



# **Etablering av felles eid foretak for innkjøp**

## **Prosjektrapport 24.august 2015**

Endringslogg.....	3
0 Oppsummering og anbefaling.....	3
1. Innledning .....	4
2. Bakgrunn .....	5
3. Målbilde .....	6
4. Etablering av foretaket .....	7
4.1 Formell stiftelse.....	7
4.2 Vedtekter.....	8
4.3 Medarbeiderinvolvering.....	8
4.4 Prinsipper ved virksomhetsoverdragelse.....	8
5 Organisering av foretaket.....	9
5.1 Kategoristyring.....	9
5.2 Innfasing av ressurser.....	9
5.3 Bestillerkompetanse i helseforetak.....	10
5.4 Forsyning av varer .....	11
5.5 Innovative anskaffelser, HelseOmsorg21 .....	11
5.6 Metodevurdering.....	11
6 Finansieringsmodell .....	11
7 Risiko.....	12
8 Videre prosess.....	15
9 Vedlegg .....	16
Stiftelsesdokument.....	16
Vedtekter.....	16
Foretaksavtale.....	16
Deltagerliste prosjektgruppe, styringsgruppe.....	16

## Endringslogg

Versjon	Dato	Endring
0.9 Overlevering fra prosjektgruppen til styringsgruppen	05.06.15	Første versjon til styringsgruppen
0.95 Ny overlevering	26.06.15	Andre versjon til styringsgruppen
0.98	03.07.15	Justering etter styringsgruppemøtet
0.99	29.07.15	Etter innspill fra RHF`ene
1.0	24.08.15	Etter innspill fra nasjonalt AD møte

## 0 Oppsummering og anbefaling

Helse- og omsorgsdepartementet ga i foretaksprotokollen januar 2015 de regionale helseforetak i oppdrag å etablere et nasjonalt foretak for innkjøp. Nasjonalt AD-møte nedsatte et prosjekt for å gjennomføre dette innen 1. januar 2016. Prosjektet har utarbeidet plan for etablering gjennom en serie med arbeidsmøter, og har knyttet til seg relevant kompetanse for å kvalitetssikre planen.

Etableringen av foretaket vil kunne gjennomføres høsten 2015, noe som krever behandling gjennom felles styresaker i de regionale helseforetak, hvor selve stiftelsen av foretaket er gjort når siste regionalt foretak behandler stiftelsen av foretaket. Det anbefales lik fordeling av eierskap mellom regionene.

Det utnevnte styret i innkjøpsforetaket møtes deretter for et initielt styremøte og konstituerer en daglig leder for det nye foretaket. Ledergruppen for foretaket etableres gjennom vinter/våren 2016.

Foretaket skal etableres basert på prinsippet om kategoristyring med sentral styring og desentral struktur basert på de regionale helseforetakenes kompetanse samt HINAS/LIS. Foretaket skal ha et helhetlig ansvar for strukturering og gevinstrealisering både kvalitativt og økonomisk, innenfor alle kategorier, og være en pådriver for innovative anskaffelser. (Jfr. Helseomsorg 21). Innkjøpskostnadene innen spesialisthelsetjenesten i Norge beløper seg til ca. 40 milliarder kroner. Dette er utfordringsbildet som foretaket skal håndtere, og organisasjonen må derfor bygges for å understøtte dette over tid.

Dagens nasjonale innkjøpsressurser, HINAS/LIS samt regionale innkjøpsressurser som Sykehuspartner Innkjøp i Helse Sør-Øst, virksomhetsoverdras inn i det nye foretaket. Det forventes at samtlige regionale helseforetak bidrar med ressurser fra 2016. Styret og ledelse i nytt foretak etablerer en plan for dette i samarbeid med de regionale helseforetakene.

Det har siden 2012 vært jobbet med nasjonal samordning av innkjøp i prosjektet "Nasjonal samhandling og standardisering" (NSSIL). Det ble valgt ut tre tiltaksområder som viktige satsningsområder for å gi helseregionene et bedre felles fundament for å lykkes med samarbeid og felles løsninger. De tre utvalgte tiltaksområdene var:

- retningslinjer og rutiner
- teknologistøtte

- kategoritilnærming/-styring

Leveransene fra dette prosjektet vil være grunnlag for det nye foretaket.

Det anbefales en finansieringsmodell som kombinerer basisfinansiering og tjenestefinansiering, med hovedvekt på basisfinansiering i en tidlig fase, og hovedvekt på tjenestefinansiering i en senere fase.

## 1. Innledning

I foretaksmøtet 7.januar 2014 ble de regionale foretakene bedt om å komme med forslag til hvordan en utvidet nasjonal innkjøpsorganisasjon kunne etableres. Dette oppdraget ble levert Helse og omsorgsdepartementet høsten 2014.

I foretaksmøtet 7.januar 2015 ble nytt oppdrag gitt hvor foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- *legge fram en plan for etablering av felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 15. september 2015, jf. "modell A" i Utredning av nasjonal innkjøpsfunksjon – sluttrapport.*
- *Foretaket skal være etablert 1.1.2016.*
- *Regionale ressurser og enheter skal innlemmes i foretaket innen 31. desember 2016. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet.*

Det er likelydende tekst i de tre andre protokollene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF.

