatika	200	400	0		200	400				
Dialyse	400	400	400		0	0				
Lysbehandling	100	339	49		51	290				
<b>Delsum</b>	<b>2 700</b>	<b>4 139</b>	<b>449</b>		<b>2 251</b>	<b>3 690</b>				
<b>SUM</b>	<b>6 567</b>	<b>16 007</b>	<b>2 538</b>		<b>4 029</b>	<b>11 469</b>				

## 3.4 Driftsinntekter

### 3.4.1 ISF-inntekter

Beregning av ISF-inntekter baserer seg på estimater for ny aktivitet og estimerte DRG-poeng. DRG-poengene er estimert på bakgrunn av dagens DRG-poeng for de enkelte HDG-gruppene og dagbehandlingene. Fremgangsmåten tar høyde for eventuelle forskjeller i DRG-poeng for aktiviteten som i dag foregår internt i Helgelandssykehuset, og det som hjemhentes fra hhv. Helse Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset. Det er benyttet enhetspris for 2017 på 42.753 kroner og 50 % ISF-finansiering.

### 3.4.2 Egenandeler og pasientbetalinger

Det påløper en egenandel for undersøking, behandling og kontroll på poliklinikk av spesialist. For 2017 utgjorde satsen 351 kroner, og er tillagt for alle polikliniske konsultasjoner. Det er lagt til grunn at dagbehandlingene kun gir ISF-inntekter og er derfor holdt utenfor her.

For bildediagnostikk tilkommer egenandelen pluss en tilleggssats for røntgen, ultralyd eller nukleærmedisinsk undersøking på 250 kroner (2017-sats).

Det er benyttet et materialgebyr (utgifter til bandasjemateriell/bedøvingsmiddel) på 15 kroner per kontakt (dvs. både for poliklinikk, dagbehandling og bildediagnostikk). Satsen på 15 kroner er basert på gjennomgang av regnskapstall ved dagens polikliniske enheter i Helgelandssykehuset, og er et estimert gjennomsnittstall per kontakt.

### 3.4.3 Leieinntekt avtalespesialist Øye

Aktiviteten innenfor øye er på nåværende tidspunkt forutsatt ivaretatt av en avtalespesialist. Det vil følgelig ikke genereres noen inntekter for denne pasientgruppen, men det vil kunne genereres leieinntekter fra spesialisten som er tenkt å flytte inn i bygget. Arealbehovet for øye er estimert til 40 kvm<sup>3</sup>. Det er antatt at arealet leies ut etter prinsipp om kostnadsdekkende leie. Det er også forutsatt dekning av andel FDV-kostnader.

## 3.5 Driftskostnader

### 3.5.1 Leiekostnader

Leiekostnader forekommer fra seneste kostnadsberegning gjennomført av Brønnøy kommune (datert 17.09.2018<sup>1</sup>), og er estimert til å utgjøre 5,025 mnok per år.

### 3.5.2 FDV-kostnader

FDV-kostnader refererer til kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold. Satser for FDV og renhold er hentet fra seneste kostnadsberegning fra Brønnøy kommune (datert 17.09.2018<sup>1</sup>). Sats for energi/forsyning er basert på erfaringstall fra Helgelandssykehuset v/ enhet Drift og eiendom. Disse kostnadene er estimert til å utgjøre ca. 1,46 mnok per år.

### 3.5.3 Lønnskostnader

I styresak 50-2018 ble det beskrevet behov for økte lege- og sykepleierressurser til DMS Brønnøysund. Behovet for nyrekruttering er bearbeidet i forbindelse med dette arbeidet. Det er vektlagt at utstrakt ambulering ikke vil være et realistisk alternativ gitt forespeilet volum og dagens sykehusstruktur. Fra oppstart av DMS-et har man valgt å styrke med et halvt årsverk for bioingeniør samt ett årsverk knyttet til administrative oppgaver.

Det er vurdert som hensiktsmessig at spesialistene som betjener DMS-et også er tilknyttet et større sykehusmiljø. Det er på nåværende tidspunkt tatt utgangspunkt i en fordeling på 60/40 på hhv. DMS-et og Sandnessjøen. Det er i dag en del innleie av spesialister ved sykehusenhetene. Dette vil kunne reduseres ved at de nyansatte bruker deler av sin tid ved sykehusenhetene. I sum er det estimert en lønnskostnad for DMS Brønnøysund på ca. 7,9 mnok kroner ved oppstart av DMS.

For å nå fremskrevet aktivitet i 2030 vurderes det å være behov for å styrke bemanningen ytterligere innen enkelte spesialiteter. Dette gjelder i hovedsak spesialister innen nevrologi, hud, ortopedi og indremedisin. I tillegg vurderes det å være behov for å øke med ytterligere ett sykepleierårsverk. I sum er dette estimert til å gi en økning i lønnskostnad for DMS Brønnøysund på ca. 3,8 mnok fra 2028.

