



Rapport

Revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomisk balanse Sørlandet sykehus HF

Rapport nr.	2/2009
Revisjonsperiode	September 2008-februar 2009
Virksomhet	Sørlandet sykehus HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Sørlandet sykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Sørlandet sykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisor	Karl-Helge Storhaug Tove Kolbeinsen Kenneth Årdalen Kristin Hansstein

Innhold

1	OPPSUMMERINGER OG ANBEFALINGER.....	3
2	INNLEDNING.....	5
2.1	BAKGRUNN OG FORMÅL	5
2.2	REVISJONSPROSESS OG METODE	5
2.3	DIALOG OG SAMHANDLING I FORBEDRINGSARBEIDET	6
3	TILTAK FOR Å OPPNÅ BUDSJETT I BALANSE FOR 2009.....	7
3.1	ØKONOMISK UTFORDRING OG TILTAK FOR ØKONOMISK BALANSE I 2009-BUDSJETTET	7
3.2	VURDERINGSKRITERIER	8
3.3	FUNN FRA GJENNOMGANGEN AV TILTAK FOR ØKONOMISK BALANSE I 2009-BUDSJETTET	8
3.3.1	<i>Forankring av tiltak.....</i>	8
3.3.2	<i>Konkrete og realistiske tiltak.....</i>	9
3.3.3	<i>Tilstrekkelige tiltak.....</i>	13
4	VIKRSOMHETS- OG ØKONOMISTYRING VED SSHF.....	14
4.1	ORGANISERING, STYRINGSMODELL, ROLLER OG ANSVAR INNENFOR VIRKSOMHETS- OG ØKONOMISTYRINGEN	14
4.2	VURDERINGSKRITERIER	16
4.3	FUNN FRA GJENNOMGANGEN AV VIRKSOMHETS- OG ØKONOMISTYRINGEN	17
4.3.1	<i>Styringsklima, kommunikasjon og samhandling</i>	17
4.3.2	<i>Organisering, ressurser og kompetanse i virksomhets- og økonomistyringen.....</i>	18
4.3.3	<i>Fordeling av ansvar og myndighet og systemer for opprettelse, endring og oppbør av fullmakter.....</i>	19
5	VEDLEGG	21
5.1	INFORMASJONSGRUNNLAG	21
5.2	GJENNOMFØRTE SAMTALER	21
5.3	SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING.....	22
5.4	OVERSIKT ØKONOMISKE UTFORDRINGER MED KOMMENTARER.....	23

1 Oppsummeringer og anbefalinger

Formålet med revisjonen ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) har vært å bekrefte om tiltak for å sikre økonomisk balanse for 2009 er godt forankret, konkrete, realistiske og tilstrekkelige for å oppnå balansekravet.

Som ledd i gjennomgangen har konsernrevisjonen også sett på organisering, gjennomføring og oppfølging av virksomhets- og økonomistyringen i SSHF. Det har vært et mål å bekrefte om systemene og prosessene er tilstrekkelige slik at det er rimelig sikkerhet for god økonomisk styring og oppfølging av driften.

Tiltak for å oppnå økonomisk balanse i 2009

Gjennomgangen av de samlede tiltakene for å oppnå økonomisk balanse som er lagt inn i budsjettet for 2009, viste at disse i hovedsak er forankret i overordnede målsettinger og at prosessene for å identifisere og prioritere tiltak har vært gjennomført med tilstrekkelig involvering og eierskap. Gjennomgangen viste også at tiltakene i hovedsak var konkrete, dvs. at det er godt dokumentert hva tiltakene består av, hvilken klinikk/avdeling/seksjon som har ansvar for dem, hvor de er forutsatt å gi virkning og når dette skal skje.

Gjennomgangen viste at forutsetningene for de justeringer som er gjort i budsjettet for 2009, i varierende grad varer beskrevet/dokumentert. Enkelte av tiltakene var lite definert eller konkretisert, men lå som en diverse post på den enkelte klinikk og besto ofte av flere mindre tiltak uten at det var lagt til rette for en underdokumentasjon som faktisk viste hva disse besto av.

Gjennomgangen med klinikkjefene og klinikkøkonomer av deres tiltak i ”Omstillingsutfordringer 2009” viste at det i ulik grad faktisk forelå underdokumentasjon i forbindelse med prosessene fra august med å definere tiltakene, men at denne forefantes i form av møtereferater på ulike nivåer i klinikkene og arbeidsdokumenter i de ulike klinikkene. Det var ikke stilt krav fra sentral økonomiledelse til hvordan vurderinger knyttet til disse tiltakene faktisk skulle dokumenteres for å kunne etterprøve realismen i tiltaket. Fordi økonomiavdelingen ikke satt med et underlag som underbygger forutsetningene og dette heller ikke var systematisert på en enhetlig måte i klinikkene i denne prosessen, var det heller ikke praktisk mulig for konsernrevisjonen å etterprøve vurderinger av dette ned i de ulike klinikkene. Framlagt dokumentasjon inneholdt i veldig liten grad en beskrivelse av hvordan tiltaket var tenkt gjennomført, en vurdering av risiko og en etterprøvbare konsekvensvurdering av effekten av tiltaket.

Gjennomgangen har vist at det har vært en involverende og bred budsjettprosess som har omfattet alle ledelsesnivåene i foretaket. Av denne grunn er det etter konsernrevisjonens vurdering rimelig sannsynlig at tiltakene i hovedsak er godt fundert.

Tiltakene som er beskrevet i ”Omstillingsutfordringer 2009” vil ikke dekke opp denne totale budsjett-risikoen og de aktiviteter som er vesentlige i forhold til å sikre budsjettbalanse i 2009. På bakgrunn av dette har konsernrevisjonen i sin vurdering av kriteriet ”tilstrekkelighet” valgt å utvide vurderingen til i tillegg til å omhandle ”Omstillingsutfordringer 2009” også inkludere øvrige budsjettposter med spesiell risiko som vil være kritisk for å sikre budsjettbalanse.

Klinikkjefene og økonomidirektør har gjennomført en vurdering av de vesentlige risikoområder for budsjettposter som er knyttet til budsjettbalanse i 2009 og det er bl.a. utfordringer fra 2008 som må ivaretas i budsjettet for 2009. En hovedoppstilling av dette ga da et økonomisk utfordringsbilde på -191 mill kr, men en finansieringsside på 207 mill kr. Dvs. en positiv netto på 16 mill kr.

Med utgangspunkt i denne oppstillingen har konsernrevisjonen, sammen med økonomidirektør, foretatt ytterligere vurderinger av totalbudsjettet og ulike kostnads- og inntektspostene for 2009. I vurderingene av økonomisk risiko i budsjettet ble det da sett på risikoforhold knyttet til:

- økt forbruk av høykostnadsmedisiner
- videre nedgang i aktivitet innenfor Medisinsk klinikk
- merforbruk av vikarer utover 2008-nivå
- valutarisiko knyttet til varekjøp

Disse forholdene bidrar til å øke det økonomiske utfordringsbildet fra -191 mill kr til -237 mill kr.

Samtidig ble det identifisert flere forhold som bidrar på finansieringssiden:

- ny ISF-ordning fra det Helse Sør-Øst RHF vedr. høykostnadsmedisiner
- sannsynlig økonomiske gevinster gjennom nye innkjøpsavtaler
- økonomisk buffer i allerede iverksatt tiltakspakke

Disse postene bidrar til en økning i finansieringssiden fra 207 mill kr til 220,3 mill kr.

Underdekningen i budsjettet er ut fra disse forutsetningene beregnet til -16,7 mill kr. En eventuell økonomisk buffer kommer da i tillegg. Gjennomgangen viste at det på tidspunktet for avslutningen av revisjonen, ikke var definert alternative tiltaksområder dersom det skulle oppstå negative avvik i noen av de beskrevne område over. Etter konsernrevisjonens vurdering innebærer dette et behov for at SSHF arbeider med å identifisere og prioritere ytterligere tiltak for å komme i budsjettbalanse i 2009.

Virksomhets-/økonomistyring

Gjennomgangen viste at det er etablert hensiktsmessige og godt fungerende arenaene for kommunikasjon og samhandling, samtidig som foretakets styringsklima er tilfredsstillende.

Gjennomgangen av virksomhets- og økonomistyringen viste at det er uensartet styring i klinikkene, samtidig som økonomiavdelingens ressurser og kompetanse for å kunne ivareta en effektiv foretaksomgripende økonomistyring ikke er tilstrekkelige. Etter konsernrevisjonens vurdering medfører de uensartede systemene og den høye andelen stabs-/støtteressurser i klinikkene at styringsprosessene blir mindre effektive, samtidig som det krever oppbygging og vedlikehold av kompetanse flere steder i organisasjonen.

Konsernrevisjonen anbefaler at det etablert mer enhetlige styringsprosesser, og hvor økonomiavdelingen har systemansvar og ressurser/kompetanse for å yte ledelsesstøtte til klinikkene. En mer enhetlig måte å gjennomføre virksomhets-/og økonomistyringsprosessene på vil da bidra til at kompetanse og kapasitet kan deles mellom klinikker, og mellom klinikker og økonomiavdelingen. Sett under ett vil dette kunne bidra til en mer enhetlig og robust internkontroll i foretaket.

Gjennomgangen viste også at den interne kontroll i anskaffelsesprosessene har svakheter som bør rettes opp for å sikre effektiv forebygging av brudd på regelverket som gjelder på området. Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket gjennomgår organisering av innkjøpsfunksjonen.

Gjennomgangen viste ellers at dagens prosedyrer og oppbygging av i forhold til fullmakter ikke er i samsvar med de nye retningslinjene for fullmakter som er nedfelt i foretaksmøte i desember. Foretaket har startet en prosess med å kartlegge gapet mellom dagens fullmaktssystem og system for å forvalte dette mot føringene som ligger i nytt fullmaktssystem. Gapanalysen er planlagt ferdigstilt til slutten av mars 2009 og det vil etter dette bli utarbeidet en konkret handlingsplan for å ferdigstille dette.

Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket som ledd i sin gjennomgang av fullmakter, samtidig sørger for å styrke systemer og rutiner for å opprette, endre og bringe til opphør fullmakter både innenfor personalområdet og innkjøpsområdet.

2 Innledning

I kapittel 2 gjøres det rede for revisjonens bakgrunn og formål (kap 2.1), revisjonsprosess, metode og avgrensninger (kap 2.2) og dialog/samhandling med Sørlandet sykehus HF (kap 2.3).

