

SNF-rapport nr. 06/08

Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens
holdning til økonomiansvar

av

Kari Nyland og Katarina Østergren

SNF-prosjekt nr. 7710

”Økonomisk styring i helseforetak”

Prosjektet er finansiert av Sosial og helsedepartementet

SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, APRIL 2008

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

ISBN 978-82-491-0566-3 Trykt versjon
ISBN 978-82-491-0567-0 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Forord

Denne studien er gjort på oppdrag fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS).

Vårt oppdrag er å undersøke hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp på avdelingsnivå i sykehusene, og hvordan avdelingsledere oppfatter og aksepterer økonomiansvaret. Undersøkelsen skal omfatte avdelingsledere ved minst to helseforetak i de tre helseregionene Helse Nord, Helse Midt-Norge og tidligere Helse Sør. Tilsvarende undersøkelse er gjennomført tidligere i Helse Øst og Helse Vest (med data fra 2005), og det er et mål at det skal kunne gjøres sammenligninger mellom de to studiene.

Trondheim/Bergen April 2008

Kari Nyland

Katarina Østergren

Innholdsfortegnelse:

1	Bakgrunn	1
2	Problemstilling	1
3	Teoretisk referanseramme	2
3.1	Ulike perspektiver på styring	4
4	Metode	5
4.1	Resultater fra datainnsamlingen: hvordan ser vårt utvalg ut?	7
5	Resultater og analyse	9
5.1	Fra strategi til budsjett	9
5.1.1	Deltakelse i strategi- og budsjettprosesser	10
5.1.2	Rettferdig fordeling	11
5.1.3	Informasjonsgrunnlag	11
5.1.4	Fellestrekk og variasjoner	11
5.2	Fra budsjett til handling	12
5.2.1	Fellestrekk og variasjoner	12
5.3	Oppfølging og rapportering	13
5.3.1	Formell og uformell oppfølging	13
5.3.2	Hvilken type styringsinformasjon brukes og hva brukes den til?	14
5.3.3	Styringsmessige konsekvenser av underskudd	15
5.3.4	Fellestrekk og variasjoner	17
6	Analyse	18
7	Konklusjoner	19
8	Videre forskning	20
	Referanser	23
	Vedlegg 1: Spørreskjemaet med resultater	25
	Vedlegg 2: Resultater fra 2005-undersøkelsen	35

1 Bakgrunn

Flere reformer gjennomført det siste 10-året har medført store endringer av betydning for driften av helsesektoren i Norge. Den viktigste i forhold til ansvarsfordeling i sykehussektoren er Eierskapsreformen, også omtalt som ”Helsereformen” og ”Ansvarsreformen”. Ny eierstruktur ble innført i 2002 noe som medførte en av Norges mest omfattende omstruktureringer innenfor offentlig sektor. Et av de viktigste formålene med Helsereformen var å skape klare ansvarslinjer for det økonomiske ansvaret.

Gjennom reformen ønsker myndighetene å redusere ansvarskonfliktene, samt legge til rette for bedre økonomisk styring av sykehusene. Helsedepartementet skal i så måte kun forholde seg til de fem regionale helseforetakene. Økonomisk ansvar innenfor det regionale helseforetaket og videre i helseforetakene fordrer en videre delegering av økonomiansvaret, samt at sentrale aktører oppfatter og aksepterer dette ansvaret.

Erfaringer så langt er at budsjettoverskridelser fortsatt er et stort og vedvarende problem. I perioden 2002 til 2006 var den samlede ressursbruken om lag 9 mrd kroner høyere enn eierens (statens) styringsmål. Dette uttrykker et styringsproblem i sektoren.

Tidligere studier har vist at det er vanskelig å skape økonomisk ansvarlighet i omsorgsrelaterte yrkesgrupper (Wikstrøm og Hossein, 2005; Nyland og Pettersen, 2004, 2006; Llewellyn, 1998), noe som tilsier at det kan være vanskelig å implementere økonomisk ansvarlighet på avdelingsnivå i sykehussektoren. Videre er det andre studier som hevder at det finnes ulike grader og former for økonomisk ansvarlighet, og at utformingen av den bør tilpasses den enkelte organisasjonen (Ouchi, 1979; Roberts, 1991; Lindkvist og Llewellyn, 2003).

Sett under ett har helsesektoren noen utfordringer når det gjelder å håndtere den nye friheten de har fått etter innføringen av helsereformene. De har fortsatt ikke kostnadskontroll og trendene ser ikke entydig ut til å gå i rett retning. Det er derfor interessant å undersøke hvordan de som faktisk tar avgjørelsene nærmest pasienten, opplever den økonomiske styringsprosessen.

2 Problemstilling

Hensikten med denne studien er å studere hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp fra de ulike regionale helseforetakene ned til avdelingsledere i sykehusene, og hvordan avdelingsledere oppfatter og aksepterer økonomiansvaret.

Vi vil bruke ulike perspektiver for å forstå det økonomiske ansvaret. Den tradisjonelle økonomiske styringslitteraturen er basert på en normativ, diagnostisk tenkning. Dette innebærer at ledelsen utvikler en strategi som deretter blir operasjonalisert i et budsjett. Budsjettet er deretter brukt for å planlegge de

handlinger og prioriteringer som skjer ved sykehuset og til slutt blir de faktiske kostnadene fulgt opp, evaluert og korrigert ved eventuelle avvik. Innenfor dette perspektivet anvendes styringsinformasjon først og fremst diagnostisk, dvs. til å identifisere og følge opp eventuelle avvik og korrigere disse.

I senere studier av økonomisk styring har det fremkommet at denne prosessen ikke nødvendigvis følger en slik rasjonalitet, og at den diagnostiske styringen ikke er tilstrekkelig ved strategisk reorientering (Simons, 2000). I tillegg til den diagnostiske styringen etterspørres interaktiv bruk av styringsinformasjon som er mer basert på dialog og formell og uformell kommunikasjon. For å forstå hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp fra de ulike regionale helseforetakene ned til avdelingsledere i sykehusene, bruker vi både et diagnostisk og et interaktivt perspektiv.

I neste avsnitt presenteres den teoretiske referanserammen nærmere. Deretter beskriver vi metoden vi har benyttet oss av. Analysen følger trinnene i en rasjonell styringssirkel. Tilslutt kommer vår fortolkning av de funnene vi gjør (analyse og konklusjoner) samt våre tilrådninger for videre forskning på dette området.

3 Teoretisk referanseramme

For å analysere studiens problemstilling kan det være nyttig å ta utgangspunkt i ulike funksjoner knyttet til økonomistyringen. Kapitlet begynner derfor med en gjennomgang av dette og deretter beskrives to perspektiv på økonomistyring; diagnostisk og interaktiv styring.

Økonomistyring har to hensikter; forandring (styring) og kontroll. Den første er å skape forandring gjennom å ta beslutninger som fører til ønskede prioriteringer. Sentralt innenfor økonomistyringen er et informasjonssystem som i seg selv ikke skaper forandring. Det som skaper forandringer, er at styringsinformasjonen brukes for ta beslutninger som deretter skaper handling. Avdelingslederne må få god informasjon fra regnskapet og de kan derigjennom ta beslutninger som for eksempel bidrar til en mer kostnadseffektiv drift. Den andre hensikten er kontroll, dvs. å følge opp at de som har fått et delegert ansvar, også tar det ansvaret, og å følge opp at bedriften er på riktig vei mot sine mål.

Regnskapet har med andre ord både en fremoverskuende og en tilbakeskuende funksjon. Den fremoverskuende beslutningsfunksjonen var opprinnelig primært koblet til de eksterne brukernes behov for data når de skulle ta beslutninger (eks. banker, ev aksjeeiere etc.). Den tilbakeskuende, ansvarsorienterte funksjonen var opprinnelig koblet til et internt perspektiv (eks. at ledelsen stilles til ansvar overfor styret). De to funksjonene bør ses i sammenheng. Det er viktig at ledelsen også bruker fremoverskuende informasjon for å ta de rette beslutningene. Regnskapets rolle blir dermed å bidra til å redusere usikkerhet – internt og eksternt (Olson and Mellomvik, 1996).

Olson og Mellomvik (1996) har delt opp regnskapets funksjon i tre dimensjoner; *normdanning, praksis og bruk*. I dette arbeidet har vi brukt disse funksjonene eller dimensjonene i en videre forstand.

Vi ser ikke bare på regnskapet, men på hele økonomistyringen. Vi vil her først kort gjøre rede for dimensjonene slik Olson og Mellomvik presenterer dem. Deretter oversetter vi de ulike funksjonene til et økonomistyringsperspektiv

Normdanningen handler ifølge Olson og Mellomvik om å skape et ensartet regnskap innenfor et visst område, for eksempel innen helsesektoren. Normen er viktig for å opprettholde en viss kvalitet på regnskapet. Hvis normdanning mangler, blir de utarbeidede regnskapsrapportene heterogene, noe som medfører at det blir vanskelig å sammenligne ulike enheter. Normsystemet består av lover og regler som er formelt besluttet eller som antas å gjelde. I sykehussektoren har normsystemet for regnskap blitt forandret gjennom at Helsereformen innebar en endring fra kontantprinsippet til regnskapsloven. Økonomistyringens normsystem blir ikke bare styrt av den nye regnskapsloven og anvendelsen av denne som blant annet skaper en større frihet i bruken av innsatsfaktorer, men også av bestemmelser for eksempel om at de er pålagt å ha en strategi. Sykehusene har med andre ord gått fra en styring basert på et mandat (uten strategi) til et styringssystem som skal være basert på en strategi. Normsystemet er med andre ord basert på de nye lovene og regelverket som ble innført gjennom Helsereformen.

Den andre dimensjonen er *praksis*. Det operative regnskapet registreres, måles, vurderes og rapporteres. Det kan oppstå kompliserte valgsituasjoner om hvordan dette skal gjøres. Primært handler det ifølge Olson og Mellomvik om å velge måter å regnskapsføre på, samtidig som den aktuelle organisasjonen av strategiske årsaker kan ha større eller mindre grunn til å presentere et høyt overskudd i sin årsrapport. Dette innebærer at vurderingsspørsmål blir aktuelle. Normene setter naturlige grenser, men normene kan også *tolkes* på ulike måter. Den enkelte organisasjon har altså en viss manøvreringsfrihet når det gjelder hvordan den skal vurdere visse transaksjoner. Normene i økonomistyringen omfatter hvordan brukene velger å tolke de regler og lovverk, dvs det normsystemet de må forholde seg til.

