

Budsjett som styringsverktøy

En casestudie av et offentlig, et privat ideelt og et privat kommersielt sykehus

Majken Kristiansen Sando & Tone Katrine Andersen

Veileder: Kurt R. Brekke

Masterutredning

Økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Forord

Denne utredningen er et resultat av det selvstendige skriftlige arbeidet som fullfører vår mastergrad ved Norges Handelshøyskole. Arbeidets omfang strekker seg over ett semester og er normert til 30 studiepoeng.

Utredningen omhandler bruk av budsjettering som styringsverktøy i ulike former for helseforetak. Organisasjonsformene vi har sett på er et offentlig sykehus, et privat ideelt sykehus og et privat kommersielt sykehus. En del av arbeidet har bestått i å gjennomføre 5 dybdeintervjuer med representanter fra de ulike helseforetakene, samt utsendelse av 34 spørreskjema til avdelingslederne. Vi vil med dette rette en stor takk til alle som har stilt opp på intervjuene, og til de som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsen. Denne utredningen ville ikke vært mulig å gjennomføre uten deres hjelp.

En spesiell takk til vår veileder Kurt R. Brekke ved Institutt for Samfunnsøkonomi for gode råd og konstruktiv kritikk underveis i vårt arbeid.

Bergen, 7. juni 2007

Majken Kristiansen Sando

Tone Katrine Andersen

Innhold

FORORD.....	3
INNHold.....	4
TABELLISTE.....	7
FIGURLISTE	8
SAMMENDRAG.....	9
1. INNLEDNING.....	11
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING	11
1.2 TEORETISK UTGANGSPUNKT	12
1.3 FREMGANGSMÅTE FOR DATAINNSAMLING	13
1.4 KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING	13
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR.....	14
2. KORT OM ORGANISASJONSFORM OG SYKEHUSREFORMEN.....	15
2.1 ORGANISASJONSFORM	15
2.2 SYKEHUSREFORMEN	17
3. TEORETISK RAMMEVERK.....	19
3.1 PRINSIPAL-AGENTTEORI.....	19
3.1.1 <i>Tiltak for å redusere prinsipal-agentproblemet.....</i>	<i>21</i>
3.2 DEN IDEELLE ØKONOMISKE STYRINGSPROSESSEN.....	23
3.3 BUDSJETTERINGSTEORI.....	25
3.3.1 <i>Budsjetteringsmetode.....</i>	<i>26</i>
3.3.2 <i>Valg av budsjetteringsmetode med henhold til mål ved budsjettet.....</i>	<i>28</i>
3.3.3 <i>Fordeler og ulemper ved de ulike metodene.....</i>	<i>29</i>
3.3.4 <i>Generell kritikk av budsjettering</i>	<i>30</i>
3.4 BUDSJETTETS ROLLE I ET OFFENTLIG SYKEHUS – EMPIRISKE FUNN.....	31
3.5 KOBLINGER MELLOM BUDSJETT OG REGNSKAP	33
4. METODE.....	35
4.1 VALG AV STUDIEOBJEKT	35

4.2	FORSKNINGSDESIGN	36
4.3	METODER FOR DATAINNSAMLING.....	37
4.3.1	<i>Datainnsamling på ledelsesnivå.....</i>	37
4.3.2	<i>Datainnsamling på avdelingsnivå.....</i>	38
4.3.3	<i>Spesielle analyseproblemer.....</i>	40
4.4	RELIABILITET OG VALIDITET	41
5.	EMPIRI OG ANALYSE	44
5.1	DET OFFENTLIGE SYKEHUSET	44
5.1.1	<i>Litt om sykehuset – virksomhet, mål og resultater</i>	44
5.1.2	<i>Historiske tall.....</i>	46
5.1.3	<i>Budsjetteringsmetode</i>	49
5.1.4	<i>Mulige effekter grunnet valg av budsjetteringsmetode.....</i>	49
5.1.5	<i>Svakheter ved budsjett som styringsverktøy</i>	54
5.1.6	<i>Spesielle utfordringer.....</i>	57
5.1.7	<i>Regnskapsrapportering, oppfølging og bruk av regnskapsinformasjon.....</i>	62
5.1.8	<i>Oppsummering</i>	64
5.2	DET PRIVATE IDEELLE SYKEHUSET	65
5.2.1	<i>Litt om sykehuset – virksomhet, mål og resultater</i>	65
5.2.2	<i>Historiske tall.....</i>	67
5.2.3	<i>Budsjetteringsmetode</i>	68
5.2.4	<i>Mulige effekter grunnet valg av budsjetteringsmetode.....</i>	69
5.2.5	<i>Svakheter ved budsjett som styringsverktøy</i>	71
5.2.6	<i>Spesielle utfordringer.....</i>	73
5.2.7	<i>Rapporteringsrutiner, oppfølging og bruken av regnskapsinformasjon.....</i>	73
5.2.8	<i>Oppsummering</i>	74
5.3	DET PRIVATE KOMMERSIELLE SYKEHUSET.....	75
5.3.1	<i>Litt om sykehuset – virksomhet, mål og resultater</i>	75
5.3.2	<i>Historiske tall.....</i>	77
5.3.3	<i>Budsjetteringsmetode</i>	78

5.3.4	<i>Mulige effekter grunnet valg av budsjetteringsmetode</i>	79
5.3.5	<i>Svakheter ved budsjett som styringsverktøy</i>	82
5.3.6	<i>Spesielle utfordringer</i>	83
5.3.7	<i>Regnskapsrapportering, oppfølging og bruk av regnskapsinformasjon</i>	86
5.3.8	<i>Oppsummering</i>	87
5.4	SAMMENLIGNING AV DE ULIKE SYKEHUSENE.....	88
6.	KONKLUSJON	94
6.1	DE ULIKE SYKEHUSENE.....	94
6.1.1	<i>Det offentlige sykehuset</i>	94
6.1.2	<i>Det private ideelle sykehuset</i>	95
6.1.3	<i>Det private kommersielle sykehuset</i>	96
6.2	OMRÅDER FOR VIDERE STUDIER.....	96
	LITTERATURLISTE	97
	VEDLEGG	101
	VEDLEGG NR. 1 INTERVJUGUIDE:	101
	VEDLEGG NR. 2: RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN – INNDELING ETTER SYKEHUS	103
	VEDLEGG NR. 3: RESULTATER SPØRREUNDERSØKELSE I OFFENTLIG SYKEHUS – INNFRIDD VS. IKKE INNFRIDD	109
	VEDLEGG NR. 4 – FULLSTENDIG RESULTAT OFFENTLIG SYKEHUS	114
	VEDLEGG NR. 5 – FULLSTENDIG RESULTAT PRIVAT IDEELT SYKEHUS	120
	VEDLEGG NR. 6 – FULLSTENDIG RESULTAT PRIVAT KOMMERSIELT SYKEHUS	122

Tabelliste

Tabell 1 Avdelingsledernes oppfatning av sykehusledelsens mål (offentlig sykehus)....	45
Tabell 2 Områder for beslutningsmyndighet offentlig sykehus	46
Tabell 3 Avdelingsledernes meninger om budsjetteringsprosessen i det offentlige sykehuset.....	52
Tabell 4 Er avdelingsbudsjettet realistisk? (Offentlig sykehus).....	53
Tabell 5 Budsjett som hinder (offentlig sykehus)	55
Tabell 6 Grunnlag for utarbeidelse av avdelingsbudsjett i det offentlige sykehuset.....	56
Tabell 7 Budsjettets rolle i avdelingen (offentlig sykehus)	56
Tabell 8 Mulige scenarier ved budsjettunderskudd (offentlig sykehus)	61
Tabell 9 Mulige scenarier ved budsjettoverskudd (offentlig sykehus)	62
Tabell 10 Bruk av regnskapsinformasjon i det offentlige sykehuset	63
Tabell 11 Avdelingsledernes oppfatning av sykehusledelsens mål (privat ideelt sykehus)	66
Tabell 12 Områder for beslutningsmyndighet (privat ideelt sykehus).....	66
Tabell 13 Avdelingsledernes rolle i budsjetteringsprosessen (privat ideelt sykehus).....	70
Tabell 14 Ønske om budsjettansvar (privat ideelt sykehus).....	72
Tabell 15 Avdelingsledernes oppfatning av sykehusledelsens mål (privat kommersielt sykehus)	76
Tabell 16 Beslutningsmyndighet i det privat kommersielle sykehuset	77
Tabell 17 Avdelingsledernes meninger om budsjetteringsprosessen i det privat kommersielle sykehuset.....	81
Tabell 18 Oppfattes budsjett som et hinder for endringer? (Privat kommersielt sykehus)	83
Tabell 19 Mulige scenarier ved underskudd (private kommersielle sykehuset).....	85
Tabell 20 Avdelingsledernes evaluering av budsjett ift. resultat (privat kommersielt sykehus)	86
Tabell 21 Oppsummering av alle sykehusene	90
Tabell 22 Hovedfokuset til ledelsen – alle sykehusene	90

Figurliste

Figur 1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus (NOU 1999:15)	15
Figur 2 Prinsipal og agent	19
Figur 3 Den ideelle økonomiske styringsprosessen (Pettersen og Bjørnenak 2003)	25
Figur 4 Oppbyggingsmetoden	27
Figur 5 Nedbrytingsmetoden	27
Figur 6 Fire verdener i den økonomiske styringsprosessen	33
Figur 7 Regnskapsmessig resultat vs budsjettert resultat i offentlig sykehus	47
Figur 8 Kostnader (offentlig sykehus)	47
Figur 9 Inntekts- og kostnadsavvik i prosent (offentlig sykehus)	48
Figur 10 Regnskapsmessig resultat og budsjett 2002-2006 for det private ideelle sykehuset	67
Figur 11 Inntekts- og kostnadsavvik (privat ideelt sykehus)	68
Figur 12 Regnskapsmessig resultat versus budsjett (privat kommersielle sykehuset) ..	77
Figur 13 Inntekts- og kostnadsavvik i prosent (privat kommersielt sykehus)	78

Sammendrag

Hovedtemaet for utredningen er økonomisk styring i helseforetak, med fokus rettet på bruk av budsjett som styringsverktøy. Vi foretar en casestudie av tre ulike organisasjonsformer: et offentlig, et privat ideelt og et privat kommersielt sykehus. Problemstillingen lyder: ***Hvordan benyttes budsjettet som styringsverktøy i sykehus, og hvilke virkninger har dette for måloppnåelsen i offentlig sykehus, privat ideelt sykehus, og privat kommersielt sykehus?***

Det teoretiske utgangspunktet for analysen inkluderer prinsippal-agentteori, den ideelle økonomiske styringsprosessen, og generell budsjetteringsteori. Det er også benyttet funn fra en empirisk forskning.

Casestudiet tar utgangspunkt i et eksplorativt forskningsdesign. Studiet tar i bruk både kvalitative og kvantitative metoder for datainnsamling, gjennom flere dybdeintervju og en spørreundersøkelse. Det er også benyttet noe sekundærdata, herunder sykehusenes årsrapporter og budsjetter. Funnene i studiet kan vanskelig generaliseres grunnet få studieobjekter og variasjon i størrelse, geografisk område, organisasjonsform, og behandlingstilbud.

Analysen av datamaterialet kartlegger sykehusenes mål og måloppnåelse, budsjetteringsmetode, spesielle utfordringer grunnet organisasjonsform, samt rapporteringsrutiner og oppfølging. I tillegg drøftes svakheter ved og konsekvenser knyttet til budsjetteringsprosessen i forhold til relevant teori. Sammenligningen av de tre sykehusene viser at det er nokså store forskjeller med hensyn til de fleste overnevnte momenter. Det offentlige og det private ideelle sykehuset har mål om nullresultat, mens det private kommersielle sykehuset har mål om lønnsomhet. Begge de private sykehusene har i perioden 2002-2006 akkumulert sett nådd sine økonomiske mål, mens det offentlige sykehuset har store budsjettunderskudd.

Utredningen konkluderer med at i det offentlige sykehuset bidrar ikke budsjett som styringsverktøy til å nå det økonomiske målet om nullresultat, blant annet grunnet fravær av konsekvenser ved budsjettunderskudd. I det private ideelle sykehuset blir ikke budsjett brukt som et styringsverktøy. Målet om nullresultat oppnås likevel gjennom aktiv bruk av regnskapsinformasjon og likviditetsstyring. I det private kommersielle sykehuset bidrar

budsjett som styringsverktøy til at målet om lønnsomhet nås, blant annet grunnet bruk av belønningssystem.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for tema og problemstilling

Interessen for å skrive en utredning innen helseøkonomi oppstod som følge av bred mediedekning om stadige budsjettoverskridelser i helseforetakene i Norge. Noe av hensikten med sykehusreformen i 2002 var å få orden på økonomien, og få mer ut av hver helsekrone. Allikevel rapporteres det om gjentakende, store underskudd i alle helseregionene, med unntak av Helse Øst som er den eneste regionen som har holdt budsjettet alle årene etter at sykehusreformen ble iverksatt 1.1.2002 (Hafstad, Aftenposten, 04.10.2006).

Sykehusreformens hensikt var blant annet å innføre mer bedriftsøkonomiske prinsipper i den økonomiske styringen i de offentlige sykehusene. I bedriftsøkonomisk teori står målet om profittmaksimering sentralt. Offentlige sykehus fyller en samfunnsøkonomisk rolle ved å være tilbyder av offentlige goder. Målet om god kvalitet på helsetjenester og tilgjengelighet for alle antas derfor å være de sentrale målene. Johannessen og Olaissen (2007) deler aktørene i sykehus inn i to hovedgrupper: de helsefaglige (leger, sykepleiere, etc.) og de foretaksfaglige (politikere og administrasjonen). Suksesskriteriene for det helsefaglige perspektivet fokuserer på helse og kvalitet, mens det foretaksfaglige perspektivet fokuserer på økonomi og marked. Virksomheten kan derfor ha to mål, kvalitet og budsjettoverholdelse, som kan være i konflikt med hverandre.

Vårt overordnede tema er økonomisk styring i helsesektoren, herunder budsjett som styringsverktøy. Temaet blir utforsket over ulike organisasjonsformer, på tvers av offentlig og privat marked. Organisasjonsformene vi har valgt å se på er offentlig sykehus, privat ideelt sykehus, og privat kommersielt sykehus. Motivasjonsmessig er det interessant å gjennomføre en slik komparativ studie fordi muligheten til å sammenligne økonomisk styring på tvers av markedsform er tilstede.

Tradisjonelt sett har offentlige sykehus vært organisert som forvaltningsorgan, hvor staten har sikret seg direkte innflytelse på styringen av sykehusene. En rekke endringer, som økt konkurranse om pasientene, innsatsstyrt finansiering og kapitalkrevende teknologi, har gitt et behov for en organisering i mer bedriftsorientert retning. Sykehusene ble derfor organisert

under fem regionale helseforetak, Helse Vest, Helse Øst, Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør. Helseforetakene er selvstendige rettssubjekt, med ansvar for egen økonomi og eget styringsorgan. Staten står som eier og garantist for at helseforetakene ikke går konkurs. Privat ideelle sykehus er en organisasjonsform som står mer fritt i forhold til statlig styring. Disse organisasjonene er egne rettssubjekt, men får en stor del finansiering fra staten. Slike organisasjoner har derfor stor selvstendighet når det gjelder styring av virksomheten. Private kommersielle sykehus er avhengig av å skaffe egen inntektskilde. Private foretak vil ha faren for konkurs hengende over seg, og har ingen garantist mot konkurs slik som offentlige sykehus har. Vår antagelse er at private kommersielle sykehus har en tradisjon for å følge bedriftsøkonomiske prinsipper og dermed er mer fokusert på lønnsomhet enn det offentlige og private ideelle sykehuset er. Grunnet vedvarende underskudd i offentlige helseforetak, til tross for innføring av bedriftsøkonomiske prinsipper gjennom sykehusreformen, er det interessant å sammenligne økonomisk styring i disse ulike institusjonene.

1.2 Teoretisk utgangspunkt

Prinsipal-agentteori, beskrevet av for eksempel Opstad (2000), benyttes for å beskrive potensielle problemer tilknyttet målkonflikter og asymmetrisk informasjon i sykehusene. Deretter har vi tatt utgangspunkt i den økonomiske styringsprosessen beskrevet i Anthony og Young (2003), og avgrenset oppgaven til å omhandle budsjett og rapportering. Prinsippene for økonomisk styring gjelder for private såvel som for offentlige institusjoner (jf. Anthony og Young 2003), og vi benytter derfor modellen på tvers av organisasjonsformene. Fokuset i oppgaven er bruk av budsjett som styringsverktøy i de ulike organisasjonene. Det tas utgangspunkt i budsjetteringsprosessen. Deretter kartlegges oppfølgingen av budsjettet. Vi vil forsøke å avdekke om det finnes elementer ved budsjetteringen som kan forklare mulige suksesser/problemer i de valgte sykehusene. Vi ønsker å kartlegge målene for budsjettering, hvordan budsjetteringsprosessen foregår, budsjetteringsmetode, virkninger av valgt budsjetteringsmetode, og hvordan budsjettet benyttes som styrings- og kontrollverktøy. En mer generell budsjetteringsteori er hentet fra Boye et al. (1999) som omhandler ulike budsjetteringsmetoder; oppbyggingsmetoden, nedbrytingsmetoden, iterative metoder og kombinasjonsmetoder. Boye et al. (1999) viser at målene for budsjettering vil være veiledende for valg av budsjetteringsmetode. Vi ønsker å finne ut om sykehusenes mål for

budsjettering, og valg av budsjetteringsmetode, er hensiktsmessig med tanke på måloppnåelse. Videre kommer vi inn på mer generell kritikk av budsjettering, for å kunne identifisere mulige problemer i virksomhetene. Det vil også benyttes funn fra en empirisk forskning, utført av Nyland og Pettersen (2004), som undersøker budsjettets rolle i et universitetssykehus i Norge.

1.3 Fremgangsmåte for datainnsamling

Budsjett er et styringsverktøy som kan benyttes for å regulere prinsipal-agentforholdet i en organisasjon. For å fange opp intensjonene med budsjett som styringsverktøy vil studien starte på ledelsesnivå (økonomiavdelingen) i sykehusene. Her benyttes en kvalitativ datainnsamling, herunder dybdeintervju.

Deretter vil forholdet mellom ledelsen og avdelingene i sykehuset bli undersøkt ved hjelp av kvantitativ datainnsamling. Dataene innhentes gjennom en spørreundersøkelse blant avdelingslederne. I tillegg innhentes noe sekundær data gjennom årsrapporter og budsjettforslag.

1.4 Konkretisering av problemstilling

Tema i denne oppgaven er økonomisk styring i tre ulike organisasjonsformer offentlig sykehus, privat ideelt sykehus, og privat kommersielt sykehus. Problemstillingen er som følger:

Hvordan benyttes budsjettet som styringsverktøy i sykehus, og hvilke virkninger har dette for måloppnåelse i offentlig sykehus, privat ideelt sykehus, og privat kommersielt sykehus?

Det fokuseres på den overordnede økonomiske målsettingen, samt mål med budsjett som styringsverktøy.

1.5 Oppgavens struktur

Kapittel 2 gir en kort innføring i ulike organisasjonsformer for offentlige sykehus i Norge, samt en innføring i sykehusreformen som ble iverksatt i januar 2002.

I kapittel 3 presenteres det teoretiske rammeverket for utredningen. Kapitlet innledes med prinsippal-agentteori. Deretter presenteres budsjetteringsteorien.

Kapittel 4 omhandler metoden som er benyttet for å tilnærme seg empirien.

I kapittel 5 er empirien gjengitt og analysert ut ifra det teoretiske rammeverket. Der er også foretatt en sammenligning av sykehusene.

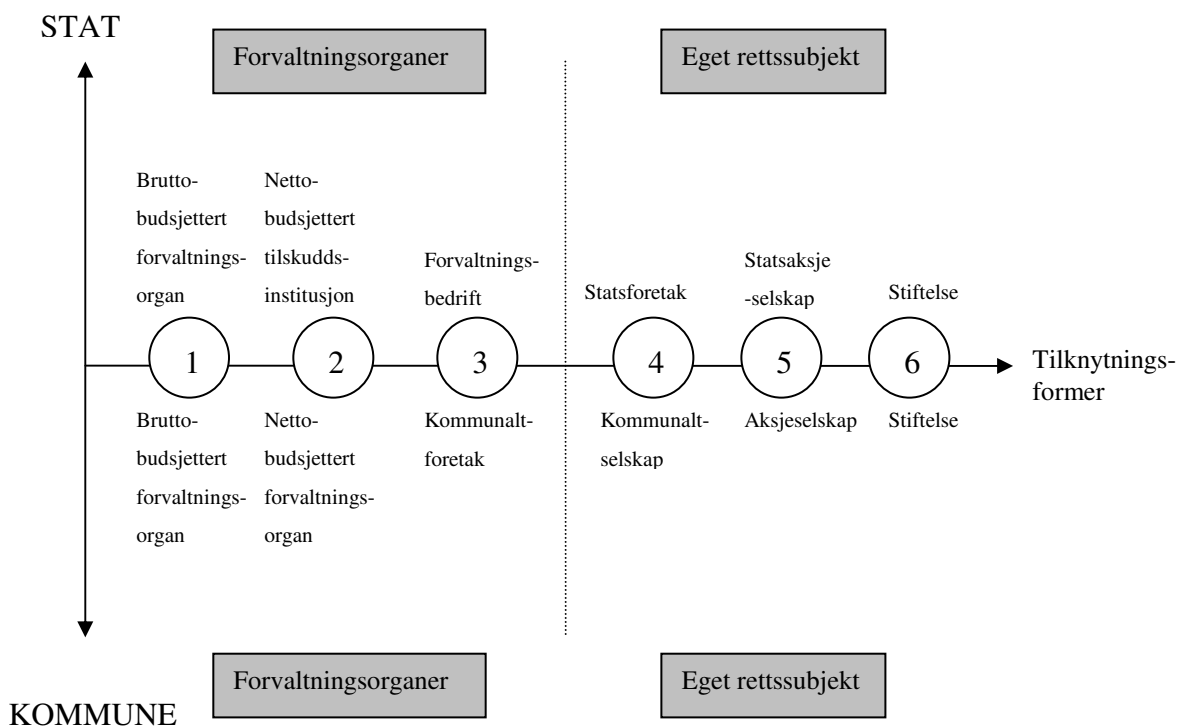
Kapittel 6 oppsummerer og konkluderer funnene i analysen.

2. Kort om organisasjonsform og sykehusreformen

Dette kapittelet gir en kort innføring i ulike organisasjonsformer, samt sykehusreformen innført i januar 2002.

2.1 Organisasjonsform

I dette avsnittet omtales organisasjonsformene på et generelt grunnlag basert på en rapport fra NOU (1999:15) om tilknytningsformer for offentlige sykehus. Figuren nedenfor viser seks kategorier for tilknytningsformer. Graden av fristillelse fra statlig styring øker fra venstre mot høyre. Til venstre for den stiplede linjen er organisasjonsformene en del av staten som juridisk person. Til høyre for den stiplede linjen er organisasjonsformene egne rettssubjekter, og således ikke en del av staten som juridisk person (NOU 1999:15).



Figur 1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus (NOU 1999:15)

Tradisjonelt sett har offentlige sykehus i Norge vært organisert som forvaltningsorgan, det vil si til venstre for den stiplede linjen i modellen. Gjennom denne organisasjonsformen har politiske aktører sikret seg innflytelse og deltatt i styringen sammen med sykehusledelsen. Et åpenbart problem med dette har vært begrenset handlefrihet og selvstyring i sykehusene. Forvaltningsorganene kjennetegnes ved at de er en del av staten som juridisk objekt, er direkte underlagt stortinget, regjeringen og departementet, finansieres helt eller delvis gjennom bevilgninger, og staten har mulighet til overordnet styring av driften. Økt konkurranse om pasienter, kapitalkrevende teknologi, medisinsk innovasjon og nye kommunikasjonsformer er eksempler på endringer som utfordrer forvaltning som organiseringsform. Sykehus-Norge har hatt en markedsorientert utvikling og har derfor blitt omorganisert til statlige helseforetak. Det innebærer at organiseringen har beveget seg til høyre for den stiplede linjen i modellen ovenfor. Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi. Et vesentlig poeng er at de ikke kan gå konkurs. Staten står som eier av helseforetakene, og styrer fra eierposisjon overfor styret i de regionale helseforetakene. Styringsmulighetene til helseforetakene er begrenset gjennom lovgivning (Pettersen & Bjørnenak 2003).

Stiftelser er selvstendige rettssubjekt og er ikke en del av staten rettslig sett. Organisasjonsformen har plassering helt til høyre i figuren. Fordi stiftelser eier seg selv begrenser dette det offentliges mulighet til overordnet styring. Staten har ikke mulighet til å benytte instruksbasert styring eller eierstyring, men kan påvirke for eksempel gjennom vilkår for bevilgninger, oppnevning av styremedlemmer og lovgivning. Slike organisasjoner er derfor kjennetegnet ved stor grad av selvstendighet i forhold til politisk påvirkning. Privatetablerte stiftelser er ikke underlagt statens regelverk for forvaltning, men kan være majoritets- eller minoritetsfinansiert. Ved majoritetsfinansiering finansierer staten halvparten eller mer av virksomheten. Ved minoritetsfinansiering finansieres mindre enn halvparten av virksomheten. Beskrivelsen av stiftelser i rapporten gjelder:

”... stiftelser som er etablert med medvirkning av et statlig eller fylkeskommunalt organ, og stiftelser som mottar statlig/fylkeskommunalt tilskudd til driften av sin virksomhet” (NOU 1999:15 s.79).

Stiftelser som er etablert av private ideelle organisasjoner skiller seg ikke mye fra offentlige sykehus, med unntak av organisasjons- og eierform, fordi de er offentlige finansierte, underlagt offentlig helseplan og sykehusloven (NOU 1999:15).

Dersom man skal plassere private kommersielle sykehus i modellen overfor, kan det tenkes at disse har plassering helt til høyre i figuren etter stiftelser. Slike sykehus er helt uavhengig i forhold til statlig innflytelse. Riktignok kan regionale helseforetak representere en stor etterspørter av deres tjenester, men private kommersielle sykehus må sørge for eget inntektsgrunnlag. Målet om lønnsomhet antas å stå sterkere i denne organisasjonen enn i de to andre, blant annet grunnet større risiko for konkurs og et krav til avkastning.

2.2 Sykehusreformen

Fra og med 2002 overtok staten eierskap og ansvar for spesialisthelsetjenesten i Norge. Tidligere var institusjonene eiet og drevet av fylkeskommunene. Staten påvirket styringen gjennom finansieringsordninger, bevilgninger, lovgivning og godkjenning av regionale helseplaner (Nerland 2007). Reformens hovedintensjon var å kombinere en klar overordnet statlig ansvars- og eierposisjon overfor sykehusene, med økt lokal myndighet gjennom fortaksorganisering (Sosial- og helsedepartementet 2001). Det ble opprettet fem regionale helseforetak (RHF): Helse Sør, Helse Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. En pågående organisasjonsendring innebærer at Helse Øst og Helse Sør slås sammen til et RHF. De regionale helseforetakene eier helseforetakene (HF) i sin region, har egne styrever og budsjetter, og får sine bevilgninger over statsbudsjettet. De har overordnet ansvar for å sørge for tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt geografiske område. Reformen inkluderer en ny organisering og styring av sykehusene ettersom disse nå er organisert som foretak. Helsepolitiske målsetninger og rammeverk besluttes av staten og skaper utgangspunkt for ledelse av helseforetakene. Bevilgningene går nå direkte fra staten til de regionale helseforetakene. Fordeling av midler mellom helseforetakene er overlatt til de regionale helseforetakene, og helseforetakene har på sin side myndighet til å fordele ressurser mellom sine institusjoner (Nerland, 2007). Den daglige driften er helseforetakets styre og ledelse sitt ansvar, mens det regionale helseforetaket og staten sikrer innflytelse på driften gjennom foretaksmøtet.

Noe av hensikten med sykehusreformen var å bedre den økonomiske styringen av de offentlige sykehusene gjennom å gi hvert sykehus økonomisk ansvar. Retningslinjer for økonomistyringen ble også endret i mer bedriftsøkonomisk retning, hvor kontantprinsippet ble erstattet av regnskapslovens regler for avskrivninger. Kontantprinsippet innebærer blant annet at investeringer kostnadsføres når utbetalingen skjer. I henhold til regnskapsloven skal en del av investeringen derimot årlig kostnadsføres som avskrivning, mens resten av investeringen oppføres som eiendel i regnskapet (Nerland 2007). Dette er regnskapsprinsipper som har vært gjeldende for private sykehus i lang tid.

Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehus, poliklinikker, legespesialister, ambulansetjenester og annet. De fem regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og tjenestene ytes både i sykehus og fra privatpraktiserende spesialister og klinikker. De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen, enten gjennom sykehus som de selv eier og som er organisert som helseforetak, eller ved avtale med private tjenesteytere (odin.dep.no: ansvarsområder). Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Den skal også gi veiledning til pasienter og kommunalt helsepersonell, drive undervisning og medisinsk forskning. Tjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Den offentlige spesialisthelsetjenesten er organisert som 32 helseforetak i fem helseregioner (www.regjeringen.no: St.prp. nr. 1).

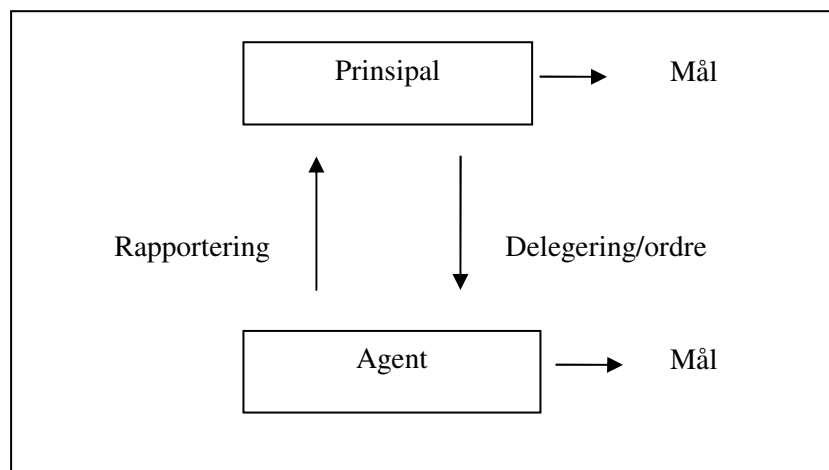
Spesialisthelsetjenesten er finansiert gjennom basisbevilgninger og aktivitetsavhengige bevilgninger, kalt innsatsstyrt finansiering (ISF). Deler av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres således avhengig av hvor mange pasienter som får behandling, deres diagnoserelaterte gruppe (DRG) og en nasjonal standardkostnad per behandling (Hagen og Kaarbøe 2004). Finansieringsordningen skal oppmuntre til å kartlegge kostnader, og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling (www.regjeringen.no: ISF).

3. Teoretisk rammeverk

Kapittelet innledes med prinsipal-agentteori for å illustrere hvordan budsjett kan anvendes som styringsverktøy for å regulere prinsipal-agentforhold i sykehus. Deretter presenteres budsjetteringsteorien som er relevant for utredningen. Hensikten med budsjettering, budsjetteringsmetoder og mulige konsekvenser ved valg av metoder diskuteres. Dette rammeverket benyttes for å identifisere budsjetteringen i de ulike helseforetakene, samt for å analysere effektene av budsjett som styringsverktøy.

3.1 Prinsipal-agentteori

I alle typer foretak vil man møte problemer i form av asymmetrisk informasjon¹ og motstridene interesser som kan resultere i målkonflikter. Slike problemstillinger kan man se nærmere på ut ifra prinsipal-agentteori (Hendrikse 2003). Agenten er den som utfører en handling, mens prinsipalen er den som agenten handler på vegne av (Opstad og Berg 1992). Prinsipalen gir agenten en oppgave han skal utføre med det formål å ivareta prinsipalens interesser. Opstad og Berg (1992) illustrerer forholdet mellom prinsipal og agent slik:



Figur 2 Prinsipal og agent

¹ Asymmetrisk informasjon betyr at en part besitter mer informasjon enn den andre parten. I et prinsipal-agentforhold holdes det fokus på vesentlig informasjon agenten innehar som prinsipalen ikke har tilgjengelig (Opstad 2000).

