

Møtedato: 24. august 2022
Vår ref.:
2022/929-1

Saksbehandler:
Eierstyringsgruppen

Dato:
12.8.2022

Styresak 100–2022

Videreutvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene

Formål

Denne saken omhandler videreutvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene. Endringene som foreslås omfatter oppdatering av vedtekter, helseforetakenes formål/virksomhet, harmonisering av eierandeler, styresammensetning, faglig og operativ samordning mellom helseforetak, regionale helseforetak og felleseide helseforetak samt involvering av tillitsvalgte i oppfølging av de felleseide helseforetakene.

Saken inneholder også forslag til hvordan RHF-styrene i større grad kan involveres i de felleseide helseforetakene. Saken fremmes som en likelydende styresak i alle de regionale helseforetakene.

Bakgrunn

Det vises til felles sak til styrene i de regionale helseforetakene høsten 2015, og overordnede føringer for styringen av spesialisthelsetjenestenes felleseide helseforetak. Hovedpunktene i saken var:

- Kort beskrivelse av etablerte selskaper, herunder styrer og styresammensetning, styrehonorarer, brukermedvirkning, medvirkning fra ansatte/tillitsvalgte
- Ansvar og myndighet i forhold til felles eide virksomheter
- Avklaring av selskapsform, herunder; Alle fremtidige felleseide selskaper organiseres som helseforetak
- Prinsipper for styresammensetning mv., herunder også om deltakelse fra andre instanser/observatør
- Prinsipper for utarbeidelse og behandling av helseforetakenes strategier
- Eierstyring, herunder samordning og oppfølging av de felleseide helseforetakene

Styrene i de regionale helseforetakene vedtok følgende:

1. *Styret tar til etterretning prinsippene for organisering og styring av de felleseide selskapene.*
2. *Luftambulansetjenesten og Pasientreiser vurderes organisert som helseforetak.*
3. *Administrerende direktør har ansvar for at det er et samordnet system for oppfølging og forankring av virksomheten i de felleseide selskapene.*
4. *Rapportering og planer for virksomheten i de felleseide selskapene innarbeides i økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene.*
5. *Eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felleseide selskapene ivaretas av de administrerende direktørene*

De administrerende direktørene i de regionale helseforetakene har fulgt opp de felleseide helseforetakene i tråd med vedtak fra styresak i 2015. Dette innebærer at adm. direktører i de regionale helseforetakene i dag ivaretar den formelle eierstyringen, herunder foretaksmøter, beslutning om årlige oppdragsdokumenter og løpende oppfølging, overfor de felleseide helseforetakene.

Det har nå gått en tid siden styrene i de regionale helseforetakene drøftet aktuelle forhold i tilknytning til de felleseide helseforetakene, og det anses som hensiktsmessig med en ny gjennomgang av virksomhetsstyringen av disse helseforetakene.

Hensikten med felleseide helseforetak

Det er i dag etablert fellestjenesteselskaper/-enheter både i de enkelte regioner og som et samarbeid mellom de fire regionene (felleseide helseforetak). Hensikten med slike fellestjenester er å oppnå forskjellige former for gevinster, herunder:

- Å utnytte stordriftsfordeler innenfor såkalt transaksjonstunge aktiviteter, for eksempel fakturabehandling mv.
- Utnyttelse av storskalafordeler for å oppnå økt kvalitet til lavere kostnader enn om en skulle gjøre dette hver for seg.
- Samordne aktiviteter for å oppnå en bedre markedsposisjon. Innkjøp er et typisk eksempel på dette.
- Oppnå standardisering både regionalt og på tvers av regionene.

Det siste vil være viktig på områder hvor det er vanskelig å forsvare at det etableres ulike regionale standarder og løsninger. Det er også et argument for å etablere fellestjenesteenheter, at det bidrar til at helseforetakene i større grad kan fokusere på sin kjernevirksomhet. Samtidig vil aktivitetene i fellestjenesteenheten også bli kjernevirksomhet for denne enheten, og vil dermed kunne få større ledelsesmessig fokus enn når de samme aktivitetene er en del av et helseforetak.

God styring og oppfølging av fellestjenesteenheter er nødvendig for å sikre at de forventede gevinster, både økonomiske og kvalitative, oppnås. Helseforetakene må underlegges god kostnadskontroll og det må være minst samme krav til effektivisering i fellestjenesteenheter som i helseforetak.

I de regionale helseforetakene og helseforetakene må det gjøres nødvendige kostnadstilpasninger på områder hvor det er etablert fellestjenesteenheter. Hvis ikke slik tilpasning skjer er det en betydelig risiko for at ønskede økonomiske effekter ikke oppnås, og at det samlede kostnadsbildet blir for høyt.

Det vil være viktig å utvikle en god kunderelasjon til helseforetakene/de regionale helseforetakene, slik at de innenfor gitte rammer og standarder opplever at fellestjenesteleverandører gir merverdi.

Det vil kunne være ulike interesser mellom enkeltforetak og hensynet til helheten som skal ivaretas av fellestjenesteenheten og det regionale helseforetaket. Forholdet må derfor balanseres ut slik at helseforetakene opplever stor grad av merverdi samtidig som tilpasningen til den enkelte kunde må skje innenfor rammer og standarder som ikke medfører suboptimalisering.

4 Oppdatering av vedtekter og harmonisering av eierandeler

Ny mal for vedtekter i de felleseide helseforetakene er utarbeidet med særlig vekt på å få samme oppbygging av de generiske bestemmelsene.

Identifiserte uklarheter i gjeldende vedtekter er rettet og malen er videreutviklet. Det har videre vært behov for å se på vedtektsbestemmelsene om helseforetakenes formål og virksomhet, henholdsvis §§ 4 og 5, da disse har framstått som noe forskjellig utformet og redigert.

I etterkant av styrenes behandling av denne saken vil reviderte vedtekter behandles i foretaksmøter med de felleseide helseforetakene, jf. helseforetaksloven § 12.

4.1. Vedtektenes struktur

Vedtektene foreslås å få enhetlig struktur; de generiske bestemmelsene blir likelydende for alle helseforetakene, og med samme nummerering. Dette vil lette lesningen av vedtektene og forenkle senere revisjoner.

4.2. Eierandeler

De felleseide helseforetakene er enten opprettet som helseforetak fra stiftelsesdatoen, eller de er omdannet til helseforetak etter endringen i helseforetaksloven § 42, som trådte i kraft 1. januar 2013. Inntil lovendringen var felleseide virksomheter organisert som ansvarlige selskap (ANS). Lovendringen innebar at det ble mulig å organisere virksomhet «som er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester» som helseforetak.

I to av helseforetakene, Sykehusinnkjøp og Sykehusbygg, har RHF-ene lik eierandel med 25% hver. I de øvrige, Pasientreiser, Luftambulansetjenesten og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, heretter kalt HDO, eier Helse Sør-Øst RHF 40 %, mens de øvrige RHF-ene eier 20 % hver. Bakgrunnen er at det før 2007 var fem regionale helseforetak, og at eierandelene i eksisterende foretak ble slått sammen ved sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst RHF. Dette prinsippet ble videreført ved omdanning til helseforetak i 2013, men endret til lik fordeling ved stiftelsen av nye felleseide helseforetak senere.

Det foreslås å endre vedtektene i helseforetakene med avvikende eierandeler slik at eierandelene blir lik (25 %) i samtlige felleseide helseforetak.

Juridiske forhold

Helseforetaksloven § 42 tredje ledd slår fast at helseforetak kan eie slik virksomhet «alene eller sammen med andre». Det følger videre av helseforetaksloven § 7 første ledd andre punktum at hvor flere helseforetak eier virksomhet sammen, blir samtlige eiere ansvarlige for virksomhetens forpliktelser, med andre ord er eierne solidarisk ansvarlige. Det følger av sistnevnte at eierne ved opprettelse av felleseide helseforetak må avtale hvordan et slikt ansvar skal fordeles.

Helseforetaksloven er således ingen formell hindring for at gjeldende eierandeler mellom eierne endres. Andre relevante spørsmål er imidlertid hvilke praktiske/avtaletekniske og økonomiske konsekvenser en slik endring av eierandeler vil ha.

Avtalemessige/praktiske forhold

Det formelle eierskapet i helseforetaket har gitt seg utslag i enkelte bestemmelser i foretaksavtalene. I foretaksavtalene pkt. 2 (Ansvar) er det forutsatt at eierne overfor hverandre er proratarisk ansvarlig i forhold til sin eierandel. Dette innebærer at Helse Sør-Øst RHF har en større risikoeksponering i de tre helseforetakene med ulik eierandel enn de øvrige RHF-ene.

En eventuell avvikling av helseforetaket er regulert i helseforetaksloven §§ 46-48. Bestemmelsene i helseforetaksloven fokuserer først og fremst på forholdet til tredjeparter/kreditorer og i mindre grad på utdeling av verdier til eierne. Dette i motsetning til aksjeloven som også regulerer utdeling av aksjeselskapets verdier/overskudd til aksjeeierne.

Det antas at eventuelle verdier i helseforetakene ved en avvikling må fordeles på eierne i henhold til eierandel (tilsvarende fordelingen av kapitalinnskuddet ved stiftelsen), selv om foretaksavtalene ikke omtaler dette.

Økonomiske forhold

Ved opprettelsen av de tre aktuelle foretakene er det fastsatt i vedtaket hva eiernes innskudd (foretakets egenkapital) i foretaket skal være. Innskuddet skal uansett være forsvarlig i forhold til foretakets virksomhet, jf. helseforetaksloven § 14 første ledd. Videre er det i foretaksavtalen, som gjelder mellom eierne, fastsatt hvordan dette innskuddet fordeles mellom eierne.

Eierne finansierer også foretaksledelsen, hvor blant annet fellesfunksjoner er plassert.

Det vises til omtale av økonomiske forhold og konsekvenser av foreslåtte endringer i denne sakens kapittel 9.

4.3. Formål (§ 4) og Virksomhet (§5)

Hovedinntrykket er at vedtektsbestemmelsene som angir henholdsvis foretakets formål og virksomhet er noe ulikt formulert. I gjeldende vedtekter er det ikke alltid lett å peke på hva som er formål og beskrivelser av virksomheten som skal drives av foretaket. I tillegg er begrepsbruken ikke alltid like presis i bestemmelsene.

I forslag til reviderte vedtekter er bestemmelsene rendyrket på følgende måte for samtlige felleseide helseforetak:

- Formål: Bakgrunn for opprettelse av helseforetaket.
- Virksomhet: Overordnet beskrivelse av oppgaver/tjenester som skal utføres av helseforetaket.

Når det gjelder formål er vedtektsbestemmelsen foreslått holdt kort med følgende todeling:

- Bakgrunn for opprettelse med evt. henvisning til RHF-enes «sørge for»-ansvar.
- Tydeliggjøring av til hvem tjenestene skal leveres, evt. med avgrensning av «kundekrets»/avgrensning mot kommersiell virksomhet.

Helseforetaksloven § 11 nr. 3 forutsetter at helseforetakenes vedtekter skal angi «foretakets virksomhet, herunder hvilke helsetjenester som skal ytes». Bestemmelsen har vært uendret siden helseforetaksloven ble vedtatt og har etter sin utforming først og fremst sykehusvirksomhet for øye. Det er ikke et krav, og heller ikke ønskelig, at vedtektene i de felleseide foretakene lister opp samtlige oppgaver som skal utføres av det aktuelle felleseide

helseforetaket. Det er derfor foreslått en strammere redigering av disse vedtektsbestemmelsene.

I virksomhetsbestemmelsene er det, for det tilfelle at det ikke allerede fantes, foreslått åpning for at helseforetaket kan utføre andre oppgaver/tjenester som naturlig faller inn under foretakets formål. Dette vil gi nødvendig fleksibilitet i vedtektene.

4.4. Styret (§ 7)

Antall styremedlemmer er angitt forskjellig i vedtektene for de enkelte helseforetakene. Tre av helseforetakene angir antall styremedlemmer som et intervall, men med varierende minste og største antall. To av helseforetakene angir konkret antall styremedlemmer, hhv. fem og syv styremedlemmer.

Dette punktet foreslås harmonisert med samme angivelse av intervall (fem til ni styremedlemmer), da dette gir tilstrekkelig fleksibilitet og ivaretar helseforetakslovens angivelse av minimumsantall, jf. § 21 første ledd.

Gjeldende vedtekter fastsetter om tjenestetid: «Styremedlemmer tjenestegjør i to år med mindre annet er spesielt besluttet av foretaksmøtet». Det foreslås at denne ordningen videreføres.