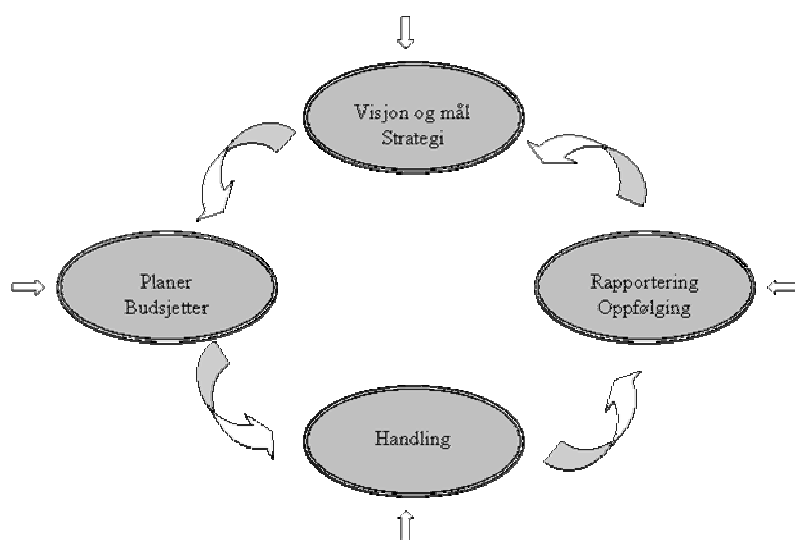
Til slutt har vi *bruken* av regnskap. Tanken er at de data som står i rapportene, skal brukes. Bruken kan skje både innenfor den regnskapspliktige organisasjonen og utenom. Innenfor organisasjonen er det ansvarlige ledere som kan bruke informasjon for å ta gode beslutninger. Eksterne brukere er normalt långivere og aksjeeiere. I økonomistyringen er det ikke bare bruk av regnskapsrapporter som blir interessant, men også bruk av annen informasjon som strategidokument, styringsdokument og ulike analyser.

I vår analyse benytter vi oss av Olson og Mellomviks ulike dimensjoner eller funksjoner. I et økonomistyringsperspektiv kan *normsystemet* omfatte det formelle styringssystemet, hvordan det utformes og hvordan organisasjonen legger opp til at det *bør* brukes. Innenfor økonomistyringen kan *praksisdimensjonen* fortolkes som spørsmål omkring hvordan styringssystemet utformes og fortolkes, mens vi innenfor *bruksdimensjonen* studerer hva styringssystemet faktisk brukes til, noe som kan skille seg fra de normative bruksområdene. Vi vektlegger særlig å studere praksis og bruksdimensjonen. De data som er innsamlet, handler derfor om hvilken praksis som er valgt ved de

ulike sykehusene, samt hvordan avdelingslederne bruker den informasjonen de får fra styrings-systemet.

3.1 Ulike perspektiver på styring

Anthony's klassiske definisjon av økonomistyring er ”*the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficient in the accomplishment of the organization's objective*” (Otley, 1987 p. 15). Innenfor dette perspektivet består styring av fire ulike prosesser med tette koblinger mellom dem; strategisk planlegging, budsjettprosessen, handling samt rapportering og evaluering. De fire prosessene oppstår regelmessig hvert år i en kontinuerlig loop (Anthony and Young, 2003). Styringsløyfen er illustrert i figur 1



Figur 1 Den ideelle økonomiske styringsprosessen (basert på Anthony og Young, 2003) .

Prosessen starter i prinsippet med utforming av en *strategisk plan* som igjen bygger på overordnede mål for organisasjonen. Den er en syntese av planene for alle avdelingene, og den må koordineres med forutsetningene i de styringsdokumentene som eieren (staten) har vedtatt. Vi kan si at årsbudsjettet eller økonomiplanen er bindeleddet mellom *det strategiske* og *det operative* styringsnivået. Sykehusenes toppledelse har ansvaret for å utforme de strategiske planene, og avdelings-/klinikkledelsen har det operative ansvaret for å følge opp de strategiske målene gjennom oppfølging av budsjettets forutsetninger. Budsjettet som lages, er i prinsippet den strategiske planen uttrykt i kvantitative og monetære størrelser, dvs. uttrykt i antall behandlede pasienter, polikliniske prøver etc. og ressurstilgang uttrykt i kroner. Regnskapet dokumenterer handlinger og er et grunnlag for

evaluering gjennom sammenligning med planene. Med grunnlag i en slik evalueringsprosess legges nye strategiske planer som igjen er utgangspunkt for nye planer og budsjetter.

Rasjonell styring setter bestemte krav til modellen. I begrepet *styring* legger vi at det må være en bestemt rekkefølge mellom elementene i modellen; planer bør bygge på overordnede målsetninger og strategier, og handling bør komme som en konsekvens av planer. Skal styringen være *rasjonell*, forutsettes at det er samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk gjøres i en organisasjon.

Styringsinformasjonen kan brukes på ulike måter. Simons (1995, 2000) beskriver flere dimensjoner av styring som på ulike måter påvirker organisasjonens suksess i implementeringen av sin strategi. Blant disse finner vi diagnostisk eller oppmerksomhetsskapende bruk av styringsinformasjon. Som navnet indikerer, er dette styring ved hjelp av indikatorer som gir informasjon om hvorvidt organisasjonen er på vei mot sine mål, dvs stiller en diagnose, og indikerer hvor det eventuelt er behov for tiltak. Tradisjonelle styringssystemer med budsjetter, regnskap, og oppfølging av ulike nøkkeltall er ofte konstruert nettopp for denne bruken, og skal bidra til å motivere, overvåke og gi grunnlag for iverksetting av tiltak når avvik observeres. Denne dimensjonen har tradisjonelt vært sentral også innenfor styring av sykehus.

Interaktiv styring har vokst frem som et supplement til det tradisjonelle perspektivet som hevdes å være for instrumentelt og ikke å løse alle styringsutfordringer. Innenfor interaktiv styring brukes styringssystemet i *dialogen* mellom leder og ansatte for å motivere til læring og fokus på strategiske mål. Ved hjelp av data fra styringssystemet involverer lederen seg i operativ drift. Simons argumenterer for at den interaktive bruken av styringssystemet hjelper til å fokusere organisasjonens oppmerksomhet på strategisk usikkerhet og til å finjustere og forandre strategien i et konkurranseutsatt marked. Med andre ord, dialogen knytter sammen de formelle og de uformelle elementene i styringssystemet.

Det som skiller det diagnostiske og det interaktive kontrollsystemet er ikke systemet i seg selv, men hvordan ledere bruker systemet. En organisasjons budsjett kan være diagnostisk hvis det brukes for å oppdage avvik, mens det kan legge grunnlag for interaktiv styring hvis det brukes til å skape dialog og læring mellom ulike grupper og nivåer i organisasjonen (Abernethy and Brownell, 1999). En annen forskjell er hvor fokus er plassert. I det diagnostiske systemet er fokus på output, når det er avvik må noe gjøres, mens det interaktive perspektivet fokuserer på overvåkning av organisasjonsprosesser. Som en konsekvens, er den diskursive ramme som det interaktive perspektivet skaper, tenkt å hjelpe til med beslutningsprosessen på et strategisk nivå, som i sin tur krever en aktiv deltagelse fra ledelsen på alle nivå.

4 Metode

Vårt oppdrag er å studere hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp fra de ulike regionale helseforetakene ned til avdelingsledere i sykehusene, og hvordan

avdelingsledere oppfatter og aksepterer økonomiansvaret. Til en slik kartleggingsstudie er en spørreskjemaundersøkelse en egnet metode. Vi ønsker å fokusere på praksis og bruk av styringsinformasjon innenfor de ulike stegene i styringssirkelen (se figur 1). Dette er et noe forskjellig fokus enn det som lå til grunn for studien i Helse Vest og Helse Øst (se forord). Vi har derfor valgt å utforme et nytt spørreskjema. Noen av spørsmålene fra den forrige studien er beholdt, slik at vi på enkelte punkter har muligheter for å trekke paralleller mellom studiene.

Vårt endelige spørreskjema (se vedlegg 1) består av 90 spørsmål der de aller fleste har lukkede svaralternativer. Spørsmålene er inndelt i 5 kapitler som delvis forholder seg til stegene i styringssirkelen (se figur 1):

- ⇒ A: Bakgrunnsinformasjon om avdelingen, inkl forholdet mellom budsjett og regnskap for tidligere år (2006) og prognose for året (2007).
- ⇒ B: Arbeidet med budsjett og strategi, inkl spørsmål om deltakelse i ulike prosesser og informasjonsgrunnlag for prosessene.
- ⇒ C: Bruk av styringsinformasjon, inkl tiltak, formell rapportering, uformell rapportering, styringsinformasjon og bruk av rapporter/analyser.
- ⇒ D: Budsjettavvik, inkl konsekvenser av budsjettavvik
- ⇒ E: Holdninger til økonomistyring og signaler fra toppledelsen.

Spørreskjemaet (se vedlegg 1) er meget omfattende og ble utviklet undervegs i studien. Skjemaet inneholder en kjerne av spørsmål som ble sendt til alle foretakene. Alle helseforetak har imidlertid ikke mottatt alle 90 spørsmål. To av tre foretak i Helse Nord og ett av to foretak i Helse Midt-Norge mottok et skjema som var noe begrenset. Alle spørsmålene har derfor ikke samme antall respondenter.

Vår studie baseres på respondentenes egenrapportering og vi har ikke hatt mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. Dette er en svakhet, særlig med tanke på at vi er ute etter å kartlegge den faktiske *praksis og bruk* av styringssystemet og ikke oppfatninger om hvordan dette burde være (*norm*). Vi har altså ikke mulighet til å sjekke om respondentene faktisk svarer i forhold til *sin egen bruk* eller om de svarer i forhold til det de oppfatter som *normen* innenfor de ulike temaene. For eksempel kan de svare at de setter i verk tiltak for å bedre sin avdelings økonomiske stilling. Vi kan ikke følge opp dette i forhold til å få konkretisert hvilke tiltak dette er, hvor omfattende de er eller hvilke resultater de fikk ut av dem.

