



# **Felles utredning**

## **Stabs- og støttefunksjoner**

### **Utredning av samarbeid på tvers av regionale helseforetak**

**Versjon 1.0**

**20. oktober 2006**

## Sammendrag

### Bakgrunn og målsetting

Utredningen er gjennomført på oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD). Formålet er å vurdere samarbeid mellom helseregionene innen stabs- og støttefunksjoner. Målsettingen er å se på mulighetene for:

- Bedre grunnlag for styring og kontroll
- Effektivisering

Prosjektgruppen har bestått av representanter fra alle helseregioner, ansattes organisasjoner og konsernverneombud.

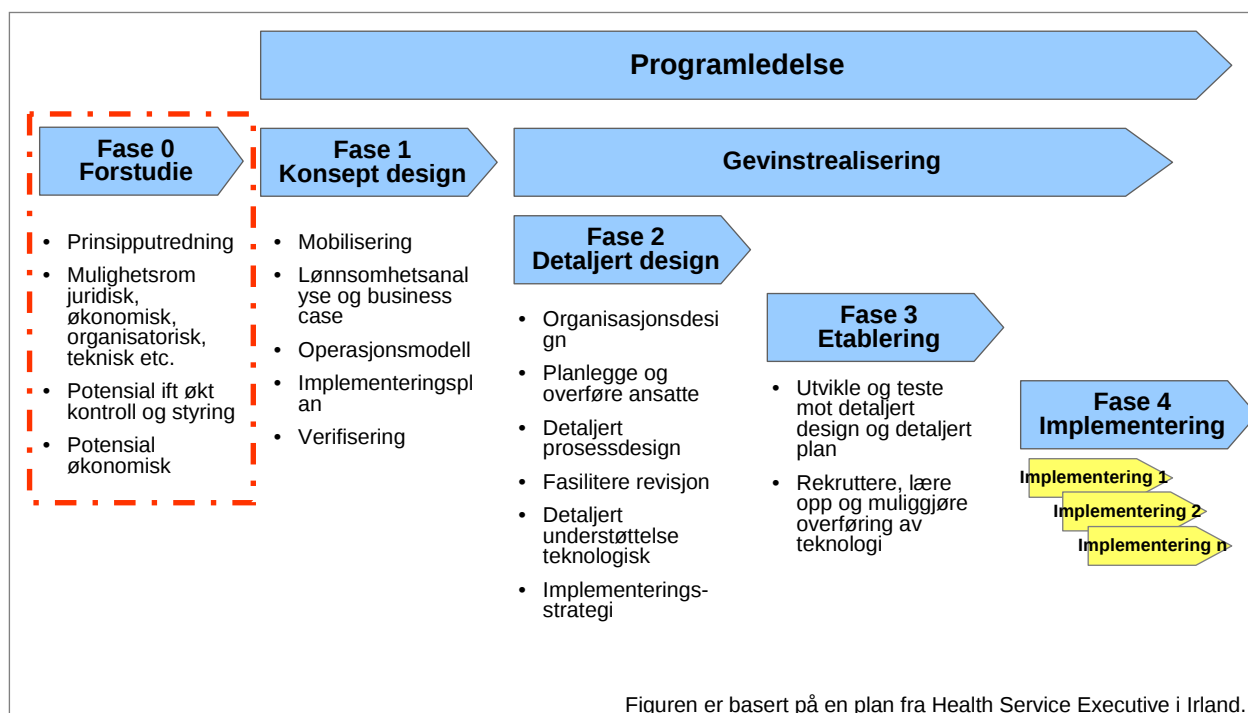
Utredningen er å anse som en forstudie der hovedfokus er:

- Gi et bilde av nå-situasjonen innen det enkelte hovedområde og region
- Peke ut områder som anses best egnet for tettere samarbeid
- Skissere fremtidig løsning

### Metode:

Forstudien er gjennomført på et overordnet nivå, og målsettingen har vært å fremskaffe et tilstrekkelig grunnlag for hvorvidt man bør gå videre med en neste fase. Hver fase har et beslutningspunkt ift å gå videre til neste fase.

Metodisk er forstudien fase 0 (jfr figur nedenfor).



Figur 1: Generell modell - Faser fra forstudie til implementering



Prosjektet har valgt å dele inn stabs- og støttefunksjoner i fire tjenesteområder:

- HR og lønn
- Økonomi
- Innkjøp og logistikk
- Øvrige områder

I de fire tjenesteområdene ble det definert 41 prosesser med til sammen 183 underliggende aktiviteter. Med utgangspunkt i grad av standardisering av prosess, konsolidering av teknologi og eierskap til aktivitetene (organisering) ble aktivitetene kartlagt på helseforetaksnivå. Det finnes svakheter og mulige feilkilder i kartleggingen, men disse synes ikke å påvirke det totale bildet i vesentlig grad.

For å vurdere prosessenenes egnethet for økt grad av nasjonal samordning ble det utarbeidet kriterier som ble vurdert mot den enkelte prosess. Resultatet av vurderingen ble 8 områder som syntes særlig egnet.

De 8 områdene kan deles inn i to kategorier basert på deres egenskaper:

- 5 er kompetansetunge:
  - o Langsiktig personalplanlegging
  - o Kompetanseutvikling
  - o Økonomimodell og standardisering av regnskapsrutiner
  - o Styring av utvalgte kategorier innkjøp
  - o Styring av forsyningskjeder
- 3 er transaksjonstunge:
  - o Regnskap med utvalgte forprosesser
  - o Lønn
  - o Oppgjørskontor

### **Organisering og tidsvindu:**

Når det gjelder de egnede transaksjonstunge prosessene, ser prosjektgruppen ut fra forutsetningene som er tatt i rapporten at nasjonale løsninger synes å være den modellen som best bidrar til å realisere målsettingene. Prosjektgruppen anbefaler derfor at man går videre til neste fase ift mulige nasjonale løsninger for disse tjenestene.

Også for de kompetansetunge prosessene ser prosjektgruppen at nasjonale løsninger synes å være den beste modellen.

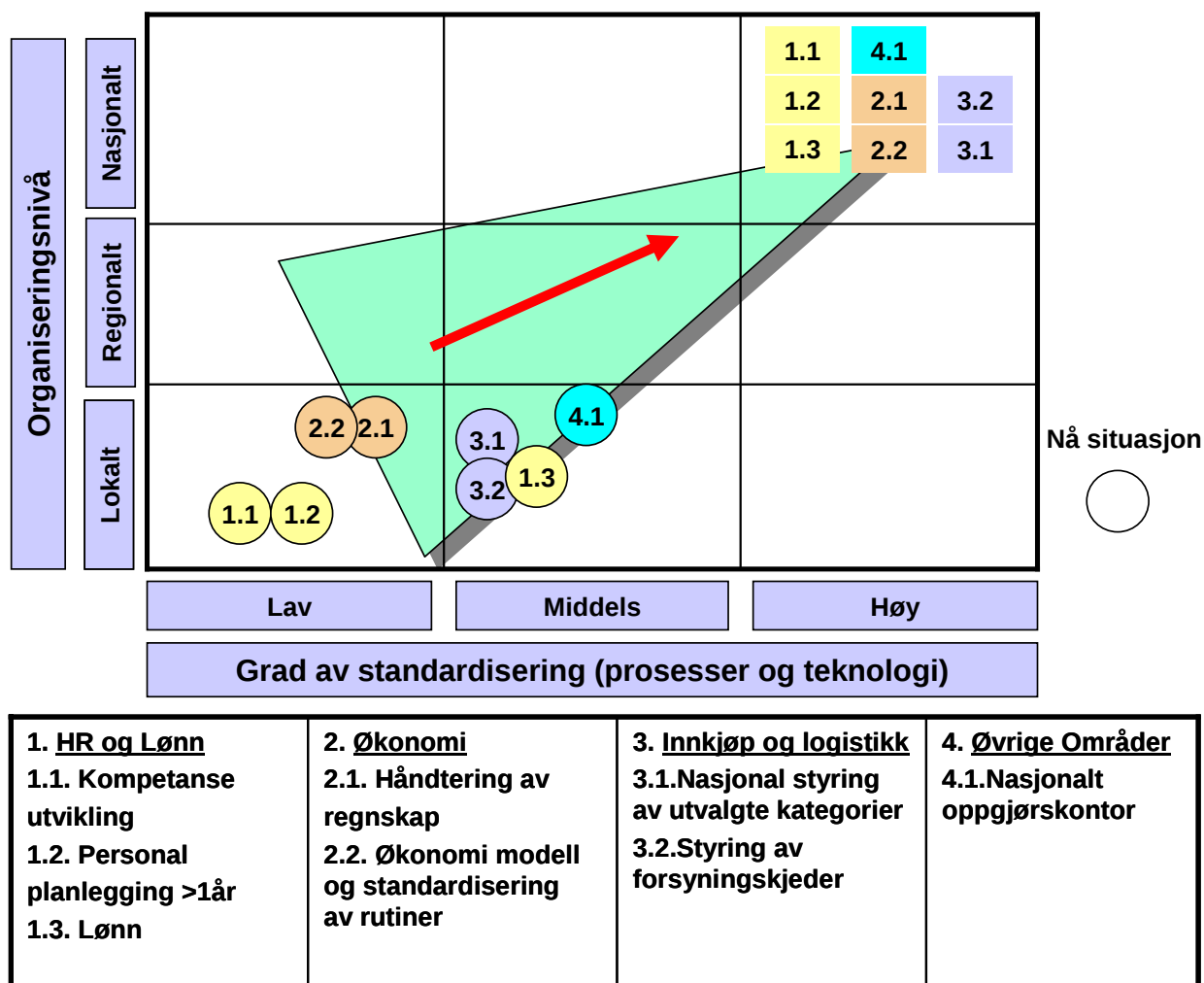
De transaksjonstunge og kompetansetunge prosessene bør samordnes i ett program og understøttes av felles integrerte systemløsninger. Prosjektgruppen ser også en nytteeffekt dersom en slik utredning også ser på forholdet til eksisterende nasjonale enheter og prosjekter som Nasjonalt IKT og HINAS.

Prosjektgruppen tar ikke stilling til eierform på en eventuell fremtidig nasjonal løsning. Det er heller ikke grunnlag for å anbefale en bestemt gjennomføringsplan fra dagens situasjon til

anbefalt målbilde. Dette vil typisk høre hjemme i en neste fase i prosjektet dersom denne besluttes gjennomført.

Prosjektgruppen anbefaler at videre fremdrift styres og koordineres via et nasjonalt program. Dette er vist som "Programledelse" i figur 1.

Veien frem mot målbildet og tidspunkt for innfasing i nasjonal løsning vil variere avhengig av blant annet hvor langt den respektive region har kommet ift standardisering og harmonisering. I figuren under beskrives de 8 løsningsalternativene.



Figur 2 Nå-situasjonen og fremtidig målbilde for de åtte løsningsalternativene

### Økonomiske betraktninger:

De økonomiske betraktningene i utredningen er gjennomført på et overordnet nivå. Det innebærer at det ikke er gjort økonomiske beregninger pr tjenesteområde, men samlet for alle områder under ett i form av beregninger basert blant annet på erfaringstall fra enkelte av helseregionene.

Disse beregningene indikerer muligheter for netto kostnadsreduksjoner i størrelsesorden 1 mrd kr årlig når løsningen er i full drift (implementert i hele organisasjonen) forutsatt investeringer og omstillingskostnader i størrelsesorden 6-800 mill. Av dette potensialet, kan den største positive effekten henføres til muligheter for bedre styring og kontroll (indirekte virkninger). Dette understøttes for øvrig av referansebesøket i Irland, der dette var hovedmotivasjonen for å etablere felles løsninger.



Det vil være en tidkrevende prosess å hente ut disse kostnadsreduksjonene, og dette må i stor grad skje på HF nivå.

Det er knyttet stor usikkerhet til beregninger på dette detaljeringsnivå, og etablering av mer presise lønnsomhetsberegninger vil være en viktig oppgave for en eventuell fase 1 av programmet.

### **Forutsetninger og usikkerhet:**

Prosjektgruppen har identifisert følgende forutsetninger for å gjennomføre en eventuell neste fase av prosjektet:

- Tung forankring og tydelig kommunikasjon ift beslutninger fra ledelsen i RHFene og eier
- Forpliktende samarbeid ift utredning av en neste fase
- Tett involvering av ansattes organisasjoner
- Videre fremdrift bør avklares raskt på grunn av pågående aktiviteter og prosesser som kan ha nytteeffekter av eventuelle nasjonale initiativ.

En samordning som skissert i denne utredningen innebærer en del usikkerheter. En vellykket gjennomføring krever god forankring og tett involvering av ansattes organisasjoner. Videre er det viktig å koordinere eksisterende nasjonale og regionale aktiviteter med programmet.

Det ligger også en generell usikkerhet knyttet til at denne utredning er fase 0, og mer detaljerte beregninger må følge i senere faser og dette vil redusere usikkerhetsbildet; spesielt innen områdene: Økonomiske vurderinger, organisatoriske modeller og juridiske vurderinger.

### **Anbefaling:**

Prosjektgruppen anbefaler på bakgrunn av konklusjonene fra denne utredning at det etableres et nasjonalt program i den hensikt å utvikle konseptet med nasjonale felles løsninger ytterligere inn i fase 1.

Programmet bør etableres raskt slik at pågående og planlagte aktiviteter i regionene kan dra nytte av nasjonale initiativ. Den videre fremdrift styres og koordineres gjennom programmet både mht målbilde og gjennomføringsplan for den enkelte region/HF.

## Innhold

|          |                                                              |           |
|----------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning .....</b>                                      | <b>8</b>  |
| 1.1      | BAKGRUNN .....                                               | 8         |
| 1.2      | MANDAT GITT AV HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET .....          | 8         |
| 1.3      | STYRINGSGRUPPENS FORTOLKNING AV MANDATET .....               | 9         |
| 1.4      | ORGANISERING .....                                           | 10        |
| 1.5      | TIDSPLAN – FASEDELING .....                                  | 12        |
| <b>2</b> | <b>Referansebesøk .....</b>                                  | <b>13</b> |
| 2.1      | BAKGRUNN .....                                               | 13        |
| 2.2      | FORSVARETS LOGISTIKKORGANISASJON .....                       | 13        |
| 2.3      | HYDRO .....                                                  | 14        |
| 2.4      | SYKEHUSPARTNER .....                                         | 14        |
| 2.5      | NHS SHARED FINANCIAL SERVICES (UK) .....                     | 15        |
| 2.6      | HEALTH SERVICES EXECUTIVE – SHARED SERVICES .....            | 15        |
| <b>3</b> | <b>Juridiske betraktninger .....</b>                         | <b>18</b> |
| 3.1      | INNLEDNING .....                                             | 18        |
| 3.2      | ORGANISERING .....                                           | 18        |
| 3.3      | FORHOLDET TIL ANSKAFFELSESREGLENE .....                      | 19        |
| 3.4      | FORHOLDET TIL SKATT OG AVGIFT .....                          | 20        |
| 3.5      | PERSONVERNSPØRSMÅL .....                                     | 22        |
| 3.6      | FORHOLDET TIL DE ANSATTE .....                               | 22        |
| <b>4</b> | <b>Økonomiske betraktninger .....</b>                        | <b>23</b> |
| 4.1      | ESTIMERING OG SYNLIGGJØRING AV MULIGE RESULTATEFFEKTER ..... | 23        |
| <b>5</b> | <b>Arbeidsmåte og metode i delutredningene .....</b>         | <b>25</b> |
| 5.1      | KARTLEGGING AV NÅ-SITUASJON .....                            | 25        |
| 5.2      | PROSESSMODELLEN .....                                        | 25        |
| 5.3      | FEILKILDER .....                                             | 25        |
| 5.4      | MULIGHETSROM .....                                           | 25        |
| 5.5      | LØSNINGSFORSLAG .....                                        | 26        |
| 5.6      | PÅ TVERS AV TJENESTEOMRÅDENE .....                           | 26        |
| 5.7      | METODISKE ULIKHETER .....                                    | 26        |
| <b>6</b> | <b>Hovedområde HR .....</b>                                  | <b>27</b> |
| 6.1      | TJENESTEOMRÅDETS HOVED- OG DELFUNKSJONER .....               | 27        |
| 6.2      | NÅ-SITUASJON .....                                           | 27        |
| 6.3      | MULIGHETSROM .....                                           | 31        |
| 6.4      | LØSNINGSFORSLAG .....                                        | 33        |
| <b>7</b> | <b>Hovedområde Økonomi .....</b>                             | <b>37</b> |
| 7.1      | TJENESTEOMRÅDETS HOVED- OG DELFUNKSJONER .....               | 37        |
| 7.2      | NÅ-SITUASJON .....                                           | 37        |
| 7.3      | MULIGHETSROM .....                                           | 42        |
| 7.4      | LØSNINGSFORSLAG .....                                        | 47        |
| 7.5      | ANBEFALT LØSNING .....                                       | 49        |
| 7.6      | EFFEKTER MED ANBEFALT LØSNING .....                          | 51        |
| 7.7      | RISIKO .....                                                 | 52        |
| <b>8</b> | <b>Hovedområde Innkjøp og logistikk (forsyning) .....</b>    | <b>53</b> |
| 8.1      | TJENESTEOMRÅDETS HOVED- OG DELFUNKSJONER .....               | 53        |
| 8.2      | NÅ-SITUASJON .....                                           | 53        |
| 8.3      | MULIGHETSROM .....                                           | 58        |

|           |                                                               |           |
|-----------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 8.4       | LØSNINGSFORSLAG .....                                         | 61        |
| <b>9</b>  | <b>Øvrige områder .....</b>                                   | <b>65</b> |
| 9.1       | INNLEDNING .....                                              | 65        |
| 9.2       | NÅ-SITUASJON .....                                            | 65        |
| 9.3       | VURDERINGER OG ANBEFALINGER .....                             | 70        |
| 9.4       | GJENNOMFØRINGSPLAN .....                                      | 71        |
| 9.5       | ANDRE SAMARBEIDSMODELLER – MEDISINSK TEKNISKE TJENESTER ..... | 75        |
| 9.6       | KONKLUSJON ØVRIGE OMRÅDER .....                               | 77        |
| <b>10</b> | <b>Mulighetsrom på tvers av hovedområder.....</b>             | <b>78</b> |
| 10.1      | OPPSUMMERING ANBEFALINGER FRA HOVEDOMRÅDENE .....             | 78        |
| 10.2      | TRANSAKSJONSTUNGE PROSESSER .....                             | 79        |
| 10.3      | KOMPETANSETUNGE PROSESSER .....                               | 79        |
| 10.4      | TEKNOLOGISKE IMPLIKASJONER KNYTTET TIL MULIGHETSROM .....     | 80        |
| <b>11</b> | <b>Vurdering og konklusjoner .....</b>                        | <b>81</b> |
| 11.1      | ANBEFALT SAMARBEIDSMODELL .....                               | 81        |
| 11.2      | LØSNING FOR TRANSAKSJONSTUNGE PROSESSER .....                 | 81        |
| 11.3      | LØSNING FOR KOMPETANSETUNGE PROSESSER .....                   | 82        |
| 11.4      | ANDRE SAMARBEIDSMODELLER .....                                | 83        |
| 11.5      | ØKONOMISK MULIGHETSROM .....                                  | 83        |
| 11.6      | FORUTSETNINGER .....                                          | 83        |
| 11.7      | RISIKOOMRÅDER .....                                           | 84        |
| 11.8      | FØRHOLDET TIL ANDRE NASJONALE INITIATIV .....                 | 85        |
| <b>12</b> | <b>Prosjektgruppens anbefalinger – veien videre .....</b>     | <b>86</b> |
| <b>13</b> | <b>Referanser .....</b>                                       | <b>87</b> |
| <b>14</b> | <b>Vedlegg .....</b>                                          | <b>88</b> |



## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtet 26. januar 2006 gitt Helse Sør RHF i oppdrag å lede en tverr-regional gruppe, som skal utrede og vurdere samarbeid på tvers av regionale helseforetak med hensyn til stabs- og støttefunksjoner.

Helse- og omsorgsdepartementet ser på enkelte områder behov for sterkere nasjonal styring og mer samordning på tvers av regionene i arbeidet med å sikre gode og likeverdige tjenestetilbud og best mulig ressursutnyttelse. Nasjonal styring og samordning betyr i praksis ofte kunnskapsoverføring og gode fellesskapsløsninger mellom de regionale helseforetakene, noe som allerede finner sted på en rekke områder. Nasjonal koordinering er et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kunnskapsutnyttelse og de regionale helseforetakene må i større grad ha et nasjonalt perspektiv i sitt arbeid.

Arbeidet som den tverr-regionale gruppen har utført vil være et ledd i å møte Helse- og omsorgsdepartementets krav om mer hensiktsmessige samordningsgrep på tvers av regionene.

### 1.2 Mandat gitt av Helse- og Omsorgsdepartementet

Den tverr-regionale gruppen skal utrede og vurdere samarbeid på tvers av regionale helseforetak med hensyn til stabs- og støttefunksjoner, herunder vurdere effekter av eventuell etablering av felles landsdekkende enhet eller bruk av eksterne leverandører. I dette arbeidet skal en særlig se på funksjonene personal og lønn, regnskap, innkjøp, logistikk og eventuelt andre områder som kan være aktuelle.

Utredningen skal omfatte økonomiske, juridiske og organisatoriske sider ved alternative løsninger, herunder ivaretagelse av de ansattes rettigheter. I tillegg må det gjøres vurderinger knyttet til beredskaps/sårbarhet (logistikk), og systemmessige utfordringer innen de ulike områder.

Utredningen må både ha et operativt perspektiv på etablering og drift, og samtidig vurdere omfang av fellesløsning i relasjon til strategiske behov på HF/RHF nivå.

Økonomiske forhold innebærer bl.a. at det skal utvikles et businesscase for de enkelte områdene som vurderes. Dette skal belyse både potensialet for reduserte kostnader ved å levere dagens tjenester og unngåtte kostnadsøkninger knyttet til å møte fremtidige krav til tjenesteleveransene. Risikovurderinger er en viktig del av dette arbeidet.

Juridiske forhold skal bl.a. omfatte:

- problemstillinger knyttet til tjenesteleveranser mellom regionene, herunder forholdet til anskaffelsesregler med videre
- juridiske aspekter ved ulike organisatoriske løsninger (selskapsmodeller)
- spørsmål som berører de ansattes rettigheter
- skatte- og avgiftsrettslige problemstillinger

Organisatoriske forhold skal bl.a. omfatte:

- leveranser i egen regi versus bruk av eksterne leverandører (jft kap 3)
- organisatoriske modeller for leveranser i egen regi



Som et ledd i utredningen skal det gis en kortfattet beskrivelse av nå-situasjonen innenfor de funksjonene som vurderes. Der det er hensiktsmessig kan det også foretas en kort gjennomgang av hvordan andre større virksomheter velger å organisere denne type tjenester.

Det skal også gjøres en vurdering av om det kan være hensiktsmessig med trinnvise tilnærminger. Dette vil både omfatte i hvilken rekkefølge det kan være hensiktsmessig å etablere nasjonale løsninger for aktuelle funksjoner, og om det kan være hensiktsmessig at løsningene i en startfase omfatter færre enn alle fem RHFene.

Prosjektets oppdragsgiver er de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene.

### 1.3 Styringsgruppens fortolkning av mandatet

Målsettingen er å se på mulighetene for:

- Bedre grunnlag for styring og kontroll
- Effektivisering

Styringsgruppen har i henhold til mandatet valgt å fokusere på følgende fire hovedprosessområder som følgelig ble delt inn i fire tjenesteområder:

- HR og lønn
- Økonomi og regnskap
- Innkjøp og logistikk
- Øvrige områder

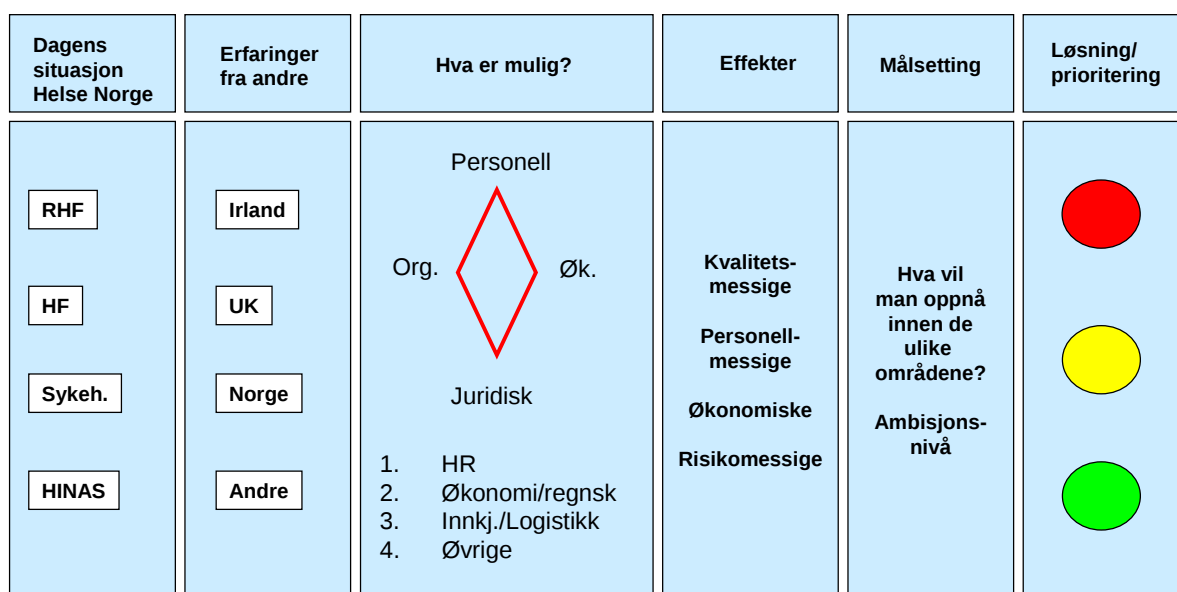
#### 1.3.1 Ambisjonsnivå til rapporten

Begrenset tid har gjort det nødvendig å avgrense ambisjonsnivået gitt i mandatet i forhold til denne første leveransen 1. november 2006.

Styringsgruppen har vurdert det slik at et realistisk ambisjonsnivå for rapporten er en forstudie med hovedfokus på å:

- Gi et bilde av nå-situasjonen innen det enkelte hovedområde og region
- Peke ut områder som anses best egnet for tettere samarbeid
- Skissere fremtidig løsning

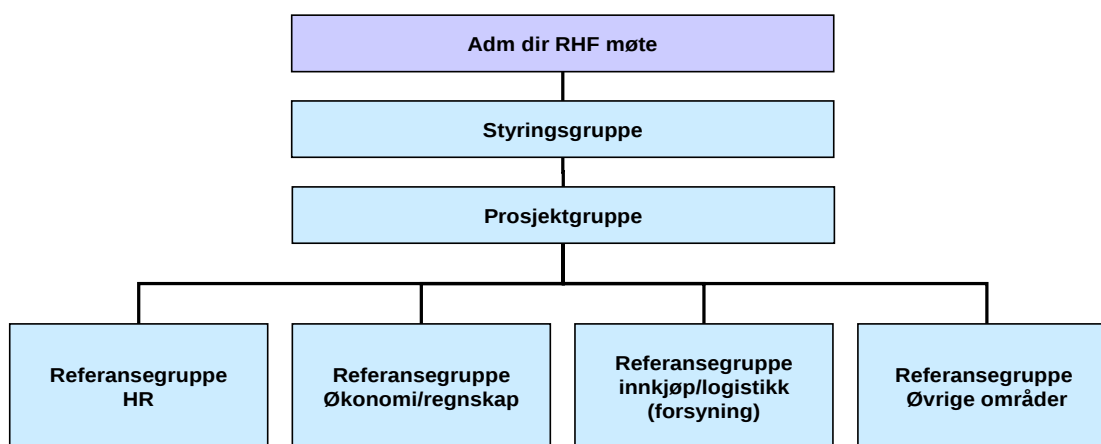
For å operasjonalisere mandatet fra HOD og styringsgruppens presiseringer har prosjektgruppen utarbeidet en enkel modell som viser hovedelementene i prosjektet, se figur 1.



Figur 1 Modell som viser hovedelementene i prosjektet

#### 1.4 Organisering

Prosjektet er organisert i forhold til en hensiktsmessig involvering av alle regioner. En kort tidsfrist har medført at en i begrenset grad har involvert resurser på foretaksnivå. Organiseringen er som følger:



Figur 2 Organisering av prosjektet

Styringsgruppen rapporterte til AD møtet og prosjektgruppen stod ansvarlig for den praktiske gjennomføringen og rapporterte til styringsgruppen (se tabell).

| Styringsgruppe                                                                                                                                                                                                    | Fra region                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Atle Brynstad (Leder)</li> <li>– Åshild Nordnes</li> <li>– Sveinung Aune</li> <li>– Hilde B Christiansen</li> <li>– Steinar Marthinsen</li> <li>– Ellen Wøhni</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Helse Sør</li> <li>– Helse Nord</li> <li>– Helse Midt</li> <li>– Helse Vest</li> <li>– Helse Øst</li> <li>– Konserntillitsvalgt Helse Midt-Norge for UNIO</li> </ul> |

|                                                                                                  |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lizzie Thorkildsen</li> <li>– Lasse Sølvberg</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konserntillitsvalgt Helse Sør for YS</li> <li>– Regiontillitsvalgt Helse Øst for LO</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabell 1 Styringsgruppen bestod av 8 personer

Prosjektgruppen har valgt å organisere arbeidet slik at man har utpekt en leveranseansvarlig for hvert av de fire hovedområdene. Til å bistå i dette arbeidet har prosjektgruppene i tillegg til egen organisasjon også referansegrupper og ekstern konsulentstøtte fra Ernst & Young (i begrenset omfang).

Se tabell under for medlemmer av prosjektgruppen og hvilke ansvarsområder som lå hvor:

| Prosjektgruppe                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ansvarlig for                                                                                                                                                           | Fra region                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lars Rønning</li> <li>– Trud Berg</li> <li>– Ingerid Gunnerød</li> <li>– Berit Bore</li> <li>– Per Arne Ringvold</li> <li>– Sidsel Petrine Vetås</li> <li>– Kari B Sandnes</li> <li>– Tor Erik Sand</li> <li>– Magne Hammerstad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prosjektet</li> <li>– Øvrige områder</li> <li>– HR og lønn</li> <li>– Økonomi/regnskap</li> <li>– Innkjøp/logistikk</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Helse Sør</li> <li>– Helse Nord</li> <li>– Helse Midt</li> <li>– Helse Vest</li> <li>– Helse Øst</li> <li>– Konserntillitsvalgt Helse Vest for SAN</li> <li>– Konserntillitsvalgt Helse Nord LO</li> <li>– Regiontillitsvalgt Helse Øst for Akademikerne</li> <li>– Helse Sør. Representant for Konsernerneombudene</li> </ul> |

Tabell 2 Prosjektgruppen bestod av 9 personer

For at prosjektet skulle være i stand til å levere har referansegruppen måtte bidra mer enn hva de først var tiltenkt og har derfor også fungert som en arbeidsgruppe.

Prosjektgruppen er ansvarlig for rapporten og dens konklusjoner. Referansegruppen har hatt en rolle som faglige støttespillere til prosjektgruppen.

