

SNF-rapport nr. 04/06

Hvordan sikre psykisk helsevernens ressurser ved kostnadsfordeling

En konsekvens av finansieringssystemets iboende
incentiver til ressursvridning

av

**Unni Bergtun Meyer
Ingrid Waage-Rasmussen**

SNF prosjekt nr. 7092
Helseøkonomi – Bedriftsøkonomiske studier

Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd

**SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, 2006**

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale
med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo.
Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale
og i strid med åndsverkloven er straffbart
og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 82-491-0421-9 Trykt versjon
ISBN 82-491-0422-6 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Forord

Denne rapporten er resultatet av arbeidet utført som avslutningsprosjekt i forbindelse med det 5-årige masterstudiet på Norges Handelshøyskole, Bergen. Arbeidets omfang strekker seg over ett semester.

Helesektoren har vært gjennom mange endringer de siste årene, noe som gir opphav til mange spennende problemstillinger. Fordelingen av felleskostnader i helsesektoren er en av disse. Arbeidet med denne rapporten har gitt innblikk i kompleksiteten til den økonomiske styringen av helseforetakene. Mye er gjort, men det gjenstår fremdeles mange utfordringer som må løses i takt med endringene innen helsevesenet.

Oppdragsgiver for rapporten er Institutt for Samfunns- og næringslivsforskning AS. Rapporten omhandler fordeling av de indirekte kostnadene mellom somatikken og psykisk helsevern innad i helseforetakene. Spesielt er det rettet fokus mot om det forekommer uønskede overføringer av psykisk helseverns ressurser til fordel for somatikken.

Under arbeidet med rapporten har vi møtt mange hjelpsomme mennesker, og vi vil benytte denne anledningen til å takke alle som har hjulpet oss med rapporten gjennom gode råd og tips. Vi vil takke dem som har stilt opp på intervjuer ved Akershus universitetssykehus HF, Helse Bergen HF og St. Olavs Hospital HF.

En spesiell takk til førsteamanuensis Katarina Østergren ved Norges Handelshøyskole, som har bidratt med konstruktiv veiledning, gode råd og god hjelp i forbindelse med denne rapporten.

Bergen, 16. januar 2006

Unni Bergtun Meyer

Ingrid Waage-Rasmussen

Innholdsfortegnelse

Forord

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
DEL I Introduksjon	7
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn for rapporten	7
1.2 Problemstilling	9
1.3 Avgrensning	10
1.4 Rapportens struktur og oppbygning	11
DEL II Det teoretiske grunnlaget for rapporten	13
2. Presentasjon av teorien	13
2.1 Den ideelle økonomiske styringsprosessen	13
2.1.3 Budsjetteringsprosessen og politiske beslutningsprosesser	14
2.2 Hva mener helsesektoren med felleskostnader?	19
2.2.1 Indirekte kostnader	20
2.3 Hvorfor fordeler de kostnader?	23
2.3.1 Økonomiske beslutninger	23
2.3.2 Motivasjon	23
2.3.3 Kostnadslegitimering/prising	24
2.3.4 Resultatmåling/evaluering	24
2.4 Hvorfor fordele kostnader mellom enheter?	24
2.4.1 Kommunisere ressursforbruk	25
2.4.2 Redusere (over-) forbruk	25
2.4.2.1 Kostnadsallokering og prinsippal- agentproblemet	25
2.4.2.2 Produksjonsrelaterte indirekte kostnader	26
2.4.3 Kostnadskontroll	27
2.4.4 Kapasitetsplanlegging	28
2.4.5 Outsourcing	28
2.5 Hva er grunnlaget for fordelingen?	28
2.6 Hvilke prinsipper brukes for å fordele kostnader?	30

2.6.1 Internprising	30
2.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader	33
2.6.2.1 Fordeling av budsjetterte eller virkelige kostnader	33
2.6.2.2 Fordeling etter budsjettert eller virkelig forbruk	34
2.6.2.3 En eller flere fordelingsnøkler.....	34
2.6.2.4 Tilnæringsmetode.....	35
2.7 Deling av sanne felleskostnader?	36
2.7.1 Sanne felleskostnader	36
2.7.1.1 Autonom kostnader	37
2.7.1.2 Særkostnader	37
2.7.1.3 Shapley value	37
2.8 Finansiering.....	38
2.8.1 Finansieringsmetoder	38
2.8.2 Finansiering av somatikken og psykisk helsevern	39
2.8.2.1 Aktivitetsbasert finansiering av somatikken	39
2.8.2.2 Finansiering av psykiatrisk pasientbehandling	41
DEL III Valg av metode.....	45
3. Metode.....	45
3.1 Studieobjekt.....	45
3.2 Forskningsdesign.....	46
3.3 Metoder for datainnsamling	47
3.3.1 Reliabilitet og validitet	49
DEL IV Empiri.....	51
4. Praksis fra tre helseforetak i Norge.....	51
4.1 Akershus Universitetssykehus.....	51
4.1.1 Den økonomiske styringsprosessen	51
4.1.2 Hva Ahus mener med begrepet felleskostnader	55
4.1.3 Hvorfor Ahus fordeler kostnader	57
4.1.4 Hvorfor fordele kostnader mellom enheter	58
4.1.5 Grunnlaget for fordelingen.....	59
4.1.6 Hvilke prinsipper Ahus bruker for å fordele kostnader.....	59
4.1.6.1 Internprising	61

4.1.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader	62
4.1.7 Deling av sanne felleskostnader	66
4.1.8 Opptrappingsplanen	66
4.1.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag.....	68
4.2 Helse Bergen	70
4.2.1 Den økonomiske styringsprosessen.	71
4.2.2 Hva Helse Bergen mener med begrepet felleskostnader.....	73
4.2.3 Hvorfor Helse Bergen fordeler kostnader	74
4.2.4 Hvorfor Helse Bergen fordeler kostnader mellom enheter	75
4.2.5 Grunnlaget for fordelingen.....	76
4.2.6 Hvilke prinsipp Helse Bergen bruker for å fordele kostnader.....	77
4.2.6.1 Internprising	78
4.2.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader	80
4.2.7 Deling av sanne felleskostnader	82
4.2.8 Opptrappingsplanen	82
4.2.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag.....	83
4.3 St. Olavs Hospital.....	86
4.3.1 Den økonomiske styringsprosessen	87
4.3.2 Hva St. Olavs Hospital mener med begrepet felleskostnader	90
4.3.3 Hvorfor St. Olavs Hospital fordeler kostnader.....	91
4.3.4 Hvorfor St. Olavs Hospital fordeler kostnader mellom enheter.....	92
4.3.5 Grunnlaget for fordelingen.....	93
4.3.6 Hvilke prinsipp St. Olavs Hospital bruker for å fordele kostnader.....	94
4.3.6.1 Internprising	95
4.3.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader	98
4.3.6.3 Kostnader som ikke fordeles	101
4.3.7 Deling av sanne felleskostnader	101
4.3.8 Opptrappingsplanen	102
4.3.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag.....	104
DEL V Analyse	106
5.1 Den økonomiske styringsprosessen	106
5.2 Felleskostnader et diffust begrep.....	110

5.3 Ønsket om et riktig økonomisk bilde er den dominerende årsaken til kostnadsfordelinger	111
5.4 Helseforetakene har forskjellig motivasjon for kostnadsfordeling mellom enheter	113
5.5 Rettferdighet og årsak-virkning er kriterier som ofte legges til grunn for fordelingen	114
5.6 Interne markedsløsninger vinner terreng i fordelingsspørsmålet.....	116
5.6.1 Internprising	116
5.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader	119
5.6.3 Ingen fordeling	124
5.7 Sanne felleskostnader blir ofte ikke fordelt.....	125
5.8 Mangel på psykiatere er den største flaskehalsen knyttet til opptrappingsplanen	126
5.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag.....	127
DEL VI Avslutning.....	133
6.1 Konklusjon	133
6.2 Diskusjon og validering av resultater.....	135
6.3 Områder for videre arbeid	135
Litteraturliste.....	137
Bøker	137
Artikler	138
Rapporter	138
Nettadresser	138
Figur- og tabelliste.....	141
Figurliste:	141
Tabelliste:	141
Vedlegg	142
Vedlegg 1. Intervjuguide økonomiavdelingen	142
Vedlegg 2. Intervjuguide psykiatrisk avdeling	146

Sammendrag

Denne masterutredningen tar opp problemene rundt fordeling av felleskostnader mellom psykisk helsevern og somatikken i norske helseforetak, og hvorvidt det forekommer uønskede overføringer av psykisk helseverns ressurser til fordel for somatikken. Det vil si hvorvidt psykisk helsevern belastes en større andel av felleskostnadene slik at somatikken får mer midler til disposisjon. Det har i flere rapporter blitt stilt spørsmål ved i hvilken grad dette forekommer i norske helseforetak i dag. Til nå er det ikke funnet noen bevis på at psykisk helseverns midler disponeres til fordel for somatikken, men muligheten og incentivene til å gjøre det er tilstede.

Rapporten er lagt opp som en studie av hvordan helseforetakene fordeler felleskostnadene i praksis og hvordan dette behandles i budsjettet og budsjetteringsprosessen. Dette er for å avdekke om psykisk helsevern belastes en større del av helseforetakets felleskostnader slik at somatikken har mer midler til disposisjon. Rapporten tar for seg tre helseforetak og det er sett nærmere på hvordan de har valgt å fordele de indirekte kostnadene.

Rapporten starter med en kort innledning, som etterfølges av en presentasjon av problemstillingen. Her vil vi ta med en begrunnelse for hvorfor vi valgte denne problemstillingen, samt en avgrensning av omfanget. Til slutt tar vi for oss rapportens oppbygning. Dette kommer inn under kapittel 1.

I kapittel 2 presenteres teorien. Her tar vi først for oss den ideelle økonomiske styringsprosessen som omhandler økonomisk styring. Derav budsjetteringsprosessen og politiske beslutningsprosesser. Økonomisk styring er en kontinuerlig prosess og består av strategi, budsjett, handling og regnskap. Budsjetteringsprosessen og politiske beslutningsprosesser i helseforetakene er en krevende prosess. Helseforetakene er koblet mot departementet gjennom finansieringen, videre skal de enkelte avdelingene utarbeide egne budsjett for å skape en budsjettforankring nedover i helseforetakene. Politiske beslutninger må fattes for å få budsjettene til å gå opp. Gjennom denne prosessen kan en del av avdelingenes eierfølelse til budsjettene forsvinne.

Hvordan helseforetakene forstår begrepet felleskostnader er viktig. Helseforetakene tenker ofte på begrepet "overhead costs" når de snakker om felleskostnader. "Overhead costs"

oversettes til det norske begrepet indirekte kostnader, som er kostnader som ikke kan henføres til en bestemt kostnadsbærer.

Gjennom kapittel 2.3 og 2.4 tar vi for oss hvorfor det er hensiktsmessig å fordele kostnader i en organisasjon, og hvorfor det er hensiktsmessig å fordele kostnader mellom enheter. Kostnadsfordelinger gir nyttig informasjon vedrørende strategiske og produksjonsmessige beslutninger. Økonomisk teori peker på fire grunner for å fordele kostnader. Disse er; for å få informasjon om økonomiske beslutninger, for å motivere medarbeiderne, ved kostnadslegitimering/prising og resultatmåling/evaluering. Fordeling av deler av eller alle kostnadene mellom enhetene i bedriften er også en del av utfordringen ett foretak står ovenfor. Hva en ønsker å oppnå ved kostnadsfordelingene er det som i praksisen bestemmer. Videre kan ledelsen ønske å kommunisere ressursforbruket til de ulike avdelingene, gjennom å redusere eller øke forbruket av aktiviteter/ressurser, drive kostnadskontroll, gjennomføre kapasitetsplanlegging og gjøre vurderinger opp mot outsourcing av deler av virksomheten.

I kapittel 2.5 går vi kort inn på grunnlaget for fordeling av kostnader. Det finnes fire kriterier som kan benyttes som en veiledning ved beslutninger angående kostnadsfordelinger. Disse er årsak-virkning, mottatt fordel, rettferdighet eller likhet og bæreevne. Det kriteriet som legges til grunn er med på å bestemme hvilke indirekte kostnader som skal fordeles, hvor mange kostnadsgrupper en skal ha og hvilke kostnadsdrivere en skal bruke.

Etter dette, trekker vi i neste kapittel frem hvilke prinsipp en skal bruke for å fordele kostnadene. Her tar vi først for oss internprising, og forklarer hvordan det kan være en viktig del av det økonomiske styringssystemet. Internprisene er blant annet med å påvirke overskuddene i enhetene og lønnsomheten. Det sentrale dilemmaet rundt internpriser er hvordan en skal komme frem til riktig pris, og det er en prosess som ofte inneholder en del konflikter. Videre går vi inn på hvorvidt en skal benytte budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk i kostnadsfordelingene. Dersom en velger å fordele de virkelige kostnadene blir mottakene avdeling gjort ansvarlig for eventuelle avvik og må betale for disse. Hvis en ønsker å legge risikoen på leverende enhet kan en benytte de budsjetterte kostnadene. Vi tar for oss at bruk av budsjetterte kostnader kan motivere serviceavdelinger til å forbedre effektiviteten sin, samtidig som at prisendringer som ikke kan kontrolleres av avdelingen kan virke demotiverende på avdelingen. Mange av fordelene og ulempene ved bruk av virkelig og budsjettert forbruk er de samme som for bruk av budsjetterte og virkelige

kostnader. Det vil si at ved bruk av virkelig forbruk, får ikke avdelingene vite hvor store kostnadene deres blir før i slutten av en periode. Dersom det benyttes budsjettert forbruk, vil avdelingene vite hvor store kostnadene vil være. Problemet som oppstår her, er et incentiv til å underestimere ressursforbruket, slik at en tildeles lavere kostnader. Videre i dette kapitlet utdyper vi hva et en-rate system og en to-rate system er. I en-rate systemet fordeles kostnadene ved å bruke en felles kostdelingsnøkkel for kostnadsgruppen. I et to-rate system deles kostnadene i en kostnadsgruppe inn i faste og variable kostnader, og en fordeler kostnadene deretter. Til slutt i dette kapitlet beskriver vi tre mulig tilnæringsmetoder som kan brukes i forhold til hvor nøyaktig en ønsker at kostnadsfordelingene skal være. Disse metodene kalles direkte metode, stegmetoden og kryssfordeling. Det en må huske på her er at jo mer kompleks fordelingsmetode som velges, desto mer kostbart og tidkrevende er det å innføre den.

Mot slutten av kapitlet ser vi på deling av sanne felleskostnader. Sanne felleskostnader er volumuavhengige indirekte kostnader som det ikke er mulig å separere. Sanne felleskostnader kan fordeles ved hjelp av tre metoder. Disse heter på engelsk "*Stand-Alone Cost-Allocation Method*", "*Incremental Cost-Allocation Method*" eller "*the Shapley value approach*". Disse tar henholdsvis utgangspunkt i autonomkostnaden, særkostnaden og den siste er en blanding av de to første.

Til sist i kapittel 2 tar vi for oss noe teori om finansiering, her går vi først kort igjennom ulike finansieringsmetoder før vi går nærmere inn på somatikkens innsatsstyrte finansiering. Her trekkes frem ulike problemer og mangler med den innsatsstyrte finansieringen. Som for eksempel at aktivitetsøkningen ble vesentlig høyere enn planlagt ved innføringen av ISF, og at helseforetakene har vist seg å prioritere pasienter med diagnoser som gir høy økonomisk uttelling. Videre tar vi for oss hvordan psykisk helsevern finansieres og at de skjermes finansielt gjennom opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen er en viktig del av psykisk helsevern og har på lik linje med ISF noen problemområder. Vi går her igjennom hvordan status er på opptrappingsplanen og problemer som er oppdaget så langt. Til slutt går vi igjennom hvordan rapporteringen av opptrappingsmidlene samlet skal gi en fremstilling av hvor mye midler som er disponert inneværende år og hvor mye som skal overføres til neste år. Dette delkapitlet tar vi med for å gi en innføring i hvordan helsesektoren finansieres i dag.

Kapittel 3 er metodekapittelet. Her begynner vi med å forklare vår objektivitet i forhold til forskningsområdet, før vi går inn på å redegjøre for studieobjektene. Studieobjektene våre er Ahus, Helse Bergen og St. Olavs Hospital, hvor vi har tilhørende intervjuobjekt fra henholdsvis økonomiavdelingen og psykisk helsevern fra alle helseforetakene.

Videre i kapittel 3.1 utreder vi hvilket forskningsdesign vi har brukt. Vår tilnærming tar utgangspunkt i et eksplorativt forskningsdesign. Det er på grunn av at vi ønsker å få innsikt i fordeling av felleskostnader mellom somatikken og psykisk helsevern, og å forstå hva helseforetakene forstår med fordeling av felleskostnader. Vi har i hovedsak benyttet casestudier som en del av vårt forskningsdesign.

Til slutt i dette kapittelet går vi gjennom bruk av kvantitative og kvalitative metoder for datainnsamling, og mer detaljert hvordan vi har gjennomført casestudiene våre. Vi har primært benyttet kvalitative metoder for datainnsamling, hvor vi har anvendt kvantitativ data som sekundærinformasjon.

I kapittel 4 tar vi for oss hvordan praksisen rundt fordeling av indirekte kostnader i helseforetakene i Norge. Dette gjøres gjennom en presentasjon av hvordan tre helseforetak har løst problemene ved å fordele de indirekte kostnadene. Vi har innhentet denne informasjonen ved å intervju ulike representanter fra helseforetakene. Fra hvert helseforetak har vi snakket med representanter for økonomiavdelingen og fra psykisk helsevern. Vi har først og fremst snakket med representanter fra psykisk helsevern for å få deres synspunkt på hvordan de synes at styringen fungerer i helseforetakene med tanke på budsjetteringsprosessen og fordeling av kostnader. De tre helseforetaken som presenteres er Akershus Universitetssykehus, Helse Bergen og St. Olavs Hospital.

I kapittel 4.1 presenteres Akershus universitetssykehus. Her tar vi for oss styringen av helseforetaket og hvordan de indirekte kostnadene fordeles. Innledningsvis redegjør vi for Ahus sin budsjetteringsprosess, før vi tar for oss hvordan helseforetaket har ivaretatt en riktig fordeling av felleskostnadene. Her går vi i dybden på hvilke begrunnelser de har for å fordele kostnadene, og hvilke valg og hensyn de har tatt i forbindelse med kostnadsfordelingene. Vi tar også for oss hvilke erfaringer og meninger de har i forbindelse med opptrappingsplanen. Til slutt i hver del har vi tatt med de tilhørende synspunktene til respondenten fra psykisk

helsevern. Vi avslutter kapittelet med å fremstille utviklingen på kostnadssiden fra året før helsereformen ble innført, 2001, og frem til og med siste offentlige regnskapsår, som er 2004.

Ahus er det eneste helseforetaket som ikke benytter internprising som en vesentlig del av kostnadsfordelingen, men er på en annen side det eneste helseforetaket av de tre som fordeler alle felleskostnadene sine. Ved fordeling av felleskostnadene har Ahus i all hovedsak lagt vekt på bruk av fordelingsnøkler. Fordelingsnøklerne har de utarbeidet selv, men fra og med 2006 skal de ta i bruk fordelingsnøkler som skal være de samme for hele regionen. Ahus har kommet ganske kort i fordelingsprosessen, de har enda enkle prinsipper for hvordan kostnadene fordeles og har ingen umiddelbare planer om å innføre internprising. Det er imidlertid en god dialog mellom enhetene og de ulike nivåene i helseforetaket, dette fører til at budsjettene er godt forankret i hele helseforetaket.

Helse Bergen og St. Olavs Hospital er presentert på samme måte i kapittel 4.2 og 4.3. I motsetning til Ahus bruker Helse Bergen og St. Olavs Hospital i stor grad internprising når de fordeler felleskostnadene. Dette fører blant annet til at de har felleskostnader som ikke fordeles på grunn av internprisingsprinsippene de har lagt til grunn. Hensikten med internprisene er at kostnadene skal ut på de enhetene som genererer kostnadene og som har mulighet til å påvirke de. Kostnader som er volumuavhengige vil da ikke tas med i kalkylene. Helse Bergen er det helseforetaket som har kommet kortest av de to, og har ikke innført internpriser på alle områder enda. De har innført internpriser på noen få områder om gangen, og har deretter utredet om det er hensiktsmessig å innføre det på flere områder. Budsjettene i Helse Bergen er heller ikke godt forankret i avdelingene da de har en stram økonomi som krever stadige effektiviseringer og kutt.

St. Olavs Hospital har kommet lengst med internprisingsdelen, men sliter litt med prinsippene rundt prisingen. Det viser seg at enkelte tjenester krysssubsidieres uten at det er en enighet om at det skal være slik. St. Olavs Hospital innførte internprisene på alle områdene samtidig, og sliter litt med konsekvensene av det. Budsjetteringsprosessen på St. Olavs Hospital fungerer godt, men det er et problem at noe av eierskapet til budsjettet forsvinner etter at ledelsen har fordelt ut underskuddet til helseforetaket, og budsjettene ikke er slik avdelingene forventer.

I kapittel 5 tar vi for oss analysen av det stoffet som er presentert i kapittel 4, dette danner grunnlaget for konklusjonen i kapittel 6.1. Her har vi valgt å sammenligne de tre

helseforetakene punktvis, for lettere å få en oversikt over forskjeller og likheter mellom helseforetakenes fordeling av kostnadene. Det viser seg at Ahus i store trekk skiller seg ut på mange områder, i forhold til Helse Bergen og St. Olavs Hospital som er mer like hverandre. På en annen side varierer det hvilke prinsipp de forskjellige helseforetakene har lagt til grunn, og utfallet av kostnadsfordelingen.

Tilslutt i rapporten konkluderer vi på bakgrunn av analysen som ble gjennomført i kapittel 5. Deretter diskuterer vi kort valideringen av resultatet for vi kommer med forslag til videre arbeid.

DEL I Introduksjon

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

Frem til utgangen av 2001 hadde fylkeskommunene ansvaret for sykehusene i Norge. Ved inngangen av 2002 trådte en ny sykehusreform i kraft, som innebar at staten overtok fylkeskommunenes ansvar for sykehusene, og vi fikk helseforetak (www.odin.no). Helseministeren og Helse- og omsorgsdepartementet kan dermed anses som eier og øverste ansvarsmyndighet for helseforetakene i Norge.

Departementet styrer helseforetakene og setter mål ved hjelp av blant annet lover og forskrifter. I forkant av reformen ble det innført innsatsstyrt finansiering (ISF) av somatiske sykehus med virkning fra 01.07.1997, (Informasjonshefte om ISF; Helse- og omsorgsdepartementet, 2005), men det ble ingen endringer i finansieringen til psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus. Disse er fortsatt finansiert med faste rammer.

I forbindelse med reformene har ledelsen ved helseforetakene fått ansvar for innsatsfaktorer som blant annet påvirker driften og produktiviteten, (Askildsen og Haug, 2001, s 24). I og med at ledelsen i helseforetakene nå er gjort ansvarlig for det økonomiske resultatet, vil de i større grad enn før gjøre prioriteringer som er begrunnet ut fra et økonomisk perspektiv, og ikke ut fra politiske mål og prioriteringer. Det vil være naturlig å tro at kombinasjonen av finansieringssystemene kan gi ledelsen incentiver til å vri ressursbruken mot det som gir best økonomisk uttelling, dersom helseforetaket har somatiske- og psykiatriske avdelinger.

I den økonomiske styringen av virksomheter har økonomiske modeller hatt en sentral rolle. Disse modellene har tradisjonelt vært orientert mot å vise hva som er formålet med ressursbruken, og å kreve ansvar for den (Pettersen og Bjørnenak, 2003). For de fleste private bedrifter er det vanlig å kalkulere kostnader for de produktene som produseres. Det viser seg imidlertid at det langt fra har vært vanlig for offentlig virksomhet å kalkulere kostnader for produksjonen, noe som i hovedsak skyldes manglende markedsmessige verdivurderinger av de tjenestene som produseres (Pettersen og Bjørnenak, 2003). I det siste har det vært en positiv utvikling på dette området i helsesektoren, dette er på grunn av innføringen av ISF

(innsatsstyrt finansiering). Pasientbehandling krever innsats fra svært mange støtte- og serviceenheter. Dette inkluderer også indirekte innsats fra hele det administrative apparatet i et helseforetak (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Vi skal i all hovedsak i denne rapporten konsentrere vårt fokus på den delen av ressursbruken som forårsakes av støtte- og serviceenhetene.

Fordeling av felleskostnader kan være et virkemiddel som ledelsen kan benytte seg av til å påvirke ressursfordelingen og ressursforbruket. Felleskostnader er kostnader som er knyttet til fellesressurser for somatikk og psykisk helsevern. Det kan også beskrives som indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern, se figur 2.2.

Felleskostnader må ikke forveksles med sanne felleskostnader som er en snevrere definisjon og omhandler kun de volumuavhengige indirekte kostnadene som er felles for somatikk og psykisk helsevern, se figur 2.3. De sanne felleskostnadene inngår som en del av felleskostnadene.

Det er en rekke problemer knyttet til det å bestemme hvor mye av felleskostnadene den enkelte avdeling er ansvarlig for, og det å komme frem til en rettferdig fordeling av disse.

En vanlig måte å fordele indirekte volumavhengige kostnader på er ved bruk av fordelingsnøkler. Da grupperes kostnadene inn i grupper og fordeles ut på enheten ved hjelp av ulike fordelingsnøkler. Fordelingsnøklerne tilsvarer en forholdsmessig andel av kostnadene i forhold til hvor mye som genereres av kostnadene når det bestilles tjenester.

Det er også mulig å benytte internprising som fordelingsmåte. Da fastsettes en pris ut ifra hvilke kostnader en tjeneste eller operasjon genererer. Som oftest er det opp til den avdelingen som leverer tjenesten å sette disse prisene.

Bruk av fordelingsnøkler og internpriser tar ikke direkte hensyn til indirekte volumuavhengige kostnader. Den beste måten å fordele disse kostnadene på er ved hjelp av gitte metoder. Det finnes i hovedsak tre måter, det er ved bruk av autonomkostnaden, særkostnaden eller en kombinasjon av de to.

I Norge er det gjennomført en del studier på området helseøkonomi, men størstedelen er gjort innenfor samfunnsøkonomisk retning. De studiene som er gjort ut fra et bedriftsøkonomisk ståsted, har i liten grad tatt for seg problemene rundt fordeling av felleskostnader mellom ulike avdelinger i helseforetak. I denne rapporten skal vi ta for oss helseforetak som har både somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling, og hvordan felleskostnader fordeles mellom disse. Det kan være at helseforetakene i praksis benytter helt andre metoder for fordeling av felleskostnader enn de som er teoretisk begrunnet. Uavhengig av hvilke fordelingsmetoder de har valgt, ønsker vi å få innsikt i hva som ligger til grunn for deres valg..

Formålet med rapporten er å analysere hvordan ressursfordelingen foregår internt i helseforetak som har ansvar for både psykiatriske og somatiske helsetjenester, samt å vurdere om dagens styringssystem klarer å sikre at uønskede vridningseffekter ikke oppstår. Hovedfokuset vårt vil være å se nærmere på hvordan helseforetakene allokterer de indirekte kostnadene som er felles for somatikk og psykisk helsevern.

1.2 Problemstilling

I dag er det slik at psykiatrisk helsetjeneste er finansiert med en fast ramme mens somatiske helsetjenester er finansiert med fast ramme samt aktivitetsbasert finansiering. Det finnes derfor en risiko for at det skjer vridninger av psykisk helseverns og somatikkens ressurser innenfor helseforetakene. Det er derfor viktig at det interne styringssystemet sikrer at de ressursene som er avsatt til psykisk helsevern ikke brukes til somatiske helsetjenester.

I forbindelse med masterutredningen bestemte vi oss for å se nærmere på dette området. Vi kom frem til at det ville vært interessant å vurdere om styringssystemet til forskjellige helseforetak klarer å sikre at uønskede vridningseffekter ikke oppstår, gjennom å analysere hvordan ressursfordelingen i helseforetak foregår internt.

Problemstillingen som vi kom frem til er som følger:

Hvordan kan helseforetak gjennom økonomistyring håndtere ulike økonomiske incentiver i samme finansieringssystem, slik at de ikke skaper uønskede vridningseffekter?

Hensikten er å beskrive hvordan helseforetakene argumenterer for og fordeler indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern, og hvordan kostnadsfordelingen ivaretas i budsjetteringsprosessen. Det er en forutsetning at helseforetakene vi velger å studere har somatisk og psykiatrisk avdeling. Vi tar utgangspunkt i tre helseforetak i tre ulike helseregioner som har ansvar for både psykiatriske og somatiske helsetjenester.

Motivasjonen for å utrede denne problemstillingen skyldes at det er klare incentiver til å overføre midler fra psykisk helsevern til somatikken. Dette for å få flere midler til disposisjon i somatikken, slik at de kan generere flere DRG-poeng. Siden det er somatikk som har aktivitetsbasert finansiering, ligger det incentiver til at ledelsen i helseforetakene kan velte noen av felleskostnadene forbundet med denne delen av sykehusdriften over på psykiatridelen. Dette kan være for å øke aktiviteten innen somatikk, og på denne måten få en økt finansiering. Dagens stykkprisfinansiering av somatikken gir incentiver til legge fokuset der de helseforetakene har en variabel inntektskilde som er knyttet opp mot antall produserte DRG-poeng. Denne mistanken bygger på vissheten om at dagens finansieringssystem fremmer nevnte vridningseffekter kombinert med at resultatene fra opptrappingsplanen lar vente på seg.

1.3 Avgrensning

Økonomistyring og kostnadsfordeling er store og viktig tema innenfor bedriftsøkonomien. Fokuset i denne rapporten på økonomisk styring har vært rettet mot budsjetteringsprosessen og hvordan helseforetakene bør håndtere fordelingsspørsmålet tilknyttet indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern. Rapporten tar utgangspunkt i tre helseforetak i Norge. Disse er Ahus, Helse Bergen, og St. Olavs Hospital.

Det har vært vanskelig å få tilgang til interne regnskapsdata. Arbeidet har derfor vært begrenset av den informasjon som vi har fått tilgang til. På grunn av det har vi i stor grad vært nødt til å støtte oss til tallmateriale som vi har kunnet fremskaffe fra Statistisk Sentralbyrå sin statistikkbank og årsrapporter fra de ulike helseforetakene.

Vi har i denne rapporten valgt å ikke fokusere på mikroøkonomi og ABC. Da det først og fremst er en rapport som er basert på bedriftsøkonomisk teori. Begrunnelsen for dette er at det allerede finnes en del samfunnsøkonomisk forskning fra helsesektoren, og for å begrense

omfanget av rapporten. Grunnen til at vi ikke tar for oss ABC er at vi ikke ser nærmere på produktkalkyler, da vi ikke ser på produktkostnader.

Vi tar heller ikke for oss en detaljert beskrivelse av dagens finansiering av somatikken og psykisk helsevern. I rapporten tar vi utgangspunkt i hvorvidt helseforetakenes fordeling av indirekte kostnader som er felles for somatikken og psykiatrisk helsevern skjevfordeles mellom de to enhetene. Begrunnelsen for at en slik skjevfordeling kan finne sted er dagens stykkprisfinansiering av somatikken, og er bakenforliggende for vår problemstilling. Vi gir derfor kun en generell innføring av finansieringen i slutten av teorikapittelet, da det ikke berører problemstillingen vår direkte.

Vi tar ikke hensyn til ting som er tatt opp i media og hendelser i helseforetakene etter siste intervju, som var 9.november. Dette er på grunn av at respondentene skal ha hatt mulighet til å uttale seg om eventuelle hendelser.

1.4 Rapportens struktur og oppbygning

Det første kapittelet er et introduksjonskapittel. Her presenteres problemstillingen, begrunnelse for valget av denne og avgrensning av rapporten.

I neste kapittel, kapittel 2, presenteres teorien. Her har vi tatt med teori som er relevant for fordeling av felleskostnader i helsesektoren. Vi begynner med å si litt om det området hvor felleskostnadene behandles først, altså budsjetteringsprosessen. Dette kommer inn under den ideelle økonomiske styringsprosessen. Deretter tar vi for oss hva helseforetakene mener med begrepet felleskostnader før vi tar for oss årsaker til å fordele kostnader, grunnlaget for å fordele kostnader og ulike prinsipper som må tas stilling til ved kostnadsfordelinger. Til slutt går vi inn på deling av sanne felleskostnader. Hva dette er om hvilke metoder en kan bruke for å fordele disse. Vi avslutter kapittelet med å si litt generelt rundt finansiering av helseforetak. Formålet med teoridelen er å danne et grunnlag for å foreta en analyse av empirien, samt å redegjøre for noen av de forhold som er gjeldene for helseforetakene i Norge.

Deretter tar vi for oss valg av metode i kapittel 3. Her tar vi for oss hvilke metoder som er brukt, for deretter å definere studieobjekt og bestemme forskningsdesign og metoder for datainnsamling.

I kapittel 4 har vi rettet fokus mot tre utvalgte helseforetak og hvordan de fordeler felleskostnadene og behandler disse i budsjetteringsprosessen. Formålet er å få frem et grunnlag som kan være en del av analysen og som kan bidra til å gi et svar på problemstillingen. Vi vil i dette kapitlet gå grundig inn på hvordan Akershus Universitetssykehus, Helse Bergen og St. Olavs Hospital har ivaretatt felleskostnadene i budsjettet, hvilket forhold de har til felleskostnadene og hvordan de har fordelt de.

Kapittel 4 gir opphav til en analyse av de tre helseforetakenes måte å fordele felleskostnadene på, hvilket forhold de har til de og hvordan de er ivaretatt i budsjettet. Dette vil utgjøre kapittel 5.

Konklusjon, validering av resultatene og forslag til videre forskning tas til slutt opp i kapittel 6.

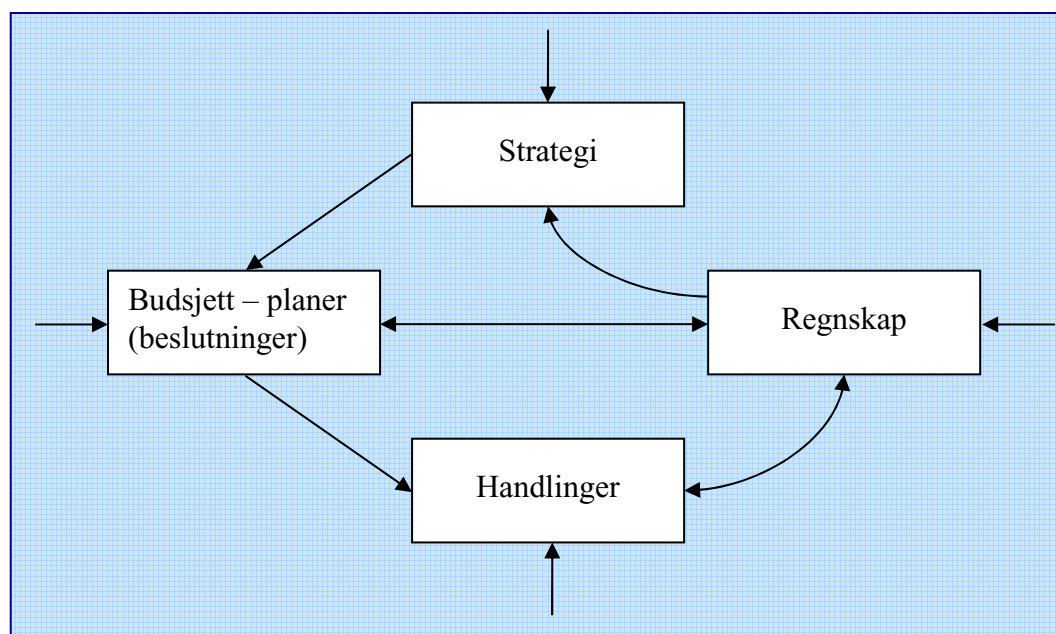
DEL II Det teoretiske grunnlaget for rapporten

2. Presentasjon av teorien

2.1 Den ideelle økonomiske styringsprosessen

Etter at helsereformen ble innført i begynnelsen av 2002, hvor staten overtok eierskapet over norske sykehus og sykehusene ble organisert i fem regionale helseforetak, ble kravet om at helseforetakene skulle gå i balanse forsterket. I dag har man i større grad knyttet kostnadssteder og ressursbruk sammen med resultatansvar. Det gjør at helseforetakene har fått et større behov for å ha et bevisst forhold til økonomistyring.

Pettersen og Bjørnenak (2003: 39) definerer økonomistyring som: *"den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger."* De sier at det er en prosess som foregår kontinuerlig og over tid. Økonomisk styring består av strategisk planlegging og målformulering, planlegging (budsjettering), aktivitetsoppfølging (handlinger), og rapportering (regnskap) og evaluering. . Dette er illustrert i figuren under.



Figur 2.1 Den ideelle økonomistyringsprosessen (Pettersen og Bjørnenak 2003: 40)

Pettersen og Bjørnenak (2003) forklarer økonomistyring som en prosess som blir påvirket av ytre faktorer som for eksempel endringer i budsjetttrammer, pasientorganisasjoner, ny teknologi, media og så videre. Prosessen starter med utformingen av den strategiske planen. Dette kan være helseforetakets virksomhetsplan med forgreininger ned i hver avdeling. Under dette arbeidet er det viktig at en forholder seg til de overordnede målene som eieren har satt. Ut fra det en kommer frem til under den strategiske planleggingen lager en årsbudsjettet.

Budsjetteringsprosessen er en omfattende og viktig prosess i helseforetakene, og utgjør en stor del av styringsverktøyet i de ulike avdelingene og i helseforetaket som helhet. Ansvaret for strategiutformingen og budsjettplanleggingen ligger først og fremst hos helseforetakets ledelse. Siden er det avdelingsledernes oppgave å nå de strategiske målene gjennom oppfølging av budsjettets forutsetninger (Pettersen og Bjørnenak, 2003), altså gjennom handling. Budsjettet og handlinger vil utgjøre regnskapet for de ulike avdelingene og helseforetaket som helhet. I og med at økonomistyringsprosessen er kontinuerlig, vil regnskapet og evaluering av virksomheten være utgangspunktet for en ny strategisk plan (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

2.1.3 Budsjetteringsprosessen og politiske beslutningsprosesser

Budsjett og budsjettering er viktig i offentlig sektor, og ses på som det viktigste styringsredskapet. Dette er på grunn av at en i budsjetteringsprosessen får frem ulike synspunkt og politiske vurderinger hos sentrale aktører i denne sektoren. Det er samtidig et viktig plandokument.

Et budsjett er av Nørgaard *et al.* (2003) definert som en beregning av de økonomiske konsekvensene av å gjennomføre et bestemt handlingsprogram. Budsjettoppstillingen krever planlegging av virksomhetens aktiviteter. Budsjettet er ment å lette beslutningsprosessen ved å fungere som en handlingsplan, og det begrenser antall handlingsmuligheter. Det fungerer også som et administrativt styringshjelpemiddel.

Hvis en tar utgangspunkt i normativ teori, er budsjettet en måte å få organisasjoner til å rette blikket fremover. Gjennom budsjetteringsprosessen vil organisasjonene planlegge, iverksette tiltak og fatte beslutninger. Konsekvensene av dette vil realiseres i fremtiden, og er ment å hjelpe organisasjonen til å overleve, (Høgheim og Grønhaug, 1996).

I teorien ses budsjettet på som et styringsinstrument og et verktøy til å nå mål. Litteraturen tar utgangspunkt i at aktørene er rasjonelle i budsjetteringsprosessen og at de tar rasjonelle valg. De leter opp den informasjonen de trenger, og tar beslutninger fullt informert om alle handlingsalternativ og konsekvensene av disse. Teorien legger vekt på at menneskets sunne fornuft og forstand veier tyngre enn erfaring, (Høgheim og Grønhaug, 1996). Her ignoreres instinkter, magefølelser og erfaringer. Det forutsettes også at aktørene har kapasitet til å behandle og ta stilling til store mengder informasjon, og at de gjør det som er best for organisasjonen. Videre brukes budsjettet til å analysere avvik fra plan til virkelighet. Når disse avvikene blir fulgt opp, vil budsjettet, i følge Høgheim og Grønhaug (1996), fungere som et styringsverktøy.

I offentlig sektor vil budsjetteringsprosessen være vanskelig av ulike grunner. Når en organisasjon skal utarbeide nye budsjett, er det blant annet vanskelig å vite hvilket kostnadsnivå en skal legge seg på. Når for eksempel et helseforetak budsjetterer, er det viktig at budsjettet virker troverdig, da det er departementet som bevilger pengene. Ulike faktorer som må tas med i budsjetteringsprosessen er at en ikke må budsjettere med for høye kostnader, men de må heller ikke være for lave, (Wildavsky, 1975). Her er kunsten å finne en gylden middelvei. En ender ofte med å sette budsjettene litt høyere enn det en forventer å motta av bevilgninger.

Siden helseforetakene nå er statseid, må helseforetakene i tillegg forholde seg til staten i budsjetteringsprosessen. I følge Pettersen og Bjørnenak (2003) vil de regionale helseforetakenes planer danne grunnlag for departementets arbeid og forslag til statsbudsjett. På bakgrunn av dette vil departementet utarbeide meldinger til Stortinget. Dette skal sikre nasjonal politisk innflytelse og kontroll med utviklingen og styringen av spesialhelsetjenesten. Deretter bevilges midler til de regionale helseforetakene, som videre deler ut til underliggende helseforetak.

Budsjettet har ulike funksjoner i privat og offentlig sektor. I privat sektor er budsjettet først og fremst en målestokk for ressursbruken i en bedrift, mens det i offentlig sektor har flere funksjonsområder som er ment å tjene ulike hensikter. Pettersen og Bjørnenak (2003) har delt funksjonsområdene opp i autorisering, prognose, planlegging/koordinering og prestasjonsmåling. Under går vi kort igjennom hva som menes med disse.

Autorisering tar utgangspunkt i at budsjettet fungerer som en inntektskilde. Offentlige ”non-profit” bedrifter kan vi si er budsjettdekoblede. Dette er på grunn av at tilgangen til ressursene er godkjent gjennom offentlige budsjettvedtak, (Pettersen og Bjørnenak, 2003). På avdelingsnivå brukes budsjettet blant annet for godkjenning av ressursbruk, samtidig som det er ment å være et viktig styringsverktøy.

