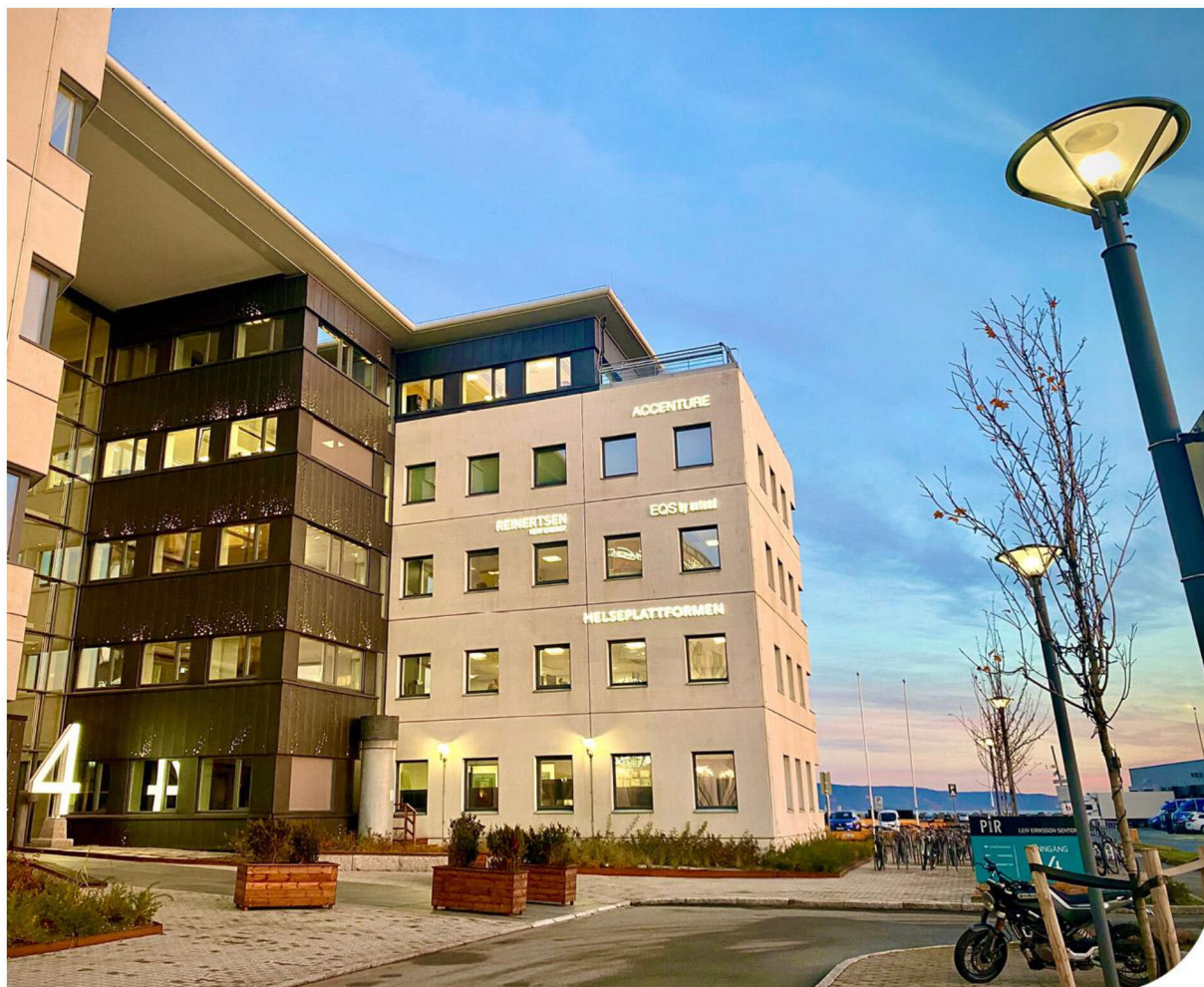




ÅRSBERETNING 2024

ORG.NR. 922 307 814



HELSEPLATTFORMEN

felles pasientjournal i Midt-Norge



Virksomhetsbeskrivelse.....	3
Styrets arbeid	4
Sentrale forhold i 2024.....	5
Risikoområder og tiltak	8
Redegjørelse for årsregnskapet	9
Arbeidsmiljø	10
Likestilling og diskriminering	11
Styre- og ledelsesforsikring	12
Åpenhetsloven.....	12
Ytre miljø	12
Antikorrupsjon.....	13
Framtidsutsikter	13
Disponering av årsresultatet	14



Virksomhetsbeskrivelse

Helseplattformen AS (heretter Selskapet) ble stiftet den 20. februar 2019 av Helse Midt-Norge RHF for å innføre, forvalte og drifte løsningen *Helseplattformen*.

Selskapet har hovedkontor på Leiv Eiriksson senter i Trondheim og har avdelingskontor i Levanger, Molde, Namsos og Ålesund.

Samarbeidet rundt *Helseplattformen* og stiftelse av selskapet har sitt formål nedfelt i Samarbeidsavtalen om et helhetlig og samordnet helsetilbud i region Midt-Norge som er en oppfølging av En innbygger – en journal. Alle kommuner som blir en del av samarbeidet gjennom å ta i bruk *Helseplattformen*, tilslutter seg samarbeidsavtalen.

Selskapet bidrar til å oppnå målene ved å levere løsning for elektronisk pasientjournal med pasientadministrativt system til helseforetak, kommuner, fastleger og tilknyttede aktører som tilbyr helsetjenester til befolkningen i fylkene Trøndelag og Møre og Romsdal¹, og som etter lov og forskrift er pålagt å føre elektronisk pasientjournal. Samarbeidet om felles journal på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjoner har hjemmel i enkeltvedtak om Helseplattformen og dataansvar som er fattet i medhold av pasientjournalloven § 9 andre ledd («enkelvedtaket»).

Helseplattformen er regional utprøvingsarena for det nasjonale målbildet definert i Meld. St.9 - En innbygger – en journal (2012-2013) hvor

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Direktoratet for e-helse har utarbeidet et veikart for realisering av det nasjonale målbildet, og Selskapet har lagt ned en betydelig innsats som bidrar direkte i operasjonaliseringen av veikartet. Selskapet samarbeider tett med en rekke nasjonale aktører.

Selskapet er kontraktspart og forvalter flere kontrakter på vegne av helsetjenesten i Midt-Norge for å levere løsningen *Helseplattformen*. De viktigste er kontrakten med Epic Systems om leveranse av en felles journalløsning og pasientadministrativt system for spesialist- og primærhelsetjenesten i Midt-Norge, og kontrakten med IBM om en IAM-løsning (Identitet og tilgangsstyring).

Alle kommuner som tar i bruk *Helseplattformen*, trer inn som eiere og aksjonærer i selskapet. Dette gjelder ikke fastleger. For helseforetakene er det det regionale helseforetaket som er eier i selskapet. Per 31.12.2024 er selskapet eid 60% av Helse Midt-Norge RHF som et datterselskap i Helse Midt-Norge foretaksgruppen (konsern), 22,3% av Trondheim kommune samt 17,7% av øvrige kommuner. Det er tatt høyde for flere eiere etter hvert som flere kommuner utløser sine opsjonsavtaler.

Selskapets tilgang på finansielle midler er sikret gjennom låneordninger med Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, samt gjennom den statlige låneordningen/tilskuddsordningen for opsjonsaktører. Lånet til Trondheim kommune ble innfridd i 2023.

¹ Os kommune er utenfor Trøndelag fylke, men sogner til St. Olav med Røros sykehus

Styrets arbeid

Styret i Selskapet støtter og følger opp virksomheten og påser at den drives i tråd med oppdrag og vedtekter. Styret har i 2024 gjennomført 9 styremøter og 8 styreseminar. Ingvill Kvernmo har sittet som styreleder siden 15.11.2023 fram til ekstraordinær generalforsamling den 26.09.24 da Gunnar Bovim ble valgt som ny styreleder.

For å sikre tilstrekkelig ledelseskapasitet og gjennomføringskraft for å følge opp evalueringsrapporter, revisjoner og etablere drift og forvaltningsorganisasjonen med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, inngikk styret avtale med Deloitte om strategisk ledelsesbistand, etter en mini anbudskonkurranse. Denne bistanden startet opp i november 2023 og ble avsluttet i oktober 2024.

Lederstøtteteamet har bidratt til at det ble det gjennomført en strukturell endring i organisasjonen for å tydeliggjøre ansvaret for prosjektgjennomføring, sikre mer tydelig ansvar hos ledere, samt innføring av resultatmålstyring. Etablering og forbedring av prosesser var en av hovedaktivitetene i bistanden. Dette videreføres nå gjennom avdelingsdirektørenes ansvar som prosesseiere og egne roller som prosessledere. Det er etablert en egen rolle som prosessleder for kontinuerlig forbedring med administrerende direktør som prosesseier. Arbeidet med produktorientering ble initiert med bistand fra lederstøtteteamet og er nå videreført gjennom et prosjekt for Transisjon til produktorientering.

Utfordringer med tilliten til løsningen og tilliten til selskapet var tema i styremøter i forkant av oppstart i HMR april 2024 og i HNT november 2024. Utfordrende områder i løsningen som radiologi, legemiddelhåndtering og rapportering ble fulgt opp særskilt.

Styret har vært tett involvert i arbeidet med fastlege/legevaktsløsningen. Alternative konsepter for samhandling med fastleger ble utredet. Utredningsrapporten anbefalte å gå videre med forbedringer av løsningen i samarbeid med Epic. Det ble inngått en avtale med Epic om forbedringer som en del av deres utviklingsplan uten ekstra kostnader for Helseplattformen AS.

Samling av ressurser mellom Hemit HF og Helseplattformen AS ble vedtatt utredet av generalforsamlingen. Utredning ble ferdigstilt i desember, hvor styret anbefalte en samling av ressursene i ett felles selskap.



Styret i Helseplattformen AS

Sentrale forhold i 2024

2024 har vært et år preget av krevende innføringsløp, men også bedre innsikt for Helseplattformen. Vi har fortsatt utrulling av løsningen, samtidig som vi har arbeidet systematisk med å adressere utfordringer, styrke samhandlingen med aktørene i helsetjenesten og bidra til bedre pasientforløp på tvers.

Innføringsløp

I løpet av 2024 har Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag og 15 nye kommuner tatt i bruk *Helseplattformen*. Ved utgangen av 2024 brukes *Helseplattformen* daglig av om lag 40 000 ansatte i midt-norsk helsetjeneste fordelt på ni sykehus, 34 kommuner, to legekantor og to legevakter.

De siste innføringsløpene ble gjennomført med færre hendelser enn tidligere løp. Det har gått særlig bra med kommuneinnføringsløpene.

Etter innføringen av Helseplattformen 27. april 2024, rapporterte ansatte i Skaun kommune positive erfaringer:

"Innføringa av Helseplattformen har så langt gått smertefritt, skal vi tro ansatte i Skaun kommune. De mener prosessen allerede har skapt både bedre samhandling og økt pasientsikkerhet."²

For begge helseforetakene har overgangen blitt gjennomført med færre og mindre utfordringer enn det foretakene selv hadde forventet. Samlet sett viser erfaringene fra innføringen i begge helseforetakene at tidligere læringspunkter fra St. Olavs hospital har bidratt til forbedringer i prosessen. Likevel gjenstår det arbeid for å optimalisere systemets brukervennlighet og sikre at det fullt ut støtter helsepersonellens behov i deres daglige arbeid.

Fastlegeskantor

Ingen nye fastlegeskantor eller legevakter ble koblet på Helseplattformen i 2024. Likevel har det blitt jobbet godt med videreutvikling og optimalisering av løsningen. Blant annet er det gjort betydelige forbedringer i arbeidsflatene for legevakt.

Riksrevisjonen

Riksrevisjonen offentliggjorde i oktober 2024 en rapport som vurderte planleggingen, organiseringen og innføringen av Helseplattformen som sterkt kritikkverdig. Rapporten påpekte blant annet at implementeringen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune har truet pasientsikkerheten og redusert effektiviteten i pasientbehandlingen. Samtidig fremhevet Riksrevisjonen at det har vært færre problemer etter innføringen av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal HF, og at erfaringer fra tidligere innføringer har bidratt til forbedringer i testing, opplæring og risikovurderinger.

– Et sentralt punkt i kritikken av Helseplattformen AS handler om at vi var for dårlig forberedt før løsningen ble satt i drift. Dette er en kritikk vi er enig i, uttalte konstituert administrerende direktør, Siri Berg.³

Riksrevisjonsrapporten gjentar i stor grad utfordringer som var godt kjent fra blant annet evalueringsrapporten fra BCG i 2023. En rekke tiltak var derfor allerede igangsatt.

² [Første uke med Helseplattformen: – Har gått veldig bra - avisa-st.no](#)

³ [Alvorlig kritikk fra Riksrevisjonen - Helseplattformen AS](#)

Brukervennlighet

Brukervennlighet har vært et sentralt fokusområde gjennom året. Tilbakemeldinger fra helsepersonell indikerer at systemet fortsatt oppleves som komplekst og tidkrevende i bruk. Det er iverksatt tiltak for å forbedre arbeidsflyt og forenkle brukergrensesnittet, men det gjenstår fortsatt arbeid for å oppnå en mer intuitiv og effektiv løsning.

Det gjelder særlig legearbeidsflyter, men også andre yrkesgrupper.

I etterkant av Riksrevisjonsrapporten ble det bevilget 200 millioner kroner fra Helse og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF. Formålet med denne bevilgningen er å forbedre brukervennligheten og effektiviteten i Helseplattformen. Helseplattformen AS ønsker å bidra aktivt til en klok bruk av disse midlene i året som kommer.

Kundeoppfølging

I løpet av året har det blitt etablert en struktur og rutiner for kundeoppfølging for både kommuner og foretak. Dette må evalueres og videreutvikles. Vi har hatt faste ukentlige kundemøter med "Kommuner i drift" (representanter fra alle 34 kommuner deltar), samt månedlige møter med helseforetak, både felles møter og enkeltvis.



Helseplattformens brukerutvalg

Brukerutvalget ble etablert januar 2024 og består av ni faste medlemmer, som på hver sin måte representerer innbyggerne. De bidrar med et pasient- og brukerperspektiv som er svært verdifullt for både kvaliteten og videreutviklingen av Helseplattformen og HelsaMi. Styret i Helseplattformen AS har blitt orientert jevnlig om brukerutvalgets aktivitet. Med grunnlag i det, har styret vedtatt at antall fysiske møter i brukerutvalget økes fra fire til seks ganger i året.

Pasienter og pårørende vil ha en stadig viktigere stemme i framtidens helsetjeneste. Slik har det ikke alltid vært, og ideen om å se på pasienter og deres pårørende som en ressurs trenger modning hos helsetjenesten selv. Brukerutvalget har vist seg å være betydningsfull i utviklingen av Helseplattformen og HelsaMi. Et signal på hvor viktig brukerinvolvering og brukervedvirkning er for Helseplattformen, er at nå inngår også Pasient- og brukerombudet i Trøndelag som observatør i alle møtene. D

Første år etter etablering var preget av høy aktivitet ved at medlemmer i utvalget deltok på mer enn 60 ulike aktiviteter. Brukerutvalget bidrar til spredning av informasjon om hvorfor HelsaMi er viktig.

Eksempler på dette er:

- Tilgang til egne helseopplysninger er viktigst av alt.
- HelsaMi gir en enklere hverdag
- Nyhetssak om møte i brukerutvalget

Noe av det brukerutvalget har jobbet med og gitt innspill på er:

- Automatisk deling av informasjon til HelsaMi ved opphold på sykehus
- Presset på for at det skal allokeres mer ressurser til HelsaMi teamet.
- Innspill og brukertesting av menyer, innhold og språk i HelsaMi
- Innspill på viktigheten av personvern og pasientsikkerhet

Brukerutvalget har en egen e-postadresse som pasienter, pårørende og innbyggere kan sende henvendelser til, brukerutvalget@helseplattformen.no.

Ekstern kommunikasjon

I løpet av 2024 har Helseplattformen aktivt delt sine erfaringer og vært synlig på flere konferanser, bl.a. ehelse-konferansen, Ehin, Pasientsikkerhetsdagen m.fl. Helseplattformen var også til stede under Arendalsuka. Dette har bidratt til økt kunnskapsdeling og samarbeid innen helsesektoren.

Et av høydepunktene var Plattformdagene 2024, en konferanse arrangert i samarbeid med EHIN AS. Konferansen samlet deltakere fra sykehus, kommuner og andre interessenter for å diskutere hvordan en felles plattform kan bidra til tryggere, mer effektive og likeverdige helsetjenester for innbyggerne. Temaer som ble belyst inkluderte erfaringsdeling fra kommunehelsetjenesten i Midt-Norge, forskning på standardisert språk i strukturerte journaler, og innsikt fra forskning knyttet til Helseplattformen.

Gjennom disse initiativene har Helseplattformen styrket sin rolle som en sentral aktør i utviklingen av helsetjenester i regionen.

Helseplattformen har også lagt vekt på å utarbeide god informasjon om fakta og fordeler om Helseplattformen og jobber aktivt med både faktasider som www.helseplattformen.no/fakta, gode presentasjoner og formidling av hva våre kunder får til med Helseplattformen.

Til tross for et utfordrende år, så ser vi også synlige beviser på at i Midt-Norge er vi på god vei til å realisere En innbygger – en journal.



Risikoområder og tiltak

Selskapet har stor oppmerksomhet på ulike risikoer som selskapet kan bli eksponert for av eksterne, samt hvilke risikoer Selskapet og Løsningen representerer for helsetjenesten i Midt-Norge i kraft av å være en samfunnskritisk funksjon. I tillegg til å ivareta relevante lov - og forskriftskrav til risikostyring, er hovedformålet med risikostyring i Helseplattformen å sikre en robust leveranse til kommuner og helseforetak i Midt-Norge.

Virksomheten benytter EQS som styringsverktøy for kvalitet og risikostyring. Det har i løpet av 2024 blitt jobbet med å videreutvikle selskapets systematikk for risikostyring, basert på etablert standard for risikostyring ISO 31000 og rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge. Risikostyring er en integrert av selskapets virksomhetsstyring og inngår derfor som en prioritert prosess i selskapets arbeid med kontinuerlig forbedring av prosesser.

I 2024 har virksomheten hatt fokus på å etablere en oppdatert risikooversikt, kategorisere og prioritere denne i forhold til vurdert konsekvens og kritikalitet. Ut fra disse prioriteringene blir det planlagt, gjennomført og evaluert tiltak for risikoer med høy alvorlighetsgrad. For de risikoer som eventuelt inntreffer, har virksomheten etablert en egen etterfølgende prosess for issuehåndtering, hvor det inkluderes metodikk for skadebegrensning og rotårsaksanalyse. Denne prosessen implementeres i løpet av første kvartal 2025.

Drift, forvaltning og utvikling

Løsningen Helseplattformen har gjennom året vært svært stabil. Den eneste uplanlagte nedetid skjedde i forbindelse med et strømbrydd ved et datasenter hos underleverandør. Planlagt nedetid i forbindelse med vedlikehold og oppgraderinger er også svært lav, kun 141 minutter gjennom hele året. Dette innebærer at Helseplattformen er nummer 13 på verdensbasis blant alle cirka 600 Epic kunder når det gjelder kortest mulig planlagt nedetid.

Løsningen for Tilgangsstyring har det derimot vært flere utfordringer med, alle relatert til feil hos underleverandører. Dette er eskalert, tiltak er gjort og det forventes en vesentlig forbedring i 2025.

Det har gjennom året blitt rom for å etablere og videreutvikle de ulike drifts og forvaltningsprosessene (ITIL prosesser). Dette har allerede gitt reduksjon i antall feilsaker og forbedret forutsigbarhet for kunder / sluttbrukere.

30. Juni ble innsatsgruppen for Meldingsflyt avsluttet. Gruppen har avdekket og rettet systemet for å sikre svært høy kvalitet på meldingsflyt mellom aktørene i helsesektoren. Risiko for feil i meldingsflyt er nedjustert.

Til tross for en vesentlig økning i antall sluttbrukere på løsningen i løpet av året er volumet av åpne feilsaker totalt sett redusert, og var ved årsskiftet under det målet organisasjonen hadde. Det arbeides fremdeles strukturert med en ytterligere reduksjon.

Det er vesentlige utfordringer mellom forventninger fra kundesiden til utvikling av løsningen og den tildelte rammen av bemanning i Helseplattformen. Dette er utfordrende for organisasjonen og skaper risiko for at påkrevde driftsoppgaver blir skadelidende.

Kommuner

Helseplattformen er i 2024 tatt i bruk i 34 kommuner totalt. I tillegg bruker 2 fastlegekontor og 2 legevakter løsningen. Det er ikke planlagt nye innføringer i kommuner pt., men de resterende kommunene som har opsjon på bruk er oppfordret til å ta kontakt med selskapet når evt. behovet oppstår. Det er vedtatt en prosjektplan for tilbud om innføring på kommunale fastlegekontor og legevakter i kommuner som allerede benytter løsningen.

Redegjørelse for årsregnskapet

Perioden frem mot første produksjonssetting, det vil si fra 2019 til andre kvartal 2022, var en investeringsperiode uten inntekter knyttet til prosjektet. I selskapet har det som følge av anskaffelsen og innføringsaktiviteten blitt bygget opp en regnskapsmessig eiendel som fra og med 2022 ble påstartet avskrevet.

Inntekter for 2024 gjelder drift og forvaltning av Lab-modulen Epic Beaker, tjenesteinntekter fra inngåtte tjenesteavtaler med helseforetak, Trondheim kommune og 33 opsjonskommuner.

Felles innføringsprosjekt med en styringsramme på 3.891 MNOK ble teknisk sett avsluttet 30.06.2023 men forlenget fra 01.07.2023 ved tildeling av ytterligere ramme på 522 MNOK knyttet til utsatt innføring for HMR og HNT. Status for felles innføringsprosjekt ved utgangen av 2024, er at forbruket er lavere enn tildelt styringsramme og endelig resultat forventes og komme som følge av sluttforhandlinger med leverandør i løpet av 2025.

Selskapet avsluttet 2024 med et lavere driftsunderskudd enn budsjettet. Hovedårsaken til dette knyttes til oppgjør av ufordelte kostnader akkumulert tom 2024.

Selskapet hadde for 2024 et underskudd på 270,6 MNOK og en negativ egenkapital pr 31.12 på 682,8 MNOK. Selskapets egenkapital skal re-etableres i årene fra og med løsningen tas i bruk.

Tjenesteavtalene med kommuner og helseforetak, sikrer at resultatene blir positive over tid og at egenkapitalen reetableres over tid. Tjenesteavtalene forskuddsfaktureres for å sikre driftslikviditet. Ledelse og styre har innført timeregistrering og detaljert ressursstyring for å sikre at kostnadene kan holdes innenfor de rammen av inngåtte tjenesteavtaler. Statslånet konverteres til tilskudd for den andel av kommuner og fastleger som eventuelt ikke tar løsningen i bruk.

Helseplattformen har pr 31.12.2024 innført løsningen ved alle helseforetak og 34 kommuner. Dette utgjør nærmere 90 % av aktørene i det offentlig – offentlige samarbeidet.

Årsoppgjøret er avlagt under forutsetning om at fortsatt drift er til stede. Egenkapital er negativ, men selskapet har grunnlag for drift gjennom finansiering av innføringsprosjektene, samt inntekter gjennom tjenesteavtaler.

Totale investeringer i Løsningen som er under innføring er per årsslutt 3.302,5 MNOK, en økning fra 3.260,6 MNOK i 2023.

Selskapets langsiktige gjeld beløper seg til 3.444 MNOK ved utgangen av 2024 mot 3.050 MNOK i 2023, en netto økning som i hovedsak skyldes ytterligere trekk på finansieringsrammen fra HMN. Nedbetaling av lån overfor HOD knyttet til kommunal innføring er opprettholdt som avtalt i 2024.

Selskapets likviditet har vært tilfredsstillende og resultater for 2024 er innenfor selskapets budsjetter og i henhold til den finansieringsplanen som er etablert for selskapet.

Selskapets finansielle risiko ellers vurderes å være lav da kontraktene med de største leverandørene er inngått i norske kroner slik at selskapet ikke er eksponert for vesentlig valutarisiko.



Arbeidsmiljø

Pr. 31.12.2024 hadde Helseplattformen AS 389 ansatte, hvorav 325 faste og 64 midlertidige ansatte. Det har i perioden vært innleie av ressurser fra Hemit HF og fra eksterne selskaper.

2024 har vært preget av høy aktivitet, med produksjonssetting av *Helseplattformen* i 14 kommuner fordelt på to produksjonssettinger, med en foretaksinnføring i hver produksjonssetting. I tillegg var det i januar innføring i Haram kommune, som tidligere var del av Ålesund kommune. Det har vært en del overtidsbruk gjennom året, men det har vært stort fokus på å overholde arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Selskapet har hatt noen brudd på overtidsbestemmelsene jf. aml, men ikke brudd på grensene iht. særavtale inngått med tillitsvalgte. Det har vært noe mer utfordrende å unngå brudd på hviletidsbestemmelsene - særlig i forbindelse med vaktberedskap.

Til tross for høy arbeidsbelastning, mye negativ medieomtale og høyt press på organisasjonen meldes det om et godt arbeidsmiljø og kollegialt samhold. I arbeidsmiljøundersøkelsen i februar 2024 fremkom dette tydelig gjennom rapportert høy grad av samarbeid, arbeidsglede og jobbtilfredshet. Det er lagt stor vekt på god internkommunikasjon, herunder holdes det internsamlinger (teams) hver tredje uke, større allmøter halvårlig og infomøter på Teams etter behov. Vi har tro på at dette bidrar til å styrke fellesskapet, stoltheten og innsatsen mot felles mål. Virksomhetens intranett er også en viktig kanal for informasjonsdeling, og som har blitt betydelig profesjonalisert gjennom 2024. En fast tverrfaglig redaksjon for internkommunikasjon bidrar til å styrke oss på dette området.

Selskapet har opplevd en liten økning i andelen midlertidige ansatte. I 2024 var andelen midlertidige 17%, mot 13% året før. Virksomheten hadde en turnover på ca. 7,3 % i 2023, en nedgang fra ca. 8 % året før.

Ledelsen og tillitsvalgte har et godt og konstruktivt samarbeid, og det holdes jevnlige møter. 10 av de ca. 15 fagforeningene er representert med tillitsvalgte, og tillitsvalgtes organisasjoner samarbeider også godt seg imellom.

Det ble holdt 6 AMU-møter gjennom året. Ett av tiltakene som ble besluttet i AMU i 2023 var igangsetting av temasamlinger for ledere og vernetjenesten. Dette ble gjennomført både høsten 2023 og våren 2024. Tema for samlingene var grunnleggende opplæring i arbeidsmiljøloven,

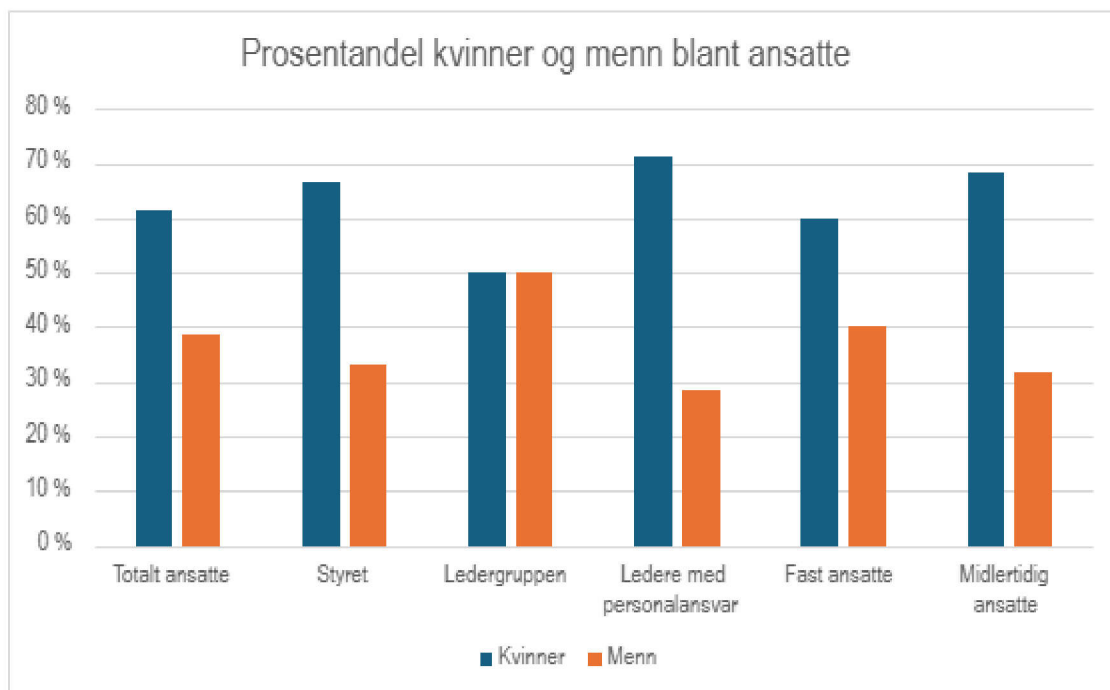
gjennomføring av medarbeidersamtaler samt inkluderende arbeidsliv med vekt på forebyggende arbeid.

Det ble registrert 3 personskader eller ulykker i 2024, alle i forbindelse med transport/reise til og fra jobb. Ingen av disse medførte fravær. Sykefraværet i Helseplattformen AS var i 2024 på 6,8 %.



Likestilling og diskriminering

Selskapet likestiller kvinner og menn på alle områder; ved rekruttering, avlønning og når det gjelder for eksempel forfremmelse og utviklingsmuligheter. Organisasjonen er bredt sammensatt av personell med forskjellig type bakgrunn, og en stor andel ansatte kommer fra helsesektoren. Dette kan være en forklaring på at Selskapet har en overvekt av kvinner totalt sett. Kjønnsbalansen er som følger:



Selskapet arbeider for en god alders- og kjønnsbalanse, tilrettelegging for personer med særskilte behov, og for å rekruttere personer med ulik etnisk og kulturell bakgrunn. I selskapet er det ingen klare lønnsforskjeller mellom kvinner og menn innen samme stillingskategori. I rekrutteringsprosesser skal kvalifikasjonsvurderinger alltid være kjønnsnøytrale.

Selskapet har som målsetting at arbeidsstyrken skal gjenspeile mangfoldet i befolkningen. Det framgår tydelig av vår HMS-policy at Helseplattformen AS skal være en inkluderende arbeidsplass, og at vi skal tilstrebe en kultur der mangfold, likestilling og likebehandling er en selvfølge. Herunder skal vi legge til rette for og bidra til at flest mulig kan delta i arbeidslivet.