Referansegruppene bestod av:

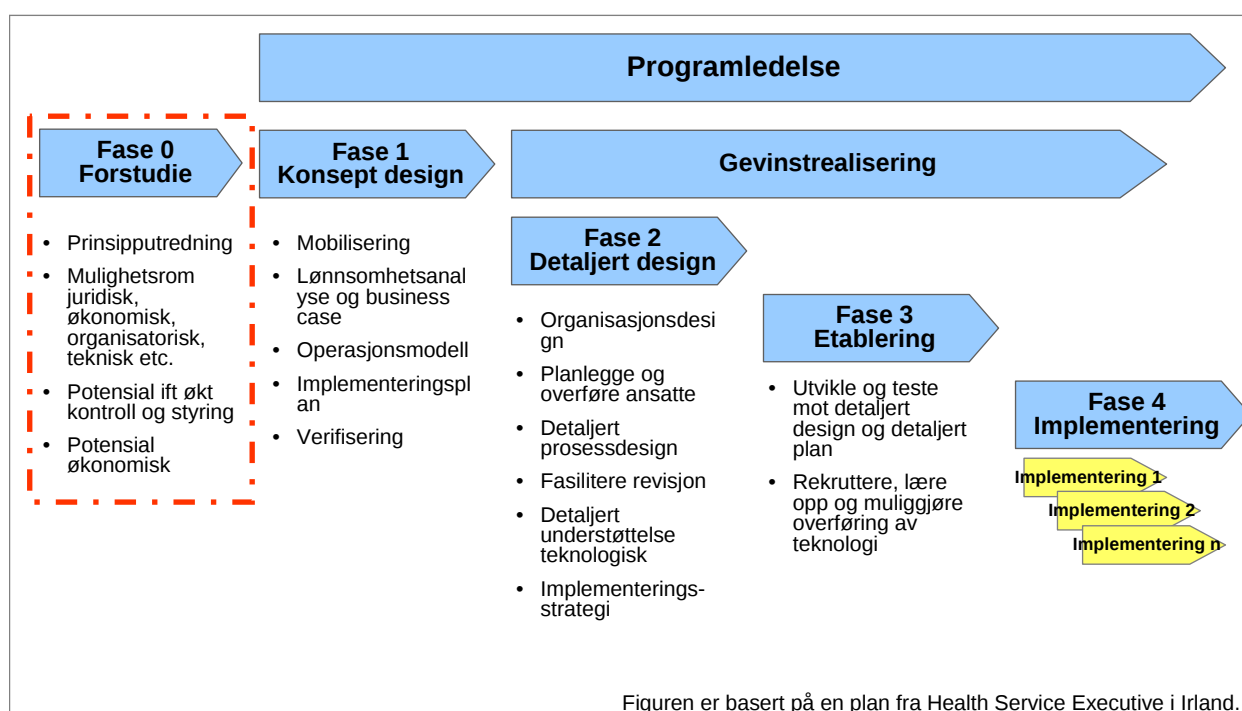
| Område                   | Referansegruppe                                                                                                                                                                                             | Region                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HR</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Edvard Andreassen</li> <li>– Trond Håvard Eidet</li> <li>– Maiken Jonassen</li> <li>– Erik Thorshaug</li> <li>– Marit Kobro</li> <li>– Geir Ove Staalen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Helse Nord</li> <li>– Helse Midt</li> <li>– Helse Vest</li> <li>– Helse Øst</li> <li>– Helse Sør</li> <li>– Helse Sør/Sykehuspartner</li> </ul> |
| <b>Logistikk/Innkjøp</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tor Arne Haug</li> <li>– Bård Skage</li> <li>– Lars Johan Frøyland</li> <li>– Anders Skumsnes</li> <li>– Reidar Løkken</li> <li>– Terje Skansen</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Helse Nord</li> <li>– Helse Midt</li> <li>– Helse Vest</li> <li>– Helse Øst</li> <li>– Helse Sør</li> <li>– Hinas</li> </ul>                    |

|                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Økonomi/Regnskap</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erik Arne Hansen</li> <li>– Reidun Rømo</li> <li>– Berit Bore</li> <li>– Bjørn Østeng</li> <li>– Bjørn Egidius Helle</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Helse Nord</li> <li>– Helse Midt</li> <li>– Helse Vest</li> <li>– Helse Øst</li> <li>– Helse Sør</li> </ul> |
| <b>Øvrige områder</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Terje Nundal (GOPP)</li> </ul>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Helse Sør</li> </ul>                                                                                        |

Tabell 3 Referansegrupper med representanter fra alle fem regioner

### 1.5 Tidsplan – Fasedeling

Nedenfor er vist en grov faseinndeling for etablering av denne type fellestjenester. Det vil være exit muligheter mellom de ulike fasene. Dette prosjektet er i fase 0 og representerer en forstudie.



Figur 3: Generell modell – Faser fra forstudie til implementering

Hver fase har et selvstendig beslutningspunkt ift å gå videre til neste fase.

## 2 Referansebesøk

### 2.1 Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten er ikke første organisasjon som vurderer en mulig fellesløsning for administrative støttefunksjoner. En rekke store bedrifter i Norge har gjennomført slike organisatoriske endringer. For å skaffe seg et bredest mulig bilde av ulike løsninger og erfaringer har det blitt gjennomført referansebesøk både i Norge og i England/Irland.

Referansebesøkene var foretak i Norge som har etablert denne type fellestjenester samt to fellestjenester innen helsesektoren i England og Irland. Nedenfor er en tabell som viser hvilke områder som ble dekket av den enkelte referanse:

| Referanse                                            | Innkjøp/<br>logistikk | HR/Lønn | Økonomi | Øvrige<br>områder |
|------------------------------------------------------|-----------------------|---------|---------|-------------------|
| Forsvarets Logistikk-<br>organisasjon                | X                     |         |         |                   |
| Hydro                                                |                       | X       |         |                   |
| Sykehuspartner                                       |                       | X       |         |                   |
| NHS Shared Services UK                               |                       |         | X       |                   |
| Health Service Executive<br>Shared Services (Irland) | X                     | X       | X       | X                 |

Tabell 4 **Referansebesøk i forhold til tjenesteområdene**

Alle referansebesøkene var meget informative og nyttige hver på sin måte, men prosjektgruppen vil spesielt fremheve besøket hos den nasjonale fellestjenesten i Irland som meget inspirerende for denne utredningen.

Nedenfor vil det kort bli redegjort for hovedtrekkene i hver referanse.

### 2.2 Forsvarets Logistikkorganisasjon

Forsvaret har de senere år gjennomført en større omorganisering og effektivisering for å friggi midler til "den spisse ende" (tilsvarende helse sitt fokus på å effektivisere støttetjenester for å få mer midler til pasientbehandling). Forsvaret har de senere år gått fra å ha fokus på volum og invasjonforsvar til færre og mer profesjonelle soldater som benyttes i mobile og ofte internasjonale oppdrag. Dette krever en stor omlegging også i tenkningen rundt logistikkstøtten.

Som et ledd i denne effektiviseringsprosessen, har Forsvaret samlet alle støttetjenester knyttet til innkjøp og logistikk i en felles organisasjon: Forsvarets Logistikkorganisasjon (FLO). Tidligere var alle logistikktenester organisert innen den enkelte Forsvarsgren.

FLO har det totale ansvaret for understøttelse og drift av alle våpensystemene. Dette kan oppsummeres i form av to hovedoppgaver:

- Ivareta rollen som totalleverandør av logistikk (materiellsystemer, forsyninger og tjenester) til Forsvarets militære organisasjon (FMO)
- Ivareta Forsvarssjefens eierrolle og forvaltningsansvar for materiell i FMO.



FLO forvalter ca 45 % av Forsvarsbudsjettet, tilsvarende i underkant av 13 mrd NOK. FLO har i omstillingsprosessen redusert antall årsverk fra ca 7.750 til like over 5.000 på 5 år.

For å understøtte denne fellestankegangen, er Forsvaret inne i en prosess der man standardiserer alle områder innen IKT virksomheten. Det ene av disse skal gi felles systemstøtte innen logistikk, innkjøp, HR, økonomi etc og erstatte mange hundre eksisterende systemer. Til dette har Forsvaret valgt SAP som en totalløsning. Neste trinn i programmet er å etablere en logistikk-løsning, og FLO anser dette som en forutsetning for å kunne fortsette effektiviseringen slik at de pålagte kravene møtes.

### 2.3 Hydro

Hydro har etablert en fellestjeneste for lønn og reiseregninger. Enkelte deler av denne fellestjenesten er obligatorisk for alle enheter i Hydro, mens andre deler er valgfrie og kan kjøpes som tilleggstjenester.

Fellestjenesten finansieres som en pris pr transaksjon.

Møter 2 ganger pr år i en styringsgruppe med toppledere i Hydro som gir føringer ift tjenestenes kvalitet og ønsker ift videre utvikling.

Hydro fellestjeneste innen lønn benytter SAP som systemstøtte.

Hydro understreket sterkt betydningen av aktiv involvering av ansattes representanter i hele prosessen.

### 2.4 Sykehuspartner

Sykehuspartner er en fellestjeneste etablert i Helse Sør ift ikke medisinske støttetjenester.

Sykehuspartner har pt tre hovedtjenester: Lønn, IKT og Innkjøp.

Referansebesøket ble gjennomført med Sykehuspartner Lønn (IKT er ikke en del av denne utredning sitt scope, og på innkjøpssiden er det pt tre personer som jobber med rammeavtaler på vegne av regionen).

Sykehuspartner har innledningsvis vært rammefinansiert som et fastsatt rammetrekk på det enkelte HF, men dette skal på sikt over til å bli en pris pr transaksjon når tjenestene er i full drift.

Bruken av Sykehuspartners tjenester er obligatorisk for Helseforetakene i Helse Sør.

Sykehuspartner Lønn er lokalisert i Drammen og Grimstad.

Sykehuspartner er nå i full drift med 7 av 8 HF i Helse Sør. Det siste HF innlemmes i løsningen ved årsskiftet 2006/07. Tjenesten understøttes av lønnssystemet Paga i et samarbeid med Bluegarden. Alle ansatte benytter en selvbetjeningsfunksjon i form av en portal der man registrerer timelister (unntak for turnus), reiseregninger etc. Helse Sør benytter også Profitbase som en integrert del av denne portalen for ledelsesrapporter innen HR.

Tjenesten har fremtvunget felles grunndata og definisjoner i foretaksgruppen, noe som har vært udelt positivt ift styringsinformasjon.



## 2.5 NHS Shared Financial Services (UK)

National Health Service i Storbritannia har etablert en fellestjeneste innen økonomi og finans. Denne tjenesten er et joint venture mellom NHS og en ekstern samarbeidspartner med lang erfaring innen slike tjenester (Xansa), og er lokalisert i Leeds/Bradford.

En stor utfordring med akkurat denne fellestjenesten er at den er frivillig å bruke for de ulike Trust (som helsevesenet i UK er bygget opp rundt). Dette gir mye fokus på ”salgsvirksomhet” for å øke kundemassen. Ledelsen ga uttrykk for at det var en betydelig utfordring at det ikke var større innslag av ”tvungen” deltakelse og man hadde gjerne sett sterkere føringer fra Helsedepartementet i så måte.

Likevel er ”ordrebøkene” fulle for å ta opp nye kunder kommende 12 måneder. Kundemassen pt er ca 100 av totalt ca 500 Trust (pågikk en større omorganisering og reduksjon av antall trust, så vi fikk ikke et helt eksakt tall på totalen).

Fellestjenesten benyttet Oracle 11i som systemstøtte, og kundene må som et ledd i innfasingen til fellestjenesten implementere og ta i bruk denne systemløsningen.

Tjenesten starter i prinsippet med fakturamottak (en fakturaadresse for alle kunder), og man har et to-pris system for fakturaer avhengig av om bestilling er registrert i innkjøpsmodulen (iProcure) eller ikke. Prisen er vesentlig høyere for de som ikke er registrert som en følge av at slike fakturaer har høyere transaksjonskostnader, og dette har en oppdragende effekt i form av at kundene blir flinkere til å rute bestillinger via innkjøpssystem.

Tjenesten kan oppfattes noe gammeldags da man har stort fokus på skanning av fakturaer kombinert med manuell kontroll av innskannet informasjon (foregikk i India). Ledelsen ga uttrykk for at de med et større innslag av tvang og bruk av felles systemer mer gjennomgående ville kunnet automatisere prosessen betydelig.

## 2.6 Health Services Executive – Shared Services

Prosjektgruppen er av den oppfatning at dette var en svært spennende og nyttig referanse.

Irland var tidligere delt inn i 11 helseregioner (etablert i 1970), men er fra 1.1.2005 samlet som en ”region”. Dvs. en nasjonal organisasjon med tre hovedområder:

- styring av sykehusene
- styring av primærhelsetjenesten
- Fellestjenester

Fellestjenesten dekker alle områder som er en del av denne utredning i tillegg til IKT og en del spesialistfunksjoner (jus, skattespørsmål etc) som det ikke er økonomisk regningssvarende å ha mange steder eller det er vanskelig å rekruttere til mer geografiske enheter.

Etableringen av HSE med dets funksjoner har maksimal forankring i regjering og er hjemlet i lovs form.

Hovedmålsettingen med etablering av fellestjenestene var kvalitet og styringsinformasjon. Økonomiske stordriftsfordeler var kun en bi-effekt. Dette var meget klart uttrykt fra regjeringen og skapte i følge ledelsen for HSE fellestjenester optimale arbeidsbetingelser.

- Reduserer kostbar duplisering
- Muliggjør skalafordeler
- Fostrer sentre av ekspertise

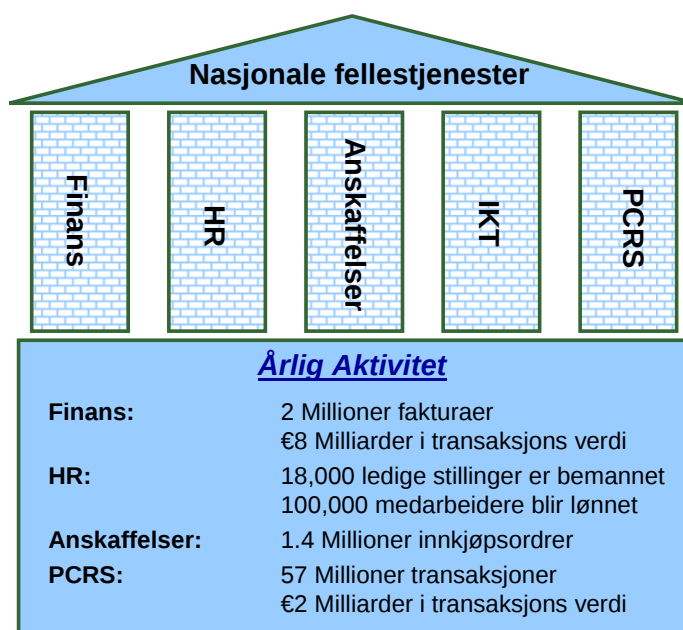
- Fasiliterer deling av ekspertise
- Gir konsistens i måten ting gjøres på.

Tjenestene er obligatoriske for alle enheter i helsesektoren i Irland, og HSE rammefinansieres (ikke pris pr transaksjon selv om dette vil bli vurdert på sikt).

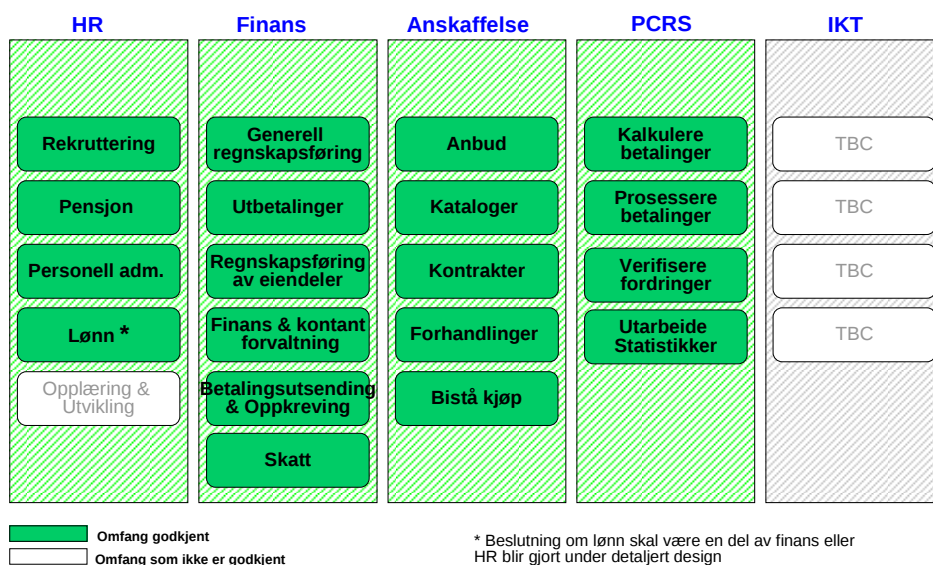
Fellestjenestene er pt ikke ferdig implementert. Man har fellestjenester i noen av de gamle regionene som fortsatt er i drift, men for det nasjonale nivået er man ferdig med konseptfase og forprosjektering. Neste fase er hovedprosjektering og pilotdrift. Tjenestene innen de ulike områdene vil bli lokalisert på forskjellige steder i Irland ut fra politiske/distriktsmessige og arbeidstakermessige hensyn.

HSE understreket sterkt betydningen av aktiv involvering av ansattes representanter i hele prosessen.

Mange av de gamle helseregionene hadde eller var i ferd med å implementere SAP som systemstøtte gjennom et nasjonalt anskaffelsesprosjekt. Dette prosjektet måtte settes på hold en periode som en følge av omorganiseringen fra 11 til 1, men vil bli gjenopptatt (redefinert) i løpet av kort tid.



Figur 4 Nøkkeltall



Figur 5 Nivå 2 tjenester



### 3 Juridiske betraktninger

#### 3.1 Innledning

Hensikten med kapittelet er å beskrive ulike organisatoriske modeller som kan benyttes ved flerregionale samarbeidsmodeller, og trekke frem enkelte juridiske forhold ved ulik organisering. Notatet er ikke uttømmende, og hensikten er således å heller å peke på områder som er særlig relevante eller som må utredes nærmere i et eventuelt videre arbeid.

#### 3.2 Organisering

Stab-/støttetjenester er ikke-medisinske tjenester som i henhold til helseforetakslovens bestemmelser ikke kan organiseres i helseforetak alene. Slike tjenester må organiseres innenfor de rammer som helseforetaksloven § 42 setter.

*§ 42. Ansvarsform for virksomhet eid av foretak*

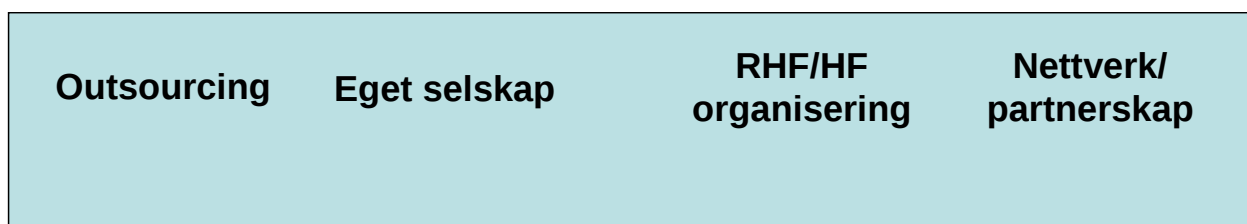
Foretak kan ikke eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.

Foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, skal virksomheten organiseres som et ansvarlig selskap i medhold av selskapsloven.

Når det er egnet til å fremme foretakets formål, kan foretak eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester alene eller sammen med andre. Slike selskaper skal organiseres som selskaper med begrenset ansvar.

Dette innebærer at man får følgende alternativer for organisering:

- Tjenestene kjøpes inn fra ekstern leverandør (bortsetting = outsourcing). På grunn av at tjenestene som omfattes i denne utredning i stor grad er av en slik art at bortsetting som hovedregel ikke er ønskelig i et strategisk perspektiv. Bortsetting kan likevel være formålstjenelig for enkelte delområder/delfunksjoner, som for eksempel drift av enkelte IKT-løsninger.
- Tjenestene organiseres i et eget aksjeselskap (AS). Forutsetningen er at eierskapet / selskapet anses egnet for å fremme foretakets formål slik dette fremkommer av lov og vedtekter. Skal virksomheten skal ha flere eiere, vil dette være eneste alternativ.
- Tjenestene legges til et av de eksisterende RHF/HF. Dette innebærer at fellestjenestene blir del av RHFet/HFet, gjerne som en egen avdeling (jfr HEMIT/ Sykehuspartner). Tjenesten vil da være underlagt vedkommende foretaks administrerende direktør og dette foretakets styre. De øvrige helseforetak/regionale helseforetak må "kjøpe" tjenesten av dette foretaket.
- Tjenestene drives internt hos det enkelte RHF/HF men organiseres i forpliktende nettverk/partnerskap.



Figur 6 alternative organisatoriske modeller for nasjonale/regionale samarbeidsløsninger

Disse alternative organisasjonsmodellene vil i det følgende belyses nærmere med hensyn til følgende juridiske forhold som anses særlig aktuelle:

- Anskaffelsesregler
  - o Anbud
  - o Enerett
  - o Egenregi
- Skatt og avgift
  - o Inntektsbeskatning
  - o Merverdiavgift
  - o Arbeidsgiveravgift
- Personvern
  - o Generelt
  - o Taushetsbelagt pasientinformasjon
- Forhold til de ansatte
  - o Arbeidsmiljøloven (virksomhetsoverdragelse)
  - o Pensjon
  - o Hovedavtaler/tariffavtaler/overenskomster
  - o Omstillingsavtaler

De juridiske forholdene knyttet til anskaffelsesreglene, skatt og avgift samt personvern er kommentert i rapporten, mens forholdet til de ansatte må være gjenstand for nærmere utredning og vurdering. Bakgrunnen for dette er at videre utredning av disse forhold må gjøres i nært samarbeid med de ansattes organisasjoner når retningen på prosjektet er mer konkretisert med hensyn til modellvalg.

Utredning av forholdet til de ansatte må ses i lys av en mer helhetlig strategi for å ivareta de ansatte i forhold til de eventuelle endringsprosesser som prosjekter initierer. Denne helhetlige strategien blir kommentert i tilknytning til risikovurderinger, jfr kap. 6.

### 3.3 Forholdet til anskaffelsesreglene

Utgangspunktet er at enhver anskaffelse skal være gjenstand for konkurranse. Unntak kan imidlertid gjøres i enkelte tilfeller, i det følgende kommenteres anskaffelsesregelverket kort i forhold til de ulike organisatoriske løsninger som er skissert ovenfor.



- Kjøp av tjenester fra ekstern leverandør innebærer at den aktuelle tjenesten konkurranseutsettes i sin helhet, dvs. at det må gjennomføres anbudskonkurranse i tråd med regelverket.
- Organisering i eget aksjeselskap vil innebære at samtlige RHF/HF vil kjøpe tjenester fra selskapet. Det er vurdert at dette sannsynligvis kan gjennomføres på en måte som er i samsvar med regelverket, som egenregi. Etter gjeldende rett er de nærmere grensene for regelen om utvidet egenregi noe uklare, og vurderingen er derfor med forbehold for at det er en viss usikkerhet knyttet til hvordan norske og europeiske domstoler vil tolke regelen om utvidet egenregi i fremtidige rettsavgjørelser. Ut fra den forliggende rettspraksis vil kjøp fra felleseid selskap trolig anses som egenregi, forutsatt at:
  - o selskapets omsetning i det aller vesentligste er rettet mot eierne,
  - o eierne i fellesskap utøver en (felles) kontroll over selskapet som tilsvarer den kontrollen de har over egne (interne) enheter, og
  - o selskapet har et klart preg av å være et driftsselskap for eierne, og i utgangspunktet ikke utøver mer kommersiell virksomhet.

Følgende momenter er i denne forbindelse sentrale og bør nedfelles i selskapets vedtekter:

- enheten etableres som et aksjeselskap
- selskapet er eiet av de regionale helseforetakene (ingen andre eiere)
- selskapets formål er å yte tjenester til helseforetakene
- selskapet bør, som en klar hovedregel, ikke gis anledning til å engasjere seg kommersielt (som leverandør til andre enn helseforetakene)
- styremedlemmer bør utpekes av RHF-ene, og bør være "interne" (en fra hver region)
- samtlige RHF bør ha like stor styringsmessig kontroll over selskapet
- at selskapets aktivitet så langt som mulig begrenser seg til drift for eierne.

Organisering av tjenestene i ett RHF/HF innebærer at de øvrige RHF/HF må kjøpe tjenester fra denne virksomheten. På nasjonal basis vil dette neppe være mulig uten at det gjennomføres anbudskonkurranse, dvs at det vil være usikkert hvorvidt det aktuelle RHF/HF vil få kontrakten. Bakgrunnen for at kjøp fra et RHF/HF sannsynligvis må konkurranseutsettes er at de øvrige RHF/HF ikke vil ha kontroll over det foretak som skal levere tjenesten, slik at vilkårene for (utvidet) egenregi ikke vil være oppfylt, samtidig som det neppe kan tildeles enerett for denne typen enkelttilfeller for å unngå anbudsplikt.

Organisering av tjenestene i nettverk/partnerskap innebærer at det enkelte RHF/HF fortsatt utfører tjenestene internt/i egenregi. Så fremt det ikke selges tjenester mellom de ulike foretak, innebærer dette alternativ at det ikke oppstår problemstillinger i forhold til anskaffelsesreglene.

### 3.4 Forholdet til skatt og avgift

#### 3.4.1 Skatt

Helseforetakene er i medhold av skatteloven § 2-30 (g) fritatt fra skatteplikt. Dette gjelder både inntekts og formuesskatt. Det innebærer at man ikke skatter av et eventuelt overskudd av driften i helseforetakene, heller ikke om dette refererer seg til overskudd som følge av en ikke-



medisinsk tjeneste. Organisering av tjenestene i et RHF/HF vil således innebære skattefritak også for "fellesvirksomheten".

Med organisering i et eget AS vil selskapet normalt ikke få skattefrihet, i det et aksjeselskap er et eget skattesubjekt, jfr. skatteloven § 2-2 (1) a. Hvorvidt aksjeselskapet i praksis vil måtte betale skatt, vil avhenge av at det foreligger et skattbart overskudd. Selskaper som ikke har erverv til formål er fritatt for beskatning etter skatteloven § 2-32. Hvorvidt et stab-/støtteselskap vil kunne unntas skatteplikt iht til skatteloven § 2-32 vil måtte utredes konkret i forhold til selskapets virksomhet og markedssituasjonen. Det antas at utformingen av selskapets vedtekter kan medvirke til skattefrihet, forutsatt at disse fastsetter virksomhetens formål, og at selskapet ikke skal gå med fortjeneste eller utdele utbytte samt opphørsbestemmelser på en slik måte at dette samsvarer med kravene for at selskapet skal kunne anses som en skattefri institusjon. Videre bør det fastsettes at selskapet ikke skal omsette tjenester til eksterne parter / andre enn eierne. Spørsmålet om skattefritak er imidlertid tvilsomt, og bør eventuelt søkes avklart via søknad om bindende forhåndsuttalelse fra skattemyndighetene.

### 3.4.2 Merverdiavgift

Det enkelte regionale helseforetak med datterforetak er i dag fellesregistrert i avgiftsmanntallet i medhold av merverdiavgiftsloven § 12 tredje ledd, slik at gruppen anses som én enhet i relasjon til avgiftslovgivningen, men som selvstendige subjekter i forhold til annen lovgivning. Et aksjeselskap der minst 85 % av selskapets kapital er eid av selskap som inngår i fellesregistreringen kan fellesregistreres med gruppen for øvrig. Ved fellesregistrering skal det ikke beregnes merverdiavgift ved omsetning mellom selskaper i samme gruppe som er fellesregistrert, da dette ikke anses som omsetning, men som interne transaksjoner, i forhold til avgiftsreglene. Er regionen fellesregistrert med et AS, er det bare tjenester som er unntatt for avgift ved omsetning mellom partene etter unntak jfr § 70 i MVAL. Ved omsetning ut av den fellesregistrerte gruppen, for eksempel til andre regioner, vil omsetning til foretak i det andre regionale helseforetaket være belagt med merverdiavgift.

Leveranser til foretak i den regionen som ikke inngår i fellesregistreringen med logistikk-/lagervirksomheten, vil være belagt med merverdiavgift både ved organisering i eget AS og ved organisering i et eksisterende HF/RHF. Ved omsetning utenfor fellesregistreringen, vil en ekstern omsetning som overstiger 20 % av totalproduksjonen i de fellesregistrerte virksomhetene av den aktuelle vare eller tjenestetypen, kunne utløse uttaksmerverdiavgift, dvs at det må beregnes merverdiavgift også på det interne uttaket /omsetningen.

Slik regelverket er i dag vil reell fellesorganisering medføre at kjøp av tjenester produsert av fellesvirksomheten bli belagt med merverdiavgift, og dermed medføre en kostnadsøkning for foretakene. Eventuell løsning av disse problemstillinger må skje på departement/lovgivernivå og må avklares før eventuell fellesorganisering gjennomføres.

### 3.4.3 Arbeidsgiveravgift

I henhold til avgiftsreglene for 2006, er satsen for arbeidsgiveravgift differensiert fra 0 % til 14,1 %. Bestemmende for hvilken sats som skal legges til grunn er hvor arbeidstaker er bosatt, samtidig som reglene ikke gjelder i forhold til statlige virksomheter og helseforetak. Det innebærer at det i henhold til 2006-reglene vil være en avgiftsmessig forskjell hvorvidt fellestjenestene legges inn i RHF/HF eller om det organiseres i et eget aksjeselskap. 2006-reglene innebærer således at det påløper arbeidsgiveravgift på 14,1 % uavhengig av hvor arbeidstaker er bosatt dersom virksomhetene er organisert som del av RHF/HF, mens virksomhet organisert som aksjeselskap vil få differensiert arbeidsgiveravgift avhengig av arbeidstakers bosted.



For 2007 er det foreslått endringer som innebærer at den differensierte arbeidsgiveravgiften skal fastsettes ut fra hvor arbeidsgiver er lokalisert, samtidig som det ikke vil skilles mellom hvorvidt arbeidsgiver er statlig virksomhet/RHF/HF eller annen (privat) virksomhet. Forutsatt at forslaget blir vedtatt, innebærer det at selve lokaliseringen av fellesvirksomheten blir avgjørende for fastsettelse av arbeidsgiveravgiftsats, uavhengig av om virksomheten organiseres som del av RHF/HF eller som eget aksjeselskap.

### 3.5 Personvernspørsmål

Helseforetakene har anledning til å benytte eksterne "databehandlere" for å gjennomføre selve behandlingen av de registrerte opplysningene. Bruk av en slik databehandler er underlagt egne regler i personopplysningslovens § 15/helseregisterlovens § 18. En databehandler vil for helseforetakenes vedkommende kunne være en hvilken som helst person eller bedrift, organisasjon eller annen enhet som ikke er en del av selve helseforetaket og som har befatning med personopplysninger som HF er behandlingsansvarlig for. Lovgivningen er med andre ord ikke til hinder for at helseforetakene kan overlate håndtering av personopplysninger til en nasjonal samordnings-/støttefunksjon, uavhengig av organisasjonsmåte.

Ved bruk av databehandler skal det inngås skriftlig avtale som angir nøyaktig hvilken behandling av personopplysningene databehandlere skal utføre og når og hvordan dette skal skje. Databehandleren har ikke anledning til å behandle personopplysningene på annen måte enn det som er avtalt, og databehandleren har således ingen selvstendig rådighet over opplysningene. Databehandleren opptrer alltid på vegne av den behandlingsansvarlige, og det er hele tiden denne som er ansvarlig for at personopplysningene behandles i samsvar med gjeldende regelverk. Videre skal det fremgå at også databehandleren plikter å ha tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

Samling av helse- og personopplysninger hos en felles databehandler åpner ikke for fri flyt av opplysningene mellom helseforetakene. Regler for tilgang/utlevering og taushetspliktbestemmelser vil gjelde på samme måte som om opplysningene var lagret i det enkelte helseforetak. I dette ligger også at lovgivningen ikke er til hinder for bruk av felles server, forutsatt at det er etablert sikringstiltak som gjør at de øvrige krav til informasjonssikkerhet er ivaretatt.

### 3.6 Forholdet til de ansatte

Ved organisering av stab-/støttetjenestene i et felles selskap/enhet, oppstår det spørsmål knyttet til de ansattes rettigheter både i forhold til selve organiseringen/overføringen til et eventuelt fellesforetak og i forhold til rettigheter og plikter etter overføringen. Dette er forhold som må utredes nærmere i lys av en mer helhetlig strategi for å ivareta de ansatte i forhold til de eventuelle endringsprosesser som kan følge i senere faser av programmet, og i nært samarbeid med de ansattes organisasjoner når retningen på prosjektet er mer konkretisert med hensyn til modellvalg.

## 4 Økonomiske betraktninger

Det er knyttet stor usikkerhet til beregninger i denne fasen, og etablering av mer presise lønnsomhetsberegninger vil være en viktig oppgave for en fase 1 av programmet.

### 4.1 Estimering og synliggjøring av mulige resultateffekter

I innledingen ble dette prosjektet satt inn i et tidsmessig perspektiv, der dette prosjektet er definert som en forstudie. I denne fasen er det ikke hensiktsmessig å gjøre en tidkrevende nedenfra og opp prosess for å identifisere økonomiske potensialer ved mulige fremtidige løsninger. Dette anbefales gjort i en fase 1 av programmet.

