



Internrevisjonen

Innkjøp i Helse Vest

Helse Vest RHF, juni 2015

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarrettleiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsliste og samandrag
2. Hovudrapporten med fakta, vurderingar og dessutan vedlegg

1	Samandrag.....	4
2	Innleiing.....	6
2.1	Formål og problemstillingar	6
2.2	Revisjonskriterier og metode	6
2.3	Avgrensingar.....	7
2.4	Om internrevisjon.....	7
3	Fakta	8
3.1	Organisering av innkjøpsfunksjonane.....	8
3.2	Helseføretaka si oppfølging av førre internrevisjon i 2009.....	11
3.3	Aktive rammeavtaler.....	16
3.4	Oppfølging av inngåtte rammeavtaler	21
3.5	Bruk av rammeavtaler.....	25
4	Vurderingar og tilrådingar.....	32
4.1	Vurderingar	32
4.2	Tilrådingar	37

1 SAMANDRAG

Føremålet med revisjonsprosjektet har vore å undersøkje om innkjøpsområdet i Helse Vest er underlagt ei målretta og effektiv drift, som etterlever lov- og forskriftsregelverk. Vi har særleg sett på om inngåtte rammeavtaler blir følgt opp og brukt på ein lojal måte.

Hovudkonklusjon: Rapporten viser at Helse Vest ikkje veit i kva omfang rammeavtaler vert brukt, og at ein fjerdedel av aktive rammeavtaler er ulovlege. Vidare viser stikkprøver at kjøp på utgåtte avtaler, eller heilt utan avtale, kan vere svært høg på visse område. Føretaksgruppa har store utfordringar med systemstøtte, interne rutinar, inngåing av nye avtaler og forvaltning av eksisterande avtaler. Det er grunn til å rekne med at ny organisering og ny systemstøtte på innkjøpsområdet vil kunne hjelpe på situasjonen.

Metodisk har internrevisjonen nytta intervju og dokumentgransking. Vi har intervjuet informantar i ulike roller i helseføretaka.

Problemstilling 1: Korleis er tilrådingane som blei gitt ved revisjonen i 2009 følgt opp av RHF-et og av føretaka? Verkar tiltaka som føreset?

Sidan førre revisjonen har alle føretaka jobba med oppfølging av dei gitte tilrådingane. Særleg legg dei vekt på å forbetre rutinar og prosedyrar. Helse Bergen synest å ha oppnådd størst resultat, gjennom ein klår prioritering av målretta systemforbetringar.

Problemstilling 2: Korleis blir inngåtte rammeavtaler følgt opp for å sikre at dei blir etterlevd, av RHF-et og føretaka?

Brukaravdelingane i føretaka blir informert i ettertid om at ny avtale er inngått, og dei blir tildels involvert i prosessen undervegs. I innkjøpsorganisasjonane har Helse Bergen og Helse Stavanger innført ei funksjonsorganisering med spesifikke avtaleforvaltarar for å følgje opp avtaleporteføljen og bestillerane ute i organisasjonen. Dette er eit skritt i riktig retning for god oppfølging, men kapasiteten er for liten. Mykje arbeid står framleis att med å forbetre rutinar og samordne føretaka, før ein vil sjå resultat i form av å trekke fullt effektivitetspotensiale ut av rammeavtalene.

Problemstilling 3: Korleis er rutinar og datasystem lagt til rette for at ein skal kunne oppnå ein målretta og effektiv bruk av slike avtaler?

To gamle system (Visma og Merida) skal om nokre år skiftast ut når LIBRA-programmet kjem òg til innkjøpsområdet. Det er bra, for situasjonen i dag er at både denne internrevisjonen og føretaka sitt arbeid i det såkalla kategoristyringsprosjektet, har vist at systemstøtta er eit hinder for å hente ut datagrunnlag av god kvalitet, som kan samordnast og analyserast for å sikre effektiv avtalebruk. Berre Helse Bergen har innarbeidd konkrete mål og rutinar for å utnytte innkjøpssystemet sitt målretta og effektivt.

Problemstilling 4 og 5: I kor stor grad blir inngåtte rammeavtaler nytta som føresettt? I kor stor grad brukar føretaka slike avtaler lojalt når dei føretekk avrop?

Helse Bergen gjer visse rutinemessige målingar på avtaleutnytting. Dei andre føretaka opplyser at dei ikkje har kapasitet - og manglar rutinar og datagrunnlag – for å sikre dette. Regionen manglar generelt kunnskap om kjøp på avtaler, og system som sikrar bruk av avtalane. I Helse Vest er ein del analyser gjort i samband med kategoristyringsprosjektet, og tal frå 2011 viste at på ortopedifeltet vart berre kvart femte innkjøpskrone brukt til dokumenterbare lovlege innkjøp. I 2014 var det ikkje mogleg å få ut tal frå dette feltet.

Ut frå våre intervju sit vi med det inntrykk at dei medisinske fagmiljøa sin grunnhaldning er å følge inngåtte rammeavtaler lojalt, så lenge avtalane harmonerer med kva den klinisk-faglege ansvarlege føretrekkjer. Talet på rammeavtaler er stort, heile 1015. Derimot er også talet på utgåtte avtaler som fortsatt er aktive, høgt og stadig aukande (sjølv om den relative andelen er redusert frå 19 % til 17 % frå 3012 til 2015). Talet på ulovleg prolongerte avtaler er nå 170.

Tilrådingar:

1. Sikre tilstrekkeleg produksjon av nye avtaler før utløpet av gamle, og dermed unngå ulovleg prolongerte avtaler.
2. Legg vekt på at ny systemløyising (LIBRA) skal gi tilgjengeleg og kvalitativt god styringsinformasjon om innkjøpspraksisen i føretaksgruppa, samstundes som utviklar gode analysar også før nytt system er på plass.
3. Sikre at kontraktdatabasen Contiki blir nytta i tråd med hensikta.
4. Sikre god kommunikasjon mellom innkjøpsorganisasjonen og bestillarane i helseføretaka om innhaldet i og erfaringar frå bruk av rammeavtalane.
5. Legg vekt på leverandøroppfølging gjennom heile avtaleperioden.
6. Utarbeid kontrollrutinar som sikrar at konsignasjonslagra er avgrensa til berre å innehalde produkt som fullt ut innrettar seg etter rammeavtaler på området, samt vurder om ordninga totalt sett er tenleg for Helse Vest.
7. Sikre at alle bestillingar vert gjort elektronisk, der dette er mogleg.

2 INNLEIING

2.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

I tråd med gjeldande revisjonsplan (2013-2014) har internrevisjonen gjennomført eit revisjonsprosjekt som omfattar innkjøpsfunksjonen i Helse Vest.

Det har òg tidlegare vore gjennomført revisjon av innkjøpsområdet i Helse Vest. I 2009 blei det gjort ei kartlegging og analyse av innkjøpsfunksjonen i alle føretaka i regionen, som fokuserte på organisering, regeletterleving og interne system knytt til innkjøp.

Denne gang har formålet med revisjonen vore å undersøkje om innkjøpsområdet i Helse Vest er underlagt ei målretta og effektiv drift, som etterlever lov- og forskriftsregelverk. Vi har særleg sett på om inngåtte rammeavtaler blir følgt opp og brukt på ein lojal måte.

Ut i frå bakgrunn og formål har prosjektet kartlagt og vurdert desse konkrete problemstillingane:

- Korleis er tilrådingane som blei gitt ved revisjonen i 2009 følgt opp av RHF-et og av føretaka? Verkar tiltaka som føresett?
- Korleis blir inngåtte rammeavtaler følgt opp for å sikre at dei blir etterlevd, av RHF-et og føretaka?
- Korleis er rutinar og datasystem lagt til rette for at ein skal kunne oppnå ein målretta og effektiv bruk av slike avtaler?
- I kor stor grad blir inngåtte rammeavtaler nytta som føresett?
- I kor stor grad brukar føretaka slike avtaler lojalt når dei føreteik avrop?

Revisjonsutvalet i Helse Vest vart orientert om prosjektmandatet 30.9.2014 og melding om oppstart vart sendt føretaka 9.10.2014.

2.2 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriterier er element som inneheld krav eller forventningar som er brukt for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

- Lov og forskrift om offentlege anskaffelser
- Styrevedtak, mål og føringar innan Helse Vest
- Administrative retningslinjer, mål, føringar og liknande
- Offentlege føringar, rettleiingar og liknande
- Reelle omsyn (vurderingar av kva som er rimeleg, formålstenleg eller liknande)

Metodisk er det nytta intervju med leiarar og tilsette på fleire nivå, statistiske analysar og dokumentgransking.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på føremål og problemstillingar i prosjektet.

2.3 AVGRENSINGAR

For å gjere prosjektet handterbart i omfang har det vore nødvendig å avgrense dybdeundersøkinga til nokre få, utvalde innkjøpskategoriar. Av ulike årsaker, som vi skal kome nærare tilbake til, valde vi å sjå nærare på kategoriane ortopedi og kardiologi. Hovudsakleg som ein konsekvens av denne avgrensinga er difor innkjøpsverksemda i Sjukehusapoteka Vest HF og i Helse Vest IKT AS her i rapporten berre vist til unntaksvis.

Prosjektet har ikkje tatt for seg kjøp av helsetenester (frå til dømes private institusjonar) eller investeringar (til dømes medisinsk-teknisk utstyr eller bygg). På dei innkjøpsfeltene vi har sett på, har vi ekskludert prosessen med å opprette nye rammeavtaler. Hovudfokuset har vore på forvaltinga av allereie inngåtte avtaler.

I undersøkinga av korleis føretaksgruppa sine etiske retningslinjer er følgt opp på innkjøpsområdet, har ikkje prosjektet granska einskildanskaffingar. Temaet er hovudsakleg omtalt i samband med oppfølginga av førre internrevisjonen på området i 2009, og som ein del av vurderinga av rutinane for avrop.

2.4 OM INTERNREVISJON

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRF/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekref-
telses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisa-
sjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en sys-
tematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessig-
heten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisor Haakon Totland og leiar for internrevisjonen, Bård Humberset.

3 FAKTA

3.1 ORGANISERING AV INNKJØPSFUNKSJONANE

3.1.1 NY ORGANISERING FRÅ 2015/2016

Organiseringa av innkjøpsfunksjonane i Helse Vest er for tida i endring med etablering av eige helseføretak for innkjøp i 2015.

I 2013 etablerte Helse Vest RHF eit prosjekt som skulle vurdere den framtidige organiseringa av desse funksjonane i helseregionen. Prosjektet konkluderte med ei tilråding om å samle alle innkjøpsfunksjonane og alle innkjøpsmedarbeidarane i eit eige helseføretak. Kjøp av helsetenester og investeringskjøp er ikkje del av denne omorganiseringa og er område som tradisjonelt har vore handtert utanfor innkjøpsorganisasjonen.

Stiftinga av det nye Helse Vest Innkjøp HF vart vedteke av styret i Helse Vest RHF på styremøte 7. april 2015. Dette inneber at innkjøpsfunksjonane i helseføretaka, Helse Vest IKT AS og Helse Vest RHF vert overført til eit nytt innkjøpsføretak, heileigd av Helse Vest RHF. Alle noverande medarbeidarar skal bli overført til dette føretaket, venteleg i løpet av 2015. Når overdraging av verksemd er gjort, er det nye føretaket planlagt med om lag 50 stillingar.

Denne internrevisjonen er utført medan den gamle organisasjonen framleis har vore verksam. Funna og observasjonane våre er difor basert berre på den. Som vi vil komme tilbake til, må tilrådingane bli følgt opp av den nye organisasjonen.

3.1.2 ORGANISERING PÅ REVISJONSTIDSPUNKTET

I dag er innkjøpsfunksjonane i Helse Vest fordelt mellom regionalt og lokalt nivå.

Som eit delprosjekt i «Innkjøpsprogrammet 2007-2010» slutta styret i Helse Vest RHF seg i 2010 til ei organisering av innkjøpsfunksjonane etter ein sentralstyrt modell (sentral strategi og kategoristyring), men med innkjøpseiningar lokalt i helseføretaka. Innkjøpsmedarbeidarane er tilsette i helseføretaka og har sin arbeidsstad der, men avdelingane har rapportert fagleg til Helse Vest RHF sin innkjøps- og logistikksjef.

I helseføretaka blir innkjøpsoppgåvene utført **på to ulike plan.**

- Ein sentralt plassert eining (seksjon), som rapporterer til ein nivå 2-direktør, har det innkjøpsfaglege ansvaret for å inngå og forvalte alle juridiske avtaler

- Einingane ute i linja som har driftsansvar, har fullmakt til å foreta avrop (dvs. bestille/kjøpe inn varer og tenester) på dei same avtalene og å foreta einskildinnkjøp der det ikkje finst slike avtaler

Det kan vere grunn til å streke under at den siste rolla, avrop, ikkje blir ført over i det nye føretaket. Det blir framleis helseføretaka som tar utgiftene med anskaffingane og som skal gjere sjølve avropa.

Funksjonelt har innkjøpsorganisasjonen i helseføretaka ansvar for to ulike fasar av eit innkjøp: først kontraktfasen, der eininga leier anskaffingsprosessen fram til avtale (om einskildkjøp eller rammeavtale) ligg føre; dernest fasen med å forvalte avtalen gjennom den avtalte kontraktperioden.