For enkelte helseforetak kan det være hensiktsmessig at det oppnevnes observatører til styret. I dag er det en observatør oppnevnt av KS i styret for Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, og to observatører oppnevnt fra de regionale brukerutvalgene i styret for Pasientreiser. Det legges til grunn at denne ordningen videreføres og tas inn i vedtektene for disse to helseforetakene.

For øvrig er det foreslått mindre endringer i vedtektsbestemmelsene om styret for å gjøre disse mest mulig generiske. Det er fortsatt enkelte forskjeller i utformingen.

4.5. Saker som skal behandles i foretaksmøte i RHF (Gjeldende vedtekter § 10 eller §11)

Bestemmelsen, slik den er utformet, kan skape uklarheter og har ingen åpenbar egenverdi ved siden av bestemmelsen i helseforetaksloven § 30.

Bestemmelsen foreslås slettet. I de regionale helseforetakenes egne vedtekter ble liknende bestemmelse opphevet i foretaksmøtene i 2014.

4.6. Låneopptak (§ 11)

Bestemmelsen foreslås endret ved at en henvisning til instruksen for lån til felleseide helseforetak tas inn i bestemmelsen.

4.7. Saker som skal forelegges eierne til uttalelse

- a) Saker som er av uvanlig karakter eller av vesentlig betydning for oppdraget fra eier. Eier behandler saker i fellesmøte for AD-ene i RHF-ene, men binder ikke helseforetaket med mindre det skjer i foretaksmøte, eventuelt som bevilgning med vilkår.
- b) Saker som kan ha betydning for omdømme.

Styrenes sammensetning

Helseforetaksloven setter rammer for styrenes ansvarsområde og arbeidsoppgaver. Sammensetning og utnevning av styrene er et viktig eiervirkemiddel. De felleseide helseforetakene er etablert som selvstendige rettssubjekt med ansvarlige styrer, men er samtidig en del av spesialisthelsetjenesten og skal bidra til at samfunnsoppdraget løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Det er viktig at styrene blir satt sammen slik at styret samlet innehar en kompetanse som reflekterer oppgavene i styret og de utfordringene helseforetaket står over for. Styret skal kunne opptre som et kollegium, og det kreves at styremedlemmene har god forståelse av styrets rolle og formålet og rammene for helseforetakets virksomhet.

Det er viktig at styrene gis tilstrekkelig myndighet, samtidig som det settes klare rammer og krav gjennom de årlige oppdragsdokumentene. Alle aktører, eiere og styremedlemmer, må i all kommunikasjon være tydelig på skillet mellom eierstyring og dialog. Det vises i denne sammenheng til *Veileder for styrearbeid i (regionale) helseforetak*:

Eierstyring skal skje i foretaksmøtet. Det skaper derfor uklarhet når det snakkes om uformell eierstyring, styring utenom foretaksmøtet eller styringssignaler. Utveksling av synspunkter og dialog mellom eier og foretakets ledelse utenom foretaksmøtet bør derfor konsekvent omtales ut fra hva det i realiteten er: Dialog, innspill, orienteringer, meningsutvekslinger mv. Eier kan ha dialog og gi innspill på ethvert tidspunkt. I mange tilfeller er det nødvendig og hensiktsmessig for å sikre en god og forsvarlig drift av sektoren at eier og underliggende foretak har løpende kontakt.

Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle helseforetaket i tråd med de oppdrag og krav som eierne gir. Det forventes at styrene legger opp sitt arbeid slik at de gjennom gode prosesser sørger for å utveksle nødvendig kunnskap og informasjon med relevante interessenter.

Styrene for de felleseide helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer, og for enkelte felleseide helseforetak også styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. Antall ansatte-representanter følger helseforetaksloven §§ 22 og 23 og tilhørende forskrift om ansattes representasjon.

Eieroppnevnte styremedlemmer i de felleseide helseforetakene, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet. Av rollemessige hensyn kan administrerende direktører i de regionale helseforetakene ikke sitte i styrene i de felleseide helseforetakene.

Følgende forhold må ivaretas ved oppnevning av styrer til de felleseide helseforetakene:

- a) Styremedlemmene må være ansatt i, eller ha nær tilknytning til, ett av de fire regionale helseforetakene.
- b) Eieroppnevnte styremedlemmer skal være i flertall.
- c) Antall ansatte-representanter følger helseforetaksloven §§ 22 og 23 og tilhørende forskrift om ansattes representasjon.
- d) Styresammensetningen skal oppfylle kravet til kjønnsmessig balanse.
- e) Hensynet til styrets kontinuitet og fornyelse i styret skal ivaretas.
- f) Styrets samlede kompetanse skal gjenspeile utfordringsbildet i helseforetaket. Styret skal oppnevnes med bredest mulig samlet kompetanse, slik at medlemmene utfyller hverandre.

Vurderingene som ligger til grunn for sammensetning av styremedlemmer skal være dokumentert.

- g) Samlet sett bør ansvaret som styrerepresentasjon innebærer fordeles likt mellom de regionale helseforetakene.

Faglig og operativ samordning mellom RHF/ HF og de felleseide helseforetakene *Samarbeids- og tjenesteleveranseavtaler*

De felleseide helseforetakene er i betydelig grad leverandører av støttetjenester til kjernevirksomheten i helseforetak og regionale helseforetak. Det er eierne av de felleseide helseforetakene som gjennom oppdragsdokument setter de overordnede rammene for hvilke tjenester de felleseide helseforetakene skal levere. Dette hører naturlig inn under eierstyringen.

Innenfor rammene av oppdraget som gis fra eierne kan det fortsatt være behov for nærmere regulering av hvordan tjenestene skal innrettes og utvikles. En vanlig måte å regulere leveranse, styring og vederlag for slike tjenester er gjennom tjenesteavtaler (Service Level Agreement [SLA] e.l.) mellom kunde og leverandør. Der samspillet mellom felleseid helseforetak og RHF/HF ikke like klart kan beskrives som et kunde- og leverandørforhold kan det være relevant med andre former for samarbeidsavtaler.

Eksempler på slike avtaler i relasjonene med de felleseide helseforetakene i dag:

- Pasientreiser HF
 - Likelydende tjenesteavtaler (SLA) med HF-ene på detaljert nivå som detaljerer Pasientreiser HF sine leveranser som systemeier.
- Luftambulansetjenesten HF (LAT)
 - Samarbeidsavtaler mellom leverandører/operatører og helseforetak om baser, bemanning av fly og helikopter m.m. LAT er ikke part i disse avtalene.
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO)
 - Tjenesteavtaler (SLA) med HF-ene bygd på statens standardavtaler for IKT-leveranser.
- Sykehusinnkjøp HF
 - Midlertidige samarbeidsavtaler fra opprettelsen av helseforetaket.
 - Permanente avtaler er i prosess, men dette er satt på vent inntil ny styringsmodell for anskaffelser er vedtatt.
- Sykehusbygg HF
 - Avtaler inngås for det enkelte byggeprosjekt, basert på standardavtaler mellom RHF og Sykehusbygg.

Etablert praksis for slike avtaler i dag er at det utarbeides likelydende avtaler mellom det felleseide helseforetaket og kundene, med noe ulikt rom for skreddersøm innenfor rammen av standardavtalen. Dette gir eierne rom for oppfølging av tjenesteleveransene på kjernevirksomhetens premisser.

Det bør være rom for at slike tjenesteavtaler tilpasses behovene i den enkelte kunde- og leverandørrelasjon, og det vil derfor neppe være hensiktsmessig å standardisere disse i for stor grad på tvers av helseforetak. RHF-ene kan ha en rolle også i utformingen av tjenesteavtalene, men da for å samordne kundene i sin region, og dette bør tydelig skilles fra rollen som eier av det felleseide helseforetaket.

Tjenesteavtale bør være grunnlag for jevnlig evaluering av foretakenes leveranser. Det legges til grunn at

- Det skilles tydelig mellom eierstyring, og kundedialog.
- Kundedialog bør være basert på samarbeids- og tjenesteavtaler mellom det felleseide helseforetaket og dets kunder, som regulerer leveranser og styring og forvaltning av kunde-/leverandørforholdet.
- Tjenesteavtaler behandles i styrene for de felleseide helseforetakene, og på relevant nivå hos kundene.
- Styrene i de felleseide helseforetakene har ansvar for å gjøre en vurdering av behovet for eksisterende nettverk i tilknytning til sitt helseforetak, samt sikre at nettverk som skal bestå har et mandat i tråd med vurderingene i denne saken.
- Styrene i de felleseide helseforetak skal rapportere til eierne om virksomheten i nettverk for kunde- og brukerdiallog gjennom årlig melding.

Nettverksfora

Virksomheten i de felleseide helseforetakene utgjør sentrale funksjoner for RHF-enes/HF-enes evne til å levere helsetjenester til befolkningen. God samhandling mellom aktørene krever kommunikasjon for å forstå, og levere i tråd med kjernevirksomhetens behov. Faste nettverk er en viktig del av hvordan slik samhandling og kommunikasjon ivaretas effektivt over tid.

De felleseide helseforetakene har alle ett eller flere fora med representanter for helseforetak og/eller regionale helseforetak, jf. vedlagte oversikt over etablerte fellesorganer. Disse foraene tjener ulike funksjoner, for eksempel som samarbeidsorgan for oppgaver som løses i fellesskap, organ for dialog og tilbakemelding fra det felleseide helseforetakets kunder, eller med representanter for mottakere av tjenestene som leveres.

I denne sammenheng er det viktig å være tydelig på skillet mellom eier- og kunderollen. Eierrollen ligger til de regionale helseforetakene alene, og utøves gjennom foretaksmøter og oppnevning av styret til de felleseide helseforetakene. Kommunikasjon med eier skjer primært gjennom kontakt mellom styret, eventuelt foretaksledelse etter avtale med styret, og øverste ledelse i de regionale helseforetakene. Spørsmål om foretakets mål, rammer for drift og spesifikke eieroppdrag avklares i eierlinjen.

Både regionale helseforetak, helseforetak og til dels andre, for eksempel kommuner, er kunder av de felleseide helseforetakene. Kundedialog bør foregå basert på avtaler mellom leverandør og kunde, mellom ledere med tilstrekkelige fullmakter. Kundedialog bør være avgrenset til gjensidige forventninger til avtalte leveranser og øvrig oppfyllelse av avtaler.

Det anbefales at det foretas en nærmere gjennomgang av eksisterende nettverk for å verifisere forankring og mandat. Det legges til grunn at nettverkene skal være hjemlet i kundeavtaler og mandat gitt fra de regionale helseforetakene i fellesskap. Videre skal alle felleseide helseforetak rapportere i årlig melding om aktivitet og funksjon i nettverkene.

Involvering av tillitsvalgte i RHF-ene i oppfølging av de felleseide helseforetakene

De regionale helseforetakenes overordnede føringer for medvirkning og involvering i forbindelse med de felleseide helseforetakene ble drøftet i felles RHF-styresak i 2015 og konkludert som følger:

- *Medvirkning fra ansatte/tillitsvalgte i forbindelse med utredning og planlegging følger prosedyrer/praksis i det enkelte RHF, basert på at planleggings- og beslutningsprosesser i de regionale helseforetakene ivaretar forankring og medvirkning overfor tillitsvalgte på en god og hensiktsmessig måte. Det ble lagt til grunn at en tydeligere og mer gjennomgående forankring av de felleseide selskaperens virksomhet i RHF-enes strategier, planer og oppfølging vil underbygge dette.*
- *Det ble videre lagt til grunn at medvirkning i selskaperens virksomhet, dvs. ansattvalgte styremedlemmer, følger av i helseforetaksloven § 23.*

På grunnlag av dette er samarbeidet med de konserntillitsvalgte (KTV) og konsernverneombudene (KVO) videreutviklet ved at AD-ene i RHF-ene gjennomfører årlige kontaktmøter med KTV og KVO, samt at det gis innsyn i sakslisten til AD-møter og anledning til å kommentere saker.

Videre er det i 2021 besluttet at AD-ene i RHF-ene vil invitere KTV/KVO til et felles møte i tilknytning til den årlige behandlingen av oppdragsdokumentene til de felleseide helseforetakene. Denne rutinen innføres f.o.m høsten 2022.

