

Mellom Skylla og Kharybdis: Om plikter, mål og økonomi og investeringer i helseforetakene

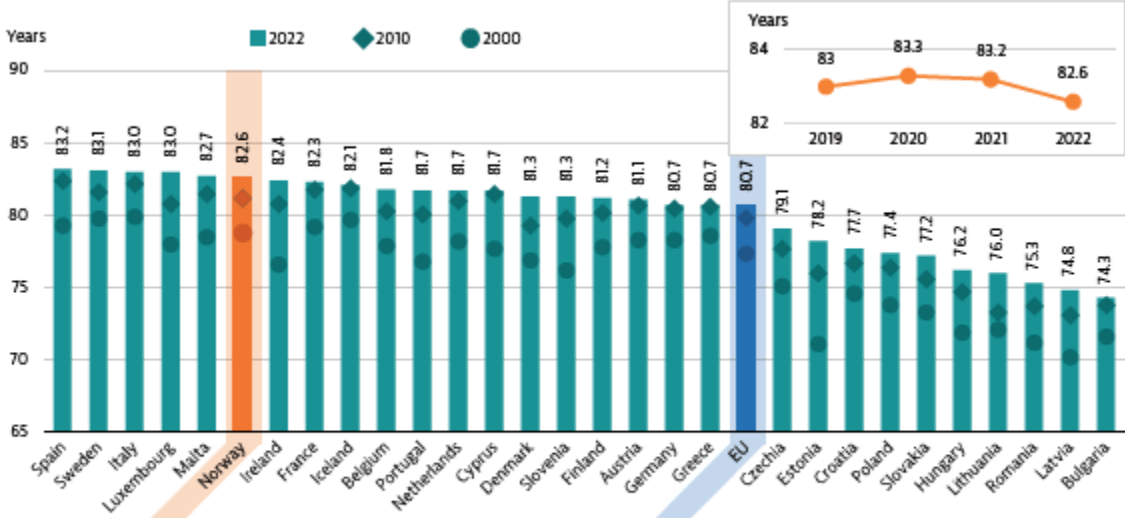
Svein Gjedrem

HELSE  SØR-ØST

«Man måste jamføra»

Norsk helsetjeneste er i verdenstoppen

Figure 1. Norway's life expectancy fell below the pre-pandemic baseline for the first time in 2022



Notes: The EU average is weighted. The 2022 data are provisional estimates from Eurostat that may be different from national data and may be subject to revision. Data for Ireland refer to 2021. Source: Eurostat Database.



Health Care System Performance Rankings



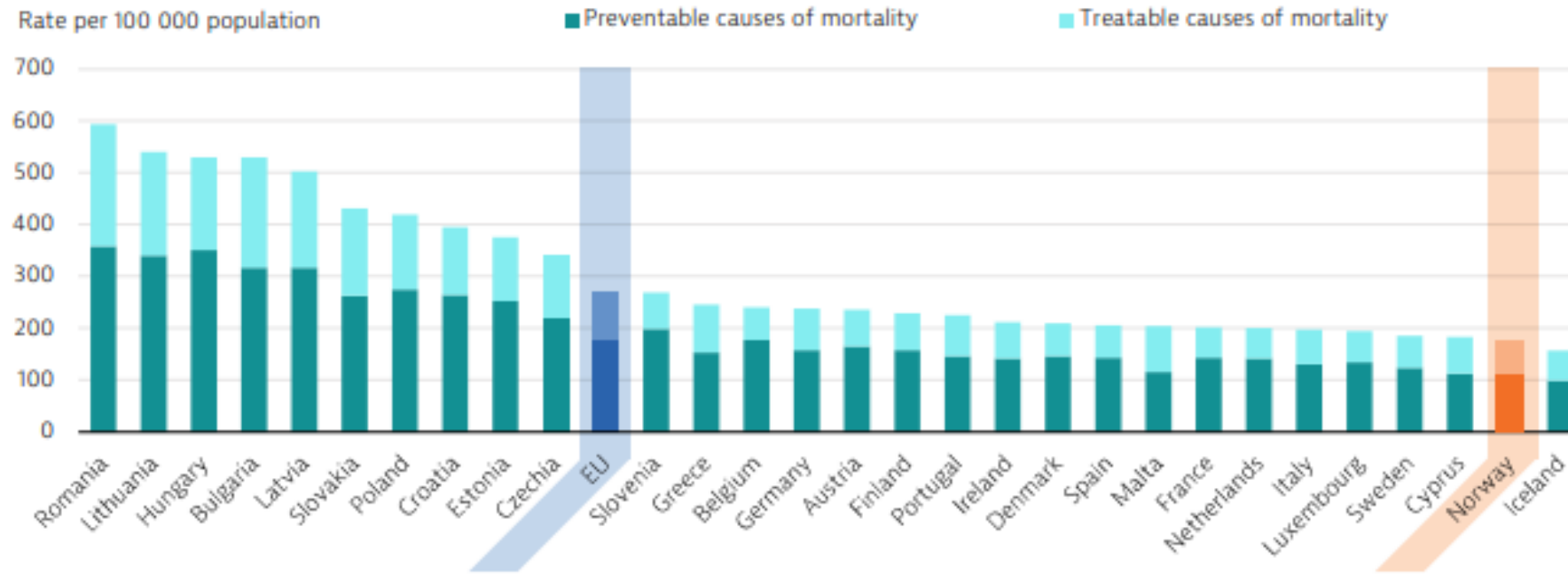
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	3	10	8	5	2	6	1	7	9	4	11
Access to Care	8	9	7	3	1	5	2	6	10	4	11
Care Process	6	4	10	9	3	1	8	11	7	5	2
Administrative Efficiency	2	7	6	9	8	3	1	5	10	4	11
Equity	1	10	7	2	5	9	8	6	3	4	11
Health Care Outcomes	1	10	6	7	4	8	2	5	3	9	11

Data: Commonwealth Fund analysis.

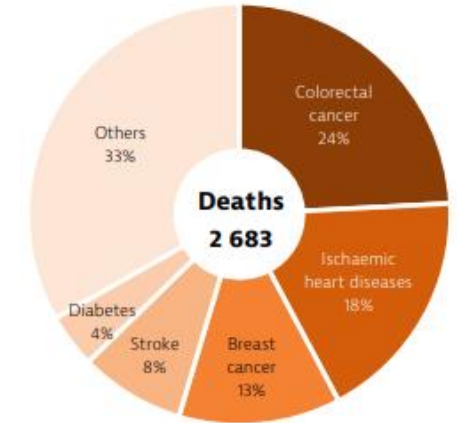
Source: Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Commonwealth Fund, Aug. 2021). <https://doi.org/10.26099/01DV-H208>

Høy kvalitet i tjenestene (lav dødelighet)

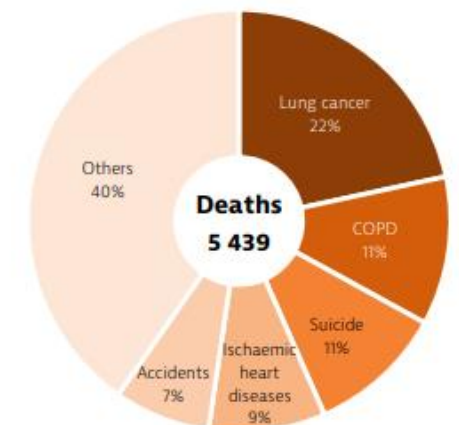
Figure 11. Mortality rates from preventable and treatable causes are among the lowest in Europe



