



Riksrevisjonen

## Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

Dokument 3:3 (2009–2010)



23 257   -3 918   240   1 255 712   474 320   120   3 924   22 781 3   7 41

Denne publikasjonen finnes på Internett:  
[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra  
Departementenes servicesenter  
Telefon: 22 24 20 00  
Telefaks: 22 24 27 86  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

Andre kan bestille fra  
Bestillinger offentlige publikasjoner  
Telefon: 55 38 66 00  
Telefaks: 55 38 66 01  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Fagbokforlaget AS  
Postboks 6050 Postterminalen  
5892 Bergen

ISBN 978-82-8229-056-2

Forsideillustrasjon: 07 Oslo



## Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

---

Dokument 3:3 (2009–2010)



## Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:3 (2009–2010)  
*Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene.*

Riksrevisjonen, 10. november 2009

For riksrevisorkollegiet

*Jørgen Kosmo*  
riksrevisor



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Oppsummering av undersøkelsen</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Riksrevisjonens bemerkninger</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Departementets svar</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Riksrevisjonens uttalelse</b>	<b>16</b>

## **Vedlegg: Rapport**

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>Metode</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>I hvilken grad har de regionale helseforetakene ivaretatt eiers økonomiske styringskrav?</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>Hvordan legger de regionale helseforetakene til rette for en god økonomistyring i helseforetakene?</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>Økonomistyring i helseforetakene</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>Strategi-, budsjett- og oppfølgingsprosessene i helseforetakene</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Styring i de kliniske enhetene</b>	<b>73</b>
<b>9</b>	<b>Samlede vurderinger</b>	<b>79</b>
<b>10</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>85</b>





# Helse- og omsorgsdepartementet

## Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

### 1 Innledning

Det har vært en sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader i perioden 2002 til 2008. De regionale helseforetakenes samlede driftskostnader økte fra 57 mrd. kroner i 2002 til 87 mrd. kroner i 2008. Noe av veksten i driftskostnader skyldes at de regionale helseforetakene har fått nye oppgaver. Når det tas hensyn til nye oppgaver, har det likevel vært en årlig realvekst i driftskostnadene på mellom en og fire prosent i perioden 2002 til 2008.<sup>1</sup> I 2009 er det bevilget mer enn 100 mrd. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. De regionale helseforetakene har i perioden 2002 til 2008 hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på ca. 25 mrd. kroner. En stor del av underskuddet er styrt fra eier, men de regionale helseforetakene har likevel overskredet Stortingets økonomiske rammer i hele denne perioden. De regionale helseforetakene hadde et samlet regnskapsmessig underskudd for 2008 som avviker med 700 mill. kroner fra eiers økonomiske styringskrav.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at helseforetakene kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Vedvarende underskudd på den ordinære driften er ikke bærekraftig, og foretakene må tilpasse seg de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

Formålet med undersøkelsen har vært å belyse økonomistyringen i helseforetakene for å bidra til en bedre nasjonal kostnadskontroll i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen har omfattet følgende problemstillinger:

- I hvilken grad har de regionale helseforetakene ivaretatt eiers økonomiske styringskrav?
- Hvordan sikrer helseforetakene at økonomistyringen bidrar til å ivareta eiers krav til økonomisk resultat og god kostnadskontroll?
- Hvordan legger de regionale helseforetakene til rette for en god økonomistyring i helseforetakene?
- I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne utøve god økonomistyring?

Utkast til rapport ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet 10. august 2009. Departementet har i brev av 7. september 2009 gitt sin uttalelse til rapporten. Det er tatt hensyn til departementets merknader, og de er innarbeidet i rapporten og i punkt 2 nedenfor. Riksrevisjonens rapport om undersøkelsen følger som trykt vedlegg.

### 2 Oppsummering av undersøkelsen

Problemstillingene er belyst ved hjelp av intervjuer, dokumentanalyse og en spørreskjemaundersøkelse til helseforetakene.

For å undersøke økonomistyringen i helseforetakene, er det innhentet skriftlig dokumentasjon av relevante rutiner og retningslinjer. Videre ble det høsten 2008 gjennomført en spørreskjemaundersøkelse som omfatter de fleste av landets helseforetak. Spørreskjemaundersøkelsen omfatter direktører, økonomidirektører og et utvalg budsjettansvarlige ledere på lavere nivåer i helseforetakene. Spørreskjemaet har i hovedsak oppmerksomheten rettet mot ledernes holdninger til og utøvelse av økonomistyring. Direktørene og økonomidirektørene fikk i tillegg spørsmål som var rettet mot den regionale styringen.<sup>2</sup>

1) Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Årsrapport for 2008.

2) Spørreskjemaundersøkelsen har høy svarprosent. Over 95 prosent svar fra økonomidirektørene og direktørene, 85 prosent svar fra ledere på nivået under direktøren, og 75 prosent svar fra ledere på lavere nivåer i helseforetakene.

For nærmere undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene ble det etter spørreskjemaundersøkelsen gjennomført en caseundersøkelse som omfatter intervjuer i fire helseforetak. Utvalget i caseundersøkelsen består av ett helseforetak i hver av de fire regionale helseforetakene. I hvert av de fire helseforetakene er det gjennomført intervjuer med direktør, økonomidirektør og representanter for budsjettansvarlige på lavere nivåer. Nevnte kilder belyser også spørsmålet om hvordan departementet og de regionale helseforetakene har lagt til rette for at helseforetakene kan utøve god økonomistyring. Videre er det gjennomført intervjuer med de regionale helseforetakene.

Det er gjennomført en dokumentanalyse av styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene, blant annet oppdragsdokumenter<sup>3</sup> og protokoller fra styre- og foretaks-møtene. Helseforetakenes årsregnskaper og *Årsrapport for 2008* fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten har vært viktige kilder for å belyse spørsmålet om helseforetakene har ivaretatt eiers økonomiske styringskrav.

## **2.1 De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav**

De regionale helseforetakene har hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på 25 mrd. kroner i perioden 2002 til 2008, noe som har redusert egenkapitalen med 38 prosent. En stor del av dette underskuddet er styrt fra eier. Det korrigerede resultatkravet som departementet har styrt de regionale helseforetakene etter, har vært unntatt for deler av avskrivingskostnadene og deler av pensjonskostnadene. Det framgår av St. prp. nr. 1 (2008–2009) at det per 31. desember 2007 var et akkumulert underskudd på 9,4 mrd. kroner, sammenlignet med resultatkravet.<sup>4</sup>

De regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden fra 2002 til 2008, men størrelsen på overskridelsene har variert fra år til år. I 2007 overskred de eiers styringskrav med 1 450 mill. kroner. Til tross for en tilleggsbevilgning på 500 mill. kroner, overskred de eiers styringskrav med 700 mill. kroner i 2008. I undersøkelsen pekes det på at et vedvarende regnskapsmessig underskudd ikke kan fortsette på lang sikt uten at det tilføres ny egen-

kapital fra eier. Det er uakseptabelt at de regionale helseforetakene over flere år ikke tilpasser seg de økonomiske rammebetingelsene fra eier.<sup>5</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at selv om det i lov om helseforetak står at egenkapitalen skal være på et forsvarlig nivå, så kan helseforetakene ikke slås konkurs og med sikre inntekter fra staten og med staten som långiver, så er egenkapitalens størrelse i realiteten av liten betydning.

De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav i perioden 2002 til 2008. Tidligere Helse Øst tilfredsstilte i stor grad eiers styringskrav. I Dokument nr. 1 (2006–2007) påviste Riksrevisjonen at økonomistyringen i Helse Midt-Norge var ute av kontroll. Helse Midt-Norge var det eneste regionale helseforetaket som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2007 og 2008. Videre nådde ni helseforetak eiers økonomiske styringskrav i 2008.<sup>6</sup>

Gjennom de siste årene har de regionale helseforetakene i sine årlige meldinger beskrevet noen årsaker til manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav. I 2006 ble medikament- og personalkostnader trukket fram som en viktig årsak til avviket fra eiers økonomiske styringskrav. I de årlige meldingene for 2007 og 2008 ble manglende realisering av omstillingstiltak beskrevet som en viktig årsak til at det økonomiske styringskravet ikke ble nådd.

Direktørene og økonomidirektørene som ble intervjuet i helseforetakene gir uttrykk for at økonomien påvirkes av en del eksterne forhold som de i begrenset grad kan påvirke på kort sikt. For eksempel blir økte kostnader til pasienttransport der aktører utenfor helseforetakene er rekvirenter, og utskrivningsklare pasienter som tar opp deler av kapasiteten på grunn av manglende mottakskapasitet i kommunene, trukket fram som forhold de selv ikke kan styre på kort sikt. Videre opplever mange ledere at helseforetakene ikke har blitt tilstrekkelig kompensert når de har fått ansvar for nye oppgaver. Eksempler på nye oppgaver er utgifter til pasienttransport og finansieringen av TNF-hemmere<sup>7</sup>. I tillegg mener mange ledere i helseforetakene at tydeligere forventninger og et mer langsiktig perspektiv

3) Det helsepolitiske oppdraget samt tildeling og vilkår til bevilgningene skjer gjennom oppdragsdokumentet.

4) Akkumulert underskudd sammenlignet med eiers økonomiske styringskrav er noe lavere enn korrigeret årsresultat i perioden 2002 til 2006. Dette skyldes at eier har gitt de regionale helseforetakene anledning til å gå ytterligere i underskudd utover korrigeret resultat.

5) St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet

6) To av disse helseforetakene oppfylte ikke eiers styringskrav, men hadde tilnærmet balanse ved at underskuddet utgjorde mindre enn 1 prosent av driftsinntektene.

7) Medisin for behandling av revmatiske pasienter.

fra eier kan bidra til en bedre økonomistyring i helseforetakene. Til tross for at lederne peker på en del forhold de har liten mulighet for å påvirke selv, understreker både direktørene og økonomidirektørene som ble intervjuet at de selv har betydelige muligheter til å iverksette tiltak som kan bidra til å nå det økonomiske styringskravet.

Undersøkelsen viser at samtlige helseforetak mener at de regionale helseforetakene i større grad bør bidra til mer samarbeid mellom helseforetakene på området økonomistyring. Mange helseforetak ønsker spesielt at de regionale helseforetakene skal bidra med systematisk benchmarking i foretaksgruppen. Ved bruk av benchmarking sammenlignes driften i én enhet over tid, eller enheten sammenlignes med andre enheter. Et viktig formål med benchmarking er å sammenligne både finansielle og ikke-finansielle størrelser for å få informasjon som kan brukes til læring og forbedring av driften.

Departementet gir uttrykk for at rapporten kan bidra til erfaringsoverføring mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene. Departementet mener blant annet at funnene omkring sammenhengen mellom langsiktig planlegging og realisering av omstillingstiltak er godt egnet til dette formålet. Departementet peker på at det nå arbeides mye med erfaringsoverføring innenfor området økonomistyring. Det er blant annet etablert nasjonale kompetansenettverk for både økonomi- og likviditetsstyring. Det er også etablert en rekke ulike samarbeidsfora som for eksempel møter mellom direktører, økonomidirektører og regnskapssjefer.

## **2.2 Tydeligere forventninger og et mer langsiktig perspektiv fra eier kan bidra til bedre økonomistyring**

### **Eier må legge mer vekt på forutsigbarhet og langsiktighet i styringen**

Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene ønsker mer langsiktighet og forutsigbarhet fra departementet som eier. Eier gir vilkår for bevilgningene i oppdragsdokumentet og stiller økonomiske krav i foretaksmøtet. Undersøkelsen viser at disse vilkårene og kravene ikke er tidsmessig koordinert med helseforetakenes plan- og budsjettprosess. Oppdragsdokumentet kommer til helseforetakene to måneder etter at de har vedtatt budsjettet. Helseforetakene mener at det er utfordrende at vilkårene i oppdragsdokumentet og kravene som er gitt i foretaksmøtet, i begrenset grad kan tas hensyn til

i budsjettprosessen. Spesielt ved nye resultatkrav og endringer i etablerte resultatkrav, reduseres helseforetakenes mulighet til å nå de helsepolitiske målene som eier gir i oppdragsdokumentet.

De regionale helseforetakene får signaler fra departementet om hva oppdragsdokumentet vil omfatte, før det foreligger. De regionale helseforetakene har derfor et ansvar for å viderekommunisere disse signalene i egen foretaksgruppe. Undersøkelsen viser at mange helseforetak mener at det vil være enklere å planlegge neste års drift dersom styringssignalene fra eier kom tidligere. Departementet og de regionale helseforetakene bør derfor vurdere tiltak som kan sikre at vilkår som gis i oppdragsdokumentet, og krav i foretaksmøtet, kan integreres bedre med budsjettprosessen i helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at de regionale helseforetakene får utkast til oppdragsdokument for kommende år så raskt som mulig etter at forslag til statsbudsjett er lagt fram.

Undersøkelsen viser at både enkelte regionale helseforetak og flere helseforetak har iverksatt tiltak for selv å skape mer forutsigbarhet for neste års drift. Flere regionale helseforetak har blant annet nå etablert eller planlegger å innføre et rullerende langtidsbudsjett. Innføring av langtidsbudsjett kan gi et bedre grunnlag for både å synliggjøre framtidige økonomiske utfordringer og å gi mer forutsigbarhet for helseforetakene når de skal utarbeide neste års budsjett. Undersøkelsen viser at tiltak som først gir økonomisk gevinst på lang sikt ofte ikke blir prioritert ved valg av omstillingstiltak. Et langtidsbudsjett kan bidra til at eventuelle framtidige besparelser av investeringer blir synliggjort.

Det framgår av undersøkelsen at et budsjettavvik som skyldes et høyere aktivitetsnivå enn planlagt, ofte brukes som argument blant budsjettansvarlige ledere på lavere nivåer i helseforetakene for å få tilført mer ressurser. Nesten halvparten av lederne i spørreskjemaundersøkelsen svarer at de bruker aktivitetsavvik i stor grad til å argumentere for å få tildelt mer ressurser. I perioden 2003 til 2007 var aktivitetsveksten innenfor de aktivitetsbaserte finansieringsordningene høyere enn forutsatt. Eier har i samme periode håndtert deler av underskuddet i de regionale helseforetakene med tilleggsbevilgninger i løpet av året. Gjentatte tilleggsbevilgninger kan oppfattes som at eier gir tilslutning til overskridelsene ved at budsjettet blir tilpasset faktisk aktivitet og ikke motsatt.

Forventninger om tilleggsbevilgninger kan derfor øke risikoen for blant annet at planlagte og nødvendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i tilstrekkelig grad i de kliniske enhetene.

Departementet er enig i at tilleggsbevilgninger reduserer muligheten for å gjennomføre reell budsjettstyring i helseforetakene. Departementet viser samtidig til at det alltid vil kunne være særskilte saker hvor regjering og Storting finner det nødvendig med tilleggsbevilgninger.

### **Oppdragsdokumentet har mange og detaljerte styringskrav**

Oppdragsdokumentet gir oversikt over hvilke krav og forventninger eier har til de regionale helseforetakene, og angir prioritering av innsatsområder. Alle krav i oppdragsdokumentet er prioriterte områder og skal oppfylles. Samtidig viser undersøkelsen at oppdragsdokumentet inneholder svært mange og detaljerte mål. Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene mener det ikke er mulig å nå alle målene samtidig, og at det derfor i stor grad er opp til det enkelte helseforetak å prioritere mellom hvilke mål som er viktigst å oppfylle.

Departementet gir uttrykk for at det må arbeides videre med oppdragsdokumentet, både på bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen, og fordi rapporteringen fra de regionale helseforetakene ikke er god nok. Departementet peker likevel på at det er utfordrende å tilfredsstille helseforetakenes ønsker om tydeligere krav og styring fra eier, samtidig som de mener at kravene er for mange og detaljerte.

Helseforetakene mener at oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene i stor grad er en videreføring av kravene som gis i oppdragsdokumentet fra departementet. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene kan gi helseforetakene et tydeligere styringsdokument og bli bedre til å ivareta bestillerrollen, ved blant annet å tilpasse de nasjonale målene knyttet til behandlingsaktivitet til hvert helseforetak og tilpasse kravene i oppdragsdokumentet til regionens strategiske utfordringer.

### **Resultatrapporteringen er omfattende**

Departementet har i de siste årene etablert en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene. Tilsvarende har de regionale helseforetakene etablert en tettere økonomisk oppfølging av helse-

foretakene. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene opplever at det har blitt en bedre og mer systematisk oppfølging og at rapporteringen av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet til departementet er relevant. Helseforetakene bruker imidlertid mye ressurser på å rapportere på alle kravene som stilles fra eier i oppdragsdokumentet og i foretaksmøtet. Helseforetakene mener dette gir økonomimedarbeiderne mindre kapasitet til å bistå de budsjettansvarlige lederne i de kliniske enhetene.

Helseforetakenes økonomiske situasjon viser at det var behov for at departementet etablerte en tettere økonomisk oppfølging av de regionale helseforetakene. Undersøkelsen viser samtidig at tilgangen på økonomimedarbeidere i mange helseforetak er begrenset. Det er derfor viktig at departementets krav til rapportering fra helseforetakene ikke gis større omfang enn nødvendig for eiers behov for styring og oppfølging.

### **2.3 Helseforetakene har hatt manglende kontinuitet i sentrale lederfunksjoner**

Undersøkelsen viser at kontinuitet i ledelsen er viktig for at helseforetakene skal etablere god økonomistyring. Helseforetak er virksomheter med høye krav til spesialistkompetanse på lavere nivåer i organisasjonen. I en sterk fagkultur er det viktig at fagpersonellet involveres for å skape legitimitet i endringsprosesser. Endringer i helseforetakene forutsetter forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre endringer blant det kliniske personellet. Uten et flerårig perspektiv og god dialog med de ansatte kan det være vanskelig å skape substansielle resultater. Det er derfor bekymringsfullt at undersøkelsen viser at det er svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Mer enn halvparten av helseforetakene fikk ny økonomidirektør i 2007 eller 2008. Nesten halvparten av helseforetakene har også fått ny direktør i perioden 2006–2008. Det er også mange helseforetak som har skiftet både direktør og økonomidirektør i samme periode. Dette må skape store utfordringer for helseforetakene med hensyn til å få til nødvendige omstillinger og oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

### **2.4 Mange helseforetak bør starte budsjettprosessen tidligere for å oppnå økonomisk effekt av omstillingstiltak**

God økonomistyring innebærer at helseforetak og kliniske enheter tilpasser driften innenfor de økonomiske rammene som gis. Hvis driften ikke er tilpasset de økonomiske rammene, må

helseforetakene identifisere en rekke omstillingstiltak i budsjettprosessen. Det framgår av undersøkelsen at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke starter tidlig nok til å kunne både identifisere, planlegge og iverksette omstillingstiltakene slik at de gir effekt fra begynnelsen av budsjettåret. Med unntak av Helse Midt-Norge som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008, planla de regionale helseforetakene i 2008 å realisere nesten halvparten av effekten av omstillingstiltakene i 3. tertial. Selv om ledelsen følger opp måloppnåelsen av planlagte tiltak aktivt, vil det i 3. tertial være for sent å iverksette kompensierende tiltak for inneværende budsjettår dersom de valgte tiltakene ikke får den forventede effekten. En planlegging som sikrer effekt av omstillingstiltakene allerede fra årets begynnelse, vil derfor redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til når det arbeides intensivt i de kliniske enhetene med å identifisere nødvendige omstillingstiltak. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak som oppnår 100 prosent realisering av planlagte omstillingstiltak. Et kjennetegn ved disse helseforetakene er at de starter budsjettprosessen tidligere enn mange andre helseforetak. Dette begrunnes med at tidligere oppstart av budsjettprosessen bidrar til bedre prosesser og forankring av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene, i tillegg til at helseforetaket oppnår helårseffekt av tiltakene.

I tillegg til dårlig planlegging er intern motstand en viktig årsak til manglende realisering av effekter av omstillingstiltak. I spørreskjemaundersøkelsen svarer tilnærmet halvparten av de budsjettansvarlige lederne at intern motstand i enheten i stor grad er årsak til manglende økonomisk effekt av omstillingstiltakene. Det er en klar tendens til at tidlig og aktiv involvering av de ansatte når omstillingstiltakene skal prioriteres, gir en positiv effekt i budsjettssammenheng.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til realiseringsgraden for iverksatte tiltak. Mange av helseforetakene som oppnådde høy realiseringsgrad, oppfylte også eiers økonomiske styringskrav i 2008. Samtidig viser undersøkelsen at fire av de fem helseforetakene som hadde et underskudd som avvek mer enn 100 mill. fra eiers økonomiske styringskrav, hadde lav realiseringsgrad for sine omstillingstiltak.

## **2.5 Mange budsjettansvarlige ledere blir ikke tilstrekkelig involvert i budsjettprosessen**

Undersøkelsen viser at mange helseforetak kan redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav ved å etablere tiltak som sikrer at flere ledere lenger ned i virksomheten i større grad blir involvert i budsjettprosessen. Det er en klar tendens til at ledere som i stor grad er involvert i budsjettprosessen, i større grad har forståelse for styringskravene fra overordnet enhet. Ni av ti ledere, som i svært stor grad er involvert i budsjettprosessen, opplever styringskravene som relevante. Ledere som i mindre grad er involvert i budsjettprosessen, opplever styringskravene som mindre relevante. Videre viser undersøkelsen en tendens til at ledere som i stor grad deltar i budsjettprosessen, mener at den sikrer en god fordeling av ressurser mellom enhetene i helseforetaket. Dette bidrar til at lederne får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett, og at budsjettet i større grad blir en rettesnor i den daglige styringen.

I mange helseforetak er budsjettprosessen ikke tilstrekkelig standardisert, noe som gir en uensartet styring i klinikkene. Lederne på nivået under direktøren gis stor frihet til å planlegge og organisere budsjettprosessen i egen klinikk. Budsjettprosessen kan derfor variere mye mellom ulike klinikker i samme helseforetak. Dette kan være en forklaring på at mange ledere på lavere nivåer mener at budsjettprosessen ikke er godt planlagt, at det brukes for lite tid på den, og at de i ulik grad er involvert i prosessen. Samtidig mener mange ledere for kliniske enheter at de mangler skriftlige rutiner og retningslinjer for å styre økonomien i enhetene. Mange helseforetak bør derfor etablere mer enhetlige og standardiserte budsjetterings- og oppfølgingsprosesser for å sikre en helhetlig internkontroll.

## **2.6 Mange mellomledere mener at de ikke har tid og nødvendig økonomisk kompetanse til å styre økonomien i enheten**

De fleste lederne på nivået under direktøren er ledere på heltid, og de mener selv at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetene. Undersøkelsen viser imidlertid at nesten halvparten av lederne på lavere nivåer mener at de selv ikke har tilstrekkelig kapasitet til å styre økonomien i enheten.

Mange helseforetak har delegert budsjettansvaret for å ansvarliggjøre ledere på det nivået der kostnadene genereres. For å sikre god kostnadskontroll er det viktig at de budsjettansvarlige har

tilstrekkelig økonomikompetanse. Det framgår av undersøkelsen at mange ledere på de laveste nivåene mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten. Undersøkelsen viser at helseforetakene har utfordringer med å lære opp lederne på de laveste nivåene. I mange helseforetak er det samtidig slik at økonomimedarbeiderne ikke har tilstrekkelig kapasitet til å bistå lederne på de laveste nivåene i helseforetakene.

Den økonomiske oppfølgingen av ledere på alle nivåer i helseforetakene har blitt tettere. Graden av oppfølging kan imidlertid variere mellom ulike klinikker i samme helseforetak. Undersøkelsen viser at det er en stor utfordring at mange ledere ikke har kapasitet til å følge opp underordnede ledere på en systematisk måte. Dette øker risikoen for at eiers økonomiske styringskrav ikke nås.

Lønnskostnadene utgjør en betydelig andel av helseforetakenes driftsutgifter. God økonomistyring krever derfor at bemanningen er tilpasset behandlingsaktiviteten. Et flertall av lederne på alle nivåer i helseforetakene mener at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses variasjoner i faktisk behandlingsaktivitet. Undersøkelsen viser at det er bred enighet blant ledere på alle nivåer om at personalressursene kan utnyttes på en mer fleksibel og bedre måte. Videre mener et stort flertall av økonomidirektørene at ledelsen i for liten grad fokuserer på effektiv utnyttelse av personalressursene i oppfølgingen av de kliniske enhetene. De fleste økonomidirektørene mener også at det i for liten grad gjennomføres analyser som belyser variasjoner mellom behandlingsaktivitet og bemanningsnivå. Flere helseforetak har innført et nytt verktøy for personalplanlegging for å oppnå en mer effektiv drift. For å oppnå god kostnadskontroll er det likevel også avgjørende å rette økt ledelsesmessig oppmerksomhet på utnyttelsen av personalressursene.

Fram til 2003 var et viktig formål med innsatsstyrt finansiering (ISF) å øke behandlingsaktiviteten for å redusere pasientenes ventetid til behandling. De fleste helseforetakene viderefører ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. Samtidig viser undersøkelsen at over halvparten av lederne for enheter som mottar ISF-refusjon, ikke kjenner til at siden 2003 har formålet med ordningen vært at aktivitetsmålet skal nås på en mest mulig effektiv måte. Mange ledere tror at formålet med ordningen er å oppnå høyest mulig aktivitet. Undersøkelsen viser at det kreves økt ledelses-

messig oppmerksomhet med å spre kunnskap om formålet med ordningen. ISF skal stimulere helseforetakene til å identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling.

Aktiviteten i én klinisk enhet påvirkes ofte av aktivitetsnivået i andre kliniske enheter. Dette skaper et koordineringsbehov mellom enhetene for å sikre en effektiv pasientflyt. Et tett samarbeid i planleggings- og budsjetteringsprosessen er derfor nødvendig, både for å unngå flaskehalsen i pasientflyten og for å tilpasse bemanningsplanen til variasjoner i behandlingsaktiviteten. Mange ledere prioriterer ikke eller har ikke tilstrekkelig kapasitet til å være med i prosesser som skal sikre et bedre samarbeid på tvers av enhetene. Undersøkelsen viser at mange helseforetak kan forbedre koordineringen og samarbeidet mellom de kliniske enhetene.

## **2.7 Gode styringsdata og mer langsiktig fokus kan bidra til en bedre kostnadskontroll**

Undersøkelsen viser at det er en klar tendens til at budsjettene til mange kliniske enheter i hovedsak videreføres fra et år til et annet. Mange ledere i undersøkelsen trekker fram at dette innebærer en risiko for at skjevheten i ressursfordelingen mellom kliniske enheter videreføres fra år til år. Dette skyldes dels at ledere på høyere nivå ikke har tilstrekkelig informasjon om et høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet, eller om det skyldes ineffektiv drift. Undersøkelsen viser derfor et behov for å videreutvikle og i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet, bemanning og ressursbruk. Denne typen styringsindikatorer kan bidra til at de budsjettansvarlige vil oppleve at helseforetakets budsjett fordeles på en mer objektiv måte mellom de kliniske enhetene.

I foretaksmøtet i 2008 ble det framhevet at omstillingstiltak som kan bidra til kostnads-effektiv drift på lang sikt, skal prioriteres framfor tiltak med kortsiktige engangseffekter. Undersøkelsen viser at det i helseforetakene fokuseres mye på å oppnå økonomisk balanse i inneværende år. I spørreskjemaundersøkelsen er tilnærmet alle budsjettansvarlige ledere enige i påstanden om at tiltak som har forventet økonomisk effekt på kort sikt, blir prioritert. Samtidig er nesten halvparten av lederne enige i påstanden om at tiltak som først på lang sikt gir økonomisk effekt, blir nedprioritert i valg mellom omstillingstiltak. Dette kan føre til at investeringer, som først på lengre sikt gir driftsbesparelser, blir nedprioritert. Undersøkelsen viser at det bør utvikles

styringsdata som gir bedre kostnadskontroll, og som samtidig legger til rette for et mer langsiktig perspektiv i styringen i de kliniske enhetene.

Undersøkelsen viser at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke i tilstrekkelig grad tar utgangspunkt i langsiktige mål som er beskrevet i helseforetakets strategi. Det er viktig at styringsindikatorene ikke bare er finansielle styringsmål, men også består av indikatorer som er viktige og forståelige for profesjonene. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak der denne type styringsindikatorer utledet av strategien er integrert i budsjettarbeidet, noe som har ført til at lederne på lavere nivåer også har hatt forståelse for reduksjoner i budsjetttrammene.

I mange helseforetak gis ISF-refusjon bare til én klinisk enhet til tross for at en stor del av kostnadene ofte genereres i andre enheter. Dette kan føre til at ledere ikke tar hensyn til alle kostnadene ved beslutninger om endringer i behandlingsaktivitet og ved valg av omstillingstiltak. Det framgår av undersøkelsen at mange ledere vurderer ikke i tilstrekkelig grad de økonomiske konsekvensene hos andre enheter når de skal velge omstillingstiltak, til tross for at aktivitetsnivået ofte i stor grad påvirker aktivitetsnivået i andre enheter. Dette øker risikoen for at mange kliniske enheter velger omstillingstiltak som sikrer egen måloppnåelse, uten at disse nødvendigvis bidrar positivt til å nå helseforetakets overordnede økonomiske styringskrav.

### 3 Riksrevisjonens bemerkninger

De regionale helseforetakene har overskredet eiers økonomiske styringskrav i hele perioden 2002 til 2008. Riksrevisjonen mener det er viktig at det etableres god økonomistyring som sikrer at de helsepolitiske målene realiseres innenfor den økonomiske rammen som Stortinget hvert år vedtar å bruke til spesialisthelsetjenester. Det er derfor et demokratisk problem at spesialisthelsetjenesten over mange år ikke tilpasser seg de økonomiske rammene fastsatt av Stortinget.

Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlyser mer forutsigbarhet, tydeligere krav og mer langsiktig fokus i styringen fra eier. Eier har i perioden 2002 til 2008 håndtert deler av helseforetakenes underskudd med tilleggsbevilgninger i løpet av året. Undersøkelsen viser at forventninger om tilleggsbevilgninger fra eier reduserer muligheten

til å gjennomføre en reell budsjettstyring i helseforetakene, ved at ansatte og ledere på lavere nivå ikke oppfatter de økonomiske rammene som endelige. Dette øker risikoen for at budsjettprosessen ikke tas tilstrekkelig alvorlig, samt at nødvendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i de kliniske enhetene. Riksrevisjonen vil peke på at utstrakt bruk av tilleggsbevilgninger i perioden 2002 til 2008 har redusert budsjettets funksjon med hensyn til kostnadskontroll i helseforetakene.

De økonomiske resultatene har bidratt til å redusere de regionale helseforetakenes økonomiske handlefrihet. Et underskudd fører til at en større del av rammetilskuddet må brukes på driften, og reduserer derfor de regionale helseforetakenes evne til å gjennomføre planlagte investeringer i bygg og medisinsk utstyr. Riksrevisjonen vil derfor peke på at styring og kontroll med ressursbruken er nødvendig for at helseforetakene kan sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvilke tiltak departementet vil iverksette for å sikre at de regionale helseforetakene ikke overskrider eiers økonomiske styringskrav.

Undersøkelsen viser at helseforetakenes ønsker både færre og mindre detaljerte mål, samt tydeligere krav og styring fra eier. Når oppdragsdokumentet inneholder svært mange og detaljerte mål, er det etter Riksrevisjonens vurdering en risiko for at de høyest prioriterte styringskravene fra eier ikke kommer tydelig nok fram i oppdragsdokumentet og dermed ikke blir prioritert av helseforetakene.

I helseforetak vil profesjonenes normer og verdier ha stor betydning for mange beslutninger som også påvirker økonomien i helseforetakene. Ved omstillinger er det derfor viktig at det kliniske personellet har forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre nødvendige endringer. Uten et flerårig perspektiv og god dialog med de ansatte blir det vanskelig å skape substansielle resultater. Riksrevisjonen mener det er bekymringsfullt at det er svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Dette må skape store utfordringer for helseforetakene med hensyn til å få til nødvendige omstillinger og oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

Manglende realisering av omstillingstiltak er en svært viktig årsak til at de regionale helseforetakene ikke tilfredstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008. Det er stor variasjon mellom

helseforetakene med hensyn til om de oppnår økonomisk effekt av omstillingstiltakene. Et kjennetegn ved helseforetak med høy realisering av omstillingstiltak er at de starter budsjettprosessen tidligere sammenlignet med mange andre helseforetak. Dermed har de tilstrekkelig tid til både å identifisere, planlegge og iverksette omstillingstiltak før budsjettårets begynnelse. Etter Riksrevisjonens mening må budsjettprosessen starte så tidlig at den bidrar til en tilstrekkelig forankring av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene, og etter Riksrevisjonens vurdering er dette området spesielt egnet for erfaringsoverføring mellom helseforetakene.

Mange helseforetak har utfordringer med å involvere ledere på lavere nivå i strategiprosessen. Undersøkelsen viser at ledere som involveres i strategi- og budsjettprosessen har større forståelse for styringskrav fra overordnet ledelse. Involvering i strategi- og budsjettprosessen bidrar også til å ansvarliggjøre lederne, samt at de får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett. Dette bidrar til at budsjettet i større grad blir en rettesnor i den daglige styringen. Etter Riksrevisjonens vurdering bør derfor flere helseforetak i større grad involvere ledere i strategi- og budsjettprosessen med formål om å bidra til en bedre kostnadskontroll og økonomistyring.

Styrene i helseforetakene skal sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk. Riksrevisjonen vil peke på at en bedre internkontroll kan bidra til bedre interne prosesser og økonomistyring. Undersøkelsen viser også at det er svært uensartet styring mellom enheter i samme helseforetak. Riksrevisjonen stiller spørsmål om styrene ivaretar sitt ansvar for internkontrollen på en tilfredsstillende måte.

#### 4 Departementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 16. oktober 2009 svart:

"Helse- og omsorgsdepartementet ønsker innledningsvis å kommentere to forhold som Riksrevisjonen har brukt som bakteppe i dokument nr. 3:3 (2009 -2010) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dette gjelder utgiftsvekst i sektoren samt regnskapsmessig underskudd på 25 mrd. kroner i perioden

2002-2008. Når det gjelder utgiftveksten viser Riksrevisjonen til en svært sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader i perioden 2002 – 2008, fra 57 mrd. kroner til 87 mrd. kroner. Departementet ønsker å understreke at denne utgiftsøkningen ikke handler om helseforetakenes økonomistyring, men om Stortingets prioritering og tildeling av midler til denne sektoren, lønns- og prisstigning, nye oppgaver m.v.

Økonomistyring og god kostnadskontroll handler videre om på en best mulig måte å bruke de midlene som Stortinget bevilger. Derfor må også Riksrevisjonen i rapporten og Dokumentet nr. 3:3 vise til underskuddsstørrelser som relaterer seg til Stortingets bevilgninger. De regionale helseforetakene er blitt styrt mot et korrigert regnskapsmessig resultat som har tatt hensyn til at enkelte kostnadselementer ikke har blitt dekket opp gjennom bevilgninger.

Ved inngangen til sykehusreformen ble de årlige kostnadene til gjenanskaffelse av bygg og utstyr (avskrivningskostnader) beregnet til om lag 5 mrd. kroner. Gjennom bevilgninger ble de regionale helseforetakene satt i stand til å dekke om lag 60 pst. av avskrivningskostnadene. Akkumulert over perioden 2002 til 2007 utgjør dette om lag 10,3 mrd. kroner i udekkede regnskapsmessige avskrivninger. I saldert budsjett for 2008 ble de regionale helseforetakene for første gang satt økonomisk i stand til å dekke regnskapsmessige avskrivninger. Videre ble det for årene 2006-2008 ikke gitt bevilgninger som dekket økte pensjonskostnader, totalt 4,8 mrd. kroner. Samlet er det ved fastsettelse av resultatkrav gjort unntak for kostnader på  $(10,3+4,8=)$  15,1 mrd. kroner i perioden 2002-2008. Akkumulert regnskapsmessig underskudd har i samme periode vært 25,2 mrd. kroner, mens akkumulert korrigert underskudd har vært  $(25,2-15,1=)$  10,1 mrd. kroner.

De regionale helseforetakene har hvert år siden 2002 overskredet eiers økonomiske styringskrav. Riksrevisjonen peker på at dette er en utvikling som ikke kan fortsette og at det må etableres god økonomistyring som sikrer at de helsepolitiske målene realiseres innenfor den økonomiske rammen som Stortinget setter. Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at helseforetakene kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Departementet har i sin styringsdialog med de regionale helseforetakene nettopp understreket dette forholdet. Departementet har gjennom flere



år hatt et sterkt fokus på økonomistyringen og at de regionale helseforetakene skal ha et driftsregnskap i balanse.

Departementet har gjennom årene tatt et strammere grep både i forhold til styringskrav og oppfølging av de regionale helseforetakene. Dette vil fortsette, og dagens styringssystemer er under kontinuerlig forbedring og utvikling. Det vises også til at mange av de forbedringspunktene som Riksrevisjonen påpeker allerede er ivaretatt gjennom stilte krav i foretaksmøtene, som gode budsjettprosesser, realistiske omstillingstiltak, erfaringsoverføring mellom de regionale helseforetakene og styrenes involvering i internkontrollen.

Departementet ønsker også å vise til at den økonomiske utviklingen og kontrollen i de regionale helseforetakene har hatt en positiv utvikling i de senere årene. I 2007 var det korrigerende underskuddet 1 450 mill. kroner og i 2008 700 mill. kroner. For inneværende år tilsier nåværende årsprognoser et samlet negativt resultat på mellom 200 og 400 mill. kroner.

Departementet vil i det følgende kommentere Riksrevisjonens bemerkninger i Kap. 3.

Riksrevisjonen viser til at foretakene ønsker mer forutsigbarhet, og det pekes i denne sammenheng på en utstrakt bruk av tilleggsbevilgninger i perioden 2002 til 2008. Dette skaper forventninger, og Riksrevisjonen mener dette reduserer budsjettets funksjon med hensyn til kostnadskontroll. Departementet vil i denne sammenheng vise til at i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene blir det understreket at bevilgningene i Prop. 1 S er å anse som endelige. Samtidig åpner bevilgningsreglementets § 11 for at det kan fremmes forslag om tilleggsbevilgning i saker som er uforutsette, og hvor tilleggsbevilgning er nødvendig. Det vil derfor alltid kunne være særskilte saker hvor regjering og Storting finner det nødvendig med en tilleggsbevilgning. Departementet må også vektlegge hensynet til realistisk budsjettering.

Videre påpeker Riksrevisjonen at eier må legge mer vekt på et mer langsiktig perspektiv for å bidra til bedre økonomistyring. Departementet forsøker å ta hensyn til helseforetakenes behov for langsiktighet. Samtidig er de årlige budsjettprosessene i regjering og Storting styrende for departementets muligheter til å gi tidlige føringer for det kommende budsjettår. Departementet vil

understreke at de regionale helseforetakene får utkast til oppdragsdokument for kommende år og informasjon om aktivitetsnivå i DRG-poeng kort tid etter at forslag til statsbudsjett er lagt fram.

Departementet har videre i flere år gitt klare krav i foretakprotokollene om at de regionale helseforetakene skal sikre gode budsjettprosesser. Stortingets budsjettkalender er ikke til hinder for at de regionale helseforetakene kan sette i gang tidlige og gode prosesser. Dette er en sektor som relativt sett har meget forutsigbare rammebetingelser. De regionale helseforetakene er kjent med at neste års inntekter og aktivitet med stor sannsynlighet vil være lik eller noe over fjorårsnivået. Reelle inntekts-/bevilgningsendringer og departementets krav knyttet til dette, er marginale i forhold til de store oppgavene og ressursene som forvaltes. Departementet vil også vise til at det er gitt krav om utarbeiding av langtidsbudsjett for helseforetak, dette for at de skal vurdere virkningen av foretakenes egne planlagte endringer knyttet til behandling, investeringer mv og hvordan dette vil slå ut. Ellers pågår det et arbeid i flere regionale helseforetak for å få på plass mer langsiktig planlegging.

Riksrevisjonen peker på at det er viktig med kontinuitet i ledelsen. Dette er departementet enig i, men samtidig er det slik at utskiftingen av ledelse også i noen grad har vært nødvendig nettopp for å kunne oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

Oppdragsdokumentet inneholder, som Riksrevisjonen påpeker, mange og til dels detaljerte mål. Departementet har derfor arbeidet med tilpasning av oppdragsdokumentet de siste årene og det vil bli lagt videre vekt på dette arbeidet. Som nevnt over, sendes utkast til oppdragsdokument til de regionale helseforetakene så snart statsbudsjettet er lagt fram. Dette vil også bli gjort i forbindelse med arbeid med oppdragsdokument for 2010. Departementet har invitert de regionale helseforetakene til et møte for å gjennomgå de mest sentrale områdene i Prop. 1 S (2009 – 2010). Dette for å synliggjøre de prioriterte områdene for 2010 og for å sikre at de regionale helseforetakene integrerer sentrale styringskrav i budsjettprosessen. Departementet arbeider kontinuerlig med å forbedre oppdragsdokumentet, og vil tilstrebe en tydeligere prioritering av styringskravene.

Departementet ser imidlertid ikke rapporteringskravene som blir stilt til de regionale helseforetakene som urimelige. De forvalter en viktig samfunnssektor og en betydelig del av midlene på

statsbudsjettet. Sektoren har betydelig samfunnsinteresse, og departementet mener at rapporteringen nødvendigvis er nødt til å bli omfattende og ta for seg detaljerte områder. Avslutningsvis vil departementet peke på at rapportering ikke er et onde eller straff. Rapportering gir informasjon - styringsinformasjon - som er nødvendig både for departementet og helseforetakene for kommende års planlegging. God oversikt og informasjon over tidligere års aktivitet og forbruk er en forutsetning for gode og realistiske budsjetter og styring, slik at ressursene i sektoren kan benyttes til beste for pasienten og samfunnet."

## 5 Riksrevisjonens uttalelse

Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. Riksrevisjonen mener det er et problem at de regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden 2002–2008. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at det etableres god økonomistyring som sikrer at de helsepolitiske målene realiseres innenfor den økonomiske rammen som Stortinget årlig vedtar å bruke til spesialisthelsetjenester.

Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig for Helse- og omsorgsdepartementet å videreutvikle mål- og resultatstyringen for å oppnå god økonomistyring i helseforetakene. Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene opplever at det er blitt en bedre og mer systematisk økonomisk rapportering og oppfølging i de siste årene. Riksrevisjonen er enig med departementet i at det må arbeides kontinuerlig med å forbedre oppdragsdokumentet, og at det bør tilstrebes en tydeligere prioritering av styringskravene. Riksrevisjonen mener dette er viktig for å styrke styringsautoriteten til departementet og de regionale helseforetakene.

Departementet uttaler i sitt svarbrev at bevilgningsreglementets § 11 åpner for at det kan fremmes forslag om tilleggsbevilgning i saker som er uforutsette. Riksrevisjonen er enig med departementet i at det kan være særskilte saker hvor regjering og storting finner det nødvendig med en tilleggsbevilgning. Etter Riksrevisjonens vurdering kan imidlertid forventninger om tilleggsbevilgninger føre til at både budsjettprosessen og nødvendige omstillingstiltak ikke prioriteres i tilstrekkelig grad i de kliniske enhetene.

Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2007 og 2008. I Helse Nord utgjør underskuddet i 2008 om lag to prosent av driftsinntektene, mens underskuddene utgjør under én prosent i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Riksrevisjonen mener undersøkelsen dokumenterer at det er mulig for de regionale helseforetakene å oppnå bedre økonomiske resultater gjennom bedre planlegging og styring av omstillingstiltakene. Undersøkelsen viser til mange gode erfaringer og løsninger i økonomistyringen i helseforetakene. Riksrevisjonen mener at de regionale helseforetakene har et ansvar for å spre disse mellom helseforetakene. På denne måten sikres erfaringsoverføring slik at andre helseforetak gis incitamenter til læring og forbedring.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det bekymringsfullt at over halvparten av helseforetakene skiftet direktør i perioden 2006 til 2008. Videre har 15 av 19 helseforetak i undersøkelsen skiftet økonomidirektør i samme periode. Departementet uttaler i sitt svarbrev at utskifting av ledere i noen grad har vært nødvendig for å oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll. Undersøkelsen gir eksempler på helseforetak som har etablert prosesser som har bidratt til å oppnå en høy realiseringsgrad av omstillingstiltak. Riksrevisjonen mener at kontinuitet og langsiktig fokus i ledelsen er en forutsetning for å lykkes med omstilling.

Riksrevisjonen vil understreke at styret har en viktig rolle i det videre arbeidet for å oppnå god kostnadskontroll i helseforetakene. Styret må sørge for at helseforetaket etablerer en internkontroll som sikrer gode prosesser i hele virksomheten. Undersøkelsen viser at mange helseforetak står overfor store utfordringer ved at det er svært uensartet styring mellom enheter i samme helseforetak. Etter Riksrevisjonens vurdering vil en mer helhetlig internkontroll sikre en mer systematisk og kontinuerlig involvering av ledere på lavere nivåer i prosesser som har betydning for økonomistyringen. Riksrevisjonen vil påpeke at Helse- og omsorgsdepartementet må forvise seg om at styrene sørger for at disse ledelsesoppgavene blir prioritert.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 27. oktober 2009

**Jørgen Kosmo**

**Jan L. Stub**

**Annelise Høegh**

**Kjellbjørg Lunde**

---

Björg Selås

Riksrevisor Ranveig Frøiland fratradte under behandlingen.



## Rapport: Økonomistyring i helseforetakene

---

Vedlegg til Dokument 3:3 (2009–2010)



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	25		
1.1	Bakgrunn	25		
1.2	Formål og problemstillinger	25		
<b>2</b>	<b>Metode</b>	26		
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	27		
3.1	Helsepolitiske mål og økonomiske krav	27		
3.2	Statlige styringsvirkemidler	27		
3.3	Generelle krav til god styring og oppfølging	28		
3.4	Generelle krav til god økonomistyring	28		
<b>4</b>	<b>I hvilken grad har de regionale helseforetakene ivaretatt eiers økonomiske styringskrav?</b>	30		
4.1	Den økonomiske utviklingen i de regionale helseforetakene	30		
4.2	Eiers økonomiske styringskrav nås i ulik grad	31		
4.3	Noen årsaker til avvik fra eiers økonomiske styringskrav	31		
4.4	Vurderinger	34		
<b>5</b>	<b>Hvordan legger de regionale helseforetakene til rette for en god økonomistyring i helseforetakene?</b>	35		
5.1	Hvordan finansieres de regionale helseforetakene?	35		
5.2	Hvordan finansierer de regionale helseforetakene egne helseforetak?	36		
5.3	Hvordan gis vilkårene for bevilgningene i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene?	37		
5.4	Hvordan gir de regionale helseforetakene styringskrav til helseforetakene?	38		
5.4.1	Når kommer styringskravene fra de regionale helseforetakene?	38		
5.4.2	Hvordan opplever helseforetakene styringskravene fra det regionale helseforetaket?	38		
5.4.3	Hvordan er de nasjonale målene tilpasset til hvert enkelt helseforetak?	40		
5.4.4	Hvilket tidsperspektiv har styrings-signalene fra de regionale helseforetakene?	40		
5.5	Hvor involvert er helseforetakene i de regionale helseforetakenes strategi- og budsjettprosesser?	41		
5.6	De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakene	42		
5.6.1	Hvordan følger de regionale helseforetakene opp helseforetakene?	42		
5.6.2	Hvordan opplever helseforetakene de regionale helseforetakenes rolle som "rådgiver"?	43		
5.6.3	Styrets rolle	44		
5.7	Helse- og omsorgsdepartementets økonomioppfølging av de regionale helseforetakene	45		
5.8	Vurderinger	46		
<b>6</b>	<b>Økonomistyring i helseforetakene</b>	48		
6.1	Hvilke områder genererer merforbruket i helseforetakene?	48		
6.2	Hvordan er budsjettansvaret i helseforetakene organisert?	49		
6.3	Hva har de kliniske lederne budsjettansvar for?	49		
6.3.1	Kostnader	49		
6.3.2	Inntekter	49		
6.4	hvilken grad har de budsjettansvarlige innflytelse på det økonomiske resultatet?	50		
6.5	I hvilken grad har lederne tid til å lede?	53		
6.6	I hvilken grad er det kontinuitet hos de budsjettansvarlige lederne og økonomidirektørene?	54		
6.7	Vurderinger	55		
<b>7</b>	<b>Strategi-, budsjett- og oppfølgingsprosessene i helseforetakene</b>	57		
7.1	Hvordan involveres de budsjettansvarlige i strategiprosessen?	57		
7.2	Hvordan er forståelsen for styringskravene i helseforetakene, og hvordan formidles disse?	58		
7.2.1	I hvilken grad er det etablert tydelige mål- og resultatkrav?	58		
7.2.2	I hvilken grad er styringsdialogen formalisert?	59		
7.3	Hvordan organiseres budsjettprosessen i helseforetaket?	60		

7.3.1	I hvilken grad er de budsjettansvarlige involvert i budsjettprosessen?	60
7.3.2	Hvordan involveres de ansatte i enheten i budsjettprosessen?	61
7.3.3	Hvilken betydning har involvering i budsjettprosessen?	61
7.3.4	Hvor mye tid brukes det på budsjettprosessen?	62
7.3.5	Hvordan identifiseres omstillings-tiltak i budsjettprosessen?	62
7.3.6	Hvor formalisert er budsjettprosessen?	64
7.3.7	Hva legges til grunn for budsjettet?	65
7.4	Hvordan er den økonomiske oppfølgingen?	67
7.4.1	Hvordan skjer den økonomiske oppfølgingen?	67
7.4.2	Hvordan følger overordnet ledelse opp budsjettavvik?	67
7.4.3	I hvilken grad bruker helseforetakene økonomiske prognoser?	68
7.5	Incentiver i helseforetakene	69
7.6	Vurdering	70
<b>8</b>	<b>Styring i de kliniske enhetene</b>	<b>73</b>
8.1	Benchmarking	73
8.2	Hvordan brukes styringsinformasjonen?	73
8.3	Bemanningsplanlegging	75
8.4	De budsjettansvarliges økonomiskkompetanse	76
8.5	Vurderinger	78
<b>9</b>	<b>Samlede vurderinger</b>	<b>79</b>
9.1	De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav	79
9.2	Tydligere forventninger og et mer langsiktig perspektiv fra eier kan bidra til en bedre økonomistyring	79
9.3	Helseforetakene har hatt manglende kontinuitet i sentrale lederfunksjoner	81
9.4	Stort potensial for erfaringsoverføring innenfor økonomistyringen	82
<b>10</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>85</b>

#### Tabelloversikt

Tabell 1	Regnskapsmessig årsresultat i mill. kroner	30
Tabell 2	Nye oppgaver i helseforetakene	33
Tabell 3	Realiseringsgrad av omstillings-tiltak i forhold til budsjettet realiseringsgrad per tertial.	69

#### Figuroversikt

Figur 1	Styrings sirkel	29
Figur 2	Helseforetakenes realiseringsgrad av omstillingstiltak sammenlignet med budsjett	33
Figur 3	Direktørenes synspunkter på rammetilskuddet	37
Figur 4	Direktørenes synspunkter på oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene	39
Figur 5	Er det etablert tydelige mål- og resultatkrav til helseforetaket?	39
Figur 6	Hvilket tidsperspektiv har styringssignalene?	41
Figur 7	I hvilken grad er direktørene involvert i strategi- og budsjett-prosessene i foretaksgruppen?	41
Figur 8	Direktørenes synspunkter på de regionale helseforetakenes økonomiske oppfølging	43
Figur 9	Direktørenes synspunkter på de regionale helseforetakenes rolle som rådgiver	44
Figur 10	Direktørenes synspunkter på styrets rolle og utøvelse	45
Figur 11	Økonomisk status for ulike områder for helseforetak med dårligere økonomisk resultat enn planlagt	48
Figur 12	Har de budsjettansvarlige kunnskap om formålet med ISF?	50
Figur 13	I hvilken grad blir aktivitetsnivået i din enhet påvirket av aktivitetsnivået i andre enheter i helseforetaket?	51
Figur 14	Har de budsjettansvarlige mulighet til å tilpasse kostnader til budsjettet?	51
Figur 15	Bli de økonomiske konsekvensene hos andre enheter tilstrekkelig vurdert ved valg av omstillings- og innsparingstiltak?	52
Figur 16	Hvor mye av sin tid anslår de budsjettansvarlige å bruke på ledelse/styring?	53
Figur 17	Har enhetslederne tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi?	54
Figur 18	I hvilket år ble direktør og økonomidirektør ansatt i sin stilling?	55
Figur 19	I hvilken grad er de budsjettansvarlige involvert i strategi-prosessen for overordnet enhet?	57



Figur 20	I hvilken grad kjenner de budsjett-ansvarlige til innholdet i overordnet enhets strategidokument?	58
Figur 21	Mener lederne at deres enhet har tydelige mål- og resultatkrav?	58
Figur 22	I hvilken grad bidrar kontrakten/ driftsavtalen til effektiv styring?	59
Figur 23	I hvilken grad deltar lederne i budsjettprosessen for overordnet enhet?	61
Figur 24	Bli det satt av for liten tid til budsjettprosessen?	62
Figur 25	Har ansatte i enheten vært involvert når det skal velges ut omstillings- og innsparingstiltak?	63
Figur 26	Har omstillings- og innsparings-tiltakene hatt positiv økonomisk effekt?	63
Figur 27	Hva er årsaker til manglende effekt av omstillingstiltak?	64
Figur 28	Er det utarbeidet skriftlige retningslinjer for budsjettprosessen?	65
Figur 29	Er budsjettprosessen godt planlagt?	65
Figur 30	Hva legges til grunn for budsjettet?	66
Figur 31	Hvordan skjer den økonomiske oppfølgingen?	68
Figur 32	Hvor sannsynlig er det at du vil iverksette følgende tiltak dersom du 1. oktober går med overskudd?	70
Figur 33	I hvilken grad bruker de kliniske enhetene benchmarking?	73
Figur 34	Hvor ofte bruker de budsjett-ansvarlige ulike typer informasjon som grunnlag for styringen av enheten?	74
Figur 35	I hvilken grad bruker de budsjett-ansvarlige regnskaps- og aktivitets-rapporter til ulike formål?	74
Figur 36	Hvor enig er du i at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses variasjoner i behandlings-aktiviteten?	75
Figur 37	Har lederne tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten?	77



# 1 Innledning

---

## 1.1 Bakgrunn

Helseforetakene yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning. Helseforetakene løser de oppgaver som krever kompetanse og ressurser utover det som dekkes ved primærhelsetjenestens tilbud. De fire regionale helseforetakene, som eier helseforetakene, har ansvaret for å skaffe befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester.

Det har vært en sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader i perioden 2002 til 2008. De regionale helseforetakenes samlede driftskostnader økte fra 57 mrd. kroner i 2002 til 87 mrd. kroner i 2008. Noe av veksten i driftskostnader skyldes at de regionale helseforetakene har fått nye oppgaver. Når det tas hensyn til nye oppgaver, har det likevel vært en årlig realvekst i driftskostnadene på mellom en og fire prosent i perioden 2002 til 2008.<sup>1</sup> I 2009 er det bevilget mer enn 100 mrd. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Stortinget har gjennom mange år påpekt betydningen av at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. De regionale helseforetakene har i perioden 2002 til 2008 hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på ca. 25 mrd. kroner. En stor del av underskuddet er styrt fra eier, men de regionale helseforetakene har likevel overskredet de økonomiske rammene Stortinget har bevilget i hele denne perioden. De regionale helseforetakene hadde et samlet regnskapsmessig underskudd for 2008 som avviker med 700 mill. kroner fra eiers økonomiske styringskrav.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at helseforetakene kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Vedvarende underskudd på den ordinære driften er ikke bærekraftig, og foretakene må tilpasse seg de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

---

## 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å belyse økonomistyringen i helseforetakene for å bidra til å oppnå en bedre nasjonal kostnadskontroll i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen har hatt følgende problemstillinger:

- I hvilken grad har de regionale helseforetakene ivarettatt eiers økonomiske styringskrav?
  - Hvordan var utviklingen i økonomisk resultat i perioden 2002 til 2008?
  - Er det stor variasjon i økonomisk resultat mellom de regionale helseforetakene og mellom helseforetakene?
- Hvordan sikrer helseforetakene at økonomistyringen bidrar til å ivareta eiers krav til økonomisk resultat og god kostnadskontroll?
  - Hvordan bidrar helseforetakenes strategi-, budsjett- og oppfølgingsprosess til en formålstjenlig økonomistyring?
  - Hvordan forankres omstillingstiltak i de kliniske enhetene?
  - Har helseforetakene nødvendig kompetanse og kapasitet til å sikre en god økonomistyring?
- Hvordan legger de regionale helseforetakene til rette for en god økonomistyring i helseforetakene?
- I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne utøve god økonomistyring?

1) Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Årsrapport for 2008. Driftskostnadene er korrigert for gjestepasientoppgjør.

## 2 Metode

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved intervjuer, dokumentanalyse og en spørreskjemaundersøkelse.

### Dokumentanalyse

Dokumentasjon av relevante rutiner og retningslinjer som belyser økonomistyringen ved landets helseforetak, er innhentet og gjennomgått.<sup>2</sup> For å undersøke i hvilken grad helseforetakene har ivaretatt eiers økonomiske krav, er det gjennomført en dokumentanalyse av helseforetakenes årsregnskap og årlige meldinger fra helseforetakene og de regionale helseforetakene. Dokumentanalysen gir blant annet svar på hva helseforetakene oppgir som årsaker til avvik fra eiers økonomiske styringskrav, og om det er store variasjoner mellom helseforetakene med hensyn til regnskapsmessig resultat. *Årsrapport for 2008* fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten er en viktig kilde for å belyse denne problemstillingen.

En dokumentanalyse av styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene har vært en viktig kilde for å belyse i hvilken grad departementet har lagt til rette for at de regionale helseforetakene kan utøve god økonomistyring. Dokumentanalysen er supplert med data fra ulike evalueringer og rapporter. Videre er det gjennomført intervjuer med de regionale helseforetakene for å belyse hvordan de legger til rette for en god økonomistyring i helseforetakene.

### Spørreskjemaundersøkelsen

Helseforetakenes økonomistyring ble belyst ved en spørreskjemaundersøkelse som ble gjennomført høsten 2008, og som omfatter de fleste av landets helseforetak.<sup>3</sup> Det ble utarbeidet ulike spørreskjemaer til direktører, økonomidirektør og ledere med budsjettansvar på lavere nivå i helseforetakene.<sup>4</sup> Spørreskjemaundersøkelsen har i hovedsak oppmerksomheten rettet mot ledernes holdninger til og utøvelse av økonomistyring. Direktørene og økonomidirektørene fikk i tillegg spørsmål som var rettet mot den regionale styringen.

Spørreskjemaet ble sendt elektronisk til alle direktørene, økonomidirektørene og lederne for henholdsvis medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk klinikk ved alle helseforetakene.<sup>5</sup> I tillegg ble det sendt elektronisk spørreskjema til et utvalg budsjettansvarlige ledere på alle nivåer i de tre kliniske enhetene. Spørreskjemaundersøkelsen omfatter svar fra fire nivåer i de fleste helseforetakene, der nivå 1 er direktør.

Spørreskjemaundersøkelsen har høy svarprosent og gir samlet sett et godt bilde av holdningene til økonomistyringen i helseforetakene. Over 95 prosent av økonomidirektørene og direktørene svarte på spørreskjemaene,<sup>6</sup> mens svarprosenten for ledere på nivå 2 er 85 prosent. Av 450 utsendte spørreskjemaer svarte tre av fire ledere (75 prosent) på lavere nivå.<sup>7</sup> Analysen av spørreskjemaene er gjennomført ved hjelp av analyseverktøyet Excel.

### Caseundersøkelsen

For en nærmere undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene ble det etter spørreskjemaundersøkelsen gjennomført en caseundersøkelse som omfatter intervjuer i fire utvalgte helseforetak. Helseforetakene i caseundersøkelsen er Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF, Helgelandsykehuset HF og Helse Nord-Trøndelag HF. I hvert av de fire helseforetakene ble det gjennomført intervjuer med direktør, økonomidirektør og representanter for budsjettansvarlige ledere på alle nivåer, samt noen økonomimedarbeidere. Videre ble det gjennomført en analyse av relevante dokumenter som belyser økonomistyringen i disse helseforetakene.

### Kontaktgruppe

I undersøkelsen ble det etablert en kontaktgruppe med representanter for ulike aktører. Gruppen besto av direktører, økonomidirektører, ledere for kliniske enheter og forskere. Gruppen har bistått i alle deler av undersøkelsen, fra å komme med innspill til hovedutfordringer for økonomistyringen i helseforetakene til å tolke resultater fra undersøkelsen.

2) Riksrevisjonens brev av 26. mai 2008 til de regionale helseforetakene og helseforetakene.  
3) Spørreskjema ble sendt til alle helseforetak som omfatter somatisk virksomhet.  
4) I Helse Vest ble det bare sendt spørreskjema til direktørene og økonomidirektørene i helseforetakene. Spørreskjemaet ble ikke sendt til Universitetssykehuset Akershus HF siden de var midt i en flytteprosess

5) Dette innebærer at det ikke ble sendt ut spørreskjema til ledere i medisinske servicefunksjoner og ikke-medisinske servicefunksjoner.  
6) Noen få direktører og økonomidirektører ba om fritak fra å besvare spørreskjemaet fordi de nettopp hadde blitt ansatt. I praksis er derfor svarprosenten 100 prosent.  
7) Svarprosenten er noe høyere for ledere på nivå 3 (78 prosent) sammenlignet med ledere på nivå 4 (71 prosent).

## 3 Revisjonskriterier

### 3.1 Helsepolitiske mål og økonomiske krav

Ett av hovedmålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til god ressursutnyttelse slik at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes på best mulig måte.<sup>8</sup>

At helseforetakene skal oppnå balanse i driften er viktig av hensyn til samfunnsøkonomi og for at det skal etableres et klart grunnlag for styring av helseforetakene.<sup>9</sup> Kravet om økonomisk balanse for de regionale helseforetakene har likevel stadig blitt utsatt.<sup>10</sup> Eiers styringskrav må legges til grunn i vurderingen av helseforetakenes økonomiske måloppnåelse.

Ett av flere sentrale mål med sykehusreformen er å legge til rette for å ta bedre vare på de verdiene som ligger i bygg og utstyr, og å sikre en bedre ressursbruk ved at kostnadene ved bruken av denne kapitalen synliggjøres i helseforetakenes regnskaper det enkelte år.<sup>11</sup>

### 3.2 Statlige styringsvirkemidler

De regionale helseforetakene er i hovedsak finansiert ved tilskudd fra staten. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning.

Helse- og omsorgsdepartementet har flere styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene. Den politiske styringen skjer i hovedsak gjennom myndighetstiltak, det vil si lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene.<sup>12</sup> Gjennom foretaks-møter settes det styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.<sup>13</sup>

8) Jf. § 1-1 punkt 4.

9) St.prp. nr. 1 (2002–2003).

10) Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005), at kravet om økonomisk balanse for de regionale helseforetakene i 2005 skulle utsettes til 2006.

11) St.prp. nr. 1 (2002–2003).

12) Jf. helseforetaksloven § 16, annet ledd.

13) Jf. helseforetaksloven § 16, første ledd.

Staten skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring med vekt på blant annet at fastsatte mål for selskapet nås, og at styret fungerer tilfredsstillende.<sup>14</sup> Styring, oppfølging og kontroll, samt tilhørende retningslinjer skal tilpasses statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet.<sup>15</sup>

De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet.<sup>16</sup> I meldingen skal det redegjøres for gjennomføringen av de kravene som departementet har stilt til det regionale helseforetaket. Den skal omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier.

Kostnadskontrollen i spesialisthelsetjenesten ivaretas blant annet gjennom de rammene som de regionale helseforetakene får stilt til disposisjon gjennom rammetilskuddet, og ved at refusjonen i innsatsstyrt finansiering (ISF)<sup>17</sup> ikke er ment å dekke merkostnadene ved økt behandlingsaktivitet utover planlagt aktivitetsnivå.

I Ot. prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak* framgår det at helseforetakene ikke må bli så autonome at hensynet til helheten og fellesskapet blir skadelidende. Ved behandlingen av helseforetaksloven merket flertallet i komiteen seg at de regionale helseforetakene forutsettes å få en konsernlignende rolle i overordnede og strategiske spørsmål som gjelder alle helseforetakene.<sup>18</sup> I vedtektene til de regionale helseforetakene framgår det at de har ansvaret for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.<sup>19</sup>

14) Jf. reglementet for økonomistyring i staten § 10 annet ledd, bokstav c) og d).

15) Staten har videre vedtatt ti prinsipper for godt eierskap som er beskrevet i St.meld. nr. 22 (2001–2002) og St.meld. nr. 13 (2006–2007).

16) Jf. helseforetaksloven § 34.

17) Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997 og innebærer at inntektene til de regionale helseforetakene er avhengig av aktiviteten i de underliggende helseforetakene.

18) Jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001) til Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

19) Vedtektene § 6.

### 3.3 Generelle krav til god styring og oppfølging

God styring og oppfølging innebærer at virksomhetene må etablere systemer og rutiner som bidrar til at

- fastsatte mål og resultatkrav oppnås
- ressursbruken er effektiv
- virksomheten drives i samsvar med lover og regler
- virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag

Det må etableres systemer og rutiner i virksomhetene for å fastsette mål for virksomheten, måle resultatene, sammenligne resultatene med målene, samt bruke denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å forbedre virksomheten. All styring, oppfølging og kontroll må tilpasses virksomhetens egenart, samt risiko og vesentlighet.

Både eksterne og interne rammebetingelser påvirker mulighetene virksomhetene har til å innfri målene. utfordringer som kan påvirke måloppnåelsen negativt, omtales ofte som risikoer. En god mål- og resultatstyring forutsetter at virksomhetsledelsen kjenner til og håndterer disse risikoene. Risikostyring og internkontroll er en prosess som er integrert i mål- og resultatstyringen, og som er utformet for å kunne identifisere, vurdere, håndtere og følge opp risiko slik at risikoen er innenfor et akseptert nivå. Risikostyring og internkontroll brukes i prosessen som fastsetter strategi og planer for virksomheten

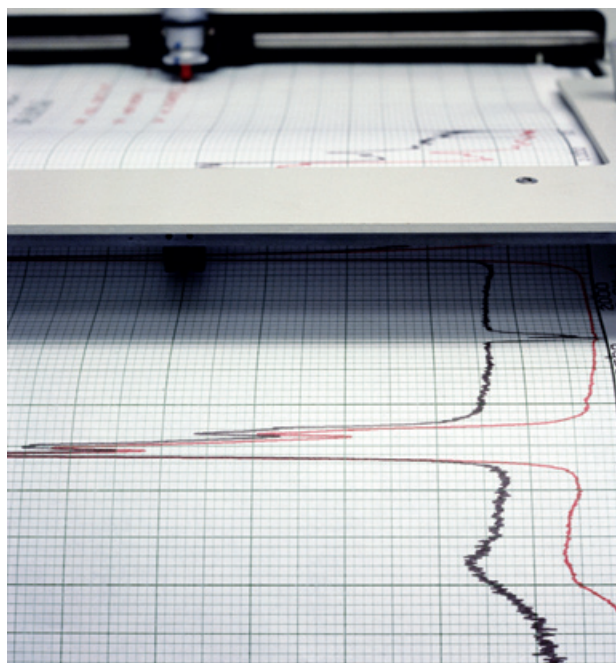


Foto: PhotoDisk

og på tvers av virksomheten for å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse.<sup>20</sup>

De regionale helseforetakene skal kartlegge risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke blir nådd, og de skal identifisere korrigerende tiltak.<sup>21</sup> I foretaksmøtet i 2008 la eier vekt på at styret skal se til at de regionale helseforetakene har en god intern kontroll, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene ikke nås, skal identifiseres, og det skal settes i gang korrigerende tiltak.

Helseforetaksloven § 28 omhandler styrets oppgaver. I merknadene til § 28 framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk. Styret for de regionale helseforetakene skal se til at internkontrollen i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte, tilpasset risiko og vesentlighet, med nødvendig forankring i ledelsen.

### 3.4 Generelle krav til god økonomistyring

Økonomistyring kan defineres som den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede mål.<sup>22</sup> Økonomistyring omfatter aktiviteter og prosesser på både strategisk og operativt nivå i en virksomhet. Strategisk nivå omfatter strategier og planlegging. På operasjonelt nivå inngår aktiviteter som budsjettering, rapportering, avvikshåndtering og eventuelt korrigerende tiltak.

For å oppnå en formålstjenlig økonomistyring er det nødvendig med god forankring i ledelsen. Helseforetakene må etablere formålstjenlige strukturer, systemer og rutiner, samt klart definerte og dokumenterte prosesser. Videre er økonomikompetanse en viktig forutsetning for kvaliteten på økonomistyringen. I tillegg må virksomheten ha datasystemer og verktøy som sikrer at ledelsen på alle nivåer kan gjennomføre

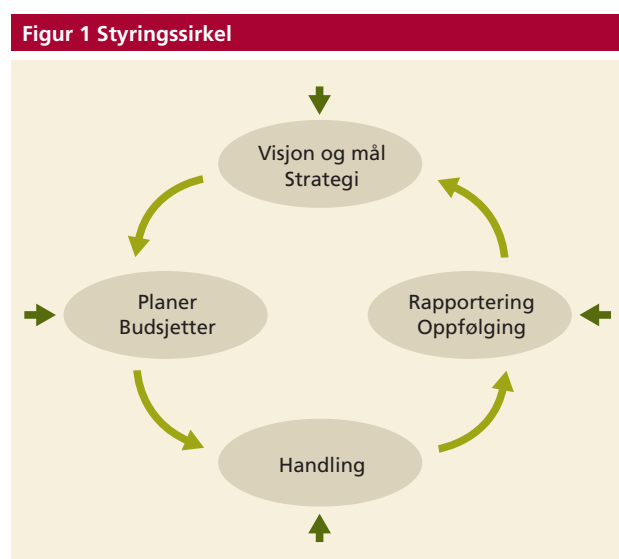
20) Risikostyring i staten, håndtering av risiko i mål- og resultatstyring, Senter for statlig økonomistyring (2005).

21) Protokoll for foretaksmøter i de regionale helseforetakene for januar 2006.

22) Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

en løpende økonomisk planlegging og oppfølging av den økonomiske situasjonen.

God økonomistyring krever også at det fastsettes konkrete mål man kan styre etter. Først etter gjennomføringen er det mulig å vurdere måloppnåelsen gjennom å sammenligne planlagte resultater med faktiske resultater i rapporteringen. Et slikt styringssystem kan framstilles som en styringssirkel, jf. figur 1.<sup>23</sup>



Pilene inn til hver boks i figur 1 skal illustrere at prosessen påvirkes av eksterne forhold. I helseforetakene starter prosessen i prinsippet med utformingen av strategisk plan. Den må ta hensyn til styringskravene fra eier i oppdragsdokumentet og foretaksmøtet. Årsbudsjettet er bindeleddet mellom det strategiske og det operative styringsnivået. Forutsetningen for et realistisk budsjett er at budsjettet utarbeides etter en standardisert og tidsfastsatt plan. Regnskapet dokumenterer handlinger og danner grunnlaget for evaluering ved at det sammenlignes med planene.

Helseforetak er kunnskapsbedrifter med høye krav til spesialkompetanse og samhandling mellom spesialistgrupper. Denne kompetansen har de som arbeider i produksjonslinjen nær pasientene. Klinisk personell kan være uformelle ledere som kan ha høy autoritet blant medarbeiderne. Det er derfor viktig at strategiske beslutninger ikke bare tar hensyn til styrings signaler fra eier, men også involverer ansatte og ledere på alle nivåer i virksomheten. Strategiske

beslutninger må derfor tas i dialog med lederne i den utøvende delen av organisasjonen.<sup>24</sup>

I et velfungerende system vil økonomistyringen være en kontinuerlig prosess som ivaretas på alle nivåer i virksomheten. For eksempel vil den enkelte klinikk, avdeling, seksjon og post i et helseforetak ha mål og rammer for sin virksomhet som både følger forsvarlighetsnormene i de ulike fagprofesjonene og målene og resultatkravene fra helseforetaksledelsen. Den interne styringen kan dermed basere seg på rapportering til ledelsen i forhold til måleparametre som ledelsen har fastsatt. Ledelsesrapportene bør komme regelmessig til faste tider, gi informasjon om budsjettavvik med forslag til tiltak, samt gi informasjon om utviklingen i viktige styringsparametre. Rapportene bør brukes som beslutningsgrunnlag for eventuelle korrigerende tiltak.

Ved større tiltak bør det utarbeides en plan for gevinster, det vil si en oversikt over hvilke sentrale nyttevirkninger og/eller kostnadsbesparelser (både økonomiske og kvalitative), som virksomheten ønsker å oppnå med tiltaket. I tillegg bør det utarbeides en konkret oppfølgingsplan for uttak av gevinster. Denne planen bør blant annet beskrive hvordan gevinstene skal tas ut, og hvem som har ansvar for å ta ut gevinstene. Dette arbeidet må følges opp over tid. Det er en forutsetning for å oppnå gevinster at tiltakene er godt forankret i de kliniske enhetene, både hos ansatte og hos ledelsen.

Det framgår av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak* at registrering, måling og evaluering er en grunnleggende forutsetning for forbedring. Resultater fra kvalitetsmålinger må vurderes brukt sammen med informasjon om aktivitet, ressursbruk og ventetider. I forbindelse med dette er det spesielt viktig å få formidlet resultatene fra sykehus som har et høyt kvalitetsnivå, og som har fornøyde pasienter. På denne måten sikres erfaringsoverføring og standardsetting slik at andre sykehus gis incitament til læring og forbedring.<sup>25</sup>

23) Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

24) Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

25) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), side 31.

## 4 I hvilken grad har de regionale helseforetakene ivaretatt eiers økonomiske styringskrav?

### 4.1 Den økonomiske utviklingen i de regionale helseforetakene

Det har vært en sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader i perioden 2002 til 2008. De regionale helseforetakenes samlede driftskostnader økte fra 57 mrd. kroner i 2002 til 87 mrd. kroner i 2008. Noe av veksten i driftskostnader skyldes at de regionale helseforetakene har fått nye oppgaver. Når det tas hensyn til nye oppgaver, har det likevel vært en årlig realvekst i driftskostnadene på mellom en og fire prosent i perioden 2002 til 2008.<sup>26</sup> I 2009 er det bevilget mer enn 100 mrd. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Regnskapsmessig årsresultat viser totale inntekter fratrukket kostnadene. I resultatregnskapet spres kostnadene knyttet til investeringer over drifts- middelets levetid.

Tabell 1 viser utviklingen i regnskapsmessig årsresultat for de regionale helseforetakene i perioden 2002 til 2008. Den viser at alle de regionale helseforetakene har hatt et regnskapsmessig underskudd hvert år i perioden 2002–2008. De regionale helseforetakene hadde et akkumulert regnskapsmessig underskudd på ca. 25 mrd. kroner i denne perioden. Omtrent halvparten av det totale akkumulerte underskuddet i perioden kan henføres til Helse Sør-Øst.

Det framgår av tabellen at samlet regnskapsmessig underskudd var størst i 2007. Tilnærmet alle helseforetakene hadde et regnskapsmessig underskudd i 2007.

Årsrapportene til de regionale helseforetakene viser et samlet regnskapsmessig underskudd på 1,3 mrd. kroner i 2008. Resultatene varierer imidlertid mellom de regionale helseforetakene, men med unntak av Helse Vest kan de vise til et bedre årsresultat i 2008 enn i 2007. Mens Helse Midt-Norge hadde regnskapsmessig balanse, hadde Helse Sør-Øst et regnskapsmessig underskudd på 756 mill. kroner.

Regnskapsmessig underskudd reduserer egenkapitalen til de regionale helseforetakene.<sup>27</sup> De har redusert egenkapitalen fra ca. 60 mrd. kroner i 2002 til 37 mrd. kroner i 2008, noe som innebærer en reduksjon i egenkapitalen på 38 prosent.

Ifølge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten<sup>28</sup> har høye investeringer i bygninger og utstyr kombinert med vedvarende regnskapsmessig underskudd ført til en økning både i kort-siktig og langsiktig gjeld. Dette har gitt en mer anstrengt likviditetssituasjon.<sup>29</sup> I perioden 2004 til 2007 økte den kortsiktige og langsiktige gjelden med henholdsvis 8,1 mrd. og 7,5 mrd. kroner. Driftskreditten, som er en del av den kortsiktige gjelden, har økt fra 1. mrd. kroner i 2004 til 5,8 mrd. kroner i 2007. Dette er ifølge Beregningsutvalget en indikasjon på at likviditetssituasjonen i helseforetakene har blitt vanskeligere. I 2007 økte i tillegg den langsiktige gjelden med ca. 3,3 mrd. kroner. Dette er rentebærende lån som gir de regionale helseforetakene økte forpliktelser i form av renter og avdrag.

Tabell 1 Regnskapsmessig årsresultat i mill. kroner

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Samlet
Helse Sør-Øst	-1 279	-2 009	-1 832	-1 498	-1 810	-3 862	-756	-13 046
Helse Vest	-836	-873	-867	-518	-915	-965	-253	-5 227
Helse Midt-Norge	-181	-554	-649	-662	-921	-560	-3	-3 529
Helse Nord	-515	-548	-383	-342	-718	-723	-289	-3 518
Samlet	-2 811	-3 984	-3 731	-3 020	-4 364	-6 110	-1 300	-25 320

Kilde: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.

26) Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. *Årsrapport for 2008*. Driftskostnadene er korrigert for gjestepasientoppgjør.

27) Egenkapitalen er differansen mellom bokført verdi på eiendelene og helseforetakenes gjeld.

28) *Årsrapport for 2008*.

29) Høyere pensjonskostnader enn pensjonspremier over flere år har også ført til en likviditetsmessig utfordrende situasjon.



I flere av de regionale helseforetakenes årlige meldinger framgår det at de har en anstrengt likviditet, og at de derfor blant annet har økt bruken av driftskreditt. Departementet fastsetter rammene for driftskreditten for de regionale helseforetakene. I protokoll fra foretaksmøtet i 2009 framgår det at de regionale helseforetakenes adgang til økte driftskreditter har blitt strammet inn betydelig.

## 4.2 Eiers økonomiske styringskrav nås i ulik grad

En stor del av det akkumulerte regnskapsmessige underskuddet på 25 mrd. kroner i perioden 2002 til 2008 er styrt fra eier. De regionale helseforetakene har likevel overskredet de økonomiske rammene Stortinget har bevilget i hele denne perioden.

I St.prp. nr. 1 (2008–2009) framgår det at de regionale helseforetakene overskred eiers styringskrav med 1 450 mill. kroner i 2007 og at det per 31. desember 2007 var et akkumulert underskudd sammenlignet med resultatkravet på 9,4 mrd. kroner.<sup>30</sup> Til tross for en tilleggsbevilgning på 500 mill. kroner, overskred de regionale helseforetakene eiers økonomiske styringskrav med 700 mill. kroner i 2008.

Tidligere Helse Øst tilfredsstilte i stor grad eiers styringskrav. Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket som tilfredsstilte eiers styringskrav i 2007 og 2008. Helse Sør-Øst og Helse Nord har et årsresultat som er nærmere eiers styringskrav enn i 2007, mens Helse Vest har et årsresultat som er lengre unna.

Videre tilfredsstilte ni underliggende helseforetak det økonomiske styringskravet i 2008.<sup>31</sup> Dette omfatter også to helseforetak som har et underskudd som utgjør mindre enn 1 prosent av deres inntekter. Fem helseforetak har et regnskapsmessig resultat som avviker mer enn 100 mill. kroner fra eiers økonomiske styringskrav.<sup>32</sup> I forhold til størrelsen på disse helseforetakene, er underskuddet i prosent av inntektene ikke spesielt stort.

30) De regionale helseforetakene er styrt mot et ytterlige svakere resultat enn korrigert årsresultat. Akkumulert underskudd sammenlignet med eiers økonomiske styringskrav er derfor noe lavere enn korrigert årsresultat.

31) St. Olavs HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Telemark HF, Aker universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF tilfredsstilte styringskravet satt av de regionale helseforetakene.

32) Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Helse Bergen HF og Nordlandssykehuset HF.

Flere direktører og økonomidirektører i caseundersøkelsen trekker fram at bruken av flere ulike resultatbegreper har vært styringsmessig utfordrende. For å måle utviklingen i økonomien til de regionale helseforetakene, ble det i perioden 2002 til 2006 brukt to resultatbegreper: regnskapsmessig årsresultat og korrigert årsresultat. Regnskapsmessig årsresultat framgår av de revisorattesterte regnskapene til helseforetakene. Korrigert årsresultat er det resultatmålet eier stilte økonomiske krav til. Det korrigerte årsresultatet har gjenspeilet at ressursene de regionale helseforetakene har mottatt ikke har vært tilstrekkelig for å gjenanskaffe og opprettholde verdien på bygg og utstyr som ble overtatt fra fylkeskommunene i 2002. Det korrigerte resultatkravet som departementet har styrt etter, har vært unntatt to forhold; deler av avskrivningskostnadene og deler av pensjonskostnadene. Korrigert årsresultat viste et bedre resultat enn de revisorattesterte regnskapene.

Fra og med 2007 ble det regnskapsmessige resultatet ikke korrigert, noe som trolig vil gjøre kommunikasjonen rundt resultatene mer entydig. Som følge av en ny veileder for beregning av pensjonskostnader utarbeidet av Norsk Regnskapsstiftelse, økte helseforetakenes pensjonskostnader i 2007.<sup>33</sup> På foretaksmøtet i 2008 ble det vedtatt at økte pensjonskostnader ikke skulle regnes med i resultatkravet for 2007. I 2006 og 2008 ble også deler av helseforetakenes økte kostnader til pensjoner unntatt fra resultatkravet.

## 4.3 Noen årsaker til avvik fra eiers økonomiske styringskrav

Flere informanter i undersøkelsen peker på at underskuddene dels skyldes at det har vært en utfordring å styre aktiviteten. I perioden 2003 til 2007 var det en sterkere vekst i behandlingsaktiviteten enn forutsatt. Den aktivitetsbaserte refusjonen i finansieringssystemet (ISF) er ikke ment å dekke de regionale helseforetakenes merkostnader ved å øke behandlingen utover planlagt aktivitetsnivå. En utilsiktet vekst i behandlingsaktiviteten er derfor en risikofaktor i økonomistyringen for helseforetakene.

33) Norsk Regnskapsstiftelse: *Veiledning Pensjonsforutsetninger. Fastsettelse av forutsetninger for ytelsesbaserte pensjonsordninger etter IAS 19 og NRS 6*. 2007.

Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags pasienter som får behandling. Formålet med innsatsstyrt finansiering (ISF) er ikke høyest mulig aktivitet, men at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig effektiv måte. Aktivitetsfinansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling.

Kostnadene ved en høyere aktivitet enn forutsatt blir bare delvis kompensert gjennom ISF-systemet. Refusjonen er i gjennomsnitt ikke ment å dekke alle ekstra kostnader ved økt behandlingsskapasitet, og heller ikke mer enn anslagsvis 40 prosent av gjennomsnittskostnadene for aktuelle pasientgrupper.

Kilde: St. Prp. nr. 1 (2008–2009)

I de årlige meldingene for 2008 fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet framgår det at behandlingsaktiviteten som er finansiert av ISF-ordningen, er noe lavere enn planlagt i alle de fire regionale helseforetakene. Flere informanter i helseforetakene i caseundersøkelsen peker på pasientmangel i enkelte pasientgrupper som én årsak til lavere behandlingsaktivitet.

I de regionale helseforetakenes årlige meldinger for 2006 ble medikament- og personalkostnader trukket fram som en viktig årsak til avviket fra eiers økonomiske styringskrav. Ifølge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten har antall årsverk i perioden 2002–2007 økt med 12 prosent.<sup>34</sup> Utvalget peker på at veksten i antall årsverk ser ut til å ha vært sterkere i Helse Sør-Øst enn i Helse Midt-Norge. Ifølge utvalget illustrerer forskjellen i den regionale utviklingen i antall årsverk betydningen av å ha kontroll med personalkostnadene for å komme i økonomisk balanse.

I de årlige meldingene for 2007 og 2008 forklarer de regionale helseforetakene at manglende realisering av omstillingstiltak er en viktig årsak til at økonomiske styringskrav ikke nås. I årlig melding for 2008 fra Helse Midt-Norge framheves det at en tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarliggjøring av ledere på alle nivåer har bidratt til at de har lyktes med å innfri eiers økonomiske styringskrav.

34) Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. *Årsrapport for 2008*.

I foretaksmøtene i januar 2008 ble det forutsatt at de regionale helseforetakene skulle iverksette tiltak for å bidra til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkretiserte. Helseforetakene må hver måned rapportere via de regionale helseforetakene til departementet om realiseringsgrad av planlagte omstillingstiltak sammenlignet med budsjett.

Figur 2 viser realiseringsgraden av helseforetakenes omstillingstiltak i 2008. Den viser at det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til i hvilken grad de har realisert planlagte omstillingstiltak i 2008.<sup>35</sup> Realiseringsgraden varierer fra 40 til 100 prosent mellom helseforetakene. Videre viser figuren at realiseringsgraden både varierer mellom de regionale helseforetakene og mellom helseforetak i samme region. Fire av de fem helseforetakene som har et regnskapsmessig underskudd som avviker mer enn 100 mill. fra eiers økonomiske styringskrav, har ifølge figur 2 en lav realiseringsgrad for sine omstillingstiltak.<sup>36</sup> I foretaksmøtet i januar 2009 ble det forutsatt at de regionale helseforetakene skal ha en mer bevisst holdning til og en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes omstillingstiltak.

