

## Vedlegg til sak 74-2016

### Forslag til finansieringsmodell for Sykehusinnkjøp HF

#### Innledning

Fra 1. januar 2017 vil Sykehusinnkjøp HF være i full operativ drift. Da skal alle virksomhetsoverdragelser av innkjøpsenheter i helseregionene være ferdigstilt og innkjøpstjenester skal leveres tilbake til foretakene i regionene. For at Sykehusinnkjøp skal bli i stand til å utføre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte fra oppstart er det en forutsetning at virksomheten er sikret nødvendig finansiering i en etableringsfase, samtidig som eiernes forventning om innføring av tjenestepreisfinansiering blir ivarettatt.

På foretaksmøtet 25. januar 2016 (Sak 03 vedlegg protokoll Sykehusinnkjøp) ble Sykehusinnkjøp HF bedt om utarbeide forslag til en finansieringsmodell som skal oversendes eierne innen 01.10.2016.

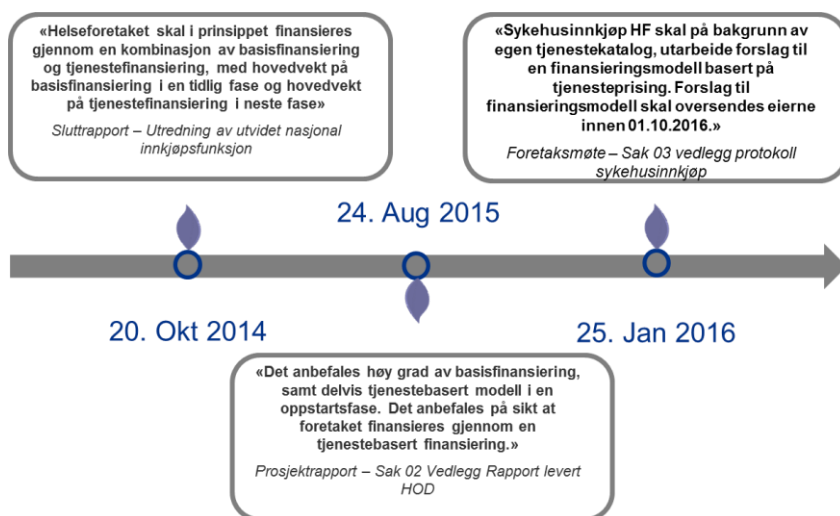
Det er opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra alle helse regionene som har fått ansvaret for å utarbeide forslag til prinsipper for finansieringsmodell for selskapet.

Dette notatet vil beskrive dagens inntekter i foretakene som skal virksomhetsoverdras, forslag til overordnede prinsippene for finansiering av Sykehusinnkjøp HF og hvordan man i praksis kan gå fra dagens finansieringsmodeller til fremtidig finansieringsmodell.

#### Finansieringsmodell

##### Bakgrunn for utarbeidelse av prinsipper

I arbeidet med etablering av Sykehusinnkjøp ble det lagt viktige føringer for utviklingen av finansieringsmodell. Kort oppsummert ble det i forarbeidene konkludert med at høy grad av rammefinansiering ville være nødvendig i oppstartsfasen, men at finansieringen skal vris fra rammetilskudd til tjenestepreisfinansiering i takt med utviklingen av tjenester. Se figur under.



