



Rapport – Forprosjekt – Etablering av kategoriprogram



Forprosjekt – Kategoriprogram

Oktober-2021



Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	5
1.1. Bakgrunn og mandat for forprosjektet.....	5
1.2 Organisering av forprosjektet og involvering av interessenter	6
1.3 Forprosjektets arbeid og metodiske tilnærming	7
1.4 Forventninger og sentrale avgrensninger	8
1.5 Eksterne innspill og erfaringsgrunnlag	10
2. Svar på hovedområdene i mandatet	11
2.1 Hovedområde 1 – Målsetning og mandat.....	11
2.2 Hovedområde 2 – Rammeverk, prosess og metode	17
2.3 Hovedområde 3 - Utrullingsplan og kategoriprioritering	21
2.4 Hovedområde 4 - Prosjektdesign, mobilisering og risiko	25
3. Vedlegg	33
3.1 Vedlegg 1 – Forprosjektets mandat.....	33
3.2 Vedlegg 2 – Oppsummering av eksterne innspill	38
3.3 Vedlegg 3 – Håndbok for etablering av kategoriplaner.....	42
3.4 Vedlegg 4 – Design av opplæringsprogram	47
3.5 Vedlegg 5 – Grunnlag og forutsetninger for budsjettberegninger	48



Sammendrag

Bakgrunn

I oppdragsdokumentet for 2021 (pkt. k) gis Sykehusinnkjøp HF i oppdrag å starte arbeidet med å utvikle kategoriplaner. Dette arbeidet er foreslått organisert som en programsatsing – kategoriprogrammet. Kategoriprogrammet skal sikre at det utarbeides kategoriplaner for alle kategorier. Siden arbeidet med å utvikle kategoriplaner for alle kategorier er omfattende og ressurskrevende, vedtok styret i møte den 17. mars 2021 (sak 31/2021) oppstart av et forprosjekt.

Forprosjektets mandat

Mandatet til forprosjektet er gitt av administrerende direktør i Sykehusinnkjøp HF. Målsetningen er at forprosjektet skal levere tydelige og realistiske forslag til rammer og omfang for kategoriprogrammet. Dette gjelder både hva angår tid for gjennomføring, metodisk og prosessuelt innhold, og ikke minst rammer for organisering og ressursinnsats. I mandatet legges det til grunn at forprosjektet skal svare ut følgende hovedområder for det kommende kategoriprogrammet:

- Hovedområde 1 – Målsetning og mandat
- Hovedområde 2 – Rammeverk, prosess og metode
- Hovedområde 3 – Utrullingsplan og kategoriprioritering
- Hovedområde 4 – Prosjektdesign, mobilisering og risiko

Forprosjektet har gjort mindre endringer i rekkefølgen på hovedområdene sammenliknet med originalt mandat. Dette for å sikre en mer logisk oppbygning av argument rekkefølgen. De understrekes at, uavhengig av dette, har alle spørsmål fra mandatet blitt svart ut.

Sentrale avgrensninger og rammebetingelser

Forprosjektet har svart ut hovedområdene i tråd med forventninger og rammebetingelser gitt i mandatet og i oppdragsavklaringen med ledelsen og styret i Sykehusinnkjøp HF, samt eiere (de regionale helseforetakene). Rammebetingelser og forventninger er utføring beskrevet i rapporten. De mest sentrale er listet opp nedenfor:

- At rolle og ansvarsskillet mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene ligger fast.
- At dagens organisering av Sykehusinnkjøp HF, samt rolle- og ansvarsfordeling mellom divisjonene i Sykehusinnkjøp HF, skal ligge til grunn for arbeidet med kategoriplaner.
- At kategoriprogrammet ikke skal gå på bekostning av sentrale driftsaktiviteter eller skape for stort press på arbeidssituasjonen til medarbeiderne.

Organisering og arbeidsmetodikk

Forprosjektet er organisert med ledergruppen i Sykehusinnkjøp HF som styringsgruppe og med Lars-Johan Frøyland, direktør forretningsutvikling, som prosjektleder. Prosjektmedlemmene har bestått av representanter fra Sykehusinnkjøp HF som dekker alle divisjoner og alle kategoriområdene, samt tillitsvalgte, vernetjenesten og kommunikasjonsavdelingen. Arbeidet er blitt støttet av et prosjektsekretariat der eksterne konsulenter fra KPMG har bidratt.

Prosjektleder har sammen med prosjektsekretariatet jobbet frem et underlag før samlingene. Dette underlaget har dannet grunnlag for diskusjon og arbeid både i og mellom arbeidsmøtene, gjennomført av prosjektmedlemmene. Som en del av arbeidet er det invitert inn eksterne foredragsholdere fra større offentlige og private selskap, som har delt sine erfaringer fra arbeid med kategoristyring.



Viktigste anbefalinger fra forprosjektet

Hovedområde 1 – Målsetting og mandat

- A. *Kategoriplaner med et helhetsperspektiv (ref. kapittel 2.1.1)* – Forprosjektet anbefaler at kategoriplaner utarbeides med et helhetsperspektiv. I det ligger det at arbeidet med kategoriplaner vil innebefatte å få oversikt over områder som ligger utenfor Sykehusinnkjøp HF sitt ansvarsområde, men som har påvirkning på innkjøpsarbeidet. Dette gir likevel ikke Sykehusinnkjøp HF mandat til å legge føringer på andre i spesialisthelsetjenesten, men åpner for at forbedringsområder kan påpekes.
- B. *Omfang av kategoriprogrammet (ref. kapittel 2.1.2)* – Forprosjektet anbefaler at etablering av en første versjon av kategoriplaner for alle kategorier (utenom legemidler) gjennomføres i regi av kategoriprogrammet. Kategoriplanene overføres til linjeorganisasjonen fortløpende etter at de er godkjent av programstyret.
- C. *Smidig tilnærming til etablering av kategoriplaner (ref. kapittel 2.1.3)* – Forprosjektet anbefaler en gjennomføringsmodell for førstegangsutarbeidelser av kategoriplaner som gir en kvantitativ helhetsoversikt over kategorien (forbruksoversikt), men at det velges ut et delområde av kategorien der alle aktiviteter i kategoriplanprosessen gjennomføres og det konkretiserer tiltak for. Dette for å sikre en god tids- og omfangsstyring av det enkelte prosjekt.

Hovedområde 2 – Rammeverk, prosess og metode

- D. *Håndbok for etablering av kategoriplaner (ref. kapittel 2.2.2 og 2.2.3)* – Forprosjektet har utarbeidet en praktisk proseshåndbok for gjennomføring av kategoriplanprosessen. Det anbefales at denne tas i bruk for pilotkategoriene. Videre anbefales det håndboken tilpasses basert på erfaringene gjort i piloten og deretter implementeres i Sykehusinnkjøp HF sitt styringssystem når pilotfasen er godkjent av programstyret.
- E. *Tverrfaglig tilnærming (ref. kapittel 2.2.4.1)* – Forprosjektet anbefaler at sentrale kompetanseområder i fra de regionale helseforetakene og helseforetakene involveres i arbeidet med å utvikle en kategoriplan. Foreslått metodikk gir føringer for når de skal identifiseres og involveres i arbeidet.
- F. *Smart involvering (ref. kapittel 2.2.4.2)* – Forprosjektet anbefaler at det er ressurser fra Sykehusinnkjøp HF som sitter i prosjektgruppene med ansvar for å utvikle kategoriplaner. Hovedomfanget av arbeidet tilfaller dem. Foreslått metodikk angir hvordan de skal involvere andre utenfor prosjektgruppen som skal sikre en så effektiv involvering som mulig.

Hovedområde 3 – Utrullingsplan og kategoriprioritering

- G. *Pilotering og bølgetilnærming (ref. kapittel 2.3.1)* – Forprosjektet anbefaler en pilottilnærming slik at det kan verifiseres at arbeidsmetodikken gir verdi før det går til full implementering. Videre anbefales det en bølgetilnærming til hvordan resterende kategoriplaner blir etablert. Dette vil redusere presset på normal drift og ta ned risiko, sammenliknet med en tilnærming der alle kategoriplaner etableres samtidig.
- H. *En lengere gjennomføringshorisont enn utgangen av 2023 (ref. kapittel 2.3.2)* – Forprosjektet anbefaler en tidsplan der kategoriprogrammet skal være ferdigstilt i juni 2024. Bakgrunn for dette er anbefalingen om implementering i bølger, i kombinasjon med at prosjektet ser at gjennomføringstiden for etablering av en kategoriplan vil være 6-12 måneder.



- I. *Prioritering av rekkefølge på kategoriplaner (ref. kapittel 2.3.3)* – Forprosjektet anbefaler at kategoriene «HR» og «Medisinske forbruksvarer» prioriteres som piloteringskategorier. Videre anbefaler det at prioritering av resterende kategorier gjennomføres av programkontoret parallelt med at pilotkategoriene etableres. Forprosjektet finner denne tilnærmingen hensiktsmessig da innsikten til den enkelte kategori vil bli bedre gjennom piloten, og at prioriteringen av resterende kategorier da vil gjøres på et bedre kunnskapsgrunnlag.

Hovedområde 4 – Prosjektdesign, mobilisering og risiko

- J. *Eierskap til kategoriplanene (ref. kapittel 2.4.1)* – Forprosjektet anbefaler at programstyre skal bestå av prosjekteier (administrerende direktør i Sykehusinnkjøp HF) sammen med representanter fra de fire regionale helseforetakene. Programstyret skal fungerer som programmets øverste eskaleringspunkt og beslutningsmyndighet. Programstyret skal således godkjenne alle kategoriplaner levert gjennom programmet og være kategoriplanenes øverste eiere.
- K. *Mobilisering av ressurser (ref. kapittel 2.4.2)* – Forprosjektet anbefaler at mobilisering av deltakere til Programstyret gjennomføres ved en formell forespørsel til de regionale helseforetakene fra administrerende direktør i Sykehusinnkjøp HF. Øvrig involvering av ressurser fra helseforetakene vil godkjennes gjennom programstyret. For mobilisering av ressurser internt i Sykehusinnkjøp anbefaler forprosjektet at prosjektleder kjøpes ut til prosjektet i en 50 % rolle og at et kjerneteam på 2-3 ressurser kjøpes ut 30-40 %. Dette for at midler kan benyttes for å dekke inn kapasitetsgapet som skapes i driften i Sykehusinnkjøp HF.
- L. *Risiko ved overføring til drift (ref. kapittel 2.4.3)* – Forprosjektet anbefaler at programkontoret får oppgaven om å avklare tre sentrale hovedmomenter som må være på plass før første overlevering av kategoriplan til linjeorganisasjonen. De tre hovedmomentene gjelder rollen som skal ha ansvar for å forvalte og drifte kategoriplaner i linje, rapporteringslinje for måloppnåelse for kategoriplanene, samt overtakelse av programstyrets rolle som kategoriplaneier etter overlevering til drift.

Avslutning

Forprosjektet har med denne rapporten levert tydelige og realistiske forslag til rammer og omfang for programsatsingen, innenfor de områder som mandatet omfatter. Forprosjektet ønsker likevel å påpeke tre områder det er viktig at det jobbes videre med og konkretiseres frem til kategoriprogrammet starter opp.

1. *Ferdigstillelse av mandat for kategoriprogrammet* – at endelig ferdigstillelse av mandatet gjennomføres basert på beslutninger knyttet til forprosjektets anbefalinger.
2. *Tilpasning av opplæringsprogram* – forprosjektet har levert et opplæringsprogram med innhold og agenda for seks samlinger. Ved beslutning så må innhold til hver av samlingene produseres i henhold til håndbok for etablering av kategoriplaner.
3. *Mobilisering av ressurser frem til pilotering* – ressurser i Sykehusinnkjøp HF må mobiliseres i henhold til beslutning etter forprosjektet, og det må iverksettes aktiviteter mot de regionale helseforetakene og helseforetakene for å synliggjøre deres involvering i pilotene for kategoriprogrammet startet opp.

Avslutningsvis ønsker forprosjektgruppen å understreke at vi har stor tro på at kategoriplaner vil gi stor verdi til spesialisthelsetjenesten, og at et kategoriprogram som settes i gang innenfor de rammene som forprosjektet skisserer vil sikre at dette er gjennomførbart.



1. Innledning

1.1. Bakgrunn og mandat for forprosjektet

1.1.1 Bakgrunn

Sykehusinnkjøp HF skal være en kategoribasert innkjøpsorganisasjon. Dette slås fast i de senere års oppdragsdokument, blant annet fra oppdragsdokumentet for 2019, som slår fast at Sykehusinnkjøp HF skal "etablere kategoristyrte innkjøp". Videre følger det av virksomhetsstrategien for 2020-2023 at det skal etableres kategoriplaner for alle kategorier innen 2023.

Siden etableringen av foretaket, har det jevnlig vært arbeidet med utvikling av Sykehusinnkjøp HF i retning av en kategoribasert organisasjon. Fase 1 av Sykehusinnkjøp HF sitt første større utviklingsprosjekt (2017-2018), resulterte blant annet i at Sykehusinnkjøp HF sine divisjoner ble organisert i avdelinger etter en kategorilogikk.

I oppdragsdokumentet for 2021 (pkt. k) gis Sykehusinnkjøp HF i oppdrag å starte arbeidet med å utvikle kategoriplaner. Oppdraget har følgende ordlyd:

«I tråd med vedtatt virksomhetsstrategi, skal Sykehusinnkjøp HF iverksette arbeid med kategoriplaner, med sikte på å etablere slike for alle kategorier innen utgangen av 2023. Omfang og tidsplan for etablering av slike planer utarbeides i samråd med kundene, og avstemmes med behovet for fag- og innkjøpsressurser til å gjennomføre anskaffelser. Eierne skal holdes løpende orientert om arbeidet».

For å gjennomføre og følge opp dette oppdraget på en god måte, er det foreslått å organisere arbeidet i en programsatsing – kategoriprogrammet. Kategoriprogrammet skal sikre at det utarbeides kategoriplaner for alle kategorier.

Siden arbeidet med å utvikle kategoriplaner for alle kategorier er omfattende og ressurskrevende, vedtok styret i møte den 17. mars 2021 (sak 31/2021) oppstart av et forprosjekt. Hensikten med forprosjektet er å utrede og forberede kategoriprogrammet, blant annet slik at alle kategoriplaner utvikles etter samme metodikk og etter samme prosess.

I denne rapporten gir forprosjektgruppen anbefalinger og råd om hvordan kategoriprogrammet kan etableres, herunder hvilket omfang programmet kan ha og hvilket tidsløp som kan være realistisk. Videre foreslår forprosjektgruppen en prosess for etablering av kategoriplan og en metode for å jobbe frem innholdet i en slik plan.

Det er allerede utarbeidet en kategoriplan for kategorien legemidler og erfaringene fra dette arbeidet tas med inn i utforming og gjennomføring av kategoriprogrammet.

For å få et best mulig bilde av forprosjektets arbeid og anbefalinger, anbefales at rapporten leses helt gjennom – fra begynnelse til slutt. Underveis vil leseren trolig oppleve at det reises mange spørsmål. Forhåpentligvis vil noen av disse bli besvart ved å lese rapporten i sin helhet.

1.1.2 Forprosjektets mandat og prosjektgruppens tolkning av mandatet

Kategoriprogrammet vil være omfattende, og det er derfor et mål at forprosjektet leverer tydelige og realistiske forslag til rammer og omfang for programsatsingen. Dette gjelder både hva angår tid for gjennomføring, metodisk og prosessuelt innhold, og ikke minst rammer for organisering og ressursinnsats.

Gjennom sak 31/2021, ble styret i Sykehusinnkjøp HF orientert om hvilket mandat administrerende direktør hadde tenkt å gi forprosjektet.



I mandatet² legges det til grunn at forprosjektet skal levere på fire hovedområder:

1. Målsetting og mandat for Kategoriprogrammet

- Overordnet målbilde for programmet med tilhørende forslag til mandat
- Scope og mandat for de enkelte kategoriprojektene

2. Prosjektdesign og mobilisering

- Forslag til organisering og styringsstruktur for kategoriprogrammet
- Avklare de regionale helseforetakenes rolle i kategoriprogrammet
- Beskrive ressursbehov og budsjettimplikasjoner
- Etablere opplæringsprogram for prosjektledere til kategoriplan-arbeidet

3. Rammeverk - prosess, metode

- Utarbeide prosesser for utarbeidelse av kategoriplaner (uløst oppgave fra Fase II-prosjektet)
- Utarbeide metode for utarbeidelse av kategoriplaner, jf. NSSIL og på metodikk fra legemiddel-kategorien (analyse, verktøy og virkemidler)
- Metode og prosess for interessent-involvering (HF, RHF, leverandører, marked etc.)

4. Kategoriprioritering og risiko

- Kriterier for utvelgelse og prioritering av kategoriplaner
- Plan for utrulling og rekkefølge
- Utarbeide en første versjon av risikovurdering av kategoriprogrammet

Denne rapporten er organisert slik at hver av de fire hovedområdene i mandatet, har fått hvert sitt kapittel.

1.2 Organisering av forprosjektet og involvering av interessenter

1.2.1 Organisering

Forprosjektet er organisert med ledergruppen i Sykehusinnkjøp HF som styringsgruppe.

Forprosjektgruppen har hatt følgende sammensetning:

- Lars-Johan Frøyland, direktør forretningsutvikling, (prosjektleder)
- Pål Rydstrøm, divisjon legemidler
- Pia Uhre Trulsen, avdeling samfunnsansvar
- Ole Magne Kleven, divisjon nasjonale tjenester
- Runar Aksnes Rushfeldt, divisjon nord
- Tor Hellandsvik, divisjon Midt-Norge
- Hilde Wangen, divisjon vest
- Bjørn Ove Caspersen, divisjon sør-øst
- Aslak Ballari, kommunikasjonsavdeling (stab)
- Ragnhild Fanebust, repr. tillitsvalgte
- Marit Alice Scheie, repr. vernetjenesten

I tillegg har eksterne ressurser fra KPMG støttet prosjektleder i gjennomføring, fasilitering og dokumentasjonen av arbeidsmøtene som har ledet frem til forprosjektrapporten.

² Mandatet i sin helhet følger rapporten som vedlegg nr 1



1.2.2 Involvering av interessenter i forprosjektet

Forprosjektet har identifisert tre interessentgrupper for sitt arbeid:

1. Medarbeidere i Sykehusinnkjøp HF
2. De regionale helseforetakene
3. Leverandører/bransjeforeninger

I tabellen nedenfor er de tre hovedgruppene av interessenter listet opp sammen med en beskrivelse av deres interesse for forprosjektet, samt hvilke aktiviteter forprosjektet har gjennomført for å ivareta den enkelte interessentgruppe.

Interessentgruppe 1 – Medarbeidere i Sykehusinnkjøp HF	
Beskrivelse av interesse	• Interesse for hvordan kategoriprogrammet vil påvirke deres arbeidshverdag, hvem som får en rolle knyttet til etablering av kategoriplaner, om det medfører ekstraoppgaver, samt annen påvirkning på Sykehusinnkjøp HF som organisasjon.
Strukturerte aktiviteter	• Løpende kommunikasjon på Sykehusinnkjøp HF intranettsider om fremdrift og innhold i prosjektet. • Det er gitt statusoppdateringer om prosjektet i den enkelte divisjon. • For oppgaver mellom arbeidsmøtene har det enkelte prosjektmedlem involvert ressurser fra egen divisjon for å svare ut oppgaven på best mulig måte. • Jevnlige statusoppdateringer fra prosjektleder til ledergruppen i Sykehusinnkjøp HF.
Interessentgruppe 2 – De regionale helseforetakene	
Beskrivelse av interesse	• Har interesse av å bli holdt informert om sentrale tema i forprosjektet, særlig tema som omhandler samarbeid, roller og grensesnitt mellom Sykehusinnkjøp HF og RHF/HF-ene, samt foreslått omfang og ressursinnsats i programsatsingen. Kategoriprogrammets leveranser er også av interesse da det vil ha effekt på hvordan innkjøp kan fungere som et verktøy for effektivisering, samordning, innovasjon mm..
Strukturerte aktiviteter	• Forprosjektet har møtt kontaktpersoner i de regionale helseforetakene til tre dialogmøter. Ett ved oppstart av forprosjektet (22. april), ett der kategorimetodikk og -prosess ble presentert (11. juni) og ett der omfang (bredde og dybde), organisering og mandat for den enkelte kategoriplan, samt pilotkategorier ble presentert (17. september).
Interessentgruppe 3 – Leverandørene	
Beskrivelse av interesse	• Har interesse for hvordan kategoriprogrammet vil påvirke hvordan Sykehusinnkjøp HF vil jobbe ut mot markedet, hvilken påvirkningsmulighet de har, samt om prosessen vil stille nye krav til leverandører til spesialisthelsetjenesten.
Strukturerte aktiviteter	• Forprosjektet har i møte med bransjeforeningen <i>Melanor</i>³ orientert om forprosjektets mandat og arbeid, herunder tanken om å etablere et kategoriprogram.