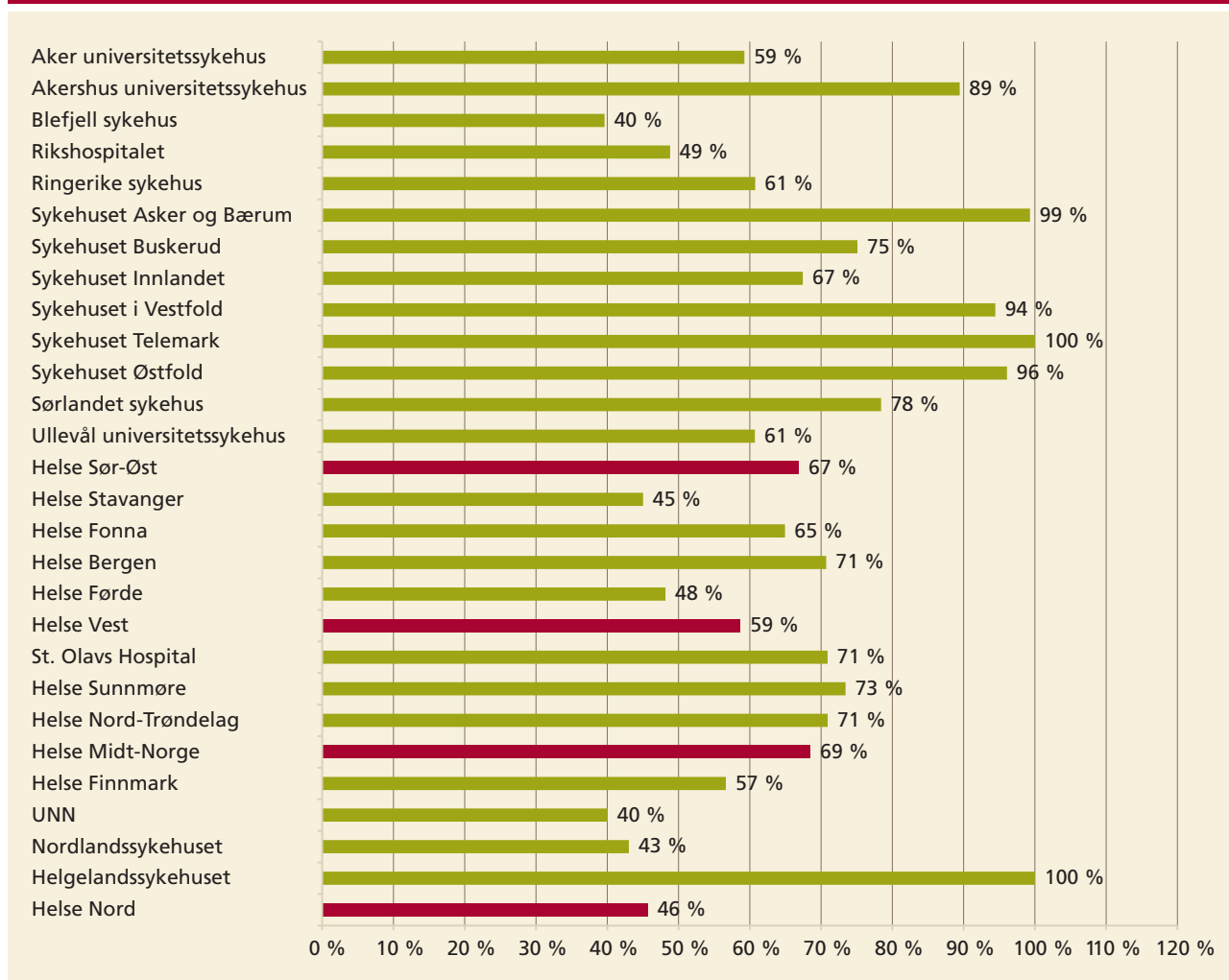
Direktørene og økonomidirektørene som ble intervjuet i caseundersøkelsen framhever ulike årsaker til at helseforetaket ikke tilfredsstiller eiers økonomiske styringskrav. De gir uttrykk for at økonomien påvirkes av en del eksterne forhold som de i begrenset grad selv kan påvirke på kort sikt. For eksempel blir økte kostnader til gjestepasienter på grunn av fritt sykehusvalg, kostnader til pasienttransport der aktører utenfor helseforetakene er rekvirenter, og utskrivningsklare pasienter som tar opp deler av kapasiteten på grunn av manglende mottakskapasitet i kommunene, trukket fram som forhold de selv ikke kan styre på kort sikt. At helseforetaket ikke har handlingsrom til å gjennomføre nødvendige funksjonsfordelinger, blir også trukket fram som en årsak.

Mange av direktørene og økonomidirektørene i helseforetakene som ble intervjuet, opplever at helseforetakene ikke alltid har blitt tilstrekkelig kompensert ved innføring av nye oppgaver.

35) Undersøkelsen viser at manglende effekt av omstillingstiltak også på foretaksnivå oppgis som hovedårsaken til manglende økonomisk resultatoppnåelse.

36) Helse Bergen HF (71 prosent), Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (40 prosent), Nordlandssykehuset (43 prosent), Ullevål universitetssykehus (61 prosent), Rikshospitalet (49 prosent).

**Figur 2 Helseforetakenes realiseringsgrad av omstillingstiltak sammenlignet med budsjett**



Kilde: ØBAK.<sup>37</sup>

Overgangsordninger gjør at nye oppgaver kan få konsekvenser for bevilgningene over flere år.

Tabell 2 viser budsjettendringene som ble gjennomført for å gi helseforetakene inntektskompensasjon for de nye oppgavene.

Selv om mange direktører og økonomidirektører trekker fram forhold de har liten mulighet til å påvirke selv, understreker de samtidig at rammebetingelsene tross alt er rimelig forutsigbare. De framhever at de har betydelige muligheter til å iverksette tiltak som bidrar til å nå eiers økonomiske styringskrav.

**Tabell 2 Nye oppgaver i helseforetakene**

År	Nye oppgaver	Mill. kroner
2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• behandlingshjelpemidler</li> <li>• opptreningsinstitusjoner</li> <li>• Norsk Pasientskadeerstatning</li> </ul>	535
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rusbehandling</li> <li>• pasienttransport</li> <li>• opptreningsinstitusjoner</li> <li>• utenlandsbehandling</li> <li>• økt arbeidsgiveravgift</li> </ul>	3 059
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pasienttransport</li> <li>• økt ansvar for lab/røntgen</li> </ul>	512
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• finansiering av TNF-hemmere</li> <li>• pasienttransport (100 prosent)</li> <li>• økt ansvar for lab/røntgen</li> <li>• Norsk Pasientskadeerstatning</li> <li>• opptreningsinstitusjoner</li> </ul>	2 051

Kilde: Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. Årsrapport for 2007.

37) Helseforetakene rapporterer gjennom systemet ØBAK (Økonomi, Bemanning, Aktivitet og Kvalitet), inkludert direktørens vurderinger til Helse- og omsorgsdepartementet.



Foto: Colorbox

#### 4.4 Vurderinger

Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. De regionale helseforetakene har hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på 25 mrd. kroner i perioden 2002 til 2008, noe som har redusert egenkapitalen med 38 prosent. En stor del av dette underskuddet er styrt fra eier ved at det korrigerede resultatkravet var unntatt deler av avskrivningskostnadene og pensjonskostnadene.

De regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden 2002–2008, men størrelsen på overskridelsene har variert fra år til år. Det er uakseptabelt at de regionale helseforetakene over flere år ikke tilpasser seg de økonomiske rammebetingelsene fra eier. Det er positivt at Helse Midt-Norge tilfredstilte eiers økonomiske styringskrav i 2007 og 2008.

De økonomiske resultatene har bidratt til å redusere de regionale helseforetakenes økonomiske handlefrihet. Rammetilskuddet til de regionale helseforetakene skal både dekke driftsmidler og midler til investeringer. Et underskudd fører til at

en større del av rammetilskuddet må brukes på driften, og reduserer derfor de regionale helseforetakenes evne til å gjennomføre planlagte investeringer. Det er derfor viktig at helseforetakene oppnår økonomiske resultater som kan bidra til å finansiere nødvendige investeringer i bygg og nytt medisinsk utstyr.

Den økonomiske situasjonen krever at helseforetakene iverksetter omstillingstiltak. Årlig melding for 2008 viser at manglende realisering av omstillingstiltak var en viktig årsak til at mange helseforetak ikke oppfylte eiers økonomiske styringskrav. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til realiseringsgraden for iverksatte tiltak. Mange av helseforetakene som oppnådde høy realiseringsgrad, oppfylte også eiers økonomiske styringskrav i 2008. Samtidig viser undersøkelsen at fire av de fem helseforetakene som hadde et underskudd som avvek mer enn 100 mill. fra eiers økonomiske styringskrav, hadde en lav realiseringsgrad for sine omstillingstiltak.

## 5 Hvordan legger de regionale helseforetakene til rette for en god økonomistyring i helseforetakene?

### 5.1 Hvordan finansieres de regionale helseforetakene?

De regionale helseforetakene finansieres først og fremst gjennom et rammetilskudd og en aktivitetsbasert bevilgning (ISF). Undersøkelsen viser at det i stor grad er somatikken som genererer underskuddene i helseforetakene.<sup>38</sup> Utgifter til somatikken<sup>39</sup> utgjør to tredeler av de regionale helseforetakenes totale utgifter.<sup>40</sup>

Rammetilskuddet fordeles mellom de regionale helseforetakene på grunnlag av blant annet antall innbyggere i regionen og dens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjonen av helsetjenester.<sup>41</sup> Gjennom fordelingen av rammetilskuddet utjevner staten skjevheter mellom regionene når det gjelder behov for spesialisthelsetjenester, samt variasjoner i kostnadsnivå.

Da ISF ble innført i 1997, ble sykehusenes inntekter også avhengig av hvor mange pasienter som behandles. ISF-refusjonen i 2008 utgjør 40 prosent av hva det i gjennomsnitt koster å behandle pasienter som plasseres i samme DRG. De resterende kostnadene finansieres av rammetilskuddet.

Det er DRG-systemet som ligger til grunn for beregning av ISF-refusjonen, jf. tekstboks 2.

#### Tekstboks 2 DRG-systemet

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, og som danner grunnlaget for finansiering. Hver enkelt DRG representerer både medisinsk og økonomisk informasjon. Pasienter som grupperes til den samme DRGen, er tilnærmet like i medisinsk forstand og krever dermed tilnærmet like mye ressurser å behandle. Det gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler helt ulike typer pasienter. Den norske versjonen av DRG-systemet består av om lag 680 DRGer.

Hver DRG er tilordnet en kostnadsvekt som uttrykker hva et pasientopphold i én DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittet av alle opphold. Noen opphold i én DRG vil likevel være mindre ressurskrevende å behandle enn hva gjennomsnittet i en DRG koster, mens andre opphold er mer ressurskrevende. Det innebærer at kostnader for enkeltpasienter i noen tilfeller kan bli overkompensert og i andre tilfeller underkompensert. Når alle opphold på landsbasis innenfor DRGen ses under ett, vil imidlertid kostnadsvekten gi et godt uttrykk for hvor ressurskrevende oppholdene i gjennomsnitt er innenfor én DRG.

Kostnadsvektene i DRG-systemet har i de siste årene blitt oppdatert årlig for å fange opp utviklingen i behandlingspraksis og -metoder, slik at de i størst mulig grad gjenspeiler det faktiske kostnadsbildet innenfor hver DRG.

Det er medisinske og administrative opplysninger som er grunnlaget for hvilken DRG et pasientopphold blir plassert i. Kvaliteten på den medisinske kodingen av diagnoser og medisinske prosedyrer er viktig for at oppholdet grupperes i riktig DRG.

Refusjonsandelen i ISF-ordningen har variert mellom 40 og 60 prosent i perioden 2002 til 2009, men siden 2006 har refusjonsandelen vært 40 prosent. Helsedirektoratet mener at det er gode indikasjoner på at en lav refusjonsandel fører til mindre aktivitetsvekst, noe som gir bedre samsvar mellom planlagt og faktisk aktivitet. Ifølge Helsedirektoratet vil en lavere refusjonsandel føre til at helseforetakene blir mer forsiktige med å iverksette tiltak som innebærer en høyere aktivitet ved at det blir større usikkerhet

38) I spørreskjemaundersøkelsen svarer et betydelig flertall av direktørene at det er somatikken som genererer underskuddene i helseforetakene.

39) Somatikk refererer til behandling i sykehus, som omfatter den fysiske delen av kroppen, i motsetning til psykiatrien som omhandler psykiske lidelser.

40) Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten. *Årsrapport for 2008*.

41) NOU 2008:2 *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.

om merinntektene finansierer merkostnadene. Helseledelse mener at hensynet til god kostnadskontroll tilsier at refusjonsandelene ikke bør ligge høyere enn 40 prosent.<sup>42</sup>

Flere av informantene i caseundersøkelsen ønsker mer forutsigbarhet i budsjettprosessen og mener at alle endringer i finansieringsordningene bør være klare så tidlig at de kan tas hensyn til i budsjettprosessen. Flere peker på at det er utfordrende for helseforetakene at nytt regelverk og ny DRG-programvare for et gitt budsjettår først gis i budsjettåret. I budsjettprosessen må derfor helseforetakene ta utgangspunkt i et regelverk og en DRG-programvare som de vet med stor sannsynlighet ikke vil gjelde for budsjettåret. Ifølge informantene blir det derfor utfordrende å utarbeide et realistisk inntektsbudsjett for de kliniske enhetene.

Departementet har i flere år i perioden 2002 til 2008 gitt tilleggsbevilgninger til de regionale helseforetakene. I intervjuene med de regionale helseforetakene gir informantene klart uttrykk for at dette gjør den økonomiske styringen vanskelig. Én av tre direktører i helseforetakene er enige i påstanden i spørreskjemaundersøkelsen om at forventninger om tilleggsbevilgninger fra eier reduserer muligheten til å gjennomføre en reell budsjettstyring i helseforetaket.

I intervju med de regionale helseforetakene pekes det på at de samlede økonomiske rammebetingelsene har blitt mer forutsigbare de siste årene. Eksempler som det pekes på, er blant annet finansiering av kapitalkostnader, fullfinansiering av pensjonskostnader og signaler om forventede inntekter i 2010 allerede i budsjettet for 2009. Samtidig framhever de regionale helseforetakene at rammebetingelsene knyttet til økonomi først gis i foretaksmøtet i januar/februar i budsjettåret. De regionale helseforetakene mener dette er for sent med hensyn til deres behov for å ha et budsjett og ramme for investeringer før budsjettårets start.

## 5.2 Hvordan finansierer de regionale helseforetakene egne helseforetak?

De regionale helseforetakene har stor frihet med hensyn til hvordan de skal finansiere egne helseforetak. De regionale helseforetakene har utviklet egne inntektsmodeller som fordeler ramme-

tilskuddet til helseforetakene, mens de viderefører i stor grad den statlige ISF-refusjonen til helseforetakene. De benytter seg derfor ikke av muligheten til å tilpasse ISF-refusjonen til lokale ulikheter i behov og kostnadsnivå mellom helseforetakene i foretaksgruppen.

Rammetilskuddet er den største inntekten for alle helseforetakene. Hvordan de regionale helseforetakene utformer modellen som fordeler rammetilskuddet i foretaksgruppen, blir derfor svært viktig for i hvilken grad den støtter opp om de regionale helseforetakenes "sørge-for-ansvar". Modellens utforming påvirker også hvor mye økonomiske midler hvert enkelt helseforetak har til disposisjon for å kunne nå målene som er beskrevet i oppdragsdokumentet. Helse Sør-Øst har ikke hatt felles modell etter sammenslåingen, men vil iverksette en ny modell fra 2010. Helse Vest har siden 2004 hatt samme modell, som nå er under revisjon. Modellen i Helse Nord ble tatt i bruk i 2007, mens modellen i Helse Midt-Norge har vært i bruk siden 2008.

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at forutsigbarhet er viktig i alle økonomistyringsprosesser. De ønsker at rammetilskuddet mellom helseforetakene skal skje på en objektiv og godt dokumentert måte. Helseforetakene vil da vite hvor mye ressurser de får tildelt når den samlede økonomiske rammen til det regionale helseforetaket er kjent. I spørreskjemaundersøkelsen november 2008 ble direktørene og økonomidirektørene i helseforetakene bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er i noen påstander om modellen som fordeler rammetilskuddet mellom helseforetakene i foretaksgruppen, jf. figur 3.

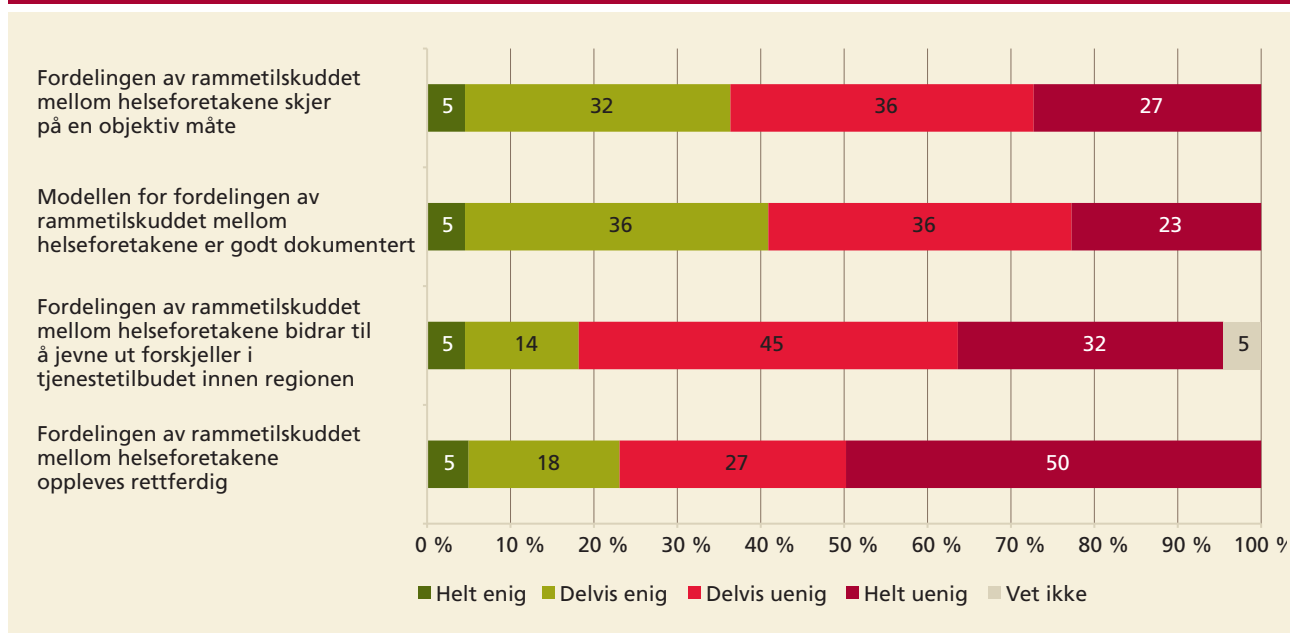
Figur 3 viser at 37 prosent av direktørene er helt eller delvis enige i påstanden om at rammetilskuddet fordeles mellom helseforetakene på en objektiv måte. Nærmere analyser viser at et stort flertall av direktørene i Helse Sør-Øst (80 prosent) er helt eller delvis uenige i påstanden, og at de skiller seg betydelig ut sammenlignet med direktørene i de andre regionene.<sup>43</sup>

Hvis rammetilskuddet ikke oppleves å bli fordelt på en objektiv måte, kan budsjettprosessen bli en kamp mellom helseforetakene for å få mest mulig midler av det samlede tilskuddet. Spørreskjemaundersøkelsen viser at en stor del av direktørene (68 prosent) er enige i påstanden om at budsjettprosessen kan oppleves som en kamp mellom

42) Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak.*

43) I 2009 har Helse Sør-Øst innført en ny kriteriebasert modell for fordeling av rammetilskuddet.

Figur 3 Direktørenes synspunkter på rammetilskuddet. Tall i prosent



helseforetakene for å få tilført mest mulig midler.

Videre viser figur 3 at over halvparten av direktørene er uenige i at modellen som fordeler rammetilskuddet mellom helseforetakene, er godt dokumentert. Også for denne påstanden skiller synspunktene til direktørene i Helse Sør-Øst seg fra synspunktene til direktørene i de andre regionene. Tilnærmet alle direktørene (90 prosent) i Helse Sør-Øst er helt eller delvis uenige i at modellen som fordeler rammetilskuddet, er godt dokumentert. Til sammenligning er over halvparten av direktørene i de tre andre regionene enige i påstanden om at modellen er godt dokumentert.

Rammetilskuddet, som er helseforetakenes største inntektskilde, er et svært viktig økonomisk virkemiddel for å nå helsepolitiske mål. Figur 3 viser at et stort flertall av direktørene er enten helt eller delvis uenige i at fordelingen av rammetilskuddet mellom helseforetakene bidrar til å jevne ut forskjeller i tjenestetilbudet innen regionen. Ingen direktører i Helse Sør-Øst er enige i denne påstanden, noe som skiller dem fra direktørene i de andre regionene.

Flere av direktørene i caseundersøkelsen og mange av direktørene (64 prosent) i spørreskjemaundersøkelsen er enige i at fordelingen av rammetilskuddet mellom helseforetakene i for stor grad er basert på ressursfordelingen til sykehusene fra før sykehusreformen i 2002. Et stort flertall av direktørene (90 prosent) i Helse

Sør-Øst er enige i denne påstanden, og skiller seg dermed noe ut fra de andre regionene. Flere økonomidirektører og direktører i caseundersøkelsen mener at skjevheter i ressursfordelingen mellom helseforetakene i for stor grad videreføres i inntektsmodellene. Dette fører til at kostnads-effektive helseforetak kan få store underskudd, mens mindre effektive helseforetak framstår som veldrevne.

Videre går det fram av figur 3 at et stort flertall av direktørene er enten helt eller delvis uenige i at fordelingen av rammetilskuddet mellom helseforetakene oppleves rettferdig. Samtlige direktører i Helse Sør-Øst er uenige i denne påstanden.

### 5.3 Hvordan gis vilkårene for bevilgningene i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene?

Departementet gir vilkår for bevilgningen i det årlige oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Her stilles det en rekke styringskrav som følges opp i styringsdialogen mellom de regionale helseforetakene og departementet.

Intervjuene i de regionale helseforetakene viser at oppdragsdokumentet bidrar til styring av innsatsområder og nasjonale prioriteringer. Det framheves at oppdragsdokumentet gir en oversikt over hvilke forventninger departementet har til de regionale helseforetakene. Samtlige regionale helseforetak framhever likevel at det er for mange mål i oppdragsdokumentet. Det pekes

blant annet på at helseforetakene er underlagt et omfattende regelverk som gjør en del av kravene i oppdragsdokumentet overflødige. I intervju med de regionale helseforetakene pekes det på at så mange mål kan gjøre eiers styringsbudskap mindre tydelig. I tillegg pekes det på at summen av mål og tiltak i oppdragsdokumentet er så omfattende at det i liten grad er rom for å prioritere de innsatsområder og tiltak som er utledet av regionale strategiprosesser.

Videre peker samtlige regionale helseforetak på at oppdragsdokumentet i liten grad gir informasjon om hvilke av kravene som er de viktigste å oppfylle. De regionale helseforetakene opplever det også som utfordrende å avgjøre hvilke mål i oppdragsdokumentet som bare gjelder for budsjettåret, og hvilke mål som er langsiktige. Det framheves videre at det er store forskjeller mellom kravene. Noen av kravene er svært detaljerte og konkrete, mens andre er upresise og generelle.

Oppdragsdokumentet for 2009 ble sendt fra departementet i januar 2009. De regionale helseforetakene legger vekt på at oppdragsdokumentet fra departementet kommer etter at helseforetakenes budsjett er vedtatt. Det framheves at det er utfordrende at innholdet i oppdragsdokumentet ikke kan tas hensyn til på en tilfredsstillende måte i foretaksgruppens budsjettprosess. Noe av denne usikkerheten reduseres ved at de regionale helseforetakene har møter med departementet når statsbudsjettet legges fram, og at de mottar et foreløpig utkast av oppdragsdokumentet i desember.

## 5.4 Hvordan gir de regionale helseforetakene styringskrav til helseforetakene?

### 5.4.1 Når kommer styringskravene fra de regionale helseforetakene?

Oppdragsdokumentet kommer fra departementet til de regionale helseforetakene i begynnelsen av januar. De regionale helseforetakene operasjonaliserer deretter eiers styringskrav og supplerer med egne regionale styringskrav til det enkelte helseforetaket. Caseundersøkelsen viser at oppdragsdokumentet som viser vilkårene for bevilgningene, først kommer til helseforetakene i februar i budsjettåret.<sup>44</sup> Dette er vanligvis to måneder etter at budsjettet er vedtatt av styret i helseforetaket.

44) Helse Sør-Øst har inngått driftsavtaler med hvert helseforetak. I driftsavtalen står det følgende: "Driftsavtalen mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst, protokoll fra foretaks møte i helseforetaket samt oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdokumentet for 2009 fremstår som det samlede styringsbudskapet i 2009 for NN sykehus HF."

Det framkommer av både caseundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen at dette reduserer oppdragsdokumentets betydning for effektiv styring av helseforetaket. Når oppdragsdokumentet ikke kommer til helseforetakene før etter at budsjettet er vedtatt, øker risikoen for at vilkårene for bevilgningene som er fastsatt i oppdragsdokumentet, ikke i tilstrekkelig grad er koblet til det budsjettet som vedtas.

De fleste direktørene (86 prosent) mener at viktige forutsetninger og rammebetingelser fra eier ofte kommer for sent til at helseforetakene kan utarbeide et realistisk budsjett. Flere informanter i caseundersøkelsen trekker fram at de første styrings-signalene kommer i forbindelse med statsbudsjettet, men at dette er for sent, fordi helseforetaket allerede har startet budsjettprosessen. En direktør ga følgende beskrivelse av konsekvensen av at styringskravene gis så sent: "Hvis det viser seg at vårt helseforetak må inn i et større omstillingsarbeid, så vet jo alle at dette er helt illusorisk å få på plass til 1. januar. Vi vil ikke få effekt av tiltak før langt ut i andre halvår, det er realismen."

Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene mener at styringskravene fra eier må komme tidligere, slik at de kan integreres i budsjettprosessen. Flere informanter viser til at det for kommunene utarbeides en kommuneøkonomiproposisjon som legges fram i mai, og påpeker at en sykehusproposisjon på et tilsvarende tidspunkt ville gitt økt forutsigbarhet for helseforetakenes budsjettprosess. Samtidig peker andre informanter på at departementet har mulighet til å gi mer langsiktige styringssignaler i den årlige budsjettproposisjonen.

### 5.4.2 Hvordan opplever helseforetakene styringskravene fra det regionale helseforetaket?

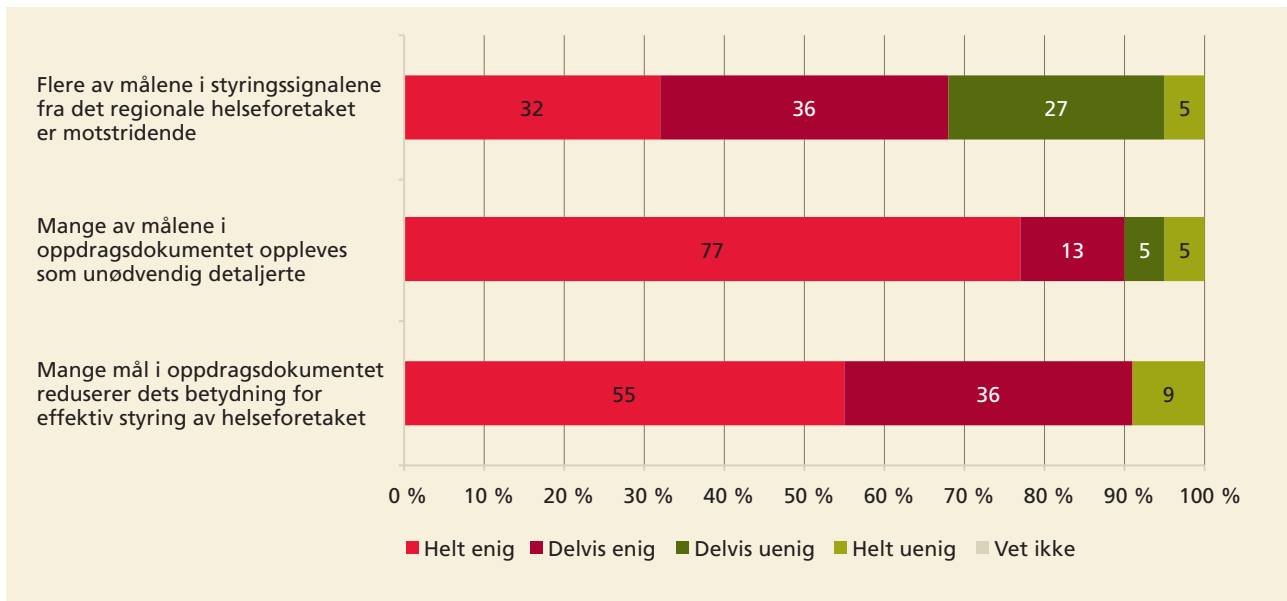
De regionale helseforetakene sier i intervju at helseforetakene mottar et styringsbudskap som er for omfattende og detaljert, og som kommer for sent. Mange av informantene i caseundersøkelsen peker derfor på at oppdragsdokumentet i begrenset grad har betydning for styringen i helseforetakene.

I spørreskjemaundersøkelsen ble direktørene i helseforetakene bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er i påstander om styringskravene som gis i oppdragsdokumentet til helseforetaket, jf. figur 4.

Figur 4 viser at et stort flertall av direktørene er helt enige i påstanden om at mange av målene i oppdragsdokumentet er unødvendig detaljerte.



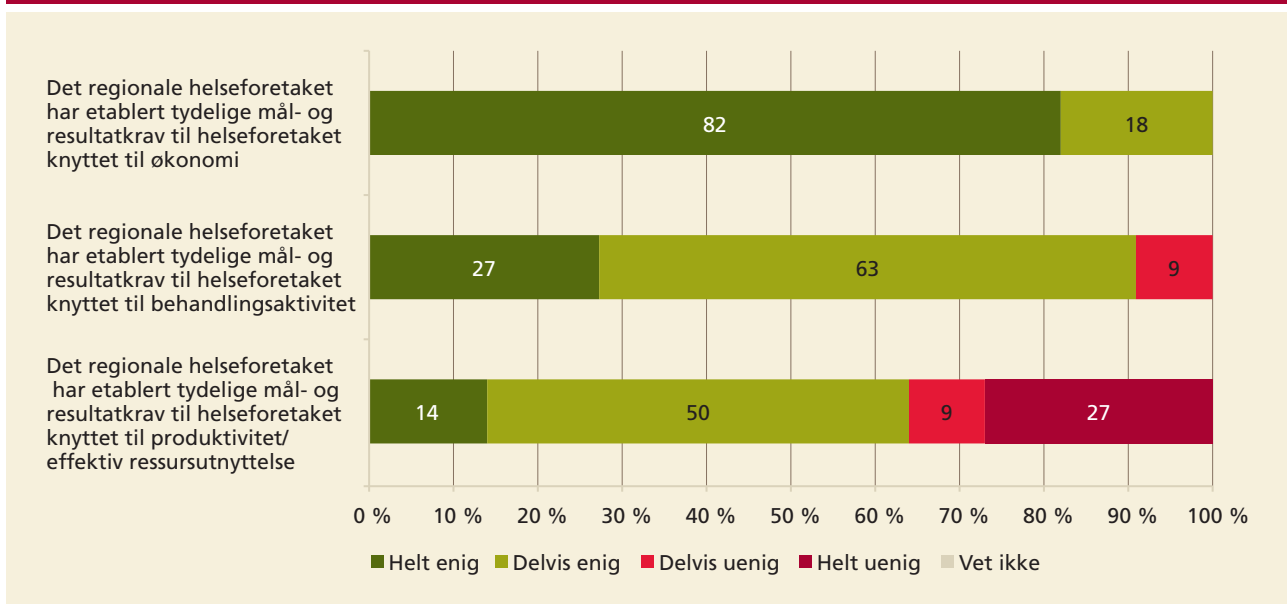
**Figur 4 Direktørens synspunkter på oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene. Tall i prosent**



Samtidig er tilnærmet alle direktørene enige i påstanden om at mange mål i oppdragsdokumentet reduserer dets betydning for effektiv styring i helseforetaket. Flere av informantene i caseundersøkelsen framhevet at de opplever at det er for mange mål som skal nås samtidig uten at de har tilstrekkelig kapasitet til å oppfylle alle. Derfor må de prioritere mellom de ulike målene. Flere av direktørene og økonomidirektørene i caseundersøkelsen peker på at flere av kravene i oppdragsdokumentet er motstridende, noe som gjør det utfordrende å prioritere mellom kravene.

Tydelige mål- og resultatkrav gjør det enklere å vurdere måloppnåelse. De samlede utgiftene til spesialisthelsetjenesten påvirkes både av aktivitetsutviklingen og utviklingen i enhetskostnadene.<sup>45</sup> Kravet til aktivitetsnivå står sentralt i styringsdialogen i sektoren. Til tross for at undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene og helseforetakene opplever at de mottar et stort og omfattende oppdragsdokument, mener direktørene at det er etablert tydelige mål- og resultatkrav for økonomi, behandlingsaktivitet og effektiv ressursutnyttelse, jf. figur 5.

**Figur 5 Er det etablert tydelige mål- og resultatkrav til helseforetaket? Tall i prosent**



45) En studie av Magnussen, Hagen og Kaarboe (2007) viser at man har fått mer igjen for hver helsekrone etter sykehusreformen i 2002 enn før reformen.

Figur 5 viser at alle direktørene enten er helt eller delvis enige i at det regionale helseforetaket har etablert tydelige mål- og resultatkrav til helseforetaket knyttet til økonomi. Videre viser figuren at nesten alle direktørene er enige i påstanden om at det er etablert tydelige mål- og resultatkrav knyttet til behandlingsaktivitet. Figuren viser også at et flertall av direktørene er enige i at det er etablert tydelige mål- og resultatkrav til helseforetaket knyttet til produktivitet / effektiv ressursutnyttelse. Samtidig er mer enn hver tredje direktør uenige i denne påstanden.

#### 5.4.3 Hvordan er de nasjonale målene tilpasset til hvert enkelt helseforetak?

Et prioritert tiltak innenfor sykehusreformen var å redusere forskjeller i tjenestetilbudet mellom regionene. Dokumentanalysen viser at Helse- og omsorgsdepartementet ikke differensierer de nasjonale kravene til aktivitetsutvikling mellom de regionale helseforetakene.<sup>46</sup>

I spørreskjemaundersøkelsen er nesten tre av fire direktører (73 prosent) helt eller delvis enige i at det regionale helseforetaket i større grad bør tilpasse de nasjonale mål- og resultatkravene knyttet til behandlingsaktiviteten til hvert enkelt helseforetak.<sup>47</sup>

Flere informanter i caseundersøkelsen etterlyser en klarere prioritering fra det regionale helseforetaket med hensyn til funksjonsfordeling mellom helseforetakene. Det framheves også at prioriteringsforskriften bør løftes mer fram i styringsdialogen. Én direktør i caseundersøkelsen pekte blant annet på at helseforetaket forventer en årlig vekst i gruppen øyeblikkelig hjelp-pasienter på 2,5 prosent. For å møte kravet om en vekst på 1,5 prosent i aktiviteten, gir dette ikke rom for en vekst i planlagt aktivitet. Dette skyldes at øyeblikkelig hjelp-pasienter utgjør en betydelig andel av pasientgrunnet for helseforetaket.

De regionale helseforetakene framhever i intervju at man fra tidlig høst hvert år, gjennom aktiv dialog på fagsjefsmøter, direktørmøter og nettverksmøter, henter inn synspunkter fra helseforetakene. Mange av informantene i caseundersøkelsen mener likevel at helseforetakene i større grad bør involveres i det som er viktig i deres opptaksområde i styringsdialogen, og at oppdragsdokumentet deretter bør utarbeides gjennom en dialog med det regionale helseforetaket.

46) Oppdragsdokumentene viser at det er et krav om en aktivitetsvekst på om lag 1,5 prosent til alle de regionale helseforetakene i 2009.

47) Dette synspunktet deles av et flertall av direktørene i alle de fire regionale helseforetakene.

Det er et nasjonalt styringskrav til de regionale helseforetakene at den prosentvise veksten innen psykiatrien skal være sterkere enn i somatikken. De regionale helseforetakene kan likevel tilpasse dette kravet til de enkelte helseforetakene. Nesten halvparten (45 prosent) av direktørene mener at låste funksjonsrammer<sup>48</sup> mellom psykiatrien og somatikken gjør det utfordrende for helseforetaket å nå økonomiske mål- og resultatkrav.<sup>49</sup> Flere av informantene i caseundersøkelsen peker på at helseforetakene har utfordringer med å generere vekst innen psykiatrien på en fornuftig måte, hovedsakelig på grunn av rekrutteringsproblemer. Noen informanter trekker også fram at det nasjonale kravet ikke tar utgangspunkt i et historisk nullpunkt i opptaksområdene, og at det derfor er behov for at de regionale helseforetakene i større grad differensierer kravene til vekst tilpasset hvert enkelt helseforetak.

#### 5.4.4 Hvilket tidsperspektiv har styrings-signalene fra de regionale helseforetakene?

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at god økonomistyring i helseforetakene krever langsiktige mål. Spørreskjemaundersøkelsen viser at et flertall (62 prosent) av direktørene er enige i påstanden om at vektleggingen av økonomisk balanse innværende år er med på å redusere helseforetakets evne og kapasitet til å planlegge god økonomistyring på lengre sikt.<sup>50</sup>

I spørreskjemaundersøkelsen ble direktørene bedt om å ta stilling til hvilket tidsperspektiv styrings-signalene fra det regionale helseforetaket har, jf. figur 6. Den viser at et stort flertall av direktørene er enige i at det regionale helseforetaket har klare, langsiktige mål for foretaksgruppen. Samtidig er ca. hver fjerde direktør uenig i denne påstanden. Videre viser figur 6 at omtrent halvparten av direktørene er enige i påstanden om at styringssignalene fra det regionale helseforetaket bærer preg av flerårig planlegging, mens like mange direktører er uenige i denne påstanden.

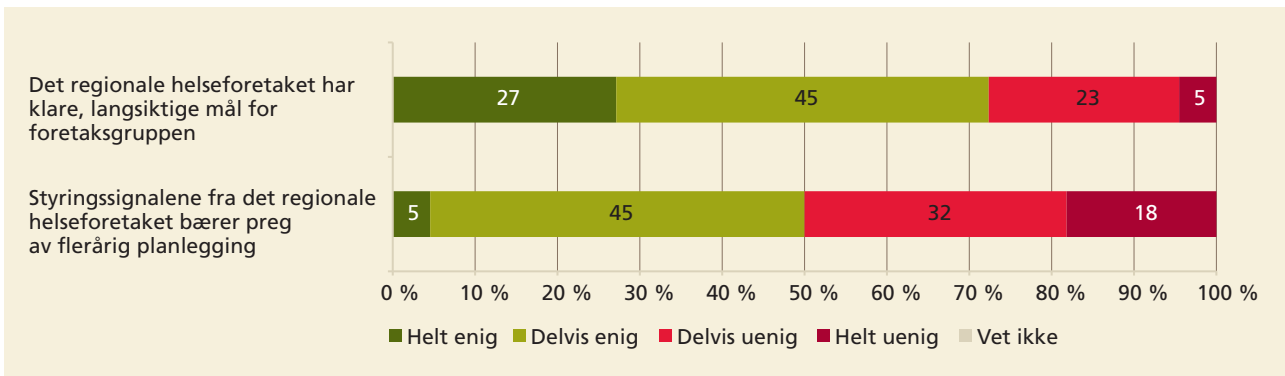
Spørreskjemaundersøkelsen viser at svært få helseforetak har langtidsbudsjett. Helse Midt-Norge har nå innført et rullerende langtidsbudsjett. I intervjuet peker de på at dette er et viktig verktøy for regionen for å sikre forutsigbarhet for å kunne planlegge og håndtere økonomi og investeringer i årene framover. Ved å gjennomføre

48) Låste funksjonsrammer innebærer at helseforetaket ikke kan overføre ressurser fra psykiatrien til somatikken.

49) Nærmere analyser viser at direktørenes synspunkt varierer mellom de ulike regionene.

50) Spørreskjemaundersøkelsen viser også at økonomidirektørene er enige med direktørene i denne påstanden.

**Figur 6 Hvilket tidsperspektiv har styringssignalene? Tall i prosent**



en prosess knyttet til langtidsplan og langtidsbudsjett tidlig på året, gir dette også et bedre grunnlag og mer forutsigbarhet for helseforetakene når de skal utarbeide neste års budsjett. Det ble i intervjuet framhevet at langtidsbudsjett også kan øke forståelsen for sammenhengen mellom økonomisk resultat og framtidige muligheter til å investere og utvikle virksomheten. Undersøkelsen viser at andre regionale helseforetak også planlegger å gjennomføre langtidsbudsjettering.

### 5.5 Hvor involvert er helseforetakene i de regionale helseforetakenes strategi- og budsjettprosesser?

Strategien i de regionale helseforetakene og oppdragsdokumentet gir premisser for utviklingen av strategi- og budsjettprosessen i det enkelte helseforetaket. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har gjennomført omfattende strategiprosesser. I intervjuene med de regionale helseforetakene ble det framhevet at helseforetakene i stor grad har vært involvert i strategi-

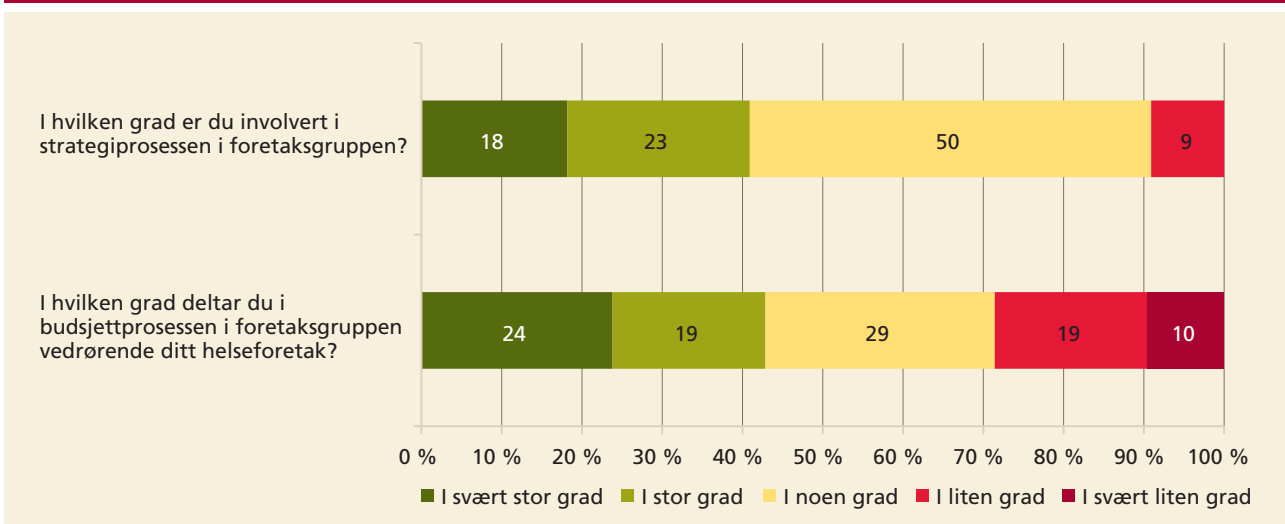
prosessen. I spørreskjemaundersøkelsen ble direktørene bedt om å ta stilling til i hvilken grad de er involvert i henholdsvis strategi- og budsjettprosessen i foretaksgruppen, jf. figur 7.