Budsjettet skal vise det forventede ressursbehovet uttrykt i økonomiske termer. Dersom de ytre forholdene endrer seg, som prisnivå eller demografiske forhold, skal prognosefunksjonen fange opp konsekvensene av disse endringene. Prognosene har blant annet til hensikt å vise eierne (her staten) hva som forventes av ressursforbruk og aktivitet i en fremtidig periode, (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Budsjettets planleggingsfunksjon er ment å koordinere institusjonens bruk av ressurser. Her skal man sette et aktivitetsnivå for ulike avdelinger, og gjennom dette fortelle avdelingene hvilke krav og forventninger som stilles til dem, (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Prestasjonsmålinger brukes for å fremme kostnadseffektiviteten i en organisasjon. Man kan evaluere prestasjonene i en virksomhet ved å sammenligne prestasjoner i form av inntekter og utgifter med en standard for ressursforbruket og inntekter, (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Når man skal fordele de ressursene en har til rådighet vil en finne flere interessekonflikter mellom de som utarbeider budsjettene og de som sitter på ressursene. I disse tilfellene må det ofte fattes politiske beslutninger for å komme i mål.

Wildavsky (1975) mener at i stedet for at budsjetteringen er en rasjonell prosess som bygger på forutsetninger om mål, problemer og ulike handlingsalternativ, er den et resultat av politiske prosesser hvor aktørene har egeninteresser. I offentlig sektor vil Wildavskys påstand være ganske synlig. Dette er tydelig da vi har politikerne som forvalter ressursene og helseforetakene som ønsker å ha mest mulig ressurser til rådighet.

Et annet moment som støtter opp under Wildavskys påstand er at budsjetteringsprosessen har vist seg å være et middel for å oppnå enighet. Partene i budsjetteringsprosessen blir enige gjennom forhandlinger hvor de gir og tar. Samtidig forsøker en å redusere konflikter for å komme til enighet, (Høgheim og Grønhaug, 1996). Forskning har vist at budsjettering i følge

normativ teori er vesentlig forskjellig fra praksis på mange områder. En har sett at aktørene ikke er så rasjonelle som en skulle trodd, og at det politiske spillet i budsjetteringsprosessen er tilstede i stor grad, (Høgheim og Grønhaug, 1996).

Pettersen og Bjørnenak (2003) sier at politiske beslutningsprosesser kan karakteriseres ved at ulike interessenter kan ha forskjellige tolkninger av problemer og muligheter. De mener at mange vedtak i budsjetteringsprosessen kan kjennetegnes av politiske beslutningsprosesser. Dette gjør at resultatet av en slik beslutningsprosess blir vanskelig å forutsi.

Dette er særlig fremtredende ved fordeling av felleskostnader/indirekte kostnader i helseforetakene. Problemet her er å bli enige om hvor mye kostnader de ulike avdelingene, i vårt tilfelle somatikken og psykisk helsevern, generer i de ulike funksjonene i helseforetakene. En kan tenke seg at økonomiavdelingen først fordeler disse kostnadene ved hjelp av fordelingsnøkler utarbeidet etter sunn fornuft og logikk. Når budsjettet så skal godkjennes av ledelsen/styret, tar de en skjønnsmessig vurdering av kostnadsfordelingene og ender ofte med å justere disse den ene eller andre veien. Det kan også oppstå tilsvarende problemer på andre budsjettposter, som for eksempel investeringer og nedskjæringer. Dette går ikke vi nærmere inn på da det ikke berører problemstillingen vår i særlig grad.

For at ledelsens politiske beslutninger skal virke troverdige og få gjennomslagskraft, må de ha en sterk myndighetsposisjon og delta aktivt i organisasjonen, (Pettersen og Bjørnenak, 2003). For at det ikke skal oppstå konflikter når ledelsen endrer på økonomiavdelingens beregninger, er det viktig at ledelsen vet hvordan økonomiavdelingen jobber og hvordan kostnadsbildet til helseforetaket og de ulike avdelingene er. Det kan være viktig å tenke på at økonomiavdelingen kan være blindet av faget, og at ledelsen, her avdelingsleder, kan ha verdifull innsikt i hvordan vedkommende avdeling fungerer og hvordan de faktiske forholdene der er.

Med tanke på hvor viktig budsjettene er i offentlig sektor, er nåværende budsjetteringsprosess ikke god nok. Budsjettene utarbeides som regel med utgangspunkt i foregående års budsjett og regnskapene tillegges liten eller ingen vekt. Dette blir et problem da en utarbeider budsjett på bakgrunn av materiale som er over ett år gammelt, og som i tillegg ikke samsvarer med det virkelige bildet av kostnader og inntekter, (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Vanlig praksis har vært at det foregående budsjettet justeres med prisstigning og mindre endringer som ofte dreier seg om bruk av overtidstimer og nye stillinger. Det som ofte skjer da er at en

viderefører systematiske skjevheter fra tidligere budsjett og prioriteringer vil skjules, (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Det legges et for stort fokus på de små tingene, og så glemmer man de større endringene i diskusjonen om hvem som skal få en krone mer enn de andre. Det har også vist seg at budsjetteringsprosessen kan ha en tendens til å bli en prosess der deltakerne er mer opptatt av å få gjennom sine forslag og vise hvem de er, enn å bruke budsjettet til noe konstruktivt for organisasjonen og styringen av den, (Olsen, 1970).

Pettersen og Bjørnenak (2003) beskriver to budsjetteringsfilosofier som kan brukes i budsjetteringsprosessen. Disse kalles nedbrytningsmetoden ("top-down") og oppbyggingsmetoden ("bottom-up"). Nedbrytningsmetoden går ut på at avdelingen i et helseforetak får føringer på hvor mye penger de har til rådighet, og må utarbeide budsjett på bakgrunn av dette. Her må de ulike budsjettforslagene revideres og avstemmes gjennom budsjettmøter og dialog med helseforetaksledelsen og avdelingsledelsen. Til slutt settes avdelingsbudsjettene sammen til et hovedbudsjett. Alternativt har vi oppbyggingsmetoden. Her utarbeider avdelingene egne budsjett fra bunnen, uten føringer på hvor mye penger de har til rådighet. Hver avdeling setter opp en oversikt over hvor mye ressurser de trenger i kommende periode. Summen av avdelingenes budsjettall evalueres høyere opp i ledelsen før de vedtas. Problemet med at avdelingene utarbeider budsjett uavhengig av hverandre kan være at de glemmer å ta hensyn til synergieffektene som finnes mellom avdelingene i helseforetaket. I praksis distribuerer en da ofte planer for aktivitetsnivået i helseforetaket i budsjettperioden (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Fordelen med oppbyggingsmetoden er at den skaper engasjement og entusiasme rundt budsjetteringsprosessen.

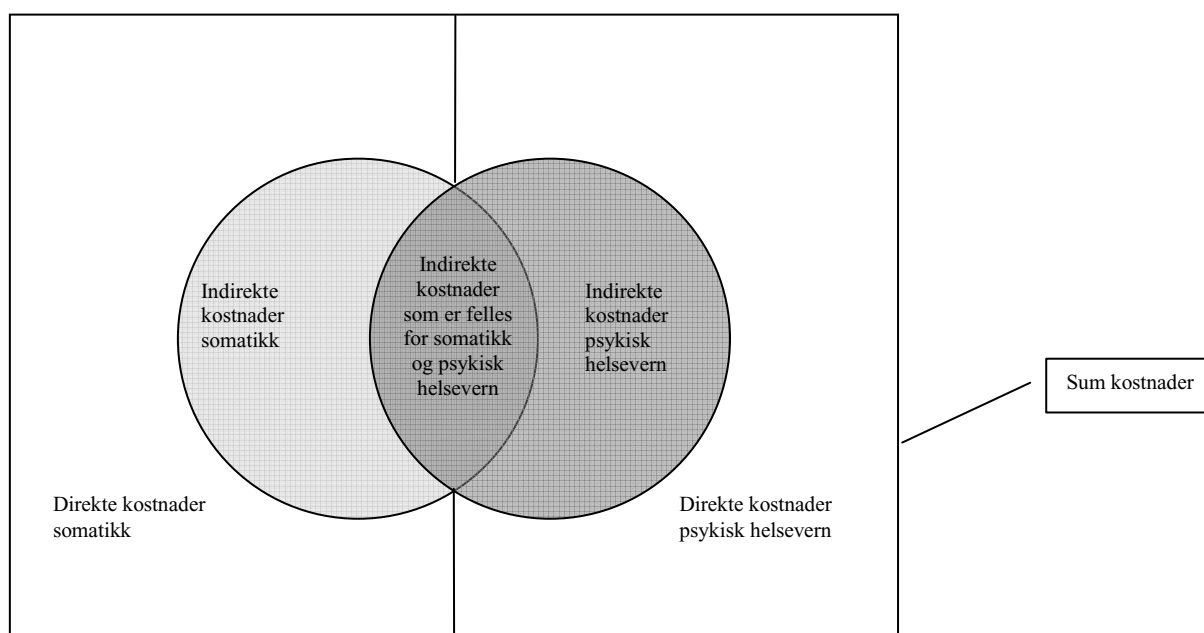
Ved utarbeidelse av budsjett viser det seg ofte at ressursene og pengene ikke strekker til. Det at en har begrensninger for hvor mye som finnes av ressurser og penger, fører til at en må prioritere, og kutte i tiltak en gjerne skulle hatt gjennomført. Dette kan oppfattes som demotiverende på de som har utarbeidet budsjettene, (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Budsjetteringsprosessen handler om å ta tøffe valg om hvordan en skal anvende de knappe ressursene en har til rådighet. Hvordan en best kan utnytte disse midlene, og hva som skal prioriteres. Utfordringen består i at hver helsekrone skal rekke lengst mulig i forhold til de målene som er satt. Budsjettresultatet er ofte et kompromiss mellom ulike interesser og behov, (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

2.2 Hva mener helsesektoren med felleskostnader?

Når helseforetakene snakker om felleskostnader mener de vanligvis ”overhead costs” som er felles for både somatikk og psykisk helsevern. Det norske begrepet for overhead costs er indirekte kostnader. Det er derfor interessant for oss å studere helseforetakenes indirekte kostnader og fordelingen av disse.

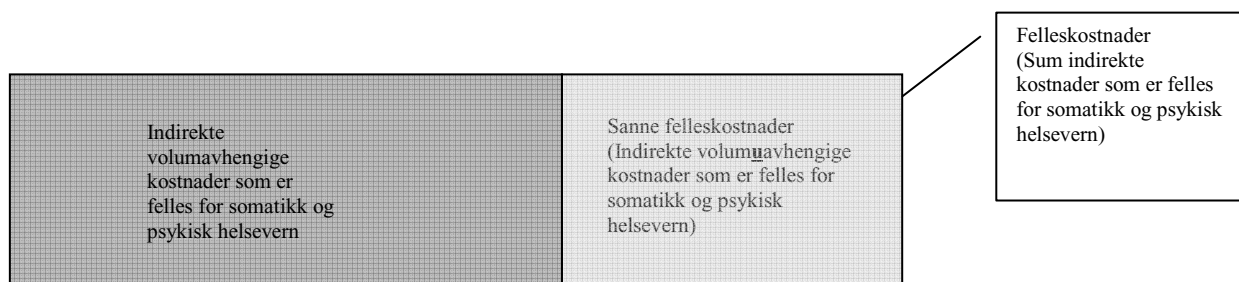
Indirekte kostnader defineres ved at kostnader som man ikke kan henføre til en bestemt kostnadsbærer (eks et produkt) vanligvis fordeles på forskjellige kostnadsarter (eks material-, produksjons-, salgs- og administrasjonskostnader), (Nørgaard *et al.*, 2003). Dersom det ikke er mulig å separere kostnadene kalles de sanne felleskostnader. I kapittel 2.2.1 går vi inn på de forskjellige typer indirekte kostnader.

Felleskostnader er i denne rapporten kostnader knyttet til to eller flere avdelingers felles ressurser. En mer teoretisk beskrivelse av felleskostnader er indirekte kostnader som er felles for to eller flere avdelinger.



Figur 2.2 Viser sammenhengen mellom direkte og indirekte kostnader i forhold til somatikk og psykisk helsevern.

Begrepet felleskostnader må ikke forveksles med begrepet sanne felleskostnader. Det engelske begrepet for sanne felleskostnader er common costs. Sanne felleskostnader defineres av Nørgaard *et al.* (2003) som kostnader som ikke kan henføres til eller påvirkes av noen bestemte produkter. Disse kostnadene er med andre ord volumuavhengige. Sanne felleskostnader forekommer i likhet med felleskostnader i alle typer virksomheter og vi vil utdype dette begrepet nærmere i kapittel 2.7.



Figur 2.3 Illustrerer forskjellen og sammenhengen mellom felleskostnader og sanne felleskostnader.

Videre vil vi benytte disse begrepene: Sanne felleskostnader er det som i den økonomiske teorien betegnes som felleskostnader (common costs). Indirekte kostnader er det helseforetakene betegner som felleskostnader (overhead costs).

2.2.1 Indirekte kostnader

De indirekte kostnadene utgjør en stor del av en bedrifts kostnader, ofte over halvparten. Det som karakteriserer disse kostnadene er at de ikke kan assosieres direkte med de enkelte produktene (outputs). Dette gjør de ulike indirekte kostnadene forskjellige i forhold til hvilke input de representerer, (Innes og Mitchell, 1993).

Sammensetningen av bedrifters indirekte kostnader vil variere da eksistensen av disse kostnadene i en organisasjon avhenger av organisasjonens natur og kostnadsstruktur, (Innes og Mitchell, 1993). Grovt kan indirekte kostnader deles opp i fire typer. Disse er felleskostnader forbundet med produksjon, administrasjon, distribusjon og salg/markedsføring. Innes og Mitchell (1993) har videre forsøkt å gruppere indirekte kostnader forbundet med produksjon i tre kategorier;

- 1) Kostnader som ikke kan identifiseres med et enkelt produkt fordi kostnadene som oppstår også er felles for en rekke andre produkt, for eksempel kostnader ved at et produkt tar opp kapasitet på maskiner.
- 2) Kostnader som normalt kan henføres til et produkt, men som på grunn av tilfeldighet eller materiell ikke kan fordeles. Eksempelvis forbruk av spiker og lim på et møbel. Kostnadene forbundet med registrering av dette vil ofte overskride kostnadene ved det faktiske forbruket.
- 3) Kostnader som kan relateres til et enkelt produkt, men som allikevel må bli sett i sammenheng med alle produktene. Dette kan være bruk av overtidstimer. Grunnen til at en må bruke overtid på ett produkt kan være en følge av forsinkelser, problemer eller generell økt etterspørsel på produktene. Det vil da ikke nødvendigvis være riktig å fordele overtidstimerne til det produktet en bruker timene på.

I tillegg er det mulig å analysere de indirekte kostnadene på flere måter enn de nevnt over, eksempelvis produksjonsrelaterte versus ikke produksjonsrelaterte indirekte kostnader, faste versus variable indirekte kostnader. Produksjonsrelaterte versus ikke-produksjonsrelaterte indirekte kostnader, faste versus variable indirekte kostnader, kapasitet versus output kostnader og forpliktete fastlagte (committed) versus uavhengige ikke fastlagte (discretionary) kostnader, (Innes og Mitchell, 1993). Under går vi nærmere inn på hvordan en kan analysere de indirekte kostnadene mot faset versus variable indirekte kostnader og kapasitet versus output kostnader, da disse er mest relevante for vår problemstilling.

Det er viktig å forstå kostnadmønsteret til bedriften, og det kan da hjelpe å dele indirekte kostnadene opp i faste og variable kostnader. Tidligere har en gjort dette ganske enkelt ved å dele kostnadene i forhold til om de volumavhengige eller ikke. Dette har vist seg å ikke være tilstrekkelig, så i dag er det utviklet flere metoder for å identifisere faste og variable indirekte kostnader (Innes og Mitchell, 1993). Et eksempel er å analysere statistisk materiale. En annen fordel ved å dele de faste og variable indirekte kostnadene, er når en skal foreta beslutninger for eksempel vedrørende profittmessige konsekvensene av endringer i output, og for å finne optimal produktmiks, (Innes og Mitchell, 1993).

Sanne felleskostnader inngår i begrepet indirekte kostnader. Derimot vil ikke begrepet sanne felleskostnader være dekkende for indirekte kostnader. I denne rapporten ser vi på forholdet

mellom to avdelinger i et helseforetak, og dermed vil deres sanne felleskostnader bli kategorisert som faste indirekte kostnader.

For å få best mulig utbytte av å separere faste og variable indirekte kostnader, er det viktig å planlegge bruken av de faste og variable kostnadene effektivt. Med effektiv planlegging av faste indirekte kostnader menes at en kun tar på seg essensielle aktiviteter og videre planlegger å være effektiv i denne forpliktelsen, i tillegg til at det er viktig å velge riktig kapasitetsnivå og investeringsstørrelse som vil være fordelaktig for bedriften fremover, (Horngren *et al.*, 2003). Mens det med effektiv planlegging av variable indirekte kostnader menes at bedriften kun bruker de variable felles aktivitetene som øker verdien av produktet for kundene på vedkommende produkt. Samtidig er det viktig å vite hva de ulike produktene bruker av variable felles aktiviteter, og hvor mye kostnader dette genererer, (Horngren *et al.*, 2003).

Det kan også være hensiktsmessig å dele indirekte kostnader opp i kapasitet og output. De kostnadene som er forbundet med det å kunne drive en bedrift på lang sikt, uavhengig av mengde produsert, kan kategoriseres som periodekostnader. Det har vært argumentert for at disse kostnadene bør bli trukket direkte av overskuddet og ikke fordeles. Kostnader som svinger med volum produsert er i større grad knyttet til kapasitet.

Et annet problem som skyldes de indirekte kostnadene oppstår når en skal beregne enhetskostnadene til de ulike produktene. På grunn av at en har indirekte kostnader er det vanskelig å vite eksakt hvor mye kostnader et produkt genererer. Som et alternativ fordeler en da kostnadene ved hjelp av rater eller andeler. Måten en beregner disse ratene på avhenger av hvilken type indirekte kostnader en har. Når en har produksjonsrelaterte indirekte kostnader vil en først fordele felleskostnadene til ulike kostnadssentre. Deretter vil en finne en rate som reflekterer hvert enkelt produkts konsum av ressursene i de ulike kostnadssentrene (Innes og Mitchell, 1993).

Ratene brukes til å fordele andel kostnader de enkelte produktene bruker i de ulike kostnadssentrene. Hvor mange rater en bør operere med avhenger av ressursene en har til rådighet. Det er tidkrevende å finne disse ratene, samtidig som det er kostbart. En må også vurdere nytten en har av de ulike ratene. For mange rater kan skape mer kaos en oversikt. Hvor ofte en velger å revidere ratene er individuelt, men det vanligste er en gang i året.

Ratene kan ha benevning i form av antall enheter, maskintimer, arbeidstimer, areal, årsverk og lignende. En bruker den benevningen som best reflekterer hva som driver kostnadene. Vi kommer nærmere inn på rater lengre nede.

2.3 Hvorfor fordeler de kostnader?

Det er vanskelig å fordele kostnader, men det er nødvendig da det gir oss nyttig informasjon vedrørende strategiske og produksjonsmessige beslutninger (Horngren *et al.*, 2003). En fordeler kostnader for å få informasjon om økonomiske beslutninger, for å motivere medarbeiderne, og for kostnadslegitimering/ prising og resultatmåling/ evaluering (Horngren *et al.*, 2003). Under går vi nærmere inn på de ulike formålene ved å fordele kostnader.

2.3.1 Økonomiske beslutninger

Det fremherskende synet til de fleste forskere innen regnskap spenner seg fra det standpunkt at avgjørelsen om hvordan en skal allokere kostnader er i alt det vesentlige en skjønnsmessig beslutning, til standpunktet om at kostnadsfordeling er så til de grader firmaspesifikt at en ikke kan finne noen generell regel. I tillegg til at en hver allokering av joint costs, inkludert overhead costs og avskrivninger, er skjønnsmessig og har ingen hensikt (Zimmerman, 1978). ”Joint costs” defineres som kostnadene til en produksjonsprosess som gir flere produkter samtidig (Horngren *et al.*, 2003), og utdypes ikke nærmere i denne rapporten. Spørsmålet blir da hvorfor bedrifter likevel insisterer på å allokere kostnader på tross av at det ikke blir anbefalt av teoretikerne? En årsak til at en fordeler kostnader er at en skal skaffe seg en oversikt over hvorvidt det vil være økonomisk forsvarlig å utvide produksjonen, eller om en skal produsere en komponent selv, eller kjøpe den av andre (Horngren *et al.*, 2003). Organisasjoner fordeler altså kostnader for å kunne fatte bedre beslutninger. Hvorvidt de fordeler kostnadene riktig, avhenger av den beslutningen som skal tas.

2.3.2 Motivasjon

Organisasjoner bruker noen ganger kostnadsfordelinger som en motivasjon for å vri ressursbruken i ønsket retning. De kan for eksempel fordele kostnader etter bruk for å redusere forbruket av en aktivitet, eller de kan fordele kostnadene etter faste rater for å stimulere til økt forbruk (Horngren *et al.*, 2003). Noen ganger velger organisasjonen å ikke

fordele noen av kostnadene over til vedkommende avdeling, for fortsatt å stimulere til økt forbruk av de aktuelle aktivitetene.

2.3.3 Kostnadslegitimering/prising

Når en organisasjon skal bestemme prisen på ulike produkt benytter de seg ofte av kostnadsfordelinger for å rettferdiggjøre den prisen de tar (Horngren *et al.*, 2003). På denne måten kommer det tydeligere frem hva et produkt genererer av kostnader, og hva prisen må være for at organisasjonen skal overleve på lang sikt. I helsesektoren vil dette være mest relevant opp mot de enkelte avdelingenes forbruk av støtteaktiviteter. Satsene en finner i den innsatsstyrte finansieringen bestemmes ikke av de enkelte helseforetakene. Det vil således ikke være mulig for helseforetakene å endre på disse. Det kan imidlertid være en mulighet for helseforetakene å fordele merkostnadene de ulike diagnosene og behandlingene genererer ut over det den innsatsstyrte finansieringen refunderer.

2.3.4 Resultatmåling/evaluering

En årsak til at en virksomhet velger å fordele kostnader er for å kunne måle resultatet til enkelte produkter eller produktgrupper. I den forbindelse blir det også mulig å evaluere lønnsomheten til produkter og hvor mye kostnader de generere. Resultatmåling og evaluering er viktig når en for eksempel har en kompleks bedrift som produserer forskjellige produkter og er avhengige av god lønnsomhet på produktene. Kostnadsfordeling hjelper virksomheter å effektivt luke ut produkter som ikke er lønnsomme.

2.4 Hvorfor fordele kostnader mellom enheter?

Et problem organisasjoner støter på når de skal fordele kostnader mellom enhetene i bedriften, er hvorvidt de skal fordele alle kostnadene eller bare deler av dem. Praksisen er forskjellig i ulike organisasjoner og situasjoner. Ofte velger organisasjoner å ikke fordele kostnader mellom enheter (Horngren *et al.*, 2003). Hvorvidt de gjør det eller ikke, og i hvilken grad de eventuelt fordeler kostnadene, avhenger av hva de ønsker å oppnå med den formen for økonomistyring de velger. Horngren *et al.* (2003) nevner fem grunner til at en velger å fordele kostnader mellom enheter i en organisasjon. Det kan være på grunn av at ledelsen ønsker å kommunisere ressursforbruket til de ulike avdelingene, redusere eller øke forbruket av

aktiviteter/ressurser, drive kostnadskontroll, gjennomføre kapasitetsplanlegging og gjøre vurderinger opp mot outsourcing av deler av virksomheten.

2.4.1 Kommunisere ressursforbruk

Ved å fordele kostnader mellom enhetene settes det fokus på hvor mye de enkelte avdelingene bruker av ressursene (Horngren *et al.*, 2003). En kan på denne måten få en rettferdig fordeling av kostnadene, og avdelingene stilles til ansvar for sitt forbruk. En kan også sammenligne seg med andre avdelinger og se om en bruker uforholdsmessig mye av en ressurs i forhold til de andre.

2.4.2 Redusere (over-) forbruk

Noen ganger fordeler organisasjonene kostnadene for å velte de reelle kostnadene ved forbruk av ressurser og aktiviteter over på enhetene. På denne måten får en synliggjort at bruk av ressurser og aktiviteter koster penger. Slik kan en oppnå redusert forbruk og dermed redusere kostnadene i organisasjonen. For at dette skal fungere er det viktig at kostnadsfordelinger føles rettferdig, og at det er praktisk mulig for avdelingene å redusere de kostnadene de tildeles (Horngren *et al.*, 2003). Videre vil vi gå inn på at det ofte kan oppstå problemer med overforbruk av ressurser i et prinsippal-agent forhold, i tillegg til at en kan oppleve problemer med produksjonsrelaterte indirekte kostnader.

2.4.2.1 Kostnadsallokering og prinsippal- agentproblemet

Zimmerman (1978) viser til både Horngren og Kaplan som tror at kostnadsallokeringer henger sammen med ledelsens atferd. I denne sammenhengen er avdelingsledelsen agenter. Prinsippal agentproblemet bunner ut i opportunistisk atferd. Den opportunistiske atferden går ut på at agenten maksimerer sin velferd ved å sette i gang aktiviteter som ikke nødvendigvis er til prinsippalens beste.

Agentkostnader består av overvåkningskostnader, incentivkontrakter (bonding cost) og ”residual loss” på grunn av opportunistisk atferd. Overvåkning og incentivkontrakter er et forsøk på å forhindre opportunistisk atferd som fører til ”residual loss”. På grunn av asymmetrisk informasjon er prinsippalen bekymret for at agenten prøver å sluntre unna

(shrinking) eller at han bruker firmaets ressurser til å bedre sine arbeidsforhold (frynsegoder) utover det nivået som maksimerer prinsipalens velferd (Zimmerman 1978). Det er summen av unnasluntring og overforbruk av frynsegoder som utgjør residual loss.

Kostnadsallokering påvirker agentkostnader på følgende måte:

Ved å opprette et ansvarssenter som blir målt på prestasjoner, kan en la ansvarssenterets prestasjoner påvirke agentens belønning. Hvis en antar at agentens nytte avhenger av både finansielle og ikke-finansielle faktorer, er det naturlig å anta at en leder av en avdeling vil substituere en del av avdelingens overskudd med frynsegoder. Dersom prinsipalen fordeler indirekte kostnader til avdelingene ved å innføre en lump-sum skatt reduseres agentens overforbruk av frynsegoder (perquisites) i forhold til forbruket uten overvåkning (Zimmerman 1978). Lump-sum skatt er en prosentsats av overskuddet. Det er derimot lite trolig at prinsipalen på denne måten kan eliminere hele overforbruket, da agenten vil forlate firmaet dersom dette skjer. Grunnen til at agenten vil forlate firmaet er fordi hans totale nytte i forhold til arbeidsforholdet trolig blir lavere enn alternativet.

Kostnadsallokering kan også redusere agentkostnader knyttet til frynsegoder i ledelsen ved å allokere deres kostnader nedover i organisasjonen. En slik allokering vil føre til at avdelingene vil overvåke ledelsen og administrasjonens ressursforbruk (Zimmerman 1978). Dette er fordi avdelingslederne har en egeninteresse av at de indirekte kostnadenes totale størrelse begrenses. Det er også et moment at underordnede avdelingsledere som får allokert disse kostnadene kan være en billig måte å overvåke ledelsen på, da det kan tenkes at de uansett vil sitte med en del informasjon om ledelsens aktivitet og ressursforbruk.

Zimmerman (1978) konkluderer med at kostnadsallokering er mer sannsynlig i situasjoner hvor andre overvåkningskostnader er høye.

2.4.2.2 Produksjonsrelaterte indirekte kostnader

Kostnadsallokeringer som estimat på eksternaliteter som er oppstått på grunn av desentralisering

Individer har incentiver til å overkonsumere fellesgoder. Det er tre alternativkostnader forbundet ved eksternaliteter. Disse er forsinkelseskostnader, forringing av servicen og alternative løsninger som ofte fører til forbruk av tilleggsressurser eksternt av firmaet.

Selv om den marginale kostnaden er null, kan det likevel være en alternativkostnad knyttet til bruken av en ressurs. Alternativkostnad er forskjellen mellom det beste og nest beste alternativet (Nørgaard *et al.*, 2003). Den kan beskrive hva det koster å benytte en tjeneste. Dette kan være tapt netto inntekt ved å utføre tjenesten for noen andre. Dersom det er ledig kapasitet kan en argumentere for at en ikke skal allokere noen kostnader. Derimot hvis bruken av en ressurs fortrenger andre brukere som påføres kostnader, vil alternativkostnaden være positiv og stige med kapasitetsutnyttelsen.

Det er kostbart å observere kostnader ved bruk av fellesgoder. Dermed kan kostnadsallokering, i følge Zimmerman (1978), gi en tilnærming til alternativ kostnad som kan være den optimale prisningsmetoden for internt ressursforbruk. Denne løsningen avhenger av kostnaden tilknyttet implementering og bruk.

Dersom en allokere indirekte kostnader, risikerer en at en endrer bruken av innsatsfaktorer. Ved å belaste en stor del av de indirekte kostnadene på en ressurs, vil en redusere bruken av denne innsatsfaktoren i forhold til andre alternative innsatsfaktorer (Zimmerman 1978).

2.4.3 Kostnadskontroll

Når en fordeler kostnader mellom enheter, vil en synliggjøre ressursbruket og gjøre det enklere å se hva de enkelte enhetene genererer av kostnader. Det er også enklere å se hva som brukes av ressurser og aktiviteter i organisasjonen. Dette fører til at en kan følge med på kostnadene og mer effektivt finne de enhetene som driver kostnadsnivået oppover.

Oppdeling av foretaket i overskuddssentra og desentralisering av resultatansvaret har vært viktige elementer i strategien for å få bedre kontroll over ressursbruken i helseforetakene. I det private næringslivet brukes også desentralisering av resultatansvar og internprising til å oppnå økt lønnsomhet, og som gir som konsekvens av økt bevissthet rundt ressursbruken. Internprising vil vi komme tilbake til under kapittel 2.6.1.

For serviceavdelinger kan det i tillegg til å følge utviklingen av eget kostnads- og prisnivå over tid være aktuelt å sammenligne seg med eksterne leverandørers kostnadsnivå og priser for å få en form for kostnadskontroll. For å foreta slike sammenligninger kan en benytte

kalkyler. Hvordan en velger å fordele indirekte kostnader påvirkes i stor grad av hva disse kalkylerne viser. Disse kalkylerne legges ofte til grunn for budsjettutarbeidelsen.

2.4.4 Kapasitetsplanlegging

Kapasitetsplanlegging nevnes som den fjerde begrunnelsen for at en virksomhet velger å fordele kostnader mellom enheter. Det er fordelaktig å fordele kostnader i forbindelse med kapasitetsplanlegging, da det kan gi nyttig informasjon når en skal vurdere om en skal endre kapasiteten i en virksomhet. Dersom en har en god fordeling av kostnadene, vil en lettere kunne forutse den kostnadsmessige konsekvensen av en kapasitetsendring. Her vil det også være en fordel hvis en har skilt mellom faste og variable felleskostnader. På denne måten ser en lettere hvilke kostnader som umiddelbart vil forsvinne og hvilke som må bygges ned over tid, dersom en for eksempel skal bygge ned kapasiteten.

2.4.5 Outsourcing

Det blir stadig mer aktuelt å outsource deler av en virksomhet. Når en skal fatte den type beslutninger ønsker en ofte å vite hva den aktuelle aktiviteten koster for organisasjonen. Ved å synliggjøre kostnadene utover i organisasjonen vil en lettere kunne ta en beslutning om en skal outsource en aktivitet eller ikke. Dette kan gjøres ved å fordele kostnadene til aktiviteten ut på enhetenes forbruk av den respektive aktivitet.

2.5 Hva er grunnlaget for fordelingen?

Når en organisasjon velger å fordele de indirekte kostnadene, nevner Horngren *et al.* (2003) fire kriterier en kan benytte som en veiledning ved beslutninger vedrørende kostnadsfordelinger. Disse kriteriene er årsak-virkning, mottatt fordel, rettferdighet eller likhet og bæreevne. Hvilket kriterium som er best, avhenger av hensikten en har med å fordele de indirekte kostnadene. Det kriteriet en velger vil være med å bestemme hvilke indirekte kostnader som skal fordeles, hvor mange kostnadsgrupper en skal ha for de indirekte kostnadene og hvilke kostnadsdrivere en skal bruke (Horngren *et al.*, 2003).

Årsak – virkning

Når en organisasjon bruker årsak-virkning som et kriterium, er det for å identifisere de variablene som er årsaken til konsumet av de forskjellige ressursene (Horngren *et al.*, 2003). Hvis en for eksempel skal fordele inspeksjonskostnader, vil en bruke antall inspeksjonstimer som en variabel for å fordele disse kostnadene ut på produktene i forhold til hvor mange inspeksjonstimer de ulike produktene har generert. Dette kriteriet er hovedkriteriet i ABC.

Mottatt fordel

Ledelsen identifiserer først fordelene til produktet av kostnadsobjektet. Kostnaden til kostnadsobjektene fordeles så i forhold til den fordelene hvert produkt har oppnådd som følge av at et tiltak er satt i verk eller gjennomført (Horngren *et al.*, 2003). Det vil si at dersom en organisasjons avdelinger oppnår fordeler i ulik størrelsesorden som følge av et tiltak, vil kostnadene i forbindelse med dette tiltaket fordeles forholdsmessig ut på de ulike avdelingene sett opp mot den fordelene de mottar.

Rettferdighet eller likhet

Dette kriteriet brukes som oftest når det skal etableres en pris på et produkt. Kostnadsfordelingen er ment å skulle være et rimelig eller rettferdig hjelpemiddel for alle parter ved etablering av pris (Horngren *et al.*, 2003). Dette er et mål for kostnadsfordelingen, som er vanskelig å oppnå, og som ofte er brukt til å legitimere kostnader i den offentlige sektor, særlig i forbindelse med offentlige kontrakter (Horngren *et al.*, 2003).

Bæreevne

Med bæreevne menes at en skal fordele indirekte kostnader i forhold til kostnadsobjektens mulighet til ta på seg disse kostnadene (Horngren *et al.*, 2003). Det vil si at avdelinger med høy profitt har evne til å bære en større del av de indirekte kostnadene enn de avdelingene som ikke har så høy profitt.

Dersom en organisasjon ønsker å fordele indirekte kostnader på grunn av økonomiske beslutninger eller motivasjon, mener Horngren *et al.* (2003) at mottatt fordels- og årsak-virkningskriteriene er gode kriterier. Rettferdighet eller likhet og bæreevne er to kriterier som ikke brukes i samme grad som årsak-virkning og mottatt fordel. Dette er på grunn av, at når en benytter for eksempel rettferdighetskriteriet er det ofte vanskelig å komme til enighet, fordi det som oppfattes som rettferdig for noen virker urettferdig på andre (Horngren *et al.*, 2003).

Dersom en bruker kriteriet for bæreevne, kan en risikere at produkt med høy profitt subsidierer produkt som genererer høye indirekte kostnader og som da er ulønnsomme (Horngren *et al.*, 2003). Her kan en risikere å produsere produkt som i utgangspunktet ikke burde bli produsert.

2.6 Hvilke prinsipper brukes for å fordele kostnader?

Serviceavdelinger tilbyr tjenester til andre interne avdelinger i bedriften (Horngren *et al.*, 2003). Disse avdelingene utgjør en ekstra utfordring angående fordeling av kostnader til hverandre og til produksjonsavdelingene. Pettersen og Bjørnenak (2003) nevner tre løsninger på fordelingsspørsmålet. Den første er å la kostnadene bli liggende i den avdelingen de oppstår. Den andre løsningen er å overføre kostnadene for støttefunksjonene til brukeravdelingene, eksempelvis etter bruk. Interne markedsløsninger er den tredje og siste løsningen. Trenden mener Pettersen og Bjørnenak (2003) er, at den første løsningen blir mindre og mindre brukt til fordel for begge de to andre, og interne markedsløsninger er den metoden som flere og flere velger å satse på. I dette kapitlet skal vi se nærmere på teorien rundt internpris og kostnadsfordeling.

Horngren *et al.* (2003) fremhever tre metoder for kostnadsallokering. Disse er direkte metode, steg metode og kryssfordeling. Andre viktige valg som må tas stilling til er, om en skal fordele budsjetterte eller virkelige kostnader, om en skal fordele etter budsjettert eller virkelig forbruk, og om en skal velge et en-rate eller to-rate system.

Her vil en også gjerne ta stilling til om virksomheten skal benytte internprising, og eventuelt på hvilke områder og i hvor stor utstrekning.

2.6.1 Internprising

Internprisingssystemet er en viktig del av det økonomiske styringssystemet, som løser problemet med interne leveranser av varer og tjenester. Denne teknikken gjør det mulig å måle og motivere til økt effektivitet og kostnadskontroll i helseforetakene. Internprisene kan være av avgjørende betydning for lønnsomheten til overskuddsentrene, og derfor er pricing av interne leveranser ofte en konfliktfylt prosess (Hansen og Svendsen, 1996). Andre forhold i

foretaket, som kan tenkes å bli påvirket av internprisene, er lønnsomheten for det enkelte produkt, produktmix, produktutvikling, innkjøpsbeslutninger, investeringer og nedleggelse. Vår interesse for internprising går først og fremst på resultatet til overskuddsentrene i tilknytning til fordeling av indirekte kostnader. Interne leveranser kan blant annet omfatte lokalleie, transporttjenester, konsulenttjenester, reparasjons- og vedlikeholdstjenester.

Det sentrale dilemmaet rundt internprising er hvordan en skal komme frem til en riktig pris. Internprisingen skal være med på å gi et riktig bilde av resultatet til resultatenheten, motivere til større kostnadsbevissthet og vise foretakets totale lønnsomhet. Hansen og Svendsen (1996) konkluderer med at en "riktig" internpris bør reflektere kostnaden til foretaket for den aktuelle leveransen, og dersom det eksisterer et marked for varen eller tjenesten, vil det være naturlig å benytte markedspris. I mangel på markedspris anbefaler de at en bruker en kostnadsbasert internpris. For å unngå lite konstruktive konflikter bør en sørge for at internprisingssystemet i størst mulig grad oppfattes som objektiv både for leverende og mottakende avdeling. En tredje metode for å finne frem til internprisen er forhandlinger (Horngren *et al.*, 2003). Nå skal vi gå nærmere inn på disse tre metodene.

Fordelen med markedspriser er at det eksterne marked representerer et alternativ for både den avdelingen som leverer og den som mottar interne leveranser (Hansen og Svendsen, 1996). Markedsprisen bør ved interne leveranser korrigeres for forskjellen i kostnader mellom internt og eksternt salg, eksempelvis kostnader ved frakt. Dersom det ikke eksisterer et eksternt marked, kan en komme frem til en indirekte markedsbasert internpris basert på en alternativ utnyttelse av ressursene eller anbud. For at anbudsprinsippet skal kunne fungere, er en nødt til å akseptere eksterne tilbud med en viss frekvens når disse er lavest (Hansen og Svendsen, 1996). Andre elementer som kan påvirke internprisen er betalingsbetingelser, kvantumsrabatter grunnet stordriftsfordeler, relevante kvalitetsforskjeller og pålitelighet ved leveransene.

Dersom en er nødt til å benytte kostnadsbaserte priser, er en nødt til å ta et standpunkt til om en skal ta utgangspunkt i virkelig eller budsjetterte kostnader og forbruk. Dette kommer vi tilbake til under neste kapittel. Kostnadsbaserte internpriser kan bygge på variable enhetskostnader, selvkost per enhet, eller selvkost pluss fortjeneste per enhet (Hansen og Svendsen, 1996). Selvkostbaserte internpriser, både med og uten fortjeneste som prisingskriterium, mener Hansen og Svendsen (1996) er lite objektive, reduserer leverende

avdelings incitament til økt effektivitet og kan i verste fall føre til suboptimale beslutninger for foretaket totalt. Dette problemet kan imidlertid reduseres ved et eller flere tiltak. Disse er å revurdere organisasjonsstrukturen, innføre et topprissystem med forskjellig pris for leverende og mottagende avdeling, fordele foretakets dekningsbidrag mellom de berørte resultatenheter, og/eller internprise i form av en fast og en variabel belastning (Hansen og Svendsen, 1996). Nye kalkylemetoder, som kan være aktuelle som grunnlag til kostnadsbaserte internpriser og med på å løse suboptimalitetsproblemet, er Activity Based Costing (ABC) og Target Costing. Da det ikke er relevant for denne rapporten, vil vi ikke utdype dette nærmere.

Dersom ikke markedspris- eller kostnadsresonnementet leder til en entydig internpris, noe som i følge Hansen og Svendsen (1996) ofte er tilfellet, vil de berørte resultatenheter måtte forhandle seg frem til en internpris. Dette kan være en tidkrevende og konfliktskapende prosess, som kan resultere i at toppledelsen i foretaket må gå inn og megle. Slike destruktive forhandlinger kan fort bli kostbare. Men, ledelsen kan redusere omfanget av dem ved å innføre regler for internpris og leveringsplikt. På den måten kan en også redusere muligheten for at dyktige forhandlere skal kunne påvirke internprisene og resultatet for sine avdelinger.

Selv om frihet knyttet til internhandel er bra, kan det finnes flere grunner til at en likevel bør vurdere å regulere kvantum og kvalitet. Internprisen kan for eksempel på kort sikt overprise varene/tjenestene i forhold til reell alternativkostnad, og dermed kan en avdeling på bekostning av foretaket handle eksternt. Dersom internprisen på lang sikt er for lav, kan det stimulere til overforbruk. Det finnes ulike måter å regulere internhandel på både når det gjelder levering og pris. Kvantumet og kvaliteten, som skal kjøpes eller selges internt, kan bestemmes fra periode til periode av den sentrale ledelsen. Her kan det spenne fra at enheten må kjøpe eller selge alt internt til at de står helt fritt. En mellomløsning er, at de pålegges en minimumskvote som de må kjøpe internt, hvoretter de deretter står fritt.

Hansen og Svendsen (1996) argumenterer for at en ved intern leveranse av tjenester bør unngå å fordele kostnader passivt ved hjelp av fordelingsnøkler. De mener at et overskuddssenter bør kunne påvirke alle sine kostnader og inntekter, og at bruken av fordelingsnøkler kan bidra til å undergrave lønnsomhetsmotivasjonen hos et overskuddssenter, dersom det blir belastet for tjenester det egentlig ikke har behov for.

2.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader

Når en virksomhet skal fordele kostnader, er det en rekke vurderinger som må foretas i forhold til hva og hvilket grunnlag de skal utarbeide fordelingen etter. Vi vil nå gå igjennom ulike element som det må tas hensyn til. Først vil vi ta for oss hvorvidt en bør benytte budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk i fordelingen. Videre går vi over til å si litt rundt antallet fordelingsnøkler og grunnlaget for disse. Til slutt tar vi for oss hvilke tilnæringsmetoder en kan ta utgangspunkt i.

