

FINANSSTRATEGI

for

Helse Sør-Øst

Versjon 6.0

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1	FORMÅL, GYLDIGHET OG OMFANG.....	5
1.1	FORMÅL FOR FINANSSTRATEGI.....	5
1.2	GYLDIGHET	5
1.3	OMFANG.....	5
2	HOVEDPRINSIPP, ANSVAR, ROLLER OG ORGANISASJON I FINANSFORVALTNINGEN	6
2.1	HOVEDPRINSIPP	6
2.2	ANSVAR	6
2.3	ROLLER OG ORGANISERING	6
3	INNTEKTS- OG LIKVIDITETSFORDELING	7
3.1	FINANSIERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN	7
3.2	INNTEKTSMODELLEN I HELSE SØR-ØST	7
3.3	INTERN LÅNEMODELL I FORETAKSGRUPPEN	8
4	LIKVIDITETSSTYRING.....	8
4.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	8
4.2	MÅLSETTING	9
4.3	ROLLER OG ANSVAR FOR LIKVIDITETSSTYRING	9
4.4	KORTSIKTIG FINANSIERING	10
4.5	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR PLASSERING AV OVERSKUDSLIKVIDITET.....	10
4.6	LIKVIDITETSEFFEKTER AV PENSJON.....	10
5	FULLMAKTSTRUKTUR FOR INVESTERINGER OG LEIEAVTALER	11
5.1	FULLMAKTSTRUKTUR FOR INVESTERINGER.....	11
5.2	LEIEAVTALER I HELSE SØR-ØST.....	12
5.3	NÆRMERE OM FULLMAKTER FOR LEIEAVTALER	13
5.4	FULLMAKTSTRUKTUR FOR AVHENDING AV EIENDOM	15
6	BANKOMRÅDET	16
7	FINANSIERING, GARANTIER OG RENTERISIKO	16
7.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	16
7.2	MÅLSETTING	17
7.3	ROLLER OG ANSVAR	17
7.4	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR FINANSIERING	17
7.5	GARANTIER/ MORSELSKAPSGARANTIER	19
7.6	RAMMER OG RETNINGSLINJER FOR RENTERISIKO	19
7.7	ØKONOMISK BÆREEVNE I INVESTERINGSPROSJEKTER	20
7.8	LOKALE IKT-LÅN.....	22
7.9	OFFENTLIG-PRIVAT SAMARBEID (OPS)	22
8	FORSIKRING.....	23
8.1	RETNINGSLINJER FRA EIER	23
8.2	MÅLSETTING	23
8.3	ROLLER OG ANSVAR	23
8.4	RAMMER OG RETNINGSLINJER	23
9	PENSJON.....	24
10	VALUTA OG VALUTARISIKO.....	25
11	RÅVARER OG RÅVARERISIKO.....	26
11.1	PRINSIPIELLE FØRINGER FOR HANDEL MED ELEKTRISK ENERGI	27
12	KREDITT- OG MOTPARTSRISIKO	27

13	POLITISK EKSPONERTE PERSONER	27
14	RAPPORTERING	28
14.1	KRAV FRA EIER	28
14.2	MÅLSETTING	28
14.3	ROLLER OG ANSVAR	28
15	VEDLEGG TIL FINANSSTRATEGIEN	29
15.1	VEDLEGG 1: FORUTSETNINGER I VEDTEKTER, LOV OG STYRINGSINSTRUKS	29
15.2	VEDLEGG 2: FINANSIELL RISIKO - RISIKOKATEGORIER OG DEFINISJONER	30
15.3	VEDLEGG 3: DEFINISJON AV DRIFTSKREDITT, LIKVIDITETSRESERVER OG OVERSKUDDSLIKVIDITET	31
15.4	VEDLEGG 4: LIKVIDITETSSTYRINGSPRINSIPPER I HELSE SØR-ØST RHF	32
15.5	VEDLEGG 5: RETNINGSLINJER FOR LEIE AV LOKALER OG UTSTYR	33
15.6	VEDLEGG 6: INSTRUKS FOR INTERNE LÅN	36
15.7	VEDLEGG 7: RUTINE FOR LOKALE IKT-LÅN	38
15.8	VEDLEGG 8: REGIONALE RETNINGSLINJER FOR DRIFTSØKONOMISKE ANALYSER OG VURDERING AV ØKONOMISK BÆREEVNE I INVESTERINGSPROSJEKTER	39
15.9	VEDLEGG 9: DISKONTERINGSRENTE IKT	39

Endringslogg

Ver.	Dato	Endringens art og omfang	Godkjent av
1.0	20. desember 2012	Vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF	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. februar 2017	Revidert finansstrategien	Styret i Helse Sør-Øst RHF
4.0	25. april 2019	Revidert finansstrategien	Styret i Helse Sør-Øst RHF
4.1	29. mai 2019	Lagt inn korreksjoner fra styrebehandlingen 25. april	Administrerende direktør
5.0	17. juni 2021	Revidert finansstrategien	Styret i Helse Sør-Øst RHF
5.1	19. juni 2021	Lagt inn korreksjoner fra styrebehandlingen 17. juni og noen mindre administrative korrigeringer	Økonomidirektør
6.0	26. oktober 2023	Revidert finansstrategi	Styret i Helse Sør-Øst RHF

1 Formål, gyldighet og omfang

1.1 Formål for finansstrategi

Finansstrategien i Helse Sør-Øst fastsetter felles retningslinjer og rammer for finansiering av foretaksgruppens virksomhet, forvaltning av foretaksgruppens 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 foretaksgruppens finansaktiviteter er å sikre en stabil finansiering av virksomheten, basert på økonomisk bæreevne. 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 foretaksgruppens kontantstrøm. Foretaksgruppen påtar seg risiko i 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 foretaksgruppens langsiktige hovedmålsettinger nedfelt i *Regional utviklingsplan 2040* og førende dokumenter fra eier og myndigheter. Spesielt relevant for finansområdet er § 12 i vedtekter for Helse Sør-Øst RHF, «Instruks for lån knyttet til investeringer for de regionale helseforetakene» av 26. februar 2003 med senere endringer, og retningslinjer gitt i gjeldende foretaksprotokoll.

1.2 Gyldighet

Finansstrategien gjelder for Helse Sør-Øst RHF, samt alle heleide helseforetak. 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 velger å etablere egen finansstrategi er dette dokumentet førende for innholdet og ved uoverensstemmelser mellom disse, er foretaksgruppens 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 Hovedprinsipp, ansvar, roller og organisasjon i finansforvaltningen

2.1 Hovedprinsipp

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

2.2 Ansvar

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 § 28 gir 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.