Det går fram av figur 7 at direktørene har ulike oppfatninger om hvor involvert de er i strategiprosessen i foretaksgruppen. Under halvparten av direktørene svarer at de enten i svært stor eller i stor grad er involvert i strategiprosessen i det regionale helseforetaket. Halvparten av direktørene mener at de i noen grad er involvert, mens bare to direktører mener at de i liten grad er involvert i strategiprosessen.

Videre viser figur 7 at under halvparten av direktørene mener at de i stor grad er involvert i budsjettprosessen i foretaksgruppen. Samtidig svarer et flertall av direktørene at de bare i noen grad (29 prosent) eller i liten grad (29 prosent) er involvert i budsjettprosessen.

Caseundersøkelsen indikerer at budsjettprosessen i foretaksgruppen kan variere fra år til år.

**Figur 7 I hvilken grad er direktørene involvert i strategi- og budsjettprosessene i foretaksgruppen? Tall i prosent**



I spørreskjemaundersøkelsen er ingen av direktørene helt enige i påstanden om at budsjettprosessen i foretaksgruppen er godt planlagt, mens mer enn halvparten av direktørene er uenige i dette. Et flertall av direktørene (64 prosent) i spørreskjemaundersøkelsen er også enige i påstanden om at det blir brukt for liten tid på budsjettprosessen i foretaksgruppen.

Skriftlige prosedyrer og rutiner for budsjettprosessen antas å gi større forutsigbarhet for helseforetakene. På spørsmålet om det er utarbeidet skriftlige rutiner for budsjettprosessen i foretaksgruppen, svarer 50 prosent av direktørene "nei", og 14 prosent svarer "vet ikke". Dokumentanalysen og intervjuer med de regionale helseforetakene viser imidlertid at det nå er utarbeidet plankalendere for å sikre en bedre integrering av plan- og budsjettprosessen i foretaksgruppene. Det er utarbeidet detaljerte framdriftsplaner for prosessen i foretaksgruppene som blant annet sikrer at styremøtene i henholdsvis det regionale helseforetaket og helseforetakene blir bedre koordinert. I intervju med de regionale helseforetakene framheves en tidligere oppstart av budsjettprosessen som et viktig forbedringspunkt i budsjettprosessen.

## **5.6 De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakene**

### **5.6.1 Hvordan følger de regionale helseforetakene opp helseforetakene?**

De fleste helseforetakene har møter med de regionale helseforetakene hver måned i forbindelse med den økonomiske oppfølgingen. Caseundersøkelsen viser at de regionale helseforetakene tilpasser frekvensen av de økonomiske oppfølgingsmøtene mellom helseforetakene. Caseundersøkelsen indikerer at helseforetak som rapporterer avvik i den økonomiske rapporteringen, oftere har møter med det regionale helseforetaket sammenlignet med helseforetak som rapporterer balanse eller bedre resultat enn budsjettet. Økonomi er også et tema på direktørmøter, økonomidirektørmøter og fagdirektørmøter i foretaksgruppen.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i de siste årene har hatt en mer aktiv styring og en langt tettere rapportering og oppfølging av helseforetakene. Spørreskjemaundersøkelsen viser at et flertall av direktørene (68 prosent) er enige i påstanden om at styringsdialogen i møtene med det regionale helse-

foretaket er viktig for å oppnå en god økonomistyring i helseforetaket. Flere av informantene i caseundersøkelsen er positive til det regionale helseforetakets oppfølging. En direktør ga uttrykk for dette slik: "De kommer utenfra og stiller en del kritiske spørsmål som du selv ikke har tenkt på, som du må redegjøre for – noe som fører til at du må skjerpe deg."

Undersøkelsen viser at helseforetakene hver måned rapporterer til de regionale helseforetakene, mens det hvert tertial er en mer omfattende rapportering. Caseundersøkelsen viser at det legges ned en betydelig innsats i forbindelse med den økonomiske rapporteringen til det regionale helseforetaket. Et flertall av direktørene og økonomidirektørene ga i caseundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen uttrykk for at den økonomiske rapporteringen til de regionale helseforetakene er ressurskrevende.

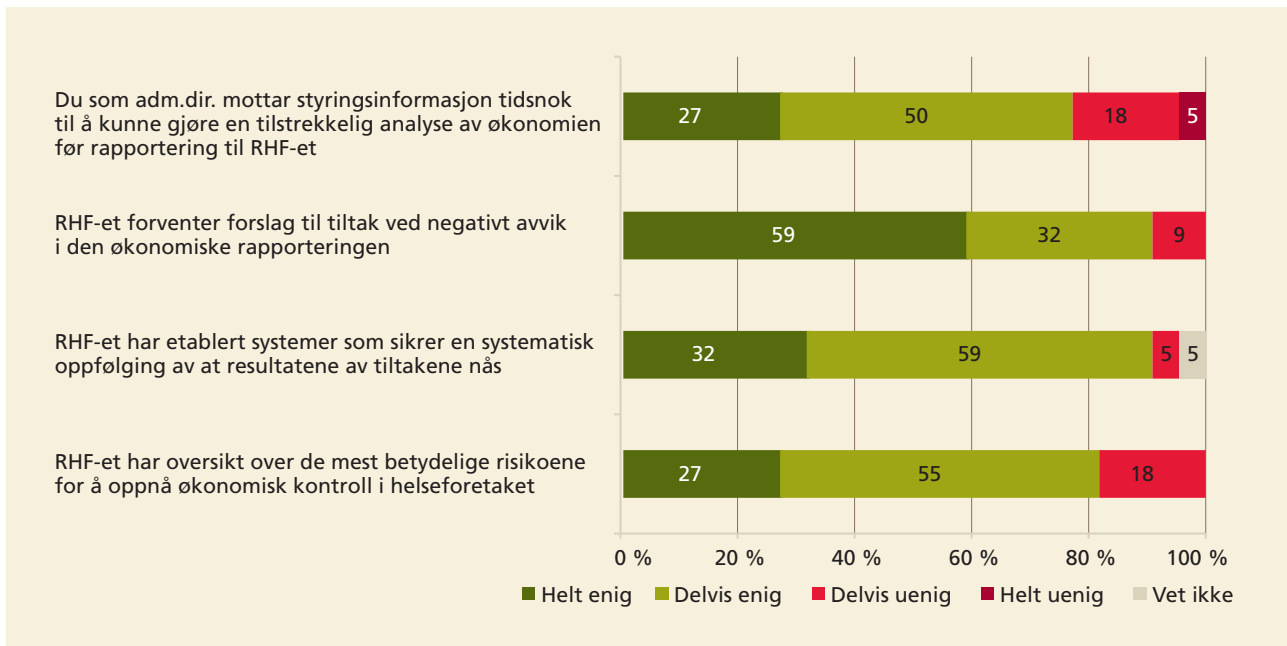
I spørreskjemaundersøkelsen er et flertall av økonomidirektørene (63 prosent) enige i påstanden om at omfanget av rapporteringen til det regionale helseforetaket går på bekostning av økonomistyringen i eget helseforetak. Flere av økonomidirektørene i caseundersøkelsen mener at belastningen som rapporteringen medfører, reduserer økonomimedarbeidernes kapasitet til å gi støtte til de kliniske enhetene. Flere av informantene i caseundersøkelsen nevner rapportering av realiseringsgraden av omstillingstiltak som et eksempel på unødvendig detaljerte rapporteringskrav.

Direktørene ble i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er til påstander om det regionale helseforetakets økonomiske oppfølging av helseforetaket, jf. figur 8.

Figur 8 viser at et stort flertall av direktørene er enige i at det regionale helseforetaket forventer forslag til tiltak ved negativt avvik i den økonomiske rapporteringen. Nesten alle direktørene er også enige i at det regionale helseforetaket har etablert systemer som sikrer en systematisk oppfølging av at målene nås.

Dokumentanalysen viser at de regionale helseforetakene har utviklet maler som både viser hvem og hvordan de skal følge opp krav som er gitt i oppdragsdokumentet eller i foretaksmøtet. De regionale helseforetakene har også utviklet systemer for vurdering av risikoen for manglende måloppnåelse av styringskrav ved bruk av "trafikklysfarer" eller ved en "tallskala". Disse

**Figur 8 Direktørens synspunkter på de regionale helseforetakenes (RHF) økonomiske oppfølging. Tall i prosent**



vurderingene brukes ifølge de regionale helseforetakene aktivt i styringsdialogen med helseforetakene.

Intervjuene med de regionale helseforetakene viser at man nå legger mer vekt på risikostyring. Flere regionale helseforetak har vedtatt retningslinjer for risikostyring i foretaksgruppen. I Helse Nord er for eksempel helseforetakene forpliktet til å innføre retningslinjene i løpet av 2009. I intervjuet med Helse Nord ble det framhevet at et viktig formål med felles retningslinjer for risikostyring er å sikre en ensartet tilnærming og metodikk samt å sikre et mer helhetlig fokus.

Intervjuene i de regionale helseforetakene viser at det er etablert standardiserte maler for planlegging, rapportering og oppfølging av omstillingstiltak. I et av de regionale helseforetakene må tiltakene risikovurderes på en skala fra én til fem, og forventet årseffekt må justeres for risikofaktorer. Den standardiserte malen brukes som grunnlag for dialog mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene, se tekstboks 3.

De regionale helseforetakene framhever at kvalitet, tilnærming og evne i arbeidet med å etablere og realisere omstillingstiltak varierer mellom helseforetakene.

#### Tekstboks 3 Mal for omstillingstiltak

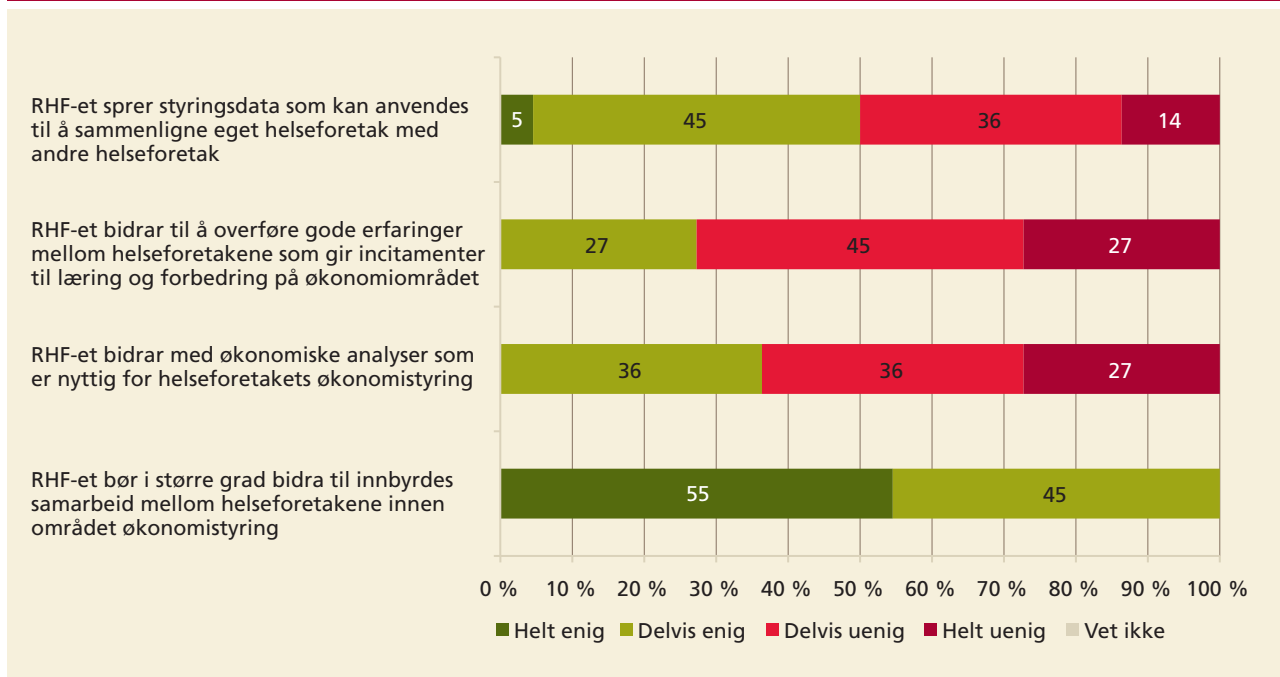
Det skal benyttes standardisert plan for omstillingstiltak. Malen ser slik ut:

- Tiltaksnavn og beskrivelse
- Planlagt effekt i 2009, fordelt per tertial
- Planlagt helårseffekt 2010
- Ansvarlig person for oppfølging
- Planlagt dato for iverksetting
- Planlagt dato for full effekt
- Gjennomføringsrisiko
- Beskrivelse av risiko for gjennomføring
- Konsekvens av inntreffe av risikoene
- Planlagte tiltak for å redusere risiko for at tiltaket ikke gjennomføres eller får den effekt som er forutsatt

#### 5.6.2 Hvordan opplever helseforetakene de regionale helseforetakenes rolle som "rådgiver"?

Intervjuundersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har eller er i ferd med å gjennomføre flere tiltak for å styrke sin "rådgiverrolle". Helse Nord framhever at de har styrket analysekapasiteten og controller-funksjonen. Flere regionale helseforetak har startet benchmarking-prosjekter der både kliniske enheter og helseforetak i foretaksgruppen blir målt opp mot hverandre. Flere av de regionale helseforetakene framhever at god økonomistyring forutsetter standardisering og fellesløsninger for å legge til rette for bedre og mer sammenlignbar styringsinformasjon. I intervjuene med de regionale helseforetakene vises det til at de enten allerede har innført eller arbeider med å etablere felles

**Figur 9 Direktørenes synspunkter på de regionale helseforetakenes rolle som rådgiver. Tall i prosent**



kontoplan, økonomisystem, økonomihåndbok og rapporteringsmaler. Flere har også utviklet felles retningslinjer blant annet for periodisering og risikostyring. Videre arbeides det med å utnytte felles ikt-system, å automatisere rapporteringssystemene, å utvikle datavarehus, og å etablere ulike nettverk mellom helseforetakene (blant annet controller-nettverk).

De regionale helseforetakene har en viktig rolle for å sikre erfaringsoverføring og standardsetting slik at andre helseforetak gis incitament til læring og forbedring. I spørreskjemaundersøkelsen ble direktørene spurt om de var enige eller uenige i noen påstander om de regionale helseforetakene bidrar i helseforetakenes økonomistyring, jf. figur 9.

Figur 9 viser at halvparten av direktørene er uenige i påstanden om at de regionale helseforetakene sprer styringsdata som kan brukes til å sammenligne eget helseforetak med andre helseforetak. Bare én av fire direktører er delvis enig i påstanden om at det regionale helseforetaket bidrar til å overføre gode erfaringer mellom helseforetakene som gir incitament til læring og forbedring på økonomiområdet.

Videre framgår det av figuren at bare hver tredje direktør er enig i påstanden om at det regionale helseforetaket bidrar med økonomiske analyser som er nyttig for helseforetakenes økonomistyring. Et flertall av direktørene er uenige i denne påstanden.

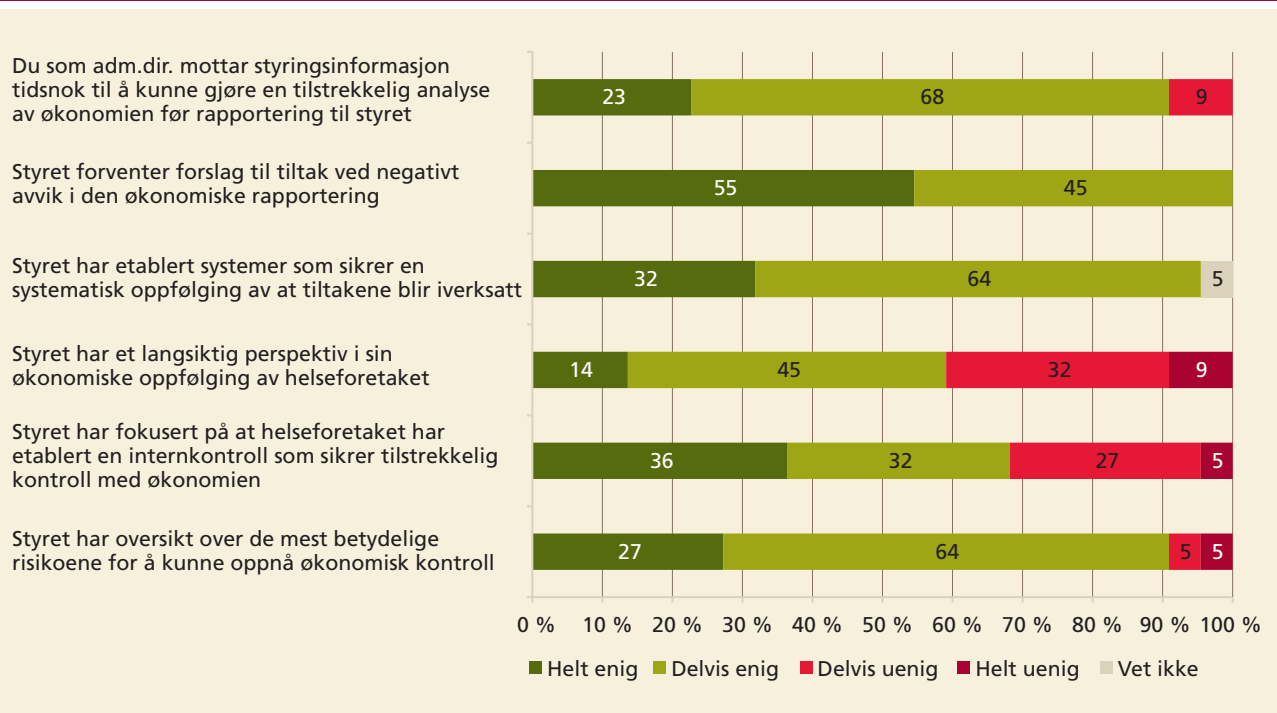
Spørreskjemaundersøkelsen viser at direktørene og økonomidirektørene i helseforetakene ønsker mer bistand fra de regionale helseforetakene. Tilnærmet alle direktører og økonomidirektører er enige i påstanden om at det regionale helseforetaket i større grad bør bidra til innbyrdes samarbeid mellom helseforetakene på økonomistyringsområdet.

Både caseundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen viser at mange direktører og økonomidirektører mener at de regionale helseforetakene ikke har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ha en rådgiverfunksjon. Det er likevel et stort ønske blant direktørene og økonomidirektørene om mer kapasitet og bistand fra det regionale helseforetakets side, spesielt med å legge til rette for benchmarking mellom helseforetak i egen region og i andre regioner.

### 5.6.3 Styrets rolle

Helseforetakene er egne juridiske enheter med eget styre. Nesten alle direktørene mener at styrets utøvelse er viktig for å oppnå en god økonomistyring. Videre er alle direktørene enige i at kontinuitet i styret er viktig for å sikre en god økonomistyring. Et flertall av direktørene i helseforetakene har blitt ansatt etter 2005, og halvparten av disse direktørene har hatt to eller flere styreledere. Dette viser at det er relativt høy utskiftning av både direktører og styreledere ved helseforetakene.

**Figur 10 Direktørens synspunkter på styrets rolle og utøvelse. Tall i prosent**



I spørreskjemaet ble direktørene bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er til en del påstander om styret, jf. figur 10.

Figur 10 viser at alle direktørene mener at styret forventer tiltak ved negativt avvik i den økonomiske rapporteringen. Videre er nesten alle direktørene enige i påstanden om at styret har etablert systemer som sikrer en systematisk oppfølging av at tiltakene blir iverksatt for å redusere negative økonomiske avvik. Mer enn halvparten av direktørene mener også at styret har et langsiktig perspektiv i sin økonomiske oppfølging.

Styret har et ansvar for å sørge for at det etableres interne systemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk. Et flertall av direktørene er enig i påstanden om at styret har fulgt opp at helseforetaket har etablert en internkontroll som sikrer tilstrekkelig kontroll med økonomien. Samtidig viser figur 10 at nesten hver tredje direktør er uenig i denne påstanden.

Styrets utøvelse vil blant annet være avhengig av om det har kapasitet, økonomisk kompetanse og kunnskap om driften. Et flertall av direktørene mener at styret har det.

### 5.7 Helse- og omsorgsdepartementets økonomioppfølging av de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene opplever dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet som god og åpen. Det framheves at det har blitt en bedre og mer systematisk rapportering og oppfølging. De regionale helseforetakene rapporterer økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet (ØBAK) hver måned. Det har i tillegg blitt etablert faste oppfølgingsmøter der de regionale helseforetakene møter enkeltvis. De regionale helseforetakene opplever disse møtene som effektive og strukturerte. På møtene gjennomgår de både regnskap og budsjett, bemanning og aktivitetsnivå, omstillingstiltak og likviditetsstyring. Det er i tillegg to årlige møter der de fire regionale helseforetakene deltar sammen. Disse oppfølgingsmøtene oppleves også som nyttige fordi de sikrer en jevnlig dialog om rammebetingelsene og informasjon om utviklingstrekk i de andre regionene.

I intervjuene med de regionale helseforetakene ble det framhevet at ett av de viktigste kriteriene for å oppnå en god økonomistyring er at eier gir tydelige krav og forventninger, og at eier får et mer langsiktig perspektiv.

## 5.8 Vurderinger

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlyser tydeligere krav og mer langsiktig styring fra eier. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene mener at oppdragsdokumentet fra departementet inneholder svært mange og detaljerte mål. Det kan stilles spørsmål ved om dette reduserer oppdragsdokumentets betydning for å oppnå effektiv styring i helseforetakene.

Foretaksmodellen gir de regionale helseforetakene stor frihet til å disponere ressursene innenfor rammen av bestillingen som gis fra Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene kan bli bedre til å ivareta bestillerrollen overfor helseforetakene. Dette kan blant annet skje ved å tilpasse de nasjonale målene knyttet til behandlingsaktivitet til hvert helseforetak, tilpasse kravene i oppdragsdokumentet til regionens strategiske utfordringer og i større grad å operasjonalisere kravene fra eier.

Helseforetakene skal ta hensyn til strategi, krav og prioriteringer fra eier i budsjettprosessen. Helseforetakene ønsker i større grad å integrere innholdet i oppdragsdokumentet i budsjettprosessen. Undersøkelsen viser at vilkår som er gitt i oppdragsdokumentet, og krav i foretaksmøter er dårlig koordinert med helseforetakenes plan- og budsjettprosess. Oppdragsdokumentet til helseforetakene kommer først to måneder etter at budsjettet er vedtatt. Helseforetakene har dermed allerede prioritert ressursbruken gjennom fordeling av budsjettet mellom de kliniske enhetene. Dette reduserer helseforetakenes mulighet både til å nå styringskravene og for å kunne utarbeide et realistisk budsjett. De regionale helseforetakene og helseforetakene mener derfor at oppdragsdokumentets betydning for effektiv styring reduseres. Samtidig viser undersøkelsen at de regionale helseforetakene får signaler fra departementet om hva oppdragsdokumentet vil omfatte, før oppdragsdokumentet foreligger. De regionale helseforetakene har derfor et ansvar for å viderekommunisere disse signalene i egen foretaksgruppe. Undersøkelsen gir likevel grunnlag for departementet til å vurdere tiltak som kan sikre at vilkår som gis i oppdragsdokumentet og krav i foretaksmøter, bedre kan integreres i budsjettprosessen i helseforetakene.

Undersøkelsen viser at for sterk vektlegging på økonomisk balanse inneværende år kan bidra til å redusere helseforetakenes evne til å planlegge



Foto: PhotoDisk

god økonomistyring på lengre sikt. Flere regionale helseforetak har innført eller er i ferd med å innføre langtidsbudsjett. Dette kan gi et bedre grunnlag både for å synliggjøre framtidige økonomiske utfordringer og for å gi mer forutsigbarhet for helseforetakene når de skal utarbeide neste års budsjett.

Undersøkelsen viser at mange direktører og økonomidirektører i helseforetakene mener at budsjettprosessen i foretaksgruppen har vært for dårlig planlagt. Flere regionale helseforetak har nå etablert en mer detaljert framdriftsplan og plankalender for å sikre en bedre integrert budsjettprosess i foretaksgruppen. Dette kan gi et bedre grunnlag og mer forutsigbarhet for helseforetakene når de skal utarbeide neste års budsjett.

Krav til forutsigbarhet er viktig i alle økonomistyringsprosesser. Eier har i perioden 2002 til 2008 håndtert deler av underskuddet, enten med tilleggsbevilgninger i løpet av året, eller ved å godkjenne underskudd i etterkant av driftsåret. Forventninger om tilleggsbevilgninger fra eier reduserer muligheten til å gjennomføre en reell



budsjettstyring i helseforetakene. Gjentatte tilleggsbevilgninger kan oppfattes som signaler om at opprinnelige budsjetttrammer vil kunne justeres. Forventninger om tilleggsbevilgninger kan derfor øke risikoen for blant annet at planlagte og nødvendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i tilstrekkelig grad i de kliniske enhetene. Budsjettet mister dermed mye av sin betydning for å oppnå en god kostnadskontroll i helseforetakene.

Rammetilskuddet er den største inntektskomponenten til helseforetakene. Mange av lederne i helseforetakene mener at fordelingen av rammetilskuddet fra de regionale helseforetakene ikke skjer på en tilstrekkelig objektiv og dokumentert måte i foretaksgruppen. Dette reduserer forutsigbarheten for helseforetakene i deres strategi- og budsjettprosesser. Undersøkelsen viser videre at mange direktører og økonomidirektører mener at fordelingen av rammetilskuddet i for stor grad er basert på ressursfordelingen mellom sykehusene før sykehusreformen, og at dette bidrar til å videreføre skjevheter i ressursfordelingen mellom helseforetakene. Det er derfor positivt at de regionale helseforetakene i de siste årene har arbeidet med å utvikle modellen som fordeler rammetilskuddet mellom helseforetakene.

Departementet har i de siste årene etablert en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene. Tilsvarende har de regionale helseforetakene etablert en tettere oppfølging av helseforetakene. Begge parter opplever at den tette oppfølgingen er nyttig for økonomistyringen. Mange helseforetak opplever at rapporteringen av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet til det regionale helseforetaket er relevant. Helseforetakene bruker imidlertid betydelige ressurser på å rapportere på alle kravene som stilles fra eier i oppdragsdokumentet og i foretaksmøtet. Helseforetakene mener dette gir økonomimedarbeiderne mindre kapasitet til å bistå de budsjettansvarlige lederne i de kliniske enhetene.

Samtidig kommer det fram av undersøkelsen at tilgangen på økonomimedarbeidere i mange helseforetak er begrenset. Det er derfor viktig at departementets krav til rapportering fra helseforetakene ikke gis større omfang enn nødvendig for eier.

Rapportering av realisering av planlagte omstillingstiltak oppleves av mange helseforetak som unødvendig detaljert rapportering. Undersøkelsen viser samtidig at manglende realisering

av omstillingstiltak er en viktig årsak til at helseforetakene ikke når eiers økonomiske styringskrav. Dette viser at helseforetakene selv må ha behov for denne typen informasjon for å kunne gjennomføre en systematisk oppfølging av omstillingstiltakene i virksomheten. Helseforetakenes økonomiske situasjon viser at det var behov for at departementet etablerte en tettere økonomisk oppfølging av de regionale helseforetakene.

Undersøkelsen viser at tilnærmet alle helseforetakene ønsker at de regionale helseforetakene skal bidra mer til innbyrdes samarbeid mellom helseforetakene på området økonomistyring. De regionale helseforetakene arbeider nå med å standardisere systemer og utarbeide felles retningslinjer på ulike områder i foretaksgruppen. Undersøkelsen viser samtidig at de regionale helseforetakene i begrenset grad formidler styringsdata, erfaringer og økonomiske analyser som er nyttige for helseforetakene.

## 6 Økonomistyring i helseforetakene

### 6.1 Hvilke områder genererer merforbruket i helseforetakene?

Årsregnskapene til helseforetakene gir ikke noe entydig svar på hvilke områder som genererer underskuddene. I spørreskjemaundersøkelsen ble derfor helseforetakene spurt om det økonomiske resultatet hittil i 2008 innen henholdsvis kirurgi, medisin, psykiatri, medisinske servicefunksjoner<sup>51</sup> og ikke-medisinske servicefunksjoner<sup>52</sup>.

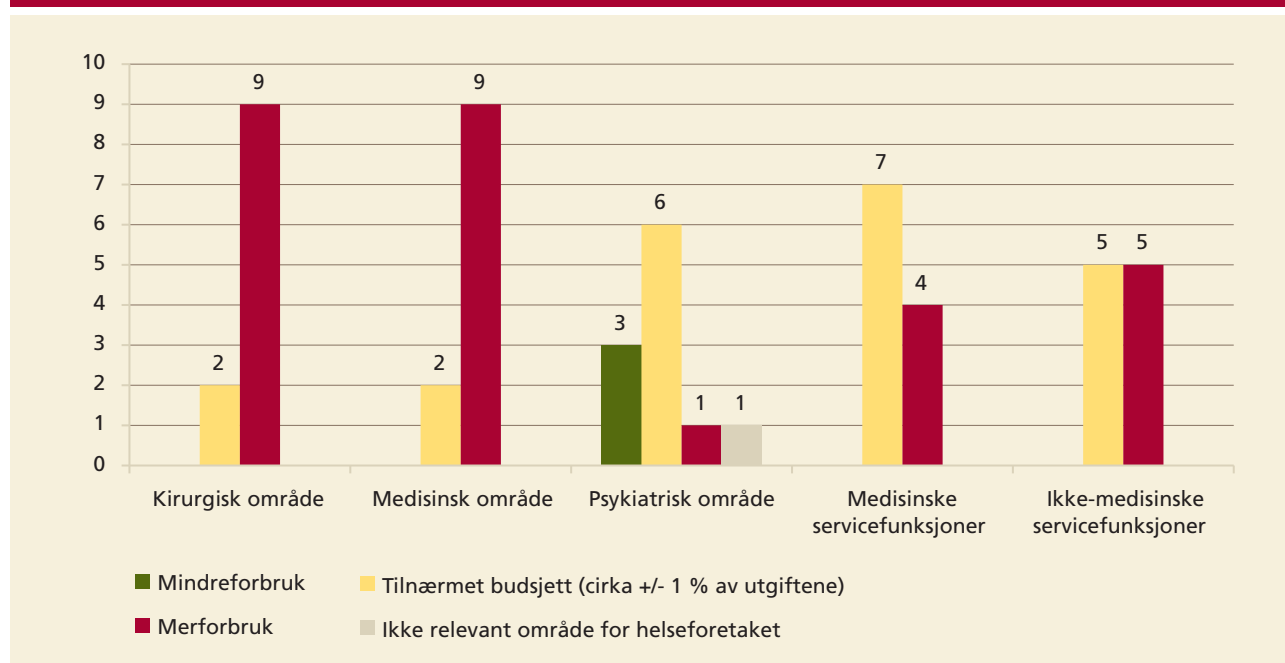
Figur 11 viser økonomisk resultat på ulike områder for helseforetak med dårligere økonomisk resultat enn planlagt i 2008. Den viser at ingen klinikker innen kirurgi eller medisin hadde mindreforbruk blant helseforetakene som hadde svakere økonomisk resultat enn planlagt på slutten av 2008. Ni av elleve av de medisinske og kirurgiske klinikkene hadde merforbruk i 2008. Innenfor psykiatri viser figuren at ni av ti helseforetak hadde mindreforbruk, eller forbruk i henhold til budsjett på psykiatrisk område, til tross for at helseforetaket som helhet hadde svakere resultat

enn planlagt. Det framgår også av figuren at nesten ingen av disse helseforetakene hadde merforbruk på psykiatrisk område på slutten av 2008.

Caseundersøkelsen indikerer at et regnskapsmessig mindreforbruk innen psykiatrien ikke nødvendigvis betyr at økonomistyringen på dette området er mer formålstjenlig. Det framheves av flere informanter at det er et krav om sterkere prosentvis vekst innen psykiatrien enn i somatikken. Samtidig er det for mange helseforetak utfordrende å få rekruttert fagpersoner innen psykiatrien. Mange informanter peker derfor på at det er vanskelig å identifisere tiltak som sikrer en fornuftig vekst i ressursinnsatsen innen psykiatrien.

Videre viser figuren at 7 av 11 helseforetak hadde tilnærmet balanse i medisinske servicefunksjoner, og at halvparten av helseforetakene hadde tilnærmet balanse for ikke-medisinske servicefunksjoner. Spørreskjemaundersøkelsen

Figur 11 Økonomisk status for ulike områder for helseforetak med dårligere økonomisk resultat enn planlagt  
Tall i antall, N = 11<sup>53</sup>



51) Medisinske servicefunksjoner er for eksempel røntgen og laboratorietjenester.

52) Ikke-medisinske servicefunksjoner er for eksempel kjøkken- og renholdstjenester.

blant både de budsjettansvarlige og direktørene indikerer at det først og fremst er de kirurgiske og medisinske områdene som genererer underskuddene i helseforetakene.<sup>53</sup>

## 6.2 Hvordan er budsjettansvaret i helseforetakene organisert?

Helseforetakene har hatt tradisjon for at administrasjonen har hatt ansvaret for økonomien, mens det kliniske personellet har hatt ansvaret for pasientbehandlingen. De som hadde ansvar for pasientbehandlingen, hadde derfor ikke ansvar for kostnadene.<sup>54</sup> Caseundersøkelsen indikerer at det har skjedd en delegering av budsjettansvaret i helseforetakene de siste årene. Delegert budsjettansvar begrunnes med at dersom helseforetakene skal nå de økonomiske målene, så må lederne i enhetene der kostnadene genereres, også ha ansvar for økonomien.

Helseforetakene har ulike benevnelser for de ulike organisatoriske nivåene. I undersøkelsen omtales de ulike nivåene som henholdsvis nivå 2, nivå 3 og nivå 4, der leder på nivå 2 rapporterer direkte til direktør. Spørreskjemaundersøkelsen viser at tilnærmet alle helseforetakene har delegert budsjettansvaret til nivå 3. Et stort flertall av helseforetakene har også delegert budsjettansvaret videre til nivå 4 eller til et enda lavere nivå.

Det er relativt stor enighet blant informantene i caseundersøkelsen om at økt delegering er formålstjenlig. Én direktør gir følgende begrunnelse for delegering av budsjettansvaret:

"Det er de på lavere nivå som leier inn ekstravakter og som styrer bemanningen. Og hvis du får noen rekvirenter der ute som ikke har budsjettansvar, så kan det gå riktig galt. I noen helseforetak har de prøvd å løfte fullmakten for hvem som skal ta beslutninger om overtid og ekstravakter. Det fører stort sett til det omvendte av det de håper på; da krever alle de som sitter under, mer ressurser."

Flere informanter i caseundersøkelsen peker videre på at et av de viktigste suksesskriteriene for å oppnå en god kostnadskontroll, er å få flest

mulig av de budsjettansvarlige til å forstå deres ansvar og rolle. Flere informanter påpeker at i motsetning til overkjøring, maktbruk og mangel på involvering, så virker delegering av budsjettansvar frigjørende, og det øker kreativiteten i de kliniske enhetene. Det framheves at dette øker motivasjonen til å finne tiltak som løser organiseringen av arbeidet på en bedre måte.

Direktørene for helseforetakene har ansvar for betydelige økonomiske midler. Spørreskjemaundersøkelsen viser at dette også gjelder de budsjettansvarlige i de kliniske enhetene. Det er ledere på nivå 2 som har budsjettansvar for mer enn 1 mrd. kroner. Ledere på nivå 2, nivå 3 og nivå 4 har i gjennomsnitt budsjettansvar for henholdsvis 203 mill., 46 mill. og 18 mill. kroner.

## 6.3 Hva har de kliniske lederne budsjettansvar for?

### 6.3.1 Kostnader

Undersøkelsen viser at mange kostnadsarter synliggjøres i de kliniske enhetenes budsjetter. Nesten halvparten av helseforetakene har innført internprising på bruken av servicetjenester. Dette betyr at de kliniske enhetene må betale en pris per forbruk hos serviceenheten.<sup>55</sup> Flere av økonomidirektørene begrunner innføringen av internprising med et ønske om å synliggjøre den reelle ressursbruken i de kliniske enhetene. Prising av servicetjenestene skal også bidra til å redusere unødvendig bruk og øke produktiviteten hos tjenesteleverandøren.

Undersøkelsen viser at helseforetakene har ulik erfaring med innføring av internpriser på servicetjenester. Et flertall av økonomidirektørene er delvis enig i at helseforetaket i hovedsak har oppnådd formålet med innføring av internpriser.<sup>56</sup> Samtidig svarer et flertall av økonomidirektørene at de kliniske enhetene opplever at innføring av internprising er en administrativ belastning.

### 6.3.2 Inntekter

Helsedirektoratet framhever at det er viktig å være oppmerksom på at ISF ikke er, og heller ikke er ment å være, et system for treffsikker finansiering av enkeltpasienter eller enkelt-

53) Tilnærmet alle direktørene (90 prosent) svarer at kirurgi enten i svært stor grad (20 prosent) eller i stor grad (70 prosent) genererer helseforetakets underskudd. Nesten like mange direktører (80 prosent) svarer at medisinsk område i svært stor grad (20 prosent) eller i stor grad (60 prosent) genererer helseforetakets underskudd.

54) Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak (2008): *Økonomi og helse. Perspektiver på styring*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

55) Åtte helseforetak svarer at de har innført internprising på medisinske støttefunksjoner, mens sju helseforetak svarer at de har innført internprising på ikke-medisinske servicetjenester. Fire helseforetak har innført internprising på både medisinske og ikke-medisinske servicetjenester.

56) Et flertall (fem av åtte) av økonomidirektører er delvis enig i påstanden om at helseforetaket i hovedsak har oppnådd formålet med innføring av internprising av servicetjenester. Seks av åtte økonomidirektører er enige i påstanden om at innføring av internprising har redusert unødvendig bruk av servicetjenester.

avdelinger i helseforetakene.<sup>57</sup> Til tross for Helsedirektoratets anbefalinger har et betydelig flertall<sup>58</sup> av helseforetakene valgt å fordele ISF-refusjonen helt eller delvis til de kliniske enhetene. Mange av økonomidirektørene begrunner en videreføring av ISF-refusjonen med at både inntekter og kostnader til driften skal synliggjøres i de kliniske enhetene. Det pekes på at dette skal bidra til at lederne for de kliniske enhetene får et resultatansvar og eierskap til egen produksjon.

Økonomidirektørene i helseforetak som ikke har valgt å fordele ISF-refusjonen videre til de kliniske enhetene, begrunner dette blant annet med at systemet ikke er laget for dette formålet, at det gir incentiv til å behandle økonomisk lønnsomme pasienter. De mener også at det er vanskelig å finne en rettferdig fordeling av ISF-refusjonen mellom de kliniske enhetene.

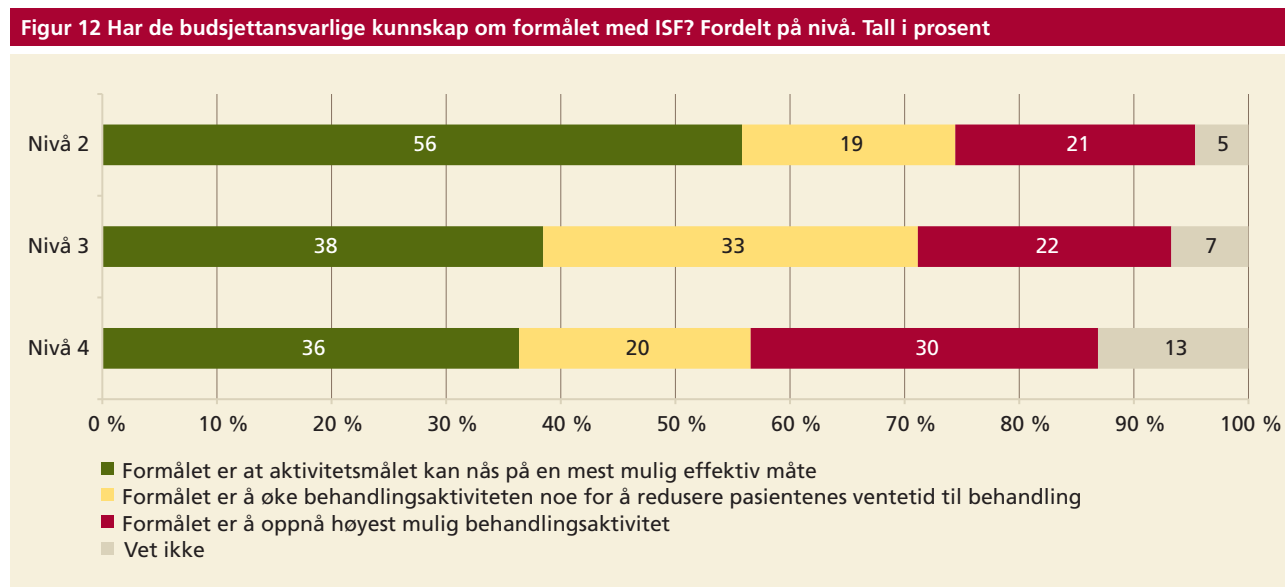
Halvparten av økonomidirektørene oppgir at ISF-refusjonen fordeles mellom de kliniske enhetene når en pasient behandles ved flere kliniske enheter i løpet av pasientoppholdet. Det er imidlertid like vanlig at ISF-refusjonen bare gis til én klinisk enhet, til tross for at pasienten har blitt behandlet ved flere kliniske enheter. Dette innebærer at én klinisk enhet får hele inntekten ved økt aktivitet, mens andre kliniske enheter belastes for store deler av merkostnadene ved økt aktivitet.

Fram til 2003 var formålet med ISF å øke behandlingsaktiviteten for å redusere pasientenes ventetid til behandling. Siden 2003 har formålet med ordningen vært at aktivitetsmålet skal nås på en mest mulig effektiv måte. Spørreskjemaundersøkelsen viser at under halvparten (40 prosent) av lederne for enheter som mottar ISF-refusjon, kjenner til dette formålet, men kunnskapen varierer imidlertid mellom ledere på ulike nivåer, jf. figur 12.

