



Internprising i Helse Bergen

Kan internprising av kirurgiske støttetjenester gi bedre kapasitetsutnyttelse og flere operasjonsgjennomføringer?

En casestudie av Haukeland Universitetssykehus

Arild Grønnevik Sandal & Marius Skeide Ruth

Veileder: Iver Bragelien

Selvstendig arbeid i masterstudiet økonomi og administrasjon

Hovedprofil: Økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

SAMMENDRAG

Helsesektoren er preget av store endringer og stadig utvikling. Med et velfungerende norsk helsevesen og god medisinsk forskning lever vi stadig lengre, samtidig som vi blir flere. Utviklingen er naturligvis positiv, men vil også kreve mer av norske sykehus. Dagens utvikling kan gi nye og flere sykdommer som krever mer forskning og nytt utstyr. Dersom det i tillegg blir knappere med ressurser og personell i tiden som kommer, kan det bli vanskelig for sykehusene å opprettholde kvaliteten i pasientbehandlingen. For å skape mest mulig helsetjeneste av god kvalitet og maksimere utnyttelsen av hver tildelt krone, må dagens ressurser utnyttes optimalt. Vi har derfor valgt å se på hvordan internprising kan redusere antall operasjonsstrykninger, øke antall behandlede pasienter og samtidig opprettholde kvaliteten.

Vi anbefaler at kirurgisk serviceklinikk (KSK) endrer dagens organisering og økonomiske ansvar for å tilrettelegge for internprising. I dag har avdelingen beslutningsmyndighet for noe de ikke har ansvar for – aktivitetsbasert inntekt. KSK bør gå fra et utgiftssenter til et modifisert null-resultatsenter. Det gir avdelingen et mål om å gå i balanse og får et forhold til aktivitetsbasert inntekt, samtidig som de beholder deler av rammefinansieringen. Den aktivitetsbaserte inntekten vil komme fra de kliniske avdelingene gjennom intern handel. Vi har foreslått to modeller for hvordan det kan gjøres: En teoretisk modell basert på tidsdrevet ABC og en praktisk modell basert på sykehusets eksisterende ISF-system.

Klinikkdirektørene var uenige om konsekvensene av modellene, og hvilken modell som kunne fungert best. ISF-modellen er enkel og bygger på dagens system. Vi anbefaler likevel TD-ABC-modellen siden den gir bedre styringsinformasjon, fremmer transparens og gir insentiv til å bruke ressursene mest mulig effektivt.

Noen av klinikkdirektørene var skeptiske til om økonomiske modeller ville gi tiltenkt effekt fordi det kirurgiske støttepersonellet hevdes å ikke bli motivert av økonomiske hensyn, men av pasientbehandlingen. Siden historien har vist at økonomiske modeller har hatt effekt i sykehus, mener vi at modellene vil gi atferdsendring. Motivasjonen til støttepersonellet vil øke når de forstår at økonomiske modeller også skal medføre *riktig* pasientbehandling til *flere* pasienter. Med innføring av TD-ABC-modellen vil en skape insentiver til bedre kapasitetsutnyttelse hos KSK. Det vil redusere antall operasjonsstrykninger.

FORORD

Denne masterutredningen er et resultat av det selvstendige skriftlige arbeidet i forbindelse med masterstudiet ved Norges Handelshøyskole. Vi tar begge mastergraden vår innenfor økonomisk styring. Masterutredningen omhandler hvordan en kan benytte internpriser i Helse Bergen. Utredningen er skrevet våren 2018.

Arbeidet med masterutredningen har gitt oss innsikt i helsesektorens mange utfordringer og kompleksitet. Prosessen har vært utfordrende og omfattende, men svært lærerik og spennende. Vi håper utredningen vil være et godt utgangspunkt for videre diskusjon om internprising i Helse Bergen.

Vi vil begynne med å takke alle personene i Helse Bergen og fra andre norske sykehus som tok seg tid til å bli intervjuet. Dere har bidratt med verdifull informasjon, og utredningen ville ikke vært mulig å gjennomføre uten deres hjelp.

Vi ønsker å takke veileder Iver Bragelien for gode råd og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid.

Bergen, juni 2018

Arild Grønnevik Sandal

Marius Skeide Ruth

FORKORTELSER

KSK: Kirurgisk serviceklinikk

HF: Helseforetak

ØH: Øyeblikkelig hjelp

ABC: Aktivitetsbasert kalkulasjon

TD-ABC: Tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjon

DRG: Diagnoserelaterte grupper

ISF: Innsatsstyrt finansiering

SUS: Stavanger Universitetssykehus

Ahus: Akershus Universitetssykehus

UNN: Universitetssykehuset Nord-Norge

AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	II
FORORD.....	III
FORKORTELSER.....	IV
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	V
FIGURER.....	VIII
TABELLER.....	X
GRAFER.....	XI
1. INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSNING.....	5
1.4 TIDLIGERE FORSKNING	6
1.5 UTREDNINGENS FREMGANGSMÅTE	7
1.6 UTREDNINGENS STRUKTUR	8
2. TEORETISK RAMMEVERK	9
2.1 PRINSIPAL-AGENT-TEORI.....	10
2.2 EFFEKTIVITET OG PRODUKTIVITET	12
2.3 DESENTRALISERING	14
2.4 INTERNPRISING.....	22
2.5 ØKONOMISTYRING I OFFENTLIG SEKTOR	34
2.6 INTERNPRISING OG ORGANISERING AV ANSVARSENHETER I OFFENTLIGE SYKEHUS	40
2.7 OPPSUMMERING TEORETISK RAMMEVERK.....	44
2.8 VÅRE FORSKNINGSSPØRSMÅL	46
3. KONTEKST	47

3.1	PASIENTENS LØP GJENNOM SYKEHUSET	47
3.2	HELSEØKONOMI	49
3.3	INTRODUKSJON TIL HELSE BERGEN	52
3.4	FINANSIERING AV HELSEFORETAK – BASIS- OG AKTIVITETSBASERT BEVILGNING	55
3.5	ORGANISERING OG FINANSIERING PÅ AVDELINGSNIVÅ I HELSE BERGEN	57
3.6	REGNSKAPSTALL HELSE BERGEN.....	58
3.7	MEDISINSKE NØKKELTALL	61
3.8	OPPSUMMERING KONTEKST.....	63
4.	METODE.....	65
4.1	KVANTITATIV OG KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	65
4.2	FORSKNINGSDESIGN	66
4.3	INNSAMLING AV KVALITATIVE DATA	67
4.4	UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU.....	71
4.5	EVALUERING AV KVALITATIVE UNDERSØKELSER.....	72
4.6	ETISKE VURDERINGER	76
4.7	BRUK AV KVANTITATIV DATA	76
4.8	OPPSUMMERING METODE	77
5.	EMPIRI: VALG AV ORGANISERING- OG FINANSIERINGSLØSNING	79
5.1	EMPIRI- OG ANALYSEPROSSESEN.....	79
5.2	STRYKNINGSDATA.....	81
5.3	ORGANISERING OG FINANSIERING AV KIRURGISK SERVICEKLINIKK	83
5.4	INTERNPRISMETODER	95
6.	ANALYSE: VALG AV ORGANISERING- OG FINANSIERINGSLØSNING	104
6.1	ORGANISERING OG FINANSIERING AV KIRURGISK SERVICEKLINIKK	104
6.2	INTERNPRISMETODER	110

7.	TO ALTERNATIVE INTERNPRISMODELLER	118
7.1	DAGENS MODELL.....	119
7.2	INTERNPRISMODELL MED TIDSDREVET ABC.....	120
7.3	ISF-MODELLEN.....	124
7.4	OPPSUMMERING AV ALTERNATIVE INTERNPRISMODELLER	125
8.	EMPIRI: EVALUERING AV INTERNPRISMODELLENS EFFEKT	126
9.	ANALYSE: EVALUERING AV INTERNPRISMODELLENS EFFEKT	136
10.	AVSLUTNING.....	147
10.1	KONKLUSJON PÅ UNDERPROBLEMSTILLINGEN	148
10.2	KONKLUSJON PÅ HOVEDPROBLEMSTILLINGEN.....	148
10.3	KONKLUSJON PÅ UTREDNINGEN OG ANBEFALINGER	150
10.4	IMPLIKASJONER OG BEGRENSNINGER.....	151
10.5	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....	152
	LITTERATURLISTE.....	155
	VEDLEGG.....	163

FIGURER

Figur 1-1: Pasientens vei gjennom sykehuset (Kilde: Egenutviklet basert på intervjuer med personer i Helse Bergen).....	3
Figur 1-2: Grafisk fremstilling av problemstillingen	4
Figur 2-1: Prinsipal-agent-forholdet i henhold til Jensen & Meckling's (1976) definisjon (Kilde: Halvorsen & Hansen, 2013, s. 17)	11
Figur 2-2: Forskjell mellom effektivitet og produktivitet (Kilde: Opstad, 2013, s. 137)	13
Figur 2-3: Oppstilling av ulike ansvarsenheter (Kilde: Bragelien, 2016b)	17
Figur 2-4: Internprismetoder (Kilde: Egenutviklet)	24
Figur 2-5: Helseinstitusjonenes interessenter (Kilde: Pettersen m.fl., 2008, s. 134)	39
Figur 2-6: Basis-finansieringsstruktur i tyske sykehus (Kilde: Kuntz & Vera, 2005, s. 264)	41
Figur 2-7: Basis-finansieringsstruktur i en flere amerikanske sykehus (Kilde: Kuntz & Vera, 2005, s. 263)	42
Figur 2-8: To-delte internprismodell (Kilde: Young, 1998, s. 56)	43
Figur 3-1: Pasientens vei gjennom sykehuset (Kilde: Egenutviklet basert på intervju med personer i Helse Bergen).....	48
Figur 3-2: Hendelsesforløpet under operasjon (Kilde: Forenklet versjon av Schuster m.fl., 2005, s.188).....	49
Figur 3-3: Forholdet mellom helsepersonell og økonomer (Kilde: Opstad, 1992, s.10)	50
Figur 3-4: Helse Bergens innsatsområder (Kilde: Helse Bergen, 2017a).....	53
Figur 3-5: Organisasjonskart Helse Bergen (Kilde: Helse Bergen, 2018).....	54
Figur 3-6: Basis-finansieringsstruktur i Haukeland Universitetssykehus (Kilde: Egenutviklet basert på intervjuer med personer i Helse Bergen).....	58
Figur 5-1: Empiri- og analyseprosess	80
Figur 6-1: Valg av organisering for kirurgisk serviceklinikk (Kilde: Egenutviklet)	109
Figur 7-1: Dagens finansieringsmodell (Kilde: Egenutviklet basert på intervjuer med personer i Helse Bergen).....	119
Figur 7-2: Internprismodell med tidsdrevet ABC (Kilde: Egenutviklet)	120

Figur 7-3: Kortsiktig og langsiktig effekt av å bruke kirurgisk kontrollert tid (Kilde: Egenutviklet)	123
Figur 7-4: ISF-modellen (Kilde: Egenutviklet)	124
Figur 8-1: Skille mellom KSK-kontrollert tid og kirurgisk kontrollert tid (Kilde: Forenklet versjon av Schuster m.fl., 2005, s. 188)	127
Figur 9-1: Oppsummering av de to ulike internprismodellene (Kilde: Egenutviklet)	146
Figur 10-1: Kategorier av strykninger (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen)	153

TABELLER

Tabell 2-1: Oppsummering fordeler og ulemper med desentralisering (Kilde: Egenutviklet)	15
Tabell 2-2: Oppsummering internprising (Kilde: Horngren m.fl., 2003, s. 768).....	33
Tabell 2-3: De mest aktuelle ansvarsenheter i offentlig foretak (Kilde: Egenutviklet)	36
Tabell 2-4: Dybden og omfanget i det teoretiske bakteppe (Kilde: Egenutviklet)	45
Tabell 3-1: Inntekter Helse Bergen (Kilde: Helse Bergen, 2017b).....	59
Tabell 3-2: Kostnader Helse Bergen (Kilde: Helse Bergen, 2017b).....	61
Tabell 4-1: Intervjuobjekter	70
Tabell 5-1: Oppsummering av de empiriske funnene i forhold til forskningsspørsmål 1 (Kilde: Egenutviklet).....	94
Tabell 5-2: Oppsummering av de empiriske funnene i forhold til forskningsspørsmål 2 (Kilde: Egenutviklet).....	103
Tabell 6-1: Ulike internprismetoder i Haukelands kontekst (Kilde: Egenutviklet)	111
Tabell 6-2: Fordeler og ulemper med ulike internprismetoder (Kilde: Egenutviklet)	116

GRAFER

Graf 2-1: Resultater fra internprisstudie i forenklet versjon (Kilde: Schuster m. fl. 2005, s. 190).....	43
Graf 3-1: Helseutgifter per innbygger i faste 2010-priser fra 1997 til 2017 (Kilde: SSB, 2018a)	51
Graf 3-2: Årlig utvikling i aktivitetsbasert inntekt og basisbevilgning fra 2007 til 2016, i nominelle tall (Kilde: Helse Bergen, 2017b)	60
Graf 3-3: Inntektsfordeling Helse Bergen i nominelle tall (Kilde: Helse Bergen, 2017b)	60
Graf 3-4: Gjennomsnittlig ventetid 2017 (Kilde: Helsedirektoratet, 2018)	62
Graf 3-5: Prosentandel fristbrudd 2017 (Kilde: Helsedirektoratet, 2018)	62
Graf 3-6: Utvikling i ventetider 2012-2017 (Kilde: Helsedirektoratet, 2018)	63
Graf 5-1: Operasjonsstrykninger fordelt etter årsak (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen)	81
Graf 5-2: Prosentandel påvirkbare strykninger (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen).....	82
Graf 9-1: Potensiell redusert KSK-kontrollert tid (Kilde: Egenutviklet).....	144
Graf 10-1: Pasientrelaterte strykninger (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen).....	154

1. INNLEDNING

I kapittel 1 vil vi presentere utredningens bakgrunn, problemstilling og avgrensing. Vi vil også presentere tidligere forskning innenfor emnet, samt utgangspunktet for vår utredning. Til slutt beskriver vi utredningens struktur.

1.1 Bakgrunn

«Vi blir stadig flere. Vi lever lengre, og utviklingene i teknologi og medisin gir oss hele tiden nye muligheter for diagnostikk og behandling. Det er en god utvikling. Samtidig må vi forberede oss på at det kan bli knappere ressurser både når det gjelder penger og helsepersonell i årene som kommer.»

(Helse Bergen, 2017a)

Slik beskriver Helse Bergen (2017a) helsesektorens fremtid. Den medisinske og teknologiske utviklingen har gitt økt levealder og generelt bedre helse i Norge, men kan være opphav til nye sykdommer og en eldre befolkning i fremtiden. Med en stadig utvikling av sektoren, men med mer knapphet på ressurser i årene som kommer, vil optimal utnyttelse av de tilgjengelige ressursene være essensielt.

Helsesektoren fikk i 2013 et løfte av den påtroppende regjeringen om ekstra finansiering. I 2017 var det bare utbetalt to tredjedeler av det som var lovet – hvilket ikke er i tråd med regjeringens sterke ambisjoner om videreutvikling av norsk helsevesen. Direktør ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo, Anders Frafjord, hevder at den eneste muligheten for å redusere kostnader ved et sykehus er ved å redusere antall ansatte. Sykehusene blir ifølge Frafjord tildelt flere og flere arbeidsoppgaver, uten mer ressurser til å gjennomføre dem (Storvik, 2018).

Styringsutfordringene i helsesektoren står i kontrast til hvordan profittmaksimerende private foretak driver sin virksomhet. De har mindre samfunnsmessig ansvar og står friere til å velge hvordan de skal skape overskudd og verdi for aksjonærene. På grunn av helsesektorens kritiske

samfunnsmessig oppdrag, er økonomisk styring en krevende øvelse. Tildelte midler skal forvaltes for å skape høyest mulig verdi for de som trenger det mest. Sykehusene må derfor utnytte tilgjengelig kapasitet på best mulig måte. Det er hva økonomisk styring i utgangspunktet handler om – utnyttelse av knappe ressurser (Berg, 2017, s. 16). Denne masterutredningen vil se nærmere på hvordan Haukeland Universitetssykehus kan utnytte sine ressurser til å øke virksomhetens verdiskapning.

1.2 Problemstilling

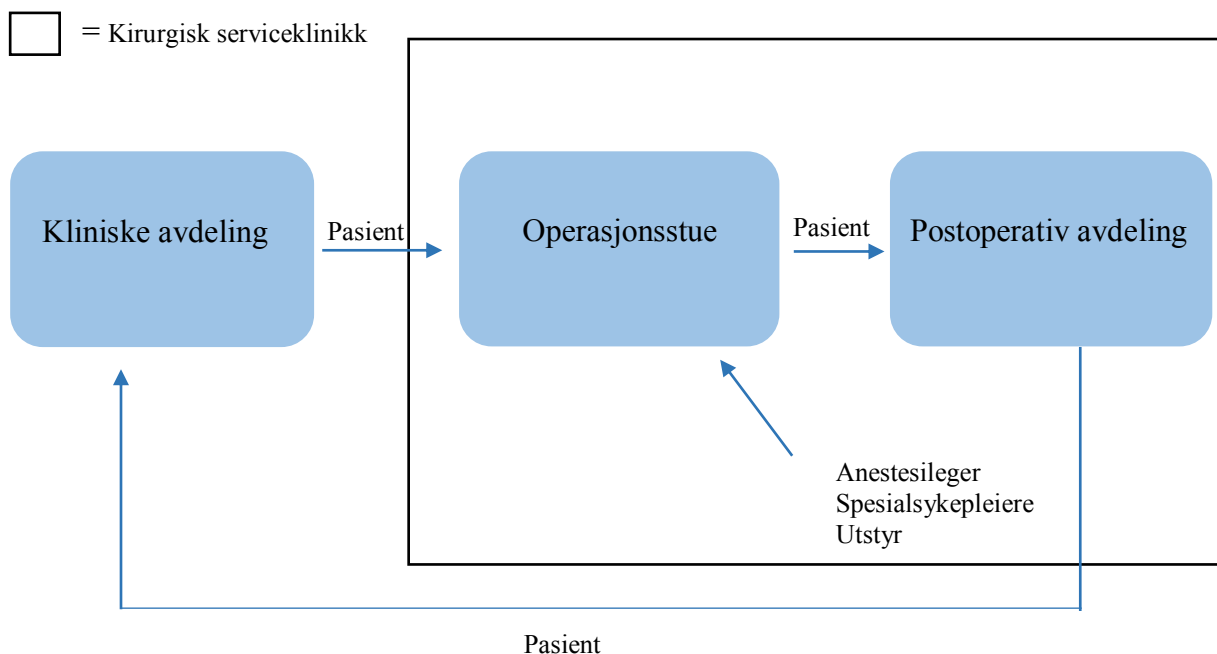
I en dialog med administrerende direktør i Helse Bergen HF¹ høsten 2016, ble vi introdusert for en utfordring de har opplevd i sin virksomhet over en lengre periode – incentivutfordringer mellom ulike desentraliserte ansvarsenheter som sammen er ansvarlig for gjennomføring av operasjoner. Styringsmekanismer som internprising var av interesse fordi det potensielt kan gi ansvarsenheter økt incentiv til å gjennomføre flere operasjoner, og at virksomhetens totale kapasitet dermed blir bedre utnyttet.

I denne utredningen ser vi nærmere på fire avdelinger – tre kliniske avdelinger og en medisinsk støtteavdeling. De kliniske enhetene er organisert som modifiserte null-resultatsentre og mottar aktivitetsbasert inntekt, hvilket innebærer at de får betalt mer for høyere aktivitet. Den siste avdelingen, kirurgisk serviceklinikk (KSK), er på sin side organisert som et utgiftssenter. Avdelingen er dermed ansvarlig for å holde seg innenfor sitt kostnadsbudsjett, og har ikke økonomiske incentiver til å påta seg ekstra operasjoner når kostnadsbudsjettet er nådd.

Utfordringen oppstår når de kliniske enhetene har behov for personell fra KSK i gjennomføring av operasjoner. I sykehuset blir en pasient innlagt på en klinisk avdeling. Den kliniske avdelingen bestiller en operasjon og stiller selv med kirurg, mens det restende personellet og utstyr kommer fra KSK. I operasjonsstuen møtes alt personell for å gjennomføre operasjonen, og her er de kliniske enhetene helt avhengig av kirurgisk serviceklinikk for å gjennomføre operasjonen. KSK er ansvarlig for forberedelse og etterarbeidet, mens kirurgen

¹ Helse Bergen HF er det juridiske navnet på foretaket, mens Haukeland Universitetssykehus er navnet som blir brukt for pasientbehandling.

er ansvarlig for selve inngrepet. Etterpå går pasienten til postoperativ avdeling. Til slutt føres pasienten tilbake til klinisk avdeling, hvor en til slutt blir skrevet ut. Figur 1-1 illustrerer dette.



Figur 1-1: Pasientens vei gjennom sykehuset (Kilde: Egenutviklet basert på intervjuer med personer i Helse Bergen)

Problemet i dag er at avdelingene som samarbeider er finansiert og organisert ulikt, men samtidig avhengig av hverandre. Ved at en har andre økonomiske rammebetingelser å forholde seg til opplever man motstridende insentiver. En uønsket effekt som oppstår er at operasjoner blir kansellert. I slike tilfeller er det kun de kliniske avdelingene som blir økonomisk straffet gjennom tapt inntekt. Organiseringen er dermed uheldig fordi de kliniske avdelingenes inntekt bestemmes av en avdeling uten samme økonomiske rammebetingelser.

I denne utredningen analyserer vi hvordan man kan benytte internpriser til å skape mer sammenfallende insentiver mellom de kliniske enhetene og KSK, og dermed gjennomføre flere operasjoner.

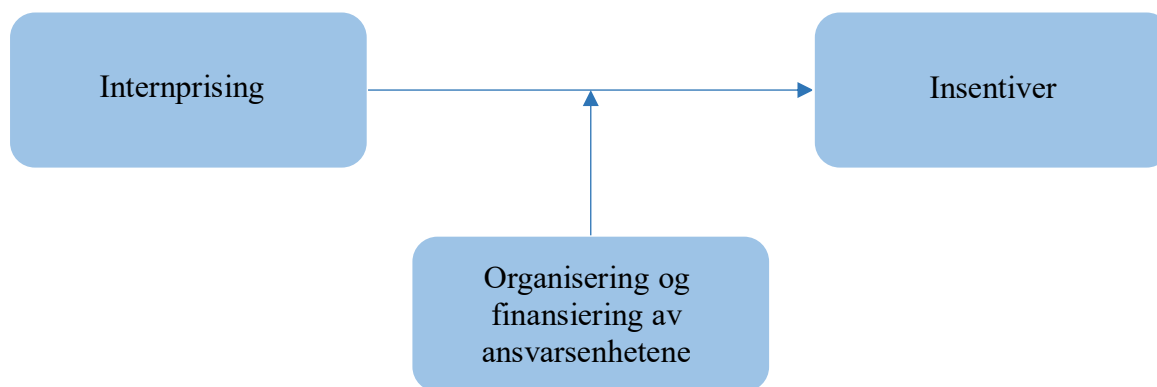
Problemstillingen vår formuleres på følgende måte:

«Hvordan kan Haukeland Universitetssykehus benytte internpriser til å forbedre Kirurgisk Serviceklinikk sine insentiver til å gjennomføre flere operasjoner, og hvilke effekter kan løsningen ha?»

Underproblemstilling:

«Hvordan kan dagens organisering av de respektive ansvarsenhetene endres for å legge til rette for at internprising skal forbedre dagens insentiver?»

Problemstillingen visualiseres i figur 1-2.



Figur 1-2: Grafisk fremstilling av problemstillingen

Figur 1-2 illustrerer hvordan bruken av internprising skal påvirke insentivene til de involverte avdelingene. For å benytte internpriser kreves det en organisering som tilrettelegger for intern handel. Hvordan en organiserer ansvarsenhetene er dermed avgjørende for om internpriser skal gi ønsket insentiveffekt.

1.3 Avgrensning

Utredningen er avgrenset til å se på hvordan alternative internprisløsninger kan bidra til å gi mer sammenfallende insentiver mellom kirurgisk serviceklinikk og de kliniske avdelingene i operasjoner. Vi har tatt hensyn til at innføring av intern handel vil bety omorganisering og endring av finansieringsstruktur. Samtidig har vi tatt hensyn til at det er et ønske om at innføring av internpriser ikke skal gi mer administrativt arbeid.

Ettersom KSK driver med flere aktiviteter enn bare operasjoner, er utredningen avgrenset til kun å se på operasjoner. Modellene som er utarbeidet tar ikke stilling til om operasjonene er planlagte eller øyeblikkelig hjelp (ØH), men det er heller ikke en avgjørende faktor. Vi tar heller ikke stilling til om det er snakk om dagkirurgisk eller sentraloperasjon – hvor den sistnevnte innebærer at inngrepet er mer alvorlig. Ettersom KSK sjeldent inngår i poliklinisk virksomhet, holdes det utenfor studien.

Studien har et overordnet fokus og ser på hvordan de ulike modellene generelt sett kan gi forbedringer. Det er flere årsaker bak et slikt valg. For det første skiller avdelingene seg fra hverandre, og for å kunne inkludere flest mulig, er det mest hensiktsmessig å holde analysen på et overordnet nivå. For det andre er hver avdeling og hvert fagmiljø så kompleks at en spesialisert modell både vil ha urealistiske antakelser og bli for snever til å kunne iverksettes i større skala. Avslutningsvis er fordelene med en overordnet studie at en kan avdekke flere nye og ukjente forhold som kan være viktig for selskapets utvikling.

1.4 Tidligere forskning

Ifølge Meyer & Waage-Rasmussen (SNF-rapporten, 2006, s. 75) har det siden 2006 vært et tema om internprising burde innføres for operasjonstjenester i Haukeland Universitetssykehus, uten at det har blitt iverksatt i etterkant. En tidligere masterutredning (Selmer, 2012, s. 76) fra Norges Handelshøyskole har avdekket brudd i Anthony & Young sin styringssirkel ved sykehuset, og konkluderte med at internprising potensielt kunne vært en løsning på dagens insentivutfordringer mellom KSK og de kliniske enhetene. Oppgaven utarbeidet dog ikke forslag til løsninger, og analyserte ikke hvilke konsekvenser internprisene kunne få.

Internprislitteraturen er mangelfull når det kommer til internprising i offentlige organisasjoner og spesielt helseforetak som har til hensikt å oppfylle et samfunnsoppdrag. Van Kestern m.fl. (2016, s. 9) påpeker at det kun finnes to artikler som skisserer alternative løsninger på hvordan internpriser kan brukes i helseforetak. Disse artiklene er hentet fra henholdsvis Tyskland og USA. Vi ønsker derfor å analysere eksisterende teori i en norsk sammenheng.

I tillegg til Selmer (2012) har Løkkebø & Vik (2006) skrevet en masterutredning om internprising i Helse Bergen. Utredningen har sett nærmere på internprising av ikke-medisinske støttetjenester. De så nærmere på hvordan bruken av internpriser for henholdsvis renholdsavdeling og kjøkkenavdelingen skilte seg fra hverandre. Vår utredning skiller seg dermed fra tidligere utredninger ved at vi skisserer potensielle modeller til bruk i medisinske støttetjenester og analyserer effekten av dem.

1.5 Utredningens fremgangsmåte

Personene inkludert i studien vår ble valgt på to ulike måter. Vi har delvis basert utvalget vårt på Haukeland Universitetssykehus sine operasjonsstrykninger for 2017. Det vil si avlyste operasjoner etter klokken 16:00 dagen før operasjonen, som betyr at andre operasjoner som regel ikke kan fylle den ubenyttede kapasiteten. Dermed har vi identifisert hvilke avdelinger som har de største utfordringene med strykninger i dag.

I tillegg har vi gjennom dialog med ansatte i sykehuset identifisert klinikkdirektører som har gitt inntrykk av at de har en formening om temaet. Vi har dermed hatt mulighet til å fokusere studien mot avdelinger i Helse Bergen som har et nærmere forhold til utfordringene.

Vi valgt ut fire avdelinger i sykehuset som vi har intervjuet i to omganger. Først for å få en forståelse av dagens utfordringer, og hva som burde kjennetegne en eventuell internprismodell. Det ga utgangspunktet for to alternative internprismodeller. I neste del gikk vi i dybden på våre foreslåtte modeller ved å drøfte de med intervjuobjektene.

Vi har også vært i kontakt med fire andre norske sykehus² for å undersøke deres forhold til tilsvarende utfordring. I tillegg har vi snakket med en professor fra Tyskland for å få innblikk i hvordan situasjonen er internasjonalt. Totalt har vi gjennomført 14 intervjuer, med en total intervjuetid på 7 timer og 40 minutter.

Praktisk sett gir utredningen Helse Bergen en kartlegging av det teoretiske grunnlaget for internprising. Utredningen presenterer hvilke metoder som finnes og hvordan metodene kan tilpasses Haukeland Universitetssykehus. I tillegg gir utredningen innsikt i hvilke potensielle konsekvenser ulike modeller kan ha for virksomheten, sett fra klinikkdirektørene sitt synspunkt. Målet er å gi et veldokumentert fundament å benytte i interne diskusjoner om internprising. Utredningen er akademisk av natur, men bidrar med innblikk i praktiske utfordringer for Haukeland Universitetssykehus.

² Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Stavanger Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus

1.6 Utredningens struktur

Vi har delt utredningen vår inn i 10 kapitler. Vi startet i kapittel 1 med en introduksjon av utredningens utgangspunkt og presentasjon av problemstillingen. I kapittel 2 presenteres en gjennomgang av det teoretiske rammeverket, hvilket hovedsakelig omfatter organisering og internprising. Disse emnene vil diskuteres opp mot spesielle forhold som angår offentlig sektor.

I kapittel 3 gjennomgås relevant kontekst. Det vil bli gitt en introduksjon til Helse Bergen med fokus på organisering og finansiering. I etterkant vil våre metodiske valg begrunnes i kapittel 4.

Utredningen er en casestudie hvor vi har sett nærmere på hvordan Haukeland Universitetssykehus (heretter kalt: Haukeland) kan påvirke insentivene til kirurgisk serviceklinikk ved å innføre intern handel. Studien er kvalitativ og gjennomført i to intervjurunder. Empiri- og analysedelen er derfor strukturert i to deler. Første runde handler om å forstå helseforetakets organisering og finansiering, og å se det opp mot problemstillingen. Våre empiriske funn presenteres i kapittel 5, mens analysen og diskusjon rundt funnene kommer i kapittel 6. Basert på første intervjurunde kommer vi frem til alternative modeller i kapittel 7. Vi har tatt utgangspunkt i de alternative modellene i vår neste intervjurunde, og presenterer våre nye empiriske funn i kapittel 8. I kapittel 9 gjennomføres en ny analyse med hovedfokus på de praktiske utfordringene for Haukeland knyttet til de alternative modellene. Til slutt oppsummerer vi våre resultater i kapittel 10 og kommer med forslag til videre forskning.

2. TEORETISK RAMMEVERK

I kapittel 2 vil det teoretiske rammeverket benyttet i utredningen bli presentert. Kapitlet vil i all hovedsak være knyttet til økonomisk styring, med fokus på organisering, internprising og spesielle forhold som gjelder for offentlige foretak.

Økonomistyring defineres som de tiltakene en organisasjon tar sikte på å bruke for å styre ressursbruken mot maksimering av de overordnede målsetningene til virksomheten (Burns m.fl., 2013, s. 434). Styringssystemer skal bidra til at ambisiøse ansatte løser de riktige problemene og etterstreber de riktige målene (Bergstrand, 2009, s. 14).

Den tradisjonelle økonomiske styringen i en organisasjon har dermed tre hovedformål:

- Ha kontroll på ressursbruken
- Styre organisasjonen mot et fastsatt økonomisk mål
- Motivere ledelse og de ansatte

Et sentralt punkt for styringssystemer er å sørge for at man jobber i samme retning og har fokus på de korrekte tingene.

Allerede før andre verdenskrig utviklet divisjonaliserte strukturer seg i selskap som General Motors, Du Pont og Standard Oil fordi de hadde vokst seg for store og komplekse for den gamle organisasjonsutformingen. I 1969 utgjorde 80% av Fortune 500 divisjonaliserte selskap (Goold m.fl., 1994, s. 51). I senere tid har offentlige organisasjoner hatt den samme utviklingen.

Den divisjonaliserte organisasjonsformen betyr at foretaket består av ulike avdelinger som driver med relaterte økonomiske aktiviteter. Hovedformålet med en slik organisasjonsform er å få klart frem hvilke virksomhetsområder foretaket taper eller tjener penger på, og entydig plassere ansvaret for det økonomiske resultatet (Hansen & Svendsen, 1996, s. 12).

Et karakteristisk trekk ved en slik organisasjonsutforming er en betydelig grad av desentralisering av beslutningsmyndighet og ansvar internt til de ulike avdelingene. Den enkelte avdeling vil i prinsippet fremstå som en selvstendig bedrift i organisasjonen. Noe som innebærer at intern handel oppstår.

De siste tjue årene har man også opplevd en stadig økende kompleksitet i helseforetak som har ledet til at disse nå styres mer tilsvarende private foretak, med ansvarsenheter. På grunn av innføring av ansvarsenheter i sykehussektoren har internpriser blitt et sentralt tema (Hansen & Halvorsen, 2013, s. 14).

Organisering av disse ansvarsenheter og internprising vil bli omtalt senere i kapitlet. Utredningen vil nå ta for seg prinsipal-agent problematikken og forholdet mellom effektivitet og produktivitet – hvilket er sentralt å forstå fordi ansvarsenheter kan karakteriseres som agenter som har til hensikt å gjøre organisasjonen som helhet mer effektiv.

2.1 Prinsipal-agent-teori

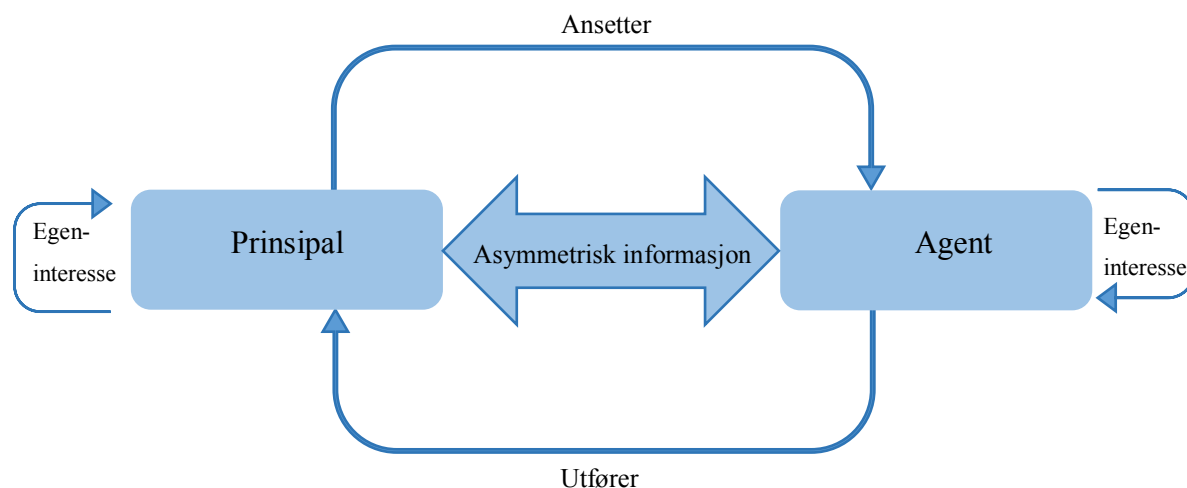
At en organisasjon har en desentralisert organisasjonsform innebærer at ansvar blir delegert nedover i hierarkiet og at bedriften deles inn i ulike enheter (Jensen & Meckling, 1998, s. 345). I en slik organisering oppstår det et prinsipal-agent-forhold, hvor prinsipalen ansetter og får agenten til å handle på sine vegne og belønner agenten for arbeidet (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 677). Prinsipal-agent-teorien er sentral i helsesektoren. En slik tilnærming i sykehusdriften bidrar med å belyse utfordringer tilknyttet styring av sykehus (Opstad, 2000, s. 209).

I større foretak, inkludert sykehus, vil man kunne oppleve flere prinsipal-agent-forhold. Eiere kan være prinsipal, mens toppledelsen er agent. En leder kan videre være prinsipal til en leder på et lavere nivå. Slik fortsetter prinsipal-agent-forhold gjennom hele organisasjonen. I et slik prinsipal-agent-forhold har prinsipalen ansvar for å møte planlagte målsetninger, sette regler, og kontrollere og belønne slik at foretaket oppnår effektiv ressursutnyttelse. Agenten på sin side sees på som prinsipalens virkemiddel for å nå målsetningene (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 677).

I prinsipal-agent-forholdet vil det oppstå asymmetrisk informasjon. Det er fordi agenten har informasjon som prinsipalen ikke har, enten gjennom skjulte handlinger, skjult informasjon eller moralsk hasard (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 766).

Skjulte handlinger kommer i hovedsak som en konsekvens av at det ikke er mulig, eller for kostbart for prinsipalen å observere agentens handlinger. Skjult informasjon betyr at agenten

baserer sine handlinger på informasjon som prinsipalen ikke har. Moralsk hasard er en situasjon hvor prinsipalen ser resultatet, men kan ikke observere hva agenten har gjort. Prinsipalen vet derfor ikke om resultatet skyldes utenforliggende forhold eller innsatsen til agenten (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 766). I tillegg har både prinsipalen og agenten egeninteresser som ikke nødvendigvis er sammenfallende. Det hele illustreres i figur 2-1.



Figur 2-1: Prinsipal-agent-forholdet i henhold til Jensen & Meckling's (1976) definisjon (Kilde: Halvorsen & Hansen, 2013, s. 17)

Det er i prinsipalens interesse å styre agentens oppmerksomhet og innsats for å unngå asymmetrisk informasjon. Tradisjonelt gjøres det ved å etablere passende insentiver for agenten eller ved å etablere overvåkningsmekanismer (Jensen & Meckling, 1976, s. 308).

Et eksempel på prinsipal-agent-forholdet er kamp om budsjettmidler, hvilket er et sentralt element i sykehusdriften. En agent ønsker å kapre mest mulig midler og sitter på mer kunnskap om bruk av midlene enn det prinsipalen har tilgang til. Agenten vil ha insentiver til å overrapportere kostnader knyttet til viktige mål for prinsipalen (Opstad & Berg, 1992, s. 112). På denne måten vil agenten få mer midler og har mulighet til overforbruk på andre områder.

Et virkemiddel for å redusere problemet med overbruk er å fordele kostnader, altså adressere kostnadene til de avdelingene som står ansvarlig for dem. Fordeling av kostnader skal fungere som et virkemiddel for å redusere problemet med uønsket adferd fra agenten. I tillegg skal

fordelingen kompensere for den vanskelig observerbare alternativkostnaden (Bjørnenak, 2016).

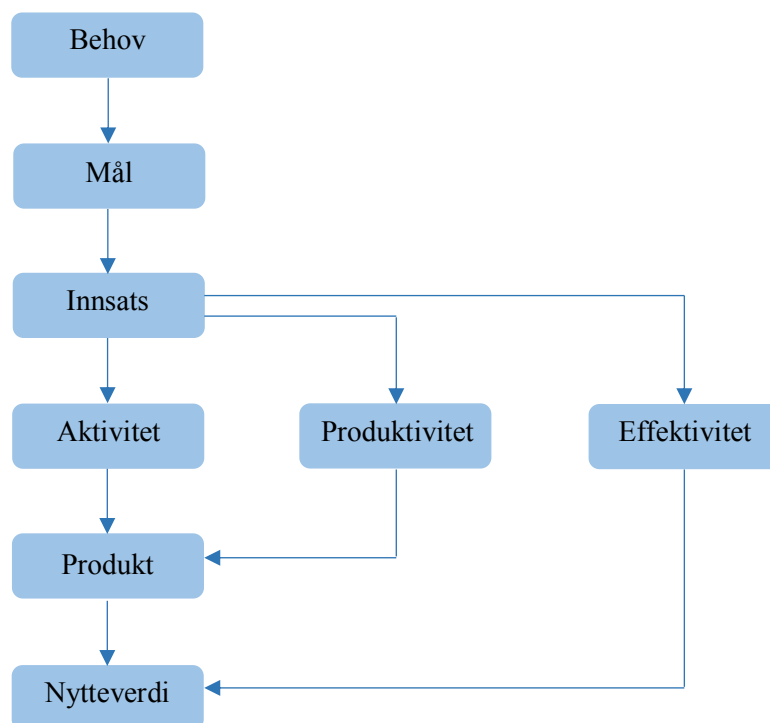
Når man fordeler kostnader er det viktig at det gjøres ved en engangsskatt. Det er fordi dersom fordelingen vil avhenge av resultatet, vil det kunne gi motsatt effekt ved at man bevisst reduserer sitt eget resultat for å få færre fordelte kostnader (Zimmerman, 1979, s. 504).

Løsningen på prinsipal-agent problemet er å utforme en kontrakt som gir prinsipalen og agenten sammenfallende interesser. Prinsipalen må utvikle en kontrakt med hensiktsmessig overvåkning og gode belønningssystemer. Kontrakten må være utformet slik at enhetsledere motiveres og belønnes for handlinger som maksimerer bedriftens profitt (Moschandreas, 2000, s. 286). Målet er at agenten handler i tråd med selskapets overordnede målsetninger og tar de valgene som gir best utbytte på selskapets margin. Derfor er det viktig at kontrakten som utformes må stimulere slik at alle viktige aktiviteter for prinsipalen er like lønnsomme for agenten å bedrive (Bragelien, 2016a).

2.2 Effektivitet og produktivitet

Løsninger på prinsipal-agent utfordringene skal gi en bedre bruk av de ressursene virksomheten har tilgjengelig, hvilket knyttes til effektivitet og produktivitet.

Begrepene effektivitet og produktivitet blandes lett i dagligtale, men det er et klart skille mellom dem, som figur 2-2 viser på neste side. Produktivitet defineres som forholdet mellom ressursinnsats og produktmengde, mens effektivitet defineres som forholdet mellom ressursinnsats og effekt. Produktivitet sier oss noe om vi gjør tingene på riktig måte, mens effektivitet sier om man gjør de riktige tingene (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 466).



*Figur 2-2: Forskjell mellom effektivitet og produktivitet
(Kilde: Opstad, 2013, s. 137)*

Forskjellene mellom begrepene ligger i kvaliteten av handlingene. Det kreves at tjenesten og produktene som er produsert, er av viss kvalitet for at man snakker om at det har skjedd verdiskapning og at foretaket sies å være effektivt (Knox Lovell, 1993, s. 4).

I helsesektoren er det en utfordring å gjøre tall-faste målinger av produktivitet og effektivitet ettersom tjenestene ofte er forbundet med helse, liv og død. I sektoren står man overfor dilemmaet om hvordan optimalisere ressursbruken innenfor den rammen man får tildelt, for å skape mest mulig nytte for befolkningen. Målet er med andre ord ikke produktivitet på bekostning av effektivitet. I et samfunnsøkonomisk perspektiv må man fokusere på *riktig kvalitet, uten unødvendig ressursbruk* slik at de riktige pasientene blir behandlet på riktig måte, uten å sløse med ressursene (Pettersen & Bjørnørk, 2003, s. 69).

Skille mellom begrepene er viktig i et sykehus. At et sykehus er produktiv betyr at ressursutnyttelsen er høy, som at vi utfører en operasjon utmerket. Denne operasjonen trenger derimot ikke å være nødvendig. Effektivitet vil si at vi utfører en verdiskapende operasjon som det er behov for.

2.3 Desentralisering

I følge Horngren m.fl. (2003, s. 758) er desentralisering nødvendig for at internprising i det hele tatt skal være aktuelt å innføre. Divisjonaliserte organisasjoner inneholder spesialiserte avdelinger. Disse avdelingene utfører ulike aktiviteter individuelt, men de vil normalt sett avhenge av hverandre (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 288). Graden av spesialisering og fremveksten av store organisasjoner har gitt en økende trend knyttet til å desentralisere beslutningsmyndighet og ansvar i senere tid. Desentralisering defineres slik:

«Graden av frihet ledere på lavere nivå har til å ta beslutninger, altså hvor selvstyrte enhetene, avdelingene eller divisjonene er.»

(Horngren m.fl., 2003, s. 756).

Årsaken til desentralisering er knyttet til at toppledelsen i større foretak ikke har mulighet til å vite om alt som foregår i alle av organisasjonens aktiviteter. Det er derfor ikke optimalt at ledelsen tar alle avgjørelser. Mange avgjørelser tas av ledere på et lavere nivå i organisasjonen, hvilket skal øke bedriftens effektivitet (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 289). Personene med det beste beslutningsgrunnlaget kommer nærmere viktige beslutninger (Emmanuel & Mehafdi, 1994, s. 90; Bhimani m.fl., 2012, s. 606), hvilket gir den respektive divisjonsleder autonomi til å bestemme over dens egen divisjon. Dette kan i seg selv øke lederens motivasjon (Swieringa & Waterhouse, 1982, s. 159). Denne motivasjonen er i noen tilfeller for dominant. Det kan lede til maktmisbruk og gi beslutninger som ikke blir optimale for foretaket som helhet (Ronen & McKinney, 1970, s. 99).

Ettersom man stadig opplever endringer i omgivelsene i dagens næringsliv, kreves rask respons fra foretakene. Med desentralisering responderer avdelinger raskere til uforutsette hendelser enn om en behøver aksept fra toppledelsen. Toppledelsens tid er ofte ansett som en knapp ressurs og bør brukes mest mulig effektivt. Ledelsen bør fokusere på de langsiktige målsetningene i stedet for de mindre betydningsfulle operative beslutningene. Ved å overlate visse avgjørelser til enhetsledere kan man få et konkurransefortrinn. Komplexiteten i noen avgjørelser gjør det optimalt at enhetsledere tar avgjørelsen, fordi de har utviklet en spesifikk kunnskap på området hvor avgjørelsen skal tas. Samtidig bidrar det til at foretaket trener opp ledere på lavere nivåer (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 293).

Ved å desentralisere, vil konkurranse kunne oppstå internt mellom enheter, hvilket kan lede til at man blir mer opptatt av resultatet for sin enhet enn foretaket som helhet. Slik konkurranse kan resultere i at avdelingene ikke ønsker å dele informasjon, som resulterer manglende samordning på tvers av avdelingene og dobbeltarbeid. I slike tilfeller er sentralisering likevel en billigere løsning (Horngren m.fl., 2002, s. 757). I det lange løp vil det kunne redusere intern lojalitet og tap av stordriftsfordeler, samt erodere bort konkurransefortrinnet som potensielt er skapt.

Desentralisering øker motivasjonen gjennom økt autonomi, men i enkelte tilfeller kan det oppstå et problem som kalles motivasjonsparadokset. Motivasjonsparadokset har sitt opphav fra tilfeller hvor målsetningene settes på lavere nivåer i organisasjonen. Lederne på disse nivåene har høyere markedskunnskap som utnyttes ved å sette målsetninger som er oppnåelig uten at ressursene blir utnyttet optimalt. Er disse målsetningene bonusavhengige vil paradokset forsterkes (Colbjørnsen, 1992, s. 107).

Oppsummert bør et foretak avveie fordeler og ulemper som oppstår med desentralisering. Vi har oppsummert disse i tabell 2-1 under.

Fordeler ved desentralisering	Ulemper ved desentralisering
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeidelse av spesifikk ekspertise • Raskere respons • Toppledelsens tid effektiviseres • Motiverer enhetsledere og ansatte • Økt kvalitet i beslutningene 	<ul style="list-style-type: none"> • Sub-optimale løsninger • Intern konkurranse • Skjult informasjon • Dobbeltarbeid • Tap av stordriftsfordeler • Motivasjonsparadokset

Tabell 2-1: Oppsummering fordeler og ulemper med desentralisering

(Kilde: Egenutviklet)

Ulike typer ansvarscenter

Hovedformålet med desentralisering er å øke effektiviteten i bedriften ved at de som har det beste beslutningsgrunnlaget tar beslutningen (Emmanuel & Mehafdi, 1994, s. 90). Når man desentraliserer, splittes foretaket opp i ulike ansvarsenheter. En ansvarsenhet defineres som:

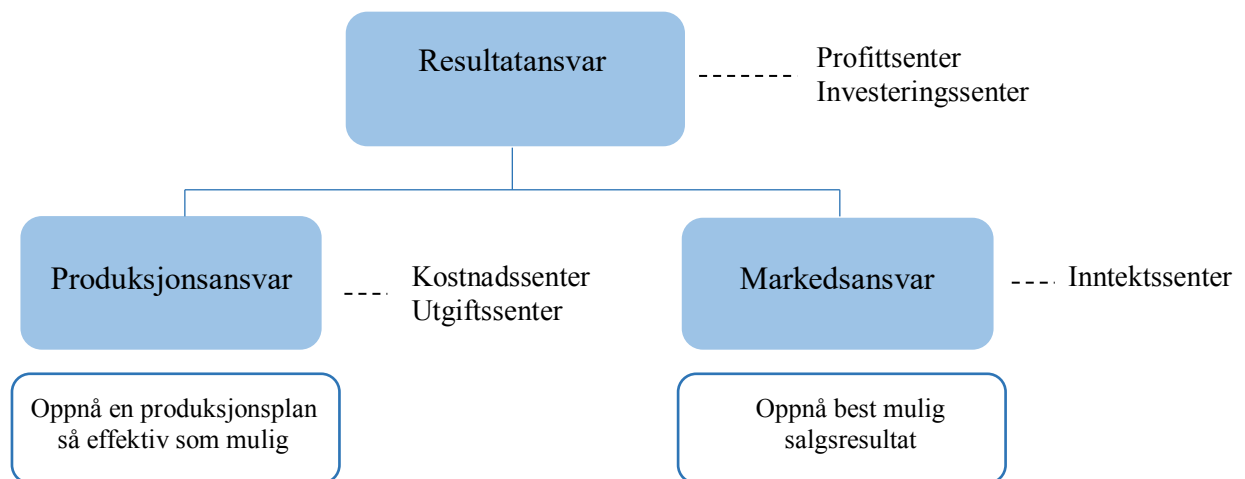
«En organisatorisk enhet i bedriften med en leder som har delegert beslutningsmyndighet til og ansvar for å gjennomføre og følge opp definerte planer og oppgaver. [...] Hovedideen ved ansvarsenheter er å føre økonomisk ansvar ned på de nivåer hvor man har reell påvirkningsmulighet på inntekter og kostnader.»