---

<sup>3</sup> Konseptrapport datert 31.05.2016, tabell 6.1. Øye antas å ha behov for ett spesialrom à 40 kvm.



Tabell 3: Årlige lønnskostnader nyrekruttering fra oppstart (2021) og økning fra 2028.

NY REKRUTTERING:

Funksjon	Antall	Andel i Br.sund	Årslønn/ minstelønn 10 år ans.	Helgelands- tillegg	Antatt indiv. tillegg	Sum lønn DMS	Lønn bel. annen enhet	Redusert innleie	
Radiolog	1	0,6	794 200	22 000	250 000	639 720	426 480	554 424	
Indremedisiner	1	0,6	794 200	22 000	250 000	639 720	426 480	554 424	
ØNH-Lege	1	0,6	794 200	22 000	250 000	639 720	426 480	554 424	
Legeressurs for kreftpoliklinikk og dialyse	1	0,4	794 200	22 000	250 000	426 480	639 720	831 636	
Kreftsykepleiere	2	1	525 000			1 050 000	0	0	
Radiografer	2	1	476 900			953 800	0	0	
Sykepleiere	2	1	490 000			980 000	0	0	
Bioingeniør	1	0,5	476 900			238 450	238 450	309 985	
Administrativ personell	1	1	500 000			500 000	0	0	
Sum						6 067 890	2 157 610	2 804 893	
Sats for sosiale kostnader						30 %	Tillegg aga, pensjon, ++	1 820 367	647 283
								-	
						<b>Sum inkl. tillegg</b>	<b>7 888 257</b>	<b>2 804 893</b>	<b>2 804 893</b>

NY REKRUTTERING FOR Å KLARE AKTIVITETSIVÅ TILSVARENDE 80 % AV 2030-VOLUM (LAGT INN FRA 2028):

Funksjon	Antall	Andel i Br.sund	Årslønn/ minstelønn 10 år ans.	Helgelands- tillegg	Antatt indiv. tillegg	Sum lønn DMS	Lønn bel. annen enhet	Redusert innleie	
Nevrolog	1	0,6	794 200	22 000	250 000	639 720	426 480	554 424	
Ortoped	1	0,6	794 200	22 000	250 000	639 720	426 480	554 424	
Hudlege	1	0,6	794 200	22 000	250 000	639 720	426 480	554 424	
Legeressurs for kreftpoliklinikk og dialyse	1	0,5	794 200	22 000	250 000	533 100	533 100	693 030	
Sykepleier	1	1	490 000	0	0	490 000	0	0	
Sum						2 942 260	1 812 540	2 356 302	
Sats for sosiale kostnader						30 %	Tillegg aga, pensjon, ++	882 678	543 762
								-	
						<b>Sum inkl. tillegg</b>	<b>3 824 938</b>	<b>2 356 302</b>	<b>2 356 302</b>

Ved nyansettelser anses det som mest aktuelt med kontrakter med delt arbeidssted. Slike kontrakter vil ikke ha kompensasjon for ambuleringskostnader, men det kan påløpe ambuleringskostnader i spesielt oppstartsfasen og ved sykdom/permisjon. Dette er ikke inkludert i analysen på nåværende tidspunkt.

Det er lagt til grunn at vaktlønn er uendret. Eventuell effekt for utvidet arbeidstid er for usikkert til å estimere på nåværende tidspunkt og er ikke inkludert.

### 3.5.4 Varekostnader

For varekostnader er det benyttet en forenklet antakelse om at disse utgjør 15 % av lønnskostnader for DMS Brønnøysund.

### 3.5.5 Bolig og reise, legeårsverk

Det vil kunne påløpe kostnader knyttet til dekning av bolig og reise for leger. Basert på erfaringstall, er det lagt til grunn kostnader på 0,2 mnok årlig.

### 3.5.6 Andre driftskostnader

Det er inkludert kostnader knyttet til drift- og vedlikehold av MTU. Det er benyttet en forenklet antakelse om at disse utgjør 10 % av årlig avskrivingskostnad.

### 3.6 Effekt eksisterende tilbud i Brønnøysund

Det foregår allerede i dag en del aktivitet i Brønnøysund. Får å unngå dobbelttelling, er effekter for aktivitetsdrevne inntekter og kostnader beregnet ved at det er tatt utgangspunkt i ny aktivitet i regi av DMS Brønnøysund (jf. Tabell 2 på side 7, siste to kolonner). Dette vil spesielt gjelde kardiologi, fødestue og dialyse. Det vil kunne være noen stordriftsfordeler ved nyrekruttering og økt aktivitetsnivå, men det er krevende å estimere på nåværende tidspunkt.