Helse Bergen og Helse Stavanger har i løpet av dei siste 1-2 åra innført ei **funksjonsorganisering** av innkjøpsseksjonane sine i tråd med dette (på bakgrunn av erfaringar frå Sykehuspartner HF og HINAS); medarbeidarane innehar spesifikke funksjonar som anten innkjøpsrådgjevar eller avtaleforvaltar. I Helse Fonna og Helse Førde er innkjøpseiningane for små til at ei slik funksjonsdeling er gjennomførleg.

Det følgjer av helseføretaka sine **innkjøpsreglement** at driftseiningane i føretaka har fullmakt til å gjere avrop på inngåtte rammeavtaler og til å foreta einskildinnkjøp under kr 100.000. Ved einskildinnkjøp mellom kr. 100.000 og kr. 500.000 skal den sentrale innkjøpsseksjonen kontaktast, og ved innkjøp over kr. 500.000 skal det utlysast anbodskonkurranse i regi av innkjøpsseksjonen, og med fagleg deltaking av brukaravdelinga(-ne).

Alle helseføretaka har datasystem som støtter elektronisk bestilling av varer, og som behandlar fakturaene for dei same bestillingane. To ulike system er her i bruk: Merida og Visma Enterprise. Helse Bergen nyttar Merida som eit fullintegrrert bestillings- og faktureringsystem, medan Helse Førde nyttar Merida som bestillingssystem og Visma som faktureringsystem. Helse Fonna og Helse Stavanger nyttar Visma til begge funksjonane.

Til forvaltning av alle inngåtte innkjøpskontraktar nyttar alle føretaka i Helse Vest Contiki som eit felles system.

All gjennomføring av anbodskonkurransar – som vi ikkje har sett på i dette prosjektet – er derimot basert på manuelle prosessar og manglar totalt datasystemstøtte.

I tillegg til dei innkjøpsfunksjonane som vert utført på lokalt og regionalt nivå i helseregionen, eig dei fire regionale helseføretaka i fellesskap eit **nasjonalt innkjøpsselskap** som heiter Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS). Dette selskapet har ansvaret for å koordinere og leie nasjonale innkjøpsavtaler for alle helseføretaka i Noreg, i tett samarbeid med prosjektgrupper sett saman av fagpersonell frå alle regionane.

Innan innkjøpsorganisasjonen har ein i fleire år hatt ein klår oppfatning av at den samla bemanningskapasiteten har vore alt for låg til at ein har kunne utføre alle nødvendige oppgåver innan ansvarsområdet. I februar 2013 vart det difor lagt fram for **styret i Helse Vest RHF**¹ ei sak om «Styrking av kapasitet på innkjøpsområdet i Helse Vest». Her blei det meldt eit behov for vesentleg auka kapasitet innan innkjøpsområdet, jf. m.a. følgjande utdrag av grunngjevinga:

«Den stadig vaksande avtaleporteføljen fører nå til store kapasitetsutfordringar, både fordi ein skal forvalte og følgje opp avtalane aktivt i avtaleperioden, men også fordi ein skal fornya heile porteføljen av avtaler regelmessig.

Situasjonen er pr. i dag at dei tilgjengelege ressursane innan innkjøpsområdet ikkje har kapasitet til å handtere den stadig vaksande avtaleporteføljen. - - -

For å handsame føretaksgruppa si samla kontraktportefølje på nærare 6 milliardar kroner har Helse Vest behov for vesentleg auka kapasitet innan innkjøpsområdet. Kapasitetsauken er naudsynt for å sikre at lovlege avtaler blir etablert og for å forvalte avtalene forsvarleg i avtaleperioden.»

Styret tok til etterretning orienteringa om behov for auka ressursar (10 årsverk) til innkjøpsorganisasjonen. Av di administrasjonen såg det som viktig å styrke alle einingane i organisasjonen, vart dei nye årsverka fordelt mellom RHF-et, sjukehusføretaka og Helse Vest IKT AS. Alle dei nye stillingane er finansiert av RHF-et.

RHF-leiinga har gjeve uttrykk for at ein frå deira side var raskt ute med å gje klarsignal til at einingane lokalt kunne å starte **tilsettingsprosessane**. Likevel ser ein i ettertid store ulikheiter føretaka imellom med omsyn til kor raskt dei var i stand til å effektivere vedtaket om løyve til nytilsetting(ar). Helse Bergen, som både organisatorisk og i høve til bemanning var prega av god kontinuitet, hadde dei nye medarbeidarane på plass i løpet av 2013. I Helse Stavanger var situasjonen prega av diskontinuitet og konstitueringar i leiarfunksjonane på nivå 2 og i innkjøpseininga. Dette gjorde sitt til at nye medarbeidarar ikkje var på plass før hausten 2014. Helse Fonna har gjeve uttrykk for at dei venta svært lenge på klarsignal frå RHF-et på å setje i gang tilsettingsprosessen; ny medarbeidar var difor ikkje på plass før hausten 2014. I Helse Førde er ny medarbeidar på plass først våren 2015.

¹ Styremøte 06.02.2013 - styresak 010/13 B.

Tabell 1 – Bemanninga i innkjøpsfunksjonane pr. april 2015, fordelt på føretak

Organisatorisk eining	Antal stillingar
Helse Vest RHF	5
Helse Stavanger	12
Helse Fonna	4
Helse Bergen	18
Helse Førde	3
Helse Vest IKT AS	2
Sjukehusapoteka Vest	1
Totalt:	45

Dei lokale innkjøpsleiarane gjev uttrykk for at dei ti nye stillingane er ein god hjelp for å få opp kapasiteten. Likevel framhevar dei at den **største utfordringa** for innkjøpsorganisasjonen framleis er den avgrensa kapasiteten i avtaleproduksjonen. Det vert peikt på at desse prosessane er kompliserte; det tek tid å byggje opp tilstrekkeleg høg kompetanse i ein organisasjon som har mange medarbeidarar med til dels lita innkjøpserfaring.

Likeins vert det peikt på at denne utfordringa òg gjeld dei medisinske fagmiljøa, som ein føreset skal delta i kvar anskaffingsprosess. Kapasitetsmessig finn dei det ofte vanskeleg å sette av tid til å delta i anbudsprosessen. Kompetansemessig treng dei ofte tidkrevjande støtte frå innkjøpsrådgjevar i arbeidet med å utarbeide kravspesifikasjonar.

3.2 HELSEFØRETAKA SI OPPFØLGING AV FØRRE INTERNREVISJON I 2009

3.2.1 BAKGRUNN

Førre gongen det blei gjennomført eit internrevisjonsprosjekt av dette området var våren 2009.

Prosjektet den gongen omfatta ei kartlegging og analyse av innkjøpsfunksjonane i Helse Vest, der føremålet var å undersøke kva kontrollrutinar som var sett i verk for å sikre at regelverket for offentlege innkjøp blei følgt, og at innkjøpsavtaler blei tilfredsstillande forvalta og etterlevd.

I samband med det nye revisjonsprosjektet har det vore av interesse å kartlegge korleis den førre revisjonen har vore følgt opp, og kva for resultat ein kan sjå seks år seinare.

Undersøkinga i 2009 fokuserte spesielt på regeletterleving, interne system og organisering av innkjøpsfunksjonen ved dei enkelte føretaka. Kartlegginga var basert på data som var samla inn gjennom dokumentanalyse, testing av utvalde case, intervju og spørjeundersøking (blant ca. 700 innkjøps- og bestillingsansvarlege, der ca. 55 % svarte). Resultata blei presentert i

rapportar for kvart av dei fire sjukehusføretaka, med tilrådingar som retta seg mot dei behov som var identifisert i dei respektive føretaka.

3.2.2 TEMA OG TILRÅDINGAR I 2009

Revisjonen omfatta dei same sju områda for alle fire helseføretaka. Ei kortfatta samanfating av tilrådingane er referert under opplistinga av kvart område.

- **Organisering**
 - Syte for nødvendig kapasitet til å delta i anbudsprosessar på ein god måte.
 - Vurdere om ansvarstilhøva knytt til bestillingar i føretaket er føremåls-tenlege.
 - Sikre tilstrekkeleg innkjøpsfagleg opplæring og oppfølging til alle som skal arbeide med innkjøp i føretaka.
- **Etterleving av regelverket**
 - Sikre at alle innkjøp skjer i tråd med regelverket for offentlege anskaffingar.
- **Intern kontroll**
 - Sikre at tilstrekkeleg internkontroll er etablert, og at systemet er kjend og blir etterlevd i organisasjonen .
 - Syte for at det blir gjennomført nødvendige tiltak for manglande mål- og regel-etterleving.
- **Etiske retningslinjer**
 - Sikre at alle er kjent med dei etiske retningslinjene for føretaket, og at dei blir følgt.
- **Rutinar og prosedyrar**
 - Sikre at det er utarbeidd føremålstenlege skriftlege rutinar for innkjøpsarbeidet.
 - Sikre at desse rutinane er tilgjengelege, blir gjort kjend for dei tilsette og etterlevd.
- **Innkjøpssystem og integrering**
 - Betre den logiske integrasjonen og samhandlinga mellom dei ulike IT-løysingane.
 - Sikre at innkjøps- og sakshandsamingssystema blir brukt i samsvar med etablerte rutinar og at brukarane har tilstrekkeleg kompetanse til å bruke dei effektivt. Gjere det lettare å finne fram leverandør- og produktinformasjon i oppdaterte elektroniske varekatalogar.
 - Gjere det lettare å finne fram innkjøpsavtaler og kontraktar.
- **Anskaffingar, anbod og kontraktar**
 - Vurdere om det er fleire områder på driftssida som ein bør forsøke å dekke gjennom innkjøpsavtaler.
 - Sikre at innkjøpsavtalane som føretaka har er lett tilgjengelege og blir følgt.
 - Syte for at bestillerane får opplæring i kva vilkår som gjeld for kjøp utanfor innkjøpsavtaler, og at krav til konkurranse blir ivaretatt dersom det er nødvendig å foreta slike kjøp.

Internrevisjonen sine vurderingar og tilrådingar i 2009 varierte noko frå føretak til føretak. Dei var identiske for helseføretaka **Fonna** og **Førde**. For helseføretaka **Bergen** og **Stavanger**, som er betydeleg større og meir komplekse organisasjonar, var vurderingane og tilrådingane

noko meir omfattande. Også her gav internrevisjonen nær identiske vurderingar av dei to store føretaka, og tilrådingane var i stor grad samanfallande.

3.2.3 HELSEFØRETAKA SINE TILBAKEMELDINGAR OM EIGA OPPFØLGING

Vi har bede helseføretaka kommentere sine respektive oppfølgingsplanar frå 2009, med særskilt fokus på korleis dei konkret har følgd opp førre revisjon og korleis tiltaka har virka. Eit samandrag av tilbakemeldingane deira følgjer nedanfor.

Helse Bergen:

Innkjøpsseksjonen har redusert talet på bestillerar i innkjøpssystemet Merida som ein følge av ein opprydding i fullmaktshierarkiet. Bestillingar vert nå gjort i samsvar med revisor si tilråding - tredeling av bestilling, godkjenning og mottak. Jf. det regionale prosjektet «Bestilling til betaling». For å sikre at alle som arbeider med innkjøp i føretaket får tilstrekkeleg oppfølging, har seksjonen prioritert ressursar til kundesenterløysing, og ein har òg innkjøpsfaglege kurs og elektronisk opplæring for bestillerane.

Som eit tiltak for å sikre tilstrekkeleg intern kontroll har føretaket arbeidd fram ei betre fullmaktstyring gjennom ei løysing utvikla av systemleverandør. Prosjektarbeidet blei avslutta hausten 2014, og linja har gjort tilpassingar for å etterkomme krava i løysinga. For å auke kunnskapen i organisasjonen om etiske retningslinjer, har føretaket i 2013 implementert ny opplæringsmodul med eksamenskrav. Nivå 2-leiarar skal sikre at retningslinjene er implementert og blir følgd opp.

For å sikre at alle skriftlege rutinar er kjend blant alle tilsette og blir etterlevd, har føretaket iverksett ny sertifiseringsordning for bestillerar. Opplæring av desse er ei sentral oppgåve for brukarstøttefunksjonen på innkjøp. Kontrollrutinar er gjennomgått. For å sikre at IT-løysingane blir brukt i samsvar med dei etablerte rutinane, er det gjort fleire oppgraderingar i kontraktsystemet Contiki som har betra brukargrensesnittet, og fleire utbetringar i innkjøpssystemet (Merida). Føretaket melder at innkjøpssystemet etter dette fungerer godt i samsvar med intensjonane, sjølv om fleire forbetringsspunkt står uløyst i påvente av utviklingsprosessen av nytt økonomi- og innkjøpssystem, LIBRA.

Arbeidet med å leite etter innkjøpsområde med dårleg avtaledekning er ein kontinuerleg prosess som har stort fokus i føretaket. Ein jobbar òg med å gjere kontraktsystem og nettstad for innkjøpsinformasjon meir tilgjengeleg for bestillerane. Helse Bergen har etablert kategoribaserte styringsmål for avtalebruk, og følgjer opp bruken av eksisterande avtaler både operativt og med støtte på avtaleforvaltning.