2.6.2.1 Fordeling av budsjetterte eller virkelige kostnader

Ved fordeling av virkelige kostnader er det de faktiske kostnadene som blir fordelt, og mottkene avdelig blir gjort ansvarlig for eventuelle avvik. Dersom en ønsker å vri risikoen, kan en i stedet benytte budsjetterte kostnader. Da vil leverandøren ha all usikkerheten, mens kjøpende enhet, altså den enheten som får allokert kostnader, vil kunne forutse hvor stor andel av de indirekte kostnadene de blir belastet med (Horngren *et al.*, 2003). Ved å benytte budsjetterte kostnader som utgangspunkt for allokeringssraten, er det enkelt for etterspørrende enheter å bestemme hvor mye en skal etterspørre av tjenesten, og dersom det er mulig, velge om en skal benytte en intern eller ekstern leverandør (Horngren *et al.*, 2003). Dersom en i stedet velger å bruke virkelige kostnader som grunnlag for å allokere de indirekte kostnadene, vil ikke ratene være klare før i slutten av perioden. I praksis er det normalt at ratene settes på årlig basis før hver periode, noe som til en viss grad utelukker bruken av virkelige kostnader (Innes og Mitchell, 1993).

Ved å benytte budsjetterte kostnader vil en motivere serviceavdelingene til å forbedre effektiviteten sin. Dette fordi serviceavdelingene vi kunne øke overskuddet sitt dersom de blir mer effektive. Samtidig vil etterspørrende avdelinger ikke bli belastet med eventuelle økte kostnader på grunn av ineffektivitet. Det er imidlertid en hake ved budsjetterte rater Horngren *et al.* (2003) tar opp, ved at eventuelle prisendringer som ledelsen i serviceavdelingen ikke kan kontrollere, kan virke demotiverende, særlig dersom det er snakk om prisstigninger. Dette kan løses dersom foretakets ledelse er klar over disse variansene, og fratar serviceavdelingen ansvaret for dem, alternativt kan en dele denne typen risiko mellom serviceavdelingene og etterspørrende avdelinger. Innes og Mitchell (1993) påpeker, at når en benytter budsjetterte kostnader, kan resultatet av prisendringene bli at en risikerer å få underdekning eller overdekning for de indirekte kostnadene.

2.6.2.2 Fordeling etter budsjettert eller virkelig forbruk

Dersom en benytter virkelig forbruk til å fordele faste kostnader, vil en ha det samme problemet som med virkelige kostnader. Det vil si, at enhetene ikke får vite hvor stor andel av kostnadene de får tildelt før i slutten av perioden (Horngren *et al.*, 2003). De faste kostnadene vil her bli behandlet som om de var variable, og fordelingen ville ikke synliggjøre årsak-virkningsforholdet i kostnadsutviklingen. Dette fordi faste kostnader bestemmes av forventet bruk på lang sikt og ikke av små kortsiktige variasjoner i produksjonen (Horngren *et al.*, 2003). Endringer i forbruket til den ene enheten vil kunne påvirke kostnadsfordelingen til en annen enhet dersom en benytter virkelig forbruk til å fordele faste kostnader (Horngren *et al.*, 2003). Det vil si, at dersom en avdelig forbruker mindre enn budsjettert av serviceavdelingens tjenester, vil de andre avdelingene få allokert en større andel av kostnadene og motsatt.

Når budsjettert forbruk er fordelingsgrunnlaget, vil brukerenhetene vite i forkant hvor stor andel av serviceavdelingens faste kostnader de vil bli tildelt. Dette gjør det lettere å planlegge både på kort og lang sikt (Horngren *et al.*, 2003). Problemet med en slik løsning er, at det kan være fristende for avdelingslederne, på bekostning av andre avdelinger, å underestimere planlagt ressursforbruk av serviceavdelingens tjenester (Horngren *et al.*, 2003). Denne utfordringen kan overvinnnes ved å benytte en høyere rate på det forbruket som overstiger budsjettert forbruk.

Et tredje alternativ er å fordele på grunnlag av praktisk kapasitet, som er et uttrykk for en form for effektiv drift. Dette temaet vil vi ikke gå nærmere inn på her, da det er mindre relevant for den videre behandlingen av problemstillingen.

2.6.2.3 En eller flere fordelingsnøkler

Når en skal fordele felleskostnader, er det ofte ved hjelp av ulike fordelingsnøkler. Dersom en virksomhet ønsker å benytte fordelingsnøkler, må de først ta stilling til hvilken detaljeringsgrad de skal ha, og hvor mye tid og ressurser de har til å bruke på utvikling av fordelingsnøkler. Det er en fin balanse mellom hvor mange fordelingsnøkler en bør ha før fordelingen blir for omfattende. Hvor mange fordelingsnøkler en bør ha avhenger blant annet av kostnadsbildet, hvilke typer kostnader en bør ha og hvor detaljert en ønsker å ha fordelingene. I tillegg må en vurdere om det skal skilles mellom variable og faste kostnader.

Dette forklares nærmere under og betegnes ved om en skal benytte et en-rate system eller to-rate system.

En-rate system

En-rate systemet (single-rate cost-allocation method) fordeler kostnadene i hver kostnadsgruppe til kostnadsobjekter ved å bruke en felles fordelingsnøkkel (Horngren *et al.*, 2003). Dette er en enkel metode som gjør det lett å foreta sammenligninger. På en annen side gjør denne metoden det vanskelig å vite hva som er faste kostnader, hvor en konsekvens ofte blir at en får incentiver til å bygge ned kapasiteten.

To-rate system

To-rate systemet (dual-rate cost-allocation method) klassifiserer kostnader i hver kostnadsgruppe, og deler dem inn i to kostnadsgrupper hvor det skilles mellom faste og variable kostnader (Horngren *et al.*, 2003). Ved å bruke denne metoden får en frem kostnaden ved endret produksjon. Dersom en tar utgangspunkt i budsjetterte kostnader, vil en fordele faste kostnader etter budsjettert forbruk og variable kostnader etter virkelig forbruk.

2.6.2.4 Tilnæringsmetode

Valg av tilnæringsmetode henger sammen med hvor nøyaktig virksomheten ønsker at kostnadsfordelingene skal være. I tillegg må de ta hensyn til hvor mye tid og ressurser de ønsker å bruke på kostnadsfordelingene. Det finnes tre tilnæringsmetoder. Disse er direkte metode, steg metoden og kryssfordeling. Metodene er beskrevet under.

Direkte metode (Direct Allocation Method)

Ved bruk av denne metoden allokeres kostnadene basert på hvor mye hver av serviceavdelingene genererer direkte til produksjonsavdelingene (Horngren *et al.*, 2003). Direkte metode er den enkleste fordelingsmetoden, da den ser bort fra gjensidig avhengighet. Dette er kanskje grunnen til at denne metoden er den mest brukte i praksis.

Stegmetode (Step-Down Allocation Method/Sequential Allocation Method)

For å kunne bruke denne metoden er en nødt til å rangere serviceavdelingene i den rekkefølgen kostnadene deres skal allokeres. Den første serviceavdelingens kostnader fordeles til alle kostnadssentrene, både produksjonsavdelinger og serviceavdelinger (Innes og Mitchell,

1993). Når en serviceavdelings kostnader er blitt fordelt, kan ikke denne avdelingen få fordelt kostnader fra noen av de andre serviceavdelingene (Horngren *et al.*, 2003). Slik tar denne metoden delvis hensyn til gjensidig avhengighet. En populær rangering av serviceavdelingene er etter andelen av de totale kostnadene som går til de andre serviceavdelingene. Andelen av kostnadene til serviceavdelingene, som en produksjonsavdeling får tildelt, avhenger av rangeringen på serviceavdelingene (Horngren *et al.*, 2003). Denne metoden fører til en skjev fordeling. For å begrense denne skjevheten mener Innes og Mitchell (1993), at de serviceorganisasjonene som mottar få eller ingen tjenester fra de andre serviceavdelingene og de som leverer få eller ingen tjenester til de andre serviceavdelingene bør bli rangert først. Deretter bør en rangere de resterende serviceavdelingene etter kostnadsnivået i avdelingen, som tilhører andre serviceavdelinger.

Kryssfordeling (Reciprocal Allocation Method)

Denne fordelingsmetoden er uten tvil den mest komplekse av disse tre, men den tar til gjengjeld fullt ut hensyn til gjensidig avhengighet mellom serviceavdelingene (Horngren *et al.*, 2003). De ukjente, som er hver av serviceavdelingenes totale kostnader, blir først identifisert ved å simultant løse et ligningssett. Deretter fordeles serviceavdelingenes kostnader.

Jo mer komplekse disse fordelingsmetodene er, desto mer tidkrevende og kostbart er det å innføre dem. For å bestemme hvilken modell som er best egnet, kan en gjennomføre en kost - nytte analyse, hvor en blant annet tar hensyn til hvor viktig en anser informasjonen om enhetskostnader for å være (Innes og Mitchell, 1993).

2.7 Deling av sanne felleskostnader?

2.7.1 Sanne felleskostnader

Horngren *et al.* (2003) definerer sanne felleskostnader slik: "A common cost is a cost of operating a facility, activity, or like cost object that is shared by two or more users." Sagt med andre ord er sanne felleskostnader kostnader som ikke direkte kan relateres til eller påvirkes av noen spesifikke produkter. I den bedriftsøkonomiske teorien fordeles sanne felleskostnader

ved hjelp av "Stand-Alone Cost-Allocation Method", "Incremental Cost-Allocation Method" eller the "Shapley value approach".

2.7.1.1 Autonom kostnader

"*Stand-alone*" -metoden tar utgangspunkt i de kostnadene en aktivitet genererer alene. Disse kostnadene vektet mot summen av alle kostnadene aktivitetene genererer til sammen. Deretter finner en sum kostnader hvis alle aktivitetene "samarbeider", og fordeler disse kostnadene ut på aktivitetene i henhold til de respektive vektene (Horngren *et al.*, 2003). Med andre ord brukes kostnadsinformasjonen fra hver enkelt aktivitet til å fordele sanne felleskostnadene på en mer balansert måte (Horngren *et al.*, 2003). Denne metoden fremmer rettferdighet, fordi aktivitetene får tildelt en forholdsmessig del opp mot andelen kostnader de er med å generere (autonomkostnaden).

2.7.1.2 Særkostnader

"*Incremental cost*" -metoden deler aktivitetene opp i primær og sekundær aktivitet, og fordeler deretter kostnadene ut i fra dette. Her vil den primære aktiviteten få tildelt alle de kostnadene den genererer. Videre vil den sekundære aktiviteten, eller den første inkrementelle aktiviteten, få tildelt den særkostnaden (merkostnaden) den påfører ved å bli inkludert inn under den primære aktiviteten. Denne metoden forutsetter at det er mulig å rangere aktivitetene (Horngren *et al.*, 2003). Sagt på en annen måte, vil en primært fordele sanne felleskostnader til en aktivitet, som om det var den eneste aktiviteten. De resterende kostnadene fordeles deretter til de øvrige aktivitetene (Horngren *et al.*, 2003). "*Incremental cost*"- metoden oppfattes ikke like rettferdig som "*stand-alone*"-metoden, og det kan lett oppstå problemer rundt rangeringen av aktivitetene.

2.7.1.3 Shapley value

"*Shapley value*"-metoden er en blanding av "*stand alone*"-metoden og "*incremental*"-metoden. Den vurderer alle aktivitetene som primære og sekundære aktiviteter. Først beregner den kostnadene en aktivitet genererer som primær og sekundær aktivitet, for å finne gjennomsnittlig kostnad for aktiviteten. Dette gjøres på alle de resterende aktivitetene. Til slutt fordeles totale kostnader ut i forhold til de gjennomsnittlige kostnadene hver av aktivitetene genererer, (Horngren *et al.*, 2003).

2.8 Finansiering

Vi skal i denne rapporten se på hvordan kapitalen i helseforetakforetakene bør fordeles på de forskjellige anvendelsesmuligheter, deler opp i somatikk og psykisk helsevern. Dette får vi best innblikk i ved å se på hvordan helseforetakene fastlegger budsjettet. Her vil vi også se nærmere på hvordan de fordeler støtteavdelingenes indirekte kostnader. Dette er et område hvor skjønn og forhandlinger har et stort spillerom. Det er i denne sammenheng derfor naturlig å si litt om finansiering av helsesektoren innenfor somatikk og psykisk helsevern.

I dette kapitlet vil vi kort si litt generelt om de to finansieringsmetodene, som er vanlig å bruke i helsesektoren. Deretter går vi nærmere inn på hvordan somatikken og psykisk helsevern finansieres, for til slutt å si litt mer rundt opptrappingsplanen.

2.8.1 Finansieringsmetoder

Hvordan helseforetakene i Norge blir finansiert, vil i mer eller mindre grad påvirke driften og den interne fordelingen av ressursene. Når det gjelder anskaffelse av kapital, er det i hovedsak på to metoder. Det ene er en flat finansiering som blir kalt rammefinansiering. Den andre metoden er stykkprisfinansiering.

Stykkprisfinansiering kan til en viss grad sammenlignes med akkordlønn i den forstand at finansieringen i likhet med lønnen beregnes på grunnlag av produksjon. Denne formen for finansiering brukes av prinsipalen for å fremme ønsket atferd hos agenten. Et incentiv er i denne sammenheng et produksjonsfremmende element, som brukes som en motivasjonsfaktor overfor foretaket (Nørgaard *et al.*, 2003).

Ved å benytte stykkprisfinansiering kan en risikere at andre viktige oppgaver, som ikke utløser økning av finansieringen, kommer i skyggen. Derfor kan det være ønskelig å benytte en finansiering hvor en økning i aktiviteten over et visst nivå ikke vil utløse en økning i finansieringen.

Det er ikke all aktivitet, som er gunstig å knytte til stykkpris finansiering, eksempelvis ledelsesoppgaver, forskning og utvikling. Derfor kan det være ønskelig å kombinere stykkprisfinansiering og rammefinansiering. Helseforetakene finansieres i dag ved å kombinere rammefinansiering og stykkprisfinansiering. Innsatsstyrt finansiering (ISF), som er

en form for stykkprisfinansiering, står for en andel av den totale finansiering. Dette ser vi er gjort ved finansiering av somatikk Psykisk helsevern er foreløpig i all hovedsak er rammefinansiert, hvor det i tillegg er innført en opptrappingsplan som skal bidra til å gi nye og et økt tilbud i psykisk helsevern. ISF-satsen er ikke nødvendigvis konstant hvert år, og har variert mye etter at den ble innført i 1997. Under viser vi forskjellene i perioden fra 1997 til og med 2005.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ISF-sats i %:	30	45	50	50	50	55	60	40	60

Rammefinansiering kan gis i form av en ren eller sofistisert ramme. Med ren rammefinansiering menes at helseforetakene tildeles en økonomisk rammebevilgning fra de regionale helseforetakene. Det forventes behandlede pasienter i bytte, og tilpasning av kvalitet og omfang av tjenesteproduksjonen skjer innad i helseforetaket (NOU 2003:1). Sofistikert rammefinansiering kombinerer en ren rammefinansiering med en avtale som åpner for forhandlinger om kostnadsdeling hvis realisert produksjon er forskjellig fra forventet volum (NOU 2003:1). ISF og en mer detaljert beskrivelse av helseforetakenes finansiering vil bli nærmere utdypet i delkapittelet under.

2.8.2 Finansiering av somatikken og psykisk helsevern

Staten finansierer de regionale helseforetakene blant annet gjennom basisbevilgning, øremerkede tilskudd og aktivitetsavhengige utbetalinger gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF er en kombinasjon av rammefinansiering og stykkprisfinansiering (NOU 2003:1). Videre finansieres helseforetakene av de regionale helseforetakene.

2.8.2.1 Aktivitetsbasert finansiering av somatikken

75 % av ressursbruken i de regionale helseforetakene kan knyttes til somatisk pasientbehandling (NOU 2003:1). Hvorav de ulike behandlingene innen somatikken finansieres på forskjellige måter. Dagkirurgiske behandlinger og inneliggende pasienter finansieres med en blanding av rammefinansiering og stykkprisfinansiering (innsatsstyrt finansiering). Bevilgningene kommer fra helseforetakets tilhørende regionale helseforetak.

Poliklinisk behandling mottar en rammefinansiering fra det regionale helseforetaket, men får også refusjoner fra Rikstrygdeverket og egenbetalinger (NOU 2003:1).

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført 1. juli 1997 som et forsøk på å øke behandlingsaktiviteten i helseforetakene. I forkant av dette hadde en rekke andre finansieringsordninger blitt prøvd ut uten særlig hell (NOU 2003:1). Innføringen av ISF av somatiske pasienter førte til ønsket økning i aktiviteten, som også ble større enn først antatt og samtidig ga en kraftig vekst (NOU 2003:1).

Sammen med aktivitetsøkningen fulgte en naturlig økning i utgiftene. På grunn av at økningen av behandlingsaktiviteten ble så mye større enn planlagt, ble helseforetakenes økonomiske situasjon svekket. Dette førte til at helseforetakene i senere tid fikk flere tilleggsbevilgninger fra staten (NOU 2003:1). Det hevdes at manglende kostnadskontroll er et mulig problem ved stykkprisfinansieringen av helsetjenester.

Et annet problem, som har oppstått i kjølvannet av innføringen av ISF, er at en har opplevd en viss prioriteringseffekt. Det har vist seg at helseforetakene prioriterer de pasientene som har diagnoser som gir stor økonomisk uttelling (NOU 2003:1). Det er et problem, at DRG-systemet ikke reflekterer faktiske kostnader godt nok.

Selv om det har vært en økning i aktiviteten, er det ikke gitt at vi har fått en tilsvarende økning i effektiviteten. Undersøkelser viser at det har vært en økning i teknisk effektivitet og en reduksjon i kostnadseffektivitet (NOU 2003:1). Nedgangen i kostnadseffektiviteten forklares opp mot lønnskostnadene. Det påpekes også at effektivitetsnivåene er forskjellig for de ulike helseforetakene. Det er imidlertid ikke påvist noen negative effekter på kvaliteten etter innføringen av ISF (NOU 2003:1).

ISF har vist seg å være et positivt tiltak, men den har også noen mangler (NOU 2003:1). Ordningen mangler forutsigbarhet med hensyn til inntekter og planlegging. Endringer i reglene gjør inntektene mindre forutsigbare, samtidig som endringer i kostnadsvektene vanskeliggjør planleggingsarbeidet (NOU 2003:1). I tillegg oppdateres DRG-systemet for sjelden i forhold til utviklingen av behandlingsmetodene. Det er også kommet kommentarer på at det ikke er samsvar mellom de faktiske utgiftene ved en behandling og det helseforetakene mottar for behandlingen (NOU 2003:1). Det hevdes altså at det mangler

faglig forankring. I tillegg er det en manglende kompensasjon for økning i utgiftene til forskning og undervisning (NOU 2003:1).

Alt i alt fungerer ISF tilfredsstillende, men det er behov for forbedringer og stadige endringer, for at ordningen skal reflektere virkeligheten på best mulig måte.

2.8.2.2 Finansiering av psykiatrisk pasientbehandling

Psykisk helsevern finansieres ikke på samme måte som somatikken. Den finansieres hovedsakelig gjennom en basisbevilgning, som de regionale helseforetakene mottar av staten (NOU 2003:1). Hvor mye penger som bevilges varierer fra år til år.

20 % av driftsutgiftene til psykisk helsevern finansieres gjennom øremerkede tilskudd. Disse midlene skal bidra til å realisere vekst og styrking i tråd med opptrappingsplanen (NOU 2003:1). Opptrappingsplanen begynte i 1999 og innebærer at en skal øke investeringene i psykisk helsevern med 6,3 mrd kroner over perioden 1999 til 2008. I tillegg skal driftsutgiftene trappes opp til et nivå, som er 4,6 mrd kroner høyere enn nivået for driftsutgiftene i 1998 (NOU 2003:1). Hensikten med opptrappingsplanen er, at de regionale helseforetakene gjennom effektivisering og omstrukturering, skal gi nye/økte tilbud ved hjelp av de midlene som frigjøres (NOU 2003:1). Vi kommer tilbake til opptrappingsplanen senere i dette kapitlet.

Staten skjærer bevilgningene de gir til psykisk helsevern. Det er imidlertid ingen restriksjoner på hvordan de regionale helseforetakene videre velger å finansiere psykisk helsevern. Det mest vanlige er å bruke rammefinansiering med krav om hvor mye penger som skal brukes i psykisk helsevern (NOU 2003:1). Helse Vest RHF har forsøkt å stykkprisfinansiere de psykiatriske helsetjenestene uten videre hell i første omgang. I Helse Øst RHF stilles det derimot krav til aktivitet i stedet for budsjettandeler (NOU 2003:1). De ulike regionale helseforetakene eksperimenterer stadig med ulike finansieringsmetoder, for å finne den beste måten å bruke bevilgningene de får til psykisk helsevern på. I NOU 2003:1 argumenteres det for å aktivitetsfinansiere psykiatriske helsetjenester fremfor å stykkprisfinansiere de. På denne måten får helseforetakene incentiv til å opprettholde ressursbruken innen psykisk helsevern. En vil møte på store utfordringer, hvis en skal utarbeide et finansieringssystem for psykisk helsevern som baserer seg på stykkpris (NOU

2003:1). Det vil for eksempel være problemer knyttet til klassifisering og registrering av pasientbehandling på grunn av, at det er vanskeligere å diagnostisere pasienter i psykisk helsevern enn i somatikken (NOU 2003:1).

Rammefinansiering gir lavere incentiver til økt aktivitet enn ISF gjør (NOU 2003:1), og det forklarer hvorfor det har vært ønskelig å innføre ISF i somatikken. Problemet med ISF er, at denne ordningen også kan medfører uønskede vridningseffekter. Disse uønskede vridningseffektene kan oppstå dersom betaleren ikke kan kontrollere om tilbyderen vrir ressurser og innsats vekk fra tjenester, som betaleren ønsker (NOU 2003:1). I helseforetak som både har somatikk og psykisk helsevern, vil en slik uønsket vridningseffekt være å vri ressursbruken vekk fra psykisk helsevern. Dette forklarer hvorfor det har vært visse krav om rapportering om hvordan helseforetakene har benyttet midlene til opptrappingsplanen. Også Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten påpeker at dette finansieringssystemet har en innretning, som gir sterkere incentiver for aktivitetsvekst i somatiske helsetjenester enn innen psykisk helsevern. Likevel konkluderes det i årsrapporten til Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten (juli 2005) med at *”det er liten grunn til å anta at det fra 2003 til 2004 skjer noen systematisk nedprioritering av psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor”*. Denne konklusjonen bygger på analyser av årsverksveksten og aktivitetsveksten innenfor henholdsvis somatikk og psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen

15. mai 1998 la Bondevikregjeringen frem et forslag til en opptrappingsplan for psykisk helsevern. Forslaget var en konsekvens av en Stortingsmelding Regjeringen Jagland la frem i 1997. Her ble det bl.a. fattet et vedtak om å *”snarest fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykisk helsevern, herunder en økonomisk forpliktende opptrappingsplan,”* (odin.dep.no¹). Opptrappingsplanen Bondevikregjeringen la frem, inneholdt konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern, og skulle i følge forslaget vare fra 1999-2006 (odin.dep.no¹).

Opptrappingsplanen innebærer at det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og at driftsutgiftene skal økes med 4,6 mrd kroner over utgiftsnivået i 1998 (odin.dep.no¹). Dette vil, sammen med de midlene en skal bruke på investeringer, innebære at det i utgangspunktet skal brukes rundt 24 mrd. kroner mer til psykisk helsevern i perioden 1999-2006 (odin.dep.no²). Disse midlene skal brukes til å løse problemer i psykisk helsevern, som ble avdekket i Stortingsmelding nr 25 (1996-97).

I stortingsmeldingen kom det frem at ”pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud,” (odin.dep.no¹). Opptappingsplanen legger opp til en bedring av disse problemene, hvor målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet skal stå i fokus (odin.dep.no¹). De overordnede målene i opptappingsplanen er i følge Sosial- og helsedepartementet å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet ved å bidra til mest mulig normalisering av hverdagen for psykisk syke (www.shdir.no¹).

Det er satt opp flere tiltak for å nå de overordnede målene. Dette er tiltak som går på stimulering av utdanning og forskning, samt tiltak for særlige grupper. I tillegg er det kommunale og fylkeskommunale tiltak for voksne, kommunale og fylkeskommunale tiltak for barn og unge, statlige tiltak for voksne og tiltak angående samarbeid med frivillige organisasjoner (odin.dep.no²). Disse tiltakene er utdypet i Stortingsproposisjon nr 63.

Siden vedtaket ble skrevet har opptappingsperioden blitt utvidet med to år og skal være ferdig i 2008. Utvidelsen begrunnes med at det trengs ytterligere innsats rettet mot omstilling, omstrukturering, kultur- og holdningsendringer (<http://odin.dep.no>⁴). Det er enkelte områder som skal prioriteres i den utvidede perioden. Disse er barn og unge, økt innsats i kommunene, kultur og holdningsendringer, omstilling av spesialhelsetjenesten, arbeid og sysselsetting i samarbeid med blant annet A-etat og kommunene og bedret tilbud til særskilte grupper (<http://odin.dep.no>⁴). Det er også foretatt en del tilleggsbevilgninger underveis i perioden, da det har vært behov for mer penger.

I 2003, etter fem år med opptapping, er situasjonen slik at flere mennesker søker hjelp og flere får hjelp. Behandlingskapasiteten har økt betraktelig. Dette vises blant annet ved, at det i 2003 var en økning på 65 % i antall barn og unge som fikk psykiatrisk behandling sammenlignet med 1998. I samme periode hadde psykisk helsevern for voksne en økning på 49 %, og det er opprettet 1587 nye stillinger innen psykisk helsevern (odin.dep.no³). Det er imidlertid store regionale forskjeller i det psykiatriske behandlingstilbudet (www.sintef.no¹), og det mangler fortsatt kommunale tilbud innen psykisk helsevern, samarbeid og oppfølging av brukerne. For at målene i opptappingsplanen skal nås innen 2008, må det foretas store omstillinger, omstruktureringer og det må foretas betydelig utviklingsarbeid (odin.dep.no³).

Måten helseforetakene har måtte rapportere inn bruken av opptrappingsmidlene har variert. Generelt skal rapporteringen av opptrappingsmidlene omfatte kommunenes samlede bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid (www.shdir.no²). Hvert år sendes det ut et rundskriv som forteller hva midlene kan brukes til. Det skal også rapporteres om midler som er overført fra tidligere år og hvordan de er brukt. Som eksempel skulle midler overført til 2004 plasseres på en særskilt rentebærende konto, hvor rentene skulle brukes innenfor de grensene som var lagt for 2003 (www.shdir.no²).

Rapporteringen går mer detaljert ut på, at det skal gi en samlet fremstilling av hvor mye midler som er disponert i inneværende år og hvor mye som skal overføres til neste år (www.shdir.no²). Videre skal det gis en fullstendig spesifisering av hvordan opptrappingsmidlene er brukt etter type tiltak og årsverk. Her skal det også settes opp en fordeling av årsverkene etter utdanningsfordeling som er gjennomført (www.shdir.no²). Avslutningsvis skal det føres opp oppnådde resultater for det inneværende året, og det må svares på spørsmål angående samarbeid, brukermidvirkning og individuelle planer. Dette utgjør til sammen 40 spesifiserte punkt som må fylles ut (www.shdir.no²).

DEL III Valg av metode

3. Metode

Metode definerer Tranøy (1986) som *”en fremgangsmåte eller et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap”*. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2002). Valg av en bestemt metode begrunnes hovedsaklig i dens evne til å belyse rapportens problemstilling, og samtidig dens evne til å frembringe gode data til bearbeidelse.

3.1 Studieobjekt

Hvordan kan helseforetak gjennom økonomistyring håndtere ulike økonomiske incentiver i samme finansieringssystem, slik at de ikke skaper uønskede vridningseffekter? Denne problemstillingen ble valgt ut fra at kjennskapen til helsesektoren på dette området var, før arbeidet med rapporten begynte, begrenset. Valget av metode tok i stor grad utgangspunkt i problemstillingen. Ønsket om å se på variasjoner var bakgrunnen for at det ble besluttet å studere et foretak fra hver region. For å oppnå et sammenligningsgrunnlag, måtte helseforetakene være av omtrent lik størrelse og kompleksitet. Fordi helseforetakene skulle ha både en somatiskavdeling og en avdeling for psykisk helsevern, ble det besluttet å se på foretak av en viss størrelse. Med denne bakgrunnen ble valget av universitetssykehusene Akershus Universitetssykehus (Ahus), Helse Bergen og St. Olav Hospital, som studieobjekter tatt ut fra ett objektivt ståsted. Antallet studieobjekter er begrunnet i tilgjengelig tid og de økonomiske rammene som er stilt tilgjengelig i forbindelse med denne rapporten.

Intervjuobjektene er enten personer som innehar stillinger i økonomistaben eller innenfor psykisk helsevern. Innen psykisk helsevern har intervjuobjektene enten stillingen divisjonssjef eller stillinger i økonomifunksjonen til psykisk helsevern. Ved Ahus og Helse Bergen ble det gjennomført ett intervju med økonomiavdelingen og ett med psykisk helsevern. Ved intervjuet med St. Olavs Hospital var alle representantene fra både økonomiavdeling og psykiatrisk avdeling til stede. I kraft av sin stilling er intervjuobjektene godt orienterte når det kommer til hvordan fordeling av kostnader foretas, samt den generelle økonomiske styring av helseforetaket.

Følgende intervjuobjekter fra de ulike helseforetak kan listes opp:

	Økonomiavdeling	Psykisk helsevern
Akershus Universitetssykehus	Jon Gulbraar	Trond Rangnes
Helse Bergen	Kristin Pundsnes	Bjørnvald Fjelde og Gunvald Frotvedt
St. Olavs Hospital	Aud Magna Gabrielsen, Kari Brit Eriksen og Roar Bakås	Mette Hovstein Kviseth

Tabell 3.1 Intervjuobjekter ved de respektive helseforetak

3.2 Forskningsdesign

Strategi for innhenting av nødvendig informasjon for å sikre måloppnåelse for en konkret forskning betegnes ofte forskningsdesign. Foruten problemstillingens formulering, vil de økonomiske og tidsmessige ressursene som er tilgjengelig påvirke valg av forskningsdesign. (Dalland 2002).

Eksplorativt forskningsdesign kan benyttes for å skaffe mer innsikt i et tema eller å forstå hvordan folk tenker (Nørgaard *et al.*, 2003). Når situasjoner og sammenhenger er kilde til data vil imidlertid et deskriptivt forskningsdesign være mer hensiktsmessig (Nørgaard *et al.*, 2003). Ved innhenting av data og informasjon fra sammenhenger kan også kausalt forskningsdesign benyttes (Nørgaard *et al.*, 2003).

Det er i utgangspunktet benyttet et eksplorativt forskningsdesign i denne rapporten. Dette designet er anbefalt brukt i tilfeller hvor problemstillingen er uklar, forkunnskapene er begrenset og det er vanskelig å sette opp klare hypoteser (Grenness, 1997). Selv om utforskende undersøkelser kan stå på egne ben, er de mye brukt som forstudier til deskriptive undersøkelser. De forskjellige forskningsdesign har i praksis en glidende overgang, og den etterfølgende tilnærming kan derfor også sies å være noe deskriptiv.

For å få en forståelse for helseforetakenes økonomistyring, håndtering av budsjetteringsprosessen og behandling av kostnadsfordelinger, er casestudier en integrert del av det forskningsdesignet som er benyttet. Dette har sammenheng med at den økonomiske styringen av de ulike helseforetakene ofte er kompleks og uoversiktlig for utenforstående, samtidig som

det ikke finnes noen standard eller retningslinje alle helseforetak må følge. I tillegg vil casestudier i form av intervjuer gi direkte kontakt med personer som har jobbet med fagområdet og som er rike på kunnskap og erfaringer innenfor området.

3.3 Metoder for datainnsamling

Kvantitative metoder for datainnsamling tar sikte på å omdanne informasjonen om til målbare enheter som matematisk kan analyseres, blant annet med tanke på gjennomsnitt og prosenter av en mengde (Dalland, 2002). I metoder som er kvantitativ orienterte, er det ofte ønskelig å få bred, men ikke altfor dyp kunnskap. Generelt er det allmenngyldige, og representative for det feltet som undersøkes som søkes fremhevet. Fokuset vil være å få frem forklaringer fremfor forståelse (Dalland 2002).

De kvalitative metodene fokuserer på å fange opp meninger og erfaringer som ikke er så enkle å tallfeste og måle (Dalland, 2002). En kvalitativ metode går mer i dybden, har få objekter og søker å få frem det særegne og eventuelt avvikende. En av fordelene ved intervju er at det er større rom for fleksibilitet. Imidlertid gir økt fleksibilitet redusert systematikk. Data som samles inn etter denne metoden tar sikte på å få frem sammenheng og helhet, samt å formidle en forståelse (Dalland 2002). Forskerne får i større grad anledning til å se fenomenet innenfra, men samtidig står de i fare for i større grad å bli delaktig og påvirket. Intervjuer kan påvirke studieobjektene ved sin tilstedeværelse. For eksempel kan intervjuobjektene ønske å fremstille seg selv og/eller det helseforetaket de jobber i best mulig.

Det er i en slik prosess vanskelig å få frem områder som ikke er som de skal være. I tillegg er det ikke et stort problem for intervjuobjektet å skjule ting for intervjueren. Direkte kritikk av metoder og mulighet til å stille de rette dyptgående spørsmål kan være vanskelig å gjennomføre. Når intervjuerne er uavhengige og distansert fra forskningsområdet vil det også være vanskelig å rette fokuset for å få et pålitelig svar på problemstillingen gjennom intervjuene.

Metoden som er brukt i denne rapporten er kvalitativt orientert og baserer seg hovedsakelig på dybdeintervju av de tre respektive helseforetakene. Gjennom intervjuer er det innhentet informasjon om hvordan helseforetakene faktisk fordeler indirekte kostnader og ivaretar fordelingsmetodene i budsjetteringsprosessen. På grunn av tidsaspektet vedrørende omfanget

av denne rapporten har det ikke vært mulig til å fremskaffe og analysere kvantitativt datamateriale i den grad det kunne vært ønskelig.

Et casestudium består av innsamling av informasjon om et avgrenset område. Andersen (1997) mener casestudier egner seg best til å besvare spørsmål som angår hvordan noe skjer og oppleves snarere enn hvorfor. Casestudier er bedre egnet til å knytte sammen teori og empiri innefor økonomisk styring, da disse områdene ikke egner seg like godt til de kvantitative forskningsmetodene.

I denne rapporten er de tre helseforetakene delt opp i separate case med lik vektlegging og dybde. For å kunne sammenligne de tre casene med hverandre, må analysen ha samme elementer, vektlegging og omfang. Case I er en studie av Akershus Universitetssykehus. Caset handler om økonomistyringen på Ahus med spesielt fokus på budsjetteringsprosessen, og hvordan helseforetaket behandler de indirekte kostnadene som er felles for somatikken og psykisk helsevern og sikrer en rettferdig fordeling av disse. Case II er en studie av Helse Bergen, og tar opp de samme temaene som Ahus. I det siste caset, case III, har vi foretatt en studie av St. Olavs Hospital, som på lik linje med de to andre casene tar opp helseforetakets økonomistyring, og behandling og fordeling av felleskostnader som er felles for somatikken og psykisk helsevern. Formålet med casene er å få en forståelse for helseforetakenes økonomistyring, for deretter å vurdere i hvilken grad den samsvarer med fremlagt teori, og hvordan dette påvirker økonomistyringen. Materialet i casene er hentet fra intervjuene dersom ikke annet er nevnt.

Intervjuguiden som dannet rammen for caseintervjuene ble utarbeidet med bakgrunn i en generell litteraturstudie, samt erfaringer fra det første intervjuet med respondenten for økonomiavdelingen ved Akershus Universitetssykehus. Det første intervjuet ble også en innføring i tematikken omkring fordeling av kostnader i helseforetak. Senere fulgte ytterligere to intervjuer ved Ahus, hvorav ett var med økonomiavdelingen og et med psykisk helsevern. Også ved Helse Bergen ble det gjennomført to intervjuer. St. Olavs Hospital skiller seg derfor ut med kun et intervju. Ved dette intervjuet var både respondentene fra enhet for økonomi og Divisjon for Psykisk Helsevern samlet. I forkant av dette intervjuet var det en viss bekymring for at respondenten fra Divisjon for Psykisk Helsevern skulle holde tilbake informasjon siden det på intervjuet også var tre representanter fra enhet økonomi. Dette ble imidlertid ikke noe problem. Intervjuguidene er vedlagt i vedlegg 1 og 2.

3.3.1 Reliabilitet og validitet

Reliabiliteten eller troverdigheten i en undersøkelse handler om hvor nøyaktig undersøkelsen er gjennomført (Grenness, 1997). Datamateriellet som kommer frem under et intervju må behandles på en slik måte at informasjonen er pålitelig i ettertid (Dalland 2002). I denne rapporten er det benyttet semistrukturerte intervjuer i forbindelse med datainnsamlingen. Det vil si at den samme intervjuguiden er benyttet som mal for alle intervjuene. Spørsmålsstillingen har vært delvis åpen for at respondenten skal få mulighet til først å si hva han eller hun tenker rundt temaet. Svar og tema av interesse som dukket opp underveis ble forfulgt med mer detaljerte spørsmål knyttet opp mot teorigrunnlaget. Intervjuguiden sikrer en større grad av pålitelige og sammenlignbare kvalitative data. Antall case er også noe som øker graden av reliabilitet.

For å sikre nøyaktighet er alle intervjuene tatt opp på lydbånd. Sammen med personlige notater danner de transkriberte intervjuene hovedgrunnlaget for videre behandling. Med dette underlaget er data behandlet og strukturert i lys av sekundære informasjonskilder til ferdige case. Intervjuobjekter har etter omstrukturering og behandling av informasjonen fått mulighet til å verifisere den informasjonen som er benyttet. Dette med tanke på å fjerne mulige misforståelser og feilaktige faktaopplysninger i caset, for på den måten sikre at analysen ikke gjennomføres på uriktig grunnlag. Imidlertid er det en viss fare forbundet med å la intervjuobjektene få verifisere caseinformasjonen. Intervjuobjektene kan falle for fristelsen å endre eller påvirke dataene av andre grunner enn kun å rydde misforståelser av veien. Behandling av forespørsler om korrigerings har vært møtt med konstruktivt, men kritisk blikk. Fokuset har i den forbindelse vært på å få riktige og presise faktaopplysninger, uten å tillate at relevant informasjon av verdi for analysen blir redigert bort.

Som sekundære informasjonskilder er i hovedsak tallmateriale fra helseforetakenes årsrapporter, rapporter fra samdata og Statistisk sentralbyrå sin Statistikkbank benyttet. I tillegg er tildelt materiell fra økonomiavdelingene benyttet. Den kvantitative sekundære informasjonen gitt av helseforetakene var av varierende kvalitet, og ikke konsis for alle foretakene. Hovedårsaken til dette var at de ikke hadde gode oversikter over interne regnskap og tilsvarende materiale som ble etterspurt. Foretakene mente også at det var vanskelig å hente ut de etterspurte data fordi endringer i perioden gjør at tallene ikke er sammenlignbare.

Validitet dreier seg om hva undersøkelsene har kastet lys over i forhold til problemstillingen (Grenness, 1997). Validitetsproblemene oppstår ved behov for å arbeide på både teori- og empiriplanet (Grenness, 1997). Overgangen fra det første til det andre er utfordrende. Samsvarsproblemet er beskrevet som forholdet mellom teoretisk og operasjonell definisjon, og er hva Grenness (1997) kaller indre validitet.

Intervjuguiden tar utgangspunkt i, og er nært knyttet til teoridelen av rapporten. Dette er for å sikre at intervjuene dekker alle områder av problemstillingen. Analysen til slutt er en sammenligning av casene, og casene behandles ved hjelp av den underliggende teori.

I tillegg til indre validitet er ytre validitet en sentral form for validitet. Ytre validitet henger sammen med prediksjonsproblemet som omfatter i hvor stor grad intervjuobjektene svar på et spørsmål samsvarer med et objektivt mål på samme fenomen.

I disse casestudiene er det vanskelig å sammenligne svarene fra intervjuobjektene med ”faktisk informasjon” i saksforholdet. Imidlertid er det en styrke at både representanter fra økonomiavdelingene og psykisk helsevern har blitt intervjuet fordi en sammenligning av svarene fra de ulike avdelinger gir mulighet til validitetssjekk og avsløring av feilaktig informasjon.

DEL IV Empiri

4. Praksis fra tre helseforetak i Norge

4.1 Akershus Universitetssykehus

Akershus Universitetssykehus, også kalt Ahus, er en del av det regionale helseforetaket Helse Øst, og er lokalisert på Nordbyhagen ved Lørenskog. Akershus Universitetssykehus ble åpnet i 1961. Helseforetaket er lokal- og sentralsykehus for kommunene på Romerike, Rømskog, Enebakk og bydelene Stovner og Grorud. I tillegg driver Ahus et utvalg av spesialhelsetjenester på sentralsykehusnivå i kommuner i Follo, Asker og Bærum. Dekningsområdet til Ahus er ca. 280 000 personer, de har 4200 ansatte og et budsjett på 2,5 milliarder i 2005, (www.ahus.no¹). De utfører alle vanlige tjenester innen fysisk og psykisk sykdom, og har egne medisinske serviceavdelinger og foretar avanserte undersøkelser. Ahus' somatiske avdeling er delt i tre avdelinger. Disse er kirurgisk gruppe, medisinsk gruppe og medisinsk service, (referat møte 2 sept 2005). Under avdeling for psykisk helsevern finner vi psykiatrien og rusmiddelomsorgen.

I begynnelsen av oktober 2008 åpnes et nytt sykehus på Nordbyhagen som skal betjene 340.000 innbyggere. Behovet for et nytt sykehus er en følge av at det eksisterende sykehuset har for dårlig teknisk standard, for liten kapasitet og har ikke mulighet til å møte Ahus sin andel av den fremtidige befolkningsveksten (www.nyeahus.no). Det nye sykehuset skal bli et heldigitalisert sykehus, og vil koste i underkant av 7 milliarder.

4.1.1 Den økonomiske styringsprosessen

I følge kapittelet om den ideelle økonomiske styringsprosessen har helseforetakene i forbindelse med innføringen av helsereformen økt fokuset på økonomi. Dette har ført til at helseforetakene må ha et større og mer bevisst forhold til økonomistyringen. Økonomisk styring er utdypet i teoridelen, og består av strategisk planlegging og målformulering, planlegging, aktivitetsoppfølging og rapportering/evaluering (Pettersen og Bjørnenak 2003).

