Til: Helse Sør-Øst RF

Høringsbrev fra Redd Sykehusene i Innlandet om – videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (SI).

Vi vil gjerne gi uttrykk for at vi opplever problemstillingene som adresseres i høringsbrevet som noe snevre, i og med at målbildet om et nytt hovedsykehus nærmest tas for gitt. Dette til tross for at det i konseptfasen også skal utvikles et nullalternativ. Redd Sykehusene i Innlandet ser det som positivt at nullalternativet skal utredes i konseptfasen. Og i den forbindelse er det viktig at det utvikles et reelt og konkurransedyktig alternativ som er likeverdig alternativet med nytt hovedsykehus. Vi går ut fra at de to alternativene skal sammenlignes før beslutninger treffes og at konklusjonene ikke er forhåndsbestemt. Utsagn som at «målbildet står fast» kan jo gi skinn av at beslutninger fattes forut for utredningene, det er i så tilfelle et uheldig utredningsforløp.

Redd Sykehusene i Innlandet støtter ikke det overordnede målbildet og mener at Sykehuset Innlandet HF bør utvikle sykehusene i dagens struktur og at alle dagens sykehus skal opprettholdes og utvikles. Det gjelder også spesialistsykehusene; Granheim Lungesykehus og de psykiatriske sykehusene på Reinsvoll og Sanderud, samt den spesialiserte rehabiliteringen på Ottestad og Solås og barne- og ungdomspsykiatrien på Kringsjåtunet. Vi mener videre at den utstrakte funksjonsdelingen er ett av hovedproblemene ved dagens sykehusstruktur og i Innlandet i større grad enn lokaliseringen av byggene. Det er under alle omstendigheter lenge til et eventuelt nytt sykehus står ferdig og vi mener at en ny virksomhetsmodell derfor bør på plass så raskt som mulig.

Nåværende sykehusstruktur, med en forbedret virksomhetsmodell – uten utstrakt funksjonsdeling mener vi også på lang sikt gi en bedre løsning for pasientene. Det krever lavere investigeringer og gjør det mulig å opprettholde høyere kapasitet. Dagens målbilde vil redusere kapasiteten vesentlig både innen somatikk og psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet. Å redusere sykehuskapasiteten mener vi er dårlig samfunnsøkonomi, pasientene forsvinner ikke. I stedet får kommunene, pasientene og de pårørende regningen.

Helsedirektoratet

Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste

SAMDATA Spesialisthelsetjeneste

Rapport
IS-2950

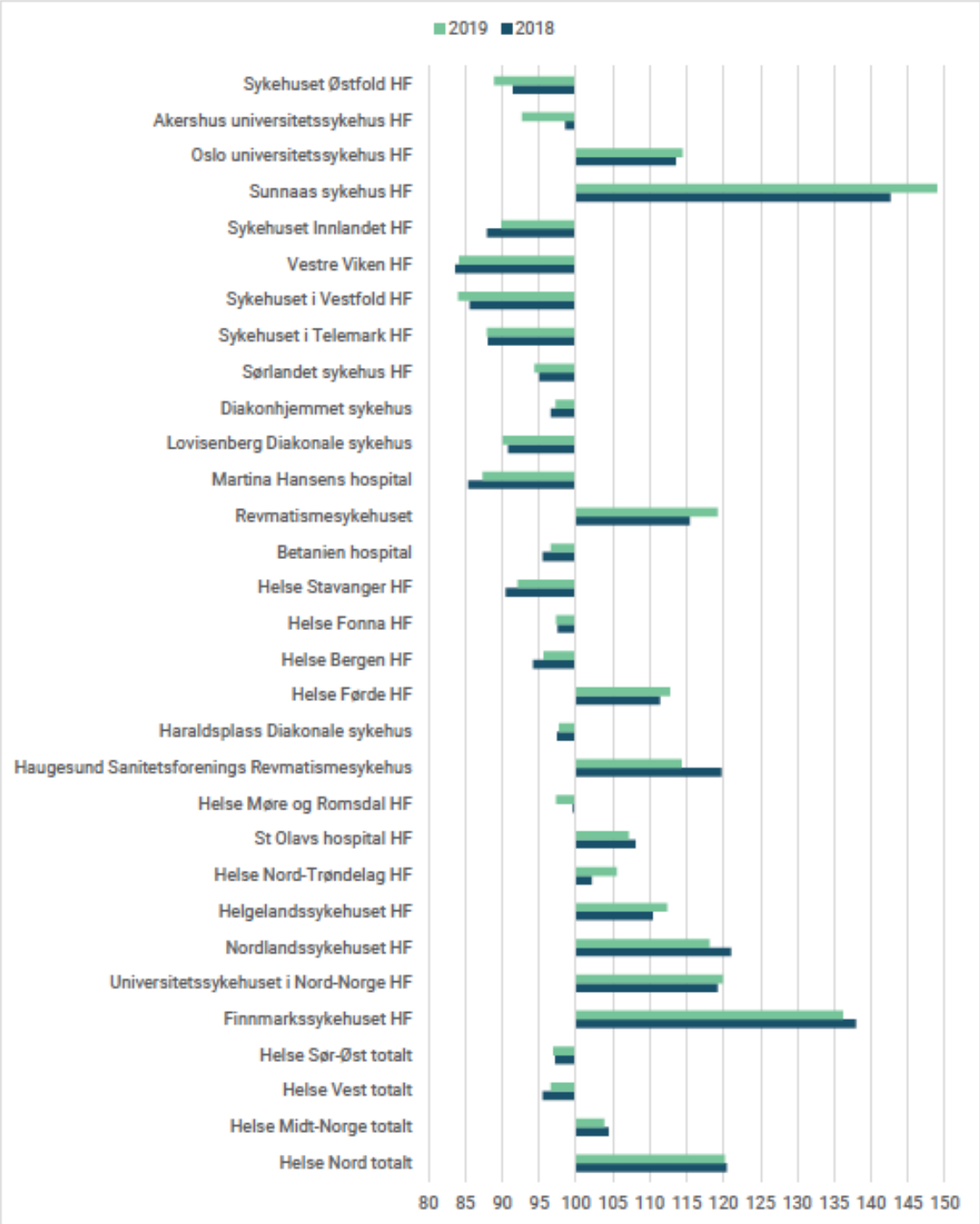
Et annet stort problemene dagens drift av SI er den omfattende sparingen til nytt hovedsykehus.

Effektiviseringskravene som sykehuset er pålagt har skapt et inntrykk av at SI har dårlig økonomi og effektiviseringen har en rekke unødvendige og negative effekter på driften.

SI er faktisk et av Norges mest effektive sykehus dette viser tall fra Samdata i rapporten *Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste,* utgitt av Helsedirektoratet i 2020

Fra Helsedirektoratets rapport som viser kostnader per DRG-poeng.

Figur 9: Relativ kostnad per DRG-poeng 2018 og 2019, Helseforetak. Landsgjennomsnitt = 100.