1.3 Forprosjektets arbeid og metodiske tilnærming

Arbeidet med å etablere informasjonsgrunnlaget og anbefalingene til forprosjektet har vært fordelt over ni arbeidsmøter. Alle møtene er gjennomført som Teams-møter. Prosjektleder har sammen med

³ *Melanor* er en av to store bransjeforeninger for leverandører til spesialisthelsetjenesten. Den andre er Legemiddelindustrien (LMI) som har legemiddelfirmaer som medlemmer. LMI ble involvert i arbeidet med Sykehusinnkjøp HF sin legemiddelstrategi, og er derfor ikke orientert om forprosjektets arbeid.



prosjektsekretariatet jobbet frem et underlag før samlingene, noe som har dannet grunnlag for diskusjon og arbeid både i og mellom arbeidsmøtene gjennomført av prosjektmedlemmene. Som en del av arbeidsmøtene er det også gjennomført en rekke gruppeoppgaver for belyse spesifikke tema fra flere sider. Dokumentasjonen og resultatene fra dette er implementert i denne rapporten.

For å sikre en strukturert tilnærming for å svare ut de fire hovedområdene fra mandatet ble det i planleggingsfasen definert 21 spørsmål. Det ble også lagt til et femte hovedområde; «forventninger og rammebetingelser» for å sikre at spørsmålene ble svart ut i en riktig kontekst. De konkrete spørsmålene er tatt inn i Figur 1.

Forventninger og rammebetingelser Målbilde og mandat Prosjektdesign og mobilisering Rammeverk prosess og metode Kategori-prioritering, plan og risiko	1 Hvilke forventninger har styret/eiere til prosjektet?	2 Er det konkrete tema som ikke skal omfattes av prosjektet?	3 Er det spesielle rammebetingelser for enkelte kategorier?	4 Hva skal dette prosjektet bidra med av verdi for eierne?
	5 Hva kjennetegner de beste innen kategoristyring?	6 Hva kjennetegner de mest modne kategoriene i SIH?	7 Hvor skal SIH være i 2025 med kategoristyring?	8 Hvordan kan den enkelte kategori møte dette målbilde?
	9 Hva er de viktigste suksesskriteriene for å nå målsetningene som er satt?	10 Hvem skal er det som skal være bidragsyttere i prosessen?	11 Hvordan skal SIH kunder og leverandører involveres i prosessen?	12 Hvordan skal arbeidet organiseres (prosjekt vs. linje)
	13 Hvilken metodisk tilnærming skal SIH benytte?	14 Hvilke verktøy skal understøtte prosessen?	15 Hvordan skal interessenter involveres?	16 Hvilken arbeidsform skal benyttes?
	17 Hvilke kriterier skal gjelde for design av pilot?	18 Hvordan skal dette gjennomføres i tid?	19 Hva krever dette av ressurser og budsjettmidler?	20 Hvordan skal vi måle resultatoppnåelse?

Figur 1 - Hovedområder og relaterte spørsmål

Arbeidet og samlingene har vært gjennomført på en slik måte at det er søkt etter inspirasjon om god praksis både internt i Sykehusinnkjøp HF og eksternt hos andre virksomheter (Equinor, Statkraft, Forsvaret og Oslo Universitetssykehus).

1.4 Forventninger og sentrale avgrensninger

1.4.1 Forventninger til kategori-programmet

Gjennom dialog med styret i Sykehusinnkjøp HF og representanter fra de regionale helseforetakene er de viktigste forventningene til kategori-programmet kartlagt. Den viktigste forventningen er at alt arbeid som gjøres skal være til nytte for helseforetakene både i et gevinst- og kvalitets perspektiv. Videre er det identifisert fire andre sentrale forventninger:

1. *God balanse mellom programgjennomføring og driften i Sykehusinnkjøp HF:* Kategori-programmet er en stor og viktig satsning for Sykehusinnkjøp HF, men den må ikke gå på bekostning av sentrale driftsaktiviteter eller skape for stort press på arbeidssituasjonen til medarbeiderne. Programmet må balansere fokus og fremdrift med aktiviteter i drift, og man bør søke å forlenge tidsplanen for programmet for å oppnå den balansen.
2. *Enkel og smidig prosess for utarbeidelse av kategoriplaner:* Det må ikke legges opp til en omfattende og tungrodd prosess for å få på plass kategoriplanene, med omfattende beslutningsrunder og tunge dokumenter.
3. *Prioritering av kategorier skal gjøres basert på hvor arbeidet kan ha størst effekt:* Når tidsrekkefølgen på kategoriplaner skal settes, er det viktig at verdibidrag og effekt er et av de mest sentrale kriteriene for hvilke kategorier som skal prioriteres først. For kategoriene som velges ut som piloter kan også andre hensyn tas; som for eksempel egnethet/modenhet for å sikre en reell test av prosesser, malverk, etc.



4. *God involvering er et suksesskriterium for å få på plass gode kategoriplaner:* Kategoriprogrammet må ikke bli en Sykehusinnkjøp-intern oppgave. Det er viktig å legge opp til en prosess med god involvering av helseforetakene.

1.4.2 Sentrale avgrensninger

I forprosjektet har det vært nødvendig å definere de viktigste skillelinjene mellom hva kategoriplanarbeidet skal, og ikke skal, omfatte. Avgrensningen gjøres langs disse to hoveddimensjonene:

- Rolle og ansvarsskillet mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene
- Interne forhold i Sykehusinnkjøp HF knyttet til implementering av kategoriplaner

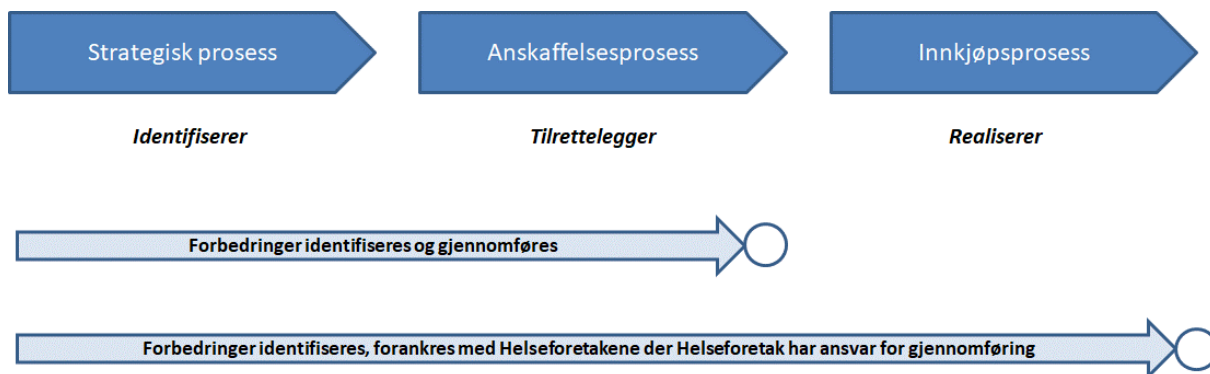
1.4.2.1 Roller og ansvarsskillet mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene

Effekten av en kategoriplan hentes ut gjennom hvordan behov oppstår og kommer til uttrykk, gjennom hvordan anskaffelser planlegges og gjennomføres, samt hvordan avtalene brukes og følges opp. Av den grunn er det størst verdi å hente om kategoriplanen omfatter hele livssyklusen til en avtale.

Det er siden etableringen av Sykehusinnkjøp HF tydelig avklart at helseforetakene har ansvar for sine behovsprosesser, prosess for bestilling og betaling, samt logistikkprosessene (forsyning, lager mv). Sykehusinnkjøp HF på sin side har ansvar for prosesser knyttet til anskaffelse og til avtaleforvaltning.

Arbeidet med kategoriplaner kan trolig avdekke forbedringsområder som ligger utenfor Sykehusinnkjøp HF sitt prosessansvar. Forprosjektet vil derfor understreke viktigheten av at arbeidet med kategoriplaner og implementeringen av disse aldri kan gjøres av Sykehusinnkjøp HF alene, men må skje i et tett samspill med de regionale helseforetakene og helseforetakene. Gjennom et slikt tett samarbeid vil kategoriplanene kunne bli et viktig verktøy både for helseforetakene og for Sykehusinnkjøp HF hva gjelder både kvalitative og kvantitative gevinster.

Figur 2 illustrerer hvordan det må jobbes med tiltak i kategoriplanarbeidet.



Figur 2 - Rolle og ansvar for tiltak i kategoriplanene

1.4.2.2 Sykehusinnkjøpinterne forhold

Dagens organisering av Sykehusinnkjøp HF, samt rolle- og ansvarsfordeling mellom divisjonene i Sykehusinnkjøp HF, ligger til grunn for arbeidet med kategoriplaner. Forprosjektet mener at dette ikke skal være til hinder for at man gjennom arbeidet i kategoriprogrammet kan peke på eventuelle begrensninger med dagens struktur og foreslå forbedringer. Dette skal ikke tas med i arbeidet med kategoriplaner, men spilles inn til ledelsen i Sykehusinnkjøp HF.

For øvrige forhold skal kategoriprogrammet foreslå konkrete forslag til forbedringer. Dette omfatter blant annet kategoriinndeling og -struktur, interne prosesser, krav til kompetanse, maler og verktøy (eksempelvis analysemodeller), mm. Slike forbedringsinnspill kan komme som følge etableringen av



den enkelte kategoriplan eller gjennom annet arbeid i kategoriprogrammet. Det vil være programledelsen sitt ansvar å samle alle forbedringsinnspill og sørge videre håndtering av disse.

Figur 3 illustrerer de områdene som skal håndteres som rammebetingelser, og de områdene der konkrete løsningsforslag kan fremmes i forbindelse med arbeidet med kategoriplanene.



Figur 3 - Rammebetingelser

1.5 Eksterne innspill og erfaringsgrunnlag

Gjennom kategoriprogrammets forprosjekt har det vært hentet inn eksterne foredragsholdere fra større offentlige og private selskap som har delt sine erfaringer fra arbeid med kategoristyring. Forsvaret, Equinor, Statkraft, og Regionalt kompetansesenter for samordning av MTU investeringer i HSØ ved Oslo universitetssykehus har belyst hva som har vært kritiske suksessfaktorer og utfordringer med etablering og gjennomføring av kategoristyring. Det er viktig å bemerke at hvordan de ulike virksomhetene har valgt å organisere innkjøpsfunksjonen avviker på flere områder sammenliknet med Sykehusinnkjøp HF. Dette gjør at erfaringene ikke alltid vil være direkte overførbare, men kan være et godt utgangspunkt for inspirasjon til videre arbeid. I det følgende oppsummeres de mest sentrale betraktningene (se vedlegg 2 for nærmere beskrivelse):

Forsvaret

- En av de største utfordringene med å implementere kategoristyring i Forsvaret har vært å etablere en ny organisasjon med økt behov for bemanning samtidig som det ble drevet opplæring.
- For få ressurser rundt avtaleforvaltning kan føre til at man ikke evner å følge opp avtalene tilstrekkelig i etterkant av inngåelse, og er derfor en sentral rolle som må tilføres nødvendig ressurser og kapasitet for å kunne realisere gevinster.
- Arbeid med gevinster viser at besparelspotensialet i hovedsak ikke realiseres gjennom prisforhandling og konsolidering (20%), men i stor grad gjennom spesifikasjon- og etterspørselsstyring (80%). Høy avtalelojalitet (kjøp av varer og tjenester iht. Inngått avtale) har stått sentralt for å realisere gevinster.

Equinor

- Leverandørsamarbeid står sentralt for å kunne realisere gevinster. Equinor anslår at 85% av deres realiserte gevinster stammer fra samarbeid med leverandører samt gode prosesser og tydelige retningslinjer.



- Gjennom god koordinasjon, forståelse, og innsikt i markedene på tvers av organisasjonen har det vært mulig å redusere leverandøravhengighet.
- En faktabasert tilnærming der analyser og beslutningsunderlag bygget på innsamlet data og tall har stått sentralt i oppbygningen av innkjøp. Dette har ført til økt tillit i organisasjonen og synliggjort verdien innkjøp kan bidra med, og endret synet på innkjøp fra en serviceyter til en strategisk partner.

Statkraft

- Statkraft har erfart at det var meget nyttig å ha en person med strategibakgrunn i kategoriteamene for å kunne strukturere opp problemstillingene og samtidig ivareta helhetsperspektivet. Uten denne rollen opplevde de at diskusjoner og problemstillinger fort ble snever.
- Statkraft peker på at utarbeidelse av målsetninger i felleskap med kunden har stått sentralt for å lykkes med kategoristyring. Et annet sentralt moment har vært å synliggjøre suksesshistoriene for å skape engasjement og oppslutning rundt kategoristyring hos kunden.

Regionalt kompetansesenter for samordning av MTU-investeringer i HSØ ved OUS HF

- Helse sør-øst har arbeidet kategoribasert med kategorien MTU, hvor de har evnet å realisere gevinster gjennom konsolidering og en koordinert innsats på tvers av helseforetak. Både i form av selve anskaffelsen, men også i utprøvningsfase som har blitt mer effektiv gjennom en sentralisert tilnærming. Samarbeid med helseforetakene har også bidratt til bedre datakvalitet, som igjen har bidratt til bedre beslutningsunderlag.
- Innledende fase⁴ av kategoriplaner oppleves som en sentral premissgiver for vellykket gjennomføring for Helse sør-øst. Mangelfull innledende fase har krevd mer av kategoriteamene og økt involvering i de senere fasene når kategoriarbeidet er påbegynt. Kategoriarbeidet har også møtt mye motstand. Samarbeid og involvering har vært avgjørende for å skape tillit både i forhold til kunden, men også markedet.

2. Svar på hovedområdene i mandatet

2.1 Hovedområde 1 – Målsetning og mandat

Formålet med dette kapittelet er å beskrive mål og hensikt med å etablere kategoriplaner, og derigjennom beskrive målbildet for, og omfang av kategoriprogrammet. Videre vil man i dette kapittelet søke å avklare omfanget av kategoriprogrammet, samt avklare roller og ansvar mellom kategoriprogrammet og linje innad i Sykehusinnkjøp HF. Til slutt i kapittelet gir forprosjektet anbefalinger til hva som skal være mandatet til det enkelte *kategori-prosjekt*⁶.

2.1.1 Kategoriplaner – hva er målet med dem?

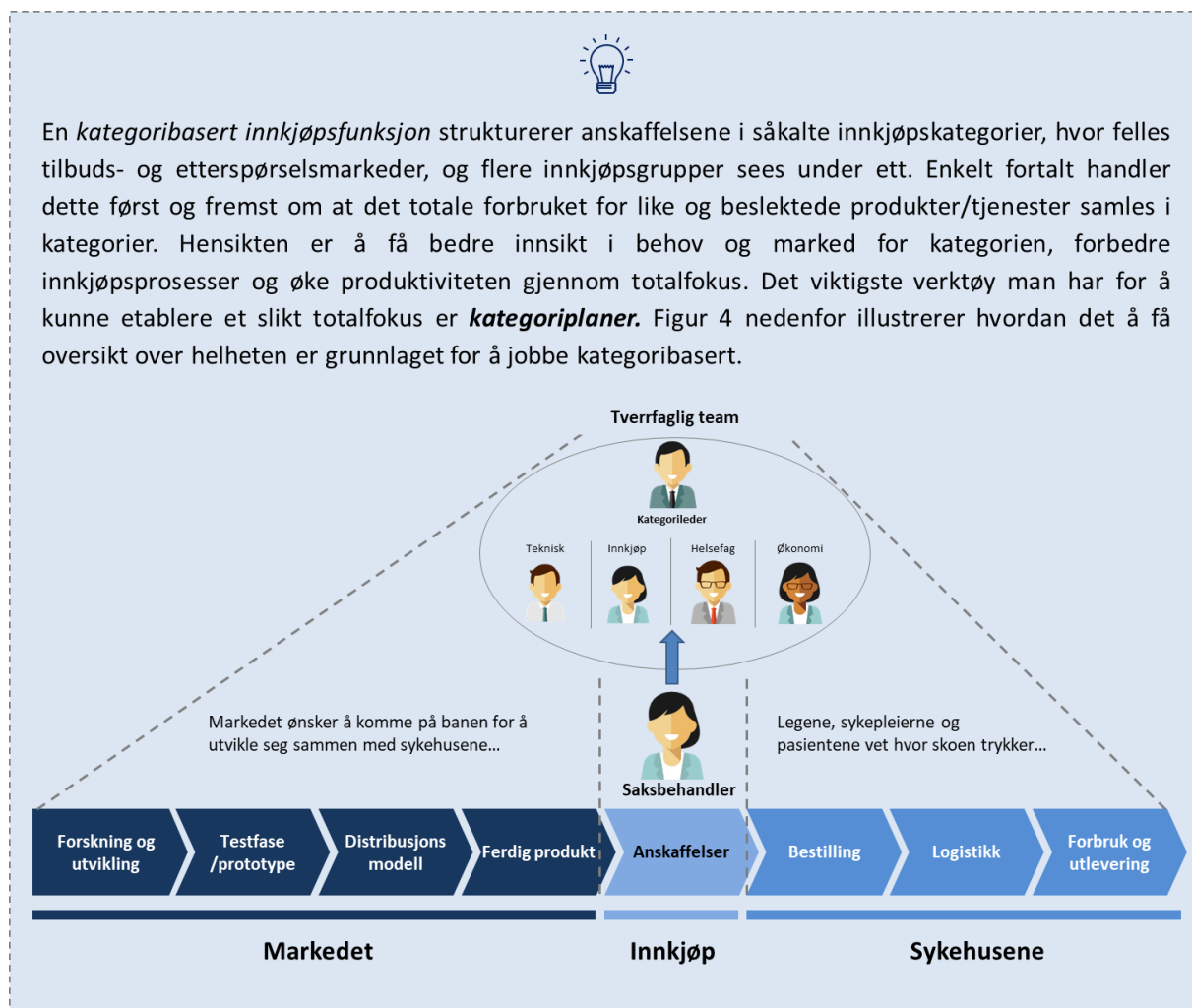
Historisk sett har de fleste innkjøpsfunksjoner, både innen offentlig og privat sektor, hatt en reaktiv tilnærming til hvordan anskaffelser og avtaleforvaltning er gjennomført. Anskaffelser har blitt gjennomført basert på innmeldte behov som ofte har vært ustrukturerte og uten en fast prosess og eller rutine for innmelding og avtaleforvaltning gjennomføres basert på oppståtte hendelser eller feil/mangler. Spesialisthelsetjenestens innkjøpsfunksjoner har historisk også hatt en slik tilnærming. Gjennom etableringen av Sykehusinnkjøp HF har man tatt skrittet med å få etablert en mer strukturert innmelding av behov, etter en oppsatt prosess.

⁴ Se kapittel 2.1.3 figur 9 for foreslått initiering av kategoriplaner

⁶ Et kategori-prosjekt settes opp for utarbeidelse av en kategoriplan.



Ledende innkjøpsfunksjoner både i offentlig og privat sektor er gjennom de siste årene blitt kategoribaserte, og tatt steget mot en mer proaktiv og overordnet (strategisk) vurdering av sin anskaffelsesportefølje og sin avtaleforvaltning. Dette ble også bekreftet i de eksterne innspillene som Sykehusinnkjøp HF fikk gjennom forprosjektet.