(Hoff, 2010, s. 416)

Det finnes ulike måter å organisere ansvarsenhetene på. Vi skiller hovedsakelig mellom fem hovedtyper:

- Utgiftssenter
- Kostnadssenter
- Resultatsenter
- Investeringscenter
- Inntektssenter

I figur 2-3 på neste side er det beskrevet hvilket ansvar de ulike ansvarsenhetene er tilskrevet. Ulikt ansvar gir ulikt fokus og ulike målsetninger. Det er derfor sentralt å sørge for at hver avdeling er organisert riktig for å etablere en mest mulig optimal løsning.



Figur 2-3: Oppstilling av ulike ansvarsenheter (Kilde: Bragelien, 2016b)

Hvordan man bør organisere de forskjellige avdelingene, avhenger av hva man ønsker å oppnå med å desentralisere ansvaret. En leder burde eksempelvis ikke ha ansvar for kostandene dersom personen ikke har kontroll over dem.

Selv om disse ulike typene av ansvarsenheter omhandler private foretak vil den samme teorien gjelde for offentlige foretak. I offentlige organisasjoner finner man som regel en versjon av resultatsenter, kostnadssenter og utgiftssenter. I kostnadssentre og utgiftssentre er fokuset å holde kostnadene så lave som mulig og utnytte det tildelte budsjettet best mulig, mens det i et resultatsenter er fokus både på kostnader og inntekter (Anthony & Young, 2003, s. 374).

Utgiftssenter

Et utgiftssenter er velfungerende for enheter som produserer varer eller tjenester som ikke er målbare i finansielle termer eller som ikke har en sammenheng mellom ressurser benyttet og resultatet oppnådd. Utgiftssentre blir nemlig ofte organisert slik fordi at det er vanskelig å identifisere et produkt entydig. Dermed blir det prinsipielt vanskelig å prise produkter. Eksempler kan være økonomitjenester eller forskning (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 296).

Et kjennetegn ved et utgiftssenter er at de produserer tjenester til resten av organisasjonen, men brukerenhetene belastes ikke for tjenestene de benytter. Det betyr at det er en tendens at et utgiftssenter overproduserer ettersom den etterspørrende enheten ikke bærer ansvar for kostnadene og vil derfor etterspørre mer av tjenesten enn det som er nødvendig (Jensen & Meckling, 1998, s. 356). For å redusere problemet med overproduksjon må et utgiftssenter utføre oppgaver innenfor et vedtatt budsjett eller avtale.

Overproduksjon er ikke utgiftsentrenes eneste utfordring. Det foreligger nemlig insentivutfordringer knyttet til at et utgiftssenter ikke bærer ansvar for kostnadene og dermed har få insentiver til å drive effektivt så lenge de handler innenfor budsjetttrammene. Et utgiftssenter kan i prinsippet gjøre akkurat så mye eller lite de vil innenfor sin ramme. Effekten er at utgiftssentre utfører oppgaver selv om nytten for foretaket er minimale. Det må derfor spesifiseres mål som avdelingen skal oppnå innenfor den gitte rammen. Overstiger man budsjettet kan man be om å bli tildelt større budsjett neste år (Jensen & Meckling, 1998, s. 356).

Videre er det utfordrende å forsøke kutte budsjettet til et utgiftssenter av to grunner. For det første vil det være misnøye både fra utgiftssentre og mottakende enheter dersom ledelsen forsøker å kutte budsjettet. For det andre kan utgiftssentre true med at budsjettkutt vil gi dårligere leveranser der hvor det skapes høyest verdi for foretaket (Jensen & Meckling, 1998, s. 357).

Kostnadssenter

Et kostnadssenter har ansvar for å gjennomføre en produksjonsplan til lavest mulig kostnad. En slik organisering fungerer når det er mulig å definere og måle produksjon og ressursene som kreves for å produsere en enhet (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 294).

Normalt finansieres et kostnadssenter gjennom et fleksibelt budsjett. Det innebærer at de kompenseres for det de produserer, etter en forhåndsavtalt pris som skal være lik kostnadene. Budsjettet blir derfor fleksibelt i form av at det varierer etter hvor mye de produserer (Anthony & Young, 2003, s. 224).

Generelt er ledere for kostnadssentre ikke holdt ansvarlige for variasjon i aktivitetsnivået i ansvarsenheten, men holdes ansvarlig for om de effektivt møter etterspørselen eksternt. Kostnadssentre vil fungere bra dersom man objektivt kan måle produksjonsnivået, inkludert kvalitet og tidsbruk. Det må være et sterkt forhold mellom produksjon og forbruk, slik at kostnader kan måles og påvirkes (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 295). I et kostnadssenter må enhetsledere ha mulighet til å kontrollere kostnadene for å gjennomføre den planlagte produksjonen til lavest mulig kostnad. På bakgrunn av det må ledere av et kostnadssenter ha beslutningsmyndighet over følgende områder:

- Innkjøp av varer og tjenester
- Ansettelse/oppsigelse av personal
- Den kortsiktige produksjonsplanleggingen

At noen foretak har en sentralisert innkjøpsavdeling for å oppnå stordriftsfordeler er ikke ansett som en begrensning i beslutningsmyndigheten i kostnadssenteret (Hansen & Svendsen, 1998, s. 47).

Resultatsenter

Avdelinger hvor ledere har nesten fullt ansvar for operasjonelle avgjørelser og er evaluert basert på profitt, kalles overskuddssentre (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 297). Ideen med et overskuddssenter er ifølge Bragelien (2016b):

«Å gi beslutningsmyndighet og ansvar til dem som har de beste forutsetninger og muligheter for å påvirke kostnader og inntekter, og følgelig lønnsomheten.»

(Bragelien, 2016b)

«Overskuddssenter» høres ikke bra ut i sykehussammenheng og blir derfor kalt resultatsenter av ansatte i sykehus, og videre i vår utredning. Når en enhet er gitt resultatansvar har en mulighet til å påvirke både kostnader og inntekter. Det er likevel viktig å påpeke at det å maksimere overskuddet i en enhet ikke nødvendigvis vil maksimere overskuddet for selskapet i sin helhet. Unntaket er hvor det ikke er avhengighet mellom avdelingene (Jensen & Meckling, 1998, s. 352).

Hansen & Svendsen (1996, s. 22) sin definisjon av resultatsenter er i tråd med Bragelien (2016b), hvor de mener at grunnidéen bak etableringen av et resultatsenter er å desentralisere beslutningsmyndighet og lønnsomhetsansvaret ned på et nivå i organisasjonen hvor man har de beste forutsetningene og mulighetene til å påvirke inntekter og kostnader, og derfor også lønnsomheten. I foretak med flere ansvarsentre som handler med hverandre, oppstår en utfordring knyttet til koordinering av intern handel (Jensen & Meckling, 1998, s. 353).

Anthony & Young (2003, s. 378) nevner fem kriterier for å avgjøre om en ansvarsenhet skal være et resultatsenter eller ikke:

1. Lederen ved kostnadscenteret skal ha mulighet til å påvirke ansvarsstedets inntekter og utgifter i rimelig grad
2. Lederen ved ansvarsstedets må oppfatte at profitten som skal rapporteres gir et rettmessig inntrykk at den økonomiske situasjonen ved ansvarsstedet
3. Konkurransen internt som kommer som en følge av å være resultatsenter skal ikke få negative konsekvenser for organisasjonen som helhet
4. Det finnes internpriser
5. Fordelen med å ha et resultatsenter må være større enn de økte kostnadene ved å organisere det som et resultatsenter

Null-resultatsenter og modifisert null-resultatsenter

I forlengelsen av resultatsentre finnes det andre versjoner av denne måten å organisere avdelinger på. Null-resultatsenter er en form for resultatsentre, men hvor målsetningen er å gå i balanse. Det vil si at inntektene skal dekke kostnadene. Et null-resultatsenter er aktuelt for offentlige virksomheter som i prinsippet skal dekke sine egne utgifter gjennom prising av sine tjenester. De interne avdelingene har ikke et mål om et overskudd, men derimot å utnytte ressursene best mulig og oppnå høyest mulig verdiskapning (Hansen & Svendsen, 1996, s. 56).

Et modifisert null-resultatsenter er en variant av et vanlig null-resultatsenter. En slik organisering er hensiktsmessig dersom det foreligger forhold som gjør det urimelig å kreve at avdelingen skal dekke alle sine kostnader ved prisingen av tjenestene. Ansvarscenteret får dekket deler av sine kostnader gjennom prisingen av tjenestene sine. Eksempelvis kan man

ønske at en tjeneste skal overforbrukes ved at den prises lavt eller at man ønsker at det skal være overkapasitet. I en slik organisering må justeringer foretas for å sikre at den kjøpende avdelingen ikke dekker de ekstra kostnadene som følger av organiseringen (Hansen & Svendsen, 1996, s. 56).

Investeringssenter

Når lokale ledere har samme ansvar som i et resultatsenter, men samtidig har ansvar og autoritet over arbeidskapitalen og eiendeler, kaller man det et investeringssenter. Disse ansvarsenheter blir målt i utnyttelse av fysiske og finansielle eiendeler (Jensen & Meckling, 1998, s. 353). Forskjellen mellom investeringssenter og et resultatsenter er at man har beslutningsmyndighet til å gjennomføre større investeringer.

Investeringssenter vil være den beste løsningen for avdelinger som er kapitalintensive og hvor det er vanskelig å identifisere optimal kapitalinvestering fra høyere opp i hierarkiet. Denne type ansvarsenhet måles normalt sett ut fra måltall som avkastning på investering (ROI) og egenkapitalrentabilitet (ROE). Disse måltallene har en svakhet ettersom de lett kan manipuleres, og gi uheldige insentiveffekter (Jensen & Meckling, 1998, s. 361).

Inntektssenter

Inntektssenter eksisterer for å organisere markedsføringsaktiviteter, og kalles av den grunn og «markedsføringscenter». Typisk er et inntektssenter ansvarlig for å kjøpe ferdigvarer av produksjonsavdelingen og så selge disse varene videre (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 295). Hovedoppgaven til et slik ansvarscenter er å skape inntekter, og mange vil anta at et inntektssenter derfor kun skal ha fokus på å selge et kvantum som maksimere inntekten, men det vil gi et sub-optimaliseringsproblem. Dersom ledere for et inntektssenter bestemmer kvantum som avdelingen skal selge, vil det velges et kvantum som maksimerer inntekt, altså hvor marginalinntekten er lik null. Det kan være avvikende fra profittmaksimerende kvantum. Kvantum bør avgjøres høyere i hierarkiet (Jensen & Meckling, 1998, s. 351).

2.4 Internprising

Internprising er brukt til å prise varer og tjenester som handles mellom enheter i samme organisasjon, og har stor betydning for et foretak av flere grunner. For det første påvirker internprising avdelingens lønnsomhet. For det andre skal internprising hjelpe å unngå suboptimale løsninger. Ideelt skal internprising skape en forståelse om en felles målsetning mellom avdelinger og for hele foretaket – med andre ord etablere insentiver til å gjennomføre aktiviteter som er i tråd med foretakets overordnede målsetning (Burns m.fl., 2013, s. 453). Fordi internprisen vil utgjøre en inntekt for selgende avdeling og en kostnad for kjøpende avdeling, er prisfastsettelsen avgjørende for etableringen av disse insentivene. Hele bakgrunnen for internpriser mellom avdelinger er at dersom en må betale for noe, vil en ønske å bruke det så effektivt som mulig (Kuntz & Vera, 2005, s. 262).

Internprising har ifølge Burns m.fl. (2013, s. 453) tre hovedformål:

- Å motivere enhetsledere til å ta gode økonomiske beslutninger som kommer hele organisasjonen til gode
- Å evaluere resultater på enhetsnivå
- Å flytte overskudd mellom lokasjoner for skatt og andre formål

Siden offentlige foretak ikke trenger å forholde seg til skattemessige problemstillinger, vil de to førstnevnte punktene være av størst betydning for Helse Bergen. Drury (2012, s. 509) er enig med de tre hovedformålene, men inkluderer at internpriser også skal gi avdelingen autoritet og selvstendighet. Han legger vekt på at det sjeldent er mulig å oppnå alle hovedformålene samtidig, og at prioriteringer derfor er viktig.

De tre hovedformålene er i tråd med Bergstrand (2009, s. 106) sine hovedgrunner for å bruke internpriser. Han mener internpriser for det første vil fremme økonomisk tenkning og rasjonell oppførsel ved å sette en pris på varer eller tjenester man tilbyr. Det gir insentiv for tilbyder å tilby så mye som mulig, samtidig som kjøper får insentiv til å unngå overforbruk. For det andre gir internpriser et bilde på hva den totale kostnaden er til de varene eller tjenestene som tilbys. For det tredje kan internpriser gjøre det mulig å måle lønnsomheten til hvert enkelt ansvarssted. For det fjerde kan det brukes til skatteplanlegging i store selskaper som har aktiviteter i flere land, men det er ikke aktuelt i offentlig organisasjoner som sykehus. Anthony & Young (2003, s. 375) støtter opp under disse argumentene. De hevder at internprising skal

lede til optimal bruk av organisasjonens ressurser, måle enhetens effektivitet og gjøre lederne mer kostnads- og kvalitetsbevisste.

På bakgrunn av internprisers innvirkning på flere avdelinger som i noen tilfeller har ulike økonomiske formål, er det viktig å etablere noen krav til internpriser. For det første skal den reflektere foretakets kostnad som er knyttet til den aktuelle interne leveransen. Om det kravet ikke tilfredsstilles, vil det ikke være mulig å få et riktig bilde av lønnsomheten i leverende og mottakende enhet. Det vil heller ikke gi riktige signaler når en skal vurdere lønnsomheten av det enkelte produktet og av den aktuelle avdeling. Det neste kravet er at internprissystemet skal oppfattes som objektivt av både leverende og mottakende avdeling. Til slutt er det viktig at et internprissystem ikke leder til suboptimale beslutninger for foretaket som helhet (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 454).

Det siste kravet er av særlig betydning siden ledere på de ulike nivåene i bedriften har ulike mål knyttet til internprispraksisen. Konsernledelsen vil ha et langsiktig perspektiv om å maksimere profitten til bedriften som helhet. De vil derfor, gjennom retningslinjene for internprising, gi informasjon slik at ledere på lavere nivå kan ta gode beslutninger. Ledere på lavere nivå vil ønske en rettferdig resultatmåling som reflekterer enhetens verdiskapning (Simons, 2000, s. 166).

Retningslinjer for internpriser

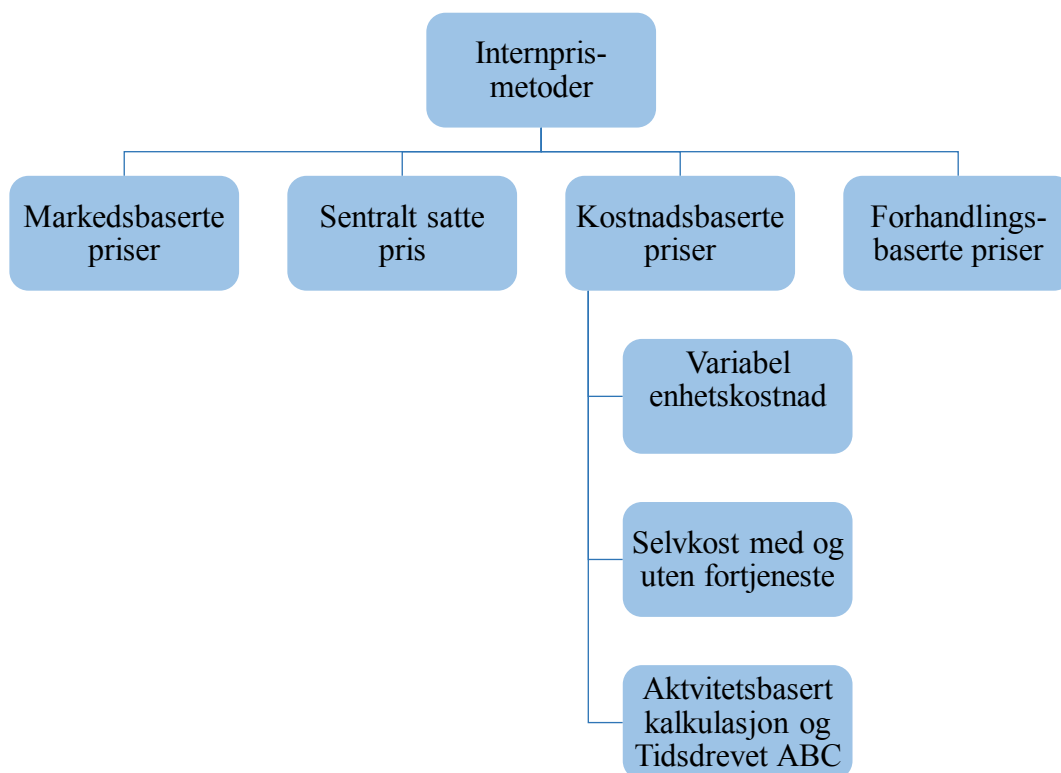
I foretak som har interne transaksjoner er retningslinjer sentrale. Disse utgjør fundamentet for hele internprispolitikken. For at retningslinjene skal fungere må de skriftlig formulere praksisen som er ønsket. Retningslinjene skal bidra til at prissetterne får et klarere bilde av hvordan konsernledelsen ønsker at internprisingen skal foregå. Konsernledelsen vil typisk fastsette retningslinjene, og de kan ved hjelp av disse sørge for at enhetene handler i samsvar med bedriftens overordnede mål (Hirsch, 1994, s. 664).

Retningslinjene utarbeides slik at de fremmer både eiernes og de ansatte sine interesser. Har man fokus på å redusere kostnadene bør systemet premiere de som oppnår kostnadsbesparelser. Det er viktig å etablere kjente og forståelige retningslinjer som gjør at de ansatte klarer å jobbe mot fokusområdet. For å få en god internprispraksis må retningslinjene integreres i bedriftens strategi og administrative prosesser (Eccles, 1985, s. 10).

Metoder for internprising

Det finnes flere ulike metoder for å sette priser på varer og tjenester mellom enheter. Måten internprisene settes har sterk påvirkning selskapets resultat, konkurransefortrinn og verdier (Young, 1998, s. 56; Baldeninus & Reichelstein, 1999 s. 2; Ghosh, 2000, s. 661; Kuntz & Vera, 2005 s. 262; Gox & Schiller, 2007, s. 3). For at en skal skape rasjonelle økonomiske beslutninger for intern handel må internprisene reflektere den fulle økonomiske konsekvensen for handelen, inkludert alternativkostnaden (Bergstrand, 2009, s. 107). Eksisterer det et perfekt eksternt marked er det anbefalt å bruke markedspriser (Hirshleifer, 1956, s. 172). Dersom eksternt marked ikke finnes, er den teoretiske tilnærmingen ifølge Bragelien (2016c) å benytte særkostnad pluss alternativkostnad, for deretter å justere for eksterne virkninger. Fordi det ofte er vanskelig å finne den reelle alternativkostnaden må man bruke andre kostnadsbaserte tilnærminger.

Hovedsakelig kan vi dele de ulike metodene inn i fire kategorier som figur 2-4 illustrerer. Disse er markedsbaserte priser, sentralt satte priser, forhandlingsbaserte priser og kostnadsbaserte priser. Under kostnadsbaserte priser finnes det flere kostnadsbaserte tilnærminger, som vi kommer tilbake til.



Figur 2-4: Internprismetoder (Kilde: Egenutviklet)

Markedsbaserte priser

Markedspriser er anbefalt når man har et eksternt marked for varen eller tjenesten som selges. Den eksterne prisen kan komme fra satte markedspriser, konkurrentens priser eller prisen en ekstern kunde må betale (Burns m.fl., 2013, s. 454). For at denne metoden skal fungere må det finnes et marked hvor varen eller tjenesten selges, slik at den eksterne prisen faktisk er et reelt alternativ for den selgende enheten. Det er i noen tilfeller ulike kostnader ved å selge eksternt enn internt, hvilket gjør at prisene må korrigeres for å bli riktige.

En utfordring med metoden er hvordan man skal dele profitten mellom enhetene. Det finnes tre muligheter. Det første alternativet er å beskatte transaksjonen slik at hovedkontoret får profitten. Det andre alternativet er å gi profitten til kjøperen, som en rabatt. Det siste alternativet er å fordele profitten etter styrken i avdelingene som handler sammen (Bergstrand, 2009, s. 108).

Så lenge det finnes et eksternt marked vil det mest objektive være å benytte markedsbaserte priser, gitt noen forutsetninger. Forutsetningene baseres på at selgende enhet kan selge så mye de ønsker og at kjøpende enhet kan kjøpe så mye de ønsker i det eksterne markedet, men det oppleves sjeldent i praksis (Drury, 2012, s. 511).

Dersom det derimot ikke eksisterer en markedspris, vil bedriftene kunne benytte en indirekte markedsbasert metode. Metoden går ut på at man setter en pris basert på alternativ utnyttelse av ressurser (Östergren & Meyer, 2007, s. 7).

Fastsettelse av internpriser innen offentlig sektor kan by på spesielle utfordringer fordi enkelte varer eller tjenester ikke har et utviklet eksternt marked. I Norge har vi statlig finansierte sykehus som tilbyr hele tjenestetilbudet innenfor helsesektoren. Private aktører har ikke i nærheten av det samme tilbudet, hvilket gjør det vanskelig å basere internprisene i norske sykehus på markedspriser. Alternativet er derfor å benytte kostnadsbaserte metoder.

Kostnadsbaserte priser

Kostnadsbaserte internpriser tar utgangspunkt i at prisene skal tilsvare kostnadene som går med til å produsere varen eller tjenesten. For å estimere de kostnadene benyttes en kostnadskalkyle som kan utarbeides på flere måter. Valg av kalkyle sees på som et valg av modellantakelser. Vanligvis skiller man mellom fire ulike metoder for å estimere kostnader: Bidragsmetoden, selvkostmetoden, aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC) og tidsdrevet ABC. Sistnevnte har fått mer oppmerksomhet de seneste årene.

Bidragsmetoden

Bidragsmetoden baseres på de variable enhetskostnadene som er direkte knyttet til en vare eller tjeneste. Problemet med metoden er at selgende enhet ikke får dekket sine faste kostnader og systemet virker lite motiverende. Fordelen med variabel enhetskostnad er derimot at en kan unngå problemet med sub-optimalisering fordi kun de variable kostnadene dekkes. En har derfor incentiver til å drive effektivt for å få dekket de faste kostnadene (Hansen og Svendsen, 1996, s. 84; Simons, 2000, s. 162). Kaplan (1990, s. 4) sier følgende om bidragsmetoden:

«Bidragsmetoden vil føre til at man beholder alt. Bidragsmetoden vil lede deg til å tilføre nye produkter og aldri kvitte deg med gamle produkter. Bidragsmetoden vil alltid føre til å lage istedenfor å kjøpe. Det er en felle og en illusjon.»

(Kaplan, 1990, s. 4)

Det Kaplan vil frem til er at bidragsmetoden er ekspansjonsdrivende fordi man undervurderer kostnadene siden man har en systematisk tendens til å la være å vurdere alternativkostnaden (Bjørnenak, 2005, s. 45). Det er derimot delte meninger om bidragsmetoden. Horngren & Sorter (1962, s. 392) er eksempelvis uenig med Kaplan, og mener at faste kostnader overføres mellom perioder ved at inntektene ikke nødvendigvis kommer i samme periode – å inkludere faste kostnader vil gi en misvisende produktkalkyle. Det argumenteres videre mot bruken av bidragskalkylen siden det er vanskelig å skille mellom faste og variable kostnader. På sikt er riktig nok alle kostnader variable (Heskestad, 2016).

Ved å selge internt, vil det gjøre at man går glipp av eksterne salg. Slikt må tas høyde for. Kostnaden vil være lik det maksimale dekningsbidraget som foretaket mister ved å levere

internt. Dermed vil den generelle internprisen være variabel enhetskostnad pluss justeringskostnadene for foretaket. I marked hvor det ikke foreligger et eksternt marked vil den ekstra kostnaden være null (Hoff, 2010, s. 424).

Selvkostmetoden

Selvkostmetoden tar hensyn til både variable og faste kostnader. Den selgende avdelingen får dermed full kostnadsdekning. I eventuell mangel på et eksternt marked blir det hevdet at prisene burde baseres på selvkost som et estimat på den langsiktige marginalkostnaden (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 459).

Det er ofte gjennom de faste kostnadene det oppstår utfordringer. Når man benytter selvkost per enhet må man fastsette hvilket produksjonskvantum de faste kostnader skal divideres med. Desto høyere kvantum er, jo lavere blir den faste kostnaden per enhet. Når man beregner faktisk selvkost per enhet skal faktisk produksjon legges til grunn. Ved beregning av standard selvkost per enhet skal standard eller normal produksjon legges til grunn. Benytter man feil produksjonskvantum, vil beslutninger bli tatt på feil grunnlag (Hansen & Svendsen, 1996, s. 85).

Et av problemene med vanlig selvkost er at det gir svake insentiver til å effektivisere fordi de faste kostnadene dekkes. Dersom leveranseavdelingen i tillegg har resultatansvar vil det redusere insentivene til å selge internt siden en ikke vil oppnå noen gevinst, som man oppnår med eksterne salg. En løsning kan være å legge på et fortjenestepåslag på internhandelen (Arvidsson, 1971, s. 276).

Til tross for noen svakheter er selvkostmetoden den mest benyttede kostnadsbaserte internprismetoden. Metoden fremstår som rettferdig ved at den selgende enheten får dekket alle sine kostnader (Bergstrand, 2009, s. 112; Hansen & Svendsen, 1996, s. 86; Bragelien, 2016d). Ved å dekke alle kostnadene tar man hensyn til det Zimmerman (1979) kaller den vanskelig observerbare alternativkostnaden og man reduserer problemet knyttet til feilrapportering i prinsipal-agent-forholdet (Bjørnenak, 2005, s. 44). Likevel finnes det utfordringer knyttet til subjektive vurderinger om hva som er rimelig kapitalutnyttelse eller materialforbruk. I tillegg oppstår problemet med sub-optimalisering fordi de faste kostnadene uansett dekkes (Hansen & Svendsen, 1996, s. 86).

En annen årsak til sub-optimaliseringsproblemet er at de faste kostnadene i selgende avdeling konverteres til variable kostnader for mottakende avdeling gjennom internprisen. Bak dette ligger en antakelse om en lineær sammenheng mellom de faste kostnadene og produksjon. Det vil si at de faste kostnadene vil øke i samme takt som produksjonen. Mange vil hevde at denne løsningen ikke er reel. I tillegg vil en forskyve lønnsomhetsbilde når disse avdelingene handler med hverandre, og kan resultere i et negativt dekningsbidrag for mottakende avdeling. Om mottakende avdeling er organisert som et resultatsenter, vil en naturligvis ikke være interessert i å kjøpe i markeder hvor man får negativt dekningsbidrag (Hansen & Svendsen, 1996, s. 88).

En variant av selvkostmetoden er å sette internprisen lik marginalkostnaden pluss en fast avgift. Metoden har flere likhetstrekk med en todelt tariff som brukes i vertikale kjeder for å unngå dobbeltmarginaliseringsproblemet³. Siden selgende avdeling ikke får noe overskudd ved å sette internprisen lik marginalkostnaden, benyttes et fast ledd for å hente inn fortjenesten, som dekker de faste kostnader. Den faste avgiften avtales på forhånd ut fra forventet handel (Burns m.fl., 2013, s. 460). At avgiften avtales på forhånd kan føre til at den faktiske handelen avviker fra budsjettet slik at avgiften blir feil. Det kan løses på to måter:

1. Dersom selgende enhet selger til flere enheter kan avgiften flyttes til andre avdelinger
2. Alternativet er å re-kalkulere avgiften etter perioden

Metoden har imidlertid vist seg å være vanskelig å benytte i praksis (Burns m.fl., 2013, s. 460).

Det er sentralt å påpeke at selvkostmetoden ikke gir et fullstendig riktig bilde av kostnadene, men er utarbeidet som en reaksjon på svakheter knyttet til bidragsmetoden. Ved å fordele alle kostnadene tar man hensyn til alternativkostnaden, selv om det kan argumenteres for at det ikke er den riktige alternativkostnaden. Fordelingen av kostnadene skal uansett utgjøre et anslag på hva alternativkostnaden er. Noen ganger vil alternativkostnaden overvurderes, mens i andre tilfeller undervurderes (Bjørnenak, 2005, s. 45).

³ Dobbeltmarginaliseringsproblemet er et problem som oppstår i vertikale kjeder når hvert ledd i kjeden tar en mark-up på pris. Dette medfører at prisen blir høyere enn optimal pris, kvantum blir lavere og profitten blir lavere.

Aktivitetsbasert kalkulasjon

På grunn av problemene som følger av sub-optimalisering har alternative kalkulasjonsmetoder blitt mer anvendt, som for eksempel aktivitetsbasert kalkulasjon (ABC). Problemene i tradisjonelle kalkyler er at man har for få antall kostnadsgrupper, hvilket resulterer i en blanding av mange aktiviteter i samme kostnadsgruppe. Det gjør det vanskelig å analysere forbruket av ressurser på en fornuftig måte. Ideen bak ABC er å fordele de indirekte kostnadene etter forbruk av aktiviteter. For alle aktiviteter identifiserer man en kostnadsdriver eller den faktoren som anses å være årsaken til kostnaden for aktiviteten.

En annen viktig årsak til gjennombruddet for avanserte kalkyler som ABC er forsterket konkurransesituasjon både nasjonalt og internasjonalt. Økt konkurranse innebærer press på marginene, som har resultert i mer fokus på å ha oversikt over hva som er lønnsomt. Selv om det hovedsakelig er i private foretak man er opptatt av lønnsomhet, har kostnadskontroll blitt viktigere i offentlig organisasjoner hvor man har konkurranseutsettelse (f.eks. renovasjon, buss eller tog) og fokus på best mulig ressursutnyttelse (Hoff, 2010, s. 223).

Inndelingen i flere kostnadsgrupper betyr at ABC-metodikken vil være mer kompleks enn vanlige selvkostkalkyle. Til gjengjeld vil det gi et bedre bilde av de riktige kostnadene og derfor et bedre beslutningsgrunnlag for om varen eller tjenesten er lønnsom. Skal man basere internprisene på kostnadsbasert prising har det i senere tid blitt mer enighet om at ABC-kalkyle er riktig metode (Bjørnenak, 2005, s. 46).

Selv om metodikken har hatt økende oppslutning i senere tid, er metoden basert på flere antakelser som i mer eller mindre grad kritiseres om faktisk oppfylles eller ikke (Noreen, 1991, s. 163; Bjørnenak m.fl., 2005, s. 51). Antakelsene er knyttet til separabilitet, linearitet og homogenitet.

- Separabilitet innebærer at det må være mulig å skille ulike aktiviteter og produkter fra hverandre. Det vil si at en kostnad for en aktivitet antas å være separabel fra alle andre aktiviteter, og det samme gjelder for produkter.
- Linearitet forutsetter at det foreligger en lineær sammenheng mellom kostnadsdriveren og aktivitetens kostnad. Antagelsen har sine svakheter fordi selv om en legger ned et produkt betyr det ikke at kostnadene nødvendigvis forsvinner, selv på lang sikt.

-
- Homogenitet forutsetter at det finnes en felles kostnadsdriver for aktiviteten som forklarer variasjonen i aktivitetens kostnadsnivå. Altså at den enkelte aktiviteten kun har en kostnadsdriver.

Det finnes andre ulemper forbundet med ABC. Eksempelvis påløper det høye kostnader ved registrering eller måling av ressursbruken. ABC løser heller ikke utfordringen knyttet til faste kostnader. De fordeles nemlig skjønsmessig etter innsamlet informasjon knyttet til hvor mye tid de ansatte mener at de bruker på ulike aktiviteter. Metoden er fortsatt bare et estimat på lik linje med de andre metodene. Mange foretak har gått bort fra ABC-metoden fordi den ikke fanger kompleksiteten i virksomhetens operasjoner. Kaplan & Anderson (2004, s. 131) påpeker avslutningsvis at metoden er krevende å implementere, vedlikeholde og oppdatere.

Tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjon

Tidsdrevet aktivitetsbasert kalkulasjon (TD-ABC) er en variant av ABC som løser noen av problemene med ABC, nemlig vanskelighetene med å vedlikeholde og oppdatere kalkylen. Dersom en får et nytt produkt eller det oppstår endringer i produksjonsprosessen så må hele ABC-analysen gjøres på nytt. Med TD-ABC benytter man tidsligninger som er enklere å oppdatere. Tidsligningene viser hvordan ulike produkter benytter tid og fastsetter dermed en standard tid for hver aktivitet. Det resulterer i at man beregner kostnad per tidsenhet, for så å finne ut hvor mye tid som går med til hvert enkelt produkt eller aktivitet. For hver gruppe av ressurser trenger vi dermed bare to estimater, hvor man normalt godtar en feilmargin på 5-10% (Kaplan & Anderson, 2004, s. 135).

I likhet med ABC-metoden går TD-ABC gjennom fire faser. I første fase bestemmer man kostnader og kapasitet per ressursgruppe. Her vil tradisjonell ABC fordele per aktivitet, mens TD-ABC fordeler per ressurs. I neste steg beregnes kostnaden per kapasitetsenhet per ressursgruppe. Kapasitetsenheten vil være et estimat på praktisk kapasitet, som finnes ved å skille ut ubenyttet kapasitet fra teoretisk kapasitet. Deretter beregner man kostnadene for hver aktivitet. I et sykehus tar man minutter per pasient og multipliserer med kostnaden funnet i forrige steg. Til slutt fordeler man kostnaden til objektet (Kaplan & Anderson, 2004, s. 133).

Tidsdrevet ABC har i senere tid fått økt oppmerksomhet innen helsesektoren og ble betegnet som løsningen på kostnadsutfordringene i helsesektoren av Porter & Kaplan (2011, s. 56). De

hevder at dersom man har gode estimater på et typisk behandlingsløp for en pasient, kan man benytte TD-ABC til å fordele kostnader nøyaktig og relativt enkelt. Modellen har bare behov for kostnaden per ressurs og tiden man bruker på hver aktivitet – hvilket kan enkelt justeres. Det er i tillegg fordelaktig hvordan TD-ABC håndterer aktivitetenes kompleksitet. Det gjenspeiles i tidsbruken, som blir inkludert i modellens tidsligninger.

Noen virksomheter kan ha vanskeligheter med å bruke denne modellen fordi det er vanskelig å fastsette en standard tid eller benytte tid som kostnadsdriver. Dette er typisk virksomheter som driver med skreddersydde tjenester, som eksempelvis veiledning.

Avslutningsvis oppsummerer Bergstrand (2009, s.114) de ulike kostnadsbaserte internprismetodene slik:

«Kostnadsbaserte priser er på ingen måte ideelt som internpris, men er ganske vanlig i praksis. Dette er sannsynligvis på grunn av at de er enkle å finne. Gitt at priser er kalkulert av budsjetterte kostnader og uten fortjenesteselement er kostnadsbaserte priser et godt alternativ når markedspriser ikke fins.»

(Bergstrand, 2009, s. 114)

Budsjetterte eller virkelige kostnader

Ved bruk av kostnadsbaserte metoder må en avgjøre om man skal bruke virkelige eller budsjetterte kostnader. Virkelige kostnader viser ikke hva de faktiske kostnadene utgjør før i slutten av perioden. All risiko legges på den kjøpende enheten. Den selgende enheten har dermed heller ikke insentiver til å effektivisere sin drift fordi kostnadene som medgår uansett vil dekkes av den kjøpende enheten.

Faktiske kostnader vil gi et korrekt bilde med tanke på regnskapet, men gir ingen effektiviseringsinsentiver. For å sørge for å skape insentiv til ønsket atferd, bør man derfor benytte budsjetterte kostnader. Selgende enhet får insentiver til å drive mer effektivt fordi avdelingen vil oppnå en gevinst om de klarer å drive kostnadene lavere enn hva som er budsjettert.

Metoden er naturligvis ikke ensidig positiv. Dersom det oppstår endringer i prisen på innsatsfaktorene for selgende enhet etter at prisene er satt, vil det virke demotiverende. Løsningen kan derimot være at foretaket som helhet bærer belastningen ved slike avvik, eller at de fordeles mellom selgende og kjøpende avdeling (Horngren m.fl., 2003, s. 524).

Sett i konteksten av et sykehus, bør fordelene knyttet til å øke insentivene vektlegges sterkest. Når en bruker kostnadsbaserte priser bør disse avtales på forhånd, med budsjetterte tall (Bergstrand, 2009, s. 112).

Forhandlingsbaserte priser og sentralt satte priser

Når det ikke foreligger et eksternt marked kan det være behov for å sette prisene mellom enhetene gjennom forhandlinger. Forhandlingselementet finnes også i andre varianter av internprising. Eksempelvis gjennom fordelingen av sparte salgskostnader.

Metoden har flere praktiske utfordringer. For det første kan forhandlingsegenskapene til de involverte partene være avgjørende for hvem som får den beste prisen. Med andre ord vil metoden kunne medføre at den satte prisen blir sub-optimal for foretaket som helhet (Kaplan & Atkinson, 2014, s. 461).

Når toppledelsen må fungere som koordinatører eller meglere blir metoden både tid- og ressurskrevende. I store offentlige foretak desentraliseres ansvaret for å kunne ta raske avgjørelser. En slik måte å sette priser på blir dermed kontraproduktivt i forhold til bedriftens mål med internpriser.

For et sykehus vil metoden være utfordrende av to årsaker. For det første er det en stadig teknologisk utvikling slik at prosessene og kostnadene i ulike tjenester endres. En må derfor stadig møtes for å forhandle om nye priser. For det andre gjennomfører man mange ulike sammensatte tjenester som gjør det tidkrevende å forhandle om en rettferdig pris for alt.

I motsatt ende av skalaen finner vi sentralt satte priser. Sentralt satte priser innebærer null delegering av ansvar og ledelsen tar hele avgjørelsen. Metoden vil ta opp ledelsens tid og svekker ansvarsfølelsen til underenhetene, men kan være en fornuftig løsning i noen tilfeller.

Horngren m.fl. oppsummerer de tre mest brukte internprismetodene i tabell 2-2 på neste side.

Kriterier	Markedsbaserte priser	Kostnadsbaserte priser	Forhandlingsbaserte priser
Sammenfallende målsetning	<i>Ja, hvis det finnes ekstern marked</i>	<i>Ofte, men ikke alltid</i>	<i>Ja</i>
Nyttig til å evaluere underenhets arbeid	<i>Ja, hvis det finnes eksternt marked</i>	<i>Vanskelig dersom internprisen ikke overstiger selvkost</i>	<i>Ja, men internpriser er påvirket av forhandlingsmakt</i>
Motiverer ledere til innsats	<i>Ja</i>	<i>Ja, hvis kostnader er basert på budsjetterte kostnader. Det er færre insentiver til å kontrollere kostnader når en benytter virkelig kostnader</i>	<i>Ja</i>
Bevarer enhetens selvstyre	<i>Ja, hvis det finnes eksterne marked</i>	<i>Nei, fordi internprisene er regelbaserte</i>	<i>Ja, fordi prisene kommer fra forhandlinger mellom enhetene</i>
Andre faktorer	<i>Kan oppleve at det ikke finnes eksterne marked eller at markedet er imperfekt</i>	<i>Nytte for å avgjøre selvkost og lett å implementere</i>	<i>Forhandlinger tar tid og kreves jevnlig oppfølging ved endrede forhold</i>

Tabell 2-2: Oppsummering internprising (Kilde: Horngren m.fl., 2003, s. 768)

2.5 Økonomistyring i offentlig sektor

Styring av offentlige foretak med samfunnsoppdrag er markant annerledes enn styring av profittmaksimerende virksomheter. Den grunnleggende teorien gjennomgått er likevel relevant. I følge Mauland & Mellempvik (1991, s. 17) omhandler økonomistyring i offentlig sektor om å realisere velferdspolitiske målsetninger innenfor statlig bestemte rammebetingelser.

Behovet for offentlige tjenester er et resultat av markedssvikt, hvilket gjør det nødvendig at noen tar på seg oppgaver som markedet ikke har funnet lønnsomme eller som sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv ikke blir produsert nok av. Argumentet for at noen deler av markedet skal være offentlig styrt er at markedet selv ikke vil klare å sikre at innbyggerne får en best mulig fordeling av godene (Pettersen & Bjørnenak, 2003, s. 190).

Det finnes flere grunner til at noen virksomheter skal drives av det offentlige. For det første skal det hindre etablering av private monopoler. En monopolvirksomhet utnytter sin markedsposisjon til å ta ut monopolprofitt, som ikke er optimalt for samfunnet. For det andre vil offentlig virksomhet sørge for at vi oppnår like priser over hele landet. Til slutt har vi tjenester som av politiske årsaker ønskes å være gratis eller hvor befolkningen bare dekker en brøkdel av produksjonskostnadene. Typisk eksempel er adgangen til sykehustjenester (Hansen & Svendsen, 1996, s. 272).

De siste ti årene har offentlig sektor gjennomgått store strukturelle og organisatoriske omveltninger. Offentlig sektor har gått fra å være rene monopol til mer i retning av markedskonkurranse. Det har medført at det har blitt fremtvunget mer fokus på brukernes behov, effektivisering, og kostnads- og kvalitetsbevissthet. I private bedrifter er fokuset å maksimere overskudd. Derimot er målet i offentlig virksomhet ikke like entydig. Det er derfor vanskelig å måle verdien av velferdsgoder i offentlig virksomhet. Det eksisterer ofte ikke en inntektsside i slike foretak og tjenestene kan være gratis for brukeren. Et offentlig foretak har heller ikke alltid andre priser å forholde seg til, og kjenner ofte ikke forbrukerens betalingsvillighet. Ved at prismetanismen er satt ut av funksjon kan etterspørselen etter slike tjenester overstige tilbudet (Hansen & Svendsen, 1996, s. 297).

Det er to hovedforskjeller som skiller økonomistyring i offentlig sektor fra privat sektor. For det første produserer ofte offentlig sektor varer som det ikke finnes alternative sluttmarkeder

for, hvilket resulterer i manglende sammenligningsgrunnlag. For det andre er det slik at det er fordelingspolitiske hensyn som vanligvis avgjør hvor mye man skal produsere av hver vare og ikke kundens betalingsvillighet. Målsetningene til offentlige virksomheter blir dermed vanskelig å måle, og bidrar til styringsutfordringer (Halvorsen & Hansen, 2013, s. 13). Spesielt i sykehussektoren er det utfordringer forbundet med tjenestetilbudet på grunn av følelsesmessig oppmerksomhet omkring forhold som helse og omsorg. Det gjør det utfordrende å definere, tallfeste og analysere forvaltningen av ressursene (Pettersen m.fl., 2008, s. 18).

Selv om det er vanskelig å sammenligne verdien av goder produsert, er det mulig å sammenligne offentlig og privat virksomhet når det kommer til innsatsfaktorer. I det offentlige er man også opptatt av arbeidskraft, produkt- og realinnsats. Begge virksomheter er opptatt av å oppnå høyest mulig effektivitet og produktivitet.

Desentralisering i offentlige foretak

Et kjennetegn ved store deler av offentlig virksomhet er den relativt omfattende desentraliseringen av økonomisk ansvar uten en tilsvarende overføring av beslutningsmyndighet. Det er bare i få unntak hvor en er organisert som et aksjeselskap hvor politikerne ikke kan blande seg inn. Offentlig virksomhet er under streng detaljstyring fra bevilgende myndigheter, og dermed er det vanskelig å oppnå meningsfull desentralisering. Det er en rimelig antakelse å tro at slik overstyring fra politikernes side over bedriftsøkonomiske beslutninger bidrar med å redusere ledelsens motivasjon for å nå de oppsatte målene for virksomheten (Hansen & Svendsen, 1996, s. 280).

Det finnes spesifikke argumenter for og imot desentralisering i helseforetak. Argumenter for sentralisering er at helseforetak utfører nasjonale fellesoppgaver hvilket bør styres sentralt. Ved å styre sentralt vil man oppleve likhet på tvers av kommunegrenser. Sentralisering vil kunne samle all økonomi og kunnskap, og i større grad takle usikkerhet. På motsatt side argumenteres det for at desentralisering vil gi lokalkunnskap slik at man kjenner forholdene spesifikt for sitt område. Slik får en nærhet til brukerne og har mulighet til å påvirke beslutningene. Til slutt gjør størrelsen og omfanget i sykehussektoren at det er vanskelig å styre sentralt (Opstad, 2003, s. 126).

Det er fire typer ansvarsenheter som skiller seg ut som aktuelle for offentlige helseforetak. To av disse er varianter av et resultatsenter, mens de to siste er kostnadssenter og utgiftssenter. De ulike variantene oppsummeres i tabell 2-3.

Ansvarsenhet	Kjennetegn ved metoden
Null-resultatsenter	Denne enheten konsentrerer seg i prinsippet om å dekke inn sine utgifter gjennom prising av sine tjenester. Profitt er dermed ikke en målsetning.
Modifisert null-resultatsenter	Denne er aktuell under forhold hvor man er opptatt av å dekke en bestemt andel av kostnadene gjennom prisingen av sine tjenester. Slike virksomheter blir delvis finansiert med tilskudd.
Utgiftssenter	Slik organisering er særlig aktuelt når man skal gjennomføre en viss aktivitet eller program innenfor et gitt budsjett.
Kostnadssenter	Organisering som kostnadssenter er gjeldende når man kun har kostnader og en definert plan å forholde seg til.

Tabell 2-3: De mest aktuelle ansvarsenheter i offentlig foretak (Kilde: Egenutviklet)

Rene resultatsentre eller inntektssentre er sjeldent aktuelle for offentlig helseforetak fordi en ikke har målsetning om å maksimere overskudd, eller at salg av tjenester er en sentral del av virksomheten. Investeringscenter er en mulighet, men lite praktisert i helsesektoren fordi en ikke fokuserer i stor grad på utnyttelsen av eiendelene eller arbeidskapital.

Internprising i offentlig foretak

Offentlig sektor har beveget seg i retning av privat sektor og likheten mellom sektorene blir stadig tydeligere. En rekke av de samme prinsippene for planlegging, og resultat- og målstyring er også benyttet i offentlig sektor. Intensjonen ved innføring av internprising er en bevisstgjøring av ressursbruk ved å gjøre de reelle kostnadene synlige, og skaper bedre utnyttelse av ressursene ved at interne brukere får riktige insentiver. Bruk av internprising i offentlig sektor kan fungere til sin hensikt, men bringer også med seg noen potensielle ulemper. Under oppsummeres disse (Administrasjonsdepartementet, 1994).

Fordeler ved innføring av internpriser i offentlig sektor:

- Mer rasjonell ressursbruk samt tydeliggjøring og dokumentering av dette for å legitimere stor og aktiv offentlig sektor
- Sikre like konkurranseforhold for privat og offentlig sektor ved å unngå at staten subsidierer egen virksomhet og slik utkonkurrerer private virksomheter
- Mer rasjonell bruk av offentlig ressurser som kommer fra private aktører og kommunene – unngå overforbruk / sløsing
- Synliggjøre kostnader – blant annet med tanke på politiske prioriteringer

Problemer ved innføring av internpriser i offentlig sektor

- Det må avklares hvilke kostnader som skal innkalkuleres i internprisen
- Internprissystemet kan bli kostnadskrevenende og framstå byråkratisk – viktig med en avveining mellom gevinsten og kostnadene forbundet med systemet
- Vanskelig å sette korrekte avregningspriser grunnet manglende markedspriser – særlig der det offentlig har en tilnærmet monopolistisk posisjon (eksempelvis for offentlig informasjon)

Styringsmessige utfordringer i offentlige foretak

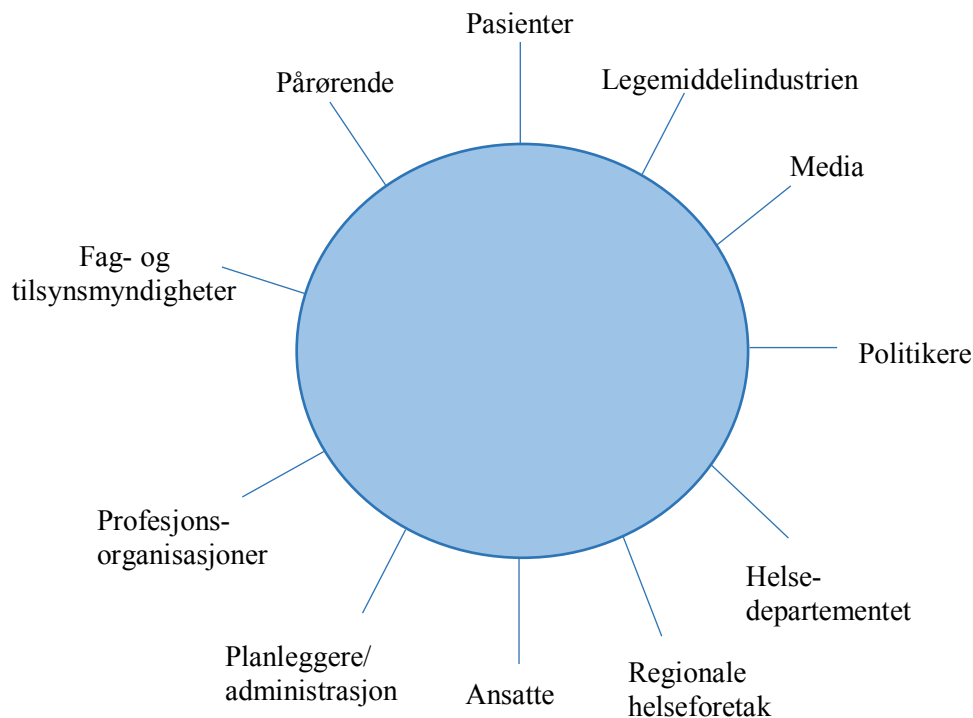
I offentlig sektor har man delvis andre styringsinsentiver enn i privatsektor. Dixit (2002, s. 697) påpeker tre spesifikke forhold: Manglende konkurranse, flere prinsipaler og flere oppgaver.

Manglende konkurranse

I privat sektor vil markedseffekten gi et kontinuerlig effektiviseringspress. Den manglende konkurransen gjør at det uteblir i offentlig sektor. Offentlige organisasjoner utarbeider heller insentivordninger for at de ulike agentene skal opptre hensiktsmessig.