Utviklingen i SI har imidlertid vært negativ de siste årene og kostnadene per DRG-poeng har gått noe opp. Dette til tross for et sterkt fokuset på ytterligere effektivisering. Mer negativt er det at aktiviteten også har gått ned – i følge tallene fra Samdata var det en nedgang i produserte DRG-poeng på 11 prosent fra 2018-2019. Nedtrekk i aktivitet fører som kjent også med seg lavere inntekter. Hovedårsaken til at SI Innlandet er i en så presset økonomisk situasjon er imidlertid behovet for å spare opp egenkapital og for å bevise økonomisk bærekraft til å håndtere investeringene i et nytt hovedsykehus. Innsparings- og effektiviseringskravene har ført til at SI har ønsket å legge ned blant annet Granheim

Lungesykehus og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Kringsjåtunet. Det siste har Stortingsflertallet stoppet og nedleggelsen av Granheim midt i en lungepandemi er nå også til behandling i Stortinget. Representantforslaget om å bevare Granheim lå an til å få flertall i Stortinget, noe som førte til at styret i SI i februar besluttet å utsette nedleggelsen til 2023.

SI har kommet i en vanskelig situasjon – derfor er det ekstra bekymringsfullt at SI ikke har noen garanti for at de oppsparte midlene og effektiviseringen vil komme SI til gode. SI disponerer ikke de oppsparte midlene selv, de inngår i HSØs felleskasse og konsernmodellen i HSØ gjør at det regionale helseforetaket kan benytte felleskassen til prioriterte prosjekter andre steder. SI har ingen garantier for å få igjen pengene.

Aksjonen «Redd Sykehusene i Innlandet» ble stiftet i 8. april 2020. Redd Sykehusene i Innlandet er stiftet for å samle innbyggerne, pasientene, de ansatte og alle sykehusaksjonene i Innlandet i ett felles krav om å stoppe tappingen av ressurser fra Innlandet. Innlandet må sammen si nei til nei til dyre og faglig dårlige sykehusplaner for hovedstaden. Det finnes et langt rimeligere alternativer for Oslo enn prosjektene som nå planlegges på Gaustad og Aker. Helse Sør-Øst må ta hensyn til de andre sykehusene i området og må utrede mulighetene for å bygge billigere ved å bruke Ullevålstomten. Ressurstappingen av Innlandet må stoppes. Vi mener at prosessen knyttet til den fremtidige sykehusstrukturen det siste året har vært preget av en alles kamp mot alle. Det er kamper om hvor akuttsykehuset skal ligge og om hvor det elektive sykehuset skulle ligge. Den siste tiden har frontene kanskje blitt enda steilere når hovedsykehuset nå er foreslått flyttet fra Mjøsbrua til Brumunddal. Det har vært Lillehammer mot Elverum, Elverum mot Gjøvik, Gjøvik mot Lillehammer og Hamar mot alle.

Dagens «målbilde» har bidratt til at byer og regioner har kjempet på hver sin kant – det er svært uheldig, fordi mange i kampens hete ikke ser hva som er i ferd med å skje.
Vårt ambisiøse mål å forene alle på tvers av andre motsetninger i en felles aksjon for å sikre at det blir penger igjen til sykehus også Innlandet. Etter vår oppfatning er det stor risiko knyttet til den økonomiske bæreevnen i Helse Sør-Øst når det gjelder å realisere alle prosjektene som planlegges. Vi har vært opptatt av å informere om at det ikke er budsjettert med investeringer i Sykehuset Innlandet i gjeldende økonomisk langtidsplan (ØLP) for HSØ. (ØLP for perioden 2021-2024 for vedtatt av styret i HSØ i juni 2020)

Følgende prosjekter er vedtatt gjennomført:

Prosjekt	Cirka kostnad
Nytt klinikkbygg og protonsenter – Radiumhospitalet Oslo	3,9 milliarder
Nytt sykehus i Drammen	10 milliarder
Nytt bygg i Vestfold – Tønsbergprosjektet	2,8 milliarder
Ny storbylegevakt i Oslo	1,8 milliarder
Nytt psykiatribygg Sykehuset Sørlandet	0,8 milliarder
Første fase Aker/Gaustad i Oslo	38,4 milliarder
Regional sikkerhetsavdeling Oslo Universitetssykehus	1,5 milliarder
Totalt	59,2 milliarder

Lån til vedlikehold og IT-prosjekter kommer i tillegg

Følgende prosjekter er i konseptfase / under planlegging
Gjennomføringen av disse prosjektene forutsetter bærekraft på regionalt nivå. Dette er prosjekter som det er stor risiko for at HSØ vil måtte utsette.

Prosjekt	Cirka kostnad
Bygg somatikk og strålebehandling Skien, Sykehuset Telemark	0,5 milliard
Nytt bygg for psykisk helsevern – Akershus Universitetssykehus	0,9 milliard
Totalt	1,4 milliarder

Det er en utbredt oppfatning hos mange i Innlandet at nytt hovedsykehus kommer nest etter utbyggingen av Nye Drammen i køen. Dette stemmer ikke. Tvert imot er nye bygg i Innlandet på en annen liste langt bak i køen, sammen med rekke andre prosjekter.

Konseptfaser for disse prosjektene er ikke igangsatt og kostnadsoverslagene er usikre i og med at konsept ikke er valgt og alternativene er på innrammings- eller idéstadiet. Videre planlegging forutsetter bærekraft på regionalt nivå samt driftseffektiviseringer på helseforetaksnivå, kutt i kostnader og sparing for å vise evne til å håndtere kostnader knyttet til betaling av renter og avdrag når byggene står ferdig. Disse prosjektene er det stor risiko for at HSØ ikke vil ha mulighet til å igangsette før mot midten eller slutten av 2030-tallet, selv dersom alt går etter planen med nullvekst i bemanning, effektivisering, gevinstrealisering og høy aktivitet for å sikre nok inntekter.

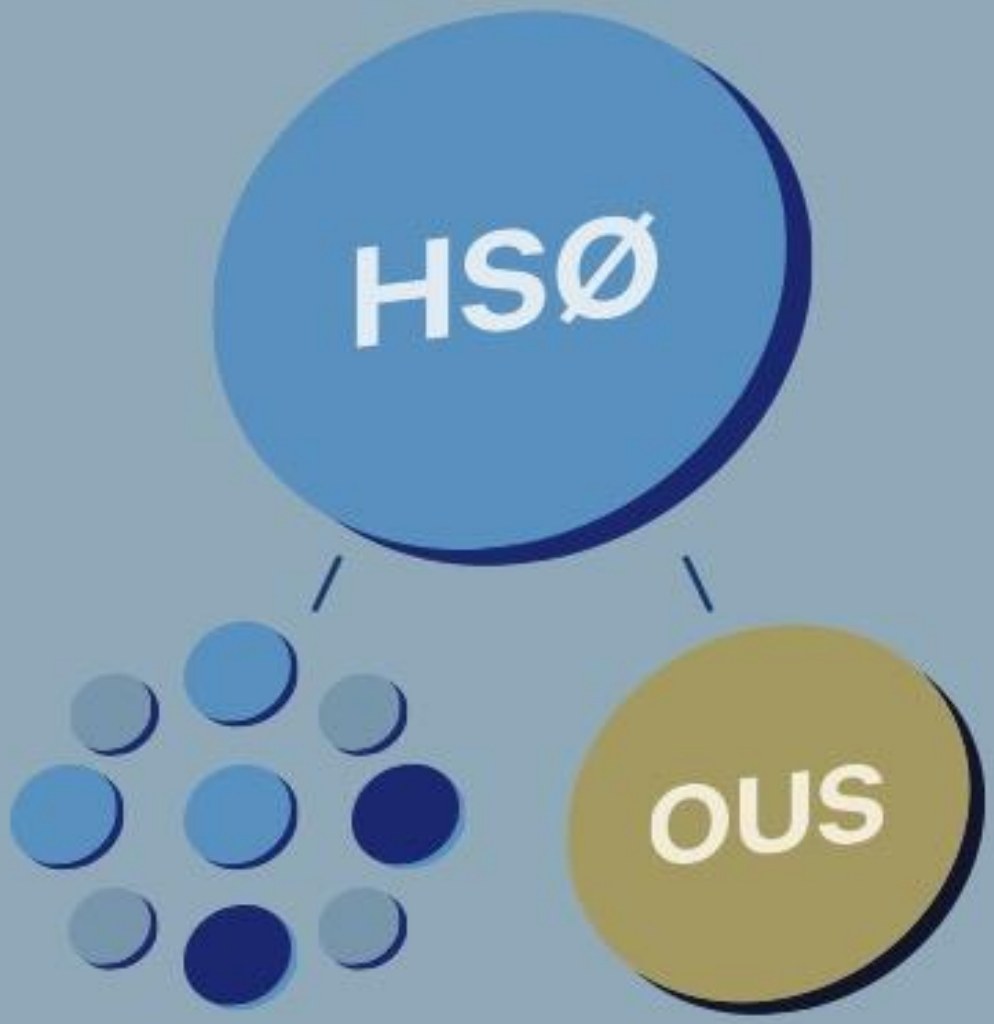
Prosjekt	Cirka kostnad
Videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)	9 milliarder
Stråle- og somatikkbygg Akershus Universitetssykehus	2 milliarder
Akuttbygg ved Sykehuset Sørlandet	1-2 milliarder
Byggetrinn 3 Sunnaas Sykehus	0,4 milliard
Stråleterapibygg Vestre Viken	0,5-1 milliard
Stråleterapibygg Østfold	0,5-1 milliard
Videreutvikling av Oslo Universitetssykehus – fase 2	12 milliarder
Totalt	23,4 – 29 milliarder