Overfor de felleseide helseforetakene er det gitt konkrete anvisninger om forhold som skal tas hensyn til når det gjelder involvering og medvirkning:

- Formelle rammer for ansattes styrerepresentasjon er regulert i helseforetakslovens §23.
- Medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjeneste relatert til de regionale helseforetakenes løpende styring og oppfølging av de felles eide helseforetakene ivaretas av de regionale helseforetakenes etablerte samarbeidsfora med konserntillitsvalgte og konsernverneombudene.
- Når felleseide helseforetak etablerer arbeids-, prosjekt- og styringsgrupper, skal konserntillitsvalgte og konsernverneombud inviteres og involveres. De konserntillitsvalgte og konsernverneombudene oppnevner selv sine representanter.
- Ved anskaffelser er slik medvirkning avgrenset til oppdrag som kan medføre vesentlige endringer i etablerte arbeidsprosesser. Arbeids-, prosjekt- og styringsgrupper som gjelder anskaffelser som ikke medfører vesentlige endringer i arbeidsprosesser gjennomføres som en del av løpende drift.

Utover de ordningene det er redegjort for ovenfor ønsker KTV/KVO å delta som observatører i styrene i de felleseide helseforetakene. Dette begrunnes slik:

- Felleseide helseforetakene utgjør en viktig del av den samlede spesialisthelsetjenesten. Av den grunn er de ansatte å betrakte som brukere av tjenesten.*
- Det er allerede godt forankret at KTV/KVO blir invitert inn i dialogen knyttet til styring/oppfølging av felleseide helseforetak.*
- KTV/KVO vil være et supplement til AD-enes vurdering av virksomheten i de felleseide helseforetakene. En mer aktiv rolle kan redusere risiko for at viktige tema «faller mellom stolene».*
- KTV/KVO mener de i for liten grad er involvert i sentrale diskusjoner om utvikling av strategi og standarder som gjøres gjeldende for spesialisthelsetjenesten.*

- e. *Saker som fremmes til AD-møtet kommer i noen tilfeller sent, slik at det ikke er tilstrekkelig tid til forberedelser.*
- f. *Utredninger i regi av felleseide helseforetak involverer ikke i tilstrekkelig grad KTV/KVO. Der det er felles prosjekt mellom regionene er det rutiner for at mandat drøftes, mens det ikke er tilsvarende gode prosesser hva gjelder aktiviteter i de felleseide foretakene.*
- g. *Observatørrolle i styrene vil gi bedre informasjonsflyt og bedre styring.*

Til dette anføres at det ikke er uenighet om at KTV/KVO gir viktig bidrag for å få til gode prosesser både internt i det enkelte RHF, i samarbeidet mellom regionene og i samspillet med de felleseide helseforetakene. Deltakelse i styrene i de felleseide helseforetakene er forbeholdt ansatte-representanter i de felleseide helseforetakene. God dialog med KTV/KVO i det enkelte RHF-et vil kunne bidra til å styrke KTV/KVOs medvirkning i de felleseide helseforetakene. Administrerende direktør i det regionale helseforetaket som har styreleder i et felleseid helseforetak har et særskilt ansvar for å følge opp det enkelte helseforetaket og i tillegg sikre involvering av interregionale KTV/KVO i dialogen i saker som kan ha vesentlig betydning for ansatte i helseforetakene.

Det vurderes at de ordningene som nå er etablert gir godt grunnlag for god involvering og medvirkning i de saker som er av strategisk betydning, herunder bl.a. rullering av langsiktig plan, budsjett, oppdragsdokument og konkrete prosjekt, og at det bør legges mer vekt på å få disse ordningene til å fungere så bra som mulig fremover. Dette gjelder også hvordan de felleseide helseforetakene kan ha større oppmerksomhet på å ivareta medvirkningen i konkrete prosjekter og utredninger.

Det arbeides også med å bringe de felleseide helseforetakene nærmere RHF-styrene gjennom prosess med økonomisk langtidsplan og som en del av de regionale utviklingsplaner, jf. omtale nedenfor. Gjennom større grad av styreinvolvering i RHF-ene vil også de tillitsvalgtes påvirkning i den strategiske utviklingen av de felleseide helseforetakene styrkes.

Hvordan involveres RHF-styrene i de felleseide helseforetakene

Med bakgrunn i tidligere vedtak (jf. bl.a. felles RHF-styresak høsten 2015) er det lagt til grunn at eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felleseide helseforetakene ivaretas av de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene.

Dette innebærer også at det er etablert et samordnet system for styring, oppfølging og forankring av virksomheten i de felleseide helseforetakene, og at rapportering og planer for helseforetakenes virksomhet er innarbeidet i de regionale helseforetakenes økonomisk langtidsplaner og tertialrapportering. Tilsvarende vil det være hensiktsmessig at oppdragsdokumentene til felleseide helseforetak forelegges RHF-styrene.

Det legges for øvrig til grunn at eventuelle endringer i de felleseide helseforetakenes oppgaver og rammer skal besluttes av styrene i de regionale helseforetakene. Det samme gjelder særskilte strategiske beslutninger om utviklingen av de felleseide helseforetakene, og at RHF-styrene holdes orientert om rapportering og planer for virksomheten i de felleseide helseforetakene i økonomisk langtidsplan og tertialrapporter.

Det legges videre opp til at de felleseide helseforetakene skal inngå i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner på samme måte som øvrig virksomhet. Gjennom dette vil RHF-styrene kunne peke ut sentrale utviklingsretninger for denne delen av virksomheten. Utformingen av bidragene til regionale utviklingsplaner vil bli forelagt RHF-styrene som egen sak.

Ut over dette er det i enkelte sammenhenger behov for at styrene i de regionale helseforetakene fatter vedtak i overordnede spørsmål. I denne sammenheng er det etablert praksis hvor RHF-enes administrerende direktører fremmer felles styresaker til styrene i de regionale helseforetakene. Selv om slike styresaker reflekterer en administrativ samstemt vurdering er det viktig å understreke, og bevirke til, at det enkelte RHF-styre står fritt i sin behandling av slike saker. Det anbefales derfor som hovedprinsipp at slike saker behandles på nytt i det interregionale AD-møtet når RHF-styrene har fattet sine vedtak. Om nødvendig vil saken fremmes for ny behandling i RHF-styrene.

Økonomiske konsekvenser

Dersom eierandeler endres vil dette få økonomiske konsekvenser som er redegjort nærmere for nedenfor.

Forutsetninger og grunnlag

Endringer er beregnet på budsjettall for 2022. Det er lagt til grunn at endringen effektueres fra 1. januar 2023, uten tilbakevirkende kraft på tidligere utbetalte lån og tilskudd som finansierer driften.

For fremtidig fordeling av finansiering vises det til innsiktsnotat med prinsipper for fordeling av kostnader mellom RHF-ene fra oktober 2021.

Harmonisering av eierandeler vil få økonomiske konsekvenser som omfatter kapitalinnskudd, og fremtidige lån. De felleseide foretakene er bl.a. finansiert av rammetilskudd som delvis fordeles etter dagens eierbrøk, men denne fordelingen planlegges ikke justert som følge av en endring i eierandeler.

Egenkapitalinnskudd (basert på innspill fra regnskapssjefene)

Regnskapsmessig vil en harmonisering av eierandeler innebære at det gjennomføres et salg av andeler fra Helse Sør-Øst RHF til de øvrige RHF-ene i henhold til bokført verdi ved årsskiftet (total egenkapital). Basert på tall per 31. desember 2020 gir dette følgende beløp (i 1000 kr) for betaling til Helse Sør-Øst RHF fra øvrige regioner. Det vil bli mindre endringer når tall per 31. desember 2021 legges til grunn.

Helseforetak	Egenkapital 31.12.20	"Omfordeling"			
		Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Vest	Helse Sør-Øst
Luftambulansetjenesten HF	44 461	-2 223	2 223	2 223	6 669
Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF	55 032	-2752	2 752	2 752	8 255
Pasientreiser HF	89 116	-4456	4 456	4 456	13 367
SUM	188 609	9 431	9 431	9 431	28 291

Det foreslås derfor at Helse Sør-Øst selger eierandeler til de øvrige regionene slik at eierbrøken blir 25% på hver til bokført verdi pr 31. desember 2022. Gitt at beløpene pr 31. desember 2022 er i tråd med verdien 1. januar 2023, vil Helse Sør-Øst få utbetalt 28,29 mill. kr fra de andre regionene, fordelt med 9,43 mill. kr på henholdsvis Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF.

For å unngå utbetaling fra de regionale helseforetakene som øker eierandel, foreslås at det gjøres en kapitalnedsettelse på til sammen 37,720 mill. kr samlet for de tre helseforetakene. Gjennom dette vil RHF-ene få tilbakeført 9,430 mill. kr. På denne måten finansierer Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF kjøpet fra Helse Sør-Øst RHF, og Helse Sør-Øst

RHF får utbetalt 9,43 mill. kr i tillegg til salgssummen på kr 28,29 mill. kr. Konkret fordeling av kapitalnedsettelsen mellom foretakene og formaliteter knyttet til gjennomføringen, vil avklares høsten 2022.

Det er en forutsetning at fremgangsmåten godkjennes av revisor og at vedtektene endres i foretaksmøte.

Rammetilskudd – finansiering av drift

Finansieringsmodellene for felleseide helseforetak er utviklet over år og tre av helseforetakene har modeller hvor deler av finansieringen fordeles etter eierandel, mens andre deler fordeles etter forbruk, typisk antall operatørplasser per region i HDO, antall vedtak knyttet til reiser uten rekvisisjon i Pasientreiser og pasienttilhørighet i Luftambulansetjenesten. Innsiktsnotat som angir prinsipper for finansiering av felleseide helseforetak og aktiviteter mellom helseregionene beskriver ikke eierandel som relevant fordelingsnøkkel i finansieringsmodellene. Notatet ble behandlet i nasjonalt økonomidirektørmøte 30. august 2021, jf. sak 086-21, og videre godkjent i fellesmøte med AD-ene i RHF-ene 27. september, jf. sak 093-2021.

Det skal derfor arbeides med videreutvikling av finansieringsmodellene, slik at alle de felleseide helseforetakene finansieres i henhold til vedtatte prinsipper. Dette innebærer at gjeldende fordelingsnøkler ikke endres som følge av endrede eierandeler i helseforetakene, men at en eventuell endring i det enkelte foretaks finansieringsmodell vil håndteres særskilt.

Dersom eierandeler fortsatt skulle være relevante fordelingsnøkler, ville budsjett 2022 med oppdaterte eierandeler få følgende effekt på fordelingen mellom RHF-ene.

DRIFT							
			HDO HF	LAT HF	Pasientreiser HF	SUM	Endring
			Det som ikke fordeles etter operatørplasser	Administrative kostnader (4% av totale kostnader)	En andel av virksomheten Samordnede og koordinerende oppgaver		
Dagens fordeling	Region	Eierandel					
	Helse Sør-Øst	40%	16 089	22 400	61 768	100 257	
	Helse Vest	20%	8 045	11 200	30 884	50 129	
	Helse Midt-Norge	20%	8 045	11 200	30 884	50 129	
	Helse Nord	20%	8 045	11 200	30 884	50 129	
	SUM		40 224	56 000	154 420	250 644	
Fordeling med lik eierandel							
	Helse Sør-Øst	25%	10 056	14 000	38 605	62 661	37 596
	Helse Vest	25%	10 056	14 000	38 605	62 661	- 12 532
	Helse Midt-Norge	25%	10 056	14 000	38 605	62 661	- 12 532
	Helse Nord	25%	10 056	14 000	38 605	62 661	- 12 532

Lån

I henhold til gjeldende låneinstruks for felleseide helseforetak skal hvert RHF låne ut til helseforetakene etter eierbrøk. En harmonisering av eierandelene vil medføre endring i hvor mye lån hvert RHF skal bidra med. For 2022 er det kun for HDO som har søkt om lån.

Det foreslås at eksisterende lån videreføres og nedbetales i tråd med inngåtte avtaler. Nye lån etter endring av eierbrøk fordeles likt mellom RHF-ene.

Beløp vil henge sammen med lånebehov, men om det tas utgangspunkt i HDOs opprinnelige lånebehov for 2022 som eksempel, vil omfordelingseffekten bli som vist nedenfor:

Lån							
			HDO HF	LAT HF	Pasientreiser HF	SUM	Endring
			Budsjettet lån 2022				
Dagens fordeling	Region	Eierandel					
	Helse Sør-Øst	40%	58 400	-	-	58 400	
	Helse Vest	20%	29 200	-	-	29 200	
	Helse Midt-Norge	20%	29 200	-	-	29 200	
	Helse Nord	20%	29 200	-	-	29 200	
	SUM		146 000	-	-	146 000	
Fordeling med lik eierandel							
	Helse Sør-Øst	25%	36 500	-	-	36 500	21 900
	Helse Vest	25%	36 500	-	-	36 500	7 300
	Helse Midt-Norge	25%	36 500	-	-	36 500	7 300
	Helse Nord	25%	36 500	-	-	36 500	7 300

Prosess

Saksfremlegg er utarbeidet av Eierstyringsgruppen i fellesskap, og behandlet i fellesmøte med AD-ene i RHF-ene.