Figur 12 viser at mindre enn halvparten av lederne på nivå 3 og nivå 4 kjenner til at formålet med ISF-ordningen er at aktivitetsmålet skal nås på en mest mulig effektiv måte. Det framgår av figuren at flere enn halvparten av lederne på nivå 2 kjenner til formålet med ISF. Dette innebærer at mange ledere på alle ledernivåer fortsatt tror at formålet med ISF er å øke behandlingsaktiviteten.

#### 6.4 hvilken grad har de budsjettansvarlige innflytelse på det økonomiske resultatet?

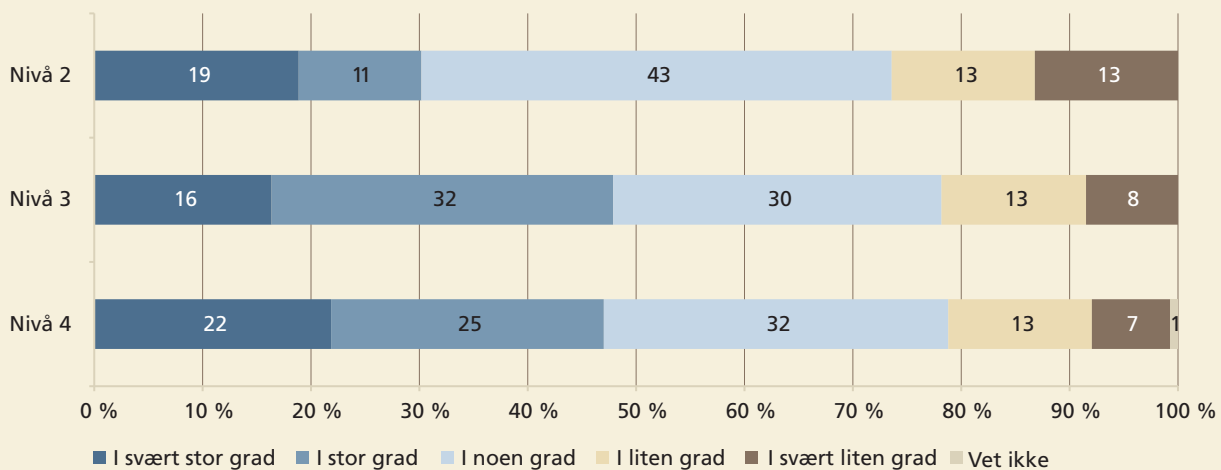
Spørreskjemaundersøkelsen viser at nesten halvparten av lederne (45 prosent) mener at aktivitetsnivået i deres enhet i svært stor eller i stor grad blir påvirket av aktivitetsnivået i andre enheter. Svarfordelingen til påstanden varierer imidlertid mellom ledere på ulike nivåer, jf. figur 13.



57) Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Innsatsstyrt finansiering i helse-tjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak.*

58) 18 av de 22 helseforetakene i spørreskjemaundersøkelsen. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetakene med hensyn til hvilket nivå i organisasjonen ISF-refusjonen blir fordelt.

**Figur 13 I hvilken grad blir aktivitetsnivået i din enhet påvirket av aktivitetsnivået i andre enheter i helseforetaket? Fordelt på nivå. Tall i prosent**

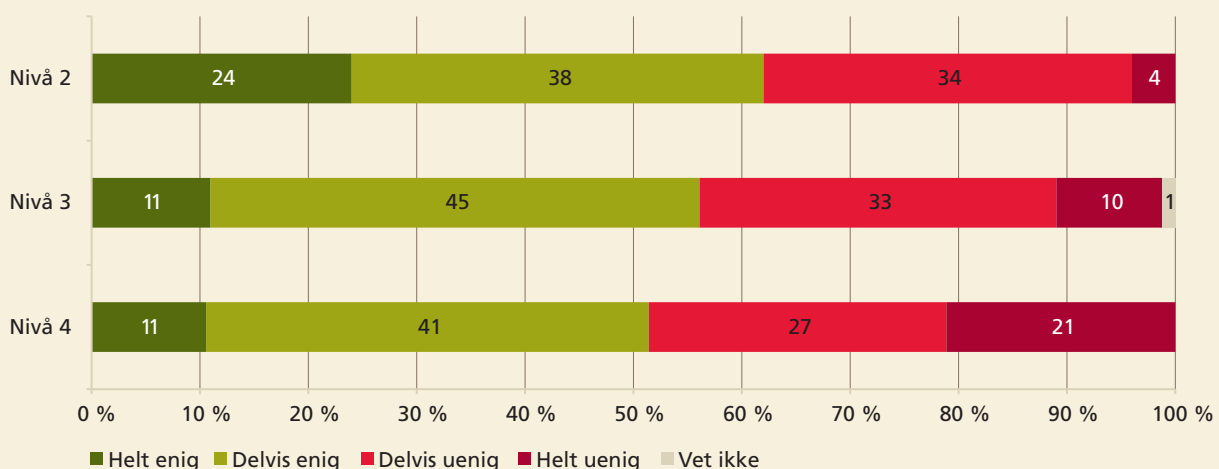


Figur 13 viser at færre ledere på nivå 2 sammenlignet med ledere på lavere nivåer svarer at aktivitetsnivået i deres enhet i stor grad er avhengig av aktivitetsnivået i andre enheter. Én grunn til dette er at mange pasienter behandles i flere ulike enheter innen samme klinikk/divisjon. Samtidig viser figuren at også nesten hver tredje leder på nivå 2 mener at aktivitetsnivået i deres klinikk i stor grad er avhengig av aktiviteten i andre enheter. Nærmere analyser viser at ledere innen somatikken i større grad enn ledere i psykiatrien svarer at de blir påvirket av aktivitetsnivået i andre enheter.

Mer enn halvparten (55 prosent) av lederne i spørreskjemaundersøkelsen er enten helt eller delvis enig i at de har mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjettet. Svarfordelingen til påstanden varierer imidlertid mellom ledere på ulike nivåer, jf. figur 14.

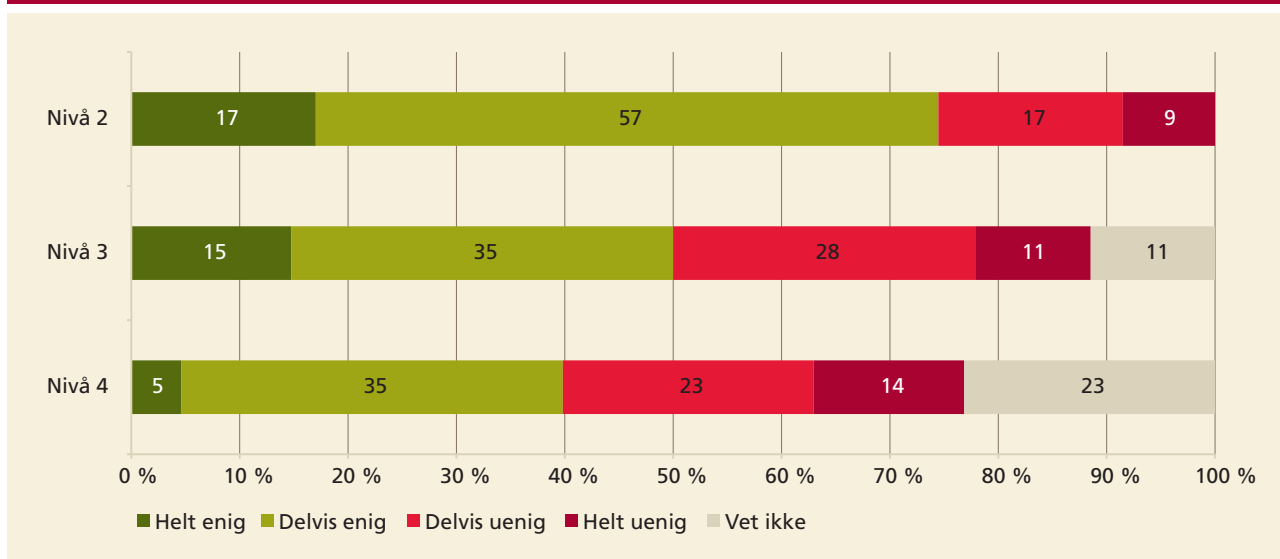
Det framgår av figur 14 at nesten to av tre ledere på nivå 2 er enige i påstanden om at de har mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjettet. Samtidig viser figuren at færre ledere på nivå 4 er enige i denne påstanden.<sup>59</sup>

**Figur 14 Har de budsjettansvarlige mulighet til å tilpasse kostnader til budsjettet? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



59) Nærmere analyser viser at ledere som hadde et mindreforbruk og tilnærmet balanse da de svarte på undersøkelsen, svarte at de i større grad har mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjettet, sammenlignet med de lederne som hadde et merforbruk.

**Figur 15** Blir de økonomiske konsekvensene hos andre enheter tilstrekkelig vurdert ved valg av omstillings- og innsparingstiltak? Fordelt på nivå. Tall i prosent



Spørreskjemaundersøkelsen viser at lederne i enheter som i stor grad påvirkes av aktivitetsnivået i andre enheter, i mindre grad enn andre ledere svarer at de er enige i at de har mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnadene til budsjettet.

Flere informanter i caseundersøkelsen framhever at mange ledere har vanskeligheter med å innfri sitt budsjett fordi aktivitetsnivået er avhengig av beslutninger som tas utenfor enheten. De trekker fram at manglende koordinering mellom de budsjettansvarlige i enheter som er involvert i pasientforløpet, er en vesentlig styringsutfordring. Informantene viser til at regnskapsrapporteringen er knyttet til organisasjonsstrukturen som er vertikalt organisert, mens pasientforløpene og logistikken i hovedsak skjer horisontalt.

Halvparten av lederne i spørreskjemaundersøkelsen er enig i påstanden om at økonomiske konsekvenser hos andre enheter blir tilstrekkelig vurdert ved valg av omstillings- og innsparingstiltak. Svarfordelingen til påstanden varierer imidlertid mellom ledere på ulike nivåer, jf. figur 15.

Figur 15 viser at omtrent tre av fire ledere på nivå 2 er enige i påstanden om at økonomiske konsekvenser hos andre enheter blir tilstrekkelig vurdert ved valg av omstillings- og innsparings-tiltak, mens under halvparten av lederne på nivå 4 er enige i denne påstanden.<sup>60</sup>

60) Nærmere analyser viser en tendens til at budsjettansvarlige som hadde mindreforbruk eller tilnærmet balanse da de svarte på undersøkelsen, i større grad er enige i påstanden om at økonomiske konsekvenser hos andre enheter blir tilstrekkelig vurdert ved valg av omstillingstiltak, sammenlignet med de budsjettansvarlige som hadde et merforbruk.

Dokumentanalysen viser også eksempler på at kliniske enheter som er involvert i samme pasientforløp, ikke i tilstrekkelig grad samarbeider ved valg av omstillingstiltak, jf. tekstboks 4.

#### **Tekstboks 4** Manglende samarbeid ved omstillingstiltak

I et helseforetak er operasjonsstua ikke tilknyttet kirurgisk klinikk. Operasjonsstua er rammefinansiert, mens kirurgisk klinikk mottar ISF-refusjon ved økt behandlingsaktivitet. Kirurgisk klinikk bestiller kapasitet hos operasjonsstua. Kirurgisk klinikk identifiserte økt aktivitet som et tiltak for å bedre økonomien, mens operasjonsstua samtidig identifiserte redusert bruk av overtid og vikarer som et tiltak for å kutte kostnader.

I spørreskjemaundersøkelsen svarer et flertall (59 prosent) av de budsjettansvarlige at enheten det siste året har gjennomført analyser av pasientforløpet som har tatt sikte på å forbedre denne organiseringen for noen pasientgrupper. Nærmere analyser viser at det først og fremst er ledere på nivå 2 (80 prosent) som har gjennomført slike analyser, mens færre ledere på nivå 3 og nivå 4 gjennomfører slike analyser. Flere av informantene i caseundersøkelsen peker på at for å få til gode pasientforløp på tvers av enhetene, må linjeledere både ha legitimitet og forståelse for sin rolle. Lederne må også ha evne og vilje til å samarbeide med lederne i de andre enhetene. Videre peker flere informanter på at gode pasientforløp er avhengig av at lederne både har tid og kapasitet til å samarbeide med andre kliniske enheter som er involvert i pasientforløpet.

## 6.5 I hvilken grad har lederne tid til å lede?

Flere informanter i caseundersøkelsen framhever at det i helseforetakene har vært tradisjon for at flinke klinikere har blitt rekruttert til lederstillinger. Det framheves at mange ledere dermed har vært mer opptatt av det kliniske faget enn å konsentrere seg om å være leder. Flere informanter påpeker at det har blitt vanskeligere å kombinere rollene som leder og kliniker som følge av økt delegering av budsjettansvar. Dette begrunnes både med at det blir viktigere for lederne å bruke tid på ledelse for at styringskravene skal komme tidsnok fram til budsjettansvarlige på lavere nivå, samt at disse i større grad vil etterspørre mer lederoppfølging og støtte.

Flere direktører og økonomidirektører i caseundersøkelsen legger vekt på at for å oppnå god økonomistyring, kreves et tilstrekkelig antall ledere på nivå 2 og 3 som både har tid til å være ledere og som har forståelse for hvilken rolle en leder skal ha. Det påpekes at man får kostnadsbevissthet i helseforetaket først når man har fått mange nok ledere til å forstå at oppgavene må tilpasses ressursene og ikke omvendt.

I spørreskjemaundersøkelsen svarte omtrent hver tredje leder (37 prosent) at de bruker mellom 91 og 100 prosent av sin tid til ledelse. Samtidig bruker hver tredje leder mindre enn 71 prosent av sin tid til ledelse. Spørreskjemaundersøkelsen

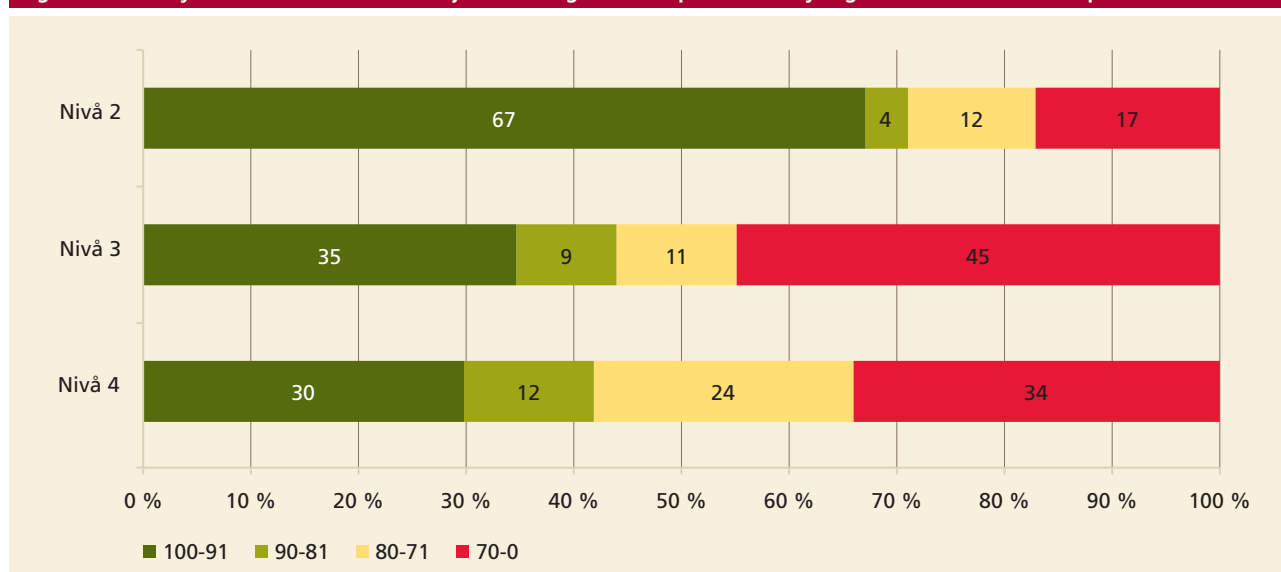
viser videre at det er stor variasjon mellom ledere på ulike nivåer med hensyn til hvor mye tid de bruker på ledelse, jf. figur 16.

Figur 16 viser at to av tre ledere på nivå 2 bruker tilnærmet hele sin arbeidstid (mellom 100 og 91 prosent) til å lede og styre klinikken. Samtidig viser figuren at betydelig færre ledere på lavere nivåer bruker tilnærmet hele sin arbeidstid på ledelse. Det framgår av figuren at bare ca. hver tredje leder på nivå 3 og nivå 4 utøver ledelse tilnærmet på heltid.<sup>61</sup>

I caseundersøkelsen ble det også framhevet at stadig flere av lederne på nivå 2 i hovedsak er ledere på heltid, og at det fortsatt er mest utbredt å kombinere lederrollen med klinisk virksomhet på lavere nivå, sammenlignet med ledere på nivå 2. Videre viser figur 16 at det er flest ledere på nivå 3 som bruker mindre enn 70 prosent av sin tid på ledelse. Flere ledere på nivå 4 ga i caseundersøkelsen uttrykk for at de savner mer oppfølging fra sin overordnede leder.

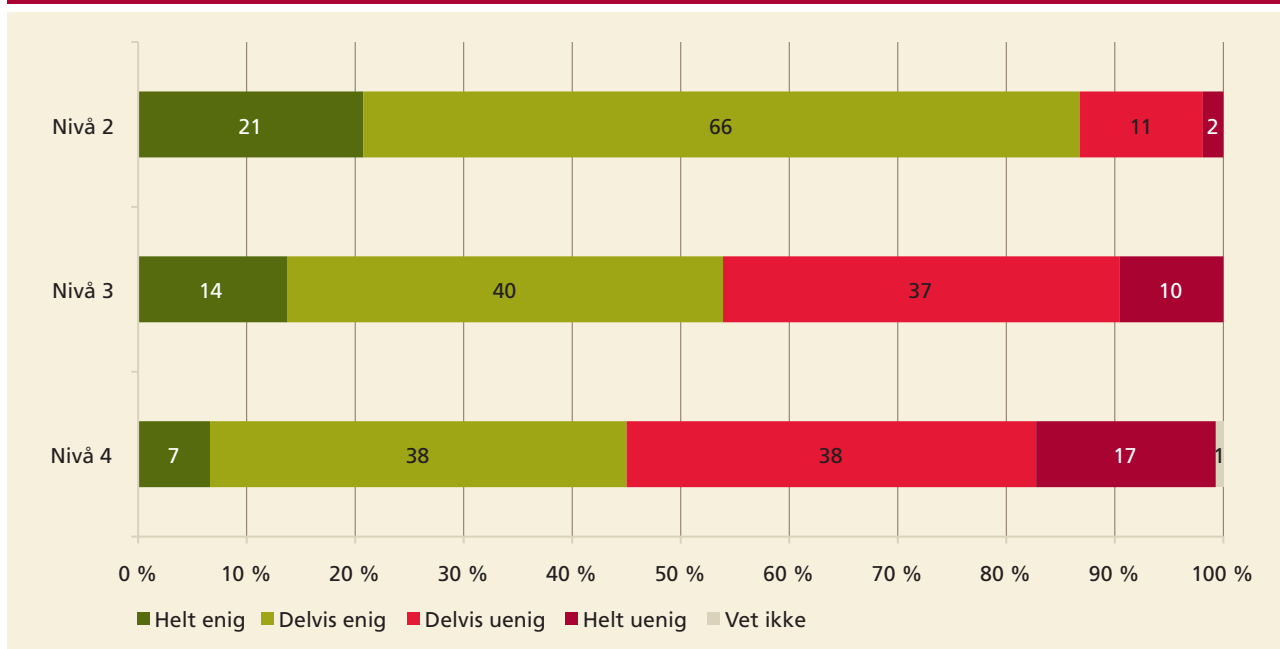
Flere av informantene i caseundersøkelsen vektlegger at en leder må ha tid og evne til å kunne planlegge en effektiv drift. Det ble framhevet at uten tilstrekkelig tid blir det få langsiktige og gjennomarbeidede løsninger, noe som ofte fører til at driften bare fortsetter som før. Én informant i caseundersøkelsen illustrerer dette slik: "Det er ikke det at folk skal springe fortere, men de må

Figur 16 Hvor mye av sin tid anslår de budsjettansvarlige å bruke på ledelse/styring? Andel av arbeidstid i prosent



61) Nærmere analyser viser også at det er stor variasjon mellom leger og sykepleiere i hvor stor del av sin tid de bruker på ledelse/styring. En større andel av sykepleierne er heltidsledere, sammenlignet med legene. Dette gjelder på alle nivåer, men forskjellen er størst på nivå 2 og nivå 3.

Figur 17 Har enhetslederne tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi? Tall i prosent



springe smartere, og løse oppgavene på en annen måte. Da må jo lederen ha tid til å snakke med de ansatte og drøfte mulige løsninger for å komme fram til alternativer."

Flere informanter legger vekt på at det ved økonomiske avvik er spesielt viktig å ha tilstrekkelig tid til å gå inn og analysere hvordan enheten kan korrigere driften eller planlegge driften på en annen måte.

I spørreskjemaundersøkelsen svarer over halvparten av lederne (55 prosent) at de er helt eller delvis enig i påstanden om at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi. Spørreskjemaundersøkelsen viser også at det er store forskjeller mellom ledere på ulike nivåer med hensyn til om de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi, jf. figur 17.

Figur 17 viser at nesten alle lederne på nivå 2 er enige i påstanden om at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi, mens det er betydelig færre ledere på nivå 3 og nivå 4 som er enige i denne påstanden. På nivå 4 er over halvparten av lederne uenige i denne påstanden. Dette samsvarer med caseundersøkelsen som viser at mange ledere på nivå 3 og nivå 4 mener de har begrenset tid til å lede.<sup>62</sup>

62) Nærmere analyser viser at flere enhetsledere innen psykiatri enn innen somatikk er enige i påstanden om at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre økonomien.

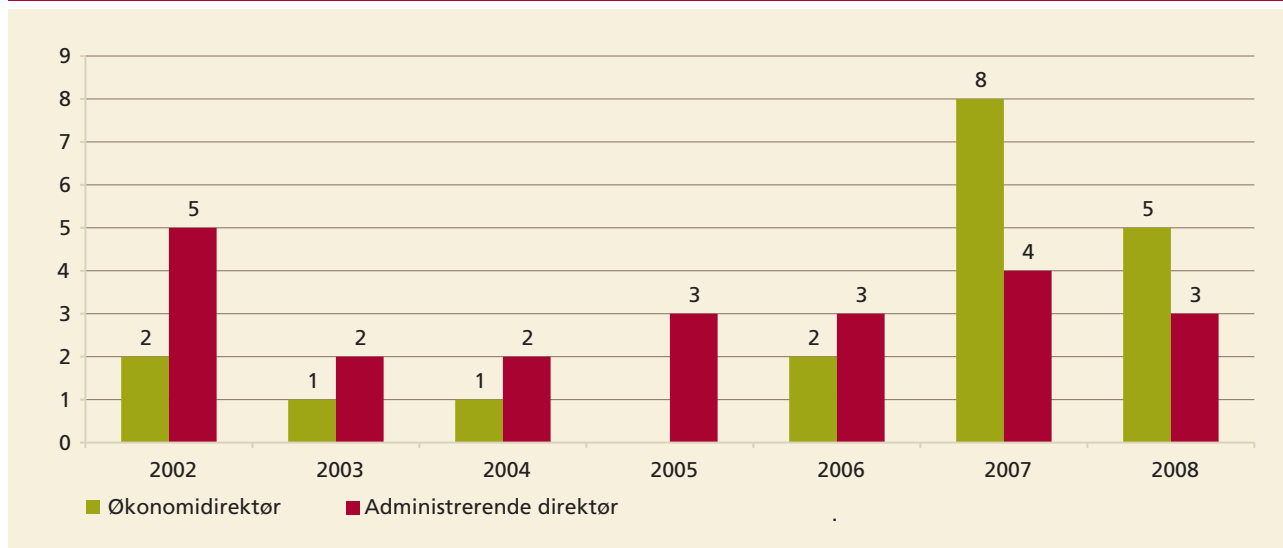
### 6.6 I hvilken grad er det kontinuitet hos de budsjettansvarlige lederne og økonomidirektørene?

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at kontinuitet i ledelsen er viktig for at helseforetakene skal etablere god økonomistyring. Det framheves at det kreves langsiktighet for å oppnå resultater i helseforetakene, og at det ikke finnes raske løsninger. Informantene peker på at det i helsesektoren er vel så viktig med legitimitet som med formell autoritet for å oppnå resultater. De framhever at i en sterk fagkultur må fagpersonellet involveres for å skape legitimitet i endringsprosesser. Flere informanter i caseundersøkelsen framhever at det både er viktig og utfordrende å finne fornuftige måter å involvere de ansatte og nøkkelpersonell på i omstillingsarbeidet. Dette er ofte langsiktige prosesser som gjør at det er vanskelig å skape substansielle resultater uten et flerårig perspektiv.

I spørreskjemaundersøkelsen ble direktør og økonomidirektør spurt om i hvilket år de ble ansatt i stillingen, jf. figur 18. Her kommer det fram at helseforetakene har hatt stor utskiftning av økonomidirektører. Mer enn halvparten (60 prosent) av økonomidirektørene er ansatt i 2007 eller 2008. Bare fire økonomidirektører ble ansatt før 2006.



Figur 18 I hvilket år ble direktør og økonomidirektør ansatt i sin stilling? Antall per årstall<sup>64</sup>



Flere av direktørene har lengre ansiennitet enn økonomidirektørene. Omtrent halvparten av direktørene er ansatt før 2006, men samtidig viser undersøkelsen at også mange helseforetak har direktører med kort erfaring i stillingen. Åtte helseforetak har direktører som er ansatt i 2007 eller i 2008, mens åtte helseforetak har skiftet både direktør og økonomidirektør i perioden 2006–2008.

Flere av direktørene og økonomidirektørene i caseundersøkelsen understreker at god økonomistyring i helseforetakene forutsetter at man rekrutterer, motiverer og beholder kompetente budsjettansvarlige ledere for de kliniske enhetene. I spørreskjemaundersøkelsen ble de budsjettansvarlige spurt om hvor lenge de har vært ansatt i nåværende stilling. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er mer kontinuitet blant de budsjettansvarlige lederne for de kliniske enhetene enn for helseforetakenes økonomidirektører og direktører. To av tre ledere (64 prosent) har hatt stillingen i mer enn tre år, mens bare hver tiende leder har vært ansatt i mindre enn ett år.<sup>64</sup> Flere informanter i caseundersøkelsen peker i denne sammenhengen på at det ikke har vært tradisjon i norske helseforetak for at ledere på lavere nivå skiftes ut som en konsekvens av dårlig måloppnåelse, og at kontinuitet ikke alltid er formålstjenlig for økonomistyringen.

63) Direktør (N = 22) og økonomidirektør (N = 19)

64) Det er svært liten forskjell i kontinuitet mellom de ulike kliniske nivåene.

## 6.7 Vurderinger

Undersøkelsen viser at det i stor grad er kirurgiske og medisinske avdelinger som genererer merforbruket i helseforetakene. Mange helseforetak har et mindreforbruk eller et forbruk i henhold til budsjett innen psykiatrien. Det er derfor først og fremst viktig å ha ledelsesmessig oppmerksomhet på medisinsk og kirurgisk område for å nå eiers økonomiske styringskrav. Samtidig må det understrekes at det også er viktig å fokusere på det psykiatriske området for å sikre en effektiv ressursutnyttelse i helseforetakene.

Undersøkelsen viser at det kreves langsiktighet for å oppnå god økonomistyring i helseforetakene. For å få til omstillinger i helseforetakene må man skape forståelse og aksept for tiltakene hos det kliniske personalet, noe som både krever dialog og et langsiktig fokus. Det er derfor bekymringsfullt at undersøkelsen viser at det er svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Mer enn halvparten av helseforetakene fikk ny økonomidirektør i 2007 eller 2008. Nesten halvparten av helseforetakene har også fått ny direktør siden 2006. Mange helseforetak har skiftet både direktør og økonomidirektør. Dette må skape store utfordringer for helseforetakene med hensyn til å få til nødvendige omstillinger og oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

For å oppnå god økonomistyring må man rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall ledere, som både har forståelse for sin rolle, og som har



Foto: PhotoDisk

tid til å utøve den på en god måte. Undersøkelsen viser at det er bedre kontinuitet blant ledere på lavere nivå enn blant direktører og økonomidirektører. De fleste lederne på nivå 2 er ledere på heltid og mener selv at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetene. Undersøkelsen viser imidlertid at nesten halvparten av lederne på lavere nivå mener at de ikke har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetens økonomi. Én grunn til dette er at de bruker mye av tiden sin til andre oppgaver enn ledelse. En konsekvens blir at de ikke har tilstrekkelig tid til å følge opp og gi støtte til budsjettansvarlige ledere på lavere nivå. Undersøkelsen viser at dette skaper utfordringer for å oppnå en formålstjenlig økonomistyring.

De fleste helseforetakene gir hele ISF-refusjonen til bare én klinisk enhet, mens en stor del av kostnadene ofte genereres i andre enheter. Dette øker risikoen for svak kostnadskontroll ved at man ikke tar hensyn til alle kostnadene ved beslutninger om for eksempel økt behandlingsaktivitet. Undersøkelsen viser at aktivitetsnivået i nesten halvparten av de kliniske enhetene påvirkes i stor grad av aktivitetsnivået i andre enheter. Mange ledere vurderer likevel ikke i

tilstrekkelig grad de økonomiske konsekvensene hos andre enheter ved valg av omstillingstiltak. I tillegg viser undersøkelsen at det ved mange helseforetak er et forbedringspotensial når det gjelder å koordinere og samhandle på tvers av kliniske enheter. Dette kan være en medvirkende årsak til at mange ledere har problemer med å innfri budsjettet fordi aktivitetsnivået er avhengig av beslutninger som tas utenfor enheten.

En viktig begrunnelse for delegert budsjettansvar i helseforetakene er at økonomistyring også må være i fokus på det nivået der kostnadene genereres. Samtidig viser undersøkelsen at det er en utfordring for helseforetakenes kostnadskontroll at den økonomiske rapporteringen følger den vertikale styringslinjen, mens pasientflyten skjer horisontalt på tvers av flere kliniske enheter.

## 7 Strategi-, budsjett- og oppfølgingsprosessene i helseforetakene

### 7.1 Hvordan involveres de budsjettansvarlige i strategiprosessen?

De fleste helseforetakene har utarbeidet strategidokumenter som beskriver forventet utvikling, sentrale satsingsområder og målsettinger. Strategidokumenter er ifølge informantene i undersøkelsen et viktig grunnlag for de årlige budsjett- og handlingsplanene i de kliniske enhetene.

Flere av informantene i caseundersøkelsen peker på at det er viktig å involvere ansatte og ledere på lavere nivå i strategiprosessen. I spørreskjemaundersøkelsen ble de budsjettansvarlige på ulike nivåer spurt om i hvilken grad de er involvert i strategiprosessen for overordnet enhet, jf. figur 19.

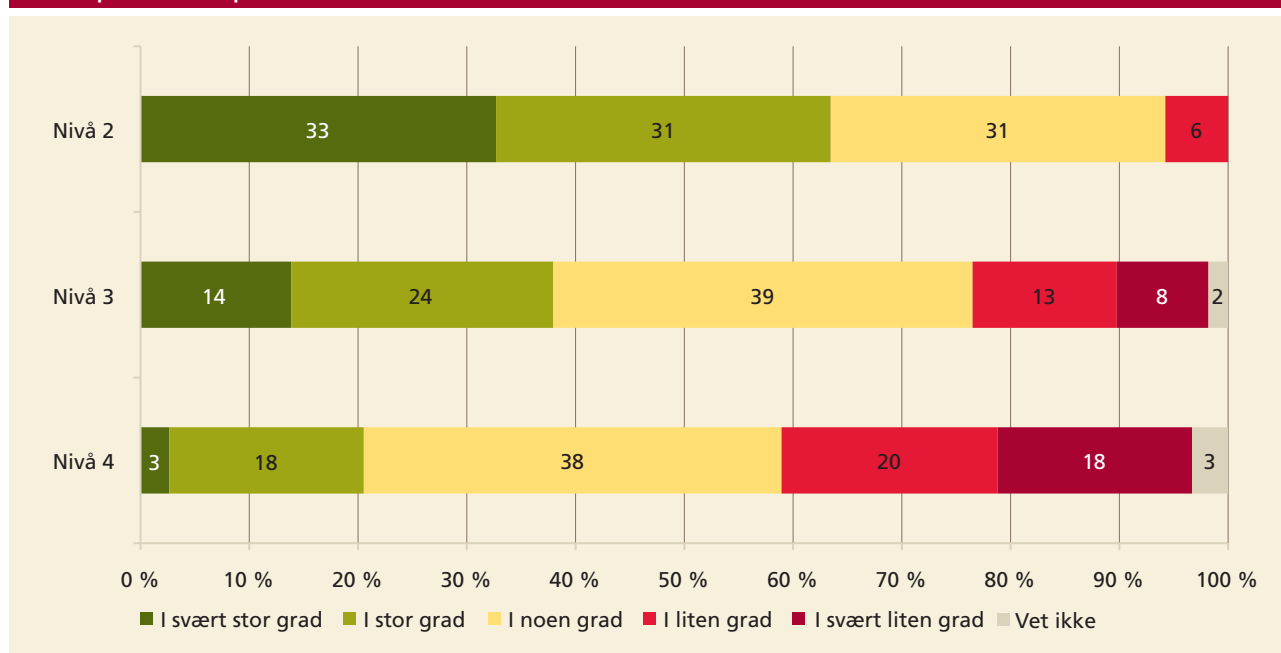
Figur 19 viser at to av tre ledere på nivå 2 i stor grad er involvert i strategiprosessen, mens få i liten grad er involvert. Videre viser figuren at det er stor variasjon mellom ledere på ulike nivåer med hensyn til i hvilken grad de blir involvert

i strategiprosessen for overordnet enhet. Bare hver femte leder på nivå 4 svarer at de i stor grad er involvert, mens 38 prosent i liten grad er involvert.<sup>65</sup>

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at det er tidkrevende å involvere ansatte i strategiprosessen. De framhever at en toppstyrt prosess er tidsbesparende, og at sammenhengen mellom rammebetingelsene og kravene fra eier bedres. Samtidig framheves betydningen av å involvere ansatte i strategiprosessen. Caseundersøkelsen viser at mange helseforetak gir lederne på nivå 2 stor frihet med hensyn til hvordan de vil involvere medarbeidere i strategiprosessen, og det er derfor store forskjeller mellom klinikker i samme helseforetak.

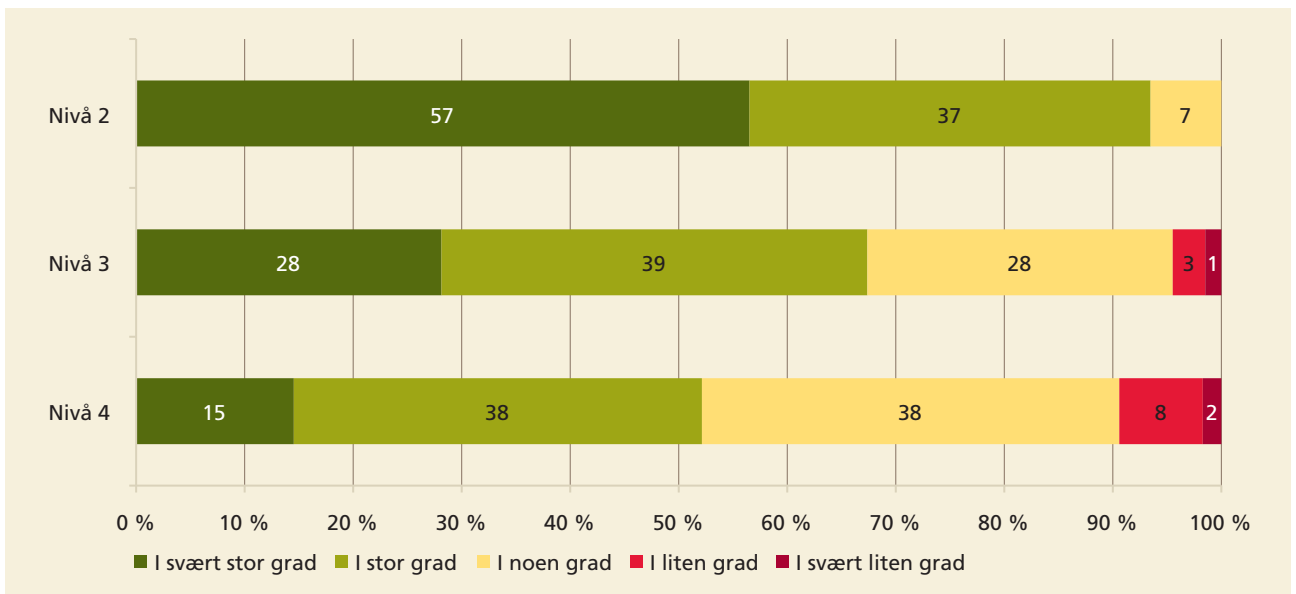
I spørreskjemaundersøkelsen ble budsjettansvarlige på ulike nivåer bedt om å ta stilling til i hvilken grad de kjenner til innholdet i overordnet enhets strategidokument, jf. figur 20.

**Figur 19 I hvilken grad er de budsjettansvarlige involvert i strategiprosessen for overordnet enhet? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



65) Spørreskjemaundersøkelsen viser at ledere som i stor grad opplever å bli involvert i strategiprosessen, også opplever at enheten blir hørt i strategiprosessen. Det er også slik at ledere på nivå 4 svarer at enheten i mindre grad blir hørt i strategiprosessen for overordnet enhet, sammenlignet med ledere på høyere nivå.

**Figur 20 I hvilken grad kjenner de budsjettansvarlige til innholdet i overordnet enhets strategidokument? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



Figur 20 viser at tilnærmet alle lederne på nivå 2 i stor grad kjenner til innholdet i strategidokumentet for overordnet enhet. Samtidig viser figuren at ledere på lavere nivåer har mindre kjennskap til innholdet i strategidokumentet. Nesten halvparten av lederne på nivå 4 kjenner bare i noen grad eller i liten grad til innholdet i strategidokumentet.

## 7.2 Hvordan er forståelsen for styringskravene i helseforetakene, og hvordan formidles disse?

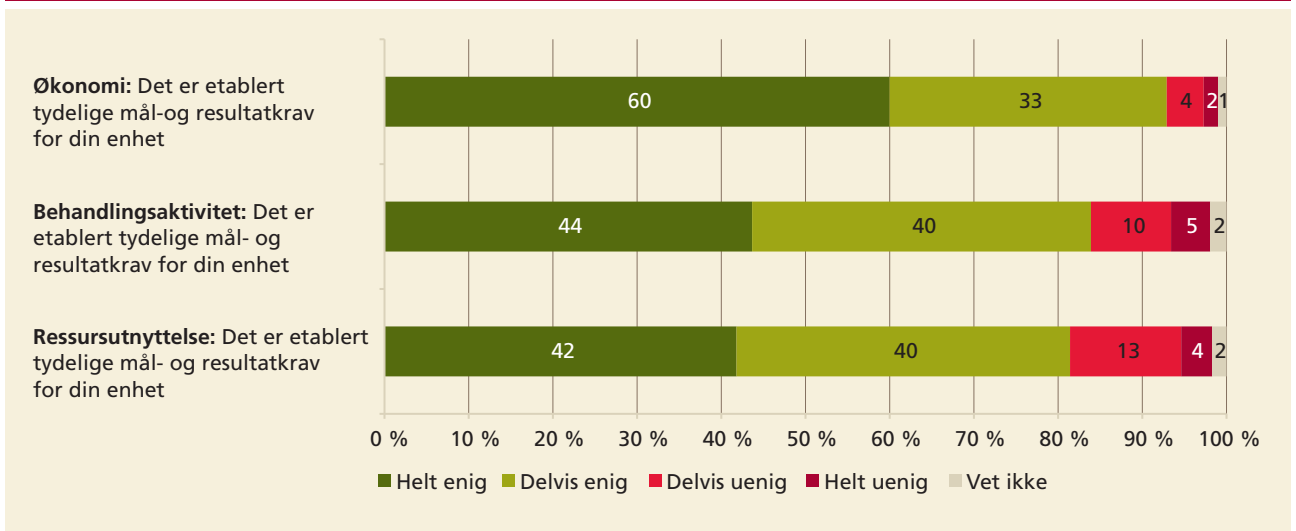
Flere av helseforetakene i caseundersøkelsen har operasjonalisert strategien med tilhørende resultatkrav på ulike områder, blant annet for

pasientbehandling, ansatte og utdanning. Disse resultatkravene fungerer da som styringskrav.

### 7.2.1 I hvilken grad er det etablert tydelige mål- og resultatkrav?

I spørreskjemaundersøkelsen ble lederne bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er i påstander om at det er etablert tydelige mål- og resultatkrav på områder som er viktige for økonomistyringen, blant annet krav til økonomi, behandlingsaktivitet og ressursutnyttelse, jf. figur 21. Denne figuren viser at mange av lederne er enige i at det er etablert tydelig mål- og resultatkrav for henholdsvis økonomi, behandlingsaktivitet og ressursutnyttelse. Det framgår av figuren at tilnærmet alle lederne er enige i at det

**Figur 21 Mener lederne at deres enhet har tydelige mål- og resultatkrav? Tall i prosent**



er etablert klare økonomiske mål- og resultatkrav, mens noen færre ledere er enige i at det er etablert tydelige mål for behandlingsaktivitet og ressursutnyttelse.

Flere direktører i caseundersøkelsen framhever betydningen av å involvere de budsjettansvarlige på lavere nivåer i strategi- og budsjettarbeidet. De trekker fram at dette gir de budsjettansvarlige mulighet til å påvirke budsjettet og styringskravene for enheten, samt at det bidrar til å forankre og skape forståelse for det de har ansvar for. Caseundersøkelsen viser at helseforetakene har utfordringer med å involvere de budsjettansvarlige på laveste nivå.

Nærmere analyse av dataene fra spørreskjemaundersøkelsen viser en klar tendens til at ledere som i stor grad er involvert i strategiprosessen hos overordnet enhet, også i større grad har forståelse for styringskravene som blir gitt for enheten.<sup>66</sup> Tilsvarende viser undersøkelsen at budsjettansvarlige som i mindre grad er involvert i strategiprosessen, har langt dårligere forståelse for styringskravene.<sup>67</sup> Samtidig viser nærmere analyser at det først og fremst er ledere på laveste nivå som er minst involvert, og som har minst forståelse for styringskravene for sin enhet.

