

Sak 065-2017

Saksfremlegg til styret i Sykehusinnkjøp

Styrende dokumenter for internkontroll og risikostyring i Sykehusinnkjøp

Møtedato:	1. september 2017	
Tidligere behandlet i styret/saksnr.	011-2017	055-2017
Type sak (orienteringssak, diskusjonssak, beslutningssak, temasak)	Orienteringssak	

Forslag til vedtak:

1. Styret tar saken om styrende dokumenter til orientering.

Oslo, 24. august 2017

Kjetil M. Istad
Administrerende direktør



1. Hva saken gjelder

Denne saken omhandler videre aktiviteter knyttet til vedtakene i styresak 011-2017 og styresak 55-2017 og arbeidet med etablering av internkontroll og risikostyring (ledelse og styring).

I oppdragsdokument 2017 til de felleseide selskapene fremkommer det i kapittel 3, pkt. a) *Internkontroll og risikostyring* i fjerde avsnitt: *Styret skal sikre at helseforetaket har god internkontroll og risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik i tråd med ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trer i kraft 1. januar 2017.*

Vedtak i styresak 011-2017 *Ledelse og styring*:

1. *Styret tar saken Ledelse og styring i Sykehusinnkjøp HF til orientering og slutter seg til bruk av COSO-rammeverket.*
2. *Styret ber om at status i arbeidet med Ledelse og styring rapporteres i den løpende virksomhetsrapporteringen for foretaket.*

Vedtak i styresak 055-2017 *Risiko og risikostyring*:

1. *Styret tar informasjon om arbeidet med etablering av prosess for risikostyring til orientering.*
2. *Styret tar til etterretning at det fortsatt er risikoer knyttet til virksomhetsoverdragelsen og etableringsprosjektet, samt at det er relativt mange risikoområder innen stab. Samlet sett må det både følges opp tiltak som allerede pågår, samt iverksettes nye risikoreduserende tiltak, og styret forutsetter at det gjøres.*
3. *Styret ber administrerende direktør etablere et risikoregister og iverksette prosess for risikostyring, med tertialvis rapportering til styret, første gang pr. 2. tertial 2017.*
4. *Styret ber om å bli orientert om status for de mest vesentlige risikoene i denne styresaken, i hvert styremøte frem til prosess for risikostyring er implementert.*

I denne saken fremlegges versjon 1.0 av styringsprinsipper og styrende dokumenter for internkontroll og risikostyring for Sykehusinnkjøp HF. Disse dokumentene er viktige å få på plass slik at arbeidet med risikostyring i tråd med vedtak 3 i sak 055-2017 startes opp etter felles metodikk.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Styrende dokumenter for internkontroll og risikostyring

Arbeidet med etablering av prosessbeskrivelse for risikostyring er startet opp parallelt med øvrige aktiviteter innenfor *Ledelse og styring*, selv om de overordnede styrende dokumentene ikke er helt på plass.

Sammenhengen i dokumenthierarkiet er:

- Nivå 1: Hva skal gjøres (føringer og prinsipper)
- Nivå 2: Hvem skal gjøre hva (funksjon)
- Nivå 3: Hvordan skal arbeidet utføres (prosessbeskrivelser og maler)

Følgende dokumenter er vedlagt saken:

- Nivå 1: Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF
- Nivå 1: Prinsipper for internkontroll og risikostyring



Nivå 1-dokumentene som omhandler prinsippene skal godkjennes av styret. I denne saken legges det opp til at styret gir innspill og i styremøte 12. oktober 2017 behandler den endelige versjon 1.0.

Kort om Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF

Styringsprinsippene for Sykehusinnkjøp HF (Sykehusinnkjøp) er et styrende dokument som beskriver hovedprinsippene for ledelse, styring og kontroll i Sykehusinnkjøp. Styringsprinsippene er førende for all aktivitet i Sykehusinnkjøp, og alle ansatte skal være kjent med prinsippene og forholde seg til disse. Det er valgt å legge prinsippene for styringen av Sykehusinnkjøp inn i ett dokument for å gi en samlet oversikt over organiseringen av foretaket gjennom roller, ansvar og oppgaver, styrings- og ledelsesprosesser og styrende dokumenter. Alternativet vil være flere ulike dokumenter som ikke gir samme oversikt.

