

# Internrevisjon Helse Vest RHF

Økonomistyring i Helse Fonna HF

Rapporttittel: Økonomistyring i Helse Fonna HF  
Dato: Juni 2010  
Oppdragsgjevar: Helse Vest RHF v/revisjonskomiteen

Prosjektet er gjennomført av Deloitte AS

## Innhald

<b>0. Innleiing</b> .....	<b>4</b>
0.1 Bakgrunn.....	4
0.2 Rammeverk.....	4
<b>1. Føremål og problemstillingar</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Dokumentanalyse.....	6
2.2 Spørjeundersøking .....	6
2.3 Intervju.....	6
2.4 Framstilling av data.....	7
<b>3. Revisjonskriterium</b> .....	<b>8</b>
3.1.1 Teori .....	8
3.1.2 Styrande dokument frå HOD.....	8
3.1.3 Styrande dokument frå Helse Vest til helseføretaka.....	8
3.1.4 Omstillingstiltak .....	8
<b>4. Data</b> .....	<b>10</b>
4.1 Økonomiske resultat .....	10
4.2 Føresetnader for god økonomistyring .....	10
4.2.1 Styringsdialog, strategi og målstyring .....	10
4.2.2 System og rutinar.....	11
4.2.3 Kompetanse .....	13
4.2.4 Samhandling med og støtte frå controllar.....	14
4.2.5 Oppsummering .....	16
4.3 Budsjettprosessen.....	17
4.3.1 Budsjettering.....	17
4.3.2 Budsjettansvar .....	17
4.3.3 Budsjettplanlegging.....	18
4.3.4 Budsjettkvalitet.....	18
4.3.5 Budsjettlojalitet.....	19
4.3.6 Insentiv og konsekvensar.....	20
4.3.7 Prognosar og rapportering .....	20
4.3.8 Oppsummering budsjettprosessen .....	22
4.4 Omstillings- og innsparingstiltak .....	23
4.4.1 Utveljing og gjennomføring av omstillings- og innsparingstiltak .....	23
4.4.2 Planlegging og forankring av tiltaka .....	24
4.4.3 Realisme i tiltaka .....	24
4.4.4 Effekt av tiltaka .....	24
4.4.5 Oppsummering omstillings- og innsparingstiltaka .....	26
4.5 Rapportering .....	27
4.5.1 Rapportering til styret og Helse Vest RHF.....	27
4.5.2 Rapportering frå divisjonane til administrativ leiing.....	27
4.6 Tiltak for å betre økonomistyringa i føretaket .....	28

<b>5.</b>	<b>Vurderingar og forslag til tiltak .....</b>	<b>29</b>
5.1	Føresetnadar for god økonomistyring .....	29
5.2	Budsjettprosessen.....	31
5.3	Rapportering .....	34
5.4	Omstillings- og innsparingstiltak.....	35

# 0. Innleiing

## 0.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har på oppdrag frå revisjonskomiteen i Helse Vest RHF, gjennomført eit revisjonsprosjekt som omfattar økonomistyring i alle helseføretaka med unntak av Apoteka Vest HF.

Økonomistyring er eit viktig tema i Helse Vest og som revisjonskomiteen har ønskt å setje fokus på, og som komiteen vil følgje opp i dei ulike heleføretaka over tid. I revisjonsprosjektet er overordna økonomistyring, organisering og gjennomføring av controllarfunksjonen, samt arbeidet med omstillings- og innsparingstiltaka for 2009 undersøkt.

Prosjektet er gjennomført i perioden november 2009 til mai 2010, og resultatane er presentert i rapportar for kvart av dei fire helseføretaka.

## 0.2 Rammeverk

Deloitte har utvikla et rammeverk for beste praksis knytt til økonomi- og verksemdstyring. Hovudkriteria for revisjonen byggjer på grunnelementa frå dette rammeverket.

Verksemd- og økonomistyring vert definert som dei aktivitetane ein utfører for å styre gjennomføringa av strategiar på ein best mulig måte.

Effektiv økonomistyring krev at leiinga har riktig og relevant styringsinformasjon, at overordna mål er konsistent brote ned på dei ulike nivåa i organisasjonen med tydelig definert ansvar og mynde, og at styringsprosessane er effektive og støtta av riktig bruk av teknologi. I tillegg inneber god verksemdstyring at ein klarer å etablere ein prestasjonskultur som motivere dei tilsette på ein slik måte at dei har fokus på det som er viktig for verdiskapinga i organisasjonen.



## 1. Føremål og

Føremålet med prosjektet er å undersøke om helseføretaka har tilpassa økonomistyringa til sine økonomiske utfordringar og korleis dei har følgd opp tilrådingar etter gjennomførte revisjonar i 2007 og 2008.

Vi har formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad har helseføretaka gjennomført endringar for å betra økonomistyringa?
  - a. I kva grad er det gjort endringar i organisering og samhandling?
  - b. I kva grad er det etablert tydelege mål og resultatkrav?
  - c. I kva grad reflekterer måla for 2010 dei strategiske føringane?
  - d. I kva grad er budsjettet for 2010 tilpassa aktivitetmessige prioriteringar?
  - e. I kva grad er tilgangen til styringsinformasjon betra?
  - f. I kva grad er økonomirapporteringa tilpassa informasjonsbehovet på dei ulike nivåa i føretaket?
  - g. I kva grad vart driftsaktivitetar følgd opp i 2009?
  - h. I kva grad er mål på økonomiområdet risikovurdert?
  - i. I kva grad har føretaka tatt i bruk føretaksplanen som er utvikla i Helse Vest?
2. I kva grad er det tatt i bruk nye system, prosessar og rutinar som er av betydning for økonomistyringa?
  - a. I kva grad er vesentlege rutinar og prosessar dokumentert?
  - b. I kva grad er det kunnskap om nye system, prosessar og rutinar?
  - c. Vert system, prosessar og rutinar nytta som føresettt?
3. I kva grad er styret og føretaksleiinga involvert i økonomistyrings- og forbetringstiltak
  - a. I kva grad er det etablert rutinar for økonomisk rapportering tilstyret?
  - b. I kva grad er funn frå frå revisjonane i 2008 og 2009 følgd opp?
  - c. I kva grad vert krav til økonomisk rapportering til RHFet følgd opp?

## 2. Metode

Kartlegginga er basert på data som er samla inn ved hjelp av dokumentanalyse, intervju og spørjeundersøking. Ei slik metodetriangulering vil i større grad enn ein enkelt metode fange sentrale deler ved økonomistyringa i helseføretaka og dermed gje grunnlag for ei meir heilskapeleg analyse og vurdering. Triangulering medverkar også til kvalitetssikring ved at ein kan samanlikne funn frå dei ulike tilnærmingane.

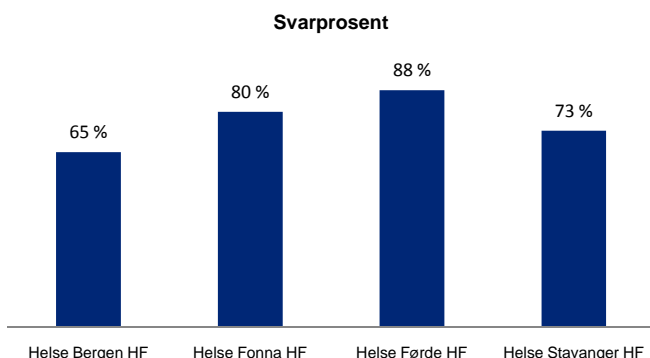
### 2.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalysen omfattar informasjon som kan belyse økonomistyringa, fullmaktstrukturar og omstillingstiltak i føretaka. Dokumentasjonen omfattar styrande dokument, reglement, instruksar og rutinar, rapportar, notat, møtereferat budsjett/rekneskap, statistikk, prognosar med meir.

### 2.2 Spørjeundersøking

Det er gjennomført ei spørjeundersøking som omfatta dei fire helseføretaka i Helse Vest. Til saman vart undersøkinga sendt ut til 978 leiarar og controllarar i føretaka.

Undersøkinga vart gjennomført i perioden frå januar til april 2010 og nesten 700 personar svara på undersøkinga. Dette utgjer ein svarprosent for heile Helse Vest på 71 %. For Helse Fonna HF svara til saman 80 personar noko som utgjer ein svarprosent på 80 %.



Tabellen under viser korleis svara fordeler seg på dei ulike leiarnivåa, controllargruppa og andre tilsette.

Stilling Helse Fonna	Antall	Prosent
Leiarnivå 2	10	13 %
Leiarnivå 3	50	63 %
Leiarnivå 4	9	11 %
Controllar/ øk.stab	7	9 %
Anna	4	5 %
<b>Sum</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

### 2.3 Intervju

For å sikre eit meir kvalitativ informasjonsgrunnlag vart det gjennomført intervju med fire personar i Helse Fonna HF. Vi intervjuar økonomi- og finansdirektøren, en senior controller, samt ein leiar på leiarnivå 2 og 3.

## 2.4 Framstilling av data

I rapporten vert data frå spørjeundersøkinga, intervju og dokument presentert og vurdert. Revisjonen har ikkje funne det føremålstenleg å presentere alle funna frå spørjeundersøkinga, men vi har sett fokus på det vi vurderer som dei mest sentrale tema.

Helse Fonna HF har hatt høve til å kome med merknader til rapporten i fleire omgonger. Alle intervju er verifisert av dei som er intervjuet. Berre verifiserte referat vert nytta i rapporten. Heile rapporten med vurderingsdel er sendt administrerande direktør og økonomidirektør for verifisering og uttale.

## 3. Revisjonskriterium

Revisjonskriteria er vurderingskriterium som økonomistyringa vert vurdert i forhold til. Revisjonskriteria er utleia av autoritative kjelder slik som styrande dokumentasjon, internt reglement og instruksar, organisasjonsteori og beste praksis.

### 3.1.1 Teori

Hovudkriteria for denne undersøkinga er teori knytt til rammeverket presentert innleiingsvis. Vi vil fokusere på om grunnelementa for god økonomistyring er tilstades og korleis økonomiaktivitetane vert gjennomført.

### 3.1.2 Styrande dokument frå HOD

Helse og omsorgsdepartementet styrer dei regionale helseføretaka gjennom oppdragsdokumentet som blir formidla i føretaksmøtet. Eigar har i føretaksmøtet til Helse Vest RHF presisert at budsjettert aktivitet ikkje må overstiga krava som er sett i oppdragsdokumentet. Helse Vest RHF skal innrette verksemda slik at resultatkrava i oppdragsdokumentet blir nådd.

### 3.1.3 Styrande dokument frå Helse Vest til helseføretaka

Helseføretaka i Helse Vest RHF forpliktar seg til å utarbeide kvartalsvise rapportar og årlege meldingar til Helse Vest RHF. Den kvartalsvise rapporteringa skal mellom anna omfatte økonomisk status, resultat og forbruk i forhold til budsjett, effektivitetstal, kapasitetstal og -kostnadar. Vidare pliktar styret straks å melde frå til Helse Vest RHF ved vesentlege faktiske eller forventa budsjettoverskridingar, brot på lover og reglar, eller dersom eigenkapitalen blir eller kan forventa å bli uforsvarleg låg.<sup>1</sup> Den årlege meldinga skal omfatte styrets plandokument for verksemda og styrets rapport for føregåande år.<sup>2</sup>

Gjennom strategiplanen Helse 2020 har Helse Vest utvikla ein felles føretaksplan. Kwart helseføretak har eit sjølvstendig ansvar for at strategidokumentet blir gjort kjent i organisasjonen, og at dokumentet legg grunnlag for dei vidare prosessane i kvart helseføretak.<sup>3</sup> ”Helse Vest RHF vil i 2009 fortsetja den dialogen med helseføretaka som er etablert i forhold til økonomistyring og vil halde fram med oppfølgingsmøta mellom styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF og helseføretaka kvar månad.”<sup>4</sup>

Helse Vest har i samarbeid med helseføretaka utarbeidd retningslinjer for korleis ein skal organisere og gjennomføre risikostyring i helseføretaka. Det skal årleg definerast 6-8 overordna styringsmål som skal følgjast særskilt opp gjennom året. 4-6 av desse måla vil vere felles for heile føretaksgruppa og blir definert av Helse Vest RHF. Det einskilde helseføretak kan i tillegg definere 2-3 overordna verksemdspesifikke mål. Helseføretaka skal rapportere risiko som ein del av dei månadlege rapporteringsrutinane som allereie er etablert<sup>5</sup>.

