

FINANSSTRATEGI

for

Helse Sør-Øst

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1	FORMÅL, GYLDIGHET OG OMFANG	5
1.1	FORMÅL FOR FINANSSTRATEGI	5
1.2	GYLDIGHET	5
1.3	OMFANG	5
2	ANSVAR, ROLLER OG ORGANISASJON	6
2.1	ANSVAR	6
2.2	ROLLER OG ORGANISERING	6
3	HOVEDPRINSIPPER FOR FINANSFORVALTNINGEN	6
3.1	GENERELT	6
4	INNTEKTS- OG LIKVIDITETSFORDELING	7
4.1	FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN	7
4.2	INNTEKTSMODELLEN I HELSE SØR-ØST	7
4.3	INTERN LÅNEMODELL I HELSEFORETAKSGRUPPEN	7
5	LIKVIDITETSSTYRING	9
5.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	9
5.2	MÅLSETTING.....	9
5.3	ROLLER OG ANSVAR FOR LIKVIDITETSSTYRING	9
5.4	KORTSIKTIG FINANSIERING	10
5.5	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR Plassering av overskuddslikviditet	10
5.6	LIKVIDITETSEFFEKTER AV PENSJON	11
6	LEIEKONTRAKTER OG LEASING	11
6.1	LEIE OG LEASING AVTALER I HELSE SØR-ØST	11
6.2	NÆRMERE OM FULLMAKTER	12
7	BANKOMRÅDET	13
8	FINANSIERING, GARANTIER OG RENTERISIKO	13
8.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	13
8.2	MÅLSETTING.....	14
8.3	ROLLER OG ANSVAR	14
8.4	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR FINANSIERING	14
8.5	GARANTIER/ MORSELSKAPSGARANTIER	15
8.6	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR RENTERISIKO	15
8.7	ØKONOMISK BÆREEVNE I INVESTERINGSPROSJEKTER	17
8.8	LOKALE IKT-LÅN	18
8.9	OFFENTLIG-PRIVAT SAMARBEID (OPS)	18
9	FORSIKRING	19
9.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	19
9.2	MÅLSETTING.....	19
9.3	ROLLER OG ANSVAR	19
9.4	RAMMER OG RETNINGSLINJER	19
10	PENSJON	20
11	VALUTA OG VALUTARISIKO	20
12	RÅVARER OG RÅVARERISIKO	21
12.1	PRINSIPIELLE FØRINGER FOR HANDEL MED ELEKTRISK ENERGI	22
13	KREDITT- OG MOTPARTSRISIKO	22
14	RAPPORTERING OG ANALYSE	23

14.1	KRAV FRA EIER	23
14.2	MÅLSETTING.....	23
14.3	ROLLER OG ANSVAR.....	23
15	VEDLEGG TIL FINANSSTRATEGIEN.....	24
15.1	VEDLEGG 1: FORUTSETNINGER I VEDTEKTER, LOV OG STYRINGSINSTRUKS	24
15.2	VEDLEGG 2: FINANSIELL RISIKO - RISIKOKATEGORIER OG DEFINISJONER	25
15.3	VEDLEGG 3: DEFINISJON AV DRIFTSKREDITT, LIKVIDITETSRESERVER OG OVERSKUDDSLIKVIDITET	26
15.4	VEDLEGG 4: ETABLERTE PRINSIPPER FOR INTERN LÅNEMODELL I HELSE SØR-ØST RHF.....	26
15.5	VEDLEGG 5: RETNINGSLINJER FOR LEIE AV LOKALER OG UTSTYR.....	27
15.6	VEDLEGG 6: INSTRUKS FOR INTERNE LÅN	34
15.7	VEDLEGG 7: RUTINE FOR LOKALE IKT-LÅN.....	36

Endringslogg

Ver.	Dato	Endringens art og omfang	Godkjent av
1.0	20.desember 2012	Vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF	
1.1	14.januar 2013	Mindre korreksjoner som ikke krever styrebehandling	Økonomidirektør
2.0	30.april 2015	Revidert finansstrategien, herunder reglement leasing jfr. nye vedtekter 2015	Styret i Helse Sør-Øst RHF
3.0	22.feb 2017	Revidert finansstrategien	Styret i Helse Sør-Øst RHF

1 Formål, gyldighet og omfang

1.1 Formål for finansstrategi

Hovedmålsettingen for finansstrategien i Helse Sør-Øst er å fastsette felles retningslinjer og rammer for finansiering av helseforetaksgruppens virksomhet, forvaltning av helseforetaksgruppens finansielle ressurser og styring og kontroll av finansiell risiko.

Finansstrategien skal definere og klargjøre ulike risikoaspekter, samt ansvarsforhold, roller og organisering av likviditetsstyring, finansiering, kapitalforvaltning og håndtering av finansiell risiko.

Det primære målet for helseforetaksgruppens finansaktiviteter er å sikre en stabil finansiering av virksomheten. Helse Sør-Øst skal til enhver tid ha tilstrekkelig likviditet til å møte alle planlagte utgifter til drifts- og investeringsformål, hensyntatt risiko for svingninger i markeder som kan påvirke helseforetaksgruppens kontantstrøm. I all hovedsak vil risikoen være knyttet til valuta-, rente- og råvaremarkedene. Ved forvaltning av finansielle risikoer skal hovedfokus være å sikre forutsigbarhet, men også ha mulighet for en viss tilpasning av porteføljene med akseptabelt risikonivå. Eventuell overskuddslikviditet skal plasseres slik at den gir tilfredsstillende avkastning med lav risiko.

Finansstrategien skal understøtte helseforetaksgruppens langsiktige hovedmålsettinger nedfelt i strategidokumentet og andre førende dokumenter fra eier og myndigheter. Herunder spesielt relevant for finansområdet: Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. desember 2013 "*Revidert instruks for lån knyttet til investeringer*" og brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. mai 2008 "*Regelverk rundt lån og leieavtaler i helseforetakene*", samt retningslinjer gitt i gjeldende foretaksprotokoll.

1.2 Gyldighet

Finansstrategien gjelder for Helse Sør-Øst RHF, samt alle heleide helseforetaksdøtre. Strategien er gjort gjeldende for helseforetakene gjennom foretaksmøte.

Finansstrategien gjelder inntil den endres eller opphører ved vedtak av styret i Helse Sør-Øst RHF. I de tilfeller helseforetakene selv velger å etablere egen finansstrategi er dette dokumentet førende for innholdet og ved uoverensstemmelser mellom disse, er helseforetaksgruppens finansstrategi overordnet.

1.3 Omfang

Finansstrategien omfatter:

- finansiell risikostyring, herunder renter, energi, forsikringer, pensjon og valuta
- inntekts- og likviditetsfordeling
- likviditetsstyring, herunder forvaltning av overskuddslikviditet
- finansiering, garantier og renterisiko
- retningslinjer for leieavtaler (operasjonell og finansiell leasing)

- motpartsrisiko/kredittrisiko
- ansvarsforhold og roller, samt forholdet til fullmakter og rutiner
- rapportering og rutiner

2 Ansvar, roller og organisasjon

2.1 Ansvar

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 gir i § 28 styret ansvar for forvaltningen av helseforetaket. I følge loven har styret ansvar for en tilfredsstillende organisering av helseforetakets samlede virksomhet. Styret skal fastsette budsjett og planer for virksomheten og holde seg orientert om helseforetakets økonomiske stilling. Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med vedtekter og sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

I følge § 37 av samme lov forestår daglig leder den daglige ledelsen av helseforetaket i samsvar med retningslinjer og pålegg styret har gitt. Daglig leder har ansvar for å sørge for at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

2.2 Roller og organisering

Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide helseforetaksgruppens finansstrategi, og forestå oppfølgingen av denne. Dette innebærer jevnlig revisjon, minimum hvert annet år, eller som følge av endringer i underliggende dokumenter, lovverk, markedsrisiko eller andre føringer. Finansstrategien og større revisjoner av denne skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

Fullmakter

Administrerende direktørs fullmakter er sist behandlet i styret 15. mars 2012 som del av administrerende direktørs driftsorienteringer. Det er også etablert egne fullmaktstrukturer for investeringer. Disse er sist behandlet i sak 093-2009 *Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde*, sak 029-2015 *Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i HSØ* og sak 32-2015 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*.

3 Hovedprinsipper for finansforvaltningen

3.1 Generelt

Helse Sør-Øst RHF har et overordnet ansvar for alle finansielle spørsmål i helseforetaksgruppen og vil kunne rådføre helseforetakene i spørsmål som hører til under ansvarsområdet.

4 Inntekts- og likviditetsfordeling

4.1 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene finansieres i dag med:

- **Faste inntekter.** Disse fastsettes gjennom statsbudsjettet, og er i prinsippet uavhengige av aktiviteten i foretaksgruppen. Faste inntekter som ikke er øremerkede omtales normalt som basisramme. Midler knyttet til kvalitetsbasert finansiering anses som en del av de faste inntektene.
- **Aktivitetsbaserte inntekter.** Disse gis som overslagsbevilgninger i statsbudsjett og varierer med den faktiske aktiviteten i helseforetakene.

Helseforetakene kan i tillegg skape egne inntekter. Disse kommer fra egenandeler og direkte salg av ulike produkter og tjenesteytelser, samt tilskudd fra offentlige og private institusjoner.

4.2 Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

Inntektsmodellen tar utgangspunkt i de syv sykehusområdene, og legger til grunn at helseforetakene i ett sykehusområde har et totalansvar for spesialisthelsetjenester innen sitt definerte opptaksområde. Fordeling av basisramme mellom sykehusområdene, og dernest helseforetakene, gjøres i hovedsak gjennom en kriteriebasert inntektsmodell. Målet er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de settes i stand til å yte gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens behov, samtidig som den tar hensyn til helseforetakenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger og interne pasientstrømmer.

Inntektsmodellen består av følgende hovedkomponenter:

- *Behovskomponenten* kompenserer helseforetakene og sykehusene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som befolkningens alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
- *Kostnadskomponenten* kompenserer for variasjoner i kostnadmessige forhold knyttet til forskning, undervisning, andel ikke-vestlige innvandrere i befolkningen samt struktur og lange reiseavstander.
- *Mobilitetskomponenten* korrigerer helseforetakenes inntekter i forhold til hvor pasientene faktisk blir behandlet. Dette gjøres til dels variabelt gjennom løpende gjestepasientoppgjør, og til dels gjennom fast omfordeling av inntekt.