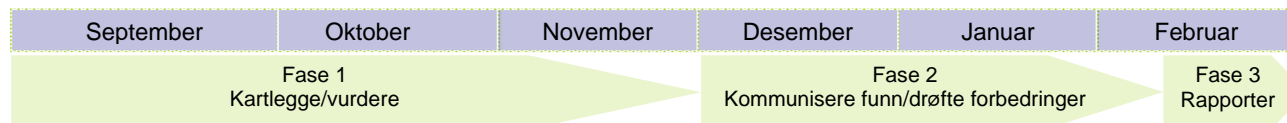
2.1 Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for revisjonen er helseforetaksgruppens utfordringer med å oppnå økonomisk balanse. Revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF har bedt konsernrevisjonen spesielt ha fokus på tiltak for å oppnå økonomisk balanse. Sørlandet sykehus HF (SSHF) er ett av foretakene som er prioritert for gjennomgang i 2008/2009. Bakgrunnen for dette er at foretaket har hatt økonomiske utfordringer i 2007 og 2008, og at administrerende direktør har ønsket en uavhengig gjennomgang som ledd i utvikling av forbedring av virksomheten.

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte om tiltakene som foretakets styre beslutter å sette i verk innenfor 2009-budsjettet er godt forankret, konkrete, realistiske og tilstrekkelige for å gi rimelig sikkerhet for økonomisk balanse i 2009. Som ledd i gjennomgangen har konsernrevisjonen også sett på organisering, gjennomføring og oppfølging av virksomhets- og økonomistyringen i foretaket. Det har vært et mål å bekrefte om systemene og prosessene er tilstrekkelige og hensiktsmessige slik at det er rimelig sikkerhet for god økonomisk styring og oppfølging av driften.

2.2 Revisjonsprosess og metode

Revisjonen er gjennomført i perioden fra september 08 til februar 09.



Figur 1 Revisjonsprosessen

Fase 1 har bestått av kartlegging og vurdering av hvordan tiltak i budsjettet planlegges, settes i verk og følges opp, samt hvordan virksomhets- og økonomistyringen fungerer. I revisjonen har det vært særlig fokus på medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk, og kartleggingen i disse har omfattet utvalgte avdelinger og enheter (dvs. både nivå 3 og 4). I tillegg har økonomiavdelingen og deler av psykiatrisk klinikk, driftsenheten og organisasjonsavdelingen vært gjenstand for kartlegging og vurdering.

Kartleggingen har bestått av dokumentgjennomgang av styrende dokumenter som bl.a. foretaksprotokoller, driftsavtale, styredokumenter, budsjettdokumenter, strategiplan 2007-2009, virksomhetsrapporter, økonomirutiner og fullmakter. Det vises til kap 5 for nærmere oversikt.

Kartleggingen har videre bestått av spørreundersøkelse rettet mot administrerende direktør, klinikkssjefer, stabsdirektører og kontrollere, samt samtaler med ledere og nøkkelpersoner. Det vises til kap 5 for nærmere oversikt.

Konsernrevisjonen har i tillegg hatt dialog og samhandling med Riksrevisjonen, og har som ledd i dette fått tilgang til rådata fra spørreundersøkelse som Riksrevisjonen har gjennomført i bl.a. SSHF som ledd i sin landsomfattende forvaltningsrevisjon av økonomistyring i helseforetakene.

Den faktiske tilstanden for arbeidet med tiltak for økonomisk balanse og virksomhets- og økonomi-styringen ved SSHF, er vurdert opp mot overordnede krav og retningslinjer for styring og rapporter som følger av driftsavtale, foretaksprotokoller og styrevedtak.

Kriteriene som er lagt til grunn for vurderingene av budsjett og tiltak for økonomisk balanse, fremgår av kap 3.2. Kriteriene som er lagt til grunn for vurderingene av den interne styring og kontroll er basert på anerkjente rammeverk for helhetlig intern kontroll og er nærmere beskrevet i kap 4.

Fase 2 har bestått av kommunikasjon og drøfting av funn fra gjennomgangen. Det har vært et mål å oppnå en felles tolkning og forståelse av funnene og hvilke tiltak som vil være hensiktsmessig å sette i verk for å oppnå ytterligere forbedringer i systemer og prosesser for å styre og følge opp virksomheten.

Fase 3 har bestått av rapportutforming og -behandling.

2.3 Dialog og samhandling i forbedringsarbeidet

SSHF's ledelse og alle personer som konsernrevisjonen har hatt kontakt med under revisjonen, har gjennom god og åpen kommunikasjon bidratt til å belyse den faktiske situasjon på området.

Konsernrevisjonens kontaktperson for oppdraget, økonomidirektør Per Qvarnstrøm, har bidratt vesentlig til effektiv gjennomføring gjennom koordinering av informasjonsinnsamling og møteplanlegging.

Plan for revisjonen har i så stor grad som mulig vært tilpasset virksomheten ved foretaket. I samråd med administrerende direktør og styreleder for SSHF, er styrebehandling av denne rapporten lagt til mars 2009.

Konsernrevisjonen stiller seg til rådighet i det videre forbedringsarbeid ved SSHF gjennom nærmere gjennomgang og presentasjon av rapporten og det underlag den bygger på.

3 Tiltak for å oppnå budsjett i balanse for 2009

I kapittel 3 beskrives den økonomiske utfordringen for 2009 og tiltak som SSHF har lagt inn i 2009-budsjettet (kap 3.1). Dernest følger en kort beskrivelse av kriteriene som vurderingene bygger på (kap 3.2). Til slutt følger beskrivelser og vurderinger av funn fra gjennomgangen (kap 3.3).

3.1 Økonomisk utfordring og tiltak for økonomisk balanse i 2009-budsjettet

Den økonomiske utfordringen for 2009 og tiltak for å møte denne fremgår av styresak 90/2008. Tiltakspakken (jf. *Omstillingsutfordringer 2009*) utgjør 75 mill kr. Utgangspunktet for denne var forventet effekt av omstilling som ble skissert i august 2008. Disse ble fordelt ut på klinikkene og lagt til grunn for tiltak som måtte gjennomføres utover 2008-nivå for å oppnå budsjettbalanse (jf. tabell 1).

Klinikk	Totalt beløp i mill kr	Tiltak Kategori A	Tiltak Kategori B	
			Mereffekt 2008	Nye 2009
Kirurgisk	10,0	3,4	2,6	4,0
Medisinsk	20,0	9,63	4,5	5,87
Psykiatri	24,0	24,0		
Lab	4,0	3,0	0,7	0,3
Radiologi	6,0	4,2	1,8	
Drift	5,0	5,0		
Stab	6,0	1,0	4,0	1,0
Totalt	75,0	50,23	13,6	11,17
	100 %	67,0 %	18,1 %	14,9 %

Tabell 1 Omstillingsutfordring 2009 – fordelt klinikker/staber

Om lag 81,9 % av tiltakene på 75 mill kr må løses gjennom nye tiltak. Det fremgår av sak 90/2008 at det for 2009-budsjettet ikke er lagt inn endringstiltak av strukturell art, men at innsparingene først og fremst skal oppnås gjennom flere små og store tiltak i et kontinuerlig forbedringsarbeid over hele sykehuset. For 2009 vil 18,1 % av de økonomiske utfordringen bli dekket av tiltak som er iverksatt av klinikkene i 2008, men hvor mereffekt av tiltakene videreføres i 2009.

I budsjettet for 2009 er virksomhetsoverdragelsen av SSR avd. Kongsgård (som skal skje fra 1.9.09) ikke lagt inn. I rammene for investeringer fra Helse Sør-Øst RHF er SSHF tildelt 50,4 mill kr. I tillegg har foretaket 25,6 mill kr som er overført fra 2008. Den endelige interne fordeling av disse midlene var ikke fastsatt på tidspunktet for avslutning av revisjonen. I forbindelse med krisepakken fra Regjeringen ble SSHF tildelt 57 mill kr som skal benyttes til investeringer og vedlikehold av bygg og som det er bestemte vilkår knyttet til.

Konsernrevisjonen har ikke foretatt en egen vurdering av eventuell risiko det er knyttet til de ovennevnte områder for 2009-budsjettet

3.2 Vurderingskriterier

Konsernrevisjonen har vurdert om tiltakene i 2009-budsjettet er godt forankret, konkrete, realistiske og om de samlet sett kan gi tilstrekkelig økonomisk effekt for 2009. Følgende kriterier er lagt til grunn for vurderingene av funnene:

- **Forankring** - tiltakene må være forankret både i overordnede mål om budsjettbalanse og omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst, og i form av sterkt eierskap hos lederne som skal iverksette og følge opp tiltakene.
- **Konkrete** - tiltakene må være tydelig definert og beskrevet slik at det er klart hva tiltakene faktisk består av, hvordan de skal gjennomføres, hvem som har ansvar for å realisere dem, når dette skal være utført, hvilken økonomisk effekt tiltakene er forventet å gi og hvordan dette skal måles.
- **Realistiske** – tiltakene må være tilstrekkelig underbygget slik at forutsetningene som de bygger på, herunder beregninger av gevinstene de skal gi, er mulig å gå tilbake til i ettertid. Det bør også være foretatt vurderinger av risiko for manglende gjennomføring eller effekt av tiltakene, og være identifisert mulige kompensierende tiltak dersom det oppstår avvik i gjennomføring og/eller effekt av planlagte tiltak.
- **Tilstrekkelige** – tiltakene må totalt sett ha realistisk beregnede økonomiske effekter som netto tilsvarer en større økonomisk effekt enn den økonomiske utfordringen som er lagt til grunn i budsjettet for 2009. Dette innebærer at foretaket har lagt inn tilfredsstillende buffere i budsjettet for å redusere økonomisk risiko for 2009.

3.3 Funn fra gjennomgangen av tiltak for økonomisk balanse i 2009-budsjettet

3.3.1 Forankring av tiltak

Forankring i overordnede mål om budsjettbalanse

Konsernrevisjonen har lagt til grunn at tiltakene som besluttes, må være innenfor/i samsvar med overordnede krav og føringer som eier og styret har gitt for økonomisk balanse, samtidig som disse må ligge innenfor de overordnede målene med omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst.

