

Revisjonsrapport for 2018 om omorganisering av anskaffelsesområdet



Mottaker: Helse- og omsorgsdepartementet

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300/3000, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Sammendrag	6
2	Innledning	7
2.1	Bakgrunn.....	7
3	Revisjonens mål og problemstillinger.....	9
3.1	Avgrensninger.....	9
4	Metodisk tilnærming og gjennomføring	11
4.1	Dokumentanalyse	11
4.2	Intervjuer	11
4.3	Brev med spørsmål.....	11
4.4	Analyse av regnskapsdata og annen økonomisk informasjon	12
5	Revisjonskriterier.....	13
5.1	Departementets ansvar	13
5.2	Formålet med omorganisering av den sentrale helseforvaltningen.....	13
5.3	Effektiv ressursbruk	14
6	Har omorganiseringen ført til at anskaffelsesprosessene og avtalene er forbedret for virksomhetene?	16
6.1	Norsk Helsenett SFs og virksomhetenes roller og plikter i anskaffelsesprosessen.....	16
6.1.1	Anskaffelsesprosessene før omorganiseringen	17
6.1.2	Organisering av anskaffelsesprosessen etter omorganiseringen	18
6.2	Omorganiseringen skulle gi inntil en milliard kroner i gevinster over ti år	24
6.3	Norsk Helsenett SF har gjennomført 179 anskaffelser.....	25
6.4	Norsk Helsenett SFs beregning og rapportering av kvantitative gevinster.....	26
6.4.1	Rapportering av potensielle gevinster	26
6.4.2	Norsk Helsenett SFs metoder for å beregne potensielle gevinster	27
6.4.3	Gevinster av anskaffelser gjennomført av andre	30
6.4.4	Gevinster av anskaffelser gjennomført av Norsk Helsenett SF.....	30
6.4.5	Gevinster av virksomhetsspesifikke avtaler.....	31
6.4.6	Gevinstberegninger utover kontraktperioden.....	31
6.4.7	Virksomhetenes vurdering av prisene i avtalene	32
6.5	Gevinstrealisering i virksomhetene.....	32
6.5.1	Virksomhetenes forbruk innenfor avtalene	32
6.6	Kvalitative gevinster i avtalene	34
6.7	Departementets oppfølging av gevinster	35

7	Er de totale kostnadene knyttet til anskaffelser redusert etter omorganiseringen?	36
7.1	Virksomhetenes kostnader til anskaffelsesområdet	36
7.1.1	Virksomhetenes behov for anskaffelsesfaglig kompetanse	36
7.1.2	Virksomhetenes kostnader til anskaffelsesområdet	37
7.1.3	Framtidige forpliktelser	41
7.2	Norsk Helsenett SFs kostnader til leveranse av anskaffelsestjenester	43
7.2.1	Kostnader og investeringer forbundet med etableringen av tjenestesenteret	43
7.2.2	Egenkapital i Norsk Helsenett SF	44
7.2.3	Drift av tjenestesenteret	45
7.2.4	Norsk Helsenett SFs kostnader til leveranse av anskaffelsestjenester	45
7.3	Posisjonen til Norsk Helsenett SF	46
7.4	Informasjon fra Norsk Helsenett SF om kostnader	47
8	Vurderinger	48
8.1	Anskaffelsesprosessene er ikke fullt ut profesjonalisert	48
8.2	Norsk Helsenett SF overrapporterer potensielle gevinster	49
8.3	Virksomhetene har i liten grad realisert gevinstene	50
8.4	Kostnadene til gjennomføring av anskaffelser har økt	51
9	Referanseliste	53
9.1	Reglement, lovverk og stortingsdokumenter	53
9.2	Styringsdokumenter	53
9.3	Rapporter	54
9.4	Dokumentasjon fra Norsk Helsenett SF	54
9.5	Intervjureferat	55
9.6	Skriftlige redegjørelser	55
9.7	Internettsider	56
9.8	Andre kilder	57
10	Vedlegg	58
10.1	Prismodellen for 2017 og 2018	58

Tabelloversikt

- Tabell 1 Tidsløp
- Tabell 2 Fellesanskaffelser gjennomført av NHN i perioden, etter hvilket år kontrakten ble signert
- Tabell 3 Revisjonens sammenstilling av potensielle gevinster av avtaler per 2. tertial 2018
- Tabell 4 Utbetalinger til leverandører innen fellesavtaler inngått av NHN i perioden 2017–2018
- Tabell 5 Estimerte sentrale årsverk som ble benyttet til anskaffelser i årene 2016–2018
- Tabell 6 Sentrale årsverk som ble benyttet til anskaffelser i 2016, og årsverk Norsk Helsenett SF har fakturert

- Tabell 7 Estimerte kostnader til anskaffelsesområdet før og etter opprettelsen av tjenestesenteret
- Tabell 8 De to ulike fordelingene av faste kostnader i 2019 (uten og med Norsk Helsenett SF)
- Tabell 9 Endring i prismodell fra 2018 til 2019
- Tabell 10 Estimerte og faktiske etableringskostnader
- Tabell 11 Estimerte og faktiske kostnader til anskaffelsesfunksjonen

Figuroversikt

- Figur 1 De ulike aktørene involvert i omorganiseringen
- Figur 2 Virksomhetsspesifikke anskaffelser NHN har gjennomført på vegne av virksomhetene og NHN i perioden
- Figur 3 Eksempel på gevinstberegning ved å sammenligne tilbud

1 Sammendrag

Basert på regjeringens ønske om å legge til rette for mest mulig effektiv ressursbruk satte Helse- og omsorgsdepartementet i gang en omorganisering som medførte at alle de ti virksomhetene underlagt departementet skulle benytte anskaffelsestjenester fra et nyopprettet tjenestesenter i Norsk Helsenett SF. Tjenestesenteret skulle i tillegg levere IKT- og arkivtjenester.

Det følger av *bevilgningsreglementet* at utgiftsbevilgninger skal benyttes på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til forutsatte resultater. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Departementet skal blant annet legge særlig vekt på selskapets vedtekter og finansiering sett i lys av selskapets formål, jf. *reglementet for økonomistyring i staten*. Samtidig har departementet ansvar for at virksomhetene gjennomfører aktiviteter i tråd med departementets fastsatte mål og prioriteringer, og at virksomhetene bruker ressurser effektivt, jf. *bestemmelser om økonomistyring i staten*.

Målet med revisjonen har vært å vurdere om Helse- og omsorgsdepartementets endring av ansvar for anskaffelser i virksomhetene underlagt departementet har ført til en mer effektiv ressursbruk. Det legges til grunn at kostnadseffektivitet inngår i effektiv ressursbruk. Dette innebærer å produsere anskaffelsestjenester til en gitt kvalitet med minst mulig ressursbruk. Alternativt kan effektiv ressursbruk innebære å oppnå høyere kvalitet på anskaffelsestjenestene med en gitt ressursbruk.

Tjenestesenteret har vært i drift i over to år, og revisjonen viser at effektiviseringsgevinstene som lå til grunn for omorganiseringen, ikke har blitt realisert. Anskaffelsesprosessene er ikke fullt ut profesjonalisert i Norsk Helsenett SF, noe som tilsier at de ikke i tilstrekkelig grad har blitt mer effektive etter omorganiseringen. Metoden for å beregne gevinster gir en overvurdering av de potensielle gevinstene, og de faktiske gevinstene er i liten grad realisert. Kostnadene ved å gjennomføre anskaffelser har blitt vesentlig høyere enn de var før omorganiseringen, og det er sannsynlig at de vil øke ytterligere om Norsk Helsenett SF bygger opp sin anskaffelsesfunksjon som planlagt. Revisjonen mener derfor at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har fulgt opp omorganiseringen i tilstrekkelig grad.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Tabell 1 Tidsløp

mai 2015	Besluttet innføring av konsernmodell
mai 2015	Helsedirektoratet utredningsoppdrag
november 2015	Utredning til departementet
februar 2016	Norsk Helsenett planleggingsoppdrag
mai 2016	Norsk Helsenett etableringsoppdrag
januar 2017	Tjenestesenteret etableres

I 2015 besluttet regjeringen å innføre en konsernmodell for felles produksjon av administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen.¹ Utgangspunktet for utredningen var et mål om å effektivisere og redusere ressursbruken på administrative arbeidsoppgaver.² I mai 2015 fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede en slik konsernmodell.³ Fem måneder senere ble utredningen oversendt departementet.⁴ Målet med modellen er en mer effektiv forvaltning.⁵ I februar 2016 ble Norsk Helsenett SF (NHN) bedt om å planlegge etableringen av et tjenestesenter for administrative tjenester til den sentrale helseforvaltningen som en del av NHNs virksomhet.⁶

Etter tre måneders planlegging fikk NHN oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere tjenestesenteret 1. januar 2017.⁷ Dette medførte at NHN fikk ansvar for å etablere et administrativt tjenestesenter for IKT, anskaffelser og arkiv for alle

virksomhetene som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Dette var nye oppgaver for NHN. Fram til 2017 skulle foretaket blant annet drifte og utvikle IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren og sørge for at det var en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgstjenestene.⁸

Halvannet år etter at konsernmodellutredningen ble iverksatt, og seks måneder etter at NHN fikk oppdraget fra departementet, ble tjenestesenteret opprettet. Som figur 1 viser, omfattet omorganiseringen de ti virksomhetene som er underlagt departementet. Statens innkjøpssenter (Direktoratet for forvaltning og IKT) og Sykehusinnkjøp HF er også inkludert i figuren ettersom de gjennomfører anskaffelser som benyttes av virksomhetene. NHN er et koordinerende ledd mellom virksomhetene og henholdsvis Statens innkjøpssenter og Sykehusinnkjøp HF.

¹ Prop. 119 S (2014–2015) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015*. Finansdepartementet. Innst. 360 S (2014–2015) *Innstilling finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2015, om avgiftsvedtak og om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2015*.

² Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-konsernmodell-for-administrative-tjenester-i-helseforvaltningen/id2473926/>> [Hentdato 19.06.2018].

³ Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Statsbudsjettet 2015 - kap. 720 Helsedirektoratet. Tillegg til tildelingsbrev*, 29.5.2015.

⁴ Helsedirektoratet (2015) *Konsernmodell for administrative tjenester – Vurdering av konsernmodell i sentral helseforvaltning*. Rapport, 3.11.2015.

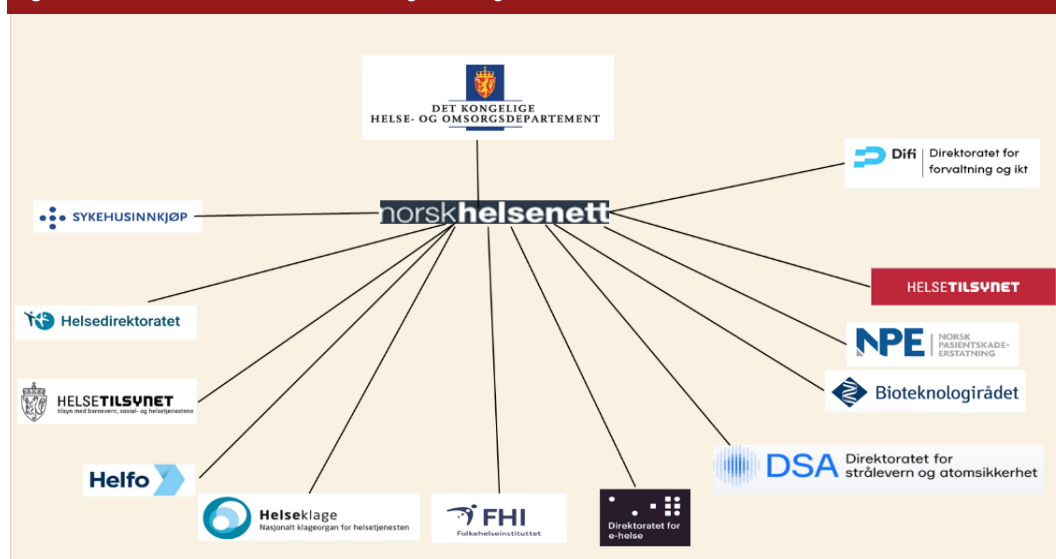
⁵ Prop. 1 S (2015–2016) *For budsjettåret 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av sentralt tjenestesenter for administrative tjenester til den sentrale helse- og omsorgsforvaltningen*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 19.2.2016.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22.6.2016.

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vedtekter for Norsk Helsenett SF*, sist endret 17.1.2018.

Figur 1 De ulike aktørene involvert i omorganiseringen



Bakgrunnen for revisjonen var indikasjoner på at Helse- og omsorgsdepartementets planlegging av og tilrettelegging for endringene på anskaffelsesområdet ikke var god nok. Videre var det indikasjoner på at departementet ikke sikret at NHN hadde tilstrekkelig ressurser og kompetanse. I 2017 mottok revisjonen informasjon fra flere virksomheter om utfordringer ved omorganiseringen. En virksomhet uttalte at den ikke får god nok faglig bistand fra NHN innen anskaffelser ettersom NHN mangler innkjøpskompetanse. Virksomheten uttalte også at NHN bruker eksterne konsulenter, noe virksomheten frykter vil medføre økte priser for virksomhetene. Flere virksomheter uttalte at de har høyere utgifter etter omorganiseringen. Videre mente en virksomhet at den betaler for tjenester som ikke direkte er koblet til gjennomføring av anskaffelser. Et par virksomheter har også uttrykt at det er en uklar fordeling av ansvar og roller mellom NHN og virksomhetene. Videre var det uvisst for revisjonen om og hvordan departementet har arbeidet med å realisere gevinster under implementeringen av omorganiseringen utover det som er anslått i utrednings- og planfasen.

Anskaffelser er en vesentlig del av virksomhetenes administrative tjenester. For virksomhetene under Helse- og omsorgsdepartementet utgjorde driftsutgifter om lag 35 prosent av de totale kostnadene for 2017.⁹ I 2017 foretok virksomhetene innkjøp for over 2 milliarder kroner, og av disse var om lag 1 milliard kroner kjøp av fremmede tjenester.¹⁰

⁹ Analyse av virksomhetenes årsrapporter for 2017.

¹⁰ Dette utgjør kontogruppe 67** og inkluderer blant annet kjøp av tjenester til utvikling av programvare, løpende IKT-driftsoppgaver, organisasjonsutvikling, rekruttering, leie av personell og kjøp av andre fremmede tjenester.

3 Revisjonens mål og problemstillinger

Målet med revisjonen er å vurdere om Helse- og omsorgsdepartementets endring av ansvar for anskaffelser i virksomhetene underlagt departementet har ført til en mer effektiv ressursbruk. I målet om mer effektiv ressursbruk ligger det en forventning om forbedret kvalitet på anskaffelsesprosesser og avtaler, og/eller redusert ressursbruk.

Målet med revisjonen belyses ved å besvare følgende problemstillinger:

- 1) Har omorganiseringen ført til at anskaffelsesprosessene og avtalene er forbedret for virksomhetene?

Problemstillingen er belyst ved å undersøke hvordan virksomhetene og NHN gjennomfører anskaffelser før og etter omorganiseringen. Videre er det undersøkt om omorganiseringen har medført endringer i avtalene. I dette ligger både kvalitative og kvantitative forbedringer, og omtales som gevinster.

- 2) Er de totale kostnadene knyttet til anskaffelser redusert etter omorganiseringen?

Problemstillingen er belyst ved at endringer i virksomhetenes ressursbruk og kostnader er analysert. Videre er NHNs kostnader til gjennomføring av anskaffelser undersøkt.

Revisjonen omfatter perioden rundt opprettelsen av tjenestesenteret i 2017 og til utgangen av januar 2019.

3.1 Avgrensninger

Konsernmodellen for administrative tjenester omfatter både IKT-drift, anskaffelser og arkiv. Denne revisjonen omfatter anskaffelsesområdet, men IKT-anskaffelser er holdt utenfor. Revisjonen omfatter heller ikke de personalmessige forholdene rundt omorganiseringen, for eksempel om flyttingen av ansatte fra virksomhetene til Norsk Helsenett SF er gjort i tråd med lov- og avtaleverk¹¹.

Det er flere aktører som foretar anskaffelser på vegne av virksomhetene i tillegg til Norsk Helsenett SF. Dette gjelder i hovedsak Statens innkjøpssenter¹² og Sykehusinnkjøp HF. Revisjonen omhandler anskaffelser som er foretatt av NHN, og i liten grad anskaffelser foretatt av de andre nevnte aktørene. Revisjonen har også ekskludert anskaffelser foretatt av virksomhetene før tjenestesenteret ble opprettet.

Revisjonen omhandler Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Norsk Helsenett SF (NHN) og følgende virksomheter:

- Bioteknologirådet (BIO)
- Direktoratet for e-helse (DEH)
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)
- Folkehelseinstituttet (FHI)
- Helsedirektoratet (inklusive Pasient- og brukerombudet) (HDIR)
- Helfo (formelt ikke en virksomhet, men ytre etat styrt av Helsedirektoratet)
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
- Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
- Statens helsetilsyn (HTIL)
- Statens legemiddelverk (SLV)

¹¹ For eksempel *lov om statens ansatte mv.*, *lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* og *Statens personalhåndbok*.

¹² Statens innkjøpssenter ble opprettet i Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) i 2016 som en fireårig prøveordning. Innkjøpssenteret skal inngå og forvalte fellesavtaler for innkjøp på vegne av sivile virksomheter i statlig sektor. DIFI (2018) <<https://www.anskaffelser.no/statens-innkjopssenter>>, [Hentdato 23.08.2018].

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) ble etablert i juni 2018 og skal benytte tjenester fra Norsk Helsenett SF.¹³ Ettersom Ukom i 2018 var en del av Helse- og omsorgsdepartementet og i liten grad har tatt i bruk tjenester fra NHN i revisjonsperioden, er virksomheten ikke omfattet av revisjonen.

¹³ Brønnøysundregistrene (2018) *Nøkkelopplysninger fra Enhetsregisteret*, <
<https://w2.brreg.no/enhet/sok/detalj.jsp?orgnr=921018924>> [Hentedato 21.02.2019]. Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Krav og rammer for 2018*. Protokoll fra foretaksmøte Norsk Helsenett SF, 17. januar 2018.

4 Metodisk tilnærming og gjennomføring

I revisjonen er problemstillingene i hovedsak belyst gjennom dokumentanalyser, analyser av svar i intervju og brev, og analyser av regnskapsdata og annen økonomisk informasjon.

Informasjon og dokumentene er innhentet i perioden august 2018 til mars 2019.

4.1 Dokumentanalyse

Det er gjennomført analyse av dokumentasjon som er sentral for å belyse problemstillingene. Dette inkluderer blant annet stortingsdokumenter, dokumentasjon fra styringsdialogen, vedtekter for NHN, oppdragsbrev til NHN, tjenesteavtaler mellom NHN og virksomhetene, rapporter og oversikter utarbeidet av NHN og Helse- og omsorgsdepartementets rapport om konsernmodellen. En fullstendig oversikt over dokumentene er gitt i kapittel 9 *Referanseliste*.

4.2 Intervjuer

Det er gjennomført intervjuer med relevante aktører i Helse- og omsorgsdepartementet og NHN. I tillegg er det gjennomført intervjuer med et utvalg virksomheter underlagt departementet. Det ble valgt virksomheter som hadde ulikt forbruk av varer og tjenester, som hadde ulikt antall ansatte som arbeidet med anskaffelser, og som var ulike med hensyn til om de hadde egen anskaffelsesavdeling eller ikke. Følgende virksomheter ble intervjuet:

- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten

De som stilte til intervju, var avdelingsdirektører¹⁴, saksbehandlere og ansatte som arbeider med anskaffelsesområdet (innkjøpskoordinator). Unntaket er NHN, der direktøren også stilte til intervju.

Tema både i intervju og brev med spørsmål var blant annet

- mulige gevinster som følge av omorganiseringen
- vurdering av tjenestene NHN leverer, og kvaliteten på anskaffelsene
- vurdering av prioriteringene som gjøres i NHN
- kostnadene knyttet til anskaffelsesområdet

I tillegg er det gjennomført et møte med Statens innkjøpssenter i Direktoratet for forvaltning og IKT. Hensikten med møtet var å få innsikt i innkjøpssenterets arbeid med å inngå og forvalte fellesavtaler for innkjøp på vegne av sivile virksomheter i statlig sektor.

Alle referat er verifisert og informasjonen i disse er benyttet for å belyse begge problemstillingene.

4.3 Brev med spørsmål

Virksomheter som ikke ble intervjuet, fikk tilsendt intervju spørsmålene i brev. Analyse av svarene er benyttet for å belyse begge problemstillingene.

Det er også sendt spørsmål til Sykehusinnkjøp HF, ettersom de utfører innkjøpstjenester for spesialisthelsetjenesten og virksomhetene som er underlagt eller heleid av Helse- og omsorgsdepartementet. Besvarelsene fra Sykehusinnkjøp HF er brukt for å belyse problemstillingen om omorganiseringen har ført til at anskaffelsesprosessene og avtalene er forbedret for virksomhetene.

¹⁴ For Folkehelseinstituttet stilte blant annet Områdedirektør Instituttstab i intervjuet.

4.4 Analyse av regnskapsdata og annen økonomisk informasjon

For å belyse problemstillingen om hvorvidt de totale kostnadene knyttet til anskaffelser er redusert etter omorganiseringen, er regnskapsdata og annen økonomisk informasjon analysert. Samtlige virksomheter har opplyst at lønnskostnader er den eneste vesentlige kostnaden knyttet til anskaffelsesområdet.¹⁵

Før konsernmodellen ble innført, ga virksomhetene anslag over hvor mange årsverk som gikk med til å gjennomføre anskaffelser i virksomheten. Disse anslagene står i utredningen som ble utført av Helsedirektoratet og ble justert i NHNs delrapport 2.¹⁶ Anslagene lå til grunn for innføringen av konsernmodellen. Virksomhetene har oversendt anslag over hvor mange sentrale¹⁷ årsverk som er benyttet til anskaffelser etter at konsernmodellen ble innført. Dette innebærer at anslagene ikke nødvendigvis inkluderer alle årsverk knyttet til gjennomføring av anskaffelser. Ingen av virksomhetene har systematisk målt antall årsverk, men har oppgitt et estimat. Revisjonen har lagt til grunn at metoden for anslag som ble benyttet i utredningen, også kan benyttes i revisjonen.

Videre har samtlige virksomheter og NHN oversendt informasjon om lønnskostnader som er forbundet med gjennomføring av anskaffelser. Denne informasjonen har blitt sammenstilt og er brukt som grunnlag for analysene.

Revisjonen har også analysert virksomhetenes regnskaper for årene 2017 og 2018 for å få informasjon om virksomhetene har hatt utbetalinger til leverandører NHN har inngått fellesavtaler med, ettersom NHN ikke har denne informasjonen. Analysene viser at enkelte virksomheter har hatt utbetalinger til noen av leverandørene også før avtalene er signert, noe som tyder på at virksomheten hadde avtale med samme leverandør før NHN inngikk fellesavtalen. Det er tatt utgangspunkt i utbetalinger etter signeringstidspunktet. En usikkerhet ved analysen er at det ikke er kontrollert om det er gjort avrop på avtalen, kun at det er foretatt utbetalinger til leverandøren. Det betyr at det er risiko for at revisjonen overvurderer avrop på fellesavtaler. Forbruket i de virksomhetsspesifikke avtalene er ikke undersøkt, men det er mer sannsynlig at disse avtalene er tatt i bruk etter signering ettersom de i større grad enn fellesavtalene har utgangspunkt i behov virksomheten selv har meldt til NHN.

For å belyse problemstillingene er blant annet virksomhetenes kostnader knyttet til anskaffelsesprosessene før omorganiseringen sammenlignet med kostnadene virksomhetene har etter 1.1.2017.

I regnskapsanalyser og vurdering av økonomisk informasjon er Pasient- og brukerombudet inkludert i Helsedirektoratet.