Treatable causes of mortality

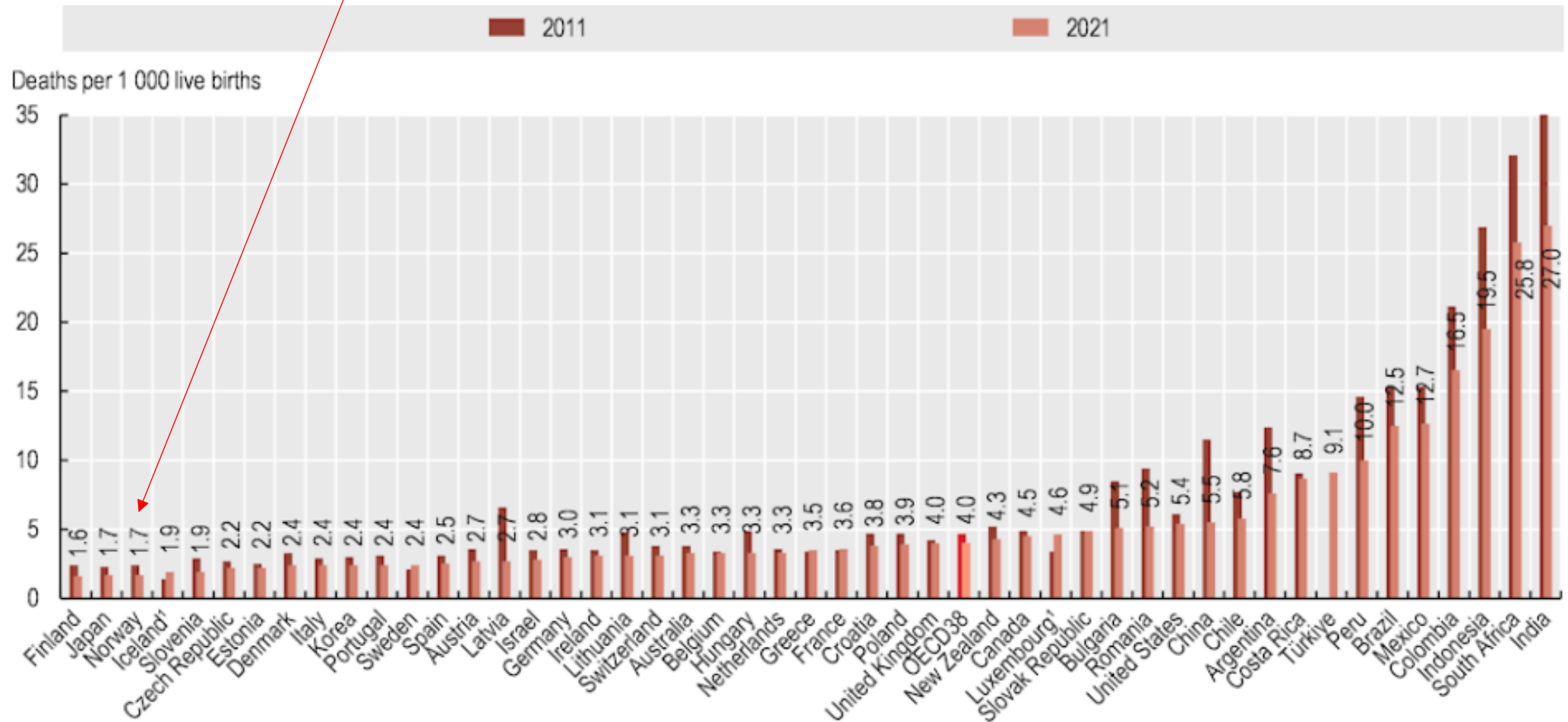


Preventable causes of mortality



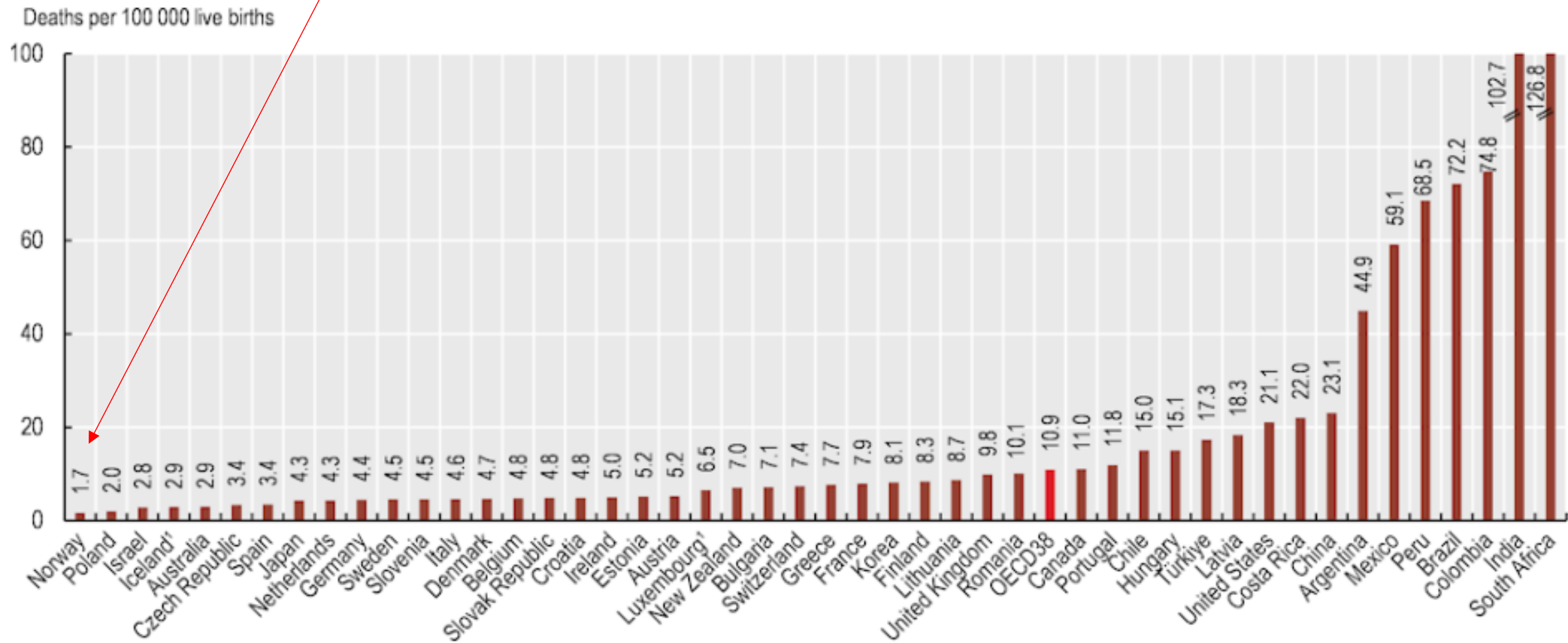
Norge har 3. lavest barnedødelighet blant OECD-land

Figure 3.18. Infant mortality, 2021 and 2011 (or nearest years)



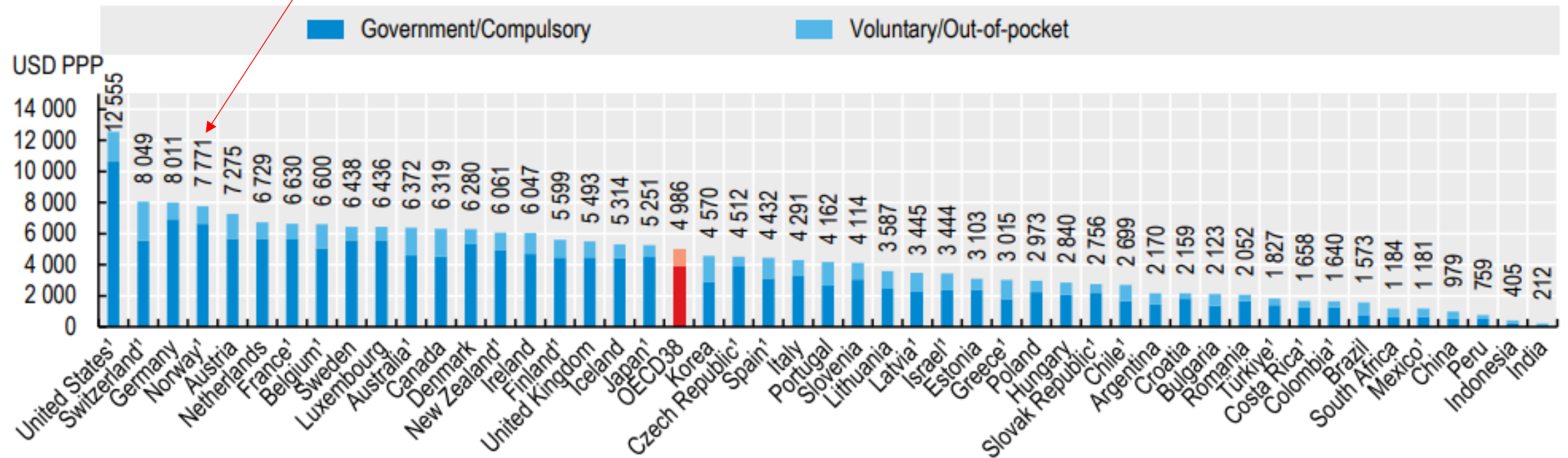
Og det er tryggest å bli mor i Norge

Figure 3.17. Maternal mortality ratio estimates, 2020



Norge bruker 4. mest til helse per innbygger av alle OECD-land

Figure 7.4. Health expenditure per capita, 2022 (or nearest year)



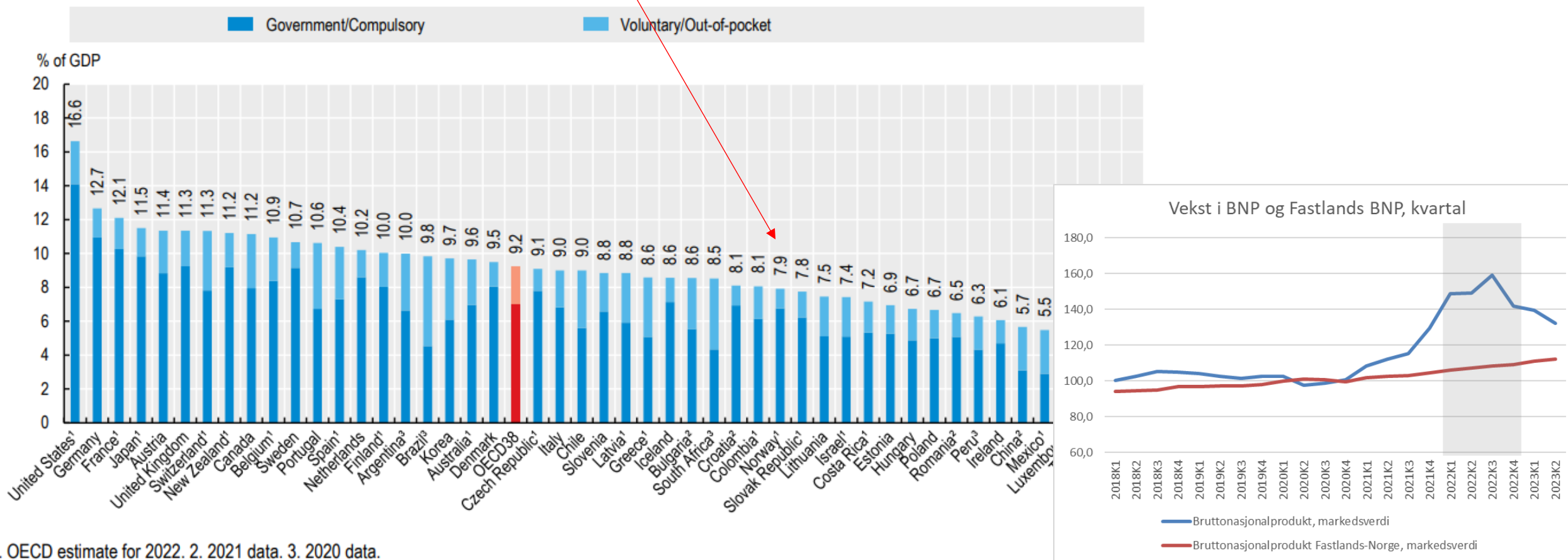
1. OECD estimates.

Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <https://stat.link/m6pzqb>

...og målt som andel av BNP, langt under snitt (men: året 2022 var uvanlig, pga gasspriser mm. – påvirker tallene)

Figure 7.1. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)



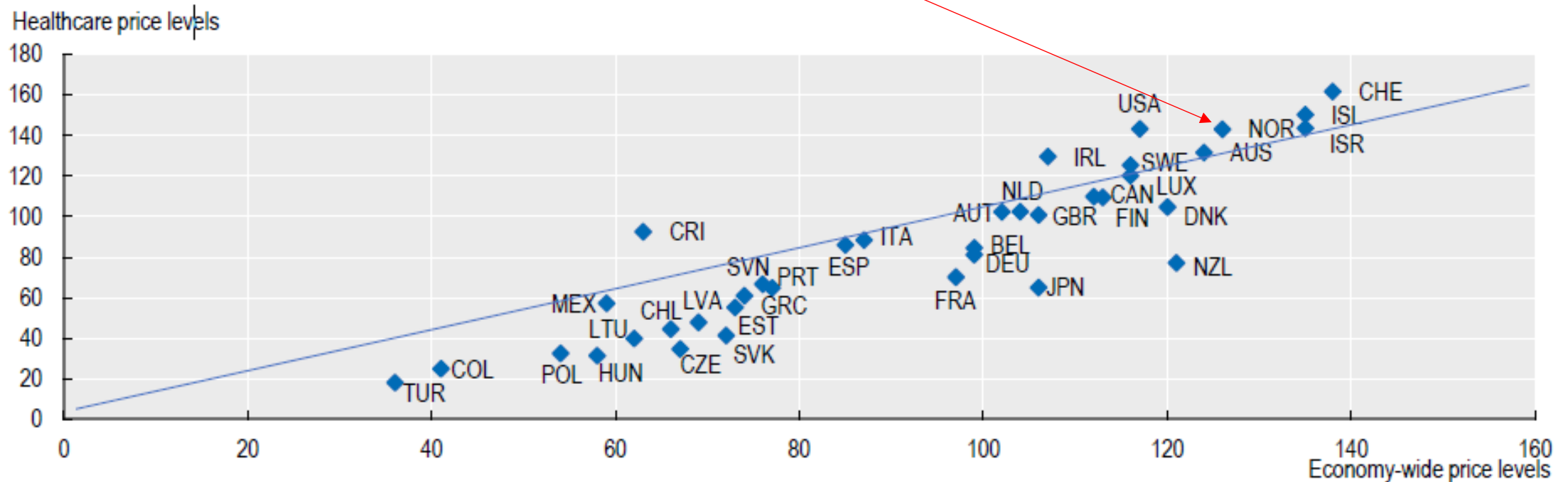
1. OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data.

Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.


StatLink <https://stat.link/5tof4d>

Kostnadsnivået i helsetjenester i Norge ligger over snitt, også sett opp mot Norges eget kostnadsnivå i økonomien generelt

Figure 7.9. Healthcare price levels compared to economy-wide price levels, 2021, OECD average = 100



Source: OECD Secretariat estimates, 2023.

StatLink  <https://stat.link/p4uh01>

Sektorens plass i økonomien

Spesialisthelsetjenesten i makro

- Statsbudsjettet 2025:
- Samlet bevilgning til sykehusene : 228 mrd. kroner
- Andel av underliggende utgifter: 11,6 prosent
- Bevilgningen som andel av fastlands-BNP: 5,3 prosent

- Sysselsetting i sykehusene (2023): 137 000 årsverk (152 000 sysselsatte)
- Andel av sysselsatte i Norge (2023): 5,2 prosent

Organisering og finansiering

Sykehusene mellom Skylla og Kharybdis

- Demografi, lovpålagte rettigheter, nye medisiner og metoder, forventninger hos pasienter og pårørende og faglige ambisjoner og forventninger hos ansatte
- Tilgang på midler: Hele oljeformuen er snart i bruk, veksten i fondet flater ut og utsiktene for vekst i aktivitet og skattegrunnlag er mer dempet
- Kan sykehusene (og kommunene) vokse fra norsk økonomi? Ikke fra, men i det minste «med»?
- God bruk av ressursene

Evang og grunnloven

- Evangs maksime: Utgiftene skal bestemme inntektene, ikke omvendt
- Grunnloven, §75d: Det tilkommer Stortinget å bevilge de pengesummer som er nødvendige for å dekke statens utgifter
- Stortingets bevilgningsreglement §5: Utgiftsbevilgninger kan ikke overskrides Unntak «overslagsbevilgning», (jf ISF-ordningen)

RHF-ene – etat eller foretak: en hybrid

• Likheter med etater:

- Styrer utnevnes av og rapporterer til statsråden
- Mål- og resultatstyring (og varierende grad av tillitsbasert styring)
- Finansiering fra staten
- Selger ikke tjenester
- Likviditetsstyring veier tungt
- Riksrevisjonen forvaltningsrevisjon

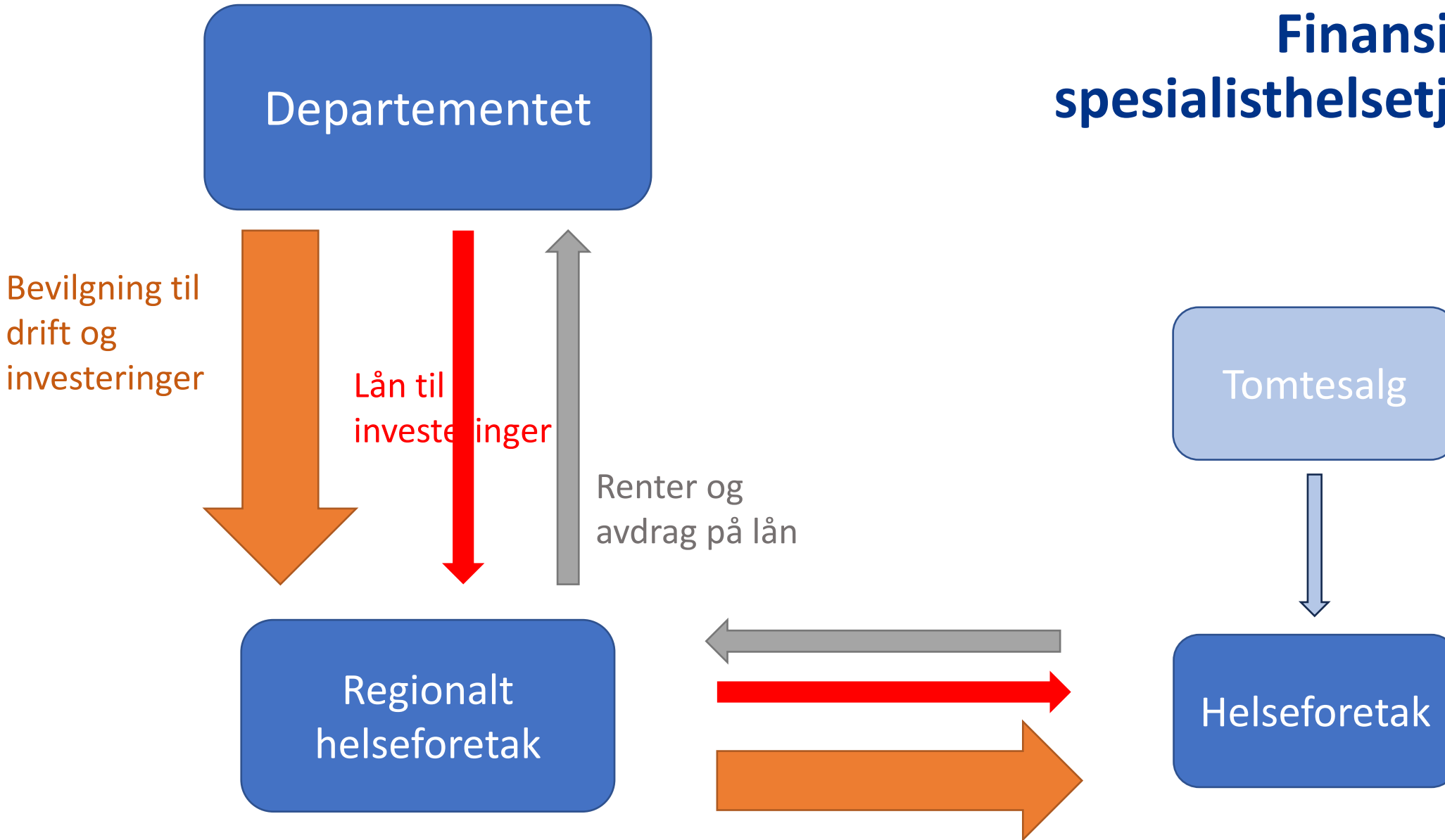
• Ulikheter:

- Styring av RHF-ene via foretaksmøte
- Ikke direkte instruksjon
- Ansvar mellom styret og administrasjon bygger på foretakslovgivning
- Revisjon og internrevisjon
- Regnskapsprinsipper med aktivering av, dvs. sette verdi på, realaktiva
- Bevilgning skiller ikke mellom drift og investering
- Følger ikke statens kontantprinsipp. Avsetninger for investeringer og økt realkapital

Noen trekk ved tjenesteproduksjonen i sykehus

- «Behovet» eller «etterspørselen», folks «forventninger», øker med økende inntekt og mer enn inntekten (inntektselastisitet > 1)
- Arbeidsintensiv produksjon med begrenset vekst i produktivitet
- Nye metoder og kvalitetsløft, mer dyrt utstyr – men ofte mindre behov for senger
- Økende spesialisering gir økt kvalitet, men gir også økte kostnader med flere vaktlag og spesialisert utstyr
- Nye medisiner og økte kostnader (men medisiner går også ut av patent)
- Gratis, men evnen blant folk til å ta tjenesten i bruk er forskjellig

Finansiering av spesialisthelsetjenesten



Ressursknapphet i produksjon av et gratisgode-løsninger

Tiltak for å effektivisere

- Arbeidsproduktivitet
 - Oppgavedeling
 - Sykefravær
- Kostnadskontroll
- Digitalisering
- Nye bygg og nytt utstyr
- Struktur –