Ledere på alle nivå har et særskilt ansvar for å sørge for at likestillings- og diskrimineringsloven blir fulgt. «Likestillingsredegjørelse i Helseplattformen AS» er utarbeidet som en egen rapport og denne er offentlig tilgjengelig på selskapets nettsider.

Styre- og ledelsesforsikring

Helseplattformen AS er medforsikret under konsernavtale for Helse Midt-Norge RHF som omfatter styre og ledelsesansvarsforsikring. Forsikringen dekker erstatningsansvar for skade på tredjepart, ting eller formuesskade.

Åpenhetsloven

Helseplattformen AS er omfattet av åpenhetsloven og er pålagt å gjennomføre aktsomhetsvurderinger om grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold i egen virksomhet, i vår leverandørkjede og hos våre øvrige forretningspartnere. Helseplattformen AS har et pågående arbeid med å ivareta kravene i loven. Selskapet skal årlig redegjøre for sine aktsomhetsvurderinger og publiserte en oppdatert redegjørelse for samfunnsansvar på selskapets nettside i forkant av fristen den 30.06.2024. Redegjørelsen skal oppdateres senest 30. juni hvert år. Formålet med aktsomhetsvurderingene er å få oversikt over og vurdere risiko for om det skjer brudd på menneskerettighetene og anstendige arbeidsforhold, både internt i virksomheten og hos leverandørkjeder og forretningsforbindelser.

De overordnede etiske kravene for selskapet er oppstilt i selskapets "Policy for ansvarlig virksomhet hos Helseplattformen AS", understøttet av "Etiske retningslinjer for Helseplattformen AS". Dokumentene er forankret i selskapets styre. Av dokumentene fremgår det også at Helseplattformen AS forplikter seg til å følge internasjonale standarder som OECDs retningslinjer for flernasjonale selskaper, FNs veiledende prinsipper for næringsliv og menneskerettigheter, og ILOs 8 kjernekonvensjoner om arbeidslivet, og at vi skal tilstrebe at våre leverandører og forretningspartnere også gjør det. Det er utarbeidet en forpliktelseserklæring som sendes ut til selskapets leverandører.

Helse Midt-Norge RHF har et regionalt samarbeid om implementering av åpenhetsloven.

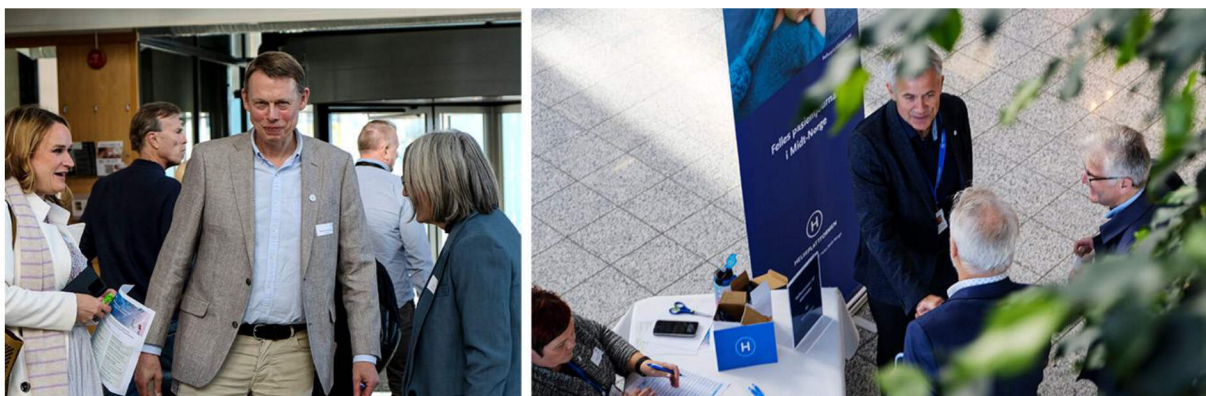
Ytre miljø

Ledelsen i Selskapet har fokus på å begrense virksomhetens påvirkning på det ytre miljø. Det er iverksatt flere tiltak for i så stor grad som mulig, ut fra virksomhetens art, å tilrettelegge for ivaretagelse av det ytre miljø.



Antikorrupsjon

I et så stort og komplekst prosjekt som Helseplattformen er det spesielt viktig å ha et kontinuerlig fokus på antikorrupsjonstiltak. Selskapet har etablert et fullmaktsregime med internkontroll. Det er løpende fokus på mulige svindelforsøk i tilknytning til større fakturaer, spesielt fra internasjonale leverandører.



Framtidsutsikter

En sammenhengende helsetjeneste

Ved utgangen av 2024 er *Helseplattformen* innført i på alle ni sykehus i de tre helseforetakene i Midt-Norge. I tillegg bruker 34 kommuner fra Vanylven i sør til Verdal i Nord løsningen i sin tjenesteyting. Det vil si at 71% av innbyggerne i regionen nå vil oppleve en spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste som samhandler i samme løsning. Dette er et stort steg i retning av en sammenhengende helsetjeneste og en innbygger, en journal for innbyggere i Midt-Norge.

Samtidig har det vist seg å være svært krevende å få med den siste brikken for en sammenhengende helsetjeneste - fastlegene. Til tross for betydelig forbedringer av løsningen og aktivt arbeid inn mot kommunale fastlegekontor, så foreligger det ingen konkrete, forpliktende innføringsplaner om å ta i bruk løsningen på flere fastlegekontor. Dette kan endre seg over tid. Helseplattformens brukerutvalg har vært veldig tydelig på at informasjon fra fastlegene må bli tilgjengelig i HelsaMi.

Å bidra til økt kunnskap om fakta og fordeler med *Helseplattformen* er viktig for at flere vil slutte seg til løsningen. Det er nå etablert gevinstdashboard for både kommuner og sykehus som skal

dokumentere måloppnåelse med *Helseplattformen*. Dokumentasjon og formidling av reell nytteverdi vil gi oppmerksomhet og på sikt bidra til at også flere kommuner velger å benytte seg av sin opsjon.

Produktorientering og brukervennlighet

Arbeidet med å forbedre prosessene og å etablere en produktorientert forvaltning og utvikling er godt i gang. Tydelige prosesser legger grunnlag for effektivitet og konsistent kvalitet i arbeidet. Sammen med produktorientering skal dette bidra til at nytteverdien for kundene i enda større grad blir førende for det som skal prioriteres innenfor de rammene som er gitt.

Beslutningsstrukturen rundt *Helseplattformen* må fungere på en slik måte at både behovet for beslutninger og kommunikasjon om prioriteringer og gjennomførte forbedringer blir ivaretatt. Skal vi lykkes med dette må linjeledelsen i helsetjenesten være mer involvert i arbeidet. Struktur for kundedialog må gjenspeile viktigheten av å engasjere og involvere disse.

Det ble i 2024 bevilget ekstra midler over en to-årsperiode for å forbedre brukervennligheten i løsningen. Tilføring av disse ekstra midler gjør det mulig å arbeide for forbedret brukervennlighet i en fase hvor organisasjonen også gjør nødvendig tilpasninger til rammer i drift og forvaltning.

Samling av ressurser

Prosess for utredning og vurdering av samling av ressurser mellom Helseplattformen AS og Hemit HF fortsetter i 2025 med utredning av hvordan en full samling i et felleseid selskap kan gjennomføres. Inntil utfall og fremdrift avklares fortsetter selskapene med forpliktende og tett samarbeid innen stadig flere områder.



Disponering av årsresultatet

Styret foreslår at årets underskudd på 270.611 tusen kroner overføres til udekket tap.

Trondheim, 09. april 2025

Gunnar Bovim
Styreleder

Per Sverre Ersvik
Nestleder

Sidsel Nordhagen
Styremedlem

Terje Gårdsmoen
Styremedlem

Tom Christian Martinsen
Styremedlem

Anne Kathrine Slungård
Styremedlem

Marit Hermansen
Styremedlem

Merete Skjelvik
Styremedlem
(ansatterepresentant)

Rune Andre Hollås
Styremedlem
(ansatterepresentant)

Monica Nasset Devold
Varamedlem
(ansatterepresentant)

Siri Beate Berg
Administrerende direktør



Verifikasjon

Transaksjon 09222115557545024169

Dokument

Årsberetning Helseplattformen AS 2024

Hoveddokument

15 sider

Initiert på 2025-04-24 10:43:18 CEST (+0200) av

Helseplattformen AS (HA)

Ferdigstilt den 2025-04-25 10:11:59 CEST (+0200)

Initiativtaker

Helseplattformen AS (HA)

Helseplattformen AS

Organisasjonsnr. NO 922 307 814

arkiv@helseplattformen.no

+4748126490

Underskriverne

Gunnar Bovim (GB)

HP AS Styrets leder

gunnar.bovim@ntnu.no

Signert 2025-04-24 12:59:59 CEST (+0200)

Per Sverre Ersvik (PSE)

HP AS Styrets nestleder

per.sverre.ersvik@hustadvika.kommune.no

Signert 2025-04-24 11:04:06 CEST (+0200)

Terje Gårdsmoen (TG)

HP AS Styremedlem

terje.gaardsmoen@gmail.com

Signert 2025-04-24 13:12:02 CEST (+0200)

Tom Christian Martinsen (TCM)

HP AS Styremedlem

tom.christian.martinsen@stolav.no

Signert 2025-04-25 10:11:59 CEST (+0200)

Marit Hermansen (MH)

HP AS Styremedlem

marith@icloud.com

Signert 2025-04-24 15:14:51 CEST (+0200)

Sidsel Nordhagen (SN)

HP AS Styremedlem

sidselnordhagen@gmail.com

Signert 2025-04-25 10:01:30 CEST (+0200)

Anne Katrine Slungård (AKS)

HP AS Styremedlem

aks@tso.no

Signert 2025-04-24 12:43:09 CEST (+0200)

Merete Skjelvik (MS)

HP AS Styremedlem (Ansatte representant)

merete.skjelvik@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 11:10:54 CEST (+0200)

Rune Hollås (RH)

HP AS Styremedlem (Ansatte representant)

rune.andre.hollas@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 15:36:34 CEST (+0200)

Monica Nettet Devold (MND)

HP AS Styremedlem (vara Ansatte representant)

monica.nettet.devold@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 11:08:24 CEST (+0200)



Verifikasjon

Transaksjon 09222115557545024169

Siri Beate Berg (SBB)

HP AS Administrerende direktør

siri.beate.berg@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 13:14:08 CEST (+0200)

Denne verifiseringen ble utstedt av Scrive. Informasjon i kursiv har blitt verifisert trygt av Scrive. For mer informasjon/bevis som angår dette dokumentet, se de skjulte vedleggene. Bruk en PDF-leser, som Adobe Reader, som kan vise skjulte vedlegg for å se vedleggene. Vennligst merk at hvis du skriver ut dokumentet, kan ikke en utskrevet kopi verifiseres som original i henhold til bestemmelsene nedenfor, og at en enkel utskrift vil være uten innholdet i de skjulte vedleggene. Den digitale signeringsprosessen (elektronisk forsegling) garanterer at dokumentet og de skjulte vedleggene er originale, og dette kan dokumenteres matematisk og uavhengig av Scrive. Scrive tilbyr også en tjeneste som lar deg automatisk verifisere at dokumentet er originalt på: <https://scribe.com/verify>



Årsregnskap 2024

Helseplattformen AS

(Org.nr. 922 307 814)



ÅRSREGNSKAP 2024

RESULTATREGNSKAP

Helseplattformen AS

Beløp i tusen kroner	Note	2024	2023
DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
DRIFTSINNEKTER			
Driftsinntekt	2	1 166 690	772 430
Sum driftsinntekter		1 166 690	772 430
DRIFTSKOSTNADER			
Lønn og annen personalkostnad	3,11	385 111	226 237
Ordinære avskrivninger	5,6	166 232	152 394
Annen driftskostnad	2	759 294	471 660
Sum driftskostnader		1 310 637	850 291
Driftsresultat		-143 947	-77 861
FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER			
FINANSINNEKTER			
Finansinntekter	4	23 942	19 081
Sum finansinntekter		23 942	19 081
FINANSKOSTNADER			
Annen finanskostnad	4	150 606	61 909
Sum finanskostnader		150 606	61 909
Netto finansposter		-126 664	-42 828
Resultat før skatt		-270 611	-120 689
Skattekostnad på ordinært resultat		0	0
Årsresultat		-270 611	-120 689
OVERFØRINGER			
Overført til/fra annen egenkapital	10	-270 611	-120 689
Sum overføringer		-270 611	-120 689

BALANSE

Eiendeler

Helseplattformen AS

<i>Beløp i tusen kroner</i>	<i>Note</i>	2024	2023
ANLEGGSMIDLER			
Immaterielle eiendeler			
Immaterielle eiendeler	5	2 879 382	3 003 701
Sum immaterielle eiendeler		2 879 382	3 003 701
Varige driftsmidler			
Inventar	6	135	155
Sum varige driftsmidler		135	155
Finansielle anleggsmidler			
Investering i andre aksjer og andeler	7	653	422
Pensjonsmidler	11	158	224
Andre langsiktige fordringer		0	0
Sum finansielle anleggsmidler		811	646
Sum anleggsmidler		2 880 328	3 004 502
OMLØPSMIDLER			
Fordringer			
Kundefordringer	8	134 634	14 304
Fordringer	8	51 157	75 658
Sum omløpsmidler		185 792	89 962
Bankinnskudd, kontanter og lignende	9	482 467	412 539
SUM EIENDELER		3 548 586	3 507 003



Egenkapital og gjeld

Helseplattformen AS

<i>Beløp i tusen kroner</i>	<i>Note</i>	2024	2023
EGENKAPITAL			
Innskutt egenkapital			
Aksjekapital	10	10 010	10 010
Overkurs	10	5 102	5 102
Sum innskutt egenkapital		15 112	15 112
Opptjent egenkapital			
Udekket tap	10	-697 926	-427 315
Sum opptjent egenkapital		-697 926	-427 315
Sum egenkapital		-682 814	-412 203
GJELD			
Avsetning for forpliktelser			
Pensjonsforpliktelser	11	46 755	31 622
Annen avsetning for forpliktelser	12	457 218	416 867
Sum avsetninger for forpliktelser		503 973	448 489
Annen langsiktig gjeld			
Øvrig langsiktig gjeld	13	3 444 366	3 050 137
Sum annen langsiktig gjeld		3 444 366	3 050 137
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld	14	108 288	157 618
Skyldig offentlige avgifter		24 479	20 787
Annen kortsiktig gjeld	15,16	150 293	242 175
Sum kortsiktig gjeld		283 061	420 580
Sum gjeld		4 231 400	3 919 206
SUM EGENKAPITAL OG GJELD		3 548 586	3 507 003



Note 1 Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998. Det er utarbeidet etter norske regnskapsstandarter og retningslinjer gitt av eier. De viktigste prinsippene er omtalt nedenfor.

Selskapet er i konsern med Helse Midt-Norge RHF som eier 60% av selskapets aksjer mens øvrige aksjer er eid av regionens kommuner. Konsernregnskap kan fås utleveres ved å ta kontakt med Helse Midt-Norge, Stjørdal.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - Andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsippene om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner blir regnskapsført til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter.

Prinsipper for inntektsføring

Salg av tjenester inntektsføres ved levering/gjennomføring. Salg av tjenester mellom foretak i konsernet skjer i utgangspunktet til ordinær pris.

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset levetid skal avskrives planmessig. Dersom det finner sted en verdiforringelse som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet til virkelig verdi. Tilsvarende prinsipp legges normalt til grunn for gjeldsposter.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som langsiktig gjeld.

Immaterielle eiendeler

Utgifter til immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader. Dette gjelder i hovedsak utgifter til lisenser og konfigurering/oppsett og utvikling av programvare. For oppsett, konfigurering og utvikling av programvare balanseføres utgifter som innebærer bygging, oppsett og utvikling, mens utgifter til forprosjekt, selskapsadministrasjon, kartlegging og beskrivelse av nåsituasjon og opplæring av sluttbrukere o.l. løpende kostnadsføres.

Immaterielle eiendeler som er balanseført avskrives fra det tidspunktet eiendelen er stilt til disposisjon for kunde eller tatt i bruk. Finansieringsutgifter ved tilvirkning av egne driftsmidler balanseføres.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler omfatter utstyr og inventar som har varig levetid. Disse balanseføres til kost fratrullet eventuelle akkumulerte av- og nedskrivninger.

Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en utnyttbar levetid på over 3 år, samt en kostpris på over kr 100 000.

Varige driftsmidler avskrives hovedsakelig lineært over utnyttbar levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk. Det tas hensyn til utrangeringsverdi når avskrivningsplanene gjennomgås. Dersom det finnes indikasjoner på at et driftsmiddel har falt i verdi, blir driftsmiddelet nedskrevet til gjenvinnbar verdi dersom denne er lavere enn regnskapsført verdi.

Gevinst eller tap ved salg av driftsmidler behandles som ordinær driftsinntekt eller driftskostnad.

Utgifter til periodisk vedlikehold og reparasjoner på utstyr periodiseres. Utgifter til løpende vedlikehold av driftsmidler for øvrig kostnadsføres løpende som driftskostnader.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP er verdsatt etter kostprinsippet. Det vil si at det normalt er inn- og utbetalinger som påvirker størrelsen på innskuddet.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for pensjonskostnader. Selskapet følger oppdatert veiledning om pensjonsforutsetninger fra Norsk Regnskapsstiftelse, justert for selskapsspesifikke forhold. Benyttede parametere framgår av note om pensjoner. Foretakets pensjonsordninger, inkludert AFP, anses som ytelsesplaner.

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuariemessige forutsetninger om dødelighet og frivillig avgang. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrullet virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som avsetning for forpliktelser, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig fordringer i balansen.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor). Antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid er satt til 12 år.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Usikkerheten er i stor grad knyttet til bruttoforpliktelsen og ikke til den nettoforpliktelsen som framkommer i balansen. Estimatendringer som følge av endringer i nevnte parametere vil i stor utstrekning periodiseres over gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid og ikke belaste resultatregnskapet umiddelbart slik som andre estimatendringer.

Arbeidsgiveravgift beregnes både på overfinansierte og underfinansierte ordninger så lenge kravet til balanseføring er tilfredsstilt.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er verdsatt til pålydende.

Gjeld

Kapitaliserte renter er inkludert i lånebeløpet.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter foretakets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret skal estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Skatt

Helseplattformen AS er ikke skattepliktig.

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Det innebærer at man i analysen tar utgangspunkt i foretakets årsresultat for å kunne presentere kontantstrømmer tilført fra henholdsvis ordinær drift, investeringsvirksomhet og finansieringsvirksomhet. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

Konsernkontoordning

Morselskapet Helse Midt-Norge RHF hadde en konsernkontoordning med Danske Bank frem til våren 2023. Selskapets innskudd i denne konsernkontoordningen ble frem til dette tidspunkt klassifisert som kortsiktig fordring mot Helse Midt-Norge RHF. I forbindelse med bankskifte våren 2023 har selskapet fratrådt denne ordningen og inntående bank er fra og med 2023 klassifisert som bankinnskudd. Renteinntekter og rentekostnader er behandlet som konserninterne renter.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert etter kursen ved regnskapsperiodens slutt.

Note 2 Driftsinntekter og -kostnader

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Driftsinntekter		
Salg av tjenester	1 166 690	772 430
Sum driftsinntekter	1 166 690	772 430

Selskapets løsnings er ved utgangen av 2024 i bruk ved St.Olavs, HMR, HNT, 34 kommuner og laboratoriedrift. I 2024 tok HMR, HNT og 15 kommuner løsningen i bruk.

Driftskostnader		
Driftskostnader	1 310 637	850 291
Sum driftskostnader	1 310 637	850 291

Note 3 Lønn og andre personalkostnader

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Lønnskostnader	295 393	263 885
Arbeidsgiveravgift	43 551	36 150
Pensjonskostnader inkl arbeidsgiveravgift	50 953	44 600
Andre ytelser	6 029	151
Balanseføring eget arbeid	-10 815	-118 549
Sum lønnskostnader	385 111	226 237

Ved balanseføring av eget arbeid reduseres lønnskostnadene. Balanseføring av eget arbeid inneværende regnskapsår består av utvikling av immateriell eiendel.

Antall ansatte	2024	2023
Gjennomsnittlig antall ansatte	377,7	328,8
Gjennomsnittlig antall årsverk	366,1	323,3

Godtgjørelse til revisor		
<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Lovpålagt revisjon	266,2	171,6
Utvidet revisjon	14,1	144,1
Andre attestasjonstjenester	19,2	20,6
Annen bistand	20,5	117,3
Sum	320,0	453,6
Honorar til revisor iht inngått avtale	265,0	170,0

Opplysninger om lederlønninger og erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse ledende ansatte

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven og Nærings- og fiskeridepartementets nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.04.2021, ble det i 2022 vedtatt nye retningslinjer for lederlønninger.

Nye retningslinjer for lederlønn følger asal § 6-16b og forskrift. Konsekvens av endrede retningslinjer er at det skal fremlegges egen lønnsrapport for generalforsamlingen fra og med 2023.

Med bakgrunn i at det legges frem en egen lønnsrapport, inngår ikke opplysninger om lederlønn og erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte som en integrert del av årsregnskapet for 2024.

Note 4 Finansposter

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Andre renteinntekter	23 830	19 074
Andre finansinntekter	112	7
Sum finansinntekter	23 942	19 081
Konserninterne rentekostnader	149 772	90 049
Andre rentekostnader	821	494
Balanseførte rentekostnader	-	-28 707
Andre finanskostnader	13	72
Sum finanskostnader	150 606	61 909

Note 5 Immaterielle eiendeler

<i>Beløp i tusen kroner</i>	Immateriell eiendel	Sum
Anskaffelseskost 01.01.	3 260 611	3 260 611
Tilgang	41 894	41 894
Anskaffelseskost 31.12	3 302 505	3 302 505
Akkumulerte avskrivninger 31.12	421 052	421 052
Akkumulerte nedskrivninger 31.12	2 071	2 071
Balanseført verdi 31.12.	2 879 382	2 879 382
Årets avskrivninger	166 213	166 213
Forventet økonomisk levetid	18 år	18 år
Avskrivningsplan	Lineær	Lineær

Immaterielle eiendeler gjelder i sin helhet oppsett og konfigurering av ny felles elektronisk pasientjournal for helseforetak, kommunehelsetjenesten og avtalespesialister i Helse Midt-Norge. Journalløsningen ble tatt i bruk i mai 2022 og avskrivninger ble følgelig påbegynt samme måned.

Note 6 Varige driftsmidler

<i>Beløp i tusen kroner</i>	Inventar	Sum
Anskaffelseskost 01.01.	187	187
Tilgang/Avgang	0	0
Anskaffelseskost 31.12	187	187
Akkumulerte avskrivninger 31.12.	51	51
Akkumulerte nedskrivninger 31.12	0	0
Balanseført verdi 31.12.	135	135
Årets avskrivninger	18	18
Herav balanseførte avskrivninger på prosjekt	0	0
Herav resultatførte avskrivninger	18	18

Leieavtaler*Beløp i tusen kroner*

Leieavtaler	Bygninger	Inventar	IKT-utstyr	Sum
Operasjonell leie - leiebeløp	22 197	0	1 698	23 895
Operasjonell leie - varighet	1 - 4 år	1 år	1 år	

Oppgitte beløp er årlige leiebeløp.

Langsiktige investeringsprosjekter

Oppstilling over prosjekt ved årets utgang med total kostnadsramme over 50 MNOK (nominell kroneverdi).

Beløp i tusen kroner

	Akkumulert regnskap pr 31.12	Planlagt tidspunkt for avslutning
Investeringsprosjekter (beløp i tusen kroner)		
Elektronisk pasientjournal	2 879 382	2025

Note 7 Aksjer og andeler*Beløp i tusen kroner***2024**

Egenkapitalinnskudd i pensjonskasse 01.01.

422

Årets innbetaling

231

Sum investering i aksjer og andeler 31.12**653**

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskuddet finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjonen der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 8 Kundefordringer og andre fordringer**Kundefordringer***Beløp i tusen kroner***2024****2023**

Kundefordringer	35 251	3 540
Kundefordring til foretak i samme konsern	99 384	10 764
Sum kundefordringer	134 634	14 304

Andre fordringer*Beløp i tusen kroner***2024****2023**

Andre fordringer til foretak i samme konsern	-	6 495
Andre kortsiktige fordringer	51 157	69 163
Sum andre fordringer	51 157	75 658

Note 9 Bankinnskudd - bundne midler

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Innestående skattetrekksmidler	16 160	13 896
Sum kontanter og bankinnskudd	16 160	13 896

Note 10 Egenkapital

<i>Beløp i tusen kroner</i>	Aksjekapital	Overkurs-fond	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 01.01	10 010	5 102	-427 315	-412 203
Årets resultat			-270 611	-270 611
Sum egenkapital	10 010	5 102	-697 926	-682 814

Aksjekapital består av 10.000 aksjer pålydende kr 1 001.

Aksjonærer:	Antall aksjer	Eierandel
Helse Midt-Norge RHF	6 000	60,0 %
Trondheim Kommune	2 231	22,3 %
Øvrige kommuner	1 769	17,7 %
	10 000	100,0 %

Selskapet skal ikke ha til formål å skape økonomisk overskudd ut over det som kreves for en forsvarlig kapitalforvaltning, men drives etter prinsippet om kostnadsdekning.

Note 11 Pensjon

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Brutto påløpt pensjonsforpliktelse	172 672	127 233
Pensjonsmidler	140 102	95 989
Netto pensjonsforpliktelse	32 570	31 244
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	4 592	4 405
Ikke resultatført aktuarielt tap/gevinst inkl. aga	9 435	-4 252
Netto balanseført forpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift	46 597	31 397

Herav balanseført netto pensjonsmidler/(forpliktelse) inkl. aga fellesordningen Helseforetak	-46 755	-31 622
Herav balanseført netto pensjonsmidler/(forpliktelse) inkl. aga sykepleierordningen	158	224

Spesifikasjon av pensjonskostnad

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	43 365	38 083
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	5 256	3 745
Årets brutto pensjonskostnad	48 621	41 828
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-5 706	-4 462
Administrasjonskostnad	1 566	1 523
Netto pensjonskostnader inkl. adm. kostn.	44 481	38 890
Arbeidsgiveravgift netto pensjonskostnad inkl. adm	6 272	5 483
Resultatført aktuarielt tap (gevinst)	1	0
Resultatført aga av aktuarielt tap (gevinst)	2	0
Resultatført planendring	0	0
Årets netto pensjonskostnad	50 756	44 373
Andre pensjonskostnader	0	0
Sum pensjonskostnader	50 756	44 373

Pensjonsmidler - Premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Saldo 01.01	9 958	14 516
Tilført premiefond	4 860	2 193
Uttak fra premiefond	-7 078	-6 750
Saldo 31.12	7 740	9 958

Økonomiske forutsetninger

	2024	2023
Diskonteringsrente	3,90 %	3,10 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	5,80 %	5,20 %
Årlig lønnsregulering	4,00 %	3,50 %
Årlig pensjonsregulering	3,00 %	2,80 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,75 %	3,25 %
Antall aktive personer med i ordningen	383	341
Antall oppsatte personer med i ordningen	117	96

Helseplattformen har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP. Denne pensjonsordningene tilfredsstiller kravene i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Ytelsesbaserte pensjonsordninger

Tariffestet tjenstepensjon for de ansatte er sikret i KLPs kollektive pensjonsordninger. Dette gjelder alders-, uføre-, etterlatte-, tidligpensjon, AFP og betinget tjenstepensjon. Det tjenes ikke opp pensjon for lønn over 12G (folketrygdens grunnbeløp).

Regnskapsføring av tjenstepensjonsordninger med vedtektsfestet ytelsesnivå følger norsk regnskapsstandard NRS 6 pensjonskostnader. Alle statlige helseforetak i KLP inngår i en flerforetakspensjon. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenstepensjon inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen for pensjonsforpliktelsen.

Regelverksendringer i offentlig tjenstepensjon

Partene i arbeidslivet ble enige om ny offentlig tjenstepensjon (OfTP) fra 01.01.2020. Stortinget vedtok 11.06.2019 endringer av flere lover som regulerer pensjon innen offentlig sektor. Regelendringene er innarbeidet i KLPs vedtekter. Regnskapsstiftelsen gav ut egen veiledning i august 2019 om regnskapsmessig håndtering av endringene i offentlig tjenstepensjon. Denne veiledningen er lagt til grunn ved beregningene fra og med 2019. Fortsatt gjenstår deler av pensjonsreformen. Stortingets vedtak 50 (2021-2022) av 17. mars 2022 om endret regulering av løpende alderspensjoner er tatt inn i beregningene fra og med 2022

Ny livsvarig avtalefestet pensjon (AFP) i offentlig sektor ble sanksjonert i lov om statens pensjonskasse i statsråd 12. april 2024. Ny AFP i offentlig sektor gjelder for ansatte som er født i 1963 eller senere og innebærer at AFP for ansatte i offentlig sektor endres fra å være en tidligpensjonsordning til å en ordning med livsvarig påslag til folketrygden. Det vil medføre en planendring. Det gjenstår fortsatt å få på plass regelverk for fordeling av finansieringen. Før et nytt avtaleverk er på plass, anses det som vanskelig å måle effekten av planendringen pålitelig, og regnskapsføringen av planendringen utsettes frem til avtaleverk knyttet til fordeling av finansiering er fastsatt. Beregningen for 2024 er derfor basert på gammelt regelverk også for ansatte født 1963 og senere. Planendringen vil medføre vesentlig økning i pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader fra tidspunktet den tas inn i regnskapet. For den årlige premien vil effekten av ny AFP gi økning i premien over tid.

Regjeringen og partene i offentlig sektor inngikk 25.08.2023 avtale om endrede pensjonsregler for yrkesgrupper som har særaldersgrenser. Den nye avtalen innebærer at særalderspensjonen endres fra en tidligpensjonsordning for kullene født 1963 og senere til et livsvarig påslag til pensjonen for de som går av tidlig (overgangsregler for kullene født 1964 og 1965). Reglene antas vedtatt i 2025.

Regjeringen har i Stortingsmelding 6 (2023-2024) kommet med en tilrådning om å øke aldersgrenser, bedre alderspensjonen til uføre og endre regulering av minsteytelser i folketrygden. Dersom dette vedtas vil en naturlig konsekvens være at disse endringene gjøres samtidig i offentlig tjenstepensjon. Avtalen om endrede pensjonsregler for yrkesgrupper med særalders forutsetter at endringene foreslått i stortingsmeldingen vedtas.