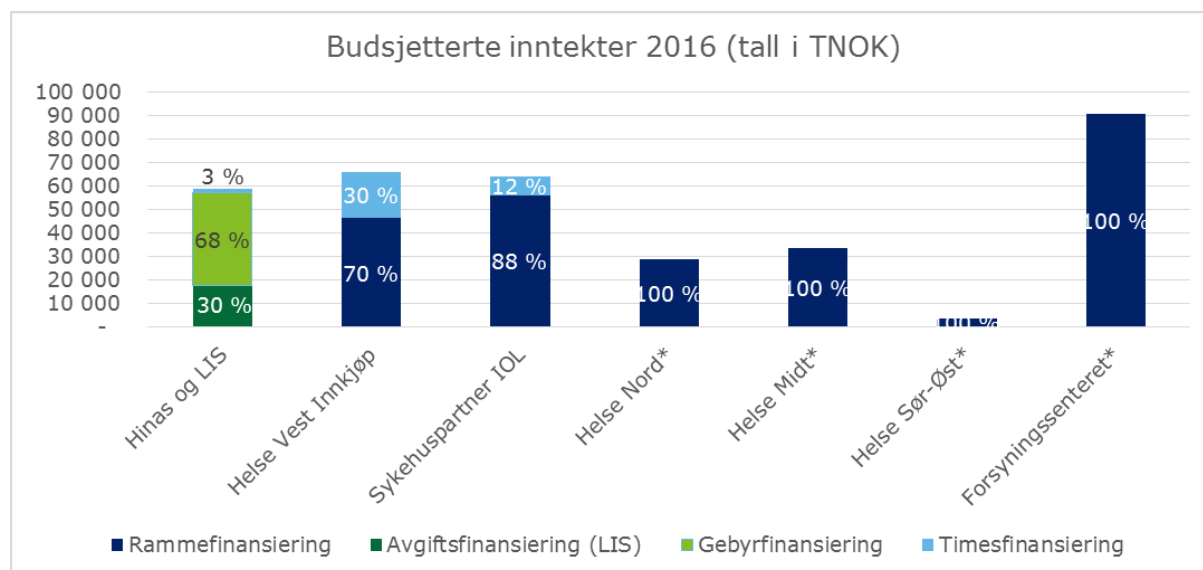
## Kartlegging av dagens finansiering

For å kunne vurdere aktuelle finansieringsmodeller for Sykehusinnkjøp har arbeidsgruppen kartlagt finansiering av de innkjøpsenehetene som blir overdratt til selskapet. Dette representerer erfaringsgrunnlaget for første operative driftsår i Sykehusinnkjøp.

HINAS og de ulike innkjøpsfunksjonene for de regionale helseforetakene benytter i dag forskjellige finansieringsmodeller.

- HINAS er gebyrfinansiert (67%). Ordningen innebærer at det legges 1% på alle anskaffelser gjennomført via enheten. HINAS leverer i tillegg noen tjenester som er timefinansiert (3%). LIS er underlagt HINAS og LIS' løpende virksomhet finansieres ved en årlig avgift som betales av deltakerne (30%). Basert på mottatt statistikk og modell for beregning mottatt fra Sykehusapotekene HF beregnes hver enkelt HF sin andel av budsjett som de må betale som deltakeravgift. For mye /for lite fakturert forrige år avregnes i faktureringen, som sendes ut årlig fra LIS.
- I Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF finansieres innkjøpsvirksomhetene primært basert på rammefinansiering, som betyr innebærer at enheten får bevilget et rammetilskudd fra eierne.
- Helse Sør-Øst RHF finansierer i tillegg Helse Sør-Øst Forsyningssenter. Det arbeides med en ny finansieringsmodell for forsyningssenteret som vil påvirke Sykehusinnkjøp. Endringen må tas hensyn til når innholdet og prinsippene for den nye finansieringsmodellen er klar.
- Helse Vest Innkjøp er en sentralisert innkjøpsfunksjon som samordner innkjøp på vegne av Helse Vest RHF. I Helse Vest Innkjøp er det fra og med 2016 innført en modell som baserer seg på en kombinasjon av rammefinansiering og timefinansiering. Timefinansieringen innebærer at enheten fakturerer for tjenestene de utfører time for time. Fordelingen i budsjettet mellom rammefinansiering og timefinansiering er 70 % skal rammefinansieres og 30 % av inntektene baserer seg på timefinansiering. Det har imidlertid vist seg utfordrende å oppnå 30 % timefinansiering. Det ble gjennomført evaluering av modellen våren 2016, og resultatet av evalueringen viser at man har oppnådd timefinansiering på ca 20 % av aktivitetene. Det ble innført timeregistrering 1. mars 2016 og arbeidsgruppen konkluderte med at det vil være behov for noe lengre virkningstid før man kan gjøre justeringer / tilpasninger til modellen.

Innkjøpsenhetene som virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp utgjør foretakets samlede inntekter, og med utgangspunkt i budsjett for 2016 gir det følgende fordeling:



\*For Helse Nord, Midt og Sør-Øst er inntektene estimert basert på antall årsverk 2016 i innkjøpsfunksjonen og gj.snittlig kostnad pr årsverk i de øvrige 3 virksomhetene.

I samlet budsjett for 2016 er 49 % av aktivitetene rammefinansiert, 26 % gjelder rammefinansiering av Forsyningssenteret, 11% er gebyrfinansiert, 5 % avgiftsfinansiering (LIS) og 8 % er timefinansiert.