Investeringer i Sykehuset Innlandet HF avhenger av helseforetakets økonomiske bærekraft, men de avhenger også av HSØs bærekraft.

Vi har utarbeidet et notat om hva som kan bli konsekvensene for de øvrige sykehusområdene i HSØ dersom Oslo Universitetssykehus ikke klarer å nå sine økonomiske mål. Det er knyttet høy økonomisk risiko og en svært høy aggregert gjennomføringsrisiko til prosjektet Nye Oslo Universitetssykehus. Notatet er vedlagt vårt høringsinnspill.

Gitt de store investeringene HSØ står ovenfor – ligger et eventuelt hovedsykehus i Innlandet godt frem i tid. Det vil derfor være langt bedre for SI og befolkningen i Innlandet å satse på en mer nøktern utvikling av dagens sykehus i Innlandet og skrinlegge idéen om et hovedsykehus så raskt som mulig. Dette vil sette en stopper for de store effektiviseringskravene som er til stor ulempe for både ansatte, pasienter og kommuner.

På vegne av styret i Redd Sykehusene i Innlandet
Mariann Isumhaugen, Kari Wiegaard, Bjørg Haave og Lene Haug



Stor sannsynlighet for alvorlige konsekvenser for hele Helse Sør-Øst dersom Oslo Universitets-sykehus ikke lykkes med å nå sine økonomiske mål

NOTAT OM KONSEKVENSER AV NY ØKONOMISK ANALYSE

24. 11 2020

Torgeir Bruun Wyller, leder i Helsetjenesteaksjonen • Maren Rismyhr, leder i Aker Sykehus Venner
Hans Erik Heier, leder i Redd Rikshospitalet-Rikshospitalets venner • Mariane Sandholt, leder i Stiftelsen Gaustadklubbens fond
Mariann Isumhaugen, leder i Redd Sykehusene i Innlandet • Lene Haug, leder i Redd Ullevål Sykehus24. 11 2020

Oslo Universitetssykehus kan ikke bære kostnadene til de nye sykehusene i Oslo viser ny økonomisk rapport

Oslo universitetssykehus (OUS) planlegger å sette opp nye sykehusbygg på Aker og Gaustad/Rikshospitalet i Oslo. Prosjektet har fått navnet Nye OUS. Nye OUS er beregnet å koste rundt 50 milliarder. Stortinget innvilget i fjor et lånetilsagn for første etappe på 29,1 milliarder kroner.

Rapporten «*Økonomiske betraktninger omkring planen for Nye Oslo universitetssykehus*» er utarbeidet av kvalitetssikringsekspert Eilif Holte, professor i forvaltningsøkonomi Bjarne Jensen, sykehusarkitekt Tor Winsnes og siviløkonom og statsviter Per Henry Christiansen. Rapporten gjennomgår de økonomiske forutsetningene for Nye OUS og viser at risikobildet er betydelig forverret etter at Stortinget i fjor behandlet lånesøknaden.

Dersom økonomien i Nye OUS sprekker vil det ha konsekvenser for alle planlagte sykehusprosjekter i Sørøst-Norge

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) eier følgene underliggende helseforetak: OUS, Akershus Universitetssykehus (Ahus), Sunnaas Sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Sørlandet, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold (Kalnes) og Vestre Viken samt Sykehusapotekene og Sykehuspartner. HSØ har det overordnede økonomiske ansvaret for alle helseforetakene som er avhengig av økonomien til HSØ. Dersom OUS ikke klarer å realisere Nye OUS som planlagt vil det påvirke økonomien til HSØ og få store negative konsekvenser for hele helseregionen. Planlagte investeringer og oppbygning av nødvendig sykehuskapasitet i regionen kan bli utsatt.

Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen konkluderer i sin rapport at det er uforsvarlig å starte forprosjektfasen slik prosjektet står i dag. Rapporten viser blant annet at:

- Det er overveiende sannsynlig at forutsetninger for ny driftsmodell i OUS ikke vil la seg realisere.
- OUS ikke har økonomisk bæreevne til investeringene i Nye OUS
    - Rehabiliterings- og ombygningskostnader av Rikshospitalet etter 2035 vil påvirke OUS' økonomiske bæreevne, de var ikke del av kvalitetssikringen.
    - Forutsetningen om økt arbeidsproduktivitet før innflytting i nye bygg er urealistisk. Sannsynligheten for ytterligere økt arbeidsproduktivitet etter innflytting er svært liten, særlig fordi det er svært uklart hvordan den nye sykehusmodellen blir og om ny driftsmodell i det hele tatt lar seg realisere.
    - At OUS systematisk ikke klarer å holde sine opprinnelige budsjettmål, men nedjusterer dem like før perioden, bekrefter at det er stor risiko for at effektivitetsberegningene som ble forelagt Stortinget ikke er reelle.
    - Årsresultatene for OUS de siste fem årene er påvirket av mange ekstraordinære inntekter, bl.a. eiendomssalg.
    - Etter å ha bygget Nye OUS vil helseforetaket ha tidoblet sin langsiktige gjeld, fra 3 milliarder til vel 30 milliarder. Når OUS starter nedbetalingen av lånet, øker kapitalkostnadene fra ca. 4,3 % i dag til 11 % av driftsinntektene. Økningen i gjeld er uforsvarlig.

I fjor konkluderte advokat Anne Christine Kroepelien i en juridisk utredning med at beslutningsgrunnlaget for «målbildet» ikke var forsvarlig utredet: målbildet er ikke sendt på høring, det er ikke gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse som viser at den nye sykehusstrukturen i OUS gir en fornuftig virksomhetsfordeling og den beste lokaliseringen for nye sykehus i Oslo. Heller ikke helseforetakenes egen «Tidligfaseveileder for sykehusbyggprosjekter» er fulgt.