Denne problemstillingen finner man igjen i helseforetak hvor man har prinsipal-agentforhold på mange nivåer. Sykehusets eier kan være prinsipalen, mens helseforetakets ledelse er agenten. For et offentlig sykehus vil ledelsens oppgave i så måte være å ivareta statens interesser; i dette tilfelle å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen samtidig som man holder seg innenfor de økonomiske betingelsene som er satt. For private kommersielle sykehus er det ledelsens oppgave å møte avkastningskravet som eierne setter, mens det for et privat ideelt sykehus er sykehusledelsens oppgave å ivareta stiftelsens formål og vedtekter. Man kan også se flere eksempler på prinsipal-agentforhold internt i foretakene. I et sykehus kan en prinsipal være agent i ett eller flere andre prinsipal-agentforhold (Opstad 2000). En prinsipal kan også ha mange agenter under seg, for eksempel har ledelsen mange avdelingsledere under seg, som igjen har ulike interesser og mål. Den administrative ledelsen kan sees på som prinsipal og avdelingslederne som agenter. I budsjetteringssammenheng kan prinsipal-agentforholdet illustreres ved graden av desentralisering i utarbeidelsen av budsjettet. Den administrative ledelsen sammen med økonomiavdelingen setter rammene for budsjettet, og avdelingslederne utarbeider avdelingsbudsjett for å oppfylle ledelsens krav. Prinsipal-agentproblemet vil således være potensielt større i et foretak med høy grad av desentralisering fordi ledelsen da overlater større del av ansvaret til avdelingslederne.

Prinsipal-agentproblemet oppstår når agenten ikke handler etter prinsipalens interesser, men jobber mot å oppnå egne mål og interesser. Det kan være flere årsaker til at agenten og prinsipalen har forskjellige mål og interesser, og at agenten derfor ikke er lojal mot oppgaven som prinsipalen har gitt. Opstad (2000) beskriver seks slike forhold:

- i) *Helhetsvurdering*: Prinsipalen ser de ulike virksomhetene i sammenheng og har derfor større fokus på overordnede mål og på en helhetlig vurdering. Eksempelvis er sykehusledelsen opptatt av total tjenesteyting, mens avdelingslederne er opptatt av egne målsettinger.
- ii) *Nærhet til brukerne*: Agenten har nærmere kontakt med kundene/pasientene og er derfor mer opptatt av behovene de har. En lege vil for eksempel ha større fokus på medisinske beslutninger til beste for pasienten, mens sykehusledelsen kan ha fokus på optimal ressursutnyttelse.
- iii) *Egeninteresse*: Både agenten og prinsipalen kan være opptatt av egne personlige interesser. For en lege kan ønsket være å prioritere forskning fremfor administrative oppgaver. Sykehusledelsen kan være opptatt av makt og i liten

grad være villig til å delegere oppgaver nedover i organisasjonen. Tilbøyelighet til opportunistisk atferd, ved å utnytte situasjoner til å tilfredsstille egne interesser, vil forsterke prinsipal-agentproblemet.

- iv) *Forskjellig virkelighetsoppfatning*: Prinsipal og agent har ulike oppfatninger om behov, hvordan situasjonen faktisk er, og hvilke tiltak som er nødvendige. For eksempel kan en avdelingsleder mene at det er nødvendig å ansette flere sykepleiere, mens sykehusledelsen heller ønsker å bruke ressurser på å få ned sykefraværet.
- v) *Ulik holdning til risiko*: Prinsipal og agent kan ha ulik grad av risikovillighet. Agenten kan være mer risikotakende i sin atferd fordi enkelte handlinger ikke medfører direkte konsekvenser for agenten.
- vi) *Målforskyvning*: Det er nødvendig å oppdatere og justere oppgaver og målsettinger over tid. Noen av aktørene vil være mer lojale enn andre, og noen vet bedre hvilke endringer som trengs. Eksempelvis kan en avdelingsleder fortsatt ha fokus på å korte ned ventelister selv etter at ledelsen har bestemt å prioritere reduksjon av budsjettavvik.

Dersom agenten på grunn av noen av disse forholdene velger å ikke handle etter prinsipalens interesser, kan man få ulike effekter. En konsekvens er at vedkommende ikke fullfører gitte oppgaver eller prioriterer enklere oppgaver. Resultatet vil være lav produktivitet som følge av agentens lave intensitet. En annen konsekvens kan være at agenten prioriterer andre oppgaver enn det prinsipalen ønsker fordi disse oppfattes som viktigere eller mer interessante. Dette kan føre til dårlig ressursfordeling og -utnyttelse som en konsekvens av agenters fokus på gale oppgaver i forhold til målsettingene satt av prinsipalen. Prinsipalen kan dermed bli påført en kostnad i form av svekket måloppnåelse. Opstad (2000) kaller denne kostnaden resttap.

3.1.1 Tiltak for å redusere prinsipal-agentproblemet

For å sikre at agenten jobber i samsvar med prinsipalens intensjoner, kan prinsipalen innføre diverse kontroll og insentivsystemer (Opstad og Berg 1992). Kontrollsystemer innføres for å begrense agentens valgmuligheter. Dette kan gjøres ved å innføre sterkere styringsdirektiver, for eksempel i budsjetteringsprosessen. For å sikre at agenten følger de føringene som er gitt

kan det innføres rutiner for tilbakemelding, eksempelvis periodisk regnskapsrapportering. Oppfølging av budsjett kan dermed føre til redusert resttap for sykehusledelsen. Samtidig vil sterkere kontroll føre til økt ressursbruk; en kostnad Opstad (2000) kaller styringskostnader. Incentivsystemer innføres for å oppmuntre agenten til å gjøre de riktige tingene (Opstad og Berg 1992). Riktig atferd belønnes slik at agenten ønsker å handle etter prinsipalens beste. Eksempler på slik belønning er forfremmelser, lønnsøkninger, økt variabel lønn (bonus), og økte midler til kurs og sosiale tilstelninger. Budsjettet kan spille en sentral rolle i et slikt belønningssystem, hvor en kan bruke parametre fra budsjett som måltall og gi belønning ut ifra grad av måloppnåelse.

Ved innføring av kontroll og incentiver må det foretas en avveining mellom redusert resttap og økte styringskostnader. Summen av disse kostnadene kalles agentkostnader. Stor grad av asymmetrisk informasjon vil øke agentkostnadene. Dette skjer når prinsipalen ikke kan observere agentens handlinger (eller det blir for kostbart), ikke kjenner til informasjonen som agenten baserer sine handlinger på, eller hvor mye innsats agenten legger ned for å oppnå et resultat (Opstad 2000). Ved eksempelvis budsjettunderskudd vil det være vanskelig for prinsipalen å vite om dette skyldes eksogene forhold eller agentens handlinger. I forhold til budsjetteringsprosessen kan agentkostnader bli et problem hvis agenten (avdelingslederen) manipulerer prinsipalen (styret) til å gi økte budsjettmidler grunnet manglende informasjon om for eksempel bemanningsbehov.

Opstad (2000) nevner ulike handlingsmåter for å redusere resttappet og minske effekten av asymmetrisk informasjon:

- i) *Spesifisering av målene:* Prinsipalen kan konkretisere foretakets målsettinger og lage spesifikke måltall som agenten skal nå. Slik sikrer han at agenten ikke tolker målsettingen på gal måte.
- ii) *Grad av delegering av beslutninger:* Prinsipalen kan styre i hvor stor grad agenten skal ha beslutningsmyndighet og hvilke saker agenten må innhente tillatelse om. Et eksempel på dette kan være at avdelingslederen må innhente tillatelse fra ledelsen ved ansettelse av nye medarbeidere.
- iii) *Omfang av pålagte oppgaver:* Flere pålagte oppgaver til agenten reduserer misbruk av tid på andre oppgaver. Prinsipalen kan pålegge agenten å prioritere spesifikke oppgaver.

-
- iv) *Instruks om måten oppgavene skal gjennomføres på:* Prinsipalen kan bestemme når og hvordan en arbeidsoppgave skal utføres for å redusere agentens valgmuligheter. For eksempel kan avdelingslederen lage spesifiserte arbeidsinstrukser for hva sykepleierne skal utføre i løpet av arbeidsdagen.
 - v) *Grader av rapportering og tilbakemelding:* Prinsipalen kan holdes oppdatert om måloppnåelse ved regelmessig rapportering fra agenten, og gjennom løpende forklaringer på eventuelle budsjettavvik.
 - vi) *Etablering av en felles kultur:* Sørge for at alle medarbeiderne har sammenfallende interesser med prinsipalen.
 - vii) *Belønnings- og sanksjonsordninger:* Ledelsen kan premiere agenten for oppnådde måltall, samtidig som avvik kan føre til straff. På denne måten vil det være i agentens interesse å yte innsats for å oppnå prinsipalens målsettinger.
 - viii) *Innføring av kontraktsstyring:* Ulemper tilknyttet asymmetrisk informasjon kan reduseres ved at agenten må konkurrere om spesifikke kontrakter. For eksempel kan det regionale helseforetaket bestemme at en type behandling kun skal tilbys av det mest konkurransedyktige helseforetaket.
 - ix) *Omorganisering av virksomheten:* Prinsipalen kan endre ledelsens sammensetning eller beslutningsprosedyrene i foretaket. Vedkommende kan for eksempel frata en avdelingsleder visse ansvarsområder dersom det eksisterer budsjettavvik.
 - x) *Utskiftning:* Prinsipalen kan si opp agenten dersom vedkommende ikke klarer å oppfylle de kravene som ledelsen setter.

Prinsipal-agentteori benyttes i analysedelen for å beskrive forholdet mellom sykehusledelsen og avdelingslederne. Videre knyttes teorien opp mot de spesifikke kontroll- og insentivsystemene hvert enkelt sykehus har. Budsjett er et konkret verktøy for å håndtere prinsipal-agentforholdet i sykehusene. Nedenfor presenteres budsjetteringsteorien som benyttes i studien.

3.2 Den ideelle økonomiske styringsprosessen

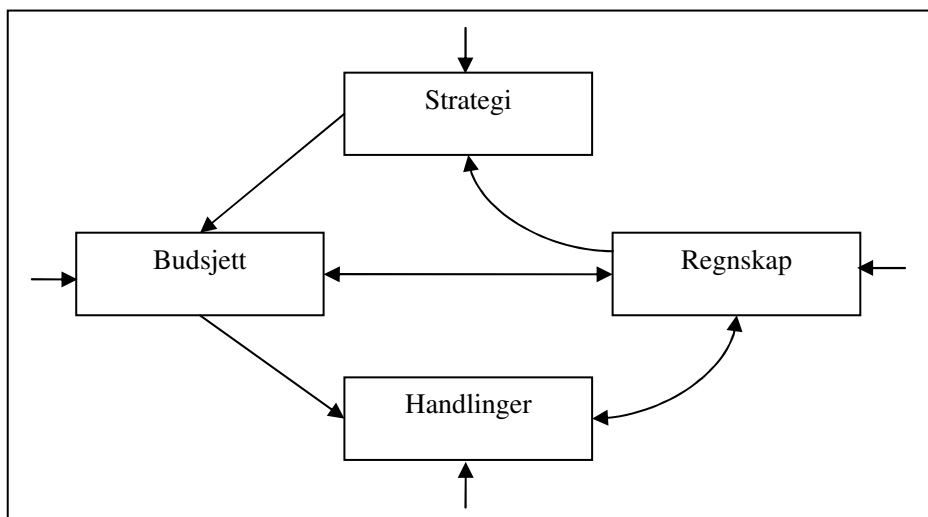
En av tankene bak sykehusreformen var at helseforetakene skal styres og organiseres etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Vi ønsker å se på økonomisk styring i ulike

organisasjonsformer for helseforetak. Prioriteres ulike mål i sykehusene? Er det slik at private sykehus har større fokus på økonomiske mål, og dermed oppnår bedre økonomiske resultater? Dette ønsker vi å få svar på ved å se på bruk av budsjett som styringsverktøy i disse virksomhetene.

Økonomi i offentlige sykehus dreier seg ikke om å spare for enhver pris, men om å velge de riktige løsningene slik at de riktige pasientene blir gitt et riktig tilbud på en best mulig måte. Økonomistyring i offentlige sykehus er den aktiviteten som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsettinger (Pettersen og Bjørnenak 2003). Dette er et begrep fra profittbaserte bedrifters verden, hvor overordnet mål er å maksimere egen fortjeneste. Prinsippene for økonomisk styring i det private gjelder også for nonprofit organisasjoner (Anthony & Young 2003). Offentlige og private ideelle sykehus sees på som nonprofit organisasjoner fordi den økonomiske målsettingen er nullresultat, og ikke overskudd.

Økonomisk styring er basert på de mål og strategier som allerede er utformet i organisasjonen. Økonomisk styring innebærer å implementere disse på en effektiv måte, basert på økonomiske prinsipper (Anthony & Young 2003). Dette gjelder for private så vel som for offentlige organisasjoner. Den formelle økonomiske styringsprosessen kan deles inn fire faser:

- Strategisk planlegging og målformulering
- Planlegging (budsjettering)
- Aktivitetsoppfølging (handlinger)
- Rapportering (regnskap) og evaluering



Figur 3 Den ideelle økonomiske styringsprosessen (Pettersen og Bjørnenak 2003)

Gjennom strategisk planlegging bestemmes tjenester som skal ytes i kommende periode og hva disse vil koste. Dette er basert på de organisatoriske målene som skal nås, samt strategiene som er utformet for å nå disse. Denne planleggingen har gjerne et langsiktig perspektiv. Budsjettet vil uttrykke den strategiske planleggingen i økonomiske termer, som viser aktivitetsnivå og kostnadsnivå for hele organisasjonen. Det endelige budsjettet er et resultat av forhandlinger mellom ledere på alle nivåer i organisasjonen med økonomisk ansvar. Aktivitetsoppfølging er de kontroller og rutiner som gjennomføres for å overvåke organisasjonens fremgang. Rapportering av regnskapsinformasjon benyttes for å koordinere og kontrollere nåværende aktivitet, evaluere prestasjoner og evaluere graden av måloppnåelse. Dette er en prosess som gjentas i en repeterende syklus (Anthony & Young 2003).

3.3 Budsjetteringsteori

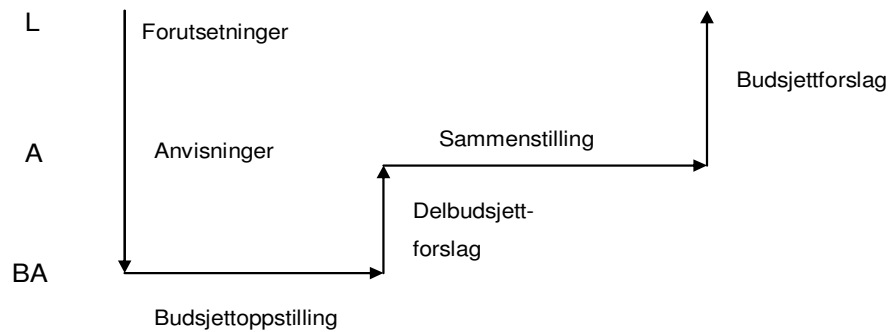
Et budsjett er et handlingsprogram uttrykt i økonomiske termer, alt basert på angitte forutsetninger for en begrenset framtidig periode. Budsjettet er en ramme for ressursbruken i virksomheten, og uttrykker virksomhetens mål og strategi i tall. Men budsjettet har flere funksjoner enn bare som målestokk for ressursbruken. Disse funksjonene er (Pettersen og Bjørnenak 2003):

- *Autorisering*: For offentlige sykehus har staten autorisert ressursbruken gjennom å godkjenne budsjettet. For private sykehus er det styret som utfører denne autoriseringen.
- *Prognose*: Gitt aktivitetsnivå og kostnadsnivå, er budsjettet et uttrykk for konsekvenser av ytre forhold, som demografiske forhold og prisnivå. Hvis disse ytre forholdene endres skal budsjettet fungere som et prognoseverktøy for eierne, slik at de er klar over hva som kreves av ressurser for å opprettholde aktiviteten i organisasjonen.
- *Planlegging/koordinering*: Budsjettet kommuniserer de kravene som stilles til aktivitetsnivå for ulike enheter i organisasjonen. Organisasjonens bruk av ressurser koordineres derfor gjennom budsjettet.
- *Prestasjonsmåling*: Budsjettet blir en målestokk på hva som skal oppnås til hvilken kostnad. For å fremme kostnadseffektivitet måles faktisk ressursbruk opp mot forventet ressursbruk uttrykt i budsjettet.

3.3.1 Budsjetteringsmetode

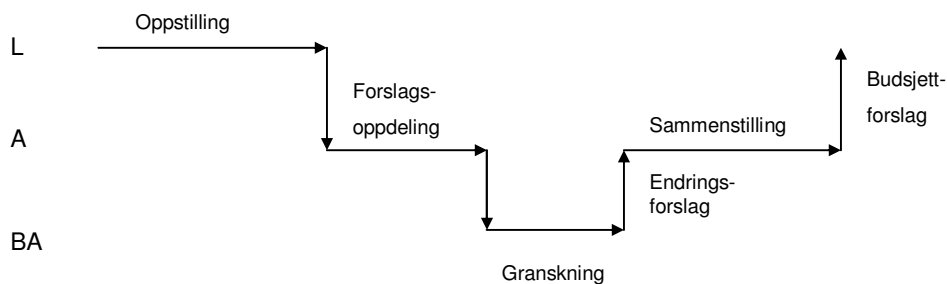
Hva er hensikten med å budsjettere i en organisasjon bortsett fra å sette en ramme for ressursbruken og måle prestasjoner? Budsjetteringsprosessen i seg selv kan være en kilde til motivasjon i organisasjonen. Ved at de ansatte som berøres av budsjettet får delta i prosessen kan det skapes tilhørighet til og ansvarsfølelse for budsjettet. Sammenhenger mellom egne og andre avdelingers oppgaver kan også bli klarere (Boye et al. 1999). Hvordan selve prosessen foregår vil ha betydning for effektene nevnt ovenfor. Budsjetteringen kan kategoriseres i tre ulike metoder: (i) direkte budsjetteringsmetoder, herunder oppbyggings- eller nedbrytingsmetoden, (ii) iterative metoder, og (iii) kombinasjonsmetoder (Boye et al. 1999).

- (i) *a. Oppbyggingsmetoden*: Også kalt "bottom-up" metoden. Ledelsen (L) formulerer forutsetninger som skal være retningsgivende for budsjetteringen som starter på avdelingsnivå (BA). Budsjettforslagene sendes oppover i organisasjonen (A) og summeres til et totalt budsjett for hele virksomheten som legges frem for ledelsen, og deretter styret. Prosessen er illustrert i figuren nedenfor.



Figur 4 Oppbyggingsmetoden

b. Nedbrytingsmetoden: Også kalt "top-down" metoden. Her starter prosessen på toppen i organisasjonen, hvor sykehusledelsen utarbeider en totalramme for kommende år. Dette totalbudsjettet er førende for avdelingene slik at de forslagene som utarbeides må tilpasses de rammene ledelsen har satt. Etter dette aggregeres avdelingsbudsjettene til et totalbudsjett, som revideres og endres normalt en rekke ganger før det endelige budsjettet er på plass (Pettersen og Bjørnenak 2003). Metoden er illustrert i figuren nedenfor.



Figur 5 Nedbrytingsmetoden

Begge disse metodene innebærer en gjennomgang av budsjettet en gang.

- (ii) Ved bruk av *iterative metoder* jobber organisasjonen gjennom budsjettet flere ganger, og lar resultatet for hver gjennomgang danne grunnlaget for neste runde.
- (iii) *Kombinasjonsmetoden* er en kombinasjon av oppbyggingsmetoden og nedbrytingsmetoden. Den starter med nedbrytingsmetoden hvor ledelsen har

utarbeidet et forslag som er lite detaljert. Måltall diskuteres nedover i organisasjonen. Deretter følger prosessen prinsippene for oppbyggingsmetoden (Boye et al. 1999).

3.3.2 Valg av budsjetteringsmetode med henhold til mål ved budsjettet

Boye et al. (1999) sier at hovedmål for budsjettering kan være veiledende for valg av budsjetteringsmetode. Hovedmål for budsjetteringen kan være:

- i) *Motivasjon og ansvar* – bør da benytte direkte oppbyggingsmetode. Motivasjon skapes fordi de ansatte ser at deres forslag ligger til grunn for budsjettforslaget. Ved at medarbeiderne personlig tar initiativ til budsjettet vil ansvarsfølelsen forsterkes. Et vilkår for at metoden skal være motivasjonsskapende er at de involverte kjenner igjen det endelige budsjettet.
- ii) *Planlegging og samordning* – her er iterativ metode hensiktsmessig. Medarbeidere kan ta hensyn til hverandres behov og forslag uten at man er bundet av en overgripende totalplanleggingsmodell. Budsjettet får relevans og aksept. Det kan bli vanskelig å skape motivasjon i de enheter som ikke er med i diskusjonene. Den totale arbeidsinnsatsen blir større ved denne metoden enn ved andre. Det kan derfor være hensiktsmessig å analysere oppnådde fordeler i forhold til innsatsen som kreves.
- iii) *Prioritering og oppfølging* – kombinasjonsmetoden bør benyttes. Gjennom den innledende måldiskusjonen og felles utarbeidelse av grovbudsjetter blir det mulig for bedriftsledelsen å få sterk kontroll over budsjetteringen. Skal metoden fungere motivasjonsmessig må bedriftsledelsen være godt informert om forholdene i de ulike enhetene.

Den direkte nedbrytingsmetoden er ikke en kilde til å skape motivasjon. Som Boye et al. sier (1999: 63):

”Den er en katastrofe rent motivasjonsmessig, men kan selvsagt være aktuell når bedriften befinner seg i en så akutt krise at medarbeiderne aksepterer en sterk toppstyring for at bedriften i det hele tatt skal overleve.”

3.3.3 Fordeler og ulemper ved de ulike metodene

En av fordelene ved oppbyggingsmetoden er at de som deltar i prosessen vil utvikle en forståelse av organisasjonens mål. Metoden kan også skape engasjement rundt og tilhørighet til budsjettet fordi de involverte får en følelse av å bli hørt (Zelman et al. 2003). Når avdelingene lager budsjett er det mulighet for at sammenhenger med andre avdelinger blir oversett, hvilket resulterer i et totalbudsjett som ikke er samstemt. Etter hvert som delbudsjettene aggregeres ser man at det ikke er nok ressurser til alle tiltak. Dette medfører en kamp om ressursene og nedskjæringer i forslagene, hvilket igjen ikke blir særlig motiverende for de involverte. Hva er poenget med å involvere seg i prosessen og yte en innsats hvis resultatet blir helt forskjellig fra det som er foreslått (Pettersen og Bjørnenak 2003)?

Nedbrytingsprosessen kan være raskere og mer effektiv enn oppbyggingsmetoden, men dette avhenger av hvor stor organisasjonen er. Jo flere nivåer, jo lenger tid tar prosessen. En klar ulempe ved denne metoden er at de involverte partene blir lite motiverte av å få diktert rammene forslagene skal utarbeides innenfor. Prosessen er ikke like demokratisk som oppbyggingsmetoden. Metoden stiller derfor krav til at totalbudsjettet utarbeidet av ledelsen er representativt på lavere nivåer i organisasjonen. Fordi noe av motivasjonen forsvinner, kan de delbudsjettene som utarbeides på avdelingsnivå bli lite gjennomarbeidede og ufullstendige. Skjer dette, er ledelsen tvunget til å omarbeide budsjettsammendraget, hvilket forsterker de negative følelsene knyttet til budsjetteringsprosessen. Noe av ansvarfølelsen i forhold til budsjettoverholdelse vil også svekkes som følge av dette. Metoden kan være nødvendig hvis virksomheten befinner seg i en krisesituasjon som krever streng styring. Dette kan være aktuelt i helseforetak som stadig må gjennomføre nedskjæringer (Boye et al. 1999).

Iterativ budsjettering vil være en fordel i organisasjoner hvor ledelsen ikke har mulighet til å utarbeide gode budsjettforutsetninger grunnet komplisert virksomhet og omgivelser. Denne prosessen krever mye tid og ressurser siden budsjettet gjennomgås flere ganger. Motivasjonen kan forsvinne fordi budsjettarbeidet oppfattes som omstendelig og repeterende (Boye et al 1999).

Kombinasjonsmetoden forsøker å kombinere de beste egenskapene ved nedbrytings- og oppbyggingsmetoden. Ledelsens kontroll ivaretas ved at et lite detaljert forslag utarbeides, mens motivasjonen opprettholdes ved at ansatte nedover i organisasjonen deltar aktivt i diskusjonen rundt og utarbeidelsen av budsjettet. Videre påpeker Zelman et al. (2003) at kombinasjonsmetoden er svært tid- og ressurskrevende, og at det krever mye av ledelsen å holde et øye med helheten. Mister ledelsen helheten i arbeidet, vil også kontrollen forsvinne.

3.3.4 Generell kritikk av budsjettering

I følge Boye et al. (1999) er visse sider ved budsjettering kritikkverdig. Budsjettet er utarbeidet over en gitt tidsperiode, og det blir derfor et bilde av hvordan forventningene var på dette tidspunktet. Dette kan skape problemer ved vesentlige endringer i omgivelsene. Budsjettet er ikke lenger like anvendelig, og kan bli et hinder for nødvendige endringer. Forventninger om en jevn økning i gode tider er også et fenomen, fordi mennesker har problemer med å se at fremtiden blir annerledes enn det som har vært til nå. Prognosene i budsjettet blir da dårlig underbygget og kan være misvisende for ressursbruken i organisasjonen. Pettersen og Bjørnenak (2003) peker på et problem typisk for offentlig sektor som kalles ”de små stegs økonomi”, eller inkrementell budsjettering. Dette innebærer at det nye budsjettet er utarbeidet på tidligere års budsjetter, hvor det justeres for små endringer. Regnskapet anvendes ikke som grunnlag for budsjetteringen fordi budsjettet utarbeides før årsregnskapet er klart. Budsjettet kan også inneholde poster som gjelder for andre budsjettår, som tidligere underskudd og lønnsoppgjør. Dette medfører at systematiske skjevheter videreføres slik at budsjettet svekkes som styringsverktøy.

Budsjettering kan føre til en bevilgningstenking i offentlige organisasjoner. Dette kan føre til overdreven ressursbruk da alle tildelte midler må brukes opp før året er over. Midler til overs kan gi et signal om at organisasjonen ikke trenger like mye neste år, snarere enn et signal om bedret kostnadseffektivitet. Det er også mulig at underbudsjettering forekommer for å påvirke fremtidig tildeling av midler. De påfølgende budsjettunderskuddene blir en dokumentasjon på at midlene ikke strekker til, og at økte midler i fremtiden er nødvendig (Nyland og Pettersen 2004).

3.4 Budsjettets rolle i et offentlig sykehus – empiriske funn

Budsjettet har tradisjonelt sett vært sykehusverdenens viktigste styringsverktøy i form av planlegging og rapportering. Etter sykehusreformen ble det økt fokus på kontroll gjennom bruk av regnskapsinformasjon for å øke effektiviteten. Budsjettets rolle som evalueringsgrunnlag ble viktigere. Grunnet økt fokus på effektiv utnyttelse av ressurser er det interessant å se på hvilken rolle budsjettet har i et sykehus, og om det oppfattes som et viktig styringsverktøy. Funn viser at kostnadsinformasjon er lite legitimert i kliniske beslutninger (Nyland og Pettersen 2004).

Nyland og Pettersen (2004) peker på en rekke elementer som kan svekke budsjett- og regnskapsinformasjon som grunnlag i beslutningsprosesser i norske offentlige sykehus:

- Opprettelse av resultatenheter i en organisasjon som består av komplekse funksjoner som er avhengig av hverandre.
- Klart definerte ansvarsområder i en organisasjon hvor aktiviteten skjer i grupper med felles ansvar.
- Grunnet sykehusets komplekse struktur er de karakterisert av løse koblinger mellom plan og handling.

Fordi pasienter organiseres etter medisinske beslutninger, vil de berøre flere administrative enheter. Ved å definere resultatenheter i en slik organisasjon hvor det er avhengighet mellom funksjonsområdene, vil kontrollproblemer oppstå fordi grensene for enhetene blir uklare. Et annet problem oppstår når kliniske ledere evalueres i forhold til budsjettoverholdelse, mens ansatte evalueres etter klinisk utøvelse. Ledere og ansatte jobber dermed mot forskjellige mål, hvilket innebærer et styringsproblem for lederen. Ansatte har interesse av regnskapsinformasjon som er relevant for deres aktivitet, men ikke som konkrete mål. Løse koblinger mellom plan og handling vil ha direkte effekt på budsjett som styringsverktøy, av den enkle grunn at budsjett som styringsverktøy blir nytteløs hvis det ikke er retningsgivende for handlinger. Nyland og Pettersen (2004) påpeker at delegering av budsjettansvar var lite effektivt på grunn av utilstrekkelig kostnadsinformasjon, samt beslutningstaking uten å se på hvilken effekt det ville ha på budsjettet. Dette medførte en rekke tilpasningsproblemer til budsjettet i sykehusene på 90-tallet.

Stadige budsjettunderskudd i sykehusene i Norge gir en indikasjon på at de fire fasene i økonomiske styringsprosessen beskrevet i Anthony og Young (2003) ikke fungerer som en repeterende syklus. Det kan være brudd mellom fasene. Nyland og Pettersen (2004) viser i sin forskning at koblingene mellom budsjettering, oppfølging og rapportering/evaluering er løse. De fant at alle avdelingene hadde budsjettgrenser, men de forventet å overskride budsjettene i løpet av året. Budsjettene ble utarbeidet ved hjelp av en tommelfingerregel uten sammenheng til klinisk aktivitet. Samtidig var budsjettene lite realistiske, da det var forventet at klinikkene skulle øke aktiviteten samtidig som kostnadene skulle kuttes. De fleste avdelingene hadde store budsjettunderskudd år etter år uten konsekvenser for lederne. Underskuddene ble snarere sett på som dokumentasjon på at ressursbehovet var større enn budsjettene tilsa, og kunne motivere eierne til å gi mer tilskudd. Slike underskudd muliggjorde fleksibel budsjettering. En respondent i Nyland og Pettersens forskning (2004: 16) uttrykker dette tydelig da han sier:

”This is a game, a policy legitimated from the treasurer and the government in order to force through cost containment. All of us know that there will be money available in the revised budget. The bad thing about this is that we do not care about the deficits. This is a part of the internal culture.”

Videre kom det frem at i evalueringen av budsjettunderskudd ble det fokusert på grunner til overskridelse som var forhold utenfor ledernes kontroll. Det ble ikke foretatt evalueringer regelmessig gjennom året. Boye et al. (1999) påpeker at motivene for budsjettering blir svekket hvis ikke budsjettet benyttes som oppfølgingsgrunnlag. Eksisterer det ingen negative konsekvenser knyttet til overskridelser, vil budsjettet miste sin verdi som styringsverktøy.

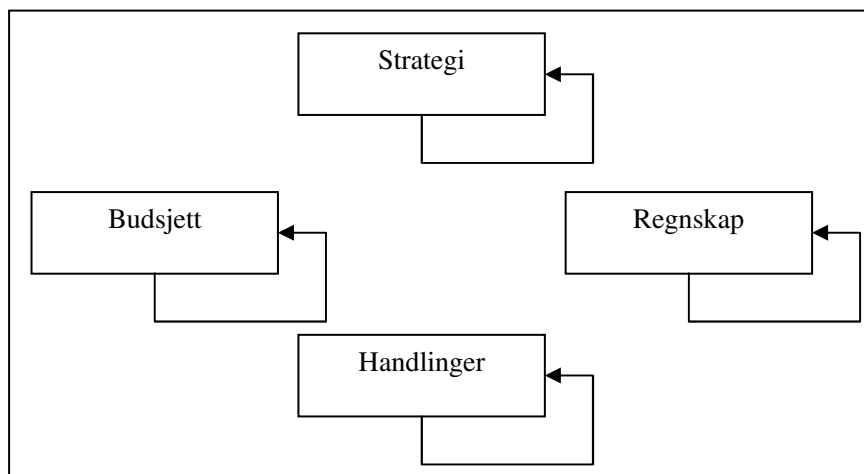
Pasienters rettigheter til pleie kan ikke styres av økonomi. Offentlige sykehus har et ”sørge-for-ansvar”² de ikke kommer unna. Dette er mer valgfritt for private sykehus. Offentlige sykehus vil stå overfor en konflikt mellom helsepolitiske mål og økonomiske mål. Nyland og

² ”Sørge for”-ansvaret følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, 1.ledd: De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon (lovdata.no).

Pettersen (2004) viser at avdelingslederne følte seg lite knyttet til budsjettet fordi de anså budsjettet som lite realistisk og at de ikke hadde kontroll over aktiviteten. De følte derfor at de hadde liten kontroll over kostnadene. Budsjettkonsekvenser hadde ingen betydning i beslutningstakingen på det nederste, operasjonelle nivået. Allikevel trodde den øverste ledelsen at avdelingslederne kontinuerlig evaluerte den økonomiske prestasjonen. Den økonomiske styringen ble derfor uformell og opprettholdt gjennom ”kaffe-samtaler” (Nyland og Pettersen 2004).