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene tildeles én basisramme. Denne er ikke fordelt mellom tjenesteområder, og heller ikke mellom drift og kapital. Det er opp til helseforetakene og sykehusene selv å prioritere midler mellom drift og investering, samt til de ulike tjenesteområdene.

4.3 Intern lånemodell i helseforetaksgruppen

Når Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Sør-Øst RHF de årlige bevilgningene, følges alle inntekter av tilhørende likviditet. Deler av helseforetaksgruppens kostnader, eksempelvis avskrivninger, er imidlertid ikke-

betalbare innenfor det enkelte år, og dette gir dermed grunnlaget for etablering av en regional intern låneordning mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Helseforetakenes likviditet knyttet til ikke-betalbare kostnader holdes tilbake på regionalt nivå hvert år. Deretter gjøres en vurdering av behov for likviditet til regionale og lokale formål, som godkjennes i de årlige budsjettprosessene. Helseforetakene får årlig overført en viss tildeling av likviditet for å finansiere de lokale investeringene som helseforetakene har ansvaret for, blant annet medisinsk utstyr og vedlikehold.

Gjennom denne låneordningen oppstår det over tid en fordringsoppbygning hos helseforetakene, mot det regionale foretaket. Disse midlene som det regionale helseforetaket låner inn hvert år benyttes til å sørge for finansiering av helseforetaksgruppens felles prioriterte satsninger på investeringsområdet. Dette inkluderer de store byggeprosjektene, Digital Fornyning innenfor IKT, eventuelle omstillingsbehov mm. Avdrag på langsiktige lån håndteres også innenfor denne ordningen. Helseforetakene bidrar på denne måten med likviditet i et fellesskap for felles prioriterte regionale satsningsområder. Denne ordningen gjør det mulig for foretaksgruppen å finansiere de største byggeprosjektene, og regionens satsning på IKT, på en raskere måte enn hva som ellers ville vært gjennomførbart hvis hvert enkelt helseforetak måtte spare opp all nødvendig likviditet til prosjektene i forkant av gjennomføring.

Fordringen som bygges opp hos helseforetakene over tid, tilbakebetales til det enkelte helseforetak når dette gjennomfører et felles prioritert byggeprosjekt. Helseforetakenes innskudd- eller trekk gjennom denne låneordningen kompenseres med en løpende renteberegning i foretaksgruppen.

Helseforetakenes handlingsrom for investeringer består dermed i hovedsak av den årlige likviditetstildelingen fra regionen og positive økonomiske resultater. Økt handlingsrom skapes gjennom god drift og positive resultater, da tidligere års resultater gir større lokale investeringsmuligheter. I tillegg kommer eventuelle eiendomssalg og låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet (via Helse Sør-Øst RHF).

5 Likviditetsstyring

5.1 Retningslinjer fra eier

Helseforetaksgruppens anledning til å benytte seg av driftskreditt er regulert i Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. desember 2001, *“Driftskreditt skal kun benyttes i de tilfeller der de ordinære inntektene ikke er tilstrekkelig til å dekke de løpende utbetalinger, eller det oppstår uforutsette utgifter”* og *“Driftskreditt kan ikke benyttes som finansieringskilde for plassering av overskuddslikviditet”*. Dette betyr at helseforetaksgruppen ikke har anledning til å trekke opp driftskreditt, med det formål å plassere midlene og eventuelt oppnå positiv avkastning. Normale variasjoner i foretaksgruppens kortsiktige likviditetsbehov omfattes ikke av denne begrensningen.

I samme brev fra Helse- og omsorgsdepartementet presiseres også helseforetaksgruppens begrensninger i forhold til forvaltning av overskuddslikviditet, jfr. setningen: *“Det åpnes kun for å benytte allment anerkjente plasseringsinstrumenter med høy likviditet og lav risiko”*.

5.2 Målsetting

Oppnå størst mulig tilgjengelighet, fleksibilitet og avkastning på helseforetaksgruppens likvide midler samtidig som kreditt- og markedsrisiko begrenses, innenfor gjeldende lovverk og føringer fra eier. Tilsvarende skal finanskostnader og kapitalbinding søkes minimalisert.

Likviditetsstyringen skal bidra til størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens likviditetssituasjon. Det enkelte helseforetak og helseforetaksgruppen som helhet, skal settes i stand til å møte sine finansielle forpliktelser, samtidig som det ikke bindes opp mer kapital enn nødvendig for dette.

En forutsetning for å lykkes med dette er at helseforetakene gjennom høy presisjon og kvalitet i sine likviditetsprognoser og sin likviditetsstyring gir Helse Sør-Øst RHF et realistisk bilde av fremtidige forhold som påvirker likviditetssituasjonen.

5.3 Roller og ansvar for likviditetsstyring

Helse Sør-Øst RHF har et overordnet ansvar for helseforetaksgruppens likviditetsstyring herunder;

- avtaleinngåelse med hovedbankforbindelse, herunder administrasjon av konsernkontoordning(er)
- sørge for at likviditet er tilgjengelig samt plassere eventuell overskuddslikviditet
- rådgivning overfor helseforetak innen likviditetsstyring og kapitalfrigjøring

Hvert helseforetak og andre enheter underlagt Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for en effektiv styring av kontantstrømmer herunder;

- utarbeide forventningsrette likviditetsprognoser

- optimalisere kontantstrømmene ved å fremskynde innbetalinger og tilsvarende forskyve utbetalinger i tid (herunder utnytte kontraktsfestet kredittid der dette er hensiktsmessig)
- minimalisere effektiv kredittid ved å fokusere på avtaleinnhold og sikre effektive ordregistrerings-, fakturerings- og purrerutiner, blant annet ved bruk av regional avtale om innfordringstjenester
- sørge for effektive betalingsrutiner for inn- og utbetalinger
- minimalisere kredittrisiko ved å sørge for god kredittkontroll

For øvrig vises det til etablerte prinsipper for likviditetsstyring i Helse Sør-Øst RHF (se vedlegg 15.4).

Det utarbeides årlig en regional økonomisk langtidsplan, hvor helseforetakene leverer innspill gjennom foretakenes egne økonomiske langtidsplaner. Denne langtidsplanleggingen er etablert som et nyttig verktøy for overordnet langsiktig planlegging i helseforetakene av ressursbruk knyttet til drift og investering.

5.4 Kortsiktig finansiering

Helse Sør-Øst RHF – tilgang til ekstern kortsiktig finansiering

Helse Sør-Øst RHF har hovedsakelig to måter å skaffe seg ekstern kortsiktig finansiering på:

- Driftskreditt i Norges Bank innvilget fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Forskudd på månedlig basisutbetaling fra Helse- og omsorgsdepartementet, løpende gjennom året (unntatt ved overgangen til nytt år)

Helseforetakene – tilgang til intern kortsiktig finansiering

Helseforetakene har hovedsakelig to måter å skaffe seg intern kortsiktig finansiering på

- Trekk på godkjent driftskredittramme innenfor konsernkontoordningen i Helse Sør-Øst
- Forskudd på månedlig basisutbetaling fra Helse Sør-Øst RHF løpende gjennom året

Det vises til kapittel 4.3 med omtale av likviditetsfordelingsmodell. Kortsiktig likviditetsbehov kan oppstå som en konsekvens av større, ikke budsjetterte endringer i kontantstrømmer, men disse skal fortrinnsvis søkes løst innenfor det handlingsrommet det enkelte foretak har. Lykkes ikke dette, kan Helse Sør-Øst RHF tildele kortsiktig driftskreditt.

Renten på intern driftskreditt følger det regionale helseforetakets flytende rentebetingelser ved lån i Norges Bank, dvs. statsrente med et påslag på 0,4 prosentpoeng. Det belastes ikke provisjon på interne driftskredittrammer.

5.5 Rammer og retningslinjer for plassering av overskuddslikviditet

I perioder med overskuddslikviditet skal denne i første rekke benyttes til å nedbetale gjeld og driftskreditt. Helse Sør-Øst RHF kan i visse tilfeller vurdere å benytte bankinnskudd med bindingstid for å oppnå meravkastning. Slike muligheter kan oppstå

ved overskuddslikviditet i en periode lang nok til å gi tilstrekkelig rentedifferanse, men samtidig ikke så lang at nedbetaling av driftskreditt er et hensiktsmessig alternativ.

5.6 Likviditetseffekter av pensjon

I henhold til punkt fire i prinsipper for likviditetsstyring (vedlegg 15.4) skal likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt eventuell bruk av premiefondsmidler, forutsettes nøytrale for helseforetaket. Dette håndteres løpende ved at helseforetaket får krav om nedbetaling av driftskreditt i de tilfeller pensjonskostnaden er større enn pensjonspremien, og tildeles utvidet driftskreditt i motsatt tilfelle.

Premiefondsmidlene tilhører helseforetakene og inngår i styringen av total likviditet. Det er Helse og omsorgsdepartementet som bestemmer om helseforetakene kan benytte premiefondet til premiebetaling. Dersom premiefondet benyttes til premiebetaling skal helseforetakets driftskreditt justeres med tilsvarende beløp.

Egenkapitaltilskudd til pensjonsinnretningene skal salderes innenfor helseforetakets tilgjengelige likviditet.

6 Leiekontrakter og leasing

6.1 Leie og leasing avtaler i Helse Sør-Øst

Alle leieforhold i helseforetaksgruppen reguleres av finansstrategien i Helse Sør-Øst basert på føringer som er gitt i Helse Sør-Øst RHF sine vedtekter samt helseforetakenes vedtekter.

Leieavtaler kjennetegnes ved en avtale hvor leietaker mot vederlag får bruksrett til en eiendel for en nærmere angitt periode. Uttrykket leasing brukes også ofte som benevnelse på en leieavtale. I dette dokumentet benyttes leie som benevnelse.

Avtaler om operasjonell og finansiell leie tillates i Helse Sør-Øst etter nærmere regler i finansstrategien og innenfor gjeldende vedtekter.

Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp. Dersom den finansielle leieavtalen har kontraktsverdi over 100 millioner kroner må denne i tillegg godkjennes av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF.

For alle finansielle leieavtaler over 100 millioner kroner, og hvor det skal oppføres nybygg, skal tidligfaseveilederen følges og legges til grunn for utredningen. Avhengig av prosjektets størrelse (mellom 100 og 500 millioner kroner) kan tidligfaseveilederens muligheter for tilpasset utredningsomfang benyttes. Ved samlet kostnad over 500 millioner kroner skal prosjektet/leieforholdet gjennomgå ekstern kvalitetssikring, KSK.