### 3.1.4 Omstillingstiltak<sup>6</sup>

Styra i helseføretaka skal ha direkte kontroll med at omstillingstiltaka er realistiske og konkretiserte. Helseføretaka skal:

---

<sup>1</sup> Vedtekter for Helseforetakene i Helse Vest April 2005, § 13 (hentet fra vedtekter for Helse Bergen HF)

<sup>2</sup> Vedtekter for Helseforetakene i Helse Vest April 2005, § 13 (hentet fra vedtekter for Helse Bergen HF)

<sup>3</sup> Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 1.2

<sup>4</sup> Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 1.2

<sup>5</sup> Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 2.2

<sup>6</sup> Styringsdokument for helseføretaka – Generell del, kap 2.3



- ha ein omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre betre intern organisering
- sikre at omstillingstiltak som kan gje kostnadseffektiv og formålseffektiv drift på langsikt, blir prioriterte framfor kortsiktige eingongseffektar
- sikre at grunngevinga for og konsekvensane av omstillingstiltaka, og ein realistisk framdriftsplan, skal vere gjort greie for i omstillingsplanen
- sikre at det blir etablert rutinar for oppfølging slik at alternative tiltak kan bli sette i verk ved manglande gjennomføring eller realisering av planlagde omstillingstiltak
- ikkje nytte gevinstar ved sal av eigedom som omstillingstiltak

## 4. Data

### 4.1 Økonomiske resultat

Helse Fonna HF har sida 2002 hatt driftunderskot, men oppnådde budsjettbalanse i 2009. Driftsoverskotet for Helse Fonna blei kr. 6,9 millionar, av eit totalbudsjett på kr. 2,5 milliard. Resultat etter finanspostar blei negativt med kr. 5,0 millionar. For 2009 hadde styret satt eit resultatkrav for føretaket som var negativt med kr. 5,9 millionar.<sup>7</sup> Helse Fonna hadde eit negativt resultat etter finanspostar på kr 71,7 millionar i 2008.<sup>8</sup>

### 4.2 Føresetnader for god økonomistyring

#### 4.2.1 Styringsdialog, strategi og målstyring

##### Styringsdialog

Styringsdokumentet frå Helse Vest gjev informasjon om kva som er dei viktigaste oppgåvene for føretaket det komande året, kva aktivitetsnivå føretaket skal ha, kva økonomiske overføringar føretaket får og krav til rapportering til Helse Vest RHF i løpet av året.

Klinikkdirektørane har månadlege møter med fokus på økonomi, kvalitet, aktivitet og risikovurdering. Klinikkdirektørane kan ha med seg ein seksjonsleiar til desse møta.

I forkant av møtet utarbeider controllar og klinikkdirektør saman ein rapport for klinikken. Dette er ei samanstilling av rapportane frå alle seksjonane i eininga. Det er ikkje fastsett krav til den økonomiske rapporteringa frå seksjon til klinikkdirektør. Ein leiar på nivå 3 opplyser i intervju at observerte avvik vert meldt til klinikkdirektør, med forklaring på kvifor avviket har oppstått.

Ei utfordring for klinikkdirektør er å få seksjonsleiarane til å flytte fokus over på tiltak som kan løyse økonomiske problem, og ikkje ha fokus på å forklare kvifor resultata er som dei er.

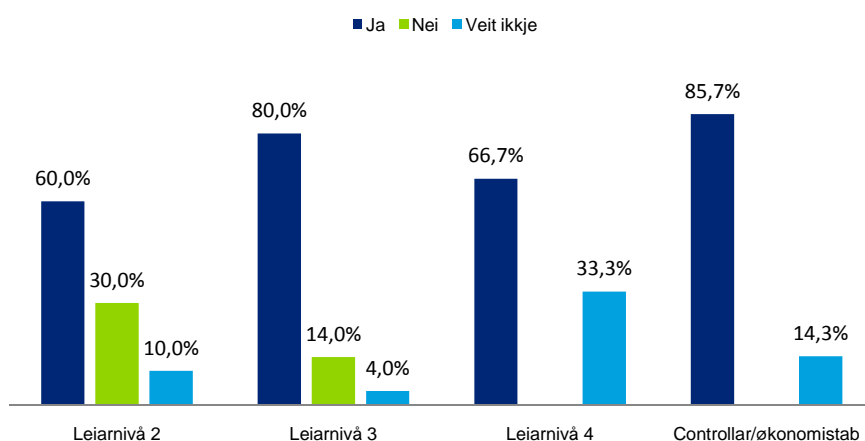
I spørjeundersøkinga vert leiarane spurt om det er etablert formelle møte i samband med styringsdialogen. Dei fleste leiarane svarar at det er etablert formelle møte (78,5%).

---

<sup>7</sup> Helse Vest RHF, Styresak 006/10 B

<sup>8</sup> [http://www.helse-fonna.no/stream\\_file.asp?iEntityId=8985](http://www.helse-fonna.no/stream_file.asp?iEntityId=8985)

#### Er det etablert formelle møte i samband med styringsdialogen?



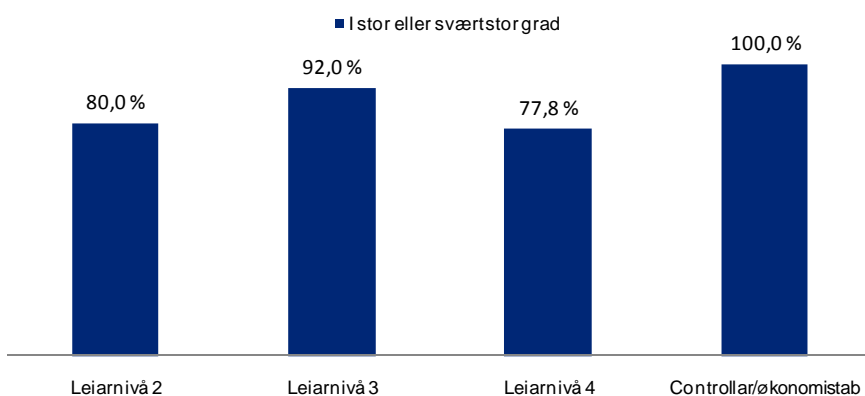
Leiarane på nivå 3, controllarar og økonomistab er dei som i størst grad svarar at det er etablert slike møte. Samanlikna med undersøkinga i 2008 er det ein stor auke blant leiarane på nivå 4. Då svarte berre 26 % av nivå 4-leiarane at det var etablert formelle møte.

Det vert kommentert i intervju med leiar på nivå 2 at oppfølging frå økonomidirektør og administrerende direktør skjer månadleg ved fysiske møter. Det vert peika på at dette er ei forbetring frå tidligare år då ein i liten grad fekk direkte tilbakemelding på rapportane.

#### Mål- og resultatkrav

Til saman 90,1 %, svarar at det i stor eller svært stor grad er etablert tydelege mål- og resultatkrav for einingane.

#### I kva grad er det etablert tydelege økonomiske mål- og resultatkrav for eininga(ne)?



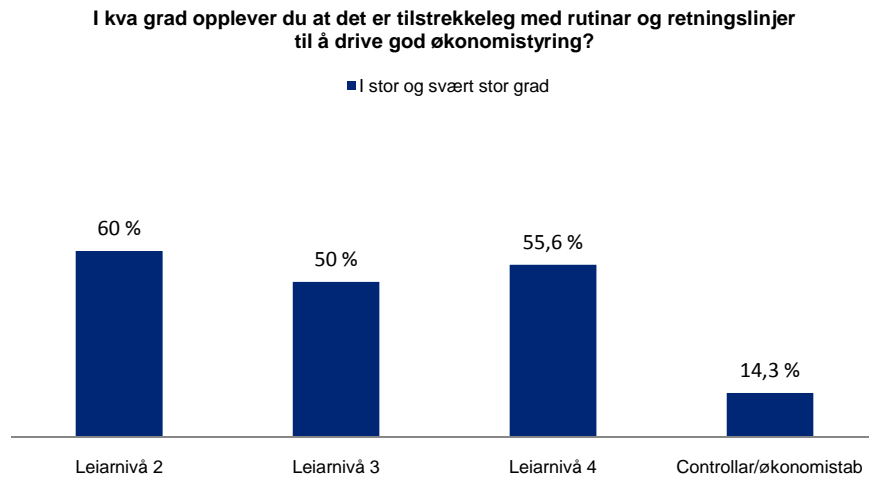
Grafen over viser at leiarane på nivå 3 og controllarar/økonomistab, i størst grad svarar at det er etablert tydelege økonomiske mål- og resultatkrav for einingane.

Føretaksleiinga opplysar i intervju at klinikkane vert målt, gjennom dei månadlege klinikkrapportane, på parameter knytt til aktivitet, bemanning, kvalitet og økonomi.

#### 4.2.2 System og rutinar

I spørjeundersøkinga kjem det fram at til saman 48,8 % av respondentane meiner at dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer for å utøve god økonomistyring. 40 % svarar i nokon

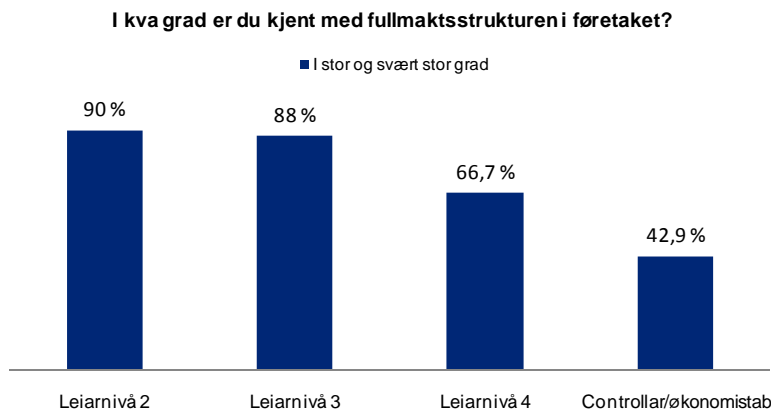
grad, medan til saman 10 % svarar at dei i liten, svært liten eller ikkje i nokon grad har tilstrekkeleg med rutinar. Til samanlikning med undersøkinga i 2008 svarte 28,6 prosent av respondentane at dei i liten, svært liten eller ikkje i nokon grad har tilstrekkeleg med rutinar.



Samanliknar vi svara frå linjeleiarane med controllarane finn vi at controllarane i langt mindre grad svarar at dei har tilstrekkelege rutinar og retningslinjer for økonomistyring. Medan over 50 % av leiarane meiner dei har tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer, meiner berre 1 av 7 controllar at han har det.

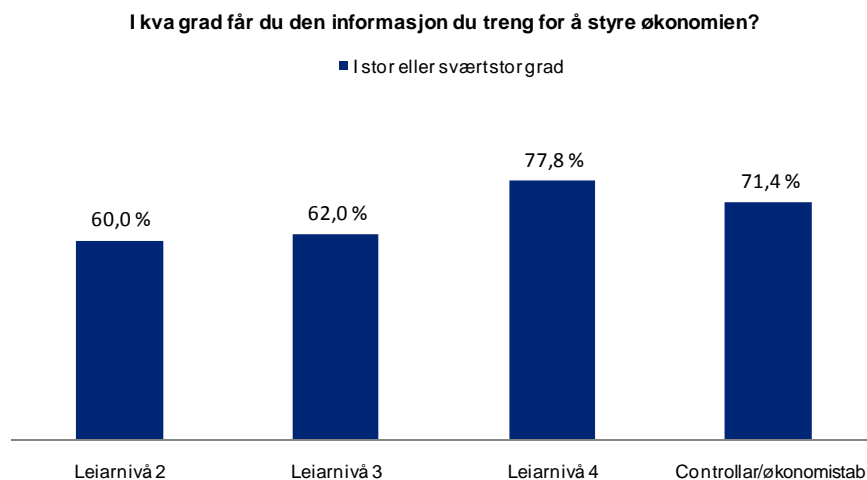
### Fullmaktstruktur

82,5 % av respondentane er i stor eller svært stor grad kjend med innhaldet i fullmaktstrukturen. Controllarane og leiarane på 4.-nivå har i mindre grad kjennskap til fullmaktstrukturen. Dette er ei auke på over 30 % samanlikninga med undersøkinga i 2008.