Gjennomgangen viste at de overordnede kravene om budsjettbalanse som eier har gitt i driftsavtale og foretaksprotokoll, er lagt til grunn for foretakets arbeid med budsjettet for 2009. Konsernrevisjonen har vurdert særskilt tiltaket til klinikk for psykisk helse, pålydende kr 24 mill kr, i 2009. Klinikken har i 2009, tilsvarende som i 2008, enkelte ubesatte stillinger som det forventes at det vil ta tid å fylle og som vil medføre ledige lønnsmidler. Disse lønnsmidlene er derfor trukket inn i finansieringen av SSHF som en helhet og inngår i ”Omstillingsutfordringene 2009”. I driftsavtalen mellom SSHF og Helse Sør-Øst RHF for 2009 er det definert flere styringsmål som gjelder spesielt for denne klinikken og spesielt krav i forhold til opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Foretaket har gjort en vurdering av denne finansieringen og begrunnet dagens praksis.

Konsernrevisjonen anbefaler likevel at foretaket sørger for en særskilt avklaring mot RHFet av at dagens praksis faktisk er forankret i overordnede krav og føringer fra eier.

Tiltak for gevinstrealisering innenfor innkjøp- og logistikkområdet inngår ikke som del av tiltakene som beskrives i ”Omstillingsutfordringer 2009”, men er definert inn i det øvrige budsjettet i form av varekjøp/varekost. Fordi tiltak for å sikre gevinstrealisering er viktig sett ut fra mål for omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst, har konsernrevisjonen valgt å inkludere dette i sine vurderinger. Det er etter dette lagt til grunn at SSHF må ta ut sin del av den totale effekten for 2009 på 250 mill kr for å oppnå

regionale mål om gevinstrealisering. Gjennomgangen viste at SSHF, på bakgrunn av egne analyser av gevinstpotensialet, har budsjettert med en gevinstrealisering på 2,5 mill kr for 2009. Dette er klart lavere enn det gevinstuttak som SSHF må realisere for å bidra til oppfyllelse av regionale mål for gevinstrealisering.

Etter konsernrevisjonens vurdering er tiltakene i budsjettet for 2009 for å sikre gevinstrealisering innenfor innkjøpsområdet, ikke tilstrekkelig forankret i overordnede mål for dette. Det anbefales at SSHF foretar en nærmere vurdering av muligheten for å hente ut ytterligere økonomiske gevinster på området.

Forankring i linjen

Konsernrevisjonen har lagt til grunn at tiltakene må følge som resultat av hensiktsmessige og gjennomgripende budsjetterings- og planleggingsprosesser for å identifisere og prioritere tiltak, og at prosessene i tilstrekkelig grad har involvert budsjettansvarlige på ulike nivåer i foretaket.

Gjennomgangen viste at ansvaret for å finne frem til tiltak for å møte den økonomiske utfordringen for 2009 i hovedsak er fordelt på klinikkene, og at disse har et selvstendig ansvar for å finne frem til kostnadsbesparelser innenfor overordnede mål og føringer. Dette er gjort ut fra en klar bevissthet fra administrerende direktørs side om at ansvarliggjøring og eierskap til budsjettutfordringen, er avgjørende for å stimulere til deltakelse i arbeidet slik at det skapes eierskap og forankring.

Gjennomgangen har også vist at det i perioden fra august 2008 har vært en gjennomgående og involverende prosess for å identifisere og prioritere tiltak for økonomisk balanse i 2009-budsjettet.

De ulike klinikkene har fått konkrete krav til innsparinger som må gjennomføres. Klinikkene har hatt anledning til å erstatte de opprinnelige foreslåtte tiltak med andre tiltak dersom dette har vært nødvendig for å klare kravene til omstilling. Dette har medført at enkelte av de opprinnelige tiltakene i ”Omstillingsutfordringer 2009” i noen grad er endret underveis, men at totalkravet til beløp er opprettholdt.

Konsernrevisjonens vurdering er at aktivitetene som er beskrevet og samlet i dokumentet ”Omstillingsutfordringer 2009” er god forankret i linjen i de ulike klinikker.

3.3.2 Konkrete og realistiske tiltak

Når det gjelder konkretiseringen av tiltakene, har konsernrevisjonen gjennomgått og vurdert i hvilken grad tiltakene i 2009-budsjettet er definert og beskrevet. I dette ligger at det må være tilstrekkelig tydelig hva tiltakene faktisk består av, hvordan de skal gjennomføres, hvilken klinikk, avdeling eller seksjon som har ansvar for å oppnå besparelsen, når dette skal være utført, hvilken økonomisk effekt tiltakene er forventet å gi og hvordan dette skal måles.

Som ledd i vurderinger av realismen i tiltakene, har konsernrevisjonen også sett på i hvilken grad det er utarbeidet klare og etterprøvbare forutsetninger for tiltakene for 2009, herunder om de er tilstrekkelig kostnadsberegnet og om de er risikovurdert.

I vurderingene som følger av kapittel 3.3.2.1 og 3.3.2.2, er det laget et skille mellom to hovedtyper av tiltak.

Kategori A Tiltak knyttet til ordinær løpende drift, dvs. tiltak som budsjetteres og planlegges som ledd i foretakets ordinære budsjettprosess, og som gjennomføres og følges opp gjennom løpende, ordinær drift. Disse tiltakene består i hovedsak av budsjettering av ulike inntekts- og kostnadselementer basert på endringer i den løpende driften.

Kategori B Prosjekter, dvs. tiltak som planlegges, gjennomføres og rapporteres som et prosjekt. Eksempler på prosjekttiltak er ”Raskere tilbake”, labstrukturprosjekt, effekt for 2009 av nedleggelse i Mandal og nedbemanning sengepost SSA for kirurgisk klinikk

Begrunnelsen for at dette skillet er foretatt i vurderingene av budsjetttrisiko, er at kriteriene for gevinstberegninger og vurdering av gjennomføringsrisiko forventes å være særlig underbygget og dokumentert for tiltak som er prosjekter. Dermed er det lagt til grunn strengere kriterier for vurdering av prosjekttiltakene.

3.3.2.1 Tiltak knyttet til ordinær drift (kategori A)

De fleste av tiltakene som er definert under omstillingsutfordringer i sak 90/2008 er i denne kategorien.

Tiltakene utgjør til sammen 50,23 mill kr, dvs. om lag 67 % av tiltakene for å møte den økonomiske utfordringen i 2009-budsjettet. Felles for disse tiltakene er at de i hovedsak relaterer seg til effektivisering av driften ved SSHF, og hvor klinikk-/avdelings-/seksjonsledere i de ulike klinikkene har gjennomgått og rebudsjettert ulike kostnadselementer i forhold til 2008-budsjettet.

I tillegg har økonomidirektør gjennomført tilsvarende for felles kostnadselementer som ikke er fordelt ned til øvrige klinikker. Styrende for dette arbeidet har vært at effektiviseringer skal skje i et omfang hvor det medisinske faglige tilbud kan opprettholdes i størst mulig grad. Gjennomgangen har vist at det er utarbeidet et hensiktsmessig dokument i Excel-format for dokumentasjon av tiltak videre betegnet som ”Omstillingsutfordringer 2009”.

Dokumentet vedlikeholdes av økonomiavdelingen og det er lagt opp til å dokumentere:

- hvilke tiltak som er planlagt, hvem som er ansvarlig for disse og når de skal settes i verk
- en kategorisering av tiltakene i gruppen ”uten konsekvens for pasienttilbudet”, ”akseptabel konsekvens for pasienttilbudet” og ”merefekt av tiltak iverksatt tidligere år”
- hvilken økonomisk effekt tiltakene er beregnet å ville gi fordelt på kategoriseringen over, og når dette er forutsatt å skje

Konsernrevisjonens gjennomgang viste at de fleste tiltakene var beskrevet og konkretisert i oversikten, beløp for innsparing var periodisert pr måned i året og hvilken klinikk, avdeling eller seksjon som var ansvarlig for å realisere besparelsen. Enkelte tiltak var i liten grad definert eller konkretisert. De lå typisk som en diverse-post på den enkelte klinikk og besto ofte av flere mindre tiltak uten at det var utarbeidet underlagsdokumentasjon som faktisk viste hva disse besto av. Slik prosessen var lagt opp kan innholdet i de ulike tiltakene endres av klinikksefene og erstattes med andre tiltak dersom det opprinnelig foreslåtte tiltak ikke vil ha den ønsket effekt.

Etter konsernrevisjonens vurdering er dette hensiktsmessig i forhold til å sikre at tiltaket vil ha tiltenkt økonomisk effekt. Konsernrevisjonen anbefaler likevel at nye tiltak må tilfredsstille de samme krav til vurderinger som de opprinnelige tiltakene når det gjelder realisme for gjennomføring og krav til dokumentasjon.

Konsernrevisjonen har også vurdert i hvilken grad forutsetningene for de justeringer som er gjort i budsjettpostene, er beskrevet og mulig å gå tilbake til/etterprøve. Gjennomgangen viste her at det i planleggings- og budsjettprosessene ikke var lagt opp en enhetlig måte å beskrive/dokumentere forutsetningene som lå til grunn for tiltakene knyttet til ordinær løpende drift. Videre at enkelte av tiltakene som er prosjekter ikke i tilstrekkelig grad var underbygget med gevinstberegninger og risikovurderinger. Gjennomgangen med klinikksefene og klinikkøkonomene av tiltak i ”Omstillingsutfordringer 2009”, viste at det i ulik grad forelå underlagsdokumentasjon fra prosessene fra august 08 med å definere tiltakene. Typiske underlag var møtereferater på ulike nivåer i klinikkene og arbeidsdokumenter i de ulike klinikkene. Det var ikke stilt krav fra økonomiavdelingen til hvordan vurderinger knyttet til disse tiltakene faktisk skulle dokumenteres for å kunne etterprøve budsjettrealisme. Fordi økonomiavdelingen ikke satt med et underlag som underbygger forutsetningene og dette heller ikke var systematisert på en enhetlig måte i klinikkene i denne prosessen, var det heller ikke praktisk mulig for konsernrevisjonen å etterprøve vurderinger av dette ned i de ulike klinikkene.

Konsernrevisjonens anbefaling er at økonomiavdelingen stiller sterkere krav til underlagsdokumentasjon for de beregninger og vurderinger som klinikkene foretar som ledd i budsjetteringsprosessen. I denne dokumentasjonen bør det inngå en enhetlig måte å vurdere forventet effekt, konsekvensvurdering, gevinstberegninger, risikovurdering og hvordan/hvem/når tiltaket skal gjennomføres.