AD møtet ble enige om å løse dette gjennom å etablere et nasjonalt prosjekt med en prosjektgruppe og en styringsgruppe, og fastsatte deretter et direktiv for gjennomføring på nasjonalt AD møte i mars 2015.

### Følgende premisser ble lagt inn i direktivet:

- Det forutsettes at foretaket etableres som et nytt helseforetak (HF) og at ledelse av foretaket etableres gjennom utlysning på nøytralt grunnlag og følges opp av helseforetakets styre.
- Prosjektet har som ambisjon å samle de fire helseregionenes felles ressurser for å ta ut det potensiale som finnes innenfor innkjøpsområdet.
- Prosjektet skal bidra til at gjeldende retningslinjer for involvering av ansatte følges, særlig med tanke på virksomhetsoverdragelse.
- Det nye innkjøpsforetaket skal ha en sentral ledelse og ha en desentral organisasjon med tilstedeværelse i alle helseregionene.
- Lokalisering av det felles eide foretakets hovedkontor avklares i AD-møtet eller av Helse- og omsorgsdepartementet.
- Dagens lokalisering av HINAS, videreføres. Det samme gjelder LIS.
- Hvorvidt vareforsyning skal inngå som en del av ulike kategorier, må avklares gjennom prosjektet.
- Foretaket skal etablere og lede nasjonale innkjøpskategorier.
- Foretaket skal systematisk etablere kategoristrategier på samtlige kategorier som utgangspunkt. Det skal avklares grensesnitt mot øvrige felleseide selskaper og forholdet til kjøp av helsetjenester.
- Foretaket skal etablere, publisere og stå for forvaltning og videreutvikling av felles innkjøpshåndbok.
- Foretaket skal etablere og stå for forvaltning av felles standarder og kodeverk.

- Foretaket skal utvikle og forvalte felles metodikk for kategoristyring og fasilitere utarbeidelse av kategoristrategier for alle kategorier.
- Prosjektet skal legge frem alternative forslag til finansieringsmodeller og budsjettmetodikk.
- Gjennomføring av prosjektet skal i hovedsak skje med egne ressurser - kompetanse må bygges internt.
- Grensesnitt mot helseforetakene må avklares og forankres gjennom prosjektfasen.
- HINAS og øvrige innkjøps- og forsyningsenheter utfører sitt oppdrag til annet er bestemt i tråd med gitte rammebetingelser og føringer.

Arbeidet med etablering av nasjonalt foretak ble organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe. Prosjektgruppen har arbeidet seg gjennom nødvendige problemstillinger for å legge et grunnlag for at etablering av et nasjonalt foretak for innkjøp kan foregå på en effektiv og god måte. Rapporten er utarbeidet i nært samspill med styringsgruppen. Rapporten er en oppsummering av dette arbeidet, og er en innstilling til AD møte, som grunnlag for endelige etablering av stiftelsesdokumenter- og videre prosesser.

## 2. Bakgrunn

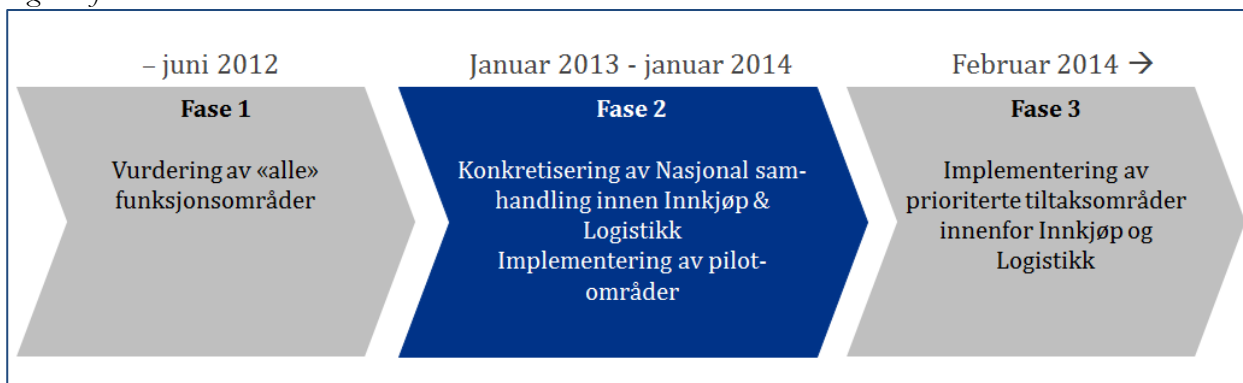
Prosjektet "Nasjonal samhandling og standardisering" (NSS) startet i 2012 som en oppfølging av det prosjektet "Nasjonalt prosjekt Stab Støtte" (NPSS). NSSIL ble etablert for å se på mulighetsrommet med samhandling nasjonalt innen innkjøp. I prosjektets første fase ble funksjonsområdene utredet og tre større områder ble identifisert som aktuelle for «Nasjonal Samhandling og Standardisering».

Dette var:

- Kategoritilnærming
- Retningslinjer og rutiner
- Teknologisk støtte

De tre tiltaksområdene legger et felles fundament for å lykkes med samarbeid og felles løsninger innenfor innkjøp og logistikk.

