



NASJONAL FORSIKRINGSSTRATEGI

INNHALDSFORTEGNELSE

Innhold

1.	GENERELT	3
2.	OVERORDNET MÅLSETTING	3
3.	OVERORDNET FORSIKRINGSSTRATEGI	3
	3.1 RISIKOSTYRING.....	4
	3.2 DEKNINGSSTRUKTUR OG ALTERNATIVE FORSIKRINGSMODELLER	5
4.	RISIKOOMRÅDER OG FORSIKRINGSBEHOV	6
5.	ANSVARSFORHOLD OG ORGANISERING	6
	5.1 ANSVARSFORHOLD	6
	5.2 INNKJØP AV FORSIKRING	6
	5.3 FORVALTNING AV FORSIKRINGSAVTALENE.....	7

1. GENERELT

Norge er delt i fire helseregioner. I hver av dem har et regionalt helseforetak ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. Staten eier de regionale helseforetakene. I tillegg til å drive sykehusene har de regionale helseforetakene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De regionale helseforetakene løser sine pålagte oppgaver enten ved at sykehus eid av de regionale sykehusene utfører oppgavene eller at tjenestene tilbys av private.

De regionale helseforetakene er Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF som hver eier ulike antall helseforetak i sin region. I tillegg eier de regionale helseforetakene felles selskaper.

Dette dokumentet uttrykker regionenes omforente strategi på forsikringsområdet. Det skal være et overordnet styringsverktøy til bruk i den løpende og fremtidige planlegging og organisering av risikoavlastning, samt valg og innkjøp av forsikringsdekning og øvrige tjenester til beskyttelse av medarbeidere, miljø, materielle verdier og andre interesser.

Hvert helseforetak kan ha delstrategier innenfor rammen av den overordnede forsikringsstrategi.

2. OVERORDNET MÅLSETTING

Den overordnede målsettingen for arbeid innen forsikringsområdet:

Oppnå optimale forsikringsløsninger for den samlede virksomhet innen foretaksgruppen. Dette skal skje gjennom:

- **å arbeide målrettet og strukturert med risikovurderinger og skadeforebyggende tiltak**
- **å utnytte markedet gjennom felles innkjøp og felles forsikringsstrategi.**

Dette dokument uttrykker en **omforent strategi** til risikohåndtering og forsikringsdekning for spesialisthelsetjenesten med tilhørende felles eide virksomheter.. Forsikringsstrategien skal videre være førende for organisering av arbeidet med risiko- og sårbarhetsvurderinger i forsikringsspørsmål.

3. OVERORDNET FORSIKRINGSSTRATEGI

Forsikringsstrategien skal ta hensyn til de enkelte helseforetakenes ansvarsposisjon som formell arbeidsgiver, spesielt med hensyn til personalforsikringene. Det innebærer at felles sosiale bestemmelser som er del av tariffavtalene skal ivaretas. Det må også tas hensyn til inngåtte forpliktelser i den enkelte virksomhet som avviker fra felles sosiale bestemmelser eller bestemmelser i sentrale tariffavtaler.

3.1 Risikostyring

Det legges til grunn at det enkelte foretak tilfredsstiller lover, sikkerhetsforskrifter og andre offentlige krav. Helseforetakene skal utføre risikoanalyser med vurdering av sannsynlighet og konsekvens med hensyn til mulige skadeområder. Systematisk kartlegging og forbedring av risiko vil over tid medføre et redusert risikonivå og lavere forsikringspremie.

Dette skjer på to måter:

1. Risikoreducerende tiltak skal lede til å redusere skadebelastning
2. Reduksjon i skadefrekvens og omfang gjennom styring og bevisst holdning til risikovurderinger, vil kunne gi reduserte forsikringspremier.

Det er viktig at hvert helseforetak danner seg et så godt bilde som mulig av sin egen risikosituasjon. Ut fra dette skal det vurderes i hvilken grad og på hvilken måte risiko kan/skal avlastes. Det er også viktig å dokumentere håndtering av nesten-hendelser. Dersom det bare fokuseres på de faktiske skadene/skadepotensialet er dette bare deler av arbeidet. Gode rutiner for involvering av medarbeidere og ledere der alle bidrar til å rapportere nesten-hendelser som kunne fått skadepotensiale er et viktig kunnskapsgrunnlag. Det gir grunnlag for tiltak for å hindre at nesten-hendelser blir faktiske hendelser. Dette gjelder på alle områder.