Det er gjennomført to møter med interregionale konserntillitsvalgte og -verneombud hvor de er gitt anledning til å komme med innspill og tilbakemelding.

Administrerende direktørs vurdering

De felleseide helseforetakene leverer tjenester som på hver sine måter utgjør en viktig del av de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Administrerende direktør mener at forslagene til videreutvikling og eierstyringen av de felleseide helseforetakene er gjennomarbeidet og godt begrunnet. Harmonisering av vedtekter vil bidra til at identifiserte uklarheter blir håndtert, og oppdatering av formål og virksomhet gir større grad av likhet mellom helseforetakene. Det samme gjør harmonisering av bestemmelsene om styrerepresentasjon.

Administrerende direktør mener at like eierandeler er hensiktsmessig for samhandlingen og fordeling av ansvar mellom regionene. Styrene i de felleseide helseforetakene har egne ansattevalgte. Det er likevel viktig at konserntillitsvalgte og -verneombud blir involvert i saker som angår de regionale helseforetakenes underliggende helseforetak. Administrerende direktør mener at en videre utvikling av samarbeidsorganene som allerede er etablert er hensiktsmessig, og presiserer at det påhviler også de felleseide helseforetakene å bidra til god samhandling mellom de felleseide helseforetakene og konserntillitsvalgte/-verneombud.

Administrerende direktør mener at forslag til presisering av faglig og operativ samordning er viktig for å skille mellom styrenes ansvar og det som er koordinering av løpende drift. Samhandling om løpende drift skal i utgangspunktet være basert på tjenesteavtaler eller samarbeidsavtaler. Styrene i de felleseide helseforetakene har ansvar for å vurdere behov for nettverk/kundefora, skal påse at disse blir tildelt mandat med utgangspunkt i avtaler mellom partene, og skal rapportere om aktiviteten i årlig melding.

Det er hensiktsmessig at styrene i de regionale helseforetakene involveres mer i sentrale beslutninger i de felleseide foretakene. I utgangspunktet blir dette ivaretatt gjennom rullering av økonomisk langtidsplan og konsolidert budsjett, men det er likevel hensiktsmessig at strategiske saker legges frem som felles styresaker før endelig konklusjon i fellesmøte med AD-ene i RHF-ene.

Forslag til oppgjør for endring av eierandeler forutsettes godkjent av revisor. Forslaget er gjort med hensikt å være likviditetsnøytralt for Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge, og at Helse Sør-Øst RHF får utbetalt 9,43 mill. kr i tillegg til salgssummen på kr 28,29 mill. kr. Dersom revisor foreslår alternativ fremgangsmåte som ivaretar prinsippet om likviditetsnøytralitet, foreslås det at administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre transaksjonen i tråd med revisors anbefaling.

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Endring i eierbrøk for Pasientreiser HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Luftambulansetjenesten HF godkjennes.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjennomføre transaksjonene knyttet til endring av eierbrøk i tråd med revisors anbefaling.
3. Reviderte vedtekter for Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF godkjennes.
4. I henhold til helseforetakslovens § 12 skal de reviderte vedtektene behandles i foretaksmøter med de felleseide helseforetakene.
5. Årlige oppdragsdokument for felleseide helseforetak legges frem for RHF-styrene.
6. Styret i Helse Nord RHF tar redegjørelsen om videreutvikling av eierstyringen av de felleseide helseforetakene til orientering.

Bodø, 12. august 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Forslag til oppdaterte vedtekter for hvert enkelt felleseid helseforetak
2. Overordnet beskrivelse av de felleseide helseforetakene
3. Innsiktsnotat med prinsipper for fordeling av kostnader mellom RHF-ene
4. Innspill KTV/KVO fra møtet 11.5.2022

VEDTEKTER
Pasientreiser HF
sist revidert 25.04.2022

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Pasientreiser HF.

§ 2 Eier

Pasientreiser HF eies fullt ut av:

Helse Sør-Øst RHF, org.nr; 991324968
Parkgata 36
2317 Hamar

Helse Vest RHF, org.nr; 983658725
Nådlandskroken 11
4034 Stavanger

Helse Midt-Norge RHF, org.nr; 983658776
Strandvegen 1
7500 Stjørdal

Helse Nord RHF, org.nr; 883658752
Moloveien 16
8003 Bodø

Hver av eierne har en eierandel på 25 % i foretaket.

§ 3 Hovedkontor

Pasientreiser HF har sitt hovedkontor i Skien kommune.

§ 4 Formål

Pasientreiser HF skal bidra til at de regionale helseforetakene kan oppfylle sitt «sørgefor»-ansvar på pasientreiseområdet.

Pasientreiser HF skal kun levere tjenester til sine eiere og deres underliggende virksomheter.

Pasientreiser HF er en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for spesialisthelsetjenesten skal også gjelde for helseforetaket.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Pasientreiser HF har et operativt ansvar for pasientreiseområdet, innenfor rammer fastsatt av eierne.

Pasientreiser HF har vedtaksmyndighet for reiser uten rekvisisjon, og yter juridisk rådgivning til landets helseforetak for å sikre likebehandling av brukere av tjenesten.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes to ordinære foretaksmøter årlig hvorav det ene skal avholdes innen utgangen av juni måned hvert år for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd.

Ytterligere foretaksmøter avholdes etter behov.

§ 7 Styret

Pasientreiser HF ledes av et styre.

Styret skal ha fra fem til ni medlemmer. Inntil seks styremedlemmer, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Ansattrepresentanter og varamedlemmer velges i henhold til helseforetakslovens bestemmelser.

Styremøter avholdes iht. helseforetakslovens bestemmelser.

Styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styremedlemmer tjenestegjør i to år.

Brukerorganisasjonene gis anledning til å velge to observatører til styret. Observatørene vil ha tale og forslagsrett, men ikke stemmerett.

Styremøter avholdes som åpne møter i tråd med helseforetaksloven § 26 a.

§ 8 Daglig leder

Pasientreiser HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

§ 9 Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Pasientreiser HF skal følge allmennaksjeloven §§6-16a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Retningslinjer i samsvar med asal §6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning i første foretaksmøte i 2023. Lønnsrapport i samsvar med asal §6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

§ 10 Salg av foretakets eiendommer

Salg, eller pantsettelse, av foretakets faste eiendommer er regulert i helseforetaksloven § 31.

Styret i Pasientreiser HF kan beslutte salg av fast eiendom som foretaket eier når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner, med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det.

§ 11 Låneopptak

Pasientreiser HF kan ikke oppta lån fra andre enn eierne. Eventuelle lån skal tildeles av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene i tråd med «Instruks for lån til felleseide nasjonale selskap».

§ 12 Melding til eierne

Styret skal hvert år, innen en frist fastsatt i foretaksmøte, utarbeide rapport om virksomheten i det foregående år, jf. helseforetaksloven § 34.

Rapporten om virksomheten i det foregående år skal vise hvordan pålegg og bestemmelser gitt i foretaksmøte eller vilkår for tildelte bevilgninger utenfor foretaksmøte, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Pasientreiser HF's plandokument.

§ 13 Arbeidsgivertilknytning

Helseforetaket skal være medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 14 Endring av vedtektene

Endring av vedtektene foretas av foretaksmøtet i Pasientreiser HF, jf. helseforetaksloven § 12.

VEDTEKTER
Luftambulansetjenesten HF
sist revidert 25.4.2022

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Luftambulansetjenesten HF.

§ 2 Eier

Luftambulansetjenesten HF eies fullt ut av:

Helse Sør-Øst RHF, org.nr; 991324968
Parkgata 36
2317 Hamar

Helse Vest RHF, org.nr; 983658725
Nådlandskroken 11
4034 Stavanger

Helse Midt-Norge RHF, org.nr; 983658776
Strandvegen 1
7500 Stjørdal

Helse Nord RHF, org.nr; 883658752
Moloveien 16
8003 Bodø

Hver av eierne har en eierandel på 25 % i foretaket.

§ 3 Hovedkontor

Luftambulansetjenesten HF har sitt hovedkontor i Bodø kommune.

§ 4 Formål

Luftambulansetjenesten HF har ansvaret for luftambulansetjenester på vegne av de regionale helseforetakene.

Luftambulansetjenesten HF skal kun levere tjenester til sine eiere og deres underliggende virksomheter.

Luftambulansetjenesten HF er en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for spesialisthelsetjenesten skal også gjelde for helseforetaket.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Luftambulansetjenesten HF har et operativt ansvar for luftambulansetjenesten, innenfor rammer fastsatt av eierne.

Luftambulansetjenesten HF utfører luftambulansetjenester for helseforetakene, og er samtidig en ressurs som kan settes inn i redningsoperasjoner.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes to ordinære foretaksmøter årlig hvorav det ene skal avholdes innen utgangen av juni måned hvert år for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd.

Ytterligere foretaksmøter avholdes etter behov.

§ 7 Styret

Luftambulansetjenesten HF ledes av et styre.

Styret skal ha fra fem til ni medlemmer. Inntil seks styremedlemmer, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Ansattrepresentanter og varamedlemmer velges i henhold til helseforetakslovens bestemmelser.

Styremøter avholdes iht. helseforetakslovens bestemmelser.

Styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styremedlemmer tjenestegjør i to år.

Styremøter avholdes som åpne møter i tråd med helseforetaksloven § 26 a.

§ 8 Daglig leder

Luftambulansetjenesten HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

§ 9 Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Luftambulansetjenesten HF skal følge allmennaksjeloven §§6-16a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Retningslinjer i samsvar med asal §6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning i første foretaksmøte i 2023. Lønnsrapport i samsvar med asal §6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

§ 10 Salg av foretakets eiendommer

Salg, eller pantsettelse, av foretakets faste eiendommer er regulert i helseforetaksloven § 31.

Styret i Luftambulansetjenesten HF kan beslutte salg av fast eiendom som foretaket eier når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner, med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det.

§ 11 Låneopptak

Luftambulansetjenesten HF kan ikke oppta lån fra andre enn eierne. Eventuelle lån skal tildeles av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene i tråd med «Instruks for lån til felleseide nasjonale selskap».

§ 12 Melding til eierne

Styret skal hvert år, innen en frist fastsatt i foretaksmøte, utarbeide rapport om virksomheten i det foregående år, jf. helseforetaksloven § 34.

Rapporten om virksomheten i det foregående år skal vise hvordan pålegg og bestemmelser gitt i foretaksmøte eller vilkår for tildelte bevilgninger utenfor foretaksmøte, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Luftambulansetjenesten HF's plandokument.

§ 13 Arbeidsgivertilknytning

Helseforetaket skal være medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 14 Endring av vedtektene

Endring av vedtektene foretas av foretaksmøtet i Luftambulansetjenesten HF, jf. helseforetaksloven § 12.

VEDTEKTER
Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF
sist revidert 25.04.2022

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF.

§ 2 Eier

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF eies fullt ut av:

Helse Sør-Øst RHF, org.nr; 991324968
Parkgata 36
2317 Hamar

Helse Vest RHF, org.nr; 983658725
Nådlandskroken 11
4034 Stavanger

Helse Midt-Norge RHF, org.nr; 983658776
Strandvegen 1
7500 Stjørdal

Helse Nord RHF, org.nr; 883658752
Moloveien 16
8003 Bodø

Hver av eierne har en eierandel på 25 % i foretaket.

§ 3 Hovedkontor

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF har sitt hovedkontor i Gjøvik kommune.

§ 4 Formål

Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett HF skal bidra til å realisere enhetlige og stabile kommunikasjonsløsninger og fagsystemer til brukere i den nasjonale nødmeldetjenesten inne de regionale helseforetakene med underliggende helseforetak, alle landets kommuner og andre relevante samarbeidspartnere, slik det fremgår av lov og forskrift.

Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF skal ikke levere tjenester på det kommersielle markedet eller med kommersielt øyemed.

Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett HF er en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for spesialisthelsetjenesten skal også gjelde for helseforetaket.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett HF har ansvar for å drifte og forvalte løsninger og systemer med leveringsplikt til helsetjenestens nødmeldetjeneste.

Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett HF utfører tjenester som ivaretar spesialist- og primærhelsetjenesten, samt relevante samarbeidspartnere ved behov.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes to ordinære foretaksmøter årlig hvorav det ene skal avholdes innen utgangen av juni måned hvert år for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd.

Ytterligere foretaksmøter avholdes etter behov.

§ 7 Styret

Helsetjenestens Driftsorganisasjon for nødnett HF ledes av et styre.

Styret skal ha fra fem til ni medlemmer. Inntil seks styremedlemmer, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Ansattrepresentanter og varamedlemmer velges i henhold til helseforetakslovens bestemmelser.

Styremøter avholdes iht. helseforetakslovens bestemmelser.

Styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsstvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styremedlemmer tjenestegjør i to år.

Brukerorganisasjonene gis anledning til å velge en observatør til styre. Observatøren vil ha tale og forslagsrett, men ikke stemmerett.

Styremøter avholdes som åpne møter i tråd med helseforetaksloven § 26 a.

§ 8 Daglig leder

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

§ 9 Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF skal følge allmennaksjeloven §§6-16a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Retningslinjer i samsvar med asal §6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning i første foretaksmøte i 2023. Lønnsrapport i samsvar med asal §6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

§ 10 Salg av foretakets eiendommer

Salg, eller pantsettelse, av foretakets faste eiendommer er regulert i helseforetaksloven § 31.

Styret i Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF kan beslutte salg av fast eiendom som foretaket eier når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner, med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det.

§ 11 Låneopptak

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF kan ikke oppta lån fra andre enn eierne. Eventuelle lån skal tildeles av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene i tråd med «Instruks for lån til felleseide nasjonale selskap».

§ 12 Melding til eierne

Styret skal hvert år, innen en frist fastsatt i foretaksmøte, utarbeide rapport om virksomheten i det foregående år, jf. helseforetaksloven § 34.

Rapporten om virksomheten i det foregående år skal vise hvordan pålegg og bestemmelser gitt i foretaksmøte eller vilkår for tildelte bevilgninger utenfor foretaksmøte, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF's plandokument.

§ 13 Arbeidsgivertilknytning

Helseforetaket skal være medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 14 Endring av vedtektene

Endring av vedtektene foretas av foretaksmøtet i Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, jf. helseforetaksloven § 12.

VEDTEKTER
Sykehusbygg HF
sist revidert 25.4.2022

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Sykehusbygg HF.

§ 2 Eier

Sykehusbygg HF eies fullt ut av:

Helse Sør-Øst RHF, org.nr; 991324968
Parkgata 36
2317 Hamar

Helse Vest RHF, org.nr; 983658725
Nådlandskroken 11
4034 Stavanger

Helse Midt-Norge RHF, org.nr; 983658776
Strandvegen 1
7500 Stjørdal

Helse Nord RHF, org.nr; 883658752
Moloveien 16
8003 Bodø

Hver av eierne har en eierandel på 25 % i foretaket.

§ 3 Hovedkontor

Sykehusbygg HF har sitt hovedkontor i Trondheim kommune.

§ 4 Formål

Sykehusbygg HF skal være en leverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak innen planlegging og bygging av sykehus. Sykehusbygg HF skal bidra til utvikling, forvaltning og deling av kunnskap slik at denne kunnskapen kan tas hensyn til og innarbeides i nye prosjekter.

Sykehusbygg HF er en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for spesialisthelsetjenesten skal også gjelde for helseforetaket.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Sykehusbygg HF skal gjennomføre oppdrag og overføre kunnskap i helseforetakene, innenfor rammer fastsatt av eierne.

Sykehusbygg HF utfører tjenester innen utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, samt eiendomsforvaltning.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes to ordinære foretaksmøter årlig hvorav det ene skal avholdes innen utgangen av juni måned hvert år for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd.

Ytterligere foretaksmøter avholdes etter behov.

§ 7 Styret

Sykehusbygg HF ledes av et styre.

Styret skal ha fra fem til ni medlemmer. Inntil seks styremedlemmer, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Ansattrepresentanter og varamedlemmer velges i henhold til helseforetakslovens bestemmelser.

Styremøter avholdes iht. helseforetakslovens bestemmelser.

Styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styremedlemmer tjenestegjør i to år.

Styremøter avholdes som åpne møter i tråd med helseforetaksloven § 26 a.

§ 8 Daglig leder

Sykehusbygg HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

§ 9 Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Sykehusbygg HF skal følge allmennaksjeloven §§6-16a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b Rapport om lønn

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Retningslinjer i samsvar med asal §6-16a og forskriften skal legges frem for godkjenning i første foretaksmøte i 2023. Lønnsrapport i samsvar med asal §6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

§ 10 Salg av foretakets eiendommer

Salg, eller pantsettelse, av foretakets faste eiendommer er regulert i helseforetaksloven § 31.

Styret i Sykehusbygg HF kan beslutte salg av fast eiendom som foretaket eier når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner, med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det.

§ 11 Låneopptak

Sykehusbygg HF kan ikke oppta lån fra andre enn eierne. Eventuelle lån skal tildeles av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene i tråd med «Instruks for lån til felleseide nasjonale selskap».

§ 12 Melding til eierne

Styret skal hvert år, innen en frist fastsatt i foretaksmøte, utarbeide rapport om virksomheten i det foregående år, jf. helseforetaksloven § 34.

Rapporten om virksomheten i det foregående år skal vise hvordan pålegg og bestemmelser gitt i foretaksmøte eller vilkår for tildelte bevilgninger utenfor foretaksmøte, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Sykehusbygg HF's plandokument.

§ 13 Arbeidsgivertilknytning

Helseforetaket skal være medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 14 Endring av vedtektene

Endring av vedtektene foretas av foretaksmøtet i Sykehusbygg HF, jf. helseforetaksloven § 12.

VEDTEKTER
Sykehusinnkjøp HF
sist revidert 25.4.2022

§ 1 Navn

Helseforetakets navn er Sykehusinnkjøp HF.

§ 2 Eier

Sykehusinnkjøp HF eies fullt ut av:

Helse Sør-Øst RHF, org.nr; 991324968
Parkgata 36
2317 Hamar

Helse Vest RHF, org.nr; 983658725
Nådlandskroken 11
4034 Stavanger

Helse Midt-Norge RHF, org.nr; 983658776
Strandvegen 1
7500 Stjørdal

Helse Nord RHF, org.nr; 883658752
Moloveien 16
8003 Bodø

Hver av eierne har en eierandel på 25 % i foretaket.

§ 3 Hovedkontor

Sykehusinnkjøp HF har sitt hovedkontor i Vadsø kommune.

§ 4 Formål

Sykehusinnkjøp HF skal utføre innkjøpstjenester for spesialisthelsetjenesten.

Sykehusinnkjøp HF skal kun levere tjenester til sine eiere, deres heleide virksomheter, virksomheter underlagt eller heleid av Helse- og omsorgsdepartementet og andre offentlige virksomheter pålagt av de regionale helseforetakene. Private ideelle virksomheter med driftsavtale med de regionale helseforetakene kan motta innkjøpstjenester etter avtale med de regionale helseforetakene.

Vedlegg 1 – Forslag til nye vedtekter for de felleseide helseforetakene

Sykehusinnkjøp HF er en del av spesialisthelsetjenesten, og de overordnede politiske mål for spesialisthelsetjenesten skal også gjelde for helseforetaket.

§ 5 Helseforetakets virksomhet

Sykehusinnkjøp HF har et operativt ansvar for innkjøp til samtlige av landets helseforetak, innenfor rammer fastsatt av eierne.

§ 6 Foretaksmøtet

Det skal avholdes to ordinære foretaksmøter årlig hvorav det ene skal avholdes innen utgangen av juni måned hvert år for behandling av årsregnskap, årsberetning og årlig melding, jf. helseforetaksloven §§ 34 og 43 annet ledd.

Ytterligere foretaksmøter avholdes etter behov.

§ 7 Styret

Sykehusinnkjøp HF ledes av et styre.

Styret skal ha fra fem til ni medlemmer. Inntil seks styremedlemmer, herunder styreleder og nestleder, velges av foretaksmøtet.

Ansattrepresentanter og varamedlemmer velges i henhold til helseforetakslovens bestemmelser.

Styremøter avholdes iht. helseforetakslovens bestemmelser.

Styremedlemmer som er valgt av og blant de ansatte deltar ikke i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Det enkelte styremedlem skal som styremedlem ikke representere geografiske områder, politiske organisasjoner eller andre interessegrupper.

Styremedlemmer tjenestegjør i to år.

Styremøter avholdes som åpne møter i tråd med helseforetaksloven § 26 a.

§ 8 Daglig leder

Sykehusinnkjøp HF skal ha daglig leder. Daglig leder ansettes av styret.

§ 9 Retningslinjer og rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Sykehusinnkjøp HF skal følge allmennaksjeloven §§6-16a Retningslinjer om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper, 6-16b Rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer i noterte selskaper og Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer.

Retningslinjer i samsvar med asal §6-16a og forskriften skal legges frem for godkjennelse i første foretaksmøte i 2023. Lønnsrapport i samsvar med asal §6-16b og forskriften skal senest legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

§ 10 Salg av foretakets eiendommer

Salg, eller pantsettelse, av foretakets faste eiendommer er regulert i helseforetaksloven § 31.

Styret i Sykehusinnkjøp HF kan beslutte salg av fast eiendom som foretaket eier når eiendommen er verdsatt til under 10 millioner kroner, med mindre lov, andre bestemmelser eller rettigheter er til hinder for det.

§ 11 Låneopptak

Sykehusinnkjøp HF kan ikke oppta lån fra andre enn eierne. Eventuelle lån skal tildeles av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene i tråd med «Instruks for lån til felleseide nasjonale selskap».

§ 12 Melding til eierne

Styret skal hvert år, innen en frist fastsatt i foretaksmøte, utarbeide rapport om virksomheten i det foregående år, jf. helseforetaksloven § 34.

Rapporten om virksomheten i det foregående år skal vise hvordan pålegg og bestemmelser gitt i foretaksmøte eller vilkår for tildelte bevilgninger utenfor foretaksmøte, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til Sykehusinnkjøp HF's plandokument.

§ 13 Arbeidsgivertilknytning

Helseforetaket skal være medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter.

§ 14 Endring av vedtektene

Endring av vedtektene foretas av foretaksmøtet i Sykehusinnkjøp HF, jf. helseforetaksloven § 12.

Beskrivelse av dagens felleseide helseforetak

2.1 Innledning

Hovedformålet med de felleseide foretakene er å bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutvikling av det interregionale samarbeidet og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

Finansieringen er i hovedsak basert på priser for tjenester levert til de enkelte regionale helseforetak eller helseforetak. Det gis også bevilgninger til enkelte formål som representerer fellesaktiviteter som det er uhensiktsmessig at tjenestepriser. Videre tilkommer ekstern finansiering fra kommunene (HDO HF) og en mindre andel knyttet til Luftambulansetjenesten HF (EU-finansiering av et ambulansefly samt hjemhentingssoppdrag fra utlandet).

Helseforetakene skal levere kostnadseffektive tjenester, og driften skal underlegges strenge krav til god økonomistyring og riktig prioritering av ressursbruk. Helseforetakene skal også dokumentere gevinster og gevinstrealisering som oppnås.

Eierstyring og oppfølging av virksomheten i de felles eide helseforetakene ivaretas av de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene. Dette skjer i et samordnet årshjul og omfatter budsjettprosess, oppdragsdokument, oppfølgingsmøter og rapportering i årlig melding. Rapportering og planer for helseforetakenes virksomhet er innarbeidet i de regionale helseforetakenes tertialrapportering og økonomisk langtidsplaner.

2.2 Om Pasientreiser HF

2.2.1 Pasientreiseområdet

Stortingets vedtok i 2004 at finansieringen av pasientreiser skulle overføres til de regionale helseforetakene. Reformen vektla overføring av finansieringsansvar, anbudsprosesser, kontrakter og samkjøring. Ved å samle alt ansvar for pasientreiser i de regionale helseforetakene, ønsket en å sikre en organisering som ville gi pasientene et totalt sett bedre tilbud innenfor de gitte rammebetingelsene. Bedre kontroll over kostnadene til pasientreiser skulle gi mer penger til behandling, og dermed mer helse for hver krone.

Pasientreiseområdet er i hovedsak regulert av spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, og pasientreiseforskriften. Pasient, ledsager og pårørende har rett til dekning av nødvendige utgifter på gitte betingelser når pasienten må reise for å motta helsetjenester.