Flere prinsipaler

Den manglende konkurransen kommer som et resultat av at oppgavene er så komplekse at de blir statlig regulert. I offentlig sektor handler man som regel for flere prinsipaler samtidig. Disse prinsipalene kan ha motstridende interesser og være opptatt av ulike deler av det som blir produsert (Burgess & Ratto, 2003, s. 288; Dixit, 2002, s. 711). Å utarbeide velfungerende insentivløsninger som tilfredsstillende alle sentrale interessegrupper er derfor vanskelig (Pettersen & Bjørnenak, 2003, s. 34). Figur 2-5 på neste side illustrerer ulike interessegrupper som er med å påvirke helseinstitusjonene. Å tilfredsstille alle disse interessegruppene er en utfordrende og komplisert jobb.



Figur 2-5: Helseinstitusjonenes interessenter (Kilde: Pettersen m.fl., 2008, s. 134)

Flere oppgaver

I motsetning til grunnleggende prinsippal-agent-teori hvor agenten stort sett gjennomfører én enkelt oppgave, har de fleste offentlige foretak ansvar for å gjennomføre flere oppgaver (Dixit, 2002, s. 712). Dagens moderne helseforetak har i tillegg til å gjennomføre avanserte medisinske handlinger, et krav om effektivitet og kostnadsbesparelser. Det gjør det vanskelig å utforme insentivordninger som motiverer agenten til å oppfylle alle sine oppgaver på en hensiktsmessig måte. Agenten vil vri sin oppmerksomhet mot de oppgavene som belønnes og er lett å konkretisere i en insentivkontrakt (Prendergrast, 1999, s. 12).

2.6 Internprising og organisering av ansvarsenheter i offentlige sykehus

Forskningen knyttet til internprising er i all hovedsak av eldre og generell karakter, uten hensyn til spesifikke kontekster som helsesektoren. Vi har identifisert et oppsummeringsdokument fra et symposium i New Zealand fra 2016, som konkluderte med at det kun finnes et fåtall spesifikke artikler som tar for seg problemstillingen i denne konteksten (Van Kestern m.fl., 2016, s. 9). Disse blir presentert i dette delkapittelet.

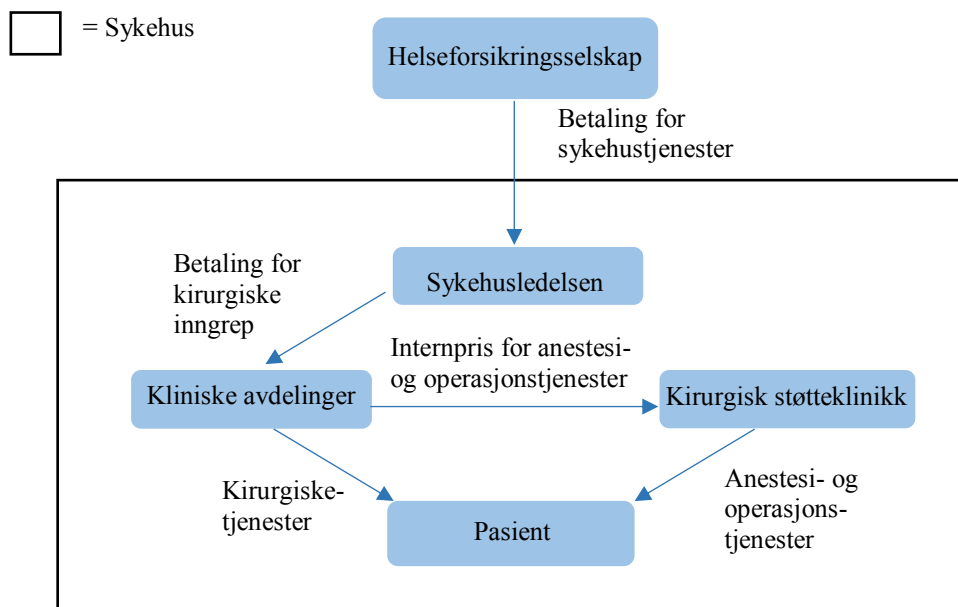
Det finnes to artikler som omhandler internprising i helseforetak – nærmere bestemt innen kirurgiske støttetjenester, i tillegg til en oppfølgingsartikkel. Disse kan sees i sammenheng med Haukeland sin kirurgiske serviceklinikk. Til tross for lite forskning er temaet likevel svært relevant. Ellwood (2009, s. 429) poengterer at internprising og analyser av ulike kostnadsstrukturer og atferd vil være til hjelp for offentlige foretak.

Den første av de tre relevante artiklene er en casestudie gjennomført av Kuntz & Vera (2005, s. 262) av internprising i et tysk sykehus. Studien er spesifikt rettet mot hvordan internprising med kirurgisk kontrollert tid, som en prisparameter, kan øke effektiviteten til ansatte i det medisinske støttepersonellet. Kirurgisk kontrollert tid blir betraktet som den tiden av et pasientløp som kontrolleres og styres av kirurgen. Kirurgen styrer tidsrommet hvor det kirurgiske inngrepet pågår og det utgjør hoveddelen av selve operasjonen. Tiden som ikke er kontrollert av kirurgen er forberedelse og etterarbeid. Kapittel 3.1 spesifiserer i mer detalj pasientens løp gjennom sykehuset. Artikkelen påpeker at internpriser basert på kirurgisk kontrollert tid vil øke effektiviteten til både kirurger og operasjonspersonell.

Tanken bak løsningen er at den vil gi kirurgene insentiver til å arbeide så effektivt som mulig, med riktig ressursbruk fordi den kirurgiske kontrollerte tiden avgjør hvor mye de betaler til den kirurgiske støtteavdelingen. Er arbeidet utført effektivt må de betale mindre. Det medisinske støttepersonellet får derimot kun betalt av kirurgene for den kirurgiske kontrollerte tiden. Siden tiden utenfor selv inngrepet er rammefinansiert, vil de prøve å minimere den tiden de selv kontrollerer, forberedelse og etterarbeid, for å redusere kostnader og frigjøre midler.

Jo større andel av operasjonsstuekapasiteten som er kirurgisk kontrollert, jo mer får KSK betalt. Å øke den andelen er ønskelig siden det kan øke pasientstrømmen. Målet er å bruke mindre tid på forberedelse og etterarbeid, slik at man har mer tid til inngrep.

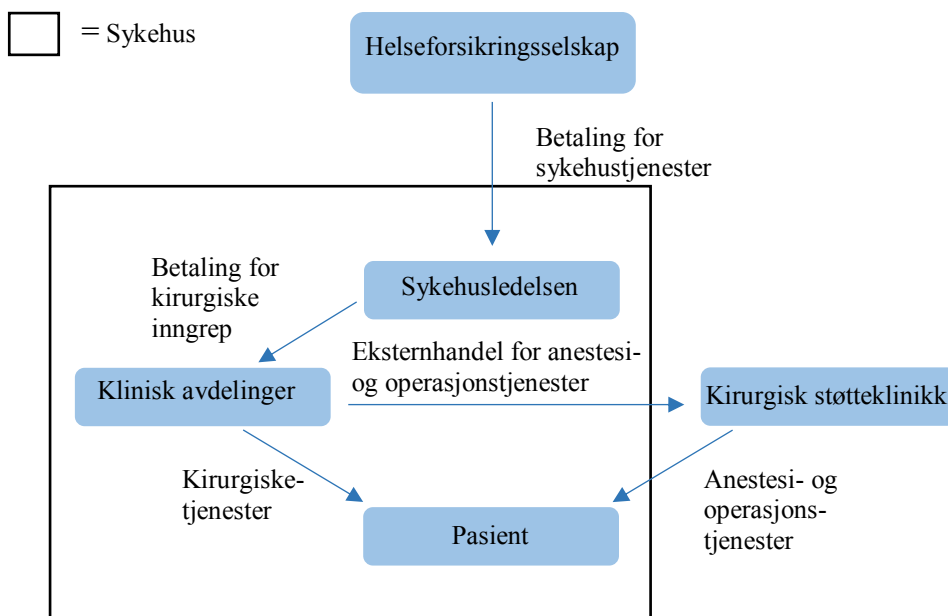
I Tyskland er ordningen testet i flere sykehus. Hvordan ordningen fungerer er illustrert i figur 2-6. Statens helsefond gir sykehusene tilskudd som er ment å dekke alle deres kostnader. Sykehusledelsen betaler de kliniske avdelingene for kirurgiske inngrep. De kliniske avdelingene gjennomfører inngrepene i samarbeid med kirurgisk støtteklinikk⁴ og betaler dem for tjenestene i knivtiden.



Figur 2-6: Basis-finansieringsstruktur i tyske sykehus (Kilde: Kuntz & Vera, 2005, s. 264)

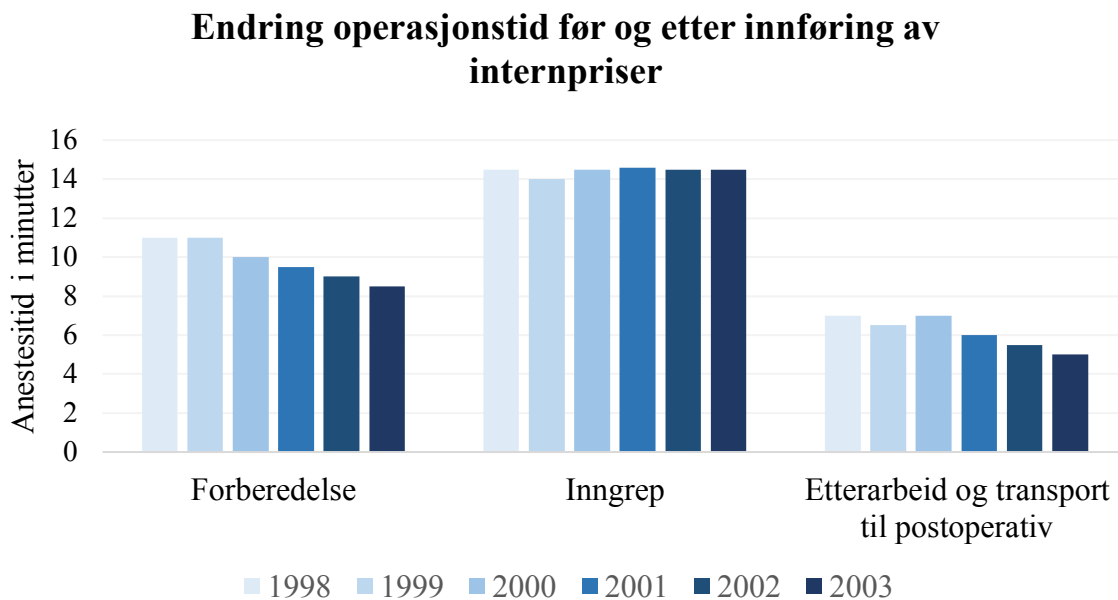
Modellen ovenfor skiller seg fra måten USA vanligvis finansierer sine ansvarsenheter. USA har en helt annen organisering av sykehusene enn Europa, men ideen om at man vil benytte det man betaler for på en mest mulig effektiv måte, er den samme. I USA holdes ofte støttetjenester som anestesipersonell og operasjonssykepleiere utenfor selve sykehusdriften. En kjøper dermed medisinske støttetjenestene fra en utenforstående aktør – hvilket fremmer ressurseffektivitet ettersom de må betale for bruken av tjenestene. Dette illustreres i figur 2-7 på neste side.

⁴ «Kirurgisk støtteklinikk» er betegnelsen på kirurgiske støtteavdelinger ved andre sykehus enn Haukeland. I Haukeland heter det «kirurgisk serviceklinikk»



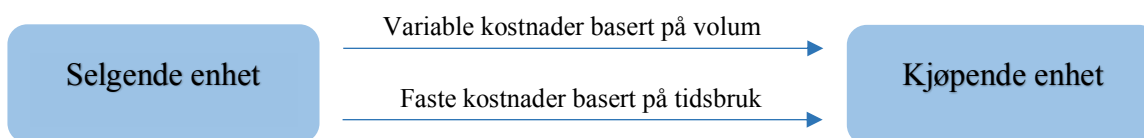
Figur 2-7: Basis-finansieringsstruktur i en flere amerikanske sykehus (Kilde: Kuntz & Vera, 2005, s. 263)

Etter å ha kontaktet Professor Dr. Kuntz, ble vi tilsendt en artikkel fra en oppfølgingsstudie av Kuntz & Vera sin artikkel. Schuster m.fl. (2005) publiserte en artikkel som bygger videre på den førstnevnte studien om internprising i tyske sykehus. Studien konkluderte med at internprising basert på kirurgisk kontrollert tid øker effektiviteten under operasjonsprosessen i 7 av 10 tilfeller som de undersøkte. Reduksjonen i tid lå mellom 4 og 18 minutter i disse tilfellene. Spesielt ble det bevist at forberedelsestiden til en operasjon ble redusert grunnet at kirurgisk støttepersonell ikke får betalt for denne tiden av de kliniske enhetene, og derfor har insentiv til å redusere den. Artikkelen analyserer tidsbruk før (1998-2000) og etter (2001-2003) innføring av intern handel. Tidene før og etter inngrepet ble redusert, mens tiden under inngrepet holdt seg stabilt. Den reduserte tiden etter inngrepet kom av raskere transport til postoperativ. Resultat ble dermed at totale operasjonstid ble redusert. Det illustreres i graf 2-1 på neste side. Det skal dog påpekes at studien ikke kunne utelukke at andre variabler hadde innvirkning på resultatet.



Graf 2-1: Resultater fra internprisstudie i forenklet versjon (Kilde: Schuster m. fl. 2005, s. 190)

Den siste av de tre relevante artiklene er fra en amerikansk studie av Young (1998, s. 56). Han påpeker at en per-enhet internpris gir insentiv til å maksimere kvantum, hvilket ikke er samfunnsøkonomisk optimalt. Det blir derfor foreslått å benytte til et to-delt system hvor man dekker den faste kostnaden basert på tidsbruk, og de variable kostnadene basert på volum. Volum utgjør i denne sammenheng antall operasjoner. Metoden har en del likhetstrekk med en todelt tariff som benyttes for å unngå sub-optimalisering i vertikale kjeder. Løsningen skal gjøre at selgende enhet ikke kan selge til urimelig høye priser eller produsere for høyt volum. Modellen er illustrert i figur 2-8.



Figur 2-8: To-delte internprismodell (Kilde: Young, 1998, s. 56)

2.7 Oppsummering teoretisk rammeverk

Det teoretiske fundamentet for å besvare vår problemstilling er splittet, men ikke jevnfordelt mellom forskning innen privat og offentlig sektor. I starten av det teoretiske kapittelet ble Kaplan og Atkinson (2014, s. 677) sin prinsippal-agent-teori omtalt. Zimmermann (1979, s. 504) påpeker at kostnadsfordeling er sentralt for å redusere uønsket atferd hos agenten, mens Moschandreas (2000, s. 286) foreslår at løsningen på prinsippal-agent problemet er å utforme en kontrakt som gir begge sammenfallende interesser. En slik kontrakt skal motivere enhetslederne til maksimal utnyttelse av knappe ressurser.

Begrepene effektivitet og produktivitet er omtalt som sentrale virkemidler for å utnytte knappe ressurser på best mulig måte for å oppnå mest mulig nytte for befolkningen (Pettersen & Bjørnenak, 2003, s. 69).

Det er bred enighet om at desentralisering er en god løsning for å oppnå høyere effektivitet i virksomheten. (Kaplan & Atkinson, 2013, s. 288; Emmanuel & Mehafdi, 1994, s. 90; Bhimani m.fl., 2012, s. 606; Swieringa & Waterhouse, 1982, s. 159). Ronen & Mckinney (1970, s. 99) mener derimot at motivasjonen som oppnås ved desentralisering kan lede til sub-optimalisering og ha uønskede konsekvenser.

Ved desentralisering kreves organisering av ansvarsenheter og fastsettelse av internpriser dersom det oppstår handel mellom interne ansvarsenheter. Hvilken organisering og prisingsmetoder som er best er naturligvis situasjonsavhengig, men basert på sykehusene sin forretningsmodell kan både rene resultatsentre og inntektssenter utelukkes.

Det er videre enighet om at selvkost- og bidragsmetodene har utfordringer knyttet til sub-optimalisering (Burns m.fl., 2013, s. 460; Bjørnenak, 2005, s. 45; Hansen & Svendsen, 1996, s. 85-88; Kaplan, 1990, s. 4). Uten et reelt alternativt marked å basere internprisene på, er ABC og tidsdrevet ABC de mest aktuelle metodene. I følge flere er den førstnevnte metoden godt etablert i både offentlig og privat sektor, og løser mange av problemene med de tradisjonelle metodene (Kaplan & Atkinson, 2004, s.131; Hoff, 2010, s. 223; Bjørnenak, 2005, s. 46). Til tross for det, fremstår ABC som kompleks og vanskelig å implementere. I forlengelsen av denne metoden blir tidsdrevet ABC presentert som en forenklet metode, som bedre kan løse helsesektoren kostnadsutfordringer (Kaplan & Anderson, 2004, s. 133; Porter & Kaplan, 2011, s. 56).

Desentralisering og internpriser er velkjente styringsverktøy i privat sektor. I offentlig sektor er det derimot mindre brukt, og det finnes derfor mindre publisert litteratur. Unntaket er de diskuterte artiklene fra Kuntz & Vera (2005, s. 262) og Schuster (2005, s. 187) som konkluderer med at internprisen mellom kirurgiske støttetjenester og de kliniske avdelingene burde baseres på kirurgisk kontrollert tid for å skape ideelle insentiver og legge til rette for en hensiktsmessig internpris. Videre beskriver Young (1998, s. 56) sitt to-delte system som skal begrense og styre den selgende enhets kvantum til et rimelig nivå. Den begrensede forskningen på temaet bekreftes av Van Kestern m.fl. (2016, s. 9).

Dybden og omfanget i teorien er gradert som illustrert av oss i tabell 2-4.

Teoretisk overblikk	Økonomisk styring	Organisering av ansvarsenheter	Internprising og internprismetoder
Private foretak			
Offentlige foretak			

	Godt dekket
	Til en viss grad dekket
	Svakt dekket

Tabell 2-4: Dybden og omfanget i det teoretiske bakteppe (Kilde: Egenutviklet)

2.8 Våre forskningsspørsmål

Vi har nå gjennomgått det teoretiske rammeverket for vår utredning. Denne teorien skal hjelpe oss med å besvare vår problemstilling. For å kunne strukturere utredningen ønsker vi å benytte tre forskningsspørsmål:

1. *Hvordan kan KSK organiseres for å skape mer sammenfallende insentiver med de kliniske enhetene?*
2. *Hvilke internprismetoder er mest attraktive og kan skape insentiver til å øke aktivitet og redusere antall styrkninger?*
3. *Hvordan kan de alternative internprismodellene fungere, sammenlignet med dagens modell?*

Vi vil nå presentere relevant kontekst og våre metodiske valg. Deretter kommer vi tilbake til våre to første spørsmål i første empiri- og analysedel, mens andre empiri- og analysedel vil fokusere på forskningsspørsmål tre.

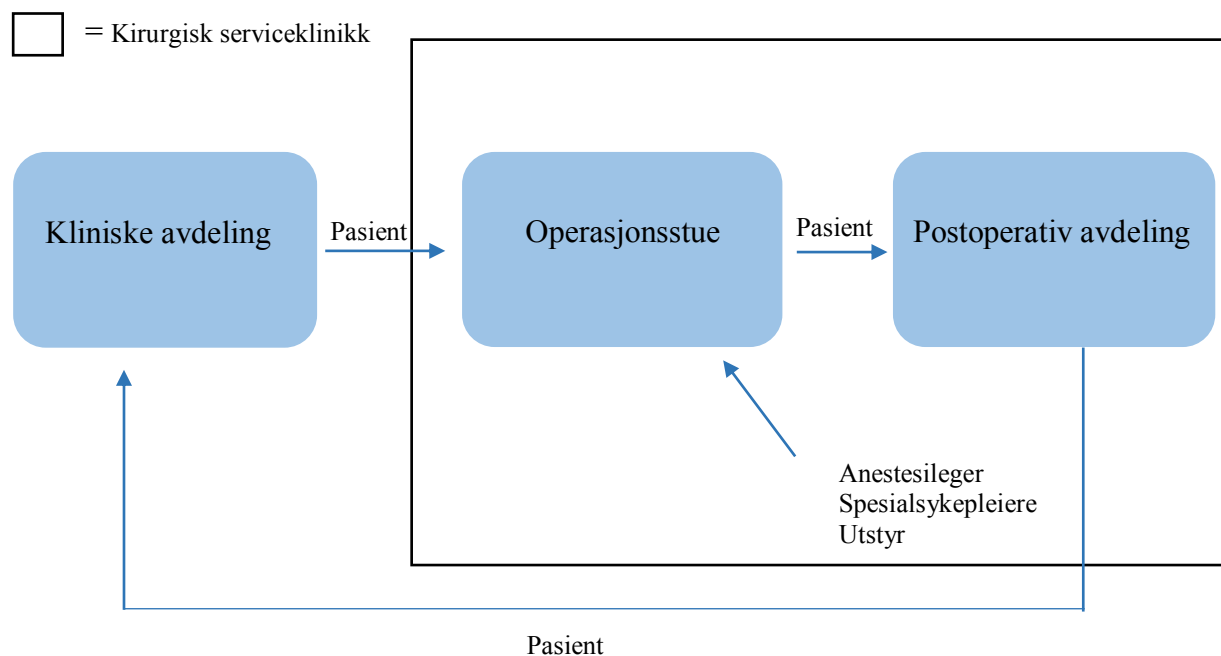
3. KONTEKST

I denne delen av utredningen vil relevant kontekst presenteres. Først vil pasientens løp gjennom sykehuset gjennomgås for å etablere en forståelse av hvordan ulikt personell samhandler under operasjoner. Deretter presenterer vi helseøkonomi og gjennomgår hvorfor det er viktig å tenke økonomi også i et sykehus. Vi gir også en oversikt over hvordan Helse Bergen er organisert og finansiert, og presenterer relevante regnskapsposter som er av interesse til senere analyser. Avslutningsvis blir ventetid og fristbrudd kommentert.

3.1 Pasientens løp gjennom sykehuset

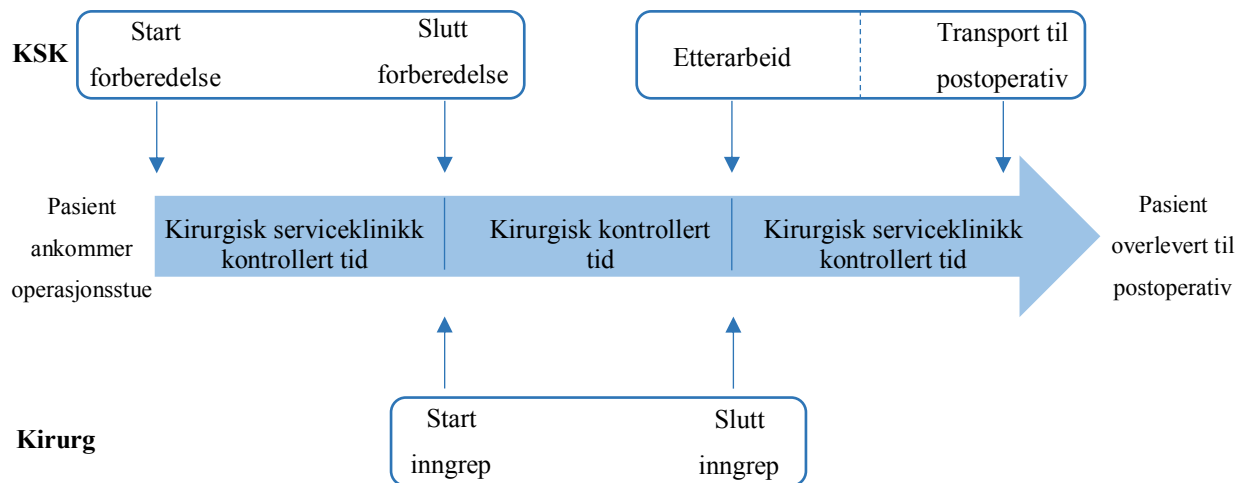
Hele operasjonsprosessen starter med at en pasient blir innlagt og har behov for et kirurgisk inngrep. Pasienten blir innlagt på en klinisk avdeling. Den kliniske avdelingen bestiller en operasjon til pasienten. Klinisk avdeling får tildelt en operasjonstid i en operasjonsstue og stiller selv med kirurg. Kirurgen kan ikke utføre operasjonene alene, og har derfor behov for operasjonspersonell og utstyr. Operasjonspersonell er hovedsakelig anestesileger, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere. I tillegg er det personell som rengjør operasjonsstuene. Alle disse eies av kirurgisk serviceklinikk (KSK). KSK er altså avgjørende for om en operasjon kan gjennomføres eller ikke, og de kliniske enhetene er helt avhengig av deres tilstedeværelse for å kunne gjennomføre operasjoner på sine pasienter.

Når operasjonstidspunktet kommer, møtes pasient, kirurg og personell fra KSK i operasjonsstuen. Her vil KSK starte med forberedelser på pasienten før kirurgene kommer inn for å gjøre inngrepet. Når kirurgen er ferdig med inngrepet gjøres etterarbeid på pasienten av KSK. Etter operasjonen føres pasienten til postoperativ avdeling og deretter innom den kliniske avdelingen før pasienten blir utskrevet. Hendelsesforløpet presenteres i figur 3-1 på neste side.



Figur 3-1: Pasientens vei gjennom sykehuset (Kilde: Egenutviklet basert på intervju med personer i Helse Bergen)

I figur 3-2 på neste side illustreres de definerte tidsperiodene i operasjonsstuen under operasjonen. Det hele starter med at KSK forbereder pasienten og gjør personen klar til inngrepet. Når pasienten er i ønsket tilstand, kommer kirurgen inn og starter inngrepet. Når inngrepet er avsluttet, vil pasienten kobles fra og transporteres til postoperativ avdeling for overvåking. Selve transporten til postoperativ avdeling har vi ikke tatt hensyn til i vår utredning fordi det skjer utenfor selve operasjonen. Til slutt skrives pasienten ut.



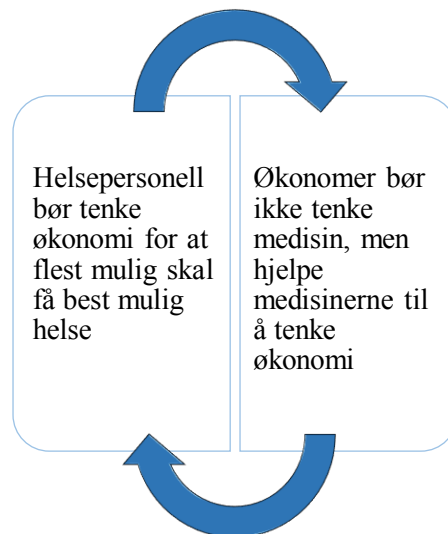
Figur 3-2: Hendelsesforløpet under operasjon (Kilde: Forenklet versjon av Schuster m.fl., 2005, s.188)

3.2 Helseøkonomi

Helseøkonomi er en kombinasjon av ideer og teori fra to akademiske disipliner, nemlig medisin og økonomi. Det finnes mange argumenter for å se på disiplinene separat, for eksempel at en livsviktig operasjon ikke kan måles i kroner. Økonomifaget utgjør mer enn bare pengevurderinger. Spesielt handler økonomisk styring om best mulig utnyttelse av knappe ressurser (Berg, 2017, s. 16).

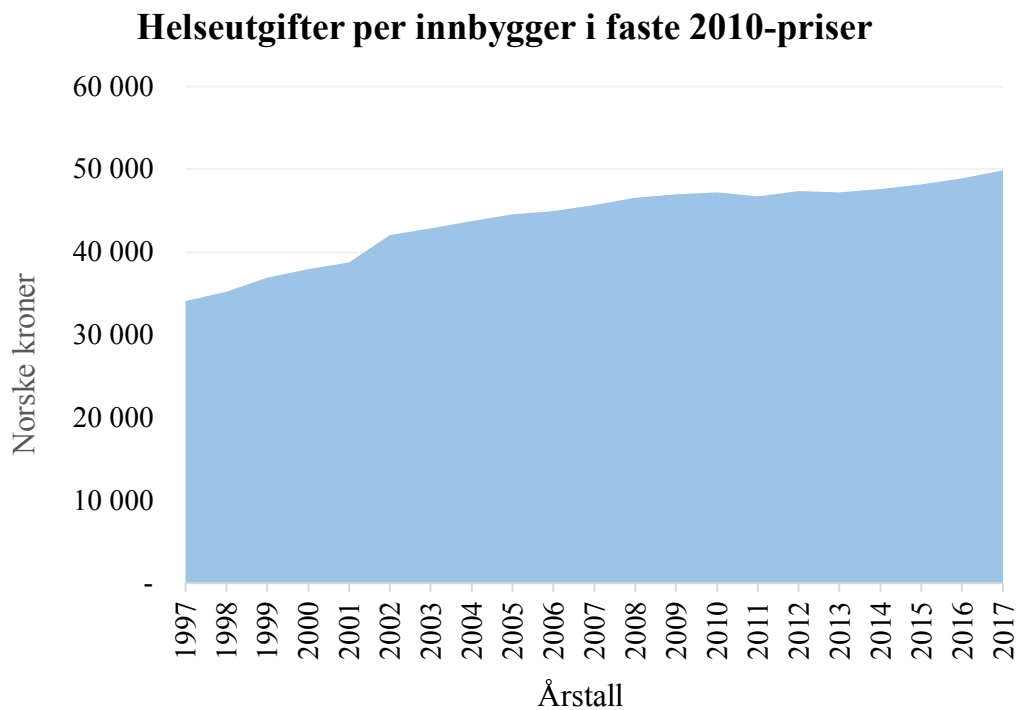
Utnyttelse av knappe ressurser er viktig i helsesektoren fordi de ikke har ubegrenset med tid eller midler. Tilføring av mer penger vil heller ikke være den beste løsningen. Derfor er det viktig å kunne tenke økonomi for helsepersonell, slik at flest mulig skal kunne få best mulig hjelp med sine helseproblemer (Opstad, 1992, s. 10).

I figur 3-3 på neste side illustreres forholdet mellom helsepersonell og økonomer. En ønsker at ansatte i helsesektoren skal tenke økonomi fordi det skal gjøre at flest mulig i befolkningen skal få bedre helse. Økonomer på sin side skal ikke tenke medisin, men hjelpe ansatte i sykehuset å tenke økonomi.



*Figur 3-3: Forholdet mellom helsepersonell og økonomer
(Kilde: Opstad, 1992, s.10)*

Helseutgifter utgjør en stor del av landets økonomi. I 2017 var helseutgiftene per innbygger 64 821 kroner, og det var over 1,9 millioner pasienter på norske sykehus det året. Av disse 1,9 millioner pasientene hadde over en halv million døgnopphold. Helsesektoren er derfor en stor og ressurskrevende sektor (SSB, 2018a; SSB, 2018b). Pasientomfanget og kostnadene har økt årlig, hvilket aktualiserer spørsmålet om vi bruker ressursene riktig. Norge er et av de landene i verden som har høyest helseutgifter per innbygger (Vold, 2017). I graf 3-1 på neste side presenteres utviklingen i årlige helseutgifter i Norge siden 1997 og frem til 2017, i faste 2010-priser.



Graf 3-1: Helseutgifter per innbygger i faste 2010-priser fra 1997 til 2017

(Kilde: SSB, 2018a)

Samfunnsøkonomisk handler det om vi klarer å utnytte våre ressurser på en slik måte at hver krone brukt til helsetjenester, gir størst mulig helsegevinst til befolkningen. Ser vi det fra det bedriftsøkonomiske perspektivet til en institusjon vil det handle om å behandle pasienter så kostnadseffektivt som mulig. Perspektivene utgjør ikke et motsetningsforhold, men det kan likevel være utfordrende å forhold seg til begge.

3.3 Introduksjon til Helse Bergen

I Norge er det totalt fire helseregioner som hver for seg har ansvar for at befolkningen har tilbud om spesialiserte helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Helse Vest HF er en av de regionale helseforetakene som eies av helse- og omsorgsdepartementet, og de har eieransvar for de fem lokale helseforetakene; Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF. Disse helseforetakene skal sørge for at omtrent 1,1 millioner av Norges innbyggere får tilgang på den spesialhelsetjenesten som de har krav på.

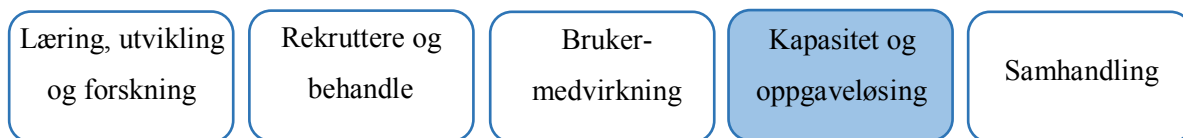
Helse Bergen er den administrative og juridiske enheten av sykehusene og institusjonene i Midt- og Nord-Hordaland, hvor ledelsen av foretaket holder til ved Haukeland. Primært har Helse Bergen fire ansvarsområder – pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende, hvilket totalt sett skal lede til deres visjon om å «fremme helse og livskvalitet i vest».

I Helse Vest sin nye strategi «Helse 2035» vedtatt i mai 2017, er det overordna målet å utvikle pasienten sin helsetjeneste gjennom 12 tiltaksområder hvor «struktur og organisering» er en av disse. Den overordna målsetningen innenfor dette tiltaksområdet er:

«Å utvikle en effektiv organisasjon og struktur med tydelig oppgavedeling, høy spesialisering og best mulig utnyttelse av store investeringer og tungt utstyr.»

(Helse Vest, 2017)

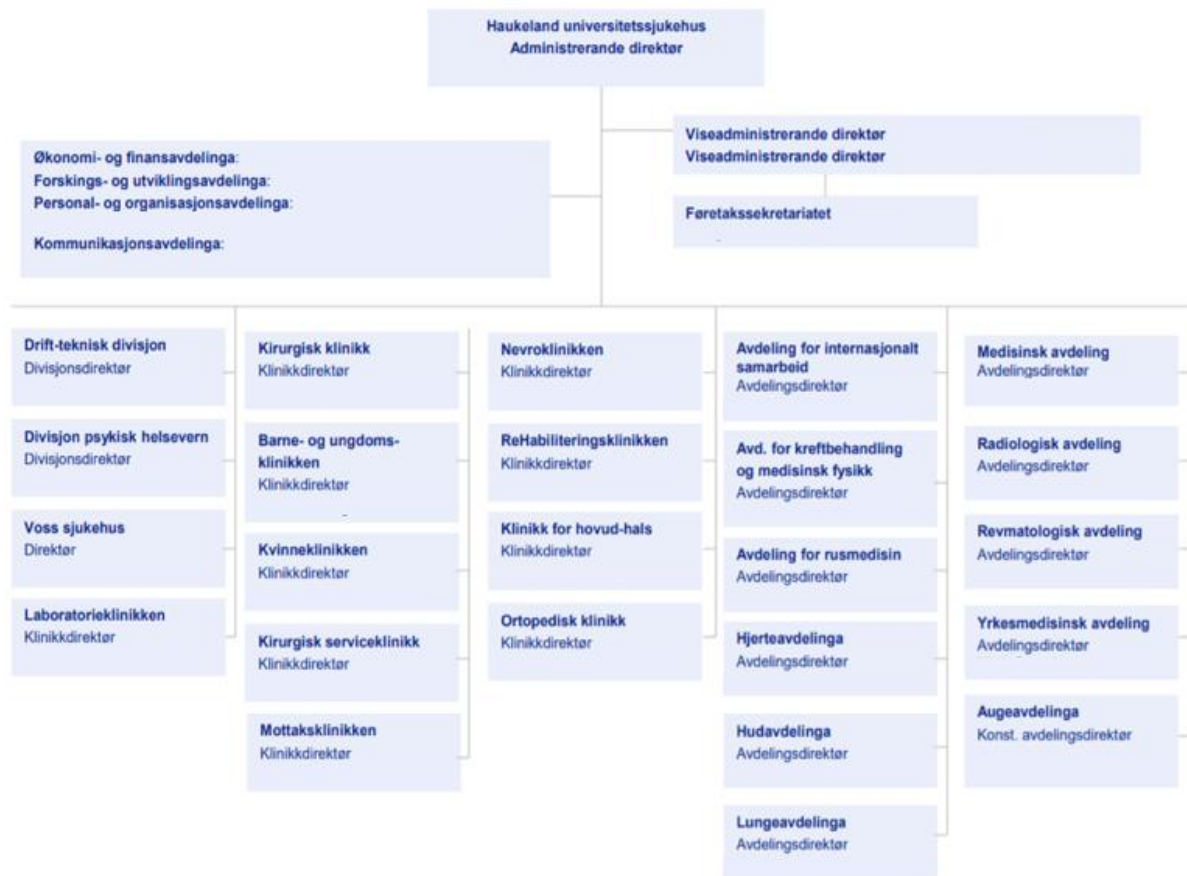
I strategiplanen til Helse Bergen står det at man må forberede seg på at det kan bli knappere ressurser både når det gjelder penger og helsepersonell i de kommende årene – mye på bakgrunn av at befolkningen øker, vi lever lenger og at den medisinske utviklingen kontinuerlig byr på nye muligheter. I tillegg står Norge ovenfor en utfordring med et økende behov for mer helsepersonell i framtiden. I sin kompetansestrategi beskrives fem ulike innsatsområder som skal lede til å «sikre rett kompetanse på rett plass til rett tid og bidra til en bærekraftig helsetjeneste» (Helse Bergen, 2017a). De fem innsats områdene illustreres i figur 3-4 på neste side.



Figur 3-4: Helse Bergens innsatsområder (Kilde: Helse Bergen, 2017a)

Innsatsområdet «kapasitet og oppgaveløsning» har som overordnet mål å sørge for at Helse Bergen har en hensiktsmessig organisering av sine tjenester. De skal også være nytenkende i hvordan de arbeider for å sørge for at man har riktig kompetanse på riktig sted til riktig tid. I så måte kan en løsning på vår problemstilling være et bidrag for innsatsområdets overordnede målsetning.

Helse Bergen er organisert i ulike klinikker som figur 3-5 viser på neste side. Blant disse har vi både de kliniske enhetene som gjennomfører konsultasjoner, utredninger og behandlinger, mens man i tillegg har støttefunksjoner som eksempelvis kirurgisk serviceklinikk, som har til hensikt å støtte de kliniske enhetene. Helse Bergen består av klinikkene lokalisert ved Haukeland og i Bergensområde, men også Voss sykehus.



Figur 3-5: Organisasjonskart Helse Bergen (Kilde: Helse Bergen, 2018)

Kirurgisk serviceklinikk disponerer og står som «eier» av operasjonsstuer og støttepersonell som må være til stede under en operasjon. De kliniske enhetene er derimot eier av kirurg og pasient. Organiseringen av disse to enhetene er ulik. Kirurgisk serviceklinikk er organisert som et utgiftssenter og har dermed ikke ansvar for inntekten til sykehuset. Avdelingen får tildelt et budsjett som de skal holde seg innenfor. De kliniske enhetene er organisert som modifisert null-resultatsentre med både aktivitetsfinansiering og rammebudsjett. De har insentiver til å gjennomføre operasjoner så lenge grensekostnaden ikke overstiger grenseinntekten. Det økonomiske målet er å ha et så høyt aktivitetsnivå som mulig, så lenge de går i balanse.

3.4 Finansiering av helseforetak – basis- og aktivitetsbasert bevilgning

De regionale helseforetakene er hovedsakelig finansiert gjennom en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning, som begge vil stå for omtrent 50% hver i 2018 (Helsedirektoratet, 2017a). Disse midlene fordeles videre til de lokale helseforetakene, også i form av en basisbevilgning og en aktivitetsbevilgning. Hvordan lokale helseforetak fordeler disse midlene varierer både på tvers av de lokale helseforetakene og internt mellom avdelinger. Ved Haukeland mottar kirurgisk serviceklinikk kun basisbevilgning. De kliniske avdelingene mottar aktivitetsbasert finansiering, polikliniske inntekt og egenandel fra pasienter. De fleste kliniske avdelinger mottar også basisbevilgning.

Basisbevilgningen er aktivitetsuavhengig, og bestemmes av antall innbyggere og regionens alderssammensetning. Den aktivitetsbaserte bevilgningen avhenger av både hvor mange foretakene behandler og hvilken type behandling de får. Formålet med den aktivitetsbaserte bevilgningen er å sørge for en kostnadseffektiv pasientbehandling. Man får økt bevilgninger dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt, og motsatt dersom aktiviteten blir lavere. Bevilgningene vil dekke deler av de ekstra kostnadene som oppstår ved økt aktivitet. Utbetalingene er basert på den reelle aktiviteten som er rapportert fra helseforetakene til norsk pasientregister.

I følge regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF), utgitt av Helsedirektoratet, skal pasientbehandling skje basert på pasientens behov, i henhold til lovverk og pasientens rettigheter. I så måte skal den aktivitetsstyrte finansieringen ikke være styrende for hvem som behandles og hvordan de behandles.

For den aktivitetsbaserte finansieringen brukes et system som kalles diagnoserelaterte grupper (DRG) som grunnlag. DRG er et system som klassifiserer pasienter i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene (Helsedirektoratet, 2017a). Det er et aktivitetsmål som tar hensyn til at det er ulik kompleksitet i ulike diagnoser og behandlinger.

Alle pasienter som går gjennom sykehuset plasseres i en DRG-gruppering. Grupperingen skjer igjennom et datasystem og baseres på følgende faktorer:

-
- Diagnoser
 - Prosedyrer
 - Kjønn
 - Alder
 - Utskrivningsstatus

DRG skal fungere som et mål på kompleksitet slik at man skal få en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Antall DRG-poeng er et bedre mål for ressursbruken enn antall liggedøgn eller antall sykehusopphold. Det utgjør derfor et godt estimat på kostnader tilknyttet operasjoner ved Haukeland.

Når et sykehus skal få refusjon, vil det avhenge av tre faktorer: Hvor mange pasienter som behandles, hvilken behandling som blir utført, og til slutt hvilke typer pasienter som behandles. Refusjonen er basert på DRG-systemet som er et poengsystem. Det betyr at ulike behandlinger gir ulike poeng. En behandling som er mer ressurskrevende vil gi høyere poeng og mer refusjon. I 2018 tilsvarer et DRG-poeng 43 428 kroner (Helsedirektoratet, 2017c). Staten betaler kun ut 50% av dette beløpet gjennom ISF-refusjonen. Resterende del skal dekkes gjennom basisbevilgningen (Helsedirektoratet, 2017a).

Selv om DRG-systemet benyttes i norske sykehus, har systemet noen svakheter. Opstad (2003, s. 157) nevner sju av dem:

1. *DRG tar ikke hensyn til kvalitet*
2. *DRG-systemet fanger ikke forskjeller i alvorlighetsgraden til pasienten*
3. *DRG-klassifiseringen er basert på historiske tall*
4. *DRG tar ikke hensyn til driftsforskjeller mellom hvert enkelt sykehus*
5. *Systemet fanger ikke opp alle interne ulikheter, som f.eks. kapitalkostnader*
6. *DRG tar ikke hensyn til hele helsetilbudet, som det kommunale helsetilbudet*
7. *Det er mulig å misbruke systemet ved å feilregistrere til en diagnose som gir høyere refusjon*

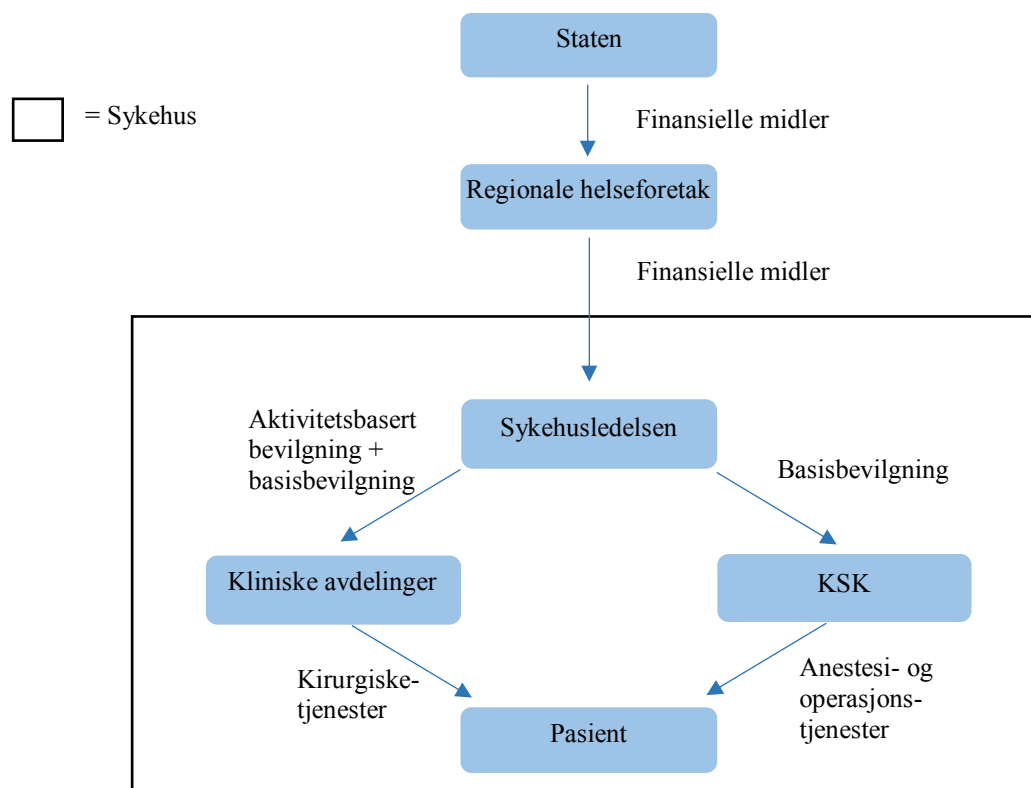
Angående den sjuende svakheten har det vært flere oppslag i media hvor sykehus har oppgitt feil diagnosekode for å motta mer ISF-refusjon. Haukeland har også fått oppmerksomhet for dette, men avviser selv at de har jukset (Toppe, 2014; Hjertenes, 2014).

3.5 Organisering og finansering på avdelingsnivå i Helse Bergen

Haukeland har organisert sine kliniske avdelinger som modifiserte null-resultatsentre, mens kirurgisk serviceklinikk er organisert som et utgiftssenter. At de kliniske avdelingene er organisert slik innebærer at de kun får dekket en andel av kostnadene som følger av aktivitet, mens resterende kommer hovedsakelig gjennom basisbevilgningen. Hvor mye som kommer fra aktivitetsfinansiering og fra basisbevilgningene varierer. Ordningen skal gi insentiver til å drive effektivt og samtidig holde høy aktivitet.

Kirurgisk serviceklinikk er derimot bare tildelt en basisbevilgning. De skal kun forholde seg til et årlig rammebudsjett og har som målsetning å utnytte det de er tildelt på best mulig måte. Per i dag er det ingen kontantstrøm mellom de kliniske enhetene og KSK.

Figur 3-6 på neste side oppsummerer hva som er gjennomgått i delkapittel 3.4 og 3.5. Den illustrerer hvordan staten fordeler midler til de regionale helseforetakene. Disse formidles videre til sykehusledelsen som selv er ansvarlig for å fordele midler til avdelingene i sykehuset. De kliniske avdelingene mottar aktivitetsbasert bevilgning og basisbevilgning, mens KSK bare mottar basisbevilgning.



Figur 3-6: Basis-finansieringsstruktur i Haukeland Universitetssykehus
(Kilde: Egenutviklet basert på intervjuer med personer i Helse Bergen)

3.6 Regnskapstall Helse Bergen

Årsregnskapet til Helse Bergen HF for 2017 er ikke publisert når denne utredningen skrives. Vi vil derfor se nærmere på noen viktige poster fra 2016-regnskapet hentet fra Helse Bergens hjemmeside (2017b). Regnskapet er utført i samsvar med regnskapsloven og etter god norsk regnskapsskikk. Alle tall er her i 1000 NOK.

Inntekter

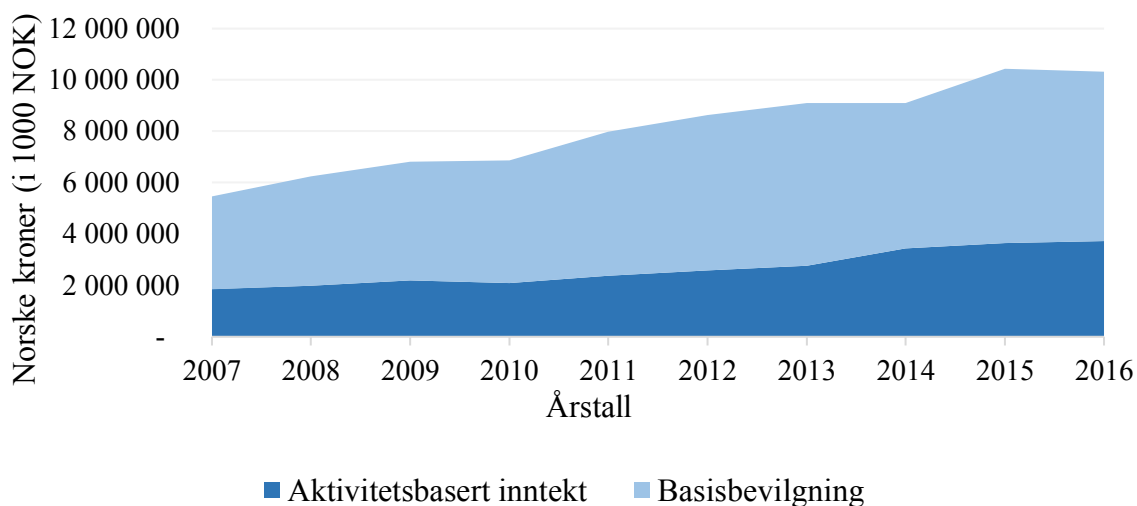
	Norske kroner	Prosent
Basisramme	6 593 160	59,0%
Aktivitetsbasert inntekt	3 726 041	33,3%
Annen driftsinntekt	857 259	7,7%
Sum driftsinntekter	11 176 460	100,0%

Tabell 3-1: Inntekter Helse Bergen (Kilde: Helse Bergen, 2017b)

Tabell 3-1 viser at inntektene til Helse Bergen består av basisbevilgning, aktivitetsbasert inntekt og annen inntekt. Annen inntekt er øremerkede tilskudd, investeringstilskudd og kvalitetsbasert finansiering. Basisrammen utgjorde 59%, mens aktivitetsbasert inntekt utgjorde 33%. De regionale helseforetakene (Helse Vest HF) mottar en 50/50 fordeling, men står så fritt til hvordan fordelingen gjøres videre til de lokale helseforetakene (Helse Bergen HF). Polikliniske inntekter, laboratorium og radiologi inngår i de aktivitetsbaserte inntektene, og utgjør cirka 16%.

