

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehusinnkjøp HF	16.juni 2017

SAK NR 055-2017

Risiko og risikostyring

Forslag til vedtak:

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 risikoreducerende 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.

Oslo, 6. juni 2017

Kjetil M. Istad
Administrerende direktør



1. Hva saken gjelder

Denne saken gir status på risikoer knyttet til etablering av Sykehusinnkjøp HF og informasjon om hvordan ledelsen i foretaket legger opp det videre arbeidet med risikostyring. For å finne en god tilnærming til utvikling av en god og helhetlig risikostyringsmodell for Sykehusinnkjøp HF, er det etablert kontakt med Pasientreiser HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon HF.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Gjeldende krav og føringer

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. Forskriften erstatter forskrift om internkontroll. Helseforetakenes styringssystemer skal tilpasses risiko- og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger, og ha nødvendig ledelsesforankring i organisasjonen.

- *Det forutsettes at styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket minimum en gang pr år med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.*
- *Det forutsettes at det ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.*
- *Det forutsettes at helseforetaket har en systematisk oppfølging av rapporter fra offentlige tilsynsmyndigheter for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.*
- *Det forutsettes at forespørslers fra offentlige tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de frister som er satt.*

Bruk av etablerte rammeverk

I styresak 011-2017 fra styremøte 8. februar 2017 sluttet styret seg til administrerende direktørs anbefaling om å legge COSO-rammeverket¹ til grunn for videre utvikling av Ledelse og styring. Risikostyringen er en del av dette, og det etableres metodikk som bygger på samme grunnleggende rammeverk og standarder som helseforetakene for øvrig benytter.

Det er etablert veiledere både i Direktoratet for økonomistyring (DFØ), direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), Helsedirektoratet, Direktoratet for arbeidstilsynet og datatilsynet

COSO

• The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) er et felles initiativ fra fem organisasjoner fra privat sektor

1 • COSO er en virtuell organisasjon som leder arbeidet med å utvikle rammeverk og veiledere for bl.a. helhetlig risikostyring, intern styring og kontroll og håndtering av misligheter



m.fl., både med overordnet fokus og med bruk av detaljerte standarder (f.eks ISO, ITIL m.fl.) innenfor områder der det er behov. Tilnærmingen som utvikles for Sykehusinnkjøp HF må sikre at krav til internkontroll og risikostyring i lover og forskrifter som gjelder for Sykehusinnkjøp HF, og krav fra eierne blir satt i system og etterlevelse fulgt opp.

3. Etablering av helhetlig risikostyring i Sykehusinnkjøp HF

En forutsetning for helhetlig risikostyring er at internkontrollen i Sykehusinnkjøp HF er satt i system. Dette arbeidet er startet, og pågår parallelt for å sikre god risikohåndtering. Arbeidet omfatter som tidligere skissert i styresak 011-2017 fem internkontrollkomponenter med tilhørende internkontrollprinsipper og underliggende fokusområder som skal bidra til å sette internkontrollen i system, slik at den understøtter helhetlig risikostyring. Status i dette arbeidet er:

- Det er under utvikling et styrende dokument *Styringsprinsipper for Sykehusinnkjøp HF*. Dokumentet er under arbeid i ledergruppen, og diskuteres med tillitsvalgte før det legges frem for styret som diskusjonssak etter ferien før saken behandles av styret på et senere tidspunkt.
- Som del av dokumenthierarkiet utvikles det flere styrende dokumenter på nivå 1, herunder også prinsippdokumenter for internkontroll og risikostyring, funksjonsbeskrivelser samt prosessbeskrivelser der det er behov.

Parallelt med etablering av overordnede prinsipper og organisering, pågår arbeidet på operativt nivå med utvikling av helhetlig risikostyring som omfatter alle deler av foretaket, fra operasjonell risiko innenfor virksomheten (jobbes det riktig), og strategisk risiko i forhold til ønskede effekter for brukernes og oppfyllelse av samfunnsansvaret (virker leveransene slik vi tror).

Mål og hensikt med risikohåndtering og risikostyring er:

- Redusere sannsynligheten for, og konsekvensen av negative hendelser
- Belyse kritiske områder
- Sørge for at risiko er riktig vurdert, prioritert og forvaltet
- Sikre at prioriterte risikoer har en ansvarlig eier
- Håndtere hendelser som kan påvirke Sykehusinnkjøp
- Gi trygghet for at risikoer styres systematisk
- Oppfylle nødvendige og relevante krav i regelverket
- Prioritere ressurser til effektiv håndtering av risikoer
- Redusere driftsrelaterte overraskelser og tap
- Utnytte muligheten som ligger i å ta forebyggende beslutninger

Det sikres at risikovurderingen dekker målsettinger innenfor:

- Mål og resultatkrav fra eier (målrettet og effektiv drift)
- Pålitelig styringsinformasjon (herunder korrekt rapportering på vedtatte styringsindikatorer, aktivitet, bemanning og økonomi)
- Overholdelse av lover, forskrifter, styringskrav og selvpålagte krav (herunder spesielt de etiske retningslinjene)



Implementering av felles metodikk for risikovurdering startes opp før sommeren og første risikorapportering til styret blir pr. 2. tertial. Rapporteringen pr. 2. tertial vil omfatte deler av virksomheten og med mål om en helhetlig rapportering pr. 3. tertial 2017.