I tillegg til at det er mangler ved saksbehandlingsprosessen som ledet frem til dagens planer for Nye OUS er det nå demonstrert at hverken OUS eller HSØ har økonomisk bærekraft til å gjennomføre prosjektet.

Mer enn halve Norges befolkning sogner til sykehusene i Helse Sør-Øst.

De planlagte utbyggingene på Aker og Gaustad vil påvirke samtlige av helseforetakene i konsernet i flere ti-år framover. Sprekk i budsjettene, feil i kalkylene og sviktende økonomiske forutsetninger i OUS vil kunne få svært store negative konsekvenser for hele helseregionen.

Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen viser at det ikke bare overveiende sannsynlig, men nærmest uunngåelig at HSØ vil måtte ta store deler av regningen i Oslo.

Rapporten konkluderer med at OUS' økonomi er ikke så robust at den kan bære investeringene knyttet til Nye OUS.

Økonomien i OUS må bedres betraktelig i årene fremover. Dels skal det skje gjennom bedre driftsrutiner, dels ved fornyelse av bygningsmassen hvor god logistikk og funksjonalitet settes som krav. Hvordan dette skal skje er ikke sannsynliggjort i planene.

HSØ har ingen mulighet til å unnlate å overholde sine låneforpliktelser uavhengig av hvordan det går i Oslo, i Drammen eller med andre prosjekter. For Nye OUS er effektivitetsgevinstene grovt overvurdert slik at sykehuset sannsynligvis ikke vil klare sine låneforpliktelser og derfor må bli subsidiert av de øvrige sykehusene i regionen.

Det vil få alvorlige konsekvenser for pasientene for hele HSØ dersom OUS ikke når sine økonomiske mål

HSØs forventede behov for investeringer fra ØLP 2021-2024

HSØ står ovenfor en formidabel oppgavevekst og det er behov for investeringer i hele regionen.
HSØ har planlagt investeringer for 8-15 milliarder hvert år i de neste 12 årene. Normalt ligger det samlede investeringsnivået for hele landet på omlag 8 milliarder. Helse Sør-Øst har planlagt et særdeles høyt investeringsnivå, men prosjektene vil i liten grad bidra til å løse den største utfordringen sykehusene står foran, en kraftig behovsvekst.

Planene sikrer ikke tilstrekkelig kapasitet til tross rekordstore investeringer

I Regional utviklingsplan beskriver HSØ at behovet for sengekapasitet/liggedøgn i sykehusene frem mot 2035 vil øke med 41 % i regionen. Mest prekære vil behovene være ved Sykehuset i Østfold (Kalnes) og Akershus Universitetssykehus (Ahus), der det allerede i dag mangler sengeplasser.

Tabell 8: Utvikling i liggedøgn i sykehusområdene (SO) i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035 uten og med korreksjon for omstillingsfaktorer og endring i opptaksområder

Helseforetak/sykehus	Liggedøgn 2017	Liggedøgn etter demografisk utvikling i 2035	Endring i liggedøgn som følge av demografi	Liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035	Endring i liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035
Akershus SO* ^ ¨	205 796	307 381	49 %	249 978	21 %
Innlandet SO*	227 228	260 991	15 %	208 554	-8 %
Oslo SO^	533 419	773 259	45 %	653 521	23 %
Sørlandet SO	144 481	207 720	44 %	165 740	15 %
Telemark/Vestfold SO	202 490	277 889	37 %	223 930	11 %
Vestre Viken SO	229 132	330 446	44 %	271 437	18 %
Østfold SO¨	136 876	205 583	50 %	168 887	23 %
Totalsum	**1 679 422**	**2 363 269**	**41 %**	**1 942 047**	**16 %**

*Aktivitet for Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetsykehus HF
^Aktivitet for Alna, Grorud og Stovner bydeler utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Oslo universitetssykehus HF
¨Aktivitet for Vestby kommune utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Sykehuset Østfold HF
Økt egendekning som forutsatt i planleggingen av Aker og Gaustad er overført Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Tabellen er hentet fra Regional utviklingsplan for HSØ

Til tross for de massive investeringene vil Oslo og spesielt Viken få et stort underskudd på sykehussenger og poliklinikkrom fra tidlig i 2030. Utover 30-tallet vil situasjonen stadig bli verre. Selv om OUS skulle nå sine økonomiske mål og planene til HSØ skulle la seg realisere er det allikevel ikke tilstrekkelige til å sikre nok sykehuskapasitet.

I Oslo er bekymringen stor knyttet til både kapasitet, oppsplitting av viktige fagmiljøer og realismen i de økonomiske kalkylene. HSØ vil måtte ta kostnadene om noe slår feil – det er HSØ som er ansvarlig for både lånene og egenkapitalen. Dette vil få følger for alle de øvrige nødvendige investeringene som er planlagt, ikke bare for byggeprosjektene, men for investeringer til IKT, vedlikehold og for den daglige driften i sykehusene, for mulighetene til å kjøpe inn medisiner og til å betale lønninger til ansatte.

Det vil ikke være en mulighet å unnlate å betale renter og avdrag. Dette blir simpelthen holdt tilbake i Helse og omsorgsdepartementet. Departementet overfører driftstilskudd til de regionale helseforetakene hver måned. Dette er penger til drift i form av både rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering. Betalingen av renter og avdrag starter så snart de nye byggene tas i bruk. Departementet sikrer seg betalingen ved simpelthen å trekke fra

utgiftene til avdrag og renter før de månedlige utbetalingene gjennomføres. Det er HSØ som mottar utbetalingene og deretter fordeler dem til helseforetakene i regionen.

Det er også utfordringer knyttet til andre sykehusprosjekter. Nytt sykehus i Drammen er under bygging. Mye tilsier at det er for lite den dagen det står ferdig blant annet fordi det er bygget etter de samme beleggsnormene (90% belegg) som Sykehuset i Østfold. I tillegg har prosjektet som ikke har økonomisk bærekraft på prosjektnivå blitt nedskalert kraftig i forkant av byggestart. De øvrige sykehusene i Vestre Viken HF må effektivisere driften for at Nye Drammen sykehus skal kunne realiseres. Vestre Viken HF som i dag består av fire mindre sykehus + Hallingdal sjukestugu er allerede i dag HSØs mest effektive sykehus, ytterligere effektivisering kan bli krevende.

Slike nedskaleringer har tidligere ført til problemer både på Ahus og Kalnes. Den Norske Legeforening advarer mot å gjenta dette i Drammen (og ved det nye sykehuset i Hammerfest). Når sykehus skal dimensjoneres benyttes det som kalles «sykehusbyggmodellen» til å beregne fremtidig behov. En rekke kriterier som forventet befolkningsøkning, forventet aldersfordeling og sykelighet benyttes for å anslå hvor store nye sykehus bør være. Samtidig legges det inn forventninger som skal redusere behovet, som utvikling innen medisinen, kortere liggetid og en annen fordeling av oppgaver mellom kommunene og sykehusene og så videre. Kort sagt forventninger om redusert behov. Modellen har åpenbart mange usikkerhetsmomenter. Det er krevende å forutsi hvordan utviklingen vil bli langt frem i tid. Det er derfor viktig å ha mulighet til senere utvidelser. Når prosjekter som er dimensjonert etter prinsippene i sykehusmodellen nedskaleres ytterligere før byggestart øker risikoen for at nye sykehus bygges for små.