Helse Fonna:

Kapasiteten i innkjøpsseksjonen er auka frå 2 til 3 stillingar; medarbeidar nr. 3 byrja i august 2014. Innkjøpsseksjonen syter for at fagmiljøa alltid vert invitert med og inkludert i alle innkjøpsprosessar. Dette gjer sitt til at alle involverte vert sikra kunnskap både om prosessane og om innkjøpsfaglege problemstillingar. I deler av tidsrommet har føretaket hatt ressurs-/kapasitetsutfordringar i innkjøpsseksjonen. Etiske retningslinjer skal vere godt implementert i organisasjonen. Dei er gjort kjent i linja via AD og direktørgruppa og i personalhandboka, og skal vere kommunisert til seksjonsleiarar og funksjonsleiarar.

Innkjøpsseksjonen i føretaket har dei siste åra arbeidd aktivt med kontinuerlege forbetringar, kor ein har utnytta system, regionale malar etc. på ein effektiv og rasjonell måte. Ein har òg jobba mykje med utrulling av e-handel til alle institusjonane i føretaksområdet. For å sikre best mogleg kompetanse hos bestillerane, vil ein bruke så få bestillerar som er mogleg og hensiktsmessig. Å samle kompetanse om innkjøp på få hender, vil resultere i meir kompetente bestillerar, meir ansvarlege seksjonsleiarar og større grad av avtalelojalitet. Føretaksleinga har vedteke absolutt bruk av e-handel, der dette er klårt hensiktsmessig. I perioden har føretaket innført Visma lagersystem på alle sjukehusa; bruken av løysinga «Aktiv forsyning» gjev ein samordningsgevinst og sikrar effektiv implementering av nye rammeavtaler.

Helse Førde:

Kapasiteten i innkjøpsseksjonen er no auka frå 2 til 3 stillingar; medarbeidar nr. 3 tiltrer i mai 2015. Føretaket har fokus på at alle innkjøp skal gjennomførast i samsvar med regelverket for offentlege anskaffingar, noko som krev at alle delar av organisasjonen er kjende med regelverket og har både evne og vilje til å etterleve det.

Helse Førde har i liten grad etablert ein spesifikk intern kontroll knytt til innkjøp og etterleving av innkjøpsregelverket. Internkontrollen vert i stor grad utført i linja og når innkjøpsseksjonen gjennomfører mange innkjøp samt er rådgjevar for einingar i linja som har innkjøpsrelaterte oppgåver. Føretaket har aktivt vore med på å utforme etiske retningslinjer for Helse Vest; delar av desse er m.a. innarbeidd i kontraktsmalane.

Prosedyren knytt til innkjøp i Helse Førde er nyleg revidert. Systemparken knytt til innkjøp er den same som ved førre internrevisjon. Dei fleste systema er oppgraderte ein eller fleire gonger sidan då, men på fleire område er samhandlinga mellom systema dårleg og til hinder for å effektivisere mange av funksjonane i kjede frå eit behov oppstår til betaling kan gjennomførast.

Helse Stavanger:

Innkjøpsseksjonen har dobla talet på medarbeidarar dei siste to åra (frå 6 til 12); samstundes har ein omorganisert seksjonen til å ha klare, avgrensa ansvarsområder. I 2014 er det gjennomført fordypningskurs for alle medarbeidarar i anskaffingsregelverket, kontraktar og oppfølging, klagebehandling m.m. I tillegg er det utarbeidd prosedyrar på dei viktigaste arbeidsprosessane. Seksjonen har òg starta arbeidet med å betre informasjonen ut til bestillera-

ne og korleis dei vil ha informasjonen formidla inn til seg, men dette er no lagt på is i påvente av nytt innkjøpsføretak.

Ein jobbar kontinuerleg med kompetanseheving og kvalitetssikring, og med å få på plass gode rutinar. Anbudsprosessane blir gjennomført i samsvar med regelverket, men manglande kapasitet kan i nokre høve medføre ulovlege avtaleprolongeringar.

Nye rutinar for intern kontroll (mellom anna for handtering av avvik) er utarbeidd, og vert jobba vidare med kontinuerleg. Siste oppgradering i bestillingssystemet kom hausten 2014. Kurs er gjennomført for alle bestillerar, og innkjøperane og avtaleforvalterane fokuserer på å påverke leverandørane til å betre kvaliteten på avtalekatalogane.

Det er òg gjennomført kurs i miljø og samfunnsansvar for innkjøparane; i tillegg har ein fokus på diskusjon og reflektering rundt etiske problemstillingar på innkjøpsområdet.

3.2.4 INTERNREVISJONEN SI VURDERING

Fordi den førre revisjonen ligg so vidt langt attende i tid som seks år, valde vi å sjekke ut problemstillinga kring oppfølgingstiltaka og resultata av desse gjennom å innhente skriftlege tilbakemeldingar frå føretaka sjølve.

Vi har ikkje på anna måte søkt å stadfeste innhaldet desse tilbakemeldingane utover det som går fram av problemstillingane no i 2014/2015.

Det går fram av samandraga ovanfor at alle føretaka har jobba med oppfølging av dei gitte tilrådingane. Særleg har dei lagt vekt på å forbetre rutinar og prosedyrar. Innkjøpseiningane har òg hatt fokus på å auke kunnskapen i organisasjonane om føretaksgruppa sine etiske retningslinjer. Helse Bergen si tilbakemelding viser at dette føretaket totalt sett synest å ha oppnådd dei største – og mest konkrete – resultata, gjennom ein klår prioritering av målretta systemforbetringar.

Oppfølgingsspørsmål til innkjøpsleiarane i intervjuar stadfestar dette inntrykket. Alle framhevar at innkjøpsorganisasjonen gjennom dei seinare åra har hatt sterkt avgrensa kapasitet til både å inngå avtaler og forvalte avtaleporteføljen. Innafor desse rammevilkåra har ein forsøkt å tilpasse oppfølginga til tilhøva i eige føretak. Eksempla vi fekk fortalt gav uttrykk for at medan dei små føretaka har høve til å gjennomføre kontrolltiltak på einskildsaknivå, gjer den organisatoriske storleiken og kompleksiteten i dei to store føretaka at ein der hovudsakleg må konsentrere innsatsen på systemnivå.

Den aller største utfordringa som innkjøpsorganisasjonen kontinuerleg har møtt, har vore å oppfylle den først nemnte av tilrådingane frå 2009: "Syte for nødvendig kapasitet til å delta i anbudsprosessar på ein god måte". Denne tilrådinga vart konkret følgd opp ved at ein i 2013 fekk gjennomslag for å opprette 10 nye stillingar. På tross av dette har ein likevel so langt ik-

kje makta å auke produksjonen av nye rammeavtaler i eit volum som sikrar at avtalene vert fornya innan dei tidsfristane som regelverket krev. Dette vil vi belyse i neste kapittel.

Vi skal sjå at sjølv om der har skjedd ei god systembygging i innkjøpsorganisasjonen dei siste åra, ser vi i 2015 ein del av det same utfordringsbiletet som i 2009.

3.3 AKTIVE RAMMEAVTALER

Samla kjøper føretaksgruppa i Helse Vest varer og tenester for 5,5 milliardar kroner (2013), der 4 milliardar kroner er driftskjøp og 1,5 milliardar kroner investeringskjøp.

Desse kjøpa kan skje anten som einskildleveransar, eller gjennom rammeavtaler om gjentekne leveransar (avrop) i ein gitt tidsperiode. Denne rapporten omhandlar i hovudsak bruken av rammeavtaler.

3.3.1 KONTRAKTSYSTEMET

I Helse Vest sitt kontraktssystem (Contiki) er det pr. 1. juni 2015 registrert 1015 rammeavtaler for kjøp av varer og tenester som har status som «aktive». Desse avtalene er enten nasjonale (forvalta av Helseforetakenes Innkjøpsservice AS - HINAS), regionale (forvalta av RHF-et) eller lokale (forvalta av eit av helseføretaka). Avtaleporteføljen fordeler seg slik:

Tabell 2 – Aktive rammeavtaler i Helse Vest for kjøp av varer og tenester
(Kjelde: Helse Vest, basert på Contiki)

Kontraktseigar:	Sum rammeavtaler:
Nasjonale avtaler	249
Regionale avtaler	238
Helse Vest RHF	1
Helse Førde	19
Helse Bergen	291
Helse Fonna	114
Helse Stavanger	61
Helse Vest IKT	37
Sjukehusapoteka Vest	5
SUM:	1015

Omgrepet «aktive rammeavtaler» omfattar alle juridisk bindande avtaleforhold med ein (eller fleire) leverandør(ar), som det vert gjort gjentekne avrop på. I tillegg til at jussen regulerer dei privatrettslege tilhøva melom avtalepartane, er òg alle kjøp som offentleg eigde rettssubjekt gjer underlagt offentlegrettslege krav i lov og forskrift om offentlege anskaffingar (LOA

og FOA)². Rammeavtaler³ skal vere inngått etter bestemte prosedyrar angitt i forskrifta og skal som hovudregel ikkje ha ein varigheit ut over maksimalt 4 år. Unntak frå denne strenge hovudregelen opnar forskrifta opp for berre i «tilfeller som er særleg berettiget ut fra rammeavtalens gjenstand»⁴.

I innleiingsfasen av denne internrevisjonen vart det tydeliggjort at ein i innkjøpsorganisasjonen nytta omgrepet "ulovlege avtaler". Dette refererte til rammeavtaler som vart prolongert ut over den maksimale tidsperioden som anskaffingsregelverket tillèt. På spørsmål frå internrevisjonen kunne ikkje innkjøpsleiarar - korkje på lokalt eller regionalt nivå - framskaffe ein oversikt over kor stort omfang dette representerer.

Gjennom å få tilgang til data frå kontraktssystemet Contiki utarbeidde internrevisjonen ein oversikt over talet på ulovleg prolongerte rammeavtaler. Funna våre har vi i ettertid fått kvalitetssikra av innkjøpsorganisasjonen. Det kan vere grunn til å merke seg at kontraktssystemet er av relativt ny dato, og at det er ufullstendig⁵.

3.3.2 TALET PÅ LOVLEGE OG ULOVLEGE AVTALER

Resultatet viser at 17 % av dei aktive rammeavtalene i Helse Vest (170 i talet) har ein varigheit ut over den maksimale avtaleperioden som anskaffingsforskrifta tillèt – og derfor ikkje er i samsvar med lov om offentlege anskaffingar. Dette er ein auke frå 134 slike ulovlege avtaler i 2012.

I figurane under ser vi fordelinga av *lovlege avtaler* (som både er inngått på forskriftsmessig vis⁶ og som ikkje har hatt ein varigheit ut over det forskrifta tillèt) og *ulovlege avtaler* (som er ulovleg prolongert ut over maksimumsvarigheita).

Den første figuren med tabell, viser tal frå 2012. Totalt var det då 721 aktive rammeavtaler, fordelt på 134 ulovlege og 587 lovlege avtaler.

² LOV-1999-07-16-69 Anskaffelsesloven - LOA

FOR-2006-04-07-402 Forskrift om offentlige anskaffelser - FOA

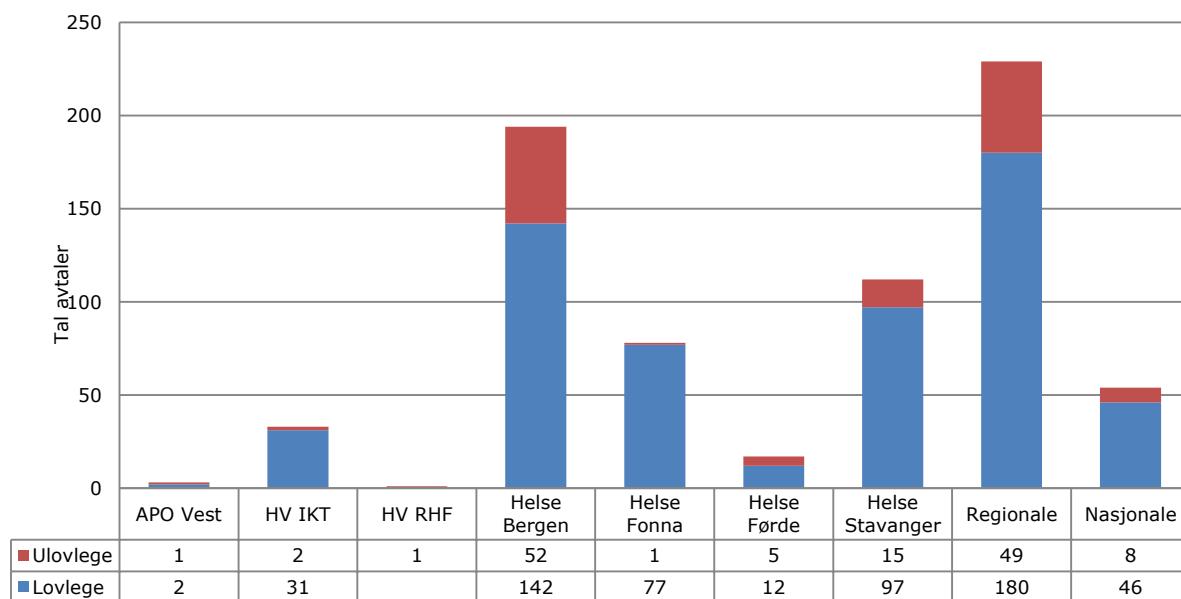
³ I FOA § 4-2 bokstav f definert som: «avtale inngått mellom en eller flere oppdragsgivere og en eller flere leverandører som har til formål å fastsette vilkårene for de kontrakter som skal tildeles i løpet av en gitt periode, særlig med hensyn til pris og eventuelt planlagte mengder».