Den økonomiske styringen

Respondenten fra økonomiavdelingen mener at økonomistyringen på Ahus blitt betraktelig bedre etter at helsereformen ble innført, den fungerer bedre og de har fått en mer helhetlig styring. I perioden har økonomiavdelingen blant annet økt antallet kontrollere fra to til ti, og de har fått en merkbart bedre styring av helseforetaket.

Før helsereformen ble innført var økonomistyringen av sykehusene preget av fylkeskommunale politiske prioriteringer. Da styrte politikerne etter budsjettet og ”innfallsmetoden”. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern forteller at innfallsmetoden gikk ut på at politikerne enkelt bevilget mer penger dersom noen kom med et godt forslag. Han sier videre at dette er mer eller mindre borte i dag, og prioriteringene skjer politisk gjennom eierutøvelse fra departementet.

Budsjetteringsprosessen

Budsjetteringsprosessen på Ahus har endret seg en del etter at helsereformen ble innført. Da budsjettet for 2002 ble utarbeidet skulle Ahus gå over til å benytte regnskapsprinsippet fremfor kontantprisnippet som de hadde brukt tidligere. Det ble en del prøving og feiling, hvor de største utfordringene lå i å estimere poster som tidligere ikke hadde vært en del av budsjettet. Ahus brukte ikke lang tid på å komme inn i den nye tankegangen, og fra 2004 frem til i dag har budsjetteringsprosessen vært noenlunde lik. Årsaken til dette kan være at de som har vært ansvarlige for budsjetteringsprosessen har kommet utenfra, og har ikke vært en del av helsesektoren tidligere. Økonomidirektøren og åtte av de ti kontrollerne er blitt ansatt etter at helsereformen ble innført.

Budsjetteringsprosessen i Ahus er først en ”top-down” prosess og så en ”bottom-up” prosess. Det er økonomiavdelingen som koordinerer og eier budsjetteringsprosessen på Ahus, men det er de enkelte virksomhetsdirektørene som har ansvaret for å utarbeide budsjettet for sin avdeling. Det er viktig for økonomiavdelingen at detaljbudsjettene er godt forankret på aktivitet og den enkelte avdeling. Avdelingene må sette aktivitetsstyringsparametrene selv. Dette går ut på at avdelingene blant annet må finne ut hvor mange polikliniske konsultasjoner de skal ha og hvor mye penger de får for det. Hvor mange operasjoner og medisinske behandlinger de skal ha og hvor mange DRG-poeng/ISF de mottar for det, og hvor mye mat de skal selge i kantinen og hvor mye penger de skal ha for det.

Helseforetakets kontrollere kan assistere virksomhetsdirektørene i budsjetteringsprosessen. Virksomhetsdirektørene kan få hjelp til å utarbeide forslag til hele budsjettet eller bare deler av det. De kan for eksempel få hjelp til å legge det detaljerte budsjettet for sine kostnadssteder med lønnsbudsjettet og hvor mye en skal bruke på hvert område. Det er virksomhetsdirektøren som må stille eventuelle krav på vegne av avdelingen, og som har det overordnede ansvaret for budsjettet. Avdelingene må stå til ansvar for sitt budsjett, og det er viktig for økonomistyringen at avdelingene føler et eierskap til budsjettet.

Rammene som Ahus har fått bevilget fordeles ovenfra og ned. Da disse rammene ikke er klare når budsjetteringsprosessen starter, beregnes de med utgangspunkt i det de ble bevilget i fjor og måten de ble fordelt på da. Tidlig på høsten mottar avdelingene rammer fra økonomiavdelingen, hvor det også er laget en budsjettkalender som forteller hva som skal være ferdig til gitte datoer.

Det er økonomiavdelingen som utarbeider forslaget til rammen, disse må vedtas i ledergruppen før budsjettene utarbeides på detaljnivå nedefra og opp. Samtidig som disse rammene fordeles, settes plantallene for aktivitetsnivået lengre nede i de forskjellige avdelingene. Virksomhetsdirektørene ser på organisatoriske endringer internt, og gjør antagelser om innsparingskrav og større endringer i året som kommer. Dette gir den totale rammen. Detaljbudsjettene tilpasses rammene og det treffes tiltak dersom det er en differanse. Virksomhetsdirektørene har ikke lov til å overskride rammene de er blitt tildelt.

Etter at helseforetaket, og deretter avdelingene, har fått input fra statsbudsjettet vil de endelige budsjettene foreligge, og de sitter igjen med et budsjett for hele helseforetaket. Et problem som oppstår i budsjetteringsprosessen er stadige endringer i statsbudsjettet og at statsbudsjettet ofte vedtas tett opp til begynnelsen av det året budsjettet skal gjelde for.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern mener at store deler av budsjetteringsprosessen fungerer bra og at økonomiavdelingen er veldig profesjonelle i denne prosessen. Videre mener han avdelingene har ganske stor innflytelse på budsjetteringsprosessen internt, men at deler av budsjetteringsprosessen bør endres.

I forhold til selve fordelingen av felleskostnadene mener virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern at avdelingene i dag har lite å si, og det er i hovedsak økonomiavdelingen som

bestemmer. Det han ønsker å gjøre fremover, er å gå inn å se på neste års problemstillinger mye tidligere enn det gjøres nå. På denne måten får de et forarbeid til budsjetteringsprosessen. Han ønsker å planlegge det neste året allerede etter sommeren inneværende år. Dette vil føre til at avdelingene får et bedre grunnlag til å mene noe om økonomiavdelingen sin måte å fordele felleskostnadene på. Videre vil det være mulig å ha en dialog med økonomiavdelingen i forkant av deres avgjørelser på hvordan kostnadene skal fordeles. På denne måten kan avdelingene i større grad få frem sine tanker og synspunkter.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern synes at det noen ganger kan være vanskelig å tenke økonomi i enhver sammenheng. I tillegg til at fagpersonalet skal behandle pasienter må de ha fokus på å begrense kostnadene. Her mener virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern at det er en tosidighet som gjør det nesten umulig å styre økonomien 100 %. Derfor synes han det er godt å ha økonomiavdelingen som fører kontroll i bakgrunnen.

På spørsmål om hva virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern ellers synes om økonomistyringen i helseforetakene etter at helsereformen ble innført, svarte han at den interne styringen og bevisstheten er blitt større ved at det er mer fokus rundt helseforetakets økonomi. Han sier videre at det har vært for mye detaljstyring fra Helse Øst og at det dermed blir mer byråkratisk.

Ellers er virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern godt fornøyd med økonomistyringsdivisjonen på Ahus. Han vet ikke om noe helseforetak i Norge som er bedre på økonomistyring enn Ahus. Måten økonomifunksjonen er organisert på er god, og han setter særlig pris på de provoserende spørsmålene controllerne stiller han. Controllerne følger godt med og kommer ofte med nye forslag til organiseringen og vaktordningene.

Forhandlinger ved budsjettering

I en budsjetteringsprosess og når kostnader skal fordeles vil det alltid oppstå uenigheter. Partene vil ofte forhandle seg frem til ulike løsninger og bli enige på denne måten. I slike tilfeller vil partene ha ulik påvirkningskraft og myndighet, og det vil ofte være en del politisk spill i slike diskusjoner (Høgheim og Grønhaug 1996).

På Ahus skal økonomiavdelingens fordeling av felleskostnadene godkjennes av virksomhetsdirektøren og administrerende direktør. Enkelte ganger vil det være vanskelig å bli enige om

måten kostnadene er fordelt på eller sluttsummen som avdelingene sitter igjen med. I denne fasen vil det forekomme diskusjoner som kan lede til forhandlinger og politisk spill.

Eksempelvis for et år siden var ikke virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern enig i summen felleskostnader som økonomiavdelingen hadde kommet frem til. Vi er blitt fortalt at den daværende virksomhetsdirektøren var enig i prinsippene som var lagt til grunn, men synes at stigningen i felleskostnadene var for stor. Grunnen til at felleskostnadene hadde steget var at Ahus hadde overtatt noen opptaksområder for Oslo Nord og psykisk helsevern vokste betraktelig både med hensyn til månedsverk, areal, budsjett og antall senger. Det var derfor i utgangspunktet enighet mellom økonomiavdelingen og virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern om at kostnadene måtte øke. Virksomhetsdirektøren mente imidlertid at en økning fra 24 til 32 millioner i en omgang var for stor. Administrerende direktør og virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern ble til slutt enige om at psykiatriens andel av felleskostnadene skulle justeres ned til 28 millioner for 2005. Dagens virksomhetsdirektør for psykisk helsevern legger også vekt på bruk av den type mellømløsninger i en overgangsperiode.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier han har relativt liten påvirkningskraft på hvordan felleskostnadene skal fordeles i forhold til de føringene Ahus får fra Helse Øst. Internt gjennom dialog med økonomiavdelingen, opplever han en ganske stor mulighet til å forhandle, påvirke og ytre sine meninger angående kostnadsfordelingene. Psykiatrisk avdeling har en god dialog med økonomiavdelingen og har stor tillit til den. Selv om virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern har mulighet til å forhandle på fordelingene, kommer overordnede retningslinjer og vedtekter først. Det forekommer ofte diskusjoner rundt hva partene opplever som urimelig.

4.1.2 Hva Ahus mener med begrepet felleskostnader

Felleskostnader er i denne rapporten kostnader knyttet til to eller flere avdelingers felles ressurser. En mer teoretisk beskrivelse av felleskostnader er indirekte kostnader som er felles for to eller flere avdelinger. Sanne felleskostnader er da en volumuavhengig indirekte kostnad (Nørgaard et al. 2003). I teoridelen ble det påpekt at helseforetakene vanligvis tenker på alle indirekte kostnader når de snakker om felleskostnader.

Når Ahus snakker om felleskostnader er det i hovedsak alle typer indirekte kostnader i forhold til somatikk og psykisk helsevern de tenker på. En felleskostnad defineres av økonomiavdelingen på Ahus ved om den kan fordeles ut på enhetene ved hjelp av gitte fordelingsnøkler. Eksempler på kostnader som fordeles er regnskap, lønn, administrerende direktør, IT, personalboliger, renhold, vaktmester, husleie, kjøkken, vaskeri, prest m.m. Ahus bruker ikke internprising i samme grad som Helse Bergen og St. Olavs Hospital. Utover i dette kapittelet om Ahus vil vi når vi snakker om felleskostnader legge Ahus sin oppfatning av hva begrepet betyr til grunn.

Det er i første omgang økonomiavdelingen sitt ansvar å fordele felleskostnadene. I denne prosessen vil det bli brukt en del skjønn. Diskusjonen vil ikke gå på hva som er riktig fordelingsnøkkel, men på definisjonen av hva som er en felleskostnad. Deretter legger økonomiavdelingen frem et forslag til fordeling som presenteres for en ledergruppe. Det er diskusjoner frem og tilbake om hva virksomhetsdirektøren mener er et fornuftig kostnadsnivå på deres andel av felleskostnadene. Det argumenteres også for hvilke kostnader som er relevante for somatikken og psykisk helsevern. Måten kostnadene skal fordeles på og kostnadsnivået avgjøres av virksomhetsdirektøren, men det er administrerende direktør som til syvende og sist fastsetter fordelingen og kostnadsnivået dersom økonomiavdelingen og virksomhetsdirektørene ikke blir enige.

I budsjettene må virksomhetsdirektørene ta den andelen av felleskostnadene som de er med å generere, og finne dekning for disse i sine tildelte rammer. I forbindelse med bygging av nytt sykehus er det allerede kommet en del kostnader knyttet opp mot nye system som må behandles i budsjettene. Avdelingene må ta sin andel av kostnadene i forhold til hvor mye de kommer til å bruke de aktuelle systemene.

Måten felleskostnadene har blitt fordelt på har variert noe med tiden. Ahus sine felleskostnader har hatt en stigende tendens, og økonomiavdelingen påpeker særlig IT kostnadene som vil fortsette å stige ganske mye. Dette er på grunn av at de nå vil gå over til å bli et heldigitalisert sykehus, og det stilles visse krav til teknologien, noe som igjen får konsekvenser for kostnadsnivået. Når det gjelder andre støttefunksjoner, så er det ikke aksept for at kostnadene skal fortsette å øke. Det krever at fokuset på effektiviseringer må intensiveres slik at kostnadsnivået kan reduseres.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier at Ahus er et av de foretakene hvor kostnaden på andelen fellestjenester er lav. Han sammenligner dette med erfaringer fra andre sykehus som han har jobbet på tidligere. Han mener at psykisk helsevern på Ahus har hatt store fordeler av måten felleskostnadene fordeles på, og at felleskostnadene ville vært høyere hvis fordelingsmetoden hadde vært mer nøyaktig. På denne måten har psykisk helsevern hatt flere midler til disposisjon.

4.1.3 Hvorfor Ahus fordeler kostnader

Å fordele et helseforetak sine kostnader er vanskelig og det er en tidkrevende prosess. Men det vil være nyttig da det kan gi helseforetakene fordelaktig informasjon vedrørende strategiske og produktmessige beslutninger (Horngren *et al.*, 2003). I teoridelen ble det utdypet fire årsaker for at det kan være nyttig å fordele kostnadene. En kan fordele kostnader for å få informasjon om økonomiske beslutninger, for å motivere medarbeiderne, ved kostnadslegitimering/prising og resultatmåling/evaluering (Horngren *et al.*, 2003).

Ahus fordeler først og fremst felleskostnadene for å få et riktig bilde av økonomien, dette bruker de videre i resultatmålingen. De ønsker å få oversikt over hva det koster å drive de forskjellige avdelingene. For å finne de totale kostnadene er det viktig at alle kostnadene er fordelt inklusive administrasjonskostnader og tilsvarende kostnader.

I forhold til motivasjonsfaktoren er ikke Ahus sin fordelingsmetode god nok. Derimot ville internprising gitt den rette motivasjonen for å eksempelvis redusere kostnader. Økonomiavdelingen er åpen for at internfakturerings eller internprising kan bli tatt i bruk, men foreløpig er det ikke en stor del av måten Ahus fordeler kostnadene på. Det er et mål for Ahus å redusere kostnader, men ikke gjennom måten de fordeler felleskostnadene på i dag.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern påpeker at Ahus sitt valg av enkle fordelingsmodeller gjør det lettere å få aksept av fagmiljøene. Dersom modellene blir for komplekse vil fagfolkene gi opp før de har begynt. Han sier det er viktig å finne en balanse, kanskje begynne enkelt for så å avansere etter hvert.

4.1.4 Hvorfor fordele kostnader mellom enheter

Hvorvidt en virksomhet velger å fordele kostnadene mellom enhetene, eller om de i det hele tatt fordeler kostnadene varierer. Dette avhenger av hva de ønsker å oppnå med økonomistyringen (Horngren *et al.*, 2003). Det er fem grunner for at en virksomhet velger å fordele kostnadene mellom enhetene. Disse er at ledelsen vil kommunisere ressursforbruket til de ulike avdelingene, redusere eller øke forbruket av aktiviteter/ressurser, drive kostnadskontroll, gjennomføre kapasitetsplanlegging og gjøre vurderinger opp mot outsourcing av deler av virksomheten (Horngren *et al.*, 2003).

Ahus fordeler felleskostnadene for å få et riktig bilde av resultatet, for på den måten å kommunisere ressursforbruket ut til avdelingene. Ut over dette kan deres fordeling av felleskostnadene ikke brukes til andre ting i vesentlig grad. Ahus sin måte å fordele felleskostnadene på gjør det ikke mulig å bruke fordelingen som et beslutningsgrunnlag ved vurderinger angående outsourcing, på grunn av detaljgraden de har på fordelingene. Ved slike vurderinger må de gå inn å analysere kostnaden i seg selv og ikke fordelingen av den. Fordelingene brukes heller ikke opp mot kapasitetsplanlegging.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern synes at fordelingen av de indirekte kostnadene kommuniserer psykisk helseverns ressursforbruk av støttefunksjonene på en god måte. Han mener det er viktig at det tas høyde for at forbruket støttefunksjoner kan variere gjennom året, og at avdelingene må dekke dette. Han synes imidlertid det er dumt at fordelingsmetoden ikke påvirker forbruket til avdelingen. Dette er fordi han mener at mange av avdelingene på Ahus ikke har et bevisst forhold til ressursforbruket. Jo lengre ut i brukerkjeden en kommer, jo mindre bevisst vil en være på det. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier at det heller ikke er lagt inn en motivasjonsfaktor, og at det ikke er et område økonomiavdelingen har fokusert på per i dag. Han synes fordelingen av de indirekte kostnadene gir et riktig bilde av resultatet.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier han er for outsourcing på deler av støttefunksjonene, men bemerker det finnes for få eksterne miljøer i dag som vet hvordan de skal håndtere ulike støttefunksjoner fra helsesektoren. Nærmere bestemt svarer han:

” Ja, på deler av det. Det mener jeg. Jeg ser at det er lettere å gjøre det med private bedrifter fordi de er mer strømlinjeformet. Det er så komplekse lønssystem og lignende i

helseforetak, men det kommer til å vokse frem miljøer her som håndterer det. Det er nesten ingen private selskaper som håndterer helseforetak i dag.

4.1.5 Grunnlaget for fordelingen

Når en virksomhet har bestemt seg for å fordele kostnader, finnes det fire kriterier de kan bruke som en veiledning ved beslutninger opp mot ulike problemer angående kostnadsfordelingene. Disse fire kriteriene er mottatt fordel, bæreevne, årsak - virkning og rettferdighet/likhet (Horngren *et al.*, 2003). Fordelen med de ulike kriteriene er utdypet i teoridelen.

Når Ahus fordeler felleskostnadene har de lagt til grunn årsak-virknings kriteriet. Dette er som nevnt tidligere, på grunn av at Ahus vektlegger at fordelingen av felleskostnadene skal bidra til å gi et riktig økonomisk bilde, som igjen viser et riktig resultat. Ut over det har ikke Ahus vurdert andre kriterier som verdigrunnlag.

Divisjon for psykisk helsevern jobber på egen hånd med rettferdighetskriteriet. Det er vanskelig å skille psykisk helseverns kostnader forbundet med for eksempel kjøkkenet, da kjøkkentjeneste kan inngå som en del av behandlingen. Her kan noen av kostnadene defineres som felleskostnader, mens noen kan defineres som behandlingskostnader. Det vil være umulig å beregne kostnadsfordelingen helt rettferdig, men de på divisjon for psykisk helsevern mener at det går an å finne ganske gode nøkler og utarbeide noe som føles rettferdig.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern mener at Ahus sin fordelingsmetode per i dag ikke gjenspeiler årsak-virkningsforholdet. Det er fordi han mener at andelen psykisk helsevern skulle betalt av felleskostnadene ligger et sted mellom 5-10 % høyere enn de er i dag. De "lave" felleskostnadene gir imidlertid psykisk helsevern større handlefrihet til å gi et pasienttilbud.

4.1.6 Hvilke prinsipp Ahus bruker for å fordele kostnader

Når avdelinger bruker tjenestene til støtteavdelingene vil det genereres kostnader. Det er mulig å fordele disse kostnadene ved hjelp av tre metoder. Direkte metode, steg metode og kryssfordeling (Horngren *et al.*, 2003). I tillegg må det tas stilling til om det skal fordeles etter

budsjetterte eller virkelige kostnader, budsjettert eller virkelig forbruk, og om en skal velge et en-rate eller to-rate system. En vil også vurdere hvorvidt en skal benytte internprising.

Støtteavdelingene på Ahus ligger under somatikken, og blir i stor grad finansiert med midler derfra. På Ahus har det tradisjonelt sett vært slik. Ahus har fått ansvaret for et stadig område etter innføringen av helsereformen. Disse områdene har hatt egne selvstendige avdelinger som nå er underlagt Ahus. I forhold til psykisk helsevern er mange av Ahus sine psykiatriske enheter ikke lokalisert på Nordbyhagen hvor hovedvirksomheten for øvrig er lokalisert. Dette fører til at de psykiatriske enhetene som ikke er lokalisert på Nordbyhagen har egne støtteavdelinger som for eksempel vaskeri, rengjøringspersonale og vaktmester. Her er det enkelt å føre kostnadene til riktig sted. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier at det imidlertid er ønskelig å få sentralisert støtteavdelingene i størst mulig grad, blant annet for å få redusert kostnader, antall funksjoner og størrelsen/antallet enheter.

Det oppstår problemer når helseforetaket gjennom statsbudsjettet får føringer på at somatikken skal kutte kostnader mens psykisk helsevern skal øke. Støtteavdelingene hører til under somatikken, slik at de totale kostnadene i somatikken inkluderer kostnadene til støtteavdelingene. Hvis psykisk helsevern skal øke, vil de øke forbruket av støttefunksjonene og dermed øke kostnadene tilsvarende. Dette vil gi utslag på de totale kostnadene i somatikken. Det må da vurderes hvor mye penger støtteavdelingene skal ha av psykisk helsevern sine bevilgede midler for å finansiere det økte forbruket. I og med at mange av Ahus sine psykiatriske avdelinger ikke er lokalisert på Nordbyhagen, har ikke det reelle forbruket av støttefunksjonene på Nordbyhagen økt mye. Det har da ikke forekommet at disse støtteavdelingene har fått økte midler fra psykisk helsevern.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern forklarer skjevfordelingen av felleskostnadene på følgende måte. I forbindelse med at Ahus har fått så mange nye enheter knyttet til seg, som samtidig ikke er lokalisert på Nordbyhagen, har det skjedd mye rundt støttefunksjonene. Støtteavdelingene er, der det har vært mulig, flyttet til Nordbyhagen og bygget mest mulig ned. Dette har de gjort for å kunne utnytte stordriftsfordelene sammenslåingene og systematikken vil føre med seg.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier at det er altfor mange støttefunksjoner på Ahus, og han lurer på om det hadde vært best å outsource store deler av støttefunksjonene og

kjøre eksternt. Men han synes at det er en vanskelig balansegang. Han forteller også at enkelte desentraliserte enheter ønsker å få tilbake sine egne støtteavdelinger fordi de synes at de betaler for mye for å benytte seg av støtteavdelingene på Nordbyhagen. Han sier at det faktisk viser seg at enhetenes totale kostnader blir lavere. De desentraliserte enhetene taper på å ha egne støtteavdelinger da de ikke kan oppnå stordriftsfordeler alene.

I følge virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern er det nesten umulig å se hvordan kostnadene til de støtteavdelingene som ikke er lokalisert på Nordbyhagen, er fordelt og trukket inn i helseforetakets drift. Han mener at økonomiavdelingen har vært fornuftige og forsiktige med fordelingen av disse kostnadene, da det finnes en del skjevheter som en er nødt å justere over tid. Det er mange enheter som er samlet og enkelte av de har hatt en annen fordeling av felleskostnadene enn det Ahus har. Han er ikke fremmed for at det i stor grad har blitt benyttet skjønn i denne prosessen.

Når det går på subsidiering av somatikken med psykisk helseverns midler kan ikke respondenten fra økonomiavdelingen se at dette forekommer, men at det heller går andre vei i form av at psykisk helsevern ikke fullt ut betaler for sitt forbruk av støttefunksjonene. Som nevnt over sier virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern at felleskostnadene er omtrent 5-10 % lavere enn de reelt er. Han hevder at somatikken på denne måten betaler deler av psykisk helseverns kostnader, og dermed subsidierer psykisk helsevern.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern mener at det motsatte tidligere var tilfelle ved Ullevål Universitetssykehus – UUS. Der tapte psykisk helsevern i forhold til somatikken, og det var tiltak i somatikken som ble finansiert med psykisk helsevern sine midler. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern har ikke sett at det forekommer noen form for subsidiering av somatikken på Ahus, heller tvert imot.

4.1.6.1 Internprising

Internprising er, som beskrevet i teoridelen, et viktig virkemiddel i økonomiske styringssystem. Internpriser løser problemet med kostnadsfordelinger ved interne leveranser av varer og tjenester (Hansen og Svendsen, 1996). Det er også en måte å synliggjøre ressursbruket av støttetjenester til ulike avdelinger i virksomheten.

Ahus benytter seg ikke av internprising i noen vesentlig grad. De har hovedfokus på å fordele felleskostnader ved hjelp av fordelingsnøkler, og er kommet ganske kort med den tankegangen som ligger til grunn for en mer detaljert fordelingsmetode, altså internprising. Vaskeriet er en av få enheter på Ahus som har internfakturering, dette er blant annet på grunn av at de tar på seg vaskeoppdrag for eksterne, eksempelvis kommunen og andre institusjoner.

På Ahus er alle støttefunksjonene interessert i internfakturering, mens de kliniske funksjonene er negative til det. Ahus skal kjøpe et nytt økonomi- og forsyningssystem, hvor de vektlegger at det skal være mye enklere å gjøre direkte internfakturering av tjenester.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern ser fordeler og ulemper med internprising. Han mener at det passer bra på noen områder, mens andre ikke er særlig egnet for det. Som eksempel nevner han at internprising egner seg bra på leveranser av basistjenester til medisinske avdelinger som laboratorie- og røntgentjenester. På de områdene kan en styre aktiviteten gjennom internprisen, budsjettet og regnskapet. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier at en ved å innføre internpriser kan få frem forhold rundt konkurranseutsetting og kjøp av tjenester eksternt. På denne måten ville de også fått skilt somatikken og psykisk helsevern bedre i regnskapssammenheng. Problemene med internprising er at det er krevende, og han har selv erfart at det har oppstått et stort byråkrati rundt det. I tillegg vil det oppstå en kostnad i forbindelse med behandling av de interne fakturaene.

4.1.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader

Når en skal fordele kostnader er det en rekke vurderinger som må foretas i forhold til hva og hvilket grunnlag en skal utarbeide fordelingen etter. Vi vil nå gå igjennom hvilke valg Ahus har tatt i forhold til de ulike elementene som det må tas hensyn til. Først vil vi ta for oss hvorvidt Ahus benytter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk i fordelingen. Videre går vi over til å si litt rundt antallet fordelingsnøkler og grunnlaget for disse. Til slutt tar vi for oss hvilken tilnæringsmetode Ahus har benyttet.

Fordeling etter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk

Hvorvidt en skal benytte budsjetterte eller virkelige tall avhenger blant annet av hvor virksomheten ønsker å legge risikoen. Ved bruk av virkelige kostnader og forbruk vil mottakene enhet få risikoen. Risikoen kan styres over på leverende enhet ved å benytte

budsjetterte kostnader og forbruk (Hansen og Svendsen, 1996). I teoridelen er det gjort rede for flere argumenter for hva som er mest hensiktsmessig å bruke.

Økonomiavdelingen på Ahus velger å fordele budsjetterte kostnader fremfor virkelige. Hver avdeling har en inntektsramme å forholde seg til som også forteller hvor store kostnader avdelingen kan ha. Sett at det skal investeres i et prosjekt som koster 12 millioner og psykisk helsevern kan belastes for 3 av disse millionene. Da vil disse pengene trekkes fra psykisk helsevern sin basisinntekt og legges over til den enheten som har ansvar for prosjektet. Motivasjonen for å gjøre det på denne måten er at dersom prosjektets kostnader blir høyere enn budsjettert, så skal ikke psykisk helsevern straffes for dette. Samtidig gir det et incentiv til prosjektansvarlig å gjennomføre prosjektet mer kostnadseffektivt, da hans/hennes avdeling vil sitte igjen med overskuddet.

Kostnadene i forbindelse med avdelingenes forbruk av støttefunksjonene fordeles på samme måte. Avdelingene budsjetterer med hvor mye de regner med å forbruke av de ulike støttefunksjonene. Økonomiavdelingen kan gå inn å justere nøklene eller vedkommende avdelings budsjett for neste år i forhold til tidligere erfaringer og trend angående avdelingenes forbruk. Avdelingen har kun mulighet til å påvirke kostnadene årlig, og få budsjetterte kostnadsreduksjoner ved at regnskapet ses opp mot budsjettet i ettertid.

Begrunnelsen for å gjøre det på denne måten er at det er enklere og mindre ressurskrevende. Det er ønskelig å gjøre det på en annen måte, men dette vil være for ressurskrevende og koste altfor mye.

På spørsmål om Ahus i større grad bør fordele kostnadene etter virkelig forbruk, svarer virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern at de til en viss grad burde det. Han påpeker også at enkelte avdelinger i et helseforetak kan dra større nytte av andre metoder for kostnadsfordeling. I tillegg stiller han spørsmål ved hensikten med å drive detaljstyring av økonomien i en avdeling som har noenlunde konstante kostnader fra år til år, og som fungerer godt. Som eksempel nevner han akuttmottaket i somatikken på Ullevål.

”Hvis en ser på akuttmottaket på Ullevål som er ganske stort, kanskje det beste i Europa og definitivt det beste i Norge, så vet en at det kommer inn folk hele døgnet, og den øyeblikkelige hjelp-delen har en kostnad som er omtrent konstant fra år til år. En kan

undre seg litt over hvorfor en skal drive med finmasket økonomistyring der. En vet omtrent hva hvert kvarter koster.”

En eller flere fordelingsnøkler

En kan fordele felleskostnader ved hjelp av fordelingsnøkler. Teoridelen tar opp at det er en fin balanse mellom hvor mange og hvilke nøkler en skal ha. I tillegg må det vurderes om det skal skilles mellom variable og faste kostnader i denne prosessen. Det er også utdypet at en i tillegg må bestemme seg for hvilken detaljeringsgrad en skal ha og hvor mye tid og ressurser en ønsker å bruke på å utvikle fordelingsnøklerne.

Ahus fordeler felleskostnadene sine ved hjelp av fordelingsnøkler. Frem til og med 2005 har de brukt fire forskjellige hovednøkler. Disse er budsjett, antall senger, månedsverk og kvadratmeter. Videre har disse blitt delt opp i totalt budsjett, budsjett Nordbyhagen og Lurud, Nordbyhagen, antall senger Nordbyhagen, totale månedsverk, månedsverk Nordbyhagen, totale kvadratmeter, kvadratmeter Nordbyhagen, alt (100 %), et anslag på 5 % og IT spesial. Anslaget på 5 % og IT spesial er en vurdert etter skjønn. (Notat: Overhead psyk, 2005.)

Helse Øst har i samarbeid med tilhørende helseforetakene utarbeidet nye fordelingsnøkler som alle helseforetakene skal fordele felleskostnadene etter fra og med 2006. De har satt opp tre fordelingsnøkler og hvilke typer kostnadssteder som hører under de ulike nøklene. Fra 2006 vil Ahus bruke *årsverk, areal og liggedøgn* som fordelingsnøkler.

Da de nye nøklene ble utarbeidet, ble det lagt vekt på at fordeling av felleskostnadene skulle være et enhetlig prinsipp, og at det skulle brukes nøkler som var lett tilgjengelige. Nøklene skulle i utgangspunktet allerede befinne seg i helseforetakenes systemer, og det skulle ikke være mye administrativt arbeid å finne de. Dersom de skulle satt nøkler som bedre reflekterte hva de enkelte avdelingene genererte av kostnader, ville de blitt for kompliserte.

De nye fordelingsnøklerne skal brukes med sunn fornuft, og nøklene skal brukes på kostnader som kan fordeles. Når Ahus fordelte felleskostnadene tidligere ble kostnaden som skulle fordeles analysert og undersøkt om det var deler av den som ikke skulle fordeles, eller som direkte kunne tilskrives en avdeling. Det ble ikke tatt hensyn til om deler av kostnadene var variable eller faste. Ved innføring av de nye fordelingsmetodene vil Ahus ta utgangspunkt i at de tidligere fordelingene har grobunn i et fornuftig prinsipp og er noenlunde riktige. De vil

kun se på kostnadsendringer som kommer etter innføringen av de nye fordelingsnøkklene og fordele disse etter de nye prinsippene. De vil ikke gå tilbake å fordele kostnader som allerede er fordelt ved bruk av de gamle fordelingsnøkklene. Det vil heller ikke være fokus på om deler av en kostnad er fast eller variabel. De benytter seg da i all hovedsak av et en-rate system.

Årsaken til at Ahus går over til de nye fordelingsnøkklene er at de da har et klarere regelverk å forholde seg til, og de vil unngå en del diskusjoner om hvordan kostnadsfordelingene bør gjennomføres. De er oppmerksomme på at det kan være svakheter i de nye nøklene, og nøklene vil årlig bli tatt opp til vurdering etter hvert som en får erfaring med dem.

Det er i de nye fordelingsnøkklene gått vekk fra å bruke budsjettet som en fordelingsnøkkel. Dette på grunn av at totalt volum var en dårlig fordelingsnøkkel, og økonomiavdelingen sier en ikke kan hevde at budsjettvolum er en direkte kostnadsdriver. Budsjettet vil imidlertid være en indirekte kostnadsdriver da det til en viss grad forteller hvor stor bedriften er, men da ville det vært bedre å bruke antall ansatte som en fordelingsnøkkel.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern synes de nye fordelingsnøkklene er greie, men mener det mangler en variabel for konsultasjoner. Han sier det må legges større vekt på dagbehandling og poliklinisk behandling når en skal fordele felleskostnadene da dette i stor grad kommer til å styre arealbruken og til en viss grad andre faktorer. Ved innføringen av de nye fordelingsnøkklene påpeker han at en må være oppmerksom når en endrer fordelingsmetoden da det kan avdekkes skjevheter i det tidligere systemet. Når en skal korrigere disse skjevhetene mener han at det er viktig å bruke mellomløsninger, og finne teknikker på veien mellom det rettferdige og det riktige, da det som er riktig ikke alltid oppleves som rettferdig. Han har liten kjennskap til Ahus' bruk av et en-rate system.

Tilnæringsmetode

Valg av tilnæringsmetode avhenger av hvor nøyaktig virksomheten ønsker kostnadsfordelingene skal være, og hvor mye tid og ressurser de har tilgjengelig. Det finnes, som nevnt tidligere, tre metoder; direkte metode, steg metoden og kryssfordeling.

På Ahus fordeles kostnadene fra støtteavdelingene ut på de kliniske avdelingene, men det forekommer ikke noen fordelinger mellom støtteavdelingene. De bruker altså **direkte metode** som tilnærming.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern har kjennskap til denne metoden fra tidligere og synes at dette er en metode som egner seg godt på Ahus. Han sier at prinsippet med å kun fordeler kostnadene mellom enhetene kan føles urimelig i forhold til det en mottar av tjenester, men samtidig er det vanskelig å vekte det rettferdig på en annen måte. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern ser ikke mange ulemper med å gjøre det slik i et så stort system som de har på Ahus. Han mener at det er en grense på hvor mye ressurser en skal bruke på fordelingsmetoden og hvor rettferdig den skal være.

4.1.7 Deling av sanne felleskostnader

Felleskostnadene kan, som nevnt over, deles i sanne felleskostnader og indirekte kostnader. Det finnes i utgangspunktet tre metoder å fordele sanne felleskostnader på. Disse metodene tar utgangspunkt i henholdsvis autonomkostnader, særkostnader og en blanding av disse (Hansen og Svendsen, 1996).

Ahus skiller ikke mellom indirekte kostnader og sanne felleskostnader ved fordeling av felleskostnadene i helseforetaket. Det gjøres derfor ikke noen forskjell på hvordan disse kostnadene behandles. De sanne felleskostnadene fordeles etter samme metoder som de indirekte kostnadene, altså ved hjelp av fastsatte fordelingsnøkler. De har valgt å gjøre det på denne måten for å opprettholde enkelheten i måten de fordeler felleskostnadene på.

Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern kjenner ikke til skillet mellom sanne felleskostnader og indirekte kostnader. Han synes at det måtte vært interessant å få bevisstgjort det skillet og fått en annen fordeling. En fordeling som fortalte mer nøyaktig hva psykisk helsevern faktisk må betale av de sanne felleskostnadene i forhold til hva de føler at de "bruker" av disse ressursene.

4.1.8 Opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen hadde sitt første leveår i 1999 og skal vare ut 2008. Som nevnt i teoridelen er opptrappingsplanen en handlingsplan for psykisk helsevern som skal ivareta kvaliteten og tilbudet i psykisk helsevern. Hensikten med opptrappingsplanen er å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet for å bidra til mest mulig normalisering av hverdagen for psykisk syke

(www.shdir.no¹). I forbindelse med opptrappingsplanen bevilger staten altfor store ressurser til psykisk helsevern. Når problemene i psykisk helsevern ikke forsvinner, fører det til at helseforetakene blir beskyldt for å bruke opptrappingsmidlene på somatikken i stedet for på psykisk helsevern.

I hovedsak har Ahus brukt opptrappingsmidlene til å utvikle distriktpsykiatriske sentre og rus. Dette har vært viktige områder for Ahus, og satsingen fremover vil i økende grad være på rus. Hovedgrunnen til denne prioriteringen er en økning i antall mennesker som har fått en såkalt dobbeldiagnose, hvor de har et rus- og et psykiatriproblem.

I tillegg har Ahus vært nødt til å bruke mye midler på å kjøpe behandling av private og offentlige institusjoner for å få behandlet pasientene. De klarer ikke å ansette nok psykiatere, for de finnes ikke. I tillegg har en planlagt utbygging blitt forsinket, så de har ikke fått ansatt det personalet de hadde planlagt i denne forbindelse. Ahus er nødt til å kjøpe stadig mer tjenester fra andre aktører. Årsaken er at de har altfor lav kapasitet selv, og at de er underdimensjonert i forhold til opptaksområdet sitt. De mangler personale og dermed mulighet til å etablere tilbud raskt nok.

Når det gjelder rapporteringen av hva opptrappingsmidlene er bruk til, skal en inntektsføre pengene når helseforetaket faktisk har begynt å bruke dem ved å gjennomføre planlagte aktiviteter. For videreførte gamle opptrappingsmidler har det vært lov å inntektsføre flatt, men for nye midler fra 2005 er ikke dette lov. Disse må inntektsføres i takt med den aktiviteten de er ment å dekke. Rapporteringen har blitt strengere med tiden og dette synes virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern er bra, da det er viktig å holde rede på hva opptrappingsmidlene brukes til.

Respondenten fra økonomiavdelingen synes at opptrappingsplanen ikke fungerer helt slik den er ment. Da vi spurte om hvilke erfaringer respondenten fra økonomiavdelingen hadde svarte han at;

”Det pøses veldig mye penger inn i et system for å løse et problem, men det er ikke alltid at det å bare pøse penger inn hjelper, og det tror jeg flere og flere ser. Det er vel også det at politikerne har vært litt redde, fordi de har sett at de har pøst mer og mer penger inn, og problemene lar seg ikke løse. Da har de antatt at pengene har blitt brukt på somatikk i

stedet. Man har jo også sett at aktivitetsveksten i somatikk har vært veldig stor, mye større enn det man kanskje kunne ha antatt. Kostnadene til somatikken har økt enormt. Jeg kan bare snakke for dette helseforetaket og jeg tror ikke at opptrappingsplanen her har ført til at somatikken har nytt godt av det.”

Her sier respondenten fra økonomiavdelingen at løsningen på psykisk helsevern sine problemer ikke nødvendigvis bare ligger i å få bevilget mer penger. Han mener at politikerne delvis har feil fokus og skylder mangelen på forbedring i psykisk helsevern på at de bevilgende midlene brukes i somatikken.

Respondentene fra Ahus synes også at det har vært vanskelig å bruke opptrappingsmidlene godt nok, i tillegg til at de pålagte rapporteringsmetodene er kompliserte. Økonomiavdelingen synes imidlertid at rapporteringsmetodene er en fornuftig måte å spore pengene på, men det fører til en del ekstra administrativt arbeid.

På generell basis synes virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern at opptrappingsplanen har fungert bra og at det er et positivt driv i den. I tillegg til å gi økonomiske muligheter, gir den også en faglig retning. Den gir muligheter til å prioritere faglig. Han mener at det er bra at de har fokusert på å utvikle distriktpsykiatriske sentre og rus, og at det er en bra og riktig prioritering. Det han opplever som negativt er at opptrappingsplanen er for detaljert. Dette synes han gjør det vanskeligere å bruke opptrappingsmidlene riktig.

Et annet problem er at når departementet legger opptrappingsplanene, så er de nesten alltid på etterskudd i forhold til den faglige utviklingen. Virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern sier at dette fører til dårlige prioriteringer fra departementets side, og gir ikke den beste utnyttelsen av opptrappingsmidlene.

4.1.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag

Helse Øst er det eneste foretaket som har drevet i balanse i alle årene etter at helsereformen ble innført. De antar at de vil gå i balanse i 2005 også. De er også det eneste regionale helseforetaket hvor veksten i ressursinnsats er sterkere i psykisk helsevern enn i somatikken (Årsrapport – Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten, 2005).

Utviklingen av måten Ahus fordeler felleskostnadene på har endret seg som en konsekvens av reformen. I budsjettet for 2006 har psykisk helsevern sine felleskostnader økt med 4,6 millioner fra 28 millioner til 32,6 millioner. Dette er blant annet som følge av at Ahus har tatt i bruk de nye fordelingsnøklerne. Hvordan endringen har vært for somatikken var vanskelig for økonomiavdelingen å ta stilling til da somatikken i tillegg blir påvirket av effektiviseringskrav, kutt i ISF-satsene og lignende. I tillegg vil noe av de midlene som trekkes ut av somatikken i forbindelse med innsparingstiltak, føres tilbake som følge av at helseforetaket ønsker å satse på og investere i spesielle områder.

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	2001		2002		2003		2004	
	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)
Akershus universitetssykehus HF								
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	1 392	9,1	1 626	16,8	1 711	5,2	1 733	1,3
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	335		388	15,8	447	15,2	569	27,3

Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	Endring 2001-2004 (prosent)	Endring 2002-2004 (prosent)
Akershus universitetssykehus HF		
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	24,5	6,6
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	69,9	46,6

Tabell 4.1 viser Ahus sine brutto driftskostnader fordelt på somatiske tjenester og psykisk helsevern og rus. (Statistisk sentralbyrå 2005)

Vi ser at Ahus har i perioden 2001-2004 en betydelig høyere vekst i brutto driftskostnader innen området psykisk helsevern i forhold til det somatiske området. I somatikken er veksten i brutto driftskostnader synkende innenfor samme periode, mens det innenfor psykisk helsevern er en veksten i økende. Veksten i brutto driftskostnader er spesielt stor i 2004 og det skyldes blant annet at Ahus i 2004 overtok noen opptaksområder for Oslo Nord og psykisk helsevern vokste betraktelig både med hensyn til månedsverk, areal, budsjett og antall senger.

