

## STYRESAK

**GÅR TIL:** Styremedlemmer  
**FØRETAK:** Helse Vest RHF

**DATO:** 30.05.2022  
**SAKSHANDSAMAR:** Ivar Eriksen  
**SAKA GJELD:** Videreutvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene

**ARKIVSAK:** 2022/577-1  
**STYRESAK:** 069/22

**STYREMØTE:** 13.06. 2022

---

Saka er felles for alle 4 helseregioner og er difor ikkje på nynorsk.

### FORSLAG TIL VEDTAK

1. Endring i eierbrøk for Pasientreiser HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF og Luftambulansetjenesten HF godkjennes.
2. Reviderte vedtekter for Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF, Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF godkjennes.
3. I henhold til helseforetakslovens § 12 skal de reviderte vedtektene behandles i foretaksmøter med de felleseide helseforetakene.
4. Årlige oppdragsdokument for felleseide helseforetak legges frem for styrene i de regionale helseforetakene.
5. Styret i Helse Vest RHF tar redegjørelsen om videreutvikling av eierstyringen av de felleseide helseforetakene til orientering.

## 1. Oppsummering/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 styrene i de regionale helseforetakene i større grad kan involveres i de felleseide helseforetakene.

## 2. 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 at 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 felles eide helseforetakene

Styrene vedtok følgende:

1. *Styret tar til etterretning prinsippene for organisering og styring av de felles eide 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 felles eide selskapene.*
4. *Rapportering og planer for virksomheten i de felles eide selskapene innarbeides i økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene.*
5. *Eierstyringen og oppfølgingen av virksomheten i de felles eide 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 RHF-direktørene 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 RHF-styrene drøftet aktuelle forhold i tilknytning til de felleseide helseforetakene, og det anses som hensiktsmessig med en ny gjennomgang av virksomhetsstyringen av disse helseforetakene.

### **3. 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**

### **4.1. Innledning**

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.

### **4.2. Vedtektenes struktur**

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

### **4.3. Eierandeler**

De felleseide helseforetakene er enten opprettet som helseforetak fra stiftelsesdatoen, eller de er omdannet til foretak 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 HF og Sykehusbygg HF, har RHF-ene lik eierandel med 25 % hver. I de øvrige, Pasientreiser HF, Luftambulansetjenesten HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, heretter kalt HDO HF, 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 foretakene med avvikende eierandeler slik at eierandelene blir lik (25 %) i samtlige felleseide helseforetak.

### *Juridiske forhold*

Helseforetaksloven § 42 tredje ledd slår fast at foretak kan eie slik virksomhet «alene eller sammen med andre». Det følger videre av helseforetaksloven § 7 første ledd andre punktum at hvor flere foretak 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 foretak 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 foretaket 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 foretakene 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.

#### 4.4. 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.

#### 4.5. Styret

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. 5 og 7 styremedlemmer.

Dette punktet foreslås harmonisert med samme angivelse av intervall (5-9 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 HF, og to observatører oppnevnt fra de regionale brukerutvalgene i styret for Pasientreiser HF. 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.

#### **4.6. Saker som skal behandles i foretaksmøtet 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.

#### **4.7. Låneopptak (§ 11)**

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

#### **4.8. 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 interregionalt AD-møte, men binder ikke helseforetaket med mindre det skjer i foretaksmøte, eventuelt som bevilgning med vilkår.
- b) Saker som kan ha betydning for omdømme.

### **5. 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.



## 6. 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.
- LAT HF
  - Samarbeidsavtaler mellom leverandører/operatører og helseforetak om baser, bemanning av fly og helikopter m.m. LAT HF er ikke part i disse avtalene.
- HDO HF
  - 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 HF.

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 foretak, 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 ulik funksjon, 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 styrer 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.

## **7. 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 selskapenes virksomhet i RHF-enes strategier, planer og oppfølging vil underbygge dette.*
- *Det ble videre lagt til grunn at medvirkning i selskapenes 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:

- a. *Felleseide helseforetakene utgjør en viktig del av den samlede spesialisthelsetjenesten. Av den grunn er de ansatte å betrakte som brukere av tjenesten.*
- b. *Det er allerede godt forankret at KTV/KVO blir invitert inn i dialogen knyttet til styring/oppfølging av felleseide helseforetak.*
- c. *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».*
- d. *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 ØLP-prosess og som en del av de regionale utviklingsplaner, jf. omtale nedenfor. Gjennom større grad av styreinvolvering i RHF-ene vil også de tillitsvalgte påvirkning i den strategiske utviklingen av de felleseide helseforetakene styrkes.

## **8. 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.

## **9. 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 1.1.2023, 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 31.12.20 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 31.12.21 legges til grunn.

Helsesforetak	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
<b>SUM</b>	<b>188 609</b>	<b>9 431</b>	<b>9 431</b>	<b>9 431</b>	<b>28 291</b>

Det foreslås derfor at Helse Sør-Øst selger eierandeler til de øvrige regionene slik at eierbrøken blir 25% på hver. Helse Sør-Øst får da utbetalt kr 28,29 millioner fra de andre regionene, fordelt med kr 9,43 millioner på henholdsvis Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Etter denne transaksjonen foreslås at det gjøres en kapitalnedsettelse på til sammen kr 37,720 millioner samlet for de tre helseforetakene slik at RHF-ene kan få tilbakeført kr 9,430 millioner. På den 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 kr 9,43 millioner kroner i tillegg til salgssummen på kr 28,29 millioner.

Det er en forutsetning 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 HF, antall vedtak knyttet til reiser uten rekvisisjon i Pasientreiser HF og pasienttilhørighet i Luftambulansetjenesten HF. 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 AD-møtet 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		
<b>Dagens fordeling</b>	<b>Region</b>	<b>Eierandel</b>					
	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	
	<b>SUM</b>		<b>40 224</b>	<b>56 000</b>	<b>154 420</b>	<b>250 644</b>	
<b>Fordeling med lik eierandel</b>							
	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 HF 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 HF 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 HDO HF's opprinnelige lånebehov for 2022 som eksempel, vil omfordelingseffekten bli som vist nedenfor:

Lån							
			HDO HF	LAT HF	Pasientreiser HF	SUM	Endring
			Budsjettert lån 2022				
<b>Dagens fordeling</b>	<b>Region</b>	<b>Eierandel</b>					
	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	
	<b>SUM</b>		<b>146 000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>146 000</b>	
<b>Fordeling med lik eierandel</b>							
	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

## 10. Prosess

Saksfremlegg er utarbeidet av Eierstyringsgruppen i fellesskap, og forankret i AD-møte.

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

## **11. 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 foretakene. 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 styremedlemmer valgt av og blant medarbeiderne i helseforetaket. 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 AD-møtet.

Vedlegg:

1. Forslag til oppdaterte vedtekter for hvert enkelt felleseid helseforetak
2. Overordnet beskrivelse av hvert felleseid helseforetak
3. Innspill KTV/KVO