Spørsmålene fanger opp enkeltlederens oppfatning, praksis og bruk av styringssystemet. Denne vil ved siden av å være kontekstavhengig også kunne være individuell. Resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres. Resultater for den enkelte avdeling eller identifiserbare foretak rapporteres derfor ikke. Studien fokuserer på hvordan enkeltledere ved våre caseforetak oppfatter sitt økonomiansvar, hvordan deres praksis og bruk av styringssystemet er. Vi gir vår vurdering av hvilket helhetsinntrykk dette gir, og - når dette viser seg fornuftig - hvorvidt det er store forskjeller mellom våre respondenter i de ulike regionene/foretakene.

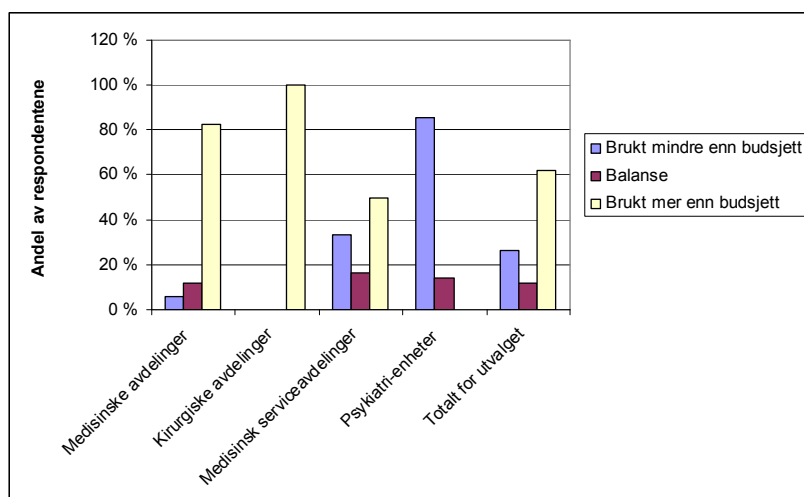
4.1 Resultater fra datainnsamlingen: hvordan ser vårt utvalg ut?

Spørreskjemaet ble sendt til alle ledere av kliniske avdelinger¹ samt medisinske serviceavdelinger ved tre helseforetak i Helse Nord, to i Helse Midt-Norge og to fra tidligere Helse Sør. Vi fikk ferdig utfylte skjema fra 53 av disse, noe som utgjør en total svarprosent på 65. Ved de ulike helseforetakene varierer svarprosenten fra 50 prosent til 100 prosent.

Spørreskjemaet som ble sendt til Helse Øst og Helse Vest ble på samme måte sendt til alle ledere av kliniske avdelinger, samt medisinske serviceavdelinger ved to helseforetak i hver region. Dette ble gjort i November - Desember 2005. Det ble sendt et spørreskjema til totalt 51 avdelingsledere. Av disse svarte 41 (80 prosent). Resultatene fra denne studien er tidligere publisert som et konferansebidrag på European Accounting Association Annual Conference, 2007 (Østergren, 2007).

På det nye spørreskjemaet har vi fått svar fra ledere i ulike typer avdelinger (50 prosent medisinske avdelinger, 12 prosent kirurgiske, 18 prosent medisinsk service og 20 prosent psykiatriske enheter), og det er ingen skjevhet i forhold til type avdeling som er representert ved de ulike helseforetakene eller regionene.

I 2006 hadde 62 prosent av utvalget brukt mer ressurser enn opprinnelig budsjettet, 12 prosent hadde noenlunde budsjettbalanse, mens 22 prosent brukte mindre ressurser enn budsjettet. Av figuren nedenfor ser vi at denne fordelingen er veldig forskjellig for de ulike typene avdelinger. Mens psykiatriske enheter stort sett bruker mindre enn budsjettet, har alle kirurgiske og de aller fleste medisinske avdelingene budsjettunderskudd. Størrelsen på budsjettunderskuddet varierer, om lag halvparten av disse rapporterer om et *stort* budsjettunderskudd (*mye mer* enn budsjettet). For medisinske serviceenheter har om lag halvparten budsjettunderskudd, mens en tredjedel rapporterer om mindre forbruk sammenlignet med budsjettet (se figur 2).



Figur 2 Andel av respondentene som har budsjett i balanse vs ikke i balanse.

¹ Helseforetakene har ulik organisering mht bruk av klinikk, divisjon eller avdelinger. Vi har rettet skjemaet til enhetsledere som er medlem av helseforetakets toppledergruppe, og omtaler enhetene/enhetslederne i rapporten som avdelinger/avdelingsledere, selv om over halvparten av enhetene i realiteten er klinikker/klinikkledere.

I neste kapitel vil vi analysere praksis og bruk av den økonomiske styringen. Vi har valgt å dele inn analysen ut fra koblingene mellom trinnene i den tradisjonelle styringsløyfen; strategi-budsjett, budsjett-måling, evaluerings-kontroll. Innen hvert avsnitt diskuteres både de instrumentelle delene (praksis) og hvilke holdninger de har til bruken av styringsinformasjon.

5 Resultater og analyse

I dette kapitlet presenteres analysen av de ulike delene i det økonomiske styringssystemet. Det er både spørsmål om praksis og bruk av det økonomiske styringssystemet som analyseres.

5.1 Fra strategi til budsjett

En forutsetning for styring er en felles målsetning. Det har tidligere vært satt fokus på at helseforetakene stilles overfor en hel rekke målsetninger og krav som delvis er motstridende. En troverdig forklaring til at så mange avdelinger opplever budsjettunderskudd kan derfor være at de prioriterer andre målsetninger enn budsjettbalanse. Vi har derfor spurt avdelingslederne om hvilke signaler de har *oppfattet at toppledelsen har sendt til dem* i forhold til dette.

Tabell 1 Hvilke signaler har toppledelsen i helseforetaket sendt til avdelingen/klinikken i 2007 (alle tall i prosent, N=53)

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/ uenig	Litt enig	Helt enig
Min avdeling/klinikk må innfri budsjettforventninger	0	0	0	9	91
Min avdeling/klinikk må vise evne til omstilling	2	0	0	6	92
Vi må arbeide for å gi et bredest mulig helsetilbud	6	13	11	23	47
Vi må ha størst mulig aktivitet	19	19	12	25	25
Vi må arbeide for å bli mest mulig kostnadseffektive	2	0	6	9	83
Vi må arbeide for å korte ned på ventelistene	8	15	4	35	38

Det er bred enighet om at budsjettet skal innfris (se tabell 1). Samtlige er enige om at dette er et signal de har fått fra ledelsen, og hele 91 prosent er *helt enig*. Det samme gjelder krav om evne til omstilling og krav til kostnadseffektivitet.

Halvparten av respondentene har oppfattet at det også er en målsetning å ha størst mulig aktivitet. Over 70 prosent mener at det signaliseres at avdelingen bør tilstrebe et bredest mulig helsetilbud, og like mange mener det er et krav fra toppledelsen om å korte ned på ventelistene. Disse målsetningene kan være vanskelig å forene med kravet til budsjettbalanse.

Det er ikke stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder de ovenstående spørsmålene. Det er det imidlertid når vi ser på svar på tilsvarende spørsmål fra ledere i Helse Vest og Helse Øst. For eksempel er det nå 100 prosent som er *litt enig* eller *enig* i at de må innfri budsjett. Tilsvarende tall fra

undersøkelsen i Helse Vest og Helse Øst var hhv 37 og 42 prosent. En troverdig forklaring på dette er at balansekravet er strengere fulgt opp og formidlet i 2007 enn hva det var i 2005.

5.1.1 Deltakelse i strategi- og budsjettprosesser

I styringssirkelen vektlegges at bedriften først arbeider frem en strategi som deretter skal konkretiseres i form av en plan (et budsjett). For å organisere budsjettprosessen brukes noen enkle sjabloner; oppbyggingsmetoden ("bottom-up") eller nedbrytningsmetoden ("top-down"). Metodene gir et bilde av hvilken grunnfilosofi ledelsen ønsker skal prege budsjettarbeidet. Den første metoden bygger på at planleggingen begynner ute i organisasjonen og deretter føres oppover til en aggregert plan. Den andre metoden bygger på at ledelsen på sentralt hold lager planene som de ulike avdelingene deretter må konkretisere og tilpasse seg.

I våre data fremkommer at samtlige helseforetak bruker en oppbyggingsmetode der avdelingen selv er involvert i budsjettarbeidet. Majoriteten er helt enig eller enig i at *de aktivt deltar i både budsjett (81 prosent) og strategiprosessen (75 prosent)*. På dette området skiller respondentene fra to av foretakene i Helse Nord seg ut. Her mener 37 prosent at de ikke eller bare i liten grad er involvert i budsjettprosessen, mens 47 prosent mener de er lite eller ikke involvert i strategiprosessen. Det tredje av helseforetakene i Helse Nord er på linje med gjennomsnittet for vårt utvalg når det gjelder involvering. Holder vi helseforetakene fra Helse Nord utenfor, mener 91 prosent av respondentene at de deltar aktivt i budsjettprosessen, mens tilsvarende tall for strategiprosessen er 96 prosent.

Videre mener over 90 prosent av lederne at deres avdeling har klare strategiske mål. Derimot er bare om lag 60 prosent enig i at det er en klar kobling mellom disse og avdelingens vedtatte budsjett. En fjerdedel mener gapet mellom strategiske mål og budsjett er så stort at de vanskelig kan identifisere seg med budsjettet. En like stor andel mener god medisinsk kvalitet er en målsetning som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse i avdelingen.

Til tross for at en del avdelingslederne mener at det er et gap mellom strategi og budsjett svarer om lag 70 prosent at avdelingens budsjett er realistisk. Vi finner noe forskjell mellom avdelinger med budsjettunderskudd og de som ikke har det, men forskjellene er ikke store. Om lag 60 prosent av avdelingsledere med budsjettunderskudd, opplever budsjetttrammene som urealistiske. Blant de avdelingsledere som bruker *mindre* ressurser enn budsjettet gir anledning til, finner vi også noen som mener budsjettet er urealistisk.

Bare 40 % er enig i at de som avdelingsledere har god mulighet til å iverksette tiltak for å tilpasse kostnadene til budsjettet. Likevel har de aller fleste, over 90 prosent, akseptert sitt budsjett. Dette har nok sammenheng med at en god del (75 prosent) av lederne tror ledelsen ved helseforetaket aksepter budsjett og aktivitetsavvik så lenge lederen kan forklare dem årsakene. Dette kan tolkes som om det oppfattes som legitimt å ha budsjettunderskudd så lenge årsakene til underskuddet kan forklares.