For øvrig sidestiller finansstrategien fullmaktgrensene for leiekontrakter med egne investeringer, ved at inngåelse av operasjonelle leieavtaler skal følge de til enhver tid gjeldende beslutningsprosesser og fullmaktsstrukturer som gjelder for investeringer i helseforetaksgruppen.

Det er utarbeidet særskilte retningslinjer for leie av lokaler og for leie av utstyr i helseforetaksgruppen. Disse er vedlagt i egne vedlegg (Vedlegg 15.5). Retningslinjene er sammen med den til en hver tid gjeldende fullmaktsstruktur styrende for helseforetakenes mulighet til å inngå leiekontrakter.

I forkant for inngåelse av en leieavtale er det nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt klassifisering av avtalen som enten operasjonell eller finansiell leieavtale. Klassifiseringen er en regnskapsmessig vurdering som er regulert av Regnskapsloven, herunder Norsk Regnskaps Standard (NRS) 14.

- *“Dersom det vesentligste av økonomisk risiko og kontroll knyttet til det underliggende leieobjekt er gått over på leietaker klassifiseres avtalen som finansiell og tilhørende eiendeler og forpliktelser skal balanseføres”.*

Med dette betyr det at en finansiell leieavtale i stor grad ligner på de samme reelle forhold som hvis foretaket hadde kjøpt objektet. Operasjonelle leieavtaler er avtaler hvor det vesentligste av risiko og kontroll ikke er overført, og skal ikke balanseføres i regnskapet. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner.

6.2 Nærmere om fullmakter

Forpliktelsen som helseforetaket påtar seg ved å inngå leieavtalen vil tilsvare verdien av leieavtalen. Verdien av leieavtalen må holdes opp mot fullmaktgrensene i den til en hver tid gjeldende fullmaktsstruktur. Søknad om fullmakt skal forelegges Helse Sør-Øst RHF dersom nåverdi av forpliktelsen overstiger relevant fullmaktsnivå i etablert fullmaktsstruktur. Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp.

Søknad om fullmakt til å inngå operasjonell leieavtale skal sendes Helse Sør-Øst RHF dersom leiekontraktens verdi overstiger:

- For leie av lokaler: leieforpliktelse over **50 millioner kroner**, jmfør styresak 029-2015 *Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i HSØ*
- For leie av utstyr (MTU, IKT og annet): leieforpliktelse over **20 millioner kroner**, jfr. styresak 032-2015 *Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst*.

Ved fullmaktssøknader til Helse Sør-Øst RHF skal minimum følgende omtales og dokumenteres:

- **Business case:**
 - Beskrivelse av formål og behov for leieavtalen
 - Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå
- **Dokumentasjon av valget mellom å kjøpe eller å leie:**
- Vurdering¹ av eventuell merkostnad ved å leie fremfor å eie
- **Kontroll mot fullmakter**
 - Dokumentert klassifisering av avtalen som operasjonell eller finansiell

¹ Se eksempel på slik vurdering i vedlegg til finansstrategien

o Beregning av kontraktsverdi jfr. retningslinjens metode

Leie- og leasingavtaler skal ikke inngås basert på knapphet på finansiering, men være begrunnet i en risiko- og nyttevurdering. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg retten til å avslå søknaden hvis Finansstrategien med dens anbefalte retningslinjer i vedlegg 15.5 ikke er fulgt.

7 Bankområdet

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at helseforetaksgruppens bruk av tjenester for bank, betaling og innskuddstjenester legges til en enkelt hovedbankforbindelse. Det legges vekt på at bankforholdet skal inngås med en solid aktør med et bredt tjenestespekter for å dekke helseforetaksgruppens behov på dette området.

Helseforetaksgruppen skal benytte seg av en konsernkontoordning. Gjennom denne skal alle transaksjoner knyttet til de samlede inntekter, lån og kostnader foregå. Tjenestene skal understøtte behovet for god intern kontroll, herunder fullmaktstyring og tilgangskontroll.

Det er en målsetning at all brukerbetaling hos sykehus og klinikker i hovedsak skal gjøres ved direkte bankterminaloppgjør, og at man dermed reduserer kontanthåndtering til et minimum.

Helse Sør-Øst RHF har følgende overordnede retningslinjer i forbindelse med forvaltning av hovedbankavtale:

- Antall bankkonti skal holdes til et minimum
- Alle tilgjengelige likvide midler skal inngå i helseforetaksgruppens konsernkontoordning
- Bundne midler skal fortrinnsvis plasseres hos hovedbankforbindelse. Bruk av alternativ finansinstitusjon må godkjennes av Helse Sør-Øst RHF
- Helse Sør-Øst RHF ivaretar retningslinjer og administrasjon av hovedbank, nærmere omtale av dette finnes i økonomihåndboken i Helse Sør-Øst RHF.

8 Finansiering, garantier og renterisiko

8.1 Retningslinjer fra eier

Helseforetaksgruppens investeringer finansieres gjennom tildelte rammer og lån til drift og investeringer gitt av eier. I tillegg er det mulighet til å inngå finansielle leieavtaler. Helseforetaksloven gir ikke anledning til eksterne låneopptak eller annen type finansiering utover dette, jfr. lovens § 33 første ledd.

Helse Sør-Øst RHF sin adgang til låneopptak er regulert i "Instruks for lån knyttet til investeringer i de regionale helseforetak", sist endret 19. desember 2013 av 9. september 2009, som også presiserer at investeringslånene ikke kan rentesikres i private finansieringsinstitusjoner. Det foreligger imidlertid mulighet for at lån fra Helse-

og omsorgsdepartementet kan konverteres fra fast til flytende rente (med over-/underkurs) i fastrenteperioden.

I henhold til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 3.april 2014, kan lån splittes opp i flere deler med hensyn til rentefastsettelse, der hver hovedstol kan deles opp med inntil fire fastrenteavtaler, i tillegg til flyterente.

Helseforetakene kan heller ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser, jfr. § 33 annet ledd.

8.2 Målsetting

Sikre tilgjengelig og forutsigbar finansiering for vedtatte investeringsplaner.

8.3 Roller og ansvar

Helse Sør-Øst RHF har en sentralisert finansfunksjon for å sikre en optimal finansiering av helseforetaksgruppen.

Dette innebærer ansvaret for:

- planlegging, gjennomføring og forvaltning av all finansiering av helseforetaksgruppen, inkludert interne lån og driftskredittrammer
- kontakt med eier vedrørende finansiering
- å bringe alle søknader om finansiering av investeringer fram til beslutning i relevant beslutningsorgan i Helse Sør-Øst RHF
 - For investeringsprosjekter som går utover grensene i helseforetakets fullmaktsnivå, eller i prosjekter hvor Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier, fremmes finansieringssøknad som del av investeringsbeslutningen
- fastsette den årlige interne lånerenten foran hvert budsjettår

Helseforetakene er ansvarlig for å melde sitt finansieringsbehov til Helse Sør-Øst RHF gjennom etablerte kanaler. Dette skal primært gjøres i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan. Finansieringsbehov utover dette til strategiske investeringer, endring i arbeidskapitalbehov eller uforutsette tap, skal tas opp med Helse Sør-Øst RHF umiddelbart etter at disse forholdene er blitt kjent.

8.4 Rammer og retningslinjer for finansiering

Helse Sør-Øst RHF skal gjennom forvaltning av låneporteføljen ha et bevisst forhold til løpetid på finansiering og økonomisk levetid på investeringer. Blant annet må sammensetting av egen- og gjeldsfinansiering for større byggeprosjekter både ta hensyn til helseforetakets bæreevne, og til maksimal avdragstid (p.t. maksimalt 25 år) på lån. Avdragstiden kan ikke overstige investeringens økonomiske levetid. Låneporteføljens samlede løpetid beregnes som et veid gjennomsnitt av det enkelte låns løpetid. Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet gis som maksimalt 70 % av samlet planlagt investeringskostnad, basert på søknad etter godkjent konseptfaserapport med ekstern kvalitetssikring.

Helseforetakene har, ifølge Helseforetaksloven, ikke anledning til å ta opp eksterne lån. For å kunne gjennomføre regionalt prioriterte investeringsprosjekter, som ikke er

likviditetsmessig mulig å gjennomføre innenfor de ordinære rammetildelingene, for eksempel nye sykehusbygg, vil Helse Sør-Øst RHF kunne oppta lån gjennom låneordningen som administreres av Helse og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF vil deretter fordele finansieringen til aktuell byggherre, og ved ferdigstillelse av prosjektet vil lånet tilfalle mottagende helseforetak. Dette innebærer at for lånefinansiering knyttet til «ikke-byggnær» IKT så vil lånet utbetales til Digital Fornyning for deretter å overføres til Sykehuspartner HF når prosjektet er ferdigstilt.

Rentenivået i Norges Bank endres to ganger per år og fastsettes for neste 6-månedersperiode fra 1. juli og 1. januar. Renten på interne langsiktige fordringer og gjeldsposter mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF fastsettes på samme tidspunkter. Interne lån behandles i egen låneinstruks, se vedlegg 15.6.

Ved finansiering av store prosjekter i foretaksgruppen skal resterende andel av tidligere års finansiering benyttes forut for det enkelte års finansieringsplan.

Årlig prisjustering av kostnadsramme for byggeprosjekter vedtas normalt i forbindelse med årlig hovedrevisjon for prosjektet, og prisjusteringen gjøres ut fra vedtatt prisjusteringsmekanisme for det enkelte prosjekt. For investeringsprosjekter hvor helseforetakene er prosjekteier og har fullt økonomisk ansvar som følge av tidligere styrevedtak, vil det regionale helseforetakets resterende finansieringsforpliktelser overfor helseforetaket gjennom oppføringsperioden være oppad begrenset til prisjustering lik statsbudsjettets deflator.

8.5 Garantier/ morselskapsgarantier

Jfr. § 33 i lov om helseforetak m.m. har det regionale helseforetaket, og helseforetaksgruppen for øvrig, ikke anledning til å stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser. Dette betyr at helseforetaksgruppen ikke har anledning til å stille, for eksempel, skattetreks garanti og garanti knyttet til energikjøp.

8.6 Rammer og retningslinjer for renterisiko

Renterisikoen i helseforetaksgruppen beregnes som gruppens samlede rentebærende gjeldsforpliktelse, sett i forhold til mulighetsrommet for utviklingen i markedsrentene. Disse analysene estimerer helseforetaksgruppens følsomhet i forhold til rentenivået, og på det grunnlaget vil man gi føringer og anbefalinger for bruk av virkemidler for å oppnå lavest mulige rentekostnader med tilstrekkelig grad av forutsigbarhet.