Note 12 Annen avsetning for forpliktelser

Ved kommunenes tiltredelse til Helseplattformens løsning betales det inn en engangslisens for bruk av løsning. Forskuddsbetalingen periodiseres over estimert levetid for løsningen, dvs. lisensen avskrives over 18 år fra første kommune tar løsningen i bruk. Siste avskrivningsår er 2040.

Note 13 Annen langsiktig gjeld

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Gjeld til foretak i samme konsern	3 444 366	3 050 137
Sum langsiktig gjeld	3 444 366	3 050 137
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	2 159 167	1 765 500

Gjeld til Trondheim kommune ble oppgjort i 2023. I tillegg er det betalt avdrag på byggelån fra HMN samt avdrag på mottatt statstilskudd knyttet til opsjonskommuners innføring. Langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år er estimert basert på kjent innføringsplan for fastleger, kommuner og helseforetak. En endring i innføringsplanen vil kunne medføre endring i forfallstidspunkt for låneforpliktelsen. Av gjeld til foretak i samme konsern utgjør finansiering for primærhelsetjenesten unntatt Trondheim kommune fra Helse Midt-Norge RHF 500,2 MNOK pr. 31.12.

Note 14 Leverandørgjeld

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Leverandørgjeld	97 007	146 166
Leverandørgjeld til foretak i samme konsern	11 281	11 452
Sum leverandørgjeld	108 288	157 618

Note 15 Annen kortsiktig gjeld

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Påløpte feriepengar	33 833	28 847
Påløpte lønnskostnader	10 342	10 279
Annen kortsiktig gjeld til foretak i samme konsern	4 266	6 618
Annen kortsiktig gjeld	101 852	196 431
Sum annen kortsiktig gjeld	150 293	242 175

Note 16 Garantiansvar

Helseplattformen AS har ved utgangen av året ikke noe garantiansvar.

Note 17 Nærstående parter

Helseplattformen AS's nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter fremgår i denne og andre noter i regnskapet.

Det er gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner selskapet har til andre aktører. Det er ikke identifisert andre forhold enn de som er presentert nedenfor.

Selskapets transaksjoner med nærstående parter - salg av varer og tjenester

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Helse Midt-Norge RHF (konsernintern eier)	129 449	18 045
Helseforetak, datterselskap av Helse Midt-Norge	765 847	519 782
Øvrige aksjonærer (kommuner)	301 159	748 861
Sum salg mot nærstående parter	1 196 455	1 286 688

Selskapet har i 2024 fakturert øvrige aksjonærer (kommuner) en engangslisens når kommunen tok løsningen i bruk. Denne engangslisens periodiseres over antatt levetid for løsningen og er årsak til avvik mellom rapporterte inntekter i resultatregnskapet og salg av varer og tjenester til disse aktørene.

Selskapets transaksjoner med nærstående parter - kjøp av varer og tjenester

<i>Beløp i tusen kroner</i>	2024	2023
Helse Midt-Norge RHF (konsernintern eier)	23	0
Helseforetak, datterselskap av Helse Midt-Norge	157 751	146 923
Trondheim Kommune (aksjonær)	6 707	12 635
Opsjonskommuner (aksjonær)	7 996	3 212
Sum kjøp mot nærstående parter	172 477	162 771

Datterselskap omfatter Hemit HF, St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF.

KONTANTSTRØMOPPSTILLING

Helseplattformen AS

<i>Beløp i tusen kroner</i>	Note	2024	2023
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER			
Årsresultat før skatt		-270 611	-120 689
Ordinære avskrivninger	6	166 232	152 394
Nedskrivninger anleggsmidler		0	0
Øvrige poster uten resultateffekt		-27 019	0
Endring i omløpsmidler		-95 830	412 029
Endring i kortsiktig gjeld		-137 519	342 746
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	11	15 133	13 356
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter		-349 614	799 836
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER			
Utbetaling ved kjøp av driftsmidler	5,6	-41 894	-501 525
Utbetaling ved kjøp av andre finansielle eiendeler	7,11	-165	-61
Netto kontantstrømmer fra investeringsaktiviteter		-42 059	-501 586
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER			
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	13	683 930	410 093
Utbetalinger ved innfrielse av langsiktig gjeld	13	-289 700	-307 500
Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	12	67 371	0
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter		461 601	102 593
Netto endring i likviditetsbeholdning	9	69 928	400 843
Likviditetsbeholdning 01.01		412 539	11 696
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12		482 467	412 539
LIKVIDITETSRESERVE 31.12		482 467	412 539

Verifikasjon

Transaksjon 09222115557545029003

Dokument

Årsregnskap Helseplattformen AS 2024

Hoveddokument

15 sider

Initiert på 2025-04-24 10:56:55 CEST (+0200) av

Helseplattformen AS (HA)

Ferdigstilt den 2025-04-25 10:09:59 CEST (+0200)

Initiativtaker

Helseplattformen AS (HA)

Helseplattformen AS

Organisasjonsnr. NO 922 307 814

arkiv@helseplattformen.no

+4748126490

Underskriverne

Gunnar Bovim (GB)

HP AS Styrets leder

gunnar.bovim@ntnu.no

Signert 2025-04-24 12:59:15 CEST (+0200)

Per Sverre Ersvik (PSE)

HP AS Styrets nestleder

per.sverre.ersvik@hustadvika.kommune.no

Signert 2025-04-24 11:05:10 CEST (+0200)

Terje Gårdsmoen (TG)

HP AS Styremedlem

terje.gaardsmoen@gmail.com

Signert 2025-04-24 13:12:55 CEST (+0200)

Tom Christian Martinsen (TCM)

HP AS Styremedlem

tom.christian.martinsen@stolav.no

Signert 2025-04-25 10:09:59 CEST (+0200)

Sidsel Nordhagen (SN)

HP AS Styremedlem

sidselnordhagen@gmail.com

Signert 2025-04-25 10:02:45 CEST (+0200)

Marit Hermansen (MH)

HP AS Styremedlem

marith@icloud.com

Signert 2025-04-24 15:14:03 CEST (+0200)

Anne Katrine Slungård (AKS)

HP AS Styremedlem

aks@tso.no

Signert 2025-04-24 12:42:24 CEST (+0200)

Merete Skjelvik (MS)

HP AS Styremedlem (Ansatte representant)

merete.skjelvik@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 14:01:50 CEST (+0200)

Rune Hollås (RH)

HP AS Styremedlem (Ansatte representant)

rune.andre.hollas@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 15:37:24 CEST (+0200)

Monica Nettet Devold (MND)

Styremedlem (vara Ansatte representant)

monica.nettet.devold@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 11:01:35 CEST (+0200)



Verifikasjon

Transaksjon 09222115557545029003

Siri Beate Berg (SBB)

HP AS Administrerende direktør

siri.beate.berg@helseplattformen.no

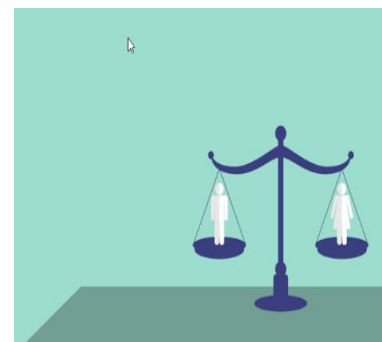
Signert 2025-04-24 13:13:11 CEST (+0200)

Denne verifiseringen ble utstedt av Scrive. Informasjon i kursiv har blitt verifisert trygt av Scrive. For mer informasjon/bevis som angår dette dokumentet, se de skjulte vedleggene. Bruk en PDF-leser, som Adobe Reader, som kan vise skjulte vedlegg for å se vedleggene. Vennligst merk at hvis du skriver ut dokumentet, kan ikke en utskrevet kopi verifiseres som original i henhold til bestemmelsene nedenfor, og at en enkel utskrift vil være uten innholdet i de skjulte vedleggene. Den digitale signeringsprosessen (elektronisk forsegling) garanterer at dokumentet og de skjulte vedleggene er originale, og dette kan dokumenteres matematisk og uavhengig av Scrive. Scrive tilbyr også en tjeneste som lar deg automatisk verifisere at dokumentet er originalt på: <https://scribe.com/verify>



Likestillingsredegjørelse i Helseplattformen AS

Helseplattformen arbeider for en god alders- og kjønnsbalanse, tilrettelegging for personer med særskilte behov, og for å rekruttere personer med ulik etnisk og kulturell bakgrunn. I rekrutteringsprosesser skal kvalifikasjonsvurderinger alltid være kjønns- og funksjonsnøytrale. Selskapet har som målsetting at arbeidsstyrken skal gjenspeile mangfoldet i befolkningen. I Helseplattformen er det ingen klare lønnsforskjeller mellom kvinner og menn innen samme stillingskategori.



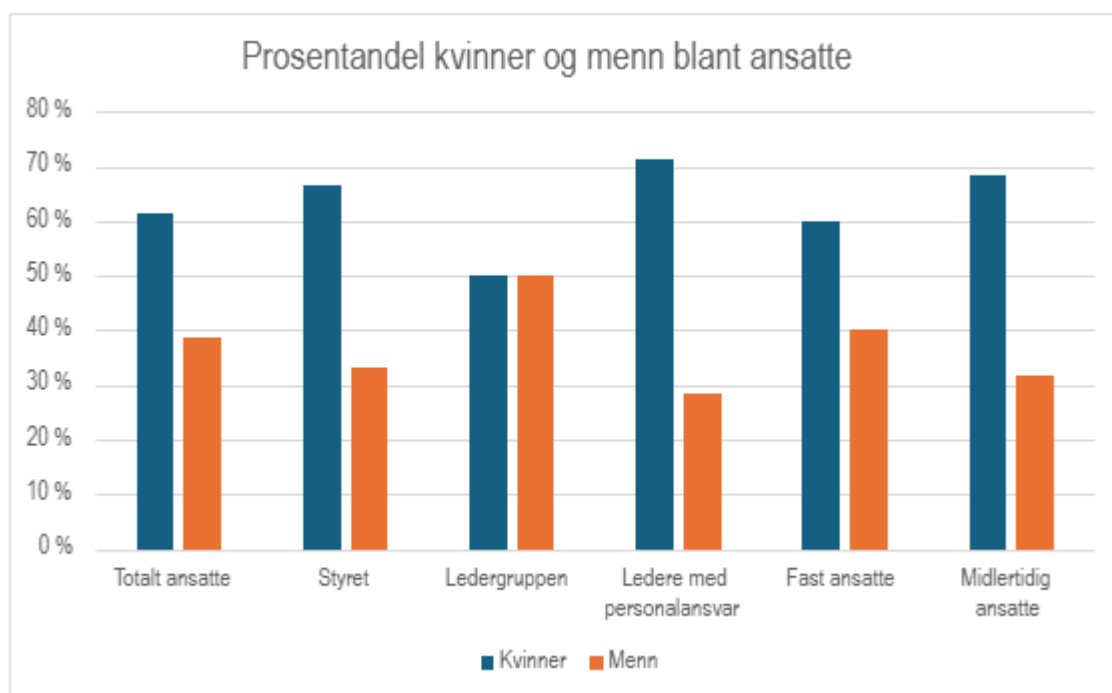
Kjønnsbalanse

Helseplattformen likestiller kvinner og menn ved rekruttering, avlønning samt forfremmelse og utviklingsmuligheter. Virksomheten har riktignok en overvekt av kvinner, både når man ser på andelen kvinner av totalt antall ansatte (61 %) og kvinneandelen blant ledere med personalansvar (71%). Organisasjonen er bredt sammensatt av personell med forskjellig type bakgrunn, både når det gjelder utdanning og kvalifikasjoner, og en stor andel ansatte har erfaring fra helserelaterte yrker enten fra sykehus eller kommune. Dette er sektorer der kvinner er godt representert, noe som kan være én forklaring på at Helseplattformen har en overvekt av kvinner totalt sett.

Innenfor tjenesteutvikling har vi 143 applikasjonsanalytikere som er den stillingskategorien som utgjør flest ansatte. En stor andel av disse har helsefaglig bakgrunn, og her er kvinneandelen 65 %. Innenfor seksjoner som for eksempel integrasjon, tilgangsstyring og teknisk finner vi en overvekt av menn.

Kjønnsbalanse pr. 31.12.2024

	Antall totalt	Kvinner		Menn	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
Antall ansatte	388	238	61 %	150	39 %
Antall årsverk	383,5	234,3	61 %	149,2	39 %
Ledergruppen	8	4	50 %	4	50 %
Ledere med personalansvar	28	20	71 %	8	29 %
Fast ansatte	325	195	60 %	130	40 %
Midlertidig ansatte	63	43	68 %	20	32 %



Deltid og ufrivillig deltid

Det er svært liten grad av deltidsansatte i Helseplattformen, og ufrivillig deltid (dvs. der stillingsinnehaveren ønsker og er tilgjengelig for å jobbe mer) eksisterer ikke. De meget få som har deltidsstilling kombinerer gjerne jobben i Helseplattformen med annen stilling.

Midlertidig ansatte

Helseplattformen AS har fortsatt en del midlertidige stillinger, det vil si stillinger knyttet til innføring/opplæring og som derfor har en begrenset varighet. Selskapet har opplevd en liten økning i andelen midlertidige ansatte. I 2024 var andelen midlertidig ansatte på 17%, mot 13% året før. Det er fortsatt en overvekt av kvinner blant de midlertidig ansatte (61 %).

Lønnsforhold

Helseplattformens lønnspolitikk er basert på kjønnsnøytrale kriterier. Lønnsfastsettelsen er i hovedsak basert på type stilling, formal- og realkompetanse, ansiennitet og til en viss grad markedslønn.

For å sammenligne lønnsforhold mellom kvinner og menn har vi sett på noen av stillingskategoriene som har mange ansatte og/eller en viss fordeling mellom kvinner og menn. Helseplattformen har imidlertid mange stillinger som innehas av kun få ansatte, eller der fordelingen mellom kvinner og menn er slik at datagrunnlaget blir for lite for å gjøre en lønnsammenligning.

Tabellen nedenfor tar utgangspunkt i gjennomsnittlig årslønn for samtlige innen hver stillingskategori. Gjennomsnittslønn for henholdsvis kvinner og menn blir dermed sett i forhold til samlet gjennomsnittslønn for denne stillingen. Det fremgår her at det ikke er veldig store skjevheter mellom kvinner og menn. Menn ligger i snitt en anelse over gjennomsnittet innen flere av stillingene, mens det motsatte er tilfelle for andre stillinger.

Samtidig er det innenfor hver stillingskategori personell med ulik utdanning (fagarbeider, bachelor, master, doktorgrad og profesjons-/legeutdanning) og erfaring, så det kan også være ulikheter i slike forhold som forklarer de lønsmessige forskjellene innad i disse gruppene, og også mellom kvinner og menn.

Eksempler lønnsstatus pr. 31.12.2024:

Lønnsforhold	Antall totalt	Kvinner		Menn	
		Antall	Nivå ift. snittlønn for gruppen	Antall	Nivå ift. snittlønn for gruppen
Applikasjonsanalytiker	143	93	99,20 %	50	101,49 %
Applikasjonsarkitekt	14	10	102,40 %	4	94,01 %
Integrasjonsanalytiker/-utvikler	14	5	93,11 %	9	104,02 %
BI-utvikler/Rapporteringsanalytiker	13	4	97,97 %	9	100,90 %
Journal-/supportkonsulent	18	10	101,61 %	8	97,98 %
Seksjonsledere	16	10	101,53 %	6	97,45 %

Helseplattformen ser ikke at det finnes risiko for diskriminering eller andre hindre for likestilling i virksomheten.

Forebygging av diskriminering

Helseplattformen AS har høyt fokus på å unngå diskriminering. Selskapet har etiske retningslinjer som alle må følge, og det er etablert varslingsrutiner som også omhandler varsling av diskriminering. Ledere på alle nivå har et særskilt ansvar for å sørge for at likestillings- og diskrimineringsloven blir fulgt.

Virksomheten har fokus på å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, eller kombinasjoner av disse grunnlagene. Dette gjelder blant annet ved rekruttering, fastsettelse av lønns- og arbeidsvilkår, muligheter for forfremmelse, utviklingsmuligheter, tilrettelegging og mulighet for å kombinere arbeid og familieliv. Våre permisjonsbestemmelser favner bredt i forhold til omsorgsansvar og eksempelvis feiring av religiøse høytider for personer som ikke tilhører Den Norske kirke. På generell basis tilrettelegges det for tilpasset arbeidstid og hjemmekontor til personer som har behov for det. Vi har for øvrig gode erfaringer med å tilby arbeidstrening til personer som av ulike grunner har falt utenfor arbeidslivet, eller står i fare for å falle utenfor arbeidslivet.

Vi vektlegger å ha et arbeidsmiljø preget av respekt, toleranse og likeverd, og aksepterer ingen form for trakassering, seksuell trakassering eller kjønnsbasert vold. Vi har et flerkulturelt arbeidsmiljø, og ser det som en berikelse at organisasjonen består av personell med forskjellig etnisitet og ulik kulturbakgrunn.

Helseplattformen forplikter seg til å gjennomføre aktivitetsplikten som fremgår av Likestillings- og diskrimineringsloven § 26 ved å årlig gjennomføre dette hvert år i sammenheng med utarbeidelse av årsberetning;

- a) Vurdere om det finnes risiko for diskriminering eller andre hindre for likestilling i virksomheten
- b) Analysere årsaker til identifiserte risikoer
- c) Iverksette tiltak som er egnet til å motvirke diskriminering og bidra til økt likestilling og mangfold i virksomheten
- d) Vurdere resultatet av arbeidet etter bokstav a-c

Arbeidet etter bokstav a-d skal skje i samarbeid med de ansattes representanter.

Trondheim, 10.03.2025

Til generalforsamlingen i Helseplattformen AS

Uavhengig revisors beretning

Konklusjon

Vi har revidert årsregnskapet til Helseplattformen AS.

Årsregnskapet består av: • Balanse per 31. desember 2024, • Resultatregnskap 2024 • Kontantstrømoppstilling for regnskapsåret avsluttet per 31. desember 2024 • Noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.	Etter vår mening: • Oppfyller årsregnskapet gjeldende lovkrav, og • Gir årsregnskapet et rettviseende bilde av selskapets finansielle stilling per 31. desember 2024 og av dets resultater og kontantstrømmer for regnskapsåret i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.
--	--

Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med International Standards on Auditing (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet nedenfor under Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet. Vi er uavhengige av selskapet i samsvar med kravene i relevante lover og forskrifter i Norge og International Code of Ethics for Professional Accountants (inkludert internasjonale uavhengighetsstandarder) utstedt av International Ethics Standards Board for Accountants (IESBA-reglene), og vi har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Innhentet revisjonsbevis er etter vår vurdering tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Annen informasjon

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for annen informasjon. Annen informasjon består av årsberetningen. Vår konklusjon om årsregnskapet ovenfor dekker ikke annen informasjon.

I forbindelse med revisjonen av årsregnskapet er det vår oppgave å lese annen informasjon. Formålet er å vurdere hvorvidt det foreligger vesentlig inkonsistens mellom annen informasjon og årsregnskapet og den kunnskap vi har opparbeidet oss under revisjonen av årsregnskapet, eller hvorvidt informasjon i annen informasjon ellers fremstår som vesentlig feil. Vi har plikt til å rapportere dersom annen informasjon fremstår som vesentlig feil. Vi har ingenting å rapportere i så henseende.

Konklusjon om årsberetningen

Basert på kunnskapen vi har opparbeidet oss i revisjonen, mener vi at årsberetningen

- er konsistent med årsregnskapet og
- inneholder de opplysninger som skal gis i henhold til gjeldende lovkrav.

Styret og daglig leders ansvar for årsregnskapet

Styret og daglig leder (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til selskapets evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avviklet.

Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon er å anse som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke de økonomiske beslutningene som brukerne foretar på grunnlag av årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver og plikter vises det til:
<https://revisorforeningen.no/revisjonsberetninger>

BDO AS

Eivind Hombornes
statsautorisert revisor
(elektronisk signert)

PENNEO

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur". De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Hombornes, Eivind

Partner

På vegne av: BDO AS

Serienummer: no_bankid:9578-5992-4-1358961

IP: 188.95.xxx.xxx

2025-04-29 09:41:04 UTC



Dette dokumentet er signert digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerte dataene er validert ved hjelp av den matematiske hashverdien av det originale dokumentet. All kryptografisk bevisføring er innebygd i denne PDF-en for fremtidig validering.

Dette dokumentet er forseglet med et kvalifisert elektronisk segl ved bruk av et sertifikat og et tidsstempel fra en kvalifisert tillitsjenesteleverandør.

Slik kan du bekrefte at dokumentet er originalt

Når du åpner dokumentet i Adobe Reader, kan du se at det er sertifisert av **Penneo A/S**. Dette beviser at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret siden tidspunktet for signeringen. Bevis for de individuelle signatørenes digitale signaturer er vedlagt dokumentet.

Du kan bekrefte de kryptografiske bevisene ved hjelp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andre valideringsverktøy for digitale signaturer.

Til generalforsamlingen i Helseplattformen AS

Uavhengig revisors attestasjonsuttalelse om rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer

Konklusjon

Vi har utført et attestasjonsoppdrag for å oppnå betryggende sikkerhet for at Helseplattformen AS sin rapport om lønn og annen godtgjørelse til ledende personer (lønnsrapporten) for regnskapsåret som ble avsluttet 31. desember 2024, er utarbeidet i samsvar med samsvar med statens retningslinjer for lederlønn i foretak med statlig eierandel og allmennaksjeloven § 6-16 b og tilhørende forskrift.

Etter vår mening er lønnsrapporten i det alt vesentlige utarbeidet i samsvar med statens retningslinjer for lederlønn i foretak med statlig eierandel og allmennaksjeloven § 6-16 b og tilhørende forskrift.

Styrets ansvar

Styret er ansvarlig for utarbeidelsen av lønnsrapporten og for at den inneholder de opplysninger som kreves etter allmennaksjeloven § 6-16 b og tilhørende forskrift. Styret har også ansvar for slik intern kontroll som det finner nødvendig for å utarbeide en lønnsrapport som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, hverken som følge av misligheter eller feil.

Vår uavhengighet og kvalitetskontroll

Vi er uavhengige av selskapet slik det kreves i lov, forskrift og International Code of Ethics for Professional Accountants (inkludert internasjonale uavhengighetsstandarter) utstedt av the International Ethics Standards Board for Accountants (IESBA-reglene), og vi har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Revisjonsforetaket anvender internasjonal standard for kvalitetsstyring (ISQM) 1, som krever at revisjonsforetaket utformer, implementerer og gjennomfører et system for kvalitetsstyring som inkluderer retningslinjer eller rutiner som samsvarer med etiske krav, profesjonsstandarder og gjeldene lover og forskrifter.

Revisors oppgaver og plikter

Vår oppgave er å gi uttrykk for en mening om lønnsrapporten inneholder de opplysninger som kreves etter allmennaksjeloven § 6-16 b og tilhørende forskrift, og at opplysningene i lønnsrapporten ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Vi har utført vårt arbeid i samsvar med internasjonal attestasjonsstandard (ISAE) 3000 - «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller forenklet revisorkontroll av historisk finansiell informasjon».

Vi har gjort oss kjent med retningslinjene om fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende personer som er godkjent av generalforsamlingen. Våre handlinger omfattet opparbeidelse av en forståelse av den interne kontrollen som er relevant for utarbeidelse av lønnsrapporten for å utforme kontrollhandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av selskapets interne kontroll. Videre utførte vi kontroller av fullstendigheten og nøyaktigheten av opplysningene i lønnsrapporten, herunder om den inneholder de opplysningene som kreves etter lov og tilhørende forskrift. Vi mener at innhentet bevis er tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

BDO AS

Eivind Hombornes
statsautorisert revisor
(elektronisk signert)

PENNEO

Signaturene i dette dokumentet er juridisk bindende. Dokument signert med "Penneo™ - sikker digital signatur". De signerende parter sin identitet er registrert, og er listet nedenfor.

"Med min signatur bekrefter jeg alle datoer og innholdet i dette dokument."

Hombornes, Eivind

Partner

På vegne av: BDO AS

Serienummer: no_bankid:9578-5992-4-1358961

IP: 188.95.xxx.xxx

2025-04-29 09:41:04 UTC



Dette dokumentet er signert digitalt via [Penneo.com](https://penneo.com). De signerte dataene er validert ved hjelp av den matematiske hashverdien av det originale dokumentet. All kryptografisk bevisføring er innebygd i denne PDF-en for fremtidig validering.

Dette dokumentet er forseglet med et kvalifisert elektronisk segl ved bruk av et sertifikat og et tidsstempel fra en kvalifisert tillitsjenesteleverandør.

Slik kan du bekrefte at dokumentet er originalt

Når du åpner dokumentet i Adobe Reader, kan du se at det er sertifisert av **Penneo A/S**. Dette beviser at innholdet i dokumentet ikke har blitt endret siden tidspunktet for signeringen. Bevis for de individuelle signatørenes digitale signaturer er vedlagt dokumentet.

Du kan bekrefte de kryptografiske bevisene ved hjelp av Penneos validator, <https://penneo.com/validator>, eller andre valideringsverktøy for digitale signaturer.

Etter allmennaksjeloven § 6-16 b), som også er gjort gjeldende for selskap med statlig eierandel, skal styret i foretaket hvert regnskapsår utarbeide en rapport som gir en samlet oversikt over utbetalt og inntæktende lønn og godtgjørelse til ledende personer som omfattes av retningslinjene definert i § 6-16 a). Rapporten oppfyller de krav som fremgår av «Forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer».

Rapporten tilfredsstiller også krav til noteopplysninger i årsregnskapet etter regnskapsloven § 7-31b og 7-32

Tabell 1 – Hovedelementer i godtgjørelsesordningen for ledergruppen

Godtgjørelse	Kommentarer
Fast lønn	Ved fastsettelse av lønn til ledergruppen legges det vekt på - Lønnsutviklingen i selskapet generelt - Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger - Resultatutvikling i forhold til de mål og krav styret har satt Lønnsutviklingen i selskapet generelt har som målsetting å tilby lederne konkurransedyktig lønn, men samtidig bidra til moderasjon i lederlønningene. Lønn til administrerende direktør fastsettes av styret. Lønn til ledergruppen for øvrig fastsettes administrativt.
Variabel lønn	Selskaps ledergruppe har ingen variable lønnselementer eller langtidsinsentivordninger.
Pensjonsopptjening	Administrerende direktør og ledergruppen for øvrig har ordinære pensjonsbetingelser. Hverken administrerende direktør eller noen andre i ledergruppen har pensjon utover 12G eller andre særskilte pensjonsavtaler.
Andre godtgjørelser	
Forsikringer	Personal- og tjenestereiseforsikring iht standard for øvrige ansatte i selskapet. Selskapet har styreansvarsforsikring for medlemmer av styret.
Bilgodtgjørelser	Ingen i ledergruppen har firmabil eller fast bilgodtgjørelse.
Øvrige goder	Øvrige goder inkluderer avis, mobiltelefon og dekning av bredbåndskommunikasjon i samsvar med etablerte standarder
Lån og garantier	Det er ikke gitt lån eller garantier til styreleder, medlemmer av styret, administrerende direktør eller noen andre i ledergruppen



Tabell 2 – Lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte
Tall i hele (tusen) kroner

Navn på ledende ansatt og stilling	Regnskapsår	1. Fast Lønn	2. Pensjons-opptjening *)	3. Andre godtgjørelser	4. Total godtgjørelse	5. Ytelser fra andre foretak i konsernet	
						5.1 Lønn	5.2 Annen godtgjørelse
Siri Berg	2024	0	0	0	0	1 963	283
Innleid administrerende direktør fra og med 01.12.2023.	2023	0	0	0	0	146	22
Nina Kongshaug	2024	1 862	384	5	2 252		
direktør Helsefag og analyse/CIMO	2023	1 718	391	13	2 122		
Ulf Dahl Ryen	2024	1 715	332	5	2 053		
direktør Tjenesteleveranse, fra 01.01.2022	2023	1 637	337	7	1 982		
Ellen Annette Hegstad	2024	1 387	424	5	1 817		
direktør Tjenesteutvikling	2023	1 326	385	9	1 721		
Tor Erling Evjen	2024	0	0	0	0		
Innleid direktør Kommunikasjon og marked, fra 01.01.2024	2023	0	0	0	0		
Astrid Bjørgum	2024	1 075	232	1	1 308		
konst. direktør Prosjekt og portefølgjestyring, fra 01.03.2024	2023						
Per Magne Reitbakken	2024	1 598	322	5	1 925		
økonomidirektør	2023	1 526	320	5	1 851		
Håvard Karlsen	2024	369	74	1	443		
HR-direktør, fra 18.09.2024 til 20.12.2024	2023						
Elisabeth Kvello Håbrekke	2024	956	242	4	1 202		
HR-direktør, til 18.09.2024	2023	1 316	350	6	1 672		
Kari Ulseth	2024	206	46	1	252		
konst. direktør Plan, kvalitet og arkitektur, til 01.03.2024	2023	1 208	278	10	1 497		
Christer Mjåset	2024						
viseadministrerende direktør, fra 18.08.2020 til 31.12.2023	2023	1 718	335	8	2 061		
Torbjørge Vanvik	2024						
Administrerende direktør til og med 09.03.2023. Etterlønn ut september 2023.	2023	1 209	451	3	1 663		
Sigrun Berge Engen	2024						
kommunikasjonsjef/-direktør fra 01.03.2019 til 14.04.2023	2023	451	278	6	735		
Trond Utne	2024						
Innleid som konstituert administrerende direktør fra 16.03.2023 til 30.11.2023.	2023	0	0	0	0	1 358	276

Fast lønn er oppgitt som avtalt årslønn ved utgangen av året, justert for forskjellen mellom trekk i lønn for uttatt ferie og årets opptjente feriepenger

*) Pensjonskostnad for ledende ansatte er beregnet som nåverdien av årets pensjonsopptjening, verdien av at ansatte tjener opp ett år mer pensjonsrettigheter, knyttet til ledende ansattes medlemskap i ordinær offentlig tjenstepensjonsordning for ansatte i selskapet.

Årets pensjonsopptjening utgjør et års andel av de totale fremtidige pensjonsrettighetene som forventes å opptjenes fra innmelding i tjenstepensjonsordningen fram til forventet pensjonsalter. Det er anvendt de forutsetninger som anvendes etter NRS 6 for måling av pensjonsordningens pensjonskostnader i regnskapsåret.