### Systemstøtte og styringsinformasjon

For å holde oversikt over kostnader, aktivitet, bemanning med meir nyttar føretaket styringsinformasjon frå forskjellige system. På spørsmål om i kva grad dei får den informasjonen dei treng for å styre økonomien svarar 66,3 % av respondentane at dei i stor eller svært stor grad får den informasjonen dei treng. Dette er ei betring på 33,8 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 27,5 % svarar i nokon grad, medan 6,3 % svarar at dei i liten grad, i svært liten grad eller ikkje i det heile får den informasjonen dei treng for å styre økonomien.



Det er leiarane på nivå 2 og 3 som i minst grad meiner dei får den informasjonen dei treng for å styre økonomien.

På spørsmål om kvifor dei ikkje får den informasjonen dei treng, svarar ein respondent at vedkommande som ny leiar med økonomiansvar berre fekk sporadisk opplæring, og at ein måtte etterspørje opplæringa sjølv.

Det vart i intervju opplyst at resultatkravet for dei einkilde einingane vert følgt opp gjennom rekneskapssystemet. Rekneskapet er lett tilgjengleg for alle og skal bli enda meir tilgjengleg med eit nytt system som er under utvikling. Føretaket styrer vidare etter fleire KPIar for aktivitet. Kvalitet vert målt i epikrisetid, fristbrot, liggjetider etc. I tillegg er det nokre indikatorar på HR-området som vert følgt opp. Problemet med KPIane har vert dårleg teljing/ registrering, men no er ein i gang med å lage betre relative måleindikatorar som mål på ressursbruk samanstillt mot aktivitet.

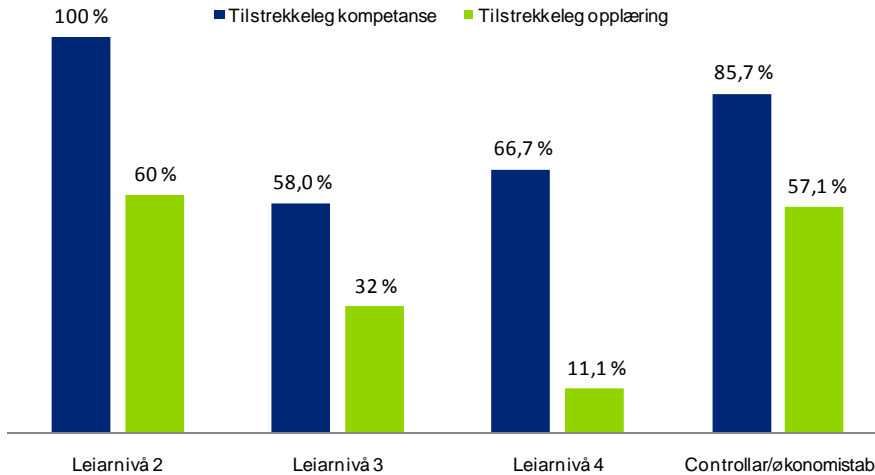
Det vart starta eit prosjekt for å lage fleire KPIar som skal vere gjennomgåande for heile verksemda, og som skulle ta utgangspunkt i målekortet for Helse Vest. Grunntanken har vore at Corporater skal kunne nyttast på lågaste organisatoriske nivå. Dette har vist seg å vere vanskelig. Eit døme er at målekortet viser rødt lys dersom aktivitetsvekst er større innan somatikken enn innan psykiatrien. Dette blir problematisk når budsjettet er aktivitetsstyrt etter behov i befolkninga. Det er i tillegg ei utfordring at same KPI har forskjellig tyding i ulike einingar i verksemda.

#### 4.2.3 Kompetanse

I spørjeundersøkinga er det kartlagt korleis respondentane vurderer eigen kompetanse innan økonomistyring til å utføre dei oppgåvene dei er pålagt og i kva grad dei har fått tilstrekkeleg opplæring.

I kva grad har du tilstrekkeleg kompetanse til å utføre dei oppgåvene du er pålagt?

I kva grad har du fått tilstrekkeleg opplæring i økonomisystemet/eller økonomisk styring?  
(stor og svært stor grad)



Det er forskjellar mellom leiarnivåa når det gjeld i kva grad dei har tilstrekkeleg kompetanse. Medan alle leiarane på nivå 2 svarar at dei i stor eller svært stor grad har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre oppgåvene sine, svarar 58 % av leiarane på nivå 3, og 66,7 % av leiarar på nivå 4 det same. På spørsmål om ein har fått tilstrekkeleg opplæring i økonomisystem eller økonomisk styring er oppfatninga generelt lågare enn på spørsmålet vedrørende kompetanse. Berre ein av sju leiarar på nivå 4 svarar at det i stor eller svært stor grad har vore gitt tilstrekkeleg opplæring i økonomistyring.

I kommentarar til spørjeundersøkinga om kva eininga manglar av kompetanse innan økonomistyring, blir det av fleire trekt fram at ein treng betre kompetanse i Profitbase for leiarar på 2. og 3. nivå.

#### 4.2.4 Samhandling med og støtte frå controllar

Helse Fonna har ein sentralisert controllarfunksjon med totalt åtte controllarar i føretaket. Tidligere hadde kvar controllar ansvar for økonomistyringa innanfor eit område. Helse Fonna har no omstrukturert controllarfunksjonen slik at controllarane har ansvar på tvers av klinikkane og er gruppert etter ansvarsoppgåver. Nokre controllarar har ansvar for organisatoriske område i føretaket (somatikk og stab), og andre controllarar opererer på tvers i organisasjonen med ansvar for forskjellige kostnadsgrupper.

Ansvarsområda er fordelt som følgjer:

- Somatikk
- Psykisk helsevern
- Støtte/stabsfunksjonen
- Lønnskostnader
- Varekostnader
- Andre driftskostnader

Det er eit ønske frå leinga å skape større autonomi blant controllerane. Ved å organisere controllarfunksjonen på denne måten voner føretaket å oppnå betre overføring av kunnskap mellom einingane og å dra nytte av einingar som har god praksis i økonomistyringa.

På spørsmål om dette fungerer etter hensikta vert det opplyst at omorganiseringa foreløpig ikkje har fungert fullstendig etter hensikta. Ein opplever at samarbeidet mellom klinikk og controllar fungerer, men at controllarane ikkje har blitt ein del av det strategiske apparatet i klinikkane. Dei skulle i utgangspunktet vere ein del av klinikkleiinga, men det har ein ikkje fått til.

Det blir også opplyst at controllarane nyttar for mykje tid på formelle oppgåver og rapportering framfor analyser. Det vert i intervju anslått at 90 % av tida blir nytta til formaliserte oppgåver, men dette bør optimalt ikkje vere meir enn 60 %. Det vert vidare uttrykt at samarbeidet og samhandlinga mellom einingane ikkje er optimal. Det er også eit problem at controllarar i stor grad vert brukt som støtte i regnskapsprosessar. 80 % av regnskapa vert avslutta av controllar og tar fokus vekk frå kjerneoppgåvene deira.

I intervju uttrykker ein leiar på nivå 3 at det er viktig med ein controllar som er tilgjengeleg og proaktiv ovanfor seksjonsleiar, som ikkje har kapasitet eller kompetanse til å hente dette ut sjølv.

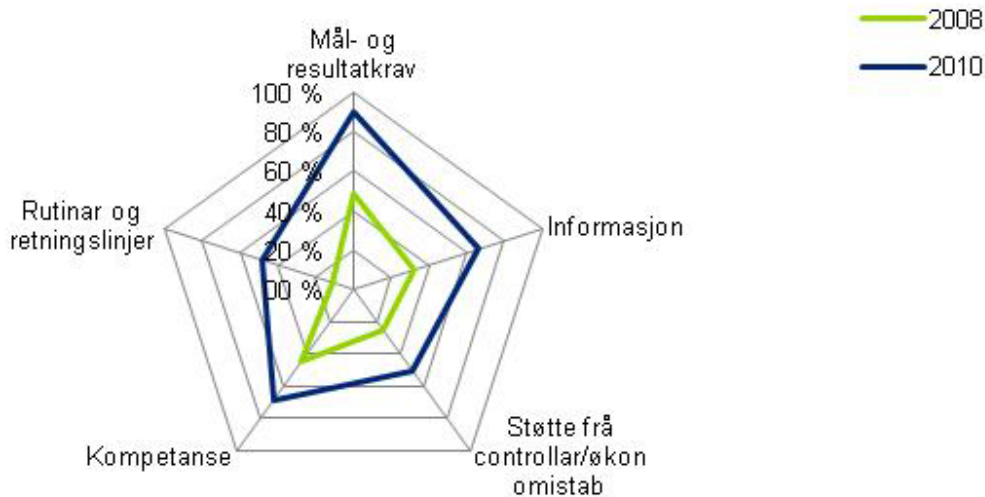
I spørjeundersøkinga svarar 50,7 % av linjeleiarane at dei i svært stor eller stor grad får tilstrekkeleg støtte frå økonomistab. Dette er ei auke på om lag 26 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 34,5 % av linjeleiarane seier at dei i nokon grad får tilstrekkelig støtte frå controllarane eller økonomistab. 11,3 % av linjeleiarane meiner at dei i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile får tilstrekkeleg støtte frå controllar/økonomistab til å styre økonomien, noko som er ein reduksjon på omlag 25 prosentpoeng frå undersøking i 2008. Det er liten forskjell mellom linjenivåa i kva grad dei opplever at dei får tilstrekkeleg støtte frå controllarane og økonomistab.

Årsaker til manglande støtte frå controllarane vert forklart med at controllar har for lite kapasitet og for mange arbeidsoppgåver. Ein seksjonsleiar nemner at han ved fleire høve har oppmoda controllar om å delta på seksjonen sine leiarmøte, men at vedkommande ikkje har hatt kapasitet til å prioritere det.

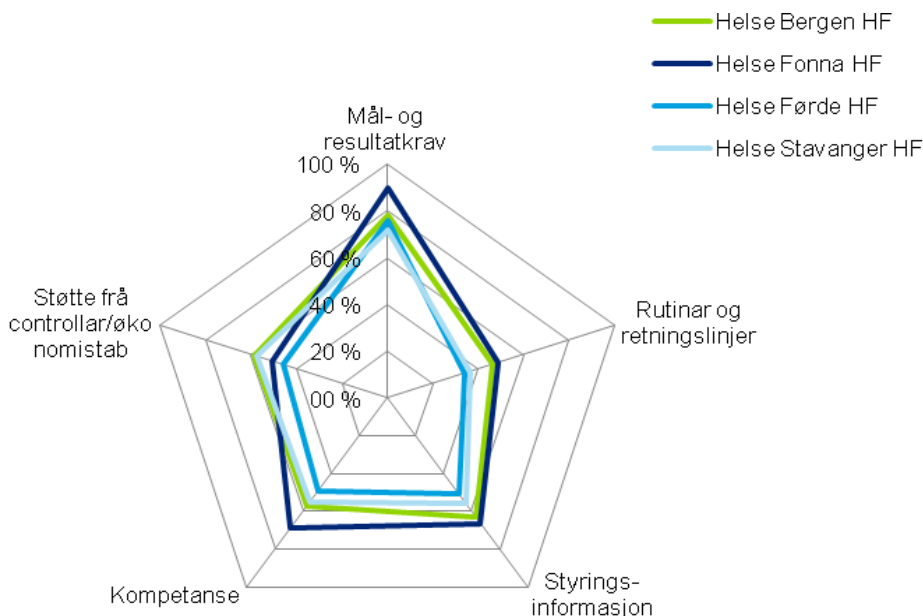
#### 4.2.5 Oppsummering

Dersom vi samanliknar Helse Fonna HF med dei andre føretaka på utvalde spørsmål frå spørjeundersøkinga får vi ei fordeling som vist i figuren under<sup>9</sup>. Den vertikale akse viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på akse er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarar i stor og i svært stor grad på dei utvalde spørsmåla.

Helse Fonna viser ein svært god utvikling med stor framgang i alle dimensjonar.



Også samanlikna med dei andre føretaka er Helse Fonna HF best med omsyn til alle kategoriar, med unntak av støtte frå kontrollar. Dette er ei særst positiv utvikling frå 2008 kor Helse Fonna kom dårligast ut på alle områda, med unntak av kompetanse.



<sup>9</sup> Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) I kva grad er det etablert tydelege mål- og resultatkrav for eininga(ne)? (2) I kva grad opplev du at det eksisterer tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer til å drive god økonomistyring? (3) I kva grad får du den informasjon du treng for å styre økonomien? (4) I kva grad har du tilstrekkeleg kompetanse til å utføre dei oppgåvene du er pålagt? (5) I kva grad får du tilstrekkeleg støtte frå kontrollar/økonomistab til å styre økonomien?