3.5 Koblinger mellom budsjett og regnskap

Noe av motivasjonen for denne utredningen er et resultat av stadige medieoverskrifter som rapporterer om store budsjettoverskridelser i offentlige helseforetak. Vi går igjen tilbake til den økonomiske styringsprosessen nevnt i avsnitt 3.2. Pettersen og Bjørnenak (2003) peker på at en manglende integrering av elementene i styringsmodellen, som vist i figuren nedenfor, kan være tilfellet ved budsjettunderskudd.



Figur 6 Fire verdener i den økonomiske styringsprosessen

Vi vil undersøke om det er indikasjoner på manglende integrering mellom elementene, med spesielt fokus på koblingen mellom budsjett og regnskap. Manglende integrering mellom elementene blir synlig ved at strategiplanene lages uten at de har innvirkning på budsjettene. Selv om de strategiske planene kan være store, kan budsjettene uttrykke ”de små stegs økonomi”. Overholdelse av budsjett kan bli det styrende målet. På den andre siden vil vedvarende budsjettunderskudd vise tegn på svakheter ved budsjett som styringsverktøy,

hvor budsjettet ikke blir koblet til handlinger. Når det gjelder regnskap er det fare for at dette blir utarbeidet for å dokumentere og kontrollere ressursbruken, ikke for å benyttes i beslutningsprosesser eller evaluering (Pettersen og Bjørnenak 2003).

Budsjettunderskudd er et tegn på manglende kobling mellom regnskap og budsjett. Budsjettunderskudd fremkommer som differansen mellom det endelige budsjettet for ett år og regnskapet for samme året (Pettersen og Bjørnenak 2003). Budsjettunderskudd i en forvaltningsbedrift skiller seg fra underskudd i en privat bedrift finansielt og økonomisk sett. Finansielt, fordi en forvaltningsbedrift ikke har reserver å tære på og må derfor teoretisk sett gå i balanse. Økonomisk, fordi budsjettunderskudd kan komme av at eierne ikke har gitt nok tilskudd i forhold til aktiviteten. Fordi offentlige sykehus, og til en viss grad private ideelle sykehus, er finansiert av staten har virksomhetene ingen påvirkning på inntektene gjennom egen prisfastsettelse på tjenestene de leverer. Private kommersielle sykehus har denne muligheten (Bjørnenak et al. 2001). Her presiseres det at budsjettunderskudd er et begrep som benyttes i den offentlige verdenen hvor resultat måles mot den rammen som er bevilget. I den private verdenen er underskudd et begrep om regnskapsmessig resultat. Budsjettunderskudd benyttes ikke som et begrep på økonomisk prestasjon i private bedrifter.

4. Metode

Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvilken fremgangsmåte man skal benytte når man skal innhente informasjon om virkeligheten, og hvordan man skal analysere betydningen av denne informasjonen slik at den gir ny innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen et al. 2006). Ettersom det er oppgavens problemstilling som styrer vårt valg av metode gjentar vi problemstillingen formulert i avsnitt 1.4: *Hvordan benyttes budsjettet som styringsverktøy i sykehus, og hvilke virkninger har dette for måloppnåelsen i offentlig sykehus, privat ideelt sykehus, og privat kommersielt sykehus?*

4.1 Valg av studieobjekt

Bakgrunnen for vårt valg av problemstilling var sykehusreformens innføring av en mer bedriftsøkonomisk tankegang i offentlige sykehus. For å få bedre forståelse for økonomistyring i offentlige sykehus er det formålstjenlig å også studere enheter i den private helsesektoren. Slik vil vi kunne kartlegge en del likheter og forskjeller mellom de ulike institusjonene, de offentlige som nylig har innført mer bedriftsøkonomiske prinsipper og de private som vi antar har hatt større fokus på bedriftsøkonomi i lenger tid. For å oppnå et best mulig sammenligningsgrunnlag var det ønskelig at de valgte sykehusene hadde noenlunde lik størrelse, at de lå i samme geografiske område, samt at tilbudet av tjenester var omtrent det samme. Dette viste seg imidlertid å ikke la seg gjøre, både på grunn av at tre så like helseforetak ikke finnes på tvers av de ulike organisasjonsformene, og fordi enkelte av foretakene vi henvendte oss til ikke ønsket å delta i en slik studie. De tre studieobjektene ble således noe tilfeldig valgt og omfatter et stort offentlig sykehus, et mindre privat kommersielt sykehus og et mindre privat ideelt sykehus. De to private sykehusene er mer like i størrelse, men tilbyr noe ulike tjenester.

Antall studieobjekter er naturlig begrenset av tilgjengelig tid og ressurser i forbindelse med utredningen. I tillegg er dette en eksplorativ studie hvor vi går i dybden fremfor bredden. På grunn av sensitiv informasjon er de private foretakene lovet anonymitet i utredningen i den grad det er mulig. Foretakene vil derfor ikke bli nevnt ved navn. Det unngås også å presentere informasjon som kan avsløre hvilke foretak dette dreier seg om. Det fokuseres i

hovedsak på den nåværende situasjonen i de ulike helseforetakene, men enkelte spørsmål i intervjuene og spørreundersøkelsen er tilbakeskuende i tid. I datainnsamlingen er det også hentet inn historiske data fra sykehusreformen ble innført i 2002 til og med budsjettåret 2006, for å danne et grunnlag for vurdering av måloppnåelse.

For å kartlegge budsjetteringsprosessene i de ulike sykehusene ønsket vi synspunkter fra relevante personer på ulike nivå i organisasjonene. Som representanter for ledelsen har vi brukt sentrale personer i økonomiavdelingen som intervjuobjekt. For å fange opp forskjellige dimensjoner har vi så brukt samtlige avdelingsledere som informanter på lavere nivå i organisasjonene. Begrepet avdelingsleder omfatter her både divisjonsdirektører, klinikksjefer og avdelingssjefer, altså personer med ledelsesansvar for divisjoner/avdelinger. I tillegg har vi brukt andre personer som innehar en økonomifunksjon som intervjuobjekt, for å få utfyllende og supplerende informasjon i de tilfeller det var nødvendig. For å få frem mest mulig korrekte opplysninger er alle intervjuobjektene også lovet anonymitet, på denne måten mener vi respondentene vil opptre mer oppriktige og det vil bli lettere å fange opp subjektive meninger.

4.2 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er en plan for hvordan en undersøkelse skal gjennomføres for å løse den gitte oppgaven. Spesielt viktig er hvilke typer av data man trenger, hvordan disse dataene skal skaffes til veie, og hvordan de skal analyseres (Gripsrud og Olsson 2000). Det skilles mellom eksplorativt (utforskende) design, deskriptivt (beskrivende) design og kausalt (årsak-virkning) design.

Denne oppgaven baseres på casestudier av ulike sykehus. Johannessen et al. (2006) nevner særlig to kjennetegn ved en case: Et avgrenset fokus på den spesielle casen, og en mest mulig inngående beskrivelse. Videre skriver han at slike studier ofte gjennomføres ved kvalitative metoder for datainnsamling, som observasjon eller åpne intervjuer, men ofte også ved bruk av kvantitative teknikker som strukturerte spørreskjema. Vår casestudie kan klassifiseres som en fler-case-design med flere analyseenheter (Johannessen et al. 2006), hvor flere organisasjoner studeres over to ulike ledelsesnivå.

En casestudie er en utforskende studie, og denne studien tar utgangspunkt i et eksplorativt design. Denne type forskningsdesign er gjerne anbefalt når problemstillingen er uklar, forkunnskapene begrensede, og hvor man ikke er i stand til å stille opp klare hypoteser (Grenness 2001). Det primære formålet med analysen er å utforske temaet nærmere og ikke nødvendigvis komme frem til en endelig konklusjon.

4.3 Metoder for datainnsamling

Utredningen bygger i hovedsak på primærdata. Dette er data vi selv har innhentet for å gjennomføre undersøkelsen. I tillegg har vi brukt sekundærdata i tallanalysene, disse er i all hovedsak hentet fra foretakenes årsregnskaper og budsjetter.

Det finnes to ulike hovedtilnærminger for datainnsamling innen samfunnsvitenskapelig metode; kvalitative og kvantitative metoder (Johannessen et al. 2006). Disse strategiene står ikke nødvendigvis i motsetning til hverandre, men kan kombineres på ulike måter gjennom metodetriangulering (Grenness 2001). Et eksplorativt design innebærer ofte kvalitative metoder. Dette er metoder for datainnsamling og analyse som gjør oss i stand til å forstå meningen bak en observerbar atferd. Grenness (2001) karakteriserer de kvalitative metodene på denne måten:

- De gir data fra og om personer.
- Spørsmålene er ikke forhåndsbestemte.
- Responsen gis muntlig.
- Antallet respondenter er relativt lite.
- Dataene analyseres kvalitativt, det innebærer at de beholdes i sin opprinnelige form.

Dybdeintervjuer, gruppesamtaler og ulike projektive teknikker er eksempler på typer av datainnsamlingsmetoder som også gjerne kan kalles eksplorative (Grenness 2001).

4.3.1 Datainnsamling på ledelsesnivå

Dybdeintervjuer benyttes som metode for datainnsamling på ledelsesnivå. På dette nivået har formålet vært å få en grundig gjennomgang av budsjetteringsprosessen i foretakene.

Fordelene ved å bruke personlig intervju er at man lettere får svar på hvert enkelt spørsmål, og man kan oppklare misforståelser som oppstår underveis. Ulempene er at det er tidkrevende, samt at det er vanskelig å bevare anonymiteten til intervjuobjektene. Ofte blir antall observasjoner få og lite generaliserbare (Grenness 2001).

Et intervju vil anta ulik form etter graden av kontroll intervjueren ønsker å ha over de svarene som gis. Et uformelt intervju er karakterisert av mangel på struktur. Et forhåndsplanlagt intervju med et minimum av kontroll kalles et ustrukturert intervju. I et semi-strukturert intervju benyttes en intervjuguide (se vedlegg nr. 1). Dette er en oversikt over spørsmål og tema en ønsker å dekke i intervjuet og tillater samtidig oppfølging av uforutsette svar og tema. Et strukturert intervju gir større grad av kontroll ved at respondentene svarer på et mest mulig identisk sett med spørsmål som er forberedt i forkant av intervjuet. Samtidig mister man en del nyanser og detaljer som intervjuformene nevnt ovenfor kan gi. Denne intervjuformen kalles gjerne "surveymetoden" og regnes som en kvantitativ metode (Grenness 2001).

For vårt formål er det mest hensiktsmessig med en metode som gir god forståelse for og innsikt i temaet vi utforsker, med den forutsetning at vi har begrenset kunnskap som utgangspunkt. Vi har foretatt individuelle dybdeintervjuer med personer som har en økonomifunksjon i foretakene, totalt fem intervjuobjekter. Disse har nødvendig erfaring, kunnskap og meninger om temaet. Intervjuene har tatt utgangspunkt i en intervjuguide for å få en viss struktur på intervjuene, samtidig som det har åpnet for spontanitet i intervjusituasjonen. Intervjuene ble tatt opp på bånd og siden renskrevet, slik at intervjuobjektene fikk mulighet til å se over, komme med endringer, og godkjenne informasjonen som kom frem.

I den påfølgende analysen i kapittel 5 er informasjonen fra dybdeintervjuene analysert og tolket i henhold til teorien gjennomgått i kapittel 3.

4.3.2 Datainnsamling på avdelingsnivå

Formålet er å få synspunkter på budsjetteringsprosessen fra et lavere ledelsesnivå i organisasjonene, herunder avdelingsnivå. Vi ønsket da å innhente informasjon fra flest mulig avdelingsledere. Et spørreskjema ble utarbeidet og sendt med post til avdelingslederne ved

de ulike sykehusene. Spørreskjema gir god mulighet til å nå mange respondenter, man kan stille mange spørsmål og det er ikke særlig tidkrevende å besvare. I tillegg bevares anonymiteten. Ulempene er at misforståelser lett kan oppstå og svarprosenten kan ofte bli lav (Grenness 2001).

Et spørreskjema er et instrument for å samle inn informasjon som gjør at kommunikasjonen mellom intervjueren og respondentene blir standardisert (Gripsrud og Olsson 2000). Grenness (2001) gir surveyemetoden følgende karakteristikker:

- Spørsmålene er formulert på forhånd (ofte av forskeren selv).
- Responsen gis verbalt; skriftlig eller muntlig.
- Datamengden er stor (mange respondenter inngår i undersøkelsen).
- Dataene analyseres kvantitativt, det vil si at den verbale responsen gjøres om til talluttrykk og behandles statistisk.

Et viktig moment i utarbeidelsen av et spørreskjema er hvorvidt spørsmålene skal være fullstendig standardiserte og strukturerte. Et standardisert spørreskjema betyr at både rekkefølgen og formuleringen av spørsmålene er forhåndsbestemt, og et strukturert spørreskjema innebærer at det foreligger ferdigutviklede svaralternativ. Alle våre respondenter på avdelingsnivå (til sammen 34 stykker) mottok det samme spørreskjemaet (se spørsmålene i vedlegg nr. 2) med forhåndsformulerte svaralternativ, slik at man bare krysset av for ønsket svaralternativ. Dette gir en svært høy grad av standardisering og strukturering.

Spørreskjemaet vi sendte ut inneholder 25 ulike spørsmål som omhandler de samme temaene dekket i dybdeintervjuene med ledelsen ved de ulike sykehusene. Formålet med dette var både å underbygge informasjonen som kom frem i intervjuene, og i tillegg avdekke avdelingsledernes synspunkter og meninger om budsjetteringsprosessen i foretaket. Spørsmålene omfatter noen faktaspørsmål i tillegg til en del holdningsspørsmål, formulert som scenarier og påstander. Svaralternativene til faktaspørsmålene har vært på nominalnivå. Dette er et målenivå som ikke benytter en skala, men man kan gjerne tilordne et tall til en variabels ulike verdier for å gjøre databehandlingen enklere (Grenness 2001). Holdningsspørsmålene har hatt svaralternativer på ordinalnivå. Dette målenivået rangerer verdier langs en gitt skala, men har ikke faste avstander mellom verdiene på skalaen og trenger heller ikke å ha et nullpunkt (Grenness 2001). I noen av spørsmålene har en rekke

scenarier blitt beskrevet hvorpå respondenten har angitt hvor sannsynlig eller usannsynlig det gitte utfallet er. Andre spørsmål inneholder en rekke påstander hvor respondenten har angitt i hvor stor grad vedkommende er enig eller uenig. Ettersom respondentene på de ulike sykehusene kan tenkes å ha ulikt grunnlag for å svare på en del av de standardiserte spørsmålene, har vi valgt å ta med en "vet ikke/ikke relevant" kategori på de fleste spørsmålene.

Målenivået som er benyttet gjør at dataene innhentet gjennom spørreskjemaene kun er analysert ved å se på den prosentvise svarfordelingen, da beregning av aritmetiske gjennomsnitt og andre statistiske variabler ikke lar seg gjennomføre på dette målenivået. Materialet er videre gruppert etter to inndelinger:

- i) For å klarlegge avdelingsledernes synspunkter i de ulike sykehusene og dermed få det sammenligningsgrunnlaget vi ønsket, er dataene gruppert etter hvilket helseforetak respondenten tilhører.
- ii) I arbeidet med analysen fant vi det interessant å lete etter spesielle karakteristikk ved de avdelingslederne som faktisk klarer å oppnå budsjettert resultat. Dataene ble derfor også gruppert etter hvorvidt avdelingen innfridde budsjettet i 2006 (denne kategorien inkluderer også de som fikk positivt resultat i forhold til budsjett), eller ikke. Dette kriteriet ble valgt fordi vi antar at respondentene har hatt den siste budsjetteringsrunden og det siste regnskapsåret i minne når de har besvart undersøkelsen. Denne inndelingen har vi bare gjort på det offentlige sykehuset fordi det er for få avdelingsledere i de andre sykehusene til at en slik inndelingen har vært hensiktsmessig.

4.3.3 Spesielle analyseproblemer

Gjennom datainnsamlingen på ledelsesnivå i det private ideelle sykehuset kom det frem at økonomistyringen i sykehuset er svært sentralstyrt, noe som innebærer at avdelingslederne ikke har resultatansvaret i avdelingen. Deltagelsen i budsjettprosessen er også minimal (jamfør avsnitt 5.2). Spørreskjemaet ble derfor konstruert slik at avdelingslederne fra dette sykehuset ikke skulle besvare alle spørsmålene i undersøkelsen, ettersom enkelte spørsmål ble irrelevante for de lederne som ikke deltar aktivt i budsjetteringsprosessen. Vi løste dette

ved å legge inn en forklaring i skjemaet om at kun de som hadde budsjettansvar og/eller var delaktig i budsjetteringsprosessen skulle svare på de resterende spørsmålene. Benevningen budsjettansvar³ ble også definert slik at respondenten ikke skulle misforstå hva vi mente. Det viste seg likevel at seks av de syv respondentene fra dette sykehuset svarte på alle spørsmålene. Årsaken til dette er sannsynligvis at spørreskjemaet har vært for lite presist slik at de nevnte respondentene misforstod hva som mentes med begrepene budsjettansvar og aktiv deltagelse i budsjetteringsprosessen. Vi har derfor valgt å fjerne disse resultatene fra datamaterialet vårt.

4.4 Reliabilitet og validitet

Begrepet reliabilitet beskriver analysens pålitelighet; hvorvidt en kan stole på resultatene i analysen og dermed i hvilken utstrekning en måling vil gi det samme resultatet dersom den gjentas mange ganger. Begrepet validitet beskriver analysens gyldighet, hvilket betyr hvor godt man måler det man har til hensikt å måle (Gripsrud og Olsson 2000). For at en undersøkelse skal være valid må den også være reliabel, men reliabilitet er i seg selv ikke noen garanti for undersøkelsens validitet.

Studieobjektene vi har brukt er veldig ulike med hensyn på organisasjonsform, størrelse, geografisk beliggenhet og behandlingstilbud. Antall studieobjekter er også få. Dette gjør det vanskelig å skape et grunnlag for generalisering. Ettersom det finnes mange sykehus innen de ulike organisasjonsformene er det ingen garanti for at vi har brukt et representativt utvalg. Det kan ikke uten videre konkluderes med at de resultatene som kommer frem i analysen nødvendigvis skyldes ulik organisasjonsform, og ikke andre ulikheter mellom intervjuobjektene. Dermed reduseres undersøkelsens validitet.

³ Forklaringen på budsjettansvar lød: ”Med budsjettansvar mener vi at du som avdelingsleder er ansvarlig for avdelingens prestasjoner i forhold til vedtatt budsjett”.

Analysen bygger i hovedsak på primærdata, men også på noe sekundærdata. Det at vi selv har innhentet datamaterialet gjør at det blir en pålitelig kilde. Deler av sekundærdataene vi har benyttet er hentet fra årsregnskap som er godkjent av revisor og er dermed reliable kilder.

I dybdeintervjuene vi har foretatt har vi brukt en semi-strukturert variant med intervjuguide. Bruk av intervjuguide sikrer større grad av reliable og sammenlignbare kvalitative data (Grenness 2001). Slik har vi oppnådd større grad av reliabilitet enn ved lavere grad av struktur. Muligheten til å kunne oppklare misforståelser og stille oppfølgingsspørsmål bidrar også til økt reliabilitet. At både helseforetakene og intervjuobjektene er lovet full anonymitet har bidratt til å sikre åpenhet og trygghet i intervjusituasjonen. Dette vil også gi mer reliable data.

Spørreskjemaene har hatt høy grad av struktur og standardisering. Jo høyere grad av standardisering og strukturering, desto høyere reliabilitet. Validiteten kan derimot lide under et sterkt strukturert og standardisert intervju (Grenness 2001). Skjemaene har dermed sikret høy reliabilitet. Ved at flere respondenter svarer på de samme spørsmålene vil påliteligheten av opplysningene bli bedre. Samtidig er validiteten svekket fordi det fort kan oppstå misforståelser. Det er en fare for at respondenten ikke tolker spørsmål og svaralternativer på samme måte, eller at vedkommende føler at noen av de forhåndsdefinerte svaralternativene ikke passer helt. Ettersom spørreskjemaene underbygger informasjonen som er kommet frem i intervjuene har de også bidratt til høyere reliabilitet.

Av de 34 spørreskjemaene vi sendte ut fikk vi tilbake 25 stykker. Dette utgjør en total svarprosent på 74 %. Fra det offentlige sykehuset svarte 13 av 19 avdelingsledere, i det private ideelle sykehuset svarte 7 av 8, og i det private kommersielle sykehuset svarte 5 av 7. Denne svarprosenten må sies å være akseptabel for vårt formål. Fordi vi har sendt ut relativt få spørreskjema, er det desto viktigere med en høy svarprosent. Det hadde derfor vært ønskelig med en noe høyere svarprosent, spesielt i det private kommersielle sykehuset. Jamfør avsnitt 4.3.3, ble noen av resultatene fra spørreskjemaene fjernet fra tallmaterialet. Dette ble gjort for å unngå svekket validitet i analysen.

Reliabiliteten i analysen som helhet kan sies å være relativt god, selv om resultatene fra spørreundersøkelsen har litt svakere reliabilitet enn ønskelig. Undersøkelsen fanger opp

synspunkter fra forskjellige ledelsesnivåer og gjør opplysningene pålitelige. Validiteten av analysen er derimot mindre god. Resultatene fra denne utredningen kan ikke uten videre generaliseres til å gjelde andre helseforetak da vi kun ser på interne forhold i ett sykehus innen de forskjellige foretaksformene.

5. Empiri og analyse

Dette kapittelet er inndelt etter sykehus. Innledningsvis beskrives sykehusets mål og resultater. Deretter presenteres budsjetteringsmetoden som benyttes ut ifra det teoretiske rammeverket beskrevet i avsnitt 3.3.1. Videre drøftes målene med budsjett som styringsverktøy, og valg av budsjetteringsmetode med hensyn på måloppnåelse ut ifra teorien i avsnitt 3.3.2. Spesielle utfordringer som sykehusene står overfor diskuteres, samt utfordringer budsjett som styringsverktøy kan gi. Helt til slutt i kapittelet foretas en sammenligning av sykehusene. Dataene er primært hentet inn gjennom dybdeintervju og spørreundersøkelse. Intervjuguiden og resultatene fra spørreundersøkelsen finnes under vedlegg, henholdvis vedlegg nr. 1 og nr. 2-6.

5.1 Det offentlige sykehuset

5.1.1 Litt om sykehuset – virksomhet, mål og resultater

Det offentlige sykehuset eies av det regionale helseforetaket og er det største sykehuset i sin region. Sykehusets inntekt er finansiert av det regionale helseforetaket gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), som består av aktivitetsbasert finansiering gjennom DRG-poeng⁴, samt et rammetilskudd. Graden av fristillelse i forhold til statlig styring illustreres i figur 1 i avsnitt 2.1, hvor det offentlige sykehuset plasseres til høyre for den stiplede linjen i figuren.

I følge sykehusets vedtekter er formålet ”... å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning” (§ 4, www.helsebergen.no). Fra og med inneværende driftsår er det økonomiske målet å oppnå driftsbalanse. Driftsårene fra sykehusreformen ble innført og frem til i dag har gitt store underskudd. På grunn av stramme økonomiske rammer, er det blitt større fokus på riktig

⁴ Sykehusopphold plasseres i DRG'er (Diagnose Relaterte Grupper) som er medisinsk og ressursmessige tilnærmet homogene. For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt som gir uttrykk for relativ ressursbruk for denne gruppen. Kostnadsvekten for én DRG = antall DRG-poeng ett sykehusopphold i denne DRG-en opptjener (ISF, www.regjeringen.no).

prioritering av pasienter, slik at de pasientene som har størst behov for det skal få behandling først (pasienter med rett til nødvendig helsehjelp). Pasientene med rett til annen helsehjelp står overfor en lengre ventetid.

Ledelsen i sykehuset har valgt å desentralisere økonomistyringen helt ned på avdelingsnivå. Avdelingen har en leder (med medisinsk/helsefaglig bakgrunn) og en controller som sammen har ansvaret for økonomi. Avdelingslederen har personalansvar, økonomisk ansvar og faglig ansvar, med andre ord et totalansvar for avdelingens virksomhet. Det er knyttet brede fullmakter til budsjett, personaladministrasjon og organisering av avdelingen. Vi benytter avdelingsleder som en felles-betegnelse for nivå 2 lederne i sykehuset. Nivå 2 ledere inkluderer divisjonsdirektører, klinikksjefer og avdelingssjefer.

For at agenten (avdelingslederen) skal ivareta prinsipalens (sykehusledelsen) interesser må de ha en felles forståelse av det overordnede målet i organisasjonen slik figur 2 i avsnitt 3.1 illustrerer. Sykehusledelsens mål er å tilby best mulig kvalitet og tilgang på helsetjenestene til de pasientene som har rett til det. I spørreundersøkelsen ble avdelingslederne bedt om å gi sin mening på hva de oppfattet som hovedfokuset til ledelsen. Tabellen nedenfor viser alternativene, hvorav ett skulle velges. Av denne fremgår det at 69 % av respondentene mener at overholdelse av budsjettet er ledelsens hovedfokus. Dette kan tyde på at det ikke er samsvar mellom agentens og prinsipalens mål, hvilket kan medføre at agenten ikke jobber mot ønsket målsetting. Videre tyder dette på at kostnadsfokuset er sterkt i sykehuset. På den andre siden er ikke kvalitet og budsjettoverholdelse nødvendigvis motstridende målsettinger.

Tabell 1 Avdelingsledernes oppfatning av sykehusledelsens mål (offentlig sykehus)

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?	Antall	Prosent
Overholde budsjettet	9	69 %
Best mulig kvalitet på helsetjenester	3	23 %
Kostnadseffektivitet	1	8 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0	0 %
Kortere ventelister	0	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0	0 %
Størst mulig overskudd	0	0 %
Sum	13	100 %

Nedenfor vises en tabell fra spørreundersøkelsen blant avdelingslederne som viser områder de har beslutningsmyndighet over. Dette er illustrerende for prinsipal-agentforholdet. Grad

av beslutningsmyndighet er en av handlingsmåtene for å redusere resttapet og problemer tilknyttet asymmetrisk informasjon, jamfør avsnitt 3.1.1. Tabellen viser at avdelingslederne innehar en stor grad av beslutningsmyndighet i den daglige driften.

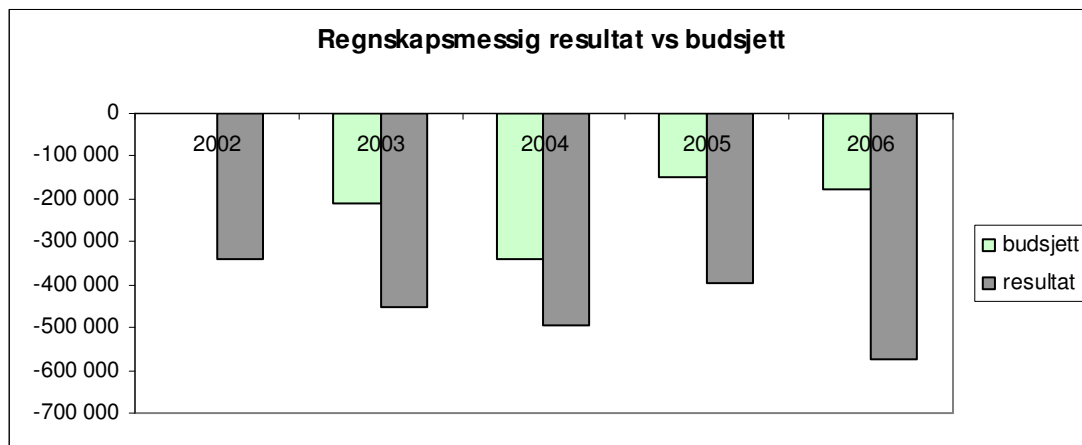
Tabell 2 Områder for beslutningsmyndighet offentlig sykehus⁵

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?	Ja	
	Antall	Prosent
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	9	69 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	8	62 %
Ansettelse av lege	13	100 %
Ansettelse av sykepleier / vernepleier	13	100 %
Ansettelse av andre medarbeidere	13	100 %
Omgjøring av stilling	12	92 %
Opprettelse av stilling	8	62 %
Vaktplaner	13	100 %
Godkjenning av overtid	13	100 %
Bruk av vikarer	13	100 %
Lønnsnivå	9	69 %

5.1.2 Historiske tall

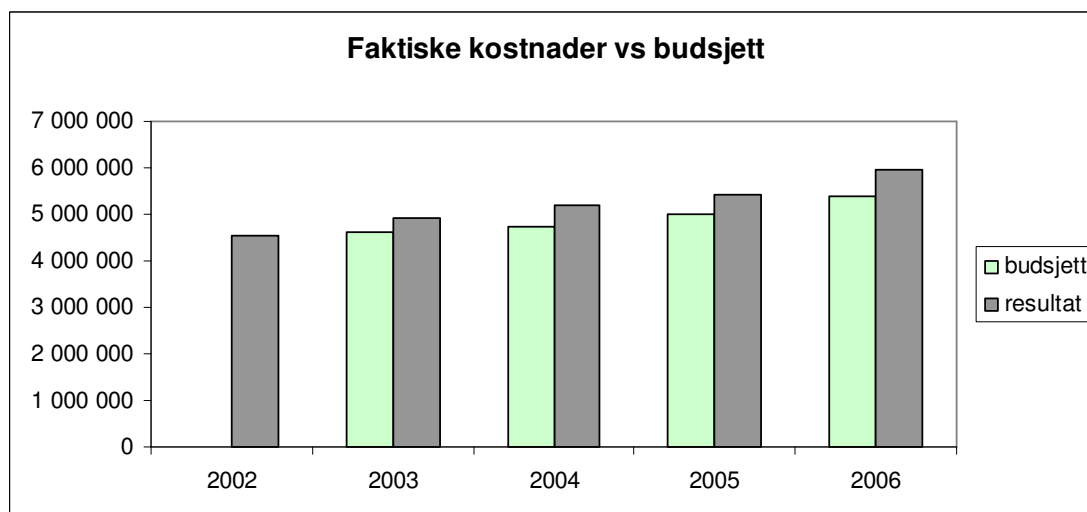
Budsjetterte tall for 2002 har vi ikke lyktes i å oppdrive. Figur 7 viser sykehusets regnskapsmessige resultat i forhold til budsjettert resultat i perioden 2002-2006. Regnskapsmessig resultat viser store underskudd i hele tidsperioden, og er konsekvent større enn budsjettert underskudd. Målet om nullresultat har ikke blitt nådd etter innføring av sykehusreformen. Noe av hensikten med sykehusreformen var å redusere de økonomiske problemene i sykehusene. Dette er ikke tilfellet ved det offentlige sykehuset da figuren nedenfor viser at tendensen til budsjettunderskudd er økende.

⁵ Viser til vedlegg nr. 3 for fullstendig resultat fra spørsmål 14.



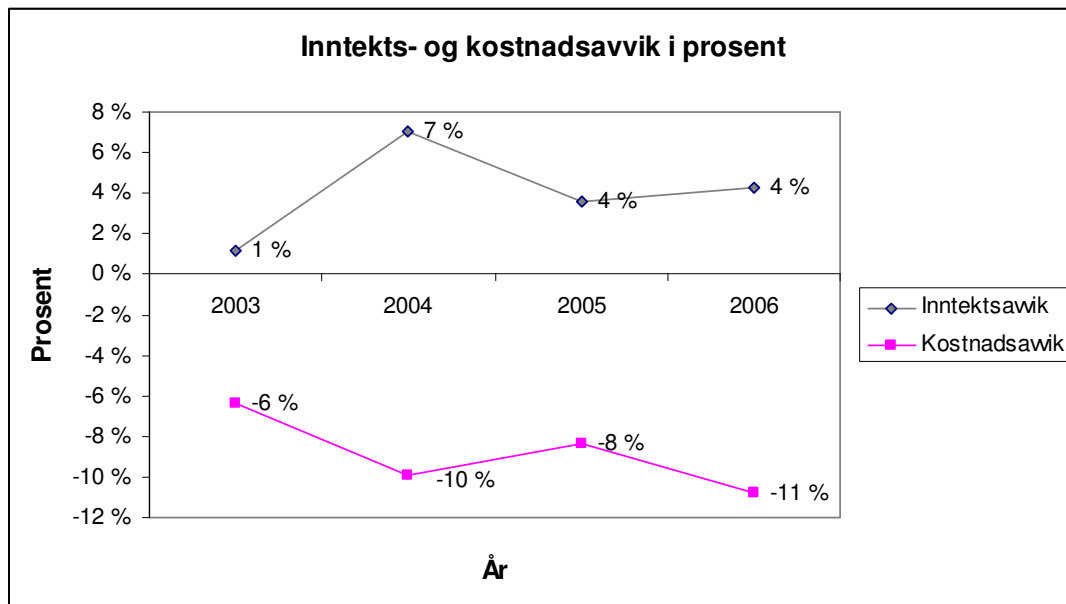
Figur 7 Regnskapsmessig resultat vs budsjettert resultat i offentlig sykehus

Figuren nedenfor viser faktiske kostnader versus budsjetterte.