¹⁵ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

¹⁶ Helsedirektoratet (2015) *Konsernmodell for administrative tjenester – Vurdering av konsernmodell i sentral helseforvaltning*. Rapport, 3.11.2015. Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen*. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter, 30.5.2016.

¹⁷ Årsverk i fagavdelingene som gir faglige innspill til anskaffelser, er ikke inntatt. Sentrale årsverk omfatter i stor grad arbeidet til den som er innkjøpskoordinator overfor NHN.

5 Revisjonskriterier

5.1 Departementets ansvar

Det følger av *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) § 10 at departementet, som har overordnet ansvar for statsforetak, skal utarbeide skriftlige retningslinjer for hvordan styrings- og kontrollmyndigheten skal utøves. Videre står det at staten skal, innenfor gjeldende lover og regler, forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Eierne skal legge særlig vekt på blant annet at den valgte selskapsform, selskapets vedtekter, finansiering og styresammensetning er hensiktsmessig i forhold til selskapets formål og eierskap. I tillegg skal eieren legge særlig vekt på at målene som er fastsatt for selskapet, oppnås, jf. § 10 c. Styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer skal tilpasses statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet.

I *bestemmelser om økonomistyring i staten* (økonomibestemmelsene) står det at departementet har overordnet ansvar blant annet for at virksomhetene gjennomfører aktiviteter i tråd med departementets fastsatte mål og prioriteringer, og at virksomhetene bruker ressurser effektivt, jf. punkt 1.2.

5.2 Formålet med omorganisering av den sentrale helseforvaltningen

Beslutningen om å innføre en modell for felles produksjon av administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen ble presentert i Prop. 119 S (2014–2015) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2015*.¹⁸ Begrunnelsen for å innføre modellen er at regjeringen ønsker å legge til rette for mest mulig effektiv ressursbruk. I finanskomiteens behandling av denne saken tas den til orientering.¹⁹ Videre står det i Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettåret 2016 at bakgrunnen for at departementet innfører en felles modell for administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen, er regjeringens mål om en mer effektiv forvaltning.²⁰ En mer sentralisert produksjon av felles administrative tjenester skal gi en mer effektiv helseforvaltning. Det står også at den vedtatte modellen skal innføres gradvis fra 1. januar 2016, og at alle virksomheter i den sentrale helseforvaltningen skal være underlagt fellesmodellen fra 1. januar 2018. Helse- og omsorgskomiteen merker seg at det foreslås en omorganisering av den sentrale helseforvaltningen.²¹

Forslaget om å legge et sentralt tjenestesenter til Norsk Helsenett SF ble presentert i Prop. 122 S (2015–2016) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2016*.²² Det går fram at det foreslås å legge senteret til NHN, som har betydelig kompetanse innen IKT-drift, applikasjonsforvaltning og anskaffelser. I finanskomiteens behandling av denne saken tas den til orientering.²³

Departementet skriver at hovedmålet er effektivisering, men at det også er et mål å tilrettelegge for større og mer robuste kompetansemiljøer og for kvalitets- og kompetanseheving i administrative tjenesteledd.²⁴

¹⁸ Prop. 119 S (2014–2015) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015*. Finansdepartementet

¹⁹ Innst. 360 S (2014–2015) *Innstilling finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2015, om avgiftsvedtak og om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2015*.

²⁰ Prop. 1 S (2015–2016) *For budsjettåret 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet.

²¹ Innst. 11 S (2015–2016) *Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen*.

²² Prop. 122 S (2015–2016) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016*. Finansdepartementet.

²³ Innst. 400 S (2015–2016) *Innstilling fra finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2016, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2016, om avgifter og toll i statsbudsjettet for 2016*.

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-konsernmodell-for-administrative-tjenester-i-helseforvaltningen/id2473926/>> [Hentet dato 19.06.2018].

I Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettåret 2017 står det at NHN er gitt i oppdrag å etablere et administrativt tjenestesenter for blant annet anskaffelser for alle virksomhetene i helseforvaltningen. Videre står det at senteret skal etableres med virkning fra 2017, og at det skal være fullt etablert senest innen utgangen av 2017.²⁵ Tjenestesenteret skal finansieres gjennom brukerbetaling innenfor virksomhetenes gjeldende budsjettrammer.

Det går fram av foretaksmøte 22. juni 2016 at NHN skal etablere tjenestesenteret i tråd med rapporten som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 30. mai 2016.²⁶ I rapporten står det at tjenestesenteret skal være operativt for hele anskaffelsesområdet innen 31. desember 2016. Videre skal NHN legge til rette for at eventuelle merkostnader knyttet til etableringen og nødvendige investeringer etter virksomhetsoverdragelsen, dekkes innenfor NHN sin samlede økonomi.²⁷ Driftskostnader skal belastes alle virksomheter med basis i tjenesteavtaler og gjennom brukerbetaling i tråd med NHNs rapport av 30. mai 2016. Relevante deltjenester anskaffes i det private markedet der dette gir den mest kostnadseffektive løsningen. Innsparinger i drift skal komme virksomhetene til gode i form av redusert brukerbetaling, for at virksomhetene skal få økt tilgang på ressurser til å utføre kjerneoppgavene sine. NHN skal jevnlig rapportere om status for gevinstrealisering som følger av etableringen.

Det står i Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettåret 2018 at tjenestesenteret er brukerfinansiert.²⁸

Helse- og omsorgsdepartementet har påpekt på sine nettsider at omstillingen skal foregå etter gjeldende regelverk.²⁹ Helse- og omsorgsministeren har uttalt at Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for den samlede virksomheten i den sentrale helseforvaltningen, inkludert ansvar for å forvalte eierskapet til NHN.³⁰

5.3 Effektiv ressursbruk

Det går fram av bevilgningsreglementet § 10 at utgiftsbevilgninger skal benyttes på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til forutsatte resultater. Effektivitetskravet gjelder både formåls- og kostnadseffektivitet.³¹

Effektivitet beskrives som én av flere grunnleggende forvaltningspolitiske verdier i stortingsmeldinger om forvaltningspolitikk. I St.meld. nr. 19 (2008–2009) heter det:

«Forvaltninga skal produsere dei tenestene ho er sett til, med minst mogleg ressursbruk og slik at ho når dei politiske måla. Ressursane skal fordelast mellom sektorar og oppgåver i tråd med dei politiske måla. Om forvaltninga ikkje er effektiv, betyr det at ho bruker ressursar som kunne vore nytta til å nå andre politiske mål. Effektivitetsomgrepet har tre viktige aspekt: kostnadseffektivitet, føremålseffektivitet og prioriteringseffektivitet. Kostnadseffektivitet (produksjonseffektivitet) vil seie å produsere ei gitt mengd varer og tenester av ein gitt kvalitet med minst mogleg ressursbruk. Formålseffektivitet (resultateffektivitet) er graden av måloppnåing for eit bestemt mål. Formålseffektivitet er eit spørsmål om å velje dei tiltaka som er mest effektive for føremålet. Prioriteringseffektivitet (allokeringseffektivitet) dreier seg om den høgst moglege måloppnåinga for eit sett med mål som i somme tilfelle kan vere heilt eller delvis i konflikt

²⁵ Prop. 1 S (2016–2017) *For budsjettåret 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22. juni 2016.

²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22. juni 2016.

²⁸ Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, 3.2.2016, <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-konsernmodell-for-administrative-tjenester-i-helseforvaltningen/id2473926/>> [Hentedato 19.06.2018].

³⁰ Stortinget (2017) *Skriftlig spørsmål fra Ingvald Kjerkol til helse- og omsorgsministeren*, 7.12.2017, <<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=70473>> [Hentedato 22.06.2018].

³¹ Finansdepartementet (2014) *Statlig budsjettarbeid*. Veileder, mars 2014.

med kvarandre. Prioriteringseffektivitet er eit spørsmål om å utnytte tilgjengelege ressursar best mogleg gjennom å prioritere mellom ulike mål. Prioriteringseffektivitet kan til dømes dreie seg om å fordele helsekronene best mogleg eller å fordele ressursar mellom helse og skule, mellom helse og transport eller mellom andre føremål.» Jf. kapittel 3.4.4.³²

For statlige selskaper framkommer de generelle forutsetningene av regjeringens eierskapsmeldinger. For statlige selskaper med forretningsmessige formål er forutsetningen at driften skal bidra til å maksimere verdien av statens investeringer, mens for selskaper med sektorpolitiske målsettinger er det en generell forutsetning om effektiv drift, jf. Meld. St. 27 (2013–2014), punkt 8.2.1. I meldingen heter det også: «Det fastsettes ikke avkastningsmål for selskaper som ikke er basert på forretningsmessig drift eller som er avhengig av tilskudd fra staten. Disse selskapene følger Stortingets bevilgningsreglement. Regjeringen forventer at driften i slike selskaper skal være effektiv.»³³

I økonomireglementet legges det til grunn at statlige midler brukes effektivt, jf. § 1c. Videre står det at virksomheter skal sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag, jf. § 4c. I § 4b står det at alle virksomheter skal sikre at blant annet ressursbruken er effektiv. Alle virksomheter skal sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnås på en effektiv måte. For å sikre dette skal virksomhetene blant annet rapportere om måloppnåelse og resultater til overordnet myndighet, jf. § 9c.

Revisjonen legger til grunn at det ved omorganisering av anskaffelsesområdet foreligger forventninger om gevinster som skal realiseres. Regjeringens mål med omorganiseringen er en mer effektiv forvaltning og mest mulig effektiv ressursbruk.³⁴ Revisjonen legger til grunn at kostnadseffektivitet inngår i regjeringens nevnte mål. Dette innebærer å produsere anskaffelsestjenester til en gitt kvalitet med minst mulig ressursbruk. Kostnadene forbundet med omorganiseringen og etter omorganiseringen kan være lavere enn kostnadene virksomhetene hadde før omorganiseringen. Alternativt kan målet med omorganiseringen være å oppnå høyere kvalitet på anskaffelsestjenestene med den samme ressursbruken.

Gevinstrealisering er en metode for å følge opp og hente ut gevinster. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn Norsk Helsenett SF sin rapport av 30. mai 2016, der det står at gevinster ved omorganisering av anskaffelsesområdet skal realiseres fra 1. januar 2017.³⁵

Det står i økonomibestemmelsene at departementet har ansvaret for at virksomhetene bruker ressurser effektivt, jf. punkt 1.2

³² St.meld.nr. 19 (2008-2009) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*. Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

³³ Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*. Nærings- og fiskeridepartementet.

³⁴ Prop. 1 S (2015–2016) *For budsjettåret 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 119 S (2014–2015) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015*. Finansdepartementet.

³⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22. juni 2016.

6 Har omorganiseringen ført til at anskaffelsesprosessene og avtalene er forbedret for virksomhetene?

I dette kapitlet omtales anskaffelsesprosessene hos både virksomhetene og NHN. Dette innebærer at det kartlegges hvordan virksomhetene gjennomførte anskaffelser før omorganiseringen, og hvordan anskaffelser gjennomføres etter omorganiseringen. Videre er det undersøkt om omorganiseringen har medført bedre avtaler, og da har både kvalitative og kvantitative gevinster blitt vurdert. Gevinstene fra avtalene omtales i dette kapitlet, mens gevinster i form av reduserte kostnader ved gjennomføring av anskaffelser omtales i kapittel 7.

6.1 Norsk Helsenett SFs og virksomhetenes roller og plikter i anskaffelsesprosessen

NHN skal gjennomføre alle anskaffelser over 100 000 kroner på vegne av virksomhetene underlagt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), både såkalte virksomhetsspesifikke anskaffelser og fellesanskaffelser.³⁶ Forskjellen på disse er at ved fellesanskaffelser er resultatet at avtalen gjelder mer enn én virksomhet, eller hvor flere virksomheter har opsjon til å benytte avtalen på et senere tidspunkt.³⁷

I hovedsak har NHN ansvar for prosessen ved anskaffelser, fra planlegging til kontraktsutforming. Det ligger likevel en rekke oppgaver igjen i virksomhetene, både ved virksomhetsspesifikke avtaler og fellesavtaler. HOD bemerket at virksomhetene har begrenset behov for anskaffelsesfaglig kompetanse ettersom NHN skal besitte kunnskap om regelverk, prosedyrer, markedsdialog og kontrakter.³⁸ Avtalene mellom NHN og virksomhetene regulerer hvilke plikter virksomhetene og NHN har i anskaffelsesprosessen.

Virksomhetene skal blant annet

- melde fra til NHN om behov for avtaler
- delta med fagressurser i anskaffelsesprosesser
- sørge for nødvendig data og informasjon til NHN³⁹
- gi innspill til NHN ved gjennomføring av virksomhetsspesifikke anskaffelser (innspill til markedsanalyser, beskrivelse av behov, tekniske og faglige krav i konkurransegrunnlag⁴⁰, innspill til tildelingskriterier og vektning av disse, innspill til evalueringsmodell og utkast til kontrakt, evaluering av faglige aspekter ved tilbudene)
- kvalitetssikre valg av leverandør ved fellesanskaffelser
- begrunne faglige vurderinger, godkjenne valgt leverandør, utforme svar på spørsmål av faglig og teknisk karakter og signere kontrakt ved virksomhetsspesifikke avtaler. Bestille varer og tjenester fra en rammeavtale (gjøre «avrop») og gjennomføre minikonkurranser⁴¹ på etablerte avtaler i tråd med anskaffelsesregelverket

³⁶ Norsk Helsenett SF (2017) *Tjenestebeskrivelse - NHN Tjenestekatalog 9.0 Anskaffelsestjeneste*. Vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv.

³⁷ Norsk Helsenett SF (2019) *4a - Avklaringer til oversikten over fellesanskaffelser*, 17.1.2019.

³⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganiseringen av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

³⁹ Dette innebærer blant annet at de skal overføre forbruks- og kostnadsdata og avtaleinformasjon til NHN.

⁴⁰ Konkurransegrunnlaget beskriver elementene i anskaffelsen og konkurransen, inkludert kontraktsvilkår, konkurransegjennomføring og kvalifikasjons-, ytelses- og funksjonskrav.

⁴¹ I rammeavtaler med flere leverandører må det gjennomføres ny konkurranse mellom leverandørene som er part i rammeavtalen (minikonkurranse), dersom vilkår ikke er fastsatt. Dersom alle vilkår er fastsatt i rammeavtalen, eksempelvis med rangerte leverandører, trenger ikke virksomhetene å gjennomføre minikonkurranse. I 2 av de 14 fellesanskaffelsene NHN har gjennomført, må virksomhetene gjennomføre minikonkurranse. Dette gjelder anskaffelsene «Animasjon / Film og video» og «Grafisk design / Kommunikasjonstjenester / Reklame og kampanjer».

- justere egne interne prosesser tilpasset NHN, inkludert implementere avtaler i egen virksomhet, optimalisere vare- og tjenestekataloger, etablere lokale rutiner og prosedyrer og sikre realisering av tilrettelagte gevinster

NHN skal blant annet

- tildele en prosjektleder til anskaffelsen
- lage en gjennomføringsplan for den enkelte anskaffelsen, med aktiviteter, milepæler, leveranser og kontraktsigneringstidspunkt
- lage konkurransegrunnlaget, i samarbeid med virksomheten(e)
- Kunngjøre anskaffelsen på den nasjonale kunngjøringsdatabasen for offentlige anskaffelser, Doffin.no
- lage kontrakten som skal regulere forholdet mellom kunden og den/de valgte leverandørene
- lage en plan for å implementere avtalen hos kunden(e)

I tjenesteavtalene står det at NHN er å anse som innkjøpssentral i tråd med forskrift om offentlige anskaffelser. Videre står det at NHN har ansvaret for at alle anskaffelser som gjennomføres av tjenestesenteret skjer i henhold til gjeldende regelverk.

De fleste virksomhetene oppgir at den gjeldende tjenesteavtalen i all hovedsak er tilstrekkelig tydelig når det gjelder ansvar og roller.⁴² Noen virksomheter har imidlertid stilt spørsmål til HOD om sitt juridiske ansvar, for eksempel dersom det skulle forekomme brudd på anskaffelsesreglementet. Departementet har startet et utredningsarbeid for å avklare det juridiske ansvaret til virksomhetslederne.⁴³

6.1.1 Anskaffelsesprosessene før omorganiseringen

Alt i alt var det omtrent 26 årsverk som arbeidet med anskaffelser i virksomhetene underlagt HOD i 2015.⁴⁴ Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet sto for omtrent 70 prosent av virksomhetenes totale innkjøpsomsetning i 2015.⁴⁵ I de samme to virksomhetene var det en egen enhet som jobbet med anskaffelser. I de øvrige virksomhetene var det én eller to personer i administrasjonen som arbeidet med anskaffelser, ofte som én av flere oppgaver tillagt stillingene. I de fleste virksomhetene gjorde ansatte i fagavdelingene «fagspesifikke» anskaffelser, og ansvaret for å forvalte avtalene lå i fagavdelingene.⁴⁶ Ansvaret for anskaffelser og avtaler var med andre ord fordelt på et stort antall personer i virksomhetene.

Ifølge NHN er det ikke grunn til å anta at anskaffelser har vært høyt prioritert hos virksomhetene, ettersom det var få av dem som hadde personell som arbeidet fulltid med dette. NHN uttrykker at sporadisk arbeid med anskaffelser ikke sikrer kompetanse eller effektive prosesser.⁴⁷ En kartlegging gjort av NHN før omorganiseringen viser at det var få virksomheter som hadde strategier, planer eller verktøy som understøttet anskaffelsene. NHN karakteriserte virksomhetenes organisering av anskaffelsesfunksjonene før omorganiseringen som under middels modent, men bemerket at det pågikk en del gode utviklingsinitiativer, og at det fantes en del gode prosesser og verktøy som ville kunne tas med i utviklingen av den nye organiseringen.⁴⁸

⁴² Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

⁴³ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

⁴⁴ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁴⁵ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016. Dette er avtalene NHN hadde tilgang til i sin kartlegging av anskaffelsesfunksjoner i virksomhetene før omorganiseringen.

⁴⁶ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁴⁷ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁴⁸ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016. Norsk Helsenett SF (2016) *Dokumentasjon som ligger til grunn for organiseringen av anskaffelsesfunksjonen – anonymisert*. Revisjonen har verifisert hos virksomhetene hvorvidt kartleggingen til NHN, gjengitt i *Dokumentasjon som ligger til grunn for organiseringen*

Også HOD viser i intervju til at kvaliteten i anskaffelsesprosessene og kompetansen innen anskaffelser i virksomhetene ikke var god nok på alle områdene før omorganiseringen.⁴⁹ Kompetansen til de ansatte ble vurdert som god på etterlevelse av regelverket, men ikke på kategoristyring og leverandøroppfølging.⁵⁰

6.1.2 Organisering av anskaffelsesprosessen etter omorganiseringen

NHN uttaler at overgangen fra å være en nettleverandør til også å være en tjenesteleverandør for administrative tjenester oppleves å være stor.⁵¹ Dette er helt andre oppgaver enn NHN hadde hatt fram til oppdraget kom. NHN uttaler i intervju at tiden de hadde til rådighet for å planlegge etableringen, var knapp.⁵²

Under planleggingen av omorganiseringen identifiserte NHN suksesskriterier som måtte være på plass for at NHNs arbeid med anskaffelser skulle gi merverdi for virksomhetene:

- *kompetanseheving* med fokus på *kategoristyring*. Kategoristyring innebærer å samle beslektede innkjøp i grupper (kategorier) som speiler markedets inndeling. Gjennom spesialisering av ansatte og langsiktig planlegging kan potensialet i markedet tas ut;⁵³
- nye, *standardiserte arbeidsprosesser* og innføring av en *helelektronisk anskaffelsesprosess* som støttes av felles elektroniske verktøy for analyseformål, konkurransegjennomføring og kontraktsadministrasjon og for bestilling;
- *ledelsesfokus, samhandling og målstyring* av NHN og virksomhetene. NHN skulle måles på kundetilfredshet, avtalelojalitet og gevinstrealisering.⁵⁴

I august 2017, da tjenestesenteret hadde vært virksomt i over et halvt år, gjorde NHN opp status for disse suksesskriteriene, gjennom en modenhetsanalyse av anskaffelsesarbeidet. Alle områdene som ble vurdert på en skala fra 0 til 4 hvor 4 representerer høyest grad av modenhet, ble av NHN vurdert til å være på nivå 1. Ønsket nivå var 2 for de fleste områder og 3 for områdene *kategoristyring* og *kompetanse*. Anskaffelsesarbeidet til NHN var med andre ord umodent.⁵⁵

NHN planla at anskaffelsesfunksjonen skulle være fullt ut etablert og operativ innen utgangen av 2017, inkludert med fullverdig kategoristyring.⁵⁶ Departementet bemerker at våren 2017 hadde NHN en prosess med Sykehuspartner HF⁵⁷ for å vurdere muligheten for at Sykehuspartner HF kunne ha en større og mer omfattende rolle i tilknytning til anskaffelsesområdet i helseforvaltningen.⁵⁸ I tillegg hadde NHN også en prosess med FHI i tilknytning til vaksineanskaffelser. Departementet uttaler at dette bidro til at en «fullt ut etablert og operativ» anskaffelsesfunksjon ble forsinket.

I de følgende avsnittene omtales status for anskaffelsesprosessene i NHN mot slutten av 2018 på disse områdene:

- kategoristyring
- måltall/KPI-er

av anskaffelsesfunksjonen – anonymisert stemmer. Revisjonen har imidlertid ikke innhentet dokumenter for å verifisere virksomhetenes opplysninger, som for eksempel anskaffelsesplaner eller innkjøpsstrategier.

⁴⁹ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

⁵⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganiseringen av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

⁵¹ Norsk Helsenett SF (2017) *Årsrapport 2016*.

⁵² Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁵³ Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Kategoristyring av innkjøp*.

<<https://www.anskaffelser.no/innkjopsledelse/kategoristyring>> [Hentedato 22.11.2018].

⁵⁴ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁵⁵ Norsk Helsenett SF (2017) *Innkjøpsstrategi for NHN*, 28.8.17

⁵⁶ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016

⁵⁷ Sykehuspartner HF leverer tjenester innen IKT, prosjekt, logistikk og HR til alle sykehusene i Helse Sør-Øst. Sykehuspartner HF eies av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst. Kilde: Sykehuspartner HF (2019) *Om oss*, 3.5.2019. <<https://sykehuspartner.no/om-oss>> [Hentedato 15.05.2019].

⁵⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganiseringen av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

- innkjøpsstrategier og -planer
- støtteverktøy
- kompetanse og ressurser

Kategoristyring

Kategoristyring ble både i utredningsfasen og planleggingsfasen beskrevet som en forutsetning for å kunne ta ut gevinster fra omorganiseringen.

NHN opplyser at de ansatte per november 2018 er delt inn i grupper som skal arbeide med anskaffelser innen tre ulike kategorier: administrasjon, helsefag og IKT. Imidlertid er det ifølge NHN sentrale deler av kategoristyringen som ikke er på plass.⁵⁹ Blant annet mangler NHN en anskaffelsesplan hvor anskaffelser planlegges basert på kategorier.⁶⁰ De har heller ikke på plass en strategisk portefølje⁶¹. NHN mangler også en såkalt spendkube, altså et system for å samle inn regnskapsdata fra virksomhetene, og generere rapporter og analysere dataene basert på kategoriene.

Før omorganiseringen var det heller ingen av virksomhetene som hadde implementert kategoristyring fullt ut.⁶²

Måltall

NHN planla å utvikle såkalte KPI-er (Key Performance Indicators).⁶³ En KPI er et måltall som bidrar til å skape en forståelse av hvordan virksomheten leverer i forhold til oppsatte mål.

NHN skulle som et minimum rapportere på måltall innenfor følgende områder:

- gevinster
- avtalelojalitet
- kundetilfredshet

Etter hvert skulle NHN også ha som mål å utvikle måltall for kompetanseutvikling og effektivitet i innkjøpsfunksjonen.⁶⁴

Ifølge NHN hadde de per oktober 2018 ikke utviklet måltall enda.⁶⁵ Foreløpig måler altså ikke NHN kvaliteten på anskaffelsesprosessen, men NHN uttaler at de i 2019 skal jobbe videre med å utvikle måltall innen fire områder:

- kvalitet
- organisasjon
- økonomi
- kunder⁶⁶

I følge NHNs kartlegging før omorganiseringen hadde virksomhetene i liten grad styringsinformasjon eller måltall som gjorde det mulig å følge opp

⁵⁹ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁶⁰ Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over dokumenter*.