Figur 4 -Konseptuell fremstilling av forskjellen mellom tradisjonelt innkjøp og kategoribasert innkjøp

Hovedhensikten og formålet med etablering av kategoriplaner, og styring etter disse, er altså å etablere en mer proaktiv og overordnet forståelse og tilnærming til hvordan innkjøpsvirksomheten håndterer oppgaven med anskaffelser og avtaleforvaltning. Innenfor hver kategori kombineres markeds- og behovsperspektiv for å identifisere den beste mulige måten å ivareta virksomhetens behov med det markedet kan levere. Dette krever blant annet:

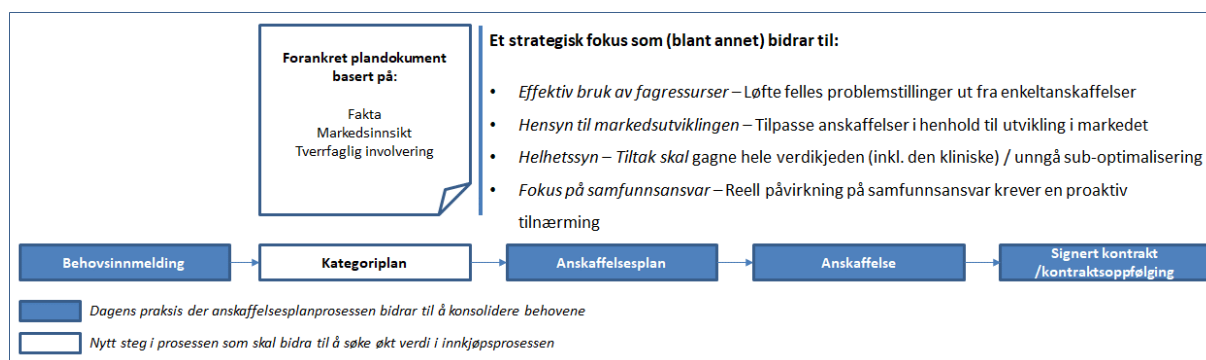
- *Faktabasert tilnærming* – God forståelse av og oversikt over virksomhetens behov, effektiviteten i eksisterende prosesser, prestasjon på sentrale parametere som samfunnsansvar, forbruksdata, kostnadsdrivere, beredskapshensyn, mm.
- *God markedsinnsikt* – God innsikt i markedet som kategorien treffer, hvilke aktører som finnes, grad av konkurranse, hvilke produkter/tjenester, innovasjon som foregår i markedet, mm.
- *Tverrfaglig involvering* – Involvering av flere fagområder for å diskutere hva kunnskapen om marked og behov gir av muligheter for å dekke behovet på best mulig måte.



Gode kategoriplaner gir mulighet til å:

- Gi et godt bilde av totale innkjøpskostnader for den enkelte kategori for hele «organisasjonen» - i vårt tilfelle helseregionene og sammenlagt for hele spesialisthelsetjenesten
- Gi styringsinformasjon for riktige prioriteringer og rekkefølger av anskaffelser
- Utvikle målrettede og overordnede planer for hvordan varer eller tjenester innenfor kategorien best kan anskaffes
- Generere større innkjøpsbesparelser ved å lage plan for hvilke nivå (lokalt, regionalt eller nasjonalt) anskaffelsene mest optimalt gjennomføres på
- Redusere transaksjonskostnader ved å samle leveranser innen en kategori, eller innkjøpsgruppe
- Etablere tydelige, spesifiserte og målrettede tiltak knyttet til miljø og samfunnsansvar for den enkelte innkjøpskategori
- Fremme innovasjon og nytenkning for hvordan man fremover i tid best dekker behovene til helseforetakene

Figur 5 forsøker å oppsummere hensikten med en kategoriplan og hva den potensielt kan bidra til.



Figur 5 - Ambisjonen med en kategoriplan

Figur 5 er en forenkling av virkeligheten, men illustrerer like fullt hvilken verdi som kan ligge i å ha en tilnærming der det er lagt til et strategisk planleggingselement (kategoriplaner) i forkant av at anskaffelser planlegges og gjennomføres. For den enkelte leder av anskaffelser i Sykehusinnkjøp HF, vil en kategoriplan bidra til en mer effektiv hverdag, ettersom man gjennom kategoriplanen vil finne svar på spørsmål som man uten en slik plan, må ta stilling til i hver enkelt anskaffelse.

Etter dette vil forprosjektgruppen understreke at gjennomføringen av et kategoriprogram vil være en strukturert, definert og målsett måte å etablere kategoriplaner på.

2.1.2 Kategoriprogrammets mål bilde, mandat og omfang

2.1.2.1 Mål bilde og leveranseområder for kategoriprogrammet (kategoriprogrammets mandat)

Som det er pekt på ovenfor er kategoriplanene et verktøy for å levere økt verdi til spesialisthelsetjenesten gjennom innkjøpsvirksomheten, gjennom at det skal bidra til bedre anskaffelser. En forutsetning for at kategoriplanene skal gi merverdi, er at de får en påvirkning på hvordan den enkelte anskaffelse planlegges og gjennomføres, og etterfølgende, hvordan avtaleforvaltningen gjennomføres.

Innen dette perspektivet er formålet med kategoriprogrammet todelt. For det første skal kategoriprogrammet sikre at Sykehusinnkjøp HF får etablert kategoriplaner for alle kategoriene som



Sykehusinnkjøp HF forvalter i dag⁷. For det andre skal man gjennom kategoriprogrammet legge til rette for at Sykehusinnkjøp HF får implementert kategoriplanene og kategoristyring som ny arbeidsform og metodikk. Dette forutsetter at:

- 

 - ① Kategoriplanene får reell påvirkning
 - ② Kategoriplanene vil bli forvaltet, fulgt opp og satt ut i operasjonell drift

For en innkjøpsorganisasjon⁸ kan kategoriperspektivet i ulik grad være styrende for hvordan prosesser, organisering, og teknologi er tilpasset. Det ligger utenfor forprosjektets mandat å vurdere organisatoriske endringer som følge av utvikling og implementering av kategoriplaner. Det betyr at videreutvikling av kategoristyrte innkjøp i Sykehusinnkjøp HF skjer innenfor dagens organisasjonsstruktur. Forprosjektet vil likevel peke på at mange innkjøpsorganisasjoner som innfører kategoribasert innkjøp, erfarer at det *over tid* er tjenlig med en hel eller delvis justering av organisasjonen.

Utvikling og grad av kategoristyring kan illustreres med tre utviklingssteg, slik figur 6 viser. For Sykehusinnkjøp HF vil etableringen av kategoriplaner gjennom kategoriprogrammet være steg 1 «Legge grunnlaget» i et slikt utviklingsløp. På den måten kan man si at målbildet til kategoriprogrammet er å ta dette første utviklingssteget som en kategoribasert innkjøpsorganisasjon.

	«Legge grunnlaget»	«Øke spesialisering»	«Gjøre kategori førende»
Leveranser	• Lag prosess for etablering av kategoriplaner • Etablere kategoriteam for innkjøpskategorier • Etablere beslutningsforum for kategoriplaner • Kategoriplaner for alle kategoriene Sykehusinnkjøp HF forvalter • Konkretiser forutsetninger for forvaltning av kategoriplaner i drift • Konkretiser forutsetninger for at kategoriplanene får effekt på gjeldene anskaffelsesplaner • Synliggjøre verdibidraget til spesialisthelsetjenesten	• Etablere en rolle som har ansvar for å oppdatere og forvalte kategoriplanen (kategoriansvarlig) • Formalisering av rollen Helseforetakene har i kategoriteam (tid, finansiering, bidrag, etc.) • Tillat ansatte i den enkelte divisjon å spesialisere seg innad i en kategori • Samle ansvaret for innsamling av data og analyse til ett sted som understøtter kategoriene	• Organisering av Sykehusinnkjøp HF med kategoriinndelingen som premissgiver • Kategoriplanene er førende og erstatter anskaffelsesplanen slik den foreligger i dag • Sykehusinnkjøp HF måles og styres av sine eiere basert på leveranser i henhold til etablerte kategoriplaner

Figur 6 - Målbilde for kategoriplaner

2.1.2.2 Kategoriprogrammets omfang

Forprosjektet foreslår at etablering av en første versjon av kategoriplaner for alle kategorier (utenom legemidler) gjennomføres gjennom kategoriprogrammet.

⁷ Ekskludert kategorien legemidler som allerede har etablert en kategoriplan

⁸ Den enheten som er ansvarlig for å håndtere innkjøp i en organisasjon



Anbefalingen er basert på følgende argumenter:

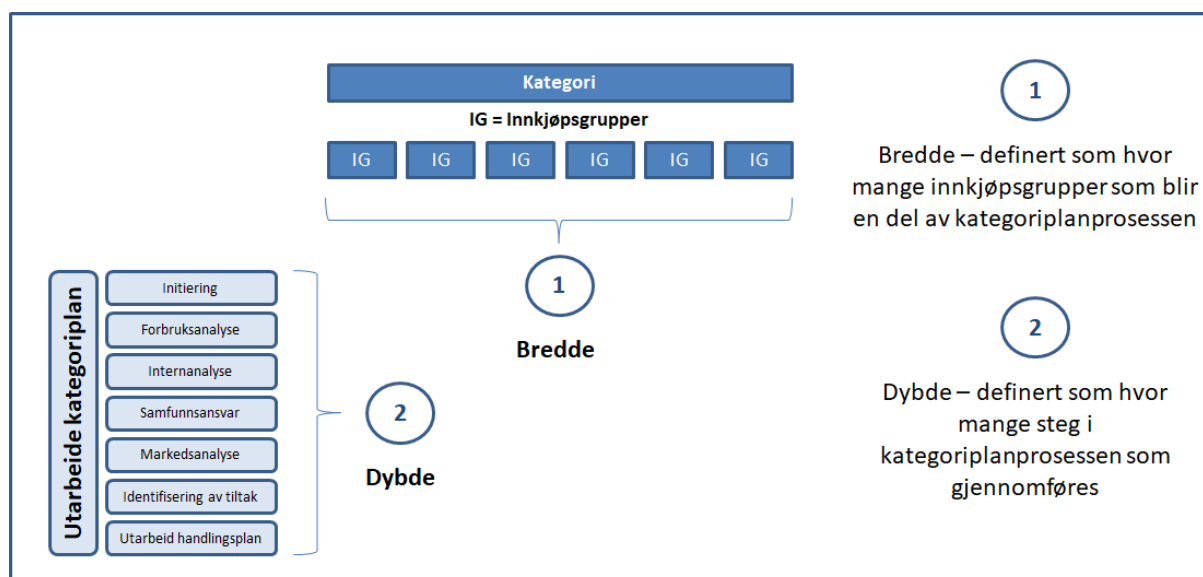
- *Det vil være betydelig lærdom i pilotgjennomføringen som må hensyntas:* Kategoriprogrammet vil gjennom pilotprosjektene få praktisk erfaring og kunnskap som en bør utnytte for å sikre bedre kategoriplanprosesser i de påfølgende prosjektene.
- *Manglende roller og styringslinjer for kategoristyring i Sykehusinnkjøp HF:* Gjennomføringen av kategoriplanprosjekter i kategoriprogrammet vil gi Sykehusinnkjøp HF godt med tid til å finne ut hvilke roller, kompetansekrav, prosesser og styringslinjer som er nødvendige for god implementering av kategoristyring.
- *Gir de beste forutsetningene for gjennomføring i henhold til tidsplan:* Kategoriprogrammet vil bygge opp god kompetanse på å følge opp og sikre fremdrift på kategoriplanarbeidet. At alle kategoriplaner gjennomføres under styring fra kategoriprogrammet vil bidra til å øke sannsynligheten for at tidsplaner overholdes.

2.1.3 Kategoriprojektenes mandat

2.1.3.1 Metodisk tilnærming for etablering av kategoriplan

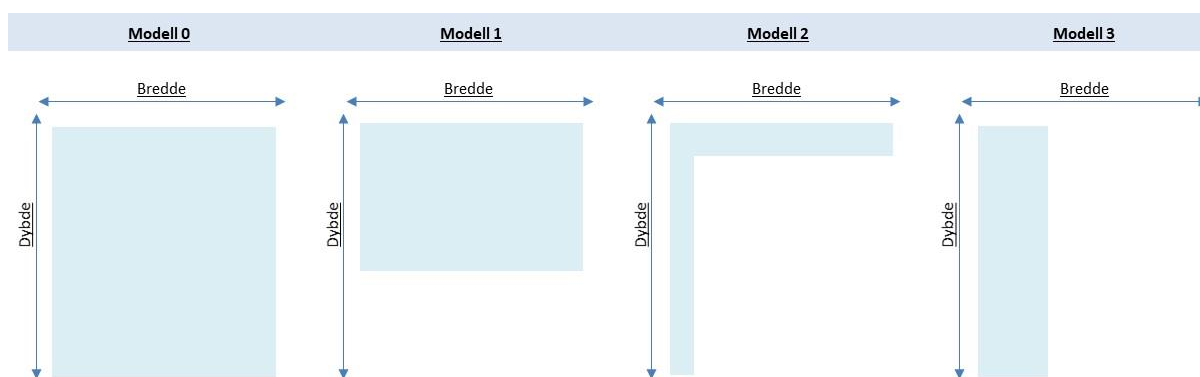
I Sykehusinnkjøp HF er det 12 kategorier (ekskludert legemidler). Dette i kombinasjon med en utfordrende tilgang på data knyttet til kategoriene, samt et svært komplekst og omfattende interessentlandskap, kan gjøre arbeidet med å implementere kategoriplanene ressurs- og tidskrevende. Det er derfor diskutert hvilken metodisk tilnærming som skal ligge til grunn for etablering av kategoriplaner som bidrar til å sikre en hensiktsmessig bruk av ressurser og tid, og samtidig kunne levere reell verdi som følge av arbeidet med kategoriplanene.

Arbeidet med den enkelte kategoriplan kan ha ulikt omfang avhengig av hvor bredt arbeidet skal gjennomføres (hvor stor del av kategorien som skal omfattes), samt hvor dypt arbeidet skal gå (hvor mange steg i kategoriplanprosessen som skal gjennomføres). Figur 7 nedenfor gir en beskrivelse av hva som menes med bredde og dybde.



Figur 7 - Forklaring av dybde og bredde begrepene i en kategoriplan

Basert på definisjonene av bredde og dybde ovenfor er det diskutert fire ulike konseptuelle tilnærminger til hvordan arbeidet med førstegangsutarbeidelsen av de enkelte kategoriplanene skal gjennomføres. Tilnærmingene er presentert i modellen nedenfor.



Figur 8 - Tilnærminger for førstegangsutarbeidelse av kategoriplaner

Nedenfor er modellene kort diskutert:

- **Modell 0** - viser en metodisk tilnærming der man ønsker at kategoriplanen leveres i full bredde og dybde, og løper de risikoer for tids- og ressuroverskridelser som allerede er diskutert ovenfor. Den er kun tatt med som en illustrasjon til sammenlikning med de modellene som reelt er diskutert.
- **Modell 1** – Denne modellen legger opp til at hele kategoribredden analyseres på likt detaljnivå. Dette innebærer at prosjektet vil prioritere mye tid og ressurser på de områdene der data og informasjon er vanskeligst tilgjengelig. Hovedfordelen med denne tilnærmingen er at man bygger opp god kompetanse på hele bredden av kategorien og at den likebehandler de ulike tjenestene og produktene som ligger innenfor kategorien. Hovedutfordringen med tilnærmingen er at det er utfordrende å finne konkrete tiltak til en handlingsplan da ingen av analysene går helt i dybden. Den vil derfor i liten grad kunne demonstrere hvilken verdi kategoriplanarbeidet har bidratt til.
- **Modell 2** – Denne modellen legger opp til at kategoriplanen skal gi en helhetsoversikt over kategorien, men at det velges ut et delområde (eksempelvis en til tre innkjøpsgrupper) kategoriplanen går helt i dybden på. Hovedfordelen med denne tilnærmingen er at den gir en god forståelse for hva kategorien omfatter og hva det vil kreve av arbeid for å ferdigstille en fullstendig kategoriplan, samtidig som at den gir et godt grunnlag for konkrete tiltak som kan være med å realisere gevinster. Hovedutfordringen med tilnærmingen er at det vil være mange innkjøpsgrupper som ikke vil ha tiltak knyttet til seg ved førstegangsetablering av kategoriplanen, da den kun omfatter et utvalgt antall innkjøpsgrupper.
- **Modell 3** – Denne modellen legger opp til at man prioriterer tid og ressurser på å komme i dybden på en så stor bredde av kategorien som mulig innenfor den tids- og ressursrammen som er gitt. Hovedfordelen med denne tilnærmingen er at den gir et veldig godt grunnlag for etablering av konkrete tiltaksplaner for en så stor del av kategorien som mulig. Hovedutfordringen er at man ikke sitter igjen med et helhetsbilde av kategorien etter at en kategoriplan er ferdigstilt.

Det er forprosjektets anbefaling å velge modell 2 slik den er beskrevet ovenfor. Denne modellen balanserer best det å få et helhetsbilde av kategorien, samt å kunne demonstrere rask verdi av å etablere kategoriplaner ved å gå i dybden på enkeltområder.

2.1.3.2 Etablering av mandat for det enkelte prosjekt (basert på modell 2)

Den enkelte kategori vil stå overfor ulik kompleksitet med tanke på omfang, tilgjengelighet på data, antall interessenter, mm. Dette innebærer at mandatet som gis til det enkelte prosjekt må være



fleksibelt nok til å sikre en fornuftig tidshorisont for gjennomføring. For å sikre dette er det fra forprosjektet satt opp et sett med minimumskrav til det enkelte kategoriprojekt, samt en beskrivelse av beslutningsprosess for endelig omfang og mandat.

Minimumskrav for alle prosjekter (utgangspunkt for prosjektleders planlegging)

1. Prosjektet skal leveres på en tidshorisont på 6-12 måneder.
2. Prosjektet skal ha gjennomført en interessentanalyse for hele kategorien.
3. Prosjektet skal minimum svare ut følgende fem spørsmål for hele kategorien i initieringsfasen av kategoriplanprosessen¹⁰:
 - a. Hvor mye (målt i kroner) kjøpes det innen denne kategorien (alle regioner)?
 - b. Hvem (minimum HF-nivå) er det som kjøper, og hvor mye kjøper de (målt i kroner)?
 - c. Hvilke leverandører er det man kjøper fra, og hvor mye (målt i kroner)?
 - d. Hva er det man kjøper (ikke et minimumskrav)?
 - e. Hva er de viktigste ulikhetene knyttet til hvordan Sykehusinnkjøp håndterer kategoriene i dag (på tvers av divisjoner)
4. Prosjektet skal minimum ha gjennomført hele dybden av kategoriplanprosessen for en innkjøpsgruppe. Tidsbegrensning og kompleksitet skal være styrende for hvor mange innkjøpsgrupper planen skal omfatte.

Beslutningsprosess for endelig omfang og mandat

- Ved oppstart av kategoriplanarbeidet får prosjektleder et foreløpig mandat på å svare ut minimumskrav 1 til 3, samt en anbefaling på hvilke(n) innkjøpsgruppe(r) som skal være gjenstand for hele dybden av kategoriplanprosessen.
- Anbefaling av hvilke(n) innkjøpsgruppe(r) som skal omfattes skal være basert på følgende kriterier:
 - *Strategisk betydning* – At den er viktig for spesialisthelsetjenesten i form av at det er kritiske produkter/tjenester i pasientbehandlingen/tjenesten som skal leveres (eksempelvis beredskap, verdi, innovasjon, eller andre kriterier.)
 - *Gjennomførbarhet* – I hvilken grad det er sannsynlig å få god tilgang på data, informasjon og ressurser (internt/eksternt), potensial for å få til reell endring i innkjøpsgruppen (i Sykehusinnkjøp HF og på helseforetakene)
 - *Påvirkning* – At det er overveiende sannsynlig at det vil være mulig å finne konkrete tiltak som kan gi verdi som følge av kategoriplanprosessen.
 - *Overlapp* – Der det er store synergier å kjøre innkjøpsgrupper sammen. Eksempelvis der det er stor overlapp mellom fagfolkene som skal involveres i arbeidet
- Basert på anbefaling fra prosjektleder vil endelig mandat besluttes av programstyret for kategoriprogrammet.

På denne måten vil kategoriprogrammet sikre god tids- og målstyring av det enkelte prosjekt, samtidig som at det enkelte mandat er fleksibelt nok til å håndtere ulik kompleksitet mellom kategoriene.

2.2 Hovedområde 2 – Rammeverk, prosess og metode

Formålet med dette hovedområdet er å sette prosessen for etablering av kategoriplaner inn i en kontekst med øvrige prosesser i Sykehusinnkjøp HF, samt detaljere ut den faktiske prosessen for etablering av kategoriplan gjennom en håndbok. Videre beskrives det hvordan prosessene gjennom piloten forbedres gjennom førstegangsgjennomføringene og deretter implementeres i Sykehusinnkjøp

¹⁰ Se kapittel 2.2.1 for hele kategoriplanprosessen



HF sitt kvalitetssystem. Til sist er det beskrevet en metodikk, med tilhørende roller og ansvar, som tydelig viser hvordan helseforetakene og andre interessenter vil involveres i det praktiske arbeidet med å etablere kategoriplanene.