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

	2001		2002		2003		2004	
	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)
Lønnskostnader								
Akershus universitetssykehus HF								
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	1 081	12,9	1 158	7	1 239	7,1	1 279	3,2
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	270		270	0,0	316	17,0	408	29,1

	Endring 2001-2004 (prosent)	Endring 2002-2004 (prosent)
Lønnskostnader		
Akershus universitetssykehus HF		
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	18,3	10,4
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	51,1	51,1

Tabell 4.2 illustrerer lønnskostnadene til Ahus fordelt på somatiske tjenester og psykisk helsevern og rus. (Statistisk sentralbyrå 2005)

De samme tendensene som er i brutto driftskostnader finner en også igjen i lønnskostnadene. Stigningen i lønnskostnader tilhørende somatikken er i perioden 2001-2004 betraktelig lavere enn for psykisk helsevern. Veksten i somatikkens lønnskostnader er avtagende, mens det for psykisk helsevern er stigende. Også i lønnskostnadene gjenspeiles det faktum at psykisk helsevern i 2004 overtok noen opptaksområder for Oslo Nord.

4.2 Helse Bergen

I forbindelse med innføringen av helsereformen i 2002 ble Helse Bergen Helseforetak opprettet og underlagt det regionale helseforetaket Helse Vest. Helse Bergen er geografisk lokalisert i Hordaland fylke, hvor hoveddelen av virksomheten skjer i Bergen kommune (www.helse-bergen.no¹) Helseforetaket består av til sammen 11 tidligere selvstendige enheter, som er lokalisert i Bergen, på Voss, Lindås, Fjell, Os og Radøy. Disse ble slått sammen til Helse Bergen ved innføringen av helsereformen (www.helse-bergen.no²). I forbindelse med sammenslåingen ble mange av støttefunksjonene på de ulike enhetene bygget ned og sentralisert. Helse Bergen har et budsjett i 2005 på 4,5 mrd. De har ca 8500 ansatte og ca 6600 årsverk (www.helse-bergen.no²).

4.2.1 Den økonomiske styringsprosessen.

Etter sykehusene ble organiserte i ulike regionale helseforetak, ble kravet om at helseforetakene skulle gå i balanse forsterket. Dette førte til et økt fokus på helseforetakene økonomiske styring. Økonomisk styring går, som nevnt i teoridelen, ut på å se nærmere på og være bevisst på den strategiske planleggingen og målformuleringen, planleggingen, aktivitetsoppfølgingen og rapporteringen/oppfølgingen (Pettersen og Bjørnenak 2003).

Den økonomiske styringen

Helse Bergens styring av helseforetaket har blitt bedre etter at helsereformen ble innført. Fokuset på økonomien er vesentlig større og det får større konsekvenser hvis en avdeling ikke klarer å holde budsjettet. Enhetslederne har fått ansvar for å drive avdelingene kostnadseffektivt og å levere et økonomisk resultat, noe som har virket kostnadsdempende. Budsjettene er blitt mye mer bindende.

Respondentene fra psykisk helsevern er generelt fornøyd med styringen av Helse Bergen. De mener imidlertid at det brukes for lite tid på analyser og prioriteringer.

Budsjetteringsprosessen

Helse Bergen prøver å få avdelingene til å føle et økt ansvar for sin økonomi gjennom blant annet fokus på budsjettet og budsjettarbeidet. Det har vært viktig for ledelsen at budsjettene er godt forankret ute i avdelingene. Dette har de forsøkt å få til ved at avdelingene må utarbeide avdelingsbudsjettene selv, og at det skal være en god dialog mellom økonomiavdelingen og hver enkelt avdeling. Når alle avdelingene har utarbeidet sine budsjett, settes de sammen til ett budsjett for hele helseforetaket.

I forkant av budsjetteringsprosessen er det sendt ut et budsjetttrundskriv, hvor det blant annet står hva avdelingene kan legge til grunn når det gjelder lønns- og prisregulering. Det legges også føringer på hvilken vekst som kan tillates innenfor de ulike aktivitetene. I og med at statsbudsjettet ikke er ferdig på dette tidspunktet har ikke avdelingene fått noen rammer å forholde seg til. Avdelingene tar utgangspunkt i det inneværende årets rammer og utarbeider antagelser angående neste års aktivitet, hva dette vil koste, virkninger av ulike tiltak og prisstigning. Det leveres så inn et tallmateriale til økonomiavdelingen som forteller hva

avdelingene trenger av inntekter for å kunne finansiere enheten og tiltak som allerede er startet. Det er tatt hensyn til nye kostnader, lovpålegg og lignende.

Neste steg er at foretaksledelsen har budsjettmøter med hver enkelt avdeling. Representanter med både økonomifaglig og medisinskfaglig kompetanse deltar på møtene. Her gjennomgås de medisinske prioriteringer som er gjort i budsjettforslaget, nødvendige endringer som er innarbeidet samt tekniske forutsetninger for budsjettene. Dette skaper en felles forståelse for budsjettet. Det foretas grundige vurderinger på eventuelle endringer som er lagt inn i budsjettforslaget. Noen pasientgrupper skal prioriteres og gis mer ressurser, mens det skal kuttes på andre områder, dette må komme frem. Det er blitt avdelingenes ansvar å endre budsjettallene hvis det vedtas endringer i det opprinnelige budsjettet på et budsjettmøte.

På budsjettmøtene er det i hovedsak budsjettets totalbeløp som er i økonomiavdelingens fokus, ikke kostnader og kostnadsfordelinger på detaljnivå. Avdelingene skal ha et eierforhold til tallene og de skal kunne svare for de. Budsjettene er godt forankret i avdelingene da en ser at avdelingene er mer lojale mot budsjettene nå enn før, og de fleste klarer å holde dem.

Helse Bergen mottar sine foreløpige økonomiske rammer fra Helse Vest RHF i løpet av desember. I november og desember er det drøftinger mellom helseforetak og regionalt helseforetak rundt rammer og resultatkrav for neste års budsjett. Helse Vest arbeider med en ny modell for fordeling av inntekter mellom de ulike helseforetakene i regionen. Ny inntektsmodell skal tre i kraft fra og med budsjettåret 2006.

Det er vanskelig for Helse Bergen å få budsjettene ferdig til 01.01. Dette på grunn av at det endelige budsjettet som regel blir styrebehandlet i løpet av januar. Budsjettet for 2005 har et budsjettert underskudd på om lag 83 millioner. Helseforetakene i Norge har i en overgangsperiode etter at helsereformen ble innført hatt lov til å budsjettere med underskudd, men fra og med 2006 er ikke dette lengre lov.

Respondentene fra psykisk helsevern synes budsjetteringsprosessen kan være ganske frustrerende. I det første budsjettforslaget har avdelingene gjort de omdisponeringer/effektiviseringstiltakene som synes mulige for å dekke nye kostnader, for så å legge frem de kostnadene de ikke klarer å dekke selv. Det virker da lett demotiverende når det senere i

budsjetteringsprosessen innarbeides ytterligere effektiviseringskrav. Det jobbes kontinuerlig med budsjettet i avdelingen, men de synes det er en utfordring å holde budsjettet.

Respondentene fra psykisk helsevern mener også at budsjetteringsprosessen er lite transparent. De vet lite om hva som foregår i resten av foretaket, hvilke analyser som er gjennomført, hvilke prioriteringer som er gjort og konsekvensene av disse. Respondentene fra psykisk helsevern mener det er viktig at budsjettene er realistiske og bygget på gode analyser.

Budsjetteringsprosessen i Helse Bergen har stort sett foregått på samme måte fra helsereformen ble innført og frem til i dag. I dag er det i følge respondentene fra psykisk helsevern et større fokus på avdelingsbudsjettene og budsjetteringsprosessen, men mindre fokus på langtidsbudsjett, noe som gjør fremtiden mer usikker. De sier at planene om fremtiden må enten legges inn i årsbudsjettet eller i investeringsbudsjettet.

4.2.2 Hva Helse Bergen mener med begrepet felleskostnader

Sanne felleskostnader forekommer i alle typer virksomheter og kan defineres som kostnader som ikke kan henføres til eller påvirkes av noen bestemte produkter, avdelinger/ virksomhetsområder eller lignende (Nørgaard *et al.*, 2003). Som nevnt i teoridelen vil indirekte kostnader bestå av volumavhengige og volumuavhengige indirekte kostnader, og i den siste kategorien finner vi sanne felleskostnader. Helseforetakenes definisjon på begrepet er noe varierende, men oftest benyttes begrepet om indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern uavhengig av om de er volumavhengige eller volumuavhengige.

Helse Bergen bruker svært sjelden begrepet felleskostnader, de benytter begrepet interne kostnader. Når de snakker om å fordele kostnader bruker de begrepet å fakturere kostnader. Videre når vi snakker om felleskostnader og å fordele kostnader er disse begrepene henholdsvis synonyme med Helse Bergens begrep for interne kostnader og å fakturere kostnader.

Helse Bergen benytter internprising i styringen av kostnadene, og som en måte å fordele store deler av felleskostnadene på. De prøver i størst mulig grad å fordele kostnader etter forbruk

fremfor nøkler, men det er også enkelte felleskostnader som ikke fordeles. De vil at enhetene skal belastes med det de faktisk forbruker av interne tjenester.

Kostnader som er forbundet med administrasjon, lønn/økonomi og regnskap er ikke fordelt på noen måte, så sant de ikke direkte kan tilskrives en avdeling. Disse kostnadene ligger under somatisk sektor. Per i dag blir heller ikke kostnadene ved IKT fordelt ut på enhetene, disse kostnadene ligger under administrasjonen. IKT virksomheten er skilt ut som et eget AS under Helse Vest og heter Helse Vest IKT AS. Helse Vest IKT AS jobber med en prisingsmodell som skal bidra til å fordele deres kostnader ut på enhetene.

De fleste kostnadene fra Drift/teknisk divisjon fordeles. Dette gjelder husleie, mat, arbeidskraft, transporttjenester, vask og renhold. Disse kostnadene fordeles i størst mulig grad etter virkelig forbruk. Vedlikehold og avskrivning av teknisk utstyr fordeles også, men der brukes ofte tall eller en relativ nøkkel fra året før som grunnlag for fordelingen. Dette blir mer et estimert forbruk. Avdelingene vil der få tildelt et budsjett tilsvarende beregnet kostnad.

Økonomiavdelingen har ikke så mye med fordeling av felleskostnadene å gjøre. Det er leverende enhet sitt ansvar å utarbeide prisene, men disse skal godkjennes av og diskuteres med bl. a. økonomiavdelingen.

4.2.3 Hvorfor Helse Bergen fordeler kostnader

En virksomhet velger som oftest å fordele kostnadene fordi det gir nyttig informasjon vedrørende strategiske og produksjonsmessige beslutninger (Horngren *et al.*, 2003). Som beskrevet i teoridelen fordeles kostnadene for å motivere medarbeiderne, for å få informasjon om økonomiske beslutninger, ved kostnadslegitimering/ prising og resultatmåling/ evaluering (Horngren *et al.*, 2003).

I hovedsak fordeler Helse Bergen felleskostnadene for å få et riktig økonomisk bilde. Kostnadsfordelingene brukes også til å styre etterspørselen ved at internprisene kan brukes som en motivasjon til å redusere forbruket og dermed kostnadene. For eksempel fikk de et fall i etterspørselen etter areal da det ble innført husleie.

Helse Bergen ønsker å få inn prising på tjenester fra Laboratorium for klinisk biokjemi, og fra Kirurgisk service klinikk fra 2006. Der ønsker de å få fordelt kostnadene ut slik at de kan få et mer korrekt beslutningsgrunnlag når det for eksempel tas en beslutning om å endre aktiviteten i en klinikk. Til nå har en ofte bare sett på kostnadsendringer i egen avdeling ved en eventuell aktivitetsendring uten å ta hensyn til en mulig kostnadsøkning i støtteenheter som lab, Kirurgisk serviceklinikk og Radiologisk avdeling.

Helse Bergen benytter internprising på grunn av at de mener fordeling etter ulike fordelingsnøkler som liggedøgn, årsverk og lignende ikke gir et godt nok bilde av de enkelte enheters bruk av støttetjenester. For å få motivasjonsfaktoren til å fungere er det viktig at avdelingene for eksempel kan se kostnadsreduksjonene dersom de reduserer forbruket av en tjeneste. Dette er vanskelig å få til ved bruk av fordelingsnøkler.

Totalt sett mener respondentene fra psykisk helsevern at dagens internprisingssystem ikke motiverer dem til å redusere forbruket av støtteaktivitetene. Først og fremst på grunn av at det er vanskelig å redusere ressursforbruket i avdelingen mer enn de allerede har gjort.

4.2.4 Hvorfor Helse Bergen fordeler kostnader mellom enheter

Som nevnt tidligere er det varierende praksis på om en virksomhet velger å fordele kostnadene mellom ulike enheter, og hvilke kostnader de eventuelt velger å fordele. Vi minner leseren om at det finnes fem grunner for at en virksomhet velger å fordele kostnadene mellom enhetene. Det kan være på grunn av at ledelsen ønsker å kommunisere ressursforbruket til de ulike avdelingene, redusere eller øke forbruket av aktiviteter/ressurser, drive kostnadskontroll, gjennomføre kapasitetsplanlegging og gjøre vurderinger opp mot outsourcing av deler av virksomheten (Horngren *et al.*, 2003).

Begrunnelsen for å fordele støtteavdelingenes kostnader er at Helse Bergen ønsker å kunne ta mer korrekte beslutninger ved at alle kostnader er identifisert og inkludert. De ønsker også å kommunisere ressursforbruket og redusere overforbruket, hvorav kostnadskontroll kommer som en konsekvens av dette. Fra og med 2006 skal fordelingene også brukes for å få et bedre beslutningsgrunnlag ved vurderinger opp mot endringer i aktivitetsnivå.

Respondentene fra psykisk helsevern påpeker at innføringen av internpriser ikke har ført til at de har redusert sitt forbruk av ressursene. De mener at hensikten med å innføre internpriser

ikke bare er å få kostnad på riktig plass, men å gi et incentiv til å ha et fornuftig forbruk av de ulike ressursene. En slik effekt har det foreløpig ikke hatt hos dem. De sier at det kan ha med å gjøre at de ikke bruker mer ressurser enn det som er absolutt nødvendig, at de for eksempel ikke sitter med store ledige lokaler eller bruker disse lite intensivt. De mener det er en effekt som først og fremst vil gi seg utslag ved nye/utvidelse av lokaler.

4.2.5 Grunnlaget for fordelingen

Når et helseforetak velger å fordele de indirekte kostnadene kan de ta utgangspunkt i forskjellige verdigrunnlag. Vi har kriteriene årsak - virkning, mottatt fordel, rettferdighet eller likhet og bæreevne (Horngren *et al.*, 2003). Disse er beskrevet i teoridelen. Kriteriene vil være til hjelp når det skal fattes ulike beslutninger vedrørende fordelingen.

Helse Bergen tenker først og fremst på kriteriet rettferdighet/likhet som grunnlag for fordelingen. Respondenten fra økonomiavdelingen forteller at enkelte avdelinger hevder at de er netto bidragsyter til foretakets økonomi ved at de produserer mange DRG-poeng og får en høy inntekt. De har ikke tatt høyde for at de genererer kostnader i andre enheter, og at de må være med å betale for dette. Dette er på grunn av at kostnadsfordelingene skal oppfattes rettferdig for alle enhetene. Helse Bergen er opptatt av å se hele kostnadsbildet, og bruker derfor årsak-virkningskriteriet sammen med kriteriet for rettferdighet/likhet.

Kriteriet rettferdighet og at avdelingene føler at de mottar det de har betalt for, er viktig for ledelsen i Helse Bergen. De er oppmerksomme på at hvis de skal ha et slik system er det viktig at en er ydmyk i forhold til systemet, og at støtteenhetene ikke får mulighet til å overføre alle sine kostnader til kjøpende av delinger.

Gjennom dagens internprisingssystem synes respondentene fra psykisk helsevern at det er for lett for støtteavdelingene å velte kostnadene sine over på enhetene. På denne måten får ikke støtteavdelingene noe incentiv til å effektivisere driften. De er ikke presset til å måtte få mer ut av ressursene slik de kliniske avdelinger må. I og med at det heller ikke er mulig for enhetene å benytte seg av et eksternt marked har de ikke noe annet valg enn å bruke helseforetakets støtteavdelinger.

Respondentene fra psykisk helsevern synes imidlertid at fordelingen av de indirekte kostnadene kommuniserer ressursforbruket deres noenlunde riktig, men er mindre sikre på om fordelingsmetoden reflekterer mottatt fordel godt nok.

4.2.6 Hvilke prinsipper Helse Bergen bruker for å fordele kostnader

Når støtteavdelingene tilbyr tjenester til andre interne avdelinger, eller mellom støtteavdelingene, utgjør det en utfordring ved fordeling av kostnadene (Pettersen og Bjørnenak 2003). Problemet blir hvordan de kostnadene som genereres her skal fordeles. I teoridelen er det redegjort for tre måter å behandle disse kostnadene på. Disse metodene kalles direkte metode, steg metode og kryssfordeling (Horngren *et al.*, 2003). Det må også tas stilling til om en skal fordele etter budsjetterte eller virkelige kostnader, budsjettert eller virkelig forbruk, og om en skal velge et en-rate eller to-rate system. Det vil også være naturlig å ta stilling til i hvilken grad virksomheten skal benytte seg av internprising.

I 2002 ble til sammen 11 enheter slått sammen til Helse Bergen HF, som nevnt innledningsvis. I denne forbindelsen ble mange av støttefunksjonene i de mindre enhetene bygget ned og underlagt Helse Bergen sentralt. Helse Bergen ønsker at psykisk helsevern og somatikken i størst mulig grad skal bruke de samme støtteavdelingene da dette er mer effektivt.

Helse Bergen fordeler, som nevnt over, ikke kostnadene til alle støtteavdelingene ut på enhetene. Kostnader forbundet med administrasjon, personal og økonomi fordeles ikke, mens de fleste kostnadene fra drift/teknisk fordeles. Det er per i dag (november 2005) ikke iverksatt et internprisingssystem for Kirurgisk serviceklinikk og Radiologisk avdeling.

I og med at psykisk helsevern ikke blir belastet for de kostnadene de påfører støtteavdelingen administrasjon faller dette på somatikken da støttefunksjonene er underlagt somatikken. Slik har det alltid vært. Det er heller ikke planlagt å begynne å fordele ut disse kostnadene. I forhold til rammene Helse Bergen mottar fra Helse Vest så får psykisk helsevern sine øremerkede midler, og basistilskuddet videreføres i sin helhet uten endringer.

Respondentene fra psykisk helsevern mener at deres midler ikke er større som følge av at enkelte felleskostnader ikke fordeles. De sier at dersom Helse Bergen skulle begynt å fordele

disse kostnadene, ville dette ha vært et null-sum-spill, der rammene til psykisk helsevern ville ha økt tilsvarende. Respondentene fra psykisk helsevern ser ikke at det forekommer noen form for subsidiering av psykisk helsevern eller somatikken den ene eller den andre veien.

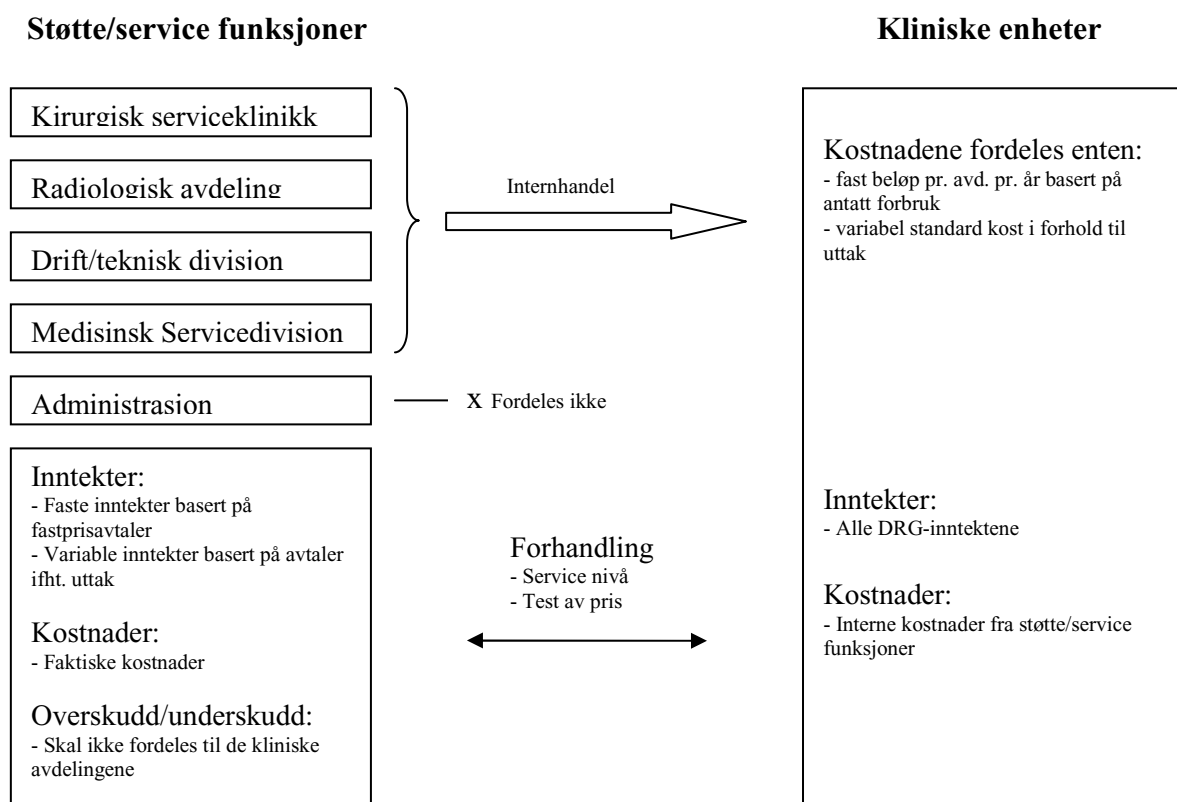
4.2.6.1 Internprising

Internprising kan være en viktig del av det økonomiske styringssystemet til ulike virksomheter. Internprising gjør, som utredet i teoridelen, det mulig å måle og motivere til økt effektivitet og kostnadskontroll. Prising av interne leveranser kan være en konfliktfylt prosess da internprisene kan være avgjørende for lønnsomheten i overskuddssentrene (Hansen og Svendsen, 1996).

Helse Bergen fordeler forbruk av støttetjenester gjennom utarbeiding av internpriser. Avdelingene blir belastet etter virkelig forbruk eller det blir satt en pris per tjeneste. Det er leverende enhet som har ansvar for å utarbeide sine internpriser, men disse må diskuteres og godkjennes av bl.a. økonomiavdelingen. Noen prinsipper for prising sendes ut på høring til kjøperne slik at de kan få komme med kommentarer og innspill.

Helse Bergen har listet opp fire måter å utarbeide internprisene på. Ved utarbeidelse av prisene kan leverende enhet ta utgangspunkt i kostnaden ved å utføre aktiviteten for deretter å beregne en kostnadsbasert pris. Da skal de benytte kostnadskalkyler basert på historiske tall. Alternativt kan enheten benytte kostnadsoverveltning hvor de fordeler kostnader basert på virkelige tall i perioden, (Notat Internhandel, 2003). Som et tredje alternativ kan kjøpende og leverende enhet bli enige om en pris gjennom forhandlinger, eller leverende enhet kan utarbeide en markedsbasert pris (Notat Internhandel, 2003). Som eksempel er internprisen på husleie utarbeidet etter forbruk av areal og inneholder kostnader forbundet med avskrivninger, elektrisitet og jevnt vedlikehold. Renhold går blant annet på antall kvadratmeter som skal rengjøres og mat er etter faktisk bestilling og forbruk. Det er lagt vekt på at systemet ikke skal være tungt å administrere. Det sees ikke vekk ifra at det benyttes skjønn i prisingsprosessen.

Det er besluttet å utvide omfanget av internhandeltjenester i Helse Bergen. Det jobbes med å innføre internpriser på flere nye områder, som for eksempel på operasjons-/anestesitjenester, laboratorietjenester og radiologiske undersøkelser. Målsetningen med å utvide omfanget av internhandelen kan illustreres slik i Notat Internhandel 2003:



Figur 4.3: Hensikten er at støtte- og servicefunksjonene skal være leverandør av varer og tjenester til de kliniske avdelingene. På sikt skal de kliniske avdelingene ha mulighet til å forhandle om pris og servicenivå (Notat Internhandel 2003).

Helse Bergen har identifisert tre fordeler ved å innføre internprising. For det første vil avdelingene bli mer bevisst på bruken av interne tjenester når de må betale for de og kostnaden blir synlig i avdelingsregnskapet. For det andre vil avdelingene lettere kunne foreta lønnsomhetsvurderinger, ved for eksempel endret aktivitet. Dette vil gi et mer korrekt resultat. Til sist forventes det at kjøpende enhet stiller krav til leverende enhet i form av bedre kvalitet og laver priser (Notat Internhandel, 2003). Dette skal bidra til at Helse Bergen hele tiden har et fokus på å bedre sine støtte- og servicetjenester.

Internprisene evalueres og revideres en gang i året. Det ses spesielt på de nøklene hvor det ikke finnes markedstall. Det foregår ikke noe systematisert samarbeid med andre helseforetak når internprisene utarbeides. Der det er mulig foretas det undersøkelser i markedet for å sammenligne priser. Det er ikke mulig for leverende enhet å endre prisene i løpet av et år.

Respondentene fra psykisk helsevern synes systemet med internpriser fungerer godt i det store bildet. De fleste aktivitetenes kostnader fordeles etter forbruk. Deres innvendinger er imidlertid måten prisene settes på og det prisnivået det medfører. Prisene skal beregnes i forhold til forbruk. De stiller også spørsmålsteget ved transaksjonskostnadene ved internprising. Så lenge internprising ikke fører til markedspriser og forbruket ikke påvirkes noe særlig blir resultatet ikke stort annerledes enn ved å fordele kostnadene etter vanlige nøkkeltall, som trolig er en langt billigere måte.

Forhandlinger

Gjennom ulike stadier av den økonomiske styringen av en virksomhet vil det oppstå uenigheter. I slike situasjoner vil partene ofte forhandle seg frem til ulike løsninger avhengig av påvirkningskraft og myndighet. En vil ofte finne en form for politisk spill i disse forhandlingene.

Det er meningen at dagens internprisingssystem i Helse Bergen skal åpne for forhandling av internprisene mellom leverende og kjøpende enhet. Leverende enhet har anledning til å benytte seg av forhandlede priser, men det ser ikke ut som at dette benyttes i vesentlig grad. Resultat blir at internprisene i stor grad godkjennes av økonomiavdelingen og er faste etter det. Ute i avdelingene er det ønskelig at det åpnes for muligheter til å handle eksternt da de har liten anledning til å forhandle om internprisene.

Respondentene fra psykisk helsevern synes de får lite ut av internprisingssystemet utover at det er en kostnad i regnskapet deres. De mener det bør vurderes om kostnadene med drift av systemet står i rimelig forhold til gevinsten, og at det er en dyrere måte å fordele kostnader på enn ved å bruke vanlige fordelingsnøkler.

4.2.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader

Ved kostnadsfordelinger må det foretas en rekke vurderinger i forhold til hva og hvilket grunnlag en skal utarbeide fordelingen etter. Vi vil nå ta for oss hvilke valg Helse Bergen har tatt i forhold til de ulike elementene som det må tas hensyn til. Først vil vi ta for oss hvorvidt Helse Bergen benytter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk i fordelingen. Videre går vi over til å si litt rundt deres prioriteringer angående bruk

av fordelingsnøkler og grunnlaget for disse. Til slutt tar vi for oss hvilken tilnæringsmetode Helse Bergen har benyttet.

Fordeling etter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk

Teoridelen tar opp fordeler og ulemper ved bruk av budsjetterte og virkelige tall i kostnadsfordelinger. Kort oppsummert dreier det seg blant annet om hvorvidt en ønsker å legge risikoen på leverende enhet eller mottakene enhet.

I Helse Bergen utarbeides prisene i hovedsak basert på historiske tall. I de tilfellene Helse Bergen benytter kostnadsbasert pris, faktureres etterspørrende avdeling virkelig forbruk. Der det benyttes kostnadsoverveltninger vil det tas utgangspunkt i virkelige kostnader og forbruk.

Respondentene fra psykisk helsevern føler at det gjennom dagens prisfastsetting i internprisingssystem er gjort slik at enkelte støtteavdelinger har full sikkerhet, og at all usikkerhet og risiko er flyttet over på de kliniske avdelingene. De innser at hensikten med internprisingssystemet er at de som kan påvirke forbruket, altså kjøpende enhet, skal ha risikoen og belastningen for kjøpt mengde. Men så lenge prisen ikke er en markedspris, men en monopolpris, føler de at de også overtar risiko som leverandøren(ene) skulle tatt.

En eller flere fordelingsnøkler

Dersom en virksomhet velger å fordele kostnader ved hjelp av fordelingsnøkler må de ta stilling til hvor mange fordelingsnøkler de skal benytte og hvilke. I tillegg må de fastsette detaljeringsgrad og hvor mye ressurser de ønsker å bruke. Dette er diskutert i teoridelen. Det må også tas stilling til om en skal skille mellom variable og faste kostnader.

Frem til begynnelsen av 90-tallet ble somatikken budsjettert sammen med psykisk helsevern. Da disse skulle skilles ble det utarbeidet fordelingsnøkler som Helse Bergen (den gang Haukeland universitetssykehus) fordelte kostnadene etter. Eksempler på nøkler de brukte da er areal, stillinger, antall pasienter og liggedøgn. Helse Bergen fordeler ikke kostnadene på denne måten lengre. I dag forsøker de å fordele mest mulig etter virkelig forbruk ved hjelp av internprisene, og hvor enkelte kostnader ikke fordeles i det hele tatt.

Når støttefunksjonene utarbeider internprisene tas det ikke hensyn til hva som er faste- og variable kostnader. Prisene beregnes med utgangspunkt i faste kostnader, som for eksempel

avskrivning, husleie og administrative overhead, og de konkrete variable kostnadene knyttet til leveransen av varen eller tjenesten. Dersom etterspørselen blir lavere enn det som er budsjettert blir det støttefunksjonenes tap. Det vil si at kjøpende enhet ikke belastes de faste kostnadene som påløper dersom de kjøper et mindre kvantum enn det de har budsjettert med i utgangspunktet.

Tilnæringsmetode

Når en virksomhet skal velge tilnæringsmetode må dette gjøres med utgangspunkt i hvor nøyaktig de ønsker at kostnadsfordelingene skal være. Som nevnt over, finnes det tre metoder en kan benytte seg av, disse er beskrevet i teoridelen.

Det ser ikke ut som respondentene fra økonomiavdelingen eller psykisk helsevern vet om støtteavdelingene belaster kjøpende enhet for sine kostnader ved kjøp av tjenester fra andre støtteavdelinger. Respondentene fra psykisk helsevern antar at de betaler den faktiske kostnaden for utført tjeneste, med mulighet for at enkelte administrasjonskostnader i støtteavdelingen er veltet over på internprisen.

4.2.7 Deling av sanne felleskostnader

Under begrepet felleskostnader finner vi indirekte kostnader og sanne felleskostnader. Det er mulig å skille ut de sanne felleskostnadene og fordele disse i henhold til metodene som er gjennomgått i teoridelen. Disse metodene tar utgangspunkt i autonomkostnader, særkostnader og en blanding av disse (Horngren *et al.*, 2003).

Helse Bergen skiller ikke felleskostnadene systematisk opp i indirekte kostnader og sanne felleskostnader. Noen av de kostnadene som ikke fordeles kan betegnes som en sann felleskostnad, men det er ikke grunnen til at de ikke fordeles.

Respondentene fra psykisk helsevern har ikke noen synspunkter på om det burde vært et slik skille eller ikke.

4.2.8 Opptrappingsplanen

I teoridelen skriver vi at det gjennom opptrappingsplanen skal investeres for ca 6,3 mrd. kroner over en niårs periode. Grunnen til denne prioriteringen er at det i stortingsmelding nr

25 kom frem at psykisk helsevern hadde store mangler i behandlingstilbudet og driften (odin.dep.no¹). Opptrappingsplanen skal bidra til å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der pasienten skal stå i fokus (odin.dep.no¹).

Ved innføringen av innsatsstyrt finansiering av somatikken, ble det fort til at somatikken beslagla store deler av ressursene på en helt annen måte enn tidligere. De interne styringssystemene var ikke tilrettelagt for denne type finansiering, og Helse Bergen strevde lenge med å finne løsninger som fungerte. Dette førte til underskudd og midlene til å dekke disse måtte hentes en plass. Dette gikk indirekte ut over psykisk helsevern, og myndighetene innførte opptrappingsplanen.

Gjennom opptrappingsmidlene ville myndighetene se en kostnadsøkning i psykisk helsevern som var minst like stor som opptrappingstilskuddene justert for prisstigningen. Uten opptrappingsplanen ville ikke psykisk helsevern fått den utviklingen som var helt nødvendig.

Helse Bergen har planlagt bruken av opptrappingsmidlene grundig. De eneste problemene de har støtt på er uforutsigbarheten i størrelsen på bevilgningene, og mangel på psykiatere. I hovedsak har Helse Bergen benyttet opptrappingsmidlene til poliklinisk virksomhet og å styrke DPS'ene (distriktpsikiatriske sentre) og andre eksisterende funksjoner.

Rapporteringen på hva opptrappingsmidlene er brukt til synes respondentene fra psykisk helsevern er vanskelig. Der skal de gjøre greie for hva de har brukt midlene til inneværende år og foregående år. Respondentene fra psykisk helsevern mener at det er vanskelig å følge en krone fra år til år slik rapporteringen krever.

4.2.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag

Utviklingen av måten felleskostnadene fordeles på i Helse Bergen har ikke endret seg som en konsekvens av helsereformen. Deler av systemet var på plass før reformen. Det er blitt en mer kontinuerlig prosess som det jobbes med hele tiden. Det er blitt viktigere å få frem hva som brukes av ressurser og hva de faktiske kostnadene er. Samtidig er det blitt mer viktig å få frem et godt beslutningsgrunnlag ved avgjørelser om aktivitetsendringer.

Helse Bergen måtte begynne å føre avskrivninger som en konsekvens av at regnskapsloven skulle benyttes i helseforetakene. Avskrivningene beregnes på grunnlag av de enkelte enhetenes utstyrsmasse. Det er veldig strenge registreringsrutiner, og Helse Bergen har god oversikt på dette området. Ved beregning av avskrivningene tas det utgangspunkt i faktisk registrerte anleggsmidler i anleggsregisteret. På leie av Medisinsk teknisk utstyr som faktureres enhetene tar en utgangspunkt i fjorårets avskrivninger og justerer for eventuelle nyinvesteringer inneværende år og hvilke avskrivningskostnader de vil gi. De største avskrivningene tilhører bygningsmassen.

Årsbudsjett				
Endring sum internkjøp	2003	2004	2005	2002-2005
Totalt Helse Bergen	191,6 %	-10,7 %	26,9 %	230,4 %
Psykiatri	111,6 %	189,5 %	9,3 %	569,5 %

Årsbudsjett				
Endring sum driftsinntekter	2003	2004	2005	2002-2005
Totalt Helse Bergen	19,8 %	19,8 %	19,8 %	36,6 %
Psykiatri	5,6 %	12,0 %	-0,4 %	17,7 %

Tabell 4.4 viser prosentvise endringer i internkjøp og driftsinntekter totalt og for psykisk helsevern ved Helse Bergen. (Helse Bergen: Årsbudsjett 2002-2005)

I perioden 2002-2005 ser vi at den interne faktureringen har økt med 230,4 % i Helse Bergen. Tilsvarende for psykisk helsevern er 569 %. Sum driftsinntekter har i samme periode økt med 36,6 % for Helse Bergen, psykisk helsevern har på sin side kun fått en økning på 17,7 %.

Forholdstall	Årsbudsjett			
Psykiatri/Totalt Helse Bergen	2002	2003	2004	2005
Sum driftsinntekter	14 %	13 %	14 %	12 %
Sum internkjøp	5 %	4 %	12 %	11 %

Årsbudsjett				
Internkjøp/driftsinntekter	2002	2003	2004	2005
Totalt Helse Bergen	5 %	12 %	10 %	12 %
Helse Bergen - Psykiatri	5 %	13 %	11 %	12 %
Psykiatri	2 %	4 %	9 %	10 %

Tabell 4.5 illustrerer forholdstallet mellom psykisk helsevern og hele Helse Bergen for sum driftsinntekter og interne kjøp (Helse Bergen: Årsbudsjett 2002-2005).

Dersom vi ser på forholdstallene mellom psykisk helsevern og hele Helse Bergen for sum driftsinntekter og interne kjøp ser vi at psykisk helsevern har en større andel av sum driftsinntekter enn av den interne handelen, men denne forskjellen avtar og det ser ut som at utviklingen går mot at psykisk helsevern vil stå for en like stor andel av den interne handelen som andelen av sum driftsinntekter.

(Statistisk sentralbyrå 2005)

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

	2001		2002		2003		2004	
	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)
Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)								
Helse Bergen HF								
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	3 274	19,5	3 313	1,2	3 599	8,6	3 720	3,4
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	593		658	11,0	727	10,5	804	10,6

	Endring 2001-2004 (prosent)	Endring 2002-2004 (prosent)
Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)		
Helse Bergen HF		
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	13,6	12,3
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	35,6	22,2

Tabell 4.6 viser brutto driftskostnader ved Helse Bergen for somatiske tjenester og psykisk helsevern. (Statistisk sentralbyrå 2005)

Vi ser at bruttodriftskostnadene til Helse Bergen innenfor somatikken hadde en økning i perioden 2002-2004 på 12,3 %. Tilsvarende tall for psykisk helsevern og rus er 22,2 %. Stigningen innen somatikken er avtagende, men varierer noe. Innen psykisk helsevern holder seg mer stabilt rundt 10-11 %.

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

	2001		2002		2003		2004	
	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)
Lønnskostnader								
Helse Bergen HF								
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	2 301	18,2	2 358	2,5	2 550	8,2	2 626	3
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	478		550	15,1	604	9,8	659	9,1

	Endring 2001-2004 (prosent)	Endring 2002-2004 (prosent)
Lønnskostnader		
Helse Bergen HF		
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	14,1	11,4
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	37,9	19,8

Tabell 4.7 illustrerer lønnskostnadene ved Helse Bergen for somatiske tjenester og psykisk helsevern og rus (Statistisk sentralbyrå 2005).

Tendensene fra brutto driftskostnader finner vi også igjen innen lønnskostnadene. Lønnskostnadene innen somatikken til Helse Bergen steg med 11,4 % i perioden 2002-2004. For psykisk helsevern og rus er tilsvarende tall 19,8 %. Vi ser at stigningen i lønnskostnadene innen somatikken er synkende og varierer fra 18,2 % til 2,5 %. Variasjonen i stigningen er noe mindre innen psykisk helsevern og rus som spenner seg fra 15,1 % til 9,1 %.

4.3 St. Olavs Hospital

I 1902 flyttet Trondhjem sykehus inn i nye lokaler på Øya. Det var et sykehus for dem som ikke hadde råd til å bli stelt hjemme når de ble syke (www.rit.no/stolav¹). I en 15-års periode etter 1959 ble det åpnet til sammen 16 nye avdelinger og laboratorier på St. Olavs Hospital. Hovedårsaken til dette var spesialiseringen innen medisin. Frem mot 1975 ble sykehuset mer og mer preget av forskning, utvikling og undervisning. Denne utviklingen fortsatte, og har gitt opphav til at sykehuset nå kalles St. Olavs Hospital – Universitetssykehuset i Trondheim (www.rit.no/stolav¹).

I dag er sykehusstilbudet i Sør-Trøndelag samlet i ett helseforetak, og det er en del av det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge. Den største delen av driften på St. Olavs Hospital er fortsatt lokalisert på Øya, hvor det i dag bygges et helt nytt sykehus. I tillegg finnes det sykehus og ulike sentre på blant annet Røros, Orkdal, Østmarka, Brøset, Haukåsen, Leistad og

Tiller ([www.rit.no/stolav²](http://www.rit.no/stolav2)). I 2004 hadde St Olavs Hospital 8174 ansatte og 6755 årsverk ([www.rit.no/stolav³](http://www.rit.no/stolav3)), og 4,34 mrd i driftsinntekter ([www.rit.no/stolav⁴](http://www.rit.no/stolav4)).

Det har skjedd noen endringer i organisasjonen etter at helsereformen trådte i kraft i 2002.

I 2002 var divisjon for psykisk helsevern et eget helseforetak, og St. Olav besto kun av den somatiske virksomheten. Disse ble fusjonert fra 01.01.2003. Psykisk helsevern er delt i tre DPS'er, tre sykehus og en stor barne- og ungdomspsykiatrienhet. Psykisk helsevern holder til på mange ulike lokasjoner, og er lite sentralisert på Øya slik somatikken er.

Fra 01.01. 2004 kom Orkdal Sykehus inn under St. Olavs Hospital, som tidligere var et eget helseforetak.

4.3.1 Den økonomiske styringsprosessen

Etter innføringen av helsereformen i 2002 har helseforetakene vært nødt til å rette fokuset mot økonomistyringen i større grad enn tidligere. Teoridelen tar for seg hva dette innebærer. Kort oppsummert består økonomisk styring av strategisk planlegging og målformulering, planlegging, aktivitetsoppfølging og rapportering/evaluering (Pettersen og Bjørnenak 2003).

Den økonomiske styringen

St. Olavs Hospital har en desentralisert organisasjonsstruktur. Det er en gruppe som jobber i stab med økonomi, i tillegg jobber mange med økonomi ute i avdelingene. I hovedsak har hver avdeling sin økonomirådgiver, og en nærstab som også består av en personalrådgiver og en administrasjonskoordinator. Et par avdelinger deler denne nærstaben mellom seg. Totalt sett har St. Olavs Hospital 25 økonomirådgivere. Den sentrale økonomistaben, som primært jobber på foretaksnivå med å koordinere rapportering, kvalitetssikre inntektene, gjestepasientoppgjør, budsjettering mv. Det er de som har ansvaret for å koordinere kontakt med de økonomirådgiverne som er ute i de ulike avdelingene.

I stab tilhørende divisjon psykisk helsevern er det 7,5 årsverk hvorav 1,5 årsverk jobber med økonomi. Ansvaret og arbeidsoppgavene deres er litt det samme som økonomistaben i St. Olavs Hospital på foretaksnivå, men spesielt rettet mot psykisk helsevern. Staben til psykisk helsevern koordinerer all rapportering gjeldende de enhetene som er i Divisjon for Psykisk

helsevern. Dette styres videre sammen med den totale rapporteringen og budsjetteringen i den somatiske virksomheten av den sentrale staben i enhet for økonomi. Det er også noen andre stabsfunksjoner som gjør tilsvarende arbeid innenfor sine områder ut mot øvrige enheter.