## 4.3 Budsjettprosessen

### 4.3.1 Budsjettering

Budsjettet i Helse Fonna er basert på forventa aktivitet. Ein byggjar opp aktivitetsestimatet frå nivå tre og fire i føretakshierarkiet. Funksjonsleiarar og seksjonsleiarar har ansvar for å rapportere aktivitetstal. Avdelingane har stor fridom i budsjettprosessen, men leiinga oppfordrar alle til å ha møte der dei inkluderar alle avdelingane i klinikkane. Etter at aktivitetstala er innrapportert vurderer controllarane saman med einingsleiarane aktivitet, talet på senger, gjennomsnittlege liggetider og kapasitetsutnytting m.m., som dannar grunnlaget for pleiefaktoren i einingane.

Pleiefaktoren saman med forventa aktivitet avgjer einingane sitt behov for bemanning. Helse Fonna har etablert ein praksis med å kutta 10 % av bemanningsbehovet for kvar eining, slik at den faste bemanninga i kvar eining er 10 % under innmeldt aktivitetsbehov. Ein vikarpool blir brukt dersom den faktiske bemanninga er låg i forhold til faktisk aktivitet. Ein viktig konsekvens av aktivitetsbasert budsjett er at dei store klinikkane bestemmer omfanget av andre tenester (dimensjonering), til dømes av lab. Først vert aktiviteten på kliniske avdelingar fastsett, deretter vert aktiviteten til støttetjenestene berekna ut frå den kliniske aktiviteten.

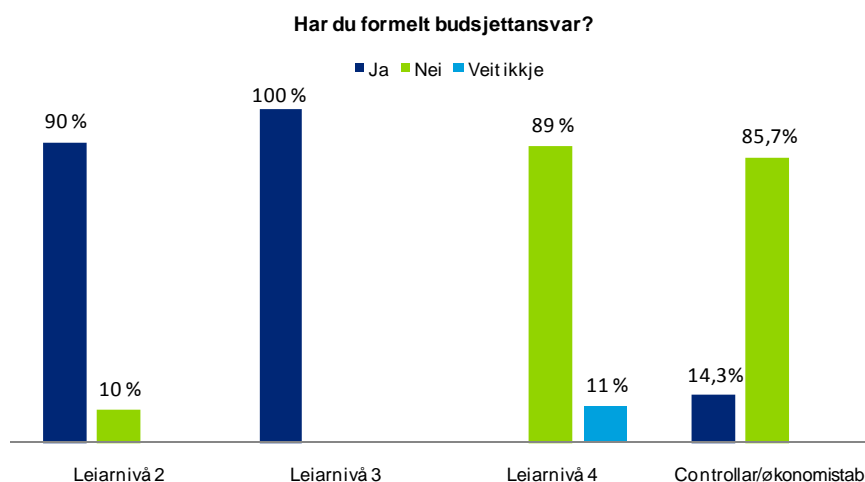
Budsjettet blir påverka gjennom fastsetting av aktivitet og pleiefaktor. Med bakgrunn i siste års produksjon ser seksjons- og funksjonsleiaren saman med klinikkdirektør og controllar på aktivitet og trend for dei to siste åra, og vurderer kor mange brutto årsverk ein må ha for å dekkje planlagt aktivitetsnivå. Eit intervjuobjekt opplever at seksjonen har fått større eigarforhold til budsjettet som ei følgje av større deltaking i prosessen. At budsjettet er aktivitetsbasert gjer også at budsjettet er lettare å følgje. Den administrative føretaksleiinga stadfester denne oppfatninga og kommenterer at involveringa frå klinikkane har auka sidan omlegginga til aktivitetsbasert budsjett.

Budsjettet er likevel ikkje 100 % aktivitetsbasert. Ein har skilt ut nokre av støttetjenestene ved sjukehuset frå den aktivitetsbaserte budsjettoppbygginga. Desse einingane baserer sine budsjett på historiske rekneskaps- og budsjettal.

I intervju kjem det også fram at det er nokre utfordringar ved å bygge budsjettet på aktivitet. Mellom anna er det ei utfordring for klinikkane og sjukehuset totalt sett å styra og planleggja aktiviteten slik at kostnadane held seg innan den totale ramma som er tildelt frå Helse Vest.

### 4.3.2 Budsjettansvar

RHFet har i styringsdokument lagt føringar om at økonomi og budsjettansvar vert delegert nedover i linja i føretaket. I spørjeundersøkinga svarar 80 % av leiarane at dei har formelt budsjettansvar. Av figuren under ser vi at budsjettansvar er delegert til nivå 2 og nivå 3 i føretaket. Likevel svarar ein av nivå-2-leiarane nei på spørsmål om vedkommande har formelt budsjettansvar.

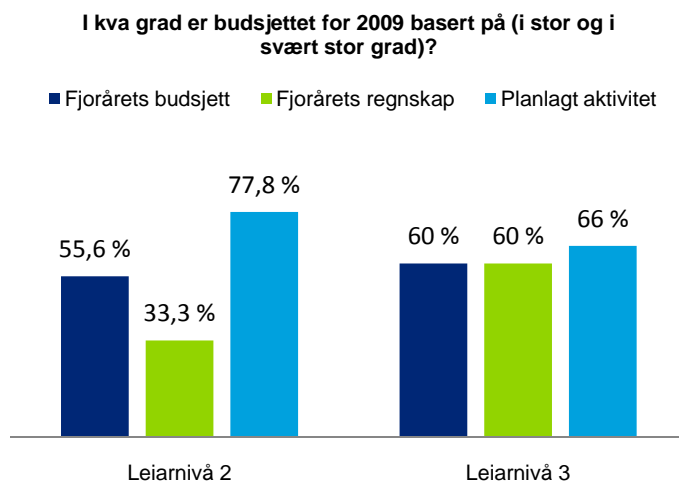


Ein leiar på nivå 2 uttrykker i intervju at det er viktig at eigarskapet til budsjettet ligg på seksjonsnivå. Tidligere var det få seksjonsleiarar som var opptatt av budsjettet, men no veit dei at dei vert målt og vurdert i forhold til dette og får difor meir eigarskap til budsjettet. At budsjetteringa også skjer gjennom ”bottom-up” bidrar til å auke eigarskapet. Det vert vidare kommentert at overgangen til aktivitetsbasert budsjettstyring har gitt klinikkane betre styring over budsjettprosessen.

I intervju med ein seksjonsleiar vert det opplyst at ansvaret for budsjettet som er brote ned på fjerde nivå er fordelt ut på kvar funksjonsleiar, mens seksjonsleiaren har det overordna ansvaret.

### 4.3.3 Budsjettplanlegging

Blant leiarane som svarte at dei hadde formelt budsjettansvar er det ei relativt jamn fordeling på kva dei svarar at budsjettet er basert på.



Svara i spørjeundersøkinga er ikkje samanfallande med informasjon frå føretaksleiinga om at budsjettet skal vere basert på planlagt aktivitet, og at det ikkje vert gjort ei fullstendig aktivitetsvurdering i einingane, spesielt på nivå 3.

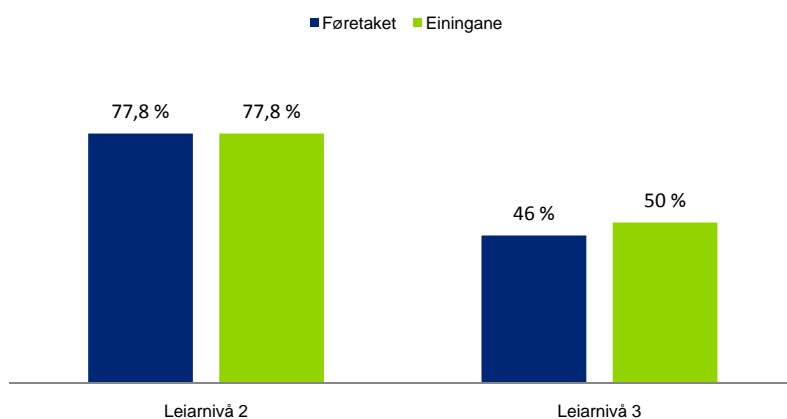
Det kjem fram i intervju at leiinga alltid går igjennom planlagt aktivitet mot historikk, strategi og behov i befolkninga for å avgjere om planlagt aktivitet er realistisk. Leiinga utfordrar klinikkane dersom aktiviteten er sett for høgt i forhold til dette.

### 4.3.4 Budsjettkvalitet

Frå spørjeundersøkinga kjem det fram at nesten 53,2 % av respondentane meiner at budsjettet i føretaket i stor eller svært stor grad er realistisk. Dette er ei auke med 31 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 35,9 % svarar at budsjettet i nokon grad er realistisk, medan 9,4 %, meiner at budsjettet i liten grad eller svært liten grad er realistisk.

Til saman 54,7 % svarar at budsjettet for eininga i stor eller svært stor grad er realistisk. Dette er ei kraftig auke frå undersøkinga i 2008 kor berre 22,1 prosent av respondentane svarte at budsjettet i stor eller svært stor grad var realistisk. 39,1 % svarar i dag at det i nokon grad er realistisk, medan 6,3 % svarar i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile. Frå figuren under ser ein at det er store skilnadar mellom leiar nivå 2 og 3 i kva grad budsjettet vert oppfatta som realistisk for føretaket og einingane.

### I kva grad er budsjettet i føretaket og eininga(ne) realistisk?



I intervju med den administrative føretaksleiinga blir det gjeve uttrykk for at realisme er ei subjektiv oppfatning og eit relativt omgrep. Budsjettet kan bli oppfatta som urealistisk dersom ein er ueinig i samanhengen mellom aktivitet og ressursbehov. Nokre av dei som oppfattar budsjettet som urealistisk ønskjer meir ressursar til konkrete oppgåver.

Når det gjeld kvaliteten på budsjettet uttalar føretaksleiinga at det er ei stor utfordring å finne tilstrekkeleg gode parameter for å berekne ressursbehovet. Ein klinikkdirektør uttrykker i intervju at budsjettprosessen i nokon grad er prega av spill frå underordna einingar. Nokon legg seg lavt for å få det enklare, medan andre legg seg høgare for å få meir inntekter. Klinikkdirektør kommenterer at eingane det gjeld blir utfordra dersom tala som vert meldt vert oppfatta urealistiske samanlikna med historisk aktivitet.

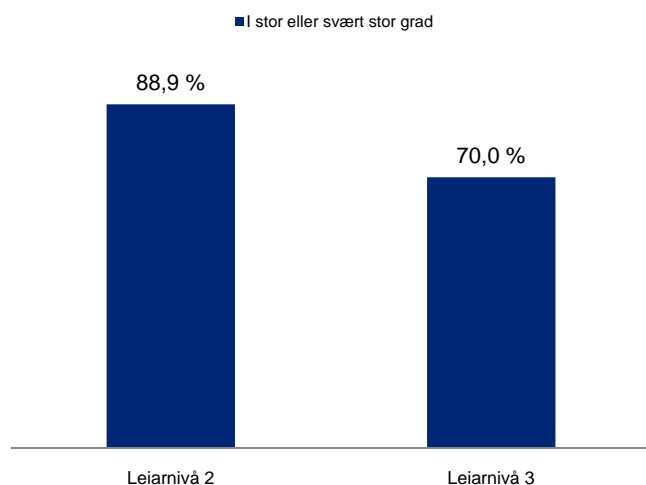
Det vert også opplyst i intervju at kvalitetskontrollen i budsjettprosessen er for dårleg. Bakgrunnen for dette er at ein har dårleg tid. Difor har føretaket starta budsjettprosessen tidligare i 2010.

I spørjeundersøkinga vert respondentane spurt om kvifor dei meiner at budsjettet til føretaket ikkje er realistisk. Den største utfordringa er bemanning, og at einingane må leige inn vikarar ved vakans og fråvær for leger og spesielsjukepleiarar. Ei anna utfordring som vert kommentert er at kostnader på forbruksvarer ikkje er budsjettmessig tilstrekkeleg innarbeidd/berekna i samsvar med planlagt drift.

#### 4.3.5 Budsjettlojalitet

I spørjeundersøkinga kjem det fram at 87,3 % av respondentane (som har gitt uttrykk for at dei har formelt budsjettansvar) meiner at budsjettet i stor eller svært stor grad legg føringar for faktisk aktivitet og gjennomføring i eininga, medan 22,2 % meiner at budsjettet i nokon grad legg slike føringar.