2.2.1 Kategoriplanprosessens plassering i prosesslandskap

Under «hovedområde 1 – målbilde og mandat» er det beskrevet at etablering av kategoriplaner er en strategisk prosess der de langsiktige anskaffelsesfaglige valgene tas. Valg som tas vil gi føringer for hvordan de påfølgende prosessene gjennomføres og der verdien av de strategiske valgene realiseres. Videre er det påpekt at kategoriplanen må omfatte tiltak både innenfor og utenfor Sykehusinnkjøp HF sitt ansvarsområde, men at det for tiltak utenfor Sykehusinnkjøp HF sitt ansvarsområde må besluttes av helseforetakene.

I Figur 9 nedenfor er det illustrert hvor i dagens prosesslandskap prosessen «etablering av kategoriplaner» vil være plassert.



Figur 9 - Plassering av kategoriplanprosessen i prosessrammeverket

2.2.2 Håndboken for etablering av kategoriplan

Det å etablere en kategoriplan består av en rekke aktiviteter som gradvis bygger opp et faktagrunnlag som er egnet å etablere en kategoriplan på. Aktivitetene som skal gjennomføres er i stor grad de samme uavhengig av hvilken virksomhet kategoriplanen skal utarbeides for, og hvilken kategori det er. Basert på dette utgangspunktet er det i forprosjektet etablert en praktisk håndbok for etablering av kategoriplaner i Sykehusinnkjøp HF. Den er etablert med utgangspunkt i NSSIL (Nasjonal Samhandling og Standardisering Innkjøp og Logistikk) rammeverket, kategoriprosessen for legemidler, samt tilpasninger som er gjort i forprosjektet. Håndboken er strukturert på en slik måte at den sekvensielt skal kunne svare ut seks sentrale spørsmål:

1. Hvem skal involveres i arbeidet?
2. Hva er helseforetakenes behov og hvordan kan leverandørmarkedet imøtekomme disse?
3. Hvordan kan Sykehusinnkjøp HF sammen med helseforetakene involvere markedet for denne kategorien?
4. Hvilke tiltak kan Sykehusinnkjøp HF sammen med regionene og helseforetakene gjøre for å utnytte eksisterende kontrakter bedre?
5. Hva skal til for å gjennomføre handlingsplanen?
6. Hvordan skal Sykehusinnkjøp HF sammen med regionene og helseforetakene følge opp at identifiserte gevinster realiseres?

For å svare ut disse spørsmålene er det definert åtte ulike prosess-steg, med 36 underliggende aktiviteter som kan gjennomføres. Til hver av aktivitetene er det definert en eller flere leveranser, samt viktige sjekkpunkter for å sikre lik forståelse av hva aktiviteten innebærer.

Ved å gå såpass detaljert til verks, ønsker forprosjektgruppen å sikre at metodeverket legger tydelige føringer, og samtidig gir god veiledning til prosjektene som skal etablere de første kategoriplanene. Opplæringsprogrammet som er skissert under hovedområde 3 – *Utrulling, plan og kategoriprioritering* baserer seg på denne håndboken.

Figur 10 illustrerer innholdet i håndboken. Håndboken er i sin helhet presentert i vedlegg 3.



Hvem skal involveres?	Hva er våre behov og hvordan kan leverandørene imøtekomme dem?				Hvordan kan vi best involvere markedet for denne kategorien?	Hva skal til for å gjennomføre handlingsplanen?	
					Hvilke tiltak kan vi gjøre internt for å bedre utnytte eksisterende kontrakter?	Hvordan skal vi følge opp at gevinstene realiseres?	
Initiering	Bygge faktagrunnlag				Utarbeide kategoriplan	Implementering og gevinstrealisering	
Initiering	Forbruks-analyse	Samfunnsansvars-analyse	Intern-analyse	Markeds-analyse	Identifisere tiltaksområder	Handlingsplan	Gjennomføring av anskaffelse og tiltak
1. Definer omfang og målsetninger 2. Interessentanalyse 3. Identifiser tverrfaglig team 4. Utarbeide arbeidsplan 5. Utarbeide kommunikasjonsplan for SIH og andre foretak i spesialisthelsetjenesten 6. Sjekk av plan med behovseier 7. Sjekk av plan med Styringsgruppe 8. Gjennomføre kick-off	1. Kartlegge forbruksmønstre 2. Etabler en baseline relevant for kategorien 3. Kartlegg prosessen fra bestilling til betaling 4. Analyser tidligere gjennomførte konkurranser 5. Analyser nåværende kontrakter 6. Kartlegg brukeropplevelsen av dagens avtale(r) 7. Få oversikt over ufravikelige krav for kategorien 8. Gjennomfør arbeidsmøte med eksisterende leverandører 9. Få oversikt over leverandørmarkedet (relevante tilbydere) 10. Få oversikt over markedsstandarder og normkrav 11. Innhent benchmark priser for beste tilbud 12. Plasser kategorien i innkjøpsmatrisen 13. Utarbeid utkast til hypoteser til forbedringstiltak 14. Dokumenter strategiske dilemma 15. Utarbeid faktapakke for kategorien og send til tverrfaglig team				1. Gjennomfør tverrfaglig arbeidsmøte for tiltaksidentifisering 2. Verifiser og kvantifiser (gevinstpotensiale for merverdi) for det enkelte identifiserte tiltak 3. Gjennomfør tverrfaglig arbeidsmøte for vurdering av tiltakenes gjennomførbarhet 4. Utarbeid handlingsplan (markeds- og interne tiltak) 5. Definer ressursinnsats og gjennomføringstid pr tiltak 6. Utarbeid endelig verdiforslag for kategoriplan 7. Dokumenter kategoriplan 8. Presenter kategoriplan for styringsgruppe og implementer eventuelle endringer		1. Gjennomføring av anskaffelser i henhold til tiltaksplan 2. Gjennomføring av opsjonsforhandlingsmøter i henhold til tiltaksplan 3. Gjennomføring og oppfølging av interne tiltak 4. Innmelding av gevinsttiltak i henhold eksisterende prosedyre 5. Følg opp gevinster underveis i gjennomføringen 6. Dokumenter realisering av planlagte gevinster i henhold til eksisterende prosedyre

Figur 10 - Utsnitt av håndbok for utarbeidelse av kategoriplan

2.2.3 Tilpasning av kategoriplanprosessen etter pilot og implementering

Når arbeidet med kategoriplanene i piloteringen starter, vil det gjøres erfaringer med hvordan prosessen fungerer i praksis. Både erfaringer knyttet til hvilke av de opplistede aktivitetene som er utfordrende og bør tilpasses, samt aktiviteter som bør legges til. Dette er erfaringer som må samles inn under pilotgjennomføringen og som vil danne grunnlag for en revisjon av håndboken og benyttes i utrulling av resterende kategoriplaner.

Endelig versjon lanseres etter piloteringsfasen og programkontoret vil ta ansvar for å implementere endelig versjon av håndboken i Sykehusinnkjøp HF sitt styringssystem.

2.2.4 Involvering i kategoriplanprosessen

Tverrfaglig involvering er en forutsetning for å jobbe frem en god kategoriplan. For store virksomheter med mange organisatoriske enheter, stor geografisk spredning, etc. innebærer dette som oftest involvering av et stort antall ressurser.

Det er viktig for prosessen at prosjektet for den enkelte kategoriplan har god kontroll på hvem som skal involveres, når de skal involveres og hvordan de skal involveres. Erfaringsvis er de som best kan bidra inn i kategoriplanprosesser sentrale personer som også er viktig på andre områder. Derfor er tidlig og god planlegging et suksesskriterium.

Denne delen av rapporten vil ha hovedfokus på hvilken involvering som skal til for å produsere en god kategoriplan. Involvering av beslutningstakere dekkes under hovedområde 4 – Prosjektdesign, mobilisering og risiko.

2.2.4.1 Hvem som skal involveres

En viktig del av initieringsfasen er å finne de medarbeiderne som skal være med å bidra i arbeidet med å etablere kategoriplanen. Metodisk så vil det være riktig å gjennomføre identifiseringsarbeidet på innkjøpsgruppenivå i kategoriinndelingen. Innkjøpsgruppe er det nivået som er tilrettelagt for involvering av fagressurser i innkjøpsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Videre er det viktig at arbeidet gjennomføres for alle innkjøpsgruppene innad i kategorien. Dette vil gi informasjon om hvor det er overlapp av fagressurser mellom innkjøpsgruppene.



En systematisk tilnærming til dette arbeidet er å definere et sett med sentrale kompetanseområder som prosjektet bør ha tilgang til for å utarbeide en god kategoriplan. Disse kompetanseområdene dekkes både av Sykehusinnkjøp HF, helseforetakene, samt eksterne organisasjoner (leverandører mv).

Utover de opplistede kompetanseområdene er det viktig å få med ressurspersoner som kan bidra med en strategisk tilnærming til kategorien. Det vil si en med myndighet og/eller autoritet (formelt eller faglig) som ser verdien av kategoriplanen som et verktøy. Dette ble understreket av flere av de eksterne innspillene. Det er ikke inkludert som en egen rolle, men nevnes som noe man bør være oppmerksom på i arbeidet med å etablere kategoriplaner.

Sentrale kompetanseområder	
Prosjektleder anskaffelser	
Avtaleforvalter	
Rådgiver samfunnsansvar	
Anskaffelsesfaglig jurist	
Behovseier / sentral bruker	
Bestillerkompetanse	
Logistikk-kompetanse	
Økonomi / Regnskap	
IT / Systemstøtte / Masterdata / ERP	
Leverandører	
Bransjeorganisasjoner	
Pasientorganisasjoner	

 Kompetanseområder som dekkes av Sykehusinnkjøp
 Kompetanseområder som dekkes av Helseforetak
 Kompetanseområder som dekkes av eksterne

Forprosjektgruppen foreslår at hvert regionale helseforetak melder inn ressurser som kan dekke de kompetanseområdene som er skissert at skal dekkes av dem (se hvite felter i figuren til venstre). Et forslag er at fagdirektørene i de regionale helseforetakene oppnevner fagpersoner til de kliniske områdene, mens andre ledere på regionalt nivå (HR, IKT, etc.) oppnevner fagpersoner relevante for sine områder.

For å sikre at dette ikke blir en stor, u håndterbar gruppe bør det ved innmelding konkretiseres hvem som er hovedkontaktperson for den enkelte region for det enkelte kompetanseområde. Det er disse kontaktpersonene som prosjektet vil forholde seg til under gjennomføring av prosjektet.

2.2.4.2 Når og hvordan interessentene skal involveres

Det foreslås at det etableres en prosjektgruppe for hver kategoriplan som skal utvikles. Det er prosjektgruppen som aktivt skal samle inn og strukturere informasjon, forberede underlag til møter og er hovedansvarlig for å drive prosessen fremover. Ressurspersoner som ikke er en del av prosjektgruppen skal involveres kun på områder som er relevante for dem, og på en mest mulig effektiv måte.

I den første delen av prosessen («*initiering*» og «*bygge faktagrunnlag*») vil det i stor grad kun være behov for å respondere på informasjonsforespørsler, men når kategoriplanen skal etableres med tiltaksområder og handlingsplaner så kreves det en tettere involvering og deltakelse i diskusjonsmøter.

Figur 11 illustrerer hvordan de ulike kompetanseområdene involveres i de ulike stegene av prosessen for å utvikle en kategoriplan.



	Initiering	Bygge faktagrunnlag				Utarbeide kategoriplan	
	Initiering	Forbruksanalyse	Internanalyse	Samfunnsansvar	Markedsanalyse	Tiltaksidentifisering	Handlingsplan
Prosjektleder anskaffelser	1		1	1	1	3	4
Avtaleforvalter	1		1	1	1	3	4
Rådgiver samfunnsansvar				1	1	3	4
Anskaffelsesfaglig jurist			1				
Behovseier / sentral bruker			1	1	1	3	4
Bestillerkompetanse			1			3	4
Logistikk-kompetanse			1			3	4
Økonomi / Regnskap		2	1				
IT / Systemstøtte / Masterdata / ERP		2	1				
Leverandører		2		1	1		
Bransjeorganisasjoner				1	1		
Pasientorganisasjoner			1	1	1		

Figur 11 - Involvering av interessenter og kompetanseområder

De ulike nummereringene illustrerer en ulik tilnærming og omfang av involvering i prosessen. Betydningen av nummereringen er beskrevet nedenfor:

1. Involvering basert på en konkret forespørsel om informasjon fra prosjektgruppen. Ressurspersonen samler inn informasjon og overleverer informasjonen skriftlig, eller som en del av en en-til-en samtale/et lite møte der prosjektgruppen dokumenterer utfallet.
2. Støtter med å tilgjengeliggjøre og forstå data som er relevant for å gjøre forbruksanalysen fullstendig, samt bidrar til å forstå hvilke tiltak som kan gjennomføres for å bedre datakvalitet og -tilgang i et lengere perspektiv.
3. Involvering basert på arbeidsmøter der prosjektgruppen har forberedt et faktagrunnlag med konkrete elementer som arbeidsmøtet skal ta hensyn til. Arbeidsmøtene kan deles (eksempelvis etter region) for å gjøre møtene mer håndterbare.
4. Tar stilling til utsendte oppsummeringer og handlingsplaner som er kommet ut av arbeidsmøtene og melder tilbake om hvordan det sees opp mot andre prioriteringer, samt om iverksettelse støttes.

Det som gjenstår å svare ut er hvor ressurskrevende det vil være for helseforetakene å bidra inn i arbeidet med en kategoriplan. Forprosjektet er kommet til den konklusjon at dette vil variere i stor grad mellom de ulike kategoriene. Det vil derfor være lite hensiktsmessig med et konkret estimat i forprosjektrapporten. Oversikten som er utbeidet vil kunne benyttes som et verktøy for det enkelte prosjekt til å kunne konkretisere ressursbidraget.

2.3 Hovedområde 3 - Utrullingsplan og kategoriprioritering

Formålet med dette kapitlet er å begrunne den metodiske tilnærmingen for utrulling av kategoriplanene, samt definere hva som skal være suksesskriteriene for videreføring av programmet etter piloten er gjennomført. Videre har forprosjektet vurdert tidsperspektivet kategoriprogrammet må ha, for både å sikre en effektiv gjennomføring av programmet og å ta hensyn til normal drift. Deretter er det begrunnet valg av pilotkategorier og en metodikk for å beslutte rekkefølgen på de øvrige kategoriplanene.



2.3.1 Metodisk tilnærming til utrulling av kategoriplaner

2.3.1.1 Faseinndeling av programmet

Programmet er overordnet inndelt i fire hovedfaser som hver har sin hensikt. Hensikten med de fire fasene er forklart nedenfor.

- *Initieringsfasen:* etablere og ressurs sette programmet i henhold til prosjektdesignet beskrevet under hovedområde 4.
- *Piloteringsfasen:* prøve ut kategoriplantilnærmingen på et begrenset antall kategorier for å utarbeide et faktabasert beslutningsunderlag for hvorvidt konseptet er verdt å etablere for øvrige kategorier i porteføljen. En annen hensikt med piloteringsfasen er å gjøre eventuelle justeringer i etablert prosess for kategoriplaner, verktøy, eller ressurs sammensetning før implementeringsfasen.
- *Implementeringsfasen:* etablere kategoriplaner for resterende kategorier i porteføljen.
- *Avslutningsfasen:* sikre at all kompetanseoppbygning i programmet, samt konkrete leveranser, overføres på en hensiktsmessig måte til Sykehusinnkjøp HF og Helseforetakene. Målsetningen er å gjøre det underveis i prosjektet, slik at avslutningsfasen blir så kort som mulig.

2.3.1.2 Suksesskriterier for pilot

Forprosjektet har jobbet frem et sett suksesskriterier for pilotgjennomføringen. Hvorvidt disse suksesskriteriene er oppfylt skal ligge til grunn for Styringsgruppens beslutning om videreføring av kategoriprogrammet etter piloteringsfasen.

1. *Det er sannsynliggjort at kategoriplanene produsert i piloten vil gi reelle gevinster for spesialisthelsetjenesten¹¹.*
2. *Det er demonstrert at prosessen med å etablere en kategoriplan kan gjennomføres uten for stor byrde på normal drift i Sykehusinnkjøp HF og spesialisthelsetjenesten.*
3. *Det er demonstrert at prosessen med å etablere en kategoriplan evner å knytte spesialisthelsetjenestens behov tettere sammen med markedet.*
4. *Det er demonstrert at prosessen med å etablere en kategoriplan har hatt en positiv effekt på hvordan spesialisthelsetjenesten tilnærmer seg sitt samfunnsansvar.*

Det vil være programkontorets rolle å dokumentere og forberede underlaget til Programstyret for beslutning om videreføring av programmet.

2.3.1.3 Bølgeinndeling av implementeringsfasen

Det legges til grunn en bølgetilnærming til hvordan resterende kategoriplaner (etter piloter) blir etablert. Hovedgrunnen er at en bølgetilnærming vil redusere presset på normal drift og ta ned risiko, sammenliknet med en tilnærming der alle kategoriplaner etableres samtidig. Videre anbefaler forprosjektet at hver bølge inneholder mellom 3 kategoriplaner for å sikre en god nok fremdrift, samt sikre en god erfaringsoverføring mellom de kategoriplan-prosjektene som gjennomføres samtidig.

¹¹ Se kapittel 2.1.1 for konkrete eksempler på verdien en kategoriplan kan bidra med for spesialisthelsetjenesten



2.3.2 Tidsplan og tidsperspektiv på programmet

Basert på den anbefalte tilnærmingen til utrulling av kategoriplaner er det gjort simuleringer knyttet til hva som skal til for å gjennomføre alle kategoriplanene innen måldato skissert i mandatet (i løpet av 2023). I simuleringene er følgende forutsetninger lagt til grunn:

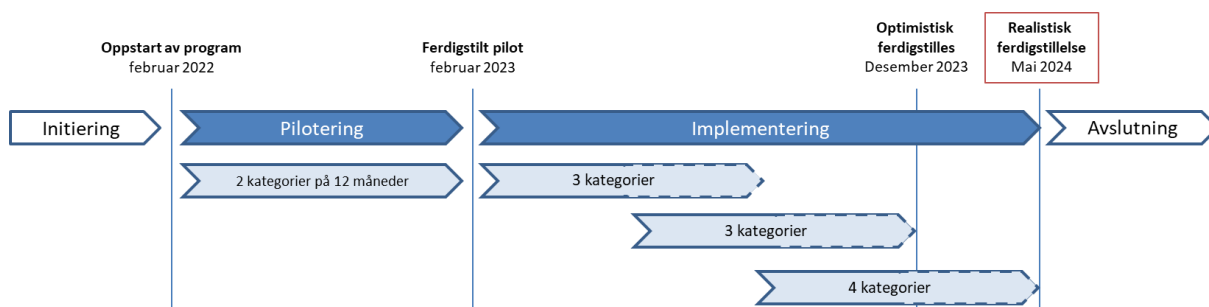
- Piloteringsfasens varighet er 12 måneder.
- Gjennomføringstid på hver kategoriplan i implementeringsfasen er 6-12 måneder.

For at måldato i mandatet skal oppfylles innebærer dette at alle kategoriplanene etter piloten må gjennomføres i parallell. Slik forprosjektet vurderer det, vil dette ikke være i tråd med forventningene om at det skal være god balanse mellom programgjennomføring og driften i Sykehusinnkjøp HF.

Forprosjektet vil på basis av dette anbefale at arbeidet med å etablere kategoriplaner strekkes lenger ut i tid og at disse to forutsetninger tas inn når tidsperioden for kategoriprogrammet skal defineres:

- Det er maksimalt 3 kategorier per bølge.
- Hver bølge startes opp med minimum 6 måneders mellomrom.

Med disse forutsetningene vil kategoriprogrammet ha levert alle kategoriplaner med en mulig realistisk ferdigstillelsesdato juni 2024 gitt en oppstart februar 2022. Figur 12 nedenfor skisserer forprosjektets anbefalte tidsplan for kategoriprogrammet.



Figur 12 - Tidsplan for programmet

2.3.3 Kategoriprioritering

Det anbefales at en prioritering av kategorier og inndeling i bølger gjennomføres parallelt med gjennomføring av pilotene, ved at saker om dette legges fram for programstyret til beslutning. Programkontoret tillegges ansvaret med å anbefale prioritering av rekkefølge på resterende kategorier etter pilotering, samt bølgeinndeling av kategorier.

Forprosjektet finner denne tilnærmingen hensiktsmessig fordi det i dag ikke foreligger en komplett oversikt over forbruk på de tolv kategoriene på et nasjonalt nivå, og noe som gjør det utfordrende å prioritere de ulike hensyn og målsetninger for kategoriene opp mot hverandre. Gjennom denne tilnærmingen sikres det en velbegrunnet prioritering og balanse av kategorier gjennom implementeringsfasen.