Tabell 3 – Sammenligningstabell total godtgjørelse for ledende ansatte de siste 5 år

Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Årlig endring	Endring fra foregående år					
	Måleenhet	2020	2021	2022	2023	2024
Total godtgjørelse for ledende ansatte						
Nina Kongshaug	kroner			104	24	130
direktør medisin og analyse/CMIO, fra 01.01.2021	prosent			5,2 %	1,1 %	6,1 %
Ulf Dahl Ryen	kroner				60	71
direktør for tjenesteleveranse, fra 01.01.2022	prosent				3,1 %	3,6 %
Ellen Annette Hegstad	kroner			170	60	96
direktør for tjenesteutvikling, fra 01.01.2021	prosent			11,4 %	3,6 %	5,6 %
Per Magne Reitbakken	kroner		101	194	30	74
økonomidirektør, fra 01.06.2020	prosent		6,6 %	11,9 %	1,7 %	4,0 %
Elisabeth Kvello Håbrekke	kroner			16	23	13
HR-direktør, fra 01.09.2021 til 18.09.2024	prosent			1,0 %	1,4 %	0,7 %
Kari Ulseth	kroner			75	60	42
konst. Avd.direktør for plan, kvalitet og arkitektur, fra 01.01.2021 til 01.03.2024	prosent			5,5 %	4,2 %	2,8 %
Christer Mjåset	kroner		61	97	54	
viseadministrerende direktør, fra 18.08.2020 til 31.12.2023	prosent		3,3 %	5,1 %	2,7 %	
Torbjørge Vanvik	kroner		256	43	164	
Administrerende direktør til og med 09.03.2023. Etterlønn ut september 2023.	prosent		14,1 %	2,1 %	7,7 %	
Sigrun Berge Engen	kroner	-52	53	79	-8	
kommunikasjonssjef/-direktør fra 01.03.2019 til 14.04.2023	prosent	0	3,9 %	5,6 %	-0,5 %	
Selskapets resultat						
Selskapets resultat	kroner	- 61 698	- 93 061	- 76 976	- 120 689	- 270 611
	prosent	-18 %	51 %	-17 %	57 %	124 %
Gjennomsnittlig total godtgjørelse for andre ansatte i selskapet enn ledende personell						
Gjennomsnittlig total godtgjørelse (inkl. overtid) for andre ansatte i selskapet	kroner	747	802	930	911	930
enn ledende personell	prosent	13,5 %	7,3 %	15,9 %	-2,0 %	2,1 %

Beløp for ansatte som ikke har hatt ledende stilling hele året er omarbeidet til å vise helårseffekt.

Beløp for andre ansatte enn ledende personell består av regnskapsførte kostnader til lønn (inkl. overtid), pensjon og andre ytelser.

Tabell 4 – Sammenligningstabell fast lønn for ledende ansatte de siste 5 år

Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Årlig endring	Endring fra foregående år					
	Måleenhet	2020	2021	2022	2023	2024
Fast lønn for ledende ansatte						
Nina Kongshaug	kroner			76	68	145
direktør medisin og analyse/CMIO, fra 01.01.2021	prosent			4,9 %	4,1 %	8,4 %
Ulf Dahl Ryen	kroner				78	78
direktør for tjenesteleveranse, fra 01.01.2022	prosent				5,0 %	4,8 %
Ellen Annette Hegstad	kroner			139	53	61
direktør for tjenesteutvikling, fra 01.01.2021	prosent			12,2 %	4,2 %	4,6 %
Kari Ulseth	kroner			37	53	47
konst. Avd.direktør for plan, kvalitet og arkitektur, fra 01.01.2021	prosent			3,3 %	4,6 %	3,9 %
Per Magne Reitbakken	kroner		48	158	63	73
økonomidirektør, fra 01.06.2020	prosent		3,8 %	12,1 %	4,3 %	4,8 %
Elisabeth Kvello Håbrekke	kroner			7	48	25
HR-direktør, fra 01.09.2021 til 18.09.2024	prosent			0,6 %	3,8 %	1,9 %
Christer Mjåset	kroner		-1	70	82	
visedministrerende direktør, fra 18.08.2020 til 31.12.2023	prosent		-0,1 %	4,5 %	5,0 %	
Torbjørge Vanvik	kroner		224	32	24	
Administrerende direktør til og med 09.03.2023. Etterlønn ut september 2023.	prosent		16,0 %	2,0 %	1,5 %	
Sigrun Berge Engen	kroner	-20	35	72	32	
kommunikasjonssjef/-direktør fra 01.03.2019 til 14.04.2023	prosent	0	3,3 %	6,6 %	2,8 %	

Beløp for ansatte som ikke har hatt ledende stilling hele året er omarbeidet til å vise helårseffekt.

Godtgjørelse til styret

Godtgjørelse til styret blir fastsatt av generalforsamlingen.

Varamedlemmer godtgjøres per oppmøte.



Tabell 5 – Godtgjørelse til styret for regnskapsårene

Navn og stilling	Regnskapsår	1. Honorar		2. Anna godtgjørelse	3. Total godtgjørelse	4. Ytelser fra andre foretak i konsernet	
		1.1 Styret	1.2 Revisjonsutvalg			4.1 Lønn	4.2 Annen godtgjørelse
Gunnar Bovim	2024	75			75		
Styreleder, fra 26.09.2024	2023						
Per Sverre Ersvik	2024	131			131		
Nestleder, fra 26.09.2024 (tidl. Styremedlem)	2023	16			16		
Terje Gårdsmoen	2024	131			131		
Styremedlem	2023	125			125		
Marit Hermansen	2024	131			131		
Styremedlem	2023	125			125		
Sidsel Nordhagen	2024	131			131		
Styremedlem, fra 27.04.2023	2023	85			85		
Tom Christian Martinsen	2024					2162	1
Styremedlem, fra 15.11.2023	2023	0				244	0
Anne Katrine Slungård	2024	34			34		
Styremedlem, fra 26.09.2024	2023						
Merete Skjelvik	2024	80			80		
Styremedlem, fra 22.05.2024	2023						
Roymond Johnsen	2024	80			80		
Styremedlem, fra 22.05.2024	2023						
Rune Hollås	2024	80			80		
Styremedlem, fra 22.05.2024	2023						
Ingvill Kvernmo	2024					1076	207
Styreleder, fra 15.11.2023 til 30.09.2024. Styremedlem, fra 27.04.2023 til 15.11.2023.	2023	0				185	42
Olaf Løberg	2024	0			0		
Nestleder fra 15.11.2023 til 26.09.2024. Styremedlem 06.12.2021 til 15.11.2023	2023	0			0		
Linda Evensen	2024	51			51		
Styremedlem, til 21.05.2024	2023	125			125		
Ørjan Gundersen	2024	32			32		
Styremedlem, til 31.03.2024	2023	125			125		

I tabell vises opptjente honorarer



Tabell 6 – Sammenligningstabell godtgjørelse for styret de siste 5 år

Tall i hele (tusen) kroner og prosent

Årlig endring	Endring fra foregående år					
	Måleenhet	2020	2021	2022	2023	2024
Godtgjørelse for styret						
Gunnar Bovim	kroner					
Styreleder, fra 26.09.2024	prosent					
Per Sverre Ersvik	kroner					6
Nestleder, fra 26.09.2024. Styremedlem, fra 15.11.2023 til 26.09.2024	prosent					5,2 %
Terje Gårdsmoen	kroner	10	3	4	6	6
Styremedlem, fra 26.06.2019	prosent	10,0 %	2,6 %	3,8 %	5,2 %	5,2 %
Marit Hermansen	kroner			4	6	6
Styremedlem, fra 28.06.2021	prosent			3,8 %	5,2 %	5,2 %
Sidsel Nordhagen	kroner					6
Styremedlem, fra 27.04.2023	prosent					5,2 %
Tom Christian Martinsen	kroner					
Styremedlem, fra 15.11.2023	prosent					
Anne Katrine Slungård	kroner					
Styremedlem, fra 26.09.2024	prosent					
Merete Skjelvik	kroner					
Styremedlem, fra 22.05.2024	prosent					
Roymond Johnsen	kroner					
Styremedlem, fra 22.05.2024	prosent					
Rune Hollås	kroner					
Styremedlem, fra 22.05.2024	prosent					
Ingvill Kvernmo	kroner					
Styreleder, fra 15.11.2023 til 30.09.2024. Styremedlem, fra 27.04.2023 til 15.11.2023.	prosent					
Olaf Løberg	kroner					
Nestleder fra 15.11.2023 til 26.09.2024. Styremedlem 06.12.2021 til 15.11.2023	prosent					
Linda Evensen	kroner	10	3	4	6	6
Styremedlem fra 29.11.2019 til 21.05.2024	prosent	10,0 %	2,6 %	3,8 %	5,2 %	5,2 %
Ørjan Gundersen	kroner			4	6	6
Styremedlem fra 28.06.2021 til 31.03.2024	prosent			3,8 %	5,2 %	5,2 %

Oppgitte kroneverdier er omregnet til å vise helårseffekter

Tomme celler i tabellen er ensbetydende med null kr i endring eller ikke aktuell da personene ikke har vært styremedlem i gitt år.



Redegjørelse for selskapets lederlønnspolitik

Helseplattformen AS har på lik linje med Helse Midt-Norge RHF som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende foretak/selskap.

Styreerklæring

Styret har i dag behandlet og vedtatt rapport for godtgjørelse til ledende personer til Helseplattformen AS for regnskapsåret 2024.

Det er påsett at godtgjørelse til ledende personer er i henhold til selskapets vedtekter pkt. 9, Statens retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel, allmennaksjeloven §6-16a og b, forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer og krav til lederlønnspolitik i Statens eierskapsmelding (meld. ST. 6 (2022-2023)).

Godtgjørelsesrapporten vil fremlegges for Generalforsamlingen for endelig vedtak.



Verifikasjon

Transaksjon 09222115557545029806

Dokument

Lederlønnsklæring Helseplattformen AS 2024

Hoveddokument

7 sider

Initiert på 2025-04-24 11:00:52 CEST (+0200) av

Helseplattformen AS (HA)

Ferdigstilt den 2025-04-25 10:04:29 CEST (+0200)

Initiativtaker

Helseplattformen AS (HA)

Helseplattformen AS

Organisasjonsnr. NO 922 307 814

arkiv@helseplattformen.no

+4748126490

Underskriverne

Gunnar Bovim (GB)

HP AS Styrets leder

gunnar.bovim@ntnu.no

Signert 2025-04-24 12:58:22 CEST (+0200)

Per Sverre Ersvik (PSE)

HP AS Styrets nestleder

per.sverre.ersvik@hustadvika.kommune.no

Signert 2025-04-24 11:05:54 CEST (+0200)

Terje Gårdsmoen (TG)

HP AS Styremedlem

terje.gaardsmoen@gmail.com

Signert 2025-04-24 13:13:24 CEST (+0200)

Tom Christian Martinsen (TCM)

HP AS Styremedlem

tom.christian.martinsen@stolav.no

Signert 2025-04-25 10:04:29 CEST (+0200)

Sidsel Nordhagen (SN)

HP AS Styremedlem

sidselnordhagen@gmail.com

Signert 2025-04-25 09:48:45 CEST (+0200)

Marit Hermansen (MH)

HP AS Styremedlem

marith@icloud.com

Signert 2025-04-24 15:13:08 CEST (+0200)

Anne Katrine Slungård (AKS)

HP AS Styremedlem

aks@tso.no

Signert 2025-04-24 12:41:39 CEST (+0200)

Merete Skjelvik (MS)

HP AS Styremedlem (Ansatte representant)

merete.skjelvik@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 14:12:03 CEST (+0200)

Rune Hollås (RH)

HP AS Styremedlem (Ansatte representant)

rune.andre.hollas@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 15:38:20 CEST (+0200)

Monica Nettet Devold (MND)

Styremedlem (vara Ansatte representant)

monica.nettet.devold@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 11:13:16 CEST (+0200)



Verifikasjon

Transaksjon 09222115557545029806

Siri Beate Berg (SBB)

HP AS Administrerende direktør

siri.beate.berg@helseplattformen.no

Signert 2025-04-24 13:02:06 CEST (+0200)

Denne verifiseringen ble utstedt av Scrive. Informasjon i kursiv har blitt verifisert trygt av Scrive. For mer informasjon/bevis som angår dette dokumentet, se de skjulte vedleggene. Bruk en PDF-leser, som Adobe Reader, som kan vise skjulte vedlegg for å se vedleggene. Vennligst merk at hvis du skriver ut dokumentet, kan ikke en utskrevet kopi verifiseres som original i henhold til bestemmelsene nedenfor, og at en enkel utskrift vil være uten innholdet i de skjulte vedleggene. Den digitale signeringsprosessen (elektronisk forsegling) garanterer at dokumentet og de skjulte vedleggene er originale, og dette kan dokumenteres matematisk og uavhengig av Scrive. Scrive tilbyr også en tjeneste som lar deg automatisk verifisere at dokumentet er originalt på: <https://scribe.com/verify>



Notat: Saksfremlegg til generalforsamlingen i Helseplattformen, 4. juni.

Fra eiergruppen v/Jan Frich 13. mai 2025

Sak 11 Samordning av ressurser i Helseplattformen AS og Hemit HF

Bakgrunn

I foretaksprotokoll av 27.10.2023 ble Helse Midt-Norge RHF gitt følgende oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet:

«Helse Midt-Norge RHF skal utrede og vurdere en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Helse Midt-Norges heleide IKT-tjenesteleverandør, Hemit HF, for å styrke kapasitet og kompetanse og sikre best mulig ressursutnyttelse i det pågående arbeidet med feilretting og forbedring av Helseplattformen.»

Oppdraget ble fulgt opp med vedtak om iverksettelse av utredning i foretaksmøte med Hemit HF og i ekstraordinær generalforsamling i Helseplattformen AS i november 2023.

Formålet med utredningen var å utrede alternative løsninger for samling av ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF for å møte framtida på best mulig måte.

Alternative løsninger ble vurdert opp mot følgende mål:

- Kostnadseffektive leveranser, hvor dobbeltarbeid og unødvendige samhandlingskostnader unngås
- Ivareta aktørenes interesser og eierskap
- Leveranse av sammenhengende tjenester med høy kvalitet og sikkerhet
- Innovasjonskraft og digitaliseringspartner for helsetjenesten som leverer rask verdi
- Bygge sterke og attraktive fagmiljø
- Andre forhold av vesentlig betydning

Følgende rammebetingelser ble gitt for utredningsarbeidet:

- Eksisterende samarbeidsavtale mellom Helse Midt- Norge RHF og kommuner skal bestå
- Eksisterende aksjonæravtaler i Helseplattformen AS skal bestå. I dag er eierandelene fordelt med 60 % til Helse Midt-Norge RHF og 40 % til kommunene. Rammebetingelsen innebærer at eierfordeling i et felles selskap ikke kan endres.
- Samarbeidet rundt Helseplattformen er bygd på en offentlig-offentlig samarbeidsmodell. Alle alternativer må være innenfor rammene for offentlig-offentlig samarbeid

Utredningsrapporten (del 1) ble behandlet i generalforsamlingen i Helseplattformen AS 2024 og i Foretaksmøtet for Hemit HF i mai 2024. Følgende fire modeller ble fremlagt til vurdering:

- Modell 1: Samling i ett felles selskap der Hemit HF og Helseplattformen AS i sin helhet går inn
- Modell 2: Samling av ressurser i et HMN-eid selskap. Helseplattformen AS beholdes som kontraktspart for sine kunder
- Modell 3: Utvidet bruk av Hemit HF som underleverandør til Helseplattformen AS
- Modell 4: Regulert, forpliktende samarbeid mellom to selvstendige parter

Generalforsamlingen i Helseplattformen AS 22. mai 2024 og foretaksmøte i Hemit HF 30. mai 2024 besluttet å utrede om det er mulig å gjennomføre modell 2: Samling av ressurser i et HMN-eid selskap, der Helseplattformen AS beholdes som kontraktspart for sine kunder, samtidig som det ble fastslått at modell 1 ses på som et langsiktig målbilde.

Modell 2 er blitt nærmere utredet og rapporten fra utredningens del 2 og mandat for videre arbeid og prosess ble behandlet i ekstraordinær generalforsamling for Helseplattformen AS den 19. februar 2025. Følgende ble enstemmig vedtatt i sak 5 *Samling av ressurser Helseplattformen og Hemit – nytt mandat*:

- *Generalforsamlingen tar rapporten «Samling av ressurser Helseplattformen AS og Hemit HF – modell 2» til orientering.*
- *Vedtakspunkt 2, alternativ 2:*
 1. *Generalforsamlingen ber om at det arbeides videre med å vurdere selskapsform (aksjeselskap eller helseforetak) og mulighetsrommet (herunder overdragelse av eierandeler, ansatte, forpliktelser og gjeld) for en løsning med en samling av ressurser i ett felles selskap der Hemit HF og Helseplattformen AS i sin helhet går inn, jf. tidligere utredning av modell 1.*
 2. *Det oppnevnes en likeverdig eiergruppe, ledet av HMN, med tre representanter fra kommunene og tre representanter fra HMN, som utreder og avklarer om samling i ett selskap er realistisk.*
 3. *En løsning med et samlet selskap skal vurderes opp mot dagens juridiske struktur med tiltak for å understøtte synergier mellom selskapene.*
 4. *Dersom minst to av eierrepresentantene fra hver eiergruppering anbefaler det, utvides eiergruppen til en styringsgruppe for arbeidet med 1 representant fra Hemit HF, 1 representant fra Helseplattformen AS, og 2 representanter for ansatte. Styringsgruppen ledes av Helse Midt-Norge RHF.*
 5. *Styringsgruppen sørger for utredning av relevante forhold knyttet til økonomiske gevinster og andre synergier for den selskapsmodell som er aktuell.*
 6. *Arbeidet med utredningen starter nå og status i arbeidet rapporteres til ordinær generalforsamling før sommeren 2025.*

Generalforsamlingen ønsket ikke å gå videre med modell 2 som løsning.

Saksutredning

I henhold til generalforsamlingens vedtak i møte 19.02.25 sak 5 vedtakspunkt 2 er en eiergruppe bestående av tre representanter fra kommunene og tre representanter fra Helse Midt-Norge etablert. Eiergruppen består av følgende:

- Jan Frich, Helse Midt-Norge RHF (leder)
- Tom Christian Martinsen, St. Olavs hospital HF
- Gunn Fredriksen, Helse Midt-Norge RHF
- Olaf Løberg, Trondheim kommune
- Arne Ingebrigtsen, Kristiansund kommune
- Geir Olav Jensen, Verdal kommune

Samling av virksomhetene i ett selskap

Eiergruppen har utredet og avklart om samling av virksomhetene i ett selskap er realistisk. Eierrepresentantene i den juridiske gruppen fra de to tidligere utredningene ble reengasjert for å vurdere mulige organisasjonsformer i en sammenslått virksomhet. Det er to mulige organisasjonsformer; aksjeselskap og helseforetak. Det vises til vedlagte notater (vedlegg 1 og 2) fra Simonsen, Vogt og Wiig, 27. februar 2025 og 25. mars 2025, for utfyllende vurderinger av alternativene som omtales kort her.

Aksjeselskap

I et aksjeselskap vil både kommunene og Helse Midt-Norge RHF fortsette som eiere. Dersom den nye virksomheten skal etableres som ett aksjeselskap, må Hemit HF oppløses som helseforetak. Oppløsning av et helseforetak godkjenning i foretaksmøte, jf. helseforetaksloven § 46. Hemit HF har i dag ansvar for områder som i et sammenslått selskap må anses å være spesifikt for spesialisthelsetjenesten, dette omfatter blant annet infrastruktur, sikkerhet og beredskap innfor for IT i Helse Midt-Norge. Partenes interesser, i den grad disse går utover den innflytelse som ordinær styrerepresentasjon gir, kan ivaretas gjennom utforming av aksjonæravtale. I denne modellen mener Helse Midt-Norge RHF det er en risiko knyttet til å ivareta Helse Midt-Norges interesser i Hemit HF.

Helseforetak

Et helseforetak kan bare eies av regionale helseforetak og helseforetak jf. helseforetaksloven §2, tredje ledd. Dersom en felles virksomhet skal organiseres som et helseforetak, medfører det derfor at kommunene må selge sine eierandeler til Helse Midt-Norge. Kommunenes interesser må i en slik modell, ivaretas gjennom avtaler med leveranseselskapet. Dette er en modell som kommunene mener ikke vil ivareta deres interesser tilfredsstillende og derfor vurderes som lite aktuell fra deres ståsted.

Eiergruppens vurdering

Eiergruppen vurderer at en sammenslåing av selskapene er mulig ut fra et juridisk ståsted. Samtidig er det nødvendig å hensynta vedtaket i Stortinget 18. februar 2025 som innebærer at det vil pågå en analyse av Helseplattformen og prosess som sannsynligvis vil strekke seg ut i 2026. En vesentlig endring i selskapsstrukturen vil kreve politisk behandling i samtlige 34 eierkommuner og i styret i Helse Midt-Norge RHF. En evt. oppløsning av et helseforetak må vedtas i foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF og følgelig ha tilslutning fra eier (Helse- og omsorgsdepartementet). Eiergruppen mener derfor at det ikke er riktig tidspunkt for en større endringsprosess rundt Helseplattformen nå.

Oppdraget som ble gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF høsten 2023 var å *utrede og vurdere en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Helse Midt-Norges heleide IKT-tjenesteleverandør, Hemit HF, for å styrke kapasitet og kompetanse og sikre best mulig ressursutnyttelse*. Oppdraget fra departementet handlet om samling av ressurser, ikke primært om sammenslåing av selskapene.

Sentralt for eierne er målsettingen om å effektivisere driften av de to virksomhetene for å redusere de totale kostnadene innen IT-tjenester. Prosessen med utredning om samling av ressurser som har pågått i 2024 og 2025 har ledet til bedre samarbeid mellom Hemit HF og Helseplattformen AS. Det er blant annet etablert en samarbeidsavtale som skal sikre at de i fellesskap skal kunne levere tjenester til helseforetakene på områder hvor begge har et leveranseansvar gjennom eksisterende tjenesteavtaler. Det er regelmessige møter mellom ledelsen og styrelederne i selskapene for å sikre framdrift på utvalgte samarbeidsområder. Eiergruppen mener derfor at alternativet med et tettere samarbeid mellom Hemit HF og Helseplattformen AS bør utredes nærmere. Eiergruppen besluttet derfor, innenfor rammen av oppdraget som generalforsamlingen har gitt, å iverksette et arbeid for å vurdere hvilke prosessuelle og økonomiske synergier som er mulig å oppnå gjennom et forsterket samarbeid, samlokalisering og økt funksjonsfordeling mellom Helseplattformen AS og Hemit HF.

De administrerende direktørene i Helseplattformen AS og Hemit HF har utarbeidet et notat (vedlegg 3) som på overordnet nivå beskriver hvordan synergier som vil gi kostnadsbesparelser og økt produktivitet i et tettere samarbeid mellom virksomhetene, vil kunne realiseres.

Med utgangspunkt i notatet og de skisserte gevinstområder fra utredningens del 2, vurderte eiergruppen i sitt møte den 7.5.25 mulighetene som ligger i et forsterket samarbeid. Notatet tar utgangspunkt i oversikten over gevinstpotensialet som ble utarbeidet i utredningen av modell 2, hvor følgende gevinstområder ble skissert.

Funksjon	Hemit FTE	Helse-plattformen FTE	Sum FTE	Gevinst samordning (FTE)	FTE etter sammenslåing	Kost pr FTE	Mulig gevinst 100% oppnåelse (mill.kroner)	Mulig gevinst 75% oppnåelse (mill.kroner)	Mulig gevinst 50% oppnåelse (mill.kroner)	Beskrivelse
Support	28,0	8,0	36,0	5,0	31,0	1,2	6,0	4,5	3,0	Stordriftsfordel ved sammenslåing. Support består i dag av Hemithjelp som bistår HFene både med tekniske utfordringer, feil på tilganger og 1. linje på Helseplattformen. Hemithjelp har utvidet åpningstid. I HPAS er Support 2. og 3. linje for Helseplattformen, åpningstid 7-17.
Integrasjoner	18,0	13,0	31,0	8,0	23,0	1,2	9,6	7,2	4,8	Antall integrasjoner i Hemit tas ned etter innføring av HP. Ett felles team bestående av ressurser fra begge selskap skal kunne håndtere de eksisterende integrasjonene i
Stab	26,3	29,8	56,1	13,1	43,0	1,2	15,7	11,8	7,9	Stabene kan reduseres pga doble funksjoner
Ledelse	32,0	25,0	57,0	12,0	45,0	1,2	14,4	10,8	7,2	Felles ledergruppe, reduksjon av det totale antall nivå 2 ledere. Færre ansatte gir totalt også færre ledere. Lederoppfølgingen
Rapportering	13,5	8,0	21,5	2,5	19,0	1,2	3,0	2,3	1,5	Et samlet team, med felles mål og fokus på leveranser til sluttbrukere, vil kunne prioritere sammen og enes om bruk av verktøy. Også med
Applikasjonsdrift	120,0	100,0	220,0	20,0	200,0	1,2	24,0	18,0	12,0	Profesjonalisering og automatisering av drift vil alene gi vesentlig effektivisering. Felles prioritering av på tvers av hele
Prosjekt- og porteføljestyling	47,0	6,0	53,0	5,0	48,0	1,2	6,0	4,5	3,0	Felles prosjekt- og porteføljestyling forventes å gi bedre ressursutnyttelse og behov for færre
Tilgangstyring	8,0	7,4	15,4	2,0	13,4	1,2	2,4	1,8	1,2	Helhetlig ende til ende ansvar for tilgangsstyring for HFene gir både effektivisering- og
Basis drift	99,0	7,0	106,0	2,0	104,0	1,2	2,4	1,8	1,2	Sammenslåing vil medføre noe
ITIL roller	5,5	4,5	10,0	1,0	9,0	1,2	1,2	0,9	0,6	På sikt mulighet til noe effektiviseringsgevinst gjennom tjenesteorganisering og helhetlig
Opplæring	4,8	8,0	12,8	0,0	12,8	1,2	0,0	0,0	0,0	Kvalitetsgevinst ved samling av ressurser
Sum	402,1	216,7	618,8	70,6	548,2	13,2	84,7	63,5	42,4	
Øvrige kostnadsreduksjoner										
Vakttlag	12,0	3,7	15,7				4,0	3,0	2,0	Samordning av vakttlag vil gi bedre utnyttelse av
Lokaler							7,0	5,3	3,5	Redusert behov for lokaler pga redusert bemanning. Esimert 10% reduksjon i kostnader
Eksterne konsulenter							2,5	1,9	1,3	
Sum ikke lønnsavhengige kost	12,0	3,7	15,7	0,0		0,0	13,5	10,1	6,8	
Sum kostnadsreduksjoner			634,5	70,6	548,2	13,2	98,2	73,7	49,1	

For å kunne realisere gevinstpotensialet har Hemit HF og Helseplattformen AS, gjort overordnede vurderinger av områdene som ble beskrevet i utredningsrapporten om det er mulig å realisere helt eller delvis uten at selskapene i første omgang blir sammenslått. Tre forslag til mulige tilnærminger er vurdert:

1. Ny fordeling av oppgaver vil si at enkelte typer oppgaver bare gjøres i et av selskapene. Det må startes en omstillingsprosess for å vurdere hvordan dette løses i praksis.
2. Etablering av felles enhet for utvalgte områder gjøres der begge selskapene vil ha behov for funksjonene for å kunne levere sine tjenester. Det må startes en prosess for å se på hvordan felles enheter skal løses organisatorisk.
3. Etablering av felles produkter gjøres som en del av den pågående transformasjon til produktutvikling som Helseplattformen AS er i ferd med å gjennomføre og hvor Hemit HF allerede er invitert inn. Her er det behov for en tydeligere retning fra Hemit HF side.

For å vurdere gjennomførbarheten for hver av de tre foreslåtte tilnærmingerne, har Hemit HF og Helseplattformen AS satt ned tre arbeidsgrupper. Hver arbeidsgruppe har fått ansvar for å vurdere hvilke tjeneste- og funksjonsområder i de to selskapene som er egnet å samordne innenfor sitt ansvarsområde. Arbeidsgruppene er gitt frist før sommeren til å gjøre vurderingene og foreslå tiltak.

Eiergruppen støtter den fremlagte tilnærmingen til arbeidet, og har bedt Hemit HF og Helseplattformen AS arbeide videre med å konkretisere gevinstpotensialet.

Eiergruppen vurderer at en overordnet føring for det videre arbeidet må være at funksjoner som ligger tett på drift og forvaltning av Helseplattformen samles i Helseplattformen AS, mens tekniske funksjoner samles i Hemit HF. Eiergruppen vurderer at det må legges vekt på balanse med hensyn til overføring av oppgaver på tvers av de to selskapene. Kombinerte stillinger på tvers av de to selskapene kan også være et egnet virkemiddel.

Eiergruppen viser til notatet som beskriver potensialet ved økt samordning og mener det bør være en ambisjon at de første organisatoriske endringene må være på plass fra 1. januar 2026. Videre mener eiergruppen at målet må være å oppnå minst halvparten av det skisserte gevinstpotensialet vist i tabellen over, dvs. at det utløses synergier svarende til om lag 50 mill. kroner.

Gevinstuttaket vil skje gradvis i tråd med at omstillingstiltakene gjennomføres. Virksomhetene må fra nå og fremover arbeide systematisk og samarbeide om bemanning, og konferere med hverandre rundt oppstått behov for nyansettelser for å se om det er mulig å løse dette gjennom å utveksle personell. Eiergruppen mener det vil være ønskelig at det gjennomføres en evaluering av effekter og erfaringer etter to år.

For å legge til rette for økt samordning må samarbeidsavtalen om Helseplattformen utvides til også å omfatte Hemit HF slik at dette helseforetaket inngår i det offentlig-offentlige samarbeidet rundt Helseplattformen, i tråd med intensjonen når samarbeidsavtalen ble inngått (Hemit var en avdeling i Helse Midt-Norge RHF på det tidspunktet, før utskillelse som eget helseforetak fra 1.1.2022).

Videre må generalforsamling i Helseplattformen gi aksept til at det kan gjøres kjøp av tjenester mellom selskapene som trengs for at den foreslåtte samordningen kan gjennomføres (i tråd med aksjonæravtalens bestemmelser).

Til orientering er det 24. april 2025 behandlet en sak i styret i Helse Midt-Norge RHF om samordning av ressurser i Helseplattformen AS og Hemit HF (sak 73-2025), hvor styret i Helse Midt-Norge RHF stiller seg positiv til at det gjennomføres en nærmere vurdering av mulig gevinster ved et forsterket samarbeid, samlokalisering og økt funksjonsfordeling mellom Helseplattformen AS og Hemit HF.