Vi har valgt å ikke legge de økonomiske vurderingene i fagkapitlene, men istedenfor samle disse betraktningene i et eget kapittel.

Metoden som er brukt for å gjøre økonomiske vurderinger baseres på faktiske årsverk og kostnadstall fra andre regionale helseforetak (Helse Nord, Helse Midt Norge og Helse Sør) som har gjennomført liknende prosesser, og erfaringer fra referansebesøkene (ref kapittel 2). Disse regneeksemplene vil være basert på ovenfra og ned betraktninger, og er ment som understøttelse av de anbefalingene som gis i prosjektet.

Hvis en ønsker å gå videre med prosjektets anbefalinger må det i neste fase utarbeides mer detaljerte økonomiske beregninger på gevinster og påkrevde investeringer og omstillingskostnader.

De fleste effektiviseringsgevinstene krever investeringer for å la seg realisere.

En kritisk premiss er derfor at det settes av tilstrekkelige investerings- og driftsmidler, både direkte til investeringen og til implementerings- og omstillingsprosessen ("pukkel-effekt").

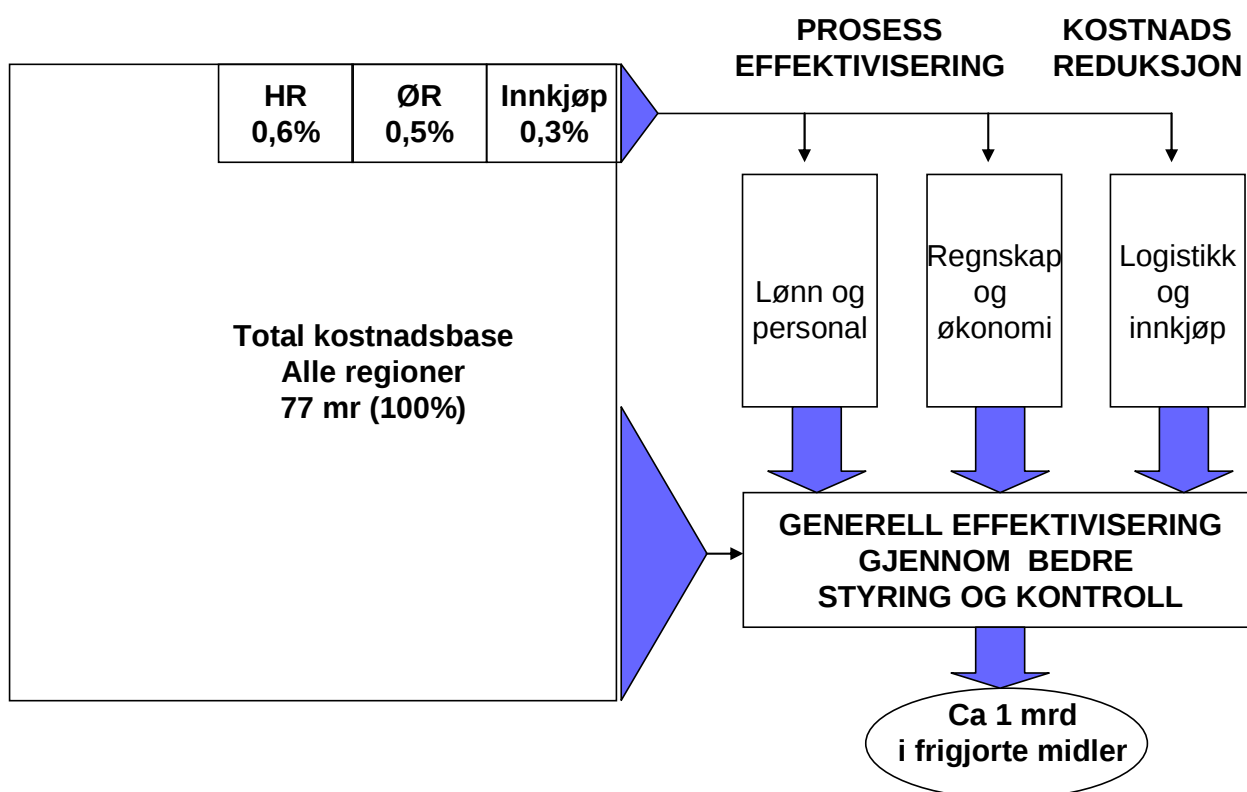
Dette kommenteres og synliggjøres i rapport fra Nasjonalt IKT; Utredning av langsiktig organisering av IKT områder (mars 2006).

Regionene er kommet ulikt i prosessen med å hente effektiviseringsgevinster innen de administrative områder. Dette øker risikoen ved slike beregninger.

Disse generelle effektene kan deles inn i 2 hovedområder (se figur):

- Direkte effekt; prosessbesparelser innen de respektive administrative fagområder.
- Indirekte effekt; generell effektivisering av helsefaglige hovedprosesser gjennom bedre styringsinformasjon (reduisert kostnad) og produktivitet ("mer helse for hver krone"). De indirekte effektene er estimert til å være høyere enn de direkte.

Beregningene indikerer muligheter for netto kostnadsreduksjoner i størrelsesorden 1 mrd kr årlig når løsningen er i full drift (implementert i hele organisasjonen). Dette forutsetter imidlertid betydelige investeringer og visse omstillingskostnader, totalt i størrelsesorden 600-800 mill. Det vil være en tidkrevende prosess å hente ut disse kostnadsreduksjonene, og dette må i stor grad skje i form av endrings- og effektiviseringsprosesser på HF nivå.



Figur 7 Illustrering av potensialet som dette prosjektet gir

Prosentene i figuren illustrerer størrelsen på den totale kostnad som inngår i leveransen av den aktuelle tjenesten i dag. Dette representerer et potensial for effektivisering, spesielt for de funksjoner som flyttes over i en nasjonal fellestjeneste. Erfaringsgrunnlag fra andre organisasjoner viser at dette kan være et effektiviseringspotensial på 20- 30% for transaksjonstunge prosesser.

De to største effektene rent økonomisk vil være:

- Ytterligere effektivisering av kjerneprosessene (klinisk virksomhet) gjennom bedre styring og kontroll
- Redusert varekost inn som følge av mer koordinerte innkjøp (bedre avtaler)

Denne beregningen er foretatt på svært overordnet nivå og forutsetningene som omtales i kapittel 11 er kritisk for beregningen. Med f eks en investering på ca 6-800 mill NOK vil prosjektet gi en full tilbakebetaling på ca 3-4 år. Dette er i rimelig samsvar med tall som en finner i projektrapporten til N-IKT<sup>1</sup> og andre relevante prosjektstudier. Evne til å realisere gevinstene vil i stor grad være knyttet opp mot omstillingsavtalene som inngås.

Det knyttes stor usikkerhet og vanskelighet knyttet til måling av gevinster. Det må derfor legges stor vekt på hvordan denne målingen legges opp og kvantifiseres før prosjektet iverksettes.

Bedre styring og kontroll trekkes frem på de fleste referansebesøkene som svært viktig motiv for å på lang sikt hente ut effektiviseringsgevinster innenfor hovedprosessene.

<sup>1</sup> Kilde: "Utredning av langsiktig organisering av IKT-området" levert fra Nasjonalt IKT og datert 13. mars 2006.

## 5 Arbeidsmåte og metode i delutredningene

Det er gjennomført en beskrivelse av nå situasjonen for de ulike helseforetak og regioner. På bakgrunn av denne kartleggingen er det beskrevet et mulighetsrom og utarbeidet løsningsalternativ for hvordan en kan oppnå økt samordning.

### 5.1 Kartlegging av nå-situasjon

For å kartlegge helseforetakene har det blitt gjennomført en firestegs prosess:

1. Utvikling av prosessmodell i samarbeid med referansegruppen. Prosessmodellen er strukturert i tre nivåer; Prosess, delprosess og aktivitet. Modellen er generisk slik at den kan brukes for alle HF
2. Helseforetakene har ut i fra prosessmodellen besvart hvordan aktivitetene er organisert, hvilken/hvor konsolidert teknologi de bruker og hvilke prosessforbedringer som er gjort. Svarene ble avgitt på aktivitetsnivå (nivå 3). I enkelte regioner, helseforetak og delutredninger ble prosessmodellen preutfylt og sendt til kvalitetssikring ved helseforetakene. Deltakerne i referansegruppen har koordinert og kvalitetssikret de innsamlede dataen
3. Regionene/referansegruppen har gitt sine kommentarer til forhold som ikke fremkommer gjennom prosessmodellen.
4. Det er i tillegg til prosessmodellen utarbeidet et dokument per region som beskriver hvordan dagens situasjon ser ut med hensyn på gjennomførte, pågående og planlagte utviklingsarbeider

### 5.2 Prosessmodellen

Prosessmodellen har tre dimensjoner; prosess, teknologi og organisering.

- Med prosess menes hvor mye arbeid som er gjort med standardisering av aktiviteter på tvers av organisasjonsheter og nivå.
- Med teknologi er det kartlagt hvilke system som understøtter de ulike aktiviteter og grad av konsolidering av system innen regionene.
- Med organisering menes hvor eierskap til aktivitetene er plassert

### 5.3 Feilkilder

Kartleggingen ble gjennomført med korte tidsfrister og er kvalitetssikret av deltakerne i referansegruppen. Det finnes svakheter og mulige feilkilder i kartleggingen, men disse synes ikke å påvirke det totale bildet i vesentlig grad.

Prosjektet har vært avhengig av deltakelsen til referansegruppen for å få en best mulig nå-situasjonsbeskrivelse, fornuftig mulighetsrom og riktig målbilde. På grunn av generelt høyt arbeidstrykk på enkelte deltakere i referansegruppene har det til dels vært vanskelig å få ønsket grad av deltakelse og bidrag til prosjektet. Prosjektet mener allikevel at de beskrivelser, valg og anbefalinger som er gjort har tilstrekkelig bunn i hvordan situasjonen er i de ulike helseforetak.

### 5.4 Mulighetsrom

De fire tjenesteområdene (ekskl. "Øvrige områder") definerte 41 delprosesser med totalt 183 aktiviteter. Prosessenes egnethet for økt samordning ble vurdert opp mot et sett med kriterier. Av

de 41 prosessene kom prosjektgruppen frem til 8 områder som syntes interessante å vurdere nærmere.

Kriteriene ble valgt av referansegruppene. Kriteriene ble også vektet med innbyrdes styrkeforhold. Hvilke kriterier som ble benyttet og deres innbyrdes vekting var til dels ulik fra delutredningene.

### 5.5 Løsningsforslag

For de prioriterte områdene er det utarbeidet et løsningsforslag for hvordan en ser for seg en mer nasjonal samordning med henblikk på organisering, prosess og teknologi. Det pekes også på de effektiviserings- og kvalitetsmessige effekter som en kan forvente ved de ulike løsningsalternativ. Spesifikk risiko for de ulike løsningsalternativene blir beskrevet i hvert delutredning (kap 6-9).

### 5.6 På tvers av tjenesteområdene

De ulike løsningsforslag vil deretter bli sett i sammenheng med:

- hvilke samarbeidsløsninger som kan benyttes
- forutsetninger for økt samarbeid
- overordnet risiko for det samordnende løsningsforslaget

De ulike foreslåtte løsningene blir til slutt samlet for alle de fire tjenesteområdene.

### 5.7 Metodiske ulikheter

Tilnærmingen til arbeidsmåte og metode var noe ulik imellom tjenesteområdene, og der avvik er av betydning blir dette beskrevet nærmere i de ulike kapitler. Delutredning "øvrige områder" er gjennomført metodisk på en noe annen måte enn de andre tjenesteområdene og blir beskrevet nærmere i sitt kapittel.

## 6 Hovedområde HR

### 6.1 Tjenesteområdets hoved- og delfunksjoner

Området for HR og lønn er delt inn i henholdsvis 11 og 6 delprosesser som totalt består av 79 aktiviteter. Inndelingen i delprosesser ble foretatt i samarbeid med referansegruppa. En fullstendig oversikt over prosessmodellen er vedlagt rapporten.

| Prosess     | Delprosesser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aktiviteter                  |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>HR</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personalplanlegging på lang sikt &gt;1år</li> <li>2. Personalplanlegging på kort sikt &lt;1år</li> <li>3. Kompetanseutvikling</li> <li>4. Medarbeideroppfølging</li> <li>5. Organisasjonsutvikling</li> <li>6. Personaladministrasjon</li> <li>7. Lønn og belønning</li> <li>8. Arbeidsmiljø og HMS</li> <li>9. Rekruttering</li> <li>10. Ledelsesutvikling</li> <li>11. Analyse og styring</li> </ol> | <b>Totalt 63 aktiviteter</b> |
| <b>Lønn</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablere og håndtere lønnsdata</li> <li>2. Registrere og vedlikeholde variable opplysninger</li> <li>3. Gjennomføre lønnskjøring</li> <li>4. Håndtere reiseregninger</li> <li>5. Håndtere fravær og refusjoner</li> <li>6. Håndtere rapportering</li> </ol>                                                                                                                                            | <b>Totalt 16 aktiviteter</b> |

Tabell 5 De ulike delprosesser innen tjenesteområdet HR og lønn

### 6.2 Nå-situasjon

Det er samlet inn data fra totalt 30 helseforetak. Foretakene fordeler seg slik på regionene:

| Region                  | Helseforetak                                                                                                                                                                          |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Helse Nord</b>       | Helse Finnmark, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset, Helse Nord RHF                                                                             |
| <b>Helse Midt-Norge</b> | St. Olavs Hospital, Helse Nordmøre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag, Helse Sunnmøre, Helse Midt-Norge RHF                                                                             |
| <b>Helse Vest</b>       | Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde, Helse Stavanger, Helse Vest RHF                                                                                                               |
| <b>Helse Sør</b>        | Blefjell sykehus, Sykehuset Buskerud, Ringerike Sykehus, Sørlandet Sykehus, Sykehuset i Vestfold, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Sykehuset Telemark                                 |
| <b>Helse Øst</b>        | Akershus Universitetssykehus, Aker Universitetssykehus, Sykehuset Asker og Bærum, Sykehuset Innlandet, Sunnaas Sykehus, Ullevål Universitetssykehus, Sykehuset Østfold, Helse Øst RHF |

Tabell 6 Kartlagte virksomheter for tjenesteområdet HR



Helse Vest har samme status på alle HF i sin beskrivelse av nå-situasjonen og viser situasjonen slik den vil være etter implementering av MOT-prosjektets tiltak. Dataene viser derfor i noen grad ambisjon og ikke faktisk situasjon. Dette er en metodisk svakhet ved dataene i nå-situasjonsbeskrivelsen, men påvirker ikke det nasjonale inntrykket i stor grad.

### **6.2.1 HR-prosesser - nasjonale tendenser**

Alle regionene følger i stor grad samme mønster: HR-prosesser som er knyttet til planlegging og utvikling løses i stor grad på avdelings-/sykehusnivå og de har liten teknologistøtte. De prosessene som er knyttet til HR-administrasjonen og arbeidsmiljø/HMS er derimot i stor grad felles på HF-nivå, de løses i stor grad på HF-nivå, og de har generelt mer teknologistøtte. Jevnt over er HR-området preget av lite teknologi.

#### **6.2.1.1 Organisering**

HR-arbeidet i spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak organisert på HF-nivå eller avdelings/sykehusnivå. (54% sentralisert i HF mot 38% på sykehus/avdeling). Svært få av HR-prosessene er standardisert på RHF-nivå.

#### **6.2.1.2 Teknologi**

Sett under ett er HR-området i liten grad understøttet av teknologi. Til sammen 45 av prosessområdene er ikke understøttet av teknologi i de fleste HFene. Dette gjelder i særlig grad typiske HR-prosesser som langsiktig personalplanlegging, kompetanseutvikling og medarbeideroppfølging. Dette er områder som har stor betydning for kostnadsstyring og kontroll i sykehusene.

#### **6.2.1.3 Prosess**

Innenfor HR-området er prosessene i stor grad like i HFene. Kartleggingen viser imidlertid at i mange av HFene er rutinene på HR-området gamle og/eller mangelfulle. (15 % av prosessene mangler rutiner og 12 % av prosessene har samme lokale rutine som ved innføringen av helsereformen). Blant annet melder mange HFer at de ikke har utarbeidet prosesser rundt langsiktig karriereplanlegging og måling av effekt på kompetanseutvikling. Begge er områder som er meget viktige i kompetansevirksomheter, og disse burde følgelig ha gode prosessbeskrivelser.

Det er ingen områder hvor et flertall av RHFene har etablert felles prosesser på RHF-nivå.

### **6.2.2 HR-prosesser - regionale tendenser**

Helse Nord skiller seg noe ut fra de andre regionene ved at de er svært tydelige på HF-nivået som hovedplattform for HR-arbeidet. Så godt som alle HR-prosessene er standardiserte på HF-nivå, prosessene er organisert på HF-nivå, og på de områdene det eksisterer teknologistøtte er dette også felles på HF-nivå.

Helse Midt-Norge er den regionen som i størst grad synes å ha testet ut RHF-nivået i forbindelse med HR-arbeidet. Blant annet er prosesser innenfor styring og ledelsesutvikling regionalt organisert og understøttet av felles regional teknologi. På prosessutviklingssiden er det fortsatt lite standardisering, og på flere av områdene er prosessene ikke utviklet eller er de samme som ved innføringen av helsereformen.

Helse Øst avviker noe fra hovedmønsteret ved å ha mindre grad av konsolidering av applikasjoner i forhold til de andre RHFene. Som for Helse Nord er HF-nivået hovedplattform for HR-arbeidet. Videre er både organisering og prosessutvikling mer lokalt styrt enn det generelle mønsteret i de andre helseregionene.



Foretakene i Helse Sør varierer i standardisering fra prosess til prosess. Noen HR-prosesser er standardisert på RHF-nivå, som medarbeiderundersøkelser og fraværsregistreringer. Disse er også støttet av teknologi som er felles på RHF-nivå. De fleste HR-prosessene følger det generelle mønsteret ved at organisering, teknologistøtte og prosessutvikling er sentralisert på HF-nivå.

Dataene fra Helse Vest tar utgangspunkt i MOT-prosjektets design for framtidig organisering av blant annet HR-området. Dataene viser at Helse Vest planlegger at så godt som alle HR-prosesser, og de applikasjonene som skal understøtte prosessene, skal være regionale.

### **6.2.3 Lønnsprosessen – nasjonale tendenser**

Generelt er lønnsprosessen mer sentralisert både mht organisering, teknologi og prosesser enn tilfellet er for HR-prosesser. Prosessene er også mer transaksjonsorientert, og ofte med stort volum.

#### **6.2.3.1 Organisering**

Den gjennomgående tendensen er at lønnsprosessene er organisert på HF-nivå. Enkelte av prosessene, spesielt reiseregninger og variabelt tillegg, er organisert lokalt. Ellers er det stor variasjon mellom regionene i måten lønnsarbeidet er organisert. Det viser at det er mulig å organisere seg på mange ulike måter for å ivareta denne prosessen.

#### **6.2.3.2 Teknologi**

Lønnsprosessene har klart mer konsolidert teknologistøtte enn HR-prosessene. Det mest typiske er standardisering på HF-nivå, men det er også et ganske markert innslag av standardisering på RHF-nivå. Unntaket er også her reiseregninger, hvor enkelte HF ikke har teknologistøtte.

#### **6.2.3.3 Prosess**

Lønnsprosessene er generelt standardisert på HF-nivå. Noen regioner har også standardiserte prosesser på RHF-nivå.

### **6.2.4 Lønnsprosessen - regionale tendenser.**

I Helse Nord er lønnsprosessene organisert på HF-nivå. Unntaket er reiseregninger som er organisert lokalt. Både teknologi og prosesser er standardisert på HF-nivå.

I Helse Midt er noen lønnsprosesser organisert lokalt, mens andre, for eksempel lønnskjøringen, er organisert på HF-nivå. HMN har felles lønssystem, med unntak av reiseregninger. Noen av prosessene er standardisert på RHF-nivå, men det mest typiske er prosess-standardisering på HF-nivå.

Helse Øst organiserer lønnsprosessene på HF-nivå, med unntak av variable lønnsdata og reiseregninger, som organiseres lokalt. Det meste av teknologien og prosessene er standardisert på RHF-nivå.

Helse Sør har sin lønnsprosess samordnet gjennom Sykehuspartner og er således på RHF-nivå både mht organisering, teknologi og prosesser. Unntak er Rikshospitalet som innlemmes i Sykehuspartner 1.1.07.

I Helse Vest skal lønnsprosessene organiseres på HF-nivå, mens teknologistøtten og prosessene er standardisert på RHF-nivå. På samme måte som under HR-prosessene beskriver dette mer ambisjonen i MOT-prosjektet enn dagens situasjon.

### **6.2.5 Gjennomførte prosjekt og kjente initiativer i regionene**

#### **6.2.5.1 Helse Nord**

Helse Nord har startet et LIS-prosjekt for å sikre relevant og løpende styrings- og ledelsesinformasjon. Prosjektet arbeider nå med anskaffelse av en teknisk løsning og



tilrettelegging som kan brukes for ulike behov, både for ledelsesinformasjon og klinisk dokumentasjon. Kostnad på prosjektet er ikke endelig avklart, men følgende forutsetninger er lagt: Fase 1: Ca 3,5 mill i anskaffelse og opptil 3 millioner årlig i driftskostnader.

Helse Nord anskaffet i fjor et felles ressurs- og arbeidsplanleggingsverktøy (GatSoft). Dette systemet er nå i ferd med å implementeres i HFene.

Regionen har startet opp et mindre prosjekt for arbeidsmiljø og HMS. Rutiner for avviksbehandling, utvikling av gjennomgående, overordnede HMS-prosedyrer og felles stoffkartotek er områder som blir sett på.

#### **6.2.5.2 Helse Midt-Norge**

Helse Midt-Norge avsluttet i fjor implementeringen av et felles lønssystem med integrert personal- og ressursstyringssystem. Gjennom prosjektet ble det anskaffet en felles reiseregningsmodul, som nå er i implementeringsfasen.

Det arbeides nå med utvikling og kvalitetssikring av en lønns- og personalkube. Innenfor prosjektet Personalweb jobbes det med standardisering av personalpolitikk og utvikling av felles retningslinjer og prosedyrer. Det arbeides også med utvikling av en rekrutteringsmodul.

#### **6.2.5.3 Helse Vest**

MOT-prosjektet, som gjennomføres pt, inneholder standardisering og sentralisering på en rekke av prosessene innen HR- og lønnsprosessene. Prosjektet er meget omfattende, og en rekke beslutninger om systemstøtte vil bli tatt i dette kalenderåret. Disse vil kunne få stor betydning på det faktiske handlingsrommet man vil ha i dette prosjektet. En nærmere beskrivelse av prosjektet er lagt som vedlegg til rapporten.

#### **6.2.5.4 Helse Sør**

Helse Sør har iverksatt et prosjekt for anskaffelse av et felles ressursstyring – og arbeidsplansystem. Målet er å få et felles system for Helse Sør innen 3 år. Investeringen i prosjektet ligger på ca. 18 millioner kroner. I et forprosjekt er det foretatt en bred kartlegging av nå-situasjonen og mulighetsbilde. Forprosjektet er avsluttet og har vært grunnlaget for en beslutning om å iverksette hovedprosjektet.

Helse Sør er i ferd med å implementere en rekrutteringsmodul (pilot) som vil gi regional standardisering på rekrutteringsprosessen i Helse Sør.

Helse Sør har også lansert en Personalthåndbok på web. Formålet med denne er å gjøre oppdatert informasjon lett tilgjengelig.

#### **6.2.5.5 Helse Øst**

Helse Øst har anskaffet det elektroniske ressurs- og arbeidsplansystemet GAT-Turnus. Det er identifisert store innsparingspotensialer fra dette systemet, og det arbeides nå med implementering og gevinstuttak. Det er lagt ned svært mye arbeid i integrasjon mellom GAT-Turnus og lønns- & personalsystemet via STING. Denne integrasjonen er kritisk for nytteverdien av elektronisk arbeidsplansystem.

Det er startet opp et prosjekt med etablering av en begrenset kompetanseportal i form av et E-læringssystem. Videre er det anskaffet felles verktøy for medarbeiderundersøkelser. Dette verktøyet er ikke fullt ut implementert ennå.

Helse Øst har nettopp anskaffet en fullskala datavarehusløsning som skal dekke økonomiområdet, lønn/HR-området og pasientaktiviteter. Datavarehuset skal understøtte ledelsen gjennom oppdatert informasjon, analyse og rapportering.

### 6.3 Mulighetsrom

Med utgangspunkt i de prosesser som er definert og kartlagt av dagens situasjon har mulighetsrommet for økt samarbeid blitt diskutert. Med økt samarbeid menes enten økt grad av konsolidering, mer standardiserte prosesser og sentralisering av organisering, eller enkeltelementer av disse.

Referansegruppa har diskutert hvilke kriterier som best identifiserer prosesser som egner seg til økt samarbeid. Valget av kriterier er gjort med utgangspunkt i mandatet til prosjektet.

Ut fra dette er følgende kriterier valgt:

| Kriterier                     | Begrunnelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Høyere kvalitet på tjenestene | Det er viktig at kvaliteten i prosessene bevares og eventuelt økes ved eventuelle endringer. Redusert kvalitet i prosessene kan igjen bidra til økte kostnader siden dette kan skape merarbeid og dobbeltarbeid. Fokus på økt kvalitet kan være en motivasjon for endring.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Effektiviseringspotensiale    | Effektivisering av støttefunksjoner er et mål siden dette muliggjør overføring av ressurser til kjernevirksomheten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Bedret styringsinformasjon    | HR-prosessene har til oppgave å forvalte personalressursen som er den klart viktigste ressursen i helsevesenet. Bedre styringsdata fra de viktigste HR-prosessene er avgjørende for å ha oversikt over utviklingen av personalressursen, og derigjennom styringen av helsevesenet.<br><br>Lønnsprosessen genererer styringsdata som er avgjørende for å ha økonomisk kontroll med sykehusene. Bedre styringsinformasjon i form av raskere, mer korrekt og mer sammenlignbar informasjon har derfor stor betydning for å øke styringsmulighetene. |

Tabell 7 Kriterier og begrunnelse for valg av disse

De ulike kriteriene påvirkes av hverandre, og er derfor ikke innbyrdes vektet.

Hypotesen i forkant av analysen var at transaksjonstunge prosesser og prosesser som ivaretar vedlikehold av standarder, retningslinjer og systemer ville være best egnet for økt samarbeid. Dette viste seg bare å være delvis riktig. Etter å ha analysert mulighetsrommet for de ulike prosessene, viste det seg at også noen av de mer strategiske HR-prosessene synes også å kunne gi klare positive effekter ved økt samarbeid.

Gruppen fant at flere av HR-prosessene bør standardiseres med hensyn til teknologi og prosess, men være organisert på HF-nivå. Eksempler på denne type områder er utvikling av et rekrutteringsverktøy, utarbeidelse og gjennomføring av medarbeiderundersøkelser og HMS-tiltak som etablering av regionale stoffkartotek. Økt samarbeid på disse områdene vil gi reduserte utviklingskostnader og økt kvalitet i prosessene. Siden disse områdene ikke egner seg for mer sentralisert organisering, følges ikke disse prosessene i denne rapporten.

Tre områder skilte seg klart ut med potensial for nasjonalt samarbeid. Disse er lønnsprosessen, kompetanseutviklingsprosessen og personalplanlegging på lang sikt (>1 år).

Tabellen gir en beskrivelse av dagens situasjon for de tre områdene:

| ID | Område | Beskrivelse av dagens situasjon |
|----|--------|---------------------------------|
|----|--------|---------------------------------|

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1.1 –<br>2.6.1 | Lønnsprosessen<br>herunder:<br>Faste lønnsdata<br>Variable lønnsdata<br>Gjennomføre<br>lønnskjøring<br>Reiseregninger<br>Fravær og refusjoner<br>Rapportering                                                                                                                             | <p><b>Organisering:</b><br/>Etablering og vedlikehold av faste lønnsdata er i hovedsak organisert på HF-nivå. Aktivitetene rundt variable lønnsdata gjennomføres gjennomgående lokalt. Lønnskjøring gjennomføres som hovedregel på HF-nivå, reiseregningsprosessen gjennomføres lokalt, med unntak av utbetalingen, som gjennomgående gjennomføres på HF-nivå. Fravær registreres lokalt, mens innkreving av refusjon utføres på HF-nivå. Helse Sør avviker ved at både lønnskjøring, utbetaling av reiseregning og refusjoner ivaretas av Sykehuspartner.</p> <p><b>Teknologi:</b><br/>Lønnsprosessen er gjennomgående teknologitung i alle regioner, og har tunge integrasjoner mot andre systemer, Lønns- og personalsystemet er den eneste master på oppdaterte personalinformasjon. En integrering mot klinisk systemer og administrasjonssystemer er viktig.</p> <p>Lønnsystemet har og en viktig integrasjon mot arbeidsplansystemet. Helse Midt-Norge har implementert felles elektronisk arbeidsplansystem, mens Helse Øst og Helse Nord er i ferd med å implementere. Helse Sør er i ferd med å kjøpe et slikt system og Helse Vest jobber med anskaffelse gjennom prosjekt MOT.</p> <p><b>Prosess:</b><br/>Lønnsprosessene er gjennomgående standardisert på HF- eller RHF-nivå i hele landet.</p> |
| 1.3.1 –<br>1.3.6 | Kompetanseutvikling<br>Identifisere<br>kompetansebehov<br><br>Kartlegge faktisk<br>kompetanse<br><br>Utarbeide tiltak<br>basert på<br>kompetansegap<br><br>Utvikle individuelle<br>kompetanseplaner<br><br>Hensiktsmessig<br>kursadministrasjon<br><br>Måle effekt av<br>kompetansetiltak | <p><b>Prosess:</b><br/>Om lag halvparten av HFene har sine kompetanseprosesser standardisert på HF-nivå, resten har egne prosesser på sykehus/avdelingsnivå. Ingen RHFer har standardiserte prosesser innenfor kompetanseutvikling.</p> <p><b>Teknologi:</b><br/>Teknologimessig understøttes kompetanseutvikling i svært liten grad. Det jobbes med implementering av e-læringssystem i to regioner, men det finnes ingen kompetansemodeller eller systemer som gir oversikt over eksisterende kompetanse.</p> <p><b>Organisering:</b><br/>Kompetanseprosessen er overveiende organisert på sykehus/avdelingsnivå. Unntaket er kursadministrasjon der et flertall av HFene har organisert dette på HF-nivå.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.1.1 –<br>1.1.4 | Personalplanlegging<br>på lang sikt, >1år                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Prosess:</b><br/>Bildet er ganske variert. Majoriteten har standardiserte prosesser på HF-nivå, mens flere HF rapporterer at det ikke er utarbeidet prosessbeskrivelser på dette området.</p> <p><b>Teknologi:</b><br/>Området er ikke understøttet av teknologi.</p> <p><b>Organisering:</b><br/>60% planlegger ressursituasjonen på lang sikt på HF-nivå, resterende 40% på lokalt nivå.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Tabell 8 Nå-situasjonen for prosesser som er vurdert egnet for sentralisering

I tabellen nedenfor er de områdene som etter vurderingen ble ansett som mest egnet for økt samarbeid presentert nærmere. For å gi et best mulig grunnlag for vurdering av mulighetsrom presenterer vi funn fra kartleggingen av nå-situasjonen før vi går over på vurdering av hvert område.

| Prosess                                | Vurdering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lønn                                   | <p>Lønnsprosessen karakteriseres av at den er transaksjonstung og har generiske prosesser. Nasjonale standardiserte prosesser understøttet av felles teknologi har stordriftsfordeler knyttet til systeminvestering, utvikling og drift. En felles nasjonal organisering gir dermed reduserte kostnader.</p> <p>For å få god systemmessig effekt må elektronisk arbeidsplansystem implementeres i lønnsystemet. Dette vil gi meget god nasjonal styringsinformasjon på hele lønnsområdet. På sikt bør all teknologi som understøtter lønnsprosessen konsolideres til ett system.</p>                                                                                                                                                                                                                                      |
| Kompetanseutvikling                    | <p>Kartleggingen viser at kompetanseutvikling er et lite utviklet område i spesialisthelsetjenesten. Som en meget tung kompetanseorganisasjon er det derfor et åpenbart behov for økt grad av profesjonalisering av kompetanseutviklingsprosessen. Økt samarbeid om kompetanseutvikling vil ha to effekter: Reduserte kostnader gjennom felles anskaffelse og drifting av teknologi. Og: En styrt kompetanseutvikling som sikrer tilførsel av riktig kompetanse på alle nivå i sykehusene. Dette vil kunne gi både kvalitativt bedre tjenester, og reduserte kostnader.</p>                                                                                                                                                                                                                                               |
| Personalplanlegging på lang sikt, >1år | <p>Spesialisthelsetjenesten står overfor en stor utfordring i å dekke bemanningsbehovet i årene som kommer. Delvis skyldes dette økt etterspørsel etter helsetjenester generelt, delvis fordi fødselskullene synker. Den helsefaglige utvikling går i retning av stadig mer spesialisering for legegruppen, og endringer i utdanningssystemet kan påvirke kompetanseprofilen til nyutdannet helsepersonell.</p> <p>En funksjon som analyserer det fremtidige behovet for alle kategorier av medarbeidere og påvirker tilflyt i et lengre perspektiv, synes derfor nødvendig. Dette vil kunne motvirke akutt mangel på arbeidskraft og/eller unngå mangel på kritisk kompetanse og således ha meget god effekt både på kvalitets- og kostnadsdimensjonen. Videre vil troverdige tall gi meget god styringsinformasjon.</p> |

Tabell 9 Prosesser som er vurdert egnet for sentralisering

#### 6.4 Løsningsforslag

Etter vurdering av de tre områdene som ble identifisert som egnet for økt samarbeid har vi kommet til følgende anbefaling:

Ett område synes å egne seg for nasjonal standardisering og sentralisering i et nasjonalt fellestjenestesenter. Dette er:

- Lønnsprosessen

To områder synes å kunne gi gode effekter ved standardisering av prosesser og felles teknologi, organisert i et nasjonalt kompetansesenter.