Utviklingen i aktivitetsbasert inntekt og basisbevilgning for Helse Bergen de siste 10 årene vises i graf 3-2 på neste side. Det har vært en relativt jevn utvikling. Økningen er størst for basisbevilgningen. I kapittel 1.1 ble det nevnt at den påtroppende regjeringen ga løfte i 2013 om mer finansiering til helsesektoren. Man ser denne økningen i påfølgende år. Samme utvikling kan man se i 2010, året etter et stortingsvalg. Fra 2015 til 2016, er imidlertid utviklingen i basisbevilgningen og det totale tilskuddet fra staten negativt.

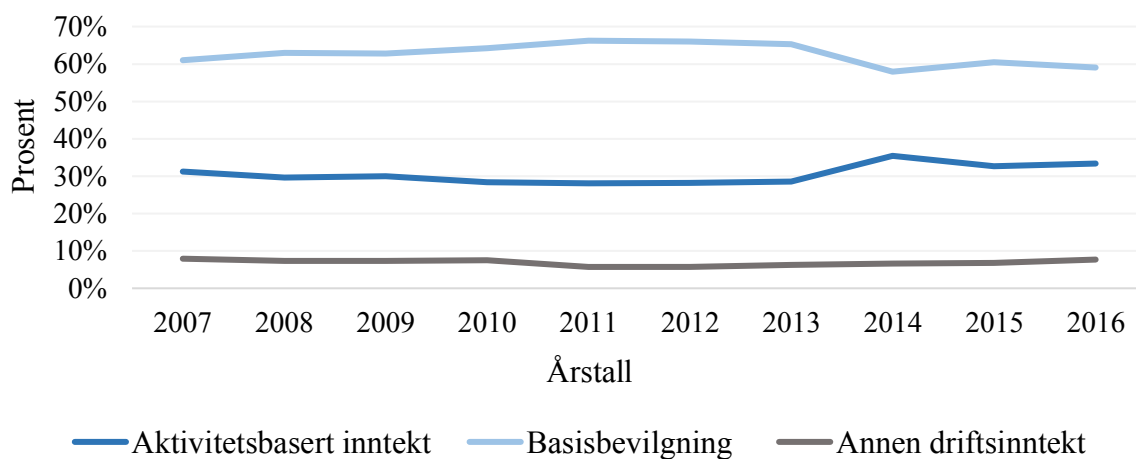
Utvikling aktivitetsbasert inntekt og basisbevilgning



Graf 3-2: Årlig utvikling i aktivitetsbasert inntekt og basisbevilgning fra 2007 til 2016, i nominelle tall (Kilde: Helse Bergen, 2017b)

Hvor stor andel som utgjør henholdsvis aktivitetsbasert inntekt, basisbevilgning og annen driftsinntekt presenteres i graf 3-3. En ser liten endring i perioden fra 2007 til 2013. I 2014 er det et tydelig fall i basisbevilgningen, mens aktivitetsbaserte inntekten økte. Det kommer av et regjeringsskifte i 2013.

Inntektsfordeling i Helse Bergen



Graf 3-3: Inntektsfordeling Helse Bergen i nominelle tall (Kilde: Helse Bergen, 2017b)

Kostnader

	Norske kroner	Prosent
Kjøp av helsetjenester	336 116	3,1%
Varekostnad	1 459 206	13,3%
Lønn og andre personalkostnader	7 399 191	67,3%
Ordinære avskrivninger	456 289	4,1%
Andre driftskostnader	1 351 264	12,3%
Sum driftskostnader	11 002 066	100,0%

Tabell 3-2: Kostnader Helse Bergen (Kilde: Helse Bergen, 2017b)

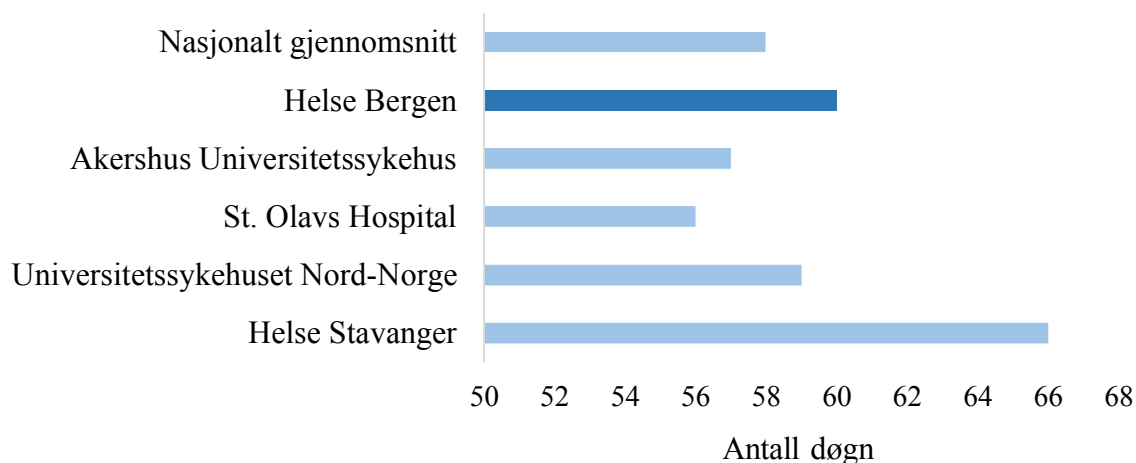
Tabell 3-2 viser at foretakets største kostnadspost er lønn og andre personalkostnader som står for nærmere 70%. Helse Bergen er et stort foretak med gjennomsnittlig 12 239 ansatte og 9 901 årsverk i 2016. Andre store kostnadsposter er varekostnader og andre driftskostnader. Varekostnader består stort sett av legemidler og andre medisinske forbruksvarer, mens andre driftskostnader er kostnader som strøm, reparasjoner og vedlikehold.

3.7 Medisinske nøkkeltall

I dette delkapittelet vil vi se nærmere på ventetid og fristbrudd for Helse Bergen. Ventetid er tiden det tar fra behandlingsstedet mottar en henvisningen til personen kan komme til utredning eller behandling (Helsedirektoratet, 2017b). Fristbrudd er når fristen for helsehjelp har gått ut, uten at pasienten har fått nødvendig helsehjelp (Helfo, 2018).

I graf 3-4 ser man at Helse Bergen hadde en gjennomsnittlig ventetid på 60 dager i 2017. Nasjonalt er gjennomsnittet på 58 dager. I den samme grafen ser man også tall for de fire andre norske sykehusene vi har vært i dialog med.

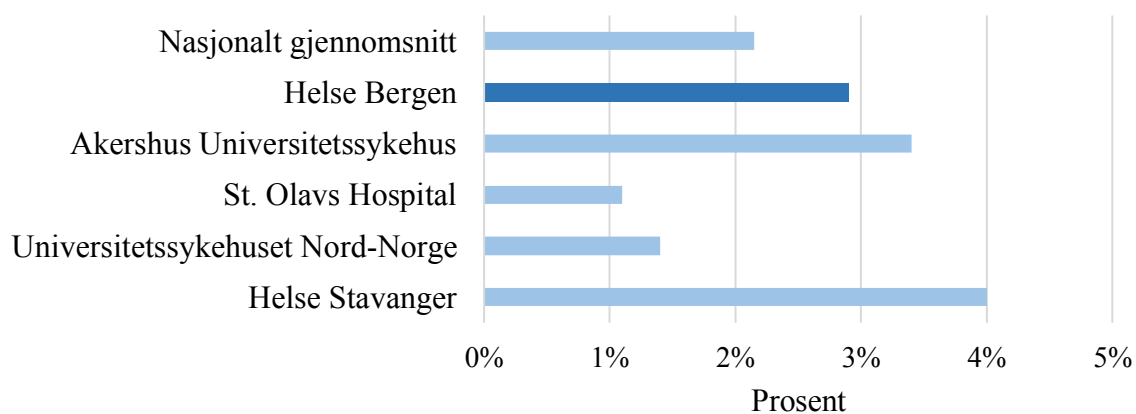
Gjennomsnittlig ventetid 2017



Graf 3-4: Gjennomsnittlig ventetid 2017 (Kilde: Helsedirektoratet, 2018)

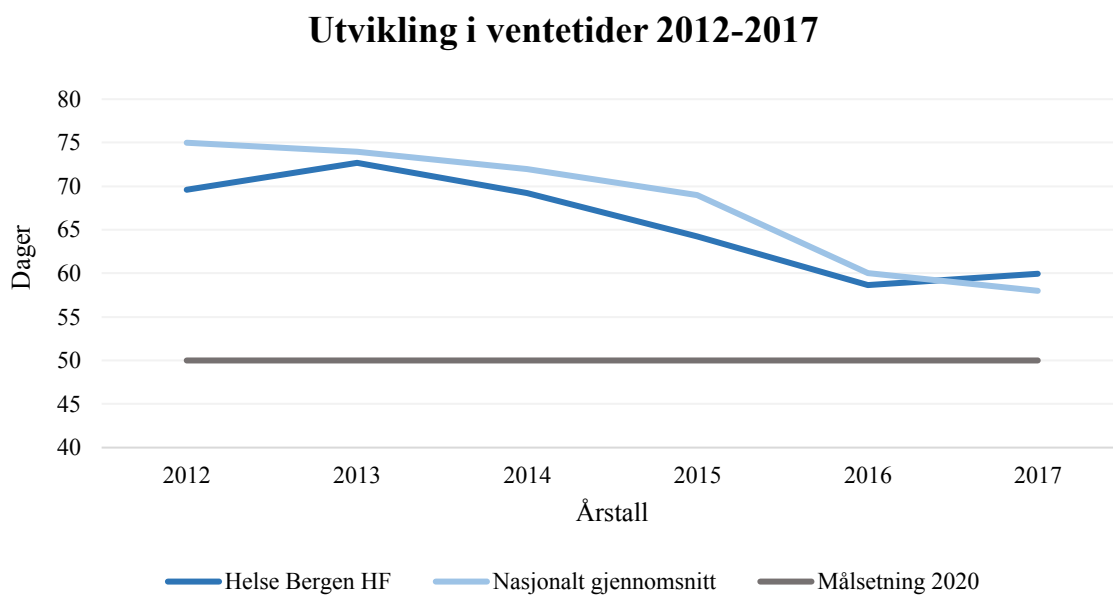
I graf 3-5 ser man at prosentandelen fristbrudd var på 2,9% i Helse Bergen, mens nasjonalt lå tallet på 2,15%. Her vises også tallene for de andre sykehusene i studien, hvor Helse Stavanger har høyest andel fristbrudd.

Prosentandel fristbrudd 2017



Graf 3-5: Prosentandel fristbrudd 2017 (Kilde: Helsedirektoratet, 2018)

Hvordan utvikling i ventetid ved Helse Bergen har vært i forhold til det nasjonal gjennomsnittet presenteres i graf 3-6. I perioden 2012-2016 hadde Helse Bergen kortere ventetid en det nasjonale gjennomsnittet, men i 2017 er forhold snudd. Målsetningen for 2020 er at ventetiden skal være på 50 dager.



Graf 3-6: Utvikling i ventetider 2012-2017 (Kilde: Helsedirektoratet, 2018)

3.8 Oppsummering kontekst

I dette kapittelet startet vi med en gjennomgang av hvordan en pasient beveger seg gjennom sykehuset, og hvilke personell som jobber sammen med pasienten. Vi illustrerte hvem og når ulikt personell deltar i operasjoner. I tillegg delte vi hendelsesforløpet under en operasjon i tre deler: forberedelse, inngrep og etterarbeid.

Vi presenterte hvorfor Opstad (1992, s. 10) mener det er viktig for ansatte i helsesektoren å tenke økonomi og hvorfor økonomer bør hjelpe sykehuspersonell å tenke økonomi. Helseutgiftene har økt de siste 25 årene, og var i 2017 på 64 821 kroner per person (SSB, 2018a). Derfor er det viktig at hver krone brukt til helsetjenester, gir det største helsegevinsten

til befolkningen. Samtidig handler det om å behandle pasienter så kostnadseffektivt som mulig.

Videre introduserte vi Helse Bergen HF som er det juridiske navnet på sykehuset lokalisert ved Haukland. Vi presenterte Helse Bergen sin strategi, innsatsområder og organisasjonskartet. Vi så også nærmere på utvalgte regnskapsposter.

Vi introduserte også hvordan organisering og finansiering av det norske helsesystemet er lagt opp. Her er innsatsstyrt finansiering (ISF) og DRG-systemet to viktige elementer. Selv om en benytter DRG-systemet i Norge nevner Opstad (2003, s. 157) at det inneholder en rekke svakheter.

Å forstå finansierings- og organiseringsstrukturen i de avdelingene som inngår i vår studie er helt avgjørende fordi det utgjør utgangspunktet for våre videre analyser. Det er derfor bevisst beskrevet ved flere anledninger i kapitlet. Vi kommer tilbake til en lengre diskusjon av dagens løsning senere i utredningen.

Avslutningsvis så vi på ventetid og fristbrudd for Helse Bergen og andre utvalgte norske helseforetak. Helse Bergen lå i 2017 over det nasjonale gjennomsnittet både for ventetid og fristbrudd, men har ligget under gjennomsnittet for ventetid fem av de siste seks årene.

I neste kapittel presenterer vi våre metodiske valg.

4. METODE

I dette kapitlet beskrives våre metodiske valg. I følge Jacobsen (2005, s. 17) handler forskningsmetode i all hovedsak om systematikk. Vi vil i denne delen av utredningene beskrive forskningsdesignet, datainnsamlingsmetode, utvalgsprosedyrer, selve gjennomføringen av datainnsamlingen og analysere kvaliteten i datamaterialet vi har samlet inn. I tillegg presenterer vi de etiske sidene ved studien.

4.1 Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode

Ved valg av metodisk tilnærming er skillet mellom kvalitativ og kvantitativ metode viktig siden det er to forskjellige retninger innen forskningsmetode (Johannesen m.fl., 2011, s. 31).

I utgangspunktet er det viktig at gjennomføringen av forskningsopplegget ikke påvirker objektene en har valgt å undersøke. Derfor bør man ha avstand til de objektene som deltar i forskningen, selv om det kan lede til at man mister viktig informasjon. I følge Hellevik (1999, s. 13) er kvantitativ metode godt egnet når man skal samle inn store mengder av data, og når man har til hensikt å generalisere for å kunne si noe om en populasjon. Dette støttes av Johannessen, Tufte og Kristoffersen (2011, s. 32). Det kan karakteriseres som en deduktiv forskningsmetode som har til hensikt å ta utgangspunkt i et godt etablert teoretisk fundament, og teste dette empirisk (Saunders m.fl., 2016, s. 168).

Kvalitativ metode vil ikke kunne generaliseres ut fra, men derimot gi en dyp innsikt i fenomenet og problemstillingen som man ønsker å undersøke. Denne metoden er ofte brukt når problemstillingen er litt uklar og ikke godt forstått fra tidligere forskning (Jacobsen 2005, s. 131). Med utgangspunkt i denne utredningen, hvor temaet ikke var godt forstått og en måtte gå nærmere objektene for å skaffe en dypere innsikt i problemstillingen, var kvalitativ metode det mest hensiktsmessig metodevalg. I tillegg til å kunne gå i dybden på det man undersøker er metoden også fleksibel siden man kan grave dypere i utsagn under intervjuene. At metoden er fleksibel var en fordel for oss fordi vi utarbeidet forslag til internprismodeller som vi deretter evaluerte. Det krevde oppfølgingsspørsmål. Kvalitativ fremgangsmåte er en induktiv

metode som tar utgangspunkt i empiri for å kunne bygge et rikere teoretisk perspektiv enn den allerede eksisterende teorien.

I noen tilfeller kan en blanding av kvalitativ og kvantitativ data være hensiktsmessig for å etablere et bedre svar på problemstillingen. Metodetriangulering, som det kalles, kan eksempelvis benytte kvantitativ data for å gi en bedre innsikt eller forståelse for de kvalitative dataene (Johannessen m.fl., 2011 s. 33). Vi har benyttet kvantitative strykningsdata fra Helse Bergen for å velge ut hvilke avdelinger vi ønsket å intervju, med andre ord en form for metodetriangulering.

4.2 Forskningsdesign

Problemstillingen i utredningen legger rammene for hvordan prosessen bør gjennomføres. Forskningsdesign handler om å etablere en generell plan for hvordan man ønsker å gå frem for å svare på problemstillingen (Saunders m.fl., 2016, s. 163).

Hovedsakelig skiller man mellom eksplorerende, deskriptiv eller forklarende design – hvilket blir bestemt ut fra hvilken type problemstilling man har valgt. Utredningen vår er forholdsvis ustrukturert, åpen og kompleks. Vi har analysert en reell situasjon i et offentlig foretak. Det fremstår som et eksplorerende problem. Dermed er eksplorerende design mest hensiktsmessig. Vi har dykket dypere inn i hvordan man potensielt kan løse Haukeland sine insentivutfordringer mellom ulike ansvarsenheter ved hjelp av internprising, og gått empirisk til verks for å kunne etablere et rikere teoretisk fundament. Hensikten var å undersøke og videreutvikle problemstillingen, samt etablere et nytt syn på virkeligheten som man i dag har lite kunnskap om (Saunders m.fl., 2016, s. 175; Johannesen m.fl., 2005, s. 59) – et typisk eksplorerende problem. Samtidig benyttet vi eksisterende internpristeori for å utarbeide en internprismodell som vi har testet empirisk. Det er en typisk deduktiv metodisk tilnærming som hører til et forklarende design.

For å besvare problemstillingen gjennomførte vi en case-studie, og hentet data fra flere caser hvor internprising potensielt kunne løst insentivutfordringen mellom KSK og de kliniske enhetene. Vi har derfor en fler-case-studie på et reduksjonistisk analysenivå (Saunders m.fl.,

2016, s. 214). Det er motsatt av en holistisk case studie som analyserer organisasjonen som helhet. Formålet med å analysere flere caser er ikke for å skaffe mer datamateriale, men for å sammenligne de ulike casene.

Casestudier blir som regel gjennomført med kvalitative metoder som er hensiktsmessig når en skal analysere en kompleks og reell situasjon som ikke har blitt analysert på detaljnivå tidligere (Yin, 2014, s. 17). I tillegg benyttet vi kvantitative data for å identifisere hvilke ansvarsenheter vi bør undersøker nærmere.

Videre vil vi beskrive hvordan vi har innhentet, analysert og tolket dataen vi har samlet inn.

4.3 Innsamling av kvalitative data

Studien tar utgangspunkt i kvalitative data for å besvare forskningsspørsmålene og problemstillingen. Vårt forskningsdesign la til rette for en kvalitativ tilnærming hvor dybdeintervjuer er den mest egnede datainnsamlingsmetoden. Vi har med en slik tilnærming muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål der det trengs. Slik etablerer vi et godt datagrunnlag for hva alternative internprismodeller burde inneholde. Dybdeintervjuer ga oss mulighet til en bedre diskusjon rundt alternative internprismodeller. På denne måten kom vi dypt inn i problemstillingen.

Våre konklusjoner kan påvirke arbeidshverdagen til intervjuobjektene. Derfor var det en fare for subjektive svar og forsøk på å bedre sin egen situasjon. Likevel fremsto alle intervjuobjektene som objektive i gjennomføringen av intervjuene. Siden utredningen er ønsket internt, er det rimelig å anta et reliabelt datagrunnlag.

Utvalgsprosedyrer

Hvordan man velger intervjuobjekter er en vesentlig del av en kvalitativ studie. Vi vil derfor i følgende del av utredningen forklare vår utvalgsstrategi og -størrelse, og hvordan vi kom i kontakt med personene vi har intervjuet.

Utvalgsstrategi

Det finnes flere strategier for valg av informanter. En avgjørende del av den metodiske tilnærmingen er å skaffe riktige informanter fordi det har stor betydning for om man skaffer riktig data for å svare på problemstillingen (Johannesen, m.fl., 2005, s. 109).

Vi var avhengig av å komme i kontakt med personer som evnet å se den helhetlige styringen av klinikkene og som har direkte samarbeid med den kirurgiske serviceklinikk (KSK). Vi benyttet derfor et strategisk utvalg. Etter dialog med økonomi- og finansdirektøren og en analytiker ved Haukeland, kontaktet vi klinikkdirektører som ble sagt å kunne ha en interesse av temaet. Disse ble dermed betraktet som potensielle gode kilder til data. Vi kom i kontakt med tre ulike klinikkdirektører, inkludert klinikkdirektøren ved KSK. I tillegg benyttet vi data av operasjonsstrykninger for å avdekke om det var noen avdelinger som hadde unormalt høy strykningsprosent. Her fant vi vår siste klinikkdirektør som var egnet som informant.

I tillegg kontaktet vi personer i sentrale posisjoner ved universitetssykehus i andre deler av landet for å skaffe oss et bredere datagrunnlag, og for å se om problemstillingen var særegen for Haukeland. Disse respondentene ble valgt ut på bakgrunn av en rapport fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), som evaluerte organisering av operasjons- og insentivklinikken i Norge (Andersen, 2017).

For å kunne bevare anonymiteten til respondentene velger vi kun å henwise til hvilket sykehus de kommer fra. Personer i sentrale administrative stillinger har fått benevnelsen «sentral posisjon». De fire klinikkdirektørene vi har intervjuet har blitt nummerert fra en til fire for å ikke kunne gjenkjennes på navn eller hvilke avdelinger de kommer fra. I tabell 4-1 på neste side er en oversikt over alle de gjennomførte intervjuene.

Intervjuobjekt	Sykehus	Stilling	Dato	Varighet
Intervjuobjekt 1	Haukeland Universitetssykehus	Sentral posisjon 1	07.02.2018	45 min
Intervjuobjekt 2	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 1	12.02.2018	30 min
Intervjuobjekt 3	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 2	13.02.2018	68 min
Intervjuobjekt 4	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 3	05.03.2018	35 min
Intervjuobjekt 5	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 4	06.03.2018	43 min
Intervjuobjekt 6	St. Olavs Hospital	Overlege 1	08.03.2018	15 min
Intervjuobjekt 7	Stavanger Universitetssykehus (SUS)	Sentral posisjon 2	09.03.2018	10 min
Intervjuobjekt 8	Stavanger Universitetssykehus (SUS)	Overlege 2	09.03.2018	15 min
Intervjuobjekt 9	Akershus Universitetssykehus (Ahus)	Sentral posisjon 3	12.03.2018	22 min
Intervjuobjekt 10	Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)	Sentral posisjon 4	19.03.2018	Svar på mail
Intervjuobjekt 2 – intervjurunde 2	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 1	20.03.2018	67 min

Intervjuobjekt 3 – intervjurunde 2	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 2	21.03.2018	30 min
Intervjuobjekt 4 – Intervjurunde 2	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 3	10.04.2018	50 min
Intervjuobjekt 5 – Intervjurunde 2	Haukeland Universitetssykehus	Klinikkdirektør 4	20.03.2018	33 min

Tabell 4-1: Intervjuobjekter

Utvalgsstørrelse

Det er få retningslinjer for hvor mange intervjuer som bør gjennomføres når man benytter kvalitative studier. Det er ofte vanskelig å bestemme antall intervjuer i forkant av selve prosessen. I utgangspunktet burde man gjennomføre intervjuer til det ikke lenger fremkommer ny informasjon – også kalt grenseverdien av intervjuene (Johannesen m.fl., 2005, s. 106). Ettersom våre informanter har ulike vinklinger på problemstillingen kom det ofte nye betraktninger og syn på problemstillingen. Slik fikk vi flere innholdsrike funn. I telefonintervjuene med intervjuobjektene fra andre sykehusene kom det og frem ny informasjon knyttet til organiseringen av ansvarsnettene, men oppfatningene av internprismodeller var tilsvarende de ved Haukeland.

Rekruttering og instruksjer

I selve rekrutteringen av informanter, er det viktig at alle objektene mottar lik informasjon. Det vil gi alle et likt utgangspunkt og samme forståelse av temaet og problemstillingen i studien (Johannesen, m.fl., 2005, s. 116). Respondentene våre er personer som befinner seg i ledende stillinger i Helse Bergen. Derfor samarbeidet vi med en analytiker i Helse Bergen for å få innpass hos de ønskede intervjuobjektene. Intervjuobjektene ble først kontaktet av

analytikeren, før vi sendte dem en personlig e-post med beskrivelse av utredningen, prosessen og hva som var forventet av dem (se vedlegg 2).

4.4 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervju

En intervjuguide fungerer som et rammeverk for gjennomføringen av intervjuene (Saunders m.fl., 2016, s. 417). I tillegg sørger det for konsistens mellom de ulike intervjuene. Vår intervjuguide ble utviklet på bakgrunn av det teoretiske fundamentet i utredningen. De relevante temaene er knyttet til organisering, finansiering og internprising av deres enhet i sammenheng med leveransen av KSK sine tjenester. Ved å benytte åpne spørsmål, sørget vi for å ikke lede intervjuobjektet i en retning. På den måten er vi en bidragsyter til et mangfoldig resultatgrunnlag.

Intervjuene ble gjennomført av to intervjuere og ett intervjuobjekt, på kontoret til intervjuobjektet. Det ble gjort både for enkelhets skyld, men også for å ivareta den uformelle tonen. Vi ønsket at objektet ikke skulle oppleve press eller få en følelse av at vi var ute etter å finne feil i dagens prosesser. Det kunne eventuelt medført kunstige svar og at vi ble utsatt for «konteksteffekten» (Jacobsen, 2005, s. 147).

Selve intervjuene var gjennomført på en semi-strukturert måte. Vi fulgte rammen og gjennomgikk de samme temaene i alle intervjuene. Denne måten gav oss en fleksibilitet til å stille oppfølgingsspørsmål for å skaffe mer informasjon der hvor det kunne gi et rikere datagrunnlag eller der hvor intervjuobjektet var utydelig.

For å kunne gjengi korrekt informasjon og forenkle datainnhentingsprosessen, fikk vi tillatelse til å ta lydopptak av intervjuene. Vi kunne med det fokusere mer på selve intervjuet og stille de riktige spørsmålene for å skaffe et best mulig datagrunnlag.

Analyse og tolkning av kvalitative data

Før vi analyserte våre innsamlede data, ble de transkribert ordrett. Senere justerte vi for muntlig språk. Gjennom et dybdeintervju får man tilgang til hvordan objektene reagerer og fremstår under de ulike spørsmålene (Saunders m.fl., 2016, s. 572). Ettersom vi tok opp lydopptakene, hadde vi dermed kapasitet til å ta det med i våre betraktninger. Ved å transkribere umiddelbart etter hvert intervju fikk vi mest mulig ut av datainnhenting.

Etter å ha transkribert all datamaterialet er det viktig å gjøre seg kjent med datamaterialet som er samlet inn (Saunders m.fl., 2016, s. 580). Fordi vi begge var til stede under alle intervjuene, hadde vi en god forståelse for hva som var samlet inn. Vi startet likevel prosessen med å få oversikt over dataen ved å klassifisere dem i ulike koder.

Koding av data handler om å redusere datamengden og finne frem til relevant informasjon for å svare på våre forskningsspørsmål og problemstillinger. Vi valgte å merke utsagn fra datamaterialet i ulike fargekoder for å klassifisere hvilket forskningsspørsmål utsagnet dreide seg om. På denne måten fant en frem til kjernen i det relevante datagrunnlaget. Det reduserte datamaterialet gjorde det lettere å besvare hvert enkelt forskningsspørsmål.

4.5 Evaluering av kvalitative undersøkelser

For å styrke studiens troverdighet og etablere en forståelse for hva man kan konkludere med, er det viktig å analysere utredningens metodiske prosess. Det handler om å avdekke svakheter og styrker i prosessen. Vi vil nå analysere utredningens reliabilitet, validitet og objektivitet.

Reliabilitet

I følge Brinkmann & Kvale (2009, s. 250) handler reliabilitet om resultatenes konsistens og troverdighet. Med andre ord om man hadde fått samme svar om man gjennomførte intervjuene på et annet tidspunkt eller dersom noen andre gjennomførte de.

Vi var opptatt av å systematisere utredningen på en god måte og sørge for at all informasjon ble behandlet objektivt uten å tolke resultat på egenhånd. Gjennom dybdeintervjuer har man muligheter til å oppklare uklarheter gjennom oppfølgingsspørsmål. Ved å gjennomføre to intervjuer med de mest sentrale intervjuobjektene økte vi troverdigheten ved at vi hadde mulighet til å undersøke om det var konsistens i hva som blir sagt. Uklarheter eller misforståelser i første runde kunne rettes opp i neste intervjurunde.

En intervjusituasjon kan gjøre at objektene tilbakeholder svar av ulike årsaker (Saunders m.fl., 2016, s. 572). En svakhet ved reliabiliteten i denne studien er klinikkdirektørens potensielle frykt for at våre resultater skal endre deres egen arbeidssituasjon. En organisatorisk eller finansiell endring av enhetene vil kunne ha store konsekvenser for dem. Derfor vil de potensielt forme svarene sine etter hva som gagnar dem og deres avdeling. Vi var opptatt av å informere tydelig om at vi *ikke* kom for å finne feil i dagens løsning, eller var leid inn for å fremme endringer. Vi poengterte tydelig at det er en masterutredning som skal belyse en problemstilling.

Vi hadde på forhånd planlagt hvordan vi skulle gjennomføre intervjuene og transkriberingen. Gjennom innledende samtaler med Helse Bergen hadde vi etablert oss en god forståelse av organisasjonen. Det ga en mer stødig gjennomføring og fjernet usikkerhet, hvilket gjorde at vi klarte å holde intervjuobjektene konsentrert og til stede gjennom hele prosessen.

Validitet

Validitet handler om studiens gyldighet og om fremgangsmåtene og funnene reflekterer studiens formål (Johannesen m.fl., 2011, s. 73). Når man skal analysere en studie sin validitet, skiller man gjerne mellom tre ulike typer; begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet.

Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet handler om vi faktisk måler det vi ønsker å måle. Spørsmålene må formuleres slik at vi får svar på det vi ønsker (Johannesen m.fl., 2011, s. 244). For å sørge for at man får høyest mulig begrepsvaliditet bør en hente data fra flere ulike kilder. En fordel er gjerne å be om skriftlig informasjon i situasjoner hvor det kan være med på å bekrefte og utdype

informantenes utsagn. For å skaffe oss et best mulig datagrunnlag var vi i dialog med ulike klinikkdirektører fra ulike avdelinger. I tillegg intervjuet vi personer i andre sentrale posisjoner i Helse Bergen, og ved andre sykehus. Det ga oss en god helhetlig forståelse av problemstillingen og et solid datagrunnlag. I tillegg ga flere av klinikkdirektørene oss innsikt i interne analyser, med grafiske fremstillinger som belyste sentrale elementer i studien vår.

Bredden i respondentene og tilgang til ulike typer data gjør at begrepsvaliditeten i studien antas å være høy. Vi har på best mulig måte forsøkt å unngå metodefeil på grunnlag av informant-observatør-relasjonen, hvilket dreier seg om systematiske feil i innhenting, analyse og fortolkningen av data (Johannesen m.fl., 2011, s. 244). Det ble hovedsakelig gjort ved å behandle alle informanter på samme måte gjennom en systematisk og godt planlagt prosess.

Intern validitet

I følge Saunders m.fl. (2016, s. 181) handler intern validitet om hvorvidt man kan etablere en forståelse mellom variablene som måles. Når man kan vise, statistisk sett, at et sett av spørsmål kan bli assosiert med et utfall, har man oppnådd intern validitet. Dette er ikke styrken til kvalitative undersøkelser, ettersom man ikke kan oppfylle kravene til kausalitet. Studien vår er eksplorerende og har til hensikt å analysere og videreutvikle kunnskap om en problemstilling i en reell sammenheng. Vi ser ikke etter en direkte årsakssammenheng mellom variablene. Derimot ønsker vi å etablere ny innsikt i en reell problemstilling.

Det er likevel grep man kan gjennomføre i dataanalysen for å sørge for å ivareta intern validitet så godt det lar seg gjøre. I prosessen har vi vært opptatt av å se etter mønstre i dataen og presentere forklaringer. Vi har belyst og adressert motstridende forklaringer for å avdekke svakheter i utsagnene. Målet er best mulig gyldighet, til tross for svakhetene i den valgte metoden. I følge Lincoln og Guba (1985, sitert i Johannesen m.fl., 2011, s. 247) vil vedvarende observasjon av en teknikk øke sannsynligheten for å etablere troverdige resultater. For å skille mellom relevant og mindre relevant informasjon må man bruke tid på å bli kjent med konteksten. Ettersom vi allerede høsten 2016 var i kontakt med Helse Bergen for å etablere en forståelse for problemstillingen og samle data om strykningene, har vi etablert en forståelse for konteksten over tid – hvilket styrker studiens interne validitet.

Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om studies funn kan generaliseres til andre relevante settinger eller til hele populasjonen (Saunders m.fl., 2016, s. 204). Grunnet kvalitative studiers lave utvalgsstørrelse, blir mulighetene for å generalisere begrenset. Kvalitative studier kan likevel, ifølge Buchanan (2012, sitert i Saunders m.fl. 2016, s. 205), i noen tilfeller generalisere til andre lignende settinger. Likevel snakker man i kvalitativ forskning heller om overføring av kunnskap i stedet for generalisering (Johannesen m.fl., 2011, s. 248).

I vår studie er ikke hensikten å generalisere til andre sykehus eller å løse problemet på et nasjonalt nivå. Vi analyserer insentivutfordringen mellom to aktuelle ansvarsenheter ved Haukeland. Likevel kan det tenkes at noen av funnene i denne undersøkelsen kan være overførbare til andre universitetssykehus i Norge.

Objektivitet

I følge Johannesen m.fl. (2005, s. 34) dreier objektivitet seg først og fremst om at man fokuserer på kjernen i fenomenet fremfor å ta i bruk subjektive antakelser. Objektiviteten blir altså overholdt ved at forskeren ikke bare er saklig og upartisk, men stiller seg kritisk til sin egen studie. Vi har selv utviklet modeller som brukes i analysene, slik at det er lett å bli partisk og få subjektive meninger om hvilke modeller som passer best. Intervjuene og datainnhentingene kan bli formet av det. Modellene vi har utarbeidet er av ulik kompleksitet, men vi har sørget for at alle modellene har fått den nødvendige forklaringen for å unngå misforståelser. På denne måten fikk vi bevart objektiviteten. Transkriberingen av intervjuene skjedde ordrett for å forhindre for mye tolkning av det som blir sagt. Vi har heller ingen tilknytning til hverken organisasjonen eller menneskene som ble intervjuet – hvilket kan styrke vår evne til å se utredningen fra et nøytralt synspunkt.

4.6 Ethiske vurderinger

Ethiske problemstillinger oppstår gjerne i forskningsmessig sammenheng når en har direkte påvirkning på de som deltar, særlig i forbindelse med selve datainnhenting, men også gjennom presentasjonen av datainnhenting og resultatene (Johannesen m.fl., 2011, s. 93).

Resultatene fra studien kan ha direkte innvirkning på arbeidshverdagen til de som deltar. Det var derfor sentralt å etablere samtykke om deltakelse med de aktuelle intervjuobjektene i forkant. Vi kontaktet alle intervjuobjektene først over mail. Der presiserte vi hva studien omfatter, hva som kreves av dem og hva de kan forvente seg av selve datainnhenting og presentasjonen av funnene i etterkant. Personopplysningsloven stiller krav til å ha samtykke dersom de kan identifiseres i undersøkelsen (Johannesen m.fl., 2011, s. 100). Til tross for at våre informanter ikke kan gjenkjennes på navn, men heller refereres til som «intervjuobjekt X», valgte vi likevel å etablere samtykke i forkant. Slik etablerte vi en ryddig prosess fra starten av, samt tillit mellom informantene og oss som forskere. Det kan ha sørget for en sterkere gyldighet av studien som helhet.

All informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner er taushetsbelagt (Johannesen m.fl., 2011, s. 100). Vi var tydelige på å få frem at vi hadde taushetsplikt og at all informasjon som ble samlet inn ikke kom til å være sitert med deres navn. Dette fremsto ikke som et problem siden alle informantene var tydelige i sine meninger, og at de har hatt diskusjoner om lignende temaer internt i organisasjonen tidligere.

4.7 Bruk av kvantitativ data

Vi benytter et kvantitativt datamateriale fra Helse Bergen som sekundærdata for å støtte opp under vår primærdata. Datamateriale ble hentet ut fra controller-avdelingen ved Haukeland, hvor vi fikk tilgang til sykehusets strykingsdata⁵ fra 2017. Dette ga oss et innblikk i hva som var årsaken til strykningene i organisasjonen og hvilke avdelinger strykningene kunne

⁵ Strykingsdata er oversikt over operasjonsstrykninger. Alle strykningene kategorisert etter måned, årsak til strykning, kliniske enhet som bestiller operasjoner og underavdeling fra kirurgisk serviceklinikk som deltar.

adresseres til. Vi fikk med det en bedre forståelse for problemstillingen, samtidig som det fungerte som et utgangspunkt for hvem vi kunne kontakte for å komme i kontakt med informanter hvor utfordringen var størst.

Datamaterialet ga oss innsikt i hvor stort potensiale en bedre insentivløsning faktisk kunne ha på organisasjonens strykninger, sammenlignet med andre løsninger som ville løst andre strykningsårsaker.

Sammen med en analytiker i Helse Bergen gjennomgikk vi og sykehusets interne styringssystem – ORBIT. ORBIT er Helse Bergens operasjonsplanleggingssystem og rapporteringssystem. Slik etablerte vi en forståelse for hvilken informasjon de hadde tilgjengelig og hvordan tallene var brutt ned på pasient- og avdelingsnivå.

4.8 Oppsummering metode

I dette kapitlet har vi gjennomgått og begrunnet de metodiske valgene som er tatt. Fordi vi vil gå dypt i en problemstilling, passer kvalitative forskningsmetode best. Utredningen er forholdsvis ustrukturert, åpen og kompleks. Vi valgte derfor et eksploderende forskningsdesign.

Vi var tidlig i dialog med Helse Bergen, og etablerte et godt samarbeid fra starten. Gjennom innledende samtaler med personer ved sykehuset ble vi enige om hvilke personer som egnet seg som intervjuobjekter. I tillegg kontaktet vi personer i andre norske sykehus. Disse personene ble valgt på bakgrunn av en rapport som hadde diskuterte organisering av operasjons- og insentivklinikker i Norge.

Selve intervjuprosessen ble nøye planlagt før vi gikk i gang. Vi sendte ut en introduksjon til alle intervjuobjektene på mail, og gjennomførte intervjuene på en semi-strukturert måte. Det ga oss nødvendig fleksibilitet. Resultatene fra intervjuene ble transkribert ordrett og kodet for å få frem den mest relevante informasjonen.

Det finnes naturligvis utfordringer med både reliabiliteten, validiteten og objektiviteten i utredningen. Vi har likevel lagt til rette for å ivareta dette så godt som mulig gjennom hele prosessen for å styrke studiens troverdighet og pålitelighet.

De etiske aspektene ved utredningen og intervjuobjektene anonymitet ble nøye behandlet for å sikre at alt gikk riktig for seg.

I resterende del av utredningen vil vi nå ta i bruk det som er gjennomgått i teori-, kontekst- og metodekapittelet for å besvare problemstillingen og våre tre forskningsspørsmål.

5. EMPIRI: VALG AV ORGANISERING- OG FINANSIERINGSLØSNING

I dette kapitlet vil vår første av to empirideler presenteres. Før det vil vi først introdusere strukturen i resterende del av oppgaven. I tillegg vil vi se nærmere på en oversikt over operasjonsstrykninger i Helse Bergen for 2017.

5.1 Empiri- og analyseprosessen

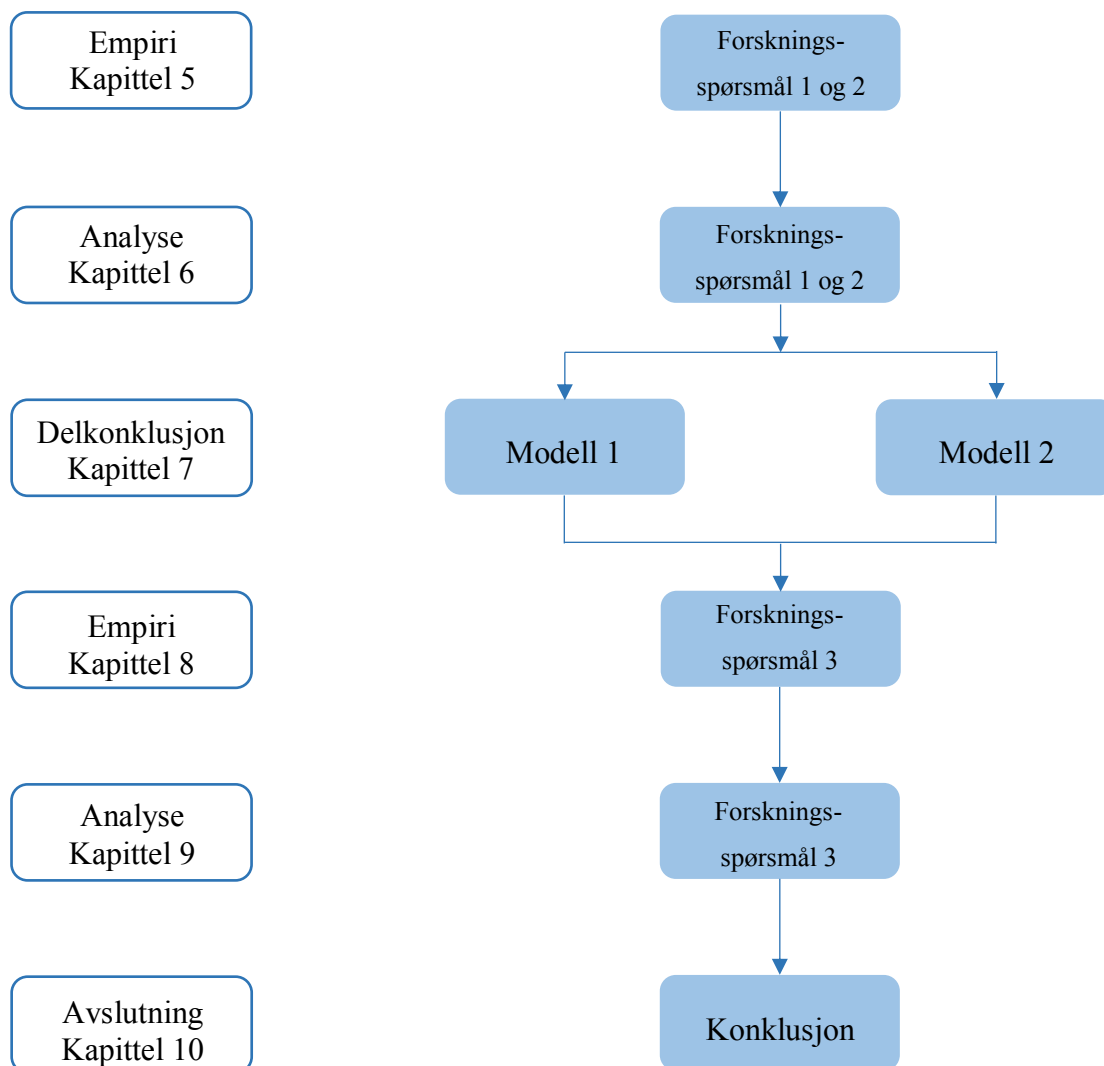
Gjennom kvalitative intervjuprosesser har vi først kartlagt dagens organisering og interne finansiering av de relevante ansvarsenheterne i Helse Bergen. Med det som utgangspunkt har vi utviklet ulike internprismodeller og analysert hvilken effekt de relevante modellene kan ha for klinikkene. Strukturen er lagt opp til å besvare våre tre forskningsspørsmål, som er:

1. *Hvordan kan KSK organiseres for å skape mer sammenfallende insentiver med de kliniske enhetene?*
2. *Hvilke internprismetoder er mest attraktive og kan skape insentiver til å øke aktivitet og redusere antall styrkninger?*
3. *Hvordan kan de alternative internprismodellene fungere, sammenlignet med dagens modell?*

Utredningen består av to deler med empiri og analyse. I kapittel 5 ønsker vi å finne ut hvilken organiserings- og finansieringsmetode som er mest hensiktsmessig. Her besvares forskningsspørsmål 1 og 2. Vi snakket med klinikkdirektører i Helse Bergen og personer fra andre sykehus i Norge. Vårt empiriske materiale analyseres i lys av teori i kapittel 6. I kapittel 7 presenteres de to potensielle modeller for internprising.

Modellene danner utgangspunktet for neste empiriske del, hvor modellene ble presentert og diskutert med klinikkdirektørene. Vi presenterer i kapittel 8 våre empiriske funn, mens kapittel 9 analyserer funnene og besvarer forskningsspørsmål 3. Avslutningsvis presenteres våre konklusjoner i kapittel 10.

Oppbygningen av empiri- og analysedelen er illustrert i figur 5-1.



Figur 5-1: Empiri- og analyseprosess

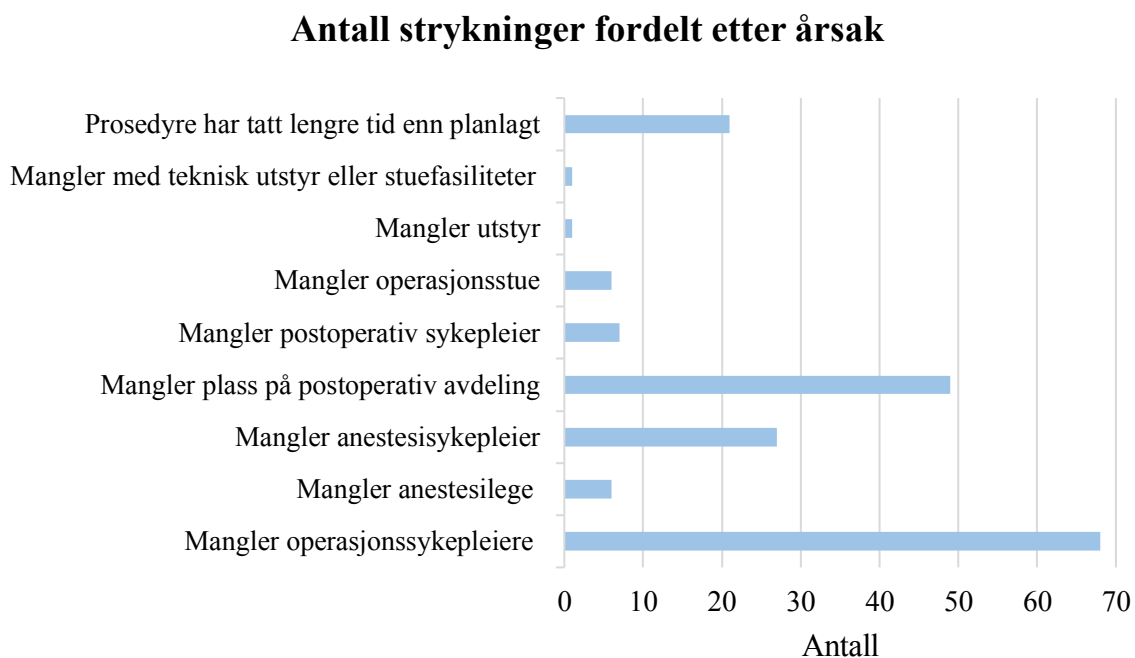
I forkant av første empiridel ser vi nå nærmere på strykningsdata, som er en oversikt over kansellerte operasjoner. Vi har delvis benyttet disse dataene for å avgjøre hvilke kliniske avdelinger som burde være en del av vårt utvalg.

5.2 Strykningsdata

Det var totalt 1 206 operasjonsstrykninger ved Haukeland i 2017. Operasjonsstrykninger er kansellerte operasjoner som skjer etter klokken 16:00 dagen før operasjonen. At strykningene skjer etter 16:00 betyr at de ofte ikke kan erstattes med andre operasjoner og er derfor mer kritiske.

186 av disse (15,4%) karakteriseres som «relevante» i tilknytning til vår utredning. I samarbeid med en analytiker i Helse Bergen, kom vi frem til at de var relevante fordi strykningen skyldes en årsak som kan være påvirkbar gjennom økonomiske tiltak. Internprising kan være et slikt tiltak og bidra til å redusere de «relevante» strykningene.

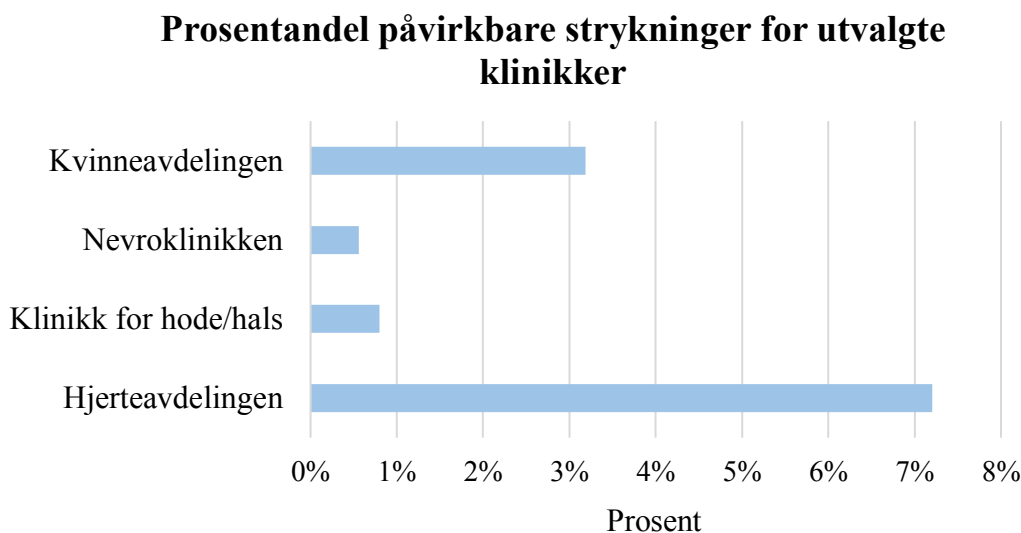
I graf 5-1 har vi fordelt de 186 strykningene etter de ulike årsaker.



Graf 5-1: Operasjonsstrykninger fordelt etter årsak (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen)

Det er hovedsakelig to årsaker som skiller seg ut. Mangel på operasjonssykepleiere står for over 35% av strykningene, mens mangel på plass på postoperativ avdeling utgjør 25%.