⁴ Jf. § 6-1 (4).

⁵ I dei tala som vert presenterte i neste avsnitt er det ein del usikkerheit til 2012 særleg, men 2015 skal vere korrekt får vi opplyst. Internrevisjonen er i tvil om det siste, sjølv etter gjentatt fleire bearbeidingar frå administrasjonen, men legg tala fram av di det er det beste tilgjengelege datagrunnlaget.

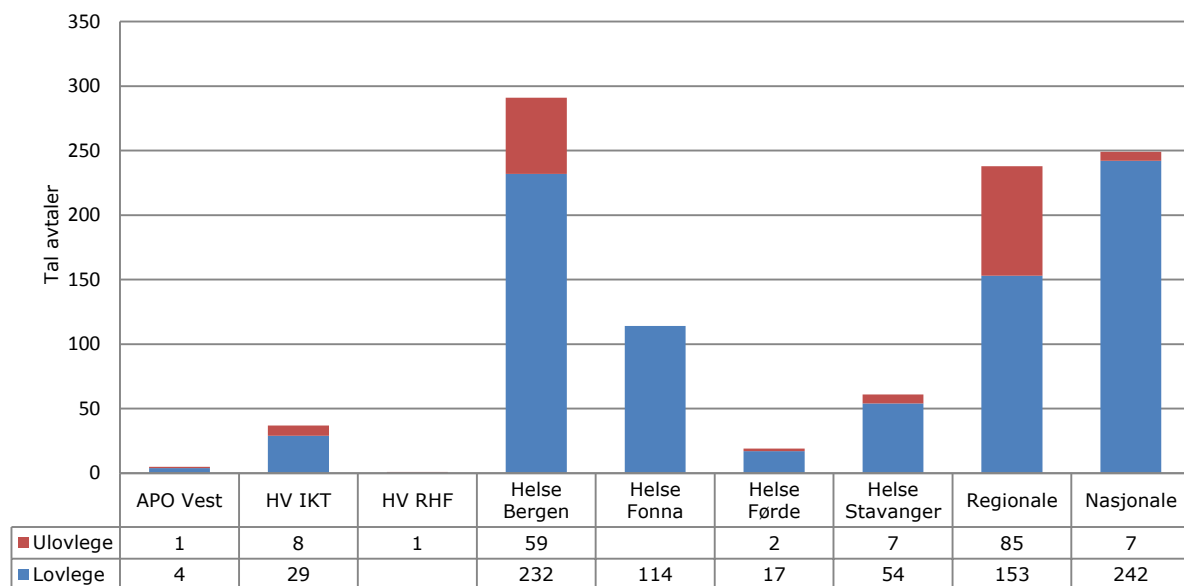
⁶ Ein kan legge til at det gjeld «presumptivt» forskriftsmessig vis. Internrevisjonen har ikkje evaluert legaliteten i dei einskilde anskaffingsprosessene..

Figur 1 – Talet på lovlege og ulovlege avtaler, 2012 (Kjelde: Helse Vest, basert på Contiki)



Den andre figuren med tabell, viser tal pr. 1. juni 2015. Totalt var det då 1015 aktive rammeavtaler fordelt på 170 ulovlege og 845 lovlege avtaler.

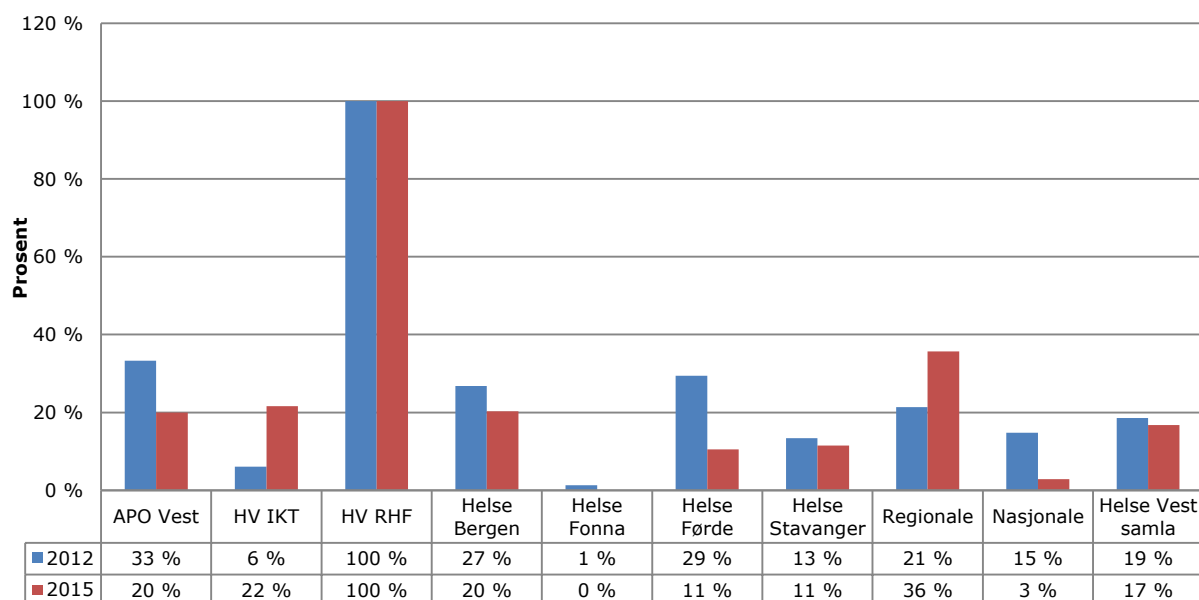
Figur 2 – Talet på lovlege og ulovlege avtaler, 2015 (Kjelde: Helse Vest, basert på Contiki)



Begge figurane over viser at det høgste **talet** på ulovleg prolongerte avtaler finn ein i Helse Bergen og på regionnivå. Det er òg desse einingane som forvaltar det største avtalevolumet totalt. Helse Fonna utmerker seg i den andre enden av skalaen som den einaste eininga med utelukkande lovlege avtaler.

I figuren under ser vi berre på andelen av ulovlege prolongeringar i 2012 og 2015. Her ser vi mellom anna at pr. 1. juni 2015 er heile 36 % av dei regionale avtalene i strid med norsk og europeisk lovverk for offentlige anskaffingar. Dette er ein auke frå 21 % tre år tidlegare.

Figur 3 – Andel ulovlege avtaler 2012 og 2015 (Kjelde: Helse Vest, basert på Contiki)



Fullmakta til å underteikne prolongering av innkjøpsavtaler ligg til dei administrerande direktørane (AD). For regionale avtaler gjeld det AD i Helse Vest RHF og for lokale avtaler gjeld det AD i helseføretaka⁷. Det er standard prosedyre at kvar oversending til AD for underteikning inneheld ein oversikt over når avtala opphavleg blei inngått, kva som er maksimal lovleg gyldigheitsdato og kva som er estimert innkjøpsvolum på avtala. Prolongeringar vert gjerne gjort for maksimum eitt år om gangen. Alternativt vert tidsavgrensinga «inntil ny avtale ligg føre» nytta, der intensjonen er at ein (i nokre tilfelle allereie oppstarta) anbudsprosess skal resultere i ein ny avtale i løpet av kortare tid enn eitt år.

Ein del avtaler vert prolongert over mange år. Bakgrunns materialet viser at 78 avtaler utløp i åra 2008 til 2013. Men dei er altså blitt forlenga og er framleis aktive. I første halvår 2014 kom det til 29 fleire avtaler til denne lista, og i siste halvår 2014 gjekk 50 ytterlegare avtaler over datoen for maksimal varigheit. Alle desse avtalane er altså framleis aktive. I tillegg viser materialet 80 avtaler som kan vere endå eldre enn 2008, men der dateringa eller avtaleinnhaldet er usikkert.⁸

Det er grunn til å merke seg at talet på ulovleg prolongerte rammeavtaler ikkje seier noko om kva for innkjøpsvolum desse avtalene representerer. Slike styringsdata ligg ikkje føre i

⁷ I Helse Stavanger er myndigheita til å prolongere lokale avtaler («inntil ny avtale foreligger») opp til ein viss verdi delegert til lågare nivå: Innkjøpssjef har fullmakt til å prolongere lokale avtaler under 1 mill.kr.; finansdirektør har fullmakt til å prolongere lokale avtaler med verdi 1 – 5 mill.kr.

⁸ Det kan vere verdt å merke seg at 76 avtalar har maksimal sluttdato i første halvår 2015.

dag. Utan desse tala kan vi difor ikkje vite noko om i kva for grad desse avtalene representerer eit stort eller lite innkjøpsvolum. Denne problemstillinga vil bli utdjupa nedanfor i kapittel 3.4.

3.3.3 ÅRSAKER TIL SITUASJONEN

I intervju har innkjøpsleiarane peikt på følgjande moglege årsaker til at rammeavtaler vert ulovleg prolongert i stort omfang:

- **Kapasitetsmangel i innkjøpsorganisasjonen** (lokalt eller regionalt) har ført til at nokre anbudskonkurransar har blitt nedprioritert/utsett til fordel for andre. Dei nye innkjøpsrådgjevarane som er tilsett i sjukehusføretaka – for det meste i løpet av 2014 – er hovudsakleg blitt brukt til å auke kapasiteten på MTU-anskaffingar for å fjerne flaskehalsene som anbudsprosessane utgjer der. Anbudsprosessane for nye rammeavtaler har ikkje blitt tilgodesett med auka bemanningskapasitet.
- **Anbudsarbeidet blir meir og meir krevjande** (både for brukarrepresentantane i brukarutvala og for innkjøpsmedarbeidarane), og kvar anbudsprosess tek lengre tid enn tidlegare. Spesielt gjeld dette regionale anbudsprosessar, der det er mange omsyn og mange sprikande faglege interesser som skal avvegast og einast om.
- I ein av dei store regionale anbudsprosessane (innan ortopedi) var det svært **vanskeleg å få fagpersonar til å stille opp i faggruppa**, på tross av purringar frå innkjøp. Jobben med sjølv prosessen var svært overkommeleg då ein først kom i gang, men vanskane førte til at slutføringa av ny avtale vart forsinka med ca. 1 år.
- I einskilde tilfelle skjer det at ein **HINAS-prosess** om inngåing av nye, nasjonale avtaler stopper opp eller tek (mykje) lenger tid enn føresett. Dette fører til frustrasjon innan Helse Vest over at ein blir forhindra i å ta tak i oppfølginga av berørte regionale eller lokale avtaleområder i tide. Då blir ein tvungen til å prolongere eksisterande avtaler ut over maksimaltid.
- **Leverandørar** som ikkje vinn fram i anbudstevlingane tek i stadig aukande grad prosessuelle skritt for å få prøvd anbudsprosessane. Dette har spesielt gjort seg gjeldande innan ortopedi.

3.3.4 INTERNREVISJONEN SI VURDERING

Ein forvaltar i Helse Vest regionalt og lokalt 1015 avtaler, kor 170 er utgått på dato. Dette er i prinsippet i strid med gjeldande lovverk. Årsakene kan vere mange.

Vi finn òg at kontraktsadministrasjonssystemet Contiki er ufullstendig, ved at systemet ikkje tilbyr så stor grad av funksjonalitet som ein i dag har behov for. Dessutan kjem det fram at Helse Vest ikkje har kunnskap om kor mykje ein kjøper inn for, på dei avtalene som er i strid

med lovverket. Som vi skal sjå, har ein heller ingen samla informasjon om kor mykje som vert brukt på andre (lovlege) rammeavtaler.

3.4 OPPFØLGING AV INNGÅTTE RAMMEAVTALER

3.4.1 STYRINGS- OG ØKONOMIOPPFØLGING

Det følgjer av prinsipp for god styring og økonomiforvaltning at ein organisasjon har oversikt og kontroll over måla for viktige styringsvedtak og handlingar for å nå dei. På denne bakgrunnen starta vi denne internrevisjonen med å spørje innkjøpsorganisasjonen etter ein oversikt over kor stor del av det totale *faktiske* innkjøpsvolumet (ca. 4 milliardar kroner årleg i driftskjøp) rammeavtalene representerer. Likeins bad vi om ein oversikt over *forventa* totalt kjøpsvolum på desse avtalene, basert på erfaringsberekningar då vedkomande avtale vart inngått.

Ei samanlikning av desse voluma ville fortelje oss mykje om i kor stor grad forventningane ein ved avtaleinngåinga hadde til innkjøpsvolum vert oppfylt i avtaleperioden. I tillegg ønskte vi å undersøkje tala for kjøpsvolumet utanfor avtaler; det ville gitt oss informasjon om desse kjøpa skuldast at bestillarane ved avdelingane i føretaka er illojale mot inngåtte avtaler, eller om dei skuldast manglande avtaledekning.