Gjennomgangen viste at framlagt dokumentasjon i liten grad innholdt beskrivelse av hvordan tiltaket var tenkt gjennomført og en etterprøvbart konsekvensvurdering av effekten av tiltaket. Flere av tiltakene var knyttet til nedbemanning i ulike enheter og det var utarbeidet en samlet oversikt som konkretiserte hvilke månedsverk, fra når og konkret økonomisk effekt som skal oppnås. Noen av månedsverkene var i kategori A, mens andre var i kategori B (prosjekter). Flere av nedbemanningene ble gjennomført 1.1.09, slik at effekten allerede var i henhold til planer.

I tillegg til at tiltak skal følges opp i den normale budsjettoppfølging på ulike nivåer i klinikkene, var det etablert et oppfølgingssystem med eierskap i økonomiavdelingen. Hvert tiltak pr klinikk skal følges opp månedlig, med forklaring av avvik og vurdering av prognose for resten av året som en del av den månedlige virksomhetsrapporten og for gjennomgang i ledergruppe og rapportering til styret.

Etter konsernrevisjonens vurdering er oppfølgingssystemet som er beskrevet, i stor grad hensiktsmessig for å sikre oppfølging av måloppnåelsen som er definert. Tilsvarende for raskt å avdekke om det er nødvendig å gjennomføres kompenserende handlinger dersom ett tiltak ikke har nødvendig effekt. Et vesentlig forbedringsområde er imidlertid analyse og beskrivelse av årsaker til at avvik oppstår, og vurderinger av konsekvenser for målbildet generelt (både økonomiske mål, mål for pasientbehandling og for arbeidsmiljø).

Som drøftet i pkt 3.3.1, har det vært en involverende prosess for å identifisere og prioritere tiltak. Som følge av at det har vært en relativt grundig budsjettprosess, er det etter konsernrevisjonens vurdering rimelig sannsynlig at forutsetningene som er lagt til grunn for tiltakene i kategori A i hovedsak er godt fundert.

I framlagt budsjettsak 90/08 er budsjettet i de ulike klinikkene beskrevet og forklart, men det er liten kvalifisering av den budsjetttrisikoen som er i budsjettet.

Konsernrevisjons vurdering etter gjennomgangen av tiltakene, samtaler med klinikkjefer og klinikkøkonomer og økonomidirektør, er at budsjetttrisikoen for tiltak knyttet til ordinær drift (kategori A) anses å være moderat. Den er vurdert å utgjøre totalt 4,22 mill kr fordelt på følgende:

Medisinsk klinikk	2,41 mill kr
Radiologi	1,65 mill kr
Lab	0,16 mill kr

3.3.2.2 Tiltak knyttet til prosjekter (kategori B)

Tiltakene som klinikkene har definert under ”Omstillingsutfordringer 2009 ” knyttet til prosjekter utgjorde totalt 24,8 mill kr. Klinikkene skilte ikke mellom det som var definert som A eller B i ovennevnte dokumentasjon. Kommentarer til manglende dokumentasjon som er beskrevet under kategori A gjaldt også i enda større grad tiltak i kategori B, da kravene til dokumentasjon for prosjekter var mer omfattende enn for kategori A tiltak.

Tiltak i denne kategorien kan deles i 2 hovedgrupper, dvs. tiltak fra tidligere år som vil ha mereffekt også i 2009 og nye tiltak som skal iverksettes i 2009:

Mereffekt av tiltak iverksatt tidligere år – utgjør 13,6 mill kr

I omstillingspakken hadde klinikkene definert en del tiltak som faktisk er gjennomført tidligere, men som også vil ha en mereffekt i 2009. Dette gjaldt nedleggelse av drift i Mandal, nedbemanning av sengepost

SSA, endringer i AKM fellesklinikk, labstrukturprosjekt, omlegging radiologi og ulike tiltak for å redusere kostnadsnivå for pasientreiser.

Gjennomgangen av tiltakene under denne kategorien viste at disse er konkrete og faktisk gjennomførte i 2008, og det anses å være liten budsjettisiko knyttet til tiltakene under denne hovedgruppen i 2009.

Nye tiltak iverksatt i 2009 – utgjør 11,17 mill kr

Når det gjaldt nye tiltak i 2009 hadde klinikkene definert ulikt antall prosjekter og med varierende beløpsstørrelse og omfang. Felles for alle tiltakene var at det ikke var framlagt noen underdokumentasjon som en del av budsjettsaken som tilfredstilte de krav som konsernrevisjonen har lagt til grunn i denne gjennomgangen (se kommentar under pkt 3.3.2.1).

Gjennomgangen med klinikkøkonomer og klinikkjefer, viste at det faktisk har vært prosesser i klinikkene, men at prosessene har vært ulikt gjennomført og dokumentert. Konsernrevisjonen har i mindre grad kunnet etterprøve dokumentasjon av de tiltakene som var beskrevet, og vurderinger bygger derfor på samtaler med klinikkjefer og klinikkøkonomer.

De største prosjektene i denne kategorien innenfor Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk, var følgende:

Kirurgisk klinikk

Klinikken hadde 2 prosjekter. Økt poliklinisk behandling i kirurgisk klinikk, estimert 3 mill kr og opprettelse av pasienthotell i SSA, estimert 1 mill kr. Det ble ikke framlagt noen underdokumentasjon som en del av budsjettsaken som konsernrevisjonen vurderte. Konsernrevisjonens vurdering etter gjennomgang med klinikkjef av prosjektet ”raskere tilbake” og ”pasienthotell i SSA”, er at det syntes å ha vært en omfattende prosess og det er opplyst at formell dokumentasjon var utarbeidet som ett ledd av prosjektarbeidet. Underdokumentasjon som det henvises til ble ikke gjennomgått av konsernrevisjonen.

Medisinsk klinikk

Klinikken hadde flere tiltak som kunne kategoriseres som prosjekter. De viktigste var: Kapasitets/omlegging PCI 1,97 mill kr, endrede vaktplaner/sommeravvikling Nevrologisk avdeling 0,7 mill kr og samordning ferieavvikling barnesenteret 0,8 mill kr, samt nedbemanning medisinske sengeposter i Kristiansand og i Arendal knyttet til økt kapasitet pasienthotell i samarbeid med Kirurgisk klinikk.. I sum er 15 årsverk nedbemannet i klinikken.

Det ble ikke framlagt noen underdokumentasjon som en del av budsjettsaken som konsernrevisjonen vurderte. I samtaler med klinikkøkonom og klinikkjef ble det bekreftet at det var utarbeidet varierende grad av underdokumentasjon. Etter konsernrevisjonens vurdering er ikke underdokumentasjonen tilstrekkelig sett i forhold til kriteriene for dette som er lagt til grunn for revisjonen.

Lab

Klinikken hadde definert 2 prosjekter, reduksjon i lederlønn i MSK (0,3 mill kr) og Elektronisk rekvirering til primærhelsetjenesten (0,4 mill kr). Det ble opprinnelig ikke framlagt noen dokumentasjon som underbygger prosjektet, men før samtale med klinikkjef og klinikkøkonom ble det utarbeidet noe tilleggsinformasjon som beskrev tiltakene ytterligere. Framlagt dokumentasjon var ikke tilstrekkelig i forhold til de kriteriene som konsernrevisjonen har lagt til grunn for revisjonen.

Drift

Enheten hadde opprinnelig kun ett prosjekt knyttet til Gassdistribusjon hjemmepasienter. (0,5 mill kr). Utsettelse i Hinas av oppgaver de har ansvar for før prosjektet kunne realiseres, gjorde at prosjektet måtte utgå. Ved konsernrevisjonens gjennomgang pågikk det arbeid med å få opp ett alternativt tiltak med estimert større effekt enn det opprinnelige tiltaket. Gjennomgangen av tiltakene under denne kategorien viste at tiltakene er konkrete. Etter konsernrevisjonens vurdering finnes det i liten grad dokumentasjon som viser den budsjettisikoen som er knyttet til tiltakene. Ved samtaler framkommer det hva som ansees som risiko, men denne er ikke kvantifisert for de ulike klinikker. Budsjettisikoen for tiltakene er

gjennomgått i samtaler med klinikksjefer og klinikkøkonomer. I tillegg har økonomidirektør gjennomført en vurdering av budsjetttrisikoen for tiltakene basert på hans kompetanse om dette.

Konsernrevisjonens vurdering etter gjennomgangen av tiltakene, samtaler med klinikksjefer og klinikkøkonomer og økonomidirektør er at budsjetttrisikoen for nye prosjekter 2009 vurdert til å moderat budsjettisiko og vurdert til å utgjøre totalt 1,78 mill kr fordelt på følgende:

Kirurgisk klinikk	0,7 mill kr
Medisinsk klinikk	0,5 mill kr
Drift	0,5 mill kr
Lab	0,08 mill kr

3.3.3 Tilstrekkelige tiltak

Konsernrevisjonen har gjennomgått og vurdert i hvilken grad omstillingstiltakene som er definert er tilstrekkelige, dvs. i hvilken grad de totalt sett har realistisk beregnede økonomiske effekter som netto minst tilsvarer den økonomiske utfordringen på 75 mill kr som er lagt til grunn i budsjettet for 2009.

Tiltakene som er beskrevet i ovennevnte dokument "Omstillingsutfordringer 2009" vil ikke dekke opp den totale budsjetttrisikoen og de aktiviteter som er vesentlige i forhold til å sikre budsjettbalanse i 2009. For å kunne gjøre en helhetlig vurdering av om tiltakene for å møte den økonomiske utfordringen totalt sett er tilstrekkelig, har konsernrevisjonen også sett nærmere på totalbudsjettet for 2009.

Klinikksjefene og økonomidirektør har gjennomført en vurdering av de vesentlige risikoområder for budsjettposter som er knyttet til budsjettbalanse i 2009 og det er bl.a. utfordringer fra 2008 som må ivaretas i budsjettet for 2009. En hovedoppstilling av dette ga da et økonomisk utfordringsbilde på -191 mill kr, men en finansieringsside på 207 mill kr. Dvs. en positiv netto på 16 mill kr.