For å sette størrelsesomfanget i perspektiv fikk vi tilgang til planlagte operasjoner som utgjorde 11 856. Antall strykninger sett i forhold til planlagte operasjoner for noe utvalgte kliniske avdelinger vises i graf 5-2.



Graf 5-2: Prosentandel påvirkbare strykninger (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen)

Kvinneklirikken (KK) ble valgt som intervjuobjekt på grunn av høy strykningsprosent. KK ble valgt foran hjerteravdelingen fordi sistnevnte hadde urealistisk høye strykninger på grunn av dobbeltbooking av operasjonsstuer for å holde reserveoperasjoner til uforutsette hendelser. Dobbeltbookingen ga ingen praktiske konsekvenser, bortsett fra misvisende strykningsdata.

Klinikk for hode/hals og Nevroklinikken fremsto som attraktive intervjuobjekter siden de tidligere har gitt uttrykk til ledelsen for at de var interessert i temaet. Selv om avdelingene har lav strykningsandel, er alle strykninger kritiske fordi en strykning betyr at en pasient ikke får sin operasjon til avtalt tidspunkt. De tre klinikkene sto for omtrent en fjerdedel av de totale operasjonene i 2017 (3 249 operasjoner).

I dette delkapittelet har vi nå presentert strykningsdata for Haukeland for 2017. Vår studie vil fokusere på 15,4% av strykningene. Basert på strykningsdataene valgte vi et av våre intervjuobjekter, mens de to andre kliniske avdelingene ble valgt på grunn av de hadde uttrykk

interesse for temaet. I tillegg er kirurgisk serviceklinikk (KSK) en del av studien. I neste del av utredningen presenteres vår første empiriske del.

5.3 Organisering og finansiering av kirurgisk serviceklinikk

For å besvare vår problemstilling utarbeidet vi i delkapittel 2.8 tre forskningsspørsmål. De to første spørsmålene tar for seg hvilken organisering- og finansieringsmetode som legger best grunnlag for mer sammenfallende insentiver mellom de kliniske avdelingene og KSK. Det siste forskningsspørsmålet diskuterer de foreslåtte modellene opp mot dagens modell. I de innledende intervjuene med Helse Bergen og telefonintervjuene med andre norske sykehus har vi fokusert på de to første spørsmålene.

I denne delen av utredningen vil vi presentere relevant empiri fra de innledende intervjurundene knyttet til forskningsspørsmål 1:

Hvordan kan KSK organiseres for å skape mer sammenfallende insentiver med de kliniske enhetene?

Forskningsspørsmål 1 er delt inn i fem funn. Funn én og to evaluerer svakheter og manglende transparens med dagens system. Funn tre tar for seg hvordan klinikkdirktørene ønsker å eie eget operasjonspersonell. Funn fire og fem ser på hvordan KSK kan bli aktivitetsfinansiert gjennom internpriser.

Funn 1: Det er avdekket svakheter med organiseringen av KSK

Kirurgisk serviceklinikk er organisert som et utgiftssenter og får hvert år et kostnadsbudsjett de må holde seg innenfor. Budsjettet var på 985 millioner kroner i 2017 og skal dekke alle deres aktiviteter. Et slikt rammebudsjett skal gi insentiver til å holde kostnadene lave og legger ikke til rette for å prioritere økt aktivitet siden det kan medføre at den tildelte rammen må dekke flere aktiviteter. En slik måte å organisere KSK på skaper reaksjoner blant ledere ved avdelinger som er avhengig av deres tjenester.

Klinikkdirektør 1: «Jeg synes ikke det fungerer så veldig bra (dagens organisering). Jeg synes, og jeg har foreslått det mange ganger, at en bør jobbe med en modell som i større grad harmoniserer de aktivitetssvingningene vi ser.»

KSK har ingen inntektsside å ta hensyn til. Deres fokus er å levere tjenester innenfor sin ramme, mest mulig effektivt. Etersom operasjonstjenestene som leveres fra Haukeland er et samspill mellom KSK og de kliniske avdelingene, fremstår det som en utfordring at avdelingene ikke har de samme økonomiske vilkår og betingelser.

Sentral posisjon 1: «De har ingen mulighet for å påvirke inntektene sine. Om de gjør mer eller mindre, får de likevel akkurat det samme. For dem lønner det seg å kutte kostnader og ikke levere det de skal, men da er det jo de kliniske enhetene som får merke det.»

I tillegg til kostnadsbudsjettet, skal KSK forholde seg til samarbeidsavtaler med alle de kliniske enhetene. Samarbeidsavtalene lages årlig ved at de kliniske avdelingene melder inn til ledelsen hvordan de ser for seg at det neste året vil se ut. Sykehusledelsen og klinikkdirektørene har deretter en prosess hvor det fordeles operasjonskapasitet mellom avdelingene. Så lenge samarbeidsavtalen følges får de kliniske enhetene inntekten de har budsjettet med. Problemerk oppstår i de tilfellene hvor samarbeidsavtalen ikke holdes.

Klinikkdirektør 2: «Dersom det skjer at KSK ikke kan levere de antall timer som de har lovet, eller som vi har skrevet samarbeidsavtale om, kan vi ikke gjennomføre det antall operasjoner på operasjonsstuen vi har planlagt. Dermed blir pasienten strøket og vi mister inntekt.»

På spørsmål om det skjer ofte at samarbeidsavtalen ikke opprettholdes av KSK, svarte samme klinikkdirektør følgende:

Klinikkdirektør 2: «Ja, det skjer egentlig ganske ofte. Vi hadde et veldig dårlig år i 2016. Da fikk vi nesten hele året kun 2 timer (operasjonstid), de dagene hvor vi skulle ha 3 timer. 2017 var noe bedre, men likevel var det en del dager hvor vi bare fikk 2 timer i stedet for 3 timer.»

Rammebudsjett gir fleksibilitet for kirurgisk serviceklinikk med tanke på hvordan de ønsker å løse sine utfordringer. Det gir også insentiver til å forvalte rammen på en måte som skaper best mulig nytte for sykehuset som helhet. KSK mener selv at det har oppstått en misoppfatning om at de utnytter sine økonomiske insentiver til å stryke operasjoner.

Klinikkdirektør 4: «Det å hele tiden prøve å få mer ut av det du har er positivt med rammefinansiering. [...] Det kan være like stort insentiv for forbedring innenfor en ramme. [...] Men det er jo klart at vi hele tiden kjemper mot den misoppfatningen om at vi kikker på vårt eget budsjett og at det lønner seg for oss å stryke, men det har vel historien vist at det gjør vi ikke.»

Det er en uenighet mellom de kliniske avdelingene og kirurgisk serviceklinikk om de økonomiske insentivene til å stryke operasjonene faktisk blir utnyttet i KSK eller ikke. Likevel viser strykingsdata i delkapittel 5.2 at det oppstår strykninger på grunn av mangel på personell fra KSK.

Problemet fremstår derfor som at dagens modell legger grunnlaget for at opportunistisk atferd kan forekomme, ikke om det faktisk skjer. I flere av utsagnene blir det beskrevet hva modellen legger til rette for, ikke hva som faktisk skjer.

Klinikkdirektør 3: «Hvis vi ser at vi har behov for å få gjennom en operasjon på tampen av dagen kan det godt hende at den strykes klokken 2, men jeg har kirurger som jobber til halv 4. Så er det jo fare for at man kan gå litt over tiden. Da er det veldig lett å stryke fra KSK sin side fordi de prioriterer annerledes, eller fordi de ser at dersom de går ut med overtid så vil de gå over sitt budsjett. Vi hadde tjent på at vi fikk igjennom vår operasjon. Det vil være gunstig for oss, men for dem vil det ikke være gunstig fordi de går ut over rammen sin, utover budsjettet sitt. Totalt sett vil det jo være gunstig (å ikke stryke), for da hadde den personen blitt operert fremfor å bli strøket.»

Klinikkdirektør 2: «For dem (KSK) betyr det ikke noe at vi stryker tre pasienter fordi vi fikk bare to timer i stedet for tre (som avtalt i samarbeidsplanen). Så det er bare det at de ser på

sin egen bunnlinje. Slipper de å ta inn vikarer, det vil si da slipper de å dekke de (kostnadene), altså de slipper å få røde tall hos seg selv.»

At modellene er bygget opp slik, virker likevel å føre til et opplevd problem hos noen av de kliniske avdelingene siden det hindrer full utnyttelse av operasjonskapasiteten.

Klinikkdirektør 1: «Det er en gjenganger at man i KSK gruer seg til å sette inngrep klokken 12 fordi det er en risiko for at man ikke kan hente ungene klokken tre i barnehagen. Det er en evig konflikt. Kirurgene er helt ville og vil operere hele tiden. De står gjerne lengre, mens operasjonssykepleierne skal hjem.»

Om organiseringen av ansvarsenheter er en årsak til strykningene eller ikke, virker ikke å være avgjørende. Systemet burde ikke kunne legge til rette for at noen har insentiver om å stryke en operasjon.

Klinikkdirektør 1: «Jeg synes hvert fall det er veldig viktig tema å jobbe med, akkurat dette. Det er noe som har gått igjen år etter år. Vi er veldig opptatt av dette. [...] Til sjuende sist så handler det om at man kommer i situasjoner hvor pasienter gruer seg til veldig skummelt inngrep, hvor de eksempelvis skal fjerne en svulst inntil hjernen. De faster og forbereder seg mentalt. Så viser det seg at du må avlyse inngrepet. Og så skjer det to ganger, og i verste fall skjer det tre ganger med samme pasient. Vi kan ikke være bekjent av det. Vi er nødt til å organisere oss sånn at vi leverer et tilbud som vi kan være bekjent av.»

Andre sykehus i Norge virker å ha flere av de samme utfordringene med sine kirurgiske støtteenheter. De antatte årsakene virker å være lignende de som oppleves på Haukeland.

Overlege 2: «Vår frustrasjon går mye på evnen til å strekke seg. Typisk hvis man er ferdig med en operasjon klokken ett og skal begynne på den siste operasjonen. Da går vi gjerne litt overtid, eller skal vi bare si at «det går ikke» og slutte å operere klokken ett, selv om vi har operasjonstid til klokken tre. Vi har jo av og til en følelse av at de (kirurgisk støtteklinikk) ikke bryr seg.»

Funn 1 avdekker at flere av klinikkdirektørene mener at dagens organisering gjør at en opplever flere uønskede episoder. Det oppstår en kamp fra de kliniske enhetene om å få KSK til å strekke seg lengst mulig utenfor sitt budsjett, uten at de har insentiver til det.

Funn 2: Dagens system virker å mangle transparens

En annen svakhet med dagens organisering er at de kliniske avdelingene føler de ikke har tilstrekkelig innsyn i hvordan kirurgisk serviceklinikk drives. Avdelingenes forståelse for hverandres prioriteringer av de finansielle midlene er fraværende.

Klinikkdirektør 3: «Vi betaler på en måte en skatt, og noe av skatten går til KSK og noe går til andre ting i sykehuset. Men hvor mye som kommer fra vår klinikk og hvor mye kommer fra andre klinikker vet vi ikke. Det er sånn vi ikke vet med dagens modell. Vi vet ikke hvor mye jeg bidrar med i forhold til andre klinikker.»

Funn 1 belyser at det er en uenighet mellom avdelingene knyttet til om KSK stryker operasjoner på feil grunnlag eller ikke. KSK hevder at det *ikke* er tilfelle. Dette vitner om manglende transparens og forståelse mellom avdelingene.

Gjensidig misforståelse for hvordan de respektive avdelingene prioriterer virker å være utgangspunktet for utfordringen.

Klinikkdirektør 1: «Jeg vet ikke hvordan de prioriterer. Tradisjonelt sett har det (holdningen) vært at «det har du ikke noen med». Man kommer ikke å spør meg hvordan jeg driver klinikken så lenge jeg driver denne innenfor rammen her. Vi kan ikke forbeholde oss retten til å ikke gi innsyn til hvordan vi prioriterer.»

Prioriteringsdebatten er utforende i et sykehus siden det ikke er lett å sette én pasient før en annen. I Norge har i tillegg alle krav på behandling. Det er vanskelig for de kliniske avdelingene å forstå hele bildet fordi de driftes selvstendig. I tillegg trenger de ikke å ta hensyn eller valg som har implikasjoner for andre deler av virksomheten. KSK har derimot oversikt over alle klinikkene de har leveranser til og dermed en annen posisjon i prioriteringsdebatten. Det er et ønske fra deres side om en bedre forståelse for deres posisjon og ansvar når prioriteringer tas.

Klinikkdirektør 4: «Jeg hadde egentlig hatt ønske om kanskje litt friere prioriteringsdebatter enn det som er i dag. Det pleier å bli sånn at det er vi som må foreslå hva som skal prioriteres og hva som skal prioriteres ned, fordi det er bare vi som ser alle.»

I funn 2 har vi sett at dagens organisering skaper en debatt rundt prioriteringer og hvordan de økonomiske midlene fordeles. Så lenge avdelingen drives økonomisk forsvarlig kan ingen andre kreve innsyn. Det er fra flere hold et ønske om mer forståelse av hverandres drift.

Funn 3: Klinikkdirktørene vil eie operasjonspersonell

De foregående funnene har avdekket at dagens løsning har flere svakheter. Et alternativ er å benytte en modell hvor de kliniske avdelingene eier sitt eget operasjonspersonell, hvor effekten blir at man får mer kontroll over sine egne ansatte. En slik modell har blitt brukt i Helse Bergen før. Kirurgene var fornøyd med denne løsningen fordi de følte de hadde mer kontroll over støttepersonellet. Løsningen var imidlertid dyr og ble derfor fjernet. Selv om det fortsatt er et ønske om en slik modell, er det forståelse for hvorfor den ikke er veldig aktuell.

Klinikkdirktør 1: «Det er sånn som kirurgene har lyst til, men samtidig er Norge et lite land så det blir jo en mer sårbar modell med små enheter og helt sikkert en dyrere måte å drive på.»

Dagens løsning har sine klare fordeler – eksempelvis får man større fleksibilitet på tvers av avdelingene og man klarer å beholde et felles fagmiljø. Likevel er det fortsatt et ønske om å ta i bruk den eldre modellen fordi man unngår en prioriteringsdebatt om hvilke behandlinger som skal prioriteres på tvers av avdelingene

Klinikkdirktør 2: «(Med dagens løsning) tror jeg nok at vi opplever mye større fleksibilitet med tanke på å få gjennom programmet, og at det fører til større fleksibilitet ettersom man kan bruke personellet på tvers.»

Klinikkdirktør 3: «En av grunnene til at det ikke er sånn er noe med fagmiljøet. Anestesi-leger og sykepleiere må ha et felles fagmiljø. [...] Sett fra mitt ståsted kunne jeg godt tenkt å eie de. Da er det ikke sånn at de plutselig må løp på noe som brenner mer enn mitt. Da er de her og her skal de jobbe.»

St. Olavs hospital benytter en mellomordning hvor operasjonssykepleierne er organisert i den kliniske avdelingen, mens anestesi og insentivmedisin er organisert sammen. Akershus Universitetssykehus har operasjonssykepleiere og anestesipersonell i to individuelle avdelinger. Universitetssykehus Nord-Norge har på sin side anestesileger i en avdeling, mens

operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere er i en annen avdeling. En beste praksis i organisering av operasjonsstøttepersonell er med andre ord vanskelig å finne. At de kliniske avdelingene skal eie det kirurgiske støttepersonellet har blitt diskutert i andre sykehus, men møtt motstand.

Overlege 2: «Diskusjonen var hvorvidt om man skal ha de kliniske avdelingene som en felles klinikk med anestesi. Om vi da får en bedre anestesiavdeling, enn hvis de er organisert i to forskjellige klinikker? Ganske mange fra kirurgisk side tror at hvis de hadde vært i den samme klinikken så ville man hatt bedre styring over dem (støttepersonellet). Anestesiavdelingen vil derimot stort sett aldri være sammen med kirurgene. Hvert fall ville de ikke det i Tromsø, og det vil de heller ikke her.»

I funn 3 har vi sett nærmere på å organisere det kirurgiske støttepersonellet sammen med kliniske enhetene. Kirurgene kunne ønske seg en slik organisering, men det er blitt nevnt en del ulemper med å organisere slik. For det første er det en dyrere løsning. I tillegg taper man fleksibiliteten ved at personellet er ansatt i en bestemt avdeling. Til slutt påpekes det at fagmiljøet kan svekkes og potensielt skape intern misnøye hos det kirurgiske støttepersonellet.

Funn 4: Delvis aktivitetsfinansiering av KSK er ønskelig

De kliniske avdelingene mener at KSK i dag mangler insentiver til å påta seg ekstra operasjoner. I funn 1 kommer det frem at det er episoder hvor KSK ikke ønsker å sette inngrep som kan risikere at en må jobbe overtid. I andre sykehus har en samme misnøye med at det kirurgiske støttepersonellet ikke er villige til å strekke seg. En løsning som er foreslått er å gjøre KSK mer avhengig av de aktivitetsbaserte inntektene sykehuset mottar for operasjoner.

Klinikkdirektør 2: «Jeg tror at hvis de kanskje føler at inntekten hos dem var mye avhengig av det de klarer å levere, så kan det godt være at de har større interesse for å sikre at deres program kommer gjennom.»

Til tross for bred enighet blant klinikkdirektørene i utsagnet over, driver KSK mange ulike aktiviteter som kan være vanskelig å aktivitetsfinansiere som sykehusberedskap og ambulansetjenestene.

Klinikkdirektør 4: «Vi dekker alt som har med operasjonsstuedrift å gjøre, men ikke selve kirurgen. Vi har de postoperative seksjonene, intensiv, hvert fall de skarpeste intensivavdelingene, ambulansetjenester, luftambulanse og AMK⁶. Og så har vi sterilforsyningskjeden og i tillegg en ekspertklinikk.»

Lignende tema har vært til diskusjon ved andre norske sykehus. Alternativet er å delvis innføre aktivitetsfinansieringen, men bevare en del av rammen. Modellen som utarbeides hevdes å bli komplisert uansett hvordan det løses.

Sentral posisjon 3: «Det som er vanskeligere å innsatsfinansiere er all beredskapen som finnes til enhver tid. Altså om vi ikke opererer en eneste person en dag, så betyr ikke det at vi kan sende alle anestesipersonene hjem. [...] Det er så mye arbeid og mange småting man gjør som er vanskelig å innsatsfinansiere. [...] Man kunne jo rammefinansiert halvparten og innsatsstyrt resten, slik at man får beredskapen som ramme og resten innsatsstyrt. Det kunne jo vært en modell, men selv det, så er problemstillingene i disse stuene så differensierte at det sannelig ikke er så enkelt å lage et enkelt system på det.»

Selv om det ikke er enkelt å lage et system, er det bred enighet om at dagens modell burde endres. En eventuell ny modell for kirurgisk serviceklinikk bør i større grad være tilpasset til kliniske avdelingene. Modellen må også ta hensyn til at KSK har aktiviteter som må dekkes av rammebudsjettet.

Klinikkdirektør 1: «Med tanke på KSK, har vi tatt opp et forslag i økonomimiljøet om å lage en ny modell. For variasjonen i aktiviteten hos oss bør føre til variasjon i inntjening hos kirurgisk serviceklinikk.»

Til tross for det, hevdes det at en ramme kan gi like store insentiver til forbedring fordi man vil forsøke å drive ressursene innenfor rammen best mulig for å utnytte ressursene sine optimalt.

Klinikkdirektør 4: «Min tro på økonomiske insentiver er nok mindre enn de var fordi fordelene med ramme er at det gir et annet insentiv. Man vil forsøke å hele tiden få mer ut av det du har. Det kan derfor være like stort insentiv for forbedring innenfor en ramme.»

⁶ Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

I funn 4 sier flere av intervjuobjektene at de ønsker å aktivitetsfinansiere KSK, men at det er ingen enkel oppgave. KSK har mange aktiviteter som er vanskelige å aktivitetsfinansiere. En må derfor bevare rammefinansiering til en viss grad.

Funn 5: Internpriser kan gi mer sammenfallende insentiver

Ettersom kirurgisk serviceklinikk og de kliniske avdelingene er finansiert ulikt, står de ikke overfor de samme utfordringene. KSK sine handlinger kan ha negative konsekvenser for de kliniske enhetene og sykehuset som helhet, uten at det har innvirkning på dem selv. Det gjør at samarbeidet mellom avdelingene blir utfordrende.

Klinikkdirektør 2: «Jeg tenker det vil være bra for samarbeidet med KSK dersom vi hadde noen av de samme utfordringene å forholde seg til. At de er rammefinansiert og vi er innsatsstyrtfinansiert, tror jeg gir oss litt problemer i forhold til hvordan vi driver på.»

Utfordringen er ikke direkte knyttet til at driften av kirurgisk serviceklinikk ikke er god, men at avdelingen ikke har noe forhold til inntekten som kommer inn. De kliniske avdelingene kan derfor få mindre aktivitetsbasert inntekt på grunn av deres avhengighet til KSK. Med andre ord bestemmer KSK om de kliniske avdelingene skal få inntekten sin, eller ikke. Et utgiftssenter tar dermed beslutningene på vegne av resultatsenteret.

Klinikkdirektør 3: «KSK leverer de tjenestene vi er avhengig av. Jeg er helt avhengig av at KSK har en god drift. De er ikke avhengig om det er en pasient som går igjennom en diagnose som de får betalt for. De kjører det samme uansett, mens dersom vi mister et visst antall pasienter en måned risikerer jeg at det går rett på inntekten løs.»

Internpriser har blitt foreslått for å redusere problemet. Da vil de kliniske avdelingene betale et konkret beløp til KSK, samtidig som de vet hva de får levert. I tillegg vil det gi avdelingene de samme finansieringsutfordringene.

Klinikkdirektør 3: «Jeg synes det er en god idé at vi bidrar med et mer konkret beløp. Hva er det vi betaler for den tjenesten og hva er det vi får levert. Hva koster vår tjeneste av det vi får levert. Det er ikke godt å vite, men det er en stor pott.»

Denne måten å aktivitetsfinansiere kirurgisk serviceklinikk på blir ansett å være grunnlaget for en potensiell modell som kan sørge for at insentivene mellom avdelingene blir mer sammenfallende.

Klinikkdirektør 2: «Jeg tror kanskje at det kunne gitt oss mer effektiv drift på den måten at KSK kanskje også vil føle at det er hensiktsmessig å være fleksible. De vil bli sett på, på samme måte som vi andre blir sett på (med aktivitetsbasert finansiering).»

På spørsmål om de kliniske avdelingene bruker for mye av KSK sine tjenester grunnet at de ikke blir belastet, svarer klinikkdirektør 4 følgende:

Klinikkdirektør 4: «Ja, sånn er det alltid, men det lever vi med.»

Innføring av internprising blir mottatt med usikkerhet. Årsaken er at det er usikkert om internpris som styringsmekanisme i sykehus faktisk vil fungere.

Klinikkdirektør 1: «Jeg må være ærlig å si at jeg ble litt skeptisk til internprising. [...] En ting er å bygge opp en forståelse nedenfra som går på at man har detaljkunnskap om hva de forskjellige innsatsfaktorene koster, det er greit for å bygge ut et totalbilde. Men å bryte det ned igjen og bruke det aktivt som en styringsmekanisme er jeg litt i stuss på i en så kompleks virksomhet som sykehus. Men jeg er helt klar på at dagens modell ikke er god.»

Dette støttes av klinikkdirektør 4, som hevder at internpriser ikke vil gi de ønskede effektene.

Klinikkdirektør 4: «Jeg har ingen tro på at mine ansatte sier ja til en time overtid for å ta en pasient til for at, hva skal man si, hensyn til bunnlinja i KSK.»

Funn 5 indikerer at internpriser kan vært et alternativ for å gi mer sammenfallende insentiver. Avdelingene vil da stå ovenfor de samme utfordringene. Det kan gi mer effektiv drift, men fordi sykehus er en kompleks virksomhet hevdes det også at internpriser ikke egner seg som et styringsverktøy.

Oppsummering: Hva sier intervjuobjektene om KSK sin organisering og finansiering?

I tabell 5-1 er klinikkdirektørenes utsagn samlet og kategorisert ut fra om de er enig, delvis enig eller uenig i hvert av funnene. I modellen presenteres også utdrag fra noen av utsagnene for å vise hva informantene sa.

Oppsummert hevder flere av klinikkdirektørene at dagens system ikke er optimal. Organiseringen gir ikke KSK et forhold til virksomhetens inntekter, og i tillegg er systemet for lite transparent. Tidligere har de kliniske enhetene eid operasjonspersonellet. Det er også et ønske av klinikkdirektørene i dag, selv om de sier at løsningen kanskje ikke er hensiktsmessig for sykehuset som helhet. Et alternativ er å delvis aktivitetsfinansiere KSK. Det kan gjøres ved å benytte internpriser.

Hva som bør kjennetegne en eventuell internprismetode, og hvilke metoder som kan være hensiktsmessige å bruke mellom avdelingene ved Haukeland vil vi diskutere i neste delkapittel.

	Klinikkdirektør 1	Klinikkdirektør 2	Klinikkdirektør 3	Klinikkdirektør 4
Funn 1: Det er avdekket svakheter med organiseringen av KSK	<i>Jeg synes ikke dagens organisering fungerer så bra</i>	<i>Vi får ikke gjennomført alle planlagte operasjoner</i>	<i>For dem vil det ikke være gunstig (å øke aktiviteten) for da går de utover rammen sin</i>	<i>Vi stryker ikke operasjoner på grunn av budsjett-overskridelser</i>
Funn 2: Dagens system virker å mangle transparens	<i>Jeg vet ikke hvordan de prioriterer</i>		<i>Vi vet ikke hvor mye vi bidrar med i forhold til andre klinikker</i>	<i>Jeg ønsker en friere prioriterings-debatt</i>

Funn 3: Klinikk- direktørene vil eie operasjons- personell	<i>Kirurgene ønsker å eie operasjonspersonellet.</i>	<i>Dagens løsning gir en bedre fleksibilitet på tvers av avdelingene</i>	<i>Anestesileger og sykepleiere bør ha et felles fagmiljø, men jeg kunne tenke meg å «eie» de</i>	
Funn 4: Delvis aktivitets- finansiering av KSK er ønskelig	<i>Aktiviteten hos oss bør føre til variasjon i inntjening hos KSK</i>	<i>KSK vil få større interesse for å få programmet gjennom</i>	<i>Hvorfor skal det være sånn at når KSK stryker så er det ikke der det slår inn i tallene deres?</i>	<i>Jeg tror det er like store insentiver for forbedring ved å bare bruke et rammebudsjett</i>
Funn 5: Internpriser kan gi mer sammenfallende insentiver	<i>Å bruke det som en styringsmekanisme er jeg usikker på om vil fungere i en så kompleks virksomhet</i>	<i>KSK vil kunne føle det hensiktsmessig å være mer fleksible med internprising</i>	<i>Jeg synes det er en god idé at de bidrar med et konkret beløp</i>	<i>Jeg har ingen tro på at mine ansatte sier ja til en time overtid for å ta en pasient til for at, hva skal man si, ta hensyn til bunmlinja i KSK</i>

	Enig i funn
	Delvis enig i funn
	Uenig i funn

Tabell 5-1: Oppsummering av de empiriske funnene i forhold til forskningsspørsmål 1 (Kilde: Egenutviklet)

5.4 Internprismetoder

I de innledende intervjuene la vi også vekt på å forstå hva som var viktig å vurdere for klinikkdirektørene når en skal utarbeide alternative internprismodeller. Det ga oss innsikt i sentrale betraktninger som må tas hensyn til.

Vi vil i denne delen presentere relevant empiri til forskningsspørsmål 2:

Hvilke internprismetoder er mest attraktive og kan skape insentiv til å øke aktivitet og redusere antall strykninger?

Disse betraktningene legger grunnlaget for modellene som presenteres i kapittel 7.

Forskningsspørsmål 2 er delt inn i fire funn. De to første funnene ser på hva en internpris bør baseres på, mens de to neste evaluerer konsekvensene av internprising.

Funn 6: Internprisene kan baseres på kostnadene i en operasjon

Markedsbaserte priser er ansett å være det beste utgangspunktet for internpriser, i de tilfellene de finnes et marked for tjenesten eller varen. I norske sykehus har man ikke sammenlignbare eksterne markeder. På spørsmål om markedsbaserte priser kan utelukkes som grunnlag for internpriser, fikk vi følgende svar:

Sentral posisjon 1: «Ja, på en del tjenester. Spesielt de som er veldig integrerte i andre virksomheter i sykehuset.»

Operasjonstjenester er et eksempel på det, siden flere avdelinger jobber sammen i samme tjenesteleveranse. Internprising kan derimot baseres på det som ligger til grunn og det som er driveren av kostnaden. KSK og de kliniske avdelingene sitt operasjonelle samarbeid foregår i operasjonsstuene. Derfor bør man forstå hva som driver de ulike kostnadene i operasjonsstuene.

Klinikkdirektør 3: «Da må man gjøre en kalkulasjon på hva en operasjonsstue koster å drifte i den tiden den skal driftes.»

Det finnes også andre metoder å sette prisene på. Med forhandlingsbaserte priser hevdes det at man mister helhetsperspektiv. I tillegg skiller det seg fra den overordnede modellen som legger grunnlaget for kostnadene og prisene.

Klinikkdirektør 1: «Hvis jeg skulle gå inn i en forhandling med en annen enhet om i hvilken grad de skal levere tjenester, ser jeg for meg at man veldig fort mister helhetsperspektiv.

Man ødelegger på en måte den overordnede modellen.»

Sentralt satte priser kan bevare helhetsperspektivet. Selv om prisene settes sentralt bør de beregnes og ta utgangspunkt i noe konkret for å holde dem objektive.

Sentral posisjon 1: «Du må jo likevel undersøke og beregne prisene. Det må være basert på et eller annet.»

Det er i tråd med et internt dokument fra 2007 som sier at det mest hensiktsmessige prisprinsippet for KSK sine tjenester er kostnadsbaserte priser. Alternativet er en modifisert kostnadsbasert løsning hvor man fordeler ISF-inntekten som normalt tilfaller de kliniske enhetene basert på en prosentsats. Det gir KSK en andel av den aktivitetsbaserte inntekten til sykehuset.

Klinikkdirektør 3: «Det med å få en prosentandel av inntjeningen vi har på pasientene. Det tror jeg nok ville slå gunstig ut. [...] Jeg ville tenkt at det er naturlig å bruke den ISF-inntekten. Det kan være naturlig å tenke at en viss prosent av denne inntekten kunne gå til KSK, men at vi fikk en del av rammen (til KSK). [...] ISF på en større operasjon er jo et mye høyere tall.»

Funn 6 avdekker at ansatte i sykehuset sier at markedsbaserte priser ikke kan brukes fordi de fleste operasjoner ikke har eksternt marked. Samtidig sier de at forhandlingsbaserte priser kan gjøre at en mister helhetsperspektivet, mens sentralt satte priser vil kreve at en undersøker og beregner prisene først. Det hevdes at kostnadene må ta utgangspunkt i noe konkret som kan relateres til operasjonene. I 2007 argumenterte også Helse Bergen for at kostnadsbaserte priser var det mest egnede prisprinsippet for internprising i KSK (Helse Bergen, 2007).

Funn 7: Personalkostnad driver operasjonskostnadene og utstyrskostnad øker ved økt operasjonskompleksitet

Dersom internprisen skal baseres på kostnadene i en operasjon, er kostnadsdriveren viktig å identifisere. På spørsmål om hva som driver operasjonskostnadene ved Haukeland, fikk vi følgende svar:

Klinikkdirektør 4: «Det er jo både tid og kompleksitet som spiller inn (på kostnadene).»

Tid har innvirkning på lønnskostnadene i en operasjon, mens kompleksiteten har betydning for hvilket utstyr som må brukes. I dag beregnes operasjonskostnadene ved å benytte gjennomsnittlig operasjonstid og standard bemanning. I tillegg legges utstyrskostnadene til.

Klinikkdirektør 4: «Vi kan få snitt-tid utfra ORBIT, som er planleggingssystemet vårt. Så har vi standard bemanning som vi regner ut ifra. Så tar vi kontakt for å høre hva som omtrent brukes av utstyr. Ut ifra det får vi en rimelig presis kostnad på operasjonene.»

Standard bemanning er:

Klinikkdirektør 4: «Det er 1,5 anestesisykepleiere, 2,5 operasjonssykepleiere, 1 assistent avhengig av liggetid og kompleksitet, 0,5-1 postoperativ sykepleier, avhenger også av det samme. 0,5-1 anestesilege.»

På spørsmål om hvilke kostnader som øker i en mer kompleks operasjon, ble følgende svart:

Klinikkdirektør 4: «Utstyrskostnadene. Vi har jo akkurat regnet ut at roboter, sammenlignet med åpen operasjon koster 10 000 kroner mer per inngrep for kreftoperasjoner. [...] Vi eier standardutstyr i en standard operasjonsstue, men det som er spesifikt for det kirurgiske fagfeltet er det de opererende enheter som eier.»

KSK eier alt standardisert utstyr. Spesialisert utstyr eies derimot av de kliniske enhetene. Siden utstyrskostnadene belastes sentralt, trenger de ikke å tas høyde for i den interne prisingen. Bemanningsressursene er dermed hoved-driveren av hva det koster å gjennomføre en operasjon.

Klinikkdirektør 3: «En ting er jo bemanningen for hva som kreves for å drifte en operasjonsstue. [...] Det vil jo være ulikt på ulike fag, fordi noen operasjoner er mer

ressurskrevende. Og så spørs det hvilket nivå av personell vi skal legge oss på. Hvordan skal man legge seg i forhold til personellet som skal bemanne den stuen og hvor lenge skal den stuen være bemannet med tanke på hva man skal betale.»

I funn 7 har vi sett nærmere på kostnader i operasjoner. I delkapittel 3.6 så vi at Helse Bergens største kostnadspost var lønn og andre personalkostnader som utgjorde 67%. Det bekreftes av «sentral posisjon 1», som sier at omtrent 70% av kostnadene i sykehuset er personalkostnader. Beregningen av kostnadene i en operasjon tar utgangspunkt i standard bemanning og legger til utstyrs-kostnader.

Funn 8: Intern handel kan gi økte kostnader – modellen bør derfor være enkel å utarbeide og vedlikeholde

Intervjuobjektene har vært særlig opptatt av at en internprismodell ikke må være fordyrende. Kostnadene med å utvikle og vedlikeholde den, må altså ikke overstige nytteverdien den gir. Internpriser ved bruk av ABC på kirurgisk serviceklinikk sine tjenester ble testet som en skyggemodell i 2007, men ble ikke implementert i full skala. Det ble for dyrt å vedlikeholde systemet og nødvendig oppfølging av systemet ble ikke gjennomført.

Klinikkdirektør 4: «Det var egentlig kirurgene sitt ansvar å holde disse oppdaterte, men det varierer jo, så hvis man skal ha en ABC-analyse på det nivået er man nødt til å ha orden på operasjonskortene. [...] Vi var for tidlig ute. Vi var de eneste i Norge som hadde stålkontroll (på ABC) og det syns alle rundt oss var så slitsomt. Det er jo klart at det er en veldig stor jobb.»

Diskusjonen om internprising i Helse Bergen har foregått i lang tid og de har innført internpriser på flere ikke-medisinske tjenester som i større grad har eksterne marked som internprisene kan baseres på.

Sentral posisjon 1: «Diskusjonen begynte i 2002/2003. Da gjorde vi noen ulike piloter. Så var det greit å få det inn på den drift-tekniske tjenester, som husleie, mat, vaskeri og renhold, og transport. Sånt er jo greit. Når vi kom inn til det som er tettere på pasienten ble det vanskelig.»

Argumentene i andre norske sykehus er sammenfallende med det som oppleves ved Haukeland. Kilder ved Stavanger Universitetssykehus tror innføring av internpriser vil lede til mer byråkrati, økte kostnader og ikke endre bruksadferden.

Sentral posisjon 2: «Vi føler vi ikke har godt nok (kostnads)grunnlag. For en må da få kutt i rammen og heller få internprising. Så det blir kanskje mer byråkrati. [...] Jeg tror det hadde komplisert prosessen å måtte internprise, uten at det ville fått noe effekt på bruken.»

Internpriser kan gi flere negative effekter. Flere av informantene hevder at det kan gi høyere kostnader og mer byråkrati.

Klinikkdirektør 1: «Det er vanskelig her fordi i utgangspunktet tror jeg at internprising her i Helse Bergen, som er et offentlig sykehus, i utgangspunktet bare er en fordyrende, med transaksjonskostnader.»

Sentral posisjon 1: «Det som taler mot (innføring av internpriser) er at det medfører mer byråkrati. Det er så administrativt. Så sier noen at det bare er lekepenger. For sykehuset betyr det jo ingenting.»

Dette støttes videre av andre sykehus som har samme bekymringer knyttet til innføring av internprising.

Sentral posisjon 3: «Jeg tenker vi da må bruke ressurser for å forvalte ordningen. Altså vi må ha ressurser som da faktisk overvåker, regner ut og forvalter en internfakturering. Det blir en del byråkratisering i dette her.»

Derfor er det viktig at innføring av en modell ikke blir for kompleks og leder til mer byråkrati. Av den grunn er det et ønske fra flere hold at en ny modell ikke skal ha for stort detaljfokus.

Klinikkdirektør 2: «Jeg tenker det finnes en grense for hvor mye vi skal gå ned i detaljene.»

Funn 8 poengterer en skepsis til innføring av internpriser. Helse Bergen har hatt dårlig erfaring med tidligere forsøk og frykter at internprising kan lede til mer byråkratisering. Dette støttes av andre sykehus. Derfor bør nye internprismodeller være enkle å drifte og vedlikeholde.

Funn 9: Negative vridningseffekter kan forekomme om intern handel innføres

Ved å innføre internpriser blir avdelingene bevisst på hva de kjøper og hva de mottar. Intervjuobjektene er ikke enige om intern handel vil skape en vridning i kjøpende enhets atferd. Bekymringen knyttes til at prioriteringen av hvilke pasienter som skal behandles kan endres.

Klinikkdirektør 4: «Ja, det er jo egentlig det som er den store bekymringen. Vi er jo omtrent de eneste som ikke trenger å tenke på de pengene, så vi kan ta på oss en litt annen rolle. Vi kan være litt mer kritisk til vridningen, sånn at vi tror at vi kan være korrektive. Nå skal jeg ikke si at alle de andre bare tjener penger, men det er jo en tendens at dersom man skal lage et prosjekt, lager man ikke et prosjekt på noe som ikke lønner seg i alle fall.»

Innføring av internprising kan med andre ord dreie fokuset mot å operere de pasientene som gir sykehuset inntekt, fremfor å velge pasienter på bakgrunn av medisinske kriterier. Internprissystemet bevisstgjør også alle ansvarsenheter på kostnadene sine i større grad, uten at dette har noen innvirkning på den medisinske praksisen selv om modellen legger grunnlaget for det.

Klinikkdirektør 1: «Det skaper jo en bevisstgjøring. Det er klart at det i den graden du må ta ansvar for egne kostnader så tror jeg det har en effekt. Samtidig så ser du noen eksempler på at det er fare for at man får en dreining av medisinsk praksis fordi man vet de økonomiske konsekvensen. Det er jo helt feil.»

Bevisstgjøringen av de økonomiske konsekvenser vil trolig ikke endre valget av pasienter, men kan skape fokus på å unngå strykninger.

Klinikkdirektør 3: «Ikke i utgangspunktet. Vi tenker jo at vi vil booke i utgangspunktet på samme måte. Men jeg håper det ville sitte lengre inne å måtte stryke (for KSK) fordi det gir en økonomisk konsekvens. Jeg tror ikke at det ville endret adferden hos oss.»

I funn 9 kommer det frem at meningene om vridningseffektene som følge av innføring av internpriser er delte. Modellen kan legge til rette for å prioritere pasienter som gir mest inntekt, men om det vil praktiseres er usikkert. Det kan imidlertid skape mer økonomisk bevissthet og redusere operasjonsstrykningene.

Oppsummering: Hva sier intervjuobjektene om alternative internprismetoder?

I tabell 5-2 på neste side er klinikkdirektørens utsagn samlet og kategorisert ut fra om de er enig, delvis enig eller uenig i hvert av funnene. I tabellen presenteres også utdrag fra noen av utsagnene for å vise hva informantene sa. Funnene er basert på all datainnsamling – både fra klinikkdirektørene og intervjuobjektene ved andre sykehus.

Vi har avdekket fire funn i sammenheng med forskningsspørsmål 2. Først avdekket vi at en internpris bør baseres på noe konkret, og at man bør kalkulere hva operasjonsstuenes kostnader er å drifte. Det er hovedsakelig to faktorer som innvirker på kostnadene – tid og kompleksitet.

Intern handel kan resultere i mer byråkrati og økte kostnader. Derfor er det ønskelig å begrense graden av detaljer i utarbeidelsen av prisene.

Negative vridningseffekter ble påpekt som en uønsket effekt av intern handel. Økonomisk bevissthet vil ikke nødvendigvis gi negative vridningseffekter, men noen av intervjuobjektene frykter det. Andre hevder derimot at deres handlinger ikke vil endres.

I neste kapittel kommer analysen av vår første empiridel.

	Funn 6: Internprisene kan baseres på kostnadene i en operasjon	Funn 7: Personalkostnad driver operasjonskostnadene og utstyrskostnad øker ved økt operasjonskompleksitet	Funn 8: Intern handel kan gi økte kostnader	Funn 9: Intern handel kan medføre negative vridningseffekter
Klinikkdirektør 1	<i>Forhandlinger vil kunne ødelegge den overordnede modellen</i>		<i>Det kan bli fordyrende, med økte transaksjonskostnader</i>	<i>Det er fare for at man får en dreining av medisinsk praksis fordi man forstår de økonomiske konsekvensene. Det blir helt feil.</i>
Klinikkdirektør 2			<i>Det finnes en grense for hvor mye man bør gå ned i detaljene</i>	
Klinikkdirektør 3	<i>Man bør gjøre enn kalkulasjon på hva en operasjonsstue koster å drifte</i>	<i>Noen operasjoner er ressurskrevende, så det spørs hvilket personalnivå man skal legge seg på</i>		<i>Ikke i utgangspunktet. Jeg tenker at vi kommer til å booke på samme måte som tidligere.</i>
Klinikkdirektør 4		<i>Tid og kompleksitet spiller inn på kostnadene (i en operasjon)</i>	<i>Vi var for tidlig ute sist vi forsøkte, og det ble for komplisert å drive</i>	<i>Det er jo det som er den store bekymringen</i>
Sentral posisjon 1	<i>Prisene må baseres på noe</i> <i>Internt dokument: Kostnadsbasert pris er et egnet prisprinsipp for</i>	<i>70-80% av kostnadene er personell og tidsbruk</i>	<i>Det medfører byråkrati, det er så administrativt</i>	

	internpriser av KSK sine tjenester			
Sentral posisjon 2 og 3			<p>Sentral posisjon 2: <i>Det blir kanskje mer byråkrati av dette</i></p> <p>Sentral posisjon 3: <i>Jeg tenker vi da må bruke ressurser for å forvalte ordningen</i></p>	

	Enig i funn
	Delvis enig i funn
	Uenig i funn

Tabell 5-2: Oppsummering av de empiriske funnene i forhold til forskningsspørsmål 2 (Kilde: Egenutviklet)

6. ANALYSE: VALG AV ORGANISERING- OG FINANSIERINGSLØSNING

Empirikapittelet påpeker at dagens organisering og finansieringsordning ikke er optimal. Særlig har de kliniske enhetene gitt tydelige signaler om mangler med dagens modell. Kirurgisk serviceklinikk (KSK) er derimot usikker på om det finnes alternativer som er bedre enn modellen en har i dag, og om de vil medføre ønskede endringer.

Vi skal nå analysere den presenterte empirien i lys av teori, våre egne betraktninger og foretakets kontekst. Analysen vil i likhet med første empiridel struktureres etter forskningsspørsmål 1 og 2. Første del omhandler organisering og finansiering av KSK, mens andre del analyserer grunnlaget for internprismodeller.

De potensielle internprismodellene som kommer i kapittel 7 er baserte på diskusjonene her.

6.1 Organisering og finansiering av kirurgisk serviceklinikk

Vi skal nå analysere og besvare vårt forskningsspørsmål 1:

Hvordan kan KSK organiseres for å skape mer sammenfallende insentiver med de kliniske enhetene?

Intervjuene med Haukeland tydeliggjorde at organisering- og finansieringsløsningen til kirurgisk serviceklinikk *ikke* er optimal. Kirurgisk serviceklinikk er organisert som et rammefinansiert utgiftssenter som ikke har et forhold til aktivitetsinntektene. KSK sine insentiver til å øke aktiviteten i perioder hvor det trengs er derfor fraværende. Desentralisering av ansvarsenheter, som er diskutert i kapittel 2.3, skal være effektivitetsfremmende siden det gjør det mulig å ta avgjørelser på lavere nivåer i organisasjonen (Kaplan & Atkinson, 2014). Personene med det beste beslutningsgrunnlaget skal komme nærmere viktige beslutninger (Emmanuel & Mehafdi, 1994; Bhimani m.fl., 2012). Dette fungerer ikke ved Haukeland i dag. Årsaken er at de desentraliserte ansvarsenheterne er avhengige av hverandre, uten å ha de samme insentivene. KSK har makt til å stryke operasjoner, men får ingen økonomiske

konsekvenser av det. De må heller ikke bringe avgjørelsen videre til pasienten siden pasienten eies av de kliniske avdelingene. Selv om desentralisering kan gi økt motivasjon for ledelsen gjennom økt autonomi (Swieringa & Waterhouse, 1982), kan motivasjonen lede til beslutninger i favør deres avdeling – ikke selskapet som helhet (Ronen & McKinney, 1970). Dette er treffende for KSK siden de er organisert som et utgiftssenter og ikke tjener på høyere aktivitet. Sykehuset ønsker derimot så høy aktivitet som mulig. KSK sin motivasjon kan dermed resultere i beslutninger som ikke gagnar organisasjonen som helhet.

Desentraliseringen i seg selv er ikke problemet, men heller *organiseringen* av de relevante ansvarsenheter. Jensen & Meckling (1998) påpeker at et utgiftssenter kan gjøre akkurat så mye eller lite de vil innenfor den gitte rammen. Det påpekes også av klinikkdirektørene ved de kliniske enhetene. Når ledere med flere oppgaver i tillegg vrir handlinger mot det som belønnes (Prendergrast, 1999), kan det ikke forventes at KSK prioriterer økt aktivitet når de er organisert som et utgiftssenter.

Et utgiftssenter kan få høy etterspørsel etter sine tjenester da kjøperne ikke vil bli belastet for det som leveres (Jensen & Meckling, 1998), hvilket er i tråd med hva klinikkdirektør 4 sier. Organiserings- og finansieringsmodellen fungerer derfor ikke ideelt, men leder til overforbruk av ressurser og manglende insentiver for økt aktivitet hos KSK. Insentivutfordringene oppstår fordi modellen ikke stiller krav til KSK sin effektivitet så lenge de driver innenfor sitt rammebudsjett. I et prinsippal-agent-forhold må prinsippalens viktigste aktiviteter være like lønnsomme for agenten for å skape motivasjon for sistnevnte (Bragelien, 2016). Sykehusets viktigste aktiviteter må med andre ord også være like viktig for KSK. Moschandreas (2000) sier at løsningen på slike problemer er å utforme en kontrakt som gir begge sammenfallende interesser og enhetslederen motivasjon til å handle for maksimering av foretakets profitt. *Det* er ikke målsetningen til Helse Bergen. Kontrakten burde derfor utformes for å gi flest mulig pasienter best mulig pasientbehandling – med andre ord øke KSK sine insentiver til å øke aktiviteten uten at det går på bekostning av kvalitet.

Funn 4 indikerte at KSK burde ha noe aktivitetsbasert inntekt. Det vil gi dem mer økonomisk og samfunnsmessig ansvar knyttet til å gjennomføre planlagte operasjoner. Med ansvar for både inntekter og kostnader, vil KSK per definisjon bli omorganisert til et resultatsenter. Alternativet er at de organiseres som i dag – et utgiftssenter, eller et kostnadsenter. Ingen av disse alternativene vil gi KSK et forhold til de aktivitetsbaserte inntektene.

Problemet i dag er sammensatt, og en kan derfor ikke se på kirurgisk serviceklinikk isolert. Det er et sterkt samarbeid mellom KSK og de kliniske enhetene. De kliniske enhetene er organisert som en variant av et resultatsenter. I følge Bragelien (2016) og Hansen & Svendsen (1996) er ideen bak et resultatsenter at en gir beslutningsmyndighet og ansvar til dem som har best forutsetninger og muligheter til å påvirke kostnader og inntekter. I Helse Bergen er det vanskelig å se for seg at de kliniske enhetene oppfyller kravet om kontroll over inntektene. De kliniske enhetene er avhengig av KSK for å få aktivitetsbasert inntekt og det er KSK som sitter på makten over inntektene til de kliniske enhetene. Skal de kliniske enhetene få makt over inntektene bør KSK få et forhold til sykehusets inntjening.

Anthony & Young (2003) nevner fem kriterier som må oppfylles om et ansvarssted kan være et resultatsenter eller ikke:

1. Lederen ved kostnadssenteret skal ha mulighet til å påvirke ansvarsstedets inntekter og utgifter i rimelig grad
2. Lederen ved ansvarsstedet må oppfatte at profitten som skal rapporteres gir et rettmessig inntrykk at den økonomiske situasjonen ved ansvarsstedet
3. Konkurransen internt som kommer som en følge av å være resultatsenter skal ikke få negative konsekvenser for organisasjonen som helhet
4. Det finnes internpriser
5. Fordelen med å ha et resultatsenter må være større enn de økte kostnadene ved å organisere det som et resultatsenter

I Helse Bergen er kriterium fire og fem de mest usikre. I dag finnes det ikke internpriser for operasjonstjenester ved Haukeland. Flere av intervjuobjektene hevder at kostnadene ved systemet vil kunne overstige gevinsten. Det samme blir hevdet av informantene ved andre norske sykehus.

Helse Bergen sin målsetning er ikke å få høyest mulig resultat, men derimot å utnytte de tildelte ressursene for å skape en best mulig helsetjeneste til flest mulig, men samtidig gå i balanse økonomisk. Et «null-resultatsenter» er en organiseringsform som har et mål om å utnytte ressursene best mulig og oppnå høyest mulig verdiskapning, samt et finansielt mål om å gå i balanse (Hansen og Svensen, 1996).