2.3 Roller og organisering

Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide foretaksgruppens finansstrategi, og følge opp etterlevelse. 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 26. oktober 2023 i styresak 119-2023 Endring i administrerende direktørs fullmakter innenfor «daglig ledelse». Det er også tidligere etablert egne fullmaktstrukturer for investeringer. Styresak 093-2009 Økonomisk handlingsrom og utfordringsbilde danner fundamentet for dagens fullmaktstruktur for investeringer, samt for avgrensningen mellom lokalt og regionalt ansvar for disse. Fullmaktnivået for mindre investeringer ble endret i styresak 032-2015 Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst og fullmaktstrukturen for større byggeinvesteringer er sist presisert i styresak 073-2019 Revisjon av fullmaktsstruktur for byggeinvesteringer. Gjeldende fullmaktstruktur for investeringer fremgår av kapittel 5.1. Sykehuspartner HF mottok oppdaterte fullmakter i styresak 007-2019 og i oppdrag og bestilling for 2023.

3 Inntekts- og likviditetsfordeling

3.1 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, selv om de tildeles basert på gitte kriterier.
- **Aktivitetsbaserte inntekter.** Disse gis som overslagsbevilgninger i statsbudsjettet og varierer med den faktiske aktiviteten i helseforetakene.

Tilsvarende finansieres helseforetakene i Helse Sør-Øst med faste inntekter, hvor fordelingen hovedsakelig bestemmes av en inntektsmodell, og aktivitetsbaserte inntekter som bestemmes av aktiviteten. Helseforetakene kan i tillegg ha egne inntekter f.eks. fra egenandeler, direkte salg av ulike produkter og tjenesteytelser, samt tilskudd fra offentlige og private institusjoner.

3.2 Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst

Inntektsmodellen tar utgangspunkt i opptaksområdene og legger til grunn at helseforetakene og sykehusene har et totalansvar for spesialisthelsetjenester innen sitt definerte opptaksområde. Basisramme fordeles mellom opptaksområdene i hovedsak gjennom en kriteriebasert inntektsmodell. Målet er å tildele inntekter til helseforetakene og sykehusene 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 og sykehusenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger og interne pasientstrømmer.

Inntektsmodellen består av følgende hovedkomponenter:

- *Behovskomponenten* fordeler inntekter til helseforetakene og sykehusene etter variasjon i behovsrelaterte forhold som befolkningens alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet.
- *Kostnadskomponenten* kompenserer for i kostnadmessige forhold som antas å gi uforskyldte merkostnader i pasientbehandlingen.
- *Mobilitetskomponenten* korrigerer helseforetakenes inntekter i forhold til hvor pasientene 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.

3.3 Intern lånemodell i foretaksgruppen

Når Helse- og omsorgsdepartementet tildeler Helse Sør-Øst RHF de årlige bevilgningene, følges alle inntekter av likviditet. Deler av foretaksgruppens kostnader, eksempelvis avskrivninger, er ikke-betalbare. Dette gir 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 vurderes behovet for likviditet til regionale og lokale formål, som godkjennes i de årlige budsjettprosessene. Helseforetakene får årlig tildelt likviditet for å finansiere de lokale investeringene som helseforetakene har ansvaret for, blant annet anskaffelser av medisinsk utstyr og bygningsmessig vedlikehold.

Gjennom denne låneordningen oppstår det over tid fordringer hos helseforetakene, på det regionale helseforetaket. Denne likviditeten som det regionale helseforetaket låner inn hvert år, benyttes til finansiering av foretaksgruppens regionalt felles prioriterte satsninger på investeringsområdet. Dette inkluderer de store byggeprosjektene, regionale IKT-prosjekter, eventuelle omstillingsbehov mm. Avdrag på langsiktige lån håndteres også innenfor denne ordningen. Helseforetakene bidrar på denne måten med likviditet i et fellesskap for regionalt prioriterte satsningsområder. Denne ordningen gjør det mulig for foretaksgruppen å finansiere større byggeprosjekter og regionens satsning på IKT raskere enn hvis hvert enkelt helseforetak måtte spare til prosjektene i forkant av gjennomføring.

Fordringen som bygges opp hos helseforetakene over tid, tilbakebetales til det enkelte helseforetaket når dette gjennomfører et regionalt prioritert byggeprosjekt. Det beregnes renter av helseforetakenes innskudd- eller trekk gjennom denne låneordningen.

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. I tillegg kommer eventuelle eiendomssalg og låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet (sistnevnte via Helse Sør-Øst RHF).

4 Likviditetsstyring

4.1 Retningslinjer fra eier

Foretaksgruppens 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 foretaksgruppen 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 foretaksgruppens begrensninger i forhold til forvaltning av overskuddslikviditet, jfr. setningen: *“Det åpnes kun for å benytte allment anerkjente plasseringsinstrumenter med høy likviditet og lav risiko”*.

4.2 Målsetting

Målsettingen for foretaksgruppens finansforvaltning er å oppnå størst mulig tilgjengelighet, fleksibilitet og avkastning på 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 foretaksgruppens likviditetssituasjon. Det enkelte helseforetaket og foretaksgruppen 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 er at helseforetakene gjennom sine likviditetsprognoser og sin likviditetsstyring gir Helse Sør-Øst RHF et realistisk bilde av fremtidige forhold som påvirker likviditetssituasjonen.

4.3 Roller og ansvar for likviditetsstyring

Helse Sør-Øst RHF har et overordnet ansvar for foretaksgruppens 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 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 14.4).

Det utarbeides årlig en regional økonomisk langtidsplan, hvor helseforetakene leverer innspill gjennom helseforetakenes egne økonomiske langtidsplaner. Denne

langtidsplanleggingen er etablert som et verktøy for overordnet langsiktig planlegging av ressursbruk knyttet til drift og investering.

4.4 Kortsiktig finansiering

Helse Sør-Øst RHF – tilgang til ekstern kortsiktig finansiering

Helse Sør-Øst RHF har hovedsakelig to kilder for ekstern kortsiktig finansiering:

- Driftskreditt i statskassen 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 kilder for intern kortsiktig finansiering:

- 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 3.3 for omtale av likviditetsfordelingsmodellen. 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 helseforetaket har. Lykkes ikke dette, kan Helse Sør-Øst RHF tildele kortsiktig driftskreditt etter søknad.

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

4.5 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 eller annen rentebærende gjeld er et hensiktsmessig alternativ.

4.6 Likviditetseffekter av pensjon

I henhold til punkt fire i prinsipper for likviditetsstyring (vedlegg 14.4) skal likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt eventuell bruk av premiefondsmidler, forutsettes nøytrale for helseforetaket. Dette håndteres ved at Helse Sør-Øst RHF pålegger helseforetaket å nedbetale driftskreditt i de tilfeller pensjonskostnaden er større enn pensjonspremien, og tildeler utvidet driftskreditt i motsatt tilfelle. Sykehusapotekene HF, som selvfinansierende helseforetak, vil som hovedregel måtte håndtere likviditetseffekter av pensjon innenfor egen tilgjengelig likviditet.

Premiefondsmidlene tilhører helseforetakene og inngår i styringen av total likviditet. Det er Helse- og omsorgsdepartementet, via Helse Sør-Øst RHF 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 til investeringer.