Med utgangspunkt i denne oppstillingen har konsernrevisjonen, sammen med økonomidirektør, foretatt ytterligere vurderinger av totalbudsjettet og ulike kostnads- og inntekstpostene for 2009. I vurderingene av økonomisk risiko i budsjettet ble det da sett på risikoforhold knyttet til:

- økt forbruk av høykostnadsmedisiner
- videre nedgang i aktivitet innenfor Medisinsk klinikk
- merforbruk av vikarer utover 2008-nivå
- valutarisiko knyttet til varekjøp

Disse forholdene bidra til å øke det økonomiske utfordringsbildet fra -191 mill kr til -227 mill kr.

Samtidig ble det identifisert flere forhold som bidrar på finansieringssiden:

- ny ISF-ordning fra det Helse Sør-Øst RHF vedr. høykostnadsmedisiner
- sannsynlig økonomiske gevinster gjennom nye innkjøpsavtaler
- økonomisk buffer i allerede iverksatt tiltakspakke

Disse postene bidrar til en økning i finansieringssiden fra 207 mill kr til 220,3 mill kr. Underdekningen i budsjettet er ut fra disse forutsetningene beregnet til -16,7 mill kr. En eventuell økonomisk buffer kommer da i tillegg. Gjennomgangen viste at det på tidspunktet for avslutningen av revisjonen, ikke var definert alternative tiltaksområder dersom det skulle oppstå negative avvik i noen av de beskrevne område over.

Etter konsernrevisjonens vurdering innebærer dette et behov for at SSHF arbeider med å identifisere og prioritere ytterligere tiltak for å komme i budsjettbalanse i 2009.

Nærmere oversikt over og kommentarer til det totale utfordringsbildet i forhold til budsjettbalanse, fremgår av tabellen i Vedlegg pkt 5.4. Tallene er oppdatert med informasjon pr medio februar 2009 og bygger på informasjon og vurderinger fra klinikksjefer og økonomidirektør.

4 Virksomhets- og økonomistyring ved SSHF

I kapittel 4 beskrives SSHFs organisering, styringsmodell, roller og ansvar innenfor virksomhets- og økonomistyringen (kap 4.1). Dernest følger beskrivelse og vurdering av de vesentligste funn fra gjennomgangen, herunder kriteriene som funnene er vurdert opp mot (kap 4.2).

4.1 Organisering, styringsmodell, roller og ansvar innenfor virksomhets- og økonomistyringen

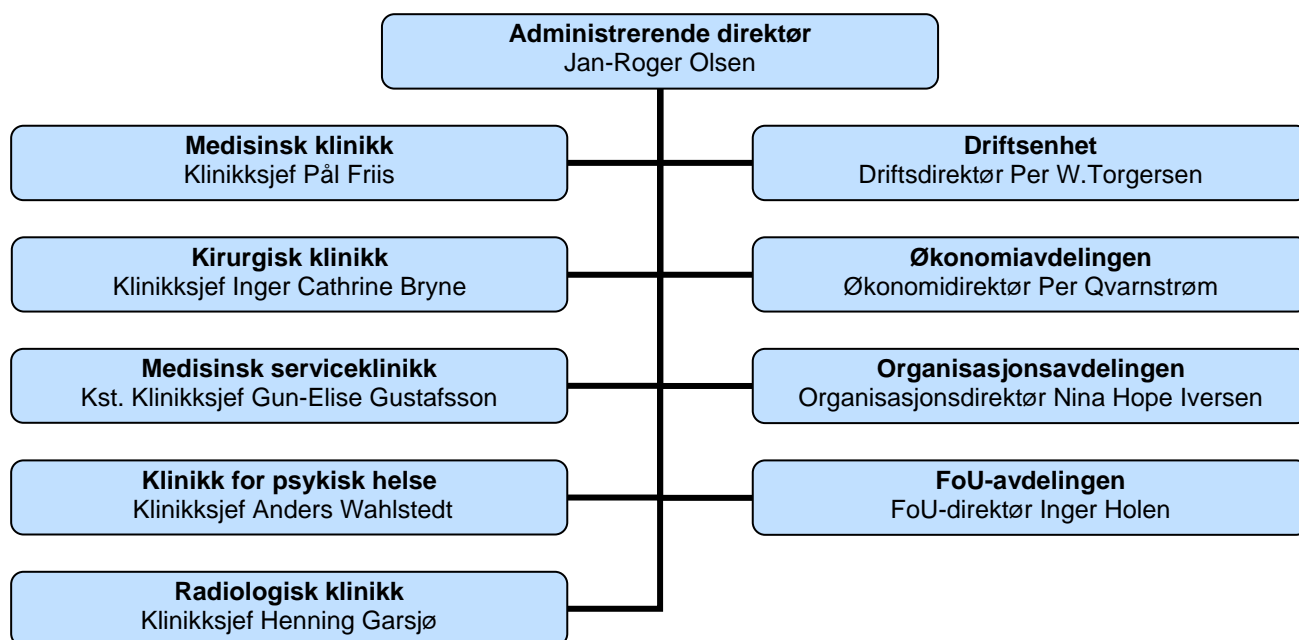
SSHF er organisert i 5 klinikker: Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk og Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling, mens gjennomgående støttefunksjoner dekkes av Medisinsk service klinikk, Radiologisk klinikk og Driftsenheten.

I tillegg til klinikkene har SSHF 3 sentrale stabs- og funksjoner: Økonomi, FoU (forskning og utvikling) og Organisasjonsavdelingen.

Ledelsesnivåer i foretaket:

- Administrerende direktør (nivå 1)
- Klinikksjefer og stabsdirektører (nivå 2)
- Avdelingssjefer og ledere av avdelinger/seksjoner/enheter i stabene (nivå 3)
- Enhetsledere (nivå 4)

I klinikkene finner vi 3 ledelsesnivåer, mens det innenfor de gjennomgående støttefunksjonene i hovedsak er 2 ledelsesnivåer.



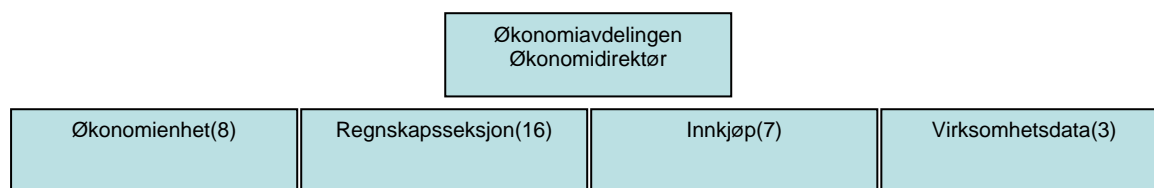
Figur 2 Organisasjonskart SSHF

SSHF drives etter en gjennomført mål- og resultatstyringsmodell. I tillegg til krav som følger av lover og forskrifter, føres krav og føringer i driftsavtale og foretaksprotokoll mellom RHF og SSHF videre ned til den enkelte klinikk. Administrerende direktør har innenfor rammene av tildelte budsjetter, delegert sin myndighet til den enkelte klinikksjef og stabsdirektør for gjennomføring, oppfølging og rapportering av oppgaver og aktiviteter for å oppnå styringskravene. Styringskravene skal som prinsipp fastsettes i formelle lederavtaler mellom administrerende direktør og klinikksjef, og utgjør sammen med budsjett og fullmakter for øvrig, de sentrale styringsdokumenter for ledere på nivå 2 i foretaket.

Klinikksjefene har faglig, økonomisk og resultatmessig ansvar for funksjoner og oppgaver som er tilordnet klinikken, og er delegert myndighet for full ivaretagelse av dette. I prinsippet gjelder dette full delegasjon av administrerende direktørs fullmakter. Avdelingssjefer i klinikkene er i delegert myndighet for ivaretagelse funksjoner og oppgaver tilordnet egen avdeling, mens det innenfor den enkelte avdeling i stor grad er videre delegert myndighet til enhetsledere på nivå 4.

Stabsdirektørene har tilsvarende ansvar og myndighet for stabsfunksjonene med tilhørende oppgaver. I relasjon til virksomhets- og økonomistyring i foretaket, er det særlig oppgavene til økonomiavdelingen (økonomistyring, innkjøp og fullmakter) og deler av organisasjonsavdelingen som er sentrale (forvaltning av elektronisk kvalitetshåndbok og personalfullmakter).

Økonomiavdelingen har 31 medarbeidere og ledes av økonomidirektør. Avdelingen er organisert i 4 enheter/seksjoner: Økonomienhet, Regnskapsseksjon, Innkjøp og Virksomhetsdata.



Figur 3 Organisasjonskart Økonomiavdelingen

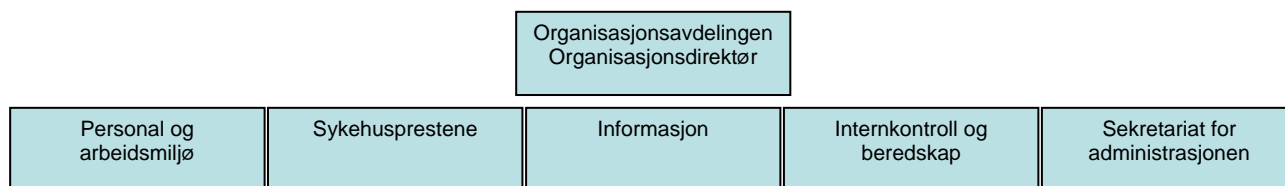
Økonomiavdelingen skal bidra til:

- God økonomistyring, herunder en sunn finansiering av virksomheten i foretaket
- En virksomhetsrapportering som holder faglig høy kvalitet og som fremstår som relevant og aktuell
- En godt styrt budsjettprosess
- God personalledelse, godt organiserte arbeidsprosesser og motiverte og endringsvillige medarbeidere.
- Friksjonsfrie relasjoner til Helse Sør-Øst RHF på økonomiområdet
- God internkontroll på økonomiområdet

Økonomiavdelingens oppgaver:

- Økonomidirektør – strategisk økonomiledelse og systemeieransvar for økonomisystemet (Agresso) og innkjøpssystemet (Clockwork)
- Økonomienheten - sentral koordinering av økonomistyring, budsjettarbeid rapportering, investering, finansiering, likviditet, virksomhetsstyring og økonomiske analyser
- Regnskapsseksjonen – fakturabehandling, regnskapsføring, avstemming/kontroll, rapportering og systemansvarlig bruker for økonomisystemet (Agresso)
- Innkjøpenheten – anskaffelsesprosesser for kjøp av varer og tjenester > kr 500 tusen, forvaltning av rammeavtaler, systemansvarlig bruker for innkjøpssystemet (Qlockwork), styring og kontroll med innkjøpsfullmakter (myndighet til å bestille varer og tjenester og til å godkjenne innkjøp)
- Enhet for virksomhetsdata - aktivitetsrapportering innen foretaket i nært samarbeid med de ulike aktørene innen området, herunder kvalitetssikring av inndata, koordinering av rapportuttak og videreutvikling av systemer for presentasjon og analyse

Organisasjonsavdelingen har 38 medarbeidere og ledes av organisasjonsdirektør. Avdelingen består av 5 enheter: Personal og arbeidsmiljø, Sykehusprestene, Informasjon, Internkontroll og beredskap og Sekretariat for administrasjonen.