Pasientreisene er finansiert gjennom den nasjonale inntektsmodellen og skal dekke kostnadene for reiser til og fra godkjente behandlinger både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Ansvaret for tjenesteområdet reiser uten rekvisisjon ivaretas av Pasientreiser HF, mens ansvaret for reiser med rekvisisjon tilligger helseforetak med pasientreiseenhet.

De regionale helseforetakenes styring av pasientreiseområdet skjer i en felles regional kontekst overfor Pasientreiser HF og i styringslinjen mot egne helseforetak. God forvaltning av pasientreiseområdet har direkte innflytelse på helseforetakenes økonomi.

For 2021 var de samlede kostnader til pasientreiser 2 473 millioner kroner. Kostnaden til reiser uten rekvisisjon var 524 millioner kroner og det ble det fattet 1 064 524 vedtak. Kostnaden til reiser med rekvisisjon var 1 948 millioner kroner fordelt på 3 656 408 rekvisisjoner.

2.2.2 Pasientreiser HF

Pasientreiser HF ble opprinnelig etablert som et ansvarlig helseforetak 11. mai 2009 (Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS), og ble med virkning fra 1. april 2017 omdannet til helseforetak. Helseforetaket har hovedkontor i Skien og avdelingskontor i Mosjøen, Førde, Ålesund og Moelv og samarbeider med 17 lokale pasientreisekontor som er underlagt sine respektive helseforetak.

Helseforetaket er etablert for å oppfylle de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar på området pasientreiser. Helseforetakets virkeområde er regulert i vedtektene der eierne har definert hvilken rolle og funksjon helseforetaket skal fylle. Dette utgjør, sammen med tjenesteleveranseavtalen og det årlige oppdragsdokumentet, rammene for helseforetakets virksomhet. Som faglig kompetansesenter har Pasientreiser HF ansvar for å forvalte og bidra til videreutvikling av pasientreiseområdet. Innbyggernes behov settes i sentrum i arbeidet med forenkling, forbedring og fornying av tjenestene.

Helseforetaket har ansvar for teknologiutvikling og systemforvaltning av reiser med og uten rekvisisjon, er databehandleransvarlige for enkelt- og direkteoppgjørregistrene, er en service- og støttefunksjon, og ivaretar administrative og merkantile felles- og samordningsoppgaver.

Helseforetaket yter juridisk bistand og opplæring, og bidrar til harmonisering av regelverk og praksis i forvaltningen av pasientreiser på nasjonalt nivå. Pasientreiser HF ivaretar også redaktøransvaret for nettstedet pasientreiser.no, og er ansvarlig for informasjon om pasientreiser på helsenorge.no

Nøkkeltall totaløkonomi Pasientreiser HF (tall i 1000)

	Regnskap 2021	Budsjett 2022
Vareforbruk	1 611	1 633
Lønn personal	90 863	92 254
Andre driftskostnader (avskrivninger)	68 155 (31 122)	89 025 (36 000)
Tilskudd RHF	200 699	218 900

Finansieringen av Pasientreiser HF er tredelt, hvor kostnader til samordning/koordinerende oppgaver fordeles etter eierandel, kostnader til transaksjonstunge aktiviteter etter antall vedtak (forbruk) og kostnader til virksomhetsoverdratte, regionale pasientreisekontoer etter kostnadsnivå ved virksomhetsoverdragelsen. Årsaken til det siste er at kostnadstilpasningen varierte mellom regionene.

2.2.3 Forvaltning av pasientreiseområdet

Pasientreiser HF ansvar for omfattende verdikjeder både når de gjelder reiser uten rekvisisjon og reiser med rekvisisjon. Det følger av dette at Pasientreiser HF har en rekke interessenter, herunder:

- Enkeltbrukere
- Brukergrupper
- Rekvirenter
- Transportører
- Fylkeskommuner
- Landets helseforetak
- Helseforetakenes pasientreisekontorer
- Helseforetakenes ambulansetjenester
- AMK-sentralene
- Pasientombudene
- KS
- De regionale helseforetakene

Mellom Pasientreiser HF og det enkelte regionale helseforetak er det inngått likelydende Avtale om tjenesteleveranse (SLA). Avtalens formål er å regulere samhandling, ansvarsforhold og roller mellom de regionale helseforetakene, helseforetakene og Pasientreiser HF i samsvar med lover, forskrifter, helseforetakets vedtekter og årlige oppdragsdokumenter.

Avtalen beskriver bl.a. et *Samarbeidsforum* hvor de fire RHF-ene og Pasientreiser HF skal møtes regelmessig. Det avholdes videre årlige driftsmøter mellom de regionale helseforetakene og Pasientreiser HF der SLA avtalen følges opp, samt regionvise møter mellom Pasientreiser HF og hvert RHF samt lederne ved helseforetakenes pasientreisekontorer i hver region.

Med bakgrunn i SLA-avtalen og mandatet til Samarbeidsforum er det etablert, og gitt mandat til, flere underliggende rådgivende samarbeidsfora: Nasjonalt nettverk for reiser med rekvisisjon, Nasjonalt nettverk for styringsinformasjon, Nasjonalt nettverk for telefoni, Nasjonalt nettverk for Ctrl og Nasjonalt juridisk nettverk. I tillegg er det opprettet brukerutvalg.

2.3 Om Luftambulansetjenesten HF

2.3.1 Luftambulansetjenesten i Norge

De regionale helseforetakene har ansvaret for luftambulansetjenesten i Norge. Tjenesten er felles og landsdekkende, og i sin helhet offentlig finansiert. Luftambulansetjenesten inngår i den akuttmedisinske kjeden, og er en kompleks tjeneste som involverer samhandling mellom aktører på tvers av organisatoriske og geografiske skillelinjer, om både langsiktig forvaltning og akutte hendelser.

Det er store forskjeller i behov og bruk av tjenesten mellom ulike områder av landet. Luftambulansetjenesten assisterer i underkant av 20 000 pasienter årlig, ved hjelp av 14 ambulanshelikoptre plassert på 13 baser, og 10 ambulansfly plassert på 7 baser.

Tjenesten er delt i en flyoperativ og en medisinsk del. Den flyoperative virksomheten ivaretas av det felleseide helseforetaket Luftambulansetjenesten HF. Helseforetaket har det operative ansvaret for luftambulansetjenester i hele landet, herunder fly og helikopter.

Helseforetakene der de respektive baser er lokalisert har det medisinske ansvaret for luftambulansetjenesten og bemanning av denne. Hver helikopterbase disponerer også en legebil, som benyttes ved hendelser i nærområdet eller når dårlig vær forhindrer bruk av helikopter. Også redningshelikoptre kan benyttes til luftambulansoppdrag dersom ikke søk- og redningsoppdrag må prioriteres foran.

Drift av luftambulansetjenesten settes ut på anbud. Det er i dag to operatører i luftambulansetjenesten, Babcock Scandinavian Air Ambulance AS driver ambulansfly fra 7 baser, og Norsk Luftambulans AS driver ambulanshelikoptre fra 13 baser.

2.3.2 Luftambulansetjenesten HF

Den operative delen av luftambulansetjenesten ble organisert som et ansvarlig selskap (ANS) av de regionale helseforetakene i 2004, og omdannet til et helseforetak i 2017. Foretaket eies av de regionale helseforetakene i fellesskap.

Foretaket har hovedkontor i Bodø, og hadde 27 ansatte ved utgangen av 2021. Ut over hovedkontoret som står for anskaffelse og oppfølging av ambulansefly og -helikopter-tjenester, driver foretaket anskaffelse og vedlikehold av medisinsk-teknisk utstyr i fly, helikoptre og legebiler fra Trondheim, og flykoordineringssentral i Tromsø.

Foretaket finansieres i all hovedsak ved tilskudd fra de regionale helseforetakene. Den største delen av tilskuddet fordeles etter bruk av tjenesten, ut fra pasientens bosted. Felleskostnader fordeles etter eierandel.

Nøkkeltall totaløkonomi Luftambulansetjenesten HF

	Regnskap 2021	Budsjett 2022
Vareforbruk	1 208 209	1 317 016
Lønn personal	25 566	31 160
Andre driftskostnader (avskrivninger)	34 478 (8 627)	12 242 (6 203)
Tilskudd RHF	1 260 849	1 362 100
Andre	15 285	4 000

2.3.3 Forvaltning av luftambulansetjenesten

Rammene for luftambulansetjenesten, herunder ressursbruk, basestruktur mv., fastsettes av de regionale helseforetakene. Eierstyring av Luftambulansetjenesten HF ivaretas gjennom vedtekter og årlige oppdragsdokumenter.

AMK-sentralene i helseforetakene er primærmottakerne av oppdrag, og bestiller fly- og helikoptertjenester. Helseforetakene bemanner fly og helikoptre med helsepersonell, og står gjennom medisinske koordineringspunkter også for den operative medisinske prioriteringen av ressursene.

Helsetilsynet kom i 2021 med en rapport om tilsyn med om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlig helsetjenester knyttet til bruk av ambulansefly. Rapporten avdekker flere vesentlige svakheter ved organiseringen av luftambulansetilbudet i Norge. De regionale helseforetakene og Luftambulansetjenesten HF arbeider aktivt med å forbedre tjenesten basert på tilsynets funn. Blant de viktigste forbedringspunktene er innføring av felles elektronisk journal, sikre bedre styringsdata og bruk av disse, og utvikling av den medisinske koordineringsfunksjonen.

2.4 Om Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

2.4.1 Nødmeldetjenesten i Norge

Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap som yter befolkningen akutt helsehjelp. Akuttmedisinske kjede består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulansse, samt akuttmottak i sykehus.

Nødnettet setter spesialist- og kommunehelsetjenesten i stand til å kommunisere med publikum via henholdsvis nødnummer 113 og legevaktsentralenes fellesnummer 116117. Via radioterminaler kan helsepersonell kommunisere på sikre linjer med AMK, akuttmottak eller kollegaer, og det kan enkelt settes opp samband til andre nødetater som for eksempel brann, politi og Hovedredningssentralen.

2.4.2 Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett ble etablert i 2006 som et prosjekt for innførings- og driftstjenester i første utbyggingstrinn av nødnettet. Nasjonal utbygging av nødnett ble besluttet i 2010 og i 2013 ble Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF etablert som et felleseid helseforetak med ansvar for nasjonal innføring og drift. Dette for å sikre sammenhengende tjenester knyttet til nødmeldetjenesten for hele helse- og omsorgssektoren.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF har hovedkontor på Gjøvik, og ivaretar døgnkontinuerlig overvåking og brukerstøtte for helsetjenestens kommunikasjonsløsninger i nødnett og offentlig telenett i hele landet. Helseforetaket eier, drifter og forvalter kommunikasjonsløsninger for telefoni- og radiokommunikasjon med tilhørende materiell for alle landets AMK-sentraler, akuttmottak og legevaktsentraler.

Helseforetakets oppdrag omfatter også tilleggstjenester som drift av videoløsningen 113 Video, *Hjertestarter-registeret.no*, samt undervisning, teknisk bistand og rådgivning knyttet til nødnett-tjenester.

I 2021 håndterte kommunikasjonsløsningen om lag 12,4 millioner telefonsamtaler og mer enn 630.000 ambulansealarmer, i tillegg til all kommunikasjon over nødnett i ambulansetjenesten og til leger i vakt. Per 31.12.2021 hadde helseforetaket 68 fast ansatte, 3 traineer, 1 lærling og 3 engasjement-stillinger.

Finansieringen av Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF er basert på priser levert til de regionale helseforetakene og helseforetak (50,4%), tjenester som leveres til kommunehelsetjenesten (48,1%), og leveranser til eksterne aktører i den akuttmedisinske kjede, herunder drift av Hjertestarterregisteret.no og oppgaver for Stiftelsen Norsk Luftambulans (1,5%).

Nøkkeltall totaløkonomi Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

	Regnskap 2021	Budsjett 2022
Vareforbruk	377 578	1 540 500
Lønn personal	72 761 978	86 105 248
Andre driftskostnader (avskrivninger)	165 761 837 (59 766 844)	201 070 919 (57 069 917)
Tilskudd RHF	120 510 060	148 539 569
Andre	118 694 437	141 047 994

2.4.3 Forvaltning av nødnettet

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HFs primære oppgaver er å levere landsdekkende, stabile, kostnadseffektive, tidsriktige og brukervennlige tjenester som ivaretar spesialist- og kommunehelsetjenestens behov, og yte døgnåpen drift- og kundestøtte for foretakets brukere. Videre skal helseforetaket levere tjenester som ivaretar nødvendige krav til informasjonssikkerhet, herunder tilgjengelighet, integritet og

konfidensialitet, samt bidra til utvikling av helsesektorens nødmeldetjeneste, herunder teknisk utvikling, test, implementering, drift og opplæring.