- Kompetanseutvikling
- Personalplanlegging på lang sikt; >1 år

#### 6.4.1 Lønnsprosessen

| Dimensjon    | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisering | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lønnsprosessen legges til et nasjonalt fellestjenestesenter som eies og får sitt mandat fra RHFene. En del av aktivitetene vil fremdeles gjennomføres lokalt</li> <li>- Det må være obligatorisk for alle HFene å benytte de tjenestene som tilbys på lønnsområdet av nasjonalt fellessenter</li> </ul> |
| Teknologi    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Over tid konsolidere til ett system</li> <li>- Reiseregningssystem må integreres med lønssystemet</li> <li>- På sikt innføring av felles arbeidsressurssystem</li> </ul>                                                                                                                                |
| Prosess      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasjonale standard prosesser på hele lønnsprosessen utarbeides</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                               |

Tabell 10 Foreslåtte endringer for lønnsprosessen

Effektiviseringsgevinster:

- Stordriftsfordeler gir reduserte kostnader pr lønns- og trekkoppgave

Kvalitetsmessige effekter:

- Et felles system med integrasjon til arbeidsplansystemet gir en unik mulighet til nasjonal simulering og kontroll av den største kostnaden i helsevesenet. Dette gir muligheter til mer presis budsjettering og avviksoppfølging på personalkostnadene i sykehusene.

#### 6.4.2 Kompetanseutvikling

| Dimensjon    | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                                                                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisering | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et prosjekt for utvikling og standardisering kompetanseprosessen legges til et nasjonalt kompetansesenter.</li> </ul>                         |
| Teknologi    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Få en felles plattform for kompetanseutvikling</li> </ul>                                                                                     |
| Prosess      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utarbeide felles kompetansemodell</li> <li>- Utarbeide felles retningslinjer for registrering og vedlikehold av faktisk kompetanse</li> </ul> |

Tabell 11 Foreslåtte endringer innen kompetanseutvikling

Effektiviseringsgevinster:

- Redusert investeringsbehov ved felles investeringer

Kvalitetsmessige effekter:

- Oversikt over faktisk kompetanse
- Mulighet til å drive strategisk kompetanseutvikling
- Forutse mangel på kritisk kompetanse
- Målrettet utnyttelse av ressurser som avsettes til kompetanseutvikling.

#### 6.4.3 Personalplanlegging på lang sikt, >1år

| Dimensjon    | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                               |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisering | - Etablering av en driftsoppgave i nasjonalt kompetansesenter (definert ovenfor) som får sitt mandat fra AD møtet |
| Teknologi    | - Etablering av felles standardisert teknologi for sammenstilling og analyse av data fra ulike kilder             |
| Prosess      | - Utarbeide årssyklus for gjennomføring av alle aktiviteter                                                       |

Tabell 12 Foreslåtte endringer innen personalplanlegging

Effektiviseringsgevinster

- Reduserte kostnader til innleie av vikarer, overtid med mer
- Felles investeringer og utviklingskostnader

Kvalitetsmessige effekter

- Bedre langsiktig styring gjennom tidligere oversikt over framtidig ressursbehov
- Mulighet til å påvirke tilgangen av kompetanse gjennom utforming av utdanningssystemet, arbeidsinnvandring osv
- Økt evne til å utføre kjerneoppgaver ved å ha riktig/tilstrekkelig kompetanse.

#### 6.4.4 Risikovurdering ved etablering av felles lønnsprosess

Vi skiller mellom to typer risiko; risiko ved overgang til ny organisasjon, og risiko i en driftsfase

Risiko knyttet til overgang til ny organisasjon:

- systemsvikt (For lite oversikt – dårlig integrasjon - dårlig konfigurering)
  - o konsekvens: Får ikke ut lønn, eller får ikke oppdatert regnskap
- menneskelig svikt (dårlig opplæring, motstand mot endring)
  - o konsekvens: Får ikke ut lønn, får ikke oppdatert regnskap
- undervurdering av kompleksitet og eksisterende integrasjoner

- o konsekvens: Dyrere etablering av felles lønnsprosess enn først antatt
- Negativt støy i HF i forbindelse med nedbemanning

#### Vurdering:

Selve lønssystemet har et meget begrenset antall brukere. Slik sett er den største risikoen knyttet til systemintegrasjon og konfigurering. Dette er risiko som kan styres gjennom utstrakt testing før systemet implementeres.

Dersom et felles lønssystem også skal inkludere et felles turnussystem, endres systemet for registrering av variable lønnsdata. Dette øker risikoen knyttet til motstand og menneskelig svikt. Denne risikoen er vanskeligere å styre, men krever at det arbeides aktivt med opplæring og motivasjon på avdelingsnivå.

I perioden fra et vedtak er gjort og til ny løsning er implementert, kan helseforetakene være sårbare for å beholde kompetansen.

Risiko knyttet til løpende drift:

- Ikke klar nok oppgavedeling mellom servicesenter og HF.
  - o Konsekvenser: feil i utbetalinger/oppdateringer, dobbeltarbeid

#### Vurdering:

Det er vanskelig å se store risikofaktorer knyttet til en situasjon der en felles nasjonal lønnsprosess er etablert og satt i drift.

## 7 Hovedområde Økonomi

### 7.1 Tjenesteområdets hoved- og delfunksjoner

Område Økonomi og regnskap er inndelt i tolv delprosesser med 52 aktiviteter. Delprosessene dekker følgende funksjoner innen økonomi- og regnskapsområdet:

| Prosess                       | Delprosesser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Aktiviteter                  |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Økonomi</b>                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Håndtere driftsbudsjett og prognose</li> <li>2. Håndtere likviditet og finans</li> <li>3. Finansiell analyse og rapportering</li> <li>4. Vedlikehold og utvikling av retningslinjer og rutinebeskrivelser</li> <li>5. Økonomimodell</li> </ol>                                                                                                   | <b>Totalt 18 aktiviteter</b> |
| <b>Håndtering av regnskap</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Håndtering av inngående fakturaer med innkjøpssystem</li> <li>2. Håndtering av inngående fakturaer med skanning</li> <li>3. Manuell håndtering av inngående fakturaer</li> <li>4. Håndtering av utgående fakturaer<sup>2</sup></li> <li>5. Hovedbokføring</li> <li>6. Håndtering av varige driftsmidler</li> <li>7. Periodeavslutning</li> </ol> | <b>Totalt 34 aktiviteter</b> |

Tabell 13 Kartlagte prosesser for tjenesteområdet økonomi

Hele prosessen for Gjestepasientoppgjør håndteres i delutredning "Øvrige områder". Det samme gjelder for Oppgjør for pasienttransport. Analyser av produksjon og aktivitet som ikke er relatert til økonomi er holdt utenfor omfanget i denne oversikten, bakgrunnen for dette er at det til dels gjøres av personer som ikke arbeider innen økonomiområdet.

### 7.2 Nå-situasjon

Samtlige funksjoner beskrevet i kapittel 7.1 er kartlagt for alle HFer i de fem helseregionene. Totalt 39 virksomheter inkludert HF, RHF og avdelinger kartlagt. I tabell 7.2 vises alle virksomheter som er inkludert i kartleggingen på økonomiområdet.

| Region            | Kartlagte virksomheter                                                                                                      |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Helse Vest</b> | Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Apotekene Vest HF, Helse Vest IKT AS og Helse Vest RHF |

<sup>2</sup> Vedrørende utgående fakturaer gjelder for alle regioner at faktura på egenandeler skrives ut fra pasientsystemene i motsetning til andre fakturaer. I kartleggingen inkluderes kun fakturaer ut over disse. Noen av foretakene har satt ut inkasso på egenandeler, men ikke på andre fakturaer.

|                         |                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Helse Midt-Norge</b> | St Olavs Hospital HF, Helse Nordmøre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Sunnmøre HF, Rusbehandling Midt-Norge, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, Helse Midt-Norge IT og Helse Midt-Norge RHF                    |
| <b>Helse Nord</b>       | Helse Finnmark, Hålogalandssykehuset, Helgelandssykehuset, UNN, Nordlandssykehuset, Sykehusapotek Nord og Helse Nord RHF                                                                                                |
| <b>Helse Sør</b>        | Blefjell sykehus HF, Psykiatrien i Vestfold HF, Rikshospitalet-Radiumshospitalet HF, Ringerike Sykehus HF, Sykehuset Buskerud HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet Sykehus HF og Helse sør RHF |
| <b>Helse Øst</b>        | Sunnaas sykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Ullevål Universitetssykehus HF, Akershus Universitetssykehus HF, Aker Universitetssykehus HF og Helse Øst RHF            |

Tabell 14 Kartlagte virksomheter

### 7.2.1 Organisering

Sett fra et nasjonalt perspektiv er mesteparten av prosessene sentralisert på HF-nivå.

Utarbeidelse av budsjett gjøres for drøyt halvparten av HFene desentralt i virksomheten med koordinering fra sentralt HF. De øvrige har sentralisert alle oppgavene på HF-nivå. Noen utarbeider også prognose og analyserer resultat desentralt i HF, men de aller fleste utfører denne oppgaven sentralt.

Kontering og anvisning av inngående fakturaer er en annen oppgave som for største delen utføres desentralt. Et fåtall har sentralisert oppgaven på HF-nivå. For hovedbokføringer er kontering og anvisning sentralisert i de fleste HF. Vurdering av grunnlag for aktivisering gjøres i en fjerdedel av HFene desentralt. Noen HF har også desentral vurdering av avsetninger og periodiseringer samt utarbeidelse av rapporter og analyser.

Flere RHF, HF og avdelinger har valgt å outsource deler av regnskapsprosessen enten til eksterne leverandører eller internt til et annet HF eller til RHF. Dette gjelder spesielt for inkasso hvor 28 enheter av 38 har valgt en ekstern leverandør av oppgaven. Mellom 1 – 14 enheter har valgt andre leverandører enn eget HF for utførelse av et utvalg av samtlige prosesser unntatt budsjett, likviditetsplanlegging, vedlikehold og utvikling av retningslinjer og rutinebeskrivelser og fordeling av felleskostnader.

På regionalt nivå følger alle regionene i stort sett det samme mønsteret med sentralisering av de fleste prosessene på HF-nivå. Tre av foretakene i Helse Vest har satt ut regnskapsførselen til eksterne regnskapsleverandører. De tre foretakene er Helse Vest RHF, Helse Vest IKT AS og Apotekene Vest HF, dvs. ingen av helseforetakene. I et HF (Helse Fonna) er oppgavene sentralisert men på tre ulike lokasjoner. Helseforetakene har outsourcet inkassofunksjonen for egenandeler.

I Helse Midt Norge er skanning av inngående fakturaer sentralisert for hele regionen og utføres i Helse Nordmøre og Romsdal for alle HF i regionen. To av helseforetakene fungerer som regnskapsfører for fire av de andre i en form av intern outsourcing. Sykehusapotekene, Rusbehandling, Hemit og deler av RHFet er de foretak som kjøper sin regnskapstjeneste internt i Helse Midt Norge (representerer 14 % av totale driftskostnader), dvs ingen av helseforetakene har valgt denne organisasjonsformen. Purring og inkasso utføres av en ekstern leverandør for samtlige HF i regionen.

Helse Nord har outsourcet fakturaskanning for alle HF. Arkivering av de fakturaer som skannes ivaretas av den eksterne leverandøren. Også inkassoprosessen er outsourcet til ekstern leverandør for samtlige HF. To av helseforetakene fungerer som regnskapsfører for tre av de andre i en form



av intern outsourcing. Sykehusapotek Nord, Helse Nord RHF og Helse Nord IKT er de foretak som kjøper sin regnskapstjeneste internt i Helse Nord (representerer 8% av totale driftskostnader), dvs ingen av helseforetakene har valgt denne organisasjonsformen. Det er utarbeidet en del standardrapporter som vedlikeholdes gjennom bruk av virtuelt nettverk innen regionen.

I Helse Sør har alle HF unntatt to outsourcet inkassoprosessen til ekstern leverandør. RHFet har outsourcet bokføring, arkivering, håndtering av hele utgående fakturaprosessen, håndtering av varige driftsmidler og deler av periodeavslutningsprosessen til ekstern leverandør.

Også i Helse Øst har flere HF valgt å outsource inkassoprosessen, Ullevål universitetssykehus har også valgt å outsource purringer. Øvrige prosesser håndteres hovedsakelig sentralisert i HF.

### 7.2.2 Prosess

Mesteparten av prosessene som utføres innen økonomiområdet er standardisert på HF nivå. Det finnes noen som ikke har etablert rutine for oppgavene samt noen som har samme rutine som ved innføring av helsereformen. Noen har registrert at nasjonal standard brukes for utarbeidelse av årsregnskap og vurdering av grunnlag for aktivering. Regional standardisering er registrert på noen HF relatert til utarbeidelse av budsjett, likviditetsplanlegging, utarbeidelse av årsregnskap, struktur på artskontoplan samt noen andre oppgaver i mindre omfang. Flere har registrert at det ikke er etablert rutiner for avstemming av mellomværende mellom regioner.

Helse Vest har regional standard for utarbeidelse av budsjett som brukes i fire av syv HF. Alle HF i regionene bruker samme prosess for avstemming av mellomværende i regionen. Konsolidering og eliminering av interne transaksjoner i konsernet skjer på RHF-nivå. Håndtering av likviditet gjøres iht en regional standard av alle HF, det samme gjelder utarbeidelse av standardrapporter og utarbeidelse av årsregnskap. Felles kontoplan på 4-siffernivå er under utarbeidelse. Det er ikke etablert felles rutine for fordeling av felleskostnader internt i foretakene. Helse Vest har en felles økonomihåndbok for regionen med lokale tilpasninger.

I Helse Midt er budsjettprosessen til dels standardisert på regionalt nivå. Halvparten av enhetene oppgir at regional standard brukes. For øvrig er prosessen standardisert på HF-nivå. For avstemming av mellomværende i region oppgir alle unntatt en at regional standard brukes. Håndtering av momsoppgaver gjøres iht regionsstandard av tre av åtte enheter. Håndtering av likviditet er til dels standardisert på regionsnivå, det samme gjelder utarbeidelse av standardrapporter. 4-sifret nivå i artskontoplanen er standardisert på regionalt nivå men både antall dimensjoner i kontostreng og fordeling av felleskostnader er standardisert per HF.

Helse Nord har regional standard for prosess mht håndtering av inngående fakturaer via innkjøpssystem, det samme gjelder for mottak av fakturaer som skannes (outsourcet prosess). Håndtering av anleggsregister er også regionalt standardisert. Mht å gjennomføre periodeavslutning er følgende prosesser regionalt standardiserte; importere og avstemme data fra forsystemer, vurdere avsetninger/periodisering, håndtering av momsoppgave samt konsolidering og eliminering. Også utarbeidelse av standardrapporter er regionalt standardisert. Ved utarbeidelse av årsregnskap brukes nasjonal standard. Artskontoplanen på 4-sifret nivå er standardisert i regionen, det samme gjelder hvordan dimensjoner brukes i kontostrengen. Fordeling av felleskostnader styres på HF-nivå. Helse Nord har en felles økonomihåndbok for regionen.

I Helse Sør oppgir ca halvparten av HFene at likviditetsprosessen utføres iht regional standard. Det samme gjelder utarbeidelse av årsregnskap. Artskontoplan er standardisert på et 4-sifret nivå. Øvrige prosesser er hovedsakelig standardisert på HF-nivå. Innen økonomiområdet er



prosessene standardisert og harmonisert til et visst nivå gjennom blant annet konsernbestemmelser. Rapportdefinisjonen i Profitbase er like.

Helse Øst har standardisering på HF-nivå på nesten alle prosesser, fire av åtte enheter bruker regional standard for utarbeidelse av årsregnskap. Artskontoplan er ikke regionalt standardisert på 4-siffrert nivå og fordeling av felleskostnader gjøres iht standard per HF. Helse Øst har en felles regnskapshåndbok som er knyttet opp mot nasjonalt arbeid med økonomihåndbok.

### 7.2.3 Teknologi

Graden av konsolidering innen teknologi er lav mellom HFene totalt på nasjonalt nivå men noe større innen regionene. En oversikt er derfor satt opp per region slik at de likheter som finnes fremgår. Alle regioner unntatt Helse Nord bruker Sim på budsjett og Profitbase (Dynasight/Proclarity) på rapportering og analyse.

Helse Nord har felles regnskapssystem, Agresso, for hele regionen og har i tillegg felles løsning for skanning av faktura, Basware. Drift og brukerstøtte kjøpes eksternt av Ergo. Innkjøps- og logistikksystemet Clockwork er under implementering i alle HF. Agresso og Excel brukes av alle HF for håndtering av budsjett, rapportering og analyse. Helse Nord har startet en prosess for valg av og implementering av uttrekks- og analyseverktøy.

Også Helse Vest har standardisert sin bruk av systemer. I tillegg til Profitbase brukes Excel til budsjettering, rapportering og analyse. Oracle Financials er felles økonomisystem for alle enhetene. I tillegg brukes Visma / Unique til håndtering av inngående fakturaer. Det er to forskjellige innkjøpssystem i regionen, Visma / Unique og Merida.

Helse Midt-Norge bruker Compello til skanning av fakturaer. Man har et felles økonomisystem for regionen og bruker Masterpiece til bokføring av inngående fakturaer og utgående fakturaer. Ved hovedbokføringer brukes ADI-innlesing via Excel inn i økonomisystemet. Regionen har i dag flere ulike, mindre innkjøpssystem og har ikke integrerte løsninger på dette området.

I Helse Sør har Helse Sør RHF gjennom lik bruk av Profitbase tilgang til alle HFenes regnskaper ned på 4 siffer nivå til tross for at man ikke har standardisert regnskapsføring i et økonomisystem. Excel brukes til rapportering av tilleggsopplysninger og andre ad hoc rapporter. For håndtering av regnskapstransaksjoner brukes Agresso, Navision, Oracle og Visma / Unique. Clockwork brukes som innkjøpssystem av to HF.

Helse Vest bruker Agresso, Oracle, Visma / Unique og et annet system brukes for håndtering av regnskap samt flere forskjellige systemer for periodeavslutning.

### 7.2.4 Kjente initiativer i regionene

I det følgende avsnittet følger en kortfattet status av pågående og planlagt utviklingsarbeid i regionene.

#### 7.2.4.1 Helse Vest

Helse Vest arbeider med å etablere et felles styringssystem for økonomifunksjonene i regionen. Det arbeides med felles kontoplan på 4 siffer. Det arbeides også med å få på plass felles lønns- og personalsystem og felles pasientsystem med økonomifunksjoner knyttet mot Oracle Financials (økonomisystemet). I forhold til regional samordning har man konsentrert seg primært om felles system, drift og forvaltning og mindre om fellesorganisering av tjenestene, med unntak av IKT. Helse Vest har sentralisert IKT-funksjonen i et eget aksjeselskap, Helse Vest IKT AS som drifter alle vesentlige IT-system for regionen, inkludert økonomisystemene. Det er et stort prosjekt på gang i regionen mht innføring av felles pas/epj system. I den forbindelse er det gjort et større forarbeid mht effektivisering og kvalitetssikring av data som (mest mulig automatisk) skal over fra pasientsystemet til Oracle Financials.



#### 7.2.4.2 Helse Midt-Norge

Regionen gjennomfører Strategiprojekt 2010. I dette prosjektet er det vedtatt en utredning i forhold til effektivisering av administrative og tekniske støttefunksjoner. Organiseringen av ikke-medisinske støttetjenester skal ta utgangspunkt i skillete strategiske og ikke-strategiske tjenester, samt en ren kost-nytte-vurdering knyttet til organisering og lokalisering av tjenesten. Dette prosjektet er utsatt i påvente av det nasjonale utredningsprosjektet. Det gjennomføres for tiden et utredningsprosjekt knyttet til innkjøp av nytt regnskapssystem. Det er ennå ikke avklart hvorvidt det vil være aktuelt å koble denne anskaffelsen mot anskaffelse av et felles innkjøpssystem. Regionen har i dag flere ulike, mindre innkjøpssystem og har ikke integrerte løsninger på dette området.

Helse Midt-Norge gjennomførte våren 2004 en kartlegging og analyse av økonomi- regnskaps- og lønnsfunksjonene i alle foretak. Prosjektet resulterte i et vedtak om nedbemanning med 55 årsverk, av disse klarte man klart å realisere ca 35 årsverk (mai 05). Et resultat av gjennomgangen var innføring av elektronisk fakturahåndtering med sentralisering av skanning.

Helse Midt-Norge har i 2006 implementert felles innfordringssystem for alle foretak hvor både purring og inkasso gjennomføres av ekstern leverandør.

#### 7.2.4.3 Helse Nord

Helse Nord har felles økonomisystem (Agresso) som ble tatt i bruk i 2003. I 2005 valgte regionen å felles sette ut fakturaskanning til Posten (Basware). Systemet er per dags dato i bruk i alle foretak. Regionen er nå i ferd med å ta i bruk et nytt felles innkjøps- og logistikk-system (ClockWork). Etter at felles økonomisystem ble tatt i bruk i regionen er mye arbeid lagt ned på samordning av den systemmessige delen av økonomitjenesten. Parallelt med dette arbeid har man også innført felles rutiner knyttet til de felles systemene. Helse Nord RHF har utarbeidet en felles økonomihåndbok i 2005 for å sikre felles rutiner selv om man har en desentral organisasjon.

Helse Nord gjennomførte i 2004 en kartlegging av samling av oppgaver knyttet til regnskap. Anbefalingen i det prosjektet å ikke samle regnskapsfunksjonen i regionen ut fra følgende:

- Risikoen for manglende kontroll på økonomien i omleggingsfasen
- Gevinst med samling av økonomisystem er allerede tatt ut i regionen
- Store avstander i regionen medfører behov for nærhet til foretakene og vanskeliggjør flytting av dagens ansatte til en fysisk enhet
- Behov for arbeidsro for ansatte som allerede har vært gjennom store omstillinger i reformen og gjennom å ta i bruk nye systemer

#### 7.2.4.4 Helse Sør

Innen Helse Sør pågår tre prosjekter som er relevante å beskrive i denne rapport. I tråd med vedtak 10/2005 i Helse Sør RHF sitt styre, pågår det en utredning knyttet til en mulig felles forsyningsløsning for foretaksgruppen. Utredningen skal etter planen styrebehandles 16. november, og innhold og anbefalinger vil bli koordinert opp mot konklusjonene fra det nasjonale prosjektet som foreligger 18. oktober. Konkret ser man på en modell der dagens sentrallagre erstattes av et felles regionlager som pakker ferdig materiell direkte til avdelinger og poster. Driftsmodell er drift i egen regi som et selskap under Helse Sør RHF. Trolig understøttet med et felles logistikk- og økonomisystem. Prosjektet koordineres også mot et tilsvarende prosjekt i Helse Øst.

Helse Sør gjennomfører parallelt med felles forsyning en utredning knyttet til en mulig felles regnskapsenhet. Denne utredning skal også etter planen styrebehandles 16. november, og vil bli koordinert opp mot det nasjonale prosjektet.

Helse Sør har en strategi om felles systemløsninger, og har etablert dette innen lønn. Det er tegnet en rammeavtale for felles elektronisk pasientjournal, mens felles logistikk- og økonomisystem ble noe utsatt (ambisjonen står). Sistnevnte er imidlertid aktualisert på nytt gjennom pågående utredninger innen forsyning og regnskap.

#### 7.2.4.5 Helse Øst

Helse Øst RHF forsøker å oppnå standardisering i regionen gjennom felles regnskapshåndbok knyttet opp mot det nasjonale arbeidet med en felles håndbok.

Helse Øst har gjort et strategisk valg knyttet til økonomisystemer i regionen som går ut på ikke å ha et felles økonomisystem i regionen, men begrenset valgmulighetene til to leverandører.

ProfitBase er imidlertid valgt som et verktøy for budsjettering, rapportering og prognostisering basert for felles regionale maler. Helse Øst har så langt hatt en positiv erfaring ved å bygge motivasjon for endring ute i foretakene. Foretakene tar i størst mulig grad del i beslutningsprosessene for å skape felles forståelse og motivasjon i de enkelte enheter.

Det pågår et LIS-prosjekt i regionen for å samordne økonomi, aktivitet og kvalitet ved å bygge opp en felles database for hele foretaksgruppen. Det er i Sykehuset Innlandet HF kjørt en prosess knyttet til samling av stabs- og støttefunksjoner i et senter for fellestjenester som et første ledd i en mulig samordning i Helse Øst.

### 7.3 Mulighetsrom

Med utgangspunkt i de prosesser som referansegruppen har definert og kartlagt i dagens situasjon har mulighetene for økt samarbeid mellom regionene blitt diskutert. Hver aktivitet er gjennomgått og vurdert opp mot et sett av fire kriterier. Kriteriene er valgt ut av referansegruppen som de mest relevante for organisering og utførelse av økonomiprosesser. De kriterier som referansegruppen har valgt er (uten innbyrdes ranking):

1. Fleksibilitet ift endrede rammebetingelser
2. Standardisert og oppdatert styringsinformasjon samt høyere kvalitet på tjenestene
3. Effektiviseringspotensial / kostnadseffektivitet
4. Lavt behov for nærhet til virksomheten

Vurderingen er gjort i forhold til hvordan prosessen vurderes utført i en nasjonal fellestjeneste. I tillegg til å velge ut de riktige vurderingskriteriene er referansegruppen blitt bedt om å lage en vurdering av de valgte kriteriene. I tabell 7.3 vises referansegruppens vurdering.

| Kriterier                                     | Begrunnelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Fleksibilitet ift endrede rammebetingelser | Evne til å raskt sette seg inn i endrede forhold og tilpasse økonomifunksjonen i forhold til dem. Både i forhold til utførelsen av prosessene, tilegne seg kompetansen det er behov for samt organiseringen av prosessene. Eksterne forhold kan være endringer i lover og retningslinjer, endringer i markedet hvor man opererer eller behov for nye tjenester. Interne forhold kan være endrede instruksjoner fra eget HF eller region, virksomhets- eller organisasjonsendringer internt eller behov for nye tjenester. |

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Standardisert og oppdatert styringsinformasjon samt høyere kvalitet på tjenestene | Vurdert som det viktigste kriteriet. Økonomifunksjonen skal være en tjenesteleverandør til kjernevirksomheten og de tjenester som utføres må være tilpasset kundens / kundenes behov både mht hvilke tjenester som leveres, hvordan de leveres og innhold i leveranse. Kriteriet er vurdert å være viktig både for å ivareta god styring av virksomhetene men også med bakgrunn i prosjektets mandat. Standardisering av økonomitjenestene er viktig for å kunne aggregere og sammenligne finansiell informasjon mellom ulike foretak og regioner. Standardisering er også viktig for å kunne sikre en konsistent og kvalitativt høy utførelse av økonomitjenesten. |
| 3. Effektiviseringspotensial / kostnadseffektivitet                                  | Vurdert som det nest viktigste kriteriet for denne typen av tjenester, både med bakgrunn i føringer i mandat og gjennom at dette er en støttetjeneste til kjernevirksomheten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4. Lavt behov for nærhet til virksomheten                                            | Vurdert som det tredje viktigste kriteriet. For noen av økonomiprosessene er kjennskap til virksomheten svært viktig og for andre mindre viktig. Dette kriteriet er et av de viktigste for å vurdere egnethet for sentralisering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Tabell 15 Vekting av valgte kriterier

Hver aktivitet i prosessmodellen er gjennomgått og vurdert for grad av egnethet for samarbeid sett opp i mot de fire kriteriene

### 7.3.1 Mulighetsrom

Referansegruppens vurdering av prosessene viser at det primært er de transaksjonstunge prosessene og de prosesser som ivaretar vedlikehold av standarder, retningslinjer og systemer som er best egnede for samarbeid/eventuelt sentralisering. For noen av de vurderte prosessene er egnetheten god på flere av kriteriene og dårlig på andre. Ved sammenstillingen av egnethet som presenteres i dette dokumentet er det resultat basert på en total vurdering som presenteres. I tabell 7.4 beskrives kortfattet dagens situasjon for de prosesser som referansegruppen har vurdert som egnet å vurdere for videre samarbeid eller sentralisering.

| ID                                                                                                                                                                                 | Prosess                                                                                                                                                                                                                                                                 | Beskrivelse av dagens situasjon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.2.1 – 5.2.4<br>5.3.1, 5.3.3<br>og 5.3.4<br>5.4.1, 5.4.3<br>og 5.4.4<br>5.5.1 – 5.5.5<br>5.6.3 – 5.6.4<br>5.7.2 – 5.7.4<br>5.8.1 – 5.8.2,<br>5.8.5 - 5.8.6<br>og 5.8.8 –<br>5.8.9 | Håndtering av regnskap, herunder<br>Håndtering av inngående faktura<br>Utbetaling inkl. remittering<br>Utgående faktura.<br>Bokføring og arkivering av hovedbokføringer. (herunder innbetalinger)<br>Håndtering av varige driftsmidler<br>Gjennomføre periodeavslutning | <b>Organisasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regnskapsoppgavene er stort sett organisert på HF-nivå</li> <li>Noen virksomheter samarbeider om oppgavene, dette gjelder purring og inkasso som i noen virksomheter er satt ut eksternt. Noen fører også regnskap for andre virksomheter i sin region</li> </ul> <b>Teknologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>I tre av regionene har man felles økonomisystem for regnskapshåndtering innen regionen</li> <li>I to av regionene brukes mange forskjellige økonomisystemer</li> </ul> <b>Prosess</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prosessene er stort sett standardisert på HF, men ikke på region eller nasjonalt.</li> </ul> |

|                                        |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.10.1 og 5.10.4                       | Finansiell analyse og rapportering, herunder:<br><br>Utarbeide standardrapporter og Utarbeidelse av årsregnskap | <b>Organisasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oppgavene er sentralisert på HF-nivå</li> <li>– Noen har valgt å kjøpe utarbeidelse av årsregnskap fra eksterne leverandører</li> </ul> <b>Teknologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Flere ulike systemer brukes mellom både regioner og HF</li> <li>– Profitbase brukes av alle regioner unntatt Helse Nord</li> </ul> <b>Prosess</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Standardrapporter er til dels standardisert på regionnivå</li> <li>– For andre typer av finansiell analyse og rapportering finnes ingen standarder mellom HF</li> </ul>                              |
| 5.11.2 – 5.11.3<br><br>5.12.1 – 5.12.3 | Vedlikehold og utvikling av retningslinjer og rutinebeskrivelser samt Økonomimodell                             | <b>Organisasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Økonomimodell og lokale retningslinjer styres på HF-nivå for samtlige HF</li> <li>– Regionale og nasjonale retningslinjer styres fra regionalt og nasjonalt nivå</li> </ul> <b>Teknologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Det er ingen standardisert teknologi som støtter disse oppgavene. Ulike økonomisystemer brukes for å operasjonalisere kontostrengen</li> </ul> <b>Prosess</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeid pågår med å standardisere artskontoplan på 4 siffer innen flere av regionene. Helse Sør har standardisert alle HF på 4-sifret nivå</li> </ul> |