Det er derimot tatt høyde for bortfall av enkelte leiekostnader. Ved bruk av nytt bygg vil dagens leiekostnader for poliklinikk i Brønnøysund falle bort. Videre er det planlagt at ambulansestasjonen i Brønnøysund flytter inn i nye lokaler i tilknytning til DMS-et. Dette gir bortfall av leiekostnader for dagens ambulansestasjon. Disse to effektene utgjør i sum ca. 0,36 mnok årlig.

### 3.7 Effekt øvrig virksomhet i Helgelandssykehuset

#### **Inntekt- og kostnadseffekter**

Flytting av pasienter internt i Helgelandssykehuset til DMS-et gir f.eks. både inntektstap og reduksjon i varekostnader ved enhetene som ivaretar denne aktivitet i dag. Det er lagt til grunn at denne effekten tilsvarer inntekter og varekostnader som tilfaller DMS Brønnøysund for disse pasientene. Varekostnader for pasienter som flyttes internt i Helgelandssykehuset er estimert med utgangspunkt i andelen av totalt antall kontakter.

#### **Bemannings effekter**

Det er vurdert som hensiktsmessig at spesialistene som betjener DMS-et også er tilknyttet et større sykehusmiljø. Det er tatt utgangspunkt i en fordeling på 60/40 på hhv. DMS-et og Sandnessjøen. Dette innebærer at 40 % av lønnskostnadene belastes Sandnessjøen. Videre er det i dag en del innleie av spesialister ved sykehusenhetene. Behovet for innleie vil kunne reduseres ved at de nyansatte bruker deler av sin tid ved sykehusenhetene. Det er antatt at reduksjon i innleie tilsvarer lønnskostnaden som belastes Sandnessjøen, og dermed at nettoeffekten for moderenhet Sandnessjøen blir null.

Hovedtyngden av pasientstrømmen som tilflytter DMS Brønnøysund vil komme fra Sandnessjøen. De to største fagområdene som planlegges i DMS-et er bildediagnostikk og cytostatika, og vil innebære en betydelig nedgang i aktiviteten ved Sandnessjøen. Innen røntgen er det per i dag en sårbar vaktordning, noe som vil kreve opprettholdelse av nåværende bemanning ved øvrige enheter. Videre er det per i dag kun 2 kreftsykepleiere ved Sandnessjøen, noe som vurderes til å være minimumsbemanning innen kreftomsorgen. Følgelig er det på nåværende tidspunkt krevende å identifisere områder der bemanningen ved eksisterende enheter kan tilpasses. Det vil imidlertid vektlegges en fleksibilitet som sikrer ambulerende til Brønnøysund for å ivareta driften ved sykdommer, permisjoner etc.

Totalt impliserer dette en negativ totaleffekt for øvrige virksomheter i Helgelandssykehuset, ved at bortfall av inntekter for disse enhetene er høyere enn reduksjon i driftskostnader.

### 3.8 Bortfall av gjestepasientoppgjør

Hjemhenting av pasienter fra Helse Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset medfører bortfall av gjestepasientoppgjør for disse pasientene. I konseptfaserapporten er det lagt til grunn at 80 % og 50 % av pasientene fra Sør-Helgeland som går til hhv. Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset hentes hjem. Da det vil ta tid å snu pasientstrømmen, er det lagt til grunnen gradvis tilbakeføring i tråd med den gradvise opptrappingen av aktiviteten (lineært). Det er antatt at den fremtidige fordelingen av pasienter og DRG ved Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset tilsvarer fordeling i 2017. Det er benyttet DRG-enhetspris på 42.753 kroner (2017-sats) og gjestepasientoppgjør på 80 %.

### 3.9 Reduserte pasientreiserefusjoner

Kortere reisevei for pasienter fra Sør-Helgeland vil gi reduksjon i pasientreiserefusjoner. Det forutsettes at 80 % av kontaktene utløser refusjon. Andelen er basert på erfaringstall fra Helgelandssykehuset og knytter seg til at én reise kan innebære flere kontakter (samordning mellom ulike tilbud når pasienten først skal til sykehuset).

Effekten vil avhenge av hvor pasientene reiser til i dag. Helgelandssykehuset har i løp av våren 2018 estimert potensial for reduksjon i refusjoner for pasienter fra hhv. Helse Nord-Trøndelag, Nordlandssykehuset og Sandnessjøen. Satsene er basert på differansen mellom dagens faktiske refusjoner og estimater for nye reisekostnader ved reising til DMS Brønnøysund. Satsene som er benyttet utgjør 2.472 kr/kontakt for pasienter fra Nord-Trøndelag, 2.126 kr/kontakt for pasienter fra Nordlandssykehuset og 917 kr/kontakt for pasienter fra Sandnessjøen. Satsen for Sandnessjøen er benyttet for alle kontakter fra innad i Helgelandssykehuset.