Figur 1 faser i NSSIL



Det ligger et omfattende arbeid i de ulike delene av dette prosjektet og dette arbeidet må legges til grunn for etableringen av det nye foretaket. Arbeidet omfatter:

- en nasjonal «innkjøpshåndbok» slik at både det nye foretaket og helseregionene legger samme retningslinjer og prinsipper til grunn i sitt innkjøpsarbeid.
- KPI-er/ måleparametere for innkjøpsfunksjonen

- grunnleggende prinsipper og definisjoner for utvikling av kategoristrukturen og en omforent nasjonal kategoristruktur
- IKT strategi for innkjøp og logistikk

Dette arbeidet sammen med den fireårige handlingsplanen for HINAS som ble vedtatt i 2014, legges til grunn for etableringen av det nye foretaket. Handlingsplanen la opp til en betydelig innkjøpsportefølje på nasjonale anskaffelser hvor volumet ble beregnet til ca. syv milliarder kroner i løpet av planperioden (2014-2017) Dette kommer i tillegg til HINAS/LIS sin eksisterende portefølje på ca. 8,5 milliarder kroner. Foretaket må derfor sikre tilstrekkelig kapasitet for å kunne gjennomføre dette. Dette skal primært skje ved utnyttelse av eksisterende ressurser i de regionale helseforetakene og ved ytterligere behov ansettelse i det nye foretaket.

### 3. Målbilde

Det skal etableres et foretak for innkjøp til spesialisthelsetjenesten som de fire regionale helseforetakene skal eie sammen. Innkjøpsorganisasjonen i det felles eide foretaket skal utøve en profesjonell innkjøpstjeneste til spesialisthelsetjenesten for pasientens beste.

Foretaket skal ta et nasjonalt kategoriansvar for alle kategorier. Innkjøpskostnadene er i følge foranalysen ca. 40 milliarder kroner, fordelt på alle kategorier. Dette innebærer at foretaket vil ta en styrende rolle for utvikling av innkjøpskategoriene med etablering av definerte mål og planer, hvor kvalitativ og økonomisk gevinstrealisering er avgjørende. Kategoriene utvikles i retning mot ledende praksis, basert på resultatene fra prosjektet NSSIL og på den fireårige handlingsplanen for HINAS. Endelig utrullingsplan for kategoriansvar må skje på bakgrunn av oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene.

Foretaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov og sammen med helseforetakene realisere betydelige kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier. Foretaket skal være en av Europas ledende innkjøpsorganisasjoner for sykehussektoren.

Regionalt eierskap ivaretas gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter.

Foretaket skal:

- Være en aktiv samarbeidspartner for helseforetakene som en støttefunksjon for kjernevirksomheten
- Bidra til kostnadsreduksjon i spesialisthelsetjenesten gjennom økt avtaledekning og gode avtalebetingelser
- Være pådrivere for etiske og miljømessige hensyn
- Ha spesialkompetanse innen de ulike innkjøpskategoriene
- Ha tilstrekkelig gjennomføringskraft
- Ha et formalisert samarbeid med fagmiljøer gjennom nettverksarbeid
- Fremme innovasjon og tilrettelegge for bruk av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten
- Delta aktivt i internasjonale nettverk og søke deltakelse i internasjonale allianser for å fremme økt samordning av innkjøp på internasjonalt nivå
- Ha god innkjøpsstyring gjennom å ha tilgang til alle relevante transaksjonsdata i regionene

Foretakets oppbygning og innhold:

- Foretaket skal etableres basert på prinsippet om kategoristyring med sentral styring og desentral struktur basert på de regionale helseforetakenes og helseforetakenes kompetanse samt HINAS/LIS. Foretaket skal levere innkjøpstjenester innenfor spesialisthelsetjenestens innkjøpskategorier og etablere gode samarbeidsformer med de ulike fagmiljø innenfor disse kategoriene

De regionale helseforetak og helseforetak:

- De regionale helseforetakene og helseforetakene må ha tilstrekkelig bestillerkompetanse for samarbeid og oppfølging mot det nye foretaket.

**Prosjektets anbefaling:**

**Foretaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere betydelige kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle kategorier.**

**Foretaket skal implementere resultater fra prosjektet NSSIL. Foretaket skal jobbe kategoristyrte, blant annet basert på den fireårige handlingsplanen for HINAS.**

## 4. Etablering av foretaket

Nedenfor beskrives etableringen av foretaket.

### 4.1 Formell stiftelse

Foretaket etableres som et helseforetak innen 1. januar 2016. Foretaket skal stiftes og et styre skal velges. For å stifte foretaket er det nødvendig med styrebehandling i de fire regionale helseforetakene. Dette bør skje gjennom to ulike styresaker. Den første saken omhandler målbilde og foretaksavtale og inneholder eierforhold, eiernes økonomiske innskudd, styresammensetning og lokalisering av hovedkontor. I styresaken må innretningen på den sentrale styringen og den desentraliserte organiseringen beskrives.

I styresak nummer to gjennomføres stiftelsen. Stiftelsesdokumentet skal omfatte: styresammensetning, foretaksavtale, vedtekter, valg av revisor og signert stiftelsesprotokoll. Foretaket vil formelt være stiftet etter at siste regionale helseforetak har behandlet styresak to.

Styret vil initielt konstituere adm. Direktør i påvente av formell ansettelse. Styret i det nye foretaket skal i løpet av vinter/våren 2016 etablere en ledergruppe for selskapet. Stillingene utlyses eksternt/internt.

Det må etableres en foretaksavtale/selskapsavtale for det nye foretaket.