⁶¹ Direktoratet for forvaltning og IKT (2017) *Porteføljestyling*. Porteføljen er samlingen av alle besluttede og pågående prosjekter og programmer som skal sikre at virksomheten oppnår sine strategiske mål, <<https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/styring-og-organisering/virksomhetens-prosjektorganisasjon/portefoljestyling>> [Hentdato 16.10.2018].

⁶² FHI hadde vedtatt en anskaffelsesstrategi med tiltak som ville bevege det i retning av en kategoristyring. Det var elementer av kategoristyring i andre virksomheter. For eksempel hadde noen virksomheter dedikerte ansatte som fulgte opp avtaler i bestemte kategorier. Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Folkehelseinstituttet*, 12.11.2018. Norsk Helsenett SF (2016) *Dokumentasjon som ligger til grunn for organisering – anonymisert*.

⁶³ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁶⁴ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁶⁵ Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over dokumenter*.

⁶⁶ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

anskaffelsesfunksjonen.⁶⁷ NHN bemerket selv at virksomhetenes mangel på styringsinformasjon «innebærer at det er vanskelig å følge opp effekter av tiltak og koordinere arbeid på tvers av virksomheten. Videre gir det stor risiko for at prioriteringer og beslutninger tas uten tilstrekkelig faktagrunnlag.»⁶⁸ Samme slutning kan trekkes når det gjelder NHNs mangel på måltall – det gjør det vanskelig, både for NHN og for departementet, å følge opp sentrale områder som gevinster, avtalelojalitet og kundetilfredshet.

Innkjøpsstrategi og innkjøpsplaner

En innkjøpsstrategi skal vise virksomhetens overordnede veivalg og satsinger når det gjelder anskaffelser. Her skal virksomheten gi svaret på hva som er det viktigste som må gjøres for å få til gode anskaffelser.⁶⁹

NHN var per oktober 2018 ikke ferdige med å implementere en innkjøpsstrategi, men de opplyser at de fleste av elementene i en slik strategi er på plass.⁷⁰ Før omorganiseringen hadde tre virksomheter vedtatt innkjøpsstrategier.⁷¹

NHN hadde ved utgangen av 2018 ikke på plass en langsiktig plan for hvilke anskaffelser som skal gjennomføres når innenfor de ulike kategoriene.⁷² En anskaffelsesplan kan gi oversikt over behovet for varer og tjenester i tidsperioden planen gjelder for. Ifølge NHN skulle en slik plan være utgangspunktet for deres prioritering av prosjekter. Planen skulle gjøre anskaffelsesfunksjonens ressursbruk forutsigbar og transparent, både for NHN selv og for virksomhetene. Den skulle legge til rette for at anskaffelsesprosjekter kan planlegges, gjennomføres og følges opp på en effektiv måte. Planen skulle gå over fire år, delt inn i perioder på ett år.⁷³

NHN viser til at tjenestesenteret prioriterer anskaffelser ved å ta de viktigste behovene først, men det er ikke noen «fasit» på hvordan NHN prioriterer, verken mellom prosjekter eller mellom virksomheter.⁷⁴ NHN uttaler at de prioriterer på grunnlag av en løpende dialog, hvem som spør, gevinstpotensialet og om det haster å få på plass en avtale.

At NHN ikke har utviklet en anskaffelsesplan, gjør at virksomhetene i liten grad har innsikt i hvilke anskaffelser som skal gjøres når, og hvordan NHN prioriterer. Dette kan gi uforutsigbarhet for virksomhetene. Enkelte virksomheter bemerker at det er uklart hvordan NHN prioriterer anskaffelser, og at de har få muligheter til å påvirke NHNs prioriteringer. En virksomhet skriver følgende:

«Generelt sett har [virksomheten] en opplevelse av å ikke ha tilstrekkelig oversikt over NHNs planer for fellesanskaffelser. Gjennomføringen av felles anskaffelsesprosesser starter på tidspunkt vi ikke rår over eller ikke kjenner til før vi får oppgaver med korte frister fra NHN. Dette medfører at ressursituasjonen på enkelte enheter oppleves som uforutsigbart, når man jevnlig må legge til side andre oppgaver, gjerne på tidspunkt som passer dårlig, for å få anledning til å få dekket våre (ofte potensielle) behov gjennom fellesanskaffelser.»

⁶⁷ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016. Revisjonen har verifisert hos virksomhetene hvorvidt opplysningene om bruken av måltall og styringsinformasjon stemmer. Revisjonen har imidlertid ikke innhentet dokumenter for å verifisere om virksomhetenes opplysninger stemmer. Folkehelseinstituttet opplyser at det var i prosess med å innføre måleindikatorer.

⁶⁸ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁶⁹ Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Anskaffelsesstrategi*. <<https://www.anskaffelser.no/innkjopsledelse/anskaffelsesstrategi>> [Hentedato 07.11.2018].

⁷⁰ Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over dokumenter*.

⁷¹ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016. Svar fra virksomheter gjennom verifiserte referat og brev med svar på spørsmål.

⁷² Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over dokumenter*.

⁷³ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁷⁴ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

I kartleggingen som NHN gjennomførte i planleggingsfasen, oppga seks av de ti virksomhetene at de hadde en anskaffelsesplan.⁷⁵

Støtteverktøy

I planleggingen ble det vektlagt at NHN måtte ha gode støttesystemer for å sikre effektive anskaffelsesprosesser. De støttesystemene NHN mente det var viktig å ha på plass, var:

- spendkube⁷⁶
- elektroniske verktøy for å gjennomføre konkurranser og administrere kontrakter
- bestillingssystem
- grensesnitt for kommunikasjon med virksomhetene⁷⁷

Per november 2018 hadde NHN slike verktøy på plass, bortsett fra spendkuben.⁷⁸ NHN har imidlertid ikke en helelektronisk sammenhengende anskaffelsesprosess. Dette betyr at alt arbeid med sporbarhet i data gjøres manuelt og hentes ut fra hvert verktøy og sammenstilles.⁷⁹

Før omorganiseringen hadde virksomhetene i liten grad tatt i bruk støttesystemer for anskaffelsesprosessen. For eksempel opplyser kun to virksomheter at de brukte et elektronisk konkurransegjennomføringsverktøy.⁸⁰ Det var imidlertid ikke et lovkrav å bruke et slikt verktøy før 1. januar 2017.⁸¹ For å administrere kontraktene brukte virksomhetene i stor grad manuelle systemer, for eksempel Excel.⁸² Det var altså ingen av virksomhetene som hadde avanserte verktøy spesielt tilpasset til å administrere kontrakter.

Kompetanse og ressurser

I Helsedirektoratets utredning av konsernmodellen ble ikke NHN nevnt som en aktuell leverandør av anskaffelsestjenester. HOD ba direktoratet vurdere om NHN kunne være aktuell for å levere *IKT-tjenester*. Direktoratets vurdering var at NHN ikke hadde nok kapasitet eller erfaring til å levere slike tjenester eksternt, og direktoratet anbefalte derfor at de ikke fikk et slikt oppdrag. Som kjent fikk likevel NHN ansvaret for IKT, i tillegg til arkiv og anskaffelser. Da beslutningen om å legge tjenestesenteret til NHN ble lagt fram for Stortinget i 2015, vurderte HOD at NHN hadde *betydelig* kompetanse innen anskaffelser, uten at dette ble nærmere grunnlagt.⁸³ Ifølge NHN brukte de imidlertid bare ett årsverk til anskaffelser før omorganiseringen.⁸⁴ Dette årsverket ble ikke overført til tjenestesenteret.

⁷⁵ Norsk Helsenett SF (2016) *Dokumentasjon som ligger til grunn for organiseringen av anskaffelsesfunksjonen – anonymisert*. Revisjonen har verifisert hos virksomhetene hvorvidt kartleggingen til NHN, gjengitt i *Dokumentasjon som ligger til grunn for organiseringen av anskaffelsesfunksjonen – anonymisert*, stemmer. Revisjonen har imidlertid ikke innhentet dokumenter for å verifisere om virksomhetenes opplysninger stemmer, som for eksempel anskaffelsesplaner.

⁷⁶ En spendkube er et system for å samle inn regnskapsdata fra virksomhetene, og generere rapporter og analysere dataene basert på kategoriene.

⁷⁷ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁷⁸ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018. Norsk Helsenett SF (2018) *Innkjøpskoordinatorsamling #4*. Presentasjon, 26.2.2018. Nhn.no/anskaffelser er brukergrensesnittet.

⁷⁹ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁸⁰ Norsk Helsenett SF (2016) *Dokumentasjon som ligger til grunn for organiseringen av anskaffelsesfunksjonen – anonymisert*. Revisjonen har verifisert hos virksomhetene hvorvidt kartleggingen til NHN, gjengitt i *Dokumentasjon som ligger til grunn for organiseringen av anskaffelsesfunksjonen – anonymisert*, stemmer. Revisjonen har imidlertid ikke innhentet dokumenter for å verifisere om virksomhetenes opplysninger stemmer, for eksempel anskaffelsesplaner.

⁸¹ Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften) kapittel 22 om kommunikasjon. All kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom oppdragsgiveren og leverandørene skal skje skriftlig ved bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler etter reglene i kapittel 22 i anskaffelsesforskriften. Kravet gjelder alle anskaffelser over de nasjonale terskelverdiene og EØS-terskelverdiene.

⁸² Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁸³ Innst. 400 S (2015–2016) *Innstilling fra finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2016, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2016, om avgifter og toll i statsbudsjettet for 2016*.

⁸⁴ Norsk Helsenett SF (2019) *Svar - Dokumentasjon*. E-post til Riksrevisjonen, 5.2.2019.

I utredningsfasen kartla Helsedirektoratet at virksomhetene brukte 26 årsverk på anskaffelsesaktiviteter. I tillegg mente direktoratet at det var behov for ytterligere 10 årsverk. Dette var fordi virksomhetene manglet kapasitet til å dekke eksisterende behov innen anskaffelser, og fordi arbeidet med kategoristyring og leverandør- og kontraktsoppfølging måtte styrkes. Altså la direktoratet til grunn at det ville være behov for 36 årsverk avsatt til anskaffelser. Ifølge Helsedirektoratet var dette en klar forutsetning for å kunne lykkes med gevinstrealisering.⁸⁵

I planleggingsfasen nedjusterte NHN behovet til 26 årsverk. Dette ville være behovet når organisasjonen var etablert. I tillegg vurderte NHN at det ville være nødvendig å leie inn ekstra ressurser ved oppstarten og i perioder med stor arbeidsmengde.⁸⁶ NHN kartla kompetansen til de som var aktuelle for overføring til tjenestesenteret, og vurderte at disse samlet sett hadde lang erfaring og god teknisk fagkompetanse innenfor alle hovedområder som ville være viktige i den nye organisasjonen. Ifølge NHN hadde de også samlet sett god strategisk kompetanse og erfaring. De eneste områdene hvor den samlede kompetansen ikke var god nok, var planlegging av anskaffelser og oppfølging i etterkant.⁸⁷ De fleste virksomhetene opplevde også at de hadde tilstrekkelig kompetanse på anskaffelser for eget behov.⁸⁸

Da tjenestesenteret åpnet januar 2017, hadde NHN fått overført 10 årsverk fra de ulike virksomhetene til tjenestesenterets anskaffelsesområde. I tillegg hadde tjenestesenteret en innleid konsulent.⁸⁹ Ifølge NHN hadde personene som ble overført, lite kompetanse innen strategi og kategoristyring.⁹⁰ På samme tid, i styremøtet i januar, uttrykte styret uro for anskaffelsesområdet og påpekte at det var utfordringer knyttet til mangel på ressurser og eventuell mangel på kompetanse. Styret ba NHN følge dette nøye og ba om at det ble vurdert alternative grep for å sikre at NHN kan levere tjenester i henhold til forventningene fra kundene. Videre så styret det som vanskelig å realisere gevinster dersom ikke utfordringene ble løst.⁹¹

Selv om antallet ansatte har økt noe, har NHN i hele perioden hatt langt færre årsverk enn det har vært behov for.⁹² Det har ifølge NHN vært problematisk å rekruttere personer til å jobbe med anskaffelser hos NHN. NHN mener dette skyldes at alle andre offentlige virksomheter, også en del private, har behov for den samme kompetansen innenfor anskaffelser.⁹³ Ifølge NHN har underbemanningen ført til manglende gevinstrealisering i perioden, og det har forsinket hele profesjonaliseringen av anskaffelsesfunksjonen.⁹⁴

Virksomhetenes opplevelse av Norsk Helsenett SFs anskaffestjenester

NHN skal kjenne brukernes og sektorens behov og sikre at aktørene i helse- og omsorgssektoren blir hørt i arbeidet med å planlegge og drifte foretakets oppgaver.⁹⁵

⁸⁵ Helsedirektoratet (2015) *Konsernmodell for administrative tjenester – Vurdering av konsernmodell i sentral helseforvaltning*. Rapport, 3.11.2015.

⁸⁶ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁸⁷ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

⁸⁸ Norsk Helsenett SF (2016) *Dokumentasjon som ligger til grunn for organisering – anonymisert*. Svar fra virksomheter gjennom verifiserte referat og brev med svar på spørsmål.

⁸⁹ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁹⁰ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁹¹ Norsk Helsenett SF (2017) Protokoll fra styremøte, 20.1.2017.

⁹² I løpet av 2017 sank imidlertid antall årsverk til 7 per 1. januar 2018, men det økte igjen til 11 per august 2018. Antall innleide konsulenter har økt fra 1 i 2017 til 7 i 2018. Kilde: Norsk Helsenett SF (2018) Tillegg 1 – Ressurssituasjonen anskaffelser.

⁹³ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁹⁴ Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over dokumenter*.

⁹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vedtekter for Norsk Helsenett SF*, sist endret 17.1.2018.

NHN og virksomhetene skal samarbeide på tre definerte nivåer: strategisk, taktisk og operativt nivå.⁹⁶

- På strategisk nivå er det lagt opp til kvartalsvise møter der saker av høy kommersiell og strategisk betydning tas opp. Enkelte virksomheter bemerker at ledere bruker mer tid på anskaffelsesprosesser nå enn tidligere.⁹⁷
- På taktisk nivå er det lagt opp til månedlige møter der tema blant annet er avtaleforvaltning, kundetilfredshet og tjenestekvalitet.
- På operasjonelt nivå arbeides det med løpende drift av anskaffelsestjenester.

Blant virksomhetene er det delte meninger om anskaffelsestjenestene til NHN. Noen virksomheter har eksempler på at det har tatt lang tid å få bistand til anskaffelser, både virksomhetsspesifikke anskaffelser og fellesanskaffelser. For eksempel viser et par av virksomhetene til at det i noen tilfeller har tatt lang tid fra en avtale er inngått, til virksomhetene kan ta den i bruk, noe som medfører ekstra kostnader. I tillegg nevner flere virksomheter at saksbehandlingstiden – det vil si tiden fra et behov er meldt inn, til en felles rammeavtale er på plass – i noen tilfeller er lang. I påvente av ny avtale har noen virksomheter sett seg nødt til å gjennomføre anskaffelsen selv, og én har forlenget opprinnelige kontrakter med tidligere leverandører utover den lovlige avtaleperioden for å sikre seg varer og tjenester.

Halvparten av virksomhetene mener NHNs fellesanskaffelser dekker virksomhetenes behov, mens de øvrige virksomhetene ikke finner at dette er tilfellet. Noen av de mindre virksomhetene viser blant annet til at de kun har behov for et fåtall av anskaffelsene. Samtidig uttaler en av de store virksomhetene at det er litt få fellesanskaffelser sett opp mot virksomhetens behov.

Noen virksomheter viser også til eksempler på at kravspesifikasjonen og/eller gjennomføringen av anskaffelsene ikke ble formidlet godt nok til virksomhetene. Dette har i noen tilfeller ført til at virksomhetene ikke fikk gitt relevante innspill om behovene sine til fellesanskaffelser.

Det varierer hvorvidt virksomhetene mener at NHN har tatt hensyn til innspill ved gjennomføringen av de tre siste fellesanskaffelsene. Halvparten av virksomhetene mener enten at NHN generelt er lydhøre overfor innspill, eller de har eksempler på at innspill fra virksomheten er tatt til følge. Samtidig mener noen av de samme virksomhetene at de ikke alltid blir tilstrekkelig involvert i anskaffelsesprosessene. Noen av virksomhetene mener det i liten grad ble tatt hensyn til deres innspill ved valg av leverandør.

NHN uttaler at prosessen med å gi innspill er systematisk fordi at når NHN ser at det kan være potensial for en fellesanskaffelse, kan virksomhetene gi innspill til kravspesifikasjonen. Det varierer hvorvidt NHN sender ut kravspesifikasjonen til virksomhetene. Virksomhetene har mulighet til å gi innspill via et forum for innkjøpskoordinatorene, de har strategiske møter, og i tillegg kan de kontakte NHN fortløpende.⁹⁸ Når NHN planlegger en anskaffelse, skal tjenestesenteret vurdere om det har behov for at personer med fagkompetanse i virksomhetene deltar i et tverrfaglig anskaffelsesteam.⁹⁹ NHN oppgir at de har etablert tverrfaglige anskaffelsesteam i planleggingen av nesten alle fellesanskaffelser.¹⁰⁰

Virksomhetenes svar viser at flere av innvendingene og kommentarene virksomhetene har til fellesavtaler, gjelder avtaler som andre enn NHN har ansvar for, men som NHN

⁹⁶ Norsk Helsenett SF (2018) *Vedlegg samhandlingsmodell*. Vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv, 5.2.2018.

⁹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

⁹⁸ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

⁹⁹ Norsk Helsenett SF (2018) *Tjenestebeskrivelse - NHN Tjenestekatalog 9.0 Anskaffelsestjeneste, vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv*.

¹⁰⁰ Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser*, 15.1.2019. Det er ikke opprettet team i anskaffelsene av mediebyrå tjenester og KGV/KAV.

koordinerer.¹⁰¹ For eksempel er det flere virksomheter som uttrykker misnøye med en reisebyråavtale som er en fellesanskaffelse gjennomført av Statens innkjøpssenter. Dette betyr at når det gjelder virksomhetenes opplevelser av anskaffelser, så er det vanskelig å skille mellom anskaffelser som NHN har hatt ansvar for og anskaffelser Sykehusinnkjøp eller Statens innkjøpssenter har gjennomført. NHN uttaler at tjenestesenteret har potensial til å ivareta virksomhetene bedre i koordinatørrollen NHN har overfor Sykehusinnkjøp og Statens innkjøpssenter.¹⁰²

Til tross for at flere av virksomhetene har eksempler på at anskaffelsesprosessene har tatt lang tid, oppgir nesten alle at de har fått bistand av NHN innen rimelig tid i forbindelse med de tre siste anskaffelsene. Dette har vært bistand både til å foreta avrop og til å gjennomføre virksomhetsspesifikke anskaffelser.¹⁰³

NHN viser til at det er deres ansvar dersom tjenester ikke leveres i tråd med virksomhetens behov (når det gjelder både tid og kvalitet), så lenge virksomhetene har meldt inn behovet i tide. NHN oppfatter imidlertid ikke at de er ansvarlig for følgene for virksomhetene dersom de ikke får en anskaffelse i tide. Virksomhetene kan gi tilbakemeldinger til NHN om at de ikke overholder tidsfrister, og om eventuelle konsekvenser av dette. NHN har ikke registrert kritikk av NHN om at de bruker for lang tid når det gjelder anskaffelser, men samtidig uttaler de at tjenestesenteret kan være tydeligere overfor virksomhetene om når behov må meldes inn.¹⁰⁴

6.2 Omorganiseringen skulle gi inntil en milliard kroner i gevinster over ti år

HOD har definert følgende mål for omorganiseringen av administrative tjenester i helseforvaltningen:

- effektivisering og redusert ressursbruk
- tilrettelegging for større og mer robuste kompetansemiljøer
- kvalitets- og kompetanseheving i administrative tjenesteled¹⁰⁵

NHNs arbeid med å realisere gevinster tar utgangspunkt i disse målene.¹⁰⁶ I tillegg følger det av tjenestebeskrivelsen at NHN skal både identifisere kvantitative gevinster og legge til rette for at virksomhetene realiserer gevinster. Videre skulle NHN kartlegge og framheve de kvalitative gevinstene av omorganiseringen blant annet gjennom økt kvalitet på varer og tjenester.¹⁰⁷ I tillegg skulle NHN sørge for effektiv gjennomføring av anskaffelser ved blant annet å standardisere rutiner og prosesser.¹⁰⁸

I planleggingsfasen anslo NHN at omorganiseringen av anskaffelsesområdet kunne gi fra 493 til 1009 millioner kroner i gevinster i løpet av tiårsperioden 2016–2025.¹⁰⁹ Dette intervallet ble senere justert ned til 457–883 millioner kroner fordi ansvaret for vaksineanskaffelser ble ført tilbake til Folkehelseinstituttet.¹¹⁰ Gevinstene skulle realiseres i form av reduserte kostnader, redusert kostnadsvekst og økt kvalitet. Gevinspotensialet

¹⁰¹ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

¹⁰² Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹⁰³ Virksomhetene har oppgitt hvilke anskaffelser de vurderer, og revisjonen har utelatt anskaffelser gjennomført av andre på dette spørsmålet.

¹⁰⁴ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹⁰⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*. <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-konsernmodell-for-administrative-tjenester-i-helseforvaltningen/id2473926/>> [Hentdato 19.06.2018].

¹⁰⁶ Norsk Helsenett SF (2017) *Gevinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gevinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017. Gevinstrealisering innebærer å identifisere gevinster, planlegge og gjennomføre gevinstrealiseringen og dokumentere realiserede gevinster. Kilde: Direktoratet for økonomistyring (2014) *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*. Veileder, oktober 2014.

¹⁰⁷ Norsk Helsenett SF (2017) *Gevinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gevinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017.

¹⁰⁸ Norsk Helsenett SF (2017) *Tjenestebeskrivelse - NHN Tjenestekatalog 9.0 Anskaffestjeneste*. Vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv.

¹⁰⁹ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

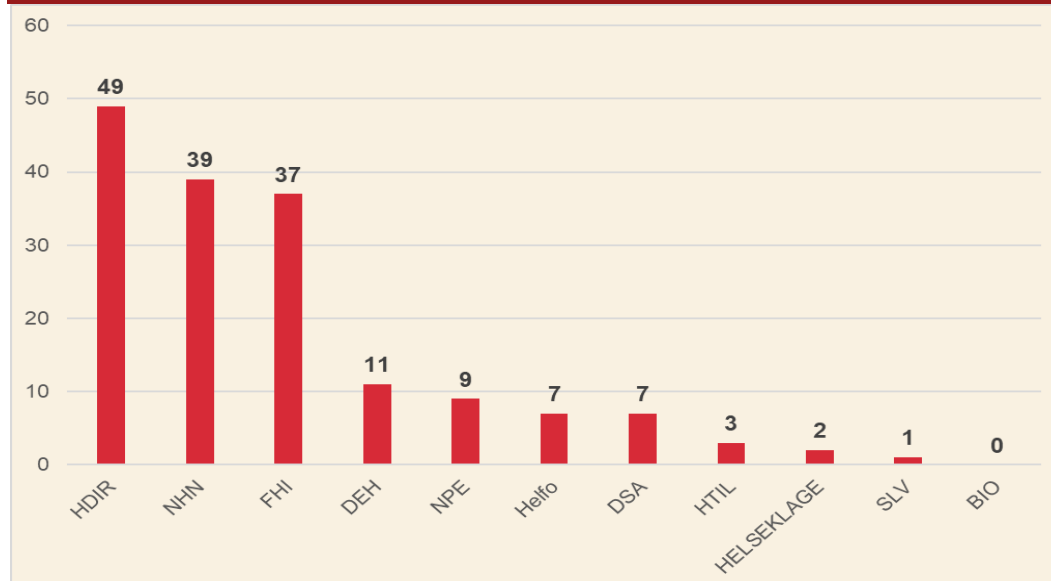
¹¹⁰ Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for første tertial 2018*.

som følger med omorganiseringen, ligger ifølge NHN i hovedsak i at NHN nå gjennomfører anskaffelsesprosjekter, og i at virksomhetene har mulighet til besparelser gjennom avtalene.¹¹¹

6.3 Norsk Helsenett SF har gjennomført 179 anskaffelser

Fra tjenestesenteret ble opprettet 1. januar 2017, til utgangen av 2018 hadde NHN gjennomført 126 virksomhetsspesifikke anskaffelser på vegne av ni av virksomhetene.¹¹² Av disse er to tredeler anskaffelser gjennomført for Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, jf. figur 2. I tillegg har NHN gjennomført 39 anskaffelser på vegne av seg selv.¹¹³

Figur 2 Virksomhetsspesifikke anskaffelser NHN har gjennomført på vegne av virksomhetene og NHN i perioden



Kilde: Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over virksomhetsspesifikke anskaffelser* og Norsk Helsenett SF (2019) *Virksomhetsspesifikke anskaffelser for NHN*.