Forebyggende arbeid skal utgjøre en integrert del av forsikringsstrategien og foretakenes HMS arbeid. Gode rapporteringsrutiner for nesten-hendelser og faktiske hendelser er viktig for å redusere kostnadene på personalforsikringer. Det er også viktig at hver region sammenstiller tiltaksområder og resultater på HMS-området for å sikre at aktuarberegninger skjer basert på faktiske resultat. Gjeldende forsikringsavtaler viser at det er til dels store forskjeller i forsikringspremier mellom regionene. Noe av dette kan skyldes svak dokumentering av tiltak og resultat, men noe må skyldes høy fraværs- og eller skadefrekvens. Utviklingen av sykefraværet vil være en tydelig indikator på «friskheten i virksomhetene». Likeledes bør oversikt over HMS-forhold kunne dokumentere og si noe om hvilke mål og strategier som er gjort gjeldende i den enkelte region. Dette fordi relevant og planmessig skadeforebygging over tid vil være direkte relatert til egne kostnader og besparelser ved innkjøp av forsikring.

Det er også viktig at strategien ikke legger innkjøpsfaglige premisser som skal gi en felles pris for hele spesialisthelsetjenesten. Det kan innebære en median eller gjennomsnittspris som for noen regioner vil bety en betydelig økning i forsikringskostnadene. Det må derfor være mulig for forsikringsselskapene å prise både per region og for alle regioner. En pris for alle regioner for alt eller for deler av polisene bør gi seg utslag i beste pris tilnærming.

3.2 Dekningsstruktur og alternative forsikringsmodeller

Foretakene må over tid påregne å dekke sine løpende frekvenskader¹. Tegning av forsikring under det frekvensnivå som defineres for hvert forsikringsområde, vil kunne innebære unødvendige kostnader. En forbedret skadeutvikling innenfor frekvensnivået vil automatisk gi økonomisk gevinst for helseforetaket.

Ved å være selvassurandør for større eller mindre deler av risikoavlastningsbehovet, i kombinasjon med å være en betydelig forsikringskjøper, er den overordnede målsetting å holde både det nasjonale, regionale og det enkelte helseforetakets totale forsikrings- og/eller risikokostnader så lave som mulig. Egenandeler og selvrisiko i seg selv vil sette et fokus på skadeforebyggende initiativ.

Selvriskomaksimalen skal gjenspeile den øvre grense for den økonomiske belastning foretakene er villig å påta seg i forbindelse med et skadetilfelle eller samlet for ett forsikringsår.

De spesifikke dekningsløsninger og den maksimale selvrisiko eller egenregningsbelastning avklares nærmere i forbindelse med anskaffelsesprosesser.

Valgte selvrisiko- og egenandelsnivåer forutsettes å overstige de frekvensnivåer som vil gjelde for de enkelte forsikringsområder.

Følgende hovedprinsipper legges til grunn for valg av forsikringsløsninger:

- a) Risikoeksponering og kostnader avveies samlet for alle forsikringsforhold, med det siktemål å redusere risiko og kostnader til skadeutbedring og forsikringspremie. Ved i størst mulig grad å inngå felles forsikringsavtaler mot større enkeltskader og beholde frekvensrisikoen for egen regning, vil det kunne oppnås besparelser i forhold til forsikringsavtaler for hvert enkelt helseforetak.
- b) Forsikringene skal dekke skader og være tilnærmet uavhengig av frekvensskadenes («småskader» - se fotnote 1) utvikling jfr. pkt a) over.
- c) Samlet kontroll og påvirkning gjennom god risikostyring skal ved bevisst bruk av risikoforbedrende tiltak kunne gi reduserte skader og lavere forsikringspremie.
- d) Det søkes til enhver tid å utnytte markedsmulighetene i kraft av lave skadetall, spesialisthelsetjenestens størrelse og samlede premievolum.
- e) Siktemålet med forsikringsstrategien er «lik erstatning for lik skade». Det er i dagens forsikringsløsninger ulikheter mellom de enkelte regioner og innenfor hver enkelt region. Det skal arbeides med å harmonisere forsikringsløsningene.
- f) Landets helseforetak skal gjennomføre felles innkjøp av forsikring inkl. bruk av felles meglertjeneste.