Det antas at dagens innkjøpsfunksjoner håndterer 60-70 % av alle anskaffelser til helseforetakene (dette vil verifiseres i det videre arbeidet med finansieringsmodell). Målet er at Sykehusinnkjøp HF skal håndtere en økt andel av anskaffelsene på vegne av helseforetakene og dette vil ha direkte effekt på inntektsgrunnlaget.

## **Elementer i finansieringsmodellen**

Med bakgrunn i føringer fra eierne om en vridning mot økt grad av tjenestefinansiering og pricing av tjenester basert på tjenestekatalogen, vil finansieringsmodellen for Sykehusinnkjøp være en kombinasjon av 3 typer fremtidige finansieringsformer:

- Rammefinansiering
- Tjenestefinansiering
- Timefinansiering

## **Vurderinger i forbindelse med overgang til fremtidig finansieringsmodell**

I perioden oktober til desember 2016 skal HINAS og innkjøpsfunksjonene fra regionene virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF. Alle pågående og planlagte leveranser til foretakene skal videreføres etter overdragelsene. Det er en forutsetning ved virksomhetsoverdragelse at budsjetterte kostnader følger enheten som blir overdratt slik at finansiering av aktiviteten i nytt foretak er sikret. Det foreslås å opprettholde finansieringen av disse kostnadene som i dag i en oppstartsfase i ny virksomhet, dvs for 2017. Dette vurderes som et viktig risikoreducerende tiltak for å sikre tilfredsstillende tjenesteproduksjon i oppstartsfasen.

For at Sykehusinnkjøp skal kunne løse oppdraget som er gitt, er det påkrevd å gjennomføre en omstillingsprosess der blant annet kategoribaserte anskaffelser videreutvikles. Det vil derfor komme kostnader knyttet til utviklingsaktiviteter i forbindelse med etablering av det nye foretaket som ikke ligger i dagens kostnadsbase, samt økt finansiering knyttet til at Sykehusinnkjøp på sikt har som ambisjon om å håndtere økt andel av anskaffelser som gjøres av helseforetakene.

Dagens finansieringsmodeller i HINAS og de regionale helseforetakene er bygget på ulike prinsipper, og uten en felles erfaringsbase vil det være utfordrende å finne en «riktig» fordelingen mellom den rammefinansierte, tjenestefinansierte og timefinansierte aktiviteten i selskapet i en oppstartsfase. Fordelingen her vil være viktig for å håndtere risikoen knyttet til dekning av kostnadene i Sykehusinnkjøp HF. Et alternativ hvor all aktivitet er rammefinansiert basert på fordelingsmodell vil sikre Sykehusinnkjøp full kostnadsdekning, men vil gi en feilaktig kostnadsbelastning i RHF'ene da forbruket av ressurser og tjenester vil være variabelt avhengig av ulike prosjekter og behov i den enkelte region. En lav andel rammefinansiering vil igjen gi usikkerhet og risiko i Sykehusinnkjøp med hensyn til kostnadsdekning. Dette vil særlig være gjeldende i første driftsår hvor en ikke har noen erfaringsgrunnlag å basere fordelingen på.

For å legge til rette for fremtidig finansieringsmodell med økt grad av tjenestepricing, vil det være viktig at Sykehusinnkjøp HF logger timeforbruket på all aktivitet (kategori, prosjekter, helseforetak etc.) da dette er viktig informasjon for å bygge opp en erfaringsbase som kan benyttes i videreutvikling av finansieringsmodellen. Det bør således utarbeides modell og prinsipper for timeregistrering. Arbeidsgruppen har vurdert det som realistisk å få etablert system og prinsipper for timeregistrering og modell for timepriser til 1. mars 2017. Det innebærer at man mest sannsynlig vil ha en noe for tynt erfaringsgrunnlag til å starte med tjenestepricing av enkelte tjenester fra og med 2018. Det bør likevel gjøres en evaluering av erfaringsbasen før sommeren for å vurdere om det er mulig med en mellomløsning hvor enkelte tjenester kan timefinansieres i 2018 og legges til grunn for justert fordelingsmodell for 2018.

Med utgangspunkt i drøftingene over foreslår arbeidsgruppen en finansieringsmodell som for Sykehusinnkjøp HF som gir en trinnvis vridning fra høy grad av ramme- og gebyrfinansiering til tjenestepreisfinansiering i fire trinn.