I tillegg til de virksomhetsspesifikke anskaffelsene gjennomførte NHN 14 fellesanskaffelser i 2017 og 2018, jf. tabell 2.¹¹⁴

¹¹¹ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

¹¹² Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_5 - Oversikt over virksomhetsspesifikke avtaler*, 17.1.2019. NHN har ikke gjennomført virksomhetsspesifikk anskaffelse for Bioteknologirådet. De 126 anskaffelsene som er omtalt i teksten, er anskaffelser med unike BID-nr. Minikonkurranse NHN har gjort på vegne av virksomhetene, er ikke talt med. Siste kontraktssigneringsdato er 5. desember 2018. For ni anskaffelser mangler informasjon om dato for kontraktssignering, men disse er inkludert i de 126 anskaffelsene.

¹¹³ Norsk Helsenett SF (2019) *3 - Virksomhetsspesifikke anskaffelser for NHN*, 18.2.2019.

¹¹⁴ Her har revisjonen telt anskaffelser som unike kunngjøringer på den nasjonale kunngjøringsdatabasen for offentlige anskaffelser, Doffin.

Tabell 2 Fellesanskaffelser gjennomført av NHN i perioden, etter hvilket år kontrakten ble signert

Prosjektets navn	Kontraktsverdi	Tidsforløp (antall dager)
2017		
BID 34 KGV/KAV konkurransegjennomføringsverktøy og kontraktsregister	kr 980 000	71
BID 29 Bestillingssystem	kr 1 300 000	87
BID 54 Bildebank	kr 1 000 000	137
BID 50 Oversettingstjenester	kr 3 000 000	99
BID 46 Medieovervåkning	kr 7 200 000	78
BID 47 Mediebyråttjenester	Ikke oppgitt*	Ikke oppgitt*
2018		
BID 157 Fjernarkiv – tjenesteavtale	kr 15 000 000	96
BID 82 Bedriftshelsetjeneste og HMS-rådgivning	kr 12 000 000	82
BID 212 Juridiske tjenester	kr 11 000 000	216
BID 214 Rekrutteringstjenester	kr 10 000 000	154
BID 280 Testverktøy for rekrutteringsformål	kr 400 000	24
BID 11 Rekrutteringssystem	kr 3 000 000	221
BID 248 Grafisk design / Kommunikasjonstjenester / Reklame og kampanjer	kr 60 000 000	239
BID 248 Animasjon / Film og video	kr 12 000 000	153

Kilde: NHN Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser

*Ikke oppgitt for prosjektet «BID 47 Mediebyråttjenester» betyr at det ikke framgår av dokumentasjonen mottatt fra NHN hvilken kontraktsverdi prosjektet hadde. Tidsforløpet framgår heller ikke.

Fellesanskaffelsene har ulik kompleksitet og ulikt omfang. I et par prosjekter har NHN inngått avtale med bare én leverandør med en relativt liten kontraktsverdi på under en million, og i flere prosjekter er det gått bare 3–4 måneder fra prosessen startet, til avtalene er undertegnet. I andre tilfeller har prosessen strukket seg over mer enn dobbelt så lang tid, flere prosjekter har vært samlet i én prosess og blitt kunngjort sammen, NHN har inngått avtaler med flere ulike leverandører, og kontraktsverdien er på flere titalls millioner kroner. Ett eksempel er anskaffelsen av tjenester og produkter innen *grafisk design, kommunikasjon og reklame og kampanjer*, som er kunngjort sammen og har en total verdi på 60 millioner kroner. Departementet uttaler at NHN skal vurdere hvilke anskaffelsestjenester som best kan ivaretas av andre aktører, herunder Statens innkjøpssenter og Sykehusinnkjøp HF.¹¹⁵

6.4 Norsk Helsenett SFs beregning og rapportering av kvantitative gevinster

6.4.1 Rapportering av potensielle gevinster

I rapporteringen fra NHN til HOD 2. tertial 2018 ble potensielle gevinster av inngåtte avtaler – både virksomhetsspesifikke avtaler og fellesavtaler – beregnet til nær 145 millioner kroner i perioden 2018–2026.¹¹⁶

Første gang NHN rapporterte til departementet om potensielle gevinster, var i gevinstrealiseringsplanen fra november 2017. I denne rapporterte NHN også på potensielle gevinster knyttet til *framtidige* avtaler. I ettertid kom NHN fram til at det er knyttet for stor usikkerhet til *framtidige* gevinster til å inkludere dem i beregningene, og NHN gikk bort fra dette.¹¹⁷ I planfasen ble det også forutsatt at gevinster først skulle beregnes når en avtale er implementert.¹¹⁸ Det går ikke fram i tertialrapporteringen, verken for første eller andre tertial, hvordan gevinstene er beregnet, annet enn at NHN fra da av har besluttet å kun rapportere på potensielle gevinster av *inngåtte* avtaler.¹¹⁹

¹¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganiseringen av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

¹¹⁶ Gevinstene ble diskontert til nåverdi med en rente på 4 prosent.

¹¹⁷ Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for andre tertial 2018*.

¹¹⁸ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 - Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

¹¹⁹ Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for andre tertial 2018*.

I planfasen ble gevinstberegningene diskontert til nåverdi¹²⁰, men NHN har senere gått bort fra dette. Begrunnelsen er at det er lagt til grunn at framtidige prisøkninger i stor grad utligner effektene av en eventuell diskontering. Alle beregninger baseres derfor på dagens nominelle verdier.¹²¹

6.4.2 Norsk Helsenett SFs metoder for å beregne potensielle gevinster

Ifølge NHN bruker de i hovedsak to ulike metoder for å regne potensielle gevinster av inngåtte avtaler, avhengig av om det foreligger historiske data eller ikke.¹²²

- a) Historiske data er informasjon om hva virksomhetene betalte for tilsvarende varer eller tjenester tidligere, og i hvilket kvantum de kjøpte varer og tjenester. Dersom slike data foreligger, er det mulig å beregne gevinsten ved å *sammenligne gamle og nye priser og multiplisere med antatt kvantum*.
- b) Der det ikke foreligger historiske data, beregner NHN gevinstpotensialet ved å *sammenligne prisen på den inngåtte avtalen med gjennomsnittet av alle innkommende tilbud* på den aktuelle anskaffelsen.¹²³ Dette betyr at dersom det leveres tilbud med ulike priser og prisen til den valgte leverandøren er lavere enn gjennomsnittet, vil metoden NHN bruker, alltid gi gevinst. Dette illustreres i eksemplet i tekstboksen. En slik gevinst er et resultat av anskaffelsesregelverket, som alle virksomhetene var og er bundet av, og ikke en gevinst som følger av etableringen av tjenestesenteret.

Figur 3 Eksempel på gevinstberegning ved å sammenligne tilbud

Leverandør A leverer tilbud på 100 kroner/enhet
Leverandør B leverer tilbud på 120 kroner/enhet
Leverandør C leverer tilbud på 200 kroner/enhet

Gjennomsnittspris på leverte tilbud blir 140 kroner/enhet
Velger Leverandør B med tilbud på 120 kroner/enhet

Gevinst per enhet er differansen mellom gjennomsnittspris og den valgte leverandørens pris, som i dette tilfellet blir 20 kroner/enhet.

Total potensiell gevinst blir da 20 kroner/enhet * antatt volum på innkjøpene over en gitt periode.

Ifølge NHN har tjenestesenteret i liten grad hatt tilgang til informasjon om virksomhetenes tidligere avtaler, og NHN oppgir at det er komplisert, nærmest umulig, å etablere et utgangspunkt for å beregne gevinster per avtale. NHN mener at de potensielle gevinstene sannsynligvis er større enn NHN klarer å synliggjøre, og at deres gevinstberegninger er konservative.¹²⁴

Til sammenligning beregner både Statens innkjøpssenter og Sykehusinnkjøp HF alltid gevinster for sine fellesanskaffelser basert på gamle og nye priser.¹²⁵ For å ha et grunnlag for gevinstberegningene, har Statens innkjøpssenter fått i oppdrag av Kommunal- og moderniseringsdepartementet å utvikle en modell for disse

¹²⁰ Nåverdi: det som et framtidig beløp tilsvarer i dagens penger, gitt et bestemt rentenivå (beregnet ved å diskontere det framtidige beløpet). Kilde: *Det Norske Akademis ordbok*.

¹²¹ Norsk Helsenett SF (2017) *Gvinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gvinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017. Prosjektkostnader for NHNs ressurser er ikke inkludert i beregningene; det er kun investeringer og kostnader for eksterne ressurser som er inkludert.

¹²² Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹²³ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹²⁴ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹²⁵ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Statens innkjøpssenter*, 4.1.2019. Sykehusinnkjøp HF (2019) *Vedr. revisjon av anskaffelsesområdet i etatene i den sentrale helseforvaltningen*. Brev til Riksrevisjonen, 12.2.2019.

beregningene.¹²⁶ Også Statens innkjøpssenter, som gjør anskaffelser på vegne av 190 statlige virksomheter, har utfordringer med å skaffe tilstrekkelig data fra virksomhetene. Statens innkjøpssenter tar utgangspunkt i et utvalg virksomheter, definerer forutsetninger og opererer med usikkerhet, men de analyserer også usikkerheten og rapporterer dette.¹²⁷ Dette betyr at det å beregne gevinster ved å sammenligne gamle og nye priser er en mulig metode som er foretrukket av to andre store statlige aktører som også har ansvar for anskaffelser på vegne av offentlige virksomheter eller etater.

Vedlegget til tjenesteavtalen mellom NHN og virksomhetene beskriver hvordan NHN og virksomhetene skal arbeide med gevinster knyttet til de enkelte avtalene. Ved både fellesanskaffelser og virksomhetsspesifikke anskaffelser skal NHN etablere et utgangspunkt for å estimere potensielle gevinster, etablere gevinstmål for anskaffelsen og dokumentere potensielle gevinster. Virksomhetene skal sikre at relevante forbruks- og kostnadsdata er tilgjengelige. De skal også sikre og estimere realiserte gevinster og utarbeide gevinstrapport.¹²⁸ Både NHN og virksomhetene skal jevnlig rapportere til departementet om status for gevinstrealisering.¹²⁹ I gevinstrealiseringsplanen legger NHN opp til å beregne gevinster etter metoden Statens innkjøpssenter og Sykehusinnkjøp bruker, altså ved å sammenligne tidligere betingelser med betingelsene i de nye avtalene.¹³⁰

Siden det ikke framgår av tertialrapporten hvordan NHN har kommet fram til de 145 millionene i gevinster som er rapportert til HOD per andre tertial 2018, har NHN oversendt slik dokumentasjon til revisjonen. Revisjonen har sammenstilt informasjonen om de ulike metodene for gevinsterberegning og hvordan gevinstene er fordelt på ulike typer anskaffelser, se tabell 3.

¹²⁶ Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Modell for beregning av gevinster fra felles innkjøpsavtaler i staten*, 15.6.2018.

¹²⁷ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Statens innkjøpssenter*, 4.1.2019.

¹²⁸ Norsk Helsenett SF (2018) *Tjenestebeskrivelse - NHN Tjenestekatalog 9.0 Anskaffelsestjeneste*, vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv.

¹²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Statsbudsjettet 2016 - tillegg til tildelingsbrev: Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, 22.6.2016.

¹³⁰ Norsk Helsenett SF (2017) *Gevinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gevinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017.

Tabell 3 Revisjonens sammenstilling av potensielle gevinster av avtaler per 2. tertial 2018

Metode for gevinstberegning	Prosjekt	Potensiell gevinst i tiårsperioden
Fellesanskaffelser gjennomført av andre		kr 112 250 000
Ukjent metode*	Fellesavtale annonsesering – Sykehusinnkjøp HF	kr 5 500 000
Ukjent metode*	Fellesavtale kontorrekvisita – Sykehusinnkjøp HF	kr 3 100 000
Sammenlignet ny og gammel pris	Fellesavtale kontormøbler – Sykehusinnkjøp HF	kr 78 000 000
Sammenlignet ny og gammel pris	Vikartjenester – DIFI	kr 25 650 000
Fellesanskaffelser gjennomført av NHN		kr 17 378 053
Valgt tilbud mot gjennomsnittet på leverte tilbud	Rekrutteringstjenester – bistand ved rekruttering av ledere, stab, it-personell og seniorrådgivere/saksbehandlere	kr 2 695 167
Valgt tilbud mot gjennomsnittet på leverte tilbud	Advokattjenester	kr 3 882 886
Sammenlignet ny og gammel pris	Fellesavtale mediebyråttjenester – Helsedirektoratet	kr 10 800 000
Virksomhetsspesifikke avtaler gjennomført av NHN		kr 14 950 728
Valgt tilbud mot gjennomsnittet på leverte tilbud	14 ulike avtaler	kr 9 360 728
Annen metode*	2 ulike avtaler	kr 2 490 000
Ukjent metode*	3 ulike avtaler	kr 3 100 000
Totalt – estimerte potensielle gevinster per 2. tertial 2018		kr 144 578 781

Kilder: Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over anskaffelsesgevinster*. Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser*. Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*. Sykehusinnkjøp HF (2019) *Svar - revisjon av anskaffelsesområdet i etatene i den sentrale helseforvaltningen*. E-post til Riksrevisjonen, 12.2.2019

*Der det er markert med «ukjent metode», betyr det at NHN ikke har opplyst om hvilken metode som er benyttet for å beregne gevinster. «Annen metode» benyttes for det første for den ene avtalen der NHN forventer at gevinsten vil komme som en følge av endret konkurranseform. For det andre benyttes denne kategorien for en avtale der virksomheten har gått over til å leie arbeidstøy i stedet for å eie det.

6.4.3 Gevinster av anskaffelser gjennomført av andre

Som tabell 3 viser, er til sammen 112,3 millioner kroner i potensielle gevinster knyttet til fire avtaler inngått av andre enn NHN:

- 86,6 millioner kroner av gevinstene er knyttet til tre avtaler inngått av Sykehusinnkjøp HF.¹³¹ Ifølge Sykehusinnkjøp HF har foretaket ansvaret for gjennomføringen og forvaltningen av anskaffelsene, og alt arbeidet er i hovedsak utført av Sykehusinnkjøp HF.¹³²
- 25,7 millioner kroner i potensielle gevinster er knyttet til en vikaravtale inngått av Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI).

NHN viser til at dette er saker som er kunngjort av parter NHN har valgt å samarbeide med der det har vært fordelaktig. Ifølge NHN er det ikke relevant hvem som har lagt til rette for gevinstene, ettersom NHN identifiserer gevinster for virksomhetene.¹³³ HOD uttaler at målet med konsernmodellen var mer effektiv ressursbruk, og at det er uinteressant om gevinster er en følge av om avtalen er inngått av NHN, Statens innkjøpssenter eller Sykehusinnkjøp HF.¹³⁴

6.4.4 Gevinster av anskaffelser gjennomført av Norsk Helsenett SF

Utover de fire avtalene nevnt ovenfor er om lag 32 millioner kroner i potensielle gevinster knyttet til anskaffelser gjennomført av NHN. Disse er beregnet på følgende måte:

- Halvparten, nær 16 millioner kroner i gevinster, er beregnet ved å sammenligne gjennomsnittet av leverte tilbud med det valgte tilbudet.¹³⁵ Disse er knyttet til 16 anskaffelser.
- I kun ett tilfelle har NHN beregnet potensielle gevinster ved å sammenligne priser i den gamle og den nye avtalen. Dette gjelder mediebyråtjenester, der den nye avtalen hadde lavere gjennomsnittlig timepris sammenlignet med gjennomsnittlig timepris på den tidligere avtalen.¹³⁶ Potensielle gevinster av denne avtalen var på 10,8 millioner kroner over 10 år. Denne avtalen ble startet opp som en fellesanskaffelse i Helsedirektoratet i 2016 før etableringen av tjenestesenteret.¹³⁷ Anskaffelsen ble kunngjort¹³⁸ 10. desember 2016 og overført til NHN 1. januar 2017 i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen. Kontrakt ble inngått i mars 2017.¹³⁹ Det kan tyde på at mesteparten av arbeidet med anskaffelsen ble gjort av Helsedirektoratet.
- For rundt 3,1 millioner kroner går det ikke fram hvilken metode som er brukt.
- I tillegg er det beregnet potensielle gevinster på 1,4 millioner kroner ved å bruke det NHN oppgir som «annen» metode.

¹³¹ Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser*, 15.1.2019

¹³² Sykehusinnkjøp HF (2019) *Vedr. revisjon av anskaffelsesområdet i etatene i den sentrale helseforvaltningen*. Brev til Riksrevisjonen, 12.2.2019.

¹³³ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

¹³⁴ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

¹³⁵ Norsk Helsenett SF (2018) *11- Oversikt over anskaffelsesgevinster*, 29.5.2018.

¹³⁶ Norsk Helsenett SF (2017) *Gevinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gevinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017.

¹³⁷ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019

¹³⁸ Direktoratet for forvaltning og IKT (2016) *Kunngjøring om konkurranse*. <<https://www.doffin.no/Notice/Details/2016-440620>> [Hentedato 20.12.2019]

¹³⁹ Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser*, 15.1.2019.

6.4.5 Gevinster av virksomhetsspesifikke avtaler

Som tabell 3 viser har NHN beregnet gevinster for kun 3 av de 14 fellesanskaffelsene de har gjennomført¹⁴⁰, og for kun 19 av de 165 virksomhetsspesifikke anskaffelsene. NHN forklarer dette med at de ikke hadde en prosess for å beregne gevinster på alle anskaffelser før 2018.¹⁴¹ Ettersom NHN har beregnet gevinster for om lag 12 prosent av anskaffelsene, er dette grunnlaget for revisjon av gevinster.

Flertallet av avtalene det er beregnet gevinster for, er altså virksomhetsspesifikke. Ifølge NHNs beregninger gir disse potensielle gevinster på ca. 15 millioner kroner, som er om lag halvparten av de potensielle gevinstene knyttet til anskaffelser gjennomført av NHN (totalt 32 millioner kroner). Ved virksomhetsspesifikke anskaffelser er det ikke samme stordriftsfordeler som ved fellesanskaffelser. Ved fellesanskaffelser er det større potensial for lavere priser fordi NHN anskaffer varer og tjenester for mange virksomheter samtidig. I tillegg gjør virksomhetene mye av arbeidet selv ved virksomhetsspesifikke anskaffelser, som beskrevet i kapittel 6.1, slik at det også er mindre rom for effektivisering hos virksomhetene.

6.4.6 Gevinstberegninger utover kontraktperioden

For en rekke virksomhetsspesifikke avtaler og fellesavtaler beregner NHN gevinster for 9–10 år (fra kontraktsdato fram til 2026), selv om kontraktperioden er langt kortere, typisk 3–4 år.¹⁴² Ifølge NHN gjør de dette fordi oppdraget fra HOD er å se gevinster i et tiårsperspektiv. NHN legger til grunn at de avtalene som er løpende ikke vil bli inngått på dårligere betingelser enn det som er tilfellet per i dag. NHN har derfor valgt å forskuttere gevinstene i et tiårsperspektiv med mindre det er en anskaffelse som bare skal gjøres én gang.¹⁴³ Mot dette kan innvendes at det ikke er gitt at NHN får de samme vilkårene i nye avtaler tjenestenesenteret eventuelt inngår når kontraktperiodene utløper, og det er heller ikke gitt at NHN vil gjennomføre anskaffelsen på nytt.

NHN beregner gevinster utover kontraktperioden for 16 av 24 anskaffelser.¹⁴⁴

- Et eksempel er en virksomhetsspesifikk anskaffelse av flyttetjenester NHN gjorde for Helsedirektoratet, som flyttet til nye lokaler i 2018. Avtalen har en varighet på 4 år. Gevinster er beregnet til 1,4 millioner kroner i perioden 2018-2022, men ved å beregne gevinster fram til 2026, kommer NHN opp i 2,7 millioner kroner i gevinster for flyttetjenestene.
- Et annet eksempel er gevinster av vikaravtalen, som altså er inngått av DIFI. Denne avtalen har en kontraktperiode på fire år, men NHN har regnet gevinster for ni år. Dette gir gevinster på nær 26 millioner kroner over ni år istedenfor nær 11 millioner kroner over fire år.

Til sammenligning beregner verken Statens innkjøpscenter eller Sykehusinnkjøps HF gevinster utover kontraktperioden.¹⁴⁵

¹⁴⁰ Disse tre er anskaffelsene av juridiske tjenester, rekrutteringstjenester og mediebyråttjenester. Sistnevnte ble påbegynt av Helsedirektoratet, men ble overført til NHN etter omorganiseringen, jf. Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser*, 15.1.2019.

¹⁴¹ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

¹⁴² Norsk Helsenett SF (2018) *11 - Oversikt over anskaffelsesgevinster*, 29.5.2018. Det går ikke fram av dokumentasjonen om framtidige gevinster er diskontert til nåverdi.

¹⁴³ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

¹⁴⁴ Norsk Helsenett SF (2018) *6 - 2018 T3 Gevinstrapportering til helseforvaltningen*. Revisjonen har tatt utgangspunkt i kontraktperioden NHN har oppgitt i *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser* og *Jan_5 - Oversikt over virksomhetsspesifikke anskaffelser*. For to avtaler er ikke kontraktperioden kjent (ISO-sertifisering og Deponering K2000). Disse er derfor utelatt.

¹⁴⁵ Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Modell for beregning av gevinster fra felles innkjøpsavtaler i staten*, 15.6.2018. Sykehusinnkjøp HF (2019) *Svar - revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 26.2.2019.

Revisjonen har beregnet gevinster over *kontraktsperioden* for avtalene. Da reduseres gevinstene betraktelig, fra 145 til 58 millioner kroner.¹⁴⁶ Dette er inkludert avtaler inngått av Sykehusinnkjøp HF og Statens innkjøpssenter. Når beregningen kun gjøres for gevinster av anskaffelser gjennomført av NHN over kontraktsperioden, reduseres potensielle gevinster til ca. 14 millioner kroner.

6.4.7 Virksomhetenes vurdering av prisene i avtalene

Det finnes eksempler på at enkelte av virksomhetene opplever at enkelte fellesavtaler har gitt rimeligere eller dyrere tjenester eller produkter. Imidlertid opplever de fleste virksomhetene at prisene på avtalene inngått av NHN er uendret sammenlignet med priser på avtaler inngått før omorganiseringen. Flere virksomheter bemerker at dette er vanskelig å vurdere og at det ikke er målt systematisk. Det gjelder både fellesavtaler og virksomhetsspesifikke avtaler.

