

Memo

TIL: Alta kommune v/ Rådmannen
FRA: Oslo Economics AS
EMNE: Vurdering av notat fra Helse Nord om sykehusstruktur i Vest-Finnmark
DATO: 24. oktober 2017

1. Sammendrag

Oslo Economics har på oppdrag fra Alta kommune gjennomgått notatet som legges frem for styret i Helse Nord RHF på styremøte 25/10 2017 i sak 112-2007. Gjennomgangen har måttet skje innenfor en begrenset tidsperiode og er derfor overordnet i sin form. Gjennomgangen konsentrerer seg om Helse Nord-notatets kapittel 3, som er viet til en kritikk at Oslo Economics-rapporten *Samfunnsvirkninger av endret sykehusstruktur i Vest-Finnmark (OE-rapporten)*, utarbeidet for Alta kommune. Helse Nord RHF har selv ikke utredet samfunnsvirkninger av endret sykehusstruktur, til tross for at nye sykehusbygg skal møte befolkningens behov i mange tiår fremover.

Helse Nord har i notatet i svært liten grad dokumentert nye data eller nye analyser som kan styrke informasjonsgrunnlaget i diskusjonen om sykehusstruktur i Vest-Finnmark. Det brukes til dels sterke ord for å kritisere innholdet og konklusjonene i OE-rapporten, uten at disse synspunktene understøttes av data. Dette er synd, fordi det i denne saken er et stort behov for at Helse Nord kommer på banen med en grundig utredning av alle sider ved saken, basert på de omfattende datakildene som regionhelseforetaket selv har tilgang til.

Hverken når det gjelder reisetid/tilgjengelighet/transport, investeringskostnad, driftskostnad, kostnad ved flytting av ansatte, kvalitet for tjenestetilbudet eller virkninger for befolkning og næringsliv, fremmer Helse Nord argumenter som tilsier at det er feil eller mangler i OE-rapporten. Helse Nord avdekker derimot foretakets mangelfulle forståelse for rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser på flere felter, særlig knyttet til forskjellen på samfunnsøkonomiske kostnader og fordelingsvirkninger.

Flere av påpekningene til Helse Nord må være basert på misforståelser. Disse misforståelsene kunne enkelt vært oppklart ved grundigere lesning av OE-rapporten eller et møte med rapportens forfattere. Helse Nord gjør også et stort nummer av å peke på usikkerhet, akkurat slik det gjøres i OE-rapporten. Helse Nord har tilgang til data som ville kunne redusert denne usikkerheten, og det er uheldig at de ikke har benyttet tiden til å gjennomføre egne analyser som ville kunnet tilført ny informasjon og redusert usikkerhet.

Siden OE-rapporten ble publisert for om lag ett år siden, har det fremkommet at det nå planlegges å bygge et fullstendig nytt sykehus på ny tomt i Hammerfest, uten gjenbruk av eksisterende bygningsmasse. Dermed bør det kunne legges til grunn at det ikke vil være høyere investeringskostnader ved å bygge sykehuset i Alta sammenlignet med i Hammerfest. Dette endrer én av forutsetningene i OE-rapporten, slik at den positive nettonåverdien ved en flytting av sykehuset til Alta øker fra OE-rapportens 450 millioner kroner til om lag 600 millioner kroner. Helse Nord-notatet har ikke avdekket feil eller mangler ved OE-rapporten som gir behov for andre endringer enn dette.

Det som først og fremst tydeliggjøres i Helse Nord-notatet, er kostnaden ved å ta viktige beslutninger på et mangelfullt grunnlag. At det er igangsatt kostbare prosjekter for utvikling i Alta og Hammerfest, uten at det er gjennomført dekkende utredninger av konsekvensene, medfører en betydelig kostnad for foretaket som kan være irreversibel.

Administrerende direktør i Helse Nord er i den utsendte styresaken tydelig i sin vurdering: *Adm. direktør vil til slutt vise til vedlegg 1, og si at spørsmål om flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta, ikke er*

ansett som et alternativ. Dette bærer også hele notatet preg av; det er ikke gjort noe forsøk på å vurdere virkningene av en flytting, hverken for helseforetaket eller for samfunnet. Dermed er OE-rapporten fortsatt den eneste faktabaserte vurderingen av virkningene av en flytting av sykehuset fra Hammerfest. OE-rapporten viser tydelig en rekke fordeler med å flytte sykehuset til Alta, og det er beklagelig at Helse Nord ikke ønsker å forholde seg til disse funnene.



2. Kort om oppdraget

Alta kommune ved Rådmannen har bedt Oslo Economics AS om å gjennomgå notatet om sykehusstruktur i Vest-Finnmark som skal behandles på Helse Nord's styremøte 25/10 2017 som sak nummer 112-2017 (*Alternative løsninger for sykehusstrukturen i Finnmark*, datert 13/10 2017, heretter omtalt som Helse Nord-notatet).

Grunnet den korte tid som har vært tilgjengelig, vil alle vurderinger være overordnede. Formålet med oppdraget er å oppklare eventuelle misforståelser og påpeke eventuelle feil og mangler som måtte være i notatets kapittel 3, som kommenterer Oslo Economics' utredning *Samfunnsvirkninger av endret sykehusstruktur i Vest-Finnmark* (datert 14. oktober 2016, heretter omtalt som OE-rapporten).