#### I kva grad legg budsjettet føringer for faktisk aktivitet og gjennomføring i eininga?



Av grafen over ser ein at leiar nivå 2 i større grad enn leiar nivå 3 meiner at budsjettet legg føringer for faktisk aktivitet og gjennomføring.

I spørjeundersøkinga svarar 87,2 % av respondentane at det vert sett i verk tiltak dersom resultatutviklinga gjennom året tyder på at budsjettet ikkje vil gå i balanse. Det er små skilnader mellom leiar nivå i svara på dette spørsmålet.

På spørsmål om kva tiltak som vert sett i verk svarar fleire at eininga gjennomfører tiltak relatert til bemanning, mellom anna ved å halde stillingar vakante og gjera endringar i drifta. I tillegg vert innkjøpskontroll og reduksjon i kompetanseutvikling trekt fram som aktuelle tiltak. Fokuset ligg i første omgang på tiltak som gjev rask effekt.

#### 4.3.6 Insentiv og konsekvensar

Føretaket jobbar for at det skal ha konsekvensar for leiarane dersom dei fleire gongar ikkje når måla og bryt forplikingane sine knytt til budsjettet. Eit tiltak som er diskutert er å ta frå leiarar leiaransvaret, men det er ikkje konsensus i leiargruppa ved føretaket om dette er ei ønskt tilnærming.

Når det gjeld incentiv opplyser økonomidirektør at einingar som oppnår budsjettoverskot og som grunngjev kvifor dei treng ekstra midlar, til for eksempel investering eller kompetanseutvikling, skal få nokre midlar til slike føremål.

#### 4.3.7 Prognosar og rapportering

##### Prognosar

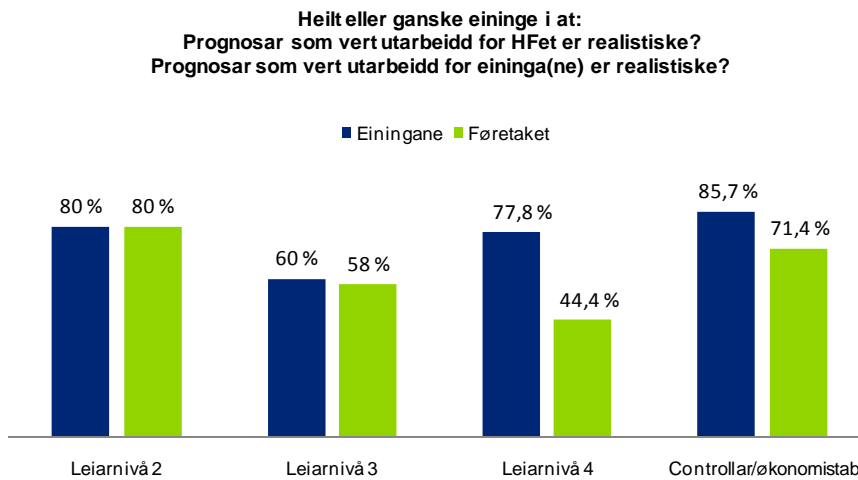
Helse Fonna har eit sterkt fokus på at det ikkje skal dukke opp uføresette kostnader på slutten av året. Difor er det også høgt fokus på prognosar. Prognosane vert utarbeidd på klinikk nivå, men blir aggregert på føretaksnivå og vurdert i samanheng med det totale risikobiletet. Prognosane vert utarbeidd i samband med den månadlege rapporteringa, og fram til og med desember.

Økonomidirektøren gjev uttrykk for at prognosane til Helse Fonna ikkje er gode nok. Dette skuldast mellom anna at kompetansen til einingsleiarane ikkje er tilstrekkeleg. Ei anna utfordring er å bruke prognosane til styringsføremål, men dit er ein ikkje komen.

Einingsleiarane har gitt uttrykk for at uvissa i prognosane er for stor. Nokre meiner denne uvissa skuldast at prognosane er for overordna. Dette har ført til at prognosane ikkje er blitt eit verktøy klinikkane kan nytta i styringa.

I spørjeundersøkinga vert respondentane spurt om prognosane som vert utarbeidd for HFet og einingane er realistiske. 62,6 % av dei spurde er ganske eller heilt einige i at prognosane for føretaket er realistiske. Dette er ei auke på 51,7 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008, kor majoriteten av respondentane svarte at dei verken var einige eller ueinige i om prognosane utarbeidd av føretaket var realistiske.

Prognosane for einingane vert oppfatta som noko meir realistiske. 68,8 % av respondentane er ganske eller heilt einig i at prognosane er realistiske, noko som er ei auke på 34,6 prosentpoeng frå undersøkinga i 2008. 22,5 % er verken einig eller ueinig. 6,3 % er heilt eller ganske einig i at prognosane for einingane er realistiske.

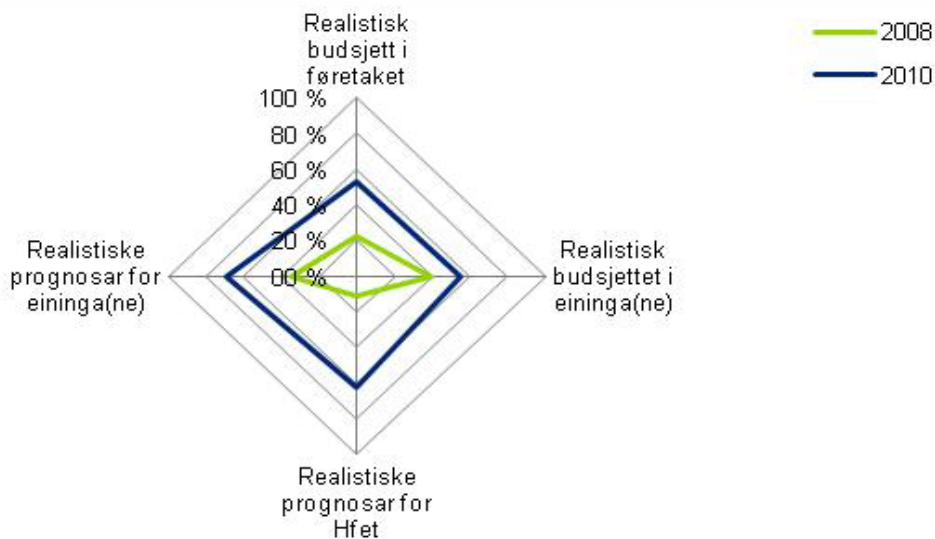


Leiar nivå 3 og 4 oppfattar prognosane for føretaket som mindre realistiske enn controllerane og leiarane på nivå 2.

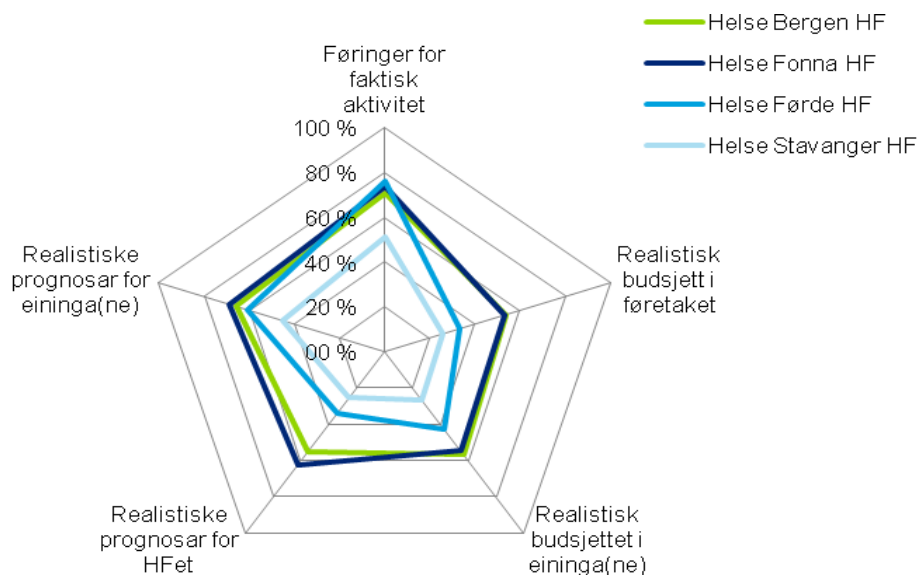
#### 4.3.8 Oppsummering budsjettprosessen

I figuren under samanliknar vi dei ulike føretaka på nokre utvalde dimensjonar med omsyn til økonomistyringsaktivitetar<sup>10</sup>. Den vertikale aksen viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på aksen er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarar i stor og i svært stor grad, og dei som svarar ganske og heilt eining. Undersøkinga i 2008 inkluderte ikkje alle spørsmåla som var med i undersøkinga i 2010.

Som det går fram av grafen, har Helse Fonna stor framgang i høve til at budsjett og prognosar vert oppfatta som realistiske. Mykje av grunnen til den positive utviklinga kan forklarast med at føretaket nå går i balanse.



Samanlikna med dei andre føretaka kjem Helse Fonna HF generelt godt ut. Dette er i tillegg ei klar forbetring frå 2008 kor Helse Fonna kom dårligast ut på dei fleste dimensjonane knytt til budsjettprosessen.



<sup>10</sup> Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) I kva grad legg budsjettet føringar for faktisk aktivitet og gjennomføring i eininga?, (2) I kva grad er budsjettet i føretaket realistisk?, (3) I kva grad er budsjettet i eininga(ne) realistisk?, (4) I kva grad er prognosane for føretaket realistiske?, (5) I kva grad er prognosane for eininga realistiske

## 4.4 Omstillings- og innsparingstiltak

Helse Fonna utviklar ein tiltakspakke for føretaket i samband med budsjettprosessen. Vidare vert det vurdert om det skal etablerast nye tiltak i løpet av året dersom det kjem uventa hendingar i klinikkane som gjer at budsjettbalanse ikkje vert oppnådd. Opphavleg budsjettert effekt av tiltaka for 2009 var omlag kr. 42 millionar, medan faktisk effekt av tiltaka var nesten kr. 37 millionar. Dette tilsvarar ein realiseringsgrad på 89 %. Helse Fonna har ikkje utarbeidd ein tiltakspakke for 2010 på grunn av at føretaket gjekk i balanse i 2009.

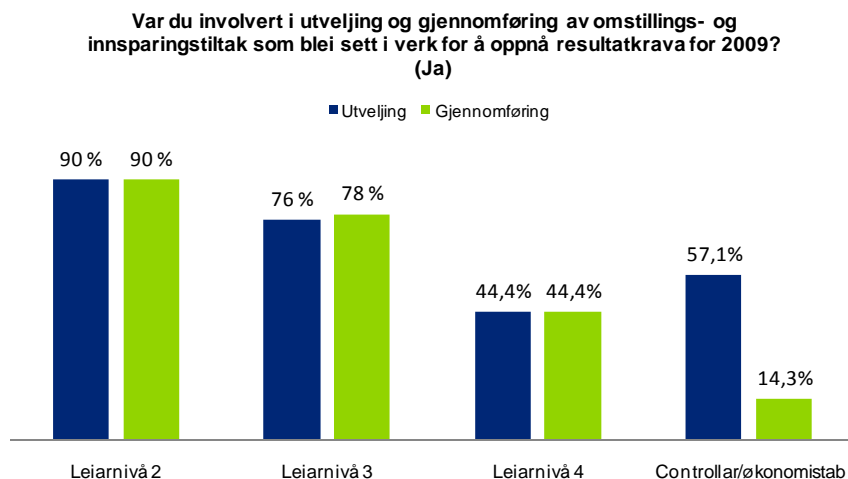
Ei utfordring med tiltakspakkane er at ein ofte berre måler effekt basert på det opphavlege tiltaket, og ikkje vurderer andre konsekvensar av at tiltak blir gjennomført. Vidare er det eit problem at ein ikkje har gode nok styringsdata til å vurdere om ein har gjennomført tiltaka og oppnådd ønskt effekt. Det vert i intervju gitt uttrykk for at tiltakspakkane slik dei er laga er lite tenlege og RHFet har eit for høgt krav til konkretisering og rapportering av detaljar i tiltakspakkane.