Figur 4 Organisasjonskart Organisasjonsavdelingen

Avdelingens ansvarsfelt omfatter personalforvaltning, rekruttering, lederutvikling, HMS-arbeid, informasjon, internkontroll, beredskap og avviksbehandling. I relasjon til virksomhets- og økonomistyring, er det først og fremst oppgavene til organisasjonsdirektør og enhet for personal og arbeidsmiljø som er faller innenfor revisjonens fokusområder:

- Organisasjonsdirektør - strategisk HR-ledelse og systemeieransvar for personalsystem (Personalportalen) og turnusplanleggingssystem (Gatsoft i løpet av 2009)
- Personal og arbeidsmiljø – har bl.a. ansvar for styring og kontroll med personalfullmakter (myndighet til å ansette, godkjenne timer etc.)

4.2 Vurderingskriterier

God virksomhets- og økonomistyring innebærer at foretaket har satt mål for hva det skal oppnå, at det måler resultater og sammenligner dem med målene, og at det bruker denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å utvikle og forbedre foretakets virksomhet.

En forutsetning for god virksomhets- og økonomistyring er at det er etablert og gjennomføres intern kontroll som er innebygd i foretakets ordinære styrings- og oppfølgingssystemer. Intern kontroll defineres som prosesser, systemer og rutiner igangsatt av ledelsen og de ansatte for å gi rimelig sikkerhet for at foretaket har en målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering av styrings-informasjon og at det overholder lov- og regelverk.

Kravene om intern kontroll (og risikostyring) er nedfelt i protokoll fra foretaksmøte i Sørlandet sykehus RF 7.februar 2008. Kravet er en videreføring av tilsvarende krav som er stilt til Helse Sør-Øst RHF, jf. pkt 4.1.1 i Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 24.1.2008. Foretaksprotokollens krav om internkontroll er basert på de samme krav som er gitt til statlige virksomheter som er underlagt regelverket for økonomistyring i staten¹. Til grunn for definisjoner og beskrivelser av internkontrollen innhold, ligger anerkjente rammeverk for intern kontroll² og helhetlig risikostyring³. Helhetlig intern kontroll består av fire hovedelementer:

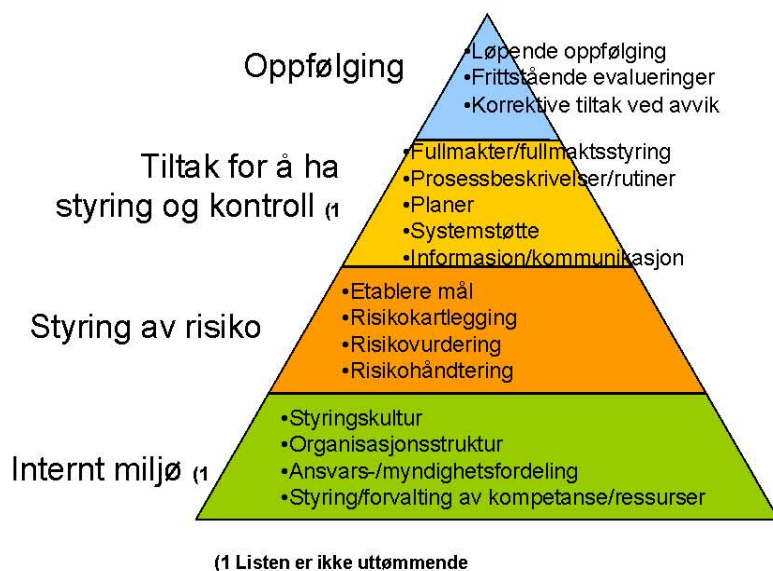
- Styrings- og kontrollmiljø
- Etablering av målsettinger og kartlegging, vurdering/prioritering og håndtering av risiko
- Tiltak for å ha styring og kontroll, herunder tiltak for god informasjon og kommunikasjon
- Oppfølging (og iverksetting av korrigerende tiltak dersom dette er nødvendig)

¹ Reglement for økonomistyring i staten og Bestemmelser om økonomistyring i staten, fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 14. november 2006

² Intern kontroll – et integrert rammeverk, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), 1992

³ Helhetlig risikostyring - et integrert rammeverk (COSO ERM), Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)/Norges Interne Revisorers Forening (NIRF), 2005.

Elementer og faktorer i et helhetlig internkontrollsystem



Elementene henger innbyrdes sammen og må ses i relasjon til hverandre. Konsernrevisjonen har derfor foretatt en systematisk gjennomgang av et utvalg sentrale faktorer som er knyttet til hvert av disse hovedelementene, og foretatt en helhetlig vurdering av systemene og prosessene i virksomhets- og økonomistyringen ved foretaket. Kriteriene er nærmere beskrevet i kap 4.3.

4.3 Funn fra gjennomgangen av virksomhets- og økonomistyringen

De vesentligste funnene fra gjennomgangen av virksomhets- og økonomistyringen er knyttet til:

- Styringsklima, kommunikasjon og samhandling
- Organisering, ressurser og kompetanse i virksomhets- og økonomistyringen
- Fordeling av ansvar og myndighet og systemer for å ha styring og kontroll med fullmakter
- Styring og kontroll med innkjøpsvirksomheten

4.3.1 Styringsklima, kommunikasjon og samhandling

Styringsklimaet legger i betydelig grad forutsetningene for å kunne lykkes med å realisere kostnadsbesparelser som er nødvendige for å oppnå budsjettbalanse i SSHF. God styringskultur kjennetegnes bl.a. ved at det er bred enighet om mål og virkemidler, tydelig forståelse og felles vilje og kraft hos ledere og ansatte for å oppnå målene.

Gjennomgangen viste at styringsbudskapet fra administrerende direktør til klinikkjefer og stabsdirektører, fremstår som tydelig og enhetlig, og at dette er brakt videre ned til avdelingsledernivå og enhetsledernivå i klinikkene som var omfattet av revisjonen. Slik konsernrevisjonen kan vurdere det, er det etablert bred enighet om og forståelse for mål og virkemidler i arbeidet med å sikre økonomisk balanse.

Kommunikasjon og samhandling på alle nivåer er en annen viktig faktor for å sikre god styring og oppfølging av virksomheten. Dette omfatter ledelsens organiserte informasjon som gjør det mulig for den ansatte å gjennomføre sitt arbeid i tråd med det ansvaret de er tildelt og uformell kommunikasjon på tvers av den formelle organisasjonsstrukturen.

Gjennomgangen viste at det gjennomføres regelmessige ledermøter hvor alle ledere på nivå 2 deltar. Det gjennomføres også regelmessige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikkledelse. På møtene deltar økonomidirektør, organisasjonsdirektør sammen med administrerende direktør, og klinikkøkonom sammen med klinikk-sjef. I møtene følges bl.a. budsjettbalanse og avvik opp. I tillegg til dette har også økonomidirektør månedlige møter med klinikk-sjefer og klinikkøkonomer. Klinikksjefene har i sine egne klinikker lagt opp til ulike møtestrukturer. Det gjennomføres ledermøter på de ulike nivåene i klinikkene, men hyppighet og form på disse møtene varierer mellom klinikkene og mellom de ulike avdelinger og enhet i den enkelte klinikk. Gjennomgangen har vist at samhandling i de enkelte klinikker, til tross for de store ulikheter i styringssystemer, oppleves som konstruktiv og god i den enkelte klinikk og videre inn mot administrerende direktør og ledergruppen. Gjennomgangen viste også at det er etablert gode samhandlingsprosesser med de ansattes organisasjoner, og at det gjennomføres regelmessige møter med disse.

Etter konsernrevisjonens vurdering, er det etablert hensiktsmessige og godt fungerende arenaene for kommunikasjon og samhandling, samtidig som foretakets styringsklima er tilfredsstillende.

4.3.2 Organisering, ressurser og kompetanse i virksomhets- og økonomistyringen

Organisering av stabs-/støttefunksjoner og oppgavene til disse i forhold til linjeorganisasjonen, er i stor grad et spørsmål om styringsfilosofi. Hvilke oppgaver som skal ivaretas av stabene og hvor aktiv rolle stabene skal ha som ledelsesstøtte overfor linjen, bør da nøye vurderes opp mot behovene for foretaksomgripende styring og kontroll med viktige styringsprosesser, hensynet til oppbygging og vedlikehold av kompetanse og effektivitet i gjennomføringen av prosessene.

Gjennomgangen viste at økonomiavdelingen i liten grad har oppgaver knyttet til ledelsesstøtte overfor klinikkene. Økonomiavdelingen har pr i dag ikke tilstrekkelig kapasitet, dels heller ikke tilstrekkelig kompetanse for å kunne ivareta en effektiv foretaksomgripende styring og oppfølging av foretakets økonomistyring. Herunder systemer og prosesser for planlegging, gjennomføring, rapportering og analyse av økonomi og drift. Økonomiavdelingen er i dag først og fremst forutsatt å fastsette visse grunnleggende strukturer og rutiner for gjennomføring av økonomistyringen i foretaket. Gjennomgangen viste at økonomiavdelingen bidrar med noe skjematikk, budsjettmaler, styringsdata m.v. knyttet til drift og økonomi. Utover dette er det ingen føringer eller krav om sentral støtte i de fleste arbeidsprosesser som utføres i klinikkene.

Økonomiavdelingen har også fag- og systemansvar for foretakets virksomhet innenfor innkjøp og logistikk. I dette ligger bl.a. prosessstøtte i innkjøp av varer og tjenester som faller inn under lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Gjennomgangen viste at Driftsenheten og Medisinsk serviceklinikk er delegert myndighet til selv å gjennomføre slike anskaffelsesprosesser. Tester som konsernrevisjonen har foretatt som ledd i revisjon, viste at den interne kontroll i anskaffelsesprosessene har svakheter som bør rettes opp for å sikre effektiv forebygging av brudd på regelverket som gjelder på området. Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket gjennomgår organisering av innkjøpsfunksjonen.