### 7.2.2 I hvilken grad er styringsdialogen formalisert?

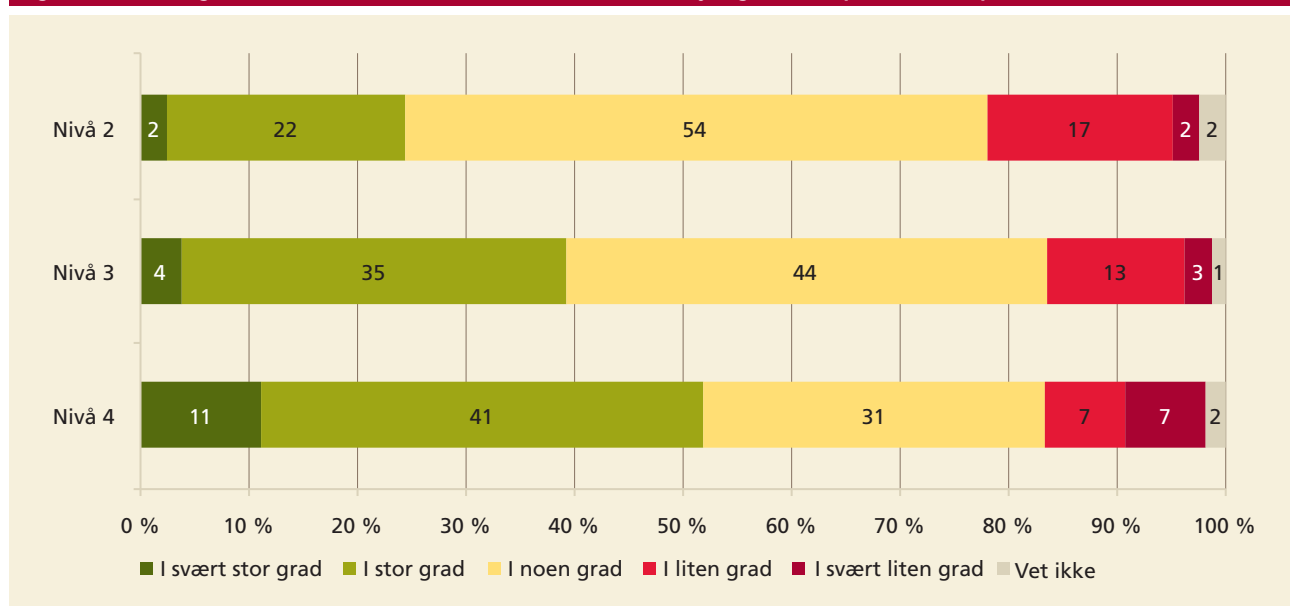
Caseundersøkelsen viser at ledelsen i helseforetakene formidler styringssignaler på ulike måter, for eksempel gjennom intranett, fellesmøter eller styringsdialogmøter. Samtidig viser undersøkelsen at det har blitt vanlig å formalisere styringskrav ved å inngå skriftlige lederavtaler. Spørreskjemaundersøkelsen viser at nesten halvparten av de budsjettansvarlige (45 prosent) har inngått kontrakt eller driftsavtaler.

Ifølge informantene i caseundersøkelsen er en viktig grunn til å inngå slike avtaler å tydeliggjøre ledernes ansvar for å oppnå resultater. Avtalene fungerer som et supplement til øvrige instruksjer og fullmaktsstruktur.

Nesten halvparten (40 prosent) av lederne i spørreskjemaundersøkelsen som har inngått driftsavtaler, mener at avtalen i stor grad bidrar til effektiv styring, mens færre enn hver femte leder (17 prosent) mener at avtalene i liten grad bidrar til effektiv styring. I hvilken grad lederne synes at avtalen bidrar til effektiv styring, varierer imidlertid med nivå, jf. figur 22.

Figur 22 viser at over halvparten av lederne på nivå 4 mener at driftsavtalene i stor grad bidrar til effektiv styring, mens bare hver fjerde leder på nivå 2 har samme oppfatning. Mange informanter på lavere nivå med kontrakt ga i

Figur 22 I hvilken grad bidrar kontrakten/driftsavtalen til effektiv styring? Fordelt på nivå. Tall i prosent



66) Med styringskrav menes her ikke bare økonomiske styringskrav, men også styringskrav knyttet til blant annet behandlingsaktivitet, ventelister, ressursutnyttelse osv.

67) Nærmere analyser viser at denne sammenhengen finnes på alle nivåer.

caseundersøkelsen uttrykk for at kontrakten bidro til å klargjøre ansvaret deres. På nivå 2 ga mange ledere i caseundersøkelsen uttrykk for at de ikke så noen merverdi i å ha kontrakt. Oppgavene og ansvaret deres var tydeliggjort fra før, og ved å være ledere på nivå 2 blir de automatisk involvert i en rekke prosesser i helseforetaket.

Nærmere analyser av dataene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at styringskravene har høyere opplutning blant de budsjettansvarlige som har inngått kontrakt, sammenlignet med de som ikke har kontrakt.

### 7.3 Hvordan organiseres budsjettprosessen i helseforetaket?

Undersøkelsen viser at mange av helseforetakene starter budsjettprosessen etter sommerferien, og at prosessen intensiveres først etter at statsbudsjettet legges fram. Spørreskjemaundersøkelsen viser at de fleste helseforetakene identifiserer omstillingstiltak i forbindelse med budsjettprosessen. Flere informanter framhever at det er utfordrende å få satt av tilstrekkelig tid i budsjettprosessen til å etablere gode prosesser som sikrer et godt eierskap til tiltakene blant de ansatte i de kliniske enhetene.

Ett av helseforetakene i caseundersøkelsen skiller seg fra de andre med hensyn til når de starter budsjettprosessen. Direktøren i dette helseforetaket mener at det er relativt stabile rammebetingelser i sektoren, og til forskjell fra mange andre helseforetak starter de budsjettprosessen i første del av året. Direktøren trekker fram at dette skaper forutsigbarhet for de kliniske enhetene ved at de allerede i juni får tildelt de økonomiske rammene. Allerede i august og september arbeides det intensivt i de kliniske enhetene med å identifisere omstillingstiltak som kan gi en helårseffekt. Med helårseffekt menes det at tiltaket vil gi kostnadsbesparelser allerede fra begynnelsen av budsjettåret. Ifølge direktøren fører tidligere oppstart av budsjettprosessen både til bedre prosesser og til forankring av omstillings-tiltakene i de kliniske enhetene.

#### 7.3.1 I hvilken grad er de budsjettansvarlige involvert i budsjettprosessen?

Flere informanter i caseundersøkelsen gir uttrykk for at medarbeidere i helseforetaket må føle lojalitet og eierskap til budsjettet for at det skal være et godt redskap for økonomisk styring. De

framhever at det er viktig at de budsjettansvarlige involveres i budsjettprosessen for at de skal utvikle en forpliktende og ansvarlig holdning til budsjettene.

Alle økonomidirektørene i spørreskjemaundersøkelsen er enige i påstanden om at de kliniske enhetene i stor grad blir involvert i budsjettprosessen.<sup>68</sup> Flere informanter i caseundersøkelsen framhever betydningen av at de budsjettansvarlige får komme til orde. Én av direktørene beskriver betydningen av involvering slik: "Å budsjettere er vel nærmest sånn å oppnå dialog med de ansatte."

Caseundersøkelsen viser at det likevel må gjøres en avveining mellom å involvere og hvor mye tid man bruker i budsjettprosessen. I ett av helseforetakene i caseundersøkelsen fikk klinikkene først utarbeide et "ønskebudsjet", noe som førte til at summen av budsjettene til de kliniske enhetene i betydelig grad oversteg helseforetakets økonomiske ramme fra eier. Klinikene måtte derfor starte nye prosesser med de ansatte, noe som ifølge informantene opplevdes som lite motiverende. Helseforetaket gir derfor nå en økonomisk ramme som de kliniske enhetene må ta hensyn til når budsjettprosessen starter opp.

Spørreundersøkelsen viser at nesten hver tredje leder (32 prosent) svarer at de i stor grad deltar i budsjettprosessen for overordnet enhet, mens flere ledere (41 prosent) svarer at de i liten grad deltar. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er forskjeller mellom ledere på ulike nivåer med hensyn til i hvilken grad de mener at de er involvert i budsjettprosessen for overordnet enhet, jf. figur 23.

Figur 23 viser at to av tre ledere på nivå 2 svarer at de i stor grad er involvert i budsjettprosessen, mens færre enn hver femte leder på nivå 4 svarer det samme.<sup>69</sup> Videre viser figuren at bare hver tiende leder på nivå 2 i liten grad er involvert i budsjettprosessen, mens nesten halvparten av lederne på nivå 4 i liten grad deltar i budsjettprosessen.<sup>70</sup>

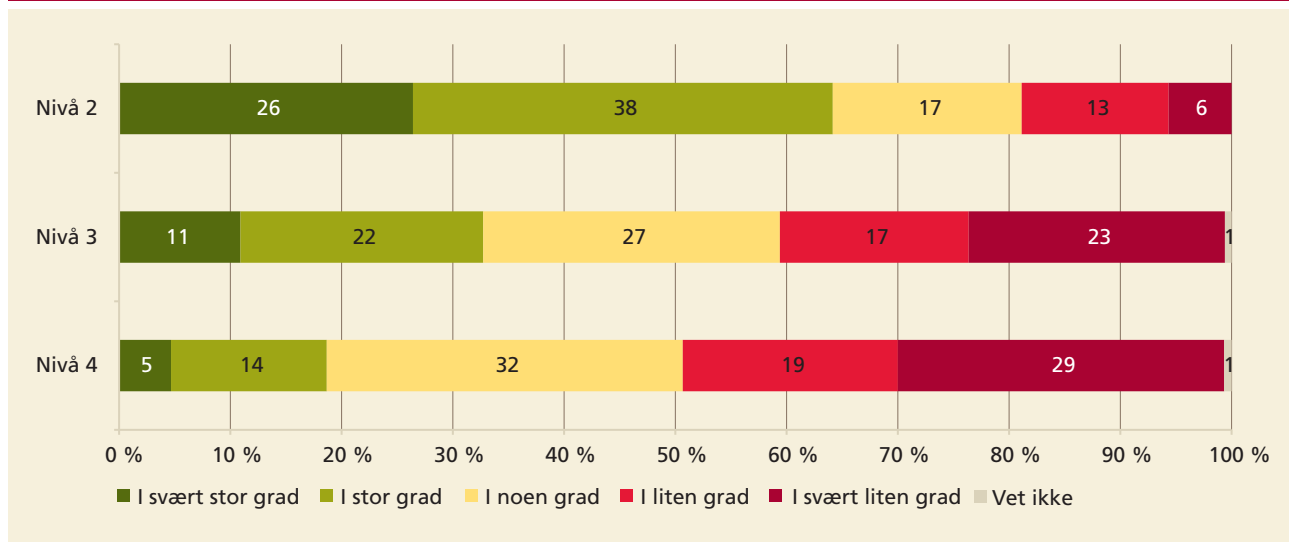
Caseundersøkelsen viser også at det er stor variasjon mellom ledere på lavere nivå med

68) Færre av økonomidirektørene i helseforetakene er enige i påstanden om at de kliniske enhetenes meninger blir hørt i budsjettprosessen.

69) Nærmere analyser viser en tendens til at ledere innen somatikk i større grad deltar i budsjettprosessen enn ledere innen psykiatrien.

70) Nærmere analyser viser at det er en klar tendens til at budsjettansvarlige som svarer at de i stor grad er involvert i budsjettprosessen, også er enige i at enhetens meninger blir hørt i budsjettprosessen.

**Figur 23 | Hvilken grad deltar lederne i budsjettprosessen for overordnet enhet? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



hensyn til i hvilken grad de blir involvert i budsjettprosessen. Informantene viser til at ledere på nivå 2 har stor frihet når det gjelder utformingen av budsjettprosessen i egen klinikk. Dette kan forklare de store forskjellene mellom klinikker i samme helseforetak med hensyn til i hvilken grad ledere på lavere nivå involveres i budsjettprosessen.

### 7.3.2 Hvordan involveres de ansatte i enheten i budsjettprosessen?

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at det også er viktig å involvere de ansatte i budsjettprosessen. Det framheves at mange ansatte uten budsjettansvar tar viktige beslutninger som genererer kostnader, og at involvering av de ansatte kan bidra til at de blir mer kostnadsbevisste i den daglige driften. Et eksempel som nevnes av flere informanter, er beslutninger om det skal leies inn ekstravakter ved sykdom.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at under hver tiende leder på nivå 4 er enig i at de ansatte i stor grad er involvert i budsjettprosessen. Caseundersøkelsen viser at flere ledere på nivå 4 framhever at de ansatte er mest opptatt av oppgaven de skal utføre i pasientrettet arbeid, og at de i mindre grad er opptatt av økonomien. Flere av lederne på nivå 4 ønsker å skjerme de ansatte fra fokuset på økonomi og vil heller legge vekt på arbeidsglede og arbeidet med pasientene. Over halvparten av lederne (53 prosent) på nivå 4 presenterer ikke budsjettet for de ansatte.

### 7.3.3 Hvilken betydning har involvering i budsjettprosessen?

Flere informanter i caseundersøkelsen mener at involvering gir lederne større eierskap til budsjettet slik at det blir en rettesnor i den daglige driften. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er en tendens til at ledere som i stor grad er involvert i budsjettprosessen, i større grad har forståelse for styringskravene fra overordnet enhet. Ni av ti ledere som i svært stor grad er involvert i budsjettprosessen, opplever styringskravene fra overordnet enhet som relevante. Ledere som i mindre grad er involvert i budsjettprosessen, opplever styringskravene som mindre relevante.

Nærmere analyser viser at det er en tendens til at ledere som i stor grad er involvert i budsjettprosessen, også er mer enige i at budsjettprosessen sikrer en rettferdig fordeling av ressurser i helseforetaket, sammenlignet med de som i liten grad er involvert. Av lederne som i svært stor grad er involvert i budsjettprosessen, er 41 prosent enige i påstanden om at den sikrer en rettferdig ressursfordeling. Av de som i svært liten grad deltar i budsjettprosessen for overordnet enhet, er bare 18 prosent enige i at budsjettprosessen sikrer en rettferdig fordeling av ressurser mellom enhetene i helseforetaket.

Over halvparten (54 prosent) av lederne i spørreskjemaundersøkelsen er enige i påstanden om at de opplever budsjettprosessen i helseforetaket som en kamp om ressurser. Nærmere analyser viser at økt involvering i budsjettprosessen ikke nødvendigvis bidrar til at de i mindre grad

opplever den som en kamp mellom enheter om å oppnå mest ressurser til egen enhet.

### 7.3.4 Hvor mye tid brukes det på budsjettprosessen?

Et stort flertall (86 prosent) av økonomidirektørene er uenige i påstanden om at det brukes for liten tid på budsjettprosessen. I spørreskjemaundersøkelsen ble også ledere på ulike nivåer bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de var i påstanden om at det blir satt av for lite tid til budsjettprosessen, jf. figur 24.

Figur 24 viser at det er stor variasjon mellom ledere på ulike nivåer med hensyn til om de opplever at det blir satt av for liten tid til budsjettprosessen. Omtrent halvparten av lederne på nivå 2 er enige i påstanden om at det blir brukt for liten tid på budsjettprosessen, mens nesten tre av fire ledere på nivå 4 er enige i denne påstanden. Undersøkelsen viser derfor at det er svært ulik oppfatning mellom økonomidirektørene og spesielt de budsjettansvarlige på lavere nivå når det gjelder dette spørsmålet.

I spørreskjemaundersøkelsen kommer det ikke entydig fram om begrepet tid knyttes til varighet i kalendertid eller arbeidsinnsats i antall timer. Caseundersøkelsen viser at de budsjettansvarlige bruker mye tid på budsjettarbeidet når prosessen først har startet. Hovedinnsatsen kommer spesielt etter at statsbudsjettet er lagt fram. Én informant i undersøkelsen mener at det brukes nok tid på budsjettprosessen, men stiller spørsmål ved om ressursene blir brukt til riktig tid.

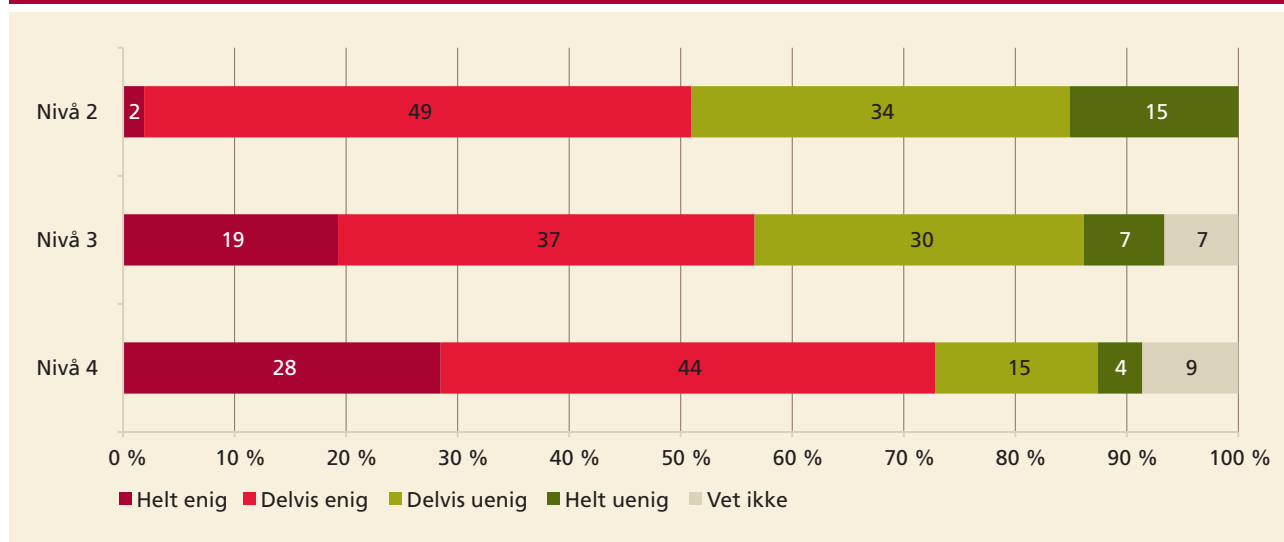
### 7.3.5 Hvordan identifiseres omstillingstiltak i budsjettprosessen?

Hvis driften ikke er tilpasset de økonomiske rammene, må helseforetakene identifisere en rekke omstillingstiltak i budsjettprosessen. I foretaksmøtet for 2008 ble de regionale helseforetakene bedt om å sikre at det iverksettes tiltak som bidrar til at styrene i helseforetakene har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er konkretiserte og gjennomførbare. Det ble videre pekt på behovet for at det enkelte helseforetak til enhver tid har en plan med konkrete tiltak som viser nødvendig omstilling for å oppnå økonomisk balanse. Konsekvensen av tiltakene skal være beskrevet, og framdriftsplanen skal være realistisk. Alle helseforetakene i spørreskjemaundersøkelsen har iverksatt omstillingstiltak for å oppnå resultatkravene for budsjettåret 2008.

I foretaksmøtet ble det framhevet at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv drift på lang sikt, skal prioriteres framfor tiltak med kort-siktige engangseffekter. Spørreskjemaundersøkelsen viser imidlertid at tilnærmet alle budsjettansvarlige ledere er enige i påstanden om at tiltak som har forventet effekt på kort sikt, ble prioritert. Samtidig svarer nesten halvparten (45 prosent) av lederne at de er enige i påstanden om at tiltak som først på lang sikt gir økonomisk effekt, blir nedprioritert.

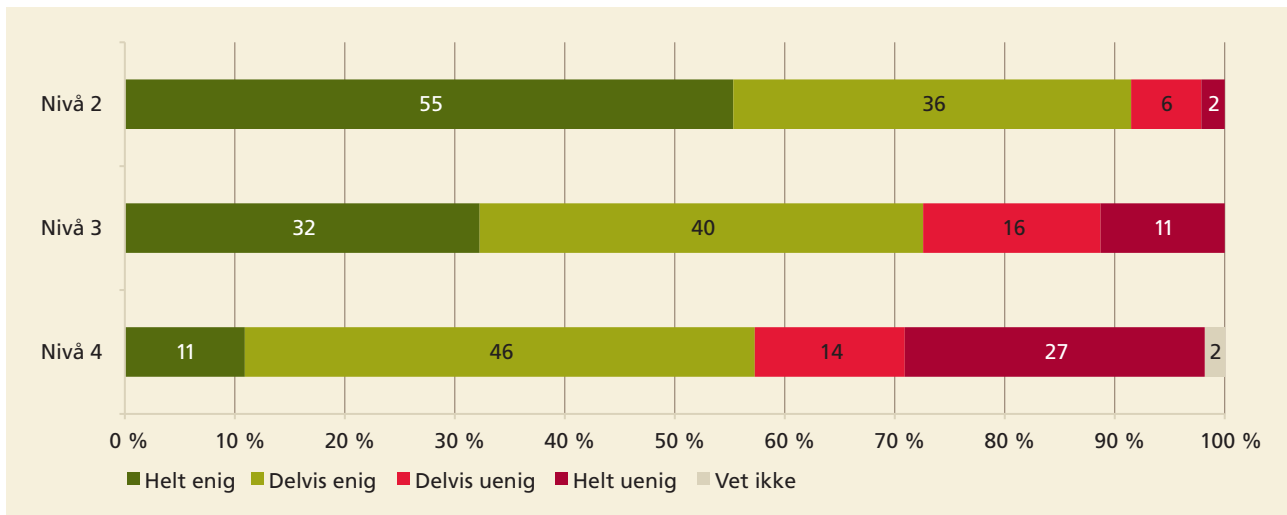
Mer enn to av tre ledere (70 prosent) er enige i påstanden om at de ansatte har vært involvert når det skal velges ut omstillings- og innsparings-tiltak. Det er imidlertid forskjeller mellom ledere på ulike nivåer med hensyn til i hvilken grad de er enige i denne påstanden, jf. figur 25.

Figur 24 Blir det satt av for liten tid til budsjettprosessen? Fordelt på nivå. Tall i prosent





**Figur 25 Har ansatte i enheten vært involvert når det skal velges ut omstillings- og innsparingstiltak? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



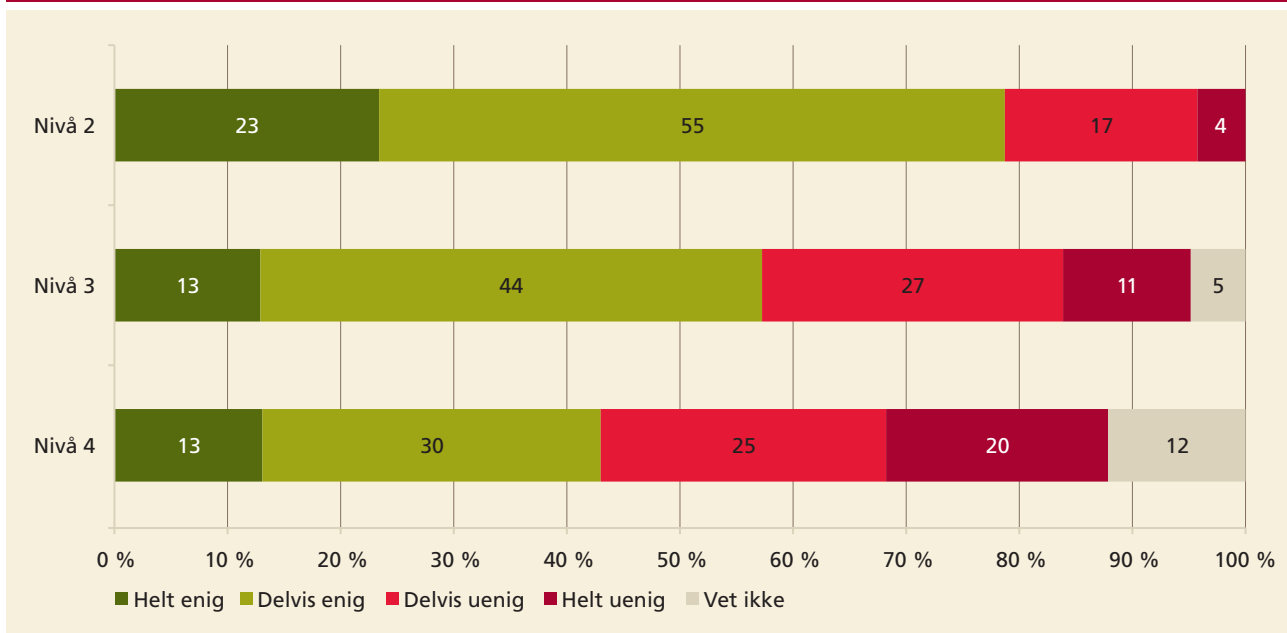
Figur 25 viser at tilnærmet alle ledere på nivå 2 er enige i påstanden om at de ansatte har vært involvert når det skal velges ut omstillings- og innsparingstiltak. Betydelig færre ledere på nivå 4 er enige i denne påstanden.

Mer enn halvparten (55 prosent) av lederne er enige i påstanden om at omstillingstiltakene i enheten har hatt en positiv effekt for å oppnå økonomiske resultatkrav for budsjettåret 2008. Samtidig er mer enn hver tredje leder (38 prosent) uenige i denne påstanden.

Nærmere undersøkelser viser at det er variasjoner mellom ledere på de ulike nivåene i hvor enige de er i denne påstanden, jf. figur 26. Den viser at et stort flertall av lederne på nivå 2 mener at tiltakene har hatt positiv økonomisk effekt, mens under halvparten av lederne på nivå 4 deler dette synspunktet.<sup>71</sup>

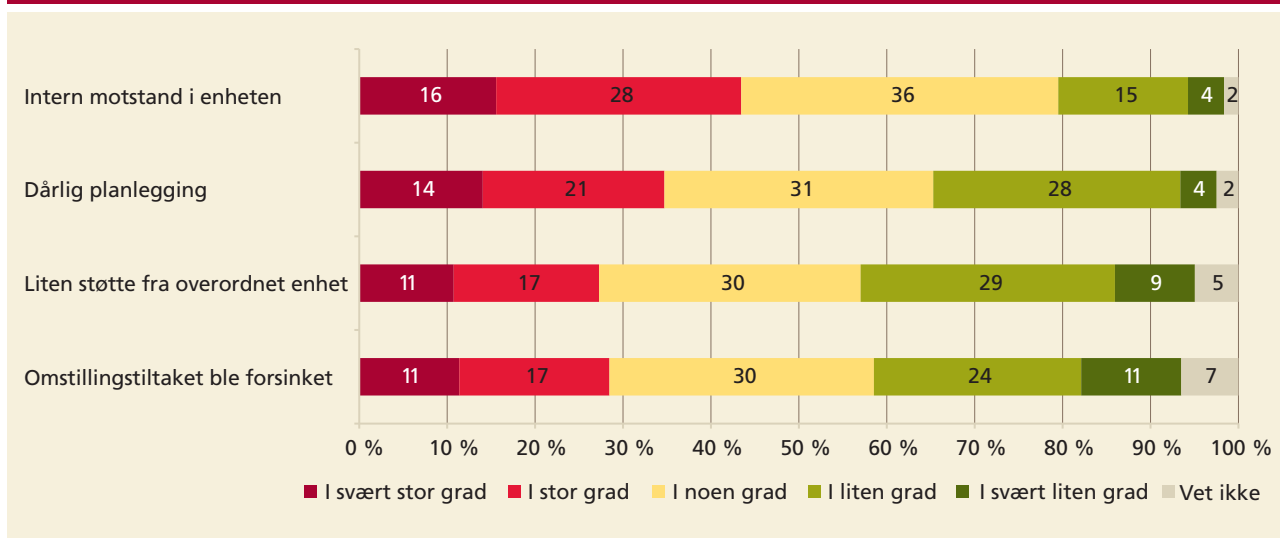
Flere informanter i caseundersøkelsen legger vekt på betydningen av å involvere og sikre nødvendig forankring blant de ansatte når enhetene skal identifisere og gjennomføre omstillingstiltak. Spørreskjemaundersøkelsen viser en klar tendens

**Figur 26 Har omstillings- og innsparingstiltakene hatt positiv økonomisk effekt? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



71) Nærmere analyse viser at lederne mener at tiltakene har hatt relativt få negative utilsiktede effekter på behandlingsaktiviteten. Samtidig svarer mer enn hver tredje leder (40 prosent) at tiltakene har negative utilsiktede effekter for personalet (arbeidsforhold, overtid, sykefravær).

Figur 27 Hva er årsaker til manglende effekt av omstillingstiltak? Tall i prosent



til at lederne som er enige i påstanden om at de ansatte i enheten har vært involvert i valg av omstillingstiltak, også i større grad mener at tiltakene har hatt positiv økonomisk effekt. I enheter der lederen er helt enig i at de ansatte har vært involvert i valg av omstillingstiltak, er mer enn to av tre ledere (71 prosent) enige i at tiltakene har hatt positiv økonomisk effekt. Motsatt er bare én av tre ledere enige i at tiltakene har hatt positiv økonomisk effekt i enheter der lederen er helt uenig i at ansatte har vært involvert når det skal velges ut tiltak.

Lederne som var uenige i at omstillingstiltakene har hatt positiv økonomisk effekt, fikk spørsmål om hva som kunne være årsaken til den manglende positive effekten på økonomien, jf. figur 27. Den viser at nesten halvparten av lederne mener at intern motstand i enheten i stor grad er årsak til manglende effekt av omstillingstiltakene. Videre viser figuren at mer enn hver tredje leder mener at dårlig planlegging i stor grad er årsaken til manglende effekt av omstillingstiltak.

Dokumentanalysen viser at mange helseforetak ikke har identifisert tilstrekkelig konkrete tiltak to måneder inn i budsjettåret. Informantene i caseundersøkelsen peker på at tiltak som er konkrete og godt forankret i de kliniske enhetene, har mindre risiko for manglede positiv effekt sammenlignet med generelle krav til kutt i de kliniske enhetene. Dersom ikke tiltakene er tilstrekkelig konkrete, viser informantene til at det både vil være risiko for at nødvendige tiltak ikke iverksettes og at oppstart av tiltakene blir forsinket. Informantene framhever at omstillingstiltak ofte ikke har umiddelbar virkning, noe som fører til

at tiltakene ikke får effekt store deler av budsjettåret.

Helseforetakene i caseundersøkelsen har utarbeidet gode rutiner for å identifisere konkrete tiltak som er tydelig definert og beskrevet:

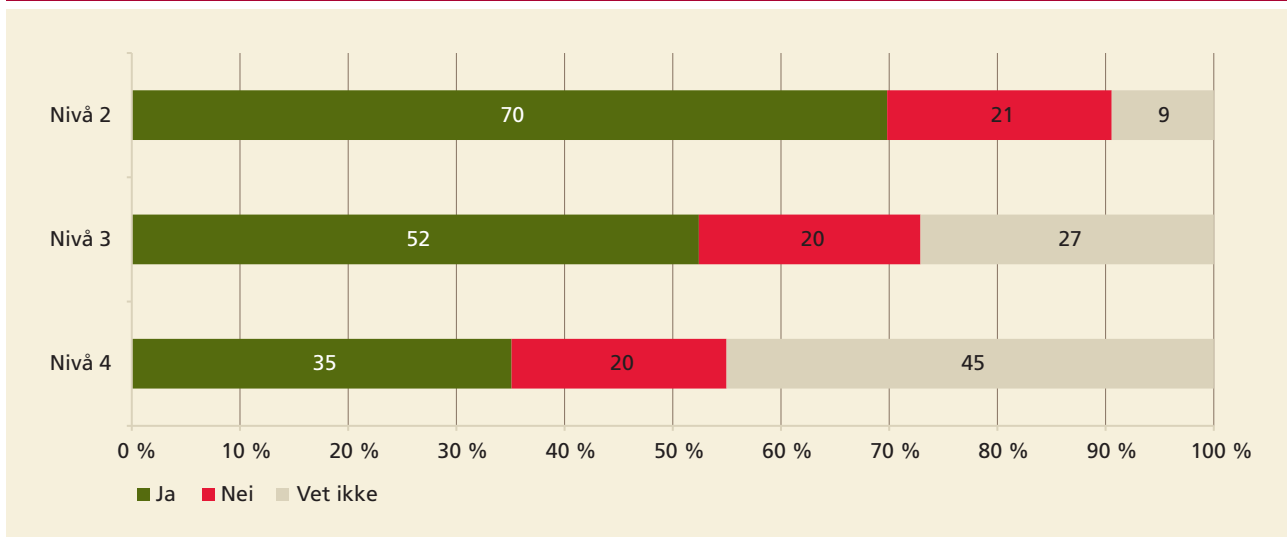
- hva tiltakene består av
- hvordan de skal gjennomføres
- hvem som har ansvar for å realisere dem
- når de skal være utført
- hvilke økonomiske effekter tiltakene skal gi

Samtidig peker flere informanter på at det er utfordrende å etablere realistiske tiltak som er godt forankret i de kliniske enhetene.

### 7.3.6 Hvor formalisert er budsjettprosessen?

I spørreundersøkelsen svarer et stort flertall av økonomidirektørene at det er utarbeidet skriftlige rutiner for budsjettprosessen i helseforetaket. I underkant av halvparten av de budsjettansvarlige (48 prosent) svarer at de kjenner til at det er utarbeidet skriftlige retningslinjer for budsjettprosessen. Svarene varierer med de ulike ledernivåene, jf. figur 28. Den viser at mer enn to av tre ledere på nivå 2 svarer at det er utarbeidet skriftlige retningslinjer for budsjettprosessen, mens bare hver tredje leder (35 prosent) på nivå 4 mener det samme. Videre viser figuren at nesten halvparten av lederne på nivå 4 og mer enn hver fjerde leder på nivå 3 ikke vet om det er utarbeidet skriftlige retningslinjer for budsjettprosessen. De skriftlige retningslinjene for budsjettprosessen er med andre ord lite kjent blant lederne på lavere nivå i helseforetakene.

**Figur 28 Er det utarbeidet skriftlige retningslinjer for budsjettprosessen? Tall i prosent**



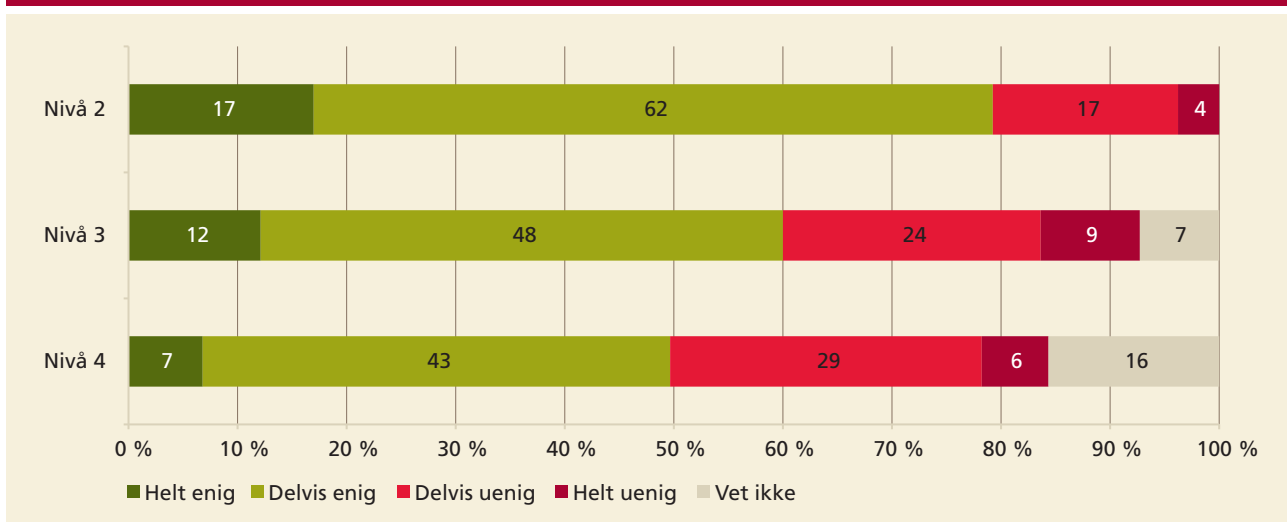
Caseundersøkelsen viser at budsjettprosessen både kan variere mellom klinikker/divisjoner og mellom enheter i disse. Budsjettprosessene kan også variere fra år til år. Spørreskjemaundersøkelsen viser at mer enn halvparten av lederne (59 prosent) er enten helt eller delvis enig i påstanden om at budsjettprosessen er godt planlagt, mens nesten hver tredje leder (32 prosent) er uenig i dette. Om de er enige i påstanden om at budsjettprosessen er godt planlagt, varierer med nivå, jf. figur 29. Her kommer det fram at flest ledere på nivå 2 er enige i påstanden om at budsjettprosessen er godt planlagt. Betydelig færre ledere på nivå 4 har samme oppfatning.

### 7.3.7 Hva legges til grunn for budsjettet?

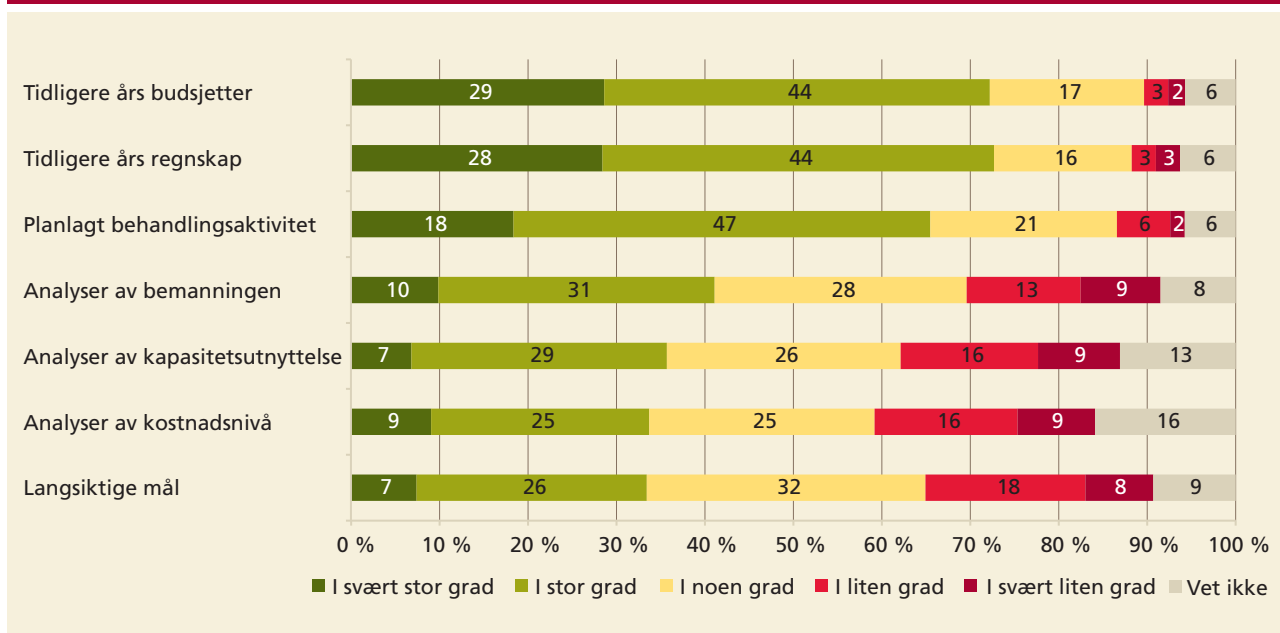
Caseundersøkelsen viser at man vanligvis tar utgangspunkt i fjorårets regnskap, budsjett for inneværende år og den økonomiske statusen hittil i år ved oppstart av budsjettprosessen. I tillegg peker informantene på at budsjettet justeres for å tilpasse endringer i behov, slik at budsjettet ikke bare blir en videreføring av fjorårets budsjett.

Figur 30 viser hva de budsjettansvarlige tok utgangspunkt i for budsjettprosessen i 2008. Den viser også at et betydelig flertall av de budsjettansvarlige i svært stor eller i stor grad tok utgangspunkt i tidligere års budsjetter og regnskap i budsjettprosessen.

**Figur 29 Er budsjettprosessen godt planlagt? Fordelt på nivå. Tall i prosent**



**Figur 30 Hva legges til grunn for budsjettet? Tall i prosent**



I spørreskjemaundersøkelsen svarer nesten halvparten av lederne at de hadde tilnærmet samme budsjett i 2008 som i 2007.<sup>72</sup>

Flere informanter i caseundersøkelsen karakteriserer budsjettprosessen som noe mekanisk, med risiko for at skjvheter i ressursfordelingen blir videreført. Det framheves at det er en risiko for at ledere bruker opp tilgjengelige ressurser på slutten av året for å sikre at neste års budsjett blir like stort. Flere informanter påpeker at det er vanskelig for ledere på et høyere nivå å avsløre om et høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet eller om det skyldes ineffektiv drift.

Figur 30 viser videre at bare hver tredje leder mener de i stor grad tok utgangspunkt i analyser av kostnadsnivå og kapasitetsutnyttelse i budsjettprosessen. Lønnskostnadene utgjør omtrent 70 prosent av de samlede kostnadene til helseforetakene. Likevel svarer under halvparten av de budsjettansvarlige at de i stor grad tok utgangspunkt i analyser av bemanningen.<sup>73</sup>

Videre viser figur 30 at bare hver tredje leder mener at de i stor grad tok utgangspunkt i langsiktige mål i budsjettprosessen. Manglende

langsiktighet i budsjettprosessen illustreres også ved at hver tredje budsjettansvarlige svarer at de i liten grad tar utgangspunkt i prognoser for utviklingen i behov for tjenestetilbudet for relevante pasientgrupper i ansvarsområdet.<sup>74</sup>

Nesten to av tre økonomidirektører mener at de i budsjettprosessen bare i noen eller i liten grad tar utgangspunkt i langsiktige mål som er beskrevet i strategidokumentet. Flere av informantene i caseundersøkelsen ønsker mer langsiktighet i budsjettprosessen. De framhever betydningen av å koble budsjettprosessen til overordnet strategi. I ett av helseforetakene i caseundersøkelsen er indikatoren «ventetid før behandling for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp» et viktig styringsmål innen ett av fire strategiområder. Ifølge direktøren er dette et eksempel på en styringsindikator som er styrende for prioritering av både pasienter og ressursfordeling mellom de kliniske enhetene, noe han mener kan redusere risikoen for at budsjettprosessen oppleves som en kamp mellom enheter for å få tilført mest mulig ressurser. En leder som kjenner til strategien, vil lettere forstå og akseptere at budsjettet i egen enhet kan ha en ugunstig utvikling.

72) Samtidig viser undersøkelsen at hver femte leder fikk en reduksjon i budsjettet fra 2007 til 2008, mens hver tredje leder fikk en vekst i budsjettet i 2008 i forhold til 2007. Nærmere analyser viser at det ikke er store variasjoner mellom nivåene.

73) Under halvparten av økonomidirektørene mener at de i stor grad tok utgangspunkt i analyser av kostnadsnivå og kapasitetsutnyttelse i budsjettprosessen. Videre svarer halvparten av økonomidirektørene at de i liten grad tok utgangspunkt i analyser av bemanningen.

74) Halvparten av økonomidirektørene svarer at de enten i noen grad (25 prosent) eller i liten grad (25 prosent) tar utgangspunkt i prognoser for utviklingen i behov for tjenestetilbudet for relevante pasientgrupper i opptaksområdet.