Et lignende spørsmål som er stilt til ledere i Helse Øst og Helse Vest, er om det er umulig å etterleve budsjettet. Blant respondentene fra Helse Øst svarer 32 prosent at de er helt enig, mens tilsvarende tall for utvalget fra Helse Vest er 17 prosent. En interessant iakttakelse er at utvalget av avdelingsledere fra Helse Øst (som i 2005 var i balanse) er de som i størst grad mener at det er umulig å oppfylle budsjettet. En mulig forklaring er at de ikke har like stor autonomi som andre avdelingsledere og at dette fører til en usikkerhet om hvorvidt de kommer å lykkes med å levere i hht budsjettet.

5.1.2 Rettferdig fordeling

Når det gjelder holdninger til hvorvidt ressursfordelingen er rettferdig, er det forskjeller mellom respondentene fra ulike helseforetak. Til tross for at respondentene fra Helse Nord gir et bilde av at avdelingslederne ikke har akseptert budsjettet i like stor grad som i de andre regionene, er de mest enig (sammen med Helse Sør, rundt 60 prosent) om at ressursfordelingen til avdelingen er rettferdig. På dette området er det Helse Midt og Helse Øst som skiller seg ut. Blant respondentene fra Helse Midt-Norge og Helse Øst mener kun hhv 15 og 27 prosent at det ligger en rettferdig prosess bak budsjettfordelingene.

5.1.3 Informasjonsgrunnlag

Den informasjon som er brukt for å lage budsjettet, er først og fremst tidligere års regnskap og tidligere års budsjett. Videre har man tatt utgangspunkt i langsiktige mål og strategier (67 prosent) for å lage budsjettet. Det er imidlertid interessant å notere at 26 prosent ikke har tatt utgangspunkt i langsiktige strategier. Helse Sør skiller seg positivt ut gjennom at samtlige avdelingsledere mener at de tar utgangspunkt i langsiktige mål og strategier.

5.1.4 Fellestrekk og variasjoner

Samlet vurdert synes det å være en god kobling mellom strategi og budsjett (et fåtall i Helse Nord og Helse Midt-Norge er uenig). Den praksis som brukes av de fleste regionene tyder på at det er god involvering og bruk av ulike typer av analyser for å lage neste års budsjett. Til tross for at de fleste regionene viser et nokså konsistent bilde, finnes det variasjoner.

Respondentene fra Helse Midt-Norge og Helse Nord skiller seg ut. Flere av respondentene synes at det er vanskelig å kombinere god kvalitet med budsjettbalanse. En stor andel av avdelingslederne fra Helse Midt-Norge og Helse Nord ser også ut til å være tvilende til sammenhengen mellom strategi og vedtatt budsjett. Likevel har et flertall av lederne akseptert sitt budsjett. Dette har nok sammenheng med at en stor andel oppfatter at deres leder aksepterer budsjettavvik så lenge disse kan forklares. Lederne oppfatter altså at de har et rapporterings- og forklaringsansvar, ikke et konsekvensansvar.

Ser man på bruk av informasjon skiller deltakerne fra Helse Sør seg ut gjennom at samtlige avdelingsledere der mener at de legger til grunn en mer langsiktig tenkning ved konstruksjonen av budsjettet. Helse Sør har en interessant underskuddsutvikling. De første årene etter Helsereformen hadde de en stor økning i underskudd som i 2003/04 skiftet til en reduksjon i underskuddene. En forklaring som tas frem av representanter fra Helse Sør, er at de i 2003/04 begynte å gjennomføre strukturelle endringer som førte til reduserte kostnader. Dette kan oppfattes som om en prøver å tenke mer langsiktig i sin planlegging, noe våre data også peker i retning av.

5.2 Fra budsjett til handling

I det økonomiske styringssystemet er tanken at bedriften med hjelp av budsjettet gjør ulike prioriteringer. Disse prioriteringer viser seg deretter som handling/aktivitet i organisasjonen. I dette avsnittet analyseres derfor hva klinikk/avdelingssjef faktisk har gjort i 2007 for å tilpasse aktivitet til budsjett. I denne delen beskrives hvordan avdelingslederne har prøvd å håndtere budsjettunderskuddene samt hvilken realisme avdelingsledelsen mener at det er knyttet til det budsjett og det handlingsrom de har for å oppfylle budsjettet.

Data viser at avdelingsledelsen både reduserer bruk av vikarer, overtid og innleid personell (82 prosent) samtidig som de stopper ny-ansettelser (62 prosent). Dette skjer imidlertid samtidig som de øker inntaket av pasienter (69 prosent). Dette kan tolkes på flere måter. For det første som om de tidligere har hatt mye slakk i organisasjonen (dvs overkapasitet) eller at de reduserer kvaliteten. En alternativ fortolkning er at produktiviteten økes, noe som ikke understøttes av analyser av produktivitetsutviklingen for alle våre casesykehus. Ytterligere en tolkning er at dette er respondentenes opplevelse av situasjonen og ikke hvordan situasjonen faktisk er. Ser man på aktivitetsdata for regionene så er det ikke noen stor økning i aktivitet for somatikken.

I tillegg til de nevnte tiltakene, begrenses bruk av forbruksmaterial (60 prosent) og utstyr (88 prosent) ved de større sykehusene. Det er også først og fremst disse som involverer nøkkelpersonell for å finne tiltak for kostnadsbesparelser. At det skjer i større omfang blant de større sykehusene, kan kanskje forklares med at de har en større kompleksitet.

Hvorvidt avdelingsledelsen har tilstrekkelig handlingsrom for å etablere virkningsfulle tiltak, er det stor uenighet om. Halvparten mener at de ikke har det, mens 40 prosent mener at de har det. Hvis vi deler dette opp på regioner er det respondentene fra Helse Vest og Helse Midt-Norge som skiller seg ut. I Helse Vest er det flest positive, der svarer hele 77 prosent at de har tilstrekkelig myndighet, mens i Helse Midt-Norge er det mest negative, bare 39 prosent av utvalget mener at de har tilstrekkelig handlingsrom.

5.2.1 Fellestrekk og variasjoner

Samlet vurdert ser det ut som om koblingen mellom budsjett og handling er polarisert. Den ene gruppen mener at de ikke har mulighet å gjøre noe med eventuelle budsjettavvik mens den andre mener at de har handlingsrom å gjøre noe med det. Til tross for at den ene gruppen mener at de ikke har stort nok handlingsrom, prøver de fleste å gjøre noe med for høye kostnader gjennom å redusere bruk av vikarer, overtid og innleid personal og også gjennom å stoppe ansettelser og redusere kjøp av forbruksmateriell og utstyr.

5.3 Oppfølging og rapportering

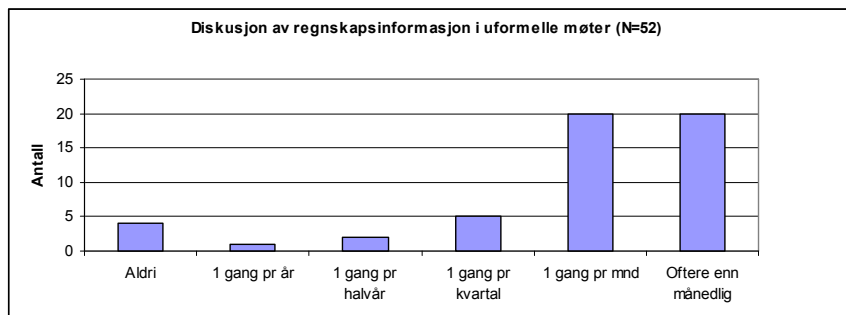
I dette avsnittet vil vi se nærmere på prosessene rundt oppfølging av avdelingene, både når det gjelder det formelle styringssystemet rettet mot evaluering, og de mer uformelle prosessene. Vi beskriver hvilken styringsinformasjon som er tilgjengelig (*praksis*), hvilken informasjon som benyttes i styringen og hva denne informasjonen benyttes til (*bruk*). Til slutt beskrives hvilke tiltak som blir satt i verk som en følge av underskuddssituasjonen og oppfatninger rundt mulige konsekvenser av å bruke mer ressurser enn budsjettet gir fullmakt til.

5.3.1 Formell og uformell oppfølging

De aller fleste avdelingslederne får månedlig eller oftere *skriftlige rapporter* for utviklingen innenfor økonomi og aktivitet (hhv 91 prosent og 85 prosent). Regnskapssituasjonen diskuteres i formelle møter månedlig (57 prosent) eller oftere (14 prosent). Når det gjelder *analyser av kostnader* og aktivitet, er frekvensen noe lavere. Om lag 40 prosent av avdelingslederne rapporterer om månedlige analyser av kostnadsnivå, 34 prosent får dette kvartalsvis, mens de øvrige har mindre tilgang på slike analyser. Analyse av kapasitetsutnyttelse og behandlingspraksis gjøres ikke i stor omfatning i noen av helseforetakene. Oppsummert kan man si at når det gjelder utforming av det formelle styringssystemet, er det liten variasjon mellom foretakene i de ulike regionene.

I tillegg til oppfølging gjennom formelle rapporter og møter, ser det ut til å være utstrakt tilgang på *uformell informasjon* om avvik og også uformelle diskusjoner mellom avdelingslederne og deres kolleger omkring kostnader og aktivitet. 38 av 52 ledere (73 prosent) svarer at de har tilgang på muntlig uformell informasjon om avviket mellom regnskap og budsjett månedlig eller oftere. Hver tredje leder har tilgang på denne typen uformell informasjon oftere enn det foreligger skriftlige rapporter. Dette gjelder både for regnskaps- og aktivitetsavvik.

Informasjon om regnskap og aktivitet er også gjenstand for diskusjoner mellom kolleger i uformelle møter. 40 av 52 ledere (77 prosent) rapporterer at de deltar i denne typen uformelle diskusjoner månedlig eller oftere. 20 av 52 ledere rapporterer om uformelle diskusjoner om økonomi oftere enn månedlig.



Figur 3 Diskusjon av regnskapsinformasjon i uformelle møter (N=52)

På dette området er det forskjeller mellom avdelingsledere i de ulike regionene og helseforetakene. Når det gjelder tilgang til uformell informasjon om budsjettavvik, og kollegiale diskusjoner omkring dette, ser det ut til å være noe mindre omfang av dette blant våre respondenter fra Helse Nord enn vi finner blant de fra Helse Midt-Norge.. Mens 92 prosent av respondentene fra Helse Midt-Norge og 80 prosent av deltakerne fra Helse Sør har uformelle diskusjoner om regnskapssituasjonen med sine kollegaer månedlig eller oftere, er tilsvarende tall for respondentene fra Helse Nord lavere. Her finner vi stor variasjon mellom foretakene. 70 prosent av avdelingslederne ved ett av foretakene i Helse Nord har uformelle diskusjoner om økonomi oftere enn månedlig, mens tilsvarende for de to andre foretakene fra Helse Nord i vårt utvalg, er på bare 16 prosent. Innenfor de to øvrige regionene er helseforetakene mer like på dette området. Når det gjelder uformell informasjon om aktivitetsavvik, er bildet det samme.