Gjennomgangen viste samtidig at klinikkene har høy grad av autonomi og at de har bygget opp ressurser, kompetanse, prosesser og rutiner for selv å ivareta styring og oppfølging i egen klinikk. Ressurs- og kompetansesituasjonen er ulik mellom klinikkene og stedvis svak i forhold til behovene for støtte til planlegging, gjennomføring, rapportering og analyse. Gjennomgangen viste bl.a. at analyser og konsekvensvurderinger i liten grad er utviklet som del av virksomhetsrapporteringen fra klinikkene.

Prosesser og rutiner i klinikkene er uensartede og graden av internkontroll varierer. Klinikken har egne klinikkøkonomer og administrasjonskonsulenter som bistår på ulike områder og i forskjellig omfang

innenfor den enkelte klinikk. Arbeidet er i mindre grad koordinert mellom de ulike klinikkene og ikke mot sentral økonomistab, slik at arbeidsprosesser i de ulike klinikkene utføres på en uensartet måte.

Gjennomgangen viste at det er til dels store forskjeller i de ulike klinikkene på antall ressurser som er avsatt til ledelsesstøtte, samtidig som styringssystemene er bygget opp og gjennomføres på ulik måte.

I Medisinsk klinikk er det en relativt høy andel stabs- og støtteressurser (1 klinikkøkonom og 6 administrasjonskonsulenter på avdelingsnivå). Mål- og resultatstyringsmodellen er implementert på alle ledelsesnivåer i klinikken, og styring og oppfølging skjer gjennom regelmessige oppfølgingsmøter hvor styringskrav og resultatoppnåelse drøftes.

I Kirurgisk klinikk er stabs-/støtteressursene vesentlig lavere. Det vesentligste av ledelsesstøtte ivaretas av klinikkensjef og klinikkøkonom både i forhold til budsjettarbeid, resultatoppfølging og rapportering for samtlige ledernivåer i klinikken. Etter konsernrevisjonens vurdering er ledelsesstøtten innholdsmessig sett god, men viktige arbeidsprosesser i virksomhets- og økonomistyringen er i for stor grad avhengig av enkeltpersoner for å kunne gjennomføres. For foretaket totalt sett innebærer dette relativt høy sårbarhet.

Den uensartede styringen av klinikkene reiser dessuten et dilemma – styringen kan isolert sett være hensiktsmessig og effektiv for den enkelte klinikk, men den ivaretar ikke nødvendigvis i tilstrekkelig grad behovene for foretaksomgripende styring og kontroll med viktige styringsprosesser som økonomiavdelingen er forutsatt i skulle ivareta. Etter konsernrevisjonens vurdering medfører dessuten de uensartede systemene og den høye andelen stabs-/støtteressurser i klinikkene at styringsprosessene blir mindre effektive, samtidig som det krever oppbygging og vedlikehold av kompetanse flere steder i organisasjonen.

Konsernrevisjonen anbefaler at det etableres mer enhetlige styringsprosesser, og hvor økonomiavdelingen har systemansvar og ressurser/kompetanse for å yte ledelsesstøtte til klinikkene. En mer enhetlig måte å gjennomføre virksomhets-/og økonomistyringsprosessene på vil da bidra til at kompetanse og kapasitet kan deles mellom klinikker, og mellom klinikker og økonomiavdelingen. Sett under ett vil dette kunne bidra til en mer enhetlig og robust intern styring og kontroll i foretaket.

4.3.3 Fordeling av ansvar og myndighet og systemer for opprettelse, endring og opphør av fullmakter

Fordeling av ansvar og myndighet forutsetter at det foreligger et delegasjonsreglement og interne planer/driftsavtaler eller lignende som beskriver roller, oppgaver, ansvar og myndighet. Myndighet må være tilpasset lederens resultatansvar, dvs. den som driver kostnadene bør også ha resultatansvaret. Fordeling av ansvar og myndighet, herunder systemene for å forvalte og holde oversikt over alle fullmakter i foretaket, må være konsistente med de nye retningslinjene for fullmakter som er nedfelt i foretaksprotokoll fra desember 2008

Gjennomgangen viste at SSHF har utarbeidet og implementert retningslinjer for delegering av fullmakter fra administrerende direktør. Administrerende direktør delegerer fullmakt videre til klinikkensjefene som igjen er gitt rett til videre å delegerer dette ned i sin klinikk med unntak av noen få sentrale prosedyrer.

Det foreligger i tillegg stillingsbeskrivelser for de ulike stillingskategorier. Framlagte stillingsbeskrivelser inneholder en oversikt over det ansvar det pålegges den enkelte. Det framkommer ikke hva som faktisk er gitt av fullmakter knyttet til dette ansvaret slik at det bærende prinsipp om at myndighet og ansvar fullt ut skal henge sammen ikke er mulig for konsernrevisjonen faktisk å verifisere. Pr i dag foreligger det ingen samlet oversikt som viser dette.

Gjennomgangen viste at formalisering av fullmakter videre ned i de ulike klinikker er varierende. Etter konsernrevisjonens vurdering er dette spesielt svakt på nivå 4. Dette gjelder både i forhold til faktisk fullmakter og hvilke beløp de faktisk har som grense for attestering i forbindelse med godkjenning av

inngående fakturaer. Det foreligger ingen sentral prosedyre for enhetsledere og fullmaktene er i ulik grad formalisert.

Ut fra retningslinjene må det forutsettes at den som genererer aktivitet, som et minimum har budsjettansvar for inntekter og kostnader knyttet til legeårsverk og medisiner. Videre må det ut fra retningslinjene forutsettes at seksjoner som ikke genererer aktivitet direkte, må ta kostnader som en konsekvens av aktivitet som genereres av behandlingsenheten.

Etter konsernrevisjonens vurdering må disse ha sitt kostnadsbudsjett fastsatt ut fra de forutsetninger som ligger til grunn for aktivitetsnivå. Gjennomgangen viste her at det stedvis er noe svakt samsvar mellom ansvar og myndighet på nivå 4 og dels på nivå 3 i forhold til beslutninger som genererer kostnader. Dette ble likevel i stor grad oppveid gjennom samhandling på tvers av seksjoner og avdelinger.

Gjennomgangen viste ellers at dagens prosedyrer og oppbygging av i forhold til fullmakter ikke er i samsvar med de nye retningslinjene for fullmakter som er nedfelt i foretaksmøte i desember. Foretaket har startet en prosess med å kartlegge gapet mellom dagens fullmaktssystem og system for å forvalte dette mot føringene som ligger i nytt fullmaktssystem. Gapanalysen er estimert til å vare til slutten av mars 2009 og det vil etter dette bli utarbeidet en konkret handlingsplan for å ferdigstille dette.

Konsernrevisjonen anbefaler at foretaket som ledd i sin gjennomgang av fullmakter, samtidig sørger for å styrke systemer og rutiner for å opprette, endre og bringe til opphør fullmakter både innenfor personalområdet og innkjøpsområdet.

5 Vedlegg

5.1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
• Driftsavtaler og foretaksprotokoller for 2008 og 2009
• Dokumentasjon fra styremøter i 2008 og 2009 (herunder saksdokumenter og protokoller) hvor saker om budsjett og økonomi-/aktivitetsrapportering er behandlet
• Fullmakter for 2008, herunder lederavtaler
• Budsjett 2008 og 2009, herunder investeringsplaner for begge år
• Interne planer for Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk 2008
• Virksomhetsrapporter/styrerapporter økonomi/aktivitet 08 og 09
• Årlig melding 2007
• Planer for innkjøps-/logistikkområdet relatert til oppfølging av RHF-styresak 069-2007
• Organisasjonskart
• Beskrivelse av fullmaktssystemet, herunder hvem hvordan fullmakter opprettes, endres, bringes til opphør
• Kontoplan med oversikt over kostnadssteder/prosjekter
• Beskrivelser av budsjettprosess (herunder rutiner)
• Beskrivelser av rapporterings- og oppfølgingsrutiner (rutiner)
• Anbudsdokumentasjon, kontrakter etc. for utvalgte innkjøp (utrykt vedlegg)
• Notater fra samtaler jf. kap 5.2

5.2 Gjennomførte samtaler

Navn		Stilling
Jan Roger Olsen		Administrerende direktør
Per Qvarnstrøm	Økonomiavdelingen	Økonomidirektør
Even Krogstad	Driftsenheten	IT-sjef
Leif Steinar Brodland	Driftsenheten	Ansvarlig DiPS
Per Torgersen	Driftsenheten	Driftsdirektør
Øyvind Stenvik Andersen	Driftsenheten	Trainee
Atle Aas	Økonomiavdelingen	Innkjøpssjef
Grete Dølbakken	Anestesiavdeling, akuttmottak	Seksjonsleder
Grete Erdvik	Anestesiavdelingen	Avdelingsleder
Grete Abusdal	Anestesiavdelingen, intensivseksjonen	Seksjonsleder
Ingrid Lode	Anestesiavdelingen, kontor	Seksjonsleder
Inger Cathrine Bryne	Kirurgisk klinikk	Klinikkssjef
Vibeke Johannesen	Kirurgisk klinikk	Klinikkøkonom
Kåre Danielsen	Medisinsk avdeling, Barnesenteret	Avdelingsleder
Britt Engelsen	Medisinsk avdeling, Barnesenteret	Adm konsulent
Pål Friis	Medisinsk klinikk	Klinikkssjef
Jan Øyvind Karlsen	Medisinsk klinikk	Klinikkøkonom
Svein Mjåland	Medisinsk klinikk, Senter for kreftbehandling	Avdelingsleder
Ingjerd Lind	Medisinsk klinikk, Medisinsk sengepost 2A	Seksjonsleder
Nina Iversen	Organisasjonsavdelingen	Organisasjonsdirektør
Kåre Smith Heggland	Organisasjonsavdelingen	Seniorrådgiver
Gun-Elise Gustavson	Medisinsk serviceklinikk	Klinikkssjef
Ellen Scheie	Medisinsk serviceklinikk	Klinikkøkonom
Henning Garsjø	Psykiatrisk klinikk	Konst. klinikkssjef
Henning Garsjø	Radiologisk klinikk	Klinikkssjef
Vigleik Bjørheim	Psykiatrisk klinikk	Klinikkøkonom
Berit Michaelsen	Økonomiavdelingen	Controller
Leif Kåre Spartveit	Økonomiavdelingen	Controller
Arne Skautvedt	Økonomiavdelingen	Controller
Peder Olsen	Styret for Sørlandet sykehus HF	Styreleder