5 Fullmaktstruktur for investeringer og leieavtaler

5.1 Fullmaktstruktur for investeringer

Fullmaktstrukturen for investeringer er etablert over tid gjennom flere styresaker, jamfør omtale i kapittel 2.3 Roller og organisering. Investeringer skal følge de til enhver tid gjeldende beslutningsprosesser og fullmaktstrukturer som gjelder i foretaksgruppen.

Tabellen nedenfor viser aktuelle fullmaktgrenser basert på nåverdi av investeringen. Beløpene gjelder selve investeringstiltaket og skal inkludere eventuelle øvrige tiltak som følger av beslutning om gjennomføring.

Millioner kroner ->		Under 50	Over 50, under 200	Over 200	Over 500
MTU, IKT og annet	Beslutnings-myndighet	Helseforetak	Adm.dir HSØ RHF	Styret i HSØ RHF	Styret i HSØ RHF
	Formkrav	Behandling i HF ihht HF's fullmaktstruktur	Styresak i HF Fullmaktsøknad til HSØ RHF	Styresak i HF, Fullmaktsøknad til HSØ RHF, deretter styresak i HSØ RHF	Styresak i HF, Fullmaktsøknad til HSØ RHF, deretter styresak i HSØ RHF.
Millioner kroner ->		Under 100	Over 100, under 200	Over 200	Over 500
Bygg	Beslutnings-myndighet	Helseforetak	Adm.dir HSØ RHF	Styret i HSØ RHF	Styret i HSØ RHF
	Formkrav	Behandling i HF ihht HF's fullmaktstruktur	Styresak i HF, Fullmaktsøknad til HSØ RHF	Styresak i HF, Fullmaktsøknad til HSØ RHF, deretter styresak i HSØ RHF	Prosess og beslutningsgrunnlag iht. tidligfaseveileder, Ekstern kvalitetssikring, styresak i HSØ RHF

Ved fullmaktsøknader til Helse Sør-Øst RHF skal som et minimum følgende omtales og dokumenteres:

- Prosess og behandling av helseforetakets styre
- Formål og økonomisk bæreevne
- Vurdering av økonomisk bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå
- Kontroll mot fullmakter
- Beregning av investeringsstørrelse og prosjektets omfang

IKT-prosjekter skal gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF, uavhengig av størrelse. For IKT-prosjekter som er delt opp i trinn, skal det totale økonomiske omfanget for alle trinn legges til grunn for vurdering av fullmaktsgrenser.

Anvendelse av *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* er påkrevd for alle prosjekter og finansielle leieavtaler som skal styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF. Omfanget av utredningen kan tilpasses noe for mindre prosjekter (under 500 millioner kroner), etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Fullmaktstruktur for investeringer og leiekontrakter følger beslutningspunkter gjengitt i *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har beslutningsmyndighet for beslutningspunktet B1 - oppstart av tidligfase (prosjektinnramming), B2 - Godkjenne prosjektinnramming, og B3A - Godkjenne hovedprogram og valg av hovedalternativ, dersom prosjektet er under 500 millioner kroner.

Helse Sør-Øst RHF har beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B1 – oppstart av tidligfase (prosjektinnramming) for prosjekter over 500 millioner kroner. Videre har Helse Sør-Øst RHF beslutningsmyndighet for beslutningspunkt B3 – godkjenne valg av konsept og beslutningspunkt B4 – godkjenne investering for prosjekter over 100 millioner kroner.

5.2 Leieavtaler i Helse Sør-Øst

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, særlig for finansielle leieavtaler.

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

Avtaler om operasjonell og finansiell leie tillates i Helse Sør-Øst etter nærmere regler i finansstrategien og innenfor gjeldende vedtekter. Det er utarbeidet særskilte retningslinjer for leie av lokaler og for leie av utstyr i foretaksgruppen, se vedlegg 14.5.

I forkant av inngåelse av en leieavtale er det nødvendig å vurdere avtalens innhold for å sikre korrekt regnskapsmessig klassifisering av avtalen som enten en operasjonell eller finansiell leieavtale. Klassifiseringen er regulert av Lov om årsregnskap mv. (regnskapsloven), herunder Norsk Regnskaps Standard 14 (NRS 14). Helseforetaket skal konsultere revisor for klassifisering av alle leieavtaler over 100 millioner kroner samt der det er tvil om hvorvidt avtalen skal klassifiseres som operasjonell eller finansiell.

Hovedregelen i NRS 14 sier *“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 ligner en finansiell leieavtale på kjøp av objektet, og leieavtalen skal balanseføres. Operasjonelle leieavtaler er avtaler hvor det vesentligste av risiko og kontroll ikke er overført, og skal ikke balanseføres i regnskapet.

Leieavtaler skal ikke inngås basert på knapphet på finansiering, men være begrunnet i en risiko- og nyttevurdering. I vurderingen skal eventuelle økonomiske merkostnader og andre ulemper ved leie vurderes opp mot eventuell nytte av å leie, som kan bestå av for eksempel behov for fleksibilitet, eller behov for samlokalisering med andre offentlige instanser (offentlig-offentlig samarbeid).

Retningslinjene i kapittel 14.5 sier blant annet at helseforetaket skal vurdere egne ledige lokaler, og at eventuell inngåelse av avtale om leie skal skje med basis i egen

utviklingsplan med tilhørende arealplan. Helse Sør-Øst RHF forbeholder seg retten til å avslå søknaden hvis finansstrategien med dens anbefalte retningslinjer i vedlegg 14.5 ikke er fulgt.

5.3 Nærmere om fullmakter for leieavtaler

Felles retningslinjer for operasjonelle og finansielle leieavtaler

Finansstrategien sidestiller fullmaktgrensene for leiekontrakter med investeringer i egen regi ved at inngåelse av operasjonelle og finansielle leieavtaler skal følge de til enhver tid gjeldende beslutningsprosesser og fullmaktstrukturer for investeringer i foretaksgruppen. For finansielle leieavtaler er det i tillegg særskilte retningslinjer.

Forpliktelsen som helseforetaket påtar seg ved å inngå leieavtalen, vil tilsvare nåverdien av leieforpliktelsen (leiekontraktens verdi). Eventuelle opsjonsperioder inkluderes i beregningen av leiekontraktens verdi for fullmaktspørsmål, jf. vedlegg 14.5.

Helseforetaket skal sørge for at det foreligger fullmakt til å inngå avtale om operasjonell eller finansiell leie **før** bindende forpliktelser (inkludert intensjonsavtale eller lignende) inngås. Søknad om fullmakt til å inngå operasjonell eller finansiell leieavtale skal sendes Helse Sør-Øst RHF dersom leiekontraktens verdi overstiger følgende fullmaktgrenser:

- Leieavtaler for leie av lokaler: Helse Sør-Øst RHF skal omsøkes når leieforpliktelsen er over **100 millioner kroner**.
- Leieavtaler for leie av utstyr (MTU, IKT og annet): Helse Sør-Øst RHF skal omsøkes når leieforpliktelsen over **50 millioner kroner**.
- Det enkelte helseforetaket skal ikke inngå finansielle leieavtaler som medfører en total årlig finansiell leie over 0,2% av årlig samlet inntekt i helseforetaket, se særskilte retningslinjer for finansielle leieavtaler.