Uformelle diskusjoner om økonomi og aktivitetsavvik er noe mer vanlig i avdelinger som har budsjettunderskudd enn i de avdelingene som ikke har det. Dette er trolig forklaring til at fokuset på økonomi i uformelle diskusjoner er noe større i kirurgiske avdelinger enn i de øvrige avdelingene i vårt utvalg. Det er noe overraskende at også psykiatriske enheter – der ingen har budsjettoverskridelser – i høy grad har uformelle diskusjoner om økonomi (71 prosent månedlig eller oftere). Fokuset på aktivitet er også like høyt i psykiatriske enheter som i øvrige avdelinger.

I spørreskjemaet til Helse Øst og Helse Vest er spørsmålene om rapportering annerledes formulert. Vi finner derfor ikke grunnlag for å gjøre sammenligninger på dette området.

5.3.2 Hvilken type styringsinformasjon brukes og hva brukes den til?

Regelmessige regnskapsrapporter oppfattes av lederne til å være den mest relevante styringsinformasjonen. Hele 72 prosent (N= 53) oppgir at de benytter slik informasjon til styring *i sterk grad*, mens bare en av respondentene svarer at regnskapsinformasjon benyttes *i svært liten grad*. *Avviksanalyser* der avvik mellom regnskap og budsjett analyseres, oppgis også som styringsinformasjon som benyttes *i sterk grad*. Et interessant trekk er at denne typen styringsinformasjon *i sterkere grad* benyttes til å *forklare avvik* (64 prosent *i sterk grad*) og som grunnlag for *diskusjoner med nøkkelpersonell* (68 prosent *i sterk grad*), enn som *rettesnor for planlegging av daglig drift i avdelingen* (38 prosent *i sterk grad*). 25 prosent av respondentene oppgir at de *i svært liten grad* benytter denne typen informasjon som grunnlag i planlegging av daglig drift i avdelingen.

Av øvrig styringsinformasjon oppgis analyser av kapasitetsutnyttelse å være mest relevant. Analyser av kostnadsnivå ser noe overraskende ut til å oppfattes som mindre relevant. 36 prosent oppgir at de *aldri* eller *i svært liten grad* benytter slike analyser, mens bare 19 prosent benytter dem *i sterk grad*. Analyser av bemanningssammensetning, lønnsnivå og behandlingspraksis oppgis også å være mindre brukt.

Når det gjelder bruken av styringsinformasjonen, finner vi en del forskjeller mellom avdelingsledere i de ulike helseforetakene. Mens nesten hele utvalget fra Helse Nord oppgir at de benytter budsjettavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett (herav over 30 prosent i *sterk grad*), er det bare om lag halve utvalget fra Helse Sør som benytter denne strategien.

5.3.3 Styringsmessige konsekvenser av underskudd

For avdelinger som har hatt budsjettunderskudd det siste året, har lederne svart på et sett spørsmål som omfatter ulike tiltak som har blitt iverksatt som en følge av den økonomiske situasjonen og oppfatninger av hvor relevant ulike konsekvenser kan være.

Hele 80 prosent av avdelingslederne oppgir at de *i noen eller sterk grad* har arbeidet for å *tydeliggjøre behovet for en god nok finansiering* av aktiviteten. Dette stemmer godt med svarene vi fikk under forrige avsnitt der vi så at avviksanalyser i sterk grad ble benyttet til å *forklare og diskutere* avvik.

Samtlige av respondentene oppgir også at de i noen eller sterk grad har fokusert på å *finne innsparingstiltak*. Det er altså ingen avdelingsledere i vårt utvalg som har budsjettunderskudd uten at de forsøker å gjøre noe med det. 66 prosent oppgir at de prøver å tilpasse strategiske mål til de budsjetttrammene de faktisk har fått. Dette viser at det er en viss kontinuitet i styringsprosessen i disse foretakene. Strategidiskusjonene er ikke helt frikoblet fra budsjettprosessen. På den annen side sier 34 prosent av lederne at dette ikke eller i kun svært liten grad skjer. I disse avdelingene vil det altså være et gap mellom strategi og budsjetttrammer (se avsnitt 5.1.1).

73 prosent oppgir at underskuddssituasjonen har medført tettere oppfølging fra økonomiavdelingen. Oppfølgingen oppleves altså som en konsekvens av underskuddssituasjonen for disse. Det er en utbredt oppfatning av at en del helseforetak har forsøkt å komme seg ut av en underskuddssituasjon gjennom å øke aktiviteten for derigjennom å øke inntektene. 37 prosent av våre respondenter oppgir at de har økt aktiviteten som følge av underskuddssituasjonen.

Bare 19 prosent har forsøkt å redusere aktiviteten for å komme i balanse. Det ser ut til å være mer vanlig å kutte i kostnader som ikke har med pasientbehandling å gjøre (60 prosent). Dette tyder på at avdelingslederne forsøker å skjerme pasientene i forhold til den økonomiske situasjonen i avdelingen.

55 prosent mener det er lite aktuelt å dekke inn underskuddet neste år. Samtidig er det bare 6 prosent som antar at det er sannsynlig at de vil få mer penger neste år. Tiltross for denne noe merkelige situasjonen, antar bare 24 prosent at det er sannsynlig at de mister jobben som avdelingsleder på grunn av den økonomiske situasjonen. Hele 55 prosent mener dette overhodet ikke er en aktuell problemstilling.

	Nei, ikke aktuelt	Ja, men i liten grad aktuelt	Ja, i noen grad aktuelt	Ja, i sterk grad aktuelt
Vi har arbeidet med å tydeliggjøre behovet for en god nok finansiering	0	20	33	47
Vi har fokusert på å avdekke muligheter for kostnadseffektivisering	0	0	33	67
Vi har arbeidet med å tilpasse strategiske mål til vedtatt budsjetttramme	10	24	45	21
Vi har fått en tettere oppfølging fra økonomiavdelingen	14	14	45	28
Vi har økt aktiviteten	21	32	39	7
Vi har redusert aktiviteten	44	37	15	4
Vi har arbeidet for å finne innsparingsmuligheter	0	0	17	83
Vi har kuttet kostnadene som ikke har med pasientbehandling å gjøre	10	30	40	20
Vi må dekke inn underskuddet neste år	48	7	28	17
Vi vil få mer penger neste år	70	23	3	3
Jeg står i fare for å miste jobben som avdelingsleder	55	21	17	7

Tabell 2 Tiltak som er blitt iverksatt i avdelingen/klinikken på grunn av at ressursforbruket har vært høyere enn budsjettet i 2007 (N=30, dette spørsmålet ble kun besvart av respondenter fra avdelinger med budsjettunderskudd i 2006/2007)

Når det gjelder fokus på å tydeliggjøre behovet for en god nok finansiering av virksomheten, finner vi variasjon mellom regioner og helseforetak. Respondenter som oppgir at dette i liten grad er en aktuell strategi, kommer utelukkende fra ett foretak i Helse Nord og fra foretakene i Helse Sør. Særlig synes vi det er interessant å igjen se variasjonen mellom de tre helseforetakene i Helse Nord. Det er tydelig at ett av foretakene her har en annen holdning til arbeidet med underskuddssituasjonen. Mens bare 20 prosent av respondentene i ett av foretakene mener det å synliggjøre behovet for bedre finansiering i sterk grad er aktuelt, mener nesten 70 prosent av respondentene fra Helse Nord for øvrig det samme. Det foretaket som skiller seg ut her, er det samme helseforetaket som vi har pekt på tidligere har en langt mer utbredt praksis med uformelle diskusjoner omkring økonomi mellom kollegaer på dette avdelingsledernivå.

Når det gjelder fokus på å tilpasse strategiske mål til den økonomiske situasjonen, er det respondenter i Helse Sør som skiller seg ut. Nesten 90 prosent mener her det er i noen eller sterk grad aktuelt å gjøre slike tilpasninger, mens tilsvarende størrelse for respondentene fra øvrige regioner er 57 prosent. Dette kan tyde på at en i Helse Sør fokuserer mer på å tilpasse langsiktige mål for dermed å finne mer langsiktige løsninger. Denne hypotesen forsterkes når vi ser på andelen av ledere som har redusert kostnader som ikke er pasientrelatert. Dette kan tolkes som en kortsiktig løsning, og er i mindre grad aktuelt i Helse Sør enn i de øvrige regionene. Heller ikke blant respondentene fra Helse Vest følges denne strategien.

Vi fant noe overraskende liten støtte for oppfatningen om at foretakene prøver å produsere seg ut av de økonomiske vanskelighetene. Dette henger trolig sammen med instruks fra det regionale helseforetaket. Flere av respondentene fra Helse Nord kommenterer at de gjerne ville ha økt aktiviteten, men at de har strenge instruks fra Helse Nord om å ikke gjøre dette. Dette kan forstås som et eksempel på at instruks fra ”konsernledelsen” tas til følge, noe også aktivitetsstatistikken til Norsk Pasientregister bekrefter. Helse Nord har ikke vekst i aktiviteten i 2007.

Troen på at budsjettene framover skal øke, er lav blant deltakerne fra Helse Nord, Helse Sør og Helse Midt-Norge. Tidligere data viste at den var noe høyere i Helse Vest hvis sykehuset går i balanse. Dette kan henge sammen med at Helse Vest (sammen med Helse Midt-Norge) er blant de regionene som det er pekt på får mindre ressurser enn kriteriene i den nasjonale fordelingsmodellen egentlig tilsier. På den annen side kan dette også henge sammen med at disse målingene er gjort med to års mellomrom, og at troen på økte budsjetttrammer er blitt lavere i løpet av tidsperioden.

Når det gjelder faren for å miste jobben som avdelingsleder som en konsekvens av budsjettoverskridelser, oppfattes dette som en aktuell reaksjon av respondentene ved ett av helseforetakene i Nord. 4 av 5 avdelingsledere med budsjettunderskudd oppgir her dette som en aktuell konsekvens. Dette gjelder også til en viss grad i respondentene fra Helse Vest der omlag halvparten mener at det er sannsynlig, mens ledere i de øvrige foretakene i utvalget oppfatter dette som i liten eller ingen grad aktuelt.