Eiergruppen anbefaler generalforsamlingen å fatte følgende vedtak:

- 1. Generalforsamlingen konstaterer at det på det nåværende tidspunkt ikke er hensiktsmessig å samle Hemit HF og Helseplattformen AS i ett felles selskap.*
- 2. Generalforsamlingen ber om at det, for å oppnå gevinster i form av kostnadsbesparelser, økt produktivitet og bedre tjenesteleveranser, arbeides videre med å bedre samordningen og funksjonsfordelingen på tvers av Hemit HF og Helseplattformen AS, med sikte på at endringer kan tre i kraft senest 1. januar 2026.*
- 3. Generalforsamlingen ber om å bli orientert om status for arbeidet og planer i en ekstraordinær generalforsamling i september eller tidlig i oktober 2025.*

4. *Generalforsamlingen vedtar at samarbeidsavtalen om Helseplattformen utvides til også å omfatte Hemit HF slik at dette helseforetaket inngår i det offentlig-offentlige samarbeidet rundt Helseplattformen.*
5. *Generalforsamling gir aksept for at det kan gjøres kjøp av tjenester og etablering av kombinerte stillinger mellom selskapene, som trengs for at den foreslåtte samordningen kan gjennomføres (i tråd med aksjonæravtalens bestemmelser). Selskapets revisor skal i etterkant av at avtaler om kjøp er inngått rapportere til generalforsamlingen om at avtalene har medført gevinst ved kostnadsbesparelser, og er balanserte med hensyn til fordeling av gevinst mellom kjøper og selger.*
6. *Generalforsamlingen ber om at det planlegges for en evaluering innen våren 2027 for å avklare i hvilken grad økt samordning og funksjonsfordeling har resultert i ønske gevinster.*

Vedlegg:

1. Notat av 27. februar 2025 fra Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS: Sammenslåing av Helseplattformen AS og Hemit HF – Valg av organisasjonsform
2. Notat av 25. mars 2025 fra Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS: Avklaringsbehov for vurdering av organisering av IT i helseregion Midt-Norge
3. Notat av 6. mai 2025 fra adm.dir. Hemit HF og Helseplattformen AS: Tettere samarbeid for å oppnå kostnadsbesparelser og økt produktivitet,

Til: Helseplattformen AS
Fra: Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS

Ansvarlig advokat:
Tor Stokke

Vår ref.:
82095514 TST/EHT

Oslo
27. februar 2025

SAMMENSLÅING AV HELSEPLATTFORMEN AS OG HEMIT HF - VALG AV ORGANISASJONSFORM

1 Innledning

Helseregion Midt-Norge samarbeider om innføring av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system (PAS/EPJ). Samarbeidet er satt opp med avtaler og med et aksjeselskap, Helseplattformen AS («**HPAS**»). HPAS eies i dag av Helse Midt-Norge RHF («**HMN**») (60 %) og kommunene som benytter journalsystemet (40 %). Kjernen i samarbeidet er en leveranse fra Epic Systems Corporation («**Epic**») under en kontrakt Epic vant etter en kunngjort konkurranse.

Hemit HF («**Hemit**») er organisert som et helseforetak som er heleid av HMN, og som har ansvar for sentral drift og forvaltning av det felles IKT-systemet for HMN. Hemit leverer også driftsplattformen til Helseplattformen. Hemit var tidligere en avdeling i HMN, men ble skilt ut som et eget HF underlagt HMN.

Det vurderes å samle all virksomhet, herunder alle eiendeler, rettigheter og forpliktelser som i dag ligger i HPAS og Hemit i enten ett felleseiet aksjeselskap eller ett helseforetak. I den forbindelse er vi bedt om å vurdere hvilken selskaps-/foretaksform som vil være best egnet totalt sett basert på partenes oppgaver og interesser, samt hvordan en sammenslåing eventuelt vil kunne gjennomføres.

Notatet tar for seg relevante problemstillinger knyttet til selskapsrett, ansettelsesforholdene, pasientjournalloven, offentligrettslige regler og personvern. Notatet tar også for seg en rekke anskaffelsesrettslige problemstillinger som reises ved sammenslåingen.

I tillegg til de juridiske problemstillingene som vurderes i dette notatet, må forhold knyttet til skatt og avgift vurderes. Vår forståelse er at dette skal vurderes av andre.

2 Oppsummering og råd

Det er særlig det selskapsrettslige/styringsmessige og det anskaffelsesrettslige som står mot hverandre.

Begge foretaksformer vil kunne benyttes ved en sammenslåing av virksomhetene i HPAS og Hemit.

For Helse Midt-Norge fremstår den beste og enkleste løsningen basert på en selskapsrettslig vurdering å være helseforetaksmodellen. Dette bl.a. fordi Helse Midt-Norge da vil ha full kontroll over foretaket og den potensielle interessekonflikten vi antar vil kunne oppstå mellom eierne i et felleseiet selskap vil

enkler kunne unngås. Siden kommunene ikke vil kunne være eiere i et helseforetak vil kommunenes særinteresser måtte avtalereguleres og det vil derfor uansett kunne oppstå uenighet om vedtak og prioriteringer om de ulike virksomhetsområdene.

For kommunene fremstår aksjeselskapsformen som mest hensiktsmessig, særlig fordi kommunene da vil kunne være eiere i selskapet og derigjennom ha direkte tilgang til selskapet og innflytelse på relevante beslutninger. Det at kommunene er eiere vil antakelig også medføre at kommunenes fokus og bidrag inn i selskapet vil være større enn ved bruk av helseforetaksmodellen, noe som vil være positivt for begge sider. Utfordringene med aksjeselskapsformen vil ikke primært være rettslige, men mer styringsmessige. Dette mener vi kan reguleres på en tilfredsstillende måte i en aksjonæravtale, herunder slik at spesialisthelsetjenestens behov på områder utenfor det som i dag inngår i helseplattformsamarbeidet sikres. Det er imidlertid ikke til å komme bort fra at et sammenslått selskap ikke gir like god kontroll som et selskap man eier og styrer alene. Satt på spissen vil det være slik at for å hente «stordriftsfordeler» vil man måtte akseptere noen «stordriftsulempere».

Anskaffelsesrettslig vil det klart mest robuste være at partene oppretter et felleseid aksjeselskap, der både HMN og kommunene er eiere. I en slik situasjon kan man rigge seg slik at leveranser fra den nye enheten skjer direkte til eierne (og HMNs datterforetak) i medhold av reglene om utvidet egenregi.

Dersom man ønsker en løsning der kun HMN er eier oppstår vanskelige anskaffelsesrettslige problemstillinger. Det kan ikke utelukkes at også en slik løsning kan fungere anskaffelsesrettslig, men da må grunnlaget være enten unntaket for offentlig-offentlig samarbeid eller unntaket for enerett. Ved begge disse løsningene vil det hefte anskaffelsesrettslig risiko.

I avveiningen mellom det selskapsrettslige, som i realiteten gjelder hensiktsmessighet og det anskaffelsesrettslige, som gjelder hele løsningens lovlighet, anser vi det best juridisk å prioritere det anskaffelsesrettslige. Det juridiske rådet er derfor å velge en organisering der også kommunene er eiere og der man kan basere seg på unntaket for utvidet egenregi. Dersom man i en aksjonæravtale ønsker å regulere det slik at kommunene gis mindre kontroll over den delen av Hemit-virksomheten som ikke angår dem enn det eierandelen skulle tilsi bør dette i utgangspunktet være mulig. For å begrense anskaffelsesrettslig risiko knyttet til kontrollvilkåret bør likevel ikke kommunenes kontroll over den nye enheten begrenses mer enn nødvendig og heller ikke elimineres helt. Samtidig gis kommunene, gjennom aksjonæravtalen, en viss kontroll (i betydningen minoritetsinnflytelse) over de delene av den nye enheten som kommunene har interesse i.

I tillegg til de juridiske problemstillingene som vurderes i dette notatet, må forhold knyttet til skatt og avgift vurderes.

3 Selskapsrettslige problemstillinger

3.1 Innledning

Under dette punkt 3 vil vi se nærmere på de to aktuelle foretaksformene fra et overordnet selskapsrettslig ståsted, herunder hvordan en eventuell sammenslåing kan gjennomføres. Vi tar imidlertid ikke sikte på å redegjøre i detalj om de selskapsmessige likheter og forskjeller eller hvordan en sammenslåing i detalj skal gjennomføres og reguleres. Det vil vi eventuelt måtte komme tilbake til når ønsket modell er valgt.

3.2 Er det begrensninger i hva slags foretaksform som kan benyttes for den samlede virksomhet?

3.2.1 Kan virksomheten i Hemit organiseres i et aksjeselskap?

Det første spørsmålet som vurderes er om det er forhold som tilsier at virksomheten som i dag ligger i og drives av Hemit ikke kan legges inn i et aksjeselskap. Er helseforetaksloven for eksempel til hinder for dette?

Det følger av helseforetaksloven § 42 første ledd at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester skal organiseres som helseforetak, eventuelt som ansvarlig selskap etter selskapsloven dersom flere foretak eier virksomheten sammen. En virksomhet anses å yte spesialisthelsetjenester når den har kliniske funksjoner, medisinske funksjoner eller andre helsefaglige servicefunksjoner.

Virksomhet som er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester *kan* også organiseres i helseforetak. Helseforetak *kan* videre drive forskning og undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tilgrensende virksomhet og tjenester som ikke er å anse som spesialisthelsetjenester i helseforetakslovens forstand kan derimot organiseres i andre foretaksformer enn som helseforetak, men slik annen foretaksform må være selskap med begrenset ansvar. I praksis betyr dette i form av aksjeselskap.

Etter det vi kjenner til er det ingen deler av den virksomhet som i dag drives av Hemit som er å anse som spesialisthelsetjenester og i så fall vil det være adgang til å flytte over virksomheten som i dag ligger i Hemit til et aksjeselskap.

3.2.2 Kan virksomheten i Helseplattformen AS organiseres i et helseforetak?

Er det forhold som tilsier at virksomheten som i dag ligger i og drives av HPAS ikke kan legges inn i og driftes av et helseforetak? Er Helseforetaksloven til hinder for dette?

Etter helseforetaksloven § 42 tredje ledd, fordrer bruk av HF-formen også at virksomheten er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester. IT-tjenester knyttet til pasientjournal og andre IT-systemer er åpenbart en slik nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester, og da er neppe HF-formen utelukket selv om det til en viss grad også ytes IT-tjenester til andre, i hvert fall ikke når disse tjenestene er knyttet til avtale om felles journal etter pasientjournalloven § 9. Etter vår vurdering må derfor virksomheten som i dag utøves i HPAS kunne organiseres i et helseforetak.

3.3 Er det begrensninger i hvem som kan eie et aksjeselskap og et helseforetak?

3.3.1 Hvem kan eie et helseforetak?

Det er kun regionale helseforetak og helseforetak som kan eie helseforetak, jf. helseforetaksloven § 2 tredje ledd. Dette innebærer at Trondheim kommune og andre kommuner ikke vil kunne være formelle eiere i et helseforetak. Dersom andre skal være inne på eiersiden, må AS-formen brukes, jf. helseforetaksloven § 42 tredje ledd.

3.3.2 *Er det begrensninger i hvem som kan eie et aksjeselskap som eventuelt skal drive den felles virksomhet som i dag ligger i både HPAS og Hemit?*

Kan Helse Midt-Norge RHF og kommunene fritt eie aksjer i et sammenslått aksjeselskap? Eller gjelder det begrensninger i hva slags selskapstyper disse kan ha eierinteresser i avhengig av hva slags virksomhet som vil bli drevet i det sammenslåtte selskapet?

Etter Helseforetaksloven § 42 tredje ledd kan et foretak eie virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjenester enten alene eller sammen med andre. Er det virksomhet som er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester, kan denne organiseres som helseforetak. Annen virksomhet, dvs. virksomhet som verken er å anse som spesialisthelsetjenester eller som er en nødvendig og sentrals forutsetning for å kunne yte spesialisthelsetjenester, kan derimot ikke organiseres som et helseforetak, men må organiseres som selskap med begrenset ansvar. I praksis betyr dette som aksjeselskap (AS), men f.eks. ikke som et ansvarlig selskap (ANS eller DA).

Når det gjelder Trondheim kommune og øvrige kommuner kan vi ikke se at det foreligger noen begrensninger som skulle være til hinder for at dagens virksomhet i HPAS og Hemit legges inn i et aksjeselskap der kommunene er eiere.

3.4 **Eierskap, organisering og styring av henholdsvis aksjeselskap og helseforetak**

3.4.1 *Oversikt*

Hvilke fordeler og ulemper vil foreligge med bruk av henholdsvis aksjeselskap og helseforetak i forhold til styring, finansiering, drift og ansvar for eierne og foretaket selv?

Aksjeloven vil gjelde for et AS, mens helseforetaksloven vil gjelde for et HF. Helseforetaksloven er særskilt tilpasset de særlige hensyn som gjelder for organisering av den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten, med tilhørende pasientrettigheter og «sørge for-ansvar» overfor borgerne. For en «støttetjeneste» som IT, er det ikke uten videre gitt at helseforetaksloven er bedre egnet enn aksjeloven.

Aksjeloven er i første rekke ment for en eller flere eiere som ønsker å drive virksomhet med et økonomisk formål, dvs. å generere overskudd over tid og der ansvaret er begrenset til innskutt kapital. Aksjeselskapsformen brukes imidlertid også i ikke ubetydelig utstrekning for virksomhet som ikke har et økonomisk, men et ideelt/idealistisk formål og som ønsker å begrense risikoen (slik som HPAS). Bl.a. som følge av begrensningene i hvem som kan eie et helseforetak er aksjeloven videre i langt større egnet for et skiftende eierskap enn helseforetaksformen.

3.4.2 *Eierskap og organisering*

Både et AS og et HF kan styres gjennom eierbeslutninger, i generalforsamling eller foretaksmøte. Eier i et HF kan kun være et regionalt helseforetak (og/eller helseforetak), som i sin tur er heleid av staten. Statsråden utøver statens eierrolle i foretaksmøtet i regionalt helseforetak. Kommuner og andre kan som nevnt ikke være eiere i et helseforetak.

I et AS kan det derimot også være andre eiere enn regionalt helseforetak eller helseforetak. Foretaksmøtet i regionalt helseforetak (statsråden) kan instruere regionalt helseforetak om utøvelse av eierrollen i et AS gjennom å instruere styret i det regionale helseforetaket hvordan det skal utøve sitt eierskap i AS'et.

Organisering, kompetanse- og rollefordelingen og saksbehandling i et helseforetak tilsvarer i stor grad det som gjelder for aksjeselskap. Se dog nedenfor om åpne styremøter for helseforetak.

Eierstyringen av helseforetakene utøves av den som representerer det regionale helseforetaket som eier. Normalt er dette styret i det regionale helseforetaket. Daglig leder av det regionale helseforetaket kan representere det regionale helseforetaket i konkrete situasjoner dersom styret utpeker dette.

Foretaksledelsen (styret og daglig leder) har det direkte ansvaret for den løpende drift og myndighet til å ta beslutninger knyttet til dette på samme måte som styret og daglig leder i et aksjeselskap mens eiers hovedansvar er å gjøre foretaket i stand til å ivareta dette på samme måte som aksjonærene i et AS. I motsetning til i aksjeselskap der eiers rett til å gripe direkte inn i selskapets virksomhet gjennom vedtak på generalforsamlingen er begrenset til å kunne instruere styret er det ingen tilsvarende begrensninger for hva eier gjennom foretaksmøtet i et helseforetak vil kunne gripe inn i og fatte vedtak om i forhold til det som ligger innenfor foretakets oppgaver og ansvarsområder.

Styret i et helseforetak skal ha minst 5 medlemmer mens det ikke gjelder et minste antall styremedlemmer for aksjeselskaper. I et helseforetak kan ikke daglig leder være medlem av styret mens en tilsvarende begrensning ikke gjelder for aksjeselskap. Videre har begge selskapsformer tilsvarende regler om ansatterepresentasjon og kjønnsrepresentasjon i styrene. Utover dette gjelder det ingen særskilte regler for hvem som kan være styremedlem i et helseforetak. Dette innebærer at representant(er) for kommunene eksempelvis vil kunne velges inn i styret i et helseforetak.

En viktig forskjell å være klar over er at styremøtene i et aksjeselskap ikke er offentlige mens det motsatte gjelder for helseforetak. I helseforetak skal styremøtene holdes for åpne dører med mindre annet følger av lovbestemt taushetsplikt eller som følge av vedtak av styret i de særskilt angitte tilfellene som angitt i helseforetaksloven § 26a, annet ledd.

På den annen side bør det nevnes at en effekt av å samle all virksomhet i et felles aksjeselskap vil bety at kommunene som aksjonærer og eventuelt gjennom representasjon i styret ikke bare vil kunne få innflytelse på spørsmål som gjelder virksomheten til dagens HPAS, men også den virksomhet som i dag drives av Hemit og som ikke berører kommunene. Dette kan skape utfordringer ift. beslutninger og prioriteringer mellom de forskjellige aksjonærgruppene i forhold til de to «virksomhetsområdene» HPAS og Hemit, men dette vil kunne reguleres i en aksjonæravtale for det felleseide selskap.

3.4.3 *Lån, garantier og ansvar for forpliktelser*

Aksjeselskaper er egne, selvstendige rettssubjekter der ansvaret er begrenset, dvs. der eierne, dvs. aksjonærene ikke kan holdes ansvarlig for selskapets forpliktelser med mindre det foreligger et særskilt grunnlag. Dette i motsetning til et helseforetak der eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

Som følge av ansvarsformen i et aksjeselskap er det langt strengere krav i et aksjeselskap til hvordan og i hvilken utstrekning kapital kan tas ut av og tilføres et aksjeselskap enn et helseforetak.

I både aksjeselskaper og helseforetak har styret ansvaret for foretakets økonomi og av samme grunn er styret gitt vetorett med hensyn til overføring av verdier og i så fall hvor mye fra helseforetaket til dets eier. I motsetning til hva som gjelder for aksjeselskap ingen klare rammer eller grenser for hvor mye som kan overføres/deles ut fra et helseforetak. Dette som følge av at eier av helseforetaket hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser i motsetning til aksjonærene i et aksjeselskap der ansvaret er begrenset til innskutt kapital.

Helseforetak kan ikke ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang. Helseforetak kan videre ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser. For aksjeselskaper gjelder ingen slike begrensninger.

Konkurs og gjeldsforhandling etter konkursloven kan ikke åpnes i helseforetak og et helseforetaks eiendeler kan ikke være gjenstand for utlegg eller arrest. Tilsvarende regler gjelder ikke for et aksjeselskap.

3.5 Dersom den samlede virksomhet legges inn i et helseforetak, hvordan kan kommunenes interesser ivaretas?

Dersom den samlede virksomheten legges inn i et aksjeselskap kan kommunenes interesser ivaretas på lignende måte som i HPAS i dag.

Dersom den samlede virksomhet legges inn i et helseforetak vil kommunene som i dag er minoritetsaksjonærer i HPAS ikke kunne være eiere i helseforetaket og som følge av det heller ikke ha noen direkte innflytelse over styringen av eller beslutningene som vedtas i helseforetaket i henhold til Helseforetaksloven. Dette i motsetning til dagens situasjon der kommunene gjennom sitt eierskap i HPAS har visse rettigheter etter aksjeloven som aksjonærer. Basert på eierskapet har kommunene etter loven imidlertid ikke krav på styreplass, men har visse minoritetsrettigheter og samlet har kommunene negativt flertall som kan stoppe vesentlige endringer som vedtektsendringer, kapitalendringer, fusjon, fisjon og avvikling. I tillegg foreligger det en aksjonæravtale for HPAS der kommunene (Trondheim kommune) i punkt 8 er sikret visse utvidede vetorettigheter gjennom kravet om 2/3 flertall på selskapets generalforsamling for visse beslutninger.

Ser vi bort fra de beslutninger som angår selve driften og finansieringen av HPAS, kan vi imidlertid ikke se at kommunene gjennom sitt eierskap, herunder gjennom aksjonæravtalen har rettigheter (og plikter) relatert til tjenestene de får levert fra HPAS som ikke burde kunne ivaretas på en god måte gjennom avtaler (uten eierskap i HPAS). Kommunene vil riktignok miste sin (begrensede) direkte innflytelse og innsyn i selskapet som leverer tjenestene til kommunene (i dag HPAS), men vi mener at kommunene skal kunne gis tilsvarende rettigheter og kontroll over de tjenestene kommunene har behov for på avtalebasis. Med dette mener vi at det vil kunne etableres et avtalebasert samarbeid mellom kommunene, helseforetaket og dets eier (Helse Midt-Norge RHF) som er ganske «fast i formen» (i medhold av helseforetaksloven § 41). På denne måten vil kommunene gis påvirkningsmulighet hos eier av helseforetaket før eier fattet beslutninger i helseforetaket som gjelder pasientjournaltjenester (herunder leveransesikkerhet, kostnadskontroll, kostnadsfordeling, adgangen til å si opp/trekke seg ut osv. som i dag følger av samarbeidsavtalen(e) og aksjonæravtalen). Derimot mener vi at det neppe vil være adgang til å gi kommunene direkte og formell beslutningsmyndighet eller vetorett i helseforetaket eller på annen måte gi kommunene en rett til å kontrollere beslutningene i helseforetaket. Dette bl.a. fordi eier av helseforetaket (som til syvende og sist er staten) er ubegrenset ansvarlig for helseforetakets forpliktelser.

Dersom det er ønskelig mener vi som nevnt over at det også vil være adgang til å velge inn en representant for kommunene i styret i helseforetaket for å gi kommunene innsyn og en viss medbestemmelsesrett i helseforetaket.

3.6 Dersom den samlede virksomhet legges inn i et aksjeselskap, hvordan kan de ulike aksjonærgruppens interesser ivaretas?

Dersom den samlede virksomhet legges inn i et felleseiet aksjeselskap vil begge de to aksjonærgruppene, dvs. henholdsvis Helse Midt-Norge og kommunene, bli eiere og få innflytelse over den samlede virksomhet og ikke bare den virksomhet som direkte angår den enkelte aksjonærgruppe. Hvor stor eierandel og dermed innflytelse etter aksjeloven de to ulike aksjonærgruppene vil få vil som utgangspunkt bli et resultat av de nettoverdiene hver enkelt part skyter inn i selskapet. Uten en nærmere verdivurdering av de to foretakene fra en uavhengig part er det vanskelig å si noe om verdiforholdet, men basert på den virksomhet disse foretakene driver og tilgjengelige regnskap for 2023 er det neppe snakk om betydelige verdier. HPAS hadde per utgangen av 2023 en negativ egenkapital på drøye NOK 400 millioner mens Hemit hadde en positiv egenkapital på drøye NOK 40 millioner. Basert på dette og dagens eierskap i de to selskapene er det derfor grunn til å tro at kommunenes samlede eierandel vil bli lavere enn dagens 40 % og antakelig også lavere enn 33,4% som gir negativt flertall. Eierandelene i det nye selskapet vil imidlertid kunne justeres i henhold til det partene måtte bli enige om og som anses formålstjenlig.

Som følge av at Helse Midt-Norge vil ha interesse i begge «virksomhetsområder» mens kommunene formodentlig i all hovedsak vil ha interesse knyttet til den delen av virksomheten som vil være en videreføring av HPAS, kan det oppstå interessekonflikter og uenighet om prioriteringer mellom de to ulike aksjonærgrupperingene ift. de to virksomhetsområdene. Dette kan særlig komme på spissen dersom f.eks. kommunene samlet skulle få en eierandel og innflytelse som innebærer at de etter aksjeloven vil kunne stemme ned beslutninger som er viktige for Helse Midt-Norge i relasjon til «Hemit-virksomheten», men som ikke anses viktig eller i strid med kommunenes interesser knyttet til HPAS-virksomheten. Likeledes kan det oppstå uheldige situasjoner dersom Helse Midt-Norge i kraft av sin majoritetsandel skulle kunne prioritere noen deler av virksomheten på bekostning av de delene av virksomheten som direkte og indirekte berører kommunene.

Et felles aksjeselskap med to eiergrupperinger der den ene eiergrupperingen kun har interesse knyttet til det ene virksomhetsområdet mens den andre eieren har interesse knyttet til begge virksomhetsområder vil som nevnt kunne skape noen utfordringer og interne spenninger. Vi mener imidlertid at partenes til dels ulike interesser og behov vil kunne ivaretas på en god måte gjennom et tilpasset eierskapsnivå kombinert med en utfyllende aksjonæravtale der partenes særinteresser og felles interesser kan reguleres i mer detalj for selskapets drift og ulike virksomhetsområder. Med dette mener vi bl.a. at kommunene vil kunne gis merinnflytelse (ift hva eierskapet tilsier etter aksjeloven) på de områder som direkte angår dagens HPAS mens Helse Midt-Norge sikres nødvendig innflytelse og kontroll på øvrige deler av det felleseide selskap. I forhold til helseforetaksformen vil det nok også være enklere å gi kommunene slik (mer-)innflytelse i et aksjeselskapet som følge av at kommunene er eiere i selskapet.

3.7 Omdanning til ett felles selskap/foretak

3.7.1 Dersom helseforetaksformen skal benyttes, hvordan overføre dagens virksomhet i HPAS til et helseforetak, evt. til Hemit?

Det følger av Helseforetaksloven § 50 første ledd at «Fylkeskommunal, kommunal og statlig virksomhet eller del av slik virksomhet kan overføres til regionalt helseforetak eller helseforetak ved at eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser, og forpliktelser som er knyttet til virksomheten, overføres som en helhet til foretaket». Basert på denne bestemmelsen er det imidlertid uklart om den også er ment å omfatte kommunal og statlig virksomhet som er lagt inn i et aksjeselskap. Paragraf 50, fjerde ledd fastsetter imidlertid at "Det som er bestemt i paragrafen her, gjelder tilsvarende ved overføring av

virksomhet til foretak etter loven her fra heleid fylkeskommunalt, kommunalt og statlig selskap eller foretak». Dette tyder på at også kommunal og statlig virksomhet som er lagt inn i f.eks. et aksjeselskap også omfattes av omdanningsbestemmelsene i § 50. Samlet er HPAS offentlig heleid, men det er ikke helt klart om bestemmelsen også omfatter et selskap som HPAS som er delvis kommunalt eiet og delvis statlig eiet. Dette bør i så fall søkes avklart med Helse- og omsorgsdepartementet før en slik sammenslåing med omdanning til helseforetak skulle bli besluttet. I denne forbindelse nevnes det også at dersom overføringen av alle eiendeler, rettigheter og forpliktelser fra HPAS skulle innebære en netto overføring av verdier fra kommunene til det nye helseforetaket som vil være heleiet av Helse Midt-Norge, vil kommunene måtte bli kompensert for verdioverføringen fra det nye helseforetaket eller Helse Midt-Norge direkte. Hvorvidt HPAS har en netto positiv verdi eller ikke er som nevnt over vanskelig for oss å ta stilling til og må vurderes av en uavhengig tredjepart med ekspertise på verdivurdering av selskaper, men basert på vår kjennskap til selskapets virksomhet og egenkapital er det tvilsomt om HPAS kan sies å ha en positiv selskapsverdi per i dag.

Dersom Helseforetaksloven § 50 kommer til anvendelse på HPAS, kan HPAS først omdannes til helseforetak og deretter slås sammen med Hemit etter reglene i § 50, femte ledd som bestemmer at bestemmelsene i § 50 også gjelder ved overføring av virksomhet mellom foretak etter helseforetaksloven.

Helseforetaksloven § 50 bygger på et kontinuitetsprinsipp for omdanning og omorganisering tilsvarende det kontinuitetsprinsipp som bl.a. gjelder i forbindelse med fusjon og fisjon etter aksjeselskapsretten. Dette innebærer at fordringshavere, kontraktsmotparter og andre rettighetshavere uten klare holdepunkter for noe annet i den konkrete avtale må akseptere at det besluttet omdanning, og at dette får betydning for deres egne rettigheter. Omdanningen og den etterfølgende sammenslåing vil derfor ikke kunne påberopes som bristende forutsetning for rettsforholdet eller utløse krav om samtykke mv. med mindre dette fremgår eksplisitt av den konkrete avtale. Det sammenslåtte foretaket vil tre inn i de samme rettigheter og plikter som virksomheten tidligere hadde, og fordringshaver eller rettighetshaver får de samme rettigheter og plikter overfor (det nye) foretaket.

Før en slik sammenslåing eventuelt iverksettes vil det imidlertid være viktig å gjennomgå de avtalene mv. som i dag ligger i HPAS for å identifisere hvilke avtaler mv. som likevel vil kreve samtykke fra avtalemotparten til en slik omdanning og sammenslåing.

Vi gjør for ordens skyld oppmerksom på at vi ikke har foretatt en vurdering av de eventuelle skattemessige konsekvensene av en slik omorganisering da dette ligger utenfor vårt mandat. Så vidt vi forstår er ingen av foretakene i dag skattepliktige og i så fall antar vi at en slik omorganisering heller ikke vil medføre skattemessige konsekvenser av betydning.

3.7.2 *Dersom aksjeselskapsformen skal benyttes, hvordan overføres dagens virksomhet i Hemit til et aksjeselskap?*

Verken Helseforetaksloven § 50 eller noen andre bestemmelser i helseforetaksloven inneholder bestemmelser som direkte regulerer overføring av virksomhet i et helseforetak til et hel eller delvis statlig og/eller kommunalt eiet aksjeselskap. Dette innebærer i så fall at dersom virksomheten i Hemit skal overføres til HPAS (eller et annet aksjeselskap), vil Hemit først oppløses og avvikles i tråd med reglene i Helseforetaksloven kap. 12 og deretter må alle eiendeler, rettigheter og forpliktelser i Hemit skytes inn som tingsinnskudd (egenkapital) eller selges til HPAS etter reglene i aksjeloven (alternativt overdras direkte fra Hemit til HPAS). I ingen av tilfellene vil kontinuitetsprinsippet komme til anvendelse hvilket betyr at all innmat (eiendeler, kontrakter, forpliktelser mv.) må overføres enkeltvis og vil som det klare utgangspunkt kreve samtykke fra den enkelte avtalemotpart, kreditor osv. I tillegg må de eiendeler, rettigheter og forpliktelser som skytes inn verdsettes og dette må gjøres av en uavhengig tredjepart for å sikre at riktige verdier benyttes mellom partene.

I forhold til en omdanning og overføring til helseforetak som kan gjennomføres etter reglene i helseforetaksloven § 50 basert på kontinuitet vil således en overføring av virksomheten i Hemit til et aksjeselskap bli mer komplisert og kreve at kontraktsmotparter mv. i langt større grad vil måtte involveres/gi samtykke til omorganiseringen.