6.5 Gevinstrealisering i virksomhetene

Potensielle gevinster realiseres først når virksomhetene tar avtalene i bruk og virksomhetene har fått i oppdrag å rapportere jevnlig til departementet på gevinstrealisering. Tre virksomheter oppgir at de har rapportert om kostnadsbildet som følge av omorganiseringen i årsrapporter eller etatsstyringsmøter, men det framgår ikke at de har rapportert på gevinstrealisering fra avtalene. Ifølge HOD vil virksomhetenes gevinstrealisering være fast tema i halvårsmøtene med etatsdirektørene og i alle etatsstyringsmøter i 2019.¹⁴⁷

Avtalelojalitet er en av forutsetningene for at omorganiseringen til et felles tjenestesenter for anskaffelser skal være vellykket. Departementet opplever at virksomhetene er lojale overfor modellen.¹⁴⁸ NHN har ikke oversikt over hvilke fellesavtaler de ulike virksomhetene har tatt i bruk, eller over forbruket i avtalene. NHN følger heller ikke opp virksomhetenes avtalelojalitet, altså hvorvidt virksomhetene kjøper varer eller tjenester utenfor avtalene, og dette ligger ifølge NHN heller ikke i mandatet deres. NHN har imidlertid i 2019 planlagt å få oversikt over forbruket i fellesavtalene.¹⁴⁹

Til sammenligning opplyser Statens innkjøpssenter i intervju at de følger opp virksomhetenes avtalelojalitet gjennom hyppige statusmøter med leverandøren (hver uke eller hver 14. dag i oppstartsfasen). I tillegg mottar Statens innkjøpssenter statistikk for omsetning per virksomhet fra leverandørene. Videre har innkjøpssenteret kontakt med virksomhetene blant annet for å sørge for at de stenger nettbutikkene til tidligere leverandører. Dersom det er lav omsetning i kontraktsperioden har innkjøpssenteret dialog med den som har ansvar for å forvalte avtalen i virksomheten.

6.5.1 Virksomhetenes forbruk innenfor avtalene

Regnskapsanalysen viser at det har vært utbetalinger til leverandører som er omfattet av fellesavtalene fra minst halvparten av virksomhetene som har deltatt i anskaffelsen, jf. tabell 4. Ettersom noen av avtalene ble inngått senhøsten 2018, har virksomhetene hatt liten tid til å ta disse i bruk. Regnskapsanalysen viser imidlertid at også avtaler som er inngått i 2017, er lite brukt.

¹⁴⁶ Norsk Helsenett SF (2019) *11 - Oversikt over anskaffelsesgevinster*, 29.5.2018. For BID 214 Rekrutteringstjenester er kilden til kontraktsperioden NHNs oversikt over anskaffelser på nett: <<https://contracts.opic.com/Search/SearchContracts?searchQuery=rekruttering>> [Hentedato 19.02.2019].

¹⁴⁷ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

¹⁴⁸ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

¹⁴⁹ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

Tabell 4 Utbetalinger til leverandører innen fellesavtaler inngått av NHN i perioden 2017–2018

Fellesanskaffelse	Avtalens startdato	Avtalens sluttdato	Antall virksomheter som har hatt forbruk	Antall virksomheter som deltok i anskaffelsen	Forbruk	Kontraktsverdi
KGV/KAV konkurransegjennomføringsverktøy og kontraktsregister	01.02.2017	31.01.2020	2	3	kr 73 000	kr 980 000
Bestillingssystem	22.05.2017	22.05.2019	0	9	–	kr 1 300 000
Bildebank	16.10.2017	15.10.2019	3	9	kr 102 190	kr 1 000 000
Oversettingstjenester	17.11.2017	16.11.2019	9	10	kr 1 119 077	kr 3 000 000
Medieovervåkning	13.12.2017	12.12.2019	9	10	kr 1 172 202	kr 7 200 000
Mediebyrå tjenester	08.03.2017	08.03.2019	5	10	kr 41 788 817	–
Fjernarkiv – tjenesteavtale	01.01.2018	31.12.2022	5	4	kr 2 401 247	kr 15 000 000
Bedriftshelsetjeneste og HMS-rådgivning	01.01.2018	31.12.2019	6	10	kr 880 900	kr 12 000 000
Juridiske tjenester arbeidsrett	11.04.2018	10.04.2020	4	8	kr 1 860 726	kr 11 000 000
Rekrutteringstjenester	18.05.2018	18.05.2020	5	10	kr 974 746	kr 10 000 000
Testverktøy for rekrutteringsformål	01.09.2018	31.08.2021	2	2	kr 137 250	kr 400 000
Rekrutteringssystem	25.11.2018	25.11.2021	3	10	kr 294 069	kr 3 000 000
Grafisk design / Kommunikasjonstjenester / Reklame og kampanjer	5–7.12.2018	4–6.12.2020	2	hhv. 9/8/7	kr 1 466 970	kr 60 000 000
Animasjon / Film og Video	05.12.2018	04.12.2020	0	7	–	kr 12 000 000

Kilde: Antall kunder og kontraktsverdi er hentet fra NHN (2019) *Oversikt over fellesanskaffelser*. Antall virksomheter som har tatt avtalen i bruk, og forbruk i avtalen er hentet fra regnskapsanalyse gjennomført av Riksrevisjonen.¹⁵⁰ Alle beløp er uten merverdiavgift, ettersom kontraktsverdien i kunngjøringen i hovedsak er uten merverdiavgift.

NHN tar utgangspunkt i hele kontraktsverdien når de beregner potensielle gevinster av avtalene.¹⁵¹ Det betyr at dersom virksomhetene skal ta ut hele gevinstpotensialet, må de ha et forbruk som tilsvarer verdien av kontrakten. Kontraktsverdien for mediebyråavtalen går ikke fram av dokumentasjonen revisjonen har mottatt fra NHN, og NHN opplyser at dokumentasjonen er hos direktoratet.¹⁵² For denne avtalen ble prosessen startet i Helsedirektoratet som en fellesanskaffelse. Anskaffelsen ble kunngjort i desember 2016 og overført til tjenestesenteret i 2017. Sett bort fra mediebyråtjenesteavtalen var avtalene NHN hadde inngått i 2017, omtrent halvveis i kontraktsperioden ved utgangen av 2018. Disse avtalene hadde en samlet kontraktsverdi på 13,5 millioner kroner. I 2017 og 2018 hadde virksomhetene et forbruk innen disse avtalene på 2,5 millioner kroner, altså om lag 18 prosent av kontraktsverdien. Forbruket i de fleste avtalene er langt under den samlede kontraktsverdien. Dette tilsier at den realiserste gevinsten fra fellesavtalene er langt lavere enn den potensielle gevinsten NHN rapporterer.

Flere av virksomhetene opplyser at de i liten grad har tatt fellesavtalene i bruk fordi de har blitt med på fellesavtaler «for sikkerhets skyld».¹⁵³ Det følger av anskaffelsesregelverket at en virksomhet ikke kan bruke en fellesavtale dersom virksomhetene ikke var identifisert i kunngjøringen. Dersom virksomheten ikke blir med og så senere får behov som dekkes av en fellesavtale, er det ressurskrevende å gjennomføre en egen anskaffelse, særlig når virksomhetenes anskaffelsesressurser er flyttet til NHN. Ifølge noen av virksomhetene er det mange av fellesavtalene de foreløpig ikke har hatt bruk for, men flere nevner at det kan tenkes de tar dem i bruk senere. Det er imidlertid også virksomheter som ikke er fornøyd med enkelte av fellesavtalene som er inngått. Dette kan bidra til at de ikke tas i bruk.

For virksomhetsspesifikke avtaler oppstår behovet i virksomheten. Revisjonen legger derfor til grunn at det er høyere sannsynlighet for at disse avtalene tas i bruk. HOD uttaler

¹⁵⁰ Når det gjelder avtalen om fjernarkiv, er det flere virksomheter som har tatt avtalen i bruk, enn det er deltakere i avtalen. Dette skyldes sannsynligvis at én virksomhet hadde en egen avtale med leverandøren før omorganiseringen, og at denne har utbetalinger til denne leverandøren uten å være deltaker i fellesavtalen.

¹⁵¹ Dette går fram av Excel-arkene NHN har sendt revisjonen, som viser hvordan enkelte av gevinstene er beregnet, for eksempel Norsk Helsenett SF (2019) BID212 Gevinstoppfølging.

¹⁵² Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 - Oversikt over fellesanskaffelser*, 15.1.2019.

¹⁵³ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

at det for virksomhetsspesifikke avtaler primært er den enkelte virksomhets eget ansvar å sørge for realiseringen av gevinstpotensialet gjennom bruk av avtalen.¹⁵⁴

6.6 Kvalitative gevinster i avtalene

I sin gevinstrealiseringsplan fra 2017, skriver NHN at målet for gevinstrealiseringsarbeidet er å kartlegge og framheve de kvalitative gevinstene i tillegg til å identifisere de kvantitative gevinstene.¹⁵⁵

Verken NHN eller virksomhetene har målt systematisk hvorvidt avtalekvaliteten er blitt bedre etter omorganiseringen. NHN har heller ikke rapportert til HOD på kvalitative gevinster enda.¹⁵⁶

I intervju sier NHN at tjenestesenteret ikke har mulighet til å vurdere kvalitative effekter av avtalene. I arbeidet med gevinstrealisering har oppmerksomheten vært rettet mot økonomiske gevinster, ikke kvalitative.¹⁵⁷ NHN uttrykker at det er vanskelig å måle kvalitet, ettersom det ofte vil bero på subjektive vurderinger, og at det er vanskeligere å måle kvaliteten på tjenester enn på produkter.¹⁵⁸ Ifølge NHNs rapportering til HOD for første tertial 2018 skal NHN på sikt følge opp kvalitative gevinster.¹⁵⁹ Dette betyr at NHN ved utgangen av 2018 ikke kunne dokumentere hvorvidt avtalene som er inngått av tjenestesenteret i 2017 og 2018, har bedre kvalitet enn lignende avtaler inngått tidligere.

Til sammenligning rapporterer ikke Statens innkjøpssenter på kvalitative gevinster i avtalene, men forutsetter at avtalene som inngås dekker virksomhetenes behov i tilstrekkelig grad.¹⁶⁰

Virksomhetene er spurt om de opplever at avtalene har høyere eller lavere kvalitet enn tilsvarende avtaler inngått før 2017.¹⁶¹ Stort sett opplever virksomhetene at kvaliteten er uendret etter at NHN overtok ansvaret for anskaffelsene. Enkelte av virksomhetene gir eksempler på avtaler de mener har fått bedre kvalitet for egen virksomhet, men det er også flere eksempler på det motsatte.¹⁶² Dette gjelder både fellesanskaffelser og virksomhetsspesifikke anskaffelser.

Svarene til noen av virksomhetene viser at eventuelle forbedringer i de virksomhetsspesifikke avtalene ikke nødvendigvis skyldes at det er NHN som har gjennomført anskaffelsene. Dette henger blant annet sammen med at det er virksomhetene som har ansvar for å lage kravspesifikasjonene og vurdere tilbudene opp mot disse, noe de også gjorde før tjenestesenteret ble opprettet.

For eksempel trekker Direktoratet for e-helse fram en avtale som har fått høyere kvalitet først og fremst fordi prosjektlederen i direktoratet stilte krav til NHN som NHN har tatt til følge. Helfo skriver at det i all hovedsak fremdeles er Helfo selv som utarbeider kravspesifikasjon og behovsbeskrivelse. Virksomheten har derfor i liten grad merket endret kvalitet – verken i positiv eller negativ retning. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet trekker fram at det er de samme varene og tjenestene virksomheten kjøper

¹⁵⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

¹⁵⁵ Norsk Helsenett SF (2017) *Gevinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gevinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017.

¹⁵⁶ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018. Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for andre tertial 2018*.

¹⁵⁷ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹⁵⁸ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

¹⁵⁹ Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for første tertial 2018*.

¹⁶⁰ Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Modell for beregning av gevinster fra felles innkjøpsavtaler i staten*, 15.6.2018.

¹⁶¹ Virksomhetene er spurt om «kvaliteten på avtalene». Dette kan forstås både som kvaliteten på selve avtaledokumentet og dets innhold og kvaliteten på de tjenestene og varene avtalen gir tilgang til. Utfra virksomhetenes svar ser det ut til at de fleste har lagt sistnevnte forståelse i spørsmålet.

¹⁶² Flere av avtalene som nevnes av virksomhetene, er inngått av andre innkjøpssentraler, som Sykehusinnkjøp HF, Statens innkjøpssentral og Oslo kommune, og gjelder derfor ikke bare NHN.

nå som før omorganiseringen, og at eventuelle kvalitetshevinger skyldes moderniseringer og oppgraderinger i markedet, uavhengig av tjenestesenteret.

Departementets oppfatning er at tjenestesenteret i NHN bidrar til bedre kvalitative anskaffelser over tid.¹⁶³

6.7 Departementets oppfølging av gevinster

Det er HOD som har ansvaret for å følge opp at NHNs planer om gevinstrealisering og utvikling av tjenestenivå er realistiske og hensiktsmessige.¹⁶⁴ NHN skriver selv at hensikten med gevinstrapporteringen er at styret i NHN og Helse- og omsorgsdepartementet skal kunne vurdere progresjonen i arbeidet med å realisere gevinster.¹⁶⁵

HOD opplyser imidlertid i intervju at departementet ikke har kjennskap til metodikken NHN bruker for å beregne gevinster utover det som går fram av NHNs gevinstrealiseringsplan fra desember 2017.¹⁶⁶ I ettertid har NHN endret rapporteringen slik at den kun omfatter inngåtte avtaler.¹⁶⁷ Dette betyr at HOD ikke har informasjon om hvilken metodikk NHN har brukt for å beregne 145 millioner kroner i potensielle gevinster som er rapportert for 2. tertial 2018, ettersom metodikken ikke går fram av denne rapporteringen.

Departementet legger til grunn at tjenestesenteret vil kunne inngå bedre avtaler og oppnå bedre priser enn virksomhetene hadde tidligere.¹⁶⁸ HOD forutsetter med andre ord at tjenestesenteret vil oppnå gevinster. Departementet legger også til grunn at gevinstene skal realiseres fra 1. januar 2017, i tråd med NHN sin rapport fra 30. mai 2016.¹⁶⁹

HOD påpeker videre at det er viktig at NHN bruker en metodikk som NHN og virksomhetene er omforente om.¹⁷⁰ I denne sammenheng vektlegger departementet åpenhet, transparens og omforent kommunikasjon av elementene, slik at alle parter er innforstått med hvilke kriterier som ligger til grunn for gevinstrealisering.¹⁷¹ NHN opplyser imidlertid at virksomhetene først får tilgang til gevinstrapporteringen når den offentliggjøres, og at det ikke har lagt opp til at virksomhetene skal kvalitetssikre tall i den løpende rapporteringen av gevinster.¹⁷²

Virksomhetene har med andre ord ikke hatt innblikk i metodikken NHN bruker for å beregne potensielle gevinster, før det blir rapportert til HOD. Departementet opplyser at de har mottatt tilbakemelding fra noen virksomheter om at de ikke får tilstrekkelig informasjon fra NHN om hva som ligger til grunn for blant annet gevinstberegninger.¹⁷³

¹⁶³ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

¹⁶⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

¹⁶⁵ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 1 – Overordnede rammer og etableringsstrategi*, 30.5.2016.

¹⁶⁶ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

¹⁶⁷ Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for andre tertial 2018*.

¹⁶⁸ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

¹⁶⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22. juni 2016.

¹⁷⁰ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

¹⁷¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

¹⁷² Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon fra referat etter møte*, 7.01.2019.

¹⁷³ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

7 Er de totale kostnadene knyttet til anskaffelser redusert etter omorganiseringen?

I dette kapitlet omtales kostnadene virksomhetene og NHN har hatt til gjennomføring av anskaffelser før og etter omorganiseringen. Kostnadene omfatter i all hovedsak lønnskostnadene til de ansatte som gjennomfører anskaffelser. Gevinster i form av rimeligere og/eller bedre avtaler er omtalt i kapittel 6.

7.1 Virksomhetenes kostnader til anskaffelsesområdet

7.1.1 Virksomhetenes behov for anskaffelsesfaglig kompetanse

Til tross for at tjenestesenteret har blitt opprettet, må virksomhetene fortsatt ha en del kompetanse og ressurser innen anskaffelser for å oppfylle sin del av tjenesteaftalene. Dette er blant annet nødvendig for at de skal kunne delta i anskaffelsesprosessene og ta avtalene i bruk, jf. kapittel 6. Dette var også forutsatt da omorganiseringen ble planlagt.¹⁷⁴ Flertallet av virksomhetene uttaler at de har tilstrekkelig kompetanse for å oppfylle virksomhetens forpliktelser i tjenesteaftalen med NHN.¹⁷⁵

Tabellen viser hvor mange *sentrale* årsverk som ble benyttet til anskaffelser henholdsvis før og etter omorganiseringen i de ulike virksomhetene og NHN. For virksomhetene er ikke årsverkene som ble benyttet til anskaffelsesfaglig arbeid i fagavdelingene, inkludert. Dette betyr at det reelle antallet årsverk som gikk med til anskaffelser, ville vært høyere om årsverkene i fagavdelingene var inkludert.

Tabell 5 Estimerte sentrale årsverk som ble benyttet til anskaffelser i årene 2016–2018

	Før tjenestesenteret	Etter tjenestesenteret		Endring
Virksomhet	2016	2017	2018	2016–2018
Bioteknologirådet	0,1	0,1	0,1	0,0
Direktoratet for e-helse	1,0	1,0	1,0	0,0
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	0,1	0,1	0,3	0,2
Folkhelseinstituttet	7,0	0,7	0,7	– 6,3
Helfo	2,0	1,5	1,5	– 0,5
Helsedirektoratet	5,6	1,0	1,0	– 4,6
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	0,3	0,3	0,3	0,0
Norsk pasientskadeerstatning	1,0	0,4	0,4	– 0,7
Statens helsetilsyn	0,1	0,1	0,1	0,0
Statens legemiddelverk	0,1	0,2	0,2	0,1
Totalt for virksomhetene	17,3	5,3	5,5	– 11,8
Norsk Helsenett SF (konsulenter)		1,0	7,0	
Norsk Helsenett SF (uten konsulenter)	1,0	10,0	11,0	10,0
Totalt inklusive NHN	18,3	16,3	23,5	5,2

Kilde: Rapporterte estimat fra virksomhetene og NHN til Riksrevisjonen. Estimaten er uten desentraliserte årsverk, som er årsverk i fagavdelingene som ble benyttet til anskaffelser. I utredningen til Helsedirektoratet inkluderer de 26 årsverkene både sentrale og desentraliserte årsverk.¹⁷⁶

Som tabell 5 viser, har det totale antallet årsverk økt med 5,2 fra 2016 til 2018. NHN vurderer at tjenestesenteret har behov for minimum 26 årsverk, men i 2018 hadde det kun 11 årsverk og 7 innleide konsulenter.¹⁷⁷ Dette innebærer at det totale antallet årsverk

¹⁷⁴ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 - Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

¹⁷⁵ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen gjennom intervju og svarbrev.

¹⁷⁶ Helsedirektoratet (2015) *Konsernmodell for administrative tjenester – Vurdering av konsernmodell i sentral helseforvaltning*. Rapport, 3.11.2015.

¹⁷⁷ Riksrevisjonen (2018) Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF, 26.11.2018.

som benyttes til anskaffelser, ville vært høyere dersom behovet for 26 årsverk var dekket. Nærmere bestemt, ville det vært 13 flere årsverk enn før tjenestesenteret ble opprettet.

Totalt anslår virksomhetene at de brukte 5,5 årsverk på aktiviteter knyttet til anskaffelser i 2018. I dette inngår blant annet tid brukt på kontakt med NHN. Virksomhetene brukte altså rundt 12 årsverk mindre enn før omorganiseringen. Hovedårsaken til reduksjonen er at 10 årsverk ble overført til tjenestesenteret i NHN.¹⁷⁸ Alle virksomhetene har opprettet innkjøpskoordinatorfunksjon for å følge opp NHN. Enkelte virksomheter har ansatt nye medarbeidere for å fylle rollen som innkjøpskoordinator.

For om lag halvparten av de ti virksomhetene er ressursbruken etter innføringen av konsernmodellen tilnærmet uendret. Årsaken til dette er at virksomhetene fortsatt gir innkjøpsfaglig bistand til NHN, kartlegger behov, arbeider med kravspesifikasjoner og evaluerer tilbud, jf. omtale i kapittel 6.1. Behovskartleggingen er en stor del av anskaffelsesprosessen, og i flere virksomheter gjøres dette i hovedsak i fagavdelingene. Dette tilsier at den faktiske tidsbruken er større enn det som går fram av tabellen ovenfor. Ettersom behovskartleggingen i stor grad må gjøres av noen som kjenner virksomheten og behovet, og dermed er mindre egnet for gjennomføring av eksterne, er dette arbeid som virksomhetene må utføre uavhengig av tjenestesenteret.

7.1.2 Virksomhetenes kostnader til anskaffelsesområdet

Etter at tjenestesenteret ble etablert, har virksomhetene hatt kostnader til NHN som skal dekke tjenestesenterets driftskostnader. I 2017 og 2018 var dette basert på prismodeller som skulle dekke fordelingen av felles kostnader for tjenestesenteret i tillegg til nødvendige investeringer.¹⁷⁹ Ifølge NHN kan mange av, men ikke alle, ekstrakostnadene hos NHN tas ned i tjenestebrukernes drift.¹⁸⁰ Revisjonen antar at dette betyr at ikke alle oppstartskostnadene til tjenestesenteret vil bli belastet virksomhetene.

Prismodellene¹⁸¹ som danner grunnlag for faktureringen fra NHN, er basert på

- et årsverksanslag
- grunnlønn
- tilleggskostnader lønn, inkludert overtid
- indirekte kostnader
- usikkerhet/avanse
- kostnader til investering i programvare¹⁸²

Årsverksanslaget angir årsverkene NHN beregnet at tjenestesenteret ville gjennomføre på vegne av hver enkelt virksomhet. Ifølge NHN er det tatt utgangspunkt i det totale antallet årsverk, de ansatte som ble overført fra virksomhetene, og de vakante stillingene virksomhetene skulle kompenseres for ved beregningen av årsverksanslaget.¹⁸³

Tabellen under viser estimerte sentrale årsverk som har blitt benyttet til arbeid med anskaffelser i virksomhetene i 2016, sammenlignet med årsverk NHN har fakturert virksomhetene for i 2017 og 2018. Som tabellen viser, har NHN totalt fakturert for færre årsverk enn virksomhetene samlet brukte før omorganiseringen.

¹⁷⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

¹⁷⁹ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 1 – Overordnede rammer og etableringsstrategi*, 30.5.2016.

¹⁸⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

¹⁸¹ Norsk Helsenett SF (2016) *Prisvederlag anskaffelser 2017 og 2018*.

¹⁸² Se kapittel 9 for ytterligere detaljer om prismodellen.

¹⁸³ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

Tabell 6 Sentrale årsverk som ble benyttet til anskaffelser i 2016, og årsverk Norsk Helsenett SF har fakturert

Virksomhet	årsverk i 2016	fakturert årsverk i 2017 og 2018	Differanse
Bioteknologirådet	0,1	0,02	– 0,08
Direktoratet for e-helse	1,0	0,9	– 0,1
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	0,1	0,8	0,7
Folkehelseinstituttet	7,0	5,0	– 2,0
Helfo	2,0	1,0	– 1,0
Helsedirektoratet	5,6	5,0	– 0,6
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	0,3	0,5	0,2
Norsk pasientskadeerstatning	1,0	1,1	0,1
Statens helsetilsyn	0,1	0,5	0,4
Statens legemiddelverk	0,1	0,8	0,7
TOTALT	17,3	15,6	– 1,7

Kilde: Estimerte årsverk rapportert av virksomhetene til Riksrevisjonen og årsverk som er angitt i prismodellene fra Norsk Helsenett SF. Fakturerte årsverk er likt i 2017 og 2018 for alle virksomheter. Fra 1.1.2018 fikk midlertid Folkehelseinstituttet tilbakeført 1,2 millioner kroner som tilsvarer ett årsverk, som følge av at vaksineanskaffelser ble tilbakeført til Folkehelseinstituttet, jf. Folkehelseinstituttet (2018) *Oversender dokumentasjon til revisjon av anskaffelsesområdet*. Brev til Riksrevisjonen, 25.10.2018.