Etter at helsereformen ble innført har styringen av foretaket blitt mindre byråkratisk og det har blitt mindre politisk styring. De har fått kortere beslutningsveier, de sitter nærmere beslutningstakerne, og det er ikke så lang behandlingstid. Den omorganiseringen som skjedde som en del av fusjonsprosessen med Psykisk Helsevern hadde også bakgrunn i helsereformen, med fokus på økonomistyring og organisering av virksomheten totalt sett.

Respondenten fra psykisk helsevern synes heller ikke at byråkratiet er blitt større etter at helsereformen ble innført. Hun synes at de mottar gode styringsdokument fra Helse Midt-Norge og Helse- og omsorgsdepartementet, og målene der er greie å forstå. Spørsmålet er, om de klarer å vri midlene for å nå målene. Nå går alt gjennom Helse Midt-Norge og det har lettet styringsprosessen. Respondenten fra psykisk helsevern tror at det er enkelte som til tider synes at det blir mye fokus på økonomi.

Budsjetteringsprosessen

Når det skal utarbeides budsjett på St. Olavs Hospital tas det utgangspunkt i foregående års budsjett, og regnskap/prognose, samt nye føringer med henhold til overordnet prioritering fra eier, nye prisforutsetninger og lignende. En budsjettgruppe bestående av representanter fra sentral stab og økonomirådgivere fra avdeling/klinikk bistår i den praktiske utforming av maler og retningslinjer. I tillegg blir selvsagt budsjettarbeidet og føringer diskutert i foretakets ledergruppe.

Avdelingene utarbeider sine budsjetter basert på overordnede føringer, og i nær dialog med foretakets ledelse. Foretakets totale budsjett, som er summen av alle avdelingsbudsjettene, legges tilslutt frem til behandling og blir vedtatt av foretakets styre.

Både rammetilskudd og variable inntekter (ISF, poliklinikk mv) budsjetteres på avdelingsnivå, i tråd med planlagt aktivitet og etter vedtak i overordnede organ. Avdelingene vet hvor stor inntektssiden deres er. De har det faste rammetilskuddet og kan beregne de variable inntektene. Avdelingene får videre maler og føringer av økonomiavdelingen på hvor mye underskudd som er akseptabelt, og budsjetterer deretter. Økonomiavdelingen har deretter

noen runder med avdelingene hvor de stiller spørsmål om hvorfor avdelingene har budsjettert slik de har gjort og begrunnelser for de ulike prioriteringene de har tatt.

St. Olavs Hospital har siden innføring av helsereformen i 2002 hatt et vedtatt budsjett med underskudd. Alle avdelingene har sin del av det budsjetterte underskuddet. I 2002 var det budsjettbalanse på den enkelte avdeling, men St. Olavs Hospital hadde et underskudd som lå samlet sentralt. I 2003 fikk hver avdeling ansvar for å legge sitt eget budsjett. Dette budsjettet mente avdelingene var et realistisk budsjett helt uavhengig av basisrammen. Basisramme og underskudd ble deretter fordelt forholdsmessig likt på den enkelte avdeling.

Dette fordi det var viktig å synliggjøre de økonomiske problemene som helseforetaket hadde, også ute på den enkelte avdeling.

Etter innføring av helsereformen mener respondentene fra St. Olavs Hospital at presset på økonomien til tider kan ha blitt noe mindre, sammenlignet med perioden før innføring av helsereformen. Grunnen kan være at det er gitt aksept av styret til å budsjettere med underskudd. St. Olavs Hospital har aldri gått med overskudd, med unntak av i 1989. Underskuddene skyldes at St. Olavs Hospital har brukt mer midler enn det som har vært tilgjengelig. St. Olavs Hospital har holdt budsjettene sine de årene de har vært statlig foretak, og budsjettene har som nevnt vært vedtatt med underskudd.

Tidligere fantes det en holdning i helseforetaket som gikk på at en uansett ikke ville klare å holde budsjettene. Dette medførte at avdelingene mistet motivasjonen og ikke brukte budsjettene som et styringsverktøy. For de enhetene som i dag ikke holder budsjettet, spesielt innen somatikken, er dette fortsatt en utfordring. Selv om avdelingene har fått budsjettere med underskudd, mener enkelte at budsjettene fortsatt ikke er realistiske.

Før helsereformen hadde St. Olavs Hospital ikke lov til å budsjettere med underskudd. Da overskred de budsjettet nesten hvert år. Nå som de har muligheten til å budsjettere med underskudd klarer de å holde budsjettet. Det er nå fokus på å holde budsjettet, og det er viktig for ledelsen i St. Olavs Hospital at dette gjøres.

I 2006 er det stor fokus på å nå målet om økonomisk balanse. Det er et fokus som har blitt stadig sterkere. Stortingets vedtak om økonomisk balanse har vært utsatt flere ganger. En av årsakene til at St. Olavs Hospital har budsjettert med underskudd, er fordi det har vært en

bevisst prioritering i regionen å redusere ventelistene og fjerne korridorpatientene. Denne prioriteringen har gått på bekostning av økonomien.

Det har vært en del endringer i måten St. Olavs Hospital har utarbeidet budsjettene sine på etter at helsereformen ble innført. Det har vært et stort fokus på å skape et eierskap til budsjettet, og at budsjettene skal tilhøre den enkelte avdeling.

Som en konsekvens av helsereformen og innføring av regnskapsloven, er det mer arbeid i forbindelse med månedlig regnskapsavslutning, blant annet i forbindelse med periodisering av inntekter og kostnader. I tillegg kommer nye føringer fra statlige myndigheter med henhold til rapportering av ISF mv.

4.3.2 Hva St. Olavs Hospital mener med begrepet felleskostnader

Som definert i teoridelen er sanne felleskostnader en volumuavhengig indirekte kostnad (Nørgaard *et al.* 2003). Indirekte kostnader består av både volumavhengige og volumuavhengige indirekte kostnader. Helseforetakene definerer begrepet felleskostnader litt forskjellig, men de tenker vanligvis på alle de indirekte kostnadene når de snakker om felleskostnader.

St. Olavs Hospital benytter internprising, blant annet som hjelpemidler for å styre og fordele ”indirekte” kostnader. Dette er for at alle kostnadene skal fordeles ut på de enhetene som er med å generere dem. Målet er at kostnadene skal fordeles ut til de enheter der de oppstår og der de er påvirkbar.

St. Olavs Hospital har skilt ut støttetjenester som lønn & regnskap, renhold, portørtjeneste, kjøkken mv i det som heter St. Olav Driftservice, og der ligger mye av felleskostnadene og ansvaret for disse. I tillegg fordeles kostnader knyttet til billeddiagnostikk, anestesi, intensiv og laboratorietjenester. Kostnader forbundet med IT fordeles ikke. De mener at kostnaden med å fordele disse er for høy i forhold til det de får igjen av fordelingen. I tillegg er ikke disse kostnadene direkte påvirkbare for avdelingene på samme måte som andre kostnader. Øvrige administrative kostnader, herunder kostnader i tilknytning til forsikringer, prestetjeneste, pasientbibliotek, personal og felles informasjonstjenester fordeles heller ikke ut på avdelingene.

Tidligere hadde St. Olavs Hospital en enhet som het ”Ymse”. Denne enheten inneholdt alle de felleskostnadene og inntektene som det ikke var hensiktsmessig å dele ut. I dag har de ikke denne enheten lengre, og de fleste av de inntekter og kostnadene som lå der er nå fordelt. Vi kommer tilbake til disse under ”Deling av felleskostnader”.

Alle inntektene fordeles ut på den enkelte avdeling. Siden St. Olavs Hospital har valgt å bruke internprising som en måte å styre deler av kostnadsfordelingene på, har alle avdelingene fått et økt rammetilskudd til kjøp av interne tjenester.

4.3.3 Hvorfor St. Olavs Hospital fordeler kostnader

Årsaken til å fordele kostnader er flere, og vi skal kort gjengi hvilke motiv teorien trekker frem. Fordeling av kostnader kan danne grunnlaget for økonomiske beslutninger og skape motivasjon. Kostnadsestimering/prising kan være et annet motiv for å fordele kostnader, samtidig som det kan være nødvendig for å få gjennomført resultatmåling/evaluering (Horngren *et al.*, 2003).

Hovedmålsetningen med St. Olavs Hospitals kostnadsfordelinger er å skape motivasjon blant medarbeiderne for å få ned ressursforbruket. Motivasjonen skapes ved at kostnadene skal ut på minste enhet, til det området hvor de oppstår og er påvirkbare. Høsten 2002 begynte St. Olavs Hospital arbeidet med en ny økonomimodell. Det viktige i den økonomimodellen St. Olavs Hospital bruker, er at de som initierer bruken av en ressurs skal betale for bruken av den, (presentasjon: Ny økonomimodell St. Olav, 2003). Kostnadsbelastningen skal være der hvor inntektene blir generert. I prinsippet skal ingenting ligge sentralt, med unntak av det som har med driften av stabsenheten å gjøre. Alt skal ligge ute i avdelingene og synliggjøres der, både inntekter og kostnader. Økonomimodellen presenteres mer detaljert i kapittel 4.3.6.1 ”Internprising”. I tillegg fordeler St. Olavs Hospital kostnadene for å kunne benytte seg av kostnadslegitimering og pricing. Det er også et ønske om å kunne regulere kostnadene og for å kunne drive med resultatmåling.

Ved å fordele kostnadene har St. Olavs Hospital klart å få en bevisstgjøring rundt kostnads- og ressursbruk i helseforetaket. Ansatte er blitt mer bevisst på at tjenestene har en kostnad, og tar det i betraktning før de bestiller ulike tjenester.

St. Olavs Hospital vet enda ikke hvordan kostnadsfordelingene slår ut på helheten. Parallelt med forsøket på å redusere forbruket av tjenester har de en aktivitetsøkning i produksjonen som fører til at kostnadene stiger. Det vil være vanskelig å skille ut det som skyldes kostnader forbundet med aktivitetsøkningen og de kostnadene som kan skyldes drift av systemet.

Det er blandede erfaringer med hvorvidt motivasjonsfaktoren knyttet til kostnadsfordelingen virker. På de fleste områder er motivasjonen til stede og bidrar til å redusere forbruk og kostnader, mens det på andre områder virker dårlig.

Respondenten fra psykisk helsevern er for intern handel. Fra tidligere arbeidserfaring i en bedrift hvor de drev med internprising og fungerte det godt. Ved innføring i St. Olavs Hospital fungerer det ikke som hun har erfart tidligere. Årsaken mener hun er måten de innførte internprisene på, samtidig som de hadde for store forventninger til de ansatte. De antok at involverte personal grupper skjønnte hva kostnadsfordeling og ansvar for ressursforbruk innebar og at de forsto hvordan de skulle bruke det. Dette var ikke tilfellet. I ettertid ser hun at det har vært en del kommunikasjonsproblemer og lite forståelse. Hun sier at det kanskje ville vært bedre hvis de hadde innført internprising på et område om gangen i stedet for i hele helseforetaket.

4.3.4 Hvorfor St. Olavs Hospital fordeler kostnader mellom enheter

I teoridelen tas det opp ulike grunner til at en virksomhet velger å fordele kostnader mellom enhetene. Disse er å kommunisere ressursforbruk, redusere (over-)forbruk, kostnadskontroll, kapasitetsplanlegging og outsourcing (Horngren *et al.*, 2003).

Hensikten med økonomimodellen i St. Olavs hospital er at den skal kommunisere ressursforbruket for videre å gi et riktig kostnadsbilde (presentasjon: Ny økonomimodell St. Olav, 2003). Som følge av økonomimodellen har det vært en bevisstgjøring hos de som bestiller og kjøper støttetjenester at dette faktisk koster noe.

Selv om kostnadsfordelingen har ført til en bevisstgjøring rundt forbruket av støttetjenester, så har det i liten grad påvirket forbruket. Samtidig har det vært et økt fokus hos selgende enhet på å selge mer, yte service og være leveringsdyktig. Før St. Olavs Hospital innførte

internprising var de avdelingene som leverte tjenester en brems på kostnadssiden. Nå er de samme avdelingene til tider kostnadsdrivende da de ønsker å øke salget.

Internprising er egnet hjelpemiddel for å drive kostnadskontroll, men hvorvidt økonomimodellen til St. Olavs Hospital er kostnadshemmende eller kostnadsdrivende er noe respondentene ikke har evaluert ennå.

St. Olavs Hospital har så langt ikke vurdert å outsource noen av støttetjenestene i helseforetaket. Etter innføringen av økonomimodellen har det vært lagt frem som et alternativ til egen produksjon- / leveranse av støttetjenester. Enhetene som tilbyr støttetjenester har forståelse for at dette spørsmålet kan bli tatt opp til nærmere vurdering og at outsourcing faktisk kan iverksettes etter en forutgående prosess. En av tankene bak internprisingssystemet er at en del støttetjenester, som driftstjenestene, i prinsippet kan konkurranseutsettes, og derfor legger man til rette for det. St. Olav Hospital har besluttet at de interne leverandørene av de nevnte driftstjenestene foreløpig har en fredningstid, slik at de kan lage et system som fungerer og tilpasse seg dette. På denne måten er de forberedt til å delta i en eventuell anbudskonkurranse. De enhetene som leverer støttetjenester, har snudd sin kultur fra et fokus utelukkende på leveranser til lavest mulig kostnader, til i større grad å fokusere på sine ”kunder”, service og leveringsdyktighet.

St. Olav ser for seg at den videre prosess vil være å evaluere det nåværende system, og så eventuelt beslutte om de vil gjennomføre en anbudsinnhenting både fra interne og eksterne leverandører. Enkelte tjenester kan være lite hensiktsmessig å konkurranseutsette, som følge av at intern leverandør har en unik kunnskap og kjennskap til organisasjonens behov og utstyr, og kan levere raskt pga nærhet. Enkelte tjenester kan være mulig å konkurranseutsette.

Respondenten fra psykisk helsevern synes ikke at kostnadsfordelingen alltid gir et riktig bilde på hva de forbruker av tjenester. De har funnet ut at enkelte tjenester krysssubsidieres og synes ikke at dette er riktig, så sant det ikke gjøres i det åpne og at en er klar over at det skjer.

4.3.5 Grunlaget for fordelingen

Det er mulig å ta utgangspunkt i forskjellige verdigrunnlag når kostnader skal fordeles. Teorien nevner årsak – virkning, mottatt fordel, rettferdighet/likhet og bæreevne som mulige

kriterier som kan legges til grunn ved kostnadsfordelinger (Horngren *et al.*, 2003). Disse er nærmere beskrevet i teoridelen.

Da St. Olavs Hospital innførte den nye økonomimodellen vurderte de hvilke kostnader det ville føre med seg i forhold til belastninger versus verdi, praktiserbarhet versus rettferdighet, og enkelhet versus riktighet (Presentasjon "Ny økonomimodell St. Olav", 2003). Under kostnad versus verdi så de på ressursbruk knyttet til internfakturering, og hvordan de skulle unngå et regime der en bruker mye av tiden på å flytte papirer og penger internt. Spørsmål de stilte seg rundt praksis versus rettferdighet var hvor godt grunnlag de hadde, var grunnlaget rettferdig, og har avdelingen påvirkningskraft på ressursbruken. Det sentrale under enkelhet versus riktighet var å definere hva som var en god nok fordelingsmåte.

Respondenten fra psykisk helsevern synes ikke kostnadene/prisen som de betaler for støttetjenestene reflekterer det de mottar. Sammenlignet med kostnadsnivået fra før sammenslåingen bruker de mer innenfor feltet i dag enn hva de gjorde i 2002. Det arbeides med å tallfeste dette

4.3.6 Hvilke prinsipp St. Olavs Hospital bruker for å fordele kostnader

Det er en utfordring å fordele kostnader som genereres som følge av at støtteavdelingene tilbyr tjenester til andre interne avdelinger eller mellom støtteavdelingene (Pettersen og Bjørnenak 2003). I teoridelen er det utdypet tre måter å fordele disse kostnadene på. De kalles direkte metode, steg metode og kryssfordeling (Horngren *et al.*, 2003). Helseforetaket må også vurdere om de skal fordele virkelige eller budsjetterte kostnader, virkelig eller budsjettert forbruk, og om de skal ha et en-rate eller to-rate system. På dette tidspunktet vil en også vurdere i hvilken grad det skal benyttes internprising.

Før fusjonen var Psykisk Helsevern et eget helseforetak med egen administrasjon, mens de nå er en divisjon i St Olavs Hospital. Denne divisjonen har fortsatt sin egen administrasjon i form av en stab, samtidig som de er en del av St. Olavs Hospital. Staben i divisjon Psykisk Helsevern er noe mindre nå enn før fusjonen, og St. Olavs Hospital har i tillegg en fellesstab som jobber med både somatikk og psykisk helsevern. Det er ingen fordeling av kostnadene for fellesstaben på henholdsvis somatikk og psykisk helsevern. Etter fusjonen er det en del stillinger og funksjoner som er blitt flyttet, og det er vanskelig å fordele kostnadene på disse

områdene nøyaktig. Som et ledd i fusjonen ble det flyttet stillinger knyttet til IT og informasjon fra staben i Psykisk Helsevern til fellesstaben i St. Olavs Hospital. Sammen med stillingene ble også den tilhørende budsjettandelen flyttet. Psykisk Helsevern har i utgangspunktet en andel av kostnadene forbundet med administrerende direktør, økonomifunksjonen og andre stabsfunksjoner. Disse kostnadene fordeles imidlertid ikke på henholdsvis somatikk og psykisk helsevern, og Psykisk Helsevern belastes derfor kun de administrasjonskostnadene som er knyttet til deres egen stab.

Respondentene fra St. Olavs Hospital har ikke noe inntrykk av at det er noe subsidiering av den ene sektoren på bekostning av den andre når det gjelder fordeling av felleskostnadene. De mener at internprisene virker nøytrale, og at det ikke er bevisst dersom det er subsidiering. Eventuelle unøyaktigheter i fordelingen kan skyldes at grunnlaget for kostnadsfordeling ikke er vurdert godt nok.

4.3.6.1 Internprising

En viktig del av det økonomiske styringssystemet som løser problemet med interne leveranser av varer og tjenester er, som nevnt i teoridelen, internprisingssystemet (Hansen og Svendsen, 1996). Vi minner leseren om at en kan benytte internprising for å øke bevisstheten rundt ressursbruken og på den måten oppnå bedre kostnadskontroll. Dette er en teknikk som sammen med desentralisert resultatansvar kan motivere til økt effektivitet i helseforetakene.

St. Olavs Hospital innførte internpriser i hele foretaket under ett og ikke avdeling for avdeling. Den opprinnelige målsetningen for St. Olavs Hospital høsten 2002 var å begynne arbeidet mot en ny fremtidig økonomimodell. Denne modellen bygger på forutsetninger om full økonomistyring på desentralt inntektsskapende nivå. Et av grunnprinsippene er at kun avdelinger/enheter som behandler pasienter skal ha inntekter fra eier. Det skal også være tilnærmet full kostnadsbelastning på de avdelingene som får allokert inntekter, mest mulig realitetsreflektering under de fordelingene som gjøres og minst mulig administrativt oppfølgingsopplegg (Presentasjon "Ny økonomimodell St. Olav", 2003). Grunnprinsippene innebærer at det skal være internpriser på leveranser fra støtteavdelingene. Et av målene er å gi økt forståelse for hvorfor inntekter og kostnader oppstår.

I praksis gikk økonomimodellen ut på at selgende enhet skulle lage oversikt over handelen i de ulike avdelingene per måned. Dette skulle brukes som bokføringsgrunnlag. Deretter skulle selgende enhet inngå avtaler om faktiske leveranser med avdelingene/enhetene, som deretter skulle internfaktureres. Dersom det skulle vise seg at den totale etterspørselen ble redusert ble det forventet at selgende enhet over tid skulle justere kapasiteten sin (Presentasjon "Ny økonomimodell St. Olav", 2003). Internprisene utarbeides internt på St. Olavs Hospital, og det samarbeides ikke med andre helseforetak. Utgangspunktet for internprisen er selvkost, og hovedgrunnlaget for utarbeidelsen ble lagt av innleide konsulenter. Det har kostet å få utarbeidet en slik modell. I arbeidet med å fastsette internprisene ble det foretatt en del vurderinger hvor det ble benyttet skjønn.

Meningen med økonomimodellen er, som tidligere nevnt, at alle kostnadene skal ut på de enhetene som genererer de og som har ansvaret for kostnadene og kan påvirke de. Den nye økonomimodellen med internprising innebærer at felleskostnadene skal fordeles ut i foretaket. Det inngås avtaler med hver avdeling om pris, omfang, regulering og beskrivelser av tjenesten. Selgende enheter har fått en fredningstid slik at bestillende enheter ikke har anledning til å benytte eksterne leverandører så lenge de interne leverandørene har ledig kapasitet.

På stabssiden under økonomi ligger St. Olav Eiendom som har ansvaret for all eiendomsvirksomhet i helseforetaket. Per i dag har de ansvar for nesten 250.000 kvadratmeter bygningsmasse, og når det nye bygget er ferdig kommer det til å øke til 280.000 kvadratmeter. St. Olav Eiendom fordeler intern husleie ut på alle enheter. De har laget en oversikt for hver avdeling som viser hvor mye avdelingene leier i eget bygg, hvor mye de leier eksternt fra helseforetaket, og hva det betyr i husleie inklusiv vedlikehold. Det er forskjellig kvadratmeterpris ut fra hvilken type bygg det er snakk om. Husleien tar utgangspunktet i driftskostnader og det legges inn en kalkulatorisk avkastning slik at husleien er tilnærmet markedsprisene. Husleien er ment å dekke avskrivninger. St. Olav Eiendom ønsker å sammenligne seg med andre helseforetak og jobber derfor for å få til en benchmarking. De har innledet et samarbeid med andre helseforetak, men de vil tidligst fra 2006 være i stand til å sammenligne seg med disse.

St. Olavs Hospital har et bra faktureringsystem som benyttes ved internfaktureringen. Det sendes faktura til hver enhet og som i tillegg sendes direkte til regnskapsavdelingen hvor den

føres. Det er mye automatikk i faktureringsystemet deres. Det oppstår imidlertid et problem hvis det er feil i fakturaen. Enhetene har ingen mulighet til å påvirke eller stoppe fakturaen hvis innholdet ikke stemmer. Eventuelle feil må da rettes opp i ettertid. En annen utfordring er at fakturaene noen ganger kommer for sent til regnskapsavdelingene. Enhetene sender fakturaene for kort tid opp mot månedsoppgjøret. Det er ingen automatikk i rutineene med periodisering fra selgende enhet. Dette jobbes det med å få rettet opp.

Det er flere utfordringer med den økonomimodellen St. Olavs Hospital har valgt. Hvis St. Olav Driftsservice får et positivt resultat fra internhandelen i helseforetaket kan dette være positivt. Dersom overskuddet skyldes økte interne inntekter ved økt kostnadsnivå vil det si at helseforetakets totale kostnader har økt, og det er ikke ønskelig.

Det respondenten fra psykisk helsevern mener at enheter som tidligere ikke kjøpte mat på forhånd nå har blitt mer bevisst på forbruket sitt. Hun sier at dette er et resultat av internprisingssystemet. Psykisk helsevern var vandt til å kjøpe mat fra tidligere, men føler nå at de har fått dårligere kontroll. Dette er på grunn av at de nå får rapportert en sum i måneden og ikke en spesifisert faktura slik at de har muligheten til å etterkontrollere. Det er bedt om et annet avregningssystem, fordi de ønsker en annen avregningsmåte enn den som står i kontrakten med leverandøren. Psykisk helsevern mener at det skal være selgende enhet sin jobb å tilfredsstille deres krav.

Respondenten fra psykisk helsevern synes at enkelte internpriser er satt for høyt og andre er satt for lavt. Hun synes det ville vært bedre hvis ledelsen hadde sagt hvor mye det faktisk koster å drive en avdeling og at prisene av den grunn må være slik de er. Hun synes at prinsippene som brukes ved fastsettelse av internprisene ikke er konsekvente fra år til år. I dag brukes det derfor mye tid i psykisk helsevern på å sjekke at de ikke blir overfakturert og kontrollere priser.

Forhandlinger

I forkant av budsjetteringen inngår avdelingene avtaler med støtteavdelingen om hvor mye de har tenkt å kjøpe av tjenester og til hvilken pris. Det inngår beskrivelse av tjenesten som skal leveres og eventuelle reguleringer. Kjøpende enhet har ikke mulighet til å forhandle om priser i løpet av året, men det er mulig å forhandle om mengden.

Avdelingene har mulighet til å benytte eksterne leverandører til en viss grad. Respondenten fra psykisk helsevern forteller om et tilfellet hvor de har sjekket priser og leveringstid hos eksterne leverandører i forbindelse med eiendom, men hvor de interne leverandørene allikevel har fått kontrakten til tross for høyere priser og lengre leveringstid. Dette er ikke psykisk helsevern fornøyd med og ønsker en forandring i dagens praksis.

Respondenten fra psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital påpekte at de bruker informasjon om skjønn i kalkylene til leverende avdeling som et forhandlingskort under de årlige prisforhandlingene. Hun mener at forhandlingene kan føre til ytterligere effektiviseringer for totaløkonomien på helseforetaket.

Respondentene stiller spørsmålsteget ved om deres omfattende internprisingssystem egner seg for et helseforetak, og om det gir en bedre styring av kostnadene og inntektene. De mener at resultatet vil avhenge av hvor mye tid og ressurser de bruker på systemet. De sier videre at det er viktig å evaluere modellen, for deretter å avgjøre hvilke justeringer som er nødvendige å foreta for å få en best mulig effekt av systemet.

Respondenten fra psykisk helsevern mener at det brukes mye tid og ressurser på systemet i dag, men tror dette er en innkjøringsfase og at en ikke trenger å bruke like mye ressurser på internprisingssystemet fremover.

4.3.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader

Som nevnt over må det foretas en rekke vurderinger i forhold til fordeling av felleskostnader. Vi vil nå gå nærmere inn på hvilke vurderinger St. Olavs Hospital har tatt i denne forbindelsen. Først tar vi for oss om St. Olavs Hospital benytter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk i kostnadsfordelingen. Deretter ser vi på deres bruk av fordelingsnøkler og grunnlaget for dette. Til slutt tar vi for oss hvilken tilnæringsmetode de benytter.

Fordeling etter budsjettert eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk

I forkant av fordeling av kostnader må virksomheten ta stilling til om de skal benytte budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk (Hansen og Svendsen, 1996). I teoridelen beskrives det ulike virkninger av å ta utgangspunkt i budsjettert

eller virkelig forbruk og kostnader. Kort oppsummert kan det gå på motivasjon, risikostyring, effektivisering, forutsigbarhet og synliggjøring av kostnadene.

St. Olavs Hospital fordeler kostnader ved å bruke internpris på støttetjenester. Internprisen utarbeides på bakgrunn av reelle kalkyler. Disse kalkylerne tar utgangspunkt i budsjetterte kostnader og forbruk for å komme frem til en standardpris. Det varierer litt om det faktureres for virkelig eller budsjettert forbruk, men det går mer og mer i retning av virkelig forbruk av støttetjenester. Regnskap og lønn er eksempler på tjenester som fordeles etter budsjettert forbruk. Bestilles det noen ekstra tjenester utover den faste avtalen med disse støttefunksjonene faktureres det i tillegg til det faste beløpet

Respondenten fra psykisk helsevern mener at svakheten ved dagens system er at det er få muligheter til å etterprøve og kontrollere, det vil si å se detaljene i mengden. De ønsker å få mer detaljerte fakturaer og ser også nødvendigheten av pakkesedler fordi systemet inneholder en del manuell behandling hvor det kan forekomme feil. Mangelen på detaljerte fakturaer gjør at det er vanskelig å kontrollere riktigheten. Slike fakturaer mener de også kunne gjort det enklere å fordele kostnader fra divisjonsnivå og ned på avdelingsnivå slik det er i bestillingene. Respondenten fra psykisk helsevern uttalte seg slik om dagens system:

”Svakheten med systemet som vi har nå er at det er få muligheter til å etterprøve det, det vil si å se detaljene i mengden. Vi hadde et forhandlingsmøte der vi tok det opp. Vi prøver å få fakturaer per sykehusavdeling/post. Vi prøver å få det så spesifikt, slik det er på bestillingene. Men det er mye manuell punching inni mellom, og da kan det glippe. Kontrollmessig så er det vanskelig. For eksempel fra logistikk og forsyning, der kommer deler av en kostnad som er det som ligger på lager inn som en sum. Vi har ikke noen pakkeseddel på hva som er riktig.”

En eller flere fordelingsnøkler/priser

Når en skal benytte fordelingsnøkler må en finne ut hvor mange nøkler en ønsker og hvorvidt en skal skille mellom variable og faste kostnader når nøklene utarbeides. Dette er diskutert i teoridelen. I tillegg må det tas stilling til hvor mye tid og ressurser en har til rådighet.

St. Olavs Hospital benytter som nevnt tidligere ikke fordelingsnøkler. De fleste service-tjenestene kan ha flere priser, ofte basert på selvkost eller tilnærmet markedspris. Mat og kafé

skiller for eksempel indirekte mellom faste og variable kostnader i prissettingen ved at de gjør forskjeller mellom vanlig bestilling og hastebestilling. Hastebestilling har et tillegg på 30 %. Dette tillegget skal dekke ekstra variable kostnader som for eksempel kostnader ved at de er nødt til å jobbe overtid for å få ut leveringen. Dette gjelder også renhold som har en lignende rolle. I forhold til kjøp av IT-tjenester fra Helse Midt-Norge IT (Hemit er et eget foretak for drift av IT-tjenester i Helse Midt-Norge) er det en modell hvor det i budsjettet er en fast og en variabel del. Dette er et eksempel på en stor kostnadspost for St. Olavs Hospital på 118 millioner, hvor 2/3 er fast etter budsjettet forbruk og resten er en variabel del etter virkelig forbruk.

Tilnæringsmetode

Hvilken tilnæringsmetode som er mest hensiktsmessig å bruke, avhenger av hvor nøyaktig virksomheten har bestemt at kostnadsfordelingen skal være. I teoridelen er det trukket frem tre metoder en kan bruke i denne prosessen. De er som nevnt tidligere direkte metode, stegmetode og kryssfordeling.

Det er varierende praksis på om støtteavdelingene belaster kjøpende enheter for sine kostnader ved kjøp av tjenester fra andre støtteavdelinger. Anestesi, røntgen og lab. går i dag med underskudd med de internprisene de har satt. Det betyr at de ikke har fordelt disse kostnadene videre ut på de avdelingene som kjøper tjenester fra dem. Det er litt annen praksis i St. Olav Driftservice. De legger på kostnadene for deres kjøp av støttetjenester på internprisene sine slik at de får dekket disse kostnadene gjennom kjøpende enheter. Det samme gjelder salg av for eksempel middagsporsjoner. Prisen på middag består blant annet av Mat og kafé sine kostnader knyttet til husleie, renhold, bruk av lønningsavdelingen, regnskap, transport og portør.

Respondenten fra psykisk helsevern sier at denne varierende praksisen gir et skjevt bilde av hva ting koster. Hun sier videre at dette fører med seg fordeler og ulemper. Det er ikke rettferdig at enkelte støtteavdelinger skal få dekket kostnader som ikke andre får dekket, men på en annen side kan lavere priser gi lavere kostnader for psykisk helsevern.

4.3.6.3 Kostnader som ikke fordeles

St. Olavs Hospital fordeler ikke kostnader som kommer inn under definisjonen sanne felleskostnader. Disse kostnadene mener St. Olavs Hospital ikke egner seg til fordeling eller er for arbeidskrevende å fordele. Dette kan være kostnader knyttet til forsikringer, øverste ledelse, prestetjeneste, pasientbibliotek, personal og felles informasjonstjenester. Styrekostnader og kostnader i forbindelse med revisjon fordeles heller ikke ut. Disse kostnadene vil bli nærmere behandlet i kapittel 4.3.7 ”Deling av sanne felleskostnader”.

4.3.7 Deling av sanne felleskostnader

Det er mulig å dele indirekte kostnader i sanne felleskostnader (indirekte volumuavhengige kostnader) og indirekte volumavhengige kostnader. Det finnes tre måter å fordele sanne felleskostnader på. Disse er beskrevet i teoridelen og tar utgangspunkt i autonomkostnader, særkostnader og en blanding av disse (Horngren *et al.*, 2003).

I den økonomimodellen som benyttes på St. Olavs Hospital blir ikke alle kostnader fordelet. Dette gjelder kostnader som ikke egner seg til fordeling, som ikke har noen enkel nøkkel, eller som er for arbeidskrevende å fordele (Presentasjon ”Ny økonomimodell St. Olav”, 2003). Disse ligger sentralt og er rammefinansiert som en andel av det faste rammetilskuddet til St. Olavs Hospital. Flere av de kostnadene som St. Olavs Hospital ikke fordeler eller fakturerer er at de kan defineres som sanne felleskostnader.

Respondentene ser ikke poenget i å fordele disse kostnadene ut på enhetene i forhold til resursbruken for å gjennomføre en mest mulig korrekt fordeling. De stiller spørsmål ved hvilket fordelingsprinsipp som ville vært riktig. I søken på en fordeling alle hadde akseptert ville det vært mange diskusjoner og det ville gått med mye tid. De er usikre på om de ville oppnådd et bedre økonomisk resultat ved å bruke ressurser på å fordele disse kostnadene. St. Olavs Hospital har valgt å ikke fordele disse kostnadene da de ønsker å fokusere på å få internhandelen til å fungere tilfredsstillende først. Dette er på grunn av at de ikke ser noen gevinst ved å fordele de øvrige kostnadene nå på dette tidspunkt. De er åpne for at det kan bli en fordeling av disse kostnadene i fremtiden.

Respondenten fra psykisk helsevern er enig i poengene til respondentene fra staben i enhet for økonomi, og tror at de unngår en del administrative konflikter ved å holde disse kostnadene utenfor. Hun tror ikke at de har mye å vinne på å fordele disse kostnadene.

4.3.8 Opptappingsplanen

I 1998 la Bondevik regjeringen fra forslaget om opptappingsplanen for psykisk helsevern. Som skrevet i teoridelen inneholdt denne planen konkrete tiltak for å styrke det psykiske helsevernet i Norge (odin.dep.no¹). Målet med opptappingsplanen er at det gjennom bevilgende midler skal rettes fokus mot å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukervedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet for å bidra til mest mulig normalisering av hverdagen for psykisk syke (www.shdir.no¹).

På St. Olavs Hospital opplever de mange av de samme frustrasjonene rundt opptappingsplanene som andre helseforetak opplever. St. Olavs Hospital har blant annet rekrutteringsproblemer og vanskelig for å nå alle målene som er satt innenfor tidsfristen. I hovedsak har de brukt midlene på DPS-siden, BUP-siden, poliklinisk virksomhet og behandlerstillinger.

Når det gjelder målet for døgnplasser i psykisk helsevern, vil St. Olavs Hospital nå dem med god margin i løpet av 2008. Fordi behandlingssituasjonen har endret seg med tanke på behandlingsmetoden er det ikke sikkert at de når målsettingen for dagplasser i psykisk helsevern.

Det foregår nå en prosess med å diskutere og oppdatere målsetningene for 2006-2007. De vil trekke planene ut i 2008 da de ikke klarer målsetningene innen inngangen i 2008. For å nå målsetningen innen BUP med en 5 % dekning har de et mål om å besette 93 stillinger med høykompetansepersonale.

St. Olavs Hospital har problemer med å få tak i nok kompetent bemanning. På grunn av manglende kompetent personale prøver de å arbeide annerledes og utnytte mulighetene, og et av tiltakene er å benytte flere ambulante team.

St. Olavs Hospital har også relativt lange ventelister innenfor psykisk helsevern. Som et ledd i å få ned ventelisten har de satt opp målsetninger som overstiger målene for opprinnelig

opptrappingsplan. Et av tiltakene St. Olavs Hospital har satt inn for å få ned ventelistene er å kjøpe tjenester fra private aktører i enkelte områder for å supplere egen produksjon.

Ved en DPS er de i ferd med å forhandle seg ut av en avtale med en privat aktør fordi de selv med de nye behandlingsrutinene og omleggingene skal ta hånd om alle de pasientene som er der.

Respondenten fra psykisk helsevern mener opptrappingsplanen er bra og at den har klare signaler/styring i styringsdokumentene. I forbindelse med opptrappingsplanen har hun tre anmerkninger. Disse er datagrunnlag, bevilgninger og krav om kompetanse.

Opptrappingsplanen er historisk betinget ut fra hvordan situasjonen var i 1996. Respondenten fra psykisk helsevern mener at da de begynte å jobbe med opptrappingsplanen første gang i 1998 var ikke Midt-Norge ivaretatt demografisk, og det stod også i den første Stortingsmeldingen om mangel på historiske data og at en burde styrke de feltene som ikke fungerte.

Respondenten fra psykisk helsevern mener at det ligger en stor utfordring i de to årene som gjenstår. Hun begrunner dette med at staten ligger så langt etter i bevilgningene at de kommer til å dele ut mange millioner fremover. Så langt har St. Olavs Hospital i hovedsak brukt midlene fra opptrappingsplanen til å bygge ut DPS-siden og på barne- og ungdomspsykiatrien. Før DPS'ene var ferdig utbygd ble midlene mye brukt til poliklinikk- og behandlerstillinger.

Deretter påpeker hun at det også er en utfordring knyttet til den forutsetningen som opptrappingsplanen har til krav om kompetansenivå og antall personer med kompetanse. Med det mener respondenten på at det ikke er nok ferdigutdannede psykiatere og psykologspesialister innenfor de tidsperspektiver som er satt. Opptrappingsplanen er allerede forlenget med to år, og respondenten fra psykisk helsevern lurer på hvordan staten har tenkt å innfri de forventningene som er satt i forbindelse med opptrappingsplanen.

4.3.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag

St. Olavs Hospital innførte internprising i 2003. Før det benyttet de nøkler basert på et kostnadsvektarbeid til å fordele for eksempel aktivitetsbaserte inntekter til medisinske serviceavdelinger og andre ikke medisinske serviceavdelinger.

Det er vanskelig å sammenligne utviklingen av felleskostnadene på St. Olavs Hospital fra 2002 og frem til i dag. Dette skyldes i stor grad at det har vært mange endringer i foretaket i den aktuelle periode, herunder sentralisering av funksjoner, omorganiseringer, sammenslåing mv. I tillegg bygges det et nytt somatisk sykehus som er med å generere økte kostnader.

St. Olavs Hospital fått ansvar for oppgaver som de tidligere ikke hadde, eksempelvis syketransport og behandling av pasienter utenlands. Når helseforetaktene får utvidete ansvarsområder vil dette også påvirke støttefunksjonene og kostnadene i foretaket.

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

	2001		2002		2003		2004	
	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)
Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)								
Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF t.o.m. 2002. St Olavs Hospital								
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	2 573	16,4	2 746	6,8	3 079	12,1	3 641	18,3
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	432		551	27,5	650	18,0	625	-3,8

Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	Endring 2001-2004 (prosent)	Endring 2002-2004 (prosent)
	Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF t.o.m. 2002. St Olavs Hospital	
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	41,5	32,6
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	44,7	13,4

Tabell 4.8 illustrerer endringer i brutto driftskostnader for somatiske tjenester og psykisk helsevern og rus (Statistisk sentralbyrå, 2005).

I perioden 2001-2004 var den prosentvise økningen i brutto driftskostnader noe lavere i somatikken enn i psykisk helsevern. Dersom vi i stedet ser på perioden 2002-2004 er endringer i somatikken dobbelt så høy som i psykisk helsevern. Vi ser at stigningen brutto driftskostnader innen somatikken avtok i perioden 2001-2002, deretter kan vi se at stigningen

økte i perioden 2003-2004. For psykisk helsevern er den tilsvarende stigningen avtagende innenfor samme periode, og for 2004 er det ikke lenger en stigning men en reduksjon på 3,8 %.

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

	2001		2002		2003		2004	
	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)	Løpende kostnader (mill. kr)	Endring fra fjoråret (prosent)
Lønnskostnader								
Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF t.o.m. 2002. St Olavs Hospital								
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	1 833	18,5	1 904	3,9	2 100	10,3	2 474	17,8
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	356		426	19,7	491	15,3	493	0,4

	Endring 2001-2004 (prosent)	Endring 2002-2004 (prosent)
Lønnskostnader		
Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF t.o.m. 2002. St Olavs Hospital		
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	35,0	29,9
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	38,5	15,7

Tabell 4.9 viser lønnskostnadene ved St. Olavs Hospital for somatiske tjenester og psykisk helsevern (Statistisk sentralbyrå, 2005).

De tendensene vi fant i brutto driftskostnader finner vi igjen i lønnskostnadene. Også for lønnskostnadene har stigningstallet for somatikken først en dalende for deretter en stigende tendens. Samtidig ser en at stigningstallet for lønnskostnadene i psykisk helsevern er dalende og går mot null.

DEL V Analyse

I dette kapitlet vil vi sette Ahus, Helse Bergen og St. Olavs Hospital ved siden av hverandre og sammenligne valgene de har tatt i forbindelse med fordeling av felleskostnadene.

5.1 Den økonomiske styringsprosessen

Den økonomiske styringen

Som en konsekvens av helsereformen har styringen i helseforetakene endret seg. Styringen har stort sett blitt bedre, men helseforetakene har enda noen problemområder. Dette gjelder også for de tre helseforetakene vi har undersøkt. På Ahus har de fått mer helhetlig styring, Helse Bergen har fått bedre oversikt over økonomien og aktiviteten, mens på St. Olavs Hospital er beslutningsveiene blitt kortere og de har oppnådd mindre byråkratisk styring.

Respondentene fra alle helseforetakene er enig i at styringen generelt er blitt bedre, men enkelte trekker også frem områder som kunne vært bedre. På Ahus har det blitt mer byråkratisk på grunn av for mye detaljstyring fra Helse Øst RHF. I Helse Bergen brukes det for lite tid på analyser og prioriteringer, i tillegg er fokuset på langtidsbudsjettet redusert. Og på St. Olavs Hospital er det vanskelig å bli enige om hvordan de bevilgede midler skal disponeres, siden disse bevilgningene ikke er så store som de trodde i utgangspunktet.

Budsjetteringsprosessen

Budsjettet og budsjetteringsprosessen ses på som det viktigste styringsredskapet i helsesektoren, siden en gjennom budsjetteringsprosessen får frem ulike synspunkt og vurderinger hos sentrale aktører og det er et viktig plandokument (Pettersen og Bjørnenak 2003). Alle helseforetakene har veldig omfattende budsjetteringsprosesser, hvor fokuset ligger på at avdelingene skal få en eierfølelse til budsjettene. Det varierer i hvilken grad økonomiavdelingen blander seg i budsjetteringsprosessen til de forskjellige avdelingene.