5.3.4 Fellestrekk og variasjoner

Respondentene rapporterer om et generelt stort fokus på regnskaps- og aktivitetsoppfølging. Tradisjonelle verktøy som avviksrapporter og analyser når det gjelder økonomi og aktivitet oppfattes som de mest sentrale delene av dette systemet. Resultatene tyder også på at denne tradisjonelle styringsinformasjonen i stor grad benyttes. Dette bryter med det inntrykk vi tradisjonelt har hatt av ledere på dette nivået om at de har en noe ”*lunken holdning*” til regnskapsbasert styringsinformasjon.

Det er liten variasjon mellom foretak og regioner når det gjelder det formelle styringssystemet. Derimot finner vi enkeltforetak som skiller seg ut når det gjelder omfanget av de mer uformelle diskusjonene omkring regnskap og aktivitet. Dette gjelder i særlig grad to av foretakene i Helse-Nord som i langt mindre grad enn de øvrige foretakene rapporterer om denne formen for kollegiale samtaler rundt disse temaene.

Når det gjelder bruksdimensjonen viser undersøkelsen at avdelingslederne er mer opptatt av å bruke regnskapsinformasjon og avviksanalyser til å *forklare* avvik, enn til å *styre* driften. Også her finner vi tydelige forskjeller mellom helseforetakene og også mellom regionene. Respondenter fra to av tre foretak i Helse Nord bruker styringsinformasjon til å argumentere for et mer realistisk budsjett, mens dette ser ut til å være mindre vanlig i Helse Sør.

6 Analyse

I forrige kapittel har det empiriske materialet blitt tematisk analysert. For hver av koblingene i den økonomiske styringsløyfen har vi beskrevet og analysert praksis og bruk av styringsinformasjon. Denne tematiske analysen danner utgangspunktet for den sammenlignende analysen av hele økonomistyringen som gjennomføres i dette kapitlet. Det er først og fremst to iakttagelser vi ønsker å fokusere på.

Den første handler om hvilken *praksis* som blir brukt av de ulike helseforetakene. Det er flere indikatorer som peker på en praksis som følger styringslitteraturens tilrådninger. For det første mener de fleste avdelingslederne i vårt utvalg at de er *involvert* og *bidrar* i budsjettprosessen. Videre er det stort fokus på regnskaps- og aktivitetsoppfølging. Samtlige i utvalget mener at tradisjonelle verktøy som avviksrapportering og analyser er det som er mest sentrale i økonomistyringssystemet. Det er altså liten variasjon mellom foretak og regioner når det gjelder det formelle styringssystemet. I forhold til teorien om den diagnostiske styringen, fremstår praksis som enhetlig og god.

En andre iakttagelse handler om *bruken* av det økonomiske styringssystemet. Gjennom å se på bruken av økonomisystemet oppstår det sprekker i det ”glansbildet” som beskrives ovenfor. For det første oppleves ikke de signaler som kommer fra toppledelsen som ”avstemte”. Dette kan føre til at ulike deler i organisasjonen prioriterer målsettinger forskjellig (budsjett i balanse, korte ventelister, øke aktivitet etc.). Våre observasjoner peker videre på at enkelte av avdelingslederne til tross for at de er involvert i både strategi- og budsjettprosess, ikke aksepterer budsjettet. Dette gjelder ikke det store flertallet, men det er interessant å notere seg at disse lederne mener at de tar et økonomisk ansvar uten å akseptere budsjettet. Et annet område som kan påvirke bruken av styringssystemet, er at det er variasjon i opplevelsen av rettferdighet. Ledere i helseforetak som har store underskudd, har en tendens til å oppleve praksisen rundt budsjettfordelingen som urettferdig. Flere avdelingsledere ved disse helseforetakene beskriver styringssignalene som uklare og urettferdige.

Dette kan analyseres med ulike utgangspunkt. Den ene tolkningen er basert på den rasjonelle prinsippal-agent teorien som hevder at ressursfordeling henger sammen med lederes atferd (Zimmerman, 1978). I den sammenhengen er avdelingslederen en agent som skal agere i tråd med prinsippalens ønske. Å ikke akseptere budsjettet forstås da som opportunistisk atferd, dvs. at agenten maksimerer sin velferd ved å sette i gang aktiviteter som ikke nødvendigvis er til prinsippalens beste. Ut fra denne tolkning kan også opplevelsen av urettferdighet kobles til at agenten prøver å spille et spill. Agentens (avdelingslederens) beskrivelse av opplevd urettferdighet er da basert på mistillit

mellom partene. Agenten prøver derfor å bruke urettferdighetsargument for å på den måten fraskrive seg ansvaret for budsjettunderskuddet.

En annen tolkning basert på læringsteori er at avdelingslederen ikke har lært seg det nye systemet og dermed ikke har sett koblingen mellom at lederen må akseptere budsjettet eller stille sin plass til rådighet (Huzzard og Østergren, 2002). Rettferdighetsproblemet forstås ut fra dette perspektiv mer som et kognisjonsproblem der økt dialog og kommunikasjon er nødvendig for at avdelingslederne skal forstå argumentene bak ressursfordelingen.

Løsningen på hvordan ledere kan fås til å akseptere budsjettet, blir dermed forskjellig avhengig av om problemet ses ut fra rasjonell teori (diagnostisk perspektiv) eller fra læringsteori (interaktivt perspektiv). Hvis problemet forstås fra et rasjonelt perspektiv, kan løsningen være å innføre kraftigere sanksjoner, dvs. at konsekvenser av feilaktig atferd må bli større, mens det ut fra et læringsperspektiv må til flere møteplasser for dialog, kommunikasjon og diskusjon som igjen kan føre til forståelse.

Et område der bruken fremstår som forskjellig mellom de ulike helseforetakene, er nettopp i forhold til hvilke konsekvenser budsjettavvik får for avdelingslederen. For ledere i en del helseforetak er opplevelsen at budsjettavvik akseptert så lenge avviket kan forklares, mens andre har opplevelsen av at de faktisk kan miste jobben hvis de ikke oppfyller budsjettet. Dette kan tyde på at toppledelsen ved de ulike helseforetakene har ulike meninger om hvorvidt budsjettavvik handler om opportunistisk atferd eller om det handler om mangel på informasjon, kunnskap og dialog.

7 Konklusjoner

Hensikten med vår studie er å øke kunnskapen om den nye økonomiske ansvarligheten i spesialisthelsetjenesten. For å gjøre det har vi fokusert på hvordan den økonomiske ansvarlighet er definert, oppfattet og fulgt opp internt i helseforetaket og hvordan avdelingslederen tolker dette. Vår konklusjon er at forventninger som ble stilt til helsereformen om økt økonomisk ansvarlighet, ikke nødvendigvis er oppfylt ettersom det er en diskrepans mellom praksis og bruk. Det er løs kobling mellom de ulike delene i styringssløyfen. Det ser imidlertid ut som om en stor del av avdelingslederne i helseforetakene har tatt til seg den nye tenkningen og har et bevisst forhold til økonomistyringen. Det er imidlertid uklarerheter om hva målsettingene i foretakene er. Hvordan skal de prioritere? Hvilket handlingsrom har ledere for å tilpasse økonomien til den eksisterende strategien?

Vårt begrensende materiale tyder på at helseforetakene har en strategisk orientering der avdelingslederne er aktive og tar beslutninger. En konsekvens av dette er at det er variasjon mellom helseregioner, helseforetak og avdelinger når det gjelder bruken av styringssystemet. Dette kan også

bety at avdelingslederens fokus på økonomiske spørsmål har økt. Regnskapsinformasjon oppfattes som viktig. Imidlertid benyttes denne styringsinformasjonen først og fremst til å forklare hvorfor avvik oppstår, ikke som input i beslutningssituasjoner. Budsjettabvik oppfattes som akseptabelt så lenge årsaken til avvik kan forklares. Dette tyder på at avdelingsledere i hovedsak oppfatter at de har et rapporteringsansvar, ikke et konsekvensansvar.

Ledere i sykehus blir stilt overfor mange og til dels motstridende målsetninger, og det oppfattes ikke som at toppledelsen er tydelig når det gjelder prioritering mellom disse. Det er bekymringsfullt at flere avdelingsledere mener at god medisinsk faglig kvalitet er en målsetning som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse i avdelingen. Betyr dette at vi er inne i en utvikling der helseforetakene i praksis utvikler strategier som ikke er i tråd med de medisinsk faglige målsettingene?

La oss til slutt gripe tilbake til de to perspektivene på styring - diagnostisk og interaktiv som vi skisserte i teorikapitlet. Tidligere forskning har pekt på begrenset interesse for økonomiske spørsmål blant ledere i sykehus som først og fremst setter fokus på den medisinske virksomheten (Nyland and Pettersen, 2004). Vårt materiale indikerer en utvikling fra dette i en retning av et sterkere fokus på økonomistyring i den betydning at det legges større vekt på å utvikle strategier og bruke ulike analyser.

Med bakgrunn i vår beskrivelse av økonomistyringens ulike deler - norm, bruk og praksis - er det naturlig at de ulike delene tar ulik lang tid å implementere. Eierskapsreformen bidro til å endre normene fra forvaltning til helseforetak over en natt. Suksessivt har praksis blitt endret og bidratt til at det finnes bedre data som kan brukes som beslutningsgrunnlag. Til slutt må disse data brukes for å ta riktige beslutninger. For å ta riktige beslutninger må avdelingslederne kjenne til hvilke prioriteringer som skal gjøres. I tillegg til bedre data trengs det arenaer der erfaringer, kompetanse etc. kan formidles. Dette bidrar til å skape en økt forståelse for ulike grupper (ulike profesjoner, regionalt helseforetak, departements) virkelighetsoppfatning. Funksjonsgrensene har en helt annen omfang enn det de faglige grensene har, og for å kunne møtes må det finnes en forståelse for de ulike grensesnitt. Det finnes behov for et felles språk for å skape en fruktbar dialog mellom ulike aktører, fag og organisasjoner.