Samtlige forpliktelser som oppstår som følge av leieavtalen skal inkluderes i beregningsgrunnlaget for kontraktsverdi som inngår i vurdering av fullmaktnivåer. Dette inkluderer serviceavtaler og kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold (FDV). Eventuelle øvrige investeringer som følger av beslutning om leie skal også inngå i beregningsgrunnlaget, eksempelvis ombygging ved anskaffelse av ny MR.

Millioner kroner ->		Under 50 (utstyr)/ 100 (bygg)	50-200 (utstyr)/ 100-200 (bygg)	Over 200	Over 500
Operasjonell leie	Beslutningsmyndighet	Helseforetak	Adm.dir HSØ RHF	Styret i HSØ RHF	Styret i HSØ RHF
	Formkrav	Behandling i HF ihht HFs fullmaktstruktur	Styresak i HF Fullmaktssøknad til HSØ RHF	Styresak i HF, Fullmaktssøknad til HSØ RHF, deretter styresak i RHF	Styresak i HF, Fullmaktssøknad til HSØ RHF, deretter styresak i RHF. Ekstern kvalitetssikring
Millioner kroner ->		Under 50 (utstyr)/ 100 (bygg)	50-100 (utstyr)	Over 100	Over 500
Finansiell leie	Beslutningsmyndighet	Helseforetak (forutsatt at begrensningen knyttet til maksimalt nivå på årlige leiebeløp ikke overskrides)	Adm.dir HSØ RHF	Foretaksmøtet HSØ RHF - HOD	Foretaksmøtet HSØ RHF - HOD
	Formkrav	Behandling i HF ihht HFs fullmaktstruktur. Samt Informasjon til HSØ RHF	Styresak i HF Fullmaktssøknad til HSØ RHF	Styresak i HF, Fullmaktssøknad til HSØ RHF, deretter styresak i RHF, samt foretaksmøte RHF	Styresak i HF, Fullmaktssøknad til HSØ RHF, deretter styresak i RHF, samt foretaksmøte RHF Ekstern kvalitetssikring

Ved fullmaktsøknader til Helse Sør-Øst RHF skal som et minimum følgende omtales og dokumenteres:

- *Formål og økonomisk bæreevne:*
 - 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
 - Fortrinnsvis utkast til leieavtale, subsidiært en beskrivelse av avtalens hovedpunkter som leieperiode og leiepris.
 - Beregning av kontraktsverdi jf. retningslinjens metode (vedlegg 14.5)

Alle leieavtaler for **utstyr** med kontraktsverdi mellom 50 og 100 millioner kroner skal godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

- Helseforetaket skal sørge for at fullmakt foreligger før det inngås forpliktende avtaler (gjelder også intensjonsavtaler eller lignende), eller før eventuell konkurranse utlyses. Eventuelle foreløpige avtaler eller konkurranseutlysninger må ha forbehold om godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF. Fullmaktsøknad skal sendes inn på et tidlig tidspunkt, som for eksempel ved tilsvarende steg i prosessen som prosjektinnramming i tidligfaseveilederen (beslutningspunkt B2). Søknaden skal fortløpende oppdateres med anslag på beløp, omfang eller utkast til leieavtale.
- Helseforetakene må i tillegg følge øvrige føringer i regionen, eksempelvis for stråleterapikapasitet og operasjonsrobot.

Alle operasjonelle leieavtaler med kontraktsverdi over 200 millioner kroner skal godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF, og alle finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over 100 millioner kroner skal godkjennes av foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.

- For leieavtaler med kontraktsverdi over **500** millioner kroner, skal tidligfaseveilederen legges til grunn for utredningen. Fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF må foreligge før helseforetaket starter konseptfase (beslutningspunkt B2).
- Avhengig av prosjektets størrelse (mellom 100 og 500 millioner kroner) kan tidligfaseveilederens utredningsomfang tilpasses noe, **etter avtale med Helse Sør-Øst RHF**.
- For finansielle leieavtaler med kontraktsverdi over 500 millioner kroner skal prosjektet/leieforholdet gjennomgå ekstern kvalitetssikring, KSK (se Tidligfaseveilederen punkt 7.10. Fullmakt skal foreligge før helseforetaket starter prosjektinnramming (beslutningspunkt B1).

¹ Se eksempel på slik vurdering i vedlegg til finansstrategien

Særskilte retningslinjer for finansielle leieavtaler

- Dersom den finansielle leieavtalen har kontraktsverdi over 100 millioner kroner, må denne godkjennes av styret og foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF, se også §12 i Vedtekter for Helse Sør-Øst RHF.
- Styrene i helseforetakene må ta prinsipiell stilling til hvorvidt de ønsker å benytte finansiell leie som finansieringsform før slike avtaler inngås eller søkes om, jfr. styresak 032-2015 i Helse Sør-Øst RHF.
- Det enkelte helseforetak skal ikke inngå finansielle leieavtaler som medfører en årlig finansiell leiebetaling over 0,2% av årlig samlet inntekt i helseforetaket. Godkjente og inngåtte finansielle leieavtaler pr 31. desember 2019 er unntatt fra denne begrensningen, men en eventuell forlengelse av disse avtalene omfattes av begrensningen.
- I særskilte tilfeller har det enkelte helseforetak anledning til å søke om å benytte finansiell leie, også dersom avtalen medfører en høyere årlig leiebetaling for finansielle leieavtaler enn 0,2% av årlig samlet inntekt. Søknaden vil vurderes opp mot de øvrige regionale finansieringsløsningene, som normalt vil være å foretrekke.
- Bygg skal i utgangspunktet eies. I særskilte tilfeller kan andre hensyn oppveie økonomiske hensyn. Alle søknader skal derfor utrede økonomiske konsekvenser ved både leie-alternativet og eie-alternativet. Særlige hensyn kan for eksempel være dokumentert begrenset tilgang til tilsvarende objekter for kjøp innen rimelig tid, midlertidige behov som er kortere enn objektets levetid, og ønskelig samlokalisering med andre offentlige instanser hvor finansiell leie er beste felles løsning.
- Ved inngåelse av finansielle leieavtaler innenfor helseforetakenes fullmakter og begrensningen av maksimal leiekostnad har helseforetakene likevel informasjonsplikt til Helse Sør-Øst RHF. Informasjon om økonomisk omfang av avtalene skal skje ved budsjett og månedsrapportering.
- Kjøp av PCer og annet periferiutstyr i Sykehuspartner HF skal som hovedregel finansieres ved regional likviditet fremfor finansielle leieavtaler. Godkjente og inngåtte finansielle leieavtaler pr 31. desember 2019 er unntatt fra denne begrensningen.