Alle helseforetakene bygger opp budsjettene sine ved å bruke en kombinasjon av de to budsjetteringsfilosofiene vi gjennomgikk i teoridelen. Oppbyggingen av budsjettene foregår stort sett på samme måte hos dem alle, men det varierer om det er nedbrytingsmetoden eller oppbyggingsmetoden som er dominerende. Økonomiavdelingen i helseforetakene koordinerer og styrer budsjetteringsprosessen, men det er opp til den enkelte avdeling å utarbeide

budsjettet. Avdelingene mottar forskjellige føringer på hva som er planen for helseforetakets drift, og dermed hva de kan budsjettere med av kostnader, inntekter, aktivitetsendringer og effektiviseringer.

Vi finner et skille på graden av styring fra økonomiavdelingen mellom de tre helseforetakene. På Ahus styrer økonomiavdelingen lite direkte over avdelingene. Økonomiavdelingen har en mer hjelpende rolle enn en styrende rolle. Avdelingene kan be om hjelp hvis de ønsker det, og da får de hjelp av controllerne til det de måtte ønske. Controllerne er til disposisjon gjennom hele budsjetteringsprosessen, og Ahus er det eneste helseforetaket hvor økonomiavdelingen utarbeider konkrete forslag til endringer hvis rammene blir lavere enn først antatt.

I Helse Bergen og på St. Olavs Hospital har økonomiavdelingen en mest styrende rolle. Dette kommer best frem i forbindelse med budsjettmøtene når avdelingenes budsjetter må justeres på grunn av at de ikke går opp. I Helse Bergen er det avdelingenes fulle ansvar å endre budsjettene dersom rammene er lavere enn avdelingene trodde i utgangspunktet, i tillegg til at det stadig kommer nye effektiviseringskrav underveis. Da må avdelingene effektivisere og endre prioriteringer for å kutte kostnader ytterligere. Det mangler en dialog mellom økonomiavdelingen og avdelingene på hvordan avdelingene skal få dette til.

På St. Olavs Hospital utarbeider avdelingene budsjettene i samarbeid med økonomiavdelingen, hvor det er økonomiavdelingen som styrer prosessen ved å gi maler og føringer på utgiftsnivået og ved at de ber om begrunnelser for ulike prioriteringer som er tatt. Hver avdeling har ansvar for å bygge opp og lage budsjettet for sin avdeling. På St. Olavs Hospital deles et eventuelt underskudd som er samlet for helseforetaket forholdsmessig ut på avdelingene, slik at det budsjettet avdelingene hadde i utgangspunktet forverrer seg.

Økonomiavdelingenes måte å styre på gir forskjellig utslag i de tre helseforetakene. Ved at økonomiavdelingen på Ahus sidestiller seg med de andre avdelingene opprettholdes en god dialog gjennom hele budsjetteringsprosessen. På denne måten oppnår økonomiavdelingen det som er formålet med at avdelingene skal utarbeide egne budsjett. Formålet er at det skal være engasjement og entusiasme rundt budsjettene og at budsjetteringsprosessen ivaretas, i tillegg til at avdelingene får et eierskap til budsjettene sine. På Ahus er budsjetteringsprosessen godt ivaretatt i alle ledd i organisasjonen, og er det helseforetaket som har det tettteste samarbeidet mellom økonomiavdelingen og de andre avdelingene i helseforetaket.

I Helse Bergen og på St. Olavs Hospital fører økonomiavdelingens styring til at holdningen til budsjetteringsprosessen og budsjettene blir til noe negativ. Avdelingene mister også eierfølelsen til budsjettet når økonomiavdelingen overstyrer og endrer budsjettene. I Helse Bergen ser vi at det er ubalanse mellom økonomiavdelingen og psykiatrisk avdeling i budsjetteringsprosessen. Det er delte meninger om hvor stort effektiviseringspotensialet er i psykisk helsevern, og det fører til at psykisk helsevern får større effektiviseringskrav enn de kan dekke. Dette kan føre til at motivasjonen til å bruke budsjettene i psykiatrisk avdeling svekkes, og at engasjementet for å holde budsjettet avtar.

St. Olavs Hospital har problemer med at holdningen til budsjettet ikke er bra, og at avdelingene ikke styrer etter budsjettene slik økonomiavdelingen ønsker. Dette skyldes til dels at underskuddet til helseforetaket blir delt ut på avdelingenes budsjett etter at budsjettet er ferdig, og at St. Olavs Hospital har gått med underskudd hvert år.

Forhandlinger er noe som ikke brukes i vesentlig grad i budsjetteringsprosessen i noen av helseforetakene. Det er noen forhandlinger og diskusjoner i forbindelse med justeringer av budsjettall opp mot de endelige rammene. Etter at økonomiavdelingen har hatt budsjettmøter med avdelingene tas det ofte politiske beslutninger mot slutten av budsjetteringsprosessen for å raskt få inn de siste endringene som er vedtatt. Dette ser vi forekommer i størst grad i Helse Bergen. Begrunnelsen for å ta disse beslutningene er for at budsjettet skal blir ferdig tidsnok.

St. Olavs Hospital bruker forhandlinger og politiske beslutninger i minst grad, det kan se ut som at det er på grunn av at økonomiavdelingen spiller en så stor rolle i begynnelsen av budsjetteringsprosessen. På Ahus har vi fått inntrykk av at samarbeidet og den gode dialogen økonomiavdelingen har med de forskjellige avdelingene fører til at de i stor grad blir enige gjennom dialog, og trenger ikke forhandle og bruke politiske beslutninger.

Som påpekt i teoridelen er det et problem når budsjettene utarbeides med utgangspunkt i foregående års budsjett og justeres med prisstigningene og diverse små endringer (Pettersen og Bjørnenak 2003). Dette er i stor grad tilfellet i budsjetteringsprosessen i alle helseforetakene. Særlig på Ahus blir felleskostnadene fordelt med samme beløp som året før justert for endringer som har kommet i løpet av året. I Helse Bergen ser vi at store deler av kostnadene budsjetteres med fjorårets beløp korrigert for prisstigningen og forventet endring i

aktivitet. Det er stort sett på samme måte på St. Olavs Hospital, hvor de tar utgangspunkt i fjorårets budsjett og tar høyde for prisreguleringer, aktivitetsendringer og lignende.

Utfallet av å legge budsjettene etter den metoden de tre helseforetakene benytter er som vi nevnte i teoridelen at en viderefører systematiske skjevheter fra tidligere budsjett og prioriteringer skjules ved at det blir for stort fokus på de små tingene (Pettersen og Bjørnenak 2003). Vi har også bemerket oss at de helseforetakene som vi har sett på sammenligner årets budsjett med årets regnskap, men de er i mindre grad flinke til å se på årets regnskap i forhold til neste års budsjett. Faren ved å utarbeide budsjettene på denne metoden er at de kan mangle en god nok virkelighetsrelasjon (Pettersen og Bjørnenak 2003).

På Ahus er det økonomiavdelingen som har ansvaret for fordelingen av kostnadene. Fordelingen de kommer frem til drøftes med virksomhetsdirektørene og fastsettes til slutt av administrerende direktør. Denne metoden åpner for å skjevfordele ressursene. Da det er økonomiavdelingen som sitter med hovedansvaret for fordelingen, er det de som utarbeider fordelingsnøklerne og det er da de som legger grunnlaget. Økonomiavdelingen har mulighet til å legge inn element som er fordelaktige for somatikken. Dette motvirkes til en viss grad av at de endelige fordelingene skal diskuteres med hver enkelt avdeling. For eksempel har virksomhetsdirektøren for psykisk helsevern mulighet til å protestere mot en fordeling som gir en vesentlig større andel av felleskostnadene enn det han anser som rimelig. Fordelingen avgjøres til sist av administrerende direktør, og utfallet vil påvirkes av hvilket syn administrerende direktør har i forhold til ønsket om å vri ressursbruken.

Helse Bergen og St. Olavs Hospital sin måte å fordele felleskostnadene på åpner ikke for de samme mulighetene til å vri ressursene. Det incentivet vi finner her er at leverende enhet ønsker å ta høye priser for å få et godt overskudd, men dette vil gå ut over kjøpende enheter som blant annet er både psykisk helsevern og somatikken. På en annen side skal internprisene godkjennes av økonomiavdelingen, eller de er utarbeidet etter føringer økonomiavdelingen har gitt. Økonomiavdelingen kan tillate høye priser på de tjenestene de vet psykisk helsevern bruker mest, og på den måten dra inn mer penger fra psykisk helsevern. Samtidig gir det rom for at andre tjenester som somatikken benytter mest kan ha lave internpriser. For eksempel på St. Olavs Hospital er psykisk helsevern den eneste enheten som trenger transport i forbindelse med matbestillinger. Det kan settes en høy pris på leveringen slik at leverende enhet får

dekket inn flere kostnader gjennom transporten og har muligheten til å subsidiere andre tjenester.

5.2 Felleskostnader et diffust begrep

I mange helseforetak er somatikk og psykisk helsevern tett integrert og benytter mange ressurser felles, og kostnader i forbindelse med disse ressursene kalles felleskostnader. Under begrepet felleskostnader finner vi som tidligere nevnt volumavhengige indirekte kostnader og volumuavhengige indirekte kostnader (Innes og Mitchell, 1993). Det varierer hva helseforetakene mener når de bruker begrepet felleskostnader.

Når det snakkes om felleskostnader på Ahus er det i hovedsak alle typer indirekte kostnader som er felles for en eller flere kliniske avdelinger. Ahus definerer en felleskostnad ved om den kan fordeles ved hjelp av gitte fordelingsnøkler.

Helse Bergen bruker ikke begrepet felleskostnader, de bruker begrepet interne kostnader. I tillegg snakker de om å fakturere kostnader fremfor å fordele dem. Helse Bergen forsøker i størst mulig grad å fordele kostnader etter forbruk.

Når St. Olavs Hospital snakker om å fordele kostnader, er dette ved hjelp av internfakturering og internprising. Hensikten er at kostnadene skal fordeles ut der den oppstår og er påvirkbar.

Over ser vi at de tre helseforetakene vi har sett nærmere på har noe forskjellig oppfatning av hva felleskostnader er. Alle helseforetakene har en form for fordeling av kostnader, men de er ikke bevisste på om det er en volumavhengig eller volumuavhengig indirekte kostnad som fordeles.

Felleskostnader er som vi har vist i argumentasjonen over et diffust begrep. Det mener vi først og fremst fordi det er store forskjeller mellom helseforetakene for hvilke kostnader de anser å komme inn under begrepet felleskostnader. Som vi vil komme tilbake til senere i analysen, er det også store forskjeller for hvordan helseforetakene behandler disse felleskostnadene. Begrepet felleskostnader har som vi nevnte i teoridelen en teoretisk definisjon som skiller seg fra helseforetakenes forståelse av begrepet. Vi vil også komme tilbake til analysen av det teoretiske begrepet (sanne) felleskostnader i kapittel 5.7.

5.3 Ønsket om et riktig økonomisk bilde er den dominerende årsaken til kostnadsfordelinger

Kostnadsfordelinger kan gi nyttig informasjon i forbindelse med strategiske og produksjonsmessige beslutninger (Horngren *et al.*, 2003). Alle tre helseforetakene fordeler kostnadene for å få et riktig økonomisk bilde, som kan gi dem et godt utgangspunkt for økonomiske beslutninger.

Ahus bruker dette i hovedsak til resultatmåling, og har ikke andre begrunnelser for å fordele kostnadene. Respondenten fra økonomiavdelingen ved Ahus trekker frem at fordelingsmetoden deres ikke egner seg til å få frem motivasjonsfaktoren.

Helse Bergen og St. Olavs Hospital har fokusert på å få frem motivasjonsfaktoren, og dette har de fått til ved å benytte internprising. Det Helse Bergen ønsker å motivere til ved hjelp av internprisingssystemet, er å regulere forbruket av interne støttetjenester til et ønsket nivå, og på den måten redusere (over-) forbruket og drive kostnadskontroll, dette kommer vi tilbake til under kapittel 5.3 "Helseforetakene har forskjellig motivasjon for hvorfor de fordeler kostnader." Helse Bergen begrunner valget av internpriser med at de ikke synes at fordeling etter ulike fordelingsnøkler gir et godt nok bilde av de enkelte enheters ressursbruk.

St. Olavs Hospital har lagt vekt på å skape motivasjon ved at kostnadene skal synliggjøres i den avdelingen den oppstår og er påvirkbar. Denne tankegangen henger videre sammen med at fordelingene i tillegg skal kunne brukes til kostnadslegitimering og prising. St. Olavs Hospital ønsker også å kunne bruke kostnadsfordelingen i forbindelse med resultatmåling.

Som nevnt innledningsvis ønsker alle tre helseforetakene at kostnadsfordelingene skal gi et riktig økonomisk bilde, for at de videre skal kunne bruke dette i styringen av kostnadene. Måten kostnadene fordeles på vil påvirke bildet helseforetaket får av økonomien. Ahus vil få et bredere bilde av økonomien siden de fordeler alle kostnadene sine. Dette gir de et godt grunnlag til å bruke fordelingene i forbindelse med resultatmåling. Resultatmåling innebærer at en virksomhet ønsker å se hvilket resultat et produkt gir. Dersom ikke alle relevante kostnader er inkludert i beregningene vil en få et misvisende bilde av resultatet. Da Ahus fordeler alle kostnadene vil de unngå dette. Samtidig må Ahus ta høyde for skjevheter som

skyldes måten de fordeler kostnadene på. Dette er noe vi skal analysere i kapittel 5.6.2 ”Sentrale valg ved fordeling av kostnader”.

Helse Bergen og St. Olavs Hospital vil kun få et bilde av de volumavhengige indirekte kostnadene, noe som er akseptabelt siden de i hovedsak bruker fordelingen som en motivasjon til å få ned ressursbruk og kostnader. Dersom de ønsker å bruke fordelingene til noe annet enn motivasjon, bør de være oppmerksomme på at de ikke har tatt med alle kostnadene som er reelle. For eksempel vil en marginal økning i antall ansatte ikke påvirke de volumuavhengige indirekte kostnadene vesentlig, mens en mer markant økning kan bidra til en økning i de volumuavhengige indirekte kostnadene.

St. Olavs Hospital ønsker å bruke fordelingen i forbindelse med kostnadslegitimering/prising og resultatmåling. Dersom de i denne forbindelse ikke tar høyde for de volumuavhengige indirekte kostnadene som er felles for somatikk og psykisk helsevern, kan de risikere at de ikke får frem et riktig kostnadsbilde, det vil si hva det koster å drive de forskjellige divisjonene. I dette helseforetaket blir de sanne felleskostnadene ført som kostnader tilhørende somatikk. Dette resulterer i at driftskostnadene til somatikk fremstilles som større enn hva de i realiteten er, og det motsatte er tilfellet for psykisk helsevern. I forbindelse med resultatmåling og evaluering vil en slik praksis gi et skjevt bilde av virkeligheten.

Under viser vi en tabell som oppsummerer hvorfor hver av de tre helseforetakene fordeler kostnadene. X betyr at gjeldene årsak er grunnen til at helseforetak fordeler kostnader.

Hvorfor fordeler de kostnader?	Økonomiske beslutninger	Motivasjon	Kostnadslegitimering/prising	Resultatmåling og evaluering
Ahus	X			X
Helse Bergen	X	X	X	
St. Olavs Hospital	X	X	X	Planlegger

Tabell 5.1 Oversikt over begrunnelser til kostnadsfordelinger.

5.4 Helseforetakene har forskjellig motivasjon for kostnadsfordeling mellom enheter

Motiver for å fordele kostnader mellom enheter er ønsket om å kommunisere ressursforbruk, redusere (over-)forbruk, drive kostnadskontroll, kapasitetsplanlegging og outsourcing (Horngren *et al.*, 2003).

Et av de motivene som var felles for alle de helseforetakene vi så på var at de ønsket å kommunisere ressursforbruk, og det var et av hovedargumentene til Helse Bergen og St. Olavs Hospital for hva de ønsker å oppnå med internprisingen. St. Olavs Hospital fordeler også sitt budsjettunderskudd ut på alle enhetene for å kommunisere sine økonomiske utfordringer.

St. Olavs Hospital fokuserte i tillegg sterkt på at internprisingssystemet var ment å skulle motivere til å redusere eventuelt overforbruk av servicetjenester, samtidig som de også ønsker å benytte det til resultatmåling.

I likhet med St. Olavs Hospital har Helse Bergen et ønske om å redusere overforbruket, og kostnadskontroll er en konsekvens av dette. Fra 2006 ønsker Helse Bergen å bruke fordelingen i forbindelse med vurderinger angående endringer i aktivitetsnivå (kapasitetsplanlegging).

Internprisingssystemet som både Helse Bergen og St. Olavs Hospital har, er egnet til å drive kostnadskontroll blant annet fordi de avdelingene som kjøper interne tjenester er nødt til å vurdere hvor stor forbruk som er nødvendig og finne rom innenfor det budsjettet som er til rådighet. Dette henger sammen med at internpriser er nært knyttet til virkelig forbruk. Fordelen disse to helseforetakene har i forbindelse med virkelig forbruk vil vi komme tilbake til senere i analysen.

Ahus la ikke skjul på at deres fordeling av kostnader ikke egnet seg til å redusere overforbruk, eller brukes som beslutningsgrunnlag i tilknytning til outsourcing, eller kapasitetsplanlegging. De har med andre ord valgt en fordelingsmetode som ikke er spesielt godt egnet til å støtte økonomistyringen. For å kompensere for dette er de dermed nødt til å ta i bruk andre virkemidler når de skal foreta slike vurderinger.

Helseforetakene vi så på var svært forsiktige med å si noe om deres planer angående outsourcing, men Helse Bergen og St. Olavs Hospital la ikke skjul på at internprisings-systemet egnet seg til å foreta sammenligninger av interne leverandører av servicetjenester med eksterne leverandørers tilbud.

Hvorfor fordeler de kostnader mellom enhetene?	Kommunisere ressursbruk	Redusere (over-) forbruk	Kostnads-kontroll	Kapasitets-planlegging	Out-sourcing
Ahus	X				
Helse Bergen	X	X	X	Fra 2006	
St. Olavs Hospital	X	X	X		

Tabell 5.2 Oversikt over årsaker til kostnadsfordelinger mellom enheter.

Tabell 5.2 oppsummerer hva hvert av de tre helseforetakene ønsker å oppnå ved å fordele kostnader mellom enhetene.

5.5 Rettferdighet og årsak-virkning er kriterier som ofte legges til grunn for fordelingen

Årsak-virkning, mottatt fordel, rettferdighet og bæreevne er de fire kriteriene som vi i teoridelen tok med som relevante å vurdere for hvordan en skal fordele kostnader (Horngren *et al.*, 2003). I teoridelen anbefalte vi mottatt fordel- og årsak-virkningskriteriene for helseforetak som ønsker at fordelingen av de indirekte kostnadene skal danne grunnlag for økonomiske beslutninger eller for å skape motivasjon.

Ahus fokuserer i hovedsak på årsak-virkningskriteriet når de fordeler kostnader. Bruken av dette kriteriet stemmer godt overens med at de ønsker å benytte kostnadsfordelingen som grunnlag for økonomiske beslutninger. I avdeling for Psykisk Helsevern på Ahus jobbes det i tillegg med rettferdighetsprinsippet. Faren ved å bruke rettferdighetsprinsippet er at hva som er rettferdig baseres på subjektive oppfatninger, og en risikerer dermed at det blir vanskelig å komme til enighet (Horngren *et al.*, 2003).

Helse Bergen legger på sin side mest vekt på rettferdighetsprinsippet. Når de ser på hele kostnadsbildet, bruker de også årsak-virkningskriteriet. I likhet med Ahus finner vi i Helse Bergen igjen at årsak-virkningskriteriet benyttes i forbindelse med kostnadsfordelinger som

skal være med å danne et grunnlag for økonomiske beslutninger. Også Helse Bergen må ta høyde for at det kan være en utfordring å bli enige om hva som er en rettferdig pris.

Rettferdighet og riktighet er kriterier som har vært oppe til diskusjon på St. Olavs Hospital, og har blitt vurdert og avveid i forhold til praktiserbarhet og enkelhet. St. Olavs Hospital hadde ambisjoner om å kunne bruke fordelingene i forbindelse med økonomiske beslutninger og som kilde til motivasjon, og likevel har de verken tatt i bruk årsak-virkningskriteriet eller kriteriet om mottatt fordel. I stedet fokuserer de på kriteriene rettferdighet og riktighet. I realiteten er dette gode og ideelle kriterier, men som vi har påpekt tidligere er dette kriterier som kan skape uoverensstemmelser.

Noe av det vi merket oss var at intervjuobjektene vi snakket med ikke var så opptatt av disse kriteriene i den forstand at de virket passive og lite bevisste rundt temaet. Imidlertid kunne alle kjenne igjen noen av kriteriene i måten de allerede hadde valgt å fordele kostnadene på.

Tabellen under oppsummerer hvilke kriterier hvert av de tre helseforetakene legger til grunn ved fordeling av kostnader.

Grunnlaget for fordelingen	Årsak-virkning	Mottatt fordel	Rettferdighet /likhet	Bæreevne
Ahus	X		x	
Helse Bergen	X		X	
St. Olavs Hospital			X	

Tabell 5.3 Illustrasjon av grunnlaget for kostnadsfordelinger.

5.6 Interne markedsløsninger vinner terreng i fordelingsspørsmålet

Som vi nevnte i teoridelen er det tre alternativer for hvordan en kan håndtere fordelingsspørsmålet tilknyttet til støtteavdelingens kostnader. Disse er å la kostnadene bli liggende i den avdelingen de oppstår, fordele dem på brukeravdelingene eller benytte interne markedsløsninger (Pettersen og Bjørnenak 2003). Helse Bergen og St. Olavs Hospital har valgt å satse på interne markedsløsninger i kombinasjon med at de lar noen kostnader bli liggende der de oppstår. Ahus har i stedet valgt å satse på å fordele disse kostnadene på brukeravdelingene ved hjelp av fordelingsnøkler. Nedenfor skal vi se på hvilke erfaringer de forskjellige helseforetakene har i tilknytning til valgene de har hatt, og analysere hvilke fordeler, ulemper og forbedringspotensial de har.

Tabell 5.4 viser hvordan de tre helseforetakene håndterer fordelingsspørsmålet.

Hvordan håndterer de fordelingsspørsmålet?	Interne markedsløsninger	Fordele kostnadene på brukeravdelingene	La kostnadene bli liggende der hvor de oppstår
Ahus		X	
Helse Bergen	X		X
St. Olavs Hospital	X		X

Tabell 5.4 Håndtering av fordelingsspørsmålet.

5.6.1 Internprising

Internprising er som vi har påpekt tidligere et viktig økonomisk virkemiddel i økonomiske styringssystem og løser problemet med kostnadsfordelinger ved interne leveranser (Hansen og Svendsen, 1996). Vi vil også benytte anledningen til å påpeke at internprisen er egnet til å påvirke forbruket av en intern tjeneste til et ønsket nivå. Samtidig er det viktig å huske at interne inntekter elimineres mot interne inntekter i konsernregnskapet. Det betyr at det er kostnadene til leverende avdeling som betyr noe for det totale regnskapet (Hansen og Svendsen, 1996). Leverende avdelings totale kostnader påvirkes av etterspørselen etter de tjenestene som leveres. Etterspørselen etter disse tjenestene påvirkes av de midlene som etterspørrende avdeling har til rådighet, i forhold til internpris.

På tross av alle fordelene med internprising har Ahus kommet ganske kort med tankegangen på dette området. Internprising og internfakturering er lite brukt og vaskeriet er en av få enheter som har internfakturering. I stedet har Ahus, som vi berettet i empirien, hovedfokus på å fordele felleskostnader ved hjelp av fordelingsnøkler. Selv om Ahus er i ferd med å investere i et nytt økonomi- og forsyningssystem som skal gjøre det enkelt å gjøre direkte internfakturering av tjenester, virker det ikke som de i den nærmeste fremtid vil erstatte fordelingsnøklerne med internpriser. Dette inntrykket bygger på den informasjonen vi har fått om satsingen i tilknytning til utviklingen av de felles fordelingsnøklerne for Helse Øst. I tillegg virker det som Ahus er fornøyd med de fordelingsnøklerne som er utarbeidet. Ahus går dermed glipp av muligheten til å styre forbruket av støttetjenester. Dette må også ses i sammenheng med de sentrale valgene som er tatt med tanke på fordeling av kostnader. Dette vil vi komme nærmere inn på i kapittel 5.6.2 ”Sentrale valg ved fordeling av kostnader”.

I motsetning til Ahus har både Helse Bergen og St. Olavs Hospital tatt i bruk internprising. Helse Bergen tillater fire forskjellige metoder for å fastsette internprisene. Disse er kostnadsbasert pris med utgangspunkt i historiske tall, pris med utgangspunkt i kostnadsoverveltning som baseres på virkelige tall, forhandlet pris, og markedsbasert pris. Vi har fått et inntrykk av at det i stor grad benyttes kostnadsoverveltning og kostnadsbasert pris, hvor kostnadsbasert pris er den mest brukte av disse to. Den kostnadsbaserte prisen er utviklet på grunnlag av selvkostkalkyler. Selvkostbasert internpriser er som vi også påpekte i teoridelen lite objektive priser som også reduserer leverende avdelings incentiver til å effektivisere (Hansen og Svendsen, 1996). Den største faren er at det kan lede til suboptimale beslutninger for helseforetaket. Løsninger i forbindelse med suboptimale beslutninger kommer vi tilbake til under kapittel 5.6.2 som omhandler spørsmålet om en eller flere fordelingsnøkler.

I empirien nevnte vi at Helse Bergen har kommet frem til at internprising bevisstgjør at bruken av interne tjenester har en kostnad. Dessuten gjør internprisingssystemet det enklere for behandlende avdelinger å beregne konsekvenser forbundet med endring av aktivitet, samtidig som internprisingssystemet fører til mer korrekte resultater på avdelingene. I tillegg så forventer Helse Bergen at etterspørrende enhet stiller krav til kvalitet på støtte- og servicetjenestene, og presser leverende enheter på pris. Helse Bergen har besluttet å innføre internpris på flere områder. Dette er en indikasjon på at de så langt er fornøyd med de resultatene de har oppnådd i forbindelse med internprisingssystemet. Denne utviklingen er i

tråd med det som er gjeldende trend. Per i dag har de kliniske avdelingene i Helse Bergen ikke anledning til å handle eksternt, og kombinert med manglende forhandlingsmuligheter svekker dette de kliniske avdelingenes mulighet til å oppnå det vi i teoridelen kalte ”riktig” internpris. Det er mulig at Helse Bergen kan hente ut enda flere fordeler av internprisingssystemet, noe som vi vil komme tilbake til under temaet forhandlinger.

St. Olavs Hospital har i likhet med Helse Bergen gode og velbegrunnede motiver for å innføre internprising, men de har litt andre begrunnelser for å ta det i bruk. Ønsket om å oppnå full økonomistyring på desentralt inntektskapende nivå sammen med målet om å gi økt forståelse for hvorfor inntekter og kostnader oppstår, var dominerende for hvorfor de ønsket å innføre internpriser på blant annet støtte- og servicetjenester. For å komme frem til internprisene har St. Olavs Hospital i all hovedsak brukt selvkost, og derfor står de overfor de samme utfordringene som Helse Bergen med tanke på manglende incentiver for effektivisering hos leverende avdeling og fare for suboptimalisering. De kliniske avdelingene ved St. Olavs Hospital har per i dag kun begrensede muligheter til å benytte eksterne leverandører, og dermed har de kliniske avdelingene i realiteten fått begrenset handelen av støttetjenester til det interne markedet. Dette kan ha betydning i forhandlingene mellom leverende og kjøpende enhet med tanke på maktforholdet. St. Olavs Hospital innførte internprising så sent som i 2003, og har derfor fremdeles mye å hente på det nye systemet. Det er naturlig å forvente en del utfordringer i en innkjøringsfase, men slik vi forstår det blir dette tatt tak i etter hvert.

Forhandlinger

Da vi intervjuet respondentene fra psykisk helsevern og enhet for økonomi fra St. Olavs Hospital fikk vi inntrykk av at forhandlingene mellom leverende og kjøpende enheter fungerer godt. Dette kan blant annet skyldes at de interne leverandørene har fått en fredningstid som er i ferd med å ta slutt, og dermed har de leverende avdelingene gode incentiver til å ta forhandlingene alvorlig og arbeide for å bli mest mulig konkurransedyktige i forhold til eksterne leverandører. Et annet moment som er viktig er at avdeling for psykisk helsevern har vært særdeles aktiv med å gjennomgå kalkyler som er grunnlaget for internprisene og å foreta sammenligninger mellom interne og eksterne leverandører.

I Helse Bergen blir det i liten grad benyttet forhandlinger selv om leverende avdeling har anledning til å benytte seg av forhandlede priser. Praksis er i stedet at leverende avdelings priser godkjennes av økonomiavdelingen. I og med at avdeling for psykisk helsevern ikke har

anledning til å forhandle om internprisen ønsker de at det åpnes for muligheten til å handle eksternt.

Selv om forhandlinger både kan være ressurs- og tidkrevende er det et egnet middel til å utøve kostnadskontroll. Dette er fordi kjøpende enhet vil ha incentiver til å presse leverende enhet men tanke på pris og kvalitet. Helse Bergen benytter økonomiavdelingens godkjenning av internprisene til å holde kostnadene til leverende enhet lave, men de vil nødvendigvis ikke ha like sterke incentiver til å presse leverende enhet til effektivisering som en avdelingsleder med resultatansvar. Selvfølgelig må en også ta hensyn til og vurdere eventuelle forhandlingskostnader opp mot potensielle besparelser i vurderingen om en skal tillate fremforhandlede priser. Etter å ha sett på hvilke kriterier Helse Bergen benytter når de bestemmer internpris, så ser vi en mulig sammenheng i hvorfor leverende avdeling ikke ønsker å benytte forhandlinger og deres bruk av kriteriet om rettferdig pris. Dersom Helse Bergen ønsker at det i større grad benyttes fremforhandlede priser, bør de vurdere å nedtone dette kriteriet og heller fokusere på årsak-virkningskriteriet.

5.6.2 Sentrale valg ved fordeling av kostnader

Fordeling etter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk

Spørsmålet om en skal fordele etter budsjetterte eller virkelige kostnader, og budsjettert eller virkelig forbruk er aktuelt for helseforetak som fordeler kostnader, men også for de helseforetakene som fakturerer med utgangspunkt i kostnadsbaserte internpriser. I teoridelen har vi utredet hvilken konsekvens bruken av virkelige eller budsjetterte kostnader har for risikoen for avdelinger som får fordelt kostnader og avdelinger som fordeler ut kostnader.

Fra empirien har vi sett at Ahus, Helse Bergen og St. Olavs Hospital fordeler/fakturerer budsjetterte kostnader. I denne sammenheng ser vi på selvkostbaserte internpriser med utgangspunkt i historiske data for å ta utgangspunkt i budsjetterte kostnader. I noen tilfeller har Helse Bergen valgt å satse på kostnadsoverveltning når de utarbeider internprisene, og da faktureres virkelige kostnader, men stort sett benyttes kostnadsbaserte priser som tar utgangspunkt i budsjetterte kostnader basert på historiske tall når de utarbeider internprisene.

Ved å fordele budsjetterte kostnader har Ahus, Helse Bergen og St. Olavs Hospital valgt å legge hele risikoen på den avdelingen som fordeler ut kostnader, det vil si støtteavdelingene. I

tillegg sikrer de at eventuelle budsjettoverskridelser kommer til syne hos den avdelingen som er ansvarlig for overskridelsen, og at internprisen eller fordelingen kan fastsettes tidlig eller i forkant av budsjettåret (Horngren *et al.*, 2003). Dersom en støtteavdeling klarer å levere de tjenestene de er satt til å utføre til en kostnad som er lavere enn estimert og budsjettert, vil denne fordelen tilfalle denne støtteavdelingen. Hvis støtteavdelingen i stedet får kostnadsoverskridelser vil denne ulempen tilfalle dem og avdelingen er nødt til å finne dekning for disse overskridelsene et annet sted i sitt budsjett. Her ligger det to incentiver og muligheter for støtteavdelingene til å tilpasse seg denne risikoen.

Den første og enkleste metoden for å håndtere risiko for støtteavdelingen er å bygge slakk inn i kalkylene slik at de reduserer risikoen for tap. Konsekvensen kan bli at kostnaden til helseforetaket er høyere enn nødvendig (Innes og Mitchell, 1993). I kalkyler hvor det benyttes mye skjønn kan det være fristende for støtteavdelingene å legge inn litt slakk. På grunn av incentivet om å bygge inn slakk i kalkylene er det viktig, dersom det benyttes budsjetterte kostnader, å følge nøye med på kalkylene til støtteavdelingen. Andre tiltak som kan virke preventive er å sette krav til støtteavdelingene om effektivitet og der det er mulig foreta sammenligninger med eksterne leverandører. Ved St. Olavs Hospital blir det i avdeling for psykisk helsevern brukt mye tid på å kontrollere priser. Denne tidsbruken utgjør en alternativkostnad for helseforetaket, fordi det går vekk mye tid som kunne vært brukt mer fornuftig rettet mot driften, for eksempel effektiviseringstiltak. Respondenten fra psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital påpekte at de bruker informasjon om skjønn i kalkylene til leverende avdeling som et forhandlingskort under de årlige prisforhandlingene.

Den andre metoden hvor støtteavdelingene kan tilpasse seg risikoen forbundet med at det fordeles/faktureres budsjetterte kostnader, er å iverksette effektiviseringstiltak for å oppnå en økonomisk fordel og dermed redusere risikoen for å gå med tap (Horngren *et al.*, 2003). Dersom støtteavdelingen velger en slik taktikk kan det bremse kostnadsutviklingen. Det kan nok være vanskelig for helseforetakene å få realisert disse effektiviseringsgevinstene, men det kan være med å holde kostnadene nede på et moderat nivå. På Ahus er et av motivene for å fordele budsjetterte kostnader å gi avdelingslederne i støtteavdelingene incentiver til kostnadseffektivisering. Et annet motiv for Ahus er å fjerne usikkerhet rundt støttetjenester fra de avdelingene som behandler pasienter.

I de tilfellene hvor Helse Bergen benytter kostnadsoverveltninger, og fakturerer etterspørrende avdeling for virkelige kostnader, har ikke støtteavdelingene fått noen incentiver for å bygge inn slakk i kalkylene og ei heller for å effektivisere driften. I deres interprisingssystem har de valgt å legge hele risikoen på de enhetene som kjøper støttetjenester. Bruken av virkelige kostnader er nært knyttet til kriteriet om årsak- virkning som benyttes i Helse Bergen. Ved å tillate at leverende avdeling fakturerer virkelige kostnader får Helse Bergen synliggjort hva disse interne tjenestene koster penger. Slik kan Helse Bergen motivere etterspørrende avdelinger til å begrense sitt forbruk av interne tjenester til et ønsket nivå, det vil si at Helse Bergen kan få bort et eventuelt overforbruk av interne tjenester. Dersom etterspørrende avdeling mener at de er belastet med for store kostnader kan de der det er mulig undersøke hva som er gjeldende markedspris, og bruke den informasjonen til å forhandle, og på den måten presse leverende avdeling til å effektivisere.

Som vi har nevnt i teoridelen så kan en basere kostnadsfordelingen på budsjettert eller virkelig forbruk. Ahus benytter en tilnærming til budsjettert forbruk. Det vil si at de bruker fordelingsnøkler som en indikator på budsjettert forbruk av en støttetjeneste når kostnadene fordeles. Ahus mener at årsverk, areal, og liggedøgn på hver sine områder vil gi gode nok tilnærminger til det budsjetterte forbruket av støttetjenestene. Det er enkelt og lite resurskrevende å fordele på bakgrunn av budsjettert forbruk, og det er også hovedårsaken til at Ahus benytter budsjettert forbruk. En slik teknikk for å fordele kostnadene gir avdelinger som forbruker støttetjenester incentiver til å rapportere inn et lavere budsjettert forbruk enn dersom en hadde benyttet virkelig forbruk som utgangspunkt (Horngren *et al.*, 2003). Det kan være lurt å sammenligne hva avdelingene rapporterer inn som budsjettert forbruk av interne tjenester for kommende år med forbruk fra i år og tidligere år, for deretter å korrigere for antatte aktivitetsendringer.

I tillegg til at Ahus kan få problemet med underrapportering vil de også ha mindre mulighet til å styre hver enkelt avdelings forbruk av støttetjenestene. Grunnen til at de i liten grad vil ha mulighet til å styre avdelingenes forbruk av støttetjenester er fordi avdelingene ikke blir belastet etter virkelig forbruk. Dermed har ikke Ahus incentiver som legger en demper på avdelingenes etterspørsel. Det kan også tenkes at det på grunn av underrapporteringen kan oppstå skjevfordeling av kostnadene. Det er et økende behov for å legitimere fordelingen av kostnader til psykisk helsevern. I den forbindelse vil en tettere kobling til virkelig forbruk av støttetjenester kunne styrke legitimeringen av fordelte kostnader til psykisk helsevern.

I motsetning til Ahus, benytter Helse Bergen i all hovedsak virkelige forbruk som utgangspunkt når de fordeler kostnader. De unngår dermed å gi incentiver om å underrapportere budsjettert forbruk (Horngren *et al.*, 2003). Ved å benytte virkelig forbruk vil en i stedet, kunne begrense et eventuelt overforbruk av en støttetjeneste. Denne teknikken krever at det er et system hvor en kan registrere opplysninger knyttet til forbruk av støttetjenester. Siden Helse Bergen benytter priser som tar utgangspunkt i budsjett og selvkost, sitter leverende avdeling med risikoen knyttet til etterspørselen. Dersom etterspørselen blir lavere enn hva leverende avdeling har budsjettert med, sitter denne avdelingen med tapet. Dersom etterspørselen blir høyere enn budsjettert, vil leverende avdeling sitte igjen med en gevinst. Resultatet av å kombinere selvkostbasert internpris med virkelig forbruk er at det gir leverende avdeling tre incentiver. Det ene incentivet leverende har er å påvirke til økt forbruk av deres interne tjenester ved å gi god service, rask levering og god kvalitet, slik at de får dekket inn sine faste kostnader. Det andre incentivet som oppstår av å kombinere selvkostbasert internpris med virkelig forbruk er at det vil være ønskelig for leverende avdeling å ta en høy internpris for deres tjenester, for å redusere risikoen for eventuelle tap knyttet til etterspørselssvikt. Det siste incentivet støtteavdelingen har er å effektivisere sin drift. De to første måtene for leverende avdeling å respondere på kombinasjonen av å benytte selvkostbasert pris og virkelig forbruk er kostnadsdrivende for helseforetaket som helhet, mens det siste vil gi reduserte kostnader for helseforetaket.

Ved St. Olavs Hospital varierer det litt om de fakturerer for virkelig eller budsjettert forbruk, men trenden er at helseforetaket i større og større grad benytter virkelig forbruk. Dermed vil St. Olavs Hospital i økende grad stå overfor de samme utfordringene som Helse Bergen gjør i forbindelse med incentiver leverende avdeling får når en kombinerer selvkostbasert internpris og virkelig forbruk. Respondenten fra psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital uttrykte at det var ønskelig med mer detaljerte fakturaer, slik at avdelingen i større grad kunne kontrollere at virkelig forbruk stemte med det de var fakturert for. Vi vil trekke frem at respondenten fra psykisk helsevern opplevde de manglende mulighetene til å etterprøve og kontrollere kostnadsfordelingen som en svakhet ved internfaktureringsystemet ved St. Olavs Hospital.

En eller flere fordelingsnøkler

For å beslutte hvor mange fordelingsnøkler en bør ha, må en vurdere hvilken detaljeringsgrad en skal ha på kostnadsfordelingen. Ahus har besluttet å forholde seg til tre hovednøkler når de skal fordele kostnader. Disse er som vi har nevnt tidligere areal, årsverk og liggedøgn. Dette

er tilnærmet de samme som Helse Bergen, da Haukeland universitetssykehus, gikk bort fra tidlig på 90-tallet til fordel for internprising. Etter at vi har sett hvordan de to andre helseforetakene løser fordelingsproblematikken så virker det som Ahus har valgt en nokså grov inndeling. Både Helse Bergen og St. Olavs Hospital som i stor grad benytter internpriser og virkelig forbruk har en mye større detaljeringsgrad enn Ahus. Fordelen med inndelingen til Ahus er at den er enkel og oversiktlig. Faren er at inndelingen blir for upresis, og selv om den er felles for hele Helse Øst så har det lite å si i forhold til om det er riktig detaljeringsgrad. I tillegg vil vi også kommentere at Ahus kun anvender fordelingsnøkklene på endringer i budsjettet fra et år til et annet. Økonomiavdelingen arbeider ut fra en antakelse om at de historiske fordelingene er korrekte. Dermed vil eventuelle skjevheter fra et år ikke rettes opp neste år.

Dersom det brukes en fordelingsnøkkel til å fordele kostnadene i en kostnadsgruppe har en et en-rate system. Fordelen med dette systemet er at det er enkelt å foreta sammenligninger. Alle de tre helseforetakene vi studerte benyttet et en-rate system. I tillegg til en-rate systemet benytter St. Olavs Hospital to-rate systemet for å fakturere IT-kostnadene (Hemit). Da de tre helseforetakene i all hovedsak benytter en-rate systemet vil de ikke med like god nøyaktighet som med to-rate systemet kunne beregne hvor store utslag i kostnadene en endring i produksjonen vil medføre. Fordi en-rate systemet er en metode som gjør det vanskelig å vite hva som er faste kostnader gir den incentiver til å bygge ned kapasiteten (Horngren *et al.*, 2003). Helseforetakene har frem til i dag ventelister på flere områder, dette vil motvirke eventuelle incentiver i en-rate systemene til å bygge ned kapasiteten. Ved å benytte en internpris hvor det er en fast og en variabel belastning, det vil si et to-rate system, kan en redusere faren for suboptimalisering knyttet til kostnadsbaserte internpriser. Grunnen til dette er at ved å benytte et to-rate system fjerner en risikoen til leverende avdeling i forhold til å få dekke sine faste kostnader. Dermed blir incentivene til leverende avdeling om å påvirke etterspørselen etter deres tjenester fjernet. To-rate systemet vil ikke fjerne støtteavdelingenes incentiver til å underrapportere budsjettet forbruk da leverende avdeling fordeler sine faste kostnader med utgangspunkt i budsjettet forbruk. Resultatet av en slik underrapportering kan resultere i at leverende avdelingens faste kostnader blir skjevt fordelt på etterspørrende avdelinger.