Tabell 16 Vekting av valgte kriterier

Delprosessene i tabell 7.5 er vurdert som egnet for samarbeid, i tabellen fremgår referansegruppens vurdering av delprosessene.

| Delprosess                                                                                                                                             | Vurdering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A)</b> Inngående faktura via innkjøpssystem<br><b>B)</b> Inngående faktura med skanningsløsning<br><b>C)</b> Inngående faktura – manuell håndtering | <p><b>A)</b> Prosessen er vurdert som meget godt egnet å sentralisere på alle de fire kriteriene som referansegruppen har vurdert. Med en prosess som er optimalt satt opp i et innkjøpssystem vil prosessen være helt automatisert. Faktura mottas elektronisk, kontering er predefinert i systemet basert på hvilken varekategori innkjøpet tilhører, godkjenning av innkjøp og varemottak fungerer som attestasjon og anvisning samt trigger automatisk bokføring og arkivering. Kun avvik fra prosessen vil måtte håndteres manuelt. Alle disse oppgavene vil være bedre ivaretatt i en sentral løsning som sikrer en standardisert håndtering av løsningen samt kan besitte spesialkompetanse innen området. Det er vurdert at prosessen har et lavt behov av nærhet til virksomheten. Bestilling, godkjenning og varemottak må fortsatt utføres lokalt.</p> <p><b>B)</b> Prosessen er vurdert som meget godt egnet å sentralisere for alle aktiviteter unntatt attestasjon og anvisning som må gjøres lokalt. Kontering kan eventuelt sentraliseres. En løsning med sentralisert kontering vil medføre at den som konterer må vite hvilken kontoart, kostnadssted, funksjon og eventuelt prosjektnummer som skal brukes på fakturaen og dette er ikke alltid mulig å utlese av fakturateksten. Hvis en sentralisering av kontering skal gjøres må dette være et forslag som kan overstyres og endres av den som deretter attesterer og anviser. Vurderingen er konsistent for alle de fire kriteriene. Stordriftsfordeler vil kunne oppnås gjennom samordning av store volumer av transaksjoner. Behovet for nærhet til virksomheten er lite, unntatt aktivitet for å identifisere hvem som skal motta fakturaen i virksomheten. Basert på erfaring kan dette være tidkrevende til tross for at leverandører får beskjed om å merke fakturaer med mottaker. Den som identifiserer faktura må ha viss</p> |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       | <p>kjennskap til organisasjonen på HFene.</p> <p><b>C)</b> Med sentralt fakturamottak bør denne prosessen styres mot å inngå i skanningsprosessen slik at prosessen blir helt lik ovenstående prosess og attestasjon og anvisning kan gjøres mer effektivt. Fakturaer som evt. mottas lokalt bør sendes inn til sentralt fakturamottak for skanning. Det samme gjelder melding om utbetaling fra RHF til HF og andre institusjoner som ikke sender faktura på tilskudd fra RHF.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Utbetaling inkl. remittering                                          | <p>Prosessten er vurdert som meget godt egnet for sentralisering på alle de fire kriteriene under forutsetning at inngående faktura er sentralisert. Utbetalinger kan gjøres enten via remittering av mange betalinger som forfaller en dato i økonomisystemet i samme kjøring eller via nettbank som enkelt betalinger. Gjennom sentralisering vil man kunne oppnå gevinster innen oppbygging av spesialkompetanse og standardisering av prosessen. Med bakgrunn i at det er bankavtaler per region er det usikkert om stordriftsfordeler kan oppnås i en sentral modell. Betalinger må gjøres gjennom flere banker også fremover. Prosessen krever liten kjennskap til virksomhetene når all informasjon ligger i økonomisystemet og autorisasjon for å utføre betalinger vil tildeles færre personer.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Utgående faktura.                                                     | <p><i>Omfatter ikke fakturering av egenandeler som skrives ut fra pasientsystemer.</i></p> <p>Prosessten er vurdert som meget godt egnet for sentralisering på samtlige kriterier. Hele prosessen er vurdert å kunne utføres sentralt. Dette gjelder spesielt purring og inkasso som allerede i dag utføres eksternt i flere av HFene. Vurdering som må gjøres mht om kravet skal innkreves må skje lokalt. Stordriftsfordeler og kostnadseffektivitet kan oppnås ved samordning av store transaksjonsvolumer. Standardisering av prosessen vil enklere kunne oppnås ved samordning samt gjennom bruk av felles økonomisystem.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Bokføring og arkivering av hovedbokføringer. (herunder innbetalinger) | <p>Prosessten er egnet for sentralisering innen aktivitetene bokføring og arkivering. Disse aktivitetene er vurdert å være meget godt egnet for sentralisering på samme måte som tilsvarende aktiviteter under inngående og utgående fakturahåndtering. Men prosessen må deles opp avhengig av hvilken type hovedbokføring som vurderes. Bilag bokføres på ulike måter, noe prosesseres automatisk, andre leses inn og andre punches inn manuelt. All bokføring og arkivering kan sentraliseres men prosessen før det må vurderes avhengig av hvilken type bilag som vurderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Periodiseringer, avsetninger (for eksempel ikke utbetalt lønnsoppgjør) må vurderes på lokalt nivå for de deretter kan sendes til sentral bokføring.</li> <li>– Enklere bankbilag kan sentraliseres hvis det er mulig å identifisere hvilken innbetaling som avses. Bankbilag som vedrører uspesifiserte innbetalinger bør vurderes lokalt for å deretter bokføres sentralt.</li> </ul> <p>Utarbeidelse av grunnlag, kontering og anvisning krever kjennskap til den spesifikke transaksjonen og er vurdert å måtte utføres lokalt.</p> |
| Håndtering av varige driftsmidler                                     | <p>Hele prosessen unntatt vurdering av grunnlag for aktivering, avskrivning, (ev endringer i avskrivningsplan) og nedskrivning er vurdert å være meget godt egnet for sentralisering. Vurdering av grunnlag for aktivering må gjøres av noen med kjennskap til den spesifikke transaksjonen samt hva den skal brukes til. Aktiviteten krever kompetanse og forståelse av fagområdet. Avskrivningsplan og nedskrivning skal vurderes minst årlig. Oppfølging lokalt må dermed gjøres regelmessig. Aktivitet håndtering av anleggsregister er en teknisk oppgave som inkluderer innleggelse av data i anleggsregister, inndeling i kategorier samt spesifisering av avskrivningstid (selv vurderingen mottas fra lokal enhet). Denne aktivitet samt bokføring og arkivering er vurdert å være meget godt egnet for sentralisering med bakgrunn i at spesialkompetanse kreves på håndtering av anleggsregister, det er behov for standardisering av oppgaven og utførelsen er vurdert å kunne utføres mer kostnadseffektivt i en sentralisert modell. Etter at vurdering er utført er det lavt behov for kjennskap til virksomheten.</p>                              |
| Gjennomføre periodeavslutning                                         | <p>Periodeavslutning er en prosess som bør deles opp mellom virksomhetene og en sentralisert utførelse. Flere av de tekniske oppgavene slik som overføring og avstemming av data fra forsystemer, avstemming av mellomværende mellom virksomheter og regioner, bokføring</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     | <p>av korreksjonsbilag, håndtering av momsoppgaver samt konsolidering og eliminering er meget godt egnede å utføre sentralt. Med en sentralisert løsning vil standardisering av prosessene kunne oppnåes enklere og oppgaver som krever spesialkompetanse slik som import av data fra forsystemer vil kunne gjøres mer standardisert. Avstemming av mellomværende vil være best egnet med en sentral utførelse når et felles system med funksjonalitet for bruk av motpartskoder og internsalg kan benyttes.</p> <p>Med bakgrunn i at ansvaret for regnskapet er plassert i virksomhetene må flere oppgaver også fortsatt utføres der. Dette gjelder overordnet kontroll og avstemming av det totale regnskapet og inntekts- og kostnadsposter spesielt, det samme gjelder vurdering av avsetninger og periodisering samt utarbeidelse av periodeavslutningsbilag av ulike typer. Disse oppgavene bør sentraliseres på hvert HF.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Finansiell analyse og rapportering, herunder:<br/>Utarbeide standardrapporter og Utarbeidelse av årsregnskap</p> | <p>Proessen utarbeidelse av standardrapporter er vurdert å være godt til meget godt egnet for sentralisering. Hovedsakelig basert på at et felles system ligger til grunn for de standardiserte rapportene samt at oppsett er avklart på forhånd. Det ikke forventet heving av kvaliteten ved sentralisering. Fleksibilitet i forhold til endrede rammebetingelser og kostnadseffektivitet er vurdert å være bedre i en sentralisert modell og standardisering samt behov for nærhet til virksomheten er vurdert å være meget godt egnet for sentralisering.</p> <p>Enklere uttak av standardrapporter og grunnlag for analyser kan sentraliseres. Også enklere avviksanalyser kan gjøres sentralt. Alle analyser som krever kjennskap til virksomheten må utføres lokalt, det samme gjelder all vurdering og kommentering av rapportene.</p> <p>Proessen utarbeidelse av årsregnskap er vurdert å være meget godt egnet for sentral utførelse. Noen virksomheter har allerede i dag outsourcet denne oppgaven.</p> <p>Forutsetninger for sentralisering vil være et felles økonomisystem for alle virksomheter samt omforent innhold og definering av de rapporter som er benevnt som standard. Det må også tilrettelegges for et felles analyseverktøy som kan brukes på "toppen" av økonomisystemet for å utføre alle typer av ad hoc analyser.</p>                                                                                                                                                                        |
| <p>Vedlikehold og utvikling av retningslinjer og rutinebeskrivelser</p>                                             | <p>Proessen er vurdert å være meget godt egnet for samarbeid. Det etableres nasjonale standarder gjennom en nettverksmodell. Regional standard, hvis denne er ulik nasjonal, bør tilpasses etter behov for hver region og det samme gjelder for lokal standard. Utgangspunktet bør være den nasjonale standarden med minst mulig tilpassninger.</p> <p>Herunder også etablering av felles kontoplan og vedlikehold av denne. Effektivisering av prosess for håndtering av internhandel bør også inkluderes, herunder kobling mot anleggsregister vedrørende kjøp/salg av anleggsmidler og lagersystem vedrørende kjøp/salg, videresalg og forbruk av varer.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Økonomimodell</p>                                                                                                | <p>Med økonomimodell forstås sammensettingen av komponenter i regnskapet til en struktur hvor intern-, ekstern- og funksjonsregnskapet kan styres. Kontostrengen operasjonaliserer økonomimodellen i praksis gjennom strukturer for selskap, artskontoer, kostnadssteder, funksjoner, prosjekregnskap etc.</p> <p>Det er gjennom styring og standardisering av økonomimodell som kriteriet standardisert og oppdatert styringsinformasjon på nasjonalt nivå kan oppnåes. Gjennom å standardisere kontostrengen i alle virksomheter ift antallet dimensjoner som brukes, hva de brukes til og hvordan de brukes kan man på sikt oppnå standardiserte regnskaper. Artskontoplanen bør standardiseres på firesifret nivå for samtlige virksomheter. En femte karakter bør være fri for å ivareta ulikheter i størrelse og kompleksitet mellom HFene. Antall og innhold i dimensjoner i kontostreng bør standardiseres på de fleste posisjoner men noen bør holdes frie for å ivareta størrelse og kompleksitet i virksomhetene. Når en ny dimensjon tas i bruk i en virksomhet bør den nye dimensjonen brukes på samme måte for neste virksomhet som ønsker ta i bruk en ekstra dimensjon.</p> <p>Prinsipper for å fordele felleskostnader bør standardiseres på nasjonal nivå. Dette gjelder primært større kostnader slik som hvordan ledelses- og administrasjonskostnader håndteres i virksomhetene. En vurdering av størrelse og effekt av samordning bør gjøres før felleskostnader som skal standardiseres velges ut.</p> |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Drift og forvaltning av felles økonomisystem | Hvis et felles økonomisystem skal innføres med en sentral enhet som primær bruker bør drift og forvaltning av økonomisystemet og andre relaterte økonomisystemer utføres av en kompetanseenhet innen den sentrale enheten. Dette inkluderer også forvaltning av grensesnitt mot forsystemer. På denne måten vil systemkompetansen sitte nær den største brukeren av systemet samt til den enhet som utarbeider og vedlikeholder rutiner og retningslinjer. Brukerproblemer kan avhjelpes raskt og forbedringer i systemet vil være enklere å koordinere. |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabell 17 Prosesser som er vurdert egnet for sentralisering

## 7.4 Løsningsforslag

### 7.4.1 Prioritering av prosesser

Med bakgrunn i den analyse og vurdering av mulighetsrom som er beskrevet i kapittel 7.3 har referansegruppen prioritert prosesser som bør utredes først ved en eventuell beslutning fra HOD. Vurderingen er basert både på egnethet for de enkelte prosessene, på hvilke prosesser som henger tett sammen og det ikke er hensiktsmessig å dele på, samt på de føringer i forhold til effektivitet og standardisert og oppdatert styringsinformasjon som er nedsatt i prosjektets mandat. Følgende prosesser anbefales utredet først:

| Område                                                              | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Håndtering av inngående fakturaer (inkl. betalinger og remittering) | <p><b>Organisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samlokalisering av utførelsen av deler av delprosessen i en nasjonal enhet eller en enhet per region</li> <li>Sentral utførelse av fakturamottak, skanning inkl. workflow, bokføring, betaling og arkivering</li> <li>Lokal utførelse av kontering, attestasjon og anvisning</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Felles skanningsløsning, arbeidsflytløsning som er integrert med økonomisystemet. Skanningsløsningen må ha funksjonalitet for tolking av den data som skannes inn fra fakturaene.</li> <li>Felles innkjøpssystem som er integrert med økonomisystem, og med prekontering satt opp for alle innkjøp som overføres til økonomisystemet fra innkjøpssystemet.</li> <li>Felles økonomisystem for de virksomheter som inkluderes i samarbeidet er en forutsetning</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisering av utførelsen av prosessen for samtlige inkluderte virksomheter</li> <li>Standardisert oppgavedeling mellom inkluderte virksomheter og servicesenter</li> <li>Standardisert utførelse av betalingsstransaksjoner til tross for bruk av ulike banker</li> </ul> |
| Håndtering av utgående fakturaer                                    | <p><b>Organisasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samlokalisering av utførelsen av delprosessen i en nasjonal enhet eller en enhet per region</li> <li>Sentral utførelse av mottak og godkjenning av fakturagrunnlag, fakturering, registrering av innbetaling, purring og inkasso</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Felles økonomisystem og kartlagte og standardiserte grensesnitt mot de forsystemer hvor fakturagrunnlag oppstår og man eventuelt skal fakturere ut fra.</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisering av utførelsen av prosessen for samtlige inkluderte virksomheter</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Hovedboksføringer                                                   | <p><b>Organisasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samlokalisering av utførelsen av deler av delprosessen i en nasjonal enhet eller en</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | <p>enhet per region</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sentral utførelse av bokføring og arkivering av bilag</li> <li>– Lokal utførelse av mottak/produksjon av grunnlag , kontering, attestasjon og anvisning av bilag</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Felles økonomisystem samt standardiserte maler for mottak av grunnlag for hovedbokføring.</li> <li>– Dersom dokumentasjon skannes inn og gjøres tilgjengelig vil behovet for nærhet til arkiv falle bort.</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Standardisering av utførelsen av prosessen for samtlige inkluderte virksomheter</li> <li>– Et klart grensesnitt må etableres for klargjøring av aktiviteter som kan utføres i sentral virksomhet og hva som kan utføres lokalt. Bruk av standardiserte maler for leveranse av grunnlag fra virksomhetene til servicesenteret</li> </ul>                                                                                                                                                    |
| Håndtering av varige driftsmidler                     | <p><b>Organisering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Samlokalisering av utførelsen av deler av delprosessen i en nasjonal enhet eller en enhet per region</li> <li>– Sentral utførelse av håndtering av anleggsregister, bokføring og arkivering</li> <li>– Lokal utførelse av vurdering av grunnlag for aktivering</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Felles systemløsning for anleggsregister må være på plass. Løsningen må være integrert mot et felles økonomisystem.</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Standardisering av utførelsen av prosessen for samtlige inkluderte virksomheter</li> <li>– Bruk av standardiserte maler for leveranse av grunnlag fra virksomhetene til servicesenteret. Maler må brukes til registrering av vurdering av grunnlag for aktivering, avskrivning, (ev endringer i avskrivningsplan) og nedskrivning slik at alle data det er behov for er kommunisert fra virksomhetene.</li> </ul>                                                               |
| Periodeavslutning                                     | <p><b>Organisasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Samlokalisering av utførelsen av deler av delprosessen i en nasjonal enhet eller en enhet per region</li> <li>– Sentral utførelse av import av data fra forsystemer, avstemming av data fra forsystemer, avstemming av mellomværende i region og mellom regioner, bokføring av endringer i periodeavslutning, håndtering av momsoppgave samt konsolidering og eliminering</li> <li>– Lokal utførelse av kontroll og avstemming av regnskap, vurdering av avsetninger og periodisering,</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Et felles økonomisystem hvor samtlige grensesnitt mot forsystemer er kartlagte og standardiserte.</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Standardisering av utførelsen av prosessen for samtlige inkluderte virksomheter</li> <li>– Regler og strukturer for internsalg samt alle andre periodeavslutningsprosesser er dokumentert og grensesnittet mellom sentralisert og lokal utførelse er klarlagt.</li> </ul> |
| Utvikling og vedlikehold av retningslinjer og rutiner | <p><b>Organisasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dagens samarbeid i nettverk bør videreutvikles og formaliseres ytterligere for styrket samarbeid om nasjonale standarder. Evt til opprettelse av et kompetansesenter innen området</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Felles økonomisystem vil underlette implementering av felles rutiner</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonale standarder bør utvikles på flere områder enn hva som er tilfelle i dag. Noen prosesser krever lokal eller regional tilpassning også med prosesser som utføres i sentralt servicesenter og må tilpasses i minst mulig grad fra den nasjonale standarden</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Økonomimodell | <p><b>Organisasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samarbeid i nettverk eller i kompetansesenter</li> </ul> <p><b>Teknologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Felles økonomisystem kan være et viktig verktøy i arbeidet med standardisering av økonomimodell men det kan være mulig å få til en felles standard med ulike systemer. Hvis et felles system velges bør en standardisert økonomimodell etterstrebes. Standardisering bør etterstrebes generelt for å oppnå standardisering mellom regionene.</li> </ul> <p><b>Prosess</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisert bruk av artskontoplan, funksjoner og prosjekt. Kostnadsstedsstruktur må kunne tilpasses etter størrelse og kompleksitet på det enkelte HF men en basisstruktur bør etableres med retningslinjer for virksomheter som har felles likhetstrekk. Retningslinjer for hvordan felleskostnader fordeles innen virksomhetene bør også standardiseres.</li> </ul> |

Tabell 18 Prosesser som er vurdert egnet for sentralisering

Prosessene "Utarbeidelse av standardrapporter" og "Utarbeidelse av årsregnskap" bør inkluderes i eventuelt sentralt senter i en fase 2.

## 7.5 Anbefalt løsning

Uavhengig av hvilken løsning som velges anbefaler referansegruppen at dagens samarbeid i strategisk nettverk skal fortsette parallelt med den løsning som velges. Dette gjelder spesielt for prosessene Utvikling og vedlikehold av retningslinjer og rutiner og Økonomimodell. Dette kan evt organiseres i et felles kompetansesenter.

Referansegruppen har i tillegg til utvikling av strategisk nettverksmodell, utredet to alternative løsningsforslag.

### 7.5.1 Alternativ løsning nr 1: Regionale fellestjenester

En felles enhet i hver region (iht dagens regionsstruktur)

Referansegruppen vurderer at regionale fellestjenester vil gi bedre og mer standardiserte styringsdata enn i dagens løsning. Det er betydelig lavere investeringskostnader enn ved nasjonal løsning for de fleste regionene grunnet felles systemer i dag. Det vurderes at ansvarsforhold er enklere med dagens styringsmodell. Med denne løsning kan momspålegg på tjenestene unngås.

### 7.5.2 Alternativ løsning nr 2: Nasjonale fellestjenester

En felles nasjonal enhet som yter tjenester for alle enheter.

Referansegruppen vurderer at nasjonalt fellestjenestesenter vil gi de mest standardiserte og mest sammenlignbare styringsdata. På lang sikt vil løsningen antagelig gi de laveste driftskostnadene men dette må i tilfelle utredes nøye. Det vil være høye investeringer relatert til anskaffelsen av nye økonomisystemer, omstillingskostnader og prosjektkostnader ved etablering av senter. Det vil også være en risiko ved uttak av gevinster langt frem i tid. Den økte gevinsten med det nasjonale alternativet må overstige momspåslag på tjenestene.

Forutsetninger for denne løsningen utover det som gjelder for en regionalt løsning:

- Beslutning om opprettelse av ett selskap som eies av alle regionene

- Felles økonomisystemer

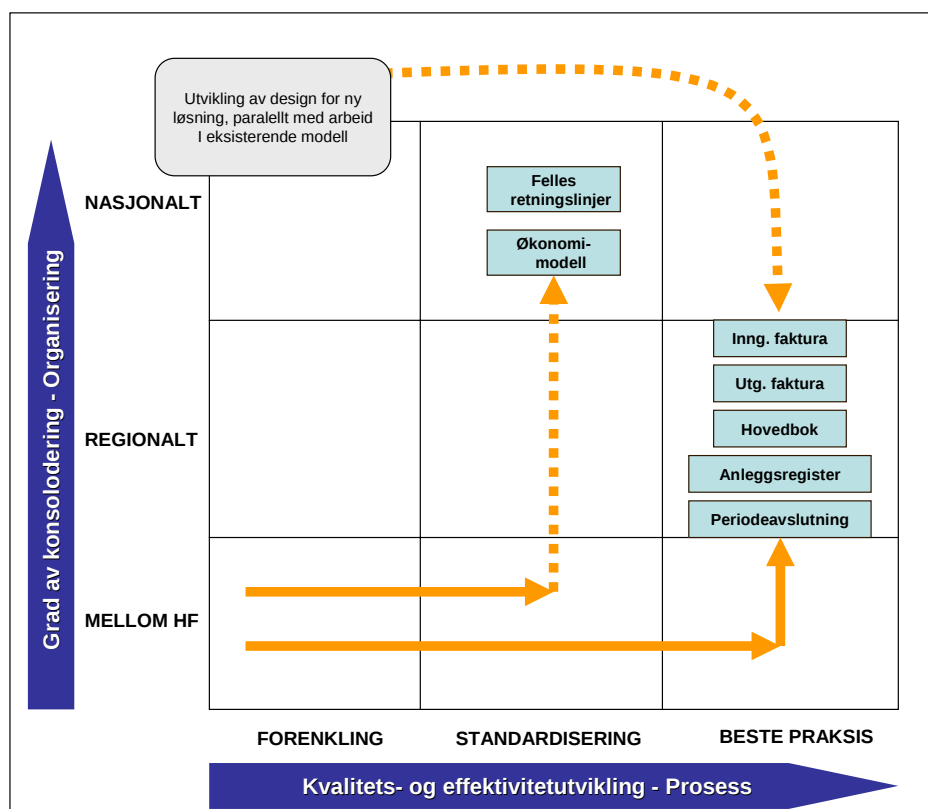
### 7.5.3 Alternativ løsning nr 3: Behold dagens løsning

Hvis det vurderes at det ikke finnes nettogevinster og gjennomføringsevne til å gjennomføre alternativ 1 eller 2 anbefaler referansegruppen at dagens modell videreføres med større grad av samarbeid og videreutvikling av felles økonomimodell. Det bør fokuseres på primært følgende områder:

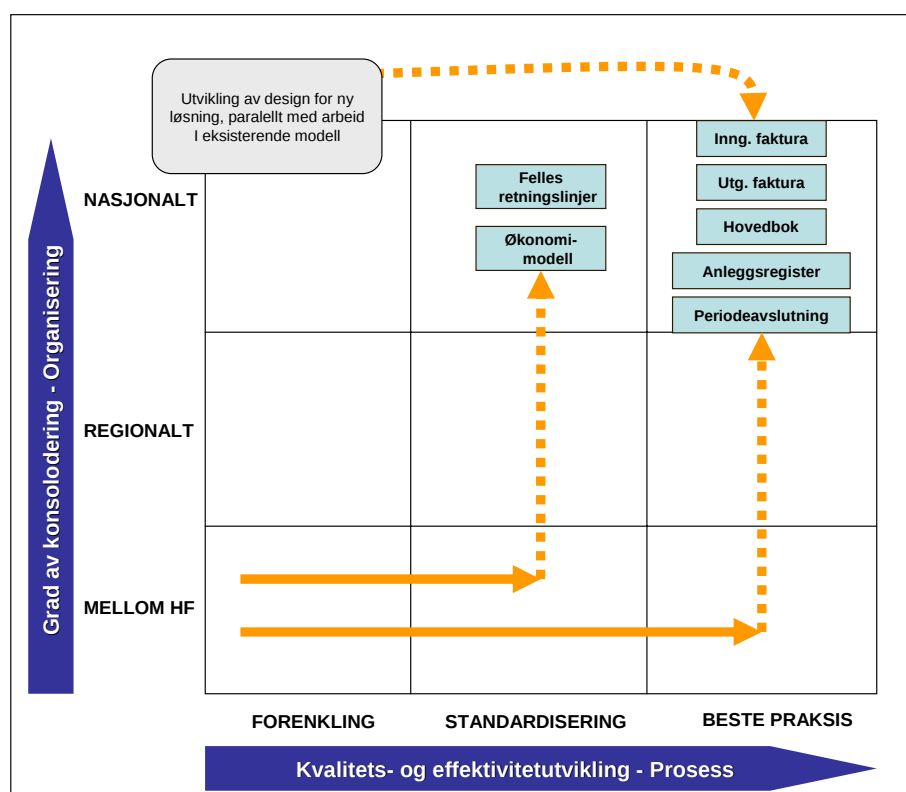
- Standardisering av prosesser på tvers av regioner
- Lik bruk av kontoplan
- Utvikling av felles økonomihåndbok og felles retningslinjer og policies
- Kompetansedeling
- Standardisering av nasjonal rapportering (HOD, SSB etc.)

Grunnen til at disse løsningene er valgt fremfor de andre modeller som er beskrevet er at referansegruppen vurderer en fysisk enhet som mer robust enn løsninger der ikke alle er med eller løsninger med forskjellige lokasjoner.

I bilde 7.1 og 7.2 vises målbilder for økonomiprosessene på lang sikt (2011 - ) med de begge alternative løsningene.



Tabell 19 Målbilde økonomiprosesser på lang sikt med regional løsning



Tabell 20 Målbilde økonomiprosesser på lang sikt med nasjonal løsning

#### 7.5.4 Konklusjon

På grunnlag av synergieffekter på tvers av funksjoner og en helhetlig tilnærming i leveransen av støttetjenester, anbefales alternativ 2 (nasjonale fellestjenester) lagt til grunn.

#### 7.6 Effekter med anbefalt løsning

Referansegruppen vurderer at følgende effekter kan oppnås med begge de anbefalte løsningene i kapittel 7.5. Effekten vurderes å være større i alternativ 2. Økonomiske effekter må utredes jfr kapittel 7.5. Positive effekter som vurderes kunne oppnås er:

- Bedre sammenlignbare regnskaper med høyere kvalitet samt en profesjonalisert tjenesteutøvelse
- De sentraliserte modellene muliggjør økt fokus på kjernevirksomheten i økonomimiljøene
- Redusert sårbarhet vil oppnås med større fagmiljøer
- Bedre evne til å håndtere endringer i eksterne rammebetingelser
- Stordriftsfordeler kan tas ut når større volumer samles i færre enheter
- Reduserte kostnader for drift og forvaltning av økonomisystemer gjennom reduksjon av antallet økonomisystemer som skal driftes.
- Standardisering og automatisering av samtlige prosesser som inkluderes i løsningen
- Mer skalerbar løsning i forhold til økt eller redusert behov for økonomitjenester i virksomhetene

Kostnadselementer som må påregnes ved gjennomføring av begge de anbefalte løsningene er på et høyt nivå:

- Anskaffelse av nye systemer
  - o Lisenser
  - o Infrastruktur
  - o Implementering
  - o Avviklingskostnader med dagens systemer
- Prosjektkostnader
  - o Interne
  - o Eksterne
- Omstillingskostnader
  - o Nedbemanningskostnader (sluttpakker etc)
  - o Mister effektivitet i forberedelsesfasen (dobbeltarbeid og dårligere styring)
  - o Opplæringskostnader, både i servicesenter og I HF. Opplæring i prosess for ansatte i HF (hvem spør man)

## 7.7 Risiko

Følgende risikoer er identifisert som vesentlige for gjennomføring av implementeringsprosjekt. Konsekvens av samtlige risikoer vil medføre økte kostnader og utsatt implementeringstidspunkt. Risiko gjelder for begge alternativene:

- Manglende forankring
- Manglende gjennomføringsevne
  - o Stort og komplekst prosjekt
  - o Støy og illojalitet
  - o Levere i forhold til fremdriftsplan
  - o Manglende beslutninger iht plan
- Håndtering av ansatte som omfattes av omstilling
- Endring i rammebetingelser
- Manglende finansiering av nødvendige investeringer og økte driftskostnader i prosjekt- og oppstartsfasen (estimert gevinst må ikke tas ut av budsjett i forkant)
- Rekruttering av riktig kompetanse
- Prosjektdeltakere får ikke frigitt tilstrekkelig tid til å arbeide med prosjektet
- Innklaging i forbindelse med anskaffelse av system
- Manglende evne til å realisere gevinstpotensial
- Mangel på koordinering mot andre prosjekter

## 8 Hovedområde Innkjøp og logistikk (forsyning)

### 8.1 Tjenesteområdets hoved- og delfunksjoner

Området for innkjøp og logistikk er delt inn i henholdsvis syv og fem delprosesser som totalt består av 52 aktiviteter, se tabell under. Hvilke delprosesser som inngår i de to områdene ble bestemt i et referansegruppemøte. Målsetningen var å unngå å snevre inn området før nå-kartleggingen ble gjennomført.

| Prosess          | Delprosesser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Aktiviteter                  |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Innkjøp</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Håndtere behovsdefinisjon</li> <li>2. Håndtere forhandlet kjøp (der hvor det er relevant, for eksempel enkelte tjenestekjøp)</li> <li>3. Gjennomføre åpen anbudskonkurranse (den mest brukte tilnærmingen)</li> <li>4. Implementering og forvaltning av avtalen Bestille varer/tjenester med avtaledekning</li> <li>5. Bestille varer/tjenester med avtaledekning</li> <li>6. Bestille varer og tjenester uten avtaledekning</li> <li>7. Fase ut avtaler og leverandører</li> </ol> | <b>Totalt 32 aktiviteter</b> |
| <b>Logistikk</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Håndtere elektiv pasienttransport inn til, mellom og ut av HF</li> <li>2. Håndtere varetransport i og mellom HFene</li> <li>3. Håndtere varetransport fra HF til pasienter og legekantor</li> <li>4. Håndtere lagerlagte varer</li> <li>5. Håndtere direkteleverte varer fra leverandør (skaffevarer)</li> </ol>                                                                                                                                                                    | <b>Totalt 20 aktiviteter</b> |

Tabell 21 Kartlagte delprosesser

Prosessuelt er det et grensesnitt mellom innkjøp og økonomi. Grensesnittet dras ved mottak av faktura, det vil si at rekvirerings- og bestillingsprosessen inngår i innkjøpsområdet mens mottak og håndtering av faktura inngår i økonomiområdet.

### 8.2 Nå-situasjon

Delprosessene beskrevet i forrige delkapittel ble kartlagt for samtlige helseforetak i alle fem regioner eksklusiv Sykehuspartner, sykehusapotekene og Rusbehandlingen i Midt-Norge HF. Til sammen ble 28 helseforetak kartlagt (se tabell). Kartleggingsskjemaene ble sendt direkte til utfylling i helseforetakene og svar ble mottatt fra alle spurte.

| Region       | Kartlagte virksomheter                                                              |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Helse – Øst  | Akershus, Aker, Asker og Bærum, Innlandet, Sunnaas, Ullevål, Østfold,               |
| Helse – Nord | Helse Finnmark, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordland, Helgeland, Hålogaland |

|              |                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Helse – Midt | St. Olavs Hospital, Helse Nordmøre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag, Helse Sunnmøre                                   |
| Helse – Vest | Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde, Helse Stavanger                                                               |
| Helse – Sør  | Blefjell, Buskerud, Ringerike, Sørlandet, Vestfold, Rikshospitalet/Radiumhospitalet, Telemark, Psykiatrien i Vestfold |

Tabell 22 Kartlagte virksomheter

### 8.2.1 Nå-kartleggingen

Det overordnede bildet for både innkjøp og logistikk er at dagens situasjon er sammensatt, kompleks og fragmentert langs alle de tre dimensjonene organisering, teknologi og prosess som kartleggingen ble strukturert etter.