5.4 Fullmaktstruktur for avhending av eiendom

Salg av helseforetakenes faste eiendom er regulert i helseforetakslovens § 31 og helseforetakenes vedtekter. Det vises til *Delstrategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst* for nærmere informasjon om avhendingsprosesser.

Vedtak om å selge fast eiendom treffes av foretaksmøtet dersom eiendommens verdi overstiger den til enhver tid gjeldende grense, for tiden satt til 10 millioner kroner. Ved salg over 10 millioner kroner skal saken styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF og oversendes foretaksmøtet for beslutning.

Vedtak om salg av eiendommer under 10 millioner kan fattes av styret i helseforetakene.

6 Bankområdet

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

Foretaksgruppen skal benytte seg av en konsernkontoordning. Gjennom denne skal alle transaksjoner knyttet til de samlede inntekter, lån og kostnader foregå. Gaver gitt med klausul om å holdes utenfor ordinær drift kan settes på egen konto utenfor konsernkontoordningen, men fortsatt i foretaksgruppens hovedbank. 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 foretaksgruppens konsernkontoordning. Helse Sør-Øst RHF kan fordele likviditet mellom flere banker dersom dette anses formålstjenlig for plassering av overskuddslikviditet.
- Bundne midler skal fortrinnsvis plasseres hos hovedbankforbindelsen. 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

7 Finansiering, garantier og renterisiko

7.1 Retningslinjer fra eier

Foretaksgruppens 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 for de regionale helseforetak" av 26. februar 2003 med senere endringer, som også presiserer at investeringslåneene 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 ulik rentefastsettelse. Hver hovedstol kan deles opp med inntil fire fastrenteavtaler, i tillegg til flytende rente.

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

7.2 Målsetting

Helse Sør-Øst RHF skal sikre tilgjengelig og forutsigbar finansiering for vedtatte investeringsplaner.

7.3 Roller og ansvar

Helse Sør-Øst RHF har en sentralisert finansfunksjon.

Dette innebærer ansvaret for:

- planlegging, gjennomføring og forvaltning av all finansiering av foretaksgruppen, inkludert interne lån og driftskredittrammer
- kontakt med eier om finansiering
- å bringe alle søknader om finansiering av investeringer fram til beslutning i det riktige beslutningsorganet i Helse Sør-Øst RHF
 - For investeringsprosjekter som går utover grensene i helseforetakets fullmaktnivå, 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 forholdene er blitt kjent.

7.4 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 på lån (p.t. maksimalt 25 år for prosjekter som var ferdigstilt før 1. juli 2019 og maksimalt 35 år for prosjekter som ikke var ferdigstilt før 1. juli 2019 og for framtidige prosjekter). 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 (kostnadsramme; P85-estimat), basert på søknad etter styregodkjent konseptfaserapport med ekstern kvalitetssikring.

Prosjektkostnader til og med steg 1 av konseptfase skal kostnadsføres hos prosjekteier. Prosjektkostnader fra og med steg 2 av konseptfase skal som hovedregel balanseføres.

Prosjektkostnader fra og med steg 2 av konseptfase kan finansieres ved bruk av basisfordring mot det regionale helseforetaket, gitt at prosjektet er regionalt prioritert.

Årlig prisjustering av styringsrammen for byggeprosjekter vedtas normalt i forbindelse med årlig hovedrevisjon for prosjektet, og prisjusteringen gjøres ut fra vedtatt prisjusteringsmekanisme for det enkelte prosjekt. Prisjustering kan også skje halvårlig. Som hovedregel benyttes delindekser fra SSBs «08655: Byggjekostnadsindeks for bustadblokk», hvor den ikke-påløpte andelen av styringsrammen prisjusteres etter følgende vektning av delindeksene:

	Boligblokk i alt	Rørleggerarbeid i alt	Elektriikerarbeid i alt
Byggeprosjekt	54 %	24 %	22 %
Brakerutstyr og ikke-byggner IKT	28 %	6 %	66 %

Forslag til prisjustering av styringsrammen til prosjekt eiet av det enkelte helseforetak eller Helse Sør-Øst RHF skal kontrolleres av Helse Sør-Øst RHF før utsendelse til styringsgrupper/prosjektstyrer.

Tildelt, ikke opptrukket lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet prisjusteres årlig med faktisk byggjekostnadsindeks som Statsbygg bruker for å prisjustere rammene i sine prosjekter (SBED indeks). Krav til egenfinansiering utover bruk av basisfordring, i form av positive resultater, skal som minimum prisjusteres i takt med statsbudsjettets deflator. Differanse mellom prisjustert styringsramme og prisjustert lån fra Helse- og omsorgsdepartementet håndteres som hovedregel av den regionale lånemodellen/basisfordring.

Investeringsprosjektenes finansieringsplan baserer seg på lånefinansiering med 70 prosent av styringsramme (P50-estimat) for sykehusarealer (universitetsarealer lånefinansieres 100 prosent). Hvis investeringskostnadene underveis i prosjektet overstiger styringsrammen vil det overskytende investeringsbeløpet som hovedregel finansieres med inntil 70 prosent lån oppad begrenset til Helse- og omsorgsdepartementets låneutbetaling.

Helseforetakene har, ifølge helseforetaksloven, ikke anledning til å ta opp eksterne lån. For å kunne gjennomføre regionalt prioriterte investeringsprosjekter, 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. For finansiering av «ikke-byggner» IKT vil lånet utbetales til Helse Sør-Øst RHF for deretter å overføre finansiering til Sykehuspartner HF når prosjektet er ferdigstilt.

Når nytt sykehusbygg tas i bruk skal det gjennomføres en sluttavregning slik at man får korrekt andel byggelån og basisfordring bokført som finansiering. Byggelånsrenter løper frem til konvertering og legges til hovedstol. Konvertering av byggelånet skal skje det første halvåret etter at det nye bygget tas i bruk, enten 1. juli eller 1. januar.

Renten på investeringslånene for prosjekter vedtatt før 2018 fastsettes for ett halvår av gangen på basis av markedsrentene på statspapirer med om lag seks måneders gjenstående løpetid, med et tillegg på 0,4 prosentpoeng. For prosjekter vedtatt fra 2018 benyttes Basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng.

Rentenivået i statskassen endres to ganger per år og fastsettes for neste seks 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 14.6.

7.5 Garantier/ morselskapsgarantier

Jfr. § 33 i lov om helseforetak m.m. har det regionale helseforetaket, og foretaksgruppen for øvrig, ikke anledning til å stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser. Dette betyr at helseforetak i foretaksgruppen har anledning til å stille garanti så lenge det er snakk om garantistillelse for helseforetakets egne økonomiske forpliktelser.

7.6 Rammer og retningslinjer for renterisiko

Renterisikoen i foretaksgruppen beregnes som gruppens samlede rentebærende gjeldsforpliktelse vurdert mot markedsrentene. Foretaksgruppens økonomi er følsom for endringer i rentenivået. Basert på analyser av dette gis føringer og anbefalinger for bruk av virkemidler for å oppnå lavest mulige rentekostnader med tilstrekkelig grad av forutsigbarhet.