Figur 8 Kostnader (offentlig sykehus)

De vedtatte kostnadsbudsjettene for år t er lavere enn de faktiske kostnadene for det foregående året (med unntak av 2003). Ser man isolert på faktiske kostnader er det en vesentlig økning i aktivitetsnivået hvert år. Sykehuset forsøker å stramme inn aktiviteten gjennom budsjettet, men lykkes ikke. Dette gir en indikasjon på at budsjettet hverken kontrollerer kostnadsnivået eller er en god prognose for faktisk aktivitetsnivå. Dermed mangles det en kobling mellom regnskapet og budsjettet (jamfør Pettersen og Bjørnenak 2003).



Figur 9 Inntekts- og kostnadsavvik i prosent (offentlig sykehus)

Figuren overfor viser prosentvis avvik mellom budsjettert inntekt og faktisk inntekt, samt prosentvis avvik mellom budsjetterte kostnader og faktiske kostnader for årene 2003-2006. Grafen for inntektsavvik viser at sykehuset konsekvent har fått mer i tilskudd enn budsjettet tilsa ved årets begynnelse. Dette kan komme av økt aktivitet, hvilket medfører økt inntekt gjennom DRG-systemet, men det kan også komme av ekstrabevilgninger fra RHF'et. Det er derfor nærliggende å tro at sykehuset forventer en vesentlig inntektsøkning gjennom RHF'ets justering av budsjettet (se nærmere diskusjon i avsnitt 5.1.6). En forventning om høyere inntekter enn budsjettert kan føre til en svakere kostnadsdisiplin i organisasjonen. Forbrukes mer kostnader enn budsjettert, blir dette sannsynligvis møtt med økte inntekter. Kostnadsavviket⁶ viser et betydelig overforbruk av ressurser. Dette overforbruket er ikke fullstendig dekket gjennom økte inntekter. Kostnadsavviket øker også i tidsperioden 2003-2006, slik at sykehuset er i vedvarende vekst. Dette er et tegn på manglete kobling mellom budsjett og regnskap som omtalt i avsnitt 3.5.

⁶ I figuren presenteres prosentvis avvik med negativt fortegn for å illustrere at sykehuset har et overforbruk av ressurser, hvilket har en negativ innvirkning på resultatet.

5.1.3 Budsjetteringsmetode

Budsjetteringen i det offentlige sykehuset involverer ledere på alle nivåer. De involverte nivåene er styret, foretaksledelsen, og avdelingslederne på operasjonelt nivå. Ledelsen har delegert budsjettansvar til alle avdelingsledere. Avdelingsleder og controller deler ansvaret for budsjettering og oppfølging av budsjettet.

I følge økonomiavdelingen startet budsjetteringsarbeidet på avdelingsnivå i perioden 2002-2006. Hver avdeling utarbeider prognoser for aktivitet hver måned, som tar utgangspunkt i fjorårets aktivitet, samt trender. Avdelingsbudsjettet skal være en videreføring av disse prognosene, hvor ressursbehovet er beregnet ut ifra planlagt aktivitet. I tillegg gir økonomiavdelingen retningslinjer for budsjetteringsarbeidet, og foretaksledelsen følger opp med møter med alle avdelingsledere. Avdelingsbudsjettene blir så sydd sammen på foretaksnivå og sammenlignet med den overordnede rammen for sykehuset. Som regel er det avvik mellom denne og avdelingsbudsjettene. Dette medfører at avdelingene må gå nye runder for å nedjustere sitt budsjett. Det endelige budsjettforslaget sendes ut til alle avdelinger, samtidig som det legges frem for styret for vedtak. Budsjetteringsprosessen i sykehuset har de samme trekkene som oppbyggingsmetoden beskrevet i avsnitt 3.2.1.

I budsjetteringsarbeidet for budsjettåret 2007 har sykehuset endret budsjetteringsmetode. Som følge av styringssignaler fra styret i det regionale helseforetaket, har alle avdelingene blitt tildelt budsjettammer. Disse rammene er en videreføring av budsjettammene for 2006, justert for blant annet enhetenes vurderinger av aktivitetsutviklingen⁷. Avdelingene har tilpasset sin aktivitet og avdelingsbudsjettet etter rammene de har blitt forespeilet. Denne prosessen har derfor karakteristikk som ligner på nedbrytingsmetoden beskrevet i avsnitt 3.3.1.

5.1.4 Mulige effekter grunnet valg av budsjetteringsmetode

Som beskrevet i avsnitt 3.3.2, kan mål med budsjetteringen være veiledende for valg av budsjetteringsmetode. Kort oppsummert, bør oppbyggingsmetoden benyttes hvis målet er å

⁷ Budsjett 2007 Helse Bergen datert 17. januar 2007.

motivere og skape ansvarsfølelse. Videre vil iterativ metode benyttes hvis planlegging og samordning er målet. Hvis prioritering og oppfølging er målene, bør kombinasjonsmetoden benyttes. Boye et al. (1999) gir uttrykk for at nedbrytingsmetoden ikke bør benyttes i andre tilfeller enn hvis bedriften er i krise.

Vårt inntrykk er at det offentlige sykehuset har gjort et bevisst valg når de tidligere har benyttet oppbyggingsmetoden. I samtale med en person i økonomiavdelingen kommer det frem at ledelsen ønsker å skape en eierskapsfølelse til budsjettet blant avdelingslederne ved å involvere dem i budsjetteringsarbeidet. Dette fremgår også av samtlige forslag til budsjett⁸ lagt frem for styret. Her understrekes det at involvering i budsjetteringsarbeidet, samt delegering av budsjettansvar til alle avdelinger, er nødvendig for at budsjettet skal oppleves som realistisk. Videre ønsker ledelsen å sikre tilslutning og eierskapsfølelse til de økonomiske målsettingene. Graden av involvering av avdelingslederne i budsjetteringsarbeidet, samt delegering av budsjettansvar til avdelingslederne, kan bidra til å sikre eierskapsfølelse. At avdelingen selv må stå til rette for det økonomiske resultatet, og dermed bør budsjettere best mulig, vil bidra til økt ansvarsfølelse overfor sykehusets økonomi. Månedlig utarbeidelse av prognoser på avdelingsnivå som budsjettet bygger på, er en måte å fremme ansvar på. Avdelingslederne har da utarbeidet forslaget selv, og vil derfor være mer motivert til å overholde budsjett, enn hvis budsjettet var noe som ble diktert ovenfra. For at motivasjonen skal sikres på avdelingsnivå kreves det at avdelingslederne kjenner igjen sitt forslag i det endelige budsjettet (jamfør avsnitt 3.3.2).

Et moment som kan redusere de positive virkningene av oppbyggingsmetoden er graden av nedskjæringer i budsjettforslagene til avdelingene (se avsnitt 3.3.3.) I beskrivelsen av budsjettprosessen i budsjettforslagene⁹ går det frem at flere runder med nedskjæringer forekommer, og er nødvendig for å nå eiernes resultatkrav. Disse nedskjæringene gjøres i møte med foretaksledelsen. En i økonomiavdelingen har følgende utsagn:

⁸ Forslag til budsjett 2006 Helse Bergen datert 12. januar 2006, Forslag til budsjett 2005 Helse Bergen datert 7. januar 2005, Forslag til budsjett 2004 Helse Bergen datert 5. februar 2004.

⁹ Forslag til budsjett 2006 Helse Bergen datert 12. januar 2006, Forslag til budsjett 2005 Helse Bergen datert 7. januar 2005, Forslag til budsjett 2004 Helse Bergen datert 5. februar 2004.

”Tidligere år var det mer ønsketenkning rundt budsjettet, og da ble det enda mer nedskjæringer enn det vi har hatt i budsjettprosessen for 2007-budsjettet.”

Vårt inntrykk er derfor at foretaksledelsen utøver en sterk indirekte styring av budsjetteringsprosessen, til tross for involveringen av avdelingslederne. Faren er at avdelingene får et budsjett som er helt ulikt deres eget forslag. Involvering og ansvar sikres ved at avdelingene selv utarbeider forslag, mens rundene med nedskjæringer kan redusere motivasjonen knyttet til videre arbeid med budsjettet. Det kan også redusere motivasjonen i forhold til oppfølging av avdelingens resultat.

Resultatene av spørreundersøkelsen viser at 92 % av respondentene opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte budsjettet, jamfør tabell 3 nedenfor. I tillegg svarer 92 % at deltagelse i budsjetteringsprosessen fører til økt ansvarsfølelse for avdelingens midler. Dette tyder på at valg av budsjetteringsmetode har vært vellykket ut ifra ledelsens mål om å skape eierskapsfølelse. Resultatene tyder også på at rundene med nedskjæringer ikke har redusert budsjettmoralen, da nesten alle avdelingslederne uttrykker at de kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet. De fleste av avdelingslederne føler det også motiverende å delta i prosessen. Dermed har sykehuset kommet langt på vei i å sikre avdelingsledernes lojalitet til budsjettet.

Tabell 3 Avdelingsledernes meninger om budsjetteringsprosessen i det offentlige sykehuset¹⁰

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?	Enig		Uenig		Sum
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Prosessen tar for mye av min tid	8	62 %	5	38 %	100 %
Prosessen er for detaljstyrt	7	54 %	6	46 %	100 %
Prosessen handler om en kamp om midler	9	69 %	4	31 %	100 %
Prosessen handler om å gi et riktig bilde av ressursbehovet i min avdeling	13	100 %	0	0 %	100 %
Prosessen medfører en rettferdig fordeling av midler til min avdeling	5	38 %	5	38 %	77 %
Jeg kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet	12	92 %	0	0 %	92 %
Det er motiverende å delta i prosessen	10	77 %	2	15 %	92 %
Det er demotiverende å delta i prosessen	3	23 %	9	69 %	92 %
Deltagelse i prosessen fører til at jeg tar mer ansvar for avdelingens økonomiske midler	12	92 %	1	8 %	100 %
Det vedtatte budsjettet er relevant for min avdeling	11	85 %	0	0 %	85 %
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	4	31 %	8	62 %	92 %
Jeg opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte avdelingsbudsjettet	12	92 %	1	8 %	100 %
Jeg er alltid informert om årets budsjett	13	100 %	0	0 %	100 %

Til tross for at de fleste avdelingslederne oppfatter prosessen som motiverende, har eierskapsfølelse og ansvarfølelse, uttrykker bare 31 % av respondentene at avdelingsbudsjettet oppfattes som realistisk. Dette resultatet kommer antageligvis av at sykehuset har et sterkt fokus på kostnadssiden gjennom nedskjæringer i prosessen. Dette synet kan også komme av at sykehuset har lagt om budsjetteringsprosessen til nedbrytingsmetoden. Rammene dikteres til avdelingslederne som må tilpasse aktiviteten etter dette. En annen forklaring kan være at avdelingen har tidligere gått med budsjettunderskudd, og anser derfor årets budsjettet som urealistisk i forhold til målet om balanse. Oppfattes ikke budsjettene som realistiske er det enklere for avdelingslederne å fraskrive seg ansvaret for eventuelle budsjettunderskudd. Her er det interessant å skille på avdelingene som innfridde budsjettet i 2006, mot avdelingene som overskred budsjettet dette året¹¹.

¹⁰ Se vedlegg nr. 4 for fullstendig resultat spørsmål 18.

¹¹ Kategoriseringen innfridd vs. ikke innfridd er foretatt ut ifra spørsmål 12 i spørreskjemaet, se vedlegg nr. 4.

Tabell 4 Er avdelingsbudsjettet realistisk? (Offentlig sykehus)¹²

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?	Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	20 %	80 %	38 %	50 %

Tallene viser at majoriteten av avdelingslederne som har innfridd budsjettet det siste året ikke oppfatter deres budsjett som realistisk. Dette er et interessant funn fordi man ville tro at denne oppfatningen var mest fremtredende blant de som ikke innfridde budsjettet. Forklaringen på dette kan være at enkelte avdelinger som innfrir budsjettet i stor grad påvirkes av andre avdelingers aktivitet, hvilket har påvirkning på budsjettoverholdelse. Dermed kan det være tilfeldig hvilke avdelinger som går med overskudd.

Sykehuset har i siste budsjetterunde endret metoden i retning av nedbrytingsmetoden. Årsaken til sterkere styring er kontinuerlige budsjettunderskudd i tidligere år, jamfør avsnitt 5.1.2. Tidligere har sykehuset hatt anledning til å budsjettere med underskudd. I følge en i økonomiavdelingen har sykehuset fått sterke signaler fra det regionale helseforetaket om at dette ikke er aktuelt for budsjettåret 2007. Aktiviteten på sykehuset må tilpasses rammen fra RHF'et. Fordi denne metoden gjelder budsjettåret 2007, vil det være vanskelig å dokumentere virkningene på avdelingsnivå. Avsnitt 3.3.3 omhandler en generell kritikk av nedbrytingsmetoden. En fordel med denne metoden er at den tar mindre tid enn oppbyggingsmetoden. Ressurser spares ved at sykehuset unngår flere runder med nedskjæringer i budsjettprosessen fordi rammen er diktert nedover i organisasjonen i forkant av budsjetteringen. På den andre siden, medfører bruk av nedbrytingsmetoden en vesentlig fare. Fordi avdelingslederne må tilpasse budsjettet innenfor en fastsatt ramme, og ikke får anledning til selv å utarbeide budsjettet for sin avdeling, kan noe av motivasjonen for overholdelse forsvinne. Avdelingsledernes muligheter til å påvirke avdelingens budsjett reduseres også, en påvirkningsmulighet som i seg selv kan skape motivasjon. For å skape eierskapsfølelse til et budsjett, er det viktig at avdelingsledernes meninger blir hørt, og at deres forslag ivaretas i budsjettet. En vedvarende bruk av nedbrytingsmetoden kan gå på bekostning av eierskapsfølelsen i fremtiden.

¹² Se vedlegg nr. 3 for fullstendig resultat spørsmål 18.

På spørsmål om hva som skal til for å nå årets mål om budsjettbalanse, svarte en i økonomiavdelingen:

”Vi har hatt en annerledes budsjettprosess for 2007-budsjettet enn tidligere år. I år har vi blant annet en tiltakspakke de rapporterer ekstra på. Det går på hvordan de skal tilpasse seg budsjettet i 2007 i forhold til hvordan det faktisk gikk i 2006.”

Dette utsagnet tyder på at en omlegging av budsjetteringsprosessen har vært nødvendig i håp om å nå det økonomiske målet. Regnskapstallene (se figur 7) viser at sykehuset har slitt med budsjettunderskudd, og dermed trenger en strammere styring. Nedbrytingsmetoden innebærer en strammere styring gjennom at rammene blir diktert nedover i organisasjonen. Metoden kan derfor være et virkemiddel til å nå dette målet.

5.1.5 Svakheter ved budsjett som styringsverktøy

Som Boye et al. (1999) påpeker, vil en svakhet ved det vedtatte budsjettet være at det er basert på forventninger laget en god stund tilbake i tid, som kanskje ikke passer like godt ved årets begynnelse. Dette vil være gjeldende i det offentlige sykehuset, hvor budsjettarbeidet starter i august. Fordi inntekten til sykehuset oppnås gjennom tilskudd, blir budsjetteringen svært viktig. Budsjettet gir et bilde på hvilke ressurser som behøves i forhold til den aktiviteten som forventes. Å sette et riktig tall på forventet aktivitet blir ytterst viktig fordi dette er utslagsgivende for inntekten. Når man har en fastsatt ramme å forholde seg til gjennom året, må aktiviteten tilpasses. Et vesentlig avvik i aktiviteten vil ikke øke inntektene på samme måte som i private bedrifter. I et offentlig sykehus kommer inntektene først, så kommer aktiviteten. I eksempelvis en salgsbedrift kommer aktiviteten først, og så inntektene. Budsjettet kan derfor bli et hinder for nødvendige endringer fordi sykehuset ikke har midler igjen til å møte eventuelle endringer. I et sykehus med svært begrensede midler, vil et eventuelt fond for uforutsette ting nedprioriteres eller være av svært liten betydning.

Tabell 5 Budsjett som hinder (offentlig sykehus)¹³

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?	Alle		Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	38 %	54 %	20 %	80 %	50 %	38 %

Majoriteten av respondentene er ikke enig i at budsjett er et hinder for nødvendige endringer. Dette kan tyde på at avdelingslederne føler seg godt rustet til å møte uforutsette hendelser. På den annen side kan det bety at endringer gjennomføres til tross for at dette ikke er dekket av budsjettet. Ettersom overskridelser av budsjettet ikke har store konsekvenser for avdelingslederne, kan de tenkes at det ikke sees på som en hindring (se nærmere diskusjon i avsnitt 5.1.6).

Pettersen og Bjørnenak (2003) bruker begrepet ”de små stegs økonomi” om budsjettering basert på tidligere års budsjetter. Dette forekommer ofte i offentlig sektor. Budsjettet baseres på fjorårets budsjett, justert for små endringer. Dermed finnes det en manglende kobling mellom budsjett og regnskap beskrevet i avsnitt 3.5, fordi regnskapet ikke benyttes som budsjetteringsgrunnlag. Faren er at systematiske skjevheter i tidligere budsjetter videreføres. På spørsmål om dette er tilfellet i det offentlige sykehuset, svarer en representant fra økonomiavdelingen:

”De fleste tar utgangspunkt i prognosen for inneværende år. En vurderer fjoråret og ser på trender. Enhetene utarbeider prognoser for hver måned, og budsjettet er mer eller mindre en videreføring av dette, der helårsvirkninger av ulike tiltak er innarbeidet.”

Resultatene viser at bare halvparten av respondentene tar utgangspunkt i prognoser ved utarbeidelse av avdelingsbudsjettet. Det er også innslag av ”de små stegs økonomi” ved at fjorårets budsjett i stor grad benyttes som grunnlag. Alle avdelingene som ikke har innfridd bruker fjorårets budsjett som grunnlag, i tillegg benyttes regnskapet i mindre grad enn budsjett i de avdelingene som har innfridd (5 av 8, mot 5 av 5). Dermed kan en viktig suksessfaktor i budsjetteringen være et større fokus på regnskapet som grunnlag for budsjetteringen.

¹³ Se vedlegg nr. 3 og 4 for fullstendig resultat spørsmål 15.

Tabell 6 Grunnlag for utarbeidelse av avdelingsbudsjett i det offentlige sykehuset¹⁴

16. Hvilket grunnlag utarbeides avdelingsbudsjettet på?	Alle		Innfridd		Ikke innfridd	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Fjorårets budsjett	11	92 %	4	80 %	7	100 %
Fjorårets regnskap	10	83 %	5	100 %	5	71 %
Nye prognoser	6	50 %	2	40 %	4	57 %

Tabellen nedenfor gjengir en rekke påstander hvis formål er å fange opp oppfatninger tilknyttet budsjett som verktøy i avdelingene. At alle respondentene forsøker å skape budsjettaksept i avdelingen, samt at budsjettoverholdelse er et av de viktigste målene, samsvarer med ledelsens ønsker. Det vil være politisk korrekt å krysse av for enig på disse to spørsmålene, fordi dette kreves av avdelingsledernes rolle. Forøvrig vil påstanden om personlig prestisje kunne nyansere dette litt. Nesten alle respondentene legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene. Dette kan tyde på at sykehusets desentralisering av økonomiansvaret ikke har skapt store prinsipal-agentproblemer. Avdelingslederne ser overholdelse av budsjett ikke bare som en plikt, men som personlig prestisje.

Tabell 7 Budsjettets rolle i avdelingen (offentlig sykehus)¹⁵

22. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?	Alle		Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Jeg forsøker å skape budsjettaksept hos alle i min avdeling	100 %	0 %				
Budsjettoverholdelse er et av avdelingens viktigste mål	100 %	0 %				
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	92 %	0 %				
Negative budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll som avdelingsleder	46 %	54 %	60 %	40 %	38 %	63 %
Positive budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll	23 %	62 %	20 %	60 %	25 %	63 %
Min rolle som avdelingsleder har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å overholde budsjettet	54 %	46 %	80 %	20 %	38 %	63 %

¹⁴ Se vedlegg nr. 3 og 4 for fullstendig resultat spørsmål 16.

¹⁵ Se vedlegg nr. 4 for fullstendig resultat spørsmål 22.

Skal avdelingslederne ha resultatansvaret for avdelingen, bør de også ha tilstrekkelig beslutningsmyndighet. Tabell 2 viser hvilke områder avdelingslederne har beslutningsmyndighet over. Bare 56 % av respondentene er enig i påstanden om at de har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å kunne overholde budsjettet (jamfør tabell 7), til tross for at majoriteten har beslutningsmyndighet over områder som ansettelse, vaktplaner, vikarbruk, godkjenning av overtid, og budsjettert aktivitetsnivå (jamfør tabell 2). De som innfridde budsjettet viste en større oppslutning rundt påstanden enn de som ikke innfridde (4 av 5, mot 3 av 8). Dette er ikke et overraskende resultat da avdelingsledere som ikke innfrir budsjettet kan skylde på begrenset beslutningsmyndighet som årsak. Videre er respondentene delt (46 % mot 54 %) i påstanden om at negative avvik skyldes forhold utenfor deres kontroll. 23 % er enig i at positive avvik skyldes forhold utenfor deres kontroll som avdelingsleder. Det eksisterer en asymmetri i svarene. Årsaken er at man vil vedkjenne seg gode resultater, mens negative resultater påstås å komme av andre forhold enn egne prestasjoner. Dette kan indikere en fraskrivelse av ansvar. På den andre siden kan andre faktorer spille inn på avdelingsledernes mulighet til å overholde budsjett. Et eksempel er andre interessenter utenfor sykehuset. Et donert medisinsk apparat påvirker budsjettet ved at det kreves personell til å operere apparatet, samt gjennom ressurser til vedlikehold.

5.1.6 Spesielle utfordringer

Personene vi snakket med i økonomiavdelingen mente at den største utfordringen for sykehuset er at pasientene strømmer til uavhengig av rammer og tilskudd.

”En kan ikke si nei.”

Dette kan til en viss grad skape utfordringer ved budsjettering av aktiviteten. Økonomiavdelingen mente at siden dette er et regionsykehus vil de få de tyngste pasientene, mens mindre, private sykehus i større grad kan velge bort disse. Dette er et regionsykehus og har dermed en stor bredde av helsetjenester. Jo flere DRG-grupper et sykehus har, jo viktigere blir riktig finansiering gjennom DRG-systemet. Økonomiavdelingen mente at DRG-systemet ikke fanger opp tyngden på pasienten, slik at sykehuset ikke blir tilstrekkelig kompensert for disse pasientene. Et DRG-system som ikke fanger opp tyngden på pasienten vil ha direkte effekt på budsjettoverholdelsen i sykehuset, hvilket er utenfor sykehusets kontroll. Sykehuset har mulighet til å påvirke DRG-systemet gjennom å gi innspill til Sintef

eller Helse- og omsorgsdepartementet. Årlig gjøres det endringer og korrigeringer i DRG-systemet. Selv om sykehuset har denne påvirkningsmuligheten, er dette en prosess som tar tid og dermed ikke får konsekvenser for inneværende budsjettår.

Til tross for at sykehuset må ta imot de pasientene som kommer, har sykehuset mulighet til å påvirke aktiviteten gjennom prioritering av pasienter. Sykehuset har et sterkt fokus på dette gjennom at pasientene med rett til nødvendig helsehjelp prioriteres framfor pasientene med rett til annen helsehjelp. Pasientene med rett til annen helsehjelp må derfor vente litt lenger. Det vil også være en kategori av elektive (ikke-akutte) pasienter innenfor disse gruppene. Behandling av elektive pasienter kan også reguleres gjennom ventetider. Dette betyr at sykehuset har ventetider som et verktøy for å regulere aktiviteten. Er aktiviteten for stor, økes ventetidene.

Videre var oppfatningen i økonomiavdelingen at private sykehus i større grad kan velge hvilke tjenester de ønsker å tilby. Et privat sykehus har muligheten til å legge ned en tjeneste som ikke er lønnsom. Denne fleksibiliteten eksisterer ikke i samme grad i det offentlige sykehuset. Ønsker sykehuset å legge ned en tjeneste eller funksjon, må dette godkjennes av det regionale helseforetaket. I tillegg kan sykehuset stå overfor press fra andre grupper, som eksempelvis lokalpolitikere og media, hvilket vanskeliggjør nedleggelse av en tjeneste ut ifra økonomiske argumenter. Det offentlige sykehuset står i en særstilling nettopp fordi det har en rolle som offentlig tilbyder av helsetjenester. Helsetjenestene sykehuset tilbyr er et offentlig gode, og skal være tilgjengelig for alle, uansett pris. Allikevel har sykehuset en viss fleksibilitet gjennom å redusere kapasiteten i avdelinger. Behandlingstilbudet kan reduseres gjennom eksempelvis ansettelsesstopp i avdelingen.

I tillegg vektlegger økonomiavdelingen at sykehuset er bundet av fagforeninger, tariffen, lover som ivaretar ansatte og lover som ivaretar pasienters rettigheter.

”Foretakets handlingsrom er derfor sterkt begrenset. Det gir et dilemma når en skal gjøre nødvendige endringer for å tilpasse seg de økonomiske rammene en får tildelt.”

Fordi sykehuset står overfor et stort antall interessenter, kan det settes spørsmålsteget ved om sykehuset selv har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å overholde budsjettet. Budsjett som styringsverktøy svekkes av jo flere interessenter sykehuset står overfor. Endringer som ville vært nødvendige grunnet økonomiske hensyn lar seg ikke gjennomføre for eksempel grunnet

politisk press. Å legge ned et sykehus i Norge er ikke en realitet. De interne økonomiske styringsverktøyene kan svekkes gjennom ytre press.

For sykehuset opereres det med to resultatbegrep i forhold til eiernes resultatmåling; ordinært regnskapsmessig resultat, og resultat etter korrigeringskostnader og pensjonskostnader. Avskrivningskostnader og pensjonskostnader blir, i følge økonomiavdelingen, ikke dekket gjennom budsjettmidler. Det regionale helseforetaket måler sykehusets økonomiske prestasjoner på sistnevnte resultatbegrep. Dette betyr at målsettingen om å nå et nullresultat til dags dato ikke har vært gjeldende for sykehuset. Det har vært tillatt å gå med underskudd. Dette svekker budsjettets rolle som kostnadskontrollerende verktøy.

Nyland og Pettersen (2003) sier at kontinuerlige budsjettunderskudd benyttes som dokumentasjon på for lite tilgjengelige ressurser i helseforetaket. Budsjettunderskudd i seg selv blir et virkemiddel for å oppnå større bevilgninger neste år. Det er ikke vårt inntrykk at dette er intensjonen i det offentlige sykehuset. Fokuset på å holde kostnadene nede er stort. Allikevel justeres sykehusets budsjett minst to ganger i året. Justeringene fra det regionale helseforetaket innebærer som regel økte midler som følge av sterkt politisk press. Økte midler gjennom året er derfor svært sannsynlig. Dette viser også tallene i figur 9. Et konkret eksempel på økte midler kom i januar 2007 da staten ga 800 millioner ekstra til helseregionene. En person i økonomiavdelingen hadde følgende å si om ekstrabevilgningen:

”Den kom jo litt overraskende på oss fordi de har vært strenge på at vi måtte tilpasse budsjettet innenfor de rammene vi har fått. At vi må få kontroll på økonomien før det kan komme mer penger.”

Utsagnet sier noe om hvordan statlige styringsimpulser bør oppfattes. Hvorfor holde kontroll på økonomien når staten fortsetter å pøse penger inn i helsesektoren, til tross for dårlige økonomiske resultater? Statens krav om streng økonomisk styring gjennom stramme og dikterte rammer, mister verdi fordi sykehusene får ekstrabevilgninger uansett. Videre sier vedkommende:

”Det kom også litt overraskende på meg at Helse Midt og Helse Nord fikk 2-300 millioner. I Helse Midt argumenterte de med at på grunn av dårlig økonomistyring så skulle de få mer penger. Da tenker jeg: Javel, det er jo en fin belønning for Helse Midt, som er et av de foretakene som har dårligst kontroll.”

En annen person i økonomiavdelingen uttrykte også misnøye med fordelingen til de regionale helseforetakene.

”Det gjør noe med motivasjonen til å holde budsjettet. Hvorfor i all verden skal vi holde budsjett når en blir premiert for ikke å holde det? Det er et dilemma.”

Helseforetakene med dårlig økonomistyring blir belønnet med en stor ekstrabevilgning, mens helseforetakene som har en bedre økonomistyring får mindre. De flinke ”elevene” blir ikke belønnet for god innsats. Motivasjonen for å holde det vedtatte budsjettet kan dermed forsvinne.

Sykehuset står overfor noe av den samme utfordringen internt. Avdelingene i sykehuset får ikke beholde et eventuelt budsjettoverskudd. Hvis en avdeling går med budsjettoverskudd benyttes dette til å sanere andre avdelingens underskudd. Historien har vist at det offentlige sykehuset ikke har oppnådd målet om nullresultat. Derfor eksisterer det ingen belønningsmekanismer tilknyttet overholdelse av budsjettet på avdelingsnivå. På spørsmål om hva ekstrabevilgningen gjorde med motivasjonen, svarte vedkommende:

”Det var mange i foretaket som reagerte på argumentasjonen/tildelingen. Enkelte foretak premieres for å ha styrt økonomien dårlig. Vi har jo forsåvidt det samme problemet internt i foretaket. Selv om foretaket har gått med underskudd, er det jo enheter som har gått med overskudd ved årets slutt. De blir jo heller ikke belønnet. Vi har ingen belønningsmekanismer som fungerer enda.”

Dette utsagnet underbygges også av en annen person i økonomiavdelingen med følgende utsagn:

” Avdelingene har ikke hatt store økonomiske insentiver til å holde budsjett”.

En avdeling som har blitt pålagt ansvar for egen økonomi, men ikke blir belønnet for gode resultater, vil miste noe av motivasjonen for å holde budsjettet. Hvis en avdeling går med overskudd, kan dette medføre en reduksjon i midler tilgjengelig neste år, fordi avdelingen ikke behøver like mye midler som først antatt. Er dette tilfellet vil en avdeling bli straffet for å gå med overskudd, snarere enn belønnet. Det blir dermed lønnsomt for avdelingen på lang sikt å gå med underskudd fordi dette er eneste mulighet til å utvide virksomheten.

På den andre siden er det også slik at avdelingen ikke får videreført et eventuelt underskudd til neste år. Tiltaksplaner må iverksettes hvis underskuddene er betydelige. Men det økonomiske underskuddet må ikke dekkes gjennom neste års budsjett. Avdelingens økonomiske prestasjoner vil derfor ikke ha noen alvorlige konsekvenser for avdelingen, slik et eventuelt underskudd eller overskudd vil ha i en privat virksomhet. Avdelingen vil ikke gå konkurs eller bli lagt ned. Budsjettbalanse som økonomisk mål får liten verdi fordi et eventuelt underskudd har minimale konsekvenser.

Tallene fra spørreundersøkelsen er svært entydige i denne sammenheng. Ved et eventuelt budsjettunderskudd skulle respondentene uttrykke hvor sannsynlig gitte scenarier var, jamfør tabell 8 nedenfor. De fleste respondentene mente at avdelingen hverken ville få mer eller mindre midler neste år hvis de gikk med underskudd. Spesielt interessant er det at avdelingslederne ikke er redd for å miste jobben som følge av avdelingsunderskudd, bare 8 % tror dette er sannsynlig. Aktiviteten på avdelingen vil vedvare, eventuelt øke, fordi midlene uansett vil være tilgjengelig. Det er tydelig at det er få konsekvenser tilknyttet et budsjettunderskudd på avdelingsnivå. Ansvarliggjøring av avdelingslederne svekkes fordi ingen vil straffes for dårlige økonomiske prestasjoner.

Tabell 8 Mulige scenarier ved budsjettunderskudd (offentlig sykehus)¹⁶

20. Ved budsjettunderskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?	Sannsynlig		Usannsynlig		Sum
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Økte midler neste år	3	23 %	9	69 %	92 %
Reduserte midler neste år	3	23 %	10	77 %	100 %
Mister jobben	1	8 %	8	62 %	69 %

Tabellen over viser mulige scenarier ved budsjettoverskudd. Spesielt ett resultat står frem. 69 % av respondentene mener det er sannsynlig at avdelingen får reduserte midler neste år dersom avdelingsbudsjettet nås. Å prestere godt blir derfor straffet med strengere økonomiske rammer. Dessuten har svært få tro på at avdelingen vil beholde et avdelingsoverskudd. Videre tror 80 % av avdelingslederne som innfridde 2006-budsjettet at de vil få reduserte midler neste år. En slik forventning kan skade den fremtidige budsjettmoralen hos de som innfrir.