8 Videre forskning

Undersøkelsen gir et visst bilde av nåsituasjonen for utvalget, men har klare bergrensninger. Først og fremst har vi gjennom en spørreskjemaundersøkelse ingen mulighet til å kontrollere om respondenten svarer ut fra egen praksis og bruk, eller om svarene er preget av hva en tror mottakeren forventer av svar på slike spørsmål. Vi har heller ikke hatt muligheter til å stille oppfølgningsspørsmål som kunne

økt vår forståelse av praksis og bruk av styringssystemet. Metodisk burde studien derfor følges opp av en dybdestudie ved bruk av intervju.

Sykehussektoren har blitt utsatt for en rekke reformer de siste årene. Det er derfor interessant å studere hvorvidt dette har medført *endringer* i hvordan den økonomiske ansvarligheten er definert, oppfattet og fulgt opp internt i foretakene. Vår studie gir kun et øyeblikksbilde av situasjonen for vårt utvalg.

Referanser

Abernethy, M. A. and P. Brownell (1999) The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study, *Accounting, Organizations and Society* 24(3): 189-205

Anthony, Robert N. and Young, David W. (2003) *Management control in Nonprofit organizations*, 7.edition, 2003, McGraw-Hill

Huzzard T & Østergren K (2002) "When Norms Collide – Learning under Hypocrisy". *British Journal of Management*. Vol. 13 p. 47-59.

Lindkvist, L & S Llewellyn (2003) Accountability, responsibility and organization. *Scandinavian Journal of Management*. 19, p. 251-273.

Llewellyn, S (1998) Pushing budgets down the line: ascribing financial responsibility in the UK social services, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol 11, ISS 3.

Nyland, K. and Pettersen, I.J. 2004. The control gap: The role of budgets, accounting information and (non-)decisions in hospital settings. *Financial Accountability & Management* 20(1): 77-102.

Nyland, K. Pettersen, I.J. 2006. Management and control of public hospitals - The use of performance measures in Norwegian hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*

Olson O. & F Mellempvik (1996) Regnskap i forandring. Utvikling, spredning og bruk av kommuneregnskap. Cappelen Akademiske Forlag.

Østergren K. (2007) Management control practices and clinician managers: the case of Norwegian health sector. Paper presented at the EAA conference in Lisboa in 23-25 of April, 2007.

Otley, D (1987) *Accounting Control and Organization Behavior*, London, U.K.: William Heinemann Ltd. page. 15.

Ouchi W.G. (1979) A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms, *Management Science* (pre-1986); Sep.

Roberts J (1991) The possibilities of accountability, *Accounting, Organization and Society*, 1991, vol.16, issue 4, p. 355-368.

Simons, R. 1995. Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal. *Harvard Business School Press: Boston*.

Simons R. (2000) *Performance Measurement and Control Systems for Implementing Strategy*. London: Prentice Hall.

Wikstrøm E & P Hossein (2005) *Managing Health Care Practices by Relational Accountability: A study of the Nutrition Care at the Swedish University Hospital*, Conference 18th Scandinavian Academy of Management Meeting, Århus, Denmark, August, 2005.

Zimmerman, J L (1979); 1978 Competitive Manuscript Award; The costs and benefits of cost allocations. *The Accounting Review*. Vol. LIV, No. 3.

Vedlegg 1: Spørreskjemaet med resultater

Vi har her lagt inn prosentvis fordeling av svarene fra våre respondenter (2007-undersøkelsen). Tall som er lagt inn i spørreskjemaet reflekterer altså prosentandel som har krysset av for valgte svaralternativ.

A. Bakgrunnsinformasjon

Din stilling/stillingsbenevnelse:

.....

Antall år i nåværende stilling

.....

Utdanningsbakgrunn:

Medisin

Sykepleie

Annen helsefaglig

Teknisk/ingeniørfaglig

Økonomi/administrasjon

Annet (Spesifiser)

.....

Om klinikken/avdelingen

Navn på helseforetaket

.....

Navn på avdelingen

.....

Navn på organisatoriske
enheter som inngår i
klinikken/avdelingen

.....

.....

.....

.....

.....

Budsjettets størrelse
2007

Antall millioner kroner

.....Mill kroner

Antall årsverk

.....

*Forholdet mellom budsjett
og regnskap i 2006
og
budsjett og prognose for
2007
(et kryss for hvert år)*

Regnskap og budsjett 2006

Prognose for 2007

Brukt mindre enn budsjett	26	Positivt budsjettavvik	37
Balanse	12	Balanse	14
Brukt noe mer enn budsjett	32	Mindre negativt budsjettavvik	9
Brukt mye mer enn budsjett	26	Noe negativt budsjettavvik	23
Brukt svært mye mer enn budsjett	3	Stort negativt budsjettavvik	17

B. Arbeidet med budsjett og strategi

Deltakelse

I hvilken grad er du enig i følgende påstander om budsjettarbeidet for 2007 i din klinikk/avdeling?

	Helt uenig	I liten grad	I noen grad	Helt enig
Jeg deltar aktivt i helseforetakets strategiprosess	10	15	31	44
Jeg deltar aktivt i helseforetakets budsjettprosess	4	15	27	54
Jeg involverer avdelingens/klinikkens nøkkelpersonell i budsjettprosessen for avdelingen	2		19	79
Jeg involverer avdelingens/klinikkens nøkkelpersonell i strategiarbeidet for avdelingen			25	75
Jeg har formelt akseptert avdelingens/klinikkens budsjett (signert på budsjettavtale eller lignende)	14	2	18	66
Jeg som avdelings-/klinikksjef er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å kunne innfri avdelingsbudsjettet	4	10	71	15

Informasjonsgrunnlag

I hvilken grad er du enig i følgende påstander om bruk av informasjon i budsjettarbeidet for 2007?

	Helt uenig	I liten grad	I noen grad	Helt enig
Vi brukte tidligere års budsjetter		2	42	56
Vi brukte tidligere års regnskap	2		38	60
Vi tok utgangspunkt i langsiktige mål / strategier	10	23	46	21
Vårt budsjett settes på bakgrunn av forhold utenfor avdelingen	12	13	58	17
Vi tok utgangspunkt i planlagt aktivitet	2	4	42	52
Vi brukte analyser av kostnadsnivå	6	35	39	20
Vi brukte analyser av kapasitetsutnyttelse	12	35	42	12
Vi brukte analyser av behandlingspraksis	15	42	33	10

C. Bruk av styringsinformasjon

Tiltak

Angi hvor enig du er følgende påstander om hva du som klinikk-/avdelings sjef *faktisk har gjort* i 2007 for å tilpasse aktivitet til budsjett

	Helt uenig	I liten grad	I noen grad	Helt enig
Jeg har redusert bruken av vikarer, overtid og innleid personell	6	11	34	49
Jeg har stoppet planlagte nyansettelser	11	26	43	20
Jeg har økt inntaket av pasienter	18	12	55	15
Jeg har redusert inntaket av pasienter	66	25	6	3
Jeg har begrenset bruk av forbruksmateriell	11	29	40	20
Jeg har begrenset innkjøp av utstyr		11	54	34
Jeg har involvert nøkkelpersonell for å finne tiltak for kostnadsbesparelser		11	11	77

Formell rapporteringAngi hvor *ofte* du har hatt tilgang til følgende rapporter/analyser/informasjon i 2007:

	Aldri	1 gang per år	1 gang per halvår	1 gang i kvart- alet	1 gang i mnd	Oftere
Skriftlig analyse av avvik mellom regnskap og budsjett, presentert eller mottatt i formelle møter			3	6	86	6
Muntlig informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett i formelle møter	3			6	71	20
Skriftlig analyse av avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet		3	6	6	79	6
Muntlig informasjon om avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet i formelle møter	6	3		9	69	14
Diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i formelle møter	9		6	14	57	14
Analyse av kostnadsnivå	3	13	9	34	38	3
Analyse av kapasitetsutnyttning	3	9	9	37	37	6
Analyse av behandlingspraksis	21	12	6	29	24	9

Uformell rapporteringAngi hvor *ofte* du har hatt tilgang til følgende **uformelle** rapporter og informasjon i 2007:

	Aldri	1 gang per år	1 gang per halvår	1 gang pr kvartal	1 gang pr mnd	Oftere
Muntlig uformell informasjon om avvik mellom regnskap og budsjett	8	2	4	13	37	37
Muntlig uformell informasjon om avvik mellom planlagt og faktisk aktivitet	8	2		18	33	39
Diskusjon av regnskapsinformasjon med kollegaer i uformelle møter	8	2	4	10	38	38

Bruk av styringsinformasjon

Angi i hvor stor grad du bruker følgende typer informasjon som grunnlag for styring:

	Aldri	I svært liten grad	I noen grad	I sterk grad
Regelmessige regnskapsrapporter		2	26	72
Analyser av avvik mellom faktisk regnskap og budsjett		6	35	60
Analyser av avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet		6	54	40
Analyser av lønnsnivå på avdelingen	11	40	34	15
Analyser av personellsammensetning på avdelingen	6	36	45	13
Analyser av behandlingspraksis	10	35	46	10
Analyser av kostnadsnivå	4	32	45	19
Analyser av kapasitetsutnyttelse		13	58	29

Bruk av rapporter/analyser

Angi i hvilken grad du bruker regnskaps- og aktivitetsrapporter, avviksanalyser og andre analyser på følgende mulige måter:

	Nei, Har ikke brukt	Ja, men i svært liten grad	Ja, i noen grad	Ja, i sterk grad
Jeg bruker regnskapsrapporter til å forklare avvik mellom regnskap og budsjett	4		32	64
Jeg bruker aktivitetsrapporter til å forklare avvik mellom faktisk og planlagt aktivitet		12	40	48
Jeg bruker budsjettavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett	13	17	50	21
Jeg bruker aktivitetsavvik til å argumentere for et mer realistisk budsjett	8	13	58	21
Jeg bruker budsjettavvik for å tilpasse faktiske kostnader til planlagt budsjett	4	12	44	40
Jeg bruker aktivitetsrapporter for å tilpasse faktisk aktivitet til planlagt aktivitet	4	8	50	38
Jeg bruker rapporter og analyser som grunnlag for diskusjon med nøkkelpersonell i avdelingen		4	28	68
Jeg bruker rapporter og analyser som grunnlag for å diskutere og iverksette ytterlige tiltak for bedre budsjettkontroll		4	44	52
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planlegging av daglig drift i klinikken/avdelingen		25	38	38
Jeg mener at avviksanalysene er usikre, og at de dermed er et dårlig underlag for iverksetting av tiltak i klinikken/avdelingen	28	40	28	4

D. Budsjettavvik

Konsekvenser ved budsjettavvik

Angi i hvor stor grad følgende tiltak er blitt iverksatt i avdelingen/klinikken på grunn av at ressursforbruket har vært høyere enn budsjettert i 2007. (Hvis avdelingen/klinikken ikke har hatt negative budsjettavvik, gå videre til punkt E nedenfor i spørreskjemaet).