Kort om Prinsipper for internkontroll og risikostyring

Internkontroll og risikostyring er definert gjennom prinsipper som skal understøtte arbeidet med etterlevelse av målsettingene for foretaket. Det gjøres gjennom å gi overordnede føringer og prinsipper for arbeidet med å etablere, gjennomføre, forbedre og følge opp internkontrollen og risikostyringen, samt tydeliggjøre roller og ansvar knyttet til dette arbeidet. Prinsippene for internkontroll og risikostyring er hentet fra COSO-rammeverket jfr. styresak 011-2017 og samstemmes med gjeldende forskriftskrav for internkontroll. Foretaket må også ha et bevisst forhold til modenhet i internkontrollen og risikostyringen gjennom fastsettelse av ambisjonsnivå og mulige gevinster på sikt. Arbeidet med internkontroll og risikostyring vil ta tid, det skal formes kultur og adferd, samtidig som det er viktig at det finnes nødvendige rutiner på plass og at administrerende direktør har kontroll på virksomheten.

I tillegg vedlegges nivå 2- og 3-dokumentene som viser operasjonaliseringen av prinsippene for internkontroll og risikostyring, som informasjon til styret om sammenhengen i dokumentstrukturen (jfr. kap. 4 i *Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF*).

- Nivå 2: Funksjonsbeskrivelse prosessansvarlig for internkontroll og risikostyring
- Nivå 3: Prosessbeskrivelse for internkontroll
- Nivå 3: Prosessbeskrivelse for risikostyring

Nivå 2- og 3-dokumentene godkjennes av administrerende direktør når nivå 1-dokumentene er godkjent av styret.

Etablering og gjennomføring

Prinsippdokumentene vil danne utgangspunktet for det videre arbeidet med å lage et helhetlig internkontrollsystem (kvalitetssystem) og gjennomføre risikovurderinger på alle nivå, og må kommuniseres til alle enheter og utvikles innenfor de ulike fagområdene.

I første omgang legges det opp til å trene på kartlegging av prosesser, definering av mål, utvikle vurderingskriteriene, og å oppnå både risikobevissthet og risikoforståelse. Det er mye arbeid som skal gjøres og det er mange områder å ha fokus på. Derfor er det viktig at vurderingene som skal gjøres i dette arbeidet tar hensyn til kritikalitet – slik at det innenfor de ressurser som er til rådighet blir gjort riktige prioriteringer. *Hva skal fungere i dag – hva må være på plass om 6 måneder, i 2018 osv.?*



Aktivitetene i arbeidet med internkontroll og risikostyring må også avstemmes mot styresak 045-2017 *Veikart for virksomhetsutvikling*, slik at organisasjonen beveger seg i takt. Dokumentene som fremlegges for styret i denne saken er behandlet i ledergruppemøte 15. august 2017.

Fremdriftsplan

Følgende fremdriftsplan er gjennomgått med ledergruppen 15. august 2017 og vil bli ytterligere konkretisert frem mot oppstart av arbeidet etter at innspill fra styret er mottatt i dette møtet.

- Utkast prosessbeskrivelse risikostyring og tilhørende styrende dokumenter ferdigstilles innen 23.8.2017 (*for fremleggelse til styret 1.9.2017*).
- Alle divisjoner og stabsenheter skal innen 30.09 ha fått informasjon om styrende dokumenter behandlet i denne saken samt malverk for risikovurdering.
- Det oppnevnes kontaktperson i hver divisjon og stabsenhet som får et ansvar for å bistå i implementering av prosessene for internkontroll og risikostyring, og hvor bistand til gjennomføring av risikovurderinger per 2. tertial er første mål.
- Alle divisjoner og stabsenheter gjennomfører risikovurdering basert på felles metodikk pr. 2. tertial, innen 31.10.
- Risiko pr. 2. tertial med tiltaksplaner presenteres for styret i møte 27.november 2017.

3. Anbefaling

Det er helt nødvendig at styringsprinsippene og de overordnede prinsippene for internkontroll og risikostyring blir ferdigstilt og implementering kan starte. I denne omgang gis styret en orientering om arbeidet og dokumentene før de legges frem for godkjenning i et senere styremøte. Innspill fra styret til dokumentene i denne saken tydeliggjør viktigheten av dette arbeidet.

Trykte vedlegg:

1. Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF
2. Prinsipper for internkontroll og risikostyring
3. Funksjonsbeskrivelse prosessansvarlig for internkontroll og risikostyring
4. Prosessbeskrivelse for internkontroll
5. Prosessbeskrivelse for risikostyring

Utrykte vedlegg

- Ingen