Forprosjektet anser det som hensiktsmessig å iverksette to kategorier i pilotfasen fordi dette vurderes til å samstemme godt med den arbeidsinnsats og ressurser som forventes og kreves opp mot foreslåtte tidslinjer. Det er også en erkjennelse av at kategoriarbeidet i stor grad vil komme på toppen av annet arbeid i oppstartsfasen og således er det usikkert hvor omfattende arbeidet vil kunne bli.

I tillegg til overnevnte suksesskriterier for utvelgelse av pilotkategorier har forprosjektet utarbeidet et sett med fire kriterier som er lagt til grunn for utvelgelse av pilotkategoriene:



1. *Læringseffekt og erfaringsoverføring* – Kategoriene skal kunne ha en overføringsverdi ift. læring mot øvrige kategorier, og samtidig sikre at hele metode- og rammeverk blir gjennomgått ved gjennomføring.
2. *Gevinstpotensial* – Potensiale for å kunne realisere merverdier for Sykehusinnkjøp og foretakene gjennom kategoriarbeidet.
3. *Mulighetsrom* – Rammebetingelser og kompleksitet i kategoriene (f.eks. datatilgang og detaljgrad på data, kompleksitet i interessentlandskap og behov for involvering).
4. *Bredde i problemstillinger og gevinstfokus* – Pilotkategoriene skal dekke ulike problemstillinger (for eksempel varer mot tjenester) og gevinster for å underbygge bredde i læring og synliggjøre ulike former for gevinster (for eksempel kvalitet, kostnadsreduksjon, miljø og samfunnsansvar, økt beredskap, forsyningssikkerhet, pasientsikkerhet, etc.).

Basert på overnevnte kriterier har forprosjektet identifisert to kategorier som oppfyller kriteriene og ansees som godt egnet for pilotering:

- **Medisinske forbruksvarer** – Kategorien kjennetegnes ved relativt god tilgang på data og er tett knyttet til kjernevirksomheten i spesialisthelsetjenesten. Produktene i kategoriene er kritiske i pasientbehandlingen, det gjør kategorien til et område som har stor oppmerksomhet og interesse i spesialisthelsetjenesten. Det er opprettet faggrupper og etablert arenaer for dialog med leverandører som kan bidra i kategoriarbeidet. I tillegg er det tidligere utarbeidet kategoriplaner på regionsnivå som det kan tas utgangspunkt i og bygge videre på. Kategorien ansees som godt egnet for å synliggjøre verdien av kategoriarbeidet ved at den treffer bredt i spesialisthelsetjenesten, samtidig som kategorien omfatter markedsutviklingsperspektivet. Videre ansees gevinstpotensialet som stort innen denne kategorien. Forventede gevinster vurderes blant annet som kostnadsreduksjon, økt kvalitet, prosesseffektivisering, miljøvennlige produkter, samt økt beredskap og presisjon for leveranser i logistikk-kjeden.
- **HR** – Kategorien kjennetegnes ved å være strukturert med egen styringsgruppe, i stor grad nasjonale avtaler og god tilgang på data. Dette anses som sentrale rammebetingelser for både å kunne realisere gevinster og utnytte det potensialet som ligger i kategorien. Kategorien omhandler i stor grad tjenester, og det ligger i disses natur at kostnadene øker i takt med lønnsutviklingen. Potensielle merverdier forventes å kunne være å begrense kostnadsutviklingen, mer fokus på tjenestekvalitet, mer fokus på etikk, samfunnsansvar og lønns- og arbeidsvilkår for ansatte hos tjenesteleverandørene. Merverdier vil også kunne skapes gjennom mer treffsikker bruk og økt lojalitet til avtalene. Dette kan oppnås gjennom et mer strategisk fokus på kategorien. Kategoriens omfang tilsier også at den er mulig å gjennomføre og anvende rammeverket innenfor foreslått tidslinje.

2.3.4 Grensesnitt mot andre sentrale initiativer

Forprosjektet har pekt på viktigheten av å ha tilgang til en helhetlig forbruksanalyse for kategoriene det skal jobbes med i kategoriprogrammet. I den forbindelse har det vært dialog mellom forprosjektet og et sentralt initiativ i Sykehusinnkjøp HF om å få opp en dynamisk¹² forbruksanalyse for alle kategorier.

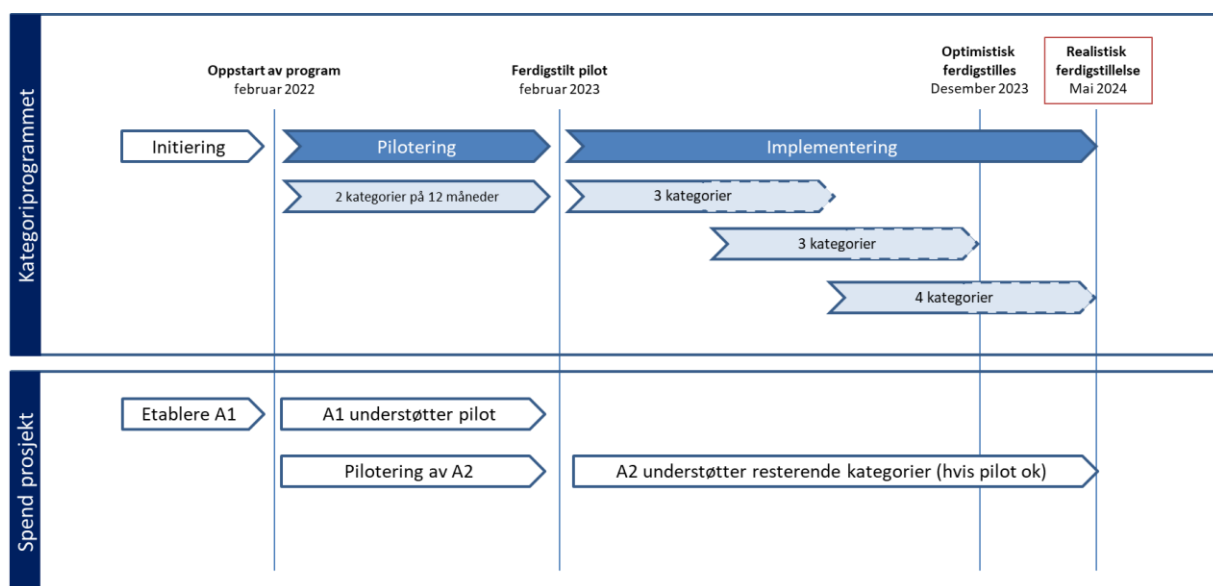
¹² En analyse som har koblinger direkte mot relevante databaser som sikrer en jevnlig oppdatering av datagrunnlaget i forbruksanalysen



Det er en del problemstillinger knyttet til personvern ved å lage en dynamisk forbruksanalyse. Dette gjør at det vil ta 1-2 år før kategoriprogrammet kan forvente å kunne benytte seg av denne. Da kategoriprogrammet har et behov som melder seg tidligere, er det diskutert muligheten for å etablere en midlertidig forbruksanalyse, med begrenset data, som ikke har de samme problemstillingene knyttet til personvern. En slik løsning er mulig, og løsningen er også overordnet diskutert med de regionale helseforetakene. De to løsningene det jobbes med i parallell med kategoriprogrammet er:

- *En kortsiktig løsning (A1)* – for å dekke behovet til kategoriprogrammet kan det lages en forbruksanalyse basert på et engangsuttrekk av utvalgte data fra hovedbok/leverandørreskontro til helseforetakene. Denne løsningen vil gi en overordnet oversikt som gir stor verdi til kategoriprogrammet, samt en læring som vil komme den langsiktige løsningen til gode.
- *En langsiktig løsning (A2)* – der forbruksanalysen er koblet på aksesspunktene¹³ til helseforetakene og gjennom dette får tak i detaljert transaksjonsdata som grunnlag for forbruksanalysen. Denne løsningen innebærer å benytte en allerede utviklet algoritme som sikrer at personvernet blir ivaretatt. Denne løsningen må godkjennes i det enkelte RHF og har derfor en lengere tidshorisont.

Dette initiativet er samkjørt med kategoriprogrammet for å sikre en så god effekt som mulig. Figur 13 nedenfor illustrerer dette.



Figur 13 - Samkjøring av spend prosjekt og kategoriprogrammet

2.4 Hovedområde 4 - Prosjektdesign, mobilisering og risiko

I dette kapittelet foreslår forprosjektgruppen organisering av programmet, hvilke roller og funksjoner som bør dekkes, samt forslag til styringsstruktur for programmet. Videre er det beskrevet en konkret plan for mobilisering av helseforetakene og ressurser som skal bidra inn i arbeidet, samt skissert opp et opplæringsprogram prosjektgruppene må gjennomføre før kategoriplanarbeidet starter opp. Til slutt er det skissert opp hva programmet vil kreve av ressurser med et tilhørende budsjett.

¹³ Et slags elektronisk postkontor som sender og mottar e-fakturaer og andre digitale transaksjonsdokumenter (innkjøpsordre, kataloger, etc. på EHF format) på vegne av helseforetakene

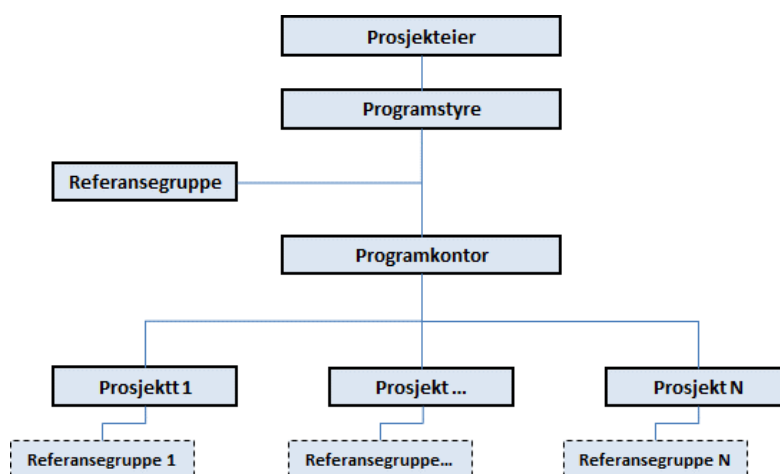


2.4.1 Programorganisering, prosjektorganisering og styringsstruktur

2.4.1.1 Programorganisering

Programmet er foreslått designet slik at det sikrer god fremdriftsstyring, god involvering av deltagere, inkludert beslutningstakere, samt god erfaringsoverføring til resten av virksomheten.

Programorganiseringen og tilhørende roller er utarbeidet basert på alternativ 3 for gjennomføring beskrevet i kapittel 2.1.2, nemlig at kategoriprogrammet tar ansvar for å jobbe frem alle førstegangsversjoner av kategoriplaner for alle kategorier. Det foreslås at kategoriprogrammet organiseres på følgende måte:



Figur 14 - Skisse til programorganisering

- *Prosjekteier* – Det vil være administrerende direktør i Sykehusinnkjøp HF som eier kategoriprogrammet da kategoriplanene vil være et viktig verktøy for å realisere de målsetningene som er nedfelt i den vedtatte virksomhetsstrategien til Sykehusinnkjøp HF. Prosjekteier er ansvarlig for å sikre at kategoriprogrammets leveranser er i henhold til virksomhetens øvrige strategi og målsetninger.
- *Programstyre* – Vil bestå av prosjekteier sammen med representanter fra de fire regionale helseforetakene. Fungerer som programmets øverste eskaleringspunkt og beslutningsmyndighet. Programstyret vil således godkjenne alle kategoriplaner levert gjennom programmet og være kategoriplanenes øverste eiere. Ved behov kan representanter fra helseforetakene velge å ta med seg spesifikk fagkompetanse fra egen organisasjon når konkrete kategoriplaner skal presenteres og besluttes. Det anbefales også at tillitsvalgte fra Sykehusinnkjøp HF går inn som medlem i Programstyret.
- *Referansegruppe kategoriprogrammet* – Referansegruppen består av ledergruppen i Sykehusinnkjøp HF, med en eventuell justering av medlemmer etter beslutning fra administrerende direktør. Hensikten med referansegruppen er flere. For det første vil kompetansen som bygges opp i programmet og det enkelte prosjekt være av relevans for divisjonsdirektørene, for det andre vil det være av relevans for endringsarbeid som skal foregå innad i den enkelte divisjon. For det tredje kan kategoriplanene ha påvirkning på divisjonenes øvrige planer og budsjetter, og til sist så er også divisjonsdirektørene i Sykehusinnkjøp HF viktige ambassadører ut mot helseforetakene for arbeidet som gjøres i kategoriprogrammet.
- *Programkontor* – Vil bestå av en programleder som er støttet av et programsekretariat bestående av en programleder og en programkoordinator, samt ekstern støtte. Programkontoret har et koordinerende ansvar for planlegging og gjennomføring av



programmet, har ansvar for at metodisk materiell og kompetanse tilpasses og overføres til organisasjonen, gjennomføring av informasjons- og kompetanseaktiviteter, samt faglig og operativ støtte i etablering av kategoriplanene. Programkontoret vil søke bistand hos kommunikasjonsavdelingen i Sykehusinnkjøp HF for bistand til større kommunikasjonsaktiviteter.

- *Prosjektene* – Det vil opprettes ett prosjekt for hver kategoriplan som skal utarbeides. Prosjektene vil settes opp med dedikerte ressurser, samt bidragsyttere, innen ulike fagdisipliner for å sikre en god tverrfaglig tilnærming.
- *Referansegruppe prosjektene* – vil bestå av ressurspersoner fra spesialisthelsetjenesten som har interesse i kategorien som blir utarbeidet. Referansegruppen skal bidra til å sikre god interessentinvolvering og kunnskapsdeling. Referansegruppens medlemmer vil settes i forbindelse med utarbeidelse av det enkelte prosjektmandat.

2.4.1.2 Prosjektorganisering

Hvert prosjekt skal settes opp med tilstrekkelig ressurser for å kunne jobbe frem en kategoriplan i henhold til den tiden som er avsatt. Hver kategori skal settes opp med et kjerneteam og et utvidet kategoriteam.

Kjerneteam

Kjerneteamet består av ressurser fra Sykehusinnkjøp HF som har fått avsatt tid for å jobbe med prosjektet. Det er tiltenkt 3-4 ressurser i hvert kjerneteam, inkludert prosjektleder, og de skal i størst mulig grad representere alle relevante divisjoner i Sykehusinnkjøp HF. Det er kjerneteamet som skal ha hovedtyngden av arbeidet med å jobbe frem en kategoriplan. Rollene i kjerneteamet er som følger:

- *Prosjektleder*: Ansvarlig for gjennomføring av prosessen og kvaliteten i kategoriplanen. Må ha en kompetanseprofil som inkluderer gode prosjektlederegenskaper, god kjennskap til relevant kategori (markedet og behovet), samt god kjennskap til spesialisthelsetjenesten. Prosjektlederen er tiltenkt en 50 % rolle inn i prosjektet.
- *Øvrig team*: Ansvarlig for å støtte prosjektleder med sin kompetanse. Det er ønskelig at de ulike ressursene har komplementerende kompetanse med tanke på anskaffelseskompetanse, kompetanse på avtaleforvaltning og analytikerkompetanse innen gjeldende kategori. Øvrige medlemmer er tiltenkt rolle på 30-40%.

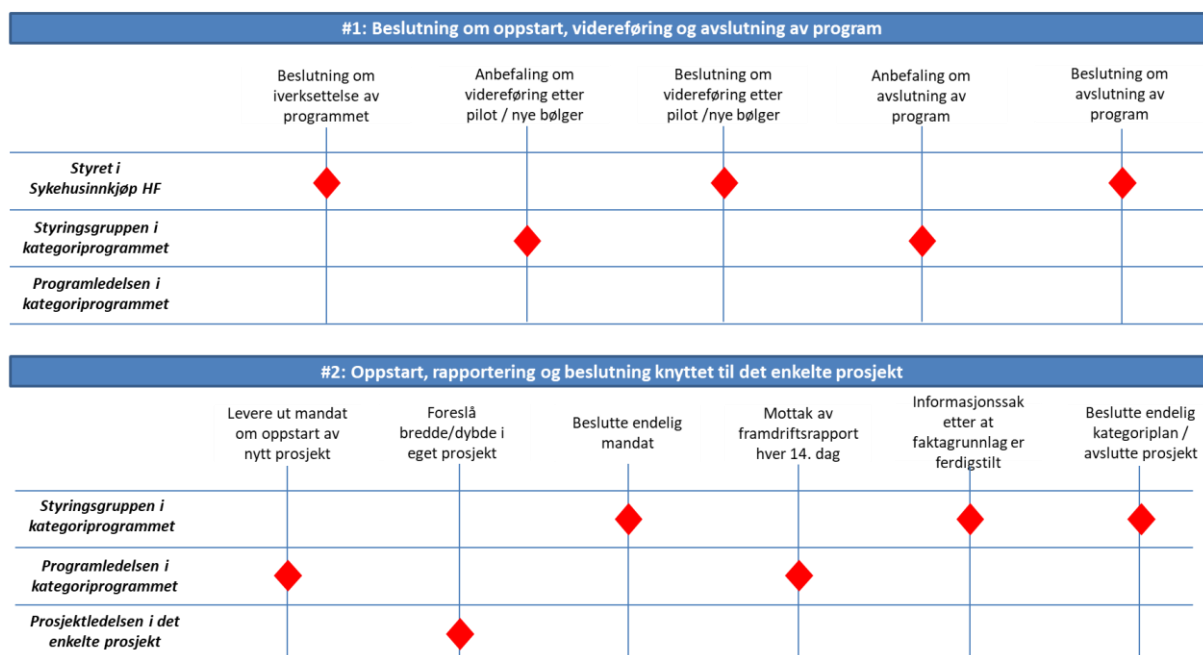
Forprosjektet understreker at det er viktig at de medarbeidere som kjøpes ut til stillinger i kategoriprogrammet erstattes så langt det er mulig, slik at oppgaver i daglig drift ivaretas på best mulig måte.

Utvidet kategoriteam

Utvidet team har ikke fått avsatt tid til prosjektet, men må planlegge sin deltakelse i henhold til plangrunnlag kommunisert av prosjektleder. Utvidet team består av ressurspersoner som dekker de sentrale kompetanseområdene som er definert under hovedområde 2 - *Rammeverk, prosess og metode*.

2.4.1.3 Styringsstruktur

Det er skissert opp en styringsstruktur i programmet som omfatter to hovedelementer. Den første omhandler beslutning om oppstart, videreføring og avslutning av programmet. Den andre omfatter oppstart, rapportering og beslutning knyttet til det enkelte prosjekt. Styringsstrukturen er skissert i figur 15 nedenfor.



Figur 15 - Overordnet styringsstruktur i programmet

2.4.2 Mobilisering og design av opplæringsprogram

2.4.2.1 Mobilisering

Det er avgjørende for kvaliteten og fremdriften i kategoriprogrammet med god mobilisering av ressurser fra både Sykehusinnkjøp HF og Helseforetakene. Det vil være programkontoret som vil styre mobiliseringen i dialog med ledelse/kontaktperson i den enkelte organisasjon.

Mobilisering av ressurser til programkontoret

Følgende roller er satt opp for drift av programkontoret: Programleder

- Programkoordinator

Rollen som programleder er besatt, og Sykehusinnkjøp HF foretar en ekstern utlysning av en 2-årig engasjementstilling for rollen som programkoordinator.

I tillegg må det vurderes om det er behov for noe ekstern bistand.

Mobilisering av ressurser til kjerneteam

Basert på etablerte rollebeskrivelser vil det rekrutteres ressurser til det enkelte prosjekt fra internt i Sykehusinnkjøp HF. Dette vil starte i så god tid som mulig før oppstart av det enkelte prosjekt for å best mulig kunne planlegge for redusert bidrag for aktuelle ressurser i normale driftsoppgaver. Forprosjektet finner det naturlig at det er ledergruppen i Sykehusinnkjøp HF sitt ansvar finne de interne ressursene som skal til for å bemanne det enkelte kjerneteam.

Mobilisering av ressurser fra Helseforetakene

Det vil sendes en formell forespørsel fra administrerende direktør om deltakelse i programstyret for kategoriprogrammet. Sammen med invitasjonen vil det være beskrevet en prosess knyttet til hvordan programkontoret vil sende henvendelser til det enkelte helseforetak om bidraget i det utvidede teamet til det enkelte prosjekt.