Det anbefales følgende:

- Eierforhold: De 4 RHFene etableres med lik eierandel i det nye helseforetaket, dvs 25 % andel hver.
- Eiernes innskudd: Stiftelseskapitalen settes til fem millioner kroner, hvor de fire eierne skyter inn en innskuddskapital på 1 250 000 kroner hver.

- Pensjonsordning: Overgang til KLP for alle ansatte som overdras i tråd med tidligere vedtak blant de regionale helseforetakene

Arbeidstittel for det nye foretaket foreslås til å være: **Sykehusinnkjøp HF**

Hovedkontor for det nye helseforetaket skal være Vadsø kommune.

## 4.2 Vedtekter

Forslag til vedtekter for det nye foretaket følger i vedlegg. Der foreslås det blant annet navn og eierandel. Når det gjelder styret anbefales det at styret får seks eieroppnevnte representanter, hvorav fire er fra de ulike regionale helseforetakene og to eksterne representanter. Denne anbefalingen er sammenfallende med det nylig oppnevnte styret i Sykehusbygg HF. De ansatte foreslås representert i tråd med Helseforetakslovens § 23. Det foreslås at brukerperspektivet ivaretas gjennom en observatørrepresentant basert på valg blant de regionale brukerutvalgene.

Det foreslås at styrets leder er ansatt i toppledelsen i et av de fire RHF-ene.

Styret bør bestå av 6 til 10 styremedlemmer. Det er særlig viktig at styret samlet har tilstrekkelig og utfyllende kompetanse og deltakelse fra eksterne representanter ansees i den anledning som gunstig.

Helseforetaket skal være medlem i arbeidsgiverforeningen Spekter.

## 4.3 Medarbeiderinvolvering

Medarbeidere som vil bli berørt, må så tidlig som mulig bli involvert og informert om prosessene. Særlig er det viktig med informasjon etter første styremøte når viktige prinsipper skal vedtas. Drøfting med tillitsvalgte i HINAS/LIS, RHF og HF om virksomhetsoverdragelse skjer etter 1.januar 2016. Med bakgrunn i at helseforetakene er mulig avgivende arbeidsgiver for noen medarbeidere, bør det utarbeides en felles orienteringssak til disse styrene. Den må også gå til styret i HINAS/LIS.

Etter etablering av foretaket vil det bli utarbeidet et prosessdokument for virksomhetsoverdragelse mellom de enkelte helseregioner/helseforetak, HINAS og det nye foretaket. (jfr. mal for prosessdokument utarbeidet ifm etablering av Sykehusbygg HF)

## 4.4 Prinsipper ved virksomhetsoverdragelse

Prinsippene som gjelder ved virksomhetsoverdragelse gjelder alle ansatte som blir berørt av etableringen av det nye foretaket.

Styret i det nye helseforetaket etablerer sammen med de regionale helseforetakene og HINAS/LIS en plan for innfasing av de ulike innkjøpsenhetene. I den forbindelse etableres det et prosessdokument mellom overtakende og avgivende part.



## 5 Organisering av foretaket

Foretaket skal legge kategoristyring til grunn for sin virksomhet og implementere resultatene fra det nasjonale prosjektet NSSIL. Det vil være nødvendig at foretaket klarer å ivareta to viktige dimensjoner. Dette er ivaretagelse av sykehusenes behov og kategoristyring av anskaffelser. Sistnevnte er nærmere omtalt nedenfor:

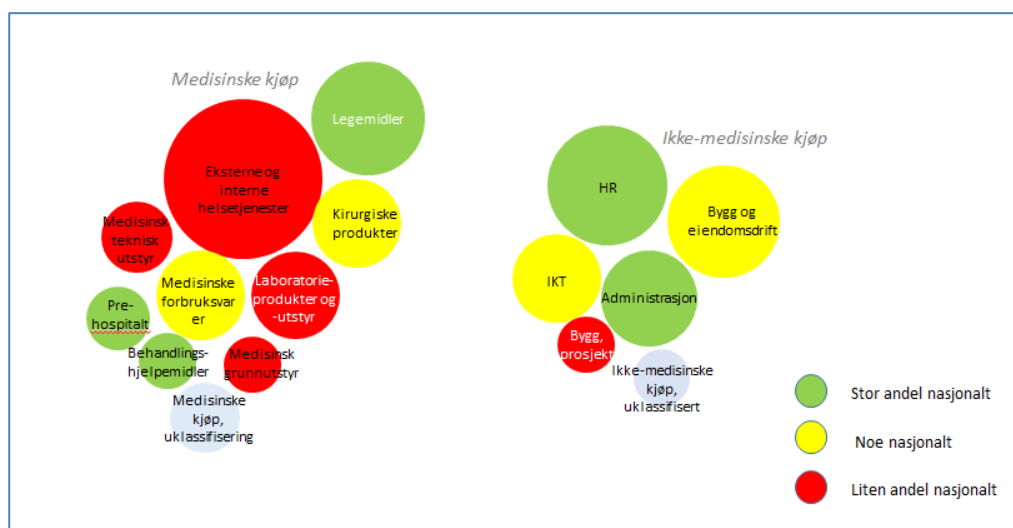
### 5.1 Kategoristyring

Kategoristyring skal ligge til grunn for alt innkjøpsarbeid i foretaket. I prosjektet NSSIL er det utviklet en nasjonal kategoristruktur. Denne består av 14 kategorier som videre er detaljert i innkjøpsgrupper, tilbudspakker og produktgrupper. Det vil ikke være hensiktsmessig at det nasjonale foretaket starter med alle kategorier, men i en oppstartsfase tar ansvaret for de kategoriene som klassifiseres som mest modne for nasjonal samordning. Når det gjelder Eksterne Helsetjenester, må organisering av kategorien sees opp mot sørge-for ansvaret regionene har, og legge det til grunn.