¹⁶ Se vedlegg nr. 4 for fullstendig resultat spørsmål 20.

Tabell 9 Mulige scenarier ved budsjettoverskudd (offentlig sykehus)

21. Ved budsjettoverskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?	Sannsynlig		Usannsynlig		Sum
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Reduserte midler neste år	9	69 %	4	31 %	100 %
Jeg får rosende omtale	13	100 %	0	0 %	100 %
Avdelingen får beholde overskuddet	1	8 %	10	77 %	85 %
Avdelingen får mer midler til kurs, reiser, sosiale tilstelninger, etc.	4	31 %	8	62 %	92 %

Opstad (2002) bemerker at et insentivsystem innføres for å oppmuntre til ønsket atferd blant agentene (jamfør avsnitt 3.1). Insentiveffektene i forhold til budsjettoverholdelse er motsatt av hva som er ønsket. Ingen konsekvenser er tilknyttet budsjettunderskudd, straff er konsekvensen ved budsjettoverholdelse.

Tallene i figur 7 viser at det offentlige sykehuset har hatt kontinuerlige budsjettunderskudd i perioden 2003-2006. Som nevnt i avsnitt 3.5, kan budsjettunderskudd i forvaltningsorganisasjoner komme av at eierne har gitt for lite tilskudd. Inntektene til det offentlige sykehuset kommer fra bevilgninger fra det regionale helseforetaket. Det regionale helseforetaket setter resultatkrav til sykehuset, som må nås med de midler som er tildelt. For sykehuset blir budsjetteringen derfor svært viktig, siden dette er grunnlaget for tildeling av midler. I følge et budsjettforslag lagt frem for styret¹⁷ opplyses det om at en benchmarkingundersøkelse fra Sintef/NIS viser at sykehuset er det mest kostnadseffektive sykehuset i Norge. Tildeling av for lite midler kan derfor være en mulig årsak til størrelsen på budsjettunderskuddene i sykehuset.

5.1.7 Regnskapsrapportering, oppfølging og bruk av regnskapsinformasjon

I sykehuset rapporteres det oppover i organisasjonen, fra avdelingsnivå til foretaksledelsen. Avdelingene skal rapportere om økonomiske prestasjoner månedlig til økonomiavdelingen. Denne informasjonen benyttes i den månedlige rapporteringen til det regionale helseforetaket. Ved avvik på avdelingsnivå skal avdelingene selv finne årsaker til avvik, og foreslå tiltak som skal lukke avvikene. Prognoser skal også utarbeides og rapporteres månedlig. Disse benyttes av økonomiavdelingen til å utarbeide prognoser på foretaksnivå.

¹⁷ Forslag til budsjett 2004 Helse Bergen datert 5. februar 2004

Avdelingenes plikt til å finne årsaker og tiltak for å rette opp avvik følger av budsjettansvaret de har blitt tildelt. Sykehuset har etablert et godt system for rapportering og oppfølging av avdelingslederne. Ut ifra prinsippal-agentteori beskrevet i avsnitt 3.1.1, vil det være sannsynlig at rapporteringen reduserer prinsippal-agentproblemet tilknyttet asymmetrisk informasjon og resttap.

Delegering av budsjettansvar ned på avdelingsnivå kan gi utfordringer i sykehus, hvor avdelingslederne ofte har liten økonomisk utdanningsbakgrunn. Dette kan innebære en mindre forståelse av tallene som rapporteres. Rapportering kan bli en plikt og ikke en nødvendighet for å holde kontroll på ressursbruken. Å bruke regnskapstall i beslutninger i avdelingen kan også bli en utfordring. Sykehuset har løst disse utfordringene ved at alle avdelinger har en controller som deler ansvaret med avdelingslederen. Til tross for dette er det viktig for avdelingslederen å forstå regnskapsmessig informasjon. Det er avdelingslederen som tar beslutningene. Tabell 10 viser hvordan regnskapsinformasjon benyttes i avdelingene. Alternativet som sier at regnskapet benyttes som kontroll på hvordan ressursene benyttes har fått høyest svarprosent (38 %). Regnskapet benyttes i liten grad som grunnlag for beslutninger i avdelingene. Dette er et problem fordi det mangler en integrering mellom elementene i modellen beskrevet i avsnitt 3.2. Man står igjen med fire verdener hvor strategi, budsjett, handlinger og regnskap ikke integreres (Pettersen og Bjørnenak 2003).

Tabell 10 Bruk av regnskapsinformasjon i det offentlige sykehuset¹⁸

25. Hva benyttes avdelingens regnskap til?	Antall	Prosent
Dokumentasjon på mengde benyttede ressurser	3	12 %
Kontroll på hvordan ressursene benyttes	10	38 %
Evalueringsgrunnlag for avdelingens prestasjoner	3	12 %
Evalueringsgrunnlag for mine prestasjoner	0	0 %
Grunnlag for beslutninger i avdelingen	5	19 %
Grunnlag for neste års budsjettering	5	19 %
Sum (2 svar per respondent)	26	100 %

¹⁸ Se vedlegg nr. 4 for fullstendig resultat spørsmål 25.

5.1.8 Oppsummering

Tallene i figur 7 viser at sykehuset sliter med store underskudd i perioden 2002-2006, og ikke har nådd målet om nullresultat.

Sykehusledelsen har valgt å desentralisere økonomiansvaret nedover i avdelingene. Dette medfører en stor grad av beslutningsmyndighet hos avdelingslederne.

I perioden 2002-2006 har sykehuset benyttet seg av oppbyggingsmetoden, som viser seg å ha sikret eierskapsfølelse til budsjettet, stor grad av ansvarsfølelse overfor sykehusets økonomi, og motivasjon for budsjettoverholdelse blant avdelingslederne. Utfordringen i fremtiden vil være å sikre at sykehusets anvendelse av nedbrytingsmetoden ikke går på bekostning av eierskapsfølelse og motivasjon.

Sett i forhold til prinsipal-agentteori har sykehuset oppnådd stor grad av kontroll gjennom månedlig oppfølging av avdelingene. Det finnes ingen belønningsmekanisme tilknyttet økonomiske mål.

En rekke faktorer svekker budsjett som styringsverktøy i sykehuset:

- (i) Omlegging til nedbrytingsmetode kan gå på bekostning av motivasjon, og eierskaps- og ansvarsfølelse.
- (ii) Tallene viser at budsjettet ikke er kontrollerende for kostnadsnivået. Det opererer heller ikke som en prognose for regnskapet.
- (iii) Inntektene økes vesentlig gjennom året. Dette tillater et overforbruk av ressurser.
- (iv) Fravær av belønningsmekanismer. Incentivene til budsjettoverholdelse svekkes ved at avdelingene blir straffet gjennom strammere rammer hvis de går med overskudd. Det finnes heller ingen konsekvenser tilknyttet budsjettunderskudd. Avdelingene får snarere et insentiv til å gå med underskudd.
- (v) Andre interessenter spiller inn på sykehusets evne til budsjettoverholdelse. Det er svært vanskelig å legge ned tjenestoområder, blant annet grunnet politisk press.

5.2 Det private ideelle sykehuset

5.2.1 Litt om sykehuset – virksomhet, mål og resultater

Det private ideelle sykehuset eies av en privat ideell organisasjon (stiftelse) og er en nonprofit institusjon. Foretaket er altså selvstendig i forhold til statlig eierskap, jamfør avsnitt 2.1. Sykehuset driver virksomhet basert på driftsavtaler med en kommunal og en statlig oppdragsgiver, gjennom et av de regionale helseforetakene. Sykehuset tilbyr både somatiske og psykiatriske tjenester. All inntekt kommer fra offentlig etterspørsel hvilket innebærer at sykehuset er majoritetsfinansiert, slik det er beskrevet i avsnitt 2.1. Selv om sykehuset har en relativt stabil og forutsigbar inntekt, har de i vesentlig grad konkurrisikoen hengende over seg.

Fra årsrapporten finner vi at sykehuset ønsker at driften skal gjenspeile verdier som omsorg, helhetssyn, åpenhet, kreativitet og kvalitetsbevissthet, i tillegg til et kristent trosgrunnlag. Gjennom intervjuet med økonomiavdelingen kommer det frem at sykehusets overordnede mål er et kvalitetsmessig godt tilbud til pasientene. Deretter følger målet om mest mulig helse for hver krone. Den økonomiske målsettingen over tid er å drive i økonomisk balanse på grunnlag av inngåtte driftsavtaler med oppdragsgiverne (kommunen og det regionale helseforetaket). Dermed er maksimering av overskudd ikke et mål i dette sykehuset. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at sykehusets overordnede mål gjenspeiles i avdelingsledernes oppfattelse av hva som er hovedfokuset til ledelsen (jamfør tabell 11). Ledelsen har altså lyktes i å grunnfeste sykehusets overordnede målsetting i resten av organisasjonen, noe som er et viktig virkemiddel for å redusere agentkostnadene beskrevet i avsnitt 3.1.1.

Tabell 11 Avdelingsledernes oppfatning av sykehusledelsens mål (privat ideelt sykehus)¹⁹

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?	Antall	Prosent
Overholde budsjettet	0	0 %
Best mulig kvalitet på helsetjenester	6	86 %
Kostnadseffektivitet	0	0 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	1	14 %
Kortere ventelister	0	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0	0 %
Størst mulig overskudd	0	0 %
Sum	7	100 %

Ledelsen i sykehuset har valgt å ha en meget sentralisert økonomistyring. Dette innebærer at avdelingslederne ikke innehar det økonomiske ansvaret for avdelingen. Tabell 12 viser hvilke områder avdelingslederne har oppgitt at de har beslutningsmyndighet over. Det er varierende hvor mye beslutningsmyndighet de ulike respondentene har, men resultatene illustrerer at sykehuset har en meget sentralisert styring.

Tabell 12 Områder for beslutningsmyndighet (privat ideelt sykehus)

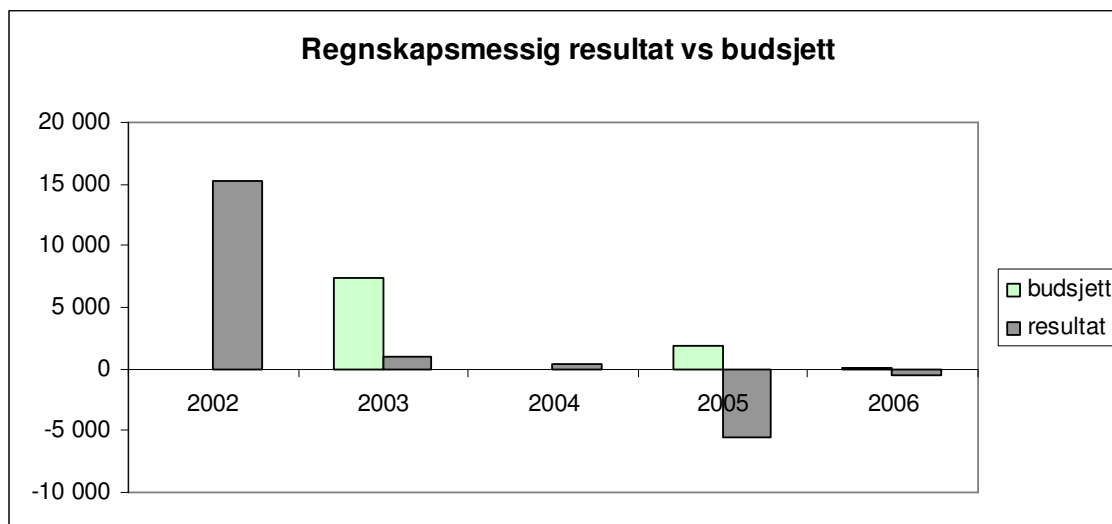
14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?	Antall	Ja Prosent
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	3	43 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	4	57 %
Ansettelse av leger	4	57 %
Ansettelse av sykepleier / vernepleier	4	57 %
Ansettelse av andre medarbeidere	6	86 %
Omgjøring av stilling	5	71 %
Opprettelse av stilling	4	57 %
Vaktplaner	5	71 %
Godkjenning av overtid	7	100 %
Bruk av vikarer	7	100 %
Lønnsnivå	2	29 %

Som beskrevet i avsnitt 3.1.1 vil en slik sentralisert styring føre til et redusert prinsippal-agentproblem i foretaket. Prinsippalen holder tilbake beslutningsmyndighet og begrenser dermed agentens mulighet til å handle ut i fra egne interesser.

¹⁹ Se vedlegg nr. 5 for fullstendig resultat spørsmål 7.

5.2.2 Historiske tall

Regnskapet viser at sykehusets økonomiske prestasjoner de siste årene har vært gode i forhold til de økonomiske målsettingene foretaket har. Som figur 10 viser har resultatene svingt noe rundt nullpunktet i perioden 2002 til 2006 med et positivt avvik i 2002. Akkumulert sett har det vært et positivt resultat i perioden. Det er således godt samsvar mellom sykehusets økonomiske målsetting og økonomisk resultat i perioden.

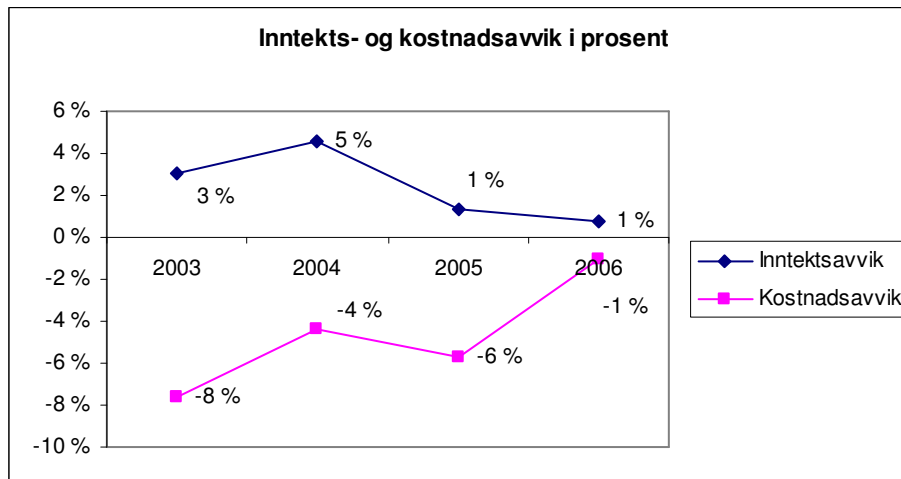


Figur 10 Regnskapsmessig resultat og budsjett 2002-2006 for det private ideelle sykehuset²⁰

Figuren viser også at det i 2003 og 2005 har vært relativt store avvik mellom regnskapsmessig resultat og budsjettert resultat. I 2004 og 2006 har det derimot vært små avvik.

I perioden har både inntekter og kostnader økt jevnt. Avvikene mellom budsjetterte og faktiske inntekter og kostnader er illustrert i figuren under. Den viser at i de årene sykehuset har hatt små budsjettavvik på resultatet (2004 og 2006), har det også vært samsvar mellom budsjettavvikene på inntekter og kostnader. I 2003 og 2005, hvor det har vært relativt store resultatmessige budsjettavvik, har det også vært større kostnadsavvik enn inntektsavvik.

²⁰ Budsjettall for 2002 har ikke vært mulig å oppdrive.



Figur 11 Inntekts- og kostnadsavvik (privat ideelt sykehus)

5.2.3 Budsjetteringsmetode

Budsjettansvaret ligger hos ledelsen og er ikke delegert ut til avdelingslederne. I intervjuet med en representant fra økonomiavdelingen kommer det frem at avdelingslederne ikke har resultatansvaret for avdelingen. Dette har konsekvenser for budsjetteringen i sykehuset, da det er økonomiavdelingen som selv utarbeider budsjettet. Avdelingslederne er i liten grad involvert i prosessen.

Budsjettarbeidet starter i august ved at økonomiavdelingen sender ut et budsjettbrev til avdelingslederne. I dette brevet ber økonomiavdelingen om innspill på investeringer for å kartlegge investeringsbehovet. Et grovbudsjett for driften blir så satt opp, hvor det tas utgangspunkt i resultatet per august og en prognose for gjeldende regnskapsår. Et endelig investeringsbudsjett blir også utarbeidet, som styret godkjenner og forplikter seg til å innfri. I januar, i inneværende budsjettår, blir et endelig og mer detaljert budsjett laget. Dette budsjettet bygger på fjorårets regnskapstall som justeres med pris- og kostnadsvekst. Deretter må sykehuset vente på bestillingen fra det regionale helseforetaket for få på plass inntektssiden i budsjettet. Det endelige budsjettet blir lagt frem for godkjenning av styret. Avdelingslederne blir ikke orientert om det vedtatte budsjettet, og vet ikke hvor mye midler avdelingen har til rådighet. Budsjettert aktivitet er det eneste målet avdelingslederne må forholde seg til.

Budsjetteringsprosessen i sykehuset har ikke de typiske karakteristikene som budsjetteringsmetodene omtalt i avsnitt 3.3.1 har. Likevel finnes det enkelte fellestrekk med nedbrytningsmetoden. Den største likheten er den sterke styringen som metoden innebærer. Ledelsen i sykehuset utarbeider budsjettet på alle nivåer, mens avdelingsledernes involvering er begrenset til innspill rundt kapasitet, planlagt aktivitet og investeringsbehov. Avdelingslederne er, som nevnt, ikke direkte involvert i budsjetteringsprosessen. Det blir utarbeidet budsjett på avdelingsnivå av økonomiavdelingen, men avdelingslederne vet ikke hvilke rammer som er tildelt. Fordi avdelingslederne ikke deltar i utarbeidelsen av egne budsjett, og må akseptere rammene de får tildelt, er det problematisk å karakterisere budsjetteringsprosessen etter budsjetteringsmetodene beskrevet i avsnitt 3.3.1.

5.2.4 Mulige effekter grunnet valg av budsjetteringsmetode

Den økonomiske målsettingen i det private ideelle sykehuset er nullresultat. Dette er også målet for budsjettet. I følge økonomiavdelingen ønsker ikke ledelsen å bruke mye tid og ressurser på budsjetteringsprosessen ettersom budsjettet blir lite brukt i den økonomiske styringen. En i økonomiavdelingen beskriver dette på følgende måte:

”Budsjett – spør du meg, så har budsjett veldig liten verdi egentlig. Jeg styrer veldig lite etter budsjett. Jeg styrer mer etter fjorårets regnskap. Også kjenner jeg til de endringene som er gjort i det regnskapsåret som er gått, og de nye tingene som kommer i det nye året.”

Ledelsen har derfor ikke mål om å skape eksempelvis motivasjon, eierskapsfølelse eller ansvarsfølelse blant avdelingslederne, som beskrevet i avsnitt 3.3.2, gjennom å involvere dem i budsjetteringsprosessen. Snarere er det slik at de unngår å involvere avdelingslederne slik at økonomien kan styres fritt gjennom året. Faren er at avdelingslederne oppfatter dette som udemokratisk hvis det eksisterer et ønske om å involveres i budsjetteringen.

”(…) budsjett er ikke delegert ut her i det hele tatt. Det er litt sånn hysj-hysj nå for tiden, for dette med delegering av budsjettansvar er veldig populært, du skal ansvarliggjøre og du skal involvere. (...) det har litt med involvering og identifikasjon å gjøre og, og det å få folk interessert i økonomi.”

Spørreundersøkelsen viser at samtlige av respondentene ønsker å påvirke ressurstildelingen til sin avdeling, og at de samtidig føler at deres meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen (se tabell 13). Dette kan tyde på at de er fornøyd med graden av egen involvering i prosessen.

Tabell 13 Avdelingsledernes rolle i budsjetteringsprosessen (privat ideelt sykehus)²¹

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander	Enig	
	Antall	Prosent
Jeg ønsker å aktivt påvirke ressurstilgangen til min avdeling	7	100 %
Mine meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen i foretaket	7	100 %

At budsjettansvar ikke delegeres nedover i sykehuset kan ha både heldige og uheldige effekter. En ulempe er at avdelingslederne kanskje ikke er så kostnadseffektive som de kunne vært om de hadde hatt et resultatansvar å forholde seg til. En fordel er at avdelingslederne ikke får insentiv til å bruke opp budsjettmidler med det formål å ikke miste midler i neste budsjetttrunde. Ser man på figur 11 har sykehuset hvert år hatt et negativt kostnadsavvik, altså har ressursforbruket vært større enn budsjettet. Dette kan skyldes manglende fokus på kostnadseffektivitet fra avdelingsledernes side. Avviket kan også skyldes andre faktorer som økt aktivitet eller et lite realistisk budsjett.

Økonomiavdelingen uttrykker at det er et ønske fra ledelsens side at det skal brukes lite tid og ressurser på budsjettering. Dermed blir budsjetteringsprosessen rask og effektiv. Det eksisterer en felles oppfattelse om at budsjett som styringsverktøy ikke har særlig verdi i denne organisasjonen. Økonomiavdelingen begrunner valget av budsjetteringsprosess gjennom at sykehuset sparer mye tid og ressurser på å ha en enkel prosess. Budsjettet kan utarbeides i den detaljgrad som ønskes. Sykehuset unngår en lang prosess kjennetegnet av møter med avdelingslederne og flere runder med eventuelle nedskjæringer for å tilpasse budsjettet til rammen som er satt. Det unngås også en intern kamp om midlene i organisasjonen. Ved involvering og ansvarliggjøring av avdelingslederne vil også krav fra disse oppstå. Ved at de ikke må forholde seg til økonomiske rammer, unngår ledelsen at det stilles krav til hvor mye ressurser som behøves i avdelingen. Rammene kan settes og endres etter ledelsens ønsker. Dette gir sykehuset en fleksibilitet som innebærer at nødvendige endringer raskt kan gjennomføres.

5.2.5 Svakheter ved budsjett som styringsverktøy

Budsjett spiller en svært liten rolle i den økonomiske styringen i organisasjonen. Budsjettets hovedfunksjon reduseres til å autorisere ressursbruken gjennom godkjenning fra styret. Sykehuset unngår en vesentlig svakhet tilknyttet budsjett; problemet ved at forutsetningene satt tidlig i prosessen ikke passer når budsjettet skal benyttes (se generell kritikk av budsjett i avsnitt 3.3.4.). Dette unngås nettopp fordi budsjettet tillegges liten vekt. Økonomien styres snarere etter en målsetting om god likviditet. Dette kommer til uttrykk gjennom følgende utsagn fra økonomiavdelingen:

”(...) dette her med budsjettprognoser har jeg ikke veldig mye tro på, det er kontantstrøm som betyr noe.”

Sitatet innledningsvis i avsnitt 5.2.4 viser at regnskapet benyttes som verktøy i den økonomiske styringen. Regnskapet benyttes som grunnlag for det budsjettet som legges frem for styret. Det gir styringsimpulser som stemmer bedre overens med virkeligheten enn et budsjett basert på tidligere budsjetter. På denne måten unngår sykehuset å videreføre eventuelle feil fra tidligere budsjettering. Bruken av regnskapet sikrer også at koblingen mellom handlinger og regnskap ivaretas, se avsnitt 3.5. Koblingen sikres fordi regnskapstall blir førende for de beslutninger som tas i sykehuset.

Budsjettarbeidet vanskeliggjøres noe av at bestillingen fra det regionale helseforetaket ofte ikke er ferdigstilt før langt inn i det nye budsjettåret. Denne samarbeidsavtalen står for den største delen av sykehusets inntekt, og det tar dermed tid å få laget et endelig budsjett. I tillegg fører revidert nasjonalbudsjett ofte med seg en del ekstra midler. Sykehuset får da et lite avvik i budsjettet. Et budsjett vedtatt ved årets begynnelse inneholder ikke slike ekstrabevilgninger, og må justeres. Økonomiavdelingen opplever at budsjettarbeidet har begrenset verdi i forhold til den innsatsen det krever.

”(...) men jeg føler vel at det har begrenset verdi. I alle fall i forhold til den innsatsen som en må legge ned i justeringen. Så lenge vi kjenner driften, og det er såpass forutsigbart, ser jeg ikke poenget i å legge ned masse arbeid i å revidere budsjettet.”

²¹ For fullstendig resultat spørsmål 13 se vedlegg nr. 5.

Økonomiavdelingen mener at målet om kvalitet på helsetjenestene bedre ivaretas hvis avdelingslederne slipper å fokusere på økonomi. Ved at avdelingslederne ikke har innsyn i budsjettene kan omprioritering av midler på tvers av avdelinger gjennomføres uten konflikter. Kostnader kan også tildeles avdelinger uten avdelingsledernes viten. Dette sikrer en fleksibilitet i den økonomiske styringen. Sykehuset kan raskere møte endringer hvis noe uforutsett skulle skje. Dette er også en fordel tilknyttet det å være et lite sykehus; de kan raskt snu seg og endre beslutninger, disposisjoner og planer hvis noe uforutsett skulle skje. Dette kan gjøres fordi avdelingslederne ikke har resultatansvaret for sin avdeling. Interne kamper om midlene unngås fordi ingen avdelingsledere stilles ansvarlig for det økonomiske resultatet i avdelingen. Så lenge normal aktivitet opprettholdes i avdelingen, vil ikke omfordeling av midler bli motarbeidet.

I følge økonomiavdelingen eksisterer det noe misnøye med fordeling av budsjettmidler blant avdelingslederne. Selv om de ikke er klar over hvilke rammer den enkelte avdelingen har, merkes det nok når økonomiavdelingen omprioriterer på midlene underveis i året. De ansatte har innfunnet seg med at ledelsen omprioriterer midler alt etter hvor det er behov for det. Vedkommende i økonomiavdelingen sier følgende om avdelingslederne:

”De vet at det (les: økonomien) er ivaretatt og er i grunn bare glad til at de slipper å følge opp økonomien. (...) da kan de konsentrere seg om faget sitt.”

Spørreundersøkelsen viser at det er delte meninger blant avdelingslederne hvorvidt de ønsker å ha budsjettansvar for sin avdeling, se tabell 14 nedenfor²². Her svarer tre av syv at de ønsker dette ansvaret, to svarer at de ikke ønsker dette ansvaret og to svarer at de ikke vet eller at det ikke er relevant.

Tabell 14 Ønske om budsjettansvar (privat ideelt sykehus)

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?	Enig		Uenig		Vet ikke	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Jeg ønsker budsjettansvaret for min avdeling	3	43 %	2	29 %	2	29 %

²² Se avsnitt 4.3.3 for problemer tilknyttet forklaring av budsjettansvar.

5.2.6 Spesielle utfordringer

I følge økonomiavdelingen er det en utfordring å balansere driften slik at sykehuset oppnår den økonomiske målsettingen om nullresultat. Hvis sykehuset har ledige midler skal de brukes til pasientrettede tiltak. Sykehuset er fundert slik at det skal ytes mest mulig tjenester ut ifra de midlene de har. Som vedkommende i økonomiavdelingen sier:

”Her er det kvalitet og helse som er målsettingen. (...) derfor blir dette med økonomistyring ganske forskjellig. Husk at vi ikke skal akkumulere kapital, vi skal akkumulere helse...”

Likviditetsstyring fremstår som det viktigste økonomiske styringsverktøyet i sykehuset. I følge Boye et al. (1999) er noe av formålet med likviditetsstyring å sikre at bedriftens aktiviteter kan utføres uten forstyrrelser grunnet likviditetsmangel, samt at ledige midler plasseres gunstigst mulig. Styring av kontantstrømmen vil til enhver tid vise hva det private ideelle sykehuset har av tilgjengelige midler. Ut ifra et mål om mest mulig helse for hver krone (jmfør avsnitt 5.2.1) kan et sterkt fokus på likviditetsstyring være fornuftig. Hver ledige krone kan brukes på å behandle flere pasienter.

I følge økonomiavdelingen er aktiviteten i sykehuset relativt enkel å planlegge ettersom sykehuset ikke har en øyeblikkelig hjelp funksjon. I utgangspunktet kan ikke sykehuset selv velge sine pasienter da de har plikt til å ta imot pasienter som er henvist av det regionale helseforetaket. Likevel har sykehuset anledning til å indirekte velge (eller velge bort) pasienter ved å opplyse om ventetider for kategorier av pasienter som er ønskelig (eller ikke ønskelig) at de tar ansvar for. Det er dermed gode muligheter for å styre aktivitetsnivået ved sykehuset.

5.2.7 Rapporteringsrutiner, oppfølging og bruken av regnskapsinformasjon

Ettersom avdelingslederne ikke har innsyn i budsjettene har de heller ikke ansvar for oppfølging av det. Oppfølging går under økonomiavdelingens ansvarsområde. Rapporteringsrutinene kan således sies å gå nedover i organisasjonen da det er ledelsen som gir tilbakemelding til avdelingene i de tilfeller det er noen form for rapportering. Avdelingslederne får ingen direkte informasjon om hvordan deres økonomiske prestasjon ligger an i forhold til budsjett, men de får tilbakemelding på produksjon. Avdelingene blir

månedlig fulgt opp og målt på aktivitet i forhold til bestillingen fra det regionale helseforetaket. I tillegg blir de målt på kvalitetsfaktorer som epikrisetid, ventetid og lignende. Økonomiske resultater hører de veldig lite om. På slutten av året får de rapporter om resultatet for den totale virksomheten, og hvordan dette er fordelt på samarbeidsavtalene med det regionale helseforetaket og den lokale kommunen. Resultatene for egen avdeling opplyses det ikke om. Økonomiavdelingen begrunner dette nok en gang med at avdelingslederne på denne måten kan fokusere på det faglige. I tillegg slipper ledelsen interne diskusjoner om fordeling av kostnader.

5.2.8 Oppsummering

Figurene i avsnitt 5.2.2 viser at sykehuset har hatt et akkumulert overskudd over de siste fem årene, og dermed har nådd målsettingen (og vel så det) om økonomisk balanse over tid.

Den sentraliserte økonomistyringen medfører liten grad av delegering av ansvar når det gjelder budsjettutarbeidelse og beslutningsmyndighet. Budsjetteringsmetoden som benyttes har fellestrekk med nedbrytningsmetoden og innebærer en sterk styring, men karakteriseres ikke som en nedbrytningsmetode grunnet manglende involvering av avdelingslederne. Dette har medført at sykehuset bruker svært lite tid og ressurser på å utarbeide budsjettet. Samtidig har sykehuset en høy grad av fleksibilitet ved fordeling av ressurser, samt ved gjennomføring av nødvendige endringer gjennom året.

Den sentraliserte økonomistyringen fører til et redusert prinsippal-agentproblem i sykehuset. Avdelingslederne har begrenset beslutningsmyndighet og slik holdes det potensielle resttapet lavt. Avdelingslederne blir ikke holdt ansvarlig for eller målt på økonomiske prestasjoner. Belønningssystemer tilknyttet budsjett og regnskap er derfor ikke hensiktsmessig. Den sentraliserte styringen fører også til at ledelsen har god kontroll på ressursbruk og aktivitetsnivå i avdelingene.

Ser man på den ideelle økonomiske styringsprosessen i avsnitt 3.2, kan man si at sykehuset har frikoblet budsjettet fra styringsprosessen, og nærmest fjernet det som verktøy. Regnskap og likviditetsstyring utgjør styringsverktøyene. Sykehuset har mulighet til å gjøre dette blant annet grunnet størrelse. Fordi sykehuset er liten av størrelse er det mulig å holde god oversikt over kontantstrømmene til enhver tid. Akkumulert resultat i figur 10 viser at sykehuset har

gått med et lite overskudd i perioden 2002-2006. Dermed har sykehuset nådd målsettingen om balanse, uten hjelp av budsjett som verktøy.

5.3 Det private kommersielle sykehuset

5.3.1 Litt om sykehuset – virksomhet, mål og resultater

Det private kommersielle sykehuset eies av et private equity selskap²³. Sykehuset retter seg mot det private markedet og er dermed avhengig av egen inntektsgenerering. Kun en liten del av omsetningen kommer fra etterspørsel fra offentlige helseforetak (ca fem prosent). Dette illustrerer at sykehuset i større grad må stå på egne ben ettersom det ikke har den beskyttelsen som det offentlige sykehuset og det private ideelle sykehuset har gjennom relativt sikret inntekt. Konkursrisikoen er dermed større for det private kommersielle sykehuset enn for de to andre sykehusene. Hvis sykehuset skal plasseres i figur 1, vil det plasseres lengst til høyre, hvilket illustrerer at fristilling fra statlig innflytelse er stor.

I følge sykehusets hjemmeside er foretakets formål å gi pasienter rask og effektiv behandling når de trenger det. Gjennom intervjuene med økonomiavdelingen kommer det frem at sykehusets overordnede mål er kvalitet på helsetjenestene, kundetilfredshet og tilgjengelighet, samtidig som lønnsom drift ivaretas. Lønnsomhet står altså svært sentralt, noe som et av intervjuobjektene også uttrykker:

”Det dreier seg mest om lønnsomhet. Men økonomi og kvalitet henger jo nøye sammen. Men jeg tror nok økonomien er et bittelite hestehode foran kvalitet og fornøyde kunder.”