Tilnæringsmetode

Som fordelingsmetode har Ahus valgt direkte metode. Dette er en enkel fordelingsmetode som kan føre til en unøyaktig fordeling av felleskostnadene fordi den ikke på noen måte tar hensyn til gjensidig avhengighet. Til Ahus sitt forsvar, er dette en metode som er mye benyttet i praksis fordi den er enkel og oversiktlig. St. Olavs Hospital har på sin side valgt å benytte en metode som er tilnærmet stegmetoden som delvis tar hensyn til gjensidig avhengighet. Slik vi har forstått det, så ville ikke St. Olavs Hospital og heller ikke de andre helseforetakene hatt noe særlig å hente på å ta i bruk kryssfordeling, da de forskjellige støtte- og serviceavdelingene i liten grad leverer tjenester til hverandre hvor kostnadene blir fordelt videre, og fordi dette er en komplisert og ressurskrevende metode. På tross av våre anstrengelser har vi ikke klart å avdekke hvilken fordelingsmetode Helse Bergen benytter.

5.6.3 Ingen fordeling

Både Helse Bergen og St. Olavs Hospital har en del kostnader tilknyttet støtteavdelingene som ikke fordeles til de behandlende avdelingene. Dette er kostnader som enten kommer inn under definisjonen til sanne felleskostnader, eller som er volumavhengige indirekte kostnader hvor det ikke foretas noen registrering i forhold til den bruken av tjenesten som er knyttet til kostnadene. Ahus har ingen indirekte kostnader som ikke fordeles, det vil si at de fordeler alle sine indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern.

En del av de kostnadene som Helse Bergen og St. Olavs Hospital ikke fordeler, og som ikke kommer inn under begrepet felleskostnader, mener vi at de to helseforetakene ved hjelp av moderne systemer kan registrere bruken av tjenestene tilknyttet de kostnadene og ta i bruk internpris eller fordele etter virkelig forbruk. Et eksempel på disse kostnadene er IT-kostnader som kan relateres til bestemte IT-tjenester.

Vi vil avslutningsvis i dette kapittelet anbefale helseforetak å behandle de kostnader som det etter litt anstrengelser kan relateres til en støttetjeneste faktureres til de behandlende avdelingene ved hjelp av internpriser.

5.7 Sanne felleskostnader blir ofte ikke fordelt

I teorikapitlet introduserte vi begrepene autonomkostnader, særkostnader og shapley value. Kjennskap til disse begrepene kan gjøre arbeidet med å dele felleskostnader enklere og særlig i forhold til å begrunne de valgene som tas.

Under intervjuprosessen ble det klart for oss at sanne felleskostnader ikke var et begrep som var kjent blant intervjuobjektene. Sanne felleskostnader ble ikke brukt som en betegnelse i noen av helseforetakets kostnader. Dette er kostnader som kan være vanskelig å fordele dersom en ikke kjenner til de metodene som teorien anbefaler. På grunn av opptrappingsplanen i psykisk helsevern og mistanken om at disse midlene ikke er blitt brukt til det de var ment, er behovet for å legitimere fordelingen av alle indirekte kostnader som er felles for psykisk helsevern og somatikken økt. Dette gjelder også fordelingen av sanne felleskostnader. Derfor bør de kostnadene som kan defineres som sanne felleskostnader fordeles etter en av metodene vi har nevnt i teoridelen, og gjerne i kombinasjon med en begrunnelse for hvorfor en har valgt som en har gjort.

Ahus, som er det eneste helseforetaket som ikke benytter internpriser, er også det eneste helseforetaket som fordeler alle kostnadene sine. Ahus fordeler imidlertid alle sine kostnader ved hjelp av de tre fordelingsnøklerne, areal, årsverk og liggedøgn uavhengig om det gjelder volumavhengige indirekte kostnader eller sanne felleskostnader. De kostnadene Ahus definerer som særkostnader holdes utenfor kostgruppene som fordeles etter nøkler. Særkostnadene fordeles i stedet direkte til den avdelingen det gjelder. Dette må likevel ikke forveksles med den ene metoden en kan benytte ved å dele sanne felleskostnader, på grunn av at de kostnadene som Ahus ikke fordeler med nøkler ikke kan defineres som sanne felleskostnad. Konsekvensen av det faktum at Ahus også fordeler sanne felleskostnader ved hjelp av nøkler kan for psykisk helsevern slå ut i begge retninger. Utfallet er avhengig av psykisk helseverns rettmessige andel av disse kostnadene i forhold til den andelen som de blir belastet ut fra fordelingsnøklerne. I denne sammenheng må vi ta i betraktning psykisk helseverns prosentvise andel av de felles indirekte kostnadene nokså lav, det vil si rundt 4-5 %, og sammen med utsagnet til avdelingslederen for psykisk helsevern hvor han mente at psykisk helsevern kom godt ut av Ahus sin fordeling av de indirekte kostnadene som er felles for både somatikk og psykisk helsevern.

I Helse Bergen og ved St. Olavs Hospital fordeles ikke de sanne felleskostnadene. Da Helse Bergen fordeler etter et prinsipp om at enhetene skal belastes de kostnadene de faktisk forbruker, og St Olavs Hospital fordeler kostnadene til hvor den oppstår og er påvirkbar, vil det bli kostnader som ikke fordeles. Det er på grunn av at volumuavhengige kostnader, og derav sanne felleskostnader, er kostnader som ikke direkte påvirkes av faktisk forbruk og er ikke direkte påvirkbare. På denne måten har Helse Bergen og St. Olavs Hospital gjennom fordelingsstrategien sin automatisk ekskludert fordeling av indirekte volumuavhengige kostnader. I og med at støtte- og service i utgangspunktet blir ansett for å tilhøre somatikken, får somatikken hele den økonomiske belastningen knyttet til sentral stab. Da vi i intervjuene med Helse Bergen og St. Olavs Hospital stilte spørsmål om hvordan disse sanne felleskostnadene ble finansiert, fikk vi ganske unnvikende svar. Det samme var tilfellet i forbindelse med oppklarende spørsmål knyttet til hvordan de fordelte midler de får av staten.

Vedrørende de sanne felleskostnadene anbefaler vi at helseforetakene seriøst vurderer om metodene som er anbefalt brukt ved deling av felleskostnader kan være bedre egnet enn ingen fordeling eller fordeling etter nøkler. De metodene som benyttes til deling av felleskostnader er også egnet til å fremme kostnadsbesparende samarbeid på tvers av de behandlende avdelingene.

5.8 Mangel på psykiatere er den største flaskehalsen knyttet til opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen innebærer at det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i perioden 1999-2008. Hensikten er å bedre behandlingstilbudet og brukervennligheten av psykisk helsevern (odin.dep.no²). Departementet har forsøkt å sikre at midlene disponeres slik de er ment gjennom et detaljert rapporteringssystem.

Det tre helseforetakene har disponert opptrappingsmidlene på noenlunde like måter. Ahus har i hovedsak utviklet DPS'ene og rus, i tillegg til at de har vært nødt til å kjøpe behandling av private og offentlige institusjoner for å få behandlet pasientene. Dette er på grunn av mangelen på psykiatere. Helse Bergen har brukt opptrappingsmidlene til poliklinisk virksomhet, og å styrke DPS'ene samt andre eksisterende funksjoner. De opplever også et problem med mangel på psykiatere. Situasjonen er noenlunde lik på St. Olavs Hospital. De har brukt opptrappingsmidlene til DPS'ene, på barne- og ungdomspsykiatri, poliklinisk

virksomhet og behandlerstillinger. Som Ahus og Helse Bergen har St. Olavs Hospital også et problem med mangel på psykiatere.

Det er de samme problemstillingene som går igjen i alle helseforetakene. Dette fører til at helseforetakene ikke kan legge satsningsområdet der de ønsker, og må bruke opptrappingsmidlene på andre tiltak. Vi ser at midlene i hovedsak har blitt brukt til å styrke eksisterende funksjoner og har i liten grad blitt brukt til å ansette flere nøkkelpersoner, da disse ikke finnes. Det ser ut som midlene i stor grad er disponert innenfor psykisk helsevern, og at det har ført til en bedring av behandlingstilbudet i psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen har blitt godt mottatt av helseforetakene, og det var absolutt nødvendig at psykisk helsevern ble prioritert. Opptrappingsplanen har imidlertid, som nevnt over, en veldig detaljert rapporteringsform som det er delte meninger om. Ahus er det eneste helseforetaket som synes at det er positivt at det er strenge rapporteringskrav, da det ivaretar bruken av midlene. Det var ingen positiv tone til hvordan opptrappingsmidlene skulle rapporteres i Helse Bergen og på St. Olavs Hospital. Ingen av de to helseforetakene hadde noen offisielle synspunkt på hva de synes om rapporteringen.

I og med at det i finansieringen av helseforetakene gir incentiver til å vri ressurser vekk fra psykisk helsevern, konkluderer vi med at det er et behov for å følge opp hvordan øremerkede midler anvendes. Dette holder vi fast med selv om den holdningen vi har sett hos helseforetakene har vært at de ikke har noen hensikter om å vri midler over til psykisk helsevern. Utfordringen knyttet til opptrappingsplanen i psykisk helsevern, er først og fremst mangelen på psykiatere, og det er årsaken til at helseforetakene har problemer med å innfri forventningene.

5.9 Utviklingen fra 2001 og frem til i dag

I denne delen skal vi sammenligne utviklingen i brutto driftskostnader og lønnskostnader i psykisk helsevern i forhold til somatikken i perioden 2001 og frem til 2004, samt endringen i antall årsverk for samme periode. Grunnen til at vi ser på bruttodriftskostnader, lønnskostnader og årsverk for å analysere ressursveksten er fordi det innen psykisk helsevern ikke er utviklet pasientklassifiseringssystemer som gjør det mulig å beregne aktivitetsvekst som er korrigert for endring i pasienttyngde. For å kunne sammenligne de tre helseforetakene

har vi valgt å fokusere på endringstall. Valg av periode sees i sammenheng med at helsereformen ble innført i 2002. Det er derfor interessant å ta for oss perioden fra 2001 og frem til i dag, som er 2004 da regnskap fra 2005 ikke er ferdige i skrivende stund..

Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel					
Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	2001	2002	2003	2004	2001-2004
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)	Endring fra fjoråret	Endring fra fjoråret	Endring fra fjoråret	Endring fra fjoråret	Endring i perioden
Akershus universitetssykehus HF	9,1	16,8	5,2	1,3	24,5
Helse Bergen HF	19,5	1,2	8,6	3,4	13,6
St Olavs Hospital	16,4	6,8	12,1	18,3	41,5

Tabell 5.5 Brutto driftskostnader i somatiske tjenester (SSB 2005)

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel				
Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)	2002	2003	2004	2001-2004
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring i perioden (prosent)
Akershus universitetssykehus HF	15,8	15,2	27,3	69,9
Helse Bergen HF	11,0	10,5	10,6	35,6
St Olavs Hospital	27,5	18,0	-3,8	44,7

Tabell 5.6 Bruttodriftskostnader i psykisk helsevern og rus (SSB 2005)

Dersom vi studerer brutto driftskostnader og sammenligner utviklingen i psykisk helsevern (inkludert rus) opp mot somatikken, ser vi at veksten i psykisk helsevern over hele perioden 2001 til 2004 er større enn i somatikken. Ahus er det foretaket hvor det størst forskjell i veksten mellom somatikk og psykisk helsevern når en ser på brutto driftskostnader. I tillegg har Ahus en markant større vekst i bruttodriftskostnader i psykisk helsevern enn Helse Bergen og St. Olavs Hospital. Det skyldes blant annet Ahus i 2004 overtok noen opptaksområder for Oslo Nord og psykisk helsevern vokste betraktelig både med hensyn til månedsverk, areal, budsjett og antall senger. Dersom vi ser på endringen perioden 2001 til 2004, ser vi at stigningen for brutto driftskostnader i somatikken på Ahus er avtagende, mens det ved samme helseforetak innenfor psykisk helsevern er en nokså jevn stigning i perioden 2001-2003 og en forhøyelse i stigningen i perioden 2003-2004.

I Helse Bergen er veksten i psykisk helseverns brutto driftskostnader er nesten det dobbelte av veksten i somatikkens brutto driftskostnader. Stigningstallet for bruttodriftskostnader innen psykisk helsevern holder seg nokså jevnt og ligger mellom 10,5 og 11 % i perioden 2001-2004. Det samme stigningstallet innen somatikken i Helse Bergen varierer noe mer, men er

fallende. I denne sammenheng kan vi også nevne at psykisk helsevern har omtrent samme andel av helseforetakets driftsinntekter som andel av kostnader knyttet til interne kjøp, noe som høres nokså rimelig ut.

I tallene til St. Olavs hospital har vi for psykisk helsevern brukt tall fra Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF frem til og med 2002. Ved St. Olavs Hospital er veksten i psykisk helseverns bruttodriftskostnader i perioden 2001-2004 på 44,7 %. Denne veksten er nok så lik tilsvarende vekst i somatikken som er på 41,5 %. Dette helseforetaket er det eneste hvor veksten i brutto driftskostnader i psykisk helsevern er fallende, og hvor det er en negativ utvikling fra 2003 til 2004. Dette er en nokså drastisk endring i stigningen på så få år, da den går fra å være 27,5 % i 2002 til -3,8 % i 2004. Det at psykisk helsevern har redusert sine brutto driftskostnader i perioden 2003-2004 er litt merkelig med tanke på at dette er et satsingsområdet og at de fremdeles får tilført opptrappingsmidler. Utviklingen i psykisk helsevern harmonerer heller ikke med at respondenten fra psykisk helsevern synes at kostnadsnivået knyttet til støttetjenester er større i dag enn hva det var i 2002, og at de arbeider med å tallfeste dette.

Samtidig ser vi at veksten i brutto driftskostnader i somatikken ved St. Olavs Hospital i perioden 2001-2002 har en fallende trend for deretter å snu i 2003 og har frem til i 2004 en stigende tendens. For det første har utviklingen av stigningstallet til psykisk helsevern sine brutto driftskostnader en uheldig sammenheng med det faktum at Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF per 01.01.2003 fusjonerte med St. Olavs Hospital, og for det andre så har utviklingen av stigningstallet til bruttodriftskostnader tilhørende somatikken i dette helseforetaket en motsatt tendens i forhold til psykisk helsevern.

Lønnskostnader

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

Lønnskostnader	2001	2002	2003	2004	2001-2004
	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring i perioden (prosent)
Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 673)					
Akershus universitetssykehus HF	12,9	7	7,1	3,2	18,3
Helse Bergen HF	18,2	2,5	8,2	3	14,1
St Olavs Hospital	18,5	3,9	10,3	17,8	35,0

Tabell 5.7 Lønnskostnader i somatiske tjenester (SSB 2005)

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Kostnader etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

Lønnskostnader	2002	2003	2004	2001-2004
Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)	Endring fra fjoråret (prosent)	Endring fra fjoråret	Endring fra fjoråret	Endring i perioden
Akershus universitetssykehus HF	0,0	17,0	29,1	51,1
Helse Bergen HF	15,1	9,8	9,1	37,9
St Olavs Hospital	19,7	15,3	0,4	38,5

Tabell 5.8 Lønnskostnader i psykisk helsevern (SSB 2005)

De samme tendensene som vi så med brutto driftskostnadene finner vi igjen dersom vi studerer tilsvarende tall for lønnskostnadene.

Lønnskostnadene i tilknytning til somatikken på Ahus har i perioden 2001-2004 vært på 18,3 %, noe som er vesentlig lavere enn tilsvarende endring innen psykisk helsevern som er på 51,1 %. Vi ser at stigningstallet til lønnskostnadene i somatikken har en fallende utvikling fra 12,9 % i 2001 til 3,2 % i 2004. I motsetning til somatikken har tilsvarende stigningstall for psykisk helsevern en positiv utvikling, og går fra å være 0 % i 2001 til 29,1 % i 2004. Også i disse tallene gjenspeiles virkningen fra at psykisk helsevern utvidet sitt opptaksområde i 2004.

I likhet med Ahus har Helse Bergen en større økning i lønnskostnadene innenfor psykisk helsevern enn hva som er tilfellet for somatikken i perioden 2001-2004. Lønnskostnadene innen somatikken og psykisk helsevern økte med henholdsvis 18,3 % og 37,9 %. Også tendensen for stigningstallet til lønnskostnadene innenfor somatikken har samme trend i Helse Bergen som i Ahus, med andre ord en negativ helning. Utviklingen til stigningstallet for lønnskostnadene gjeldende psykisk helsevern i Helse Bergen har en nokså stabil tendens, og har i den senere tid stabilisert seg rundt 9 %.

Økningen i lønnskostnadene til somatikken tilhørende St. Olavs Hospital har i perioden 2001-2004 vært på 35 %. Dette er en noe større økning enn hva som er tilfellet for somatikken i Ahus og Helse Bergen. Også stigningstallet til lønnskostnadene for somatikken ved St. Olavs Hospital har en litt annen utvikling enn de to andre helseforetakene som vi har sett på. De to første årene har dette stigningstallet en negativ utvikling, og i likhet med brutto driftskostnadene snur også stigningstallets utvikling i 2003 og får en mer positiv utvikling. Innenfor psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital har stigningen til lønnskostnadene en fallende trend. I 2002 var stigningen 19,7 %, og i 2003 15,3 %. Disse tallene står i kontrast til endringen i 2004 som kun var en økning på 0,4 %. Vi finner med andre ord litt av de samme

tendensene som vi fant i brutto driftskostnader. Sammenhengene som vi nevnte i forbindelse med analysen av St. Olavs Hospitals brutto driftskostnader er uheldige.

Årsverk

Årsverk ved sykehus og andre somatiske institusjoner, etter region, stillingskategori, funksjoner, tid og statistikkvariabel

Sum alle funksjoner	2002	2003	2004	Prosentvis endring i fra 2002-2004
	Årsverk i alt	Årsverk i alt	Årsverk i alt	
Akershus universitetssykehus HF	2 823	2 650	2 781	
Prosentvis endring Akershus universitetssykehus HF		-6,1 %	4,9 %	-1,5 %
Helse Bergen HF	5 236	5 586	5 421	
Prosentvis endring Helse Bergen HF		6,7 %	-3,0 %	3,5 %
St Olavs Hospital	4 001	4 352	4 951	
Prosentvis endring St. Olavs Hospital		8,8 %	13,8 %	23,7 %

Tabell 5.9 Årsverk ved somatiske tjenester

Årsverk ved institusjoner i psykisk helsevern, etter region, stillingskategori, tid og statistikkvariabel

I alt	2002	2003	2004	Prosentvis endring i fra 2002-2004
	Årsverk	Årsverk	Årsverk	
Akershus universitetssykehus HF	539,80	764,06	839,51	
Prosentvis endring Akershus universitetssykehus HF		41,5 %	9,9 %	55,5 %
Helse Bergen HF	1 086,91	1 182,14	1 248,47	
Prosentvis endring Helse Bergen HF		8,8 %	5,6 %	14,9 %
Samlet Psykisk helsevern i Sør Trøndelag HF (2002) og St. Olavs Hospital (2003 og 2004)	952,95	1 032,91	1 050,06	
Prosentvis endring St. Olavs Hospital og PH-ST		8,4 %	1,7 %	10,2 %

Tabell 5.10 Årsverk ved psykisk helsevern

St. Olavs Hospital er det eneste av de helseforetakene vi har sett på som har en lavere vekst i antall årsverk innenfor psykisk helsevern (10,2 %) enn i somatikken (23,7 %) i perioden 2002-2004. Ahus og Helse Bergen har en vesentlig høyere vekst innenfor psykisk helsevern i forhold til somatikken innenfor samme periode. Ahus er imidlertid det eneste helseforetaket som har redusert antall årsverk i somatikken i denne perioden.

Analysen vi har gjort av regnskapstall er kun av en indikerende art, da vi i stedet for å kunne analysere finansieringen og fordelingen av felleskostnadene har vært nødt til å se på utviklingen av brutto driftskostnader, lønnskostnader og årsverk. Dette datamaterialet har vi hentet fra Statistisk Sentralbyrå. Vi kan med andre ord ikke konkludere med at psykisk helsevern subsidierer somatikken på grunnlag av disse tallene.

Selv om vi i denne analysen ikke har kunnet avdekke noen vridningseffekter grunnet de incentivene som ligger i finansieringen av helseforetakene, har vi heller ikke grunnlag for utelukke at det ikke er tilfellet. Dette er fordi vi kun har sett på tre foretak, og fordi vi ikke, med unntak av Helse Bergen, har få inngående kjennskap til foretakenes interne budsjetter og regnskap i forhold til fordeling av finanser og indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern i perioden 2001-2004.

DEL VI Avslutning

I dette kapittelet trekkes en konklusjon på bakgrunn av analysen. Deretter foretar vi en diskusjon og validering av resultatene rapporten gir, hvor vi til slutt redegjør for videre arbeid innenfor området.

6.1 Konklusjon

Hensikten med denne rapporten er å avdekke om helseforetakene, gjennom sine valgte måter å fordele indirekte kostnader på, har ført til at psykisk helsevern belastes en større andel av disse enn det de er med å generere. For å kunne uttale oss om dette, har vi i denne rapporten tatt for oss tre helseforetak i Norge, og sett på hvordan de behandler helseforetakets indirekte kostnader som er felles for somatikken og psykisk helsevern. I analysedelen har vi tatt for oss hvordan disse kostnadene behandles i budsjetteringsprosessen og hvilke konsekvenser det har opp mot avdelingene i helseforetaket. Videre har vi sett på hvilke incentiver som ligger i de forskjellige valg knyttet til hvordan helseforetakene fordeler disse kostnadene.

Det finnes mange uløste problemer i helseforetakene knyttet til økonomisk styring. Da tenker vi spesielt på utfordringen helseforetakene har knyttet til å oppnå budsjettbalanse og å unngå underskudd. Utfordringen knyttet til budsjettbalanse ligger blant annet i at helseforetakene må forstå de økonomiske konsekvensene av at de er blitt statlige foretak og ikke lengre er underlagt fylkeskommunene.

I forbindelse med denne utfordringen, mener vi at helseforetakene bør ta i bruk holdningsskapende arbeid i kombinasjon med at det mer aktivt tas i bruk forhandlinger. Det er viktig for holdningen til budsjettet at avdelingene føler seg hørt i budsjettarbeidet, og at økonomiavdelingen opptrer mer som en rådgivende avdeling i forhold til krav om effektivisering slik som vi har sett eksempler på fra Ahus. Det første steget på veien mot budsjettbalanse, er å få avdelingene med på en sunn økonomisk tankegang som innebærer bruk av budsjettene som et styringsverktøy.

I budsjetteringsprosessen blir de indirekte kostnadene fordelt og synliggjort ut i avdelingene. Det er, som vi så i analysen, en del utfordringer knyttet til fordeling av indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern. For å redusere disse problemene mener vi at

det er ønskelig og et behov for å markere et større skille mellom det psykisk helsevern-økonomi og somatikkens økonomi. På denne måten synliggjøres kostnadene til de to avdelingene bedre, og det vil være lettere for avdelingene å akseptere den delen av kostnadene de tildeles. I tillegg er vi av den oppfatning at det er i helseforetakenes egen interesse at det utvikles felles retningslinjer for dette arbeidet. For en god del av de volumavhengige indirekte kostnadene mener vi at kostnadene bør fordeles etter virkelig forbruk og gjerne med utgangspunkt i internpriser. Når det gjelder kostnader som helseforetak ønsker å fordele, anser vi direkte metode, og eventuelt stegmetoden, som tilstrekkelige og praktisk gjennomførbare metoder. Som et ledd i å skille psykisk helsevern sin økonomi fra somatikken vil det også være et behov for å dele de sanne felleskostnadene mellom dem.

Verken Ahus, Helse Bergen eller St. Olavs Hospital har en optimal fordeling av de indirekte kostnadene sine. Alle helseforetakene påpekte at de ville ha et så riktig økonomisk bilde som mulig, men måten de fordeler indirekte kostnader på i dag fremskaffer ikke det. For at helseforetakene skal få et riktig økonomisk bilde av somatikken og psykisk helsevern er det viktig at de bruker ressurser på å skille kostnadene rettmessig mellom disse enhetene. For å få dette til må de være konsekvente på hvilke valg de legger til grunn ved fordelingene, de må fordele alle kostnadene, både volumavhengige og volumuavhengige indirekte kostnader, og de må kommunisere viktigheten av kostnadsfordelingen ut til alle ansatte i helseforetaket. Det er viktig at alle ansatte er med på den økonomiske tankegangen da det ofte er de som setter i gang prosesser som tar opp ressurser og dermed genererer kostnader. Alle helseforetakene er godt på vei med kostnadsfordelingene, men det er som sagt mangler i måten de fordeler kostnadene på. Vi er inneforstått med at kostnadsfordelinger er en omfattende prosess som krever mye, men som vi var inne på i analysen skal det ikke nødvendigvis så mye til for å få en enda bedre fordeling.

Ut fra den informasjonen vi har hatt tilgjengelig og har ervervet oss, har vi i denne rapporten ikke kunnet avdekke at ressursbruken i helseforetakene bevisst vris vekk fra psykisk helsevern. Vi har sett at incentivene og muligheten er der, men at sjansen for at det skjer reduseres ved motstridende meninger om hvem som skal bære kostnadene. I de helseforetakene som vi har studert, har det ikke vært noen formeller normer og retningslinjer for hvordan de skal hindre at ressurser vris vekk fra psykisk helsevern. Dette er et moment som uroer, men det er beroligende at våre intervjuobjekter har uttrykt at det ikke er en bevisst vridning av ressursene i retning somatikken. Selv om vi ikke har klart å påvise noen

ressursvridning fra psykisk helsevern og over på somatikken, kan vi ut fra det datagrunnlaget som vi har heller ikke på noen måte utelukke at så ikke er tilfellet.

6.2 Diskusjon og validering av resultater

I Norge er det gjennomført en del studier på område helseøkonomi, men størstedelen er gjort innenfor samfunnsøkonomisk retning. De studiene som er gjort ut fra et bedriftsøkonomisk ståsted, har i liten grad tatt for seg problemene rundt fordeling av felleskostnader mellom ulike avdelinger på sykehus. Med bakgrunn i teori og erfaringer har vi tilegnet oss kunnskaper på området og forsøkt å beskrive hvordan en kan gå frem for å forbedre kostnadsfordelingene i gitte helseforetak for å hindre at de nevnte vridningseffekter oppstår.

Konklusjonen bygger på casestudier som er utformet ved hjelp av intervjuer. Ved bruk av intervjuer er det viktig å være klar over at det som blir sagt kan inneholde feilmarginer, dette er noe som kan svekke påliteligheten. Som nevnt i kapittel 3 er dette noe vi har tatt hensyn til ved å vurdere innsamlet informasjon kritisk. Dette gjorde vi for å øke rapportens validitet.

Det vil stilles spørsmål ved om funnene i denne rapporten er gjeldene for andre sykehus i Norge. Resultatene i denne utredningen kan være svekket på grunn av de er bygget på få studieobjekter. Det som styrker validiteten til resultatet er at helseforetakene er fra ulike regioner og at de har forskjellige måter å fordele kostnadene på. Validiteten styrkes også ved at vi har tatt opp problemstillinger i forhold til fordeling av kostnader som er relevante for andre sykehus.

Den sekundære informasjonen er en solid kilde, men den ser på endring i driftskostnader og ikke endring i fordelte midler. Denne kilden bidrar imidlertid til å bygge opp under de funnene vi avdekket gjennom intervjuene.

6.3 Områder for videre arbeid

Vi har i denne rapporten konsentrert oss om hvordan de tre helseforetakene fordeler de indirekte kostnadene som er felles for psykisk helsevern og somatikk. Da helseforetakene ikke har en tilfredsstillende fordelingsteknikk, ser vi også et behov for å rette oppmerksomheten mot hvordan helseforetakene fordeler sine inntekter mellom somatikk og psykisk helsevern.

Dette er et annet område hvor det er mulig å vri ressursbruken vekk fra psykisk helsevern. I den forbindelse vil det være konstruktivt å benytte en større andel kvantitativt datamateriell (tall), for å kunne foreta en mer nøytral analyse som ikke er farget av intervjuobjektene.

Litteraturliste

Bøker

- Andersen, Svein S. (1997): *Case-studier og generalisering: Forskningsstrategi og design*. Fagbokforlaget, Bergen
- Askildsen, Jan Erik og Kjell Haug (2001): *Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet*. J. W. Cappelens Forlag as, Oslo.
- Bjørnenak, Trond og Olson, Olov (1995): *Utvikling av økonomisystemer: - med vekt på eksperimentell systemlæring*. TANO.
- Dalland, Olav (2002): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Gjøvik.
- Grenness, Tor (1997): *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Tano Aschehoug, Otta
- Hansen, Terje og Bjørn Svendsen (1996): *Økonomisk styring av foretak*. Cappelen akademisk forlag, Oslo
- Horngren, Charles t., Sirkant M. Datar og George Foster (2003): *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*. 11. utgave. Prentice Hall, New Jersey.
- Innes, John og Falconer Mitchell (1993): *Overhead cost*. Academic press LTD, San Diego, California.
- Nørgaard, Per, Ingrid Borud og Jørn Engevik (2003): *Det store norske Økonomileksikon*. Læremiddelforlaget AS, Sandefjord
- Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak (2003): *Helse i hver krone?: Om økonomisk styring i helsesektoren*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

Tranøy, Knut Erik (1986): *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Universitetsforlaget, Oslo.

Wildavsky, Aaron (1975): *Budgeting: A comparative theory of budgetary processes*. Little, Brown and Company, Boston, Toronto.

Artikler

Høgheim, Sverre og Kjell Grønhaug, (1996): Ideal og realitetar i budsjettering: Ei samanlikning mellom normativ teori og observert åtferd. (*Høgskulen Sogn og Fjordane-notat*, n nr 6/96)

Olsen, J. P., (1970): Local budgeting: Decision-making or a ritual act? *Scandinavian Political Studies*, Vol. 8, pp. 85-118)

Zimmerman, Jerold L., (1979): 1978 Competitive Manuscript Award: The costs and benefits of cost allocations. *The accounting review*, vol. LIV, No. 3)

Rapporter

Hagen, Terje P, Olav Slåttebrekk, Daniel Haga, Trine Magnus, Jon Magnussen, Kjetil Hustoft, Ursula Falkmer, Lars Erik Flatø, Elisabeth Blørstad, Vigdis Moe Skarstein og Grethe Brundtland, (2002): Norges offentlige utredninger 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialhelsetjenesten*.

Magnussen, Jon, Helge Bryne, Marianne n: Fålun, Tor Iversen, Cecilie M. Batalden, Karl G. Øhrn og Katarina Østergren, (2005): *Årsrapport Beregningsutvalget for spesialhelsetjenesten*.

Nettadresser

www.ahus.no

¹⁾http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?iDisplayType=2&iCategoryId=335&iInfoId=1771&mids=735 Dato15.09.05, kl 13.50

www.helse-bergen.no

- 1) <http://www.helse-bergen.no/NR/rdonlyres/eoyigdoqti5umwyj5cpm5gltrsqf4byvveir5iue45hivltnujzv3nyiyq5gwofyquicyfpnzdakhc/aarsmelding2003.pdf>. Dato 13.10.05, kl 12.30
- 2) http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/Om_Helse_Bergen.htm, Dato 13.10.05, kl 12.40

www.nyeahus.no

http://www.nyeahus.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=339&I=981&mids=184. Dato 07.12.05, kl 07.54

<http://www.rit.no/stolav/>

- 1) <http://www.rit.no/StOlav/Om+St+Olavs+Hospital+HF/historikk.htm> - Dato 17.10.05, kl 15:25
- 2) <http://www.rit.no/StOlav/Om+St+Olavs+Hospital+HF/index.htm> - Dato 17.10.05, kl 15:40
- 3) <http://www.rit.no/stolav/Om+St+Olavs+Hospital+HF/sykehuset+i+tall/nokkeltall+.htm> - 17.10.05 kl 15:40
- 4) <http://www.rit.no/stolav/resources/stolav%20arsrapp%20web.pdf> – Dato 17.10.05, kl 15:40

www.shdir.no

- 1) http://www.shdir.no/psykisk/opptrappingsplanen/direktoratets_oppgaver/ Dato 08.12.05, kl 09.00
- 2) http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS_16_2003_2134a.doc Dato 02.02.06, kl 16:35

odin.dep.no

- 1) <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stprp/030005-030014/hov001-bn.html> Dato 08.12.05, kl 09.10
- 2) <http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stprp/030005-030014/hov002-bn.html> Dato 08.12.05, kl 09.11

³⁾ <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/hod/2004/prm/048071-070004/dok-bn.html> Dato 08.12.05, kl 10.55

⁴⁾ <http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/pressesenter/pressem/042071-070172/dok-bn.html> Dato 08.12.05, kl 11.05

www.sintef.no

¹⁾ http://www.sintef.no/content/page1____5964.aspx Dato 08.12.05, kl 11.21

²⁾ http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA_Spesialhelsetjenesten_2004.pdf Dato 15.01.06, kl 22.40

³⁾ http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Rapport_1-05_SAMDATA_Somatikk_2004.pdf Dato 15.01.06, kl 22.40

⁴⁾ http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA_Psykisk_helsevern_sektorrapport_2004.pdf Dato 15.01.06, kl 22.40

www.ssb.no

<http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>

Dato 12.12 2005, kl 20.47 og 11.01 2006, kl 21.06

03.02. Helsetjenester

Spesialhelsetjenesten: 03735

Spesialhelsetjenesten, psykisk helsevern: 03753 og 03749

Spesialhelsetjenesten, regnskapstall: 03720

Spesialhelsetjenesten, somatikk: 03747

Figur- og tabelliste

Figurliste:

Figur 2.1	19
Figur 2.2	25
Figur 2.3	26
Figur 4.3	88

Tabelliste:

Tabell 3.1	55
Tabell 4.1	78
Tabell 4.2	79
Tabell 4.4	93
Tabell 4.5	94
Tabell 4.6	94
Tabell 4.7	95
Tabell 4.8	114
Tabell 4.9	114
Tabell 5.1	122
Tabell 5.2	124
Tabell 5.3	125
Tabell 5.4	126
Tabell 5.5	138
Tabell 5..6	138
Tabell 5.7	139
Tabell 5.8	140
Tabell 5.9	141
Tabell 5.10	141

Vedlegg

Vedlegg 1. Intervjuguide økonomiavdelingen

Først forklarer vi hva vi mener/forstår med felleskostnadene til helseforetakene, og forskjellen på indirekte kostnader og sanne felleskostnader

1. Kan du fortelle litt om helseforetakets felleskostnader (indirekte kostnader)?

Hvilke indirekte kostnader har dere? Gi eksempler fra støtteavdelingene. Har det vært vesentlige endringer i hva som anses som indirekte kostnader?

(Hvordan grupperes de?)

Hvordan behandles felleskostnadene i budsjettet?

Er de en del av budsjettet til somatikk eller har de et eget budsjett i likhet med psykisk helsevern og hvorfor har dere organisert det slik?

Kan du beskrive den historiske utviklingen av disse kostnadene (størrelse, prosentvis endring)?

2. Kan du fortelle litt om prosessen med fordeling av felleskostnadene (indirekte kostnader)?

Hvem har ansvaret for å fordele felleskostnadene (indirekte kostnader)? Primært og sekundært.

I hvor stor grad blir det benyttet skjønn?

Hvor/på hvilke områder kommer skjønnet inn? Gi eksempler.

Hvilke fordelingsnøkler bruker dere? Gi eksempler.

Hvorfor fordeler dere slik? Hva er begrunnelsen for å gjøre det på den måten? Hvilke forutsetninger har dere tatt, lineær? Gir denne fordelingen en god beskrivelse av kostnadenes profil?

Hvor ofte revideres disse? Har dere gjort endringer i løpet av perioden, eksempler?

Har dere noe samarbeid med andre helseforetak ved utarbeidelse av fordelingsnøklerne?

Hvorfor fordeler dere disse kostnadene? – Hva skal dere bruke det til? Gi eksempler. Har dette endret seg over perioden? Er en av begrunnelsene nedenfor av større betydning enn de andre, hvilken?

Økonomiske beslutninger

Motivasjon
Kostnadsestimering/prising
Resultatmåling/evaluering

3. Fordeler dere **støttefunksjonenes** kostnader ut på enhetene/avdelingene? Hvilke støttefunksjoner har dere?

Hvorfor? → (Hva er grunnlaget for denne fordelingen? – Verdigrunnlag)

Rettferdighet/likhet

Årsak – virkning (det eneste gyldige for beslutninger)

Mottatt fordel

Bæreevne

Er noen av argumentene over mer viktige enn andre, hvilke, hvorfor, og har dette endret seg i perioden?

Hva ønsker dere å oppnå med dette, og hvorfor? Har det vært endringer her?

Kommunisere ressursforbruk

Redusere (over)forbruk

Prinsipal – agent problemet

Kostnader knyttet til eksternaliteter

Kostnadskontroll

Kapasitetsplanlegging

Outsourcing

4. Hvordan fordeler dere **støttefunksjonenes** kostnader ut på enhetene/avdelingene?

Hvorfor gjør dere det slik, har det vært gjort endringer på dette området?

Fordeler dere etter budsjetterte eller virkelige kostnader? – Hvorfor?

Fordeler dere etter budsjettert eller virkelig forbruk? – Hvorfor?

Hvor mange fordelingsnøkler bruker dere her? – Hvorfor?

En-ratesystem

To-ratesystem

Hvilken tilnæringsmetode benytter dere? – Hvorfor?

Fordeler dere indirekte kostnader fra en støttefunksjon til en annen?

Direkte metode

Stegmetoden

Kryssfordeling

Presiserer at vi nå går over til sanne felleskostnader.

Sanne felleskostnader er indirekte kostnader som ikke er volumavhengige. Og de kan ikke påvirkes av verken somatikken eller psykiatriavdelingen.

5. Vi lurer på om dere gjør forskjell mellom de volumavhengige og volumuavhengige indirekte kostnadene? Hvilke av de indirekte kostnadene mener dere hører til under begrepet sanne felleskostnader? Hvilken metode benytter dere for å fordele felleskostnadene (sanne felleskostnader/ common costs)? – Hvorfor?

Autonomkostnader

Særkostnader

Shapley value

Skjønn

6. Er det mulig å få tall for perioden 2002 og frem til i dag?

Totalt felleskostnader (oversikt over felleskostnadene)

Total budsjetttramme og finansiering for somatikk og psykiatri.

Øremerkede midler i psykiatri (opptrappingsplanen)

Hvor mye penger er gått til helseforetaket?

Til hvem har det gått? Hvilke begrunnelser er det for denne bruken?

Hvor er de brukt?

Hvordan fordeles disse pengene ut?

Hvor stor andel av felleskostnadene ble fordelt til psykiatri?

Til slutt:

7. Hvordan har utviklingen av fordeling av felleskostnader vært de siste årene? Fra 2002 til i dag.

8. Hvordan synes du styringen på generell basis har vært før og etter reformen?

9. Hvilke erfaringer har dere fått i forbindelse med opptrappingsplanen?

Hvordan synes du den fungerer?

Fornuftig bruk av ressurser.

10. Kan du fortelle litt rundt budsjettet og budsjetteringsprosessen deres?

Hvordan foregår budsjetteringsprosessen hos dere?

Hvem har det overordnede ansvaret for budsjettet (på de ulike nivåene)?

Hvem er det som godkjenner det endelige budsjettet, og hvordan fungerer/er denne prosessen?

Politisk spill – prinsipal-agent – forhandlinger.

Hvilken rolle har økonomiavdelingen opp mot de enkelte avdelingslederne, her psykiatrien?

11. Hvordan har du opplevd budsjetteringsprosessen de siste årene? Fra 2002 til i dag.

Vedlegg 2. Intervjuguide psykiatrisk avdeling

Spørsmålene vinkles opp mot helseforetakets praksis og det vi har fått avdekket i intervjuet med økonomiavdelingen.

1. Hvordan synes du praksisen med fordeling av felleskostnader (indirekte kostnader) er?

Føles den riktig?

I hvilken grad blir det benyttet skjønn?

Synes du fordelingen av indirekte kostnader gir et riktig bilde av årsak – virkning (forbruk i forhold til påvirkning av kostnadene)?

Synes du fordelingen gir et riktig bilde av mottatt fordel?

(Hva med rettferdighet/liket og bæreevne?)

Synes du fordelingen av indirekte kostnader kommuniserer ressursforbruket deres av støttefunksjonenes tjenester?

Påvirker fordelingen av indirekte kostnader (over) forbruket deres av støttefunksjonenes tjenester? (eksternaliteter) Kostnadskontroll?

Motiverer det til å redusere forbruket av støtteaktivitetene?

Synes du at den gir et riktig bilde av resultatet (evaluering)? (Virker det etter sin hensikt?)

Metode valg:

Direkte metode

Stegmetoden

Kryssfordeling

Har du noen formening om hvor egnet helseforetakets metodevalg er?

Ser du noen skjevheter i forbindelse med denne metoden?

Antall fordelingsnøkler

En-rate system

To-rate system

Har du noen formening om hvor egnet helseforetakets valg av antall fordelingsnøkler er?

Ser du noen skjevheter ved å bruke dette antallet?

Kostnadsbase

Virkelige kostnader

Budsjetterte kostnader

Hva synes du om helseforetakets valg av kostnadsbase?

Fordelingsgrunnlag

Virkelig forbruk

Budsjettert forbruk

Praktisk kapasitet

Hva synes du om helseforetakets valg av fordelingsgrunnlag?

Hvilke muligheter har dere til å påvirke kostnadsfordelingen?

Si at vi går over til sanne felleskostnader og gi eventuell definisjon.

2. Hva synes du om praksisen, eller mangelen av praksis, med fordeling av felleskostnader (sanne felleskostnader/ common costs)?

Føles det riktig?

Hvilke muligheter har dere til å påvirke denne kostnadsfordelingen?

Metode valg:

Autonomkostnader

Særkostnader

Shapley value

Skjønn

3. Finnes det noen form for subsidiering når det gjelder fordeling av felleskostnader/finansiering av felleskostnader – fra psykiatri til somatikk eller fra somatikk til psykiatri i dine øyne?

4. Hvordan synes du utviklingen av fordeling av indirekte kostnader har vært fra 2002 og frem til i dag?

Kostnadsbildet. – Psykiatrien sin andel av indirekte kostnader i forhold til de økte rammevilkårene.

Endring i støtteavdelingenes ressursforbruk.
(Metodevalg.
Fordelingsgrunnlag
Fordelingsnøkler
Kostnadsbase)

5. Hvordan synes du styringen på generell basis har vært før og etter reformen?
6. Hvilke erfaringer har dere fått i forbindelse med opptrappingsplanen? Hvordan synes du den fungerer?
 - Fornuftig bruk av ressurser.
 - Hva har dere i hovedsak brukt de mottatte midlene til?
7. Kan du fortelle litt om budsjetteringsprosessen deres?
 - Hvordan opplever du den?
 - I hvilken grad blir deres avdeling inkludert i denne prosessen?
8. Hvordan har du opplevd budsjetteringsprosessen de siste årene? Fra 2002 til i dag.