Siden KSK har flere ansvarsområder som krever ulike hensyn bør man fortsatt ha rammefinansieringen for en del av kostnadene deres. Den delen av aktiviteten som utføres i

direkte samhandling med de kliniske enhetene kan derimot aktivitetsfinansieres. De kliniske avdelingene vil betale for tjenestene de mottar, hvilket kan forhindre overforbruk av KSK sine tilgjengelige ressurser. Samtidig får KSK insentiver til økt aktivitet siden deres kostnader dekkes gjennom den interne prisingen av tjenesten. Når virksomheten er organisert som et null-resultatsenter, men deler av kostnadene dekkes av prisingen av tjenestene, kalles det et «modifisert null-resultatsenter» (Hansen & Svendsen, 1996).

Dagens modell mangler transparens. Det leder til asymmetrisk informasjon mellom kirurgisk serviceklinikk og de kliniske enhetene angående dagens kapasitetsutnyttelse (funn 2). I delkapittel 2.1 påpeker Kaplan og Atkinson (2014) at det vil det oppstå asymmetrisk informasjon gjennom moralsk hasard, skjult informasjon og skjulte handlinger i et prinsipal-agent-forhold. Asymmetrisk informasjon argumenteres for å være en del av årsaken til den manglende forståelsen mellom avdelingene. Det kommer av operasjonell avhengighet mellom avdelingene, uten at de trenger å ta hensyn til hverandre finansielt. De finansielle insentivene er ulike og kan danne grunnlaget for opportunistisk atferd.

Som en løsning på den manglende transparensen, og det faktum at støttefunksjonen har andre insentiver enn de kliniske enhetene, vil klinikkdirektørene gjerne eie sitt eget operasjons- og anestesipersonell. Det kan potensielt medføre at de kliniske avdelingene blir mer fleksible til å påta seg flere operasjoner, men fleksibiliteten på tvers av avdelingene og sykehuset som helhet vil derimot reduseres. Kapasiteten vil begrenses til de ressursene hver avdeling får tildelt. En slik modell vil kunne medføre tapte inntekter grunnet dårligere ressursutnyttelse siden de ikke kan jobbe på tvers av avdelingene. Derfor fremstår det som en mindre hensiktsmessig løsning og som et steg tilbake. Å bevare dagens desentralisering skal føre personer med det beste beslutningsgrunnlaget nærmere beslutningene (Emmanuel & Mehafdi, 1994; Bhimani m.fl., 2012) og skal øke lederens motivasjon (Swieringa & Waterhouse, 1982). Motivasjonen bør være i tråd med virksomhetens målsetninger, siden feil motivasjon kan gi maktmisbruk og sub-optimale beslutninger (Ronen & McKinney, 1970).

Bruk av internpriser er et alternativ til å gå tilbake til en modell hvor klinisk avdeling eier operasjonspersonell. Internprisene skal gi hensiktsmessige insentiver for KSK og komme hele organisasjonen til gode (Burns m.fl., 2013; Kaplan & Atkinson, 2014). I tillegg skal intern handel sørge for at man utnytter det man betaler for mest mulig effektivt (Kuntz & Vera, 2005) og hindre unaturlig høy etterspørsel etter KSK sine tjenester.

En felles finansieringsløsning sørger for at KSK får noen av de samme insentivene som de kliniske enhetene (funn 4). Det kan gjøres ved å prise KSK sine tjenester og la de kliniske enhetene betale for ressursene de bruker. I kapittel 2.5 presenteres flere positive konsekvenser med innføring av internpriser i offentlig sektor (Administrasjonsdepartementet, 1994). Internprising kan lede til mer rasjonell ressursbruk og derfor redusere overforbruk, som er en av Haukeland sine utfordringer. Det synliggjør kostnadene som oppstår i en operasjon og øker transparensten mellom de berørte avdelingene.

Administrasjonsdepartementet (1994) nevner også noen utfordringer med internpriser i offentlig sektor. Eksempelvis er det krevende å bestemme hvilke kostnader som skal inngå i prisen. Haukeland er intet unntak. Diskusjonen om hvilke kostnader som skal inngå i internprisen og hva internprisen faktisk skal ta utgangspunkt i, er en utfordring. Dette er særlig utfordrende i helsesektoren på grunn av den manglende markedsprisen.

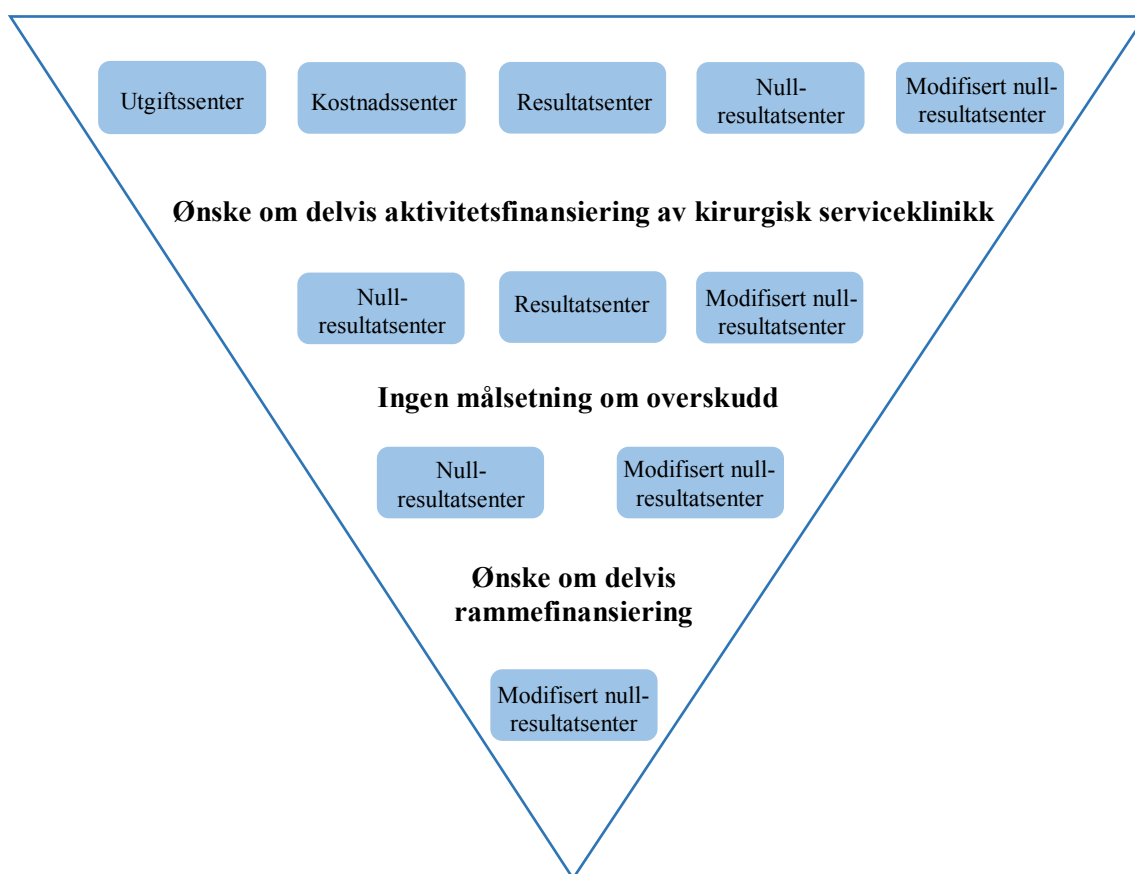
På grunn av flere styringsutfordringer i offentlig sektor, er ikke situasjonen enkel. Offentlige virksomheter mangler konkurranse, har flere prinsipaler og flere oppgaver (Dixit, 2002). Det skaper utfordringer når man skal etablere en insentivordning som skal motivere KSK til å gjennomføre alle sine oppgaver på en hensiktsmessig måte og samtidig forholde seg til prinsipalene sine.

Operasjoner er likevel en sentral oppgave til et sykehus. Mangel på transparensten og sammenfallende insentiver kan løses gjennom en modell hvor de kjøpende enhet bidrar med et konkret beløp til leverende enhet (Jensen & Meckling, 1976; Kaplan & Atkinson, 2014). Ser man det i Helse Bergen sin sammenheng kan de kliniske enhetene bidra med et konkret beløp til KSK for operasjonstjenestene. Det vil kunne redusere overforbruket av KSK sine ressurser og fremme insentivene til å gjennomføre operasjoner. KSK må fortsatt ha et rammebudsjett for de aktivitetene som er vanskelig å aktivtetsfinansiere.

På grunn av ønsket om aktivtetsfinansiering og å beholde rammefinansieringen, samtidig som de ikke har en målsetning om et overskudd, virker et modifisert null-resultatsenter å være den mest hensiktsmessige måten å organisere KSK på.

Oppsummering: Analyse av KSK sin organisering og finansiering

Det er fem måter KSK kan organiseres som en ansvarsenhet på: Som et kostnadssenter, utgiftssenter, resultatsenter, null-resultatsenter eller et modifisert null-resultatsenter. Dersom ønsket er å skape mer sammenfallende insentiver, kan det løses ved å gi dem noen av de samme finansielle rammene. Da bør KSK aktivitetsfinansieres og få et forhold til virksomhetens aktivitetsbaserte inntekter. Det betyr at utgiftssenter og kostnadssenter blir uaktuelle organiseringsmetoder. De gjenværende mulighetene er nå tre former for resultatsenter. Siden KSK ikke har målsetning om overskudd, vil et null-resultatsenter være en hensiktsmessig organisering, og utelukker derfor et rent resultatsenter. Når det videre hevdes at rammefinansieringen bør ivaretas, og at prisingen av tjenestene deres kan dekke *deler* av avdelingens kostnader, virker et modifisert null-resultatsenter å være det mest attraktive alternativet. Dette illustreres i figur 6-1, under. For å finne den mest hensiktsmessige metoden å prise tjenestene på, vil vi i neste del av utredningen analysere de ulike internprismetodene.



Figur 6-1: Valg av organisering for kirurgisk serviceklinikk (Kilde: Egenutviklet)

6.2 Internprismetoder

Vi vil nå analysere og besvare forskningsspørsmål 2:

Hvilke internprismetoder er mest attraktive og kan skape insentiv til å øke aktivitet og redusere antall strykninger?

Funn 6 indikerer at det er mest hensiktsmessig å basere internprisene på kostnadene i en operasjon. Intervjuobjektene hevdet at prisene burde «baseres på noe», altså noe konkret som kan fungere som et fundament for prisene.

Når internpriser skal settes, har offentlig sektor andre hensyn å ta, sammenlignet med privat sektor. Som kapittel 2.5 påpeker, er offentlige virksomheter ikke utsatt for konkurranse og press på markedspriser. Markedsbaserte priser er den anbefalte metoden å bruke (Hirshleifer, 1956; Burns m.fl., 2013), men blir vanskelig å benytte i Helse Bergen. Forhandlingsbaserte eller sentralt satte priser er krevende å benytte fordi det hevdes at man likevel må «basere prisene på noe» og gjerne ta utgangspunkt i kostnader. Forhandlingsbaserte priser kan videre lede til sub-optimale resultater for virksomheten som helhet fordi de «beste» forhandlerne kan få størst fordeler (Kaplan & Atkinson, 2014). I følge en klinikkdirektør kan forhandlingsmakt avgjør og en mister helhetsperspektiv ved bruk av forhandlingsmetoden. Den interne handelen bør derfor ha et konkret utgangspunkt. Derfor anser vi disse tre metodene som mindre aktuelle for Haukeland. Tabell 6-1 på neste side viser de ulike argumentene.

	Hvorfor metoden er mindre aktuell for Haukeland
Markedsbaserte priser	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke et eksternt marked for de fleste operasjonstjenestene
Forhandlingsbasert priser	<ul style="list-style-type: none"> • Mister helhetsperspektivet • Forhandlingsmakt avgjør
Sentralt satte priser	<ul style="list-style-type: none"> • Må uansett ta utgangspunktet i et beregningsgrunnlag

Tabell 6-1: Ulike internprismetoder i Haukelands kontekst (Kilde: Egenutviklet)

Derfor er de ulike kostnadsbaserte metodene mest hensiktsmessig for Haukeland. Det er i tråd med deres egne analyser fra 2007, som indikerte at kostnadsbaserte priser var det beste prisprinsippet å basere internpriser på (Helse Bergen, 2007).

Innledningsvis i delkapittel 2.4 påpekes det at måten internprisen settes på har sterk innvirkning på enhetens resultat og verdier (Young, 1998; Baldeninus & Reichelstein, 1999; Ghosh, 2000; Kuntz & Vera, 2005; Gox & Schiller, 2007). Derfor er det viktig at internprisen er rettfærdig for begge parter for at det skal ha ønsket effekt. En for høy pris vil hemme de kliniske enhetene, men være gunstig for KSK siden de får mer betalt.

I teorien finnes det flere kostnadsbaserte tilnærminger. En av metodene er å bruke variabel enhetskostnad. Metoden gir incentiver til å drive effektivt slik at avdelingen får dekket inn de faste kostnadene gjennom effektiv drift (Hansen & Svendsen, 1996; Simons, 2000). Ettersom de faste kostnadene ikke dekkes, kan det være demotiverende for avdelingen. Alternativt kan avdelingen få dekket de faste kostnadene gjennom en fast ramme, eller tillate at avdelingen går i underskudd tilsvarende deres faste kostnader. Metoden er også ekspansjonsdrivende fordi man undervurderer kostnadene, ved at en har en systematisk tendens til å la være å vurdere alternativkostnaden (Kaplan, 1990; Bjørnenak, 2005). Det kan også argumenteres for at alle kostnader skal inkluderes, for på lang sikt er alle kostnader variable (Heskestad, 2016).

Selvkostmetoden dekker alle kostnadene. Når det ikke eksisterer et eksternt marked, vil selvkost fungere som et estimat på den langsiktige marginalkostnaden (Kaplan & Atkinson, 2014). Siden alle *faktiske* kostnader ved leveransen blir dekket, hindrer det effektiv drift (Arvidsson, 1971; Hansen & Svendsen, 1996). Metoden kan fungere som en proxy for den vanskelig observerbare alternativkostnaden og redusere problemet med feilrapportering i prinsipal-agent-forholdet (Zimmerman, 1979; Bjørnenak, 2005). Det er den mest brukte metoden (Emmanuel & Mehafdi, 1994). Metoden kan baseres på standard kost for å fjerne ulempene med å benytte faktiske kostnader, men standardiserte kostnader er vanskelig å utarbeide i operasjonstjenester i helsesektoren siden operasjonene er så differensierte. Hver pasient krever ulik behandling.

Sub-optimalisering er en utfordring med både bidrag- og selvkostmetoden. Ved at man benytter få antall kostnadsgrupper får man en blanding av mange aktiviteter i samme gruppe. Det gjør det vanskelig å analysere forbruket på en fornuftig måte. Derfor har det oppstått alternative kalkulasjonsmåter.

Et alternativ for å fjerne insentivutfordringene i selvkostmetoden er å benytte en to-delt løsning hvor man setter internprisen lik marginalkostnaden, samtidig som den kliniske enheten betaler en fast avgift til KSK. Det vil gi insentiver til å drive effektivt i aktiviteter som dekkes av den faste avgiften. På den måten kan man presse de faste kostnadene under den faste avgiften og dermed frigjøre midler som kan benyttes til å øke aktiviteten i avdelingen og utnytte ressursene bedre. Den faste avgiften avtales på forhånd ut fra forventet handel (Burns m.fl., 2013). Young (1998) støtter metoden og mener den vil gi leverende avdeling insentiv til å ikke levere unødvendig mye kapasitet og samtidig ikke sette for høye internpriser. Burns m. fl. (2013) hevder dog at den er vanskelig å gjennomføre i praksis.

I funn 6 ble det foreslått å basere en internprismodell på ISF-inntekten de kliniske avdelingene mottar. ISF-inntekten er basert på operasjonens DRG-poeng. Dermed blir inntekten større jo mer kompleks operasjonen er og vil derfor gjenspeile kostnadene. Ved å gi kirurgisk serviceklinikk en andel av ISF-inntektene vil de bli aktivitetsfinansiert, hvilket vil gi dem insentiver til å levere avtalt aktivitet. Om KSK ikke klarer å levere den kapasiteten som er avtalt vil det ha økonomiske konsekvenser for dem. I tillegg er løsningen enkel og skaper ikke mer byråkrati enn dagens modell.

Metoden baseres på DRG-systemet som skal gjenspeile kostnadene i en operasjon, men har noen nevnte svakheter (Opstad, 2003). Systemet baseres blant annet på historiske tall og tar ikke hensyn til kvalitet eller sykdommens alvorlighetsgrad. Det er i tillegg mulig å misbruke systemet ved å feilregistrere til en diagnose som gir høyere refusjon (Toppe, 2014; Hjertenes, 2014).

Å benytte ISF-inntekten vil ikke gi innsikt i hva de kliniske enhetene egentlig betaler for fordi prisen de betaler bare er en andel av deres egen aktivitetsbaserte inntekt. Modellen vil derfor ikke føre til økt transparens mellom avdelingene. KSK vil heller ikke ha noen formening om hvor mye av deres kostnader som er knyttet til operasjonen. Prisen tar med andre ord ikke utgangspunkt i noe konkret eller målbart. Det vil si at den ikke baseres på de kostnadene som oppstår i en operasjon, men bare er en fordeling av inntekten som kommer inn. Derfor har man ikke et forhold til om prisen er fornuftig.

Aktivitetsbasert kalkulering som utgangspunkt for internpriser er allerede forsøkt innført ved Haukeland. Bjørnenak (2005) mener at dette er den riktige kostnadsbaserte metoden, men ved Haukeland krevde den etter hvert for mye oppfølging og ble for kompleks til å ivareta. Disse utfordringene nevnes som svakheter ved metoden av Kaplan & Anderson (2004). Kompleksitet og vanskeligheter med å oppdatere modellen er noen av de påpekte ulempene med ABC. I forlengelsen av dette ble tidsdrevet ABC (TD-ABC) utviklet. TD-ABC har blitt omtalt som løsningen på kostnadsutfordringen i helsesektoren (Porter & Kaplan, 2009). En fordel med TD-ABC er at den er enkel. En trenger bare kostnad for hver ressurs og tiden som brukes. Den er enkel å oppdatere gjennom bruk av tidsligninger, hvilket gjør det enklere å håndtere operasjonens kompleksitet. Som funn 6 indikerer, er det stort sett tid og operasjonsutstyr som reflekterer operasjonenes kompleksitet ved Haukeland. Tidsligninger tar hensyn til at tid er en kostnadsdriver.

TD-ABC krever få målinger, hvilket samsvarer med «Funn 8» som påpeker at Haukeland bør ha en enkel modell som ikke er for byråkratiserende og administrativ. TD-ABC tillater 5-10% feilmargin i estimatene (Kaplan & Anderson, 2004). Med andre ord prioriterer den ikke nøyaktighet over enkelhet. Den er enkel å oppdatere, samtidig som de ønskede insentivene for kirurgisk serviceklinikk skapes. Etersom man betaler for tid som medgår i en operasjon, vil metoden sørge for at man belønner effektivitet. Effektivitet er forholdet mellom ressursinnsats og effekt, eller nytteverdi (Kaplan & Atkinson, 2014). Klarer Haukeland å skape mer nytte, eksempelvis ved å gi flere pasienter behandling, har effektiviteten økt. De kliniske enhetene

vil få insentiv til å drive operasjonen effektivt med riktig kvalitet fordi de betaler for tiden de bruker kirurgisk serviceklinikk. Det er i tråd med Helse Bergen (2017) sine målsetninger om «sikre rett kompetanse, på rett plass, til rett tid» som skal tilfredsstillere deres innsatsområde om bedre «kapasitet og oppgaveløsning».

Ved fortsatt å rammefinansiere KSK sine kostnader som ikke er tilknyttet operasjoner, vil det kunne skape insentiv til å effektivisere prosessene utenfor operasjonene. Det kan frigjøre midler som kan brukes til andre ting. Om både KSK og de kliniske enhetene får insentiv om å jobbe mer effektivt, kan det redusere gjennomløpstiden til en pasient, frigjøre kapasitet og gi flere operasjoner og færre strykninger. Det vil utdypes i forklaringen av internprismodellen senere i utredningen.

Ved bruk av en kostnadsbasert metode må man ta stilling til om man skal benytte budsjetterte eller faktiske kostnader. Fordelen med faktiske kostnader er at man får et korrekt bilde på hvilke kostnader som faktisk har medgått, mens budsjetterte kostnader vil gi insentiver til å drive effektivt (Horngren m.fl., 2003). I konteksten av et sykehus, mener Bergstrand (2009) at budsjetterte kostnader og insentiver til effektiv drift bør prioriteres.

Fokus på de økonomiske konsekvensene av pasientbehandlingen er en potensiell, men uønsket effekt ved innføring av internpriser. Internprisene og de påfølgende konsekvensene må derfor samsvare med bedriftens overordnede mål og formidles ut i organisasjonen (Hirsch, 1994; Eccles, 1985). Et større fokus på kostnader kan medføre både en positiv og negativ effekt for Helse Bergen. Den positive effekten er at man vil stille større krav til leveranse fra kirurgisk serviceklinikk. Den negative effekten er vridningseffekten mot å prioritere pasienter som har størst inntjening. Sistnevnte er det delte meninger om vil skje i praksis ved Haukeland, men det er bekymringer for at systemet legger til rette for det.

På grunn av TD-ABC sin enkelhet og at metoden bare trenger kostnad per ressurs og tiden som brukes, anser vi den som den mest hensiktsmessige metoden. I tillegg kan et praktisk alternativ være å ta utgangspunkt i den allerede etablerte ISF-finansieringen.

Oppsummering: Analyse av alternative internprismetoder

Vi startet delkapittelet med å se at markedsbaserte-, forhandlingsbaserte- og sentralt satte priser ikke vil være hensiktsmessig av ulike grunner (se tabell 10). Vi sitter derfor igjen med de kostnadsbaserte tilnærmingene. Bidrags- og selvkostmetoden benytter få antall kostnadsgrupper slik at man får en blanding av mange aktiviteter i samme gruppe, som kan gi sub-optimalisering.

Derfor har andre metoder, som ABC, blitt utarbeidet. En ABC-modell har allerede blitt testet ved Haukeland, men modellen krevde etter hvert for mye oppfølging og ble for kompleks til å ivareta. I forlengelse av ABC har TD-ABC oppstått. Metoden krever få målinger og har blitt omtalt som løsning på kostnadsutfordringene i helsesektoren.

I intervjuene kom det frem at en enkel og praktisk metode kunne være å fordele ISF-refusjonen videre til de KSK. ISF-refusjonen tar utgangspunkt i DRG-systemet som skal gjenspeile operasjonskostnadene. I tabell 6-2 på neste side er de analyserte fordelene og ulempene samlet. Deretter oppsummerer vi funnene fra forskningsspørsmål 1 og 2.

	Fordeler	Ulemper
Bidragmetoden	<ul style="list-style-type: none"> • KSK får insentiver til effektiv drift 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidkrevende å kalkulere variable kostnader i hver operasjon
Selvkostmetoden	<ul style="list-style-type: none"> • Faste kostnader kan fungere som en «proxy» på alternativkostnaden 	<ul style="list-style-type: none"> • Hindrer effektivitet i KSK ved å dekke alle kostnader • Tidkrevende å kalkulere variable kostnader i hver operasjon
Fordeling av ISF-inntekten	<ul style="list-style-type: none"> • Enkel • Tar utgangspunkt i eksisterende system (DRG) 	<ul style="list-style-type: none"> • Øker ikke transparens • Skaper ikke effektivitet • DRG-systemet er ikke optimalt • Prisen baseres ikke på noe konkret
ABC-metoden	<ul style="list-style-type: none"> • Øker transparens • Bedre beslutningsgrunnlag 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplisert og tidkrevende • Vedlikehold av modell
TD-ABC-metoden	<ul style="list-style-type: none"> • Enkel modell og lett å oppdatere • Belønner «riktig» ressursbruk i operasjonene 	<ul style="list-style-type: none"> • Ukjent og ny modell

Tabell 6-2: Fordeler og ulemper med ulike internprismetoder (Kilde: Egenutviklet)

Analysen av de to første forskningsspørsmål avdekker følgende:

- KSK bør organiseres som et modifisert null-resultatsenter. Det vil gjøre at en bevarer rammefinansieringen og internpriser innføres. En slik organisering vil være en attraktiv måte å legge til rette for sammenfallende insentiver mellom KSK og de kliniske enhetene.
- Tidsdrevet ABC kan være en teoretisk attraktiv metode å basere internprisene på for å oppfylle flest mulige krav fra klinikkdirektørene.
- Fordeling av ISF-inntekten er den enkleste måte å aktivt finansiere KSK på og kan gi ønskede insentiver. Denne metoden er basert på et forslag fra én av klinikkdirektørene, men er ikke teoretisk begrunnet.

Med utgangspunkt i analysen har vi utarbeidet to modeller for internprising som presenteres i neste del av utredningen.

7. TO ALTERNATIVE INTERNPRISMODELLER

Basert på de innledende intervjuene har vi utarbeidet to potensielle modeller som kan legge til rette for sammenfallende insentiver mellom avdelingene. Disse er utarbeidet med utgangspunkt i våre analyser.

Vår første modell tar utgangspunkt i Kuntz & Vera (2005) sin studie, presentert i delkapittel 2.6, samt de to første oppsummerende punktene på forrige side. Den omorganiserer kirurgisk serviceklinikk (KSK) til et modifisert null-resultatsenter, benytter TD-ABC og bevarer deler av rammefinansieringen til KSK. Den andre modellen baseres på et forslag fra en klinikkdirektør og tar utgangspunkt i fordeling av ISF-inntekten til sykehuset. Kostnadskalkuleringen i sistnevnte modell er ikke teoretisk begrunnet, men er enkel og bygger på sykehusets eksisterende system.

I delkapittel 2.6 nevnes Young (1998) sin to-delte internprismodell som et alternativ. Den tildeler hele KSK sin rammefinansiering til de kliniske enhetene. Rammefinansieringen kommer derfor indirekte til KSK, via de kliniske enhetene basert på hvor mye hver av de kliniske enhetene bruker av KSK sin kapasitet. Vi har valgt å *ikke* analysere den modellen av tre årsaker:

1. Modellen baseres på en amerikansk studie. Den amerikanske konteksten er ikke sammenlignbar med norske sykehus siden det finnes eksterne aktører som har innvirkning på hvordan internprisen settes i USA.
2. KSK vil bli et monopol som får dekket alle sine kostnader uansett. Det gir ingen insentiv til effektivitet.
3. Et av argumentene for å innføre modellen er at den skal forhindre KSK å selge for mye av sine tjenester til de kliniske enhetene. Dette er unaturlig ved Haukeland da kirurgisk støttepersonell allerede er en knapp ressurs.

I neste del av utredningen vil vi først kort gjennomgå dagens modell med hensyn til hvordan avdelingene organiseres og finansieres, samt konsekvensene av det. Deretter gjennomgås to alternative modeller med innføring av internprising mellom avdelingene.

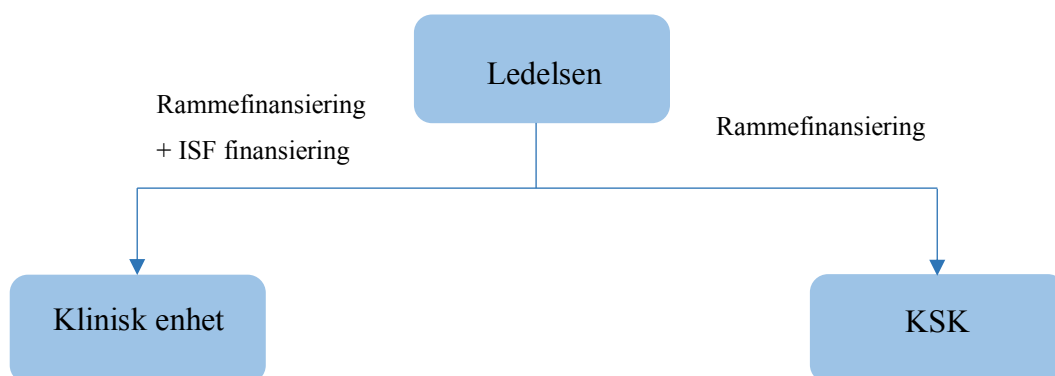
7.1 Dagens modell

I dag har kirurgisk serviceklinikk et rammebudsjett som skal dekke alle kostnadene i avdelingen. De kliniske avdelingene får tildelt en basisbevilgning som varierer i størrelse. Ytterligere inntekt kommer stort sett gjennom refusjon fra staten via ISF-inntekten. I tillegg får de inntekter fra poliklinikken og egenandeler. De sistnevnte har vi imidlertid sett bort ifra. Det er i dag ingen intern fakturering mellom avdelingene.

Gjennom en intern samarbeidsavtale, etableres det enighet om hvor mye kapasitet KSK skal levere til hver av de kliniske enhetene årlig. Problemet er at det oppleves flere tilfeller hvor avtalen ikke holdes.

Når avtalen ikke overholdes er det bare de kliniske enhetene som straffes økonomisk. Årsaken er at KSK er organisert som et utgiftssenter og har økonomisk insentiv til å holde sine kostnader innenfor rammebudsjettet sitt. De kliniske enhetene er derimot organisert som modifiserte null-resultatsentre og har økonomiske insentiv til å øke operasjonsaktiviteten ettersom de må forholde seg til både inntekter og kostnader.

Fordelingen av de finansielle ressursene er illustrert i figur 7-1 under.



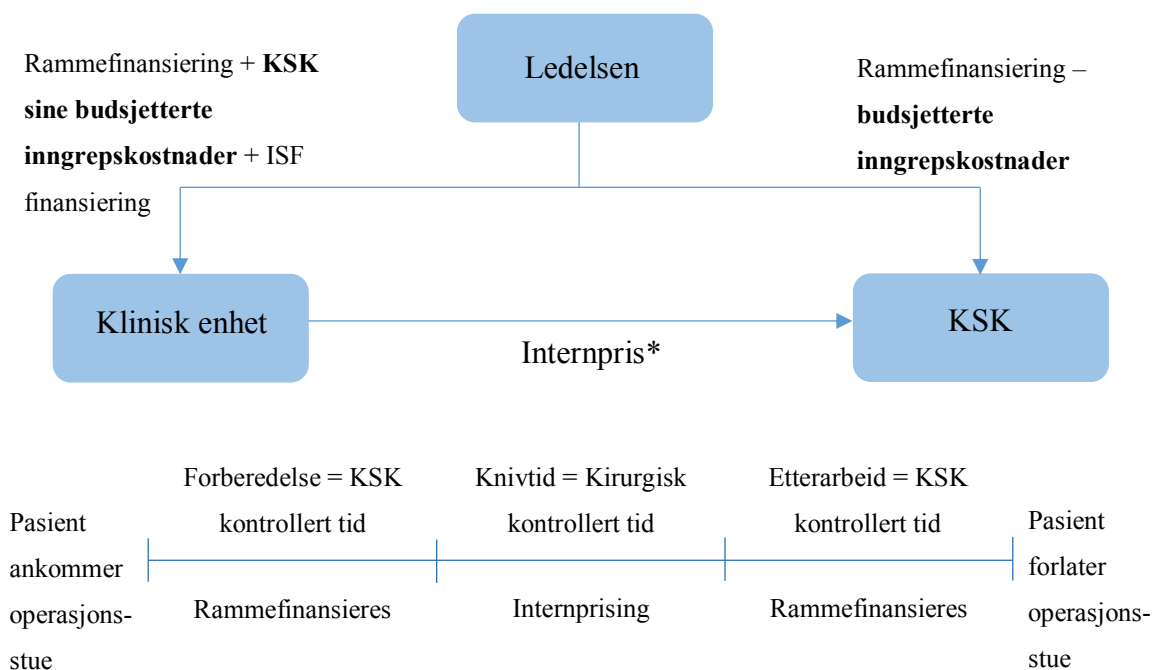
Figur 7-1: Dagens finansieringsmodell (Kilde: Egenutviklet basert på intervjuer med personer i Helse Bergen)

7.2 Internprismodell med tidsdrevet ABC

Kuntz & Vera (2005) hevdet at internpris basert på kirurgisk kontrollert tid, vil redusere tidsbruken i operasjoner. En oppfølgingsstudie av Schuster m. fl. (2005) indikerer at forberedelsestiden og aktivitetene etter inngrepet blir redusert. Med utgangspunkt i disse studiene har vi utarbeidet en internprismodell tilpasset Haukeland som vi kaller for TD-ABC-modellen.

I modellen omorganiseres KSK til et modifisert null-resultatsenter. Deler av rammefinansieringen vil beholdes samtidig som avdelingen aktivt finansieres. Det gjøres ved å kalkulere en internpris basert på TD-ABC.

Vi vil nå gå gjennom modellen, som illustrert under i figur 7-2.



$$\text{Internpris}^* = (\text{Kirurgisk kontrollert tid} \times \text{kostnad per minutt for KSK personell}) + \text{utstyrskostnader}$$

Figur 7-2: Internprismodell med tidsdrevet ABC (Kilde: Egenutviklet)

Finansiering og risikodeling

Med denne modellen beholdes KSK sin rammefinansiering, men vil reduseres tilsvarende deres budsjetterte kostnader i kirurgisk kontrollert tid, knivtid. Med andre ord mister de den delen av rammetilskuddet som skal dekke deres inngrepskostnader. Dette beløpet tildeles de kliniske enhetene. Budsjetterer man eksempelvis med 100 operasjoner én periode, vil KSK sine budsjetterte kostnader under inngrep i disse 100 operasjonene tildeles den kliniske enheten. Midlene skal finansiere klinisk enhet sine kjøp av KSK sine tjenester. Det kan skape insentiv for KSK å levere budsjettert aktivitet, og i tillegg påta seg ekstra operasjoner fordi kostnadene dekkes.

Dersom KSK leverer nøyaktig det som er planlagt og holder seg til det planlagte budsjettet, vil de ha samme økonomiske ressurser som ved den tidligere ordningen. Historien har vist at det planlagte operasjonsprogrammet ikke alltid går gjennom, fordi uforutsette hendelser oppstår. Blir aktiviteten lavere enn planlagt, vil de kliniske enhetene sitte igjen med midler som ikke ble benyttet til kjøp av KSK sine tjenester. De kliniske enhetene kompenseres for tapt ISF-inntekt, mens KSK straffes økonomisk for å ikke levere avtalt program. Risikoen fordeles. Blir aktiviteten høyere enn planlagt, vil KSK ha insentiver til å gjennomføre operasjonene siden kostnadene deres dekkes. De kliniske enhetene vil fortsatt bare ha tildelt finansiering basert på KSK sine *budsjetterte* inngrepskostnader og må finansiere internprisen på en annen måte når aktiviteten overstiger budsjett. Deler av risikoen er derfor overført til de opererende enhetene.

Internpris

Internprisen som betales fra de kliniske enhetene til KSK, baseres på den kirurgisk kontrollerte tiden. Det er to årsaker til det. Før det første kontrolleres tiden av de kliniske enhetene, som gir dem mulighet til å påvirke internprisen. Da kan KSK ikke ha ineffektiv drift og forvente at det vil dekkes av andre avdelinger. Den andre årsaken er at beløpet som de kliniske enhetene betaler til KSK må være mindre enn ISF-inntekten og den ekstra tildelte rammen de kliniske enhetene mottar. Det skal ikke være økonomisk gunstig for de kliniske enhetene å stryke en operasjon fordi internprisen til KSK overstiger finansieringen av de kliniske enhetene.

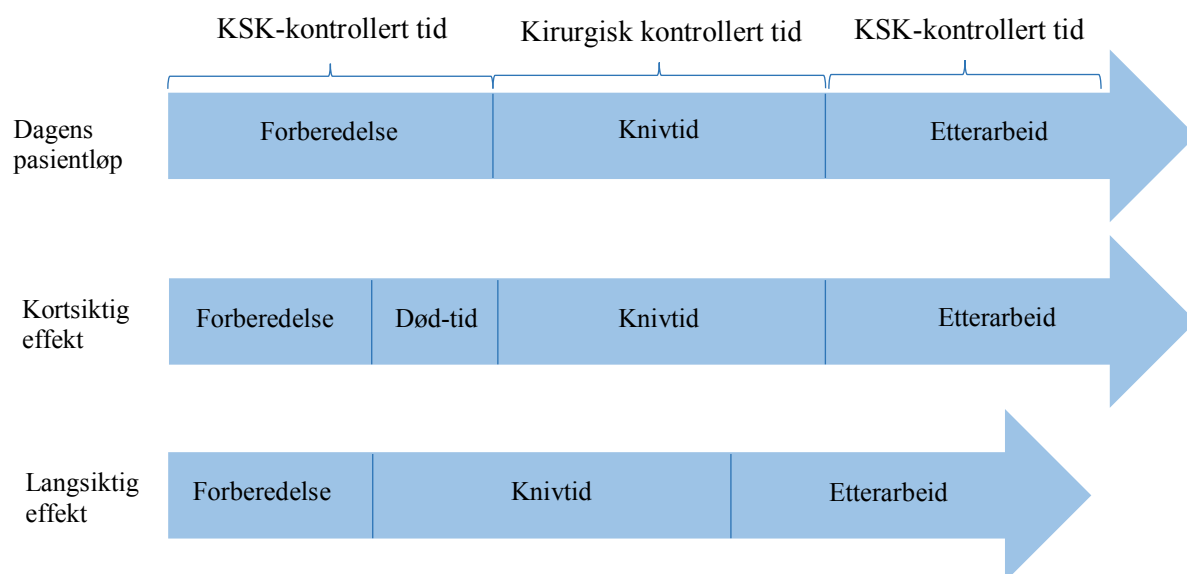
I beregningen av internprisen vil kirurgisk kontrollert tid multipliseres med personalkostnadene for KSK under inngrepet. I tillegg vil utstyrskostnadene for operasjonen legges til. Det tilsvarer en tidsligning med utgangspunkt i standard bemanning⁷ og standard utstyr, men som kan justeres for kompleksitet i operasjonene. En mer omfattende operasjon vil kunne kreve mer personell som kan legges til i ligningen, eller motsatt i enklere inngrep.

Bruk av budsjetterte kostnader gir kirurgisk serviceklinikk insentiv til å drive mer effektivt enn det som er budsjettert, for å frigjøre midler. KSK sine kostnader som oppstår utenfor selve knivtiden er beregnet som ikke-kirurgisk tid eller KSK-kontrollert tid og skal fortsatt dekkes gjennom rammefinansieringen. KSK får insentiver til å gjennomføre planlagte operasjoner og gjøre dem mer effektivt enn budsjettert, samtidig som de vil effektivisere prosessene utenfor knivtiden som rammefinansieres. Det kan redusere kostnadene og frigjøre midler som kan brukes til å behandle flere pasienter. Den totale gjennomløpstiden til en pasient vil kunne reduseres, og flere operasjoner gjennomføres. Det vil eventuelt hjelpe Haukeland til å utføre sitt samfunnsoppdrag bedre og øke inntektene gjennom ISF-finansieringen. Med et sterkere felles insentiv til å påta seg operasjoner, kan strykningene reduseres.

Modellens hensikt

Modellen har til hensikt å gi KSK insentiver til å redusere den totale gjennomløpstiden ved å redusere forberedelsestiden, slik at knivtiden kan starte tidligere. Samtidig har KSK også insentiver til å redusere tiden etter inngrep. De kliniske avdelingene kontrollerer selve knivtiden og har derfor innflytelse på hva de skal betale for. Det skal gi dem insentiver til å drive operasjonen mest mulig ressurseffektivt, med riktig kvalitet. KSK-kontrollert tid kan reduseres og gi plass for høyere pasientgjennomstrømning. Effekten illustreres i figur 7-3 på neste side.

⁷ Standard bemanning: 1,5 anestesisykepleiere + 2,5 operasjonssykepleiere + 0,5-1 anestesilege + 1 assistent + 0,5-1 postoperativ sykepleier



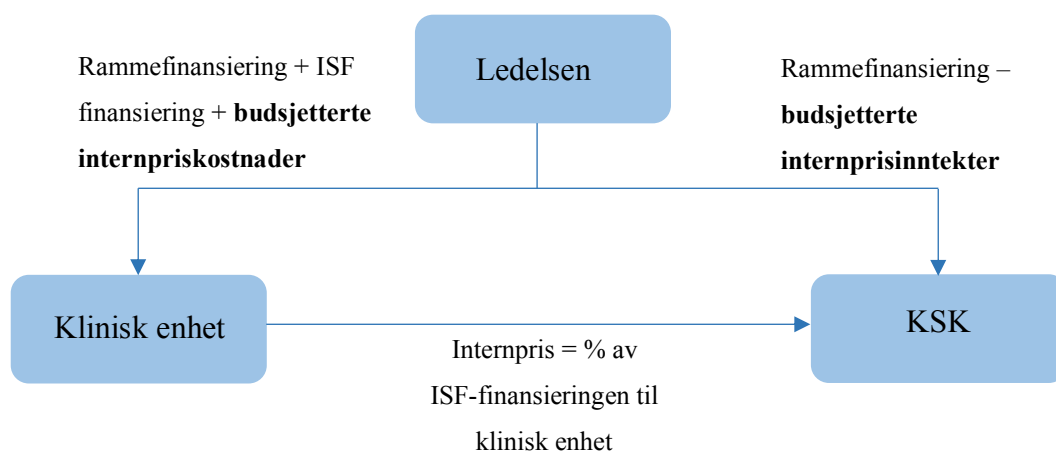
Figur 7-3: Kortsiktig og langsiktig effekt av å bruke kirurgisk kontrollert tid (Kilde: Egenutviklet)

På kort sikt vil det kunne oppstå «død-tid» fordi KSK jobber mer effektivt, mens de kliniske enhetene ikke har tilpasset seg enda. På lang sikt vil imidlertid kirurgene være klare til å starte operasjonen tidligere. Død-tiden fjernes og tiden på pasientløpet reduseres.

Modellen støttes teoretisk av Kaplan & Porter (2009), som sier at tidsdrevet ABC kan være løsningen på utfordringene man opplever i dagens sykehus. Metoden støttes også av Kuntz og Vera (2005), som mener at bruk av kirurgisk kontrollert tid kan øke effektiviteten i sykehusene. Dette er bekreftet av Schuster m.fl. (2005).

7.3 ISF-modellen

Denne modellen er basert på et forslag fra en av klinikkdirektørene ved Helse Bergen og er en forenklet måte å utarbeide internprisen på. Modellen går ut på at KSK vil motta en del av ISF-inntekten som de kliniske avdelingene mottar for hver operasjon som gjennomføres. Det vil minimere det administrative arbeidet fordi man benytter et etablert system. Modellen vil i så måte være lite byråkratisk. Figur 7-4 illustrerer modellen.



Figur 7-4: ISF-modellen (Kilde: Egenutviklet)

For å finansiere internprisen vil KSK sin rammefinansiering reduseres tilsvarende sin budsjetterte internprisinntekt og tildeles de kliniske avdelingenes. Årsaken til det er at den finansielle situasjonen blir lik dagens situasjon, gitt at man leverer budsjettert aktivitet. Forskjellen fra dagens system er at KSK vil aktivitetsfinansieres, og dermed ha økonomiske insentiver til å gjennomføre mer enn budsjetterte aktivitetsprogrammet siden økt aktivitet vil gi dem økt inntekt.

KSK organiseres som et modifisert null-resultatsenter hvor de har ansvar for både inntekter og kostnader. Deler av deres inntekter kommer fra DRG-finansieringen som sykehuset og de kliniske enhetene mottar ved operasjonsaktivitet. Med andre ord aktivitetsfinansieres avdelingen og gir dem et insentiv til å svare på sykehusets aktivitetsvingninger. Med lik organisering av avdelingene, vil begge vil få økonomiske konsekvenser dersom en operasjon strykes, og derfor ha sammenfallende insentiver.

7.4 Oppsummering av alternative internprismodeller

Vi startet dette kapittelet med å se på dagens modell, hvor det ikke er intern handel mellom avdelingene. Skal våre anbefalinger følges bør KSK omorganiseres til et modifisert null-resultatsenter. Det betyr at KSK får en inntekt som nå kommer fra intern handel. Våre to modeller presenterer forslag til hvordan intern handel kan innføres.

Den første modellen er teoretisk begrunnet og benytter TD-ABC til å beregne internprisene. Det som gjør denne modellen spesiell er at en deler opp en operasjon i tre tidsperioder: forberedelse, inngrep og etterarbeid. Det er kun tiden benyttet under selve inngrepet som inngår i internprisen, fordi denne tiden styrer kjøpende avdeling og kan derfor selv kontrollere hva en betaler for. De andre tidsperiodene, forberedelse og etterarbeid, skal fortsatt dekkes av rammefinansieringen til KSK.

Den neste modellen kalte vi for ISF-modellen. Den ble foreslått i et intervju og bygger på det eksisterende systemet i sykehuset med DRG-poeng og ISF-inntekt. Ved å benytte eksisterende system holdes modellen enkel og lite byråkratiserende. Modellen har et tydelig praktisk utgangspunkt.

Neste kapittel tar for seg diskusjonen av modellene med klinikkdirektørene ved Haukeland.

8. EMPIRI: EVALUERING AV INTERNPRISMODELLENS EFFEKT

I tillegg til å utarbeide potensielle internprismodeller, har vi også evaluert disse i dybdeintervjuer med klinikkdirektørene i Helse Bergen. Slik etableres en forståelse av hvilken effekt modellene kan ha, og om de er mulige å implementere. Vi skal i dette kapitlet gjennomgå internprismodellene fra kapittel 7 i en ny empiri- og analysedel med fokus på forskningsspørsmål 3:

Hvordan kan de alternative internprismodellene fungere, sammenlignet med dagens modell?

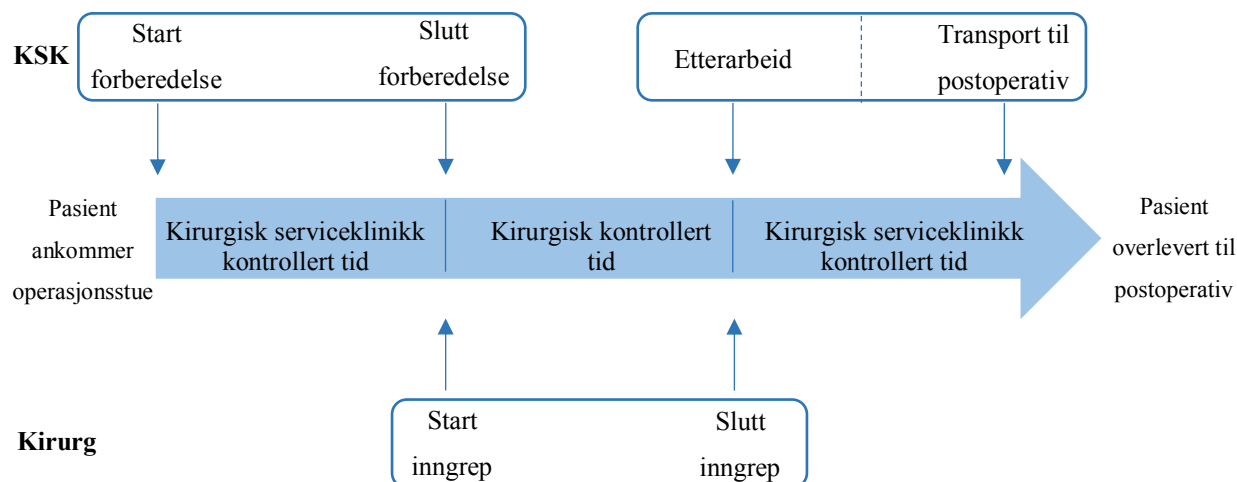
I denne delen av utredningen vil vi presentere relevant empiri fra intervjurunde to. Empirien er sortert etter tre forskjellige funn. De to første tar for seg de alternative modellene, mens det tredje er et generelt funn om økonomiske modellens generelle effekt ved Haukeland.

Hva sier intervjuobjektene om TD-ABC-modellen?

Kirurgisk kontrollert tid som basis for internprisberegningen ble møtt med usikkerhet. Årsaken var utfordringer med definisjonen av hva som er kirurgisk kontrollert tid er, samt om den tiden faktisk er kontrollert av kirurgen.

Kirurgisk kontrollert tid er ansett som den tiden hvor pasienten er *under inngrep*. Ved Haukeland kalles denne tiden derfor også for knivtid. Tiden som ikke er kirurgisk kontrollert tid, er KSK-kontrollert tid. Uenighetene er knyttet til om knivtid faktisk er kirurgisk kontrollert, og om den derfor kan legges til grunn for internprisen eller ikke.

Figur 8-1 er hentet fra kapittel 3.1. Figuren på neste side repeterer skillet mellom kirurgisk serviceklinikk kontrollert tid og kirurgisk kontrollert tid.



Figur 8-1: Skille mellom KSK-kontrollert tid og kirurgisk kontrollert tid (Kilde: Forenklet versjon av Schuster m.fl., 2005, s. 188)

For å benytte knivtid som utgangspunkt for internpriser kreves det at knivtiden er entydig definert som den tiden hvor kirurgene opererer pasienten. I praksis er ikke definisjonen alltid slik. Det ble avdekket flere eksempler hvor kirurgene betegner en del av deres arbeid som KSK-kontrollert, hvilket vil medføre uklarheter dersom knivtid skal benyttes som grunnlag for internprisen.

Klinikkdirektør 4: «Nevrokirurgi, der driver de og putter på noen rammer på hodet som de bruker til å navigere rundt, det blir sett på som en del av vår tid. Det er kirurgene som gjør det. Vi aner ikke hvordan vi gjør det en gang. Ortopedene er lure, de har fått alt som har med gipsing å gjøre til vår tid. Alt det som har med å få beinet i rett retning sånn at de kan operere kaller de også for vår tid. For å bruke knivtid måtte vi eventuelt redefinert hva som er kirurgtid og hva som er KSK-tid siden det er veldig mye kirurgtid inne i KSK-tid. Det kunne vi absolutt ha gjort. Det er ikke veldig vanskelig. Det er ikke veldig vanskelig å vite når kirurgene er på operasjonsstuen.»

Det er et tydelig skille mellom hvem som har ansvar for pasienten til enhver tid og hvem som gjennomfører hver oppgave. Likevel er operasjonen et samspill mellom KSK-personellet og personellet fra de kliniske avdelingene. Det skaper skepsis for én informant siden operasjonstiden ikke bare bestemmes av kirurgene, men og av støttepersonellet som skal bistå kirurgene i operasjonene.

Klinikkdirektør 1: «Kirurgen innvirker jo inn på kostnadene, men han står jo ikke der alene og bruker en infrastruktur. Det er et samspill med et personell som er ansatt av KSK, sånn at jeg synes det er litt «heavy» å legge knivtidsansvaret på operatøren alene. De er veldig avhengig av en operasjonssykepleier som hjelper dem.»