Helseforetaksgruppens samlede rentebærende gjeldsforpliktelse er i konstant bevegelse i forhold til nedbetaling av gjeld og opptak av nye lån og renterisikoen vil, som følge av dette, endre seg over tid. Helseforetaksgruppens samlede gjeldsforpliktelse består av langsiktige lån, byggelån samt finansiell leasing, eksklusive driftskreditt i Norges Bank. Driftskreditt i Norges bank inngår ikke i beregningen da rammen i stor grad er basert på Helse- og omsorgsdepartementets håndtering av likviditetseffekter fra pensjon.

Rentebindingstiden er et uttrykk for hvor lang tid det gjennomsnittlig tar før låneporteføljen vil måtte reprices til nye rentebetingelser. Helse Sør-Øst RHF har en strategisk målsetning om en rentebindingstid for foretaksgruppen på mellom 3 og 5 år.

Rentesikring - Fast og flytende rente

I henhold til instruks gitt av eier har Helse Sør-Øst RHF med underliggende helseforetak ikke anledning til å benytte private rentesikringsinstrumenter. Håndtering av risiko knyttet til utviklingen i rentenivået kan gjøres ved å konvertere lån mellom halvårlig flytende rente, som er standardbetingelsene etter fullt optrukket lånebeløp, eller fastrente med bindingstid på henholdsvis 3, 5 eller 10 år. Nivået på fastrente med bindingstid, revideres to ganger per år; 1. juli og 1. januar. Beslutning om konvertering fra flytende til fast rente må meldes innen gitte frister (se instruks vedlegg 15.6). I tillegg kan investeringslånene rentesikres ved at det foreligger mulighet for å konvertere fra fast til flytende rente (med over-/underkurs) i fastrenteperioden.

Styring av renterisiko i Helse Sør-Øst RHF

Eksterne låneopptak skjer mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet, og Helse Sør-Øst RHF forvalter helseforetaksgruppens totale låneportefølje. Renterisikoen skal håndteres innenfor følgende rammer:

Opptak av eksterne lån i helseforetaksgruppen er primært knyttet til nye sykehusbygg (bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT) med forventet gjennomsnittlig levetid tett oppunder 30 år. Det er i så måte naturlig at gjeldsporteføljen i størst mulig grad reflekterer denne langsiktigheten. Renterisikomålet for låneporteføljen skal være et rentebindingsbånd mellom tre og fem år - målt ved gjennomsnittlig rentebinding, vektet i forhold til gjenværende lånebeløp. Gjennomsnittlig rentebindingsbånd reflekterer derfor forutsigbarheten i helseforetaksgruppens fremtidige rentekostnader, og en økning i rentebindingsbåndet vil redusere renterisikoen.

I henhold til oppstillingen nedenfor kan Helse Sør-Øst RHF maksimalt ta opp 50 % av lånene til flytende rente. Med flytende rente menes her rentebinding mindre enn ett år. Tilsvarende kan maksimalt 75 % av innlånsvolumet bindes til fast rente.

Flytende rente	Vurderes i henhold til markedssituasjon	Fast rente
Min. 25 % av innlånsvolum	25 % av innlånsvolum	Min. 50 % av innlånsvolum

Helse Sør-Øst RHF sin manglende mulighet til å inngå rentebytteavtaler med fremtidig oppstart (FRA-avtaler), samt retningslinjene knyttet til konvertering av byggelån og valg av rentebetingelser, medfører at sikringsstrategien må påregnes et visst rom for bevegelser.

Styring av renterisiko i helseforetakene

Alle låneopptak i helseforetakene skjer ved at låneforhold opprettes mellom Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak. Helseforetakene gis anledning til selv å styre

renterisiko i sin låneportefølje, ved å konvertere sine lån fra Helse Sør-Øst RHF mellom flytende rente, eller fastrente på 3, 5 eller 10 år til markedsmessige vilkår. Rentevilkårene fastsettes på samme grunnlag som Helse Sør-Øst RHF sine egne innlån, ref. låneinstruks vedlegg 15.6.

Helse Sør-Øst RHF vil, sammen med hovedbankforbindelse, kunne bistå som rådgiver for helseforetakene i spørsmål vedrørende renterisiko.

8.7 Økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter

Gjennomføringen av et større investeringsprosjekt vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske situasjon. Formålet med de økonomiske beregningene er særlig å kunne rangere mellom prosjektalternativene, vise at det er mulig å finansiere prosjektet, samt dokumentere at helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket. Analyser av økonomisk bæreevne skal gjøres på prosjektnivå for å bidra til riktig prioritering av prosjekter. Herunder må det gjøres en vurdering og fremskriving av hvordan driftsøkonomien påvirkes av investeringsprosjektet. Det skal også gjøres analyser av økonomisk bæreevne på helseforetaksnivået for å vurdere investeringsprosjektets konsekvenser på helseforetakets totaløkonomi, med tilhørende finansieringsplan.

Denne metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle tidligfaser, men presisjonsnivået øker, og risikoen synker, gradvis frem mot beslutning om gjennomføring.

Foretaksgruppens krav til økonomisk bæreevne følger av etablerte veiledere, men med et forsterket fokus også på de likviditetsmessige konsekvensene av et investeringsprosjekt.

Et prosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av finansieringen, uavhengig av finansieringsform

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektets levetid

- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering
- Likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at fremtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- Og at eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom

Det meste sentrale ved investeringsanalysen er vurderingen av økonomiske effekter av byggeprosjektet, herunder netto driftsgevinster. Det må sannsynliggjøres at og redegjøres for hvordan netto driftsgevinster i forbindelse med byggeprosjektet kan

realiseres. Som del av dette arbeidet skal det utarbeides en gevinstoversikt (eventuelt plan for kostnadstilpasning) som beskriver de enkelte tiltak som samlet sett gir økonomisk bæreevne. Knyttet til innflytting og driftsoppstart i nytt bygg kan det påløpe engangskostnader, og den omtalte gevinstplanen skal inkludere samlede effekter, slik at man oppnår god oversikt over prosjektets økonomiske konsekvenser og et grunnlag for utarbeidelse av konkrete gevinstrealiseringsplaner (eventuelt planer for kostnadstilpasning) i forprosjektet.

8.8 Lokale IKT-lån

I all hovedsak foregår IKT-investeringer i foretaksgruppen gjennom den regionale porteføljen av IKT-prosjekter. Sak 078-2011 Mål og budsjett 2012: *"Helseforetakene skal ikke gjennomføre egne investeringer på området. Kun unntaksvis, og etter dialog med det regionale helseforetaket, kan helseforetaket finansiere IKT- anskaffelser til eget bruk, foretatt gjennom Sykehuspartner".* Uavhengig av finansieringskilde skal alle investeringer innenfor IKT-området i foretaksgruppen balanseføres i Sykehuspartner HF sine bøker for å sikre fellesregional styring og standardisering.

Helseforetakene kan ikke inngå låneavtaler med andre enn Helse Sør-Øst RHF, jmfør helseforetakenes vedtekter § 11. Finansiering av lokale IKT-investeringer må av den grunn reguleres med en avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF, og en avtale mellom Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak. Det ytes i disse tilfeller et lån fra helseforetaket, via Helse Sør-Øst RHF, til Sykehuspartner HF, med tilhørende låneavtale og nedbetalingsplan.

For øvrig vises det til etablerte rutiner for lokale IKT-investering i Helse Sør-Øst RHF (se vedlegg 15.7).

8.9 Offentlig-privat samarbeid (OPS)

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 10.januar 2017 ble vedtektenes § 12 til Helse Sør-Øst RHF endret, og likelydende endring er foretatt i helseforetakenes vedtekter. Inngåelse av OPS-avtaler i regionen skal forelegges foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet, og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter. Dette medfører at samtlige OPS-prosjekter skal forelegges Helse Sør-Øst RHF for godkjenning forut for behandling i foretaksmøte.

Definisjon av OPS slik det fremgår av revidert nasjonalbudsjett for 2015: *Offentlig-privat samarbeid innebærer normalt at et privat selskap står for prosjektering, finansiering, utbygging, drift og vedlikehold av for eksempel et infrastrukturprosjekt, som etter en avtalt periode tilfaller det offentlige. Den private kontraktsparten overtar mer risiko fra det offentlige enn ved tradisjonelle kontrakter, og ivaretar tjenesteleveransen knyttet til investeringen i en avtalt driftsperiode. Selskapet får betaling fra det offentlige etter at utbyggingsperioden er ferdig, og så lenge selskapet har ansvar for driften, i henhold til en kontrakt.*

Dette innebærer at alle OPS-avtaler normalt inneholder en leieavtale, med varierende grad av tilleggstjenester. Leieavtalen isolert sett er oftest å betrakte som en finansiell leieavtale, jmfør avsnitt 6.1 og 6.2.

9 Forsikring

9.1 Retningslinjer fra eier

I *Lov om helseforetak* m.m. av 2001, med senere endringer, heter det at de regionale helseforetakene med underliggende helseforetak, ved daglig leder, skal sørge for at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

9.2 Målsetting

Å etablere en enhetlig og bevisst holdning til håndtering av risiko for skade på person og ting, og styreansvar, samt en bevisst avhending av risiko til ett eller flere forsikringsselskap.

Etablere hensiktsmessig grensedragning mellom hvilke forsikringsdekninger som skal omfatte hele helseforetaksgruppen ("konsernforsikringer") og hvilke forsikringsdekninger som kan og/eller skal inngås av det enkelte helseforetak.

9.3 Roller og ansvar

Forsikringsområdet hører under finansavdelingen i Helse Sør-Øst RHF. Det er etablert et eget forsikringsutvalg med deltakelse fra det regionale helseforetaket og helseforetakene. Forsikringsutvalget utarbeider forslag til forsikringsstrategi som behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF. Den vedtatte forsikringsstrategien legges deretter til grunn for forsikringsutvalgets videre arbeid med eventuell inngåelse av avtale med forsikringsmegler, samt anskaffelse av ønskede dekninger.

Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst har hittil valgt å benytte forsikringsmegler til anskaffelse og drift av helseforetaksgruppens forsikringsordninger innenfor person- og skadeforsikring.

9.4 Rammer og retningslinjer

Risikoanalyse

Det gjennomføres en sårbarhets-/ risikoanalyse av hele virksomheten som grunnlag for anskaffelse av forsikringsdekninger.