Arbeidet med denne gjennomgangen har foregått i perioden 20/10-24/10 2017.

3. Vurderinger av Helse Nord-notatet

Vi vil her gjennomgå Helse Nord-notatets kapittel 3, og følger den strukturen som er i notatet.

3.1 Vurderinger reisetid/tilgjengelighet/transport

3.1.1 Reisetid ved transport i bil ved planlagt behandling

Det er positivt at Helse Nord bekrefter at reisetiden for innbyggerne i Vest-Finnmark i snitt er vesentlig kortere til Alta enn til Hammerfest, slik OE-rapporten viser. Helse Nord synes her å ha gjennomført sine egne beregninger, og finner at reisetiden i OE-rapporten er noen få minutter for lang til Hammerfest og noen få minutter for kort til Alta. Det fremstilles i Helse Nord-notatet som at denne forskjellen skyldes at Helse Nord har benyttet mer nøyaktige data for reisetider langs vei.

Helse Nord skriver: *Gjennomsnittlig reisetid er noe lengre til Alta og en god del kortere enn til Hammerfest, dersom man bruker no.avstand.org som kilde for reiseavstander og reisetid for ulike strekninger. Denne kilden korrigerer for ulike hastigheter på ulike veistrekninger.*

Ut fra denne formuleringen skulle man tro at no.avstand.org har andre og bedre datakilder enn Google maps, som er benyttet som datakilde i OE-rapporten. Nærmere undersøkelse av no.avstand.org gir ingen dekning for dette, det synes derimot som at denne siden benytter reisetidsdata fra Google. Der det derimot synes å være en forskjell, er hvilket årstall analysen er gjort for. Det synes som om Helse Nord har benyttet innbyggertall i 2017, mens OE-rapporten benytter innbyggertall for 2040, slik det er tydelig gjort rede for. Det synes klart at reisetid i 2040 er mer relevant enn reisetid i 2017 for et sykehus som skal stå klart rundt år 2025, og ha en levetid på om lag 40 år. I og med at befolkningsutviklingen i Vest-Finnmark i alle SSBs fremskrivninger preges av en sterk vekst i Alta-området, er det klart at forskjellen mellom reisetid til Alta og Hammerfest for gjennomsnittsinbyggeren vil øke med tiden. Det er uklart hvorvidt Helse Nord mener at 2017-befolkningen er mer relevant enn 2040-befolkningen, eller om dette beror på en misforståelse. Det er også uklart hvorvidt Helse Nord har mer informasjon om datagrunnlaget bak no.avstand.org enn det som fremgår på nettsiden, som faktisk kan underbygge at disse dataene er bedre enn Google-dataene.

Derfor må det ytterligere dokumentasjon til før Helse Nord kan sies å ha grunnlag for siste delsetning i følgende påstand i notatet: *Det er riktig at lengre reisetid til Hammerfest i gjennomsnitt er høyere enn til Alta, men nåverdieffekten i Alta-rapporten er overvurdert.*

Det er også verdt å merke seg at OE-rapporten ikke har inkludert den positive virkningen av redusert avstand til sykehus for innbyggerne i de tre Troms-kommunene som oppstår dersom et sykehus lokaliseres til Alta, og innbyggerne i de tre kommunene velger å benytte sitt nærmeste sykehus. Dersom innbyggerne i disse tre kommunene hadde blitt inkludert i analysen, hadde nåverdien knyttet til reisetid i favør sykehus i Alta økt fra 200 millioner kroner til nesten 290 millioner kroner.

Helse Nord skriver videre følgende: *Det fremgår av rapporten at man har forutsatt at reisetid fortrenger arbeidstid for den yrkesaktive delen av befolkningen som skal til planlagt behandling, og at den på grunn av lengre reiser vil gi større fortrengning av arbeidstid ved opprettholdelse av Hammerfest enn ved flytting til Alta.*

Her har Helse Nord misforstått. Som det tydelig fremgår av OE-rapporten, er det bevisst valgt å ikke benytte tidskostnad for tjenestereiser: TØI viser til to ulike tidskostnader; en for alle reiser, og en for tjenestereiser. Det kan argumenteres for at de fleste reiser til sykehus skjer i arbeidstid, og at reisetiden således fortrenger arbeidstid. Da vil det være mest riktig å benytte satsen for tjenestereiser. Samtidig vil det være mange pasienter som ikke er i jobb, og enkelte vil ta igjen tapt arbeidstid på et annet tidspunkt. Som en konservativ tilnærming har vi derfor benyttet satsen for alle reiser, som er 171 kroner per time, målt i 2009-kroner. Dersom tidskostnaden for tjenestereiser hadde blitt benyttet, ville dette økt nåverdien i favør av sykehus i Alta fra 200 millioner til drøyt 350 millioner kroner, slik det fremgår av OE-rapportens fotnote 25.

Helse Nord konkluderer med følgende når det gjelder beregningene av kostnader knyttet til reise ved planlagt behandling: *Det er uklart hvordan regnestykket der man kommer frem til 200 mill. kroner er gjennomført. Posten synes å være for høy og anslag på verdien vil ikke kunne gjøres uten at det blir gjort korrigerende beregninger.*

Alle sentrale forutsetninger som er tatt i beregningen som leder frem til nåverdien på 200 millioner kroner er dokumentert i OE-rapporten, så det burde ikke være uklart hvordan regnestykket er blitt gjennomført. Regnearket som viser beregningen kunne selvsagt også vært fremlagt for Helse Nord dersom de hadde bedt om dette.