Slike viktige styringsdata er innkjøpsorganisasjonen ikkje i stand til å legge fram, verken om faktisk innkjøpsvolum eller om forventa innkjøpsvolum.

Helse Vest kan ikkje leggje fram oversikt over kor stor del av innkjøpa som vert gjort innanfor eksisterande portefølje av rammeavtaler. Det gjeld både for regionale og lokale avtaler. Dette skuldast dels at føretaka i dag nyttar to ulike innkjøpssystem (*Merida* i Bergen og Førde, og *Visma Enterprise* i Stavanger og Fonna) som ikkje legg til rette for å ta ut samla rapportar. Dels skuldast det at helseføretaka har ulike rutinar for – og oppfølging av – registrering av innkjøpsdata.

Det er den delen av innkjøpsvolumet som blir behandla via elektronisk bestilling (e-handel) direkte frå ein elektronisk varekatalog, som framstår som «kjøpt på avtale». Resten av kjøpa (avropa) blir lagt inn manuelt i innkjøpssystemet som såkalla «fritekstkjøp», og blir i systemet rekna som «kjøpt utanfor avtale». Dette skjer sjølv om avropet blir gjort hos ein leverandør som ein har avtale med. Dermed vil rapportdata om avtaleleveransar som ein tek ut av innkjøpssystemet ikkje vise reelt totalt innkjøpt volum "på avtale".

For å få kunnskap om kor mykje som er kjøpt på ein konkret avtale, er ein avhengig av å innhente data frå vedkomande leverandør. Det følgjer av Helse Vest sine avtalevilkår at alle

leverandørar etter konkret førespurnad er forplikta til å legge fram informasjon om kor stort volum dei har levert «på avtale», og kor mykje dei har levert «utanfor avtale». I intervju har innkjøpsleiarane opplyst at dette ville krevje langt større arbeidskapasitet enn dei har tilgang til. Slike data vert ikkje etterspurt av føretaka, anna enn heilt unntaksvis.

Kontraktsystemet Contiki inneheld eit registreringsfelt for "Estimert kontraktsverdi". Dette talet vart berekna og publisert i konkurransegrunnlaget i samband med anbodskonkurransen då kvar av desse avtalene opphavleg vart inngått⁹. Trass i dette vert ikkje denne informasjonen registrert i Contiki saman med resten av kontraktsdataene ved avtaleoppstart, slik det enkelt kunne vore gjort. Difor er heller ikkje dette datagrunnlaget tilgjengeleg som sekundær styringsinformasjon, noko som ville vore nyttig i mangel av primærinformasjon om faktisk innkjøpsvolum.

Slik styringsinformasjon er viktig for å:

- Identifisere avtalevise avvik frå forventa innkjøpsvolum og gjennomføre nødvendige tiltak for å nå desse voluma;
- Identifisere kategoriar for manglande avtaledekning og prioritere innsats for å gjennomføre anbodsprosessar for nye avtaler;
- Skaffe seg oversikt over faktisk innkjøpsvolum på ulovleg prolongerte rammeavtaler og prioritere rekkefølge og innsats for arbeidet med å fornye desse innanfor den tidsramma som regelverket krev.

Elektronisk handel er eit viktig virkemiddel for betre kontroll og styring med innkjøp, ved at varebestillingar skjer (primært) direkte frå elektroniske varekatalogar på Ehandelsplattforma for offentleg sektor, og faktureringa likeins skjer elektronisk med automatisk tilknytning til ordren via eit ordrenummer. Det er uvisst kor stor del av *varekjøpstransaksjonane* i Helse Vest som går via e-handel. Føretaka i Helse Vest har ein policy om at innkjøp så langt mogleg skal skje elektronisk. Innkjøpsleiarane i føretaka opplyser at ein planmessig tilbyr opplæring og driv oppfølging overfor bestillerane for å auke bruken av e-handel.

Vi har fått opplyst at det i bestillingssystema for e-handel er lagt inn kontrollrutinar som skal sikre at bestillingar ikkje skjer i strid med inngåtte rammeavtaler. Desse kontrollpunktane ligg både i bestillingsfasen og i fakturahandsaminga.

I alle føretaka kan alt personell med bestillarfullmakt bestille avtaleprodukt som ligg i dei elektroniske varekatalogane. Bestillingar av andre produkt (i e-handel kalla «fritekstkjøp») må i utgangspunktet skje med godkjenning av innkjøpseininga (i Helse Stavanger: gjennom å sende «intern behovsmelding» - i Helse Bergen: «sentral godkjenning»). Nokre bestillerar har fått fullmakt til slike fritekstkjøp etter ei konkret vurdering (i Helse Bergen kalla «lokal godkjenning»). Helse Fonna har ein policy på å ha færrest mogleg bestillerar, og der har avdelingsleiinga fullmakt òg til fritekstkjøp.

⁹ Anskaffingsforskrifta (FOA) krev at ei slik berekning skal vere gjort og liggje til grunn for utlysinga av ein anbodskonkurranse.

I fakturasystema er det lagt inn ei sperre som skal sikre at berre fakturaer som inneheld eit ordrenummer knytt til ein registrert bestilling vil bli godkjent til utbetaling.

3.4.2 KONSIGNASJONSLAGRE

Innan mange av avtaleområda, blant dei kardiologi og ortopedi, har leverandørane utplassert produkta sine i eit eige lager ute i føretaka. Slik utplassering er regulert i dei einskilte rammeavtalene som er inngått, og er kalla *konsignasjonslager*. Produkta på eit slikt lager ligg der for leverandøren sin kostnad og risiko, og vert først fakturert føretaket etter kvart som avdelinga tek vedkomande produkt ut av lageret og brukar det.

Leverandøren kan ikkje einssidig foreta endringar i lagersortimentet. Nye produkt innan same rammeavtale kan leggjast inn etter avtale med ortopedisk avdeling, får vi opplyst. Tilstøytande produkt som ikkje er omfatta av den opphavlege avtalen, må partane inngå formell endringsavtale om. Rammeavtalene inneheld regler for korleis konsignasjonslagra skal avviklast ved opphør av avtalen.

Vi har fått opplyst at både helseføretaka og leverandørane ser på slike lagre som ein fleksibel og tenleg ordning.

Internrevisjonen vil peike på to moglege risikopunkt. Det kan vere at leverandørane sine tilleggskostnader ved slikt lagerhald, med konsekvens for prising på avtaleprodukta – ikkje er berekna og vurdert av føretaka ved inngåing av dei einskilte avtalane. Det kan og vere risiko for at helseføretaka ikkje har kontrollrutinar for å hindre at eventuelle irregulære ordningar kjem i stand mellom leverandør og fagavdeling om levering av til dømes nye produkt som ligg utanfor vedtekne avtaler.

3.4.3 RUTINAR VED OPPSTART AV NYE RAMMEAVTALER

Som følge av at dei har innført funksjonsdeling mellom avtaleinngåing (innkjøpsrådgjevarar) og avtaleoppfølging (avtaleforvaltarar), har Helse Bergen og Helse Stavanger utarbeidd skriftlege rutinar for oppstart av nye avtaler. Desse regulerer korleis ansvarsoverføringa frå innkjøpsrådgjevar til avtaleforvaltar skal skje, og kva denne prosessen skal innehalde. Rutinane er detaljerte, og etter det vi har fått opplyst fungerer dei godt internt.

I høve til nokre av leverandørane på nye avtaler opplever føretaka derimot problem med å få tilsendt datafiler for elektroniske varekatalogar tidsnok, sjølv om alle rammeavtaler inneheld ei eiga samhandlingsavtale som regulerer dette. Av sikkerheitsmessige grunnar kan føretaka la avtaleprodukt på gammal rammeavtale ligge inne i ehandelssystemet heilt til ny vareka-

talog er bekrefta lagt inn. Difor vil slike forseinkingar frå ny leverandør si side medverke til at mange kjøp i denne (unødig lange) overgangsperioden skjer utanfor lovleg avtale, har vi fått opplyst frå avtaleforvaltarar.

3.4.4 BRUKAROPPFØLGING

I alle føretaka har informantane våre i innkjøpseiningane opplyst at dei opplever å ha svært begrensa kapasitet til å følgje opp kvar einskild rammeavtale. Sjølv i dei to føretaka som har organisert seg med dedikerte avtaleforvaltarar, har kvar av desse forvaltarane ansvaret for oppfølging av fleire hundre aktive rammeavtaler. Dette begrensar handlingsrommet.

Innkjøpseiningane følgjer primært opp førespurnader og meldingar frå bestillerane i fagavdelingane. Alle føretaka har rutinar for at avvik òg på innkjøpsområdet skal meldast i datasystemet Synergi. Informantane våre i dei to største føretaka har opplyst at talet på slike meldingar stadig aukar, etter kvart som bestillerane er blitt klar over avtaleforvaltarfunksjonen.

Innkjøpseiningane rapporterer at dei jamleg har møter med dei respektive klinikkleiningane der dei utvekslar informasjon om aktuelle aktivitetar, og om behov i vedkomande avdeling. Desse møta vert frå begge hald vurdert som svært verdifulle.

Innkjøpseiningane opplyser at dei ved oppstart av nye rammeavtaler har som rutine hovudsakleg å informere avdelingsrepresentantane i vedkomande fagutval, og ber dei om å informere vidare i lina innafor sine respektive avdelingar. Bakgrunnen for ei slik rutine er eit mål om å gje rett presis informasjon til rett(e) mottakar(ar), og å unngå ein generell overflod av informasjon til andre enn dei aktuelle målgruppene.

Fleire av informantane våre blant bestillarane – innan både kardiologi og ortopedi - etterlyser meir systematisk, nødvendig informasjon «ovanifrå», mellom anna om kva nye avtaler inneheld og når dei trer i kraft. Informantane er ikkje sikre på kor vidt det er innkjøp som informerer for lite eller om informasjonen stopper opp hos deira eiga avdelingsleiing.

Rammeavtaler vert i regelen inngått først for 2 år, og med opsjonar for prolongering i ytterlegare 1 + 1 år. Vi har fått opplyst at slik prolongering i utgangspunktet skjer utan at innkjøpseiningane tek kontakt med brukaravdelingane. Om ikkje desse på eige initiativ melder inn eventuelle motførestellingar eller misnøye, går innkjøp ut ifrå at brukarane er nøgde med gjeldande avtale, og prolongerer ho. Helse Stavanger opplyser at dei no vil starte opp med proaktivt å ta kontakt med brukarane før prolongering.

Fleire viktige hindringar som ligg i vegen for at innkjøpsoppgåvene i heile helseregionen skal kunne utførast effektivt, og opplevast frå både innkjøps- og bestillarhald som funksjonelt løyst, synest å krevje handling på systemnivå. Ein av informantane blant avtaleforvalta-

rane opplyser at han har identifisert ulike uløyste problemområde og utarbeidd forslag til tiltak som kan løyse desse. Foreløpig har det ikkje vore kapasitet i innkjøpsorganisasjonen til å følge opp dette initiativet, får vi opplyst.

3.4.5 LEVERANDØROPPFØLGING

Som i høve til brukarane i eigne fagavdelingar, opplyser innkjøpseiningane at dei har svært avgrensa kapasitet til å følge opp avtaleleverandørar. Primært prioriterer dei å følge opp førespurnader og meldingar frå leverandører når desse t.d. tek kontakt med påstand om at avtalen deira ikkje vert nytta som føreset.

3.4.6 INNKJØPSKATEGORiar

I Helse Vest har ein delt inn alle innkjøp og leverandørar i ulike kategoriar, etter ein metodikk kalla *kategoristyring*. Denne metodikken vart vedteke innført av styret i Helse Vest RHF i 2010, og implementeringa starta i 2012.

Metodikken byggjer på at alle innkjøp er fordelt på tre hovudområder: *Kirurgiske og medisinske fag*, *Medisinsk støtte* og *Ikkje-medisinsk støtte*. Desse er delt inn i fleire kategoriar, i alt 24, som igjen er delt inn i underkategoriar.

For å finne ut meir om korleis rammeavtaler vert forvalta i Helse Vest, og i kva grad ein i føretaka er lojale mot slike avtaler, har vi i denne revisjonen sett nærare på kategoriane Kardiologi og Ortopedi innan hovudområdet *Kirurgiske og medisinske fag*. Ei viktig årsak til at valet falt på nettopp desse to kategoriane, er at det i 2012 (respektive 2013) blei gjort ein talanalyse av dei i samband med utarbeidinga av kategoristrategiar. Vi vart difor førespegla at det skulle la seg gjere å leggje fram tilsvarande talmateriale frå 2014, som eit grunnlag for ein vurdering av utviklinga dei seinaste 3(2) åra.

3.5 BRUK AV RAMMEAVTALER

3.5.1 BRUK AV RAMMEAVTALER INNAN KARDIOLOGI

Innan kategorien kardiologi vart det totalt i Helse Vest kjøpt for 132 millionar kroner i 2014.

Den største leverandøren er Medtronic Norge, som står for ca. 22 % av det totale innkjøpsvolumet i kategorien. Til saman utgjer dei tre største leverandørane (Medtronic Norge AS, St.

Jude Medical Norway AS og Johnson % Johnson AB) åleine ca. 47 % av kjøpsvolumet, medan kjøp frå dei 12 største leverandørane står for ca. 85 % av totalt kjøpsvolum målt i kr.