Foretaksgruppens samlede rentebærende gjeldsforpliktelse endrer seg ved nedbetaling av gjeld og opptak av nye lån. Renterisikoen vil variere over tid. Foretaksgruppens samlede gjeldsforpliktelse består av langsiktige lån, byggelån samt finansiell leasing. Driftskreditt 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 reprises til nye rentebetingelser. Helse Sør-Øst RHF har en strategisk målsetning om en rentebindingstid for foretaksgruppen på mellom tre og fem 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 opptrukket lånebeløp, eller fastrente med bindingstid på henholdsvis tre, fem eller ti år. For prosjekter med lån vedtatt på statsbudsjettet fra og med 2018 tilbys også fastrente med bindingstid på 20 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 14.6).

Investeringslån kan i fastrenteperioden konverteres fra fast til flytende rente, men da med beregning av over-/underkurs.

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 foretaksgruppens totale låneportefølje. Renterisikoen skal håndteres innenfor følgende rammer:

Opptak av eksterne lån i foretaksgruppen 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 foretaksgruppens 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 har ikke anledning til å inngå rentebytteavtaler med fremtidig oppstart (FRA-avtaler). Det foreligger egne retningslinjer for konvertering av byggelån og valg av rentebetingelser.

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 tre, fem eller ti år (eller 20 år for prosjekter med lån på statsbudsjettet vedtatt fra og med 2018). Rentevilkårene fastsettes på samme grunnlag som Helse Sør-Øst RHF sine egne innlån, ref. låneinstruks vedlegg 14.6.

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

7.7 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 prosjekteralternativene, 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 vurderes og fremskrives hvordan driftsøkonomien påvirkes av investeringsprosjektet. Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivået må også analyseres for å vurdere investeringsprosjektets konsekvenser på helseforetakets totaløkonomi.

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

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektens levetid. Det betyr at:

- Likviditetsstrømmer fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger
- Foretaket har likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Foretaket 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 regionale 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 i konseptfasen (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 det oppnås god oversikt over prosjektets økonomiske konsekvenser og et grunnlag for utarbeidelse av konkrete gevinstrealiseringsplaner (eventuelt planer for kostnadstilpasning) i forprosjektet. Oppfølging av gevinstrealiseringsplanen vil skje som del av de økonomiske hovedprosessene for økonomisk langtidsplan og budsjett.

For de byggeprosjektene hvor Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier fra konseptfasen og frem til ferdigstillelse, bokføres prosjektene i regnskapet til Helse Sør-Øst RHF.

- I byggeprosjekter som inkluderer tomteerverv, skal helseforetaket stå som tomteerverver i grunnboken for å unngå dobbel dokumentavgift på tomtekjøpet.

Dette medfører at helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF må inngå en avtale om oppføring av bygg på annenmanns tomt.

- I prosjektets styringsramme inngår ikke kostnader hos helseforetaket som omfatter organisasjonsutviklingsprosjekt eller helseforetakets medarbeideres bruk av tid til medvirkning og øvrige bidrag av ressurser. Eventuelle frikjøp og fakturerbare kostnader fra helseforetaket må avtales særskilt.

Ved nåverdiregning i et investeringsprosjekt skal det legges til grunn renter som representerer et gitt avkastningskrav.

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter. Retningslinjene følger som vedlegg 14.8 til finansstrategien, og helseforetakene skal følge disse ved utarbeidelse av beslutningsgrunnlag for investeringsprosjekter.

7.8 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, jamfør 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 14.7).

7.9 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, jamfør avsnitt 5.1 og 5.2.

8 Forsikring

8.1 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.

8.2 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 foretaksgruppen ("konsernforsikringer") og hvilke forsikringsdekninger som kan og/eller skal inngås av det enkelte helseforetak.

8.3 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.

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

8.4 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, motorvogn.
- Konserndekninger innenfor avbrudd, bedrifts- og produktansvar, transport, 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 to døgn.

Varighet

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

9 Pensjon

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

- 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 foretaksgruppen som sådan. I pensjonskassene er som oftest styret det øverste organet 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 RHF sin mulighet til å påvirke disse valgene skjer dermed via valg av styrerepresentanter.

Det bemerkes at ordningen i SPK ikke er fondert slik at pensjonsmidlene i realiteten er en fordring på staten. Pensjonsmidlene i SPK tilskrives en avkastning lik avkastningen på valgte plasseringsalternativ. 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 avveier forventet avkastning mot risiko på en god måte.

10 Valuta og valutarisiko

Styring av valutarisiko skal bidra til størst mulig grad av forutsigbarhet i foretaksgruppens kontantstrøm og resultat. Helse Sør-Øst RHF sine inntekter er i norske kroner og gir følgelig ingen valutarisiko for foretaksgruppen. Valutarisikoen i foretaksgruppen er knyttet til innkjøp av varer og tjenester, hvor svingninger mellom norske kroner og fremmed valuta eksempelvis 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. Foretaksgruppens potensielle valutarisiko kan beregnes som verdien av valutaeksponert handel sett i forhold til volatiliteten i kursen mellom norske kroner og handelsvalutaene, og tid til betalingsforfall.

Vesentlighet vurderes ut fra følgende matrise:

Tid til forfall	Sikre dersom beløp over MNOK
3-12 mnd.	50
13-24 mnd.	30
24 mnd. +	15

Beløpene i matrisen beregnes ut fra den andelen av kontrakten som er valutaeksponert. Hvis det er flere delkontrakter og/eller delleveranser i kontrakten skal disse vurderes samlet.

Helse Sør-Øst RHF forutsetter at helseforetakene ved anbudskonkurranser gjør en konkret vurdering av hvilken valutaeksponering som foreligger, og hvordan innkjøpsstrategi og reguleringsmekanismer kan benyttes, for å redusere leverandørers eventuelle påslag på valutakurser og oppnå best mulig pris for helseforetaket. Helseforetakene har ansvar for at valutaeksponering sikres. I den grad innkjøpsorganisasjoner gjør anskaffelser på vegne av ett eller flere helseforetak skal helseforetakene bidra til at innkjøpsorganisasjonene følger retningslinjer for valutasikring i henhold til finansstrategien.

Helseforetakene skal før signering av kontrakter som innfrir vesentlighetskravet ta kontakt med Helse Sør-Øst RHF for vurdering av hvorvidt Helse Sør-Øst RHF skal gjennomføre valutasikring på vegne av helseforetaket, eller om valutasikring skal overlates til leverandøren ved å avtale betaling i norske kroner. Dersom Helse Sør-Øst RHF gjennomfører sikringen på vegne av et annet helseforetak gjøres dette etter fullmakt fra helseforetaket. Helseforetakene og innkjøpsorganisasjonen plikter å holde oversikt over kontrakter hvor valutaeksponeringen sikres av Helse Sør-Øst RHF. Denne oversikten skal inkludere informasjon om;

- Hvilken valuta(er) kontrakten har eksponering i
- Hvor stor eksponeringen er målt i norske kroner
- Avtalte betalingsbetingelser (tidspunkt og beløp) ved inngåelse av kontrakt
- Faktiske betalinger (tidspunkt og beløp)

- Endringer i fremtidig betalingsbetingelser (tidspunkt og beløp)

Vesentlige avvik mellom planlagte og faktiske betalinger, og vesentlige endringer i fremtidige betalingsbetingelser skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF. Oversikt over posisjoner skal uansett rapporteres til Helse Sør-Øst RHF tertialvis.