Styret og ledelsen i foretaket må starte med en gjennomgang av kategoriene og deretter i samarbeid med regionene, fase inn kategorier gradvis. HINAS sin 4 årige handlingsplan danner grunnlaget for oppstart av nytt foretak, men må integreres i kategoriutrueringsplanen og gjennomgås på nytt for å sikre en effektiv gjennomføring av den i lys av ny kategoriutnærming fra NSSIL.

Kategoristrukturen som er utarbeidet av NSSIL dekker alle kjøp og er i dag i ulik grad dekket av nasjonalt innkjøp (se figur 3)

Figur 2, nasjonal kategoristruktur



### 5.2 Innfasing av ressurser

Etter at foretaket er stiftet og styre og ledelse er på plass, fases de ulike innkjøpsenheter- og ressurser inn.

Foretaket må etablere ressurser og sørge for at faginnholdet fra NSSIL-prosjektet overtas og videreutvikles og basert på kategoribasert innkjøp. Det er ca. 200 ansatte som jobber med innkjøp (strategisk og operativt) i spesialisthelsetjenesten og regionene er ulikt organisert innen innkjøp. Det må derfor skje en gjennomgang i hver enkelt region for å se hvilke ressurser det er naturlig å fase inn fra start og deretter etablere en videre innfasingsplan. Det kan også være en mulighet i oppstarten med innleie av ressurser, for eksempel fra helseforetakene.

Styret og ledelse i det nasjonale foretaket lager en plan basert på målbildet, for innfasing av innkjøpsressurser- og enheter i samarbeid med regionene. Det blir særlig viktig å benytte eksisterende fagkompetanse inn i kategorioppbyggingen i det nasjonale foretaket. HINAS/LIS og Sykehuspartner Innkjøp er godt forberedt på å inngå i et nasjonalt foretak og prosjektet anbefaler at disse enhetene fases inn i foretaket i en tidlig fase.

Planen som etableres med regionene må ta utgangspunkt i en utrulling av kategorier. Det vil si at en først overdrar kapasitet og kompetanse, eventuelt leier denne, når en ny kategori rulles ut. Det er derfor særlig viktig at styret og ledelsen etablerer en god plan for utrulling av kategorier.

**Prosjektets anbefaling:**

**Det nye foretaket får ansvar for å etablere planer for innfasing av innkjøpskategoriene og for virksomhetsoverdragelse sammen med avgivende part. Planene skal utarbeides i samarbeid med regionene og de berørte organisasjonene med tydeliggjøring av ansvar. HINAS/LIS og Sykehuspartner Innkjøp bør fases inn tidlig.**

### 5.3 Bestillerkompetanse i helseforetak

Det blir viktig å avklare grensesnittet mellom helseforetakene og det nasjonale foretaket med en tydelig klarhet basert på en felles tjenestekatalog og en formalisering gjennom en avtale om hva selskapet skal levere, hvilke tjenester som skal betales og lignende. Dette er gjerne kalt en SLA (service level agreement). Det nasjonale foretaket vil i oppstarten ta et ansvar for planlagte anskaffelser innenfor gitte kategorier. Dette betyr at det vil være begrenset kapasitet i det nasjonale foretaket til å håndtere ad-hoc anskaffelser for helseforetakene. Inntil det nye foretaket har etablert tilstrekkelig kapasitet til å håndtere alle kategorier må helseforetakenes innkjøpsavdelinger måtte håndtere disse anskaffelsene. I dag utfører innkjøpsavdelingene i helseforetakene ulike typer tjenester. Ansvars- og rollekartet varierer fra helseforetak til helseforetak. For eksempel har noen innkjøpsavdelinger også ansvar for lagerfunksjonen til helseforetaket, mens andre innkjøpsavdelinger ikke har et slikt ansvar.

Ved en overgang til mer nasjonalt innkjøp, vil det være en viktig suksessfaktor at det finnes god bestillerkompetanse på helseforetakene og at det er en god koordinering av foretakets kontakt med det nye foretaket. Det vil være særlig viktig å sikre oppfølging av avtalelojalitet og ivaretagelse av egne behov. Forhold som må håndteres av helseforetaket i grensesnittet opp mot det nye innkjøpsforetaket er:

- Følge opp innholdet i avtaledokumentet (SLA) med det nye innkjøpsforetaket
- Ansvarlig for egen organisasjons leveranser til innkjøpsforetaket inkludert å overholde tidsfrister.
- Kunne prioritere, påvirke og følge opp investeringsbudsjettet

- Evne å formidle til egen organisasjon innholdet i SLA, og hvilke konsekvenser/kostnader som følger av de behov/bestillinger som blir meldt inn
- Koordinere behov i egen organisasjon både ift planlagte nasjonale prosesser og lokale ad-hoc behov

Fordeling av oppgaver mellom helseforetak og nasjonalt foretak, og adressering av andre forventninger og ytelser, nedfelles i en SLA. Det er viktig at partene møtes med jevne mellomrom for å diskutere aktiviteter for kontinuerlig å forbedre leveransene.