Avdelingslederne i sykehuset har ansvaret for avdelingens økonomiske resultat, og kan gjøre de prioriteringene som anses for nødvendig for å nå sykehusets økonomiske mål. Videre har ledelsen innført et insentivsystem gjennom en bonusordning for avdelingslederne. Bonusen er knyttet opp mot det økonomiske resultatet, samt personlige mål. En avdelingsleder kan få totalt 25 % av årslønnen i bonus. 10 % av disse er knyttet opp mot avdelingens økonomiske resultat. Går avdelingen med 5 % i overskudd i forhold til budsjettert overskudd, får

²³ Et private equity selskap har gått privat og aksjene omsettes ikke lenger på det åpne markedet (Brealey et al. 2006)

avdelingslederne 5 % av årslønnen i bonus. Ytterligere 10 % er knyttet opp mot foretakets totale overskudd sett i forhold til budsjettert overskudd. Dette innebærer at hvis foretakets overskudd er 5 % bedre enn budsjettert overskudd, får avdelingslederne 5 % av årslønn i bonus. De siste 5 % av de 25 % er knyttet opp mot personlige mål.

Tabellen nedenfor viser respondentenes oppfatning av hva som er hovedfokuset til ledelsen. Resultatene bekrefter at økonomi står sterkt i sykehuset da kun *en* svarte at kvalitet er viktigst.

Tabell 15 Avdelingsledernes oppfatning av sykehusledelsens mål (privat kommersielt sykehus)²⁴

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?	Antall	Prosent
Overholde budsjettet	2	40 %
Best mulig kvalitet på helsetjenester	1	20 %
Kostnadseffektivitet	0	0 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0	0 %
Kortere ventelister	0	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0	0 %
Størst mulig overskudd	2	40 %
Sum	5	100 %

Følgende tabell viser områder avdelingslederne har beslutningsmyndighet over. Ledelsen i sykehuset har tildelt avdelingslederne stor grad av beslutningsmyndighet i den daglige driften. Dette kan gi økte prinsippal-agentproblemer i form av resttap og asymmetrisk informasjon omtalt i avsnitt 3.1. Samtidig kan bonusordningen sikre hensiktsmessig atferd hos avdelingslederne og redusere agentkostnadene.

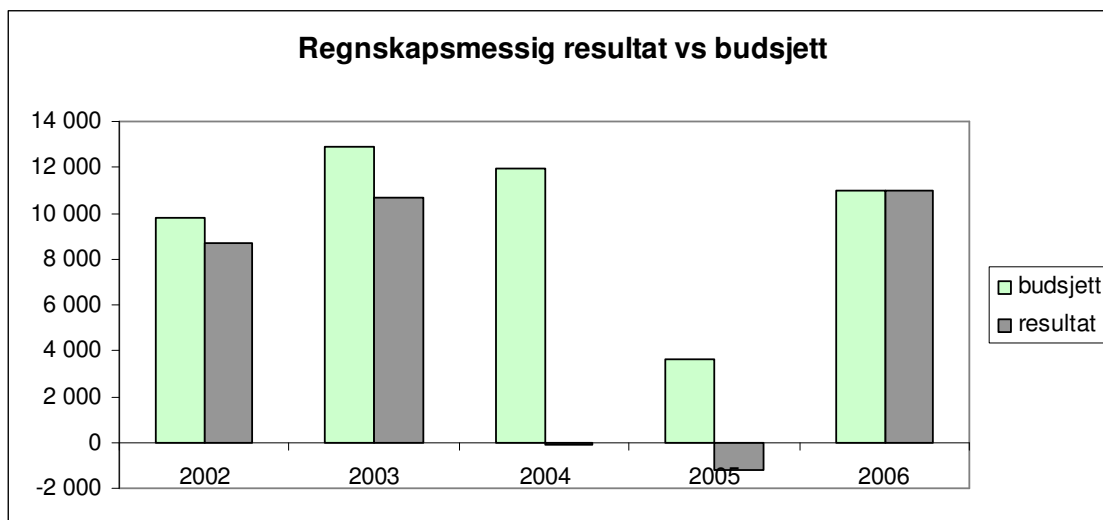
²⁴ Se vedlegg nr. 6 for fullstendig resultat spørsmål 7.

Tabell 16 Beslutningsmyndighet i det privat kommersielle sykehuset

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?	Ja	
	Antall	Prosent
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	3	60 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	4	80 %
Ansettelse av leger	4	80 %
Ansettelse av sykepleier / vernepleier	4	80 %
Ansettelse av andre medarbeidere	5	100 %
Omgjøring av stilling	4	80 %
Opprettelse av stilling	5	100 %
Vaktplaner	4	80 %
Godkjenning av overtid	5	100 %
Bruk av vikarer	5	100 %
Lønnsnivå	5	100 %

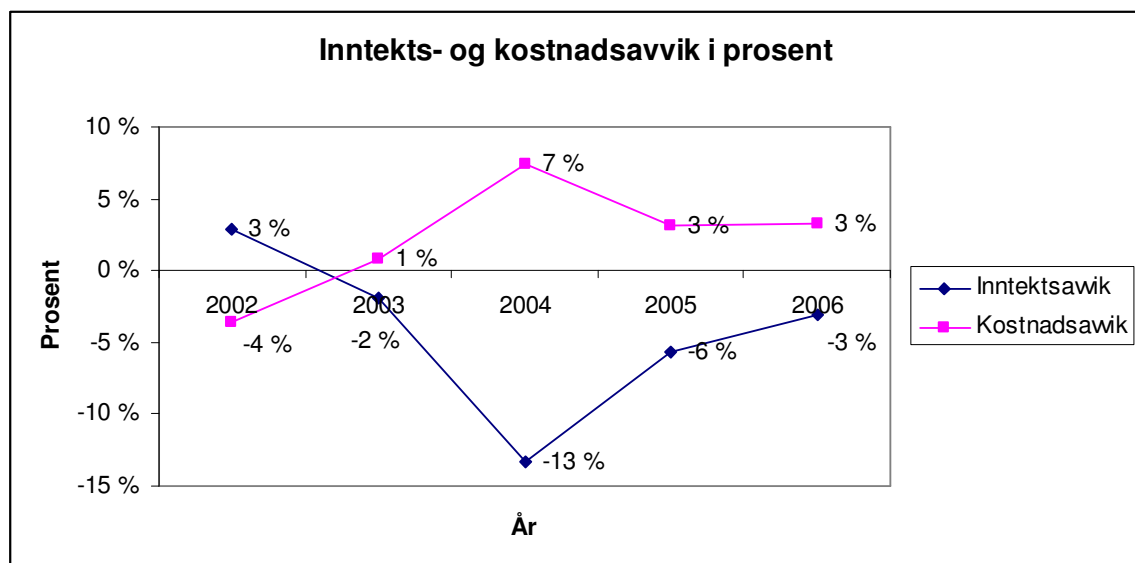
5.3.2 Historiske tall

Figuren nedenfor viser det private kommersielle sykehusets regnskapsmessige resultat og budsjettert resultat i perioden 2002-2006. Sykehuset har gått med et regnskapsmessig underskudd i 2004 og 2005. Regnskapsmessig resultat har også vært dårligere enn budsjettert resultat alle årene, med unntak av 2006. Budsjettet har derfor ikke lyktes i å være en god prognose på regnskapsmessig resultat før i 2006. Ser man på akkumulert resultat i perioden, har sykehuset gått med overskudd og på den måten oppnådd målet om lønnsomhet.



Figur 12 Regnskapsmessig resultat versus budsjett (privat kommersielle sykehuset)

Figur 13 viser prosentvis avvik mellom budsjettert inntekt og faktisk inntekt, samt prosentvis avvik mellom budsjetterte kostnader og faktiske kostnader for årene 2002-2006.



Figur 13 Inntekts- og kostnadsavvik i prosent (privat kommersielt sykehus)

Sykehuset har hatt et negativt inntektsavvik alle årene unntatt 2002. Dermed har sykehuset generert mindre inntekter enn budsjettert. Med unntak av 2004 og 2005, hentes dette avviket inn av et positivt kostnadsavvik (dvs. sykehuset har brukt mindre kostnader enn budsjettert). Dette viser at sykehuset evner å stramme inn når etterspørselen går ned.

5.3.3 Budsjetteringsmetode

Grunnlaget for budsjetteringsarbeidet i det private kommersielle sykehuset skjer i mai i en strategiforsamling, hvor avdelingslederne også deltar. I denne forsamlingen settes en tre-års plan for virksomheten. Eksempler på temaer som diskuteres er satsningsområder, forventet tilvekst av pasienter og nødvendige investeringer. Selve budsjetteringsarbeidet begynner i august når avdelingslederne har gitt sine budsjettforutsetninger til økonomiavdelingen. I disse budsjettforutsetningene gis det et bilde på forventet ressursbruk, gjennom nye ansettelser av leger, sykepleiere og støttepersonell, samt behov for nye investeringer. I tillegg kommer de med sine vurderinger av hvordan aktiviteten vil bli og beregnet prisøkning på tjenestene de leverer. Økonomiavdelingen har så et møte med hver og en avdelingsleder, og blir enige om forventet ressursbruk og omsetning i avdelingen. Denne informasjonen benytter økonomiavdelingen til å utarbeide selve budsjettforslaget til alle avdelingene, samt

for hele sykehuset. Grunnlaget for budsjettforslaget er akkumulert resultat i august. Budsjettforutsetningene til avdelingslederne legges så til dette for å få en omsetning, et kostnadsbilde og et resultat basert på hva avdelingslederne forventer, i tillegg til økonomiavdelingens egne vurderinger. Denne prosessen strekker seg over tidsperioden august-november. Når budsjetteringsarbeidet går mot slutten kommer eierne med sine resultatkrav. Dette resultatkravet stemmer ikke alltid overens med sykehusets budsjett, hvilket medfører nye runder hvor kostnader må kuttes og/eller inntekter økes. Denne justeringen gjennomføres av økonomiavdelingen. Avdelingslederne er ikke involvert i prosessen på dette tidspunktet. Det endelige budsjettet vedtas som regel i november eller tidlig desember.

Metoden som benyttes i det private sykehuset ligner oppbyggingsmetoden beskrevet i avsnitt 3.3.1. Økonomiavdelingen gir avdelingslederne signaler om deres forventninger til avdelingens resultat, men det er avdelingsledernes budsjettforutsetninger som ligger til grunn for budsjettet. Avdelingsledernes budsjettforutsetninger skal være tilstede i det endelige budsjettet. Til tross for at det er økonomiavdelingen som utarbeider budsjettallene, involveres avdelingslederne på en slik måte at prosessen har karakteristikene til oppbyggingsmetoden.

5.3.4 Mulige effekter grunnet valg av budsjetteringsmetode

I følge personene vi snakket med i økonomiavdelingen, er hovedmålet med budsjetteringsprosessen å involvere avdelingslederne slik at eierskapsfølelse til budsjettet blir sikret. Videre ønsker de også at prosessen skal bidra til å motivere avdelingslederne til overholdelse av budsjettet. I følge Boye et al (1999) vil oppbyggingsmetoden bidra til å sikre motivasjon, engasjement og ansvarsfølelse. Fordi avdelingslederne i sykehuset kommer med sine egne forslag til budsjettet gjennom budsjettforutsetningene, kan eierskapsfølelsen og ansvarsfølelsen etableres. Videre sier Boye et al. (1999) at motivasjon sikres ved at avdelingslederne selv tar initiativ til budsjettet, og at budsjettet ikke er noe som er pålagt fra ledelsens side. Budsjettet blir deres eget. Budsjetteringsprosessen kan i seg selv skape motivasjon, men i tillegg har det private sykehuset knyttet en bonus opp mot budsjett og resultat. Bonusen kan dermed bidra til å skape engasjement rundt prosessen, fordi avdelingslederne har et insentiv til å påvirke budsjettet. Deltagelse i prosessen blir viktig for

å kunne stå inne for de inntekts- og kostnadsmålene som har blitt satt i avdelingsbudsjettet. På den andre siden kan det tenkes at avdelingslederne har insentiv til å argumentere for et lavere overskudd enn hva som faktisk kan oppnås, fordi dette vil lettere utløse en bonus.

Til tross for at avdelingslederne er involvert i budsjetteringsprosessen, står sykehuset overfor noen utfordringer. Den første utfordringen ligger i graden av involvering av avdelingslederne. Økonomiavdelingen uttrykte bekymring knyttet til den prosessen som foregår i sykehuset i dag. Til dags dato har det vært slik at økonomiavdelingen tar seg av selve budsjettoppstillingen og utarbeidelsen av budsjettallene. Tidlig i prosessen har de et møte med avdelingslederne hvor de blir enige om et budsjett, men når november kommer har avdelingslederne lenge vært fraværende i prosessen. Kommunikasjonen foregår da mellom eierne og økonomiavdelingen. Som regel medfører dette endret budsjett for å imøtekomme eierens resultatkrav. Grunnet tidspress mislykkes økonomiavdelingen i å tilstrekkelig informere avdelingslederne om endringene i budsjettet. En i økonomiavdelingen uttaler:

” ... de kommer ofte på slutten og sier hva de forventer av oss. Og da må vi gå nye runder og enten kutte kostnader eller øke inntekter, og da er det en overhengende fare for at økonomiavdelingen ikke oppdaterer avdelingslederne på de endringene som er gjort, på grunn av tidsmangel.”

For å oppnå målsettingen om eierskapsfølelse og motivasjon blir det viktig at avdelingslederne hele tiden er klar over endringene som er gjort i deres budsjett. Dette kan være endringer som har vesentlig innvirkning på budsjettet, og som kan avvike fra avdelingsledernes budsjettforutsetninger. Faren er at avdelingslederne mister eierskapsfølelsen til budsjettet fordi endringene vesentlig avviker fra forutsetningene deres. Tallene er ikke lenger deres. Som en i økonomiavdelingen sier:

”De føler de blir litt glemt i denne prosessen. Det er veldig viktig å ta dem med hele veien, og kvalitetssikre at de forutsetningene de har satt fra begynnelsen er med.”

Tabell 17 viser at respondentene i spørreundersøkelsen kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet. 4 av 5 er informert om årets budsjett. Dette indikerer at fravær av kommunikasjon gjennom budsjetteringsprosessen ikke har gjort stor skade.

Den andre utfordringen oppstår grunnet økonomiavdelingens detaljstyring av budsjetteringsprosessen. Som nevnt, kommer avdelingslederne med innspill mens økonomiavdelingen utarbeider tallene. Avdelingslederne får derfor ikke en følelse med hvor tallene kommer fra, og det er også en fare for at de ikke forstår økonomien som ligger bak. En i økonomiavdelingen bekrefter dette:

”Det er en viss fare for det, med hensyn på prosessens lengde og detaljgrad. De kommer med sine innspill, og så utarbeider vi på økonomiavdelingen budsjettene.”

Dette problemet forsterkes ytterligere av den svake kommunikasjonen mellom økonomiavdelingen og avdelingslederne mot slutten av budsjetteringsprosessen. Som sagt, er faren at avdelingslederne ikke kjenner igjen sine egne forutsetninger i budsjettet, og mister derfor noe av ansvarsfølelsen overfor budsjettet. Satt på spissen, det er ikke de som har satt tallene og derfor er det heller ikke deres ansvar. Økonomiavdelingen gav uttrykk for at dette kunne være et problem.

”Det er et problem hos oss, og det skjønner vi godt. Det er derfor det er dumt at vi egentlig gjør for mye i prosessen.”

Tabell 17 Avdelingsledernes meninger om budsjetteringsprosessen i det privat kommersielle sykehuset²⁵

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?	Enig		Uenig		Sum
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Prosessen tar for mye av min tid	2	40 %	3	60 %	100 %
Prosessen er for detaljstyrt	3	60 %	2	40 %	100 %
Prosessen handler om en kamp om midler	2	40 %	3	60 %	100 %
Prosessen handler om å gi et riktig bilde av ressursbehovet i min avdeling	4	80 %	1	0 %	80 %
Prosessen medfører en rettferdig fordeling av midler til min avdeling	1	20 %	4	20 %	40 %
Jeg kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet	5	100 %	0	0 %	100 %
Det er motiverende å delta i prosessen	5	100 %	0	0 %	100 %
Det er demotiverende å delta i prosessen	0	0 %	2	100 %	100 %
Deltagelse i prosessen fører til at jeg tar mer ansvar for avdelingens økonomiske midler	5	100 %	0	0 %	100 %
Det vedtatte budsjettet er relevant for min avdeling	5	100 %	0	0 %	100 %
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	4	80 %	1	20 %	100 %
Jeg opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte avdelingsbudsjettet	4	80 %	1	20 %	100 %
Jeg er alltid informert om årets budsjett	4	80 %	0	0 %	80 %

Tabellen ovenfor viser at 3 av 5 respondenter er enige i at budsjetteringsprosessen er for detaljstyrt. Dette kan som sagt medføre svakere forståelse av de økonomiske målsettingene, samt at ansvarsfølelsen svekkes.

Alle respondentene opplever det som motiverende å delta i budsjetteringsprosessen. I tillegg bidrar prosessen til økt ansvarsfølelse for avdelingens økonomi hos alle respondentene. Videre sier 4 av 5 at de opplever en eierskapsfølelse til budsjettet. Dette viser at gjeldende prosess lykkes i å oppnå sykehusets målsettinger for budsjett som styringsverktøy.

Hvis budsjettet ikke oppfattes som realistisk vil en bonus knyttet til økonomisk resultat ha liten verdi. For at bonusen skal forsterke budsjett som styringsverktøy må avdelingslederne tro på at de økonomiske målene som er satt, faktisk kan oppnås. Tabellen ovenfor viser at 4 av 5 mener det vedtatte avdelingsbudsjettet er realistisk. Dermed har avdelingslederne tro på at resultatmålet kan nås, og at bonusen kan oppnås.

For å redusere problemet tilknyttet detaljstyring beskrevet ovenfor, har økonomiavdelingen et ønske om å endre budsjetteringsprosessen. Konkrete tiltak de ønsker å gjennomføre er å øke graden av involvering av avdelingslederne i prosessen, samt å i større grad ivareta budsjettforutsetningene de har lagt frem. Hvis budsjettet må korrigeres for å imøtekomme eiernes resultatkrav, vil dette gjøres i samarbeid med avdelingslederne. Graden av detaljering i budsjetteringen skal også reduseres, slik at det settes et tall på omsetning, kostnader og resultat på avdelingsnivå. Deretter kan avdelingslederne selv disponere midlene for å nå sine mål. Kontinuerlig kommunikasjon med avdelingslederne og en mindre detaljert prosess vil bidra til å sikre forståelse for økonomi, og gi budsjett som styringsverktøy større verdi.

5.3.5 Svakheter ved budsjett som styringsverktøy

Boye et al. (1999) peker på at budsjett har en vesentlig svakhet ved seg; budsjettet er utarbeidet over en gitt tidsperiode. Budsjettering er et forsøk på å forutse fremtiden. Skjer det noe uforutsett kan budsjett være et hinder for nødvendige endringer eller tiltak. Dette er også noe som er en utfordring i det private kommersielle sykehuset. Prosessen strekker seg over

²⁵ Se vedlegg nr. 6 for fullstendig resultat spørsmål 18.

lang tid, og budsjettet er basert på budsjettforutsetninger og akkumulert resultat satt i august - september. En i økonomiavdelingen peker på dette problemet:

”Det er en lang prosess, og problemet er at de forutsetningene som er lagt i september kanskje ikke holder mål i desember. Det er en svakhet med budsjett, og slike lange prosesser.”

Sykehuset kan derfor bli fanget mellom to mål; på den ene siden har de målet om å sikre eierskapsfølelse til budsjettet gjennom å ivareta budsjettforutsetningene satt av avdelingslederne, mens de på den andre siden har målet om realistisk budsjettering gjennom riktige budsjettforutsetninger.

Tabell 18 Oppfattes budsjett som et hinder for endringer? (Privat kommersielt sykehus)²⁶

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?	Enig		Uenig		Vet ikke	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	2	40 %	2	40 %	1	20 %

Respondentene har ikke en entydig oppfatning om budsjett er et hinder for endringer (jamfør tabell 18). Dermed er det vanskelig å konkludere med at budsjett gir et dårlig bilde av fremtiden.

Sykehuset har redusert noe av dette problemet ved å utarbeide prognoser tre ganger i året, i april, august og oktober. Budsjettet endres ikke gjennom året, men avdelingslederne utarbeider prognoser som kan være forklarende hvis budsjettet ikke stemmer overens med virkeligheten. Allikevel er det slik at avdelingslederne blir målt på budsjett. Går avdelingen med underskudd må de se på budsjettforutsetningene som ble satt i august. Har avdelingen overskudd så sammenlignes dette med budsjettet og prognosen for vedkommende periode.

5.3.6 Spesielle utfordringer

Som nevnt i avsnitt 5.3.1, har det private kommersielle sykehuset et stort fokus på lønnsomhet. Økonomiavdelingen anser dette for å være det viktigste målet. Kvalitet på

²⁶ Se vedlegg nr. 6 for fullstendig resultat spørsmål 15.

helsetjenestene er nummer to. Sykehuset er avhengig av å generere egen inntekt gjennom etterspørsel i det private markedet. Tidligere har etterspørselen fra offentlige helseforetak vært vesentlig, men i perioden 2002-2007 har sykehuset mistet ca. 80 millioner i omsetning grunnet regjeringens nedprioritering av bruk av private helsetjenester. Som nevnt, utgjør offentlig etterspørsel en svært liten del av sykehusets omsetning. Dette viser at sykehuset i større grad har måttet overleve på egen inntekt, og har en større konkurrisiko hengende over seg enn det offentlige sykehus vil ha. Eierne av det private kommersielle sykehuset garanterer ikke at sykehuset ikke skal gå konkurs.

Nyland og Pettersen (2004) peker på en rekke problemområder vedrørende budsjett som styringsverktøy i offentlige helseforetak. Budsjettene som ble utarbeidet på avdelingsnivå hadde ikke sammenheng med klinisk aktivitet, og de var lite realistiske. Videre peker de på at budsjettunderskudd på avdelingsnivå ikke hadde konsekvenser for avdelingslederne. Gjentakende budsjettunderskudd ble en dokumentasjon på for lite midler for å motivere eierne til å gi økt tilskudd.

Mens inntekten i det offentlige sykehuset kommer fra tilskudd fra staten, kommer inntekten til det private kommersielle sykehuset fra salg av helsetjenester i det private markedet. Budsjettet utgjør derfor forventet etterspørsel framfor forventet aktivitet innen gitte rammer, slik det er i det offentlige sykehuset. Målet er å skape mest mulig inntekter, ikke å få mest mulig tilskudd. Inntekten til sykehuset er ikke sikret gjennom tildelte rammer ved årets begynnelse, den må opparbeides gjennom året. Økte rammer på avdelingsnivå kan bare oppnås gjennom økt etterspørsel og/eller økte priser. At sykehuset kan sette egne priser på helsetjenestene sine, utgjør en vesentlig forskjell fra det offentlige sykehuset og private ideelle sykehuset.

Budsjettet i sykehuset er ikke gjenstand for endringer slik det er i det offentlige sykehuset. Når budsjettet er utarbeidet og vedtatt, ligger resultatkravet til avdelingene fast gjennom året. Avdelingslederne har dermed et konkret mål som skal nås, et mål som ikke endres gjennom året. Ønsker avdelingslederne økt spillerom i form av mer midler, må de øke aktiviteten gjennom eksempelvis markedsføring eller ansettelse av leger. Det nytter ikke å gå til eierne og si at de trenger mer penger, inntektene må de skape selv. Betydningen av å budsjettere riktig blir derfor vesentlig større fordi kilden til inntektene er mer ustabil enn inntektskilden til eksempelvis det offentlige sykehuset.

I sykehuset innebærer et underskudd på avdelingsnivå konsekvenser. For det første vil avdelingen bidra til en mulig konkurs om ikke den når sine økonomiske mål. Det kan også være fare for at avdelingen legges ned eller at deler av behandlingstilbudet fjernes. Dette vil i seg selv gi incentiver til oppfølging av budsjett og resultat. Sett bort i fra faren for konkurs og tap av arbeidsplass, har et underskudd direkte påvirkning på avdelingsledernes lønn. Bonusen er sterkt knyttet opp mot økonomiske mål. Hele 20 % av årslønnen kan oppnås i bonus hvis avdelingen og sykehuset oppnår 20% bedre resultat enn budsjettet. Denne bonusen forsterker dermed budsjettet som styringsverktøy, fordi avdelingslederne har et personlig økonomisk incentiv til å overholde budsjettet, samt yte bedre enn budsjettet.

Respondentene i spørreundersøkelsen bekrefter at bonusen forsvinner hvis avdelingen går med underskudd (jmfør tabell 19). Det er også interessant at ingen av avdelingslederne er redd for å miste jobben eller få mindre ansvar som følge av underskudd.

Tabell 19 Mulige scenarier ved underskudd (private kommersielle sykehuset)²⁷

20. Ved budsjettunderskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?	Sannsynlig		Usannsynlig		Sum
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Mister jobben	3	0 %	9	100 %	100 %
Redusert bonus	3	100 %	10	0 %	100 %
Får mindre ansvar, men beholder stillingen	1	0 %	8	80 %	80 %

Avdelinger i det offentlige sykehuset står overfor faren for å få mindre midler neste år om de går med budsjettoverskudd. Dette er ikke en reell fare i det private kommersielle sykehuset fordi avdelingene selv må generere inntektene. Går de med overskudd vil eiernes forventning være at de skal gjøre det minst like bra til neste år. De vil ikke være offer for de samme kontinuerlige innsparingstiltakene som avdelingene i det offentlige sykehuset kan være. Økte inntekter kan legitimere større ressursbruk så lenge resultatmålet nås i avdelingen.

²⁷ Se vedlegg nr. 6 for fullstendig resultat spørsmål 20.

5.3.7 Regnskapsrapportering, oppfølging og bruk av regnskapsinformasjon

Sykehuset har en omfattende rapportering på avdelingsnivå og foretaksnivå. Økonomiavdelingen gjennomfører hver måned en månedsavslutning som ligner ordinær årsavslutning. Dette er en rapport som sendes eierne. I forkant av denne månedsavslutningen skal alle avdelingslederne sende inn en rapport til økonomiavdelingen og administrerende direktør, som omhandler økonomi, personal og marked. Dette er et enkelt dokument hvor avdelingslederne skal gi sitt syn på hvordan måneden har gått. Det kreves at avdelingslederne har gått igjennom omsetningsrapporten for gjeldende måned før de kommenterer økonomien. Eksempler på emner de kommenterer er faktisk omsetning i forhold til budsjett, sykefravær, nyansettelser, og pasientstrømmen. Når månedsavslutningen er gjennomført og sendt til eierne, utarbeider økonomiavdelingen en intern månedsrapport som sendes til avdelingslederne.

Tabell 20 Avdelingsledernes evaluering av budsjett ift. resultat (privat kommersielt sykehus)

24. Hvor ofte evaluerer du som avdelingsleder avdelingens prestasjoner i forhold til budsjett?	Antall	Prosent
Ukentlig	2	40 %
Månedlig	3	60 %
Sjeldnere enn månedlig	0	0 %
Sum	5	100 %

Tabellen ovenfor viser at avdelingslederne har en jevnlig oppfølging av avdelingens prestasjoner. Enkelte har en ukentlig oppfølging av resultater. Dette indikerer et fokus på økonomi i hverdagen.

I tillegg til den månedlige rapporteringen har avdelingslederne tilgang til en omsetningsrapport, slik at vedkommende kan følge avdelingens aktivitet dag for dag. Økonomiavdelingen sender også en ukentlig statistikk som måler resultat i forhold til budsjett. Det finnes også andre elementer som avdelingslederne blir målt på. Et eksempel er telefontilgjengelighet. Hver uke følger økonomiavdelingen opp telefontilgjengeligheten, og målet er at 95 % av telefonene blir besvart. Et annet eksempel er at avdelingslederne blir målt på omsetning per lønnskroner. Dette innebærer at legene må skape en inntekt som en minimum 2 ganger årslønnen. Det er derfor tydelig at ledelsen har et sterkt fokus på økonomi

i hverdagen, jamfør tabell 15. Et fokus som også er en del av avdelingsledernes hverdag. Dette illustreres gjennom følgende utsagn fra en i økonomiavdelingen:

” ... vi er ikke annet enn et advokatfirma som skal selge timer, og legen er da advokaten. Da er det omsetning per time som gjelder.”

Oppfølgingen av avdelingslederne og avdelingens resultater gjennomføres regelmessig med månedlige møter hvor økonomisjef, markedsansvarlig og administrerende direktør deltar. Det gjennomføres også en resultatgjennomgang med avdelingslederne når månedsrapporten er klar. I denne gjennomgangen kommenteres også eventuelle avvik på avdelingsnivå. Avdelingslederne har selv ansvar for egen oppfølging i avdelingen. Bonusordningen i sykehuset gir avdelingslederne et stort insentiv til å følge opp økonomien. Det er derfor vårt inntrykk at økonomi er en stor del av avdelingsledernes hverdag, og utgjør en sentral del i evalueringen av avdelingslederne. Dette underbygges med følgende utsagn fra økonomiavdelingen:

” Det er nok den aller viktigste faktoren. Og også en del andre faktorer som går på kvalitet. (...) Fra mitt ståsted, og så vidt jeg vet, så er det økonomi, økonomi og økonomi.”

Presentasjonen ovenfor viser at sykehuset har innført en stor grad av kontroll for å redusere prinsippal-agentproblemet beskrevet i avsnitt 3.1. Dette kan redusere agentkostnadene, men vil samtidig øke styringskostnadene.

5.3.8 Oppsummering

Det private kommersielle sykehuset har lønnsomhet som økonomisk målsetting. Figur 12 viser at sykehuset har oppnådd et akkumulert, positivt regnskapsmessig resultat i perioden 2002-2006. Målsettingen lønnsomhet har dermed blitt oppnådd.

Sykehuset benytter en budsjetteringsmetode som ligner oppbyggingsmetoden. Til tross for at avdelingslederne selv ikke utarbeider tallene, er de i stor grad involvert i prosessen gjennom utarbeidelse av budsjettforventninger. Sykehusets mål om å skape ansvars- og eierskapsfølelse gjennom involvering av avdelingslederne har vist seg å være vellykket.

Ledelsen har sørget for stor grad av kontroll gjennom månedlig rapportering til og oppfølging av avdelingene. Budsjett benyttes som oppfølgingsgrunnlag, samt som grunnlag

for evaluering av avdelingslederne. Bonusen tilknyttet budsjettert resultat gir et godt insentiv til maksimering av profitt i avdelingene. Lønnsomhet står svært sentralt i sykehuset, både på ledelses- og avdelingsnivå.

5.4 Sammenligning av de ulike sykehusene

Nedenfor presenteres en tabell som oppsummerer funnene i utredningen.