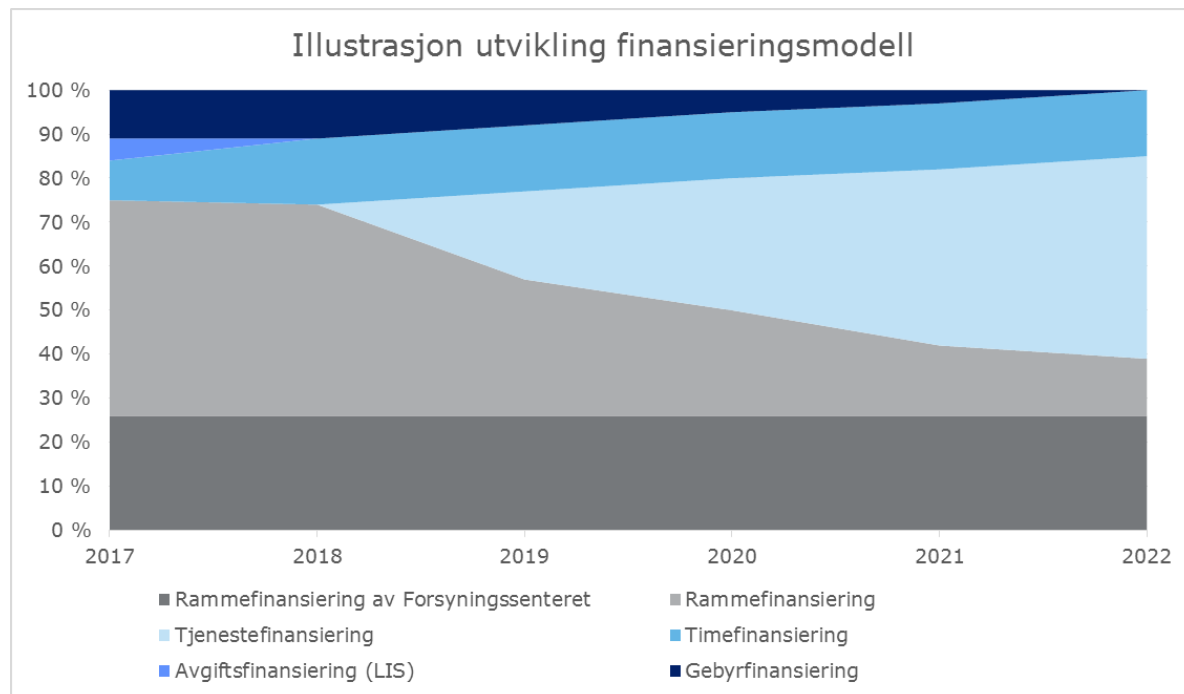
## Trinnvis implementering av finansieringsmodell

Arbeidsgruppen har vurdert nåsituasjonen og vurdert hvordan man kan innføre tjenestepricing som hovedfinansieringsform for Sykehusinnkjøp HF. I lys av kompleksiteten av ulike finansieringsmodeller i dag er det foreslått en trinnvis modell for implementering av fremtidig finansieringsmodell for foretaket:

- 2017:** Med bakgrunn i at HINAS og innkjøpsfunksjonene i de regionale helseforetakene skal driftes «as-is» i første fase etter virksomhetsoverdragelse, foreslår prosjektet å også ta utgangspunkt i dagens fordeling mellom rammefinansiering, timefinansiering, gebyrfinansiering og avgiftsfinansiering for første driftsår. Det vil innebære at inntektsstrømmen vil være lik i dag:
  - HINAS vil videreføre gebyrfinansiering også i 2017. Det foreslås at inntektsstrømmer som kommer fra anskaffelser som er inngått før virksomhetsoverdragelse skal fortsette i tråd med opprinnelig avtale også etter virksomhetsoverdragelse. Forslag for 2017 er å videreføre gebyrfinansiering første driftsår. Altså at alle nye anskaffelser i HINAS skal gebyrfinansieres «as-is» i 2017. Tjenester som i dag timefinansieres, skal timefinansieres også i 2017
  - Innkjøpsfunksjonene som skal virksomhetsoverdras fra Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF vil videreføre rammefinansiering i 2017 basert på samme prinsipper som i dag.
  - Forsyningssenterets virksomhet ansees å være en tilleggstjeneste som ytes for Helse Sør-Øst RHF, og finansieringen av Forsyningssenteret bør tilfalle Helse Sør-Øst RHF i sin helhet.
  - For Helse Vest Innkjøp betyr det at de vil fortsette med delt modell mellom rammefinansiering og timefinansiering i tråd med dagens prinsipper og planlagt utvikling av disse.
  - Kostnader knyttet til utviklingsaktiviteter er ikke en del av dagens kostnadsbase, og man foreslår at disse rammefinansieres basert på eierbrøken
- 2018:** Forutsatt at timeregistrering innføres fra mars 2017, vil man mest sannsynlig ha et noe for tynt erfaringsgrunnlag til å starte med tjenestepricing av enkelte tjenester fra og med 2018. Det bør likevel gjøres en evaluering av datagrunnlaget før sommeren for å vurdere om det er mulig med en mellomløsning hvor enkelte tjenester kan timefinansieres eller tjenestefinansieres i 2018 og legges til grunn for justert fordelingsmodell for 2018. Erfaringsbase fra Helse Vest Innkjøp kan være viktig innspill i denne prosessen. Videre bør finansieringsmodell for HINAS endres til rammefinansiering, samt timefinansiering for de tjenester som er modne for det fra og med 2018. Det foreslås videre å endre finansiering av LIS fra avgiftsbasert finansiering til rammefinansiering. Prinsipper for endret finansieringsmodell for HINAS, LIS og eventuell innføring av økt grad av timefinansiering bør være klart før oppstart av budsjettprosess for 2019 og beskrives i budsjettinstruksene.
- 2019:** Per første tertial 2018 kan Sykehusinnkjøp HF gjennomføre en evaluering av tid medgått og pris for å levere de ulike tjenestene definert i tjenestekatalogen. For tjenester hvor man har tilstrekkelig erfaringsgrunnlag kan det innføres tjenestefinansiering fra og med januar 2019. Tjenester som ikke er modne for tjenestepricing skal rammefinansieres også i 2019. Timefinansiering skal gjelde tjenester i hvor det er definert i tjenestekatalogen. Justert fordelingsmodell skal være klar innen utgangen av august 2019, og være input til budsjettprosessen for 2020.
- 2020 ->:** Våren 2019 skal tilsvarende evalueringsarbeid gjennomføres. Erfaringsbase per første tertial 2019 vil legges til grunn for justert fordelingsmodell for 2019. Timefinansiering skal gjelde tjenester i hvor det er definert i tjenestekatalogen. Det er en ambisjon om høyere grad av tjenestefinansiering enn basisfinansiering fra og med januar 2020. Justert

fordelingsmodell skal være klar innen oppstart av budsjettprosess for 2020. Tilsvarende prosess bør gjennomføres årlig for å optimalisere balansen mellom rammefinansiering, tjenestefinansiering og timefinansiering.

Figuren under viser overordnet illustrasjon av finansieringsmodell for Sykehusinnkjøp med økt grad av tjenestefinansiering (størrelsesforhold må kartlegges).



## Prinsipper for fastsettelse av inntektsgrunnlaget

Arbeidsgruppen har vurdert prinsipper for fastsettelse av inntektsgrunnlaget og man har kommet frem til at inntektsgrunnlaget for 2017 skal baseres på selskapets kostnadsbase. Ved fastsettelse av størrelsen på kostnadsbasen vil man her ta utgangspunkt i dagens kostnadsbase og justere for kjente endringer (antall årsverk, økt reisevirksomhet, regulatoriske endringer, nye målsetninger etc). Se egen sak om budsjettering. I tillegg vil det spesielt i løpet av første driftsår iverksettes en rekke initiativer for å møte forventningene som er satt for det nye selskapet. Eksempler på dette kan være støttesystemer, omstillingsprosjekter o.l. Finansiering av utviklingsaktiviteter for 2017 vil ikke finansieres over drift, og vil således kreve en tilleggsbevilgning som vil bli beregnet og skal legges til rammefinansiering for 2017.

I dag er det ulike modeller for hvem som bærer det juridiske ansvaret for anskaffelser som gjennomføres av innkjøpsenhetene. For eksempel bærer HINAS dette ansvaret selv, og har bygget opp en egenkapital for å kunne bære risikoen. I Helse Vest Innkjøp derimot, er ansvaret gjennom avtalene lagt på Kunden, og det er ikke behov for å ta høyde for denne type risiko i forbindelse med finansieringen. Dersom Sykehusinnkjøp HF velger HINAS sin modell, må det tas høyde for denne risikoen ved fastsettelse av størrelse for rammefinansieringen.