For halvparten av virksomhetene har NHN fakturert for flere årsverk enn det virksomhetene har estimert at de brukte i 2016. For tre av virksomhetene er det en betydelig økning. Dette gjelder Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. Dette er virksomheter med relativt få ansatte, og hvor denne relative endringen dermed utgjør en stor økning.

Totalt betalte virksomhetene 21 millioner kroner i 2017 og 19,8 millioner kroner i 2018 til NHN for anskaffelsestjenester. Differansen mellom årene skyldes at Folkehelseinstituttet fikk redusert kostnadene med 1,2 millioner kroner som følge av at vaksineanskaffelser ble tilbakeført til instituttet.¹⁸⁴

Tjenesteavtalen mellom Norsk Helsenett SF og virksomhetene om fakturering

I den midlertidige tjenesteavtalen mellom NHN og virksomhetene som gjaldt for 2017, står det at virksomhetene skal betale et årlig vederlag som er fastsatt etter dialog mellom virksomheten og NHN. NHN «vil senest etter 6 mnd. drift fremlegge regnskap knyttet til de faktiske inntekter og utgifter. Dersom driften viser at vederlaget er satt vesentlig for høyt vil kunden kompenseres ved neste faktura. Dersom driften viser at vederlaget er satt vesentlig for lavt vil kunden måtte kompensere [NHN] ved neste faktura forfall».¹⁸⁵ I tjenesteavtalen som gjelder fra 2018 mellom NHN og virksomhetene står det at kunden skal betale et vederlag for NHNs tjenester, basert på kundens bestilling og en transparent prismodell. Videre står det at tjenesten faktureres etterskuddsvis hver måned, basert på faktisk forbruk.¹⁸⁶

Regnskapsanalysen viser imidlertid at NHN ikke har fulgt tjenesteavtalen om fakturering. NHN har fakturert virksomhetene kvartalsvis gjennom hele 2017 og 2018. NHN har ikke foretatt en avregning mellom faktisk forbruk og innbetalt beløp. I juni 2017 fikk virksomhetene informasjon fra NHN som viste differansen mellom fakturerte kostnader og

¹⁸⁴ Etter en prosess i første halvdel av 2017 om hvem som skal ha ansvar for anskaffelser av vaksiner, besluttet Helse- og omsorgsdepartementet den 29. juni 2017 at anbud og forhandlinger av vaksiner skal ivaretas av Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet fikk dermed tilbakeført ansvaret for disse anskaffelsene. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

¹⁸⁵ Norsk Helsenett SF (2016) *Midlertidig avtale om tjenesteleveranse mellom Norsk Helsenett SF og virksomhetene*.

¹⁸⁶ Norsk Helsenett SF (2017) *Avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv*.

forbrukte timer. Denne informasjonen viste at for over halvparten av virksomhetene var forbruket mindre enn det som ble fakturert.¹⁸⁷ For én virksomhet var for eksempel forbrukte timer kun 20 prosent av fakturerte timer.¹⁸⁸ I departementets forklaringer til bevilgningsregnskapet står det at virksomheten «har i 2017 hatt en merutgift på 1,7 mill. kroner. [...] I henhold til avtale med Norsk Helsenett, NHN, skal [virksomheten] i 2017 krediteres for mye fakturert for budsjettåret. [Virksomhetens] merutgift i 2017 skyldes manglende krediterte inntekter fra NHN, med begrunnelse i lavere forbruk hos NHN enn det beløp [virksomheten] er blitt fakturert i 2017».¹⁸⁹

NHN opplyser at de gjennom 2017 og 2018 ikke har fulgt opp antall timer som er brukt per virksomhet.¹⁹⁰ Videre opplyser NHN at det ikke har vært relevant å informere virksomhetene om sammenhengen mellom fakturerte kostnader og forbrukte timer i 2017 eller 2018.¹⁹¹ NHN begrunner dette med at prismodellen ikke var basert på fakturerte timer. Revisjonen har ikke mottatt informasjon fra NHN over faktiske timer for hele 2017 eller 2018. NHN opplyser at det ikke er mulig å trekke ut faktisk timebruk per virksomhet fra NHNs systemer for denne perioden.¹⁹²

HOD opplyser at NHN ikke hadde innført gode rutiner for timeføring, timekodene var mangelfulle og en vesentlig andel timer ble ført på generell administrasjon selv om dette reelt sett var arbeid knyttet til virksomhetsspesifikke anskaffelser. Det var derfor ikke mulig å legge timeføringen til grunn for avregning.¹⁹³

Virksomhetenes kostnader til Norsk Helsenett SF sammenlignet med kostnader i 2016

Samtlige virksomheter har opplyst at før omorganiseringen av anskaffelsesområdet var virksomhetenes kostnader til gjennomføring av anskaffelser i all hovedsak lønnskostnader.¹⁹⁴ I enkelte tilfeller hadde virksomhetene også utgifter til eksterne konsulenter. Etter omorganiseringen har virksomhetene fortsatt en del interne lønnskostnader knyttet til anskaffelser samtidig som de betaler for NHNs anskaffelsestjenester.

Tabellen under viser at de estimerte kostnadene for virksomhetene totalt sett har blitt nesten dobbelt så høye etter at tjenestesenteret ble innført. Dette er til tross for at tjenestesenteret har hatt færre ansatte enn planlagt, jf. kapittel 6.1.2. Det er ikke kjent om det er tatt hensyn til NHNs egen bruk av for anskaffelsestjenester levert av tjenestesenteret.

¹⁸⁷ Norsk Helsenett SF (2017) *Samling 2 innkjøpskoordinatorer*. Presentasjon, 2.6.2017.

¹⁸⁸ Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (2019) *Svar RR pkt. 4 og 5 - anskaffelser*. E-post til Riksrevisjonen, 1.11.2018.

¹⁸⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Forklaringer til statsregnskapet*, 27.2.2018.

¹⁹⁰ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

¹⁹¹ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon fra referat etter møte*, 7.1.2019.

¹⁹² Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

¹⁹³ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

¹⁹⁴ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev. Administrative kostnader og kostnader til lokaler har vært minimale innen anskaffelsesområdet.

Tabell 7 Estimerte kostnader til anskaffelsesområdet før og etter opprettelsen av tjenestesenteret

	Lønns- kostnader	Lønnskostnader og betalte kostnader til tjenestesenteret		Endring
Virksomhet	2016	2017	2018	2016–2018
Bioteknologirådet	106 886	129 955	143 452	36 567
Direktoratet for e-helse	682 000	1 899 004	1 856 001	1 174 001
Folkehelseinstituttet	3 478 551	7 128 031	5 891 775	2 413 224
Helsedirektoratet	2 583 319	7 097 873	7 371 373	4 788 054
Helfo	1 600 000	2 241 108	2 241 113	641 113
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	195 630	884 882	884 886	689 255
Norsk pasientskadeerstatning	827 200	1 709 304	1 709 304	882 104
Statens helsetilsyn	72 000	782 552	785 556	713 556
Statens legemiddelverk	67 500	1 160 388	1 160 390	1 092 890
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	92 001	1 184 889	1 386 265	1 294 264
Totalt kostnader for virksomhetene	9 705 087	24 217 986	23 430 115	13 725 028
Norsk Helsenett SF*	746 256	Ukjent	Ukjent	Ukjent

* Revisjonen er ikke kjent med om det er tatt hensyn til NHNs egen bruk av anskaffelsestjenester levert av tjenestesenteret. Lønnskostnader i tabellen er uten pensjonsutgifter og arbeidsgiveravgift. Betalte kostnader til tjenestesenteret er uten merverdiavgift. Kilde: Virksomhetene og Norsk Helsenett SF har rapportert lønnskostnader til Riksrevisjonen. Disse kostnadene er beregnet på grunnlag av estimert antall årsverk.

I en gjennomgang som departementet har foretatt om konsernmodellen, kommer det også fram at virksomhetene gir uttrykk for at de betaler mer for administrasjon av anskaffelsesvirksomhet enn tidligere.¹⁹⁵ Videre svarer samtlige virksomheter at det i liten grad er mulig å redusere kostnader utover det som allerede er gjort. For eksempel uttaler en virksomhet at det ikke er praktisk mulig å leie ut seks–syv kontorplasser. Videre anslår noen av virksomhetene at de vil måtte øke ressursbruken innen anskaffelser framover for å innfri avtalen med NHN.¹⁹⁶

Virksomhetenes vurdering av endrede kostnader

En av intensjonene med å etablere tjenestesenteret er å øke virksomhetenes ressurser til å gjennomføre kjerneoppgavene sine.¹⁹⁷ Imidlertid opplyser ni av de ti virksomhetene at utgifter knyttet til anskaffelsesområdet har påvirket virksomhetens økonomi negativt etter at konsernmodellen ble innført.¹⁹⁸ Enkelte virksomheter påpeker at kostnadene reduserer deres evne til å gjennomføre kjerneoppgaver. Videre har flertallet av virksomhetene tatt opp i styringsdialogen med HOD at kostnadene forbundet med konsernmodellen er høyere enn før.

Virksomhetene har også framhevet flere mulige årsaker til dette:¹⁹⁹

- Flere virksomheter opplyser at de melder seg på fellesavtaler i tilfelle de skulle få bruk for denne. Selv om virksomheten ender opp med å ikke bruke avtalen, er dette en mindre kostnad enn om virksomheten skulle inngått en virksomhetsspesifikk avtale.
- Virksomheter faktureres for flere årsverk enn de tidligere hadde på området.
- NHN etterlever ikke tjenesteavtalen om at tjenesten skal faktureres på grunnlag av faktisk forbruk, noe som medfører at virksomheter ikke får tilbakebetalt det de har betalt for mye.

¹⁹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

¹⁹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Sammenstilling av tjenestebrukernes svar på spørsmål om egen effektivisering*, 5.7.2018 og virksomhetenes svar til Riksrevisjonen.

¹⁹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaks møte i Norsk Helsenett SF, 22. juni 2016.

¹⁹⁸ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

¹⁹⁹ Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

- Enkelte virksomheter får ikke alltid dekket behovet sitt, noe som har medført merarbeid for virksomheten. For eksempel bruker virksomhetene tid på dialog med NHN om mangler og hvordan disse skal løses.
- Enkelte virksomheter uttaler at de bruker tid på vurderinger rundt forlengelse av avtaler, i påvente av at NHN skal inngå en avtale som dekker behovet.

De fleste virksomhetene uttaler at de har tatt opp budsjettkonsekvenser med NHN, men at NHN henviser virksomhetene til HOD for å diskutere kompensasjon for økte kostnader.²⁰⁰

7.1.3 Framtidige forpliktelser

Ny prismodell for 2019

Da NHN utarbeidet prismodellen for 2017 og 2018 hadde foretaket liten kunnskap om og erfaring med forbruk av tjenestene.²⁰¹ Dette førte til at grunnlaget for prismodellen var usikkert. For 2019 har imidlertid NHN mer erfaring med å drifte tjenestesenteret, men foretaket mangler en fullstendig oversikt over virksomhetenes behov for anskaffelser framover.²⁰² NHN opplyser at kostnadene for 2019 skal være fordelt basert på kjente kostnader og forventet volum. Videre opplyser NHN at konsulentselskapet Gartner har utarbeidet det detaljerte beregningsgrunnlaget for prismodellen for 2019.²⁰³ HOD opplyser at NHN deltok i arbeidet med å utarbeide årsverkskostnadene og timeprisene som utgjør den vesentligste delen av den estimerte totalkostnaden. NHN bisto også med å identifisere øvrige faste kostnader.²⁰⁴

En sammenligning av prismodellen for 2019 med den for 2017 og 2018 viser at prismodellen for 2019 er endret ved at den inneholder en fast og en variabel del, mens den tidligere modellen kun inneholdt en fast del.

Den variable kostnaden i prismodellen består av timer NHN estimerer å bruke på

- fellesanskaffelser
- virksomhetsspesifikke anskaffelser
- bistand
- oppfølging og rådgivning

Videre fakturerer NHN en fastpris per virksomhet for

- kategoristyring
- planlegging av anskaffelser
- felles bestillingssystem og felles verktøy

I prismodellen utgjør de faste kostnadene om lag 23 prosent av de estimerte totalkostnadene.²⁰⁵ NHN opplyser at fastprisen skal dekke NHNs faste kostnader og er fordelt på virksomhetene etter en fordelingsnøkkel.²⁰⁶

NHN opplyser at fordelingen av faste kostnader mellom de ulike virksomhetene er basert på gjennomsnittlig årskostnad og forbruk, og at den vil justeres over tid basert på erfaring med reelt forbruk.²⁰⁷ Virksomhetenes andel av kostnadene var lik i 2017 og 2018, ettersom prismodellen var lik i de to årene. Andelen av faste kostnader i 2019 er relativt uendret for flere av virksomhetene sammenlignet med fordelingen i 2017/2018. Imidlertid er det en relativt stor økning for Direktoratet for e-helse og en tilsvarende stor reduksjon for Helsedirektoratet i 2019.²⁰⁸

²⁰⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

²⁰¹ Norsk Helsenett SF (2018) *Prisbilag for Helfo*, 7.9.2018.

²⁰² Norsk Helsenett SF (2018) *Prisbilag for Helfo*, 7.9.2018.

²⁰³ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 6des18 v2*, 30.1.2019.

²⁰⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

²⁰⁵ Dette er med unntak av Folkehelseinstituttet, der de faste kostnadene utgjør ca. 13 prosent.

²⁰⁶ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 6des18 v2*, 30.1.2019.

²⁰⁷ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²⁰⁸ For Direktoratet for e-helse utgjør endringen ca. 8 prosentpoeng og for Helsedirektoratet ca. 7 prosentpoeng.

I fordelingen av faste kostnader (fordelingsnøkkelen) som er brukt for å beregne hva virksomhetene skal betale i 2019, inngår ikke NHN. I fordelingsnøkkelen der NHN inngår, er fordelingen annerledes. Virksomhetenes andel skulle vært lavere, og NHNs andel utgjør 12 prosent, jf. tabellen under. NHN har opplyst at NHN er ekskludert fra fordelingsnøkkelen ved en inkurie, og NHN vil vurdere behovet for å justere prisingen for 2019.²⁰⁹

Tabell 8 De to ulike fordelingene av faste kostnader i 2019 (uten og med Norsk Helsenett SF)

Virksomhet	Eksklusive NHN	Inklusive NHN	Differanse
Biotechnologirådet	0,1	0,1	–
Direktoratet for e-helse	13,6	12,0	– 1,6
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	4,5	4,0	– 0,5
Folkehelseinstituttet	34,1	30,0	– 4,1
Helfo	6,8	6,0	– 0,8
Helsedirektoratet	25,0	22,0	– 3,0
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	2,8	2,5	– 0,3
Norsk pasientskadeerstatning	5,1	4,5	– 0,6
Statens helsetilsyn	2,8	2,5	– 0,3
Statens legemiddelverk	5,0	4,4	– 0,6
Norsk Helsenett SF	–	12,0	12,0
Totalt	100,0	100,0	

Kilde: Fordelingsnøkkel for 2019²¹⁰

Endring av kostnader for virksomhetene i 2019

Som tabellen under viser, forventes det at virksomhetenes betaling til NHN i 2019 øker med over 60 prosent. Det forventes en vesentlig økning i utbetaling til NHN for Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet i 2019 sammenlignet med 2018. Videre er det forventet en økning på om lag 33 prosent for Helfo og en økning på 20 prosent for Statens legemiddelverk. For Norsk pasientskadeerstatning er det imidlertid forventet en reduksjon i utbetaling til NHN på ca. 9 prosent. Det er usikkerhet knyttet til den estimerte utbetalingen til NHN i 2019 ettersom beløpet er basert på antall timer NHN forventer å bruke på hver enkelt virksomhet. Usikkerheten blir større fordi NHN opplyser at tjenestenesenteret ikke har oversikt over faktisk brukte timer for hver virksomhet, verken for hele 2017 eller hele 2018. HOD bemerker at virksomhetenes betaling til NHN i 2019 i stor grad er basert på økt volum.²¹¹ Videre presiserer departementet at dette er prognoser, og ved lavere aktivitet vil betalingene reduseres tilsvarende.

²⁰⁹ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

²¹⁰ Norsk Helsenett SF (2019) *7 - Fordelingsnøkkel anskaffelser* [inkl. NHN], 7.11.2018.

²¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

Tabell 9 Endring i prismodell fra 2018 til 2019

Virksomhet	Betalt 2018	Estimert 2019	Endring 2018–2019	Prosentvis endring
Bioteknologirådet	49 822	–	–	–
Direktoratet for e-helse	1 217 001	3 565 256	2 348 255	193
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet	1 092 890	1 188 419	95 529	9
Folkehelseinstituttet	5 464 450	13 293 458	7 829 008	143
Helfo	1 341 113	1 782 628	441 515	33
Helsedirektoratet	6 705 552	6 536 303	– 169 249	– 3
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	720 556	742 762	22 206	3
Norsk pasientskadeerstatning	1 465 224	1 336 971	– 128 253	– 9
Statens helsetilsyn	720 556	742 762	22 206	3
Statens legemiddelverk	1 092 890	1 307 260	214 370	20
Totalt for virksomhetene	19 870 054	30 495 819	10 675 587	54
Norsk Helsenett SF	Ukjent	Ukjent	Ukjent	

Kilde: Prismodell²¹² for 2018 og prognose²¹³ for 2019. Markeringen «ukjent» er brukt ettersom revisjonen ikke er kjent med om det er tatt hensyn til NHNs egen bruk av anskaffelsestjenester levert av tjenestesenteret.

For Bioteknologirådet inngår ikke estimert kostnad for 2019 ettersom faktureringen fra NHN ble endret for 2019, noe som medfører at virksomheten ikke betaler faste kostnader.²¹⁴ Bakgrunnen for endringen er at det er få anskaffelser som er aktuelle for Bioteknologirådet.²¹⁵ Bioteknologirådet opplyser at etter at den nye prismodellen for 2019 ble avklart, har virksomheten i liten grad benyttet tjenester fra NHN. NHN uttaler at de forventer at Bioteknologirådet ikke kommer til å delta på noen fellesanskaffelser eller virksomhetsspesifikke anskaffelser i 2019.²¹⁶

7.2 Norsk Helsenett SFs kostnader til leveranse av anskaffelsestjenester

7.2.1 Kostnader og investeringer forbundet med etableringen av tjenestesenteret

NHN har oversikt over kostnader og investeringer forbundet med etableringen av *hele* tjenestesenteret, men ifølge NHN er det ikke enkelt å skille mellom kostnader som er relatert til de ulike delene av tjenestesenteret (IKT, anskaffelser og arkiv).²¹⁷ Derfor er det vanskelig å sammenligne forventet og faktisk kostnadsnivå bare for anskaffelsesområdet. NHN uttaler at den største kostnaden ved etableringen av anskaffelsesområdet var bruk av eksterne konsulenter.²¹⁸ NHN opplyser videre at kostnadene foretaket hadde i 2016 og 2017, som NHN ikke har fått dekket, hovedsakelig er prosjektkostnader som ansees tapt.²¹⁹ Prosjektkostnadene består av ressursbruk på ansatte og konsulenter.

I planfasen estimerte NHN etableringskostnader og investeringer for *hele* tjenestesenteret.²²⁰ NHN har oversendt faktiske etableringskostnader for 2017 og 2018.²²¹ Beløpene inkluderer ikke utgifter til en del aktiviteter og investeringer som inngår i estimatet. Grunnen til at de ikke inngår i faktiske kostnader, er at dette er kostnader til aktiviteter og investeringer NHN enda ikke har foretatt, som etablering av støttesystemer og implementering av kategoristyring, jf. kapittel 5. I tabell 10 er estimerte og faktiske

²¹² Norsk Helsenett SF (2017) *Prisvederlag anskaffelser 2017 og 2018*.

²¹³ Norsk Helsenett SF (2018) *Prisprognose anskaffelser 2019*.

²¹⁴ Bioteknologirådet betaler kun en fast timespris pålydende 1 150 kroner til NHN for virksomhetsspesifikke anskaffelser og fellesanskaffelser. Kilde: Norsk Helsenett SF (2019) *Prisbilag for BTR*, oppdatert 16.1.2019.

²¹⁵ Bioteknologirådet (2019) *Svar - Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 1.2.2019.

²¹⁶ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.

²¹⁷ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²¹⁸ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²¹⁹ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²²⁰ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 1 – Overordnede rammer og etableringsstrategi*, 30.5.2016. Behov for investeringer innen IKT blir dekket ved at NHN leier tjenester istedenfor å investere i utstyr. Disse investeringene er derfor ikke inkludert i estimatene.

²²¹ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 6des18 v2*, 30.1.2019.

etableringskostnader sammenstilt, og det går fram at faktiske etableringskostnader og investeringer for *hele* tjenestesenteret er høyere enn estimert.

Tabell 10 Estimerte og faktiske etableringskostnader

Årstall	Estimerte etableringskostnader og investeringer		Faktiske etableringskostnader	
2016	kr	11 200 000		Ikke opplyst
2017	kr	17 100 000	kr	25 000 000
2018	kr	8 200 000	kr	10 000 000

Kilde: Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 1 – Overordnede rammer og etableringsstrategi*, 30.5.2016 og Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 6des18 v2*, 30.1.2019.

7.2.2 Egenkapital i Norsk Helsenett SF

HOD la til grunn at merkostnadene knyttet til etablering og investeringer etter virksomhetsoverdragelsen må dekkes innenfor NHNs samlede økonomi.²²² Dersom egenkapital benyttes til etablering og investeringer, skal dette over tid dekkes inn av brukerbetaling fra virksomhetene. NHN hadde over tid bygget opp en egenkapital basert på eksisterende kunder og tjenestesalg.²²³ Det vesentlige av NHNs inntekter kommer fra de regionale helseforetakene, helseforetak og andre aktører i helsesektoren.²²⁴ Årsregnskapet til NHN viser at foretaket i 2016 hadde et samlet underskudd på over 19 millioner kroner, som ble dekket ved å redusere egenkapitalen. Styret forklarer underskuddet med kostnader til etablering av tjenestesenteret.²²⁵ HOD henviser til *lov om statsforetak* (statsforetaksloven) § 12 om at styret har ansvar å vurdere hva som er forsvarlig egenkapital i foretaket.²²⁶ I bestemmelsen står det at foretaket til enhver tid skal ha en forsvarlig egenkapital. Dersom egenkapitalen er lavere enn forsvarlig, skal styret innkalle til foretaksmøte, redegjøre for foretakets økonomiske stilling og foreslå tiltak som vil gi foretaket forsvarlig egenkapital. Departementet opplyser videre at «styret bestemmer, i henhold til retningslinjer fra foretaksmøtet og innenfor vedtekter og foretakets formål, hvordan opptjent egenkapital disponeres».²²⁷ Det følger av statsforetaksloven § 39 at dekning av årsunderskudd skal behandles og avgjøres i ordinære foretaksmøter. I foretaksmøtet i juni 2017 ble det vist til at hovedårsaken til underskuddet på 19 millioner kroner var utredningen og klargjøringen av tjenestesenteret.²²⁸ Foretaksmøtet godkjente styrets framlagte årsregnskap og årsberetning for 2016.

Departementet er kjent med at NHN har brukt egenkapital for å finansiere tjenestesenteret, og redegjør for at egenkapitalen må bygges opp igjen, men at det vil ta lang tid.²²⁹ Dette betyr at etableringen av tjenestesenteret i realiteten finansieres med et lån fra NHN og ikke ved bevilgning.

Departementet uttaler at en av årsakene til at tjenestesenteret ble lagt til NHN, var den «økonomiske muskelen» foretaket hadde til å etablere et felles administrativt

²²² Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Statsbudsjettet 2016 - tillegg til tildelingsbrev: Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, 22.6.2016

²²³ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 1 – Overordnede rammer og etableringsstrategi*, 30.5.2016.

²²⁴ Norsk Helsenett SF (2017) Årsrapport for 2017.

²²⁵ Norsk Helsenett SF (2017) Årsregnskap for 2016.

²²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

²²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

²²⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Godkjenning av årsregnskap og behandling av årsrapport for 2016 m.m.* Protokoll fra foretaksmøte Norsk Helsenett SF, 15.6.2017.