### 4.4.1 Utveljing og gjennomføring av omstillings- og innsparingstiltak

Ved fastsetting av tiltak og tiltakspakkar gjer klinikkdirektør, økonomidirektør og administrerande direktør analysar av klinikkane saman med controllarar og underorda leiarar eller balansegruppa, og vurderer kor det er rom for å gjennomføre tiltak og innsparingar. Hovudutfordringa er at om lag 75 % av kostnadane er løn, og lønskostnadane er styrt av aktivitet. Dette betyr at tiltaka ofte vil innebere kutt i kompetanseutvikling og reisekostnadar om ein ikkje ønskjer å halde stillingar vakante.

I spørjeundersøkinga vert respondentane spurd om dei har vore involvert i utveljing av omstillings- og innsparingstiltak. Av dei spurde svarar 72,5 % av linjeleiarane at dei var involvert i utveljing av omstillings- og innsparingstiltaka i 2009. Dette er om lag 20 prosentpoeng fleire samanlikna med resultatata frå undersøkinga i 2008.

På spørsmål om ein var involvert i gjennomføring av omstillings- og innsparingstiltak for å oppnå resultatkrava for 2009, svarar 70,9 % av dei spurde at dei var involvert i gjennomføringa.



Viss ein samanliknar dei ulike gruppene ser ein at leiarnivå 4 og controllarane i mindre grad enn leiarar på 2. og 3. nivå er med i utveljinga og gjennomføringa av tiltak.

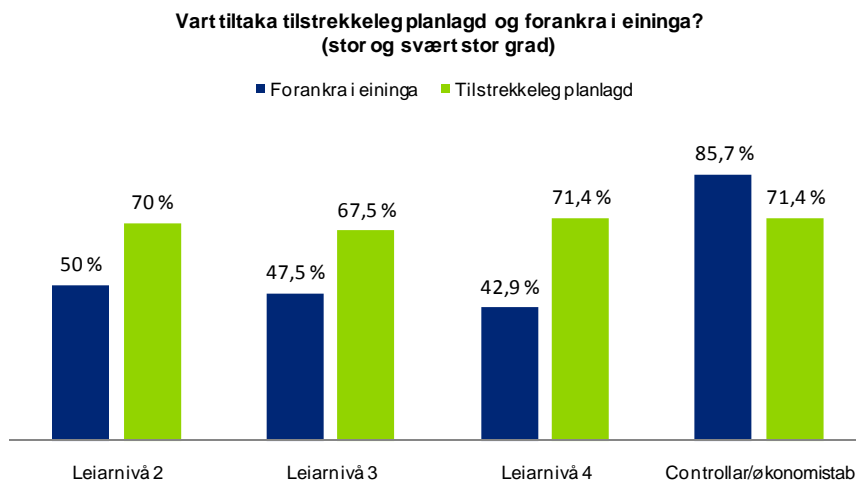
Av dei som svarar at eininga har gjennomført omstillings- og innsparingstiltak for 2009, svarar 28,3 % at tilsette i eininga i stor eller svært stor grad er involvert ved utveljing av tiltak. 19,4 % var i liten eller svært liten grad involvert, medan 41,8 % var involvert i nokon grad. Om lag 9 % var ikkje involvert i det heile.

#### 4.4.2 Planlegging og forankring av tiltaka

Om lag 39 % av respondentane meiner tiltaka i stor eller svært stor grad vart tilstrekkeleg planlagd. 41,8 % svarar at tiltaka var tilstrekkeleg planlagd i nokon grad, medan 16,4 % av dei spurde meiner tiltaka i liten, svært liten grad eller ikkje i det heile tilstrekkeleg planlagd.

Eit viktig kriterium for vellykka implementering av tiltaka er at dei er godt forankra føretaket og einingane. I spørjeundersøkinga går det fram at om lag 52,2 % av dei spurde svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var forankra i eininga. 29,9 % av respondentane svarar at tiltaka var forankra i nokon grad medan 13,5 % har svara tiltaka var forankra i liten eller svært liten grad. Av dei spurde er det 1,5 % som svarar at tiltaket ikkje var forankra i det heile.

Controllarstaben skil seg ut frå linjeleiarane på spørsmåla om i kva grad tiltaka var tilstrekkeleg planlagd og forankra i einingane.



#### 4.4.3 Realisme i tiltaka

Det går fram av undersøkinga at til saman 56,1 % av dei spurde opplever at tiltaka i stor eller svært stor grad var realistiske med omsyn til gjennomføring. Om lag 32 % svarar at tiltaka i nokon grad var realistiske med omsyn til gjennomføringa, medan 9,1 % svarar at dei i liten grad, i svært liten grad eller ikkje i det heile var realistiske med omsyn til gjennomføringa. 3 % av respondentane er usikre.

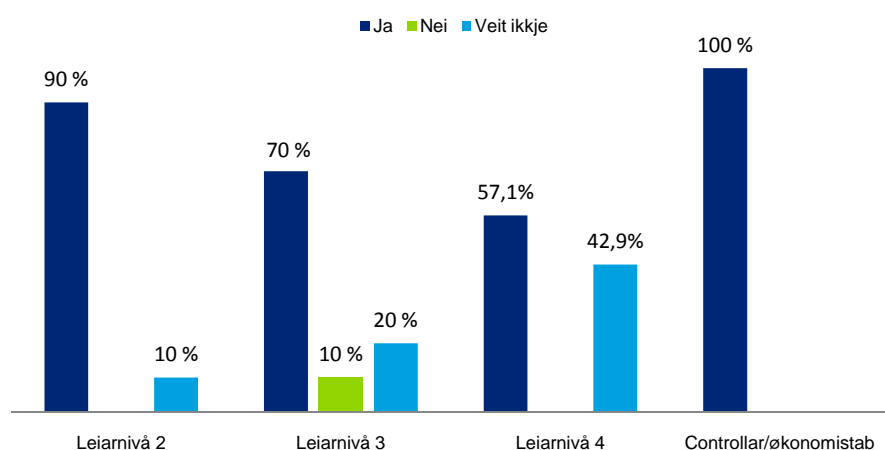
På spørsmål om korleis tiltaka vert oppfatta med omsyn til innsparingseffekt er det ikkje stor skilnad frå spørsmålet over. Om lag 55,3% svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad var realistiske med omsyn til innsparingseffekt, medan 32,8 % svarar at tiltaka i nokon grad var realistiske. 9 % svarar at tiltaka i liten grad var realistiske med omsyn til innsparingseffekt.

#### 4.4.4 Effekt av tiltaka

På spørsmål om i kva grad dei rette tiltaka er valt ut for å oppnå resultatkrava svarar 52,3 % at dei i stor eller svært stor grad er einig i påstanden. Dette er ein auke på over 32,6 prosentpoeng samanlikna med undersøkinga frå 2008. 6 % svarar at tiltaka som er valt ut i liten eller svært liten grad er dei rette for å oppnå resultatkrava, medan 7,5 % svarar "veit ikkje". Av respondentane er det 32,8 % som svarar at ein i nokon grad har valt ut dei rette tiltaka.



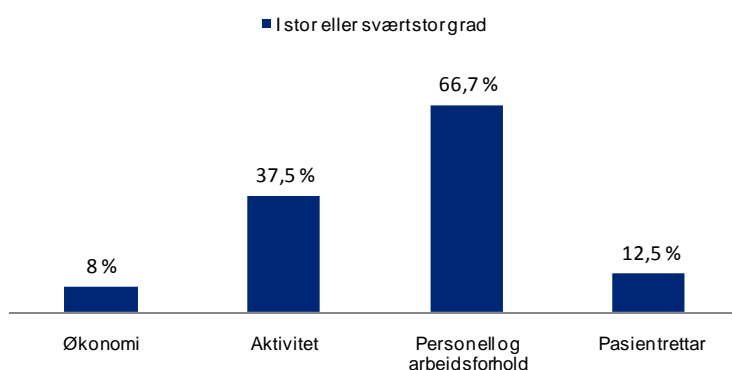
### Vart dei rette tiltaka valt ut for å oppnå resultatkrava?



Grafane over viser at leiarane på nivå 4 i liten grad har kjennskap til om dei rette tiltaka er valt ut for å oppnå resultatkrava.

Til saman 35,8 % kjenner til omstillings- og innsparingstiltak som har hatt negative utilsikta effektar, mens 38,8 ikkje kjenner til slike effektar, noko som er ein auke på 7,4 prosentpoeng frå i undersøkinga i 2008. Samanliknar ein respondentgruppene ser ein at controllarane skil seg frå linjeleiarane. Ingen av controllarane meiner at omstillings- og innsparingstiltaka for 2009 hadde negative utilsikta effekter.

### I kva grad har omsstillings- og innsparingstiltaka for 2009 hatt negative utilsikta effekter med omsyn til:



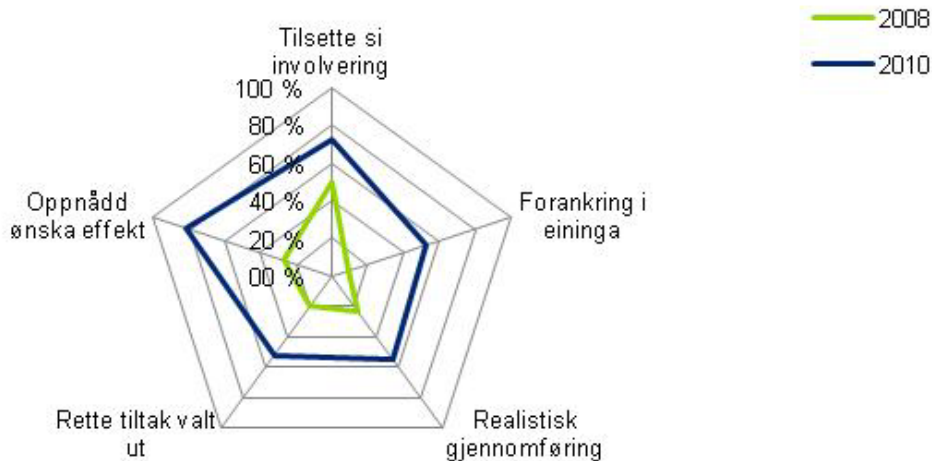
Av dei som meiner at tiltaka har hatt negative utilsikta effektar viser til personell og arbeidsforhold som den faktoren som er mest framtrødande. Heile 67 % meiner at tiltaka i stor eller svært stor grad har hatt negative konsekvensar for personell og arbeidsforhold. 37,5 % svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad har hatt negativ innverknad på aktivitet. 12,5 % svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad har negativ innverknad på pasientrettar. 8 % svarar at tiltaka i stor eller svært stor grad har verka negativt inn på økonomi i føretaket. Både for aktivitet, pasientrettar og økonomi kan ein sjå ei betring på om lag 10 % frå undersøkinga i 2008.

I spørjeundersøkinga går det fram at 59,7 % av respondentane svarar at nye korrigerande tiltak vert satt i verk i stor eller svært stor grad når rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing. 25,7 % meiner nye tiltak i nokon grad blir sett i verk, medan berre 5,4 % svarar at korrigerande tiltak vert sett i gang i liten grad, svært liten grad eller ikkje i det heile. 9,1 % av respondentane er usikre. Det er liten spreing i svara mellom leiar nivå knytt til i kva grad det vert satt i verk korrigerande tiltak når rapporteringa viser avvik frå forventa innsparing.

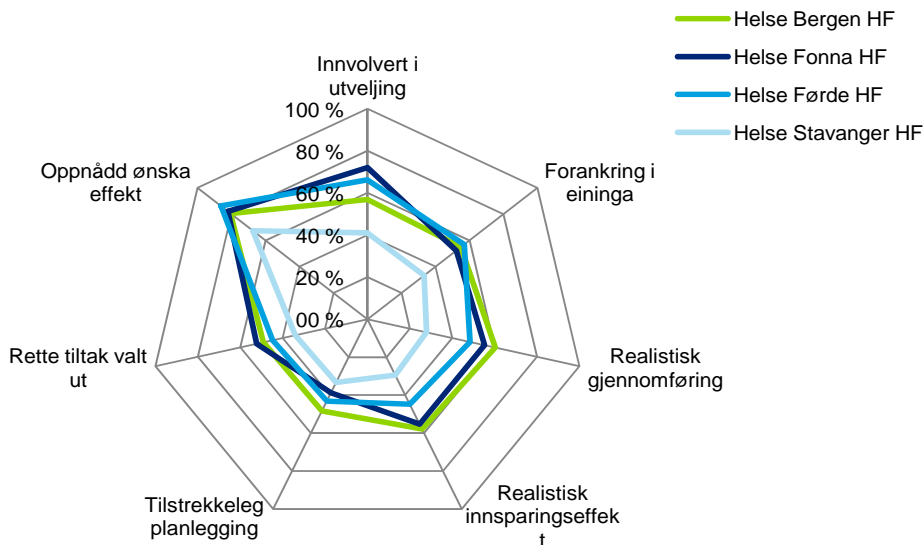
#### 4.4.5 Oppsummering omstillings- og innsparingstiltaka

I figuren under samanliknar vi dei ulike føretaka på nokre utvalde dimensjonar med omsyn til omstillings- og innsparingstiltaka<sup>11</sup>. Den vertikale akse viser ein prosentvis skala frå 0 til 100 %. Plasseringa av dimensjonane på akse er berekna ved å legge saman prosentdelen av dei som svarar i stor og i svært stor grad på dei utvalde spørsmåla og dei som svarar heilt og ganske eining. I tillegg har vi inkludert dei som har svart ja på spørsmål om tiltaka har hatt ønska effekt. Undersøkinga i 2008 inkluderte ikkje alle spørsmåla som var med i undersøkinga i 2010.