Forsikringsløsninger

- Personforsikringer
 - Lovpliktige og tariffestede personforsikringer skal dekkes, likeledes skal alle ansatte på yrkesreiser være tjenestereiseforsikret mot tap av reisegods og sykdom.
- Skadeforsikringer
 - Forsikringsdekninger innenfor bygning, maskiner, inventar, transport, motorvogn.
 - Konserndekninger innenfor avbrudd, bedrifts- og produktansvar, kriminalitet.
- Styreansvarsforsikring
 - Forsikringen omfatter Helse Sør-Øst RHF med tilhørende helseforetak og skal gjelde for styremedlemmer, daglige ledere, personer som kan pådra seg et selvstendig ansvar, tidligere, nåværende og fremtidige sikrede.

Vesentlige særordninger for enkelte grupper av ansatte eller spesielle skadeforsikringsordninger kan ikke etableres uten at det er godkjent av Helse Sør-Øst RHF.

- Egenrisiko
 - Egenandel generelt kr 250.000,-. Avbruddstap karenstid 2 døgn.

Varighet

Forsikringsstrategien skal revurderes hvert 4. år dersom ikke større organisasjonsmessige forandringer tilsier noe annet. Forsikringsporteføljen revurderes ved hvert hovedforfall, og settes på anbud minimum hvert 4. år, med mindre kommersielle betingelser eller begrensninger i vilkår tilsier noe annet. Slike forhold kan medføre tidligere anbudsutsettelse.

10 Pensjon

Helse Sør-Øst har i dag fire pensjonsleverandører i helseforetaksgruppen:

- Kommunal Landspensjonskasse (KLP)
- Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH)
- Oslo Pensjonsforsikring (OPF)
- Statens Pensjonskasse (SPK)

Både pensjonskassene, og livselskapene er egne rettssubjekter, og ikke en del av konsernet som sådan. I pensjonskassene er som oftest styret det øverste organ, mens for eksempel KLP har et representantskap. Forvaltningen av pensjonsmidlene er av avgjørende betydning for fremtidig utvikling av pensjonskostnader. Styret i pensjonsinnretningene fastsetter aktiva allokering og investeringsstrategi for forvaltningen av midlene. Helse Sør-Øst sin mulighet til å påvirke disse valgene skjer dermed via valg av styrerepresentanter.

Det bemerkes at ordningen i SPK er ikke fondert slik at pensjonsmidlene i realiteten er en fordring på den norske stat. Pensjonsmidlene i SPK tilskrives en avkastning lik avkastningen på valgte plasseringsalternativ. Ved utgangen av 2012 var alternativene å plassere en andel i Statens pensjonsfond utland (SPU) og norske statsobligasjoner med ulik løpetid. Forvaltningen av SPU skiller seg på vesentlige områder fra forvaltningen av porteføljen blant annet i KLP ved at det ikke sikres mot endringer i valutakurs. Foretakene med pensjonsordning i SPK må velge plasseringsalternativ som optimaliserer forventet avkastning innenfor akseptabel risiko.

11 Valuta og valutarisiko

Styring av valutarisiko skal bidra til å sikre størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens kontantstrøm og resultat. Helse Sør-Øst RHF sin inntektsside er i sin helhet i norske kroner og gir følgelig ingen valutarisiko for helseforetaksgruppen.

Valutarisikoen i helseforetaksgruppen er knyttet til det samlede årlige innkjøp av varer og tjenester fra leverandører i utlandet, hvor svingninger mellom norske kroner og

fremmed valuta i tidspunktet fra kontraktsinngåelse til fakturaoppgjør vil kunne påvirke den totale kostnaden knyttet til kjøpet. Denne risikoen kan reduseres eller fjernes ved bruk av sikringsstrategier. Helseforetaksgruppens potensielle valutarisiko kan beregnes som verdien av valutaeksponert handel sett i forhold til mulighetsutfallet av bevegelse mellom norsk valuta og handelsvalutaen. Helseforetaksgruppens samlede handel i andre lands valuta er i konstant bevegelse og påvirkes også særlig av perioder med særlig høy byggeaktivitet, for eksempel nye sykehusbygg.

Det forutsettes at helseforetakene ved større anbud fra utenlandske leverandører ber om prising av anbudsobjektet i både norsk, leverandørens hjemlands valuta, samt euro og deretter foretar en vurdering av hvorvidt helseforetaket skal gjennomføre valutasikringen selv, eller overlate dette til leverandøren.

Helseforetaksgruppen har kun anledning til å sikre valuta som er direkte knyttet opp mot et underliggende kjøp av en vare eller tjeneste. Helseforetakene skal sikre vesentlige kontantstrømmer i fremmed valuta etter følgende overordnede prinsipper:

- Alle innkjøp skal vurderes og sammenlignes med basis i terminkurs på løpetiden
- Kontraktsfestede strømmer i utenlandsk valuta av vesentlig størrelse skal sikres med valutaterminer på samme løpetid

Vesentlighet vurderes ut fra følgende matrise:

Tid til forfall	Sikre dersom beløp over MNOK
3-12 mnd.	30
13-24 mnd.	20
24 mnd. +	10

12 Råvarer og råvarerisiko

Styring av råvarerisiko skal bidra til å sikre størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens likviditets- og resultatutvikling i forhold til svingninger i råvarepriser og forbruk. Råvarerisikoen i Helse Sør-Øst er hovedsakelig knyttet opp til et betydelig forbruk av energi til driften av sykehusbygg. Råvarerisikoen i helseforetaksgruppen beregnes som det samlede årlige forbruk av de ulike energikildene elektrisk kraft, olje og gass, fjernvarme, biobrensel og "annet" sett i forhold til mulighetsutfallet for prisutviklingen på energikildene.

De siste årene har energiforbruket variert mellom ca. 750 GWh og 825 GWh, og dette fordeler seg slik at ca. 65 % av helseforetaksgruppens energiforbruk knyttet til elektrisk kraft (elektriske kjeler og fast elektrisk kraft), og 25 % fjernvarme. Innkjøpsstrategien knyttet til dette, med tilhørende bruk av sikringsstrategier, er regulert i egen avtale med energiforvalter. Resterende 10 % består i hovedsak av fyringsolje, gass, biobrensel, fjernkjøling og annet. Anskaffelsene av fyringsolje er regulert i nasjonale avtaler, og det foreligger ingen sikringsstrategi for dette området.

12.1 Prinsipielle føringer for handel med elektrisk energi

Målsetningen for handel med elektrisk energi er at realisert energipris skal samsvare med budsjett eller lavere innenfor budsjettperiode (år). Energiprisen skal over tid være lik eller bedre enn spot. Svingninger i forhold til spotpris skal søkes utjevnet over år.”

For helseforetaksgruppen er det av avgjørende betydning å sikre forutsigbarhet i de fremtidige kraftprisene, samtidig som prisnivået som sådan er konkurransedyktig sammenlignet med markedet for øvrig (spotprisen). I den grad det tas risiko i forbindelse med sikring av elektrisk energi, så skal denne risikoen måles, overvåkes og kvantifiseres, og det skal stilles krav om tilfredsstillende avkastning.

Den samlede sikringsstrategien vil bestå av to deler:

- En sikringsstrategi som har til hensikt å skape forutsigbarhet for fremtidig utvikling i kraftpris. Det er viktig med høy grad av forutsigbarhet for kommende kalenderår, mens kravet til forutsigbarhet deretter avtar.
- En forvaltningsstrategi som gir valgt forvalter finansielle rammer for å utnytte sin kjennskap til markedet. Forvaltningsstrategien skal fortrinnsvis reguleres med en ramme, Value-at-Risk.

Risikoen ved kjøp av elektrisk kraft knytter seg til energiledet, noe som utgjør under halvparten av kostnadene ved elektrisk kraft. Den andre halvparten består av nettleie og statlige avgifter som i liten grad kan påvirkes av energikjøper. Kjøp av fysisk strøm beløper seg til mellom 200 – 250 millioner kroner årlig. Det skal ikke inngås sikringshandler for et større volum enn det underliggende fysiske forbruket av elektrisk energi.

Det er etablert en energigruppe med representanter for alle helseforetakene, inkludert Helse Sør-Øst RHF. Energigruppens ledelse og sekretariatsfunksjon ivaretas av eiendomsavdelingen i Helse Sør-Øst RHF. Energigruppa skal etablere et konkret mandat for sikring av elektrisk energi innenfor de omtalte prinsipielle føringer. Innkjøp av energi er sentralisert, og alle helseforetak får samme pris. Det gis ikke anledning for å velge individuelle fast- eller flytende prisavtaler.

13 Kreditt- og motpartsrisiko

Gjennom kjøp av varer og tjenester og plassering av kapital, er helseforetaksgruppen eksponert for kreditt- og motpartsrisiko gjennom at motparten i en kontrakt potensielt ikke klarer å møte sine forpliktelser. Alle kjøp som gjøres i helseforetaksgruppen gjøres etter reglene for offentlige anskaffelser. Gjennom anskaffelsene søkes kreditt- og motpartsrisiko håndtert gjennom de krav som stilles til soliditeten hos leverandør.

14 Rapportering og analyse

14.1 Krav fra eier

Etter helseforetaksloven § 34 skal helseforetakene hvert år utarbeide en årlig melding om helseforetaket og dets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav fra helse og omsorgsdepartementet stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Daglig leder skal minst hver fjerde måned gi Styret skriftlig underretning om helseforetakets virksomhet. I regionalt helseforetak skal underretningen også omfatte virksomheten til de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det skal særlig redegjøres for foretakets stilling og utvikling i forhold til vedtatte planer og budsjetter, jfr. helseforetaksloven § 38.

Helse Sør-Øst rapporterer også månedlig til eier gjennom "ØBAK-rapporteringen" i henhold til gjeldende retningslinjer, samt tertialvis på investeringer og kontantstrøm.

14.2 Målsetting

Å holde oversikt over og føre kontroll med helseforetaksgruppens samlede finansielle status innenfor vedtatte rammer, samt utarbeide kvalitetssikrede og forventningsrette prognoser innenfor ansvarsområdet.

Rapporteringen fra helseforetakene gir Helse Sør-Øst grunnlag for utarbeidelse av styringsinformasjon og tiltak som skal bidra til å sikre måloppnåelse innenfor gjeldende strategier.

14.3 Roller og ansvar

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å utarbeide periodiske ledelsesrapporter som inneholder informasjon om:

- likviditetsprognoser og status og avvik i forhold til prognosene
- analyser og benchmarking
- oversikt over finansporteføljene i Helse Sør-Øst
- eksponering i henhold til vedtatte rammer

Helseforetakene har ansvar for periodisk rapportering i henhold til gjeldende malverk som inneholder informasjon om tilsvarende på helseforetaksnivå.