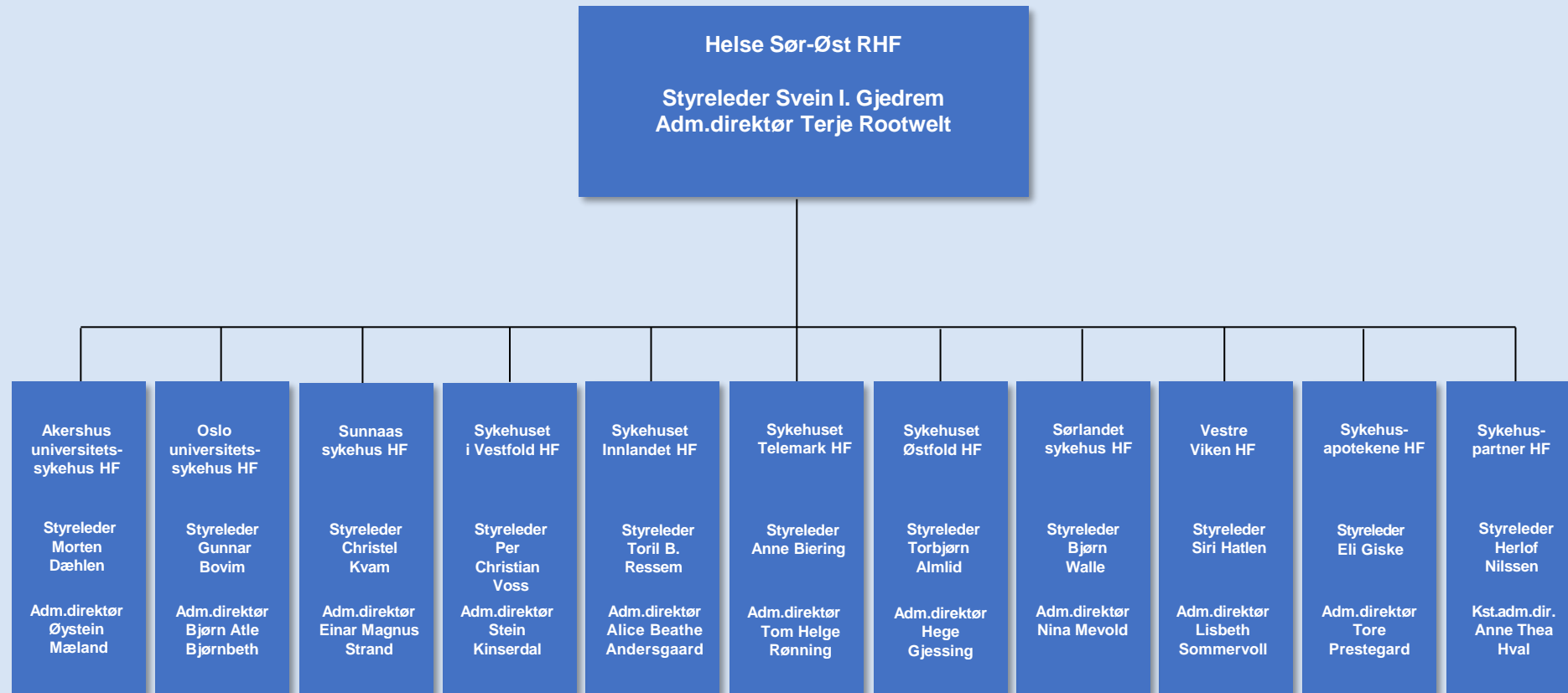
Verktøy for å rasjonere på tilbudet til pasientene

- Nye medisiner og metoder
- Henvisningspraksis
- Fastleger som portvakter
- Prioriteringsveiledere
- Uønsket variasjon
- Til sist: Økte ventetider

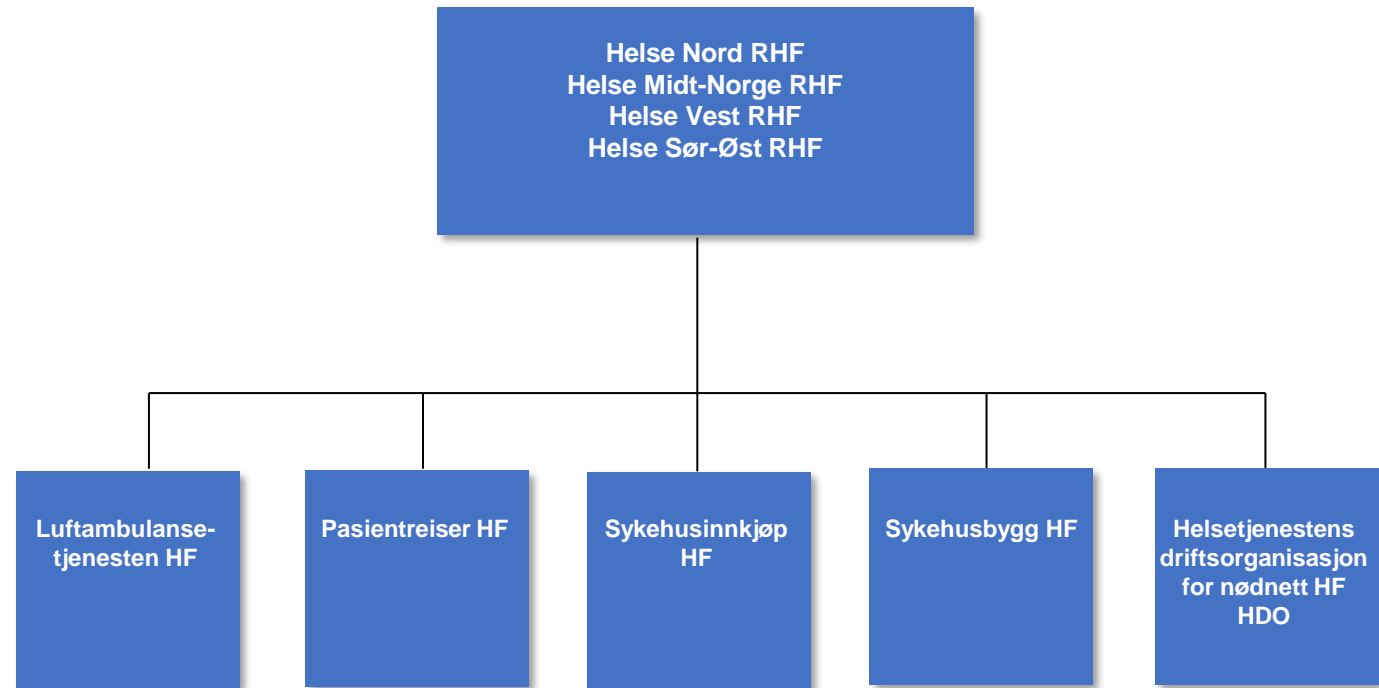
Positive elementer ved dagens styringsregime

- Samlet styring av drift og investeringer
- Foretaksmodellen (RHF/HF) gir ansvar og delegerer myndighet
- Gir noen insentiver til effektiv ressursbruk (i en virksomhet som ikke priser tjenestene sine)
- Investeringer krever sparing i forkant og sikring av gevinster i etterkant (overskudd er sparing til investering – «overskudd» må ikke leses som «penger til overs»)
- Realkapital verd(i)settes
- At lån fra staten til investeringer føres «over streken» i statsbudsjettet bidrar til at virkninger på den innenlandske økonomien blir mer synlig