## Prinsipper for likviditetsstyring

Likviditetsprinsippene i Sykehusinnkjøp bør reflektere beste praksis. Beste praksis likviditetsstyring tar utgangspunkt i tre ressursfaktorer; Prosesstyring, verktøy og datastruktur, og organisasjon og kompetanse.

Viktige elementer i god prosessstyring er at standardiserte retningslinjer og prosesser for likviditetsstyring er på plass og oppdateres jevnlig for å reflektere endringer i Sykehusinnkjøp og eksterne forhold. Sykehusinnkjøp bør ha en strategi for finansiell risiko med tydelig definerte risikonivåer og –grenser. Risiko og risikoeierne mappes mot en risikomatrix. Det bør utarbeides strategier for investering og gjeld, samt en langsiktig plan som er i samsvar med Sykehusinnkjøp sin overordnede strategi. Videre bør likviditetsbudsjett/prognoser utarbeides på kort og lang sikt på “rullerende” basis, og vise ulike detaljnivå for kort- og langsiktig likviditetsstyring. Dette er beskrevet nærmere i kapittel om likviditetsbudsjett (se egen sak om budsjett). Likviditetsstyringen skal baseres på den finansielle aktiviteten i Sykehusinnkjøp HF og oppdaterte prognoser. Tilgang til data og kontoer bør kontrolleres sentralt, og det bør utarbeides standardiserte retningslinjer for bruk av kontoer og utføring av inn- og utbetalinger.

Det bør kartlegges hvorvidt det finnes verktøy og datastruktur som støtter oppunder og muliggjør god likviditetsstyring gjennom for eksempel automatiserte betalingsprosesser, mulighet til å overvåke transaksjoner og saldoer i sann-tid og hvorvidt systemet som brukes for likviditetsstyring er integrert med andre interne systemer som genererer kontanttransaksjoner.

Ansvar og roller knyttet til likviditetsstyring bør være tydelig definert. Sykehusinnkjøp HF sin likviditet bør styres av en sentralisert økonomiavdeling hvor Økonomidirektør har det øverste ansvaret. Økonomiavdelingen bør være ansvarlig for alle finansieringsprosedyrer og kontakten med eksterne finansieringsselskaper hvis det blir aktuelt. Økonomiavdelingen skal videre sørge for konsistente prosesser, prosedyrer og systemer på tvers av virksomheten.

Sykehusinnkjøp HF vil ha en sammensatt finansieringsmodell som vil kreve god likviditetsstyring. Tjenestepricing innebærer en risiko for å ikke oppnå full kostnadsdekning. For å unngå en situasjon med likviditetsskvis, bør det defineres faktureringsprinsipper. For eksempel bør det faktureres a-konto hver mnd. Over 70% av kostnadsbasen til Sykehusinnkjøp er lønn- og personalkostnader. Betalingsfrister bør således settes i forkant av lønnskjøring hver måned. Lønn kjøres den 12te. Videre kan det være hensiktsmessig å avtale en årlig buffer som utbetales fra eierne for å sikre god likviditet og kunne håndtere uventede kostnader eller kostnadstopper. Eventuell overdekning / underdekning kan gjøres opp årlig mot henholdsvis Kundene (tjenestefinansiering) og RHF'ene (rammefinansiering).

## **Fordeling rammefinansiering**

Som grunnlag til fordeling av rammefinansiert aktivitet mellom eierne, skal i prinsippet eierbrøken ligge til grunn, ref Sak 02 Vedlegg Rapport levert HOD september 2015 s. 7. Det innebærer at henholdsvis Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF hver skal bevilge 25 % av fellesrammen som skal tildeles selskapet. Videre foreslås det at Helse Sør-Øst RHF i sin helhet bevilger rammefinansiering av Forsyningssenteret. For 2017 skal budsjetterte kostnader i foretakene som virksomhetsoverdras ligge til grunn for fordelingen i tråd med dagens finansieringsmodeller. I tillegg foreslås budsjetterte utviklingsaktiviteter for 2017 og en eventuell buffer for likviditetsstyring rammefinansieres og fordeles i henhold til eierbrøken. Endelig beløp for rammefinansiering 2017 vil bli fastsatt i forbindelse med endelig budsjett 7. desember.