¹ Frekvensskader er skader inntil en viss størrelse som innenfor et risikoområde over en gitt tidsperiode inntreffer jevnlig (småskader)

4. RISIKOOMRÅDER OG FORSIKRINGSBEHOV

De mest aktuelle dekningsbehov som skal vurderes og som avlaster risiko for de enkelte helseforetakene:

- Personforsikringer
 - Lovpliktige og tariffestede personforsikringer skal dekkes. Likeledes skal alle ansatte på yrkesreiser være tjenestereiseforsikret ved sykdom og tap av reisegods. For øvrig vises det til punkt 5.2. siste avsnitt.
 - Pensjonsforsikring omfattes ikke av denne forsikringsstrategi.
 - Forsikringsdekningene skal også dekke ytelser som er tatt inn som del av lokale tariffavtaler mm. Dersom det skal skje en samordning over tid, vil dette kreve en betydelig medvirkning og medbestemmelse fra tillitsvalgte.
- Skadeforsikringer
 - Forsikringsdekninger innenfor bygning, maskiner, medisinteknisk utstyr, IKT utstyr, inventar, løsøre, varer, transport, motorvogn, arbeidsmaskiner mm.
 - Forsikringsdekninger innenfor avbrudd, bedrifts- og produktansvar, kriminalitet, mm.

5. ANSVARFORHOLD OG ORGANISERING

5.1 Ansvarsforhold

Strategien godkjennes på regionalt nivå. Alle helseforetak forpliktes til å gi sin tilslutning til å følge/etterleve den strategien som er godkjent av det regionale foretaket. Forankring av strategien bør skje på lik linje som for andre felles strategier i hver enkelt region. Her er det ulikheter, men det er det enkelte RHF sitt ansvar å sikre tilstrekkelige prosesser for tilslutning og beslutninger.

Helseforetakene inkl. felleseide selskaper skal omfattes av den overordnede nasjonale forsikringsstrategien.

Hvert helseforetak har ansvaret for at det til en hver tid foreligger korrekte data for alle aktuelle forsikringsobjekter/-forhold i egen virksomhet.

Det tilligger administrerende direktør for hver enkel region å forvalte forsikringsstrategien.

5.2 Innkjøp av forsikring

Det tilligger de fire regionale administrerende direktørene å organisere innkjøp av forsikring.

Innkjøp av forsikring forhandles samlet for alle helseforetakene da dette forventes å gi de mest kostnadseffektive forsikringsløsninger for alle helseregionene. For best mulig å sikre at de forskjellige forsikringsbehov blir ivaretatt både nasjonalt, regionalt og for det enkelte HF, tilrås etablert regionale forsikringsutvalg. Anskaffelsesprosessene tilrås prosjektorganisert. I tillegg er det løpende dialog mellom forsikringsmegler og helseforetakene hvor forsikringsspørsmål blir drøftet. Der planlegges anskaffelse via forhandlinger med forsikringsselskapene legges til grunn at megler sikrer deltakelse fra styringsgruppen og andre som utpekes av RHF-ene.

Eventuelle historiske særavtaler og særordninger som krever lokal involvering eller tilpasning, skal avklares før enhver anbudsprosess. Eventuelle lokale særavtaler som det enkelte helseforetak historisk måtte være bundet av, må gjennomgås. Forsikringsområdet er komplisert og det er grunn til å tro at det er dekningsområder som kan avløses. Dette arbeidet må den enkelte virksomhet ta ansvar for.

Nye særavtaler innenfor forsikringsområdet skal ikke etableres uten forutgående forankring i tråd med felles forsikringsstrategi. .

5.3 Forvaltning av forsikringsavtalene

I tillegg til innkjøpene av forsikringer er det planmessig samarbeid mellom forsikringsmegler og helseforetakene. Hvert regionale helseforetak og helseforetak skal oppnevne kontaktperson(er) for megler. Det kan være hensiktsmessig å ha egne kontaktpersoner for ulike forsikringer, så som tingskadeforsikring, autoforsikring (kjøretøy) og personforsikringer.