Helseforetak i Helse Sør-Øst

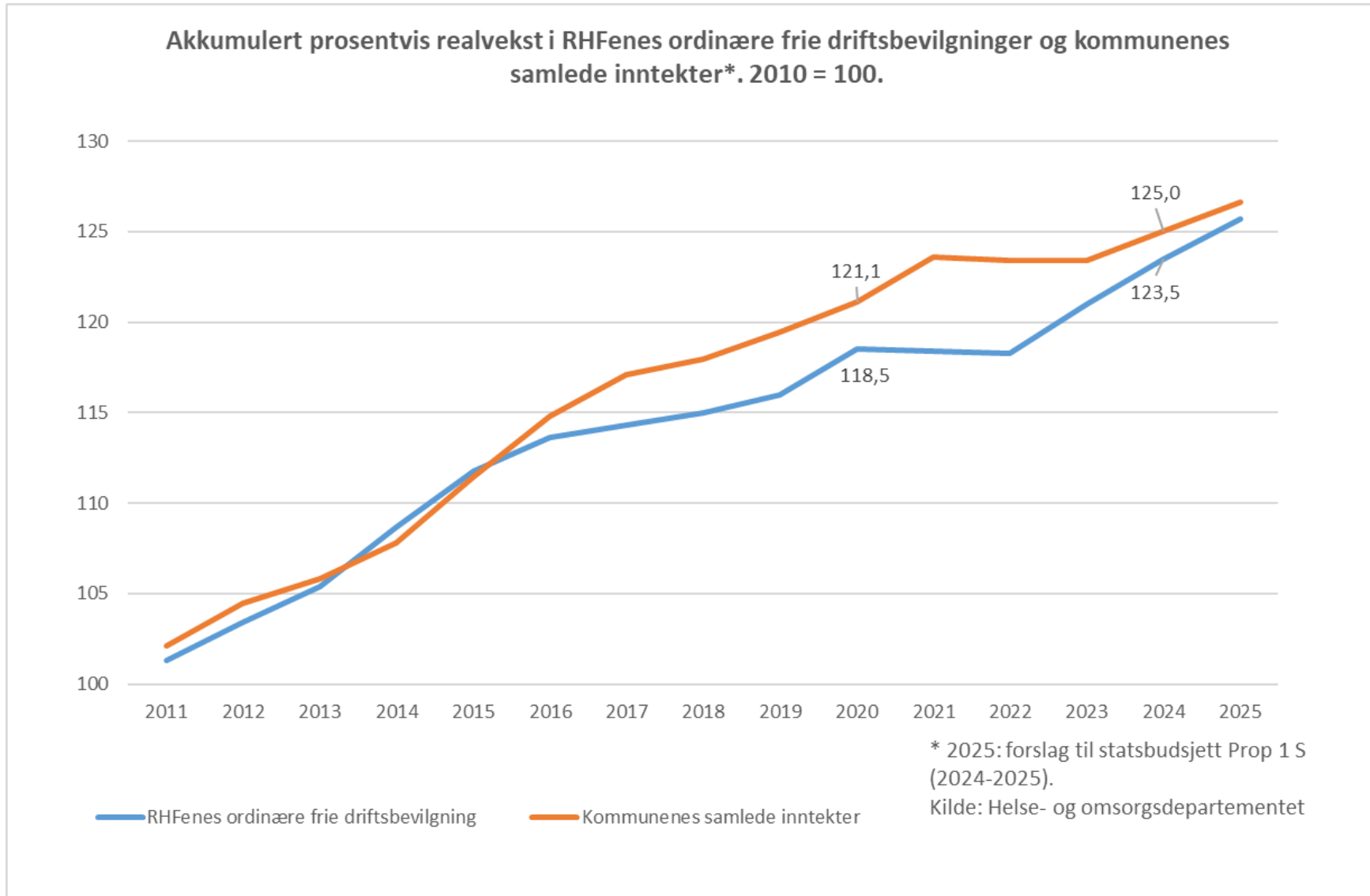


Felleseide helseforetak

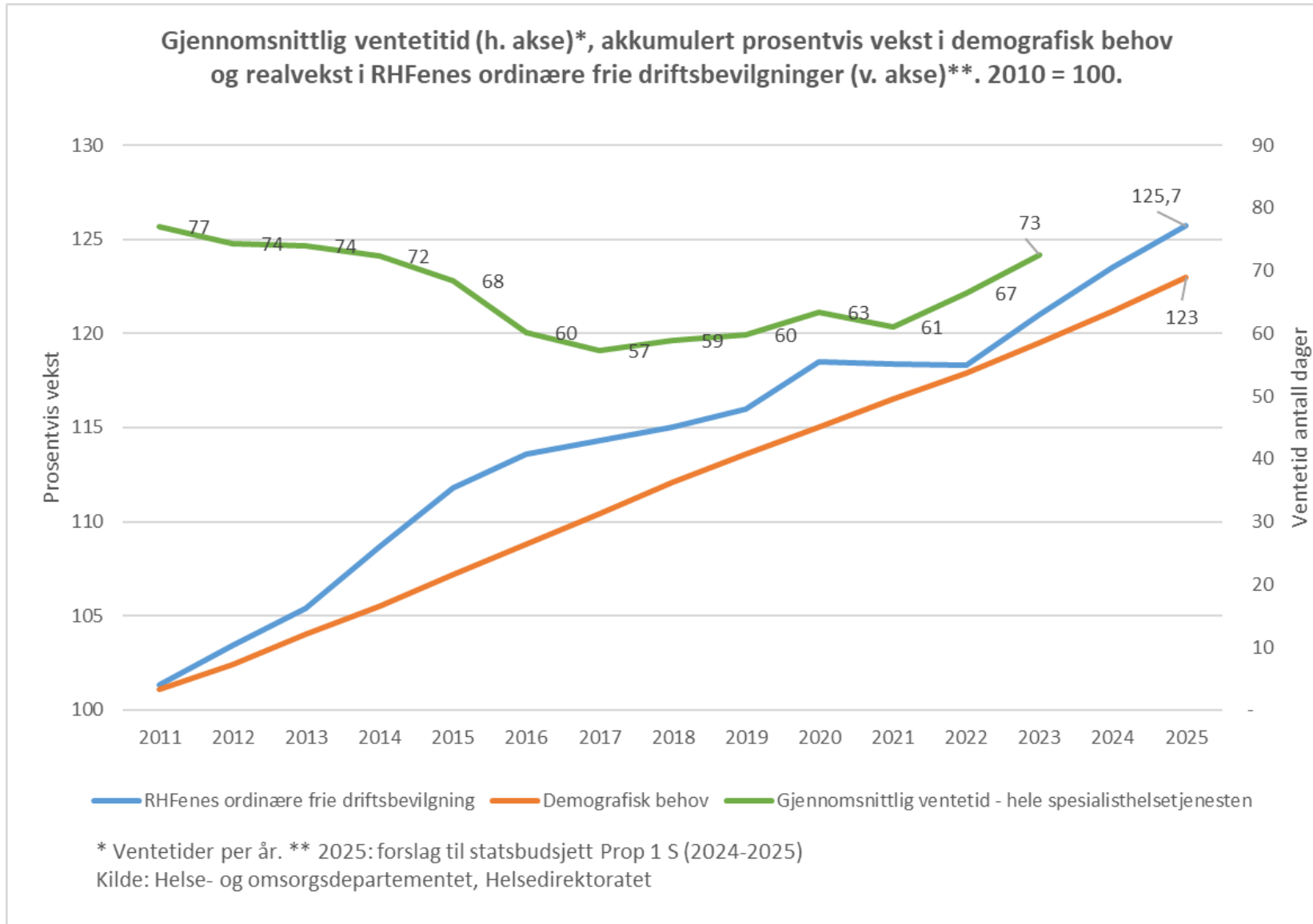


Prioriteres sykehusene? Etterspillet fra pandemien

Prioriteres sykehusene?



Tildelte ressurser påvirker tilgang til tjenesten



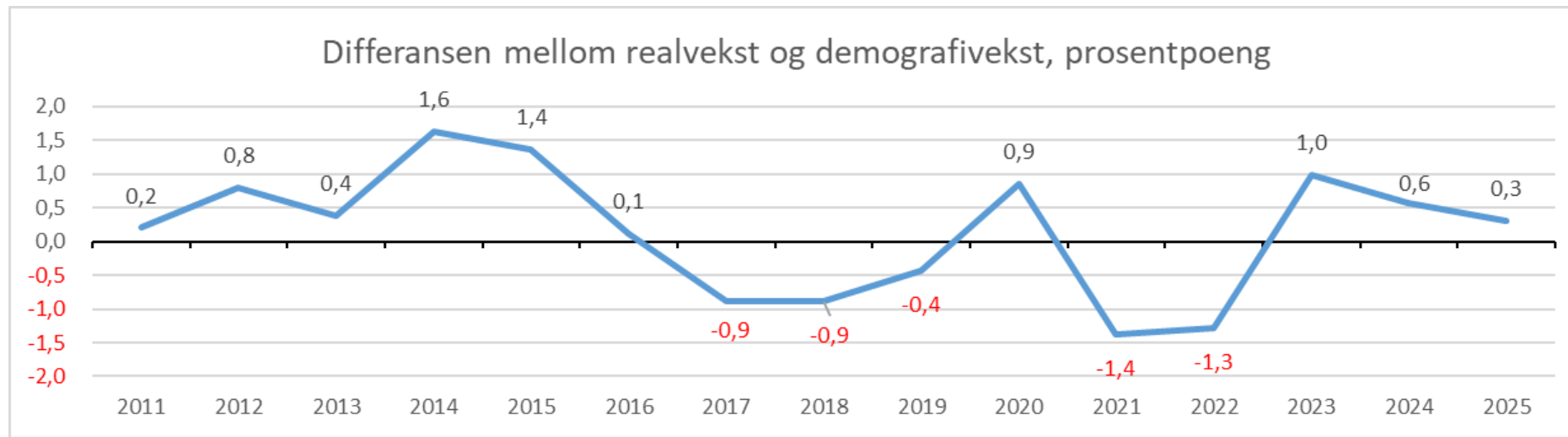
Den viktigste beslutningen i Stortinget er forskjellen mellom bevilgningsvekst og demografi-vekst

Realveksten var i snitt lavere enn forutsatt demografivekst i 2017-2022, men bedret fra 2023 (etter tilleggsbevilgninger)

Prosentvis endring	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Vekst i RHFenes ordinære frie driftsbevilgninger (Realvekst)*	1,3	2,1	1,9	3,1	2,9	1,6	0,6	0,6	0,9	2,2	-0,1	-0,1	2,3	2,1	1,8
Anslått vekst i demografikostnad**	1,1	1,3	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,5	1,5
Differanse	0,2	0,8	0,4	1,6	1,4	0,1	-0,9	-0,9	-0,4	0,9	-1,4	-1,3	1,0	0,6	0,3

*Regnskap for året sammenlignet med regnskap for året før. Anslag på regnskap 2024.

** Omtalt i Prop 1 S - forslag (f. eks. Den demografiske utviklingen kan tilsi en aktivitetsvekst i sykehusene på om lag 1,5 prosent i 2024). Tallene for 2011 til 2013 i anslått endring demografi er basert på tall oppgitt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hensyntatt Prop 1 S (2024-2025) samt Prop 18 S og Prop 104 S (2023-2024)



Finansieringen av spesialhelsetjenesten

- Vurder den årlige veksten i bevilgningene med hjelp av to knagger: Den underliggende veksten i fastlands-BNP og fullfinansiert vekst i demografikostnader.
 - Dekning av demografikostnader er en bunnplanke. Lavere vekst gir vedvarende dårligere kvalitet. To til fire tideler høyere vekst gir nedgang i ventetider og rimelig balanse. Kan oppnås uten vesentlig bidrag til økt skattenivå.
- Unngå krafttak i enkeltår.
 - Skal tjenesten prioriteres, løft vekstraten moderat – men hold den oppe over flere år. Skal tjenesten nedprioreres, ta det gradvis. Ikke la eksogene kostnadsjokk få slå gjennom.

Finansieringen av spesialhelsetjenesten forts.

- Spesialisthelsetjenesten uegnet for diskresjonær konjunkturpolitikk. Effektivitetstap
- Spesialisthelsetjenesten uegnet som automatisk stabilisator for etterspørsels- og tilbudsidesjokk. Effektivitetstap
- De tunge investeringene i bygg og IT har lang planleggings- og byggeperioder

Øremerkingens forbannelse

- Tenkt startpunkt: Stramme budsjetter , «nye» aktiviteter når ikke opp, helseforetak i nedadgående spiral
- Regjeringen prioriterer «nye» aktiviteter med å øremerke midler
- Regjeringen hjelper enkeltforetak som sliter
- Øremerkingen finansieres av HODs samlede ramme
- Færre «nye» aktiviteter når opp, flere helseforetak i vansker
- Mer og mer øremerking

- Risiko for at modellen brytes ned. Risiko for «Zombie»sykehus.

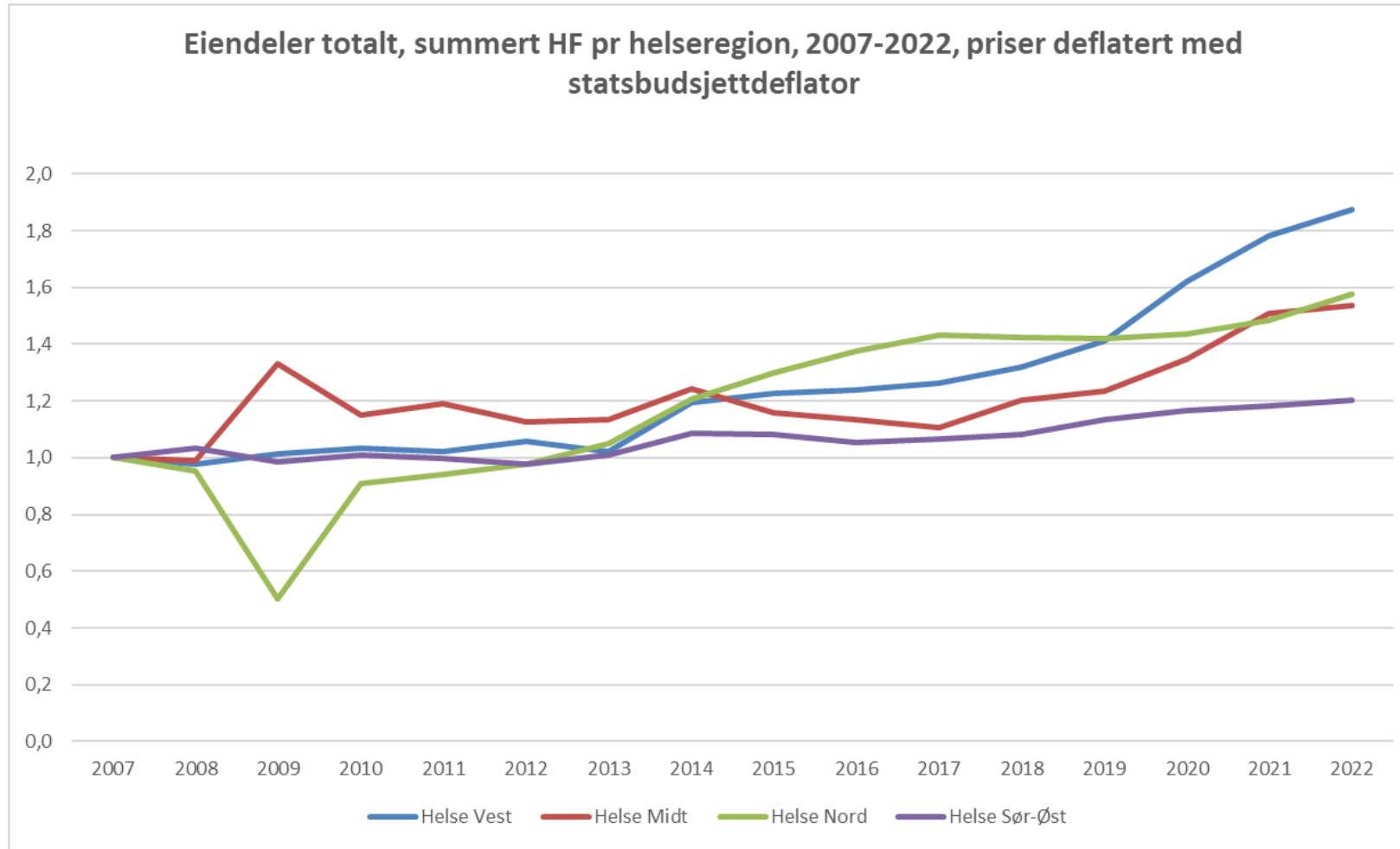
Vekst mot 2030 (bak på konvolutten)