Vi gjør for ordens skyld oppmerksom på at vi ikke har foretatt en vurdering av de eventuelle skattemessige konsekvensene av en slik omorganisering da dette ligger utenfor vårt mandat. Så vidt vi forstår er ingen av foretakene i dag skattepliktige og i så fall antar vi at en slik omorganisering heller ikke vil medføre skattemessige konsekvenser av betydning.

3.8 Oppsummering

Under selskapsretten kan begge foretaksformer benyttes ved en sammenslåing av virksomhetene i HPAS og Hemit HF.

For Helse Midt-Norge fremstår den beste og enkleste løsningen basert på en selskapsrettslig vurdering å være helseforetaksmodellen. Dette bl.a. fordi Helse Midt-Norge da vil ha full kontroll over foretaket og den potensielle interessekonflikten vi antar vil kunne oppstå mellom eierne i et felleseiet selskap vil enklere kunne unngås. Siden kommunene ikke vil kunne være eiere i et helseforetak vil kommunenes særinteresser uansett måtte avtalereguleres og det vil derfor uansett kunne oppstå uenighet om vedtak og prioriteringer om de ulike virksomhetsområdene. Videre vil man ved bruk av helseforetaksformen ikke nyte godt av den ansvarsbegrensning som gjelder for aksjeselskaper.

For kommunene fremstår derimot aksjeselskapsformen som mest hensiktsmessig, særlig fordi kommunene da vil kunne være eiere i selskapet og derigjennom ha direkte tilgang til selskapet og innflytelse på relevante beslutninger. Det at kommunene er eiere vil antakelig også medføre at kommunenes fokus og bidrag inn i selskapet vil være større enn ved bruk av helseforetaksmodellen, noe som vil være positivt for begge sider. Videre vil de utfordringene vi har pekt på med aksjeselskapsformen ikke primært være rettslige, men mer styringsmessige. Dette mener vi som nevnt at kan reguleres på en tilfredsstillende måte i en aksjonæravtale.

4 Ansettelsesforholdene

Statsansatteloven gjelder ikke for HF, og forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelder ikke i personalsaker i et HF, se helseforetaksloven § 5. I utgangspunktet er derfor et AS og et HF omfattet av den samme – og alminnelige – arbeidsrettslige regulering.

Et AS vil formodentlig kunne beholde tilknytningen til Spekter som arbeidsgiverorganisasjon og videreføre tariffavtaler i Spekter-området, men vil i praksis kunne stå friere enn et HF til å endre sin arbeidsgivertilknytning.

Et AS vil formodentlig kunne videreføre den kollektive pensjonsordningen i KLP, men vil på samme måte i praksis kunne stå friere enn et HF til å endre pensjonsordning.

Overgang til et nytt rettssubjekt, uansett om det er fra eller til et HF eller et AS, vil ganske sikkert være en virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljølovens forstand. De ansatte har derfor de rettigheter og det vern som følger arbeidsmiljølovens regler i anledning en slik overgang.

5 Pasientjournalloven

Det regulatoriske grunnlaget for helseplattformsamarbeidet er pasientjournalloven § 9 (felles journal). Så lenge minimumskravene i § 9 til innholdet i avtalen er oppfylt, stiller ikke bestemmelsen bestemte krav til organiseringen. Forvaltning av § 9-samarbeidet kan skje både i et AS og i et HF.

6 Offentligrettslige regler

Et HF er omfattet av offentleglova. Et AS vil også være omfattet av offentliglova, med det oppsettet som er aktuelt. Det vil imidlertid være en forskjell når det gjelder styremøter og styredokumenter: Dokumenter mellom administrasjonen og styret i et HF kan ikke unntas fra offentlighet som organinterne, og styremøter i et HF er offentlige; man må ha en hjemmel for å lukke styremøter. I praksis kan møteoffentlighet ha stor reell innvirkning på innhold, drøftinger og gjennomføring av styremøter dersom f.eks. journalister er til stede.

Et HF må følge reglene om offentlige arkiv fullt ut, mens et AS i utgangspunktet ikke er omfattet. Et AS vil derfor være friere med tanke på hvordan man vil organisere sitt arkiv, likevel slik at også et AS må føre postjournal (fordi offentliglova gjelder).

Forvaltningsloven gjelder for HF, mens det må vurderes konkret om et AS vil være omfattet. I praksis har det ikke så stor betydning om forvaltningsloven gjelder eller ikke, ettersom den virksomhet som drives sjelden vil utløse reglene om enkeltvedtak. Forvaltningslovens alminnelige regler, samt reglene om inhabilitet og taushetsplikt, vil man i praksis i hovedsak følge også i et offentlig eid AS.

7 Personvern

7.1 Roller og ansvar – forholdet til Enkeltvedtaket

7.1.1 Oversikt

Å samle all virksomhet som i dag ligger under HPAS og Hemit, enten i et felleseid aksjeselskap eller et helseforetak, vil kreve avklaring av den regulatoriske fordelingen av ansvar, roller og oppgaver i henhold til personvernlovgivningen. Helse- og omsorgsdepartementets enkeltvedtak av 22. mars 2022, "Vedtak - Helseplattformen og dataansvar" (heretter "enkeltvedtaket"), definerer uttømmende dataansvaret knyttet til behandling av personopplysninger i Helseplattformen. I enkeltvedtaket tildeles HPAS rollen som samarbeidende selvstendig dataansvarlig sammen med helseforetakene, mens Hemit utfører flere oppgaver som databehandler. Hvis alle oppgaver samles i et nytt felleseid selskap, vil dette utløse behov for nye vurderinger angående personvern og ivaretagelse av roller og ansvar etter personvernlovgivningen.

Personvernlovgivningen setter ingen føringer for om det nye felles selskapet skal etableres som et AS eller et HF, men valget mellom HF og AS kan nødvendiggjøre en revisjon av enkeltvedtaket.

7.1.2 Enkeltvedtaket kan videreføres ved en viss organisering

En videreføring av dataansvaret som HPAS er tillagt gjennom enkeltvedtaket forutsetter at HPAS består etter overføringen til et nytt felleseid selskap, hvor HPAS blir (del)eier. Denne løsningen krever at HPAS fortsatt eksisterer etter overføringen og at det nye selskapet etableres som et AS. HPAS vil ikke kunne eie det nye selskapet (verken helt eller delvis) hvis det opprettes som et HF.

Hvis HPAS består etter overføringene og blir eier av det nye aksjeselskapet, vil det være mulig for HPAS å fortsatt kunne anses i stand til å utøve sitt dataansvar. HPAS vil da kunne delegere oppgavene som det er tillagt gjennom enkeltvedtaket til det nye selskapet. Dette må reguleres gjennom databehandleravtaler og eventuelle andre delegasjonsskriv. Løsningen forutsetter at HPAS også fremover er utstyrt med tilstrekkelige beslutningsaktører og ressurser til å kunne utøve en reell og aktiv kontroll og oppfølging av dataansvaret.

I en slik situasjon og under disse forutsetningene synes det ikke å være absolutt nødvendig å endre enkeltvedtaket.

7.1.3 *Situasjoner som krever en endring av enkeltvedtaket*

Dersom det nye selskapet derimot blir et HF eller et nytt AS der HPAS ikke skal bestå, vil ikke en slik løsning være mulig, og HPAS vil derfor ikke lenger kunne ivareta sitt dataansvar etter enkeltvedtaket. HPAS kan heller ikke i en slik situasjon frasi seg dataansvaret eller oppgavene som enkeltvedtaket regulerer. I fortalen til enkeltvedtaket omtales dagens struktur der HPAS' rolle er som den som har fått oppgaven med å forvalte løsningen. Dette formålet, samt de formelle partsforholdene, vil ikke kunne videreføres dersom HPAS ikke reelt har kontroll over det nye selskapet. Avklaring i en slik situasjon kan ikke skje ved å delegere ansvaret til et nytt felleseid selskap eller løses ved en databehandleravtale med det nye selskapet.

En løsning der man bevarer HPAS utelukkende som et «skallselskap» der man opprettholder det formelle ansvaret, vil heller ikke være holdbar fordi dataansvaret skal legges der det reelt sett kan utøves kontroll over regelverksetterlevelsen knyttet til oppgavene. Endringer i selskapsstruktur med et helt nytt selskap i form av et HF eller AS vil derfor kreve en endring av enkeltvedtaket som klarlegger dataansvaret med nytt oppsett.

7.2 **Databehandleravtaler**

For øyeblikket eksisterer det databehandleravtaler mellom Hemit og HPAS, samt avtaler med Epic som hovedleverandør og andre tjenesteleverandører. Disse avtalene må revideres for å gjenspeile endringer i ansvarsforhold, eventuelt i henhold til et revidert Enkeltvedtak. Selv om rollen og oppgavene til Epic relatert til behandling av personopplysninger ikke nødvendigvis vil endres med den nye rolle- og ansvarsstrukturen, må dette vurderes nøye. Databehandleravtalene med alle involverte leverandører må derfor gjennomgås og eventuelt endres.

7.3 **Internkontrolldokumentasjon**

Internkontrolldokumentasjonen for det nye selskapet, og eventuelt for HPAS hvis det fortsatt eksisterer, må også revideres. Dette innebærer blant annet etableringen av en felles behandlingsprotokoll som samler og overfører oversikten over behandlingsaktiviteter fra de to eksisterende selskapene til det nye selskapet. I tillegg må personverndokumentasjonen gjennomgås for å vurdere om det nye selskapet vil påta seg nye oppgaver relatert til behandling av personopplysninger som verken HPAS eller Hemit håndterer per i dag. Roller, ansvar og tilhørende dokumentasjon beskrevet i protokollen og tilhørende personvernerklæringer må oppdateres i lys av disse endringene og eventuelt i samsvar med et revidert Enkeltvedtak.

8 Anskaffelsesrettslige problemstillinger

8.1 Innledning

Det anskaffelsesrettslige grunnlaget for dagens Helseplattformssamarbeid er et avtalebasert samarbeid som er basert på unntaket for offentlig-offentlig samarbeid i anskaffelsesforskriften («FOA») § 3-3. HPAS er et redskap for dette samarbeidet. Det at samarbeidet er et offentlig-offentlig samarbeid etter FOA § 3-3, innebærer at ytelser kan utveksles innenfor rammene av samarbeidet uten at disse må konkurranseutsettes.

Hemits leveranser til helseforetaksgruppen skjer i henhold til det anskaffelsesrettslige unntaket for utvidet egenregi, jf. FOA § 3-1.

Det anskaffelsesrettslige grunnlaget for Hemits levering av tjenester til HPAS er at Hemit først leverer tjeneste til HMN etter unntaket om utvidet egenregi i FOA § 3-1. Deretter leverer HMN disse tjenestene til HPAS som et bidrag inn i det offentlig-offentlig samarbeidet. Derfor faller leveransene fra HMN inn under unntaket for offentlig-offentlig samarbeid i FOA § 3-3.

Anskaffelsesrettslig er det en forutsetning ved sammenslåingen av HPAS og Hemit, at både HMN og kommunene skal kunne anskaffe tjenester fra den nye enheten uten at det er nødvendig å gjennomføre en offentlig anbudskonkurranse. Dette gjelder både journaltjenestene som i dag leveres både til HMN og kommunene, og IT-tjenestene som leveres av Hemit til HMN og helseforetak under HMN. Avhengig av hvilke løsninger man velger, særlig om den nye enheten skal eies av HMN alene eller av både HMN og kommunene, vil de mest aktuelle grunnlagene for direkteleveransene være unntaket for utvidet egenregi i FOA § 3-1, unntaket for offentlig-offentlig samarbeid i FOA § 3-3, og unntaket for enerett i FOA § 2-3.

For de anskaffelsesrettslige vurderingene spiller selskapsform mindre rolle. Eiersammensetningen derimot, kan være avgjørende. De anskaffelsesrettslige vurderingene i dette notatet deles derfor opp i to scenarioer:

1. HMN eier den nye enheten alene.
2. HMN og kommunene eier den nye enheten sammen.

8.2 Rettslige utgangspunkter

8.2.1 Innledning

Hovedregelen etter anskaffelsesregelverket er at alle kontrakter inngått av offentlige oppdragsgivere som overstiger relevante terskelverdier skal være gjenstand for konkurranse i tråd med anskaffelsesregelverket, jf. anskaffelsesloven § 2 og FOA kapittel 1 og 2. Dette gjelder i utgangspunktet også for kontrakter inngått mellom offentlige oppdragsgivere, jf. NOU 2023:26 s. 231. Dersom en offentlig oppdragsgiver velger å inngå en kontrakt som omfattes av anskaffelsesregelverket uten å gjennomføre en offentlig anbudskonkurranse, vil dette utgjøre en ulovlig direkte anskaffelse. Oppdragsgiver kan da bli ilagt overtredelsesgebyr av KOFA, kontrakten kan bli kjent helt eller delvis uten virkning av domstolene, og oppdragsgiver kan bli gjenstand for erstatningskrav fra forbigåtte leverandører i markedet, jf. anskaffelsesloven §§ 10 og 12-14.

FOA oppstiller en rekke unntak fra anskaffelsesregelverket. For kontrakter inngått mellom offentlige oppdragsgivere, oppstiller FOA unntak for utvidet egenregi i §§ 3-1 og 3-2, samt unntaket for offentlig-offentlig samarbeid i § 3-3. Et annet relevant unntak for problemstillingene i dette notatet er enerettsunntaket i FOA § 2-3.

8.2.2 Unntaket om utvidet egenregi i FOA §§ 3-1 og 3-2

Unntaket om utvidet egenregi i FOA §§ 3-1 og 3-2, retter seg mot tilfellene der oppdragsgiver foretar en anskaffelse fra et annet rettssubjekt, som da i utgangspunktet omfattes av anskaffelsesregelverket, men det foreligger en så stork organisatorisk binding mellom oppdragsgiver og rettssubjektet at vilkårene for utvidet egenregi er oppfylt og anskaffelsesregelverket ikke kommer til anvendelse. Unntaket er begrunnet ut fra det offentlige, ut fra økonomiske og administrative hensyn, å organisere egen virksomhet på en hensiktsmessig måte.

Tre vilkår må være oppfylt for at unntaket om utvidet egenregi skal komme til anvendelse, jf. FOA § 3-1:

- a. oppdragsgiveren må utøve en kontroll over leverandøren som svarer til den kontrollen som han utøver over sin egen virksomhet,
- b. mer enn 80 prosent av leverandøren sin aktivitet må utføres for oppdragsgiveren eller andre rettssubjekter som oppdragsgiveren kontrollerer, og
- c. det må ikke være direkte private eierandeler i leverandøren.

Bestemmelsen i FOA § 3-1 (1) dekker alminnelig utvidet egenregi, eksempelvis der et heleid datterselskap leverer til et morselskap.

FOA åpner også for at søsterselskap leverer tjenester til søsterselskap (horisontal utvidet egenregi) og at morselskap leverer tjenester til datterselskap (omvendt utvidet egenregi). Forutsetningen for denne utvidelsen av unntaket i § 3-1 er at det dreier seg om enekontroll, dvs. at én enkelt oppdragsgiver alene kontrollerer et eller flere datterselskaper (søstre). Det følger av FOA § 3-1 (3) at:

«Når vilkårene i første ledd er oppfylt, gjelder heller ikke anskaffelsesloven og forskriften når det kontrollerte rettssubjektet inngår kontrakter med

- a. det kontrollerende rettssubjektet, eller
- b. andre rettssubjekter som det kontrollerende rettssubjektet kontrollerer.

Dette gjelder bare når det ikke er direkte private eierandeler i rettssubjektene som angitt i bokstav a og b».

FOA § 3-2 utvider unntaket for egenregi til også å gjelde for tilfeller av felles kontroll. Det følger av FOA § 3-2 (1):

«Selv om oppdragsgiveren ikke alene oppfyller vilkårene i § 3-1 første ledd, gjelder anskaffelsesloven og forskriften heller ikke når han inngår kontrakter med et annet rettssubjekt

- a. som oppdragsgiveren og andre oppdragsgivere i fellesskap utøver en kontroll over som svarer til den kontroll de utøver over sin egen virksomhet,
- b. som utfører mer enn 80 prosent av sin aktivitet for de kontrollerende oppdragsgiverne eller andre rettssubjekter som oppdragsgiveren kontrollerer og
- c. som det ikke er direkte private eierandeler i».

Ordlyden i FOA § 3-2 (1) henviser utelukkende til «vilkårene i § 3-1 første ledd». Uttrykkelig åpner bestemmelsen dermed ikke for omvendt utvidet egenregi (morselskap leverer til datter selskap) der datterselskapet er underlagt felles kontroll av flere oppdragsgivere, som er regulert i § 3-1 (3). For omvendt utvidet egenregi innebærer dette at oppdragsgiver ikke kan levere tjenester til et datterselskap

som er kontrollert av flere oppdragsgivere. Det er vår vurdering at rettstilstanden knyttet til omvendt utvidet egenregi er slik at en oppdragsgiver underlagt felles kontroll ikke kan anskaffe tjenester fra de kontrollerende rettssubjektene i omvendt utvidet egenregi. Det kan her blant annet vises til Arrowsmith i *The Law of Public and Utilities Procurement* i avsnitt 6-184, samt at ordlyden i anskaffelsesdirektivet artikkel 12 er bygget opp på samme måte.

8.2.3 Unntaket om offentlig-offentlig samarbeid i FOA § 3-3

8.2.3.1 Utgangspunktet

Etter unntaket om offentlig-offentlig samarbeid i FOA § 3-3 gjelder ikke anskaffelsesloven eller FOA for kontrakter som inngås utelukkende mellom to eller flere oppdragsgivere, og som etablerer eller gjennomfører et samarbeid, når:

- a. samarbeidet har til formål å sikre at offentlige oppgaver blir utført for å oppnå et felles mål,
- b. samarbeidet blir utført utelukkende av hensyn til offentlige interesser, og
- c. mindre enn 20 prosent av aktivitetene som samarbeidet omfatter, blir utført for andre oppdragsgivere enn de som er deltakere i samarbeidet.

8.2.3.2 Samarbeidet må ha til formål å sikre at offentlige oppgaver blir utført for å oppnå et felles mål

Det følger av FOA § 3-3 bokstav a at samarbeidet, for at unntaket skal komme til anvendelse, må ha til formål å sikre at «offentlige oppgaver» blir utført for å oppnå et «felles mål». EU-domstolen presiserer i sin dom i sak C-159/11 *Azienda* presiserer at unntakskategorien gjelder de tilfellene der samarbeid etableres mellom oppdragsgivere «with the aim of ensuring that a public task they all have to perform is carried out», jf. avsnitt 34.

Det følger videre av departementets veileder:¹

«Videre må det være tale om et «reelt samarbeid» for å oppnå et felles mål. Ordinære vare- og tjenestekjøp omfattes dermed ikke. Samarbeidet må være basert på et «samarbeidende konsept», og alle deltakerne må bidra i den felles gjennomføringen av den aktuelle tjenesteytelsen».

I juridisk teori har kjernen i kravet blitt formulert slik:

«I kravet til reelt samarbeid ligger det en avgrensning mot ordinær kontrakt – utveksling av ytelse mot vederlag. Jo flere «ordinære» kontraktselementer i samarbeidet, jo vanskeligere er det å si at et samarbeid ikke hindrer rettferdig konkurranse og ikke utgjør en omgåelse av regelverket.»

Det er ikke et krav at alle oppdragsgiverne i samarbeidet bidrar i like stor grad, jf. anskaffelsesdirektivets fortale avsnitt 33. Alle oppdragsgiverne må imidlertid bidra noe til den felles gjennomføringen av ytelsen.

¹ Nærings- og fiskeridepartementets om interkommunalt samarbeid pkt. 4.

8.2.3.3 Samarbeidet må bli utført «utelukkende av hensyn til offentlige interesser»

Det følger av FOA § 3-3 bokstav a at unntaket bare kommer til anvendelse dersom det offentlig-offentlige samarbeidet etablerer og gjennomfører et samarbeid som «blir utført utelukkende av hensyn til offentlige interesser».

Det følger av anskaffelsesdirektivets (direktiv 2014/24/EU) fortale avsnitt 33 at «the implementation of the cooperation, including any financial transfers between the participating contracting authorities, should be governed solely by considerations relating to the public interest». Det ligger i dette kravet at gjennomføringen av samarbeidet, herunder enhver finansiell overføring mellom oppdragsgiverne, utelukkende skal skje ut fra hensynet til offentlige interesser.

Bestemmelsen innebærer i utgangspunktet at formålet med samarbeidet ikke kan være at noen av deltakerne får en fortjeneste. Dette betyr imidlertid ikke at det ikke kan skje noen form for betaling mellom deltakerne. Det følger av Nærings- og fiskeridepartementets veileder til reglene om offentlig anskaffelser pkt. 4.4:

«Etter departementets syn er det trolig rom for at betaling mellom deltakerne i samarbeidet til en viss grad kan gå videre enn en ren kostnadsdekning, for eksempel kan det være tillatt at overskudd investeres i tjenesten som samarbeidet gjelder».

I forlengelsen av vilkåret om at samarbeidet blir utført utelukkende av hensyn til offentlige interesser i FOA § 3-3, er det et tilleggsmoment at ingen private aktører kan få en fordel av et offentlig-offentlig samarbeid. Det vises her til blant annet EU-domstolens dom i sak C-796/18 *ISE* der det uttales i avsnitt 64 at et vilkår for at offentlig-offentlig samarbeid skal falle utenfor anskaffelsesregelverket er at «no private provider of services is placed in a position of advantage vis-à-vis competitors». Det samme følger av anskaffelsesdirektivets fortale avsnitt 31, der det fremgår at «[i]t should be ensured that any exempted public-public cooperation does not result in a distortion of competition in relation to private economic operators in so far as it places a private provider of services in a position of advantage vis-à-vis its competitors». Dette vilkåret ble lagt vekt på av KOFA i sak 2009/246, der KOFA konkluderte med at vilkårene for offentlig-offentlig samarbeid ikke var oppfylt:

«BIR Bedrift AS er et selskap som drives i konkurranse med andre private selskaper. Samarbeidet innebærer en risiko for at BIR Bedrift AS gis en konkurransefordel, hvilket er uforenlig med det unntak fra regelverket som oppstilles i Stadtreinigung Hamburg-dommen (C-480/07), at «no private undertaking is placed in a position of advantage vis-à-vis competitors»», jf. avsnitt 36.

I denne saken anførte innklagede, Askøy kommune, at de sammen med BIR oppfylte vilkårene for anvendelsen av unntaket om offentlig-offentlig samarbeid. Situasjonen i saken var følgende at BIR, en aktør som opptrådte i markedet i konkurranse med andre, var tildelt kontrakt om avfallshåndteringstjenester uten konkurranse etter unntaket om offentlig-offentlig samarbeid. At en markedsaktør som opptrer i konkurranse med andre aktører i markedet trekkes inn i et offentlig-offentlig samarbeid vil være et typisk eksempel på at en privat aktør oppnår en fordel. Se også KOFA-sak 2011/59 avsnitt 189 flg. der kontrakt var tildelt et offentlig foretak som drev i markedsmessig konkurranse med andre foretak.

8.2.3.4 Mindre enn 20 prosent av aktivitetene som samarbeidet omfatter kan bli utført for andre enn oppdragsgiverne

Det følger videre av FOA § 3-3 bokstav c at «mindre enn 20 prosent av aktivitetene som samarbeidet omfatter, blir utført for andre enn oppdragsgiverne».

Hvordan 20-prosentterskelen skal beregnes følger av FOA § 3-4. Etter denne bestemmelsen skal aktiviteten «baseres på enten gjennomsnittlig omsetning eller annen egnet aktivitetsbasert metode, for eksempel kostnader som er pådratt i tilknytning til varene, tjenestene eller bygge- og anleggsarbeidene». Grunnlaget for beregningen skal i utgangspunktet være «virksomhetens aktiviteter de siste tre årene før kontrakten ble inngått». Begrensningen i FOA § 3-3 bokstav b gjelder for de aktivitetene som samarbeidet gjelder.

8.2.4 Unntaket om enerett i FOA § 2-3

FOA § 2-3 oppstiller unntak fra anskaffelsesreglene for tjenestekontrakter som inngås på grunnlag av en enerett. Bestemmelsen gjennomfører anskaffelsesdirektivet artikkel 11. Det følger av bestemmelsen:

«Anskaffelsesloven og forskriften gjelder ikke for tjenestekontrakter som oppdragsgiveren inngår med en annen oppdragsgiver som har en enerett til å utføre tjenesten. Dette gjelder bare når eneretten er tildelt ved lov, forskrift eller kunngjort forvaltningsvedtak som er forenlig med EØS-avtalen».

Ettersom bestemmelsen oppstiller unntak fra anskaffelsesregelverket, skal den tolkes strengt, jf. blant annet KOFA-sa 2008/8 avsnitt 48.

Etter bestemmelsen må tre vilkår være oppfylt. Først må kontrakten være en tjenestekontrakt. For det andre må den oppdragsgiveren (leverandøren) som oppdragsgiver inngår kontrakt med, ha en enerett til å utføre tjenesten tildelt i lov, forskrift eller kunngjort forvaltningsvedtak. For det tredje må eneretten være forenlig med EØS-avtalen.

Hvilke kontrakter som utgjør tjenestekontrakter, er definert i FOA § 4-1 bokstav c som kontrakt om utførelsen av tjenester, unntatt kontrakter som nevnt i bokstav d», det vil si bygge og anleggskontrakter. Det legges til grunn at både leveranse av journalløsningen og leveranse av IT-tjenester er tjenestekontrakter. Dette vilkåret vil ikke vurderes nærmere i dette notatet.

Etter FOA § 2-3 må den aktuelle eneretten være «tildelt ved lov, forskrift eller kunngjort forvaltningsvedtak». Etter ordlyden er det ikke krav om et eneretten skal være *fastsatt* ved lov, forskrift eller forvaltningsvedtak.² Det er tildelingen av eneretten som må være hjemlet i lov, forskrift eller forvaltningsvedtak. Tildeling gjennom forskrift og forvaltningsvedtak må imidlertid være hjemlet i lov for å være gyldige. Som eksempel kan det vises til de forente KOFA-sakene 2012/157-65, 2012/169 og 2012/181 (Demokratene) der klager anførte at anskaffelse av behandling av husholdningsavfall fra BIR Avfallsenergi AS representerte en ulovlig direkte anskaffelse. Problemstillingen i saken var om BIR lovlig kunne tildeles kontrakt med hjemmel i en enerett til behandling av husholdningsavfall. Eneretten var her ikke fastsatt i lov, forskrift eller forvaltningsvedtak. Eneretten var tildelt gjennom kommunal forskrift (BIR-forskriften § 10), som var hjemlet i forurensningsloven, jf. de forente KOFA-sakenes avsnitt 63-64. FOA § 2-3 forutsetter at tildelingen er gjort av et kompetent organ. Det antas at det er

² Thue mfl., *Lov og forskrift om offentlige anskaffelser med kommentarer* (2018) s. 193. Dragsten, *Kommentarer til FOA § 2-3* (2019) pkt. 6. Graver, *Offentlige anskaffelser og interkommunalt samarbeid*, inntatt i TfR 2005 s. 153, på side 164.

tilstrekkelig at et forvaltningsvedtak som tildeling av en enerett er kunngjort på et sted som er offentlig tilgjengelig, f.eks. på oppdragsgivers hjemmeside.³

KOFA har lagt til grunn i sin praksis, med henvisning til formuleringen «har en enerett» i bestemmelsens ordlyd, at tildelingen av kontrakten må ha skjedd senest «samtidig med at eneretten ble etablert», jf. KOFA-sak 2008/8 avsnitt 43. Hvorvidt det foreligger et krav til uavhengighet mellom tildelingen av eneretten og tildelingen av kontrakten er noe uklart. I KOFA-sak 2008/7 synes det at KOFA, med henvisning til omgåelsesbetraktninger, oppstiller et slikt uavhengighetskrav, mens i KOFA-sak 2008/8 uttaler at det ikke har «selvstendig betydning for vurderingen hvorvidt tildeling av enerett og tildeling av oppdrag skjedde samordnet eller uavhengig», jf. avsnitt 43.

Det tredje vilkåret i FOA § 2-3 er at tildelingen av eneretten ved lov, forskrift eller forvaltningsvedtak må være «forenlig med EØS-avtalen». I KOFA-praksis er det vist til artikkel 59 EØS om eksklusive rettigheter. Det følger av bestemmelsens første og andre ledd:

«1. Når det gjelder offentlige foretak, eller foretak som EFs medlemsstater eller EFTA-statene gir særlige eller eksklusive rettigheter, skal avtalepartene avholde seg fra å treffe eller opprettholde tiltak som strider mot reglene i denne avtale, særlig reglene i artikkel 4 og i artikkel 53 til 63.

2. Foretak som er blitt tillagt oppgaven å utføre tjenester av almen økonomisk betydning, eller som har karakter av et fiskalt monopol, skal være undergitt reglene i denne avtale, fremfor alt konkurransereglene, i den utstrekning anvendelsen av disse regler ikke rettslig eller faktisk hindrer dem i å utføre de særlige oppgaver som er tillagt dem. Utviklingen av samhandelen må ikke påvirkes i et omfang som strider mot avtalepartenes interesser».

KOFA har omtalt bestemmelsen slik i Demokratene-saken for KOFA:

«Klagenemnda har tidligere lagt til grunn at tildelingen av enerett må være begrunnet i det allmenne tvingende hensynet, egnet til å ivareta dette hensynet, samt at hensynet ikke vil kunne ivaretas med mindre inngripende midler, jf. blant annet sak 2011/126 (KOFA-2011-126) premiss (39), jf. også FADs veileder til reglene om offentlige anskaffelser (2006) side 26. Oppdragsgiver må sannsynliggjøre at vilkårene er oppfylt og det er høy terskel for å tillate restriksjoner på den frie adgang til å tilby tjenester, jf. blant annet Rt-2007-1003 premiss (75)-(76) og klagenemndas sak 2011/126 (KOFA-2011-126) premiss (39)», jf. avsnitt 81.

I konteksten av tjenestekontrakter som omfattes av FOA § 2-3, er det særlig tjenestefriheten i artikkel 36 og 37 EØS som er de beste relevante bestemmelsene for vurderingen. Det er blant annet denne bestemmelsen som behandles i Høyesteretts dom i sak Rt. 2007 s. 1003, som KOFA henviser til i Demokratene-saken avsnitt 81. Høyesterett, med henvisning til EU-domstolens dom i sak C-243/01 *Gambelli*, oppstiller her den proporsjonalitetsvurderingen som KOFA legger opp til i Demokratene-saken.