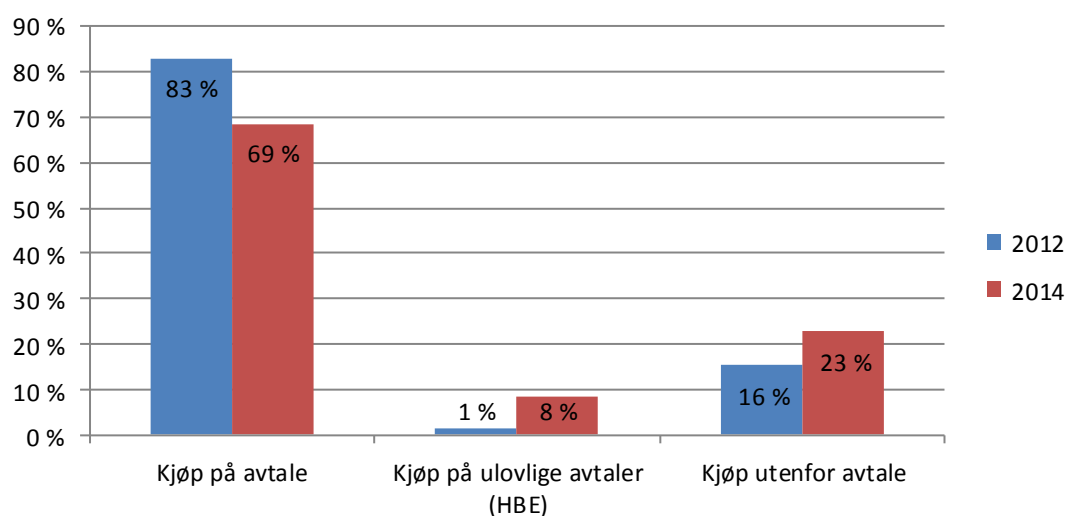
Innan kardiologi er det eit stort innslag av nasjonale rammeavtaler (HINAS-avtaler). Fleire av desse anbodskonkurransane har resultert i parallelle rammeavtaler. I avtala for invasiv kardiologi (som omfattar katetere, foringar, vaierar etc. i blodårene) er det 13 parallelle leverandørar. I avtala om pacemakerar og implantat (ICD) er det 3 parallelle leverandørar. I begge høve er avropsrekkefølga tydeleg regulert av avtala. Leverandørane er pålagde å melde inn til HINAS alt sal til alle føretaka, for at det skal vere full avtalelojalitet. Både i Bergen og i Stavanger opplyser overlegane at dei i tillegg fører ein eigen "skuggerekneskap" for å skaffe seg oversikt over både kostnadene og fordelinga mellom leverandørane.

Informantane innan kardiologi gjev uttrykk for at ein ved avdelinga er blitt mykje meir bevisst på innkjøpsprosedyrar dei seinare åra. Både der og når det gjeld å halde naudsynt oversikt over økonomien i avdelinga sine innkjøp, opplevast det som ei stor utfordring at det medisinske personellet må tileigne seg mykje av kunnskapen på eiga hand. Slike prosessar og rutinar tar mykje tid bort frå nødvendig pasientbehandling.

I både Bergen og Stavanger synest det å vere godt innarbeidde rutinar og klåre ansvarslinjer for innkjøp innan kardiologi. Informantane gjev uttrykk for eit generelt godt samarbeid med innkjøpseininga, men har òg visse innvendingar mot tilrettelegginga av mellom anna elektroniske varekatalogar.

Innkjøpseininga i RHF-et har utarbeidd ein oversikt over kjøpsvolum innan kardiologi for 2012 og 2014, fordelt på avtalelojalitet (sjå figur 1) og avtaletype (sjå figur 2).

Figur 4 – Avtalelojalitet 2012 og 2014, kardiologi

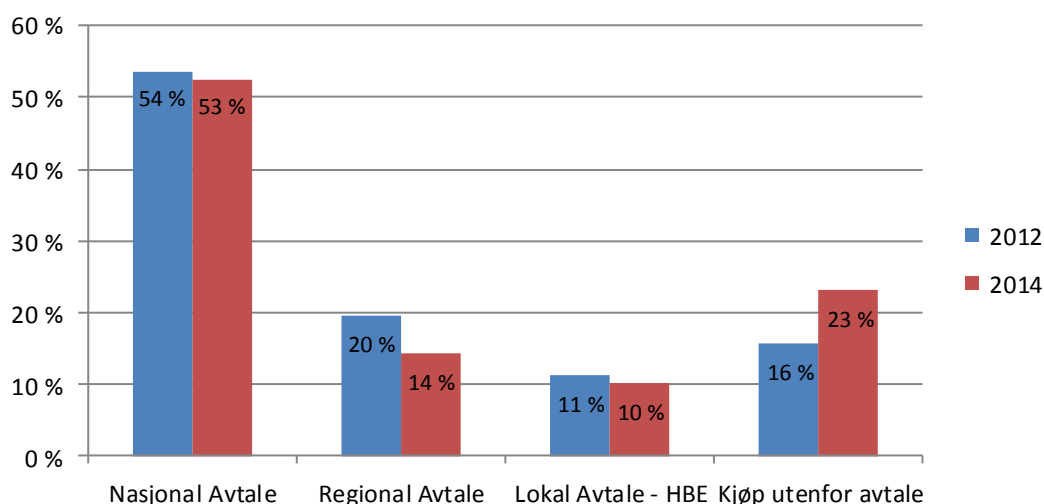


Det var i 2012 ein stor grad av kjøp på lovlege avtaler (83 %), men omfanget blei redusert til 69 % i 2014. Andelen av kjøp på lovlege rammeavtaler er redusert med 14 prosentpoeng

dei to seinaste åra, medan kjøp på ulovleg prolongerte avtaler og kjøp heilt utanfor avtale har auka med 7 prosentpoeng kvar.

Som vi ser av den neste figuren har prosentandelen som er kjøpt på nasjonale avtaler halde seg lik desse to åra. Det er kjøpt inn 6-7 % mindre på regionale avtaler og tilsvarende meir utanfor avtale.

Figur 5 – Avtaledekning og forvaltning kardiologi 2012 og 2014



Ein har i Helse Vest ikkje analysert årsakene til denne utviklinga.

Fagfolk innan kardiologi peikar på at den høge graden av avtalelojalitet innan kardiologi truleg har ein samanheng med at det i Norge er eit begrensa antal kardiologar, og at dei er fordelt på berre 10 sentre. Nokre av informantane peikar på at dette gjer det lettare å oppnå fagleg semje om inngåing av store (og nasjonale) rammeavtaler, som fagmiljøa gjennom avtaleperioden held seg lojale mot.

På grunnlag av generelle kommentarar frå fleire innkjøpsmedarbeidarar, kan ei mogleg samanheng òg vere at det i dette tidsrommet har vore sett i verk fleire nye nasjonale rammeavtaler som har avløyst tidlegare regionale avtaler. Ein auke i kjøp utanfor avtale gjeld ofte produkt som ikkje er fanga opp av avtaler og kan skuldast at overlappinga mellom gamle og nye avtaler har vore mangelfull. Men dette kan vi ikkje vite noko sikkert om.

3.5.2 BRUK AV RAMMEAVTALER INNAN ORTOPEDI

Innan kategorien ortopedisk forbruksmateriell vart det i 2011 gjort innkjøp for 88,3 millionar kr.

Kjøp frå dei 6 største leverandørane innan kategorien utgjer ca. 80 % av samla utgifter (dei to største, Ortomedic AS og Smith & Nephew AS, utgjer åleine ca. 50 %), medan dei resterande 20 % fordeler seg på 19 leverandørar.

Innan kategorien ortopedi er det i alt 9 underkategoriar. Den største av desse er primærprotesar, som utgjer 36 % av innkjøpsvolumet innanfor kategorien.

Ortopedi er eit stort fagfelt med lange faglege tradisjonar. Nye ortopedar blir opplærde av dei erfarne etter meister/svein-tradisjonen. Dette gjer at dei ulike ortopedmiljøa legg vekt på dei gode resultata ein har med dei produkta ein allereie brukar, og har ei fagleg-kritisk haldning til å ta i bruk nye produkt før forskning kan vise til at det vil vere trygt i høve til pasienten sine behov å gjere dette. For ortopedane vil eit slikt klinisk-fagleg skjøn vege tyngre enn den juridiske lojaliteten til ei ny rammeavtale.

Det er ortopedane som (med bakgrunn i sitt klinisk-faglege skjøn) tek avgjerda om kva for produkt som skal kjøpast. Bestillarane utfører sjølv avropet.

I Helse Stavanger fekk vi opplyst at ortopedisk avdeling er avhengig av at dei produkta som er nødvendige for den daglege drifta, må skaffast til veie uavhengig av kor vidt det finst ei (lovleg) rammeavtale på området. Innan t.d. primærprotesar fanst det inntil heilt nyleg inga gyldig rammeavtale. I mangel av slik(e) avtale(r) har ein difor ei uformell ordning med at Helse Stavanger vil handle desse konkrete produkta hos vedkomande leverandør på bestemte prisvilkår.

Historisk har rammeavtalane innan ortopedi inneheldt ein klausul som tillèt at 20 % av innkjøpsvolumet kan kjøpast utanfor avtala. Dette opnar for at føretaka i samband med kliniske studiar av udokumenterte produkt under gitte føresetnader kan handle produkt av tilsvarende type som avtaleprodukta hos andre leverandørar enn avtaleleverandøren. Ein slik klausul mellom avtalepartane fritenk likevel ikkje føretaka for plikta ein har etter anskaffingsregulverket til å lyse ut i marknaden alle anskaffingar over ein viss verdi.

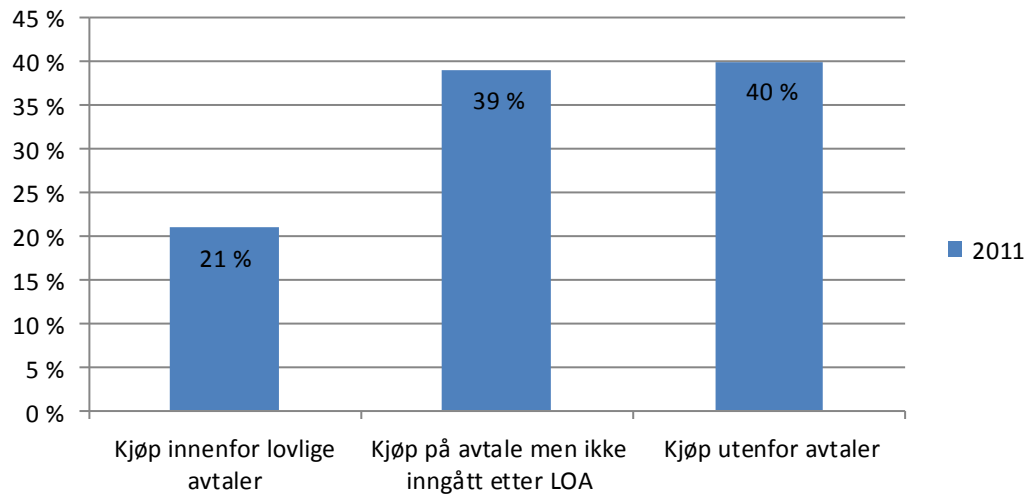
Avdelingane sine behov

I Helse Bergen vart det framheva blant bestillarane som eit problem at rammeavtalene ikkje er tilstrekkeleg tilpassa avdelinga sine behov. Berre innanfor ortopedisk avdeling er det 7-8 ulike fagmiljø som kan ha ulike behov. Dermed kan ein oppleve at einskilde fagmiljø ikkje får dekkja sitt behov innanfor den avtalen ein er bunde til (t.d. saksar til bruk under operasjonar).

Det opplevast og som eit problem i avdelingane at ein har behov for å bestille varer som ikkje inngår i gjeldande rammeavtale på vedkomande område. T.d. kan dette vere ein konsekvens av at det kontinuerleg skjer ein produktutvikling som ikkje er fanga opp av rammeavtala då ho vart inngått, og at føretaka heller ikkje har klart å få vedkomande produkt inn i avtala som eit tillegg i avtaleperioden.

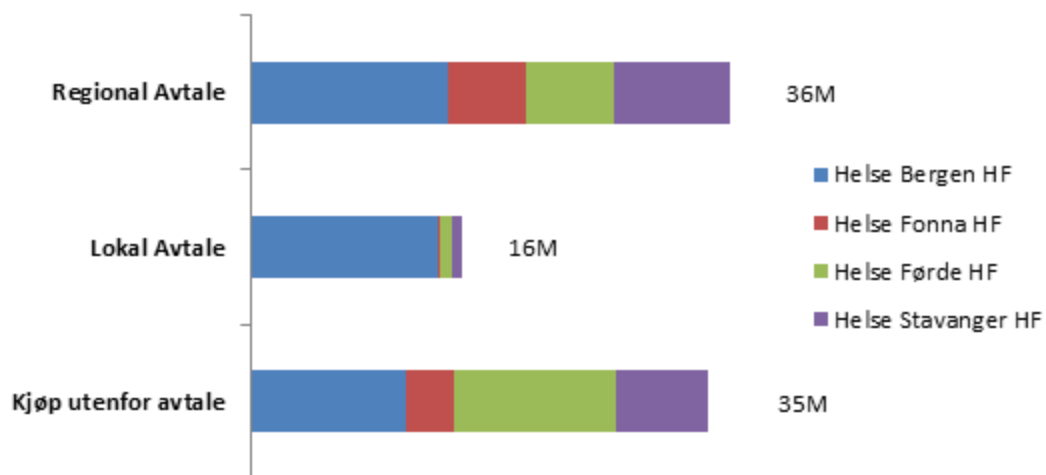
Figurane under illustrerer fordelinga av kjøp innan lovlege avtaler (21 %), andre avtaler (39 %) og heilt utanfor avtale (40 %) i 2011.