3.1.2 Andre kostnader knyttet til transport ved planlagt behandling

Om kostnader knyttet til bruken av transportmidler utenom ambulanse for transport til sykehus, skriver Helse Nord blant annet følgende: *Finnmarkssykehuset sine årlige kostnader til pasientreiser er ca. 180 mill. kr.*

OE-rapporten har tatt utgangspunkt i tallene som er offentliggjort i note 8 i Finnmarkssykehusets årsregnskap, som i 2015 var 208,3 millioner kroner. I 2016 har dette steget til 209,7 millioner kroner. Dersom Helse Nord har andre tall enn det som fremgår av årsregnskapet er dette selvsagt relevant for beregningene. OE-rapporten baserer seg kun på offentlig tilgjengelige data. Det hadde vært en fordel om Helse Nord-notatet hadde redegjort for hva forskjellen mellom de 180 millionene og de regnskapsførte 209,7 millionene skyldes.

Forskjellen mellom 180 millioner og 208,3 millioner, som er benyttet i OE-rapporten, er 14 %. Dersom 180 millioner er den korrekte årlige kostnaden, vil dette dermed endre nåverdiestimatet i OE-rapporten fra knapt 420 millioner kroner til drøyt 360 millioner kroner.

OE-rapporten er tydelig på at datagrunnlaget som er offentlig tilgjengelig gir grunnlag for usikkerhet i vurderingene rundt kostnaden til transport: *Noe av kostnaden knytte til transportmidler vil knytte seg til transport av pasienter i Vest-Finnmark til andre sykehus, primært UNN. Vi har ikke grunnlag for å anslå hvor stor andel dette gjelder, eller hvordan dette volumet vil endre seg ved en flytting av sykehuset. Vi har derfor ikke hensyntatt dette i analysene.* Det må antas at Helse Nord har tilgang til mer detaljerte data, og dermed har mulighet til å gjennomføre en egen analyse med redusert usikkerhet. Det synes ikke som om Helse Nord har gjort dette. I stedet begrenser Helse Nord-notatet seg til å påpeke usikkerheten i estimatene i OE-rapporten, og det tilfører lite nytt, siden også OE-rapporten er helt åpen om denne usikkerheten.

3.1.3 Kostnad knyttet til veiulykker

Som Helse Nord korrekt påpeker er kostnader knyttet til veiulykker relativt liten. Videre skriver Helse Nord følgende: *Vi kan ikke se at det er gjort fordeling på transportmidler på denne posten og finner derfor at grunnlaget for denne posten er uklar.*

Det er tydelig gjengitt i OE-rapporten hvordan denne beregningen er foretatt. Det kan tenkes at en begrenset andel av den transport som i beregningen er forutsatt på vei skjer på vann eller i luften, men

med mindre Helse Nord kan dokumentere annet, er det ingen grunn til å tro at denne andelen er stor nok til å endre resultatet av beregningen i vesentlig grad.

3.2 Vurdering investeringskostnad

Helse Nord skriver følgende: *Det ikke tatt hensyn til at utvidelsen av tilbudet i Alta allerede er vedtatt, at kontrakter er inngått og bygging har startet. Dette innebærer at en allerede igangsatt investering med en prosjektramme på ca. 410 mill. kroner må stoppes. En beslutning om endring i forutsetningene vil gjøre at store deler av påløpte kostnader og forpliktelser må avskrives.*

Det er riktig at dette ikke er hensyntatt i OE-rapporten. Det har ikke vært mulig basert på offentlig tilgjengelige data å beregne hvor store forpliktelser Finnmarkssykehuset har pådratt seg her, og det har heller ikke vært mulig å gjøre en vurdering av hvorvidt det vil gå an å nyttiggjøre seg det arbeid som allerede er påbegynt til et annet formål. Det er således langt fra klart hvor stor denne kostnaden eventuelt er.

Videre skriver Helse Nord: *Prosjektet med nytt sykehus i Hammerfest er kommet så langt at konseptfasen ferdigstilles tidlig i 2018, og lånesøknad oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Utsettelse av dette vil gi merkostnader i størrelsesorden 150–200 mill. kroner. I tillegg kommer kostnader til minst 3–5 års utsettelse, med prisstigning og økte byggelånsrenter. Disse kostnadene er ikke tatt hensyn til i utredningen.*

Det redegjøres ikke for hva som gir disse merkostnadene på 150-200 millioner kroner, og det krever en nærmere gjennomgang før dette blir forståelig. Det er ikke opplagt at disse kostnadene er å regne som samfunnsøkonomiske kostnader. Alle typer kostnader vil være utsatt for prisstigning over tid. I samfunnsøkonomiske analyser benyttes prisnivået i henføringsåret (gjerne året analysen er gjennomført i eller året da tiltaket skal besluttes; i OE-rapporten år 2016). Prisstigning skal således ikke regnes inn, hverken for investeringskostnader eller andre kostnader. Som det står i Rundskriv R109/14: *Som hovedregel holdes alle priser reelt uendret gjennom analyseperioden i en samfunnsøkonomisk analyse. Dette innebærer at det forutsettes at alle priser vokser med samme vekstrate (med veksten i konsumprisindeksen).* Her tar altså Helse Nord feil når de mener dette er en mangel i OE-rapporten.

