

Forhold og fakta som vil kunne påvirke analyser og vurderinger i planprosessen for å kunne velge det mest realistiske -og gjennomførbare alternativ for en ny sykehusstruktur.

1. Planprosessen skal gjennomføres slik dette er beskrevet i veileder fra Helsedirektoratet fra 2011. HSØ har i 2014 godkjent at planprosessen kan starte med gjennomføring av første fase, den såkalte idefasen. Planprosessen er beskrevet i vedlegg 1 med det mandat HSØ godkjente i 2014.

-Hvis planprosessen forseres og avvikes vesentlig, vil dette resultere i økende mistillit til styret med manglende politisk støtte.

2. Det er tidligere besluttet å starte gjennomføring av flere paralelle prosesser som sannsynligvis vil kunne bli retningsgivende og styrende for planprosessen på en uakseptabel måte. (somatikkendringer, ØLP, psykiatriplanen er slike prosesser)

-Hvis slike paralelle prosesser overstyrer analysene i idefasen, vil dette ha en negativ påvirkning på neste fase i planprosessen, (konseptfasen)

3. HSØ stiller store krav til den økonomiske utvikling og bestemmer i virkeligheten hvilken mulighet SI har til å gjennomføre store investeringer. HSØ forlanger et resultat på 2% av setningen som betyr at SI må vise årsoverskudd i nivå 150 mill kr.

-Slike krav til overskudd vil kreve at SI gjennomfører reduksjoner av antall årsverk som er antatt å være ca. 400 årsverk de neste 3 år. Dette vil kunne resultere i en stor belastning på hele foretaket i en vanskelig omstillingstid. Resultatkravet burde revurderes.

4. Det har vært en stor økning i antall årsverk de siste 5 årene som vist i vedlegg 2. Dette skyldes nye oppgaver og økt kapasitet, men sannsynligvis er hovedårsaken en pågående byråkratisering som vil vanskeliggjøre de planlagte reduksjoner.

-Slike reduksjoner bør konsentreres mot indirekte personell i staber, støttefunksjoner og konsulentassistanse.

5. Den eksisterende bygningsmassen er av varierende kvalitet og manglende vedlikehold. Det er tidligere utført omfattende analyser av de fleste bygninger og hva som må gjøres for å bedre standarden. Dette er vurdert til ca 2000 millkr som vist i vedlegg 3. Den uavskrevne restverdien på bygningsmassen pr 2015 er ca 2800 millkr.

-Hvis store deler av bygningsmassen besluttes avviklet og solgt, vil dette kunne bli en stor belastning for resultatene etter at en eventuell stor investering er gjennomført.

6. En sterk sentralisering av aktiviteten vil kunne resultere i en ny belastning for pasienter og ansatte med lengre reiseavstand. Et konsulentoppdrag i 2014 viste at med et nytt stort sykehus og avvikling av de eksisterende ville samlet økning i reiseavstanden bli 30-40 mill km med nye store uheldige miljøutslipp i nivå 5-7000 tonn pr år over en lang periode.

-En sterk sentralisering vil belaste pasienter, ansatte og miljøet i en lang periode. Dette bør tillegges stor vekt i de analyser som skal gjennomføres i idefasen. (vedlegg 5)

7. De somatiske sykehusene i SI har varierende størrelse på sitt befolkningsgrunnlag. Dette er vist i vedlegg 6 for somatiske sykehus med akutfunksjoner. Sykehuset Gjøvik har det største grunnlaget på ca 120000 og sykehuset Tynset det minste grunnlaget på ca. 25000

-Den geografiske fordeling av befolkningsgrunnlaget for de enkelte somatiske sykehusene viser stor variasjon og bør tillegges stor vekt når det gjelder likeverdig tilgang for befolkningen til spesialisthelsetjenesten i Oppland og Hedmark

8. For å kunne finansiere og gjennomføre store investeringer i en sentralisering av spesialisthelsetjenesten, har HSØ krevet at finansieringen skal skje med rentebærende lån på 70% av investeringen og at SI selv må ha det vesentligste ansvar for å spare til en ny egenkapital på 30 %. HSØ forlanger at investeringen skal være bærekraftig ved at reduserte driftskostnader skal tilsvare renter og avdrag i prosjektets levetid. (vedlegg 6)

-Store investeringer vil kreve personellreduksjoner