## 7.4 Hvordan er den økonomiske oppfølgingen?

### 7.4.1 Hvordan skjer den økonomiske oppfølgingen?

Spørreskjemaundersøkelsen viser at mange kliniske enheter (40 prosent) har økonomiske oppfølgingsmøter hver måned, mens omtrent hver tredje enhet har møter oftere. Hver fjerde leder har økonomiske oppfølgingsmøter hvert tertial eller sjeldnere.<sup>75</sup>

Flere av informantene i caseundersøkelsen framhever at det er svært viktig å ha kontinuerlig styring og kontroll for å kunne korrigere driften og iverksette tiltak. Én av direktørene i caseundersøkelsen forklarer at han hver uke får en rapport med oppdatert informasjon om status på områdene behandlingsaktivitet og økonomi for hver klinikk. Denne ukentlige rapporten brukes i møter med lederne på nivå 2.

Én informant i caseundersøkelsen peker på at det i oppfølgingen er viktig å omsette økonomiske termer til et språk som ledere og ansatte forstår. Liggetid, strykninger fra operasjonsprogrammet og ventetid før behandling er eksempler på styringsindikatorer som både har en faglig og en økonomisk dimensjon.

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at helseforetakene tradisjonelt har fokusert på budsjettavvik i den økonomiske oppfølgingen – uten å se avviket i sammenheng med andre styringsindikatorer. Et eksempel som trekkes fram, er at målet om økonomisk balanse må veies opp mot målene om lavt sykefravær og høy medarbeidertilfredshet. Flere av lederne på nivå 4 framhever at det er en risiko for at kostnadsbesparelser som den kliniske enheten oppnår på kort sikt ved å ikke fylle opp vakante vakter, kan føre til lavere medarbeidertilfredshet og høyere sykefravær på lengre sikt.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at flere helseforetak har innført balansert målstyring. I ett av helseforetakene i caseundersøkelsen mener informantene at formålet med innføringen av balansert målstyring er å utvikle styringsindikatorer som skal bidra til å gjennomføre helseforetakets strategi. I helseforetaket blir strategien delt inn i fire hovedområder:

- pasientbehandling
- forskning og utdanning
- medarbeidere
- økonomi

Innen hvert av de fire områdene er det utviklet operasjonaliserte styringsindikatorer som blir fulgt opp i den løpende styringsdialogen i helseforetaket. Det framheves at dette sikrer en mer helhetlig rapportering som utvider perspektivet fra ren budsjettoppfølging av regnskapstall til å fokusere på bakenforliggende årsaker som er "drivere" for å oppnå langsiktige mål.

Caseundersøkelsen viser at både ledere på nivå 2 og ledere på nivå 3 gis stor frihet til å etablere et system for å følge opp underordnede ledere, og at det derfor kan være store forskjeller i hvordan ledere følges opp. Selv om rapportene kan være standardiserte, er det store forskjeller både mellom klinikker og innen klinikkene med hensyn til den økonomiske oppfølgingen.

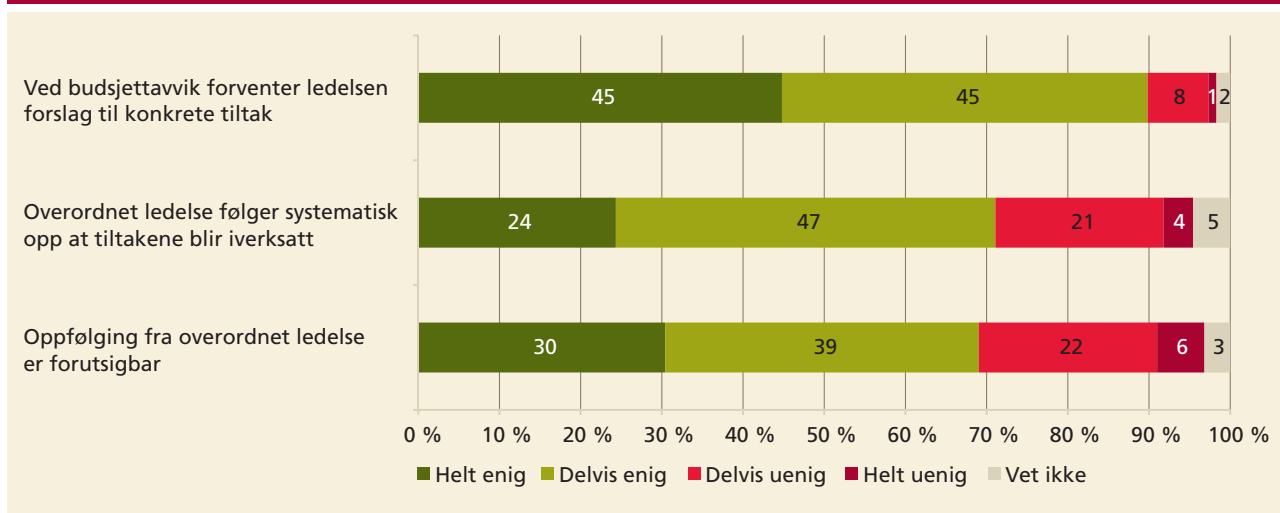
Caseundersøkelsen viser at økonomimedarbeiderne har en viktig rolle i den økonomiske oppfølgingen av de kliniske enhetene. I flere av helseforetakene er det økonomimedarbeiderne som utarbeider en skriftlig vurdering av status og av hva som er viktig å følge opp. Flere av informantene i caseundersøkelsen framhever at det har blitt vanskeligere å gjennomføre denne rutinen etter at budsjettansvaret har blitt delegert til lavere nivåer i helseforetaket. Dette skyldes at det er langt flere budsjettansvarlige ledere på nivå 4 enn på nivå 3. Det pekes derfor på at økonomimedarbeiderne ikke har kapasitet til å utføre en like grundig oppfølging av budsjettansvarlige på det laveste nivået. I ett av helseforetakene i caseundersøkelsen blir dette kompensert ved at de budsjettansvarlige selv må gjøre en skriftlig avviksanalyse med forslag til tiltak ved avvik.

### 7.4.2 Hvordan følger overordnet ledelse opp budsjettavvik?

I caseundersøkelsen pekte mange informanter på at det har vært tradisjon i helseforetakene for at budsjettavvik ble akseptert dersom man kunne gi en god forklaring på avviket. Budsjettavvik som skyldes en økning i øyeblikkelig hjelp-pasienter ble for eksempel akseptert uten at det ble satt i gang nødvendige tiltak. Flere informanter i caseundersøkelsen mener at denne tradisjonen er i ferd med å endre seg, og at de nå i større grad ikke bare må forklare avviket, men også må iverksette tiltak for å redusere avviket.

75) Når man fordeler svarene etter nivå, er svarfordelingen omtrent den samme mellom nivå 2, 3 og 4.

**Figur 31 Hvordan skjer den økonomiske oppfølgingen? Tall i prosent**



I spørreskjemaundersøkelsen ble de budsjettansvarlige spurt om hva som skjer ved et budsjettavvik, jf. figur 31. Den bekrefter det som kommer fram i caseundersøkelsen, at i de fleste helseforetakene må lederne ikke bare forklare avviket, men de må også komme med konkrete tiltak for å komme i økonomisk balanse. Ni av ti budsjettansvarlige ledere er helt eller delvis enige i at overordnet ledelse forventer forslag til konkrete tiltak ved budsjettavvik.<sup>76</sup>

Videre viser figuren at færre ledere er enige i påstanden om at overordnet ledelse systematisk følger opp at tiltakene blir iverksatt. Det er imidlertid stor variasjon mellom ledere på ulike nivåer for denne påstanden. Mer enn fire av fem ledere på nivå 2 er enige i påstanden om at ledelsen følger opp tiltakene systematisk, mens færre av lederne (60 prosent) på nivå 4 er enige i denne påstanden. Caseundersøkelsen viser også at direktørens oppfølging av lederne på nivå 2 er mer systematisk enn lederne på nivå 2 sin oppfølging av underordnede ledere. Det framgår av figuren at om lag to av tre ledere er enige i at oppfølgingen fra overordnet ledelse er forutsigbar.

#### 7.4.3 I hvilken grad bruker helseforetakene økonomiske prognoser?

Formålet med å utarbeide prognoser er å klarlegge resultatutviklingen for ledelsen og å synliggjøre om det er nødvendig å iverksette korrigerende tiltak. En prognose skal inkludere ny tilgjengelig informasjon etter at budsjettet er vedtatt, og den skal gi et reelt bilde av driften framover.

76) Nærmere analyse viser at en større andel av lederne på nivå 2 er helt enige i denne påstanden, sammenlignet med lederne på nivå 3 og nivå 4.

Foretaksmøtet for 2008 påpeker betydningen av at det ved periodeavslutninger utarbeides gode og realistiske prognoser for forventet årsresultat. Foretaksmøtet uttrykte bekymring over at store deler av det antatte avviket mot resultatkravet for 2007 først ble meldt mot slutten av året.

Flere informanter i caseundersøkelsen framhever at helseforetakene ikke har vært gode på å utarbeide prognoser. Ifølge økonomidirektørene har et flertall av helseforetakene ikke utarbeidet en skriftlig rutine som beskriver prosessen og prinsippene for å utarbeide økonomiske prognoser.

I november 2008 ble økonomidirektørene spurt om de trodde årsresultatet ville bli bedre eller dårligere enn budsjettet. Dokumentanalysen viser at halvparten av økonomidirektørene ga feil prognose for årsresultat – til tross for at det bare gjenssto to måneder av 2008.

I foretaksmøtet for 2008 ble det forutsatt at de regionale helseforetakene skal ha en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes gjennomføring av omstillingstiltakene i 2008 enn i 2007 for å sikre mer realistiske prognoser.

Tabell 3 viser henholdsvis budsjettet og faktisk realiseringsgrad av planlagte omstillingstiltak som helseforetakene rapporterte til de regionale helseforetakene, henholdsvis 1. tertial, 2. tertial og 3. tertial 2008. Tabell 3 viser at alle de regionale helseforetakene planla 100 prosent realisering av omstillingstiltakene, mens faktisk realiseringsgrad varierte fra 46 prosent i Helse Nord til 69 prosent i Helse Midt-Norge. Tabellen viser at realiseringsgraden allerede i 1. tertial var dårligere enn budsjettet i alle de fire regionale

**Tabell 3 Realiseringsgrad av omstillingstiltak i forhold til budsjettert realiseringsgrad per tertial. Tall i prosent**

		1. tertial 2008	2. tertial 2008	3. tertial 2008	Året totalt
Helse Nord	Budsjett	23	31	46	100
	Realisert	13	14	19	46
Helse Midt-Norge	Budsjett	32	33	35	100
	Realisert	24	22	22	69
Helse Vest	Budsjett	22	31	47	100
	Realisert	18	22	18	59
Helse Sør-Øst	Budsjett	25	31	44	100
	Realisert	16	21	30	67

Kilde: ØBAK

helseforetakene. Både spørreskjemaundersøkelsen og caseundersøkelsen viser at en årsak til manglende realiseringsgrad er at omstillingstiltak ble forsinket i de kliniske enhetene i helseforetakene.

Tabell 3 viser at med unntak av Helse Midt-Norge planla de tre andre regionale helseforetakene å realisere mellom 40 og 50 prosent av omstillings- og innsparingsgevinstene i 3. tertial. Dokumentanalysen og caseundersøkelsen viser at én grunn til at en så stor andel av effekten planlegges realisert 3. tertial, er at mange omstillingstiltak først blir identifisert i budsjettprosessen. Deretter skal tiltakene planlegges og iverksettes, noe som i praksis tilsier at effekten av tiltakene først kan forventes å få effekt på slutten av året.

Dokumentanalysen viser at mange helseforetak forklarer budsjettavvik med at helseforetakene forventer større realiseringsgrad av omstillingstiltakene etter sommeren enn det som faktisk blir realisert. I foretaksmøtet i 2008 ble det forutsatt at de regionale helseforetakene etablerte oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende måloppnåelse av planlagte tiltak. Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at helseforetakene avdekker avvikene sent på året. Det gjør at de ikke har en reell mulighet til å nå de økonomiske målene gjennom å korrigere kursen og/eller å finne nye tiltak. Ett av helseforetakene i caseundersøkelsen tilstreber å identifisere tiltak så tidlig at de gir planlagt effekt allerede fra begynnelsen av året, slik at det er mulig for lederne for de kliniske enhetene å korrigere kursen før det er for sent. Dette helseforetaket rapporterer om 100 prosent realisering av planlagte omstillingstiltak til departementet.

## 7.5 Incentiver i helseforetakene

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at det er viktig med mekanismer som sikrer at de kliniske enhetene får et mer langsiktig fokus enn de årlige budsjettene, og mange mener at dette vil være viktig for å oppnå en mer effektiv styring.<sup>77</sup>

I spørreskjemaundersøkelsen svarer halvparten av lederne for enheter med merforbruk at det er stor sannsynlighet for at andre enheter må finansiere merforbruket. Videre svarer et stort flertall av lederne at det ved mindreforbruk vil være lite sannsynlig at enheten får økte midler ved at mindreforbruket overføres til påfølgende år. Dette illustreres ved et sitat fra en direktør i ett av helseforetakene i caseundersøkelsen, jf. tekstboks 5.

### Tekstboks 5 Mindreforbruket ved enhetene overføres ikke til påfølgende år

#### Hvis Avdeling 1 går med overskudd, tar de med seg overskuddet til neste år?

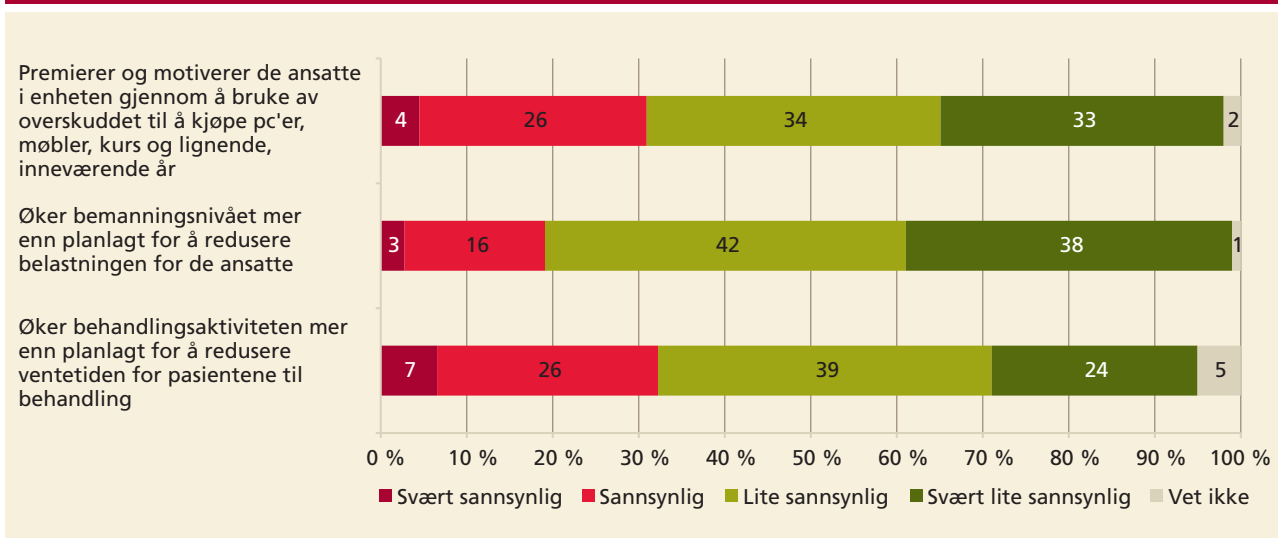
– Avdeling 1 har 6–7 mill. kroner i pluss, men bruker dem opp. Hadde de ikke brukt dem, så hadde det gått med i det store sluket. Sånn sett kan du si at det ville være dumt for Avdeling 1 å gå med overskudd, for da mister de pengene, og da ville lederen fått hørt det fra de ansatte. I Avdeling 2 får de lov til å gå i minus.

#### Det betyr jo at helseforetak aldri vil gå i pluss?

– Nei, det er sant, det er derfor det er så viktig å få omstillingstiltakene til å fungere i Avdeling 2. Det har med kultur og ledelse å gjøre når det gjelder måloppnåelse innen økonomi.

77) Ifølge økonomidirektørene er det ikke vanlig at det gis økonomisk kompensasjon til kliniske enheter som har oppnådd fastsatte aktivitetsmål. Nesten halvparten av de kliniske enhetene fikk tilnærmet samme budsjett i 2008 som i 2007, uavhengig av økonomisk resultat i 2007. Verken enheter med overskudd eller underskudd i 2007 skiller seg vesentlig fra enheter i økonomisk balanse når budsjettet for 2008 og økonomisk resultat for 2007 sammenlignes.

Figur 32 Hvor sannsynlig er det at du vil iverksette følgende tiltak dersom du 1. oktober går med overskudd? Tall i prosent



I spørreskjemaundersøkelsen svarer et stort flertall av lederne at det er sannsynlig at enheter med et mindreforbruk må bidra til å finansiere andre enheters merforbruk. Mange informanter i caseundersøkelsen trekker fram eksempler der de kliniske enhetene har blitt lovet å beholde et eventuelt mindreforbruk til påfølgende år, men at dette har blitt trukket tilbake når andre enheter har hatt stort merforbruk. De framhever at slike ordninger kan føre til at de kliniske enhetene får et kortsiktig fokus i sin styring ved at mange bruker opp et forventet mindreforbruk mot slutten av året.

I spørreskjemaundersøkelsen fikk lederne forespeilet en situasjon der de 1. oktober med rimelig sikkerhet vil oppnå overskudd i inneværende år. Lederne fikk spørsmål om hvor sannsynlig eller usannsynlig det ville være at de ville iverksette ulike typer tiltak, jf. figur 32. Den viser at nesten hver tredje leder oppgir det som sannsynlig at de med et overskudd 1. oktober ville ha økt behandlingsaktiviteten for å redusere ventetiden for pasientene til behandling. Nesten hver tredje leder ville iverksette tiltak som premierer og motiverer de ansatte gjennom å bruke overskuddet til blant annet å kjøpe pc-er, møbler og kurs. Hver femte leder ville sannsynligvis økt bemanningsnivået mer enn planlagt for å redusere belastningen for de ansatte.<sup>78</sup> Over halvparten (54 prosent) av lederne svarer at de med stor eller svært stor sannsynlighet ville iverksette ett av de ovennevnte tiltakene.<sup>79</sup>

78) Nærmere analyser viser at psykiatriske enheter svarer at det er mer sannsynlig å premiere ansatte og øke bemanningsnivået, sammenlignet med somatiske enheter.

79) Nærmere analyser viser at det er små forskjeller mellom ledere på ulike nivå om de vil iverksette ett av tiltakene.

Flere informanter i caseundersøkelsen framhever at man må endre både kulturen og incentivmekanismene dersom helseforetakene skal lykkes med å oppnå kostnadsbevissthet og få et mer langsiktig perspektiv i de kliniske enhetene. I caseundersøkelsen er det stor enighet blant direktører og ledere på lavere nivå om at det er behov for mekanismer som sikrer at kliniske enheter ikke bruker opp et eventuelt mindreforbruk mot slutten av året, men at de i stedet kan overføre deler av mindreforbruket til neste års budsjett.

Enkelte helseforetak i caseundersøkelsen har i forbindelse med budsjetteringen satt av midler til en buffer. Bufferen gjør det mulig for enheter med mindreforbruk å beholde dette, samtidig som bufferen blant annet brukes til å finansiere enheter som har hatt et merforbruk som de selv har hatt liten innflytelse på. Et eksempel på en slik situasjon kan være at en enhet ett år har hatt noen svært kostnadskrevenende pasienter. I en slik situasjon ville det være urimelig å "straffe" disse enhetene økonomisk. Informantene peker i tillegg på at slike ordninger legger til rette for mer langsiktig fokus i de kliniske enhetene.

## 7.6 Vurdering

Helseforetak er virksomheter med høye krav til spesialistkompetanse på lavt nivå i organisasjonen. Klinisk personell kan ha autoritet blant medarbeidere og oppfattes som uformelle ledere. Det er derfor viktig at strategiske beslutninger ikke bare tar hensyn til styringssignaler fra eier, men at også budsjettansvarlige ledere på alle nivåer



involveres i strategiprosessen. Undersøkelsen viser at helseforetakene har utfordringer med å involvere ledere lenger ned i organisasjonene. Dette kan være med å forklare at ledere lenger ned i organisasjonen har mindre forståelse for styringskravene fra overordnet enhet.

Undersøkelsen viser at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke i tilstrekkelig grad er standardisert, noe som fører til en uensartet styring i klinikkene. Lederne på nivået under direktøren gis stor frihet til å planlegge og organisere budsjettprosessen i egen klinikk. Budsjettprosessen kan derfor variere ganske mye mellom klinikker i samme helseforetak. Dette kan forklare at mange ledere på lavere nivå mener at budsjettprosessen ikke er godt planlagt, at det brukes for lite tid på den, og at de i ulik grad er involvert i prosessen.

Undersøkelsen viser en klar tendens til at ledere som i stor grad er involvert i budsjettprosessen, i større grad har forståelse for styringskravene fra overordnet enhet. Videre viser undersøkelsen en tendens til at ledere som i stor grad deltar i budsjettprosessen, mener at budsjettprosessen sikrer en god fordeling av ressurser mellom enhetene i helseforetaket. Ved å delta i budsjettprosessen får lederne større eierskap til eget budsjett og til helseforetakets budsjett, og dermed blir budsjettet også i større grad en rettesnor i den daglige styringen.

De fleste direktørene, økonomidirektørene og lederne på nivå 2 mener at det brukes tilstrekkelig ressurser på budsjettprosessen. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om helseforetakene bruker de samlede ressursene til riktig tid i budsjettprosessen. Mange helseforetak har betydelige økonomiske utfordringer, og en viktig del av budsjettprosessen blir å identifisere nødvendige omstillingstiltak. Det kan stilles spørsmål ved om flere av helseforetakene starter budsjettprosessen for sent til å kunne etablere gode prosesser i de kliniske enhetene. En tidligere start vil bidra til å sikre et godt eierskap til omstillingstiltakene blant de ansatte. Undersøkelsen viser videre at budsjettprosessen starter for sent til å kunne identifisere og planlegge omstillingstiltakene slik at de gir effekt allerede fra begynnelsen av budsjettåret. Undersøkelsen viser at helseforetakene planlegger å realisere store deler av gevinsten av omstillingstiltak i 3. tertial. Dette fører til at selv med en aktiv oppfølging av måloppnåelsen fra ledelsen av plan-

lagte tiltak, vil det være for sent å iverksette kompenserende tiltak.

Undersøkelsen viser at mange ledere på de laveste nivåene ikke er enige i at de ansatte har vært involvert når det skal velges ut omstillings-tiltak. Undersøkelsen viser en klar tendens til at ledere som er enige i at de ansatte har vært involvert i omstillingstiltakene, i større grad mener at tiltakene har hatt positiv effekt på økonomien. Undersøkelsen viser at årsaken til manglende realisering av effekt av omstillings-tiltak i hovedsak skyldes intern motstand i enheten og dårlig planlegging. Hvis man starter opp budsjettprosessen tidligere, kan omstillings-tiltakene i mange helseforetak bli mer konkrete og i større grad forankres i de kliniske enhetene.

Det er en tendens til at budsjettene til de kliniske enhetene i undersøkelsen ofte videreføres fra et år til et annet. Dette skyldes dels at ledere på høyere nivå ikke har tilstrekkelig informasjon om det høye ressursforbruket er medisinsk begrunnet eller om det skyldes ineffektiv drift. Denne praksisen kan føre til at skjevheter i ressursfordelingen mellom kliniske enheter videreføres fra år til år. Undersøkelsen viser derfor et behov for å videreutvikle og i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet, bemanning og ressursbruk. På den måten kan helseforetakene i større grad ta utgangspunkt i analyser av bemanningen og kapasitetsutnyttelsen når de skal utarbeide budsjettet.

Videre viser undersøkelsen at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke i tilstrekkelig grad er koblet til langsiktige mål i strategien. I budsjettprosessen tas det i liten grad utgangspunkt i prognoser for utviklingen i behov for tjenestetilbudet for relevante pasientgrupper. Undersøkelsen viser at helseforetakene har fått økt aksept og forståelse hos lederne for å endre budsjetttrammene når budsjettprosessen har blitt koblet til styringsindikatorer som er utledet av strategien.

Svært få helseforetak utarbeider langtidsbudsjetter. Samtidig har helseforetakene kostnader som er vanskelig å tilpasse på kort sikt. Det kan derfor være hensiktsmessig at helseforetakene utarbeider langtidsbudsjetter for å kunne identifisere omstillingsutfordringer og for å kunne planlegge og håndtere økonomien i årene framover.

Det har blitt en tettere økonomisk oppfølging av ledere på alle nivåer i helseforetakene. Undersøkelsen viser at det er stor variasjon mellom klinikker i samme helseforetak med hensyn til den økonomiske oppfølgingen. Dette skyldes både at ledere på nivået under direktøren gis stor frihet med hensyn til hvordan oppfølgingen skal gjennomføres, og at det ofte ikke er utarbeidet standardiserte rutiner. Undersøkelsen viser også at det er en stor utfordring i mange helseforetak at overordnede ledere ikke følger opp ledere på lavere nivåer på en systematisk måte. Utfordringene forsterkes ofte av at økonomi-medarbeidere heller ikke har kapasitet til å følge opp ledere på lavere nivå enn nivå 3 på samme systematiske måte som de gir støtte til ledere på høyere nivå. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om helseforetakene i større grad bør utarbeide standardiserte og systematiserte rutiner for å sikre en mer enhetlig økonomisk oppfølging av lederne på de laveste nivåene.

Undersøkelsen viser at det i mange helseforetak er vanlig at ledere for enheter som har mindreforbruk, må bidra til å finansiere enheter med merforbruk, og at enheter med mindreforbruk ikke kan overføre dette til neste budsjettår. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om slike mekanismer fører til et overforbruk av ressurser på slutten av året, og om dette fører til at de kliniske enhetene får et kortsiktig fokus. Helseforetakene bør derfor vurdere å utvikle mekanismer som kan bidra til mer langsiktig fokus i de kliniske enhetene.

## 8 Styring i de kliniske enhetene

### 8.1 Benchmarking

I spørreskjemaundersøkelsen ble økonomidirektørene spurt om hvilke styringsverktøy helseforetakene bruker. Flest helseforetak oppgir at de bruker benchmarking i styringen av klinikkene. Ved bruk av benchmarking sammenlignes driften i én enhet over tid, eller enheten sammenlignes med andre enheter. Et viktig formål med benchmarking er å sammenligne både finansielle og ikke-finansielle størrelser for å få informasjon som kan brukes til læring og forbedring av driften. Figur 33 viser økonomidirektørenes oppfatning av i hvilken grad de kliniske enhetene sammenligner seg med seg selv og andre.

Figur 33 viser at over halvparten av økonomidirektørene tror at de kliniske enhetene i stor grad bruker rapporter og analyser til å sammenligne driften i enheten over tid. Det framgår av figuren at det er mindre vanlig at de kliniske enhetene sammenligner driften i egen enhet med andre enheter i helseforetaket. Under hver fjerde økonomidirektør tror at de kliniske enhetene i stor grad sammenligner driften i egen enhet med andre enheter i helseforetaket. De budsjettansvarlige

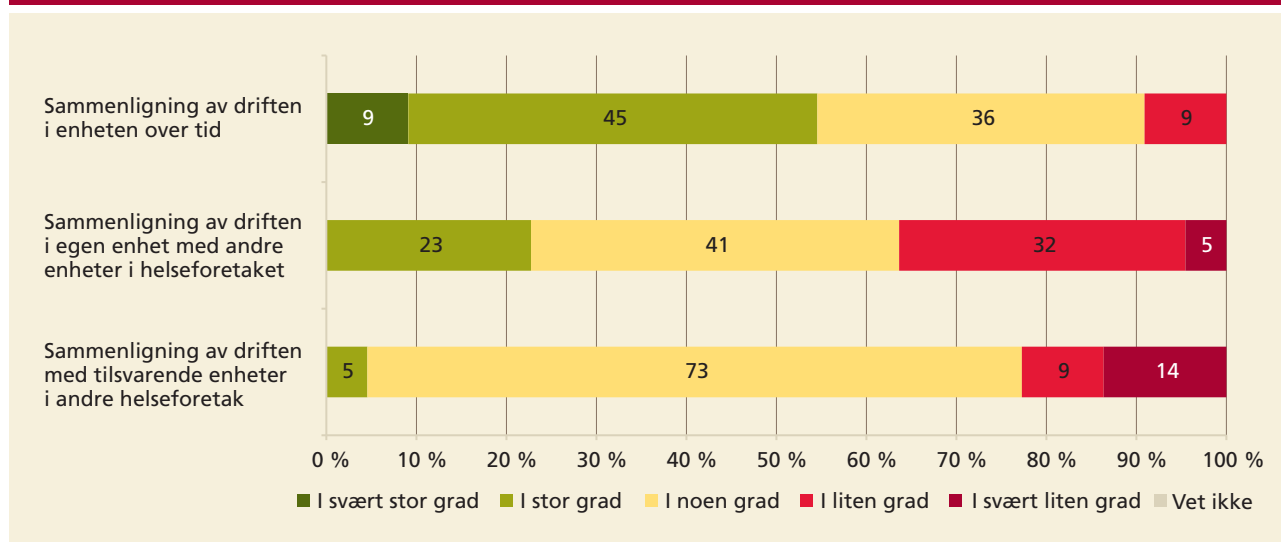
selv svarer at de først og fremst sammenligner driften i egen enhet over tid, og at det i liten grad blir gjort sammenligninger med andre enheter.<sup>80</sup>

### 8.2 Hvordan brukes styringsinformasjonen?

Informanter i caseundersøkelsen legger vekt på at kostnadskontroll i de kliniske enhetene krever at de budsjettansvarlige har tilstrekkelig informasjon for å styre økonomien. Lønnskostnadene utgjør en stor andel av kostnadene til samtlige helseforetak. Flere av informantene i caseundersøkelsen framhevet at for å få kostnadskontroll i et helseforetak må lederne i den økonomiske oppfølgingen også følge opp behandlingsaktiviteten og bemanningen og se disse i sammenheng.

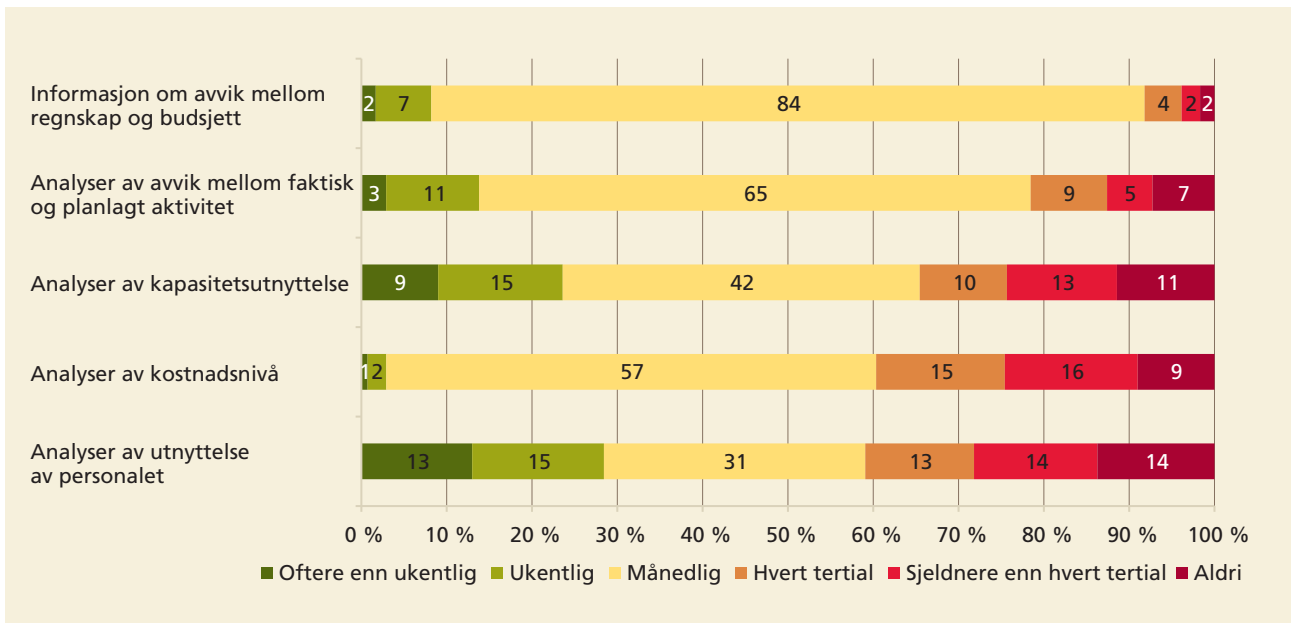
Spørreskjemaundersøkelsen viser at et stort flertall av de budsjettansvarlige henter ut informasjon om økonomi, behandlingsaktivitet og bemanning fra it-systemet, månedlig eller oftere. I spørreskjemaundersøkelsen ble de budsjettansvarlige spurt om hvor ofte de brukte ulike typer informasjon som grunnlag for styringen av enheten, jf. figur 34.

Figur 33 I hvilken grad bruker de kliniske enhetene benchmarking? Tall i prosent



80) Dette gjelder både internt med andre enheter i helseforetaket og sammenligninger med enheter i andre helseforetak. Halvparten av lederne svarer at de i liten grad benytter slike sammenligninger, mens 17 prosent svarer at de aldri bruker slike analyser.

**Figur 34 Hvor ofte bruker de budsjettsansvarlige ulike typer informasjon som grunnlag for styringen av enheten? Tall i prosent**



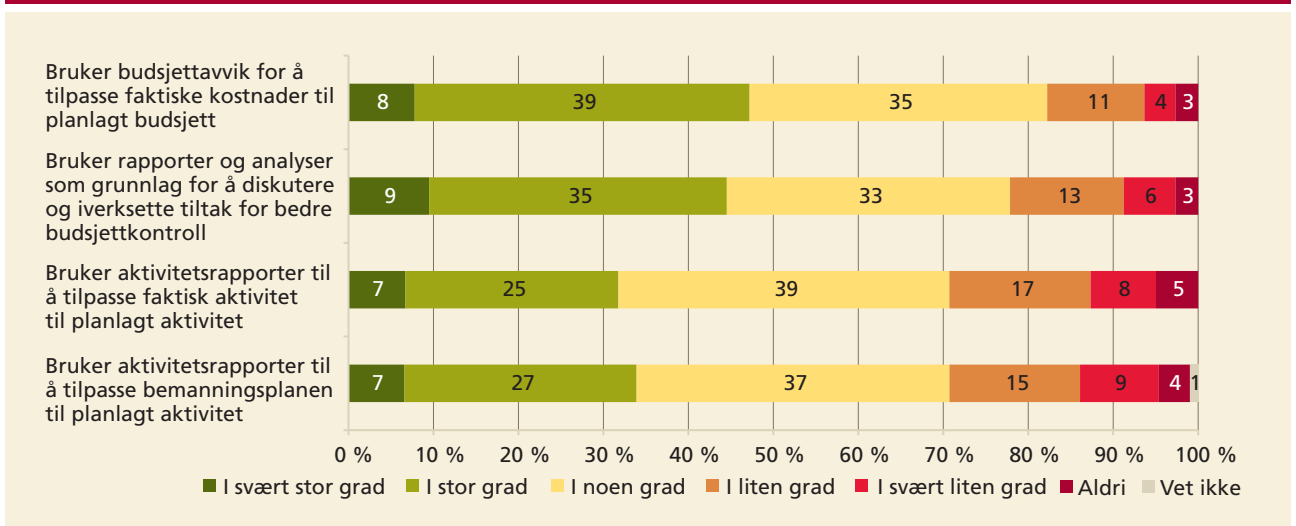
Figur 34 viser at færre enn hver tiende leder bruker informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett oftere enn hver måned som grunnlag for å styre enheten. Det er mest vanlig at ledere bruker denne typen informasjon hver måned som grunnlag for styringen. Nesten hver tiende leder bruker denne typen informasjon sjeldnere enn hver måned til dette formålet.

Videre viser figuren at nesten to av tre ledere bruker analyser av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet hver måned som grunnlag for å styre økonomien i enheten. Mer enn hver tiende leder bruker denne typen informasjon ukentlig eller oftere til dette formålet.

Det framgår av figuren at færre budsjettsansvarlige bruker analyser av henholdsvis kapasitetsutnyttelsen, kostnadsnivået og utnyttelsen av personalet som grunnlag i styringen av enheten. Hver tredje leder gjør analyser av kapasitetsutnyttelsen i styringen av enheten hvert tertial eller sjeldnere, mens omtrent 40 prosent av lederne gjennomfører analyser av kostnadsnivået og utnyttelse av personalet hvert tertial eller sjeldnere.

I spørreskjemaundersøkelsen ble de budsjettsansvarlige også spurt om i hvilken grad de bruker regnskaps- og aktivitetsrapporter samt avviksanalyser til ulike formål, jf. figur 35. Her kommer det fram at nesten halvparten av lederne bruker budsjettavvik til å tilpasse faktiske kostnader til

**Figur 35 I hvilken grad bruker de budsjettsansvarlige regnskaps- og aktivitetsrapporter til ulike formål? Tall i prosent**



faktisk budsjett. Dette innebærer at mer enn halvparten av lederne bare bruker budsjettavvik i noen eller i mindre grad til dette formålet. Nærmere analyser viser at i overkant av 40 prosent av lederne bruker budsjettavvik i stor grad til å argumentere for å få tildelt mer ressurser.

Videre viser figur 35 at hver tredje leder bruker aktivitetsrapporter i stor grad til å tilpasse faktisk aktivitet til planlagt aktivitet. Med andre ord svarer et betydelig flertall av de budsjettansvarlige at de i noen eller i mindre grad bruker aktivitetsrapporter til dette formålet. Nærmere analyser viser at nesten halvparten av lederne (47 prosent) bruker aktivitetsavvik i stor grad til å argumentere for å få tildelt mer ressurser. Flere informanter i caseundersøkelsen peker i den sammenhengen på at et budsjettavvik som kan forklares med et aktivitetsavvik, ofte aksepteres.

Figur 35 viser videre at omtrent hver tredje leder bruker aktivitetsrapporter i stor grad til å tilpasse bemanningsplanen til planlagt aktivitet. To av tre ledere bruker med andre ord aktivitetsrapporter i noen eller mindre grad til dette formålet.

### 8.3 Bemanningsplanlegging

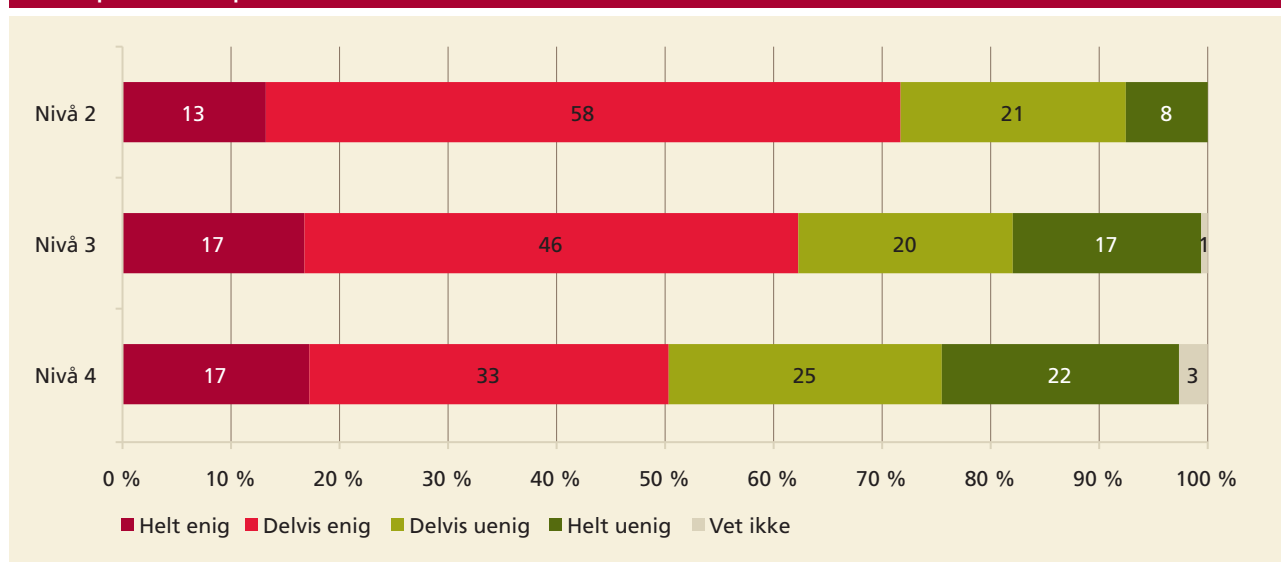
På grunn av manglende resultatoppnåelse i 2007 ble det i foretaksmøtet lagt mer detaljerte føringer for de regionale helseforetakenes oppfølging. Dette gjaldt blant annet bedre kontroll med bemanningsutviklingen. Mange av informantene i caseundersøkelsen peker på at det er viktig å fokusere på sammenhengen mellom behandlings-

aktivitet og bemanning for å oppnå en god kostnads kontroll. I spørreskjemaundersøkelsen er et stort flertall av økonomidirektørene enige (72 prosent) i at ledelsen i for liten grad fokuserer på effektiv utnyttelse av personalressursene i oppfølgingen av de kliniske enhetene. Videre er mange av økonomidirektørene (80 prosent) enige i at helseforetaket i for liten grad gjennomfører analyser som kan forklare sammenhengen mellom behandlingsaktivitet og bemanningsnivå.

I foretaksmøtet for 2008 framgår det at de regionale helseforetakene skal sikre at bemanningen i det enkelte helseforetaket er sammensatt på en hensiktsmessig måte ut fra foretakets oppgaver. Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at det er store variasjoner mellom de kliniske enhetene med hensyn til belastning for de ansatte. Flere av direktørene framhever i caseundersøkelsen at man i budsjettprosessen for 2009 i større grad har fokusert på lønnskostnadene for å oppnå en bedre ressursutnyttelse. Én av direktørene i undersøkelsen illustrerer dette på denne måten: "Du må se på bemanningen, for du finner ikke 150 mill. ved å øke prisene på parkering og maten i kantinen."

Et flertall av både direktørene, økonomidirektørene og de budsjettansvarlige lederne er helt eller delvis enige i påstanden om at bemanningen i de kliniske enhetene i for liten grad tilpasses variasjoner i behandlingsaktiviteten. Figur 36 viser hva de budsjettansvarlige på ulike nivåer svarte på den samme påstanden.