En rekke nødvendige prosjekter står i fare for ikke å bli gjennomført fordi HSØ ikke har tilstrekkelige investeringsmidler:

- Somatikk- og strålebygg i Skien
- Nytt psykiatribygg på Akershus Universitetssykehus
- Videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)
- Somatikk og strålebygg Akershus Universitetssykehus
- Akuttbygg Sørlandet Sykehus
- Tredje etappe Sunnaas sykehus
- Stråleterapibygg Vestre Viken
- Stråleterapibygg Østfold

Dette er planlagte prosjekter som trolig vil bli utsatt i lang tid. Helt nødvendige tilbygg ved Kalnes og Ahus er ikke en gang inkludert i investeringsplanen. Dersom planene i Oslo gjennomføres kommer vi i en situasjon der vi vil mangle kapasitet i hele Stor-Oslo. Med sprengt kapasitet både i Drammen, Oslo, Akershus og Østfold kan det bli vanskelig å opprettholde en god beredskap og et forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud i området.

Situasjonen på Ahus beskrevet av styret i Akershus legeforening 21.januar 2019:

> «I forbindelse med utviklingsplan til 2035 for Akershus Universitetssykehus (AHUS) og Oslo Universitetssykehus (OUS) ønsker vi å melde bekymring om sengekapasiteten.»

> «Per i dag har ikke AHUS kapasitet til å behandle alle pasientene i opptaksområdet.»
> «Fra 2020 vil i praksis ikke sykehuset ha kapasitet til å behandle pasientene i opptaksområdet lenger. Nye AHUS ble bygget for å dekke et opptaksområde på 340,000 mennesker. I 2020 vil dette tallet tippe over 540,000, noe som tilsvarer 60% flere pasienter enn tiltenkt.»
>
> «Befolkningsøkningen i AHUS sitt opptaksområde er størst i hele landet og det kommer til nesten 10,000 til hvert år. I tillegg vil den eldre befolkningen øke mest, også dette er en økning som er størst i landet. Med de i beste fall optimistiske endringene i pasientbehandling så er minste behov 150-200 senger. Dette fordrer en betydelig endring i aktivitet, med blant annet en overføring av 20% til hjemmetjenester innen 2030, tjenester som ikke er utviklet i dag. Dette synes usannsynlig, og det reelle behovet for senger er nok nærmere 3-400 gitt dagens situasjon.»

Problemene på Kalnes ble denne våren beskrevet i en omfattende evalueringsrapport. Kritikerne, som advarte om at sykehuset ville bli for lite allerede under planleggingsfasen, fikk rett. Tusenvis av pasienter lå på korridoren allerede det første året. Prestisjesykehuset som planlagt for null korridorpasienter har hatt store problemer helt siden åpningen. Ordet skandale har stadig blitt brukt. Det har vist seg at sykehuset var underdimensjonert på de fleste funksjonsområder. Trange forhold gjør også sykehuset lite effektivt, ved at arbeidsflyten hindres. Kalnes er et av de mest moderne sykehusene i HSØ, men likevel ikke spesielt effektivt og har en krevende økonomi.

Dersom HSØ skal ha økonomisk bærekraft til å håndtere det voksende behovet, særlig fra 2032 og utover må sykehusene som planlegges og bygges nå være gode, effektive og store nok. Effektivitet er ikke det er ikke det samme som å minimalisere funksjonsarealene.

Kritikken av planene for Nye OUS dreier seg mye av det samme, som det ble advart mot i Østfold: For liten sengekapasitet og manglende og for små funksjonsarealer. Konsekvensene vil imidlertid mer alvorlige. OUS er Norges desidert største sykehus og viktig for hele landet. To tredjedeler av pasientene som behandles i OUS bor ikke i Oslo. For liten kapasitet i OUS vil få alvorlige følger både for pasientsikkerheten og beredskapen i hele østlandsområdet. Sykehusene rundt Oslo er i stor grad er avhengig av OUS både som bakvakt når det er fullt hos dem og for å kunne hjelpe de hardest skadde og mest alvorlig syke pasientene fra hele regionen og i mange tilfeller fra hele landet.

Hvor robust er Helse Sør-Østs økonomi?

Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen har vist hvor skjør økonomien i OUS er. Planene i Oslo er derfor helt avhengige av HSØs bæreevne for at de skal kunne gjennomføres. Avhengigheten er gjensidig, HSØ og de andre sykehusområdene er helt avhengige av hvordan det går med OUS. OUS utgjør cirka halvparten av HSØs økonomi.

Helse Sør-Øst har tidligere oppgitt, blant annet i forbindelse med lånesøknaden fra 2019, at de har en robust samlet økonomisk bæreevne. Dette er det vanskelig å slutte seg til.

Regnestykkene «går opp» – i teorien, men marginene er svært tette og baserer seg på en rekke usikre anslag, optimistiske forutsetninger og beste-falls scenarier.

Tre krevende forutsetninger må oppfylles for at HSØ skal ha bæreevne:

1. At OUS realiserer sine økonomiske mål om effektivisering de neste årene og at OUS oppnår gevinster og innsparinger i milliardklassen etter innflytting i nye sykehusbygg. Det kan heller ikke bli kostnadssprekker i byggeprosjektene. Erfaringer tilsier at det er urealistisk, allerede nå ligger det an til større kostnader enn budsjettert i planene.
2. At hele HSØ (alle sykehusområdene fra Agder i sør til Innlandet) lykkes med å realisere et mål om nullvekst i bemanning.
3. At de øvrige prosjektene i HSØ-regionen lar seg gjennomføre uten for store sprekker i kostnader og at effektiviseringsplaner lar seg gjennomføre samtidig som inntektene øker.

Dette er tre forhold som hver for seg innebærer betydelig og erkjent risiko. Den samlede aggregerte risikoen er så høy at den bør anses som uakseptabel. Selv mindre avvik fra planer og budsjetter vil føre til store økonomiske problemer for Helse Sør-Øst.

Hvis man ikke tar for gitt at HSØ vil få tilført titalls milliarder ekstra vil de økonomiske problemene i Oslo kreve så mye av HSØs midler at det vil gi pasientene i hele regionen et dårligere tilbud og kommunene vil få måtte overta svært mye av ansvaret for syke pasienter.

OUS mangler egenkapital og setter seg urealistiske mål

Det stilles krav om 30 prosent egenkapital i store sykehusprosjekter. OUS skal gjennomføre et prosjekt som er kostnadsberegnet til totalt 50 milliarder, rundt 38 milliarder i første etappe. I 2019 søkte HSØ Helse- og omsorgsdepartementet om lånegaranti og fikk innvilget en låneramme i statsbudsjettet for 2020 på 29,1 milliarder. Hoveddelen av lånebeløpet skal utgjøre 70 prosent av kostnadene i første etappe av Aker/Gaustadprosjektet. (Det inneholder også lån til universitetsarealer på 1.9 milliarder som lånefinansieres med 100 prosent) For de øvrige byggene kreves det 30 prosent egenkapital. OUS er i gang med å bruke av lånebevilgningen, men har ikke den nødvendige egenkapitalen.

NOK i millioner	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Totalt
Sum prosjekter under gjennomføring*	1 748	2 643	3 340	2 652	1 661	391	-	-	-	-	-	-	12 434
Estimert periodisering Aker og Gaustad	218	591	2 723	3 009	2 480	2 739	2 979	4 389	3 879	2 360	1 700	392	27 458
Samlet estimert låneprofil	**1 966**	**3 234**	**6 063**	**5 661**	**4 140**	**3 129**	**2 979**	**4 389**	**3 879**	**2 360**	**1 700**	**392**	**39 892**

* Prosjekter hvis lånesøknad er godkjent p.t. Merk at tilskuddsandel for protonterapisenter ved Radiumhospitalet ikke er inkludert i lånebeløpet.