Foretaksgruppen har kun anledning til å sikre valuta som er knyttet opp mot et underliggende kjøp av en vare eller tjeneste. Med underliggende kjøp defineres inngåtte kontrakter, samt opsjoner med betydelig sannsynlighetsovervekt (>70%) for utøvelse, uavhengig av tidspunkt for utøvelse.

Helseforetakene skal sikre vesentlige valutaeksponeringer etter følgende overordnede prinsipper:

- Kontraktsfestede kontantstrømmer i utenlandsk valuta av vesentlig størrelse skal sikres, enten av leverandør eller i egen regi med valutaterminer, eventuelt kombinert med bruk av valutakonto
- Alle leverandørtilbud med sikring av valutarisiko skal vurderes og sammenlignes med kostnad ved egenhendig sikring for å oppnå best mulig pris for helseforetaket

Rammeavtaler hvor flere avrop samlet kan tenkes å overstige beløp i matrisen er ikke pålagt krav om sikring. Helseforetakene skal likevel før inngåelse av rammeavtaler som overstiger vesentlighetskravet ta kontakt med Helse Sør-Øst RHF for en vurdering av rammeavtalen.

Alle kostnader ved sikring av kontrakter, uavhengig om leverandører sikrer eller om det sikres i egen regi, skal tilskrives det aktuelle helseforetaket eller prosjekt, og dekkes innen eksisterende rammer.

11 Råvarer og råvarerisiko

Styring av råvarerisiko skal bidra til å sikre størst mulig grad av forutsigbarhet i foretaksgruppens 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 foretaksgruppen 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 800 GWh. Dette fordeler seg med ca. 65 % elektrisk kraft (elektriske kjeler og fast elektrisk kraft) og 30 % fjernvarme. Innkjøpsstrategien, med tilhørende bruk av sikringsstrategier, er regulert i egen avtale med energiforvalter. Resterende 5 % består i hovedsak av fyringsolje, gass, biobrensel og fjernkjøling. Anskaffelsene av fyringsolje er regulert i nasjonale avtaler, og det foreligger ingen sikringsstrategi for dette området. Fjernvarmeleveranser er lokale avtaler som forvaltes av de enkelte helseforetak.

11.1 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 foretaksgruppen 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.

Risikoen ved kjøp av elektrisk kraft knytter seg til energileddet, noe som historisk har utgjort under halvparten av kostnadene ved elektrisk kraft. Den andre delen består av nettleie og statlige avgifter som i liten grad kan påvirkes av energikjøper. 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 prissikring 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.

12 Kreditt- og motpartsrisiko

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

13 Politisk eksponerte personer

Styremedlemmer, administrerende direktører og øvrige i ledelsen med prokura i Helse Sør Øst RHF og helseforetakene anses som politisk eksponerte personer (PEP). I lov om tiltak mot hvitvasking og terrorfinansiering (hvitvaskingsloven) stilles særlig krav til rapporteringspliktige (banker, forsikringsselskaper, revisjonsselskaper o.l.) om forsterkede kundetiltak ovenfor politisk eksponerte personer.

14 Rapportering

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 helseforetakene det regionale helseforetaket eier. Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år. Herunder skal det også redegjøres om de krav og mål Helse- og omsorgsdepartementet har stilt til virksomheten er nådd. 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 helseforetakene 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 RHF 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 foretaksgruppens samlede finansielle status innenfor vedtatte rammer, samt utarbeide kvalitetssikrede og forventningsrette prognoser innenfor ansvarsområdet.

Rapporteringen fra helseforetakene gir Helse Sør-Øst RHF 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 å rapportere periodisk i henhold til gjeldende malverk, med tilsvarende informasjon som nevnt over på helseforetaksnivå.

15 Vedlegg til finansstrategien

15.1 Vedlegg 1: Forutsetninger i vedtekter, lov og styringsinstruks

Lov om Helsehelseforetak § 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.*

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."

15.2 Vedlegg 2: Finansiell risiko - Risikokategorier og definisjoner

Renterisiko

- Den effekt en gitt renteendring har på foretaksgruppens 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 konkurranseevne 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. Foretakene har imidlertid anledning til å rullere driftskreditten over flere år etter avtale, jfr. punkt 10 i vedlegg 14.4.

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. For Helse Sør-Øst RHF inneholder likviditetsreserven trekkrettighet i Norges Bank. For helseforetaket inneholder likviditetsreserven trekkrettighet innenfor konsernkontosystemet.

Overskuddslikviditet er likvide midler utover den nødvendige likviditetsreserven.

15.4 Vedlegg 4: Likviditetsstyringsprinsipper 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 investeringer
 - d. Tilsvarende vil negative resultater eller investeringsnivå utover det som er godkjent av Helse Sør-Øst RHF medføre tilsvarende reduksjon i bruk av likviditet.
3. Egen sparing som følge av realisert overskudd fra drift **tilegnes oppspart likviditet og** 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. **Oppspart likviditet angir midler tilgjengelig til lokale og regionale investeringsforpliktelser. I oppspart likviditet inngår det i tillegg til positive resultater fra drift annen tilført likviditet til helseforetaket. Eksempler på annen tilført likviditet er gaver og tilskudd, midler fra salg av anleggsmidler, regional lånefinansiering og tillat bruk av basisfordring. Oppspart likviditet avregnes ved årsslutt og overføres til neste kalenderår.**
5. Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler, skal forutsettes å være nøytrale for helseforetaket
6. Helseforetakene skal ta hensyn til risiko for
 - a. resultatavvik i drift og
 - b. i pågående investeringsprosjekterfør etablering av nye investeringsforpliktelser
7. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
8. Helseforetakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
 - a. Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko
9. Helseforetakene må budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året
10. Likviditet fra salg kan benyttes til investeringer eller nedbetaling av gjeld dersom helseforetaket viser et regnskapsmessig overskudd minst tilsvarende gevinst ved salg av eiendom
11. Dersom helseforetakene har **fått innvilget økt driftskredittramme /** opparbeidet trekk på driftskreditt som følge av resultatmessige underskudd, skal denne nedbetales etter avtale, normalt 3-5 år, **og driftskredittrammen skal nedjusteres tilsvarende.**

15.5 Vedlegg 5: Retningslinjer for leie av lokaler og utstyr

1. Innledning

1.1 Formål

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

1.2 Virkeområde

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

2. Utredning av lokalbehov og utstyrbehov

2.1 Generelt om ansvar og krav til utredning

Foretakene skal ha god økonomistyring og risikokontroll, og de er ansvarlige for å utrede arealbehov (herunder å utarbeide arealplaner) 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 av konsept (KSK) gjennomføres ved planer om finansiell leie når fremtidig kontraktsverdi² overstiger den til enhver tid gjeldende beløpsgrense, p.t. på 500 millioner kroner.