Det følger av artikkel 36 (1) EØS:

«Innen rammen av bestemmelsene i denne avtale skal det ikke være noen restriksjoner på adgangen til å yte tjenester innen avtalepartenes territorium for statsborgere i en av EFs medlemsstater eller en EFTA-stat som har etablert seg i en annen av EFs medlemsstater eller EFTA-stat enn tjenesteytelsens mottager».

³ Dragsten, *Kommentarer til FOA § 2-3* (2019) pkt. 6.

Det må være klart at tildelingen av en enerett til en tjenesteyter i et marked der det foreligger grensekryssende konkurranse, vil utgjøre en restriksjon på tjenestefriheten i artikkel 36 EØS. Etter artikkel 59 (2) EØS vil imidlertid restriksjonen være lovlig dersom eneretten er begrunnet i et allment tvingende hensyn, tildelingen av eneretten er egnet til å ivareta dette hensynet, samt at hensynet ikke vil kunne ivaretas med mindre inngripende midler, jf. Demokratene-saken avsnitt 81.

8.3 Vurderinger

8.3.1 *Scenario 1: Helse Midt-Norge RHF eier den nye enheten alene*

8.3.1.1 Innledning

Scenario 1 innebærer at HPAS og Hemit slås sammen, men at kommunene, som nå eier HPAS sammen med HMN, trer ut av eierskapet slik at HMN eier den nye enheten alene. Dersom HMN skal eie den nye enheten alene, kan enheten både kunne settes opp som et helseforetak (HF) og som et aksjeselskap (AS). Dersom den nye enheten settes opp som et HF, er det bare HMN som kan være eier, jf. ovenfor.

Som nevnt innledningsvis, er spørsmålet hvordan det kan leveres journaltjenester til HMN og kommunene (tjenestene som nå leveres av HPAS), samt hvordan det kan leveres IT-tjenester til HMN og helseforetakene under HMN (det som nå leveres av Hemit), uten at det er nødvendig for disse partene å gjennomføre offentlige anskaffelseskurranser.

8.3.1.2 Leveranser mellom den nye enheten og Helse Midt-Norge RHF

Det mest aktuelle unntaket for leveranser mellom HMN og den nye enheten er unntaket om utvidet egenregi i FOA § 3-1 (1).

Ettersom den nye enheten er heleid av HMN, vil HMN klart utøve en kontroll over den nye enheten som tilsvarende den kontrollen han utøver over sin egen virksomhet, jf. FOA § 3-1 (1) bokstav a. Det er også klart at det ikke vil være noen direkte private eierandeler i den nye enheten, jf. FOA § 3-1 (1) bokstav c.

Det følger videre av FOA § 3-1 (1) bokstav b at unntaket om utvidet egenregi bare kommer til anvendelse der rettssubjektet som oppdragsgiver inngår kontrakt med «utfører mer enn 80 prosent av sin aktivitet for oppdragsgiveren eller andre rettssubjekter som oppdragsgiveren kontrollerer». Dersom den nye enheten bare skulle levert tjenester til HMN og helseforetakene under HMN, ville dette vilkåret vært uproblematisk. Som gjennomgått under, skal den nye enheten imidlertid også levere journalsystemet til kommunene.

Ettersom kommunene, i scenario 1, ikke er eiere av den nye enheten, omfattes ikke kommunene av «oppdragsgiveren eller andre rettssubjekter som oppdragsgiveren kontrollerer», jf. FOA § 3-1 (1) bokstav a. Unntaket for utvidet egenregi kommer følgelig bare til anvendelse for den nye enhetens leveranser til HMN dersom den nye enhetens leveranser til andre enn HMN eller andre rettssubjekter som HMN kontrollerer, begrenses til under 20 prosent. Det innebærer at leveransene fra den nye enheten til kommunene må begrenses til under 20 prosent for at unntaket om utvidet egenregi skal komme til anvendelse for leveranser til HMN.

For eventuelle leveranser fra HMN til den nye enheten, kan slike leveranser gjøres etter unntaket for omvendt utvidet egenregi, jf. FOA § 3-1 (3) bokstav a, jf. § 3-1 (1). Forutsetningen er også her at den nye enhetens leveranser til andre enn HMN eller andre rettssubjekter som HMN kontrollerer, begrenses til under 20 prosent, jf. FOA § 3-1 (1) bokstav b.

8.3.1.3 Leveranser mellom den nye enheten og helseforetak underlagt Helse Midt-Norge RHF

Det mest aktuelle unntaket for leveranser til og fra HMN og helseforetak under HMN er unntaket om horisontal utvidet egenregi i FOA § 3-1 (3) bokstav b, jf. § 3-1 (1). Forutsetningen også her at den nye enhetens leveranser til andre enn HMN eller andre rettssubjekter som HMN kontrollerer, dvs. kommunene, begrenses til under 20 prosent, jf. FOA § 3-1 (1) bokstav b.

8.3.1.4 Leveranser mellom den nye enheten og kommunene

Unntaket om offentlig-offentlig samarbeid:

Ettersom kommunene i Scenario 1 ikke er eiere av den nye enheten, kan det ikke gjøres direkteleveranser fra den nye enheten til kommunene etter unntaket om utvidet egenregi, jf. FOA § 3-1 (1). Det kan heller ikke gjøres leveranser fra kommunene til den nye enheten etter unntaket om omvendt utvidet egenregi, jf. FOA § 3-1 (3), jf. § 3-1 (1). Det er to alternative grunnlag for direkteleveranser fra den nye enheten til kommunene. Det første grunnlaget er unntaket om offentlig-offentlig samarbeid i FOA § 3-3. Etter dette unntaket vil også kommunene kunne levere ytelser til den nye enheten.

Dagens Helseplattformssamarbeid er et avtalebasert samarbeid som er basert på unntaket for offentlig-offentlig samarbeid. HPAS er et redskap for dette samarbeidet. Dersom man går for en løsning likt scenario 1, der HMN eier den nye enheten alene, legger vi til grunn at det vil etableres et offentlig-offentlig samarbeid som likner på dagens løsning. Det offentlig-offentlig samarbeidet vil da bestå av HMN, deltakerkommunene og potensielt den nye enheten, men at kommunene, til forskjell fra i dag, ikke er på eiersiden av den nye enheten.

Vi har tidligere vurdert at vilkårene for offentlig-offentlig samarbeid kan oppfylles for det eksisterende Helseplattformssamarbeidet. Det kravet i FOA § 3-3 som i praksis har vært mest utfordrende knyttet til Helseplattformssamarbeidet er krav om at samarbeidet må være reelt. Samarbeidet kan ikke innebære ordinære vare- og tjenestekjøp, og samtlige deltakere i samarbeidet må bidra i den felles gjennomføringen av den aktuelle tjenesteytelsen. Forutsetningen for at unntaket om offentlig-offentlig samarbeid skal kunne anvendes for direkteleveranser fra den nye enheten til kommunene er følgelig at også samtlige kommuner som deltar i samarbeidet, bidrar med reelle ytelser (som går utover det å betale for tjenester) inn i samarbeidet. Det er ikke tilstrekkelig at slike bidrag avtales, så lenge dette ikke også følges opp i praksis.

Det kan videre være en utfordring at den nye enheten ikke har pasienter og at denne dermed da ikke kan være en deltaker i samarbeidet fordi vilkåret om felles mål ikke er oppfylt. Dette er et spørsmål som neppe kan anses helt avklart. Eventuelt kan man lage et system som ligner på dagens, der HMN kjøper tjenester fra den nye enheten i utvidet egenregi og skyter disse inn i samarbeidet som innskudd. Også dette er anskaffelsesrettslig utfordrende, uten at en slik løsning helt kan utelukkes.

Det følger videre av FOA § 3-3 bokstav c at «mindre enn 20 prosent av aktivitetene som samarbeidet omfatter» kan bli utført for andre enn oppdragsgiverne som deltar i samarbeidet. Sammenslåingen av HPAS og Hemit innebærer at den nye enheten også skal levere de generelle IT-tjenestene som Hemit i dag leverer til HMN og helseforetakene under HMN. Ettersom disse generelle IT-tjenestene ikke skal leveres til kommunene, legger vi til grunn at disse IT-tjenestene heller ikke skal omfattes av aktivitetene som omfattes av offentlig-offentlig samarbeidet. At den nye enheten også leverer generelle IT-tjenester til HMN og helseforetakene under HMN, burde derfor ikke være problematisk opp mot oppfyllelsen av vilkårene i FOA § 3-3.

Enerettsunntaket:

Det andre alternative grunnlaget for direkteleveranser fra den nye enheten til kommunene er unntaket om enerett, jf. FOA § 2-3. Enerettsunntaket hjemler ikke direkteleveranser fra kommunene til den nye enheten. Som nevnt over, vil den nye enheten også levere generelle IT-tjenester til HMN og helseforetak under HMN. I scenario 1 kan den nye enheten, etter omstendighetene, gjøre disse leveransene etter unntaket om utvidet egenregi og unntaket om horisontal utvidet egenregi, jf. FOA §§ 3-1 (1) og 3-1 (3). For direkteleveranse av journaltjenester til kommunene, er det derfor bare aktuelt å etablere en enerett knyttet til utførelsen av journaltjenesten og ikke også til de generelle IT-tjenestene.

For at unntaket om enerett i FOA § 2-3 skal komme til anvendelse, må tre vilkår som nevnt være oppfylt: kontrakten må være en tjenestekontrakt, oppdragsgiveren (leverandøren) som oppdragsgiver inngår kontrakt med må ha en enerett til å utføre tjenesten tildelt ved lov, forskrift eller offentlig kunngjort forvaltningsvedtak, og tildelingen av eneretten må være forenlig med EØS-avtalen.

Det mest problematiske vilkåret i FOA § 2-3 vil ofte være kravet om at eneretten må være forenlig med EØS-avtalen. Det er særlig artikkel 59 og 36 EØS som er relevante i denne sammenheng. Som gjennomgått over, vil tildelingen av en enerett i et marked der det foreligger grensekryssende konkurranse utgjøre en restriksjon på tjenestefriheten i artikkel 36 og 37 EØS, og på den måten også utgjøre brudd på artikkel 59 EØS. I de foretente KOFA-sakene 2012/157-65, 2012/169 og 2012/181 (Demokratene), legger KOFA til grunn, med henvisning til praksis fra Høyesterett, at en restriksjon i form av en enerett vil være lovlig der den er begrunnet i et allment tvingende hensyn, den er egnet til å ivareta dette hensynet, samt at hensynet ikke vil kunne ivaretas med mindre inngripende midler. KOFA legger følgelig opp til en vurdering i tråd med det ulovfestede unntaket om tvingende allmenne hensyn som utviklet i praksis fra EU- og EFTA-domstolen.

I dette notatet gjør vi ikke selve vurderingen av om tildelingen av en enerett til den nye enheten vil være i tråd med EØS-avtalen. Vi nøyer oss her med å påpeke at oppfyllelsen av vilkåret ofte vil være vanskelig, særlig der det ikke vil være vanskelig å anskaffe en tilsvarende eller lignende tjeneste i markedet. Anvendelsen av enerettsunntaket i FOA § 3-3 for direkteleveranser fra den nye enheten til kommunene er derfor ikke en løsning vi umiddelbart anbefaler, men som kan utredes nærmere ved behov.

8.3.2 Scenario 2: Helse Midt-Norge RHF og kommunene eier den nye enheten sammen

8.3.2.1 Innledning

Scenario 2 innebærer at HPAS og Hemit slås sammen, og at både HMN og kommunene eier den nye enheten sammen. Det er ikke tatt stilling til eierfordelingen mellom HMN og kommunene. Ettersom kommunene ikke kan være eiere i et helseforetak, jf. helseforetaksloven § 2, må den nye sammenslåtte enheten etableres som et aksjeselskap (AS) for at både HMN og kommunene skal kunne være eiere.

Som nevnt innledningsvis, er spørsmålet hvordan det kan leveres journaltjenester til HMN og kommunene (tjenestene som nå leveres av HPAS), samt hvordan det kan leveres IT-tjenester til HMN og helseforetakene under HMN (det som nå leveres av Hemit), uten at det er nødvendig for disse partene å gjennomføre offentlige anskaffelsesk konkurranser.

8.3.2.2 Leveranser fra den nye enheten til Helse Midt-Norge RHF og kommunene

Det mest aktuelle unntaket for leveranser fra den nye enheten til HMN og kommunene er unntaket for utvidet egenregi i FOA § 3-1 (1), jf. § 3-2. Forutsetningen for anvendelsen av unntaket for utvidet egenregi for leveranser fra den nye enheten til HMN og kommunene er at både HMN og kommunene

utøver «felles kontroll» over den nye enheten «som svarer til den kontroll de utøver over sin egen virksomhet», jf. FOA § 3-2 (1) bokstav a, jf. § 3-1 (1).

Et spørsmål i den forbindelse er hva som er den nedre grensen for kommunenes innflytelse på den nye felleseide enheten, herunder hvor stor eierandel kommunene må, for at kontrollkriteriet i FOA § 3-2 (1) bokstav a fortsatt skal være oppfylt.

Når kravet til felles kontroll er oppfylt er definert i FOA § 3-2 (2). Det følger av bestemmelsen:

«Kravet til felles kontroll i første ledd bokstav a er oppfylt når

- a. det kontrollerte rettssubjektets styrende organer er sammensatt av representanter for alle de kontrollerende oppdragsgiverne. En representant kan representere flere av eller alle oppdragsgiverne;
- b. de kontrollerende oppdragsgiverne i fellesskap utøver bestemmende innflytelse over både strategiske mål og viktige beslutninger i det kontrollerte rettssubjektet; og
- c. det kontrollerte rettssubjektet ikke forfølger interesser som er i strid med de kontrollerende oppdragsgivernes interesser».

For at vilkåret i FOA § 3-2 (2) bokstav a skal være oppfylt, må det passes på at både HMN og hver kommune som er deleier av den nye enheten, eller en *representant* for én eller flere av disse kommunene, er representert i den nye enhetens styrende organer. Vi anser oppfyllelsen av dette vilkåret som nokså uproblematisk, jf. rettspraksis knyttet til dette. Det gjelder vilkåret i § 3-2 (2) bokstav c om at den nye felleseide enheten ikke kan forfølge interesser som er i strid med HMN og kommunenes interesser.

Det mest utfordrende punktet er dermed FOA § 3-2 (2) bokstav b om at både HMN og eierkommunene i den nye enheten må utøve «bestemmende innflytelse over både strategiske mål og viktige beslutninger».

For oppfyllelsen av vilkåret i FOA § 3-2 (2) bokstav b er ikke eierandelen alene avgjørende, så lenge eierne utøver bestemmende innflytelse. Eierandelen vil imidlertid ofte ha betydning for vurderingen ettersom muligheten for kontroll ofte er knyttet sammen med størrelsen på eierandelen.

Oppdragsgiveres eierandel i felleskontrollerte enheter har vært et vurderingstema i flere saker for EU-domstolen. Det kan først vises til EU-domstolens dom i sak C-295/05 *Asemfo/Tragsa*, der EU-domstolen aksepterte at en eierandel på bare 0,25% oppfylt kontrollkriteriet. I de forente sakene C-182/11 og C-183/11 *Econord*, eide to italienske kommuner hver én av alt 173 785 aksjer oppdragstaker, noe som utgjorde en eierandel på omtrent 0,00057%, mens én kommune eide 99,8% av oppdragstaker. EU-domstolen tok ikke stilling til om de aktuelle kommunene oppfylte kontrollkriteriet, men uttalte i avsnitt 31:

«Where the position of a contracting authority within a jointly owned successful tender does not provide it with the slightest possibility of participating in the control of that tenderer, that would, in effect, open the way to circumvention of the application of the rules of EU law regarding public contracts or service concessions, since a purely formal affiliation to such an entity or to a joint body managing it would exempt the contracting authority from the obligation to initiate a tendering procedure in accordance with the EU rules, even though it would take no part in exercising the 'similar control' over that entity [...]».

EU-domstolen uttaler videre i avsnitt 33 at kontrollvilkåret bare kan være oppfylt «where each of those authorities not only holds capital in that entity, but also plays a role in its managing bodies». Tilknytningen til enheten kan imidlertid ikke være av ren formell karakter. Oppdragsgiver må på en eller

annen måte ta del i kontrollen utøvd av enhetens styrende organer. Det kan her igjen vises til *Econord*-dommen, der EU-domstolen la vekt på at det forelå en aksjonæravtale som gav dem retten til å bli hørt, utnevne en representant til selskapets tilsynsråd og, sammen med 34 andre deltakende kommuner med tilsvarende små eierandeler, utnevne ett medlem til oppdragsgiverens styre.

Praksisen fra EU-domstolen viser at en oppdragsgivers eierandel i den felles eide enheten kan være svært liten. Praksisen viser også at det stilles beskjedne krav til den enkelte oppdragsgivers deltakelse i den felles kontrollen, jf. også KOFA-sak 2015/47-50 avsnitt 22.

I relasjon til kommunenes eierskap i den nye felleseide enheten, åpner rettspraksis altså for at deres eierandel kan være svært liten. Det avgjørende er om kommunene kan ta del i kontrollen i den nye enheten.

Et annet spørsmål er om kontrollkriteriet fortsatt vil være oppfylt dersom én av oppdragsgiverne eier over 50 % av den felleseide enheten. En slik eier vil da representere mer enn 50 prosent av stemmene på generalforsamlingen og vil da ha dominerende innflytelse i selskapet. Spørsmålet er uavklart. Det kan blant annet vises til at EU-domstolen i *Econord*-saken, ikke avviste at kontrollkriteriet kunne være oppfylt selv om én kommune eide 99,8 % av oppdragstaker. Her var imidlertid minoritetseierne, som gjennomgått over, gitt visse rettigheter gjennom aksjonæravtalen. Det samme var tilfellet i KOFA-sak 2023/755 der kontrollvilkåret ble ansett oppfylt selv med en eierandel på 0,81%, blant annet fordi aksjonæravtalen ga minoritetsaksjonærene utvidede rettigheter som gjorde det mulig å ta del i kontrollen sammen med de andre eierne, jf. avsnitt 36. Videre kan det vises til Wiggen i Kommunal- og moderniseringsdepartementet, «Nye anskaffelsesdirektiver og unntaket for offentlig-offentlig samarbeid. Forhold til norske interkommunale samarbeidsordninger», på side 102:

«Dette kan for eksempel gjennomføres ved at de kommunale eierne ved stiftelsen av selskapet øver innflytelse på vedtektenes innhold, og også sikrer vetorett for viktige beslutninger. Videre kan det vedtektsfestes særlige krav til flertall for valg av styre, at styreleder skal velges av generalforsamlingen, og at det kan inngås aksjonæravtale som bestemmer hvordan styret skal sammensettes, og som binder aksjeeierne til å stemme i samsvar med dette i generalforsamlingen når styret skal velges. Aksjonæravtaler kan generelt benyttes som styringsredskap for å sikre større grad av eierstyring enn det loven tillater.

Hvilke kontrollbeføyelser som vil være nødvendig og tilstrekkelig må vurderes i det enkelte tilfelle blant annet sett hen til eierandelens fordeling i det enkelte selskap».

For å sikre at kontrollkriteriet er oppfylt der én parts eierfordeling overstiger 50 %, vil det følgelig være hensiktsmessig å ta inn punkter i aksjonæravtalen som sikrer en viss grad av kontroll for minoritetseierne.

Eierfordelingen i HPAS er i dag fordelt med 60 % på HMN og 40 % på kommunene. Vi har tidligere vurdert at denne eierfordelingen i HPAS, sett i sammenheng med Aksjonæravtalen, er tilstrekkelig for å oppfylle anskaffelsesforskriftens krav.

Sammenslåingen av HPAS og Hemit i et aksjeselskap med tilhørende aksjonæravtale innebærer en form for todeling av den nye enheten. Den delen av den nye enheten som tidligere var Hemit vil fortsette å levere generelle IT-tjenester til HMN og HF-ene underlagt HMN, samtidig som den også leverer driftsplattformen og tilhørende IT-tjenester til Helseplattformen. Kommunene vil følgelig bare ha interesse i Hemit-delen som leverer IT-tjenester til Helseplattformen. Den andre delen av enheten som tidligere var HPAS vil fortsette å levere journaltjenestene til både HMN og kommunene.

Ettersom kommunene har begrenset interesse i Hemit-delen av den nye enheten, kan det være ønskelig at kommunenes (minoritets)«kontroll» over Hemit-delen begrenses til den delen av Hemit som leverer IT-tjenester til knyttet til Helseplattformen. Det vil følgelig kunne være en del av virksomheten til den nye enheten som kommunene ikke vil ha noen form for kontroll over. En slik begrensning gjøres mest hensiktsmessig i aksjonæravtalen. En begrensning av kommunenes kontroll over Hemit-delen i aksjonæravtalen vil følgelig innebære en begrensning av kontrollen utover kommunenes minoritetseierskap i den nye enheten.

Spørsmålet blir da om en begrensning av kommunenes kontroll i aksjonæravtalen over den nye enheten, utover begrensningene som allerede ligger i kommunenes minoritetseierskap i enheten, gjør at kontrollvilkåret i FOA § 3-1 (1) bokstav a, jf. § 3-2, ikke er oppfylt.

Som gjennomgått over har ikke EU-domstolen uttrykkelig etablert en nedre grense for den enkelte oppdragsgivers eierandel for at felles kontroll skal anses å foreligge. Det er heller ikke satt en eksplisitt nedre grense for graden av kontroll oppdragsgiver må utøve, så lenge oppdragsgiverne har mulighet til å effektiv og reelt ta del i kontrollen som utøves i fellesskap, jf. *Econord*-dommen avsnitt 32 og 33, med henvisning til EU-domstolens dom i sak C-324/07 *Coditel* avsnitt 46. Dersom tilknytningen kun er av en formell karakter, vil kontrollkravet klart ikke være oppfylt.

EU-domstolen har i sin praksis akseptert at kontrollvilkåret vil kunne være oppfylt selv der en oppdragsgiver har en svært lav eierandel. Det vises igjen til *Econord*-dommen der to kommuner hver for seg eide 0,00057% av oppdragstaker, mens én kommune eide 99,8%. I sakene der en oppdragsgiver har en betydelig minoritetseierposisjon i oppdragstaker, har imidlertid EU-domstolen lagt vekt på at denne minoritetsposisjonen er kompensert for med særlige rettigheter i aksjonæravtalen, jf. også KOFA-sak 2023/755 avsnitt 36.

Aksjonæravtalen som vil regulere den nye felles enheten etter sammenslåingen av HPAS og Hemit vil, sammenlignet med blant annet situasjonen i *Econord*-dommen og KOFA-sak 2023/755, innebære at kommunene både har et minoritetseierskap til den nye enheten og kommunenes kontroll vil gjennom aksjonæravtalen begrenses utover minoritetseierposisjonen. Dette kan imidlertid ikke være avgjørende for om kontrollvilkåret er oppfylt. Som gjennomgått over er det avgjørende om kommunene likevel har en reell mulighet til å effektivt delta i kontrollen som utøves over den nye felleseide enheten, herunder strategiske mål og viktige beslutninger, jf. FOA § 3-2 (2) bokstav b.

For kommunenes mulighet til å delta i kontrollen over den nye enheten vises det først til at kommunene etter FOA § 3-2 (2) bokstav a skal være representert ved enhetens styrende organer.

Videre vil kommunene, som aksjonærer i den nye enheten, ha rett til å delta og stemme ved enhetens generalforsamling, jf. aksjeloven kapittel 5. Dette inkluderer retten til å fremme saker til behandling og fremsette forslag til beslutning, jf. aksjeloven § 5-11.

På bakgrunn av kommunenes deltakelse i den nye enhetens styre, jf. FOA § 3-2 (2) bokstav a og aksjeloven kapittel 6, kommunenes rett til å delta, stemme og fremme forslag i enhetens generalforsamling, jf. aksjeloven § 5, samt at aksjonæravtalen bare bør begrense kommunenes kontroll over de delene av virksomheten som kommunene ikke har noen interesse i, dvs. enhetens leveranser til HMN og underliggende HF-er, er det etter vår oppfatning mest riktig å legge til grunn at kommunene har en reell mulighet til å effektivt delta i kontrollen som utøves over enheten.

Det understrekes at hvorvidt kontrollkriteriet vil være oppfylt der én av oppdragsgiverne eier over 50 % av oppdragstaker er ikke fullt ut avklart. I tilfellene der EU-domstolen synes å ha akseptert at kontrollvilkåret er oppfylt til tross for svært små eierandeler, var faktum slik at minoritetseierne i disse

sakene var gitt særlige rettigheter i aksjonæravtalen. I foreliggende sak vil aksjonæravtalen imidlertid (for deler av virksomheten) begrense kommunenes kontroll utover minoritetsseierskapet. Anvendelsen av unntaket om utvidet egenregi i FOA § 3-1, jf. § 3-2, er følgelig ikke uten anskaffelsesrettslig risiko i en slik situasjon. For å begrense denne risikoen bør ikke kommunenes kontroll over den nye enheten begrenses mer enn nødvendig og heller ikke elimineres helt. Samtidig gis kommunene, gjennom aksjonæravtalen, en viss kontroll (i betydningen minoritetsinnflytelse) over de delene av den nye enheten som kommunene har interesse i.

Anskaffelsesrettslig er løsningen der HMN og kommunene eier den nye enheten sammen, uansett den klart enkleste. Det påpekes her at dersom kommunene er på eiersiden av den nye enheten, unngår man også problemet med 20-prosentgrensen i FOA § 3-1 (1) bokstav b, som setter begrensninger på den nye enhetens leveranser til kommunene dersom kommunene ikke også er eiere.

8.3.2.3 Leveranser fra Helse Midt-Norge RHF og kommunene til den nye enheten

HMN og kommunene kan ikke foreta leveranser til den nye enheten etter unntaket om omvendt utvidet egenregi, jf. FOA § 3-1 (3), jf. § 3-1 (1). Unntaket kommer ikke til anvendelse der leverandøren er underlagt felles kontroll, jf. FOA § 3-2 (1) som bare henviser til § 3-1 (1).

Dersom det er nødvendig med direkteleveranser fra HMN og kommunene til den nye felleseide enheten, er unntaket om offentlig-offentlig samarbeid i FOA § 3-3 mest aktuelt. Se imidlertid vurderingen og forutsetningene for anvendelsen av unntaket ovenfor. Vi er ikke kjent med at slike leveranser vil være aktuelle.

8.3.2.4 Leveranser fra den nye enheten til helseforetak under Helse Midt-Norge RHF

Den nye felleseide enheten kan foreta leveranser til helseforetak under HMN etter unntaket om horisontal utvidet egenregi, jf. FOA § 3-1 (3), jf. § 3-1 (1).

Helseforetakene under HMN kan ikke foreta leveranser til den nye enheten ettersom enheten er underlagt felles kontroll, jf. FOA § 3-2 (1) som bare henviser til § 3-1 (1) og ikke § 3-1 (3).

Vi er ikke opplyst om at det er aktuelt for helseforetakene under HMN å foreta leveranser til den nye enheten.

8.3.3 Andre problemstillinger

8.3.3.1 Endringer i eksisterende kontrakter

Det følger av FOA § 28-2 bokstav c at en endring i en inngått kontrakt alltid vil være «vesentlig» der den «utvider kontraktens omfang betydelig». Bestemmelsen innebærer en begrensning på oppdragsgivers adgang til å utvide kontraktens omfang, både kvalitativt og kvantitativt.

I relasjon til sammenslåingen av HPAS og Hemit, kan det tenkes at sammenslåingen krever utvidelse av kontrakter som HPAS og/eller Hemit har med sine underleverandører. Dersom sammenslåingen krever utvidelse av omfanget av slike kontrakter, må disse vurderes konkret etter FOA § 28-2 bokstav c. Det nevnes her at EU-domstolen og KOFA har tillatt relativt omfattende kvantitative endringer i inngåtte kontrakter (kontrakten utvides til å omfatte mer av den samme ytelsen). Som eksempel på kvantitative utvidelser kan de vises til KOFA-sak 2010/212 der KOFA tillot en endring på ca. 20 prosent av den opprinnelige kontraktsverdien. I KOFA-sak 2010/179, der KOFA tillot en verdireduksjon på mer enn 50

prosent av opprinnelig kontraktsverdi. I EU-domstolens dom i sak C-549/14 *Finn Frogne* ble en verdireduksjon på ca. 80 prosent ikke tillatt.

EU-domstolen og KOFA har vært svært restriktive når det gjelder kvalitative endringer (kontraktens omfang utvides til å omfatte nye typer ytelser). EU-domstolen har lagt til grunn i sin praksis at kvalitative endringer i utgangspunktet vil føre til kontrakten er vesentlig endret, jf. blant annet EU-domstolens dom i sak C-454/06 *Pressetext* og C-160/08 *Kommisjonen v Tyskland*. Det samme er lagt til grunn av KOFA, blant annet i KOFA-sak 2016/196.

8.3.3.2 Betydningen av hvordan den nye enheten opererer

Hvordan den nye enheten skal operere kan ha betydning for de anskaffelsesrettslige vurderingene over. Særlig dersom den nye enheten også skal operere som en kommersiell aktør i markedet, vil det kunne ha betydelige konsekvenser både anskaffelsesrettslig og statsstøtterettslig.

Vi har tidligere vurdert de anskaffelsesrettslige og statsstøtterettslige sidene ved HPAS' deltakelse som tilbyder i offentlige anbudskonkurranser. Se notat fra Simonsen Vogt Wiig til HPAS «Helseplattformen AS' levering av journaltjenester til andre aktører» fra 11. desember 2024.

For vurderingene i herværende notat har vi lagt til grunn at den nye enheten ikke skal ha kommersiell virksomhet.

8.4 Anskaffelsesrettslig oppsummering

Anskaffelsesrettslig vil det klart mest robuste være at partene oppretter et felleseid aksjeselskap, der både HMN og kommunene er eiere. I en slik situasjon kan man rigge seg slik at leveranser fra den nye enheten skjer direkte til eierne (og HMNs datterforetak) i medhold av reglene om utvidet egenregi.

Dersom man i en aksjonæravtale ønsker å regulere det slik at kommunene gis mindre kontroll over den delen av Hemit-virksomheten som ikke angår dem enn det eierandelen skulle tilsi bør dette i utgangspunktet være mulig. For å begrense anskaffelsesrettslig risiko knyttet til kontrollvilkåret bør likevel ikke kommunenes kontroll over den nye enheten begrenses mer enn nødvendig og heller ikke elimineres helt. Samtidig gis kommunene, gjennom aksjonæravtalen, en viss kontroll (i betydningen minoritetsinnflytelse) over de delene av den nye enheten som kommunene har interesse i.