For mer detaljert beskrivelse av nå-kartleggingen enn gitt under, se vedlegg.

#### 8.2.1.1 Innkjøp

Innkjøp kan deles inn i ulike kategorier som for eksempel ikke medisinsk vare- og tjenestekjøp og medisinske produkter som igjen er delt inn i ulike vare- og tjenestegrupper.

Spesialisthelsetjenesten har også ulik klassifisering av innkjøpskategorier noe som gjør det komplisert å se på tvers av regioner og kartlegging av praksis omkring innkjøp. Vurdering av kategorier ble derfor behandlet kvalitativt i prosjektet og ble følgelig ikke dekket i den generelle kartleggingen. Standarder for kategorisering er ulike i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid vedtatt tidligere gjennom HINAS at alle RHF skal ha samme klassifisering (UNSPSC).

Arbeidsprosessene rundt bestilling av varer og tjenester er svært avhengig av hvilke varegrupper (kategorier) det dreier seg om. Innkjøpsfunksjoner ved helseforetakene er også organisert i henhold til kategoriperspektivet. Kategorisering er ikke gjennomført på en enhetlig måte i spesialisthelsetjenesten, noe som medfører en viss grad av usikkerhet mellom HINAS og de enkelte regionene med hensyn til hvilke varekjøp som egner seg for nasjonal samordning. Dette gjelder spesielt varekategorier som i særskilt grad påvirkes av valgt behandlingsmetodikk innenfor de enkelte sykehusene/helseforetakene.

#### Organisering

For alle fem regioner er det et gjennomgående trekk at de operative innkjøpsprosessene er organisert på helseforetaksnivå. De operative innkjøpsprosessene utøves både av innkjøpsavdelinger og direkte i de ulike fagmiljøene. Hvis organiseringen ikke er på helseforetaksnivå så er den gjerne desentralisert i helseforetakene, det vil si at aktiviteten utøves på klinikk/avdelingsnivå innen helseforetaket. Det er spesielt aktivitetene rundt bestilling av varer (med og uten avtaledekning), mottak av varer og fakturakontroll som ofte har en desentralisert organisering innen helseforetakene.

I Helse Øst er det etablert et program INNHØST der ulike styringsnivå er ivarettatt og der felles gjennomføring av utvikling på innkjøp- og forsyningsområdet gjennomføres i prosjekter, herunder innkjøpssaker. Styringsgruppen for INNHØST er sammensatt av ledelsen ved Helse Øst RHF, de administrerende direktørene i helseforetakene samt representanter for tillitsvalgte og brukerrådet. Gjennomføring av og dokumentasjonskrav til prosjektene er standardisert. En håndbok med prosessbeskrivelser og dokumentasjonsmaler er utformet for å støtte dette arbeidet. Det er også etablert en gjennomgående sentralisert løsning i helseforetakene for å håndtere behovsdefinisjon og forhandlet kjøp, samt gjennomføre åpen anbudskonkurranse. For implementering og forvaltning av avtaler, bestille varer og tjenester og fase ut avtaler er det en 50/50 fordeling mellom desentraliserte og sentraliserte løsninger i helseforetakene.



Helse Vest har til dels en nettverksbasert organisering i regionen, sentralisert i helseforetakene og en desentralisert løsning innen helseforetakene.

Helse Sør har imidlertid etablert en sentral koordinering gjennom Sykehuspartner og har hovedsakelig en sentralisert løsning i helseforetakene for alle sine prosesser. De har samtidig en nettverksbasert organisering og skilt ut den operative innkjøpsvirksomheten til Sykehuspartner som samordner alle innkjøpsaktiviteter i regionen hva gjelder utstyrsanskaffelser samt produkter som egner seg for regionale rammeavtaler.

Helse Nord har en nettverksbasert organisering i regionen for å håndtere behovsdefinisjon og gjennomføre tilbudskonkurranse. For de andre aktivitetene/delprosessene har de stort sett en sentralisert organisering i helseforetakene.

Helse Midt har gjennomgående en sentralisert organisering i helseforetakene foruten bestilling av varer og tjenester som til dels har en desentralisert organisering innen helseforetakene.

Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) ble etablert for å stimulere til nasjonalt innkjøpssamarbeid og på utvalgte områder være et innkjøpsfaglig kompetansesenter for helseforetakene. Selskapet har vært i drift siden 2003 og skal bidra til gunstige og besparende innkjøp for helseforetakene. Administrasjonen i HINAS får sin direksjon fra et styre bestående av representanter fra de fem regionale helseforetakene, som har like eierandeler. Daglige aktiviteter er styrt av en samarbeidsavtale og en forretningsplan.

#### *Teknologi*

Aggregert viser kartleggingen at cirka halvparten av aktivitetene ikke har systemstøtte og andre halvparten er støttet av diverse system. De mest vanlige system er Clockwork, Visma, CMA Contiki/Merida, Navision, Oracle og Agresso. Det er altså mange ulike system som benyttes både på nasjonalt plan og innen regionene.

Internt i regionene Midt, Øst og Sør brukes det 3 til 4 ulike system. Aktivitetene med å kartlegge forbruk og bestille varer/tjenester er ofte systemstøttet. Systemene er i ulik grad integrert med andre systemer som for eksempel økonomisystemene.

Helse Vest har innenfor delprosessområdene for gjennomføring av åpen anbudskonkurranse og håndtering av forhandlet kjøp, et enhetlig sourcing- og kontraktssystem fra CMA Contiki AS. Helse Vest har også en datavarehusløsning som gjør at de kan få rapporter og oversikter på tvers av helseforetak på tross av at de bruker to ulike system ellers i regionen for resterende aktiviteter.

Helse Nord har en enhetlig systemstøtte i Clockwork for prosessene knyttet til bestilling av varer, fakturamottak og analyse/kartlegging av forbruk. Systemet er integrert med regnskapssystemet og fakturahåndtering. Fra 2007 kobles system for behandlingshjelpemidler på samt elektronisk handel gjennom [www.markedsplassen.no](http://www.markedsplassen.no).

#### *Prosess*

I et nasjonalt perspektiv er det en gjennomgående trend at aktivitetene er standardisert innen helseforetaket men at det også har blitt gjennomført en regional standardisering og koordinering av noen av aktivitetene i Helse Øst, Helse Nord, Helse Sør og Helse Vest.

Innkjøpsprosessene er ikke like på tvers av regioner og helseforetak selv om de er regulert av lov og forskrift om offentlig anskaffelse (LOA og FOA). LOA og FOA medfører en overordnet regulering av selve kontraheringsprosessene, men angir ulike format og utforminger på anskaffelsesprosessene og åpner dermed for ulike utforminger på prosessene.

Helse Vest og Helse Øst har laget standardiserte prosedyrer for de ulike innkjøpsprosedyrene som skal benyttes både for lokale og for regionale innkjøp.



Helse Sør og Helse Øst har utarbeidet strategidokument for innkjøp og logistikkvirksomheten samt standardisert alle dokumenter som benyttes i anbudsprosessen fra konkurransegrunnlag til kontrakt.

#### **8.2.1.2 Logistikk**

##### *Organisering*

Sett fra et nasjonalt perspektiv er cirka halvparten av logistikkaktivitetene sentralisert i helseforetakene.

Logistikk funksjonen ved Helse Øst er for tiden under utvikling med etablering av en felles regional forsyningsstruktur, se neste kapittel, men er nå preget av både desentraliserte og sentraliserte løsninger ved de ulike helseforetak.

I Helse Vest og Sør er det også en blanding av aktiviteter som skjer desentralisert og sentralisert ved helseforetakene. Helse Sør er i tillegg støttet av Sykehuspartner.

Helse Nord har en til dels sentralisert logistikkfunksjon og deres felles systemplattform (se nedenfor) skal bidra til at aktivitetene innen forsyning blir sentralisert i større grad.

Helse Midt-Norge er organisert nokså likt som de andre helseforetakene med noe sentraliserte og desentraliserte aktiviteter ved helseforetakene.

##### *Teknologi*

Aggregert viser kartleggingen at bortimot halvparten av aktivitetene ikke er systemstøttet mens de resterende aktiviteter er støttet av diverse system. Årsaken til dette er at håndteringen av varetransport og elektiv pasienttransport er i svært liten grad systemstøttet mens håndtering av varer er gjennomgående systemstøttet. De mest vanlige system er Clockwork, Visma, Unique, Navision, Agresso og Oracle.

Utviklingen i helseregionene går mot bruk av den offentlige markedsplassen der felles varekataloger og grensesnitt for informasjonsutveksling er etablert.

I Helse Øst brukes det fem, i Helse Vest to og i Helse Sør og i Helse Midt tre ulike system for en og samme aktivitet innen regionene.

Gjennomføre lagerstyring, bestilling, mottak og plukk og pakk av ordrer blir i Helse Nord støttet av et enhetlig system (Clockwork). Helse Nord er altså den eneste regionen som har enhetlig systemstøtte for håndtering av varer. Den enhetlige systemstøtten setter de i stand til å ha full oversikt over alle lagre og kjøre ut felles rapporter og statistikk.

##### *Prosess*

Det overgripende bildet er at en standardisering innen helseforetakene er det mest vanlige for logistikk aktivitetene.

Helse Øst har en svært ulik grad av standardisering for håndteringen av varetransport (internt i helseforetaket) og elektiv pasienttransport. For varehåndtering er alle aktivitetene på helseforetakene standardisert innen respektive helseforetak.

I Helse Vest og Helse Sør er så å si alle aktiviteter på helseforetakene standardisert innen helseforetaket.

Helse Nord har generelt sett en ganske forskjellig grad av standardisering for de ulike aktivitetene innen regionen. For håndtering av varer er Helse Nord kommet langt innen en regional standardisering av aktivitetene noe som knytter seg til at de har lik systemstøtte.



Helse Midt har standardisert innen helseforetakene de fleste aktivitetene, særlig innen håndtering av varer.

## **8.2.2 Gjennomførte prosjekter og kjente initiativer i regionene**

### **8.2.2.1 Helse Nord**

Helse Nord gjennomførte i 2004 en tilsvarende kartlegging for eventuell sentralisering av innkjøpsfunksjonen. Resultatet ble styrking av eksisterende organisering med klare avgrensninger av strategisk nivå (RHF) og operativt nivå (HF). For å styrke den strategiske innkjøpsfunksjonen i regionen ble to personer ansatt. Det er også blitt opprettet et innkjøpsforum hvor innkjøpssjefene er frikjøpt ca. 20 % til arbeid i forumet. Dette forumet skal støtte oppunder den strategiske innkjøpsfunksjonen i RHFet, fungere som referansegruppe og kontaktpunkt inn mot helseforetakene.

Helse Nord er nå i ferd med å ta i bruk et nytt felles innkjøps og logistikksystem (Clockwork) som skal være knyttet opp mot økonomisystemet (Agresso). Innkjøps- og logistikksystemet skal være på plass i løpet av 2006. En felles innkjøpspolicy er også for tiden under revidering og forutsettes behandlet og vedtatt høsten 2006.

Helse Nord har planer om å implementere elektronisk fakturahåndtering, e/i-faktura og e-handel.

### **8.2.2.2 Helse Midt**

Det skal i det videre jobbes mot å implementere ett felles system enten ved fangst av data til en "innkjøpskub" eller som en integrert del av et økonomisystem. Implementering av nytt system er ventet innen et par års tid. Andre områder som det skal jobbes videre med høsten 2006 er koordinering av regionale og nasjonale planer, lager og forsyning, vareregister og e-handel.

### **8.2.2.3 Helse Øst**

INNØST (Program for gjennomføring av Strategiplan innkjøp og forsyning) er etablert (2004) for å nå hovedmålet om å tilrettelegge for kvalitetssikrede og effektive innkjøps- og forsyningsprosesser i regionen. INNØST har som mål å styrke den operasjonelle effektiviteten og styringen.

Det pågår en rekke felles anskaffelsesprosjekter i dette programmet på regionalt plan, bilateralt med andre helseregioner samt på nasjonalt nivå der HINAS har ansvar for gjennomføringsprosessene. Det er innført e-handelsløsning for to av helseforetakene og det er planlagt innført for de øvrige innen 1. halvår 2007. De etableres nå også en felles regional forsyningsstruktur gjennom bruk av 3P leverandør (kontrakt inngått september 2006). Løsningen innebærer en felles ekstern forsyningsstruktur, dvs. ett leveransepunkt for leveranser til Helse Øst sine virksomheter med mulighet for helseforetakene til å overføre sine lagerfunksjoner til den felles regionale løsningen. Dett innebærer en betydelig styrking av beredskapen samt en økonomisk forventet effektivisering på kr 75 mill per år. Den nye forsyningsstrukturen vil være operativ fra 1.1.2007 og skal være tatt i bruk av helseforetakene innen første halvår 2008. Helse Sør har opsjon i kontrakten på å ta i bruk denne løsningen Helse Øst nå etablerer.

### **8.2.2.4 Helse Sør**

Sykehuspartner ble som kjent etablert i 2003 og samordner den operative innkjøpsvirksomheten i regionen. Sykehuspartner vil også ta seg av eventuelle nye områder for regionalisering.

Sykehuspartner har ansvaret for to vesentlige prosjekter i regionen, felles ekstern forsyningsenhet og elektronisk handel. E-handelsløsningen er for tiden i piloteringsfasen. Den felles eksterne forsyningsenheten for regionen skal være i henhold til Resept 2006 og være basert på en innsourcet og ikke en outsourcet løsningen. Ved en eventuell felles forsyningsløsning vil

også en felles systemløsning implementeres. Beslutning om felles forsyningsstruktur ligger til behandling høsten 2006 og skal eventuelt implementeres på mellomlang sikt, 2007 til 2009.

På lang sikt, fra 2010, ser Helse Sør og Helse Øst muligheter for en interregional løsning på forsyning.

#### 8.2.2.5 Helse Vest

Helse Vest har organisert sine regionale innkjøp gjennom såkalte funksjonsteam, som består av fagpersonell fra alle helseforetak, og som ledes av innkjøpspersonale. Det er også etablert et strategisk og rådgivende organ som skal være overgripende for regionen og sikre en felles kurs og måloppnåelse innen anskaffelses- og innkjøpsområdet.

Helse Vest har et program gående omkring digitalisering av logistikk- og innkjøpsprosessene. Som en del av dette programmet er e-handel, e-faktura og e-sourcing. Noen helseforetak er allerede over på e-handel via den offentlige markedsplassen, og alle helseforetak skal være tilknyttet markedsplassen i løpet av 2006.. E-faktura og e-sourcing er planlagt implementert i løpet av 2007 og 2008.

### 8.3 Mulighetsrom

#### 8.3.1 Mulighetsrom

Prosessmodellen som lå til grunn for beskrivelsen av dagens situasjon dannet utgangspunktet for videre diskusjon av mulighetsrommet for økt nasjonalt samarbeid. Prosesser som er egnet for fellestjenester og høy grad av samarbeid er ofte særskilt kompetansekrevende eller transaksjonstunge. I arbeidsmøte med referansegruppen ble derfor de 20 aktivitetene for logistikkområdet vurdert opp i mot grad av egnethet i forhold til de to kriteriene.

For innkjøpsområdet ble nedvalgsprosessen annerledes siden prosessmodellen ikke fanget opp kategoriinndelingen som brukes. Graden av potensialer knyttet til nasjonal samordning er drevet av vare/tjenestekategoriens egenskaper og mulighetene for å standardisere anvendelsen av varen/tjenesten. Dette medfører at flere kategorier ikke egner seg for nasjonal samordning. Spesialisthelsetjenesten er ikke omforent mht. hvilke kategorier som egner seg, ei heller hvilke strategier som er best egnet for å redusere kostnadene for disse kategoriene.

For videre prioritering av prosesser som er egnet for en fellesløsning, tok vi i bruk et sett vurderingskriterier. Valg av vurderingskriterier ble gjort ved stemmegivning i referansegruppen fra en bruttoliste med kriterier som ofte brukes i slike sammenhenger. De ulike kriterier er også vektet i henhold til stemmegivningen. Følgende kriterier ble benyttet samt begrunnelse for stemmegivningen/valgene:

| Kriterier                     | Begrunnelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Høyere kvalitet på tjenestene | Logistikk og innkjøpsfunksjonen skal være en leverandør til kjernevirksomheten og det som leveres må være tilpasset både med hensyn til hvilke produkter som leveres og hvordan de leveres. Fokus på økt kvalitet kan redusere kostnadene forbundet med blant annet mer-/dobbelarbeid og kan også bidra til motivasjon for endringer i hele verdi-/produksjonskjeden. |
| Effektiviseringspotensial     | Prosjektets mandat slår det klart at effektivisering er et mål siden dette muliggjør overføring av ressurser til kjernevirksomhet og muliggjøre riktig bruk av ressurser for å gjøre bedre innkjøp.                                                                                                                                                                   |
| Høyere grad av nasjonal       | Økt grad av nasjonal styring er et eksplisitt uttalt mål i prosjektets mandat.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| styring                      | Styring vil bidra til fokus på innkjøpsområdet og gi større grad av standardisering, samt muliggjøre en bedre ressursoppfølging og sammenligning av informasjon.                                                                                                                                                                                              |
| Egnethet for standardisering | Prosesser som er bedre egnet for standardisering vil være mindre komplisert å endre og sjansene for en vellykket endring økes. De kvalitets-, effektivitets og styringseffekter en ønsker å oppnå blir dermed lettere å nå. Standardisering er også viktig for å kunne sikre en konsistent og kvalitativt høy utførelse av innkjøps- og logistikkfunksjonene. |

Tabell 23 Valg av kriterier

Prosjektgruppen anser at tre områder med aktiviteter egner seg for økt nasjonal samordning innenfor innkjøps- og logistikkområdet. Nedenfor er de tre områdene beskrevet i henhold til dagens situasjon med henblikk på organisering, teknologi og prosess:

| ID                                                                                                                           | Område                                                                       | Beskrivelse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1.1-4.1.9</li> <li>4.2.1-4.2.8</li> <li>4.3.1-4.3.4</li> <li>4.7.1-4.7.3</li> </ul> | Nasjonal styring av utvalgte kategorier (samordne innkjøp)                   | <p>Organisering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det strategiske innkjøpsarbeidet er organisert på RHF nivå mens det operative innkjøpsarbeidet hovedsaklig gjøres i helseforetaket.</li> <li>Organisering av innkjøpsarbeidet avhenger primært av hvilke produkter og tjenester (kategorier) det dreier seg om, herunder produktområdets kompleksitet</li> <li>HINAS er etablert for å samordne innkjøp på tvers av helseregionene og skal være et innkjøpsfaglig kompetansesenter for utvalgte områder. Utvalgte områder beror i den til enhver tids vedtatte forretningsplan.</li> </ul> <p>Teknologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det brukes en rekke ulike innkjøps-, logistikk- og økonomisystemer med en lav grad av integrering mellom disse</li> <li>Omtrent halvparten av aktivitetene ved de ulike helseforetak er ikke systemstøttet og få avhengigheter til andre system</li> </ul> <p>Prosess</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hovedsakelig standardisert innen helseforetaket og noe regional standardisering</li> <li>Alle innkjøpsprosesser regulert av Lov om offentlig anskaffelse</li> </ul> |
| Styring av pasienttransport                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1-3.1.2</li> <li>3.1.5</li> </ul> | <p>Organisering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetakene har overtatt ansvaret for syketransport</li> <li>Det er besluttet å etablere en felles informasjonsweb for å holde orden på kontaktnummer, rutetider og hvordan regelverket praktiseres.</li> <li>Pasienttransportsiden er i ferd med å se på et opplegg med bårefly/ambulansefly sammen med Luftambulansetjenesten ANS.</li> </ul> <p>Teknologi</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                             |                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et interregionalt datasystem for bestilling og oppgjør for transport er under utvikling, NISSY (Nasjonalt informasjonssystem for syketransport).</li> <li>- NISSY innføres per tid og vil sette de i stand til å ha oversikt over rekvirering, håndtere betaling, forenkle oppgjørsrutiner og kontroll med transportører.</li> </ul> <p>Prosess</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forskriften som regulerer rett til ambulanse har endret seg</li> <li>- Ny forskrift om rett til syketransport er varslet av HOD og foreligger tidligst våren 2007</li> <li>- De fem regionale helseforetak samarbeider både på strategisk, taktisk og operativt nivå. RHFene samarbeider også tett med HOD og NAV.</li> </ul> |
| Styring av forsyningskjeder | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.2.1</li> <li>• 3.2.3</li> <li>• 3.3.1</li> <li>• 3.3.3</li> </ul> | <p>Organisering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitetene er hovedsakelig organisert på helseforetaksnivå men ved noen tilfeller er de desentralisert innen helseforetakene (ulike løsninger på klinikker/avdelinger etc.).</li> <li>- To av RHFene er i ferd med å implementere/utrede ny løsning for håndtering av ekstern logistikk</li> </ul> <p>Teknologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er gjennomgående slik at lagerlagerførte varer er understøttet av ett eller flere systemer.</li> <li>- Ingen integrerte produksjons-/planleggingssystemer er implementert</li> </ul> <p>Prosess</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De aller fleste har standardisert aktivitetene innen helseforetakene</li> </ul>        |

Tabell 24 Beskrivelse av nå-situasjonen

Dette innebærer at flere sentrale, spesielt operative oppgaver fortsatt etter prosjektgruppens syn, bør ligge lokalt på det enkelte HF.

### 8.3.2 Områdenes egnethet

Med bakgrunn i kriteriene om høyere kvalitet på tjenestene, effektiviseringspotensial, høyere grad av nasjonal styring og egnethet for standardisering har vi følgende vurdering av de tre områdene i henhold til nevnte kriterier samt beskrivelsen av dagens situasjon:

| Område                                                     | Vurdering av områdenes egnethet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nasjonal styring av utvalgte kategorier (samordne innkjøp) | <p>Ved en samordning kan kvaliteten heves blant annet ved at eksperter kan utvikles innenfor ulike varekategorier og således skape gode løsninger som kommer hele spesialisthelsetjenesten til gode. Ved å implementere felles løsninger på flere varekategorier enn de som i dag er implementert, vil effekten være stor og verdier skapes.</p> <p>Prosjektet anser at alt innkjøp i spesialisthelsetjenesten omfattes av de foreslåtte endringer (direkte-/investeringsskjøp og rammeavtaler). Innkjøp</p> |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <p>skaper verdi for HOD gjennom funksjonens evne til å understøtte helsepersonellens prosesser på en kostnadseffektiv måte.</p> <p>En ytterligere forbedring, utover de som allerede er realisert gjennom HINAS-samarbeidet, vil kreve evne og vilje til å jobbe for mer standardiserte behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten hvor innkjøpet konsentreres mot et riktig antall teknologiske plattformer og færre leverandører.</p> <p>Dette vil gi effekt i forhold til forbedrede innkjøpskostnader.</p> <p>Dette kreves at brukerne er innstilt på å gjøre endringer i sine rutiner og sin arbeidsform samt at styringslinjene i spesialisthelsetjenesten sikrer implementering av de vedtatte fellesløsningene så langt det lar seg gjøre innenfor hva som konkret oppfattes som medisinsk forsvarlig. .</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Styring av pasienttransport | <p>Området pasienttransport er inne i en forsert utvikling gjennom arbeidet knyttet til NISSY og er forankret i AD-møtet og systemet vil være implementert i løpet av 2007. Prosjektet innhentet informasjon fra NISSY prosjektet og besluttet på bakgrunn av denne å ikke behandle området nærmere. Prosjektet tilslutter seg satsningen som er organisert som en del av nasjonalt IKT.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Styring av forsyningskjeder | <p>Ved å utvikle ekspertkompetanse med reell innflytelse på hvilke forsyningsløsninger som implementeres i spesialisthelsetjenesten muliggjøres sterkere og bedre planlegging av varetransporten. Dette vil bidra til å redusere ressursbruken knyttet til forsyning og vil realisere verdier.</p> <p>Effektivitetsgevinster oppnås ved å utvikle gode forsyningskonsepter for så vel intern logistikk (internt i HF) så vel som for ekstern logistikk (varer inn til HFene)</p> <p>Geografien i landet og den spredte lokaliseringen vil medføre at de beste kvalitetsmessige og kostnadsmessige løsningene sannsynligvis vil være noe ulike. Dette til tross, så anser prosjektet at økt kompetanse knyttet til, - og styring av forsyningskjeder et egnet område for økt nasjonal samordning.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten er ulikt kommet med hensyn til kompetanse og løsninger knyttet til logistikk. Imidlertid er det slik at logistikk utøves lokalt og internt i HFene foregår det en betydelig logistikkvirksomhet og samordningsmulighetene er størst på konseptuelle forhold.</p> <p>Den foreslåtte løsningen samordner prinsipielle og overordnede føringer for forsyningsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten. Den praktiske utførelsen av all forsyning er ment håndtert lokalt slik det er i dag.</p> |

Tabell 25 Vurdering av områdenes egnethet

## 8.4 Løsningsforslag

### 8.4.1 Felles kjennetegn på fremtidig løsning

Prosjektet anser at dagens styringsmodell langt på vei gir en tilstrekkelig ytre styringsramme for å understøtte mer nasjonal samordning og tilhørende gevinstrealisering. Dette fordrer at;

- Styringslinjene mht. initiering, planlegging, gjennomføring og oppfølging av nasjonale samordningsinitiativer er tydelige og at
- Incitamenter for ønsket atferd og konsekvenser for uønsket atferd ved å ikke innordne seg den nasjonale ordningen blir tydelige

Prosjektet anser således at økt nasjonal samordning og ytterligere gevinstrealisering på innkjøps- og logistikkområdet er mulig innenfor dagens formelle struktur, dog med et ytterligere forsterket ledelsesfokus.

#### 8.4.2 Nasjonal styring av utvalgte kategorier

| Dimensjon    | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisering | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering av prosjektbasert kunnskapssentre</li> <li>- Innkjøperne i foretakene spesialiseres med utgangspunkt i kategorier og gis nasjonale oppgaver iht. planer utarbeidet av sekretariatet</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Teknologi    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering av felles nasjonalt artikkelregister er en prosess som er igangsatt.</li> <li>- Evaluering av nødvendig grensesnitt mot regnskap.</li> <li>- Implementering av felles e-handelsprinsipper. Etablering av varekataloger for de som tar i bruk e-handel medfører i prinsippet felles varekataloger (produktregister) nasjonalt.)</li> <li>- Mer standardisert teknologi for avtalehåndtering, forbrukskartlegging og kartlegging av forpliktelser med utvikling mot felles innkjøpssystemer</li> </ul> |
| Prosess      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Med utgangspunkt i en analyse av det totale innkjøpet i spesialisthelsetjenesten, identifisere varekategorier som skal inngå i ansvarsfeltet til fellesløsningen (der hvor innkjøpsorganisasjonen evner å gi verdi økende bidrag til anskaffelsesprosessen) og følge opp forbruk og leverandørvalg ned på det enkelte HF</li> <li>- Etablere formell prosess for kontinuerlig forbedring og "lukke" innkjøpshjulet</li> </ul>                                                                                   |

Tabell 26 Foreslåtte endringer for nasjonal styring av utvalgte kategorier

#### Effektiviseringsgevinster

- Reduserte innkjøpskostnader i spesialisthelsetjenesten gjennom økt koordinering av innkjøpsvirksomheten
- Styrking av profesjonell innkjøpskompetanse og økt kapasitet noe som også vil frigi kapasitet hos helsepersonell som i dag driver med store deler av innkjøpsprosessen.
- Bidra til standardisering av kliniske prosesser som vil gi økte inntekter og reduserte behandlingskostnader, og som igjen kan gi ytterligere forbedrede innkjøpsbetingelser
- Økt bruk av klinisk og teknisk personell tidlig i innkjøpsprosessen vil bidra til reduserte innkjøps-/livstidskostnader gjennom mer brukerfokusede innkjøp balansert med en bedre forståelse av varenes livssyklus-kostnad.

#### Kvalitetsmessige effekter

- Økt standardisering vil gi bedre styringsinformasjon
- Økt grad av involvering av klinisk og teknisk personell vil bidra til mer riktige innkjøp

### 8.4.3 Styring av forsyningskjeder

| Dimensjon    | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisering | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering av prosjektbasert kunnskapssentre</li> <li>- Logistikk og forsyningspersonell i foretakene spesialiseres med utgangspunkt i særskilte kompetanseområder knyttet til ekstern og intern logistikk og gis nasjonale oppgaver iht. planer utarbeidet av sekretariatet</li> <li>- Det finnes effektive markedsløsninger der helsesektor ikke har etablert tjenester på området, skal spesialisthelsetjenesten ha som hovedprinsipp å utnytte markedsløsninger, der dette økonomisk og tjenestemessig fordelaktig.</li> </ul> |
| Teknologi    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvikle felles forsyningsløsninger og sikre lik systemunderstøttelse for innkjøp og forsyning</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Prosess      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablere prosess for og utvikle bestillerkompetansen i HFene mht. kjøp av ekstern logistikk</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Tabell 27 Foreslåtte endringer for styring av forsyningskjeder

#### Effektiviseringsgevinster

- Felles løsninger vil gi bedre styringsinformasjon og muliggjøre gevinstuttak
- Mer effektiv utnyttelse av interne verdikjeder og bedre planleggingsprosesser
- Ved å skille ut transport og serviceelementet fra varekostnaden vil spesialisthelsetjenesten bli satt i stand til bedre å styre kostnadsdriverne i forsyningskjeden og muliggjøre gevinstuttak

#### Kvalitetsforbedringer

- Styrke forsyningsberedskapen
- Medføre økt kompetanse innenfor forsyning og logistikk og vil kunne bidra til utviklingen av kvalitetsmessige bedre løsninger
- Skape grunnlag for holdningsendringer og endringsarbeid

### 8.4.4 Risiko

- En stor andel av dagens totale innkjøp berører ikke innkjøpsavdelingene på helseforetakene. Kunnskapene om disse kjøpene er små i gruppen og dette kan medføre at prosjektets anbefalinger ikke er tilstrekkelig robust.
- Mangel på kompetanse og kapasitet i dagens organisasjon til å løfte ytterligere løsninger fra anbefalingene til dette prosjektet
- Mangel på kapasitet og kompetanse til å levere tilfredsstillende tjenester til kjernevirksomheten som følge av omfattende prosjektarbeid
- Endringstretthet i linjen, med bakgrunn i den kontinuerlige kostnadseffektiviseringstrykket som har pågått siden 2002, kan medføre at nødvendig atferdsendring blir vanskelig å gjennomføre.
- Manglende gjennomgående ledelsesoppfølging



- Fagpersonell innen innkjøp og logistikk sin mulighet til å følge opp og stå bak nasjonale initiativ
- Manglende evne til å implementere løsninger i drift

## 9 Øvrige områder

### 9.1 Innledning

Det som i utredningens del "øvrige områder" behandles med nåsituasjonsanalyse og mulighetsanalyse for felles løsninger er følgende:

- Gjestepasientoppgjør, inklusive oppgjør for lab/røntgen
- Syketransportoppgjør – til pasienter og transportører
- Oppgjør private sykehus vi har avtaler med

Det som kun utredes overordnet basert på tilgjengelig dokumentasjon:

- Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Anbefalte løsninger vil bedre styringen og kontroll med ressursbruk knyttet til gjestepasientoppgjør, oppgjør lab/røntgen, oppgjør private sykehus, og på sikt syketransportoppgjør.

- Vi går ikke inn på valg av tjenesteleverandør for RHF eller berører sørge-for-ansvaret til hver region.
- Vi anbefaler ett nasjonalt oppgjørskontor (NOK) basert på innspill fra RHF-ene

### 9.2 Nå-situasjon

#### 9.2.1 Gjestepasientoppgjør inklusive lab/røntgen

Gjestepasientkostnader består av kostnader til kjøp av helsetjenester i andre helseregioner, eller hos private kommersielle og ideelle institusjoner. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene. Lab- og røntgenoppgjør mellom regioner, tilskudd til private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner innenfor egen helseregion og kjøp av helsetjenester til egen virksomhet, for eksempel innleid arbeidskraft, inngår ikke i begrepet gjestepasientkostnader.