## **5.4 Forsyning av varer**

Innen en del kategorier er forsyning av varer en viktig verdidriver. Innen kategorien “Legemidler” er innkjøp til grossist, og distribusjon til sykehusapotekene, en viktig del av å drive kategorien effektivt. Regionene har anbudsutsatt denne tjenesten, men kontroller den gjennom en grossistavtale. I Helse Sør-Øst er det en tilsvarende løsning for forbruksmateriell, hvor regionen selv er grossisten og selger til sine sykehus. Det å ta kontroll over denne viktige delen i verdikjeden innenfor disse kategoriene, gir en økt innkjøpsmakt som tydelig gjenspeiler seg i prisene det er mulig å oppnå i markedet. På denne bakgrunn foreslås det at grossistavtalen som Sykehusapotekene i Helse Sør-Øst er ansvarlig for, overføres det nasjonale foretaket. Helse Sør-Øst har også et regionalt forsyningscenter som må ivaretas fra oppstart. Ansvaret ligger i dag hos Sykehuspartner Innkjøp. Dette kan videreføres, men finansieringsmodellen må gjennomgås i lys av ny organisering. Tjenestebasert finansiering er mulig.

## **5.5 Innovative anskaffelser, HelseOmsorg21**

Innovasjon gjennom offentlige anskaffelser vil si å finne bedre løsninger på virksomhetenes oppgaver ved å ta i bruk kjente varer og tjenester på nye områder eller ved å utvikle nye produkter. Det nye foretaket skal fokus på “beste og neste praksis”, og gjennom innføring av kategoribasert innkjøp skal det stimuleres til anskaffelser der det stilles krav til kvalitet, funksjonalitet og interoperabilitet, og ikke forhåndspesifisert teknologi- eller leverandørvalg. Det må arbeides målrettet for økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser. Foretaket skal være pådriver for økt bruk av før-kommersielle anskaffelser.

## **5.6 Metodevurdering**

Det er etablert system for metodevurdering for innføring av nye metoder og kostbare, nye løsninger. De regionale helseforetakene har etablert et beslutningsforum for å beslutte hvilke av disse metodene som skal innføres i spesialisthelsetjenesten, med en metodevurdering som beslutningsgrunnlag. En del av metodevurderingen berører kostnadsbildet. Helsedirektoratet er ansvarlig for metodevurderingssystemet, HINAS og LIS har deltatt i arbeidet med metodevurdering siden 2013. Ved etablering av foretaket for innkjøp vil vi anbefale at foretaket, med sine kategorispecialister, tar den innkjøpsfaglige plass i dette systemet, og sørger for at kostnadsbildet er oversiktlig og forutsigbart som en del av beslutningsgrunnlaget for Beslutningsforum.

# **6 Finansieringsmodell**

Det er i prosjektet gjennomgått fire ulike modeller for finansiering. Disse er:

- Full basisfinansiering

- Basis- og tjenestebasert finansiering
- Tjenestebasert finansiering
- Administrasjonsgebyr fra leverandører

De regionale helseforetakene har etablert et felles prinsippdokument for finansieringsordning for felles eide foretak og selskap. Prosjektgruppen legger dette dokumentet til grunn. Eierandel av foretaket foreslås lik mellom regionene. Konkret finansieringsmodell utredes i de konkrete styresakene som de regionale helseforetakene skal behandle.

Det anbefales en høy grad av basisfinansiering, samt en delvis tjenestebasert modell i en oppstartsfase. Det anbefales på sikt at foretaket finansieres gjennom en tjenestebasert finansiering. Dette må avklares opp mot regler for MVA (merverdiavgift). I en «bindende forhåndsuttalelse» (BFU) fra Skatt Øst, angående merverdiavgift og Nasjonal IKT HF, heter det:

*«Skattekontoret har etter en helbetsvurdering, basert på de opplysninger som er fremlagt, kommet til at det ikke skal beregnes merverdiavgift i forholdet mellom Nasjonal IKT HF og de fire regionale helseforetakene. Vi finner således å kunne legge til grunn at angjeldende tilskudd ikke betraktes som vederlag for en omsatt ytelse, med andre ord at det her ikke foreligger omsetning i avgiftsrettslig forstand mellom Nasjonal IKT HF og de fire regionale helseforetakene. Grunnen er at de fire regionale helseforetakene ikke kan anses å motta noen konkret gjenytelse for tilskuddet. Vi anser således tilskuddet fra de fire regionale helseforetakene som støtte til den generelle driften av Nasjonal IKT HF»*

Ut fra denne uttalelsen er det ikke gitt at det ved en tjenestebasert finansiering kan gis fritak for merverdiavgift. Dette må utredes eksplisitt for det nye foretaket.