15 Vedlegg til finansstrategien

15.1 Vedlegg 1: Forutsetninger i vedtekter, lov og styringsinstruks

Lov om Helseforetak § 33. Lån og garantier

- *Helseforetak kan ikke ta opp lån, med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang. Vedtektene skal fastsette ramme for låneopptak.*
- *Helseforetaket kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser.*

Foretaksprotokoller for Helse Sør-Øst RHF

- *Helse Sør-Øst RHF gis en låneramme på totalt xx mill. kroner. Lånerammen fordeles med xx mill. kroner til investeringsformål og xx mill. kroner i driftskredittramme.*
- *Helse Sør-Øst RHF kan dog ikke ta opp lån eller driftskreditt som samlet sett overskrider årlige rammer for lån til investeringsformål eller driftskreditt fastsatt av Helse og omsorgsdepartementet.*

Vedtektene i Helseforetakene

- **§ 12 Låneopptak**
Helse Sør-Øst RHF kan kun ta opp lån gjennom statlige lånebevilgninger. Helse Sør-Øst RHF gis anledning til å inngå finansielle leieavtaler med en kontraktsverdi på inntil 100 mill. kroner pr. avtale. Finansielle leieavtaler utover dette beløpet må forelegges foretaksmøtet.

Alle OPS-avtaler må forelegges foretaksmøtet og innpasses statens rammeverk for OPS-prosjekter.

Helse Sør-Øst RHF's låneopptak til investeringsformål foretas innenfor de prosedyrene og reglene som er gitt i "Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene" av 26. februar 2003 med senere endringer."

Instruks for styret i Helse Sør-Øst RHF

a. Punkt 5.2:

- Styret kan ta opp lån på inntil det beløp som fremgår av vedtekten for Helse Sør-Øst RHF, eller andre overordnede beslutninger som er bestemmende for størrelsen på lån.*

Instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

b. Punkt 5.5:

- Adm. direktørs myndighet omfatter ikke opptak av lån uten styrets godkjenning.*

15.2 Vedlegg 2: Finansiell risiko - Risikokategorier og definisjoner

Renterisiko

- Den effekt en gitt renteendring har på helseforetaksgruppens resultat og likviditet
- Endring i verdien på eiendeler og gjeld/ egenkapital som følge av endring i rentenivå

Kreditt- og motpartsrisiko

Kredittrisiko er risikoen for tap når en motpart ikke kan oppfylle sine forpliktelser.

Helse Sør-Øst er potensielt eksponert overfor kredittrisiko gjennom plassering av finansielle midler, oppgjør, utestående fordringer, etc.

Valutarisiko

Det finnes tre typer valutarisiko:

1. Transaksjonsrisiko: Risiko på transaksjoner der beløp i valuta er kontraktsfestet og som vil kreve en omveksling fra en valuta til en annen på et fremtidig tidspunkt.
2. Regnskapsmessig risiko: Risiko som oppstår ved at resultat eller balanseposter i fremmed valuta omregnes til NOK for regnskapsmessig rapportering.
3. Strategisk risiko: Risiko knyttet til endringer i en bedrifts langsiktige strategiske konkurransevne som følge av relative endringer i valutakursene.

Helse Sør-Øst RHF er eksponert overfor utenlandsk valuta blant annet gjennom:

- Kjøp av tjenester (behandling) utenfor Norges grenser
- Store investeringer/ varekjøp
- Risiko for endring i verdien på eiendeler, gjeld, egenkapital og sikringsforretninger som følge av endring i valutakurser

Råvarerisiko og elektrisk kraft risiko

Elektrisk kraft/råvare risiko er risikoen for store svingninger i kostnaden ved kjøp av elektrisk kraft/råvarer.

15.3 Vedlegg 3: Definisjon av driftskreditt, likviditetsreserver og overskuddslikviditet

Driftskreditt

Kortsiktige lån til driftsformål med løpetid inntil 12 mnd.

Definisjon og avgrensning av likviditetsreserve og overskuddslikviditet

Likvide midler består av likviditetsreserve og overskuddslikviditet.

Likviditetsreserve er midler som skal sikre det behov for likviditet som oppstår som følge av tidsforskjellen mellom inn - og utbetalinger. Likviditetsreserven inneholder trekkrettighet i konsernkontosystemet. Likviditetsreserven skal til enhver tid ligge i konsernkontosystemet.

Overskuddslikviditet er likvide midler utover den nødvendige likviditetsreserven.

15.4 Vedlegg 4: Etablerte prinsipper for intern lånemodell i Helse Sør-Øst RHF

1. Helseforetakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer
2. Likviditet generert gjennom realiserte positive resultater fra drift eller lavere investeringsnivå enn planlagt, kan disponeres i senere år:
 - a. Til nedbetaling av kortsiktige lån (driftskreditt)
 - b. Som en buffer for resultatrisiko
 - c. Til investeringerTilsvarende vil negative resultater eller høyere investeringsnivå enn planlagt medføre tilsvarende reduksjon i bruk av likviditet.
3. Egen sparing som følge av realisert overskudd fra drift kan benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat
 - a. Disponering innad i samme kalenderår skjer etter dialog med det regionale helseforetaket
4. Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler, kan forutsettes å være nøytrale for helseforetaket
5. Helseforetakene skal ta hensyn til risiko for
 - a. resultatavvik i drift og
 - b. i pågående investeringsprosjekterfør etablering av nye investeringsforpliktelser
6. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
7. Helseforetakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
 - a. Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko
8. Helseforetakene må budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året
9. Likviditet fra salg kan benyttes til investeringer eller nedbetaling av gjeld dersom helseforetaket viser et regnskapsmessig overskudd minst tilsvarende gevinst ved salg av eiendom
10. Dersom helseforetakene har opparbeidet trekk på driftskreditt som følge av resultatmessige underskudd, skal denne nedbetales etter avtale, normalt over 3-5 år

15.5 Vedlegg 5: Retningslinjer for leie av lokaler og utstyr

Retningslinjer for leie av lokaler i Helse Sør-Øst

1. Innledning

1.1 Formål Formålet med retningslinjene er å sikre god saksforberedelse og oversikt over leide arealer i foretaksgruppen.

1.2 Virkeområde

Retningslinjene gjelder for alle helseforetak i Helse Sør-Øst, og gjelder for alle leieavtaler for arealer og lokaler

2. Utredning av lokalbehov

2.1 Generelt om ansvar og krav til utredning

Foretakene er pålagt å utarbeide arealplaner og er ansvarlige for å utrede arealbehov for å kunne drive sin virksomhet forsvarlig. I den forbindelse er foretakene ansvarlige for å påse at alle relevante forhold blir tilstrekkelig utredet og vurdert i forkant av en arealanskaffelse. Ekstern kvalitetssikring KSK gjennomføres ved planer om leie i markedet når fremtidig leieforpliktelse² overstiger den til en hver tid gjeldende beløpsgrense, p.t. på 500 millioner kroner.

2.2 Funksjonsbeskrivelse

Dersom det identifiseres et behov for økte arealer skal det utarbeides en funksjonsbeskrivelse, som kan legges til grunn i det videre arbeidet med arealanskaffelsen. Funksjonsbeskrivelsens omfang må sees i forhold til arealanskaffelsens størrelse, og risikoen forbundet med anskaffelsen. Av funksjonsbeskrivelsen skal det fremgå hvilke krav som må stilles til lokalene mht. funksjon, størrelse, beliggenhet og kvalitet, for at virksomheten skal kunne ivareta sine oppgaver. Ved utformingen av funksjonsbeskrivelsen skal det tas hensyn til det lov- og regelverk som til en hver tid gjelder. Det vises her blant annet til lov og regelverk om universell utforming, arbeidsmiljø og særskilte krav til sikkerhet/teknisk infrastruktur som følger av virksomhetens egenart. Det skal videre så langt som mulig tas hensyn til de strategiske føringer som til en hver tid gis. Dette kan eksempelvis være føringer mht. beliggenhet og energibruk mv.

2.3 Forholdet til ledige egne lokaler

Med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen skal det avklares om det er ledige egne lokaler eller tomgangsleieforhold som det kan være aktuelt for helseforetaket å benytte.

2.4 Leie i markedet eller byggeprosjekt

Dersom det ikke er relevante ledige lokaler og/eller tomgangsleieforhold i eget helseforetak, skal det med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen tas stilling til om arealbehovet skal dekkes ved leie i markedet, eller ved investering i nytt prosjekt.

² Se beregningsmetode under pkt. 3.2

Dersom et helseforetak skal dekke deler av sitt arealbehov gjennom leie, forutsettes det at dette gjøres på basis av en utviklingsplan og med dertil hørende arealplan. Fordelingen mellom leide og egne arealer må være et resultat av denne planen. Det må særlig vurderes når leie velges fordi det ikke er investeringsmidler i helseforetaket, eller at en investering ikke er gitt prioritet i den regionale prioriteringen. I denne vurderingen skal det overordnede hensynet være hva som er økonomisk mest gunstig for helseforetaket, på kort og lang sikt. Eksempelvis kan det innebære at lokaler som det er et velfungerende leiemarked for (kalt konkurransebygg³), leies i markedet, mens lokaler det ikke er et velfungerende marked for (kalt formålsbygg⁴) eies. Lokaler med en leietid på mer enn 10 år klassifiseres som formålsbygg, mens lokaler med lavere leietid klassifiseres som konkurransebygg.

3. Leie av lokaler i markedet

3.1 Generelt om ansvar, fullmakter og krav til saksbehandling

Helseforetakene er ansvarlige for leieforhold som de inngår. Inngåelse av operasjonelle og finansielle leasingavtaler følger de til en hver tid gjeldende beslutningsprosesser samt fullmaktsstrukturer som ved investeringer. I forkant for inngåelse av en leieavtale er det nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt klassifisering av avtalen som enten operasjonell eller finansiell leieavtale. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner.

Helseforetakene kan inngå operasjonelle leiekontrakter uten å forelegge disse til Helse Sør-Øst RHF dersom følgende kriterier er oppfylt:

- a) Total leieforpliktelse fra kontrakten ikke overstiger 50 millioner kroner.
- b) Leieavtalen inngås for ti år eller mindre. (Det kan leies lokaler i markedet på kontrakter med lengre varighet enn 10 år, dersom det er økonomisk mest fordelaktig.)
- c) Leieavtalene må gjelde den ordinære driften av helseforetaket.
- d) Utgiftene i forbindelse med avtalene må kunne dekkes innenfor helseforetakets forventede framtidige inntektsbevilgning.
- e) For alle avtaler utover budsjettåret må behovet for oppsigelsesklausuler nøye vurderes.
- f) Kriteriene gjelder samlet.