5.3 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Deltaker/Mottaker	Dato
Brev med varsel om revisjon	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Jan Roger Olsen Kopi til: <ul style="list-style-type: none"> Styreleder Sørlandet sykehus HF Peder Olsen 	27. juni 2008
Oppstartsmøte	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Jan Roger Olsen Økonomidirektør Per Qvarnstrøm 	17. september 2008
Orientering om status	<ul style="list-style-type: none"> Ledergruppen 	12. januar 2009
Verifikasjon av observasjoner fra revisjonen	<ul style="list-style-type: none"> Klinikkssjef Kirurgisk klinikk Inger Cathrine Bryne Klinikkssjef Medisinsk klinikk Pål Friis 	17.-18. februar 2009
	<ul style="list-style-type: none"> Økonomidirektør Per Qvarnstrøm 	17. februar 2009
	<ul style="list-style-type: none"> Økonomidirektør Per Qvarnstrøm Administrerende direktør Jan Roger Olsen 	24. februar 2009
Utsendelse av rapportutkast	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Jan Roger Olsen 	25. februar 2009
Svar på utkast	<ul style="list-style-type: none"> Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst 	26. februar 2009
Utsendelse av endelig revisjonsrapport til besvarelse og styrebehandling	<ul style="list-style-type: none"> Administrerende direktør Jan Roger Olsen Kopi til: <ul style="list-style-type: none"> Styreleder Sørlandet sykehus HF Peder Olsen Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Bente Mikkelsen 	2. mars 2009 (Behandles i styremøte 5. mars 2009)
Behandling i Revisjonskomiteen	<ul style="list-style-type: none"> Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF 	1. kvartal 2009
Orientering til styret Helse Sør-Øst RHF	<ul style="list-style-type: none"> Styret Helse Sør-Øst RHF 	

5.4 Oversikt økonomiske utfordringer med kommentarer

Bilde av økonomisk utfordring og for risiko knyttet til budsjettet for 2009			
Kostnadsside:	Mill kr	Finansieringsside	Mill kr
Salg eiendom	-27,5	Økt aktivitet i statsbud.(50 % dekn. bidrag)	14,0
Lån fra psykiatri til somatikk	-19,0	Økt aktivitet Rus/LAR (8 mill dekn. bidra =0)	0,0
Merkostnad pensjoner	-27,0	Inndekning merkostnad pensjoner	35,0 ¹
a)SUM ENGANGSEFFEKTER	-73,5	g)SUM FRA STATSBUDDSJETTET	49,0
Drift somatiske klinikker 08	-62,0	Tiltak somatiske klinikker	51,0
Pasientreiser	-20,5	Tiltak psykiatri(vakante stillinger)	24,0
Gjestepasienter	-11,0	Reduserte ordinære pensjoner (KLP-beregning)	11,0
Lønnsoppgjør 08 inkl i klin.	0,0	Risiko i omstillingstiltakene, vurdert 17.2.	-6,0
Energikostnader	-5,0	Reduserte avskrivninger(detaljberegnet)	28,0
Reduserte bud stab/drift(lik 08 nivå)	10,0	Redusert finanskost (behov og rentenivå)	7,0
b)DRIFTSUTFORDRING FRA 08	-88,5	h)SUM TILTAK INTERNT	115,0
Økte finanskostnader, netto(+5-2)	-3,0	Styrking fra RHF	40,0
Merkostnad 08 lønnsoppgjør i 2009	-18,0	Styrking pas reiser / prehospital	12,0
Forventet endring ordinære pensjonskostnader 08-09	-8,0	Regional avsetning	-11,0
		Andre poster RHF endring	2,0
c)SUM NYE UTFORDRINGER I 2009	-29,0	i) SUM FRA RHF	43,0
d) NYTT UTFORDRINGSBILDE 2009	-191,0	j) FINANSIERING NYTT UTFORDR BILDE	207,0
e) Poster med spesiell risiko I 2009			
Risiko økt høykostmedisinbruk(TNF/MS mm)	-11,0	k) Ny ISF ordning fra RHF ang TNF/MS	4,8
Risiko videre nedgang i aktivitet i Medisinsk klinikk utover 2008 nivå	-2,0	l) Innkjøpsbesparelser nye avtaler	2,5
Risiko overforbruk vikarbruk over 08 nivå	-6,0	Omstillingsutfordringer 2009 budsjett, buffer i budsjettet	6,0
Valutarisiko varekjøp 500 mill, 10% 8mnd*80%	-27,0	Søkes spesiell finansiering knyttet til kostnadskrevende pasient	(6,0)
f)SUM MULIG UTFORDRINGSBILDE 17.2	-237,0	m) SUM MULIG FINANSIERING PR.17.2.	220,3

1) Pensjoner forutsettes fullfinansiert fra RHF. Pr. i dag mangler SSHF 27 mill fra RHF i tildeling. Avklaring forventes fra RHF ila få uker. Fullfinansiering er forventet, da RHF beregner dette på nytt pr HF.

Kommentarer til tabellen

Kostnadselementer

- a) Sum engangseffekter. Det ble gjennomført en del tiltak i fjor som ikke vil ha effekt i 2009 og som må finansieres også i 2009
- b) Driftsutfordringer fra 08. Her vises budsjettområder fra 2008 som det enten var et reelt underskudd på i 2008 og/eller som det i tillegg vil være kostnader til i 2009 som må finansieres i 2009
- c) Dette er nye kostnader som vil komme i 2009 enten basert på nye områder (ny vaktberedskap) i kirurgi eller endringer i kostnader fra 2008 - 2009
- d) Dette viser totalt de kostnader som reelt sett på finansieres vha tiltak i 2009 for å komme i budsjett, dvs. dersom det ikke gjennomføres tiltak og gitt resten av budsjettet går i balanse ville dette vært årets underskudd
- e) Under dette området er oppsummert de områder i budsjettet som de ulike kliniksjefer har vurdert at budsjettrisikoen er stor. Det er for alle postene medtatt økninger i budsjettet i forholdt til 2008, men her er beskrevet spesielle risikoposter som i henhold til økonomidirektørs vurdering ikke er avsatt tilstrekkelig til i budsjettet. Konsernrevisjonen har ikke gjennomgått den underdokumentasjon som knytter seg til alle postene og kan ikke bekrefte at alle poster med risiko faktisk er medtatt, men baserte seg på gjennomgang med kliniksjefer og klinikkøkonomer, økonomidirektør og konsernrevisjonens egen vurderinger. Spesielt kostnad knyttet til valutarisiko varekjøp er kun en beregning av budsjettrisiko som må følges nøye gjennom året og som totalt sett kan bli både større eller mindre enn estimert. Beløpet vil være avhengig både av endringer i valuta og de avtaler som faktisk er inngått.
- f) Viser total utfordringsbilde basert på tilgjengelig informasjon 17.2 totalt 237mill kr

Finansiering

- g) Sum fra statsbudsjettet. Det er planlagt med 1,5 % inntektsøkning og i tillegg merkostnader pensjoner. Det siste området knyttet til pensjoner er ikke avklart, men det forventes at blir dekket og derfor ikke vurdert som en risiko her
- h) Sum Tiltak internt. Dette er de tiltakene som er beskrevet i dokumentet "Omstillingsutfordringer 2009" og som konsernrevisjonen har gjort en vurdering av. Totalt var beløpet estimert til 75 mill kr, men det er vurdert av økonomidirektør og internrevisor å være en budsjettrisiko på 6 mill kr, slik at kun 69 mill kr er lagt inn som finansiering. 6 mill kr vil her være å anse som en budsjettbuffer.
- i) Det er gitt en del føringer fra RHF som er oppsummert i dette punktet.
- j) Dette viser finansiering dersom kun "Omstillingstiltak 2009" og godkjent ordinær finansiering fra RHF og statsbudsjett skal legges til grunn og uten poster med stor risiko er vurdert. Dvs. Totalt 207 mill kr og sett i forhold til kostnadsutfordring vil dette være tilstrekkelig til å sikre budsjettbalanse.
- k) Under dette punkter er ny ISF ordning fra RHF ang TNF/MS medtatt
- l) Når det gjelder posten på 2,5 mill kr knyttet til gevinstrealisering innkjøp-/logistikk viste gjennomgangen at SSHF har lagt inn et konservativt anslag og estimert pluseffekten for 2009 til å være 2,5 mill kr. Dette vil ikke være tilstrekkelig til å dekke SSHFs forventede del av besparelsen. En forutsetning for å lykkes med dette er at Helse Sør-Øst RHF/HINAS tidsnok reforhandler avtaler som muliggjør et gevinstpotensial på 250 mill kr og at SSHF implementerer og tar i bruk nye avtaler etter hvert som de blir reforhandlet. Det er etter konsernrevisjonens vurdering risiko knyttet til begge disse forutsetningene. Dersom den første forutsetningen ikke oppfylles, gjør heller ikke den andre det. SSHF har derfor begrenset mulighet til å styre denne risikoen. Det SSHF må ha fokus på er å sikre at alle avtaler som er framforhandlet er implementert og faktisk benyttes av klinikkene. For å fastsette hvor høy risikoen er, samt kunne foreta en nærmere tallfesting av budsjettrisikoen for dette tiltaket, anbefaler konsernrevisjonen at SSHF og Helse Sør-Øst RHF i samarbeid foretar en vurdering av risiko. Helse Sør-Øst RHF har overfor SSHF pekt på at de avtaler som er inngått ikke fullt ut blir benyttet. Gjennomgangen har vist at SSHF har planlagt tiltak for å arbeide med denne problemstillingen for å sikre at avtalene brukes på en optimal måte og for å effektivisere innkjøpene generelt. Etter konsernrevisjonens vurdering er det lav budsjettrisiko for dette tiltaket sett i forhold til at det kun er lagt inn en gevinst i budsjettet for 2009 på 2,5 mill kr, men området må følges nøye og også sees i sammenheng med valutarisiko knyttet til varekjøp.
- m) Viser totalfinansiering av utfordringsbilde basert på tilgjengelig informasjon 17.2 totalt 220,3 mill kr