### Vurdering av skatteposisjon

Nasjonal IKT HF ble vurdert til å ikke være et skattesubjekt ut ifra følgende begrunnelse:

*“Som en del av etableringsaktivitetene ble det også ansett å være behov for å vurdere eventuell skatteplikt for Nasjonal IKT HF. Skattelovens paragraf 2-30 omhandler «Fritak for skatteplikt for personer og institusjoner» Under bokstav b fremkommer det at «staten – herunder statlig institusjon innretning eller fond» er fritatt for skatteplikt. Statlige virksomheter som ikke driver næring unntas beskatning etter denne bestemmelsen”. Det samme prinsippet antas å gjelde for det nye helseforetaket.*

#### **Prosjektet anbefaler:**

**Det nye foretaket finansieres gjennom en basisfinansiering fra oppstart. På sikt utvikles en tjenestebasert finansieringsmodell.**

## 7 Risiko

Det er viktig at det nye foretaket ved oppstart gjennomfører en risiko- og sårbarhetsanalyse med identifisering av nødvendige tiltak. Spesielt viktig er det å gjøre en risikovurdering av hvordan helseforetakenes behov ivaretas på en god måte. Risikovurdering og identifisering av tiltak bør gjennomføres i hver region med lokal deltagelse. Her bør også verneombud og tillitsvalgte inkluderes.

Det nye foretaket må sette helseforetakenes og de faglige behov i sentrum og bli opplevd som en aktiv samarbeidspartner for helseforetakene for å kunne bli den foretrukne partneren som målbildet til foretaket beskriver. Ledelse og styret i det nye foretaket må ved oppstart være ekstra oppmerksom

på behovsidentifiseringer i helseforetakene og se på hvilke forventninger til foretaket fra helseforetakenes sider og eventuelt justere gapet mellom forventninger og reelle planer.

Et avgjørende suksesskriterium for det nasjonale foretaket blir å sikre et tillitsfullt samarbeid med medisinske og ikke-medisinske fagressurser i helseforetakene. Dette er nødvendig både for god kategoristyring, gjøre de gode innkjøpene, implementere avtalene og sikre høy avtalelojalitet i helseforetakene. Det må etableres gode samarbeidsformer med fagmiljøene innen hver kategori. Dette må inkludere tydelige planer med forpliktende avtaler. Når helseforetak avgir ressurser til nasjonale prosesser, må dette føles nyttig ved at man har mulighet til reell påvirkning og nytte av det arbeidet som gjøres.

Det nasjonale felles eide foretaket for innkjøp vil være avhengig av et godt omdømme for å lykkes. Viktigste suksesskriterium er å oppfylle eget målbilde ved å realisere betydelige kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier. Det må være stort fokus helt fra oppstart på å etablere rutiner for dokumentere gevinstrealisering på flere nivåer og kommunisere disse resultatene internt og eksternt.

Det nye foretaket må også samarbeide godt med markedet og være tydelig i sin kommunikasjon til leverandørmarkedet hvordan dette samarbeidet ønskes.

Det er utarbeidet egen rapport knyttet til teknologistøtte. I denne rapporten foreslås å prioritere felles KGV (konkurransgjennomføringsverktøy), masterdatastyring og analyseverktøy. Medium prioritet er gitt til felles e-handelsløsning, kontraktsinformasjonsverktøy og EHF-verktøy (pre/post-award). I nåværende fase er det gitt lavest prioritet til felles kontraktsoppfølgingssystem og støtte for GS1-standarder. Det nye foretaket må ta stilling til investeringsomfang for å sikre adekvat teknologisk utvikling i selskapet i tråd med prioriteringene.

Styre og ledelse i det nye foretaket bør i første fase ha særlig fokus på risikopunkt som er identifisert i tabellen nedenfor.

Risikoområde	Identifisering av risiko	Risiko	Tiltak for risikohåndtering
Behov og behovsdekning av tjenestene til HF/RHF	Helseforetakenes behov blir ikke prioritert.	medium	Forutsigbare planer og mulighet til å påvirke
	Gap mellom foretakets leveranser og behov	Høy	Identifisere helseforetakenes behov. Forankre planer. Gi mulighet til å påvirke.
	Tilgjengelighet for brukerne	Medium	Etablere oversiktlige kommunikasjonslinjer
	Helseforetaket ønsker ikke å delta i nasjonal anskaffelse da det ikke vil være fordel for dem.	Medium	Kompetanseheving nasjonalt og samhandling med kompetanse i helseforetaket
Gradvis innfasing av kategorier	Krever samarbeid på tre nivåer i fire regioner (nasjonalt foretak/RHF/HF)	Medium	Tydelige og forpliktende planer for samarbeid med milepæler og målstyring. God kommunikasjon og transparente prosesser.
	Sen oppstart av	Lav	

	kategorier som har vært regionale		Ivaretagelse av de ulike regionenes behov fra oppstart.
	Videreutvikling av kategorikompetanse i HF	Medium	
Tillit til det nasjonale foretaket	Deltagelse og oppfølging i kategoriarbeid og anskaffelsesprosjekter	Høy	Sette brukerens behov i sentrum og bli opplevd som en aktiv samarbeidspartner for helseforetakene
	Faktisk bruk av avtaler	Medium	God implementering, gode avtaler og ivaretagelse av brukerens behov
Tilgang til medisinske/ikke-medisinske fagressurser	Fagmiljøenes reelle opplevelse av å kunne påvirke valg av produkter og tjenester svekkes. Dette påvirker avtalelojaliteten	Høy	Etablere gode samarbeidsformer med de fagmiljø innen hver kategori med tydelige planer og forpliktende avtaler.
Implementering av nasjonale anskaffelser	Kommunikasjon med brukere (-om avtalene og tilbakemeldinger på avtalene).	Høy	God implementering, gode avtaler og ivaretagelse av brukerens behov
Samhandling med marked	Forsinkelse i informasjon om nyheter og endringer.	Medium	Godt samarbeid med leverandørorganisasjonene. Ivaretagelse og oppfølging av samarbeidsavtalene med leverandørorganisasjoner. Godt kommunikasjonsarbeid
	Oppfølging av lokale behov og tilpasninger	Medium	Tydelige avtaler, god kjennskap til samarbeidsavtalene med leverandørforeningene hos alle parter.
Oppstart og gjennomføring av anskaffelser	Omfattende prosesser som tar lang tid. "Kjøp av gårsdagens teknologi".	Medium	Realistiske tidsplaner for gjennomføring og forpliktende deltagelse. Fokus på innovative anskaffelser
Kompetanseflukt fra HF	Usikkerhet mht fremtidige arbeidsoppgaver, søker seg ut av spesialisthelsetjenesten.	Høy	Innfasing av kategorier gjøres i samarbeid med helseforetakene. Forutsigbare planer. Godt samarbeid mellom