	Det offentlige sykehuset	Det private ideelle sykehuset	Det private kommersielle sykehuset
<i>Økonomisk målsetting</i>	Nullresultat Ikke oppfylt i perioden 2002-2006	Nullresultat Oppfylt i perioden 2002-2006	Positivt resultat Oppfylt i perioden 2002-2006
<i>Konkursrisiko</i>	Ingen konkursrisiko, staten garantist	Konkursrisiko, men relativt sikker inntekt gjennom offentlig etterspørsel	Konkursrisiko større grunnet avhengig av inntektsgenerering i privat marked
<i>Økonomisk resultat</i>	Store budsjettunderskudd i hele perioden 2002-2006	Et lite overskudd akkumulert i perioden 2002-2006 Resultatet svinger rundt null	Overskudd akkumulert i perioden 2002-2006 2004-2005 underskudd, ellers overskudd
<i>Grad av fristilling fra statlig styring</i>	Eget rettssubjekt med ansvar for egen styring og økonomi, men staten styrer fra eierposisjon Staten garantist mot konkurs	Selvstendig rettssubjekt, eiet av privat ideel stiftelse Liten grad av statlig innflytelse Majoritetsfinansiert	Selvstendig rettssubjekt Private eiere Minimal offentlig etterspørsel

<i>Prinsipal-agentforhold</i>	<p>Stor grad av desentralisert økonomistyring</p> <p>Stor grad av beslutningsmyndighet blant avdelingslederne</p> <p>Resultatansvar hos avdelingslederne</p> <p>Ingen belønningsmekanisme</p> <p>Omfattende kontrollsystem.</p>	<p>Sentralisert økonomistyring</p> <p>Mindre grad av beslutningsmyndighet blant avdelingslederne</p> <p>Inget resultatansvar hos avdelingslederne</p>	<p>Desentralisert økonomistyring</p> <p>Stor grad av beslutningsmyndighet</p> <p>Resultatansvar hos avdelingslederne</p> <p>Belønningsmekanisme</p> <p>Omfattende kontrollsystem</p>
<i>Budsjetteringsmetode</i>	<p>Oppbyggingsmetoden i perioden 2002-2006</p> <p>Nedbrytingsmetode fra 2007</p> <p>Stor grad av involvering av avdelingslederne</p>	<p>Ingen konkret metode, men fellestrekk med nedbrytingsmetoden</p> <p>Liten grad av involvering av avdelingslederne</p>	<p>Oppbyggingsmetoden</p> <p>Middels grad av involvering av avdelingslederne</p>
<i>Budsjett som styringsverktøy</i>	<p>Dokumentere ressursbehovet. Fordele ressurser</p> <p>Eierskapsfølelse, motivasjon og ansvarsfølelse blant avdelingslederne</p> <p>Budsjett ikke kontrollerende for kostnadsnivået</p> <p>Budsjett ingen god prognose for resultatet</p> <p>Ingen økonomiske insentiver til budsjettoverholdelse</p> <p>Andre interessenter</p>	<p>Autorisasjon av ressursbruk</p> <p>Benyttes i svært liten grad som styringsverktøy</p> <p>Styring basert på regnskap og likviditet</p>	<p>Planlegge aktivitet for å nå økonomiske mål</p> <p>Eierskaps- og ansvarsfølelse blant avdelingslederne</p> <p>Bonus tilknyttet budsjettert resultat</p> <p>Budsjett ingen god prognose for regnskapsmessig resultat, med unntak av 2006</p>

Rapportering og oppfølging	Månedlig rapportering og oppfølging.	Månedlig oppfølging av aktivitet	Månedlig rapportering og oppfølging Ukentlig omsetningsrapport
-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---

Tabell 21 Oppsummering av alle sykehusene

I det private ideelle sykehuset har flertallet helsefaglig bakgrunn, mens i de to andre sykehusene har flertallet medisinsk bakgrunn. Det private kommersielle sykehuset er det eneste sykehuset hvor en avdelingsleder har økonomisk bakgrunn. Videre er det en viss asymmetri i størrelsen på avdelingene. I det offentlige sykehuset har 54 % av avdelingene over 150 millioner i budsjettet. I de to private sykehusene ligger avdelingsbudsjettene mellom 10 og 100 millioner. For ytterligere informasjon se vedlegg nr. 2.

Det offentlige og det private ideelle sykehuset har nullresultat som økonomisk målsetting. I det private kommersielle sykehuset står profitt sterkt som målsetting, blant annet grunnet et krav til avkastning. Antagelsen om at lønnsomhet står sterkere i det private kommersielle sykehuset har blitt bekreftet gjennom sykehusets anvendelse av bonus som belønningsmekanisme, samt ulike måleparametre som telefontilgjengelighet og omsetning per lønnskroner.

Tabell 22 viser respondentenes oppfatninger av hovedfokuset til ledelsen. I det private ideelle sykehuset det at best mulig kvalitet på helsetjenester som er i fokus. I de to andre sykehusene står økonomiske målsettinger i fokus. Dette viser at sentralisering av økonomistyring i det private ideelle sykehuset tillater avdelingslederne å fokusere på det som er kjernevirksomheten, herunder god behandling av pasienter.

Tabell 22 Hovedfokuset til ledelsen – alle sykehusene

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Overholde budsjettet	69 %	40 %	0 %
Best mulig kvalitet på helsetjenester	23 %	20 %	86 %
Kostnadseffektivitet	8 %	0 %	0 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0 %	0 %	14 %
Størst mulig overskudd	0 %	40 %	0 %
Sum	100 %	100 %	100 %

En vesentlig forskjell mellom sykehusene er antallet interessenter de står overfor. Det offentlige sykehuset står overfor flere interessenter enn de to private sykehusene nettopp fordi det er et offentlig sykehus. Staten eier sykehuset, og helsetjenestene skal være tilgjengelig for alle. Dette begrenser noe av handlingsrommet til sykehuset. Blant annet vil det være vanskelig å legge ned en funksjon basert på økonomiske kriterier grunnet press fra media og lokalpolitikere. De private sykehusene har større frihet knyttet til valg av virksomhetsområder. Spesielt står det private kommersielle sykehuset fritt til å legge ned et behandlingstilbud grunnet økonomiske hensyn. Helsetjenestene sykehuset tilbyr er goder som bare er tilgjengelig for de som vil betale for dem.

På den andre siden er det offentlige sykehuset sikret inntekt av en viss størrelse fra staten. Sykehuset kan ikke gå konkurs siden staten står som garantist. Tilskuddene vil komme uansett, og det er ingen overhengende fare for at tilskuddene vil reduseres i fremtiden. For de to private sykehusene er konkurs en reell risiko. Det private ideelle sykehuset har en relativt sikret inntekt gjennom etterspørsel fra kommunen og det regionale helseforetaket, men må sørge for effektiv drift for at kontraktene skal vedvare. Det private kommersielle sykehuset står overfor større konkursrisiko ved at inntektgrunnlaget er mer ustabil. Dette har medført et sterkere fokus på økonomiske målsettinger og virkemidler.

I det offentlige sykehuset skal inntekten følge pasienten gjennom DRG-systemet. Sykehuset er derfor avhengig av at DRG-satsene er riktig satt i forhold til kostnadene tilknyttet behandling av pasienten. Det forekommer at tyngden på pasienten ikke fanges opp av DRG-systemet, og dermed blir ikke sykehuset tilstrekkelig kompensert for behandlingen av pasienten. Prisen er fast. Dette gjelder også for det private ideelle sykehuset til en viss grad, da noe av aktiviteten produserer DRG-poeng. For det private kommersielle sykehuset kan prisene settes etter ønske. Dermed har det private kommersielle sykehuset mulighet til å regulere prisen etter tyngden på pasienten. Denne prisreguleringen kan gjøres relativt raskt. Det offentlige sykehuset kan bare håpe at dette problemet rettes opp i framtiden.

Graden av involvering av avdelingslederne i økonomistyringen varierer i sykehusene. Det private ideelle sykehuset delegerer ikke resultatansvar til avdelingslederne. Oppfølging og rapportering er sentralisert. Det offentlige sykehuset har gått langt i desentraliseringen. Avdelingslederne er svært delaktige i budsjetteringsprosessen og har resultatansvaret i avdelingen. Det private kommersielle sykehuset har også delegert resultatansvar til

avdelingslederne, men involverer disse i mindre grad i budsjetteringsprosessen enn det som gjøres i det offentlige sykehuset. Det private ideelle sykehuset slipper en rekke ulemper tilknyttet delegering av økonomisk ansvar. Blant annet kan det nevnes at interne kamper om midlene unngås. Prinsipal-agentproblemet minimeres ved at prinsipalen sitter med hele økonomiansvaret. Det offentlige og det private kommersielle sykehuset står overfor større agentkostnader i forhold til det private ideelle sykehuset, grunnet større grad av desentralisering.

Ved å delegere budsjettansvaret ut til avdelingene i det offentlige sykehuset, gis det en indirekte godkjenning av hvor mye ressurser som kan forbrukes gjennom året. Med dette følger det et insentiv til å bruke opp alle midler tilgjengelig. En avdeling som ikke bruker opp sine midler kan risikere å få reduserte midler til neste år. Tabell 9 viser at 69 % av respondentene i det offentlige sykehuset forventer reduserte midler i neste års budsjett ved budsjettoverskudd inneværende år. Budsjettoverholdelse blir straffet med strammere rammer. Dette vil gi et insentiv til å bruke alle ressursene, om ikke mer, i budsjettet. Det private ideelle sykehuset står ikke overfor den samme perverse insentiveffekten som det offentlige sykehuset, grunnet en svært sentralisert økonomistyring. Avdelingslederne i dette sykehuset vet ikke hvor mye midler avdelingen har til rådighet, dermed eksisterer det ingen fare for overforbruk ved årets slutt. Prinsipalen beholder kontrollen over pengesekken.

Det private kommersielle sykehuset har unngått overnevnte problem ved å knytte en belønningsmekanisme til økonomisk resultat i avdelingen. Dette innebærer at avdelingslederne har insentiv til å jobbe for et bedre resultat enn budsjettet da dette utløser en bonus. Sykehuset har lyktes i å forsterke budsjett som styringsverktøy grunnet denne bonusen.

Det offentlige sykehuset har ingen belønningsmekanisme tilknyttet overholdelse av budsjett. Snarere er det slik at avdelingene kan risikere strammere rammer påfølgende år ved budsjettoverskudd. Det eksisterer ingen alvorlige konsekvenser tilknyttet gjentatte budsjettunderskudd. Dette bekreftes i tabell 8 hvor svært få av respondentene uttrykker at de er redd for å miste jobben som følge av avdelingsunderskudd. Sammenlignet med det private kommersielle sykehuset har avdelingslederne i det offentlige sykehuset lite insentiv til å overholde budsjettet.

Det fremkommer av analysen at fokuset på lønnsomhet står sterkere i det private kommersielle sykehuset enn i de to andre sykehusene. Det offentlige sykehuset har fokus på økonomi i form av budsjettoverholdelse. Grunnet bruk av månedlige avslutninger, belønningssystem, og måleparametre som telefontilgjengelighet og omsetning per krone, har det private kommersielle sykehuset kommet lengre i den bedriftsøkonomiske tankegangen.

Til tross for at det offentlige sykehuset har et begrenset handlingsrom, garanterer staten at sykehuset ikke kan gå konkurs. De to private sykehusene står overfor en reell konkurserisiko. Det offentlige sykehusets økonomiske målsettinger svekkes av garantien mot konkurs, samt en vedvarende inntektsøkning fra eierne. Dette innebærer at sykehuset kun delvis drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper sammenlignet med de private sykehusene.

6. Konklusjon

Utredningen har tatt sikte på å undersøke tre ulike organisasjonsformers anvendelse av budsjett som styringsverktøy, og dets virkninger for måloppnåelse. Dette kapittelet konkluderer de funnene studiet har gitt. Det foretas en separat konklusjon for hvert sykehus.

Vi presiserer at analysen har tatt for seg tre svært ulike sykehus som diskutert i avsnitt 4.1. Resultatene beskriver i så måte situasjonen i de bestemte sykehusene, og er ikke nødvendigvis gjeldende for andre sykehus i Norge.

6.1 De ulike sykehusene

6.1.1 Det offentlige sykehuset

Den økonomiske målsettingen over tid i sykehuset er nullresultat. Dette har ikke blitt oppnådd etter sykehusreformen. Ut ifra oppsummeringen i avsnitt 5.1.8 kan følgende konklusjon trekkes:

Konklusjon: Budsjett som styringsverktøy bidrar ikke til oppnåelse av økonomiske målsettinger, da det hverken er kontrollerende for kostnadsnivået eller en god prognose for resultatet. Til tross for at målsettinger som eierskaps- og ansvarsfølelse er nådd, svekkes budsjett som styringsverktøy gjennom fravær av belønningsmekanisme, motstridende styringsimpulser fra eier, og press fra interessenter.

Figur 8 viser at sykehusets kostnader er markant økende, og stiger mer enn inntektene. Det vil derfor være viktig å kartlegge kostnadsdriverne helt ned på avdelingsnivå, og benytte slik informasjon aktivt i den daglige virksomheten.

Sykehuset står overfor et vesentlig problem tilknyttet insentiver for budsjettoverholdelse, og det er etter vår oppfatning det viktigste området for forbedring, da dette styrker budsjett som styringsverktøy. Rasjonell tankegang blant avdelingslederne tilsier å overskride budsjettet da dette er eneste mulighet for utvidelse av virksomhet.

Et konkret virkemiddel som sykehuset kan ta i bruk er ulike former for belønning. En del av avdelingsledernes lønn kan gjøres resultatbasert, hvor en bonus blir utløst basert på en kombinasjon av økonomiske og kvalitetsmessige måltall. Resultatbasert avlønning er i tråd med bedriftsøkonomisk tankegang. En slik bonus kan bidra til å sikre kostnadsdisiplin i avdelingen. Større engasjement i budsjetteringsprosessen kan også oppnås. Videre kan andre former for belønning tas i bruk. Eksempler er reiser, kurs og sosiale tilstelninger for avdelingen ved budsjettoverholdelse.

Negative budsjettavvik bør også ha konsekvenser for avdelingen. Sykehuset kan bygge ned aktiviteten i ulønnsomme avdelinger ved å redusere bemanning gjennom ansettelsesstopp, øke ventetider og omorganisere. I private virksomheter vil det være naturlig at en leder står i fare for å miste jobben, eventuelt ansvarsområder, ved dårlige økonomiske prestasjoner over tid. Avdelingslederne i sykehuset fremstår som svært beskyttet da ingen mister jobben som konsekvens av vedvarende negative budsjettavvik.

6.1.2 Det private ideelle sykehuset

Den økonomiske målsettingen i sykehuset er å drive i økonomisk balanse over tid. Ved hjelp av likviditetsstyring og aktiv oppfølging av regnskapet har sykehuset klart å oppfylle det økonomiske målet om nullresultat. Ut ifra oppsummeringen i avsnitt 5.2.8 kan følgende konklusjon trekkes:

Konklusjon: Budsjett blir ikke brukt som styringsverktøy i sykehuset, og kan derfor ikke sies å bidra til at målet om nullresultat blir nådd.

Det private ideelle sykehuset vi har brukt som case er et lite lokalt sykehus. Økonomiavdelingen og ledelsen har mulighet til å ha full oversikt over organisasjonen og driften, hvilket mulliggjør en sentralisert styring. Et større sykehus vil få problemer med en slik styring grunnet kompleksitet og mange agenter.

Selv om sykehuset i dag klarer å oppnå sine mål uten bruk av budsjett som styringsverktøy, er det ikke dermed sagt at sykehuset ikke kan klare å oppnå bedre økonomiske resultater gjennom en mer aktiv bruk av budsjettering. Ved å involvere og ansvarliggjøre avdelingslederne, kan de gjennom motivasjon og økonomisk forståelse kunne oppnå mer effektiv økonomisk drift. Ved å rette fokus mot økonomi og kostnadseffektivitet vil

sykehuset dermed muligens kunne bedre kvaliteten på tjenestene de tilbyr og få mest mulig helse ut av hver krone.

6.1.3 Det private kommersielle sykehuset

Den økonomiske målsettingen i sykehuset er lønnsomhet, og denne målsettingen har blitt oppnådd gjennom et akkumulert overskudd i perioden 2002-2006. Sykehuset har gått langt i å drive sin virksomhet etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Følgende konklusjon trekkes fra oppsummeringen i avsnitt 5.3.8:

Konklusjon: Budsjett som styringsverktøy bidrar til å nå målet om lønnsomhet, men fungerer ikke som en god prognose for størrelsen på det økonomiske resultatet. Eierskaps- og ansvarsfølelse, i tillegg til belønningssystemet, styrker budsjett som styringsverktøy og bidrar til at målet om lønnsomhet oppnås.

6.2 Områder for videre studier

Vår utredning har fokusert på utvalgte deler av den økonomiske styringsprosessen beskrevet i avsnitt 3.2. Det kan være interessant å se nærmere på de andre elementene i prosessen, og slik kartlegge andre virkemidler for måloppnåelse og en optimal økonomistyring.

Som sagt er det vanskelig å generalisere resultatene som kommer frem i undersøkelsene vi har foretatt. Det kan derfor også være nyttig å gjøre en mer kvantitativ analyse av temaet for å generere mer generaliserbare resultater, og slik se om offentlige helseforetak har noe å lære av private foretak når det gjelder styring etter bedriftsøkonomiske prinsipper. Videre kan man sammenligne offentlige sykehus i Norge med privatdrevne sykehus i utlandet.

Litteraturliste

Trykte publikasjoner:

Anthony, Robert N. & David W. Young (2003) – *Management control in nonprofit organizations*, 7 th ed., McGraw-Hill Higher Education

Bjørnenak, Trond, Frøystein Gjesdal & Kari Nyland– *Økonomisk styring av sykehus*. Bidrag i: Askildsen, Jan Erik. & Kjell Haug (2001), *Helse, økonomi og politikk*, Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

Boye Knut, Trond Bjørnenak & Jan Bergstrand (1999) – *Budsjettering*, Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

Brealey, Richard A., Stewart C. Myers & Franklin Allen (2006) – *Principles of corporate finance*. 8th ed., McGraw-Hill/Irwin, New York.

Hansen, Terje & Bjørn Svendsen (1996) – *Økonomisk styring av foretak*, Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.

Hendrikse, George (2003) - *Economics and Management of Organizations: Co-ordination, Motivation and Strategy*. 1st ed. McGraw-Hill Education, Berkshire.

Grenness, Tor (2001) - *Innføring i vitenskapsteori og metode*. 2. utg. Universitetsforlaget, Oslo.

Gripsrud, Geir & Ulf H. Olsson (2000) - *Markedsanalyse*. 2. utg. Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Johannessen, John A. & Johan Olaisen (2007) - *Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelig å styre?* Fagbokforlaget, Bergen.

Johannessen, Asbjørn, Per A. Tufte & Line Kristoffersen (2006) - *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Abstrakt forlag, Oslo.

Nerland Sølve M. (2007) - *Effekter av sykehusreformen. Fire essay om mål og virkemidler i styringen av spesialisthelsetjenestene*. Universitetet i Oslo.

Norges offentlige utredninger (1999:15) - *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*.

Opstad, Leiv og John E. Berg (1992) - *Helseøkonomi*. Universitetsforlaget, Oslo.

Opstad, Leiv (2000) - *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Pettersen, Inger J. & Trond Bjørnenak (2003) – *Helse i hver krone? Om økonomisk styring i helsesektoren*, Cappelen Akademiske Forlag.

Zelman William N., McCue M. J., Millikan A. R. & Glick N. D. (2003) – *Financial management of health care organizations. An introduction to fundamental tools, concepts and applications*, Blackwell Publishing.

Artikler:

Hagen, Terje P. & Oddvar M. Kaarbøe (2004) - *The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals*. Health Organisation Research Norway (HORN), Working paper 2004:1. Oslo.

Nyland Kari. & Inger J. Pettersen (2004) - *The control gap: The role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings*, HORN, Working paper 2004:5, SINTEF, Universitetet i Oslo.

Internett:

www.lovdatab.no

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1999-07-02

<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-061-002.html#2-1a>

(Sist nedlastet mai 2007)

www.helsebergen.no

Vedtekter – Helse-Bergen

<http://www.helse-bergen.no/NR/rdonlyres/e5dfcit7e5xqt7cah7ko5aijp2hubnaxmfw3xcpjq2wtledsafnelglc45mlqcfhkeyw7kmcm7qei/VedtekterforHelseBergenHFapril05.doc>

Strategiplan Helse-Bergen 2004-2008, Forslag til budsjett Helse-Bergen for årene 2003-2007, og Styringsdokument 2006 Helse Bergen HF er hentet fra:

http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/styredokumenter/styreprotokoller.htm

(Sist lastet ned mai 2007)

Årsrapporter for årene 2003-2006 er hentet fra:

http://www.helse-bergen.no/om_helse_bergen/aarsrapporter/Aarsberetning.htm

(Sist lastet ned mai 2007)

www.atekst.no

Helse-Norge – Et velsignet overforbruk. Hafstad, Anne. Aftenposten 04.10.2006.

(Sist lastet ned mai 2007)

www.regjeringen.no

Helse- og omsorgsdepartementet - Ansvarsområder

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/ansvarsomraader.html?id=446>

(Sist lastet ned mars 2007)

Innsatsstyrt finansiering

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rus/2006/0002/ddd/pdfv/273951-informasjonshefte_isf_2006.pdf

(Sist lastet ned mars 2007)

St.prp. nr. 1 (2006-2007): For budsjettåret 2007 - Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 15. september 2006.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20062007/Stprp-nr-1-2006-2007-.html?id=213031>

(Sist lastet ned mars 2007)

www.odin.dep.no

Sosial- og helsedepartementet - *Sykehusreformen – noen eierperspektiv*. Rapport av 14.09. 2001

<http://www.odin.dep.no/filarkiv/138517/sykehusreformen.pdf>

(Sist lastet ned januar 2007)

Vedlegg

Vedlegg nr. 1 Intervjuguide:

- Kort introduksjon om oss

- Kort introduksjon om arbeidet vårt

Sammenligning av tre ulike organisasjonsformer, privat ideelt sykehus, privat kommersielt sykehus og offentlig sykehus, og deres bruk av budsjett som styringsverktøy. *Hvordan brukes budsjett som styringsverktøy, og hvilke virkninger har dette for måloppnåelsen i de tre ulike organisasjonene?*

Vi er ute etter personens meninger. Understreke at navn ikke nevnes i oppgaven, og ordlyden i oppgaven er slik at personens identitet ikke avsløres. Tar opp samtalen på bånd, som vil bli slettet etter ferdigstilt oppgave. Vil få mulighet til å kommentere renskrevet versjon av intervjuet innen to uker etter mottagelse.

1. Hva anser du å være organisasjonens viktigste overordnede mål?

2. Har organisasjonen noen spesielle utfordringer grunnet organisasjonsform (offentlig/stiftelse/privat)?

- i) Økonomiske utfordringer
- ii) Offentlig – gitte priser - ISF

3. Hvilke mål har dere for budsjettet?

- i) Operasjonelle mål, aktivitet, strategiske mål.
- ii) Mål som styringsverktøy: Motivasjon og ansvar? Planlegging og samordning? Prioritering og oppfølging?

4. Hvordan foregår budsjetteringen i organisasjonen?

- i) På hvilket nivå starter budsjetteringen? (Styret, ledelsen, avdelingsnivå?)

- ii) Hvem er inkludert i prosessen? Hvor mange?
- iii) Når starter arbeidet, og hvor lang tid tar det før endelig budsjett er på plass?
- iv) Hvilket grunnlag lages budsjettet på? Tidligere budsjett, regnskap eller nye prognoser? I hvilken grad vektlegges tidligere budsjett, regnskap eller nye prognoser?

5. Hvordan formidles det endelige budsjettet i organisasjonen?

- i) Møte med avdelingslederne?
- ii) Utsendelse av dokument uten gjennomgåelse?

6. Benyttes budsjett aktivt i den operasjonelle driften?

- i) Kan det tenkes at ISF styrer medisinske beslutninger? (Pasienter med ulike kostnader som havner i samme DRG.)
- ii) I investeringsbeslutninger?

7. Hvordan er oppfølgingen i forhold til budsjett?

- i) Finnes det kontinuerlige rapporteringsrutiner i forhold til budsjettoverholdelse?
- ii) Hvor ofte rapporteres det?
- iii) Hvem får disse rapportene?
- iv) Brukes budsjett som grunnlag i evalueringen av ledere?
- v) Finnes det konsekvenser hvis budsjettet ikke overholdes? For lederne? For sykehuset? Tilleggsbevilgninger? Kan det tenkes at budsjettoverskudd, vil være negativt på noen måte (inndragelse, reduksjon i overføringer til neste år, osv)?
- vi) Kan det tenkes at eventuelle budsjettunderskudd vil være positiv på noen måte? (Dokumentasjon på for lite ressurser, rammene utvides.)
- vii) Finnes det en form for belønning hvis budsjett overholdes? Beholde overskuddet? Bonusordning?

8. Hva er de viktigste årsakene til budsjettunderskudd/-overskudd?

- i) Forhold utenfor virksomhetens kontroll? Konkrete eksempler.
- ii) Forhold innenfor virksomhetens kontroll? Konkrete eksempler.

9. Forespørsel om tillatelse til å sende ut spørreskjema, evt. hvem vi kan kontakte nedover i organisasjonen. TAKK!

Vedlegg nr. 2: Resultater fra spørreundersøkelsen – Inndeling etter sykehus

Svarfordeling:	<i>Antall</i>	<i>Andel</i>
Offentlig	13 av 19	68 %
Kommersielt	5 av 7	71 %
Ideelt	7 av 8	88 %
Totalt	25 av 34	74 %

1. Samtykke til at dataene brukes

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Ja	100 %	100 %	100 %

2. Kjønn

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Mann	69 %	40 %	29 %
Kvinne	31 %	60 %	71 %

3. Hva er din hovedutdanning forankret i?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Medisinsk bakgrunn	77 %	60 %	29 %
Helsefaglig bakgrunn	15 %	20 %	57 %
Økonomisk bakgrunn	0 %	20 %	0 %
Annen	8 %	0 %	14 %

5. Hva slags type avdeling er du leder for?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Somatisk	85 %	60 %	43 %
Psykiatrisk	8 %	0 %	14 %
Internservice	8 %	20 %	29 %

6. Hvordan er din avdelings budsjett finansiert?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Aktivitetsfinansiert	0 %	60 %	0 %
Rammefinansiert	15 %	0 %	14 %
Både ramme- og aktivitetsfinansiert	85 %	40 %	57 %
Vet ikke	0 %	0 %	29 %

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Overholde budsjettet	69 %	40 %	0 %
Best mulig kvalitet på helsetjenester	23 %	20 %	86 %
Kostnadseffektivitet	8 %	0 %	0 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0 %	0 %	14 %
Kortere ventelister	0 %	0 %	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0 %	0 %	0 %
Størst mulig overskudd	0 %	40 %	0 %

8. Har du budsjettansvar for din avdeling?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Ja	100 %	100 %	57 %

9. Deltar du i utformingen av avdelingens budsjett?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Ja	100 %	100 %	86 %

10. Hvor stor budsjetttramme har din avdeling?

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Mindre enn 10 millioner	0 %	20 %	43 %
Mellom 10 og 50 millioner	8 %	40 %	0 %
Mellom 50 og 100 millioner	23 %	20 %	0 %
Mellom 100 og 150 millioner	15 %	0 %	0 %
Over 150 millioner	54 %	0 %	14 %
Vet ikke	0 %	20 %	43 %

11. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til planlagt/budsjettert aktivitet i følgende år?

	Offentlig			Vet ikke/ikke tall
	Mindre enn	Lik planlagt	Større enn	
2002	0 %	54 %	23 %	23 %
2003	15 %	23 %	54 %	8 %
2004	15 %	31 %	46 %	8 %
2005	15 %	23 %	54 %	8 %
2006	8 %	46 %	38 %	8 %

	Kommersielt			Vet ikke/ikke tall
	Mindre enn	Lik planlagt	Større enn	
2002	0 %	0 %	0 %	100 %
2003	0 %	0 %	0 %	100 %
2004	0 %	0 %	0 %	100 %
2005	60 %	0 %	0 %	40 %
2006	40 %	0 %	40 %	20 %

		Ideelt		
	Mindre enn	Lik planlagt	Større enn	Vet ikke/ikke tall
2002	14 %	57 %	14 %	14 %
2003	0 %	71 %	14 %	14 %
2004	0 %	71 %	29 %	0 %
2005	0 %	71 %	29 %	0 %
2006	0 %	57 %	43 %	0 %

12. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjett i følgende år?

		Offentlig		
	Negativt res.	Innfridd budsj.	Positivt res.	Vet ikke/ikke tall
2002	15 %	38 %	31 %	15 %
2003	23 %	38 %	38 %	0 %
2004	46 %	38 %	15 %	0 %
2005	46 %	15 %	38 %	0 %
2006	62 %	15 %	23 %	0 %

		Kommersielt		
	Negativt res.	Innfridd budsj.	Positivt res.	Vet ikke/ikke tall
2002	0 %	0 %	0 %	100 %
2003	0 %	0 %	0 %	100 %
2004	0 %	0 %	0 %	100 %
2005	60 %	0 %	20 %	20 %
2006	40 %	0 %	60 %	0 %

		Ideelt		
	Negativt res.	Innfridd budsj.	Positivt res.	Vet ikke/ikke tall
2002	0 %	29 %	0 %	71 %
2003	0 %	29 %	0 %	71 %
2004	14 %	29 %	0 %	57 %
2005	29 %	29 %	0 %	43 %
2006	14 %	29 %	14 %	43 %

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Offentlig		Kommersielt		Ideelt	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Jeg ønsker budsjettansvaret for min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %	43 %	29 %
Jeg deltar aktivt i budsjetteringsprosessen	100 %	0 %	80 %	20 %	71 %	29 %
Jeg ønsker å aktivt påvirke ressurstilgangen til min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %
Mine meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen i foretaket	77 %	23 %	80 %	0 %	100 %	0 %

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?*Andel svart JA*

	Offentlig	Kommersielt	Ideelt
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	69 %	60 %	43 %
Budsjettet aktivitetsnivå i avdelingen	62 %	80 %	57 %
Ansettelse av lege	100 %	80 %	57 %
Ansettelse av sykepleier/vernepleier	100 %	80 %	57 %
Ansettelse av andre medarbeidere	100 %	100 %	86 %
Omgjøring av stilling	92 %	80 %	71 %
Opprettelse av stilling	62 %	100 %	57 %
Vaktplaner	100 %	80 %	71 %
Godkjenning av overtid	100 %	100 %	100 %
Bruk av vikarer	100 %	100 %	100 %
Lønnsnivå	69 %	100 %	29 %

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Offentlig		Kommersielt		Ideelt	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Budsjett er nødvendig for å planlegge aktiviteten gjennom året	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %
Budsjett er viktig for å dokumentere ressursbehovet i avdelingen	100 %	0 %	80 %	20 %	100 %	0 %
Budsjett er viktig for prioritering av pasienter	62 %	23 %	20 %	60 %	57 %	0 %
Jeg bruker budsjett som veiledning i planleggingen av den daglige driften	69 %	23 %	40 %	40 %	71 %	29 %
Budsjett spiller en sentral rolle i evalueringen av mine prestasjoner som avdelingsleder	92 %	8 %	100 %	0 %	71 %	0 %
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	38 %	54 %	40 %	40 %	14 %	86 %
Budsjett blir i stor grad brukt som styringsverktøy i min organisasjon	100 %	0 %	100 %	0 %	71 %	29 %

16. Hvilket grunnlag utarbeides avdelingsbudsjettet på?*flere svar mulige*

	Offentlig	Kommersielt
Fjorårets budsjett	92 %	80 %
Fjorårets regnskap	83 %	80 %
Nye prognoser	50 %	100 %

17. Hvilket økonomisk resultat legges det opp til i budsjettet?

	Offentlig	Kommersielt
Positivt resultat	0 %	100 %
Nullresultat	100 %	0 %
Negativt resultat	0 %	0 %

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?