Det er heller ikke opplagt at kostnader som allerede er påløpt skal inkluderes i en samfunnsøkonomisk analyse. Veileder for samfunnsøkonomiske analyser skriver følgende: *Heller ikke kostnader som allerede har påløpt (engelsk: sunk cost), eller som det allerede er fattet beslutning om i prosjektet, skal inkluderes som en virkning av tiltakene som analyseres.*

Samtidig er det klart, at dersom kostnaden ved å bygge nytt sykehus i Hammerfest blir vesentlig lavere enn ved å bygge nytt sykehus i Alta, vil det påvirke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten i de to alternativene. OE-rapporten er tydelig på dette: *Det er derfor klart at konklusjonen i tidligfaseutredningen om nytt Hammerfest sykehus vil være helt avgjørende for hvorvidt det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å flytte sykehuset til Alta.*

OE-rapporten har, basert på offentlig tilgjengelig informasjon fra Idefaseutredningen, lagt til grunn en konservativ forutsetning om at det vil koste 200 millioner kroner mer (om lag 150 millioner i nåverdi) å bygge nytt sykehus i Alta sammenlignet med Hammerfest. Dette skyldes at det ville være mulig å gjenbruke noe eksisterende bygningsmasse i Hammerfest. I april 2017, et halvt år etter fremleggelsen av OE-rapporten, fattet Helse Nord vedtak om å gå videre med å bygge et fullstendig nytt sykehus i Hammerfest. Slik det fremgår av vedtaket, antas det at kostnaden er den samme uavhengig av om det bygges på eksisterende tomt i Hammerfest eller ny tomt i Hammerfest. I Styremøtet 25. oktober 2017 inviteres styret til å beslutte å bygge sykehuset på ny tomt i Hammerfest (Rossmolla). Det må derfor kunne legges til grunn at investeringskostnaden for nytt sykehus vil være tilsvarende også om sykehuset bygges på ny tomt i Alta. Dette endrer den konservative forutsetningen som er tatt i OE-rapporten, og den positive nåverdien av å flytte sykehuset til Alta øker da fra om lag 450 millioner kroner til 600 millioner kroner. En slik endring i forutsetningene kunne med fordel vært trukket frem i Helse Nord-notatet.

Det som først og fremst tydeliggjøres i Helse Nord-notatet, er kostnaden ved å ta viktige beslutninger på et mangelfullt grunnlag. At det er igangsatt kostbare prosjekter for utvikling i Alta og Hammerfest,

uten at det er gjennomført dekkende utredninger av konsekvensene, medfører en betydelig kostnad som kan være irreversibel. Det vil i de langt fleste tilfeller være langt mindre kostbart å først utrede grundig, for deretter å iverksette selve tiltaket, i visshet om at det da er det riktige tiltaket. Om Helse Nord har pådratt seg forpliktelser på flere hundre millioner kroner, før det er gjennomført en grundig utredning av alternativene, vil det fremstå som en mindre heldig disponering av foretakets midler.

3.3 Vurdering redusert driftskostnad

Helse Nord skriver følgende om OE-rapportens vurdering om reduserte driftskostnader knyttet til nærsykehus ved en flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta: *Dette er en høyst usikker beregning fordi det er lagt inn flere omtrentlige forutsetninger som ikke er godt nok begrunnet.*

Dette er en svært generell og lite underbygget konstatering. OE-rapporten har lagt til grunn at omfanget av virksomheten ved et nærsykehus i Hammerfest vil være lavere enn et nærsykehus i Alta, fordi aktiviteten vil være mindre, grunnet en mindre befolkning. Samtidig legger OE-rapporten til grunn at det vil være faste kostnader som ikke reduseres med befolkningen, slik at kostnadene totalt sett reduseres med 50 % av det forskjellen i befolkning skulle tilsi. Dersom Helse Nord har andre data som vil gi et vesentlig annerledes resultat enn den betydelige nåverdigevinsten i favør av sykehus i Alta som fremkommer i OE-rapporten, ville dette vært interessant. Slik Helse Nord-notatet nå står, tilfører det ingenting til diskusjonen.

3.4 Vurderinger kostnad ved flytting av ansatte

Helse Nord skriver følgende: *Det er ikke beregnet hvor mange medflyttere (familie) det blir i tillegg til direkte ansatte. Det ser imidlertid ut til å inngå i befolkningsprognosen. Det synes å kunne være feil i denne prognosen.*

Igjen er det ikke tydelig hvilke feil det er Helse Nord mener å ha funnet. Når det gjelder konkret antall medflyttere, er disse omfattet av beregningene i OE-rapporten, slik det tydelig fremgår: *Det er her antatt flytting av 886 husstander, slik det er redegjort for over, og at gjennomsnittlig husstand har 2,18 medlemmer.* Denne forutsetningen er tatt både i befolkningsprognosen og beregningen av flyttekostnad. Her må Helse Nord derfor ha misforstått OE-rapporten.