Figur 6 – Fordeling av innkjøp ortopedi 2011 – innenfor og utenfor avtaler



Figuren under viser fordelinga mellom helseføretaka. Nedste liggande søyle viser det same som høgre søyle i figuren over. Liggjande søyler med regionale og lokale avtaler omfattar avtalekjøp både innanfor og utanfor Lov om offentlige anskaffelser (LOA).

Figur 7 – Avtaledækning og forvaltning ortopedi 2011



Dette analysearbeidet vart gjort i 2012 i samband med kategoristyringsprosjektet. Som for kardiologi har internrevisjonen bedt om å få ein tilsvarende oversikt for 2014. Det har ikkje latt seg gjere å framskaffe.

3.5.3 SÆRLEG OM HELSE BERGEN

Innkjøpskategoriane kardiologi og ortopedi, som vi har sett nærare på i denne rapporten, utgjør berre ca. 5,5 % av dei årlege driftskjøpa i Helse Vest. Dette er sjølvsagt ein alt for låg prosentdel til at vi på grunnlag av desse to kategoriane åleine kan danne oss eit generelt bilete av korleis bruken av rammeavtaler er i heile Helse Vest. Opphavleg var det difor intensjonen vår å samanlikne resultatane frå dei to einskildkategoriane med ein samla oversikt over driftskjøp i heile Helse Vest.

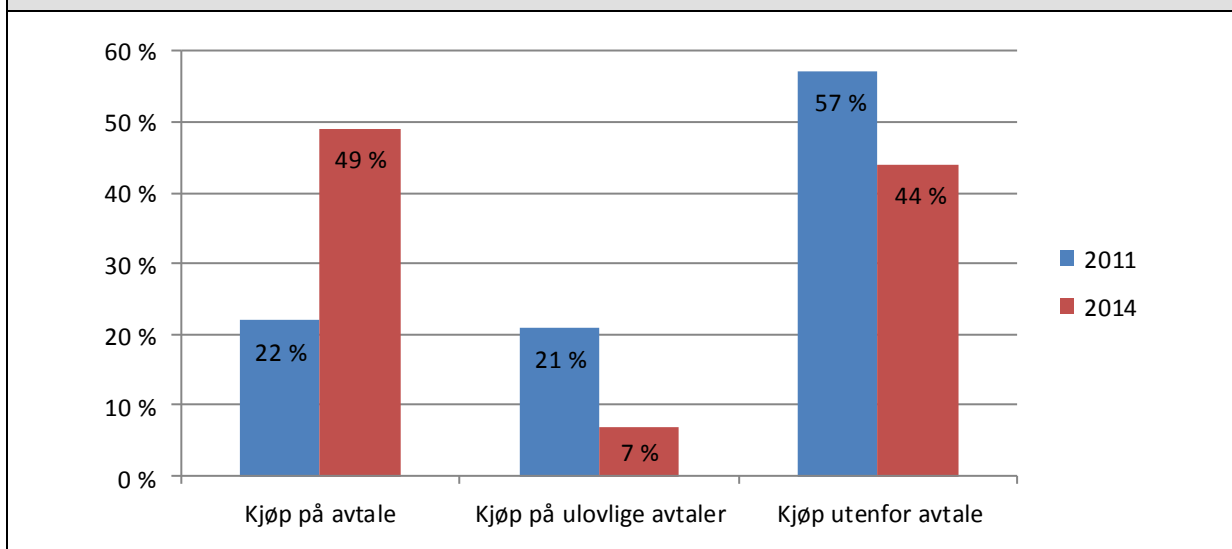
Vi har tidlegare gjort greie for årsaka til at denne opphavlege intensjonen ikkje let seg oppfylle:

På regionnivå i Helse Vest vert det ikkje utarbeidd nokon samla oversikt over kjøp, heller ikkje over bruken av rammeavtaler. Det finst heller ikkje eit datagrunnlag som ville gjere det mogleg å lage ein slik oversikt i samband med dette internrevisjonsprosjektet.

Vidare får vi opplyst at det i innkjøpssystemet Visma Enterprise – som Helse Fonna og Helse Stavanger nyttar – ikkje ligg avgjerande programmessige hindringar i vegen for å ta ut slike oversikter. Men å oppnå dette krev at alle involverte aktørar i føretaka konsekvent følgjer dei elektroniske rutinane som skal til for å gje tilstrekkelege grunnlagsdata for alle innkjøp. Ein slik føresetnad er i dag ikkje til stades.

På føretaksnivå er det berre Helse Bergen som har ein samla oversikt over innkjøpa sine. Dette er mogleg ved at dei gjennom bruken av innkjøpssystemet Merida systematisk registrerer alle kjøpa som vert gjort i føretaket og dermed sikrar data som er nødvendige for å kunne lage oversikter og gjere analyser. Vi bad difor Helse Bergen om rekneskapstala for innkjøpa deira for å kunne sjå nærare på fordelinga av det samla innkjøpsvolumet i føretaket.

Figur 8 – Samla innkjøp i Helse Bergen 2011 og 2014 – fordelt på avtalelojalitet. Relativ fordeling.



Figur 5 viser korleis dei samla innkjøpa i Helse Bergen i 2011 og 2014 var fordelt *prosentvis* mellom kjøp på lovlege avtaler, kjøp på ulovleg prolongerte avtaler og kjøp utanfor avtale.

Vi ser at andelen kjøp på ulovlege avtaler og andelen utanfor avtale begge er blitt redusert.

Kvaliteten på datagrunnlaget er likevel ikkje optimal. Figuren byggjer på eit totalbeløp i 2011 på 2 359 millionar kr. og 3 213 millionar kr i 2014. Reell auke var ikkje like stor.

Helse Bergen har opplyst at det i hovudsak er følgjande forhold som forklarar endringane frå 2011 til 2014 for føretaket sine kjøp:

- Fleire av investeringskjøpa som føretaket sitt prosjektkontor (som er organisert utanfor den øvrige innkjøpsorganisasjonen) har stått for, er no registrert i innkjøpssystemet. I tillegg har dei begynt å registre avtalene sine i kontraktssystemet Contiki, slik at avrop på desse blir identifisert som avtalekjøp.
- Tilsvarande utvikling har i stor grad òg skjedd for andre kontraktar frå andre avdelingar (t.d. service- og leiekontraktar).
- Langt fleire kontraktar er registrert i 2014 enn i 2011 (1190 stk. vs. 949 stk.). Denne auken er ein indikasjon på at fleire lovlege avtaler er kome til i perioden.
- Føretaket har rydda kraftig i dei elektroniske varekatalogane i Merida dei siste åra. Langt færre vareeiningar i Merida ligg difor «feil», noko som tidlegare hindra kjøpa av dei frå å bli registrert som «kjøp på avtale».
- Mange dyre produkt har no kome inn på nasjonal rammeavtale (HINAS). Dette gjeld t.d. innan innkjøpskategorien kardiologi.
- No går det mykje raskare å gjennomføre formaliserte prosedyrar for å få nye, nødvendige produkt inn på gjeldande lovlege rammeavtaler (som «mindre vesentlige kontraktsendringar»). Dette er ein konsekvens av at innkjøpsseksjonen har kunne auke bemanningskapasiteten på forvaltning av rammeavtaler.

For ytterlegare å vise kompleksiteten og vanskane med å sikre ein god datakvalitet på regionalt nivå, må vi og nemne at ulike tilfelle i kvart føretak ikkje gjer det mogleg å utvide funn frå Bergen til resten av regionen, sjølv om Helse Bergen sin del av det totale innkjøpsvolumet i Helse Vest er på ca. 40 %.

Dessutan får vi i Bergen opplyst at 2014-tala presentert ovanfor er rimeleg korrekte, fordi dei er blitt bearbeidde, men 2011-tala har lågare kvalitet og inneheld anna grunnlag. Føretaket sjølv opplyser at samanlikninga av tal for 2011 og 2014 ikkje gjev grunnlag for å identifisere utviklingstrekk i Helse Bergen sin bruk av rammeavtaler i perioden.

4 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

4.1 VURDERINGAR

4.1.1 ORGANISERING OG BEMANNING

Denne internrevisjonen er gjennomført medan innkjøpsfunksjonen framleis er organisatorisk forankra i kvart einskild helseføretak. I løpet av 2015 vil eit nytt helseføretak i Helse Vest vere operasjonelt på innkjøpsområdet, og det er vidare lagt opp til at dette skal inn i eit nasjonalt HF seinare på året eller neste år. Våre vurderingar byggjer på observasjonar og funn basert på situasjonen under noverande status.

Orkidéprosjektet (om organisering og kategoristyring av innkjøp) identifiserte mange viktige svakheiter ved tidlegare organisering, og som òg er trekt fram i denne rapporten. Vi er informert om at leinga, saman med dei berørte medarbeidarane, er i gang med prosessen med å utarbeide og konkretisere mål og strategiar for det nye innkjøpsføretaket.

4.1.2 OPPFØLGING AV FØRRE INTERNREVISJON I 2009

I evalueringa av korleis helseføretaka har følgd opp den førre internrevisjonen, har grunnlaget vore skriftlege tilbakemeldingar frå kvart einskild sjukehusføretak.

Alle føretaka utarbeidde den gang ein handlingsplan. Tilrådingsområda var i stor grad samanfallande. Tilbakemeldingane viser at alle føretaka har sett i verk tiltak for å følgje opp identifiserte problemområde.

Etter tilbakemeldingane å døme er vår vurdering at føretaka sin oppfølging har vore ulik i mengd og systematisk tilnærming. Tilbakemeldinga frå Helse Bergen viser at dette føretaket kontinuerleg har arbeidd målretta og systematisk med forbetringstiltaka sine. For kvart av tiltaka er det opplyst korleis det har virka. Dei resterande helseføretaka har ikkje konkretisert si tilbakemelding slik det vart etterspurd; difor har ikkje internrevisjonen tilstrekkeleg grunnlag for å etterprøve oppfølginga deira.

Det er eit gjennomgåande inntrykk at innkjøpsorganisasjonen i Helse Bergen er den av organisasjonane i regionen som har hatt den beste ressursituasjonen og bemanningsmessige stabiliteten i denne perioden. Dette kan vere noko av forklaringa på at ein her òg har hatt størst gjennomføringsevne med omsyn til å følgje opp nødvendige tiltak over tid.

Vi konstaterer at fleire av tiltakspunkta i den førre revisjonen representerer sjekkpunkt som det er nødvendig og viktig at det nye innkjøpsføretaket følgjer opp vidare straks det er operativt.

4.1.3 OPPFØLGING AV INNGÅTTE RAMMEAVTALER

Inngåing og forvaltning av avtalane

Bemanningssituasjonen er forbetra det siste året, som følgje av styrevedtaket frå våren 2013 om å auke bemanninga med 10 stillingar. Likevel er hovudinntrykket vårt at innkjøpsorganisasjonen som eit heile framleis er prega av at ein er på etterskot med viktige arbeidsoppgåver. Dermed vert ein avhengig av ad hoc-løysingar for å halde drifta i gang samstundes med at ein prioriterer det viktigaste.

Det kanskje tydelegaste eksempelet på dette etterslepet er den store mengda av rammeavtaler som i høve til regelverket har passert lovleg maksdato, men som framleis er aktive. Prolongeringar gjer at ein har ein avtale med ein leverandør, men avtalen er i strid med lovverket om offentlege anskaffingar. Per 1. juni 2015 var totalt 170 av 1015 aktive rammeavtaler i Helse Vest av denne karakter.

Trass i bemanningsauken har ein ikkje klart å redusere talet på prolongeringane. Tvert imot har talet på desse ulovlege rammeavtalene auka med 36 frå 2012 til 2015. Det positive er at ein synest å ha prioritert inngåing av rammeavtaler på stadig fleire i område i denne perioden. Samla tal på aktive rammeavtaler, utgåtte eller ei, er auka frå 721 til 1015. Relativt sett utgjer difor dei ulovlege avtalene no 17 % av dei aktive rammeavtalene, mot 19 % i 2012.

Tala viser likevel tydeleg at ein ikkje klarer å gjennomføre produksjon av nye rammeavtaler i eit volum som er tilstrekkeleg til både å dekkje nye behov og fjerne dei avtalene som ikkje lenger lovleg kan oppretthaldast. Her har det nye innkjøpsføretaket ei stor utfordring, kor det hastar med å utarbeide ein handlingsplan for å løyse denne utfordringa og setje i verk nødvendige tiltak for å nå måla. Eitt slikt tiltak bør vere å innføre elektronisk systemstøtte for gjennomføring av anskaffingsprosessane. Fleire studiar og publikasjonar¹⁰ peiker på at god systemstøtte i seg sjølv vil kunne bidra til betre kapasitet.