	Reell vekst	Pris- stigning	Verdivekst
Vekst i BNP, fastland	1,5	2,0	3,5
Vekst i bevilgning til spesialisthelsetjenesten	1,7	2,25	3,95

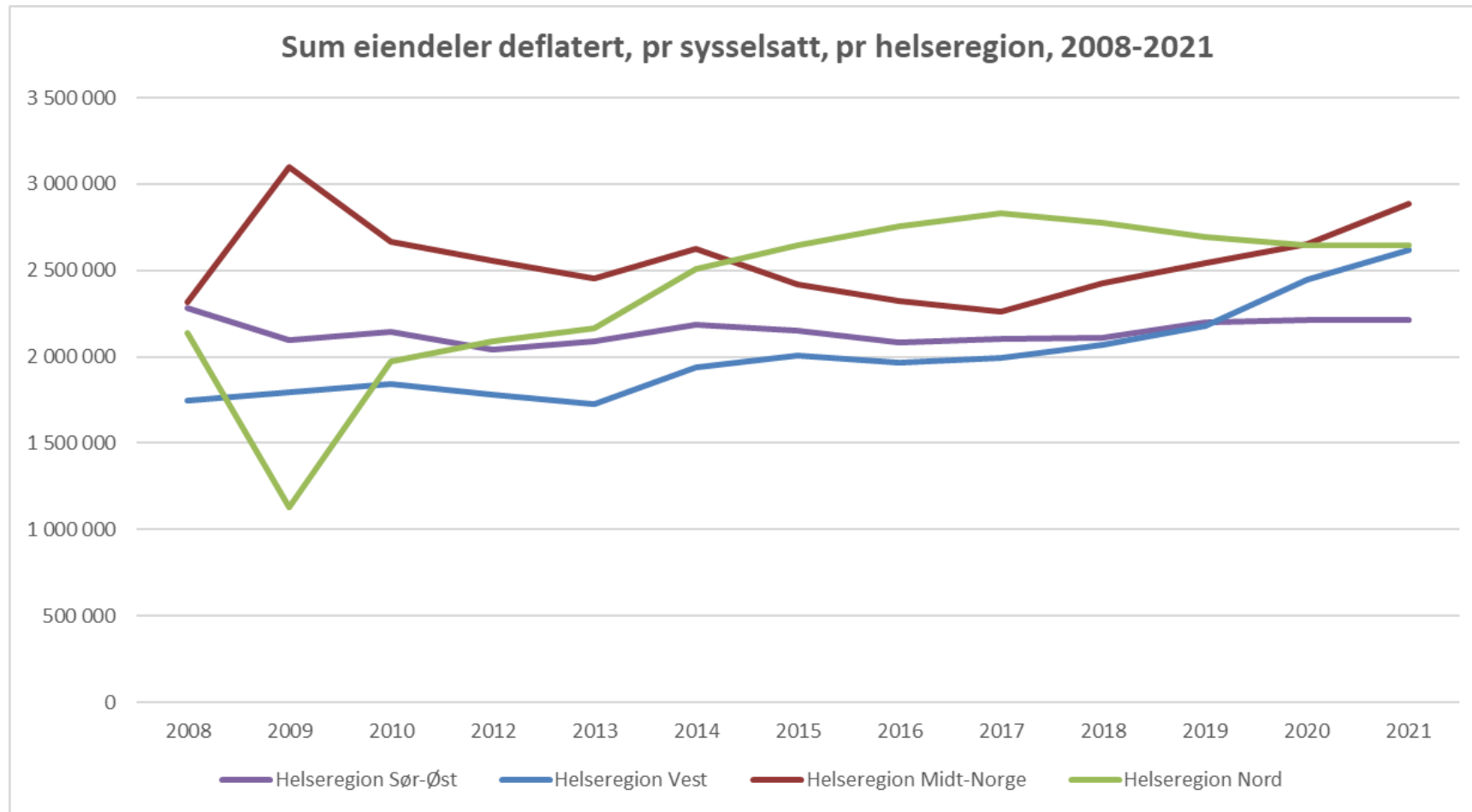
Bidrag årlig til økt skattenivå, øvrige reduserte utgifter eller trekk på oljefondet:
(2) mrd. Kroner