Helse Nord skriver videre: *Det er ikke prissatt indirekte kostnader ved å måtte bryte opp fra eksisterende bosted til nytt bosted, sosiale aktiviteter, fritid, skole og andre personrelaterede faktorer.*

Her har Helse Nord selvfølgelig helt rett, og dette er også presisert tydelig i OE-rapporten: *I tillegg vil det ofte påløpe følelsesmessige kostnader fordi man må bryte opp fra sitt vante miljø, med nærhet til venner og familie. Disse kostnadene kan ikke prissettes. Men det er verdt å merke seg at det også kan være følelsesmessige nyttevirkinger av slik flytting; noen kan oppleve at de flytter nærmere venner og familie, og at dette er positivt. Det vil også være ulike meninger om hvor det er best å bo; enkelte kan oppleve at de får økt sin livskvalitet ved en flytting, mens andre får redusert sin. Det er ikke mulig å si hvordan dette vil slå ut totalt sett for samfunnet.*

Det er således uklart hva Helse Nord tilfører diskusjonen på dette punktet, her har Helse Nord-notatet tydeligvis sammenfallende synspunkter med OE-rapporten, men OE-rapporten går lenger i å vurdere hvordan disse virkningene vil kunne komme til å slå ut.

Om risikoen for negative ringvirkninger for Hammerfest skriver Helse Nord blant annet følgende: *Når kommunen reduseres med bortimot 20 %, vil det kunne bety at en del næringsvirksomhet som i utgangspunktet har avkastning i grenselandet til lønnsomhet, vil komme under «terskelverdi» for fortsatt drift. Det kan bety at multiplikatoreffekten av flytting kan bli betydelig høyere enn rapportens beregning av antall berørte arbeidsplasser.*

OE-rapporten benytter en multiplikator på 1,5, det vil si at det legges til grunn at for hver sykehusarbeidsplass som forsvinner fra Hammerfest, forsvinner også en halv arbeidsplass i andre virksomheter i kommunen. Med det datagrunnlag som var tilgjengelig for arbeidet med OE-rapporten, var det ikke mulig å utarbeide en grundig ringvirkningsanalyse. Multiplikatoren 1,5 er ment å være et

høyt estimat, for å unngå mistenkeliggjøring om at de negative virkningene for Hammerfest underdrives. Analyseselskapet Samfunnsøkonomisk analyse har gjennomført en ringvirkningsanalyse av Ahus (*Regionale ringvirkninger av AHUS, Rapport R34-2016*) der multiplikatoren for sysselsatte i kommunene Lørenskog (der Ahus er lokalisert) og Skedsmo er så lav som 1,08. Når kommunene Oslo og Bærum inkluderes, øker multiplikatoren til 1,32. Når ytterligere 20 kommuner legges til¹, kommer multiplikatoren opp i 1,46.

Situasjon i Hammerfest og på Lørenskog er selvfølgelig ikke lik, men når OE-rapporten legger til grunn en såpass høy multiplikator som 1,5 kun for Hammerfest kommune, er det ikke opplagt at denne burde vært høyere. Dersom Helse Nord har gjennomført en mer detaljert ringvirkningsanalyse som finner en vesentlig annerledes multiplikator enn 1,5, ville det vært interessant å opplyse om dette.

Helse Nord skriver videre: *Det er sannsynlig at samfunnet må legge inn ekstra omstillingstiltak og midler til Hammerfest. Dette er ikke omtalt i utredningen.*

Det er uklart her hvilken dekning Helse Nord har for å fastslå at slike ordninger er sannsynlige. Det er ikke lagt inn slike kostnader i OE-rapporten, av to grunner:

1. Det finnes etter OEs syn ikke dekning for å legge til grunn at slike ordninger vil innføres; en forutsetning om omstillingstiltak vil fremstå som en ren spekulasjon
2. I samfunnsøkonomiske analyser skal ikke omfordeling mellom grupper betraktes som en samfunnsøkonomisk kostnad, men omtales separat. Som det står skrevet i veileder for samfunnsøkonomiske analyser (Direktoratet for økonomistyring, 2014): *Omfordeling av ressurser mellom berørte grupper gir i utgangspunktet ingen reell effekt for samfunnet og vil derfor ikke påvirke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av et tiltak. Den nytten én gruppe oppnår av tiltaket, motsvares da av en like stor kostnad for en annen gruppe. Dette gjelder for eksempel barnetrygd, som utbetales fra staten til barnefamilier. Et annet eksempel er overføringer innenfor en gruppe, som for eksempel interne statlige overføringer. Andre eksempler på omfordeling er avgifter, tilskudd og subsidier.*

Her kan det således synes som om Helse Nord's kommentar ikke er i tråd med rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser, slik dette benyttes i statlig sektor i Norge. Det ville vært feil dersom OE-rapporten hadde behandlet en slik omfordeling som en samfunnsøkonomisk kostnad.

Helse Nord fortsetter: *Videre er det forutsatt at alle som blir berørt flytter med, selv om det er nevnt i rapporten at ansatte vil kunne kompenseres med flyttebonus og/eller andre ordninger.*

Her synes Helse Nord å ha misforstått; slik det fremgår av OE-rapporten er det for beregningens skyld antatt at 75 % av de ansatte flytter når sykehuset flytter: [...] og at 75 prosent av de berørte ansatte ved sykehuset faktisk flytter med.