Samanlikna med undersøkinga i 2008 har Helse Fonna hatt ei spesielt positiv utvikling knytt til oppnådd ønska effekt på tiltaka.



På spørsmål vedrørende tiltak er det ikkje store variasjonar mellom føretaka, og Helse Fonna HF kjem generelt godt ut samanlikna med dei andre føretaka. Føretaket synes å ha eit potensial på dimensjonane realistisk gjennomføring og innsparingseffekt sett i forhold til dei andre helseføretaka.



<sup>11</sup> Følgjande spørsmål er inkludert i diagrammet: (1) Var du involvert i utveljing av omstillings- og innsparingstiltak som blei sett i verk for å oppnå resultatkrava for 2009?, (2) Var tiltaka forankra i eininga?, (3) Var tiltaka realistiske med omsyn til gjennomføring?, (4) Var tiltaka realistiske med omsyn til innsparingseffekt?, (5) Vart tiltaka tilstrekkelig planlagd?, (6) Vart dei rette tiltaka valt ut for å oppnå resultatkrava?, (7) Har omstillings- og innsparingstiltaka for 2009 i hovudsak hatt ønska effekt?

## 4.5 Rapportering

### 4.5.1 Rapportering til styret og Helse Vest RHF

Det vert gjennomført månadleg rapportering til Helse Vest. Det vert i intervju uttrykt at Helse Vest RHF har utfordringar når det gjeld å forstå føretaket og at dei har eit for høgt fokus på rapportering. Dei klarar ikkje å sjå det store bildet for Helse Fonna, og ser ikkje kva som ligg bak resultatane. Eit intervjuobjekt opplever at Helse Vest fungerer meir som ein rapporteringsfunksjon framfor ei støtte for helseføretaket.

### 4.5.2 Rapportering frå divisjonane til administrativ leiing

Klinikkane i føretaket utarbeider månadlege rapportar som inneheld informasjon om aktivitet, tilsetjing, kvalitet og økonomi. Det er fokus på historiske tal og klinikken si vurdering av framtidsutsikter.

Vidare vert det gjennomført månadlege møte med klinikkdirektørane, der rapportane vert gjennomgått. Dette møtet inkluderer klinikkdirektør (med seksjonsleiar og controllar), økonomidirektør og administrerande direktør.

Det vert i tillegg gjennomført møte der det samla resultatet for føretaket vert presentert for klinikkleiartabellen. Leiinga har i dette møtet fokus på føretaksovergrepande utfordringar og ikkje på resultatet i dei einiskilde einingane.

Til dei formelle møta mellom leiinga og klinikkdirektørar (økonomiforum) vert det i forkant utarbeidd ein verksemdsrapport. Denne vert utarbeidd av controllarane i samarbeid med klinikkdirektørane som bidrar med sine kommentarar og godkjenner den endelege rapporten.

Verksemdsrapporten frå kirurgisk klinikk som revisjonen har gjennomgått inneheld oversikt over kvalitet, aktivitet, månadsverk og sjukefråvær, økonomi og risiko. Rapporten er vidare delt i ein tilbakeblikk-del og ein framover-del som inneheld tiltaksoppfølginga.

Kvalitetsindikatorane i rapporten som vert presentert er epikrisetider i prosent, tal på pasientar som ventar, gjennomsnittlig liggetid og fristbrot. Samtlege vert presentert for kvar månad, både for 2008 og 2009. Rapporten inneheld også kommentarar til dei ulike kvalitetstala, men det er ingen målsetningar knytt til desse som går fram av rapporten.

Aktivitet i rapporten inneheld oversikt over polikliniske konsultasjonar, inneliggande pasientar og pasientar til dagbehandling. Aktivitetstala vert rapportert for kvar månad. I tillegg vert tala samanstillt med tala frå 2008, prognose og budsjett for 2009, samt at aktivitetstala vert kommentert til slutt.

Oversikten over medarbeidarar viser ein tabell over sjukefråvær samanstillt med prognose og utviklinga frå førre år. I tillegg framkommer ein tabell som viser netto månadsverk for 2009, 2008 og prognose, samt kommentarar til baa tabellane. Det er igjen målsettingar i rapporten knytt til sjukefråvær og netto månadsverk.

Den økonomiske oversikten for klinikken viser først ein oversikt bere knytt til resultatet. Denne inneheld rekneskapsresultatet, budsjett og prognose for kvar månad, samt avvik frå budsjettet resultat. I tillegg er det ein meir detaljert oversikt over rekneskapet i rapporten som vert samanstillt med budsjettet, og som viser avvik mellom budsjett og rekneskap. Kommentaranne til økonomi er i stor grad knytt til å forklara avvika frå budsjettet.

Den siste delen av rapporten inneheld kvalitative beskrivingar av status og effektar av tiltak. Rapporteringa inneheld ikkje ein kvantitativ oversikt over realiserte effektar eller målsettingar for tiltaka.

Avslutningsvis er det tatt med ein tabell som viser risiko for at ulike hendingar skal inntreffe. Til dømes er risiko for mangel på legar og risiko for økte innleiekostnader vurdert. Tabellen syner også risikoreduserande tiltak og ein økonomisk kvantifisering av effekten.

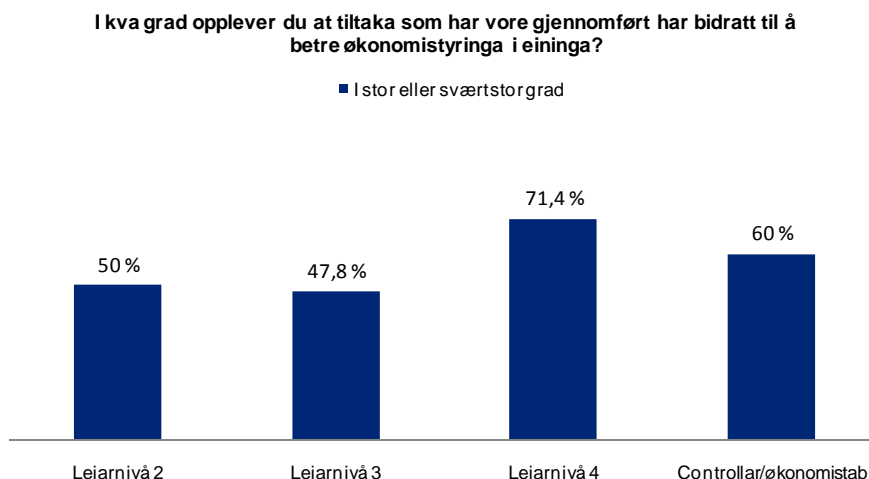
Det blir opplyst i intervju at det på dei fleste områda vert utarbeidd gode nok rapportar med indikatorar på utvikling knytt til aktivitet, kvalitet og økonomi. Målrappoteringa er berre på klinikknivå. Rapporteringa inneheld ca 20 % historisk informasjon, medan resten er knytt til utvikling og forventningar om framtida. Intervjuobjektet stiller spørsmål ved om det faktisk vert styrt etter indikatorane i rapportane på klinikknivå, eller om dei rapporterar for å rapportere.

Ei utfordring med rapporteringa er at det ikkje er fastsett mål knytt til kostnadseffektivitet. Eit intervjuobjekt uttalar at det å gå i balanse i forhold til budsjett alltid er overordna. Til dømes kan auka aktivitet føre til at nokre kostnader aukar, men at det totalt sett blir ei kostnadseffektivisering. Dette blir berre registrert som kostnadsauke sjølv om både aktivitet og inntekt aukar.

## 4.6 Tiltak for å betre økonomistyringa i føretaket

Fleirtalet (90 %) av respondentane i spørjeundersøkinga svarar at det har blitt sett i verk tiltak for å betre økonomistyringa det siste året. På spørsmål om kva tiltak som er sett i verk for å betre økonomistyringa vert det kommentert av fleire av leiareleiarane at controllarfunksjonen er styrka det siste året etter omorganiseringa av controllarane, og at dette har ført til ei tettare oppfølging frå controllar enn tidligare. Det vert vidare kommentert at fokuset på økonomistyring generelt har auka. Det vert også lagt vekt på at det har blitt ei betre oppfølging av lønskostnader gjennom meir aktiv bruk av personalplanleggingsverktøyet GAT.

Av respondentane i undersøkinga er det 54,2 % som i stor eller svært stor grad svarar at tiltaka som har vore gjennomført har ført til betre økonomistyring. 33,3 % opplever at tiltaka i nokon grad har hatt ein positiv effekt, medan 11,1 svarar at tiltaka i liten eller svært liten grad har ført til betre økonomistyring.



Figuren over viser at respondentar frå leiarnivå 4 i større grad enn dei andre leiarnivåa oppfatar at tiltaka som har vore gjennomført har hatt positiv effekt på økonomistyringa.



Av respondentane i utvalet er det 33,8 % som kjenner til anbefalingane i den forrige revisjonsrapporten om økonomistyring i føretaket, medan 13,8 % er usikre. På spørsmål om dei anbefalte tiltaka frå revisjonsrapportane i 2008 og 2009 er følgt opp, svarar økonomidirektøren at føretaket er selektivt på kva dei vurderar som relevant frå dei tidlegare internrevisjonane. Det er hovudsakeleg informasjon knytt til økonomistyringskompetanse nedover i organisasjonen som har vore nyttig for føretaket. Vidare har Helse Fonna brukt internrevisjonane i leiarsamanheng.



## 5. Vurderingar og forslag til tiltak

▽ 2008


▼ 2010

### 5.1 Føresetnader for god økonomistyring

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
<p>1. <b>Styringsdialog, strategi og målstyring</b></p>  <p>Låg Høg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er etablert tydelege mål og resultatkrav på alle leiarnivå.</li> <li>• Føretaket har ei balansert tilnærming til målstyring, med parameter knytt til aktivitet, kvalitet, tilsetning og økonomi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei balansert tilnærming til målstyring viser korleis aktivitet, økonomi og kvalitet heng saman i føretaket.</li> <li>• Bruk av relative indikatorar, som visar kostnadseffektivitet, gir eit meir heilskapleg og riktig bilete av den økonomiske situasjonen i einingane og vil gje einingane eit betre grunnlag for å setja i verk eventuelle tiltak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I større grad nytte relative prestasjonsmål i rapportering og målsetning</li> </ul>
<p>2. <b>System og rutinar</b></p>  <p>Låg Høg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dei fleste leiarane får den informasjonen dei treng for å styre økonomien. Dette er ei markant forbetring frå undersøkinga i 2008 (34%). Det er leiarane på nivå 2 og 3 som oppgjev at dei saknar informasjonen dei treng for å styre økonomien.</li> <li>• Controllarar opplever at det ikkje er etablert tilstrekkeleg med rutinar og retningslinjer til å drive god økonomistyring.</li> <li>• Omlag alle respondentane er kjend med innhaldet i fullmaktsstrukturen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig at leiarar og controllarar har tilgang til, og kan bruke økonomidata for å kunne ivareta sitt ansvar for økonomistyring på ein effektiv måte.</li> <li>• Desentralisering av økonomiansvar krev tydelege retningslinjer og rutinar på økonomiområdet. Manglande retningslinjer aukar risikoen for svikt i økonomistyringa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syte for at det er tilstrekkeleg kunnskap og kompetanse i linja til å nytte tilgjengeleg styringsinformasjonen.</li> <li>• Syte for at styringsinformasjonen vert framstilt på ein enklare måte for linjeleiarar.</li> <li>• Tydeleggjere kva styringsinformasjon som er viktigast og kva informasjon som skal følgjast opp</li> <li>• Oppdatere rutinar og gjere dei tilgjengeleg for alle med økonomiansvar.</li> </ul>