Hentet fra HSØs lånesøknad for Aker/Gaustad 2019

I tillegg til dette har HSØ søkt om, og fått innvilget lånegaranti til andre prosjekter i Oslo på 12,4 milliarder. Disse prosjektene innebefatter blant annet nye bygg på Radiumhospitalet. Byggene er planlagt tatt i bruk i 2023, da vil renter og avdrag på disse begynne å forfalle og belaste driftsbudsjettene. I statsbudsjettet for 2021 har i tillegg HSØ fått innvilget en lånegaranti på 830 millioner til ny regional sikkerhetsavdeling i OUS.

Det er HSØ som søker om lånegarantiene, og som må garantere for egenkapitalen overfor Helse- og omsorgsdepartementet. HSØ på sin side holder de underliggende helseforetakene ansvarlige for sine respektive sykehusprosjekter.

Enkelt forklart så stiller imidlertid HSØ normalt krav til helseforetakene i regionen om at de selv må «spare opp» 30 prosent egenkapital før HSØ vil gå inn for prosjektene. Det spares altså først. Det gjøres imidlertid unntak, blant annet for OUS og prosjektet i Drammen. OUS burde optimalt ha klart å spare opp i overkant av 9 milliarder før de fikk grønt lys. Det har ikke OUS klart – de har ca. 3 milliarder innestående hos HSØ. HSØ må derfor hente egenkapitalen fra andre kilder. OUS på sin side må altså låne langt mer av HSØ enn 70 prosent. At OUS ikke har egenkapital nok til prosjektet legger stort press både på OUS og HSØ. HSØ bruker av sykehusenes fellespott med oppspart egenkapital/likviditet for å finansiere usikre investeringer i Oslo. At OUS vil ha tilbakebetalingsevne når byggene står ferdig er heller ikke sannsynliggjort. OUS har derfor lovet å gjennomføre store innstramminger (effektivisering) de nærmeste 5-7 årene for å bidra til å fremskaffe egenkapitalen de mangler. OUS tar altså opp låne og lover å skaffe egenkapitalen etterpå. HSØs såkalte robuste bærekraft er basert på at OUS lykkes med dette. Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen viser i sin analyse hvor lite sannsynlig det er at OUS ikke vil lykkes med dette. De peker på dessuten en rekke forhold som har ført til økt risiko for kostnadsoverskridelser siden 2019. Blant annet økt reguleringsrisiko, en rekke kostnader som ikke er beregnet, mangel på en overordnet virksomhetsmodell, stor motstand blant de ansattes og økt politisk risiko.

Konklusjonen er at det er overveiende sannsynlig at OUS ikke vil være i stand til å levere økonomisk resultater i den størrelsesorden som er nødvendig for et regnestykkene til HSØ skal gå opp.

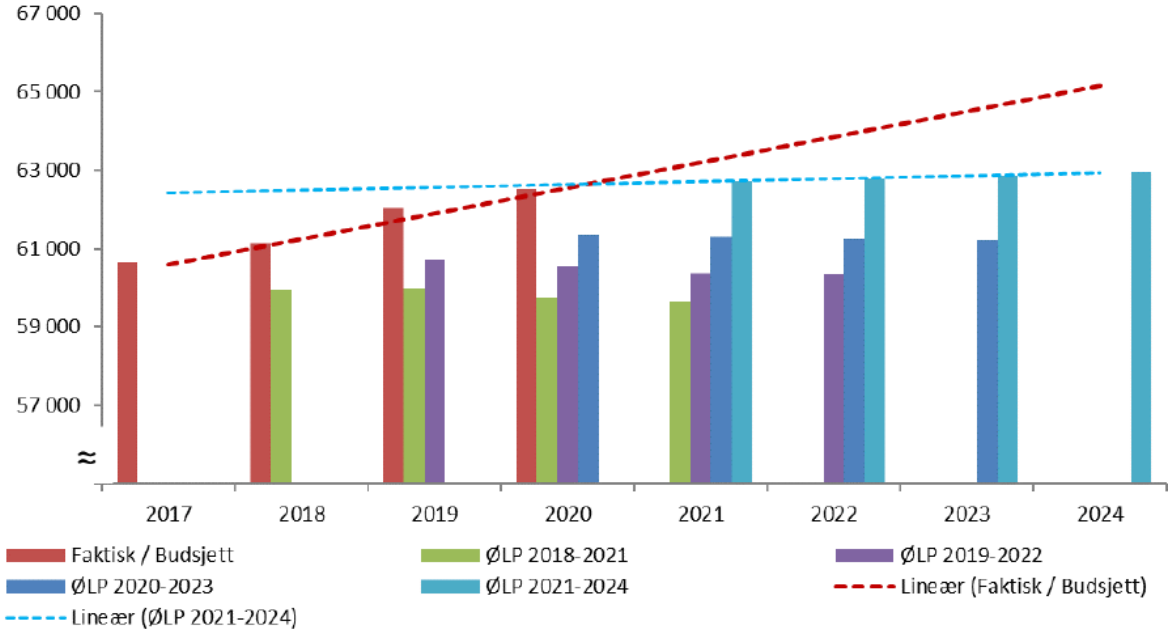
En annen optimistisk forutsetning for HSØs økonomiske bæreevne er at OUS skal kunne realisere store effektiviseringsgevinster som en følge av innflytting i nye bygg. Det er disse gevinstene som skal brukes til å betale renter og avdrag på de enorme lånene som begynner å forfalle så fort de nye byggene tas i bruk. Planene til HSØ gjør i liten grad rede for hvordan gevinster i milliardklassen skal oppnås som en følge av nye bygninger. Nye bygninger skal tilfredsstille et kapasitetsbehov og gi god funksjonalitet, inntjeningen som beregnes som følge av nye bygg er som oftest urealistisk, det har historien vist. Nye OUS vil tidoble kapitalkostnadene til 3,3 milliarder kroner ift. dagens nivå når de nye byggene tas i bruk. Dersom OUS ikke klarer belastningen må HSØs andre sykehus ta kostnadene, utsette egne prosjekter og nedbemanne. 3,3 milliarder tilsvarer gjennomsnittlig lønn for ca. 2500 sykehusansatte. Nedbemanning kan forverre økonomien ytterligere ved at aktiviteten og dermed inntektene synker.