For å vurdere om utgiftene i forbindelse med leieavtalen kan dekkes innenfor forventet bevilgningsnivå i hele avtaleperioden, og hvilken handlefrihet avtalen vil gi, skal alle relevante forutsetninger knyttet til den operasjonelle leieavtalen være avklart og vurdert før avtalen inngås. For eksempel gjelder dette regulering av husleie, oppsigelse/ev. mulighet for forlengelse av avtale, regulering og belastning av øvrige driftsutgifter (for eksempel strøm, vaktmestertjenester og resepsjon mv.).

³ *Konkurransebygg* er bygg det er et velfungerende leiemarked for, dvs. bygg hvor det lett kan inngås leieavtaler i eksisterende bygg.

⁴ *Formålsbygg* er normalt oppført for et spesielt formål, og er bygg hvor det som følge av byggets beliggenhet eller funksjon er grunn til å anta at utleier kommer i en monopolsituasjon overfor helseforetaket ved leiekontraktens utløp.

3.2 Fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF

Finansielle leieavtaler skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF uavhengig av beløp. Alle saker knyttet til operasjonell leie av lokaler skal forelegges Helse Sør-Øst RHF for fullmakt dersom summen av fremtidige leieforpliktelser overstiger de til enhver tid gjeldende fullmaktsnivåer som for investeringer.

Beregningsmetode ved fullmaktspørsmål: årlig leiebetaling (husleie samt andre kostnader forbundet med leieavtalen, men eksklusive generelle driftskostnader, eksempelvis andel av felles driftskostnader i leiebygget) diskonteres med **leiekontraktens internrente. Dersom ikke internrenten i leieavtalen er kjent eller mulig å beregne, skal det benyttes alternativ lånerente. Alternativ lånerente skal være regionens fastrente med 3, 5 eller 10 års varighet, konsistent med leieavtalens varighet.** Beregningen gjøres for hele leieavtalens periode, inkludert samtlige opsjoner om forlengelse.

Pt. er relevant fullmaktsnivå for leie av lokaler på 50 millioner kroner, jfr. fullmaktsstruktur sist behandlet i styresak 029-2015 *Behandling av utviklingsplaner og byggeprosjekter i HSØ*

Ved foreleggelse av søknad om fullmakt til å inngå leieavtale til skal det i oversendelsen til Helse Sør-Øst RHF redegjøres for:

- **Business case:**
 - Beskrivelse av formål og behov for leieavtalen
 - Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå
- **Dokumentasjon av valget mellom å kjøpe eller å leie:**
 - Vurdering⁵ av eventuell merkostnad ved å leie fremfor å eie
- **Kontroll mot fullmakter**
 - Dokumentert klassifisering av avtalen som operasjonell eller finansiell
 - Beregning av kontraktsverdi jfr. retningslinjens metode

3.3 Finansiell leasingavtale

Helseforetaket har ikke fullmakt til å inngå finansielle leasingavtaler, og må jamfør gjeldende fullmaktsstruktur forelegge søknad om fullmakt om dette til Helse Sør-Øst RHF uavhengig av avtalens verdi. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner. Dersom leieavtalens verdi overstiger 100 millioner kroner skal saken i tillegg forelegges foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF.

3.4 Regelverk om offentlige anskaffelser

Helseforetakene er ansvarlige for at lokalanskaffelsen skjer i henhold til de til enhver tid gjeldende bestemmelser i anskaffelsesregelverket. Hovedregelen er at det skal innhentes flere tilbud.

⁵ Se eksempel på slik vurdering i vedlegg til finansstrategien

Retningslinjer for leie av utstyr i Helse Sør-Øst

1. Innledning

1.1 Formål

Formålet med retningslinjene er å sikre god saksforberedelse og oversikt over utstyr som leies i foretaksgruppen.

1.2 Virkeområde

Retningslinjene gjelder for alle helseforetak i Helse Sør-Øst, og gjelder for alt utstyr som leies.

2. Utredning av utstyrbehov

2.1 Generelt om ansvar og krav til utredning

Foretakene er ansvarlige for god økonomistyring og risikokontroll for å kunne drive sin virksomhet forsvarlig. I den forbindelse er foretakene ansvarlige for å påse at alle relevante forhold blir tilstrekkelig utredet og vurdert i forkant av en utstyranskaffelse.

2.2 Funksjonsbeskrivelse

Avtaleinngåelser om leie av utstyr skal baseres på en funksjonsbeskrivelse som legges til grunn i det videre arbeidet med utstyranskaffelsen. Funksjonsbeskrivelsens omfang må sees i forhold til anskaffelsens størrelse, og risikoen forbundet med anskaffelsen.

Av funksjonsbeskrivelsen skal det fremgå hvilke krav som må stilles til utstyr mht. funksjon og kvalitet, for at virksomheten skal kunne ivareta sine oppgaver. Ved utformingen av funksjonsbeskrivelsen skal det tas hensyn til det lov- og regelverk som til en hver tid gjelder.

2.3 Leie i markedet eller egen investering

Dersom et helseforetak skal dekke deler av sitt utstyrbehov gjennom leie, skal det med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen tas stilling til om utstyrbehovet skal dekkes ved leie i markedet, eller ved egen investering (kjøp). Fordelingen mellom leid og eget utstyr må være et resultat av spesifikk vurdering av hensiktsmessigheten ved hvert av de to alternativene.

Det må særlig vurderes når leie velges fordi det ikke er investeringsmidler i helseforetaket, eller at en investering ikke er gitt prioritet i lokal eller regional prioritering. I denne vurderingen skal det overordnede hensynet være hva som er økonomisk mest gunstig for helseforetaket, på kort og lang sikt. Eksempelvis kan det innebære at utstyr som det er et velfungerende leiemarked for leies i markedet, mens utstyr det ikke er et velfungerende marked for bør eies.

3. Leie av utstyr i markedet

3.1 Generelt om ansvar, fullmakter og krav til saksbehandling

Helseforetakene er ansvarlige for leieforhold som de inngår. Inngåelse av operasjonelle og finansielle leasingavtaler følger de til en hver tid gjeldende beslutningsprosesser samt fullmaktsstrukturer som ved investeringer. I forkant for inngåelse av en leieavtale er det

nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt klassifisering av avtalen som enten operasjonell eller finansiell leieavtale. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner.

Helseforetakene kan inngå operasjonelle leiekontrakter uten å forelegge disse til Helse Sør-Øst RHF dersom følgende kriterier er oppfylt:

- a) Total nåverdi av leieforpliktelse fra kontrakten overstiger ikke 20 millioner kroner.
- b) Leieavtalen inngås for ti år eller mindre.
- c) Leieavtalene må gjelde den ordinære driften av helseforetaket.
- d) Utgiftene i forbindelse med avtalene må kunne dekkes innenfor helseforetakets forventede framtidige inntektsbevilgning.
- e) For alle avtaler utover budsjettåret må behovet for oppsigelsesklausuler nøye vurderes.
- f) Kriteriene gjelder samlet.

For å vurdere om utgiftene i forbindelse med leieavtalen kan dekkes innenfor uendret bevilgningsnivå i hele avtaleperioden, og hvilken handlefrihet avtalen vil gi, skal alle relevante forutsetninger knyttet til leieavtalen være avklart og vurdert før avtalen inngås. For eksempel gjelder dette regulering av leien, oppsigelse/ev. mulighet for forlengelse av avtale, regulering og belastning av øvrige driftsutgifter.

3.2 Fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF

Alle saker knyttet til leie av utstyr skal forelegges Helse Sør-Øst RHF for fullmakt dersom summen av fremtidige leieforpliktelser overstiger de til enhver tid gjeldende fullmaktsnivåer som for investeringer.

Beregningsmetode ved fullmaktsspørsmål: årlig leiebetaling (husleie samt andre kostnader forbundet med leieavtalen, men eksklusive generelle driftskostnader, eksempelvis andel av felles driftskostnader i leiebygget) **diskonteres med leiekontraktens internrente. Dersom ikke internrenten i leieavtalen er kjent eller mulig å beregne, skal det benyttes alternativ lånerente. Alternativ lånerente skal være regionens fastrente med 3, 5 eller 10 års varighet, konsistent med leieavtalens varighet.** Beregningen gjøres for hele leieavtalens periode, inkludert samtlige opsjoner om forlengelse. Pt. er relevant fullmaktsnivå på 20 millioner kroner, jfr. fullmaktsstruktur sist vedtatt i styresak 032-2015 *Revisjon av Finansstrategi i Helse Sør-Øst.*

Ved foreleggelse av fullmaktssøknad til Helse Sør-Øst RHF skal det redegjøres for:

- **Business case:**
 - **Beskrivelse av formål og behov for leieavtalen**

- Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og foretaksnivå
- **Dokumentasjon av valget mellom å kjøpe eller å leie:**
 - Vurdering⁶ av eventuell merkostnad ved å leie fremfor å eie
- **Kontroll mot fullmakter**
 - Dokumentert klassifisering av avtalen som operasjonell eller finansiell
 - Beregning av kontraktsverdi jfr. retningslinjens metode

3.3 Finansiell leasingavtale

Helseforetaket har ikke fullmakt til å inngå finansielle leasingavtaler, og må jamfør gjeldende fullmaktsstruktur forelegge søknad om fullmakt til Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal forut for søknad om fullmakt til avtaleinngåelse konsultere med sin revisor der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell, samt for alle avtaler over 100 millioner kroner. Dersom leieavtalens verdi overstiger 100 millioner kroner skal saken i tillegg forelegges foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.

3.4 Regelverk om offentlige anskaffelser

Helseforetakene er ansvarlige for at lokalanskaffelsen skjer i henhold til de til en hver tid gjeldende bestemmelser i anskaffelsesregelverket. Hovedregelen er at det skal innhentes flere tilbud.