For det enkelte prosjekt vil programkontoret i god tid før oppstart be helseforetakene om å identifisere relevante ressurser i henhold til sentrale kompetanseområder oppgitt under hovedområde 2 - *Rammeverk, prosess og metode*. I forespørselen vil det være spesifisert omfanget av involveringen, hvordan de vil bli involvert, samt når de vil bli involvert.

2.4.2.2 Design av opplæringsprogram

Det er etablert et rammeverk og prosesser for etablering av kategoriplaner i forprosjektet. Dette er utførlig beskrevet i hovedområde 4 - *Prosjektdesign, mobilisering og risiko*. Opplæringsprogrammet vil følge dette rammeverket for å sikre en enhetlig måte å etablere kategoriplaner på.

Design av opplæringsprogram baserer seg på tre hovedprinsipper: læring gjennom praktisk arbeid, læring av hverandre, og skape intern opplæringskapasitet. Disse er nærmere beskrevet under.

- *Læring gjennom praktisk arbeid* – Fremfor å skille mellom teoretisk klasseromstrening og praktisk utøvelse av metodeverket er det designet et opplæringsprogram som kombinerer dette. Det er utarbeidet agenda til seks samlinger som sekvensielt går gjennom hele rammeverket for etablering av kategoriplaner. Hver samling går metodisk gjennom hva neste steg i prosessen er og hva som skal gjennomføres. Mellom hver samling gjennomfører prosjektgruppen prosessen og får støtte underveis av den som holder opplæringen.
- *Læring av hverandre* – Hver samling vil starte med en erfaringsutveksling knyttet til hvordan arbeidet mellom samlingene har gått. I den delen av samling vil det fasiliteres en diskusjon mellom kategoriene knyttet til hvilke utfordringer de har møtt og hvordan de løste dem. Dette gir et godt forum for diskusjon knyttet til felles problemstillinger som kategoriene vil møte, der ressurser med god kjennskap til Sykehusinnkjøp HF i felleskap kan komme frem til gode løsninger.
- *Skap intern opplæringskapasitet* – Det vil tilstrebes at prosjektlederne for de første kategoriene som gjennomføres vil ha en sentral rolle som trenere for den neste bølgen av kategoriplaner som skal etableres. På den måten sikrer man at det gjennom prosjektet etableres en intern opplæringskapasitet i Sykehusinnkjøp HF, samt at erfaringen fra tidligere gjennomførte kategoriplaner gjenbrukes på en effektiv måte.

En nærmere beskrivelse av metodisk gjennomføring av opplæring, samt agenda for de ulike opplæringsseksjonene finnes i vedlegg 4.

2.4.3 Overlevering til drift etter avsluttet program

En god overlevering til drift etter avsluttet program er en av programkontorets hovedoppgaver. Det er derfor viktig å aktivt jobbe med å synliggjøre forutsetninger for dette i programstyret, samt mot ledelsen i Sykehusinnkjøp HF og mot de regionale helseforetakene. Forprosjektet har gjennom sitt arbeid identifisert tre sentrale hovedmomenter kategoriprogrammet må søke avklaring på for å sikre en god overlevering til drift. Disse er ikke ment som en uttømmende liste, men som et utgangspunkt programkontoret skal jobbe videre med.

- *Ansvar for å forvalte og drifte kategoriplaner i linje* – Mottaksapparat og hvem som skal overta kjerneteamets rolle i prosjektet ved overføring til linje må avklares. Dette må det søkes en konklusjon på før den første kategoriplanen er ferdigstilt og skal overføres til linje. Med drift og vedlikehold menes det hvem som skal ha ansvaret for å følge opp, revidere kategoriplanen, forvalte det utvidede teamet, mm.



- *Rapportering av måloppnåelse for kategoriplanene* – Hvordan fremdrift og måloppnåelse skal rapporteres på den enkelte kategoriplan må avklares. Dette inkluderer også grensesnittet mellom de aktivitetene som ligger i anskaffelsesplanen og de enkelte kategoriplanene.
- *Programstyrets rolle overfor enkeltprosjektene* – Under programgjennomføringen vil det være Programstyret som beslutter kategoriplanene og vil være kategoriplanens eier. Hvorvidt programstyret skal videreføre sin rolle overfor den enkelte kategoriplan, eller byttes ut med en spesifikk styringsgruppe per kategori, må avklares før overlevering til linje. Potensielt eksisterende «styringsgrupper» for enkelte kategorier bør tas med i vurderinger når dette endelig avklares.

2.4.4 Ressurser og budsjett

Basert på foreslått ressurspådrag, prosjektorganisering og tidslinje skissert over, har forprosjektet utarbeidet et dynamisk modell for å beregne kostnadene for gjennomføring av alle tolv kategoriene. Det er flere variabler som vil kun påvirke omfanget, samt behovet for ressurser (et utvalg risikoer er beskrevet under delkapittelet - *Risikovurdering av kategoriprogrammet*), og kostnadsestimatet tas derfor ikke inn som en del av rapporten. God planlegging vil være premissgivende for en smidig og effektiv gjennomføring. Det foreligger per i dag ikke nok informasjon til å kunne gi et entydig svar på nøyaktig lengde per kategori. Det opereres derfor her med intervaller på tidsestimater. I det videre følger forutsetningene som er lagt til grunn for tidsestimat (se vedlegg 5 for uttømmende oversikt og beskrivelse av forutsetninger):

Kjerneteam

For kostnadsestimatet er det lagt til grunn en prosjektleder i 50% deltakelse og to kategori-medlemmer i 40% deltakelse i kjerneteamet, per kategori. Ved prosjektgjennomføring på 6 måneder medfører dette et timepådrag på anslagsvis 1100 timer, og det dobbelte; 2200 timer ved gjennomføring av en kategori på ett år.

Utvidet kategoriteam

For utvidet kategoriteam er det forutsatt 35 timer per deltaker (ved 12 måneders gjennomføring), og gjennomsnittlig 5 deltakere per kategori. Dette innebærer at gjennomføring av en kategori på 6 måneder gir et pådrag på 88 timer, og 175 timer ved ett års gjennomføring.

Programkontor

Det forutsettes 100% deltakelse fra både programleder og prosjektkoordinator gjennom prosjektets levetid. Videre forutsettes det deltakelse for programkontor fra 01.feb-2022 til 30.mai-2024 Dette tilsvarer 28 måneder.

Reisekostnader

Forprosjektet anbefaler at prosjektarbeidene gjennomføres med en kombinasjon av fysisk og digital tilstedeværelse i møtene. Det er beregnet 6 samlinger per kategori.

	Ant. Kategorier	Timer	
		Lavt - estimat	Høyt - estimat
Piloter - 12 mnd	2	4 900	4 900
Bølge 1	3	3 675	7 350
Bølge 2	3	3 675	7 350
Bølge 3	4	4 900	9 800
Total	12	17 150	29 400
Programkontor		8 167	8 167
Total		25 317	37 567

Tabell 1 - Estimert for gjennomføring av kategoriplaner for kjerneteam og utvidet kategoriteam.



2.4.5 Risikovurdering av kategoriprogrammet

Det er ikke mulig å forutse alle hendelser og situasjoner som kan påvirke gjennomføringen av kategoriplaner, det er nettopp det som gjør det til en risiko. Likevel har forprosjektet forsøkt å identifisere de hendelsene og situasjonene som vil kunne by på de største utfordringene gitt den informasjonen som var tilgjengelig på tidspunktet. Følgende risikoer og risikoreduserende tiltak er løftet frem som sentrale for gjennomføring av prosjektet:



Risiko handler om fremtidige hendelser eller situasjoner med tilhørende usikkerhet, som kan påvirke målene som skal oppnås

Forbruksdata

Risiko: Manglende tilgang og/eller variabel detaljgrad på forbruksdata til å kunne gjennomføre meningsfulle analyser. Dette vil kunne medføre at bredden i kategorien blir smalere, eller at dybden i kategorien blir grunnere enn planlagt. Følger kan bli manglende verdi av arbeidet.

Risikoreduserende tiltak: God planlegging og oversikt over datatilgang og detaljgrad før oppstart av kategoriarbeid står sentralt for å kunne avdekke eventuelle mangler ved datasett. Det anbefales at programkontoret bidrar til å kartlegge nasjonal status rundt datatilgang og kvalitet i tiden frem mot oppstart. Ved behov anmodes leverandører tidlig om å frigi nødvendig leverandørstatistikk. Gjennom dette reduseres tidsforbruk og sikrer nødvendig detaljgrad.

Kommunikasjon

Risiko: Kategoriprogrammet er utydelige i å kommunisere mål og fordeler ved å implementere kategoristyring som metodikk for innkjøp i spesialisthelsetjenesten. Dette kan lede til manglende engasjement og oppslutning for kategoriprogrammet for deltakere og interessenter ettersom de ikke ser verdien eller målet med kategoriplaner.

Risikoreduserende tiltak: Øke forståelse for hva målet med kategoriplaner er, hvorfor denne endringen i måten å jobbe på er relevant for Sykehusinnkjøp HF og andre foretak i spesialisthelsetjenesten, samt hvordan dette påvirker dem. Kommunikasjonsprosessen må foregå kontinuerlig gjennom kategoriarbeidet for å synliggjøre merverdi og således manifestere verdien av kategoriprogrammet. Kommunikasjonsavdeling sammen med programleder vil ha en sentral rolle i å fasiliterer en strukturert og tydelig kommunikasjonsplan. Målet med kommunikasjonen må være å overføre kunnskap, involvering i organisasjonen og skape engasjement.

Interessenthåndtering

Risiko: Svært komplekst interessentlandskap kan gjøre det utfordrende å involvere alle de riktige interessentene på tvers av geografi og fag i spesialisthelsetjenesten. Mangel på involvering av nøkkelinteressenter kan føre til at sentrale krav, behov, eller andre vesentligheter ved kategorien ikke blir ivarettatt tilstrekkelig. Manglende endringsvilje hos interessenter kan også føre til forsinkelser i prosjekt eller at det ikke foregår en reell endring i måten å arbeide på. Dette kan føre til manglende verdi av kategoriarbeidet.

Risikoreduserende tiltak: Aktiv bruk og oppfølging av foreslått interessentmatrise og involvering ihht. hovedområde 2 - *Involvering i kategoriplanprosessen* (se eget avsnitt for utfyllende beskrivelse). God ledelsesinvolvering i Sykehusinnkjøp HF og fra de øvrige helseforetakene for å sikre tilstrekkelig involvering og faglig deltakelse.

Ressurstilgang

Risiko: Det å arbeide kategori basert er en ny måte å jobbe. Tilnærmingen til kategoriplaner er utforskende av natur og man vil således ikke ha en fullstendig oversikt over alle problemstillinger eller



ressursinnsatsen arbeidet vil kreve. Dette er noe som vil bli tydeligere gjennom prosjektet og kan innebære at arbeidet er mer omfattende først antatt og planlagt for. Et behov for ytterligere ressurser kan da melde seg, eller en reduksjon av omfang for gjennomføring.

Risikoreduserende tiltak: Planlegge for ytterligere ressurser (internt eller bruk av eksterne ressurser) som fleksibelt kan benyttes og settes inn ved behov i implementeringsfasen. Dette vil kunne sikre ønsket fremgang og potensielt realisering av gevinster, men øker kostnadene for gjennomføring.

Manglende evne til å overføre kategoriplaner etter endt prosjekt

Risiko: Det er tydeliggjort gjennom rapporten at det ikke er noen naturlig rolle å overlevere kategoriplanene til i Sykehusinnkjøp HF, slik det er i dag. Heller ikke rutiner for hvordan en kategoriplan skal følges opp og forvaltes videre som en driftsoppgave. Det er da en risiko for at kategoriplanene ikke vil videreføres, eller få reell påvirkning etter at kategoriprogrammet er lagt ned.

Risikoreduserende tiltak: Programkontoret får ansvaret for å skissere opp hva som skal til for en trygg overføring av kategoriplanene til linjeorganisasjonen under gjennomføringene av pilotkategoriene. Det søkes videre at skissen er besluttet og avklart før de første pilotkategoriplanene overleveres til linjeorganisasjonen.



3. Vedlegg

3.1 Vedlegg 1 – Forprosjektets mandat

Mandat

Forprosjekt Kategoriprogrammet

Januar 2021



Innhold

1.	Bakgrunn	34
2.	Mål og leveranser	35
3.	Organisering, arbeidsform og tidsramme	35
4.	Kommunikasjon og involvering	36
5.	Kostnader	37
6.	Dokumentasjon fra forprosjektet	37

Versjonskontroll:

Versjon	Dato	Forklaring	Utført av
0.5	05.01.2021	Opprettelse av dokument	Lars-Johan Frøyland
1.0	12.01.2021	Innspill fra direktørmøtet	Lars-Johan Frøyland
1.0	17.03.2021	Tekstlig justering etter styremøte	Lars-Johan Frøyland

Godkjent av:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Direktørmøtet			12.01.2021

Styret i Sykehusinnkjøp HF godkjente i styremøte den 17. mars 2021 (sak 31/2021) oppstart av forprosjektet.

1. Bakgrunn

Sykehusinnkjøp HF skal være en kategoribasert innkjøpsorganisasjon. Det følger av virksomhetsstrategien 2020-2023 at det skal utvikles kategoriplaner for alle innkjøpskategoriene i løpet av strategiperioden. Virksomhetsstrategien ble høsten 2020 godkjent av de regionale helseforetakene.

Ledergruppen har gjennom høsten 2020 hatt flere saker oppe til diskusjon for å forme et kategoriprogram. Det er enighet om å etablere et forprosjekt som skal forberede selve programmet. Styret i Sykehusinnkjøp HF ble orientert om arbeidet med å etablere et kategoriprogram i styremøte 6. november 2020, sak 68/2020 *Kategoriprogram og -strategier*.



Dette dokumentet beskriver arbeidet som skal utføres i forprosjektet i Kategoriprogrammet.

2. Mål og leveranser

Forprosjektet skal utrede og forberede Kategoriprogrammet i Sykehusinnkjøp. Kategoriprogrammet vil være omfattende, og det er derfor et mål at forprosjektet leverer tydelige og realistiske forslag til rammer og scope for programsatsingen. Dette gjelder både hva angår tid for gjennomføring, metodisk og prosessuelt innhold, og ikke minst rammer for organisering og ressursinnsats.

Forprosjektet skal levere på følgende fire hovedområder:

Målsetting og mandat for Kategoriprogrammet

- Overordnet målbilde for programmet med tilhørende forslag til mandat
- Scope og mandat for de enkelte kategoriprojektene

Prosjektdesign og mobilisering

- Forslag til organisering og styringsstruktur for kategoriprogrammet
- Avklare de regionale helseforetakenes rolle i kategoriprogrammet
- Beskrive ressursbehov og budsjettimplikasjoner
- Etablere opplæringsprogram for prosjektledere til kategoriplan-arbeidet

Rammeverk - prosess, metode

- Utarbeide prosesser for utarbeidelse av kategoriplaner (uløst oppgave fra Fase II-prosjektet)
- Utarbeide metode for utarbeidelse av kategoriplaner, jf. NSSIL og på metodikk fra legemiddel-kategorien (analyse, verktøy og virkemidler)
- Metode og prosess for interessent-involvering (HF, RHF, leverandører, marked etc)

Kategoriprioritering og risiko

- Kriterier for utvelgelse og prioritering av kategoriplaner
- Plan for utrulling og rekkefølge
- Utarbeide en første versjon av risikovurdering av kategoriprogrammet

3. Organisering, arbeidsform og tidsramme

Prosjekteier er administrerende direktør.

Styringsgruppe er ledergruppen i Sykehusinnkjøp HF.

Prosjektleder forprosjekt: Lars-Johan Frøyland

Prosjektsekretariat består av følgende:

- Prosjektleder
- 200 % internt rekrutterte ressurser (internt utlysning)
- 66% (3 dg uke) innleid ressurs.

Prosjektsekretariat møtes en gang pr uke.



Prosjektgruppe består av en deltager fra hver divisjon. Fra fellesfunksjonene deltar en representant fra avdeling samfunnsansvar og en fra kommunikasjonsavdelingen. Tillitsvalgte (2 stk) og vernetjeneste (1) inviteres til å oppnevne representanter. For å holde progresjon i arbeidet, møtes forprosjektgruppen til heldagsmøter hver 14. dag etter følgende tentative møteplan:

Hvem	Dato	Tema
Prosjektgruppe Møte #1	24. mars	Oppstartsmøte, gjennomgang av plan, arbeidsform mv. Innledning om kategorimetodikk og -prosess
Prosjektgruppe Møte #2	TBA	Kategorimetodikk og -prosess
Prosjektgruppe Møte #3	TBA	Kategorimetodikk og -prosess
Prosjektgruppe Møte #4	TBA	Kategorimetodikk og -prosess
Prosjektgruppe Møte #5	TBA	Prosess for utarbeidelse av kategoriplaner
Direktørmøte	TBA	Sak om Kategorimetodikk og -prosess
Prosjektgruppe Møte #6	TBA	Programdesign og mobilisering (organisering, styring, ressurser, kostnadsoverslag og involvering)
Direktørmøte	TBA	Sak om Programdesign og mobilisering
Prosjektgruppe Møte #7	TBA	Målsetting og mandat for kategoriprogrammet
Direktørmøte	TBA	Sak om Målsetting og mandat for kategoriprogrammet
Prosjektgruppe Møte #8	TBA	Kategori prioritering og risikovurdering av kategoriprogrammet
Prosjektgruppe Møte #9	30. sept	Oppsummering og gjennomgang av endelig rapport fra forprosjektet
Direktørmøte	12. okt	Behandle forprosjektrapport
Styremøte	26. okt	Styresak (orientering) om forprosjektet og veien videre

Forprosjektets arbeid er av strategisk karakter. For å sikre god forankring i ledergruppen skal det fremlegges direktørmøte-saker etter hvert som forprosjektet har jobbet seg ferdig med et tema. Hvert tema inngår som egne avsnitt i endelig forprosjektrapport. Med denne arbeidsformen vil ledergruppen ha arbeidet seg gjennom de ulike temaene før endelig rapport skal behandles 1. juni.

4. Kommunikasjon og involvering

Forprosjektet skal sørge for at organisasjonen og sentrale interessenter får løpende informasjon om prosessen. Det skal utarbeides en kommunikasjonsplan som vil benyttes til planlegging og rapportering av kommunikasjonsaktiviteter. Kommunikasjonsavdelingen skal involveres i alle kommunikasjonsaktiviteter.

Forprosjektet inviterer de regionale helseforetakene til et informasjonsmøte ultimo april, etter at kategorimetodikk og -prosess er presentert for ledergruppen. Formålet med møtene er å informere



om arbeidet og tilrettelegge for at de regionale helseforetakene kan komme med innspill og utfordre på retning, kreativitet og ambisjonsnivå.

5. Kostnader

Divisjonen dekker kostnader for egne prosjektdeltagere.

Det leies inn ekstern konsulentbistand innenfor en ramme på 450 timer. Dette tilsvarer gjennomsnittlig tre arbeidsdager pr uke i prosjektperioden. Det gjennomføres mini-konkurranse for tildeling av konsulentoppdraget, med opsjon på videre oppdrag ved en eventuell oppstart av kategoriprogrammet.

6. Dokumentasjon fra forprosjektet

Forprosjektet skal dokumentere sitt arbeid i en forprosjekts-rapport. Metoder og prosess-beskrivelser legges som vedlegg til rapporten. Det skal skrives referat fra alle prosjektmøter.

Alle prosjektdokumenter legges i Teams.