I forlengelsen av setningen om flyttebonus og andre ordninger, skriver Helse Nord følgende: *Dette mener rapporten er en kostnad for foretaket og ikke for samfunnet siden ansatte får inntekten. Det er åpenbart et galt resonnement. Det blir en merkostnad for foretaket og for skattebetalere som må betale en merkostnad de ellers ikke trengte å betale for.*

Slik det fremgår av sitatet fra veileder for samfunnsøkonomiske analyser gjengitt over, er dette nettopp en type omfordeling av ressurser mellom berørte grupper som ikke skal medtas som samfunnsøkonomisk kostnad. Omfordeling av ressurser medfører imidlertid en skattefinansieringskostnad (beregnet til 20 % av midlene som omfordeles), på linje med alle offentlige tiltak. Dersom det hadde vært mulig å beregne en forventet kostnad til flyttebonus og lignende, ville det dermed vært naturlig å medta 20 % av det forventede beløp i nåverdiregningen. Som et regneeksempel ville dette tilsa en redusert nåverdi til fordel for Alta på 28 millioner kroner, hvis man antar flyttebonus på 100 millioner kroner hvert år i 2025 og 2026. I OE-rapporten er ikke skattefinansieringskostnader hensyntatt. Hvis OE-rapporten hadde inkludert skattefinansieringskostnader for de kostnadene som skal dekkes av helseforetaket, ville det økt nåverdien i favør av Alta med om lag 125 millioner kroner. I den grad det

¹ Marker, Rømskog, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvedt, Hobøl, Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård, Asker, Aurskog-Høland, Sørums, Fet, Rælingen, Nittedal.

er en svakhet i OE-rapporten, er det dermed i så fall at en flytting av sykehuset til Alta gir større positiv nåverdi enn det som fremkommer i rapporten.

3.5 Vurdering av kvalitet på tjenestetilbudet

Helse Nord skriver følgende om risikoen for at ansatte ikke velger å flytte med dersom sykehus flyttes fra Hammerfest til Alta: *Forutsetningen om at fagpersonell vil flytte med mot ulik kompensasjon, er høyst usikker. Flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta, kan medføre manglende tilgang til sentralt helsepersonell. En slik rekrutteringsutfordring kan komme til å ligge der over flere år. Dette vil kunne bety et svekket spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i Vest-Finnmark og vil kunne medføre betydelige kostnader som ikke er beregnet i rapporten. Det er ikke gjort kvantitative beregninger av kostnader knyttet til rekruttering ved manglende flytting. Dette er vanskelig å beregne, men slik vi ser det, er dette en betydelig risikofaktor.*

At det er en risiko for at ansatte velger å ikke flytte med, fremheves også i OE-rapporten: *Det er rimelig å legge til grunn at dyktige fagpersoner i alle roller på et sykehus gir god behandlingskvalitet. Særlig viktig vil det antagelig være med dyktige leger, men også dyktige sykepleiere og andre helsefagarbeidere kan være avgjørende. [...] På kort sikt vil en flytting kunne medføre bortfall av dyktige ansatte på sykehuset. Dette vil være en konsekvens av at ansatte ikke ønsker å flytte fra Hammerfest til Alta.*

Det fremkommer ingenting nytt om risikoen for bortfall av sentrale ansatte i Helse Nord-notatet. Dette er synd, for som Helse Nord selv påpeker, er dette et svært viktig tema som burde utredes grundig. Som det vises til i OE-rapporten, har Helse Møre og Romsdal HF i forbindelse med utredningen av sykehusstruktur på Nordmøre og i Romsdal utarbeidet to ROS-analyser (*Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF - Medisinskfaglig ROS-vurdering, Norconsult 2012* og *ROS-analyse interimfase før SNR – spesialisthelsetjenester i Nordmøre og Romsdal, Proactima 2014*) der tilgang på ansatte er et sentralt tema. Helse Møre og Romsdal HF har funnet det forsvarlig å erstatte to eksisterende sykehus med ett nytt, til tross for usikkerhet knyttet til bemanning.

I utviklingsplanen for Helgelandssykehuset (*Helgelandssykehuset HF – Utviklingsplan, OEC 2014*) vurderes det at et alternativ der dagens tre sykehus erstattes av ett nytt sykehus vil gi det mest robuste fagmiljøet. Også her vil det antagelig være behov for at et betydelig antall sykehusansatte flytter på seg, men det hindrer ikke at et slikt alternativ foretrekkes i dette tilfellet. Det finnes altså Helseforetak som finner det forsvarlig å endre sykehusstruktur på måter som krever at ansatte flytter på seg.

Det ville vært fordelaktig om det ble utarbeidet en grundig analyse av betydning for fagmiljøet på kort og lang sikt også i forbindelse med sykehusstruktur i Vest-Finnmark. OE-rapporten, som bare hadde offentlig tilgjengelig informasjon som datagrunnlag, kunne ikke gå i dybden på viktige spørsmål som for eksempel:

- Hvor mange ansatte er det i ulike roller på sykehuset i Hammerfest i dag?
- Hvor mange av disse ville det ved en flytting av sykehuset være behov for å beholde på nærsykehuset i Hammerfest?
- Kan det tenkes at en del administrative funksjoner kan beholdes i Hammerfest, og hvor mange ansatte er det i så fall i disse funksjonene?
- Hva er gjennomsnittsalder på personene som i dag besitter ulike roller som må flyttes ved en flytting av sykehuset?
- Hvor stor andel av de ansatte som må flyttes ved en flytting av sykehuset er midlertidig ansatte?
- Hvilke preferanser har de ansatte dersom sykehuset flyttes; å flytte med sykehuset, å bli i Hammerfest, eller å flytte annetsteds til annen jobb?