Investeringer og byggingen i Oslo

HSØ har lavest kapitaløkning blant regionene siden 2007

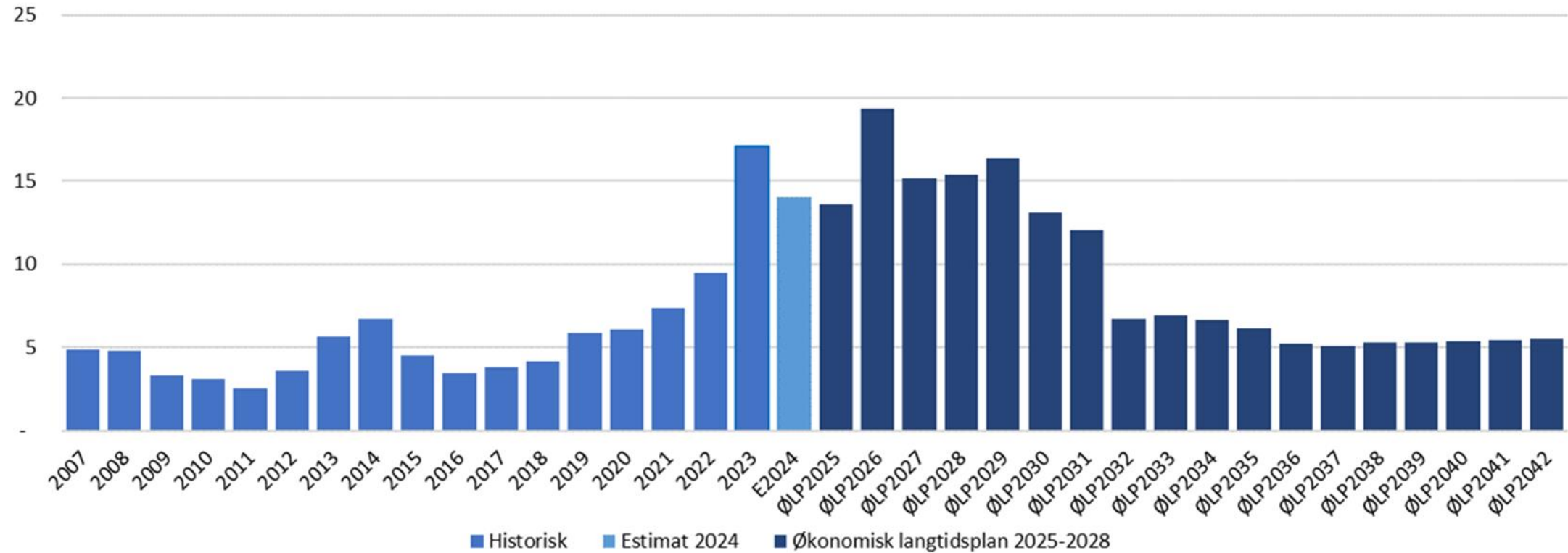


Kapital per sysselsatt har falt, og er lavest blant regionene

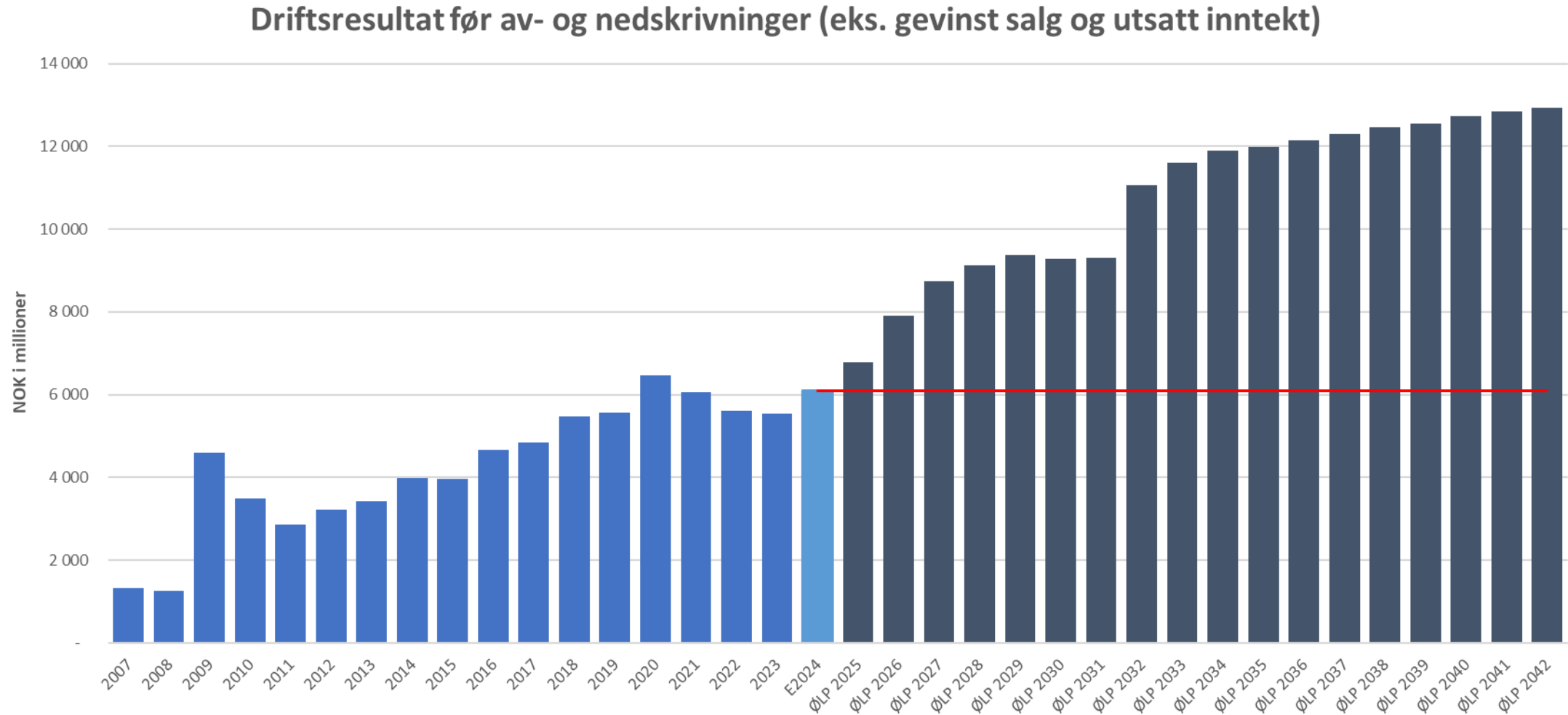


Helse Sør-Øst er i starten av en 10-årsperiode med betydelige investeringer i nye bygg

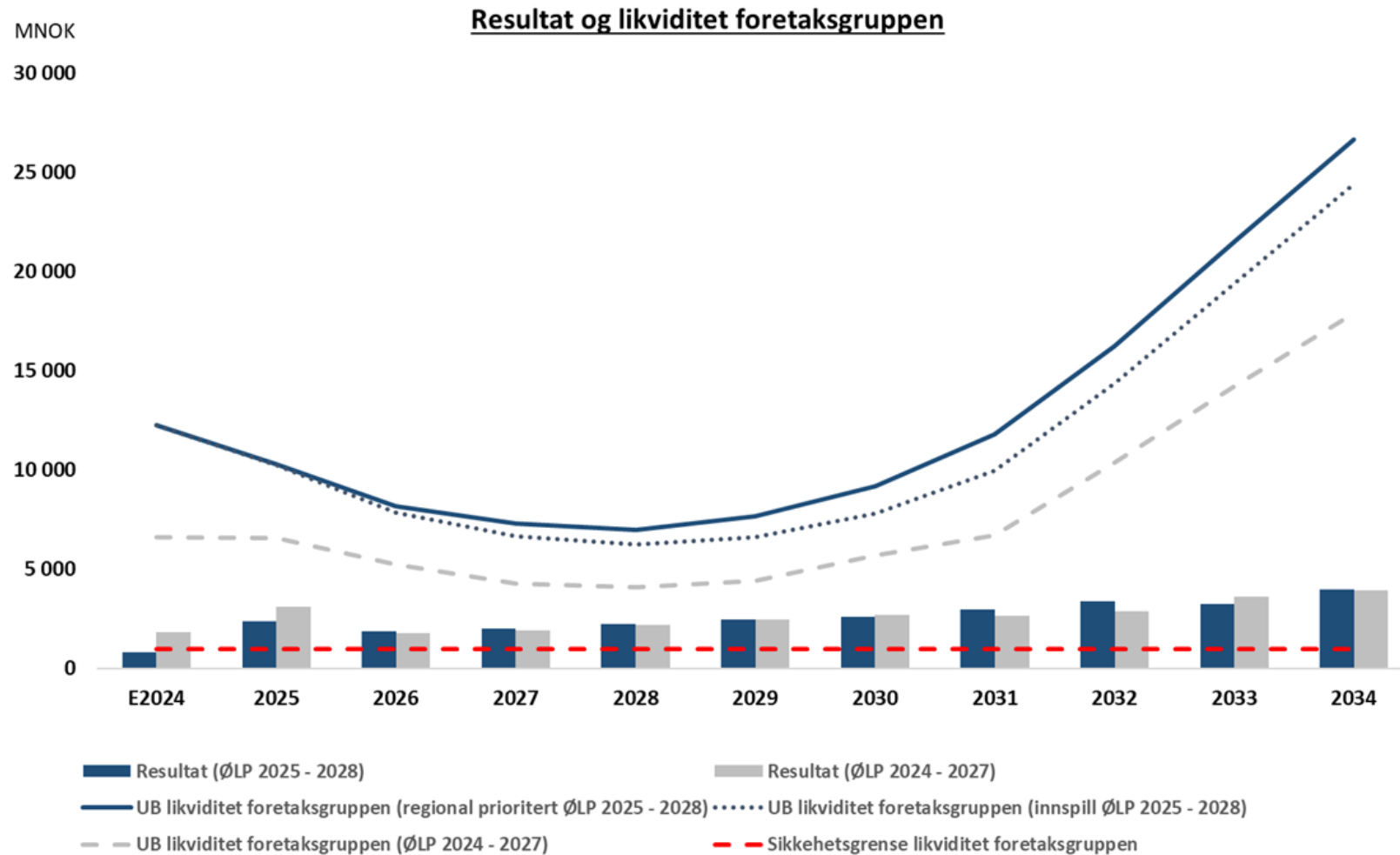
Milliarder NOK



Krever omlegging fra drift til kapital



Det høye investeringsnivået reduserer likviditetsreserven



Videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF

HELSE  SØR-ØST

Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF

- **Regjeringen beslutter å etablere Helse Sør-Øst RHF i 2007:**
 - Bedre ressursutnyttelse
 - Samordning av sykehusene i hovedstadsområdet
 - Bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet
 - Styrke forskningen

- **Styret i Helse Sør-Øst RHF 20. november 2008:**
 - Oslo universitetssykehus HF etableres av tidligere Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Ullevål og Aker universitetssykehus

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2007/regjeringen-gir-800-millioner-til-sykehu/id448757/>

Oslo universitetssykehus HF trenger nye sykehusbygg

Det er tre hovedårsaker til at Oslo universitetssykehus HF trenger nye sykehusbygg:

- **Det er behov for en kraftig opprusting og fornying av bygningsmassen.** Mye av pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus HF foregår i dag i gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse med til dels svært dårlig standard.
- **Det er behov for økt kapasitet.** I tillegg til behovet for fornyelse av bygningsmassen, viser befolkningsframskrivninger for hovedstadsområdet at det må planlegges for økt sykehuskapasitet.
- **Det er behov for å slå sammen likeartet aktivitet** for å sikre bedre kvalitet i pasientbehandlingen og mer effektiv drift, samt for å videreutvikle gode helsetjenester for pasientene i Oslo og regionen.

Regionfunksjoner to steder innen 23 av 28 fagområder (2008)

Fag	RH	Ullevål	Aker		RH	Ullevål	Aker
Plastikk	✓	✓		Nevrointerv.	✓	✓	
Nevrokirurgi	✓	✓		Annen interv.	✓	✓	
Karkirurgi	✓		✓	Slag	✓	✓	
Gastrokirurgi	✓	✓		Geriatrici		✓	
Thoraxkirurgi	✓	✓		Infeksjon	✓	✓	
Urologi	✓		✓	Endokrinologi	✓		✓
Ortopedi	✓	✓		Kardiologi	✓	✓	
Barnekirurgi	✓	✓		Lunge	✓	✓	
Kreftkirurgi	✓	✓		Nefrologi	✓	✓	
Onkologi	✓	✓		Rheuma	✓		
ØNH	✓			Nevrologi	✓	✓	
Øye		✓		Gastro	✓	✓	
Gyn/føde	✓	✓		Hematologi	✓	✓	
Pediatri	✓	✓					

✓ Funksjon tilstede
 ■ Dublert avdeling med regionoppgaver

Betydning for landet og regionen

- En samling av regionfunksjoner vil utnytte kompetansen bedre – behov for færre ansatte i Oslo enn ved en løsning med dublerede funksjoner som i dag
- Styrking av utdanning, fagutvikling, forskning og innovasjon som skal komme hele regionen til gode
- Legger til rette for desentralisering av flere funksjoner
- Løsningen gir bedring i driftsøkonomien ved Oslo universitetssykehus – viktig for regionen da det er sykehusene utenfor Oslo som må betale for pasientbehandlingen ved regionsykehuset.

Behov for nye bygg og økt kapasitet

TV2 2012

Forsiden > Nyheter > Innenriks



ALVORLIG SITUASJON: Brannsikkerheten ved Oslo universitetssykehus er under enhver kritikk. Brannvesenet har vurdert å stenge sykehuset. Trappen på bildet er en av rømningsveiene for pasientene. (Foto: Jon Erik Olsen / TV 2)

Pasienter kan bli fanget i brannfelle

Brann- og redningsetaten har vurdert å stenge Oslo universitetssykehus fordi rømningsveier og slukkeutstyr er altfor dårlig.

Anja Lohne Holm 24.01.2012

NRK 2013

NRK

Østlandssendingen TV P1 Oslo og Akershus Sosiale medier Tips oss

Logg inn

Må repareres for ni milliarder

På Ullevål sykehus faller det murpuss av veggene. Ved Oslo Universitetssykehus er bygninger så gamle og slitte at de må repareres for nesten ni milliarder kroner.



Knut Erik Solhaug
Journalist

Lise Merete Olaussen
Journalist

Henriette Mordt
Journalist

Publisert 18. aug. 2013 kl. 18:57
Oppdatert 19. aug. 2013 kl. 18:25

Artikkelen er flere år gammel.