3.2 Vedlegg 2 – Oppsummering av eksterne innspill

Forsvaret

Forsvarets logistikk organisasjon begynte arbeidet med kategoristyring i 2016 og satt seg som mål om å bli best i offentlig sektor på anskaffelser av varer og tjenester innen 2022. For forsvaret innebar dette to overordnede målsetninger:

1. Støtte Forsvaret interne kunder i fred, krise, og krig.
2. Mest mulig verdi for Forsvarets penger.

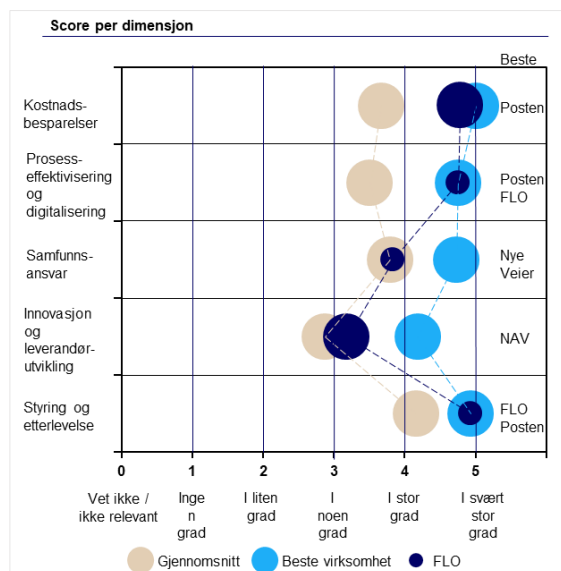
Anskaffelsesstrategi og målsetningene støttet opp under Forsvarets overordnede strategi og ble operasjonalisert gjennom handlingsplaner. Med et årlig forbruk på i overkant av 8 milliarder kroner på varer og tjenester i 2016 satt Forsvaret seg som mål om å realisere 770 MNOK i kostnadsbesparelser innen 2022. Fem år senere kan Forsvaret vise til realisererte gevinster langt utover opprinnelig målsetning. En kartlegging av anskaffelsesfunksjonene i offentlig virksomhet i 2019 gjennomført av Digitaliseringsdirektoratet viser at Forsvarets logistikkorganisasjon er på god vei til å innfri målsetningene om å etablere seg som en ledende nasjonal aktør innen kostnadsbesparelser, prosesseffektivisering, samt styring og etterlevelse.

Implementering av kategoristyring og arbeidet med å bli best på anskaffelser av varer og tjenester i

offentlig sektor har krevd mye av Forsvaret som organisasjon. Det ble fremhevet at en av de største utfordringene med å implementere kategoristyring var å etablere en ny organisasjon med økt behov for bemanning samtidig som det ble drevet opplæring. I begynnelsen av implementering av kategoristyring opplevde Forsvaret at leverandørene hadde litt «grep» om Forsvaret fordi det var for lav bemanning rundt avtaleforvaltning som førte til at man ikke evnet å følge opp avtalene tilstrekkelig i etterkant av inngåelse. Avtaleforvaltning har det vært jobbet systematisk med, og har bidratt til store kostnadsbesparelser. Forsvarets arbeid med kostnadsbesparelser viser at beparelsespotensialet i hovedsak ikke realiseres gjennom prisforhandling og konsolidering (20%), men i stor grad gjennom spesifikasjon- og etterspørselsstyring (80%). Oppfølging av avtalelojalitet har vært viktig for Forsvaret og måle og følge opp, ettersom kjøp av varer og tjenester utenfor avtale er med på å undergrave Forsvarets anskaffelsesstrategi.

Equinor

Equinor implementerte kategoristyring i 2008 og har siden arbeidet aktivt for å realisere målsetningene sin om å maksimere verdi sammen med leverandørene og samtidig sike effektive prosesser og tilfredsstille forretningsbehov. Equinor hadde i 2020 et forbruk på over 150 milliarder fordelt over 9500 leverandører og 20 000 rekvirenter. Equinor operer i dag med 15 kategorier med tilhørende kategoristategier hvor kategoriene er organisert med kategorileder, kategoriansvarlig, analytiker, og en sentral enhet med markedsspesialister som overvåker alle kategoriernes prestasjoner. Equinor definerer kategoristategi som en strategisk metode for å samle sammen markedet og interessenter, som sammen skal oppnå gode resultater sammen med leverandørene.



Figur 16 Resultat fra kartlegging av anskaffelsesfunksjoner i offentlig anskaffelse gjennomført i regi av Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. (Kilde..DFØ)



Equinor ønsker med sin struktur å gjennomføre på silotankegang og samtidig utnytte en felles tankegang. Det har derfor vært viktig for Equinor å sikre en felles forståelse på tvers av organisasjonen og hvordan man skal jobbe mest mulig effektivt i samme strategisk retning. Kategoristrategidokumentet skal bidra med å sikre en tydelig strategisk retning for anskaffelser, samt si noe om hvordan man skal tilnærmes seg markedet og hvordan man skal jobbe. Det er opprettet egne kommunikasjonskanaler og felles samarbeidsarenaer for alle kategoriene med kommunikasjon og dokumentasjon. Prosesser, rollebeskrivelser, beste praksis og retningslinjer for hvordan man skal jobbe er dokumentert i eget styringssystem. En sentral forutsetning for arbeidet har vært tilstrekkelig høy forankring av mandatet for kategoristyring.

Equinor har gjennom arbeidet med kategoristyring erfart at 85% av verdiene som realiseres har vært oppnådd gjennom samarbeid med leverandørene, samt gode prosesser og tydelige retningslinjer. Leverandørsamarbeid har derfor stått helt sentralt i kategoriarbeidet for å kunne realisere gevinster. Ved begynnelsen av arbeidet opplevde man store leverandøravhengigheter gjennom irreversible investeringer som forpliktet et leverandørforhold i stor grad. Det var derfor et behov for forstå markedet og mulighetene i større grad. Gjennom økt koordinasjon, forståelse og innsikt i markedene på tvers av organisasjonen har Equinor klart å redusere disse avhengighetene.

Analyser og beslutningsunderlag bygget på fakta og tall har stått sentralt i oppbygningen av innkjøp. Dette har ført til økt tillit i organisasjonen og synliggjort verdien innkjøp kan bidra med, og endret synet på innkjøp fra en service yter til en strategisk partner.

74% av Equinor sitt forbruk gikk mot norsk leverandørindustri og har vært bevist på sin rolle og ansvar som en sentral samfunnsaktør. De har derfor vært opptatt av at leverandørene skal holde en høy standard for HMS, samfunnsøkonomisk utvikling og profesjonell tilnærming som etterlever Equinor sine verdier.

Statkraft

Statkraft er et ledende internasjonalt selskap innen vannkraft og Europas største leverandør av fornybar energi. Konsernet produserer vannkraft, vindkraft, solkraft og gasskraft og leverer fjernvarme til 17 land og er i dag 4500 ansatte.

Statkraft begynte arbeidet med kategoribasert innkjøp i 2019.

Mesteparten av forbruket er relatert til større investeringer i kraft og utbygging, samt vedlikehold av eksisterende infrastruktur. Organisasjonen er utpreget prosjektorganisert, og er inndelt i 9 kategorier. Operativt innkjøp gjennomføres i hvert land, men det strategiske arbeidet gjennomføres sentralt. Det arbeider i dag 120-130 ansatte med innkjøp hvorav 30-40 jobber på konsern-nivå.

Statkraft har tilnærmet seg kategoristyring gjennom et fokus på hva kunden er opptatt av og hvordan innkjøp i felleskap med kunden kan bidra til å skape verdier. Dette har bidratt til en endringsagenda hvor kategoristyring er en del av dette. Statkraft har tatt et bevisst valg om å ikke sette en merkelapp på at forbedringsarbeidet er kategoristyring, men heller fokusert på hva innkjøp kan bidra med av verdi i de konkrete utfordringene kunden og prosjektene opplever. Det har derfor vært stort fokus på at kategoriteamene er tett på kunden og forstår deres behov og språk. Statkraft peker på at flere av kundene deres fremdeles ikke kjenner til begrepet kategoristyring, men de kjenner godt til verdien kategoriteamene har bidratt med. Tilnærmingen legger opp til er en innfallsvinkel hvor innkjøp opptrer som en rådgivende part og sparringspartner fremfor en støttefunksjon.

Da Statkraft etablerte kategoristyring fikk de tilbakemeldinger fra kunden om at de ikke klarte å gi gode nok strategiske råd og heller ikke gode nok analyser. Statkraft har derfor jobbet målrettet med å refokusere rollen og ansvaret til kategoriledere fra en kontrakts orientert rolle til et mer strategisk



fokus. Kategoriteamene har bestandig vært satt sammen av personer fra ulike forretningsområder, men har erfart at det var meget nyttig å ha en person med strategibakgrunn i kategoriteamene for å kunne strukturere opp problemstillingene og samtidig ivareta helhetsperspektivet. Uten denne rollen opplevde de at diskusjoner og problemstillinger fort ble snever. Kategoriteamene har optimalt bestått av 4-5 personer med ulike roller og kompetanse, samtidig som at dette er personer med tillit lokalt og som evner å jobbe godt sammen. Størrelsen på teamene har avhengt av kategoriens størrelse, men erfaringsmessig anbefaler Statkraft at teamene ikke blir for stor.

Forretningsområdene i Statkraft er i stor grad autonome og inndelt i regioner. Helt sentralt for deres forretningsmodell har vært at kraftverkene skal være tilgjengelig hele tiden. Dette innebærer at mye styres lokalt og organisert autonomt. Dette har også vært en av hovedutfordringene med å jobbe kategoribasert på tvers i organisasjonen. Det har vært mer utfordrende å optimalisere porteføljen på tvers av organisasjonen enn å optimalisere hvert enkelt prosjekt. Mye av arbeidet med kategoristyring har derfor bestått i å få kontroll på relasjonene med leverandørene, slik at Statkraft systematisk kan opptre som en enhetlig front i møte med leverandørene.

Statkraft har tatt utgangspunkt i et felles rammeverk for å drive kategoristyring, men foretatt evalueringer og justeringer i rammeverket etter hvert som man har erfart hva som har fungert og hva som ikke har fungert.

Statkraft peker på at utarbeidelse av målsetninger i felleskap med kunden har stått sentralt for å lykkes med kategoristyring. Et annet sentralt moment har vært å synliggjøre suksesshistoriene for å skape engasjement og oppslutning rundt kategoristyring hos kunden.

Regionalt kompetansesenter for samordning av MTU-investeringer i HSØ ved OUS HF

I 2014 ble Regionalt Kompetansesenter for samordning av anskaffelser opprettet med bakgrunn i Helse Sør-Øst (HSØ) sin beslutning om å benytte en kategoribasert innkjøpsmetodikk for anskaffelse av teknisk utstyr. Kompetansesenteret skal gi bedre innsikt i- og legge til rett for bedre samordning av investeringer i medisinsk teknisk utstyr, hvor senteret er operativt ansvarlig for regionale MTU anskaffelser i HSØ. Gjennom kategoriarbeidet er det dokumentert utviklingstrekk for kategorien, utfordringer vedrørende dagens situasjon, strategiske veivalg og mulighetsrom for anskaffelse, samt drift og forvaltning av MTU for helseforetakene i HSØ.

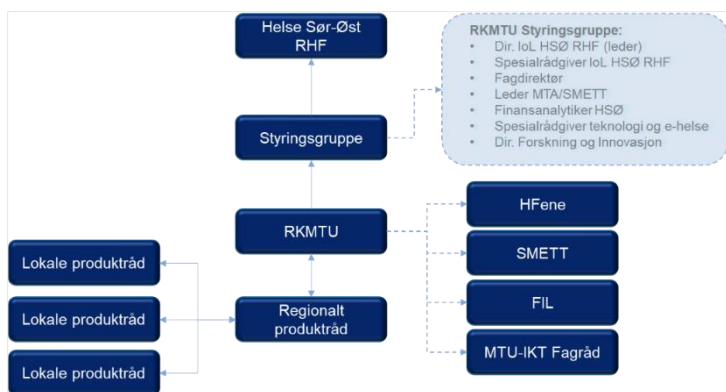
Kategorien MTU kjennetegnes av et bredt produktspekter med store variasjoner i utstyrets kompleksitet, pris, teknologiutvikling, kritikalitet for pasientbehandling og behov på tvers av helseforetakene i regionen. Det gjennomføres årlig anskaffelser for 800 MNOK i kategorien og utstyrsparken består av 115 000 aktive enkeltenheter med samlet verdi på neste 11 milliarder kroner fordelt på 8 helseforetak.

Kategoriarbeidet har evnet å realisere gevinster gjennom konsolidering og en koordinert innsats på tvers av helseforetak. Både i form av selve anskaffelsen, men også i utprøvningsfase som har blitt mer effektiv gjennom en sentralisert tilnærming. Samarbeid med helseforetakene har også bidratt til bedre datakvalitet, som igjen har bidratt til bedre beslutningsunderlag.

MTU kategorien er kompleks i forhold til ulike varianter, modeller, og årsmodeller av tilsynelatende like produkter og utstyr. Dette gir ulike funksjoner, avhengigheter og kompatibilitet som må hensyn tas og kan gjøre bildet komplekst. Utprøving av utstyr har derfor stått sentralt for valg av rett teknologi. For å kartlegge kompleksiteten har det har man hatt god erfaring med bruk av spørreundersøkelser.

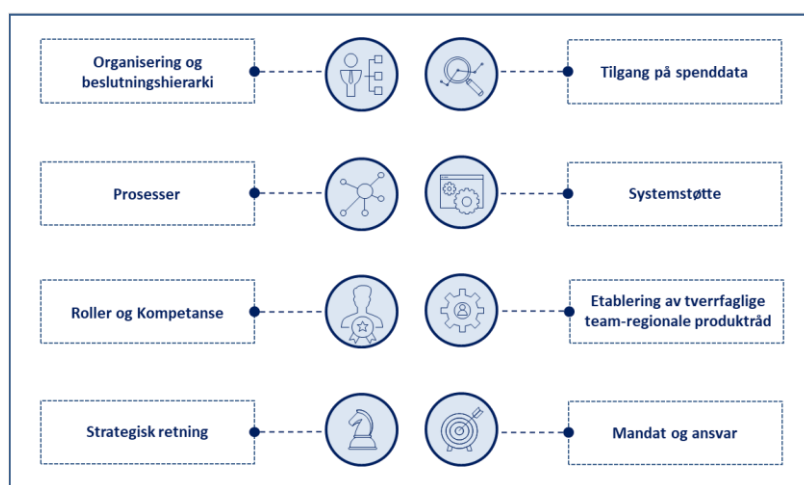


Det er også utarbeidet en håndbok for å standardisere utprøving av utstyr. Erfaring tilsier at testing av utstyr bør gjennomføres med team hvor metodikk er forankret, samt velge områder for utprøving der man kan sikre en jevn tilstrøm av brukere av utstyr, og gjennom dette sikre en effektiv testfase. Bruk av regionale produktråd bestående av et tverrfaglig team med kompetanse på utstyret har vært ansett som vellykket og en sentral forutsetning for god gjennomføring. Samtidig oppleves produktutvikling og innovasjon som et krevende og omfattende løp.



Figur 17 Organisering - Kategoriarbeid - MTU

Gjennom arbeidet med MTU kategorien har man opplevd det som utfordrende dersom kritiske rammebetingelser ikke er til stede. Behovene er typisk ulik i Helseforetakene og behovet for anskaffelsene treffer typisk ulikt i tid og størrelse i de ulike helseforetakene. Det har derfor vært utfordrende å legge en anskaffelsesplan likt for alle Helseforetak. Eksempelvis har man erfart at spesielle hendelser som pandemi hvor man opplever en ekspansiv vekst i etterspørselen i en



Figur 18 - Utvalgte rammebetingelser og strukturer som må være på plass for en vellykket gjennomføring

periode, følger det også en tilsvarende reduksjon i etterspørselen i neste periode. For å kartlegge når de ulike behovene treffer har det gjerne vært benyttet alder på utstyr som parameter for å estimere fremtidig etterspørsel og gjennomføring av anskaffelser. Alder har vært en viktig indikator for når utstyr har vært modent for utskiftning, og knytter seg direkte til kvalitetsgevinster. Eksempelvis vil mangel på moderne utstyr kunne føre til at man går glipp av viktig informasjon som kunne vært avdekket gjennom utstyr av nyere dato.

Gjennom kategoriarbeidet har man erfart at det er blitt gjort for lite i de innledende fasene, og dette har krevd mer av kategoriteamene og økt involvering i de senere fasene når kategoriarbeidet er påbegynt. Kategoriarbeidet har også møtt mye motstand. Samarbeid og involvering har vært avgjørende for å skape tillit både i forhold til kunden, men også markedet. Videre har man erfart at mangel på forankret mandat og ansvar, samt tydelige beslutningshierarki og forankringsfora er områder som forsinker prosessen hvis dette ikke er på plass fra start av.



3.3 Vedlegg 3 – Håndbok for etablering av kategoriplaner

Hvem skal involveres?	Hva er våre behov og hvordan kan leverandørene imøtekomme dem?	Hvordan kan vi best involvere markedet for denne kategorien? Hvilke tiltak kan vi gjøre internt for å bedre utnytte eksisterende kontrakter?	Hva skal til for å gjennomføre handlingsplanen? Hvordan skal vi følge opp at gevinstene realiseres?					
Initiering	Bygge faktagrunnlag		Implementering og gevinstrealisering					
Initiering	Forbruks-analyse	Samfunnsansvars-analyse	Intern-analyse	Markeds-analyse	Identifisere tiltaksområder	Handlingsplan	Gjennomføring av anskaffelse og tiltak	Utrulling og gevinstrealisering
1. Definer omfang og målsettinger 2. Interessentanalyse 3. Identifiser tverrfaglig team 4. Utarbeide arbeidsplan 5. Utarbeide kommunikasjonsplan for SIH og andre foretak i spesialisthelsetjenesten 6. Sjekk av plan med behovseier 7. Sjekk av plan med Styringsgruppe 8. Gjennomføre kick-off	1. Kartlegge forbruksmønstre 2. Etablér en baseline relevant for kategorien 3. Kartlegg prosessen fra bestilling til betaling 4. Analyser tidligere gjennomførte konkurranser 5. Analyser nåværende kontrakter 6. Kartlegg brukeropplevelsen av dagens avtale(r) 7. Få oversikt over utfrakkelige krav for kategorien 8. Gjennomfør arbeidsmøte med eksisterende leverandører 9. Få oversikt over leverandørmarkedet (relevante tilbydere) 10. Få oversikt over markedsstandarder og normkrav 11. Innhent benchmark priser for beste tilbud 12. Plasser kategorien i innkjøpsmatrisen 13. Utarbeid utkast til hypoteser til forbedringstiltak 14. Dokumenter strategiske dilemma 15. Utarbeid faktapakke for kategorien og send til tverrfaglig team	1. Gjennomfør tverrfaglig arbeidsmøte for tiltaksidentifisering 2. Verifiser og kvantifiser (gevinstpotensiale for merverdi) for det enkelte identifiserte tiltak 3. Gjennomfør tverrfaglig arbeidsmøte for vurdering av tiltakenes gjennomførbarhet 4. Utarbeid handlingsplan (markeds- og interne tiltak) 5. Definer ressursinnsats og gjennomføringstid pr tiltak 6. Utarbeid endelig verdiforslag for kategoriplan 7. Dokumenter kategoriplan 8. Presenter kategoriplan for styringsgruppe og implementer eventuelle endringer	1. Gjennomføring av anskaffelser i henhold til tiltaksplan 2. Gjennomføring av opsjonsforhandlingsmøter i henhold til tiltaksplan 3. Gjennomføring og oppfølging av interne tiltak 4. Innmelding av gevinsttiltak i henhold eksisterende prosedyre 5. Følg opp gevinster underveis i gjennomføringen 6. Dokumenter realisering av planlagte gevinster i henhold til eksisterende prosedyre					