Gjestepasientinntekter består av inntekter generert av behandlede pasienter bosatt i andre regioner. Inntektene er ført på kontonummer 321 ved regionale helseforetak og helseforetak/institusjoner. ISF-refusjoner generert av regionens egne pasienter som har blitt behandlet i andre regioner inngår ikke under begrepet gjestepasientinntekter. Opplysninger om gjestepasientoppgjør mellom regioner har i hovedsak blitt basert på opplysninger om sumtall fra RHF-ene og kvalitetssikres ved å benytte antall DRG-poeng i pasientstrømmer mellom regionene. Oversikt over omfang av pasientstrømmer mottas fra SINTEF Helse PaFi.

I den grad det har blitt avdekket at helseforetakene/institusjonene har ført internt oppgjør ved kjøp av helsetjenester ved andre helseforetak innen regionen har kostnader/inntekter for dette blitt korrigert ved kvalitetskontroll av datagrunnlag.

##### 9.2.1.1 Datagrunnlag for gjestepasientkostnader

Tabellene nedenfor viser hvilke oppgjør for gjestepasientkostnader som i dag gjøres mellom regionene.

| Bostedsregion | Endring 05-06 1 tertial |
|---------------|-------------------------|
|---------------|-------------------------|

|                      | Beløp           | Prosent |
|----------------------|-----------------|---------|
| Helse Øst RHF        | 67 664 727,74   | 12,84   |
| Helse Sør RHF        | 4 886 333,57    | 3,70    |
| Helse Vest RHF       | 23 511 665,62   | 20,68   |
| Helse Midt-Norge RHF | (20 334 819,17) | -17,31  |
| Helse Nord RHF       | 12 932 898,00   | 17,82   |

Tabell 28 Endring 05-06 1 tertial

| Bostedsregion        | 2005 beløp produksjon andre -årsresultat |
|----------------------|------------------------------------------|
| Helse Øst RHF        | 1 597 164 856,80                         |
| Helse Sør RHF        | 389 688 420,67                           |
| Helse Vest RHF       | 350 283 832,94                           |
| Helse Midt-Norge RHF | 307 335 832,46                           |
| Helse Nord RHF       | 221 469 316,94                           |
| Sum                  | 2 865 942 259,82                         |

Tabell 29 Produksjon gjestepasientkostnader

Ved å benytte samme veksttakt fra 1 tertial 05 til 1 tertial 06, vil årskostnadene for gjestepasientoppgjør i 2006 beløpe seg til ca 3.1 mrd kr.

#### 9.2.1.2 Resultat av kartleggingen i de fem regionale helseforetakene

Gjestepasientoppgjør DRG og lab/røntgen:

- Alle RHF kartlagt ved hjelp av telefonintervju. Intervjuobjektene var prosessansvarlige i sitt RHF for gjestepasientoppgjør.
- Kartleggingen viste at hovedressursbruk personellmessig er i hvert HF. Det er ingen HF som bruker et helt årsverk på denne funksjonen, men oppgaven er en del av arbeidsmengden.
- Standardisert på HF-nivå ift hvordan arbeidsprosessen håndteres. Ingen standardisering på RHF-nivå bortsett fra i Helse Sør som benytter GOPP som clearingsentral for gjestepasientoppgjøret
- Behov for bedret oversikt melder RHF-ene som er intervjuet, og behov for styring og kontroll av pengestrøm på ca 3mrd
- Analysemuligheter er vanskelig nasjonalt ved dagens oppsplittede løsninger.
- Sterke signaler på at ett nasjonalt gjestepasientoppgjørskontor er ønskelig.

Kostnader ved gjestepasientoppgjør på ca 3,1 mrd er vanskelig eller umulig for foretakene å estimere før faktura foreligger. Det er derfor viktig at alle fakturerer fortløpende hver måned. Imidlertid viser det seg at det er svært forskjellige rutiner for dette, både med hensyn på hvem i regionen som utfakturerer, når dette blir gjort og med hvilken kvalitet. Dette medfører at usikkerheten i avsetningene blir relativt stor. De regionale helseforetakene er samstemte om at dette er et område med store beløp, for stor usikkerhet og uforutsigbarhet slik at det er behov for kraftige forbedringer på området for å sikre bedre styring og kontroll.

Angående lab-/røntgenoppgjør er rekvirent i stadig økende grad en interessant faktor i analysesammenheng. Imidlertid er dette et parameter som er til dels mangelfullt utfylt i aktivitetsfiler og har således for dårlig kvalitet til å bli brukt i ulike analyser. Rekvirent i denne sammenheng er ikke bare ansatte i spesialisthelsetjenesten, men også i primærhelsetjenesten. For å få en bedre kvalitet i denne dimensjonen i aktivitetsfilene, er det med andre ord veldig mange aktører som må påvirkes og følges opp. Behovet for forbedringer av fakturaflyt og oppgjørsform er også sterkt gjeldende for området lab- og røntgentjenester.

#### 9.2.1.3 Arbeidsflyt GOPP – Helse Sør RHF

I det videre beskrives arbeidsflyten for gjestepasientoppgjør ved GOPP i Helse Sør RHF.

*Gjestepasientoppgjør – inntekter:*

- HF sender aktivitetsfil, (NPR-fil), til GOPP innen 2. virkedag kl. 12.00 hver måned. (Juli fil sendes inn 2. virkedag i august etc.)
- Private institusjoner som har avtale med Helse Sør RHF sender også aktivitetsfiler hvorefter fakturagrunnlag utstedes.
- GOPP grupperer fila og kjører den i et egenutviklet system som genererer fakturagrunnlag
- GOPP returnerer fakturagrunnlaget til foretakene i løpet av 3. virkedag hver måned. Foretakene besørger utfakturerings til andre regioner og følger opp utestående fordringer
- Inntekter godskrives foretakene

*Gjestepasientoppgjør – kostnader:*

- Fakturaer fra andre regioner som skal belastes foretak i Helse Sør sendes til GOPP. GOPP bokfører dette basert på blant annet kommunenummer. Kostnad pr. kommune blir fordelt på foretakene i henhold til en fastsatt ”kommunesplitt”. For eksempel kostnader på Svelvik kommune fordeles med 85% på Sykehuset Buskerud og 15% på Sykehuset i Vestfold. Denne splitten gjøres automatisk i regnskapssystemet. Ikke alle kommuner blir splittet mellom flere foretak.
- Tilsvarende gjelder for fakturaer fra Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF og private institusjoner som har avtale med Helse Sør. Disse får også fakturagrunnlag fra GOPP jfr. beskrivelse under gjestepasientoppgjør – inntekter.
- Fakturaen blir kontrollert mot kommuner i Helse Sør sitt opptaksområde i tillegg til kontroll av ordinære krav til fakturaer. Vi har også oversikt over private institusjoner som har avtale med andre regioner slik at vi ikke bokfører eventuelle fakturaer fra private institusjoner uten avtale. Fakturaer fra institusjoner som får fakturagrunnlag fra GOPP blir kontrollert mot dette grunnlaget.
- I begynnelsen av hver måned genererer GOPP en faktura til foretakene som består av fakturerte og bokførte kostnader fra andre regioner, RR HF og private institusjoner som har avtale med Helse Sør RHF. Vi sender også med en oversikt som viser DRG poeng, beløp, behandlingsperiode etc. sortert pr. leverandør. Dette skal inn i en egen kube i Profitbase fra september.
- GOPP består totalt av 3 årsverk. I tillegg har de avtale med regnskapsseksjonen på RR HF som leverer noe regnskapstjenester, for det meste i form av drift av regnskapssystem, samt noe innen IKT



#### 9.2.1.4 Lab/røntgen – avregning av fylkesandel

- Helse Sør ved GOPP foretar avregning. I 2006 blir det en avregning hvert tertial.
- Det er en frist på 4 måneder på å sende inn filer til Rikstrygdeverket (RTV).
- GOPP bestiller uttrekk fra RTV v/Classic IT. Dette er et uttrekk som viser salg fra hvert foretak
- Pris er RTV takst \* 2,8
- I tillegg er det noen forhold som genererer noen endringer i avregningen. Dette er Hormonlab Aker, Metadonavtalen med St. Olav og Diakonhjemmet som får på egne filer.
- Regnearket fra Classic IT er sortert slik at salg fra hver region ligger i egne arkfaner. Filene inneholder org.nr., navn på sykehus, poliklinikknr. og –navn, fylke, region, bofylke og sum.
- Regnearket sorteres og summeres slik at kjøp og salg mellom regionene fremkommer som et nettomellomværende mellom regionene
- Avregningen sendes til regionene som selv sender nødvendige faktura i henhold til avregning

#### 9.2.1.5 Private institusjoner vi har avtale med

- Alle regionene har avtaler med private sykehus og private lab/røntgen institusjoner som f. eks Feiringklinikken, Drammen private sykehus, Telelab og Capio.
- Faktura fra de private institusjonene skal sendes til den regionen som har inngått avtale for kontroll, bokføring og betaling.
- Avtaleregionen sender faktura videre til andre regioner i de tilfellene hvor andre regioners pasienter er behandlet på avtalen.
- Noe ulikt i regionene om denne viderefaktureringen skal gå til HF eller RHF
- I Helse Sør sender private institusjoner med avtale aktivitetsfil til GOPP som utsteder fakturasertifikat til de private. I denne prosessen ligger også en kontroll slik at det blir fakturert i henhold til avtalen.

Ikke kommersielle (ideelle) sykehus omfattes ikke av dette avsnittet.

#### 9.2.2 Syketransportoppgjør – eksempel Helse Nord

Syketransport er de kostnader som følger av pasientens rettigheter til å få dekt utgifter til transport til undersøkelse og behandling, regulert av Pasientrettighetslovens § 6.2, samt Forskrift om dekning av utgifter til reise til/fra behandling.

For dette feltet har vi tatt utgangspunkt notater utarbeidet av Helse Nord RHF, samt kartlegging av ressursbruk for syketransportoppgjør for transportører i Helse Nords foretak. Det understrekes at vi her bare behandler selve oppgjøret knyttet til transporttjenestene.

Finansieringsansvaret for pasienttransport ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak fra 2004. Ansvar for utgiftene har vært delt mellom regionale helseforetak og staten i 2004 og 2005. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2005-2006), jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2005-2006), ble det vedtatt at alle utgifter til pasienttransport skal dekkes av regionale helseforetaks ramme i 2006.

Tabellen nedenfor viser Helse Nords pengeflyt innen dette området.

|                                         | Finnmark    | UNN        | HHF        | NLSH       | HEHF       | Sum         |
|-----------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Pasienttransport                        | 8 508 119   | 2 915 458  | 245 233    | 1 974 767  | 108 931    | 13 752 508  |
| Sykefrakt Drosje                        | 26 120 604  | 25 341 620 | 30 201 065 | 19 227 129 | 19 163 398 | 120 053 816 |
| Sykefrakt eget transport middel         | 8 376 567   | 5 635 576  | 7 103 644  | 2 882 858  | 6 175 396  | 30 174 041  |
| Sykefrakt rutegående transport          | 4 537 373   | 4 471 654  | 4 629 419  | 3 655 305  | 7 132 367  | 24 426 118  |
| Sykefrakt Fly                           | 76 894 624  | 14 181 258 | 31 556 901 | 38 799 536 | 28 183 996 | 189 616 315 |
| Sykefrakt Ambulansebåt                  | 1 445 606   | 985 346    | 3 994 832  | 1 645 630  | 6 673 450  | 14 744 864  |
| Sykefrakt annen båt                     | 323 531     | 65 685     | 4 263 226  | 91 861     | 45 755     | 4 790 058   |
| Sykefrakt oppholdsutgifter              | 6 213 970   | 3 140 478  | 4 563 906  | 3 531 927  | 4 426 370  | 21 876 651  |
| Sykefrakt arbeids godtgjørelse ledsager | 2 645 524   | 1 078 326  | 2 327 290  | 1 481 489  | 1 698 310  | 9 230 939   |
| Sum                                     | 135 065 918 | 57 815 401 | 88 885 516 | 73 290 502 | 73 607 973 | 428 665 310 |

Tabell 30 Pengeflyt innen sykefraktoppgjør (regnskapstall 2005)

Budsjett for disse områdene er økt med om lag 33 % i 2006, da regionene nå har ansvar for hele utgiftsposten og ikke bare 75 % som i 2005.

Vi skiller i det videre på sykefraktoppgjør som utbetales direkte til pasient og sykefraktoppgjør som utbetales til transportørene.

#### 9.2.2.1 Sykefraktoppgjør – til transportører

Fra 010106 overtok regionene ansvaret for oppgjør med transportører fra Rikstrygdeverket.

Tjenesten fungerer ved at pasient mottar rekvisisjon/kjøreseddel fra legekantor/trygdekantor, for å benytte denne som betalingsmiddel til transportør. Transportør sender denne kjøreseddelen direkte til det HF som er ansvarlig for pasienten, hvor HF-et er ansvarlig for oppgjør til transportøren.

For Helse Nord er dette arbeidet desentralisert til HF-nivå. De øvrige regionene har dette sentralisert. Arbeidet med oppgjør til transportører er i dag ressurskrevende da det gjennomføres manuell kontroll av alle kjøresedler før utbetaling til leverandør. Det igangsettes i disse dager et implementeringsarbeid for elektronisk løsning for kjøresedler, noe som vil effektivisere dette arbeidet vesentlig.

Helse Nord RHF har i dag mellom 7 og 8 årsverk knyttet til sykefraktoppgjør til transportører. Disse personene arbeider i helseforetakenes økonomiavdelinger. Det understrekes at disse personene ikke favnes av utredningen for økonomiområdet.

#### 9.2.2.2 Sykefraktoppgjør – til pasienter

Ansvar for sykefraktoppgjør til pasienter er i dag tillagt NAV (arbeids- og velferdsdirektoratet).

Styringsgruppens bestemmelse om at vi skulle utrede dette området, var de signaler man tidligere hadde fått fra HOD om at avtalen med NAV skulle sies opp per 010107, og de regionale foretakene skulle overta ansvar for dette arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ber

nå de regionale foretakene forlenge sin avtale med NAV til 31.12.07, og skisserer følgende fremtidige løsning på syketransportoppgjøret i brev av 11.10.06:

”Det er nå besluttet at forvaltningen av helserefusjoner skal flyttes ut av Arbeids- og velferdsetaten, og organiseres som en del av sosial- og helseforvaltningen i direkte styringslinje under Helse- og omsorgsdepartementet. Det skal etableres en prosjektorganisasjon i Arbeids- og velferdsdirektoratet som skal utarbeide utkast til detaljert organisasjonsmodell som sendes på bred høring høsten 2006 og planlegge og gjennomføre utfasing av helserefusjonsområdet fra Arbeids- og velferdsetaten til sosial- og helseforvaltningen innen 2010. ”

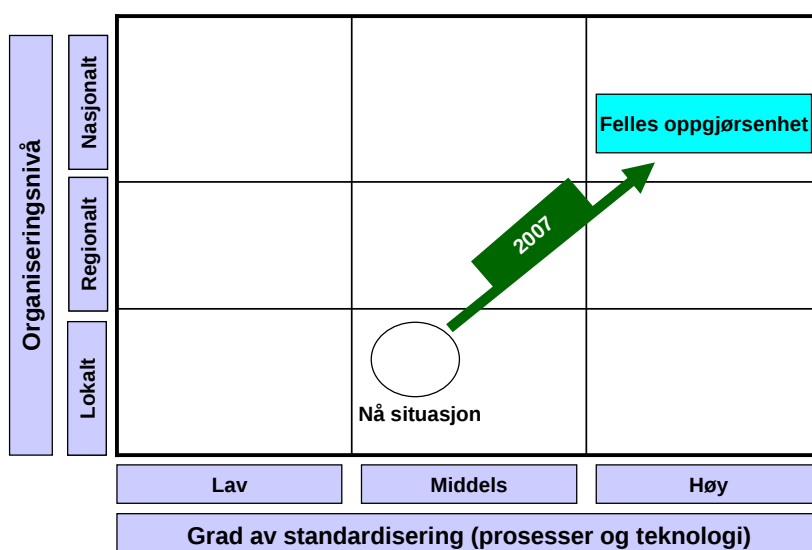
### 9.3 Vurderinger og anbefalinger

Følgende kriterier ble lagt til grunn for de vurderinger som er gjort:

- Fellesløsningens evne til å understøtte overgripende styring og kontroll
- Fellesløsningens evne til å gi kvalitetsmessige bedre tjenester og kundeservice.
- Fellesløsningens evne til å produsere tjenesten mer kostnadseffektivt

Prosjektet anbefaler at det opprettes et nasjonalt oppgjørskontor (NOK). Hovedårsaken til at dette området er en del av utredningen, en bedret struktur på fakturaflyten, og en økt kontroll med de økonomiske midler som overføres mellom RHF-ene årlig. Å flytte oppgjørstjenester over til en profesjonell enhet med fokus kun på dette arbeidet, vil øke kvaliteten på tjenesten og gi en bedre service til helseforetakene. Tjenesten blir mer kostnadseffektiv ved å ha samordning i en felles dedikert enhet som arbeider med dette feltet, sammenlignet med hva som er situasjonen i dag med spredt ressursbruk på de fleste HF.

Illustrativt kan ferden mot et nasjonalt oppgjørskontor vises i følgende figur:



Figur 8 Nasjonalt oppgjørskontor

#### 9.3.1 Etableringen av et nasjonalt oppgjørskontor

Utredningen anbefaler at det etableres felles eierskap til GOPP (Helse Sør) mellom de regionale helseforetak og at GOPP benyttes som en nasjonal clearingsentral for gjestepasientoppgjør. GOPP er allerede operative, har foretatt grunninvesteringene, og har motiverte og dedikerte



ansatte som gjerne bidrar til videreutvikling av en slik enhet. Det er kostnadseffektivt å bygge på det eksisterende GOPP-kontoret for de andre RHF-ene, som dermed ikke trenger å finansiere nye systemer. Vi er av den formening at en samordning i en felles dedikert enhet vil gi en reduksjon av antall ansatte som arbeider med dette feltet sammenlignet med hva som er den nasjonale situasjonen i dag. Prosjektgruppen understreker at ved en eventuell sentralisering av andre områder beskrevet i denne rapporten, må dette ses i sammenheng.

Det vil være hensiktsmessig med en trinnvis tilnærming til etableringen av et nasjonalt oppgjørskontor. I første rekke bør gjestepasientoppgjør, oppgjør for lab- og røntgentjenester og oppgjør med private sykehus vi har avtale med samles i en nasjonal enhet.

Det vil være naturlig i det videre arbeidet å vurdere om transportoppgjør til transportører og til pasienter bør samles i samme nasjonale enhet, men dette bør i så fall utredes nærmere. En nasjonal samordning aktualiseres blant annet av de tekniske løsninger som i dag implementeres for oppgjør til pasienter, og som fjerner behovet for manuell behandling av kjøresedler. Det kan også vurderes om denne tjenesten skal følge en eventuell sentralisering av økonomifunksjoner. Hva angår transportoppgjør til pasienter vil vi anbefale at HOD vurderer å legge en slik tjeneste til et nasjonalt oppgjørskontor.

Helseforetakene og det regionale helseforetaket skal være forpliktet til å bruke kjerneproduktene i fellestjenesten som er gjestepasientoppgjør, oppgjør lab/røntgen, og oppgjør private sykehus (må-tjenester).

Det vil være naturlig å videreutvikle et nasjonalt oppgjørskontor, der kontoret også tilbyr en del kan-tjenester, der foretakene selv bestemmer om de ønsker å benytte tjenesten.

### 9.3.2 Gevinster knyttet til å etablere et nasjonalt oppgjørskontor

På grunn av den korte tidsrammen avsatt til dette prosjektet er det ikke gjennomført noen tyngre økonomiske analyser av det direkte økonomiske nyttepotensialet ved å etablere et felles nasjonalt oppgjørskontor.

Det er likevel klart at en samling i et nasjonalt oppgjørskontor gir økt kvalitet og styring på følgende områder:

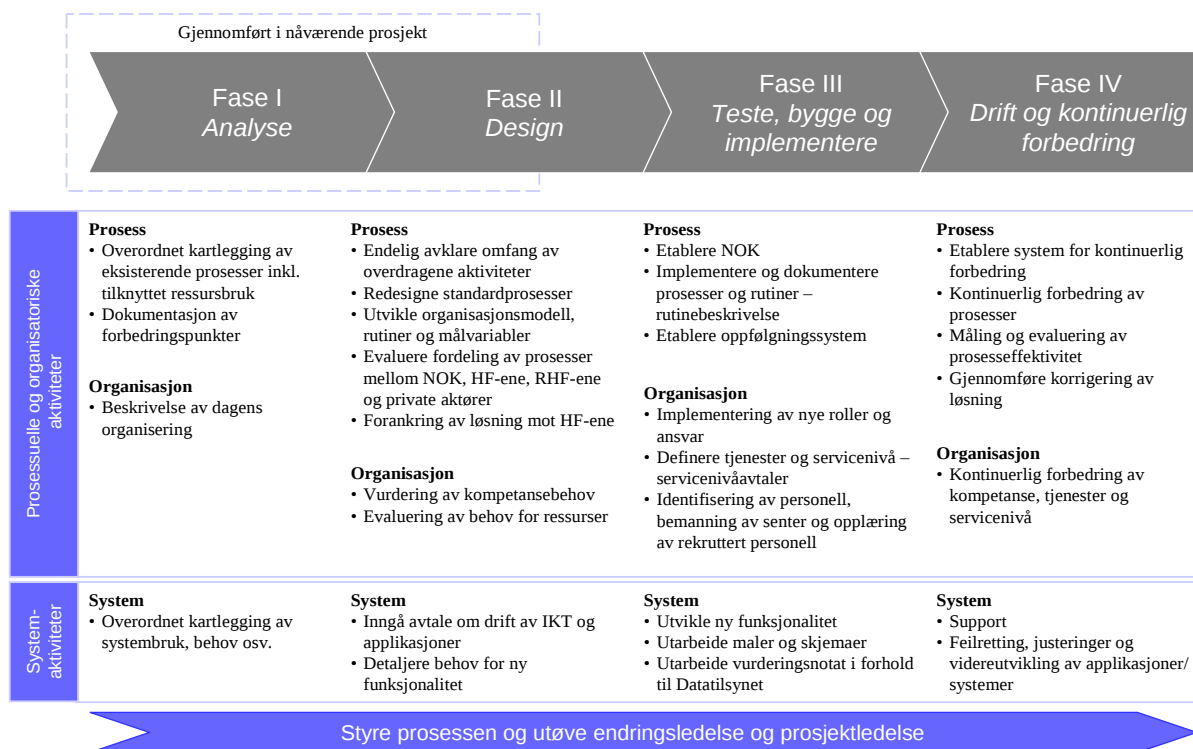
- Bedret styring og kontroll over pengestrømmen på om lag kr 3 mrd
- Mindre flytting av penger mellom foretakene ved at det gjennomføres nettofakturerer av de oppgjør enheten er ansvarlig for.
- Bedret styring og kontroll av oppgjør for lab og røntgen
- Sikre god oversikt over regionenes bruk av gjestepasientordningen
- Gi bedre lokale, regionale og nasjonale analysemuligheter
- Årsverk i RHF og HF vil bli frigjort til å fokusere på andre viktige oppgaver.

### 9.4 Gjennomføringsplan

Prosjektet har lagt vekt på en tidseffektiv arbeidsform, og siden målbildet var rimelig klart fra de regionale helseforetak, har prosjektgruppen bestrebet seg på å legge en konkret gjennomføringsplan.

Kostnadsberegninger knyttet til etablering og drift vil bli gjennomført i fase 2.

De ulike fasene i etablering av et fellestjenestesenter som NOK er vist i figuren nedenfor. Det som er gjennomført i nåværende prosjekt er illustrert til midten av fase II – designfasen.



Figur 9 En firedelt gjennomføringsplan for å etablere nasjonalt oppgjørskontor

De ulike fasene i denne fremstillingen beskrives nærmere i de videre avsnittene. Prosjektgruppen understreker at etableringen av et nasjonalt oppgjørskontor må sikre:

- Innføring av felles utarbeidelse av fakturagrunnlag for alle HF
- Innføring av felles utarbeidelse fakturagrunnlag for alle private institusjoner som har avtale med RHF-ene. Både private ISF og lab/røntgen
- Innføring av nettofakturering
- Utvikle funksjonalitet i pas. sys for koding av bydeler i Oslo kommune, samt øvrige systemkrav.
- For avtaler med private sykehus, splittes fakturaene fra de enkelte private slik at hvert HF kun får en regning på "sine" pasienter.

Nødvendige analysemuligheter på bakgrunn av aktivitetsfiler etter avklaring med Datatilsynet, der vi må kunne analysere mellom HF i en region, analysere mellom HF på tvers av regioner, samt analyser i et nasjonalt perspektiv.

#### 9.4.1 Fase 1: Analysefasen

Analysefasen er gjennomført i inneværende prosjekt, og siden målbildet om bedret styring og kontroll av ressursbruk til gjestepasientoppgjør er omforent, mener prosjektgruppen beslutningsgrunnlaget er tilfredsstillende for å kunne gå videre til fase II-IV

Delpunkt som er tatt med i analysefasen:

- Overordnet kartlegging av eksisterende prosesser inkl. tilknyttet ressursbruk



- Dokumentasjon av forbedringspunkter
- Beskrivelse av dagens organisering for gjestepasientoppgjør, DRG, lab-røntgen, private institusjoner, syketransportoppgjør.

#### **9.4.2 Fase II – Design av nasjonalt oppgjørskontor**

I det videre beskrives områder som må gjennomføres og hensyntas i etableringen av en felles nasjonal oppgjørsenhet.

##### **9.4.2.1 Prosessteg i fase II**

- Endelig avklaring av omfang av aktiviteter som skal innføres i den nasjonale enheten (stegvis)
- Redesigne standardprosesser
- Utvikle organisasjonsmodell, rutiner og målvariabler sammen med HF (tas i neste fase)
- Evaluere fordeling av prosesser mellom NOK, HF-ene, RHF-ene og private aktører (tas i neste fase)
- Forankring av løsning mot HF-ene (tas i neste fase)
- Vurdering av kompetansebehov
- Evaluering av behov for ressurser
- Inngå avtale om drift av IKT og applikasjoner (tas i neste fase)
- Detaljere behov for ny funksjonalitet

##### *Stegvis avklaring nødvendig*

Prosjektet har startet på arbeidet med design av et nasjonalt oppgjørskontor i denne rapporten. Det er ikke alle enkeltelementer som kan ferdigstilles nå, fordi dette krever involvering fra kundene HF/RHF som skal kjøpe tjenester fra et oppgjørskontor. Eksempelvis evaluering av fordeling av arbeidsprosesser mellom oppgjørskontoret og kundene, og utviklingen av målevariabler for produktleveransene.

##### *Redesigne standardprosesser*

Dagens løsninger i GOPP er utviklet etter krav og behov i Helse Sør. Disse løsningene må presenteres på et mer detaljert nivå for øvrige regioner for å avklare om løsningene er tilfredsstillende også for disse. Eventuelle endringer kan foretas i form av felles krav til forbedringer av dagens prosesser.

##### *Vurdering av kompetansebehov*

Dette avhenger selvfølgelig noe av de oppgavene som blir lagt til et nasjonalt oppgjørskontor, men vi ser for oss noen områder som uansett må fylles. Det er viktig at et nasjonalt oppgjørskontor er i stand til å forstå de behov og krav til løsninger som foretakene til enhver tid har og i tillegg ha god kjennskap til de utfordringer helseforetakene til enhver tid blir stilt overfor.

Det vil være behov for IKT-kompetanse, spesielt i form av programmering og databasekunnskaper. Videre må enheten inneha økonomi- og regnskapskompetanse. Enheten må også ha en kundeansvarlig som kan fungere som et bindeledd mellom oppgjørskontoret og foretakene og sørge for at nødvendige avtaler blir inngått og fulgt opp. En kundeansvarlig må også ha en helhetsforståelse for de prosessene oppgjørskontoret er en del av, og kunne se mulighetsområder for forbedringer og effektiviseringer. På sikt bør det også være solid analysekompetanse, primært med medisinsk faglig bakgrunn.

*Evaluerer av behov for ressurser*

I dag består GOPP av 3 medarbeidere som leverer tjenester til foretakene i Helse Sør. Det vil naturligvis være behov for ekstra ressurser i en overgangsperiode avhengig av tempo for implementering av leveranser til øvrige regioner. Anslagsvis vil enheten ha behov for 6-7 årsverk for å levere de skisserte tjenestene til alle regionene.

*Detaljere behov for ny funksjonalitet*

Før ny funksjonalitet utvikles, må det avklares hvorvidt bruk av støtteverktøy må ut på anbud eller om de verktøyene som brukes av GOPP i dag kan benyttes videre i et nasjonalt oppgjørskontor.

| Verktøy              | Beskrivelse av foreslåtte endringer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Databaseverktøy      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GOPP har utviklet funksjonalitet for utarbeidelse av fakturagrunnlag i databaseverktøyet SAS. For å kunne kjøre for alle regionene, må antall lisenser økes og det må være mulig å kjøre flere oppgjør samtidig for å få en effektiv prosess.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Økonomisystem        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Økonomisystemet Oracle Applications er i dag satt opp etter krav fra foretaksgruppen i Helse Sør. Blant annet bokføres inngående fakturaer mot kommuner i Helse Sør. Ved etablering av et nasjonalt oppgjørskontor må det utarbeides en felles kontostreng som viser hvilken form for informasjon som skal registreres.</li> <li>- Det må blant annet vurderes om øvrige kommuner i Norge skal legges inn og kobles mot fakturamottagere i form av HF/RHF eller om det skal bokføres direkte mot HF/RHF. Før vi kan gi endelig svar på dette, må vi gå ytterligere i dybden i hver region for å kartlegge hvordan disse kostnadene fordeles og belastes i regionene.</li> </ul> |
| Analyseverktøy/kuber | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helse Sør bruker, som flere andre regioner, Profitbase blant annet til analyse. For et nasjonalt oppgjørskontor kan dette verktøyet brukes til å gi gode oversikt over inngående fakturaer i tillegg til analyser på bakgrunn av mottatte aktivitetsfiler. Sistnevnte avhenger av nødvendig konsesjon fra Datatilsynet.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Tabell 31 Vurdering av ulike verktøy

I det videre beskrives hva som må gjennomføres videre for å kunne etablere et nasjonalt oppgjørskontor.

**9.4.3 Fremtidige prosjektfaser:****9.4.3.1 Prosess-steg fase III**

Fase III er å teste, bygge og implementere et oppgjørskontor. Det er prosjektgruppens oppfatning at det er mulig å etablere et nasjonalt velfungerende oppgjørskontor innenfor en tidsperiode på 6-8 måneder etter endelig beslutning fra eier. Dette begrunnes ut fra at det ikke vil være en virksomhetsoverdragelse med flytting av ansatte til en ny enhet. Eksisterende ansatte i HF og RHF som driver med gjestepasientoppgjør har alle andre parallelle arbeidsoppgaver, så det er ikke snakk om nedbemanning isolert sett pga etableringen av ett nasjonalt oppgjørskontor.

Samtidig er IKT-systemene ved GOPP etablert og velfungerende og dette vil spare tid. Det vil være snakk om tilpasninger og ev. ny funksjonalitet for å håndtere f.eks. bydelers i Oslo kommune.

#### 9.4.3.2 Forbedringsfasen

Fase IV er drift og kontinuerlig forbedring av et nasjonalt oppgjørskontor. Det vil være kundene som setter definert servicenivå, prisnivå på tjenestene og som vil påvirke utviklingen av organisasjonen gjennom et eget styre/rådgivende organ for enheten.

### 9.5 Andre samarbeidsmodeller – Medisinsk tekniske tjenester

Prosjektgruppen er i tillegg bedt om å kort se på samarbeidsmodeller for medisinsk tekniske tjenester.