HSØs økonomi er avhengig av nullvekst i bemanningen fremover

HSØ en stor utfordring når det gjelder bemanningsvekst i hele regionen. I juni behandlet styret i HSØ den økonomiske langtidsplan for regionen. Der ble det lagt opp til en nullvekst i bemanning i årene fremover. Dette er også, et vår mening et urealistisk mål. Som kjent utgjør lønnsutgifter rundt 80 prosent av kostnadene ved sykehusdrift. Den økonomiske situasjonen i HSØ er så presset i årene fremover at det regionale helseforetaket ikke har bæreevne til å håndtere selv en liten vekst i bemanningen. Med den store økningen i antall

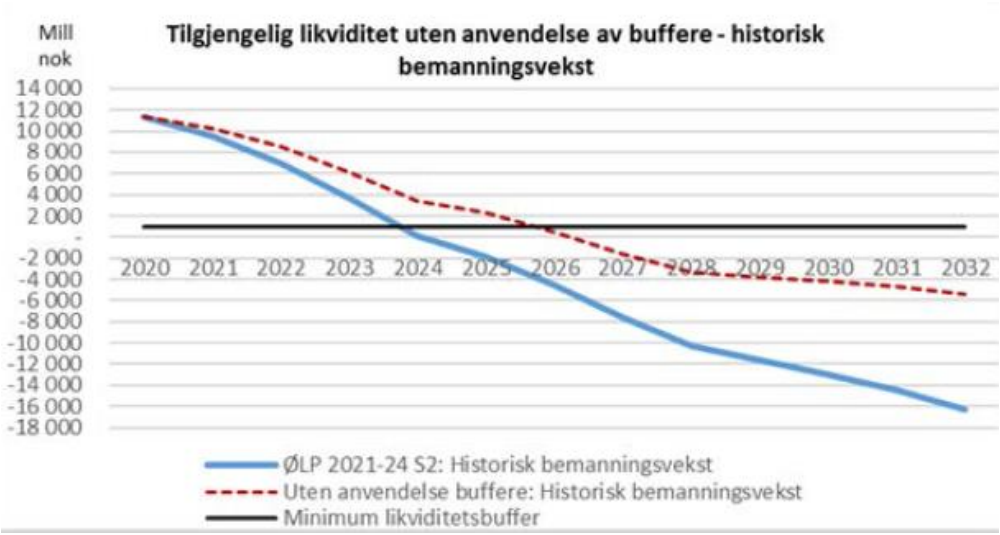
eldre i befolkningen fremover er det mer naturlig å se for seg et økt behov for bemanning snarere enn den nullveksten som HSØ er avhengig av for å ha kontroll på økonomien.

Diagrammet nedenfor er hentet fra ØLP for perioden 2021-2024 for HSØ som ble vedtatt av styret i HSØ i juni. Den røde stiplede linjen viser hvordan bemanningsveksten har vært de siste årene og hvordan situasjonen vil bli dersom veksten fortsetter på samme nivå. Dette mener imidlertid HSØ at de kan stoppe, og som vi ser planlegger de med null vekst frem til 2024. De røde stolpene viser hva sin faktisk har skjedd.



Grafen er klippet fra styrepapirene til møtet 25. juni 2020.

På samme måte som i OUS har styret og ledelsen optimistiske anslag når de legger sine planer. Heller ikke HSØ legger historien og erfaringer til grunn når det legges planer for fremtiden. Historien viser nemlig at bemanningsveksten alltid har vært høyere enn planlagt og antall ansatte har økt i tråd med økt aktivitet. Dersom HSØs plan om nullvekst ikke lar seg realisere – nå heller – vil økonomien bli svært anstrengt i løpet av få år og RHF-et vil ende opp med negativ likviditet relativt raskt.



Grafen er klippet fra styrepapirene til møtet 25. juni 2020

Store investeringer planlegges i hele regionen

Det blir ekstremt krevende for HSØ å håndtere en kraftig oppgavevekst i årene fremover uten å verken kunne øke bemanningen eller investere i nødvendige bygninger og utstyr.

En rekke sykehus i regionen har behov for utvidelser og opprustning. Vi står foran den største oppgaveveksten i spesialisthelsetjenesten noen sinne, nå som de store etterkrigskullene nærmer seg 80 år.

Totalt har HSØ planlagt å låne cirka 50 milliarder til investeringer i årene fremover. Det gir et behov for rundt 20 milliarder i egenkapital. Det har ikke HSØ, de har bare rundt 11-12 milliarder. Dette er mindre enn egenkapitalbehovet bare til prosjektene i Oslo og Drammen.

Følgende prosjekter er vedtatt gjennomført:

Prosjekt	Cirka kostnad
Nytt klinikkbygg og protonsenter – Radiumhospitalet Oslo	3,9 milliarder
Nytt sykehus i Drammen	10 milliarder
Nytt bygg i Vestfold – Tønsbergprosjektet	2,8 milliarder
Ny storbylegevakt i Oslo	1,8 milliarder
Nytt psykiatribygg Sykehuset Sørlandet	0,8 milliarder
Første fase Aker/Gaustad i Oslo	38,4 milliarder
Regional sikkerhetsavdeling Oslo Universitetssykehus	1,5 milliarder
Totalt	59,2 milliarder

Lån til vedlikehold og IT-prosjekter kommer i tillegg

Følgende prosjekter er i konseptfase / under planlegging
Gjennomføringen av disse prosjektene forutsetter bærekraft på regionalt nivå. Dette er prosjekter som det er stor risiko for at HSØ vil måtte utsette.

Prosjekt	Cirka kostnad
Bygg somatikk og strålebehandling Skien, Sykehuset Telemark	0,5 milliard
Nytt bygg for psykisk helsevern – Akershus Universitetssykehus	0,9 milliard
Totalt	1,4 milliarder

Prosjekter som har kommet kortere i planleggingen:
Konseptfaser for disse prosjektene er ikke igangsatt og kostnadsoverslagene er usikre i og med at konsept ikke er valgt og alternativene er på innrammings- eller idéstadiet. Videre planlegging forutsetter bærekraft på regionalt nivå samt driftseffektiviseringer på helseforetaksnivå, kutt i kostnader og sparing for å vise evne til å håndtere kostnader knyttet

til betaling av renter og avdrag når byggene står ferdig. Disse prosjektene er det stor risiko for at HSØ ikke vil ha mulighet til å igangsette før mot midten eller slutten av 2030-tallet, selv dersom alt går etter planen med nullvekst i bemanning, effektivisering, gevinstrealisering og høy aktivitet for å sikre nok inntekter.

Prosjekt	Cirka kostnad
Videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)	9 milliarder
Stråle- og somatikkbygg Akershus Universitetssykehus	2 milliarder
Akuttbygg ved Sykehuset Sørlandet	1-2 milliarder
Byggetrinn 3 Sunnaas Sykehus	0,4 milliard
Stråleterapibygg Vestre Viken	0,5-1 milliard
Stråleterapibygg Østfold	0,5-1 milliard
Videreutvikling av Oslo Universitetssykehus – fase 2	12 milliarder
Totalt	23,4 – 29 milliarder

Omfattende vedlikeholdskostnader og kostnader til IKT er ikke tatt med – men også dette vil kreve store investeringer i årene fremover og må prioriteres.

Fase 2 i Oslo som altså har kommet kort i planleggingen er en helt nødvendig del av Aker/Gaustad-utbyggingen dersom OUS skal kunne løse oppgavene som er planlagt. Foreløpig finnes det ingen realistisk plan for hvordan dette eller de øvrige prosjektene i tabellen over skal kunne realiseres.

Nødvendige utvidelser på Ahus og Kalnes Østfold er ikke en gang på idéstadiet. Hvordan det skal la seg finansiere er vanskelig å se.

Planene i Oslo går ut over pasienter i resten av regionen allerede nå

De økonomiske problemene er synlige i hele helseregionen allerede nå, før de store løftene i Oslo er påbegynt og før de store lånebeløpene er utbetalt. Mange tror at problemene for pasientene, de ansatte og kommunene kommer først på 30-tallet, men som vist har HSØ behov for egenkapital og innstrammingene har startet for lengst.