På andre felt har ein begynt å sjå ein positiv effekt av dei nye organisatoriske og bemanningsmessige grepa, spesielt i dei to største føretaka. Både i Helse Bergen og i Helse Stavanger har ein no eigne medarbeidarar som har avtaleforvaltning som sitt ansvarsområde. Mykje arbeid står likevel att før ein er i mål med å innarbeide gode rutinar og praksis innan bestillarfunksjonen og oppfølging av avtaler og leverandørar.

¹⁰ Mellom anna rapporten "A strategy to reduce public expenditure based on e-tendering and Procurement Business Intelligence – The case of Portugal" (July 2011)

Styrings- og økonomioppfølging

I tråd med standarden for god innkjøpspraksis er det viktig styringsinformasjon å ha oversikt over *både* forventa og reelt innkjøpsvolum. Ein samanstilling av desse dataene vil danne eit nødvendig grunnlag for å kunne evaluere i kva for grad ein har oppnådd den gevinsten som ein sette seg føre den gongen ein inngjekk kvar einskild rammeavtale, og for å kunne identifisere eventuelle tiltak for å auke ein slik gevinst. Inntil system og prosedyrar for å hente ut eit slikt datagrunnlag for reelle kjøp er på plass, vil tala for estimert kontraktsverdi kunne gje ein *indikasjon* på reelt innkjøpsvolum, som vil kunne vere nyttig når viktige forbettringsområde skal identifiserast.

Innkjøpseiningane sitt fokus på å auke organisasjonen sin kunnskap og merksemd om føretaksgruppa sine etiske retningslinjer er eit godt grunnlag for ei forsvarleg oppfølging av dei. Men det er òg nødvendig at ein aktivt gjennomfører kontrolltiltak – basert på analyser av innkjøpsdata – for å motverke misleg framferd.

I samband med den pågåande utviklinga av det nye datasystemet LIBRA er det viktig at det nye innkjøpsføretaket sikrar at viktig styringsinformasjon kan hentast ut. Likeins er det viktig at føretaket set seg i stand til å utnytte slike data.

Brukaroppfølging

Det er behov for å sikre at det er utarbeidd føremålstenlege skriftlege rutinar som dekkjer behovet for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom innkjøpsorganisasjonen og bestillareiningane, med særleg vekt på klargjering av fordeling av ansvar og arbeid mellom desse. I dag manglar ein tilstrekkeleg oversikt over fagkontaktpersonar på avdelingsnivå, noko som gjer oppfølging og informasjon vanskeleg for både innkjøpsorganisasjonen og leverandørar.

Ein må sikre at desse rutinane er tilgjengelege, blir gjort kjend for dei tilsette og etterlevd.

Leverandøroppfølging

God innkjøpspraksis tilseier at ein følgjer opp inngåtte avtaler for å sikre at dei einskilde leverandørane leverar det dei kontraktsmessig er forplikta til og til den prisen dei er forplikta til. Det er vårt inntrykk at innkjøpseiningane i føretaka i første rekkje prioriterer å følgje opp leverandørane i prøveperioden på nye avtaler samt å respondere på innmeldte avviksmeldingar frå brukarane. Derimot er dei i dag ikkje i stand til å sette tilstrekkeleg kapasitet inn på å gjennomføre ein proaktiv kommunikasjon og oppfølging av leverandørar gjennom avtaleperioden.

4.1.4 BRUK AV RAMMEAVTALER INNAN KARDIOLOGI OG ORTOPEDI

Innan innkjøpskategorien *kardiologi* er det vårt inntrykk at fagavdelingane har ei lojal haldning til å følgje inngåtte rammeavtaler. Likevel synest det å vere ei haldning i fagmiljøet at

ein gjerne vel eit produkt frå ein annan leverandør når ei klinisk-fagleg vurdering av pasienten sitt behov kjem i konflikt med føringar i ei rammeavtale om val av produkt.

Dei viktigaste årsakene til at det vert gjort innkjøp utanfor lovlege rammeavtaler ser ut til å vere:

- Nødvendig forbruksmateriell vert kjøpt hos avtaleleverandørar som Helse Vest har ein regional avtale med, men kor desse avtalene er ulovleg prolongerte.
- Klinisk-faglege vurderingar av einskildpasientar sine behov gjer at kardiologane finn det «naudsynt» å bruke produkt frå andre leverandørar enn avtaleleverandøren.

Innan innkjøpskategorien *ortopedi* er det vårt inntrykk at bestillerane (dvs. ortopedane) i det store og heile har ei lojal grunnhaldning til å følgje inngåtte rammeavtaler. Likevel vik dette fagmiljøet òg frå grunnhaldninga når den klinisk-faglege vurderinga deira av pasienten sitt behov kjem i konflikt med føringar i ei rammeavtale om val av produkt. Det er uheldig at ortopedane i mange slike høve har funne det naudsynt å bruke produkt (særleg primærprote-sar) frå andre leverandørar enn avtaleleverandøren.

Tal frå 2011/2012 viste at berre kvar femte krone vart anvendt på lovlege avtaler. Mykje av årsaka synest å ha vore ein kombinasjon av fråvær av avtaler og at ortopedane var «låste» til bestemte metodar og leveransar frå spesifikke leverandørar. Sju nye parallelle rammeavtale-ne på dette området trådde i kraft i april 2015, og vil venteleg rette opp denne situasjonen. Ein har med dette grepet søkt å gjere alle til lags, både fagfolk, leverandørar og innkjøparane sitt ønskje om lovlege avtalekjøp.

Det er viktig at ein i heile helseregionen får etablert ein innkjøpspraksis her som følgjer norsk og internasjonal lovgjeving, samtidig som han av ortopedane opplevast som fagleg forsvar-leg og god. Vi tilrår at det nye innkjøpsføretaket følgjer denne utviklinga nøye både gjennom brukaroppfølging og kontrolltiltak.

Den langvarige praksisen med konsignasjonslagre, der leverandørar har utplassert sine varer ute på sjukehusa sine ortopediske avdelingar, har fleire element i seg som bør vurderast.

- 1) Føretaka synest ikkje å ha kontrollrutinar som sikrar at konsignasjonslagra er avgrensa til berre å innehalde produkt som fullt ut innrettar seg lojalt etter inngåtte rammeavtaler på området. Leverandørar (både dei føretaka har avtale(r) med, og andre) har ein økonomisk interesse i å promotere og selje nye produkt etter kvart som dei kjem på markna-den, medan ortopedane kjenner eit klinisk-fagleg ansvar for å bruke dei produkta som gjev eit mest mogleg forsvarleg behandlingsresultat for pasientane. Utan nødvendige retningslinjer og kontrollrutinar er det fare for at ein uformell kontakt mellom desse to partane resulterer i illojal åtferd i høve til gjeldande rammeavtaler.
- 2) Rett nok er det ein fordel for sjukehusa at produkta på slike lagre er tilgjengelege til ein kvar tid, samstundes som slike lagre er leverandøren sitt ansvar og ein berre betaler for dei produkta ein tek ut og først når ein tek dei ut. Dette har sjølvsaagt ein kostnadsside

som kvar einskild leverandør har innkalkulert i produktkostnadene. Ein bør vurdere om fordelene ved å ha slike lagre er verd denne meirkostnaden.

Av ulike årsaker (m.a. for liten kapasitet i innkjøpsfunksjonen, fagleg kompleksitet i fleire av anbodsområda og stor "klageiver" hos aktuelle leverandørar) har ein ikkje klart å gjennomføre anbodsprosessar raskt nok til at alle aktuelle produkt er omfatta av aktive rammeavtaler som vert fornya innan dei tidsfristane som regelverket tillét.

4.1.5 SAMLA BRUK AV RAMMEAVTALER - ALLE INNKJØPSOMRÅDER OG -KATEGORiar

Noverande løysing med at innkjøpsfunksjonen i dei ulike føretaka nyttar ulike datasystem, er lite føremålstenleg. Dette gjer det vanskeleg å ta ut samla rapportar og å samanlikne og analysere data føretaka imellom.

Helse Vest har under utvikling eit program for optimalisering av ein rekkje støtteprosessar. Programmet går under nemninga LIBRA (Lager, Innkjøp, Budsjett, Regnskap, Anskaffelse). Dette handlar både om ny IKT-støtte og betre, felles arbeidsprosessar.

Ein må kunne forvente av den nye totale systemløysinga at utfordringane knytt til å oppnå ein optimal struktur for kjelldata/register, samt optimale brukargrensesnitt, vert adressert. Dette vil legge grunnlaget for å sikre kvalitative transaksjonsdata, som nødvendig støtte for analyser, styring og forbettringsarbeid.

Etter kva vi får opplyst vil den nye systemløysinga for innkjøpsområdet bli ferdig i 2017. Internrevisjonen vil tilrå at innkjøpsorganisasjonen – uavhengig av dette utviklingsarbeidet – allereie no identifiserer og set i verk dei forbetringstiltaka som er moglege med den gamle systemløysinga.

Ein del av produkta som i dag vert kjøpt utanfor avtale, vil i følgje innkjøpsrådgjevarane òg i framtida vanskeleg kunne fangast opp av nye rammeavtaler. Vi har fått opplyst at dei viktige årsakene til dette er:

- Ein del produkt er ikkje omfatta av gjeldande rammeavtaler (t.d. som følgje av at dei fall utanfor ved overgang til ny avtale og det ikkje er hensiktsmessig å inngå eiga avtale for slike "restprodukt").
- For nokre produkt er ikkje vedkomande leverandør(ar) interessert(e) i å inngå rammeavtale (t.d. kan dette gjelde levering av nødvendig forbruksmateriell til medisinske teknisk utstyr, der slikt materiell ikkje er teke med i avtala om levering av sjølve utstyret).

Oppfølginga av vedtak og rutinar for elektronisk handel synest mangelfull, med eit visst unntak for Helse Bergen. Dette har resultert i at kvaliteten på data over gjennomførte bestillingar/innkjøp er for dårleg til at dei gjev grunnlag for å ta ut rapportar over kjøp på lovlege og ulovlege rammeavtaler samt kjøp utanfor slike avtaler. Etter vårt skjønn er det naudsynt å gjennomføre tiltak som vil sikre at alle bestillingar vert gjort elektronisk, der dette er mogleg. Målet må vere å oppnå ein datamengd og -kvalitet rundt alle innkjøp som er god nok til å ta ut dei rapportane - og gjere dei analysane – som ein treng for å oppnå den styringa av bruk av rammeavtaler som er nødvendig.

Det overordna målet med kategoristyring av innkjøp - å etablere anskaffingsstrategiar som sikrar helseregionen sine framtidige behov for varer og tenester - synest å vere ein god metodikk. I Helse Vest er ein godt i gang med å utarbeide kategoristrategiar for alle dei 22 kategoriområda. Ordninga med at kvart kategoriteam er sett saman av ansvarlege fagpersonar (innan dei medisinske faga: overlegar) frå kvart av helseføretaka, ein representant frå innkjøpsorganisasjonen og ein analytikar frå RHF-et, sikrar etter vår vurdering at både kliniskfaglege og innkjøpsfaglege omsyn og behov vert sikra.

Strategidokumenta som er utarbeidd innan kvar av kategoriane synest å innehalde ein grundig kartlegging av noverande situasjon med datagrunnlag for innkjøpsvolum, samt identifi- sering av og tilråding om strategiske tiltak som er knytt opp imot målsettingane i helseregio- nen sitt overordna strategiske rammeverk (Helse 2020).

4.2 TILRÅDINGAR

Hovudkonklusjon:

Rapporten viser at Helse Vest ikkje veit i kva omfang rammeavtaler vert brukt, og at ein fjerdedel av aktive rammeavtaler er ulovlege. Vidare viser stikkprøver at kjøp på utgåtte avtaler, eller heilt utan avtale, kan vere svært høg på visse område. Føretaksgruppa har store utfordringar med systemstøtte, interne rutinar, inngåing av nye avtaler og forvaltning av eksisterande avtaler. Det er grunn til å rekne med at ny organisering og ny systemstøtte på innkjøpsområdet vil kunne hjelpe på situasjonen.

Tilrådingar:

1. Sikre tilstrekkeleg produksjon av nye avtaler før utløpet av gamle, og dermed unngå ulovleg prolongerte avtaler.
2. Legg vekt på at ny systemløyning (LIBRA) skal gi tilgjengeleg og kvalitativt god styringsinformasjon om innkjøpspraksisen i føretaksgruppa, samstundes som utviklar gode analysar også før nytt system er på plass.
3. Sikre at kontraktdatabasen Contiki blir nytta i tråd med hensikta.
4. Sikre god kommunikasjon mellom innkjøpsorganisasjonen og bestillarane i helseføretaka om innhaldet i og erfaringar frå bruk av rammeavtalane.
5. Legg vekt på leverandøroppfølging gjennom heile avtaleperioden.

6. Utarbeid kontrollrutinar som sikrar at konsignasjonslagra er avgrensa til berre å innehalde produkt som fullt ut innrettar seg etter rammeavtaler på området, samt vurder om ordninga totalt sett er tenleg for Helse Vest.
7. Sikre at alle bestillingar vert gjort elektronisk, der dette er mogleg.