	Offentlig		Kommersielt	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Prosessen tar for mye av min tid	62 %	38 %	40 %	60 %
Prosessen er for detaljstyrt	54 %	46 %	60 %	40 %
Prosessen handler om en kamp om midler	69 %	31 %	40 %	60 %
Prosessen handler om å gi et riktig bilde av ressursbehovet i min avdeling	100 %	0 %	80 %	0 %
Prosessen medfører en rettferdig fordeling av midler til min avdeling	38 %	38 %	20 %	20 %
Jeg kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet	92 %	0 %	100 %	0 %
Det er motiverende å delta i prosessen	77 %	15 %	100 %	0 %
Det er demotiverende å delta i prosessen	23 %	69 %	0 %	100 %
Deltagelse i prosessen fører til at jeg tar mer ansvar for avdelingens økonomiske midler	92 %	8 %	100 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er relevant for min avdeling	85 %	0 %	100 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	31 %	62 %	80 %	20 %
Jeg opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte avdelingsbudsjettet	92 %	8 %	80 %	20 %
Jeg er alltid informert om årets budsjett	100 %	0 %	80 %	0 %

19. Avdelingen går mot budsjettunderskudd. Hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Offentlig		Kommersielt	
	Sanns.	Usanns.	Sanns.	Usanns.
Ingen konsekvenser	8 %	92 %	0 %	100 %
Midlertidig stans i behandlinger	15 %	85 %	0 %	100 %
Redusert bemanning	100 %	0 %	40 %	60 %
Redusert bruk av overtid	100 %	0 %	100 %	0 %
Redusert behandlingstilbud	77 %	23 %	20 %	60 %
Nedprioritering av mindre lønnsomme pasienter	23 %	77 %	60 %	20 %
Økte midler fra sentralt hold	15 %	85 %	0 %	60 %

20. Ved budsjettunderskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Offentlig		Kommersielt	
	Sanns.	Usanns.	Sanns.	Usanns.
Ingen konsekvenser	23 %	77 %	20 %	80 %
Økte midler neste år	23 %	69 %	0 %	80 %
Reduserte midler neste år	23 %	77 %	40 %	20 %
Mister jobben	8 %	62 %	0 %	100 %
Redusert bonus	0 %	8 %	100 %	0 %
Får mindre ansvar, men beholder stillingen	38 %	38 %	0 %	80 %
Andre avdelinger må dekke min avdelings underskudd	85 %	15 %	40 %	60 %

21. Ved budsjettoverskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Offentlig		Kommersielt	
	Sanns.	Usanns.	Sanns.	Usanns.
Ingen konsekvenser	69 %	23 %	60 %	20 %
Økte midler neste år	0 %	100 %	20 %	40 %
Reduserte midler neste år	69 %	31 %	0 %	60 %
Jeg får bonus	0 %	85 %	100 %	0 %
Jeg får rosende omtale	100 %	0 %	80 %	20 %
Avdelingen får beholde overskuddet	8 %	77 %	20 %	60 %
Avdelingen får mer midler til kurs, reiser, sosiale tilstelninger, etc.	31 %	62 %	20 %	60 %

22. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Offentlig		Kommersielt	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Jeg forsøker å skape budsjettaksept hos alle i min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %
Budsjettoverholdelse er et av avdelingens viktigste mål	100 %	0 %	80 %	20 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	92 %	0 %	80 %	20 %
Aktiviteten i min avdeling påvirkes i stor grad av andre avdelingers aktivitet	46 %	46 %	60 %	40 %
Det er ikke mulig å overholde budsjettet fordi aktiviteten er større enn budsjettet aktivitet	15 %	77 %	0 %	80 %
Negative budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll som avdelingsleder	46 %	54 %	80 %	20 %
Positive budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll	23 %	62 %	80 %	20 %
Min rolle som avdelingsleder har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å overholde budsjettet	54 %	46 %	100 %	0 %

23. Hvor ofte sendes økonomiske rapporter til økonomiavdelingen/ledelsen?

	Offentlig	Kommersielt
Ukentlig	0 %	60 %
Månedlig	100 %	40 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %	0 %

24. Hvor ofte evaluerer du som avdelingsleder avdelingens prestasjoner i forhold til budsjett?

	Offentlig	Kommersielt
Ukentlig	0 %	40 %
Månedlig	100 %	60 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %	0 %

25. Hva benyttes avdelingens regnskap til?

	Offentlig	Kommersielt
Som dokumentasjon på mengde benyttede ressurser	12 %	0 %
Som kontroll på hvordan ressursene benyttes	38 %	20 %
Som evalueringsgrunnlag for avdelingens prestasjoner	12 %	30 %
Som evalueringsgrunnlag for mine prestasjoner som avdelingsleder	0 %	10 %
Som grunnlag for beslutninger i avdelingen	19 %	20 %
Som grunnlag for neste års budsjettering	19 %	20 %

Vedlegg nr. 3: Resultater spørreundersøkelse i offentlig sykehus – innfridd vs. ikke innfridd

Svarfordeling	Antall
Innfridd budsjett 2006	5
Ikke innfridd budsjett 2006	8
Totalt	13

1. Samtykke

	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	100 %	100 %

2. Kjønn

	Innfridd	Ikke innfridd
Mann	100 %	50 %
Kvinne	0 %	50 %

3. Hva er din hovedutdanning forankret i?

	Innfridd	Ikke innfridd
Medisinsk bakgrunn	100 %	63 %
Helsefaglig bakgrunn	0 %	25 %
Økonomisk bakgrunn	0 %	0 %
Annen	0 %	13 %

5. Hva slags type avdeling er du leder for?

	Innfridd	Ikke innfridd
Somatisk	80 %	88 %
Psykiatrisk	0 %	13 %
Internservice	20 %	0 %

6. Hvordan er din avdelings budsjett finansiert?

	Innfridd	Ikke innfridd
Aktivitetsfinansiert	0 %	0 %
Rammefinansiert	0 %	25 %
Både ramme- og aktivitetsfinansiert	100 %	75 %
Vet ikke	0 %	0 %

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?

	Innfridd	Ikke innfridd
Overholde budsjettet	80 %	63 %
Best mulig kvalitet på helsetjenester	20 %	25 %
Kostnadseffektivitet	0 %	13 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0 %	0 %
Kortere ventelister	0 %	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0 %	0 %
Størst mulig overskudd	0 %	0 %

8. Har du budsjettansvar for din avdeling?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	100 %	100 %

9. Deltar du i utformingen av avdelingens budsjett?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ja	100 %	100 %

10. Hvor stor budsjettramme har din avdeling?

	Innfridd	Ikke innfridd
Mindre enn 10 millioner	0 %	0 %
Mellom 10 og 50 millioner	0 %	13 %
Mellom 50 og 100 millioner	20 %	25 %
Mellom 100 og 150 millioner	40 %	0 %
Over 150 millioner	40 %	63 %
Vet ikke	0 %	0 %

11. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til planlagt/budsjettet aktivitet i følgende år?

		Innfridd		Vet ikke/ikke tall
		Lik planlagt	Større enn	
2002	Mindre enn 0 %	Lik planlagt 40 %	Større enn 40 %	Vet ikke/ikke tall 20 %
2003	20 %	0 %	60 %	20 %
2004	20 %	0 %	60 %	20 %
2005	20 %	0 %	60 %	20 %
2006	0 %	40 %	40 %	20 %

	Ikke innfridd			Vet ikke/ikke tall
	Mindre enn	Lik planlagt	Større enn	
2002	0 %	63 %	13 %	25 %
2003	13 %	38 %	50 %	0 %
2004	13 %	50 %	38 %	0 %
2005	13 %	38 %	50 %	0 %
2006	13 %	50 %	38 %	0 %

12. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjett i følgende år?

	Innfridd			Vet ikke/ikke tall
	Negativt res.	Innfridd budsj.	Positivt res.	
2002	0 %	20 %	80 %	0 %
2003	20 %	20 %	60 %	0 %
2004	20 %	40 %	40 %	0 %
2005	20 %	20 %	60 %	0 %
2006	0 %	40 %	60 %	0 %

	Ikke innfridd			Vet ikke/ikke tall
	Negativt res.	Innfridd budsj.	Positivt res.	
2002	25 %	50 %	0 %	25 %
2003	25 %	50 %	25 %	0 %
2004	63 %	38 %	0 %	0 %
2005	63 %	13 %	25 %	0 %
2006	100 %	0 %	0 %	0 %

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Jeg ønsker budsjettansvaret for min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %
Jeg deltar aktivt i budsjetteringsprosessen	100 %	0 %	100 %	0 %
Jeg ønsker å aktivt påvirke ressurstilgangen til min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %
Mine meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen i foretaket	60 %	40 %	88 %	13 %

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?

andel ja

	Innfridd	Ikke innfridd
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	100 %	50 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	60 %	63 %
Ansettelse av lege	100 %	100 %
Ansettelse av sykepleier/vernepleier	100 %	100 %
Ansettelse av andre medarbeidere	100 %	100 %
Omgjøring av stilling	100 %	88 %
Opprettelse av stilling	80 %	50 %
Vaktplaner	100 %	100 %
Godkjenning av overtid	100 %	100 %
Bruk av vikarer	100 %	100 %
Lønnsnivå	100 %	50 %

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Budsjett er nødvendig for å planlegge aktiviteten gjennom året	100 %	0 %	100 %	0 %
Budsjett er viktig for å dokumentere ressursbehovet i avdelingen	100 %	0 %	100 %	0 %
Budsjett er viktig for prioritering av pasienter	60 %	20 %	63 %	25 %
Jeg bruker budsjett som veiledning i planleggingen av den daglige driften	40 %	60 %	88 %	0 %
Budsjett spiller en sentral rolle i evalueringen av mine prestasjoner som avdelingsleder	80 %	20 %	100 %	0 %
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	20 %	80 %	50 %	38 %
Budsjett blir i stor grad brukt som styringsverktøy i min organisasjon	100 %	0 %	100 %	0 %

16. Hvilket grunnlag utarbeides avdelingsbudsjettet på?*flere svar mulige*

	Innfridd	Ikke innfridd
Fjorårets budsjett	80 %	100 %
Fjorårets regnskap	100 %	71 %
Nye prognoser	40 %	57 %

17. Hvilket økonomisk resultat legges det opp til i budsjettet?

	Innfridd	Ikke innfridd
Positivt resultat	0 %	0 %
Nullresultat	100 %	100 %
Negativt resultat	0 %	0 %

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Prosessen tar for mye av min tid	40 %	60 %	75 %	25 %
Prosessen er for detaljstyrt	40 %	60 %	63 %	38 %
Prosessen handler om en kamp om midler	80 %	20 %	63 %	38 %
Prosessen handler om å gi et riktig bilde av ressursbehovet i min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %
Prosessen medfører en rettferdig fordeling av midler til min avdeling	0 %	60 %	63 %	25 %
Jeg kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet	80 %	0 %	100 %	0 %
Det er motiverende å delta i prosessen	60 %	20 %	88 %	13 %
Det er demotiverende å delta i prosessen	20 %	60 %	25 %	75 %
Deltagelse i prosessen fører til at jeg tar mer ansvar for avdelingens økonomiske midler	80 %	20 %	100 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er relevant for min avdeling	60 %	0 %	100 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	20 %	80 %	38 %	50 %
Jeg opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte avdelingsbudsjettet	80 %	20 %	100 %	0 %
Jeg er alltid informert om årets budsjett	100 %	0 %	100 %	0 %

19. Avdelingen går mot budsjettunderskudd. Hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Sanns.	Usanns.	Sanns.	Usanns.
Ingen konsekvenser	0 %	100 %	13 %	88 %
Midlertidig stans i behandlinger	20 %	80 %	13 %	88 %
Redusert bemanning	100 %	0 %	100 %	0 %
Redusert bruk av overtid	100 %	0 %	100 %	0 %
Redusert behandlingstilbud	60 %	40 %	88 %	13 %
Nedprioritering av mindre lønnsomme pasienter	20 %	80 %	13 %	88 %
Økte midler fra sentralt hold	0 %	100 %	13 %	88 %

20. Ved budsjettunderskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Sanns.	Usanns.	Sanns.	Usanns.
Ingen konsekvenser	40 %	60 %	13 %	88 %
Økte midler neste år	20 %	60 %	25 %	75 %
Reduserte midler neste år	0 %	100 %	38 %	63 %
Mister jobben	20 %	60 %	0 %	63 %
Redusert bonus	0 %	0 %	0 %	13 %
Får mindre ansvar, men beholder stillingen	20 %	60 %	50 %	25 %
Andre avdelinger må dekke underskuddet	80 %	20 %	88 %	13 %

21. Ved budsjettoverskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Sanns.	Usanns.	Sanns.	Usanns.
Ingen konsekvenser	60 %	40 %	75 %	13 %
Økte midler neste år	0 %	100 %	0 %	100 %
Reduserte midler neste år	80 %	20 %	63 %	38 %
Jeg får bonus	0 %	100 %	0 %	88 %
Jeg får rosende omtale	100 %	0 %	100 %	0 %
Avdelingen får beholde overskuddet	0 %	80 %	13 %	75 %
Avdelingen får mer midler til kurs, reiser, sosiale tilstelninger, etc.	0 %	80 %	50 %	50 %

22. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Innfridd		Ikke innfridd	
	Enig	Uenig	Enig	Uenig
Jeg forsøker å skape budsjettaksept hos alle i min avdeling	100 %	0 %	100 %	0 %
Budsjettoverholdelse er et av avdelingens viktigste mål	100 %	0 %	100 %	0 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	100 %	0 %	88 %	0 %
Aktiviteten i min avdeling påvirkes i stor grad av andre avdelingers aktivitet	60 %	40 %	38 %	50 %
Det er ikke mulig å overholde budsjettet fordi aktiviteten er større enn budsjettet aktivitet	20 %	80 %	13 %	75 %
Negative budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll som avdelingsleder	60 %	40 %	38 %	63 %
Positive budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll	20 %	60 %	25 %	63 %
Min rolle som avdelingsleder har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å overholde budsjettet	80 %	20 %	38 %	63 %

23. Hvor ofte sendes økonomiske rapporter til økonomiavd./ledelsen?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ukentlig	0 %	0 %
Månedlig	100 %	100 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %	0 %

24. Hvor ofte evaluerer du som avdelingsleder avdelingens prestasjoner i forhold til budsjett?

	Innfridd	Ikke innfridd
Ukentlig	0 %	0 %
Månedlig	100 %	100 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %	0 %

25. Hva benyttes avdelingens regnskap til?

	Innfridd	Ikke innfridd
Som dokumentasjon på mengde benyttede ressurser	20 %	25 %
Som kontroll på hvordan ressursene benyttes	80 %	75 %
Som evalueringsgrunnlag for avdelingens prestasjoner	20 %	25 %
Som evalueringsgrunnlag for mine prestasjoner som avdelingsleder	0 %	0 %
Som grunnlag for beslutninger i avdelingen	0 %	63 %
Som grunnlag for neste års budsjettering	80 %	13 %

Vedlegg nr. 4 – Fullstendig resultat offentlig sykehus

1. Samtykke	100 %
--------------------	-------

2. Kjønn	
M	69 %
K	31 %

3. Hva er din hovedutdanning forankret i?

Medisinsk bakgrunn	77 %
Helsefaglig bakgrunn	15 %
Økonomi bakgrunn	0 %
Annen	8 %

5. Hva slags type avdeling er du leder for?

Somatisk	85 %
Psykiatrisk	8 %
Internservice (røngten, laboratorie, etc.)	8 %

6. Hvordan er din avdelings budsjett finansiert?

Aktivitetsfinansiert	0 %
Rammefinansiert	15 %
Både ramme- og aktivitetsfinansiert	85 %
Vet ikke	0 %

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?

Overholde budsjettet	69 %
Best mulig kvalitet på helsetjenestene	23 %
Kostnadseffektivitet	8 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0 %
Kortere ventelister	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0 %
Størst mulig overskudd	0 %

8. Har du budsjettansvar for din avdeling?

Ja	100 %
Nei	0 %

9. Deltar du i utformningen av avdelingens budsjett?

Ja	100 %
Nei	0 %

10. Hvor stor budsjetttramme har din avdeling?

Mindre enn 10 millioner	0 %
Mellom 10 og 50 millioner	8 %
Mellom 50 og 100 millioner	23 %
Mellom 100 og 150 millioner	15 %
Over 150 millioner	54 %
Vet ikke	0 %

11. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til planlagt aktivitet i følgende år?

	Mindre enn planlagt aktivitet	Faktisk aktivitet lik planlagt aktivitet	Større enn planlagt aktivitet	Vet ikke/finnes ikke tall
2002	0 %	54 %	23 %	23 %
2003	15 %	23 %	54 %	8 %
2004	15 %	31 %	46 %	8 %
2005	15 %	23 %	54 %	8 %
2006	8 %	46 %	38 %	8 %

12. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjett i følgende år?

	Negativt resultat	Innfridd	Positivt resultat	Vet ikke/finnes ikke tall
2002	15 %	38 %	31 %	15 %
2003	23 %	38 %	38 %	0 %
2004	46 %	38 %	15 %	0 %
2005	46 %	15 %	38 %	0 %
2006	62 %	15 %	23 %	0 %

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ikke relevant
Jeg ønsker budsjettansvaret for min avdeling	100 %	0 %	0 %
Jeg deltar aktivt i budsjetteringsprosessen	100 %	0 %	0 %
Jeg ønsker å aktivt påvirke ressurstilgangen til min avdeling	100 %	0 %	0 %
Mine meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen i foretaket	77 %	23 %	0 %

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?

	Ja	Nei
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	69 %	31 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	62 %	38 %
Ansettelse av leger	100 %	0 %
Ansettelse av sykepleier/vernepleier	100 %	0 %
Ansettelse av andre medarbeidere	100 %	0 %
Omgjøring av stilling	92 %	8 %
Opprettelse av stilling	62 %	38 %
Vaktplaner	100 %	0 %
Godkjenning av overtid	100 %	0 %
Bruk av vikarer	100 %	0 %
Lønnsnivå	69 %	31 %

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Budsjett er nødvendig for å planlegge aktiviteten gjennom året	100 %	0 %	0 %
Budsjett er viktig for å dokumentere ressursbehovet i avdelingen	100 %	0 %	0 %
Budsjett er viktig for prioritering av pasienter	62 %	23 %	15 %
Jeg bruker budsjett som veiledning i planleggingen av den daglige driften	69 %	23 %	8 %
Budsjett spiller en sentral rolle i evalueringen av mine prestasjoner som avdelingsleder	92 %	8 %	0 %
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	38 %	54 %	8 %
Budsjett blir i stor grad brukt som styringsverktøy i min organisasjon	100 %	0 %	0 %

16. Hvilket grunnlag utarbeides budsjettet på?

	Ja	Nei
Fjorårets budsjett	92 %	8 %
Fjorårets regnskap	83 %	17 %
Nye prognoser	50 %	50 %

17. Hvilket økonomisk resultat legges det opp til i budsjettet?

Positivt	0 %
Nullresultat	100 %
Negativt	0 %

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Prosessen tar for mye av min tid	62 %	38 %	0 %
Prosessen er for detaljstyrt	54 %	46 %	0 %
Prosessen handler om en kamp om midler	69 %	31 %	0 %
Prosessen handler om å gi et riktig bilde av ressursbehovet i min avdeling	100 %	0 %	0 %
Prosessen medfører en rettferdig fordeling av midler til min avdeling	38 %	38 %	23 %
Jeg kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet	92 %	0 %	8 %
Det er motiverende å delta i prosessen	77 %	15 %	8 %
Det er demotiverende å delta i prosessen	23 %	69 %	8 %
Deltagelse i prosessen fører til at jeg tar mer ansvar for avdelingens økonomiske midler	92 %	8 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er relevant for min avdeling	85 %	0 %	15 %
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	31 %	62 %	8 %
Jeg opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte avdelingsbudsjettet	92 %	8 %	0 %
Jeg er alltid informert om årets budsjett	100 %	0 %	0 %

19. Avdelingen går mot budsjettunderskudd. Hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Sannsynlig	Usannsynlig	Vet ikke/ ikke relevant
Ingen konsekvenser	8 %	92 %	0 %
Midlertidig stans i behandlinger	15 %	85 %	0 %
Redusert bemanning	100 %	0 %	0 %
Redusert bruk av overtid	100 %	0 %	0 %
Redusert behandlingstilbud	77 %	23 %	0 %
Nedprioritering av mindre lønnsomme pasienter	23 %	77 %	0 %
Økte midler fra sentralt hold	15 %	85 %	0 %

20. Ved budsjettunderskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Sannsynlig	Usannsynlig	Vet ikke
Ingen konsekvenser	23 %	77 %	0 %
Økte midler neste år	23 %	69 %	8 %
Reduserte midler neste år	23 %	77 %	0 %
Mister jobben	8 %	62 %	31 %
Redusert bonus	0 %	8 %	92 %
Får mindre ansvar, men beholder stillingen	38 %	38 %	23 %
Andre avdelinger må dekke min avdelings underskudd	85 %	15 %	0 %

21. Ved budsjettoverskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Sannsynlig	Usannsynlig	Vet ikke/ ikke relevant
Ingen konsekvenser	69 %	23 %	8 %
Økte midler neste år	0 %	100 %	0 %
Reduserte midler neste år	69 %	31 %	0 %
Jeg får bonus	0 %	85 %	15 %
Jeg får rosende omtale	100 %	0 %	0 %
Avdelingen får beholde overskuddet	8 %	77 %	15 %
Avdelingen får mer midler til kurs, reiser, sosiale tilstelninger, etc	31 %	62 %	8 %

22. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Jeg forsøker å skape budsjettaksept hos alle i min avdeling	100 %	0 %	0 %
Budsjettoverholdelse er et av avdelingens viktigste mål	100 %	0 %	0 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	92 %	0 %	8 %
Aktiviteten i min avdeling påvirkes i stor grad av andre avdelingers aktivitet	46 %	46 %	8 %
Det er ikke mulig å overholde budsjettet fordi aktiviteten er større enn budsjettet aktivitet	15 %	77 %	8 %
Negative budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll som avdelingsleder	46 %	54 %	0 %
Positive budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll	23 %	62 %	15 %
Min rolle som avdelingsleder har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å overholde budsjettet	54 %	46 %	0 %

23. Hvor ofte sendes økonomiske rapporter til økonomiavdelingen/ledelsen?

Ukentlig	0 %
Månedlig	100 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %

24. Hvor ofte evaluerer du som avdelingsleder avdelingens prestasjoner i forhold til budsjett?

Ukentlig	0 %
Månedlig	100 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %

25. Hva benyttes avdelingens regnskap til?

Som dokumentasjon på mengde benyttede ressurser	12 %
Som kontroll på hvordan ressursene benyttes	38 %
Som evalueringsgrunnlag for avdelingens prestasjoner	12 %
Som evalueringsgrunnlag for mine prestasjoner som avdelingsleder	0 %
Som grunnlag for beslutninger i avdelingen	19 %
Som grunnlag for neste års budsjettering	19 %

Vedlegg nr. 5 – Fullstendig resultat privat ideelt sykehus

1. Samtykke	100 %
--------------------	-------

2. Kjønn	
M	29 %
K	71 %

3. Hva er din hovedutdanning forankret i?

Medisinsk bakgrunn	29 %
Helsefaglig bakgrunn	57 %
Økonomi bakgrunn	0 %
Annen	14 %

5. Hva slags type avdeling er du leder for?

Somatisk	43 %
Psykiatrisk	14 %
Internservice (røngten, laboratorie, etc.)	29 %

6. Hvordan er din avdelings budsjett finansiert?

Aktivitetsfinansiert	0 %
Rammefinansiert	14 %
Både ramme- og aktivitetsfinansiert	57 %
Vet ikke	29 %

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?

Overholde budsjettet	0 %
Best mulig kvalitet på helsetjenestene	86 %
Kostnadseffektivitet	0 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	14 %
Kortere ventelister	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0 %
Størst mulig overskudd	0 %

8. Har du budsjettansvar for din avdeling?

Ja	57 %
Nei	43 %

9. Deltar du i utformningen av avdelingens budsjett?

Ja	86 %
Nei	14 %

10. Hvor stor budsjetttramme har din avdeling?

Mindre enn 10 millioner	43 %
Mellom 10 og 50 millioner	0 %
Mellom 50 og 100 millioner	0 %
Mellom 100 og 150 millioner	0 %
Over 150 millioner	14 %
Vet ikke	43 %

11. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til planlagt aktivitet i følgende år?

	Mindre enn planlagt aktivitet	Faktisk aktivitet lik planlagt aktivitet	Større enn planlagt aktivitet	Vet ikke/finnes ikke tall
2002	14 %	57 %	14 %	14 %
2003	0 %	71 %	14 %	14 %
2004	0 %	71 %	29 %	0 %
2005	0 %	71 %	29 %	0 %
2006	0 %	57 %	43 %	0 %

12. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjett i følgende år?

	Negativt resultat	Innfridd	Positivt resultat	Vet ikke/finnes ikke tall
2002	0 %	29 %	0 %	71 %
2003	0 %	29 %	0 %	71 %
2004	14 %	29 %	0 %	57 %
2005	29 %	29 %	0 %	43 %
2006	14 %	29 %	14 %	43 %

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ikke relevant
Jeg ønsker budsjettansvaret for min avdeling	43 %	29 %	29 %
Jeg deltar aktivt i budsjetteringsprosessen	71 %	29 %	0 %
Jeg ønsker å aktivt påvirke ressurstilgangen til min avdeling	100 %	0 %	0 %
Mine meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen i foretaket	100 %	0 %	0 %

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?

	Ja	Nei
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	43 %	57 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	57 %	43 %
Ansettelse av lege	57 %	43 %
Ansettelse av sykepleier/vernepleier	57 %	43 %
Ansettelse av andre medarbeidere	86 %	14 %
Omgjøring av stilling	71 %	29 %
Opprettelse av stilling	57 %	43 %
Vaktplaner	71 %	29 %
Godkjenning av overtid	100 %	0 %
Bruk av vikarer	100 %	0 %
Lønnsnivå	29 %	71 %

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Budsjett er nødvendig for å planlegge aktiviteten gjennom året	100 %	0 %	0 %
Budsjett er viktig for å dokumentere ressursbehovet i avdelingen	100 %	0 %	0 %
Budsjett er viktig for prioritering av pasienter	57 %	0 %	43 %
Jeg bruker budsjett som veiledning i planleggingen av den daglige driften	71 %	29 %	0 %
Budsjett spiller en sentral rolle i evalueringen av mine prestasjoner som avdelingsleder	71 %	0 %	29 %
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	14 %	86 %	0 %
Budsjett blir i stor grad brukt som styringsverktøy i min organisasjon	71 %	29 %	0 %

Vedlegg nr. 6 – Fullstendig resultat privat kommersielt sykehus

1. Samtykke	100 %
--------------------	-------

2. Kjønn	
M	40 %
K	60 %

3. Hva er din hovedutdanning forankret i?

Medisinsk bakgrunn	60 %
Helsefaglig bakgrunn	20 %
Økonomi bakgrunn	20 %
Annen	8 %

5. Hva slags type avdeling er du leder for?

Somatisk	60 %
Psykiatrisk	20 %
Internservice (røngten, laboratorie, etc.)	0 %

En svarte både internservice og somatisk.

6. Hvordan er din avdelings budsjett finansiert?

Aktivitetsfinansiert	60 %
Rammefinansiert	0 %
Både ramme- og aktivitetsfinansiert	40%
Vet ikke	0 %

7. Hva oppfattes som hovedfokuset til ledelsen?

Overholde budsjettet	40 %
Best mulig kvalitet på helsetjenestene	20 %
Kostnadseffektivitet	0 %
Skape størst mulig aktivitet (produksjon)	0 %
Kortere ventelister	0 %
Skape et godt arbeidsmiljø	0 %
Størst mulig overskudd	40 %

8. Har du budsjettansvar for din avdeling?

Ja	100 %
Nei	0 %

9. Deltar du i utformningen av avdelingens budsjett?

Ja	100 %
Nei	0 %

10. Hvor stor budsjetttramme har din avdeling?

Mindre enn 10 millioner	20 %
Mellom 10 og 50 millioner	40 %
Mellom 50 og 100 millioner	20 %
Mellom 100 og 150 millioner	0 %
Over 150 millioner	0 %
Vet ikke	20 %

11. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til planlagt aktivitet i følgende år?

	Mindre enn planlagt aktivitet	Faktisk aktivitet lik planlagt aktivitet	Større enn planlagt aktivitet	Vet ikke/finnes ikke tall
2002	0 %	0 %	0 %	100 %
2003	0 %	0 %	0 %	100 %
2004	0 %	0 %	0 %	100 %
2005	60 %	0 %	0 %	40 %
2006	40 %	0 %	40 %	20 %

12. Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjett i følgende år?

	Negativt resultat	Innfridd	Positivt resultat	Vet ikke/finnes ikke tall
2002	0 %	0 %	0 %	100 %
2003	0 %	0 %	0 %	100 %
2004	0 %	0 %	0 %	100 %
2005	60 %	0 %	20 %	20 %
2006	20 %	60 %	20 %	0 %

13. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ikke relevant
Jeg ønsker budsjettansvaret for min avdeling	100 %	0 %	0 %
Jeg deltar aktivt i budsjetteringsprosessen	80 %	20 %	0 %
Jeg ønsker å aktivt påvirke ressurstilgangen til min avdeling	100 %	0 %	0 %
Mine meninger blir hørt i budsjetteringsprosessen i foretaket	80 %	20 %	0 %

14. Har du beslutningsmyndighet over følgende områder?

	Ja	Nei
Beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles	60 %	40 %
Budsjettert aktivitetsnivå i avdelingen	80 %	20 %
Ansettelse av lege	80 %	20 %
Ansettelse av sykepleier/vernepleier	80 %	20 %
Ansettelse av andre medarbeidere	100 %	0 %
Omgjøring av stilling	80 %	20 %
Opprettelse av stilling	100 %	0 %
Vaktplaner	100 %	0 %
Godkjenning av overtid	100 %	0 %
Bruk av vikarer	100 %	0 %
Lønnsnivå	100 %	0 %

15. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Budsjett er nødvendig for å planlegge aktiviteten gjennom året	100 %	0 %	0 %
Budsjett er viktig for å dokumentere ressursbehovet i avdelingen	80 %	20 %	0 %
Budsjett er viktig for prioritering av pasienter	20 %	60 %	20 %
Jeg bruker budsjett som veiledning i planleggingen av den daglige driften	40 %	40 %	20 %
Budsjett spiller en sentral rolle i evalueringen av mine prestasjoner som avdelingsleder	100 %	0 %	0 %
Budsjett er et hinder for nødvendige endringer	40 %	40 %	20 %
Budsjett blir i stor grad brukt som styringsverktøy i min organisasjon	100 %	0 %	0 %

16. Hvilket grunnlag utarbeides budsjettet på?

	Ja	Nei
Fjorårets budsjett	80 %	20 %
Fjorårets regnskap	80 %	20 %
Nye prognoser	100 %	0 %

17. Hvilket økonomisk resultat legges det opp til i budsjettet?

Positivt resultat	100 %
Nullresultat	0 %
Negativt resultat	0 %

18. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander om budsjetteringsprosessen?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Prosessen tar for mye av min tid	40 %	60 %	0 %
Prosessen er for detaljstyrt	60 %	40 %	0 %
Prosessen handler om en kamp om midler	40 %	60 %	0 %
Prosessen handler om å gi et riktig bilde av ressursbehovet i min avdeling	80 %	0 %	20 %
Prosessen medfører en rettferdig fordeling av midler til min avdeling	20 %	20 %	60 %
Jeg kjenner igjen avdelingstallene i det vedtatte budsjettet	100 %	0 %	0 %
Det er motiverende å delta i prosessen	100 %	0 %	0 %
Det er demotiverende å delta i prosessen	0 %	100 %	0 %
Deltagelse i prosessen fører til at jeg tar mer ansvar for avdelingens økonomiske midler	100 %	0 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er relevant for min avdeling	100 %	0 %	0 %
Det vedtatte budsjettet er realistisk for min avdeling	80 %	20 %	0 %
Jeg opplever en eierskapsfølelse til det vedtatte avdelingsbudsjettet	80 %	20 %	0 %
Jeg er alltid informert om årets budsjett	80 %	0 %	20 %

19. Avdelingen går mot budsjettunderskudd. Hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Sannsynlig	Usannsynlig	Vet ikke/ ikke relevant
Ingen konsekvenser	0 %	100 %	0 %
Midlertidig stans i behandlinger	0 %	100 %	0 %
Redusert bemanning	40 %	60 %	0 %
Redusert bruk av overtid	100 %	0 %	0 %
Redusert behandlingstilbud	20%	60 %	20 %
Nedprioritering av mindre lønnsomme pasienter	60 %	20 %	20 %
Økte midler fra sentralt hold	0%	60%	40 %

20. Ved budsjettunderskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Sannsynlig	Usannsynlig	Vet ikke
Ingen konsekvenser	20 %	80 %	0 %
Økte midler neste år	0 %	80%	20 %
Reduserte midler neste år	40 %	20 %	40 %
Mister jobben	0 %	100 %	0 %
Redusert bonus	100 %	0 %	0 %
Får mindre ansvar, men beholder stillingen	0 %	80 %	20 %
Andre avdelinger må dekke min avdelings underskudd	40 %	60 %	0 %

21. Ved budsjettoverskudd, hvor sannsynlig er følgende scenarier?

	Sannsynlig	Usannsynlig	Vet ikke/ ikke relevant
Ingen konsekvenser	60 %	20 %	20 %
Økte midler neste år	20 %	40 %	40 %
Reduserte midler neste år	0 %	60 %	40 %
Jeg får bonus	100 %	0 %	0 %
Jeg får rosende omtale	80 %	20 %	0 %
Avdelingen får beholde overskuddet	20 %	60 %	20 %
Avdelingen får mer midler til kurs, reiser, sosiale tilstelninger, etc	20 %	60 %	20 %

22. Hvor enig/uenig er du i følgende påstander?

	Enig	Uenig	Vet ikke/ ikke relevant
Jeg forsøker å skape budsjettaksept hos alle i min avdeling	100 %	0 %	0 %
Budsjettoverholdelse er et av avdelingens viktigste mål	80 %	20 %	0 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	80 %	20 %	0 %
Aktiviteten i min avdeling påvirkes i stor grad av andre avdelingers aktivitet	60 %	40 %	0 %
Det er ikke mulig å overholde budsjettet fordi aktiviteten er større enn budsjettet aktivitet	0 %	80 %	20 %
Negative budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll som avdelingsleder	80 %	20 %	0 %
Positive budsjettavvik er som oftest forhold utenfor min kontroll	80 %	20 %	0 %
Min rolle som avdelingsleder har tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å overholde budsjettet	100 %	0 %	0 %

23. Hvor ofte sendes økonomiske rapporter til økonomiavdelingen/ledelsen?

Ukentlig	60 %
Månedlig	40 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %

24. Hvor ofte evaluerer du som avdelingsleder avdelingens prestasjoner i forhold til budsjett?

Ukentlig	40 %
Månedlig	60 %
Sjeldnere enn månedlig	0 %

25. Hva benyttes avdelingens regnskap til?

Som dokumentasjon på mengde benyttede ressurser	0 %
Som kontroll på hvordan ressursene benyttes	20 %
Som evalueringsgrunnlag for avdelingens prestasjoner	30 %
Som evalueringsgrunnlag for mine prestasjoner som avdelingsleder	10 %
Som grunnlag for beslutninger i avdelingen	20 %
Som grunnlag for neste års budsjettering	20 %