Alt annet likt, reduseres risikoen for mangelfull bemanning ved en flytting av sykehuset til Alta dersom en stor del av dagens sykehusansatte er av høy alder og midlertidig ansatte. Dette vil medføre at det uansett vil være en stor andel av de ansatte som skal ansettes i perioden frem til et nytt sykehus står ferdig. Da vil det være mulig å ansette dem som er villige til å flytte med når sykehuset flytter. I overgangsperioden fra beslutning om flytting til sykehuset står klart, vil også gjøre det mulig å avklare

på et tidlig tidspunkt hvem som ikke ønsker å flytte med, for dermed å få god tid til å rekruttere erstatte. Uten å utrede slike forhold nærmere, er det ikke mulig å konkludere med at det ikke lar seg gjøre å få en tilstrekkelig god bemanning også på kort sikt ved en flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta.

3.6 Vurderinger virkninger for befolkning og næringsliv

Helse Nord skriver følgende: *Denne delen av analysen er svak. Tallmaterialet i dette avsnittet samsvarer ikke med grunnlaget i avsnittet om kostnader ved flytting. Analysen undervurderer i betydelig grad de negative effektene for Hammerfest av en flytting av sykehuset til Alta. Samfunnet blir ikke upåvirket av flyttingen, og Hammerfest må trolig tilføres betydelige omstillingsmidler.*

De fire setningene som Helse Nord-notatet vier til dette temaet, tilfører ikke noe nytt til diskusjonen. Når det hevdes at analysen i OE-rapporten er svak, ville det vært nyttig om det ble redegjort for hvilke svakheter det er snakk om. Den ene svakheten som påpekes, manglende samsvar mellom ulike deler av OE-rapporten, synes å bero på en misforståelse fra Helse Nord side. Begge steder der ansatte som flytter omtales i OE-rapporten (kapittel 6 og 8), er det lagt til grunn at 75 % av de ansatte velger å flytte med, og en ringvirkningsmultiplikator på 1,5. Så knytter det seg usikkerhet til antall ansatte ved sykehuset i Hammerfest, i og med at OE-rapporten er basert på offentlig tilgjengelige data. Det er lagt til grunn at det er et sted mellom 850 og 900 ansatte som berøres; dette intervallet er et uttrykk for usikkerhet. Helse Nord, som antagelig har gode data for antall ansatte på sykehuset i Hammerfest, kunne med fordel ha utført en selvstendig beregning, basert på sine egne data. Det ville vært interessant å se hvilke tall som da fremkommer.

Det er ingen tvil om at en flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta vil være utfordrende for Hammerfest. Dette understrekes også i OE-rapporten: *Det vil være en betydelig omstilling for en by som mister en så stor andel av arbeidsplassene. I og med at det kan antas at de fleste vil flytte etter når sykehuset flytter, vil ikke utfordringen i så stor grad bestå i arbeidsledighet, men heller i nedgang i folketallet.* OE-rapporten har ikke funnet grunnlag for å fastslå med sikkerhet at det vil være behov for å tilføre Hammerfest omstillingsmidler, men selv dersom dette skulle være nødvendig, vil slike midler som tidligere vist ikke være å regne som en kostnad i samfunnsøkonomisk forstand, men en omfordeling. Som vist tidligere, kunne OE-rapporten ha inkludert skattefinansieringskostnadene knyttet til omstillingsmidlene, men inkludering av skattefinansieringskostnader i samtlige beregninger der dette er relevant, vil øke nåverdien i favør av en flytting til Alta, med mindre man legger til grunn svært omfattende omstillingsmidler i størrelsesorden én milliard kroner.

I forbindelse med en sak som sykehusstruktur i Vest-Finnmark, vil det være viktig å vurdere fordelingsvirkningene, og eventuelt avbøtende tiltak, men det er ikke gitt at disse fordelingsvirkningene skal tillegges betydelig vekt i vurderingen av hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Fordelingsvirkninger omtales som følger Rundskriv R 109/14: *Nytte-kostnadsanalyser skal være basert på beregning av uveid betalingsvillighet. Det skal ikke foretas fordelingsvektning i selve analysen. Der det er relevant, skal det gis tilleggsinformasjon om fordelingsvirkninger av tiltaket. Fordelingsvirkninger for særlig berørte grupper og områder, herunder eventuelle interessekonflikter, skal kartlegges og omtales på en måte som gir beslutningstakeren grunnlag for å ta hensyn til dette i vurderingen av ulike alternativ. Det skal redegjøres for hvordan ulike mål om fordeling og interessekonflikter kan påvirke hvorvidt det er ønskelig å gjennomføre tiltaket.*

OE-rapporten forholder seg til rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser, slik dette presenteres i Rundskriv R 109/14. Dette understrekes allerede i innledningen til OE-rapporten: *Målet med arbeidet er å vise hvilke fordeler og ulemper som vil følge av en eventuell flytting av sykehuset i Hammerfest til Alta, og hvorvidt en slik flytting totalt sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv kan være fordelaktig. Vi tar i denne utredning ikke stilling til hva som er rettferdig eller urettferdig, kun til hva som samlet sett er samfunnsøkonomisk lønnsomt. En flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta vil få negativ betydning for Hammerfest og positiv betydning for Alta. Noen vil antagelig argumentere for at en flytting av sykehuset vil være urettferdig. Vi har i den samlede vurderingen kun konsentrert oss om de samlede virkningene for samfunnet, ikke om hvilke grupper som kommer godt eller dårlig ut av en flytting av sykehuset. Søkalt fordelingsvirkninger omtales likevel kort i kapittel 8.*

Helse Nord-notatet tilfører således heller ikke noen ny informasjon om virkninger for befolkning og næringsliv, selv om de har data som muliggjør dette. Om Helse Nord ensidig ønsker å basere sin beslutning om sykehusstruktur i Vest-Finnmark på fordelingsvirkningene som treffer Hammerfest, og ikke netto samfunns effekter, bør de være åpne om dette.