	Overgang fra helseforetak til nasjonalt foretak	Lav	innkjøpsavdelinger i HF og det nasjonale foretaket
--	---	-----	--

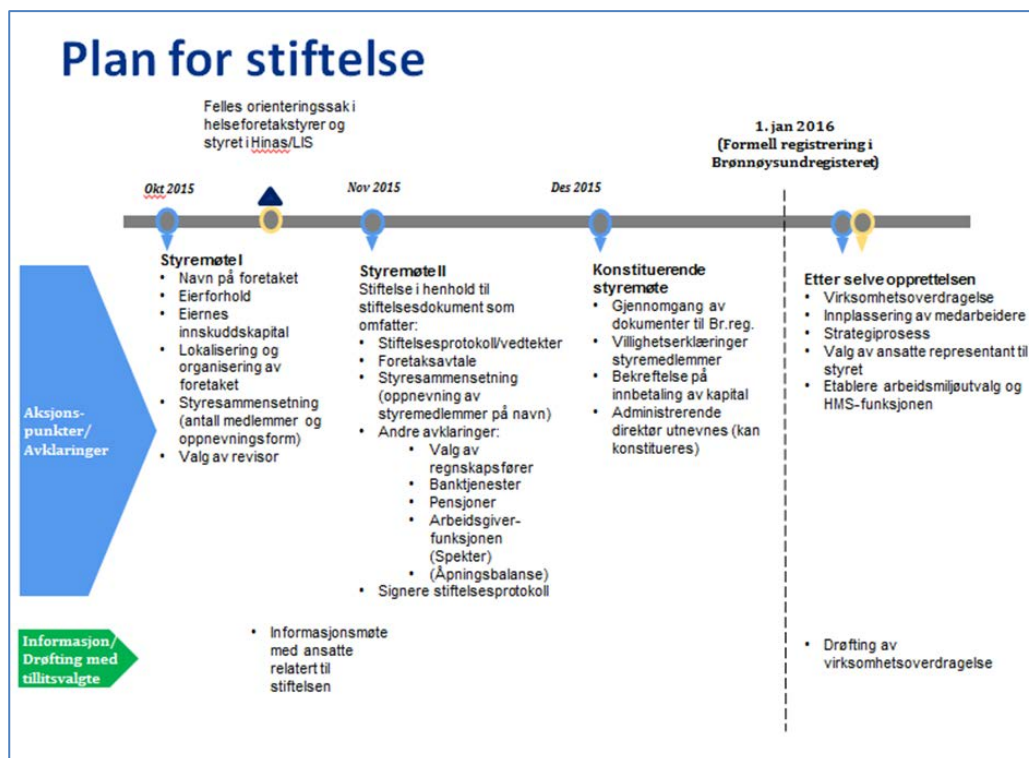
## 8 Videre prosess

Fokus i arbeidet fremover er formelt å etablere nytt foretak for innkjøp. Deretter vil det påligge ledelsen og styret i nytt foretak å gjennomføre en god prosess i forhold til virksomhetsoverdragelse i tråd med gjeldende lover og regler og vedtatte prinsipper.

Særlig viktige milepæler er:

August 2015	Vedtak i RHF AD møtet
September 2015	Styremøter i RHF-ene
September 2015	Felles orienteringssak i HF-styrer og HINAS/LIS-styret
September 2015	Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet
September 2015	Presentasjon på nasjonal innkjøperkonferanse på Hell v/styringsgruppens leder

Prosessen fremover skisseres som følger:





De viktigste interessentene som det må tas hensyn til fremover er medarbeidere i de ulike innkjøpsfunksjonene og de som vil bli berørt av virksomhetsoverdragelser. Prosjektgruppen har lagt inn følgende interessentgrupper som bør involveres i denne fasen av prosjektet:

- Alle medarbeidere HINAS/LIS
- Alle medarbeidere ved innkjøpsorganisasjoner regionalt eller lokalt i alle fire regioner
- Tillitsvalgte/verneombud regionalt og lokalt
- HF-direktører
- Nivå 2-ledere HF med ansvar for innkjøp
- Fagavdelinger - HF
- RHF-innkjøp
- RHF Ledergrupper
- RHF-andre avd.
- Leverandører
- Media

## 9 Vedlegg

**Stiftelsesdokument**

**Vedtekter**

**Foretaksavtale**

***Deltagerliste prosjektgruppe, styringsgruppe***