Fordeling av felles rammefinansiering er som sagt vedtatt og er basert på eierbrøken, altså 25% på hver av RHF'ene. I diskusjonen med arbeidsgruppen ble det poengtert at det er viktig at en finner et prinsipp som i størst mulig grad spiller forbruket av ressurser og tjenester, og det ble reist spørsmål om hvorvidt inntektsmodellen (den HOD legger til grunn ved fordeling av ramme til RHF'ene) vil gi et riktigere/bedre grunnlag enn eierbrøken, når en skal knytte kostnaden opp mot ressursbruken. Prosjektgruppen støtter denne modellen.

## **Håndtering av usikkerhet - under-/overdekning av budsjett 2017**

Felles rammefinansieringen vil utgjøre ca 51 % av totalbudsjettet for 2017. I tillegg kommer finansiering av Forsyningssenteret som utgjør ca 26 % av totalen. Ettersom at fordelingen baserer

seg på dagens situasjon pluss planlagte utviklingsaktiviteter, mener en at dette vil gi en grei risikobalanse i forhold til at Sykehusinnkjøp HF har behov for full kostnadsdekning. Samtidig vil det være en risiko for Sykehusinnkjøp HF ikke oppnår en timebasert aktivitet på 9 %, at gebyrfinansieringen ikke vil utgjøre estimerte 11 % og at utviklingsaktivitetene kan overstige estimert beløp. Denne risikoen er foreslått løst ved at en eventuell underdekning for 2017 blir dekket av RHF'ene basert på eierbrøken, med unntak av det som gjelder Forsyningssenteret som bør tilfalle Helse Sør-Øst RHF i sin helhet. Tilsvarende vil en eventuell overdekning bli tilbakeført til RHF'ene. Det er en eventuell samlet over-/underdekning på kostnadene ekskl andel til Forsyningssenteret som skal avregnes. En slik løsning bør først og fremst være gjeldende for 2017 og 2018 med den begrunnelse at det er så pass mye usikkerhet i fordelingen og at Sykehusinnkjøp HF vil ha behov for å få på plass et erfaringsgrunnlag for å videreutvikle en mer treffsikker finansieringsmodell. Arbeidsgruppen har diskutert hvorvidt det vil være åpning for å etablere en praksis uten oppgjør av under-/ overdekning på sikt. I en slik løsning vil Sykehusinnkjøp HF ta risikoen for egen økonomistyring og således gis incentiver for kostnadseffektiv drift. Eventuelt overskudd kan f.eks benyttes til utviklingsaktiviteter og investeringer for å optimalisere prosesser og drift.

### **Praktisk gjennomføring av finansieringsmodellen**

Sykehusinnkjøp må etablere faktureringsprinsipper for selskapet. På et overordnet nivå vil prinsippene være som følger: Sykehusinnkjøp sender månedlig en a-konto faktura til RHF'ene 1/12 av rammefinansieringen, og til Kundene for timebaserte oppgaver. Rammefinansiering faktureres på forskudd mens timedelen faktureres etterskuddsvis. Gebyrfinansieringen følger dagens faktureringsprinsipper i HINAS. Fakturaen skal ha forfall før den 12. i hver måned slik at Sykehusinnkjøp har midlene tilgjengelig i forhold til lønnsutbetalinger.

Endelig avregning av under-/overdekning kostnader for 2017 i Sykehusinnkjøp HF gjøres tidlig i januar 2018 med tilhørende fakturering.

### **Oppsummert**

Det er foreslått følgende løsning for finansiering av Sykehusinnkjøp HF 2017:

- Finansieringen tar utgangspunkt i «as-is» og baseres på dagens kostnadsbase og inntektsstrømmer.
- Grunnlag for finansiering for 2017 fastsettes i endelig budsjett 7. desember 2016.
- Eventuell manglende kostnadsdekning foreslås dekket av de regionale helseforetakene i 2017 basert på eierbrøken, med unntak av kostnadsdekning for Forsyningssenteret som finansieres i sin helhet av Helse Sør-Øst RHF. Det samme vil være gjeldende ved en eventuell overdekning i 2017.

Modellen skal videreutvikles for kommende år. Det skal gjøres årlige evalueringer for å få på plass økt grad av tjenestefinansiering i Sykehusinnkjøp HF.