Styringsgruppen har valgt å la prosjektet fokusere på følgende funksjonelle oppgaver:

- Godkjenning av medisinsk teknisk utstyr (Regelverk)
- Vedlikehold og kostnader

#### 9.5.1 Beskrivelse av Medisinskteknisk utstyr/tjenester:

I fellesbetegnelsen medisinskteknisk utstyr/tjenester inngår:

- Vedlikehold og deler
- Vedlikeholdskontrakter mot leverandører
- Finmekaniske tjenester
- Kassasjon
- Utstysregister
- Hjemmevakt
- Opplæring og undervisning
- Forskning og utvikling
- IT-MTU
- Anskaffelser og mottakskontroll av MTU
- Offentlige avgifter knyttet til sykehusets MTU
- Oppdrag og spesialtjenester (bl.a. FoU)

#### 9.5.2 Lov og forskriftsunderlag for medisinsk tekniske tjenester

Hovedtyngden av de medisinsk-tekniske-tjenestene er sterkt regulert av lover og forskrifter.

EU utarbeider direktiver for medisinsk teknisk utstyr som er bindende for medlemslandene og EØS-landene (herunder Norge). Helse og omsorgsdepartementet er nasjonal myndighet bla. for følgende direktiv:

- Medisinsk utstyr (MU-direktivet), (93/42)
- Laboratorieutstyr (In vitro diagnostisk medisinsk utstyr) (98/79)
- Aktive implementerbare medisinske innretninger (90/385)

AAD er nasjonal myndighet for følgende direktiv:

- Lavspenningsdirektivet (73/23)
- Elektromagnetisk kompatibilitet (EMC-direktivet) 89/336, 92/31)

Hvert departement har som kompetent myndighet ansvar for utpeking av norske tekniske kontrollorgan på sitt område og melde dette inn til EU. Det Norske Veritas Certification AS er for eksempel et slikt organ for kvalitetssystemer i henhold til direktivet for MU.

Den viktigste forskriften er ”Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr med veiledning” FBVE. Forskriftens formål er å ”sikre at elektromedisinsk utstyr til enhver tid tilfredsstillende sikkerhetskrav og at det brukes forsvarlig og i samsvar med sitt formål.”

Konsekvenser av FBVE:

Forskriften innvirker sterkt på leveransen av medisinsk-tekniske tjenester ift anskaffelse, bruk av egenutviklet utstyr, opplæring i bruk, vedlikehold, loggføring av vedlikeholdsaktiviteter og kassasjon. Direktoratet for samfunnssikkerhet- og beredskap (DSB) fører tilsyn med at denne forskriften etterleves.

### 9.5.3 CE-Merking og samsvarserklæring

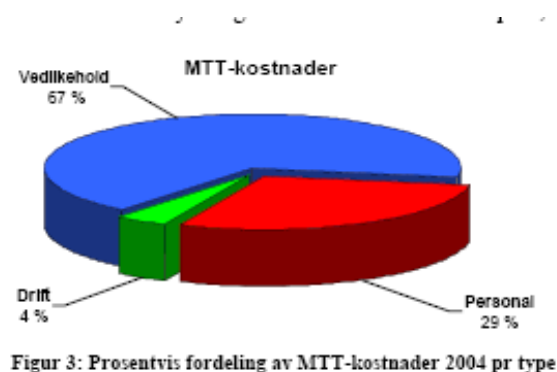
EU-direktivene setter krav til dokumentasjon/bruksanvisning, samt klinisk utprøving for en del MU. De setter også krav til at produsent eller dennes representant skal utstede en samsvarserklæring. Samsvar vil si at utstyret tilfredsstillende kravene i en eller flere nærmere spesifiserte EU-direktiv. For høy-risiko utstyr inneholder Direktivet for MU tildels omfattende krav, og vil et stykke på vei være et kvalitetsstempel

### 9.5.4 Kostnadsestimat for medisinsk tekniske tjenester

En nylig gjennomført benchmarkingundersøkelse i Helse Sør RHF, med data pr. 31.12.2004, viste at kostnaden til medisinsk-tekniske tjenester (MTT) i Helse Sør årlig utgjør 4.2 % av utstyrsparkens akkumulerte anskaffelseskostnad. (MTT-hovedindikator = 4.2 %)

Tilsvarende undersøkelse utført i Helse Sør i 2002 resulterte i en MTT-hovedindikator på 4.0 %

Benchmarkingundersøkelsen trekker dette frem som et konkurransedyktig kostnadsnivå sammenlignet med eksterne leverandører av service og vedlikeholdstjenester knyttet mot medisinsk teknisk utstyr. (MTU)



8 / 17

Figur 10 Prosentvis fordeling av MTT-kostnader 2004 per type

### 9.5.5 Prosjektgruppens anbefaling – samarbeid MTT

Hovedtyngden av kostnadene (ca 60 %) til en Medisinsk teknisk avdeling går til å dekke kostnadene til vedlikehold og service fra eksterne leverandører av utstyrsparken på et helseforetak. Interne kostnader til serviceingeniører i HF er ca halvparten av kostnadene til eksterne leverandører. Her eksisterer det en mulighet for HF til å inngå partnerskapsavtaler med



leverandører etter modell for eksempel fra RR HF. Interne HF-ansatte kurses av leverandøren til å utføre vedlikehold og service på maskinparken, og leverandøren frigjør kapasitet.

Det bør innføres formelle medisinsk tekniske nettverk i hvert RHF der lederen utpekes av RHFet. Disse nettverkene kan bidra til kompetanseutvikling på tvers av HF, og ikke minst sørge for at mindre HF får tilgang til en større pool av serviceingenørkompetanse internt, slik at eksterne kjøp av tjenester kan reduseres. I tillegg fungerer slike nettverk som et virkemiddel for kompetanseheving og gir rom for benchmarking regionalt og på sikt nasjonalt.

## 9.6 Konklusjon Øvrige områder

Det anbefales etablering av et nasjonalt oppgjørskontor som beskrevet i dette kapittel.

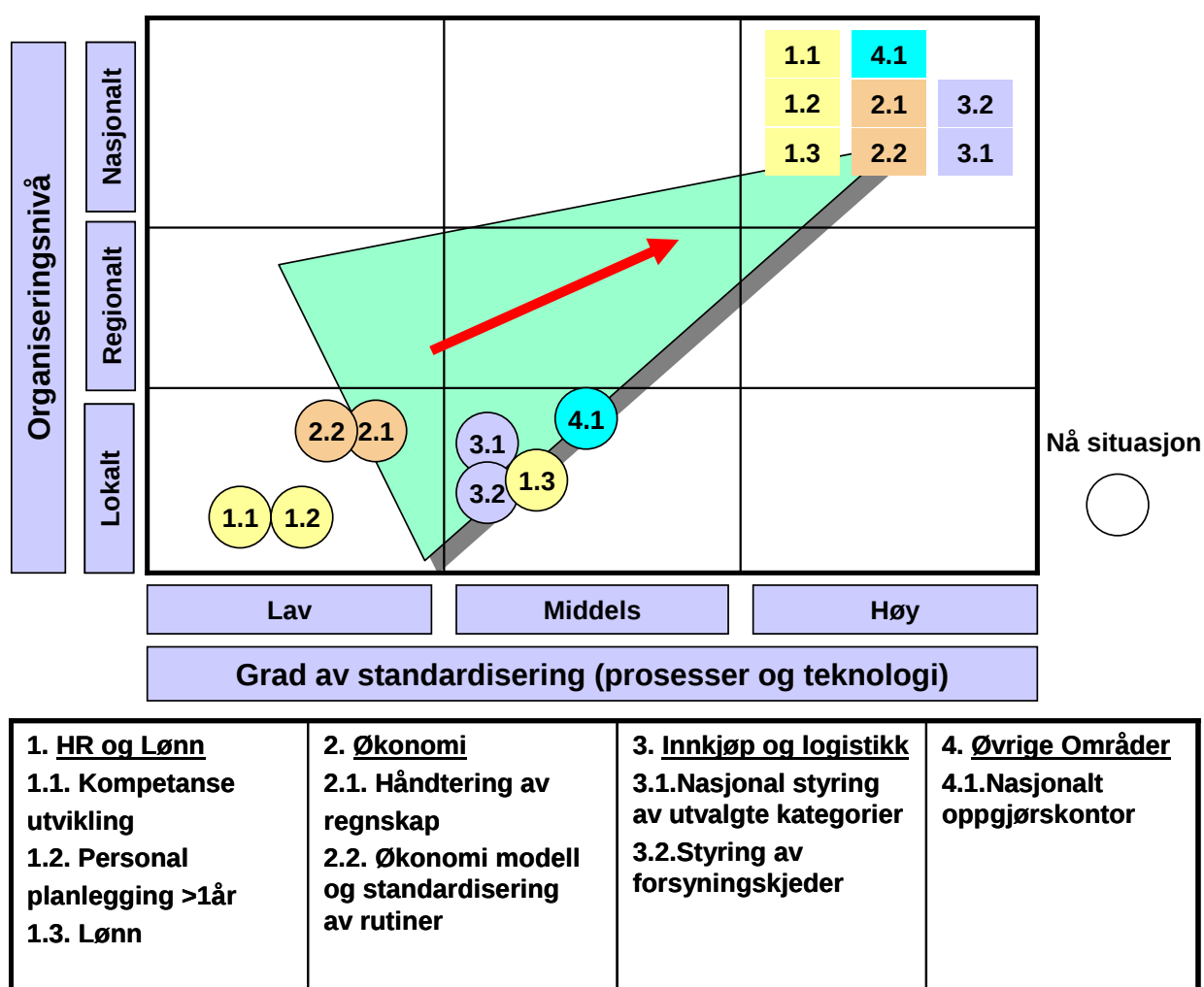
## 10 Mulighetsrom på tvers av hovedområder

### 10.1 Oppsummering anbefalinger fra hovedområdene

I kapitlene 6-9 er hvert hovedområde i utredningen vurdert for seg, og prosjektgruppen anbefaler totalt åtte områder som egner seg for et tettere samarbeid. Disse er så sett i en sammenheng, og prosjektgruppen har identifisert en rekke fellestrekk og mulige synergieffekter.

Den videre drøftingen i kapitlene 10-12, baserer seg derfor på en samlet vurdering av de åtte anbefalte løsningene og kan derfor i noen grad avvike fra det som fremkommer innen de 4 områdene.

Figuren nedenfor illustrerer nå-situasjon (vist med sirkler) for disse åtte områdene og hvordan de tenkes løst i en fremtidig løsning (vist som rektangler).



Figur 11 Eksisterende og fremtidig modell for identifiserte prosesser

Prosjektgruppens langsiktige målbilde er at alle 8 løsningsalternativene bør gå mot nasjonal standardisering av teknologi, prosesser og organisering. Dette fordi en slik løsning synes å gi de best effekt i forhold til å redusere kostnader og få bedret styring og kontroll.

Prosjektgruppen er klar over at det å bevege seg mot nasjonale løsninger innebærer en økt risiko ift implementering, men mener at de positive effektene ved en slik tilnærming mer enn oppveier risikoen. Dette behandles for øvrig i noe mer detalj i kapittel 11.



Prosjektgruppen ser videre at alle åtte løsningsforslagene kan struktureres i en av følgende to kategorier som også gjenspeiler den videre drøftingen:

- Transaksjonstunge prosesser
- Kompetanse spesifikke prosesser

### 10.2 Transaksjonstunge prosesser

Tre av de anbefalte åtte løsningsforslagene er særlig transaksjonstunge:

- Lønnsprosessen
- Håndtering av regnskap
- Nasjonalt oppgjørskontor

Disse prosessene har også den egenskap at de kan utføres langt fra brukeren uten at det nødvendigvis behøver å oppleves som forringelse av kvalitet. I tillegg til disse prosessene er det også deler av innkjøpsprosessen (system for bestilling/rekvisisjon) som har sterke synergieffekter med regnskapsprosessen.

De transaksjonstunge prosessene bør så langt mulig understøttes av felles systemer, jfr klare anbefalinger fra referansebesøkene: HSE (Irland), NHS (UK), Hydro, FLO m fl. Dette fordi det synes å være muligheter for kostnadsbesparelser, spesielt med hensyn til investeringer og vedlikehold av teknologi (eks lisenskostnader og oppgraderinger).

Det faktum at lønnssystemet inneholder master på personaldata er også et argument for at felles standardisert løsning på disse områdene er fornuftig ift bruk av eksempelvis fullmaktsstruktur og tilgangsrettigheter. En felles plattform må ha mulighet til å kunne tilpasses særskilte behov for tekniske integreringer. Ett eksempel på dette er elektronisk arbeidsplansystem, som må kunne integreres i lønnssystemet.

Tjenesteområdet økonomi anbefalte i utgangspunktet tre alternative løsninger for økonomi/regnskapsprosessen. Når denne prosessen ble sett i sammenheng med lønnsprosessen, samt at enkelte forutsetningene forutsettes endret i forhold til dagens situasjon, ble anbefalt løsning den samme som for lønn. En viktig forutsetning for økonomisk gevinstrealisering ved nasjonal samordning på disse tjenestene er at merverdiavgiftsproblematikken løses. Dette kommenteres nærmere i kapittel 11.

Organisatorisk anbefaler prosjektgruppen at det opprettes et nasjonalt program. Programmets hovedoppgave blir å jobbe frem nasjonal samordning av prosesser og standardisering av teknologiske løsninger. For at programmet skal lykkes i dette arbeidet, må de ha et klart mandat og tidsperspektiv som er forankret hos eier og de regionale helseforetakene. Rask etablering av et slikt nasjonalt prosjekt er særlig viktig fordi det vil kunne gi nødvendige avklaringer for videre fremdrift av pågående/planlagte prosesser og investeringer.

### 10.3 Kompetansetunge prosesser

Fem av de anbefalte åtte løsningsforslagene er særlig kompetansetunge:

- Kompetanseutvikling
- Personalplanlegging på lang sikt (> 1 år)
- Styling av forsyningskjeder



- Nasjonal styring av utvalgte kategorier
- Økonomimodell og standardisering av rutiner

Disse prosessene har den egenskap at de bør utføres i nærhet til brukeren.

Selv om selve utførelsen skjer nær bruker, er det viktig at prosesser og teknologi standardiseres for å øke kvaliteten på disse tjenestene. For eksempel er kompetanseutvikling et område som er lite utviklet i de fleste helseregionene. Felles utvikling av prosesser vil medføre muligheter til bedre styringsinformasjon, høyere kvalitet og reduserte kostnader. Når prosesser er utviklet og standardisert og understøttet av felles teknologi vil selve arbeidet med kompetanseutvikling gjennomføres på lokalt nivå.

Det bør i det foreslåtte nasjonale programmet også utredes videre fremdrift for en mulig opprettelse av en nasjonal løsning (f eks et nasjonalt kompetansesenter).

#### 10.4 Teknologiske implikasjoner knyttet til mulighetsrom

Felles systemer i bunn er en forutsetning for å realisere gevinster i form av effektivisering og høyere kvalitet på styringsinformasjon. Nasjonal IKT sin grundige utredning knyttet til utvikling av nasjonale systemløsninger underbygger dette argumentet<sup>3</sup>. Spesielt aktuelt ifm denne utredningen er alternativ 4.b: "Felles administrative applikasjoner med tilhørende infrastruktur".

---

<sup>3</sup> Kilde: "Utredning av langsiktig organisering av IKT-området" levert fra Nasjonalt IKT og datert 13. mars 2006.

## 11 Vurdering og konklusjoner

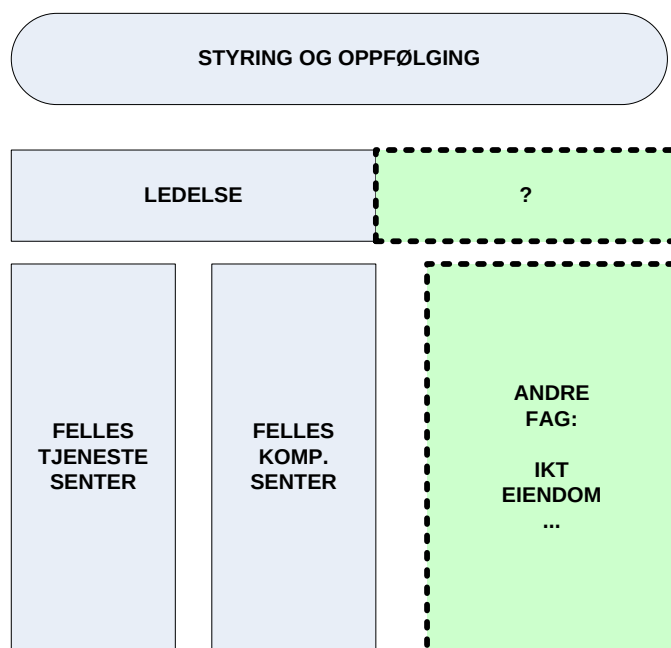
### 11.1 Anbefalt samarbeidsmodell

Prosjektgruppen anbefaler en videre utredning som identifiserer alternative organisasjonsformer for nasjonale fellesløsninger innen stabs- og støttefunksjoner. Slik lovverket er i dag synes eneste alternativ for en felles nasjonal enhet å være opprettelse av et heleid aksjeselskap.

En slik felles nasjonal løsning, kan organiseres ut fra tjenestenes egenskaper i f.eks:

- Et felles tjeneste senter (transaksjonstunge)
- Et felles kompetansesenter (kompetansetunge)

Det er ikke prosjektgruppens mandat å vurdere nytteverdien av at eventuelle andre tjenester legges inn i en slik løsning, men i figuren nedenfor er det antydnet muligheten for å organisere også andre eksisterende enheter under en samlet ledelse.



Figur 12 Eksempel på mulig organisering av nasjonalt fellessenter

### 11.2 Løsning for transaksjonstunge prosesser

#### 11.2.1 Hensikt

Det anbefales å utrede muligheten for et felles konsept der man samler transaksjonstunge prosesser. Bakgrunnen for dette er at det synes mulig å utnytte stordriftsfordeler knyttet til organisering og teknologi og derigjennom redusere kostnadene på tjenestene.

De prosessene som anbefales lagt inn i en slik løsning er støttetjenester til kjernevirksomheten i spesialisthelsetjenesten. I en felles løsning vil disse prosessene få et tydeligere fokus og være kjerneaktivitet. Dette vil gi et tydeligere fagmiljø og føre til bedre kvalitet på de tjenestene (ref referansebesøk).



### 11.2.2 Organisering

Dette området må videre utredes og konkretiseres i eventuelle senere faser. Prosjektet vil allikevel presentere noen viktige erfaringer fra referansebesøkene.

En slik eventuell nasjonal løsning må ha et tydelig mandat i form av å levere tydelig avgrensede støttetjenester med en definert kvalitet. Dette kan for eksempel styres gjennom Service Level Agreements (SLA).

Det er også viktig at en felles løsning får sine mål og strategier og blir fulgt opp av et styre eller en annen form for overordnet og tydelig ledelse på lik linje med generelle krav til god virksomhetsstyring.

Det er prinsipielt svært viktig å skille mellom organisering og lokalisering. Et felles løsning kan i prinsippet ha en rekke lokasjoner men ha felles ledelse. (Dette viste i prinsippet alle referansebesøk).

En tydeligere organisering av slike fellesløsninger vil øke åpenheten i spesialisthelsetjenesten, og blant annet gjøre involvering fra tillitsvalgte enklere.

## 11.3 Løsning for kompetansetunge prosesser

### 11.3.1 Hensikt

Det anbefales videre utredet en nasjonal felles løsning (f eks et nasjonalt kompetansesenter) som bør underlegges samme ledelse/styre som løsning for de transaksjonstunge prosessene.

Hovedhensikten med en nasjonal fellesløsning er å samordne prosjekter som etableres for å utvikle felles nasjonale standarder på områder som krever tung kompetanse. Dette vil medføre økt profesjonalisering av prosjektgjennomføring, og sikre framdrift og gjennomføringsevne på nasjonale prosjekter. Kompetansesenteret bør være en proaktiv pådriver for utvikling innen sine tjenesteområder.

En nasjonal fellesløsning kan også utføre prosjektlignende strategiske driftsoppgaver som RHFene ønsker å gjøre i fellesskap. Noen slike oppgaver løses i dag av ulike eksisterende nasjonale nettverk, og disse bør kunne få støtte i form av en sekretariatsfunksjon eller inngå som en mer integrert del av en løsning for de kompetansetunge prosessene.

En tydeligere organisering av nasjonale strategiske prosjekter og nettverk vil øke åpenheten i spesialisthelsetjenesten, og blant annet gjøre involvering fra tillitsvalgte enklere.

### 11.3.2 Organisering

Det synes hensiktsmessig å legge den foreslåtte nasjonale fellesløsningen administrativt sammen løsning for de transaksjonstunge prosessene.

Løsningen bør ha et lite, fast sekretariat, med kompetanse innenfor prosjektleidelse og strategi. Oppgavene til sekretariatet er å legge til rette for og følge opp fremdrift og prosjektgjennomføring av de prosjektene som legges til kompetansesenteret. Man bør hente inn kompetanse fra helseregionene eller eksternt for å gjennomføre de oppgavene/prosjektene som legges til senteret.

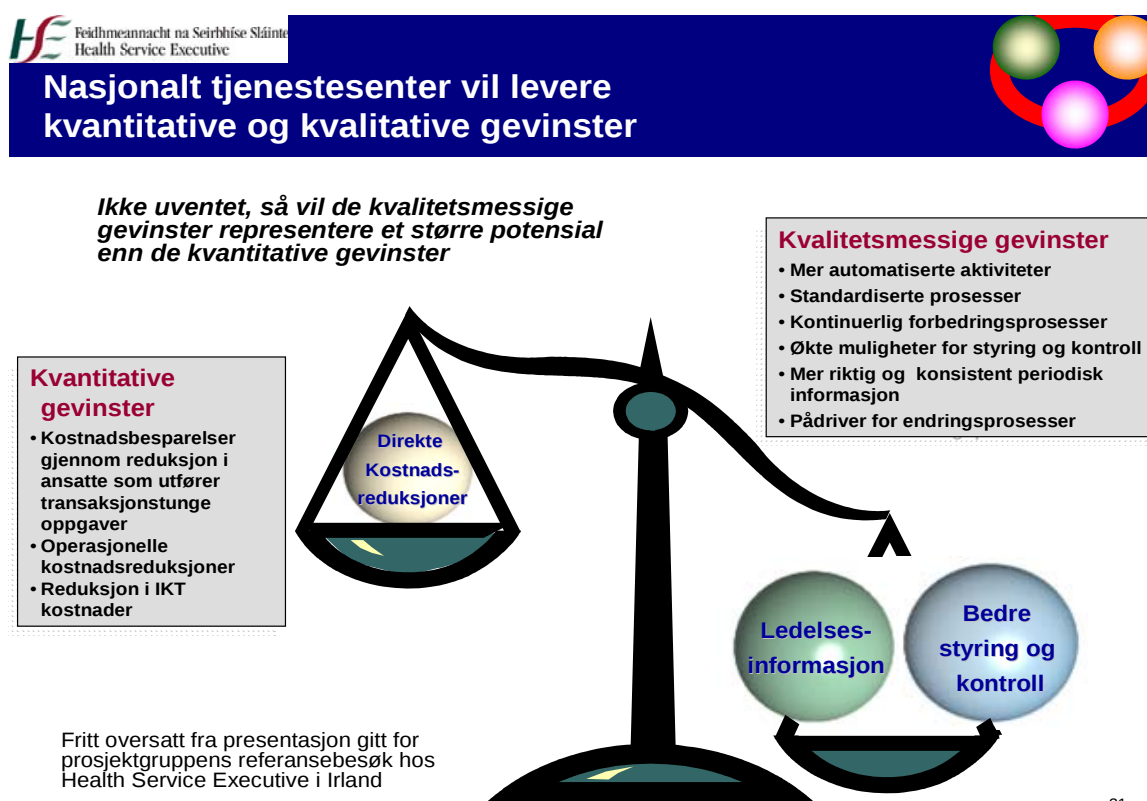
HINAS synes å være en enhet som organisatorisk bør vurderes i sammenheng med en slik nasjonal felles løsning innen kompetansetunge prosesser. Av tiltakene som anbefales flyttet til en slik nasjonal løsning er ”Styring av forsyningskjeder” og ”Nasjonal styring av utvalgte kategorier” fagområder som ligger under HINAS kjerneområde.

#### 11.4 Andre samarbeidsmodeller

Det er ikke prosjektgruppens mandat å vurdere eventuelle andre tjenester lagt inn i en slik organisasjon, men vi ser at det kan være andre tjenester som synes å kunne være aktuelle å organisere i en nasjonal fellesløsning. Disse kan være Nasjonal IKT, Eiendom mv. Prosjektgruppen anbefaler derfor at disse områdene vurderes nærmere i en den videre prosessen.

#### 11.5 Økonomisk mulighetsrom

Løsningen prosjektgruppen har identifisert synes på sikt å kunne gi en økonomisk gevinst på 1 mrd kroner pr år (se kapittel 4). Gevinstene fordrer imidlertid store investeringer i blant annet teknologi, og det er en rekke risikoelementer forbundet med løsningen. Imidlertid er det de kvalitetsmessige gevinstene som er særlig interessante. Referansebesøkene tyder alle på at nasjonal samordning gir størst gevinster på blant annet styring og kontroll.



31

Figur 13 Hvilke gevinster en kan forvente seg ved etablering av felles nasjonale løsninger

#### 11.6 Forutsetninger

Det vises til kapitlene 6-9 for forutsetninger spesifikt for det enkelte tjenesteområde i utredningen.

En vellykket implementering av de foreslåtte tiltakene fordrer at noen grunnleggende forutsetninger er til stede. Dersom en eller flere av forutsetningene helt eller delvis ikke oppfylles, kan det innebære at tiltakene ikke får den effekten som beskrives.

Det må også påregnes tilførsel av investerings- og driftsmidler de første årene.



#### **11.6.1 Merverdiavgift**

Dersom en nasjonal fellesløsning skulle bli et felleseid AS utløser det i utgangspunktet merverdiavgiftsplikt, ref de juridiske betraktningene i kapittel 3. En slik plikt vil i så fall medføre at effekten på de forslåtte tiltakene reduseres tilsvarende, grovt estimert til 50-70 mill pr år.

#### **11.6.2 Involvering av ansatte**

En vellykket omstilling er helt avhengig av god forankring. Det er derfor viktig at de ansattes representanter involveres i alle faser i den videre prosessen. Dette er også understreket av de ansattes representanter i utredningsarbeidet. Erfaringene fra alle referansebesøk underbygger også dette.

Det er viktig at det avsettes tilstrekkelige omstillingsmidler og etableres omstillingsavtaler med de berørte partene.

#### **11.6.3 Forankring**

For å sikre nødvendig fremdrift er forankring i HOD og i alle helseregionene helt nødvendig. Lederne i helseregionene må ha felles ambisjon og fremstå konsistent og samkjørt i kommunikasjon med impliserte parter.

#### **11.6.4 Obligatorisk deltagelse**

For å få stordriftsfordeler og bedret styringsinformasjon er det en forutsetning at alle helseforetak må benytte de tjenestene som legges til et nasjonalt fellessenter. Tjenestene må styres gjennom tydelige grensesnitt og klare serviceavtaler som definerer alle forhold knyttet til tjenestene.

#### **11.6.5 IKT investeringer**

Nasjonalt IKTs "Utredning av langsiktig organisering av IKT-området" av 13. mars 2006 presenterer en rekke anbefalinger som direkte eller indirekte vil kunne påvirke det videre arbeidet mot de forslagene som presenteres av prosjektgruppen. Det videre arbeidet må derfor følge opp utviklingen av den nevnte utredningen.

### **11.7 Risikoområder**

Det vises til kapitlene 6-9 for usikkerheter spesifikt for det enkelte tjenesteområde i utredningen.

Usikkerhetshåndtering er en viktig faktor for å lykkes med programmet, og det må jobbes aktivt med kontinuerlig usikkerhetshåndtering i alle faser.

Det ligger en generell usikkerhet knyttet til at denne utredning er fase 0, og mer detaljerte beregninger må følge i senere faser og dette vil redusere usikkerhetsbildet; spesielt innen områdene: Økonomiske vurderinger, organisatoriske modeller og juridiske vurderinger.

I det videre presenteres noen sentrale usikkerheter identifisert i denne fasen.

#### **11.7.1 Usikkerhet i organisasjonen (ansatte)**

Endringer i tjenester slik det er beskrevet i denne utredning medfører tradisjonelt en del usikkerhet hos ansatte på mange nivå i organisasjonen. Det er derfor ikke uvanlig at endringsprosjekter møter en viss grad av motstand i organisasjonen. Prosjektgruppen anbefaler derfor at man i alle faser av programmet involverer de ansattes organisasjoner tett.

Videre er det viktig at man etablerer gode rutiner for kommunikasjon og informasjon for å gi den enkelte mest mulig forutsigbarhet i prosessen.

Det er også viktig at programmet forankres på alle ledernivåer.

### 11.7.2 IKT – Felles system(er)

IKT investeringer er tradisjonelt forbundet med en viss usikkerhet, og eventuelle nasjonale løsninger vil ikke være noe unntak. Samtidig vil det være en betydelig usikkerhet knyttet til eventuelle regionvise (parallele) anskaffelser av samme type systemstøtte.

Det vil være en lang prosess å utvikle og implementere gjennomgående løsninger i spesialisthelsetjenesten, og prosjektgruppen mener det derfor også er en gjennomføringsrisiko knyttet til felles systemløsninger

Det vil være risikoreduserende å anskaffe systemer med flere mulige leverandører slik at eventuelle byttekostnader på rådgivnings- og driftssiden kan minimeres. I forhold til applikasjon(er), vil det være høye byttekostnader uansett systemløsning(er).

### 11.7.3 Tidsperspektiv

Det pågår en rekke prosjekter og initiativer i regionene som berører stabs- og støttefunksjoner. Det er viktig at programledelsen nasjonalt etableres raskt slik at initiativene kan ha gjensidig nytte av hverandre og unngå suboptimale løsninger både regionalt og nasjonalt.

### 11.8 Forholdet til andre nasjonale initiativ

Det er ikke prosjektgruppens mandat å vurdere eventuelle andre tjenester lagt inn i en slik organisasjon, men det synes klart at det er ønskelig med klare styrings- og rapporteringslinjer til alle enheter som ikke ligger direkte under de regionale helseforetakene. Konseptet i rapporten legger til rette for dette.

Vi har gjennom arbeidet sett at det kan være andre tjenester som synes å være aktuelle i en nasjonal fellestjenesteorganisasjon. Disse kan være Nasjonal IKT, Eiendom mv. Prosjektgruppen anbefaler derfor at disse områdene vurderes nærmere i en den videre prosessen. HINAS er et eksempel på en organisasjon som bør vurderes ifm etablering av en felles løsning.

## 12 Prosjektgruppens anbefalinger – veien videre

Prosjektgruppen anbefaler på bakgrunn av konklusjonene fra denne utredning at det etableres et nasjonalt program i den hensikt å utvikle konseptet med nasjonale felles løsninger ytterligere inn i fase 1.

Programmet bør etableres raskt slik at pågående og planlagte aktiviteter i regionene kan dra nytte av nasjonale initiativ. Den videre fremdrift styres og koordineres gjennom programmet både mht målbilde og gjennomføringsplan for den enkelte region/HF.

Videre anbefaler prosjektgruppen at:

- Det i forbindelse med forberedelse til neste fase gjennomføres et referansebesøk/studietur til Health Services Executive i Irland med deltakelse fra ledelsesnivå i RHFene (og ev HOD)
- De ansattes organisasjoner deltar i hele den videre prosessen. Den brede deltakelsen fra den ansattes organisasjoner og konsernverneombud har vært meget positivt i denne forstudien, og behovet for involvering av de ansatte er også understreket av mange referanser som et viktig suksesskriterium.



### 13 Referanser

Kontaktinformasjon vedr Prosjektgruppens referansebesøk kan fås ved henvendelse til prosjektleder: Lars Rønning på e-post: [lars.ronning@helse-sor.no](mailto:lars.ronning@helse-sor.no).

Det samme gjelder annen kildeinformasjon nevnt i denne rapport.

## 14 Vedlegg

De fleste vedlegg til denne rapporten foreligger i elektroniske versjoner (store Excel ark), og det er derfor lite hensiktsmessig å trykke disse som vedlegg til rapporten.

Vedleggene kan i stedet fås elektronisk ved henvendelse til Prosjektleder Lars Rønning på e-post: [lars.ronning@helse-sor.no](mailto:lars.ronning@helse-sor.no):

- Detaljert juridisk betraktning
- PowerPoint til de økonomiske betraktningene
- Regneark fra nå- kartleggingen (elektronisk)
- Kommentarer fra RHFene, prosessmodellen (elektronisk)
- Kommentarer fra RHFene, gjennomføre, igangsatte og planlagte prosjekt (elektronisk)
- Regneark som viser de økonomiske beregningene (elektronisk)