3.7 Oppsummering utredning bestilt av Alta kommune

Helse Nord-notatet oppsummerer sitt syn på OE-rapporten med følgende setninger: *I kommentarene foran har vi vist til at flere av de enkeltelementene som summerer seg opp til samlet virkning dels ikke er riktige, dels høyst tvilsomme. Rapporten synes lite balansert i forhold til negative effekter for Hammerfest. Rapporten må derfor bare betraktes som et partsinnlegg for flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta. Det er i tillegg flere andre manglende forutsetninger for utredningen som kan innebære stor risiko for tilbudet av spesialisthelsetjenester til befolkningen i Finnmark. Nasjonale føringer om sykehusstruktur er ikke hensyntatt, og det faktum at tjenestetilbudet i Alta og Karasjok blir betydelig forsterket, er ikke kommentert.*

Som det fremkommer av gjennomgangen vi i dette notatet har gjort av Helse Nord-notatet, er det ikke korrekt at Helse Nord har vist at det er enkeltelementer som ikke er riktige, eller høyst tvilsomme. Det fremkommer ikke et eneste nytt datapunkt i Helse Nord-notatet, og det er således ingenting som rokker ved innholdet eller konklusjonen i OE-rapporten. At det knytter seg usikkerhet til vurderingene, er også tydelig understreket i OE-rapporten, men derfor er også forutsetningene som er tatt i OE-rapporten konservative.

At OE-rapporten ikke hensyntar et styrket tjenestetilbud i Alta er også feil. Som det fremgår i beskrivelsen av nullalternativet: *Videreføring av dagens situasjon, med akuttsykehus i Hammerfest (enten rehabilitert eller nybygget) og utvikling av nærsykehus i Alta.* I alle analyser der dette er relevant, er det i OE-rapporten tatt hensyn til at hele 75 prosent av befolkningen i Alta kommune i nullalternativet vil få sine spesialisthelsetjenester på Alta nærsykehus.

Det er uklart hvordan nasjonale føringer om sykehusstruktur skulle ha påvirket analysene i OE-rapporten. Det er ikke klart at disse føringene påvirker noen av de samfunnsøkonomiske virkningene som behandles i rapporten.

Det fremkommer ikke i Helse Nord-notatet hvorfor det er et viktig spørsmål hvorvidt OE-rapporten skal betraktes som et partsinnlegg. Det er ingen tvil om at OE-rapporten var bestilt og betalt av Alta kommune. Dette burde likevel være uinteressant; det er innholdet og konklusjonen i OE-rapporten som er det vesentlige, ikke hvem som har bestilt rapporten. OE-rapporten er helt transparent på alle sentrale forutsetninger, beregninger og konklusjoner. Det er således mulig for alle å gjøre seg opp sin egen mening om OE-rapporten, og om ønskelig etterprøve beregningene. Når Helse Nord-notatet gjør et nummer av at OE-rapporten er et partsinnlegg og lite balansert, kan det synes som et forsøk på å diskreditere rapportens innhold og konklusjoner. Det ville vært mer realt om Helse Nord hadde argumentert mot rapporten ved å vise til egne beregninger, basert på egne data.

Fortsatt må det derfor legges til grunn at OE-rapportens konklusjon om at en flytting av sykehuset fra Hammerfest til Alta vil gi en positiv samfunnsøkonomisk nåverdi på om lag 450 millioner kroner (eventuelt 600 millioner dersom nytt sykehus i Hammerfest planlegges på ny tomt) gir et korrekt bilde av situasjonen. Det kan anses som uheldig at ikke Helse Nord-notatet bidrar med nye data eller nye analyser som kunne styrket beslutningsgrunnlaget i denne saken.

I sammendraget til OE-rapporten fremkommer følgende: *Det er knyttet betydelig usikkerhet til en rekke av de forutsetningene som er tatt i analysen. [...] Som en følge av konklusjonene i denne utredning, bør det ikke bygges nytt sykehus i Hammerfest. Finnmarkssykehuset HF bør først utrede lokaliseringen av et nytt sykehus i Vest-Finnmark, der alle relevante samfunnsvirkninger vurderes.* Det er nå gått ganske nøyaktig ett år siden OE-rapporten ble offentliggjort. Det må kunne anses som svært uheldig at Finnmarkssykehuset og Helse Nord ikke har brukt denne tiden på å fremskaffe et godt beslutningsgrunnlag for en fremtidig sykehusstruktur i Vest-Finnmark, men heller har konsentrert seg om å rette ubegrunnet kritikk mot den eneste vurdering av samfunnsvirkninger som foreligger, nemlig OE-rapporten.

Dersom Helse Nord skulle ønske en bedre forståelse av innholdet i OE-rapporten og rammeverket for samfunnsøkonomiske analyser, stiller representanter fra Oslo Economics gjerne til et oppklarende møte på kort varsel.