Arbeidet med etablering av prosessen for risikostyring omfatter å:

- Utvikle en felles metodikk for gjennomføring av risikovurderinger og etablering av risikoregister (prosessbeskrivelse, verktøy og maler)
- Etablere enhetlige vurderingskriterier for sannsynlighet og konsekvens samt sikre risikobevisthet og felles risikoforståelse
- Bruk av prosessanalyse og rotårsaksanalyse i tiltaks- og forbedringsarbeidet
- Utvikle rapportering og kommunikasjon

4. Status risikovurdering etablering av Sykehusinnkjøp HF

Som ledd i virksomhetsoverdragelsene av personell fra helseforetakenes innkjøpsavdeling er det gjennomført risikovurderinger på lokalt nivå, og disse vurderingene er aggregert opp til regionalt nivå.

I denne styresaken presenteres status for tiltak for de risikoene som er vurdert og hvor Sykehusinnkjøp HF er risikoeier. Statusvurderingene er gjennomført på ulike tidspunkt for de ulike divisjonene, avhengig av når de ble virksomhetsoverdratt og første gangs risikovurdering.

Status pr 1. juni 2017 for alle divisjonene, stab og etableringsprosjektet

Divisjon sør-øst

Tidspunkt for virksomhetsoverdragelse: 1. januar 2017 (Sykehuspartner) og 1. mai 2017 (øvrige HF). Risikovurderingen ble påbegynt høsten 2016 og ferdigstilt i januar 2017.

Risikovurderingen ble gjennomført av prosjektgruppen knyttet til Helse Sør-Østs prosjekt for etablering av Sykehusinnkjøp. Prosjektgruppen har bestått av innkjøpssjefene fra samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst. Av de identifiserte risikoene, eies 13 av Sykehusinnkjøp. De øvrige eies av helseforetakene og/eller Helse Sør-Øst RHF, og omtales ikke her. Status på tiltakene er gjennomgått i møte 11. mai 2017. Neste statusvurdering gjennomføres til høsten.

To av risikoene er i rød sone, fire er i gul sone og fem i grønn sone. To risikoer ble lukket i møtet. I de følgende avsnittene beskrives risikoene i rød sone.

Risikoene for at Sykehusinnkjøp ikke leverer tjenester i det omfang som er forventet/avklart, er i rød sone. Det er definert tre risikoreducerende tiltak:



- 1) Etablere felles og fungerende rutiner for alle anskaffelser.
- 2) SLA og tjenesteavtale må være tydelig på leveransene
- 3) Ansettelsesprosess på tomme stillinger startes raskest mulig

Det pågår en sammenstilling av anskaffelsesplanen. På bemanningssiden er det gjennomført ansettelse av vikarer, mens intervjuer pågår. Innleie er også iverksatt. Til tross for tiltakene er risikoen ikke redusert.

Risiko for at begrenset brukermedvirkning kan gi dårligere avtaler og dårligere avtalelojalitet, omdømmetap eller søksmål, er også fortsatt i rød sone. Det er definert seks risikoreduserende tiltak:

- 1) Etablere tydelig rutine for involvering
- 2) Skape klar forståelse av hva HF-ene må bidra med av faglig kompetanse inn i prosesser som drives av Sykehusinnkjøp
- 3) Skape gode møtepunkter og tillit og forventningsstyring – god kommunikasjon
- 4) Legge til rette for en it-løsning for å dele dokumenter ifbm anskaffelsesprosesser for å sikre mulighet for involvering fra flere enn de som er direkte involvert.
- 5) Metodikk for å muliggjøre ulike avtaler i HF og mulighet for å ta i bruk nye produkter i avtaleperioden.
- 6) Gode prosesser for å sikre at anskaffelsesprosesser kjøres på riktig nivå

Det regnes som viktig å sikre nærhet til helseforetakene og brukerne av avtalene. De fem risikoreduserende tiltakene er delvis startet opp, men ikke i tilstrekkelig grad til at risikoen kan vurderes som redusert.

De fire risikoene i gul sone omfatter:

- Risiko for at manglende sykehuskompetanse og lokale kunnskaper kan gi dårligere avtaler og dårligere avtalelojalitet
- Risiko for at ad hoc-oppgaver ikke kan løses raskt
- Risiko for at det ikke foreligger en tydelig tjenstekatalog (redusert fra rød til gul sone)
- Risiko for at organisasjonsendringen ikke gir økt gevinst

To risikoer har gått fra gul til grønn:

- Risiko for lang tid i as is-perioden
- Risiko for ansatteflukt hvis oppgaver blir delt eller ved for sene avklaringer

Divisjon nord

Tidspunkt for virksomhetsoverdragelse: 1. februar 2017.