Likevel er det interne uenigheter om kirurgene kan ta hele ansvaret for knivtiden. Ingen av informantene uttrykker direkte støtte til forrige utsagn.

Klinikkdirektør 2: «Det er kirurgene som styrer det. Kirurgisk serviceklinikk kan ikke påvirke knivtiden så veldig mye.»

Knivtiden er også sterkt påvirket av den enkelte pasient. Det er et usikkerhetsmoment fordi man kan møte på uforutsette komplikasjoner i en operasjon. Det gjør det utfordrende å planlegge operasjoner og basere en betalingsmodell på knivtiden.

Klinikkdirektør 2: «Knivtid er veldig avhengig av hvordan den enkelte operasjonen går, og det har kirurgisk serviceklinikk lite kontroll over. Knivtid blir jo basert på erfaring, men hver enkelt pasient er jo unik i seg selv så det er jo en viss usikkerhet med knivtid på hver enkelt pasient. Det kan jo skje et eller annet underveis som gjør at knivtiden endres eller operasjonen kan vise seg å være mer komplisert enn det man tenkte i utgangspunktet.»

Haukeland er et universitetssykehus som har plikt til å drive utdanning og forskning. Begge elementene vil påvirke knivtiden. Dersom forskning og utdanning skal være en parameter i prisen, vil det kunne gå ut over behandlingen av studenter og forskere.

Klinikkdirektør 4: «Hvordan skal vi gjøre dette med at vi er et universitetssykehus hvor vi har opplæring hele veien? Det kan bli veldig surt å være student her. Hvis vi har en operasjonssykepleier-student som er sen så vil jo kirurgen stå å hoppe og være sur fordi de må betale mer fordi vi har opplæring. [...] Forskning som vi for eksempel også driver med, tar også tid inni dette her. Skal da forskere betale for den ekstra tiden?»

I teorien er knivtid foreslått som et potensielt bra utgangspunkt for internpris ettersom man kan betaler for det man selv kontrollerer, hvilket gjør at de ansvarlige avdelingene i hvert ledd av et pasientløp ønsker å bruke riktig mengde ressurser for å gjennomføre aktiviteten en har ansvar for. Det er tydelig ikke like enkelt i praksis fordi det er et komplisert system. I slike sammensatte tjenester er kanskje ikke økonomisk press nødvendigvis løsningen.

Klinikkdirektør 3: «Det er et så komplisert system. KSK er så mye. [...] Det er en sammensatt tjeneste. Dersom de har en flaskehals i den sammensatte tjenestene betyr det ikke at et økonomisk press vil gjøre at de får det til.»

De kliniske avdelingene får ansvar for knivtiden, mens tiden utenfor denne tiden vil bli kontrollert av KSK. Den skal dekkes av rammefinansieringen. Formålet er at KSK effektiviserer den tiden de kontrollerer og dermed sørger for en mest mulig effektiv drift i forberedelsen og etterarbeidet på operasjonsstuen.

Klinikkdirektør 4: «Det er jo samme insentiver som vi har vi i dag. Rammen er jo for liten, så det gjelder å prøve å bruke den best mulig på pasienter. Det er jo det jeg egentlig liker med rammefinansieringen.»

Til tross for at det er «det samme som de har i dag», hevdes det at forberedelsestiden stadig har økt og at KSK ikke har insentiver til å drive sine aktiviteter effektivt. Så lenge kirurgisk serviceklinikk holder seg innenfor rammen, kan de gjøre det de selv føler er best. Det tilsier at KSK burde få insentiver til å drive mer effektivt – altså bruke riktig mengde ressurser for å utnytte sin kapasitet på best mulig måte.

Klinikkdirektør 2: «Det har noe med den erfaringen vi har med KSK og hvordan de arbeider i dag. Det de gjør i dag er at de øker forberedelsestiden. Det har de gjort over lang tid nå. Forberedelsestiden tar lengre og lengre tid.»

Til tross for at TD-ABC-modellen skal tilrettelegge for å drive forberedelsestiden og etterarbeid-tiden av operasjonen for KSK mer effektivt, er det usikkert om en økonomisk modell faktisk kan stimulere til dette.

Klinikkdirektør 4: «Det er viktigere ting enn modellen, fordi den ikke er reell. Det er noe man kan teoretisere, men i Helse Bergen vil vi behandle flest mulig pasienter på en god måte. Det er det viktigste insentivet. Og så er det forskjellige måter å komme fram til det på.»

Ved Haukeland er de kliniske avdelingene finansiert litt ulikt. Hvor stor andel som utgjør henholdsvis rammefinansiering og aktivitetsfinansiering varierer. De fleste kliniske avdelingene i studien har en 50/50 fordeling, mens noen avdelinger er omtrent bare

aktivitetsfinansiert. Sistnevnte avdelinger har dermed en større økonomisk risiko om en operasjon strykes og ser av den grunn et større behov for drastiske endringer.

Klinikkdirektør 3: Den der (TD-ABC-modellen) synes jeg er veldig interessant, men jeg ser med en gang at der vil det være ulikt på ulike klinikker fordi knivtid er ikke den tiden pasienten er på operasjonsstuen, og det er ulikt mellom klinikkene. Det jeg liker med denne modellen er at knivtiden sier noe om når jeg må bruke en kirurg aktivt inne i KSK for å gjøre den operasjonen som de skal gjøre. Hvis de bruker 2 timer mellom pasientene så kan jo min kirurg gjøre noe annet i mellomtiden, og jeg betaler bare for den tiden den personen opererer. [...] Sett fra vår klinikk sitt ståsted synes jeg at denne er interessant. Den kan jo også presse skiftetid og alt slikt ned.

Til tross for noen praktiske uklarheter som må løses, virker det som modellen kan være et godt utgangspunkt for en internprismodell fordi den gir KSK aktivitetsbasert inntekt og synliggjør bruken av egne ressurser. I tillegg får enhetene ansvar for det de selv kan påvirke. Om modellen skal fungere, må man komme frem til en enighet om hvilke avdelinger som skal stå til ansvar for hva, og hvilke aktiviteter som skal dekkes av de ulike finansieringsformene.

Hva sier intervjuobjektene om ISF-modellen?

I den første empiriske delen fant vi at en potensiell ny modell ikke burde medføre for store organisatoriske og finansielle endringer, samt at den bør være enkel i drift. Det er naturlig fordi et sykehus sin primæroppgave er å hjelpe pasientene på best mulig måte, og at økonomiske modeller bare skal være en støttefunksjon som skal tilrettelegge for gjør det mulig.

Klinikkdirektør 2: «Det handler om å gjøre det veldig enkelt. Ellers blir det mye administrasjon for å styre dette her. Det er ikke noe grunn til det.»

Av den grunn ble ISF-modellen positivt mottatt. Ved å ta utgangspunkt i et etablert system er det lite nytt å sette seg inn i, samtidig som det administrative arbeidet reduseres.

Klinikkdirektør 1: «Det er sånn at fordelingen av ISF-refusjon er jo innarbeidet i hele sykehuset. Så innfører vi det delvis for KSK også, så har vi på en måte ikke gjort noe nytt. Så

man skulle jo tro at den etablerte modellen og bare henge på KSK, vil bli mindre kostbar å gjennomføre.»

Modellen kan gi felles insentiver mellom kirurgisk serviceklinikk og de kliniske enhetene siden begge avdelingene vil aktivitetsfinansieres. Fleksibilitet til KSK vil øke. Det vil eventuelt være ønskelig for de kliniske avdelingene og sykehuset fordi de ønsker å gi flest mulig pasienter den behandlingen de trenger.

Klinikkdirektør 2: «Ja, jeg tror at det (ISF-modellen) kan løse det (dagens utfordringer). Jeg tror det fordi en i større grad vil ha samme mål om å få gjennomført programmet som er satt opp. Jeg tror at det ville vært bra. [...] Jeg tror det ville hjelpe med at de i større grad vil være fleksibel med å få til operasjonsprogrammet sånn som vi har planlagt det, siden de vil også være avhengig at vi får det til. [...] Du må forstå hva som skjer når du treffer beslutninger inni det programmet.»

En felles insentivløsning innebærer at man deler på risikoen for aktivitetssvingninger, hvilket er positivt for de avdelingene som tar hele risikoen i dagens løsning. Ved å sørge for at både KSK og de kliniske avdelingene får økonomiske konsekvenser, vil det kunne gi økt aksept for å gjennomføre flere operasjoner.

Klinikkdirektør 3: «Hvis man ser at en kan tjene ISF, vil man i større grad ønske å kjøre personell på overtid for å få igjennom programmet fordi klinikken tjener på det, enn å stryke den siste. De (KSK) får jo ingen konsekvens om de stryker den siste nå. Det er kun de som har ISF-risikoen som får det, og vi har jo hele ISF-risikoen i virksomheten som vi driver. Mens de har ingen (ISF-risiko) fordi de har rammebudsjettet sitt uansett.»

Klinikkdirektør 4: «Det er jo en tilpasning til det vi har med liten grad av insentiv som kanskje kan være positivt. Det er så klart fordeler og ulemper med en slik modell.»

Hvilken prosentsats som burde brukes når man skal fordele aktivitetssinntektene, er derimot litt uklart, og må inngås enighet om før modellen eventuelt iverksettes.

Klinikkdirektør 2: «Jeg tenker det godt kunne fungert, men 10% er kanskje litt lite [...] Det må være sånn at de andre føler ekstra på det om vi mister en operasjon. Så dersom vi mister 30 000 i ISF-inntekt, er 3000 kroner er for lite. Det må være mer for at det skal virke.»

Ettersom prosentsatsen vil variere mellom klinikkene og muligens mellom operasjoner, var det ikke konsensus om et fast prosenttall. Det ble derimot påpekt at man kunne benytte historiske data for å komme frem til en god løsning som kan gi sammenfallende insentiver og oppleves rettferdig for begge avdelingene.

Klinikkdirektør 1: «Det går jo an å analysere historiske data for å komme frem til hva som er hensiktsmessig prosentsats.»

Det kom frem at en liknende modell har blitt testet ut i St. Olavs Hospital. Her ble 20% av ISF-finansieringen fordelt til operasjonsstuene. Erfaringene var ikke gode, og finansieringsmodellen ble terminert.

Klinikkdirektør 4: «Så vidt jeg husker, var det Trondheim som hadde denne modellen. De var ikke så veldig fornøyd. De tapte på den, uten at jeg gikk dypt inn i det.»

Økonomiske modeller skal i utgangspunktet fungere som støttefunksjoner i sykehuset. Grunnet modellens enkelhet, virker klinikkdirektørene positive. Modellen må likevel tydeliggjøre fordelingen av ISF-finansieringen, og det hevdes at den har gitt svake resultater i andre sykehus.

Vil økonomiske modeller gi ønsket atferdsendring?

En viktig forutsetning for at en økonomisk modell skal fungere er at den påvirker de riktige personene til å ta de ønskede avgjørelsene. Blant klinikkdirektørene er det uenigheter om en økonomisk modell faktisk vil gi de ønskede endringene på grunn av at modellen skaper insentiv til gjennomføring av operasjoner på et overordnet ledernivå, men ikke for de som faktisk skal gjennomføre operasjonene.

Klinikkdirektør 4: «Nei, det er jo det som er min utfordring hele veien; vil noen av disse modellene medføre en type endret oppførelsen eller innretning med hensyn til hvordan vi reagerer. Det er det som er hele «cluet» her.»

De involverte personene hevdes å ikke tenke på om deres avdeling kommer til å få dekket sine kostnader eller ikke. De er mer opptatt av pasientbehandlingen. Internprismodeller kan dermed betegnes som «overordnede modeller» som gir insentiv på avdelingsledernivå, men ikke på

operativt nivå. Til syvende og sist må det skapes insentiver for støttepersonellet i kirurgisk serviceklinikk siden det er de som gjennomfører jobben.

Klinikkdirektør 4: «Nei, det har nok ikke direkte konsekvens. For jeg tror nok ikke de bryr seg så veldig mye om hva jeg sier eller om det er rødt eller grønt hos meg.»

Noen av de kliniske enhetene stiller seg spørrende til hensikten med økonomiske modeller, hvilket støttes av informanter ved andre sykehus som deler samme oppfatning. Finansielle modeller blir ikke ansett å skape insentiver for endret atferd.

Overlege 1: «Hvis det skal være noen vits, så burde jo det gi insentiv til større aktivitet. Sånn det fungerer hos oss, så er det jo slik at vi leverer kun den tjenesten som kirurgene etterspør. Vi kan ikke starte en anestesi uten å ha en pasient under kniven. [...] Det insentivet om å få behandlet flest mulig pasienter ligger på en måte i ryggraden hos alle uten at det trenger å være en finansiell grunn til det.»

Det støttes av klinikkdirektør 1, som ikke skjønner hvordan alternative modeller skal gi effektiv drift.

Klinikkdirektør 1: «Nå vet jeg ikke helt hva som er hovedhensikten med å se på alternative modeller, men dersom et av formålene er at man skal sørge for en mer effektiv drift både internt i egen enhet og samhandlingen mellom bruker og KSK, så sitter jeg igjen og tenker på hvordan dette stimulerer til det?»

Siden det kliniske støttepersonellet og kirurgene har sin motivasjon i pasientbehandlingen, kan deler av motivasjonen forsvinne om de skal ta økonomiske hensyn. I tillegg er det ønskelig at operasjonspersonellet skal fokusere på den kliniske kvaliteten.

Klinikkdirektør 4: «Det jeg vet er at hvis vi snakker for mye om penger, blir vi veldig dysforiske og effektiviteten går ned. Derfor prøver jeg å snakke minst mulig om penger og mest mulig om pasientbehandling og de tingene der.»

Klinikkdirektør 1: «Nå håper jo ikke jeg at kirurger som opererer opp i hodet til folk regner på dette. Jeg håper de er mest opptatt av å ta bort den svulsten. [...] I hvilken grad er det riktig eller forventet at helsepersonell som jobber på operativt nivå skal føle glede med en effekt som man knytter til økonomi?»

Økonomiske modeller kan derfor virke å ikke gi riktige insentiver til riktige personer. Derfor foreslås det andre tiltak som sammen med en økonomisk modell kan gi insentiver både på avdelingsledernivå og på støttepersonellnivå.

Klinikkdirektør 1: «Nå er vi nesten nede på interaksjonen mellom enkeltpersoner som jobber sammen. Jeg tror at de store besparelsene kan komme dersom man klarer å jobbe med myke verdier. Altså at man har en kultur. [...] De (en spesifikk intern avdeling) får til mye som vi ikke får til. Jeg tror det er fordi de har klart å skape en opplevelse av at det er «de» som jobber sammen. [...] Jeg tror gevinsten som er å hente ut ved at folk opplever at de er en enhet overgår det som er å hente på mekaniske modeller.»

Innføring av andre tiltak for å bedre samarbeidet gjennom «myke verdier» støttes av klinikkdirektør 4, som hevder at kvaliteten på samarbeidet mellom dem og brukerklinikkene varierte veldig. På spørsmål om hva som er grunnen til det, ble følgende svart:

Klinikkdirektør 4: «Ja, det avhenger nok mer av samhandlingen enn selve modellen. Hvor mange møtepunkter man har, i hvor stor grad det arrangeres felles fagdager og hvor mye kommunikasjon det er mellom operatører og operasjonssykepleiere utenom operasjonsstuene.»

Til tross for den delte skepsisen til at kirurgisk støttepersonell skal ta stilling til de økonomiske konsekvensene av sine handlinger, har kompetanseheving blitt nevnt som en potensiell måte å sørge for at de klarer å ta de riktige beslutningene.

Klinikkdirektør 2: «Det handler veldig mye om kompetanseheving for å forstå hvordan tingene henger sammen. Denne kompetansen må jo heves hos de som tar beslutningene. Det vil man nok godt kunne få til.»

Det er en uenighet mellom klinikkdirektørene om økonomiske modeller vil fungere for Haukeland. De som er skeptiske tror ikke økonomiske modeller påvirker det personellet som tar de operasjonelle avgjørelsene. Det blir derfor foreslått andre alternative tiltak som fokus på samarbeid og kompetanseheving.

Oppsummering: Hva sier intervjuobjektene om de alternative internprismodellene?

Selv om skepsisen til økonomiske modellens evne til å skape de ønskede effektene er tydelig, har informantene delte oppfatninger. Det er enighet om at man trenger et system som sørger for at avdelingene som jobber sammen har de samme insentivene. Hvilke av de to modellene som eventuelt fungerer best, og om de er bedre enn dagens system, er det uenigheter om.

TD-ABC-modellen krever en intern enighet om hva knivtid er, og om denne faktisk kontrolleres av kirurgene i så stor grad at kirurgene kan belastes for denne tiden. Noen av klinikkdirektørene oppfatter modellen som litt komplisert og at rammefinansieringen av KSK i den modellen ikke skiller seg fra rammefinansieringen de har i dag. Noen andre klinikkdirektører tror modellen vil gi insentiv til å redusere forberedelsestiden og utnytte knivtiden i operasjonsstuene mest mulig effektivt.

ISF-modellen ble derimot oppfattet som veldig enkel og ble derfor godt mottatt. Den bygger på dagens system, og ble hevdet å kunne gi KSK et forhold til sykehusets inntekt og aktivitetssvingninger. En av klinikkdirektørene hevdet at samme type modell var forsøkt innført ved et annet sykehus, uten at det fungerte til sin hensikt.

To av klinikkdirektørene hevdet derimot at økonomiske modeller kanskje ikke ville gi de ønskede insentivene og at de kan være uegnede som styringsmekanisme i en så komplisert virksomhet. Delvis fordi økonomiske insentiv ikke vil påvirke helsepersonell sitt ønske om å jobbe mer. Det kunne eksempelvis løses ved kompetanseheving for å få personellet til å forstå hvordan ting henger sammen.

I neste kapittel analyseres våre empiriske funn.

9. ANALYSE: EVALUERING AV INTERNPRISMODELLENS EFFEKT

Det var delte meninger om hvilken internprismodell som kan fungere best. Meningene var også delte om internprismodeller i det hele tatt vil ha den effekten man ønsker, fordi det ble hevdet at internprismodeller eller økonomiske modeller ikke motiverer de personene som tar beslutningene. I neste del av utredningen vil vi analysere våre empiriske data knyttet til forskningsspørsmål 3:

Hvordan kan de alternative internprismodellene fungere, sammenlignet med dagens modell?

For å besvare vårt tredje forskningsspørsmål skal vi nå analysere vår andre empiriske del som ble presentert i kapittel 8 og se denne opp mot relevant teori. Vi organiserer kapittelet på samme måte som i kapittel 8, etter følgende tre deler:

- Analyse av TD-ABC-modellen
- Analyse av ISF-modellen
- Analyse av økonomiske modeller ved Haukeland

Analyse av TD-ABC-modellen

TD-ABC-modellen fikk blandede reaksjoner fordi den skiller seg drastisk fra dagens system. I tillegg vil modellen innføre nye begreper som kan være uvant å forholde seg til når det er snakk om kjøp og salg av interne tjenester.

Denne modellen ble betraktet av klinikkdirektørene som litt mer komplisert enn dagens modell. Man må først definere hva knivtid skal være dersom man skal benytte det i intern handel. Knivtid, som ble introdusert i delkapittel 2.6 og 3.1, benyttes i sykehuset i dag, men ikke i noen form for betalingsløsninger. Derfor har man ikke utgangspunktet som trengs for at modellen skal fungere som tiltenkt dersom man implementerer modellen umiddelbart. For at det skal være mulig, må man ha retningslinjer som bidrar til at prissetterne får et klarere bilde av hvordan ledelsen ønsker at internprisingen skal foregå (Hirsch, 1994; Simons, 2000). Det er viktig å integrere disse retningslinjene for å få en god og bærekraftig internprispraksis (Eccles, 1985). Å oppnå enighet om hva som er knivtid og ikke, ble ikke oppfattet som en

komplisert prosess av noen. Én av klinikkdirektørene mente imidlertid at knivtid ikke bare var styrt av kirurgene, og at det derfor ikke var et godt utgangspunkt for en internpris.

Ved å dele pasientens løp gjennom sykehuset inn i kirurgisk kontrollert tid (knivtid) og KSK-kontrollert tid, er den teoretiske baktanken at det skal gi kirurgisk serviceklinikk insentiver til å drive sin kontrollerte tid mest mulig effektivt. Det ble hevdet at dette ikke skilte seg så mye fra dagens situasjon siden KSK allerede forsøker å få mest mulig aktivitet ut fra sitt rammebudsjett. Det skal riktig nok påpekes at det nye systemet *vil* skille seg fra dagens system fordi det er et skille i aktivitetene. Rammebudsjettet deres skal dekke andre aktiviteter enn det gjør i dag. Modellen skiller på hvem som har hovedansvaret for den tiden som blir brukt. Det kan øke avdelingenes eierskap til ulike deler av pasientløpet. Rammebudsjettet skal ikke lenger dekke kirurgisk serviceklinikk sine kostnader i knivtiden og kan derfor bidra til at KSK forsøker å drive alle aktiviteter utenfor selve inngrepet, mest mulig effektivt. Jensen & Meckling (1976) sier at etterspørselen øker når kjøpende enhet ikke belastes for bruken. Internpriser kan redusere etterspørselen. Kuntz & Vera (2005) mener at hele bakgrunnen for internpriser er at dersom en må betale for noe, vil en ønske å bruke det så effektivt som mulig. Dersom de kliniske enhetene må betale KSK for knivtiden, vil det gi dem insentiv til å drive knivtiden mest mulig ressurseffektivt for å ikke sløse med det de nå må betale for. Eksempelvis kan de finne ut at de trenger én mindre operasjonssykepleier, og dermed frigjøre ressurser til andre operasjoner.

Både effektivitet og produktivitet vil kunne økes som et resultat av det. Som delkapittel 2.1 beskriver, handler produktivitet om man gjør ting på riktig måte (Kaplan og Atkinson, 2014). Det er forholdet mellom innsats og produsert produkt. Bruker man riktig mengde ressurser, uten å sløse, kan det argumenteres for at produktiviteten øker. Effektivitet dreier seg om man gjør de riktige tingene – forholdet mellom innsats og nytteverdi (Kaplan & Atkinson, 2014) og om tingene er gjort med en viss kvalitet (Knox Lovell, 1993). Et sykehus er produktivt når ressursutnyttelsen er høy, mens effektivitet vil si at man gjennomfører verdiskapende operasjoner som det er behov for. Klarer Haukeland å utføre tjenestene med riktig mengde ressurser og øke antall pasientløp på grunn av at de bruker kortere tid på samme behandling av pasientene, kan nytten for både Haukeland og pasientene øke. Schuster m.fl. (2005) avdekket at bruk av knivtid i internprisen reduserte operasjonstiden med mellom 4 til 18 minutter. Dersom Haukeland klarer å redusere operasjonstiden med tilsvarende mengde vil det frigjøre store ressurser.

Ved bruk av knivtid får de kliniske enhetene mer kontroll over bruken av sine egne kirurger. Lederne vil ha et konkret forhold til hvor lang tid operasjoner tar og hva som kreves av personell i ulike operasjoner. Det kan bidra til å gjennomføre operasjoner med riktig mengde ressurser. KSK vil ha insentiver til å sørge for at tidene som er KSK-kontrollerte, forberedelse og etterarbeid, blir minst mulig. I tillegg vil KSK få insentiver til å sørge for at knivtid utgjør en høyest mulig andel av operasjonstiden, slik at operasjonsstuekapasiteten blir maksimalt utnyttet. Da kan sørge for at flest mulig pasienter bli behandlet, siden operasjonsstuen er en knapp ressurs. Det er i tråd med Pettersen & Bjørnenak (2003), som sier at man i et samfunnsøkonomisk perspektiv bør fokusere på riktig kvalitet, uten unødvendig ressursbruk, slik at de riktige pasientene blir behandlet på riktig måte.

Siden KSK blir aktivitetsfinansiert og i større grad følger aktivitetssvingningene til de kliniske avdelingene, kan det etableres felles insentiv mellom de to avdelingene til å gjennomføre flere operasjoner. KSK vil ha mulighet til å både påvirke sine kostnader og inntekter, samtidig som de beholder rammefinansieringen av de kritiske aktivitetene utenfor selve inngrepet. Det er i tråd med grunnidéen bak desentralisering – å gi beslutningsmyndighet til et nivå i organisasjonen hvor man har de beste forutsetningene for å kunne påvirke *inntekter* og *kostnader* (Hansen & Svendsen, 1996).

Analyse av ISF-modellen

ISF-modellen har ikke et teoretisk utgangspunkt, men var et forslag fra en klinikkdirektør. Modellen ble godt mottatt i dybdeintervjuene med klinikkdirektørene på grunnlag av dens enkelhet og at den baseres på dagens system. Derfor kreves det ingen endringer i systemet, men heller i organiseringen av enhetene og i kontantstrømmen fra ledelsen. At modellen krever få endringer og ser bort fra kompliserende elementer kan være en fordel.

Modellen benytter dagens DRG-system for å innsatsfinansiere både KSK og de kliniske enhetene. Det gir avdelingene de samme insentivene og gjør at KSK jobber for sykehusets overordnede målsetninger. Kaplan & Atkinson (2014) sier at agenten kan sees på som prinsipalens virkemiddel for å nå målsetningene. I et slikt prinsipal-agent-forhold oppstår det som regel asymmetrisk informasjon gjennom eksempelvis skjult informasjon eller skjulte handlinger. Med dagens rammefinansiering kan KSK produsere så mye eller lite de vil, uten at andre har innsyn. Det stilles kun spørsmål ved deres drift i de tilfellene hvor en overskrider

rammebudsjettet. Ved å aktivitetsfinansiere KSK vil det øke transparensen og redusere den asymmetriske informasjonen mellom avdelingene som er årsaken til prinsipal-agent problemet.

Hvilken prosentsats av ISF-inntekten som skal gå til KSK, må kalkuleres for å bli rettferdig for begge parter. Bragelien (2016) sier at en insentivkontrakt må utformes slik at alle viktige aktiviteter for prinsipalen er like lønnsomme for agenten å bedrive. En prosentsats som gir de kliniske enhetene insentiv til å prioritere «riktig», og ikke velge ut spesifikke operasjoner som gir mer inntekt enn andre, vil derfor være viktig.

Ser man modellen i forhold til TD-ABC-modellen, skiller den seg vesentlig fra den i sin enkelhet. Det gjør naturligvis at den mangler noen momenter som den andre modellen har. Eksempelvis får ikke avdelingene et forhold til hvem som kontrollerer hvilken tid. Modellen vil derfor ikke gi de samme insentivene til de kliniske enhetene om mest mulig effektiv bruk av tiden en selv kontrollerer. I tillegg kan det redusere helhetsperspektivet for hvilke kostnader som ligger til grunn for prisen. De opererende enhetene vil dermed ikke ha en oversikt over hva de faktisk betaler for.

Det kan likevel argumenteres for at prosentsatsen kan fungere som en indirekte knivtid, fordi KSK vet at de vil få dekket sine operasjonskostnader. Når de mister en del av rammen, vil det kunne skape insentiver til å drive forberedelsen og etterarbeidet på mest mulig effektiv måte.

Analyse av økonomiske modeller ved Haukeland

Noen av klinikkdirektørene er usikre på om økonomiske modeller kan skape riktige insentiver for de riktige personene. Med «riktige personer» menes de personene som har innvirkning på beslutningen om en operasjon skal gjennomføres eller ikke. Noen informanter hevdet at internpriser ikke vil gi insentiv til det kirurgiske støttepersonellet, og at modellene derfor ikke vil ha ønsket effekt. Spørsmålet vil da være hvem som har beslutningsmyndighet til å stryke en operasjon – er det støttepersonellet eller enhetslederne?

I delkapittel 2.4 sier Burns m.fl. (2013) at internpriser skal motivere enhetsledere til å ta gode økonomiske beslutninger som kommer hele selskapet til gode. Om KSK ikke får insentiver til å øke aktiviteten, vil ikke sykehuset som helhet få behandlet flest mulig eller utnyttet sine

ressurser mest mulig effektivt. Internpriser kan skape motivasjon for enhetslederne i KSK til å øke aktiviteten ettersom det vil øke enhetens inntekt. Om motivasjonen resulterer i endring i atferd hos støttepersonellet er derimot usikkert siden de hevdes å bli motivert av god pasientbehandling, ikke av økonomiske hensyn.

Kuntz & Vera (2005) hevder at internpriser skal lede til at man ønsker å bruke det man kjøper mest mulig effektivt. Med andre ord vil de kliniske enhetene ønske å bruke det de betaler for på en mest mulig effektiv måte. Dersom de må betale for KSK sine ressurser, vil en utnytte de så effektivt som mulig. Modellene fremmer derfor økonomisk tenking. Det er sammenfallende med en av med Bergstrand (2009) sine begrunnelser for å innføre internpriser – økonomisk tenking og rasjonell oppførsel. Det støttes av Anthony & Young (2003) som sier at internpriser skal gi optimal bruk av ressursene, måle enhetens effektivitet og gjøre lederne mer kostnads- og kvalitetsbevisste.

Det hjelper ikke hvor gode modellene er teoretisk sett, de må også fungere i praksis. Internprismodellene er overordnede modeller som skaper insentiv til å gjennomføre flere operasjoner for *avdelingslederne*. Det hevdes av noen informanter at insentivene ikke treffer de personene som skal gjennomføre tjenesten – det kirurgiske støttepersonellet. Til tross for noen informanters skepsis til økonomiske modellens effekt, har de vist seg å skape endring ved tidligere anledninger. At DRG-systemet har hatt store effekter på styringen i offentlige sykehus er ett eksempel. Lederne ved avdelingene har tross alt myndighet til å ta beslutninger og kan beslutte om man skal gjennomføre operasjoner eller ikke. Om man skal avslutte en arbeidsdag tidlig i frykt for å jobbe litt overtid, burde ikke *bare* være støttepersonellens avgjørelse. Avdelingslederne burde kunne gi ordre, så lenge overtiden er innenfor lovens grenser. Dersom det *er* pasientbehandlingen som motiverer støttepersonellet, burde de være villig til å strekke seg lenger for å slippe å stryke operasjoner.

Pettersen & Bjørnenak (2003) påstår at de ansatte i et helseforetak ikke er motivert av resultatet på bunnlinjen, men heller av hvordan man kan gi best mulig pasientbehandling til de riktige pasientene. En av klinikkdirektørene som var skeptisk til økonomiske modellens effekt sa at de i Helse Bergen vil «behandle flest mulig pasienter på en god måte». Økonomisk styring er tross alt et virkemiddel for å oppnå nettopp dette. Det skal sørge for å utnytte ressursene best mulig for å gi riktig behandling til flest mulig pasienter som trenger det. Økonomi og medisinsk praksis er derfor ikke motstridende – målet er ikke å tjene penger. En av klinikkdirektørene foreslo derfor å øke støttepersonellens kompetanse på de økonomiske

konsekvenser av deres handlinger. Det støttes også av Opstad (1992), som argumenterer for at det er viktig at helsepersonell evner å tenke økonomi for at flest mulig skal kunne få best mulig hjelp med sine helseproblemer.

Dixit (2002) hevder at det er utfordringer knyttet til styring i offentlig sektor. Det gjør seg gjeldende ved Haukeland. Manglende konkurranse øker viktigheten av styringsmodeller som skal fremme effektivitet. KSK har mange ulike oppgaver som gjør at finansieringen deres må inneholde en form for fast ramme. I tillegg er det flere prinsipaler som skal tilfredsstilles i en operasjon. Når flere prinsipaler skal tilfredsstilles, kan det komplisere prosessen med å lage insentivløsninger. Det gjør at teoretisk gode modeller blir vanskelig å gjennomføre i praksis (Pettersen m.fl., 2008; Burgess & Ratto, 2003). Når det også er mangel på operasjonspersonell, som er et nasjonalt problem (Johannessen & Sandnes, 2018), kan ikke en internprismodell løse alle utfordringene. Andre tiltak må derfor iverksettes for å sørge for å løse utfordringene som internprismodellen ikke løser. Én klinikkdirektør hevder at det kreves parallelle tiltak for å bedre insentivene for støttepersonellet som gjennomfører tjenesten og sier at det kan gjøres på ulike måter. Eksempelvis kan man jobbe med «myke» verdier og forsøke å skape en bedre kultur og samhold mellom avdelingene som skal gjennomføre tjenesten sammen. Det kan gjøres uten å innføre en internprismodell, men man må fortsatt skape insentiver for både avdelingsledere og støttepersonellet. Førstnevnte vil få insentiver av de økonomiske konsekvensene gjennom en internprismodell, mens støttepersonellet hevdes å trenge andre insentiver for å skape endret atferd.

Til tross for klinikkdirektørens skepsis til om økonomiske modeller vil ha effekt, har historien vist det motsatte. DRG-systemet har eksempelvis gitt mer fokus på utnyttelse av ressursene fordi systemet gir god styringsinformasjon og at behandlingene blir kvantifisert. Kodeverket til systemet har også blitt misbrukt for å få høyere ISF-refusjon (Godal & Nilsen, 2003). Modellene har med andre ord gitt endret atferd i retning økonomisk motiverte beslutninger.

Klinikkdirektørens argumenter om at økonomiske modeller ikke vil ha effekt er vi uenige i. Dersom motivasjonen til støttepersonellet ligger i pasientbehandlingen, burde det ikke strykes operasjoner før personellets arbeidstid er over. Siden DRG-systemet hadde effekt da det ble innført, tyder det på at overordnede økonomiske modeller *gir* atferdsendring. Derfor tror vi at en internprismodell kan ha ønsket effekt. Økonomisk tankegang for personell med pasientansvar er ikke motstridende med god pasientbehandling, men kan bidra til bedre behandling for flest mulig pasienter. God økonomisk styring og gode økonomiske valg kan gi

flere pasienter muligheten til å få riktig behandling til den tiden de trenger det. Vi mener derfor det er viktig å ikke se på økonomisk styring som ødeleggende for den medisinske praksisen, men heller støttende. Dersom det kirurgiske støttepersonellet får en bedre forståelse for sammenhengen mellom økonomiske modeller og pasientbehandling, vil de forstå at økonomiske modeller kan forbedre pasientbehandlingen og ha direkte innvirkning på deres atferd. Da vil klinikkdirektørens argumenter om støttepersonellens motivasjon ikke holde. Én av klinikkdirektørene hevder at støttepersonellet blir «dysforiske» av snakk om økonomi. Det tyder på at støttepersonellet ikke forstår koblingen mellom økonomi og god sykehusdrift. Økt effektivitet betyr ikke bare at man kan få et pasientløp til å gå raskere. I forlengelsen av det kan også *flere* pasienter få behandling, uten at kvaliteten svekkes, hvilket vil kunne motivere støttepersonellet. Som illustrert i delkapittel 3.7 var gjennomsnittlig ventetid i 2017 på 60 dager i Helse Bergen, i forhold til 58 dager nasjonalt (Helsedirektoratet, 2018). Fristbruddet var samtidig på 2,9%, sammenlignet med 2,15% nasjonalt. Det viser at det er potensiale for bedre pasientbehandling ved mer effektiv sykehusdrift.

At noen klinikkdirektører tror at økonomisk styring er ødeleggende for den medisinske praksisen, tyder på en manglende forståelse for formålet med å tenke økonomi i helsesektoren. Økonomistyring defineres av Burns m.fl. (2005) som de tiltakene en organisasjon tar sikte på å bruke for å styre ressursbruken mot maksimering av de overordnede målsetningene til virksomheten. Siden den overordnede målsetningen i Helse Bergen er god pasientbehandling skal økonomisk styring styre ressursbruken mot nøyaktig det. For å få bedre pasientbehandling bør det utarbeides styringssystemer. Styringssystemer skal bidra til at ansatte løser de riktige problemene og etterstreber de riktige målsetningene (Bergstrand, 2009). Internprising skal lede til optimal bruk av organisasjonens ressurser, måle enhetens effektivitet og gjøre lederne mer kostnads- og kvalitetsbevisste (Anthony & Young, 2003).

For å få til det må organiseringen og finansieringen endres. Dagens løsning er åpenbart ikke ideell. Den gir avdelinger påvirkning på inntekter de ikke har et forhold til, samtidig som det ikke er finansiell avhengighet mellom avdelingene som sammen er ansvarlig for tjenesteleveransen. For å løse dette foreslo vi i delkapittel 6.1 å omorganisere KSK til et modifisert null-resultatsenter. Det gir en finansiell målsetning om å gå i balanse, bevarer rammefinansieringen, men samtidig aktivitetsfinansiere avdelingen.

For å aktivitetsfinansiere KSK kan internprising innføres. Modellene vi har presentert er ulike. Hovedargumentet for å innføre ISF-modellen er at den er enkel, lite byråkratiserende, og at

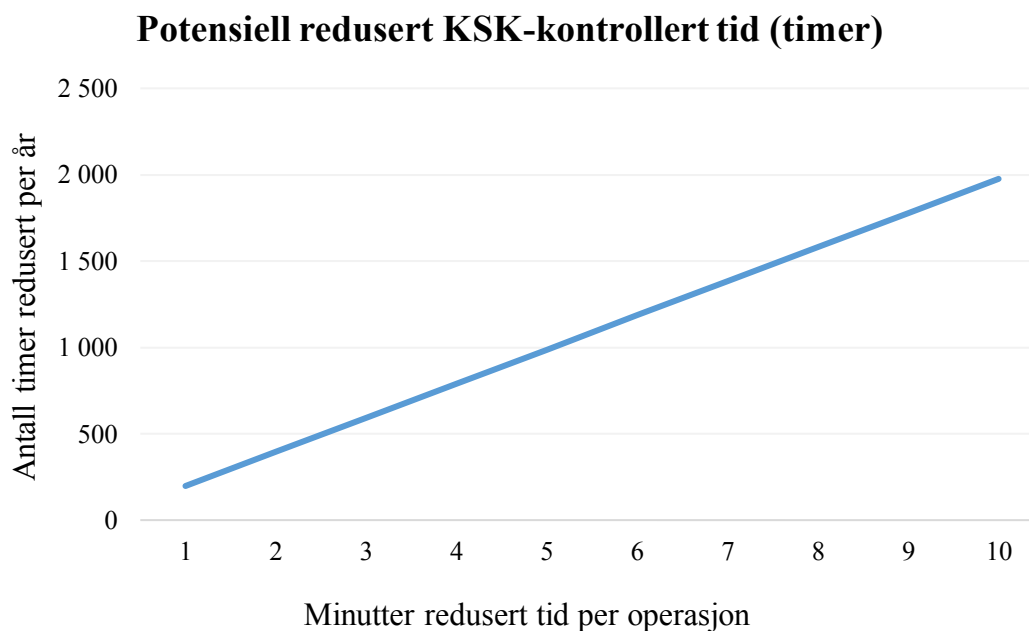
den derfor lettere kan få intern oppslutning. Modellen sier lite om hvordan ressursene utnyttes, men vil fokusere på en intern overføring av ISF-inntekt.

Vi anser TD-ABC-modellen som den mest attraktive alternativet fordi den gir avdelingene insentiver til effektiv drift, siden den gjør avdelingene ansvarlig for de delene av pasientløpet de påvirker. Klinisk enhet får ansvar for knivtiden, mens KSK får ansvar for forberedelsen og etterarbeidet. Modellen gir derfor noe mer enn *bare* en internpris. Den er i tillegg mer transparent, siden avdelingene vet hva som danner grunnlaget for prisen som betales. TD-ABC-modellen går dypere i hvordan aktivitetene gjennomføres og synliggjør hvordan ressursene brukes. Modellen blir dog mer komplisert å implementere og vedlikeholde.

Bruk av knivtid ga gode resultater i studien til Schuster m.fl. (2005). Studien viste at anestesikontrollert tid ble redusert i 7 av 10 tilfeller. Tiden ble redusert mellom 4 og 18 minutter. Anestesikontrollert tid er tilsvarende KSK-kontrollert tid, men inkluderer også transport til postoperativ. Vi har sett vekk i fra transport i vår studie, men det er en del av pasientløpet hvor det er tydelige forbedringspotensial.

Vi mener studien er overførbar til Haukeland, og anser sjansene som gode for at de kan oppnå like gode resultater som Schuster m.fl. (2005) fant i sin studie. Siden vi kun ser på forhold under operasjoner mener vi potensialet for reduksjon i KSK-tid er på mellom 1-10 minutter. Grunnet manglende data for å understøtte dette, beholder vi estimatene på et konservativt nivå.

I Helse Bergen ble det gjennomført 11 856 operasjoner i 2017. Det betyr at om man hadde klart å redusere all operasjonstid med kun ett minutt hadde en frigjort nesten 200 timer av KSK. Hadde en derimot oppnådd en 10 minutter gjennomsnittlig reduksjon kunne det frigjort nesten 2 000 timer. Graf 9-1 på neste side viser hvor mange timer som kunne blitt frigjort i løpet av 2017 med ulik reduksjon i KSK-kontrollert tid per operasjon. Hvor mange flere operasjoner dette ville resultert i per år er vanskelig å si noe om, fordi det vil avhenge av type operasjon, pasient og om det vil oppstå flaskehals i andre deler av pasientløpet.



Graf 9-1: Potensiell redusert KSK-kontrollert tid (Kilde: Egenutviklet)

Siden de kliniske enhetene også må betale for tiden under inngrep hvor de benytter KSK, vil det gi insentiver til korrekt ressursbruk i selve knivtiden. KSK sin kapasitet vil derfor ikke bli overforbrukt, hvilket kan frigjøre enda mer tid hos KSK. Klarer en å benytte en lavere bemanning i noen operasjoner uten at det går på bekostning av pasientbehandlingen, kan personellet benyttes andre plasser slik at flere kan få behandling.

Videre avdekket Schuster m.fl. (2005) at reduksjonen var størst i mindre inngrep, hvor pasienten ikke var bevisstløs. De mer komplekse inngrepene hadde en mindre reduksjon. Forklaringen er at mindre kompliserte inngrep kan effektiviseres kun ved høyere innsats fra personellet. Mer kompliserte inngrep krever derimot kunnskapsheving og trening.

TD-ABC-modellen gir insentiver til å effektivisere pasientbehandlingen. En potensiell reduksjon i tidsbruk i KSK-kontrollert tid mellom 1 og 10 minutter kan være oppnåelig, og kan frigjøre mellom 200 og 2000 arbeidstimer hos KSK. I tillegg kan insentivene til «riktig» ressursbruk frigjøre ytterligere ressurser. Resultatet blir færre strykninger og redusert ventetid.

Den *faktiske* effekten av modellen må imidlertid studeres nærmere for å kunne trekke ytterligere konklusjoner. Vi foreslår derfor å gjennomføre en pilot for dagkirurgisk avdeling i

en av de kliniske avdelingene som ønsket å teste modellen. Dagkirurgisk er de mindre kompliserte inngrepene hvor det påpekes at effektiviseringsgevinsten kan være størst. En unngår også flere av de kompliserende elementene i andre deler sykehuset. Ved å kjøre en pilot i den delen av virksomheten, kan man i større grad isolere pilotprosjektet og kan derfor undersøke om en oppnår modellens tiltenkte insentiveffekter. Avslutningsvis kan man sammenligne effekten av TD-ABC-modellen mot dagens modell.

Oppsummering: Analyse av alternative internprismodeller

Vi har nå analysert våre tre empiriske funn fra kapittel 8.

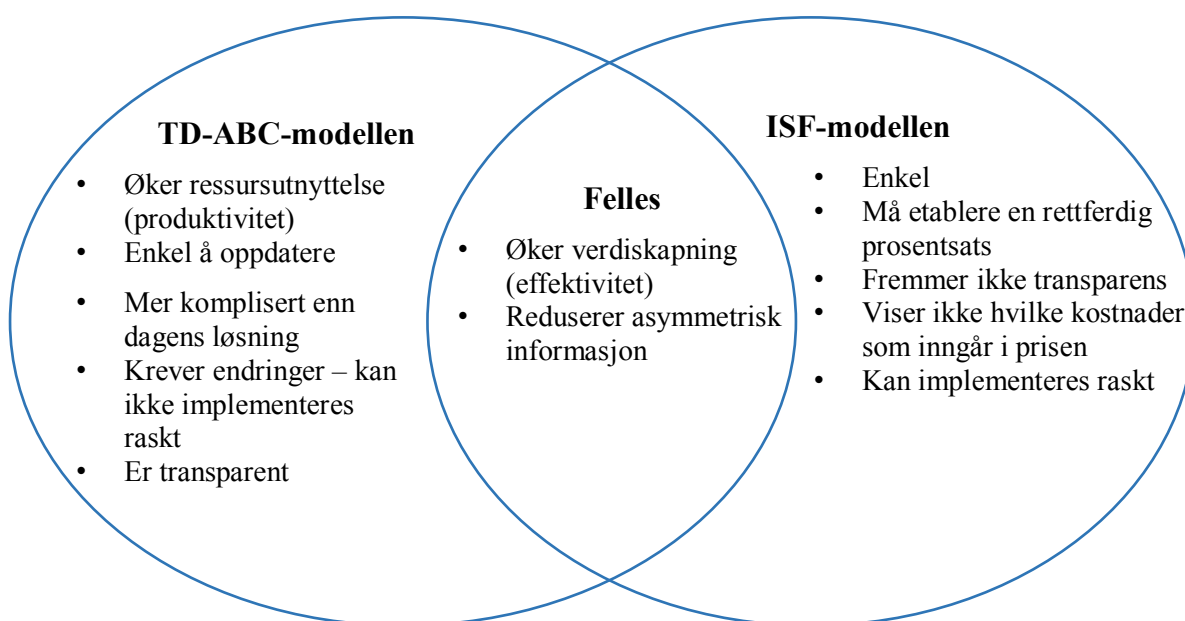
TD-ABC-modellen inneholder ikke mange kompliserende elementer, men den er det mest kompliserte alternativet. Ettersom det er uenighet om knivtiden, har ikke modellen utgangspunktet som kreves for å implementere modellen umiddelbart. Det kan løses ved å etablere intern enighet om hva knivtiden er og hvem som har ansvar for den. Bruk av knivtid som utgangspunkt for internpris har gitt gode resultater i andre studier.

Det ble hevdet at rammefinansieringen i modellen for KSK ikke skiller seg så mye fra dagens situasjon, men det er en viktig forskjell. I den nye modellen skal ikke lenger rammefinansieringen dekke KSK sine kostnader i knivtiden, men de aktivitetene de selv kan påvirke – forberedelsen og etterarbeidet. Og så har klinisk enhet ansvar for knivtiden som de må betale for. Det kan øke både selskapets produktivitet og effektivitet. Videre er det enkelt å oppdatere modellen ved at en bruker TD-ABC.

ISF-modellen er enkel og kan implementeres raskt. Det må imidlertid etableres en prosentsats som oppfattes som rettferdig for begge avdelingene. Modellen fremmer ikke transparens mellom avdelingene og viser ikke hvilke kostnader som inngår i internprisen. Likevel kan den redusere prinsipal-agent utfordringene, siden KSK får et forhold til inntekten.

Begge modellene vil kunne øke effektiviteten siden internprismodeller i seg selv skal gi insentiver til begge avdelingene om å få operert flere pasienter. Den samfunnsøkonomiske «nyttens» vil dermed øke. TD-ABC-modellen øker også produktiviteten siden den gir insentiver til avdelingene om å bruke ressursene mer produktivt ved at bruken synliggjøres. Eksempelvis kan forberedelsestiden reduseres. Det vil redusere ressursbruken per pasient.

Figur 9-1 oppsummerer de ulike egenskapene til modellene.



Figur 9-1: Oppsummering av de to ulike internprismodellene (Kilde: Egenutviklet)

Klinikkdirektørene er usikre på om økonomiske modeller har effekt på atferdsendringen i KSK. Internprismodellene hevdes å være overordnede og gi økonomiske insentiver for KSK på avdelingsledernivå. Om støttepersonellens atferd blir endret av modellene er derimot ikke entydig, siden det hevdes at de hovedsakelig motiveres av pasientbehandling, ikke avdelingens resultat. Økonomi og pasientbehandling er dog ikke motstridende. Økonomisk tankegang er til i sykehus for å utnytte ressursene best mulig og optimalisere pasientbehandlingen. Overordnede systemer har tidligere vist seg å gi endret atferd. Siden internprismodellene også kan øke effektiviteten, kan det redusere ventelistene og fristbruddene, og dermed gi riktig pasientbehandling til flere. Det vil motivere støttepersonellet og redusere strykningene. Siden DRG-systemet har hatt effekt ved Haukeland og Schuster m.fl. (2005) sin studie indikerer at internprising gir mer effektiv operasjonsdrift, tyder det på at økonomiske modeller har effekt på atferd til sykehuspersonell. For at støttepersonellens motivasjon skal øke, må likevel både klinikkdirektørene og støttepersonellet forstå at velfungerende økonomiske modeller kan gi bedre pasientbehandling til flere pasienter. Å gjennomføre en pilot med TD-ABC-modellen kan være en mulighet til å demonstrere dette.

10. AVSLUTNING

I dette kapitlet vil vi oppsummere hovedfunnene og begrensingene ved utredningen vår, før vi til slutt kommer med forslag til videre forskning.

Formålet med utredningen har vært å undersøke hvordan Haukeland kan bruke internpriser til å skape mer sammenfallende insentiver mellom de kliniske enhetene og kirurgisk serviceklinikk. Vi har gjennomført 14 intervjuer, med en total intervjuetid på 7 timer og 40 minutter. Det har gitt oss et godt grunnlag til å besvare våre forskningsspørsmål fra delkapittel 2.8, som skal hjelpe oss å besvare våre to problemstillinger:

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan Haukeland Universitetssykehus benytte internpriser til å forbedre Kirurgisk Serviceklinikk sine insentiver til å gjennomføre flere operasjoner, og hvilke effekter kan løsningen ha?

Underproblemstilling:

Hvordan kan dagens organisering av de respektive ansvarsenheter endres for å legge til rette for at internprising skal forbedre dagens insentiver.

Underproblemstillingen vil besvares først, siden den legger grunnlaget for konklusjonen i hovedproblemstillingen.

10.1 Konklusjon på underproblemstillingen

Hvordan kan dagens organisering av de respektive ansvarsenhetene endres for å legge til rette for at internprising skal forbedre dagens insentiver.