Mulige konsekvenser for klinikken/avdelingen:	Nei, ikke aktuelt	Ja, men kun i liten grad aktuelt	Ja, i noen grad aktuelt	Ja, i sterk grad aktuelt
Vi har arbeidet med å tydeliggjøre behovet for en god nok finansiering av aktiviteten		20	33	47
Vi har i samarbeid fokusert på å avdekke muligheter for kostnadseffektivisering			33	67
Vi har arbeidet med å tilpasse strategiske mål til vedtatt budsjettamme	10	24	45	21
Vi har fått en tett(-ere) oppfølging fra økonomiavdelingen	14	14	45	28
Vi har økt aktiviteten	21	32	39	7
Vi har redusert aktiviteten	44	37	15	4
Vi har arbeidet for å finne innsparingsmuligheter			17	83
Vi har kuttet alle kostnader som ikke har med pasientbehandling å gjøre	10	30	40	20
Vi må dekke inn underskuddet neste år	48	7	28	17
Vi vil få mer penger neste år	70	23	3	3
Jeg står i fare for å miste jobben som avdelingsleder	55	21	17	7

E. Holdninger til økonomistyring

Økonomistyring i klinikken/avdelingen

Angi hvor enig/uenig du er i følgende påstander om økonomistyring for din klinikk/avdeling i 2007.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/ uenig	Litt enig	Helt enig
Min avdeling/klinikk har klare strategiske mål		6	3	37	54
Det er en klar kobling mellom strategiske mål og budsjettet vedtas	9	9	20	37	26
God medisinsk faglig kvalitet er målsetting som vanskelig kan kombineres med budsjettbalanse i avdelingen/klinikken	29	29	17	23	3
Jeg aksepterer avdelingens/klinikkens budsjett	3	9	6	11	71
Avdelingens/klinikkens budsjettmål er realistiske	8	11	11	33	36
Negative budsjettavvik har ingen konsekvenser for arbeidet i <u>avdelingen/klinikken</u>	63	29	3	3	3
Negative budsjettavvik har ingen konsekvenser for <u>meg</u> som avdelings-/klinikkleder	49	31	6	11	3
Gapet mellom strategiske mål og budsjett er så stort at jeg vanskelig kan identifisere meg med budsjettet	46	20	9	20	6
Ledelsen aksepterer budsjett – og aktivitetsavvik hvis jeg kan forklare dem årsakene	3	11	11	49	26
Som avdelings-/klinikkleder har jeg god mulighet for å iverksette tiltak for å tilpasse kostnader til budsjett	20	34	6	23	17
Helseforetakets budsjettprosess medfører en rettferdig fordeling av ressurser til min avdeling	9	34	17	29	11

Signaler fra toppledelsen

Angi i hvilken grad du er enig i følgende påstander om hvilke signaler du mener at toppledelsen i helseforetaket sender til avdelingen/klinikken i 2007:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig/ uenig	Litt enig	Helt enig
Min avdeling/klinikk må innfri budsjettforventninger				9	91
Min avdeling/klinikk må vise evne til omstilling	2			6	92
Vi må arbeide for å gi et bredest mulig helsetilbud	6	13	11	23	47
Vi må ha størst mulig aktivitet	19	19	12	25	25
Vi må arbeide for å bli mest mulig kostnadseffektive	2		6	9	83
Vi må arbeide for å korte ned på ventelistene	8	15	4	35	38

Vedlegg 2: Resultater fra 2005-undersøkelsen

Under følger utdrag fra datainnsamlingen i 2005. Respondenter fra to foretak i Helse Øst og to foretak i Helse Vest.

RHØ: Respondenter fra Helse Øst

RHV: Respondenter fra Helse Vest

Q1 Samtykke til andre formål

	Ja
Helse Øst	73 %
Helse Vest	61 %

Q2 - Kjønn

	Mann	Kvinne
Helse Øst	32 %	68 %
Helse Vest	50 %	45 %

Q3 - Hva er din hovedutdanning forankret i?

	RHØ	RHV
Medisinsk bakgrunn	50 %	50 %
Helsefaglig bakgrunn	45 %	17 %
Annen	5 %	33 %

Q4 - Hvor lenge har du hatt budsjettansvar i denne avdelingen?

	RHØ	RHV
Mindre enn 2 år	14 %	6 %
Mellom 2 og 4 år	41 %	50 %
Mer enn 4 år	45 %	44 %

Q12 - Hvor stort totalbudsjett har din avdeling til rådighet?

	RHØ	RHV
Mindre enn 10 millioner kroner	0 %	0 %
Mellom 10 og 50 millioner kroner	41 %	6 %
Mellom 50 og 100 millioner kroner	41 %	6 %
Mellom 100 og 150 millioner kroner	14 %	22 %
Over 150 millioner kroner	5 %	67 %

Q13 - Hvordan har din avdeling gjort det i forhold til avdelingsbudsjettet i følgende år**RHØ**

	Negativt resultat i forhold til budsjettet	Innfridd budsjettforventningene	Positivt resultat i forhold til budsjettet	Vet ikke
2002	45 %	25 %	20 %	10 %
2003	29 %	38 %	24 %	10 %
2004	29 %	14 %	57 %	
Så langt i 2005	36 %	18 %	45 %	

RHV

	Negativt	Innfridd	Positivt
2002	39 %	17 %	44 %
2003	39 %	33 %	28 %
2004	50 %	22 %	28 %
Så langt i 2005	33 %	22 %	44 %

Q14 - Hva oppfatter du å være hovedfokuset til HF-ledelsen?

	RHØ	RHV
Innfri budsjettforventningene	37 %	42 %
Vise evne til omstilling	25 %	9 %
Få et bredest mulig helsetilbud	0 %	7 %
Skape en størst mulig DRG-produksjon (aktivitet)	14 %	0 %
Korte ventelistene	4 %	0 %
Bli mest mulig kostnadseffektiv	21 %	42 %

Q17 - Hvordan stiller du deg til følgende påstander

RHV

	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	27 %	9 %	50 %	14 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	9 %	41 %	14 %	36 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	5 %	9 %	0 %	73 %	14 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	9 %	14 %	9 %	59 %	9 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	9 %	32 %	5 %	45 %	9 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	18 %	77 %	0 %	0	5 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	5 %	27 %	14 %	45 %	9 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	9 %	50 %	0 %	32 %	9 %

RHV

	Helt enig	Enig	Vet ikke/ingen formening	Uenig	Helt uenig
HF'ets budsjettprosess medfører en rettferdig budsjettfordeling til min avdeling	0 %	33 %	22 %	44 %	0 %
Jeg bruker budsjettet som rettesnor for planleggingen av den daglige driften i avdelingen	11 %	67 %	11 %	11 %	0 %
Å innfri budsjettforventningene er avdelingens høyeste prioritering	6 %	22 %	6 %	61 %	6 %
Jeg legger personlig prestisje i å innfri budsjettforventningene	11 %	67 %	11 %	11 %	0 %
Jeg syntes det er ubehagelig å presentere et negativt budsjettavvik til økonomiavdelingen	17 %	56 %	17 %	11 %	0 %
Jeg prøver å skape budsjettaksept og økonomisk forståelse hos alle i min avdeling	33 %	61 %	6 %	0 %	0 %
Det er umulig å etterleve budsjettet, da det ikke er mulig å drive helsefaglig ansvarlig med så knappe midler	11 %	6 %	17 %	61 %	6 %
Dersom jeg ser at avdelingen er iferd med å få et negativt budsjettavvik, kutter jeg vesentlig i kostnadene som ikke er direkte relatert til pasientbehandling, for å motvirke dette	11 %	56 %	33 %	0 %	0 %

Q20 - Hvor enig er du i påstanden: "Du som avdelingsleder er gitt tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å innfri avdelingsbudsjettet"?

	RHØ	RHV
Helt enig	18 %	33 %
Enig	27 %	44 %
Vet ikke/ingen formening	5 %	6 %
Uenig	45 %	11 %
Helt uenig	5 %	6 %

Q24 - Hvordan og hvor ofte er du i kontakt med helseforetakets økonomiavdeling?

RHØ

	Ofte	Månedlig	Sjelden
Møter	24 %	52 %	24 %
Telefoner	55 %	14 %	32 %
Mail	73 %	23 %	5 %
Økonomiske rapporter	27 %	73 %	0 %

	RHV		
	Ofte	Månedlig	Sjelden
Møter	22 %	11 %	67 %
Telefoner	39 %	28 %	33 %
Mail	56 %	39 %	6 %
Økonomiske rapporter	11 %	72 %	17 %

Q28 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen ikke innfrir årets budsjett uten å ha konkrete forklaringer til hvorfor så har skjedd?

	RHØ			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært usannsynlig
Du mister jobben	0 %	0 %	57 %	43 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	10 %	67 %	24 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	5 %	29 %	48 %	19 %
Man får mer penger neste år	0 %	19 %	43 %	38 %

	RHV			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Du mister jobben	0 %	47 %	41 %	12 %
Økonomiavdelingen begynner å følge opp avdelingens økonomi mye tettere	41 %	53 %	6 %	0 %
Alle kostnader som ikke har med pasientbehandling blir umiddelbart kuttet	6 %	17 %	78 %	0 %
Man får mer penger neste år	0 %	35 %	29 %	35 %

Q29 - Hvor realistisk er følgende scenarier dersom avdelingen innfrir budsjettet?

	RHØ			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	5 %	59 %	36 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	29 %	43 %	29 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	9 %	73 %	18 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	9 %	50 %	41 %
Man får mindre penger neste år	19 %	43 %	29 %	10 %

	RHV			
	Svært sannsynlig	Sannsynlig	Usannsynlig	Svært Usannsynlig
Avdelingen får beholde eventuelle overskudd	0 %	0 %	67 %	33 %
Avdelingen får innfridd investeringsønsker	0 %	53 %	41 %	6 %
Avdelingen blir belønnet gjennom at man får delta på ettertraktede kurs og lignende	0 %	12 %	65 %	24 %
Du som avdelingsleder stiger i lønn	0 %	12 %	47 %	41 %
Man får mindre penger neste år	18 %	59 %	18 %	0 %