²²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

tjenestesenter innenfor sin økonomiske ramme.²³⁰ Revisjonen kan ikke se at dette er informasjon som fremgår av budsjettproposisjonene. Revisjonen kan heller ikke se at kostnader ved etablering av tjenestesenteret er omtalt i budsjettproposisjonene, men det står at tjenestesenteret skal finansieres av brukerne. Departementet opplyser at det er opptatt av at tjenestesenteret ikke skal påvirke resten av driften i NHN og føre til kryss-subsidiering.²³¹ Videre uttaler departementet at opprettelsen av tjenestesenteret ikke skal finansieres av andre tjenester i NHN.

7.2.3 Drift av tjenestesenteret

Kostnader til å drifte tjenestesenteret skal dekkes av virksomhetene med utgangspunkt i tjenesteavtaler og gjennom brukerbetaling i tråd med NHNs rapport.²³² Regnskapet til NHN for 2017 viser at totale inntekter fra drift av *hele* tjenestesenteret var ca. 199 millioner kroner («tjenestesenterinntekter»). Til sammenligning var totale kostnader for *hele* tjenestesenteret ca. 79 millioner kroner («tjenestesenterkostnader»). NHN opplyser at kostnader som inngår i «tjenestesenterkostnader» blant annet er

- lisenser og programvare
- konsulenthonorarer
- linjeleie
- serviceavtaler²³³

Samtidig opplyser NHN at kostnader som er direkte viderefakturert virksomhetene, inngår i «tjenestesenterkostnader». Dette betyr at det finnes tilsvarende inntekter i «tjenestesenterinntekter».

Lønnskostnader og utgifter til lokaler og kontormøbler er imidlertid ikke inkludert i «tjenestesenterkostnader». NHN opplyser at det fram til 2019 ikke har vært skilt mellom lønnskostnader til drift av tjenestesenteret og øvrige lønnskostnader i regnskapet.²³⁴ I rapporteringen har NHN anslått at 40 prosent av de totale lønnskostnadene gjelder tjenestesenteret. Anslaget er basert på antall ansatte og andel omsetning fra foretakets ulike virksomhetsområder.

I tillegg til «tjenestesenterkostnader» har tjenestesenteret hatt kostnader til

- lønn estimert til 109 millioner kroner
- leie av lokaler og kontormøbler på 6,2 millioner kroner

Regnskapet til NHN, slik det er presentert i årsregnskapet for 2017, viser ikke sammenhengen mellom kostnadene og inntektene til tjenestesenteret. HOD uttaler at det er viktig at NHN skiller ut kostnader knyttet til tjenestesenteret, og departementet vil be NHN om å få inntekter og kostnader til tjenestesenteret tydeligere fram i regnskapet.²³⁵

I NHNs vedtekter slås det fast at NHN har et ikke-økonomisk formål, og at foretaket ikke har til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn det som er nødvendig for å sikre en forsvarlig drift.²³⁶ HOD uttaler at det forventer at foretaket på sikt går i balanse når det gjelder tjenestesenteret.²³⁷ Dette innebærer at det må være mulig å sammenligne inntektene og utgiftene.

7.2.4 Norsk Helsenett SFs kostnader til leveranse av anskaffelsestjenester

NHN har uttrykt at i 2017 og 2018 ble ikke alle kostnadene NHN hadde til tjenestesenteret, viderefakturert virksomhetene, ettersom kostnadene til drift av

²³⁰ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²³¹ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²³² Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22.6.2016.

²³³ Norsk Helsenett SF (2019) *Svar Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 4.3.2019.

²³⁴ Norsk Helsenett SF (2019) *Svar Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 4.3.2019.

²³⁵ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²³⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vedtekter for Norsk Helsenett SF*, sist endret 17.1.2018.

²³⁷ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

tjenestesenteret så langt har vært større enn inntjeningen.²³⁸ I tillegg var faktureringen underestimert ettersom årsverkskostnaden som ble beregnet og lagt til grunn, var for lav.²³⁹

I NHNs plandokument for etablering av anskaffelsesområdet er det gitt kostnadsoverslag som beskriver investerings- og driftskostnader for anskaffelsesfunksjonen.²⁴⁰ Faktiske driftskostnader utgjør lønnskostnader²⁴¹ og kostnader til konsulentbruk. Konsulentutgifter utgjorde om lag halvparten av driftskostnadene. I tabellen under vises estimerte og faktiske kostnader.

Tabell 11 Estimerte og faktiske kostnader til anskaffelsesfunksjonen

Årstall	Estimerte investerings- og driftskostnader anskaffelser	Faktiske driftskostnader anskaffelser
2017	kr 21 000 000	kr 13 720 017
2018	kr 12 000 000	kr 18 674 876

Kilder: Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016, Norsk Helsenett SF (2018) *Ressursinformasjon anskaffelsetjenesten*, 24.10.2018, Norsk Helsenett SF (2019) *Svar - Dokumentasjon*. E-post til Riksrevisjonen, 5.2.2019 og Norsk Helsenett SF (2018) *Konsulentbruk i anskaffelsetjenesten*, 24.10.2018.

Faktiske driftskostnader inkluderer ikke innkjøpskostnader til nye IKT-systemer eller kostnader til lisenser, men dette er inkludert i estimerte investerings- og driftskostnader. Lønnskostnadene har trolig vært lavere enn estimert som følge av at NHN har hatt færre ansatte enn planlagt, jf. kapittel 6. Som tabell 11 viser, var faktiske driftskostnader lavere enn estimerte investerings- og driftskostnader i 2017. Imidlertid var faktiske driftskostnader høyere enn estimerte kostnader i 2018.

Fra 2019 antar NHN at foretaket skal ha full dekning for kostnadene sine.²⁴² HOD uttaler at NHN skal ha en kostnadseffektiv drift og god kostnadskontroll. Det er viktig for departementet at både NHN og virksomhetene reduserer kostnadene knyttet til anskaffelsesområdet.²⁴³

7.3 Posisjonen til Norsk Helsenett SF

NHN har en monopolstilling overfor virksomhetene når det gjelder anskaffelser, ettersom virksomhetene er pålagt av HOD å bruke NHN. HOD uttaler imidlertid at departementet stiller krav til NHN om effektivisering.²⁴⁴ For eksempel ble NHN i foretaksmøtet i januar 2018 bedt om å sikre at det er etablert hensiktsmessige indikatorer for foretaket med hensyn til sektorpolitiske mål og effektiv drift. Videre ble NHN bedt om å gjennomføre benchmarking med andre relevante virksomheter for på denne måten å utvikle kunnskapen om hvordan de kan øke effektiviteten i ulike deler av driften.²⁴⁵ Videre bemerker HOD at som eierdepartement av NHN og virksomhetene vektlegger åpenhet, transparense og omforent kommunikasjon av elementene i tilknytning til prismodeller og tjenesteavtaler.²⁴⁶

Samtidig kommenterer virksomhetene at de blir låst til NHNs tjenestenivå og standarder. Videre kan NHN prise tjenestene uten at virksomheten kan påvirke tjenesten eller

²³⁸ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²³⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

²⁴⁰ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.

²⁴¹ Lønnskostnader inkluderer pensjonskostnader, sosiale kostnader og personalkostnader som feriepengene.

²⁴² Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²⁴³ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²⁴⁴ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²⁴⁵ Norsk Helsenett SF (2017) *Protokoll fra styremøte*, 20.1.2017.

²⁴⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

prisnivå.²⁴⁷ Eksempelvis beskriver en virksomhet at «med NHN som leverandør på IKT, anskaffelser og arkiv, er markedsmekanismen satt ut av spill og man har manglet arena hvor virksomhetene kan få innflytelse på prioritering av tjenester, tjenestenivå og kostnadsnivå».²⁴⁸ Videre uttaler virksomheten at den har betalt mer til NHN enn det den opplever den *har behov for* innen utførte oppgaver knyttet til anskaffelsesområdet.²⁴⁹

Noen virksomheter påpeker at sentrale avtaler fra NHN gir manglende fleksibilitet og øker kostnadene ved mindre anskaffelser.²⁵⁰ Videre opplever noen mindre virksomheter med enkle behov for anskaffelser knyttet til daglig drift at sentrale anskaffelsesavtaler legger unødige bindinger på dem og øker kostnadene. De mener de selv kunne anskaffet billigere varer og tjenester uten sentral avtale, og påpeker at de i tillegg må betale NHN for tjenestene. NHN mener at sentralisert anskaffelsesfunksjon over tid uansett vil gi lavere kostnader som følge av at tjenestesenteret kan inngå større avtaler. Andre virksomheter mener imidlertid at små-skala anskaffelser, gjerne gjennomført lokalt, gir bedre priser og mer tilpassede leveranser.²⁵¹

Når det gjelder fellesanskaffelser, er det mulig at en sentralisering av anskaffelsesfunksjonen vil kunne gi lavere kostnader, ettersom de administrative kostnadene fordeles på flere aktører og større innkjøpsvolum vil kunne gi mer gunstig prisnivå. Det er imidlertid mindre sannsynlig at en sentralisering vil gi tilsvarende fordeler i forbindelse med virksomhetsspesifikke avtaler, ettersom innkjøpsvolumet er uendret.

7.4 Informasjon fra Norsk Helsenett SF om kostnader

Virksomhetene opplever at de mangler tilgang til beregninger som NHN har gjennomført av blant annet prismodell og gevinster.²⁵² De fleste virksomhetene gir uttrykk for at prismodellen ikke er godt nok tilpasset deres virksomhet, og at de blant annet ikke har mulighet til å påvirke tjenestenivået eller antall timer som tjenestesenteret fakturerer virksomheten.

NHN påpeker at prismodellen er utarbeidet av konsulentselskapet Gartner, og at virksomhetene hadde mulighet til å delta i forberedelsene for prismodellene for 2017 og 2018.²⁵³ NHN uttaler at alle virksomhetene har fått tilsendt prisprognose for 2019, og at denne er gjennomgått med virksomhetene i møte. Videre uttaler NHN at virksomhetene har hatt mulighet for oppfølgingsspørsmål og oppfølgingsmøter.

HOD opplyser at NHN skal ha tilbudt å ha møter med alle virksomhetene om beregning av kostnader.²⁵⁴ Departementet påpeker at det var vanskelig å beregne kostnader før 2017. Uenigheter om pris er noe departementet mener virksomhetene skal ta opp med NHN, for eksempel i strategisk forum. Departementet uttaler at det ikke er involvert i arbeidet med prismodellen som ligger til grunn for faktureringen fra NHN.²⁵⁵ Imidlertid har departementet gitt føringer om at det skal være samarbeid og dialog mellom NHN og virksomhetene, slik at virksomhetene skal være kjent med prismodellen. Strategisk forum skal fra 2019 ledes av én av etatsdirektørene.²⁵⁶ I forumet skal saker tilknyttet prismodell og kostnader behandles. Organet skal i tillegg sikre samordning og prioritering av etatenes behov og forventninger. Dette skal gi økt forutsigbarhet for virksomhetene og NHN.

²⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

²⁴⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Etatsstyringsreferat*.

²⁴⁹ Virksomhetens svar til Riksrevisjonen i svarbrev.

²⁵⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

²⁵¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.

²⁵² Virksomhetenes svar til Riksrevisjonen i intervjuer og svarbrev.

²⁵³ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon fra referat etter møte*, 7.01.2019.

²⁵⁴ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²⁵⁵ Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.

²⁵⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganisering av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.

8 Vurderinger

Begrunnelsen for å omorganisere anskaffelsesområdet er mest mulig effektiv ressursbruk og mer effektiv forvaltning. Omorganiseringen medførte blant annet at Norsk Helsenett SF skal gjennomføre anskaffelser på vegne av virksomhetene som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Målet med revisjonen har vært å vurdere om Helse- og omsorgsdepartementets endring av ansvar for anskaffelser har ført til en mer effektiv ressursbruk. Mer effektiv ressursbruk innebærer at uendret ressursbruk medfører høyere kvalitet på anskaffelsesprosessene. Høyere kvalitet på anskaffelsesprosessene er også definert som en kvalitativ gevinst. Bedre anskaffelsesprosesser kan også resultere i bedre avtaler, noe som kan gi både kvalitative og kvantitative gevinster. Departementet har lagt til grunn at ved omorganisering av anskaffelsesområdet er det forventninger om at gevinster skal realiseres slik at virksomhetenes ressurser til kjerneoppgaver kan øke. Mer effektiv ressursbruk forbindes også med kostnadseffektivitet, som innebærer å produsere anskaffelsestjenester til en gitt kvalitet med minst mulig ressursbruk.

Revisjonen viser at

- anskaffelsesprosessene ikke er fullt ut profesjonalisert i Norsk Helsenett SF, noe som tilsier at anskaffelsesprosessene ikke i tilstrekkelig grad har blitt mer effektive etter omorganiseringen
- metoden for beregning av gevinster gir en overvurdering av de potensielle gevinstene
- de faktiske gevinstene i liten grad er realisert
- kostnadene knyttet til gjennomføring av anskaffelser er vesentlig høyere etter omorganiseringen
- kostnadene til gjennomføring av anskaffelser vil bli enda høyere i framtiden om Norsk Helsenett SF bygger opp sin anskaffelsesfunksjon som planlagt

Basert på disse funnene vurderer revisjonen at omorganiseringen ikke har resultert i mer effektiv ressursbruk, og at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har fulgt opp omorganiseringen i tilstrekkelig grad.

8.1 Anskaffelsesprosessene er ikke fullt ut profesjonalisert

Helse- og omsorgsdepartementet skriver at hovedmålet med omorganiseringen er effektivisering, men at det også er et mål å legge til rette for større og mer robuste kompetansemiljøer og for kvalitets- og kompetanseheving i administrative tjenesteledd.

Før omorganiseringen karakteriserte Norsk Helsenett SF virksomhetenes arbeid med anskaffelser som umodent, basert på en kartlegging foretaket hadde gjort da de planla omorganiseringen.

Revisjonen har vist at det fortsatt gjenstår en del arbeid før Norsk Helsenett SFs arbeid med anskaffelser kan sies å være så profesjonelt som det skulle vært innen utgangen av 2018. Norsk Helsenett SF definerer ulike tiltak som må være på plass for at Norsk Helsenett SF sitt arbeid med anskaffelser skal gi merverdi for virksomhetene. Tiltakene er i varierende grad iverksatt. Norsk Helsenett SF har ikke utviklet måltall og har derfor heller ikke rapportert på dette. De har heller ikke utviklet en anskaffelsesstrategi eller anskaffelsesplaner. Norsk Helsenett SF har i liten grad analysert virksomhetenes forbruk innenfor ulike avtaler eller kategorier. Manglende spesialisering og langsiktig planlegging medfører at potensialet i markedet ikke tas fullt ut. Norsk Helsenett SF har tatt i bruk verktøy for å understøtte anskaffelsene, som elektroniske verktøy for å gjennomføre konkurranser og for å administrere kontrakter, men har fortsatt ikke innført en helelektronisk anskaffelsesprosess. Dette innebærer at det blir mye manuelt arbeid.

Det er delte meninger om Norsk Helsenett SFs anskaffelsestjenester dekker virksomhetenes behov, og virksomhetene opplever ikke at avtalene Norsk Helsenett SF har inngått, jevnt over innebærer bedre kvalitet eller bedre priser. Som leverandør av tjenester til virksomhetene, er det etter revisjonens vurdering avgjørende at Norsk

Helsenett SF har god forståelse for virksomhetenes behov og utfordringer og at det har innsikt i mangfoldet blant og ulikhetene mellom virksomhetene.

Norsk Helsenett SF ble valgt som leverandør av anskaffelsestjenester fordi de etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering hadde betydelig kompetanse på anskaffelser. Dette var til tross for at Norsk Helsenett SF bare hadde én ansatt som arbeidet innen dette området. Etter omorganiseringen har Norsk Helsenett SF hele tiden hatt langt færre ansatte som arbeider med anskaffelser, enn det som var forutsatt. Selv uttaler Norsk Helsenett SF at den lave bemanningen har forsinket arbeidet med å profesjonalisere anskaffelsesfunksjonene. Revisjonens vurdering er at mangelen på profesjonalisering kan skape usikkerhet og uforutsigbarhet for virksomhetene, blant annet med hensyn til hvordan Norsk Helsenett SF prioriterer og planlegger anskaffelser, og med hensyn til hvilke gevinster omorganiseringen har ført til. Manglende kapasitet hos Norsk Helsenett SF kan også medføre at virksomhetene gjør innkjøp som ikke er i tråd med regelverket.

Etter revisjonens vurdering har underbemanningen og den manglende profesjonaliseringen av anskaffelsesarbeidet i Norsk Helsenett SF medført at målet med omorganiseringen om en mer effektiv forvaltning og mest mulig effektiv ressursbruk så langt ikke er oppnådd i tilstrekkelig grad.

8.2 Norsk Helsenett SF overrapporterer potensielle gevinster

Gjennom Prop.1 S for 2016 opplyser Helse- og omsorgsdepartementet at målet med felles produksjon av administrative tjenester i den sentrale helseforvaltningen er en mer effektiv forvaltning. Mer effektiv forvaltning innebærer at det realiseres gevinster i form av reduserte kostnader, redusert kostnadsvekst eller økt kvalitet. Ifølge Norsk Helsenett SF er gevinster fra omorganiseringen at foretaket nå gjennomfører anskaffelsesprosjekter, og at virksomhetene har mulighet til besparelser gjennom avtaler.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at gevinster ved omorganiseringen av anskaffelsesområdet skulle realiseres fra 1. januar 2017. Norsk Helsenett SF skal jevnlig rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet om status på både kvantitative og kvalitative gevinster. Norsk Helsenett SF har anslått at en overføring av anskaffelsesområdet fra virksomhetene til Norsk Helsenett SF vil kunne gi fra 457 til 883 millioner kroner i gevinster i en tiårsperiode fra etableringen av tjenestesenteret.

En stor del av de rapporterte gevinstene er tilrettelagt av andre enn Norsk Helsenett SF

I 2018 rapporterte Norsk Helsenett SF at anskaffelsene de har gjennomført, har et gevinstpotensial på om lag 145 millioner kroner. Potensielle gevinster av anskaffelser gjennomført av Norsk Helsenett SF reduseres til ca. 32 millioner kroner dersom anskaffelser gjennomført av Sykehusinnkjøp HF eller Statens innkjøpssenter ekskluderes fra de 145 millioner kronene. Norsk Helsenett SF har vært et koordinerende ledd overfor de ti virksomhetene de leverer anskaffelsestjenester til, men selve anskaffelsene er imidlertid *ikke* gjort av Norsk Helsenett SF.

Etter det revisjonen forstår, skal gevinster belyse effekter av offentlige prosjekter, i dette tilfellet overføring av anskaffelsesfunksjonene fra virksomhetene til Norsk Helsenett SF. Det var dette som var utgangspunktet for det opprinnelige estimatet på inntil en milliard kroner i gevinster over en tiårsperiode. Revisjonens vurdering er at utgangspunktet for gevinstberegningene var hvilke gevinster virksomhetene kunne få ved å flytte anskaffelsestjenestene over til *Norsk Helsenett SF*, og at det derfor er misvisende å inkludere potensielle gevinster av anskaffelser som er gjort av andre.

Norsk Helsenett SF beregner gevinster utover kontraktsperioden

Norsk Helsenett SF beregner gevinster fram til 2026 for en rekke anskaffelser, noe som i de fleste tilfeller er mye lenger enn kontraktsperioden til den enkelte avtalen. Dersom Norsk Helsenett SF hadde beregnet gevinster for kontraktsperioden, ville potensielle gevinster blitt redusert fra 145 til 58 millioner kroner. Dersom også avtaler inngått av Sykehusinnkjøp HF og Statens innkjøpssener ekskluderes, reduseres de potensielle

gevinstene ytterligere til 14 millioner kroner. Til sammenligning beregner Sykehusinnkjøp HF og Statens innkjøpssenter gevinster kun for kontraktsperioden, det vil si normalt maksimalt fire år.

Etter revisjonens vurdering er det ikke gitt at Norsk Helsenett SF får de samme vilkårene i nye avtaler tjenestesenteret eventuelt inngår når kontraktsperiodene utløper, og det er heller ikke gitt at Norsk Helsenett SF vil gjennomføre anskaffelsen på nytt. Regnskapsanalyser har i tillegg vist at for de fleste fellesanskaffelsene er virksomhetenes forbruk langt lavere enn kontraktsverdien, noe som kan gjøre det vanskelig å oppnå de samme betingelsene om anskaffelsene skal gjentas.

Bare for én avtale sammenligner Norsk Helsenett SF gamle og nye priser

Det er mulig å estimere gevinster av en anskaffelse ved å sammenligne nye priser med gamle priser i tilsvarende avtaler. Både Sykehusinnkjøp HF og Statens innkjøpssenter gjennomfører anskaffelser for langt flere virksomheter enn Norsk Helsenett SF, og de bruker denne metoden for å beregne gevinster, som et beste estimat.

Bare for én anskaffelse har Norsk Helsenett SF benyttet metoden der nye og gamle priser sammenlignes. For de øvrige anskaffelsene har foretaket beregnet potensielle gevinster ved å sammenligne prisen i det valgte tilbudet med gjennomsnittet av de andre prisene. Gitt at det leveres tilbud med ulike priser og prisen til den valgte leverandøren er lavere enn gjennomsnittet, vil metoden Norsk Helsenett SF bruker, alltid gi gevinst.

Dette er etter revisjonens vurdering et resultat av anskaffelsesregelverket, som alle virksomhetene var og er bundet av, og ikke en gevinst som følger av etableringen av tjenestesenteret. Revisjonen vurderer at det er en uhensiktsmessig måte å regne gevinster på når formålet er å estimere potensielle gevinster av omorganiseringen.

Etter revisjonens vurdering bør det være mulig også for Norsk Helsenett SF å framskaffe tilstrekkelig data til å gjøre gevinstvurderinger på samme måte som Statens innkjøpssenter. Dette forutsetter imidlertid at virksomhetene gir Norsk Helsenett SF informasjon om tidligere avtaler.

Når det gjelder gevinstberegningene, uttaler Helse- og omsorgsdepartementet at det viktigste er at Norsk Helsenett SF bruker en metodikk som Norsk Helsenett SF og virksomhetene er omforente om. Virksomhetene har imidlertid først blitt gjort kjent med gevinstberegningene etter at disse er rapportert til departementet, og de har derfor i liten grad fått anledning til å bidra til Norsk Helsenett SFs rapportering. Etter revisjonens vurdering er dette uheldig, særlig når det gjelder gevinstberegninger for de virksomhetsspesifikke avtalene, hvor virksomhetene har best kjennskap til datagrunnlaget. Samtidig er åpenhet rundt gevinstberegningene viktig for at virksomhetene skal kunne ha tillitt til at beregningene skjer på riktig grunnlag.

8.3 Virksomhetene har i liten grad realisert gevinster

Potensielle gevinster realiseres først når virksomhetene tar avtalene i bruk. Norsk Helsenett SF har imidlertid ingen oversikt over virksomhetenes bruk av avtalene og dermed ingen oversikt over gevinstrealiseringen hos virksomhetene. Virksomhetene har foreløpig heller ikke rapportert på gevinstrealisering til Helse- og omsorgsdepartementet.

Ved beregning av potensielle gevinster tar Norsk Helsenett SF utgangspunkt i kontraktenes verdi. Dette betyr at om virksomhetene skal realisere hele gevinstpotensialet, må de ha et samlet forbruk som tilsvarer kontraktsverdien.