Vår underproblemstilling besvares gjennom forskningsspørsmål 1:

Hvordan kan KSK organiseres for å skape mer sammenfallende insentiver med de kliniske enhetene

Det var tydelig at dagens organisering ikke er optimal. KSK burde ifølge flere av klinikkdirektørene ha et forhold til sykehusets aktivitetsbaserte inntekt for å kunne svare til aktivitetssvingningene sykehuset opplever. Siden sykehuset har målsetning om å utnytte ressursene best mulig, uten å gå i overskudd, er organisering av KSK som et null-resultatsenter hensiktsmessig. Rammefinansieringen bør beholdes fordi KSK ikke kan aktivitetsfinansiere alle sine forskjellige oppgaver. Av den grunn konkluderte vi med at KSK burde organiseres som et modifisert null-resultatsenter. Det vil gi dem et forhold til ISF-inntekten, beholde deler av rammefinansieringen og samtidig strebe etter optimal ressursutnyttelse. For at avdelingen skal aktivitetsfinansieres, må det også utarbeides en løsning for hvordan den inntekten skal fordeles til KSK. Det er grunnlaget for hovedproblemstillingen.

10.2 Konklusjon på hovedproblemstillingen

Hvordan kan Haukeland Universitetssykehus benytte internpriser til å forbedre Kirurgisk Serviceklinikk sine insentiver til å gjennomføre flere operasjoner, og hvilke effekter kan løsningen ha?

Hovedproblemstillingen besvares gjennom forskningsspørsmål 2 og 3:

Forskningsspørsmål 2: Hvilke internprismetoder er mest attraktive og kan skape insentiver til å øke aktivitet og redusere antall styrkninger?

Alle de analyserte metodene har fordeler og ulemper. Basert på intervjuobjektene utsagn, burde internprisen baseres på det som driver kostnadene i operasjonsstuene. Et internt

dokument fra 2007 poengterte at en kostnadsbasert pris er et egnet prisprinsipp for internpriser av KSK sine tjenester. I følge klinikkdirektørene drives operasjonskostnadene i all hovedsak av personal- og utstyrskostnader. Derfor vil medgått tid avgjøre operasjonens kostnader, og derav internprisen. TD-ABC-metoden tar hensyn til tidsbruken. Den er enkel å oppdatere og krever få målinger, samtidig som den tilrettelegger for riktig ressursbruk i de ulike delene av prosessen. Transparensen vil også øke, siden metoden viser hvilke kostnader som medgår i operasjonene. Derfor konkluderte vi med at TD-ABC var den mest hensiktsmessige *teoretiske* metoden for beregning av internpris ved Haukeland.

Fordeling av ISF-inntekten kan også fungere som en internpris. Metoden er ikke teoretisk begrunnet, men ble foreslått av en klinikkdirektør og er derfor en *praktisk* internprismetode.

Disse to metodene la grunnlaget for våre to alternative internprismodeller som bygger opp til vårt tredje forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 3: Hvordan kan de alternative internprismodellene fungere, sammenlignet med dagens modell?

Vi utarbeidet to alternative internprismodeller. TD-ABC-modellen fikk blandede reaksjoner fordi den har sine praktiske utfordringer. Knivtid må redefineres og var ifølge én klinikkdirektør ikke godt egnet som utgangspunkt for internprisen. ISF-modellen er en praktisk modell som bruker dagens finansieringssystem. At modellen er mindre byråkratisk ble positivt mottatt. KSK vil samtidig få et forhold til aktivitetsinntektene, hvilket var viktig for samtlige kliniske enheter. Sammenlignet med TD-ABC-modellen legger den ikke til rette for samme effektivisering. Den øker heller ikke transparensen mellom avdelingene, siden man ikke får innsyn i hva som ligger til grunn for kostnadene. Gitt at TD-ABC-modellen kan implementeres og vedlikeholdes på en bærekraftig måte, foretrekker vi den fremfor ISF-modellen. Den gir et riktigere bilde av kostnadene under kirurgiske inngrep, samtidig som den skaper insentiv for effektivitet. Bruk av knivtid kan potensielt frigjøre mye av KSK sin kapasitet dersom man oppnår samme resultater som Schuster m.fl. (2005) gjorde i sin studie. Med andre ord legger den bedre til rette for å utnytte sykehusets ressurser optimalt.

Klinikkdirektørene er ikke enige om økonomiske modeller *faktisk* vil gi ønsket atferdsendring og redusere strykningene, fordi de hevder at operasjonspersonellet ikke blir motivert til å gjennomføre flere operasjoner gjennom slike overordnede økonomiske modeller. Det tyder på manglende forståelse blant sykehuspersonell for formålet med økonomiske modeller.

Historien har vist at økonomiske modeller har hatt effekt. DRG-systemet har forandret ansattes valg, og tyder på at modellene gir mer økonomisk motiverte beslutninger, uansett om støttepersonellet motiveres eller ikke. Økonomiske modeller skal bidra til bedre beslutningsgrunnlag slik at flest mulig pasienter får riktig behandling. De er med andre ord ikke hindrende for den medisinske praksisen, men skal legge til rette for å utnytte ressursene på best mulig måte. Om sykehuspersonellet forstår at gode økonomiske modeller kan gi flere pasienter riktig behandling, kan det bidra til å øke deres motivasjon. Det kan gjøre implementeringen enklere, og sørge for at effekten av de økonomiske modellene blir større siden både ledere og personell blir stimulert til å oppnå høyest mulig aktivitet.

10.3 Konklusjon på utredningen og anbefalinger

Basert på vår teori, empiriske data og våre analyser i denne utredningen vil vi anbefale følgende:

Haukeland bør omorganisere KSK til et modifisert null-resultatsenter. Det gir dem et finansielt mål om å gå i balanse, et forhold til den aktivitetsbaserte inntekten, samtidig som de beholder rammefinansieringen.

For å aktivitetsfinansiere avdelingen kan internpriser innføres. TD-ABC-modellen vil aktivitetsfinansiere KSK gjennom en relativt enkel og transparent modell som i tillegg gir insentiver om å bruke sykehusets ressurser effektivt og kan frigjøre kapasitet hos KSK.

Effekten av økonomiske modeller var det delte meninger om blant klinikkdirektørene, siden det ble hevdet at støttepersonellet ikke ble motivert av overordnede modeller, men heller god pasientbehandling. Vi mener derimot at økonomiske modeller vil ha effekt siden historien har vist at det både ved Haukeland og i Schuster m.fl. (2005) sin studie har hatt det. Klinikkdirktørenes argumenter om støttepersonellens motivasjon er i tillegg tynne, siden internprismodeller har til hensikt å legge til rette for bedre pasientbehandling – det burde motivere støttepersonellet.

For å finne den eksakte effekten av en internprismodell, anbefaler vi Haukeland å gjennomføre en pilot av TD-ABC-modellen.

10.4 Implikasjoner og begrensninger

Våre konklusjoner og anbefalinger er basert på datainnhenting fra personer i Helse Bergen. Disse personene vil selv merke konsekvensen av potensielle endringer, og det kan forme svarene deres og svekke objektiviteten.

Intervjuobjektene ble valgt ut både på bakgrunn av høy strykningsandel, og at noen av dem hadde meninger eller tanker om internprisproblemstillingen. Det kan gjør at vår studie kan bli preget av deres forutinntatte meninger. Det skal dog sies at å velge intervjuobjekter som allerede hadde opparbeidet seg en forståelse av problemer ga oss et rikt datagrunnlag å basere våre analyser på.

Konklusjonene i studien er basert på klinikkdirektørens meninger og våre egne analyser. Det er derfor viktig å påpeke at det ikke er sikkert at de *faktiske* konsekvensene avdekkes. Fordi intervjuene er gjennomført med personer med begrenset økonomibakgrunn kan modellene virke kompliserte å forstå. Det vil kunne påvirke personene sine oppfatninger av konsekvensene av modellene, og dermed deres evne til å gi kvalifiserte svar.

Til tross for et relativt bredt utvalg av respondenter, vil det være vanskelig å generalisere til resten av de kliniske avdelingene ved Haukeland. Våre konklusjoner bør derfor tolkes med forsiktighet, uten å overføres til avdelinger som ikke har deltatt i studien.

10.5 Forslag til videre forskning

I denne prosessen har vi erfart hvor komplisert økonomisk styring i et statlig finansiert sykehus er. Det er svært mange ting som griper i hverandre, hvilket gjør det vanskelig å kun se isolert på en del av virksomheten.

Basert på all informasjon vi har samlet inn og analysert, har vi identifisert flere andre interessante problemstillinger som kan være nyttig for Helse Bergen å ta med seg videre, og som kan være grunnlaget for interessante masterutredning i tiden fremover. Dette inkluderer å ta fatt i andre strykningsårsaker, flaskehalsen i andre deler av pasientløpet, utnyttelse av operasjonsstuene og om insentivutfordringene kan løses på andre måter.

Kan insentivutfordringene løses ved hjelp av «myke verdier»?

Noen av klinikkdirektørene var skeptiske til om økonomiske modeller ville ha ønsket effekt. Det er beskrevet i kapittel 8 og 9. Én av klinikkdirektørene hevdet at man kunne øke operasjonsaktiviteten ved å jobbe med arbeidsmiljø og kultur. Det vil etablere et bedre samarbeid mellom den kliniske avdelingen og KSK. I dag har noen avdelinger et samarbeid preget av «oss og dem»-kultur, i stedet for å jobbe sammen som en enhet. Derfor kan det være interessant å analysere samholdet og samarbeidet mellom de ulike kliniske avdelingene og det kirurgiske støttepersonellet fra KSK, samt se på hvilken innvirkning dette har på strykningene.

Hvordan kan sykehusene sørge for en bedre utnyttelse av operasjonsstuene?

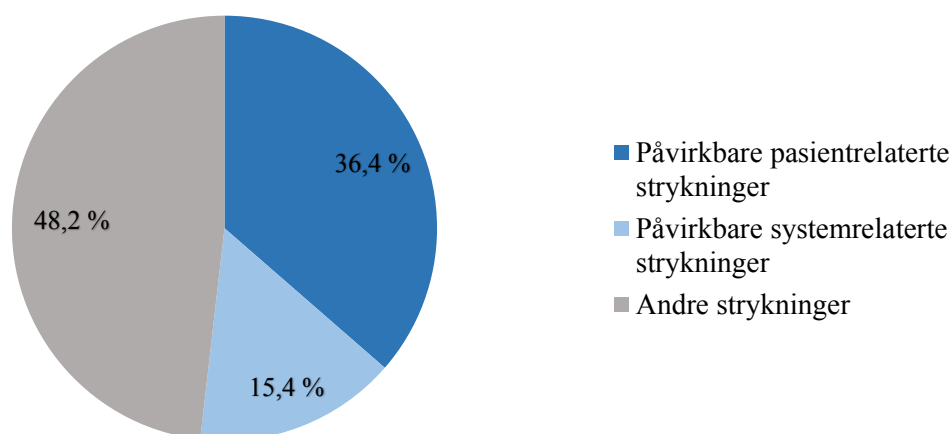
Klinikkdirektørene mener at dagens utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten ikke er optimal. Operasjonsstuene i seg selv kan fungere som en flaskehals fordi de er fullbooket stort sett hele tiden. Likevel er det en tydelig forskjell i hvordan de ulike avdelingene faktisk utnytter tiden de er i operasjonsstuen. Naturligvis krever ulike operasjoner ulik operasjonsgjennomføring. Likevel burde målet være å sørge for at man jobber for å utnytte operasjonstiden best mulig. En nærmere studie kan ta utgangspunkt i effektene av en bedre operasjonsstueutnyttelse og

hvordan man kan få det til. TD-ABC modellen er bare et av flere verktøy som kan gi bedre utnyttelse av operasjonsstuene, og det ville være interessant å også utforske andre virkemidler.

Kan man oppnå en større reduksjon av strykninger ved å fokusere på andre strykningsårsaker?

Med utgangspunkt i datamaterialet vi mottok fra Haukeland for å se hva som var årsakene til våre «relevante strykninger», identifiserte vi at de største strykningsandelene var relatert til forhold med pasienten. Som figur 10-1 viser står disse for 36,4% av alle strykningene i sykehuset. Potensialet til å redusere et høyt antall strykninger er større her, sammenlignet med de påvirkbare «systemrelaterte strykningene» som vår utredning tar utgangspunkt i.

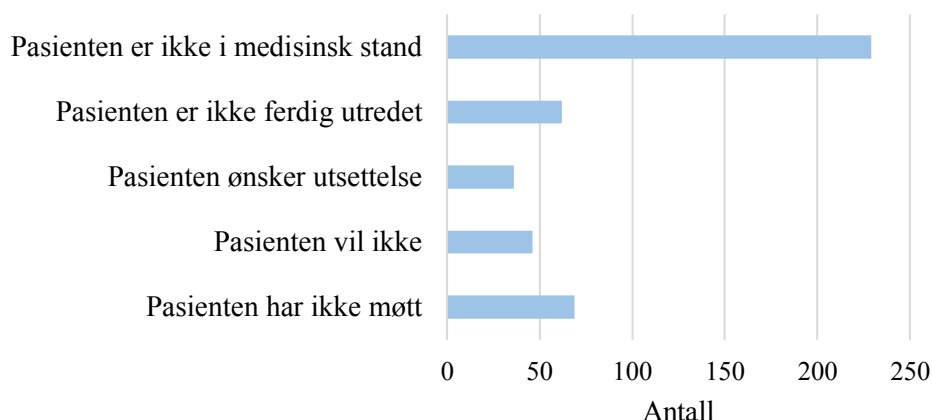
Kategorier av strykninger



Figur 10-1: Kategorier av strykninger (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen)

Pasientrelaterte forhold er blant annet knyttet til at pasienten ikke møtte opp, at pasienten ikke ønsker operasjon eller ønsket utsettelse. Andre årsaker som står for en høy andel strykninger, er tilknyttet at pasienten ikke er i medisinsk stand eller ferdig utredet. Graf 10-1 på neste side illustrerer fordelingen av de nevnte årsakene for 2017.

Pasientrelaterte strykninger



Graf 10-1: Pasientrelaterte strykninger (Kilde: Strykningsdata, Helse Bergen)

En masterutredning kan ta tak i hvordan sykehuset på en bedre måte kan legge alt til rette for at pasienten skal være klar, og gjøre alle nødvendige forberedelser for at operasjonen skal kunne starte på det avtalte tidspunktet. Dersom enkle tiltak kan redusere en stor del av dagens strykninger, vil det sørge for bedre pasientgjennomstrømning, høyere aktivitet og bedre ressursutnyttelse. 42% reduksjon i «pasientrelaterte strykninger» vil ha samme effekt som å redusere 100% av de «systemrelaterte strykningene».

Tiltak for å redusere pasientrelaterte strykninger kan også være billigere. Derfor anbefaler vi Haukeland å evaluere tiltak på dette området før man bestemmer seg for å innføre internpriser.

Hvordan kan kapasiteten i postoperativ avdeling økes?

Som følge av reduserte strykninger vil antall pasientgjennomstrømninger øke. Det vil kreve mer kapasitet i neste ledd av pasientløpet – postoperativ avdeling. Isolerte tiltak som å redusere strykninger vil kanskje ikke ha effekt alene, men krever at resten av prosessen også utbedres. Dersom operasjonseffektiviteten øker og legger til rette for flere operasjoner, vil de likevel kunne strykes grunnet manglende kapasitet i denne avdelingen. Uansett hvor og hvordan strykningene skal reduseres, må det sees i sammenheng med hele virksomheten. En utredning kan eksempelvis ta utgangspunkt i hvordan kapasiteten i postoperativ avdeling kan økes.

LITTERATURLISTE

- Administrasjonsdepartement (1994) *Internprising i offentlig sektor* (Internett). Oslo.
Administrasjonsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<http://folk.uio.no/olavt/Forarbeider/NOU/1994-17/hov006-bu.html> (Lest 19.01.2017).
- Andersen, H. (2017) *Delrapport – evaluering av operasjons- og intensivklinikken*. Sak 4/2018 til direktørens ledergruppe UNN HF – vedlegg 3.
- Anthony, R. & Young, D. (2003) *Management control in nonprofit organizations*. 7. Utgave. Boston, Mass. McGraw-Hill/Irwin.
- Arvidsson, G. (1971) *Internpriser*. 1. Utgave. Stockholm. Sveriges Mekanförbund.
- Baldenius, T. & Reichelstein, S. (2006) *External and Internal Pricing in Multidivisional Firms*. Journal of Accounting Research volume 44, March 2006. s.1-28.
- Berg, T. (2017) *Grunnleggende økonomistyring*. 1. Utgave. Oslo. Cappelen Damm Akademisk.
- Bergstrand, J. (2009) *Accounting for Management Control*. 1. Utgave. Lund. Studentlitteratur.
- Bhimani, A., Horngren, C. T., Datar, S. M. & Rajan, M. V. (2012) *Management and cost accounting*. 5. Utgave. Essex. Pearson Education Limited.
- Bjørnenak, T. (2005) *Zimmermans argumenter for å fordele kostnader*. Magma nr. 6/2005. s. 81-83.
- Bjørnenak, T. (2016) *Tradisjonelle kalkyler og hvorfor fordele kostnader*. Forelesningsnotater BUS401/MRR415 Strategisk lønnsomhetsanalyse og prising. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Bjørnenak, T., Dalen, D. M., Mørch von der Fehr, N., Olsen, T. E. & Torsvik, G. (2005) *På like vilkår? En analyse av konkurranse mellom offentlige og private foretak*. Konkurransetilsynet, Februar 2005. s. 39-66.

-
- Bragelien, I. (2016a) *Lineær insentivmodell & Guly, tak og dynamiske problemer*. Forelesningsnotater BUS400N Styring av større foretak. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Bragelien, I. (2016b) *Organisering og desentralisering*. Forelesningsnotater BUS400N Styring av større foretak. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Bragelien, I. (2016c) *Internprising del 1*. Forelesningsnotater BUS400N Styring av større foretak. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Bragelien, I. (2016d) *Internprising del 2*. Forelesningsnotater BUS400N Styring av større foretak. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2009) *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. 2. Utgave. Los Angeles. SAGE.
- Burgess, S. & Ratto, M. (2003). *The Role of Incentives in the Public Sector: Issues and Evidence*. Oxford Review of Economic Policy, 19(2). s. 285-300.
- Burns, J., Quinn, M., Warren, L. & Oliveira, J. (2013) *Management Accounting*. UK-Utgave. Maidenhead. McGraw-Hill Education.
- Colbjørnsen, T. (1992) *Reisen til markedet: organisasjonsutforming for økt konkurranse*. 2. Utgave. Oslo. TANO.
- Dixit, A. (2002). *Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review*. The Journal of Human Resources, 37(4). s. 696-727.
- Drury, C. (2012) *Management and cost accounting*. 8. Utgave. Hampshire. Cengage Learning.
- Eccles, R. G. (1985) *The transfer pricing problem – A theory for practice*. 1. Utgave. Lexington, Mass., Lexington Books.
- Ellwood, S. (2009) *Accounting for (a) public good: Public Healthcare in England*. Financial Accountability & Management, Volume 25, Issue 4. s. 411-433.
- Emmanuel, C. & Mehafdi, M. (1994) *Transfer pricing*. 1. Utgave. London. Academic Press.

-
- Ghosh, D. (2000) *Complementary arrangements of organizational factors and outcomes of negotiated transfer price*. Accounting, Organizations and Society 25. s. 661-682.
- Godal, T.A., & Nilsen, L. (2003) *DRG: Jakten på lønnsomme diagnose* (Internett). Dagens Medisin. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2003/06/12/drg-jakten-pa-lonnsomme-diagnoser/> (Lest 13.05.2018).
- Goold, M., Campbell, A. & Alexander, M. (1994) *Corporate-Level Strategy: Creating value in the multibusiness company*. 1. Utgave. New York. Wiley.
- Gox, R. F. & Schiller U. (2006) *An economic perspective on transfer pricing*. Handbook of Management Accounting Research, Vol. 2, 2006. s. 673-695.
- Halvorsen, H. E. & Hansen, V. W. (2013) *Samhandlingsreformen – den kommunale betalingspliktens effekt i sykehuset*. (Masterutredning) Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Hansen, T. & Svendsen, B. (1996) *Økonomisk styring av foretak*. 1. Utgave. Oslo. Cappelen Akademiske forlag.
- Helfo (2018) *Dine rettigheter ved fristbrudd*. Oslo. Helse Norge.no. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/rettigheter/brudd-pa-behandlingsfrist> (Lest 26.05.2018)
- Hellevik, O. (1999) *Forskningsmetode i sosilologi og statsvitenskap*. 6. Utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Helse Bergen (2007) *Internhandel, status Helse Bergen pr. 1.jan.2007 (upublisert manuskript)*. Helse Bergen.
- Helse Bergen (2017a) *Strategiplan 2017-2022* (Internett). Bergen. Helse Bergen. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/om-oss/strategiplan-2017-2022> (Lest 17.04.2018).
- Helse Bergen (2017b) *Årsmelding og årsregnskap* (Internett). Bergen. Helse Bergen. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/om-oss/arsmeldingar-og-arsrekneskap> (Lest 09.05.2018).

-
- Helse Bergen (2018) *Organisasjonskart* (Internett). Bergen. Helse Bergen.
Tilgjengelig fra: <https://helsebergen.no/documents/organisering/organisasjonskart.pdf> (Lest 09.05.2018).
- Helsedirektoratet (2017a) *Finansieringsordninger* (Internett). Oslo. Helsedirektoratet.
Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger> (Lest: 10.04.2018).
- Helsedirektoratet (2017b) *Ventetider for utredning og behandling* (Internett). Oslo. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra <https://helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/ventetider> (Lest: 26.05.2018).
- Helsedirektoratet (2017c) *Innsatsstyrt finansiering 2018*. Oslo. Helsedirektoratet. 12/2017
- Helsedirektoratet (2018) *Ventetider og pasientrettigheter – Statistikk* (Internett). Oslo. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/938322fe-0044-48a7-9125-87d5d76179b7?e=false&vo=viewonly> (Lest: 26.05.2018).
- Helse- og omsorgsdepartement (2014) *De regionale helseforetakene* (Internett). Oslo. Regjeringen.no. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/> (Lest: 17.04.2018).
- Helse Vest (2017) *Helse 2035: Strategi for Helse Vest – utkast januar 2017* (Internett). Stavanger. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2017/02.02.2017/Sak%2001617%20Vedlegg%201%20-%20Ny%20verksemdstrategi%20-%20Helse2035.PDF> (Lest: 06.06.2018)
- Heskestad, T. (2016) *Beholdninger IAS 2*. Forelesningsnotater BUS402 Finansregnskap. Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Hirsch, M. L. (1994) *Advanced Management Accounting*. 2. Utgave. Cincinnati, Ohio. South-Western Publ.
- Hirshleifer, J. (1956) *On the Economics of Transfer Pricing*. The Journal of Business, Vol. 29, No. 3. July, 1956. s. 172-184.

-
- Hjertenes, Ø. (2014) *Avviser at Haukeland jukser* (Internett). Bergen. Bergens Tidende. Tilgjengelig fra: <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/J6j6j/Avviser-at-Haukeland-jukser> (Lest: 08.05.2018).
- Hoff, K. G. (2010) *Driftsregnskap og budsjettering*. 5. Utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Horngren, C., Datar, S. & Foster, G. (2003) *Cost accounting: A managerial emphasis*. 11. Utgave. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall.
- Horngren, C. T. & Sorter, G. H. (1962) *Asset Recognition and Economic Attributes – The Relevant Costing Approach*. The Accounting Review, 1 July 1962, Vol. 37(3). s. 391-399.
- Horngren, C. T., Sundem, G. L. & Stratton, W. O. (2002) *Introduction to management accounting*. 12. Utgave. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall Business Publishing.
- Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. Utgave. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Jensen, M.C., & Meckling, W. H. (1976). *Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure*. Journal of Financial Economics, 3(4). s. 305-360.
- Jensen, M. & Meckling, W. (1998) *Foundations of Organizational strategy*. 1. Utgave. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Johannessen, A., Kristoffersen L. & Tufte, P. A. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk administrative fag*. 3. Utgave. Oslo. Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Kristoffersen L. & Tufte, P. A. (2005) *Forskningsmetode for økonomisk administrative fag*. 2. Utgave. Oslo. Abstrakt forlag.
- Johannessen, N. & Sandnes, Å. H. (2018) *Tilsyn mot Molde sykehus etter varsel om mangel på anestesisykepleiere* (Internett) Oslo. VG. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/MgqmGB/tilsyn-mot-molde-sykehus-etter-varsel-om-mangel-paa-anestesisykepleiere> (Lest: 20.04.2018).

-
- Kaplan, R. (1990) *Contribution Margin Analysis: No longer relevant/strategic cost management: The New Paradigm*. Journal of Management Accounting Research 2, Fall 1990. s. 2-15.
- Kaplan R. S. & Anderson S. R. (2004) *Time-Driven Activity-Based Costing*. Harvard Business Review, November 2004. s. 131-138.
- Kaplan. R. S. & Anderson. S.R. (2007) *Time-Driven Activity-Based Costing: A simpler and more powerful path to higher profits*. 1. Utgave. Boston. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. & Atkinson, A. A. (2014) *Advanced Management Accounting*. 3. Utgave. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall.
- Knox Lovell, C. A. (1993) *The Measurement of Productive Efficiency: techniques and applications*. 1. Utgave. New York. Oxford University Press.
- Kuntz, L. & Vera, A. (2005) *Transfer Pricing in Hospitals and Efficiency of Physicians: The Case of Anesthesia Services*. Health Care Management Review, 2005, 30(3). s. 262-269.
- Løkkebø, M. & Vik, B. (2006) *Internprising som styringsverktøy i sjukehussektoren*. (Masterutredning). Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Mauland, H. & Mellempvik, F. (1991) *Budsjettering, Regnskap og Økonomistyring i Offentlig Sektor*. 1. Utgave. Oslo. Bedriftsøkonomens Forlag.
- Meyer, U.B. & Waage-Rasmussen, I. (2006) *Hvordan sikre psykisk helseverns ressurser ved kostnadsfordeling*. SNF-rapporten nr. 04/06.
- Moschandreas, M. (2000) *Business Economics*. 2. Utgave. London. Thomson.
- Noreen, E. (1991) *Conditions Under Which Activity-Based Cost Systems provide Relevant Costs*. Journal of Management Accounting Research, Fall 1991. s.159-168.
- Opstad, L. (2000) *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. 1. Utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

-
- Opstad, L. (2003) *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren*. 2. Utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Opstad, L. (2013) *Økonomistyring i offentlig sektor*. 2. Utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Opstad, L. & Berg, J. E. (1992) *Helseøkonomi*. 2. Utgave. Oslo, Universitetsforlaget.
- Pettersen, I. J. & Bjørnemark, T. (2003) *Helse i hver krone*. 2. Utgave. Oslo. Cappelen Akademiske forlag.
- Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnemark, T. (2008) *Økonomi og Helse*. 2. Utgave. Oslo. Cappelen Akademiske forlag.
- Porter, M. & Kaplan, R. S. (2011) *The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care*. Harvard Business Review, September 2011. s. 46-64.
- Prendergast, C. (1999) *The Provision of Incentives in Firms*. Journal of Economics Litterateur, 37, s. 7-63.
- Ronen, J. & McKiney, G. (1970). *Transfer pricing for divisional autonomy*. Journal of accounting research, 8(1). s. 99-112.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2016) *Research methods for business students*. 7. Utgave New York. Pearson Education.
- Schuster, M., Standl, T., Reissmann, H., Kuntz, L. & Schulte, J. (2005) *Reduction of Anesthesia Process Times After the Introduction of an Internal Transfer Pricing System for Anesthesia Services*. Economics, Education, and Health Systems Research 2005;101. s. 187-194.
- Selmer, H. I. (2012) *En case studie av Kirurgisk serviceklinikks ortopediske seksjon ved Haukeland Universitetssykehus*. (Masterutredning) Norges Handelshøyskole, Bergen.
- Simons, R. (2000) *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*. 1. Utgave. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall.
- Statistisk sentralbyrå (2018a) *Pasienter på sykehus* (Internett). Oslo: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient> (Lest 17.04.2018).

-
- Statistisk sentralbyrå (2018b) *Helseregnskap* (Internett). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helsesat/> (Lest 17.04.2018).
- Storvik, A. G. (2018) *Taper millioner – varsler kutt* (Internett). Oslo. Dagens medisin.
Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/11/taper-millioner--varsler-kutt/> (Lest: 07.02.2018).
- Swieringa, R. J. & Waterhouse, J. H. (1982) *Organizational Views of Transfer Pricing, Accounting, Organizational and Society*, 7(2). s. 149-165.
- Toppe, K. (2014) *Diagnosehysteri* (Internett). Bergen. Bergens Tidende.
Tilgjengelig fra: <https://www.bt.no/btmeninger/kronikk/i/Q5QJQ/Diagnosehysteri>
(Lest 08.05.2018).
- Van Kestern, M., Fowler, C. & Bates, K. (2016) *An Intra-Organizational Transfer Pricing Conundrum: Inter District Flows between District Health Boards*. Paper for submission to the New Zealand Management Accounting Symposium 2016.
- Vold, B. (2017) *Norge bruker fjerde mest på helse i OECD* (Internett). Oslo. Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-fjerde-mest-pa-helse-i-oecd> (Lest: 24.04.2017).
- Yin, K. R. (2014) *Case study research*. 5. Utgave. Los Angeles. SAGE.
- Young, D. W. (1998) *Two-part Transfer Pricing Improves IDS Financial Control*. Healthcare Financial Management, August 1998. s. 56-65.
- Zimmermann, J. L. (1979) *The Costs and Benefits of Cost Allocation*. The Accounting review, Vol.52, No.3. s. 504-521.
- Östergren, K. & Meyer U.B. (2007) *Hvordan håndtere konflikterende styringssystemer? – en analyse av hvorfor og hvordan felleskostnader fordeles*. SNF-rapport 05/07.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervju med sentral posisjon 1

Introduksjon:

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din stilling og dine ansvarsområder?
2. Hvor lenge har du vært i din stilling og hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?

Tema 1: Organisering og finansiering

3. Hvordan er KSK organisert i dag? Hvorfor er det organisert slik og hvilke erfaringer har dere med dette?
 - a) Er det noen grunn til at en har organisert slik og ikke som et overskuddssenter?
4. Hvordan er kliniske enhetene organisert? Hvorfor er det organisert slik og hvilke erfaringer har dere med en slik organisering?
 - a) Er det ulikheter mellom klinikkene i studie vårt?
5. Kan du forklare hvordan finansieringsløsningen til Helse Bergen foregår? Hvordan er kontantstrømmen gjennom sykehuset fra ramme- og aktivitetsbasert finansiering, og hvordan blir dette fordelt, med hensyn til KSK og de kliniske enhetene?
 - a) Kan du kort forklare DRG-finansieringen?
 - b) Hvilke erfaringer har dere med dette?

Tema 2: Internpriser

6. Hvordan blir internprising brukt i Helse Bergen i dag?
 - a) Blir det brukt internprising i andre støttetjenester eller medisinske støttetjenester?
 - b) Hvordan blir internprising brukt mellom KSK og de kliniske enhetene?
 - c) Har det blitt brukt tidligere? Hvilken erfaring hadde man med dette?
 - i. Hvorfor ble det brukt på denne måten?
7. Markedsbaserte internpriser blir fort utelukket i sykehussammenheng grunnet manglende eksternt marked. Vil det derimot være hensiktsmessig å sette priser basert på forhandlinger mellom av aktuelle avdelingene?
 - a) Hvis ja, vil ikke dette redusere intern effektivitet?
 - b) Er det eventuelt en god løsning at man bestemmer priser sentralt og at avdelingene forholder seg til det? Hvordan tror du dette kan gjøres?

-
8. Hvilket forhold har dere til kostnadsbaserte internpriser? Det finnes ulike måter å kalkulere disse på, har dere noen formening om fordeler og ulemper knyttet til bruk av følgende metoder:
 - Variabelkost
 - Selvkost
 - Aktivitetsbasert kalkulasjon
 - Tidsdrevet ABC
 9. Tidsdrevet ABC har blitt nevnt som en løsning for kostnadsberegning i sykehus, og vi har forstått at dette brukes i Helse Bergen når en regner kostnader for ulike kirurgiske inngrep. Kan du fortelle litt mer om hvordan TD-ABC blir brukt til dette?
 - a) Hvordan ville det vært å bruke TD-ABC som utgangspunkt for internpriser?

Tema 3: Implementering

10. Hvor lenge har diskusjonen om internprising foregått i Helse Bergen?
 - a) Hva er årsaken til manglende innføring/implementering?
11. Hva er hovedargumentene for og imot å innføre dette?
12. Vil strykninger gi oss et godt estimat på effekten internpriser kan ha?

Avslutning:

13. Har du noen flere betraktninger du ønsker å ta opp eller noe vi ikke har kommet innpå som du mener er vesentlig i denne diskusjonen?

Vedlegg 2: Forespørsel om intervju

Hei «navn»,

Vi er to studenter ved Norges Handelshøyskole med spesialisering i økonomisk styring som dette semesteret skriver masterutredning om internprising i Helse Bergen – nærmere bestemt mellom KSK og kliniske avdelinger. Vi vil benytte oss av både kvantitative analyser og kvalitative intervjuer for å belyse og analysere hvordan Helse Bergen kan ta i bruk internprising for å redusere antall strykninger og hvilke konsekvenser det vil ha for sykehuset som helhet.

Etter diskusjoner med «xx» og «xx», er vi interessert i dine innspill og erfaringer knyttet til dette temaet.

Du vil i vår behandling av intervjuene fremstå anonymt og ber om tillatelse til å ta opp intervjuene for at vi på best mulig måte kan gjengi korrekt informasjon. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og enkeltpersoner vil ikke kunne gjenkjennes i utredningen. Informasjonen vil anonymiseres og opptakene destrueres når utredningen er ferdig – senest 20.06.2018. Deltakelse er frivillig og samtykket kan trekkes så lenge studien foregår.

Vi planlegger å gjennomføre to (2) intervjuer på ulike tidspunkt. Først ett innledende intervju, med et påfølgende intervju senere i semesteret. Hvert intervju vil potensielt vare i 30-45 minutter, men vil avhenge av dine svar og ønsker.

Vi ønsker veldig gjerne å gjennomføre første runde av intervjuer i løpet av neste uke og lurer dermed på om du har mulighet å gjennomføre intervjuene en gang i dette tidsrommet? Når passer det eventuelt for deg?

Vi er ledig hele uken. Intervjuene vil foregå i administrasjonsbygget ved Haukeland universitetssykehus eller på ditt kontor (nærmere informasjon kommer på et senere tidspunkt).

Vennlig hilsen

Marius Ruth og Arild Grønnevik Sandal

Vedlegg 3: Innledende intervjuer med klinikkdirektører – utgave 1

Innledning:

Vi er interessert i problemstillinger rundt insentiver og vet at innføringen av internpriser har vært foreslått som en mulig problemstilling for en masterutredning for noen år siden. Vi har derfor valgt å skrive en masterutredning som handler om insentivutfordringen som oppstår mellom KSK og de kliniske avdelingene, på bakgrunn av ulik organisering og finansiering, samt se på hvordan internprising kan løse dette.

Utredningen er bygget opp i flere faser. I første omgang ønsker vi å holde et innledende intervju med dere på 30-45 minutter. Intervjuet vil handle om å få en forståelse for avdelingen med fokus på organisering og deres forhold til internpriser. Vi vil deretter se litt ulike teoretiske tilnærminger til internprismodeller som er aktuelle i denne konteksten. I tillegg skal vi ta kontakt med andre sykehus slik at vi kan sammenligne hvordan de har stilt seg til utfordringene. I etterkant av dette ønsker vi å kjøre en ny runde med intervjuer på 30-45 minutter hvor vi vil gå litt mer i dybden på ulike internprismodellene og hvilken effekt det vil ha, både for avdelingen og for Helse Bergen.

Intervjuene med dere handler i dag om å få en forståelse. Problemet er veldig komplekst og det er publisert lite konkret litteratur på området i akkurat denne konteksten. Utredningen vil være akademisk og er ikke ment som et konsulentarbeid. Vi har på ingen måte besluttet at dagens løsning bør forkastes, men ønsker å vise alternative tilnærminger. I andre intervjurunde ønsker vi å gjennomgå disse tilnærmingene med dere for å få deres syn på hvilke konsekvenser det potensielt ville hatt.

Vi ønsker å ta opp intervjuene på opptak for å kunne gjengi all informasjon korrekt, men de vil så klart bli slettet etter at utredningen er levert (20.06.2018). Dersom det er noe som blir sagt under intervju som en ønsker at ikke skal bli nevnt i utredningen, vil det fjernes. Som nevnt, handler intervjuene ikke om å finne feil i dagens organisering og praksis, men for oss å opparbeide oss en bedre forståelse.

All informasjon vil behandles konfidensielt og alle intervjuobjekt vil anonymiseres.

Introduksjon:

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din stilling og dine ansvarsområder?
2. Hvor lenge har du vært i din stilling og hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?
 - a) Hvilken akademisk bakgrunn har du?
3. Kan du beskrive ansvarsområdene for avdelingen og fortelle litt kort om avdelingen?

Tema 1: Organisering og finansiering

4. Hvordan er avdelingen din organisert i dag? Er det noen grunn til at en har organisert slik?
 - a) Hvorfor, og hvilken erfaring har dere med dette?
5. Kan du fortelle oss litt mer om hvordan finansiering av din avdeling foregår?
 - a) Kan du gå litt mer inn på hvordan aktivitetsbasert finansiering og rammetilskudd er lagt opp for din avdeling?
 - b) Hvordan synes du det fungerer?
6. Når det gjelder KSK så er det flere underavdelinger som har spesialisert seg på ulike fagområder. Hvordan er deres erfaringer med dette?
 - a) Hvordan er deres forhold og erfaringer med samarbeidet mellom KSK og de kliniske avdelingene på en generell basis? Noe dere ikke er fornøyd eller fornøyd med? Noen områder dere mer bør forbedres?
 - b) Et alternativ for internpriser er å endre hele organisasjonsstrukturen ved at den kliniske avdeling eier både kirurger og anestesipersonell. Hvilken eventuell effekter ville en slik organisering ha for avdelingen din?

Tema 2: Internpriser

7. Hva er din avdeling sitt standpunkt angående internprising på KSK sine tjenester?
 - a) Hvorfor?
 - b) Hva tror du eventuelle effekter blir for avdelingen og Helse Bergen totalt sett?
8. Hvilke konsekvenser ville det hatt dersom de kliniske avdelingene å måtte betale for tjenestene til KSK?
 - a) Hvordan tror du dere ville endret deres adferd ved at dere må dekke kostnadene til KSK?
9. Andre alternativ er markedsbaserte, forhandlingsbaserte og sentralt satte priser.
 - a) Hvordan stiller du deg til å måtte forhandle om priser?

b) Hvordan stiller du deg til at ledelsen bestemmer prisene?

Tema 3: Implementering

10. Laboratoriet har innført kostnadsbaserte internpriser (ved ABC) og det har vært vellykket. Hva skiller dere fra lab når det kommer til implementering av internpriser?

Avslutning:

11. Har du noen flere betraktninger du ønsker å ta opp eller noe vi ikke har kommet innpå som du mener er vesentlig i denne diskusjonen?

Vedlegg 4: Innledende intervjuer med klinikkdirektører – utgave 2

Innledning:

Vi er interessert i problemstillinger rundt insentiver og vet at innføringen av internpriser har vært foreslått som en mulig problemstilling for en masterutredning for noen år siden.

Vi har derfor valgt å skrive en masterutredning som handler om insentivutfordringen som oppstår mellom KSK og de kliniske avdelingene, på bakgrunn av ulik organisering og finansiering, samt se på hvordan internprising kan løse dette.

Utredningen er bygget opp i flere faser. I første omgang ønsker vi å holde et innledende intervju med dere på 30-45 minutter. Intervjuet vil handle om å få en forståelse for avdelingen med fokus på organisering og deres forhold til internpriser. Vi vil deretter se litt ulike teoretiske tilnærminger til internprismodeller som er aktuelle i denne konteksten. I tillegg skal vi ta kontakt med andre sykehus slik at vi kan sammenligne hvordan de har stilt seg til utfordringene. I etterkant av dette ønsker vi å kjøre en ny runde med intervjuer på 30-45 minutter hvor vi vil gå litt mer i dybden på ulike internprismodellene og hvilken effekt det vil ha, både for avdelingen og for Helse Bergen.

Intervjuene med dere handler i dag om å få en forståelse. Problemet er veldig komplekst og det er publisert lite konkret litteratur på området i akkurat denne konteksten. Utredningen vil være akademisk og er ikke ment som et konsulentarbeid. Vi har på ingen måte besluttet at dagens løsning bør forkastes, men ønsker å vise alternative tilnærminger. I andre intervjurunde ønsker vi å gjennomgå disse tilnærmingene med dere for å få deres syn på hvilke konsekvenser det potensielt ville hatt.

Vi ønsker å ta opp intervjuene på opptak for å kunne gjengi all informasjon korrekt, men de vil så klart bli slettet etter at utredningen er levert (20.06.2018). Dersom det er noe som blir sagt under intervju som en ønsker at ikke skal bli nevnt i utredningen, vil det fjernes. Som nevnt, handler intervjuene ikke om å finne feil i dagens organisering og praksis, men for oss å opparbeide oss en bedre forståelse.

All informasjon vil behandles konfidensielt og alle intervjuobjekt vil anonymiseres.

Introduksjon:

1. Kan du gi en kort beskrivelse av din stilling og dine ansvarsområder?
2. Hvor lenge har du vært i din stilling og hvor lenge har du vært ansatt i Helse Bergen?
 - a) Hvilken akademisk bakgrunn har du?
3. Kan du beskrive ansvarsområdene for avdelingen og fortelle litt kort om avdelingen?
 - a) Kan du fortelle litt mer om de andre aktivitetene som dere driver med utenom operasjoner?

Tema 1: Organisering og finansiering

4. Hvordan er avdelingen organisert i dag? Er det noen grunn til at en har organisert slik?
 - a) Hvorfor, og hvilken erfaring har dere med dette?
5. Kan du fortelle oss litt mer om hvordan finansiering av din avdeling foregår?
 - b) Fordeles rammebudsjettet ned til dine underavdelinger? Hvorfor / hvorfor ikke?
 - c) De kliniske avdelingene får ISF-inntekt basert på DRG poeng. Er det slik hos dere at jo høyere DRG-en er, jo høyere kostnader har operasjonene? Vil økt tid på operasjonen reflektere dette i tilstrekkelig grad?
6. Når det gjelder KSK så er det flere underavdelinger som har spesialisert seg på ulike fagområder og hvor ofte en underavdeling er tett tilknyttet en klinisk avdeling. Kan du fortelle oss litt om hvordan dette fungerer for deres del? Er det eventuelle alternative organiseringer?
7. De kliniske avdelingene er som nevnt delvis aktivitetsfinansiert og betaler i dag ikke for kirurgiske støttetjenester. Er det på noen måte en misnøye ved at de kliniske avdelingene ofte bruker unødvendig mye og stiller for høye krav til leveranse på disse tjenestene?
 - a) Har dere oversikt over hvor mye hver enkelt av de kliniske avdelingene bruker?
8. Et alternativ for internpriser er å endre hele organisasjonsstrukturen ved at den kliniske avdeling eier både kirurger og anestesipersonell. Hvilken eventuell effekter ville en slik organisering ha for avdelingen din / Helse Bergen?

Tema 2: Internpriser

9. Hva er din avdeling sitt standpunkt angående internprising på KSK sine tjenester?
 - a) Hvorfor?

-
10. Hvilke konsekvenser ville det hatt for dere de kliniske avdelingene betale for tjenestene til KSK?
- a) Hvordan tror du dere ville endret deres adferd?
 - b) Hva med de andre avdelingenes adferd?
 - c) Hva tror du effekten vil bli dersom alle avdelingene er organisert slik at begge får rammebudsjett og aktivitetsbasert finansiering?
11. Hvis vi nå går litt mer ned å kostnadsnivå under en operasjon. Hvor detaljert estimerer dere kostnadene knyttet til tjenestene deres?
- a) Har dere oversikt over hva ulikt personell koster å ha tilstede under operasjonene?
 - b) Hvor stor andel av de totale kostnadene utgjør lønnskostnadene?
12. Hvilke andre typer kostander har dere? Hva utgjør de faste kostnadene?
13. Dersom man skulle skissert en internprisløsning hvor de kliniske enhetene betaler for KSK sine tjenester, hva burde prisene i så tilfelle dekke?
14. Dersom dere driver effektivt og holder dere innenfor budsjettet og oppnår et positivt resultat – hvilke konsekvenser vil dette ha?

Tema 3: Implementering

15. Det har blitt forsøkt å innføre internprising hos KSK før. Kan du fortelle oss litt om hvordan dette ble gjort og hva som gjorde at det ikke ble innført?

Avslutning:

16. Har du noen flere betraktninger du ønsker å ta opp eller noe vi ikke har kommet innpå som du mener er vesentlig i denne diskusjonen?

Vedlegg 5: Intervju med andre norske sykehus

Vi er to masterstudenter fra Norges Handelshøyskole som skriver vår avsluttende masterutredning om organisering og internprising i Helse Bergen. Utredningen er rettet mot organisering av ansvarsenheter, finansiering og internprising av kirurgiske støttetjenester. For å få et solid empirisk grunnlag å basere våre analyser på, ønsker vi å diskutere noen få tema og forstå hvordan dette oppleves og håndteres i ulike sykehus – derfor er deres sykehus av interesse for oss!

1. Hvordan er deres operasjonssykepleiere og anestesipersonell organisert i dag?
 - a) Er det noen spesiell årsak til denne organiseringen?
2. Hvilket inntekts- og kostnadsansvar blir de stilt de ulike avdelingene med operasjonssykepleierne og anestesipersonellet stilt?
 - a) Hvorfor har dere valgt denne tilnærmingen?
 - b) Hvordan er erfaringene deres med denne organiseringen?
3. Hvordan finansieres det kirurgiske støttepersonellet?
 - a) Er det rammefinansiert, aktivitetsfinansiert eller en kombinasjon? Hvorfor?
 - b) Finansieres de i noen grad av de kliniske avdelingene?
4. Opplever dere noen utfordringer med organiseringen i form av manglende aktivitetsinsentiver hos den medisinske støttefunksjonen? Har dette vært en utfordring tidligere?
5. Hva mener dere om intern handel av medisinske støttetjenester?
 - a) Hvorfor?
6. Har du noen flere betraktninger du ønsker å ta opp eller noe vi ikke har kommet innpå som du mener er vesentlig i denne diskusjonen?

Vedlegg 6: Dybdeintervju med klinikkdirektørene



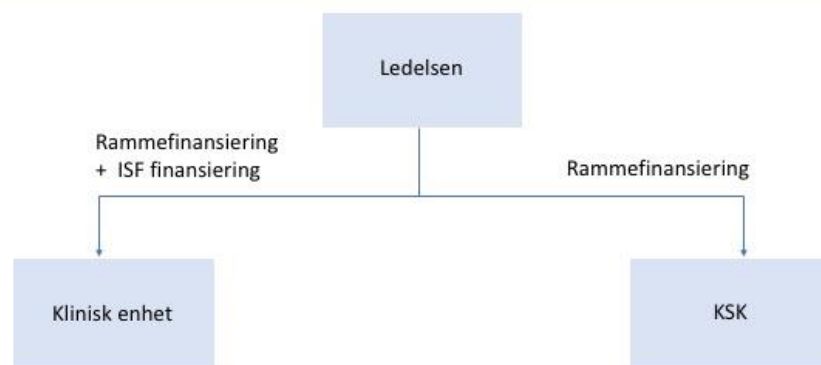
Agenda

- Foreløpige funn
- Hva bør kjennetegne en ny modell?
- Gjennomgang og diskusjon av potensielle internprisingsmodeller

Funn

- Utfordringer med dagens modell
- Det er ønskelig å aktivt finansiere KSK for å skape felles incentiver
- Det fremkommer uenigheter om dagens kapasitetsutnyttelse mellom leverende og mottakende avdeling.
- KSK må ha noe rammefinansiering – delvis aktivt finansiering er derfor ønskelig

Dagens modell

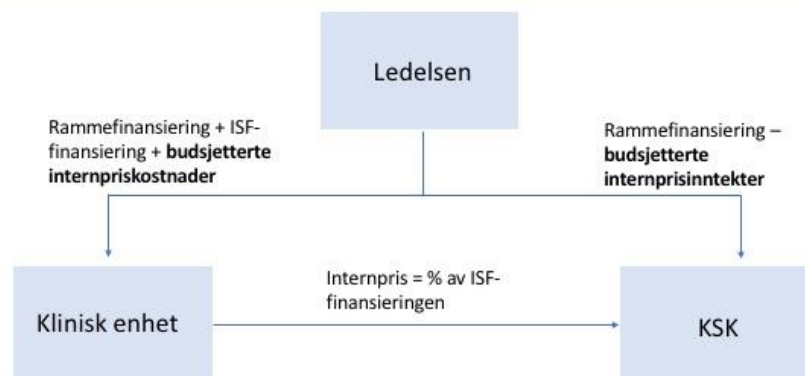


Hva bør kjennetegne en ny modell?

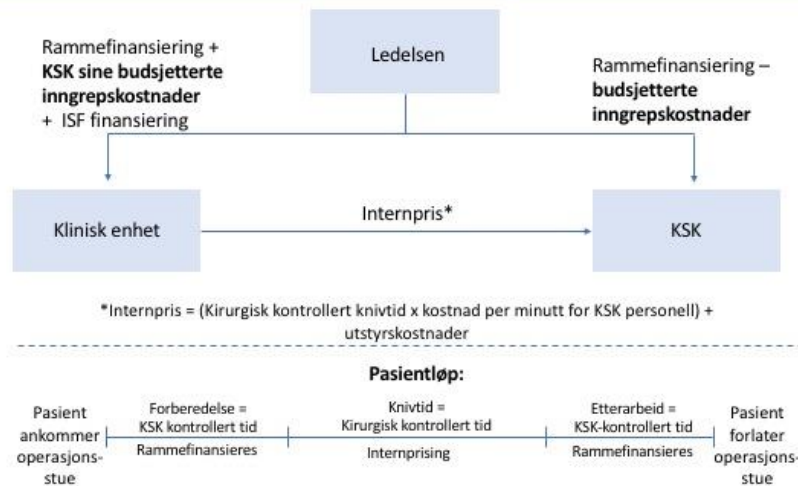
- Aktivitetsfinansiering av KSK
- Felles virkemidler mellom kliniske enheter og KSK
- Transparent løsning for å skape forståelse mellom avdelingene
- Bedre ressursutnyttelse

- En modell som tilrettelegger for mer sammenfallende insentiver og best mulig kapasitetsutnyttelse

Modell basert på delt ISF



Tidsdrevet ABC-modell



To-delt modell