Risikovurderingene ble oppdatert i januar, og det ble konkludert med at man ikke lenger så noen gjenværende risikoelementer.



Divisjon vest

Tidspunkt for virksomhetsoverdragelse: 1. desember 2016.

Divisjon vest hadde i 2015 virksomhetsoverdratt innkjøpsmedarbeidere fra alle HF-ene til Helse Vest Innkjøp. Det ble vurdert at det ikke var nødvendig med en foretaksvis risikovurdering for overgangen fra Helse Vest Innkjøp til Sykehusinnkjøp HF. Det ble derfor bare utført en risikovurdering ut fra Helse Vest Innkjøp sitt ståsted.

Alle risikoer fra risikovurderingen ble ansett som lukket på tidspunktet for virksomhetsoverdragelsen.

Divisjon Midt-Norge

Tidspunkt for virksomhetsoverdragelse: 1. desember 2016.

Risikovurderingene er sist oppdatert i mai 2017. I denne oppdateringen ble det konkludert med at alle de 11 risikoelementene er i gul sone, med liten eller meget liten sannsynlighet for å inntreffe. Disse risikoene omhandler i all hovedsak organisering og forhold for de ansatte.

Divisjon legemidler

Tidspunkt for virksomhetsoverdragelse: 1. november 2016.

Det ble ikke utført egne risikovurderinger for divisjon legemidler. Disse inngikk i risikovurderingene for divisjon nasjonale tjenester (HINAS).

Divisjon nasjonale tjenester

Risikoer er i hovedsak under kontroll. Men nasjonale tjenester opplever at staben ikke støtter opp om driften av divisjonen i tilstrekkelig grad. Oppgaver som tidligere ble utført av stabsressurser i HINAS utføres nå i økende grad av ressurser i divisjonen. Dette medfører økt risiko for forsinkelser i anskaffelsesprosjekter med den konsekvens at divisjonen ikke kan levere i henhold til handlingsplan for nasjonale anskaffelser.

Stab

I mars 2017 ble det startet opp en risikovurdering for staben. Denne vurderingen er ikke ferdigstilt, og bare hovedområdene er tatt med her.

Den største kategorien i denne vurderingen, er risikoen for at få ressurser vil medføre at staben ikke kan tilby nødvendige tjenester til divisjonene. Denne risikoen er identifisert i alle enheter i staben.

Videre utgjør manglende prosessbeskrivelser og uklare fullmakter og roller en risiko for at det oppstår uklare forventninger og at jobben utføres feil eller uhensiktsmessig.

Manglende compliance overfor lovgivning innenfor IKT-sikkerhet, arkiv og personvernlovgivning er også identifisert som en viktig risiko.



Etableringsprosjektet

I forbindelse med levering av sluttrapporten i desember 2016 ble det overført et register med gjenværende risiko fra etableringsprosjektet. Disse risikoene er sist gjennomgått i møte 18. mai 2017.

Etter siste gjennomgang gjenstår det tre risikoer, derav en i grønn sone og to i gul sone, med liten eller meget liten sannsynlighet for å inntreffe. Risikoene i gul sone er:

- Risiko for forsinket implementering av felles IKT-løsning
- Risiko for at vedvarende midlertidig IKT-løsning vil skape drifts- og utviklingsmessige utfordringer

Sammendrag

De vedlagte risikovurderingene vil løftes over i den ordinære risikohåndteringen etter hvert som denne iverksettes. De identifiserte risikoene vil danne grunnlaget for et felles risikoregister, og vil behandles med lik metodikk.

5. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør vurderer arbeidet med risikostyring som svært viktig for at foretaket skal nå sine målsettinger. Det er viktig at det gjennomføres tiltak som gir ønsket effekt. Dette arbeidet må skje parallelt med etablering av et system for interkontroll som bidrar til å håndtere risikoene. Administrerende direktør ser det som sitt ansvar å sørge for en organisering av foretaket som sikrer at roller, ansvar, oppgaver og myndighet blir klargjort og kommunisert, og derigjennom at risikoforståelse og eierskap bidrar til å redusere risiko.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar orienteringen om etablering og utvikling av prosess for risikostyring til orientering. Administrerende direktør ber styret ta status på rapporterte risikoer knyttet til virksomhetsoverdragelse, stab og etableringsprosjekt til etterretning. Administrerende direktør vil følge opp tiltaksarbeidet og sikre gjennomføring av risikoreducerende tiltak. Styret vil bli holdt løpende orientert. Parallelt med dette er arbeidet med etablering av prosess for risikostyring startet opp, med mål om tertialvis risikorapportering til styret fra 2. tertial 2017.

Trykte vedlegg:
Ingen

Utrykte vedlegg

- Vedlegg 1 Risikovurdering HSØ
- Vedlegg 2 Risikovurdering HMN
- Vedlegg 3 Risikovurdering Nasjonale tjenester
- Vedlegg 4 Risikovurdering etableringsprosjekt
- Vedlegg 5 Risikovurdering Stab - Samlet oversikt