Innlandet

Sykehuset Innlandet har gamle bygg og en lite hensiktsmessig sykehusstruktur. Behovet for nye bygg og bedre løsninger er stort. Fremtidens sykehusstruktur i Innlandet har vært omstridt men for noen år siden samlet Innlandet seg om en løsning med et nytt stort hovedsykehus ved Mjøsa. Sykehuset Innlandet er Norges tredje mest effektive sykehus og er et av de sykehusene som har mest penger på bok hos HSØ. Innlandet har spart opp 3 milliarder – men som en følge av den spesielle modellen i HSØ disponerer ikke Sykehuset Innlandet disse midlene selv. HSØ disponerer over dem slik de vil. Og som det tydelig fremgår har HSØ behov for å bruke Innlandets oppsparte midler til prosjekter som ligger foran i køen i andre sykehusområdet – spesielt i Oslo. Innlandet har ingen garanti for at de får igjen sparepengene sine. De er avhengige av at OUS og andre når sine økonomiske mål for at det skal skje. At det vil skje på denne siden av 30-tallet er urealistisk. Sykehuset Innlandet har imidlertid blitt pålagt ytterligere sparing og kutt for å bevise at de har bærekraft til å håndtere renter og avdrag den dagen de kanskje skal betales fordi det nye Mjøsssykehuset står klart. Derfor jobber Sykehuset Innlandet med innsparinger i alle ledd og

viktige tilbud innen rehabilitering og psykiatri legges ned, antallet ansatte reduseres. Blant annet har Sykehuset Innlandet planer om å legge ned Norges eneste offentlige spesialistsykehus for lungerehabilitering nå midt under en lungepandemi.

Sykehuset i Østfold
Sykehuset i Østfold var for lite allerede da det åpnet. Mangelen på kapasitet har allerede gitt kommunene som sogner til sykehuset store utfordringer med ta imot pasienter som er mer alvorlig syke enn det kommunene har ressurser til å håndtere. Behovet for utvidelser er prekært. Kalnes går hvert år med underskudd noe som gjør at sykehuset ikke får lov ti å investere. I stedet for at Kalnes for få sette opp et nytt kontorbygg slik sykehuset ønsker, krever HSØ at de leier kostbare kontorlokaler.

Ahus
Ahus har prekært behov for flere sykehussenger både inne somatikk og rus og psykiatri. Et nytt psykiatribygg er planlagt, men det er betydelige mindre enn fagfolkene og de ansatte ved sykehuset mener er nødvendig. Tre folkerike Oslo-bydeler; Stovner, Grorud og Alna har Ahus som sitt lokalsykehus. Et viktig mål for mange i Oslo er at hele Groruddalen skulle få komme tilbake til Oslo og få nye Aker sykehus som sitt lokalsykehus. Det er imidlertid ikke plass til somatiske pasienter fra Grorud og Stovner på Aker i første fase. Bare for Alna er det planlagt at Aker skal bli lokalsykehus i første fase. Ahus trenger pengene som pasientene fra Groruddalen tilfører sykehuset, men har egentlig ikke plass til dem uten at de får utvidet kapasiteten. Derfor må Ahus kjøpe gjestedøgn på andre sykehus til pasientene sine. Det er dyrt, de har omlag en milliard i årlige kostnader til gjestespasientoppgjør.

Sykehuset Sørlandet
Sykehuset Sørlandet har akuttmottak i brakker. Noen løsning på dette er ikke planlagt i nærmeste fremtid

Sykehuset i Telemark
I Telemark har de avsluttet konseptfaseplanlegging av nytt Stråle og akuttbygg. Kostnadskalkylene utarbeidet av Sykehusbygg HF har vist seg å være feilaktige, og sykehuset har ikke fått aksept hos Helse Sør-Øst for å øke investeringsbeløpet slik at de får bygget planlagt areal. Det nye bygget planlegges derfor med et vesentlig mindre areal enn innmeldt behov, og det vil i løpet av planperioden oppstå behov for utvidelser. Helse Sør-Øst har foreløpig ikke gitt aksept for oppstart av forprosjekt, og det er ikke gitt lånetilsagn i statsbudsjettet.

Sykehuset i Vestfold
Sykehuset er i ferd med å bygge nytt med det såkalte Tønsbergprosjektet. Det er allerede meldt fra om at det vil bli trangt i den nye bygningsmassen, og en må vente at det raskt vil oppstå behov for utvidelser også i Sykehuset Vestfold

Vestre Viken HF
Det nye sykehuset som bygges i Drammen setter stort press på økonomien i Vestre Viken HF. Sykehuset er landets mest effektive helseforetak, men sliter likevel med økonomikravene. Det nye sykehuset er planlagt med såkalt «høy utnyttelsesgrad», på

samme måte som Ahus og Sykehuset Østfold. Erfaringsmessig fungerer dette ikke, og det må gjøres tiltak for å styrke kapasiteten etter at sykehuset er ferdig.

Løsningen

Den økonomiske analysen til Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen viser at et alternativ med Ullevål som en del av løsningen både på kort, mellomlang og lang sikt vil kunne gi svært store besparelser for HSØ. Å satse på å bygge ut på Ullevål og gradvis flytte Rikshospitalets virksomhet til Ullevåltomten når Rikshospitalet er for gammelt vil koste 20 milliarder mindre enn dagens planer. I tillegg vi mange av investeringene kunne skyves frem i tid. Å utsette å erstatte gode funksjonelle bygg i Oslo vil kunne gi HSØ likviditet til å investere andre steder hvor behovet er svært stort. Frem til 2034 vil OUS med en slik plan ha behov for 23,6 milliarder i stedet for 48,9 til Aker og Gaustad. Denne differanse vil gi rom for investeringer i IKT og vedlikehold og til ikke minst til pasientbehandling og samtidig sikre oss mer sykehuskapasitet i hele regionen.

Dersom HSØ endrer planene i Oslo og i stedet satser på et alternativ med Ullevål kan kapasiteten ved Ullevål og Rikshospitalet beholdes og Aker bygges ut slik at det blir plass til hele Groruddalen i første fase. Det siste vil ikke bare være langt billigere totalt sett, men vil også løse store deler av kapasitetsproblemet på Ahus.

Dersom ledelsen og styret i HSØ ikke går inn for å stoppe det planlagte prosjektet og utrede bedre løsninger vil den økonomiske situasjonen om noen få år bli svært utfordrende ved samtlige helseforetak i regionen. Sykehusene kan få problemer med å levere forsvarlige helsetjenester til befolkningen.

Samfunnskostnaden ved å gå videre med prosjektet Nye Oslo Universitetssykehus kan bli svært høye. Det er behov for å utrede bedre og mindre kostnadskrevende løsninger så raskt som mulig. Det har blitt advart mot prosjektet av økonomiske, medisinske, juridiske og arkitektfaglig hold i mange år. Utredningene av løsningen har vist at den valgte løsningen har store svakheter. Den økonomiske risikoen som rapporten fra Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen har avdekket er av så alvorlig karakter at det vil være uforsvarlig å gå videre med planene. Å sikre forsvarlige offentlige spesialisthelsetjenester til over halvparten av Norges befolkning er et politisk ansvar som påligger Stortinget og Regjeringen.

Vi ber ansvarlig politisk ledelse handle nå!

Torgeir Bruun Wyller, leder i ***Helsetjenesteaksjonen***
Maren Rismyhr, leder i ***Aker Sykehus Venner***
Hans Erik Heier, leder i ***Redd Rikshospitalet-Rikshospitalets venner***
Mariane Sandholt, leder i ***Stiftelsen Gaustadklubbens fond***
Mariann Isumhaugen, leder i ***Redd Sykehusene i Innlandet***
Lene Haug, leder i ***Redd Ullevål Sykehus***