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
<p><b>3. Økonomistyringskompetanse</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fleirtalet meiner dei har tilstrekkeleg kompetanse til å utføre oppgåva dei er pålagd.</li> <li>• Samanlikna med dei andre føretaka kjem Helse Fonna best ut med omsyn til kompetanse, spesielt for leiarnivå 2. Det er lågare økonomi- og systemkompetanse på nivå tre og fire.</li> <li>• Ein av syv leiarar på nivå 4 meiner at det i stor eller svært stor grad har vore gitt tilstrekkeleg opplæring i økonomistyring.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglande kompetanse på lågare leiarnivå kan mellom anna føra til dårlegare kvalitet på den økonomiske informasjonen som vert rapportert til overordna nivå.</li> <li>• Ved lågare økonomistyringskompetanse i linja vert det viktig at controllarane tar ei aktiv rolle som støttespelar for linjeleiarane.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføre behovskartlegging av kompetansenivået knytt til økonomistyring på alle leiarnivå.</li> <li>• Syte for at alle leiarar tar del i den obligatorisk opplæringa i økonomistyring i regi av føretaket.</li> <li>• Auka støtte frå controllar til nivå 4-leiarar.</li> </ul>
<p><b>4. Samhandling mellom linje og stab</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllarane har i stor grad vorte meir tilgjengelig for linjeleiarane samanlikna med undersøkinga i 2008. Det er framleis eit forbettringspotensial samanlikna med Helse Bergen og Helse Stavanger.</li> <li>• Halvparten av linjeleiarane meiner dei ikkje har tilstrekkeleg tilgang til controllar.</li> <li>• Undersøkinga tydar på at controllarane bruker mykje tid på formaliserte oppgåver.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglande tilgang på controllar samstundes som kompetansen innan økonomistyring er låg, gjer det vanskelegare å ivareta god økonomistyring.</li> <li>• Låg tilgang til controllar aukar behovet for opplæring og tilrettelegging av system og rutinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avklare kva møter controllar skal/bør delta på saman med linjeleiarane.</li> <li>• Vurdere å auke controllarkapasiteten i føretaket.</li> <li>• Tydeliggjere kva som er forventinga til controllarane sine oppgåver både for controllarane sjølv og kva linjeleiarane kan krevje..</li> </ul>

## 5.2 Budsjettprosessen

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
<p><b>5. Budsjettmynde</b></p>  <p>Låg Høg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økonomi- og budsjettansvar er delegert til leiarar på nivå 2 og 3, medan ingen på nivå 4 oppgjer at dei har formelt budsjettansvar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lav involvering av leiarane på lågare nivå kan auke risikoen for at budsjettlojalitet og tiltakslojalitet vert redusert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tydeliggjere budsjettmynde i stillingsbeskrivinga.</li> <li>Vurdere å gje budsjettmynde til leiarar på nivå 4.</li> </ul>

## 6. Budsjettering



- Budsjettet til Helse Fonna byggjar i stor grad på forventa aktivitet, og den enkelte eining kan såleis påverke budsjett gjennom kostnadsdrivarar som aktivitetsnivå og pleiefaktor. Linjeleiarar, til og med funksjons- og seksjonsleiarar, er ansvarlege for å innrapportere aktivitetsnivå og ressursbehov i samband budsjetteringa.
  - Undersøkinga tydar på at kvalitetskontrollen av budsjettet ikkje er tilstrekkeleg og at det er ei utfordring å finne rette parameter for å berekne ressursbehov.
  - Føretaksbudsjettet vert oppfatta meir realistisk enn det vart gjort i undersøkinga i 2008. Helse Fonna kjem saman med Helse Bergen best ut blant helseføretaka i Helse Vest i høve til realistiske budsjett.
  - Fleirtalet av leiarane på nivå 2 og 3 oppgjev at budsjettet legg føringar for faktisk aktivitet.
  - Det er ikkje etablert insentivordningar som eit ledd i å bidra til budsjettoppnåing.
- Ved å budsjettere med utgangspunkt i kostnadsdrivarar, vert årsak-verknads-samanhengar mellom aktivitet, kvalitet og økonomi synleggjort, og muliggjer betre og meir heilskaplege analysar.
  - Ved å budsjettere etter aktivitet skaper ein også i større grad eit felles språk i budsjetteringsprosessen på grunn av at aktivitet kan vere enklare for linjeleiarar å forholde seg til, enn finansielle tal.
  - Ein diskusjon av underliggjande kostnadsdrivarar og samanhengen mellom aktivitet og kvalitet gjev ein realitetssjekk i forhold til om budsjettet faktisk er realistisk. Utfallet av slike diskusjonar er ofte betre forståing av føretaket sine utfordringar og gjer det vanskelegare for linjeleiarar å fråskrive seg budsjettansvaret. I tillegg vil ein slik diskusjon gje betre innsikt i om aktivitetsnivået er for høgt gitt dei tildelte midlane eller om fordelinga mellom dei ulike einingane ikkje er tilstrekkeleg god.
  - Revisjonen vurderer budsjettgrunnlaget til Helse Fonna som ei sær tenleg tilnærminga då ein i stor grad klarer å involvere linjeleiarane og nyttar aktivits-/ kostnadsdrivarar som grunnlag for budsjettutarbeidinga.
- Gjennomføre samanlikningar internt mellom einingane for å finne fram til og vidareutvikla gode parameter for ressursbehov.




## 7. Analyser og prognoser






- Prognosane for eingane og føretaket vert i stor grad oppfatta som realistiske. Samanlikna med dei andre føretaka i Helse Vest vert prognosesettinga i Helse Fonna vurdert som mest realistisk.
- Undersøkinga tydar på at kompetansen i å nytta prognosar til styringsføremål i einingane er for låg.
- Relative indikatorar, som visar kostnadseffektivitet, gjev eit betre grunnlag for å forstå den økonomiske situasjonen i einingane, enn absolutte indikatorar som avvik frå budsjett.
- Systematisk diskusjon av endringar i prognosar aukar fokuset på tiltak og strategi for å møte dei endra føresetnadane.
- Gje opplæring i korleis prognosar skal nyttast i føretaket.
- Syte for at den økonomiske rapporteringa av rekneskaps- og budsjettpostar også vert samanstillt med prognosar.
- Aktivt nytte prognosar i økonomiske oppfølgingsmøte.

## 5.3 Rapportering

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
<p>8. <b>Innhald i rapporteringa</b></p>  <p>Låg Høg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportmalen har manglar knytt til struktur og pedagogisk framstilling.</li> <li>• Rapporten inneheld ikkje målsetningar knytt til kvalitetsindikatorar og sjukefråvær. Det er heller ingen relative målsetningar knytt til kor effektivt klinikken nyttar dei tildelte ressursane.</li> <li>• Rapporteringa viser ikkje resultatet for dei ulike einingane.</li> <li>• Kommentrane i rapportane som revisjonen har fått tilgang til er i stor grad knytt til å forklare den historiske utviklinga eller avvik frå budsjettet.</li> <li>• Tiltak er hovudsakleg ikkje kvantifisert, målt eller risikovurdert i rapporten, men blir følgt opp ved sida av.</li> <li>• Risikoen av hendinga syner å ikkje være kvantifisert. Fleire hendingar er ikkje separert og spesifisert, eller knytt til budsjettet. Ein gjer ikkje skilnad på konsekvensreducerande eller risikoreducerande tiltak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglande struktur og pedagogisk framstilling kan føre til at det ikkje er tydeleg kva som er kravet til rapportering og at rapporteringa ikkje vert framstilt eintydig.</li> <li>• Grafiske framstillingar i staden for tabellar gjer rapporten enklare å lese</li> <li>• For overordna rapportering kan føre til at ein at positive og negative avvik i einingane ikkje går fram i verksemdsrapporten. Om resultatet til dei ulike einingane vert trekt fram vil det bidra til å gjere leiarar ansvarlege.</li> <li>• Manglande fokus på prognosar i den månadlege rapporteringa av kostnadsartane gjer at fokuset på kommentarar på den økonomiske utviklinga er avviksorientert ift budsjett og rekneskap.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdere korleis verksemdsrapporten kan verte utarbeidd meir strukturer og med ei betre pedagogisk framstilling.</li> <li>• Synleggjere målsetningar knytt til kvalitet, sjukefråvær og effektivitet i rapporten.</li> <li>• Konkretisere og kvantifisere tiltak i verksemdsrapporten, med tilhøyrande ansvar, tidsfrist og målsetning.</li> <li>• Samanstille budsjett og rekneskap med prognosar. Forklaring bør i større grad være fokusert på endring i prognose frå førre rapportering og ikkje berre avvik mellom budsjett og rekneskap.</li> <li>• Vurdere korleis risikostyringa kan forbetras med omsyn til konkretisering av hendingar samt konsekvensreducerande og risikoreducerande tiltak.</li> </ul>

## 5.4 Omstillings- og innsparingstiltak

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
<p><b>9. Utveljing av tiltak</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Om lag tre av fire av linjeleiarar er med på utveljing av tiltaka til omstillings- og innsparingstiltak, dette er ein god framgong frå 2008.</li> <li>• Linjeleiarar på nivå 4 vert mindre involvert knytt til utveljing og gjennomføring av tiltaka enn andre leiarar.</li> <li>• Ein relativt låg del av controllarane er involvert i utveljing og gjennomføring av tiltaka.</li> <li>• Under halvparten av linjeleiarane oppfattar at tiltaka er tilstrekkeleg forankra i eininga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• For at tiltak skal bli gjennomført med støtte frå dei tilsette er det viktig å sikre involverande prosessar på tvers i føretaket, spesielt på lågare nivå.</li> <li>• Controllar har ein viktig rolle med å kvalitetssikre tiltaka, samt berekne og rapportere effektar av tiltaka i etterkant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syte for at controllar har ein formell rolle i utveljing og kvalitetssikring av tiltak.</li> <li>• Gjere enkeltleiarar ansvarlig for utveljing og gjennomføring av tiltaka.</li> </ul>

Risikoprofil	Observasjon	Vurdering	Moglege tiltak
<p><b>10. Gjennomføring og oppfølging av tiltak</b></p>  <p>Låg Høg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fleirtalet på alle einingsnivå meiner at tiltaka har hatt ynskja effekt.</li> <li>Ein av fire linjeleiarar på nivå 3 og 4 veit ikkje om omstilling og innsparingstiltaka har hatt ønska effekt.</li> <li>Helse Fonna har ein realiseringsgrad på 89 % ut frå tiltaksrapporteringa til RHFet. Realiseringsgraden er nest høgast av helseføretaka i Helse Vest.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manglande oppfølging og tilbakemelding på tiltak kan medføre manglande motivasjon ved gjennomføring av tiltak i framtida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Syte for at tilsette som er involvert i tiltaksprosessen får tilbakemelding om kva effekt tiltaka har gitt.</li> <li>Følgje opp større tiltak i egne prosjekt, noko som har vorte gjennomført i andre føretak med suksess.</li> </ul>
<p><b>11. Negative utilsikta effektar av tiltak</b></p>  <p>Låg Høg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Om lag ein tredel meiner at tiltaka har hatt negative utilsikta effektar, ein reduksjon samanlikna med undersøkinga i 2008. Controllarane meiner at det ikkje i nokon grad har vert utilsikta effektar av tiltaka.</li> <li>Fleirtalet av dei som kjenner til negative utilsikta effektar meiner at tiltaka har verka negativt inn på personell- og arbeidsforhold.</li> <li>Færre opplev negative utilsikta effektar knytt til pasientrettar, økonomi og aktivitet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangel på heilskapleg vurdering av tiltaka kan føre til at det oppstår utilsikta negative effektar.</li> <li>Manglande diskusjon av ambisjonsnivået for økonomi, aktivitet og bemanning ved fastsetting av tiltak kan føre til at effektane vert sett på som negative.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdere i kva grad linjeleinga vert tilstrekkeleg involvert for dei tiltaka som peikar seg ut med høg risiko og konsekvens.</li> <li>Vurdere tiltak som i større grad tar sikte for å optimalisere ressursbruk mellom einingane</li> </ul>