⁶ Se eksempel på slik vurdering i vedlegg til finansstrategien

Eksempel på beregning av eventuelle merkostnader ved å leie

Eksempel:							
Kjøpe eller leie? Beregning av netto nåverdi forskjeller mellom å kjøpe eller å leie en eiendel							
Diskonteringsrente: Fastrente 5 år 1,02 %							
år		0	1	2	3	4	5
Kjøpe	Kjøpesum	-21 077					
	Restverdi						2 107
	Service, vedlikehold						
	Andre kostnader						
Kontantstrøm "Kjøpe"		-21 077	0	0	0	0	2 107
Diskonteringsfaktor		1,00	1,01	1,02	1,03	1,04	1,05
Nåverdier		-21 077	0	0	0	0	2 003
Netto nåverdi "Kjøpe"		-19 074					
Leie	Årlig leiesum		-4 080	-4 080	-4 080	-4 080	-4 080
	Service, vedlikehold						
	Andre kostnader						
	Kontantstrøm "Leie/leasing"		0	-4 080	-4 080	-4 080	-4 080
Diskonteringsfaktor		1,00	1,01	1,02	1,03	1,04	1,05
Nåverdier		0	-4 039	-3 998	-3 958	-3 918	-3 878
Netto nåverdi "Leie/leasing"		-19 790					
Forskjell	Kjøpe		-19 074	Nåverdien av å leie er lavere enn å eie, derfor vil vi i dette tilfelle foretrekke å <u>Kjøpe</u> eiendelen			
	Leie/lease		-19 790				
	Differanse		-716				

- Eksempelen illustrerer foretrukket metode for å beregne økonomisk mer- eller mindrekostnad ved å leie sammenlignet med å kjøpe, en eiendel.
- Basert på business caset skal valget av finansieringsform, enten ved kjøp eller leie, gjøres basert på hva som er økonomisk mest gunstig.
- Samlede kostnader ved å kjøpe eiendelen skal beregnes for hele brukstiden, med utgangspunkt i kjøpesum/anskaffelseskostnad. Eventuelle restverdier ut over sammenlignbar leieperiode skal inkluderes. Dersom service eller vedlikeholdskostnader er inkludert i leiealternativet, skal dette også beregnes for et scenario hvor eiendelen kjøpes, for å oppnå konsistens i beregningene.
- For leiealternativet skal årlige leiekostnader og andre inkluderte relevante kostnader summeres.
- Både kontantstrømmene for kjøp- og leiefinansiering skal diskonteres, i denne metoden med alternativ lårente. Denne renten settes til de halvårslige fastrentetilbudene på langsiktige lån i regionen, med konsistent varighet i antall år. Her illustrert med 5 års rente, benyttet til å vurdere en fem-årig leieavtale.

Nåverdiene for de to finansieringsformene sammenlignes, og differansen er den eventuelle mer-/mindrekostnaden ved å leie, beregnet som nåverdi ved tidspunkt for avtaleinngåelse.

15.6 Vedlegg 6: Instruks for interne lån

Denne instruksen gjøres gjeldende for interne lån gitt fra Helse Sør-Øst RHF til hel- eller mer enn 50 pst. deleid helseforetak innenfor helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst.

Følgende prosedyre skal følges:

1. Helse Sør-Øst RHF kan primært 2 ganger årlig, normalt i forbindelse med behandling av budsjett eller økonomisk langtidsplan, innvilge lån til et helseforetak. Lån kan innvilges basert på søknad fra helseforetak, til bruk til byggeprosjekter, medisinskteknisk utstyr eller IKT.
2. Den tildelte lånerammen gjøres tilgjengelig for utbetalinger til helseforetakets driftskonto snarest etter tidspunktet for låneinnvilgelse.
3. Helseforetaket har fullmakt til å trekke på lånet fra Helse Sør-Øst RHF etter følgende retningslinjer:
 - a. Lånene overføres på anmodning fra det enkelte helseforetak, til helseforetakets driftskonto. Anmodning om utbetaling sendes Helse Sør-Øst RHF senest 5 virkedager før utbetaling skal skje. Det gis adgang til ett uttak pr måned.
 - b. Helseforetaket skal belastes med renter på grunnlag av faktisk utbetalt lån. Renter betales ikke i opptrekkperioden, men legges til på hovedstolen.
 - c. I opptrekkperioden fastsettes renten for ett halvår av gangen, på basis av samme rentebetingelser som Helse Sør-Øst RHF har fra Helse- og omsorgsdepartementet. (markedsrentene på statspapirer med om lag 6 måneders gjenstående løpetid, med et tillegg på 0,4 prosentenheter). Påløpt rente kapitaliseres 30.juni og 31.desember.
4. Det beløp som er utbetalt i lån kan konverteres til langsiktig lån halvårlig. Løpetiden skal beregnes som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene som det er tatt opp lån til. Maksimal løpetid kan dog ikke settes lengre enn 25 år. Lånet gis som serielån med halvårlige terminer med termindato 30.juni og 31. desember.
5. For store prosjekter med låneuttak over 1 år, kan det opprettes særskilte lån hvor det ikke belastes avdrag og hvor renter legges til hovedstolen gjennom prosjektperioden. Når prosjektet, eller deler av prosjektet er ferdigstilt skal lånet innen månedens utløp konverteres til et langsiktig lån i tråd med punkt 4.
6. Når lånet er konvertert til langsiktig lån, kan helseforetaket velge 6 måneders flytende rente slik som i opptrekkperioden, eller fastrente med bindingstid på henholdsvis 3, 5 eller 10 år. Tilbud om fastrenter gis til samme rentevilkår som gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Eventuell endring i rentebinding skal skje ved termindatoene.
7. Anmodning om rentebinding skal gis Helse Sør-Øst RHF senest 2 virkedager etter aktuell termindato. Unntak gis i forbindelse med konvertering av opptrukket beløp til nytt, langsiktig lån. Fristen for eventuell anmodning om rentebinding med virkning fra 1.januar er da satt til 10.januar. Dersom eventuell anmodning om rentebind ikke gis, vil

6 måneders flyterente automatisk bli lagt til grunn.

8. Både for flyterente og fastrente fastsettes rentesatsen lik det Finansdepartementet gjør, på basis av statens innlånskostnader i markedet med et tillegg på 0,4 prosentenheter. Helse Sør-Øst RHF legger ikke til egne påslag i rentesatsen.
9. Lånekontrakten for de enkelte langsiktige lånene inngås mellom det enkelte helseforetak og Helse Sør-Øst RHF utarbeides halvårlig. På forhånd må det derfor meldes inn til Helse Sør-Øst RHF hvilke lån som skal konverteres til langsiktige lån og hvilke som skal videreføres som byggelån, samt hvilke lånebeløp som er konvertert til langsiktig lån i løpet av året.

15.7 Vedlegg 7: Rutine for lokale IKT-lån

1. Lokale IKT-investeringer besluttes i foretakene. Disse skal inngå i foretakets budsjett og områdeplan som godkjennes av Helse Sør-Øst RHF. Godkjenning av investeringen skal være basert på prosjektets total kostnad. Gjennomføringen skal skje i regi av Sykehuspartner HF.
2. Foretaket henvender seg til Sykehuspartner HF for å etablere prosjektet (prosjektnummer, fakturaadresse, kontaktpersoner med videre). Prosjektgjennomføringen skal utføres i henhold til PPM-metodikken. Se Clarity (prosjektstyringsverktøy) for malverk.
3. På bakgrunn av foretakenes vedtatte budsjett for lokale IKT-investeringer, inngås det en låneavtale mellom Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF med samlet beløp lik budsjetterte investeringer. Vedtatt budsjett skal være avstemt mellom Sykehuspartner HF og det enkelte helseforetak. Dokumentasjon på dette skal være tilgjengelig for Helse Sør-Øst RHF minimum i forbindelse med den årlige budsjettprosessen.
4. På bakgrunn av budsjettert investering etableres det en låneavtale mellom foretaket og Helse Sør-Øst RHF. Vedtatt mal for slike avtaler skal benyttes. Lånebeløpet utbetales fra foretaket til Sykehuspartner HF via Helse Sør-Øst RHF etterskuddsvis, etter faktisk investert beløp i Sykehuspartner HF. Låneavtalens § 7 regulerer evt. endringer i prosjekt(enes) omfang.
5. Låneavdragene følger avskrivningen av investert beløp, og tilbakebetales foretaket fra Sykehuspartner HF via Helse Sør-Øst RHF.
6. Når et lokalt IKT-prosjekt er avsluttet skal Sykehuspartner HF påse at prosjektets andel av lånesummen bli konvertert til et langsiktig lån, og aktivere saldoen fra anlegg under utførelse etter at avstemming med Helse Sør-Øst RHF er utført.
7. Fra og med første måned etter at et lokalt IKT-prosjekt er aktivert, skal Sykehuspartner HF fakturere det aktuelle helseforetaket med avtalt tjenestepreis. Videre skal Sykehuspartner HF spesifisere avskrivningene som inngår i tjenestepreisen og månedlig oversende denne oversikten med spesifikasjonen til Helse Sør-Øst RHF. Dette danner grunnlag for utbetalingen fra Sykehuspartner HF via Helse Sør-Øst RHF til foretakene.
8. Både foretakene og Sykehuspartner HF skal oppgi det regionale helseforetaket som motpart.

Nærmere om forholdet mellom Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF

- I. Sykehuspartner HF skal være omforent med foretakene om faktisk pådrag og total ramme per prosjekt før oppstart. Deretter sendes faktura etterskuddsvis til Helse Sør-Øst RHF.
 - a. Fakturavedlegg skal inneholde underlag med faktisk pådrag og total ramme per prosjekt
 - b. Kredittiden følger rutine for internhandel

- II. Dersom et lokalt IKT-prosjekt blir dyrere enn budsjettert beløp og det påvirker den totale årlige budsjetttrammen, plikter Sykehuspartner HF å innhente skriftlig samtykke fra det aktuelle helseforetak før Sykehuspartner HF pådrar seg økte økonomiske forpliktelser utover det partene har avtalt. Helseforetakets skriftlige samtykke skal sendes Helse Sør-Øst RHF. Det samme gjelder dersom prosjektets totalkostnad vil bli større enn budsjettert totalkostnad.
- III. Sykehuspartner HF har ikke anledning til å iverksette lokalt finansierte IKT-prosjekter dersom det aktuelle helseforetak ikke har godkjent og budsjettert med dette. Ved årsslutt skal Sykehuspartner HF sende Helse Sør-Øst RHF spesifisert underlag for endelig avregning. Disse skal ligge som vedlegg til låneavtalene som er laget basert på budsjettet.

Avgrensninger

Tjenesteendringer, bestilt fra helseforetak hos Sykehuspartner HF, skal håndteres i tråd med tjenesteprismodellen som gjelder per dags dato. Dersom disse faller inn under kategoriene for lokale IKT-prosjekter skal denne rutinen følges. Mindre tjenesteendringer kostnadsføres, faktureres løpende til helseforetaket og omfattes ikke av denne rutinen.