1. Initiering



AKTIVITET		HOVEDLEVERANSER	SJEKKPUNKTER	
1.1	Definer omfang og målsetninger	- Definerer omfanget som kategoriplanen skal dekke - Definerer målsetninger som kategoriplanen skal dekke - Hovedfokus for kategoriplanen (leveransesikkerhet, samfunnsansvar og bærekraft, besparelser, kvalitet, etc.)	- Har du vurdert om et bredere omfang kan gi utgangspunkt for et bedre resultat? - Vil det være behov for å gjøre tilpasninger av omfang i forhold til lokal, regional og nasjonal modell? - Hvilke grensesnitt har definert omfang til andre etablerte kategoriplaner? - Er målsetningene SMART (Spesifikke, Målbare, Akseptable, Realistiske, Tidsbestemt)? - Er det noen andre aktiviteter som må gjennomføres for å endelig definere arbeidsomfanget?	☐
1.2	Interessentanalyse	- Ferdigstilt interessentmatrise - Identifiserte nøkkelinteressenter der behov og forventninger er kartlagt	- Har du identifisert alle beslutningsstakere og linjeledere? - Har du vurdert om det foreligger noe som kan hindre arbeidets fremdrift? - Hvor mye tid må settes av til interessentinvolvering og -håndtering i gjennomføringen?	☐
1.3	Etabler kategori team	- Etablert tverrfaglig kategori team - Opprettelse av teamstruktur og samarbeidsmodell	- Har du sørget for alle viktige brukere, fagansvarlige og andre eksperter er representert? - Har du sikret at roller og ansvar til medlemmene er tydelig kommunisert og forstått? - Er det avklart med linjeleder at medlemmer i kategori team avsetter tid til arbeidet?	☐
1.4	Utarbeide arbeidsplan	- Arbeidsplan med tilhørende aktiviteter, tidslinje og risikovurdering - Definerte milepæler og leveranser med tildelt ansvar i kategori team - Plan for rapportering til Styringsgruppe	- Er tidspunktene for rapportering til Styringsgruppe i henhold til viktige beslutningspunkter? - Er det tydelig for Styringsgruppen hvilke beslutningsområder skal involveres i? - Er ressursene som skal bidra tilgjengeliggjort i tilstrekkelig grad?	☐
1.5	Utarbeide kommunikasjonsplan for SIH og andre foretak i spesialisthelsetjenesten	- Kommunikasjonsplan for SIH og andre foretak i spesialisthelsetjenesten - Tildelt ansvar og roller for gjennomføring av kommunikasjon	- Er planen adressert med nøkkelinteressentene? - Er kategoriplanarbeidet tilstrekkelig kommunisert i organisasjonen? - Hvordan blir tilbakemeldinger til prosjektet tatt opp, og er konfidensialitet adressert?	☐
1.6	Sjekk av plan med behovseier	- Forberedelse av største brukere på arbeidet som kommer - Verifisert arbeidsplan med brukere	- Er arbeidsplanen kommunisert med alle nøkkelinteressenter? - Er måloppnåelsen for kategoriplanen godt nok kommunisert til behovseier? - Er det bidraget som kreves fra behovseier tilstrekkelig kommunisert?	☐
1.7	Sjekk av plan med Styringsgruppe	- Godkjent kategori team - Godkjent arbeidsplan med tilhørende dokumenter	- Er det spesielle områder/risikopunkter som kategori team ønsker å presentere for Styringsgruppe? - Var det noen spesielle føringer fra Styringsgruppen som kategori team må ta hensyn til?	☐
1.8	Gjennomføre kick-off	- Samkjørt ressursinnsats for felles målsetning - Motivert kategori team	- Er det andre enn kategori team som bør være med på kick-off? - Har alle forstått hva målsetningen med arbeidet er? - Er det noen i arbeidsgruppen som trenger spesiell oppfølging av sine aktiviteter?	☐



2. Bygge faktagrunnlag

Initiering Bygge faktagrunnlag Utarbeide kategoriplan Implementering og gevinstrealisering				
AKTIVITET	HOVEDLEVERANSER	SJEKKPUNKTER		
2.1	Kartlegge forbruksmønstre	• Detaljert forbruksoversikt relevant for kategorien • Hypoteser for forbedring basert på forbruksmønstre • Sentrale drivere for forbruk og kostnadsutvikling i kategorien	☐	
2.2	Etabler en baseline relevant for kategorien	• Oversikt over faktorer som påvirker baseline (valuta, alder, rente, restriksjonliste, miljømerker, etc.) • Definert baseline for kategorien med hensyn på kostnader, miljø, klima og samfunnsansvar (kostnader og CO2-ekvivalenter)	☐	
2.3	Kartlegg prosessen fra bestilling til betaling	• Kartlagt prosess fra bestilling til betaling med tilhørende avvik • Hypoteser for forbedring basert på dagens prosess	☐	• Hva er den optimale bestillingsmåten for denne kategorien? • Finnes det systemstøtte tilgjengelig i dag som kan bidra til en mer effektiv prosess?
2.4	Analysér tidligere gjennomførte konkurranser	• Dokumenterte resultater fra tidligere gjennomførte konkurranser • Hypoteser for forbedring av gjennomføring av konkurranse	☐	• Hvor mange er det som leverte tilbud på den forrige konkurransen? • Finnes det noen åpnebare grunner til at ikke alle aktører involverte seg i prosessen?
2.5	Analysér nåværende kontrakter	• Dokumentert oversikt over sentrale avtalebestemmelser • Hypotese for forbedring av avtalene	☐	• Er risikofordeelingen mellom leverandør og kunde fornuftig i avtalebestemmelsene? • Hvordan ser forpliktellesbildet ut i kontrakten?
2.6	Kartlegg brukeropplevelsen av dagens avtale(r)	• Dokumenterte innspill fra største brukere • Hypoteser for forbedring basert på innspill fra brukere	☐	• Er det avtalerregulerte områder som ikke fungerer etter hensikten? • Er det brukere som gir tilbakemelding på at kontrakten ikke dekker hele behovet? • Eksisterer det avhengigheter til leverandører, og mellom produkter eller tjenester?
2.7	Få oversikt over utfrakvelige krav for kategorien	• Dokumenterte øvrige utfrakvelige krav for kategorien • Etablert metode for kostnadsfastsettelse av utfrakvelige krav	☐	• Hva er årsaken til at det må inkluderes utfrakvelige krav i avtalen? • Er særlige beredskaps- og forsyningskrav, samt krav til bærekraft og samfunnsansvar dokumentert? • Har de utfrakvelige kravene en direkte effekt på antall relevante tilbydere i markedet?
2.8	Gjennomfør arbeidsmøte med eksisterende leverandører	• Dokumenterte forbedringsinnspill fra leverandører • Hypoteser for forbedring basert på innspill fra leverandører	☐	• Er det områder der selskapet kan endre atferd for bedre utnyttelse av kontrakten? • Er det elementer ved dagens kontrakt som leverandøren mener er prisdrivende?
2.9	Få oversikt over leverandørmarkedet	• Oversikt over alle relevante tilbydere • Oversikt over ulike leveransmodeller som tilbys i markedet	☐	• Vil gjennomføring av en markedskonferanse være beste mulighet for å få oversikt over markedet? • Finnes det etablerte bransjekonferanser selskapet kan delta på for å få oversikt?
2.10	Få oversikt over markedsstandarder	• Avvik mellom markedsstandarder og eksisterende avtale(r) • Hypoteser for forbedring mot markedsstandard	☐	• Finnes det standardavtaler forhandlet frem mellom leverandør- og kundeorganisasjoner? • Hvilke erfaringer har andre «kunder» med bruk av standardavtalene i markedet? • Er beste praksis på produktet/tjenesten kartlagt i forhold til miljø og samfunnsansvar?
2.11	Innhent benchmark priser for beste tilbud	• Dokumenterte benchmark priser (intern/ekstern) • Hypoteser for forbedring basert på gjennomført benchmark	☐	• Er det andre offentlige etater eller europeiske land vi kan samarbeide med for å få gode «benchmark» priser og mål på miljø, klima og samfunnsansvar? • Hvilken utdøling er det grunn til å tro at prisene har hatt i tiden siden kontraktstigning?
2.12	Plasser kategorien i innkjøpsmatrisen	• Hovedkategorien og underkategoriens plassering i innkjøpsmatrisen • Teoretiske forklaringer for hvilken strateg som kan ligge til grunn	☐	• Hvilke vurderinger ligger til grunn for vurdering av kategoriens viktighet for Sykehusinnkjøp HF og foretakene? • Kan det tenkes at muligheter for alternative forsyningskilder kan redusere viktigheten?
2.13	Utarbeid utkast til hypoteser	• Sammenstilte hypoteser fra gjennomføring av alle analyser • Dokumentasjon som underbygger hypotesene	☐	• Er hypotesene definert på en slik måte at endringen som må til tydelig kommer frem? • Er det mulig å dele inn hypotesene i henhold til hvor realistisk det er å gjennomføre?
2.14	Dokumenter strategiske dilemma	• Kartlegg og dokumenter strategiske dilemma i kategorien • Definer konsekvenser av strategiske valg	☐	• Eksisterer det motstridende interesser innenfor samme kategori? • Hvordan påvirker eventuelle valg de ulike interessene?
2.15	Utarbeid faktapakke for kategorien	• Pedagogisk presentert faktapakke for kategorien • Informere utvidet kategorierteam	☐	• Er faktapakken fremstilt på en slik måte at en utenforstående forstår innholdet? • Hvordan vil budskapet i faktapakken mottas av det utvidede kategorierteamet?



3. Utarbeide kategoriplan



AKTIVITET		HOVEDLEVERANSER		SLEKKEPUNKTER		
3.1	Gjennomfør tverrfaglig arbeidsmøte for tiltaksidentifisering	- Konkrete tiltak for effektivisering innen kategorien - Avklart roller og ansvar for oppfølging av det enkelte tiltak	- Har det vært mulig å i tilstrekkelig grad utfordre «gammele tankegang»? - Klarte man gjennom diskusjonen å identifisere andre tiltak enn hva som var forberedt?			☐
3.2	Verifiser og kvantifiser (besparelspotensial) for det enkelte identifiserte tiltak	- Vurdering av det enkelte tiltaks gjennomførbarhet - Kvantifisert gevinsten ved gjennomføring av det enkelte tiltak - Informerte interessenter (relevant for det enkelte tiltak)	- Er tiltaket godt nok beskrevet til å avklare dette med interessenter på dette tidspunktet? - Hvilke hinder står i veien for gjennomføring, og hvordan kan hinderet forsvares? - Hva er den beste datakilden for å få et realistisk anslag på gevinsten?			☐
3.3	Gjennomfør tverrfaglig arbeidsmøte for vurdering av tiltakenes gjennomførbarhet	- Prioritering av tiltak i henhold til gevinst og gjennomførbarhet - Overvåket over når effekten treffer Sykehusinnkjøp HF og foretakene i tid	- Hva skal ligge til grunn for prioriteringen som skal gjennomføres? - For interne tiltak, hva skal til for å se en reell effekt av tiltaket og hvordan skal det fordeles i tid?			☐
3.4	Utarbeid handlingsplan (markeds- og interne tiltak)	- Endelig handlingsplan fordelt på år - Endelig rolle- og ansvarfordeling for det enkelte tiltak	- Klarer man å få alle i det utvidede kategorierte til å ta ansvar for tiltak? - Er man enige om hvordan tiltakene skal følges opp og hvilken støtte som skal gis?			☐
3.5	Definer ressursinnsats og gjennomføringstid på pr tiltak	- Dokumentert nødvendig ressursinnsats per avdeling/seksjon - Dokumenterte investeringer som må gjennomføres	- Er det mye involvering utenfor egen driftsansvarfunksjonen som må forankres? - Ligger det forutsetninger for suksess som innebærer nye ressurser, systemstøtte, etc.?			☐
3.6	Utarbeid endelig business case for kategoriplan	- Sammenstillt gevinster med ressursinnsats og investeringer - Risikovurdering av business case	- Er eventuelle usikkerheter i estimatene synliggjort på en god måte? - Hvordan skal kategorierte jobbe med risikotilgjøring i gjennomføringsperioden?			☐
3.7	Dokumenter kategoriplan	- Dokumentert plan i henhold til dokumentmal «Kort fortalt» presentasjon av kategoriplan	- Er dokumentet av en slik kvalitet at det kan leveres til overordnet ansvarlig? - Vil presentasjonen bidra til å «selge» budskapet i kategorierte intern?			☐
3.8	Presenter kategoriplan for styringsgruppe og implementer eventuelle endringer	- Endelig godkjent kategoriplan - Tildelte ressurser og investeringsmidler til gjennomføring	- Er forutsetningene for suksess kommet tydelig frem? - Er konsekvensen av eventuelle endringer tydeliggjort for styringsgruppen?			☐



4. Implementering og gevinstrealisering



AKTIVITET		HOVEDLEVERANSER		SJEKKPUNKTER		
4.1	Gjennomføring av anskaffelser i henhold til tiltaksplan	• Signert og ferdig implementert avtale, i henhold til taktisk prosess • Endelig gevinstrealiseringsplan for avtalen • Forvaltningsplan for avtaleperioden		• Gjennomføres anskaffelsesprosessen i henhold til de føringer gitt i kategoriplan (kostnader, miljø, klima og samfunnsansvar)? • Hva er årsaken til at gevinsten blir høyere/lavere enn forventet? • Hvordan skal man sikre best mulig implementering av avtalen i selskapet?		☐
4.2	Gjennomføring av opsjonsforhandlingsmøter i henhold til tiltaksplan	• Endringsavtale som avtalefester forhandlingsresultatet • Endelig gevinstrealiseringsplan for opsjonsperioden		• Hvilken forhandlingsstrategi er hensiktsmessig å legge opp til i opsjonsforhandlingsmøtet? • Hvilke forhandlingsposisjon har organisasjonen og hvordan kan den styrkes? • Hvilke konsekvenser skal det få dersom leverandøren ikke møter organisasjonen på viktige punkter? • Har det forekommet utvikling/endringer i krav til miljø, klima og samfunnsansvar når opsjonsforhandling gjennomføres?		☐
4.3	Gjennomføring og oppfølging av interne tiltak	• Implementert tiltak (prosedyreendring, sortimentsendring, etc.) • Endelig gevinstrealiseringsplan for endringen		• Hvordan sørge for at atferden faktisk endres i organisasjonen? • Hvilke krav til informasjon kreves for å understøtte den endrede atferden? • Hvilken andre deler av organisasjonen må støtte endringen for å sikre suksess?		☐
4.4	Innmelding av gevinsttiltak i henhold eksisterende prosedyre	• Dokumentasjonsunderlag for gevinsttiltak • Oppfølgingsregime for gevinst • Godkjent effektiviseringstiltak av økonomi		• Er gevinsten avsjekket med andre initiativer for å sikre at det ikke dobbeltføres? • Er dokumentasjonen frittstående og vil stå for seg selv? • Er oppfølgingsgrunnlaget lagt på en slik måte at arbeidet med oppfølging minimeres?		☐
4.5	Følg opp gevinster underveis i gjennomføringen	• Uendret/justert gevinstmåling		• Er det kjente endringer i volum, etisk handel, kostnadsdriver, etc. som gjør at gevinstestimat bør justeres? • Er det grunn til at endringen denne måneden vil tas igjen neste måned?		☐
4.6	Dokumenter realisering av planlagte gevinster i henhold til eksisterende prosedyre	• Dokumentasjon på realiserte gevinster • Oppdatert tertiarapport om realiserte gevinster		• Er det mest effektivt at leverandøren leverer underlag for dokumentasjon av realisering? • Fines det ERP-rapporter som kan benyttes for å automatisere oppfølgingen? • Dekkes nødvendig informasjon tilstrekkelig ved bruk av intern datamining?		☐





3.4 Vedlegg 4 – Design av opplæringsprogram

Opplæring - Kategoriplaner

Det foreslås å gjennomføre en serie workshops og arbeidsøktter der de fungerende kategorilederne for hver av pilotene deltar. Workshop serien vil gå i parallell med pilotprosjektene og følge håndbok for kategoriplaner. For hver tema er det lagt opp til to workshops, en før kategoriteamet går gjennom stegene i prosessen og en etter. Begge arbeidsøktene har en fast agenda men innhold og format vil variere med tema.

Prinsipper for workshops	Foreslåtte workshops	
✓ Fokus – gjennomføring av piloter	1. Introduksjon 2. Spend analyser og intern analyse 3. Markedsanalyse 4. Kategoristrategi 5. Value lever WS 6. Gjennomføringsplan 7. Oppsummering	
✓ Beste praksis		
✓ Erfaringsbasert tilnærming		
✓ Fokus på praktisk gjennomføring	Foreslått agenda for workshop I 1. Introduksjon til tema og beste praksis 2. Praktiske oppgaver 3. Oppgave til neste gang	Foreslått agenda for workshop II 1. Presentasjon av (hjemmeleke) 2. Tilbakemeldinger og plenumsdiskusjoner 3. Oppsummering av tema



3.5 Vedlegg 5 – Grunnlag og forutsetninger for budsjettberegninger

Under er de viktigste forutsetningene og beregningene presentert.

Forutsetninger pr.kategori	
Antall timer/ pr. årsverk	1 750
Prosjektleder	50 %
Kjerneteam medlem	40 %
Kjerneteam medlem	40 %
Sum FTE (Kjerneteam)	130 %
Forutsetninger pr.kategori	
Estimert total deltakelse fra interessenter	2 %
Total antall timer pr. år/ FTE	35
Antall interessenter	5
Programkontor	
Programleder	100 %
Programkoordinator	100 %
Sum FTE (programkontor)	200 %
<i>*Programkontors deltakelse og varighet forutsettes fra 01.feb-22 til 01.juni-24</i>	

Beregninger som er lagt til grunn for tids- og kostnadsestimat:

Kjerneteam

Eksempel – 6 måneder gjennomføring for 1 kategori:

$$\text{Antall timer: } ((\text{antall timer/ pr årsverk} * \text{x antall FTE}) / 12 \text{ måneder}) * \text{programvarighet måneder}$$

$$((1750 * 1,3) / 12) * 6 = 1\,138 \text{ timer}$$

Utvidet programteam

Eksempel – 6 måneder gjennomføring for 1 kategori:

$$\text{Antall timer: } ((\text{antall timer/ pr årsverk} * \% \text{ estimert deltakelse interessent}) / 12 \text{ måneder}) * \text{programvarighet måneder} * \text{antall interessenter}$$

$$((1750 * 5\%) / 12) * 6 * 5 = 88 \text{ timer}$$

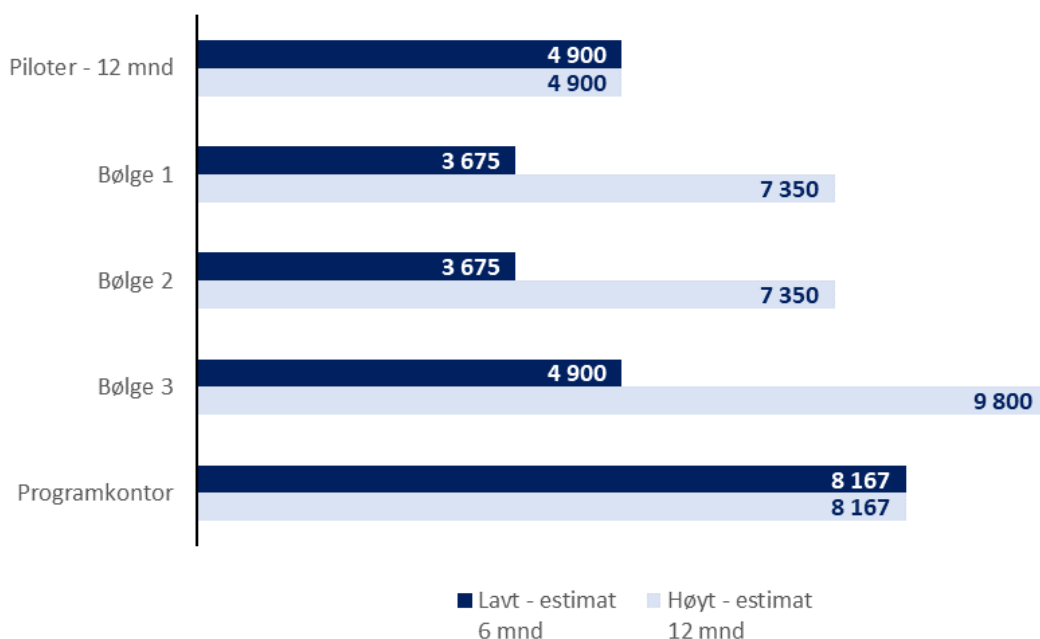
Programkontor

Total antall timer for programkontors deltakelse

$$\text{Antall timer: } ((\text{antall timer/ pr årsverk} * \text{x antall FTE}) / 12 \text{ måneder}) * \text{programvarighet måneder}$$

$$(1750 * 2) / 12 * 28 = 8\,167 \text{ timer}$$

Estimert tidsbruk - Gjennomføring av kategoriplaner (ant. timer)





Tabellen under viser total antall timer for en kategori gitt gjennomføring fra 6 til 12 måneder. Tabellen inkluderer kun kjerneteam og interessenter fra utvidet kategoriteam. Timer for programkontor kommer i tillegg.

Tidsestimat - 6-12 måneder prosjektgjennomføring														
Lengde	Deltakere	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Total ant. Timer
6 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	-	-	-	-	-	-	1138
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	-	-	-	-	-	-	88
	Total	204	204	204	204	204	204	-	-	-	-	-	-	1225
7 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	190	-	-	-	-	-	1327
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	15	-	-	-	-	-	102
	Total	204	204	204	204	204	204	204	-	-	-	-	-	1429
8 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	190	190	-	-	-	-	1517
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	15	15	-	-	-	-	117
	Total	204	204	204	204	204	204	204	204	-	-	-	-	1633
9 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	190	190	190	-	-	-	1706
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	15	15	15	-	-	-	131
	Total	204	204	204	204	204	204	204	204	204	-	-	-	1838
10 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	-	-	1896
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	-	-	146
	Total	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	-	-	2042
11 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	-	2085
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	-	160
	Total	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	-	2246
12 Måneder	Kjerneteam	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190	2275
	Interessenter	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	175
	Total	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	2450