### 3.10 Øvrige forutsetninger

#### **Analyseperiode**

Vanlig praksis for økonomiske analyser er at de skal dekke både byggeperioden og investerings økonomiske levetid. For dette prosjektet er derimot Brønnøy kommune eier av bygget, mens Helgelandssykehuset blir leietaker. Den relevante analyseperioden for Helgelandssykehuset er derfor fra planlagt oppstart av drift i nytt DMS (2020/2021). For å forenkle analysearbeidet er det gjort årlige vurderinger fra 2021 og frem til 2030. Fra år 2030 er det antatt at aktivitetsnivået og alle økonomiske effekter stabiliseres, og videreføres uendret i årene fremover.

#### **Regnskapsmessige effekter**

Så lenge leieavtalen klassifiseres som en operasjonell leieavtale, vil den eneste forskjellen mellom regnskapsmessige- og kontantstrømeffekter være avskrivninger av MTU-investeringer.

Det er lagt til grunn en totalinvestering i MTU på i underkant av 24 mnok<sup>4</sup>. I tråd med styresak 23-2018 *Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering investeringsplan - Oppdatert bærekraftsanalyse* er det forutsatt at 12 mnok investeres i 2020<sup>5</sup>, mens resterende investeringsbehov er antatt dekket i 2025. Investeringene avskrives lineært med en avskrivningstid på 10 år.

---

<sup>4</sup> Hovedprogram utstyr (HPU) DMS Sør-Helgeland, datert 27.04.2016, pkt. 9 – *Kostnadsoverslag*, tabell med *Kostnadsoverslag samlet kun spesialisthelsetjenesten*, s. 8.

<sup>5</sup> HSYK styresak 23/2018: *Innspill til plan 2019-2022, inkludert rullering investeringsplan - Oppdatert bærekraftsanalyse*, pkt 4.1 *Innspill til investeringsplan*.

## 4 Resultater

Tabellene nedenfor gir en oppsummering av estimatene per linje for både likviditets- og regnskapsperspektivet. For mer detaljerte beregninger og underlag vises det til analysemodellen.

Tabell 4: Oppsummering kontantstrømeffekter ved opprettelse av DMS Brønnøysund - både DMS isolert og helseforetaket som helhet.

EFFEKT KONTANTSTRØM (mnok)	2021	2022	2023	...	2030
				...	
ISF-inntekter	2,0	2,9	3,8	...	9,8
Pasientbetalinger	1,6	1,9	2,2	...	4,7
Andre inntekter	0,2	0,2	0,2	...	0,2
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>3,7</b>	<b>5,0</b>	<b>6,2</b>	...	<b>14,7</b>
				...	
Leiekostnader	5,0	5,0	5,0	...	5,0
FDV-kostnader	1,5	1,5	1,5	...	1,5
Lønnskostnader ny rekruttering	7,1	7,9	7,9	...	11,7
Varekostnader	1,1	1,2	1,2	...	1,8
Bolig og reise, legeårsverk	0,2	0,2	0,2	...	0,2
Andre driftskostnader	0,1	0,1	0,1	...	0,2
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>14,9</b>	<b>15,9</b>	<b>15,9</b>	...	<b>20,4</b>
<b>Netto årlig kontanteffekt DMS</b>	<b>-11,2</b>	<b>-10,9</b>	<b>-9,7</b>	...	<b>-5,7</b>
				...	
Nettoeffekt eksisterende tilbud Br.sund	0,4	0,4	0,4	...	0,4
Nettoeffekt internt i HSYK	-1,9	-2,7	-3,6	...	-9,5
Nettoeffekt bortfall gjestepasientoppgjør	1,0	1,4	1,8	...	4,7
Nettoeffekt transport	2,6	3,4	4,2	...	10,1
<b>Netto årlig kontanteffekt for HSYK</b>	<b>-9,1</b>	<b>-8,4</b>	<b>-6,9</b>	...	<b>-0,1</b>

Tabell 5: Oppsummering regnskapseffekter ved opprettelse av DMS Brønnøysund - både DMS isolert og helseforetaket som helhet.

EFFEKT REGNSKAP (mnok)	2021	2022	2023	...	2030
				...	
Driftsresultat DMS	-11,2	-10,9	-9,7	...	-5,7
Avskrivinger MTU	1,2	1,2	1,2	...	2,4
Andre regnskapsmessige effekter				...	
<b>Regnskapsresultat DMS</b>	<b>-12,4</b>	<b>-12,1</b>	<b>-10,9</b>	...	<b>-8,1</b>
Andre netto regnskapseffekter	2,1	2,5	2,8	...	5,6
<b>Regnskapseffekt for HSYK</b>	<b>-10,3</b>	<b>-9,6</b>	<b>-8,1</b>	...	<b>-2,5</b>