Regnskapsanalyser viser at omtrent halvparten av fellesavtalene i liten grad er tatt i bruk. Avtalene Norsk Helsenett SF inngikk i 2017, har en samlet kontraktsverdi på 13,5 millioner kroner. I 2017 og 2018 hadde virksomhetene et samlet forbruk på 18 prosent av kontraktsverdien. Manglende bruk av fellesavtaler skyldes blant annet at flere virksomheter har blitt med på avtaler «for sikkerhets skyld», i tilfelle de får behov for dem senere. Dette behovet har i mange tilfeller enda ikke meldt seg. Etter revisjonens vurdering er realiseringen av de potensielle gevinstene av fellesavtalene så langt relativt

begrenset. Dersom avtalene i liten grad tas i bruk, er gevinsten av omorganiseringen tilsvarende liten.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke sikret seg riktig informasjon om gevinster

Ifølge økonomibestemmelsene har departementet et overordnet ansvar for at virksomhetene gjennomfører aktiviteter i tråd med departementets fastsatte mål og prioriteringer, og for at virksomhetene bruker ressurser effektivt.

Hittil har Norsk Helsenett SF ikke rapportert på kvalitative gevinster til Helse- og omsorgsdepartementet, og virksomhetene har ikke rapportert i hvilken grad potensielle gevinster er realisert. Revisjonen har vist at Helse- og omsorgsdepartementet ikke kjenner til hvordan tjenestesenteret beregner potensielle kvantitative gevinster av omorganiseringen gitt i tertialrapporteringen. Alt i alt mener revisjonen derfor at departementet ikke har sikret seg god nok rapportering på de eventuelle gevinstene omorganiseringen har ført til.

Etter revisjonens vurdering bør Helse- og omsorgsdepartementet ha informasjon om hvordan Norsk Helsenett SF kommer fram til gevinstberegningene sine. Dette er en forutsetning for å kunne vurdere i hvilken grad omorganiseringen har resultert i høyere effektivitet på anskaffelsesområdet, og for å kunne gi riktig informasjon til Stortinget. Dette er særlig aktuelt ettersom revisjonen har avdekket at Norsk Helsenett SF beregner potensielle gevinster på et sviktende grunnlag. Revisjonen vurderer videre at Helse- og omsorgsdepartementet bør sikre seg informasjon om i hvor stor grad virksomhetene realiserer gevinstene som ligger i avtalene, for på den måten å kunne vurdere hvorvidt omorganiseringen har ført til mer effektiv ressursbruk.

8.4 Kostnadene til gjennomføring av anskaffelser har økt

Omorganiseringen av anskaffelsesområdet skulle legge til rette for mest mulig effektiv ressursbruk. Dette innebærer enten å produsere anskaffelsestjenester til en gitt kvalitet med minst mulig ressursbruk eller å oppnå høyere kvalitet på tjenestene med en gitt ressursbruk. Revisjonen viser at kvaliteten på anskaffelsestjenester i liten grad er målt.

Revisjonen viser at virksomhetenes totale kostnader til gjennomføring av anskaffelser er over doblet etter at tjenestesenteret ble opprettet. Etter revisjonens vurdering, betyr dette at omorganiseringen hittil ikke har medført effektivisering. Dette understøttes av at den samlede ressursbruken på området ikke er redusert, og ikke vil bli redusert ettersom Norsk Helsenett SF har uttalt at tjenestesenteret skal øke til minimum 26 årsverk. Samtidig har virksomhetene allerede redusert antall årsverk og oppgir at de ikke har mulighet til å redusere dette ytterligere.

Framtidige kostnader til gjennomføring av anskaffelser vil trolig øke

Gitt at prognosene til Norsk Helsenett SF slår til, vil virksomhetene totalt sett få ytterligere økte kostnader til anskaffelsesområdet i 2019. Imidlertid bygger prognosene på en modell der virksomhetene har insentiv til å bruke Norsk Helsenett SF mindre for å redusere kostnadene. Samtidig har Norsk Helsenett SF et insentiv til å øke ressursbruken for å øke inntektene til tjenestesenteret. Ettersom Norsk Helsenett SF vil mer enn doble bemanningen til *minimum* 26 årsverk, kan kostnadene til drift av tjenestesenteret komme til å øke. En økning i kostnader for virksomhetene er spesielt uheldig ettersom kostnadsnivået kan virke negativt inn på virksomhetenes evne til å gjennomføre primæroppgaver.

Helse- og omsorgsdepartementet skal blant annet legge særlig vekt på at Norsk Helsenett SFs finansiering er hensiktsmessig ettersom det er et foretak med et ikke-økonomisk formål. Etter revisjonens vurdering er det spesielt viktig at departementet følger opp dette siden Norsk Helsenett SF er i en monopolsituasjon som følge av at virksomhetene er pålagt å bruke foretaket for å gjennomføre anskaffelser. Samtidig uttaler virksomhetene at de i liten grad kan påvirke pris- eller tjenestenivået. En monopolsituasjon kan medføre at prissettingen fra Norsk Helsenett SF ikke er konkurransedyktig, og at foretaket får urimelige fordeler av situasjonen. Ettersom Norsk

Helsenett SF selv er den nest største kunden av anskaffelsesfunksjonen i tjenestesenteret, mener revisjonen det er uheldig ettersom foretaket ikke inngår i fordelingen av kostnader for 2019.

Norsk Helsenett SF etterlever ikke tjenesteavtalen om fakturering

I tjenesteavtalene mellom Norsk Helsenett SF og virksomhetene står det at innbetalt beløp skal justeres mot Norsk Helsenett SFs faktiske aktivitetsnivå. Revisjonen viser at dette verken er gjort i 2017 eller i 2018. Virksomhetene opplyser at de har minimal mulighet til å instruere eller sanksjonere Norsk Helsenett SF hvis det skulle vise seg at tjenesten er mangelfull eller på annen måte avviker fra avtalen. Departementet har gitt føringer om at det skal være samarbeid og dialog mellom Norsk Helsenett SF og virksomhetene, slik at virksomhetene skal være kjent med prismodellen. Etter revisjonens vurdering er det uheldig at Norsk Helsenett SF ikke følger tjenesteavtalen når det gjelder fakturering, og at virksomhetene oppfatter at de ikke har hatt innflytelse på prismodellen.

Manglende informasjon om finansiering av tjenestesenteret

I Prop. 1 S for 2017 står det at tjenestesenteret vil bli finansiert gjennom brukerbetaling innenfor virksomhetenes gjeldende budsjettrammer. Da tjenestesenteret ble etablert, la Helse- og omsorgsdepartementet til grunn at Norsk Helsenett SF skal legge til rette for at eventuelle merkostnader knyttet til etableringen av tjenestesenteret og nødvendige investeringer dekkes innenfor Norsk Helsenett SFs samlede økonomi. Det har vært vesentlige utgifter knyttet til utredningen og klargjøringen av tjenestesenteret, og i 2016 førte dette til et underskudd i Norsk Helsenett SF på over 19 millioner kroner. For å dekke dette underskuddet foreslo Norsk Helsenett SF å benytte egenkapitalen. I foretaksmøtet i juni 2017 ble det vist til at hovedårsaken til underskuddet på 19 millioner kroner og foretaksmøtet godkjente styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2016.

Etter revisjonens vurdering er intensjonen at egenkapitalen skal brukes til det formålet det ble innbetalt til. Dette er blant annet felles infrastruktur, helsenett og drift av IKT-tjenester for helsesektoren innbetalt fra eksisterende kunder og tjenestesalg. Norsk Helsenett SF har uttrykt at det er usikkert om foretaket får dekket kostnadene til tjenestesenteret. Etter revisjonens vurdering er det uheldig at etableringen av tjenestesenteret finansieres av andre aktører i helse- og omsorgssektoren, for eksempel private helseaktører.

Departementet har imidlertid opplyst at en av hovedgrunnene til at Norsk Helsenett SF ble valgt, var den «økonomiske muskelen» foretaket hadde til å etablere et felles administrativt tjenestesenter innenfor sin økonomiske ramme. Revisjonen er ikke kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet i sine budsjettproposisjoner til Stortinget omtalte eller la fram forslag til bevilgninger til oppstart av det nye tjenestesenteret. Revisjonen kan heller ikke se at det er omtalt at oppstartskostnadene skulle finansieres med opptjent egenkapital i Norsk Helsenett SF, noe som i realiteten er en lånefinansiering.

Fram til 2019 har det i regnskapet til Norsk Helsenett SF ikke vært skilt mellom lønnskostnader til drift av tjenestesenteret og øvrige lønnskostnader. Regnskapet til Norsk Helsenett SF, slik det er presentert i årsregnskapet for 2017, viser ikke sammenhengen mellom kostnadene fra tjenestesenteret og inntekter generert fra virksomhetene. I vedtektene slås det fast at Norsk Helsenett SF har et ikke-økonomisk formål, og at foretaket ikke har til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn det som er nødvendig for å sikre en forsvarlig drift. Videre har departementet en forventning om at foretaket på sikt går i balanse når det gjelder tjenestesenteret. Ettersom det ikke er mulig å sammenligne inntektene og utgiftene til tjenestesenteret, er det etter revisjonens vurdering heller ikke mulig å følge opp om tjenestesenteret går i balanse.

9 Referanseliste

9.1 Reglement, lovverk og stortingsdokumenter

- *Bevilgningsreglementet* av 26.5.2005 nr. 876.
- *Reglement for økonomistyring i staten* av 12.12.2003 nr. 1938.
- *Bestemmelser om økonomistyring i staten* av 12.12.2003 nr. 1939.
- *Lov om offentlige anskaffelser* (anskaffelsesloven) av 17.6.2016 nr. 73.
- *Forskrift om offentlige anskaffelser* (anskaffelsesforskriften) av 12.8.2016 nr. 974.
- *Lov om statsforetak* (statsforetaksloven) av 30.8.1991 nr. 71.
- St.meld. nr. 19 (2008–2009) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*. Fornyings- og administrasjonsdepartementet.
- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*. Nærings- og fiskeridepartementet.
- Prop. 119 S (2014–2015) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2015*. Finansdepartementet.
- Innst. 360 S (2014–2015) *Innstilling finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2015, om avgiftsvedtak og om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2015*.
- Prop. 1 S (2015–2016) *For budsjettåret 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Innst. 11 S (2015–2016) *Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen*.
- Prop. 122 S (2015–2016) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2016*. Finansdepartementet.
- Innst. 400 S (2015–2016) *Innstilling fra finanskomiteen om revidert nasjonalbudsjett 2016, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2016, om avgifter og toll i statsbudsjettet for 2016*.
- Prop. 1 S (2016–2017) *For budsjettåret 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Innst. 11 S (2016–2017) *Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen*.
- Prop. 1 S (2017–2018) *For budsjettåret 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Innst. 11 S (2017–2018) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2018, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*.

9.2 Styringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av sentralt tjenestesenter for administrative tjenester til den sentrale helse- og omsorgsforvaltningen*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 19.2.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Statsbudsjettet 2015 - kap. 720 Helsedirektoratet*. Tillegg til tildelingsbrev, 29.5.2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen, og tilkobling til helsenettet*. Protokoll fra ekstraordinært foretaksmøte i Norsk Helsenett SF, 22.6.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Statsbudsjettet 2016 - tillegg til tildelingsbrev: Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, 22.6.2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Godkjenning av årsregnskap og behandling av årsrapport for 2016 m.m.* Protokoll fra foretaksmøte Norsk Helsenett SF, 15.6.2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Krav og rammer for 2018*. Protokoll fra foretaksmøte Norsk Helsenett SF, 17.1.2018.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vedtekter for Norsk Helsenett SF*, sist endret 17.1.2018.

9.3 Rapporter

- Helsedirektoratet (2015) *Konsernmodell for administrative tjenester – Vurdering av konsernmodell i sentral helseforvaltning*. Rapport, 3.11.2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Sammenstilling av tjenestebrukernes svar på spørsmål om egen effektivisering*, 5.7.2018.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Vurdering av konsernmodell for*
- Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen*. Hovedrapport, 30.5.2016.
- *administrative tjenester i helsesektoren*. Rapport, 8.10.2018.
- Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 1 – Overordnede rammer og etableringsstrategi*, 30.5.2016.
- Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesenter for den sentrale helseforvaltningen. Delrapport 2 – Plan for etablering av anskaffelser i felles tjenestesenter*, 30.5.2016.
- Norsk Helsenett SF (2017) Årsrapport for 2016.
- Norsk Helsenett SF (2018) Årsrapport for 2017.
- Årsrapport 2017 for Bioteknologirådet, Direktoratet for e-helse, Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, Norsk pasientskadeerstatning, Statens helsetilsyn og Statens legemiddelverk.

9.4 Dokumentasjon fra Norsk Helsenett SF

- Norsk Helsenett SF (2016) *Dokumentasjon som ligger til grunn for organisering - anonymisert*.
- Norsk Helsenett SF (2016) *Midlertidig avtale om tjenesteleveranse*, inngått mellom Norsk Helsenett SF og virksomhetene.
- Norsk Helsenett SF (2016) *Prisvederlag anskaffelser 2017 og 2018*.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv*.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Gevinstrealiseringsplan Norsk Helsenett SF. Gevinstrealisering innen IKT og anskaffelser*, 30.11.2017.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Innkjøpsstrategi for NHN*, 28.8.2017.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Protokoll fra styremøte*, 20.1.2017.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Samling 2 innkjøpskoordinatorer*. Presentasjon, 2.6.2017.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Tjenestebeskrivelse - NHN Tjenestekatalog 9.0 Anskaffelsestjeneste. Vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv*.
- Norsk Helsenett SF (2017) *Vedlegg samhandlingsmodell. Vedlegg til avtale for levering av tjenester innenfor områdene IKT, anskaffelser og arkiv*, 5.2.2018.
- Norsk Helsenett SF (2018) *11- Oversikt over anskaffelsesgevinster*, 29.5.2018.
- Norsk Helsenett SF (2018) *6 - 2018 T3 Gevinstrapportering til helseforvaltningen*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *BID 13 Leie, vask og vedlikehold av arbeidstøy*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *BID 212 Gevinstoppfølgning*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for andre tertial 2018*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Gevinstrapportering for første tertial 2018*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Innkjøpskoordinatorsamling #4*. Presentasjon, 26.2.2018.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Konsulentbruk i anskaffelsestjenesten*, 24.10.2018.

- Norsk Helsenett SF (2018) *Oversikt over dokumenter*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Prisprognose anskaffelser 2019*.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Ressursinformasjon anskaffelsestjenesten*, 24.10.2018.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Tillegg 1 - Ressurssituasjonen anskaffelser*.
- Norsk Helsenett SF (2019) *3 – Virksomhetsspesifikke anskaffelser for NHN*, 18.2.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *4a – Avklaringer til oversikten over fellesanskaffelser*, 17.1.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *7 – Fordelingsnøkkel anskaffelser [inkl. NHN]*, 7.11.2018.
- Norsk Helsenett SF (2019) *8 – Fordelingsnøkkel anskaffelser*, 7.11.2018.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_4 – Oversikt over fellesanskaffelser*, 15.1.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Jan_5 – Oversikt over virksomhetsspesifikke avtaler*, 17.1.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter – tilleggsinformasjon 11feb19*, 22.2.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter – tilleggsinformasjon 6des18 v2*, 30.1.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter – tilleggsinformasjon fra referat etter møte*, 7.1.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Prisbilag for BTR*, oppdatert 16.1.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Prisbilag for HELFO*, 7.9.2018.

9.5 Intervjureferat

- Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet*, 30.11.2018.
- Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Folkehelseinstituttet*, 12.11.2018.
- Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Helsedirektoratet*, 21.11.2018.
- Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Helse- og omsorgsdepartementet*, 10.1.2019.
- Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.
- Riksrevisjonen (2019) *Verifisert referat fra møte med Statens innkjøpssenter*, 4.1.2019.

9.6 Skriftlige redegjørelser

- Bioteknologirådet (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 28.10.2018.
- Bioteknologirådet (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet*. Svar på spørsmålsliste til Riksrevisjonen, 18.12.2018.
- Bioteknologirådet (2019) *Svar - Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 1.2.2019.
- Direktoratet for e-helse (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet - svar på Riksrevisjonens spørsmål*. Brev til Riksrevisjonen, 22.10.2018.
- Direktoratet for e-helse (2019) *Revisjon av anskaffelsesområdet - Besvarelse av spørsmålsliste*. Brev til Riksrevisjonen, 9.1.2019.
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet*. Notat til Riksrevisjonen, 19.10.2018.
- Folkehelseinstituttet (2017) *Anskaffelsesfaglig bistand til gjennomføring av vaksineanskaffelser - modell, ansvar og risiko*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 30.5.2017.
- Folkehelseinstituttet (2017) *Konsekvenser av konsernmodell - Folkehelseinstituttets foreløpige erfaringer*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet, 19.10.2017.

- Folkehelseinstituttet (2018) *Oversender dokumentasjon til revisjon av anskaffelsesområdet*. Brev til Riksrevisjonen, 25.10.2018.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Svar til Riksrevisjonen - omorganiseringen av anskaffelsesområdet - oversendelse av rapportutkast til kommentering*. Brev til Riksrevisjonen, 8.5.2019.
- Helfo (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet - Svar til Riksrevisjonen*. Brev til Riksrevisjonen, 19.12.2018.
- Helfo (2019) *Revisjon av anskaffelsesområdet - Svar på spørsmålsliste fra Riksrevisjonen*. Brev til Riksrevisjonen, 22.1.2019.
- Helsedirektoratet (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet*. Brev til Riksrevisjonen, 25.10.2018
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (2018) *N2018/5585-3 - Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 26.10.2018.
- Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (2018) *Svar RR pkt. 4 og 5 - Anskaffelser*. E-post til Riksrevisjonen, 1.11.2018.
- Norsk Helsenett SF (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet i Norsk Helsenett SF*. Brev til Riksrevisjonen, 24.10.2018.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Svar - Dokumentasjon*. E-post til Riksrevisjonen, 5.2.2019.
- Norsk Helsenett SF (2019) *Svar Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 4.3.2019.
- Norsk pasientskadeerstatning (2018) *NPE - Revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 25.10.2018.
- Norsk pasientskadeerstatning (2018) *Revisjon av anskaffelsesområdet*. Svar på spørsmålsliste til Riksrevisjonen, 18.12.2018.
- Statens Helsetilsyn (2018) *Tilbakemelding på revisjon av anskaffelsesområdet - oversendelse av dokumentasjon*. Brev til Riksrevisjonen, 25.10.2018.
- Statens legemiddelverk (2018) *Oversikt over anskaffelser 2016-2018*. Brev til Riksrevisjonen, 22.10.2018.
- Statens legemiddelverk (2018) *Svar på spørsmålsliste vedrørende anskaffelsesområdet*. Brev til Riksrevisjonen, 30.11.2018.
- Sykehusinnkjøp HF (2019) *Vedr. revisjon av anskaffelsesområdet i etatene i den sentrale helseforvaltningen*. Brev til Riksrevisjonen, 12.2.2019.
- Sykehusinnkjøp HF (2019) *Svar - revisjon av anskaffelsesområdet*. E-post til Riksrevisjonen, 26.2.2019.

9.7 Internettsider

- Brønnøysundregistrene (2018) *Nøkkelopplysninger fra Enhetsregisteret*. <<https://w2.brreg.no/enhet/sok/detalj.jsp?orgnr=921018924>> [Hentedato 21.02.2019]
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2016) *Statens innkjøpssenter*. <<https://www.anskaffelser.no/statens-innkjopssenter>> [Hentedato 30.11.2018]
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2016) *Kunngjøring om konkurranse*. <<https://www.doffin.no/Notice/Details/2016-440620>> [Hentedato 20.12.2018]
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2017) *Porteføljestyling*. <<https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/styring-og-organisering/virksomhetens-prosjektorganisasjon/portefoljestyling>> [Hentedato 16.10.2018]
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Anskaffelsesstrategi*. <<https://www.anskaffelser.no/innkjopsledelse/anskaffelsesstrategi>> [Hentedato 07.11.2018]
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Kategoristyring av innkjøp*. <<https://www.anskaffelser.no/innkjopsledelse/kategoristyring>> [Hentedato 22.11.2018]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Etablering av konsernmodell for administrative tjenester i helseforvaltningen*, 3.2.2016.

- <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/etablering-av-konsernmodell-for-administrative-tjenester-i-helseforvaltningen/id2473926/>> [Hentedato 19.06.2018]
- Norsk Helsennett SF *Avtaler*.
<<https://contracts.opic.com/Search/SearchContracts?searchQuery=rekruttering>> [Hentedato 19.02.2019]
 - Stortinget (2017) *Skriftlig spørsmål fra Ingvild Kjerkol til helse- og omsorgsministeren*, 7.12.2017. <<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=70473>> [Hentedato 22.06.2018]
 - Sykehuspartner HF (2019) *Om oss*, 3.5.2019. < <https://sykehuspartner.no/om-oss> > [Hentedato 15.05.2019]

9.8 Andre kilder

- *Det Norske Akademis ordbok*.
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2018) *Modell for beregning av gevinster fra felles innkjøpsavtaler i staten*, 15.6.2018.
- Direktoratet for økonomistyring (2014) *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*. Veileder, oktober 2014.
- Finansdepartementet (2014) *Statlig budsjettarbeid*. Veileder, mars 2014.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Forklaringer til statsregnskapet*, 27.2.2018.

10 Vedlegg

10.1 Prismodellen for 2017 og 2018

Det står i NHNs hovedrapport at finansieringen av basistjenestene som skal leveres innen anskaffelser, vil basere seg på en avtalt fastpris som betales årlig fra kundene.²⁵⁷ I samme rapport anbefales det at eventuelle tilleggstjenester finansieres gjennom stykkprising.

Det ble valgt en finansieringsmodell der virksomhetene betaler en årlig fastpris for tjenestene som NHN leverer.

Beskrivelse av prismodellen	
Årsverksanslag	Forventet årsverk som er nødvendig for at NHN skal kunne gjennomføre anskaffelsestjenester for virksomheten
Lønnskostnad	Det er tatt utgangspunkt i en grunnlønn på 723 000 kroner.
Tilleggs kostnader lønn inklusive overtid	Dette inkluderer arbeidsgiveravgift (14,1 %), pensjonskostnader (16 %), overtid, reisetid og andre administrative kostnader.
Indirekte kostnader	Dette inkluderer andre driftskostnader, stabskostnader, avskrivninger av Monierbygget, avskrivninger andel felleskostnader, husleie for Monierbygget og lisenser.
Usikkerhet/avanse	Påslag på 5 %.
Årlige kostnader anskaffelser, medregnet investeringer i programvare	Dette inkluderer investering i programvare, e-handelsløsning, konkurransegjennomføringsverktøy osv. og støttefunksjoner.

Kilde: Norsk Helsenett SF *Prisvederlag anskaffelser 2017 og 2018*.

Lønnskostnad pålydende 723 000 kroner inkluderer feriepenger.²⁵⁸ Ved etableringen av tjenestesesenteret var det avklart hvilke ansatte som skulle overføres til NHN. NHN opplyser at lønnskostnaden er basert på gjennomsnitt bruttolønn disse opprinnelig hadde da de arbeidet i virksomhetene.²⁵⁹ Videre har NHN uttalt til revisjonen at grunnlønnen ble for lav, blant annet fordi det ble brukt tall fra 2016.²⁶⁰

Tilleggs kostnader lønn inklusive overtid er beregnet på grunnlag av NHN sine kostnader i 2015 fordelt på snitt antall ansatte i 2015. Pensjonskostnader utgjør ca. 50 prosent av de totale tilleggs kostnadene, mens arbeidsgiveravgift utgjør 38 prosent. Kostnader til overtid og reisetid utgjør om lag 9 prosent, og velferdskostnader utgjør om lag 4 prosent av de totale tilleggs kostnadene. I velferdskostnader inngår gaver til ansatte, kaffe/te/frukt, overtidsmat, treningsordning for ansatte, tidsskrifter/avis, hjertestarterkurs/arbeidshelse/ergonomi, databriller, enkle sosiale tilstelninger og styrehonorar.

²⁵⁷ Norsk Helsenett SF (2016) *Etablering av tjenestesesenter for den sentrale helseforvaltningen*, Hovedrapport, 30.5.2016.

²⁵⁸ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.

²⁵⁹ Norsk Helsenett SF (2019) *Oversikt over dokumenter - tilleggsinformasjon 6des18 v2*, 30.1.2019.

²⁶⁰ Riksrevisjonen (2018) *Verifisert referat fra møte med Norsk Helsenett SF*, 26.11.2018.