2.2 Funksjonsbeskrivelse

Dersom det identifiseres et behov for økte arealer eller utstyr skal det utarbeides en funksjonsbeskrivelse, som kan legges til grunn i det videre arbeidet med anskaffelsen. Funksjonsbeskrivelsens omfang må sees i forhold til anskaffelsens størrelse (beløp), og risikoen forbundet med anskaffelsen.

Av funksjonsbeskrivelsen skal det fremgå hvilke krav som må stilles til lokalene og utstyret mht. funksjon og kvalitet, samt størrelse og beliggenhet for lokaler, for at virksomheten skal kunne ivareta sine oppgaver. Ved utformingen av funksjonsbeskrivelsen skal det tas hensyn til det lov- og regelverk som til enhver tid gjelder.

Det vises her blant annet til lovverk 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 enhver tid gis. Dette kan eksempelvis være føringer mht. beliggenhet og energibruk mv.

² Se beregningsmetode under pkt. 3.2

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, egen investering eller byggeprosjekt

Dersom det ikke er relevante ledige lokaler og/eller tomgangsleieforhold i eget helseforetak, eller dersom deler av utstyrsbehovet skal dekkes gjennom leie, skal det med utgangspunkt i funksjonsbeskrivelsen tas stilling til om behovet skal dekkes ved leie i markedet, ved egen investering (kjøp), eller ved investering i nytt prosjekt. Fordelingen mellom leid og eget utstyr eller leide / eide lokaler må være et resultat av spesifikk vurdering av hensiktsmessigheten ved hvert av de to alternativene.

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.

Fordelingen mellom leide og eide lokaler må vurderes særskilt når begrunnelsen for å leie er at det ikke er investeringsmidler i helseforetaket, eller at en investering ikke er gitt prioritet i den lokale eller regionale prioriteringen. I denne vurderingen skal det overordnede hensynet være hva som er økonomisk mest gunstig for helseforetaket, på kort og lang sikt.

Lokaler: 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.

Utstyr: 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 lokaler og utstyr i markedet

3.1 Generelt om ansvar, fullmakter og krav til saksbehandling

Helseforetakene er ansvarlige for leieforhold som de inngår. Helseforetakene skal avklare om de har fullmakt til å inngå avtale før bindende forpliktelser inngås (inkludert intensjonsavtale eller lignende) eller før eventuell konkurranse utlyses.

Helseforetakene kan inngå leiekontrakter uten å forelegge disse til Helse Sør-Øst RHF dersom følgende kriterier er oppfylt (kriteriene gjelder samlet):

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.

1. Kontraktsverdien ikke overstiger 50 millioner kroner for lokaler, eller 20 millioner kroner for utstyr.
2. Inngåelse av leiekontrakten ikke medfører at finansielle leiebetalinger overstiger 0,2% av omsetningen til helseforetaket
3. Leieavtalene må gjelde den ordinære driften av helseforetaket.

Alle relevante forutsetninger knyttet til leieavtalen skal være avklart og vurdert før avtalen inngås. For eksempel gjelder dette regulering av utstyrsleien / husleien, oppsigelse/ev. mulighet for forlengelse av avtale, regulering og belastning av øvrige driftsutgifter (eksempelvis strøm, vaktmestertjenester og resepsjon mv.).

3.3 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.

3.2 Fullmakt fra Helse Sør-Øst RHF

Helseforetaket har fullmakt til å inngå finansiell leasing dersom avtalen er under 20 millioner kroner (utstyr) eller under 50 millioner kroner (lokaler) gitt at dette ikke medfører en høyere total leiekostnad for finansiell leie enn 0,2% av omsetningen til helseforetaket. Alle avtaler som overstiger disse beløpene må godkjennes av Helse Sør-Øst ved søknad. Alle saker knyttet til operasjonell leie av lokaler og/eller leie av utstyr skal forelegges Helse Sør-Øst RHF for fullmakt dersom summen av fremtidige leieforpliktelser overstiger de til enhver tid gjeldende fullmaktnivåer som for investeringer.

Beregningsmetode ved fullmaktsspørsmål:

$$NNV = \sum_{n=0}^N \frac{Leie_n}{(1+r)^n}$$

r er leiekontraktens internrente,

eller r er alternativ lånerente basert på regionens fastrente på 3,5 eller 10 år

Beregningen gjøres for hele leieavtalens periode, inkludert samtlige opsjoner om forlengelse.

Det foreligger oppsett (excelmal) utformet av Helse Sør-Øst RHF som anbefales som utgangspunkt for beregningene for fullmakt, og for vurdering av eie sett opp mot leie. Oppsettet sendes ut på forespørsel.

15.6 Vedlegg 6: Instruks for interne lån

Denne instruksjonen gjøres gjeldende for interne lån gitt fra Helse Sør-Øst RHF til hel- eller mer enn 50 pst. deleid helseforetak innenfor foretaksgruppen 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. 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 for prosjekter som var ferdigstilt før 1. juli 2019. For prosjekter som ikke var ferdigstilt før 1. juli 2019 og for framtidige prosjekter er løpetiden maksimalt 35 år p.t. Lånet gis som serielån med halvårlige terminer med terminato 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 flytende rente og fastrente er rentesatsen på lån til helseforetakene tilsvarende renten Helse Sør-Øst RHF tilbys fra Helse- og omsorgsdepartementet. 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 helseforetakene og skal inngå i kundeplanen som avtales mellom helseforetakene og Sykehuspartner HF. Disse skal inngå i helseforetakets budsjett. Godkjenning av investeringen skal være basert på prosjektets total kostnad. Gjennomføringen skal skje i regi av Sykehuspartner HF.
2. Helseforetaket 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 helseforetakenes 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 helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF. Vedtatt mal for slike avtaler skal benyttes. Lånebeløpet utbetales fra helseforetaket 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 helseforetaket 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 tjenestepris. Videre skal Sykehuspartner HF spesifisere avskrivningene som inngår i tjenesteprisen 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 helseforetakene.
8. Både helseforetakene 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 helseforetakene 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 budsjettammen, 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 tjenestepriismodellen 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.

15.8 Vedlegg 8: Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter

[Regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)

15.9 Vedlegg 9: Diskonteringsrente IKT

Ved analyse og nåverdiberegning av IKT-investeringer i Helse Sør-Øst skal det benyttes en diskonteringsrente basert på diskonteringsrenten for byggeprosjekter tillagt to prosentpoeng. For tiden betyr dette 6 %. I sensitivitetsberegning skal det i tillegg gjøres beregninger ved bruk av 6 % pluss/minus ett prosentpoeng.