Hovedverneombudet er bekymret for helsen til de ansatte ved Oslo Universitetssykehus fordi bygningene forfaller.
FOTO: LISE ASERUD, SCANPIX / NRK

Utredninger (2010-2022)

- Arealutviklingsplan 2025 (2011)
- Idéfase OUS Campus Oslo - Idéfaserapport versjon 1.0 (2014)
- Idéfaserapport versjon 2.0 (2015)
- Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring (2016)
 - Inkludert Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling

Statsråden i foretaksmøte fastsetter målbildet (2016)

- Konseptfaserapporter (2018)
- Tilleggsutredninger (2019)
- Stortingets vedtak (statsbudsjett 2020)
- Forprosjekt (2022)



Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF

Videreføring av planer for utviklingen
av Oslo universitetssykehus HF

24. juni 2016



Målbildet innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles med

- et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad,
- et lokalsykehus på Aker *og*
- et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark

Oslo kommune støttet målbildet

Tilbakemelding på idéfase i 2016:

- «Oslo kommune anbefaler alternativ 3, med en delvis samling på Gaustad og med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset. Nytt lokalsykehus bør plasseres på Aker. Denne løsningen vil gi de største positive virkninger for overordnet byutvikling, samtidig som det vil styrke tilgjengeligheten til sykehustilbudet for Oslos innbyggere.» (Byrådssak sak 1006/16)

Uttalelse fra Bystyret i Oslo kommune i 2018:

- «Med dette som utgangspunkt støttes målbildet om å realisere Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus med protonsentor på Radiumhospitalet.» (Brev fra Oslo kommune 30.10.2018)

Flertallet i Oslo bystyre lover å si nei til nytt storsykehus på Gaustad

- Flertallet i Oslo bystyre garanterer at de vil si nei til planene om storsykehus på Gaustad. Det melder NRK torsdag 15. april 2021.

Utredningene av Ullevål

- Flere løsninger på Ullevål er utredet og forkastet
- Ny vurdering av Ullevål 2019:
 - Kan etablere et samlet regionsykehus på Ullevål
 - 12,8 milliarder dyrere (pga mer nybygg)
 - 7 år lengre tid
- Plan- og bygningsetaten i Oslo: Regulering av tomten kreves, noe som vil ta om lag 2-3 år
- Et nytt målbilde krever ny idéfase/prosjektinnramming, konseptfase, høringer, beslutninger og regulering – vil forsinke hele prosessen med minst 4-5 år



Oslo kommune
Plan- og bygningsetaten

RAMBØLL NORGE AS
Postboks 427 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref.: Lars Syrstad Vår ref.: 201905491-3 Sakbeh.: Gro Jensen Vig
Oppgitt alltid ved henvendelse

Dato: 12.04.2019
Arkivkode: 512.1

Kirkeveien 166, Ullevål sykehusområde Skriftlig svar på bestilling av planforhåndskonferanse

Plan- og bygningsetaten motok deres bestilling av planforhåndskonferanse den 02.04.2019. Etter avtale behandler vi planforhåndskonferansen i et brev.

Forslagstillers/ fagkyndiges beskrivelse av forslaget

Helse Sør-Øst er i gang med å «belyse» Ullevål. Hovedspørsmålet er hvordan det kan tenkes å utvikle Ullevål sykehus med et totalt byggevolum som gjør at OUS samler virksomhet på Aker og Ullevål, istedenfor det vi nå planlegger for; på Aker og Gaustad. Forslagstiller ønsker å klargjøre hva som kan forventes å bli innholdet i en plan- og utredningsprosess. Hittil er fagkyndige Rambølls oppfatning av planstatus på Ullevål at en omfattende utbygging vil kreve utarbeidelse av planprogram, reguleringsplan og konsekvensutredning. De forventer at kravene til prosess og planinnhold er tilsvarende som på Aker og Gaustad – grovt sett.

PBEs redegjørelse for planstatus Ullevål sykehus

Kommuneplan 2015

§ 3.2. Presisering av plankrav (jf. pbl §§ 11-10 nr. 1 og § 12-1)

1. Tiltak etter plan- og bygningsloven som medfører vesentlig økt miljøbelastning for omgivelsene i form av trafikk, støy og forurensning, andre vesentlig negative virkninger for nærmiljøet (bygde og naturgitte omgivelser, kulturminner, verdifull vegetasjon, byrom m.m.) eller vesentlig negativ virkning for nasjonale og vesentlige regionale kulturminneverdier som angitt på temakart for kulturminnevern T5 (datert 04.03.2015), krever reguleringsplan.

Milepæler- videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF

Nytt klinikk- og protonbygg Radiumhospitalet



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 43.000 m²
Styringsramme: 5,9 mrd. (P50-prisnivå juni 2023)

- Konseptfase nytt klinikkbygg 2016-17
- Vedtak om protonsender: 2018, revidert skisseprosjekt godkjent juni 2019
- Forprosjekt godkjent oktober 2019
- Forberedende arbeider: 2018-2019
- Byggestart mai 2020
- Eierskifte gjennomført april 2024.
- **Full drift fra september 2024**

Nye Aker



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 191.000 m²
Styringsramme: 21,1 mrd (P50-prisnivå juni 2023)

- Prosjektinnramming: 2016-2017
- Konseptfase 2018
- Tilleggsutredning: juni 2019
- Forprosjekt godkjent desember 22
- Statlig reguleringsplan godkjent 28.02.23
- Forberedende arbeider (omlegging av infrastruktur, riving mv.) 2022-2024
- Byggestart (grunnarbeider) mars 24
- **Planlagt full drift ultimo 31**

Nye Rikshospitalet



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 151.000 m² og 8000 m² eksisterende bygg
Styringsramme: 21,2 mrd (P50-prisnivå juni.2023)

- Prosjektinnramming: 2016-2017
- Konseptfase 2018
- Tilleggsutredning: juni 2019
- Forprosjekt godkjent desember 22
- Statlig reguleringsplan godkjent 28.02.23
- Forberedende arbeider (omlegging av infrastruktur, rokader, riving mv.): 2022-2024
- Byggestart (grunnarbeider) juni 24
- **Planlagt full drift ultimo 31**

Nytt bygg for regional sikkerhetsavdeling



Byggherre: Helse Sør-Øst RHF
Areal: 14.513
Styringsramme: 1.997 (P50-prisnivå jan 23)

- Konseptfase 2016-17
- Omfattende reguleringsprosess 2016-2022
- Forprosjektet godkjent juni 2023
- Byggestart (grunnarbeider) 9.oktober 2023
- Bygget planlagt ferdig ultimo 2025.
- **Full drift fra ultimo 2026**

Livsvitenskapsbygget



Byggherre: Statsbygg

- «Konseptfase» OUS 2020
- Hovedaktiviteten til HSØ PO er avklaring og anskaffelse av utstyr og IKT
- Statsbygg er byggherre
- **Planlagt tatt i bruk i løpet av 2026**

Nye Aker



- Stort akutt sykehus for somatikk og psykisk helsevern og spesialisert tverrfaglig
- Forprosjektet godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF 16. desember 2022.
- Statlig reguleringsplan godkjent av KDD 28. februar 2023
- Bruttoareal totalt: ca. 191.000 m²
 - Nybygg: ca. 169.100 m²
 - Ombygging: ca. 21.700 m²
- Beregnet kostnad (P50, prisnivå juni 2024): 22,1 milliarder kroner
- Tilgjengelig fremtidig areal (etappe 2) ca. 35 000 m²

Nye Rikshospitalet



- Bruttoareal nybygg: ca. 150.769 m², i tillegg kommer dagens Rikshospital (ca. 200.000 m²)
- Somatikk:
 - Senger: 441
 - Operasjonsstuer: 24
 - Fødestuer: 11
 - Observasjonsplasser: 19
 - Intensivplasser: 60
 - Nyfødtintensiv: 42
 - Poliklinikkrom: 173
- Beregnet kostnad (P50, prisnivå juni 2024):
 - 23,1 milliarder kroner
- Tilgjengelig fremtidig areal (etappe 2 ca.100. 000 m²)

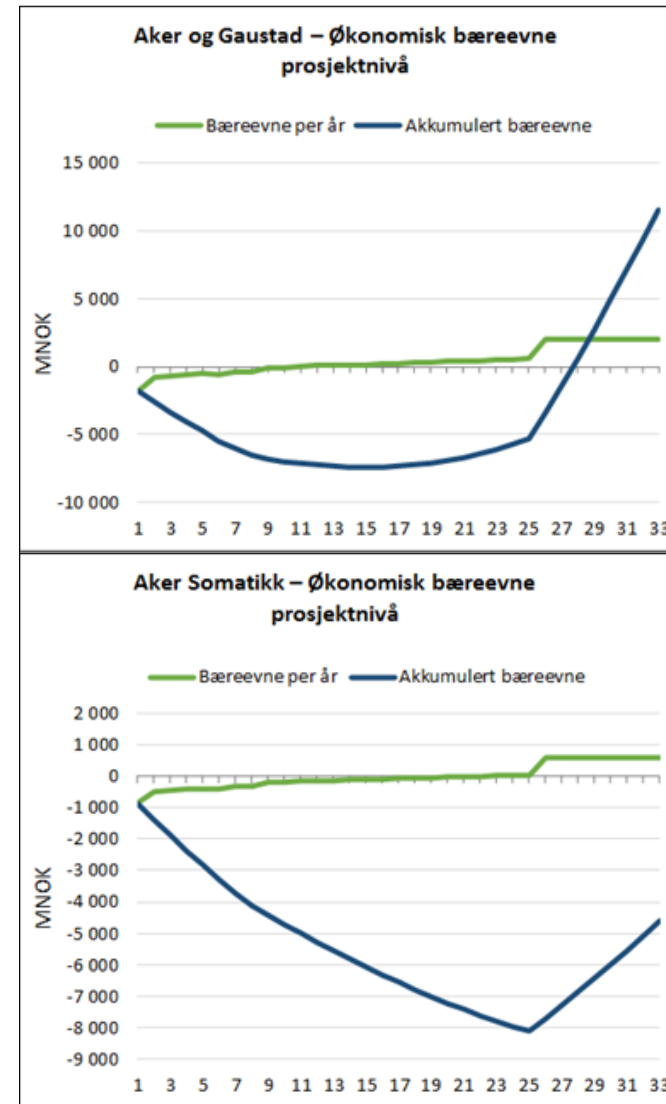
Økonomisk bæreevne

Totalinvesteringen for Aker og Gaustad gir netto gevinster ved:

- Samling av lands- og regionfunksjoner
- Samling av psykisk helsevern og rusbehandling
- Mer effektive bygg
- Ny teknologi

Likviditeten forbedres ved:

- Sparing i forkant av innflytting
- Salg av tomter



Risikoen

- Byggekostnader . To store bygg samtidig
- Bygging ved sykehus i drift
- Stor organisatorisk endring
- Verdi av tomt
- Med høye investeringer- sårbar for svikt i inntekter