**Figur 36** Hvor enig er du i at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses variasjoner i behandlingsaktiviteten? Fordelt på nivå. Tall i prosent



Figur 36 viser at et betydelig flertall av lederne på nivå 2 er enige i at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses variasjoner i behandlingsaktiviteten. Lederne på nivå 4 har mer kontakt med det kliniske personalet enn lederne på nivå 2, og i caseundersøkelsen peker flere ledere på nivå 4 på at mange ansatte ofte opplever arbeidsdagen som hektisk. Figur 36 viser likevel at halvparten av de budsjettansvarlige på ledernivå 4 er enige i påstanden om at bemanningsplanen i for liten grad er tilpasset variasjoner i behandlingsaktiviteten.

Flere informanter i caseundersøkelsen peker på at dårlig bemanningsplanlegging kan få uheldige konsekvenser. Ett eksempel mange trakk fram, var at ferieplanlegging ikke er koordinert mellom kliniske enheter som er involvert i det samme pasientforløpet, jf. tekstboks 6.

#### **Tekstboks 6 Ferieplanleggingen koordineres ikke mellom enhetene**

Etter en operasjon blir pasienten sendt til sengeposten. Likevel begynte ferien til operasjonsavdelingen én uke senere enn ferien til de som arbeider ved sengeposten som er organisatorisk tilknyttet en annen klinikk. Manglende koordinering av ferieavviklingen førte til at operasjonsavdelingen fikk lavere kapasitet i flere uker, og til at bemanningen på sengeposten ikke ble tilpasset behandlingsaktiviteten i flere av disse ukene.

I foretaksmøtet for 2008 ble det forutsatt at de regionale helseforetakene skal sikre at helseforetakene etablerer rutiner for at egne ansatte blir omdisponert på tvers av kliniske enheter. Bakgrunnen for dette er å redusere bruken av innleid personell. Caseundersøkelsen viser at flere helseforetak har etablert bemanningspooler for å utnytte personalet på en bedre måte. Flere av helseforetakene har også innført et nytt verktøy for personalplanlegging i 2008. I disse helseforetakene mener mange informanter at de i større grad har mulighet til å gjennomføre en bedre og effektiv bemanningsplanlegging som er tilpasset behandlingsaktiviteten, inkludert en mer effektiv ferieavvikling.

Videre viser spørreskjemaundersøkelsen at to av tre ledere (66 prosent) er enige i påstanden om at de har gode nok styringsdata til å planlegge en kostnadseffektiv bruk av personalressurser. Tilgang på tilstrekkelige styringsdata har betydning for en god bemanningsplanlegging. Lederne som har tilgang på styringsdata som viser forholdet mellom bemanning og aktivitet mener i større grad at bemanningsplanleggingen er

tilpasset variasjoner i behandlingsaktiviteten, sammenlignet med ledere som ikke har denne typen informasjon.

Samtidig peker flere informanter i caseundersøkelsen på at det ikke først og fremst er bedre styringsverktøy som må til for å utnytte personalressursene på en god måte. Mange informanter framhever at det har vært en tradisjon i helseforetak for at det er arbeidsplanene som styrer behandlingsaktiviteten og ikke motsatt. Mange informanter mener at denne praksisen må endres dersom de kliniske enhetene skal oppnå bedre ressursutnyttelse og kostnadskontroll.

### **8.4 De budsjettansvarliges økonomikompetanse**

Det er en forutsetning at de budsjettansvarlige tilegner seg tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien. Flere av informantene i caseundersøkelsen framhever at det er en utfordring at de budsjettansvarlige nedover i organisasjonen ikke har tilstrekkelig kompetanse på dette området. Figur 37 viser hvordan ledere på ulike nivåer vurderer om de har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten.

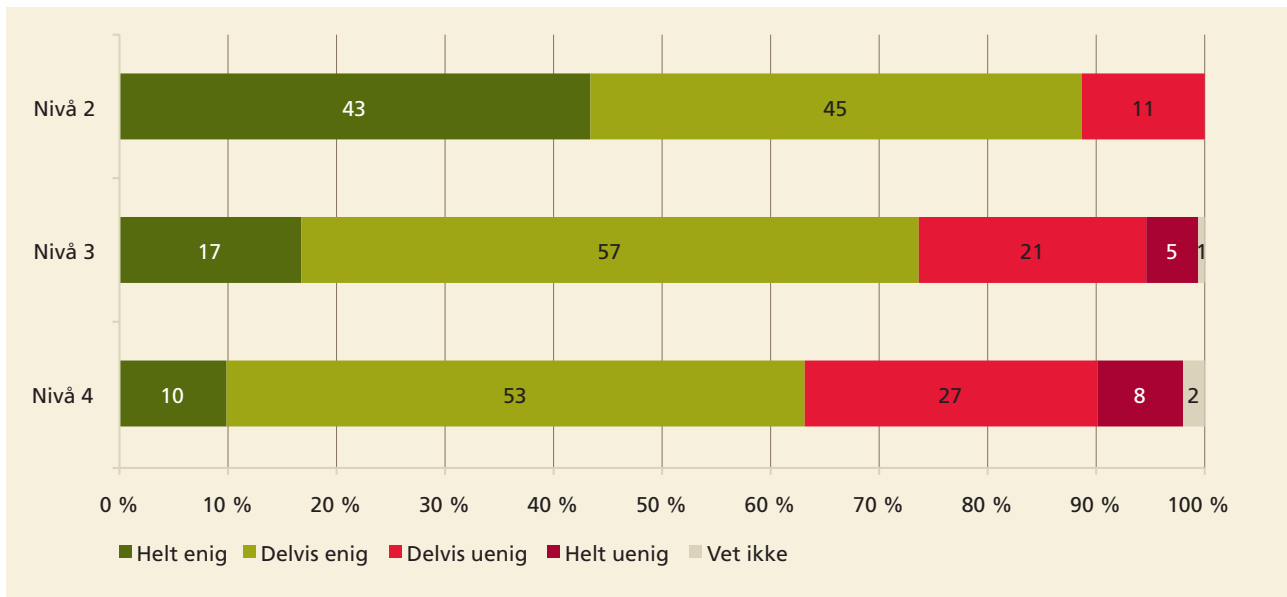
Figur 37 viser at tilnærmet alle lederne på nivå 2 er enige i påstanden om at de har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten. Nesten to av tre ledere på nivå 4 er enige i denne påstanden. Hver fjerde leder på nivå 3 og hver tredje leder på nivå 4 svarer derimot at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten.

Alle helseforetakene i caseundersøkelsen har iverksatt lederopplæring som blant annet fokuserer på økonomi. I spørreskjemaundersøkelsen ble de budsjettansvarlige spurt om de har fått tilbud om kurs og opplæring i økonomistyring. Mens halvparten av lederne på nivå 2 har fått tilbud om kurs, har bare hver tredje leder på nivå 4 fått et slikt kurstilbud.

Caseundersøkelsen viser at de budsjettansvarlige opplever økonomimedarbeiderne som en ressurs.<sup>81</sup> Det kommer også fram av undersøkelsen at de budsjettansvarlige er godt fornøyd med samarbeidet med økonomimedarbeiderne. Spørreskjemaundersøkelsen viser at de i stor grad oppfatter økonomimedarbeiderne som en ressurs

81) Med økonomimedarbeidere menes her ansatte som er knyttet til oppgaver innenfor plan, budsjett, regnskap (eksklusiv bilagsregistrering) og analyse.

Figur 37 Har lederne tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten? Fordelt på nivå. Tall i prosent



i både budsjett-, rapporterings- og oppfølgingsprosessen. Et stort flertall av de budsjettansvarlige i spørreskjemaundersøkelsen er også enig i at økonomimedarbeiderne har tilstrekkelig kompetanse.

Spørreskjemaundersøkelsen blant økonomidirektørene viser at bare ett helseforetak har økt antallet økonomimedarbeidere de siste to årene. Nærmere analyser viser at dette ikke skyldes at det er vanskelig å rekruttere kvalifiserte økonomimedarbeidere.<sup>82</sup> Flere av økonomidirektørene i caseundersøkelsen mener at det kan gi feil signaler å ansette flere økonomimedarbeidere hvis helseforetaket samtidig reduserer antall ansatte i de kliniske enhetene. Spørreskjemaundersøkelsen viser imidlertid at et betydelig flertall (77 prosent) av de budsjettansvarlige ønsker mer bistand fra økonomimedarbeidere.<sup>83</sup>

Nesten hver tredje leder er uenig i påstanden om at økonomimedarbeiderne har tilstrekkelig kapasitet til å bistå enheten i økonomistyringen.<sup>84</sup> Samtidig er det stor variasjon i oppfatningen mellom de budsjettansvarlige på de ulike nivåene. 69 prosent av lederne på nivå 3 er enig i påstanden om at økonomimedarbeiderne har tilstrekkelig kapasitet til å bistå enheten i økonomistyringen, mens færre ledere på nivå 4

(54 prosent) er enige i dette. Caseundersøkelsen indikerer også at økonomimedarbeiderne er mer involvert med budsjettansvarlige på nivå 3 sammenlignet med budsjettansvarlige på nivå 4.

Undersøkelsen viser at det er mest vanlig at økonomimedarbeiderne er ansatt i en sentral økonomienhet, men at de ofte samtidig er knyttet til én bestemt klinisk enhet. Spørreskjemaundersøkelsen viser at tre av fire ledere på nivå 2 likevel mener at de bør ha egne økonomimedarbeidere ansatt i klinikken.<sup>85</sup> Caseundersøkelsen viser samtidig at flere av lederne på nivå 2 mener at det først og fremst er tilgjengeligheten til økonomimedarbeiderne som er viktig for å oppnå en god økonomistyring og ikke hvor økonomimedarbeidere er organisatorisk tilknyttet.<sup>86</sup>

Undersøkelsen viser at et stort flertall (92 prosent) av økonomidirektørene er uenige i at økonomimedarbeiderne skal være ansatt i klinikkene. Flere direktører og økonomidirektører begrunner dette med at tette bånd mellom ledelsen i de kliniske enhetene og økonomimedarbeideren kan gå på bekostning av den kontrollfunksjonen økonomimedarbeiderne har overfor foretaksledelsen. I tillegg trekker flere informanter i caseundersøkelsen fram at den bistanden klinikkene innen samme helseforetak får fra økonomimedarbeidere, varierer.

82) Kun fire økonomidirektører svarte at helseforetaket i stor grad har problemer med å rekruttere kvalifiserte økonomimedarbeidere.

83) Nærmere analyser viser at 75 prosent av lederne på nivå 3 og 80 prosent av lederne på nivå 4 ønsker mer bistand fra økonomimedarbeidere.

84) Et flertall av økonomidirektørene er enten helt eller delvis enig (62 prosent) i at den sentrale økonomienheten har tilstrekkelig kapasitet til å bistå de kliniske enhetene i økonomistyringen.

85) To av tre budsjettansvarlige på både nivå 3 og nivå 4 er helt eller delvis enige i denne påstanden.

86) Bare hver femte leder på nivå 2 har fullmakt til å ansette økonomimedarbeidere.

Over halvparten (60 prosent) av de budsjettansvarlige er enige i at de har rutiner og retningslinjer som er tilstrekkelige for å styre økonomien i enheten. Et flertall (60 prosent) av økonomidirektørene i spørreskjemaundersøkelsen er enige i at helseforetaket har rutiner og retningslinjer som er tilstrekkelige for å styre økonomien i de kliniske enhetene. Det er likevel bare to økonomidirektører som svarer at de har dokumentert en prosessbeskrivelse som omfatter alle faser fra produksjon av korrekt økonomisk styringsinformasjon til at det har blitt satt i gang korrigerende tiltak.

---

## 8.5 Vurderinger

De fleste lederne analyserer avvik i økonomien og behandlingsaktiviteten i den løpende styringen hver måned. Undersøkelsen viser imidlertid at færre ledere bruker tid på å analysere kostnadsnivå og kapasitetsutnyttelse. Mer enn hver tredje leder gjennomfører analyser hvert tertial eller sjeldnere av kostnadsnivå, kapasitetsutnyttelse, samt utnyttelse av personalet for å styre enheten. Undersøkelsen viser at et betydelig flertall av lederne bare i noen eller liten grad bruker aktivitetsrapporter for å tilpasse bemanningsplanen til planlagt aktivitet. Lønnskostnadene utgjør en betydelig andel av helseforetakenes driftsutgifter. God økonomistyring krever at bemanningen er tilpasset behandlingsaktiviteten på ulike nivåer. For å sikre en bedre utnyttelse av personalressursene har flere helseforetak innført et nytt verktøy for personalplanlegging. Samtidig viser undersøkelsen at det er bred enighet blant ledere på alle nivåer om at personalressursene kan utnyttes bedre. Et betydelig flertall av lederne mener at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses til variasjoner i faktisk behandlingsaktivitet.

Undersøkelsen viser at aktiviteten i én klinisk enhet ofte i stor grad påvirkes av aktivitetsnivået i andre kliniske enheter. Dette skaper et koordineringsbehov mellom enhetene for å sikre en effektiv pasientflyt. Et tett samarbeid i planleggings- og budsjetteringsprosessen er derfor nødvendig både for å unngå flaskehals i pasientflyten og for å tilpasse bemanningsplanen til variasjoner i behandlingsaktiviteten. For å sikre en god bemanningsplan må lederne derfor ha både kapasitet og evne til å tenke helhetlig og samarbeide på tvers av enhetene. Undersøkelsen viser at det ved mange helseforetak ikke gjennomføres analyser som viser sammenhengen mellom bemanning og behandlingsaktivitet. For å oppnå en god kostnadskontroll er det viktig å rette økt

ledelsesmessig oppmerksomhet på utnyttelsen av personalressursene i den økonomiske oppfølgingen av de kliniske enhetene.

Mange helseforetak har delegert budsjettansvar for å ansvarliggjøre ledere på nivåer der kostnadene genereres. For å sikre en god kostnadskontroll er det viktig at de budsjettansvarlige har tilstrekkelig økonomikompetanse. Undersøkelsen viser at mange ledere på de laveste nivåene mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten. Undersøkelsen viser derfor at helseforetakene har utfordringer med å lære opp lederne på de laveste nivåene. Dette forsterkes av at mange ledere ikke følges opp på en systematisk måte av overordnet leder. I tillegg viser undersøkelsen at det i mange helseforetak ikke er tilstrekkelig kapasitet blant økonomimedarbeiderne til å bistå ledere på det laveste nivået i helseforetaket.

Flere informanter trekker fram at det kan gi uheldige signaler å ansette flere økonomimedarbeidere hvis de kliniske enhetene samtidig må gjennomføre omstillinger. Undersøkelsen viser likevel at et betydelig flertall av de budsjettansvarlige på alle nivåer ønsker mer bistand fra økonomimedarbeidere. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om lederne på lavere nivåer bør få økt tilgang på økonomimedarbeiderne inntil de selv har fått tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien.

I de fleste helseforetakene er økonomimedarbeiderne ansatt i en sentral enhet. Samtidig har hver økonomimedarbeider ofte ansvar for å følge opp egne kliniske enheter. Undersøkelsen viser at bistanden fra økonomimedarbeiderne varierer mellom klinikkene innen samme helseforetak. Det kan stilles spørsmål ved om det bør utvikles en mer systematisk tilnærming for hvordan økonomimedarbeiderne skal bistå klinikkene. Dette kan også være med på å sikre at de kliniske enhetenes tilgang på økonomisk bistand blir mindre utsatt ved personalutskriftninger.

Undersøkelsen viser at mange ledere for kliniske enheter mener at de ikke har skriftlige rutiner og retningslinjer som er tilstrekkelig for å styre økonomien i de kliniske enhetene. Undersøkelsen viser også at det er uensartet styring i klinikkene. Det kan stilles spørsmål ved om det bør utarbeides standardiserte rutiner og retningslinjer for å sikre en mer helhetlig internkontroll i helseforetakene.



## 9 Samlede vurderinger

### 9.1 De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav

Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. De regionale helseforetakene har hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på 25 mrd. kroner i perioden 2002 til 2008. En stor del av dette underskuddet er styrt fra eier ved at det verken er stilt krav om eller bevilget midler for å nå regnskapsmessig balanse. Det korrigerede resultatkravet som departementet har styrt de regionale helseforetakene etter har vært unntatt for deler av avskrivingskostnadene og deler av pensjonskostnadene. Overskridelsene av eiers økonomiske styringskrav er derfor betydelig mindre enn 25 mrd. kroner. Det framgår av St. prp. nr. 1 (2008–2009) at det per 31. desember 2007 var et akkumulert korrigeret årsresultat på 9,4 mrd kroner.<sup>87</sup>

De regionale helseforetakene overskred eiers styringskrav i hele perioden 2002 til 2008, men størrelsen på overskridelsene har variert fra år til år. Til tross for en tilleggsbevilgning på 500 mill. kroner overskred de regionale helseforetakene eiers styringskrav med 700 mill. kroner i 2008. Det er uakseptabelt at de regionale helseforetakene over flere år ikke tilpasser seg de økonomiske rammebetingelsene fra eier. Et vedvarende underskudd kan ikke fortsette på lang sikt uten at de regionale helseforetakene blir tilført ny egenkapital fra eier. Det er derfor viktig at de regionale helseforetakene og helseforetakene etablerer en god økonomistyring for å tilpasse seg de økonomiske rammebetingelsene fra departementet som øverste eier.

De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav i perioden 2002 til 2008. Det er positivt at Helse Midt-Norge tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2007 og 2008, og at ni underliggende helseforetak tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008. Undersøkelsen viser at til tross for at direktørene i helseforetakene peker på

87) De regionale helseforetakene er styrt mot et ytterlige svakere resultat enn korrigeret årsresultat. Akkumulert underskudd sammenlignet med eiers økonomiske styringskrav er derfor noe lavere enn korrigeret årsresultat.

noen forhold de har liten mulighet for å påvirke selv, understreker de samtidig at helseforetakene selv har betydelig innflytelse til å iverksette tiltak som kan bidra til å nå det økonomiske styringskravet. I de årlige meldingene for 2007 og 2008 ble manglende realisering av omstillingstiltak beskrevet som en viktig årsak til at det økonomiske styringskravet ikke nås.

De økonomiske resultatene har bidratt til å redusere de regionale helseforetakenes økonomiske handlegfrihet. Høye investeringer i bygninger og utstyr kombinert med vedvarende regnskapsmessig underskudd har ført til en økning i både kortsiktig- og langsiktig gjeld. Dette fører til at en større del av de regionale helseforetakenes inntekter bindes opp i kapitalkostnader. Rammetilskuddet til de regionale helseforetakene skal både dekke driftsmidler og midler til investeringer. Et underskudd fører til at en større del av rammetilskuddet må brukes på driften, og reduserer derfor de regionale helseforetakenes evne til å gjennomføre planlagte investeringer. Vedvarende underskudd og det at pensjonspremiene har vært høyere enn pensjonskostnaden over flere år har også ført til en likviditetsmessig utfordrende situasjon for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Det er derfor viktig at helseforetakene oppnår økonomiske resultater som kan bidra til å finansiere nødvendige investeringer i bygg og nytt medisinsk utstyr.

### 9.2 Tydeligere forventninger og et mer langsiktig perspektiv fra eier kan bidra til en bedre økonomistyring

#### Eier må legge mer vekt på forutsigbarhet og langsiktighet i styringen

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene ønsker mer langsiktighet og forutsigbarhet fra departementet som eier. Undersøkelsen viser at et budsjettavvik som skyldes et høyere aktivitetsnivå enn planlagt, ofte brukes som et argument blant budsjettansvarlige ledere i helseforetakene for å få tilført mer ressurser. I perioden 2003 til 2007 var det en sterkere vekst i behandlingsaktiviteten enn de kravene som departementet stilte i oppdragsdokumentet. Eier har i samme periode håndtert deler av underskuddet

med tilleggsbevilgninger i løpet av året. Gjentatte tilleggsbevilgninger kan oppfattes som at eier gir tilslutning til overskridelsene ved at budsjettet blir tilpasset faktisk aktivitet og ikke motsatt. Forventninger om tilleggsbevilgninger kan derfor øke risikoen for blant annet at planlagte og nødvendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i tilstrekkelig grad i de kliniske enhetene. Forventninger om tilleggsbevilgninger fra eier reduserer muligheten til å gjennomføre en reell budsjettstyring i helseforetakene.

Budsjettet er et viktig virkemiddel for helseforetakene for å prioritere oppgaver og fordele ressursene mellom de kliniske enhetene. Helseforetakene skal ta hensyn til krav fra eier i budsjettprosessen. Eier gir vilkår for bevilgningene i oppdragsdokumentet og stiller økonomiske krav i foretaksmøtet. Undersøkelsen viser at disse vilkårene og kravene ikke er koordinert med helseforetakenes plan- og budsjettprosess. Oppdragsdokumentet kommer først to måneder etter at helseforetakene har vedtatt budsjettet. Helseforetakene mener at det er utfordrende at vilkårene i oppdragsdokumentet og kravene som er gitt i foretaksmøtet, i begrenset grad kan tas hensyn til i budsjettprosessen. Spesielt ved nye resultatkrav og endringer i etablerte resultatkrav, reduseres helseforetakenes mulighet til å nå de helsepolitiske målene som eier gir i oppdragsdokumentet.

De regionale helseforetakene får signaler fra departementet om hva oppdragsdokumentet vil omfatte, før det foreligger. På tross av dette mener både de regionale helseforetakene og helseforetakene at oppdragsdokumentets betydning for effektiv styring av helseforetakene reduseres når det ikke blir koordinert med budsjettprosessen i foretakene. De regionale helseforetakene har et ansvar for å viderekommunisere foreløpige signaler fra departementet i egen foretaksgruppe. Departementet bør likevel vurdere tiltak som kan sikre at vilkår som gis i oppdragsdokumentet og krav i foretaksmøtet kan integreres bedre i budsjettprosessen i helseforetakene.

Undersøkelsen viser at mange helseforetak mener at det vil være enklere å planlegge neste års drift dersom styringssignalene fra eier kom tidligere. Samtidig viser undersøkelsen at både enkelte regionale helseforetak og flere helseforetak selv har iverksatt tiltak for å skape mer forutsigbarhet for neste års drift. Flere regionale helseforetak har blant annet etablert eller planlegger å innføre et rullerende langtidsbudsjett. Innføring av

langtidsbudsjett kan gi et bedre grunnlag for både å synliggjøre framtidige økonomiske utfordringer og for å gi mer forutsigbarhet for helseforetakene når de skal utarbeide neste års budsjett.

Rammetilskuddet er den største inntektskomponenten til helseforetakene. Mange av lederne i helseforetakene mener at rammetilskuddet fra de regionale helseforetakene ikke har blitt fordelt på en tilstrekkelig objektiv og dokumentert måte i foretaksgruppen. Dette har redusert forutsigbarheten for helseforetakene i deres strategi- og budsjettprosesser. Undersøkelsen viser videre at mange helseforetak mener at fordelingen av rammetilskuddet i for stor grad har vært basert på ressursfordelingen mellom sykehusene før sykehusreformen, og at dette er med på å videreføre skjevheter i ressursfordelingen mellom helseforetakene. Det er derfor positivt at de regionale helseforetakene nå fokuserer på å utvikle modellen som fordeler rammetilskuddet mellom helseforetakene.

#### **Oppdragsdokumentet har mange og detaljerte styringskrav**

Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlyser tydeligere krav og styring fra eier. Oppdragsdokumentet fra departementet gir oversikt over hvilke krav og forventninger eier har til de regionale helseforetakene, og angir prioritering av innsatsområder. Samtidig viser undersøkelsen at oppdragsdokumentet inneholder svært mange og detaljerte mål. Det kommer fram av undersøkelsen at både de regionale helseforetakene og helseforetakene mener det ikke er mulig å nå alle målene samtidig, og at det i stor grad er opp til det enkelte helseforetaket å prioritere mellom hvilke mål som er viktigst å oppfylle.

Helseforetakene opplever at oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene i stor grad er en videreføring av kravene som gis i oppdragsdokumentet fra departementet. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene kan gi helseforetakene et tydeligere styringsdokument og bli bedre til å ivareta bestillerrollen. Dette kan blant annet gjøres ved å tilpasse de nasjonale målene knyttet til behandlingsaktivitet til hvert helseforetak, og tilpasse kravene i oppdragsdokumentet til regionens strategiske utfordringer.

#### **Resultatrapporteringen er omfattende**

Departementet har i de siste årene etablert en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene. Tilsvarende har de regionale helseforetakene



Foto: PhotoDisk

etablert en tettere oppfølging av helseforetakene. Mange helseforetak opplever at rapporteringen av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet til det regionale helseforetaket er relevant. Helseforetakene bruker imidlertid betydelige ressurser på å rapportere på alle kravene som stilles fra eier i oppdragsdokumentet og i foretaksmøtet. Helseforetakene mener dette gir økonomimedarbeiderne mindre kapasitet til å bistå de budsjettansvarlige lederne i de kliniske enhetene.

Rapportering av realisering av planlagte omstillingstiltak oppleves av mange helseforetak som unødvendig detaljert rapportering. Undersøkelsen viser samtidig at manglende realisering av omstillingstiltak er en viktig årsak til at helseforetakene ikke når eiers økonomiske styringskrav. Dette viser at helseforetakene selv må ha behov for denne typen informasjon for å kunne gjennomføre en systematisk oppfølging av omstillingstiltakene i virksomheten. Helseforetakenes økonomiske situasjon viser at det var behov for at departementet etablerte en tettere økonomisk oppfølging av de regionale helseforetakene. Samtidig kommer det fram av undersøkelsen at tilgangen på økonomimedarbeidere i mange helseforetak er begrenset. Det er derfor viktig at departementets krav til rapportering fra helseforetakene ikke gis større omfang enn nødvendig for eiers oppfølging og kontroll.

### 9.3 Helseforetakene har hatt manglende kontinuitet i sentrale lederfunksjoner

Undersøkelsen viser at kontinuitet i ledelsen er viktig for at helseforetakene skal etablere god økonomistyring. Helseforetak er virksomheter med høye krav til spesialistkompetanse på lavere nivåer i organisasjonen. I en sterk fagkultur er det derfor viktig at fagpersonellet involveres for å skape legitimitet i endringsprosesser. Endringer i helseforetakene forutsetter forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre endringer blant det kliniske personellet. Uten et flerårig perspektiv og god dialog med de ansatte kan det være vanskelig å skape substansielle resultater. Det er derfor bekymringsfullt at undersøkelsen viser at det er svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Mer enn halvparten av helseforetakene fikk ny økonomidirektør i 2007 eller 2008. Nesten halvparten av helseforetakene har også fått ny direktør i perioden 2006–2008. Åtte helseforetak har skiftet både direktør og økonomidirektør i samme periode. Dette skaper store utfordringer for helseforetakene med hensyn til å få til nødvendige omstillinger og oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

De fleste helseforetakene har utarbeidet en strategi som beskriver forventet utvikling, sentrale satsingsområder og målsettinger. Det er viktig at det i strategiprosessen ikke bare tas

hensyn til styringskrav fra eier, men også at budsjettansvarlige ledere på alle nivåer involveres. Til tross for at mange ledere i helseforetakene ønsker et mer langsiktig fokus fra eier, viser undersøkelsen at mange helseforetak har utfordringer i strategiprosessen med å involvere ledere lenger ned i organisasjonen. Dette kan være en forklaring på at mange ledere lenger ned i organisasjonen har mindre forståelse for styringskravene fra overordnet enhet. Dette er uheldig i og med at strategien danner et viktig grunnlag for de årlige budsjett- og handlingsplanene i de kliniske enhetene.

Mange helseforetak har betydelige økonomiske utfordringer, og det kreves derfor kontinuerlig oppmerksomhet fra ledelsen for å sikre at det identifiseres tilstrekkelige omstillingstiltak for å nå økonomiske styringskrav. Undersøkelsen viser at manglende realisering av omstillingstiltak er en viktig årsak til at mange helseforetak ikke oppfylte eiers styringskrav i 2008. Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til realiseringsgrad for iverksatte tiltak. Realiseringsgraden av omstillingstiltakene varierer fra 40 til 100 prosent mellom helseforetakene i 2008. Mange av de helseforetakene som oppnådde høy realiseringsgrad, oppfylte også eiers økonomiske styringskrav i 2008. For at helseforetakene skal oppnå god effekt av omstillingstiltakene, må det være en viss kontinuitet i viktige lederfunksjoner.

---

### **9.4 Stort potensial for erfaringsoverføring innenfor økonomistyringen**

De regionale helseforetakene skal bidra til innbyrdes samarbeid mellom helseforetakene. De arbeider nå med å standardisere systemer og utarbeide felles retningslinjer på ulike områder i foretaksgruppen. Undersøkelsen viser likevel at helseforetakene ønsker mer samarbeid om økonomistyringen og benchmarking i foretaksgruppen. De regionale helseforetakene bør i større grad bidra til innbyrdes samarbeid, og til å spre styringsdata og gode erfaringer innenfor området økonomistyring.

#### **Mange helseforetak bør starte budsjettprosessen tidligere for å oppnå økonomisk effekt av omstillingstiltak**

Undersøkelsen viser at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke starter tidnok til å kunne både identifisere, planlegge og iverksette omstillingstiltakene slik at de gir effekt fra begynnelsen av

budsjettåret. Med unntak av Helse Midt-Norge som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008, planla de regionale helseforetakene i 2008 å realisere nesten halvparten av effekten av omstillingstiltakene først i 3. tertial. Selv om ledelsen følger opp måloppnåelsen av planlagte tiltak aktivt, vil det dermed være for sent å iverksette kompensierende tiltak dersom de valgte tiltakene ikke får den forventede effekten. En planlegging som sikrer effekt av omstillingstiltakene allerede fra årets begynnelse, vil derfor redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til når det arbeides intensivt i de kliniske enhetene med å identifisere nødvendige omstillingstiltak. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak som oppnår 100 prosent realisering av planlagte omstillingstiltak. Et kjennetegn ved disse helseforetakene er at de starter budsjettprosessen tidligere enn mange andre helseforetak. Dette begrunnes med at tidligere oppstart av budsjettprosessen bidrar til bedre prosesser og forankring av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene, i tillegg til at man oppnår helårseffekt av tiltakene.

En viktig årsak til manglende realisering av omstillingstiltak er intern motstand i enheten og dårlig planlegging. Det er en klar tendens til at tidlig og aktiv involvering av de ansatte når omstillingstiltak skal prioriteres, gir en positiv effekt i budsjettsammenheng. De fleste lederne i helseforetakene mener at det brukes tilstrekkelig ressurser på budsjettprosessen. Undersøkelsen gir likevel grunnlag for å stille spørsmål ved om helseforetakene bruker ressursene i budsjettprosessen til riktig tid. Mange helseforetak bør starte budsjettprosessen tidligere slik at omstillingstiltakene i større grad blir forankret i de kliniske enhetene. Da vil man få bedre tid til å planlegge gjennomføringen av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene.

#### **Mange budsjettansvarlige ledere blir ikke tilstrekkelig involvert i budsjettprosessen**

Undersøkelsen viser at mange helseforetak kan redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav ved å etablere tiltak som sikrer at flere ledere lenger ned i organisasjon i større grad blir involvert i budsjettprosessen. Det er en klar tendens til at ledere som i stor grad er involvert i budsjettprosessen, i større grad har forståelse for styringskravene fra overordnet enhet. Videre viser undersøkelsen en

tendens til at ledere som i stor grad deltar i budsjettprosessen, mener at den sikrer en god fordeling av ressurser mellom enhetene i helseforetaket. Dette bidrar til at lederne får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett, og at budsjettet i større grad blir en rettesnor i den daglige styringen.

I mange helseforetak er budsjettprosessen ikke tilstrekkelig standardisert, noe som gir en uensartet styring i klinikkene. Lederne på nivået under direktøren gis stor frihet til å planlegge og organisere budsjettprosessen i egen klinikk. Budsjettprosessen kan derfor variere mye mellom ulike klinikker i samme helseforetak. Dette kan være en forklaring på at mange ledere på lavere nivå mener at budsjettprosessen ikke er godt planlagt, at det brukes for lite tid på den, og at de i ulik grad er involvert i prosessen. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om helseforetakene i større grad bør utarbeide standardiserte og systematiserte rutiner og retningslinjer for å sikre en mer enhetlig budsjettprosess i helseforetakene.

#### **Mange mellomledere mener at de ikke har tid og nødvendig økonomikompetanse til å styre økonomien i enheten**

God økonomistyring i helseforetakene forutsetter at man rekrutterer og beholder et tilstrekkelig antall ledere på mellomledernivå som både har forståelse for sin rolle og som har tid til å utøve den på en god måte. De fleste lederne på nivået under direktøren er ledere på heltid, og de mener selv at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetene. Undersøkelsen viser imidlertid at nesten halvparten av lederne på lavere nivå mener at de ikke har tilstrekkelig kapasitet til å styre økonomien i enheten. Hovedgrunnen til dette er at de bruker mye av sin tid til andre oppgaver enn ledelse.

Mange helseforetak har delegert budsjettansvar for å ansvarliggjøre ledere på et det nivået der kostnadene genereres. For å sikre god kostnadskontroll er det viktig at de budsjettansvarlige har tilstrekkelig økonomikompetanse. Undersøkelsen viser at mange ledere på de laveste nivåene mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten. Undersøkelsen viser derfor at helseforetakene har utfordringer med å lære opp lederne på de laveste nivåene. I mange helseforetak er det samtidig slik at økonomimedarbeiderne ikke har tilstrekkelig kapasitet til å bistå lederne på de laveste nivåene i helseforetakene.

Mangelfull økonomisk kompetanse hos mange budsjettansvarlige og begrenset bistand fra økonomimedarbeidere gjør at det blir svært viktig at budsjettansvarlige ledere følges opp på en systematisk måte av overordnet leder. Undersøkelsen viser at den økonomiske oppfølgingen av ledere på alle nivåer i helseforetakene har blitt tettere. Graden av oppfølging kan imidlertid variere mellom ulike klinikker i samme helseforetak. Dette skyldes både at ledere på nivået under direktøren gis stor frihet til å etablere prosesser og rutiner, og at mange ledere ikke har tilstrekkelig kapasitet til å følge opp underordnede ledere på en systematisk måte. Dette øker risikoen for at eiers økonomiske styringskrav ikke oppfylles. Samtidig mener mange ledere for kliniske enheter at de mangler skriftlige rutiner og retningslinjer for å styre økonomien i enhetene. Mange helseforetak bør derfor etablere mer enhetlige og standardiserte styrings- og oppfølgingsprosesser for å sikre en helhetlig internkontroll.

Lønnskostnadene utgjør en betydelig andel av helseforetakenes driftsutgifter. God økonomistyring krever derfor at bemanningen er tilpasset behandlingsaktiviteten. Et flertall av lederne på alle nivåer i helseforetakene mener at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses variasjoner i faktisk behandlingsaktivitet. Undersøkelsen viser at det er bred enighet blant ledere på alle nivåer om at personalressursene kan utnyttes på en mer fleksibel og bedre måte. Videre mener et stort flertall av økonomidirektørene at ledelsen i for liten grad fokuserer på effektiv utnyttelse av personalressursene i oppfølgingen av de kliniske enhetene. De fleste økonomidirektørene mener også at det i for liten grad gjennomføres analyser som belyser variasjoner mellom behandlingsaktivitet og bemanningsnivå. Flere helseforetak har innført et nytt verktøy for personalplanlegging for å oppnå en mer effektiv drift. For å oppnå en god kostnadskontroll er det likevel også avgjørende å rette økt ledelsesmessig oppmerksomhet på utnyttelsen av personalressursene.

Undersøkelsen viser at det er en stor utfordring for helseforetakenes kostnadskontroll at den økonomiske rapporteringen følger den vertikale styringslinjen, mens pasientflyten skjer horisontalt på tvers av flere kliniske enheter. Aktiviteten i en klinisk enhet påvirkes ofte i stor grad av aktivitetsnivået i andre kliniske enheter. Dette skaper et koordineringsbehov mellom enhetene for å sikre en effektiv pasientflyt. Et tett samarbeid i planleggings- og budsjetteringsprosessen er derfor nødvendig både for å unngå flaskehalser i

pasientflyten og for å tilpasse bemanningsplanen til variasjoner i behandlingsaktiviteten. Mange ledere har ikke tilstrekkelig kapasitet til å være med i prosesser som skal sikre et bedre samarbeid på tvers av enhetene. Undersøkelsen viser at mange helseforetak kan forbedre koordineringen og samarbeidet mellom de kliniske enhetene. Manglende samarbeid og koordinering mellom enhetene kan være en medvirkende årsak til at mange ledere har problemer med å innfri budsjettet, fordi aktivitetsnivået er avhengig av beslutninger som tas utenfor enheten.

### **Gode styringsdata og et mer langsiktig fokus kan bidra til en bedre kostnadskontroll**

Det er en klar tendens til at budsjettene til mange kliniske enheter i hovedsak videreføres fra et år til et annet. Mange ledere i undersøkelsen trekker fram at dette innebærer en risiko for at skjevheter i ressursfordelingen mellom kliniske enheter videreføres fra år til år. Dette skyldes dels at ledere på høyere nivå ikke har tilstrekkelig informasjon om et høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet, og dels ineffektiv drift. Undersøkelsen viser derfor et behov for å videreutvikle og i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet, bemanning og ressursbruk. Denne typen styringsindikatorer kan bidra til at de budsjettansvarlige opplever at helseforetakets budsjett fordeles på en mer objektiv måte mellom de kliniske enhetene.

I mange helseforetak er det vanlig at ledere for enheter som har mindreforbruk, må bidra til å finansiere enheter med merforbruk, og at de ikke kan overføre ubenyttede ressurser til neste budsjettår. Undersøkelsen viser at dette gir incentiver til at kliniske enheter med mindreforbruk sent i budsjettåret iverksetter tiltak som genererer et overforbruk av ressurser på slutten av året. Dette fører til at mange kliniske enheter får et kortsiktig perspektiv i sin styring. Samtidig vil det redusere helseforetakenes mulighet til å nå eiers økonomiske styringskrav ved at noen kliniske enheter alltid vil ha et merforbruk.

I foretaksmøtet i 2008 ble det framhevet at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv drift på lang sikt, skal prioriteres framfor tiltak med kortsiktige engangseffekter. Undersøkelsen viser at det i helseforetakene fokuseres mye på å oppnå økonomisk balanse inneværende år. I spørreskjemaundersøkelsen er tilnærmet alle budsjettansvarlige ledere enige i påstanden om at tiltak som har forventet økonomisk effekt på kort sikt, blir prioritert. Samtidig er nesten halvparten av

lederne enige i påstanden om at tiltak som først på lang sikt gir økonomisk effekt, blir nedprioritert i valg mellom omstillingstiltak. Dette kan føre til at investeringer som først gir driftsbesparelser etter en tid kan bli nedprioritert. Undersøkelsen gir grunnlag for å stille spørsmål ved om det bør utvikles styringsdata som gir bedre kostnadskontroll, og som samtidig legger til rette for et mer langsiktig perspektiv i styringen i de kliniske enhetene.

Undersøkelsen viser at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke i tilstrekkelig grad tar utgangspunkt i langsiktige mål som er beskrevet i helseforetakets strategi. Det er viktig at styringsindikatorene ikke bare er finansielle styringsmål, men også består av indikatorer som er viktig og forståelig for profesjonene. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak der denne type styringsindikatorer utledet av strategien er integrert i budsjettarbeidet, noe som har ført til at lederne på lavere nivåer også har hatt forståelse for reduksjoner i budsjetttrammene.

De fleste helseforetakene viderefører ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. I mange helseforetak gis det bare ISF-refusjon til én klinisk enhet til tross for at en stor del av kostnadene ofte genereres i andre enheter. Dette kan føre til at ledere ikke tar hensyn til alle kostnadene ved endringer i behandlingsaktivitet og valg av omstillingstiltak. Undersøkelsen viser at mange ledere ikke vurderer i tilstrekkelig grad de økonomiske konsekvensene hos andre enheter når de skal velge omstillingstiltak, til tross for at aktivitetsnivået ofte i stor grad påvirker aktivitetsnivået i andre enheter. Dette øker risikoen for at mange kliniske enheter velger omstillingstiltak som sikrer egen måloppnåelse, uten at disse nødvendigvis bidrar positivt til å nå helseforetakets overordnede økonomiske styringskrav.

## 10 Referanseliste

### Proposisjoner

- St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr. 65 (2004–2005)
- St.prp. nr. 1 (2002–2003) for Helse- og omsorgsdepartementet
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak

### Innstillinger

- Innst. S. nr. 240 (2004–2005), jfr. St. prp. nr. 65 (2004–2005)
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) jfr. Ot. prp. nr. 66 (2000–2001).

### Meldinger

- St. meld. nr. 22 (2001–2002) Et mindre og bedre statlig eierskap
- St. meld. nr. 13 (2006–2007) Et aktivt og langsiktig eierskap

### Dokumenter fra Riksrevisjonen til Stortinget

Dokument nr. 1 (2006–2007)

### Lover og forskrifter

- LOV 1999–07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten
- LOV 2001–06-15 nr 93: Lov om helseforetak

### Styringsdokumenter

- Protokoll for foretaksmøter i de regionale helseforetakene for januar 2006
- Protokoller for foretaksmøter i de regionale helseforetakene januar 2009, juni 2009
- Oppdragsdokument for de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet 2005–2009
- Oppdragsdokument for helseforetakene fra de regionale helseforetakene
- Årlige meldinger fra de regionale helseforetakene
- Årlige meldinger fra helseforetakene
- Årsrapporter for Helseforetakene 2005–2008
- Årsrapporter for de regionale helseforetakene 2005–2008

### Evalueringer og rapporter

- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten: Årsrapport for 2008
- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten: Årsrapport for 2007
- Sosial- og helsedirektoratet. Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak. 2007.
- Internrevisjonen Helse Sør-Øst, 2008: Revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomiske balanse, Sykehuset Buskerud HF
- Internrevisjonen Helse Sør-Øst, 2008: Revisjon av tiltak for å oppnå eiers krav til økonomiske balanse, Sykehuset i Vestfold HF
- Internrevisjonen Helse Midt-Norge, 2006: Internrevisjonens gjennomgang av økonomiske tiltak Helse Nord-Trøndelag HF
- Internrevisjonen Helse Vest RHF, 2008: Økonomistyring i helseforetakene. Fellesrapport.

### Andre kilder

- NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.
- Risikostyring i staten, håndtering av risiko i mål- og resultatstyring, Senter for statlig økonomistyring (2005)
- Norsk Regnskapsstiftelse Veiledning Pensjonsforutsetninger. Fastsettelse av forutsetninger for ytelsesbaserte pensjonsordninger etter IAS 19 og NRS 6. 2007.
- Pettersen, Magnussen, Nyland og Bjørnenak (2008): Økonomi og helse. Perspektiver på styring. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.
- Magnussen, Jon, Terje P. Hagen og Oddvar M. Kaarboe (2007) Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform.
- Reglementet for økonomistyring i staten § 10 annet ledd, bokstav c) og d).












4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 491

Trykk: Lobo Media AS 2009



Riksrevisjonen  
Pilestredet 42  
Postboks 8130 Dep  
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00  
telefaks 22 24 10 01  
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

23 257

-3 918

240

1 255 712

474 320

120

3 924

22 781 329

781 52