2.5 Om Sykehusbygg HF

2.5.1 Eiendomsområdet

Med et samlet areal på ca. 5 mill. m², til en bokført verdi på om lag 73 mrd. kroner er spesialisthelsetjenesten samlet sett den største offentlige eiendomsaktøren i Norge. Det er de enkelte helseforetakene som er byggeiere, og som derfor har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer, samt, forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret.

Alle større investeringsprosjekter skal framlegges for det regionale helseforetaket i henhold til den gjeldende fullmaktstrukturen i regionen. For prosjekter over 500 mill skal analyser og vurderinger etter endt konseptfase, samt ekstern kvalitetssikring, også forelegges Helse- og omsorgsdepartementet, som også vurderer eventuelle lån.

Relatert til eiendomsområdet er det store forskjeller mellom de enkelte helseforetakene hva gjelder størrelse, organisering, kompetanse og erfaring. I enkelte større helseforetak blir det gjennomført en nærmest kontinuerlig ombygging og utbygging, noe som letter kompetanseoverføringen fra det ene prosjektet til det andre. De fleste helseforetakene har imidlertid ikke denne kontinuerlige tilgangen på store/kompliserte prosjekter og derfor heller ikke muligheter til å holde kontinuitet i en organisasjon som har tilstrekkelig bred kompetanse til å håndtere den store kompleksiteten i eiendomsprosjekter.

2.5.2 Om Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF ble stiftet 23.10.2014 av de fire regionale helseforetakene. Helseforetaket har hovedkontor i Trondheim og fast ansatte på lokasjoner i Trondheim, Oslo, Drammen, Kristiansand, Stavanger og på Hjelset.

Helseforetaket er etablert for å yte bistand og rådgivning til samtlige regionale helseforetak og helseforetak. Sykehusbygg HF skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus, samt sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte. Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de fire regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak samt parter som inngår i et sameie med disse.

Sykehusbygg HF har siden opprettelsen i 2014 vært i stor vekst i takt med den stadig voksende prosjektporteføljen, og helseforetaket utfører tjenester i alle regioner knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter.

Innenfor eiendomsområdet bidrar Sykehusbygg HF til at gevinster ved å utføre disse tjenestene felles for sektoren kan tas ut. Denne aktiviteten inkluderer, men er ikke begrenset til;

- Utvikling og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging, samt å gi tilgang på personell med spisskompetanse som gjelder alle faser i livsløpet til en sykehuseiendom
- Prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter

- Prosjekt- og prosessledelse som gjelder tidligfaseplanlegging
- Øvrige tjenester som naturlig hører inn under Sykehusbygg HF's formål

Nøkkeltall totaløkonomi Sykehusbygg HF

	Regnskap 2021	Budsjett 2022
Vareforbruk	72 600 000	77 200 000
Lønn personal	205 700 000	242 400 000
Andre driftskostnader (avskrivninger)	31 600 000 880 000	37 000 000
Tilskudd RHF	39 800 000	44 600 000

Sykehusbygg HF har to finansieringskilder; inntekter fra timesalg i forbindelse med byggeprosjekter og rådgivningsoppdrag, samt rammetilskudd fra eierne.

Rammetilskuddet er todelt. Den ene delen skal dekke kostnader med spesifikke tjenester for foretaksadministrasjon. Den andre delen gjelder finansiering av fellesoppgavene som eierne har prioritert å være oppdragsgiver for. Fellesoppgavene håndteres i praksis også som timesalg som avregnes mot tilskuddsrammen.

Sykehusbygg HF styrer mot et økonomisk 0-resultat. Timeprisene som benyttes i prosjekter og i rådgivningsoppdrag er derfor utarbeidet basert på selvkost, der timepris dekker direkte kostnader, andel av administrative kostnader og foretakets felleskostnader.

2.5.3 Forvaltning av Sykehusbygg HF's oppdrag

Sykehusbygg HF utfører tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, samt tjenester innen eiendom som gir felles gevinster for helsesektoren.

Byggeprosjektene

Sykehusbygg HF har en stor og voksende portefølje av oppdrag med å lede prosjektgjennomføringen på vegne av de regionale helseforetagene/helseforetakene som byggherre. Sykehusbygg HF har utarbeidet en prosjektmodell som gir nærmere beskrivelse av aktivitet, krav og oppfølging i de ulike faser som det enkelte prosjekt gjennomgår. Prosjektmodellen skal bidra til standardiserte og gode gjennomføringsløp for byggeprosjektene. Dette ved å:

- gi prosjektene et felles rammeverk med forutsigbare retningslinjer
- spesifisere beslutningspunkter, og tilhørende beslutningsunderlag
- være et hjelpemiddel i det daglige prosjektarbeidet
- bidra til erfaringsoverføring - fra prosjektfase til prosjektfase, fra prosjekt til prosjekt og fra prosjekt til virksomhet

Det inngås egne oppdragsavtaler for de ulike prosjektene der det er nærmere beskrevet hvilken rolle og ansvar Sykehusbygg HF påtar seg, hvilke ressurser som stilles til rådighet, og andre sentrale rammer for leveransen til det enkelte helseforetak som byggherre og oppdragsgiver.

Forvaltning av kunnskap og erfaringsoverføring

Det ligger til Sykehusbygg HF's oppdrag å forvalte kunnskap, metoder og verktøy som grunnlag for bygg- og eiendomsrelatert sykehusplanlegging. Forventningene til at nybygg tar opp i seg og videreutvikler kunnskap og beste praksis på relevante fagområder, følges

opp i de prosesser som er etablert for innhenting, systematisering/analyse og deling av kunnskap.

2.6 Om Sykehusinnkjøp HF

2.6.1 Innkjøpsområdet

I norsk målestokk er helseforetakene store innkjøpere av utstyr, materiell, varer og tjenester. Samlet kjøper helseforetakene varer og tjenester for flere milliarder kroner i året. I hovedsak er det Sykehusinnkjøp HF som gjennomfører anbud, og som forvalter inngåtte innkjøpsavtaler.

2.6.2 Om Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF er resultat av virksomhetsoverdragelser av innkjøpsressurser fra alle regionale helseforetak og helseforetakene i Norge, samt det nasjonale innkjøpselskapet HINAS. Helseforetaket ble stiftet 17.12.2015 og eies av de fire regionale helseforetakene med 25 % hver. Sykehusinnkjøp HF har ansvar for alle innkjøpskategorier unntatt eksterne helsetjenester og pasienttransport på vei.

Helseforetaket har hovedkontor i Vadsø, og er videre delt inn i seks divisjoner; divisjon nasjonale tjenester, divisjon legemiddel, divisjon nord, divisjon Midt-Norge, divisjon sør-øst og divisjon vest, med lokasjoner over hele landet.

I 2022 består helseforetaket av rundt 300 medarbeidere. I løpet av 2016 og 2017 ble foretaket bemannet med medarbeidere fra hele landet, og alle regioner. Det første hele driftsåret for Sykehusinnkjøp HF var 2018.

Helseforetakets formål er å utøve en spesialisert og profesjonell innkjøpstjeneste, samt ha strategisk og operativt ansvar for innkjøp til spesialisthelsetjenesten. Samlet avtaleverdi ligger på ca. 28 milliarder kroner i året (for 2022).

Sykehusinnkjøp HF leverer innkjøpstjenester og avtaleforvaltning til sine eiere, deres heleide virksomheter, ideelle virksomheter med driftsavtale med de regionale helseforetakene, samt virksomheter underlagt eller heleid av Helse- og omsorgsdepartementet som medvirker til å levere spesialisthelsetjenester. I tillegg har Sykehusinnkjøp HF en betydelig leveranse av saksunderlag til Nye Metoder.

Foretaket skal være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp i spesialisthelsetjenesten. Innovasjon skal fremmes, og det skal tilrettelegges for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

For å være i stand til å levere kvalitativt like innkjøpstjenester gjennom en desentral struktur ble det tidlig erkjent at dette best kan løses gjennom etablering av en kategoribasert organisering med et prosessbasert styringssystem, hvor spesialisering av medarbeiderne i kategoriområdet sammen med felles prosesser skal gi garantien for lik kvalitet og effektivitet i tjenesteleveransene.

Finansieringen av Sykehusinnkjøp HF skjer dels gjennom rammefinansiering som utgjør 77 % (tilskudd) fra eierne og dels gjennom inntekter, 23 % fra tjenesteleveranser til helseforetakene. Hovedprinsippet for finansiering er at hver region finansierer en geografisk divisjon, samt betaler andeler av administrasjonen, divisjon legemidler og nasjonale tjenester. Regionene har noe ulik grad av fordeling mellom rammefinansiering og timefinansiering,

men ansvaret for finansiering av regional divisjon ligger på regionen. For fellesfunksjoner utgjør foretakskostnader (31 %) som fordeles etter eierbrøk, og øvrige kostnader (69 %) fordeles i henhold til Magnussen- modellen, slik eierne har bestemt. Sykehusinnkjøp HF styrer mot et økonomisk 0- resultat.

Nøkkeltall totaløkonomi Sykehusinnkjøp HF

	Regnskap 2021	Budsjett 2022
Vareforbruk		
Lønn personal	265 194	303 047
Andre driftskostnader (avskrivninger)	85 142	77 107
Tilskudd RHF *	271 995	300 164
Andre**	78 341	79 990

1. *) Omfatter rammefinansiering både fra RHF-ene og HF-ene

2. **) Omfatter timefinansiering, avgiftsinntekter fra divisjon legemidler og andre inntekter

2.6.3 Forvaltning av Sykehusinnkjøp HF's oppdrag

Sykehusinnkjøp HF har samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene. Disse er datert fra da innkjøperne i regionene ble virksomhetsoverdratt til Sykehusinnkjøp HF, og er modne for revisjon og større grad av samordning. Arbeidet med en ny samarbeidsavtale ble startet opp i 2019, men er foreløpig stilt i bero i påvente av ny styringsmodell for nasjonale og flerregionale anskaffelser, som planlegges avsluttet i 2022.

Sykehusinnkjøp HF gjennomfører regelmessige dialogmøter med de regionale helseforetakenes innkjøps- og logistikk ansvarlige. De geografiske divisjonene deltar i strategiske og operative møter med sine respektive regioner. Divisjonene for nasjonale tjenester og legemidler inviteres til de regionale helseforetakenes møtearenaer av de geografiske divisjonene. I tillegg deltar regionene i større utviklingsarbeid i helseforetaket gjennom deltakelse i styringsgrupper. I dag er det stor oppmerksomhet på utvikling av kategoriplaner hvor regionene er representert i programstyret.

Sykehusinnkjøp HF har inngått samarbeidsavtaler med følgende felleseide foretak:

- Sykehusbygg HF
- Luftambulansetjenesten HF
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Arbeidet med å ferdigstille en samarbeidsavtale med Norsk Helsenett er i siste fase.

Innsiktsnotat prinsipper for finansiering av felleseide helseforetak og aktiviteter mellom helseregionene

Til: AD-møtet

Fra: Nasjonalt økonomidirektørmøte

Dato: 30. august 2021

1. Bakgrunn

Det ble i 2010 på oppdrag fra AD-møtet utarbeidet et notat, datert 26. november 2010, om finansiering av felleseide selskaper. Notatet ble revidert høsten 2014 og følger vedlagt.

I AD-møtesak 101-2020 ba AD-ene i RHF-ene om at det legges frem et innsiktsnotat som kan bidra til en tydeligere avklaring av når Magnussen-modellen er anvendbar for finansiering og når det er behov for å legge andre prinsipper til grunn for fordeling av kostnader.

Dette notatet ble behandlet av AD-møtet 27. september 2021, hvor følgende ble konklusjonen:

Konklusjon etter behandling i AD-møtet klippes inn her

2. Formålet med felles aktiviteter mellom regionene

Formålet med felles aktiviteter mellom regionene kan grovt fordeles i følgende:

- Stordrifts- og skalafordeler
- Oppnå en bedre markedsposisjon
- Bidra til å oppnå standardisering
- Bidra til at helseforetakene i større grad kan fokusere på sin kjernevirksomhet
- Økt ledelsesmessig fokus for fellesaktiviteten (f. eks. i eget felleseid HF)

3. Forutsetninger for gode finansierings- og fordelingsmodeller

Det må gjøres konkrete vurderinger av det enkelte foretak/prosjekt/nettverk og dets egenskaper/leveranser, før en kan finne en hensiktsmessig og mest mulig korrekt fordeling av kostnader.