Dersom man ønsker en løsning der kun HMN er eier oppstår vanskelige anskaffelsesrettslige problemstillinger. Det kan ikke utelukkes at også en slik løsning kan fungere anskaffelsesrettslig, men da må grunnlaget være enten unntaket for offentlig-offentlig samarbeid eller unntaket for enerett. Ved begge disse løsningene vil det hefte anskaffelsesrettslig risiko.

Til: Juridisk gruppe – organisering Hemit og HP
Fra: Tor Stokke

Ansvarlig advokat:

Vår ref.:

Oslo
25. mars 2025

AVKLARINGSBEHOV FOR VURDERING AV ORGANISERING AV IT I HELSEREGION MIDT NORGE

Helseregion Midt-Norge samarbeider om en felles elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system (PAS/EPJ). Samarbeidet er satt opp med avtaler og med et aksjeselskap, Helseplattformen AS («**HPAS**»). HPAS eies i dag av Helse Midt-Norge RHF («**HMN**») (60 %) og kommunene som benytter journalsystemet (40 %). Kjernen i samarbeidet er en leveranse fra Epic Systems Corporation («**Epic**») under en kontrakt Epic vant etter en kunngjort konkurranse.

Hemit HF («**Hemit**») er organisert som et helseforetak som er heleid av HMN, og som har ansvar for sentral drift og forvaltning av det felles IKT-systemet for HMN. Hemit leverer også driftsplattformen til Helseplattformen. Hemit var tidligere en avdeling i HMN, men ble skilt ut som et eget HF underlagt HMN.

Det vurderes å samle all virksomhet, herunder alle eiendeler, rettigheter og forpliktelser som i dag ligger i HPAS og Hemit i ett selskap (omtalt som «modell 1»). Eierne av HPAS og Hemit har bedt om at det vurderes videre hvordan modell 1 kan realiseres. Generalforsamlingen vedtok i møte 19.02.2025 at:

Vedtaks punkt 2, alternativ 2:

- 1. Generalforsamlingen ber om at det arbeides videre med å vurdere selskapsform (aksjeselskap eller helseforetak) og mulighetsrommet (herunder overdragelse av eierandeler, ansatte, forpliktelser og gjeld) for en løsning med en samling av ressurser i ett felles selskap der Hemit HF og Helseplattformen AS i sin helhet går inn, jf. tidligere utredning av modell 1.*
- 2. Det oppnevnes en likeverdig eiergruppe, ledet av HMN, med tre representanter fra kommunene og tre representanter fra HMN, som utreder og avklarer om samling i ett selskap er realistisk.*
- 3. En løsning med et samlet selskap skal vurderes opp mot dagens juridiske struktur, med tiltak for å understøtte synergier mellom selskapene.*
- 4. Dersom minst to av eierrepresentantene fra hver eiergruppering anbefaler det, utvides eiergruppen til en styringsgruppe for arbeidet med 1 representant fra Hemit HF, 1 representant fra Helseplattformen AS, og 2 representanter for ansatte. Styringsgruppen ledes av Helse Midt-Norge RHF.*
- 5. Styringsgruppen sørger for utredning av relevante forhold knyttet til økonomiske gevinster og andre synergier for den selskapsmodell som er aktuell.*

6. Arbeidet med utredningen starter nå og status i arbeidet rapporteres til ordinær generalforsamling før sommeren 2025.

Eiergruppen, jf. pkt. 2 har etablert en juridisk gruppe for å utrede det juridiske handlingsrommet, herunder av hvilken selskaps-/foretaksform som vil være best egnet. Som del av dette arbeidet vil det ses konkret på hvordan en sammenslåing kan gjennomføres for å ivareta partenes forpliktelser og interesser/behov. Først når dette er klart, vil man ha reell mulighet til å vurdere om man ser modell 1 som fordelaktig fremfor å fortsette i varianter av dagens strukturer.

Vurderingens omfang vil påvirkes vesentlig av hvilke premisser som legges inn.

Vurderingen vil se på og vurdere:

- Hvem kan eie et helseforetak? Dette er vurdert tidligere. Kommuner kan ikke eie et helseforetak. Hvis helseforetaksmodellen skal benyttes må mao. kommunene ønske å ikke være eiere.
- Kan kommunenes interesser ivaretas i et helseforetak (der de ikke er eiere)? Svaret på dette er overordnet at kommunenes interesser må ivaretas gjennom avtale med leveranseselskapet.
- Hvordan stiller en modell der kommunene får leveranser gjennom et selskap de ikke eier seg ift. anskaffelsesregelverket? Dette er tidligere utredet med den konklusjon at det er en anskaffelsesrettslig risiko knyttet til en slik leveransmodell under unntaket for offentlig samarbeid. Helseforetaksalternativet anbefales av denne grunn ikke som det foretrukne alternativet rettslig sett.
- Kan aksjeselskapsformen benyttes? Dette er overordnet vurdert tidligere. Det er ikke noe til hinder for at IT virksomheten i Hemit og HF legges inn i et aksjeselskap (helseforetakene har ikke plikt til å legge IT virksomheten i et HF).
- Ift. anskaffelsesregelverket er det tidligere utredet at med en ordning der kommunene og HF har eierandeler som kan man gjennomføre leveransene under unntaket for utvidet egenregi. Dette har mindre risiko ved seg og er lettere å administrere enn et offentlig offentlig samarbeid.
- Kan kommunenes interesser ivaretas i et aksjeselskap? Svaret på dette er overordnet at kommunenes interesser, i den grad disse går ut over den innflytelse som ordinær styrerepresentasjon gir (ut fra eierandel), kan i prinsippet ivaretas gjennom utformingen av aksjonæravtalen.
- Kan HF'enes interesser ivaretas i et aksjeselskap? Svaret på dette er overordnet at HF'enes interesser, i den grad disse går ut over den innflytelse som ordinær styrerepresentasjon gir (ut fra eierandel), i prinsippet kan ivaretas gjennom utforming av aksjonæravtalen.
- Kan HF'ene gis beskyttelse fra at andre eiere får innflytelse over dagens Hemit-virksomhet? Den overordnede vurderingen er at dette kan man ta inn i aksjonæravtalen.
- For å kunne ta stilling til om de to foregående kulepunktene vil være tilstrekkelig ivaretatt og dermed spørsmålet om mulighetsrommet for modell 1, må det gjøres en konkret vurdering av hvordan en aksjonæravtale kan se ut og hvilken (økt) innflytelse (kommunene) og beskyttelse (Helseforetakenes eksisterende virksomhet på utsiden av HP) kan få gjennom aksjonæravtalen.

- Vil særbestemmelser om partenes respektive innflytelse på tvers av det som følger av ordinære selskapsrettslige regler, dvs. særbestemmelser i aksjonæraftalen, medføre at unntaket etter anskaffelsesregelverket om levering etter utvidet egenregi likevel ikke gjelde fordi kontrollkriteriet ikke lenger er oppfylt? Svaret er at vår vurdering er at unntaket fremdeles vil gjelde. Utformingen av aksjonæraftalen må imidlertid ses i sammenheng med og tilpasses kriterier som etter anskaffelsesregelverket er vesentlig å ivareta.
- Utredningen vil skissere hvordan en etablering av et felles selskap praktisk sett vil kunne gjennomføres, herunder mht, tid og prosess for fastsetting av verdiforholdene ved etablering av eierandeler i det nye felles selskapet.

Det er bedt om at vurderingen av modell 1 ses opp mot «*mot dagens juridiske struktur, med tiltak for å understøtte synergier mellom selskapene*». Dette forstår vi slik at det skal foretas en sammenlikning av hvilke fordeler og ulemper (av betydning) en modell 1 løsning har fremfor å beholde de to selskapene og gjennomføre tiltak basert på eksisterende struktur (hva er de samlede fordelene med å gå for modell 1). Mulighetsrommet for de aktuelle alternativene innenfor gjeldende selskapsstruktur, som modell 1 skal sammenliknes med, er tidligere utredet ifbm. med vurderingen av alle de andre alternativene foruten modell 1. Gruppen vil som hovedregel basere seg på konklusjonene herfra mht. mulighetsrommet i dagens struktur.

Notat

Konfidensialitet: Åpen

Gjelder:	Muligheter for tettere samarbeid for å oppnå kostnadsbesparelser og økt produktivitet
Dato:	06.05.2025
Mottaker:	Eiergruppering nedsatt ifm. samling av ressurser
Avsender:	Administrerende direktører Hemit HF og Helseplattformen AS
Kopi sendt til:	
Vedlegg:	

1. Innledning

Dette notatet er utarbeidet etter bestilling fra eiergruppen som er satt ned for å drøfte videre samordning mellom Hemit og HPAS etter generalforsamling 19. februar 2025. I møte 9. april ble følgende bestilling gitt:

Trond Utne og Siri Berg utarbeider et notat som ytterligere konkretiserer hvordan et tettere samarbeid mellom selskapene, herunder funksjons- og oppgavefordeling, vil realiser synergier i form av kostnadsbesparelser og økt produktivitet. Likeverdighet mellom partene må bevares og som premissene for offentlig- offentlig samarbeid må ivaretas.

Notatet deles med eiergruppen i forkant av neste møte. Notatet må kunne inngå som en del av saksunderlag for behandling i generalforsamling Helseplattformen AS 4 juni.

På grunn av kort frist og påske har det vært knapt med tid til å involvere og drøfte forslagene som presenteres i dette notatet. For å legge til rette for gode prosesser mot både ledergruppene og de ansatte i begge selskapene, har selskapene behov for tid til å sette ned interne arbeidsgrupper som kan vurdere gjennomførbarheten i forslagene som presenteres og samtidig sikre godt medvirknings- og kommunikasjonsarbeid.

2. Premisser

Følgende premisser foreslås lagt til grunn i det videre arbeidet:

- Samarbeidsavtalen om Helseplattformen utvides til også å omfatte Hemit slik at Hemit inngår i det offentlig-offentlige samarbeidet, i tråd med intensjonen når samarbeidsavtalen ble inngått (Hemit var en avdeling i Helse Midt-Norge RHF på det tidspunktet, før utskillelse som eget helseforetak fra 1.1.2022)
- Generalforsamling i Helseplattformen må gi sin aksept til at det kan gjøres kjøp av tjenester imellom selskapene som trengs for at den foreslåtte samordningen kan gjennomføres (i tråd med aksjonæravtalens bestemmelser). Aksepten bør være slik at ikke hvert av HPAS sine kjøp av tjenester fra Hemit må behandles i generalforsamling.

Notat

Konfidensialitet: Åpen

- Endringer som foreslås skal vurderes ut ifra hva som bidrar til nytteverdi og kostnadsreduksjoner for helsetjenesten
- Selskapenes arbeid med produktorientering legges til grunn og videreføres med mål om felles produkter der det er hensiktsmessig
- Det langsiktige målet er samling av ressursene

3. Erfaringer med dagens samarbeid

Ansatte og ledere har blitt bedre kjent igjennom to år med tettere samarbeid. Dette har ført til at det er lettere å ta kontakt og utveksle informasjon. Men vi ser at ved to organisasjoner med separate ledelsesstrukturer medfører felles initiativ ofte økt koordineringsbehov. Felles initiativ har dermed en tendens til å øke kostnaden på områder hvor det er stort behov for koordinering. Selv om det oppleves nyttig å samarbeide, blir det fort en ekstrabelastning som kommer i tillegg til ordinære arbeidsoppgaver.

For å oppnå effekt av tettere samordning anbefales det derfor å se på oppgavefordeling på områder hvor koordineringsbehovet knyttet til oppgaveutførelsen er lav. Det må gjøres tøffere grep for å sikre mer framdrift på områder hvor det er avdekkes muligheter for økt synergier.

Notat

Konfidensialitet: Åpen

4. Økonomiske gevinster beskrevet i utredningen

I utredningsrapporten ble følgende gevinstområder skissert.

Funksjon	Mulig gevinst 100% oppnåelse (mill. kroner)	Mulig gevinst 75% oppnåelse (mill. kroner)	Mulig gevinst 50% oppnåelse (mill. kroner)	Beskrivelse
Integrasjoner	9,6	7,2	4,8	Antall integrasjoner i Hemit taes ned etter innføring av HP. Ett felles team bestående av ressurser fra begge selskap skal kunne håndtere de eksisterende integrasjonene i Hemit/HMN samt ivareta integrasjonsporteføljen i HP. Antall integrasjoner er økt i total , men ikke fordoblet, slik at det er mulig med færre ressurser totalt sett.
Stab	15,7	11,8	7,9	Stabene kan reduseres pga doble funksjoner
Ledelse	14,4	10,8	7,2	Felles ledergruppe, reduksjon av det totale antall nivå 2 ledere. Færre ansatte gir totalt også færre ledere. Lederoppgaven profesjonaliseres. Større og mer robuste seksjoner. Snitt kontrollspenn 1:13 lagt til grunn.
Rapportering	3,0	2,3	1,5	Et samlet team, med felles mål og fokus på leveranser til sluttbrukere, vil kunne prioritere sammen og enes om bruk av verktøy. Også med fokus på selvbetjeningsløsninger, samt avklare hvilke oppgaver ressurser i HF kan gjøre på egen hånd.
Applikasjonsdrift	24,0	18,0	12,0	Profesjonalisering og automatisering av drift vil alene gi vesentlig effektivisering. Felles prioritering av på tvers av hele applikasjonsporteføljen gir både bedre ressursutnyttelse og behov for færre ressurser.
Prosjekt- og porteføljestyling	6,0	4,5	3,0	Felles prosjekt- og porteføljestyling forventes å gi bedre ressursutnyttelse og behov for færre ressurser.
Tilgangstyring	2,4	1,8	1,2	Helhetlig ende til ende ansvar for tilgangsstyring for HFene gir både effektivisering- og kvalitetsgevinst.
Basis drift	2,4	1,8	1,2	Sammenslåing vil medføre noe effektiviseringsgevinst gjennom tjenesteorganisering.
ITIL roller	1,2	0,9	0,6	På sikt mulighet til noe effektiviseringsgevinst gjennom tjenesteorganisering og helhetlig prosesser på tvers av hele applikasjonsporteføljen.
Opplæring	0,0	0,0	0,0	Kvalitetsgevinst ved samling av ressurser
Sum	84,7	63,5	42,4	
Øvrige kostnadsreduksjoner				
Vakttlag	4,0	3,0	2,0	Samordning av vakttlag vil gi bedre utnyttelse av personalet, vil gi reduserte kostnader til vaktordninger
Lokaler	7,0	5,3	3,5	Redusert behov for lokaler pga redusert bemanning. Esimert 10% reduksjon i kostnader til lokaler. (Basis 70 mill.kr.)
Eksterne konsulenter	2,5	1,9	1,3	
Sum ikke lønnsavhengige kostnader	13,5	10,1	6,8	
Sum kostnadsreduksjoner	98,2	73,7	49,1	

Notat

Konfidensialitet: Åpen

5. Gevinstpotensialet uten sammenslåing av selskapene

For å kunne realisere gevinstpotensialet er det gjort overordnede vurderinger av områdene som ble beskrevet i utredningsrapporten om det er mulig å realisere helt eller delvis uten at selskapene i første omgang blir sammenslått. Tre forslag til mulige tilnærminger er vurdert:

1. Ny fordeling av oppgaver mellom selskapene slik at enkelte typer oppgaver bare gjøres i et av selskapene. Det må startes en omstillingsprosess for å vurdere hvordan dette løses i praksis.
2. Etablering av felles enhet for utvalgte områder gjøres der begge selskapene vil ha behov for funksjonene for å kunne levere sine tjenester. Det må startes en prosess for å se på hvordan felles enheter skal løses organisatorisk.
3. Etablering av felles produkter gjøres som en del av den pågående transformasjon til produktutvikling som Helseplattformen er i ferd med å gjennomføre og hvor Hemit allerede er invitert inn. Her er det behov for en tydeligere retning fra Hemit sin side.

For å vurdere gjennomførbarheten for hver av de tre foreslåtte tilnærmingene, er det satt ned tre arbeidsgrupper. Hver arbeidsgruppe har fått ansvar for å vurdere hvilke tjeneste- og funksjonsområder i de to selskapene som er egnet å samordne innenfor sitt ansvarsområde. Arbeidsgruppene er gitt frist før sommeren til å gjøre vurderingene og foreslå tiltak.

Fullmakt

Generalforsamling i Helseplattformen

§ 5-2. Aksjeeiernes rett til å delta på generalforsamlingen. Fullmektig

(1) Aksjeeierne har rett til å delta på generalforsamlingen, enten selv eller ved fullmektig etter eget valg. Retten til å delta på generalforsamlingen kan ikke begrenses i vedtektene.

(2) Fullmektigen skal legge frem skriftlig fullmakt. Fullmakten skal være signert og datert. Fullmakten anses å gjelde bare for førstkommende generalforsamling hvis det ikke går tydelig frem at noe annet er ment. Aksjeeieren kan når som helst kalle tilbake fullmakten. Første og annet punktum gjelder tilsvarende for tilbakekall av fullmakten.

(3) Aksjeeiere har rett til å delta med rådgiver, og kan gi talerett til én rådgiver.

(4) Dersom samtlige aksjeeiere samtykker til det, kan det gjøres unntak fra kravene i annet ledd første og annet punktum.

Fullmakten gjelder andelseier: _____
(navn på kommune/virksomhet)

_____ gis herved fullmakt til å stemme
for virksomheten på generalforsamlingen den **04. Juni 2025**

Sted og dato: _____

Signert av:

Signatur av fullmaktsgiver med signaturrett



Helseplattformen AS

(Org.nr. 922 307 814)

Protokoll Ordinær generalforsamling 2025

Dato: 4. juni 2025
Tid: 08.00 – 09.00
Sted: Elektronisk møte (Teams) og
Møterom: LES40
(Havnegata 9, 7010 Trondheim)

Protokoll – ordinær generalforsamling i Helseplattformen AS**Sted:** Elektronisk møte**Dato:** 04.06.2025**Tid:** 08.00 – 09.00

Den 04.06.2025 ble det etter aksjeloven § 5-5 avholdt ordinær generalforsamling i Helseplattformen AS. Generalforsamlingen ble avviklet i Helseplattformens lokaler samt med deltagere via Teams. Alle aksjeeiere samtykket til slik gjennomføring.

Innkalling med saksgrunnlag ble sendt ut 07.05.2025

Følgende ble ettersendt:

Oppdatert saksgrunnlag med sak 11 sendt ut 14.05.2025

Til behandling foreligger (saksliste):

1. Åpning av ordinær generalforsamling
2. Valg av møteleder
3. Godkjenning av innkalling og dagsorden
4. Valg av representant til å undertegne protokollen sammen med møteleder
5. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning, herunder disponering av årets resultat
6. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte
7. Fastsettelse av styrets honorar
8. Godkjenning av honorar til selskapets revisor
9. Valg av styremedlemmer
10. Valgkomite for valg av styremedlemmer m.v.
11. Samordning ressurser Helseplattformen AS og Hemit HF

1. Åpning av ordinær generalforsamling

Ekstraordinær generalforsamlingen ble åpnet av styreleder Gunnar Bovim. Styresekretær foretok registrering av aksjeeiere som deltok, enten selv eller ved fullmektig. Fortegnelsen under angir hvor mange aksjer og stemmer hver av dem representerer. Fortegnelsen skal anvendes inntil den måtte bli endret av generalforsamlingen. Fortegnelsen oppsummerer hvor stor andel av selskapets aksjer som er representert i generalforsamlingen.

Det var følgende representasjon fra aksjonærene til stede:

Navn	Oppmøte	Hvem representerer ved Generalforsamlingen	Fullmakt
Aukra kommune		Kommunalsjef oppvekst og kultur Jan Erik Hovdenak (Stemmerett med fullmakt)	
Fjord kommune		Ordfører Terese Jemtegård Moen (Signaturrett og stemmerett)	
Heim kommune		Ordfører Marit Liabø Sandvik (Signaturrett og stemmerett)	
Helse Midt-Norge RHF		Administrerende direktør Jan Frick (Stemmerett med fullmakt)	
Hitra kommune		Ordfører John Lernes, (signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Ingjerd Astad (Talerett)	
Holtålen kommune		Kommunedirektør Mona Iren Evensen Goa (Signatur og stemmerett)	
Hustadvika kommune		Kommunaldirektør Per Sverre Ersvik (Stemmerett med fullmakt)	
Indre Fosen kommune		Ordfører Oskar André Småvik (Signaturrett og stemmerett) Konst. Kommunedirektør Marit Vaarheim (Talerett)	
Kristiansund kommune		Ordfører Linda Dalsegg Høvik (Signaturrett og stemmerett)	
Levanger kommune		Ordfører Anita Ravlo Sand (Signaturrett og stemmerett)	
Melhus kommune		Rådmann Kathrine Lereggen (Stemmerett med fullmakt)	
Midtre-Gauldal kommune		Kommunalsjef Grethe Ellerås (Stemmerett med fullmakt)	
Molde kommune		Kommunalsjef Tanja Thalén (Stemmerett med fullmakt)	
Oppdal kommune		Ordfører Elisabeth Hals (signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Morten Johan Johansen (Talerett)	
Os kommune		Ingen	

Navn	Oppmøte	Hvem representerer ved Generalforsamlingen	Fullmakt
Rauma kommune		Ordfører Yvonne Wold (Signaturrett og stemmerett)	
Rennebu kommune		Kommunalsjef Ingrid Fagerli (Signaturrett og stemmerett)	
Rindal kommune		Ordfører Mildrid Kattem Aune (Signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Mons Otnes (Talerett)	
Rørøros kommune		Ordfører Isak V. Busch, (Signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Kjersti Forbord Jensås, (Talerett)	
Selbu kommune		Kommunalsjef Marit Evjen Hernes (Stemmerett med fullmakt)	
Skaun kommune		Varaordfører David Sørli Nielsen (Signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Petter Lindseth (Talerett)	
Smøla kommune		Ordfører Svein Roksvåg (Signaturrett og stemmerett)	
Sula kommune		Kommunalsjef Kjetil Helge Fylling (stemmerett med fullmakt)	
Sunndal kommune		Ingen	
Surnadal kommune		Ordfører Hugo Pedersen (Signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Lars Inge Kvande (Talerett)	
Tingvoll kommune		Kommunedirektør Frøydis Lindstrøm (Stemmerett med fullmakt)	
Trondheim kommune		Finansbyråd Kjetil Reinskou (Stemmerett med fullmakt) Finansdirektør Olaf Løberg (Talerett) Kommunalsjef helse og velferd Wenche P. Dehli (Tilhører)	
Tydal kommune		Ordfører Jens Arne Kvello, (Signaturrett og stemmerett)	
Vanylven kommune		Ingen	
Verdal kommune		Ordfører Knut Snorre Sandnes (Signatur og stemmerett)	
Vestnes kommune		Konstituert økonomisjef Hilde Rekdal (Stemmerett med fullmakt)	
Ørland kommune		Ordfører Hallgeir Grøntvedt (signaturrett og stemmerett)	
Åfjord kommune		Ingen	

Navn	Oppmøte	Hvem representerer ved Generalforsamlingen	Fullmakt
Ålesund og Haram kommuner		Ålesund: Ordfører Håkon Lykkebø Strand (signaturrett og stemmerett) Haram: Ordfører Vebjørn Krogsæter (Signaturrett og stemmerett) Kommunedirektør Anders Norvald Hammer (talerett)	

Av totalt 10.000 aksjer i selskapet var [antall] representert i generalforsamlingen.

Ellers deltok følgende:

Styreleder Helseplattformen Gunnar Bovim

Administrerende direktør Helseplattformen Siri Beate Berg

Administrerende direktør Hemit HF Trond Utne

Administrerende direktør Helse Møre- og Romsdal Olav Terje Lødemel

Administrerende direktør Helse Nord-Trøndelag Annamaria Forsmark

Administrerende direktør St. Olavs Hospital Tom Christian Martinsen

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF v/Jørgen Midtlyng

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF v/Tommy Antero Kinnunen

Kommunikasjonssjef Hemit HF Nina Kotte

Stabsdir. Økonomi og virksomhetsstyring Helseplattformen Per Magne Reitbakken

Avd.dir. Tjenesteleveranse Helseplattformen Ulf Dahl Ryen

Avd.dir. Tjenesteutvikling Helseplattformen Ellen Annette Hegstad

Avd.dir. Kommunikasjon og marked Helseplattformen Tor Erling Evjen

Avd.dir. Prosjekt og porteføljestyling Helseplattformen Astrid Bjørgum

Seksjonsleder HR Helseplattformen Vivian Sekkenes

Styremedlem HPAS Merete Skjelvik

Styremedlem HPAS Marit Hermansen

Styringsgruppemedlem Anne Staurland Aarbakke

Styringsgruppemedlem Hildegunn Holmslet

Styringsgruppemedlem Gunn Fredriksen

Teamkoordinator Helseplattformen Lene Aas

Styresekretær Helseplattformen Anne Grethe Hovde (referent)

2. Valg av møteleder

Administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF Jan Frich ble valgt som møteleder.

3. Godkjenning av innkalling og dagsorden

Det framkom ikke noen bemerkninger til innkallingen og dagsorden ble godkjent.

4. Valg av representant til å undertegne protokollen

Finansbyråd Kjetil Reinskou Trondheim kommune og Administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF Jan Frich ble valgt som representanter til å undertegne protokollen.

5. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning, herunder disponering av årets resultat.

Styrets forslag til selskapets årsberetning og årsregnskap med revisors beretning ble gjennomgått.

Følgende ble enstemmig vedtatt:

Helseplattformens årsberetning og årsregnskap for 2024 herunder årets resultat godkjennes.

6. Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Følgende ble enstemmig vedtatt:

Erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte tas til etterretning.

7. Fastsettelse av styrets honorar

Dagens styrehonorar:

- Styreleder pr år kr 286 151
- Styremedlemmer pr år kr 131 009
- Varamedlem – pr møte kr 5 862

Følgende ble enstemmig vedtatt:

Dagens styrehonorar justeres i henhold til lønnsoppgjøret i 2025.

Det foreslås at det ikke utbetales økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader ut over fastsatt styregodtgjørelse med unntak av kostnader til reiser og opphold i forbindelse med styrets arbeid.

Det utbetales ikke honorar for styreverv til ledende ansatte i det regionale helseforetaket eller underliggende helseforetak eller til ledende ansatte i Trondheim kommune.»

8. Godkjennelse av honorar til selskapets revisor

Følgende ble enstemmig vedtatt:

Honorar til revisor for lovpålagt revisjon av 2024 regnskapet på kroner 266 000.

9. Valg av styremedlemmer

Styret består i dag av følgende:

- Gunnar Bovim, leder (på valg i 2027)
- Per Sverre Ersvik, nestleder (på valg i 2026)
- Tom Christian Martinsen, medlem (på valg 2026)
- Marit Hermansen, medlem (**på valg i 2025**)
- Terje Gårdsmoen, medlem (på valg i 2026)
- Sidsel Nordhagen, medlem (**på valg i 2025**)
- Anne Kathrine Slungård, medlem (på valg i 2026)

Det er to styremedlemmer som er på valg i år. På grunn av 40 % regelen må de to være kvinner.

Valgkomiteen har bestått av Administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF Jan Frich, Kommunedirektør Ålesund kommune Jon Steven Hasseldal, Varaordfører Levanger kommune Nina Bakken Bye og Byråd Trondheim kommune Kjetil Ovrid Reinskou.

Følgende forslag ble fremmet av valgkomiteen:

Kommer senere

Følgende ble enstemmig vedtatt:

NN og NN foreslås som nye medlemmer til styret.

Det nye styret vil da bestå av:

- Gunnar Bovim, leder (på valg i 2027)
- Per Sverre Ersvik, nestleder (på valg i 2026)
- Tom Christian Martinsen, medlem (på valg 2026)
- **NN**, medlem (**på valg i 2027**)
- Terje Gårdsmoen, medlem (på valg i 2026)
- **NN**, medlem (**på valg i 2027**)
- Anne Kathrine Slungård, medlem (på valg i 2026)

10. Valgkomite for valg av styremedlemmer m.v.

To av sittende medlemmer i valgkomite har gått over i andre stillinger.

Følgende ble enstemmig vedtatt:

11. Samordning ressurser Helseplattformen As og Hemit HF

Gruppen av eiere som ble nedsatt i h.h.t. til vedtak i ekstraordinær generalforsamling 22.05.2024 har bestått av:

- Jan Frich, Helse Midt-Norge RHF (leder)
- Tom Christian Martinsen, St. Olavs hospital HF
- Gunn Fredriksen, Helse Midt-Norge RHF
- Olaf Løberg, Trondheim kommune
- Arne Ingebrigtsen, Kristiansund kommune
- Geir Olav Jensen, Verdal kommune

Gruppen ved Jan Frich la fram sitt forslag til vedtak.

Følgende ble enstemmig vedtatt:

1. Generalforsamlingen konstaterer at det på det nåværende tidspunkt ikke er hensiktsmessig å samle Hemit HF og Helseplattformen AS i ett felles selskap.
2. Generalforsamlingen ber om at det, for å oppnå gevinster i form av kostnadsbesparelser, økt produktivitet og bedre tjenesteleveranser, arbeides videre med å bedre samordningen og funksjonsfordelingen på tvers av Hemit HF og Helseplattformen AS, med sikte på at endringer kan tre i kraft senest 1. januar 2026.
3. Generalforsamlingen ber om å bli orientert om status for arbeidet og planer i en ekstraordinær generalforsamling i september eller tidlig i oktober 2025.
4. Generalforsamlingen vedtar at samarbeidsavtalen om Helseplattformen utvides til også å omfatte Hemit HF slik at dette helseforetaket inngår i det offentlig-offentlige samarbeidet rundt Helseplattformen.

5. *Generalforsamling gir aksept for at det kan gjøres kjøp av tjenester og etablering av kombinerte stillinger mellom selskapene, som trengs for at den foreslåtte samordningen kan gjennomføres (i tråd med aksjonæravtalens bestemmelser). Selskapets revisor skal i etterkant av at avtaler om kjøp er inngått rapportere til generalforsamlingen om at avtalene har medført gevinst ved kostnadsbesparelser, og er balanserte med hensyn til fordeling av gevinst mellom kjøper og selger.*
6. *Generalforsamlingen ber om at det planlegges for en evaluering innen våren 2027 for å avklare i hvilken grad økt samordning og funksjonsfordeling har resultert i ønske gevinster.*

Trondheim 04.06.2025

Jan Frich
Helse Midt-Norge RHF
(Digital signering)

Kjetil Reinskou
Trondheim kommune
(Digital signering)