For store utviklingsprosjekter bør det legges til grunn at det lages egne avtaler om fordeling av utviklingskostnadene. Fordelingen bør ta utgangspunkt i prinsippene beskrevet i dette notatet.

Det er viktig at kunde – leverandør arenaen benyttes til å skape tjenester som innfrir nasjonale mål og krav for det felleseide helseforetaket eller den felles aktiviteten. Samtidig må det kunne tilpasses tjenester for den enkelte region. Kostnadsfordelingen skal reflektere om tjenesten er nasjonalt eller regionalt bestilt.

4. Finansieringsprinsipper

Det er i utgangspunktet tre aktuelle fordelingsprinsipper:

- Finansiering etter uttak/forbruk
- Finansiering etter nasjonal inntektsmodell (Magnussen-modellen)
- Finansiering med lik fordeling mellom de regionale helseforetakene

I tillegg vil det ofte være hensiktsmessig å benytte en kombinasjon av to eller tre av fordelingsprinsippene

Prinsippene kan både brukes til fordeling av finansiell forpliktelse i form av formelt eierinnskudd (egenkapital) eller til løpende drifts- eller prosjektfinansiering. Det kan anvendes ulike prinsipper for fordeling av eierinnskudd og for fordeling av kostnader knyttet til drift og prosjekter.

Et utviklingsprosjekt kan benytte ulike finansieringsprinsipper i ulike faser av prosjektet.

4.1 Finansiering etter forbruk/uttak

Med dette fordelingsprinsippet belastes helseregionene/de regionale helseforetakene ut fra faktisk forbruk/uttak. Dette prinsippet bør være hovedprinsipp dersom det er mulig og hensiktsmessig å identifisere regionalt forbruk av en tjeneste.

Modellen er avhengig av at uttaket måles på en mest mulig objektiv måte med lite rom for tolkning eller usikkerhet i måltallet for fordeling. Timesfinansiering kan være et alternativ slik at en unngår store kalkyledifferanser, mengdedifferanser og at utilsiktet risiko for over- eller underskudd unngås.

4.2 Finansiering etter nasjonal inntektsmodell (Magnussen-modellen)

Nasjonal inntektsmodell brukes av HOD i stor grad til å fordele midler mellom regionene.

Modellen er egnet for aktiviteter der kostnadene for aktiviteten påvirkes av størrelsesrelaterte forhold uten at det kan knyttes til konkret forbruk/uttak. Den kan også benyttes når det er vanskelig/umulig å verifisere den faktiske kostnadsdriveren. Fordeling av kostnader knyttet til drift av felles nasjonale løsninger er godt egnet til denne modellen.

4.3 Finansiering som lik fordeling

Modellen fordeler kostnader likt mellom regionene, og er egnet for aktiviteter hvor kostnaden ikke er påvirket av størrelse mellom regionene.

Lik fordeling av kostnader er egnet for felleskostnader hvor de tilhørende aktiviteter er besluttet i fellesskap av RHF-ene. Dette kan for eksempel være foretakskostnader¹, styringsgruppekostnader og prosjektledelse.

Modellen er egnet for områder/aktiviteter hvor hver enkelt region ville måtte ta kostnaden fullt ut for egen del som alternativ til å gjøre dette arbeidet i fellesskap. Dette kan for eksempel være å utvikle standarder og felles metodeverk.

4.4 Kombinasjon av de tre fordelingsprinsippene

Over tid for et foretak eller en aktivitet kan man gå fra faser med utvikling til drift og det kan være ulike elementer blant kostnadsdriverne som tilsier forbruks-, størrelses- eller lik fordeling. Det vil dermed være relevant at finansieringen og kostnadsdelingen totalt sett for et foretak eller en aktivitet består av en kombinert bruk av prinsippene ovenfor.

5. Felleseide helseforetak

De felleseide helseforetakene har administrative kostnader og felleskostnader som kan klassifiseres som typiske foretakskostnader. Disse kostnadene vil kunne finnes igjen i alle helseforetakene, og gjelder for eksempel stillinger som skal ivareta overordnet ledelse, samt fagområdene økonomi, HR og kommunikasjon. I tillegg kan hele eller en andel av kostnader til husleie, kontorkostnader, revisjonshonorar, regnskapskostnadene være aktuelt å inkludere. Denne typen kostnader vil være naturlig å finansiere med en lik fordeling mellom de regionale helseforetakene.

Under følger en oversikt over dagens finansiering av de enkelte felleseide helseforetakene:

Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) HF

Kostnader til administrasjon og stab fordeles etter eierandel. Radioterminaler fordeles etter antall terminaler, mens øvrige kostnader fordeles etter forbruk målt i antall operatørplasser.

Luftambulansetjenesten HF

Kostnader til administrasjon, flykoordineringssentralen og medisinsk-teknisk avdeling (utgjør samlet ca. fire prosent av kostnadene) fordeles etter eierandel. Tredjepartskostnader (operatørkostnader) fordeles etter pasienttilhørighet og basekostnader henføres til regionen hvor basene befinner seg.

Helsepersonell finansieres av det helseforetaket hvor basen befinner seg og betales av det aktuelle helseforetaket.

Pasientreiser HF

Det er en tredelt finansiering hvor kostnader til samordning/koordinerende oppgaver fordeles etter eierandel, kostnader til transaksjonstunge aktiviteter etter antall vedtak (forbruk) og kostnader til virksomhetsoverdratte, regionale pasientreisekontroer etter kostnadsnivå ved virksomhetsoverdragelsen. Årsaken til det siste er at kostnadstilpasningen varierte mellom regionene.

¹ Se definisjon i punkt 5

Sykehusbygg HF

En andel av kostnader til administrasjonen fordeles likt mellom de regionale helseforetak, mens kostnader til rådgivning fordeles etter den nasjonale inntektsmodellen. I tillegg finansieres deler av administrasjonen via prosjektene i form av overhead.

Prosjektene finansieres av det enkelte prosjekt.

Sykehusinnkjøp HF

Kostnader til fellesfunksjoner fordeles delvis likt mellom de regionale helseforetak (31 prosent) og delvis etter nasjonal inntektsmodell (69 prosent).

Kostnader til nasjonale tjenester fordeles etter nasjonal inntektsmodell. (Denne finansieringen er historisk betinget da denne tidligere var finansiert av gebyrinntekter.)

De regionale divisjonen finansieres direkte av det enkelte regionale helseforetak.

Divisjon legemidler finansieres av helseforetakene og fordelingen er basert på statistikk fra sykehusapotekene.

6. Likviditet og risiko

De regionale helseforetakene ønsker å begrense kapitalbinding i felleseide foretak. Det skal derfor ikke etableres «buffer» for å håndtere uforutsette hendelser og annen risiko (f eks. erstatningsansvar).

Kostnader knyttet til uforutsette hendelser for det felleseide foretaket skal primært dekkes etter normal finansieringsmodell. Dersom det er behov for økt likviditet skal dette tas opp med eierne.

De felleseide selskapene skal styre driften mot tilnærmet balanse hvert år (om lag 1 mill. kr). Større forventede besparelser skal i utgangspunktet krediteres gjennom reduserte fakturaer.

Lån til felleseide selskaper kan gis etter søknad, skal gis etter eierbrøk.

Plan for fremtidig kostnadsutvikling skal forankres i årlige prosesser for behandling av ØLP og budsjett.

7. Felles aktiviteter som ikke løses av felleseide foretak

Kostnader for felles aktiviteter fordeles etter samme prinsipper som for felleseide helseforetak. Modell for kostnadsfordeling ved større fellesaktiviteter skal behandles av økonomidirektørene før behandling og beslutning i AD-møtet.

For mindre beløpsmessige felleskostnader bør det ikke legges opp til fordeling mellom regionene, for å unngå uforholdsmessig høye transaksjonskostnader. Det bør gjennom

dialog om fordeling av ansvar for felles nettverk, møter og oppgaver sikres en balanse mellom regionene slik at beløp under en million kroner årlig ikke fordeles mellom regionene.

8. Oppsummering

- 1) Det legges til grunn fire mulige prinsipper for finansiering av felles aktiviteter:
 - a. Etter faktisk bruk (ulike nøkler basert på faktisk kjøp/forbruk av en tjeneste)
 - b. Etter nasjonal inntektsmodell (Magnussen-modellen)
 - c. Lik fordeling (aktiviteter/deler av aktiviteter som er av en slik karakter at de ikke i vesentlig grad påvirkes av størrelsesbaserte forhold)
 - d. Kombinasjon av de tre fordelingsprinsippene

Aktiviteter som bestilles bare av en region betales den aktuelle regionen.

- 2) For aktiviteter i utviklings- og etableringsfasen, benyttes enten prinsippet om lik fordeling eller prinsippet om fordeling etter Magnussen-modellen.
- 3) Det legges opp til i størst mulig grad å bruke prinsippet om fordeling basert på faktisk bruk når aktiviteter/prosjekter går over i driftsfase.
- 4) Ved bruk av fordelingsnøkler basert på faktisk bruk, skal det tilstrebes at kriteriene er målbare og objektive, samt at de så langt det er mulig gir riktige incentiver for både tjenesteleverandør og kunde (HF/RHF).
- 5) Oppgjør mellom regionene for fellesaktiviteter som ikke håndteres i felleseide foretak skal som utgangspunkt ikke gjennomføres dersom totalkostnadene beløper seg til under en million kroner årlig.

Oppsummering etter møte med interregionale KTV/KVO 11. mai

Tilstede: Hilde Rolandsen, Sverre Bugge Midthjell, Marianne Løkkebakken, Irene Kronkvist, Christian Grimsgaard, Ann Mari Jenssen, Tore Brudeseth, Toril Østvold og Bjarte Jensen

- Hilde Rolandsen innledet med å orientere arbeidet og prosess i sak om videreutvikling av eierstyringen i felleseide helseforetak og sak om felles målbilder og strategisk retning
- Utkast på felles styresaker ble gjennomgått
- Innspill fra KTV/KVO er oversendt per epost i etterkant av møtet og gjengis nedenfor:

Etter KTV/KVOs syn har Helse Nord gjennomført en god og inkluderende prosess. KTV/KVO deler vurderingen av det er et behov for styrket involvering i styringen og utviklingsretningen i de felleseide selskapene. Selskapenes viktigste oppdrag er å bidra til gode løsninger for de ansatte ute i helseforetakene. Den viktigste forutsetningen for å lykkes er tett kontakt og tydelig forankring med utførende nivå i helseforetakene. Dette burde komme tydeligere fram i målbildene som nå er utarbeidet.

KTV/KVO stiller seg positive til en tettere dialog med RHF-nivået om saker som angår de felleseide selskapene, men er likevel skeptiske til om dette vil fungere godt i praksis. Kontakt og innspill som skal formidles gjennom flere ledd vil bli svakere enn direkte kontakt. KTV/KVO ønsker primært en mer direkte dialog inn i de felleseide selskapene. Et forslag til tettere kontakt har vært at KTV/KVO gis representasjon i de felleseide selskapenes styre på samme måte som brukerne har representasjon i styrene de helseforetakene.

KTV/KVO beklager at AD-ene ikke har vært villig til å prøve ut en slik ordning. Begrunnelsen som anføres er i hovedsak av formell art; bestemmelsene om styrerepresentasjon i helseforetaksloven. Som kjent ble loven utarbeidet før de felleseide selskapene ble etablert.

Omlagging til konsern-lignende strukturer medfører utfordringer for ivaretagelse av medbestemmelse og medvirkning, jfr Fougner-utvalgets rapport. Når utviklingsretninger og andre beslutninger fattes i selskap som ligger utenfor de selskap hvor det er etablert ordninger for medbestemmelse kan medvirkningen svekkes. Etter KTV/KVOs syn er dette tilfellet i selskapsstrukturen som nå er blitt utviklet i helseforetaksgruppen med felleseide selskap.

KTV/KVO vil minne om RHFenes høringsinnspill til Fougner-utvalgets rapport. Der anfører RHFene at de ikke ser grunn til å justere lovverket for å ivareta medvirkning i de nye selskapsstrukturene. Hovedbegrunnelsen som anføres er at partene selv best kan finne fram til hensiktsmessige løsninger. Etter KTV/KVOs vurdering vil de foreslåtte tiltakene i denne saken ikke alene være tilstrekkelige til å sikre god medvirkning og involvering.